

MANUAL DE POLÍTICAS INSTITUCIONAL



ESE Hospital

Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

COMPROMISO DE VIDA

2026

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO GENERAL	4
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. ALCANCE	5
5. ÁREAS QUE INTERVIENEN	5
6. RESPONSABLE (Talento humano):	5
7. ENFOQUE DIFERENCIAL	5
8. MATERIALES NECESARIOS	6
9. POLÍTICAS INSTITUCIONALES	6
9.1 POLÍTICA DE CONTROL INTERNO	6
9.2 POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO	7
9.3 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	8
9.4 POLÍTICA DE COMUNICACIONES E INFORMACIÓN	11
9.5 POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	12
9.6 POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	14
9.7 POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL	14
9.8 POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN	16
9.9 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN	16
9.10 POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	18
9.11 POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO	21
9.12 POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	23
9.13 POLÍTICA DE DOCENCIA SERVICIO	24
9.14 POLÍTICA DE INCLUSIÓN	25
9.15 POLÍTICA DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA	26
9.16 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	27
9.17 POLÍTICA AMBIENTAL	29
9.18 POLÍTICA DE CALIDAD	30

9.19	POLÍTICA DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA).....	31
9.20	POLÍTICA DE ENFOQUE DIFERENCIAL.....	32
9.21	POLÍTICA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC.....	33
9.22	POLÍTICA DE CERO GLOBOS.....	34
9.23	POLÍTICA DE DERECHOS DE AUTOR	34
9.24	POLÍTICA DE SEGURIDAD	35
10.	DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES	36
11.	RIESGOS	37
12.	INDICADORES (si aplica)	37
13.	BIBLIOGRAFÍA	37
14.	REVISIÓN Y APROBACIÓN	37
15.	CONTROL DE CAMBIOS	37

1. INTRODUCCIÓN

Las políticas institucionales constituyen una herramienta esencial para la gestión de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, su formulación e implementación fortalecen la transparencia y la seguridad en cada una de las áreas, permitiendo alinearse con normativas vigentes. De igual forma, contribuyen al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución y fortalecen la toma de decisiones en el desarrollo de sus procesos y procedimientos.

El presente manual consolida las directrices que orientan el actuar de todas las dependencias y colaboradores de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, el documento ofrece elementos centrales que facilitan la comprensión e implementación de cada lineamiento institucional, promoviendo la generación de valor para los usuarios y demás grupos de interés.

Cada una de las políticas incluidas en el presente manual se adhieren al Formato para la Elaboración de Políticas Institucionales, el cual se encuentra a su disposición en la Intranet mediante el código HMFS-FT-1510. De igual forma, la totalidad de los documentos fueron objeto de revisión por parte de las áreas de Planeación y Jurídica, posteriormente presentadas y aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño. Es importante destacar que, toda política aprobada por la Gerencia o la Junta Directiva, igualmente fue revisada por las áreas de Planeación, Jurídica y evaluada por el Comité de Gestión y Desempeño.

Este documento contiene los elementos generales de cada política, incluyendo los nombres, los objetivos y las metodologías de implementación. Los documentos completos con sus componentes específicos reposan en la Oficina de Planeación y están bajo la responsabilidad de cada líder designado.

Las disposiciones contenidas constituyen lineamientos para la adecuada gestión institucional y la ejecución de los procesos. En este sentido, las políticas incluidas son de obligatorio cumplimiento para todos los colaboradores de la institución, en el marco de sus funciones y responsabilidades.

2. OBJETIVO GENERAL

Consolidar y divulgar las políticas institucionales de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, mediante una herramienta que oriente la gestión, la toma de decisiones y el desarrollo de los procesos institucionales, en concordancia con la normatividad vigente, los objetivos estratégicos y los lineamientos adoptados por la institución.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilar en un único documento las políticas institucionales vigentes y aprobadas por las instancias competentes, facilitando su consulta, conocimiento y aplicación por parte de los colaboradores de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.
- Presentar los elementos generales de cada política institucional, incluyendo sus objetivos y metodologías de implementación, como marco orientador para el desarrollo de las actividades y procesos institucionales.
- Proporcionar una herramienta de gestión que fortalezca el conocimiento de las políticas institucionales y facilite la toma de decisiones en la institución.
- Promover la adopción y el cumplimiento de las disposiciones normativas y los lineamientos institucionales aplicables, contribuyendo al logro de los objetivos estratégicos y al fortalecimiento de la gestión institucional.

4. ALCANCE

El presente manual aplica a todos los procesos, dependencias y colaboradores de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, en el marco de sus funciones y responsabilidades asignadas. Las disposiciones contenidas en este manual constituyen lineamientos orientadores para la gestión institucional y son de obligatorio cumplimiento para todos los colaboradores de la entidad.

5. ÁREAS QUE INTERVIENEN

Áreas administrativas y áreas asistenciales.

6. RESPONSABLE (Talento humano):

Áreas administrativas y áreas asistenciales.

7. ENFOQUE DIFERENCIAL

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez tiene contempladas las estrategias y actividades diferenciales para la atención de la población, teniendo en cuenta las características

	MANUAL DE POLITICAS INSTITUCIONALES	Código: HMFS-DC-0201
		Versión: 17
		Fecha Actualización: julio de 2026
		Elaboró: Equipo de calidad

particulares de estas, tales como: condición física, sociocultural, creencias religiosas, identidad de género, entre otras (Ver documento HMFS-DC-0318 - Calidad- Enfoque diferencial).

8. MATERIALES NECESARIOS

Medicamentos: No aplica

Dispositivos médicos e insumos: No aplica

Equipos biomédicos: No aplica

9. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

9.1 POLÍTICA DE CONTROL INTERNO

OBJETIVO

Establecer lineamientos que ayuden a la entidad en el cumplimiento de los objetivos institucionales, garantizando la confiabilidad en el desarrollo de los procesos y la administración del riesgo, orientando las mejores prácticas y promoviendo el mejoramiento continuo en todos los niveles de la organización.

METODOLOGÍA

Para la implementación de esta política, se deben considerar los siguientes lineamientos, que son la base fundamental del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, en desarrollo de la dimensión 7 de MIPG:

- Asegurar un ambiente de Control a través del compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- Asegurar la gestión del riesgo, estableciendo la política de administración de riesgos.
- Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo, desarrollando e implementando controles, con el fin de mitigarlos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos institucionales y de proceso.
- Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional, procurando que sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de interés.

- Implementar actividades de monitoreo y supervisión continua, a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación y auditorías independientes), buscando efectividad del control interno, de los procesos y los resultados de la gestión. Todo lo anterior, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento aplicables.

Del mismo modo, para la ejecución de la presente política, se sustenta en documentos institucionales disponibles en la Intranet, entre ellos el Acuerdo 07 de 2020, mediante el cual se establece el manual de funciones, requisitos y competencias laborales para el cargo de Asesor de Control Interno, definiendo su rol dentro del Sistema de Control Interno y su responsabilidad en la evaluación independiente y el fortalecimiento institucional.

De igual forma, el procedimiento "HMFS-PR-0031 – Evaluación y Control Interno" orienta la ejecución de la política, estableciendo la evaluación independiente del Sistema de Control Interno (SCI) bajo un enfoque basado en riesgos, así como la asesoría y acompañamiento a los procesos en la gestión de riesgos y la aplicación de controles. Asimismo, contempla la elaboración, presentación y publicación de los informes de ley y el seguimiento al cumplimiento de los compromisos institucionales derivados de la normatividad vigente.

Complementariamente, el documento "HMFS-SP-0083 – Evaluación Independiente" define los lineamientos para la planificación, ejecución y seguimiento de auditorías, tanto legales como internas, en el marco del ejercicio del control independiente.

Por su parte, el documento "HMFS-SP-0084 – Asesoría y Acompañamiento" establece las directrices para brindar orientación a la alta dirección y a los líderes de proceso, promoviendo la cultura del control, recomendando medidas frente a riesgos identificados y generando alertas oportunas ante situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, además de facilitar la articulación con los entes externos de control.

