



MANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



*En Homeris la atención es más
Cálida y Humanizada*



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

FECHA	CAMBIO	VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	REVISIÓN
30/12/2024	Implementación del documento	001	001	30/12/2024
29/10/2025	Se cambió el alcance del numeral 6.2.5 de acuerdo con recomendación de ICONTEC	001	002	29/10/2025
13/11/2025	Se cambió el alcance del numeral 6.2.5 de acuerdo con recomendación de ICONTEC de eliminar la palabra investigación en el proceso de Docencia Servicio teniendo presente que Investigación aún no está estandarizado en la institución, se deja actualizado el Mapa de Procesos en el cual se eliminó la palabra investigación	002	003	13/11/2025

ELABORÓ: Anthony Rodríguez Pico	REVISÓ: Dra. Deissy Vélez	APROBÓ: Federico Restrepo
Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Subgerente Administrativa y Financiera	Cargo: Gerente



1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Metal Universitario de Risaralda (HOMERIS) se dedica al cuidado integral de la salud mental, buscando promover el bienestar emocional y psicológico a través de servicios de alta calidad, basados en principios de ética, respeto y humanización. Este manual refleja el compromiso institucional con la mejora continua, la seguridad del paciente y el cumplimiento de requisitos conforme con la NTC ISO 9001:2015, mediante la adopción de procesos Misiones, Estratégicos, de Apoyo y Control.

En el ámbito de la salud mental, este manual refleja nuestro compromiso con la atención integral y humanizada, garantizando la seguridad y el bienestar de nuestros pacientes, al tiempo que promovemos la eficacia de nuestros procesos y fortalecemos la confianza de nuestras partes interesadas.

2. OBJETIVO

El presente Manual tiene como propósito establecer las disposiciones generales que garantizan la calidad en los servicios ofrecidos por el Hospital Mental Universitario de Risaralda, promoviendo la mejora continua en todas las áreas de la organización y asegurando la satisfacción de los pacientes, sus familias y demás partes interesadas, mediante una gestión eficiente y efectiva de los procesos institucionales.

3. ALCANCE

El presente documento aplica para todos los procesos definidos en el mapa de procesos del Hospital Mental Universitario de Risaralda

4. DEFINICIONES

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso) cumple con los requisitos.

ISO 9001: Es una norma técnica colombiana que especifica requisitos orientados principalmente a dar confianza en los productos y servicios proporcionados por una organización y por lo tanto aumentar la satisfacción del cliente.



Gestión de la Calidad: La gestión de la Calidad puede incluir el establecimiento de políticas de la calidad, los objetivos de la calidad, los procesos para lograr estos objetivos de la calidad a través de la planificación de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el control de la calidad.

5. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del profesional responsable de Calidad mantener actualizado el presente documento, así como velar por las disposiciones aquí dispuestas.

Es responsabilidad de todo el personal cumplir las disposiciones descritas en el presente documento y de los documentos que de este se desprenden

6. DESCRIPCIÓN

6.1. RESEÑA HISTORICA

El **Hospital Mental Universitario de Risaralda** tiene sus orígenes en 1968, cuando inició su funcionamiento como *Hogar de Mendigos y Centro de Salud Mental*, bajo la dirección del médico psiquiatra **Federico Guillermo Klinkey**. Durante esta etapa, el Dr. Klinkey diseñó las primeras unidades mentales adscritas a los hospitales generales, prestando atención a cerca de **100 pacientes**.

En **1979**, la institución adoptó el nombre de **Hospital Mental de Risaralda (HOMERIS)**, bajo la dirección del médico psiquiatra **Edgar Beltrán**. Durante su gestión se realizaron importantes mejoras en la infraestructura, entre ellas la renovación de la cafetería, los servicios sanitarios y el fortalecimiento de la atención alimentaria a los pacientes.

Posteriormente, en **1997**, la institución fue reestructurada como **Empresa Social del Estado Hospital Mental Universitario de Risaralda**, con el propósito de prestar un servicio público a cargo del Estado. Desde entonces, su misión se ha centrado en garantizar la atención integral en salud mental a toda la comunidad del departamento, incluyendo en su ámbito de acción las áreas de **investigación, docencia, atención asistencial, promoción, prevención, tratamiento y readaptación social**.



6.2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

El Hospital Mental Universitario de Risaralda es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana complejidad, ubicada estratégicamente en la ciudad de Pereira, Risaralda. Nos respaldamos en un equipo de grandes profesionales en el área de la salud mental, junto con personal administrativo y contratistas altamente comprometidos, quienes trabajan de manera conjunta para garantizar una atención de calidad en los servicios que ofrecemos.

Nuestra labor se fundamenta en el compromiso con el bienestar de nuestros colaboradores, proveedores, la comunidad en general y el entorno. Por ello, asumimos cada una de nuestras actividades con responsabilidad y dedicación, contribuyendo de manera activa al desarrollo económico y social de la región.

6.2.1 MISIÓN

Prestar servicios de salud mental integrales, cálidos, y humanizados al paciente, familia, y comunidad; procurando reducir el estigma de la enfermedad mental, y favoreciendo la recuperación e inclusión social.

6.2.2 VISIÓN

Para el año 2028 seremos un hospital mental universitario acreditado, reconocido a nivel nacional e internacional por prestar servicios integrales, cálidos y humanizados; así como por su vocación docencia servicio e investigación.

6.2.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda se compromete a brindar servicios de salud mental integrales, accesibles, seguros y humanizados, cumpliendo con altos estándares de calidad y con los requisitos aplicables, garantizando la satisfacción de todas las partes interesadas y fomentando una cultura de mejoramiento continuo; a través de un modelo de atención centrado en la persona, buscamos promover, proteger y mejorar la salud de nuestra población objetivo, logrando los mejores desenlaces clínicos, mediante una atención equitativa, con enfoque diferencial y sin discriminación; asegurando una asignación eficiente de recursos, el fortalecimiento de las competencias del personal y la implementación de buenas prácticas en salud

mental, alineados con la atención primaria y los lineamientos de salud pública, priorizando la promoción y el mantenimiento de la salud de acuerdo a nuestro nivel de complejidad.



6.2.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y DE LA CALIDAD.



Prestar Servicios de Salud Mental Humanizados y de Calidad.



Lograr la Acreditación como Hospital Universitario.



Conservar la Estabilidad Financiera de la Institución.



Mantener un buen ambiente de trabajo para los colaboradores.



6.2.5 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Prestación de servicios de salud intramural de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica en terapia ocupacional y fisioterapia, de mediana complejidad en servicio farmacéutico. De atención inmediata de mediana complejidad en urgencias. De consulta externa de mediana complejidad en psiquiatría y otras consultas de especialidad. De baja complejidad en enfermería, medicina general, y psicología. De internación de mediana complejidad en hospitalización en salud mental y hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas. Prestación de servicios de Docencia.

6.2.6 VALORES CORPORATIVOS

Bondad: Trabajar con compromiso, vocación, generosidad y alegría.

Diligencia: Cumplir cabalmente con las funciones y responsabilidades asignadas

Empatía: Atender las necesidades y preocupaciones de las personas como me gustaría ser tendido.

