GUIA PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

1. OBJETIVOS

Establecer la estructura del Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, las actividades y criterios necesarios para la adecuada elaboración, codificación, presentación, aprobación y control de los documentos, garantizando actualizaciones y conocimiento de la organización.

2. ALCANCE

Las orientaciones establecidas en este documento aplican para la creación o modificación, revisión y aprobación de los documentos que condensan todos los procesos de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

3. RESPONSABLES

Todo funcionario o contratista de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona que cree, modifique o revise la documentación será responsable de garantizar su correcta elaboración, actualización y cumplimiento conforme a los lineamientos institucionales y normativas aplicables.

4. DEFINICIONES

4.1 ACCIÓN CORRECTIVA: Conjunto de acciones tomadas para eliminar causas de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
COMITÉ DE CALIDAD	CONTRATISTA DE APOYO INGENIERA INDUSTRIAL, COMITÉ MIPG	COMITÉ MIPG
Fecha: 28 de abril de 2023	Fecha: 28 de abril de 2023	Fecha: 28 de abril de 2023

4.2 **ACCIÓN PREVENTIVA:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

4.3 **ALTA DIRECCIÓN:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.

4.4 **AUDITORÍA INTERNA:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinarla extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna. Las evidencias consisten en los registros, declaraciones de hechos cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoria, y que sea verificable.

4.5 **DOCUMENTO EXTERNO:** Son los documentos que hacen referencia a normas de obligatorio cumplimiento tales como leyes, decretos, resoluciones, acuerdos, circulares, manual de proveedores, que hacen referencia a los procesos del Sistema Integrado de Gestión. Este tipo de documentos describe y regula las normas o bases legales de obligatorio cumplimiento para el diseño e implementación de Sistema Integrado de Gestión, establecidos por entes reguladores del sistema de seguridad social en salud y del departamento administrativo de la función pública.

4.6 **DOCUMENTO INTERNO:** Describen los procesos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Se contemplan: manuales, caracterización, procedimientos, instructivos, protocolos, guías clínicas, formatos, entre otros.

4.7 **CALIDAD:** Grado en el que un conjunto de características inherentes (en contraposición a asignado significa que existe en algo especialmente, como una caracterización permanente) cumplen con los requisitos. Calidad puede ir acompañado de adjetivos tales como: pobre, buena, o excelente.

4.8 **CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS:** Es el documento donde se describen todas las actividades de los procesos que se llevan a cabo dentro del Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, especificando el proceso, objetivo, alcance, actividades, indicadores, referencias normativas, entre otros.
En este documento debe estar todo claro y bien reflejado acerca de los proceso su funcionamiento, el desarrollo del mismo y de cada una de sus actividades que se empleen dentro de la empresa E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
Si se presenta alguna modificación de algunos de los procesos también debe describirse en este documento.

4.9 **CLIENTE:** Organización, Entidad o persona que recibe el producto bien y/o servicio. Según la ley 872 del 2003 la palabra cliente incluye a los destinatarios, usuarios o beneficiarios y puede ser interno o externo a la entidad.

4.10 **CONFORMIDAD:** Cumplimiento de un requisito.

4.11 CONTROL DE CALIDAD: Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

4.12 CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

4.13 CONCESIÓN: Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados. La concesión esta generalmente limitada a la entrega de un producto que tiene características no conformes, dentro de límites definidos por un tiempo o una cantidad acordados.

4.14 ESTRUCTURA DE LA ENTIDAD: Disposición de responsables, autoridades y relaciones entre el personal.

4.15 FORMATO: Es el documento empleado para la descripción y registro de datos generados en una actividad o proceso.

4.16 GESTIÓN: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.

4.17 GESTIÓN DOCUMENTADA: Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación manejo y organización de la documentación producida y recibida por la entidad, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

4.18 INSTRUCTIVO: Documento que describe en forma detallada las actividades de un proceso del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

4.19 MANUAL DE CALIDAD: El propósito del manual de calidad es describir el Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona mediante la adaptación de una planeación estratégica, se formaliza la política a la administración de Calidad, define normas y procedimientos operativos.

Define los objetivos de la calidad el sistema de responsabilidad y normas Internas. El manual de calidad es una recopilación estructurada de todas las normas, criterios, instrucciones y recomendaciones que aseguran la calidad del bien o servicio que se ofrece.

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona debe mantener un manual de calidad que debe incluir:

a. El alcance del Sistema Integrado de Gestión, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
b. Los procesos documentados establecidos para el Sistema Integrado de Gestión, o referencia a los mismos.
c. Una descripción de la interacción entre los procesos del Sistema Integrado de Gestión.

Una vez realizado este manual debe ser socializado en la institución para su adecuada implementación. Debe tener una imagen cuidada y adecuada.

4.20 MEJORA CONTINUA: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

4.21 MISION DE UNA ENTIDAD: Se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.

4.22 NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.

4.23 OBJETIVO DE LA CALIDAD: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad. Los objetivos de la calidad se basan en la política de calidad definida por la entidad y se especifican generalmente para los niveles y funciones pertinentes de la entidad.

4.24 PLANIFICACION DE LA CALIDAD: Parte de la Gestión de Calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir con los objetivos de la calidad.

4.25 PLAN DE CALIDAD: Documento en el que se plantean las prácticas de la calidad establecidos por el Sistema Integrado de Gestión. Secuencia de actividades para la prestación de un servicio, producto, servicio o contrato o proyecto en particular.

4.26 PLANES DE CONTROL DE CALIDAD: Este documento especifica como elaborar y revisar cada una de las actividades o áreas técnicas dentro de la empresa.

