



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

**NIVEL: Estratégico / Sistemas Integrados de Gestión / Gestión
de la Calidad.**



**Sistema Integrado
de Gestión**



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

*Evolucionamos pensando
en Usted*

T.R.D.303.29.04

CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	4
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2. ALCANCE.	4
3. DEFINICIONES.	4
4. RESPONSABLES.....	8
5. MARCO NORMATIVO.....	10
6. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS	11
6.1 Jerarquía documental.	11
6.2 Fase de proyección.....	11
6.2.1 Puntos claves para la definición de la necesidad de creación de un documento.....	12
6.3 Planificación y Preparación.....	13
6.4 Elaboración del Documento.....	14
6.5 Revisión y Edición.....	15
6.6 Aprobación institucional.....	15
6.7 Distribución o Publicación	15
6.8 Mantenimiento y Actualización.....	16
6.9 Control documental.....	17
6.10 Estandarización de la estructura documental Institucional del SIG	17
6.10.1 Descripción de la portada para los documentos.....	22
6.10.2 Descripción del encabezado para los documentos.....	22

T.R.D.303.29.04

Tabla 3. De codificación de macroprocesos, procesos y subprocesos.....	25
6.10.3 Descripción de los códigos para los documentos.....	29
6.10.4 Descripción del cuerpo de los documentos.....	30
6.11 Otros documentos.....	39
6.11.1 Comunicaciones oficiales (internas y externas) comunicados a la opinión pública, acuerdos, resoluciones, actas e Informes.....	39
7. NOTAS GENERALES:.....	48
8. CONTROL DE CAMBIOS.....	48

T.R.D.303.29.04

1. OBJETIVO.

Establecer los lineamientos institucionales para la **proyección, elaboración, revisión, aprobación, distribución, actualización y control de documentos** administrativos y asistenciales garantizando uniformidad, calidad, trazabilidad y/o cumplimiento normativo.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las etapas del proceso de elaboración de documentos administrativos y asistenciales.
- Estandarizar las plantillas documentales que deben ser utilizados en la institución.
- Establecer los criterios y mecanismos para el estudio de viabilidad, revisión, aprobación y validación de los documentos institucionales.
- Implementar mecanismos para la distribución, publicación y acceso controlado de los documentos aprobados.
- Determinar la periodicidad y metodología para la actualización de documentos, asegurando su vigencia y pertinencia
- Definir las acciones necesarias para el control documental, incluyendo codificación, archivado, trazabilidad y retiro de versiones obsoletas.

2. ALCANCE.

Aplica a todos los procesos y subprocesos del Hospital del Sarare E.S.E. que generen o gestionen documentos físicos o electrónicos en el marco de sus funciones misionales, de apoyo y/o administrativas.

3. DEFINICIONES.

- **Acuerdo:** Es una decisión tomada en común por dos o más personas, por una junta Directiva se corporiza en un Dictamen, compromiso legal o contrato escrito.
- **Circular:** La circular es un documento que se utiliza para comunicar cualquier noticia, información o evento actual, que pueda resultar de interés.
- **Circular Informativa:** Comunicación con el mismo contenido utilizada para dar a conocer internamente actividades de la entidad y por ende información de carácter general; competencia de cada uno de los procesos o subproceso respectivamente.
- **Circular Normativa:** Una circular Normativa es un documento que emite la autoridad

T.R.D.303.29.04

de una empresa a todos, para dar a conocer disposiciones de carácter oficial que deben de ser llevados a cabo al pie de la letra; en cuanto a: normas generales, cambios, políticas, disposiciones, órdenes y asuntos de interés común.

- **Comunicación Oficial:** Comunicaciones recibidas o producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente a una entidad, independientemente del medio utilizado.
- **Documento:** Información registrada, cualquiera que sea su forma o el medio utilizado.
- **Documento de archivo:** Registro de información producida o recibida por una persona o entidad pública o privada en razón a sus actividades o funciones, que tiene valor administrativo, fiscal, legal, científico, histórico, técnico o cultural y debe ser objeto de conservación en el tiempo, con fines de consulta posterior.
- **Documentos Internos:** Son todos los documentos elaborados por el Hospital del Sarare ESE, como contratación, historia clínica, exámenes, etc.
- **Documentos Externos:** Documentos requeridos y utilizados en el Sistema de Gestión Integrado que son generados por entidades diferentes a la organización.
- **Guía:** Documento que establece recomendaciones o sugerencias.
- **Instructivo:** Descripción escrita y detallada sobre como efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.
- **Memorando:** Comunicación escrita de carácter interno de una empresa, que se utiliza para transmitir información, orientaciones y pautas de las dependencias locales, regionales, nacionales o internacionales. El memorando NO se dirige a un grupo, es personalizado
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Mapa de Procesos:** Representación gráfica que refleja la gestión por procesos y el enfoque sistémico del Hospital del Sarare. Está conformado por cuatro niveles de procesos: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Seguimiento y control.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultados.

El Hospital del Sarare ESE los ha establecido en Cuatro niveles así:

- **Procesos Estratégicos:** Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas, estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, cultura organizacional expresada a través de la Gestión Ética y Control Gerencial que se

T.R.D.303.29.04

efectúa para la autorregulación, autogestión, autoevaluación y evaluación independiente y de medición, análisis y mejora del Sistema de Control Interno y del Sistema de Gestión de la Calidad.

- **Procesos Misionales.** Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser en relación con la prestación de los servicios de salud.
- **Procesos de Apoyo:** Incluyen todos aquellos procesos para el aseguramiento de la provisión de los recursos que son necesarios en el desarrollo de los procesos estratégicos y asistenciales, y para la operación normal del Hospital del Sarare.
- **Procesos de seguimiento y Control:** Controlar y evaluar de manera efectiva el Sistema de Gestión del Hospital, para optimizar la toma de decisiones y garantizar el cumplimiento de la misión institucional.
- **Subproceso:** Conjunto de actividades que dependen directamente de un proceso y que generan valor al mismo a través de sus resultados
- **Registro:** Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados. Son ejemplos de registros Actas, Contratos, Informes, Formatos diligenciados, entre otros.
- **Resolución:** consiste en una orden escrita dictada por el Gerente que tiene carácter general, obligatorio y permanente, y se refiere al ámbito de competencia del servicio.
- **Formato:** Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos. Una vez se complete la información solicitada, el documento pasa a ser un registro. Es un tipo de documento que se utiliza para registrar información como evidencia de una actividad.
- **Instructivo:** Documento que orienta la realización de una actividad o el diligenciamiento de un formato, en el cual se pueden contemplar definiciones o especificaciones.
- **Documento Obsoleto:** Son los documentos que han perdido vigencia por modificación o derogación.
- **Versión:** Se refiere al número de modificaciones que ha tenido un documento. El número identifica la última versión del mismo.
- **Aprobación:** Aceptación de un documento que garantiza su aplicación desde el punto de vista del cumplimiento y coherencia con el Sistema Integrado de Gestión.
- **Actas:** Es un documento que constituye la memoria de reuniones (internas o externas) que expresa lo tratado y acordado en las mismas. Los párrafos deben ser concisos, claros y que

T.R.D.303.29.04

hagan énfasis en las determinaciones tomadas sin describir detalles intrascendentes. Sin embargo, por solicitud expresa, se registran las discrepancias.

- **Manual de la Calidad:** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.
- **Protocolo:** Documento que describe el conjunto de recomendaciones y procedimientos técnico- médicos en forma detallada necesarios para la atención de una situación específica.
- **Sistema Integrado de Gestión:** Hace referencia al Sistema de Gestión de la Entidad que están integrados bajo los lineamientos MIPG y el Decreto 1011 de 2006, Resolución 0123 de 2012 SUA, Resolución 3100 de 2019 SUH.
- **Enfoque diferencial:** es una estrategia que reconoce y considera las características particulares de diferentes grupos (edad, género, orientación sexual, discapacidad, etnia, etc.) para garantizar que las políticas y acciones estatales respeten y promuevan los derechos de todos.
- **Objetivo general:** es la meta principal y global de un proyecto dentro de una empresa u organización, es decir, su cometido último. Este objetivo le da sentido al conjunto de actividades, puesto que es el eje sobre el que se realiza la planificación de tareas. **Un objetivo general solo puede alcanzarse una vez completados los objetivos específicos.**
- **Objetivo específico:** son metas más específicas y detalladas que se deben cumplir para lograr el objetivo general. Es importante establecer estos objetivos desde el principio para poder tener una guía clara de lo que se quiere lograr y cómo se va a lograr
- **Recurso tecnológico:** herramientas, sistemas, o plataformas que permiten realizar tareas de manera más eficiente y rápida. Pueden ser tangibles (computadoras, impresoras) o intangibles (programas, aplicaciones)
- **Insumo:** cualquier elemento que interviene en el proceso productivo y se consume en el proceso, o sea, que contribuye en la transformación de las materias primas en bienes de consumo, pero que son distintos de estas últimas.
- **Equipo biomédico:** instrumento, aparato o máquina que se utiliza para la atención médica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, o prevención de enfermedades.

