



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PASTO SALUD E.S.E

NIT.900091143-9

PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DOCUMENTAL

VERSION 8.0

San Juan de Pasto
2020

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	2

PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL
PASTO SALUD E. S. E.

ACTUALIZADO POR:

MILTON ARMANDO MONCAYO RIASCOS
Profesional universitario Oficina Asesora de Planeación

EDGARDO ROMO GENOY
Profesional universitario Oficina Asesora de Planeación

San Juan de Pasto
2020

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	3

TABLA DE CONTENIDO

		Pág.
	FORMATO 225 DEL 26 DE OCTUBRE DE 2020.....	5
	CONTROL DE CAMBIOS.....	6
	INTRODUCCIÓN.....	7
1	GENERALIDADES.....	8
1.1	OBJETIVO DEL PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DOCUMENTAL.....	8
1.2	ALCANCE.....	8
1.3	RESPONSABILIDADES.....	8
2	MARCO LEGAL.....	10
3.	MECANISMOS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS.....	11
3.1	CONTROL DE DOCUMENTOS.....	11
3.2	RESPONSABILIDADES DE LA CREACIÓN/ MODIFICACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS CON RESPECTO A LA CONVENIENCIA Y ADECUACIÓN.....	11
3.3	LISTADO DE MAESTRO DE DOCUMENTOS Y FORMATOS DE REGISTRO.....	11
3.4	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS.....	12
3.5	SOLICITUD DE CREACIÓN, MODIFICACIÓN O ANULACIÓN DE DOCUMENTOS.....	12
3.6	PRESERVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS Y PRESERVACIÓN DE LA LEGIBILIDAD.....	12
3.7	ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS.....	12
4	ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN.....	14
4.1	DIVISIÓN DOCUMENTAL.....	14
4.2	NIVELES DE LA DOCUMENTACIÓN.....	14
4.3	METODOLOGÍA PARA LA REDACCIÓN.....	15
5	CONTENIDO BÁSICO DE LOS DOCUMENTOS.....	16
5.1	TIPO DE DOCUMENTOS (TIPO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA).....	16
5.2	PORTADA.....	20
5.3	ENCABEZADO.....	21
5.4	TABLA DE CONTENIDO.....	21
5.5	INTRODUCCIÓN.....	21
5.6	OBJETIVO.....	21
5.7	ALCANCE.....	21
5.8	MARCO LEGAL.....	21
5.9	DEFINICIONES.....	22
5.10	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....	22
5.11	INDICADORES.....	22
5.12	FIRMAS DE APROBACIÓN.....	22
6	LINEAMIENTOS GENERALES DE ESTANDARIZACIÓN DE DOCUMENTOS.....	24
6.1	DEL PAPEL.....	24



PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	4

6.2	TIPO DE LETRA E INTERLINEADO.....	24
6.3	PORTADA.....	24
6.4	MÁRGENES.....	25
6.5	PÁGINA O NUMERACIÓN.....	25
6.6	ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA.....	25
6.7	MARCO NORMATIVO O MARCO LEGAL.....	30
6.8	LISTAS DE REFERENCIAS O BIBLIOGRAFIA.....	30
6.9	CITAS DENTRO DOCUMENTO.....	31
7.	LINEAMIENTOS GENERALES DE ESTANDARIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....	32
7.1	DISEÑO DEL ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA PARA PROCESOS.....	32
7.2	DISEÑO DEL ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA PARA PROCEDIMIENTOS.....	33
8.	CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.....	34
9.	INFORMACIÓN ELECTRÓNICA Y MEDIOS MAGNETICOS.....	36
9.1	ETIQUETADO DE ARCHIVOS.....	36
9.2	MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN MEDIO DIGITAL.....	36
10.	DEFINICIONES.....	38
	BIBLIOGRAFIA	



PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL

FORMULACION

CODIGO

VERSION

PAG

Oficina Asesora de Planeación

PT-ED

8.0

5

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900081143-9	SOLICITUD DE CREACIÓN, MODIFICACIÓN Ó ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	
	VERSION 7.0	PROCESO / SERVICIO GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION
	CODIGO GSI-MDR	NUM 225

PROCESO		GESTION CALIDAD									
TIPO DE DOCUMENTO	MANUAL	PLAN	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO	GUIA	PROTOCOLO	ESQUEMA	FORMATO	OTRO		
	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL										CODIGO
FECHA	26 DE OCTUBRE DE 2020		CREACIÓN		MODIFICACIÓN	X	ELIMINACIÓN				
CAUSAS DE(Creación, Modificación o eliminación)			Se requiere estandarizar el contenido de las guías de practica segura que se adaptaran a las necesidades de la empresa Pasto Salud ESE.								
DESCRIPCION DE LAS MEJORAS			Incluir el contenido de las guías de practica segura el cual consta de: Introducción, justificación, objetivo general y específicos, alcance, glosario de términos, marco teórico (incluye evidencia científica), desarrollo de la guía, guía de reacción inmediata si aplica, educación al usuario y su familia si aplica, indicadores, bibliografía								
SECCIÓN MODIFICADA AL DOCUMENTO			5. Contenido Básico de los documentos								
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ELABORÓ			NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REVISÓ (Lider de proceso o jefe inmediato de acuerdo a la estructura organizacional de la empresa)			ACEPTADO		SI	NO		
ANA CRISTINA SANTACRUZ MEJIA Profesional Especializada-Área de la Salud			ADRIANA ENRIQUEZ MEZA Subgerente de Salud e Investigación			GERENTE		ANA BELEN ARTEAGA TORRES Gerente			
FIRMA			FIRMA			FIRMA					

EL PRESENTE FORMATO ES IDENTICO AL ORIGINAL APROBADO. LAS MODIFICACIONES AL FORMATO NO SON VALIDAS SIN APROBACION (FIRMAS EN FORMATO ORIGINAL) OFICINA ASESORA DE PLANEACION. FECHA DE CREACION Y/O ACTUALIZACION: 25-05-2020



 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	6

CONTROL DE CAMBIOS

E: Elaboración del Documento
M: Modificación del Documento
X: Eliminación del Documento

VERSIÓN	CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO	INFORMACIÓN DE CAMBIOS					FECHA DE APROBACIÓN
		E	M	X	ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN	ELABORÓ /ACTUALIZÓ	
8.0	Actualización, Aprobación y Adopción del protocolo de Estandarización Documental.			X	Justificación: Por solicitud de la Oficina de Calidad donde se aclara el contenido de los documentos de la entidad y particularmente las guías en general y de práctica clínica.	Edgardo Romo Genoy, Profesional universitario Oficina de Planeación. Milton Moncayo Riascos, Profesional Universitario.	Formato - 225 del 26 de octubre de 2020
7.0	Actualización, Aprobación y Adopción del protocolo de Estandarización Documental.			X	Justificación: Por solicitud de la subgerencia de salud e investigación para adopción de guías de práctica clínica	Edgardo Romo Genoy, Profesional universitario Oficina de Planeación. Milton Moncayo Riascos, Profesional Universitario.	Formato - 225 del 29 de agosto de 2019
6.0	Actualización, Aprobación y Adopción del protocolo de Estandarización Documental.			X	Justificación: Por Implementación de la norma técnica ISO 9001:2015 y cambio de imagen corporativa	Ángela Sofía López Arciniegas, Jefe Oficina Asesora de Planeación. Milton Moncayo Riascos, Profesional Universitario. Edgardo Romo Genoy. Profesional Universitario.	Resolución No. 140 del 19 de Abril de 2018
1.0	Elaboración de la guía de Estandarización Documental			X	Justificación: Por requerimiento del servicio y acorde a las necesidades de normalización en la empresa se elabora el protocolo de Estandarización Documental Versión 1.0 de Pasto Salud E.S.E.	Diana Patricia Bolaños Ordóñez Ingeniera Industrial Jefe Oficina Asesora de Planeación	Resolución No. 2998 del 20 de Diciembre de 2011

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	7

INTRODUCCION

La **estandarización** o **normalización** es la redacción y aprobación de normas que se establecen para garantizar el acoplamiento de elementos contruidos independientemente.

Según la ISO (International Organization for Standarization) la normalización es la actividad que tiene por objeto establecer, ante problemas reales o potenciales, disposiciones destinadas a usos comunes y repetidos, con el fin de obtener un nivel de ordenamiento óptimo en un contexto dado, que puede ser tecnológico, político o económico.

La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, en aras de garantizar mayores niveles de calidad y estandarización de la documentación, así como el control de la misma se ha formulado la Guía de Estandarización Documental, que establece lineamientos básicos la creación, revisión, aprobación, actualización, identificación de cambios, disponibilidad y legibilidad de los documentos. Así como también, la identificación de aquellos documentos de origen externo y su correspondiente control de distribución. Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes relacionadas con el manejo de documentos.

