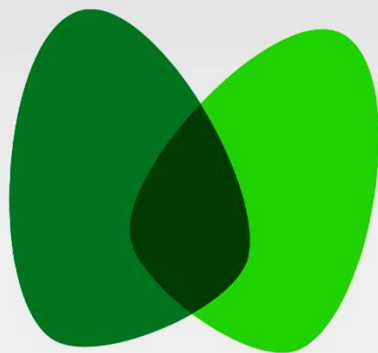


# INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN



Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD

 [@HDMIflorencia](#)

 [hmflorencia](#)

 [hmflorencia](#)

 [Hospital Dptal María Inmaculada](#)

## SEDES



SEDE MORELIA

SEDE MONTAÑITA

SEDE UNIÓN PENEYA



## QUIENES SOMOS

El Hospital Departamental María Inmaculada es una Empresa Social del Estado comprometida con la atención integral de la comunidad, ofreciendo servicios de primer, segundo y tercer nivel con altos estándares de calidad, seguridad y humanización.

Desde nuestra fundación en 1945, hemos trabajado para promover la salud, prevenir la enfermedad y brindar atención médica con excelencia técnico-científica, asegurando un trato digno y humano a nuestros pacientes y sus familias.

Nuestro propósito es velar por el bienestar de la población a través de un enfoque centrado en el paciente, con eficiencia, responsabilidad, trabajo en equipo, transparencia y sensibilidad social. Nos esforzamos por ser un hospital accesible, confiable e innovador, contribuyendo al desarrollo del sistema de salud en la región y al mejoramiento continuo de la calidad de vida de quienes confían en nosotros.



# DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO



## MISIÓN

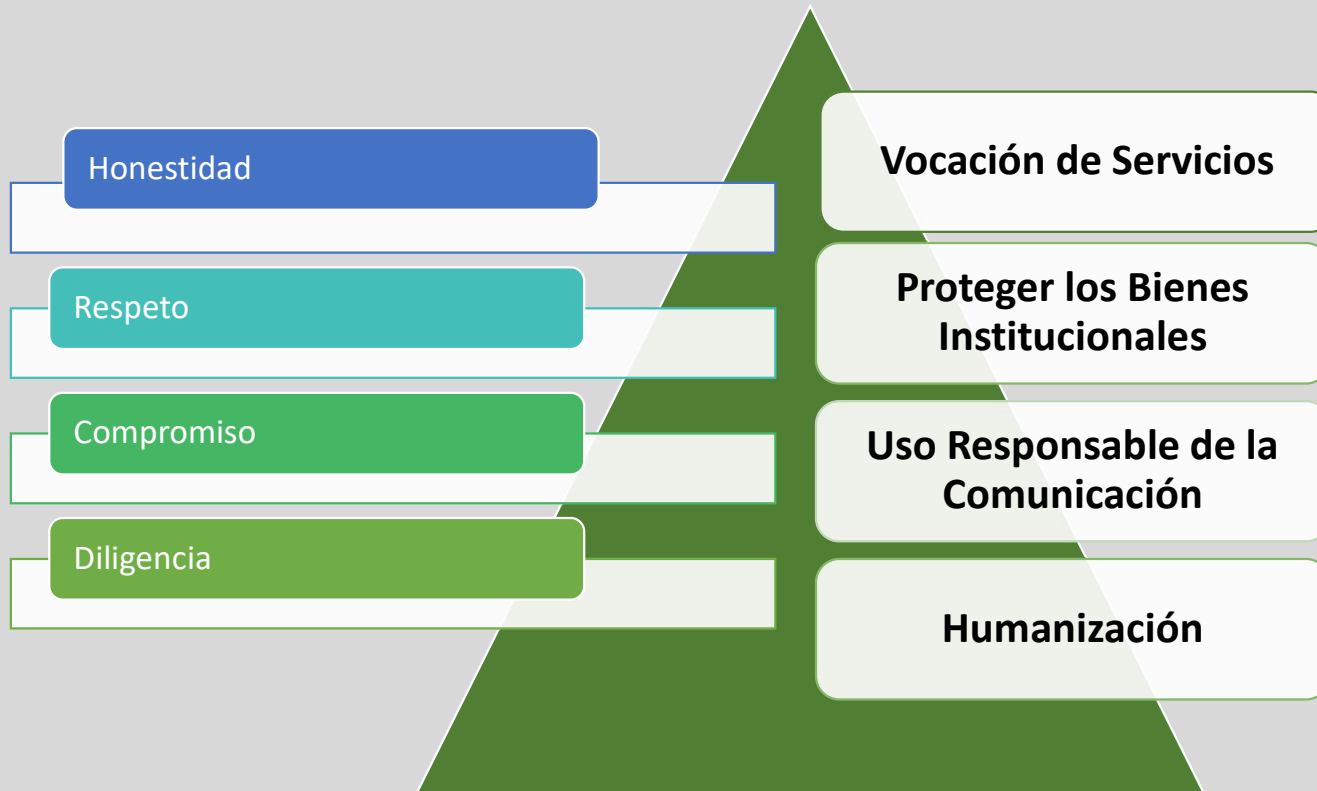
Somos un Hospital Departamental, que presta servicios de salud seguros y humanizados, con estabilidad financiera y responsabilidad social; centrados en el usuario y su familia, contribuyendo a su salud y bienestar.

## VISIÓN

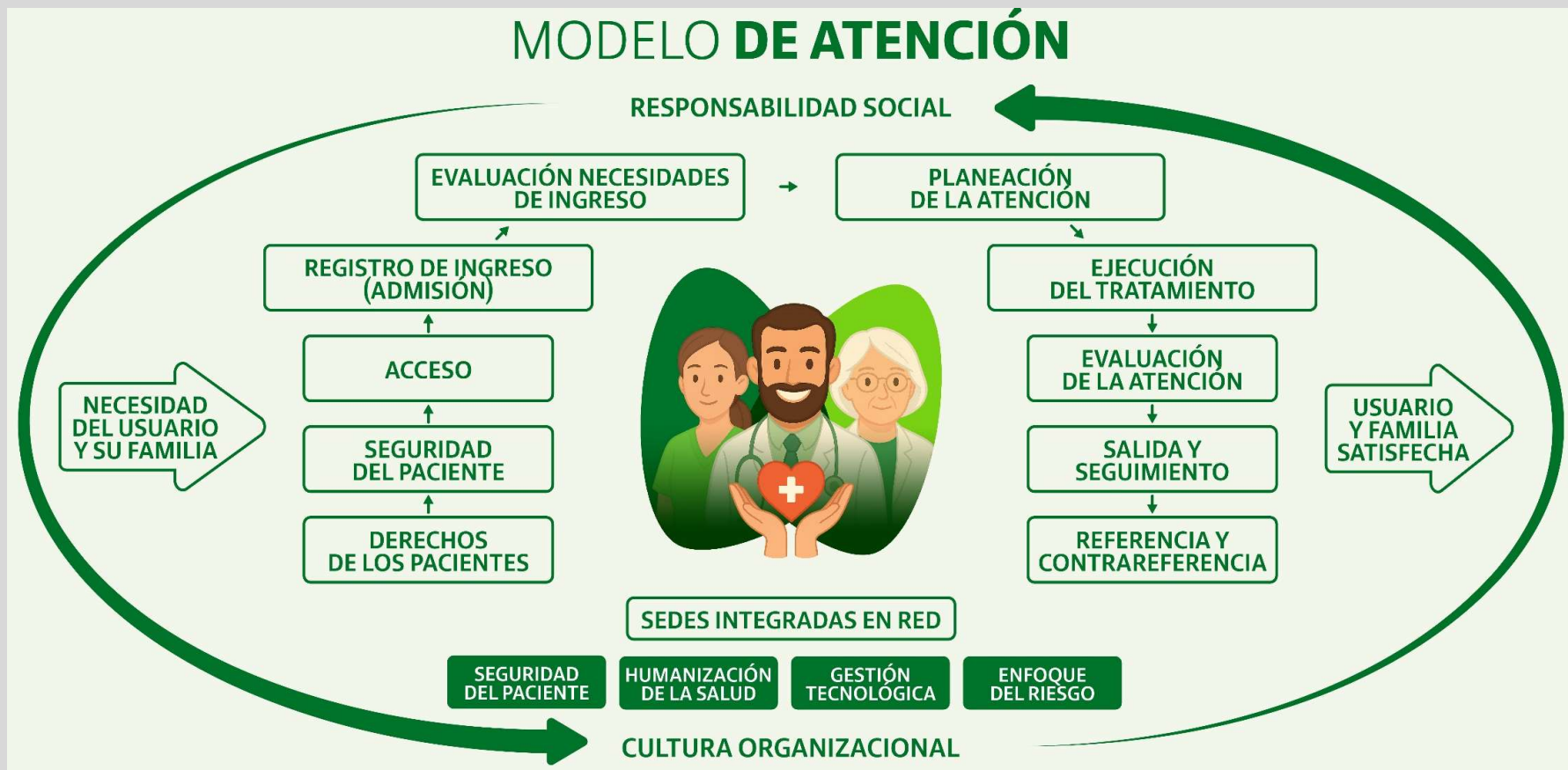
En el año 2030, Seremos una Empresa Social del Estado, de alta complejidad, líder en atención segura y humanizada; orientado a la responsabilidad social; basados en el desarrollo sostenible, ambiental y financiero.



