

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 1 de 20	

MANUAL DE CALIDAD

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

**ELABORADO POR:
ASESOR DE CALIDAD**

ASESORÍA DE CALIDAD

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 2 de 20	

TABLA DE CONTENIDO

1	GENERALIDADES	3
1.1	PROPÓSITO DEL MANUAL DE CALIDAD.....	3
1.2	ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	4
1.3	DEFINICIONES.....	4
2	DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	6
2.1	MISIÓN.....	6
2.2	VISIÓN	6
2.3	OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL PLAN DE DESARROLLO 2015-2018	6
2.4	OBJETIVOS DE CALIDAD	9
2.5	ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	10
2.6	REQUISITOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
2.7	PARTES INTERESADAS	16
2.8	INTERACCION DE LOS PROCESOS.....	14
3.0	PROCESOS Y PROCDIMIENTOS	23
3.1	INTRODUCCION A LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL	23
3.2	MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL	28
3.3	IDENTIFICACION Y CODIFICACION DE LOS PROCESOS	29
3.4	DESCRIPCION DEL CUMPLIMIENTO DELOS REQUISITOS DE LA NTC GP 1000/2009.....	22

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 3 de 20	

1 GENERALIDADES

1.1 PROPÓSITO DEL MANUAL DE CALIDAD

El propósito del presente manual es describir el Sistema de gestión de la calidad del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado, como un modelo para la armonización de diferentes subsistemas que planean, ejecutan y evalúan el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, el control interno, el sistema de calidad como entidad pública, los estándares de gestión ambiental, los requisitos del sistema de seguridad y salud en el trabajo, entre otros.

La Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología expresa su compromiso en el cumplimiento de los principios del sistema, los cuales se han formalizado en sus ejes, objetivos con sus metas y estrategias del Plan de Desarrollo (Acuerdo 006 del 18 de marzo del 2015) y que contiene entre otros elementos, la política de calidad. La Resolución 0732 del 2014, que define el Sistema integrado institucional, hace énfasis en la satisfacción de nuestros usuarios, en la participación activa para el logro de los objetivos institucionales, en la gestión por procesos, en la transparencia, la coordinación y en el mejoramiento continuo.

En el manual encontramos una herramienta de gestión organizacional mediante la relación de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo con el objeto de permitir su operación y así mejorar los servicios que presta el Instituto. Dicha relación esta soportada documentalmente en la aplicación SIAPINC4, permitiendo acceder a elementos estructurales y documentales como la caracterización y descripción de los mismos. Para efectos de mejor comprensión en el presente manual, se denominará INSTITUTO al Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado.

El Manual de Calidad entra en vigencia una vez se realice la actualización del procedimiento de calidad, y sea revisado por el Comité de Calidad y aprobado, mediante acto administrativo, por el Director del Instituto Nacional de Cancerología.

El Manual de Calidad se revisa y actualiza si es necesario, una vez al año para garantizar los cambios correspondientes a procesos, procedimientos y requisitos establecidos en la norma NTCGP 1000:2009 y NTC-ISO 9001:2008 y 2015. La naturaleza de su actualización se identifica en el mismo Manual bajo responsabilidad del Comité del sistema integrado de gestión y es evidenciada en la sección denominada "Control de Cambios" del Manual.

El representante de la Dirección hace parte de la planta del personal con la denominación del cargo de Asesor de Calidad y es el responsable de la socialización del manual de calidad tanto al interior del INSTITUTO, como entregar a partes interesadas que así lo requieran. Entre otras funciones esta la función de diseñar, implementar y mantener el sistema de gestión de calidad, informar sobre su desempeño y gestionar el comité de calidad.

La difusión del Manual de Calidad se realizará por los medios que disponga el Instituto para tal fin.

Todo cambio, actualización o modificación al manual de calidad debe seguir lo dispuesto en el procedimiento **"GSI-P03 Procedimiento de organización y métodos"**.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 4 de 20	

1.2 ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad del INSTITUTO se basa en la aplicación de los requisitos de la norma técnica de calidad para el sector público NTCGP 1000:2009 “ Norma Técnica de Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y Otras Entidades Prestadoras de Servicios.” según lo dispuesto en la Ley 872 de 2003, y reglamentada por el Decreto 1599 de 2005, decreto 2482 del 2012 y el manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014; Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008/2015, las normas relacionadas con el decreto 1011 del 2006 que aplican para la implementación y mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el Sector Salud, las normas legales y técnicas del subsistema de seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 del 2016 e OHSAS 18001) y subsistema de gestión ambiental ISO 14001 . Dichas normas son compatibles con este Manual, siguiendo el criterio 1.3 de la NTCGP 1000: 2009, que permite la armonización de otros modelos de gestión.

El alcance de este manual inicia con el proceso del nivel estratégico denominado “Gestión del Sistema de Desempeño Institucional -GSI-”, comprende como procesos misionales: Diagnóstico y Estatificación, Unidades Funcionales de Tratamiento, Gestión de Apoyo Clínico, Docencia, Investigación y Salud Pública Hasta los procesos de apoyo; Gestión del Talento Humano, Gestión Hotelera y Ambiental, Gestión de archivo Documental, Gestión del Gasto, Gestión Contable, Gestión Comercial y Del Ingreso Gestión de la tecnología estos describen las actividades definidas por el INSTITUTO, para un total de 14 procesos.

El Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Cancerología no presenta exclusiones frente a los requisitos de la NTC GP 1000: 2009, ya que por la naturaleza misma del INSTITUTO, los requisitos aplican.

1.3 DEFINICIONES

Para el propósito del presente manual, son aplicables los términos y definiciones dados por la NTCGP 1000:2009 e ISO 9000:2015, así:

Calidad: Grado en el que un conjunto de características, inherentes de un objeto, cumple con los requisitos.

Mejora Continua: actividad recurrente para mejorar el rendimiento

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Manual de Calidad: Especificación para el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Usuario: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio. (En el Instituto Nacional de Cancerología se utiliza el término “usuario” para referirse al cliente que se menciona en la NTCGP 1000:2009 y en ISO 9001:2008).