Humanización: Atender al paciente de manera integral, respetando sus derechos, cultura y condición humana.

Respeto: Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas con sus virtudes y defectos, procurando mantener relaciones sanas instituciones tanto con usuarios, como con colaboradores

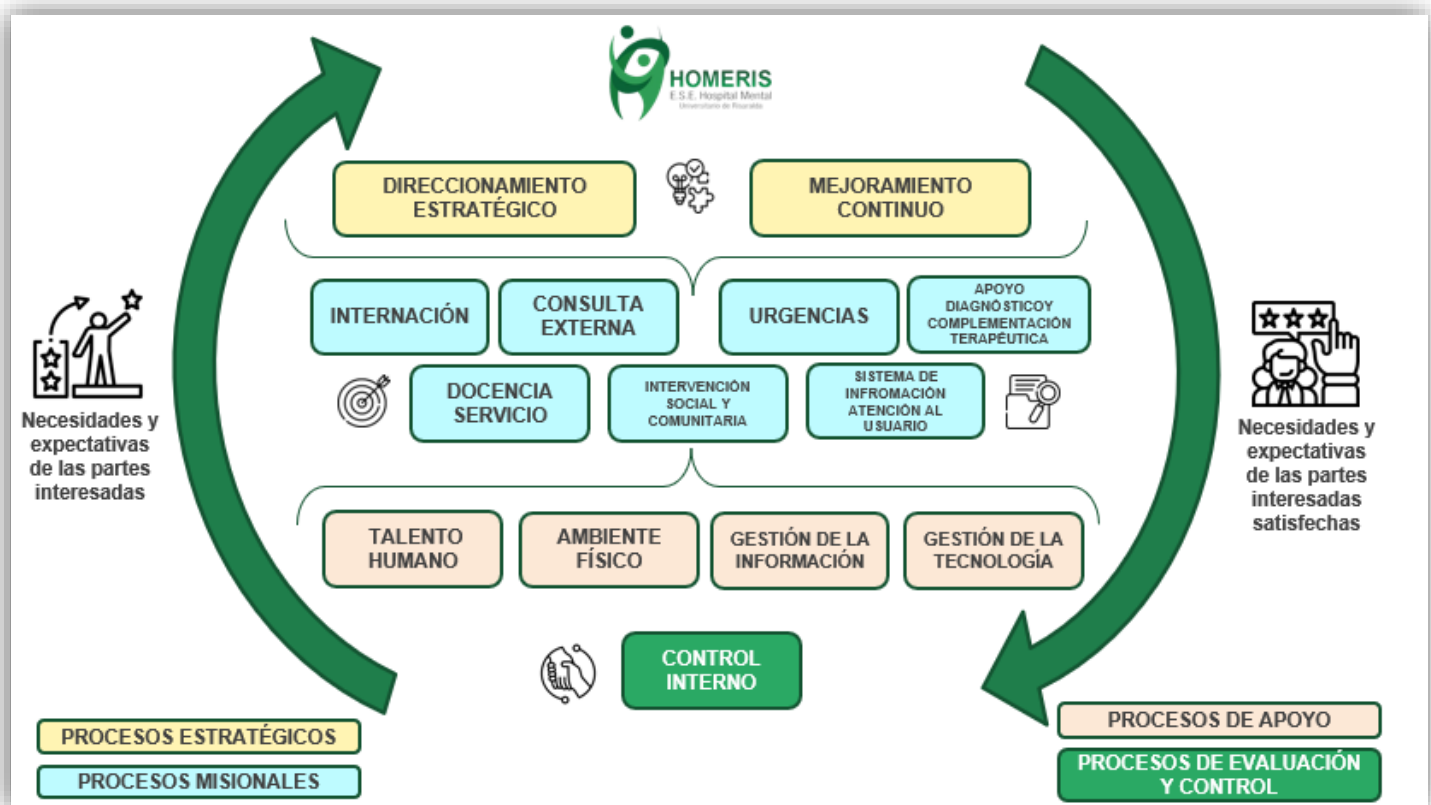
6.3. REQUISITOS NO APLICABLES

Requisito No Aplicable: 8.3 – Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios.

Justificación: Se declara requisito No Aplicable del Sistema de Gestión de la Calidad el numeral 8.3 – Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios debido a que los procesos de la organización no realizan diseño para la prestación del servicio ya que se adopta las Políticas y Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. La no aplicación de este requisito no afecta la capacidad o la responsabilidad de la organización de asegurarse de la conformidad de los servicios y del aumento en la satisfacción del cliente, o del cumplimiento de los requisitos reglamentarios aplicables a los prestadores de servicios de salud.

6.4. MAPA DE PROCESOS

El Hospital Mental Universitario de Risaralda identifica los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad, así como sus interacciones, según se muestra en la siguiente gráfica:



6.5 RELACIÓN DE LOS PROCESOS VS REQUISITOS ISO 9001:2015



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

 PROCESOS		MACROPROCESOS													
		ESTRATÉGICOS		MISIONALES								APOYO			CONTROL INTERNO
		Direccionamiento Estratégico y Gerencial	Mejoramiento Continuo	Interacción	Consulta Externa	Urgencias	Apoyo Diagnóstico Complementario	Terapéutico	Docencia de Servicio e Investigación	Social y Comunitaria	Formación y Atención al Talento Humano	Gestión del Ambiente Físico	Gestión de la Información	Gestión de la Tecnología	Gestión de Evaluación y Resultados
NRO	DESCRIPCIÓN	CAPÍTULO 4 - CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN													
4.1	Compresión de la Organización y de su Contexto	x													
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	x													
4.3	Determinación del Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad	x													
4.4	Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos														
4.4.1	Procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.4.2	Información documentada		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CAPÍTULO 5 - LIDERAZGO															
5.1	Liderazgo y compromiso														
5.1.1	Generalidades liderazgo y Compromiso del Sistema de Gestión de la calidad	x													
5.1.2	Enfoque al Cliente	x													
5.2	Política de Calidad														
5.2.1	Establecimiento de la Política de Calidad	x	x												
5.2.2	Comunicación de la Política de Calidad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5.3	Roles, Responsabilidades y Autoridades en la organización	x									x				
CAPÍTULO 6 - PLANIFICACIÓN															
6.1	Acciones para abordar los riesgos y oportunidades														
6.1.1	Determinar Riesgos y Oportunidades	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.1.2	Planificar acciones para abordar los riesgos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos														
6.2.1	Establecimiento de objetivo de la calidad	x	x												
6.2.2	Planificación de objetivos de calidad	x	x												
6.3	Planificación de los Cambios		x												
CAPÍTULO 7 - APOYO															
7.1	Recursos														
7.1.1	Recursos necesarios para la mejora continua del SGC	x													
7.1.2	Personas										x				
7.1.3	Infraestructura											x			
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos										x	x			
7.1.5	Recursos de Seguimiento y medición														
7.1.5.1	Generalidades											x			
7.1.5.2	Trazabilidad de las mediciones											x			
7.1.6	Conocimientos de la organización											x			
7.2	Competencia														
7.3	Toma de conciencia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7.4	Comunicaciones		x												
7.5	Información Documentada														
7.5.1	Generalidades		x												
7.5.2	Creación y Actualización		x												
7.5.3	Control de la información documentada														
7.5.3.1	Disponibilidad y Protección de la información documentada		x												
7.5.3.2	Distribución, almacenamiento, control y conservación de la información documentada		x												
CAPÍTULO 8 - OPERACIÓN															
8.1	Planificación y control operacional														
8.2	Requisitos para los productos y servicios														
8.2.1	Comunicación con el cliente	x		x	x	x	x	x	x	x	x				
8.2.2	Determinación de los Requisitos para los productos y servicios	x													
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios														
8.2.3.1	Capacidad de cumplir con los requisitos de productos y servicios	x													
8.2.3.2	Conservar información documentada sobre revisión de requisitos	x													
8.2.3.4	Cambios en los requisitos para los productos y servicios	x													
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente														
8.4.1	Conformidad de los servicios externos con los requisitos										x	x			
8.4.2	Tipo y alcance del control										x	x			
8.4.3	Información de los proveedores externos										x	x			
8.5	Producción y provisión del servicio														
8.5.1	Control de la producción y la prestación del servicio			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.5.2	Identificación y trazabilidad			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.5.4	Preservación			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.5.6	Control de los cambios			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.6	Liberación de los productos y servicios														
8.7	Control de las salidas no conforme														
8.7.1	Identificación y control de las salidas no conforme			x	x	x	x	x	x	x	x				
8.7.2	Identificación documentada de las salidas no conformes			x	x	x	x	x	x	x	x				
CAPÍTULO 9 - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO															
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación														
9.1.1	Generalidades				x	x	x	x	x	x	x				
9.1.2	Satisfacción del cliente										x				
9.1.3	Análisis y evaluación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9.2	Auditoría Interna														
9.2.1	Conformidad del Sistema de Gestión de Calidad		x												
9.2.2	Programas de auditorías internas		x												
9.3	Revisión por la dirección														
9.3.1	Revisión de conveniencia, adecuación, eficacia y alineación del SGC	x													
9.3.2	Entradas de la revisión por la dirección	x													
9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección	x													
CAPÍTULO 10 - MEJORA															
10.1	Mejora														
10.2	No conformidad y Acción Correctiva														
10.2.1	Ocurrencia de las No conformidades	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10.2.2	Información documentada de las no conformidades			x	x	x	x	x	x	x	x				
10.3	Mejora continua														
		x	x												