# VALORES Y PRINCIPIOS



# MODELO DE ATENCIÓN



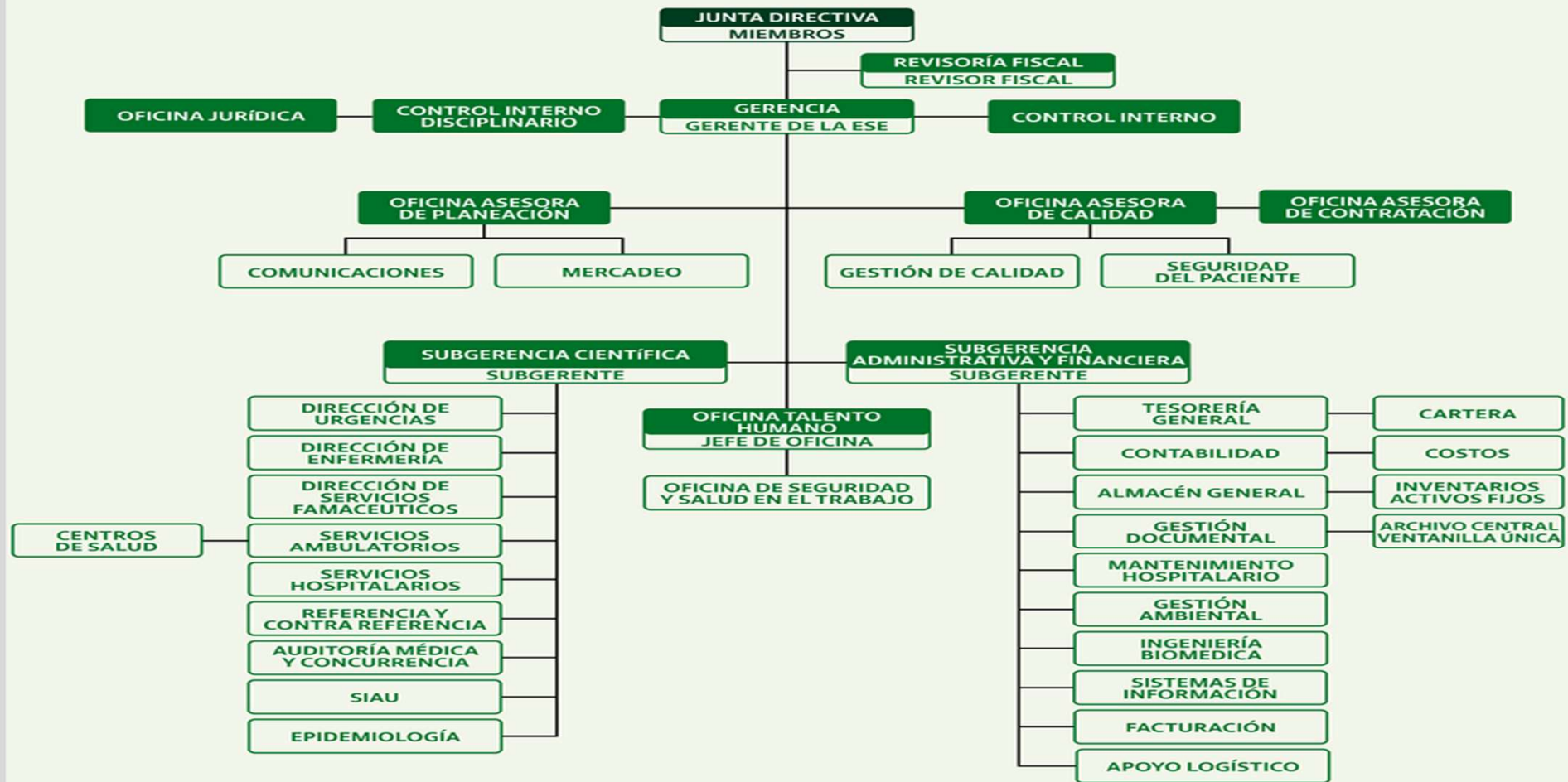
# OBJETIVOS ESTRATÉGICOS





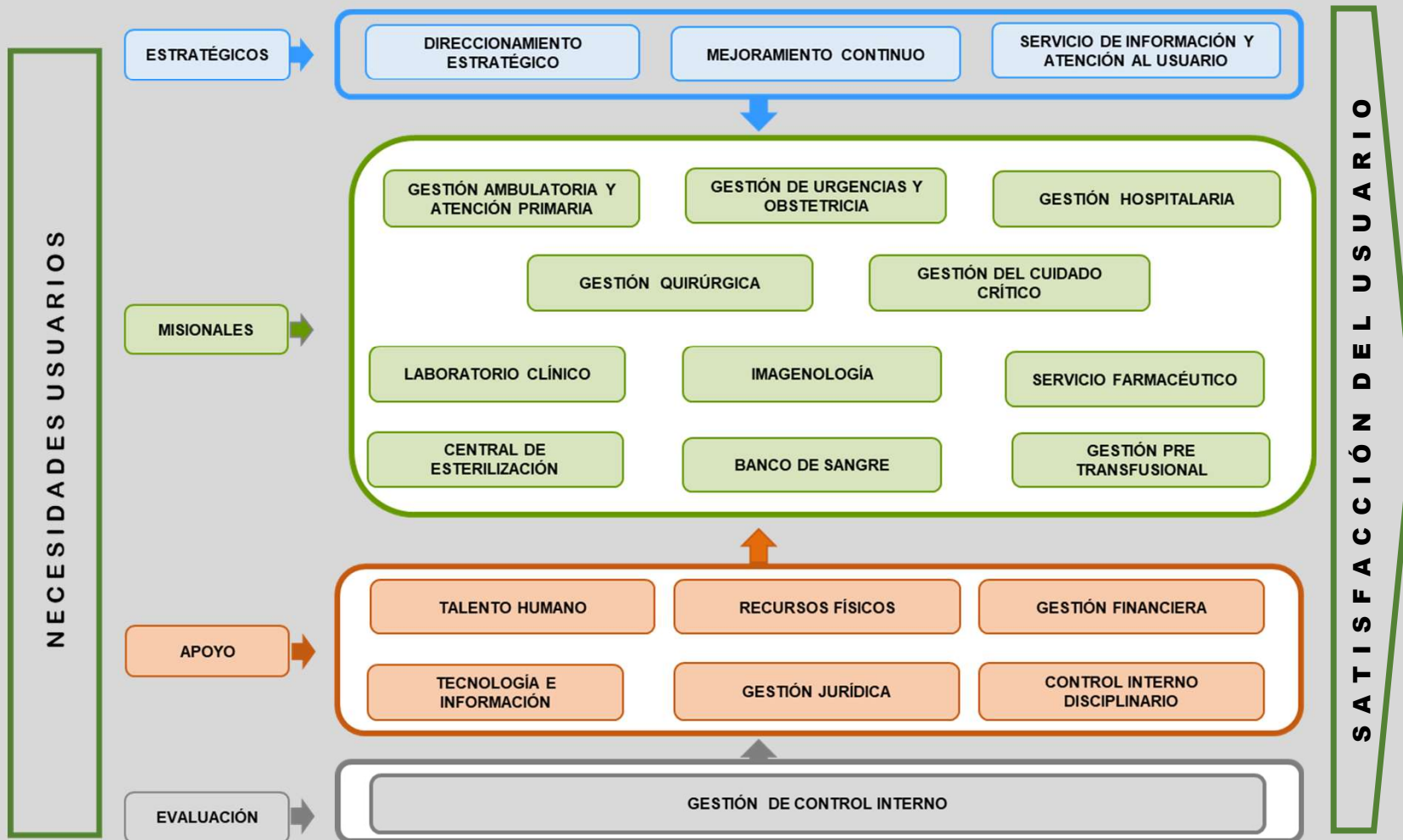
## ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

(ACUERDO N° 026 DE 2025)



## MAPA DE PROCESOS

Versión No. 12



# PORTAFOLIO DE SERVICIOS

*NUESTROS PROGRAMAS*

MADRE CANGURO



SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN

*NUESTRA ESTRATEGIA*

I.A.M.I.I.



# NUESTROS SERVICIOS

## SEDE CENTRAL FLORENCIA



# NUESTROS SERVICIOS

## PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD

Urgencias



Medicina general



Odontología  
general



Enfermería



Atención del parto



Laboratorio clínico



Imágenes diagnósticas



Vacunación

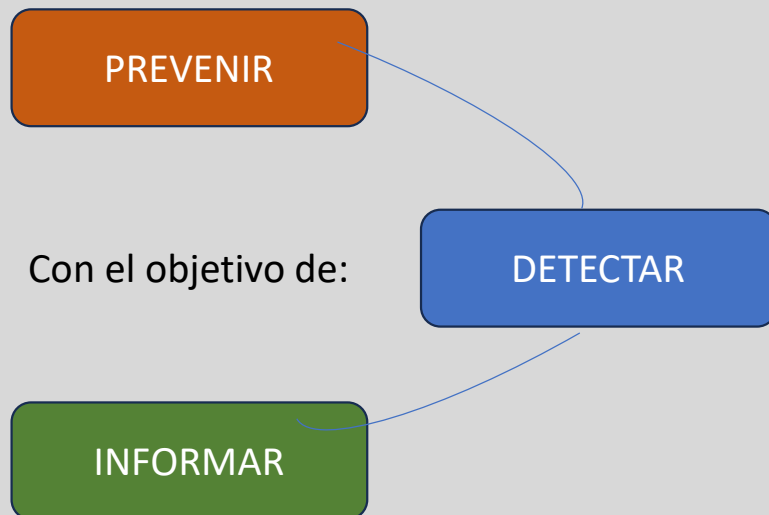


Psicología



## SARLAFT / FPADM

### SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA –



#### OBJETIVO

Prevención del uso indebido de la entidad en actividades delictivas, como lavado de activos, financiación del terrorismo y de armas de destrucción masiva, mediante controles que eviten su utilización para adquirir, ocultar, administrar o legalizar bienes ilícitos (SARLAFT/FPADM)

## ASPECTOS GENERALES SOBRE SARLAFT/FPADM



### LAVADO DE ACTIVOS

- El lavado de activos es una figura que busca darle apariencia de legalidad a unos bienes o dineros cuyo origen es ilegal



### FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

- Es un acto para proporcionar apoyo financiero a terroristas u organizaciones terroristas



### FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA

- Todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en una parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, deposito o uso de armas nucleares, químicas o biológicas, sus medios de lanzamiento y otros materiales relacionados

# POLÍTICAS SARLAFT – SICOF - PTEE

Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la administración, prevención y el control de riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM) en la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada.

## POLÍTICAS INSTITUCIONALES

- Política SARLAFT
- Políticas del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo
- Política de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción
- Política SICOF

## POLÍTICAS GENERALES

- Política publicación en Listas Restrictivas
- Política de Conocimiento de Personas Expuestas Políticamente PEP
- Política conocimiento de contraparte
- Política de conocimiento del Servidor Público
- Política de manejo de efectivo
- Política de proveedores y contratistas
- Política de archivo de documentos
- Política de sanción interna
- Política de diseño e identificación del riesgo
- Política de capacitación

Proveedor nuevo que insiste en pagos en efectivo y evita entregar documentación completa



Modificación irregular de registros clínicos

Duplicidad en la facturación



Cobro de servicios o procedimientos no habilitados por la entidad

Cobro de insumos o medicamentos no utilizados



## SEÑALES DE ALERTA



# SICOF

## SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE



### CONTEXTO: El SICOF pretende:

- Fomentar una cultura institucional de integridad que priorice la prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en todos los niveles de la entidad.
- Garantizar la participación activa de los órganos de dirección y administración en la implementación, seguimiento y fortalecimiento del SICOF, asegurando su liderazgo y compromiso.
- Establecer mecanismos eficaces para gestionar y resolver los conflictos de interés, de manera que no afecten la transparencia ni la objetividad en la toma de decisiones institucionales.
- Facilitar la identificación de controles y la construcción de perfiles de riesgo, con el fin de contar con una visión clara de las amenazas y vulnerabilidades que enfrenta la entidad.



### OBJETIVO

Definir y aplicar un conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de control que permitan prevenir, mitigar, evaluar y verificar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, asegurando el cumplimiento normativo y la consolidación de una cultura de integridad en la entidad.

1. Identificar riesgos
2. Diseñar e implementar controles
3. Integrar el SICOF con los demás sistemas de gestión del riesgo
4. Cumplir con la normatividad vigente
5. Desarrollar programas de socialización y capacitación
6. Prevenir y reducir la ocurrencia de actos indebidos de corrupción, opacidad y fraude en el ejercicio de la función pública
7. Garantizar la protección y confidencialidad de los denunciantes
8. Implementar procesos seguimiento y monitoreo continuo

# PTEE

## PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

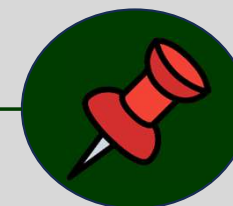


El Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE es una estrategia institucional que promueve la **transparencia**, **integridad** y **ética** en la gestión pública.



Permite prevenir y mitigar riesgos de integridad pública:

- Corrupción
- Fraude
- Soborno
- Conflicto de intereses



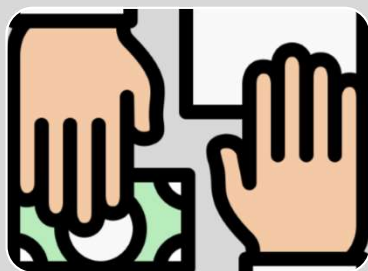
Es de **obligatorio** cumplimiento para las entidades públicas del sector salud, según Decreto 1122 de 2024 y Circular Externa Supersalud 2022151000000053-5 de 2022.

# CORRUPCIÓN Y RIESGOS DE INTEGRIDAD PÚBLICA



## Corrupción

Uso indebido del poder público o privado para obtener un beneficio personal o grupal, en detrimento del interés general. Incluye conductas como peculado, cohecho, concusión, entre otras. (Función Pública, 2011)



## Soborno

Promesa, ofrecimiento, concesión, solicitud o aceptación de un beneficio indebido, con el fin de influir en la actuación o abstención de una persona que ocupa un cargo público o privado.



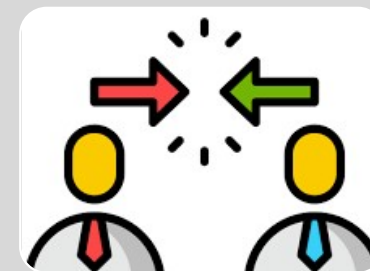
## Fraude

Cualquier acto deliberado de engaño, manipulación o falsedad que se realiza con el fin de obtener ventajas ilegales o indebidas para sí mismo o para terceros, afectando el patrimonio, la transparencia o la legalidad en la gestión pública.



## Opacidad

Falta de claridad, apertura o acceso a la información relacionada con la gestión pública, que dificulta la rendición de cuentas y el control ciudadano. Se manifiesta cuando se oculta, restringe o dificulta el conocimiento de decisiones, procesos o el uso de recursos públicos, afectando la transparencia institucional.



## Conflicto de Intereses

Situación en la que un servidor público, contratista o tercero tiene un interés personal, familiar o económico que puede influir o parecer influir indebidamente en el cumplimiento imparcial de sus deberes. (Función Pública, 2019)

# CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

Lineamientos, directrices, mecanismos y prácticas con las que la institución busca preservar la ética empresarial, promover la transparencia de su gestión, administrar adecuadamente sus recursos, y reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas.



## Valores institucionales

Honestidad  
Respeto  
Compromiso  
Diligencia  
Justicia



## Lineamientos

- Mecanismos para lograr un buen gobierno
- Pautas de conducta con el cliente externo
- Pautas para el desarrollo de del talento humano y el desempeño de sus funciones
- Tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas
- Impedimentos éticos
- Derechos y deberes del paciente
- Conflicto de intereses



## Adopción del Código

Capacitaciones,  
sensibilizaciones

# IMPEDIMENTOS ÉTICOS

## *En el ejercicio del cargo*

*“Los servidores públicos deben abstenerse de utilizar su cargo, los recursos institucionales, el tiempo laboral o el prestigio de la entidad para obtener beneficios personales, favorecer a terceros o realizar actividades privadas.”*



## *Regalos e invitaciones*

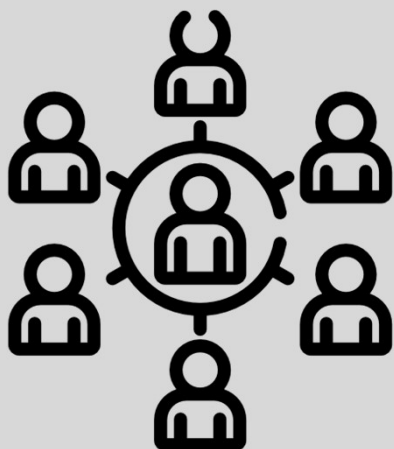
*“Está prohibido recibir beneficios personales, aceptar regalos, favores, invitaciones, o solicitar aportes que puedan comprometer la imparcialidad o influir en decisiones institucionales.”*



# CONFLICTOS DE INTERESES

Se define como aquella conducta en que incurre un servidor público, contraria a la función pública, en la que, movido por un interés particular prevalente o ausente del interés general, sin declararse impedido, toma una decisión o realiza alguna gestión propia de sus funciones o cargo, en provecho suyo, de un familiar o un tercero y en perjuicio de la función pública.

Un conflicto de intereses puede presentarse cuando el servidor público tiene relación de parentesco, afinidad o vínculo personal con alguna de las siguientes personas, lo cual podría afectar su imparcialidad en la toma de decisiones institucionales:



- Padres
- Abuelos
- Hermanos
- Hijos
- Tíos
- Sobrinos
- Primos
- Hijos
- Nietos
- Cónyuge
- Suegros
- Cuñados
- Padres adoptantes
- Hijos adoptantes
- Socio de hecho o derecho

# ¿QUÉ SE ESPERA DE TI COMO COLABORADOR?

- Actuar con transparencia e integridad
- Declarar conflictos de intereses
- Denunciar irregularidades

¡La transparencia comienza por cada uno de nosotros!

¿Tienes dudas o quieres reportar un hecho irregular en materia de corrupción?

Correo electrónico Oficial de Cumplimiento: [sarlaft@hmi.gov.co](mailto:sarlaft@hmi.gov.co)

Canal de Denuncias SICOF: <https://rutadenuncia.hmi.gov.co/>

## SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN



## **POLÍTICA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. se compromete a mejorar continuamente los procesos del sistema integrado de gestión, cumplir los requisitos y promover una atención en salud segura y humanizada, a través de la identificación de los peligros y riesgos, valoración y determinación de acciones para controlar los que impacten en la satisfacción de las partes interesadas.

