



CARTILLA DE ACREDITACIÓN

VERSIÓN 7.3, 2026



Sala Amiga
de la Familia
Lactante



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES



RED NACIONAL PARA EL FOMENTO
DE LA INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN EN HOSPITALES COLOMBIANOS

Mi nombre es:

Mi número de celular es:

Pertenezco al Proceso de:

Del subproceso:

Trabajo para el mejor hospital de la región, tengo vocación, hago parte de su cultura y me comprometo con los valores institucionales.



TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA	CONTENIDO	PÁGINA
Objetivo de la cartilla	5	Derechos	34
Ubicación geográfica	6	Deberes	35
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	7	Acceso al SIAU y PQRS	36
Etapas institucionales	8	RUTAS DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	37
Distribución física	9	Grupos poblacionales de enfoque diferencial	38
Personaje institucional	10	Ruta de atención en salud para población habitante de calle	39
Marca institucional	11	Ruta de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado - PAPSIVI	40
Misión	12	Ruta de atención en salud para población con discapacidad	41
Visión	13	Ruta de atención en salud con enfoque étnico - RASEE	42
Nuestras certificaciones	14	Ruta de atención en salud para población LGBTIQ+	43
Modelo de atención	15	Ruta de atención en salud de violencia sexual	44
Modelo de atención	16	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	45
Sistema Integrado gestión de gestión de calidad	17	Políticas Institucionales y su clasificación	46
Estructura del mejoramiento continuo SUA	18	Política de servicios y de calidad	47
Equipos de mejoramiento institucional	19	Planeación	48
Cultura organizacional	20	Política de Planeación Institucional	49
Estructura orgánica	21	Política de administración del riesgo	50
Mapa de proceso	22	Política de sistema de administración del riesgo del lavado de activos y financiación del	51
Objetivos estratégicos	23	terrorismo (PSARLAFT)	51
Objetivos institucionales y estrategias	24	Política de humanización	52
Objetivos institucionales y estrategias	25	Política de humanización línea 1	53
Objetivos institucionales y estrategias	26	Política de humanización línea 2	54
Código de Integridad	27	Cultura humanizada	55
Lo que hago	28	Política de seguridad del paciente	56
Código de buen gobierno	29	Modelo de operación y funcionamiento seguridad del paciente	57
MACROPROCESO MISIONAL	30	Líneas de acción de la política de seguridad del paciente	58
Gestión Clínica - Elementos	31	Programa de vigilancia institucional	59
Modelo de gestión del cuidado de enfermería	32	Definiciones	60
Sistema Integrado de Atención al Usuario	33	Identificadores del paciente	61
		Verificación cruzada de identificación	62
		Identificación ante el paciente	63

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA	CONTENIDO	PÁGINA
Comunicación efectiva_____	64		
Resultados críticos_____	65	Política de seguridad y salud en el trabajo _____	97
Barreras y defensas de seguridad_____	66	Programas de SST_____	98
Garantizar cirugía segura. _____	67	Pasos para reportar un accidente de trabajo_____	99
Triage quirúrgico _____	68	Política de formación y educación continua _____	100
Barreras y defensas de seguridad_____	69	Política de prevención del acoso laboral _____	101
Momentos de la higiene de manos _____	70	Sistema de gestión ambiental_____	102
Reducir el riesgo de caídas _____	71	Política de condiciones de silencio _____	103
Prevenir úlceras por presión _____	72	Política de no fumador _____	104
Garantizar la seguridad en la atención del binomio madre –hijo _____	73	Política de gobierno digital_____	105
10 Correctos En el uso de Hemocomponentes _____	74	Política de gestión tecnológica _____	106
Garantizar la seguridad con los dispositivos médicos _____	75	Política de gestión documental _____	107
Garantizar la seguridad con los dispositivos médicos _____	76	Seguridad de la historia clínica_____	108
Alerta Visual de Identificación del riesgo clínico_____	77	Política de comunicaciones _____	109
Alerta auditiva de Identificación del riesgo clínico_____	78	Política de tratamientos de datos personales _____	110
Reporte de eventos clínicos_____	79	Política de participación ciudadana y social en salud_____	111
Reportar nos permite mejorar _____	80	Política de responsabilidad social _____	112
Como realizar un reporte _____	81	Política de sostenibilidad financiera _____	113
Política de uso racional de medicamentos_____	82	Política de transparencia _____	114
Estrategias de uso racional de medicamentos_____	83	SIVIGILA _____	115
Ruta de conciliación medicamentosa_____	84	RUAF _____	116
Política de promoción y mantenimiento en salud _____	85	PLANES INSTITUCIONALES _____	117
Ruta de promoción y mantenimiento de la salud_____	86	Plan hospitalario de emergencia PHE _____	118
Ruta de atención materno perinatal_____	87	Preparación antes de la emergencia_____	119
Ruta de atención cardiovascular y metabólica_____	88	Preparación durante la emergencia _____	120
Programas de prevención_____	89	HIMNO “Como una flor de lotto” _____	121
Educación en autocuidado_____	90		
Política de IAMII _____	91		
Grupos Apoyo _____	92		
Registro Civil de Nacimiento _____	93		
Políticas de gestión del conocimiento, la innovación y de investigación _____	94		
Grupos de investigación HSLV_____	95		
Políca de gestión estratégica del talento humano_____			