Servicio: Salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente

Sistema de gestión de la calidad: Parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 5 de 20	

Sistema integrado de gestión institucional: Es un conjunto que vincula modelos conceptuales, recursos y elementos de gestión de los subsistemas de calidad, control interno, desarrollo administrativo, modelo integrado de planeación y gestión, el obligatorio de garantía de calidad en salud, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, documental y archivo, con el objeto de hacer más eficiente y efectivo la satisfacción de necesidades, expectativas y requisitos del cliente y partes interesadas, conforme a la plataforma estratégica del Instituto y lograr valor público a través del cumplimiento de los objetivos misionales, la optimización de los recursos y el fortalecimiento de la capacidad de gestión.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

Satisfacción del Cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido las expectativas de los clientes.

Otras definiciones están contenidas en el glosario de cada procedimiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 6 de 20	

2 DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.1 MISIÓN

El Instituto Nacional de Cancerología tiene como misión:

“Somos una institución del estado Colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública”.

2.2 VISIÓN

El Instituto Nacional de Cancerología ha definido su visión, como:

“En el 2025, el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer. Sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido”.

2.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL PLAN DE DESARROLLO 2015-2018

Se identifican los objetivos en la siguiente tabla por eje, así:

Eje Estratégico	Línea Estratégica	Objetivo
1. EJE OBJETIVOS DEL CONTROL DEL CANCER	Prevención	Contribuir a la reducción de la prevalencia de VPH oncogénico en el país
		Contribuir a la reducción del tabaquismo en el país
		Contribuir a la reducción de la exposición a cancerígenos ocupacionales.
	Detección temprana	Contribuir al incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país. (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto)
		Contribuir al tratamiento temprano de cánceres prioritarios (próstata, melanoma, leucemia pediátrica y estómago)
	Tratamiento	Contribuir a incrementar la oferta de servicios integrales de tratamiento oncológico
		Contribuir a la estandarización del manejo de la enfermedad en el país
		Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención en cáncer

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 7 de 20	

Eje Estratégico	Línea Estratégica	Objetivo
2. EJE OBJETIVOS MISIONALES	Cuidado Paliativo	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país
	Atención de Pacientes	Mejorar la seguridad en la atención de pacientes institucionales
		Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales
		Mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionales
		Mejorar la satisfacción de los pacientes
		Mejorar la trazabilidad de la atención del paciente.
	Docencia	Incrementar la oferta docente institucional
		Incrementar la oferta de educación no formal
		Mejorar la calidad de la oferta docente institucional
	Investigación	Incrementar el factor de impacto en las publicaciones institucionales en revistas indexadas.
		Incrementar la producción científica institucional
		Incrementar la cooperación intra y extramural en el desarrollo de la investigación.
		Mejorar la oportunidad de las publicaciones científicas institucionales relacionadas con proyectos
	Salud Pública	Fortalecer los programas vigilancia del grupo área de salud pública del INC.
		Determinar los riesgos atribuibles por principales factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, sobrepeso, actividad física, consumo de carnes y carnes procesadas, VPH, hepatitis B)
3. EJE DESARROLLO DE PROCESOS DE APOYO	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional
		Mejorar la ejecución presupuestal
	Gestión del Talento Humano	Retener el talento humano institucional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 8 de 20	

Eje Estratégico	Línea Estratégica	Objetivo
		Atraer el mejor talento humano institucional
		Mejorar la calidad de vida laboral
	Gestión de la Tecnología	Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información
		Optimizar la gestión de la tecnología biomédica
		Garantizar la disponibilidad permanente de tecnologías de soporte a la infraestructura
	Gestión de Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la opinión pública
		Fortalecer la comunicación interna
		Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento
		Garantizar óptimas condiciones de infraestructura y ambiente físico
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional
		Desarrollar un plan de responsabilidad social

El Comité de calidad en el año 2014 se revisó la política de calidad institucional, en dicha revisión se tuvo en consideración los objetivos del plan de desarrollo 2012-2014, los cuales se mantienen en el plan de desarrollo actual y la valoración de diferentes criterios de calidad. Estos criterios fueron: seguridad, oportunidad, accesibilidad, comunicación efectiva, pertinencia, trato con calidez, aceptabilidad, continuidad, eficiencia, efectividad, coordinación, mejoramiento continuo y satisfacción del usuario. Después de la priorización identificada se consultó su aplicabilidad institucional, quedando por último la política de calidad expresada. Cabe señalar que los criterios de calidad están igualmente definidos tanto en el sistema de seguridad social como en el obligatorio de calidad en salud (Decreto 1011 del 2006 art 3).

En el comité de calidad antes mencionado se propuso y aprobó modificar **la política de calidad** expresada en los siguientes términos:

“El Instituto Nacional de Cancerología se compromete a desarrollar un modelo de gestión integrada de la calidad orientado a la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios, al aprendizaje institucional y al mejoramiento continuo de los procesos de cuidado del paciente oncológico, investigación, formación de talento humano y desarrollo de acciones de salud pública. Todo ello promoviendo el crecimiento permanente de nuestra fuerza de trabajo y la sostenibilidad de nuestro entorno ambiental”

Por lo anterior; El Instituto Nacional de Cancerología se compromete para cumplir con la política a desarrollar un modelo de gestión integrada de la calidad orientado a la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios,

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 9 de 20	

al aprendizaje institucional y al mejoramiento continuo de los procesos de cuidado del paciente oncológico, investigación, formación de talento humano y desarrollo de acciones de salud pública. Todo ello promoviendo el crecimiento permanente de nuestra fuerza de trabajo y la sostenibilidad de nuestro entorno ambiental”.

2.4 OBJETIVOS DE CALIDAD

Acordes con la revisión de la política anteriormente enunciada, El Instituto Nacional de Cancerología contempla los siguientes objetivos de calidad, en correspondencia con las directrices de dicha política:

1. Lograr la satisfacción de nuestros usuarios en la prestación de servicios oncológicos, la formación de talento humano, la investigación y el desarrollo de acciones en salud pública.
2. Prestar servicios oncológicos con eficacia, oportunidad, seguridad, integralidad, buen trato y comunicación efectiva.
3. Lograr el cumplimiento de los convenios docencia-servicio de manera participativa y formativa.
4. Desarrollar proyectos de investigación confiables, pertinentes, oportunos y seguros.
5. Impulsar el desarrollo de programas de salud pública para el control del cáncer seguros, eficaces y eficientes
6. Diseñar e implementar prácticas ambientales sostenibles que permitan controlar los riesgos asociados a la contaminación ambiental y al ahorro y uso eficiente de recursos naturales.
7. Desarrollar acciones para la promoción de entornos de trabajo saludable enfocado en el autocuidado de los colaboradores con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

2.5 ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos de calidad el instituto ha desarrollado las siguientes estrategias:

1. Realizar una gestión basada en Riesgos que nos permita llevar acabo el seguimiento y la evaluación periódica al cumplimiento de nuestros objetivos tanto Institucionales como los de Calidad.
2. Realizar mediciones periódicas mediante el seguimiento de los indicadores de cada uno de los procesos
3. Hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos en los comités institucionales.
4. Realizar las evaluaciones del desempeño de los funcionarios
5. Desarrollar encuestas de satisfacción a clientes internos y externos
6. Ejecutar y gestionar controles a los procesos externos
7. Realizar actividades de auditorías internas de calidad, integrales y de gestión administrativa.