En el documento que se presenta, se define la jerarquía documental. Al interior de la empresa se encuentran *documentos de primer nivel* que contienen el direccionamiento estratégico empresarial y generalmente son transversales o de aplicación en todas las áreas y niveles de la institución; *en un segundo nivel* se encuentran los procesos y procedimientos de obligatorio cumplimiento; *en tercer nivel* se identifican las guías, paquetes instruccionales, instructivos, protocolos, manuales y planes; en *cuarto nivel* los formatos de registros que son evidencia de actividades ejecutadas; y finalmente en un quinto nivel documentos externos.

Con el propósito de mejorar continuamente, la Oficina Asesora de Planeación emprende el control documental y las tareas encaminadas a la estandarización, para lo cual es necesario contar con la participación y vinculación activa de todo el equipo de Pasto Salud ESE.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	8

1. GENERALIDADES

1.1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DOCUMENTAL

Establecer al interior de la Empresa Social del Estado Pasto ESE los lineamientos básicos para la estandarización de la documentación generada, a través de la aplicación de disposiciones para uso común y repetido, encaminadas a lograr niveles de orden con respecto a la formulación y elaboración documental.

1.2. ALCANCE

Esta guía aplica para toda la documentación que se genere dentro de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, en desarrollo de sus funciones y procesos.

1.3. RESPONSABILIDADES

1.3.1. Directivos

Es responsabilidad de todos los funcionarios del nivel directivo y asesor, hacer cumplir los lineamientos, estándares y especificaciones descritas en la presente Guía. Así mismo cumplir los mecanismos establecidos para su divulgación e implementación.

1.3.2. Oficina Asesora de Planeación

Es responsable por:

- a. Establecer los mecanismos para la divulgación e implementación del presente manual.
- b. Es responsable de asesorar a las diferentes áreas funcionales de la empresa sobre la metodología a emplear según el tipo de documento que se generará.
- c. Igualmente debe revisar, verificar y validar que los lineamientos y especificaciones descritas en la presente Guía sean aplicados adecuadamente y emitir las observaciones para correcciones a que haya lugar.

La Oficina Asesora de Planeación, no se responsabiliza por el contenido de los documentos sobre los cuales solamente valida los lineamientos técnicos según corresponda la estructura documental.

1.3.3. Oficina de Control Interno

Dentro de su rol de control, evaluación y seguimiento mediante auditorias, apoya en la verificación de que los documentos generados como evidencias de procesos y funciones, cumpla con los lineamientos, estándares y especificaciones descritas en el presente manual.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	9

Lo anterior a fin de evitar la formulación de documentos sin el cumplimiento de requisitos, sin aprobación y que generan confusión en el desarrollo de los procesos de la empresa, llevando a la obtención de productos no conformes.

1.3.4. Servidores Públicos

Es responsabilidad de todos los servidores públicos de Pasto Salud ESE y en especial del personal que interviene directamente en la elaboración, validación, aprobación, manejo y control de la documentación, cumplir y hacer cumplir los lineamientos y especificaciones de esta Guía de Estandarización Documental.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	10

2. MARCO LEGAL

Ley 87 de 1993. Expedida por El Congreso de Colombia, "Por la cual se establecen para el ejercicio del control interno en la entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".

Ley 100 de Diciembre 23 de 1993. Expedida por El Congreso de la República de Colombia, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"

Ley 594 de 14 de Julio de 2000. Expedida por el Congreso de la República "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones"

Acuerdo 042 de 31 de Octubre de 2002. Expedida por el Concejo Directivo del Archivo General de la Nación "Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículos 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000".

Ley 872 de 30 de Diciembre de 2003. Expedida por Congreso de Colombia "Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios".

Decreto 4110 de 09 de Diciembre de 2004. Expedido por la Presidencia de la República "Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública." NTGCP.

Decreto 1599 de 20 de Mayo de 2005 del. Expedido por la Presidente de la República "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano".

Resolución 0673 del 2 de Octubre de 2006. Expedida por la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE "Por la cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y la Norma Técnica en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 en la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE".

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006. Expedida por El Presidente de la República de Colombia, "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	11

3. MECANISMOS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS

3.1 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

Toda la información documentada que haga parte del Sistema de Gestión de Calidad de La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. Deberá cumplir con los siguientes requisitos de control:

Documentos Controlados: Documentos de consulta y formatos de registro aprobados que cuando su versión cambia, se informa al usuario para evitar el uso de documentos obsoletos (mediante correo electrónico institucional) y se actualiza en el listado maestro y en la página web de Pasto Salud ESE. Esto aplica para los documentos y formatos de registro en medio impresos y digitales.

Documentos Obsoletos: Documentos que han perdido su vigencia y han sido reemplazados por otros o eliminados. Si por razones legales o de reservación del conocimiento deben guardarse o conservarse, el líder del proceso o usuario del documento se encargará de hacerlo en medio físico o en medio digital en la carpeta que haya establecido, quedando almacenado y bajo custodia en cada proceso según corresponda.

3.2 RESPONSABILIDADES DE LA CREACIÓN / MODIFICACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS CON RESPECTO A LA CONVENIENCIA Y ADECUACIÓN

Está autorizado para revisar un documento en cuanto a su conveniencia el líder del proceso el cual verifica si el contenido del documento es apropiado para el propósito del proceso, los recursos de la organización y la realidad empresarial. Para la revisión de la adecuación de la información documentada será el profesional universitario de la Oficina de Planeación encargado de verificar los parámetros de elaboración de acuerdo al ÍTEM 4, 5 y 6 de este protocolo.

Los documentos se aprueban mediante la firma del Gerente y el solicitante generador de la necesidad en la fecha en la cual se firmen los documentos (fecha de aprobación y adopción).

Si el documento queda almacenado en medio digital, debe ir con firmas en digital.

3.3 LISTADOS MAESTRO DE DOCUMENTOS Y FORMATOS DE REGISTRO

Este documento muestra información relacionada con los documentos que forman parte del sistema de gestión de la calidad de la organización, procedimientos, guías, protocolos, documentos internos, planes, etc.

Los documentos generados en la entidad se controlan mediante los siguientes formatos:

- 1) Formatos de registros mediante el "listado maestro de formatos de registros".

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	12

2) Documentos internos (procesos, procedimientos, instructivos, guías, protocolos y/o paquetes instruccionales, manuales y planes) mediante “listado maestro de documentos internos”.

Los “Listados maestro de documentos” permiten llevar un control de los documentos generados por el Sistema de Gestión de la calidad (SGC). Este documento está bajo la responsabilidad de la oficina de Planeación, por esta razón es en este proceso donde se asignan los códigos de identificación de los documentos se informa sobre la creación, medio de almacenamiento, estado del documento, acceso, modificación, y recuperación. Para justificar el tipo de cambio del documento el control se lo realiza mediante “*el formato solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos y registros*”

3.4 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS

Es un listado que indica todos los documentos externos necesarios para la planificación y operación de los procesos que forman parte del sistema de gestión de calidad de la entidad.

Cada líder de proceso es el responsable de identificar los documentos de origen externo que le aplican a su proceso notificando al controlador de documentos, quien actualizará el documento “Listado maestro de documentos externos”, cada vez que se presente un cambio normativo, legal, etc.

3.5 SOLICITUD DE CREACIÓN, MODIFICACIÓN O ANULACIÓN DE DOCUMENTOS

A través del documento y mediante el formato de “*solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos y registros*” del sistema de gestión de calidad”. Los líderes de los procesos presentan su solicitud a la Oficina Asesora de Planeación para crear un documento, modificarlo o anularlo y se anexa la propuesta de mejora.

3.6 PRESERVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS Y PRESERVACIÓN DE LA LEGIBILIDAD

El medio soporte de los documentos puede ser papel o digital. Los documentos impresos reposarán en carpetas. Se procurará no generar copias controladas impresas para garantizar el no uso de documentos obsoletos. Los documentos electrónicos se compartirán de acuerdo a los parámetros establecidos por el proceso de gestión de sistemas de información de la entidad.

Para preservar la legibilidad de los formatos de registros que se diligencien a mano, estos no podrán tener tachones, siglas, ni enmendaduras y deben diligenciarse con lapicero a excepción del *formato “plan de cuidados en enfermería*, el cual debe diligenciarse con lápiz.