4.27 POLITICA DE CALIDAD DE UNA ENTIDAD: Intenciones globales y orientaciones relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.

4.28 PROCEDIMIENTO: Es el documento interno que describe específicamente la forma de llevar a cabo una actividad de un proceso en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona

4.29 PROCESO: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos de entrada de un proceso son generalmente las salidas de otros procesos. Los procesos son generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas para generar valor.

4.29.1 TIPOS DE PROCESOS:

4.29.1.1. **PROCESOS ESTRATEGICOS:** Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetos, provisión de comunicación aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

4.29.1.2. **PROCESOS MISIONALES:** Incluye todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

4.29.1.3. **PROCESOS DE APOYO:** Incluye todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

4.29.1.4. **PROCESOS DE EVALUACION:** Incluye aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia. Incluye procesos de medición seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, son una parte integradle los procesos estratégicos, de apoyo y misionales.

4.30 PRODUCTO O SERVICIO: Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

4.31 PROVEEDOR: Organización o persona que proporciona un producto o servicio (productor, distribuidor, minorista, vendedor de un producto o prestador de un servicio. El proveedor puede ser interno o externo de la entidad).

4.32 REGISTRO: Es el documento que lleva los resultados obtenidos de actividades o salidas de procesos, que dejan evidencias de las mismas para asegurar el Sistema Integrado de Gestión que se está implementando.

4.33 REQUISITO: Necesidad o expectativa establecida generalmente implícita (es habitual o una práctica común para la entidad, sus clientes o otras partes interesadas) obligatoria (disposiciones de carácter legal).

Existen calificativos para especificar tipos de requisitos.

- Requisito de un producto y/o servicio.
- Requisito de la Gestión de la Calidad.
- Requisito del Cliente.

4.34 SATISFACCION DEL CLIENTE: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

Las quejas y reclamos son indicador habitual de una baja satisfacción del cliente pero la ausencia de estas no indica completamente la satisfacción del mismo.

4.35 SISTEMA: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.

4.36 SISTÉMA DE GESTION: Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

4.37 TRAZABILIDAD: Capacidad para seguir la historia, la aplicación y la localización de todo aquello que esta bajo consideración. Al considerar un producto o servicio, la trazabilidad puede estar relacionada con:

- El origen de los materiales y las partes.
- La historia del procesamiento.
- La distribución y localización del producto después de su entrega.

4.38 VERIFICACION: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva que se han cumplido los requisitos especificados. Este término se utiliza para designar el estado correspondiente.

La confirmación utiliza acciones tales como:

- Elaboración de cálculos alternativo.
- La compañía de una especificación de un diseño nuevo con una especificación de un diseño similar probado.
- La realización de ensayos / pruebas /demostraciones y revisión de documentos antes de su aprobación.

5. GENERALIDADES PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

5.1. PIRÁMIDE DOCUMENTAL

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona adopta la pirámide documental para asignar el debido orden jerárquico, donde los documentos más genéricos se encuentran en la parte superior y los más operativos en la parte inferior. La presentación de todos los documentos debe facilitar la uniformidad, exceptuando los formatos ajustados a los requerimientos de cada una de las dependencias de la entidad. Deben manejar un lenguaje claro y comprensible evitando el uso de abreviaturas y términos en otro idioma, en caso de hacer uso de palabras técnicas o muy especializadas, se recomienda incluir su explicación o definición.

Se debe presentar el texto de forma clara y concisa, conteniendo únicamente las explicaciones estrictamente necesarias. De ser preciso, se pueden incluir tablas e ilustraciones con el fin de proporcionar la buena comprensión del documento. En el caso de ser necesario se pueden incluir notas para dar ejemplos, restringir usos o aplicaciones y ampliar explicaciones.

Normatividad
Mandatos constitucionales, Leyes Decretos, Códigos, Políticas, Líneas de Acción, Acuerdos, Resoluciones y Objetivos de Calidad.
Manual del sistema de gestión de calidad
Recopilación estructurada de todas las normas, criterios, instrucciones y recomendaciones que aseguran las calidad del bien o servicio que se ofrece.
Mapa de procesos
Diagrama que representa los procesos de la entidad de forma interrelacionada.
Procesos, procedimientos, instructivos, manuales, guías
Descripción detallada de pasos a seguir para ejecutar una actividad o proceso.
Formatos
Documento para descripción y registro de datos generados en una actividad o proceso.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

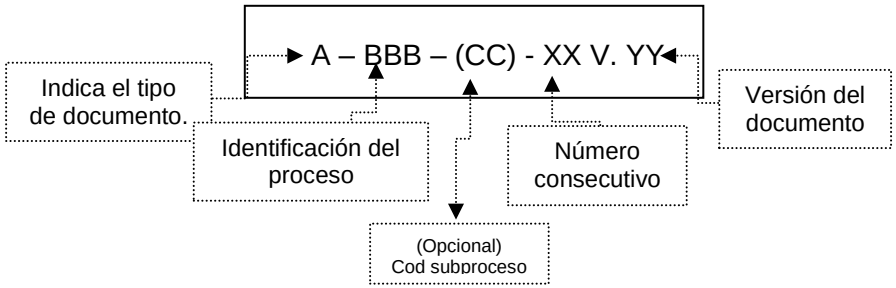
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO/ DOCUMENTO
1	**PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS**		
1.1	**Márgenes:** Los márgenes para la creación de todos los documentos del Sistema Integrado de Gestión son los siguientes de conformidad con lo establecido por las normas ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) : **Para hoja vertical:** ➢ **Superior: 3 cm** ➢ **Inferior: 2 cm** ➢ **Izquierdo: 3 cm (facilita encuadernación o archivado)** ➢ **Derecho: 2 cm** **Desde el borde de la hoja para el encabezado 2 cm y pie de página 2.5 cm.** **Para hoja horizontal:** ➢ **Superior: 2 cm** ➢ **Inferior: 2 cm** ➢ **Izquierdo: 3 cm** ➢ **Derecho: 3 cm** **Desde el borde de la hoja para el encabezado 2 cm y pie de página 2.5 cm.**	Funcionario o contratista que cree, modifique o revise la documentación	Plantillas institucionales