T.R.D.303.29.04

4. RESPONSABLES

RESPONSABLE.	RESPONSABILIDAD.
Gerencia	- Asegurar los recursos para la implementación y mantenimiento de la política de gestión documental. - Asegurar los recursos para la implementación y mantenimiento de la política de seguridad de la información.
Líder de gestión de calidad	- Realizar actualización cuando se requiera de este documento con el fin de dar cumplimiento a la normativa legal aplicable - Recibir, revisar, aprobar o rechazar las solicitudes de viabilidad para la creación, modificación o eliminación documental. - Designar a los miembros del Comité Institucional que aplica, encargados de efectuar la revisión técnica previa, como etapa anticipada a la revisión y aprobación del documento. - Actualizar el listado maestro institucional de documento. - Publicar los documentos actualizados en la intranet (<i>carpeta \\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01</i>).
Líder de gestión documental	- Realizar seguimiento con el fin evaluar adherencia al cumplimiento de la guía en la elaboración documental. - Capacitar los funcionarios de la institución en la elaboración documental teniendo en cuenta los lineamientos de la AGN para la gestión documental, en los programas de formación continua institucional. - Asegurar la implementación y mantenimiento de la política de gestión documental.

Líder de gestión de la calidad

Elaboró

Comité de Gestión y Desempeño

Revisó

Comité de Gestión y Desempeño

Aprobó

T.R.D.303.29.04

Líder de procesos y subprocesos	- Presentar la solicitud de viabilidad para la creación, modificación o eliminación documental. En el formato SIG-01-F05. - Elaborar y codificar los documentos dando cumplimiento a los lineamientos definidos en la guía de elaboración documental. - Realizar los ajustes del documento generados en la revisión técnica. - Asegurar y actualizar el listado maestro de documentos del proceso que lidera. - Enviar al correo institucional del proceso de gestión de la calidad, los documentos actualizados para su publicación en la intranet. - Socializar los documentos aprobados, dejando registro de asistencia de capacitación. - Realizar evaluaciones y medición de conocimiento de los documentos socializados dejando registro de evidencias
Comité de institución al que aplique	- Realizar la revisión técnica del documento y su aprobación
Comité de gestión y desempeño	- Realizar la revisión técnica y aprobación de documentos generados de la gerencia y subgerencias. - Aprobar la guía de elaboración documental. - Realizar seguimiento a la implementación de la guía de elaboración documental y al listado maestro institucional de documentos.

T.R.D.303.29.04

5. MARCO NORMATIVO.

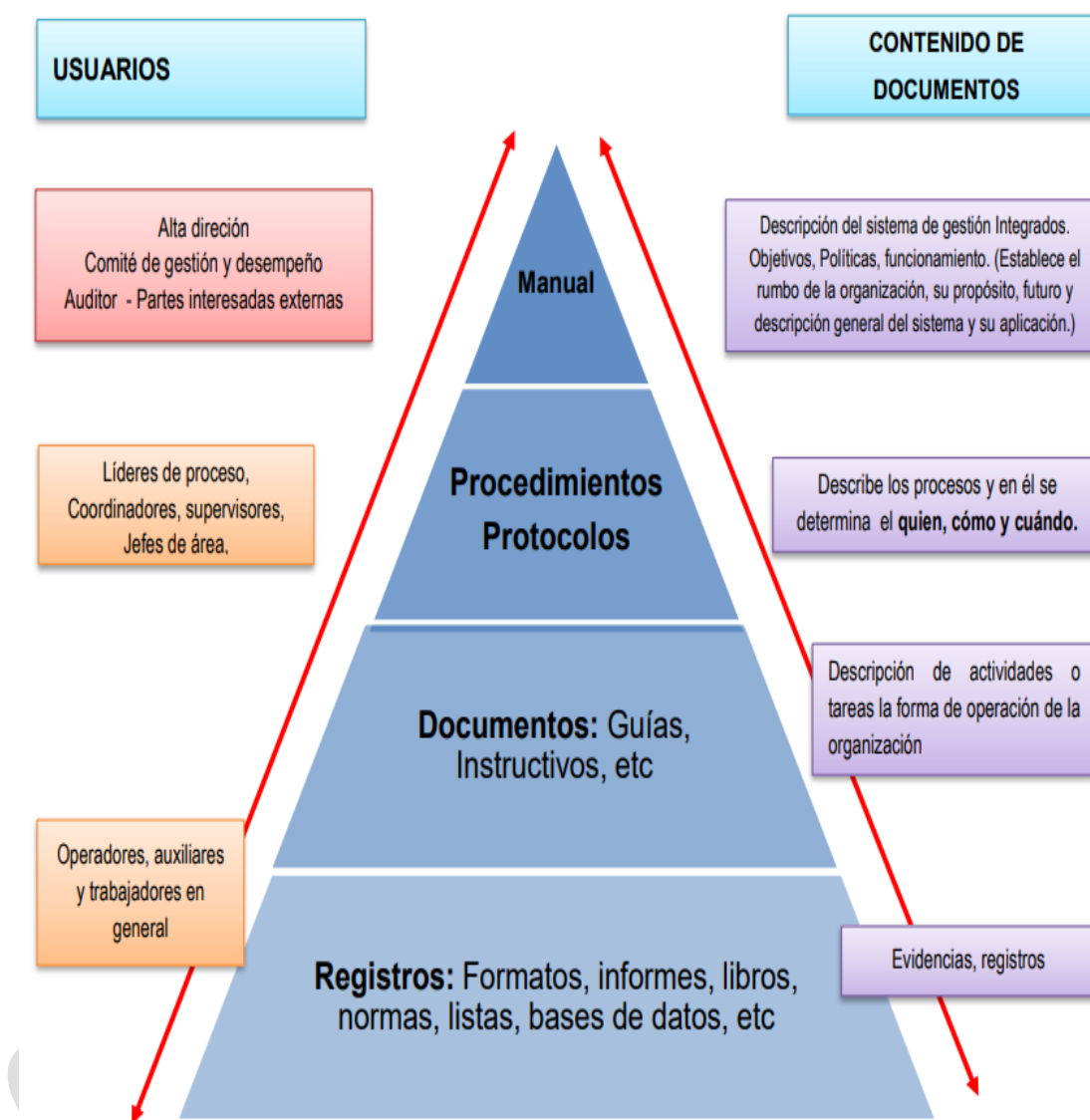
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos: Regula la función archivística del Estado y establece lineamientos para la producción, organización, conservación y disposición de los documentos.
- Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública.
- Decreto 1083 de 2015 (Único Reglamentario del Sector de Función Pública): Reglamenta la gestión del talento humano y los instrumentos administrativos, entre ellos los documentos que rigen la actuación institucional.
- Decreto 1499 de 2017: Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual articula los sistemas de gestión institucionales y promueve la mejora continua en las entidades públicas.
- Resolución 3100 de 2019 – Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud: Establece para el estándar de procesos prioritarios los criterios mínimos en la documentación de procesos clínicos.
- NTCGP 1000:2020: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, que establece los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad para entidades públicas.
- Política de Gestión documental de la ESE: Por medio de la cual se definen los lineamientos necesarios para garantizar el cumplimiento de la normativa en los procesos archivísticos, que incluyen la planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencias, disposición, preservación y valoración de los documentos de la entidad.

COPIA

T.R.D.303.29.04

6. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS

6.1 Jerarquía documental.



6.2 Fase de proyección.

Ante la necesidad de crear, modificar o eliminar un documento institucional, cada líder de procesos y subproceso, deberá realizar la solicitud en el formato [**SIG-01-F05 Solicitud de viabilidad de creación, modificación y eliminación de documento**](#).

Líder de gestión de la calidad

Elaboró

Comité de Gestión y Desempeño

Revisó

Comité de Gestión y Desempeño

Aprobó

T.R.D.303.29.04

Nota 1: El área de calidad en máximo de 5 días hábiles dará respuesta de la solicitud por correo electrónico.

Nota 2: Los tiempos definidos para el solicitante de acuerdo al tipo de solicitud una vez viabilizada será:

- **Creación:** 30 días hábiles.
- **Modificación:** 15 días hábiles.
- **Eliminación:** 15 días hábiles.

6.2.1 Puntos claves para la definición de la necesidad de creación de un documento.

A continuación, se describe los criterios a tener en cuenta en la fase de proyección de un documento en el momento de realizar la solicitud de viabilidad.

Nota general: Antes de realizar el diligenciamiento del formato **SIG-01-F05** revisar los siguientes criterios.

• **Criterios para la definición de la creación de un documento**

Con el fin de establecer criterios claros que permitan decidir cuándo es necesario crear un documento institucional, los líderes de proceso deben evaluar los siguientes aspectos, estas preguntas orientadoras buscan garantizar la pertinencia, evitar la duplicidad de esfuerzos y fortalecer la eficiencia del Sistema Institucional de Gestión Documental.

• **¿El documento evita un reproceso?**

El documento debe contribuir a optimizar el proceso y evitar que se repita una tarea ya ejecutada por falta de estandarización o claridad. Si su creación evita redundancias y mejora la eficiencia, es necesario documentarlo.

• **¿Existe un requerimiento legal, normativo o institucional para documentar la actividad?**

La existencia de una norma, lineamiento técnico o exigencia de un ente de control es una razón directa para la formalización documental. Esto incluye planes, políticas, protocolos, registros y demás exigidos por regulación normativa.

• **¿La actividad a documentar ya se encuentra contemplada en otro documento?**

T.R.D.303.29.04

Se debe verificar que la actividad no esté incluida en un documento existente. Si ya se encuentra descrita y en uso dentro de otro instrumento (procedimiento, instructivo, protocolo), no es necesario generar un nuevo documento. Este criterio apoya la política de gestión documental y se debe evaluar la necesidad de actualizar el documento con base en los ajustes que amerite la actividad en cuanto a la **no duplicidad** y la **especificidad** de los documentos.

• **¿El documento estandariza una actividad que se realiza regularmente?**

Si la actividad se ejecuta de manera recurrente en el proceso, y su estandarización mejora la calidad, homogeneidad y trazabilidad del servicio o resultado, entonces se justifica la creación de un documento formal (por ejemplo, procedimiento o instructivo).

