

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 1 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES

HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ E.S.E.

SALAMINA CALDAS - VERSIÓN PRELIMINAR



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
FELIPE SUÁREZ E.S.E
SU BIENESTAR Y SALUD EN NUESTRAS MANOS

Versión institucional estructurada de acuerdo con lineamientos normativos vigentes

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Nombre del documento:** Libro Maestro de Políticas institucionales
- **Código:** HDFS-PLN-LM-1.05.00-00.03-001-01.2025
- **Tipo de documento:** Compendio institucional (consolidación y actualización integral)
- **Versión:** 01
- **Fecha de elaboración:** Julio 2025
- **Fecha de aprobación:** 1 de octubre de 2025 bajo resolución 253
- **Responsable de elaboración:** Área de Planeación Institucional
- **Responsable de aprobación:** Gerencia General
- **Dependencia de control de versiones y archivo:** Oficina de Gestión Documental
- **Vigencia:** A partir de la fecha de aprobación mediante acto administrativo
- **Periodicidad de actualización:** Anual o cuando se modifiquen los lineamientos normativos o funcionales
- **Nivel de aplicación:** Institucional – Todos los procesos y áreas del HDFS E.S.E.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 2 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS
JUSTIFICACIÓN TÉCNICA, NORMATIVA Y FUNCIONAL
MARCO NORMATIVO Y LEGAL QUE RESPALDA SU CREACIÓN
ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN
¿QUÉ ES UNA POLÍTICA?
¿PARA QUÉ SIRVEN LAS POLÍTICAS?
PARTES QUE DEBE TENER UNA POLÍTICA
¿SON DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO O GUÍA DE ACCIÓN?
CUADRO DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES

- Políticas Obligatorias
- Políticas o Directrices Internas

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS
MECANISMO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS
ARTICULACIÓN CON LOS PROCESOS INSTITUCIONALES
ANEXOS

- ANEXO 1. FORMATO BASE INSTITUCIONAL PARA LA ELABORACIÓN DE NUEVAS POLÍTICAS
- ANEXO 2. RESPONSABLE DE LA FORMULACIÓN Y REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS
- ANEXO 3. CONSOLIDADO DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES
- ANEXO 4. MATRIZ DE INDICADORES DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES

POLÍTICAS OBLIGATORIAS

PL-O1. Política Institucional de Seguridad del Paciente
PL-O2. Política de Calidad y PAMEC
PL-O3. Política de Farmacovigilancia
PL-O4. Política de Tecnovigilancia
PL-O5. Política de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRASA)
PL-O6. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)
PL-O7. Política de Prevención del Acoso Laboral
PL-O8. Política de Gestión del Riesgo de Desastres y Continuidad Operacional
PL-O9. Política de Seguridad Vial (PESV)
PL-O10. Política de Integridad (Código de Integridad)
PL-O11. Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública
PL-O12. Política de Servicio al Ciudadano, Atención al Usuario y Participación Social
PL-O13. Política de Rendición de Cuentas
PL-O14. Política de Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC)
PL-O15. Política de Gobierno Digital
PL-O16. Política de Seguridad y Privacidad de la Información
PL-O17. Política de Tratamiento de Datos Personales (Habeas Data)
PL-O18. Política de Gestión Documental
PL-O19. Política de Control Interno y Administración de Riesgos (MECI-MIPG)
PL-O20. Política de Gestión del Talento Humano
PL-O21. Política de Contratación y Compras
PL-O22. Política de Políticas Contables
PL-O23. Política Financiera y de Sostenibilidad Institucional
PL-O24. Política SARLAFT/FPADM (Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

POLÍTICAS Y DIRECTRICES INTERNAS

PL-R1. Política de Bienestar Laboral y Clima Organizacional
PL-R2. Política de Humanización de la Atención en Salud
PL-R3. Política de Comunicaciones Institucionales
PL-R4. Política de Inclusión y No Discriminación
PL-R5. Política de Equidad de Género y Diversidad
PL-R6. Política de Ética y Buen Gobierno
PL-R7. Política de Responsabilidad Social, Ambiental y Sostenibilidad
PL-R8. Política de Gestión del Conocimiento e Innovación
PL-R9. Política de Seguridad Hospitalaria y Bioseguridad
PL-R10. Política de Gestión de la Innovación Tecnológica
PL-R11. Política de Cultura Organizacional y Valores
PL-R12. Política de Planeación y Evaluación de la Gestión
ANEXO 3. REGISTRO DE CONTROL DE VERSIONES DEL LIBRO MAESTRO

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 3 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

INTRODUCCIÓN

El Libro Maestro de Políticas Institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. de Salamina Caldas, constituye el instrumento normativo y de gestión que consolida, organiza y articula el conjunto de políticas adoptadas por la institución para orientar de manera coherente la planeación, la ejecución, el control y la evaluación de su gestión institucional. Este documento responde a la necesidad de fortalecer el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (MIPG, el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, garantizando el cumplimiento de los principios de legalidad, transparencia, eficiencia y responsabilidad social en el manejo de los recursos públicos.

Su estructura integra las políticas obligatorias establecidas por la normatividad nacional vigente y las directrices internas definidas por la E.S.E., en armonía con las competencias del nivel territorial, los planes de desarrollo y los objetivos estratégicos institucionales. Cada política se constituye en un marco de actuación que orienta la toma de decisiones, regula los procesos internos y define compromisos verificables frente a los usuarios, los trabajadores y los entes de control.

El Hospital Departamental Felipe Suárez, como empresa social del Estado de segundo nivel de atención, desarrolla su gestión dentro de un marco de responsabilidad pública y de atención humanizada en salud, por lo cual las políticas institucionales aquí contenidas expresan los valores de ética, integridad, equidad, calidad, seguridad del paciente y sostenibilidad que guían su quehacer. Este Libro Maestro se consolida como un referente único de consulta, actualización y aplicación, que promueve la articulación interdependiente de las áreas misionales, administrativas y de apoyo, asegurando la trazabilidad de las decisiones y la estandarización de los procedimientos.

La adopción de este documento permite a la institución evidenciar el cumplimiento de la normatividad sectorial y transversal, fortalecer la cultura del control y la mejora continua, y garantizar la coherencia entre los instrumentos de planeación, los mecanismos de gestión del riesgo y los sistemas de evaluación institucional. De esta forma, el Hospital reafirma su compromiso con la transparencia, la eficiencia en la gestión pública, la rendición de cuentas y la generación de valor social para la comunidad salamineña y los municipios del norte de Caldas.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer un instrumento unificado de referencia que consolide, organice y articule todas las políticas institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando la alineación normativa, estratégica y operativa de los procesos hospitalarios con los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y las disposiciones legales aplicables al sector público y sanitario.

Este objetivo busca asegurar que las políticas institucionales sean coherentes, actualizadas, trazables y efectivas, contribuyendo a la transparencia, eficiencia, integridad, calidad del servicio y sostenibilidad institucional, en cumplimiento de la misión y visión del hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Unificar y sistematizar en un solo cuerpo documental todas las políticas obligatorias y directrices internas del Hospital, facilitando su consulta, aplicación, seguimiento y actualización por parte de las diferentes áreas y comités institucionales.
2. Garantizar la coherencia normativa y funcional entre las políticas institucionales y los marcos regulatorios nacionales, departamentales y municipales, así como con los instrumentos de planeación y control institucional (Plan de Desarrollo, Plan Gerencial, Plan Operativo, PAAC, FURAG y Mapa de Riesgos).
3. Fortalecer la cultura de autocontrol, transparencia y rendición de cuentas, asegurando que cada política defina compromisos verificables, responsabilidades claras y mecanismos de seguimiento que respalden la gestión institucional ante los entes de control.
4. Promover la articulación interdependiente entre los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital, a través de políticas que orienten de manera integral la toma de decisiones y la gestión del riesgo.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 4 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

5. Establecer criterios homogéneos de redacción, estructura y formato para todas las políticas, conforme a los lineamientos de gestión documental, el Archivo General de la Nación (AGN) y el Manual de Identidad Institucional del HDFS.
6. Facilitar la evaluación de desempeño institucional mediante la existencia de políticas documentadas, verificables y alineadas con las dimensiones del MIPG, contribuyendo al cumplimiento de los indicadores del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión (FURAG).
7. Garantizar la trazabilidad documental y la actualización periódica de las políticas, mediante mecanismos formales de control de versiones, revisión normativa y aprobación por la Gerencia General o la Junta Directiva, según corresponda.
8. Impulsar la cultura organizacional basada en la ética pública, la calidad y la mejora continua, promoviendo que las políticas institucionales sean aplicadas como herramientas vivas que orientan el comportamiento y la toma de decisiones en todos los niveles de la entidad.

JUSTIFICACIÓN TÉCNICA, NORMATIVA Y FUNCIONAL

El Libro Maestro de Políticas Institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. surge como una herramienta técnica de gestión, control y transparencia, orientada a consolidar en un solo cuerpo documental las políticas que rigen la operación institucional, en cumplimiento de los principios de eficiencia administrativa, control interno, responsabilidad fiscal y prestación segura y humanizada de los servicios de salud.

Desde el punto de vista técnico, este documento responde a la necesidad de disponer de un sistema unificado, trazable y actualizado que permita identificar, aplicar y evaluar las políticas institucionales conforme a su naturaleza y nivel jerárquico. El Hospital, como Empresa Social del Estado de segundo nivel de atención, desarrolla procesos misionales, de apoyo y estratégicos que requieren lineamientos claros y homogéneos para garantizar la coherencia operativa, la seguridad jurídica, la continuidad del servicio y la articulación funcional entre dependencias. El Libro Maestro permite además optimizar la gestión documental, reducir duplicidades, facilitar auditorías internas y externas, y fortalecer el sistema de información institucional mediante el principio de "una sola versión válida" de cada política.

En el componente normativo, la creación y adopción de este instrumento se fundamenta en la Constitución Política de Colombia de 1991 (arts. 209 y 269), la Ley 87 de 1993 (Sistema de Control Interno), la Ley 489 de 1998 (organización y funcionamiento de las entidades públicas), la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), el Decreto 1499 de 2017 (por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG), y el Decreto 612 de 2018 (lineamientos de integración de la planeación y la gestión). En el ámbito sectorial, se acoge lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establecen la obligatoriedad de documentar políticas institucionales como parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS). Asimismo, se articula con las disposiciones del Archivo General de la Nación (Ley 594 de 2000 y Decreto 2609 de 2012) en materia de gestión documental y control de versiones.

Desde el componente funcional, el Libro Maestro consolida la estructura de políticas institucionales obligatorias y directrices internas, organizadas por proceso y alineadas con el mapa de procesos del Hospital. Este instrumento permite evidenciar la integración de las políticas con los objetivos estratégicos, el Plan de Desarrollo Institucional, el Plan Gerencial, el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC). Igualmente, fortalece la articulación con los sistemas de información y control de riesgos (SARO, SARL, SARC, SARLAFT/FPADM), la gestión de la calidad y el cumplimiento de los indicadores del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión (FURAG).

El desarrollo de este Libro Maestro, liderado por el Área de Planeación Institucional y aprobado por la Gerencia General, garantiza la coherencia entre los lineamientos estratégicos y las operaciones diarias del hospital, proporcionando una base documental sólida que sustenta la gestión institucional ante la Contraloría General de Caldas, la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el Ministerio de Salud y Protección Social y demás organismos de inspección, vigilancia y control.

En síntesis, este documento se justifica como un instrumento técnico-normativo integral que materializa la gobernanza institucional, promueve la transparencia, fortalece la cultura organizacional y asegura la trazabilidad de la gestión pública en el marco de la planeación estratégica hospitalaria.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 5 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

MARCO NORMATIVO Y LEGAL QUE RESPALDA SU CREACIÓN

El Libro Maestro de Políticas Institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. se fundamenta en el conjunto de disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias que regulan la gestión pública, el control interno, la planeación institucional y la calidad en la prestación de los servicios de salud. Su creación responde a la obligación que tienen las entidades públicas de documentar, aplicar y evaluar las políticas que orientan sus procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, garantizando la coherencia, la trazabilidad y la transparencia en la gestión.

NORMATIVA CONSTITUCIONAL

- **Constitución Política de Colombia (1991)**

Artículo 2: establece como fines esenciales del Estado servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los derechos. *Artículo 209:* dispone que la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante el control interno. *Artículo 269:* obliga a todas las entidades del Estado a diseñar y aplicar métodos de control interno que permitan garantizar la correcta administración de los recursos públicos.

NORMATIVA GENERAL DE GESTIÓN Y CONTROL PÚBLICO

- **Ley 87 de 1993:** establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades del Estado.
- **Ley 489 de 1998:** regula la organización y funcionamiento de la administración pública y la necesidad de adoptar políticas institucionales que garanticen la coordinación administrativa.
- **Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción):** ordena fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas mediante instrumentos documentados de control.
- **Ley 1712 de 2014 (Transparencia y Acceso a la Información Pública):** impone la obligación de disponer de información institucional organizada, actualizada y de acceso público.
- **Ley 1757 de 2015:** fomenta la participación ciudadana y la rendición de cuentas en la gestión institucional.
- **Ley 2195 de 2022:** refuerza las medidas de integridad, responsabilidad fiscal y transparencia en la gestión pública.
- **Decreto 648 de 2017:** define los roles de las oficinas de planeación y control interno dentro del MIPG.
- **Decreto 1499 de 2017:** actualiza y reglamenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como marco obligatorio de articulación entre planeación, gestión y control interno.
- **Decreto 612 de 2018:** establece los lineamientos para la integración de la planeación y la gestión institucional y la obligación de mantener políticas actualizadas y documentadas.
- **Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) y Decreto 2609 de 2012:** regulan la gestión documental en las entidades públicas y la conservación de documentos institucionales con valor normativo y administrativo.

NORMATIVA SECTORIAL EN SALUD

- **Ley 100 de 1993:** crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- **Ley 715 de 2001:** define competencias y asignación de recursos del sector salud en el orden territorial.
- **Ley 1438 de 2011:** fortalece el Sistema de Garantía de la Calidad y promueve la seguridad del paciente.
- **Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud):** reconoce el derecho fundamental a la salud y la obligación del Estado de garantizar servicios con calidad, oportunidad y seguridad.
- **Decreto 1011 de 2006:** reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) e incluye la adopción de políticas institucionales como requisito de habilitación.
- **Decreto 780 de 2016:** compila las normas del sector salud en el Decreto Único Reglamentario.
- **Resolución 3100 de 2019 (MinSalud):** define los estándares de habilitación, incluyendo la obligación de documentar políticas, procedimientos y protocolos institucionales.
- **Resolución 1441 de 2013 y Resolución 229 de 2020:** establecen lineamientos para la seguridad del paciente y la humanización en la atención en salud.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 6 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

NORMATIVA DE CONTROL Y VIGILANCIA

- **Circular Externa 009 de 2016 y Circular 20211700000005-5 de 2021** (Supersalud): exigen a las E.S.E. mantener políticas y procedimientos documentados que prevengan el riesgo de lavado de activos y operaciones no autorizadas.
- **Guías y lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP):** regulan la adopción de políticas del MIPG y su evaluación mediante el FURAG.
- **Manual de Implementación del MIPG** (versión vigente): establece la obligatoriedad de adoptar y revisar las políticas institucionales como parte de la dimensión "Gestión con Valores para Resultados".

NORMAS DE REFERENCIA Y BUENAS PRÁCTICAS

- **Normas ISO 9001:2015, ISO 31000:2018 e ISO 45001:2018:** referentes internacionales para gestión de calidad, gestión del riesgo y seguridad en el trabajo, aplicables de forma transversal a la gestión hospitalaria.
- **Guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS):** orientaciones técnicas sobre calidad, seguridad del paciente y sostenibilidad institucional.

Este marco normativo consolida la base legal que respalda la existencia, aplicación y actualización del Libro Maestro de Políticas Institucionales del HDFS E.S.E., garantizando su validez jurídica, su coherencia con el sistema de control interno y su correspondencia con los lineamientos del Estado colombiano en materia de planeación, gestión y salud pública.

ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Libro Maestro de Políticas Institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. aplica a la totalidad de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación definidos en el Mapa de Procesos Institucional, y constituye el marco de referencia obligatorio para la formulación, implementación, seguimiento y actualización de todas las políticas vigentes en la entidad.

Este documento tiene alcance institucional y transversal, lo que significa que su aplicación es de carácter obligatorio para todos los niveles jerárquicos, dependencias, comités, servidores públicos, contratistas, estudiantes en práctica y voluntarios vinculados con la E.S.E. Cada área y proceso deberá garantizar la implementación de las políticas correspondientes a su competencia, en concordancia con los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y la normativa interna del Hospital.

El Libro Maestro comprende dos grandes componentes:

1. Políticas Obligatorias, exigidas por la legislación nacional o sectorial, cuya adopción es de cumplimiento imperativo y verificable ante los entes de inspección, vigilancia y control (Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General de Caldas, Procuraduría General de la Nación, DAFP, entre otros).
2. Políticas y Directrices Internas, definidas por el Hospital como instrumentos de gestión complementarios que orientan la acción institucional, fortalecen la cultura organizacional y garantizan la coherencia operativa en los diferentes procesos.

El alcance del presente Libro Maestro incluye la definición de lineamientos para:

- La identificación, clasificación, formulación, codificación, aprobación, divulgación y actualización de las políticas institucionales.
- La articulación de las políticas con los planes estratégicos, programas, proyectos, protocolos y procedimientos que desarrollan su aplicación práctica.
- El seguimiento, control y evaluación del cumplimiento de los compromisos definidos en cada política, mediante indicadores de gestión y reportes institucionales.
- La estandarización de los formatos, estructuras y procedimientos documentales, garantizando la trazabilidad y el control de versiones bajo las directrices de la Oficina de Gestión Documental.

Este instrumento será de aplicación continua y obligatoria desde la fecha de su aprobación mediante acto administrativo, y su cumplimiento será supervisado por el Área de Planeación Institucional, la Gerencia General y la Oficina de Control Interno, en coordinación con los comités responsables de cada política.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 7 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

Cualquier modificación, inclusión o retiro de políticas deberá ser aprobado conforme al procedimiento de control de documentos del Hospital y registrado en el histórico de versiones de este Libro Maestro, garantizando así la actualización permanente, la validez jurídica y la coherencia funcional del sistema institucional de políticas.

En consecuencia, el Libro Maestro de Políticas Institucionales se constituye en el marco de observancia obligatoria para todos los servidores y procesos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., asegurando la uniformidad, la transparencia, la trazabilidad y la mejora continua en la gestión pública hospitalaria.

¿QUÉ ES UNA POLÍTICA?

Una política institucional es una declaración formal de principios, lineamientos y compromisos que una entidad adopta para orientar la toma de decisiones y la ejecución de sus procesos. En el sector público colombiano, las políticas no son opcionales: cuando la norma las exige, se convierten en un instrumento de obligatorio cumplimiento. En otros casos, pueden ser directrices internas que orientan la acción de manera uniforme.

¿PARA QUÉ SIRVEN LAS POLÍTICAS?

Definir el rumbo: alinean la gestión de la institución con la normatividad vigente y con los objetivos estratégicos.

Unificar criterios: evitan decisiones aisladas y contradictorias.

Cumplimiento normativo: permiten demostrar ante entes de control (Supersalud, Contraloría, Procuraduría, etc.) que la institución cumple los marcos legales.

Gestión y control: son insumo para planes, programas, procesos, auditorías y el MIPG/MECI.

Cultura organizacional: transmiten valores y principios a funcionarios y usuarios.

PARTES QUE DEBE TENER UNA POLÍTICA

Una política bien estructurada suele contener:

1. **Título**
2. **Descripción**
3. **Justificación**
4. **Objetivo** – General y específicos.
5. **Alcance** (a qué áreas, servicios o personas aplica).
6. **Definiciones relacionadas**
7. **Marco normativo** (leyes, decretos, resoluciones, lineamientos).
8. **Principios o lineamientos** (declaración clara de compromisos y pautas).
9. **Responsables** (comité, área o cargo encargado).
10. **Estrategias o mecanismos de implementación.**
11. **Seguimiento y evaluación** (cómo se mide y revisa).
12. **Vigencia y actualización** (versión, fecha, responsable de revisión).

¿SON DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO O GUÍA DE ACCIÓN?

- Si la norma nacional lo exige → son obligatorias
- Si son lineamientos internos adoptados por la institución → actúan como guías de acción, pero se vuelven obligatorias dentro de la E.S.E. una vez aprobadas por la gerencia o junta directiva.
- En ambos casos, la política se convierte en criterio de auditoría: entes de control revisan que existan, estén documentadas y se apliquen.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 8 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

CUADRO DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES POLITICAS OBLIGATORIAS

#	NOMBRE OFICIAL DE LA POLÍTICA	NORMA QUE OBLIGA / REFERENCIA	PROCESO	OBSERVACIONES (UNIFICACIÓN / TRAZABILIDAD)
01	Seguridad del Paciente	Res. 3100/2019; D.1011/2006	Calidad asistencial	Base clínica. Integra lineamientos de bioseguridad
02	Calidad y PAMEC	D.1011/2006; Res. 1445/2006; Res. 3100/2019	Calidad / Mejoramiento	Mantener nombre oficial.
03	Farmacovigilancia	D.2200/2005; Res. 1403/2007	Servicio farmacéutico	Coordinar con INVIMA.
04	Tecnovigilancia	D.4725/2005; Res. 3100/2019	Biomédica / Calidad	Conecta con Innovación Tecnológica
05	Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRASA)	D.351/2014; Res. 1164/2002	Ambiental / Seguridad	Incluye bioseguridad ambiental
06	Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	D.1072/2015; Res. 0312/2019	Talento Humano / SST	Integra riesgos biológicos).
07	Prevención del Acoso Laboral	Ley 1010/2006; Res. 652/2012	Talento Humano	Articulada con riesgos psicosociales.
08	Gestión del Riesgo de Desastres y Continuidad Operacional	Ley 1523/2012; D.2157/2017	Emergencias / Continuidad	Incluir PHE y plan de continuidad.
09	Seguridad Vial (PESV)	Ley 1503/2011; Res. 40595/2022	Logística / Flota	Solo si hay flota/vehículos; si no, dejar acta de no aplicabilidad.
010	Integridad (Código de Integridad)	D.1499/2017; DAFP (2017)	Integridad / Gestión	(Ética y Buen Gobierno) debe referenciarla.
011	Transparencia y Acceso a la Información Pública	Ley 1712/2014; D.1081/2015	Transparencia / Información	Publicación activa en portal web institucional.
012	Servicio al Ciudadano, Atención al Usuario y Participación Social	D.1081/2015; D.1499/2017; Res. 2063/2017; Ley 1757/2015	Usuario / Participación	Integra Servicio al Ciudadano + Atención al Usuario + PPSS. Incluye Carta de Trato Digno.
013	Rendición de Cuentas	CONPES 3654/2010; Ley 1757/2015	Participación / Transparencia	Puede quedar independiente para evidencias.
014	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC)	Ley 1474/2011; D.2641/2012; D.612/2018	Anticorrupción	Nombre oficial "PAAC". Evitar duplicidad con O10 y R6.
015	Gobierno Digital	D.1008/2018; D.2106/2019; D.1499/2017	TIC / Innovación	Incluir datos abiertos, PETIC, interoperabilidad.
016	Seguridad y Privacidad de la Información	Guía MSPI MinTIC; Ley 1273/2009	TIC / Seguridad	Alinear con SGSI.
017	Tratamiento de Datos Personales (Habeas Data)	Ley 1581/2012; D.1377/2013	TIC / Datos	Incluir datos sensibles de historia clínica.
018	Gestión Documental	Ley 594/2000; D.2609/2012; AGN	Archivo / Documentación	Incluir TRD, TVD, PGD.
019	Control Interno y Administración de Riesgos (MECI-MIPG)	Ley 87/1993; D.1499/2017; D.648/2017	Control Interno / Riesgos	Nombre oficial recomendado.
020	Gestión del Talento Humano	Ley 909/2004; D.1083/2015	Talento Humano	Articular con Integridad y Bienestar.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 9 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

#	NOMBRE OFICIAL DE LA POLÍTICA	NORMA QUE OBLIGA / REFERENCIA	PROCESO	OBSERVACIONES (UNIFICACIÓN / TRAZABILIDAD)
O21	Contratación y Compras	Ley 80/1993; Ley 1150/2007; D.1082/2015	Contratación / Abastecimiento	Articular con SECOP II y PAA.
O22	Políticas Contables	Régimen de Contabilidad Pública – CGN; Ley 1314/2009	Contabilidad / Finanzas	Manual contable actualizado.
O23	Financiera y de Sostenibilidad Institucional	Ley 715/2001; D.115/1996; Supersalud	Finanzas / Planeación	Seguir lineamientos de Supersalud y responsabilidad fiscal.
O24	Política SARLAFT/FPADM (Prevención de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción masiva)	Circular Externa 009 de 2016 (Supersalud); Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 (Supersalud); Ley 1908 de 2018; Ley 1474 de 2011; Decreto 1499 de 2017 (MIPG).	Oficina Jurídica / Subgerencia Administrativa y Financiera / Control Interno	Debe articularse con la O14 (PAAC – Anticorrupción y SICOF), la O19 (Control Interno y Riesgos – SARO) y la O23 (Sostenibilidad Financiera – SARL y SARC). Define los lineamientos para prevenir, detectar y reportar operaciones sospechosas de lavado de activos y financiación del terrorismo. Exige procedimientos de debida diligencia, matriz de riesgos y designación formal de oficial de cumplimiento.

POLÍTICAS O DIRECTRICES INTERNAS

#	NOMBRE OFICIAL DE LA POLÍTICA	REFERENCIA / BUENAS PRÁCTICAS	PROCESO	OBSERVACIONES
R1	Bienestar Laboral y Clima Organizacional	D.1567/1998; D.1499/2017	Talento Humano	Complementa SG-SST y O20.
R2	Humanización de la Atención en Salud	Res. 229/2020; Res. 3100/2019	Calidad / Usuario	Relacionada con O12 (trato digno).
R3	Comunicaciones Institucionales	D.1081/2015; D.1008/2018	Información / Comunicaciones	Define vocerías y protocolos internos.
R4	Inclusión y No Discriminación	Ley 1482/2011; Ley 1618/2013	Talento Humano / Usuario	Complementa R5 y O12 (accesibilidad).
R5	Equidad de Género y Diversidad	Ley 581/2000; Ley 1257/2008	Talento Humano	Diferenciar de R4: enfoque de género.
R6	Ética y Buen Gobierno	D.1499/2017; Cód. Buen Gobierno	Alta Dirección	Referenciar O10 (Integridad) y O14 (PAAC).
R7	Responsabilidad Social, Ambiental y Sostenibilidad	Ley 99/1993; ISO 26000; MIPG	Sostenibilidad	Transversal a la gestión.
R8	Gestión del Conocimiento e Innovación	D.1499/2017; D.612/2018	Planeación / Talento	Alinear con O15 (Gobierno Digital).
R9	Seguridad Hospitalaria y Bioseguridad (Anexos Operativos)	Ley 9/1979; Res. 666/2020	Calidad / SST	Integrada a O1, O5 y O6. No política independiente.
R10	Gestión de la Innovación Tecnológica	D.1499/2017; MinTIC / MinSalud	TIC / Biomédica	Relacionada con O4 y O15.
R11	Cultura Organizacional y Valores	D.1499/2017; Código de Integridad DAFP	Talento Humano	Referenciar O10 (Integridad).
R12	Planeación y Evaluación de la Gestión	Ley 152 de 1994 , D. 612 de 2018; D. 1499 de 2017 (MIPG); Ley 87 de 1993; Ley 715 de 2001	Área de Planeación Institucional / Comité Institucional de Gestión y Desempeño / Oficina de Control Interno.	Articula los instrumentos de planeación con el MIPG y el MECI. Establece principios de coherencia, transparencia, participación y mejora continua.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 10 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS

TÉRMINOS INSTITUCIONALES

Actualización documental: Proceso mediante el cual se revisan, ajustan y formalizan los documentos institucionales para asegurar su vigencia normativa, funcional y técnica.

Aprobación: Acto administrativo mediante el cual la Gerencia General autoriza formalmente la adopción o actualización de una política institucional.

Área responsable: Dependencia o unidad organizacional encargada de formular, implementar, hacer seguimiento y reportar los resultados de una política.

Articulación institucional: Integración sistemática de las políticas, planes, programas y procesos dentro de la estructura organizacional, garantizando coherencia y alineación con los objetivos estratégicos.

Compendio institucional: Documento único que consolida la totalidad de políticas institucionales vigentes, evitando duplicidades y dispersión normativa.

Control interno: Sistema que garantiza que las operaciones institucionales se realicen conforme a la ley, con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y rendición de cuentas.

Divulgación: Acción de comunicar oficialmente una política, norma o procedimiento a todos los niveles de la entidad, garantizando su conocimiento y aplicación.

Documento maestro: Documento rector aprobado oficialmente que orienta la gestión institucional y constituye evidencia de cumplimiento normativo.

Gestión documental: Conjunto de actividades administrativas y técnicas orientadas al manejo, organización, conservación y disposición final de los documentos producidos por la entidad.

Gestión del riesgo: Proceso continuo, de identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Implementación: Conjunto de acciones mediante las cuales se pone en práctica una política, garantizando su operatividad y efectividad.

Libro Maestro: Instrumento documental que organiza, estandariza y consolida las políticas institucionales del Hospital en un solo cuerpo normativo.

Mejora continua: Ciclo permanente de análisis, corrección y fortalecimiento de los procesos institucionales, basado en los resultados de evaluación y auditoría.

Política institucional: Declaración formal aprobada por la Gerencia General que define principios, lineamientos y compromisos institucionales para orientar la planeación, ejecución y control de la gestión.


Revisión técnica: Evaluación que realizan las áreas responsables para verificar la pertinencia, aplicabilidad y coherencia de las políticas institucionales con la normativa vigente y los objetivos del hospital.

Sistema de gestión: Conjunto de políticas, procesos, procedimientos y controles implementados para asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos.

Trazabilidad: Capacidad de identificar, seguir y verificar la evolución de un documento o proceso desde su origen hasta su aplicación y evaluación final.

SIGLAS Y ABREVIACIONES

SIGLA	SIGNIFICADO COMPLETO
AGN	Archivo General de la Nación
APS	Atención Primaria en Salud
CGR	Contraloría General de la República
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
DTSC	Dirección Territorial de Salud de Caldas
E.S.E.	Empresa Social del Estado
FURAG	Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión
HDFS E.S.E.	Hospital Departamental Felipe Suárez Empresa Social del Estado
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISO	International Organization for Standardization (Organización Internacional de Normalización)
LA/FT/PADM	Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 11 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

SIGLA	SIGNIFICADO COMPLETO
MECI	Modelo Estándar de Control Interno
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
MinSalud	Ministerio de Salud y Protección Social
NIIF / IPSAS	Normas Internacionales de Información Financiera / Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público
OFAC	Office of Foreign Assets Control (Oficina de Control de Activos Extranjeros, EE. UU.)
PAAC	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
PAMEC	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad
PETIC	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
POAI	Plan Operativo Anual de Inversiones
PR	Procedimiento Institucional
SARC	Sistema de Administración del Riesgo Crediticio
SARL	Sistema de Administración del Riesgo de Liquidez
SARO	Sistema de Administración del Riesgo Operativo
SARLAFT/FPADM	Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
SDS	Secretaría Departamental de Salud
SG-SST	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
SIAU	Sistema de Información y Atención al Usuario
SICOF	Sistema Institucional de Control de Riesgos de Corrupción
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud
Supersalud	Superintendencia Nacional de Salud
UIAF	Unidad de Información y Análisis Financiero
UAE	Unidad Administrativa Especial
WHO / OMS	World Health Organization / Organización Mundial de la Salud

✦ Este glosario es un anexo vivo del Libro Maestro de Políticas Institucionales y deberá actualizarse cada vez que se incorpore una nueva política, procedimiento o sistema de gestión que introduzca nuevos conceptos o siglas.

MECANISMO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS

El mecanismo de revisión y actualización de las políticas institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. tiene como finalidad garantizar la vigencia normativa, la coherencia funcional y la trazabilidad documental de todas las políticas que conforman el presente Libro Maestro. Su aplicación es de carácter obligatorio y se desarrolla bajo la responsabilidad compartida del Área de Planeación Institucional, la Gerencia General y la Oficina de Control Interno, en articulación con los comités responsables de cada política y la Oficina de Gestión Documental.

La revisión y actualización de las políticas se realizará de acuerdo con los siguientes lineamientos técnicos y administrativos:

1. **Periodicidad:** todas las políticas deberán revisarse al menos una vez al año, o antes, cuando se presenten cambios en la normatividad, en los procesos institucionales o en la estructura organizacional del Hospital.

2. **Responsables:** cada política contará con un responsable de formulación y revisión, designado por la Gerencia, quien deberá velar por su adecuada implementación, seguimiento y actualización.

3. **Criterios de revisión:**

- Verificación de la vigencia normativa y la correspondencia con leyes, decretos, resoluciones o circulares vigentes.
- Evaluación del cumplimiento funcional de la política y su pertinencia frente a los procesos institucionales.
- Análisis de resultados de auditorías internas, externas y evaluaciones del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión (FURAG).
- Retroalimentación proveniente de los comités, dependencias responsables y entes de control.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 12 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

4. **Procedimiento:**

- La revisión se documentará en el Registro de Control de Versiones del Libro Maestro.
- Cualquier modificación deberá sustentarse técnicamente y someterse a aprobación formal mediante resolución gerencial.
- Las versiones actualizadas reemplazarán la anterior en el sistema documental institucional, asegurando la conservación del histórico conforme a la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) y al Decreto 2609 de 2012.

5. **Control de versiones:** toda política actualizada deberá contener un cuadro de control que indique número de versión, fecha, descripción del cambio, responsable y acto administrativo de aprobación.

6. **Divulgación y capacitación:** una vez aprobada una actualización, el Área de Planeación Institucional y el área responsable deberán divulgar los cambios a todos los niveles del Hospital y garantizar la socialización mediante capacitaciones internas y publicación en los medios institucionales oficiales.

Este mecanismo asegura que las políticas institucionales se mantengan actualizadas, verificables, articuladas con la gestión estratégica y conformes a los principios de mejora continua, control interno y transparencia, conforme a los lineamientos del DAFP y el MIPG.

ARTICULACIÓN CON LOS PROCESOS INSTITUCIONALES

La articulación con los procesos institucionales constituye un principio rector del Libro Maestro de Políticas Institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando que cada política se integre funcional y documentalmente con el Mapa de Procesos Institucional, las caracterizaciones de proceso, los procedimientos (PC), los protocolos (PRT) y los formatos (FO) que desarrollan su aplicación operativa.

Esta articulación se fundamenta en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y los principios de coherencia, eficacia y transversalidad establecidos en el Decreto 1499 de 2017 y el Decreto 612 de 2018, asegurando la alineación entre los objetivos estratégicos, los instrumentos de planeación y las operaciones institucionales.

Cada política se vincula directamente con uno o varios procesos del Hospital, según el siguiente esquema de integración funcional:

1. **Procesos Estratégicos:** Las políticas orientadas a la planeación, el control, la transparencia, la integridad, la rendición de cuentas y la gestión del riesgo institucional (como las políticas de Planeación y Evaluación de la Gestión, Control Interno, Anticorrupción, Transparencia y Gobierno Digital) se integran a los procesos estratégicos liderados por la Gerencia y el Área de Planeación Institucional.

2. **Procesos Misionales:** Las políticas relacionadas con la prestación de servicios de salud, seguridad del paciente, calidad, farmacovigilancia, tecnovigilancia, gestión del riesgo, humanización y atención al usuario se articulan con los procesos misionales asistenciales, clínicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

3. **Procesos de Apoyo:** Las políticas sobre gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), bienestar laboral, contratación, finanzas, gestión documental, ambiente y sostenibilidad se integran a los procesos de apoyo administrativo, logístico y financiero, garantizando eficiencia, transparencia y cumplimiento normativo.

4. **Procesos de Evaluación y Mejora:** Las políticas de calidad, auditoría, PAMEC, gestión del conocimiento e innovación se alinean con los procesos de evaluación institucional, promoviendo el aprendizaje organizacional, la rendición de cuentas y la mejora continua.

El Área de Planeación Institucional, en conjunto con los líderes de proceso, será responsable de garantizar la correspondencia entre cada política y su respectiva caracterización, verificando que los compromisos, responsables, indicadores y productos definidos en las políticas se reflejen en los planes de acción, matrices de riesgo, mapas de procesos y reportes del MIPG y FURAG.

Esta articulación asegura que las políticas no operen como documentos aislados, sino como instrumentos integrados al sistema de gestión institucional, fortaleciendo la coherencia entre la planeación, la ejecución y el control de la gestión hospitalaria, y consolidando la trazabilidad entre los niveles estratégico, táctico y operativo de la E.S.E.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 13 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ANEXO 1. FORMATO BASE INSTITUCIONAL PARA LA ELABORACIÓN DE NUEVAS POLÍTICAS

1. TÍTULO. (Indicar el nombre oficial de la política, precedido por su numeración institucional: Ejemplo: *Política Institucional de Seguridad del Paciente – PL-O1*).

2. DESCRIPCIÓN. (Exponer brevemente el contenido general de la política: su propósito, aplicación y ámbito temático, en no más de 8 líneas).

3. JUSTIFICACIÓN. (Argumentar la necesidad técnica, normativa y funcional de la política. Indicar los riesgos que busca mitigar, los objetivos institucionales que apoya, y las normas que la sustentan).

4. OBJETIVO. General: (Declarar el propósito central de la política).

Específicos: (Listar los objetivos específicos que orientan su aplicación práctica y permiten medir resultados).

5. ALCANCE. (Precisar a qué procesos, áreas, servicios, personas o grupos aplica. Señalar si su aplicación es institucional, transversal o por dependencia).

6. DEFINICIONES RELACIONADAS. (Incluir los conceptos técnicos, operativos o legales indispensables para la comprensión y aplicación de la política).

7. MARCO NORMATIVO Y REFERENCIAL. (Relacionar las normas jurídicas, guías técnicas, estándares internacionales y lineamientos internos que sustentan la creación y aplicación de la política. Ejemplo: leyes, decretos, resoluciones, circulares, guías del MinSalud, DAFP, AGN, Supersalud o ISO aplicables).

8. PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS. (Describir los principios institucionales y directrices que orientan la ejecución de la política, tales como transparencia, eficiencia, integridad, equidad, calidad, sostenibilidad, etc.).

9. RESPONSABLES. (Indicar los cargos, áreas o comités encargados de la implementación, supervisión y seguimiento de la política. Diferenciar entre nivel estratégico, táctico y operativo).

10. ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN. (Definir las acciones, programas, herramientas o instrumentos mediante los cuales se hará efectiva la política. Pueden incluir protocolos, planes, cronogramas, capacitaciones, reportes o indicadores).

11. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. (Especificar cómo se medirá el cumplimiento y la efectividad de la política: indicadores, frecuencia de evaluación, responsables, fuentes de información, auditorías o revisiones FURAG).

12. VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN. (Indicar la versión, la fecha de aprobación, el responsable de revisión y la periodicidad de actualización. Aclarar que toda modificación debe aprobarse mediante resolución gerencial y registrarse en el control de versiones del Libro Maestro).

13. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO

14. ANEXOS. (Listar, en caso de existir, los documentos complementarios, formatos, diagramas de flujo o registros relacionados con la política).

✦ Toda nueva política debe elaborarse siguiendo este formato base, numerarse según la codificación institucional vigente (ej. PL-O#, PL-R#, etc.), revisarse por el Área de Planeación Institucional, aprobarse mediante Resolución Gerencial, e incorporarse formalmente al Libro Maestro de Políticas y al Sistema de Gestión Documental.