1.2	**Encabezado de Página:** Debe estar contenida en todas las páginas del documento. Para hoja horizontal tamaño: Tabla de: 16cm de ancho x 2.5cm de alto, contiene 4 columnas cada una con 4 cm de ancho. ➢ Primera columna: 5.25 cm ➢ Segunda columna: 5.25 cm ➢ Tercera columna: 5.25 cm ➢ Cuarta columna: 5.25 cm Las filas centrales deben tener una medida de 0.5 cm de alto respectivamente. Para hoja vertical tamaño: Tabla de: 16cm de ancho x 2.5cm de alto, contiene 4 columnas cada una con 4 cm de ancho. Las filas centrales deben ser de 0.5 cm de alto. Consta de: ➢ Primera columna: Logo de la Gobernación del Departamento ➢ Segunda columna y tercera columna, nombre del documento. En la parte inferior, segunda columna: código del documento, tercera columna: página x de xx ➢ Cuarta columna: Logo del Hospital	Funcionario o contratista que cree, modifique o revise la documentación	Plantillas institucionales

	El nombre del documento debe ir centrado, en mayúscula sostenida, fuente Arial 11 y con negrilla. El código es asignado por el la Subdirección Administrativa y junto con la página deben ir alineada a la izquierda, en fuente Arial 9 y con negrilla.		
2	**ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS** Para la elaboración de documentos puede apoyarse en los conocimientos de otros funcionarios, documentos externos e internos según sea pertinente. La elaboración de manuales no obedece a una estructura predeterminada, puede realizarse a criterio de quien o quienes lo elaboran. Los formatos tampoco aplican una estructura definida, pueden ser elaborados según la necesidad y criterio de quien o quienes lo elaboran. Para la elaboración de los procedimientos, instructivos, protocolos y guías se deben seguir los siguientes pasos: **a. Objetivo:** Definen de forma clara el "por qué y el qué" del propósito que se pretende con la documentación de la actividad. Debe redactarse en forma clara y concisa para que sea comprendido por todo funcionario involucrado en la actividad.	Funcionario o contratista que cree, modifique o revise la documentación	Plantillas institucionales

	b. Alcance: Debe indicar el inicio de la actividad y su final. En caso de exclusiones dentro de las actividades se debe señalar el motivo y responsable. **c. Responsable:** Define el responsable general de las actividades descritas en el documento. **d. Definiciones:** Son los términos asociados al documento para facilitar su comprensión. Deben ser definidos por el responsable y pueden incluir definiciones del Sistema Integrado de Gestión. **e. Contenido:** Varía según los requerimientos del documento. El funcionario encargado de generar un documento nuevo podrá escoger el contenido necesario para dicho documento. **f. Flujograma:** Para la descripción detallada de un procedimiento, es necesario el uso de flujograma que facilitará a cualquier persona que consulte el documento, la interpretación de dicho procedimiento. Para su elaboración se hará uso de los símbolos consignados en la siguiente tabla. **g. Documentos de Referencia:** En esta parte se citan los documentos que sirven como guía y referencia o soporte. Se relacionan con su título y código o número de referencia de consulta para ser correctamente interpretados y aplicados.		

	Como, por ejemplo: Otros procedimientos, instructivos, Leyes, Normas, Catálogos. **h. Historia de Modificaciones**: En este ítem se identifican y se escriben los cambios realizados a un documento según actualización de su versión. **i. Administración de Registros:** En esta etapa se condensa la información básica del conjunto de registros que pertenecen a cada documento ya sean internos o externos. Se hace relación de todos los registros que se generan en el procedimiento, instructivo, protocolo o guía. Contiene: Código, nombre del formato, responsable del almacenamiento y de la ubicación (lugar donde se almacena), acceso (persona que tiene acceso directo) tiempo de retención y de disposición (acción que se realiza una vez concluya el tiempo de retención). **j. Anexos:** Esta parte es donde se incluye la información adicional que acompaña el documento como anexos, son de carácter obligatorio u opcional según el caso, y permiten clarificar aspectos de las actividades.		

2.1	**CODIFICACIÓN** El código presenta la siguiente estructura en letras mayúsculas:  **Según el tipo de documento:** 1. **MN** = Manual 2. **CR** = Caracterización de procesos 3. **PR** = Procedimiento 4. **PT** = Protocolo 5. **IN** = Instructivo 6. **GU**= Guía 7. **FR** = Formato 8. **AC**= Acta 9. **LT**= Listado	Profesional a cargo del sistema integrado de gestión	

	Cualquier documento adicional será revisado por el profesional a cargo del sistema integrado de gestión para asignar el respectivo código según se considere.		

