



# **POLÍTICA DE OPERACIÓN**

**GUARNE, 2009**

**“POR UN NUEVO MODELO EMPRESARIAL DE ATENCIÓN EN SALUD,  
HUMANIZADO”**

	<b>POLÍTICA DE OPERACIÓN</b>	Código: 1010-21-16
		Versión: 01
		Fecha de actualización: Septiembre de 2009
		Página 2 de 25

## INTRODUCCIÓN

La política de operación de la ESE Hospital Nuestra Señora de la Candelaria contiene los lineamientos para prestar los servicios de salud a la comunidad del municipio de Guarne, de tal manera que se constituye en un derrotero para garantizar la atención a los usuarios de manera oportuna, accesible, segura, continua y pertinente, enmarcada dentro de las políticas gubernamentales vigentes, el plan de desarrollo municipal e institucional y la legislación vigente en materia de prestación de servicios de salud.





## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 3 de 25

### ALCANCE

La presente política aplica a todos los funcionarios y procesos de la institución, es responsabilidad del Gerente velar por su estricto cumplimiento a través de las diferentes estrategias de seguimiento y control que se desarrollan dentro de la organización.

### La ESE se compromete a establecer las siguientes políticas generales para la prestación de servicios:

Prestar los servicios de salud a toda persona que lo solicite dentro del marco de la Constitución Política y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Prestar los servicios ambulatorios de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 a 5:00 p.m., sábados de 7:00 a.m. a 12:00 m.

Brindar atención de urgencias las 24 horas del día durante todo el año.

Asignar citas telefónicas y de manera personal

### Políticas de operación en el servicio de urgencias:

- En la atención de los usuarios clasificados como triage I priman los procedimientos de atención ante los procedimientos administrativos
- Todo usuario debe ser clasificado en un tiempo no mayor a 15 minutos desde el momento de su llegada al Servicio
- Es deber de todo funcionario y de la organización informar y educar a los usuarios sobre la utilización óptima y racional del servicio de urgencias.
- Los usuarios que permanezcan en la sala de espera por más de una hora son reevaluados para disminuir los riesgos de complicaciones en la atención.
- El personal de salud se encuentra en permanente comunicación con los acompañantes del usuario para proporcionar información oportuna acerca de su evolución.
- Conservar las normas de bioseguridad durante todo el proceso de atención
- Resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.
- Evitar llamadas personales en el momento que esté atendiendo un usuario
- Solicitar de forma inmediata la presencia de la autoridad competente (policía ó transito), si la atención por urgencias es por causa violenta



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 4 de 25

- La atención de los pacientes que por su condición no amerita una atención de urgencias pero que debe ser atendido el mismo día, se le realiza triage y es atendido por el mismo médico de triage en el momento en que este halla terminado de hacer las clasificaciones pendientes.
- El funcionario que se encuentra realizando triage es el encargado de vigilar los trabajos de parto activo, y realizar la necropsias; durante la atención del expulsivo y la realización de la necropsia, la clasificación es realizada por la enfermera jefe del servicio de hospitalización en horario institucional, en el momento que esta no se encuentre en la institución dicha actividad es asumida por el médico que este asignado al servicio de urgencias.
- Todos los registros se deben diligenciar en forma completa y organizada (sin tachones, enmendaduras y con letra clara)
- Informar permanentemente al usuario y a su familia (si esta autorizada por el usuario o es menor de edad) cómo ha evolucionado el estado de salud.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.
- La evaluación del usuario en la sala de observación se debe realizar cuantas veces sea necesario, según su evolución, al cumplir una hora de estancia en el servicio de urgencias se debe evaluar para definir conducta a seguir (alta u ordenar observación) y en caso requerir observación debe evaluarse como mínimo cada 2 horas y colocar brazalete y a las 6 horas debe estar claro el destino del usuario. (salida, remisión u hospitalización.)
- Tener en cuenta el manejo adecuado de residuos hospitalarios
- Verificar si durante el proceso de atención se presentó algún evento adverso, de los definidos en la empresa y registrarlo en el formato de eventos adversos
- Dar información completa al usuario y su familia acerca del proceso de remisión.
- El paciente debe ser transportado y entregado en la institución receptora por personal de salud idóneo y perteneciente a la ESE.
- Estar atentos para identificar en el usuario y/o su familia reclamaciones, sugerencias o felicitaciones y darles el trámite pertinente
- Tener en cuenta la tabla resumen de red hospitalaria a la cual podemos acceder para la referencia de los pacientes.
- Si el usuario se encuentra en estado crítico lo primordial es garantizar su sobrevivencia, por tal motivo los trámites administrativos pasan a un segundo plano; sin embargo se necesita la identificación mínima del usuario y su afiliación al sistema de salud para acceder a la red de prestadores para la remisión.
- Si el tiempo de remisión del paciente sobrepasa las 6 horas, se debe hospitalizar en observación, informar a la familia e iniciar con un programa de llamado a las instituciones de la red cada 2 horas hasta lograr la aceptación del usuario.
- El alta del usuario es definida por el médico encargado de su atención.
- Dar información completa al usuario y/o familia acerca de los cuidados en el hogar, signos de alarma, fórmula médica, ayudas diagnósticas y cita de revisión pos-egreso