9.2 POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO

OBJETIVO

Garantizar la atención integral, oportuna, respetuosa y transparente a los ciudadanos, usuarios y grupos de interés de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez, facilitando su acceso a la información, trámites y servicios de salud, promoviendo la participación ciudadana, la humanización del servicio y el ejercicio efectivo de los derechos y deberes en salud.

METODOLOGÍA

La política se sustenta en el Subproceso de Atención al Usuario (HMFS-SP-0014), el cual establece los lineamientos para garantizar una atención humanizada, clara, oportuna y accesible a través de los diferentes canales dispuestos, promoviendo la participación de los usuarios y la mejora continua en la prestación del servicio.

De igual forma, se apoya en el procedimiento Gestión de PQRSF (HMFS-PC-0053), que define los lineamientos para la recepción, trámite, seguimiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios, permitiendo identificar oportunidades de mejora, fortalecer la satisfacción y garantizar la protección de sus derechos.

En coherencia con estos lineamientos, la implementación y seguimiento de la Política de Servicio al Ciudadano se desarrolla bajo el enfoque de mejoramiento continuo y gestión por procesos, e incluye las siguientes fases:

1. **Planeación:** Definición anual de metas, estrategias y acciones concretas que fortalezcan los canales de atención, la humanización del servicio y la gestión oportuna de PQRSF.
2. **Ejecución:** Desarrollo de actividades de capacitación al personal, campañas de cultura de servicio, medición de satisfacción, fortalecimiento de canales presenciales y virtuales, y difusión de los derechos y deberes del usuario.
3. **Seguimiento y evaluación:** Análisis trimestral de indicadores de oportunidad, calidad y satisfacción, con reporte en los informes SIAU y en el seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
4. **Retroalimentación y mejora:** Incorporación de los hallazgos y resultados en los planes de acción institucionales y en los comités de experiencia del usuario, garantizando acciones de mejora sostenibles.

9.3 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO

Establecer estrategias orientadas a la prevención de riesgos durante el proceso de atención por medio de la aplicación de prácticas seguras recomendadas a nivel nacional, la vigilancia de los eventos adversos y el mejoramiento continuo, facilitando a su vez una cultura por la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

La presente normativa se sustenta en el Proceso de Seguridad del Paciente (HMFS-PR-0002), archivo situado en la Intranet que establece las estrategias direccionadas a la prevención de riesgos durante el proceso de atención, adoptando prácticas seguras y vigilando los eventos adversos que se presentan en la institución.

Del mismo modo, se fundamenta en el Programa de Seguridad del Paciente (HMFS-DC-0002), documento fundamental que incorpora las prácticas seguras recomendadas a nivel

nacional y el mejoramiento continuo en la institución, con la finalidad de adoptar una cultura de seguridad del paciente.

Ambos documentos permiten establecer los parámetros necesarios para identificar el alcance de la presente normativa, promoviendo su máxima cobertura en los servicios.

La metodología para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la **ESE Hospital Marco Fidel Suárez** se fundamenta en la gestión integral del riesgo, el enfoque preventivo, el análisis sistemático de eventos y el mejoramiento continuo, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Se desarrollará a través de las siguientes fases:

a. Planeación

1. **Identificación y priorización de riesgos** en los procesos asistenciales y administrativos mediante:
 - Mapas de riesgo por procesos.
 - Aplicación del **AMEF (Análisis de Modo y Efecto de Falla)** en procesos críticos.
 - Revisión de indicadores históricos de eventos adversos e incidentes.
2. **Definición de prácticas seguras institucionales**, alineadas con la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y la normatividad vigente (Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019).
3. **Establecimiento del plan anual de seguridad del paciente**, que incluya:
 - Objetivos.
 - Metas medibles.
 - Indicadores de seguimiento.
 - Cronograma de actividades.
 - Responsables.

b. Implementación de prácticas seguras

Se garantizará la aplicación sistemática de prácticas seguras prioritarias tales como:

- Identificación correcta del paciente.
- Comunicación efectiva (entrega de turno, órdenes verbales, resultados críticos).
- Seguridad en el uso de medicamentos.
- Cirugía segura (cuando aplique).
- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Prevención de caídas y úlceras por presión.
- Seguridad en la atención materno perinatal (si aplica).
- Gestión segura de dispositivos médicos.

Estas prácticas serán operativizadas mediante:

- Protocolos institucionales.

- Listas de chequeo.
- Rondas de seguridad.
- Capacitación continua al talento humano.

c. Sistema de reporte y gestión de eventos

La institución dispondrá de un **sistema institucional de notificación interna no punitivo**, a través del aplicativo Gestión PASS, que permita el reporte oportuno y confidencial de:

- Incidentes.
- Eventos adversos.
- Eventos centinela.
- Indicios de atención insegura.

El proceso incluirá:

1. Recepción y clasificación del evento.
2. Análisis de causalidad mediante el Protocolo de Londres.
3. Identificación de fallas activas, fallas latentes y factores contributivos.
4. Elaboración de plan de mejoramiento con acciones correctivas y preventivas.
5. Seguimiento al cumplimiento y efectividad de las acciones.

En caso de Evento Centinela, se activará ruta prioritaria de análisis inmediato y notificación según lineamientos normativos.

d. Cultura de seguridad del paciente

Se promoverá una cultura institucional basada en:

- Enfoque no punitivo del error.
- Aprendizaje organizacional.
- Comunicación abierta.
- Participación del usuario y su familia.

Se desarrollarán estrategias como:

- Jornadas de sensibilización.
- Socialización de lecciones aprendidas.
- Medición periódica del clima de seguridad.
- Inclusión del enfoque diferencial en la atención.

e. Monitoreo, seguimiento y evaluación

El Comité de Seguridad del Paciente realizará:

- Seguimiento mensual de indicadores.
- Análisis de tendencias.
- Evaluación de adherencia a prácticas seguras.
- Auditorías internas.
- Presentación de informes a la gerencia.

Los indicadores incluirán:

- Tasa de eventos adversos.

- Proporción de eventos prevenibles.
- Oportunidad en el análisis de eventos.
- Cumplimiento de planes de mejora.
- Adherencia a protocolos prioritarios.

f. Cierre del proceso

El proceso culmina con:

- Egreso seguro del paciente, incluyendo educación al usuario y familia.
- Entrega clara de recomendaciones.
- Conciliación medicamentosa (cuando aplique).
- Remisión o contrarreferencia segura.

Esta metodología garantiza un enfoque sistemático, preventivo y participativo, orientado a minimizar la ocurrencia de eventos adversos evitables y fortalecer una cultura institucional sólida en seguridad del paciente.

9.4 POLÍTICA DE COMUNICACIONES E INFORMACIÓN

OBJETIVO

Establecer los lineamientos, canales y herramientas para gestionar de manera integral, clara, oportuna, veraz y coherente la comunicación interna y externa de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez. Esto con el fin de fortalecer la cultura organizacional, garantizar el flujo efectivo de la información, proteger la imagen institucional, y asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos.

METODOLOGÍA

La presente documentación se sustenta en el archivo en Intranet "HMFS-PR-0014 - PROCESO GESTION LAS COMUNICACIONES", archivo que especifica el proceso de Comunicación a detalle, este documento es esencial para asegurar la implementación de la política en cada una de sus funciones, etapas y momentos. Así como los documentos: "HMFS-SP-0006 - GESTION DE LA COMUNICACION INTERNA" y "HMFS-SP-0007 - GESTION DE LA COMUNICACION EXTERNA" que definen las estrategias a implementar para garantizar una comunicación asertiva y oportuna de forma interna y externa.

Del mismo modo, la política se sustenta en el cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones, el cual orienta las acciones institucionales en la materia durante cada vigencia y se articula con el Plan de Desarrollo Institucional. Este plan es un instrumento dinámico que se actualiza periódicamente para responder a los cambios del entorno, facilitar el seguimiento de las metas y asegurar la pertinencia de las estrategias comunicativas.