ANEXO 2. RESPONSABLE DE LA FORMULACIÓN Y REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS

El proceso de formulación, revisión, actualización y aprobación de las políticas institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. se desarrolla conforme a los principios de responsabilidad, transparencia, participación y control interno, garantizando que las políticas respondan a las necesidades institucionales y a la normativa vigente.

Las responsabilidades se distribuyen entre los niveles estratégico, táctico y operativo, de acuerdo con las competencias de cada dependencia, en coherencia con el Mapa de Procesos Institucional, el Manual de Funciones y las normas de control interno.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 14 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ROLES Y RESPONSABILIDADES GENERALES

NIVEL	DEPENDENCIA / CARGO	RESPONSABILIDADES PRINCIPALES
Estratégico	Gerencia General	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobar oficialmente las políticas institucionales mediante acto administrativo (resolución o acuerdo). - Garantizar la coherencia de las políticas con la planeación estratégica, el Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Gerencial. - Designar formalmente los responsables de formulación y revisión de cada política.
Estratégico – Asesor	Área de Planeación Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Liderar la formulación, revisión y actualización de las políticas. - Verificar su alineación con los objetivos estratégicos, el MIPG, el MECI y los marcos normativos vigentes. - Consolidar las políticas en el Libro Maestro Institucional y asegurar su articulación con los planes, programas y procesos. - Coordinar la socialización y divulgación de las políticas en todas las áreas.
Estratégico – Control	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la pertinencia, efectividad y cumplimiento de las políticas. - Emitir observaciones o recomendaciones sobre riesgos, controles y coherencia normativa. - Incluir la verificación de aplicación de políticas en el plan anual de auditoría. - Reportar a la Gerencia y a los entes de control los hallazgos relevantes.
Táctico – Asesor Técnico	Oficina de Gestión Documental	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar que las políticas cumplan con la estructura, codificación y control de versiones definidos por la institución. - Custodiar el registro maestro de políticas y mantener actualizado el historial de modificaciones. - Controlar la vigencia documental y publicar las versiones oficiales en los medios institucionales.
Táctico – Técnico Administrativo	Comités Institucionales (seguridad del paciente, ética, SST, sostenibilidad financiera, gobierno digital, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Proponer y validar políticas en su ámbito temático. - Aportar evidencia técnica y normativa para su formulación. - Participar en la evaluación periódica del cumplimiento y resultados.
Operativo – Gestión por Procesos	Líderes de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar las políticas en las actividades operativas y procedimientos de su proceso. - Reportar necesidades de actualización o ajustes normativos al Área de Planeación. - Realizar seguimiento interno al cumplimiento y documentar evidencias.
Apoyo Transversal	Talento Humano / Jurídica / Financiera / Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar técnicamente la formulación según la naturaleza de la política (laboral, legal, financiera, asistencial, ambiental, etc.). - Participar en la revisión interdisciplinaria y validación antes de la aprobación gerencial.

FLUJO DE RESPONSABILIDAD Y APROBACIÓN

El proceso de formulación y aprobación de políticas institucionales sigue la siguiente secuencia jerárquica:

1. Identificación de la necesidad de la política (por comités, líderes de proceso o entes de control).
2. Formulación técnica inicial a cargo del Área de Planeación Institucional, con apoyo de las áreas temáticas involucradas.
3. Revisión de estructura documental y control de versiones por la Oficina de Gestión Documental.
4. Revisión técnica, jurídica y funcional por los comités institucionales pertinentes y Control Interno.
5. Aprobación formal por la Gerencia General, mediante resolución o acto administrativo.
6. Publicación y divulgación oficial en los medios institucionales (intranet, correo, cartelera, capacitaciones).
7. Monitoreo y evaluación continua, por los responsables del proceso y Control Interno.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 15 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

TABLA DE FIRMAS Y RESPONSABILIDADES (MODELO DE VALIDACIÓN)

CARGO / DEPENDENCIA	NOMBRE Y FIRMA	FECHA DE REVISIÓN / APROBACIÓN
Responsable de Formulación – Área de Planeación Institucional		
Revisor Técnico – Comité Institucional / Dependencia Especializada		
Revisor de Control Interno		
Responsable de Gestión Documental		
Gerente General – Aprobación Final		

✦ Toda política debe conservar evidencia de este registro de responsabilidades en su archivo maestro. La firma del Gerente constituye el acto de aprobación oficial. La Oficina de Gestión Documental archivará el documento en el repositorio institucional con su respectivo número de versión y código único.

ANEXO 3. CONSOLIDADO DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (PL-01)

TÍTULO

Política Institucional de Seguridad del Paciente

DESCRIPCIÓN

La política establece los lineamientos institucionales para garantizar la seguridad en la atención de los usuarios, mediante la prevención, identificación, reducción y mitigación de riesgos que puedan generar eventos adversos. Se articula con los programas de calidad, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y las disposiciones nacionales e internacionales sobre seguridad del paciente.

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un componente esencial del derecho fundamental a la salud y del deber institucional de brindar servicios seguros, efectivos y humanizados. Su implementación fortalece la confianza de la comunidad, mejora la calidad asistencial y contribuye al cumplimiento de la normatividad vigente en habilitación y supervisión de servicios. El hospital, como institución de segundo nivel, está obligado a adoptar políticas claras y aplicables para minimizar los riesgos en la atención en salud.

OBJETIVO

General

Prevenir, reducir y mitigar los riesgos asociados a la atención en salud, fortaleciendo una cultura de seguridad institucional que proteja la vida, la salud y la confianza de los usuarios.

Específicos

- Implementar prácticas seguras en todos los procesos asistenciales.
- Promover la participación activa de pacientes, familiares y cuidadores en la seguridad.
- Garantizar la capacitación y sensibilización continua del personal en prácticas seguras.
- Implementar protocolos institucionales de seguridad alineados con estándares nacionales e internacionales.
- Medir y evaluar periódicamente los resultados en seguridad del paciente.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Pacientes, familiares y cuidadores, como actores activos en la seguridad.
- Directivos, servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios, responsables de implementar y cumplir las prácticas seguras.
- Áreas asistenciales, administrativas, de apoyo diagnóstico y de servicios generales, en sus interacciones que impacten directa o indirectamente la atención del paciente.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 16 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Evento adverso: incidente que produce daño al paciente durante la atención en salud.
- Incidente: evento que no llega a producir daño pero tiene el potencial de hacerlo.
- Prácticas seguras: acciones estandarizadas que reducen la probabilidad de riesgos en la atención.
- IAAS: infecciones asociadas a la atención en salud.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia de 1991 (arts. 48 y 49 – derecho fundamental a la salud).
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 715 de 2001 – Competencias del sector salud.
- Ley 1438 de 2011 – Reforma al SGSSS, enfoque de calidad y seguridad.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 1011 de 2006 – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud.
- Resolución 1441 de 2013 – Seguridad en la atención en salud y gestión del riesgo.
- Política Nacional de Seguridad del Paciente – MinSalud (2008).
- Normas internacionales de referencia: OMS, Joint Commission International (JCI), Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Cultura de seguridad: fomentar un ambiente de reporte sin sanción, basado en el aprendizaje.
2. Prevención de eventos adversos: minimizar riesgos clínicos en todas las etapas de atención.
3. Participación del paciente y la familia: involucrarlos como corresponsables en prácticas seguras.
4. Liderazgo institucional: compromiso activo de la alta dirección y de todos los líderes de proceso.
5. Gestión del riesgo: identificar, analizar y controlar factores que puedan afectar la seguridad.
6. Mejora continua: usar los resultados de auditorías, indicadores y reportes para fortalecer el sistema.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar los recursos para implementar esta política.
- Comité de Calidad y Seguridad del Paciente – Coordinar el programa institucional y hacer seguimiento.
- Área de Calidad y Planeación – Alinear la política con el PAMEC y el MIPG.
- Jefes de servicio y coordinadores de área – Implementar protocolos y garantizar el cumplimiento.
- Todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo – Cumplir los lineamientos y reportar incidentes.
- Pacientes, familiares y cuidadores – Participar activamente en la prevención de riesgos.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Programa Institucional de Seguridad del Paciente, articulado al PAMEC.
- Desarrollo e implementación de protocolos de seguridad obligatorios:
 - Cirugía segura.
 - Identificación correcta del paciente.
 - Uso seguro de medicamentos.
 - Prevención de caídas.
 - Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
 - Comunicación efectiva en la atención.
 - Reporte, análisis y aprendizaje de eventos adversos.
- Capacitación y sensibilización permanente de todo el personal en prácticas seguras.
- Promoción de la cultura de reporte sin sanción.
- Inclusión de indicadores de seguridad en los tableros institucionales de control.
- Articulación con las políticas de Calidad y PAMEC (PL-O2), SG-SST (PL-O6) y PGIRASA (PL-O5).

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 17 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores de gestión: número de eventos adversos reportados, tasa de caídas, infecciones asociadas, adherencia a protocolos de cirugía segura, satisfacción del paciente.
- Evaluación anual en el marco del FURAG – Dimensión Calidad y Seguridad del Paciente.
- Auditorías internas y externas (Supersalud, MinSalud, entes de control).
- Retroalimentación de pacientes y familias a través de encuestas y asociaciones de usuarios.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo exija nueva normativa.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio en hospitales de segundo nivel, soportada en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 3100 de 2019, la Resolución 1441 de 2013 y la Política Nacional de Seguridad del Paciente (2008).

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa según Decreto 1011 de 2006, Resolución 3100 de 2019 y Resolución 1441 de 2013; inclusión de definiciones, indicadores de seguimiento, responsabilidades específicas y fortalecimiento del enfoque de cultura de seguridad del paciente.

POLÍTICA DE CALIDAD Y PAMEC (PL-02)

TÍTULO

Política Institucional de Calidad y Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)

DESCRIPCIÓN

La política define los principios, compromisos y directrices institucionales para garantizar la calidad en la atención en salud a través de la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Se fundamenta en la autoevaluación, el control y la mejora continua de los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo, con un enfoque centrado en la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS).

JUSTIFICACIÓN

El mejoramiento continuo de la calidad es un deber legal y ético de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. En el marco del Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1445 de 2006, la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez debe garantizar estándares de calidad, medibles, sostenibles y verificables. Esta política permite fortalecer la cultura organizacional de calidad, optimizar los procesos internos, prevenir riesgos en la atención, cumplir los lineamientos del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud y promover la confianza de la comunidad en la gestión institucional.

OBJETIVO

General

Asegurar la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad, eficiencia y enfoque humanizado, mediante la aplicación del PAMEC y la mejora continua, en todos los procesos institucionales.

Específicos

- Implementar un sistema permanente de autoevaluación y control de los procesos asistenciales y administrativos.
- Identificar y corregir desviaciones en la prestación de los servicios de salud mediante planes de mejoramiento.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 18 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Integrar la gestión de calidad con la seguridad del paciente, el SG-SST y la gestión ambiental.
- Fortalecer la competencia del talento humano en temas de calidad y auditoría.
- Medir y evaluar periódicamente los resultados de la gestión de calidad a través de indicadores.
- Promover la participación de los usuarios en la evaluación del servicio y en los procesos de mejora.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Directivos, servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios en el desarrollo de actividades relacionadas con la calidad del servicio.
- Pacientes, usuarios y comunidad en general, como beneficiarios de la gestión de calidad institucional.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Calidad en salud: grado en que los servicios aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados y coherentes con los conocimientos científicos actuales.
- PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, componente del SOGCS.
- Mejoramiento continuo: proceso iterativo de evaluación, análisis, acción y verificación orientado a optimizar la eficacia y eficiencia institucional.
- Auditoría de calidad: evaluación sistemática e independiente de los procesos asistenciales y administrativos para verificar cumplimiento de estándares.
- Satisfacción del usuario: percepción del paciente o ciudadano frente a la atención recibida, los resultados y el trato.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia de 1991 (arts. 48 y 49 – derecho fundamental a la salud).
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 715 de 2001 – Competencias y recursos del sector salud.
- Ley 1438 de 2011 – Reforma al SGSSS con enfoque en calidad.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 1011 de 2006 – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
- Resolución 1445 de 2006 – Implementación del PAMEC.
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario en Salud.
- Lineamientos del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud sobre calidad y auditoría.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Enfoque en el usuario: garantizar atención humanizada, segura y centrada en el paciente.
2. Mejoramiento continuo: establecer mecanismos permanentes de autoevaluación, control y ajuste de procesos.
3. Seguridad del paciente: integrar la calidad con la reducción de riesgos y la prevención de eventos adversos.
4. Eficiencia y efectividad: uso adecuado de los recursos para lograr mejores resultados en salud.
5. Transparencia y participación: fomentar la participación de los usuarios y de los equipos de trabajo en la gestión de calidad.
6. Cumplimiento normativo: garantizar el desarrollo de la atención en salud bajo estándares definidos por la legislación vigente.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para implementar la política.
- Comité de Calidad y Seguridad del Paciente – Coordinar el PAMEC y monitorear avances.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 19 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Área de Planeación y Calidad – Liderar la gestión de calidad y consolidar los informes.
- Jefes de servicio y coordinadores de área – Implementar planes de mejoramiento y auditorías internas.
- Todos los funcionarios – Cumplir protocolos y participar en actividades de auditoría y calidad.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) con enfoque en autoevaluación, auditoría y mejora continua.
- Desarrollo de ciclos de auditoría clínica y administrativa en todos los procesos institucionales.
- Elaboración y ejecución de planes de mejoramiento a partir de hallazgos internos y externos.
- Integración de los procesos de calidad con las políticas de Seguridad del Paciente (PL-O1), SG-SST (PL-O6), Gobierno Digital (PL-O15) y Gestión Documental (PL-O18).
- Capacitación continua, del personal en gestión de calidad y prácticas seguras.
- Monitoreo de la satisfacción de los usuarios mediante encuestas y análisis de PQRS.
- Articulación del PAMEC con los indicadores institucionales, el Plan de Desarrollo y los informes de gestión.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: cumplimiento del plan de auditorías, porcentaje de planes de mejoramiento ejecutados, tasa de adherencia a protocolos, nivel de satisfacción del usuario.
- Reportes periódicos al Comité de Calidad y a la Gerencia.
- Evaluación en el marco del FURAG – Dimensión Calidad.
- Auditorías internas y externas (Supersalud, MinSalud, entes de control).
- Publicación de resultados relevantes en informes institucionales y en el portal de transparencia.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente / Área de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando la normativa lo exija.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio según el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1445 de 2006, la Resolución 3100 de 2019, y el Decreto 780 de 2016, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa, inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas.

POLÍTICA DE FARMACOVIGILANCIA (PL-O3)

TÍTULO

Política Institucional de Farmacovigilancia

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Farmacovigilancia establece los lineamientos para garantizar el uso seguro, racional y efectivo de los medicamentos dentro de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez. Define el marco de actuación del Programa Institucional de Farmacovigilancia, orientado a la detección, evaluación, comprensión, prevención y reporte de los efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos (PRM).

Esta política se articula con los programas de Seguridad del Paciente (PL-O1), Calidad y PAMEC (PL-O2) y Apoyo Farmacéutico, promoviendo la cultura de reporte sin sanción, el aprendizaje continuo y la mejora del proceso farmacoterapéutico institucional.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 20 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

JUSTIFICACIÓN

El uso de medicamentos representa uno de los componentes más críticos y de mayor riesgo en la atención en salud. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) y los errores de medicación son causas frecuentes de eventos adversos prevenibles.

En cumplimiento de la normativa nacional (Decreto 2200 de 2005 y Resolución 1403 de 2007) y las directrices del INVIMA, el Hospital debe implementar un programa estructurado de farmacovigilancia que garantice la seguridad terapéutica, la trazabilidad de los reportes y la comunicación efectiva con las autoridades sanitarias.

Esta política busca reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al uso de medicamentos, fortalecer la gestión del riesgo clínico y mejorar la calidad de la atención farmacéutica institucional.

OBJETIVOS

General

Fortalecer el uso seguro y racional de los medicamentos en todos los servicios del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., mediante la implementación y seguimiento del Programa Institucional de Farmacovigilancia, en articulación con la política de seguridad del paciente.

Específicos

- Detectar, registrar y analizar los eventos adversos y problemas relacionados con medicamentos.
- Promover la cultura de reporte y análisis de eventos adversos asociados al uso de fármacos.
- Implementar medidas preventivas y correctivas derivadas de los hallazgos de farmacovigilancia.
- Capacitar de forma permanente al personal de salud sobre uso racional y seguro de medicamentos.
- Garantizar la notificación oportuna de casos al Centro Nacional de Farmacovigilancia del INVIMA.
- Articular la farmacovigilancia con el sistema de calidad, el PAMEC y el comité de seguridad del paciente.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Evento adverso a medicamento (EAM): daño o lesión no intencionada ocasionada por el uso de un medicamento.
- Reacción adversa a medicamento (RAM): respuesta nociva y no intencionada que ocurre a dosis normalmente utilizadas.
- Error de medicación: cualquier evento prevenible que pueda causar un uso inapropiado de un medicamento o daño al paciente.
- Problema relacionado con medicamentos (PRM): resultado clínico negativo derivado del uso o falta de uso de un medicamento.
- Farmacovigilancia: ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación y prevención de efectos adversos de medicamentos.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos asistenciales y de apoyo farmacéutico que impliquen la prescripción, dispensación, administración y seguimiento de medicamentos.
- Pacientes, familiares y cuidadores, como actores activos en la identificación y reporte de reacciones adversas a medicamentos (RAM).
- Personal médico, de enfermería, farmacéuticos, auxiliares, administrativos y contratistas involucrados en el ciclo de gestión de medicamentos.
- Comité de Farmacovigilancia y demás instancias de seguridad del paciente.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 48 y 49 – derecho a la salud y seguridad social).
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 715 de 2001 – Competencias en salud.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 21 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Ley 1438 de 2011 – Reforma al SGSSS con enfoque en calidad y seguridad.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 2200 de 2005 – Régimen de prestación de servicios farmacéuticos.
- Resolución 1403 de 2007 – Manual de condiciones esenciales para el servicio farmacéutico.
- Decreto 1011 de 2006 – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
- Resolución 3100 de 2019 – Habilitación de servicios en salud (seguridad del paciente y medicamentos).
- Lineamientos de la Red Nacional de Farmacovigilancia del INVIMA.
- Directrices internacionales: OMS – Uppsala Monitoring Centre (UMC).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Seguridad del paciente: prevenir daños asociados al uso de medicamentos.
2. Uso racional de medicamentos: prescripción, dispensación y administración basadas en evidencia científica.
3. Prevención y control: identificar y minimizar riesgos asociados a los fármacos.
4. Transparencia y responsabilidad: reporte oportuno de eventos adversos sin temor a represalias.
5. Cultura de reporte: promover la notificación voluntaria y obligatoria de reacciones adversas.
6. Mejora continua: integrar los hallazgos en los planes de mejoramiento institucional y el PAMEC.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar los recursos para su ejecución.
- Comité de Farmacovigilancia – Coordinar el programa institucional y realizar seguimiento a los reportes.
- Área de Apoyo Farmacéutico y Farmacia – Implementar mecanismos de control, registro y reporte al INVIMA.
- Profesionales médicos y de enfermería – Reportar eventos adversos y cumplir protocolos.
- Pacientes y cuidadores – Informar reacciones adversas percibidas y participar en el uso seguro de medicamentos.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Programa Institucional de Farmacovigilancia, articulado a la Red Nacional de Farmacovigilancia (INVIMA).
- Desarrollo de protocolos institucionales de seguridad en medicamentos de alto riesgo (LASA, MAR).
- Establecimiento de un sistema de reporte interno y externo de eventos adversos, RAM y errores de medicación.
- Capacitación periódica al personal asistencial en seguridad del medicamento.
- Inclusión de alertas tempranas de medicamentos emitidas por el INVIMA, MinSalud y OMS.
- Retroalimentación continua, al personal sobre las lecciones aprendidas.
- Integración con la Política de Seguridad del Paciente (PL-O1) y la Política de Calidad y PAMEC (PL-O2).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de RAM reportadas, porcentaje de medicamentos de alto riesgo controlados, cumplimiento de notificaciones al INVIMA.
- Informes semestrales del Comité de Farmacovigilancia a la Gerencia y Comité de Calidad.
- Auditorías internas y externas sobre el manejo de medicamentos.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Calidad y Seguridad del Paciente.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Farmacovigilancia y Área de Calidad.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emitan nuevos lineamientos del INVIMA o MinSalud.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 22 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, soportada en el Decreto 2200 de 2005, la Resolución 1403 de 2007, la Resolución 3100 de 2019, y en los lineamientos de la Red Nacional de Farmacovigilancia (INVIMA).

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa, inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas.

POLÍTICA DE TECNOVIGILANCIA (PL-04)

TÍTULO

Política Institucional de Tecnovigilancia

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Tecnovigilancia establece los lineamientos para la identificación, evaluación, registro, análisis y prevención de los eventos e incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos y equipos biomédicos dentro del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Su propósito es garantizar la seguridad de los pacientes, usuarios y trabajadores, a través de la gestión integral de los riesgos tecnológicos. Esta política se articula con la Farmacovigilancia (PL-O3), la Seguridad del Paciente (PL-O1) y el Sistema de Gestión de Calidad, promoviendo la trazabilidad, la notificación oportuna y el aprendizaje institucional.

JUSTIFICACIÓN

El uso de dispositivos médicos y equipos biomédicos conlleva riesgos inherentes que pueden afectar la seguridad de los pacientes y la continuidad de la atención. La tecnovigilancia, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, es obligatoria para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud según el Decreto 4725 de 2005 y la Resolución 4816 de 2008, que establecen los requisitos para la gestión de riesgos tecnológicos.

La adopción de esta política permite fortalecer el control y seguimiento de los equipos biomédicos, reducir los incidentes adversos, promover la cultura de reporte sin sanción y garantizar la comunicación oportuna con el INVIMA y los fabricantes o proveedores de dispositivos médicos.

OBJETIVOS

General

Implementar el Programa Institucional de Tecnovigilancia orientado a la detección, análisis, reporte y prevención de incidentes o eventos adversos relacionados con el uso de dispositivos médicos, garantizando la seguridad del paciente, del personal y la confiabilidad tecnológica en los servicios del hospital.

Específicos

- Detectar y reportar los incidentes o eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos.
- Analizar las causas de los eventos para definir medidas preventivas y correctivas.
- Establecer mecanismos de comunicación con el INVIMA, fabricantes y distribuidores.
- Promover la capacitación continua del personal asistencial y técnico en el uso seguro de la tecnología biomédica.
- Integrar la tecnovigilancia con los sistemas de mantenimiento, calibración y control de calidad de equipos.
- Fortalecer la cultura de seguridad y el reporte de eventos tecnológicos sin sanción.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos asistenciales, de apoyo diagnóstico, terapéuticos y de mantenimiento que involucren el uso de dispositivos médicos y equipos biomédicos.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 23 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Servidores públicos, contratistas, personal asistencial, biomédico, técnico, administrativo y de apoyo vinculados al hospital.
- Pacientes, familias y comunidad en general, como beneficiarios del uso seguro de las tecnologías en salud.
- Comité de Tecnovigilancia y Comité de Seguridad del Paciente, como instancias de gestión y seguimiento.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Evento adverso asociado a dispositivo médico (EA-DM): incidente no intencionado que ocasiona daño o potencial daño al paciente, usuario o personal.
- Incidente adverso: evento que ocurre con un dispositivo médico pero no causa daño, aunque evidencia riesgo.
- Dispositivo médico: cualquier instrumento, aparato o equipo utilizado para diagnóstico, prevención o tratamiento médico.
- Tecnovigilancia: conjunto de actividades de detección, evaluación, gestión y comunicación de eventos adversos relacionados con dispositivos médicos.
- Notificación de evento: reporte formal de incidentes a la autoridad sanitaria (INVIMA) o al fabricante.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia de 1991 (arts. 48 y 49 – derecho a la salud).
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 4725 de 2005 – Régimen de dispositivos médicos.
- Decreto 1011 de 2006 – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.
- Decreto 2078 de 2012 – Reporte de incidentes y eventos adversos asociados a dispositivos médicos.
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud.
- Lineamientos del INVIMA – Programa Nacional de Tecnovigilancia.
- Normas internacionales de referencia: OMS y normas ISO aplicables (ej. ISO 13485:2016).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Seguridad del paciente: prevenir riesgos derivados del uso de dispositivos médicos y equipos biomédicos.
2. Gestión del riesgo tecnológico: identificación, análisis y control de incidentes y eventos adversos.
3. Prevención y aprendizaje: fomentar la notificación temprana y la retroalimentación institucional.
4. Responsabilidad compartida: corresponsabilidad entre fabricantes, proveedores, hospital y usuarios.
5. Cultura de reporte sin sanción: estimular la notificación libre de represalias.
6. Mejora continua: integración de los hallazgos de tecnovigilancia a los procesos de calidad, mantenimiento y seguridad del paciente.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para la implementación.
- Comité de Tecnovigilancia – Coordinar el programa institucional y consolidar reportes.
- Área Biomédica y de Mantenimiento – Vigilar el funcionamiento seguro de los equipos médicos.
- Personal asistencial – Reportar oportunamente incidentes y eventos adversos relacionados con dispositivos médicos.
- Área de Calidad y Planeación – Articular tecnovigilancia con la política de seguridad del paciente y PAMEC.
- Proveedores y fabricantes – Suministrar información técnica, alertas y actualizaciones de seguridad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 24 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Programa Institucional de Tecnovigilancia, en articulación con el INVIMA.
- Establecimiento de un sistema de reporte interno y externo de incidentes y eventos adversos asociados a dispositivos médicos.
- Capacitación permanente al personal en uso seguro de equipos y dispositivos.
- Actualización del inventario biomédico y verificación de su estado técnico.
- Gestión de alertas sanitarias emitidas por el INVIMA, OMS y fabricantes.
- Retroalimentación de resultados en el Comité de Seguridad del Paciente y en el Comité de Calidad.
- Integración con la Política de Seguridad del Paciente (PL-01), Farmacovigilancia (PL-03) y Gestión de Innovación Tecnológica (R10).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de eventos adversos reportados, tiempo de respuesta en reporte al INVIMA, porcentaje de equipos biomédicos en condiciones óptimas de funcionamiento.
- Informes semestrales del Comité de Tecnovigilancia a la Gerencia y al INVIMA.
- Auditorías internas y externas a los procesos de gestión tecnológica.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Calidad y Seguridad del Paciente.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Tecnovigilancia y Área Biomédica.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determine nueva normativa del INVIMA o MinSalud.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, soportada en el Decreto 4725 de 2005, el Decreto 2078 de 2012, la Resolución 3100 de 2019 y los lineamientos del INVIMA sobre Tecnovigilancia.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme al Decreto 4725 de 2005, Resolución 4816 de 2008 y Resolución 3100 de 2019; inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas.

POLÍTICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES – PGIRASA (PL-05)

TÍTULO

Política Institucional de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRASA)

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRASA) define los lineamientos que orientan la adecuada segregación, recolección, almacenamiento, transporte interno, tratamiento y disposición final de los residuos generados por el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Su propósito es garantizar la protección de la salud humana y del ambiente, el cumplimiento de la normativa sanitaria y ambiental vigente, y la sostenibilidad institucional, a través de la aplicación de buenas prácticas ambientales y sanitarias.

Esta política se articula con las políticas de SG-SST (PL-06), Calidad y PAMEC (PL-02) y Responsabilidad Social y Ambiental (PL-R7), como parte del compromiso hospitalario con la salud pública, la prevención de la contaminación y el desarrollo sostenible.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 25 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

JUSTIFICACIÓN

El manejo inadecuado de los residuos hospitalarios y similares representa un riesgo sanitario, ambiental y ocupacional. La normatividad nacional establece la obligatoriedad de implementar un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRASA) para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de reducir los impactos negativos sobre las personas y el entorno.

Esta política permite al Hospital cumplir con las disposiciones del Decreto 351 de 2014 y la Resolución 1164 de 2002, garantizando el cumplimiento de los estándares de habilitación (Resolución 3100 de 2019), la trazabilidad de los residuos, la prevención de accidentes laborales y el fortalecimiento de la responsabilidad ambiental institucional.

OBJETIVOS

General

Garantizar la gestión integral, segura y ambientalmente responsable de los residuos hospitalarios y similares generados por el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., en cumplimiento de la normatividad sanitaria y ambiental vigente.

Específicos

- Asegurar la correcta segregación, clasificación, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos generados.
- Prevenir riesgos para la salud del personal, pacientes, visitantes y comunidad circundante.
- Promover la reducción, reutilización y reciclaje de materiales, minimizando la generación de residuos peligrosos.
- Implementar acciones de capacitación y sensibilización permanente al personal sobre manejo de residuos.
- Garantizar la trazabilidad y el control de las etapas del PGIRASA mediante registros y auditorías internas.
- Fortalecer la cultura institucional de responsabilidad ambiental y sostenibilidad.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo en los que se generen residuos hospitalarios y similares.
- Personal asistencial, administrativo, de apoyo, contratistas y proveedores que intervengan en el manejo de residuos.
- Pacientes y visitantes, mediante estrategias de sensibilización y cumplimiento de normas básicas de disposición.
- Comité de Gestión Ambiental y Comité de Seguridad del Paciente, como instancias de seguimiento.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Residuos hospitalarios y similares (RHS): materiales, elementos o subproductos generados por la prestación de servicios de salud, con o sin características peligrosas.
- Gestión integral de residuos: conjunto articulado de acciones normativas, operativas y de control para el manejo seguro de residuos desde su generación hasta su disposición final.
- PGIRASA: Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, documento técnico obligatorio para las IPS según la normativa nacional.
- Residuos peligrosos: aquellos que, por sus características biológicas, químicas o físicas, representan riesgo para la salud o el ambiente.
- Segregación en la fuente: proceso de separación de residuos en el lugar donde se generan, de acuerdo con su tipo y nivel de riesgo.
- Gestión ambiental hospitalaria: conjunto de medidas para mitigar los impactos ambientales de las actividades asistenciales y administrativas del hospital.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 49 y 79 – derecho a la salud y a un ambiente sano).
- Ley 9 de 1979 – Código Sanitario Nacional.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 26 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Ley 99 de 1993 – Creación del Ministerio de Ambiente.
- Decreto 351 de 2014 – Manejo de residuos hospitalarios y similares.
- Decreto 4741 de 2005 – Residuos peligrosos.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.
- Resolución 1164 de 2002 – Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud.
- Política Nacional de Producción más Limpia – MinAmbiente.
- Normas internacionales aplicables (OPS, OMS, ISO 14001).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Prevención y minimización: reducir la generación de residuos hospitalarios en la fuente.
2. Segregación en la fuente: separación adecuada según clasificación (biodegradables, reciclables, ordinarios, peligrosos, biosanitarios, químicos, cortopunzantes, radiactivos).
3. Protección de la salud y el ambiente: manejo seguro para evitar riesgos ocupacionales y ambientales.
4. Cumplimiento normativo: aplicación de la normatividad sanitaria y ambiental vigente.
5. Cultura ambiental institucional: sensibilización de funcionarios, pacientes y comunidad.
6. Responsabilidad compartida: involucrar a todos los actores en el cumplimiento del PGIRASA.
7. Mejora continua: revisión y ajuste periódico de procesos para asegurar eficiencia y sostenibilidad.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar los recursos.
- Comité de Gestión Ambiental – Coordinar la implementación del PGIRASA.
- Área de Servicios Generales y Mantenimiento – Operar los procesos de recolección, almacenamiento y disposición final.
- Área de Calidad y SG-SST – Articular la política con los planes de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes de servicio y coordinadores de área – Asegurar la segregación y el manejo adecuado en sus dependencias.
- Todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo – Cumplir las normas de segregación y reporte de incidentes.
- Proveedores y contratistas – Garantizar el transporte y disposición final según normatividad.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRASA) institucional.
- Cumplimiento del Manual de Procedimientos de la Resolución 1164 de 2002.
- Clasificación, almacenamiento, transporte y disposición final de residuos según normativa.
- Contratación de gestores externos autorizados para el manejo de residuos peligrosos.
- Programas de reducción, reutilización y reciclaje.
- Campañas de capacitación y sensibilización dirigidas al personal y usuarios.
- Articulación con las políticas de Seguridad del Paciente (PL-01), SG-SST (PL-06) y Responsabilidad Social y Ambiental (R7).
- Registro y seguimiento de incidentes relacionados con el manejo de residuos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: porcentaje de residuos segregados correctamente, toneladas de residuos tratados/dispuestos, número de incidentes reportados, cumplimiento de normatividad ambiental.
- Auditorías internas y externas sobre cumplimiento del PGIRASA.
- Reportes periódicos al Comité de Gestión Ambiental, a la Gerencia y a los entes de control (Secretaría de Salud, Corpocaldas, MinAmbiente).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión de Gestión Ambiental y Sostenibilidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 27 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Gestión Ambiental y Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emitan nuevas normas ambientales o sanitarias.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en el Decreto 351 de 2014, la Resolución 1164 de 2002, la Resolución 3100 de 2019, y demás normas ambientales y sanitarias vigentes.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa según Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002 y Resolución 3100 de 2019; inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas.

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) – PL-06

TÍTULO

Política Institucional de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) establece los lineamientos, compromisos y directrices que orientan la gestión preventiva y el mejoramiento continuo de las condiciones laborales en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Tiene como propósito identificar, evaluar y controlar los riesgos laborales, proteger la salud física, mental y social de los trabajadores, y fomentar ambientes de trabajo, seguros y saludables, garantizando el cumplimiento de la normatividad nacional vigente.

Esta política se articula con las políticas de Gestión Ambiental (PL-R7), Calidad y PAMEC (PL-O2), y Gestión del Talento Humano (PL-O20), promoviendo la cultura de autocuidado, prevención de accidentes y bienestar integral del trabajador.

JUSTIFICACIÓN

El Hospital, como empleador público del sector salud, debe asegurar la protección de la vida y la salud de todos sus colaboradores en el desarrollo de las actividades laborales.

La implementación del SG-SST es una exigencia legal que contribuye a la prevención de enfermedades laborales y accidentes de trabajo, la disminución del ausentismo, la mejora del desempeño institucional y el fortalecimiento de la cultura de seguridad organizacional.

El cumplimiento de la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, es de carácter obligatorio y constituye un pilar fundamental para la sostenibilidad institucional y la habilitación de los servicios de salud.


4. OBJETIVOS

General

Proteger y promover la salud y la seguridad de todos los trabajadores, contratistas, estudiantes y voluntarios del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., mediante la implementación, mantenimiento y mejora continua, del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Específicos

- Identificar, evaluar y controlar los factores de riesgo presentes en los ambientes laborales.
- Cumplir la legislación vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- Promover la participación activa de los trabajadores en las actividades del SG-SST.
- Implementar programas de vigilancia epidemiológica ocupacional y promoción de estilos de vida saludables.
- Garantizar la capacitación y sensibilización permanente en prevención de riesgos.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 28 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Articular las acciones del SG-SST con los programas de calidad, ambiente, bienestar y talento humano.
- Prevenir accidentes de trabajo, enfermedades laborales y situaciones que comprometan la salud física o mental del personal.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todo el personal vinculado al hospital: servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios.
- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación que impliquen riesgos laborales.
- Comités institucionales de seguridad y salud en el trabajo (COPASST, Comité de Convivencia Laboral, Comité de Bioseguridad).
- Ambientes laborales internos y externos donde se desarrollen actividades institucionales.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- SG-SST: Sistema de Gestión que permite el desarrollo de un proceso lógico y por etapas basado en la mejora continua, orientado a anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos laborales.
- Peligro: fuente, situación o acto con potencial de causar daño en términos de lesiones o enfermedades.
- Riesgo: probabilidad de ocurrencia de un evento adverso y la magnitud de sus consecuencias.
- Accidente de trabajo: suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y produce lesión, invalidez o muerte.
- Enfermedad laboral: afección contraída como resultado directo de la exposición a factores de riesgo en el trabajo.
- Condiciones de trabajo seguras: conjunto de elementos físicos, técnicos, humanos y organizativos que garantizan la protección del trabajador.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 25, 48 y 49 – derecho al trabajo digno y a la salud).
- Ley 9 de 1979 – Código Sanitario Nacional.
- Ley 1562 de 2012 – Modifica el Sistema General de Riesgos Laborales.
- Ley 1610 de 2013 – Inspección, vigilancia y control en materia de riesgos laborales.
- Decreto 1072 de 2015 (Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6) – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Resolución 0312 de 2019 – Estándares mínimos del SG-SST.
- Resolución 1111 de 2017 – Derogada, pero referencial en estándares previos.
- Resolución 2646 de 2008 – Riesgo psicosocial.
- Resolución 1401 de 2007 – Investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
- Resolución 2013 de 1986 – Reglamenta el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud (seguridad laboral en instituciones sanitarias).
- Normas internacionales: OIT (Convenios sobre SST), ISO 45001:2018 (referencial).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

- Prevención: minimizar riesgos laborales mediante controles en la fuente, el medio y el trabajador.
- Protección integral: cuidar la salud física, mental y social de los trabajadores.
- Cultura de autocuidado: fomentar la responsabilidad individual y colectiva frente a la seguridad.
- Participación: garantizar el rol activo de COPASST, Comité de Convivencia y trabajadores.
- Cumplimiento legal: observar rigurosamente la normativa nacional e internacional en SST.
- Mejora continua: revisar, auditar y optimizar periódicamente el sistema.
- Entornos saludables: promover estilos de vida y trabajo saludables en todos los niveles.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 29 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política, asignar recursos y garantizar su cumplimiento.
- Área de Talento Humano / SST – Implementar, coordinar y evaluar el SG-SST.
- COPASST y Comité de Convivencia Laboral – Vigilar y promover el cumplimiento de las medidas.
- Jefes de servicio y coordinadores de área – Identificar y gestionar riesgos laborales en sus equipos.
- Todos los trabajadores – Cumplir las normas de seguridad, reportar incidentes y participar en capacitaciones.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) según Decreto 1072/2015.
- Identificación, evaluación y control de riesgos laborales en todos los procesos.
- Diseño y ejecución de programas de vigilancia epidemiológica ocupacional (ej. riesgo biológico, ergonómico, psicosocial, químico, físico).
- Planes de capacitación en seguridad laboral, bioseguridad y prevención de emergencias.
- Articulación con la Política de Seguridad del Paciente (PL-O1) y la Política de PGIRASA (PL-O5) para integrar bioseguridad.
- Implementación de protocolos de atención de emergencias laborales y accidentes de trabajo.
- Establecimiento de indicadores de accidentalidad, ausentismo y riesgos laborales.
- Fortalecimiento del programa de bienestar laboral y promoción de entornos saludables.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: tasa de accidentes de trabajo, incidencia de enfermedades laborales, porcentaje de cumplimiento de estándares mínimos SG-SST.
- Evaluaciones periódicas según la Resolución 0312 de 2019.
- Reportes al COPASST, Comité de Convivencia y Gerencia.
- Auditorías internas y externas de riesgos laborales.
- Evaluación anual en el FURAG – Dimensión Talento Humano y SST.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Talento Humano y COPASST.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando cambie la normativa en SST.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015, la Resolución 0312 de 2019 y demás normas de riesgos laborales aplicables en Colombia.
Versión: 02 (actualización 2025).

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019; separación de la política de acoso laboral (PL-O7) y fortalecimiento del enfoque ambiental y de bienestar.

POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL ACOSO LABORAL Y SEXUAL (PL-O7)

TÍTULO

Política Institucional de Prevención del Acoso Laboral y Sexual

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Prevención del Acoso Laboral y Sexual tiene como propósito establecer las directrices, mecanismos y responsabilidades que garanticen un entorno laboral sano, respetuoso y libre de cualquier forma de acoso, maltrato o violencia en el trabajo.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 30 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

Define los lineamientos de prevención, atención y seguimiento de las conductas de acoso laboral y sexual, conforme a la legislación vigente, y promueve la convivencia laboral, el respeto mutuo y la igualdad de trato entre todos los integrantes del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. Esta política se articula con el SG-SST (PL-O6), la Gestión del Talento Humano (PL-O20), el Comité de Convivencia Laboral, y la Política de Equidad de Género y Diversidad (PL-R5).