3.7 ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

Los líderes de los procesos pueden solicitar la eliminación de documentos que formen parte del sistema de gestión de la calidad, es decir, que éste se considere no aplicable, en dicho caso mediante el formato establecido se realiza la solicitud de anulación de documentos del sistema de gestión de calidad” y justifica las razones por las cuales se solicita la eliminación del documento. Esta solicitud será atendida en primera instancia por el

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	13

responsable del proceso de calidad o quien haga sus veces y será aprobada por el representante legal de la Empresa. Si la solicitud es aprobada, el responsable del proceso de gestión de calidad elimina del listado maestro de documentos la información del documento, se recogen las copias controladas impresas cuando aplique, se destruyen y se conserva el documento original para evitar el uso no intencional del documento tanto para documentos físicos como digitales.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900081143-9	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	14

4. ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN

4.1 DIVISIÓN DOCUMENTAL

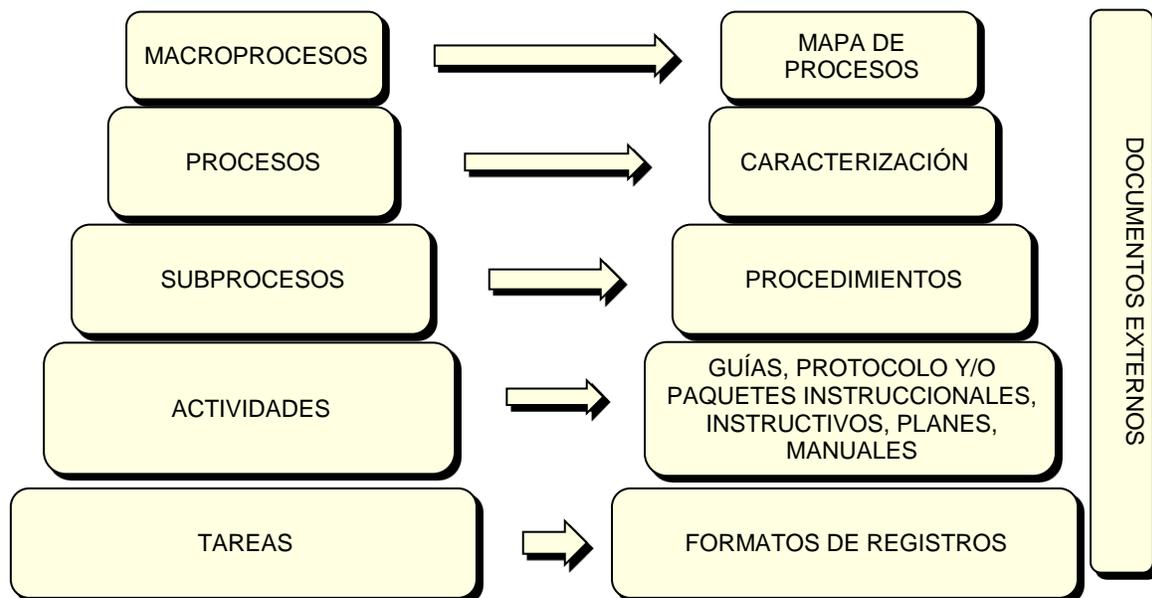
Documentos Externos: Son los documentos que contienen información externa que hace referencia a todos los datos que provienen o son generados por los grupos de interés y que permiten que la entidad esté en contacto directo con ellos (ciudadanos, proveedores, contratistas, organismos de control, fuentes de financiación y otros organismos) o en contacto directo pero que afecta tanto su desempeño, como el ambiente político, las tendencias sociales, las variables económicas, el avance tecnológico entre otros.

Documentos Internos: Son los documentos que contienen los datos que se originan del ejercicio de los procesos de la entidad y se difunden dentro de la misma para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas y la gestión de sus operaciones. Se debe garantizar su registro y divulgación oportuna, exacta y confiable en procura de realización efectiva y eficiente de las operaciones, soportar la toma de decisiones y permitir a los servidores un conocimiento más preciso y exacto de la entidad.

4.2 NIVELES DE LA DOCUMENTACIÓN

Los documentos que son parte integral del Sistema de Gestión de la Calidad de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, se clasifican en cinco niveles de acuerdo a su responsabilidad y control.

La jerarquía de la documentación interna se establece así:



 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	15

Documentos de primer nivel: Mapa de procesos

Documentos de segundo nivel: Caracterización de Procesos

Documentos de tercer nivel: Procedimientos y programas.

Documentos de cuarto nivel: Documentación específica (guías, protocolos y/o paquetes instruccionales, instructivos, planes, manuales)

Documentos de quinto nivel: Formatos de registros

Nivel 1: Mapa de procesos. Describe de forma gráfica el sistema de macroprocesos, procesos y su articulación.

Nivel 2: Caracterización de procesos. Documentados en las fichas de caracterización, establecen todas las características de cada uno de los procesos que conforman el sistema de gestión de la calidad de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE y el cumplimiento del ciclo PHVA en cada uno de éstos.

Nivel 3: Procedimientos. Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Programa: Es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.

Nivel 4: Documentación específica. Son el tipo de documentos que contienen información detallada de los procesos. Se usan en operaciones que agregan valor al servicio y son referenciadas generalmente en los procedimientos de calidad. Estos documentos son especificaciones: guías, paquetes instruccionales, instructivos, protocolos, manuales, planes (esquemas, manual de funciones, perfiles de cargo). Incluye los soportes y las formas que tiene la entidad, para la prestación del servicio.

Nivel 5: Formatos de registros. Es un documento que permite diligenciar espacios en blanco definidos y puede utilizarse o generarse en cada actividad. Contribuyen al registro de datos y compilación de evidencias que permiten medir y evaluar el desempeño de los procesos y procedimientos de la entidad.

Documentos externos: Son documentos que fueron generados por entidades externas a Pasto Salud E.S.E., pero sirven de justificación o soporte para la operación de los procesos del sistema de Gestión de Calidad.

4.3 METODOLOGÍA PARA LA REDACCIÓN

La redacción de los documentos que forman parte del sistema de gestión de la calidad de la entidad debe realizarse en un vocabulario sencillo, claro y preciso. La descripción de cada paso o actividad debe hacerse con un verbo que indique acción y su conjugación debe hacerse en tiempo presente.

La terminología debe ser uniforme; se debe utilizar siempre el mismo término para un mismo concepto, para que sea fácilmente comprensible en todos los niveles de la organización.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	16

5. CONTENIDO BÁSICO DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos deben elaborarse en hojas de cálculo, procesador de texto u otro programa teniendo en cuenta la proyección de su contenido y la eficaz implementación para quienes deben utilizarlos. Si es el caso de formatos, la agilidad y facilidad para su diligenciamiento.

El tipo de letra en todos los documentos debe ser Arial, normal o negrita y su tamaño depende del contenido del documento, guardando las proporciones y presentación, los espacios entre párrafos deben ser adecuados en su distribución.

A continuación, se definen el tipo de documentos y se describen los parámetros que deben cumplirse en la elaboración de cada uno de los documentos que forman parte del sistema de gestión de la calidad de la organización:

5.1 TIPO DE DOCUMENTOS (TIPO DE FORMATO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA)

- Documentos externos. Son los documentos que contienen información externa que hace referencia a todos los datos que provienen o son generados por entidades externas y que soportan el cumplimiento de la misión institucional, por ejemplo: normas, planes, guías o manuales.
- Documentos internos. Son los documentos que contienen los datos que se originan del ejercicio de las funciones de la entidad y se difunden dentro de la misma para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de sus operaciones.
- Caracterización de procesos. Son los documentos que establecen todas las características de cada uno de los procesos que conforman el sistema de gestión de la calidad de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE y el cumplimiento del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar) en cada uno de éstos.
- Formato de registros. Es un documento que permite diligenciar espacios en blanco definidos y puede utilizarse o generarse en cada actividad. Contribuyen al registro de datos y compilación de evidencias que permiten medir y evaluar el desempeño de los procesos y procedimientos de la entidad.
- Procedimientos. Documentos que establece la forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.
- Programas: Es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.
- Manuales. Libro en que se compendia lo más sustancial de una materia. Documento o cartilla que contiene las nociones básicas y la forma correcta de aplicación de un

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	17

tema o un compendio y colección de textos seleccionados y fácilmente localizables, ej: manual de procedimientos (resolución 2003 del 2014).

- Guía. “Una guía es algo que tutela, rige u orienta. A partir de esta definición, el término puede hacer referencia a múltiples significados de acuerdo al contexto. Una guía puede ser el documento que incluye los principios o procedimientos para encauzar una cosa o el listado con informaciones que se refieren a un asunto específico”.¹

Para la elaboración de los documentos institucionales y en particular los denominados guías en la entidad, deberán contar como mínimo con este contenido:

- _Portada
- _Encabezado
- _Tabla de contenido
- _Control de cambios
- _Introducción
- _Justificación
- _Objetivos: General y específicos
- _Alcance
- _Marco legal si aplica
- _Marco teórico (evidencia científica cuando aplique)
- _Desarrollo de la guía, que contendrá un apartado de acciones de reacción inmediata cuando aplique
- _Educación al usuario y su familia
- _Indicadores
- _Glosario de términos o definiciones
- _Bibliografía
- _Nombres y apellidos de los responsables de la elaboración y/o actualización

En el caso particular de las guías de atención clínica y atendiendo la definición y requerimiento de la resolución 2003 de 2014 se tiene:

- Guías de práctica clínica. Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia (resolución 2003 de 2014).

Contenido de la guía de práctica clínica²:

¹ <https://definicion.de/guia/>

² Definiciones aportadas por la Subgerencia de Salud e Investigación de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. 2019.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	18

- _Portada
- _Encabezado
- _Tabla de Contenido
- _Introducción
- _Objetivo General y específicos
- _Alcance
- _Marco Legal si aplica

_Epidemiología: El estudio de la distribución de los estados o fenómenos de salud y sus determinantes en poblaciones específicas.