- **Formulación del Plan:** el área de Comunicaciones formulará anualmente un Plan Estratégico de Comunicaciones, alineado con el Plan de Desarrollo Institucional, que defina objetivos, estrategias, públicos, cronograma y fechas de cumplimiento.
- **Gestión de Canales:** se mantendrán y actualizarán a necesidad los canales de comunicación internos y externos, asegurando su funcionalidad y efectividad.
- **Producción y Autorización:** todo contenido oficial (comunicados, piezas gráficas, posts en redes) será producido o revisado por el área de Comunicaciones y deberá contar con la aprobación del director o coordinador del área solicitante antes de su publicación.
- **Monitoreo y Evaluación:** se realizará un monitoreo constante de los canales y la percepción de los públicos (seguimiento a comportamiento en canales digitales). El seguimiento se presenta periódicamente en comité de gerencia y en caso de requerirse se implementan nuevas estrategias.
- **Capacitación y Socialización:** anualmente se desarrollará una campaña sobre el manejo de la imagen e información institucional de manera adecuada. Todo adherido a esta política institucional de comunicaciones e información.
- **Audiencia Pública:** se ejecutará anualmente la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, siguiendo los lineamientos establecidos por la norma legal vigente, como mecanismo de transparencia.

9.5 POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

OBJETIVO

Adoptar las mejores prácticas archivísticas y de gestión documental, integrando principios de seguridad digital, protección de datos personales y normativas vigentes, con el fin de salvaguardar la integridad, disponibilidad, confidencialidad y autenticidad de la información institucional. Se busca garantizar una gestión integral de la información en todos sus soportes, aplicando criterios legales, técnicos y tecnológicos durante las etapas de planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición final y preservación digital a largo plazo.

METODOLOGÍA

Es importante mencionar que, para la ejecución de la presente política, se cuenta con documentos institucionales disponibles en la Intranet, entre ellos el HMFS-DC-0094 -

Manual de Procedimientos de Archivos de Gestión y Archivo Central, el cual establece los lineamientos para la adecuada organización, administración y conservación de los expedientes en las diferentes fases del archivo.

De igual forma, los documentos "HMFS-SP-0040 – Subproceso de Archivo Administrativo" y "HMFS-SP-0041 Gestión Documental – Subproceso de Archivo Clínico" complementan estos lineamientos, definiendo el alcance y las actividades específicas en cada etapa del proceso documental.

La implementación y seguimiento de la Política de Gestión Documental en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez se desarrolla bajo la metodología del ciclo de mejora continua (PHVA: Planear, Hacer, Verificar, Actuar), lo que permite articular los procesos archivísticos con los sistemas de seguridad de la información, promoviendo la eficiencia, el control y la mejora permanente.

En este sentido, la metodología se operacionaliza a través de las siguientes fases:

Planeación:

- Identificar los procesos documentales y tecnológicos involucrados en la gestión de la información institucional.
- Definir roles, responsabilidades y recursos necesarios para la aplicación de la política.
- Alinear la planeación con el Plan Institucional de Archivos – PINAR, el Plan de Seguridad Digital y los lineamientos del MIPG.

Implementación:

- Ejecutar programas de capacitación y sensibilización en gestión documental y seguridad digital.
- Aplicar procedimientos normalizados para la creación, recepción, trámite, organización, transferencia, disposición final y preservación de documentos.
- Incorporar controles técnicos y administrativos que aseguren la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.
- Integrar los sistemas tecnológicos institucionales (gestor documental, ERP, nube, correo electrónico, etc.) bajo estándares de interoperabilidad y seguridad.

Verificación:

- Realizar auditorías internas y revisiones periódicas del cumplimiento de la política, de acuerdo con los indicadores de gestión definidos.
- Evaluar los riesgos asociados a la gestión documental y a la seguridad digital, proponiendo planes de mejora continua.
- Monitorear el desempeño de los sistemas tecnológicos y los controles de acceso a la información.

Actuación y mejora continua:

- Actualizar la política según los cambios tecnológicos, normativos o institucionales.
- Implementar acciones correctivas y preventivas derivadas de hallazgos en auditorías o incidentes de seguridad.
- Retroalimentar los procesos archivísticos y tecnológicos para fortalecer la cultura organizacional de protección de la información.

9.6 POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS

OBJETIVO

Fortalecer la estructura organizacional de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez mediante la gestión eficiente y estandarizada de los procesos institucionales, promoviendo la simplificación administrativa, la innovación y la cultura de calidad, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la satisfacción del usuario y la prestación de servicios de salud humanizados, seguros y con excelencia operativa

METODOLOGÍA

La implementación de la política se desarrolla bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), garantizando la mejora continua y la articulación con el Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez.

Planear: se identifican brechas, riesgos y oportunidades de mejora en los procesos institucionales, definiendo objetivos, metas y responsables alineados con el Plan de Desarrollo y las necesidades de los usuarios.

Hacer: se ejecutan estrategias de fortalecimiento organizacional, actualización y digitalización de procesos, capacitación del talento humano y articulación de los procedimientos en el Sistema Integrado de Gestión.

Verificar: se evalúa el cumplimiento mediante auditorías internas, indicadores y análisis de resultados, asegurando coherencia con los lineamientos del MIPG, la ISO 9001:2015 y los compromisos institucionales.

Actuar: se formulan planes de mejora y acciones correctivas para cerrar brechas, fortalecer capacidades y consolidar la cultura de innovación y mejora continua en toda la institución.

9.7 POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL

OBJETIVO

Impulsar el uso estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez para mejorar la provisión de servicios de salud digitales, optimizar los procesos clínicos y administrativos, fortalecer la toma de decisiones basada en datos, empoderar a los usuarios del sistema de salud y contribuir al desarrollo de un entorno hospitalario inteligente. Todo esto con el fin de consolidar una institución competitiva, proactiva e innovadora que genere confianza digital y valor público en el sector salud.

METODOLOGÍA

La metodología está basada en el Decreto 1008 de 2018 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), y se compone de los siguientes cuatro momentos secuenciales:

Conocer

- **Objetivo:** Comprender qué es Gobierno Digital, sus propósitos, elementos integradores y actores clave.
- **Contenido:**
 - Marco normativo.
 - Principios rectores.
 - Relación con la ciudadanía y el Estado.
 - Roles institucionales.

Planear

- **Objetivo:** Diseñar la estrategia institucional de Gobierno Digital.
- **Contenido:**
 - Diagnóstico de capacidades TIC.
 - Definición de objetivos digitales.
 - Articulación con el Plan de Desarrollo Institucional.
 - Identificación de recursos y responsables.

Ejecutar

- **Objetivo:** Desarrollar las acciones concretas enmarcadas en los componentes y habilitadores.
- **Contenido:**
 - Digitalización de trámites.
 - Interoperabilidad entre sistemas.
 - Implementación de servicios ciudadanos digitales.
 - Fortalecimiento de la seguridad de la información.

Medir

- **Objetivo:** Evaluar el avance de la política y reportar resultados.
- **Contenido:**
 - Indicadores de desempeño.
 - Informes de seguimiento.
 - Evaluación por parte del Ministerio TIC.

- Retroalimentación para mejora continua.

9.8 POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

OBJETIVO

Garantizar una atención humanizada, integral y centrada en la persona, que reconozca la dignidad, los derechos y las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales de los usuarios, sus familias, la comunidad y los colaboradores del Hospital Marco Fidel Suárez; promoviendo relaciones basadas en el respeto, la empatía, la comunicación asertiva y el trato digno en todos los servicios de la institución.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de la Política de Humanización, se sustenta en documentos institucionales disponibles en la Intranet, entre ellos el Subproceso de Humanización del Servicio (HMFS-SP-0016), el cual establece los lineamientos para brindar una atención centrada en el usuario y su familia, orientada a la identificación y satisfacción de sus necesidades y expectativas, garantizando su seguridad, respeto y dignidad.

De igual forma, se articula con el Subproceso de Atención al Usuario (HMFS-SP-0014), que define los mecanismos para la prestación de un servicio accesible, oportuno y humanizado a través de los diferentes canales de atención, fortaleciendo la relación con los usuarios y su experiencia en la institución.