En el Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018, se fijan los indicadores y las metas, las cuales se encuentran en íntima relación con los objetivos de la calidad propuestos. Todos los servidores del Instituto incluyendo aquellos que están vinculados mediante contratos de prestación de servicios, cooperados y otras formas de contratación son responsables por la calidad de los servicios que se ofrecen, cumpliendo las funciones y/o servicios que se han designado para el logro de los objetivos antes mencionados.

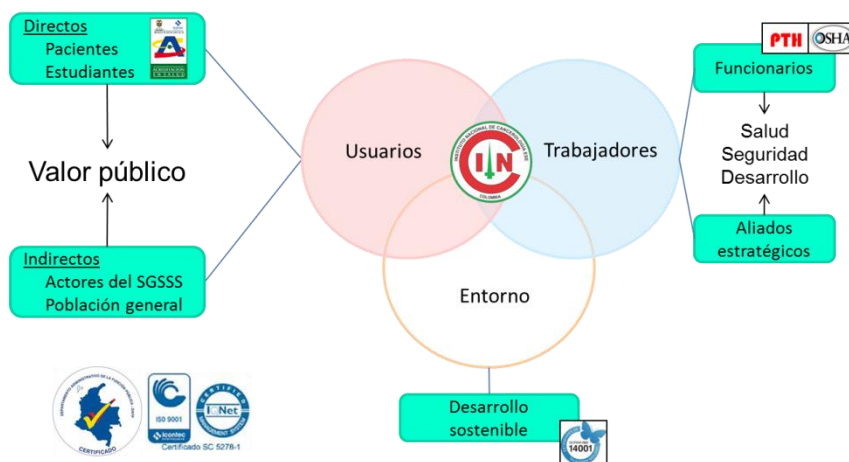
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 10 de 20	

2.6 REQUISITOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El INSTITUTO se responsabiliza por mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de desempeño institucional, mediante las siguientes acciones:

- Identificará, documentará y actualizará los procesos institucionales y su aplicación.
- Determinará la secuencia e interacción de estos procesos.
- Se identificarán los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos sea eficaz.
- Se asegurará la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.
- Se relazará seguimiento, medición y análisis de resultados de los procesos.
- Se implementarán acciones para alcanzar los resultados propuestos y la mejora continua.

A continuación se hace una descripción de los subsistemas que aplican al sistema integrado de gestión INC y su representación gráfica que señala las relaciones de manera general y los referentes de estándares:



En la esfera usuarios; La gestión de calidad, se busca mejorar la gestión por procesos con un enfoque a resultados, que permita incrementar la conformidad en la prestación de los servicios misionales, para lograr una mayor satisfacción de nuestros usuarios: pacientes oncológicos, estudiantes, universidades, aseguradores en salud y entidades territoriales en lo concerniente con salud.

En la esfera trabajadores aplica la gestión de Seguridad y Salud Ocupacional, se busca un mayor compromiso con el tratamiento de peligros y riesgos que pueden afectar a los colaboradores que desarrollan, sus actividades en la Entidad, asimismo, a los Clientes – Usuarios y demás partes interesadas que puedan estar expuestas a peligros asociados. El estándar internacional que complementa la legislación nacional en materia laboral, es OHSAS: 18001. Se cuenta con manual del subsistema de seguridad y salud en el trabajo “GTH-P05-M-04 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST”.

En la esfera entorno aplican la gestión Ambiental, que busca un mayor compromiso con la protección del Medio Ambiente, y la disminución de impactos que puedan generar contaminación ambiental. La norma ISO 14001, es la base para la implementación de este Subsistema. Aplica también los requisitos de responsabilidad social.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 11 de 20	

El Modelo Estándar de Control Interno, MECI, es una herramienta integradora para las tres esferas para la gestión, en donde busca unificar criterios en materia de control interno para el sector público, estableciendo una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación. El MECI se guía por tres principios básicos que son: Autogestión, Autocontrol y Autoevaluación. Se compone por 3 Subsistemas: Control Estratégico, Control de Evaluación y Control de Gestión.

2.7 PARTES INTERESADAS

El instituto Nacional de Cancerología consiente de su participación activa en el sector de la salud y con el ánimo de contribuir en proporcionar servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios, el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales, institucionales y normativos, a determinado las partes interesadas relevantes al objeto y la naturaleza de sus servicios en la siguiente clasificación:

GRUPOS DE INTERES	PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Gobierno	Ministerio de salud y protección social Departamento administrativo de la función pública DAFP Súper intendencia de salud Secretaría de salud INVIMA Contraloría Procuraduría Instituto nacional de salud Ministerio de hacienda y crédito público Ministerio de las TIC (Gobierno en línea) Congreso de la república Departamento nacional de planeación Alcaldías Gobernaciones Policía nacional SENA Federación nacional de municipios Colciencias Defensoría del pueblo Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial Personería	• Cumplimiento de los requisitos legales • Cumplimiento de los protocolos establecidos • Cumplimiento de contratos y convenios establecidos • Garantizar las condiciones de salud a los pacientes y usurarios del Instituto • Apoyar el Sistema de gestión integrado • Cumplimento de la normatividad y los procedimientos • Acatamiento de legislación en	• Legalidad • Contribución al desarrollo en salud del país • Colaboración con instituciones científicas, culturales, Universidades, Medioambiente, ONG • Cumplimiento inmediato a los requisitos estipulados • Agregar valor público • Implementación e integración con otras normas auditable • Promoción y prevención de la salud • Participación Activa en Salud • Lucha contra la corrupción

