



10-06.02

1. **RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO:** Calidad

2. **INTRODUCCIÓN.**

Para el Hospital Santa Margarita, las políticas son un conjunto de objetivos colectivos, que buscan dar los lineamientos en los aspectos fundamentales para el logro de la misión y la visión, en este sentido, las políticas son el producto de la construcción participativa entre los diferentes procesos que constituyen la prestación de los servicios que se brindan y que se materializan de manera concentrada a través de planes, programas y proyectos.

3. **OBJETIVO:** Establecer los lineamientos para la documentación de las políticas institucionales y asegurar los elementos normativos (legales, estándares nacionales o internacionales) que la sustentan para la estandarización, implementación, evaluación, divulgación, comprensión y entendimiento del personal que debe aplicarla.

4. **ALCANCE:** Este procedimiento aplica para todos los procesos del Hospital Santa Margarita E.S.E. que tengan la necesidad de generar políticas para el desarrollo de las actividades encaminadas al logro de la misión y la visión,

5. **DEFINICIONES.**

Políticas: Las políticas se derivan de los objetivos generales de la institución y son preceptos que sirven de guía para establecer el curso de las acciones operacionales en la organización y para garantizar que los procesos y procedimientos laborales estén, consecuentemente, alineados con los objetivos de la institución. En otras palabras, son fronteras amplias, inclusivas, elásticas y dinámicas, que se ven reforzadas por las normas reguladoras de acciones y situaciones más específicas.

Políticas de operación de MIPG: Es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

6. **REQUISITOS.**

LEGALES	OTROS
1991 (CP): Adopción de los principios de la función administrativa, eliminación del control fiscal previo y obligatoriedad para todas las entidades estatales de contar con el control interno.	
1993 (Ley 87) Creación del Sistema Institucional de Control Interno, con el propósito de dotar a la administración de un marco para el control de las actividades estatales, directamente por las mismas autoridades.	
2009 (Decreto 4485) Se actualiza la Norma Técnica de Calidad adoptando la versión 2009 y se articula	

Carrera 7^a No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>



10-06.02

su operatividad con los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, a fin de facilitar a las entidades su implementación armónica.	
2015 (Ley 1753) Dispone la fusión del Sistema de Desarrollo Administrativo y el de Gestión de Calidad y su articulación con el de Control Interno, para lo cual se adoptará un Modelo	

7. INSUMOS, MATERIALES O EQUIPOS.

DETALLE	CANTIDAD
Humanos y tecnológicos	

8. GENERALIDADES:

Siempre que se genere una política se debe:

- Establecer un documento (manual, procedimiento o programa) donde se expliquen las estrategias de implementación de los compromisos adquiridos en la política institucional.
- Crear cronograma de trabajo que indique la frecuencia y fechas específicas en la que se realizaran las actividades que den cumplimiento a las estrategias de implementación establecidas en el documento (manual, procedimiento o programa).
- Vincular la supervisión y seguimiento al cumplimiento de la política en un comité institucional, donde se revise trimestralmente el desempeño de los indicadores asociados.

9. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Nº ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	REGISTROS
1	Definir desde gerencia o en comité de gerencia la necesidad de formular una política institucional. Delegar un responsable para su formulación teniendo en cuenta a los líderes de los procesos y referentes de los programas de la institución.	Gerente/Comité de Gerencia	Acta de reunión Registro de Asistencia
2	Revisar los lineamientos normativos y/o requisitos organizacionales que orientan la política. Identificar los elementos que sustentan la política, elementos que debe contener o se debe contemplar en la elaboración de la política institucional que den respuesta a las dimensiones de Acreditación nacional de enfoque implementación y resultados.	Líder de Proceso / Referente de Programa	No aplica