En coherencia con estos lineamientos, la implementación de la política se realiza a través de:

- Socialización institucional a todos los colaboradores.
- Capacitaciones periódicas sobre trato digno, comunicación asertiva, enfoque diferencial y derechos del usuario.
- Evaluación de la experiencia del usuario mediante encuestas, PQRSF y auditorías de satisfacción.
- Comité Experiencia del Usuario, encargado de analizar los resultados y promover estrategias de mejora continua.
- Integración con el Sistema de Gestión de Calidad, asegurando coherencia con los procesos misionales, de apoyo y estratégicos.

9.9 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

OBJETIVO

Establecer los lineamientos institucionales para promover la transparencia, garantizar el acceso a la información pública, fortalecer la integridad institucional y prevenir actos de corrupción en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, mediante la implementación de mecanismos de participación ciudadana, rendición de cuentas, gestión documental, control interno, acceso oportuno a la información y fortalecimiento de la cultura ética organizacional, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

METODOLOGÍA

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez implementará la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción mediante un enfoque integral orientado al fortalecimiento de la gestión institucional, la promoción de la cultura ética y el cumplimiento de los principios de legalidad, integridad y participación ciudadana. Para ello, la institución desarrollará estrategias permanentes de identificación, análisis, monitoreo y control de los riesgos asociados a posibles actos de corrupción, articuladas con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Sistema de Control Interno y el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

La metodología contempla la implementación de mecanismos de transparencia activa mediante la publicación periódica y actualización permanente de la información institucional en los canales oficiales definidos por la normatividad vigente, garantizando el acceso oportuno, claro, accesible y comprensible para todos los grupos de interés. Así mismo, se fortalecerán los mecanismos de transparencia pasiva a través de la gestión adecuada y oportuna de las solicitudes de acceso a la información pública, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones presentadas por la ciudadanía.

La institución promoverá acciones de sensibilización y capacitación continua dirigidas a colaboradores, funcionarios, contratistas y líderes de proceso, con el fin de fortalecer la cultura de integridad, ética pública, responsabilidad y transparencia institucional, favoreciendo la apropiación de los valores corporativos y el cumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con la prevención de la corrupción.

De igual manera, se desarrollarán actividades de seguimiento y evaluación periódica a los controles establecidos para la mitigación de riesgos de corrupción, mediante auditorías internas, monitoreo de indicadores, revisión de planes de mejoramiento y análisis de resultados, permitiendo identificar oportunidades de fortalecimiento institucional y mejora continua.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez garantizará además la articulación entre las diferentes dependencias institucionales responsables de la gestión documental, atención al ciudadano, control interno, planeación, calidad, tecnologías de la información y gestión

administrativa, promoviendo la trazabilidad, disponibilidad, conservación y seguridad de la información pública institucional.

Finalmente, la metodología incluirá espacios de participación ciudadana, rendición de cuentas y control social, permitiendo a la comunidad y grupos de interés conocer los resultados de la gestión institucional, fortalecer la confianza en la entidad y contribuir activamente al mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

9.10 POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de los datos personales tratados por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, garantizando la protección de los derechos de los titulares, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

METODOLOGÍA

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez implementa la presente política mediante un conjunto de procedimientos, controles y actividades orientadas a garantizar el adecuado tratamiento de los datos personales durante todo su ciclo de vida.

a. Gestión del ciclo de vida de los datos personales

La entidad administra los datos personales a través de las siguientes etapas:

- **Recolección:** Obtención de datos personales mediante formatos físicos, electrónicos, sistemas de información, canales de atención y demás medios autorizados.
- **Almacenamiento:** Registro y conservación de la información en bases de datos físicas o digitales, garantizando su integridad y disponibilidad.
- **Uso:** Tratamiento de la información conforme a las finalidades autorizadas y al marco legal vigente.
- **Circulación:** Comunicación o transferencia de datos a terceros autorizados o entidades competentes, en cumplimiento de la ley.
- **Supresión:** Eliminación o anonimización de los datos cuando se haya cumplido la finalidad o cuando el titular lo solicite, salvo obligación legal de conservación.

La conservación y supresión de los datos personales se realizará conforme a las Tablas de Retención Documental institucionales y las normas archivísticas emitidas por el Archivo General de la Nación.

b. Autorización del titular

La entidad garantizará la obtención de la autorización del titular mediante:

- Documentos físicos firmados
- Formularios electrónicos
- Mensajes de datos
- Conductas inequívocas que permitan evidenciar el consentimiento

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez solicitará autorización previa, expresa e informada a los titulares para el tratamiento de sus datos personales, salvo las excepciones previstas en la ley.

Dicha autorización podrá obtenerse por medios físicos o electrónicos y será conservada como prueba del cumplimiento de la normativa vigente.

Los formatos de autorización hacen parte integral de esta política como anexos institucionales.

c. Administración de bases de datos

- La entidad deberá identificar, clasificar y mantener actualizado el inventario de bases de datos personales.
- Las bases de datos serán registradas en el **Registro Nacional de Bases de Datos (RNBD)** cuando aplique.
- Cada base de datos tendrá un responsable definido dentro de la entidad.
- Se garantizará la calidad, veracidad, actualización y pertinencia de la información.

d. Seguridad de la información

Para la protección de los datos personales, la entidad implementa medidas de seguridad tales como:

- Control de acceso a sistemas de información
- Uso obligatorio de cuentas institucionales
- Restricción del almacenamiento en dispositivos externos no autorizados
- Copias de seguridad (backup) de la información
- Protección contra accesos no autorizados o uso indebido

e. Gestión de incidentes de datos personales

En caso de incidentes de seguridad, la entidad deberá:

- Identificar y registrar el incidente
- Evaluar su impacto en la información personal
- Adoptar medidas correctivas y preventivas
- Reportar a las autoridades cuando corresponda
- Informar a los titulares afectados cuando sea necesario

Ante la ocurrencia de incidentes de seguridad que comprometan datos personales, la entidad activará un protocolo que incluirá: identificación y aislamiento del incidente, análisis de impacto, adopción de medidas correctivas, registro documental del evento, notificación a las autoridades competentes cuando aplique y definición de acciones de mejora.

f. Casos en los que no se requiere autorización

La autorización del titular no será necesaria cuando se trate de:

- Información requerida por una entidad pública o administrativa en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial.
- Datos de naturaleza pública.
- Casos de urgencia médica o sanitaria.
- Tratamiento autorizado por la ley para fines históricos, estadísticos o científicos.
- Datos relacionados con el Registro Civil de las Personas.

g. Entrega de información

La información podrá ser suministrada únicamente a:

- Los titulares, sus causahabientes o representantes legales.
- Entidades públicas o administrativas en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial.
- Terceros autorizados por el titular o por la ley.

h. Procedimiento para el ejercicio del derecho de habeas data

El titular o su representante podrá ejercer sus derechos mediante solicitud dirigida a los canales institucionales dispuestos por la entidad.

Las solicitudes relacionadas con el ejercicio del derecho de habeas data podrán presentarse a través del correo electrónico institucional contactenos@hmfs.gov.co, conmutador (57)(4) 4549000, la Oficina de Experiencia del Usuario, la página web institucional o de manera presencial en las instalaciones de la entidad.

i. Las solicitudes serán atendidas en los siguientes términos:

- Consultas: hasta diez (10) días hábiles.
- Reclamos: hasta quince (15) días hábiles.

En caso de inconformidad, el titular podrá acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

j. Seguimiento y mejora continua

La entidad realizará:

- Evaluaciones periódicas del cumplimiento de la política.
- Actualización de procedimientos conforme a cambios normativos.
- Capacitación a funcionarios, contratistas y terceros.
- Implementación de acciones de mejora frente a riesgos identificados.

De igual modo, para el cumplimiento de la presente política se ejecutará el Plan de Privacidad y Seguridad de la Información y el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información los cuales permiten, hacer gestión de seguridad de los datos institucionales, minimizando riesgos asociados a la pérdida, alteración, divulgación o acceso no autorizado a los activos de la institución.