## OBJETIVOS DEL SISTEMA DE MAJEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

1. Determina la efectividad y el mejoramiento continuo a los procesos del Sistema Integrado
2. Identificar los peligros, valor los riesgos y determinar controles que permitan eliminar o minimizar los actos o condiciones inseguras en los ambientes de trabajo
3. Promover programas de auto cuidado para incorporar la participación de los colaboradores y familiares
4. Fortalecer la cultura organizacional que contribuya a una atención segura y humanizada, a través de la gestión integral del talento humano.
5. Gestionar los aspectos e impactos ambientales priorizados de manera que se reduzca la contaminación ambiental por la prestación del servicio de salud en la institución y se promuevan prácticas de cuidado del medio ambiente.
6. Promover el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios logrando la satisfacción y conformidad con una atención humanizada y de calidad.
7. Desarrollar la intervención y mitigación del riesgo en los procesos

# SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SGC

**Bienvenidos**  
Portal | Bienvenidos

Usuario

Contraseña

Recordar Olvídate su contraseña?

Ingresar

Portal

- INF. INSTITUCIONAL
- RESOLUCIONES INSTITUCIONALES
- DOCUMENTOS EXTERNOS
- FICHAS DE MEDICAMENTOS
- GUIAS RÁPIDAS
- FOLLETOS INSTITUCIONALES
- SISTEMA GESTION DOCUMENTAL
- RIESGOS DE PROCESOS
- Documentos
- Indicadores
- Planes de Acción



 Hospital Departamental  
**María Inmaculada E.S.E.**  
 CAQUETA



## Certificación ISO 9001:2015



## Procesos

Laboratorio clínico

Banco de sangre

Gestión pre transfusional

Central de esterilización

Imagenología

Servicio farmacéutico

Gestión quirúrgica

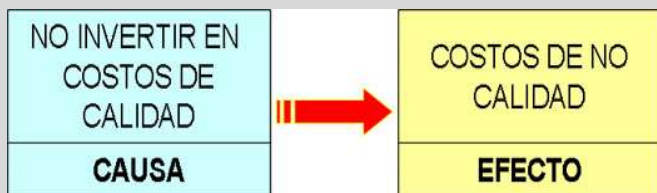
Gestión del Cuidado Critico

Gestión de urgencias y  
obstetricia

## Servicios

Servicio hospitalización 1, 2 y 3

Pediatría



## ¿QUÉ ES CALIDAD?

- Hacer lo correcto, en forma correcta
- A tiempo, todo el tiempo
- Desde la primera vez
- Mejorando siempre
- Innovando siempre y
- Siempre satisfaciendo a nuestros usuarios

## EL COSTO DE LA NO CALIDAD

“ Cada vez que las cosas son mal hechas hay un costo en la organización. Sobretiempos, retrasos, desperdicios, reprocesos, errores, pérdida de la productividad, la insatisfacción laboral, insatisfacción del usuario, pérdida de la imagen y la reputación... El costo de la no calidad es como un iceberg. Sólo una pequeña parte es visible, la parte más peligrosa está “escondida”



Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD



SISTEMA UNICO DE ACREDITACION



SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD



AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD "PAMEC"

SISTEMA UNICO DE HABILITACION

# PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE

[MC-Pg-03] PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE – V7



## Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

# **ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

## DEFINICIONES

### **Seguridad del paciente**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

**Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

## DEFINICIONES

**Incidente:** Suceso o circunstancia que se presenta durante la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas.

**Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

## DEFINICIONES

**Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Pueden ser prevenibles (EAP) o no prevenible (EANP)

**Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado

**Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial.

**Evento centinela:** Evento adverso donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente y que requiere un cambio permanente



## ESTRATEGIAS PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE



# REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

## ¿QUE DEBO REPORTAR?

- ✓ Incidentes
- ✓ Eventos adversos (EA)
- ✓ Acciones inseguras
- ✓ Reacciones adversas a medicamentos



## Ejemplos:

- Flebitis
- Caída de pacientes
- Fuga de pacientes
- Falla registro clínico
- Úlceras por presión
- No oportunidad en la atención
- ISO (Infección sitio operatorio)
- IAAS

## Tipos de Reportes

BAI, Búsqueda  
activa  
Institucional.

Búsqueda  
pasiva

Auto Reporte

## RUTA DE REPORTE

1. **Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos**, disponible carpeta de Calidad, icono eventos adversos.

Usuario: **HDMI** Clave: **123456**

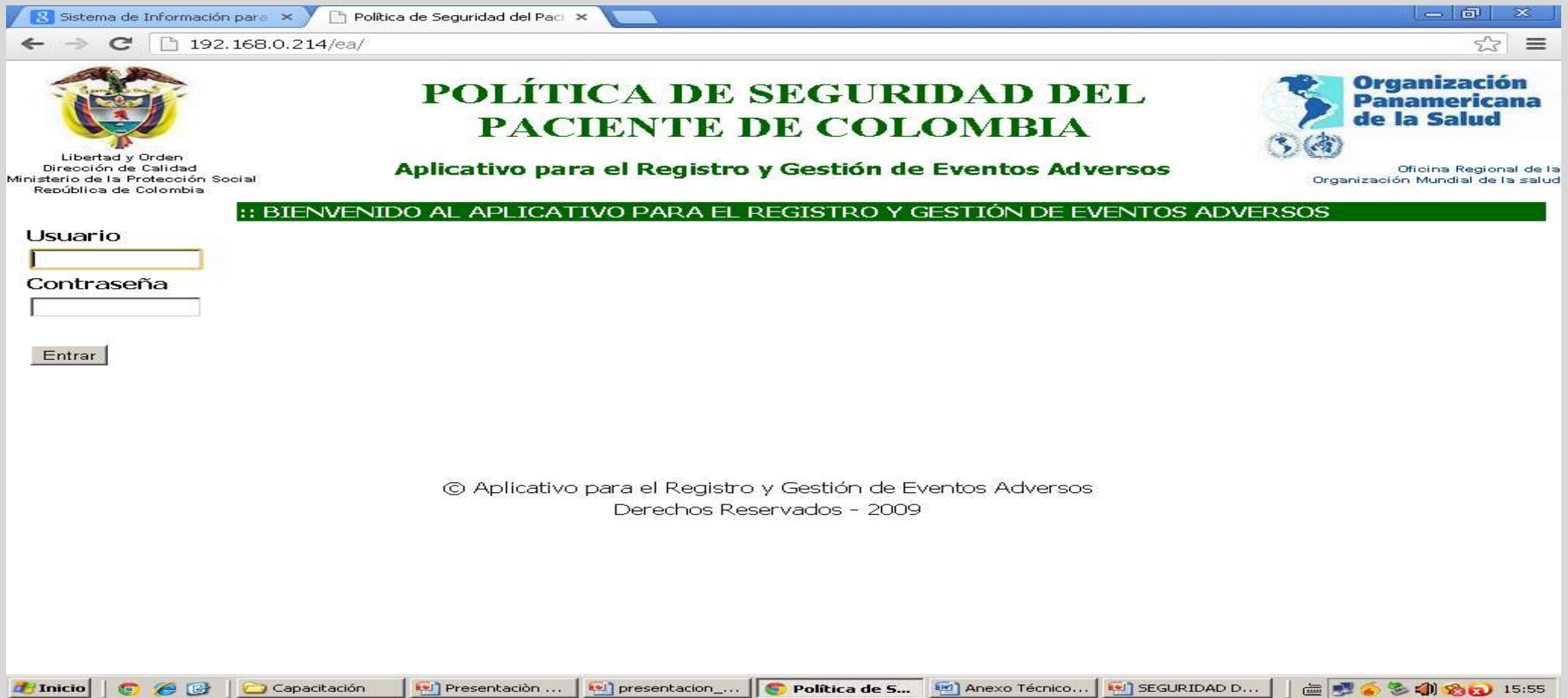
2. Al correo electrónico **seguridaddelpaciente@hmi.gov.co**

3. Diligenciando el formato de **“reporte intrainstitucional de eventos adversos o incidentes en la atención. MC-F-32**

## Aplicativo para el reporte de incidentes y eventos adversos




## ¿Cómo realizar un reporte de seguridad del paciente?



Sistema de Información para x Política de Seguridad del Paciente x

192.168.0.214/ea/

  
Libertad y Orden  
Dirección de Calidad  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE DE COLOMBIA**

**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la salud

**Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos**

**:: BIENVENIDO AL APLICATIVO PARA EL REGISTRO Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

Usuario

Contraseña

Entrar

© Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos  
Derechos Reservados - 2009

Inicio | | | | Capacitación | Presentación ... | presentacion\_... | Política de S... | Anexo Técnico... | SEGURIDAD D... | | | | | 15:55



Libertad y Orden  
Dirección de Calidad  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE COLOMBIA

## Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

### :: INICIO - APLICATIVO PARA EL REGISTRO Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

- Reporte Intrainstitucional
- Configuración de la Aplicación
- Consultar Parametrización
- Información General

Bienvenido al Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

El Propósito de este software es ofrecer al personal asistencial una herramienta práctica que le facilite la gestión de los eventos adversos de acuerdo a los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente de Colombia.

© Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos  
Derechos Reservados - 2009



Libertad y Orden  
Dirección de Calidad  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE COLOMBIA

## Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la salud

### :: REPORTE INTRAINSTITUCIONAL

En esta página el usuario puede realizar el registro del reporte intrainstitucional

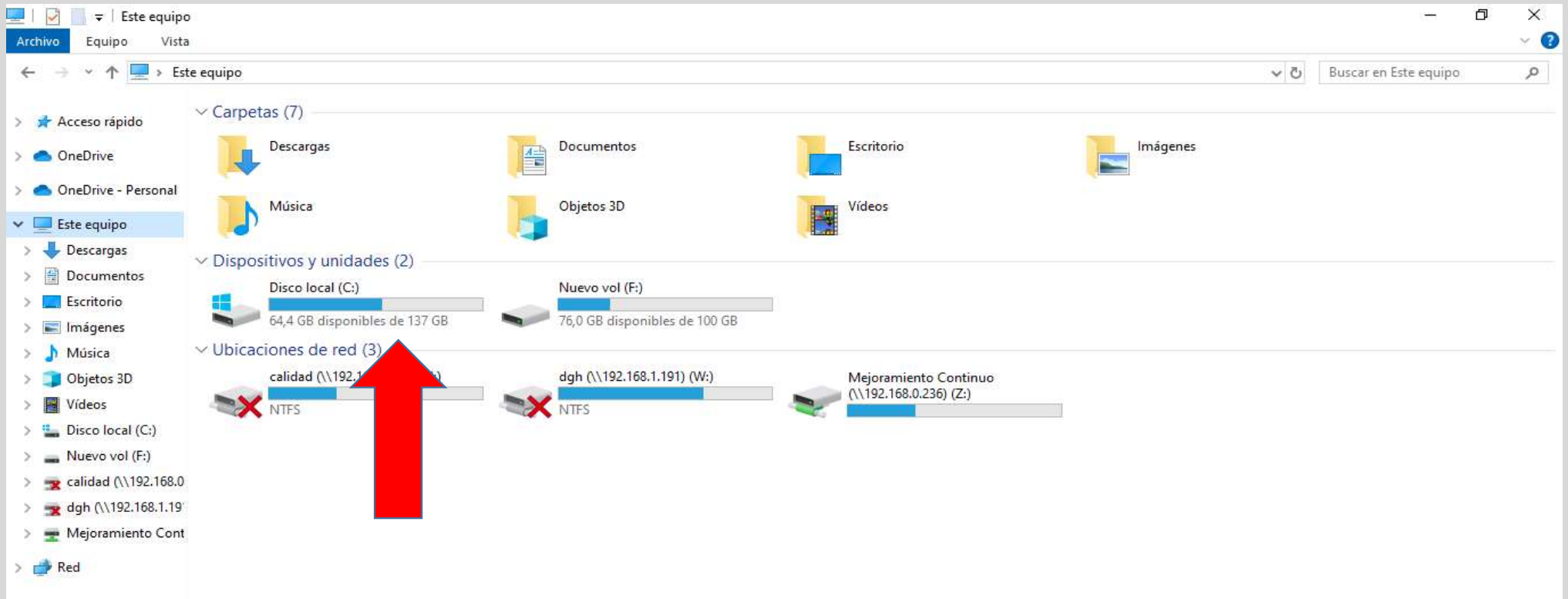
- Reporte Intrainstitucional
- Configuración de la Aplicación
- Consultar Parametrización
- Información General

### :: REPORTE INTRAINSTITUCIONAL

Número identificación paciente	Fecha del suceso	Hora del suceso
<input type="text"/>	10-04-2013	Seleccione la hora ▼
Edad	Sexo	
<input type="text"/> años	Seleccione el sexo ▼	

## Software Daruma

**Paso 1:** Ingresar a la carpeta de calidad que se encuentra en todos los equipos de la institución.



## POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

Nos comprometemos a promover el **respeto** por la **dignidad humana**, **la privacidad** en la atención, la **comunicación asertiva** entre colaboradores, usuarios y su familia, logrando su **satisfacción**.

### OBJETIVOS:

1. Implementar procesos que logren una comunicación asertiva entre colaboradores a través de la creación de espacios que faciliten el dialogo y la comunicación con el fin de fomentar un clima laboral apropiado para brindar atención en salud segura y humanizada.
2. Propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento en la prestación de los servicios de salud.
3. Fortalecer y poyar las acciones que permitan ambientes seguros, privados y acogedores, para el usuario, familia y colaboradores.



## PILARES DEL PROGRAMA

- ❖ RONDAS DE SEGURIDAD
- ❖ MOMENTOS DE CALIDAD
- ❖ MEDICION DE ADHERENCIAS A PROTOCOLOS
- ❖ ADHRENCIA A PRINCIPALES GUIAS DE PRTACTICA CLINICA
- ❖ BUSQUEDA ACTIVA- GESTORAS DE SEGURIDAD
- ❖ CAPACITACIÓN
- ❖ INDUCCIÓN PROGRAMA DE SEGURIDAD
- ❖ MEDICIÓN DE INDICADORES
- ❖ COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. TALENTO HUMANO
2. PROCESOS SEGUROS
3. INFRAESTRUCTURA SEGURA

**Es una estrategia de gestión para la atención integral de la población materna e infantil en las instituciones de salud.**

*Articula acciones, programas y proyectos, que van desde la gestación, el parto, el puerperio, el período neonatal y los cinco primeros años de vida.*



## ESTRATEGIA IAMII-PASO 1

Voluntad política  
institucional

Disponer de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil. A cargo de administración del Hospital.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
**M** María  
Inmaculada  
E. S. E.