10-06.02

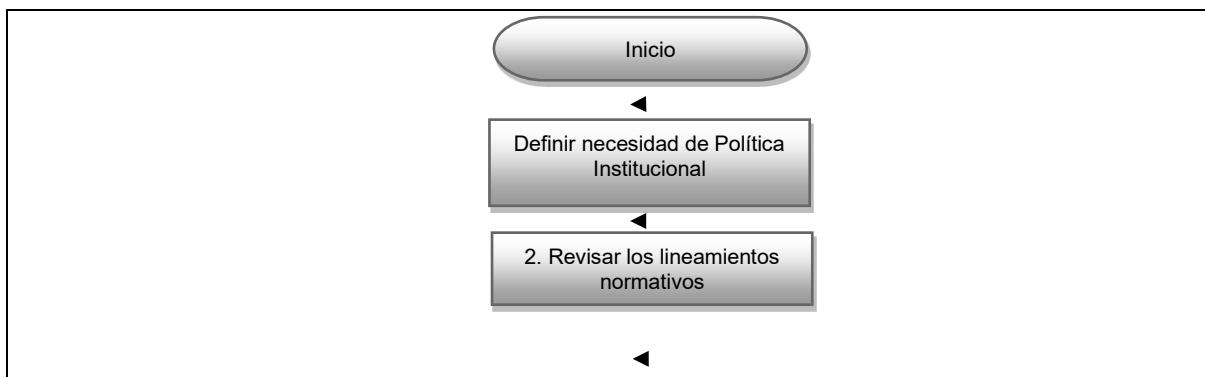
3	<p>Redactar la política (esta debe ser de fácil recordación) en la estructura de Resolución, Se debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En los considerandos, la normatividad aplicable por ser una Empresa Social del Estado, la normatividad de las políticas de operación del MIPG ● Responsable y estrategias de implementación. ● Mecanismo de divulgación, seguimiento y evaluación. <p>NOTA: La medición de la política se realizará a través de los indicadores definidos en los programas, planes y/o estrategias para la implementación y aplicación de la misma.</p>	Líder de Proceso / Referente de Programa	No aplica
4	<p>Presentar y validar la proyección de la política con el comité, grupo o equipo correspondiente y presentar en comité de gerencia para aprobación.</p> <p>NOTA: Teniendo en cuenta que la política debe ser corta y de fácil recordación, puede no tener incluidos todos los lineamientos definidos en los referentes normativos, por tal motivo en este punto se pretende dar claridad o ampliar los aspectos de como la política responde a ellos y los lineamientos que se tuvieron en cuenta.</p>	Líder de Proceso / Referente de Programa	Acta de reunión y Registro de Asistencia
5	Enviar la proyección de la política a la oficina asesora jurídica o quien haga sus veces para la revisión correspondiente	Líder de Proceso / Referente de Programa	Correo electrónico
6	Imprimir, recoger visto bueno de quien elaboró y revisó. Entregar a gerencia para su firma y legalización.	Líder de Proceso / Referente de Programa	No Aplica
7	Enviar política firmada a las áreas correspondientes para su divulgación por los medios definidos.	Jefe de planeación y calidad	Correo electrónico
8	Divulgar el documento a los funcionarios responsables de su aplicación, firmar constancia de la comprensión y se evalúa el entendimiento del	Líder de Proceso / Referente de	Listado de asistencia Evaluación de