JUSTIFICACIÓN

El acoso laboral y el acoso sexual constituyen conductas que atentan contra la dignidad humana, el bienestar físico y psicológico, la productividad institucional y la armonía en el trabajo.

La Ley 1010 de 2006 establece medidas preventivas, correctivas y sancionatorias para proteger a los trabajadores contra estas conductas, mientras que la Ley 1257 de 2008 y la Ley 2191 de 2022 amplían los derechos de protección de las víctimas de violencia y acoso en el entorno laboral.

El Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., como entidad pública de salud, tiene la responsabilidad legal y ética de garantizar ambientes laborales seguros, libres de violencia, discriminación y cualquier forma de acoso, implementando mecanismos efectivos de prevención, denuncia, atención y seguimiento.

OBJETIVOS

General

Garantizar un entorno laboral respetuoso, seguro y libre de acoso laboral o sexual, mediante la implementación de acciones de prevención, atención, orientación y control, en cumplimiento de la legislación vigente y los principios institucionales de dignidad, equidad e integridad.

Específicos

Prevenir las conductas de acoso laboral y sexual mediante acciones de sensibilización, capacitación y comunicación institucional.

- Promover el respeto, la tolerancia, la empatía y la convivencia sana en el ambiente laboral.
- Garantizar la atención confidencial, imparcial y oportuna de las quejas o denuncias presentadas por los trabajadores.
- Implementar procedimientos claros de recepción, investigación y seguimiento de los casos reportados.
- Fortalecer el funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral como instancia preventiva y mediadora.
- Articular esta política con los programas de bienestar, talento humano y SG-SST para consolidar una cultura organizacional de respeto y cuidado mutuo.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Servidores públicos, contratistas, estudiantes en práctica y voluntarios vinculados con la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, donde puedan surgir situaciones de interacción laboral.
- Comité de Convivencia Laboral, COPASST y Talento Humano como instancias de gestión.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Acoso laboral: toda conducta persistente o demostrable ejercida sobre un trabajador con el propósito de infundir miedo, intimidación, terror o angustia, causar perjuicio laboral o inducir la renuncia (Ley 1010 de 2006).
- Acoso sexual: cualquier comportamiento verbal o físico de naturaleza sexual que afecte la dignidad o genere un ambiente intimidatorio, hostil o humillante (Ley 1257 de 2008).
- Violencia en el trabajo: toda acción, incidente o comportamiento que se aparta del respeto y causa daño físico o psicológico al trabajador.
- Comité de Convivencia Laboral: instancia paritaria de prevención, orientación y seguimiento de los conflictos y casos de presunto acoso laboral o sexual.
- Víctima: persona que ha sufrido daño o afectación derivada de una conducta de acoso o violencia en el entorno laboral.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 31 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 13, 25 y 95 – igualdad, dignidad y deberes de respeto).
- Ley 1010 de 2006 – Prevención, corrección y sanción del acoso laboral.
- Ley 909 de 2004 – Empleo público y carrera administrativa.
- Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único.
- Ley 1257 de 2008 – Violencia contra la mujer.
- Decreto 1072 de 2015 – SST y ambientes de trabajo saludables.
- Resoluciones 652 y 1356 de 2012 – Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral.
- Resolución 0312 de 2019 – Estándares mínimos SG-SST.
- Directrices de la OIT sobre trabajo decente y protección laboral.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Respeto por la dignidad humana: trato digno en todas las relaciones laborales.
2. Prevención: fomentar la cultura organizacional orientada al respeto y la sana convivencia.
3. Tolerancia cero al acoso: rechazo absoluto a cualquier forma de acoso laboral, discriminación o violencia.
4. Confidencialidad y protección: reserva en el manejo de denuncias, protegiendo la identidad de los denunciantes.
5. Debido proceso: investigación imparcial, objetiva y garantista en cada caso.
6. Corresponsabilidad: participación activa de todos los trabajadores en la prevención y denuncia de conductas de acoso.
7. Mejora continua: seguimiento permanente a las condiciones de convivencia laboral.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y respaldar la política.
- Área de Talento Humano – Implementar programas de prevención y atención.
- Comité de Convivencia Laboral – Recibir, analizar y dar trámite a las quejas por acoso laboral.
- COPASST – Apoyar en el fortalecimiento de ambientes laborales seguros.
- Jefes de área y coordinadores de procesos – Vigilar el cumplimiento de esta política en sus equipos.
- Todos los trabajadores – Cumplir los lineamientos y denunciar conductas de acoso.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Conformación y fortalecimiento del Comité de Convivencia Laboral, según Resoluciones 652 y 1356 de 2012.
- Difusión del Protocolo de Prevención y Atención del Acoso Laboral institucional.
- Implementación de mecanismos de denuncia confidencial y canales de comunicación efectivos.
- Programas de capacitación y sensibilización sobre convivencia laboral, resolución de conflictos y derechos laborales.
- Inclusión del tema en procesos de inducción, reinducción y capacitación anual.
- Articulación con las políticas de SG-SST (PL-O6), Bienestar Laboral (R1) y Ética y Buen Gobierno (R6).
- Integración de medidas preventivas en los programas de riesgos psicosociales (Res. 2646 de 2008).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de quejas recibidas y gestionadas, capacitaciones realizadas, encuestas de clima laboral.
- Reportes periódicos del Comité de Convivencia Laboral a la Gerencia y al COPASST.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Talento Humano y Convivencia Laboral.
- Auditorías internas en el marco del SG-SST.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 32 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Convivencia Laboral y Área de Talento Humano.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emita nueva normativa.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 1010 de 2006, las Resoluciones 652 y 1356 de 2012, la Resolución 0312 de 2019, y demás normas nacionales en materia de riesgos laborales y convivencia.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa según Ley 2191 de 2022, Resolución 652 de 2012 y Ley 1257 de 2008; inclusión de acoso sexual, definición de objetivos específicos, y fortalecimiento de mecanismos de atención y seguimiento.

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES Y CONTINUIDAD OPERACIONAL (PL-08)

TÍTULO

Política Institucional de Gestión del Riesgo de Desastres y Continuidad Operacional

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gestión del Riesgo de Desastres y Continuidad Operacional define los lineamientos y compromisos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. para prevenir, mitigar, preparar, responder y recuperar sus servicios frente a emergencias, eventos adversos o desastres que puedan afectar la salud de la población, la infraestructura física o la operación institucional. Incluye el desarrollo y mantenimiento del Plan Hospitalario de Emergencias (PHE), documento técnico que establece la organización, los procedimientos y los recursos necesarios para garantizar la continuidad en la atención en salud y la resiliencia hospitalaria ante eventos internos o externos. Esta política se articula con la Seguridad del Paciente (PL-01), el SG-SST (PL-06), el PGIRASA (PL-05) y los planes territoriales de gestión del riesgo y salud pública.

JUSTIFICACIÓN

El Hospital, como institución de segundo nivel, tiene la obligación de garantizar su capacidad operativa ante situaciones de emergencia o desastre que puedan afectar la prestación continua de los servicios de salud.

De acuerdo con la Ley 1523 de 2012 y el Decreto 2157 de 2017, todas las entidades deben implementar políticas y planes institucionales de gestión del riesgo para proteger la vida de las personas, los bienes, la infraestructura y el ambiente.

Esta política asegura la integración del Hospital al Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD), la adopción del enfoque de hospital seguro y resiliente, y el cumplimiento de los estándares de habilitación definidos por la Resolución 3100 de 2019, fortaleciendo la preparación institucional frente a eventos naturales, tecnológicos, biológicos o antrópicos.

OBJETIVOS

General

Fortalecer la capacidad institucional para prevenir, reducir y responder eficazmente ante emergencias, eventos adversos o desastres, garantizando la protección de la vida, la salud y la continuidad de los servicios hospitalarios esenciales.

Específicos

- Implementar y mantener actualizado el Plan Hospitalario de Emergencias (PHE) conforme a la normativa nacional.
- Identificar y evaluar los riesgos internos y externos que puedan afectar la operación hospitalaria.
- Establecer protocolos de respuesta y recuperación que aseguren la atención continua de pacientes y usuarios.
- Promover la cultura de prevención, autoprotección y respuesta oportuna entre los trabajadores.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 33 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Coordinar las acciones institucionales con las entidades del SNGRD, autoridades locales y cuerpos de socorro.
- Realizar simulacros periódicos de emergencia y capacitar al personal en gestión del riesgo y primeros auxilios.
- Incorporar criterios de resiliencia, accesibilidad y sostenibilidad en el diseño y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Pacientes, familiares, cuidadores, visitantes, personal interno y externo, durante su permanencia en las instalaciones del hospital.
- Directivos, servidores públicos, contratistas y comités institucionales (Comité de Emergencias, COPASST, Comité de Seguridad del Paciente).
- Áreas asistenciales, administrativas, de apoyo diagnóstico y de servicios generales, en el marco de la preparación y respuesta ante emergencias.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Gestión del riesgo de desastres: proceso social orientado al análisis, reducción y manejo de los riesgos que afectan a las personas y al entorno.
- Emergencia: suceso inesperado que requiere respuesta inmediata para proteger la vida y la salud.
- Desastre: evento natural o provocado que causa daño grave a la salud, infraestructura o ambiente.
- Plan Hospitalario de Emergencias (PHE): instrumento de planeación y respuesta que define la estructura organizacional, recursos, responsabilidades y procedimientos para la atención de emergencias hospitalarias.
- Continuidad operacional: capacidad de la institución para mantener sus funciones críticas y servicios esenciales durante y después de un evento adverso.
- Hospital seguro y resiliente: establecimiento de salud que mantiene su capacidad de operación ante desastres y protege a su personal, pacientes y comunidad.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 2, 49 y 79 – derecho a la vida, a la salud y al ambiente sano).
- Ley 9 de 1979 – Código Sanitario Nacional.
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1523 de 2012 – Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 2157 de 2017 – Plan de Continuidad del Negocio en entidades públicas.
- Decreto 1072 de 2015 – Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.
- Resolución 3100 de 2019 – Habilitación en salud (planes de emergencias y seguridad del paciente).
- Normas internacionales: OMS (Hospitales Seguros frente a Desastres), ISO 22301:2019 (Gestión de continuidad del negocio).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Prevención y preparación: adoptar medidas anticipadas para reducir riesgos y aumentar la capacidad de respuesta.
2. Protección de la vida y la salud: prioridad en la atención de pacientes y trabajadores.
3. Continuidad operativa: garantizar la prestación de servicios esenciales aún en condiciones adversas.
4. Integralidad: integrar los planes de gestión del riesgo con el SG-SST, calidad y seguridad del paciente.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 34 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

5. Participación activa: involucrar a todo el personal y comunidad en la gestión del riesgo.
6. Mejora continua: actualización periódica de planes de emergencias y continuidad.
7. Articulación institucional: coordinación con entes territoriales, organismos de socorro y autoridades ambientales y de salud.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y asignar recursos para su ejecución.
- Comité Hospitalario de Emergencias – Coordinar la planeación, ejecución y evaluación de la política.
- Área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) – Integrar acciones de prevención y control de riesgos laborales.
- Jefes de servicio y coordinadores de área – Garantizar la aplicación de los planes en sus unidades.
- Todos los trabajadores y contratistas – Cumplir los protocolos de emergencia y continuidad.
- Organismos externos de apoyo (bomberos, defensa civil, Cruz Roja, policía, alcaldía) – Colaborar en la atención de emergencias.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Plan Hospitalario de Emergencias (PHE) y del Plan de Continuidad Operacional (PCO) institucional.
- Identificación, análisis y gestión de riesgos de desastres en los diferentes procesos.
- Simulacros periódicos de evacuación, atención de emergencias y recuperación operativa.
- Capacitación continua, a todo el personal en gestión del riesgo y respuesta a emergencias.
- Diseño y adecuación de infraestructura segura y resiliente.
- Establecimiento de rutas de evacuación, puntos de encuentro y sistemas de alarma.
- Integración con las políticas de Seguridad del Paciente (PL-O1), SG-SST (PL-O6) y Control Interno y Administración de Riesgos (PL-O19).
- Articulación con el sistema nacional y departamental de gestión del riesgo de desastres.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de simulacros realizados, porcentaje de cumplimiento del PHE y PCO, número de incidentes reportados y atendidos.
- Evaluaciones internas y externas de preparación hospitalaria frente a desastres.
- Informes anuales al Comité de Emergencias y a la Gerencia.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión de Gestión del Riesgo y Continuidad Operacional.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité Hospitalario de Emergencias y Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se modifique la normatividad nacional.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 1523 de 2012, el Decreto 2157 de 2017, la Resolución 3100 de 2019, y las directrices internacionales de la OMS e ISO 22301.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 1523 de 2012, Decreto 2157 de 2017 y Resolución 3100 de 2019; inclusión del enfoque de continuidad operacional, definiciones relacionadas y fortalecimiento del componente PHE.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 35 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL (PESV – PL-09)

TÍTULO

Política Institucional de Seguridad Vial – PESV

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Seguridad Vial establece los lineamientos orientados a prevenir accidentes de tránsito, reducir la siniestralidad vial y garantizar la movilidad segura de los trabajadores, pacientes, contratistas y visitantes vinculados a las operaciones del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. Se desarrolla en el marco del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) y se articula con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (PL-O6), promoviendo la adopción de comportamientos seguros, el mantenimiento preventivo de los vehículos institucionales y la educación vial de todos los actores.

JUSTIFICACIÓN

El transporte de pacientes, personal y suministros constituyen una actividad de alto riesgo que requiere controles técnicos y conductuales para garantizar la integridad de las personas y la prestación continua de los servicios asistenciales.

La legislación colombiana —en especial la Ley 1503 de 2011 y la Resolución 40595 de 2022— obliga a todas las entidades públicas que posean o contraten vehículos a implementar un Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV).

Esta política institucional busca prevenir la ocurrencia de accidentes, proteger la vida y promover la cultura vial responsable, en coherencia con los principios del SG-SST, el PAMEC y la Política de Seguridad del Paciente (PL-O1).

OBJETIVOS

General

Garantizar la seguridad vial institucional mediante la planificación, ejecución y seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), orientado a prevenir accidentes y proteger la vida de los trabajadores, usuarios y comunidad vinculada a la operación vehicular del hospital.

Específicos

- Cumplir la normativa nacional en materia de seguridad vial y transporte institucional.
- Identificar los riesgos asociados al transporte asistencial, administrativo y de insumos.
- Establecer programas de capacitación en conducción segura, normas de tránsito y autocuidado.
- Promover la cultura de prevención y el uso responsable de los medios de transporte.
- Implementar planes de mantenimiento preventivo y correctivo de la flota vehicular.
- Supervisar el cumplimiento de los horarios, condiciones técnicas y rutas seguras.
- Integrar la seguridad vial con las acciones del SG-SST y el Plan de Emergencias (PHE).

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Conductores de vehículos oficiales y contratados, así como al personal autorizado para su uso.
- Funcionarios, contratistas, estudiantes y voluntarios que se desplacen en vehículos institucionales o durante el cumplimiento de actividades laborales.
- Pacientes y acompañantes que hagan uso del servicio de transporte institucional.
- Proveedores y terceros contratados que ingresen vehículos a las instalaciones.
- Nota: Si la institución no cuenta con flota propia, se debe dejar evidencia documental de no aplicabilidad.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Seguridad vial: conjunto de políticas, estrategias y acciones destinadas a proteger la vida y prevenir lesiones derivadas del tránsito vehicular.
- PESV (Plan Estratégico de Seguridad Vial): instrumento obligatorio que define las acciones preventivas, educativas y de control para disminuir los accidentes de tránsito.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 36 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Siniestralidad vial: conjunto de accidentes o incidentes de tránsito que generan lesiones o pérdidas humanas y materiales.
- Conductor autorizado: persona capacitada y avalada por la entidad para operar un vehículo institucional o contratado.
- Cultura vial: conjunto de valores, normas y comportamientos que garantizan el respeto por la vida y la convivencia en las vías.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 2, 24 y 95 – movilidad y deber de protección a la vida).
- Ley 769 de 2002 – Código Nacional de Tránsito.
- Ley 1503 de 2011 – Estrategias para formar hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía.
- Decreto 2851 de 2013 – Reglamenta la implementación del PESV.
- Resolución 1231 de 2016 – Lineamientos del PESV para entidades públicas y privadas.
- Resolución 40595 de 2022 – Actualización del PESV y estándares de seguridad vial.
- Decreto 1072 de 2015 – Integración con el SG-SST.
- Normas internacionales referenciales: OMS – Década de Acción para la Seguridad Vial.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Protección de la vida: prioridad sobre cualquier otro criterio en la movilidad institucional.
2. Prevención de accidentes: reducción de incidentes viales mediante formación, control y monitoreo.
3. Responsabilidad compartida: involucrar a todos los actores viales institucionales.
4. Cumplimiento normativo: respeto a las disposiciones nacionales y locales en tránsito y seguridad vial.
5. Mejora continua: evaluación y actualización permanente del PESV.
6. Sostenibilidad: promoción de prácticas de movilidad segura y ambientalmente responsables.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y asignar recursos.
- Área Administrativa y de Apoyo Logístico – Coordinar la implementación del PESV.
- Área de Talento Humano y SG-SST – Capacitar al personal en seguridad vial.
- Conductores oficiales y contratados – Cumplir normas de tránsito y protocolos institucionales.
- Proveedores y contratistas – Acatar lineamientos de movilidad segura en las instalaciones.
- Todos los funcionarios y usuarios – Respetar normas de tránsito internas y externas.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Diseño e implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) institucional.
- Diagnóstico de riesgos viales en las operaciones de transporte institucional.
- Programas de capacitación para conductores en conducción segura, manejo defensivo y primeros auxilios.
- Señalización adecuada de vías internas, parqueaderos y zonas de carga/descarga.
- Inspección y mantenimiento periódico de los vehículos institucionales.
- Promoción de campañas de sensibilización sobre seguridad vial a funcionarios y usuarios.
- Articulación con la Política de SG-SST (PL-O6) y la Política de Gestión del Riesgo (PL-O8).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de incidentes viales, capacitaciones realizadas, porcentaje de vehículos con mantenimiento al día, cumplimiento del PESV.
- Auditorías internas anuales al PESV.
- Reportes a la Gerencia, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y entes de control competentes (Ministerio de Transporte, Agencia Nacional de Seguridad Vial).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Seguridad y Movilidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 37 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área Administrativa y Comité de SG-SST.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo exija la normativa de transporte y seguridad vial.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio en las entidades que cuentan con vehículos institucionales, sustentada en la Ley 1503 de 2011, el Decreto 2851 de 2013, la Resolución 1231 de 2016, la Resolución 40595 de 2022 y el Decreto 1072 de 2015.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa según Ley 1503 de 2011, Decreto 2851 de 2013 y Resolución 40595 de 2022; inclusión de definiciones, objetivos específicos y lineamiento de acta de no aplicabilidad.

POLÍTICA DE INTEGRIDAD (PL-010)

TÍTULO

Política Institucional de Integridad

DESCRIPCIÓN

La Política de Integridad del Hospital Departamental Felipe Suárez establece un marco institucional para orientar las actuaciones de servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios bajo los valores de honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia, incorporando además los lineamientos derivados de la Circular Conjunta 100-004 de 2025. Esta política se articula con la Política de Transparencia, la Política Anticorrupción y la Política de Ética y Buen Gobierno, definiendo responsables, estrategias de implementación, mecanismos de seguimiento e indicadores de control. Su alcance se extiende a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, asegurando que cada actor institucional contribuya al fortalecimiento de la integridad y a la protección de los recursos públicos en beneficio de la comunidad.

JUSTIFICACIÓN

La adopción de la Política Institucional de Integridad se fundamenta en la necesidad de fortalecer la cultura organizacional del hospital en coherencia con las disposiciones nacionales e internacionales en materia de transparencia, lucha contra la corrupción y ejercicio ético de la función pública. Esta política asegura el cumplimiento de la Ley 2013 de 2019, la Circular Conjunta 100-004 de 2025 y el Código de Integridad del Servidor Público Colombiano, respondiendo a las exigencias del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG). Su implementación contribuye a consolidar la confianza ciudadana, garantizar la rendición de cuentas y salvaguardar los principios de legalidad y responsabilidad que rigen la administración pública en el sector salud.

OBJETIVO

General

Fomentar una cultura de integridad, ética y responsabilidad pública entre todos los servidores, contratistas y colaboradores del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando la transparencia y la coherencia entre los valores institucionales y el actuar diario.

Específicos

- Promover la interiorización y práctica de los valores del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.
- Prevenir el conflicto de interés, el abuso de poder y los actos de corrupción.
- Fortalecer los espacios de diálogo y reflexión ética dentro del hospital.
- Integrar la gestión de integridad con el MIPG, el MECI y la gestión del talento humano.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 38 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Garantizar la inclusión de principios de integridad en los procesos de inducción, evaluación del desempeño y desarrollo institucional.
- Impulsar el liderazgo ejemplar de la alta dirección como modelo de conducta ética y servicio público.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los servidores públicos, contratistas, estudiantes y voluntarios vinculados con la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación en el marco de la gestión institucional.
- Usuarios, pacientes, familias, proveedores y comunidad en general, como receptores de los principios de integridad.
- Sujetos obligados bajo la Ley 2013 de 2019 y las disposiciones de la Circular Conjunta 100-004 de 2025 (PEP, declaraciones y conflictos de interés).

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Integridad: coherencia entre lo que se piensa, se dice y se hace, orientada al servicio público con transparencia y justicia.
- Código de Integridad: instrumento de orientación ética y comportamental de los servidores públicos basado en cinco valores fundamentales: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia.
- Conflicto de interés: situación en la que los intereses personales o de terceros pueden influir en el cumplimiento de los deberes públicos.
- Ética pública: conjunto de principios morales que orientan la función pública en beneficio del interés general.
- Comportamientos esperados: conductas observables que reflejan el compromiso con los valores institucionales y el servicio al ciudadano.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 6, 122 y 209 – responsabilidad, principios de la función administrativa).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 2013 de 2019 – Declaración de bienes y rentas, conflictos de interés y PEP.
- Ley 2016 de 2020 – Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.
- Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario.
- Decreto 648 de 2017 – Lineamientos para la implementación del Código de Integridad.
- Decreto 1081 de 2015 – Reglamentario del sector Función Pública (PEP).
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e incorpora la dimensión de integridad.
- Circular Conjunta No. 100-004 de 2025 – Función Pública y Secretaría de Transparencia.
- Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) sobre el Código de Integridad del Servidor Público.
- Convenciones internacionales: Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (UNCAC) y Convención Interamericana contra la Corrupción.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

El hospital adopta los valores definidos por el Código de Integridad del Servidor Público Colombiano:

1. Honestidad: actuar con rectitud, transparencia y coherencia.
2. Respeto: reconocer la dignidad de todas las personas.
3. Compromiso: asumir con responsabilidad y vocación de servicio.
4. Diligencia: cumplir con eficiencia y oportunidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 39 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

5. Justicia: garantizar la equidad e igualdad de trato.

Valores adicionales institucionales: responsabilidad social, lealtad, solidaridad e inclusión.

Nuevos lineamientos (Circular 100-004 de 2025):

- Declaración y publicación anual y obligatoria en SIGEP de bienes, rentas, conflictos de interés e impuesto de renta.
- Registro y actualización de información de las Personas Expuestas Políticamente – PEP.
- Asignación de un Gestor de Integridad en la entidad, comunicado al DAFP.
- Evaluación de la apropiación del Código de Integridad mediante el Test de Percepción de Integridad.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E.: aprobar y garantizar recursos para la implementación.
- Área de Talento Humano: coordinar divulgación, inducción, capacitación y control del cumplimiento de declaraciones en SIGEP.
- Comité de Ética y Buen Gobierno: seguimiento a la aplicación del Código de Integridad y evaluación de casos.
- Oficina de Planeación / Comité de Gestión y Desempeño: articular con MIPG y reportar en FURAG.
- Jefes de Proceso y Coordinadores: velar por el cumplimiento en sus dependencias.
- Área de Control Interno: verificar en auditorías el cumplimiento de las obligaciones señaladas en la Circular.
- Todos los funcionarios y contratistas: presentar y actualizar oportunamente sus declaraciones y reportes.
- Gestor de Integridad Institucional: coordinar actividades y reportar al DAFP.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Adopción y divulgación institucional del Código de Integridad del DAFP.
- Capacitación en integridad en inducción, reinducción y formación anual.
- Registro obligatorio en SIGEP de bienes y rentas, conflictos de interés e impuesto sobre la renta.
- Publicación y actualización del reporte de PEP en los plazos legales.
- Designación de un Gestor de Integridad institucional antes del 01 de octubre de 2025.
- Aplicación anual del Test de Percepción de Integridad para medir apropiación.
- Campañas de sensibilización y promoción de buenas prácticas.
- Fortalecimiento de los canales de denuncia segura y confidencial.
- Reconocimiento de servidores ejemplares en integridad.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de declaraciones registradas en SIGEP, cumplimiento de plazos, número de capacitaciones en integridad, resultados del Test de Percepción de Integridad, casos tramitados por el Comité de Ética.
- Reportes: anuales al Comité de Gestión y Desempeño, Gerencia, Junta Directiva y FURAG.
- Auditorías internas: realizadas por Control Interno.
- Evaluación externa: entes de control (Función Pública, Procuraduría, Supersalud).

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Ética y Buen Gobierno / Área de Talento Humano.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emitan nuevos lineamientos del DAFP o la Secretaría de Transparencia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 40 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

✦ Esta política es de obligatorio cumplimiento y se articula con la Política de Transparencia y Acceso a la Información (PL-O11), la Política Anticorrupción (PL-O14) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), asegurando el cumplimiento de la Ley 2013 de 2019, Ley 2016 de 2020 y la Circular Conjunta 100-004 de 2025.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa según Ley 1503 de 2011, Decreto 2851 de 2013 y Resolución 40595 de 2022 Actualización normativa conforme al Decreto 1499 de 2017, inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas; alineación con MIPG, MECI y Código de Integridad DAFP.

POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (PL-O11)

TÍTULO

Política Institucional de Transparencia y Acceso a la Información Pública

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos que garantizan el derecho de todas las personas a acceder, conocer, usar y reutilizar la información pública generada en el desarrollo de las funciones institucionales.

Busca fortalecer la rendición de cuentas, la participación ciudadana, la integridad administrativa y el control social, asegurando que la información sea pública por principio, reservada solo por excepción, y presentada de manera veraz, completa, actualizada y accesible.

Esta política se articula con la Política de Integridad (PL-O10), el PAAC (PL-O14), la Política de Servicio al Ciudadano y Participación (PL-O12) y la Gestión Documental (PL-O18), garantizando la trazabilidad y transparencia de la gestión hospitalaria.

JUSTIFICACIÓN

El acceso a la información pública constituye un derecho fundamental y un mecanismo esencial de control ciudadano sobre la gestión estatal. La Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1081 de 2015 obligan a todas las entidades públicas a divulgar de forma proactiva, permanente y comprensible la información relacionada con su gestión administrativa, financiera, contractual y de talento humano.

Esta política fortalece la confianza entre la institución y la comunidad, promueve la rendición de cuentas y consolida la cultura de transparencia, lucha contra la corrupción y apertura de datos públicos, en armonía con los principios de eficiencia, eficacia, moralidad y publicidad de la función pública.

OBJETIVOS

General

Garantizar la transparencia institucional y el derecho de acceso a la información pública del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., mediante la divulgación oportuna, veraz y accesible de la información generada en el ejercicio de sus funciones.

Específicos

- Cumplir con las disposiciones de la Ley 1712 de 2014 y demás normas que regulan el acceso a la información pública.
- Asegurar la publicación y actualización de la información mínima obligatoria en el Portal de Transparencia del hospital.
- Fortalecer la rendición de cuentas, la participación ciudadana y el control social a la gestión pública.
- Promover la cultura de apertura de datos, información proactiva y gobierno abierto.
- Garantizar la protección de la información reservada y los datos personales conforme a la Ley 1581 de 2012.
- Articular la gestión de transparencia con el MIPG, el MECI y las políticas de integridad, anticorrupción y servicio al ciudadano.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 41 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Servidores públicos, contratistas y practicantes que generen, administren o difundan información institucional.
- Pacientes, usuarios, comunidad y entes de control, como receptores de la información pública.
- Plataformas físicas y digitales (portal web institucional, Sistema de Información para la Transparencia – SIPA, SECOP II, redes oficiales).

DEFINICIONES RELACIONADAS

- **Transparencia:** deber de las entidades públicas de permitir el acceso a la información y la observación de sus actuaciones por parte de los ciudadanos.
- **Acceso a la información pública:** derecho de toda persona a conocer, solicitar, consultar y recibir información pública sin necesidad de justificar su uso.
- **Información pública:** todo dato o documento que repose en la entidad y sea producto de su función, sin importar el formato o soporte.
- **Publicación proactiva:** acción de divulgar información relevante de manera anticipada y continua, sin requerimiento previo.
- **Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA):** herramienta de medición y seguimiento del cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.
- **Datos abiertos:** información pública en formato digital y reutilizable que puede ser usada libremente por los ciudadanos.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 74 y 209 – derecho de acceso a documentos públicos y principios de la función administrativa).
- Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1757 de 2015 – Mecanismos de participación ciudadana.
- Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario.
- Decreto 103 de 2015 – Reglamenta la Ley 1712 de 2014.
- Decreto 1081 de 2015 – Transparencia en entidades del sector público.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e incluye la dimensión de transparencia.
- Directrices de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, la Función Pública y la Procuraduría General de la Nación.
- Estándares internacionales: Alianza para el Gobierno Abierto (OGP).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. **Máxima divulgación:** toda información en poder del hospital es pública, salvo las excepciones legales.
2. **Veracidad y oportunidad:** la información publicada debe ser cierta, actualizada y comprensible.
3. **Accesibilidad:** garantizar formatos abiertos, medios digitales y condiciones para personas con discapacidad.
4. **Participación ciudadana:** la información debe propiciar control social y diálogo con la comunidad.
5. **Responsabilidad institucional:** cada área es responsable de la información que genera y publica.
6. **Mejora continua:** fortalecer los mecanismos de transparencia según los lineamientos del MIPG y FURAG.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar recursos.
- Oficina de Planeación / Comité de Gestión y Desempeño – Coordinar la aplicación de la política y consolidar reportes.
- Área de Comunicaciones y Atención al Usuario – Divulgar la información en los canales oficiales.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 42 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Todos los jefes de proceso y coordinadores de área – Garantizar la calidad y oportunidad de la información publicada.
- Comité de Ética y Buen Gobierno – Vigilar la articulación con las políticas de integridad y anticorrupción.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Publicación proactiva de la información en el Portal de Transparencia y la página web institucional.
- Implementación de la Sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública según Ley 1712/2014.
- Difusión de la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios y de la Carta de Trato Digno.
- Actualización periódica del Índice de Transparencia Activa y los formularios de la Procuraduría.
- Cumplimiento de los reportes a la Secretaría de Transparencia, Función Pública, Supersalud y entes de control.
- Integración con la Política de Rendición de Cuentas (PL-O13) y la Política Anticorrupción (PAAC – PL-O14).
- Capacitación al personal sobre el manejo responsable de la información pública y sus excepciones (habeas data, datos sensibles en salud).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: porcentaje de información publicada, número de solicitudes de acceso atendidas, tiempos de respuesta, índice de transparencia.
- Reportes anuales en el FURAG – Dimensión de Transparencia y Acceso a la Información.
- Auditorías internas y externas sobre la gestión de transparencia.
- Retroalimentación a través de encuestas ciudadanas y auditorías visibles.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Oficina de Planeación y Comité de Gestión y Desempeño.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando se emitan nuevos lineamientos del DAFP, Secretaría de Transparencia o Procuraduría.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 1712 de 2014, el Decreto 103 de 2015, el Decreto 1081 de 2015 y el Decreto 1499 de 2017, en articulación con los lineamientos de la Secretaría de Transparencia y el DAFP.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1081 de 2015; inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas; articulación con PAAC, MIPG y portal de transparencia institucional.

POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO, ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL (PL-O12)

TÍTULO

Política Institucional de Servicio al Ciudadano, Atención al Usuario y Participación Social

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Servicio al Ciudadano, Atención al Usuario y Participación Social orienta las acciones del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. para garantizar un servicio accesible, humanizado, eficiente y participativo, que promueva el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 43 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

Busca fortalecer la relación entre la institución y la comunidad mediante la participación activa de los ciudadanos en la gestión pública, la atención preferencial a poblaciones vulnerables y el mejoramiento continuo de la calidad del servicio.

Esta política se articula con la Política de Transparencia (PL-O11), la Política de Integridad (PL-O10), la Política de Humanización (PL-R2) y la Política de Calidad y PAMEC (PL-O2).

JUSTIFICACIÓN

El acceso oportuno, digno y equitativo a los servicios de salud es un derecho fundamental.

De acuerdo con la Ley 1757 de 2015 y la Resolución 2063 de 2017, las entidades públicas deben garantizar la participación de los ciudadanos en la planeación, gestión, evaluación y control de la gestión institucional.

Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud exige a las E.S.E. implementar mecanismos efectivos de atención al usuario, priorización de poblaciones vulnerables, respeto a los derechos y deberes, y respuesta oportuna a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS).

Esta política promueve un modelo de atención centrado en el ciudadano, que fortalece la confianza institucional y asegura la calidad y humanización del servicio.

OBJETIVOS

General

Garantizar una atención humanizada, eficiente y participativa a los usuarios del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., promoviendo la transparencia, la equidad y el ejercicio efectivo de los derechos y deberes ciudadanos.

Específicos

- Asegurar la atención oportuna, respetuosa y de calidad a los usuarios y sus familias.
- Implementar mecanismos de participación ciudadana conforme a la Resolución 2063 de 2017.
- Promover el conocimiento y cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.
- Establecer rutas de atención preferencial para poblaciones en situación de vulnerabilidad (niños, gestantes, adultos mayores, personas con discapacidad y víctimas de violencia).
- Fortalecer la comunicación institucional y los canales de atención presencial, telefónica y virtual.
- Garantizar la gestión integral del proceso de PQRS y el seguimiento a la satisfacción del usuario.
- Promover la articulación con las asociaciones de usuarios y comités de participación comunitaria (COPACOS).
- Evaluar y mejorar continuamente los servicios mediante la retroalimentación de los ciudadanos.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Pacientes, familias, cuidadores, asociaciones de usuarios, veedurías y comunidad en general.
- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital que interactúan con los ciudadanos.
- Funcionarios, contratistas, estudiantes y voluntarios, en su relación directa o indirecta con usuarios y comunidad.
- Comités institucionales (Asociación de Usuarios, Comité de Ética, PASSIVI, Comité de Participación Social en Salud).

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Servicio al ciudadano: conjunto de acciones institucionales orientadas a satisfacer las necesidades de los usuarios con calidad, eficiencia y respeto.
- Atención al usuario: proceso de orientación, acompañamiento y solución de requerimientos de los pacientes y sus familias durante la atención en salud.
- Participación social en salud: derecho de los ciudadanos a intervenir en las decisiones que afectan su salud individual y colectiva.
- Atención preferencial: prioridad en la atención a grupos poblacionales definidos por condiciones de vulnerabilidad o riesgo.
- Derechos del usuario: prerrogativas que garantizan la atención integral, segura y digna.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 44 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Deberes del usuario: obligaciones orientadas al uso adecuado de los servicios y al respeto hacia el personal de salud.
- PQRS: sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones como herramienta de mejora continua.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 2, 40, 48 y 49 – derecho a la salud, participación y control social).
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1438 de 2011 – Participación social en el sistema de salud.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Ley 1757 de 2015 – Mecanismos de participación ciudadana.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Decreto 1081 de 2015 – Política de Servicio al Ciudadano.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualización del MIPG (dimensión de servicio al ciudadano).
- Resolución 2063 de 2017 – Política de Participación Social en Salud (PPSS).
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud (trato digno y humanizado).
- Lineamientos de la Procuraduría, DAFP y Supersalud en materia de participación y atención al usuario.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Humanización del servicio: atención con respeto, empatía y calidad.
2. Accesibilidad: eliminación de barreras físicas, comunicativas y administrativas.
3. Transparencia: rendición de cuentas y comunicación clara con los ciudadanos.
4. Participación: inclusión de la comunidad en la toma de decisiones.
5. Equidad: atención diferenciada para grupos en situación de vulnerabilidad.
6. Calidad y mejora continua: evaluación permanente del servicio y la satisfacción del usuario.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar recursos.
- Oficina de Atención al Usuario / Servicio al Ciudadano – Coordinar la implementación.
- Área de Comunicaciones – Difundir canales de información y resultados de participación.
- Oficina de Planeación – Articular esta política con el MIPG y los planes de gestión.
- Comités institucionales (PASSIVI, Asociación de Usuarios, Comité de Ética) – Acompañar y validar procesos.
- Todos los funcionarios y contratistas – Cumplir con el trato digno y mecanismos de atención al usuario.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Programa de Atención al Usuario según Resolución 3100 de 2019.
- Desarrollo del Plan Institucional de Participación Social en Salud (PPSS) según Resolución 2063 de 2017.
- Difusión y aplicación de la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios y la Carta de Trato Digno.
- Fortalecimiento de la Asociación de Usuarios y de los espacios de veeduría ciudadana.
- Establecimiento de canales de comunicación efectivos: PQRS, línea telefónica, portal web, redes sociales, buzones físicos.
- Articulación con la Política de Transparencia (PL-O11) y la Política de Rendición de Cuentas (PL-O13).
- Procesos de capacitación a funcionarios en servicio al ciudadano, trato digno y participación social.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de PQRS gestionadas, tiempos de respuesta, índice de satisfacción del usuario, número de espacios de participación realizados.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 45 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Reportes periódicos al Comité de Gestión y Desempeño, Junta Directiva y entes de control.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Servicio al Ciudadano y Participación.
- Retroalimentación mediante encuestas ciudadanas y auditorías visibles.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Oficina de Atención al Usuario y Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo exija nueva normativa.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en el Decreto 1081 de 2015, el Decreto 1499 de 2017, la Resolución 2063 de 2017 y la Resolución 3100 de 2019, en articulación con la Ley 1757 de 2015 y la Ley 1712 de 2014.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Integración en una única política institucional conforme a Ley 1757 de 2015 y Resolución 2063 de 2017; actualización de objetivos, definiciones y principios; inclusión de enfoque diferencial y articulación con PQRS y asociaciones de usuarios.

CARTA DE TRATO DIGNO

Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. – Salamina, Caldas

PRESENTACIÓN

El Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., en cumplimiento de la normatividad vigente y en coherencia con su misión institucional, garantiza a todos los usuarios, familias, cuidadores y comunidad en general un servicio de salud digno, humanizado, incluyente y con calidad, basado en los principios de equidad, respeto, solidaridad y transparencia.

Esta carta se constituye en un compromiso público del hospital frente al ejercicio del derecho fundamental a la salud y a la protección de la dignidad humana.

DERECHOS DE LOS USUARIOS

En el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., usted y su familia tienen derecho a:

- Recibir atención digna, respetuosa y humanizada, sin discriminación de ninguna índole (género, edad, etnia, orientación sexual, condición socioeconómica, discapacidad, creencias, entre otros).
- Acceder a los servicios de salud oportunamente, con calidad científica, técnica y administrativa.
- Recibir información clara, veraz y comprensible sobre su estado de salud, tratamientos, procedimientos y alternativas terapéuticas.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención en salud, de manera libre e informada.
- Contar con confidencialidad y reserva de la información de su historia clínica y datos personales.
- Recibir acompañamiento familiar, conforme a las condiciones de seguridad y normas institucionales.
- Ejercer el derecho a la participación ciudadana, presentando peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, con garantía de respuesta oportuna.
- Recibir un servicio seguro, bajo protocolos de bioseguridad, farmacovigilancia, tecnovigilancia y gestión de riesgos.
- Acceder a un entorno físico seguro, accesible y adecuado, con respeto a la diversidad funcional y cultural.
- Ser informado sobre los costos de los servicios de salud, así como sobre coberturas y procedimientos de facturación.