• **¿El documento aporta valor al control, trazabilidad o mejora continua del proceso?**

Un documento es necesario cuando permite evidenciar acciones, decisiones o resultados, especialmente en actividades que requieren seguimiento, evaluación o auditoría.

• **¿Es un formato o registro?**

Para la definición de este ítem, se debe identificar si el documento propuesto corresponde a un formato o a un registro, es indispensable que todo formato o registro esté vinculado a un procedimiento, protocolo o documento previamente establecido en el proceso. Su creación no debe ser independiente ni arbitraria, sino que debe responder a una necesidad documentada dentro del sistema de gestión institucional, no represente una barrera para la operación del proceso, es decir, su implementación no debe dificultar, retrasar ni generar reprocesos en la ejecución de las actividades, actúe como un mecanismo de control y trazabilidad, permitiendo verificar el cumplimiento del proceso al cual pertenece, sea amigable y funcional para quien lo diligencia, es decir, su diseño debe facilitar su uso, con un lenguaje claro, campos comprensibles y adecuados a la realidad operativa de los usuarios responsables.

6.3 Planificación y Preparación.

Una vez recibido el **concepto de viabilidad para la elaboración** de un documento institucional, debe iniciar con una fase de planificación, que permita orientar la redacción de manera eficiente, con un propósito definido y alineado a las necesidades de la ESE, este puede **responder a un requerimiento normativo, la mejora o estandarización de un proceso**.

T.R.D.303.29.04

✓ **Definición del propósito.**

Antes de redactar, se debe establecer con claridad el objetivo principal del documento. *¿Será un documento de tipo direccionamiento estratégico, informativo, legal, administrativo, técnico o instructivo?* Esta definición permitirá determinar el tono, el enfoque del contenido y el tipo de documento que se requiere (manual, instructivo, guía, política, formato, etc.).

✓ **Identificación del público objetivo.**

Es fundamental tener claridad sobre quién utilizará o leerá el documento, esto incluye identificar si está dirigido a personal asistencial, administrativo, usuarios externos, entes de control, etc. Según el perfil del lector, se adaptará el nivel técnico del lenguaje, el formato, y la profundidad del contenido.

✓ **Recopilación de información relevante.**

Previo a la redacción, se debe compilar toda la información necesaria y pertinente, como normativas, evidencias, procedimientos actuales, entrevistas con expertos o usuarios del proceso, y documentación de soporte, esta etapa asegura que el contenido sea veraz, actualizado, útil y asegure a su vez, que la información que se diligencia sea verídica y se desarrolle basado en la realidad y contexto del proceso.

6.4 Elaboración del Documento.

En esta etapa se materializa el contenido del documento, respetando criterios de claridad, coherencia, pertinencia y estructura lógica. Para esta fase tener en cuenta la estructura documental definida en el siguiente ítem:

[Estandarización de la estructura documental Institucional del SGI](#)

✓ **Escritura del contenido.**

La redacción debe hacerse con un lenguaje claro, preciso y alineado al tipo de documento, es importante evitar ambigüedades, repeticiones innecesarias y tecnicismos no explicados, todo concepto o procedimiento debe estar redactado en forma lógica, secuencial y al contexto de los procesos de la ESE.

T.R.D.303.29.04**6.5 Revisión y Edición**

La calidad del documento depende en gran parte de una revisión minuciosa que permita garantizar precisión y coherencia; y por último que cumpla con la finalidad para lo cual nace su necesidad.

✓ Revisión del contenido

Esta revisión se enfoca en lo técnico, gramática, ortografía, redacción, terminología y la alineación del contenido con el objetivo propuesto. También se deben validar datos, referencias y coherencia interna del documento, esta revisión se realizará por el comité institucional asignado por el área de calidad.

6.6 Aprobación institucional

Una vez revisado el documento por el comité asignado y luego de haber cumplido con los anteriores términos el comité que revisa será quien apruebe el documento mediante votación registrada en acta.

6.7 Distribución o Publicación

Una vez aprobado, el documento debe ser divulgado a través de la socialización del documento y publicado en la IP4 Carpeta de calidad para el fácil acceso de consulta y lectura del mismo.

Puntos de control:

- ✓ El líder del proceso enviará el documento en Word y PDF, más el acta de aprobación al correo institucional de calidad (calidadhs2018@gmail.com); para que la versión aprobada en PDF sea ubicada en la carpeta [\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01](#). Y el Word u Excel se ha conservado en repositorio digital definido.
- ✓ El almacenamiento del documento dentro de ubicaciones diferentes a la carpeta [\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01](#) para la consulta de documentos se considera **una copia No controlada**.
- ✓ Todo documento que este ubicado en una carpeta diferente a la asignada no será considerado como un documento oficial.

Recomendación: No descargar y almacenar documentos en los computadores del servicio, corre el riesgo de leer un documento desactualizado.

T.R.D.303.29.04

✓ **Distribución interna**

Una vez aprobado el documento por el comité al que dependa, se deberá realizar la socialización del documento con las personas involucradas en su diligenciamiento y/o realización de la actividad dependiente del caso que aplique y publicación en la Carpeta Calidad Versión 01 en formato PDF donde se puede realizar una búsqueda fácil.

✓ **Publicación externa (si corresponde)**

Cuando se trata de documentos dirigidos a usuarios o entes externos, se debe publicar en la página web institucional oficial y mediante redes sociales se debe difundir la información de dónde encontrar el documento.

✓ **Envío físico o digital**

Para los casos que sea documentación que responde a requerimientos normativos se debe mantener la evidencia de la trazabilidad del documento, dependiente de la forma del envío (virtual o físico) conservando los lineamientos de gestión documental para el envío de documentos.

6.8 Mantenimiento y Actualización.

Como parte de la política institucional de gestión documental de la ESE Hospital del Sarare, se establece que todos los documentos, una vez creados y aprobados, son susceptibles de modificación o actualización, con el fin de garantizar su vigencia, pertinencia y alineación con los requerimientos normativos y operativos. Estas actualizaciones pueden originarse por las siguientes razones:

✓ **Solicitudes normativas**

Cuando se presenten disposiciones legales, directrices nacionales o solicitudes de entes de control que afecten el contenido o la aplicación de un documento, se deberá proceder con su actualización de forma inmediata. El objetivo es asegurar que los documentos cumplan con la normatividad vigente y eviten riesgos jurídicos o sancionatorios para la institución.

✓ **Política de actualización de documentos.**

En cumplimiento del principio de mejora continua, los documentos institucionales, especialmente aquellos de carácter asistencial, deberán ser revisados y actualizados como máximo cada tres (3)

T.R.D.303.29.04

años, siempre que no exista un requerimiento previo que obligue su modificación. Esta revisión periódica permite mantener actualizados los estándares de calidad institucional, incorporar mejoras identificadas en la ejecución de procesos y garantizar la pertinencia y utilidad del documento dentro del contexto operativo actual.

6.9 Control documental.

Una vez el documento sea aprobado por el comité asignado y enviado al subproceso de calidad. Cada líder llevará el control documental mediante el diligenciamiento de [listado maestro](#) como un primer autocontrol. Asimismo, el subproceso de gestión de la calidad llevará el listado maestro documental de la ESE realizando periódicamente validación de documentación con cada líder de procesos.

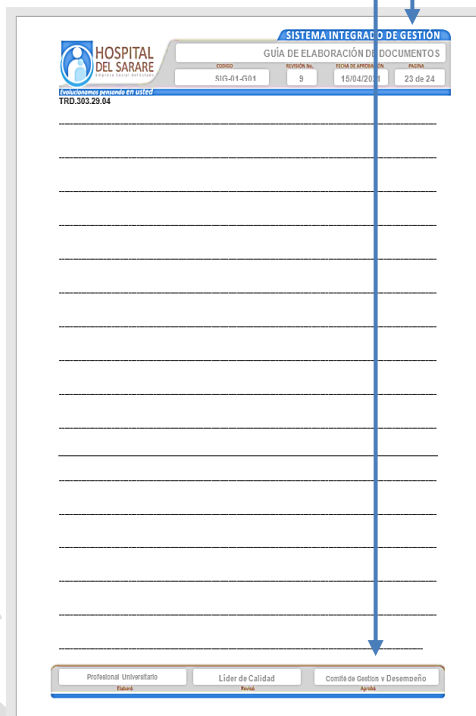
PUNTO DE CONTROL DOCUMENTAL: Cada líder deberá mantener actualizado el listado maestro de documentos en la carpeta correspondiente a su subproceso, ubicada en la siguiente ruta de red: [\\192.168.1.4\\lideres-sig](#)

6.10 Estandarización de la estructura documental Institucional del SIG

La siguiente descripción general del contenido aplica para los Documentos Institucionales; como política institucional del Hospital del Sarare ESE deben elaborarse con las siguientes pautas:

T.R.D.303.29.04

- ✓ **Encabezado con membrete institucional.**
- ✓ **Cuerpo del Documento.**
 - Fuente Segoe UI 10 u 11 Justificada.
 - Espacio de interlineado a 1.15
- ✓ **Pie de Página con membrete institucional.**



The diagram illustrates the layout of a document template. It features a header section with the Hospital del Sarare logo and title, a large central body for the document content, and a footer section with institutional branding. Blue arrows connect the checklist items to these specific areas: the header, the main body, and the footer.

A continuación, se describe los lineamientos a seguir para elaborar los documentos en el Hospital del Sarare ESE

✓ : **Aplica.**

X: No Aplica.

+/-: En algunos Casos.