10-06.02

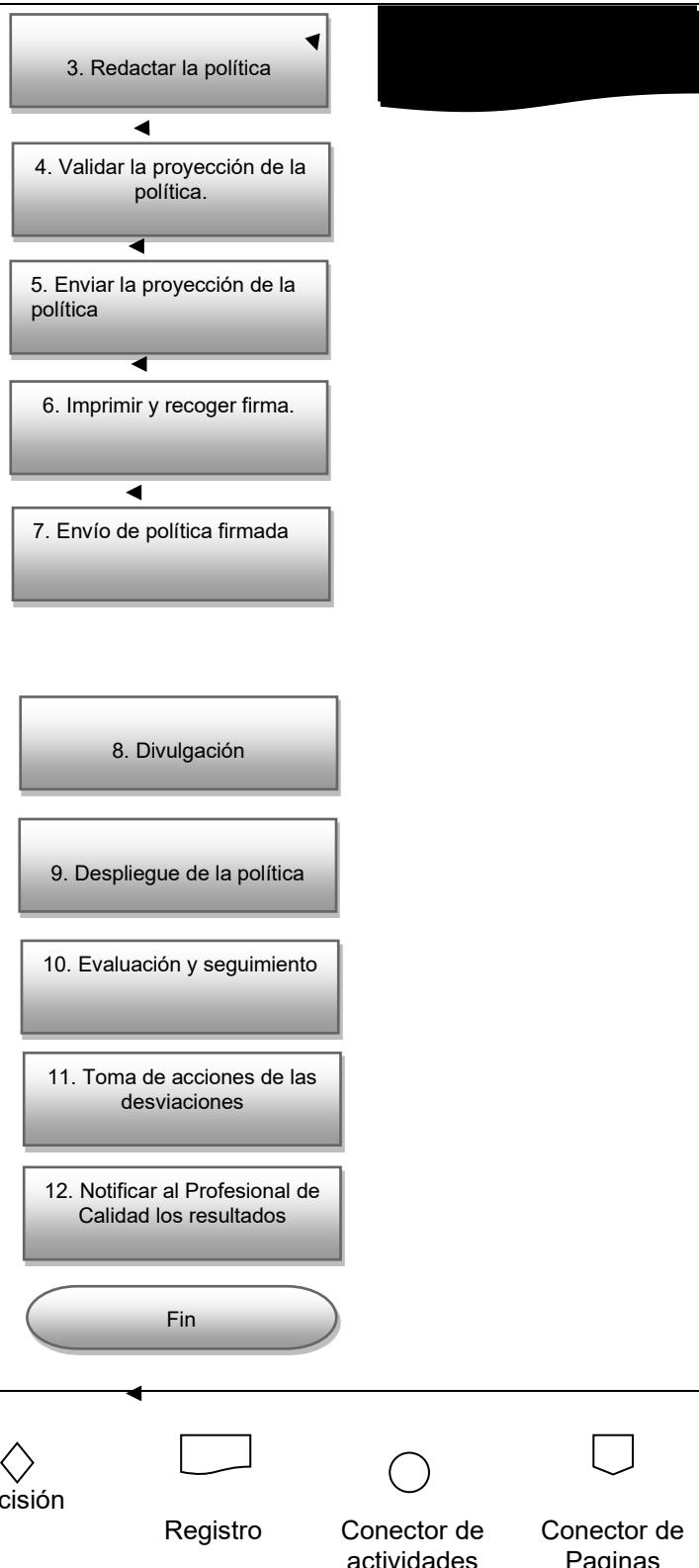
	mismo a los interesados, con el fin de tener evidencia de su socialización.	Programa Calidad	entendimiento
9	Aplicar la política emitida, mediante programa o plan de trabajo que evidencia el cumplimiento del compromiso y objetivos propuestos.	Líder de Proceso / Referente de Programa	Plan de trabajo del programa asociado a la política.
10	Evaluación, seguimiento y retroalimentación de los resultados obtenidos.	Líder de Proceso / Referente de Programa Oficina Asesora de Control Interno	Evaluaciones Indicadores de la política
11	Toma de acciones de las desviaciones encontradas en los indicadores del proceso y/o actividades desarrolladas en el cronograma de trabajo.	Equipo de Mejoramiento / Líder de Proceso / Referente de Programa	Plan de mejora y/o Acción correctiva
12	Notificar al Profesional de Calidad los resultados de la evaluación y las acciones tomadas con respecto a las desviaciones encontradas. El profesional de calidad registrara los resultados en el formato de seguimiento a políticas, para su control y reportara en comité de gestión y desempeño semestralmente el estado de cumplimiento de cada política institucional y las acciones emprendidas sobre las desviaciones.	Equipo de Mejoramiento / Líder de Proceso / Referente de Programa	Correo electrónico

10. FLUJOGRAMA.





10-06.02



11. BIBLIOGRAFIA.

MIPG



modelo integrado
de planeación
y gestión

Carrera 7^a No. 5 – 24
La Cumbre - Valle del Cauca
Teléfono: +57 312 286 7934
contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co
<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>



10-06.02

12. ANEXOS.

Plantilla para hacer resoluciones

13. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Líder de Calidad	Asesora Control Interno	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	04/09/2025	6	Líder de Calidad	Creación del documento por: Duván Felipe Ochoa Toro- Líder de Calidad Revisado por: Karen Roldan-Asesora Control Interno Aprobado por: Aicardo Solís-Gerente