6.6 COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN CON EL SGC

La Alta Dirección del Hospital Mental Universitario de Risaralda reafirma su compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), garantizando su adecuada implementación, mantenimiento y mejora continua. Este compromiso se materializa a través de asignación de recursos para la necesaria ejecución de los procesos, evaluaciones sistematizadas periódicas de resultados, asegurar que todas las acciones emprendidas contribuyan a la sostenibilidad y continuidad del hospital.

La Alta Dirección se compromete a liderar con el ejemplo, promoviendo una cultura de calidad, excelencia y responsabilidad en todas las áreas del hospital. Este compromiso refleja nuestra visión de ofrecer servicios de salud mental confiables y humanizados, en beneficio de nuestros pacientes y de la comunidad.

6.7 REQUISITOS DE CLIENTES Y PARTES INTERESADAS

El Hospital Mental Universitario de Risaralda, identifica los requisitos o necesidades de sus usuarios y partes interesadas a través de la siguiente matriz de requisitos e impactos en el sistema de gestión de la calidad:

PARTES INTERESADAS		REQUISITOS	IMPACTO AL SGC
LEGAL	Ministerio de salud	Enfoque social en Salud	Matriz de cumplimiento legal.
	Superintendencia Nacional de Salud	Cumplimiento de la normatividad establecida	Matriz de cumplimiento legal.
	Gobernación de Risaralda	Cumplimiento de la normatividad establecida.	Monitoreo a la normatividad.
	Secretaría de Salud Departamental	Desarrollo de políticas según el Plan de Desarrollo Departamental	Matriz de cumplimiento legal.
	INVIMA	Responsabilidad Sanitaria	Matriz de cumplimiento legal.
		Cumplimiento en los pagos	



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

ECONÓMICO	Proveedores	Adecuada planificación de los pedidos.	Comunicación con proveedores (Matriz de comunicación)
	Paciente y Familias	Atención informada, segura, humanizada y de alta calidad.	Satisfacción del cliente
	Empleados de la Clínica	Adecuado clima organizacional Estabilidad laboral	Estructuración del Proceso de Gestión Humana
ACADÉMICO	Institutos	Cumplir con el contrato y convenio establecido	Seguimiento al convenio docente asistencial
SOCIAL	Ciudadanía	Servicio Humanizado	Sistema Integrado de Gestión
	Aseguradora	Respeto a los deberes y derechos	
AMBIENTAL	Autoridades Ambientales Colombianas	Cumplimiento de la normatividad Ambiental	Matriz de cumplimiento legal.

6.8 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

6.8.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS

CT-DEG-001 Direccionamiento Estratégico y Gerencial

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				CÓDIGO: CT-DEG-001 VERSIÓN:002 FECHA: 08 DICIEMBRE 2024	
PROCESO:		Direccionamiento Estratégico				TIPO DE PROCESO	Estratégico
OBJETIVO:		Asegurar la gestión estratégica, administrativa, financiera y jurídica de la institución, optimizando los recursos para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.				Participantes	
RESPONSABLE:		Gerente				Junta directiva, Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia Clínica, Control Interno, Revisoría Fiscal, Coordinador de Planeación, Asesor Jurídico externo, Coordinador de facturación, Coordinador de Calidad	
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA	
Resultados de Indicadores Requisitos Legales y normativos Lineamientos de la junta directiva Plan de Desarrollo departamental Información financiera y contable Requisitos contractuales		Programar la elaboración y seguimiento del Plan de desarrollo Proponer el presupuesto Anual de acuerdo a las necesidades de Recursos Estructurar cronograma de facturación y conciliación de cartera	Construcción y seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo Ejecución presupuestal y gestión de recursos Emisión de facturación y recaudo de cartera	Verificación de la construcción y ejecución de actividades del plan de desarrollo y plan presupuestal por cada componente Cotejar el recaudo y rotación de cartera		Planes y Estrategias aprobados Resultados Administrativos Informes Financieros Resultados Jurídicos Soportes de la Gestión del Plan de Desarrollo y Gerencial Presupuesto anual y su ejecución	
PROVEEDORES		Programar revisión periódica de la Matriz de Requisitos				CLIENTES	
INTERIORS	EXTERIORS	Análisis de la viabilidad de la relación contractual Definición de canales y herramientas de comunicaciones Definir actividades de seguimiento al sistema de gestión de la Calidad Plan de trabajo del Eje de Responsabilidad social y atención centrada en el usuario y su familia Identificación de las necesidades de la institución	Gestión de la contratación Comunicación, capacitación y orientación del personal sobre lineamientos y políticas institucionales Revisión del desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad Llevar a cabo actividades del Eje de Responsabilidad social y atención centrada en el usuario y su familia Gestión de proyectos	Verificación periódica de los controles del cumplimiento de requisitos Seguimiento al cumplimiento de las condiciones pactadas Revisar la cobertura de la difusión a las partes interesadas de los lineamientos institucionales, conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad Cumplimiento al plan de trabajo del eje de responsabilidad social y atención centrada en el usuario Seguimiento a los avances de los proyectos	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	INTERIORS	EXTERIORS
Subgerencia Administrativa y Financiera Subgerencia Asistencial Proceso Mejoramiento Continuo	Ministerio de Salud y Entidades de Control Entidades Financieras Gobernación de Risaralda Sindicato					Subgerencia Administrativa y Financiera Subgerencia Asistencial Personal de la institución	Pacientes y sus familias Proveedores de Bienes y Servicios Ministerio de Salud, entidades de control Comunidades cercanas Otras entidades públicas y privadas
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES	
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2.1, 6.2.3, 7.1.1, 7.3, 8.2, 8.2.3, 9.1.3, 9.3, 10.1, 10.2 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Equipo de planeación, subgerencia administrativa, financiero, jurídico y otras áreas de apoyo. Tecnológicos: Software de gestión hospitalaria, herramientas de seguimiento financiero y jurídico. Físicos: Infraestructura para reuniones y gestión documental. Financieros: Presupuesto asignado al proceso		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS					
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos					
CONTROL DE CAMBIOS							
DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO							
FECHA VIGENCIA							
001							
Creación del documento							
09/12/2024							