Nit. 891.180.098-5

RESOLUCIÓN NO. 0 0 0 2 5 1

"Por medio de la cual se deroga la resolución 000495 del 5 de Julio de 2017, y se actualiza la política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque integral – IAMII - en favor de la salud y nutrición materna e infantil" en El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL MARIA INMACULADA



## ESTRATEGIA IAMII

### PASO 2



#### Capacitar

Armonización conceptual y práctica del personal de salud en torno a la salud y nutrición materna e infantil.

Inducción: Todo el personal

Información: Personal administrativo.

Capacitación: Personal asistencial.

Educación: Para los usuarios

### PASO 3



#### Empoderar

Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, información, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio, la lactancia materna y la crianza.

### PASO 4



#### Humanizar

Garantizar la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez acompañada de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora.

## ESTRATEGIA IAMII

### PASO 5



#### Apoyar

Ofrecer orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud y nutrición de las madres y de las niñas y los niños recién nacidos, durante el posparto.

### PASO 6



#### Lactar

Promover, proteger y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o más.

### PASO 7



#### Alojar

Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el niño o niña incluso en caso de hospitalización de alguno de los dos.

## ESTRATEGIA IAMII

### PASO 8



#### Seguir

Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo.

### PASO 9



#### Calidez

Garantizar atención con calidad y calidez en todos sus servicios partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, promoviendo siempre el respeto a la diferencia, la participación y el trato digno para toda la población

### PASO 10



#### Más allá

Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones más allá de los servicios institucionales, con el fin de favorecer la salud y la nutrición materna e infantil.

## **SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO**

**Su objetivo es Informar, orientar, evaluar y tramitar solicitudes del usuario de acuerdo a sus necesidades, garantizando el goce efectivo de sus derechos en la atención con el fin de lograr su satisfacción y la de su familia, generando mecanismos que promuevan y permitan la participación social.**



# Exige tus derechos



A conocer y entender mis derechos y deberes como usuario.



A acceder a servicios con calidad y oportunidad.

A recibir un trato digno, a que me respeten mis creencias y costumbres, así como opiniones personales que tenga sobre mi enfermedad.

A elegir libremente al médico y a los profesionales, como también a las instituciones de salud que me presten la atención requerida.



A recibir atención en sitios tranquilos, limpios e higiénicos en condiciones de privacidad.

A recibir información clara y completa sobre mi enfermedad, procedimientos, tratamientos, riesgos y costos del servicio prestado.



A que me presten la mejor asistencia médica disponible respetando, mis deseos en caso de enfermedad irreversible.



A recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, independiente del culto religioso que profeso.



A que mi historia clínica sea tratada de forma confidencial.

A ser escuchado, a manifestar de manera verbal o escrita mis necesidades, quejas o felicitaciones.

A que me faciliten los medios adecuados y disponibles para evitar el daño de mi integridad física y la pérdida o deterioro de mis pertenencias.



A participar y a vincularme a la asociación de usuarios.



A solicitar una segunda opinión calificada de mi condición médica.

A morir con dignidad y a que se me respete la voluntad de permitir el curso natural de mi enfermedad en la fase terminal.





## y cumple tus deberes



Cuidar mi salud, la de mi familia y la de mi comunidad.



Afiliarme con mi familia al sistema general de seguridad social en salud.



Tratar con dignidad al personal que me atiende, a los demás pacientes y acompañantes.



Utilizar adecuadamente los servicios, a que tengo derecho.



Presentar los documentos necesarios para la prestación del servicio.

Seguir el plan de tratamiento, cuidados e instrucciones del equipo de salud para mantener mi bienestar.

Respetar el orden o prioridad de atención, de las demás personas de acuerdo con la cita asignada o gravedad.

Asistir oportunamente 30 minutos antes de la cita, en caso de no asistir, avisar mínimo con un día de anticipación.



Suministrar información clara veraz y completa sobre mi estado de salud.

Cuidar y usar racionalmente los servicios, los recursos y las instalaciones de la institución que atiende.



Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de la institución y profesionales que prestan la atención en salud.



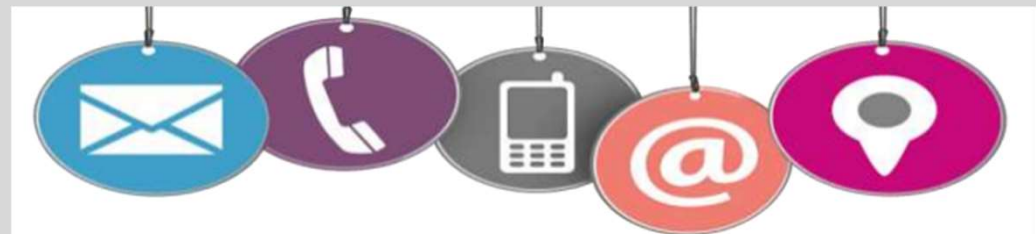
Facilitar el pago y pagar cuando, corresponda por la prestación de los servicios.

Representar adecuadamente a los usuarios en los espacios de participación existentes y mantenerlos informados.



## Cómo interponer una queja

- Puede manifestar las quejas sugerencias, felicitaciones, a través de:
- **Oficina de Atención al usuario**
- **Línea telefónica**
- **Página web**
- **Buzones de Sugerencias**
- **Ventanilla única**
- **Código QR**



## Una receta para el buen servicio

- Sonreír
- Mirar a los ojos
- Llamarle por su nombre
  - Lenguaje Verbal: de acuerdo a nuestro interlocutor
    - simple, franco, directo y fácilmente comprensible
    - no usar palabras técnicas
    - frases breves
- Tono de Voz

## Frases que se deben eliminar

- Yo no sé
- Tendrá que esperar
- Ustedes los usuarios se quejan demasiado
- Lo siento pero yo no estoy autorizado
- Son las normas de la empresa
- Es imposible hacerlo
- Estoy sola (o)
- No tengo tiempo

# UTILIZA SIEMPRE LAS MEJORES EXPRESIONES

Expresiones de cortesía

 Por favor.  
Gracias.  
De nada.

¿Puedo ayudar?  
¿Me permites \_\_\_\_\_?  
Por supuesto.

 Perdón.  
Lo siento.

 ¡Bien hecho!  
¡Felicitaciones!

Copyright © 2010 by Good and Beautiful Press

# Tips del buen servicio



# TALENTO HUMANO



## CÓDIGO DE INTEGRIDAD

“Mi forma de ser y de actuar al servicio de lo público”

### HONESTIDAD

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

### COMPROMISO

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

### RESPECTO

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

### DILIGENCIA

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

### JUSTICIA

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

# SALUDO Y PRESENTACIÓN PERSONAL

La presentación personal de los servidores y/o colaboradores que laboran en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE prestando sus servicios en la institución debe ser impecable. Para ello, tenga en cuenta los reglamentos establecidos en el Protocolo salud y presentación personal TH-PT-01.



Para ampliar información ver: [TH-Pt-01] PROTOCOLO SALUDO Y PRESENTACION PERSONAL - V3

# PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

## OBJETIVO

Promover el desarrollo integral y la calidad de vida de los servidores públicos, a través de la implementación de iniciativas y estrategias que fortalezcan el bienestar laboral, fomenten un clima organizacional positivo y contribuyan a mantener un equilibrio entre su vida personal, familiar y laboral a través de espacios y actividades de esparcimiento, integración y formación que aumenten su productividad y motivación.



## BENEFICIARIOS

Todos los funcionarios del Hospital Departamental María Inmaculada ESE y sus familias.

## PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

### OBJETIVOS

Cubrir las necesidades de formación y capacitación identificadas por las dependencias de la Entidad para fortalecer sus habilidades y destrezas laborales.

Generar conocimiento, y desarrollar las competencias individuales y colectivas de los funcionarios que permitan el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Crear en los funcionarios un ambiente propicio para su crecimiento profesional y personal, aumentando la confianza en sus habilidades y competencias.



### BENEFICIARIOS

Los servidores públicos independientemente de su tipo de vinculación con el Estado, podrán acceder a los programas de capacitación y de bienestar que adelante la Entidad, atendiendo a las necesidades y al presupuesto asignado. En todo caso, si el presupuesto es insuficiente se dará prioridad a los empleados con derechos de carrera administrativa.

# SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL

Todo funcionario o trabajador antes de iniciar sus labores deberá estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) como cotizante.

El

Hospital realizará los trámites correspondientes de su afiliación a las entidades prestadoras de planes y beneficios de acuerdo a su necesidad.

Además, de la afiliación al sistema de salud y fondo de pensiones, el hospital

deberá afiliarlo al sistema de riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar.

Si usted, es un colaborador de contratación por prestación de servicios o agremiado, el hospital solicitará los soportes respectivos de la afiliación

al

sistema de seguridad social el cual debe ser asumido por el contratista teniendo en cuenta las condiciones contractuales pactadas.



# SARLAFT



# PLAN ANTICORRUPCIÓN



## ¿Qué SG-SST?

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST es un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, ideal para implementar las actividades preventivas y correctivas en las organizaciones y promover los aspectos de seguridad y salud laboral de una forma estructurada.





## Derechos de los trabajadores en el SG Riesgos Laborales.

- Atención inicial de urgencias en cualquier IPS en el evento de accidente de trabajo.
- Atención médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica prestada por la IPS donde está afiliado.
- Servicio de hospitalización, odontología, diagnóstico, tratamiento y suministro de medicamentos.
- Rehabilitación física y profesional.
- Elaboración y reparación de prótesis y órtesis



## Derechos de los trabajadores en el SGRL.

- Gastos de traslado en condiciones normales y necesarias para la prestación de los anteriores servicios.
- Subsidio por incapacidad temporal.
- Indemnización por incapacidad permanente o parcial
- Pensión de invalidez
- Pensión de sobreviviente por la muerte del afiliado o pensionado
- Auxilio funerario a quien sufraga los gastos de entierro de un afiliado o pensionado
- A ser incorporado y/o reubicado una vez terminados sus procesos de recuperación y/o rehabilitación.



## **Deberes de los trabajadores en el SGRL.**

- Procurar el cuidado integral de su salud; (Porte y uso correcto de los EPP) distanciamiento físico, lavado permanente de manos, evitar actos temerarios.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo (Tarjeta SST).
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definidas en el plan de capacitación del SG-SST;
- Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST

## Accidente y enfermedad laboral.

¿Qué es Accidente de trabajo?: Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. (Art. 3 Ley 1562 de 2012)



¿Qué es Enfermedad Laboral?: Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.(Art. 4 Ley 1562 de 2012)

## Reporte de actos y condiciones inseguras

### **ACTO INSEGURO:**

Son todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura o incidente, con consecuencias para el trabajador, la producción, el medio ambiente y otras personas. También el comportamiento inseguro incluye la falta de acciones para informar o corregir condiciones inseguras. Por ejemplo:

- Levantamiento de cargas de manera incorrecta
- Desarrollar labores bajo los efectos del alcohol y / o drogas.
- No utilizar los elementos de protección personal al ejecutar la labor.
- Jugar o hacer bromas durante las actividades laborales.

### **CONDICIÓN INSEGURA:**

Situación en el entorno laboral que representa un peligro potencial para la seguridad y salud de los colaboradores, ejemplo:

- Suciedad y desorden en el área de trabajo
- Cables energizados en mal estado (expuestos, rotos, pelados)
- Pasillos, escaleras y puertas obstruidas
- Pisos en malas condiciones, humedad
- Escaleras sin pasamanos
- Mala ventilación
- Herramientas sin guardas de protección

## Reporte de incidentes y accidentes de trabajo

**ACCIDENTE DE TRABAJO:** Todo accidente de trabajo es un a urgencia, por lo cual

- Debe ser informado al jefe inmediato
- Atendido medicamente por urgencias dentro de las 6 horas siguientes a la ocurrencia del evento
- Se debe reportar en la oficina de SST dentro de las 48 horas hábiles siguientes al evento, y realizar el cierre de la atención en el servicio de urgencias
- Diligenciar documento Versión del Trabajador y/ o Testigo (TH-F-61)
- Allegar la incapacidad a la oficina de TALENTO HUMANO, si aplica.

### **INCIDENTE DE TRABAJO:**

Todo incidente debe ser reportado a la oficina de SST, para ser investigado, determinar las causas básicas e inmediatas de su ocurrencia y evitar su repetición y materialización en Accidente laboral.

## Brigada de emergencias

**Brigada de emergencias:** Equipo operativo de primera respuesta, encargado de controlar las emergencias al interior de la entidad en su etapa inicial, está conformada por 3 unidades operativas:

### Brigada de primeros auxilios



### Brigada de evacuación



### Brigada contra el Fuego



## EMERGENCIAS Y DESASTRES, PROCESO DE EVACUACIÓN .

### ALARMA GENERAL

- 1er Sonido, advertir que algo esta sucediendo
- 2do Sonido, alistarse para evacuar.
- 3er Sonido, evacuación total

### ALARMA FOCALIZADA

- Palabra clave extintor + nombre del servicio, indica presencia de conato en el sitio
- Palabra clave botiquín + nombre del servicio indica lesionado en el sitio
- Palabra clave punto de encuentro + nombre del servicio indica evacuación parcial del área afectada

Si se activan los 3 sonidos de la alarma general, todo el personal deberá evacuar las áreas ocupadas, de manera ordenada y sin prisa; “evite correr”

### RECOMENDACIONES GENRALES

- No regresar por objetos olvidados, recuerde su vida es mucho mas importante
- Desplazarse por las rutas de evacuación pre establecidas por la entidad las cuales se encuentran debidamente señalizadas
- Evite el uso del ascensor puede quedar atrapado.
- Dirigirse al punto de encuentro mas cercano, estos se encuentran ubicados en sitios estratégicos y seguros (contiguo a mantenimiento, parqueadero interno, entrada urgencias).