DEBERES DE LOS USUARIOS

En el marco de la corresponsabilidad en salud, los usuarios tienen el deber de:

- Respetar al personal de salud, administrativo y asistencial, así como a los demás pacientes y visitantes.
- Cumplir con las normas y reglamentos institucionales que garantizan la seguridad y el orden hospitalario.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 46 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

Cuidar las instalaciones, equipos y recursos del hospital, que son bienes públicos al servicio de toda la comunidad.

Participar activamente en su plan de atención y tratamiento, siguiendo las recomendaciones médicas y de enfermería.

Realizar de manera oportuna los trámites administrativos y financieros correspondientes a la atención en salud.

Promover el autocuidado y hábitos de vida saludables que favorezcan su bienestar y el de la comunidad.

COMPROMISOS DEL HOSPITAL

El Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. se compromete a:

Ofrecer servicios de salud con calidad técnica y científica.

Garantizar un trato humanizado, digno y respetuoso en todos los niveles de atención.

Implementar políticas de inclusión, participación y equidad.

Desarrollar programas de humanización, servicio al ciudadano, transparencia y participación social.

Mantener canales efectivos de comunicación e información accesible para toda la comunidad.

Garantizar el cumplimiento de la Política de Humanización de la Atención, Política de Servicio al Ciudadano y Participación Social, y la Política de Transparencia.

VIGENCIA Y DIFUSIÓN

La presente Carta de Trato Digno entra en vigencia a partir de su aprobación por la Gerencia del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., y será difundida a través de:

Página web institucional.

Cartelera informativa en todas las sedes y servicios.

Material pedagógico entregado a usuarios y familias.

Procesos de inducción y reinducción institucional.

★ Normatividad de referencia:

Resolución 13437 de 1991 (Comités de Ética Hospitalaria).

Resolución 1441 de 2013 (condiciones de habilitación).

Resolución 2063 de 2017 (Política de Participación Social en Salud).

Resolución 3100 de 2019 (estándares de habilitación en salud).

Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud).

Decreto 1499 de 2017 (MIPG).

POLÍTICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS (PL-O13)

TÍTULO

Política Institucional de Rendición de Cuentas

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Rendición de Cuentas del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos, mecanismos y responsabilidades para garantizar la transparencia, participación y responsabilidad en la gestión pública.

Define las estrategias para divulgar la información de la gestión institucional, promover el diálogo con los ciudadanos, recibir sus opiniones y fortalecer la confianza pública en la administración hospitalaria.

Se articula con las políticas de Transparencia y Acceso a la Información (PL-O11), Integridad (PL-O10), Anticorrupción (PL-O14) y Servicio al Ciudadano y Participación Social (PL-O12), dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el MECI.

JUSTIFICACIÓN

La rendición de cuentas constituye un principio de la gestión pública moderna, orientada a garantizar el control social y la legitimidad institucional.

De acuerdo con el CONPES 3654 de 2010 y la Ley 1757 de 2015, las entidades públicas deben rendir cuentas de su gestión, resultados y uso de los recursos ante los ciudadanos y los entes de control,

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 47 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

promoviendo el ejercicio del derecho ciudadano a la información y la evaluación de la administración pública.

En el sector salud, la rendición de cuentas fortalece la confianza entre los usuarios y la institución, impulsa la mejora continua y fomenta una cultura de transparencia, participación y control ciudadano.

OBJETIVOS

General

Garantizar la transparencia, la participación ciudadana y el control social mediante procesos sistemáticos, periódicos y participativos de rendición de cuentas sobre la gestión institucional del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Específicos

- Divulgar de manera oportuna y accesible los resultados de la gestión administrativa, asistencial y financiera.
- Fomentar la participación ciudadana en la evaluación y retroalimentación de la gestión institucional.
- Implementar espacios de diálogo y deliberación sobre la gestión hospitalaria, conforme a las guías del DAFP y el MIPG.
- Promover la cultura de responsabilidad, integridad y transparencia en todos los niveles de la organización.
- Garantizar la trazabilidad de los compromisos generados en los ejercicios de rendición de cuentas.
- Cumplir con los lineamientos de la Política Nacional de Rendición de Cuentas y los indicadores del FURAG.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Directivos, servidores públicos, contratistas y practicantes que generen, administren o difundan información institucional.
- Ciudadanos, usuarios, pacientes, asociaciones de usuarios, veedurías y comunidad en general, como receptores de la gestión institucional.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Rendición de cuentas: obligación de las entidades públicas de informar, explicar y justificar ante la ciudadanía sus decisiones, gestión y resultados.
- Control social: derecho de los ciudadanos a ejercer vigilancia sobre la gestión pública y el uso de los recursos.
- Diálogo público: mecanismo de interacción en el que la entidad expone resultados y escucha las opiniones, propuestas o críticas de los ciudadanos.
- Transparencia activa: divulgación voluntaria y permanente de información relevante, más allá de los mínimos legales.
- Participación incidente: tipo de participación ciudadana que genera compromisos verificables por parte de la institución.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 2, 40 y 209 – participación ciudadana y principios de la función administrativa).
- Ley 489 de 1998 – Organización y funcionamiento de entidades públicas (rendición de cuentas como deber).
- Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1757 de 2015 – Participación ciudadana.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG, dimensión de transparencia, rendición de cuentas y control social.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 48 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- CONPES 3654 de 2010 – Política de Rendición de Cuentas.
- Directrices de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia, el DAFP y la Procuraduría General de la Nación.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Transparencia: toda gestión pública debe ser clara y abierta al escrutinio ciudadano.
2. Participación: la ciudadanía es parte activa en la planeación, ejecución y control institucional.
3. Accesibilidad: la información debe ser comprensible, disponible y difundida en medios diversos.
4. Responsabilidad: la alta dirección y los servidores deben responder por el uso de los recursos y resultados.
5. Periodicidad: la rendición de cuentas debe realizarse de forma sistemática, no esporádica.
6. Mejora continua: los resultados de los ejercicios deben retroalimentar la gestión institucional.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Liderar y aprobar la política, asegurar recursos y cumplimiento.
- Oficina de Planeación – Coordinar la rendición de cuentas y consolidar informes.
- Área de Comunicaciones – Garantizar la divulgación de la información y espacios de interacción.
- Todas las áreas y jefaturas de proceso – Proveer información clara y oportuna.
- Comités institucionales – Acompañar y validar los ejercicios de rendición de cuentas.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Elaboración y publicación anual del Informe de Gestión y Resultados.
- Realización de audiencias públicas de rendición de cuentas presenciales y/o virtuales.
- Implementación de canales de participación: encuestas, foros, PQRS, buzones de sugerencias, medios digitales.
- Publicación de información en la página web institucional y portal de transparencia.
- Articulación con la Política de Transparencia (PL-O11) y la Política Anticorrupción (PAAC – PL-O14).
- Seguimiento al cumplimiento de compromisos adquiridos con la ciudadanía.
- Capacitación a funcionarios sobre participación ciudadana y control social.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de audiencias realizadas, participación ciudadana, compromisos adquiridos vs. cumplidos, nivel de satisfacción ciudadana.
- Evaluación periódica en el FURAG – Dimensión Transparencia y Rendición de Cuentas.
- Auditorías internas y externas sobre los informes y ejercicios de rendición de cuentas.
- Retroalimentación ciudadana incorporada en los planes de mejoramiento institucional.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Oficina de Planeación y Comité de Gestión y Desempeño.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando lo determinen nuevas normas o lineamientos nacionales.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 489 de 1998, la Ley 1712 de 2014, la Ley 1757 de 2015, el CONPES 3654 de 2010 y el Decreto 1499 de 2017 (MIPG).

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 1757 de 2015, Decreto 1499 de 2017 y CONPES 3654 de 2010; inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y definiciones relacionadas; articulación con PAAC, MIPG y mecanismos de control social.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 49 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA ANTICORRUPCIÓN – PAAC (PL-O14)

TÍTULO

Política Institucional Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC)

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) establece los lineamientos y compromisos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. para prevenir, mitigar y controlar los riesgos de corrupción, promover la transparencia y fortalecer la atención al ciudadano.

El PAAC se desarrolla bajo el enfoque de gestión del riesgo y se articula con el SICOF (Sistema Institucional de Control de Riesgos de Corrupción y Fortalecimiento de la Ética Pública), herramienta que permite identificar, valorar y monitorear los riesgos de corrupción en todos los procesos institucionales. Esta política integra las acciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), promoviendo la integridad, la participación ciudadana y el uso ético de los recursos públicos.

JUSTIFICACIÓN

La corrupción afecta la legitimidad institucional, debilita la confianza ciudadana y obstaculiza la prestación eficiente y transparente de los servicios de salud.

El PAAC, como instrumento obligatorio del MIPG, permite implementar acciones preventivas y correctivas frente a los riesgos de corrupción, racionalizar trámites y garantizar la atención efectiva a los ciudadanos. Con la incorporación del SICOF, el hospital fortalece su sistema interno de control y ética pública, mediante la identificación sistemática de riesgos, la definición de controles y la generación de alertas tempranas, lo que garantiza una gestión íntegra, transparente y trazable.

Esta política responde a los compromisos establecidos en los lineamientos DAFP–Función Pública (Circular 100-10 de 2021) y a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de integridad, transparencia y control de riesgos.

OBJETIVOS

General

Fortalecer la gestión institucional de transparencia, integridad y servicio al ciudadano, mediante la implementación efectiva del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), articulado al SICOF y al Sistema de Control Interno (MECI).

Específicos

- Prevenir y mitigar los riesgos de corrupción en los procesos misionales, administrativos y de apoyo.
- Integrar el SICOF como herramienta de identificación, valoración, control y seguimiento de riesgos de corrupción.
- Promover la ética pública, la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión.
- Racionalizar trámites y eliminar barreras innecesarias en los servicios al ciudadano.
- Fortalecer los canales institucionales de atención, participación y respuesta a PQRS.
- Garantizar la publicación, actualización y seguimiento del PAAC en el portal de transparencia institucional.
- Articular los compromisos del PAAC con el Código de Integridad (PL-O10) y la Política de Control Interno (PL-O19).

ESTRUCTURA DEL PAAC CON INTEGRACIÓN DE SICOF

De acuerdo con la Guía DAFP – Función Pública 2021, el PAAC se estructura en cinco componentes principales, cada uno vinculado con los módulos del SICOF, así:

Componente PAAC	Descripción institucional	Módulo SICOF vinculado
1. Gestión del riesgo de corrupción	Identificación, análisis y control de riesgos asociados a cada proceso del mapa institucional.	Módulo 1 – Riesgos de corrupción
2. Racionalización de trámites	Identificación de trámites internos y externos para simplificación, eliminación o automatización.	Módulo 2 – Racionalización de trámites

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 50 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

Componente PAAC	Descripción institucional	Módulo SICOF vinculado
3. Rendición de cuentas	Implementación de mecanismos de comunicación, diálogo y control social (PL-O13).	Módulo 3 – Rendición de cuentas
4. Mecanismos para la atención al ciudadano	Gestión de PQRS, atención preferencial y canales de servicio (PL-O12).	Módulo 4 – Atención al ciudadano
5. Transparencia y acceso a la información	Publicación de información mínima obligatoria (PL-O11).	Módulo 5 – Acceso a la información pública

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Directivos, servidores públicos, contratistas, estudiantes y voluntarios, en el ejercicio de la función pública.
- Ciudadanos, pacientes, usuarios, veedurías y entes de control, en el marco del control social y la participación.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- PAAC: instrumento del MIPG que reúne estrategias de prevención de la corrupción, racionalización de trámites, rendición de cuentas y atención al ciudadano.
- SICOF: herramienta institucional de gestión del riesgo de corrupción, monitoreo de controles y fortalecimiento ético, creada por el DAFP.
- Riesgo de corrupción: posibilidad de que un servidor, contratista o tercero use indebidamente los recursos o la información pública para beneficio propio o de otros.
- Transparencia activa: publicación de información sin necesidad de solicitud ciudadana.
- Racionalización de trámites: optimización o eliminación de procedimientos innecesarios para garantizar eficiencia y servicio.
- Control social: derecho ciudadano de vigilar y exigir la rendición de cuentas a las entidades públicas.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 2, 209 y 269 – función administrativa, principios de transparencia y control).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1757 de 2015 – Participación ciudadana.
- Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario.
- Decreto 2641 de 2012 – Estrategia de Gobierno en Línea y lucha contra la corrupción.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e incorpora el PAAC como herramienta obligatoria.
- Directrices de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y del DAFP.
- Convenciones internacionales: Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (UNCAC) y Convención Interamericana contra la Corrupción.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Transparencia: asegurar la publicidad y el acceso a la información institucional.
2. Integridad: coherencia ética en el ejercicio de la función pública.
3. Rendición de cuentas: deber de informar, responder y asumir responsabilidad por los resultados.
4. Participación ciudadana: fomentar el control social como herramienta de lucha contra la corrupción.
5. Gestión del riesgo de corrupción: identificar, valorar y controlar factores críticos en todos los procesos.
6. Cultura de legalidad: promover valores de respeto por la ley, honestidad y justicia.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 51 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

7. Mejora continua: evaluar y ajustar permanentemente el PAAC.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y asignar recursos.
- Oficina de Planeación – Coordinar la formulación, ejecución y seguimiento del PAAC.
- Comité de Ética y Buen Gobierno – Vigilar la implementación de la política anticorrupción.
- Área de Talento Humano – Capacitar a los funcionarios en ética, integridad y prevención de la corrupción.
- Todas las áreas y jefes de proceso – Implementar acciones preventivas y controles en su gestión.
- Ciudadanos y entes de control – Ejercer control social sobre la gestión institucional.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Formulación y actualización anual del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), con sus componentes: Gestión del riesgo de corrupción; Racionalización de trámites; Rendición de cuentas; Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; Transparencia y acceso a la información pública.
- Adopción de mapas de riesgos de corrupción por proceso.
- Establecimiento de canales de denuncia segura y confidencial.
- Publicación del PAAC en la página web institucional y reporte en el FURAG.
- Articulación con la Política de Integridad (PL-O10), la Política de Transparencia (PL-O11) y la Política de Rendición de Cuentas (PL-O13).
- Capacitación permanente al personal en ética pública, anticorrupción y servicio al ciudadano.
- Implementación del SICOF en todos los procesos del hospital, priorizando los de mayor exposición al riesgo de corrupción.
- Conformación del Equipo de Integridad y Transparencia, liderado por Planeación y Control Interno.
- Elaboración anual del PAAC con participación de todas las dependencias.
- Cargue obligatorio de los riesgos y controles en el módulo SICOF del DAFP y seguimiento trimestral.
- Socialización interna y publicación del PAAC en el sitio web institucional.
- Evaluación anual de avances en el FURAG – Política de Integridad y Transparencia.
- Articulación con los comités de Gestión y Desempeño, Ética Pública, Control Interno y Sostenibilidad Financiera.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de riesgos de corrupción identificados y controlados, nivel de cumplimiento del PAAC, número de denuncias atendidas, percepción ciudadana sobre transparencia.
- Reportes periódicos al Comité de Gestión y Desempeño, Junta Directiva y entes de control.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.
- Auditorías internas y externas (Control Interno, Contraloría, Procuraduría).

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Oficina de Planeación y Comité de Ética y Buen Gobierno.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando lo determinen nuevas disposiciones normativas.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 1474 de 2011, la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y los lineamientos de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 52 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 1474 de 2011, Decreto 2641 de 2012, Decreto 612 de 2018 y lineamientos DAFP 2021; incorporación explícita del SICOF en todos los componentes del PAAC; fortalecimiento de mecanismos de gestión del riesgo, racionalización de trámites, rendición de cuentas y atención al ciudadano.

POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL (PL-O15)

TÍTULO

Política Institucional de Gobierno Digital

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gobierno Digital del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. define los lineamientos estratégicos para implementar el uso eficiente, responsable y seguro de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), con el fin de mejorar la gestión institucional, fortalecer la transparencia y facilitar la interacción con los ciudadanos.

Esta política promueve la transformación digital del hospital mediante la digitalización de procesos, la interoperabilidad de sistemas, la gestión de datos abiertos y la adopción de servicios ciudadanos digitales.

Se articula con las políticas de Seguridad y Privacidad de la Información (PL-O16), Transparencia (PL-O11), Gestión Documental (PL-O18) y Control Interno (PL-O19).

JUSTIFICACIÓN

El Gobierno Digital es un eje esencial del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y un instrumento clave para la eficiencia, la transparencia y la innovación en la administración pública.

El Decreto 1008 de 2018 y la Resolución 1519 de 2020 establecen la obligatoriedad para todas las entidades públicas de implementar estrategias digitales orientadas a mejorar la prestación de servicios y la participación ciudadana mediante el uso de TIC.

La adopción de esta política permite al hospital garantizar la interoperabilidad institucional, fortalecer la seguridad de la información, optimizar el uso de los recursos tecnológicos y garantizar que los servicios digitales respondan a las necesidades reales de los usuarios internos y externos.

OBJETIVOS

General

Implementar los lineamientos del Gobierno Digital en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando el uso estratégico y seguro de las TIC para optimizar la gestión pública, promover la transparencia y mejorar la experiencia del ciudadano.

Específicos

- Desarrollar e implementar la Estrategia Institucional de Gobierno Digital, en armonía con los lineamientos MinTIC.
- Promover la interoperabilidad entre los sistemas de información internos y los del sector salud.
- Garantizar la publicación y actualización de información en el portal de transparencia y datos abiertos.
- Impulsar la automatización de procesos administrativos y asistenciales para mejorar la eficiencia.
- Promover el uso de canales digitales accesibles e incluyentes para la atención ciudadana.
- Fortalecer la ciberseguridad institucional y la protección de los datos personales.
- Implementar mecanismos de seguimiento y mejora continua a la madurez digital institucional.

3. ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 53 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Servidores públicos, contratistas y practicantes que hagan uso de herramientas TIC institucionales.
- Pacientes, usuarios y comunidad en general, como beneficiarios de los servicios digitales.
- Proveedores y terceros contratistas que suministren soluciones tecnológicas.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Gobierno Digital: política pública que busca el uso efectivo de las TIC para generar valor público mediante la eficiencia, la participación y la transparencia.
- Interoperabilidad: capacidad de los sistemas para intercambiar información de manera segura, eficiente y estandarizada.
- Servicios ciudadanos digitales: soluciones tecnológicas que facilitan la interacción entre el Estado y los ciudadanos.
- Datos abiertos: información pública en formato digital, reutilizable y accesible para promover la transparencia y la innovación.
- Transformación digital: proceso de cambio organizacional impulsado por el uso estratégico de las TIC para mejorar la gestión y los servicios.
- Ciberseguridad: conjunto de acciones y herramientas que protegen la información digital frente a amenazas o ataques.

4. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 15, 20, 74 y 209 – acceso a la información, libertad de expresión y principios de función administrativa).
- Ley 527 de 1999 – Comercio electrónico y firmas digitales.
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos.
- Ley 1341 de 2009 – Principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las TIC.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1581 de 2012 – Protección de datos personales.
- Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (trámites electrónicos).
- Decreto 1008 de 2018 – Política de Gobierno Digital.
- Decreto 2106 de 2019 – Racionalización de trámites.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualización del MIPG (incluye Gobierno Digital).
- Lineamientos del Ministerio TIC y el DAFP.
- Estándares internacionales: ISO/IEC 20000 (gestión de servicios de TI), ISO/IEC 27001 (seguridad de la información).

5. PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Gobierno abierto: garantizar transparencia, participación y colaboración ciudadana mediante herramientas digitales.
2. Mejora continua: evaluar y actualizar permanentemente las soluciones tecnológicas.
3. Sostenibilidad: optimizar el uso de recursos tecnológicos con criterios ambientales y financieros responsables.
4. Enfoque ciudadano: todos los servicios digitales deben responder a las necesidades de los usuarios.
5. Interoperabilidad: integración efectiva de los sistemas internos y externos del hospital.
6. Transparencia digital: acceso libre a la información pública institucional.
7. Seguridad digital: protección de la información y continuidad tecnológica.
8. Innovación tecnológica: adopción de soluciones digitales que mejoren la calidad de los servicios.
9. Accesibilidad: garantía de uso equitativo y sin barreras para todos los ciudadanos.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y asignar recursos.
- Área de Tecnología e Informática – Implementar y administrar los proyectos de Gobierno Digital.
- Oficina de Planeación – Alinear la estrategia digital con el Plan de Desarrollo y el MIPG.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 54 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Área de Comunicaciones – Divulgar y facilitar el acceso ciudadano a los servicios digitales.
- Todos los servidores y contratistas – Usar adecuadamente las herramientas digitales institucionales.
- Ministerio TIC y DAFP – Brindar lineamientos y supervisar el cumplimiento normativo.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Adopción de la Estrategia Institucional de Gobierno Digital (EIGD), alineada con la política nacional.
- Implementación de sistemas interoperables entre los módulos administrativos, financieros y clínicos.
- Publicación continua de información en el portal de Gobierno Abierto y Datos Abiertos.
- Evaluación anual del Índice de Madurez Digital (IMD) y del Índice de Gobierno Digital (IGD).
- Articulación con el Comité de Transformación Digital y Seguridad de la Información.
- Inclusión de indicadores de desempeño en el Plan de Acción Institucional (PAI) y en el FURAG.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de trámites digitalizados, porcentaje de uso de servicios en línea, satisfacción ciudadana en servicios digitales, incidentes de seguridad reportados.
- Reportes periódicos al Comité de Gobierno Digital y a la Gerencia.
- Evaluación anual en el FURAG – Dimensión Gobierno Digital.
- Auditorías internas y externas sobre servicios electrónicos y seguridad digital.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Tecnología e Informática / Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando el MinTIC emita nuevos lineamientos.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en el Decreto 1008 de 2018, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG), la Ley 1712 de 2014, la Ley 1437 de 2011 y los lineamientos del Ministerio TIC.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme al Decreto 1008 de 2018 y la Resolución 1519 de 2020; inclusión de descripción, justificación, objetivos específicos y principios; integración de los componentes de interoperabilidad, seguridad digital y datos abiertos.

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN (PL-016)

TÍTULO

Política Institucional de Seguridad y Privacidad de la Información

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Seguridad y Privacidad de la Información (SGSI) establece los lineamientos para garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información institucional, tanto en formato físico como digital.

Su propósito es prevenir incidentes de seguridad, proteger los datos personales y sensibles, y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas tecnológicos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. El SGSI se constituye como un marco de gestión que promueve la seguridad tecnológica, administrativa y humana, en concordancia con el Gobierno Digital, la Protección de Datos Personales, el MECI y el MIPG.

JUSTIFICACIÓN

El manejo responsable y seguro de la información es fundamental para garantizar la confianza de los usuarios, la protección de los datos de salud y la continuidad de los procesos institucionales.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 55 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

Los hospitales son entidades críticas en la gestión de información sensible (historias clínicas, datos financieros, registros biomédicos), por lo cual están obligados a establecer un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) que cumpla con los estándares nacionales e internacionales. Esta política permite fortalecer la ciberseguridad institucional, minimizar los riesgos de pérdida o alteración de datos, y dar cumplimiento a los principios de legalidad, integridad y protección de la privacidad establecidos por el MinTIC y la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC).

OBJETIVOS

General

Proteger los activos de información del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. mediante la implementación de controles técnicos, administrativos y legales que garanticen su confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad.

Específicos

- Implementar y mantener un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) conforme a la norma ISO 27001:2022.
- Prevenir y mitigar riesgos de pérdida, filtración o alteración de información institucional o de usuarios.
- Garantizar la privacidad y protección de los datos personales, en especial los contenidos en las historias clínicas.
- Promover la cultura de seguridad digital entre servidores, contratistas y terceros.
- Establecer roles y responsabilidades claras para la gestión y protección de la información.
- Asegurar la continuidad tecnológica mediante planes de respaldo, recuperación y contingencia.
- Articular el SGSI con las políticas de Gobierno Digital (PL-O15) y Protección de Datos Personales (PL-O17).

3. ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital que generen, administren o gestionen información en medios físicos o digitales.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios que accedan, procesen o custodien información institucional.
- Pacientes, usuarios, proveedores, entes de control y comunidad, como titulares de la información que administra el hospital.
- Sistemas de información, bases de datos, infraestructura tecnológica y archivos físicos del hospital.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Seguridad de la información: preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos institucionales.
- Confidencialidad: acceso restringido a la información solo a personas autorizadas.
- Integridad: garantía de que la información no ha sido modificada sin autorización.
- Disponibilidad: acceso oportuno y continuo a la información cuando se requiere.
- Ciberseguridad: conjunto de acciones preventivas y reactivas para proteger los sistemas informáticos.
- Activo de información: todo recurso que contiene datos institucionales o personales (equipos, bases de datos, documentos).
- Incidente de seguridad: evento que compromete o puede comprometer la confidencialidad, integridad o disponibilidad de la información.
- Riesgo informático: probabilidad de que una amenaza explote una vulnerabilidad generando impacto negativo.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 15, 20 y 74 – derecho a la intimidad, habeas data y acceso a documentos públicos).
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 56 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Ley 1266 de 2008 – Habeas Data financiero.
- Ley 1273 de 2009 – Delitos informáticos y protección de la información y de los datos.
- Ley 1581 de 2012 – Protección de datos personales.
- Decreto 1377 de 2013 – Reglamenta la Ley 1581 de 2012.
- Decreto 1081 de 2015 – Políticas de seguridad de la información en entidades públicas.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG, incorpora Gobierno Digital y seguridad de la información.
- Decreto 1008 de 2018 – Política de Gobierno Digital.
- Resolución 1995 de 1999 – Historia clínica como documento obligatorio, reservado y de manejo confidencial.
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud (confidencialidad y seguridad de la información).
- Lineamientos del MinTIC y de la Superintendencia de Industria y Comercio en materia de datos personales.
- Normas internacionales referenciales: ISO/IEC 27001 (Seguridad de la información), ISO/IEC 27701 (Privacidad de la información), HIPAA (aplicable a protección de datos clínicos).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Confidencialidad: solo las personas autorizadas pueden acceder a la información.
2. Integridad: la información debe ser completa, exacta y confiable.
3. Disponibilidad: la información debe estar accesible para quienes la requieran en el momento adecuado.
4. Trazabilidad y responsabilidad: toda acción sobre los datos debe quedar registrada y ser verificable.
5. Legalidad: tratamiento de datos acorde con la ley y las excepciones autorizadas.
6. Prevención y control: medidas proactivas contra incidentes de seguridad informática y vulneraciones de datos.
7. Concientización: fomentar la cultura institucional de protección de la información.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar la implementación de la política.
- Área de Tecnología e Informática – Implementar controles de seguridad de la información.
- Área de Planeación y Calidad – Asegurar articulación con el MIPG y auditorías de información.
- Área de Talento Humano – Capacitar al personal en seguridad y privacidad de la información.
- Comité de Seguridad de la Información – Monitorear riesgos, incidentes y reportes.
- Todos los servidores y contratistas – Cumplir protocolos de seguridad y confidencialidad.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) basado en ISO/IEC 27001.
- Políticas de control de accesos, contraseñas seguras y perfiles de usuario en los sistemas.
- Protocolos de seguridad de la historia clínica según la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 3100 de 2019.
- Medidas de seguridad física y lógica para archivos físicos y digitales.
- Plan de continuidad y recuperación ante incidentes de seguridad informática.
- Campañas de sensibilización y capacitación en manejo responsable de la información.
- Integración con la Política de Gobierno Digital (PL-O15) y la Política de Tratamiento de Datos Personales – Habeas Data (PL-O17).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de incidentes de seguridad reportados, porcentaje de funcionarios capacitados, disponibilidad de sistemas críticos, cumplimiento de estándares de seguridad.
- Auditorías internas y externas en seguridad de la información.
- Reportes periódicos a la Gerencia y entes de control (MinTIC, SIC, Supersalud).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Gobierno Digital y Seguridad de la Información.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 57 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Tecnología e Informática / Comité de Seguridad de la Información.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando cambie la normativa del MinTIC o de la SIC.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1081 de 2015, el Decreto 1499 de 2017, el Decreto 1008 de 2018, la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 3100 de 2019, además de los lineamientos del MinTIC y la Superintendencia de Industria y Comercio.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 1273 de 2009, Ley 1581 de 2012 y Decreto 1008 de 2018; fortalecimiento del enfoque de confidencialidad, disponibilidad e integridad; inclusión de principios, definiciones y mecanismos de ciberseguridad institucional.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – HABEAS DATA (PL-017)

TÍTULO

Política Institucional de Tratamiento de Datos Personales (Habeas Data)

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Tratamiento de Datos Personales (Habeas Data) define los principios, responsabilidades y procedimientos que garantizan la protección, confidencialidad y manejo adecuado de los datos personales recolectados, almacenados, usados o transmitidos por el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Esta política regula el tratamiento de información tanto en medios físicos como digitales, aplicable a datos de pacientes, empleados, contratistas, proveedores y demás actores institucionales.

Busca asegurar el cumplimiento de la normativa sobre protección de datos personales y la aplicación del derecho fundamental al Habeas Data, mediante el respeto a la intimidad, la reserva y la seguridad de la información en el ámbito asistencial y administrativo.

JUSTIFICACIÓN

El hospital, como institución pública prestadora de servicios de salud, administra información sensible y confidencial de los usuarios y del personal institucional.

La Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 obligan a las entidades públicas a adoptar políticas claras y transparentes sobre el tratamiento de datos personales, especialmente los relativos a la salud. a protección de la información garantiza la confianza del paciente, previene vulneraciones de derechos y fortalece la transparencia institucional, en cumplimiento de los estándares del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) y del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

OBJETIVOS

General

Garantizar el tratamiento adecuado, seguro y legítimo de los datos personales en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., conforme a los principios de confidencialidad, legalidad, finalidad, libertad y veracidad, en protección del derecho fundamental al Habeas Data.

Específicos

- Proteger los datos personales y sensibles contenidos en historias clínicas, registros administrativos, financieros o de talento humano.
- Asegurar que la recolección, almacenamiento y uso de los datos se realicen con consentimiento previo, expreso e informado.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 58 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Prevenir el uso indebido, pérdida, alteración o divulgación no autorizada de la información.
- Fortalecer la cultura institucional de privacidad y protección de datos.
- Articular la gestión de datos personales con el SGSI (PL-O16) y el Gobierno Digital (PL-O15).
- Establecer procedimientos para el ejercicio de los derechos de los titulares (acceso, corrección, supresión, actualización y revocatoria).

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital que recolecten, usen o administren datos personales en medios físicos o electrónicos.
- Pacientes, usuarios, familiares, trabajadores, contratistas, proveedores y terceros, como titulares de la información.
- Sistemas de información, bases de datos, historia clínica, archivos administrativos, financieros y de talento humano.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios que realicen tratamiento de datos.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Dato personal: información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.
- Dato sensible: información que afecta la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación (por ejemplo, datos de salud).
- Titular: persona natural cuyos datos personales son objeto de tratamiento.
- Tratamiento: cualquier operación o conjunto de operaciones sobre datos personales (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión).
- Autorización: consentimiento previo, expreso e informado del titular para el tratamiento de sus datos.
- Responsable del tratamiento: persona natural o jurídica que decide sobre la base de datos y el tratamiento.
- Encargado del tratamiento: quien realiza el tratamiento por cuenta del responsable.
- Historia clínica: documento privado, obligatorio y sometido a reserva, que contiene información confidencial sobre la salud del paciente (Res. 1995 de 1999).

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 15 y 20 – derecho a la intimidad y habeas data).
- Ley 23 de 1981 – Normas en materia de ética médica (reserva de la historia clínica).
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos.
- Ley 1266 de 2008 – Habeas Data financiero.
- Ley 1273 de 2009 – Protección de la información y de los datos.
- Ley 1581 de 2012 – Régimen general de protección de datos personales.
- Decreto 1377 de 2013 – Reglamenta la Ley 1581 de 2012.
- Decreto 1081 de 2015 – Lineamientos de protección de datos en entidades públicas.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e incluye la dimensión de gestión de la información.
- Resolución 1995 de 1999 – Regulación de la historia clínica como documento reservado.
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud (confidencialidad y manejo de información del paciente).
- Lineamientos de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) en materia de habeas data.
- Estándares internacionales: Reglamento General de Protección de Datos – GDPR (referencial).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Legalidad: tratamiento conforme a la normativa vigente.
2. Finalidad: recolección de datos con propósitos claros, legítimos e informados al titular.
3. Libertad y consentimiento: tratamiento con autorización previa, expresa e informada.
4. Veracidad y calidad: los datos deben ser veraces, completos, actualizados y verificables.
5. Acceso y circulación restringida: acceso solo por personal autorizado, salvo mandato legal.
6. Seguridad: protección contra pérdida, alteración o acceso no autorizado.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 59 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

7. Confidencialidad: obligación permanente de reserva, incluso después de terminada la relación con el hospital.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar su cumplimiento.
- Área de Planeación y Sistemas de Información – Implementar controles técnicos y operativos.
- Área de Talento Humano – Custodia de los datos personales de empleados y contratistas.
- Archivo e Historia Clínica – Garantizar la confidencialidad de los registros asistenciales.
- Oficina de Control Interno – Supervisar el cumplimiento normativo y la trazabilidad del tratamiento de datos.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Creación y mantenimiento del Registro de Bases de Datos (RBD) conforme a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC).
- Implementación de procedimientos para recolección, almacenamiento y custodia de historias clínicas y datos administrativos.
- Uso obligatorio de formatos de consentimiento informado para pacientes, empleados y contratistas.
- Actualización de políticas y protocolos de privacidad en plataformas digitales y sistemas de información.
- Capacitación periódica del personal sobre manejo de datos personales y confidencialidad.
- Integración con el SGSI para mitigar riesgos de ciberseguridad o pérdida de datos.
- Atención de solicitudes, quejas y reclamos de los titulares conforme a los plazos legales.
- Publicación de la política en el sitio web institucional y archivo físico del hospital.
- Integración con la Política de Seguridad y Privacidad de la Información (PL-O16) y la Política de Gestión Documental (PL-O18).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de solicitudes de titulares atendidas, porcentaje de bases de datos registradas, incidentes de seguridad reportados.
- Reportes semestrales al Comité de Seguridad de la Información y a la Gerencia.
- Auditorías internas y externas sobre el cumplimiento del habeas data.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Gobierno Digital y Protección de Datos.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Seguridad de la Información y Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determine la SIC o el MinTIC.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada principalmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, el Decreto 1081 de 2015, la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 3100 de 2019 y las directrices de la Superintendencia de Industria y Comercio.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y Ley 1751 de 2015; fortalecimiento de principios, mecanismos de implementación, definiciones y articulación con SGSI y Gobierno Digital.

POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (PL-O18)

TÍTULO

Política Institucional de Gestión Documental (PGD, TRD Y TVD)

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 60 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gestión Documental define los lineamientos, principios y responsabilidades que garantizan la adecuada administración, organización, conservación y disposición final de los documentos producidos o recibidos por el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Su propósito es asegurar la integridad, autenticidad, disponibilidad y trazabilidad de la información institucional a lo largo de su ciclo vital, mediante la aplicación del Programa de Gestión Documental (PGD), las Tablas de Retención Documental (TRD) y las Tablas de Valoración Documental (TVD).

Esta política constituye un eje transversal de la transparencia, la eficiencia administrativa y la memoria institucional, en cumplimiento de la normatividad del Archivo General de la Nación y del componente de Gestión Documental del MIPG.

JUSTIFICACIÓN

La gestión documental es una función estratégica que permite garantizar el acceso oportuno a la información, soportar la toma de decisiones y preservar el patrimonio documental del hospital.

De acuerdo con la Ley 594 de 2000 y el Decreto 2609 de 2012, todas las entidades públicas deben implementar políticas y programas de gestión documental que regulen la producción, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final de los documentos.

La adecuada gestión documental asegura la transparencia, la rendición de cuentas, el control interno y la interoperabilidad con otros sistemas de información institucionales, fortaleciendo la cultura archivística y la preservación digital a largo plazo.

OBJETIVOS

General

Establecer lineamientos de gestión integral y eficiente de los documentos institucionales durante todo su ciclo de vida, en cumplimiento de la normatividad archivística nacional y los principios de transparencia, acceso a la información y memoria institucional.

Específicos

- Implementar y mantener actualizado el Programa de Gestión Documental (PGD) del hospital.
- Aplicar las Tablas de Retención Documental (TRD) y las Tablas de Valoración Documental (TVD) aprobadas por el Archivo General de la Nación y la instancia directiva hospitalaria.
- Asegurar la organización, conservación y disposición final adecuada de los documentos físicos y electrónicos.
- Promover la digitalización y preservación de los documentos en el marco del Gobierno Digital.
- Garantizar la disponibilidad y autenticidad de la información institucional para los procesos internos y externos.
- Capacitar al personal en gestión documental y responsabilidad archivística.
- Articular el sistema archivístico con el SGSI (PL-O16) y los procesos de transparencia y control interno.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital que produzcan, reciban o administren documentos en cualquier soporte (físico, digital, audiovisual o electrónico).
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios que participen en la gestión documental.
- Sistemas de información, bases de datos y archivos físicos e históricos del hospital.
- Usuarios, entes de control y comunidad en general, como destinatarios de la información organizada.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Gestión documental: conjunto de actividades administrativas y técnicas orientadas al manejo integral de los documentos durante su ciclo vital.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 61 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Programa de Gestión Documental (PGD): instrumento que orienta las acciones para la creación, organización, uso y conservación de los documentos institucionales.
- Tabla de Retención Documental (TRD): instrumento que establece los tiempos de conservación y disposición final de los documentos.
- Tabla de Valoración Documental (TVD): herramienta que determina el valor primario y secundario de los documentos para decidir su conservación o eliminación.
- Archivo de gestión: conjunto de documentos en trámite o de consulta administrativa frecuente.
- Archivo central: unidad responsable de conservar documentos que ya no son de trámite pero tienen valor administrativo o legal.
- Archivo histórico: conjunto de documentos con valor permanente para la memoria institucional.
- Preservación digital: conjunto de procesos y tecnologías que garantizan la accesibilidad a los documentos electrónicos a largo plazo.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (art. 74 – derecho de acceso a documentos públicos).
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único.
- Ley 1755 de 2015 – Derecho de petición y acceso a la información.
- Decreto 2609 de 2012 – Reglamenta la gestión documental en entidades públicas.
- Decreto 1080 de 2015 – Sector Cultura (integración de normas archivísticas).
- Decreto 1081 de 2015 – Políticas de gestión de la información en entidades públicas.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e incluye la dimensión de gestión documental.
- Acuerdo 060 de 2001 – Archivo General de la Nación (AGN), tablas de retención documental.
- Acuerdo 042 de 2002 – Organización de archivos en entidades públicas.
- Directrices del Archivo General de la Nación (AGN) y del DAFP.
- Normas internacionales referenciales: ISO 15489 (gestión documental)

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. **Autenticidad:** garantía de que los documentos son originales e íntegros.
2. **Confiabilidad:** los documentos deben reflejar información veraz y verificable.
3. **Integridad:** los documentos no deben ser alterados ni manipulados indebidamente.
4. **Disponibilidad:** los documentos deben estar accesibles en los tiempos requeridos.
5. **Transparencia:** la gestión documental respalda la rendición de cuentas y el control social.
6. **Eficiencia:** la organización documental optimiza los recursos administrativos y tecnológicos.
7. **Accesibilidad:** asegurar el acceso a la información en condiciones de igualdad y oportunidad.
8. **Conservación y preservación:** salvaguardar los documentos esenciales de valor histórico, científico, legal o administrativo.
9. **Seguridad de la información:** proteger documentos frente a pérdidas, alteraciones o accesos indebidos.
10. **Innovación tecnológica:** fomentar la digitalización y automatización de procesos.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para la política.
- Oficina de Planeación y Gestión Documental – Coordinar la implementación y actualización.
- Archivo Central y Archivo de Gestión – Administrar documentos en las fases activa e inactiva, Verificando el cumplimiento técnico y proponiendo mejoras.
- Todos los jefes de proceso y coordinadores de área – Cumplir con la organización y archivo de la documentación de su área.
- Área de Tecnología e Informática – Apoyar la digitalización y preservación digital.
- Oficina de Control Interno – Realizar seguimiento al cumplimiento de la política y normativa archivística.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 62 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Adopción e implementación del Programa de Gestión Documental (PGD).
- Diseño y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) y Tablas de Valoración Documental (TVD).
- Clasificación y codificación documental conforme al mapa de procesos institucional.
- Implementación del Sistema Integrado de Conservación (SIC) para documentos físicos y electrónicos.
- Digitalización progresiva de los documentos de gestión y archivo histórico.
- Cumplimiento de los lineamientos del Archivo General de la Nación y el DAFP.
- Articulación con las políticas de Transparencia (PL-O11), Gobierno Digital (PL-O15) y Habeas Data (PL-O17).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de series documentales organizadas, cumplimiento de TRD, porcentaje de digitalización, auditorías de archivo superadas.
- Auditorías internas de gestión documental y externas del AGN y entes de control.
- Reportes anuales al Comité de Gestión y Desempeño, Gerencia y Junta Directiva.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión de Gestión de la Información y Documentación.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Oficina de Planeación y Gestión Documental.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emitan nuevas disposiciones del AGN o del DAFP.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada principalmente en la Ley 594 de 2000, el Decreto 2609 de 2012, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG), el Acuerdo 060 de 2001 del AGN y demás lineamientos del Archivo General de la Nación.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 594 de 2000, Decreto 2609 de 2012 y Acuerdos AGN 004/2013 y 03/2015; inclusión de definiciones, principios y mecanismos de implementación; articulación con MIPG, SGSI y Gobierno Digital.

