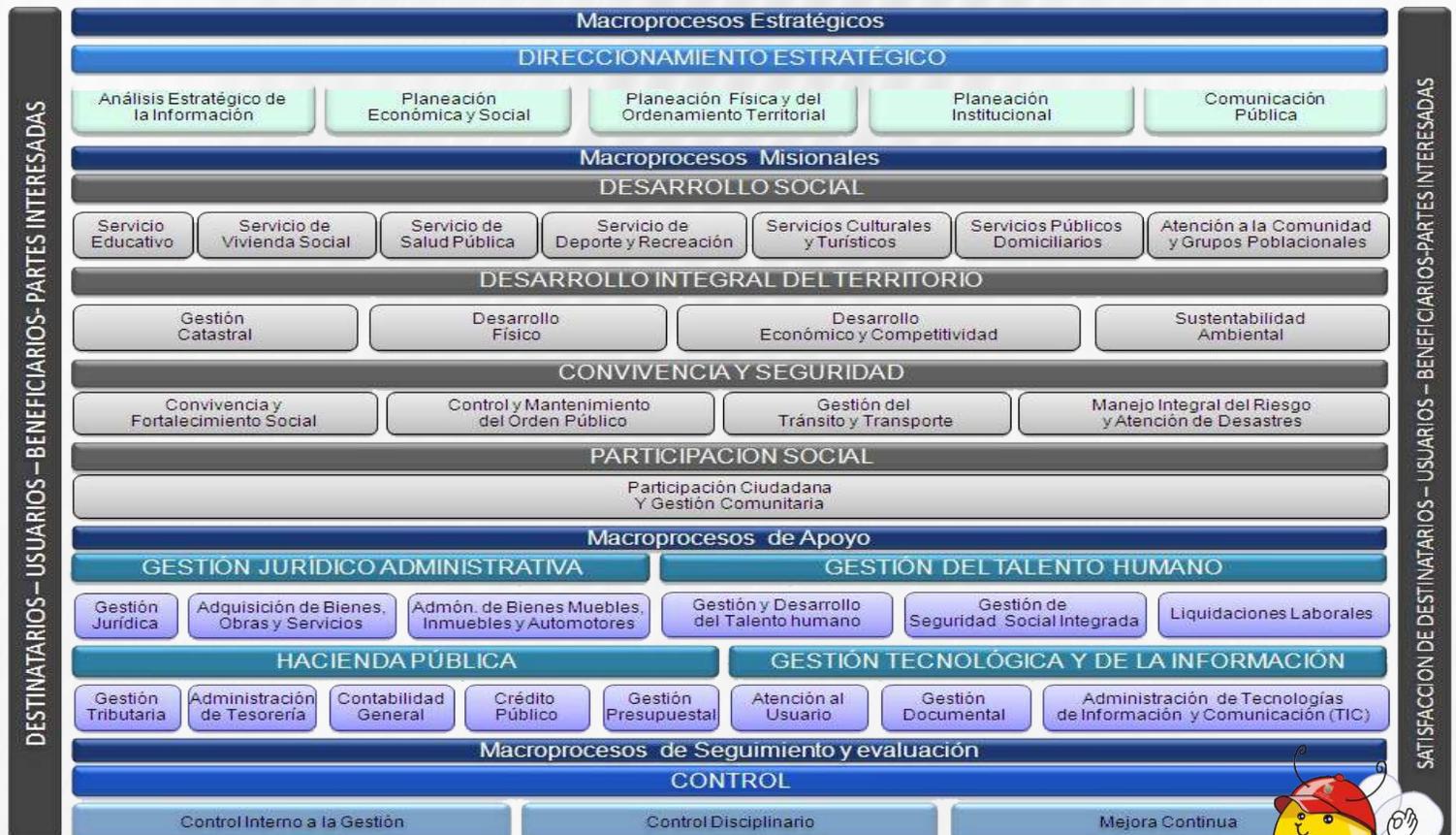


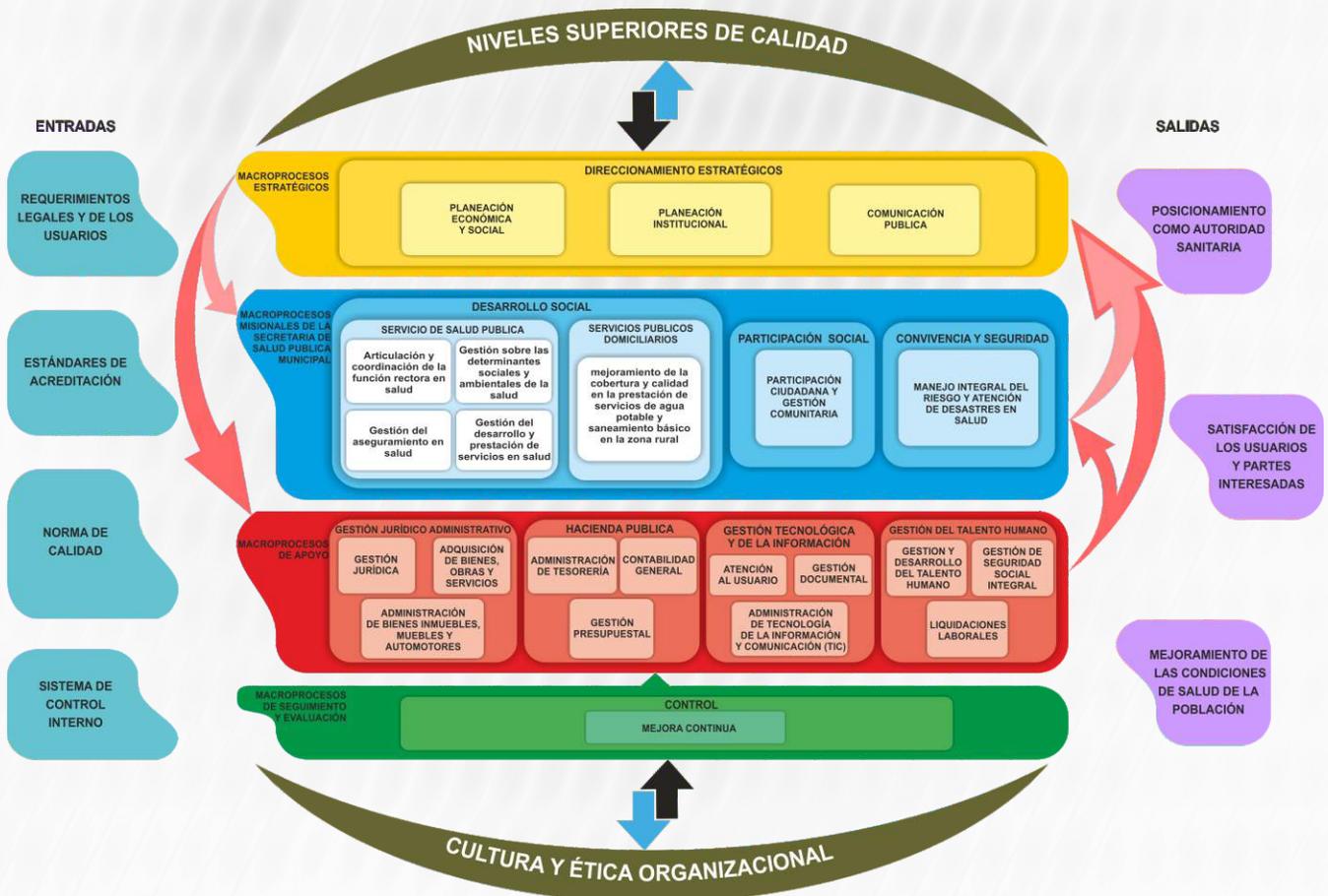
## MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

En la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali, el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) es compatible con otros Sistemas, los cuales se han desarrollado paralelamente a éste, son ellos el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y el Sistema de Desarrollo Administrativo (SISTEDA), los cuales se interrelacionan para brindar una atención eficaz a los Clientes internos y externos.



En el marco del diseño e implementación de los Sistemas Integrados de Gestión, la SSPM ha hecho un proceso de identificación de sus responsabilidades legales, de grupos o partes interesadas y sus respectivas necesidades y expectativas frente a las acciones que desarrollamos como autoridad sanitaria en salud; permitiéndonos definir la estructura de procesos, subprocesos y procedimientos misionales de la SSPM y verificar la aplicabilidad en la Secretaría de procesos estratégicos, de apoyo y de control identificados previamente por la Administración Central Municipal (Modelo de Operación por Procesos – MOP).