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 5 de 25

### Políticas de operación en el servicio de Hospitalización:

- Utilice las listas de chequeo para que no olvide dar información importante al usuario y/o su familia para el desarrollo del proceso.
- En caso de que al ingreso del usuario se haya detectado patología que requiere algún tipo de aislamiento, use las medidas de seguridad de la guía de aislamiento.
- Identificar desde el ingreso del usuario al servicio, las necesidades de información y educación con respecto a su enfermedad y expectativas frente a la atención.
- Sugiera al usuario no tener objetos de valor durante la estadía en hospitalización.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.
- Evitar realizar y recibir llamadas personales en el momento que se esté atendiendo un usuario.
- Asepsia y antisepsia de procedimientos a realizar.
- Puntualidad en la administración de medicamentos.
- La ronda de evaluación de necesidades se realiza una sola vez por cada usuario según lo definido en el modelo de atención de hospitalización.
- La ronda médica y de enfermería se realiza 2 veces en el día, así: 7 AM y 7 PM.
- En la ronda de planeación de cuidado y tratamiento deben participar Médico, Enfermera jefe, Psicólogo, Regente de farmacia y auxiliar de enfermería. Los domingos y festivos el médico y la Auxiliar de enfermería; La Bacterióloga y el odontólogo de acuerdo con la necesidad del cuadro clínico del usuario y en horas de la tarde ( 1 PM)
- Los días posteriores a la hospitalización del usuario, se reunirá el grupo diariamente para realizar seguimiento a dicho plan.
- Hacer la ronda de evaluación de necesidades a las maternas luego del parto y antes de su salida.
- Realizar el censo diario de pacientes para el área de estadística y hacer el control diario de visitas de pacientes y entregarlo al celador.
- Diligenciar adecuadamente todos los registros que se deriven de la atención del usuario y los registros de control del área
- Informar al usuario y a su familia en el transcurso del tratamiento cómo ha evolucionado.
- Recordar al usuario y a su familia los cuidados que se deben tener durante el proceso de hospitalización e iniciar el proceso de educación acerca de los cuidados que se deben tener en el hogar.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y su familia dando una orientación clara cuando sea requerido
- Conservar las normas de bioseguridad establecidas
- Todos los eventos adversos que se presenten durante el proceso de atención en hospitalización son registrados por el funcionario que los detecta.
- Los usuarios son atendidos en condiciones de privacidad y se respeta dicha privacidad mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 6 de 25

- Tener en cuenta los 5 correctos en la aplicación de tratamientos.
- La evolución debe realizarse al entregar y recibir el turno y en el momento en que el usuario presente cualquier cambio o alteración.
- Dar información completa al usuario y su familia acerca del proceso de remisión.
- El paciente debe ser transportado y entregado en la institución receptora por personal de salud idóneo y perteneciente a la ESE.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.
- Estar atentos para identificar en el usuario y/o su familia reclamaciones, sugerencias o felicitaciones y darles el trámite pertinente
- Tener en cuenta la tabla resumen de red hospitalaria a la cual podemos acceder para la referencia de los pacientes.
- Si el usuario se encuentra en estado crítico lo primordial es garantizar su sobrevivencia, por tal motivo los trámites administrativos pasan a un segundo plano; sin embargo se necesita la identificación mínima del usuario y su afiliación al sistema de salud para acceder a la red de prestadores para la remisión.
- Si el tiempo de remisión del paciente sobrepasa las 2 horas, se debe informar a la familia e iniciar con un programa de llamado a las instituciones de la red cada 2 horas hasta lograr la aceptación del usuario.

### Políticas de operación en el servicio de Consulta Externa:

- Evitar ausentarse del sitio de trabajo en el horario de atención.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.
- Evitar llamadas personales en el momento que esté atendiendo un usuario.
- No utilizar audífonos y/o manos libres
- Evitar cancelar citas a los usuarios una vez sea asignadas, en caso de presentarse reasigne la cita al usuario y reporte el evento adverso.
- Brindar condiciones de privacidad para el suministro de información por parte del usuario
- Tener en cuenta el estándar de oportunidad de la institución, en caso de que falten 24 citas para sobrepasar el estándar, informe al Subgerente Científico.
- Las citas de la población priorizada se darán en un plazo máximo de 48 horas, cuando estas sobrepasen la oportunidad se asignara como consulta no programada. Se considera población priorizada a:
  - Personas que vienen de vereda,
  - Mayores 62 años,
  - Maternas,
  - Menores de 1 año,
  - Discapacitados,
  - Condición clínica expresada por el usuario,



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 7 de 25

- Usuario susceptible de aislamiento.
- Se asignara cita de revisión de tratamiento siguiendo las indicaciones dadas por el medico en el formato de cita de revisión
- La cita de revisión de exámenes se programara solo cuando se verifique la realización de los mismos.
- Las citas de revisión serán programadas en los últimos 20 minutos de consulta de la agenda de cada medico o en su defecto este tiempo se ampliara dependiendo de la demanda.
- La cita de revisión no tendrá ningún costo y será de 10 minutos.
- La consulta no programada se asignara a:
  - Usuarios triage 4 con los que se tenga el convenio con la EPS
  - Usuarios para revisión después del alta hospitalaria que no alcancen cita por consulta externa en el tiempo estipulado por el médico
  - Población prioritaria con oportunidad por fuera de las 48 horas
  - Usuarios procedentes de vereda que no puedan asistir a la revisión en el horario estipulado
- En caso de llamar el usuario para el ingreso a la cita y no se encuentre llamarlo nuevamente a los 5 minutos después de la hora asignada para la atención.
- Los usuarios procedentes de vereda que por motivos razonables lleguen tarde a la consulta, se atenderán por consulta prioritaria y se les brindara educación acerca de la importancia de asistir oportunamente a la cita.
- Todo niño menor de 14 años debe entrar acompañado de un adulto a la consulta médica.
- Identificar a los usuarios consultadores crónicos.
- Cumplir con el manual de bioseguridad y las normas existentes sobre manejo de desechos hospitalarios
- Cuando no sea posible atender al usuario a la hora programada, el médico deberá salir e informarle a él y su familia las causas del retraso y el tiempo promedio que deberá esperar para ser atendido.
- En caso de una remisión ambulatoria se elabora la orden de remisión; si es del contributivo a la oficina de la respectiva EPS, si es del vinculado y régimen subsidiado se remite a la oficina de atención al usuario para tramitar su respectiva remisión.
- En la cita de revisión de exámenes tener en cuenta ingresar a la historia clínica los resultados de las ayudas diagnosticas.