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 12 de 20	

		salud	
Organismos Internacionales	Organización mundial de la salud Organización panamericana de salud Organización internacional del Trabajo Joint comisión Organización de naciones unidas Organismo internacional de energía atómica Organismo andino de salud Otras agencias sanitarias Embajadas de otros países en Colombia Otros organismos multilaterales	- Cumplimiento a los requisitos legales y normativos - Cumplimiento de requisitos en Salud	- Promoción y prevención de la Salud - Orientar la formulación de políticas internacionales en salud, programas, protocolos, y guías basadas en evidencias

GRUPOS DE INTERES	PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Proveedores y Sub contratistas	Personas naturales o jurídicas que suministran un bien o servicio requerido por el Instituto Nacional de Cancerología (Transporte, servicios generales, papelería, vigilancia, operadores logísticos, Contac center) Otros servicios	- Oportunidad en los pagos - Comunicación oportuna - Estrategias de compra - Seguimiento de los contratos - Tratamiento de discrepancias - Establecer canales de comunicación apropiados	- Respeto a las reglas de libre mercado - Capacidad de pago - Información clara - Posibilidades comerciales - Respeto por las marcas - Respeto por la propiedad Industrial
Medios de comunicación	Radio Televisión Emisoras de interés público Medios alternativos, Digitales Canales regionales Impresos Comunitarios Eclesiásticos Publicaciones médicas y científicas Periódicos nacionales y locales Revistas médicas y científicas Internet Redes Sociales	- Opinión pública - Cumplimiento legal - Rendición de cuentas - Transparencia - Veracidad de la información - Reacciones sociales sobre hechos - Aprendizaje colaborativo	- Libertad de expresión - Difusión cultural - Transferencia de información
Vigilados (Personas naturales y jurídicas)	Medicamentos Productos biológicos Dispositivos y elementos médico quirúrgicos y odontológicos	- Atención a los usuarios - Certificación de pagos	- Control y rendición de cuentas - Informes de

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 13 de 20	

relacionadas con)	Productos generados por biotecnología Reactivos de diagnóstico Prestadores de servicios médicos EPS, IPS, Laboratorios clínicos, Servicios de diagnóstico, bancos de sangre, bancos de tejidos, bancos de órganos y similares Otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva	• Impuestos • Presupuesto general • Servicio	Gestión • Informes de auditoría • Solución de PQRS • Respuestas Derechos de petición
--------------------------	--	--	--

GRUPOS DE INTERES	PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Empleados Funcionarios	Directivos Mandos intermedios Personal de planta Tercerizados Contratistas Sindicatos Empleados nuevos Empleados potenciales Pensionados Retirados Asociados	• Salario • Seguridad, Higiene • Capacidad de Gestión • Prestigio • Ingresos • Experiencia	• Prestaciones Sociales • Estabilidad • Promoción • Empleabilidad • Participación • Formación
Usuarios y clientes	Médicos Pacientes Clínicas privadas Hospitales Farmacéuticas Mayoristas Enfermeras Asistentes Docentes Clientes internos Compañías nacionales de Servicios de Salud	• Atención • Tratamiento • Medicamentos • Autorizaciones • Exámenes • Diagnóstico	• Justa relación Servicio – calidad – precio • Información Veraz • Oportunidad en la prestación de servicios • Calidad • Garantías en Salud • Seguridad
Competidores	Hospitales de alta complejidad Hospitales Acreditados Hospitales y clínicas privadas compañías farmacéuticas IPS Centros de tratamiento de Cáncer Otras Instituciones	• Reconocimiento publicitario • Canales de comunicación • Canales de distribución • Canales de apoyo al Servicio • Reconocimiento de imagen • Respeto por las marcas y el posicionamiento	• Patrocinio • Convenios • Participación en Ferias • Relaciones públicas • Cooperación • Soporte Clínico • Soporte técnico, científico • Trayectoria

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 14 de 20	

		• Procesos de Referenciación	
Otras partes interesadas	Sindicatos Universidades y centros universitarios, Investigadores, estudiantes Socios Comunidades locales Comunidad académica y científica ONG y grupos de presión Organización de pacientes Vecinos Autoridades locales Asociaciones de caridad y organizaciones voluntarias Grupos medioambientales	• Investigación • Contribución al Desarrollo • Formación • Respeto y promoción de derechos laborales • Legalidad • Colaboración con Instituciones • Beneficio • Rentabilidad • Inversiones	• Cuidado por el medio ambiente • Acciones de responsabilidad social • Promoción y prevención del cáncer • Uso de nuevas tecnologías • Respeto por los derechos de los pacientes

De acuerdo con la anterior clasificación, el Instituto Nacional de Cancerología realiza un seguimiento periódico sobre las necesidades y expectativas de las partes interesadas, el cual consiste en la elaboración y aplicación de varias metodologías institucionales, reglamentarias y normativas que permiten la recopilación de información clave para luego hacer una revisión pormenorizada consistente en:

- Aplicación de encuestas de satisfacción
- Reuniones periódicas con las asociaciones de usuarios de la Salud
- Realización de comités médicos y científicos
- Seguimiento a PQRS
- Rendición de cuentas
- Participación activa en Congresos, foros, simposios, conferencias y otros
- Participación en la presentación de datos y cifras relacionadas con cáncer
- Repositorio de datos e información científica
- Docencia e investigación
- Estrategias de comunicación en televisión, radio, canal institucional
- Publicaciones en vigilancia epidemiológica
- Reportes a los entes gubernamentales

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 15 de 20	

2.8 INTERACCION DE LOS PROCESOS

El Instituto ha definido la estructura documental para contar con procesos y procedimientos, que permiten asegurar el cumplimiento de lo planificado, identificar los puntos de control, los responsables, los riesgos y los requisitos de los mismos.