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

CT-MC-001 Mejoramiento continuo

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO				CÓDIGO CT-MC-001	
						VERSIÓN: 001	
						FECHA: 13/NOVIEMBRE/2024	
PROCESO:		Mejoramiento Continuo				TIPO DE PROCESO:	Estratégico
OBJETIVO:		Asegurar un sistema de gestión de la calidad adecuado, conveniente y eficaz que promueva la mejora continua en los procesos, a través de la identificación, análisis de oportunidades de mejora, garantizando la atención centrada en el paciente, la promoción de la cultura de la calidad y el cumplimiento de los estándares del sistema.				PARTICIPANTES:	Gerencia General, Coordinador Planeación, Subgerencia Administrativa, Control Interno, Auditores Internos
RESPONSABLE:		Coordinador de Calidad					
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA	
Resultados Indicadores de gestión Resultados de Auditorías internas y externas Reportes de No conformidades, Salidas No conformes y eventos adversos Requisitos normativos, estándares y lineamientos Requerimiento de información documentada de los procesos Reporte de cambios institucionales		Definición del Plan y programa de Auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad Programar reuniones periódicas del desarrollo de los procesos Programar reuniones periódicas de información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad	Elaborar auditorías internas y externas del Sistema de Gestión de la Calidad Realizar la revisión periódica de indicadores de gestión de los procesos Crearlos, estandarización y control de la información documentada	Analizar los resultados de las auditorías internas y la eficacia de las acciones tomadas Validar el cumplimiento de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y la gestión de las acciones tomadas frente a las acciones Revisar periódicamente los documentos, actualizaciones y disponibilidad de la información documentada en los puntos de uso	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Acciones correctivas y de mejora Información documentada estandarizada del Sistema de gestión Cumplimiento de estándares de acreditación en salud y normalidad vigente. Gestión del cambio documentada	
PROVEEDORES		INTERIOS	EXTERNOS			CLIENTES	INTERIOS
Todos los procesos Auditores Internos		Organismos de acreditación y certificación. Entes de control y vigilancia en salud.	Plan de trabajo del eje de riesgos Identificación de cambios institucionales Programar fechas límites de reportes a entes de control y aseguradores Proyectar líneas de tiempo para el desarrollo de la ruta crítica del PMMC Plan de trabajo de Eje de mejora continua Cronograma de actividades de capacitación	Identificar, analizar, priorizar y monitorear los riesgos institucionales de acuerdo al cumplimiento a los fines de la gestión del cambio Realizar los reportes a los entes de control y aseguradores Desarrollar actividades programadas de la ruta crítica del PMMC Usar a cabo actividades del Eje de mejora continua Dar cumplimiento a las actividades del cronograma de capacitación		Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Entes de vigilancia y control Entes certificadores Aseguradores
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES	
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.4.1, 4.4.2, 4.4.3, 5.2.1, 5.2.2, 6.1, 6.2, 7.1.1, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.2, 8.2.3, 9.1, 9.1.3, 9.2, 9.3, 10.1, 10.2.1, 10.2.2, 10.3 Estándares de Acreditación Resolución 3100 de 2019		Humanos: Coordinador de Calidad, Auditores Internos, Equipo de gestión de riesgos, líderes de procesos, Personal asistencia, Asesores externos Tecnológicos: Software de gestión documental, Canales de comunicación internos, Equipos de cómputo, Herramientas estadísticas Físicos y documentales: Políticas y manuales del SGC, Procedimientos documentales, Informes de auditorías previas, NTC y Estándares de acreditación en salud, equipos para recursos, tableros físicos o virtuales		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS					
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos					
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				FECHA VIGENCIA	
001		Creación del documento				09/12/2024	

6.8.2. PROCESOS MISIONALES

CT-CE-001 Consulta Externa

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN CONSULTA EXTERNA				CÓDIGO CT-CE-001	
						VERSIÓN:001	
						VIGENCIA: 10 DICIEMBRE 2024	
PROCESO:		Consulta Externa				TIPO DE PROCESO	Misional
OBJETIVO:		Brindar atención ambulatoria especializada en salud mental, brindando un servicio de calidad, con enfoque humanizado y un plan de tratamiento integral que promueva la evolución satisfactoria del paciente.				PARTICIPANTES	Psiquiatras, Psicólogos, trabajadores sociales, Terapeutas ocupacionales, auxiliar administrativo, Call center, Auxiliar de citas, facturación, subgerente gerencial
RESPONSABLE:		Coordinador de Consulta Externa					
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA	
Pacientes con necesidad de atención en Salud Mental		Definición de los registros para la atención del paciente	Realizar la asignación y integración de citas de acuerdo a la disponibilidad de agenda de los especialistas en salud mental	Medición de demanda insatisfechas en las asignaciones de citas y disponibilidad de agenda con profesionales especializados en salud mental	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Pacientes con plan de tratamiento dirigido	
		Diseñar un proceso eficiente para la recepción y facturación de los pacientes con citas convenientemente asignadas	Realizar la facturación y orientación al paciente	Derechos del paciente para acceder a la atención			
		Definir el tiempo de atención del paciente por consulta de primera cita y de seguimiento	Atención especializada en salud mental	Intervención de atención terapéutica de primera línea del paciente y su plan de tratamiento definido			
		Diseñar el plan de seguimiento de acuerdo al diagnóstico	Completar el plan de tratamiento del paciente, asegurándole de que este comprende los pasos a seguir, los posibles efectos secundarios de los medicamentos, la duración del tratamiento y la importancia del mismo	Estandarización del plan de manejo del tratamiento insatisfecho			
PROVEEDORES		INTERIOS	EXTERNOS			CLIENTES	
INTERIOS		EXTERNOS				INTERIOS	EXTERNOS
Admisión y Facturación Interacción		Aseguradoras Regimen Especial Familias y cuidadores	Plan de trabajo del Eje de Humanización y seguridad del paciente Programa de socialización y sensibilización de guías de atención, procedimientos y protocolos Reporte de incidentes, eventos adversos y salidas no conformes Aplicación de guías de atención, procedimientos y protocolos	Verificar que el paciente tenga acceso de control de seguimiento y está concordado con los recursos de apoyo adecuados antes de salir del hospital Cumplimiento al plan de trabajo del Eje de Humanización, seguridad del paciente y el cumplimiento de la acreditación Gestión del incidente, evento adverso y salida no conforme Adherencia a las guías de atención, procedimientos y protocolos	CADRI TECAR Urgencias	Aseguradoras Familias y cuidadores Farmacia Ambulatoria	
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES	
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001: 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.2, 7.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2.1, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.3 Matriz de Riesgos Legales		Humanos: Especialistas en Salud Mental, personal de apoyo (Enfermeros y trabajadores sociales) Tecnológicos: Sistemas de información clínica, Integralidad de datos Físicos: consultorios adecuados, salas de espera cómodas, material de apoyo terapéutico, Sala de TECAR		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS					
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos					
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO					FECHA
001		Creación del Documento					10 Diciembre 2024