POLÍTICA DE CONTROL INTERNO Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS MECI-MIGP (PL-019)

TÍTULO

Política Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos MECI-MIPG

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. define los lineamientos, principios y responsabilidades que garantizan el diseño, implementación, mantenimiento y evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) y del Sistema de Administración de Riesgos Institucional (SARI).

Su objetivo es asegurar la eficacia, eficiencia, transparencia y legalidad en la gestión pública, mediante la identificación, evaluación, control y seguimiento de los riesgos estratégicos, operativos, financieros, tecnológicos, asistenciales, ambientales y de corrupción.

Esta política incorpora el SARO (Sistema de Administración del Riesgo Operativo) como componente transversal, y se articula con el MECI, el MIPG, el PAAC (PL-O14), el SARLAFT/FPADM (PL-O24) y los comités institucionales de Control Interno, Gestión y Desempeño, y .

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 63 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

JUSTIFICACIÓN

El control interno y la gestión del riesgo son pilares esenciales de la gobernabilidad, la integridad institucional y la mejora continua en las entidades públicas.

De acuerdo con la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, todas las entidades deben implementar un sistema integral de control que asegure la coordinación, evaluación y fortalecimiento de los procesos institucionales.

El SARO permite identificar, analizar y controlar los riesgos que afectan la operatividad institucional, mientras que la articulación con PAAC y SARLAFT garantiza la trazabilidad en la prevención del fraude, el lavado de activos y la corrupción.

Esta política fortalece la capacidad de autocontrol, autorregulación y autogestión de la entidad, consolidando una cultura de responsabilidad y transparencia.

OBJETIVOS

General

Fortalecer el Sistema de Control Interno y la Administración de Riesgos Institucional del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., mediante la implementación del MECI, el MIPG y el SARO, promoviendo una cultura de control, integridad y gestión basada en riesgos.

Específicos

- Garantizar la eficacia y sostenibilidad del Sistema de Control Interno (SCI).
- Implementar el SARO para la identificación, valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos operativos.
- Alinear la gestión del riesgo institucional con el PAAC, el SARLAFT/FPADM y los planes estratégicos.
- Fomentar la cultura de autocontrol, autorregulación y mejora continua.
- Establecer metodologías uniformes para la evaluación y control de riesgos en todos los procesos.
- Incorporar indicadores de gestión y reportes de control a los tableros institucionales.
- Promover la transparencia, integridad y cumplimiento normativo en todos los niveles organizacionales.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Directivos, servidores públicos, contratistas y practicantes, responsables de la gestión de riesgos y control interno.
- Comité de Coordinación de Control Interno y Comité de Gestión y Desempeño, como instancias de seguimiento.
- Entes de control externos (Contraloría, Procuraduría, Supersalud) y comunidad, como receptores de información de riesgos y controles.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Control interno: conjunto de acciones, normas, procedimientos y estructuras que buscan garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la eficiencia operativa y la transparencia.
- Riesgo institucional: posibilidad de que un evento afecte negativamente el logro de los objetivos del hospital.
- SARO (Sistema de Administración del Riesgo Operativo): herramienta que permite identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos operativos derivados de procesos, sistemas, personas o eventos externos.
- MECI: modelo normativo que integra control interno con la gestión institucional.
- MIPG: marco de referencia para la gestión pública orientada a resultados.
- Riesgo operativo: posibilidad de pérdida o impacto negativo derivado de fallas humanas, tecnológicas, procesales o externas.
- Mapa de riesgos institucional: instrumento que consolida los riesgos identificados, controles asociados y responsables.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 64 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Autocontrol: capacidad del servidor público para asumir la responsabilidad de su función y verificar su propio desempeño.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 209 y 269 – principios de la función administrativa y control interno).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno en entidades del Estado.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1757 de 2015 – Participación ciudadana y control social.
- Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario.
- Decreto 648 de 2017 – Fortalecimiento del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e integra MECI.
- Decreto 1537 de 2001 – Responsabilidades de los jefes de control interno.
- Decreto 1599 de 2005 – Adopción del MECI en entidades públicas.
- Directrices del DAFP y la Contraloría General de la República.
- Normas internacionales de referencia: COSO ERM (gestión de riesgos), ISO 31000 (gestión de riesgos).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Responsabilidad compartida: el control interno es responsabilidad de todos los servidores.
2. Autonomía técnica: independencia del control interno frente a la gestión operativa.
3. Gestión del riesgo: identificar, valorar, tratar y monitorear riesgos institucionales.
4. Rendición de cuentas: responder ante la ciudadanía y entes de control sobre la gestión de riesgos y resultados.
5. Integridad: el control interno debe garantizar la transparencia y el cumplimiento ético.
6. Autocontrol: responsabilidad individual en la ejecución y supervisión de las funciones.
7. Prevención: gestión anticipada de riesgos para evitar materialización de eventos adversos.
8. Eficiencia: uso racional de los recursos en la ejecución del control.
9. Mejora continua: aprendizaje institucional a partir de hallazgos y evaluaciones.
10. Articulación: integración efectiva entre control interno, MIPG y gestión del riesgo.
11. Transparencia: rendición de cuentas y trazabilidad en las acciones de control.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar los recursos necesarios.
- Jefe de Control Interno – Coordinar el MECI, supervisar la gestión del riesgo y emitir informes de control.
- Comité de Coordinación de Control Interno – Validar la implementación de acciones de control y mitigación de riesgos.
- Oficina de Planeación – Articular la gestión de riesgos con el MIPG y el plan estratégico institucional.
- Jefes de proceso y coordinadores de área – Identificar y administrar riesgos en sus dependencias.
- Coordinadores de Proceso – Identificar y reportar riesgos asociados a sus actividades.
- Servidores públicos y contratistas – Aplicar los controles establecidos y promover el autocontrol.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Adopción del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) integrado al MIPG.
- Diseño y aplicación de la Política de Administración de Riesgos institucional.
- Elaboración, adopción y uso de mapas de riesgos estratégicos, operativos, de corrupción, financieros, de TI, de talento humano y de seguridad del paciente.
- Ejecución de planes de tratamiento de riesgos con responsables y cronogramas.
- Implementación del Plan Anual de Auditorías Internas.
- Fortalecimiento del Comité de Coordinación de Control Interno.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 65 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos institucionales y operativos mediante metodologías DAFP-MECI.
- Aplicación del SARO como subsistema especializado para riesgos operativos.
- Vinculación del control interno con el PAAC, el SICOF y la Política SARLAFT/FPADM.
- Seguimiento a los riesgos y controles por parte del Comité Institucional de Control Interno y Riesgos.
- Capacitación anual en gestión de riesgos, control interno y ética pública.
- Reportes trimestrales a la gerencia y al Comité de Gestión y Desempeño.
- Evaluación continua del SCI mediante auditorías internas y el FURAG.
- Articulación con las políticas de Anticorrupción (PAAC – PL-O14), Transparencia (PL-O11) y Gestión del Riesgo de Desastres (PL-O8).
- Promoción de una cultura organizacional de autocontrol, autogestión y autorregulación.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de riesgos identificados y gestionados, nivel de madurez del MECI, cumplimiento del plan de auditorías, hallazgos de entes de control subsanados.
- Reportes periódicos al Comité de Coordinación de Control Interno y a la Gerencia.
- Evaluación institucional en el FURAG – Dimensión Control Interno y Gestión del Riesgo.
- Auditorías internas y externas de control interno.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Jefe de Control Interno y Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando lo determinen nuevas disposiciones normativas del DAFP o entes de control.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 87 de 1993, el Decreto 1599 de 2005, el Decreto 648 de 2017, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG-MECI) y los lineamientos del DAFP y la Contraloría General de la República.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 87 de 1993, Decreto 648 de 2017 y Decreto 1499 de 2017; incorporación del SARO; fortalecimiento de la articulación con PAAC, SARLAFT/FPADM y Comité de Control Interno; inclusión de mecanismos de seguimiento y definiciones actualizadas.

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (PL-O20)

TÍTULO

Política Institucional de Gestión del Talento Humano

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gestión del Talento Humano define los principios, estrategias y responsabilidades orientadas a garantizar el desarrollo integral, el bienestar y la permanencia de un personal competente, comprometido y ético en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. Su propósito es consolidar una cultura institucional basada en el mérito, la igualdad de oportunidades, la integridad, la formación continua y la calidad en la prestación del servicio público en salud. Esta política se articula con los subsistemas de planeación, evaluación del desempeño, capacitación, bienestar, salud ocupacional, incentivos y desarrollo del clima organizacional, conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

JUSTIFICACIÓN

El talento humano constituye el principal activo institucional.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 66 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

En cumplimiento de la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1083 de 2015, las entidades públicas deben garantizar la gestión integral del recurso humano, con base en criterios de idoneidad, transparencia, mérito y bienestar.

En el sector salud, la calidad de la atención depende directamente de la competencia, motivación y estabilidad del personal. Esta política busca asegurar la planeación estratégica del talento humano, la retención del conocimiento institucional, y la formación permanente, promoviendo una gestión pública efectiva, participativa y ética.

OBJETIVOS

General

Implementar una gestión integral del talento humano orientada al desarrollo de las capacidades, el bienestar, la integridad y el compromiso institucional, en armonía con los principios del servicio público y los objetivos del hospital.

Específicos

- Planificar el talento humano conforme a las necesidades institucionales y los planes estratégicos.
- Promover la meritocracia, la equidad y la transparencia en los procesos de selección, vinculación y desarrollo.
- Fortalecer el bienestar, la salud ocupacional y el clima laboral.
- Implementar programas de capacitación, inducción y reinducción que garanticen la competencia técnica y ética.
- Aplicar sistemas de evaluación del desempeño orientados al mejoramiento continuo.
- Fomentar el liderazgo, la innovación y la gestión del conocimiento organizacional.
- Garantizar la igualdad de género, la inclusión y la no discriminación.
- Alinear la gestión del talento humano con el MIPG, el SG-SST y las políticas de Integridad y Ética Pública.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar la ejecución de la política.
- Área de Talento Humano – Coordinar los procesos de planeación, formación, bienestar, evaluación y retiro.
- Jefes de área y coordinadores – Implementar estrategias de desarrollo y monitorear desempeño.
- Comité de Convivencia Laboral – Promover ambientes sanos y gestionar conflictos.
- Comité de Bienestar y Clima Organizacional – Ejecutar programas de bienestar integral.
- Oficina de Control Interno – Vigilar cumplimiento de la política y normatividad aplicable.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los servidores públicos, contratistas, estudiantes en práctica y voluntarios de la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Procesos estratégicos, misionales y de apoyo, en especial los relacionados con talento humano, bienestar laboral, capacitación y evaluación del desempeño.
- Comités institucionales (Comité de Convivencia Laboral, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, Comité de Ética y Buen Gobierno).

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Talento humano: conjunto de personas que integran la institución y contribuyen al cumplimiento de su misión.
- Gestión del talento humano: conjunto de procesos interrelacionados para atraer, desarrollar, mantener y motivar a los empleados.
- Competencias laborales: combinación de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para el desempeño efectivo.
- Bienestar laboral: conjunto de acciones orientadas a mejorar las condiciones laborales, físicas y emocionales del personal.
- Evaluación del desempeño: proceso sistemático para medir los resultados y comportamientos del personal.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDF5-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 67 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Gestión del conocimiento: mecanismos para conservar y transferir el saber institucional.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 25, 53 y 54 – derecho al trabajo, dignidad y capacitación).
- Ley 909 de 2004 – Empleo público y carrera administrativa.
- Ley 1010 de 2006 – Prevención del acoso laboral.
- Ley 1562 de 2012 – Riesgos laborales.
- Ley 1753 de 2015 – Plan Nacional de Desarrollo (gestión del talento humano en salud).
- Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo (fortalecimiento del recurso humano en salud).
- Decreto 1083 de 2015 – Régimen del empleo público.
- Decreto 1072 de 2015 – Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG, incluye la dimensión de gestión del talento humano.
- Resolución 0312 de 2019 – Estándares mínimos del SG-SST.
- Resolución 3100 de 2019 – Habilitación en salud (gestión del recurso humano).
- Lineamientos de la Función Pública (DAFP) y del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Convenios de la OIT sobre trabajo decente, igualdad de género y no discriminación.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Respeto a la dignidad humana: reconocimiento del talento humano como eje fundamental del hospital.
2. Meritocracia y transparencia: procesos de selección, vinculación y ascenso justos y objetivos.
3. Bienestar, seguridad y salud laboral: garantizar ambientes de trabajo, seguros y saludables.
4. Desarrollo de competencias: capacitación y formación continua.
5. Inclusión y equidad: promover igualdad de género y no discriminación.
6. Evaluación del desempeño: como herramienta de mejora y no de sanción.
7. Corresponsabilidad: compromiso de todos los trabajadores con el cumplimiento de la misión institucional.
8. Igualdad de oportunidades: sin discriminación de género, edad, etnia, discapacidad o creencias.
9. Integridad y ética pública: coherencia entre los valores institucionales y la conducta del servidor.
10. Innovación y mejora: aprendizaje organizacional y gestión del conocimiento.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar su cumplimiento.
- Área de Talento Humano – Implementar y hacer seguimiento a la política.
- Jefes de proceso y coordinadores de área – Garantizar la aplicación en sus dependencias.
- Comités institucionales – Apoyar las acciones de bienestar, convivencia, ética y seguridad.
- Todos los servidores y contratistas – Cumplir con los lineamientos y participar en los programas.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Actualización y ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano conforme al MIPG.
- Aplicación de los programas de Bienestar Social Laboral, Formación y Capacitación y Evaluación del Desempeño.
- Planeación del recurso humano a través del Plan Institucional de Talento Humano.
- Procesos de selección, inducción, reinducción y capacitación continua.
- Implementación de programas de bienestar laboral y clima organizacional.
- Aplicación de protocolos de prevención de riesgos laborales y acoso laboral.
- Evaluación anual del desempeño de los servidores públicos.
- Promoción de la inteligencia emocional, liderazgo y trabajo en equipo.
- Evaluación anual del desempeño institucional en el FURAG – Dimensión Talento Humano.
- Articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la medición de indicadores.
- Monitoreo del cumplimiento de compromisos laborales y acciones de mejora derivadas de las evaluaciones.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 68 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Articulación con las políticas de Bienestar Laboral (R1), SG-SST (PL-O6), Prevención de Acoso Laboral (PL-O7) y Equidad de Género (R4). y los comités institucionales de Convivencia Laboral y Clima Organizacional.
- Seguimiento y auditoría por parte de Control Interno a los procesos de vinculación, capacitación y bienestar.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de capacitaciones realizadas, nivel de satisfacción del personal, índice de rotación, cumplimiento del Plan de Capacitación y Bienestar.
- Reportes periódicos del área de Talento Humano al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Talento Humano.
- Auditorías internas y externas (Función Pública, MinSalud, antes de control).

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Talento Humano y Comité de Convivencia Laboral.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determine nueva normativa del DAFP o MinSalud.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada en la Ley 909 de 2004, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG), la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 0312 de 2019, en articulación con los lineamientos del DAFP, el MinSalud y la OIT.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 909 de 2004, Decreto 1083 de 2015 y Decreto 1499 de 2017; fortalecimiento de los componentes de bienestar, formación, evaluación del desempeño y gestión del conocimiento; articulación con SG-SST, MIPG e Integridad.

POLÍTICA DE CONTRATACIÓN Y COMPRAS (PL-O21)

TÍTULO

Política Institucional de Contratación y Compras

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Contratación y Compras define los lineamientos y criterios para la planeación, ejecución, seguimiento y control de los procesos contractuales del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando la eficiencia, legalidad, transparencia, economía y selección objetiva.

Busca asegurar que los bienes, obras y servicios contratados cumplan con los principios de la función administrativa (artículo 209 de la Constitución Política), fomentando la participación plural de oferentes y la trazabilidad de las actuaciones a través del SECOP II.

Esta política consolida la gestión contractual como un proceso articulado con la planeación institucional, el control interno, la gestión financiera y las estrategias anticorrupción del PAAC.

JUSTIFICACIÓN

La contratación pública constituye uno de los principales medios para el cumplimiento de los fines estatales y el desarrollo institucional.

En cumplimiento de la Ley 80 de 1993, el hospital debe garantizar que todas sus actuaciones contractuales se rijan por los principios de planeación, economía, transparencia y responsabilidad, evitando riesgos de corrupción y favoreciendo la eficiencia del gasto público.

Asimismo, la contratación pública debe integrarse con el Sistema de Control Interno (MECI-MIPG) y el SICOF, asegurando la trazabilidad de los riesgos operativos, financieros y éticos en cada etapa del proceso.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 69 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

Esta política busca fortalecer la gobernanza contractual, optimizar el uso de los recursos públicos y garantizar la satisfacción de las necesidades institucionales con criterios de calidad y oportunidad.

OBJETIVOS

General

Asegurar que los procesos de contratación y compras del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. se desarrollen conforme a los principios de legalidad, planeación, transparencia, economía, selección objetiva y responsabilidad, garantizando la correcta administración de los recursos públicos.

Específicos

- Implementar prácticas de planeación contractual basadas en la identificación clara de necesidades y disponibilidad presupuestal.
- Fortalecer la transparencia y trazabilidad de los procesos contractuales a través del SECOP II.
- Promover la competencia y participación plural de oferentes.
- Articular la gestión contractual con el PAAC, el SICOF y el Sistema de Control Interno.
- Prevenir riesgos de corrupción, colusión o fraude en los procesos de contratación.
- Garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia de los bienes y servicios contratados.
- Establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y control sobre la ejecución contractual.
- Cumplir los lineamientos de la Política Nacional de Compras y Contratación Pública (CONPES 4093 de 2022).

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos contractuales y de adquisiciones realizados por el Hospital Departamental Felipe Suárez.
- Servidores públicos, contratistas y proveedores que intervengan en procesos de compras y contratación.
- Áreas asistenciales, administrativas y de apoyo, que generen necesidades de adquisición de bienes y servicios.
- Plataformas y sistemas oficiales de contratación pública (SECOP I y II, SIRECI, Tienda Virtual Colombia Compra Eficiente).

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Contratación pública: conjunto de procedimientos mediante los cuales una entidad estatal adquiere bienes, obras o servicios para el cumplimiento de su función.
- Compras públicas: adquisiciones menores o recurrentes orientadas al sostenimiento operativo de la entidad.
- Planeación contractual: fase inicial del proceso que determina la necesidad, la fuente de financiación y la modalidad de selección.
- SECOP II: plataforma electrónica oficial del Estado colombiano para la gestión contractual pública.
- Proponente: persona natural o jurídica que participa en un proceso de selección.
- Contrato estatal: acuerdo de voluntades que genera obligaciones recíprocas entre la entidad y el contratista.
- Riesgo contractual: posibilidad de incumplimientos, sobre costos o deficiencias derivadas del proceso o la ejecución contractual.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 209 y 267 – principios de la función administrativa y control fiscal).
- Ley 80 de 1993 – Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- Ley 1150 de 2007 – Modifica la Ley 80 de 1993 (principios de transparencia y selección objetiva).
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario.
- Decreto 1082 de 2015 – Reglamentario del Estatuto de Contratación.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 70 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Decreto 092 de 2017 – Régimen de contratación con entidades sin ánimo de lucro.
- Decreto 1081 de 2015 – Transparencia en contratación pública.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG (incluye compras y contratación pública).
- Circular Externa 100-10 de 2021 (DAFP) – Lineamientos para la transparencia en la gestión contractual.
- Política Nacional de Compras y Contratación Pública (CONPES 4093 de 2022).
- Lineamientos de la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.
- Normas internacionales de referencia: Principios de la OCDE sobre compras públicas.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Transparencia y publicidad: garantizar procesos abiertos, con información disponible al público.
2. Planeación contractual: identificar y programar las necesidades institucionales con oportunidad.
3. Selección objetiva: contratar con base en criterios de mérito, calidad y capacidad técnica.
4. Responsabilidad contractual: garantizar cumplimiento de obligaciones de las partes.
5. Participación y competencia: fomentar la pluralidad de oferentes.
6. Integridad y anticorrupción: prevenir conflictos de interés y actos irregulares.
7. Sostenibilidad: priorizar compras responsables con criterios ambientales y sociales.
8. Economía: optimización de los recursos, evitando trámites y costos innecesarios.
9. Eficiencia: garantía de resultados y cumplimiento de los fines institucionales.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y velar por su cumplimiento.
- Área de Contratación / Jurídica – Coordinar y ejecutar procesos contractuales.
- Área Financiera y Presupuestal – Validar disponibilidad presupuestal y registros de compromisos (CDP/CRP).
Área de Compras y Suministros – Gestionar adquisiciones conforme a la planeación institucional.
- Oficina de Planeación – Articular la planeación contractual con el plan estratégico y operativo.
- Oficina de Control Interno – Verificar el cumplimiento de los principios de transparencia y eficiencia.
- Comité de Contratación – Evaluar los procesos y emitir recomendaciones técnicas.
- Jefes de área y coordinadores – Identificar necesidades y soportar técnicamente los procesos.
- Todos los servidores y contratistas – Cumplir principios y lineamientos de la contratación pública.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones (PAA).
- Publicación de procesos contractuales en el SECOP I y II.
- Uso de la Tienda Virtual del Estado cuando sea aplicable.
- Establecimiento de matrices de riesgos contractuales y mecanismos de mitigación.
- Supervisión y seguimiento permanente a contratos mediante informes técnicos y financieros.
- Integración con la Política Anticorrupción (PAAC – PL-O14) y la Política de Control Interno (PL-O19).
- Inclusión de criterios de compras sostenibles (ambientales, sociales y éticos).
- Aplicación de matrices de riesgos contractuales, en articulación con el SICOF y el SARO.
- Implementación de manuales y procedimientos internos de contratación y compras.
- Capacitación continua, del personal en normatividad contractual y ética pública.
- Articulación de la gestión contractual con los comités de Control Interno, Gestión y Desempeño y Sostenibilidad Financiera.
- Seguimiento a través del FURAG – Política de Contratación y Compras Públicas.
- Publicación de resultados e informes de contratación en el portal de transparencia institucional.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: porcentaje de ejecución del PAA, número de procesos publicados en SECOP, cumplimiento de plazos contractuales, nivel de participación de oferentes.
- Reportes semestrales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 71 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Evaluación en el FURAG – Dimensión Contratación y Compras Públicas.
- Auditorías internas y externas (Contraloría, Procuraduría, Colombia Compra Eficiente).

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Contratación / Oficina Jurídica.
- Periodicidad de actualización: Cada año o cuando lo exijan cambios normativos.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada principalmente en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y los lineamientos de Colombia Compra Eficiente.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015; inclusión de la trazabilidad mediante SECOP II; integración con PAAC, SICOF y Control Interno; fortalecimiento de los principios de planeación, transparencia y selección objetiva.

POLÍTICA CONTABLE (PL-022)

TÍTULO

Política Institucional de Contabilidad Pública

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Contabilidad Pública establece los lineamientos que garantizan la aplicación uniforme, transparente y oportuna de las normas contables emitidas por la Contaduría General de la Nación (CGN), asegurando la razonabilidad, integridad y confiabilidad de la información financiera del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Su propósito es generar información útil para la toma de decisiones, la rendición de cuentas y la transparencia fiscal, a través de un Sistema Contable Institucional (SCI) que cumpla los requerimientos del Marco Normativo para Entidades de Gobierno (Resolución 533 de 2015).

Esta política es de cumplimiento obligatorio y sirve de marco para el Manual de Políticas Contables, documento técnico que detalla los procedimientos, principios, criterios y métodos aplicados en el registro contable institucional.

JUSTIFICACIÓN

La contabilidad pública es una herramienta esencial para garantizar la rendición de cuentas, la gestión transparente de los recursos y el cumplimiento de los fines institucionales.

De acuerdo con la Ley 298 de 1996 y las resoluciones de la CGN, toda entidad pública debe implementar un sistema contable que refleje la realidad económica y financiera de sus operaciones, conforme a los principios de la Norma Internacional de Contabilidad del Sector Público (NICSP).

En el ámbito hospitalario, la contabilidad pública permite controlar los ingresos, gastos, activos, pasivos y patrimonio, asegurando la sostenibilidad institucional y la trazabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.


Esta política unifica criterios, asegura la homogeneidad contable y fortalece la confiabilidad de la información ante los entes de control y la comunidad.

OBJETIVOS

General

Garantizar la aplicación del Régimen de Contabilidad Pública conforme al Marco Normativo para Entidades de Gobierno, promoviendo la transparencia, la razonabilidad de los estados financieros y la sostenibilidad institucional.

Específicos

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 72 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Implementar y mantener actualizado el Manual de Políticas Contables institucional conforme a la CGN.
- Asegurar la integridad, confiabilidad y oportunidad de la información contable.
- Garantizar la armonización entre la contabilidad financiera, presupuestal y de costos.
- Fortalecer los controles internos sobre los registros contables y financieros.
- Facilitar la elaboración de informes financieros y estados contables requeridos por la CGN, Supersalud y organismos de control.
- Promover la rendición de cuentas y la transparencia en el manejo de los recursos públicos.
- Articular la contabilidad pública con la gestión presupuestal, financiera y de sostenibilidad (PL-O23).

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo que generen transacciones financieras, económicas y patrimoniales.
- Áreas de Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Facturación y Cartera del hospital.
- Servidores públicos, contratistas y revisores fiscales responsables de la información contable.
- Usuarios internos y externos de la información: alta dirección, entes de control, comunidad y proveedores.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Contabilidad pública: sistema que permite reconocer, medir, registrar y revelar las operaciones financieras de una entidad pública.
- Régimen de Contabilidad Pública: conjunto de normas y procedimientos definidos por la CGN.
- Marco Normativo para Entidades de Gobierno: referencia técnica emitida por la CGN para el registro contable bajo estándares internacionales (NICSP).
- Manual de Políticas Contables: documento que contiene las políticas, criterios y procedimientos contables aplicados en la entidad.
- Estado financiero: informe que presenta la situación económica y resultados del hospital.
- Razonabilidad contable: grado en que los estados financieros representan fielmente la realidad económica.
- Control contable: mecanismos para garantizar la confiabilidad, veracidad y oportunidad de los registros.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 209 y 267 – principios de la función administrativa y control fiscal).
- Ley 298 de 1996 – Crea la Contaduría General de la Nación (CGN).
- Ley 43 de 1990 – Normas de ética del contador público.
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 1314 de 2009 – Principios y normas de contabilidad e información financiera; Convergencia hacia Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Decreto 2420 de 2015 – Régimen de Normas de Información Financiera, de Aseguramiento de la Información y de Contabilidad para entidades públicas y privadas.
- Decreto 2649 de 1993 – Principios de contabilidad generalmente aceptados (aplicable en lo no derogado).
- Decreto 2784 de 2012 – NIIF para el sector privado y público.
- Decreto 1151 de 2016 – Implementación de NIIF para entidades del Estado.
- Resolución 533 de 2015 (CGN) – Adopta el Marco Normativo para Entidades de Gobierno.
- Resolución 356 de 2017 (CGN) – Manual de Políticas Contables.
- Resolución 037 de 2017 (CGN) – Procedimientos Contables del Marco Normativo.
- Resolución 743 de 2013 (CGN) – Políticas y lineamientos para la elaboración y presentación de estados financieros.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 73 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Decreto 111 de 1996 – Estatuto Orgánico del Presupuesto.
- Decreto 115 de 1996 – Normas sobre ejecución y control presupuestal en el sector público.
- Decreto 1499 de 2017 – MIPG – Componente de Gestión Financiera y Contable.
- Resolución 414 de 2014 – Régimen de contabilidad pública (Contaduría General de la Nación).
- Normas y lineamientos de la Contaduría General de la Nación (CGN) y la Contraloría General de la República.
- Normas internacionales de referencia: NIIF, IPSAS (International Public Sector Accounting Standards).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Transparencia y confiabilidad: la información contable debe ser clara, verificable y útil para la toma de decisiones.
2. Uniformidad: aplicación de criterios contables homogéneos en todos los procesos.
3. Cumplimiento normativo: alineación con el Régimen de Contabilidad Pública y las NIIF.
4. Oportunidad y periodicidad: registro contable inmediato de las operaciones económicas.
5. Relevancia y materialidad: inclusión de hechos significativos para la gestión institucional.
6. Prudencia: reconocimiento de riesgos y provisiones que puedan afectar la situación financiera.
7. Legalidad: cumplimiento de las disposiciones contables y fiscales emitidas por la CGN.
8. Razonabilidad: presentación fiel y verificable de la situación financiera.
9. Integridad: inclusión de todas las operaciones económicas y financieras.
10. Mejora continua: actualización permanente de las prácticas contables conforme a cambios normativos.
11. Control y trazabilidad: garantía de registro, verificación y respaldo documental de cada transacción.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar su cumplimiento.
- Área Financiera y Contable – Implementar y custodiar el cumplimiento de las políticas contables.
- Comité de Sostenibilidad Financiera – Monitorear los riesgos financieros y su impacto contable.
- Tesorería y Presupuesto – Alinear registros y reportes con la política contable.
- Revisor Fiscal y Control Interno – Verificar la correcta aplicación de las normas contables.
- Área de Planeación – Alinear los registros contables con los planes estratégicos y presupuestales.
- Oficina de Control Interno – Vigilar la aplicación del Régimen de Contabilidad Pública y la razonabilidad de la información.
- Todos los jefes de proceso – Reportar hechos económicos y financieros de manera oportuna y completa.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Actualización y adoptar anual del Manual de Políticas Contables y revisión de su cumplimiento por el área financiera conforme al Régimen de Contabilidad Pública (CGN).
- Registro oportuno y controlado de todas las operaciones económicas en el sistema contable institucional.
- Evaluación periódica de la razonabilidad de los estados financieros.
- Ejecución de conciliaciones contables y presupuestales mensuales.
- Implementación de procedimientos de control interno para el registro y reporte contable.
- Publicación trimestral de los estados financieros institucionales.
- Coordinación permanente con la CGN y la Supersalud para la presentación de información.
- Articulación con el Comité de Sostenibilidad Financiera y la política de gestión de riesgos (PL-O19).
- Auditorías internas y externas anuales al Sistema Contable Institucional.
- Capacitación continua, al personal contable y financiero en normatividad vigente.
- Implementación de sistemas de información contable confiables e integrados.
- Articulación con el Plan de Compras (O21), el Presupuesto Anual y la Política Financiera y de Sostenibilidad (O23).

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 74 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Evaluación de riesgos contables y adopción de medidas correctivas.
- Generación periódica de estados financieros, informes contables y reportes a entes de control.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: cumplimiento en entrega de reportes contables, número de hallazgos en auditorías, nivel de implementación del Régimen de Contabilidad Pública.
- Auditorías internas y externas (Contraloría General de la República, CGN, revisor fiscal).
- Reportes semestrales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Gestión Financiera y Contable.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área Financiera y Contable / Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando la CGN emita nuevos lineamientos.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada principalmente en la Ley 1314 de 2009, el Decreto 2420 de 2015, el Decreto 1151 de 2016, la Resolución 414 de 2014 (CGN) y los lineamientos de la Contaduría General de la Nación.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Resoluciones 533/2015, 037/2017 y 356/2017 de la CGN; fortalecimiento del vínculo con el Manual de Políticas Contables y los principios de razonabilidad, trazabilidad y transparencia; articulación con PL-O23 y Control Interno.

POLÍTICA FINANCIERA Y DE SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL (PL-O23)

TÍTULO

Política Institucional Financiera y de Sostenibilidad

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional Financiera y de Sostenibilidad Institucional establece los lineamientos, principios y mecanismos que orientan la planeación, administración y control de los recursos económicos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., asegurando la sostenibilidad fiscal, la transparencia y la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Su propósito es fortalecer la estabilidad financiera de la entidad, mediante una gestión responsable del gasto, la optimización de ingresos, el control presupuestal y la implementación de los sistemas SARL (Riesgo de Liquidez) y SARC (Riesgo de Crédito o Contraparte).

Esta política se soporta en el funcionamiento del Comité de Sostenibilidad Financiera, como instancia técnica de seguimiento y toma de decisiones en materia económica, contable y presupuestal.

JUSTIFICACIÓN

La sostenibilidad financiera es un pilar fundamental para la viabilidad institucional y la garantía de la prestación continua y de calidad de los servicios de salud.

El hospital, como entidad pública del sector salud, debe cumplir con los principios de eficiencia, economía y responsabilidad fiscal establecidos en la Ley 819 de 2003 y los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, asegurando que sus ingresos, gastos y pasivos sean gestionados con equilibrio y trazabilidad.

El SARL permite administrar los riesgos derivados de la insuficiencia de liquidez para atender las obligaciones financieras, mientras que el SARC gestiona los riesgos por incumplimiento de las obligaciones de las entidades contratantes (EPS u otras).

Esta política promueve la gestión integral de los riesgos financieros, la planeación presupuestal sostenible y la implementación de buenas prácticas de gobierno financiero institucional.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 75 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

OBJETIVOS

General

Garantizar la sostenibilidad financiera del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. mediante la administración responsable, eficiente y transparente de los recursos, la gestión integral de los riesgos financieros (SARL y SARC) y la articulación con las políticas contables y de control interno.

Específicos

- Implementar un modelo de gestión financiera que asegure el equilibrio entre ingresos, gastos y obligaciones.
- Fortalecer la capacidad de planeación presupuestal, control del gasto y ejecución eficiente de los recursos.
- Aplicar el SARL para identificar, medir, monitorear y controlar los riesgos de liquidez.
- Implementar el SARC para mitigar el riesgo de crédito y cartera, en especial con EPS y entidades contratantes.
- Garantizar la evaluación periódica de los indicadores de sostenibilidad financiera definidos por la Supersalud.
- Articular las políticas financieras con la contabilidad pública (PL-O22), el control interno (PL-O19) y el PAAC (PL-O14).
- Asegurar la transparencia en la ejecución presupuestal y la rendición de cuentas financieras.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo que impliquen manejo de recursos financieros.
- Áreas de Planeación, Presupuesto, Tesorería, Cartera, Facturación, Contabilidad y Compras del hospital.
- Servidores públicos, contratistas y revisores fiscales responsables de la administración de recursos.
- Usuarios, comunidad, proveedores, aseguradores y entes de control, como actores vinculados al cumplimiento financiero.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Sostenibilidad financiera: capacidad institucional para cumplir de manera continua, con sus obligaciones financieras y prestar servicios sin comprometer la viabilidad futura.
- SARL: sistema de administración del riesgo de liquidez que busca garantizar la disponibilidad oportuna de recursos para cumplir obligaciones.
- SARC: sistema de administración del riesgo de crédito o contraparte que previene pérdidas por incumplimiento de deudores (por ejemplo, EPS).
- Riesgo financiero: posibilidad de que factores económicos o de gestión afecten la estabilidad económica de la entidad.
- Gestión presupuestal: proceso de programación, ejecución y control del presupuesto institucional.
- Gestión de cartera: conjunto de estrategias para asegurar el recaudo oportuno de los ingresos.
- Comité de Sostenibilidad Financiera: instancia colegiada encargada del seguimiento financiero y la gestión de riesgos SARL y SARC.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 209 y 267 – eficiencia administrativa y control fiscal).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 715 de 2001 – Competencias y recursos del sector salud.
- Ley 819 de 2003 – Responsabilidad fiscal y sostenibilidad presupuestal.
- Ley 1122 de 2007 – Organización del SGSSS.
- Ley 1438 de 2011 – Fortalecimiento del sistema de salud.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1608 de 2013 – Manejo de recursos del sector salud.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 76 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo (fortalecimiento de sostenibilidad financiera en salud).
- Decreto 111 de 1996 – Estatuto Orgánico del Presupuesto.
- Decreto 115 de 1996 – Ejecución presupuestal del sector público, Régimen de tesorería y contabilidad pública.
- Decreto 1082 de 2015 – Reglamentario de contratación estatal.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG, incluye gestión financiera y sostenibilidad Institucional.
- Resolución 414 de 2014 – Régimen de contabilidad pública (CGN).
- Circular Externa 009 de 2016 y Circular 20211700000005-5 de 2021 (Supersalud) – Sistemas de Administración del Riesgo Financiero (SARL y SARC).
- Resolución 3100 de 2019 (MinSalud) – Condiciones financieras para la habilitación.
- Guías de la Supersalud 2023 – Indicadores de sostenibilidad financiera y gestión hospitalaria
- Lineamientos de la Contaduría General de la Nación (CGN), Contraloría General de la República, Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud y Protección Social.
- Normas internacionales de referencia: NIIF y IPSAS (Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público)

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Equilibrio presupuestal: garantizar que ingresos y gastos mantengan sostenibilidad.
2. Planeación financiera: proyección de ingresos, gastos e inversiones en el corto, mediano y largo plazo.
3. Oportunidad: cumplimiento de obligaciones con empleados, proveedores, entes territoriales y nacionales.
4. Sostenibilidad: asegurar la continuidad de los servicios institucionales a través de una gestión financiera estable.
5. Responsabilidad fiscal: uso eficiente, legal y transparente de los recursos públicos.
6. Eficiencia: maximización del impacto institucional con el mínimo costo posible.
7. Planeación financiera: anticipación a las necesidades económicas institucionales.
8. Gestión del riesgo: identificación, medición y control de los riesgos financieros.
9. Transparencia: publicación y trazabilidad de la información financiera.
10. Rendición de cuentas: obligación de informar resultados y decisiones financieras.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar los recursos y el cumplimiento financiero.
- Área Financiera y Contable – Coordinar la ejecución financiera y presupuestal e implementar los sistemas SARL y SARC y coordinar el Comité de Sostenibilidad Financiera.
- Comité de Sostenibilidad Financiera – Analizar, monitorear y recomendar acciones sobre riesgos financieros.
- Área de Planeación – Alinear la sostenibilidad financiera con el plan estratégico y los proyectos institucionales.
- Tesorería y Cartera – Administrar flujos de caja, gestionar pagos, recaudos, recuperación de cartera y flujo de efectivo.
- Área de Presupuesto y Planeación – Formular, ejecutar y evaluar el presupuesto institucional.
- Oficina de Compras y Contratación – Alinear adquisiciones a la planeación financiera.
- Revisor Fiscal y Control Interno – Vigilar la correcta aplicación de las normas financieras, vigilando la aplicación de los principios de sostenibilidad y la trazabilidad de los recursos.
- Todos los jefes de proceso – Reportar información financiera derivada de sus actividades.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Elaboración, actualización ejecución y seguimiento del Plan Financiero Institucional y del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI).