La interacción de los procesos se evidenciará en los contenidos de las caracterizaciones de los mismos y en las descripciones de actividades de los procedimientos, los cuales están publicados en el aplicativo SIAPINC. Desde el punto de vista documental los procesos cuentan con la siguiente caracterización:

- Nombre del proceso.
- Objetivo.
- Alcance
- Líder
- Versión.
- Vigencia
- Caracterización: Este incluye la descripción de cada una de las etapas del proceso, con sus entradas y proveedores y de las salidas con sus clientes; identificándose las relaciones del proceso con otras ya documentados.
- Relación de grupos.
- Recurso humano.
- Recurso físico.
- Procedimientos: Enlace con base de datos.
- Documentos relacionados
- Los requisitos y referenciales de la norma de certificación NTCGP 1000:2009 que se homologan en la norma técnica ISO 9001:2008.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 16 de 20	

3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1 INTRODUCCIÓN A LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La estructura documental para el sistema está definida en el manual “**GSI-P03-M-01 Manual Para El Levantamiento De Los Procesos, Procedimientos y Cambios Documentales**”¹, de la siguiente manera:

TIPO DE DOCUMENTO	DEFINICIÓN	CONTENIDO	FINAL DEL DOCUMENTO
Descripción de la actividad (D)	Una actividad es un conjunto de tareas, ejecutadas en un área específica por varios individuos. Generalmente corresponden al desarrollo del objetivo que constituye el procedimiento. Encabezado. - INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE - Proceso: nombre del proceso. - Nombre de la descripción: deberá iniciar con la palabra “DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA ...” - Código: identifica el código de la descripción de actividad. - Versión: identifica la versión del documento. - Vigencia: identifica la fecha de implementación del documento. - Página 1 de?: identifica el número de página del total de páginas del documento.	Responsable: identifica el responsable de la actividad, el grupo al que pertenece y el cargo correspondiente. No: número de las tareas en la actividad. Nombre de la tarea: se titula la tarea a realizar iniciando con un verbo en gerundio (ando-endo). Ejecutor de la tarea: es el cargo del responsable de realizar la tarea. Descripción de la tarea: describe detalladamente la tarea a realizar.	-Elaboró: Cargo, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se realizó la descripción de actividad. -Revisó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se revisó la descripción de actividad. -Aprobó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se aprobó la descripción de actividad.

¹ GSI-P03-M-01 Manual Para El Levantamiento De Los Procesos, Procedimientos y Cambios Documentales. Gestión del Sistema de Desempeño Institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 17 de 20	

Instructivo (I)	Es un documento que permite identificar en forma detallada el que y como se realiza una actividad cuando es ejecutada por un solo individuo, una tarea, un equipo, una herramienta, un software o el diligenciamiento de un formato. Es el documento que contienen las instrucciones de uso, manejo, advertencias, precauciones, cuidados y van destinadas a un usuario. En su desarrollo pueden incluir dibujos, graficas, diagramas y tablas según se requiera. Encabezado. - INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE - Proceso: nombre del proceso debe ir en mayúscula - Nombre del instructivo: deberá iniciar con la palabra “INSTRUCTIVO PARA ...” - Código: identifica el código del instructivo. - Versión: identifica la versión del documento - Vigencia: identifica la fecha de implementación del documento. - Página 1 de ?: identifica el número de página del total de páginas del documento	Ejecutor: registre el cargo y el grupo del ejecutor a instruir. Descripción de Pasos: enumere los pasos del instructivo, documente los pasos y puede incluir dibujos, graficas, diagramas y tablas. Enuncie la fuente de dichas inclusiones.	-Elaboró: Cargo, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se realizó el instructivo. -Revisó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se revisó el instructivo. -Aprobó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se aprobó el instructivo.
Documento Usuario (DU)	Es un documento que contiene las instrucciones de uso, manejo, advertencias, precauciones, cuidados y su población objetivo es el paciente, familiares o acompañantes. - Código: identifica el código del instructivo. - Versión: identifica la versión del documento - Vigencia: identifica la fecha de implementación del documento. - Página 1 de ?: identifica el número de página del total de páginas del documento	Información entregada al paciente	N/A

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 18 de 20	

Manual (M)	Es un documento que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y procedimientos de los órganos de una institución; así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución del trabajo asignado al personal, teniendo como marco de referencia los objetivos de la institución. Encabezado. - INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE - Proceso: nombre del proceso debe ir en mayúscula - Nombre del manual: debe iniciar con la palabra "MANUAL ..." - Código: identifica el código del manual. - Versión: identifica la versión del documento - Vigencia: identifica la fecha de implementación del documento. - Página 1 de ?: Identifica el número de página del total de páginas del documento	Como mínimo debe tener: - Portada - Tabla de Contenido - Introducción - Objetivo - Alcance (Cuando aplique) - Justificación - Normatividad Aplicable - Glosario (Definiciones Técnicas) - Desarrollo del Manual - Bibliografía	-Elaboró: Cargo, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se realizó el Manual. -Revisó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se revisó el Manual. -Aprobó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se aprobó el Manual.
---------------	--	--	---

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 19 de 20	

Guía (G)	Es un documento de carácter descriptivo, el fin de éste es dar lineamientos y directrices de forma general y recomendatoria; permite adaptaciones según el contexto al que sea aplicado; su contenido es sistemático y basado en la evidencia científica o normativa. Encabezado. - República de Colombia - Símbolo Patrio (Escudo de Colombia) Logo Institucional - Nombre de la Guía: Debe iniciar con la palabra "GUÍA" y grupo o área a la que impacta. - Código: identifica el código de la guía. - Versión: identifica la versión del documento. - Vigente desde: identifica la fecha desde la que es vigente el documento.	- Objetivo - Población de Usuarios: Es población a quienes va dirigido el documento y quienes lo van a usar en su práctica diaria. - Alcance -Definiciones -Descripción Conceptual. -Desarrollo En caso de requerirse indique: • Diagnóstico • Diagnóstico diferencial • Tratamiento - Diagrama de Flujo - Recomendaciones - Bibliografía. Si la guía lo requiere indique: - Factores de Riesgo (Ambientales o individuales) - Complicaciones	-Elaboró: Cargo, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se realizó la guía. -Revisó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se revisó la guía. -Aprobó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se aprobó la guía.
---------------------	--	---	--