_Definición de patología: Es la expresión de forma resumida del concepto de la enfermedad a que hace referencia la GPC, considerando que enfermedad es la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"

_Clasificación: Se basa en los criterios de clasificación de la enfermedad, como todo en medicina, no son totalmente perfectos de modo que presentan una sensibilidad y especificidad determinada respecto del diagnóstico realizado por expertos, salvo que haya un patrón oro específico (biopsia o hallazgo patognomónico).
<https://www.reumatologiaclinica.org/es-el-mito-distincion-entre-criterios-articulo-S1699258X14002162>

_Cuadro clínico: Las manifestaciones clínicas o cuadros clínicos son la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad (en realidad, que presenta el enfermo). Diferenciamos dos:

Síntomas: Son la referencia subjetiva que da el enfermo sobre la propia percepción de las manifestaciones de la enfermedad que padece. Los síntomas son la declaración del enfermo sobre lo que le sucede. Los síntomas, por su carácter subjetivo, son elementos muy variables, a veces poco fiables y no muy certeros; muchas veces, su interpretación puede ser difícil. Aun así, su valor en el proceso diagnóstico es indudable.

Signos clínicos: Son los indicios provenientes del examen o exploración psicofísica del paciente. Los signos clínicos son elementos sensoriales (relacionados con los sentidos); se recogen de la biología del paciente a partir de la observación, palpación, la auscultación, además de la aplicación de ciertas maniobras. Son datos objetivos, medibles utilizando un parámetro y sistema de unidades (por ejemplo, temperatura en grados centígrados, tensión arterial en mm de Hg, pulso en latidos por minuto).

_Criterios diagnóstico: Es el conjunto de datos utilizados para realizar un diagnóstico, generalmente son mayores que los usados en los criterios de clasificación. Pero ello no quiere decir que los criterios de clasificación sean distintos que los llamados criterios diagnósticos, es decir son los exámenes de laboratorio e imágenes que se deben solicitar como primera opción para confirmar o descartar un

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	19

diagnostico presuntivo. (<https://www.reumatologiaclinica.org/es-el-mito-distincion-entre-criterios-articulo-S1699258X14002162>)

_Plan de tratamiento: Es la propuesta integral para la resolución de los problemas de salud identificados en el proceso diagnóstico, el cual debe documentarse de manera lógica, secuencial y ordenada, tomando en consideración todos los aspectos de las diferentes disciplinas del equipo de salud como psicología, terapias además de los medicamentos con el objetivo de lograr la recuperación de la salud, es importante mencionar la opción terapéutica seleccionada, los posibles efectos secundarios, así como la duración del tratamiento y las metas esperadas en la evolución del mismo.

_Necesidades de información al usuario sobre su patología al ingreso y educación al egreso: utilizar la del protocolo de información e identificación de necesidades de los usuarios.

_Complicaciones: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

_Riesgos clínico: Es la probabilidad de que se produzca un resultado indeseable -o la ausencia de un resultado deseable- a lo largo de la cadena de la atención en salud (durante cualquiera de los componentes de la prestación de un servicio). También se conoce como la probabilidad de ocurrencia de variaciones no soportadas en evidencia en el proceso de atención, referido principalmente a decisiones y conductas asumidas por el prestador, con sus efectos sobre la salud del paciente y el consumo de recursos, lo cual se modula mediante dos aspectos fortalecimiento de la gestión clínica y seguridad en la atención.

_Guía de respuesta inmediata: Es el conjunto de actuaciones recomendadas para ofrecer una adecuada respuesta clínica y administrativa al paciente, tras la ocurrencia de un Evento Adverso o una complicación.

_Causas de remisión: Definir explícitamente los criterios de remisión del paciente al prestador complementario que puede ser por la complejidad del cuadro clínico o por complementación de servicios para atención integral.

_Algoritmo clínico: representación gráfica a través de un diagrama de flujo, de un conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, secuenciales y bien definidos, que deben seguirse para resolver un problema diagnóstico y/o terapéutico específico. También se denomina algoritmo a la secuencia de pasos ordenados para resolver un problema.

_Indicadores clínicos de impacto y/o de norma: Es la expresión numérica que cuantifica situaciones y cambios esperados en las condiciones de salud de los pacientes, atribuibles a las intervenciones y atenciones del equipo de salud, su medición es una forma práctica de detectar las desviaciones o evoluciones de las enfermedades y desenlaces clínicos y sirven de retroalimentación a la

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900081143-9	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	20

programación. Los indicadores de norma hacen relación a los definidos en las RIAS, circulares del MSPS, o Supersalud que le aplican a la guía.

_Definiciones o glosario de términos

_Bibliografía (basado en evidencia) – Vancouver -.

- **Instructivos.** Documentos cuya finalidad es instruir sobre la forma de llevar a cabo una actividad o tarea o para la ejecución de un determinado proceso o programa.
- **Planes.** Es un conjunto de actividades articuladas que contribuyen al cumplimiento de unos objetivos dados en un plazo determinado, definiendo recursos, indicadores, metas, presupuesto y responsables.
- **Protocolos.** Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. (Resolución 2003 del 2014)

Contenido de los documentos

TIPO DE DOCUMENTO/CONTENIDO	Portada	Encabezado	Tabla de contenido	Introducción y/o presentación	Objetivo	Alcance	Marco Legal	Glosario	Descripción de actividades	Indicadores	Firmas de aprobación	Lista de referencia o bibliografía	Requiere Resolución* de aprobación y formato 225	Presupuesto
Mapa de procesos	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N
Documentos externos	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N
Caracterización de procesos	N	A	N	N	A	A	A	N	A	A	A	N	A	N
Formato de registro	N	A	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	A	N
Procedimientos	N	A	N	N	A	A	N	N	A	A	A	N	A	N
Manuales ³	A	A	A	A	A	O	O	O	N	N	A	A	A	N
Guía	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	N
Instructivos	A	A	O	A	O	A	O	O	A	N	A	O	A	N
Planes	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A
Programas	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	O
Protocolos	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	N
Esquema	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N

A = Aplica N= No aplica O = Opcional

*Únicamente se aprobarán mediante Resolución los documentos que por norma lo requiera.

5.2 PORTADA

Es la primera hoja del documento y debe contener como mínimo el título completo del documento, el nombre del autor, el logo de la Empresa y el año y mes de aprobación (ver página 23)

³ Se exceptúan los Manuales que por norma deben contener uno, algunos o todos los ítems del contenido de los documentos

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	21

5.3 ENCABEZADO

Es la parte superior de la hoja, la cual se compone del nombre del formato, documento, proceso o servicio, la versión y el código según corresponda (ver página)

5.4 TABLA DE CONTENIDO

Es la estructuración de los títulos de los temas que trata el documento. Cada tema o subtema va acompañado del número de página para su fácil identificación y ubicación dentro del documento.

5.5 INTRODUCCION

Es un texto breve y sencillo antes de empezar el desarrollo de los temas, que da un resumen del documento, de tal forma que el lector pueda entender de qué trata el documento antes de haberlo leído en su totalidad, también puede incluirse el contexto o las circunstancias que ameritan la publicación y adopción de dicho documento.

5.6 OBJETIVO

Amplía la información contenida en el título; se redacta de manera que se pueda utilizar como resumen del documento. El objetivo debe indicar “la finalidad del proceso sobre la cual deben enfocarse los recursos y actividades que lleven a cumplir con la meta o metas, que busca alcanzar el proceso El objetivo debe componerse de la siguiente estructura: *VERBO + COMPLEMENTO + CARACTERIZACIÓN DE LA MEDICIÓN + PARA + CUMPLIMIENTO*⁴

5.7 ALCANCE

Indica en que caso se aplica lo descrito en el documento y a quienes cubre. Debe indicar tanto las áreas como las situaciones donde el procedimiento debe ser usado, además de hacer sus excepciones (es decir lo que excluye). Debe ser entendido y entendible tanto por los involucrados en el mismo, como por todos los que manejan el procedimiento.

5.8 MARCO LEGAL

Es el conjunto de normas que rigen o justifican la elaboración del documento. Proporciona las obligaciones y el alcance de la entidad frente al desarrollo y evaluación de un proceso o servicio.

⁴ UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI. Objetivo del proceso [en línea]. [Consultado: 22 de agosto de 2019]. Disponible en internet: <https://www.javerianacali.edu.co/objetivo-del-proceso>.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	22

5.9 DEFINICIONES

Se incluyen en el documento las definiciones necesarias para la adecuada comprensión de los términos utilizados en él. Refiere los términos, símbolos y/o abreviaturas empleadas en el texto del documento.

5.10 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Los documentos pueden elaborarse en forma de redacción, siguiendo los parámetros establecidos en este documento. Se sugiere la siguiente estructura:

No.	Actividad	Descripción	Responsable	Medio de verificación
1				
2				
3				
4				
n				

- No o #: Número de la actividad a seguir de acuerdo a la secuencia.
- Actividad: Establecer cada paso a seguir del documento que se está elaborando.
- Descripción: Cuando se requiera aclaraciones a cada actividad o descripciones más detalladas se realizan en esta casilla.
- Responsable: Nombrar el cargo responsable de realizar cada actividad.
- Medio de verificación: Escribir la evidencia con la cual soportará el cumplimiento de la actividad.