### Políticas de operación en el servicio de Odontología:

- Evitar ausentarse del sitio de trabajo en el horario de atención.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 8 de 25

- Evitar llamadas personales en el momento que esté atendiendo un usuario.
- Evitar cancelar citas a los usuarios una vez sean asignadas, en caso de presentarse reasigne la cita al usuario, reporte el evento adverso y la causa de inatención en su respectivo formato.
- Brindar condiciones de privacidad para el suministro de información por parte del usuario
- El estándar de oportunidad en la atención es de 8 días para usuarios de primera vez y 15 días para tratamiento.
- Tener en cuenta el estándar de oportunidad de la institución, en caso de que falten 50 citas para sobrepasar el estándar, informe al Líder del Proceso.
- En el servicio de Salud Oral se prioriza la prestación del servicio estableciendo dos filas:  
Una para pacientes generales y otra para pacientes priorizados
  - Paciente urgente que será clasificado por el odontólogo quien decidirá si se le realiza la atención odontológica inmediata, se remitirá a urgencias o se le asignara cita programada.
  - Pacientes Gestantes.
  - Discapacitados.
  - Mayores de 62 años.
- Se deja espacio en la agenda de 3 odontólogos de 8:00 a 8:40 a.m. y de 1:00 a 1:40 p.m. para atención de urgencias
- Los usuarios urgentes deben cancelar después de la atención, los cuales serán direccionados por el odontólogo hasta la auxiliar de facturación.
- Los usuarios de Coomeva y Fundación Médico Preventiva se les asigna cita al principio de mes para que terminen tratamiento en el mismo periodo.
- Los usuarios de PyP se les genera la factura en el mismo momento de la asignación de la cita.
- Cumplir con las normas de bioseguridad y las normas existentes sobre manejo de desechos hospitalarios.
- Brindar condiciones de seguridad para el manejo de las pertenencias de los usuarios mientras es atendido.
- En caso de llamar al usuario para el ingreso a la cita y no se encuentra, llamarlo nuevamente a los 5 minutos después de la hora asignada para la atención.
- Todo niño menor de 14 años entra acompañado de un adulto a la consulta.
- Cuando no sea posible atender al usuario a la hora programada el profesional deberá salir e informarle a él y su familia las causas del retraso y el tiempo promedio que deberá esperar para ser atendido.
- Hacer entrega de estímulos a los niños como refuerzo al comportamiento de acuerdo con el programa de fidelización.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar orientación clara cuando este lo requiera.
- El odontólogo tratante realizará la llamada postventa 24 horas siguientes a la atención.
- Cumplir con las normas de bioseguridad y las normas existentes sobre manejo de desechos hospitalarios.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 9 de 25

- Brindar condiciones de seguridad para el manejo de las pertenencias de los usuarios mientras son atendidos.
- En caso de llamar al usuario para el ingreso a la cita y no se encuentra, llamarlo nuevamente a los 5 minutos después de la hora asignada para la atención.
- Todo niño menor de 14 años entra acompañado de un adulto a la consulta.
- Cuando no sea posible atender al usuario a la hora programada el profesional deberá salir e informarle a él y su familia las causas del retraso y el tiempo promedio que deberá esperar para ser atendido.
- Hacer entrega de estímulos a los niños como refuerzo al comportamiento de acuerdo con el programa de fidelización.
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar orientación clara cuando este lo requiera.
- Reportar los eventos adversos y complicaciones durante la atención.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 10 de 25

Cumplir con las normas de bioseguridad y las normas existentes sobre manejo de desechos hospitalarios.

- Brindar condiciones de seguridad para el manejo de las pertenencias de los usuarios mientras es atendido.
- Cuando no sea posible atender al usuario a la hora programada la higienista deberá salir e informarle a él y su familia las causas del retraso y el tiempo promedio que deberá esperar para ser atendido. Fijar tiempo puntualidad

### Políticas de operación en Promoción y Prevención:

- Se requiere disponibilidad y oportunidad tanto del personal como del transporte, el cual debe ser programado con anterioridad para garantizar la realización de actividades puntualmente
- Informar a la secretaria de salud anualmente el o los lugares donde se prestaran los servicios con su periodicidad.
- Si se cancela la brigada avisar con anterioridad y reportar como evento adverso.
- Antes de desplazarse a realizar la actividad se requiere contacto previo con un representante institucional o líder comunitario para garantizar la difusión del evento, el conocimiento del mismo y la efectividad del programa
- Entregar suvenir a los niños
- Evitar ausentarse del sitio de trabajo en el horario de atención.
- Las citas deben ser asignadas de acuerdo a la periodicidad definida en las normas técnicas
- Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.
- Evitar llamadas personales en el momento que esté atendiendo un usuario.
- No utilizar audífonos y/o manos libres
- Tener una adecuada presentación personal.
- Evitar cancelar citas a los usuarios una vez sea asignadas, en caso de presentarse reasigne la cita al usuario y reporte el evento adverso.
- Brindar condiciones de privacidad para el suministro de información por parte del usuario
- Tener en cuenta el tiempo de espera para la asignación de la cita, en caso de retraso informe al usuario la causa y el tiempo máximo de espera.
- Priorizar las citas de ingreso a control prenatal a las usuarias con Prueba de embarazo positiva, la cual debe ser asignada para la misma semana
- La asignación de citas de crecimiento y desarrollo grupal la hará la Enfermera Jefe
- La facturación de crecimiento y desarrollo grupal se realizará el día anterior a la atención
- Estar atento a resolver las inquietudes presentadas por los usuarios y/o sus familias
- Identificar y reportar los eventos adversos que se puedan presentar durante la atención
- Ofrecer otros programas que maneja la institución cuando el usuario es susceptible.
- Explicar al usuario los derechos y deberes que tiene como usuario de la institución.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 11 de 25