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

CT-IN-001 Internación

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN PROCESO INTERNACIÓN			CÓDIGO: CT-IN-001		
					VERSIÓN:001		
					VIGENCIA:10 DICIEMBRE 2024		
PROCESO:		Internación (Hospitalización hombres, mujeres, imputables)			TIPO DE PROCESO	Misional	
OBJETIVO:		Garantizar un entorno seguro, terapéutico y ético, promoviendo la recuperación, la rehabilitación y el bienestar del paciente, a través de un enfoque multidisciplinario que incluya atención médica, psicológica, ocupacional y social. Además, se busca asegurar la continuidad del tratamiento post hospitalización y la integración del paciente a su entorno social y familiar			PARTICIPANTES	Auxiliares de Enfermería, Jefes de enfermería, Químico Farmacéutico, comité de seguridad del paciente, comité ética hospitalaria, Trabajadores sociales, Psiquiatras, Psicólogos, Médico General, Subgerencia Asistencial	
RESPONSABLE:		Coordinadora de enfermería					
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA	
Pacientes con plan de tratamiento en Salud Mental		Identificar los criterios de atención y admisión al servicio de internación	Realizar el ingreso administrativo del paciente verificando la documentación requerida y diligenciada al proceso	Documentación completa para el ingreso al servicio	Pacientes con evolución en su plan de tratamiento		
		Establecer cronograma de turnos de especialistas en atención en salud mental	Realizar una evaluación integral del paciente al momento del ingreso, que incluya la revisión de la historia clínica, diagnóstico, comorbilidades y condición	Reevaluación del plan de tratamiento en función de la respuesta del paciente y ajustar los tiempos según los resultados obtenidos			
PROVEEDORES		Identificación del plan de tratamiento a asignar					
INTERNOS		Identificar los criterios para la adecuada remisión o egreso del paciente				INTERNOS	
EXTERNOS						EXTERNOS	
Consulta Externa Urgencias		Asignaciones Regimen Asignar Familias y cuidadores				Implementación de Acciones correctivas y de mejora	TECAR Consulta Externa CADRI
		Plan de trabajo del Eje de Humanización y seguridad del paciente				Servicios de ambulancia Laboratorios clínicos Farmacia Ambulatoria, Assegurados Familias y cuidadores	
		Cronograma de socialización y rehabilitación de guías de atención, procedimientos y protocolos					
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES	
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001: 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.2, 7.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.3 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Especialistas en Salud Mental, personal de apoyo (Enfermeros y trabajadores sociales) Tecnológicos: Sistemas de información clínica, seguridad de datos Físicos: consultorios adecuados, salas de espera cómodas, material de apoyo terapéutico, unidades de hospitalización		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS					
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos					
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				FECHA VIGENCIA	
001		Creación del Documento				10 Diciembre 2024	

CT-UR-001 Urgencias

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN PROCESO URGENCIAS			CÓDIGO: CT-UR-001		
					VERSIÓN:001		
					VIGENCIA:10 DICIEMBRE 2024		
PROCESO:		Urgencias (Agudos)		TIPO DE PROCESO	Misional		
OBJETIVO:		Brindar atención urgente, integral y de alta calidad a pacientes con trastornos mentales agudos, garantizando una intervención rápida, efectiva y segura ante situaciones de crisis. El proceso busca estabilizar a los pacientes en condiciones críticas, proporcionando una atención médica y psicosocial que contemple un diagnóstico preciso, un tratamiento adecuado y un manejo adecuado del riesgo		PARTICIPANTES	Auxiliares de Enfermería, Jefes de enfermería, Químico Farmacéutico, comité de seguridad del paciente, comité ética hospitalaria, Trabajadores sociales, Psiquiatras, Psicólogos, Médico General, Subgerencia Asistencial		
RESPONSABLE:		Coordinador de enfermería					
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA	
Pacientes clasificados agudos que requieren atención inmediata		Identificar los criterios de atención y admisión al servicio de urgencias	Realizar el ingreso administrativo del paciente verificando la documentación requerida y diligenciada al proceso	Documentación completa para el ingreso al servicio y la validación de derechos	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Pacientes estabilizados con plan de tratamiento	
		Establecer los criterios de clasificación de pacientes (Triage) según la prioridad de atención	Evaluar al paciente según el protocolo establecido, priorizando los casos más críticos para atención inmediata	Correcta aplicación del sistema de priorización (triage) y su impacto en la atención oportuna			
		Identificación del plan de tratamiento a asignar	Proporcionar tratamiento de emergencia inmediata basado en el diagnóstico inicial del paciente	Eficacia del tratamiento inicial instaurado			
		Identificar los criterios para la adecuada remisión o egreso del paciente	Completar todos los planes administrativos para el egreso formal del paciente, incluyendo la entrega de documentos, notificaciones de tramitación, y guías para el seguimiento	Paciente tenga orden de control de seguimiento y esté convalidado con los recursos de apoyo adecuados antes de dejar el hospital			
PROVEEDORES						CUENTES	
INTERNOS	EXTERNOS					INTERNOS	EXTERNOS
Consulta Externa CADRI	Aseguradoras Regimen Especial Familias y cuidadores					Consulta Externa CADRI TECAR Internación	Farmacia Ambulatoria Familias y cuidadores
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES	
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001: 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.2, 7.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.3 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Especialistas en Salud Mental, personal de apoyo (Enfermeros y trabajadores sociales) Tecnológicos: Sistemas de información clínica, seguridad de datos Físicos: consultorios adecuados, salas de espera cómodas, material de apoyo terapéutico,		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS					
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos					
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				FECHA VIGENCIA	
001		Creación del Documento				10 Diciembre 2024	