5.11 INDICADORES

Un indicador se define como la relación entre variables cuantitativa o cualitativa, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generados, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas. Constituyen instrumentos de Control de orden gerencial, necesarios a la evaluación de la gestión de toda entidad⁵.

5.12 FIRMAS DE APROBACIÓN

En la última hoja de los documentos que así lo requieran se llevará el control de firmas así:

ELABORADO POR:

Digite el nombre y el cargo del o las personas que elaboran el documento.

REVISADO POR:

⁵ SEMINARIO TALLER GERENCIA DE INDICADORES DE ALTO IMPACTO EN LA CALIDAD. (7 de noviembre de 2018, San Juan de Pasto, Colombia). Memorias. Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, 2018. 119 p.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	23

Digite el nombre y el cargo del o las personas que revisan el documento.

APROBADO POR:

Digite el nombre y el cargo del o las personas que aprueban el documento.

En cada casilla se escribe el nombre, el cargo, se solicita la firma de la persona responsable de la actividad descrita; elaborado por, revisado por y aprobado por. El tipo de letra es Arial y el tamaño de la letra es 11.

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El responsable de revisar el documento puede ser el mismo que lo aprueba.
- El responsable de aprobar los documentos será el representante legal o quien éste delegue en comité.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	24

6. LINEAMIENTOS GENERALES DE ESTANDARIZACIÓN DE DOCUMENTOS

En Pasto Salud ESE a través del presente protocolo ha establecido parámetros para la estandarización de documentos, así:

6.1 DEL PAPEL

Cuando sea apropiado y dependiendo del tipo de documento el tamaño del papel será:

Tamaño carta: General para la presentación de Documentos de Gestión, Manuales, Protocolos, Guías, Instructivos, Formatos y toda clase de Informes.

Tamaño oficio: Para elaborar formatos especiales que requieran mayor espacio.

6.2 TIPO DE LETRA E INTERLINEADO

El tipo de letra para el cuerpo del documento es fuente Arial de tamaño 11 o 12.

Para los formatos, dependerá de la distribución del espacio y del diseño. El interlineado de los párrafos del contenido del documento debe ser sencillo o máximo 1,15 líneas.

El texto debe llegar hasta la margen inferior establecida. No se deben dejar títulos o subtítulos solos al final de la página o renglones sueltos.

La redacción es impersonal y genérica en todo el documento, es decir, en tercera persona del singular. Por ejemplo: se hace, se define, se definió; no es correcto hicimos / hice, definimos / definí etc.

Cada capítulo comienza en una hoja independiente, el título debe ir centrado y en mayúscula sostenida.

6.3 PORTADA

- Logo de la empresa Pasto Salud ESE, en un tamaño que resalte en la parte superior de la hoja.
- Para la primera parte de la portada será escrito el tipo de documento seguido del nombre del documento por ejemplo: (tipo) MANUAL DE FUNCIONES (nombre o para) PROCESOS, PROTOCOLO, GUIA, INSTRUCTIVO, el tipo de fuente debe ser legible (Arial recomendada), mayúsculas sostenidas, centrado, color negro, tamaño de la fuente debe resaltar del resto del texto de la portada.
- Debajo se debe indicar la versión del documento y el año de creación del documento, en fuente legible (Arial recomendada), color negra.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	25

6.4 MÁRGENES

- a. Márgenes para comunicaciones oficiales (Incluye Oficios, resoluciones, Circulares) son:

Superior 4 cm (logo o encabezado incluido),
 Inferior 3 cm (pie de página incluido),
 Derecho 3 cm e Izquierdo 4 cm.

El sistema de información de correspondencia, se encuentra diseñado bajo estos parámetros.

- b. Márgenes para documentos⁶: (Manuales, protocolos, guías e instructivos) Si el documento se va a imprimir por ambas caras, las márgenes deben ser todas de 3 cm y su impresión a doble cara se realiza a partir de la página de contenido.

Cuando el documento se imprime por una cara, las márgenes deben ser:
 Superior: 3 cm. (4 cm. título)
 Izquierdo: 4 cm.
 Derecho: 3 cm.
 Inferior: 3 cm.

El encabezado debe estar incluido dentro de los 3 cm de margen superior.
 El pie de página debe estar incluido dentro de los 3 cm de margen inferior.

6.5 PÁGINA O NUMERACIÓN

Los documentos deben ir paginados en la parte indicada en el encabezado, o cuando no se incluya en el encabezado se numeran en la parte inferior derecha. La numeración de las hojas debe hacerse en números arábigos y en forma consecutiva a partir de la introducción. La cubierta (cuando tenga) y la portada no se numeran pero si se cuentan, por lo tanto la numeración se debe iniciar en 3 cuando hay cubierta, o en 2 cuando no tiene cubierta.

Para trabajos muy extensos se recomienda publicar más de un volumen. La numeración puede ser consecutiva o independiente.

6.6 ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.

Todas las páginas del documento deben ir con el mismo encabezado y pie de página.

- a. Diseño del encabezado y pie de página para Documentos internos: manuales, planes, protocolos, guías, instructivos y paquetes instruccionales.

⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. NTC1486 Documentación, Presentación de tesis, trabajos de grado y otros trabajos de investigación.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	26

Encabezado:

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	“PROTOCOLO DE CONCILIACION MEDICAMENTOSA”			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	SUBGERENCIA DE SALUD E INVESTIGACION	“PT-CM”	“6.0”	26

- En el campo “SUPERIOR” se escribe el nombre del documento, en el ejemplo el documento se llama “*protocolo de conciliación medicamentosa*”.
- La VERSIÓN hace relación a la más reciente actualización, revisión o modificación, según el control de cambios del documento. La versión se actualizará así: Para el caso de formatos de registro se actualiza la versión cuando existan cambios en sus componentes (ej: eliminación o adición de campos, filas, columnas o cambios en los contenidos de los formatos) y para los documentos de consulta se actualiza la versión cuando haya cambios en sus componentes y contenido o producto de planes de mejoramiento. En el ejemplo la versión es “6.0”.
- En FORMULACION se debe incluir el nombre de la dependencia que genera el documento de acuerdo al Mapa de Procesos. En el ejemplo el FORMULACION se llama “*SUBGERENCIA DE SALUD E INVESTIGACION*”.
- El CÓDIGO del formato se aplica según el código del proceso que lo genera, para facilitar su identificación en las operaciones de la Empresa.
- En el campo PÁGINA se incluye el número de página en la hoja, según corresponda.

Pie de página: va el logo de Supersalud centrado alineado a la derecha y se escribe la fecha de creación y/o actualización del documento



Al final del documento se registra la persona quien lo elabora, quien lo revisa y quien lo aprueba.

La identificación del pie de página de los documentos está definida así:

- Elaborado por: Corresponde al nombre, cargo con su dependencia y firma de quien es responsable por la elaboración y estandarización el documento.
- Revisado por: Corresponde al nombre, cargo con su dependencia y firma de quien es responsable por la revisión y validación del contenido del documento. Generalmente quien valida es la dependencia o dependencias que lideran y operan los temas que se desarrollan en el documento, pueden ser áreas solicitantes o sencillamente las que intervienen en el contenido. La validación incluye la revisión y se entienden inmersas.



	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	27

- Aprobado por: Nombre completo del Gerente y su firma.

Cuando se trate de documentos transversales a las dependencias y procesos, se hace necesario incluir en el pie de página los nombres, cargos y firmas de los responsables de las validaciones y revisiones de los documentos.

b. Diseño del encabezado y pie de página de formatos de registro

Encabezado para formatos de registros

	“ACTA DE RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS”			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	“6.0”	“GESTION DEL SERVICIO FARMACÉUTICO”	“GSF-ART”	316

- En el campo “SUPERIOR” se escribe el nombre del formato. En el ejemplo el formato se llama “Acta de recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos”
- La VERSIÓN hace relación a la más reciente actualización, revisión o modificación, según el control de cambios del formato. La versión se actualizará así: Para el caso de formatos de registro se actualiza la versión cuando existan cambios en sus componentes (ej: eliminación o adición de campos, filas, columnas o cambios en los contenidos de los formatos) y para los documentos de consulta se actualiza la versión cuando haya cambios en sus componentes y contenido o producto de planes de mejoramiento. En el ejemplo la versión es “6.0”.
- En PROCESO/SERVICIO se debe incluir el nombre del proceso/servicio que genera el formato de acuerdo al Mapa de Procesos. En el ejemplo el proceso/servicio se llama “Gestión del servicio Farmacéutico”.
- El CÓDIGO del formato se aplica según el código del proceso que lo genera, para facilitar su identificación en las operaciones de la empresa.
- El NUM se refiere al número que sigue después del código y se asigna en orden consecutivo según el listado maestro de formatos. Un número de un formato que se declara obsoleto no puede volver a ser utilizado en otro formato.