## Factores de riesgo asociados al trabajo.

CARGO ACTIVIDADES	FACTORES DE RIESGO	CONTROLES IMPLEMENTOS	
ASISTENCIAL	BIOLOGICOS, BIOMECANICOS, RIESGOS FISICOS- Radiaciones Ionizantes, PSICOSOCIALES y QUIMICOS	Sistemas de vigilancia epidemiológica, Evaluaciones medicas ocupacionales, Capacitaciones	EPP- Gorro desechable, Tapabocas Guantes de látex Batas descartables Polainas Chalecos plomados
ADMINISTRATIVO	BIOMECANICOS, FISICOS, PSICOSOCIALES CONDICIONES INSEGURAS	Sistemas de vigilancia epidemiológica Evaluaciones medicas ocupacionales, Capacitaciones	*Bata blanca *Guantes *Tapabocas



Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD

# Gestión de la Tecnología y la información



# TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN



SOPORTE SISTEMA DE INFORMACION LINEA UNICA DE SOPORTE TEL 3103368047 LINEA FIJA 4366464 EXT 1041-1052  
CORREO ELECTRONICO [sistemas@hmi.gov.co](mailto:sistemas@hmi.gov.co), Sistema mesa de ayuda – tickets acceso Intranet

## TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

### LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

#### Uso de usuarios y contraseñas

- Los usuarios y contraseñas asignadas (a funcionarios, contratistas o practicantes) son de uso personal e intransferible y deben ser cambiados periódicamente para evitar usurpación y con esta, perdidas o alteraciones de información clasificada y reservada.

#### Uso del servicio de correo institucional

- Cuidar y revisar el contenido de los correos electrónicos que se envíen a través de su cuenta. El uso no autorizado de una cuenta de correo electrónico es ilegal y constituye una violación de la Política de la Institución.

#### Uso del servicio de internet

Prohibiciones:

- Incentivar el uso del servicio de Internet/Intranet para fines estrictamente laborales del HDMI.
- Acceder a sitios de juegos o apuestas en línea.
- Acceder y/o descargar material pornográfico u ofensivo.
- Compartir en sitios web información institucional clasificada como reservada o clasificada

### Responsabilidades de los funcionarios, contratistas y practicantes usuarios de la información

- Manejar la Información de la Institución y rendir cuentas por el uso y protección de tal información, mientras que este bajo su custodia. Esta puede ser física o electrónica e igualmente almacenada en cualquier medio.
- Proteger la información a la cual accedan y procesen, para evitar su pérdida, alteración, destrucción o uso indebido.
- Evitar la divulgación no autorizada o el uso indebido de la información.

### Uso de dispositivos de captura de imágenes y/o grabación de video

- El acceso y uso de equipos fotográficos y de video para fines Institucionales, prensa o de comunicación al HDMI debe ser autorizado previamente.

#### Uso de escritorios y pantallas

- Los documentos con información clasificada o reservada debe quedar bajo llave o custodia en horas no laborables.
- Los computadores o estaciones de trabajo deben ser bloqueados por los usuarios al retirarse de los mismos

## TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

### PLAN DE CONTINGENCIA

- Se aplicará el plan de contingencia siempre que se presente una pérdida del servicio con el sistema de información digital o con la red de datos, por un período mayor de 59” minutos.
- La decisión de Activar el Plan, corresponde al área de sistemas de Información en cabeza del líder del proceso y la Gerencia.
- Si se presenta caída temporal del o los servidores por falla mecánica (hardware) se ocasionarían una interrupción en las actividades, hasta la solución del problema. Si no se restablece el sistema en los siguientes 59” minutos se deben realizar manualmente o digitalmente los procesos, guardando copia de lo realizado, con el cual se actualizará o se escaneará en el sistema una vez se haya restablecido el sistema de información.



# TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

## UBICACIÓN O ALMACENAMIENTO DE LOS FORMATOS INSTITUCIONALES

Los funcionarios de la institución pueden acceder, a las siguientes ubicaciones o lugares digitales para adquirir los diferentes formatos que están habilitados en la institución HDMI para que sean usados y aplicados en Plan de Contingencia.

1. Sistema de Gestión Documental digital, DARUMA /Portal/Documentos/dar clic en el icono de filtros y utilizar el filtro de su preferencia para buscar el formato que requiera.
2. Unidad de Red digital, Carpeta Institucional Compartida CALIDAD /5. CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACIÓN /seleccionar y abrir el formato que requiera.
3. Unidad de Dispositivo digital, Local “C” de los equipos de cómputo /5. CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACIÓN /seleccionar y abrir el formato que requiera.
4. Kit Plan de Contingencia en físico, este reposa en cada área asistencial en un lugar estratégico, de forma física, en carpeta color verde con su nombre rotulado “KIT PLAN DE CONTINGENCIA” cantidad de aproximada para atender 20 pacientes, excepto en el área de Urgencias, se deja kit para dar atención a 50 pacientes. En cada carpeta física (color verde) se clasifica en dos paquetes, uno con formatos generales que usan todos los servicios asistenciales y el otro paquete con formatos propios y únicos para este servicio.

SOPORTE SISTEMA DE INFORMACION LINEA UNICA DE SOPORTE TEL 3103368047 LINEA FIJA 4366464 EXT 1041-1052  
CORREO ELECTRONICO [sistemas@hmi.gov.co](mailto:sistemas@hmi.gov.co), Sistema mesa de ayuda – tickets acceso Intranet

INDUCCIÓN  
Y  
REINDUCCIÓN



Hospital Departamental  
María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro  
Gerente



80  
Años  
¡Luchando por tu Salud!

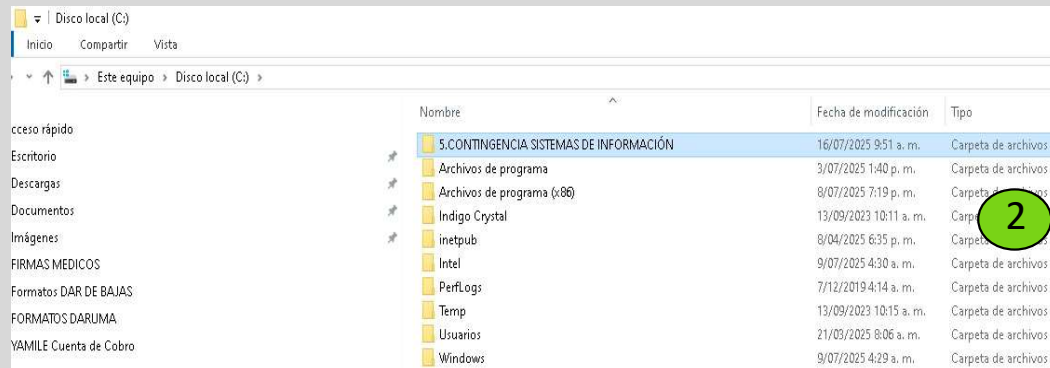
## TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

### FORMATOS PARA EL PLAN DE CONTINGENCIA



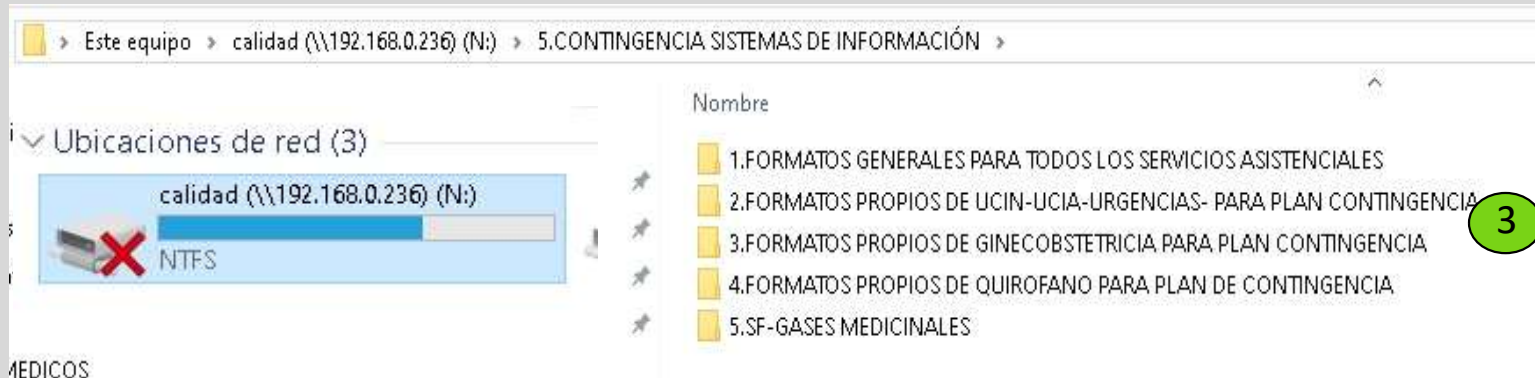
Listado de documentos públicos  
 Documentos públicos

Documento	Tipo	f. Vigencia	Estado
ITH-F-246 FORMATO HISTORIA CLINICA/NOTAS DE EVOLUCION MEDICA - V2	ITH-OS	2020-12-28	Vigente



Disco local (C:) > Este equipo > Disco local (C:) > 5.CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Nombre	Fecha de modificación	Tipo
5.CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	16/07/2025 9:51 a. m.	Carpeta de archivos
Archivos de programa	3/07/2025 1:40 p. m.	Carpeta de archivos
Archivos de programa (x86)	8/07/2025 7:19 p. m.	Carpeta de archivos
Indigo Crystal	13/09/2023 10:11 a. m.	Carpeta de archivos
inetpub	8/04/2025 6:35 p. m.	Carpeta de archivos
Intel	9/07/2025 4:30 a. m.	Carpeta de archivos
PerfLogs	7/12/2019 4:14 a. m.	Carpeta de archivos
Temp	13/09/2023 10:15 a. m.	Carpeta de archivos
Usuarios	21/03/2025 8:06 a. m.	Carpeta de archivos
Windows	9/07/2025 4:29 a. m.	Carpeta de archivos



Este equipo > calidad (\\192.168.0.236) (N:) > 5.CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Ubicaciones de red (3)  
 calidad (\\192.168.0.236) (N:)

Nombre
1.FORMATOS GENERALES PARA TODOS LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
2.FORMATOS PROPIOS DE UCIN-UCIA-URGENCIAS- PARA PLAN CONTINGENCIA
3.FORMATOS PROPIOS DE GINECOBSTERICIA PARA PLAN CONTINGENCIA
4.FORMATOS PROPIOS DE QUIROFANO PARA PLAN DE CONTINGENCIA
5.SF-GASES MEDICINALES

# PLAN GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES SEDE HDMI

PGIRASA



## OBJETIVO GENERAL

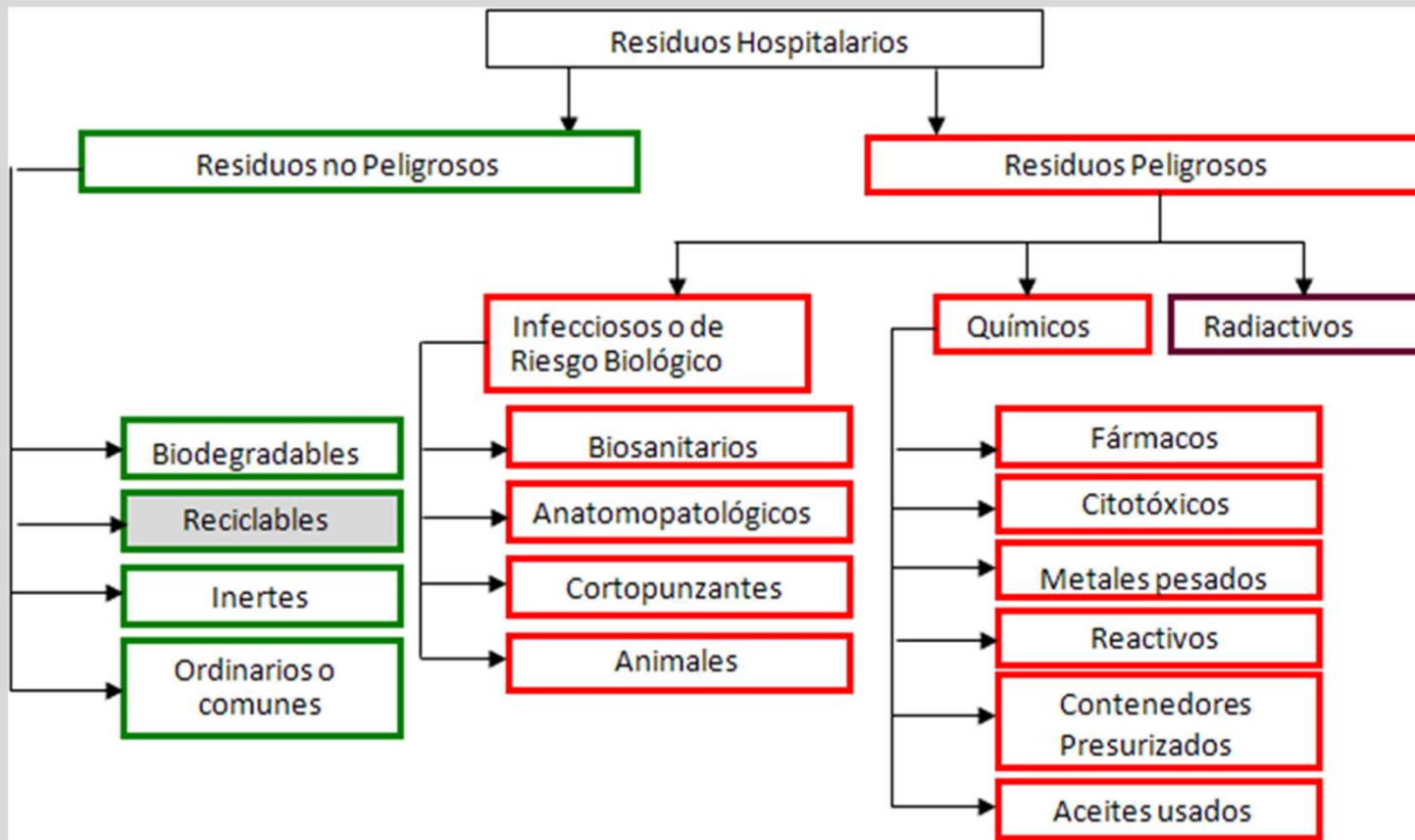
Establecer los procedimientos y protocolos adecuados para llevar a cabo la gestión integral de residuos generados en la atención en salud (RESPEL – RAEE – ORDINARIOS) Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

- ✓ **Resolución 1164 de 06 septiembre 2002**, manual para la gestión integral de residuos
- ✓ **Decreto 351 de 19 de febrero de 2014, Ministerio de Salud y Protección Social:** Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades
- ✓ **Decreto 1076 del 2015, Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible:** Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector ambiente y desarrollo sostenible.
- ✓ **Decreto 284 de 2018.** “Por el cual se adiciona el decreto 1076 de 2015, único reglamentario del sector ambiente y desarrollo sostenible, en lo relacionado con la Gestión Integral de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos-RAEE y se dictan otras disposiciones”.
- ✓ **Resolución 2184 de 2019.** “Por la cual se modifica la resolución 668 de 2016 sobre el uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones” Nuevo código de colores.
- ✓ **Resolución, 0591 de 04 de abril de 2024,** "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades".







# CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

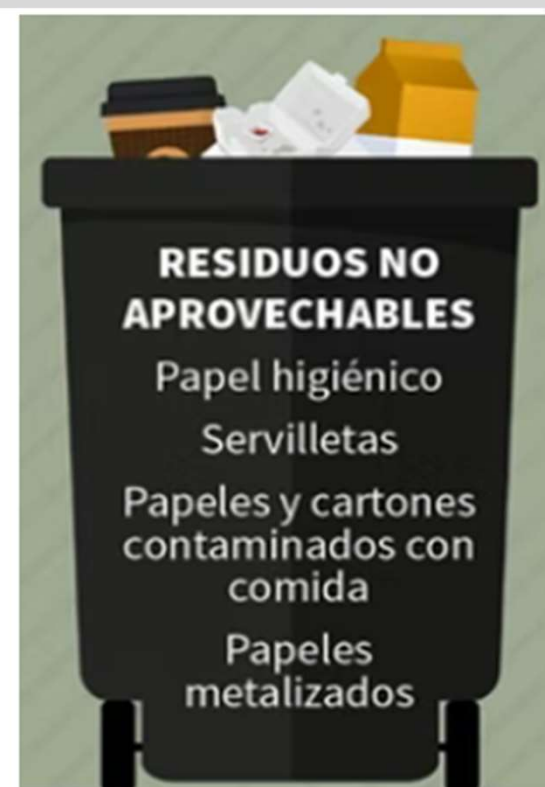


# SEPARACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS NO PELIGROSOS



CLASIFICACIÓN	SIGNIFICADO	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANECA
<b>RESIDUOS NO PELIGROSOS</b>	Son aquellos producidos por el generador en cualquier lugar y en desarrollo de su actividad, que no presentan riesgo para la salud humana y/o el medio ambiente. Vale la pena aclarar que cualquier residuo hospitalario no peligroso sobre el que se presume el haber estado en contacto con residuos peligrosos debe ser tratado como tal. Los residuos no peligrosos se clasifican en:	<b>BIODEGRADABLES</b>	Son aquellos restos químicos o naturales que se descomponen fácilmente en el ambiente. En estos restos se encuentran los vegetales, residuos alimenticios no infectados, papel higiénico, papeles no aptos para reciclaje, jabones y detergentes biodegradables, madera y otros residuos que puedan ser transformados fácilmente en materia orgánica. Cesta y bolsa Color Verde	
		<b>RECICLABLES</b>	Son aquellos que no se descomponen fácilmente y pueden volver a ser utilizados en procesos productivos como materia prima. Entre estos residuos se encuentran: algunos papeles y plásticos, chatarra, vidrio, telas, radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, entre otros. Cesta y bolsa color Blanca.	
		<b>INERTES</b>	Son aquellos que no se descomponen ni se transforman en materia prima y su degradación natural requiere grandes períodos de tiempo. Entre estos se encuentran: el icopor, algunos tipos de papel como el papel carbón y algunos plásticos. Cesta y bolsa de color Negra	
		<b>Ordinarios o Comunes</b>	Son aquellos generados en el desempeño normal de las actividades. Estos residuos se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, salas de espera, auditorios y en general en todos los sitios del establecimiento del generador. Cesta y bolsa de color Negra	

# SEPARACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS NO PELIGROSOS

**Códigos de colores para la SEPARACIÓN DE RESIDUOS A NIVEL NACIONAL**



# SEPARACIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS

CLASIFICACIÓN	SIGNIFICADO	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANECA
<b>RESIDUOS PELIGROSOS</b>	<p>Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos; los cuales pueden causar daño a la salud humana y/o al medio ambiente. Así mismo se consideran peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos. Se clasifican en:</p>	<p><b>Residuos infecciosos o de riesgo biológico</b></p>	<p>Son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas, con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles. Todo residuo hospitalario y similar que se sospeche haya sido mezclado con residuos infecciosos (incluyendo restos de alimentos parcialmente consumidos o sin consumir que han tenido contacto con pacientes considerados de alto riesgo) o genere dudas en su clasificación, debe ser tratado como tal</p>	
		<p><b>Biosanitarios</b></p>	<p>Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal tales como: gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, material de laboratorio como tubos capilares y de ensayo, medios de cultivo, láminas porta objetos y cubre objetos, laminillas, sistemas cerrados y sellados de drenajes, ropas desechables, toallas higiénicas, pañales o cualquier otro elemento desechable que la tecnología médica introduzca para los fines previstos en el presente numera</p>	
		<p><b>Anatomopatológicos</b></p>	<p>Son los provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales, que se remueven durante necropsias, cirugías u otros procedimientos, tales como placentas, restos de exhumaciones entre otros.</p>	
		<p><b>Corto punzantes</b></p>	<p>Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden dar o rigen a un accidente percutáneo infeccioso. Dentro de estos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampolletas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio, y cualquier otro elemento que por sus características corto punzantes pueda lesionar y ocasionar un riesgo infeccioso.</p>	

# SEPARACIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS

## BIOSANITARIOS



- ✓ Guantes
- ✓ gorros
- ✓ Mascara de oxígeno.
- ✓ tapabocas
- ✓ Apócitos
- ✓ Esparadrapo
- ✓ Cánula de oxígeno.

## ANATOMOPATOLOGICOS






- ✓ Biopsias,
- ✓ Tejidos orgánicos
- ✓ amputados
- ✓ Partes y fluidos corporales.

## CORTOPUNZANTES



- ✓ limas
- ✓ lancetas
- ✓ Cuchillas
- ✓ Agujas
- ✓ restos de ampollitas
- ✓ Pipetas
- ✓ láminas / bisturí
- ✓ vidrio

# SEPARACIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS

CLASIFICACIÓN	SIGNIFICADO	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANECA
<b>Residuos Químicos</b>	Son los restos de sustancias químicas y sus empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos, los cuales, dependiendo de su concentración y tiempo de exposición tienen el potencial para causar la muerte, lesiones graves o efectos adversos a la salud y el medio ambiente. Se pueden clasificar en:	<b>Fármacos parcialmente consumidos, vencidos y/o deteriorados</b>	Son aquellos medicamentos vencidos, deteriorados y/o excedentes de sustancias que han sido empleadas en cualquier tipo de procedimiento, dentro de los cuales se incluyen los residuos producidos en laboratorios farmacéuticos y dispositivos médicos que no cumplen los estándares de calidad, incluyendo sus empaques.	
		<b>Aceites usados</b>	Son aquellos aceites con base mineral o sintética que se han convertido o tornados inadecuados para el uso asignado o previsto inicialmente, tales como: lubricantes de motores y de transformadores, usados en vehículos, grasas, aceites de equipos, residuos de trampas de grasas.	NO APLICA
		<b>Residuos radiactivos</b>	Son sustancias emisoras de energía predecible y continua en forma alfa, beta o de fotones, cuya interacción con materia puede dar lugar a rayos X y neutrones. Debe entenderse que estos residuos contienen o están contaminados por radionúclidos en concentraciones o actividades superiores a los niveles de exención establecidos por la autoridad competente para el control del material radiactivo, y para los cuales no se prevé ningún uso. Esos materiales se originan en el uso de fuentes radiactivas adscritas a una práctica y se retienen con la intención de restringir las tasas de emisión a la biosfera, independientemente de su estado físico.	
		<b>Metales pesados</b>	Son elementos que contienen metales pesados como el Mercurio procedente del servicio de odontología en procesos de retiro o preparación de amalgamas, o por rompimiento de termómetros en áreas de urgencias y hospitalización. Entran en esta clasificación las pilas gastadas o las baterías que se emplean en los equipos para los procesos de atención hospitalaria.	NO APLICA
		<b>Citotóxico</b>	Los residuos citotóxicos, también conocidos por citostáticos, constituyen una amalgama de sustancias químicas, tanto naturales como sintéticas, que poseen la capacidad de causar daños celulares y, en dosis suficientes, desencadenar mutaciones genéticas o propiciar el desarrollo de cáncer. Estos componentes se encuentran presentes en medicamentos, pesticidas y diversos productos químicos industriales. La exposición a estos residuos, especialmente en entornos laborales donde la manipulación es frecuente, como por ejemplo en el sector sanitario, plantea riesgos significativos para la salud humana	



# HORARIO DE RECOLECCIÓN

<b>HORARIO DE RECOLECCION DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES</b>			
<b>PRIMER RECORRIDO</b>			
<b>MAÑANA</b>	<b>RESIDUOS PELIGROSOS</b>	<b>HORA</b>	
	servicios generales	6:00 a. m.	6:30 a. m.
	Operario de recoleccion	6:30 a. m.	7:30 a. m.
	<b>RESIDUOS NO PELIGROSOS</b>	<b>HORA</b>	
	servicios generales	7:30 a. m.	8:30 a. m.
	Operario de recoleccion	8:30 a. m.	10:00 a. m.
<b>SEGUNDO RECORRIDO</b>			
<b>TARDE</b>	<b>RESIDUOS PELIGROSOS</b>	<b>HORA</b>	
	servicios generales	2:00:00 p. m.	2:30:00 p. m.
	Operario de recoleccion	2:30:00 p. m.	3:30:00 p. m.
	<b>RESIDUOS NO PELIGROSOS</b>	<b>HORA</b>	
	servicios generales	3:30:00 p. m.	4:30:00 p. m.
	Operario de recoleccion	4:30:00 p. m.	6:00:00 p. m.

## EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS

N°	RIESGOS DEL PROCESO	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES DESARROLLADAS PARA MINIMIZAR EL RIESGO
1	Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios	El profesional universitario del área de gestión ambiental y su personal de apoyo verifica semanalmente el adecuado manejo de los residuos biológicos y de aseo en los servicios asistenciales, mediante la aplicación de los formatos: inspección de bioseguridad manejo ambiental (RF-F-60), inspección residuos hospitalarios y similares (RF-F-70) y seguimiento del proceso de limpieza y desinfección (RF-F-50) elaborando un análisis y sensibilizando a las áreas de acuerdo a los resultados del análisis. Evidencia de ello queda plasmado en los formatos mencionados debidamente diligenciados y firmados, y las actas de Socializaciones	<p>Teniendo en cuenta que el riesgo del área de Gestión Ambiental es <b>Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios</b>, donde una de las causales es Falta de adherencia del personal a las normas de bioseguridad y/o desconocimiento de los protocolos Institucionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vigilancia y control en las diferentes áreas de servicio</li> <li><input type="checkbox"/> Socializaciones sobre manejo de Residuos Hospitalarios y segregación en la fuente.</li> <li><input type="checkbox"/> Socialización manejo código de colores.</li> <li><input type="checkbox"/> Socialización manual de limpieza y desinfección, en especial , como diluir los desinfectantes , de acuerdo al tipo de área (Alto Riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo).</li> <li><input type="checkbox"/> Aplicando formato RF-F-70 Inspección de Áreas para el manejo de los Residuos Hospitalarios,</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizando formato RF-F-60 Inspección de Bioseguridad manejo Ambiental.</li> <li><input type="checkbox"/> Aplicando formato RF-F-50, Seguimiento del Proceso de Limpieza y Desinfección.</li> </ul>



Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD

# **OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

**DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN DISCIPLINARIA  
LEY 1952 DE 2019**

## ¿QUE ES EL DERECHO DISCIPLINARIO?

Es un instrumento jurídico del Estado que tiene por objeto regular el comportamiento de los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones a través del conjunto de principios y normas jurídicas que facultan al Estado para ejercer la potestad sancionatoria. En consecuencia, la ley disciplinaria se orienta entonces a asegurar el cumplimiento de los deberes funcionales que le asisten al servidor público o al particular que cumple funciones públicas.

## QUÉ ES LA FUNCION DISCIPLINARIA

Es la encargada de iniciar, adelantar y decidir las investigaciones que por faltas disciplinarias se desarrollen contra los servidores públicos, así como los particulares que ejercen funciones públicas transitorias.

**FUNCIÓN  
PREVENTIVA**

El objetivo principal es la sanción ejemplar a quienes han violado los deberes como funcionarios públicos, la ley o los derechos de los ciudadanos.

**FUNCIÓN  
CORRECTIVA**

## DESTINATARIOS DE LA LEY DISCIPLINARIA

**Ley 1952/2019.  
Art. 25**

**Servidores Públicos**

**Algunos  
Particulares  
(Art. 70 Ley 1952/19)**

¿QUIENES SON SERVIDORES PÚBLICOS?

SERVIDORES PÚBLICOS

### Constitución Política de Colombia de 1991

#### Artículo 123

Son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios.

Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento.

La ley determinará el régimen aplicable a los particulares que temporalmente desempeñen funciones públicas y regulará su ejercicio.

### Ley 80 de 1993

#### Artículo 32, numeral 3

Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados.

En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable.

**No están subsumidos en el contexto de la función pública.**

CONTRATISTAS



**Código General  
Disciplinario - Ley  
1952 de 2019 –  
Artículo 38**

Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función.

Utilizar los bienes y recursos asignados para el desempeño de su empleo, cargo o función.

Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebidos.

Resolver los asuntos en el orden en que hayan ingresado al despacho.

Realizar personalmente las tareas que le sean confiadas, responder por el ejercicio de la autoridad que se le delegue.

Cumplir las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, siempre que no sean contrarias a la Constitución Política y a las leyes vigentes, y atender los requerimientos y citaciones de las autoridades competentes.

Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón del servicio.

Motivar las decisiones que lo requieran, de conformidad con la ley.

Permanecer en el desempeño de sus labores mientras no se haya hecho cargo de ellas quien deba reemplazarlo.

Actuar con imparcialidad, asegurando y garantizando los derechos de todas las personas.

Capacitarse y actualizarse en el área donde desempeña su función.