La implementación del Modelo de Gestión Integral de Calidad en la SSPM, implica el compromiso de todos los funcionarios y servidores públicos que hacemos parte de ella. ¿En qué forma se refleja este compromiso?, fortaleciendo cada día nuestras competencias, evaluando y mejorando nuestras aptitudes y actitudes frente al entorno que nos rodea.



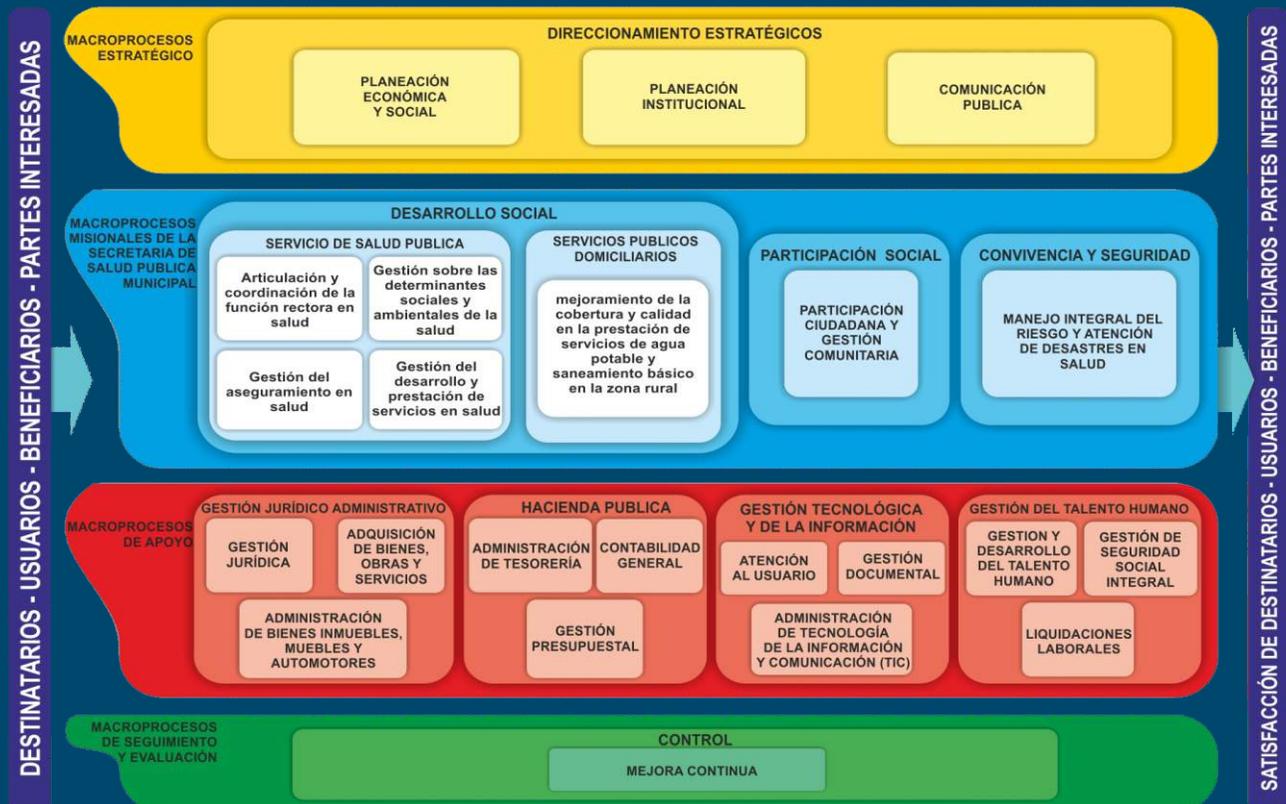
Recuerda que INNOVADORA es nuestra mascota y ella es colaboradora y altamente social, identifica los momentos o puntos de interacción que debe tener con los otros equipos de trabajo o miembros de la organización, adicionalmente es amable y dispuesta atender los requerimientos del cliente interno o externo. "PORQUE INNOVADORA SOMOS NOSOTROS".