9.11 POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

OBJETIVO

En el marco del Estado Social de Derecho y en cumplimiento de las directrices de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez adopta la presente Política de Prevención del Daño Antijurídico. Este documento se constituye como una herramienta gerencial, jurídica y asistencial de carácter preventivo, cuyo propósito fundamental es prevenir la materialización de riesgos legales durante la prestación del servicio de salud.

Esta política se proyecta teniendo en cuenta que la prevención del daño antijurídico trasciende la mera defensa judicial; representa el compromiso de la alta gerencia con el impacto en la cultura organizacional orientada a la disminución del riesgo jurídico a través de la seguridad del paciente, el respeto por la dignidad humana y el uso eficiente de los recursos públicos. En la medida en que la ESE proteja y custodie la actividad administrativa y garantice la prestación del servicio de salud en condiciones de calidad, oportunidad y humanización, los riesgos jurídicos pueden ser llevados a su mínima expresión.

Por ello, esta política busca identificar las causas generadoras de la litigiosidad más frecuente en la institución tales como las presuntas fallas en la atención médica, y los procesos administrativos con el fin de implementar acciones correctivas, preventivas, educativas y de mejora continua.

Así mismo, la presente política tiene como objetivo establecer los principios, metodología, procesos y procedimientos que debe ejecutar la ESE para el registro de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales, a fin de que estén amparadas en la contabilidad de la ESE y garanticen el cumplimiento de las obligaciones probables o posibles evitando así mayores valores asociados al pago de estos conceptos.

A través de la adopción de la presente política, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez establece los lineamientos estratégicos orientados a disminuir la vulneración de derechos de los usuarios, minimizar las condenas y conciliaciones en contra de la entidad, y promover un ambiente de transparencia y confianza con la comunidad.

METODOLOGÍA

La implementación de la presente política se desarrollará mediante una metodología de mejora continua orientada a la prevención del daño antijurídico y al fortalecimiento de la gestión jurídica institucional. Para ello, se iniciará con la identificación y caracterización de las principales fuentes de riesgo jurídico, a partir del análisis del comportamiento histórico de la actividad litigiosa, las decisiones judiciales, los procesos administrativos y los factores que puedan generar responsabilidad para la entidad. Posteriormente, se realizará el análisis de las causas y subcausas que originan dichos riesgos, permitiendo definir acciones preventivas y correctivas dirigidas a disminuir la ocurrencia de eventos que puedan derivar en reclamaciones o procesos judiciales.

Como parte de la implementación, se garantizará el seguimiento permanente a los procesos judiciales y administrativos, asegurando la atención oportuna de las actuaciones procesales, el análisis técnico y jurídico de cada caso en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, la evaluación de la viabilidad de mecanismos alternativos de solución de conflictos cuando resulte procedente y la adopción de decisiones encaminadas a reducir el impacto económico y jurídico para la E.S.E. Así mismo, se mantendrá actualizada la matriz de procesos judiciales como herramienta para el control, monitoreo y toma de decisiones.

De manera complementaria, se realizará la actualización periódica de las provisiones contables de los procesos judiciales, conciliaciones y demás contingencias, de conformidad con la Resolución 353 de 2016 de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, las Normas Internacionales de Contabilidad aplicables al sector público y la jurisprudencia

vigente, garantizando que la valoración del riesgo procesal y la estimación económica de las pretensiones respondan a criterios técnicos, objetivos y verificables.

La evaluación de la implementación de la política se efectuará mediante el seguimiento a los indicadores definidos en el Plan Operativo Anual (POA), la elaboración de informes periódicos sobre el estado de la actividad litigiosa, el análisis de las tendencias de los procesos judiciales y la revisión de la efectividad de las acciones de prevención adoptadas. Los resultados serán presentados al Comité de Conciliación y Defensa Judicial y a la Alta Dirección, quienes definirán las acciones de mejora requeridas para fortalecer la gestión del riesgo jurídico, optimizar la defensa judicial y promover la protección del patrimonio público mediante un proceso de revisión y actualización continua de la política.

9.12 POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVO

Definir los lineamientos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y establecer las responsabilidades de los directivos, empleados y partes interesadas vinculadas a la prestación del servicio en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez, para garantizar condiciones seguras y saludables, el cumplimiento normativo y la mejora continua del SG-SST

METODOLOGÍA:

La presente política se sustenta en el Subproceso Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (HMFS-SP-0032), documento disponible en la Intranet, el cual establece los lineamientos para desarrollar y fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante la planificación y ejecución de estrategias, programas y actividades orientadas a la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la protección del bienestar integral, físico y laboral de los colaboradores de la entidad.

Para su implementación, se adoptará el Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo (HMFS-DC-0046), el cual define las actividades a desarrollar durante cada vigencia, permitiendo realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos, programas, indicadores y acciones establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se hará seguimiento al cronograma de actividades asignadas para dar cumplimiento a los objetivos establecidos.

Así mismo, la metodología contempla la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, ejecución de actividades de promoción y prevención, capacitación continua del personal, investigación de incidentes y accidentes de trabajo, seguimiento al ausentismo laboral y desarrollo de acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de ambientes de trabajo seguros y saludables.

9.13 POLÍTICA DE DOCENCIA SERVICIO

OBJETIVO

Facilitar escenarios de aprendizaje de alto nivel académico, fundamentados en la ética, los valores institucionales, la humanización de los servicios y la seguridad del paciente, promoviendo el desarrollo del talento humano en salud en articulación con las instituciones de educación superior.

METODOLOGÍA

La Política de Docencia–Servicio se sustenta en documentos institucionales disponibles en la Intranet, entre ellos el “HMFS-DC-0093 Manual para la Gestión Docencia–Servicio”, el cual orienta de manera estructurada y sistemática el desarrollo de este proceso dentro de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez. Este documento facilita la organización, seguimiento y control de las prácticas formativas, así como la articulación entre docentes, estudiantes y funcionarios, promoviendo el adecuado desarrollo de las actividades académicas e investigativas en la institución.

De igual forma, se apoya en el procedimiento “HMFS-PR-0020 – Proceso Gestión de la Relación Docencia–Servicio”, el cual establece los lineamientos para la administración de los convenios docencia–asistenciales suscritos con instituciones educativas, asegurando la disponibilidad de escenarios de práctica en condiciones adecuadas para la formación del talento humano en salud.

En coherencia con estos lineamientos, la implementación de la Política de Docencia–Servicio en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez se desarrolla mediante una metodología participativa y articulada entre la institución y las Instituciones de Educación Superior (IES) con las cuales se suscriben convenios.

El proceso metodológico incluye las siguientes etapas:

- Planeación: Identificación de necesidades formativas, definición de cupos, servicios y niveles académicos en los que se desarrollarán las prácticas.
- Ejecución: Desarrollo de las actividades académicas, asistenciales e investigativas en los diferentes servicios del hospital, bajo supervisión docente y acompañamiento institucional.
- Seguimiento y evaluación: Monitoreo continuo del cumplimiento de los objetivos del convenio, evaluación del desempeño de los estudiantes y retroalimentación a las IES.

- Mejoramiento continuo: Análisis de resultados y formulación de acciones correctivas o preventivas que fortalezcan los procesos de docencia-servicio y garanticen su calidad.

Esta metodología busca asegurar que la formación del talento humano en salud se realice en condiciones de calidad, seguridad, ética y humanización, en coherencia con la misión institucional.

9.14 POLÍTICA DE INCLUSIÓN

OBJETIVO

Establecer los lineamientos institucionales para garantizar una atención en salud inclusiva, equitativa, humana y compasiva; reconociendo a las personas en su diversidad como sujetos de derecho, mediante la implementación de acciones con enfoque diferencial que promuevan la igualdad de oportunidades, el trato digno y la no discriminación.