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 20 de 20	

Protocolo de Procedimiento en Salud (PPS)	Es un plan escrito donde se indican las actividades a realizar siguiendo una metodología y un diseño de acuerdo al área a la que se requiera impactar. Cuando su carácter es normativo su ejecución debe ser obligatoria. Encabezado: - Logo Institucional - Nombre del Protocolo: debe iniciar con la frase “PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO EN SALUD” - Código: identifica el código del protocolo - Versión: identifica la versión del documento - Vigente desde: identifica la fecha desde la que es vigente el documento	Contenido mínimo: - Definición: se describen la definición técnica del protocolo. - Población Objeto: es población para el cual se elabora el documento y sobre la cual se quiere producir un impacto. Eje:(pacientes con patología en cáncer de mama). - Responsables: se enuncia profesión, cargo y/o grupo o área del responsable de usar el protocolo en su práctica diaria. Eje (Médicos especialistas en oncología). - Ejecutores del procedimiento: liste los cargos de los funcionarios responsables de la ejecución del procedimiento. - Recursos: son los recursos necesarios para la aplicabilidad del protocolo. - Descripción de Procedimiento: serie de pasos secuenciales, lógicos y ordenados del desarrollo del protocolo. Se pueden usar diagramas de Flujo (Tabla No. 1 - Simbología Diagrama de Flujo) - Complicaciones: se describen los riesgos o las complicaciones del	-Elaboró: Cargo, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se realizó el protocolo. -Revisó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se revisó el protocolo. -Aprobó: Cargo o comité, dependencia y fecha (DD-MM-AAAA) en que se aprobó el protocolo.
---	--	--	---

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 21 de 20	

Formato (F)	Es un documento que se utiliza para registrar información preestablecida de la actividad o procedimiento que se esté desarrollando. El formato diligenciado se denomina registro, no es válido cuando presenta: tachones, enmendaduras o registros a lápiz. Encabezado: - INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE - Proceso: nombre del proceso debe ir en mayúscula - Nombre del Formato - Código: identifica el código del tipo de proceso, del proceso y Formato - Versión: identifica la versión del documento - Vigente: identifica la fecha desde la que es vigente el documento. - Página 1 de?: identifica el número de página del total de páginas del documento.	Se desarrolla de acuerdo a la información que se requiere registrar	N/A
----------------	--	---	-----

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 22 de 20	

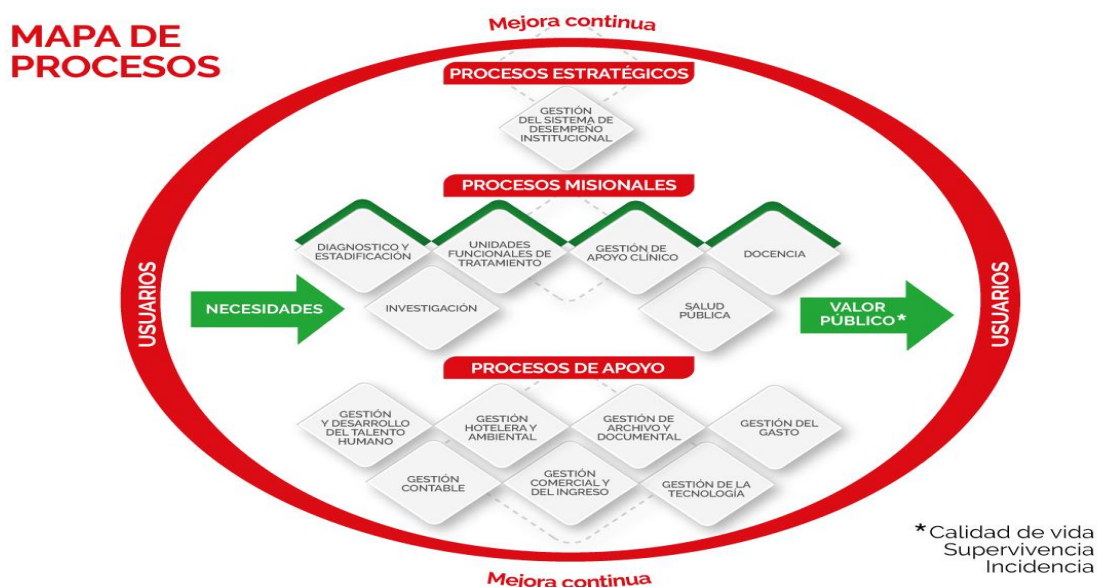
Documentos Obsoletos	Los documentos son obsoletos cuando: - Se actualiza el documento, nueva versión. - Cuando por gestión del proceso el documento pierde utilidad. - Cuando el responsable del proceso determine que no es necesaria su utilización por que otro documento cumple esa función. - Por modificación del proceso en la inclusión de una norma, Ley o lineamientos internos. - Cuando se adapta un documento externo.	Una vez cumpla algún aspecto anterior mencionado, el documento pierde vigencia por los cambios realizados, es sustraído del proceso al que pertenece y en el Listado Maestro de Documentos pasa a estado de inactivo según el procedimiento control de documentos. Los documentos obsoletos cuya información se registra en forma escrita que se recogen de diferentes áreas el documento maestro por perder vigencia, deben ser destruidos cuando se actualicen los documentos en la base de datos.	N/A
-----------------------------	---	--	-----

Los anteriores documentos del Instituto Nacional de Cancerología son aplicados a todos los procesos por la importancia que tienen para un adecuado control y mejor organización de cada uno de los procesos.

Así mismo, esto no restringe el hecho que los procesos del Instituto Nacional de Cancerología tengan otros documentos específicos y básicamente de tipo técnico, que ayudan a su adecuado desarrollo. Este tipo de documentos se relacionan en la descripción de los respectivos procesos, los cuales pueden ser consultados según se requiera.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
Página 23 de 20			

3.2 MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL



Se definieron tres categorías de procesos, a saber: Estratégicos, Misionales y de Apoyo, los cuales se desagregan a continuación, así:

3.3 IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Cada uno de las anteriores categorías de procesos se subdividió, de tal manera que se definieron 14 procesos según relación que se presenta en la siguiente tabla, la cual define el tipo de proceso, el nombre del mismo y su código. La documentación de los procesos del Instituto está disponible en la aplicación denominada SIAPINC, donde se encuentra caracterizaciones y descripciones de sus procedimientos (ver Aplicativo SIAPINC. – Intranet INC), el cual forma parte de este manual.