CT-SIAU-001 Sistema de Atención e Información al Usuario

		E.S.E. HOSPITAL PSICIATRIA DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN SIAU				CÓDIGO: CT-SIAU-001 VERSIÓN: 001 VIGENCIA: 10 DICIEMBRE 2024			
PROCESO:		Sistema de Información y Atención al Usuario				TIPO DE PROCESO		Misional	
OBJETIVO:		Proveer un servicio de información electrónica, accesible y transparente a los usuarios del hospital, garantizando que reciban atención de calidad, orientada al bienestar del paciente y en cumplimiento con las normativas de confidencialidad, privacidad, seguridad y protección de datos.				PARTICIPANTES		Aseor jurídico externo, trabajadores sociales, comité de humanización, comité de ética hospitalaria, Subgerencia Administrativa, Asociación de usuarios	
RESPONSABLE:		Trabajador Social							
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	VALIDA			
Solicitudes de información y atención de usuarios y familias Manifestaciones (PQRSF)		Definición de canales de comunicación y atención a las familias y los usuarios Programar actividades de la política de Participación social en salud Programar apertura de buzones de sugerencias	Planificación y orientación de los usuarios y sus familias por los medios Realización de actividades programadas en el cronograma de la política de Participación social en salud Ejecución, verificación de manifestaciones y generación de informes	Seguimiento a la resolución de inquietudes de los usuarios y familias Cumplimiento de las actividades del cronograma de la política de Participación social en salud Acciones tomadas a las respuestas por quejas de usuarios y familias	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Informes de satisfacción y de manifestaciones Información y orientación brindada al usuario y sus familias Respuestas a las manifestación			
PROVEEDORES						CLIENTES			
INTERNOS	EXTERNOS					INTERNOS	EXTERNOS		
Registro y facturación Intervención Urgencias Consulta Externa CADRI Farmacia	Entidades reguladoras de salud Aseguradoras Atención psicosocial externa Usuario y su familia Farmacia	Plan de trabajo del Eje de Humanización y seguridad del paciente Definición del tamaño de muestra de la encuesta de satisfacción del usuario Cronograma de socialización y sensibilización de guías de atención, procedimientos y protocolos				Gerencia General	Entes de control Aseguradoras Asociación de Usuarios Pacientes y sus familias		
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES			
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1.5.2.6.1, 6.2.1, 6.2.3, 7.1.1, 7.3, 8.2, 8.2.3, 9.1, 9.3, 10.1, 10.2 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Jurídico externo, trabajadores sociales Tecnológicos: Software de gestión PQRS, WhatsApp, Correo electrónico, teléfono Físicos: Infraestructura para reuniones, buzón de sugerencias Financieros: Presupuesto asignado al proceso		FT-DEC-001 Tablero de Mando de Indicadores			
		DOCUMENTOS ASOCIADOS							
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos							
CONTROL DE CAMBIOS									
VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO					FECHA VIGENCIA			
001	Creación del Documento					28 Diciembre 2024			

CT-ISC-001 Intervención social y comunitaria (CADRI)

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 881412134-1 CARACTERIZACIÓN PROCESO CADRI				CÓDIGO: CT-ISC-001 VERSIÓN: 001 VIGENCIA: 29 ENERO DE 2025					
PROCESO:		CADRI (Centro de Atención de Drogadicción de Risaralda)				TIPO DE PROCESO		Misional			
OBJETIVO:		Brindar un acceso humanizado, seguro y oportuno al tratamiento con metadona para pacientes con consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el municipio, promoviendo su bienestar integral, reduciendo los riesgos asociados al consumo y contribuyendo a su reintegración social y familiar.				PARTICIPANTES		Subgerencia Asistencial, Auxiliares de Enfermería, Jefes de enfermería, Químico Farmacéutico, comité de seguridad del paciente, comité ética hospitalaria			
RESPONSABLE:		Coordinadora de CADRI									
ENTRADA		PLANEAR		HACER		VERIFICAR		ACTUAR		SALIDA	
Pacientes con remisión y diagnóstico de consumo problemático de SPA		Planificar la ruta de atención de los pacientes por consumo de SPA		Admisión y agendamiento para inicio de ruta de atención (Atención Prehospitalaria) según la ruta inicial establecida con el especialista en consumo de SPA y las actividades a asignar a los pacientes.		Asignación de citas del programa con las cuatro atenciones al paciente		Implementación de Acciones correctivas y de mejora		Pacientes tratados con metadona de manera segura y efectiva Reportes de seguimiento clínico y resultados del tratamiento	
		Definir personal de atención en salud por consumo de SPA y las actividades a asignar a los pacientes.		Realizar la dispensación de Metadona en los tiempos establecidos		Definición de prioridad de atención del paciente por consumo de SPA y las actividades a asignar al tratamiento, analizando las necesidades de atención					
		Cronograma de atención y dispensación de Metadona intramural y CADRI MOVIL		Realizar el acompañamiento a través de visitas		Cuentas de atención					
		Definir la personal de atención al programa de atención		Llevar a cabo actividades del Eje de Humanización y seguridad del paciente		Cuentas de atención					
PROVEEDORES		INTERIORS		EXTERIORS				CIENTES		CIENTES	
Consultas Externa Internación		Aseguradoras IPS del Municipio Pacientes Familias y cuidadores Fundaciones		Cronograma de socialización y sensibilización de guías de atención, procedimientos y protocolos		Reporte de incidentes, eventos adversos y salidas no conformes		Consultas Externa Urgencias		Familias y cuidadores	
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS				INDICADORES			
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001: 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.2.7.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.3 Manejo de Reclamos Legales		Humanos: Especialistas en Salud Mental, personal de apoyo (Enfermeros y trabajadores sociales) Tecnológicos: Sistemas de información clínica, Seguridad de datos Físicos: consultorios adecuados, salas de espera cómodas, material de apoyo terapéutico.				FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores			
		DOCUMENTOS ASOCIADOS									
		PT-MC-001 Listado Maestro de Documentos									
CONTROL DE CAMBIOS											
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO								FECHA VIGENCIA	
001		Creación del Documento								29 ENERO 2025	