METODOLOGÍA

Para la implementación de la política de inclusión, la institución desarrollará las siguientes acciones:

- Sensibilización y capacitación permanente a los colaboradores en enfoque diferencial, trato digno y comunicación asertiva.
- Identificación de usuarios que requieran atención diferencial (discapacidad, condiciones sociales, culturales o de salud mental).
- Implementación de estrategias que promuevan la accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
- Fortalecimiento de la infraestructura institucional (señalización, rampas, ascensores).
- Promoción del acompañamiento espiritual según creencias del usuario.
- Atención humanizada a poblaciones vulnerables (habitantes de calle, migrantes, consumidores de SPA, pacientes con trastornos mentales, entre otras).
- Seguimiento y mejora continua de los procesos relacionados con inclusión y humanización.

La Política de Inclusión se sustenta en documentos institucionales disponibles en la Intranet, entre ellos el proceso de Experiencia del Usuario (HMFS-PR-0004), el cual orienta la gestión de las necesidades y expectativas de los usuarios, sus familias y la comunidad, promoviendo una atención humanizada, inclusiva y de calidad, así como el respeto por los derechos y deberes en salud.

De igual forma, se articula con el Protocolo de Atención con Enfoque Diferencial (HMFS-DC-0472), que establece los lineamientos para la identificación, atención y seguimiento de usuarios con características diferenciales, mediante rutas institucionales que garanticen una atención integral, humanizada y sin barreras.

Ambos documentos constituyen el soporte técnico y operativo para la implementación, seguimiento y mejora de la Política de Inclusión.

9.15 POLÍTICA DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA

OBJETIVO

Esta política tiene como objetivo general garantizar la transparencia, la eficiencia y la legalidad en todas las etapas del proceso de compras y contratación, desde la identificación de las necesidades de la organización hasta la selección de proveedores y la gestión de los contratos.

METODOLOGÍA

La E.S.E. Marco Fidel Suárez llevará a cabo las etapas que se detallan a continuación, orientadas a la implementación de una gestión estratégica de las compras y la contratación pública, garantizando su desarrollo de manera eficiente y eficaz, en concordancia con los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Estructuración del Plan Anual de Adquisiciones (PAA)

El Hospital formulará el Plan Anual de Adquisiciones (PAA), el cual podrá ser objeto de ajustes conforme a las necesidades institucionales y a la disponibilidad de recursos. Dicho plan deberá incluir la relación de bienes,

obras y servicios que la entidad proyecta adquirir durante la vigencia, asociados a los diferentes procesos y servicios institucionales.

El PAA, junto con sus respectivas actualizaciones, deberá ser publicado oportunamente en la página web institucional. La publicación inicial deberá realizarse a más tardar el 31 de enero de cada año, así como cada vez que se presenten modificaciones al presupuesto aprobado.

Incorporación de prácticas de análisis de datos y abastecimiento estratégico

La E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez integra dentro de su plan de compras la aplicación de prácticas orientadas al análisis de datos y al abastecimiento estratégico, mediante actividades sistemáticas de recolección, almacenamiento y procesamiento de información,

con el fin de optimizar los resultados en términos de eficacia, eficiencia y generación de valor público. Estas prácticas se aplican de manera transversal en todas las etapas del proceso de compra, desde la planeación hasta la finalización o liquidación de los contratos.

Como parte de este enfoque, la E.S.E. desarrolla el estudio del sector, con el propósito de realizar una adecuada referenciación del mercado y contar con información suficiente y pertinente que respalde la toma de decisiones, permitiendo mejorar los niveles de calidad, oportunidad del servicio y satisfacción de las necesidades institucionales en los procesos de adquisición.

Para cada proceso, la E.S.E. agrupa los bienes y servicios por categoría, considerando aspectos como la fuente de provisión, el uso interno, el contenido, la tecnología asociada, entre otros. Con base en esta agrupación, se identifican los proveedores, su localización geográfica, el número y duración de los contratos, los precios unitarios y por volumen, los valores presupuestados, así como los costos asociados al mantenimiento, almacenamiento o renovación. De igual manera, se analizan los patrones históricos de demanda institucional.

Además, adelanta la selección y contratación de los proveedores de bienes, servicios u obras de conformidad con la normatividad vigente, asegurando la transparencia y la legalidad en todas las actuaciones del proceso contractual.

Durante la ejecución del contrato, la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez de Bello garantiza la adecuada supervisión o interventoría, según corresponda,

verificando el cumplimiento del objeto contractual mediante una revisión permanente de los aspectos técnicos, administrativos, financieros, contables y jurídicos.

Promoción de la competencia

La E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez garantiza el cumplimiento de los principios que rigen la contratación estatal y, en cada proceso de compras y contratación, promueve la mayor participación posible de oferentes, con el propósito de asegurar condiciones de imparcialidad, transparencia y selección objetiva.

9.16 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

OBJETIVO

Fortalecer la capacidad institucional de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez para gestionar de manera integral los riesgos, mediante la definición e implementación de lineamientos articulados que permitan su identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y

comunicación en todos los niveles de la entidad, con el fin de anticipar y mitigar situaciones internas y externas que puedan afectar el cumplimiento de la misión, las funciones y los objetivos estratégicos, aportando a la mejora continua y a la sostenibilidad institucional.

METODOLOGÍA

La implementación de la Política de Gestión Integral del Riesgo en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez se desarrolla mediante un enfoque estructurado, continuo y articulado con la gestión institucional, que permite administrar los riesgos de manera oportuna y efectiva.

La Gestión Integral del Riesgo en la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez se desarrollará de manera articulada con los diferentes sistemas, subsistemas y modelos de gestión implementados en la entidad, incluyendo Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental, Seguridad del Paciente y demás lineamientos aplicables al sector salud, con el fin de fortalecer el enfoque preventivo, la mejora continua y la sostenibilidad institucional.

El proceso metodológico comprende las siguientes etapas:

- **Análisis y sustentación de la Política de Administración de Riesgos:**

Corresponde a la definición y justificación de los lineamientos institucionales para la gestión del riesgo, incluyendo el establecimiento del contexto, el alcance, el apetito de riesgo y su alineación con los objetivos estratégicos y el direccionamiento institucional.

- **Identificación de riesgos:**

Consiste en reconocer y describir los eventos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, considerando factores internos y externos, así como las características propias de cada proceso.

- **Valoración de riesgos:**

Implica analizar los riesgos identificados mediante la estimación de su probabilidad e impacto, con el fin de determinar su nivel de exposición y priorizar su tratamiento.

- **Información y comunicación:**

Incluye la generación, consolidación y difusión de la información relacionada con los riesgos, asegurando que esta sea oportuna, clara y útil para la toma de decisiones en los diferentes niveles de la entidad.

- **Monitoreo:**

Comprende el seguimiento permanente a la gestión del riesgo, la verificación de la efectividad de los controles y la actualización de la información, con el propósito de asegurar su mejora continua y adaptación a los cambios del entorno.

9.17 POLÍTICA AMBIENTAL

OBJETIVO

Promover estrategias para el aprovechamiento de residuos, el consumo responsable de los recursos naturales, la gestión integral de residuos peligrosos mediante gestores autorizados y el seguimiento al consumo de agua, energía y huella de carbono en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez. Esto con el fin de minimizar los riesgos ambientales derivados de la producción de residuos no aprovechables y peligrosos, contribuir al cumplimiento de la normatividad vigente y fomentar el cuidado del medio ambiente, los pacientes y los colaboradores.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de la presente política, se implementan acciones documentadas en archivos disponibles en la Intranet, entre ellos el Subproceso de Gestión Ambiental (HMFS-SP-0004), el cual establece los lineamientos para desarrollar e implementar un Sistema de Gestión Ambiental fundamentado en principios de sostenibilidad, mejora continua y cumplimiento normativo, generando impactos ambientales positivos para la institución.

De igual forma, se implementa a través del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades – PGIRASA, el cual establece los procedimientos para incentivar la adecuada gestión integral de los residuos generados en la institución, en cumplimiento de la normatividad ambiental vigente, los principios de prevención de la contaminación y los lineamientos de seguridad y salud en el trabajo.

Adicionalmente, se articula con el Programa de Capacitación y Sensibilización Ambiental (HMFS-DC-0075), el cual promueve la formación y sensibilización de los colaboradores en prácticas sostenibles, fortaleciendo la cultura ambiental institucional y el cumplimiento de las disposiciones normativas relacionadas con la gestión ambiental y el manejo de residuos hospitalarios.