Tipo de proceso	PROCESOS			SUBPROCESOS	
		COD	NOMBRE	COD	NOMBRE
Estratégico	1	PEC	Planeación Estratégica y Calidad	1	Planeación Estratégica
				2	Sistema Integrado De Gestión
	2	GCE	Gestión Contractual Externa		
Misional	3	HOS	Hospitalarios	1	Urgencias
				2	Internación
				3	Cirugía
				4	Central De Esterilización
	4	AMB	Ambulatorios	1	Consulta Externa General (Medica General, Nutrición, Psicología, Odontología)

				2	Consulta Externa Especializada (Medicina Interna, Ginecología, Cirugía, Pediatría, Anestesiología)
				3	Rutas Integrales De Atención En Salud (RIAS)
				4	Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)
				5	Atención Primaria En Salud (APS)
				6	Programa Ampliado De Inmunizaciones (PAI - Vacunación)
	5	**ADX**	Apoyo Diagnóstico	**1**	Imagenología
				2	Laboratorio Clínico
	6	**ATP**	Apoyo Terapéutico	**1**	Fisioterapia
				2	Terapia Ocupacional
				3	Servicios Farmacéuticos
				4	Fonoaudiología
				5	Trabajo Social

	7	**TAS**	Traslado Asistencial	**1**	Traslado Asistencial
				2	Referencia Y Contra Referencia
De apoyo	**8**	**GDB**	Gestión de Bienes		
	9	**ABS**	Adquisición de Bienes y Servicios		
	10	**GFC**	Gestión Financiera	**1**	Presupuesto
				2	Cartera
				3	Contabilidad
				4	Auditoría De Cuentas Médicas
				5	Facturación
				6	Tesorería
	11	**GHM**	Gestión Humana	**1**	Selección Y Vinculación De Personal
				2	Nómina

				3	Inducción Y Reinducción
				4	Capacitación
	12	**GTL**	Gestión de la Tecnología	**1**	Soporte Y Mantenimiento De TIC
				2	Biomédicos
	13	**GDM**	Gestión Documental	**1**	Control De Documentos
				2	Control De Registros
	14	**SST**	Seguridad y Salud en el Trabajo		
	15	**GIF**	Gestión de la Información	**1**	Procesamiento De Datos
				2	Comunicación Y Prensa
	16	**GAF**	Gestión del Ambiente Físico	**1**	Gestión Integral De Residuos Hospitalarios
				2	Planeación Del Ambiente Físico
				3	Emergencias Y Desastres

				4	Prevención Y Control De Infecciones
				5	Manejo Y Seguimiento Del Espacio Físico (Mantenimiento)
	17	**GJD**	Gestión Jurídica		
	18	**AHT**	Alimentación y Hostelería	**1**	Vigilancia
				2	Alimentación
				3	Lavandería
				4	Servicios De Aseo
De evaluación	**19**	**EID**	Evaluación Independiente	**1**	Auditoría Interna
				2	Verificación Y/O Seguimiento
				3	Evaluación Interna
	20	**MCT**	Mejora Continua	**1**	Auditorías
				2	Seguridad Del Paciente

				3	Administración Del Riesgo
				4	Planes De Mejora
				5	Autoevaluación De La Gestión De Riesgos
				6	SARLAFT
				7	Vigilancia En Salud Pública
	21	**ATU**	Atención al Usuario	**1**	Orientación E Información Al Usuario
				2	Peticiones, Quejas, Reclamos Y Sugerencias
				3	Satisfacción Del Usuario

3	**CONTROL DE DOCUMENTOS** Para garantizar la mejora continua de todo el sistema, se hace necesaria la frecuente revisión de los documentos para comprobar que siguen reflejando correctamente lo que sucede dentro de la entidad, cumpliendo las necesidades del proceso o actividad al que registra y de los usuarios. Dentro del nivel 3 de documentación, se encuentran los manuales, los procedimientos, las guías y las caracterizaciones, solo en estos aparecerá este campo adicional. Independientemente de si se realiza una actualización o no al documento, se debe registrar en el documento o en una lista maestra. Para el registro de las responsabilidades derivadas del proceso de creación, actualización, revisión y aprobación del documento, se hará uso de la tabla relacionada a continuación. Cada columna consta de: ➢ Elaboró, revisó o aprobó: Nombre del funcionario, contratista o responsable del proceso que elabora, revisa y aprueba el documento. Los títulos Elaboró, Revisó y Aprobó, tienen fuente Arial 8, con negrilla y centrados en las casillas correspondientes. ➢ Nombre: fuente Arial 6, mayúscula sostenida sin negrilla, seguidamente el cargo de la misma manera. ➢ Fecha: Identifica la fecha en que se realiza cada una de las tres tareas (elaboración, revisión y aprobación del	Profesional a cargo del sistema integrado de gestión	

	documento). Se escribe en formato DD/MM/AAAA. Fuente Arial 8 sin negrilla. **Todo el texto de los documentos debe elaborarse en fuente Arial 11, interlineado sencillo.** Las demás condiciones de forma se asumen tal y como se han utilizado en el presente documento.		
4	**REVISIÓN DE DOCUMENTOS** Está a cargo de la Subdirección Administrativa y Profesional a cargo del sistema integrado de gestión del Hospital San Juan Dios de Pamplona con el fin de verificar la coherencia, pertinencia y cumplimiento de los requisitos definidos para el Sistema Integrado de Gestión. Una vez revisado, la Subdirección Administrativa y Profesional a cargo del sistema integrado de gestión diligencian la casilla de **Revisó** del cuadro de control de documentos, con el fin de dar visto bueno a la estructura, coherencia, pertinencia y cumplimiento de los requisitos definidos para el Sistema Integrado de Gestión.	Subdirección Administrativa Comité de gestión y desempeño Profesional a cargo del sistema integrado de gestión	