Tabla 1. Estructura documental.

Información de los documentos	Tipo de Documento	Políticas	Manuales	Procedimientos	Guía	Protocolo	Formatos	Instructivos	Planes o programas
Portada	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
Encabezado	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Líder de gestión de la calidad

Elaboró

Comité de Gestión y Desempeño

Revisó

Comité de Gestión y Desempeño

Aprobó

T.R.D.303.29.04

Información de los documentos	Tipo de Documento	Políticas	Manuales	Procedimientos	Guía	Protocolo	Formatos	Instructivos	Planes o programas
	VO								
Código TRD	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tabla de Contenido	Misional y administrativo	+/-	✓	+/-	✓	✓	x	x	✓
Objetivos (general y específicos).	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓
Alcance	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	x	x	✓
Definiciones	Misional y administrativo	✓	✓	+/-	✓	✓	x	x	✓
Roles y Responsabilidades	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓
Recursos: -Talento humano -Equipos biomédicos. -Medicamentos y dispositivos e insumos requeridos.	Misional	x	✓	✓	✓	✓	x	x	x
Recursos esenciales.	Administrativo	x	✓	✓	✓	✓	x	x	✓
Enfoque diferencial.	Misional	x	✓	✓	✓	✓	x	x	x
Controles	Misional y	✓	x	x	x	x	x	x	x

Líder de gestión de la calidad

Comité de Gestión y Desempeño

Comité de Gestión y Desempeño

Elaboró

Revisó

Aprobó

T.R.D.303.29.04

Información de los documentos	Tipo de Documento	Políticas	Manuales	Procedimientos	Guía	Protocolo	Formatos	Instructivos	Planes o programas
Operacionales	administrativo								
Marco normativo.	Misional y administrativo	✓	✓	x	✓	✓	x	x	✓
Desarrollo	Misional y administrativo	x	✓	x	✓	✓	✓	✓	✓
-Declaración de la política. -Propósito y principios de la política -Articulación con el Sistema integrado de gestión -Aprobación y publicación de la política.	Misional y administrativo	✓	x	x	x	x	x	x	x
Descripción del procedimiento	Misional y administrativo	x	x	✓	x	x	x	x	x
Evaluación y Administración de los riesgos.	Misional y administrativo	x	✓	✓	x	✓	x	x	+/-
Flujograma	Misional y administrativo	x	x	✓	x	✓	x	x	x
Referencia bibliográfica	Misional y administrativo	x	✓	x	✓	✓	x	x	+/-

Líder de gestión de la calidad

Comité de Gestión y Desempeño

Comité de Gestión y Desempeño

Elaboró

Revisó

Aprobó

T.R.D.303.29.04

Información de los documentos	Tipo de Documento	Políticas	Manuales	Procedimientos	Guía	Protocolo	Formatos	Instructivos	Planes o programas
Cronograma de trabajo	Misional y administrativo	x	x	x	x	x	x	x	+/-
Monitoreo, seguimiento y control y Definición de indicadores	Misional y administrativo	x	+/-	x	x	x	x	x	✓
Control de Cambios	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓
Pie Página	Misional y administrativo	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓

Nota: Las [plantillas institucionales](#) están diseñadas con una estructura metodológica que orienta la elaboración de documentos oficiales. por este motivo, su formato no debe ser modificado y se deben conservar todos los ítems establecidos, cada sección debe ser diligenciada en su totalidad, conforme a los requerimientos y objetivos del documento a desarrollar.

T.R.D.303.29.04

6.10.1 Descripción de la portada para los documentos.

A continuación, se describe la portada documental.



6.10.2 Descripción del encabezado para los documentos.

El **encabezado** es de la siguiente manera: en el cuadro azul superior de la primera columna va **"SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN"** éste está por defecto y es inmodificable en mayúscula sostenida y letra de **color Blanco en fondo azul**.

El **Título del documento** va en mayúscula sostenida, **negrita** letra Segoe UI y el tamaño de letra será ajustado de forma que quepa dentro del espacio, a un máximo de tamaño 12, va

Líder de gestión de la calidad

Elaboró

Comité de Gestión y Desempeño

Revisó

Comité de Gestión y Desempeño

Aprobó

T.R.D.303.29.04

dentro de la segunda columna del recuadro blanco el título del documento, el cual se describe en forma detallada. En la tercera columna en el primer recuadro blanco va el **CÓDIGO** del documento, según lo indicado.

En la tercera columna en el segundo recuadro blanco va **REVISIÓN No.** del Documento; es decir, las revisiones o modificaciones que ha sufrido al documento previa viabilidad del área de calidad, inicia **con uno (01)** y cada vez que este es modificado la revisión aumenta +1 a la versión anterior.

- ✓ **Punto de control:** Un cambio de revisión documental se refiere al proceso mediante el cual se **modifica, actualiza o reemplaza el contenido de un documento** dentro de un sistema de gestión documental, los cambios de forma No implican cambio de versiones.

Ejemplos:

¿Cuándo sí es obligatorio cambiar la versión?

- ✓ Cuando se modifica el contenido técnico, operativo o normativo.
- ✓ Cuando se cambian responsabilidades.
- ✓ Cuando se agregan, eliminan o alteran actividades o procesos.
- ✓ Cuando hay actualizaciones por nueva normativa legal.

Cambios que NO aplican para ser considerados cambios de versión:

- ❖ Corrección de errores ortográficos o de redacción, siempre que no alteren el sentido del contenido.
 - ✓ Ejemplo: cambiar "procdeimiento" por "procedimiento".
- ❖ Actualización de logos institucionales o membretes sin modificación del contenido.
 - ✓ Ejemplo: cambio de imagen corporativa.
- ❖ Reajuste de formato o diseño visual, como:
 - ✓ Tipografía.
 - ✓ Márgenes.
 - ✓ Encabezados o pies de página.
 - ✓ Numeración de páginas.
- ❖ Cambio en el nombre del archivo digital para organización interna (si no afecta el contenido).
- ❖ Actualización del código del documento por reorganización interna del sistema documental, sin cambiar el contenido.

T.R.D.303.29.04

❖ Cambios en datos administrativos que no afectan el contenido operativo del documento, como:

- ✓ Cambios en rutas de almacenamiento digital.
- ✓ Actualización del nombre de una dependencia administrativa que aparece como responsable, si no cambia su función.

En la tercera columna en el tercer recuadro blanco va la **FECHA DE APROBACIÓN** del documento y en el cuarto recuadro se debe registrar la **PÁGINA** del documento, para el caso que sea una revisión posterior a la fecha de elaboración del documento, se debe modificar a la fecha de aprobación de dicha modificación.

Para cambios de versión (actualizaciones) se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Cuando el cambio de versión de un documento se deba a una actualización de su contenido, toda la información nueva o modificada deberá ser destacada mediante sombreado en color **gris claro**. Esta estrategia tiene como objetivo facilitar la interpretación del documento, permitiendo a los lectores identificar rápidamente los cambios implementados respecto a la versión anterior. Además, esta práctica contribuye a una revisión más eficiente y asegura una mejor trazabilidad de las modificaciones realizadas.

Ejemplo de sombreado para los casos de actualización:

*El logotipo del Hospital del Sarare E.S.E. ocupa Las Filas dos y tres y está ubicado en la parte superior derecha del Documento, en la fila cuatro está el eslogan de la institución "Evolucionamos pensando en usted" que por defecto está en letra cursiva de color blanco bajo un fondo azul. En la quinta fila se debe registrar el **Código TRD**: Es el código institucional aprobado que permite identificar, clasificar y organizar los archivos generados por cada proceso y subproceso, con base en la Tabla de Retención Documental (TRD) Ej.: TRD. 313.28.114 el cual pertenece UF. APOYO DIAGNOSTICO (ADG) Y COMPLEMENTACION TERAPÉUTICA (CTR), y son Registros de Control.*

T.R.D.303.29.04

A continuación, se referencia los Procesos de la Institución para dar explicación de los códigos de los documentos del Hospital del Sarare ESE.

Tabla 3. De codificación de macroprocesos, procesos y subprocesos.

TABLA DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS						
MACROPROCESOS	No	PROCESOS (Líderes de Procesos)	SIGLA	CÓDIGO	SUBPROCESO	No
ESTRATÉGICOS	1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DIR	0	Gerencia - Dirección	1
				1	Planeación	2
				2	Gestión de mercadeo y venta de servicios	3
				3	Comunicación e imagen corporativa	4
	2	GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	THS	0	Talento Humano	5
				1	Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo	6
				2	Gestión de Docencia Servicio e Investigación.	7
				3	Control Disciplinario Interno	8
	3	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	SIG	1	Gestión de la Calidad	9
				2	Gestión ambiental	10
				3	Gestión y administración del riesgo	11
	4	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	GCL	0	Gestión de la Seguridad del paciente	12
				1	Prevención y control de IAAS	13
		GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO Y SU FAMILIA	SIC	1	Humanización en los servicios de salud	14
				2	Trabajo Social	15
				3	Sistema de Atención al Usuario	16

T.R.D.303.29.04

TABLA DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS						
MACROPROCESOS	No	PROCESOS (Líderes de Procesos)	SIGLA	CÓDIGO	SUBPROCESO	No
MISIONALES	5	GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	GAP	0	Gestión del Riesgo en Salud, Rutas de Atención Integral PyM. (servicio de vacunación, mamografías, servicio de tomas de muestra de cuello uterino y ginecológicas)	17
	6	CONSULTA EXTERNA	CEX	1	Consulta General (Servicios: Medicina General, Odontología General, radiología Odontológica Nutrición, Psicología, Optometría, Audiología)	18
				2	Consulta Especializada y Subespecialidad (en todas sus modalidades de prestación intramural, extramural, telemedicina)	19
	7	INTERNACIÓN	INT	1	Internación Adulto (Servicios: Hospitalización Medicina Interna, Hospitalización Quirúrgicos)	20
				2	Internación Pediátrico (Servicio: Hospitalización Pediatría)	21