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

CT-DS-001 Docencia Servicio

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN DOCENCIA - SERVICIO			CÓDIGO: CT-DS-001	
					VERSIÓN: 001	
					VIGENCIA: 13 NOVIEMBRE 2025	
PROCESO:				Docencia servicio	TIPO DE PROCESO	Misional
OBJETIVO:		Contribuir a la formación del talento humano técnico, profesional y especializado en salud mental, a través de la capacitación y el desarrollo de competencias.			PARTICIPANTES	Talento Humano
RESPONSABLE:		Coordinador de Planeación				
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA
Necesidades de formación Propuestas de convenios Docencia - Servicio Documentación de los estudiantes en practica y docentes acompañantes		Definir el cronograma de comités docencia servicio	Coordinación y ejecución de las prácticas formativas	Cumplimiento al cronograma de Comités de Docencia Servicio para realizar seguimiento de la relación entre las partes.	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Estudiantes cumpliendo su tiempo de formación Cierre efectivo del convenio
		Planificación de inducción para estudiantes en practica	Inducción y distribución de los servicios y horarios	Cumplimiento de condiciones pactadas		
		Capacidad instalada para encuentros de practica formativa	Seguimiento al convenio en comités	Estado de avance de las investigaciones y de la publicación de artículos científicos en los que la institución tenga participación.		
PROVEEDORES		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	CLIENTES
INTERNOS	EXTERNOS	Plan de trabajo del Eje de Humanización y seguridad del paciente	Llevar a cabo actividades del Eje de Humanización y seguridad del paciente	Cumplimiento al plan de trabajo del eje de Humanización, seguridad del paciente y el impacto de las actividades	INTERNOS	EXTERNOS
		Plan de trabajo del Eje de Humanización y seguridad del paciente	Llevar a cabo actividades del Eje de Humanización y seguridad del paciente	Cumplimiento al plan de trabajo del eje de Humanización, seguridad del paciente y el impacto de las actividades		
Comités de Investigación Todos los procesos	Instituciones de Educación Superior	Cronograma de socialización e sensibilización de guías de atención, procedimientos y protocolos	Reporte de incidente, eventos adversos y salidas no conformes	Gestión del incidente, evento adverso y salida no conforme	Títulos los procesos	Instituciones de Educación Superior
		Aplicación de guías de atención, procedimientos y protocolos	Adherencia a las guías de atención, procedimientos y protocolos	Adherencia a las guías de atención, procedimientos y protocolos		
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS	INDICADORES	
MT-MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2.1, 6.2.3, 7.1.1, 7.2, 8.2, 8.3, 9.1, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Responsable del proceso y equipo participante Tecnológicos: Computadores, impresora multifuncional, paquete office Infraestructura: Puestos de trabajo y consultorios dotados de acuerdo a requisitos normativos por especialidad.	FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS				
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos				
CONTROL DE CAMBIOS						
VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				FECHA CAMBIO	
001	Creación del Documento				05 Febrero 2025	
002	Se elimina la actividad que involucra investigación dentro del proceso como también del nombre del proceso, ya no es docencia Servicio e investigación, sino Docencia Servicio, esto de acuerdo a recomendación generada por auditor líder de isortes				13 Noviembre 2025	

CT-APTC-001 Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica (Farmacia)

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN PROCESO APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA				CÓDIGO: CT-APTC-001 VERSIÓN:001 VIGENCIA: 29 ENERO DE 2025			
PROCESO:		Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica				TIPO DE PROCESO		Misional	
OBJETIVO:		Proveer de manera oportuna y segura los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el tratamiento y recuperación de los pacientes con patologías mentales en las diferentes áreas asistenciales del hospital, manteniendo los stocks mínimos requeridos para un suministro continuo y eficiente.				PARTICIPANTES		Coordinador de enfermería, auxiliares de enfermería, Coordinador CADRI, Coordinador de Compras, Subgerencia Administrativa, Comité de farmacia, Auxiliares de farmacia, Regentes de farmacia	
RESPONSABLE:		Químico Farmacéutico							
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA			
Pacientes con remisión de medicamentos Solicitud de medicamentos o insumos para el plan de tratamiento		Identificar las necesidades de stock para medicamentos y dispositivos médicos	Realizar recepción técnica y ubicación de medicamentos y dispositivos médicos	Registro de los medicamentos y dispositivos médicos en el sistema Cumplimiento del etiquetado y Cumplimiento del almacenamiento y Cumplimiento del control de vencimientos y control de caducidad de los		Medicamentos e insumos entregados de manera oportuna y segura Reportes de facturación de consumo de medicamentos y dispositivos médicos			
		Cronograma de revisión de fechas de vencimiento y control de la conservación y caducidad de los	Actividades de conservación, control de fechas de vencimiento y control de la cadena de frío	Cumplimiento del cronograma de revisiones de conservación, control de fechas de vencimiento y control de la cadena de frío					
		Determinar tiempos de respuesta y prioridades en la solicitud de medicamentos	Distribución y Dispensación los medicamentos y dispositivos médicos de manera segura, oportuna y controlada.	Cumplimiento de los tiempos de devolución de medicamentos					
		Definir criterios de facturación para la recepción de devoluciones de medicamentos	Registrar la devolución en el sistema de gestión de inventarios, documentando nombre, cantidad y estado del	Cumplimiento de los tiempos de devolución de medicamentos					
PROVEEDORES		Definir criterios de clasificación de los residuos farmacéuticos	Etiquetar tal los residuos farmacéuticos a gestores autorizados, asegurando que sean transportados y eliminados	Revisión de registros de disposición final	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	CLIENTES			
INTERNOS	EXTERNOS					INTERNOS	EXTERNOS		
Consulta Externa Internación Urgencias CADRI TECAR	Aseguradoras Pacientes Familias y cuidadores	Cronograma de farmacovigilancia	Desarrollar actividades del cronograma de farmacovigilancia y reportes a entes de control	Cumplimiento del cronograma de farmacovigilancia y reportes a entes de control		Consulta Externa Internación Urgencias CADRI TECAR	Pacientes		
		Plan de trabajo del Eje de Humanización y seguridad del paciente	Llevar a cabo actividades del Eje de Humanización y seguridad del paciente	Cumplimiento al plan de trabajo del eje de Humanización, seguridad del paciente y el impacto de las actividades					
		Cronograma de socialización y sensibilización de guías de atención, procedimientos y protocolos	Reporte de incidente, eventos adversos y salidas no conformes	Gestión del incidente, evento adverso y salida no conforme					
		Adherencia a las guías de atención, procedimientos y protocolos							
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES			
MT-MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001: 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.2, 7.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.1, 8.2.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.2.1, 10.3 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Químico farmacéutico, auxiliares de farmacia, regentes de farmacia Tecnológicos: Sistemas de información clínica Dinámica, Guías farmacológicas Físicos: Farmacia Hospitalaria en condiciones adecuadas, Refrigeradores, Congeladores, Estanterías		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores			
		DOCUMENTOS ASOCIADOS							
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos							
CONTROL DE CAMBIOS									
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				FECHA VIGENCIA			
001		Creación del Documento				29 ENERO 2025			



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

CT-GT-001 Gestión de la Tecnología

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA				CÓDIGO: CT-GT-001 VERSIÓN:001 FECHA: 14 ENERO 2025				
PROCESO:		Gestión de la Tecnología				TIPO DE PROCESO		Apoyo		
OBJETIVO:		Asegurar la correcta gestión, mantenimiento y actualización de la infraestructura tecnológica del hospital, de manera que los sistemas, equipos y tecnologías utilizados en la atención y administración cumplan con los estándares de calidad, eficiencia y seguridad establecidos				PARTICIPANTES		Coordinador Mantenimiento, Ingeniero Sistemas, Coordinador Compras, Subgerencia Administrativa, Coordinador de Planeación, Biomédico		
RESPONSABLE:		Ingeniero en Sistemas								
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA				
Solicitudes de soporte técnico y necesidades de herramientas o equipos Requerimiento de Mantenimientos preventivos en equipos de cómputo, soporte y equipos biomédicos Solicitudes de Mejora en la infraestructura tecnológica		Cronograma de Mantenimiento preventivo y calibración de equipos Definir las prioridades de acción en función de las solicitudes de soporte, actualizaciones, reparaciones Definir un presupuesto específico para la adquisición, mantenimiento	Realizar las acciones de mantenimiento y calibración programadas en los Realizar la intervención correspondiente a los requerimientos Dar cumplimiento al presupuesto asignado al proceso	Cumplimiento al cronograma de mantenimiento y validación Validar la oportunidad en la respuesta de los requerimientos Cumplimiento al presupuesto asignado	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Soluciones a incidencias tecnológicas Mantenimientos preventivos realizados Mejoras en la infraestructura tecnológica				
PROVEEDORES		INTERNOS	EXTERNOS	RECURSOS		CLIENTES				
Todos los procesos		Aseguradoras Entes regulatorios	Plan de trabajo del Eje de Gestión de la tecnología Definir plan de trabajo de los programas de vigilancia Programar revisiones de la obsolescencia de equipos Definir lineamientos para dar de baja a los equipos Crear un programa de formación para el personal sobre el uso seguro y eficiente de la tecnología	Llevar a cabo actividades del Eje de Gestión de la tecnología y el impacto de los resultados Desarrollar las actividades programadas de los programas de vigilancia Realizar las evaluaciones de obsolescencia de equipos Hacer el debido trámite de la baja de equipos Realizar las formaciones correspondientes al uso seguro y eficiente de la		Todos los procesos				Aseguradoras Entes regulatorios
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS	RECURSOS	INDICADORES						
MT-MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales 4.4, 5.2.2, 6.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.1.5.1, 7.1.5.2, 7.3, 7.4, 7.5.3, 9.1.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.3 Matriz de Requisitos Legales DOCUMENTOS ASOCIADOS FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos	Humanos: Ingeniero Sistemas, Contratistas, Coordinador Planeación Tecnológicos: Software de gestión hospitalaria, herramientas de seguimiento financiero y jurídico. Físicos: Infraestructura para reuniones y gestión documental. Financieros: Presupuesto asignado al proceso	FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores						