5	**APROBACIÓN DE DOCUMENTOS** En esta etapa el comité de gestión y desempeño de la E.S.E. efectúa la última revisión del documento o delega al subdirector(a) administrativo y/o científico, según corresponda para que este determine el comité, y decida aprobar o desaprobar el documento. En caso de sugerir correcciones envía nuevamente al responsable del proceso. Para su aprobación final da el Vo.Bo. diligenciando la casilla **Aprobó** del cuadro de control de documentos. El documento aprobado, es entregado a Subdirección Administrativa y Profesional a cargo del sistema integrado de gestión quienes lo oficializan al incluirlo en el **"Listado Maestro de Documentos"** y efectúa la respectiva publicación para socialización.	Comité de gestión y desempeño subdirector(a) administrativo y/o científico	
6	**PUBLICACIÓN DE DOCUMENTO** Subdirector(a) administrativo y/o científico publican el documento en la respectiva carpeta de la red electrónica del Sistema Integrado de Gestión, reubicando los respectivos documentos si se trata de una nueva versión. El responsable del Proceso garantiza el conocimiento y aplicación de los documentos aprobados, presentándolo a sus colaboradores y ejerciendo supervisión constante sobre el desarrollo de las actividades.	subdirector(a) administrativo y/o científico	

7	**ACCESO Y DIPOSICIÓN** La documentación completa del Sistema Integrado de Gestión está disponible para consulta en la red electrónica del SIG. En relación con la aplicación del documento, donde no se tenga acceso informático y en general, todos los colaboradores pueden tener una copia controlada, autorizada por Subdirección Administrativa o responsable del Proceso. Es responsabilidad de la Subdirección Administrativa y responsable del Proceso; garantizar el uso y disponibilidad de los documentos vigentes. Los documentos vigentes serán, las últimas versiones generadas. Los demás documentos se consideran documentos “obsoletos”. Para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, las copias controladas no vigentes, pueden ser destruidas.	subdirector(a) administrativo y/o científico	
8	**MODIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN** Para la modificación y actualización de los documentos se procede similar a su elaboración: Los pasos son: ➢ Elabora el funcionario, contratista o responsable del proceso.	Funcionario o contratista que cree, modifique o revise la documentación	

	➢ Es verificado inicialmente por el responsable del proceso. ➢ Es revisado por subdirector(a) administrativo y/o científico ➢ El comité de gestión y desempeño de la E.S.E. efectúa la última revisión del documento o delega al subdirector(a) administrativo y/o científico, según corresponda para que este determine el comité, y decida aprobar o desaprobar el documento. Si se han creado nuevos documentos para un proceso subdirector(a) administrativo y/o científico, debe revisar mensualmente la documentación existente para identificar los documentos que requieren ser modificados. Al momento de aprobarse, Subdirección Administrativa actualiza las copias controladas y los registros correspondientes en el **"Listado Maestro de Documentos" y la "Historia de Modificaciones".**		
9	**CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS** De acuerdo con el tipo de proceso, se identifican y actualizan aquellos documentos externos al Sistema Integrado de Gestión, que describan criterios aplicables al mismo y regulen sus actividades. Se entienden como documentos externos al Sistema Integrado de Gestión, aquellos que no han sido elaborados con los pasos citados anteriormente y cuyo origen es de carácter legislativo, reglamentario o normativo (Leyes, Decretos, Resoluciones, circulares Normas, Manuales, Acuerdos, entre otros).		

	Cuando un funcionario o contratista, identifica un documento con estas características y considera pertinente incluirlo dentro del Sistema Integrado de Gestión, informa al responsable del proceso para que este evalué su vigencia y aplicabilidad. Si el concepto es favorable, informa al responsable del Sistema Integrado de Gestión, para que éste apruebe su inclusión como parte de la documentación del Sistema Integrado de Gestión, teniendo en cuenta: la pertinencia para el Sistema Integrado de Gestión y su relación con otros procesos. Una vez aprobado el documento externo, el responsable del Sistema Integrado de Gestión actualiza “Matriz de Requisitos Legales y Reglamentarios”. Si la inclusión del documento externo al SIG requiere la modificación de algún documento interno, se realiza de acuerdo con el paso 4.9 Modificación y actualización. En el caso de que un documento externo haya perdido su vigencia, el responsable del Sistema Integrado de Gestión debe retirarlo del “Matriz de Requisitos Legales y Reglamentarios”. Sin embargo, este documento puede ser conservado para efectos de consulta. Sólo se entienden como vigentes, aquellos reportados en “Matriz de Requisitos Legales y Reglamentarios.		

COMUNICACIONES OFICIALES			
10	**CIRCULARES** Comunicaciones escritas de interés común, con el mismo contenido o texto, dirigida a un grupo específico de personas tanto interna como externamente. La circular tiene como objetivo fundamental dar a conocer información de carácter general. La circular con carácter interno se utiliza para informar disposiciones, normas, lineamientos y políticas y la circular externa para dar a conocer reglas de negocios, nuevos productos o servicios, entre otros. Por tal motivo, solamente los responsables de área pueden hacer uso de la circular, para sus fines pertinentes. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: tratar un solo tema; iniciar y finalizar el texto con una frase de cortesía; redactar en forma clara, precisa, concreta y concisa; usar un tratamiento respetuoso y cortés; emplear un estilo gramatical natural, sencillo y continuo; utilizar los formatos normalizados en el manual de procedimientos de cada organización, y distribuir el texto de acuerdo con su extensión. Para la elaboración de las circulares se debe seguir la siguiente estructura:		