Líder de gestión de la calidad
Comité de Gestión y Desempeño
Comité de Gestión y Desempeño

Elaboró

Revisó

Aprobó

T.R.D.303.29.04

TABLA DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS						
MACROPROCESOS	No	PROCESOS (Lideres de Procesos)	SIGLA	CÓDIGO	SUBPROCESO	No
				3	Internación Neonatal (Servicio: Unidad Básica Neonatal, UCIM y UCI Neonatal)	22
				4	Unidad de Cuidado Critico (Intermedio e Intensivo - Adulto)	23
				5	Obstetricia y Atención del Parto. (Servicio: Urgencias Maternas, Atención del parto y Hospitalización maternidad)	24
	8	ATENCIÓN INMEDIATA	ATI	1	Urgencias y Procedimientos	25
				2	Referencia y Contrareferencia	26
	9	GRUPO QUIRÚRGICO	CIX	1	Servicio de Cirugía	27
				2	Servicio de Esterilización	28
	10	APOYO DIAGNÓSTICO	ADG	1	Servicio de Laboratorio Clínico (Servicio: Toma de Muestra de Laboratorio Clínico)	29
				2	Servicio de Imágenes Diagnosticas (Servicio: Tomografía, Radiología, Ecografía)	30
	11	COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	CTR	1	Banco de Sangre y Servicio de Gestión pretransfusional.	31
				2	Servicio Farmacéutico.	32

Líder de gestión de la calidad

Comité de Gestión y Desempeño

Comité de Gestión y Desempeño

Elaboró

Revisó

Aprobó

T.R.D.303.29.04

TABLA DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS						
MACROPROCESOS	No	PROCESOS (Líderes de Procesos)	SIGLA	CÓDIGO	SUBPROCESO	No
				3	Servicio de Terapias. (Servicios: Terapia Física, Respiratoria, Ocupacional y Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje)	33
DE APOYO	12	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	GFI	1	Gestión de la Contabilidad	34
				2	Gestión del Presupuesto	35
				3	Gestión de Tesorería	36
				4	Gestión del Gasto y costo	37
				5	Gestión de cartera	38
				6	Facturación	39
				7	Cuentas Médicas, auditoría y Gestión de Glosas	40
	13	GESTIÓN JURÍDICA	JUR	1	Defensa Jurídica	41
				2	Contratación	42
	14	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	SIS	1	Gestión de las Tecnologías y Sistemas de Información	43
				2	Historia Clínica	44
				3	Gestión Documental (Archivo central y Unidad de Correspondencia)	45
				4	Unidad de Vigilancia epidemiológica	46
				5	Unidad de estadísticas y análisis de datos	47

Líder de gestión de la calidad

Elaboró

Comité de Gestión y Desempeño

Revisó

Comité de Gestión y Desempeño

Aprobó

T.R.D.303.29.04

TABLA DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS						
MACROPROCESOS	No	PROCESOS (Líderes de Procesos)	SIGLA	CÓDIGO	SUBPROCESO	No
	15	GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACEN	GCA	1	Almacén/Gestión de insumos, suministros, inventario y activos.	48
	16	GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE FÍSICO, TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA	AFT	1	Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria, equipos industriales y vehículos	49
				2	Gestión Biomédica.	50
				3	Servicios Básicos	51
				4	Gestión de redes de Tecnología y equipos informáticos	52
DE CONTROL Y SEGUIMIENTO	17	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	SEI	1	Control Interno	53

6.10.3 Descripción de los códigos para los documentos.

El Hospital del Sarare ESE, ha definido que la codificación de sus documentos se realizara bajo la siguiente condición: **(AAA-00-B000)** Los primeros caracteres del código son **TRES LETRAS** en Mayúscula sostenida que corresponde a la siglas **PROCESO**, separado por un Guion, seguido de **DOS NÚMEROS** que hacen referencia al código del **SUBPROCESO**, separado por un guion, finalizando con **UNA LETRA Y TRES NÚMEROS**, ésta letra se refiere al tipo de documento y los tres siguientes números hacen referencia al consecutivo del documento, es decir:

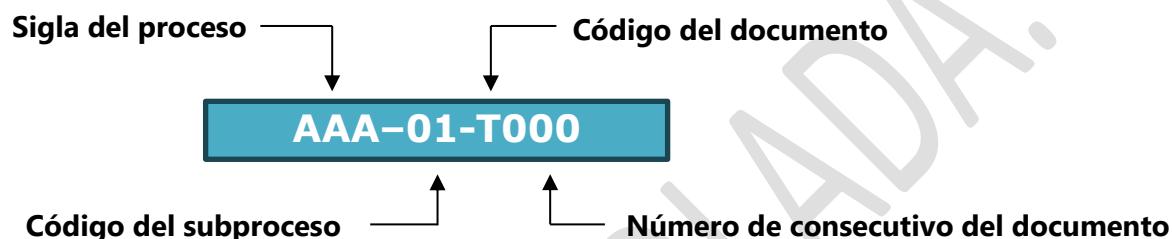
Tabla 3. Listado de códigos por tipo de documentos.

CODIGO	DOCUMENTO
D	POLITICA
F	FORMATO
G	GUÍA
T	PROTOCOLO
N	INSTRUCTIVO
M	MANUAL
P	PROCEDIMIENTO

T.R.D.303.29.04

CODIGO	DOCUMENTO
R	PROGRAMA/PLAN
I	INDICADOR

Ejemplo:



La letra **"T"**, hace referencia al tipo de documento. Los documentos están definidos de la siguiente forma:

A continuación, se presentan algunos ejemplos:

AFT-02-F01: Hace referencia al formato número uno (01) del proceso de Gestión y mantenimiento del ambiente físico, tecnología y dotación Hospitalaria y del subproceso de Gestión Biomédica.

ATI-02-P02: Hace referencia al procedimiento número dos (02) del proceso Atención inmediata y del subproceso de Referencia y Contrarreferencia.

Notas Adicionales: En los casos en que el número consecutivo del documento supere el 99, se continuará con la estructura **T000**.

6.10.4 Descripción del cuerpo de los documentos.

6.10.4.1 Portada

La plantilla institucional contiene los datos de identificación del documento, como el nombre completo, el código designado para el tipo de documento y la identificación del macroproceso, procesos y subproceso al que pertenece el documento.

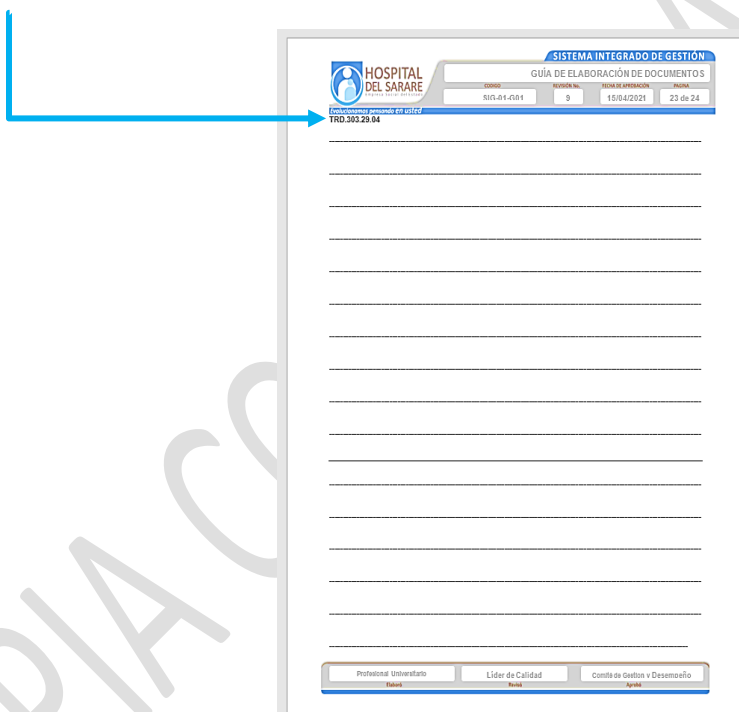
T.R.D.303.29.04

6.10.4.2 Encabezado

Membrete institucional repetitivo en cada página del documento que incluye nombre del documento, código, versión, fecha de aprobación y número de página.

6.10.4.3 Código TRD (Tabla de Retención Documental)

Identificador único asignado al documento según la [tabla de retención](#) documental institucional, que permite su clasificación, archivo y consulta conforme a la normativa archivística vigente.



The diagram illustrates the placement of the TRD code in the document header. A blue arrow points from the text 'Identificador único asignado al documento...' to the 'TRD.303.29.04' field in the header of a document template. The template header includes the Hospital del Sarare logo, the title 'GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES', and a table with the following data:

CODIGO	REVISIÓN No.	FECHA DE APROBACIÓN	PAGINA
SIG-01-G01	9	15/04/2021	23 de 24

Below the table, the TRD code 'TRD.303.29.04' is displayed. The document template also includes a table for the 'Tabla de Retención Documental' (TRD) with columns for 'Protección Institucional', 'Líder de Calidad', and 'Comité de Gestión y Desempeño'.

6.10.4.4 Tabla de Contenido

Listado ordenado de los títulos y subtítulos del documento, con indicación de la página correspondiente, que facilita la navegación y consulta rápida del contenido mediante hipervínculos.