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 77 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Funcionamiento periódico del Comité de Sostenibilidad Financiera, con actas de seguimiento y análisis de indicadores.
- Implementación de herramientas para la gestión del SARL (flujo de caja, proyección de pagos, reservas, líneas de crédito, control de tesorería).
- Aplicación del SARC mediante análisis de cartera, clasificación de deudores, provisiones y planes de recaudo.
- Construcción del Presupuesto Anual de la E.S.E. con enfoque en sostenibilidad.
- Implementación de políticas de eficiencia del gasto y priorización de inversiones.
- Fortalecimiento de la gestión de cartera y conciliación de cuentas con EPS y terceros.
- Monitoreo de indicadores de sostenibilidad financiera definidos por la Supersalud (razón corriente, rotación de cartera, endeudamiento, margen operacional).
- Presentación trimestral de informes financieros al Consejo Directivo y a la Supersalud.
- Inclusión de los riesgos financieros en el Mapa de Riesgos Institucional (conexión con SARO y SICOF).
- Auditorías internas y externas sobre la gestión presupuestal, contable y financiera.
- Integración con la Política Contable (PL-O22) y la Política de Contratación, Compras (PL-O21) y los sistemas de control interno.
- Articulación con el Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Nacional de Desarrollo.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: índice de sostenibilidad financiera, nivel de recaudo de cartera, cumplimiento del presupuesto, porcentaje de ejecución del plan financiero.
- Reportes periódicos al Comité de Gestión y Desempeño, Gerencia y Junta Directiva.
- Auditorías internas y externas (Contraloría, CGN, Supersalud, Ministerio de Hacienda).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Gestión Financiera y Presupuestal.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área Financiera y Contable / Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Anual o cuando se emitan nuevas disposiciones del Ministerio de Hacienda, MinSalud o la CGN.

✦ Esta política es de cumplimiento obligatorio, sustentada principalmente en la Ley 715 de 2001, la Ley 1608 de 2013, la Ley 1751 de 2015, el Decreto 111 de 1996, el Decreto 115 de 1996, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y las directrices de la Contraloría, CGN, MinSalud y MinHacienda.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización normativa conforme a Ley 819 de 2003, Decretos 111 y 115 de 1996 y circulares Supersalud 009/2016 y 20211700000005-5/2021; inclusión de los sistemas SARL y SARC; fortalecimiento del rol del Comité de Sostenibilidad Financiera y articulación con PL-O22, PL-O19 y PAAC.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 78 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

PL-O24 – POLÍTICA DE SARLAFT/FPADM

TÍTULO

Política Institucional SARLAFT/FPADM

(Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva)

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional SARLAFT/FPADM define los lineamientos, mecanismos y controles que el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. adopta para prevenir, detectar y mitigar los riesgos asociados al lavado de activos (LA), la financiación del terrorismo (FT) y la proliferación de armas de destrucción masiva (PADM), en cumplimiento de las normas de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud). El sistema SARLAFT/FPADM forma parte integral del Sistema de Control Interno, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) y la Política Financiera y de Sostenibilidad Institucional (PL-O23), garantizando la trazabilidad de los recursos públicos y la integridad institucional en todas las operaciones financieras, contractuales y administrativas.

JUSTIFICACIÓN

El lavado de activos y la financiación del terrorismo representan riesgos críticos para la estabilidad del sistema financiero, la gestión pública y la transparencia institucional.

De acuerdo con las Circulares Externas 009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021 de la Supersalud, las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) deben implementar un sistema formal de administración del riesgo de LA/FT/PADM, que contemple políticas, procedimientos, controles y mecanismos de monitoreo. El hospital, como entidad pública que maneja recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe asegurar la prevención del uso indebido de sus recursos y garantizar el cumplimiento de estándares nacionales e internacionales de integridad financiera.

Esta política refuerza el compromiso institucional con la ética pública, la transparencia y la confianza ciudadana.

OBJETIVOS

General

Implementar y mantener un Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), que garantice la identificación, prevención, detección, control y reporte oportuno de operaciones sospechosas o inusuales en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Específicos

- Identificar y evaluar los riesgos de LA/FT/PADM en los procesos financieros, contractuales, administrativos y asistenciales.
- Diseñar e implementar controles internos que mitiguen los riesgos asociados al manejo de recursos institucionales.
- Fortalecer la trazabilidad y transparencia en la ejecución presupuestal, contable y contractual.
- Establecer mecanismos de verificación de la idoneidad y antecedentes de contratistas, proveedores y terceros.
- Promover la cultura de prevención y autocontrol entre todos los funcionarios y contratistas.
- Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de reporte ante los entes de control y la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero).
- Articular el SARLAFT/FPADM con las políticas de Control Interno (PL-O19), PAAC (PL-O14) y Sostenibilidad Financiera (PL-O23).

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los servidores públicos, contratistas, practicantes y proveedores del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.
- Las áreas financiera, contable, contractual, de planeación, cartera, tesorería y control interno.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 79 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Todos los procesos en los cuales se manejen, administren o registren recursos económicos, bienes o servicios institucionales.
- Las relaciones con entidades externas, contratistas, cooperantes, EPS y demás terceros vinculados con operaciones económicas del hospital.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Lavado de activos (LA): proceso mediante el cual se oculta o disfraza el origen ilícito de recursos financieros o bienes, dándoles apariencia legal.
- Financiación del terrorismo (FT): aporte, manejo o custodia de recursos destinados a financiar actividades terroristas.
- Proliferación de armas de destrucción masiva (PADM): financiamiento, desarrollo o transporte de armas químicas, biológicas o nucleares prohibidas.
- SARLAFT/FPADM: sistema estructurado para la identificación, medición, control y monitoreo de riesgos asociados a LA/FT/PADM.
- Operación inusual: transacción que no guarda coherencia con el perfil financiero del tercero.
- Operación sospechosa: transacción respecto de la cual existe sospecha fundada de lavado de activos o financiación del terrorismo.
- Debida diligencia: procedimiento de verificación previo para evaluar la identidad, reputación y comportamiento financiero de terceros.
- UIAF: Unidad de Información y Análisis Financiero del Ministerio de Hacienda, encargada del análisis y reporte de operaciones sospechosas.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia de 1991 (artículos 209 y 269).
- Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1474 de 2011 – Fortalecimiento de los mecanismos de prevención y sanción de actos de corrupción.
- Ley 1621 de 2013 – Inteligencia y contrainteligencia.
- Ley 1778 de 2016 – Responsabilidad de personas jurídicas por soborno transnacional.
- Ley 2195 de 2022 – Transparencia y lucha contra la corrupción.
- Circular Externa 009 de 2016 (Supersalud) – Lineamientos SARLAFT para entidades vigiladas.
- Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 (Supersalud) – Actualización de obligaciones SARLAFT/FPADM.
- Circular Externa 100-000016 de 2020 (Supersociedades) – Parámetros generales de administración del riesgo de LA/FT/PADM.
- Decreto 1499 de 2017 – MIPG – Dimensión Control Interno.
- Guías de la UIAF (2023) – Reporte de operaciones sospechosas y gestión del riesgo de LA/FT/PADM.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Legalidad: toda actuación financiera y contractual debe ajustarse a la ley.
2. Debida diligencia: verificación previa y permanente de la identidad, idoneidad y procedencia de recursos de terceros.
3. Trazabilidad: registro y conservación de toda la información que evidencie las operaciones financieras y contractuales.
4. Segregación de funciones: separación de responsabilidades para evitar conflictos de interés.
5. Transparencia: divulgación clara y verificable de los procesos económicos y contractuales.
6. Colaboración institucional: cooperación activa con la Supersalud, la UIAF y demás autoridades competentes.
7. Cultura de autocontrol: corresponsabilidad de todos los servidores en la detección y reporte de operaciones sospechosas.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Responsable de aprobar, implementar y supervisar el SARLAFT/FPADM.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 80 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Comité de Sostenibilidad Financiera – Coordina la identificación, medición y control de los riesgos financieros relacionados con LA/FT/PADM.
- Área Financiera y Contable – Aplica los procedimientos de verificación, registro y monitoreo.
- Oficina de Control Interno – Evalúa el cumplimiento del sistema y los reportes obligatorios.
- Área de Contratación – Aplica mecanismos de debida diligencia en proveedores y contratistas.
- Área de Planeación – Integra el SARLAFT/FPADM con los mapas de riesgo institucionales.
- Tesorería y Cartera – Controlan las transacciones y la trazabilidad de pagos y cobros.
- Todos los servidores públicos y contratistas – Deben conocer y aplicar las medidas de prevención y reporte.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Diseño e implementación del Mapa de Riesgos LA/FT/PADM institucional.
- Aplicación de listas restrictivas nacionales e internacionales (ONU, OFAC, UIAF) en procesos de contratación y pagos.
- Adopción de un Manual SARLAFT/FPADM con procedimientos detallados.
- Capacitación anual obligatoria en prevención de LA/FT/PADM y ética pública.
- Registro de controles en los sistemas de información contable y contractual.
- Establecimiento de canales confidenciales de reporte interno de operaciones sospechosas.
- Inclusión del componente SARLAFT/FPADM en el SICO (Sistema Institucional de Control de Riesgos de Corrupción).
- Coordinación de reportes con la UIAF y la Supersalud según los plazos normativos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Evaluación semestral del funcionamiento del SARLAFT/FPADM por el Comité de Sostenibilidad Financiera y Control Interno.
- Revisión de indicadores de riesgo financiero, liquidez y crédito asociados al sistema.
- Auditorías internas anuales sobre cumplimiento normativo y efectividad de controles.
- Reporte de resultados al Consejo Directivo y en el FURAG – Dimensión de Control Interno.
- Actualización anual de la matriz de riesgos LA/FT/PADM y del Manual SARLAFT.
- Retroalimentación institucional y mejora continua, de los controles y procedimientos.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- **Versión:** 01 (Emisión inicial 2025).
- **Fecha de aprobación:** [Por definir – Comité de Gestión y Desempeño / Consejo Directivo].
- **Periodicidad de revisión:** anual, o cuando lo requieran nuevas disposiciones de la Supersalud o la UIAF.
- **Responsable de revisión:** Oficina de Control Interno y Comité de Sostenibilidad Financiera.
- **Difusión:** intranet institucional, página web y jornadas de sensibilización.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	2025	Creación de la política institucional SARLAFT/FPADM conforme a las Circulares Externas 009/2016 y 20211700000005-5/2021 de la Supersalud; establecimiento del sistema de gestión del riesgo financiero, integración con PAAC, Control Interno y Sostenibilidad Financiera; creación del Manual SARLAFT/FPADM y mapa de riesgos asociado.

LINEAMIENTO INSTITUCIONAL DE AUTORIZACIÓN Y LÍMITES DE OPERACIONES FINANCIERAS, CONTRACTUALES Y ADMINISTRATIVAS – LI-24-01

Dependiente de: PL-O24 SARLAFT/FPADM

Tipo de documento: Directriz operativa

Nivel normativo: Interno

Aprobación: Resolución Gerencial

Articulación: Con PL-O23 (Financiera y Sostenibilidad), PL-O19 (Control Interno), PL-O21 (Contratación y Compras)

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 81 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ENFOQUE

Este lineamiento no duplica funciones sino que establece límites y flujos de autorización, con base en las responsabilidades definidas en la PL-O24.

COMPONENTES:

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
Objetivo	Garantizar que todas las operaciones económicas, contractuales o administrativas del HDFS sean autorizadas, verificadas y registradas conforme a niveles jerárquicos, límites y riesgos definidos.
Alcance	Aplica a todas las áreas que manejen recursos públicos o autoricen compromisos económicos.
Niveles de autorización	Tabla de límites por monto y tipo de operación (ej. compras menores, contratos, giros, compromisos presupuestales).
Principio de segregación	Ningún funcionario podrá autorizar y ejecutar simultáneamente una misma operación.
Control y trazabilidad	Toda operación deberá tener respaldo documental, registro contable y validación por control interno o tesorería.
Mecanismo de actualización	Se revisa anualmente con Control Interno y Planeación.

FUNDAMENTO NORMATIVO PARA SU ADOPCIÓN SIN NUEVA POLÍTICA

Puedes sustentar esta directriz en:

- **Ley 87 de 1993**, art. 4: deber de control previo, concurrente y posterior.
- **Decreto 111 de 1996**, art. 71 y ss.: ejecución presupuestal y manejo de tesorería pública.
- **Decreto 1499 de 2017**, Dimensión de Control Interno (MIPG).
- **Circular Externa 009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021 (Supersalud)** – Prevención de operaciones inusuales o no autorizadas.
- **Ley 2195 de 2022**, art. 20: fortalecimiento de la integridad y responsabilidad fiscal.

POLÍTICA DE BIENESTAR LABORAL Y CLIMA ORGANIZACIONAL (PL-R1)

TÍTULO

Política Institucional de Bienestar Laboral y Clima Organizacional

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Bienestar Laboral y Clima Organizacional del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos y estrategias para promover un entorno laboral saludable, participativo y motivador, que contribuya al bienestar físico, mental y social de los servidores públicos y contratistas, mejorando su desempeño y satisfacción laboral.

Busca consolidar una cultura organizacional basada en el respeto, la equidad, la comunicación efectiva y la corresponsabilidad, asegurando la articulación con los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), Gestión del Talento Humano y Prevención del Acoso Laboral.


JUSTIFICACIÓN

El bienestar laboral y el clima organizacional son factores determinantes para la productividad, la calidad de los servicios y la sostenibilidad institucional.

De acuerdo con el Decreto 1567 de 1998, las entidades públicas deben implementar programas permanentes de bienestar social y estímulos, orientados a satisfacer las necesidades de sus servidores y fortalecer su compromiso institucional.

Además, el MIPG establece que el desarrollo del talento humano requiere condiciones laborales dignas y entornos organizacionales positivos, que promuevan el sentido de pertenencia y reduzcan los factores de riesgo psicosocial.

Por ello, esta política busca garantizar la calidad de vida laboral y fortalecer la cohesión institucional mediante acciones sistemáticas de bienestar, reconocimiento y fortalecimiento del clima laboral.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 82 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

OBJETIVOS

General

Promover el bienestar integral, la motivación, la convivencia armónica y el sentido de pertenencia de los servidores públicos y contratistas del hospital, a través de la implementación de programas de bienestar y estrategias de mejoramiento del clima organizacional.

Específicos

- Fomentar ambientes laborales saludables, seguros y colaborativos.
- Implementar programas de bienestar social laboral con enfoque inclusivo y participativo.
- Promover la comunicación organizacional asertiva y el trabajo en equipo.
- Fortalecer el sentido de pertenencia y la identidad institucional.
- Identificar y gestionar factores de riesgo psicosocial.
- Promover el equilibrio entre la vida personal y laboral.
- Reconocer el desempeño y los logros del personal institucional.
- Garantizar la articulación con los comités de convivencia laboral, bienestar y SG-SST.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los servidores públicos, contratistas, estudiantes en práctica y voluntarios vinculados con la E.S.E. Hospital Departamental Felipe Suárez, sin distinción de cargo, nivel o modalidad de vinculación. Su aplicación comprende todas las áreas misionales, de apoyo y de gestión, y se implementa a través de los programas anuales de bienestar y clima organizacional del área de Talento Humano, en coordinación con los comités institucionales.
- Procesos de Talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo, Bienestar Social y Comunicaciones, como responsables de ejecución.
- Comités institucionales (Comité de Convivencia Laboral, Comité de Ética, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo).
- Familias de los servidores, en la medida en que participen en programas de bienestar social.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Bienestar laboral: conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los servidores públicos en su entorno laboral y familiar.
- Clima organizacional: percepción que tienen los empleados sobre su entorno de trabajo, las relaciones interpersonales, el liderazgo y la cultura institucional.
- Factores psicosociales: condiciones del trabajo y del entorno que pueden afectar el bienestar físico, mental o social del trabajador.
- Motivación laboral: nivel de compromiso y energía con que los empleados realizan su labor.
- Programa de bienestar social laboral: conjunto planificado de actividades que promueven la salud, la cultura, el deporte y el desarrollo humano.
- Encuesta de clima organizacional: herramienta que permite medir la percepción del ambiente laboral.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 25, 53 y 54 – derecho al trabajo digno, estabilidad y capacitación).
- Ley 909 de 2004 – Empleo público, carrera administrativa y bienestar laboral.
- Ley 1010 de 2006 – Prevención del acoso laboral.
- Ley 1562 de 2012 – Riesgos laborales y promoción de entornos de trabajo saludables.
- Decreto 1567 de 1998 – Sistema Nacional de Capacitación y Bienestar Social Laboral.
- Decreto 1083 de 2015 – Régimen del empleo público.
- Decreto 1072 de 2015 – Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG (dimensión Talento Humano y Bienestar).
- Resolución 2646 de 2008 – Factores de riesgo psicosocial en el trabajo.
- Resolución 0312 de 2019 – Estándares mínimos del SG-SST.
- Guía DAFP – Gestión del Talento Humano (2023).

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFP-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 83 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Lineamientos del DAFP, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud y Protección Social en materia de bienestar laboral.
- Convenios de la OIT sobre condiciones de trabajo decente, igualdad y no discriminación.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Respeto a la dignidad humana: trato justo y equitativo hacia todos los servidores.
2. Prevención y promoción: identificar factores de riesgo psicosocial y fortalecer factores protectores.
3. Equidad e inclusión: igualdad de oportunidades sin discriminación por género, etnia, edad, condición de salud o discapacidad.
4. Corresponsabilidad: bienestar y clima organizacional construidos entre la institución y sus trabajadores.
5. Participación activa: involucrar activamente a los empleados en la construcción de un mejor ambiente laboral.
6. Humanización del servicio: el bienestar laboral impacta directamente en la calidad de la atención al paciente.
7. Comunicación efectiva: promover canales abiertos de diálogo y retroalimentación.
8. Reconocimiento: valorar el esfuerzo, desempeño y compromiso institucional.
9. Mejora continua: evaluación y ajuste permanente de los programas de bienestar y clima laboral.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para la política.
- Área de Talento Humano – Liderar el diseño e implementación de programas de bienestar.
- Área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) – Integrar acciones de bienestar con salud ocupacional.
- Comité de Convivencia Laboral – Promover la armonía y resolución pacífica de conflictos.
- Jefes de proceso y coordinadores de área – Favorecer un clima laboral positivo en sus dependencias.
- Todos los servidores y contratistas – Participar activamente en los programas de bienestar.
- Control Interno – Verificar cumplimiento y efectividad de los programas.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Diseño e implementación del Plan de Bienestar Social Laboral y Estímulos.
- Programas de prevención del estrés laboral y promoción del autocuidado.
- Desarrollo de actividades culturales, deportivas, recreativas y familiares para fortalecer la integración.
- Encuestas periódicas de clima organizacional y planes de mejora derivados de sus resultados.
- Implementación de programas de conciliación vida laboral y familiar.
- Espacios de formación en inteligencia emocional, liderazgo y comunicación asertiva.
- Articulación con la Política de Gestión del Talento Humano (PL-O20), la Política de Prevención del Acoso Laboral (PL-O7), SG-SST y Talento Humano (PL-O20) y la Política de Equidad de Género y Diversidad (PL-R4).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: nivel de satisfacción laboral, número de actividades de bienestar realizadas, índice de rotación del personal, resultados de las encuestas de clima organizacional.
- Reportes anuales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.
- Auditorías internas y externas (DAFP, MinTrabajo, MinSalud).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Talento Humano y Bienestar.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Talento Humano y Comité de Convivencia Laboral.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 84 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se expidan nuevos lineamientos del DAFP o MinTrabajo.

✦ Esta política tiene carácter de directriz interna, pero está sustentada en la Ley 909 de 2004, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y la Resolución 2646 de 2008, lo que la convierte en un componente clave del Sistema de Gestión del Talento Humano y del MIPG.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme al Decreto 1567 de 1998, Decreto 1499 de 2017 y Guías DAFP; fortalecimiento de los componentes de bienestar, participación, prevención psicosocial y medición del clima organizacional; integración con SG-SST, PL-O20 y PL-O7.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PL-R2)

TÍTULO

Política Institucional de Humanización de la Atención en Salud

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Humanización de la Atención en Salud del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. orienta las acciones institucionales hacia una atención digna, empática, respetuosa y centrada en el paciente y su familia, garantizando la calidad técnica y el respeto por los derechos humanos, la diversidad y la vida.

Esta política promueve la humanización en los servicios de salud, entendida como la interacción integral entre usuarios, trabajadores y comunidad, basada en los valores institucionales de respeto, compromiso, empatía, solidaridad y servicio.

Se articula con los programas de Calidad (PL-O2), Seguridad del Paciente (PL-O1), Talento Humano (PL-O20), Participación Social (PL-O12) y Bienestar Laboral (PL-R1).

JUSTIFICACIÓN

La humanización de la atención es un componente esencial del derecho fundamental a la salud y del enfoque de atención centrado en las personas, establecido en la Ley 1751 de 2015 y reforzado por la Resolución 229 de 2020, que adopta la Política de Humanización en Salud en Colombia.

El trato digno, el reconocimiento de la diversidad y la empatía en la relación usuario-institución son determinantes para la calidad del servicio, la satisfacción del paciente y la seguridad clínica.

El hospital, como entidad pública de segundo nivel, debe asegurar una atención que promueva la confianza, la comunicación efectiva y el acompañamiento integral, fortaleciendo los vínculos entre el personal asistencial y los usuarios.

Esta política reafirma el compromiso institucional con una atención más humana, segura y respetuosa, tanto para los pacientes como para los trabajadores del hospital.

OBJETIVOS

General

Fomentar una cultura institucional de atención humanizada en todos los procesos del hospital, centrada en la dignidad, la empatía, el respeto y la comunicación, para garantizar una experiencia positiva y segura a los usuarios y sus familias.

Específicos

- Promover el trato digno, empático y respetuoso hacia todos los usuarios.
- Fortalecer la comunicación asertiva y efectiva entre el personal y los pacientes.
- Sensibilizar al talento humano sobre la importancia de la humanización en la atención.
- Garantizar entornos físicos y emocionales adecuados para los usuarios y trabajadores.
- Implementar estrategias de acompañamiento al paciente y su familia en los procesos de atención, hospitalización o duelo.
- Incluir el componente de humanización en los planes de calidad, seguridad del paciente y bienestar laboral.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 85 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Evaluar periódicamente la percepción de humanización por parte de los usuarios.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos misionales, asistenciales y de apoyo del hospital, en especial consulta externa, hospitalización, urgencias, diagnóstico y apoyo terapéutico.
- Usuarios, pacientes, familias y cuidadores que reciben servicios de salud en la institución.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios vinculados al hospital.
- Comités institucionales (Seguridad del Paciente, Ética Hospitalaria, PASSIVI, Comité de Humanización).

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Humanización de la atención: enfoque integral que reconoce la dignidad, autonomía y emociones del ser humano en el proceso de atención en salud.
- Trato digno: atención respetuosa, empática y libre de discriminación hacia todos los usuarios.
- Empatía: capacidad de comprender y compartir los sentimientos de otra persona.
- Comunicación asertiva: intercambio claro, respetuoso y efectivo de información entre las partes.
- Atención centrada en el paciente: modelo de atención basado en las necesidades, valores y expectativas del usuario y su familia.
- Entorno humanizado: ambiente físico, social y organizacional que facilita el bienestar del paciente y del trabajador.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 1, 13, 48 y 49 – dignidad humana, igualdad y derecho fundamental a la salud).
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1438 de 2011 – Fortalecimiento del SGSSS, humanización de la atención.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud (derecho fundamental a la atención digna).
- Ley 1090 de 2006 – Ética del ejercicio profesional de la psicología.
- Ley 1616 de 2013 – Promoción de la salud mental.
- Decreto 1499 de 2017 – MIPG – Dimensión Talento Humano y Servicio al Ciudadano.
- Resolución 229 de 2020 (MinSalud) – Política de Humanización de la Atención en Salud
- Resolución 13437 de 1991 – Comité de Ética Hospitalaria y humanización de los servicios.
- Resolución 1441 de 2013 – Condiciones de habilitación en servicios de salud.
- Resolución 2063 de 2017 – Política de Participación Social en Salud (PPSS).
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación (trato digno y humanizado).
- Guías de Buen Trato en Salud – MinSalud 2023.
- Lineamientos de la Supersalud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Convenios internacionales de la OMS/OPS sobre atención centrada en el paciente y derechos humanos en salud.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Dignidad humana: eje central de toda la atención, todas las personas deben ser tratadas con consideración, cortesía y empatía.
2. Atención centrada en el paciente: priorizar las necesidades, valores y expectativas del usuario.
3. Respeto y empatía: valoración de las diferencias culturales, sociales y emocionales de cada persona, comprensión activa del otro y escucha efectiva.
4. Equidad: garantizar atención igualitaria sin discriminación alguna.
5. Integralidad: considerar las dimensiones física, emocional, social y espiritual del paciente.
6. Accesibilidad e inclusión: eliminación de barreras físicas, comunicativas y administrativas.
7. Confidencialidad y privacidad: manejo ético y respetuoso de la información y de la intimidad del paciente.
8. Comunicación asertiva: interacción clara, respetuosa y comprensible entre personal de salud y usuarios.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 86 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

9. Corresponsabilidad: participación activa de los usuarios y familias en el cuidado de la salud.
10. Bienestar del trabajador: reconocer el papel del talento humano en la prestación humanizada del servicio.
11. Mejora continua: adaptación de prácticas institucionales según resultados y retroalimentación ciudadana.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar la implementación de la política.
- Dirección Científica y Coordinaciones de Servicio – Asegurar la adopción de prácticas humanizadas en todos los servicios.
- Área de Calidad y Seguridad del Paciente – Incorporar indicadores de humanización en los programas institucionales.
- Área de Atención al Usuario y Talento Humano – Diseñar estrategias, coordinar programas de humanización.
- Comité de Humanización y Ética Hospitalaria – Promover acciones de sensibilización y cultura institucional.
- Jefes de servicio y coordinadores – Garantizar el trato humanizado en cada área asistencial.
- Todos los servidores y contratistas – Cumplir y promover el trato digno y humanizado.
- Control Interno – Verificar la aplicación de la política y su articulación con los demás sistemas de gestión.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Diseño e implementación del Programa Institucional de Humanización de la Atención.
- Inclusión de la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios y la Carta de Trato Digno en todos los servicios.
- Inclusión de indicadores de humanización en el PAMEC y los tableros de control.
- Evaluación de la percepción de trato humanizado a través de las encuestas de satisfacción del usuario.
- Capacitación periódica al personal en habilidades blandas, comunicación empática y ética profesional.
- Fortalecimiento del acompañamiento familiar en la atención hospitalaria.
- Adecuación de ambientes físicos y administrativos que favorezcan la atención humanizada.
- Integración con la Política de Servicio al Ciudadano y Participación Social (PL-O12) y la Política de Bienestar Laboral (PL-R1).
- Promoción de actividades culturales y espirituales como parte del cuidado integral.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: índice de satisfacción de usuarios, número de quejas y felicitaciones relacionadas con trato digno, cumplimiento del Programa de Humanización.
- Encuestas periódicas de percepción de usuarios y familias.
- Reportes semestrales al Comité de Humanización, la Gerencia y la Junta Directiva.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Servicio al Ciudadano y Calidad.
- Retroalimentación continua mediante encuestas, buzones de sugerencias y PQRS.
- Informe anual de resultados presentado ante el Comité de Gestión y Desempeño y la Gerencia.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Humanización y Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determinen nuevas disposiciones normativas del MinSalud.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 87 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

✦ Esta política tiene carácter de directriz interna, pero está respaldada por la Ley 1751 de 2015, la Resolución 13437 de 1991, la Resolución 3100 de 2019 y la Ley 1438 de 2011, que obligan a garantizar una atención digna, humanizada y centrada en el paciente.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Resolución 229 de 2020 y Resolución 3100 de 2019; inclusión de descripción, justificación, alcance, definiciones y estrategias de atención centrada en el paciente; creación del Comité de Humanización y articulación con Calidad, PAMEC y Bienestar Laboral.

POLÍTICA DE COMUNICACIONES INSTITUCIONALES (PL-R3)

TÍTULO

Política Institucional de Comunicaciones

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Comunicaciones del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. define los lineamientos estratégicos, técnicos y operativos que orientan la planeación, gestión y control de la comunicación interna, externa y digital de la entidad.

Su propósito es garantizar una comunicación oportuna, clara, veraz, accesible y participativa, fortaleciendo la imagen institucional, la confianza ciudadana y la articulación entre las diferentes áreas del hospital.

Esta política promueve el uso adecuado de los canales oficiales, el cumplimiento de los principios de gobierno abierto, la transparencia informativa y la participación activa de los usuarios y grupos de interés.

JUSTIFICACIÓN

La comunicación institucional es un pilar fundamental del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del enfoque de Gobierno Abierto, en cuanto permite la interacción efectiva entre la entidad, sus servidores y la ciudadanía.

De acuerdo con el Decreto 1081 de 2015 y el Decreto 1008 de 2018, las entidades públicas deben implementar estrategias de comunicación orientadas a la transparencia, la rendición de cuentas, el servicio al ciudadano y el fortalecimiento de la confianza pública.

El Hospital Departamental Felipe Suárez, como entidad de salud pública, requiere mantener canales de comunicación eficaces que garanticen la difusión de información institucional, promuevan la participación ciudadana y consoliden una cultura organizacional basada en la comunicación efectiva, la ética y la integridad.

OBJETIVOS

General

Establecer un sistema de gestión comunicacional institucional que promueva la transparencia, el fortalecimiento de la cultura organizacional, la participación ciudadana y la visibilidad del hospital, a través de canales efectivos y coherentes con los lineamientos de Gobierno Digital y Comunicación Pública.

Específicos

- Fortalecer la comunicación interna entre las áreas y servidores del hospital.
- Garantizar la difusión oportuna y transparente de información a la ciudadanía.
- Promover la comunicación externa basada en principios de ética, credibilidad y servicio.
- Optimizar el uso de los canales digitales institucionales (web, redes sociales, intranet).
- Apoyar los procesos de rendición de cuentas, planeación y atención al ciudadano.
- Alinear la gestión comunicacional con la estrategia institucional y el Plan de Comunicaciones 2025.
- Prevenir la desinformación y el uso inadecuado de canales no oficiales.
- Integrar los principios del Código de Integridad en las prácticas comunicacionales.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 88 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital que requieran comunicación interna o externa.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios que generen o transmitan información institucional.
- Usuarios, comunidad, entes de control, proveedores y medios de comunicación, como receptores de la información institucional.
- Comprende la comunicación interna, externa, digital, protocolaria y de crisis, incluyendo los medios impresos, electrónicos y audiovisuales institucionales, así como la interacción con los medios de comunicación externos y los canales oficiales de comunicación: página web institucional, redes sociales, comunicados, carteleras, boletines, circulares, informes, rendición de cuentas y medios comunitarios.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Comunicación institucional: proceso planificado de emisión, recepción y gestión de mensajes organizacionales dirigidos a públicos internos y externos.
- Comunicación interna: flujo de información entre los miembros de la organización que facilita la coordinación, la motivación y la cultura institucional.
- Comunicación externa: estrategias para mantener informada y vinculada a la comunidad, medios y aliados.
- Comunicación digital: interacción a través de plataformas tecnológicas, redes sociales y sitios web oficiales.
- Vocería institucional: representación oficial autorizada para emitir mensajes en nombre del hospital.
- Plan Institucional de Comunicaciones (PIC): instrumento operativo que orienta las acciones anuales de comunicación pública.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 20 y 74 – libertad de expresión, derecho a la información y acceso a documentos públicos).
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1581 de 2012 – Protección de Datos Personales.
- Ley 1757 de 2015 – Participación ciudadana.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción (divulgación de información pública).
- Ley 1341 de 2009 – Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- Decreto 1081 de 2015 – Estrategia de comunicación en entidades públicas, reglamenta la Ley de Transparencia y Gobierno Abierto.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualización del MIPG (dimensión de comunicación estratégica, información y transparencia).
- Decreto 1008 de 2018 – Política de Gobierno Digital (comunicación digital y canales en línea).
- Guía de Comunicación Pública DAFP – 2023.
- Plan Institucional de Comunicaciones HDFS – 2025.
- Directrices del DAFP, la Secretaría de Transparencia y el MinTIC.
- Lineamientos de la Supersalud en materia de atención al usuario y participación social.
- Normas internacionales referenciales: ISO 26000 (Responsabilidad social, comunicación con grupos de interés).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Transparencia: la información institucional debe ser clara, accesible y confiable.
2. Veracidad: la información institucional debe ser cierta, comprobable y coherente
3. Oportunidad: comunicación en el momento adecuado para la toma de decisiones y el control social.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 89 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

4. Coherencia: mensajes alineados con la misión, visión, valores y objetivos institucionales.
5. Participación: involucrar a la ciudadanía y al talento humano en los procesos de comunicación.
6. Accesibilidad e inclusión: garantizar que la información llegue a todos los grupos de interés, incluidas personas en condición de discapacidad.
7. Uso de medios digitales: potenciar la comunicación a través de TIC en coherencia con la Política de Gobierno Digital.
8. Mejora continua: evaluar la efectividad de las estrategias comunicacionales y ajustarlas según resultados.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar la implementación de la política.
- Área de Comunicaciones – Coordinar la planeación, ejecución y seguimiento de la estrategia comunicacional.
- Oficina de Planeación – Articular la política de comunicaciones con el MIPG y el plan estratégico.
- Área de Talento Humano – Fortalecer la comunicación interna y la cultura organizacional.
- Control Interno – Verificar la coherencia de los mensajes con los principios de transparencia y acceso a la información.
- Todas las dependencias – Proveen información veraz y oportuna al área de comunicaciones.
- Comités institucionales – Apoyar la divulgación de información de interés para usuarios y ciudadanía.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementación y actualización anual del Plan Institucional de Comunicaciones - PIC.
- Diseño y aplicación del Manual de Identidad e Imagen Institucional.
- Uso de canales internos: circulares, carteleras, correo institucional, reuniones y capacitaciones.
- Uso de canales externos: página web, redes sociales, medios radiales y comunitarios.
- Publicación periódica de informes, boletines y campañas informativas.
- Estrategias de comunicación para la rendición de cuentas y la participación ciudadana.
- Capacitación a funcionarios en comunicación asertiva y servicio al ciudadano.
- Integración con la Política de Transparencia (PL-O11), la Política de Gobierno Digital (PL-O15) y la Política de Servicio al Ciudadano (PL-O12).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de publicaciones realizadas, alcance en medios digitales, nivel de satisfacción ciudadana con la información recibida.
- Monitoreo de la interacción en redes sociales y medios de comunicación.
- Encuestas periódicas de percepción interna y externa.
- Reportes semestrales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Comunicaciones / Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determinen nuevos lineamientos del DAFP o MinTIC.

✦ Esta política tiene carácter de directriz interna, sustentada principalmente en la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1081 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y el Decreto 1008 de 2018 (Gobierno Digital).

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Decretos 1081/2015, 1008/2018 y 1499/2017; inclusión de descripción, definiciones, estrategias y mecanismos de comunicación digital; articulación con Transparencia, Gobierno Digital y Servicio al Ciudadano.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 90 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE INCLUSIÓN Y NO DISCRIMINACIÓN (PL-R4)

TÍTULO

Política Institucional de Inclusión y No Discriminación

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Inclusión y No Discriminación del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. promueve la igualdad de trato, el respeto por la diversidad y la eliminación de toda forma de discriminación en el entorno laboral, asistencial y comunitario.

Esta política garantiza el acceso equitativo a los servicios de salud y a las oportunidades laborales, reconociendo las diferencias étnicas, culturales, de género, orientación sexual, discapacidad, edad, condición socioeconómica y demás factores que caracterizan a los usuarios y trabajadores del hospital. Se orienta bajo un enfoque diferencial e inclusivo, con base en los principios de dignidad humana, igualdad, respeto y equidad, fomentando una cultura organizacional libre de estigmas y barreras sociales.

JUSTIFICACIÓN

La inclusión y la no discriminación son principios constitucionales y ejes transversales del Sistema de Gestión Pública (MIPG), del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y de los programas de desarrollo institucional.

La Ley 1482 de 2011 tipifica los actos de discriminación como delitos; la Ley 1618 de 2013 garantiza los derechos de las personas con discapacidad; y la Ley 1751 de 2015 reafirma el derecho fundamental a la salud sin ningún tipo de exclusión.

El hospital, como institución pública, debe asegurar que todos los ciudadanos, sin excepción, reciban servicios de salud en condiciones de equidad, respeto y calidad, promoviendo entornos laborales inclusivos que valoren la diversidad y prevengan cualquier forma de discriminación o acoso.

Esta política busca fortalecer la cultura institucional en materia de respeto, equidad e inclusión, en concordancia con los valores del hospital y los lineamientos de la función pública.

OBJETIVOS

General

Promover una cultura institucional de inclusión, respeto y no discriminación en todos los ámbitos del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando la igualdad de oportunidades, el acceso equitativo a los servicios de salud y el trato digno a todas las personas.