En coherencia con estos lineamientos, la implementación de la política ambiental en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se desarrolla a través del ciclo de mejora continua PHVA, permitiendo que las estrategias de mitigación se ejecuten de manera ordenada en ambas sedes de la institución:

- **Planear:** Se identifican los impactos derivados de la operación y se establecen objetivos para el ahorro de agua y energía. Se actualiza la normativa aplicable y se diseña el cronograma mensual de capacitaciones. Asimismo, se definen los indicadores mensuales de consumo de servicios; la generación de residuos

aprovechables, no aprovechables y orgánicos aprovechables; las capacitaciones realizadas al mes y la adherencia del personal asistencial al PGIRASA, además de proyectar las metas para la medición de la huella de carbono.

- **Hacer:** En esta fase se ejecuta lo planificado para las sedes de Niquia y Autopista. Esto incluye la entrega de residuos peligrosos a los gestores autorizados y la realización del compostaje para el tratamiento de residuos orgánicos aprovechables. A su vez, se realizan las jornadas de sensibilización al personal sobre el correcto descarte de residuos y el uso responsable de servicios públicos, incorporando criterios de sostenibilidad en todos los procesos operativos del hospital.
- **Verificar:** Para asegurar el cumplimiento de la política, se realiza un seguimiento constante mediante indicadores ambientales. Mensualmente, se analizan los consumos de agua y energía para detectar picos altos o inconsistencias, así como el comportamiento de los residuos peligrosos y no peligrosos. También se supervisa la segregación en la fuente y el cumplimiento de los contratos con los gestores externos, evaluando el avance en la disminución de la huella ambiental.
- **Actuar:** A partir de los resultados obtenidos en la verificación, se toman decisiones para la mejora continua. Si se detectan consumos elevados o irregularidades en el manejo de residuos, se ejecutan planes de acción inmediatos y se ajustan las capacitaciones. Esta fase permite que el hospital evolucione en sus compromisos de Responsabilidad Social Empresarial, actualizando sus metas ambientales para lograr una operación cada vez más sostenible.

9.18 POLÍTICA DE CALIDAD

OBJETIVO

Garantizar que la atención en salud de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se brinde con calidad, seguridad, oportunidad, eficiencia y humanización, cumpliendo los requisitos normativos y contractuales, las expectativas de los usuarios y grupos de interés, y promoviendo la mejora continua, en concordancia con la misión institucional y el Plan de Desarrollo 2024-2028 "*Juntos por la sostenibilidad consciente y el compromiso de vida*".

METODOLOGÍA

La política de calidad se implementa y evalúa a través del enfoque basado en procesos definido por la ISO 9001:2015 y del ciclo PHVA. Se apoya en la medición de indicadores de gestión, auditorías internas y externas, revisión por la dirección, análisis de riesgos y seguimiento a la satisfacción de los usuarios, garantizando así un proceso de mejora continua y sostenibilidad.

Adicionalmente, la política se sustenta en el Manual de Calidad (HMFS-DC-0008), el cual describe el Sistema de Gestión de la Calidad institucional, incorporando elementos como la comprensión del contexto organizacional, el liderazgo, la planificación, la gestión de riesgos y oportunidades, y la asignación de recursos, orientados a fortalecer la prestación de servicios con enfoque en la humanización y la satisfacción del usuario.

De igual forma, el Manual de Procesos, Subprocesos y Procedimientos (HMFS-DC-0001) establece la estructura del sistema mediante la definición de procesos estratégicos, misionales y de apoyo, permitiendo la estandarización de actividades y asegurando la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, la política se articula con otros procesos y subprocesos institucionales que operativizan sus lineamientos, entre ellos:

- El Proceso de Seguridad del Paciente (HMFS-PR-0002), orientado a la prevención de riesgos en la atención y al fortalecimiento de la cultura de seguridad.
- El Subproceso del Sistema Único de Habilitación (HMFS-SP-0001), que asegura el cumplimiento de los estándares y condiciones exigidas por la normatividad vigente.
- El Subproceso de Sistema de Información para la Calidad (HMFS-SP-0002), que permite la gestión de datos para el seguimiento y la toma de decisiones.
- El Subproceso de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – AMEC (HMFS-SP-0010), enfocado en la evaluación y mejora continua de la atención en salud.

La totalidad de la documentación se encuentra disponible en la Intranet y constituyen el soporte técnico y operativo para la implementación, seguimiento y mejora de la Política de Calidad.

9.19 POLÍTICA DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

OBJETIVO

Establecer los lineamientos institucionales que orientan la implementación, estandarización y evaluación del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, garantizando prácticas terapéuticas seguras, pertinentes y basadas en la evidencia científica; contribuyendo a la mitigación de la resistencia antimicrobiana, a la mejora continua de los resultados clínicos, a la gestión del riesgo en salud y al fortalecimiento de la seguridad del paciente, en cumplimiento de la Resolución

2471 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social y referentes internacionales de la OMS, OPS y CDC.

METODOLOGÍA

La presente política se sustenta en el documento “Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) HMFS-DC-0422”, disponible en la Intranet, el cual establece los lineamientos para el uso adecuado de antimicrobianos en la institución. Del mismo modo, orienta la implementación de estrategias para la prevención de la resistencia antimicrobiana, mediante la articulación de un equipo interdisciplinario y el seguimiento a prácticas clínicas seguras. El documento constituye el soporte técnico y operativo para la implementación, seguimiento y mejora de la política en la institución.

La implementación del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se fundamenta en el desarrollo de intervenciones clínicas estructuradas que permitan garantizar la pertinencia terapéutica en todas las etapas del proceso asistencial. Para ello, se realizarán evaluaciones sistemáticas de la prescripción antimicrobiana, promoción activa de la transición de vía intravenosa a vía oral cuando la condición clínica lo permita, y el uso racional de antimicrobianos de amplio espectro mediante desescalamiento oportuno, considerando la evolución del paciente, la disponibilidad de resultados microbiológicos y el perfil epidemiológico institucional. Así mismo, se fortalecerá la vigilancia farmacoterapéutica con análisis de consumo y resistencia antimicrobiana, fomentando la toma de decisiones basadas en la evidencia científica. El programa garantizará espacios permanentes de formación y retroalimentación a los profesionales involucrados, impulsando la cultura de seguridad del paciente y la mejora continua. Todo lo anterior será monitoreado mediante indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones y su alineación con los objetivos institucionales y normativos.

9.20 POLÍTICA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

OBJETIVO

Garantizar que la atención en salud brindada por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se realice con enfoque diferencial, reconociendo y respetando las condiciones particulares de cada usuario, tales como edad, género, orientación sexual, pertenencia étnica, discapacidad, condición socioeconómica, situación de vulnerabilidad o cualquier otra que requiera un trato ajustado a sus características, conforme a lo dispuesto en las Resoluciones 3100 de 2019 y 229 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos enmarcados en la Política de Enfoque Diferencial, se sustenta en documentos institucionales disponibles en la Intranet, entre ellos el Manual de Enfoque Diferencial (HMFS-DC-0318), el cual establece los lineamientos generales para

garantizar una atención en salud incluyente, respetuosa y ajustada a las características de los diferentes grupos poblacionales.

De igual forma, se articula con el Protocolo de Atención con Enfoque Diferencial (HMFS-DC-0472), que define las acciones para la identificación, atención y seguimiento de los usuarios con características diferenciales, asegurando una atención integral y sin barreras.

En coherencia con estos lineamientos, la implementación de la política se desarrolla a través de las siguientes acciones:

- Sensibilización y formación continua del personal en enfoque diferencial, derechos y deberes, trato digno y humanización.
- Aplicación de pautas diferenciales en todos los servicios y canales de atención.
- Registro y seguimiento de casos diferenciales en el SIAU y comités institucionales.
- Monitoreo y evaluación mediante indicadores de calidad, satisfacción del usuario y accesibilidad al servicio.