6.10.4.5 Objetivos (General y Específicos)

- a. **Objetivo general:** Enuncia de forma amplia el propósito principal del documento.

T.R.D.303.29.04

- b. **Objetivos específicos:** Detallan logros concretos y medibles que se buscan alcanzar a través de la implementación del documento.

6.10.4.6 Alcance

Define los límites y la aplicabilidad del documento: quiénes lo utilizan, en qué contexto, a qué procesos o servicios se refiere, y hasta dónde se extiende su implementación.

6.10.4.7 Definiciones

Incluye los términos técnicos, abreviaturas y conceptos clave empleados en el documento, con su respectiva explicación para un entendimiento claro y uniforme.

6.10.4.8 Roles y Responsabilidades

Describe las funciones específicas de cada actor involucrado en la aplicación del documento, indicando responsabilidades individuales o por cargo, y su papel en la planeación, ejecución, supervisión o control.

6.10.4.9 Recursos

- a. **Talento humano:** Especifica el perfil profesional, nivel de formación del personal que ejecuta o participa en el procedimiento o política.
- b. **Equipos biomédicos:** Lista los dispositivos y equipos biomédicos necesarios para la correcta prestación de los servicios.
- c. **Medicamentos, dispositivos e insumos requeridos:** Detalla los medicamentos, materiales e insumos médicos necesarios para la actividad.

6.10.4.10 Recursos esenciales (Aplica para procesos Administrativos).

Agrupación de recursos indispensables para la implementación del documento, incluyendo talento humano, tecnología, insumos y soporte administrativo.

T.R.D.303.29.04

6.10.4.11 Enfoque diferencial

Hace referencia a las estrategias o actividades diferenciales que el prestador tendrá en cuenta para la atención de la población de acuerdo a sus características particulares, tales como: condición física, socio cultural, religión, identidad de género, entre otras, cuando aplique

6.10.4.12 Controles Operacionales

Medidas o acciones específicas que permiten asegurar la correcta ejecución de los procesos, reducir riesgos y garantizar la calidad del servicio o actividad.

6.10.4.13 Marco normativo

Relaciona las normas legales, reglamentarias y técnicas que respaldan y justifican el contenido del documento, incluyendo leyes, resoluciones, decretos, guías o estándares nacionales e internacionales actualizadas en orden cronológico.

6.10.4.14 Desarrollo

Sección central del documento donde se detalla, paso a paso, el contenido principal.

- **Manual:** Explicación estructurada de políticas, normas, roles, y procedimientos relacionados con un área o sistema.
- **Guía:** Recomendaciones, orientaciones, buenas prácticas y criterios para realizar adecuadamente una actividad o proceso.
- **Guía médica:** Recomendaciones clínicas basadas en evidencia, algoritmos de atención, criterios diagnósticos y terapéuticos.
- **Protocolo:** Descripción específica, ordenada y normativa de los pasos a seguir frente a una situación particular o evento.
- **Formato:** Estructura o plantilla con campos para registrar datos, indicadores, actividades, o verificaciones. El desarrollo describe cómo diligenciarlo correctamente.

T.R.D.303.29.04

- ✓ Se **establece** utilizar los siguientes **encabezados para los Formatos o Registros** que se van a **imprimir**, el formato de escala negro-gris permite el ahorro de Tinta:



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

evolucionamos pensando en usted

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO XXX-XX-FXX

REVISIÓN No. X

FORMATO PARA

- **Instructivo:** Explicación paso a paso de cómo realizar una tarea puntual. Puede incluir diagramas, advertencias o checklists.
- **Plan:** Desarrollo de estrategias, objetivos, metas, responsables, recursos, cronograma y evaluación para alcanzar un fin.
- **Programa:** Conjunto de actividades planificadas, organizadas por componentes o líneas de acción, con responsables, recursos, metas y evaluación.

6.10.4.15 Declaración de la política (aplica para la elaboración de políticas).

Formulación escrita del compromiso institucional o profesional frente al tema abordado, estableciendo principios, líneas de acción y objetivos alineados con la misión y visión del prestador o entidad.

6.10.4.16 Propósito y principios de la política (aplica para la elaboración de políticas).

Expone el fundamento de la política, su razón de ser, y los principios éticos, técnicos o estratégicos que guían su formulación y aplicación.

T.R.D.303.29.04

6.10.4.17 Articulación con el Sistema Integrado de Gestión (SIG) (aplica para la elaboración de políticas).

Explica cómo el documento se integra y contribuye al cumplimiento de los componentes del SIG: calidad, seguridad del paciente, gestión ambiental, SST, gestión documental, entre otros.

6.10.4.18 Aprobación y publicación de la política (aplica para la elaboración de políticas).

Identifica la autoridad que valida oficialmente el documento, el acto administrativo de aprobación (si aplica), y los medios a través de los cuales se difunde (correo institucional, página web, impresos).

6.10.4.19 Descripción del procedimiento

Detalla de manera ordenada y técnica cada paso del procedimiento, con sus entradas, actividades, salidas y responsables. Se utiliza lenguaje claro y preciso.

Tabla 4. Estructura de un procedimiento.

No	DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE / DEPENDENCIA	DOCUMENTOS ASOCIADOS
1	Es una descripción de las actividades del procedimiento en forma detallada, indicando secuencialmente los pasos a seguir. Se relacionan el nombre del	Indica el o los cargo(s) involucrado(s) en la aplicación de cada actividad del procedimiento.	Se relacionan el código y el nombre del manual, procedimiento, instructivo, guía, protocolo o registro involucrado (en caso que se cuente con ello)
2	...	...	...

6.10.4.20 Evaluación y Administración de los riesgos.

Identifica, analizan y controlan los riesgos potenciales asociados a la aplicación del documento. Con el fin de prevenir fallas en los procesos, mejora el desempeño y eficacia operativa o clínica

T.R.D.303.29.04

del procedimiento. El enfoque documentado responde a la variable "proactiva" lo que busca que el documento sea proactivo y se anticipe al riesgo en todas las áreas.

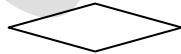
Ejemplo:

Riesgo identificado	Control	Responsable del control
Poca adherencia al procedimiento documentando	✓ Realizar capacitación al personal de los documentos actualizados. ✓ Realiza periódicamente evaluación de conocimientos sobre el procedimiento. ✓ Realizar seguimiento a la implementación del procedimiento. ✓ Realizar entrenamiento in situ al personal objeto del procedimiento.	Líder de proceso.

6.10.4.21 Flujograma

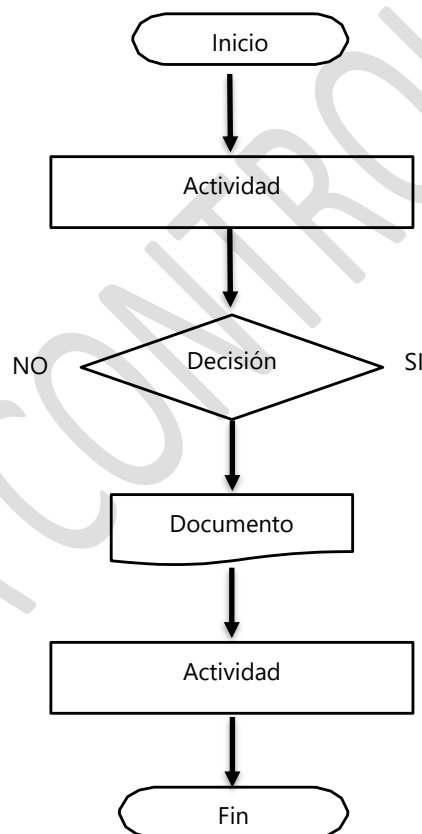
Representación gráfica del proceso o procedimiento mediante diagramas de flujo que muestran de forma secuencial los pasos, decisiones, entradas y salidas.

Tabla 5. La simbología para la elaboración de los diagramas de flujo es la siguiente:

SIMBOLO	INTERPRETACIÓN
	INICIO – FIN: Indica el comienzo o final de un procedimiento con palabras "inicio" o "sin" según aplique
	ACTIVIDAD: Indica la actividad que se desarrolla de acuerdo con la secuencia del procedimiento que se está documentando.
	DECISIÓN: Se emplea para indicar la aprobación, aceptación o la decisión después de una actividad de revisión, verificación o cuando se presenta un camino alternativo.
	DOCUMENTO: Se emplea para relacionar un registro que se genera.

T.R.D.303.29.04

SIMBOLO	INTERPRETACIÓN
	CONECTOR: Se emplea para relacionar una o varias actividades mediante la utilización de números.
	CONECTOR FUERA DE PÁGINA: Se emplea para realizar la conexión del diagrama de una página a otra. Para su utilización, este conector relaciona el alfabeto
	DIRECCION DE FLUJO: Conecta los símbolos, señala el orden en que se deben ejecutar las actividades del procedimiento.



6.10.4.22 Referencia bibliográfica

Relación de todas las fuentes consultadas y citadas en el documento, siguiendo normas de citación como **APA**, garantizando la trazabilidad del contenido.

T.R.D.303.29.04

6.10.4.23 Cronograma de trabajo

Tabla o diagrama que presenta las fases (**PHVA**), actividades, responsables y tiempos estimados para la implementación, revisión o evaluación del documento.

6.10.4.24 Monitoreo, seguimiento, control y definición de indicadores

Describe cómo se medirá el cumplimiento y efectividad del documento, qué indicadores se utilizarán (cuantitativos y cualitativos), la frecuencia de medición y los responsables del monitoreo.