	TÍTULO Y NÚMERO: Titulo “CIRCULAR EXTERNA” centrado en mayúscula sostenida, el número consecutivo de la misma, acompañado de un guión y del año de expedición (Número consecutivo que inicia con 001 cada año). Ejemplo: CIRCULAR EXTERNA No. 001 – 2020. **PARA**: (Destinatario): Nombre completo, en mayúscula sostenida. Debajo, denominación del cargo de los grupos de personas naturales o jurídicas, a quienes va dirigida la comunicación; en mayúscula sostenida. **ASUNTO:** Constituye la síntesis del tema de la circular; se escribe con mayúscula inicial. **CIUDAD Y FECHA**: Nombre de la ciudad, seguida de coma (,) y de la fecha en que se emite la Circular Externa. **TEXTO**: Se debe escribir a espacio sencillo entre renglones y a dos entre párrafos, redactando el texto en forma clara, breve, directa, sencilla y cortés; omitiendo temas personales y exponiendo solo un asunto. **DESPEDIDA**: Expresión de cortesía breve, seguida de coma (,) (Ejemplo: Atentamente, Cordialmente,) o frase de cortesía terminada en punto (.) (Ejemplo: Agradecemos su gentil colaboración.). **NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REMITENTE**: Espacio para la firma y para colocar el nombre completo del remitente y debajo la denominación del cargo; no subrayar o centrar.		

	La firma debe hacerse con bolígrafo de tinta negra. **ANEXOS**: Escribir el número de folios y el tipo de anexos. **DATOS DE QUIÉN PROYECTA Y REVISA:** Escribir el nombre y apellido de quien proyecta, seguido de slash (/) y nombre y apellido de quien revisa. **PÁGINA**: Se colocará en la parte inferior derecha del formato.		
11	**ACTAS** Las actas expresan lo tratado en una reunión o situación específica. Son documentos que adquieren valor administrativo, legal, jurídico e histórico desde el momento de su creación. De acuerdo con la importancia o características específicas del acta, cada organización debe cumplir con lo ordenado en la legislación vigente y en algunos casos se debe registrar o presentar ante la entidad competente. Las actas pueden ser de reuniones de comité o de reuniones esporádicas que requieran constancia. Según el caso, será responsable de emitir actas el secretario de comité o se designará una persona dentro de la reunión para tal fin. Toda acta debe llevar el nombre del grupo que se reúne. Además, se debe aclarar si el carácter de la reunión es ordinario o extraordinario.		

	Cada acta que se elabora debe expresar lo tratado en una reunión o situación específica, sin describir detalles intrascendentes. Las actas se redactan en tiempo pasado, excepto las de descargo que deben redactarse en tiempo presente. Ningún párrafo debe iniciarse con gerundio. Se recomienda no redactarlas con lenguaje telegráfico; tampoco deben presentar errores técnicos, ortográficos, gramaticales ni de puntuación. Los párrafos deben ser concisos, claros y con énfasis en las decisiones tomadas. Sin embargo, por solicitud expresa de algún participante, se anotan las discrepancias o aclaraciones necesarias. Cuando haya lugar a votaciones, se indica el número de votos emitidos a favor, en contra y en blanco. En caso de nombramientos, se registran los resultados y los nombres completos. Se indica el nombre de la persona que presenta una moción y no es necesario anotar el nombre de quienes se adhieren a ella. Cuando sea necesario mencionar la intervención de uno de los asistentes, se hace con su nombre completo. Para efectos de aprobación, se procederá a comunicar su contenido a través de correo electrónico, para que quienes intervinieron en la reunión manifiesten la aceptación del mismo o formulen las observaciones correspondientes. Después de 24 horas de enviado el contenido del acta inicial o modificada sin que se reciba por el mismo medio, observación al		

	contenido de la misma, ésta se entenderá aprobada y firmada por cada uno de los que se relacionan en ella. Dicho plazo podrá ajustarse cuando los presentes así lo dispongan por la complejidad de los temas tratados. **PARÁMETROS PARA LA ELABORACIÓN DE ACTAS** **TITULO Y NÚMERO**: Será responsabilidad del secretario de la reunión o de quien haga sus veces, la asignación de dicho consecutivo. **HORA DE INICIO Y DE FINALIZACIÓN**: Escribir la hora de inicio y de finalización de la reunión. **LUGAR**: Escribir el nombre del lugar o sede donde se realiza la reunión. **ASISTENTES**: Escribir nombres y apellidos en mayúscula sostenida de las personas que asisten a la reunión. Frente a cada nombre se escribe el cargo que ocupa en la organización, la dependencia a la cual pertenece y se citará su calidad de asistente: integrante del comité respectivo, equipo de trabajo, invitado, entre otros. **AGENDA DE LA REUNIÓN**: relacionar los temas a tratar, los puntos reglamentarios, (verificación de quórum y lectura y aprobación del acta anterior) y seguimiento a compromisos anteriores. **DESARROLLO DE LA REUNIÓN**: Describir brevemente, de forma clara y concreta lo tratado en la reunión para cada uno de los puntos de la		