9.21 POLÍTICA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC

OBJETIVO

Orientar la acción y facilitar la adecuada delegación de autoridad dentro de la administración para el cumplimiento de los fines institucionales. Específicamente para el área de tecnología, busca mantener la continuidad del servicio, asegurar un crecimiento ordenado de la infraestructura, optimizar los recursos tecnológicos y garantizar su uso efectivo por parte de los usuarios.

METODOLOGÍA

La implementación de esta política se basa en los siguientes mecanismos operativos:

- **Alineación Estratégica:** Las actuaciones de TIC se basan en el apoyo al pensamiento estratégico y las metas del Plan de Desarrollo del Hospital.
- **Gestión de Requerimientos:** Las nuevas necesidades (aplicativos, mejoras o reportes) deben tramitarse mediante formatos específicos del área de TIC, validando su beneficio y alineación estratégica.
- **Ciclo de Vida y Calidad:** Todo proyecto de infraestructura o software debe contar con autorizaciones previas, pruebas de usuario final y aseguramiento de calidad antes de su puesta en producción.
- **Gestión de Cambios:** Se deben aplicar procedimientos controlados para solicitar, procesar y aprobar cambios en los proyectos informáticos.

9.22 POLÍTICA DE CERO GLOBOS

OBJETIVO

Establecer la prohibición del uso, distribución, comercialización y liberación de globos dentro de las instalaciones y actividades institucionales, con el fin de prevenir impactos negativos sobre el medio ambiente, proteger la fauna, reducir la generación de residuos no aprovechables y promover prácticas sostenibles acordes con la responsabilidad ambiental institucional.

METODOLOGÍA

Para la implementación de esta política, la institución desarrollará acciones de capacitación y/o campañas ambientales dirigidas a funcionarios, contratistas, estudiantes y proveedores, con el fin de socializar los impactos ambientales del uso de globos y promover alternativas sostenibles. Estas acciones se complementarán con la difusión de material educativo a través de los canales de comunicación internos, orientado al consumo responsable y la reducción de residuos.

La política será incorporada en los protocolos de eventos institucionales, asegurando que desde la planeación, ejecución y contratación de actividades se evite el uso de globos. Así mismo, se promoverá su socialización con proveedores y contratistas para garantizar su cumplimiento en todas las actividades institucionales. De manera complementaria, se realizará seguimiento periódico a su aplicación en eventos y espacios institucionales, registrando las novedades o incumplimientos que permitan establecer acciones de mejora.

a. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO

Cuando se detecte la presencia de globos en oficinas, pasillos, áreas comunes o eventos dentro de las instalaciones institucionales, cualquier funcionario o contratista podrá reportarlo al personal de mantenimiento, vigilancia o al funcionario delegado para tal fin. Una vez recibido el reporte, el personal designado retirará la decoración con globos de forma inmediata, sin necesidad de autorización adicional. Este procedimiento aplica para todo tipo de globos, incluyendo aquellos de látex, metalizados, publicitarios o hechos de material de plástico de un solo uso. El retiro se documentará como novedad en el registro de seguimiento de la política, con el fin de identificar áreas o eventos recurrentes y fortalecer las acciones de sensibilización.

9.23 POLÍTICA DE DERECHOS DE AUTOR

OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la protección, gestión y uso adecuado de los derechos de autor y la propiedad intelectual sobre los datos, información, contenidos y códigos fuente producidos, adquiridos o utilizados por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente y los principios de transparencia y acceso a la información pública.

METODOLOGÍA

La implementación de la política se realizará mediante:

- Socialización institucional
- Capacitación a servidores y contratistas
- Inclusión en procesos contractuales
- Seguimiento por áreas responsables
- Evaluación periódica de cumplimiento

9.24 POLÍTICA DE SEGURIDAD

OBJETIVO

Establecer lineamientos que dispongan en la ESE como entidad pública, un espacio seguro, accesible, funcional y una adecuada gestión de los recursos físicos que contribuya al logro de los objetivos institucionales.

METODOLOGÍA

La presente política se implementará a partir de su publicación, a través de formato codificado y publicado en el sistema de gestión documental Y se aplicará a los empleados vinculados a la planta de cargos de la ESE y en general a todas las personas naturales y jurídicas que presten o vendan servicios en las instalaciones de la ESE.

Evaluación y seguimiento de la política

La implementación de la presente política se evaluará por la Subgerencia Administrativa de forma semestral, mediante presentación en el Comité de Gerencia.

	MANUAL DE POLITICAS INSTITUCIONALES	Código: HMFS-DC-0201
		Versión: 17
		Fecha Actualización: Julio de 2026
		Elaboró: Equipo de calidad

10. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES			
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Elaboración o actualización de políticas institucionales	Las dependencias responsables elaboran o actualizan las políticas institucionales conforme al Formato para la Elaboración de Políticas Institucionales (HMFS-FT-1510) y la normatividad vigente.	Líderes de proceso
2	Revisión y aprobación	Las políticas son revisadas por las áreas de Planeación y Jurídica y posteriormente presentadas para aprobación ante el Comité de Gestión y Desempeño o la instancia competente, según corresponda.	Oficina de Planeación, Oficina Jurídica y Comité de Gestión y Desempeño
3	Consolidación y actualización del manual	Una vez aprobadas, las políticas son incorporadas o actualizadas en el Manual de Políticas Institucionales, garantizando que el documento refleje las versiones vigentes.	Oficina de Planeación
4	Divulgación y aplicación	El Manual de Políticas Institucionales se pone a disposición de los colaboradores para su consulta y aplicación, promoviendo el conocimiento de los lineamientos institucionales.	Oficina de Planeación y líderes de proceso

	MANUAL DE POLITICAS INSTITUCIONALES	Código: HMFS-DC-0201
		Versión: 17
		Fecha Actualización: Julio de 2026
		Elaboró: Equipo de calidad

11. RIESGOS

Consultar en: [matriz de riesgo](#)

12. INDICADORES (si aplica)

El presente manual corresponde una herramienta de recopilación y divulgación de las políticas institucionales vigentes, por su naturaleza no requiere indicadores propios para su seguimiento.

13. BIBLIOGRAFÍA

No aplica.

14. REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Nombre: Agustín Palacios	Nombre: Lency Naranjo Zuluaga	Nombre: Isauro Barbosa Aguirre
Cargo: Líder SOGC	Cargo: Subgerente científico	Cargo: Gerente

15. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	CAMBIO	RESPONSABLE
05	Enero de 2023	Actualización del Documento	Agustín Palacios
06	Junio de 2023	Se actualiza la política de gobierno digital	Estefanya Vargas Saldarriaga
07	Julio de 2023	Se actualiza política de no re-uso de dispositivos médicos	Enfermera Epidemióloga
08	Septiembre del 2023	Se actualiza política en	Líder de seguridad y

MANUAL DE POLITICAS INSTITUCIONALES

Código: HMFS-DC-0201

Versión: 17

Fecha Actualización: julio de 2026

Elaboró:
Equipo de calidad

		prevención del consumo de sustancias psicoactivas	salud en el trabajo
09	Febrero de 2024	Actualización política de reúso y política de seguridad del paciente	Coordinadora del proceso de esterilización y Enfermera epidemióloga. Enfermera seguridad del paciente
10	Mayo de 2024	Actualización política para el manejo de ropa hospitalaria	Profesional en gestión ambiental.
11	Julio de 2024	Se incluye la política de desconexión laboral	Director Gestión de las Personas
12	Agosto de 2024	Se incluye la política de IAMI	Enfermera SOGCS
13	Agosto de 2024	Se actualiza la política de seguridad y salud en el trabajo	Líder de seguridad y salud en el trabajo
14	Septiembre de 2024	Se incluye política de prevención de consumo de sustancias psicoactivas tabaco alcohol y drogas	Líder de seguridad y salud en el trabajo
15	Junio de 2025	Se incluye política de ingreso de menores de edad.	Equipo de calidad
16	Julio de 2025	Se realiza actualización de la política institucional antimicrobiana, PROA uso racional de antibiótico.	Enfermera epidemióloga
17	Julio de 2026	Se actualiza la metodología para la implementación de las políticas y se actualiza en general el manual de políticas	Planeación