Objetivo de la cartilla

Fortalecer el conocimiento de los colaboradores del hospital, contribuyendo en la generación de cultura organizacional.

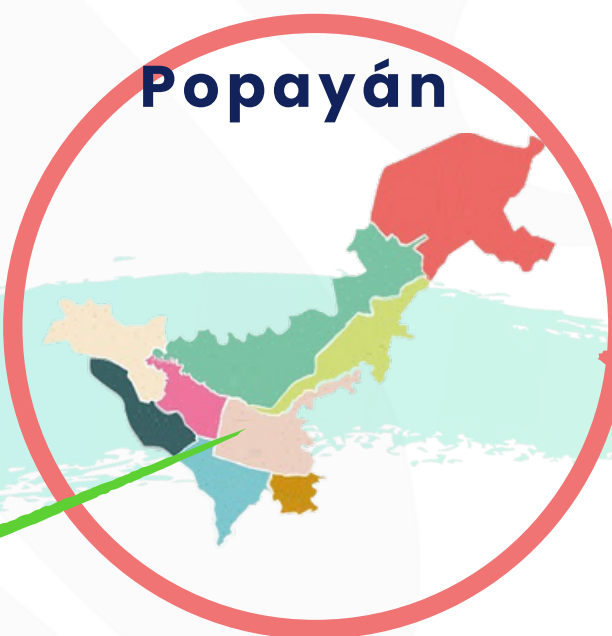


Ubicación geográfica

Comuna 6



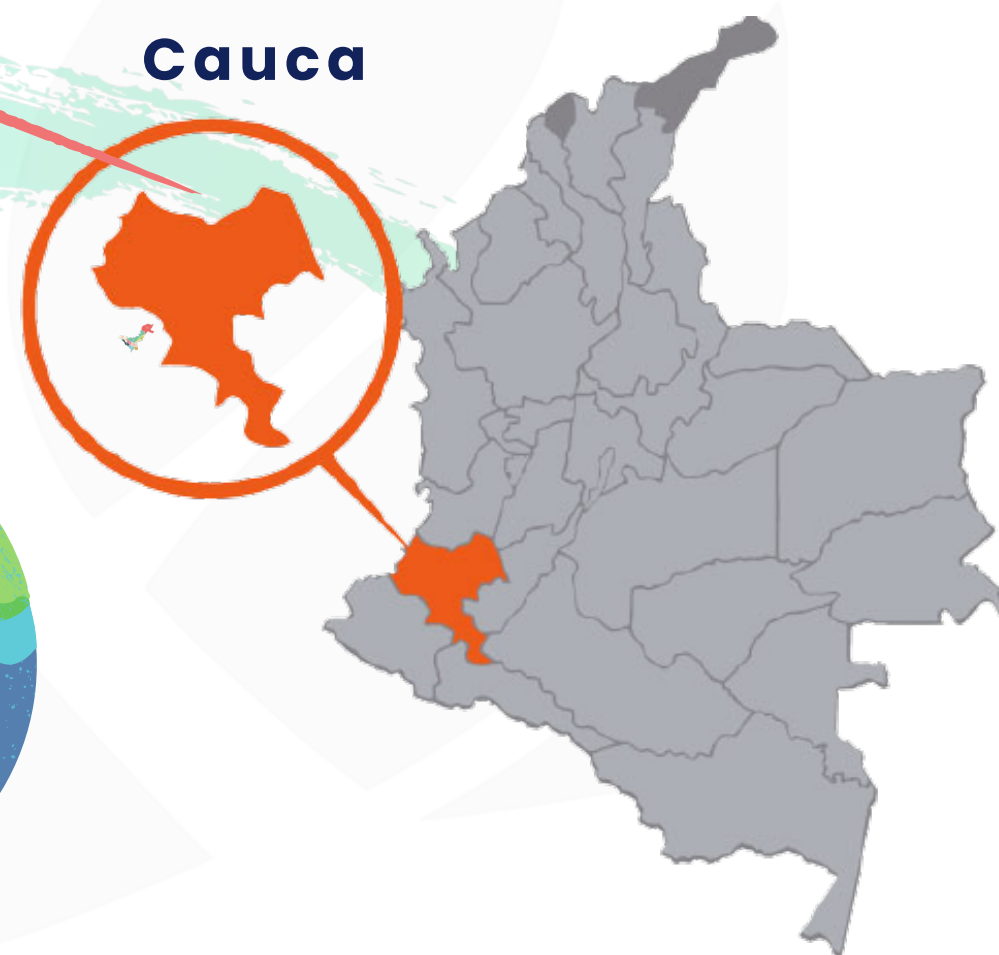
Popayán



En el suroccidente colombiano, en el departamento del Cauca, en la ciudad de Popayán, Comuna N°. 6

Colombia

Cauca



DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

ETAPAS INSTITUCIONALES

Se inicia el proceso de construcción Sanatorio antituberculoso

Hospital General

Énfasis materno infantil.
Inicia camino hacia la excelencia

Se reafirma la acreditación del Hospital 2018.
Certificación IAMII 2019

Se reafirma la acreditación del Hospital
Certificación en ISO 14001:2015

ETAPA I



AÑO
1957

ETAPA III



AÑO
1983

ETAPA V



AÑO
2007

ETAPA VII



AÑOS
2018
2019

ETAPA II

Se inicia funcionamiento

1947



AÑO
1964

ETAPA IV

Mediana complejidad

1964



AÑO
1995

ETAPA VI

En el 2011 se inaugura el bloque Pediátrico UMI.
Hospital acreditado 2014

AÑOS
2011
2014



Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Hospital de Vías Respiratorias



La denominación del Hospital cambia tras el fallecimiento de la primera dama de la nación, la payanesa Susana López Navia, esposa del expresidente Guillermo León Valencia y se adapta su nombre en honor a ella