# ¿QUE ES UNA FALTA DISCIPLINARIA?

ART. 26 LEY 1952/2019

Constituye falta disciplinaria y, por lo tanto, da lugar a la imposición de la sanción disciplinaria correspondiente la incursión en cualquiera de las conductas previstas en este código que conlleven incumplimiento de:

Incumplimiento de deberes

Prohibiciones

Violación del régimen de inhabilidades, incompatibilidades

Impedimentos Y  
Conflicto De Intereses

Extralimitación en el ejercicio de derechos

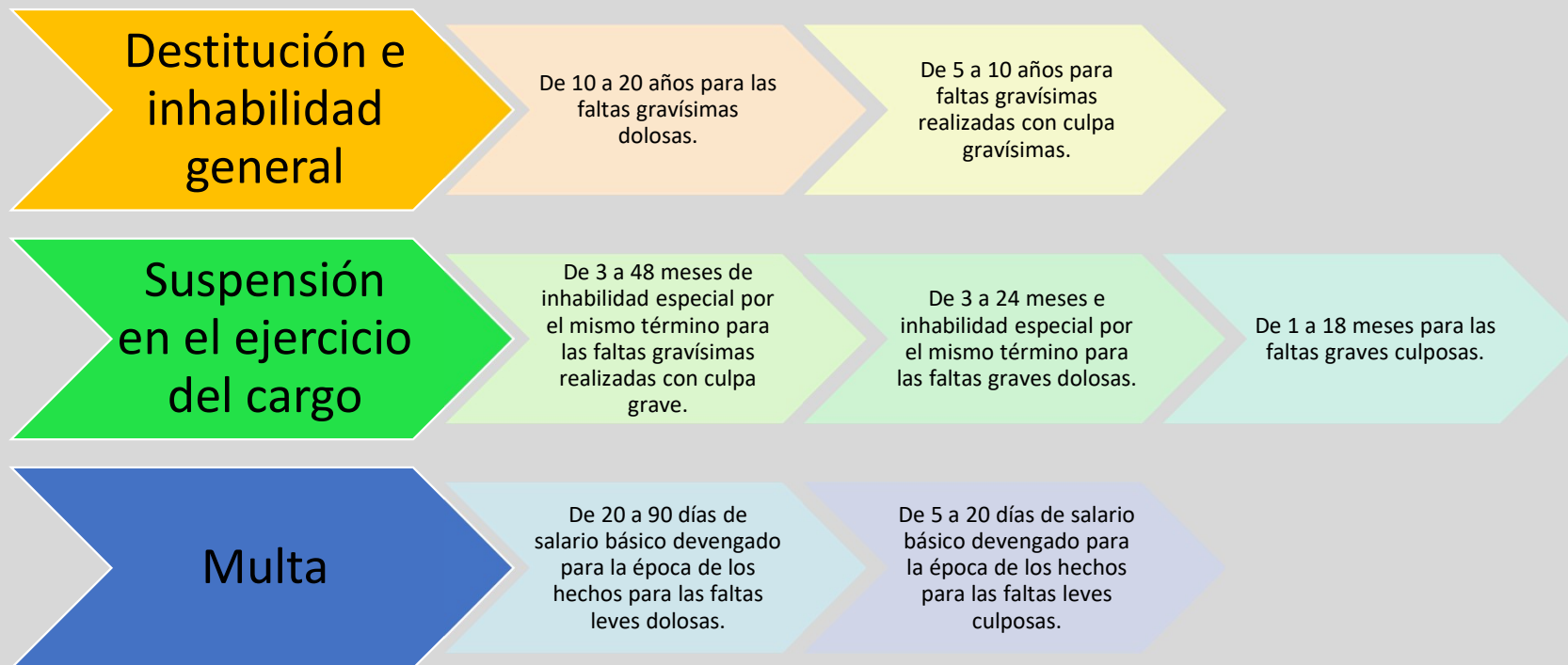
## CLASIFICACIÓN DE LAS FALTAS DISCIPLINARIAS

Artículo 46, ley 1952 de  
2019

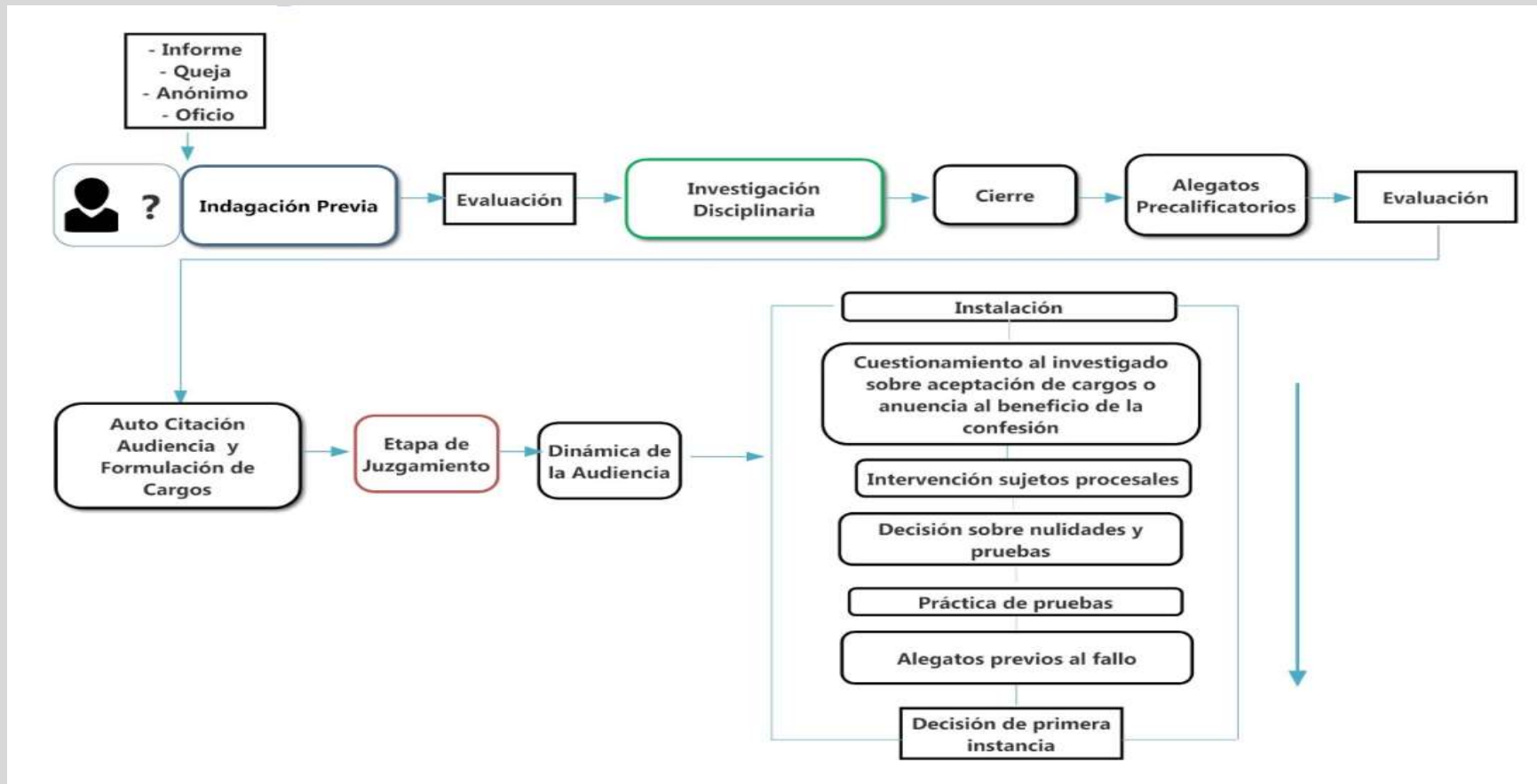
1- Gravísimas

2- Graves

3- Leves



# MACRO PROCEDIMIENTO ORDINARIO



## PROCEDIMIENTO PARA INTERPONER UNA QUEJA

- Comité de convivencia laboral- Cuando se trate de temas de comportamientos y convivencia.
- Queja Verbal- Ante la Oficina de Control Interno Disciplinario.
- Escrita- Radicar en ventanilla única, en las instalaciones de la oficina o por Correo electrónico [controlinternodisciplinario@hmi.gov.co](mailto:controlinternodisciplinario@hmi.gov.co)



## REQUISITOS DE LA QUEJA

El escrito deberá contener una relación clara y detallada de los hechos constitutivos de falta disciplinaria, precisando, en tanto sea posible, la fecha y lugar de ocurrencia, así como el presunto responsable. De contar con documentos que puedan acreditar lo expuesto en la denuncia, estos deberán anexarse.

No reportar situaciones constitutivas de falta disciplinaria a través del Aplicativo de reporte de eventos adversos.



## ACOSO LABORAL

### LEY 1010 DE 2006- ARTÍCULO 2o. DEFINICIÓN Y MODALIDADES DE ACOSO LABORAL.

Para efectos de la presente ley se entenderá por acoso laboral toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo.

En el contexto del inciso primero de este artículo, el acoso laboral puede darse, entre otras, bajo las siguientes modalidades generales:

**1. Maltrato laboral.** Todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral.

**2. Persecución laboral:** toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.



**3. Discriminación laboral:** todo trato diferenciado por razones de raza, género, edad, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.

**4. Entorpecimiento laboral:** toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.

**5. Inequidad laboral:** Asignación de funciones a menosprecio del trabajador.

**6. Desprotección laboral:** Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador.

## **ARTÍCULO 7o. CONDUCTAS QUE CONSTITUYEN ACOSO LABORAL.**

Se presumirá que hay acoso laboral si se acredita la ocurrencia repetida y pública de cualquiera de las siguientes conductas:

- a)** Los actos de agresión física, independientemente de sus consecuencias;
- b)** Las expresiones injuriosas o ultrajantes sobre la persona, con utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, el origen familiar o nacional, la preferencia política o el estatus social;
- c)** Los comentarios hostiles y humillantes de descalificación profesional expresados en presencia de los compañeros de trabajo;
- d)** Las injustificadas amenazas de despido expresadas en presencia de los compañeros de trabajo;
- e)** Las múltiples denuncias disciplinarias de cualquiera de los sujetos activos del acoso, cuya temeridad quede demostrada por el resultado de los respectivos procesos disciplinarios;
- f)** La descalificación humillante y en presencia de los compañeros de trabajo de las propuestas u opiniones de trabajo;
- g)** las burlas sobre la apariencia física o la forma de vestir, formuladas en público;
- h)** La alusión pública a hechos pertenecientes a la intimidad de la persona;



**l)** La imposición de deberes ostensiblemente extraños a las obligaciones laborales, las exigencias abiertamente desproporcionadas sobre el cumplimiento de la labor encomendada y el brusco cambio del lugar de trabajo o de la labor contratada sin ningún fundamento objetivo referente a la necesidad técnica de la empresa;

**j)** La exigencia de laborar en horarios excesivos respecto a la jornada laboral contratada o legalmente establecida, los cambios sorpresivos del turno laboral y la exigencia permanente de laborar en dominicales y días festivos sin ningún fundamento objetivo en las necesidades de la empresa, o en forma discriminatoria respecto a los demás trabajadores o empleados;

**k)** El trato notoriamente discriminatorio respecto a los demás empleados en cuanto al otorgamiento de derechos y prerrogativas laborales y la imposición de deberes laborales;

**l)** La negativa a suministrar materiales e información absolutamente indispensables para el cumplimiento de la labor;

**m)** La negativa claramente injustificada a otorgar permisos, licencias por enfermedad, licencias ordinarias y vacaciones, cuando se dan las condiciones legales, reglamentarias o convencionales para pedirlos;

**n)** El envío de anónimos, llamadas telefónicas y mensajes virtuales con contenido injurioso, ofensivo o intimidatorio o el sometimiento a una situación de aislamiento social.

En los demás casos no enumerados en este artículo, la autoridad competente valorará, según las circunstancias del caso y la gravedad de las conductas denunciadas, la ocurrencia del acoso laboral descrito en el artículo 2o.

Excepcionalmente un sólo acto hostil bastará para acreditar el acoso laboral. La autoridad competente apreciará tal circunstancia, según la gravedad de la conducta denunciada y su capacidad de ofender por sí sola la dignidad humana, la vida e integridad física, la libertad sexual y demás derechos fundamentales.

Cuando las conductas descritas en este artículo tengan ocurrencias en privado, deberán ser demostradas por los medios de prueba reconocidos en la ley procesal civil.

## **ARTÍCULO 8o. CONDUCTAS QUE NO CONSTITUYEN ACOSO LABORAL.**

No constituyen acoso laboral bajo ninguna de sus modalidades:

- a)** Las exigencias y órdenes, necesarias para mantener la disciplina en los cuerpos que componen las Fuerzas Públicas conforme al principio constitucional de obediencia debida;
- b)** Los actos destinados a ejercer la potestad disciplinaria que legalmente corresponde a los superiores jerárquicos sobre sus subalternos;
- c)** La formulación de exigencias razonables de fidelidad laboral o lealtad empresarial e institucional;
- d)** La formulación de circulares o memorandos de servicio encaminados a solicitar exigencias técnicas o mejorar la eficiencia laboral y la evaluación laboral de subalternos conforme a indicadores objetivos y generales de rendimiento;
- e)** La solicitud de cumplir deberes extras de colaboración con la empresa o la institución, cuando sean necesarios para la continuidad del servicio o para solucionar situaciones difíciles en la operación de la empresa o la institución;



- f) Las actuaciones administrativas o gestiones encaminadas a dar por terminado el contrato de trabajo, con base en una causa legal o una justa causa, prevista en el Código Sustantivo del Trabajo o en la legislación sobre la función pública.
  
- g) La solicitud de cumplir los deberes de la persona y el ciudadano, de que trata el artículo 95 de la Constitución.
  
- h) La exigencia de cumplir las obligaciones o deberes de que tratan los artículos 55 á 57 del C.S.T, así como de no incurrir en las prohibiciones de que tratan los artículo 59 y 60 del mismo Código.
  
- i) Las exigencias de cumplir con las estipulaciones contenidas en los reglamentos y cláusulas de los contratos de trabajo.
  
- j) La exigencia de cumplir con las obligaciones, deberes y prohibiciones de que trata la legislación disciplinaria aplicable a los servidores públicos.