Pie de página de formatos

EL PRESENTE FORMATO ES IDENTICO AL ORIGINAL APROBADO. LAS MODIFICACIONES AL FORMATO NO SON VÁLIDAS SIN APROBACIÓN. (FIRMAS EN FORMATO ORIGINAL) OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN. FECHA DE CREACION Y/O ACTUALIZACION: 03-04-2018

VIGILADO Supersalud 

En el pie de página se debe escribir la fecha de creación y/o actualización y el logo Supersalud alineado a la derecha.

c. Diseño del encabezado y pie de página de comunicaciones oficiales (oficios, circulares y otros)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	28

- En el campo “SUPERIOR” se escribe el nombre del formato. En el ejemplo el formato se llama “*comunicaciones oficiales*”.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSION	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	“GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN”	GS-ICO	58
	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN			

- La **VERSION** hace relación a la más reciente actualización, revisión o modificación, según el control de cambios del formato. La versión se actualizará así: Para el caso de formatos de registro se actualiza la versión cuando existan cambios en sus componentes (ej: eliminación o adición de campos, filas, columnas o cambios en los contenidos de los formatos) y para los documentos de consulta se actualiza la versión cuando haya cambios en sus componentes y contenido o producto de planes de mejoramiento. En el ejemplo la versión es “6.0”.
- En **PROCESO/SERVICIO** se debe incluir el nombre del proceso/servicio que genera el formato de acuerdo al Mapa de Procesos. En el ejemplo el proceso/servicio que genera el formato “*Gestión de Sistemas de Información*”.
- El **CÓDIGO** del formato se aplica según el código del proceso que lo genera, seguido de las siglas del nombre del formato.
- El **NUM** se refiere al número del formato, el cual se asigna de acuerdo al consecutivo.
- El campo “**INFERIOR**” corresponde al nombre de la oficina o dependencia que genera la comunicación oficial

Pie de página para comunicaciones oficiales

Carrera 20 No. 19B – 22. San Juan de Pasto
Teléfonos: 7201372 - 7209860 - 7205137 - 7217441 – 7216749. Fax: 7200899
pastosaludese@pastosaludese.gov.co www.pastosaludese.gov.co

- La primera fila corresponde a la dirección de la sede donde se emite la comunicación oficial
- En la segunda fila se indican los teléfonos de la Entidad
- En la tercera fila se encuentra la dirección de la página web institucional

d. Diseño del encabezado y pie de página de actos administrativos (resoluciones, autos y acuerdos)

	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	29

	NOMBRE DEL ACTO ADMINISTRATIVO			
	VERSION	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	“DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO”	DIE-R/A/AC	062
	OFICINA GENERADORA			

- 1) Para Resoluciones el código es DIE-R, número es 062; 2) Para autos el código es DIE-A, número 061; 3) Para acuerdos el código es DIE-AC sin número

Pie de página

Las resoluciones y acuerdos no llevarán pie de página. Los autos si llevarán pie de página, el mismo para comunicaciones oficiales (ver comunicaciones oficiales)

- En el campo “SUPERIOR” se escribe el nombre del formato.
- La VERSIÓN hace relación a la más reciente actualización, revisión o modificación, según el control de cambios del formato. La versión se actualizará así: Para el caso de formatos de registro se actualiza la versión cuando existan cambios en sus componentes (ej: eliminación o adición de campos, filas, columnas o cambios en los contenidos de los formatos) y para los documentos de consulta se actualiza la versión cuando haya cambios en sus componentes y contenido o producto de planes de mejoramiento. En el ejemplo la versión es “6.0”.
- En PROCESO/SERVICIO se debe incluir el nombre del proceso/servicio que genera el formato de acuerdo al Mapa de Procesos. En el ejemplo el proceso/servicio que genera el formato se denomina “DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO”.
- El CÓDIGO del formato se aplica según el código del proceso que lo genera, seguido de las siglas del nombre del formato, en este caso se ha dejado una letra para caracterizar el nombre del formato: “resoluciones”.
- El NUM se refiere al número del formato, el cual se asigna de acuerdo al consecutivo.
- El campo “INFERIOR” corresponde al nombre de la oficina o dependencia que genera la resolución, en este caso siempre aparecerá “gerencia”, porque es la única dependencia que puede generar resoluciones.

c. Generalidades del encabezado y pie de página:

El tipo de letra para los encabezados y pies de página es fuente Arial. El tamaño de letra en pie de página puede ser entre 5 y 7. El tamaño de letra de los encabezados puede ser entre 7 y 9, a excepción del nombre del documento que podrá ser entre 10 y 12.

El interlineado para los encabezados y pie de página debe ser "sencillo". Cuando es texto al interior de un cuadro, el contenido debe estar alienado a la izquierda o centrado.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	30

6.7 MARCO NORMATIVO O MARCO LEGAL

Las normas son el marco de regulación que establece las funciones que aplican para el cumplimiento del documento. Se deben identificar las normas legales y técnicas de la siguiente manera:

Tipo de norma / Número / Fecha de Expedición / Expedida por / parte motiva / artículo(s) que aplique(n), por ejemplo:

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, Expedida por la Presidencia de la República, " Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" "Artículo 42. Principios del Sistema Único de Acreditación".

Cuando toda la norma es aplicable, no se relacionan los artículos.

Las normas deben ser relacionadas de acuerdo con el orden cronológico en que se hayan expedido, junto con el nombre de la entidad que la generó.

6.8 LISTAS DE REFERENCIAS O BIBLIOGRAFÍA.

- a. Referencias documentales: Cuando sea necesario se incluye un listado de referencias que por lo general se ubica al final de documento, donde se indican los manuales, documentos externos, libros, relacionados con el documento elaborado e implementado.

Esquema general de la referencia, según las normas ICONTEC:
 APELLIDOS, Nombre. Título: subtítulo. Edición. Ciudad: Editorial, año de publicación. Paginación.

- Las referencias se organizan alfabéticamente según autor y, si la fuente no tiene autor, según título.
- Cada entrada en la lista de referencias se escribe sin dejar sangría.
- Se deja doble espacio entre referencia y referencia.
- Si hay dos o más referencias del mismo autor, se ordenan alfabéticamente de acuerdo con la primera palabra del título. El autor no se repite en cada entrada, se sustituye por una línea de 8 rayas continuas (_____), siempre y cuando no sea la primera referencia de una página.
- Si en el libro no aparece el nombre de la editorial ni el de la imprenta se indica con la abreviatura s.n. que corresponde a sine nomine (sin nombre)

Ejemplo:

PIAGET, Jean. La representación del mundo en el niño. Madrid: Morata, 1997. 342 p.
 _____ Psicología de la inteligencia. Barcelona: Grijalbo, 1988.197 p.

- b. Fuentes electrónicas: Éstas comprenden artículos en línea, bases de datos, programas para computador y registros que existen en medios de almacenamiento electrónico tales como CD – ROM, cinta magnética o discos. Las referencias bibliográficas de estos documentos deben reflejar su identidad.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	31

Los elementos que es necesario incluir en estas referencias para reflejar la identidad de estos documentos son:

APELLIDOS, Nombre del autor del artículo. Título del artículo. En: Título de la publicación. [Tipo de medio electrónico]. Número del volumen, año; [consultado día mes año]. Disponible en <URL>

En tipo, puede ser en línea, CD ROM, Base de datos, etc. El número de volumen se indica siempre y cuando se pueda identificar. Cuando la publicación es por una corporación o entidad en apellidos y nombres del autor se indica en mayúscula sostenida el nombre de la entidad responsable del artículo.

- c. Referencia de Normas Técnicas: El nombre del autor corporativo se escribe en forma completa y en mayúsculas sostenidas. Si el editor es el mismo autor no se escribe su nombre completo sino que se sustituye por su sigla. Al final de la referencia bibliográfica se escribe el código que identifica la norma entre paréntesis.

AUTOR CORPORATIVO. Título: Subtítulo. Ciudad: Editor, año de publicación. Paginación. (Serie y número de orden de la norma).

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.
 Documentación: Citas y notas de pie de página. Bogotá: ICONTEC, 2002. 23 p.
 (NTC 1487)

6.9 CITAS DENTRO DEL DOCUMENTO

La cita directa breve es de menos de cinco renglones y se inserta en el texto entre comillas. El número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación.

La cita directa extensa es de más de cinco renglones. En estos casos se deja una sangría de cuatro espacios a ambos lados que se conserva hasta el final de la cita. Se escribe a un renglón, sin comillas y se separa del texto por dos renglones. El número correspondiente se escribe al final antes del signo de puntuación.

La referencia se identifica como se indica en el numeral 6.8 de este documento, en letra de tamaño entre 8 y 10.