CODIGO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
GSI	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
GSI-P01	Estratégico	Procedimiento Direccionamiento Estratégico
GSI-P02	Estratégico	Procedimiento Gestión de la Calidad
GSI-P03	Estratégico	Procedimiento Gestión de la Organización y Métodos
GSI-P04	Estratégico	Procedimiento Gestión de costos
GSI-P05	Estratégico	Procedimiento Modelos y Estudios Económicos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 24 de 20	

GSI-P06	Estratégico	Procedimiento Gestión de Proyectos
GSI-P07	Estratégico	Procedimiento Gestión del Riesgo
GSI-P08	Estratégico	Procedimiento de comunicación institucional
GSI-P09	Estratégico	Procedimiento Gestión de la Información
GSI-P10	Estratégico	Procedimiento Evaluación del sistema integrado de gestión institucional
GSI-P11	Estratégico	Procedimiento Gestión de la mejora
GTH	GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	
GTH-P01	Apoyo	Procedimiento para la Planificación del Talento Humano
GTH-P02	Apoyo	Procedimiento para la Selección del Talento Humano
GTH-P03	Apoyo	Procedimiento para el Ingreso del Talento Humano
GTH-P04	Apoyo	Procedimiento para la Inducción y reintegración del Talento Humano
GTH-P05	Apoyo	Procedimiento para la permanencia del Talento Humano
GTH-P06	Apoyo	Procedimiento para el retiro del Talento Humano
GHA	GESTIÓN HOTELERA Y AMBIENTAL	
GHA-P01	Apoyo	Procedimiento para la Gestión de la Infraestructura
GHA-P02	Apoyo	Procedimiento para la Gestión Ambiental
GHA-P03	Apoyo	Procedimiento para la Gestión de Soporte Hotelero (se debe incluir la recepción de materias primas y preparación de alimentos)
GAD	GESTIÓN DE ARCHIVO Y DOCUMENTAL	
GAD-P01	Apoyo	Procedimiento Gestión de Documentos
GAD-P02	Apoyo	Procedimiento Gestión de Correspondencia
GDG	GESTIÓN DEL GASTO	
GDG-P01	Apoyo	Procedimiento Gestión del Presupuesto
GDG-P02	Apoyo	Procedimiento para la Gestión Contractual
GDG-P03	Apoyo	Procedimiento Gestión de Almacenes
GDG-P04	Apoyo	Procedimiento Gestión de Pagos
GCO	GESTIÓN CONTABLE	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 25 de 20	

GCO-P01	Apoyo	Procedimiento de Registro Contable
GCO-P02	Apoyo	Procedimiento de Análisis de Información Contable
GCO-P03	Apoyo	Procedimiento de Gestión de Inventario de Activos Fijos
GCO-P04	Apoyo	Procedimiento de Novedades de Activos Fijos
GCI	GESTIÓN COMERCIAL Y DEL INGRESO	
GCI-P01	Apoyo	Procedimiento para Mercadeo y Venta de Servicios
GCI-P02	Apoyo	Procedimiento Gestión de Facturación
GCI-P03	Apoyo	Procedimiento para Gestión de Recaudo
GTE	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	
GTE-P01	Apoyo	Procedimiento de Evaluación para la Adquisición de Tecnología Biomédica
GTE-P02	Apoyo	Procedimiento de Vigilancia Tecnológica
GTE-P03	Apoyo	Procedimiento para Mantenimiento y Calibración de Equipos Médicos o de Producción de Aire Medicinal
GTE-P04	Apoyo	procedimiento de gestión de tecnologías de la información y la comunicación
DYE	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	
DYE-P01	Misionales	Procedimiento para Realizar Pruebas Clínicas en el Laboratorio
DYE-P02	Misionales	Procedimiento para pruebas de exámenes de patología diagnóstica
DYE-P03	Misionales	Procedimiento para Estudios en Imágenes Diagnósticas
DYE-P04	Misionales	Procedimiento para Realizar Estudios Diagnósticos y Terapéuticos en Medicina Nuclear
DYE-P05	Misionales	Procedimiento para Adecuación y Control de Radiofármacos para servicios de medicina nuclear
DYE-P06	Misionales	Procedimiento para Síntesis y Control de Radiofármacos para Tomografía por Emisión de Positrones (PET)
UFT	UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO	
UFT-P01	Misionales	Procedimiento para la atención del paciente en unidades médicas y funcionales (consulta y unidades funcionales)
UFT-P02	Misionales	Procedimiento para el Ingreso y Diagnóstico del Paciente en la Unidad de Atención de Cáncer Infantil (UACAI)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 26 de 20	

UFT-P03	Misionales	Procedimiento para el Tratamiento y Seguimiento del Paciente en la Unidad de Atención de Cáncer Infantil (UACAI)
UFT-P04	Misionales	Procedimientos en Quirófanos (Grupo Salas de Cx) y Medicina Perioperatoria
UFT-P05	Misionales	Procedimiento Atención en Radioterapia Oncológica y Física Médica
UFT-P06	Misionales	Procedimiento para el Soporte al Paciente Oncológico (Medicina interna, salud mental, nutrición y soporte metabólico, Rehabilitación y Terapia)
UFT-P07	Misionales	Procedimiento de Manejo Paliativo para Paciente Oncológico y su Familia
GAC	GESTIÓN Y APOYO CLÍNICO	
GAC-P01	Misionales	Procedimiento Gestión a Usuarios (asignación de citas y admisión institucional)
GAC-P02	Misionales	Procedimiento Atención de Urgencias (GAICA)
GAC-P03	Misionales	Procedimiento referencia y contra referencia
GAC-P04	Misionales	Procedimiento ingreso
GAC-P05	Misionales	procedimiento estancia
GAC-P06	Misionales	Procedimiento de egreso
GAC-P07	Misionales	Procedimiento para Tratamiento de Quimioterapia Ambulatoria - Hospital 24/7
GAC-P08	Misionales	Procedimiento para Selección, Adquisición y Entrega de Medicamentos y Dispositivos Médicos
GAC-P09	Misionales	Procedimiento para Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos en la Farmacia Ambulatoria
GAC-P10	Misionales	Procedimiento para Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos en la Farmacia Hospitalizados
GAC-P11	Misionales	Procedimiento para Dispensación de Quimioterapias en la Central de Mezclas Oncológicas
GAC-P12	Misionales	Procedimiento para la producción de Aire Medicinal en Sitio por Compresor
GAC-P13	Misionales	Procedimiento para Donación de Hemocomponentes
GAC-P14	Misionales	Procedimiento para el Suministro de Hemocomponentes
GAC-P15	Misionales	Procedimiento para Esterilización de Instrumental y Material Médico Quirúrgico
GAC-P16	Misionales	Procedimiento de Atención en la Unidad de Cuidado Intensivo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 27 de 20	