	agenda. Se debe escribir a interlineado sencillo, entre renglones y dejar dos espacios entre párrafos (Escribir en tiempo pasado). **CONCLUSIONES DE LA REUNION:** Relacionar las conclusiones y decisiones de la reunión para su seguimiento, de manera resumida y concreta. Así mismo, si se programa nueva reunión, se escribe la fecha, la hora y el lugar de la próxima. **FIRMA DEL ACTA:** Deberá dejarse el siguiente texto: "La presente acta se entenderá aprobada y firmada por quienes se relacionan en la misma, si dentro de las 24 horas. siguientes a su envío mediante correo electrónico, o en plazo señalado por los asistentes, los relacionados en la misma manifiestan su aceptación o, no presentan observación alguna a su contenido". **ANEXOS**: Escribir el número de folios o el tipo de anexo. **DATOS DE QUIÉN PROYECTA Y REVISA**: Escribir un nombre y apellido de quien proyecta, seguido de slash (/) y un nombre y apellido de quien revisa.		
10	**COMUNICACIONES OFICIALES:** La expedición de comunicaciones oficiales está a cargo de funcionarios o empleados designados como responsables de área mediante acto administrativo o en el cumplimiento de sus funciones.		

	Se recomienda elaborar las comunicaciones en formato carta, oficio o A4, con logo, membrete y pie de página. Estos elementos deberían estar preferiblemente en todas las hojas. Cuando existan anexos en una comunicación, se recomienda hacer su identificación, descripción o aclaración dentro del texto. De acuerdo con sus objetivos, la comunicación tienen los siguientes usos: informar sobre un hecho, expresar necesidades o hacer solicitudes; regular o aclarar una situación; tramitar, desarrollar o agilizar un asunto; dar respuesta a una comunicación recibida; reiterar una información, un requerimiento o solicitud urgente; solicitar detalles sobre un asunto determinado; impugnar o corregir una situación; confirmar eventos ocurridos o pendientes; solicitar o remitir información, documentos u objetos; ofrecer agradecimientos, excusas o condolencias; felicitar, invitar o convocar, y hacer llamados de atención, entre otros. **PARÁMETROS PARA ELABORACIÓN DE COMUNICACIONES** **PARA**: (Destinatario): Nombre completo, en mayúscula sostenida. Debajo, denominación del cargo de los grupos de personas naturales o jurídicas, a quienes va dirigida la comunicación; en mayúscula sostenida. **ASUNTO:** Constituye la síntesis del tema de la circular; se escribe con mayúscula inicial.		

	CIUDAD Y FECHA: Nombre de la ciudad, seguida de coma (,) y de la fecha en que se emite la carta y oficio. **TEXTO**: Se debe escribir a espacio sencillo entre renglones y a dos entre párrafos, redactando el texto en forma clara, breve, directa, sencilla y cortés; omitiendo temas personales y exponiendo solo un asunto. **DESPEDIDA**: Expresión de cortesía breve, seguida de coma (,) (Ejemplo: Atentamente, Cordialmente,) o frase de cortesía terminada en punto (.) (Ejemplo: Agradecemos su gentil colaboración.).		
11	**MEMORANDOS** Son comunicaciones escritas que se utilizan para trasmitir información, orientaciones y pautas entre las dependencias locales, regionales, nacionales e internacionales y las líneas de coordinación jerárquica de la organización. El memorando puede tener uno de los siguientes objetivos: informar sobre un hecho en forma breve; expresar necesidades; hacer requerimientos; regular o aclarar una situación; tramitar, desarrollar o agilizar un asunto; dar respuesta a una comunicación recibida; reiterar información, requerimiento o solicitud urgente; conocer detalles sobre un aspecto determinado; impugnar o corregir una situación; confirmar eventos ocurridos o pendientes; solicitar o remitir información, documentos u objetos; felicitar, invitar o convocar a reuniones no protocolarias, y hacer llamados de atención, entre otros. Solo harán uso		

	de los memorandos la Subdirección Científica, Subdirección Administrativa y Gerencia, en los casos que se considere pertinente. **PARÁMETROS PARA LA ELABORACIÓN DE MEMORANDO:** **PARA**: (Destinatario): Nombre completo, en mayúscula sostenida. Debajo, denominación del cargo de los grupos de personas naturales o jurídicas, a quienes va dirigida la comunicación; en mayúscula sostenida. **ASUNTO:** Constituye la síntesis del tema de la circular; se escribe con mayúscula inicial. **CIUDAD Y FECHA**: Nombre de la ciudad, seguida de coma (,) y de la fecha en que se emite el memorando. **TEXTO**: Se debe escribir a espacio sencillo entre renglones y a dos entre párrafos, redactando el texto en forma clara, breve, directa, sencilla y cortés; omitiendo temas personales y exponiendo solo un asunto. **DESPEDIDA**: Expresión de cortesía breve, seguida de coma (,) (Ejemplo: Atentamente, Cordialmente,) o frase de cortesía terminada en punto (.) (Ejemplo: Agradecemos su gentil colaboración.).		
12	**CERTIFICADOS Y CONSTANCIAS** El certificado es un documento de carácter probatorio, público o privado, que asegura la veracidad y la legalidad de un hecho o acto solemne		