	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	32

7. LINEAMIENTOS GENERALES DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

7.1 DISEÑO DEL ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA PARA PROCESOS:

Encabezado para Procesos:

	“CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO”		
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CÓDIGO
	“6.0”	“GESTION DEL SERVICIO FARMACÉUTICO”	“PR-GSI”

- En el campo “SUPERIOR” se escribe el nombre del formato, para procesos se llamará “caracterización del proceso”.
- La VERSIÓN hace relación a la más reciente actualización, revisión o modificación, según el control de cambios del formato. La versión se actualizará así: Para el caso de formatos de registro se actualiza la versión cuando existan cambios en sus componentes (ej: eliminación o adición de campos, filas, columnas o cambios en los contenidos de los formatos) y para los documentos de consulta se actualiza la versión cuando haya cambios en sus componentes y contenido o producto de planes de mejoramiento. En el ejemplo la versión es “6.0”.
- En PROCESO / SERVICIO se debe incluir el nombre del proceso/servicio de acuerdo al Mapa de Procesos. En el ejemplo el proceso/servicio se llama “*Gestión del servicio Farmacéutico*”.
- El CÓDIGO del formato se aplica según el código del proceso que lo genera, para facilitar su identificación en las operaciones de la empresa. Las primeras letras corresponden a las siglas de tipo del documento y las siguientes al nombre del proceso
- La PÁGINA se incluye en el pie de página.

Pie de página de Procesos.

EL PRESENTE FORMATO ES IDENTICO AL ORIGINAL APROBADO. LAS MODIFICACIONES AL FORMATO NO SON VÁLIDAS SIN APROBACIÓN. (FIRMAS EN FORMATO ORIGINAL) OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN. FECHA DE CREACION Y/O ACTUALIZACION: 03-04-2018

Se incluye la página

VIGILADO Supersalud 

Al pie de las firmas de quien elaboró, quien revisó y quien aprobó se escribe la fecha de creación y/o actualización del proceso.

	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	33

7.2 DISEÑO DEL ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA PARA PROCEDIMIENTOS

Encabezado Procedimientos

	“PROCEDIMIENTO”			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	“6.0”	“GESTION DE CONTROL”	“PD- GCO”	316

- En el campo “SUPERIOR” va el nombre *“procedimiento”*.
- La VERSIÓN hace relación a la más reciente actualización, revisión o modificación, según el control de cambios del formato. La versión se actualizará así: Para el caso de formatos de registro se actualiza la versión cuando existan cambios en sus componentes (ej: eliminación o adición de campos, filas, columnas o cambios en los contenidos de los formatos) y para los documentos de consulta se actualiza la versión cuando haya cambios en sus componentes y contenido o producto de planes de mejoramiento. En el ejemplo la versión es “6.0”.
- En PROCESO/SERVICIO se debe incluir el nombre del proceso/servicio al cual pertenece el procedimiento de acuerdo al Mapa de Procesos. En el ejemplo el proceso/servicio se llama *“Gestión de Control”*.
- El CÓDIGO del procedimiento se aplica según el código del proceso que lo genera, para facilitar su identificación en las operaciones de la empresa. Las dos primeras letras corresponden a las siglas de tipo del documento y las siguientes al nombre del proceso.
- El NUM se refiere al número del procedimiento asignado de acuerdo al consecutivo.

Pie de página de Procedimientos.

EL PRESENTE FORMATO ES IDENTICO AL ORIGINAL APROBADO. LAS MODIFICACIONES AL FORMATO NO SON VÁLIDAS SIN APROBACIÓN. (FIRMAS EN FORMATO ORIGINAL) OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN. FECHA DE CREACION Y/O ACTUALIZACION: 03-04-2018

Se incluye la página

VIGILADO Supersalud 

Al pie de las firmas de quien elaboró, quien revisó y quien aprobó se escribe la fecha de creación y/o actualización del procedimiento.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	34

8. CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

El sistema de codificación de los documentos internos de Pasto Salud ESE se compone básicamente de dos partes, separadas por un guion sin espacios, los cuales se exponen a continuación:

“Identificación - Tipo de Documento”

La primera parte es una SIGLA que identifica el tipo de documento y deberá estar de acuerdo con el nivel jerárquico de los documentos, así:

Tabla No. 1: Niveles y tipo de documento

NIVELES	TIPO DE DOCUMENTO
MACROPROCESO	Mapa de procesos
PROCESO	Caracterización
SUBPROCESO	Procedimientos y programas
ACTIVIDADES	Protocolo, Guías, Instructivos, Paquetes Instruccionales, Manuales y Planes
TAREAS	Formato de registros.

Tabla No. 2: Siglas de identificación del tipo de documento

Sigla de Identificación	Tipo del Documento	Nivel Jerárquico
MP	Macroproceso	Primer Nivel
PR	Caracterización de procesos	Segundo Nivel
PD	Procedimientos	Tercer Nivel
PG	Programa	Tercer Nivel
MA	Manuales	Cuarto Nivel
PT	Protocolo	Cuarto Nivel
PI	Paquete Instruccional	Cuarto Nivel
GU	Guía	Cuarto Nivel
IN	Instructivo	Cuarto Nivel
PL	Planes	Cuarto Nivel
ES	Esquema	Cuarto Nivel
	Formatos de registros ⁷	Quinto Nivel
Código ⁸	Documentos Externos, Normatividad, Planos, Etc.	

⁷ La primera parte de la codificación para formatos de registros se asigna según la sigla del proceso al cual pertenece el formato de registro

⁸ El código se asigna con las siglas del nombre del proceso al cual corresponde y un número consecutivo

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	35

Tabla No. 3: Siglas de identificación de procesos

No.	Sigla de Identificación	Procesos
1	DE	Direccionamiento Estratégico
2	GC	Gestión de Calidad
3	GOU	Gestión y Orientación al Usuario
4	GH	Gestión de Hospitalización
5	GA	Gestión Ambulatoria
6	GU	Gestión de Urgencias
7	GLC	Gestión de Laboratorio Clínico
8	GI	Gestión de Imagenología
9	GSF	Gestión del Servicio Farmacéutico
10	GAF	Gestión de Ambiente Físico
11	GT	Gestión de la Tecnología
12	GSI	Gestión de Sistemas de Información
13	GTH	Gestión del Talento Humano
14	GF	Gestión Financiera
15	GJ	Gestión Jurídica
16	GCO	Gestión de Control

La segunda sigla hace referencia al nombre del documento, para lo cual se aplicarán las letras iniciales del nombre o las más relacionadas al nombre, hasta tres primeras letras. La única restricción es que este código no haya sido utilizado en ningún otro documento, para lo cual se debe verificar en los listados de documentos codificados y aprobados. Para los procedimientos se asignará un número consecutivo.

Para los formatos de registros se asigna según la sigla del proceso al cual pertenece el formato de registro; la segunda parte viene dada por la sigla del nombre del formato y se aplica una tercera parte en el código, que es un dígito (número) que identifica el consecutivo de los documentos por cada tipo de documento, el cual se controla de acuerdo al orden de elaboración en el Listado Maestro de Formatos de registros.

Como regla general se deberá llevar control de los consecutivos, teniendo en cuenta que cada vez que entre o se elabore un nuevo documento se le otorga el siguiente consecutivo disponible y, para los documentos que se deroguen, pierdan vigencia o se eliminen de los Sistemas Integrados de Gestión, el número consecutivo se elimina y no se reemplazará, guardando su historia en el listado maestro. Esto con el fin de no crear confusiones al reemplazar consecutivos con diferentes documentos.

Para los documentos externos, no será necesario codificar dado que precisamente esos documentos no son elaborados por la Entidad, y deberán ingresar al Listado Maestro de Documentos externos con el nombre, códigos o identificación que el ente externo les asignó.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	36

9. INFORMACIÓN ELECTRÓNICA Y MEDIOS MAGNETICOS

En este capítulo se reglamenta la forma de etiquetar e identificar los documentos en medios digitales, así como el manejo y administración de la información electrónica de los documentos.

9.1 ETIQUETADO DE ARCHIVOS

El archivo donde se elabora el documento deberá tener primero el código de identificación, según lo estandarizado en el capítulo anterior y a continuación el nombre del documento o solo el nombre del documento, como aparece en el encabezado del mismo, es decir, que deberá obedecer a un título corto, proporcionado, comprensible y fácil de relacionar con el contenido mismo del documento, evitando así el exceso de palabras o caracteres en la etiqueta del archivo.

Para dar nombre al archivo tener en cuenta que se deben utilizar mayúsculas sostenidas, no utilizar tildes, emplear máximo 25 caracteres que se cuentan incluyendo los espacios, si se desea se pueden omitir los espacios.

Ej.: Guardar archivo / Nombre: *MA-ED ESTANDARIZDOCUMENTAL*

Para archivar los formatos en medio digitales solamente se utilizará el código y el número consecutivo; Sin embargo todos los formatos aprobados deben guardarse en la misma carpeta con la única distinción de que en una carpeta se almacenarán los de procesos misionales y en otra los demás formatos.

Ej:

Carpeta NUM MISIONALES

Guardar archivo / Nombre: *CE-100 MEDIC AGUDEZAVISUA corresponde a medición de agudeza visual.*

9.2 MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN MEDIO DIGITAL

Se entiende por documento digital, todo documento que está digitalizado en un programa de computador y puesto a disposición por Pasto Salud ESE u otras Entidades para el uso o consulta.