- En caso de llamar el usuario para el ingreso a la cita y no se encuentre llamarlo nuevamente a los 5 minutos después de la hora asignada para la atención.
- Cuando no sea posible atender al usuario a la hora programada el médico/enfermero (a) debe salir e informarle las causas del retraso y el tiempo promedio que deberá esperar para ser atendido.
- Cuando la atención sea realizada por enfermería y se encuentren alteraciones en la condición física del usuario o en los resultados del Laboratorio, se procede a comentarle al médico para que determine la conducta a seguir
- Se debe garantizar el control diario de temperatura de la nevera del servicio de vacunación
- Identificar y reportar los eventos adversos que se puedan presentar durante la atención
- Entregar suvenir a los niños
- En caso de presentarse reacciones adversas a vacunas estas son reportadas en el formato de eventos adversos y el de reacciones posvacunales
- Las actividades epidemiológicas se realizan oportunamente tal como lo indican los protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Las actividades epidemiológicas se realizan a través de visitas de campo.
- A todos los casos identificados se les hace evaluación médica y definición del plan a seguir.
- Los pacientes que requieren tratamiento son remitidos al coordinador de vigilancia epidemiológica para el trámite de la consecución de medicamentos y seguimiento.
- En caso de que se detecte un usuario sospechoso de una enfermedad de vigilancia epidemiológica se programa atención en consulta no programada.
- En caso de que los resultados de laboratorio confirmen la enfermedad de vigilancia epidemiológica se llama telefónicamente al usuario y se verifican los datos para localizarlo

### Políticas de operación en Medicina Legal:

- Verificar que el oficio de solicitud esté correctamente diligenciado y firmado por la autoridad competente.
- Sin oficio de solicitud para procedimiento médico legal el médico no debe efectuar ningún informe.
- Realizar siempre el dictamen médico legal al menor de edad en compañía de su acompañante o autoridad judicial.
- Garantizar la confidencialidad de la información.
- En caso de reconocimiento por abuso sexual, violación, dictamen de embriaguez, edad en detenidos, trauma agudo se hace su trámite por el servicio de urgencias y se formaliza el primer día hábil siguiente a la atención de urgencias.
- Siempre verificar la orden de necropsia de la autoridad judicial competente.
- Siempre verificar la orden de la autoridad correspondiente de entrega de cadáver.
- Utilizar equipos de protección personal en caso de necropsia.

### Políticas de operación en Laboratorio Clínico:



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 12 de 25

- No se contestan llamadas personales en el momento de la atención
- El tiempo de espera definido (30 minutos) para la admisión del usuario y en caso de sobrepasarlo dar una explicación al usuario.
- Los estándares de tiempo para el reporte de resultado son:  
Urgencias: 1 hora y 30 minutos  
Hospitalización: De acuerdo a la necesidad del equipo de salud, máximo 7 horas.  
Consulta externa: 12 a 24 horas
- Remitidos a laboratorio de referencia: tiempo de acuerdo al tipo de examen y laboratorio de referencia.
- Se reportan de manera prioritaria los resultados de los exámenes de los servicios de hospitalización y urgencias.
- Se entregan los resultados teniendo en cuenta la política de confidencialidad y privacidad para el acceso a la información clínica.
- Se utilizan los insumos de acuerdo con las especificaciones técnicas de los mismos.
- Se lleva controles de calidad en las áreas de Química sanguínea, Hemogramas, Orinas, Inmunología y Bacteriología.
- Se asegura el control de calidad y adecuado funcionamiento de los equipos.
- Se prioriza el procesamiento y los resultados de urgencias y hospitalización de acuerdo al estándar: Urgencias 1 hora y 30 minutos, Hospitalización 4 horas.
- Se aplican las normas de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.
- Los resultados del control de calidad externo son enviados al laboratorio de referencia cada mes o según solicitud del programa.
- Los Laboratorios de referencia de la E.S.E son: Laboratorio departamental de salud pública, Laboratorio de segundo nivel de complejidad, Biosigno de Comfenalco, Congregación Mariana, Hospital San Juan de Dios, Laboratorio Médico Echevarría y los que la Empresa de acuerdo a la necesidad decida contratar
- Laboratorio de segundo nivel de complejidad: Se envían las muestras para exámenes particulares de segundo nivel, VIH con consentimiento informado y urotubos para antibiograma, todos los días con su propio mensajero. Con la Orden de remisión definida por el centro de remisión.
- Laboratorio departamental: Se envían las muestras para exámenes de segundo nivel del régimen vinculado y los de vigilancia epidemiológica, VIH para embarazadas los Miércoles con el mensajero de la E.S.E con el orden de exámenes a Laboratorio departamental, fotocopia de la identificación del usuario y fotocopia del carné de sisben, si la muestra es de sarampión y rubéola anexar copia del carné de vacunas.
- Biosigno: Se envían las muestras de exámenes de segundo nivel de Comfenalco, los Miércoles con el mensajero de la empresa con orden de remisión de Comfenalco, fotocopia del documento de identificación, SIS 412A.
- Medicina legal: Se envían muestras de alcoholemia, ropa de acceso carnal violento, muestras óseas, muestras anatomopatológicas, hisopados genitales con el mensajero de la E.S.E a necesidad, con hoja de cadena de custodia, carta del laboratorio, hoja de petición de la autoridad competente
- No se contestan llamadas personales en el momento de la atención
- Se evita ausentarse del sitio de trabajo en el horario de atención



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 13 de 25

- Se está atento a resolver las inquietudes presentadas por el usuario y dar una orientación clara cuando éste lo requiera.
- En la atención se tiene en cuenta la priorización de pacientes así: adultos mayores de 62 años, Mujeres embarazadas, Niños menores de 1 año, discapacitados, oxígeno-dependientes
- La población de vereda que vive a más de una hora de distancia del hospital se atiende por fuera del horario de atención
- El consentimiento informado de los exámenes que lo requieran viene anexo a la orden de laboratorio, en caso contrario, se contactara al médico para su diligenciamiento.
- Se verifica la correcta marcación de las muestras recibidas de los servicios de hospitalización y urgencias, en caso de ser incorrectas se devuelven al área y se registra el evento adverso.