**PARÁGRAFO.** Las exigencias técnicas, los requerimientos de eficiencia y las peticiones de colaboración a que se refiere este artículo deberán ser justificados, fundados en criterios objetivos y no discriminatorios.

# EPIDEMIOLOGÍA

## EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Son aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de Salud, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público que, además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

## USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

- **Los antibióticos solo curan infecciones** producidas por **bacterias** y **no** te ayudarán a recuperarte de **infecciones producidas por virus**, como la **gripe**, el **resfriado** o el **catarro común**<sup>1</sup>.



- Al igual que los antibióticos son para las bacterias, **los antifúngicos solo son eficaces** si se utilizan **contra los hongos**<sup>2</sup>.



- Toma **sólo** los **antibióticos** cuando te los **recete un profesional sanitario**<sup>3</sup>.



- **Nunca** tomes **antibióticos** por **iniciativa propia**, ni por **consejo** de amigos o familiares. No solo podría no estar indicado para esa infección, sino que **podría ser perjudicial**<sup>3</sup>.



- **Sigue las instrucciones** dadas por tu médico para tomar el antibiótico. Respetar la dosis (**número de pastillas**), **horarios**, y número de **días recetado**. **No suspendas** el tratamiento antibiótico **antes** de lo indicado **aunque te encuentres mejor**<sup>4</sup>.



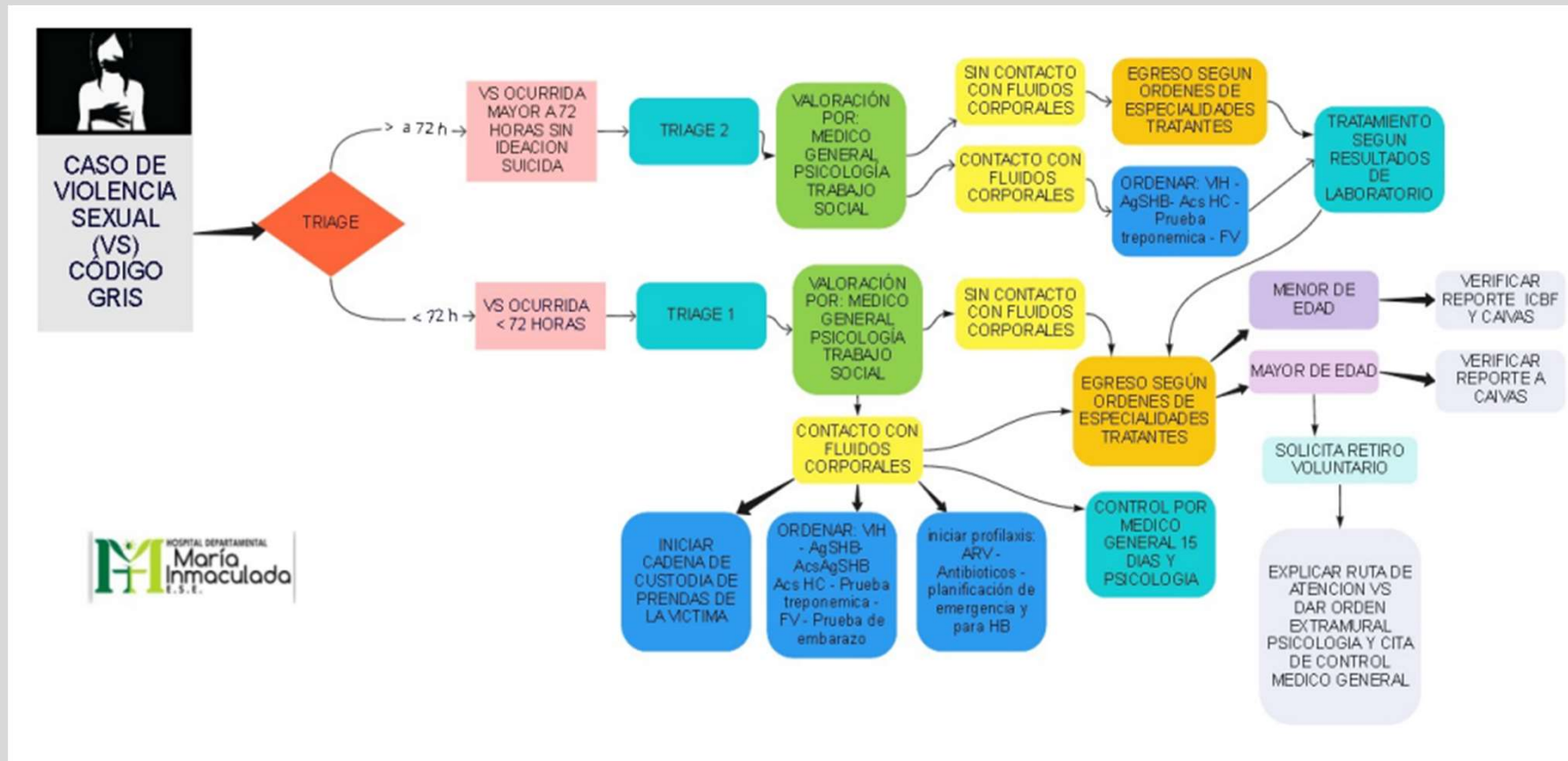
- **No presiones a tu médico o dentista** para que te recete **antibióticos**, ni a tu **farmacéutico** para que te los venda sin receta<sup>5,6</sup>.



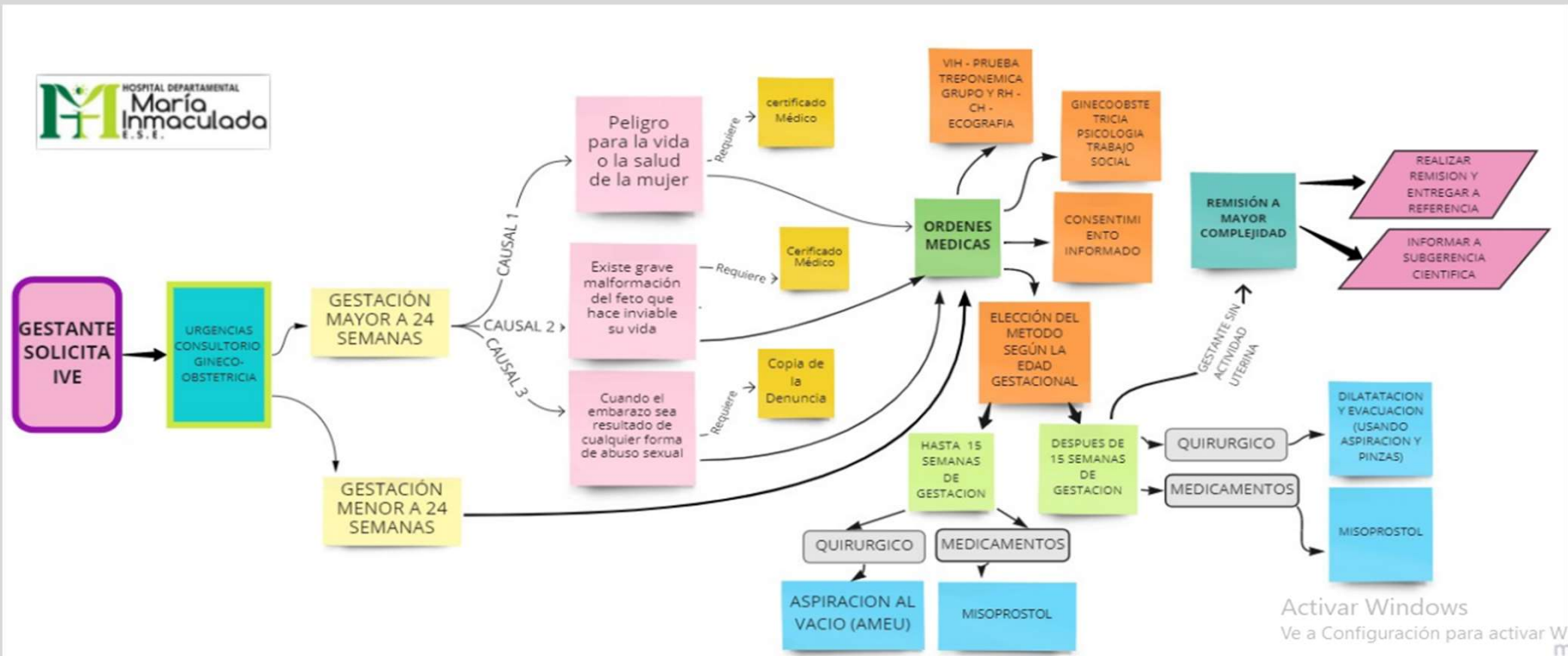
- **Nunca guardes la medicación sobrante ni la tires** por un desagüe o a la basura. **Llévala al punto SIGRE de tu farmacia**. Si tienes dudas, pregunta a tu farmacéutico de confianza<sup>7</sup>.



# RUTA DE ATENCIÓN VIOLENCIA SEXUAL



# RUTA DE ATENCION INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)





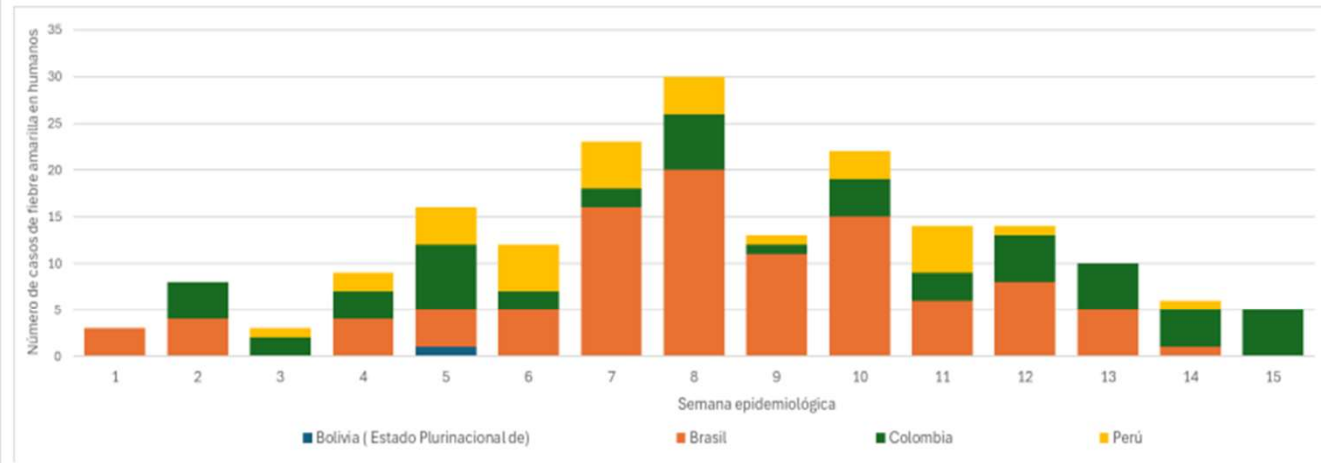
Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD



**Fiebre  
amarilla**

**ENFERMEDAD INFECCIOSA  
CAUSADA POR UN VIRUS  
TRANSMITIDO A TRAVES DE LA  
PICADURA DE UN MOSQUITO  
INFECTADO. EN CASOS GRAVES  
PUEDE SER MORTAL. SIN  
EMBARGO SE PUEDE PREVENIR  
MEDIANTE LA VACUNACION**

**Figura 1.** Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país, y semana epidemiológica de inicio de síntomas en la Región de las Américas\*, SE 1 a SE 15 del 2025.



Los casos se han detectado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países

#### BOLIVIA

- 2 CASOS
- 1 FATAL

#### BRASIL

- 102 CASOS
- 41 FATALES

#### COLOMBIA

- 64 CASOS
- 26 FATALES

#### PERU

- 32 CASOS
- 11 FATALES

## ¿Quiénes deben vacunarse contra la fiebre amarilla?

Todas las personas a partir de los 9 meses de edad, deben recibir una dosis única de la vacuna si no han sido vacunadas previamente, incluidos los mayores de 59 años.

La vacuna comienza a ser efectiva a partir del día 10 después de su aplicación, y alcanza un 99% de inmunidad en un plazo de 30 días.

## ¿La fiebre amarilla se contagia de persona a persona?

**No**, la fiebre amarilla no se contagia de persona a persona, **únicamente a través de la picadura de mosquitos infectados** y puede ser prevenible con la aplicación de la vacuna.

## ¿Cuáles son los síntomas?

Incluyen fiebre, dolores de cabeza o cefaleas, dolores musculares y abdominales, escalofríos, náuseas y vómitos, color amarillo en las conjuntivas y hemorragias gástricas, nasales, entre otros.

Tabla 5. Clasificación y manejo clínico.

<b>Clasificación</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Manejo</b>
<b>Grupo A</b>	síntomas leves	Nivel mediana complejidad (hospitalización)
<b>Grupo B</b>	Presencia de signos de alarma	Nivel de alta complejidad (UCI)
<b>Grupo C</b>	Persistencia de signos de alarma y de gravedad	Nivel de alta complejidad(UCI)

Adaptado de OPS, OMS. Manejo clínico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas, 2023 (1)

# CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR DENGUE





Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD



## **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA**

**NOTA EN HISTORIA CLINICA MINIMO  
CADA 2 HORAS**

Monitoreo de funciones vitales cada 30 minutos

Control de temperatura con medios físicos o administración de antipirético de acuerdo a indicaciones médicas

Mantener vía venosa permeable.

Mantener buena hidratación parenteral.

Administración de medicamentos de acuerdo de prescripción médica, excepto heparina, corticoide, antiviral e inmunoglobulinas.

Realizar balance hídrico.

Control de diuresis horaria.

Administración de oxígeno de acuerdo a indicaciones médicas.

Administración de elementos sanguíneos de acuerdo a indicaciones médicas.

Observar sitios de sangrado.



Hospital Departamental  
**María Inmaculada** E.S.E.  
LUCHANDO POR TU SALUD

Continúe por favor con la  
Evaluación de Conocimiento  
de la Inducción o Reinducción,  
según sea el caso.

# ¡GRACIAS!



@HDMiflorenia



@hmiflorenia



hmiflorenia



Hospital Dptal Maria Inmaculada