Específicos

- Garantizar que los servicios de salud se brinden sin discriminación alguna por razones de sexo, género, edad, etnia, discapacidad, creencia, orientación sexual o condición socioeconómica.
 - Fomentar ambientes laborales inclusivos y respetuosos de la diversidad.
 - Implementar acciones afirmativas para grupos poblacionales con necesidades diferenciales.
 - Capacitar al personal en temas de derechos humanos, inclusión y enfoque diferencial.
 - Articular la atención al usuario con el enfoque diferencial establecido en la Política de Participación Social (PL-O12).
 - Incorporar la perspectiva de inclusión en los procesos de talento humano, bienestar, formación y comunicación.
 - Identificar, prevenir y atender oportunamente los casos de discriminación o exclusión.
-

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todo el personal vinculado al Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. (servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios).
- Todos los pacientes, familiares y acompañantes atendidos en los servicios de salud.
- Las relaciones institucionales con proveedores, aliados, entes de control y comunidad.
- Los procesos institucionales estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 91 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

DEFINICIONES RELACIONADAS

- **Inclusión:** proceso de reconocimiento y valoración de la diversidad que permite la participación plena de todas las personas en igualdad de condiciones.
- **No discriminación:** principio según el cual ninguna persona puede ser excluida o tratada de forma desfavorable por motivos personales, sociales o culturales.
- **Enfoque diferencial:** estrategia que reconoce las particularidades de los grupos poblacionales para garantizar el acceso equitativo a servicios y derechos.
- **Diversidad:** conjunto de diferencias culturales, biológicas, sociales y personales que enriquecen a la comunidad.
- **Acción afirmativa:** medida temporal que busca eliminar desigualdades y garantizar la inclusión efectiva de poblaciones vulnerables.
- **Accesibilidad:** adecuación de espacios físicos, comunicación y servicios para personas con discapacidad o limitaciones.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 1, 13, 47, 48 y 49 – dignidad humana, derecho a la igualdad, protección especial a poblaciones vulnerables y derecho a la salud).
- Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia.
- Ley 1857 de 2017 – Protección integral de las personas mayores.
- Ley 1346 de 2009 – Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 1482 de 2011 – Sanciona actos de discriminación.
- Ley 1618 de 2013 – Garantiza el pleno ejercicio de derechos de las personas con discapacidad.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud (derecho fundamental a una atención digna y sin discriminación).
- Ley 1257 de 2008 – Protección contra la violencia y discriminación hacia las mujeres
- Ley 2120 de 2021 – Promoción de la inclusión en diferentes ámbitos.
- Decreto 1660 de 2003 – Accesibilidad en el entorno físico para personas con discapacidad.
- Decreto 1083 de 2015 – Régimen del empleo público (principios de igualdad y mérito).
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG, integra la gestión del talento humano y servicio al ciudadano con inclusión y diversidad.
- Resolución 3100 de 2019 (MinSalud) – Condiciones de habilitación y trato digno.
- Guías del DAFP y MinSalud sobre enfoque diferencial y atención incluyente (2023).
- Directrices de la Función Pública (DAFP), Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud y Protección Social.
- Convenios internacionales: OIT sobre igualdad y no discriminación en el trabajo; Declaración Universal de Derechos Humanos; Convención Interamericana contra la Discriminación.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. **Igualdad:** todos los usuarios y trabajadores tienen los mismos derechos y oportunidades.
2. **Respeto:** reconocimiento de la dignidad y las diferencias individuales.
3. **Equidad:** atención diferenciada según las necesidades y condiciones particulares.
4. **Accesibilidad:** eliminación de barreras físicas, comunicativas o actitudinales.
5. **Participación:** inclusión activa de la ciudadanía en los procesos institucionales.
6. **Transparencia:** gestión clara, abierta y sin privilegios.
7. **Tolerancia y empatía:** aceptación de las diferencias y promoción del respeto mutuo.
8. **Responsabilidad social:** compromiso del hospital con la equidad y la justicia social.
9. **No discriminación:** cero tolerancia a actos de exclusión o trato desigual.
10. **Enfoque diferencial:** reconocer y atender necesidades particulares de grupos vulnerables.
11. **Inclusión laboral:** promover la vinculación y permanencia de personas en situación de discapacidad u otras condiciones de vulnerabilidad.
12. **Cultura organizacional inclusiva:** sensibilización y formación permanente del talento humano.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 92 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y velar por la implementación de la política.
- Área de Talento Humano – Desarrollar estrategias de inclusión laboral y no discriminación.
- Área de Atención al Usuario – Garantizar trato digno y accesibilidad en la atención.
- Área de Infraestructura y Tecnología – Adaptar espacios físicos y sistemas digitales a estándares de accesibilidad.
- Área de Comunicaciones – Difundir mensajes institucionales incluyentes.
- Área de Planeación – Incorporar el enfoque diferencial en los planes y programas institucionales.
- Control Interno – Verificar el cumplimiento y efectividad de la política.
- Comité de Convivencia Laboral y Comité de Ética – Prevenir y gestionar casos de discriminación.
- Todos los servidores y contratistas – Respetar y aplicar los lineamientos de inclusión y no discriminación.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Inclusión del enfoque diferencial en el Plan Institucional de Capacitación y el Plan de Bienestar Laboral.
- Implementación de ajustes razonables en infraestructura y servicios para personas con discapacidad.
- Difusión de protocolos de trato digno e inclusivo para población vulnerable (niños, adultos mayores, comunidades étnicas, LGBTIQ+, personas con discapacidad).
- Realización de capacitaciones periódicas en diversidad, enfoque diferencial y derechos humanos.
- Establecimiento de canales de denuncia confidenciales frente a actos de discriminación.
- Integración con la Política de Equidad de Género y Diversidad (PL-R5) y la Política de Humanización de la Atención (PL-R2).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de quejas por discriminación, porcentaje de funcionarios capacitados en inclusión, número de acciones de accesibilidad implementadas.
- Encuestas periódicas de percepción de usuarios y trabajadores.
- Reportes semestrales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Talento Humano e Inclusión.

9. VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Talento Humano / Comité de Convivencia Laboral.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se expidan nuevas disposiciones nacionales o internacionales en materia de inclusión.

✦ Esta política tiene carácter de directriz interna, pero está respaldada en la Ley 1482 de 2011, la Ley 1618 de 2013, la Ley 1751 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y los convenios internacionales de derechos humanos y no discriminación.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Leyes 1482 de 2011, 1618 de 2013 y 1751 de 2015; inclusión de descripción, justificación, definiciones, estrategias y mecanismos de seguimiento; articulación con Servicio al Ciudadano, Talento Humano y Humanización.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 93 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE EQUIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD (PL-R5)

TÍTULO

Política Institucional de Equidad de Género y Diversidad

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Equidad de Género y Diversidad del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. orienta las acciones institucionales hacia la garantía de los derechos, la igualdad de oportunidades y la no discriminación por razones de sexo, identidad de género, orientación sexual o diversidad cultural. Su propósito es promover la equidad de género como principio transversal en la gestión institucional, asegurando condiciones de respeto, inclusión y corresponsabilidad tanto en el entorno laboral como en la prestación de los servicios de salud.

La política se enmarca en los compromisos del Estado colombiano con la equidad, los derechos humanos, la diversidad y la construcción de entornos libres de violencia y exclusión.

JUSTIFICACIÓN

La equidad de género y el reconocimiento de la diversidad son pilares fundamentales del desarrollo humano y la democracia.

En el contexto institucional, la Ley 581 de 2000 (Ley de Cuotas), la Ley 1257 de 2008 y la Ley 1719 de 2014 establecen la obligación de garantizar la participación equilibrada de mujeres y hombres, la erradicación de toda forma de violencia de género y la atención integral con enfoque diferencial.

Asimismo, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) reafirma la obligación de brindar servicios sin discriminación y con respeto a la identidad y diversidad sexual.

El hospital, como entidad pública del sector salud, debe asegurar una gestión institucional y asistencial libre de estereotipos y barreras de género, fortaleciendo la cultura de respeto, corresponsabilidad y equidad en todos los niveles.

OBJETIVOS

General

Promover la igualdad de oportunidades, el respeto por la diversidad y la eliminación de toda forma de discriminación o violencia basada en género, identidad u orientación sexual, mediante estrategias institucionales que promuevan la equidad, la participación y el desarrollo humano integral.

Específicos

- Incorporar el enfoque de género y diversidad en los procesos de planeación, gestión y evaluación institucional.
- Promover la participación equitativa de mujeres y hombres en los cargos de dirección, comités y espacios de decisión.
- Sensibilizar al talento humano en temas de equidad, diversidad y prevención de violencias basadas en género.
- Garantizar una atención en salud con enfoque diferencial y respeto por la identidad de género y orientación sexual.
- Prevenir y atender casos de acoso, discriminación o violencia de género en el ámbito laboral y asistencial.
- Fortalecer la articulación con las políticas de inclusión, bienestar laboral y humanización.
- Asegurar el cumplimiento de la normativa nacional e internacional en materia de igualdad y derechos humanos.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios vinculados a la institución.
- Usuarios, pacientes, familias y comunidad en general, como receptores de servicios con enfoque de equidad.
- Proveedores y terceros que interactúen con la institución y deban cumplir estándares de no discriminación.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 94 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Comprende las dimensiones de gestión institucional, talento humano, atención al usuario y participación social, promoviendo ambientes laborales y asistenciales basados en el respeto, la igualdad y la inclusión.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Equidad de género: garantía de oportunidades, recursos y beneficios para mujeres y hombres según sus necesidades y condiciones específicas.
- Diversidad sexual: reconocimiento de las distintas orientaciones sexuales e identidades de género existentes en la sociedad.
- Violencia de género: toda acción o conducta que cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico por razones de género.
- Enfoque diferencial: estrategia que reconoce las particularidades de las personas para asegurar un trato justo y equitativo.
- Corresponsabilidad: compromiso compartido entre hombres y mujeres en la vida familiar, laboral y social.
- Perspectiva de género: análisis que permite identificar y corregir desigualdades entre mujeres y hombres en la gestión institucional.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 13, 43 y 53 – igualdad, no discriminación y protección especial a la mujer).
- Ley 581 de 2000 – Participación equitativa de la mujer en niveles decisorios del Estado.
- Ley 823 de 2003 – Igualdad de oportunidades para las mujeres.
- Ley 1257 de 2008 – Prevención y sanción de la violencia contra las mujeres.
- Ley 1482 de 2011 – Sanciona actos de discriminación y tipificación de actos de discriminación.
- Ley 1719 de 2014 – Garantías de acceso a la justicia para víctimas de violencia sexual.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud (trato digno y no discriminación).
- Ley 2120 de 2021 – Fomento de la inclusión y equidad social.
- Ley 1620 de 2013 – Convivencia escolar y formación ciudadana.
- Decreto 2733 de 2012 – Reglamenta acciones afirmativas en empleo público.
- Decreto 1083 de 2015 – Régimen del empleo público (igualdad de género y no discriminación).
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG (gestión del talento humano con enfoque de diversidad e inclusión).
- Resolución 3100 de 2019 – Condiciones de habilitación y trato digno.
- Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres (CONPES 161 de 2013).
- Guías DAFP y MinSalud sobre equidad e inclusión (2023).
- Lineamientos del DAFP, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Trabajo.
- Convenios internacionales: CEDAW (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), Convenios OIT sobre igualdad laboral, Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS 5 (Igualdad de Género).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Igualdad de oportunidades: garantizar el acceso equitativo a empleo, capacitación y desarrollo.
2. Equidad: ofrecer condiciones y apoyos diferenciados para lograr la igualdad real.
3. No discriminación: tolerancia cero a prácticas sexistas, misóginas, homofóbicas o excluyentes.
4. Paridad y participación: fomentar la representación equilibrada de mujeres y hombres en cargos y comités institucionales.
5. Empoderamiento: fomentar el liderazgo y desarrollo profesional de las mujeres y poblaciones diversas.
6. Corresponsabilidad: promoción del equilibrio entre la vida laboral, familiar y personal.
7. Respeto por la diversidad: reconocimiento de todas las identidades y orientaciones sexuales.
8. Conciliación vida laboral y familiar: políticas que faciliten la corresponsabilidad familiar.
9. Atención diferencial: brindar servicios de salud con enfoque de género y diversidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 95 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

10. Sensibilización y educación: formación en equidad, derechos humanos y diversidad para todo el talento humano.
11. Enfoque interseccional: reconocer que la discriminación puede combinarse con factores de edad, discapacidad, etnia u orientación sexual.
12. Cultura de paz: promover relaciones laborales y asistenciales basadas en el respeto y la empatía.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y velar por la implementación de la política.
- Área de Talento Humano – Incorporar la equidad de género y diversidad en los procesos de gestión del personal.
- Comité de Convivencia Laboral y Comité de Ética – Monitorear situaciones de discriminación o desigualdad.
- Área de Atención al Usuario – Garantizar trato equitativo a pacientes y familias.
- Área de Comunicaciones – Difundir campañas de sensibilización sobre equidad y diversidad.
- Control Interno – Verificar el cumplimiento de la política y la trazabilidad de las acciones.
- Todos los servidores y contratistas – Cumplir con los lineamientos de igualdad y diversidad.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Inclusión del enfoque de género y diversidad en el Plan Institucional de Capacitación (PIC).
- Inclusión de criterios de equidad en la vinculación, evaluación y promoción de personal.
- Campañas de sensibilización en derechos humanos, igualdad y diversidad.
- Implementación de protocolos de atención en salud con enfoque de género y diferencial.
- Establecimiento de rutas de denuncia y atención frente a casos de discriminación.
- Difusión de lenguaje incluyente en documentos y comunicaciones institucionales.
- Articulación con la Política de Inclusión y No Discriminación (PL-R4) y la Política de Bienestar Laboral (PL-R1).
- Participación activa en redes y programas nacionales de equidad de género (MinTrabajo, MinSalud, DAFP).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de mujeres en cargos directivos, número de capacitaciones en equidad realizadas, quejas por discriminación de género, cumplimiento de metas del Programa de Equidad.
- Encuestas periódicas de percepción de equidad y diversidad.
- Reportes anuales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Talento Humano e Inclusión.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Talento Humano / Comité de Convivencia Laboral.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emitan nuevas disposiciones del DAFP, MinTrabajo o MinSalud.

✦ Esta política tiene carácter de directriz interna, pero está soportada en la Ley 823 de 2003, la Ley 1257 de 2008, la Ley 1482 de 2011, la Ley 1751 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y en los compromisos internacionales de Colombia en materia de equidad de género y diversidad.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Leyes 581 de 2000, 1257 de 2008, 1719 de 2014 y 1751 de 2015; inclusión de enfoque diferencial, mecanismos de participación equitativa y prevención de violencia de género; articulación con Inclusión, Bienestar Laboral y Servicio al Ciudadano.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 96 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO (PL-R6)

TÍTULO

Política Institucional de Ética y Buen Gobierno

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Ética y Buen Gobierno del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos y compromisos institucionales orientados a fortalecer la integridad, la transparencia, la responsabilidad pública y la confianza ciudadana.

Su finalidad es consolidar una cultura organizacional ética y ejemplar, en la cual todos los servidores públicos, contratistas y directivos actúen con rectitud, respeto y responsabilidad en el ejercicio de sus funciones.

Esta política constituye el marco de referencia para la toma de decisiones institucionales, la gestión directiva y la conducta de los servidores, bajo los principios del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano y del Código de Buen Gobierno del hospital.

JUSTIFICACIÓN

La ética pública y el buen gobierno son principios esenciales para el fortalecimiento de la administración pública, el cumplimiento de los fines del Estado y la generación de confianza ciudadana.

El Decreto 1499 de 2017 establece que todas las entidades deben incorporar políticas de integridad, transparencia y buen gobierno como parte del MIPG, articuladas al control interno y la gestión del riesgo. El Código de Buen Gobierno del hospital define los principios rectores del actuar institucional, asegurando la transparencia, la eficiencia y la rendición de cuentas.

Esta política es fundamental para prevenir la corrupción, orientar la conducta de los servidores, promover la gestión ética y garantizar la legitimidad de la función pública en el ámbito hospitalario.

OBJETIVOS

General

Promover una gestión ética, transparente y responsable en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., fortaleciendo la cultura institucional basada en los valores de integridad, honestidad, respeto, compromiso y justicia, que guían el ejercicio de la función pública y el buen gobierno institucional.

Específicos

- Fortalecer la ética institucional como eje transversal de la gestión pública y hospitalaria.
- Garantizar la aplicación del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.
- Consolidar la implementación del Código de Buen Gobierno como instrumento rector de la dirección institucional.
- Prevenir conductas contrarias a la ética pública y a la integridad.
- Fomentar la toma de decisiones transparentes, participativas y orientadas al interés general.
- Promover la rendición de cuentas y el control ciudadano como prácticas de gobernanza.
- Articular los valores éticos con los procesos de planeación, gestión y evaluación institucional.
- Establecer mecanismos de denuncia y protección frente a actos contrarios a la ética y la legalidad.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Directivos, servidores públicos, contratistas, estudiantes en práctica y voluntarios, como responsables de un actuar ético y transparente.
- Se extiende a los procesos de planeación, gestión, contratación, prestación de servicios y control, y orienta la relación del hospital con los usuarios, los entes de control y la comunidad en general.
- Usuarios, comunidad, proveedores y entes de control, como receptores de la gestión institucional.
- Comités de Ética Hospitalaria y Comité de Gestión y Desempeño, en calidad de instancias de vigilancia y promoción del buen gobierno.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 97 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Ética pública: conjunto de principios y valores que orientan el comportamiento de los servidores públicos en el cumplimiento de sus funciones.
- Buen gobierno: conjunto de prácticas, principios y normas que garantizan la transparencia, eficiencia, equidad y responsabilidad en la gestión pública.
- Integridad: actuar con coherencia entre lo que se piensa, se dice y se hace, priorizando el interés general.
- Código de Integridad: instrumento que define los valores y comportamientos esperados de los servidores públicos colombianos.
- Código de Buen Gobierno: documento institucional que orienta las relaciones entre directivos, servidores, usuarios y partes interesadas.
- Gobernanza: capacidad institucional de tomar decisiones legítimas, participativas y éticas en beneficio de la ciudadanía.
- Conflicto de interés: situación en la cual los intereses personales pueden influir en el desempeño de las funciones públicas.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 6, 121, 122, 123 y 209 – responsabilidad de los servidores públicos y principios de la función administrativa).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción
- Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1757 de 2015 – Participación ciudadana.
- Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario.
- Ley 2195 de 2022 – Transparencia, prevención y lucha contra la corrupción.
- Decreto 2539 de 2005 – Competencias laborales generales.
- Decreto 1083 de 2015 – Régimen del empleo público.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG, Dimensión de Control Interno y Talento Humano e incorpora lineamientos de ética e integridad.
- Código de Integridad del Servicio Público Colombiano (DAFP, 2017).
- Directrices del DAFP, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia y la Procuraduría General de la Nación.
- Normas internacionales de referencia: Principios de la OCDE sobre integridad y ética en el sector público.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Integridad: actuar con honestidad, transparencia y rectitud en todas las funciones.
2. Legalidad: todas las actuaciones se enmarcan en la Constitución y la ley.
3. Responsabilidad: asumir las consecuencias de las decisiones y actos administrativos.
4. Transparencia y rendición de cuentas: garantizar acceso a la información y control social.
5. Imparcialidad: tomar decisiones en beneficio del interés general, sin favorecer intereses particulares.
6. Participación ciudadana: fortalecer el diálogo con la comunidad y actores externos.
7. Buen gobierno: aplicar los principios de eficiencia, eficacia y legalidad en la gestión pública.
8. Eficiencia: uso racional y transparente de los recursos públicos.
9. Confianza: promover la credibilidad institucional mediante conductas ejemplares.
10. Coherencia y ejemplaridad: los directivos deben ser modelo de conducta ética y buen gobierno.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 98 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y liderar la cultura de buen gobierno.
- Área de Talento Humano – Incorporar la formación ética en los programas de inducción y reinducción.
- Área de Planeación – Alinear los valores éticos con los objetivos estratégicos y el MIPG.
- Comité de Ética y Buen Gobierno – Diseñar, implementar y hacer seguimiento a la política.
- Jefes de proceso y coordinadores de área – Garantizar la aplicación de los principios éticos en sus dependencias.
- Todos los servidores y contratistas – Cumplir los lineamientos de ética y transparencia.
- Oficina de Control Interno – Monitorear y evaluar el cumplimiento de la política.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Adopción y difusión del Código de Buen Gobierno y el Código de Integridad en toda la organización.
- Difusión y cumplimiento del Código de Integridad (PL-O10).
- Integración de la política con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC – PL-O14).
- Implementación de un Programa de Ética y Buen Gobierno con talleres, capacitaciones y campañas de sensibilización.
- Establecimiento de canales de denuncia confidenciales y protección al denunciante.
- Inclusión de compromisos éticos en contratos, actas y acuerdos de trabajo.
- Fortalecimiento del Comité de Ética Hospitalaria como garante de la humanización y el comportamiento ético en los servicios de salud.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de capacitaciones en ética realizadas, número de denuncias o casos de conflictos de interés gestionados, nivel de cumplimiento del Código de Buen Gobierno.
- Reportes semestrales al Comité de Ética y a la Gerencia.
- Auditorías internas y externas (DAFP, Procuraduría, entes de control).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Integridad, Transparencia y Control Interno.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Ética y Buen Gobierno / Oficina de Planeación.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determinen nuevas disposiciones del DAFP o la Secretaría de Transparencia.

✦ Esta política tiene carácter de directriz institucional, y se articula con la Política de Integridad (PL-O10) y la Política Anticorrupción (PAAC – PL-O14). Está sustentada principalmente en la Ley 1474 de 2011, la Ley 1712 de 2014, la Ley 1952 de 2019, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y los lineamientos de la Procuraduría y el DAFP.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme al Decreto 1499 de 2017, Leyes 1474/2011, 1712/2014 y 2195/2022; inclusión de descripción, definiciones, estrategias y mecanismos de denuncia; fortalecimiento de la articulación con Integridad, PAAC y Control Interno.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 99 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL, AMBIENTAL Y SOSTENIBILIDAD (PL-R7)

TÍTULO

Política Institucional de Responsabilidad Social, Ambiental y Sostenibilidad

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Responsabilidad Social, Ambiental y Sostenibilidad del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. define los principios, compromisos y lineamientos que orientan la gestión institucional hacia el respeto por el entorno, la protección del medio ambiente y la contribución al desarrollo sostenible de la comunidad.

Busca garantizar una gestión hospitalaria responsable con el ambiente, las personas y los recursos públicos, mediante la implementación de prácticas sostenibles, el uso eficiente de los recursos naturales, la reducción del impacto ambiental y la promoción del bienestar social y comunitario.

Esta política articula los componentes de sostenibilidad económica, social y ambiental bajo el enfoque del triple balance (triple bottom line) y los valores institucionales de ética, respeto y compromiso social.

JUSTIFICACIÓN

El hospital, como institución pública de salud, tiene la obligación ética y legal de desarrollar sus actividades de manera responsable con la sociedad y el medio ambiente.

La Ley 99 de 1993 crea el Ministerio de Ambiente y establece el deber de todas las entidades públicas de prevenir la contaminación, conservar los recursos naturales y promover la educación ambiental.

Asimismo, la ISO 26000 orienta la responsabilidad social como el compromiso de toda organización con el bienestar de sus grupos de interés y la sostenibilidad.

En el sector salud, la sostenibilidad implica integrar la gestión ambiental, la eficiencia energética, la disposición adecuada de residuos, el respeto por los derechos laborales, la equidad social y la viabilidad financiera institucional.

Esta política busca garantizar la sostenibilidad integral del hospital, articulando las metas ambientales, sociales y económicas con los planes estratégicos institucionales y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 6, 7, 12, 13 y 16.

OBJETIVOS

General

Promover una gestión institucional responsable, ética y sostenible que equilibre el desarrollo económico, social y ambiental, garantizando la sostenibilidad operativa, financiera y ecológica del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E.

Específicos

- Integrar la sostenibilidad ambiental, social y económica en la planeación institucional.
- Reducir los impactos ambientales derivados de las actividades hospitalarias.
- Fomentar la educación y cultura ambiental en el personal y la comunidad.
- Cumplir con la normatividad ambiental y sanitaria vigente.
- Garantizar la gestión integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRASA).
- Promover la eficiencia energética, el ahorro de agua y la gestión responsable de recursos.
- Implementar acciones de responsabilidad social con los grupos de interés institucional.
- Articular las acciones de sostenibilidad con los ODS y el Plan de Desarrollo Institucional.
- Consolidar la política ambiental como instrumento transversal de mejora continua.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Usuarios, comunidad, proveedores, contratistas, servidores públicos y voluntarios, en sus relaciones con la institución.
- Áreas administrativas, asistenciales y de infraestructura, que impacten el entorno social y ambiental.
- Programas y proyectos comunitarios, de salud pública, ambientales y de responsabilidad social.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 100 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Responsabilidad social: compromiso institucional con el bienestar de los trabajadores, la comunidad y el entorno ambiental.
- Desarrollo sostenible: satisfacción de las necesidades presentes sin comprometer las de las futuras generaciones.
- Sostenibilidad ambiental: uso racional de los recursos naturales y control de impactos negativos.
- Gestión ambiental hospitalaria: conjunto de acciones orientadas a prevenir, mitigar o compensar los efectos ambientales de la actividad asistencial.
- Ecoeficiencia: optimización de recursos y reducción de residuos.
- ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible): metas globales establecidas por la ONU para el desarrollo humano y ambiental.
- Triple balance: integración equilibrada de los factores económico, social y ambiental en la gestión institucional.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 49, 79, 80 y 95 – derecho a la salud, derecho a un ambiente sano y deber de protegerlo).
- Ley 99 de 1993 – Creación del Ministerio de Ambiente y desarrollo sostenible.
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 152 de 1994 – Plan de Desarrollo.
- Ley 1523 de 2012 – Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo (ODS, sostenibilidad ambiental y social).
- Decreto 1076 de 2015 – Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible.
- Decreto 1072 de 2015 – Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG (gestión ambiental y responsabilidad social institucional).
- Resolución 1164 de 2002 – Gestión integral de residuos hospitalarios y similares.
- Resolución 3100 de 2019 – Habilitación en salud (condiciones ambientales, residuos y seguridad del entorno).
- Lineamientos de la Contraloría General de la República, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Salud y Protección Social, el DAFP y la Secretaría de Transparencia.
- Normas internacionales: ISO 26000-2010 (Responsabilidad Social), ISO 14001-2015 (Gestión Ambiental), ODS 3 (Salud y Bienestar) y ODS 13 (Acción por el Clima).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Responsabilidad social: compromiso institucional con el bienestar de la comunidad y los grupos de interés.
2. Cumplimiento normativo: observancia estricta de las leyes ambientales y de salud pública.
3. Sostenibilidad ambiental: uso eficiente de los recursos naturales, manejo adecuado de residuos hospitalarios y reducción de la huella ecológica.
4. Enfoque preventivo: control de riesgos ambientales y sociales derivados de la operación hospitalaria.
5. Participación comunitaria: involucramiento de los actores sociales en la construcción de soluciones ambientales y de salud.
6. Ética y transparencia: cumplimiento normativo y rendición de cuentas en materia social y ambiental.
7. Innovación sostenible: impulso a tecnologías limpias y prácticas ecoeficientes.
8. Educación ambiental: fortalecer la conciencia ecológica institucional y comunitaria.
9. Mejora continua: evaluación permanente del impacto ambiental y social institucional.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para la implementación de la política.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 101 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Área de Planeación – Alinear la sostenibilidad con los objetivos estratégicos institucionales.
- Área de Salud Ocupacional y Ambiental (SG-SST y PGIRASA) – Implementar programas de gestión ambiental y de residuos.
- Área de Mantenimiento e Infraestructura – Aplicar prácticas ecoeficientes en los servicios y obras hospitalarias.
- Comité Ambiental y de Sostenibilidad – Coordinar acciones y seguimiento al cumplimiento de metas.
- Área de Talento Humano – Capacitar al personal en sostenibilidad, ética y responsabilidad social.
- Control Interno – Verificar cumplimiento y efectividad de los programas ambientales y sociales.
- Área de Salud Pública – Integrar programas comunitarios y de promoción de la salud ambiental.
- Todos los jefes de proceso y coordinadores de área – Incorporar criterios de responsabilidad social y ambiental en la planeación.
- Comités institucionales (Gestión Ambiental, Ética, PASSIVI, Responsabilidad Social).

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Diseño e implementación del Programa de Responsabilidad Social y Ambiental Institucional.
- Desarrollo del Plan Institucional de Gestión Ambiental y Uso Eficiente de Recursos.
- Articulación con el PGIRASA (PL-O5) para el manejo de residuos hospitalarios y similares.
- Campañas de educación ambiental dirigidas a funcionarios, usuarios y comunidad.
- Promoción del uso de energías limpias (paneles solares, iluminación LED, tecnologías verdes).
- Implementación de prácticas de compras sostenibles y economía circular.
- Establecimiento de criterios de compras sostenibles (PL-O21).
- Alianzas estratégicas con la comunidad, entes territoriales y organismos ambientales.
- Coordinación interinstitucional con Corpocaldas, Territorial de Salud de Caldas y MinAmbiente.
- Integración con la Política Financiera y de Sostenibilidad Institucional (PL-O23) y con la Política de Humanización de la Atención (PL-R2).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: consumo de energía, agua y papel; número de proyectos sociales y ambientales ejecutados; reducción de residuos generados.
- Reportes periódicos al Comité de Gestión Ambiental, la Gerencia y la Junta Directiva.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Sostenibilidad y Gestión Ambiental.
- Auditorías internas y externas (Contraloría, MinAmbiente, Supersalud).

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité Ambiental y de Sostenibilidad.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determinen nuevas disposiciones del MinAmbiente, MinSalud o entes de control.

✦ Esta política tiene carácter de directriz institucional, sustentada en la Ley 99 de 1993, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG), la Resolución 3100 de 2019, y en normas internacionales como la ISO 26000, la ISO 14001 y los ODS.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Ley 99 de 1993, Decreto 1076 de 2015, ISO 26000 e ISO 14001; inclusión de triple balance, estrategias de sostenibilidad ambiental y social, alineación con ODS y articulación con SG-SST y PGIRASA.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 102 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN (PL-R8)

TÍTULO

Política Institucional de Gestión del Conocimiento e Innovación

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gestión del Conocimiento e Innovación del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. define los principios, lineamientos y estrategias para fomentar la creación, intercambio, uso y conservación del conocimiento organizacional, promoviendo la innovación en los procesos, servicios y prácticas institucionales.

Su propósito es fortalecer la gestión institucional mediante el aprovechamiento del conocimiento individual y colectivo, el aprendizaje organizacional, la sistematización de experiencias exitosas y la implementación de soluciones innovadoras que mejoren la calidad, eficiencia y sostenibilidad de los servicios hospitalarios.

JUSTIFICACIÓN

La Gestión del Conocimiento (GC) y la Innovación Pública son ejes estratégicos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), orientados al aprendizaje continuo, la generación de valor público y la mejora institucional.

El Decreto 612 de 2018 establece la obligación de las entidades de desarrollar estrategias de gestión del conocimiento y la innovación articuladas al ciclo de la planeación institucional.

En el contexto hospitalario, la GC y la innovación son fundamentales para fortalecer las capacidades del talento humano, aprovechar las lecciones aprendidas, mejorar la atención en salud, optimizar recursos y garantizar la sostenibilidad del conocimiento técnico, clínico y administrativo.

Esta política busca consolidar una cultura organizacional basada en el aprendizaje, la creatividad y la mejora continua, asegurando la trazabilidad, preservación y difusión del conocimiento institucional.

OBJETIVOS

General

Desarrollar una cultura institucional de gestión del conocimiento e innovación que permita capturar, compartir y aplicar el saber organizacional, promoviendo la mejora continua, la eficiencia institucional y la generación de valor público.

Específicos

- Implementar mecanismos para la identificación, documentación y transferencia del conocimiento institucional.
- Promover la innovación en los procesos administrativos, asistenciales y de gestión.
- Fomentar el aprendizaje organizacional mediante espacios colaborativos y redes de conocimiento.
- Garantizar la preservación del conocimiento crítico mediante repositorios, manuales y sistemas de información.
- Articular la gestión del conocimiento con los procesos de planeación, control interno y evaluación del desempeño.
- Reconocer y difundir las buenas prácticas institucionales y sectoriales.
- Fortalecer las capacidades del personal mediante formación continua e intercambio de experiencias.
- Establecer alianzas con instituciones académicas, científicas y tecnológicas para la generación de conocimiento aplicado.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes y voluntarios que generen o utilicen conocimiento institucional.
- Comités institucionales (Comité de Gestión y Desempeño, Comité de Innovación, Comité de Calidad).

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 103 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Usuarios, proveedores, comunidad y entes de control, en lo relacionado con acceso y uso del conocimiento generado.
- Incluye la gestión documental, la formación del talento humano, la investigación aplicada, la sistematización de experiencias, la innovación tecnológica y la transferencia de buenas prácticas en salud y gestión pública.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Gestión del conocimiento: proceso sistemático para identificar, crear, capturar, compartir y aplicar el conocimiento institucional.
- Innovación: implementación de ideas, procesos, productos o servicios nuevos o mejorados que generen valor público.
- Conocimiento tácito: saber adquirido por la experiencia personal y práctica profesional.
- Conocimiento explícito: información documentada, estructurada y disponible en medios físicos o digitales.
- Lecciones aprendidas: conocimientos derivados de experiencias exitosas o fallidas que sirven de referencia para futuras acciones.
- Repositorio institucional: herramienta para almacenar, preservar y compartir información y documentos clave del hospital.
- Comunidades de práctica: grupos colaborativos que comparten experiencias y saberes en torno a temas específicos.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 67, 70 y 209 – acceso al conocimiento y principios de la función administrativa, educación, ciencia y tecnología).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno (información como insumo de gestión).
- Ley 489 de 1998 – Organización y funcionamiento de la administración pública.
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos (gestión documental como soporte del conocimiento).
- Ley 909 de 2004 – Talento humano y formación.
- Ley 1286 de 2009 – Fortalecimiento del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción (transparencia y acceso a la información).
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1753 de 2015 – Plan Nacional de Desarrollo (gestión del conocimiento en entidades públicas).
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud (decisiones basadas en evidencia).
- Decreto 1078 de 2015 – MinTIC (uso de TIC e innovación digital).
- Decreto 1083 de 2015 – Gestión del Talento Humano.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG e integra la Gestión del Conocimiento y la Innovación como dimensión obligatoria.
- Decreto 612 de 2018 – Estrategia de GC e Innovación.
- Guía DAFP de Gestión del Conocimiento e Innovación (2022).
- OCDE – Marco de Innovación en el Sector Público (2021).
- Lineamientos del DAFP, el MinSalud, el MinTIC y el Archivo General de la Nación.
- Referentes internacionales: ISO 30401 (Gestión del Conocimiento), OCDE – Innovación en el sector público, ODS 9 (Industria, innovación e infraestructura).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Acceso y democratización del conocimiento: garantizar que la información esté disponible y accesible.
2. Aprendizaje organizacional: promover la sistematización de experiencias y buenas prácticas.
3. Innovación: fomentar la creatividad y la transformación de procesos mediante nuevas tecnologías y enfoques.
4. Transparencia: garantizar el acceso y disponibilidad de la información institucional.
5. Sistematización: documentar y difundir experiencias exitosas y buenas prácticas.
6. Tecnología: aprovechar las TIC como soporte para la gestión del conocimiento.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 104 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

7. Colaboración y participación: incentivar el trabajo en red entre áreas, usuarios y comunidad.
8. Gestión de la información: fortalecer la calidad, seguridad y trazabilidad de los datos.
9. Reconocimiento: valorar los aportes individuales y colectivos a la innovación institucional.
10. Valor público: orientar la innovación hacia el beneficio de la comunidad y la eficiencia institucional.
11. Mejora continua: evaluar y retroalimentar las iniciativas de conocimiento e innovación.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para la política.
- Oficina de Planeación y Comité de Innovación – Liderar la implementación y seguimiento.
- Área de Talento Humano – Promover la capacitación y transferencia de conocimiento.
- Área de Tecnología y Comunicaciones – Apoyar la innovación digital y la gestión de datos.
- Control Interno – Verificar la efectividad de la política y la trazabilidad de la información.
- Jefes de proceso – Identificar, documentar y compartir buenas prácticas.
- Todos los servidores y contratistas – Participar en la generación y uso del conocimiento institucional.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Elaboración de la Estrategia Institucional de Gestión del Conocimiento e Innovación conforme al Decreto 612 de 2018.
- Creación de un Banco de Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas.
- Implementación de espacios de formación, investigación y transferencia de conocimiento.
- Desarrollo de proyectos de innovación tecnológica, asistencial y administrativa.
- Integración con la Política de Gobierno Digital (PL-O15) y la Política de Gestión Documental (PL-O18).
- Alianzas con universidades, centros de investigación y redes de salud para fortalecer innovación.
- Promoción de la cultura de innovación en todos los niveles de la organización.
- Publicación de resultados en los informes de gestión y FURAG (Dimensión GC e Innovación).
- Articulación con los sistemas de información institucionales (MIPG, MECI, SOGCS).

8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de proyectos de innovación desarrollados, porcentaje de procesos con buenas prácticas documentadas, nivel de madurez en gestión del conocimiento según DAFP.
- Reportes semestrales al Comité de Gestión y Desempeño y al Comité de Innovación.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Gestión del Conocimiento e Innovación.
- Auditorías internas y externas (DAFP, MinSalud, entes de control).
- Publicación de resultados en la rendición de cuentas institucional.

9. VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Oficina de Planeación y Comité de Gestión y Desempeño.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determinen nuevas disposiciones del DAFP o del MinSalud.

✦ Esta política tiene carácter de directriz institucional obligatoria dentro del MIPG, sustentada principalmente en el Decreto 1499 de 2017, la Ley 1712 de 2014 y los lineamientos del DAFP y el MinTIC.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Decretos 612/2018 y 1499/2017; inclusión de descripción, justificación, mecanismos de innovación y repositorio institucional; alineación con MIPG y Guías DAFP 2023.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 105 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

POLÍTICA DE SEGURIDAD HOSPITALARIA Y BIOSEGURIDAD (PL-R9)

TÍTULO

Política Institucional de Seguridad Hospitalaria y Bioseguridad

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Seguridad Hospitalaria y Bioseguridad del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos, principios y compromisos institucionales para garantizar condiciones seguras en los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo, protegiendo la salud y el bienestar de los pacientes, trabajadores y visitantes.

Tiene como propósito prevenir la ocurrencia de accidentes, exposiciones, infecciones o incidentes derivados del manejo de agentes biológicos, químicos o físicos, asegurando la aplicación de medidas de control, procedimientos seguros y prácticas de bioseguridad en todos los servicios hospitalarios.

JUSTIFICACIÓN

El entorno hospitalario presenta múltiples riesgos biológicos, físicos, químicos y ambientales que pueden afectar tanto a los trabajadores como a los usuarios.

La Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) establece las disposiciones básicas en materia de salud ocupacional y control de infecciones; la Resolución 3100 de 2019 determina las condiciones de habilitación y los estándares de seguridad hospitalaria; y la Resolución 666 de 2020 definió las medidas generales de bioseguridad en todos los ambientes laborales.

La bioseguridad hospitalaria, además de ser una exigencia normativa, constituye una práctica esencial para la protección del talento humano en salud, la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención (IAAS) y el cumplimiento de los programas de Seguridad del Paciente, PGIRASA y SG-SST.

Esta política permite garantizar entornos hospitalarios seguros, fortalecer la cultura de prevención y asegurar la sostenibilidad del hospital frente a riesgos biológicos y ambientales.

OBJETIVOS

General

Garantizar la seguridad hospitalaria y la aplicación de medidas de bioseguridad que protejan la salud de los trabajadores, pacientes, visitantes y comunidad, mediante la prevención, control y mitigación de riesgos biológicos, físicos, químicos y ambientales.