### Políticas de operación en Servicio de Farmacia:

- Tener en cuenta si los medicamentos ordenados pertenecen al POS
- Brindar información clara y precisa al usuario y/o su familia cumpliendo con criterios de administración, posología y precauciones.
- Priorizar para la atención de adultos mayores de 62 años.
- Cuando se identifique un medicamento que se encuentre en el rango mínimo informar al Subgerente científico para su consecución.
- Para los usuarios mayores de sesenta y dos años que residan en la zona rural y que soliciten medicamentos en el servicio de farmacia y existieran faltantes de medicamentos POS de grupo dos, se garantizará su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 48 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.
- El reporte inicial es responsabilidad del profesional de la salud que realice la atención del usuario e identifique el evento adverso.
- Cuando se trate de una reacción adversa clasificada como grave, se debe notificar a la DSSA dentro de las 24 horas siguientes; los demás reportes se deben enviar los 5 primeros días de cada mes.
- Búsqueda activa de reacciones adversas a medicamentos en usuarios formulados

### Políticas de operación en el Servicio de Atención al usuario y su Familia – SIAUF-

- El personal que recibe la opinión del usuario debe escucharlo atentamente y si es posible le da solución inmediata en caso de que éste presente una reclamación.
- Cuando el usuario no puede o no desea diligenciar el formato de escucha activa se diligencia por los funcionarios con la aprobación del usuario
- Se realiza seguimiento al trámite, en caso de no recibir respuesta contactar la entidad.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 14 de 25

- El trámite de escucha activa se hace igualmente para usuarios, acompañantes, empleados, entidad de salud o proveedores.
- La oportunidad para la resolución de una reclamación es de acuerdo al estándar.  
Leve: 8 días  
Moderada: 9 -10 días  
Grave: Hasta 15 días
- Las expresiones relacionadas con trato son pasadas a la Gerencia
- Se envía informe trimestral de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones a la Junta Directiva y al Comité de Ética.

### Políticas de operación para la adquisición de bienes e insumos:

- Si no existe en la base de datos un proveedor al cual se le pueda comprar algún bien o insumo específico, se deberá ejecutar el procedimiento de selección de proveedores
- Las necesidades de bienes deben ser presentadas con antelación suficiente al comité de compras.
- El comité de compras pasará al auxiliar de almacén y/o el regente de farmacia inmediatamente se defina, el listado de bienes e insumos de consumo regular aprobados para ser adquiridos.
- Los medicamentos que adquiere la institución depende de lo que se encuentre contemplado en las guías de manejo de las principales causas de morbilidad.
- En caso de que se necesite adquirir o cambiar de tecnología se debe diligenciar el formato de diagnóstico de tecnología nueva y pasarlo al comité de compras.

### Políticas de operación para el almacenamiento de bienes e insumos:

- Velar por el cumplimiento de las normas y condiciones de almacenamiento de los insumos hospitalarios.
- Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el área de almacenamiento.
- Priorizar el almacenamiento de insumos de control y cadena de frío, una vez se reciba en el lugar asignado para tal fin.
- Las condiciones de almacenamiento de los insumos se deben consultar en las etiquetas y/o fichas técnicas.
- Se debe garantizar la medición y registro de las variables de temperatura y humedad diariamente, en todos los lugares donde se almacenen insumos que requieran dicho seguimiento y analizar los factores que afecten las condiciones ambientales para hacer los ajustes que permitan conservar los niveles de temperatura y humedad.
- Si durante el procedimiento se identifican productos que no cumplen con las especificaciones técnicas, se deben ubicar en el área de cuarentena para su posterior devolución al proveedor.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 15 de 25

### Políticas de operación para el manejo de los activos fijos:

- El bien será solicitado por líder del proceso, que verificará que realmente se necesite para la ejecución de una labor determinada.
- El inventario por funcionario se garantiza desde que éste ingresa a la institución para desempeñar alguna función.
- Todos los funcionarios deben velar por la adecuada custodia y conservación de los bienes que se encuentran a su cargo para el desarrollo de los procesos.
- El subgerente administrativo llevará control de los consecutivos que se asignan a las placas para marcar e inventariar los activos fijos.

### Políticas de operación para la baja de insumos:

- Existencia de insumos vencidos.
- Insumos que hayan perdido sus condiciones técnicas.
- Insumos que no hayan cumplido con las condiciones especiales de almacenamiento como temperatura y humedad
- Bienes o insumos deteriorados o averiados y que no sean objeto de mantenimiento correctivo y vayan acompañados del respectivo soporte o reporte técnico que lo sustente

### Políticas de operación para la realización de inventarios:

- Debe existir una buena organización para realizar el conteo

### Políticas de operación para la evaluación de proveedores:

- La evaluación final de los proveedores se realiza cada seis (6) meses a partir de un seguimiento realizado en cada compra.
- Cuando se detecte que los insumos suministrados por el proveedor están afectando la prestación del servicio se deberá hacer una evaluación extraordinaria para analizarlo en el comité de compras de acuerdo al procedimiento

### Políticas de operación para la recepción de bienes e insumos:



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 16 de 25

- Se deben revisar con detenimiento las facturas frente a las ordenes de compra
- En caso de incumplimiento en términos de calidad o fechas de vencimiento el insumo y/o bien es rechazado.
- La inspección de los insumos que llegan se lleva a cabo entre los tres días hábiles después de su recepción, exceptuando los insumos de cadena de frío y medicamentos de control especial.
- Para los insumos de cadena de frío, medicamentos de control su inspección y almacenamiento debe ser inmediata para su conservación.
- En los casos que el proveedor no esté certificado y no tenga disponibilidad de análisis de calidad de los insumos se debe verificar el cumplimiento de especificaciones de acuerdo con el modelo de muestreo.
- El Subgerente administrativo será responsable de hacer los tramites de aseguramiento de bienes cuando sea necesario.

### Políticas de operación para la realización de selección de proveedores:

- Se debe realizar visita a las instalaciones del proveedor para ingresar al banco de proveedores y cuando cambian la ubicación del mismo.
- No realizar visita al proveedor hasta haber recibido todos los documentos exigidos relacionados en el formato de Registro de Proveedores.
- El auxiliar de almacén se debe apoyar del Responsable del servicio farmacéutico en las actividades que tienen que ver específicamente con medicamentos.