En razón del manejo y administración de los documentos electrónicos se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. La legibilidad de los documentos se garantiza a través de programas de computador universales o visualizadores de contenidos.
- b. Todos los usuarios internos de los documentos tendrán acceso a la información en digital.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	37

- c. Todos los documentos definidos para los usuarios externos, estarán disponibles y tendrán acceso a la información en medio digital a través de la página de Internet o el medio disponible del momento.
- d. Para asegurar que dicha información no es modificada por los usuarios, deberá estar a disposición en formato de solo lectura.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	38

10. DEFINICIONES

Actividad: Conjunto de tareas realizadas en un proceso; la suma de actividades coherentes y ordenadas permite obtener un elemento, un subproducto o un producto; representa el grado de acción y de transformación requerido para administrar los recursos dentro de un proceso.

Carta: Comunicación escrita que se utiliza en relaciones comerciales entre las empresas y personas naturales; igualmente, en las relaciones entre las empresas y sus empleados

Caso específico: Tema del plan de la calidad.

Cliente: Organización, Entidad o persona que recibe un producto y/o servicio. Se incluyen los destinatarios, usuarios o beneficiarios. Puede ser interno o externo a la Entidad.

Copia: Fiel reproducción de un documento

Control documental: Mecanismo que establece la información documentada utilizada en la organización sea en medio físico o digital.

Datos: hechos sobre un objeto.

Documento: Información y el medio en el que está contenido.

Ejemplo: Registro, especificación, documento de procedimiento, plano, informe y norma.

Notas

1. El medio puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía, muestra modelo, o una combinación de los anteriores, entre otros.
2. Con frecuencia un conjunto de documentos, por ejemplo especificaciones y/o registros, se denomina "documentación".
3. Algunos requisitos están relacionados con tipo de documentos, aunque puede haber requisitos diferentes para especificaciones y registros.

Documento del Sistema de Gestión: Mecanismo que establece lineamientos de cómo realizar una actividad, es modificable o actualizable. Por ejemplo: Manual de Procedimientos, Manual de Calidad, Planes de Calidad, Formatos, etc.

Especificación: Documento que establece requisitos, por ejemplo: Manual de calidad, plan de calidad, plano técnico, documento de procedimiento, instrucción de trabajo.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	39

Nota: Una especificación puede estar relacionada con actividades (por ejemplo: especificaciones de proceso y especificaciones de ensayo), o productos (por ejemplo: especificación de producto, especificación de funcionamiento y un plano).

Evidencia objetiva: Datos que respaldan la existencia o la veracidad de algo.

Nota 1: La evidencia objetiva puede obtenerse por medio de la observación, Medición, ensayo o por otros medios.

Nota 2: La evidencia objetiva con fines de autoría generalmente se compone de registros, declaraciones de hechos y otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y verificables.

Función: Es un conjunto de actividades relacionadas entre sí, necesarias para lograr objetivos definidos.

Información datos: Datos que poseen significado

Información documentada: Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.

Nota 1: La información documentada puede estar en cualquier formato y medio, y puede provenir de cualquier fuente.

Nota 2: La información documentada puede hacer referencia a:

- El sistema de gestión, incluidos los procesos relacionados;
- La información generada para que la organización opere (documentación);
- La evidencia de los resultados alcanzados (registros);

Nota 3: Este término es uno de los términos comunes y definiciones esenciales para las normas de sistemas de gestión que se proporcionan en el Anexo SL del Suplemento ISO consolidado de la Parte 1 de las Directivas ISO/IEC.

Instrucción: Es la explicación metódica y detallada de una tarea o función que aplica en un área de la Entidad. Este documento permite a los funcionarios de Pasto Salud ESE, ejecutar paso a paso actividades específicas que puedan afectar la calidad del producto y/o servicio.

Justificación del estado de la configuración: Registro e informe formalizado de la información sobre configuración del producto, el estado de los cambios propuestos y el estado de la implementación de los cambios aprobados.

Macroproceso: Se refiere a los principales procesos que realiza una Entidad, en el sentido de las actividades esenciales para cumplir con la misión y avanzar hacia su visión de futuro. Toda Entidad requiere identificar los procesos claves que realiza o debería realizar.

Manual de procesos: especificación del mapa de procesos.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	40

Manual de calidad: especificación para el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Nota 1: Los manuales de la calidad pueden variar en cuanto a detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada organización en particular.

Norma: Documento o modelo establecido por consenso, aprobado y publicado por un organismo, que suministra para su uso común y repetido, reglas, directrices ó características para las actividades. En síntesis, una norma es el marco general de una acción que se repite.

Normalización: Actividad que establece, con relación a problemas reales o potenciales, soluciones para aplicaciones repetitivas y comunes, con el objeto de lograr un grado óptimo de orden en un contexto dado. En particular consiste en la elaboración, publicación y la aplicación de normas de procesos, procedimientos y documentos de Pasto Salud ESE.

Norma Institucional: Documento generado dentro del proceso de normalización de una Entidad, que presenta la mejor forma de identificar, documentar y presentar un proceso, operación o actividad y que se obtiene a través del consenso entre los responsables del mismo. Toda norma requiere de un ensayo, prueba o inspección para ser verificada.

Plan de calidad: especificación de los procedimientos y recursos asociados a aplicar, cuándo deben aplicarse y quién debe aplicarlos a un objeto específico.

Nota 1: Estos procedimientos generalmente incluyen aquellos relativos a los procesos de gestión de la calidad y a los procesos de realización del producto y servicio.

Nota 2: Un plan de la calidad hace referencia con frecuencia a partes del manual de la calidad o a documentos de procedimiento.

Plan de gestión: documento que especifica qué es necesario para cumplir los objetivos del proyecto.

Nota: Cuando sea apropiado, el plan de gestión de proyecto también incluye o hace referencia a otros planes como aquellos relativos a las estructuras de la organización, los recursos, el calendario, el presupuesto, la gestión del riesgo, la gestión ambiental, la gestión de la salud y seguridad y la gestión de la seguridad, según sea apropiado.

Políticas: Son directrices y guías de acción para la toma de decisiones, establecidas como parámetros generales para situaciones de características particulares y que indican metas con objetivos claros y como alcanzarlos. Estas políticas deben ser expresadas de manera formal por el personal directivo y asesor de Pasto Salud ESE.

Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman entradas en resultados.

Notas:

1. Las entradas para un proceso son habitualmente salidas de otros procesos.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	41

2. Los procesos de una organización son habitualmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas para agregar valor.

Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso. O describe la sucesión cronológica y secuencial de actividades concatenadas entre sí, las cuales tienen un propósito común.

Notas.

1. En muchos casos los procedimientos están documentados, por ejemplo: los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad.

2. Cuando un procedimiento está documentado, el término "procedimiento escrito" o "procedimiento documentado" se usa frecuentemente.

3. Un procedimiento escrito o documentado generalmente contiene: los propósitos y el alcance de una actividad; lo que se debe hacer y quién lo debe hacer; cuándo, en dónde, y cómo se debe hacer; qué materiales, equipos y documentos se deben usar; y cómo se controlará y se registrará dicho procedimiento.

Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto o servicio. Puede ser interno o externo a la Entidad. En una situación contractual, un proveedor puede denominarse "Contratista".

Registro: Documento que proporciona resultados conseguidos o evidencia de actividades efectuadas.

Notas:

1. Los registros de la calidad y de los procesos pueden utilizarse para documentar la trazabilidad y para proporcionar la evidencia de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

2. En general los registros no necesitan estar sujetos al control del estado de revisión.

Sistema de Gestión de Calidad: Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de cada una de las entidades.

Sistemas de información: Red de canales de comunicación utilizados dentro de una organización.

Tarea: Acción que debe realizarse de acuerdo con especificaciones, y tiempos determinados para contribuir al normal desarrollo de un proceso.

Validación: Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	42

Verificación: confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

Nota 1. La evidencia objetiva necesaria para una verificación puede ser el resultado de una inspección o de otras formas de determinación, tales como realizar cálculos alternativos o revisar los documentos.

Nota 2. Las actividades llevadas a cabo para la verificación a veces se denominan proceso de calificación.

Nota 3. La palabra "verificado" se utiliza para designar el estado correspondiente.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	43

BIBLIOGRAFIA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE. Manual de estandarización documental. San Juan de Pasto: PASTO SALUD ESE, 2011.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma técnica Colombiana NTC ISO 9001. Sistema de Gestión de la Calidad: Información documentada. Bogotá: ICONTEC, 2015.

SEMINARIO TALLER GERENCIA DE INDICADORES DE ALTO IMPACTO EN LA CALIDAD. (7 de noviembre de 2018, San Juan de Pasto, Colombia). Memorias. Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, 2018. 119 p.

UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI. Objetivo del proceso [en línea]. [Consultado: 22 de agosto de 2019]. Disponible en internet: <https://www.javerianacali.edu.co/objetivo-del-proceso>.

Fin del documento.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900081143-9</small>	PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Oficina Asesora de Planeación	PT-ED	8.0	44

ACTUALIZADO POR:

MILTON MONCAYO RIASCOS
 Profesional universitario

EDGARDO ROMO GENOY
 Profesional universitario

REVISADO POR:

WILLIAM RICARDO MONTENEGRO GUEVARA
 Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas

APROBADO POR:

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
 Gerente