6.10.4.25 Control de Cambios

Registro histórico de las modificaciones realizadas al documento en sus distintas versiones, indicando Numero de revisión, fecha de aprobación, descripción del cambio y escenario donde se aprueba.

Ejemplo de tabla de control de cambios:

Tabla 6. Control de cambios

REVISIÓN No.	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AAAA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	RESPONSABLE DEL CAMBIO
1	13/12/2017	Creación del Documento y en que escenario se aprobó.	Inserte el nombre y cargo que desempeña la persona que crea el documento.

T.R.D.303.29.04

2	05/01/2025	Detalla brevemente en qué consistió la actualización del documento y en que escenario se aprobó. Ejemplo: Se efectuó revisión general y reestructuración del contenido aprobado mediante acto administrativo X o acta N° X.	Inserte nombre y cargo de la persona que realizó la actualización del documento. Ejemplo: Juanita Parra. Líder Gestión Documental
---	------------	--	--

6.10.4.26 Pie de Página

Membrete institucional repetitivo en cada pie de página del documento que incluye: nombre del responsable que elabora, revisa y aprueba el documento.

SERVICIO QUE ELABORA EL DOCUMENTO	COMITÉ ASIGNADO PARA SU REVISIÓN	COMITÉ ASIGNADO PARA SU APROBACIÓN
Elaboró	Revisó	Aprobó

6.11 Otros documentos.

6.11.1 Comunicaciones oficiales (internas y externas) comunicados a la opinión pública, acuerdos, resoluciones, actas e Informes

- Márgenes: Superior 4 cm
Inferior 3 cm
Lateral izquierdo 2.5 cm
Lateral derecho 2.5 cm
- Encabezado 0,8 cm
- Cuerpo con fuente es **SEGOE UI 11** interlineado 1.15

Líder de gestión de la calidad	Comité de Gestión y Desempeño	Comité de Gestión y Desempeño
Elaboró	Revisó	Aprobó

T.R.D.303.29.04

- Pie de Página 1cm

6.11.1.1 ESTRUCTURA DE COMUNICACIONES OFICIALES.

El cuerpo de las comunicaciones oficiales debe contener la siguiente información:

- **FECHA:** Se escribe acompañada de la ciudad de origen sin punto al final, día en número, mes en letra y año en número.
- **CÓDIGO:** se refiere a la letra asignada a cada proceso o unidad administrativa mencionadas en la [Tabla 2. De codificación de macroprocesos, procesos y subprocesos.](#), acompañada del código de subproceso y el consecutivo de comunicaciones de cada subproceso o unidad administrativa.
 - ❖ Las letras AAA, hacen referencia al proceso que generó el documento.
 - ❖ Los números 00, hacen referencia al subproceso que generó el documento.
 - ❖ 001: Consecutivo de la comunicación oficial.
- **CÓDIGO TRD:** Es el código institucional aprobado que permite identificar, clasificar y organizar los archivos generados por cada proceso y subproceso, con base en la Tabla de Retención Documental (TRD). Este código facilita la ubicación de los documentos según su etapa dentro del ciclo de vida documental (archivo de gestión, central o histórico) y define los tiempos de retención para cada serie y subserie, de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia, con ubicación en: [\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\14.SIS- GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACION\3.SIS-03- GESTION DOCUMENTAL\10. Registros\1.-TRD- APROBADA](#)

Nota 1: Para el caso de las unidades administrativas no referenciadas en el mapa de procesos la codificación es la siguiente:

REF: Revisor Fiscal

SAF: Subgerente Administrativo y Financiero

SUC: Subgerente Científico

T.R.D.303.29.04

COE: Coordinación de Enfermería

COM: Coordinación Médica

Nota 2: para el caso de comunicaciones internas no será necesario el consecutivo dado por la unidad de correspondencia, esta será exclusivamente para las comunicaciones oficiales externas.

Nota 3: Para el caso de comunicaciones oficiales externas enviadas por correo electrónico, el radicado asignado por la Unidad de Correspondencia deberá ubicarse en la parte superior del documento

Ejemplo:

Saravena, 21 junio del 2025.

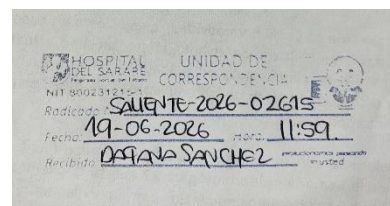
SIG-01-100

T.R.D.303.13.60

Radicado unidad de correspondencia número SALIENTE-2026-02615

Respetados,

Nota 4: En caso de enviarse en físico, el radicado será asignado a través de sello en la Unidad de Correspondencia, en la esquina superior derecha.



- **Título de cortesía:** se escribe la palabra completa, con mayúscula inicial, sin abreviaturas y no lleva Dos puntos al final, ej.: Señor, Señora, Licenciado, Ingeniera, Economista, Doctor, etc.
- **Nombres y apellidos** completos de la persona a quien va dirigida la comunicación, escritos en mayúsculas fijas y en negrita.
- **Cargo:** Gerente, Asesor Jurídico, Subgerente Administrativa y Financiera, Almacenista, Coordinador de Enfermería, etc. El cargo se escribe con mayúscula inicial.

T.R.D.303.29.04

- **Nombre de la empresa:** se escribe en el renglón siguiente, iniciando con mayúscula. Si el nombre de la empresa es una sigla, se escribe con mayúsculas fijas.
- **Cuerpo del documento:** para el diligenciamiento del documento se deben dejar entre uno y dos espacios, y debe contener la siguiente información:

Asunto: también llamado "referencia", sintetiza el tema de la comunicación, cuando la comunicación sea Externa, es conveniente que se escriba el asunto para facilitar la respuesta deseada, este espacio debe ser diligenciado lo más específico posible, de manera que no se extienda en más de un renglón.

Saludo: es la frase de cortesía, que se escribe después del encabezamiento y antes del cuerpo de la comunicación.

Ejemplos: Apreciado señor Gómez; Respetados señores; Respetado señor Gerente; Cordial Saludo. Después del saludo se escriben dos puntos

Texto: Es la parte central del documento, donde se expone de manera clara, precisa y ordenada la información que se desea comunicar. Debe redactarse en un lenguaje formal, directo y coherente, evitando ambigüedades, redundancias o tecnicismos innecesarios. El contenido debe estar alineado con el propósito del documento y responder a los principios de claridad, concisión y adecuación al destinatario.

- **Anexo:** Los documentos anexos a la comunicación serán mencionados al final del texto, este ítem si diligencia en letra Segoe UI número 10 y cursiva

Ejemplo: **Anexo:** copia de inventarios

- **Despedida:** igual que el saludo, es una expresión de cortesía. Se puede elegir una expresión de una o dos palabras, seguida de una coma o una oración terminada en punto.
Ejemplos: Cordialmente, Atentamente, Respetuosamente, Cordial saludo, Atento saludo, Muchas gracias por su atención, etc.

- **Firma:** Está compuesta por tres elementos:

Rúbrica: es el conjunto de rasgos de figura determinada que, como parte de la firma, pone cada cual después de su nombre o título. La rúbrica se escribe encima del nombre del remitente que se ha escrito en mayúsculas fijas. No se usa la raya para poner la rúbrica.

T.R.D.303.29.04

Nombre y apellidos del remitente: escritos en mayúsculas fijas y Negrita.

Cargo: se escribe debajo del nombre y con mayúscula inicial.

Nota: Cuando firman dos o más personas, los nombres van por categoría. No obstante, el autor de la comunicación debe firmar debajo de la despedida, aunque su cargo sea inferior al de quien firma a la derecha.

- **Copia:** en caso que se requiera compartir con otros subprocesos o remitentes el documento se debe registrar como "c.c." después de la firma en letra 8 y cursiva.
Ej.: c.c. *Subgerencia científica.*
- **Tabla de elaboración y aprobación:** Para comunicaciones oficiales, actos administrativos y demás documentos que se produzcan en la entidad; se debe registrar en la parte inferior, quien proyectó y quien revisó, e igualmente el nombre, apellido, cargo y firma; se recomienda emplear letra más pequeña; tamaño 7 y en caso de nombre compuesto es conveniente escribir el primer nombre y la letra inicial del segundo; por lo tanto, **quien aprueba, es quien firma el documento para ser remitido.**

Revisó:	Nombre y apellido del funcionario Cargo.	Firma
Proyectó:	Nombre y apellido del funcionario Cargo	Firma

Ejemplo de estructura: podrá ser consultado en [\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\14.SIS- GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACION\3.SIS-03- GESTION DOCUMENTAL\13. Plantillas Institucionales\3.-PLANTILLA DE COMUNICACIONES BLANCO Y NEGRO.docx](#)

Nota 5: Para los **comunicados a la opinión pública** se deberán tener en cuenta las siguientes observaciones:

- ❖ **Origen funcional exclusivo:** Los comunicados a la opinión pública deberán ser proyectados única y exclusivamente desde la Gerencia del Hospital del Sarare E.S.E., como órgano directivo responsable de representar institucionalmente al hospital y emitir

T.R.D.303.29.04

pronunciamientos oficiales ante la opinión pública, medios de comunicación y otras entidades externas.

- ❖ **Serie documental asignada:** Estos documentos harán parte de la serie documental de "Informes de Gestión", en tanto evidencian acciones, decisiones, lineamientos o posicionamientos institucionales que forman parte de la gestión y administración estratégica del hospital.
- ❖ **Formato institucional obligatorio:** Los comunicados deberán ser elaborados y emitidos mediante el formato oficial establecido por el hospital para comunicaciones institucionales, el cual garantiza uniformidad, claridad, validez y trazabilidad documental. Su uso será obligatorio para toda comunicación dirigida a la opinión pública.
- ❖ **Control documental:** Cada comunicado deberá contar con un número consecutivo, fecha de emisión y validación por parte de la Gerencia, conforme a los procedimientos establecidos.