### Políticas de operación para el suministro de medicamentos e insumos al cliente interno:

- Los jefes de área son los encargados de realizar los pedidos de medicamentos e insumos
- Los pedidos de medicamentos e insumos deben realizarse antes de que éstos se agoten definitivamente en las áreas
- Todos los funcionarios deben identificar y reportar los insumos que se estén agotando
- Los pedidos al almacén deben realizarse los 10 de cada mes.
- Se debe garantizar la conservación de las variables ambientales de almacenamiento de los medicamentos durante su despacho.
- Se deben verificar las condiciones técnicas de los medicamentos e insumos antes de ser despachados a los diferentes servicios.
- Los medicamentos y dispositivos médicos solicitados por hospitalización serán solicitados y entregados por cada usuario.
- Tienen prioridad los despachos a las áreas asistenciales.
- Los pedidos deben ser reclamados en el almacén o en farmacia en el horario que se le informe.

	<b>POLÍTICA DE OPERACIÓN</b>	Código: 1010-21-16
		Versión: 01
		Fecha de actualización: Septiembre de 2009
		Página 17 de 25

#### **Políticas de operación para el traslado de activos:**

- Los activos que requieren ser trasladados, deberán estar en buen estado.
- Todos los funcionarios deben velar por la adecuada custodia y conservación de los bienes que se encuentran a su cargo para el desarrollo de los procesos
- La técnica de recurso humano debe notificar la desvinculación de los funcionarios al subgerente administrativo para la realización del traslado de bienes a su cargo

#### **Políticas de operación para mantenimiento hospitalario:**

- Todos los requerimientos de mantenimiento se deben realizar por escrito y en el formato definido
- La Subgerencia Administrativa tiene tres días para analizar y dar respuesta a las solicitudes.
- En caso de que el Subgerente administrativo no se encuentre disponible en la institución la técnica de personal será la encargada de recibir y dar trámite a la solicitud.
- Las necesidades de reparación también pueden ser captadas en los formatos de escucha activa por parte del cliente externo.
- Realizar reunión mensual para realizar control de mantenimientos.
- Utilizar los elementos de protección
- Todos los mantenimientos deben ser anexados a la hoja de vida de los equipos
- Todos los mantenimientos a ejecutar deben ser reportados al jefe de área respectivo.
- Utilizar los elementos de protección
- Todos los mantenimientos deben ser anexados a la hoja de vida de los equipos
- El subgerente administrativo solicitará por escrito el cronograma de mantenimiento preventivo a los responsables anualmente.
- El mantenimiento de equipos biomédicos los realiza un tercero, los de cómputo el asesor de sistemas y el hospitalario el auxiliar de mantenimiento.

#### **Políticas de operación para la elaboración del plan de acción del PDI:**

- La evaluación del Plan de Acción se realiza cada tres meses.
- El porcentaje de cumplimiento del Plan por trimestre es del 25% acumulado para cada año.

#### **Políticas de operación para la elaboración del Plan de Desarrollo:**



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 18 de 25

- Se convoca la participación del comité técnico gerencial en conjunto con el técnico operativo, de los funcionarios responsables de procesos, miembros de junta directiva y asociación de usuarios de la institución.
- El plan de Desarrollo Institucional se articula con los Planes de Desarrollo Territoriales, del nivel Municipal, Departamental y Nacional en materia de salud.
- Para la formulación del Plan de Desarrollo se precisa la conformación de un Grupo de Trabajo interdisciplinario definido por el Gerente
- Evaluar semestralmente el cumplimiento de los programas, acciones y proyectos a desarrollar

### Políticas de operación para la gestión documental:

- La correspondencia se organiza teniendo en cuenta los códigos establecidos por las TRD
- Los documentos que tengan carácter de reservados sólo se prestarán o consultarán con la autorización de la gerencia.
- Para realizar préstamo o facilitar el acceso a los documentos, se debe analizar la competencia del solicitante con la información requerida y la confidencialidad que pueda tener el documento.
- La custodia adecuada de los documentos en calidad de préstamo es responsabilidad absoluta de los solicitantes.
- El tiempo establecido para la devolución de los documentos prestados será de 2 días
- Cada año la radicación consecutiva inicia a partir de uno
- No se puede reservar números de radicados, ni pueden haber números repetidos, enmendados, corregidos o tachados.
- El manejo de la correspondencia se encuentra centralizado en el archivo administrativo, ningún funcionario está autorizado para recibir correspondencia institucional excepto domingos y festivos y horarios extemporáneos que la correspondencia será recibida en portería principal y de urgencias.
- La correspondencia recibida por la portería principal y de urgencias debe ser entregada en la secretaría de Gerencia de forma inmediata.
- La correspondencia será entregada a los destinatarios una vez al día.
- Las glosas no siguen este procedimiento por la premura de respuesta, estas deben ser radicadas, registradas y enviadas a facturación.
- Los sobres no se deben sellar para poder verificar anexos, firmas y formatos utilizados  
Las comunicaciones se deben entregar con la fecha actual  
No se guardarán números de radicados  
La constancia de envío de los documentos será:  
Fax: Reporte impreso  
Comunicaciones intermunicipales: Oficio con firma de recibido  
Comunicaciones por fuera del municipio: Guía de envío
- En caso de la necesidad de dar respuesta a un comunicado se debe registrar la respuesta en el formato de registro de correspondencia y anexar al documento y archivarlo.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 19 de 25

- Las historias clínicas requeridas para la atención clínica no son entregadas a los usuarios
- Sólo se prestan las historias para fotocopiar a su respectivo propietario o a un acudiente previa autorización del propietario
- El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia y el personal de enfermería en el horario no hábil
- Al retirar una historia clínica, ésta debe reemplazarse ubicando en su lugar una tarjeta de reemplazo que identifique el nombre, fecha y dependencia a donde fue prestada
- las historias clínicas prestadas deben ser devueltas al archivo el mismo día
- Se deben tener definidos los mecanismos para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, garantizando la confidencialidad
- Establecer procedimientos de respaldo de información que garanticen la pérdida de historias clínicas automatizadas
- El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico
- El tiempo de conservación definido para cada documento, se verificará en las tablas de retención documental.
- En caso de requerir actualizar las tablas de retención documental, se debe pasar a realizar análisis en el comité de archivo.
- Solo se reciben documentos en el archivo central, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de transferencias.
- Se debe garantizar la preservación adecuada de las condiciones físicas para evitar el deterioro de los documentos.
- Se debe garantizar la adecuada custodia de la información que reposa tanto en los archivos de gestión como en el archivo central.
- Reemplazar las carpetas que se encuentren deterioradas.