DOC	DOCENCIA	
DOC-P01	Misionales	Procedimiento Para Programas Docentes Institucionales
DOC-P02	Misionales	Procedimiento Para Practicas en Educación Formal
DOC-P03	Misionales	Procedimiento Para Educación de Extensión
DOC-P04	Misionales	Procedimiento para Gestión de Recursos de Apoyo a la Docencia.
DOC-P05	Misionales	Procedimiento Para Convenios Docencia
INV	INVESTIGACIÓN	
INV-P01	Misionales	Procedimiento para Investigación Institucional
INV-P02	Misionales	Procedimiento para Investigación Extra institucional
INV-P03	Misionales	Procedimiento para Laboratorio de Investigaciones (biología del cáncer)
INV-P04	Misionales	Procedimiento Banco Nacional de Tumores Terry Fox
INV-P05	Misionales	Procedimiento para Gestión y Análisis de Datos
SPB	SALUD PÚBLICA	
SPB-P01	Misionales	Procedimiento para la Prevención y Detección Temprana del Cáncer en Colombia
SPB-P02	Misionales	Procedimiento Vigilancia Epidemiológica
SPB-P03	Misionales	Procedimiento de Políticas y Movilización Social
SPB-P04	Misionales	Procedimiento de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 28 de 20	

3.4 DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTCGP 1000:2009

A continuación se relaciona cada uno de los temas y apartados de la norma técnica NTC GP 1000: 2009 e ISO 9001:2008 con el proceso o procedimiento relacionado, así:

Tema	Apartado	Proceso o Procedimiento Institucional relacionado
Control de documentos	4.2.3.	GAD-P01 Procedimiento Gestión de Documentos
Control de registros	4.2.4.	GAD-P02 Procedimiento Control de Registros
Sistema de gestión de la calidad y responsabilidad por la dirección	4.1 - 4.2.-5	GSI Caracterización del Proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional GSI-P04 Procedimiento de Comunicación
Manual de la calidad	4.2.2	GSI Caracterización del Proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional. Transversal para los subsistemas.
Enfoque al cliente	5.2	GSI-P02-D-01 Descripción de la Actividad para Identificar y Evaluar las Necesidades y Expectativas de los Clientes
Política de calidad	5.3	GSI Caracterización del Proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional. Transversal para los subsistemas.
Planificación de la calidad	5.4	GSI Caracterización del Proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional. Transversal para los subsistemas.
Talento Humano y ambiente de trabajo	6.2.-6.4	GTH Caracterización del Proceso Gestión y Desarrollo del Talento Humano
Provisión de recursos y adquisición de bienes y servicios	6.1-7.4.	GDG Caracterización del proceso Gestión del Gasto
Infraestructura	6.3	GTE-P03 Procedimiento para Mantenimiento y Tecnovigilancia de Equipos Médicos GHA-P01 Procedimiento para la Gestión de la Infraestructura
Producción y prestación de servicio	7.5.-7.6.-8	UFT Caracterización del Proceso de Unidades Funcionales de Tratamiento
Producción y prestación de servicio	7.5.-7.6.-8	DYE Caracterización del Proceso de Diagnóstico y Estadificación
Producción y prestación de servicio	7.5.-7.6.-8	DOC Caracterización del Proceso Docencia
Producción y prestación de servicio	7.5.-7.6.-8	INV Caracterización del Proceso de Investigación
Producción y prestación de	7.5.-7.6.-8	SPB Caracterización del Proceso de Salud Publica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 29 de 20	

Tema	Apartado	Proceso o Procedimiento Institucional relacionado
Planificación de la realización del servicio, procesos relacionados con el cliente y diseño y desarrollo	7.1 – 7.2 - 7.3	GSI-P06 Procedimiento de Gestión por Proyectos GTE-P01 Procedimiento de Evaluación para la Adquisición de Tecnología Biomédica INV Proceso de Investigación SPB Proceso de Programas de Salud Pública.
Adquisición de Bienes y Servicios	7.4	GDG Proceso Gestión del Gasto GHA Proceso Gestión Hotelera y Ambiental GTE Proceso de Gestión de la Tecnología GHA Proceso Gestión Hotelera y Ambiental GTH-P02 Procedimiento Para La Selección del Talento Humano
Verificación de los productos y servicios comprados	7.4.3	GDG Proceso Gestión del Gasto
Nivel de satisfacción del Cliente	8.2	GSI-P02-D-01 Descripción de la Actividad para Identificar y Evaluar las Necesidades y Expectativas de los Clientes. Transversal para los subsistemas.
Auditoria Interna	8.2.2.	GSI-P10-D-03 Descripción de la Actividad para Realizar Auditoria Interna. Transversal para los subsistemas.
Seguimiento y medición		GSI-P01-D-05 Instructivo para Programar, Realizar Seguimiento y Evaluar el Plan Operativo Anual
Control del servicio no conforme	8.3.	GSI-P02-D-02 Descripción de la Actividad para Definir el Control del Producto y Servicio No Conforme
Análisis de datos	8.5	GSI-P09 Procedimiento de Gestión de la Información. Transversal para los subsistemas.
Mejora continua	8.5.1-8.5.2.- 8.5.3	GSI-P10-D-01 Descripción de la Actividad para Identificar, Analizar y Determinar Acciones de Mejora
Acciones correctivas y preventivas	8.7- 8.8	GSI-P10-D-01 Descripción de la Actividad para Identificar, Analizar y Determinar Acciones de Mejora. Transversal para los subsistemas.
Revisión por la Dirección	5.6-5.6.1.- 8.4.	GSI-P02-D-05 Descripción de la Actividad para Revisión por la Dirección. Transversal para los subsistemas.

Cada uno de los procesos y procedimientos relacionados en la tabla anterior se encuentra disponible en la versión vigente del SIAPINC.

4 CONTROL DE CAMBIOS

Los cambios que se hagan al Manual de Calidad se registran al igual que los otros documentos del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, en la aplicación SIAPINC en el control de versiones de cada documento

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	NO APLICA
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	15-02-2018
		Página 30 de 20	

El presente manual se aprueba mediante resolución según lo descrito por el **“GSI-P03-M-01 Manual Para El Levantamiento De Los Procesos, Procedimientos y Cambios Documentales”**. Anexo 3 Resolución

"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Asesor	Cargo:	Asesor	Cargo:	Dirección General
Dependencia:	Asesoría Calidad	Dependencia:	Asesoría Calidad	Dependencia:	Dirección
Fecha:	05-09-2017	Fecha:	05-09-2017	Fecha:	02-02-2018