T.R.D.303.29.04

Imagen 1. Ejemplo de comunicación interna.



Página 1 de 1

Saravena, 26 de junio de 2025

SIG-01-078

TRD. 303.13.60

Señora

ELIANA GELVES GARCÍA

Técnico administrativo- Archivo central

Asunto: Solicitud de socialización de guía de elaboración documental.

Cordial saludo,

En atención a los lineamientos institucionales y con el propósito de garantizar la uniformidad, claridad y calidad en la producción de documentos oficiales, nos permitimos solicitar la socialización de la Guía de Elaboración Documental con todos los funcionarios responsables de la generación de comunicaciones escritas dentro de la entidad.

La socialización de esta guía permitirá fortalecer las competencias en redacción administrativa, asegurar el cumplimiento de estándares normativos y facilitar los procesos de archivo, trazabilidad y gestión documental.

Anexo: Guía de elaboración documental con copia del acta de comité de gestión y desempeño donde se aprueba.

Cordialmente,

JESUS TORRES SANDOVAL

Profesional universitario líder de calidad.

c.c. Subgerencia científica

Revisó	JESUS TORRES SANDOVAL Profesional universitario líder de calidad.	
Proyectó	JESUS TORRES SANDOVAL Profesional universitario líder de calidad.	

Vigilado Supersalud

T.R.D.303.29.04

6.11.1.2 ESTRUCTURA DE COMUNICADO A LA OPINIÓN PÚBLICA

- ✓ **Encabezado:** Este será fijo y será usado el que esté aprobado en la fecha que se realiza el comunicado a la opinión pública.
- ✓ **TRD:** teniendo en cuenta que este tipo de comunicados son exclusivos de gerencia será usada la TRD aprobada en la entidad.
- ✓ **Encabezado:** Denominación clara del documento como "Comunicado a la Opinión Pública Nro. XX".
Nota: El consecutivo de los comunicados a la opinión pública solo serán emitidos por gerencia, se deberá llevar el consecutivo único para este tipo de documentos, el cual deberá iniciar con "El Hospital del Sarare E.S.E."
- ✓ **Lugar y fecha de emisión.**
- ✓ **Contenido principal:** Pronunciamiento oficial, posición institucional, acciones adoptadas o aclaraciones pertinentes.
- ✓ **Cierre:** Invocación al respeto, a la legalidad o a la comprensión del público; puede incluir llamado a la acción o solicitud específica.
- ✓ **Firma:** Teniendo en cuenta lo establecido dentro de este documento, la firma será por el gerente a cargo en la fecha que se realiza el comunicado.
- ✓ **Tabla de elaboración y revisión:** Nombre, cargo, firma.

Ruta de comunicado a la opinión pública: [\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\14.SIS- GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACION\3.SIS-03- GESTION DOCUMENTAL\13. Plantillas Institucionales\6.-PLANTILLA DE COMUNICADO A LA OPINIÓN PÚBLICA.docx](#)

6.11.1.3 RESOLUCIONES.

Para las resoluciones que se produzcan desde la Gerencia, se deberá tener en cuenta el Instructivo **DIR-00-N01**, en el cual se brindan las instrucciones para el correcto tramite y elaboración.

[\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\14.SIS- GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACION\3.SIS-03- GESTION DOCUMENTAL\13. Plantillas Institucionales\15.- PLANTILLA RESOLUCIONES.docx](#)

T.R.D.303.29.04

6.11.1.4 ACTAS

✓ **Acta de reunión ordinaria:**

Es el documento mediante el cual se registra el desarrollo y los resultados de una reunión ordinaria o extraordinaria entre personas naturales o jurídicas dentro de un contexto laboral, administrativo, técnico o académico, sin que necesariamente constituya una instancia formal de gobernanza o dirección (como un comité o junta).

Esta podrá se encontrada en: <\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\04. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\1.SEI-01- CONTROL INTERNO\8. Formatos\SEI-01-F09 FORMATO ACTA DE REUNIÓN..docx>

✓ **Acta de reuniones interinstitucionales.**

Es el documento mediante el cual se registra el desarrollo y los resultados de una reunión interinstitucional dentro de un contexto laboral, administrativo, técnico o académico.

Esta podrá se encontrada en: <\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\01. PROCESOS ESTRATÉGICOS\1.DIR-DIRECCIÓN\1.DIR-00- DIRECCION\8. Formatos\DIR-00-F19 FORMATO ACTA DE REUNIÓN INTERINSTITUCIONAL..docx>

✓ **Actas de reunión de comité:**

Es el documento oficial que registra de forma integral el desarrollo, deliberaciones y decisiones adoptadas por un comité formalmente constituido dentro de una institución, en el marco de su objeto, funciones y normativas vigentes. Tiene validez jurídica y administrativa, y forma parte del expediente documental del comité.

Esta podrá se encontrada en: <\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\01. PROCESOS ESTRATÉGICOS\1.DIR-DIRECCIÓN\1.DIR-00- DIRECCION\8. Formatos\DIR-00-F11 ACTA DE REUNION COMITE INSTITUCIONAL.docx>

6.11.1.5 Acuerdos.

Documento administrativo de carácter formal mediante el cual se establecen decisiones, lineamientos, compromisos o disposiciones adoptadas de manera colectiva o institucional por una autoridad competente, como juntas directivas, comités, consejos o instancias administrativas, en el marco de sus funciones legales o reglamentarias.

T.R.D.303.29.04

Esta podrá se encontrada en: <\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\14.SIS- GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACION\3.SIS-03- GESTION DOCUMENTAL\13. Plantillas Institucionales\16.-PLANTILLA DE ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA.docx>

6.11.1.6 Informes

Para la elaboración de los informes institucionales, se deberá implementar el formato establecido por la institución. Este formato oficial se encuentra disponible en la siguiente ubicación:

<\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\14.SIS- GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACION\3.SIS-03- GESTION DOCUMENTAL\13. Plantillas Institucionales\5.-FORMATO DE INFORMES .docx>

7. NOTAS GENERALES:

NOTA GENERAL 1: Para todos los documentos (Acuerdos, Actas, Contratos, Resoluciones, Análisis de conveniencia y oportunidad, Comunicaciones oficiales e internas, Circulares informativas y normativas, Evaluaciones Jurídicas, Técnicas, Técnico - Económica etc.) que contenga más de una hoja debe llevar en la **parte superior derecha** el nombre del documento y el número de página X de X ej. *Contrato n. 158 de 2005, Pagina 1 de 20*

8. CONTROL DE CAMBIOS

REVISION No.	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	RESPONSABLE DEL CAMBIO
0	26/12/2008	Creación del documento	No se tiene información
1	31/08/2010	Se agrega la NOTA GENERAL 1 Y NOTA GENERAL 2	No se tiene información
2	04/02/2014	Cambio mapa de procesos y codificación de los mismos	No se tiene información
3	27/02/2015	Se agrega dónde deben llevar código de TRD en los documentos NOTA GENERAL 3	No se tiene información
4	05/05/2016	Inclusión Código TRD, según normatividad archivística.	No se tiene información

T.R.D.303.29.04

5	10/02/2017	Actualización del Documento, se ajusta el contenido del documento y se modifica la tabla de codificación de procesos y subprocesos según Manual de Funciones y Organigrama Institucional.	No se tiene información
6	10/11/2017	Inclusión de Nota general Nro. 4, hace referencia a los requerimientos de las frases proyectó, digitó y la fijación de las respectivas firmas.	No se tiene información
7	13/08/2018	Actualización de la plantilla por cambio de nombre de comité de calidad; quien aprueba los apruebas los respectivos procedimientos administrativos (Según Resolución N°07A de enero 18 de 2018). Creación de Comité de Gestión y Desempeño y adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	No se tiene información
8	29/07/2020	Actualización del Documento se ajusta el contenido del documento y se modifica la tabla de codificación de procesos y subprocesos según actualización de mapa de procesos y se asigna nuevo código acorde a la tabla de codificación actualizada.	Líder Gestión de la Calidad
9	15/04/2021	Se incorpora la jerarquía documental.	Líder Gestión de la Calidad
10	15/11/2021	Actualización del documento, se agregan definiciones, se definen responsables con sus respectivas responsabilidades, se cambian lineamientos de los componentes que debe tener cada documento según su clasificación, se define la versión base que tiene el documento en el momento de su creación, se modifica el interlineado a 1.15,	Líder Gestión de la Calidad
11	25/06/2025	Actualización de documento, se actualiza la	

Líder de gestión de la calidad

Comité de Gestión y Desempeño

Comité de Gestión y Desempeño

Elaboró

Revisó

Aprobó

T.R.D.303.29.04

		tabla de procesos en marco al acuerdo 022 de 2024, se crean lineamientos para el estudio de la viabilidad de los documentos creados o actualizados, se define la fase de proyección del documento, se establece la ruta de ubicación de las plantillas de los documentos, actas de reunión y comité y se aclara la estructura por tipo de documento. La presente actualización fue aprobada bajo el acta de comité de gestión y desempeño N°04 del 25/06/2025.	Jesús Torres Sandoval. Líder Gestión de la Calidad Eliana Gelves. Líder Gestión documental
--	--	--	--

Líder de gestión de la calidad

Elaboró

Comité de Gestión y Desempeño

Revisó

Comité de Gestión y Desempeño

Aprobó