### Políticas de operación para la Sistema Integral de Información en Salud:

- Los responsables de las unidades funcionales deben hacer revisión periódica de necesidades de información.
- La matriz de información se debe revisar cada año para validar la necesidad de los informes y actualizarla si es necesario
- Control interno debe hacer seguimiento al cumplimiento de lo contemplado en la matriz de información
- Los responsables de las unidades funcionales deben hacer revisión de necesidades de recursos, consultando a los integrantes de los diferentes procesos que conforman la UF, solicitando justificación de las necesidades expresadas
- No se aceptarán requerimientos sin justificación
- Los usuarios finales deben reportar en forma oportuna las necesidades de mantenimiento identificadas
- Los niveles de acceso se deben establecer teniendo en cuenta las funciones que realiza cada usuario final

	<b>POLÍTICA DE OPERACIÓN</b>	Código: 1010-21-16
		Versión: 01
		Fecha de actualización: Septiembre de 2009
		Página 20 de 25

- La información debe ser solicitada por medio de oficio sea escrito o correo electrónico.
- Se debe garantizar la validación de la información antes de ser entregada al cliente

#### **Políticas de operación de la gestión del talento humano:**

- El diagnóstico de necesidades de capacitación debe iniciarse en el mes de octubre o posterior a la evaluación de desempeño
- El plan de capacitación cuenta con dos líneas de capacitación, una relacionada con los órganos de dirección (Junta Directiva, Gerente y Jefe Administrativa) y otra para el personal profesional y técnico.
- De acuerdo a los temas de capacitación impartidos o autorizados, se programará al funcionario beneficiado para que retroalimente a sus colegas en los temas aprendidos.
- Tener conocimiento acerca de la metodología y los instrumentos a utilizar para evaluar el clima laboral.
- Conocimiento de cambios en el entorno, programas motivacionales, gestión de desempeño, manejo de comunicación interna y externa.
- La evaluación del clima laboral se realiza anualmente en el tercer trimestre.
- La evaluación del clima debe hacerse con el apoyo de la ARP.
- Este procedimiento aplica a todos aquellos servidores que tienen un vínculo contractual con la institución.
- El instrumento se aplica a todos los servidores de la institución.
- Los resultados del diagnóstico del clima laboral deben tenerse en cuenta para el plan de capacitaciones y programas de bienestar social
- Calificación imparcial, objetiva y en los tiempos definidos
- Los servidores deben conocer sus funciones y competencias.
- Si se cree que el desempeño de un funcionario es deficiente se podrá pedir la evaluación de manera inmediata.
- Los funcionarios se evaluarán con los formatos e instructivos correspondientes según su tipo de vinculación
- Todo funcionario que ingrese a la institución a desempeñar cualquier actividad laboral, independientemente del tipo de vinculación participará del programa de inducción general y específico, antes de iniciar sus labores.
- Se debe cumplir el orden establecido en las rutas de inducción.
- Las rutas de inducción serán actualizadas de acuerdo a los cambios institucionales, para garantizar una inducción completa
- Se debe tener acceso a toda la información requerida para el proceso de inducción
- Todo el material audiovisual debe estar acorde con la imagen corporativa
- Tener el máximo cumplimiento en la hora programada y en la extensión asignada
- El personal que realiza la inducción debe ser los inductores capacitados por la organización para tal fin



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 21 de 25

- Cuando la reinducción se realiza de manera grupal se debe hacer la programación de los temas de acuerdo a las necesidades identificadas en las evaluaciones de competencias, en las auditorias, en los indicadores y en las necesidades expresadas por el personal.
- Siempre deberá existir un acto administrativo de aceptación de renuncia o de terminación del contrato o la relación laboral, indicando la fecha del retiro.
- Calificación imparcial, objetiva y en los tiempos definidos
- Los servidores deben conocer sus funciones y competencias.
- Si se cree que el desempeño de un funcionario es deficiente se podrá pedir la evaluación de manera inmediata.
- Los funcionarios se evaluarán con los formatos e instructivos correspondientes según su tipo de vinculación  
Tener en cuenta en el proceso de planeación aspectos como:  
Plan de desarrollo y plan de acción  
Contratación vigente y proyectada  
Cambios en la legislación  
Cambios en infraestructura o nuevas sedes o servicios  
Cambios en la complejidad de los servicios  
Estudios de carga y sobrecarga laboral
- Reporte de necesidades personales de servidores de cada proceso para la elaboración de cuadros de turno, las cuales deben ser entregadas hasta el 15 de cada mes.
- El cuadro de turnos debe realizarse ocho días antes de haber terminado el mes anterior.
- Remitir el cuadro de turnos con las novedades del mes los primeros cinco días del mes siguiente a Talento Humano.
- Tener en cuenta la programación de comités y otras actividades
- Todas las necesidades deben realizarse por escrito y en el formato definido
- Las necesidades de ambiente físico se suplen de acuerdo al procedimiento de dicho proceso.
- Todo cliente interno puede expresar necesidades
- La técnica de personal realizará el seguimiento al cumplimiento de las necesidades y consolidará los Formatos para la Detección y Gestión de Necesidades del Cliente Interno
- Siempre debe existir un convenio docente asistencial firmado por ambas partes antes de iniciar la práctica
- Los practicantes deben asistir a la inducción antes de empezar la práctica.
- Los practicantes deben acogerse a las normas y políticas institucionales.
- En el caso de contar con un asesor de la entidad educativa, los seguimientos del estudiante deben realizarse conjuntamente con el cooperador asignado por la ESE
- Privacidad y preparación en las entrevistas.
- Confidencialidad en la documentación presentada por el aspirante al cargo.
- Adecuado manejo relaciones interpersonales
- Presentar la documentación completa requerida para la contratación
- Confidencialidad y custodia de la documentación solicitada.
- Todo el personal de la institución debe contar con hoja de vida.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 22 de 25