	(acontecimiento acompañado de formalidades necesarias para la validez de un acto judicial, juramento, ceremonia, norma y requiere registro notarial). La constancia es un documento de carácter probatorio, que no requiere solemnidad, puede ser personal. Según el hecho o el acto, se clasifican en constancias para: tiempo de servicio; experiencia; salarios u honorarios; clases de trabajo; jornada laboral; cumplimiento de comisiones y comportamiento del trabajador, entre otros. **CIUDAD Y FECHA**: Nombre de la ciudad, seguida de coma (,) y de la fecha en que se emite la constancia o certificado. **IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO:** Las expresiones: certifica o hace constar, según sea el caso, se escriben seguidas de dos puntos (:). Se ubican a cuatro o cinco interlíneas libres del cargo, centradas y en mayúscula sostenida. **TEXTO:** Cada párrafo del texto se inicia con la conjunción que, escrita en mayúscula inicial, a dos interlíneas libres de la identificación. En el primer párrafo debe incluirse el tratamiento, nombre completo del solicitante, en mayúscula sostenida y el número del documento de identidad. En los siguientes párrafos, al referirse al solicitante, se debe hacer por el tratamiento y el apellido. En el último párrafo se especifica el motivo por el cual se expide la certificación o la constancia y de		

	preferencia se incluye el destinatario. Los párrafos se separan entre sí, por una o dos interlíneas, según la extensión del texto. **REMITENTE Y FIRMAS RESPONSABLES:** En los siguientes párrafos, al referirse al solicitante, se debe hacer por el tratamiento y el apellido. En el último párrafo se especifica el motivo por el cual se expide la certificación o la constancia y de preferencia se incluye el destinatario. Los párrafos se separan entre sí, por una o dos interlíneas, según la extensión del texto		
13	**COMUNICADO EXTERNO** Es una comunicación escrita producida por la entidad, que tiene como objetivo entre otros, dar respuesta a las peticiones y denuncias de los clientes, enviar mensajes, presentar información o solicitudes, fuera de la Entidad. Puede ser dirigido a personas naturales y/o jurídicas, según sea el caso. El Comunicado Externo podrá ser enviado a través de correo electrónico, como documento adjunto, conservando los parámetros de elaboración y atendiendo lo dispuesto en el reglamento de peticiones, denuncias y recursos del Departamento, y en los procedimientos para trámite de comunicaciones. El Comunicado Externo será emitido única y exclusivamente por la Gerencia de la entidad. **PARÁMETROS DE ELABORACIÓN**		

	CIUDAD, RADICADO Y FECHA: La dependencia que elabora el comunicado escribe el nombre de la ciudad. La fecha y el número del radicado son asignados automáticamente por el Sistema de Gestión Documental. **DATOS DEL DESTINATARIO**: Escribir en el encabezado: señor, señora, doctor, doctora, según como corresponda; debajo, en mayúscula sostenida, los nombres y apellidos del destinatario; así mismo, en minúsculas el cargo y el nombre de la Entidad si está disponible, dirección completa de correspondencia, ciudad y departamento, aún tratándose de correspondencia local. No resaltar en negrilla. **REFERENCIA:** Síntesis del tema del comunicado externo; se debe escribir con mayúscula inicial y sin subrayar. Cuando se esté dando respuesta a un comunicado, se debe registrar el número y la fecha del radicado de entrada. La referencia se debe colocar al margen izquierdo de la hoja. **SALUDO**: Expresión breve de cortesía, seguida de punto (.), (Por ejemplo: Respetado doctor, reciba un cordial saludo.). **TEXTO**: Se escribe a un espacio entre renglones y a dos entre párrafos. Redactar el texto en forma clara, breve, directa, sencilla y		

	cortés, omitiendo temas personales y exponiendo sólo un asunto por comunicado. **DESPEDIDA**: Expresión de cortesía que puede ser breve, seguida de coma (,) (Ejemplo: Atentamente, Cordialmente,) o frase de cortesía terminada en punto (.) (Ejemplo: Agradecemos su gentil colaboración.). **DATOS DEL REMITENTE**: Nombres y apellidos en mayúsculas sostenidas. El cargo se anota en la línea siguiente con mayúscula inicial. No se debe centrar, ni subrayar o utilizar negrilla. **FIRMA**: La firma debe hacerse con esfero o bolígrafo de tinta negra. **ANEXOS**: Escribir el número de folios y el tipo de anexo. **COPIA:** Si el documento va con copia dirigida a una tercera persona, deberá indicar el nombre completo, cargo, la Entidad y/o dirección de correspondencia, si es el caso, y se colocan dos (2) espacios; si el documento lleva anexos, se colocan dos (2) espacios debajo de los mismos. **DATOS DE QUIÉN PROYECTA Y REVISA:** Consignar un nombre y apellido de quien proyecta, seguido de slash (/) y un nombre y apellido de quien revisa,		
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			

Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento
Artículo 269 de la Constitución Política de Colombia	Documento externo	Las entidades públicas y las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley.
Ley 1712 del 6 de marzo de 2014	Documento Externo	Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1499 de 2017	Documento Externo	Modificó el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión, determinando su objeto e instancias de dirección y coordinación; y adoptó la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual debe adoptarse por los organismos y entidades de los órdenes nacionales y territoriales
Resolución N° 090 del 05 de marzo de 2021	Documento Externo	Por medio de la cual se adopta el mapa de procesos de la E.S.E. Hospital San Juan De Dios Pamplona.
Versión inicial de la presente guía	Documento Interno	Guía para la elaboración y control de documentos versión V.00.
Versión 01 de la presente guía	Documento Interno	Guía para la elaboración y control de documentos versión V.02.

HISTORIA DE MODIFICACIONES			
Versión	**Naturaleza de cambio**	**Fecha de cambio**	**Aprobación de cambio**
V.00	Creación del documento	Mayo 2014	Junio 2014
V.01	Actualización	Abril 2021	Junio 2021
V.02	Actualización en formato por cambio de logo de conformidad con acta 016 de comité MIPG y cambio en el modelo operacional institucional, normas y fondo de texto	24 de febrero de 2025	Comité de MIPG acta 02 de febrero del 2025 Resolucion 061 del 25 de febrero del 2025