Específicos

- Prevenir accidentes laborales, incidentes y exposiciones ocupacionales en el entorno hospitalario.
- Fortalecer la cultura institucional de seguridad y prevención del riesgo.
- Implementar protocolos de bioseguridad en todos los procesos asistenciales y administrativos.
- Promover la capacitación continua del personal en buenas prácticas de bioseguridad.
- Garantizar la adecuada disposición de residuos hospitalarios conforme al PGIRASA.
- Mantener infraestructura hospitalaria segura, señalizada y conforme a la normativa vigente.
- Establecer mecanismos de vigilancia epidemiológica y control de infecciones.
- Asegurar la articulación entre los programas de SG-SST, Seguridad del Paciente y Gestión Ambiental.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos misionales, asistenciales, de apoyo y administrativos del hospital.
- Pacientes, familiares, visitantes, servidores públicos, contratistas y practicantes en contacto con las instalaciones hospitalarias.
- Comprende todas las áreas asistenciales, administrativas, técnicas y de apoyo diagnóstico, así como los procesos de mantenimiento, limpieza, desinfección, gestión de residuos y manejo de sustancias químicas o biológicas, especialmente las áreas de infraestructura, servicios generales, farmacia, laboratorio, esterilización, quirófanos y hospitalización, como principales responsables de aplicar medidas de bioseguridad.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 106 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Comités institucionales: Comité de Infecciones, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de SG-SST y Comité de Bioseguridad.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Bioseguridad: conjunto de normas, prácticas y procedimientos para prevenir riesgos que afectan la salud humana y el medio ambiente.
- Riesgo biológico: posibilidad de exposición a agentes biológicos (virus, bacterias, hongos o parásitos).
- Accidente ocupacional: suceso repentino durante la labor que causa daño a la salud o la integridad física del trabajador.
- Equipo de protección personal (EPP): elementos destinados a proteger al trabajador frente a riesgos específicos.
- IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud): infecciones adquiridas durante el proceso de atención hospitalaria.
- Zona limpia / zona sucia: clasificación de áreas hospitalarias según su nivel de exposición al riesgo biológico.
- Plan de contingencia: conjunto de acciones para responder ante emergencias o eventos adversos en el entorno hospitalario.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 49 y 95 – derecho a la salud, saneamiento ambiental y deber de proteger la salud pública).
- Ley 9 de 1979 – Código Sanitario Nacional.
- Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1562 de 2012 – Riesgos laborales.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo (seguridad hospitalaria).
- Decreto 351 de 2014 – Manejo integral de residuos peligrosos.
- Decreto 1072 de 2015 – Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.
- Decreto 1499 de 2017 – MIPG (gestión de riesgos en salud y seguridad ocupacional).
- Resolución 1164 de 2002 – Manejo integral de residuos hospitalarios y similares.
- Resolución 3100 de 2019 – Condiciones de habilitación en salud (seguridad hospitalaria y bioseguridad).
- Resolución 0312 de 2019 – Estándares mínimos del SG-SST.
- Resolución 666 de 2020 – Protocolos de bioseguridad en ambientes laborales.
- Resolución 2400 de 1979 – Normas de seguridad industrial.
- Normas internacionales: OMS/OPS en bioseguridad hospitalaria, ISO 45001 (seguridad laboral) e ISO 14001 (gestión ambiental).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Prevención: anticipar y controlar riesgos que puedan afectar la salud de pacientes y trabajadores.
2. Seguridad del paciente: minimizar riesgos asociados a la atención en salud.
3. Responsabilidad compartida: todos los actores institucionales son corresponsables de la bioseguridad.
4. Cumplimiento normativo: observancia de las disposiciones nacionales e internacionales.
5. Protección del talento humano: garantizar condiciones seguras de trabajo.
6. Uso racional de insumos y equipos: asegurar prácticas seguras en esterilización, desinfección y manipulación de material hospitalario.
7. Gestión ambiental responsable: integrar la bioseguridad con la gestión de residuos hospitalarios (PGIRASA).
8. Gestión del riesgo: identificación, evaluación y control de riesgos biológicos, químicos y físicos.
9. Comunicación efectiva: reporte y análisis oportuno de incidentes o eventos adversos.
10. Enfoque de mejora continua: actualización permanente de protocolos y prácticas según evidencia científica.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 107 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

11. Cultura de autocuidado: corresponsabilidad de todos los actores en la aplicación de medidas de bioseguridad.
12. Sostenibilidad: integración de la bioseguridad con la gestión ambiental y el SG-SST.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar y garantizar recursos para la política.
- Área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) – Coordinar acciones de bioseguridad laboral.
- Área de Calidad y Seguridad del Paciente – Monitorear riesgos clínicos asociados a la atención.
- Área de Mantenimiento e Infraestructura – Asegurar condiciones seguras en las instalaciones hospitalarias.
- Área de Servicios Generales y PGIRASA – Asegurar la gestión adecuada de residuos y limpieza hospitalaria.
- Jefes de servicio y coordinadores de área – Implementar protocolos de bioseguridad en sus dependencias.
- Todos los servidores, contratistas y practicantes – Cumplir con las medidas de seguridad y bioseguridad.
- Oficina de Control Interno – Verificar la eficacia y cumplimiento de la política.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Diseño e implementación del Programa Institucional de Bioseguridad y Seguridad Hospitalaria.
- Aplicación del Programa de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional y del Programa de IAAS.
- Actualización de protocolos de aislamiento, esterilización, limpieza y desinfección.
- Articulación con el SG-SST (PL-O6), la Política de Seguridad del Paciente (PL-O1) y el PGIRASA (PL-O5).
- Ejecución de capacitaciones periódicas en bioseguridad, prevención de infecciones y autocuidado.
- Simulacros de emergencias hospitalarias en coordinación con la Política de Gestión del Riesgo de Desastres (PL-O8).
- Implementación de protocolos de limpieza y desinfección por áreas de riesgo.
- Control del acceso y circulación en zonas críticas.
- Implementación de equipos de protección personal (EPP) y monitoreo de su uso adecuado.
- Campañas de sensibilización sobre higiene de manos, prevención de accidentes laborales y seguridad ocupacional.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: número de incidentes de bioseguridad, cumplimiento de protocolos de limpieza y desinfección, índice de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Auditorías internas y externas (Supersalud, MinSalud, ARL).
- Reportes periódicos al Comité de Bioseguridad, Comité de Infecciones y Comité de Gestión y Desempeño.
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Seguridad del Paciente y SG-SST.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Calidad, SG-SST y Comité de Bioseguridad.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se expidan nuevas disposiciones normativas nacionales o internacionales.

✦ Esta política tiene carácter de directriz institucional obligatoria en el marco de la Resolución 3100 de 2019, la Resolución 1164 de 2002, la Resolución 0312 de 2019 y los lineamientos del MIPG, además de los estándares internacionales de bioseguridad y seguridad hospitalaria.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 108 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Ley 9 de 1979, Resoluciones 3100 de 2019, 666 de 2020 y 1164 de 2002; integración con SG-SST, PGIRASA y Seguridad del Paciente; inclusión de definiciones, estrategias de mitigación y vigilancia epidemiológica.

POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PL-R10)

TÍTULO

Política Institucional de Gestión de la Innovación Tecnológica

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Gestión de la Innovación Tecnológica del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos para el desarrollo, adopción y uso estratégico de tecnologías que fortalezcan la eficiencia, seguridad, sostenibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud y en la gestión administrativa.

Busca consolidar una cultura institucional orientada a la innovación tecnológica, al aprovechamiento de la transformación digital y a la incorporación de herramientas tecnológicas que mejoren los procesos clínicos, administrativos y financieros, en coherencia con los objetivos del MIPG y la Agenda de Transformación Digital en Salud (MinSalud-MinTIC).

JUSTIFICACIÓN

La tecnología constituye un eje fundamental para la modernización institucional, la calidad de los servicios y la toma de decisiones basadas en evidencia.

La Ley 1286 de 2009 establece que las entidades públicas deben fomentar la ciencia, tecnología e innovación como motor de desarrollo.

El Decreto 1078 de 2015 y el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) exigen a las entidades públicas implementar estrategias de innovación tecnológica que impulsen la eficiencia, la transparencia y la interoperabilidad. En el ámbito hospitalario, la innovación tecnológica permite fortalecer los sistemas de información, garantizar la seguridad de los datos, mejorar la atención al usuario, optimizar los procesos clínicos y administrativos, y contribuir al desarrollo sostenible.

Esta política responde a la necesidad de mantener al hospital en un proceso continuo de actualización tecnológica, garantizando un enfoque seguro, ético y responsable.

OBJETIVOS

General

Impulsar la innovación tecnológica institucional para fortalecer la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando el uso racional, seguro y ético de las tecnologías aplicadas a la gestión hospitalaria y a la atención en salud.

Específicos

- Implementar estrategias de transformación digital y modernización tecnológica en los procesos institucionales.
- Promover el uso eficiente, seguro y sostenible de las tecnologías de información y comunicación (TIC).
- Incorporar tecnologías biomédicas, informáticas y administrativas que mejoren la gestión hospitalaria.
- Garantizar la interoperabilidad y protección de los datos en los sistemas institucionales.
- Establecer mecanismos de evaluación, adquisición y mantenimiento de equipos tecnológicos.
- Fomentar la innovación tecnológica mediante alianzas con instituciones científicas, académicas y del sector TIC.
- Desarrollar competencias tecnológicas en el talento humano institucional.
- Articular la innovación tecnológica con las políticas de Gobierno Digital, Seguridad de la Información y Gestión del Conocimiento.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 109 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos misionales, estratégicos y de apoyo que requieran innovación tecnológica.
- Áreas de tecnología, infraestructura biomédica, talento humano y planeación, responsables de adopción y uso de nuevas tecnologías.
- Usuarios, pacientes, comunidad, proveedores, aliados estratégicos y entes de control, en lo relacionado con el impacto de la innovación tecnológica en la atención en salud.
- Comités institucionales (Comité de Innovación, Comité de Tecnologías de la Información y Comité de Bioseguridad).
- Incluye la gestión de equipos biomédicos, infraestructura tecnológica, sistemas de información hospitalaria (HIS), telemedicina, gobierno digital, automatización de procesos y proyectos de innovación tecnológica institucional.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Innovación tecnológica: aplicación práctica del conocimiento científico y técnico para generar mejoras en productos, procesos o servicios.
- Transformación digital: integración de las tecnologías digitales en todos los ámbitos institucionales para optimizar la gestión pública.
- Interoperabilidad: capacidad de los sistemas tecnológicos para intercambiar y usar información de manera efectiva y segura.
- TIC: tecnologías que permiten el procesamiento, almacenamiento y comunicación digital de la información.
- Salud digital: uso de herramientas tecnológicas para mejorar la salud pública, la atención y la gestión hospitalaria.
- Telemedicina: prestación de servicios de salud a distancia mediante tecnologías de la información y la comunicación.
- Obsolescencia tecnológica: pérdida de vigencia o funcionalidad de un equipo o sistema por avances tecnológicos.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 20, 70 y 209 – transparencia, eficiencia, derecho al conocimiento y principios de la función administrativa).
- Ley 80 de 1993 – Contratación estatal (adquisición de tecnologías).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 1150 de 2007 – Transparencia en contratación.
- Ley 1286 de 2009 – Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- Ley 1341 de 2009 – Principios de la sociedad de la información y la organización de las TIC.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud (uso de tecnologías apropiadas para garantizar el derecho a la salud).
- Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo (transformación digital en el sector público).
- Decreto 1078 de 2015 – MinTIC (uso y gestión de TIC).
- Decreto 1082 de 2015 – Reglamentario de la contratación pública.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG (gestión de conocimiento e innovación tecnológica).
- Decreto 612 de 2018 – Estrategias de gestión del conocimiento e innovación.
- Resolución 3100 de 2019 – Estándares de habilitación en salud (infraestructura, tecnología y equipos biomédicos).
- Resolución 866 de 2021 (MinSalud) – Lineamientos para la implementación de salud digital.
- Guía MinTIC de Innovación Pública Digital (2022).
- Lineamientos del MinSalud, el MinTIC, el DAFP y Colciencias/Minciencias.
- Normas internacionales: ISO 13485 (tecnología biomédica), ISO 27001 (seguridad de la información), ISO 9001 (Gestión de la calidad), ISO 31000 (Gestión del riesgo) y ODS 9 (Industria, innovación e infraestructura).

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 110 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Innovación estratégica: la incorporación tecnológica debe responder a las prioridades institucionales.
2. Calidad y seguridad: garantizar que toda innovación respalde la seguridad del paciente y del trabajador.
3. Sostenibilidad: fomentar la adopción de tecnologías eficientes y responsables con el medio ambiente.
4. Acceso y equidad: asegurar que las innovaciones tecnológicas generen beneficios a toda la población usuaria.
5. Eficiencia y productividad: uso de la tecnología para optimizar procesos y reducir costos operativos.
6. Transparencia: uso ético y responsable de la tecnología para fortalecer la confianza ciudadana.
7. Articulación: integrar la innovación tecnológica con la planeación, gestión documental y sistemas institucionales.
8. Capacitación y transferencia de conocimiento: formar al talento humano en el uso de nuevas tecnologías.
9. Mejora continua: evaluar el impacto de la innovación tecnológica e introducir ajustes.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar recursos para innovación tecnológica.
- Área de Tecnología y Sistemas de Información – Coordinar proyectos de innovación digital.
- Área Biomédica e Infraestructura – Gestionar la adquisición, mantenimiento y actualización tecnológica.
- Oficina de Planeación – Alinear la innovación tecnológica con los objetivos estratégicos y el MIPG.
- Área de Talento Humano – Fortalecer competencias digitales del personal.
- Control Interno – Evaluar el cumplimiento de la política y la efectividad de las inversiones tecnológicas.
- Jefes de proceso y coordinadores – Identificar necesidades tecnológicas en sus áreas.
- Todos los servidores y contratistas – Adoptar el uso de tecnologías de manera responsable y segura.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Adopción del Plan Institucional de Innovación Tecnológica.
- Fortalecimiento del PETIC – Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- Incorporación de tecnologías biomédicas de última generación en los servicios hospitalarios.
- Desarrollo de proyectos de telemedicina y salud digital.
- Alianzas con universidades, centros de investigación y empresas tecnológicas.
- Implementación de compras públicas innovadoras (articuladas con la Política de Contratación y Compras – PL-O21).
- Integración con la Política de Gobierno Digital (PL-O15), la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación (PL-R8) y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información (PL-O16).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: nivel de madurez tecnológica, proyectos de innovación implementados, cumplimiento del PETIC, satisfacción de usuarios internos, reducción de tiempos en procesos tecnológicos.
- Auditorías internas y externas (Supersalud, MinSalud, Contraloría).
- Evaluación en el FURAG – Dimensión Innovación y Gobierno Digital.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Comité de Innovación / Área de Tecnología.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 111 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando lo determinen nuevas disposiciones del MinSalud, MinTIC o DAFP.

✦ Esta política tiene carácter de directriz institucional, sustentada principalmente en la Ley 1286 de 2009, la Ley 1751 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG), la Resolución 3100 de 2019 y los lineamientos del MinTIC, el MinSalud y el DAFP.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Ley 1286 de 2009, Decretos 1078 de 2015 y 1499 de 2017; inclusión del Plan Institucional de Innovación Tecnológica (PIIT), mecanismos de transformación digital, competencias digitales y articulación con MIPG y PETIC.

POLÍTICA DE CULTURA ORGANIZACIONAL Y VALORES (PL-R11)

TÍTULO

Política Institucional de Cultura Organizacional y Valores

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Cultura Organizacional y Valores del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. define los lineamientos para fortalecer la identidad institucional, la integridad, el sentido de pertenencia y el compromiso ético de todos los servidores públicos, contratistas y colaboradores.

Su objetivo es consolidar una cultura organizacional basada en los valores institucionales y los principios del servicio público, garantizando comportamientos coherentes, colaborativos y orientados a la excelencia, la transparencia y la humanización del servicio.

Esta política constituye la base para la gestión del talento humano, la comunicación interna, la ética pública y la mejora continua, siendo un componente esencial del clima organizacional y del cumplimiento del MIPG.

JUSTIFICACIÓN

La cultura organizacional es el conjunto de valores, creencias, hábitos y prácticas compartidas que orientan el comportamiento de las personas dentro de la institución.

De acuerdo con el Decreto 1499 de 2017, toda entidad pública debe fortalecer su cultura organizacional como parte del Componente de Talento Humano del MIPG, promoviendo un entorno laboral íntegro, ético y colaborativo.

El Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., como institución pública de salud, requiere mantener una cultura sólida que asegure el compromiso del personal con la misión institucional, la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Esta política permite consolidar una identidad organizacional alineada con los principios de integridad, ética pública, respeto, equidad y excelencia, garantizando la sostenibilidad humana e institucional.

OBJETIVOS

General

Fortalecer la cultura organizacional del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. mediante la promoción de valores institucionales, la coherencia ética y la construcción de un ambiente laboral colaborativo, motivador y orientado al servicio público con calidad y humanismo.

Específicos

- Promover la vivencia de los valores institucionales en todos los niveles jerárquicos.
- Fomentar la identidad y sentido de pertenencia del personal hacia la institución.
- Articular la cultura organizacional con los principios del Código de Integridad y el Código de Buen Gobierno.
- Estimular el trabajo en equipo, la cooperación y la comunicación efectiva.
- Incorporar los valores institucionales en los procesos de selección, inducción, capacitación y evaluación del desempeño.
- Garantizar la coherencia entre el comportamiento institucional y los objetivos estratégicos.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 112 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

- Fortalecer la gestión del cambio, la innovación y la mejora continua.
- Promover una cultura de servicio centrada en el respeto y la dignidad del usuario.

ALCANCE

Esta política aplica a:

- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del hospital.
- Servidores públicos, contratistas, practicantes, voluntarios y estudiantes en formación vinculados a la institución.
- Usuarios, comunidad y entes de control, como receptores del impacto de la cultura institucional.
- Comités de Talento Humano, Ética, Convivencia y Buen Gobierno, como instancias que refuerzan la cultura organizacional.

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Cultura organizacional: conjunto de valores, creencias y comportamientos compartidos por los miembros de la institución.
- Valores institucionales: principios éticos que orientan la conducta y las decisiones del personal.
- Clima organizacional: percepción que los colaboradores tienen del ambiente laboral y de sus condiciones de trabajo.
- Identidad institucional: conjunto de características que diferencian y dan sentido al ser y hacer de la organización.
- Gestión del cambio: proceso que permite adaptar a las personas y procesos a las transformaciones institucionales.
- Coherencia ética: correspondencia entre los principios institucionales y el actuar de los servidores públicos.
- Integridad pública: cumplimiento de los valores y normas que rigen la función pública con rectitud y transparencia.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 (arts. 1, 2, 6, 209 y 269 – dignidad, fines esenciales del Estado, principios de la función administrativa, responsabilidad y transparencia).
- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno (cultura del autocontrol).
- Ley 909 de 2004 – Empleo público y carrera administrativa.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 1083 de 2015 – Régimen del empleo público.
- Decreto 1499 de 2017 – Actualiza el MIPG (cultura organizacional como eje transversal).
- Código de Integridad del Servicio Público Colombiano (DAFP, 2017).
- Código de Buen Gobierno del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. (2024).
- Guía de Cultura Organizacional y Valores – DAFP (2023).
- Directrices del DAFP, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Transparencia y Procuraduría General de la Nación.
- Normas internacionales: Código de Ética de la Función Pública (OCDE) y principios de ética hospitalaria OMS/OPS.

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Ética pública: actuar con transparencia, honestidad y responsabilidad.
2. Valores institucionales: integridad, respeto, compromiso, transparencia, trabajo en equipo, equidad, excelencia, solidaridad, justicia, responsabilidad, calidad y servicio.
3. Sentido de pertenencia: fortalecer la identidad de los trabajadores con la misión y visión institucional.
4. Ejemplaridad: los directivos como modelos de conducta ética y de los valores organizacionales.
5. Participación y cohesión: construcción colectiva de la cultura a través del diálogo y la interacción.
6. Mejora continua: revisión permanente de prácticas culturales para alinearlas con las necesidades de la organización.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 113 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

7. Humanización: garantizar que la cultura institucional se refleje en la atención digna y en el trato respetuoso al usuario.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y velar por su cumplimiento.
- Área de Talento Humano – Diseñar e implementar programas de fortalecimiento cultural.
- Comité de Ética y Buen Gobierno – Supervisar la aplicación de los valores institucionales.
- Comité de Convivencia Laboral – Prevenir y atender conflictos que afecten el clima cultural.
- Área de Planeación – Alinear la cultura institucional con los objetivos estratégicos y el MIPG.
- Área de Comunicaciones – Difundir campañas y mensajes sobre los valores institucionales.
- Control Interno – Evaluar el cumplimiento y la efectividad de la política.
- Jefes de proceso y coordinadores de área – Integrar los valores en la gestión y decisiones de sus dependencias.
- Todos los servidores y contratistas – Adoptar y practicar los valores en su desempeño diario.

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Definición y socialización de los valores institucionales en todos los procesos.
- Diseño del Programa de Cultura Organizacional y Valores con actividades de sensibilización y formación.
- Inclusión de los valores en procesos de inducción, reinducción y evaluación del desempeño.
- Campañas de comunicación interna y externa sobre ética y valores.
- Integración con la Política de Ética y Buen Gobierno (PL-R6), la Política de Integridad (PL-O10) y la Política de Bienestar Laboral (PL-R1).
- Reconocimiento a buenas prácticas laborales que refuercen la cultura institucional.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: nivel de apropiación de los valores (encuestas), número de actividades culturales realizadas, porcentaje de personal capacitado en ética y valores.
- Evaluación del clima organizacional y de la cultura institucional.
- Reportes anuales al Comité de Gestión y Desempeño y a la Gerencia.
- Auditorías internas y externas (DAFP, Procuraduría, MinSalud).

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 02 (actualización 2025).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Talento Humano / Comité de Ética y Buen Gobierno.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se emitan nuevas disposiciones normativas sobre cultura organizacional.

✦ Esta política tiene carácter de directriz institucional, sustentada en el Decreto 1499 de 2017 (MIPG), la Ley 909 de 2004, la Ley 1712 de 2014, la Ley 1751 de 2015 y los lineamientos del DAFP.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02	2025	Actualización conforme a Decretos 1083/2015 y 1499/2017; fortalecimiento de la descripción, definiciones, estrategias de fortalecimiento cultural e integración con las políticas de Integridad, Ética y Bienestar Laboral.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 114 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

PL-R12 – POLÍTICA INSTITUCIONAL DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

TÍTULO

Política Institucional de Planeación y Evaluación de la Gestión

DESCRIPCIÓN

La Política Institucional de Planeación y Evaluación de la Gestión del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E. establece los lineamientos que orientan la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la gestión institucional, garantizando su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Control Interno (MECI) y el Plan de Desarrollo Institucional (PDI).

Esta política busca fortalecer la cultura de planeación, promover el uso eficiente de los recursos, asegurar la coherencia entre los planes y resultados, y generar información confiable para la toma de decisiones, el control y la rendición de cuentas.

JUSTIFICACIÓN

La planeación pública constituye un instrumento esencial de gestión estatal y hospitalaria, que permite definir objetivos, estrategias y metas para orientar la acción institucional hacia el cumplimiento de su misión y la satisfacción de las necesidades en salud de la comunidad.

La Ley 152 de 1994 establece el Sistema Nacional de Planeación y dispone que todas las entidades públicas deben formular, ejecutar y evaluar planes coherentes con las políticas nacionales y territoriales. El Decreto 1499 de 2017 y el Decreto 612 de 2018 reafirman la obligación de articular la planeación institucional con las dimensiones del MIPG, integrando el control interno, la transparencia, la gestión del conocimiento, el talento humano y la eficiencia administrativa.

El hospital, como E.S.E. de segundo nivel, requiere un instrumento que unifique los principios de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de su gestión, para garantizar el cumplimiento normativo, la transparencia, la eficiencia del gasto y la mejora continua.

OBJETIVOS

General

Fortalecer el proceso institucional de planeación y evaluación de la gestión en el Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., garantizando la coherencia entre los objetivos estratégicos, los planes operativos y los resultados institucionales, en concordancia con el MIPG, el MECI y la normativa de planeación pública.

Específicos

- Asegurar la articulación entre el Plan de Desarrollo Institucional, los planes operativos anuales y los planes de gestión por área.
- Implementar un sistema de seguimiento y evaluación basado en indicadores verificables y resultados medibles.
- Promover la cultura de planeación participativa y orientada a resultados.
- Garantizar la alineación de los recursos físicos, financieros, humanos y tecnológicos con las metas institucionales.
- Integrar los informes de gestión, rendición de cuentas y FURAG al ciclo de planeación institucional.
- Fortalecer la trazabilidad documental y la disponibilidad de información para la toma de decisiones.
- Evaluar periódicamente la efectividad de las estrategias y proponer acciones de mejora continua.

ALCANCE

Esta política aplica a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., así como a los servidores públicos, contratistas y responsables de áreas que participen en la formulación, ejecución, seguimiento o evaluación de los planes institucionales. Comprende todos los instrumentos de planeación del hospital: Plan de Desarrollo Institucional, Plan Gerencial, Planes de Acción por Área, Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), Plan Estratégico de Talento Humano, PETIC, Plan Ambiental, entre otros.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 115 de 120</p>
	<p>PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO</p>	

DEFINICIONES RELACIONADAS

- Planeación institucional: proceso continuo y participativo que permite definir objetivos, metas y estrategias para orientar la gestión institucional.
- MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión, marco para la gestión pública eficiente y transparente.
- MECI: Modelo Estándar de Control Interno, que garantiza la evaluación y mejora de los procesos institucionales.
- FURAG: Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión, instrumento del DAFP para medir desempeño institucional.
- Plan de Acción: herramienta que define las actividades, responsables, recursos e indicadores para cumplir objetivos institucionales.
- Evaluación de la gestión: proceso de análisis de resultados y desempeño institucional frente a los objetivos planificados.
- Mejora continua: principio de gestión pública que busca optimizar los procesos a través de la retroalimentación constante.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia (1991): artículos 2, 209 y 269 – principios de eficiencia, responsabilidad y control de la administración pública.
- Ley 87 de 1993: control interno de las entidades estatales.
- Ley 152 de 1994: Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 715 de 2001: competencias y recursos del sector salud.
- Ley 1474 de 2011: Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1757 de 2015: participación ciudadana y rendición de cuentas.
- Decreto 1499 de 2017: adopta el MIPG.
- Decreto 612 de 2018: articula el Sistema de Planeación con el MIPG.
- Decreto 1083 de 2015: reglamento del empleo público y gestión institucional.
- Guías DAFP sobre Planeación Institucional y FURAG (2020–2024).

PRINCIPIOS O LINEAMIENTOS

1. Coherencia: los planes institucionales deben guardar armonía con los objetivos estratégicos y las políticas nacionales.
2. Transparencia: los procesos de planeación y evaluación deben ser públicos, verificables y basados en información confiable.
3. Participación: la planeación debe involucrar a todos los niveles organizacionales.
4. Eficiencia: los recursos deben orientarse a resultados medibles y de impacto.
5. Responsabilidad: cada actor institucional debe rendir cuentas por los resultados de su gestión.
6. Mejora continua: la evaluación debe generar aprendizajes que fortalezcan la gestión institucional.
7. Trazabilidad: toda la información de planeación debe estar documentada y disponible para auditorías.

RESPONSABLES

- Gerente de la E.S.E. – Aprobar la política y garantizar los recursos necesarios para su implementación.
- Área de Planeación Institucional – Coordinar la formulación, ejecución y seguimiento de los planes institucionales.
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño – Evaluar los avances y resultados de la gestión.
- Áreas responsables de proceso – Formular y ejecutar los planes operativos por dependencia.
- Oficina de Control Interno – Verificar el cumplimiento de los objetivos, indicadores y acciones correctivas.
- Comité de Control Interno – Recomendar acciones de mejora en el ciclo de gestión.
- Talento Humano, Financiera, Calidad y demás áreas – Proveer información oportuna y veraz para el seguimiento y evaluación.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 116 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ESTRATEGIAS O MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Elaboración y actualización anual del Plan de Acción Institucional y de los Planes de Acción por Área.
- Integración del Plan Gerencial, el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y el Plan de Desarrollo Institucional.
- Seguimiento trimestral y reporte semestral al Comité de Gestión y Desempeño.
- Uso de indicadores estratégicos y operativos para medir eficiencia, eficacia y efectividad.
- Aplicación del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) en todos los niveles institucionales.
- Articulación de la evaluación con el FURAG, el Informe de Rendición de Cuentas y el Sistema de Control Interno.
- Publicación de los resultados de gestión en medios institucionales.
- Implementación de mecanismos de mejora continua, basados en hallazgos de auditorías.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Indicadores: cumplimiento de metas institucionales, ejecución presupuestal, cumplimiento del plan operativo, resultados FURAG y satisfacción del usuario interno.
- Evaluación trimestral en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Auditorías internas y externas (DAFP, Supersalud, Contraloría, Gobernación).
- Retroalimentación mediante informes de avance, planes de mejora y socialización de resultados.
- Consolidación de resultados en el Informe Anual de Gestión Institucional.

VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

- Versión: 01 (2025 – nueva creación).
- Fecha de aprobación: [Por definir].
- Responsable de revisión: Área de Planeación Institucional.
- Periodicidad de actualización: Cada dos (2) años o cuando se modifique la normativa nacional sobre planeación o gestión pública.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	2025	Versión inicial. Creación de la Política Institucional de Planeación y Evaluación de la Gestión conforme al Decreto 612 de 2018, Decreto 1499 de 2017 y Ley 152 de 1994.

ANEXO 4. MATRIZ DE INDICADORES DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES

CÓDIGO	POLÍTICA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META 2025
PL-O1	Seguridad del Paciente	% de eventos adversos gestionados	(Eventos gestionados / Eventos reportados) x 100	Trimestral	Comité de Seguridad del Paciente	Reportes de eventos, actas de comité	≥ 95%
PL-O2	Calidad y PAMEC	Cumplimiento del plan PAMEC	(Acciones cumplidas / Acciones programadas) x 100	Semestral	Área de Calidad	Plan PAMEC, informes de seguimiento	≥ 90%
PL-O3	Farmacovigilancia	% de reportes de RAM enviados al INVIMA	(Reportes enviados / Reportes recibidos) x 100	Mensual	Comité de Farmacia	Reportes de farmacovigilancia	≥ 95%
PL-O4	Tecnovigilancia	% de reportes de incidentes con dispositivos médicos gestionados	(Reportes gestionados / Reportes recibidos) x 100	Mensual	Comité de Tecnovigilancia	Registros de incidentes, informes a INVIMA	≥ 95%
PL-O5	PGIRASA	Cumplimiento del PGIRASA	(Actividades ejecutadas / Actividades programadas) x 100	Trimestral	Comité de Gestión Ambiental	Informes PGIRASA, actas de comité	≥ 90%
PL-O6	SG-SST	% de cumplimiento de estándares mínimos SST	(Evidencias cumplidas / Estándares exigidos) x 100	Anual	Área SST	Matriz de estándares mínimos, actas de ARL	≥ 85%




**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ
NIT: 890.8010268**

**PROCESO DE : PLANEACIÓN
LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS**

TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO

Código: HDFS-PLN-LM
1.05.00-00.03-001-01.2025
Versión: 01
Fecha aprobación: 20-03-2025
Fecha elaboración: JUL-2025
Página **117** de **120**

CÓDIGO	POLÍTICA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META 2025
PL-07	Prevención de Acoso Laboral	% de casos atendidos por Comité de Convivencia	(Casos atendidos / Casos reportados) x 100	Semestral	Comité de Convivencia Laboral	Actas del comité, reportes de Talento Humano	100%
PL-08	Gestión del Riesgo de Desastres	% de simulacros realizados según plan	(Simulacros ejecutados / Simulacros programados) x 100	Anual	Comité de Emergencias	Plan hospitalario de emergencias, actas	100%
PL-09	PESV	% de cumplimiento del PESV	(Acciones cumplidas / Acciones programadas) x 100	Semestral	Comité PESV	Plan PESV, informes de seguimiento	≥ 90%
PL-010	Integridad	% de funcionarios capacitados en Código de Integridad	(N° capacitados / Total servidores) x 100	Anual	Talento Humano	Listas de asistencia, certificados	100%
PL-011	Transparencia y Acceso a la Información	% de información publicada en el portal de transparencia	(Documentos publicados / Documentos obligatorios) x 100	Trimestral	Oficina de Planeación	Portal de transparencia, informes FURAG	100%
PL-012	Servicio al Ciudadano y Participación Social	Nivel de satisfacción del usuario	(Usuarios satisfechos / Total encuestados) x 100	Semestral	Atención al Usuario	Encuestas de satisfacción, PQRS	≥ 85%
PL-013	Rendición de Cuentas	% de compromisos de audiencias cumplidos	(Compromisos cumplidos / Compromisos adquiridos) x 100	Anual	Planeación	Informes de rendición, actas de compromisos	≥ 90%
PL-014	Anticorrupción - PAAC	Cumplimiento del PAAC	(Actividades ejecutadas / Actividades programadas) x 100	Anual	Oficina Jurídica / Planeación	PAAC publicado, actas de seguimiento	100%
PL-015	Gobierno Digital	% de trámites y servicios en línea habilitados	(Servicios en línea / Total de servicios) x 100	Trimestral	Área TIC	Portal web, reportes MinTIC	≥ 70%
PL-016	Seguridad y Privacidad de la Información	% de incidentes de seguridad gestionados	(Incidentes gestionados / Incidentes reportados) x 100	Trimestral	Área TIC / Seguridad Informática	Reportes de incidentes, actas de comité	≥ 95%
PL-017	Habeas Data	% de solicitudes de acceso o corrección de datos atendidas	(Solicitudes atendidas / Solicitudes recibidas) x 100	Trimestral	Talento Humano / Historias Clínicas	Registros de solicitudes	100%
PL-018	Gestión Documental	% de series documentales con TRD implementadas	(Series implementadas / Series definidas) x 100	Anual	Archivo Institucional	TRD, informes de archivo	≥ 90%
PL-019	Control Interno y Administración de Riesgo MECI-MIPG	% de riesgos institucionales gestionados	(Riesgos con plan de manejo / Total riesgos identificados) x 100	Trimestral	Oficina de Control Interno	Matriz de riesgos, informes de seguimiento	≥ 90%
PL-020	Gestión del Talento Humano	% de cumplimiento del plan de capacitación	(Capacitaciones ejecutadas / Capacitaciones programadas) x 100	Anual	Talento Humano	Plan de capacitación, informes	≥ 90%
PL-021	Contratación y Compras	% de procesos contractuales realizados dentro de los plazos	(Contratos en plazo / Total contratos) x 100	Trimestral	Área de Contratación	SECOP, actas de comité	≥ 95%
PL-022	Políticas Contables	% de informes financieros emitidos sin observaciones	(Informes sin observaciones / Total informes) x 100	Anual	Contabilidad	Informes CGN, auditorías	≥ 90%
PL-023	Financiera y Sostenibilidad	Índice de sostenibilidad financiera	Fórmulas MinSalud (liquidez, margen, endeudamiento)	Trimestral	Área Financiera	Estados financieros, informes Supersalud	Según rango MinSalud

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 118 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

CÓDIGO	POLÍTICA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META 2025
PL-O24	SARLAFT/FPADM	% de operaciones inusuales o sospechosas analizadas y reportadas oportunamente	(Operaciones analizadas y reportadas / Operaciones inusuales detectadas) x 100	Trimestral	Control Interno	Reportes SARLAFT, actas de comité de control interno, comunicaciones a Supersalud	100%
PL-R1	Bienestar Laboral y Clima Organizacional	% de satisfacción de los servidores con programas de bienestar	(Servidores satisfechos / Total encuestados) x 100	Anual	Talento Humano	Encuestas de bienestar, actas de comité	≥ 85%
PL-R2	Humanización de la Atención	% de usuarios que perciben trato digno y humanizado	(Usuarios satisfechos / Total encuestados) x 100	Semestral	Atención al Usuario	Encuestas de satisfacción, PQRS	≥ 85%
PL-R3	Comunicaciones Institucionales	% de cumplimiento del plan de comunicaciones	(Actividades ejecutadas / Actividades programadas) x 100	Semestral	Área de Comunicaciones	Plan de comunicaciones, informes	≥ 90%
PL-R4	Inclusión y No Discriminación	% de funcionarios capacitados en inclusión y trato digno	(Capacitados / Total servidores) x 100	Anual	Talento Humano	Registros de capacitación	100%
PL-R5	Equidad de Género y Diversidad	% de mujeres en cargos directivos	(Mujeres directivas / Total directivos) x 100	Anual	Talento Humano	Nómina, informes institucionales	≥ 40%
PL-R6	Ética y Buen Gobierno	% de funcionarios capacitados en Código de Buen Gobierno	(Capacitados / Total servidores) x 100	Anual	Comité de Ética	Listas de asistencia, informes	100%
PL-R7	Responsabilidad Social, Ambiental y Sostenibilidad	% de proyectos sociales y ambientales ejecutados	(Proyectos ejecutados / Proyectos programados) x 100	Anual	Planeación / Gestión Ambiental	Plan ambiental y social, informes	≥ 90%
PL-R8	Gestión del Conocimiento e Innovación	% de buenas prácticas institucionales documentadas	(Buenas prácticas documentadas / Total identificadas) x 100	Anual	Planeación / Comité de Innovación	Banco de buenas prácticas	≥ 80%
PL-R9	Seguridad Hospitalaria y Bioseguridad	% de cumplimiento de protocolos de bioseguridad	(Protocolos cumplidos / Protocolos establecidos) x 100	Trimestral	Comité de Bioseguridad	Auditorías internas, actas	≥ 95%
PL-R10	Innovación Tecnológica	% de proyectos tecnológicos implementados según plan	(Proyectos implementados / Proyectos planificados) x 100	Anual	Área TIC / Planeación	PETIC, informes de innovación	≥ 80%
PL-R11	Cultura Organizacional y Valores	% de servidores que manifiestan apropiación de valores	(Servidores que aplican valores / Total encuestados) x 100	Anual	Talento Humano / Comité de Ética	Encuestas, informes de cultura	≥ 85%
PL-R12	Política Institucional de Planeación y Evaluación de la Gestión	% de cumplimiento de metas institucionales evaluadas y cerradas en el periodo	(Metas evaluadas y cerradas / Metas planificadas en el periodo) x 100	Trimestral	Área de Planeación	Plan de acción institucional, informes de seguimiento, actas de comité	≥ 90%

★ Notas para la implementación:

- Todos los indicadores están alineados al FURAG y a los estándares de habilitación de MinSalud.
- Los responsables deben integrarlos en el Plan Operativo Anual de la ESE y en los reportes de seguimiento.
- Algunas metas (ej. % de satisfacción, sostenibilidad financiera) deben adaptarse al diagnóstico actual del hospital.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 119 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ANEXO 5. REGISTRO DE CONTROL DE VERSIONES DEL LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA VERSIÓN

La Versión 01 del Libro Maestro de Políticas Institucionales constituye la consolidación, actualización y formalización integral de todas las políticas institucionales vigentes del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E., unificando criterios normativos, técnicos, estructurales y documentales en cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

Este compendio institucional integra las políticas obligatorias exigidas por la normatividad nacional y las políticas internas definidas por el Hospital, organizadas por macroproceso y alineadas con los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2024–2027.

TABLA DE CONTROL DE VERSIONES

VERSIÓN	FECHA	TIPO DE CAMBIO	DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL CAMBIO	RESPONSABLE TÉCNICO	APROBÓ
01	01/10/2025	Compendio – Consolidación y actualización integral	Primera versión del Libro Maestro de Políticas Institucionales, que consolida y estandariza la totalidad de las políticas institucionales del HDFS E.S.E. conforme a la normatividad nacional, departamental y sectorial vigente.	Área de Planeación Institucional	Gerente General

REGISTRO DE REVISIÓN TÉCNICA INSTITUCIONAL

Observación: En razón a la naturaleza compendiosa del documento, esta versión requiere validación técnica y firma de revisión por parte de todas las áreas responsables de la formulación, aplicación o seguimiento de políticas institucionales.

ÁREA	NOMBRE DEL REVISOR TÉCNICO	FIRMA
Almacén	Paula Andrea Gaitán	
archivo	Roció Marín	
Asesor jurídico	Gonzalo Medina Maya	
Aux SIAU	Valeria Grajales Ortiz	
Biomédica	Fernando Montoya Gaviria	
Cartera	German Díaz	
Comunicaciones	Jhon David Lenis	
Contadora	Sandra Bibiana Morales	
Contratación	Diana Yaneth Higuera	
Coordinación medica - Calidad	Daniela Vásquez López	
Estadística - historias	Manuela Ramírez	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ NIT: 890.8010268	Código: HDFS-PLN-LM 1.05.00-00.03-001-01.2025 Versión: 01 Fecha aprobación: 20-03-2025 Fecha elaboración: JUL-2025 Página 120 de 120
	PROCESO DE : PLANEACIÓN LIBRO MAESTRO DE POLÍTICAS	
	TIPO DE DOCUMENTO: LIBRO MAESTRO	

ÁREA	NOMBRE DEL REVISOR TÉCNICO	FIRMA
Facturación	Omar Andrés Ladino	
Glosas	Fernando Salazar	
Hospitalización y quirófanos	Marisol Velásquez	
Presupuesto	Nilson Hurtado	
PyMs	Yulimar Ríos Ortiz	
SG-SST	María del Pilar Hernández	
SIAU	Luis Eduardo Ríos	
Sistemas	Cristian Camilo Ríos	
Talento humano	María Aleyda Gómez	
Tesorería	Cristian Camilo Otalvaro	
urgencias	Angie Alejandra Félix	
urgencias	Julia Cristina Rendón	

REGISTRO DE APROBACIÓN FINAL

CARGO / DEPENDENCIA	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Gerente General		___ / ___ / 2025
Responsable de Planeación Institucional		___ / ___ / 2025
Revisor de Control Interno		___ / ___ / 2025
Responsable de Gestión Documental		___ / ___ / 2025

✦ Este registro deberá conservarse en físico (firmado) y digital (PDF institucional con control de versiones). La Oficina de Gestión Documental archivará el documento en el repositorio oficial bajo su código y versión. Cualquier actualización posterior deberá diligenciar nuevamente esta tabla de revisión técnica y aprobación formal.