### Políticas de operación de la caja menor:

- Al inicio de cada año la apertura de caja menor se hace con resolución.
- Se debe garantizar el registro de todos los gastos realizados por caja menor
- Todo gasto debe ser solicitado formalmente a la subdirección administrativa
- Antes de entregar recursos por caja menor a un funcionario, se debe revisar y garantizar que tenga legalizados gastos anteriores (entrega completa de soportes)

### Políticas de operación para las conciliaciones bancarias:

- Mensualmente realizar en los libros auxiliares de movimiento de bancos las correcciones o ajustes de diferencias entre contabilidad y tesorería, y realizar los ajustes contables por notas realizadas en los bancos.
- Realizar listados de conciliaciones bancarias para la verificación de los valores reales en los saldos de las cuentas bancarias y conciliación y ajuste de valores entre contabilidad y tesorería

### Políticas de operación para las declaraciones tributarias:

- Presentar las declaraciones en los medios previstos por cada una de las entidades de control y en los tiempos estipulados
- Garantizar el registro de las firmas digitales

### Políticas de operación para la ejecución del presupuesto:

- Las solicitudes de compra o de servicios, deben tener el visto bueno de la Dirección Administrativa.
- Se debe verificar los compromisos presupuestales para garantizar que los recursos estén destinados para el objeto que se está tramitando.
- Para el certificado de disponibilidad presupuestal, se debe anexar la solicitud de compra y/o servicio.
- Para registros presupuestales se debe anexar: Orden de compra y/o servicios, solicitud de disponibilidad presupuestal y/o contrato, factura de compra y/o cuenta de cobro.
- El informe presupuestal para la contraloría debe presentarse cada semestre del año



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 23 de 25

- No se puede realizar compras o solicitar un servicio sin el certificado de disponibilidad presupuestal y/o registro presupuestal.
- Cuando se realicen traslados de fondos se deberá refrendar ante la Junta Directiva la respectiva resolución de traslado.
- Cuando sea necesario realizar adiciones presupuestales se presentará el proyecto de acuerdo a la Junta Directiva para su aprobación

### Políticas de operación para la elaboración de costos:

Los análisis realizados a los costos institucionales deben generar acciones en búsqueda del mejoramiento en este aspecto.

### Políticas de operación para la elaboración y aprobación de estados financieros:

- Plan general de contabilidad publica
- Legislación vigente
- Debe existir concordancia entre el registro y los documentos soporte
- Los documentos soporte deben tener las autorizaciones y vistos buenos necesarios
- Los libros auxiliares diarios, deben permanecer actualizados y con sus documentos soporte

### Políticas de operación para facturación:

- La facturación debe enviarse de acuerdo a las fechas límite establecida por cada una de las entidades
- Se debe verificar que exista autorización en aquellas atenciones en las cuales no se tiene contrato con la entidad
- Facturar de acuerdo a los términos establecidos en los contratos con las diferentes aseguradoras
- Verificar fechas de finalización de contrato, población capitada a facturar de cada entidad
- Verificar el valor de U.P.C contratado con cada entidad
- Verificar que se esté cobrando de acuerdo con las tarifas acordadas

### Políticas de operación para gestión de glosas y recaudos:

- Revisar con detalle los contratos o acuerdos realizados con los diferentes aseguradores



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 24 de 25

- Se deben verificar las bases de datos de los usuarios del mes en el cual se le prestaron los servicios, para validar derechos
- Cuando no exista relación contractual con las entidades, se deben tener en cuenta las autorizaciones de la atención, los manuales tarifarios y la normatividad vigente para la prestación de servicios

### Políticas de operación para liquidación de nómina:

- Novedades de personal: incapacidades, vacaciones y licencias, deducciones.
- Que el reporte de los turnos e incapacidades llegue oportunamente.
- Veracidad en los datos registrados
- Confidencialidad en la información

### Políticas de operación para liquidación de prestaciones:

- Se debe garantizar la confidencialidad de la información generada en el desarrollo del procedimiento

### Políticas de operación para liquidación del presupuesto:

- El técnico de presupuesto debe enviar a los entes de control la ejecución a diciembre 31 con la resolución de cierre si es necesario y de acuerdo a los tiempos estipulados por cada uno de ellos.
- Es indispensable que en la liquidación se realice el cruce con tesorería y contabilidad

### Políticas de operación para pago de proveedores:

- Aplicar las retenciones y descuentos a que haya lugar de acuerdo a la normatividad vigente
- Notificar oportunamente a los proveedores de la transferencia electrónica realizada y enviar fax de la orden de pago en caso de ser necesario.
- Notificar a los proveedores que no poseen cuenta bancaria para que reclamen el cheque e informarles sobre los requisitos que deben cumplir para reclamarlo.



## POLÍTICA DE OPERACIÓN

Código: 1010-21-16

Versión: 01

Fecha de actualización:  
Septiembre de 2009

Página 25 de 25

### Políticas de operación para pago de seguridad social:

- Las deducciones que se hagan a los salarios de los empleados deben ser iguales al valor de la obligación adquirida

### Políticas de operación para recaudo de ingresos:

- La Auxiliar de Facturación encargada de cartera debe realizar la gestión de cobro de cartera mayor de 60 días en forma mensual.
- Cuando se identifiquen entidades con cuentas de difícil recaudo o con saldos de valores representativos, se deberá notificar al Comité de Gestión Financiera para que decidan las actuaciones a seguir con dicha entidad.
- Se debe garantizar la actualización permanente de la cartera de las entidades
- Cuando sea necesario.
- Se debe garantizar la recolección oportuna y segura de los cheques generados a nombre de la institución.

### Normas:

- Ley 100 de 1993
- Constitución política de Colombia
- Modelo estándar de Control Interno
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

1

1

Elabora: Doctor Carlos Mario Correa Zuluaga	Aprueba: Comité Técnico Operativo
Fecha (mes/año): Julio de 2009	Fecha (mes/año): Septiembre 2009
Próxima revisión: Julio de 2010	Aprobado por resolución: 215 de 2009