CT-GI-001 Gestión de la Información

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN				CÓDIGO: CT-GI-001 VERSIÓN:001 FECHA: 14 ENERO 2025				
PROCESO:		Gestión de la Información					TIPO DE PROCESO		Apoyo	
OBJETIVO:		Gestionar de manera eficiente y segura la información del hospital, asegurando su integridad, disponibilidad, confidencialidad, seguridad y trazabilidad, para apoyar la toma de decisiones, optimizar los procesos asistenciales y administrativos, y garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad y la responsabilidad social.					PARTICIPANTES		Subgerencia Administrativa, SIAU, Coordinador de Compras, Asesor jurídico externo	
RESPONSABLE:		Ingeniero de Sistemas								
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA				
Solicitud de información de los pacientes Reportes de incidentes con la información Solicitud de información de los servicios y procesos		Identificar la prioridad de las solicitudes de información	Proponer alternativas a las necesidades de información	Cumplimiento en la respuesta eficiente y oportuna de la información	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Respuestas a las solicitudes de información Soportes para auditorías Información consolidada y analizada Reportes administrativos generados				
		Diseñar el Plan de Seguridad de la información	Aplicar medidas de protección, como restricciones de acceso, niveles de permisos relacionados con fallos tecnológicos, errores en la información o de acceso a ella	Efectividad de las medidas de seguridad implementadas e identificar posibles mejoras.						
PROVEEDORES		INTERNOS	EXTERNOS	RECURSOS	INDICADORES	CLIENTES				
Todos los procesos	Aseguradoras Pacientes y familias Entes regulatorios Farmacia ambulatoria					ISO 9001:2015 Numerales: 4.4, 5.2.2, 6.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.3, 7.4, 7.5.3, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.3 Matriz de Requisitos Legales DOCUMENTOS ASOCIADOS FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos	Humanos: Coordinador de planeación, subgerencia administrativa, jurídico externo, SIAU Tecnológicos: Software de gestión hospitalaria físicos: Infraestructura para reuniones y gestión documental. Financieros: Presupuesto asignado al proceso	FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores		
		Programar la formación del personal sobre el uso de herramientas tecnológicas.	Ejecutar las actividades de formación planificadas	Cumplimiento al programa de formación	Validar creación y desactivación exitosa de usuarios				Evaluar la efectividad de los simulacros mediante análisis de tiempos de respuesta	Implementación y gestión de los planes de mejora resultantes en la auditoría
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS	RECURSOS	INDICADORES	DOCUMENTOS ASOCIADOS	FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos				
MT-MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.4, 5.2.2, 6.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.3, 7.4, 7.5.3, 9.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.3 Matriz de Requisitos Legales	Humanos: Coordinador de planeación, subgerencia administrativa, jurídico externo, SIAU Tecnológicos: Software de gestión hospitalaria físicos: Infraestructura para reuniones y gestión documental. Financieros: Presupuesto asignado al proceso	FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores						
CONTROL DE CAMBIOS										
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO					FECHA VIGENCIA			
001		Creación del Documento					14 Enero 2025			



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

NIT: 891.412.134-1

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: MN-MC-001

VERSIÓN:002

FECHA: 13 NOVIEMBRE 2025

CT-CI-001 Control Interno

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN CONTROL INTERNO			CÓDIGO: CT-CI-001		
					VERSIÓN:001		
					FECHA: 08 ENERO 2025		
PROCESO:	Control Interno				TIPO DE PROCESO		
OBJETIVO:	Asesorar, controlar y evaluar de forma independiente y objetiva la gestión institucional asegurando el cumplimiento normativo, la mitigación de riesgos y la mejora continua de los procesos de la institución				Evaluación y Resultados		
RESPONSABLE:	Jefe asesor de la oficina de control interno						
		PARTICIPANTES			Junta directiva		
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA	
Normalidad que rige la Gestión Administrativa Hallazgos o requerimientos	Definición del Plan de Auditorías periódicas		Implementar el plan de auditorías periódicas y generar informe	Cumplimiento de plan de auditorías periódicas y cierre de hallazgos	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	Cumplimiento normativo garantizado Resultados de auditorías internas con recomendaciones para la mejora	
	Programar monitoreos aleatorios a los riesgos institucionales		Monitoreo periódico a la gestión del riesgo	Evaluar la efectividad de los controles			
	Diagnóstico de la situación de la institución periódicamente		Generar informe y socializar riesgos evidenciados en el diagnóstico	Visualizar los controles operacionales implementados frente a los riesgos evidenciados			
	Proyectar seguimientos al cierre de brechas resultantes de auditorías		Seguimiento a las acciones tomadas para el cierre de brechas resultantes de	Seguimiento a las acciones tomadas para el cierre de brechas resultantes de			
PROVEEDORES						CLIENTES	
INTERNOS	EXTERNOS						
Todos los procesos	Aseguradoras Entes de control Junta directiva	Participar en actividades de la institución designadas por la Junta Directiva				INTERNOS	EXTERNOS
						Gerencia General	Entes de control Junta Directiva
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES	
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.4, 5.2.2, 6.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 7.3, 7.4, 7.5.3, 9.1.1, 9.1.3, 10.1, 10.2, 10.3 Matriz de Requisitos Legales		Humanos: Equipo de planeación, subgerencia administrativa, financiero, jurídico y otras áreas de apoyo. Tecnológicos: Software de gestión hospitalaria, herramientas de seguimiento financiero y jurídico. Físicos: Infraestructura para reuniones y gestión documental. Financieros: Presupuesto asignado al proceso		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores	
		DOCUMENTOS ASOCIADOS					
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos					
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO					FECHA VIGENCIA
001		Creación del Documento					08 Enero 2025