## DIRECTRICES SOBRE EL USO, MANEJO Y CONTROL DE FORMATOS Y/O TIPOS DE REGISTRO DEL SGC

La Norma Técnica de Calidad NTC GP1000:2009, adoptada mediante la ley 872 de 2003, decreto 4110 de 2004, establece en el numeral 4.2.3 los requisitos frente al control de documentos, donde menciona que: *los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad deben controlarse*. Por lo cual debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;
- revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente;
- asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos;
- asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso
- asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables;
- asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución, y
- prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

### MAPA DE MACROPROCESOS



## ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SGC



### PROCEDIMIENTOS CONTROL Y DE REGISTRO

Por lo anterior, la entidad ha definido un procedimiento para el control de documentos, en el cual se establecen los siguientes pasos:

1. Identificar la necesidad real de elaborar, actualizar ó eliminar un documento en el MOP.
2. Revisar que otros procesos del MOP involucran o tienen relación con las actividades que se desea documentar / ya cuentan con formatos afines a la necesidad. (revisar casos transversales).
3. Documentar y revisar las propuestas; todo formato debe estar vinculado a un procedimiento.
4. Diligenciar la F07 y enviarla junto con los documentos propuestos a través del sistema Orfeo. (inventariado), al DAPM, a través del responsable del Sistema de Gestión de Calidad de cada Dependencia.
5. Recibir respuesta del DAPM (aprobado, denegado, correcciones).
6. Realizar ajustes documentales (de forma y contenido)
7. Hacer aprobar (elaborado por, revisado por, aprobado por) los documentos y difundirlos.
8. Entregar los originales firmados al DAPM.

Para dar cumplimiento a este procedimiento en la Secretaría de Salud Pública se deberá tener en cuenta las siguientes directrices:

1. Los procesos transversales como: Gestión Jurídico Administrativo, Hacienda Pública, Gestión del Talento Humano, Gestión Tecnológica y de la Información, Control y los procesos de Direccionamiento Estratégico, deberán solicitar a las dependencias responsables de cada uno de estos Macroprocesos/procesos/subprocesos, los formatos vigentes que operan en cada uno de ellos. Una vez se obtenga la respuesta por parte de la dependencia correspondiente se debe identificar cuáles de los formatos suministrados van a ser usados en la SSPM, para la operación del respectivo proceso y reportar al grupo de Planeación – SIG, para registrar en el inventario de formatos y llevar el respectivo control que exige la norma.
2. Cuando se trate de un formato nuevo que no se encuentre identificado y documentado en el SGC, debe ser reportada la necesidad al grupo de Planeación – SIG, para que conjuntamente con este se revisé la aplicabilidad del formato y se haga la solicitud oficial de incorporación del formato en el SGC.
3. Para el caso de los procesos misionales actualmente se está gestionando la revisión, ajuste de formatos de acuerdo con norma fundamental y codificación. Algunas áreas hacen falta por la entrega de estos, se les dará a conocer directamente a los responsables.
4. Para aquellos subprocesos misionales que sus formatos ya se encuentran aprobados y codificados y que requieran realizar una actualización y/o eliminación, deberán informar al Grupo de Planeación - SIG, las necesidades de modificación o creación de nuevos formatos a través de comunicado oficial.
5. Los pasos 5, 7 y 8 del procedimiento de control de documentos, anteriormente descritos son desarrollados por el Grupo de Planeación – SIG.



## CARACTERÍSTICAS DE LOS DOCUMENTOS

- **Identificación:** Nombre y código. Asignado por el DAPM.
- **Recuperación** de los documentos: backup periódico. Fácilmente recuperables (DAPM).
- **Tiempo de retención:** Tabla de Retención Documental.
- **Disposición final:** El Líder del Proceso Gestión Documental, deberá realizar la disposición final de los registros.
- Deber ser **controlados** por el DAPM (listados maestros). La dependencia no debe manipular obsoletos.
- **Aprobaciones:** Elaborado por, Revisado por, Aprobado por.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS

- **Identificación:** Nombre y código (si aplica); fácilmente identificables.
- **Almacenamiento y Protección:** en carpetas identificadas y en buenas condiciones; evitar deterioro. Plan de Aseguramiento Archivístico.
- **Recuperación de los registros:** backup periódico. Fácilmente recuperables.
- **Tiempo de retención:** Tabla de Retención Documental.
- **Disposición final:** El Líder del Proceso Gestión Documental, deberá realizar la disposición final de los registros.
- **Legibilidad de los registros:** tinta indeleble, diligenciar todos los campos (uso del “no aplica”).
- No modificar los formatos de registros ya aprobados conforme a otras necesidades.

**“Si mejora la capacidad e imagen de la SSPM como  
Autoridad Sanitaria, mejoramos todos”**