Se amplía la capacidad instalada de unidades de cuidados intensivos, donde se implementa plan de contingencia para la atención de COVID 19 ofreciendo una oportunidad ante la vida

Superamos la pandemia y aumentamos nuestra capacidad
Plan de desarrollo 2021-2031



AÑO
2021
2022



AÑO
2023



AÑO
2024

Ajuste a Plan de desarrollo 2024-2034
"Por la excelencia con innovación y transformación integral"



DISTRIBUCIÓN FÍSICA



Edificio asistencial Adultos



Edificio asistencial Pediátrico



Edificio Central de Gases



Edificio Almacén y Archivo



Edificio UCI adultos



Edificio Servicio de Lavandería



Edificio de Calderas



Edificio Almacenamiento de Residuos



Edificio Auditorio



Edificio Urgencias adulto



Sede ambulatoria San Camilo

Personaje Institucional



Susanita, una niña de 9 años que representa el respeto, la honestidad, la ternura y la pulcritud de cada una de las personas que trabajamos en este hospital.

MARCA INSTITUCIONAL

Representado por un ser humano, el cual es respaldado en la abstracción de una Flor de loto, el ser humano representa nuestro modelo de atención centrada en la persona.

Esta flor está asociada a la longevidad por tener propiedades medicinales, significando tanto fertilidad como pureza.

Por lo tanto este símbolo se asocia a la belleza, la salud y todo lo que es bueno y que en situaciones difíciles florece.



HOSPITAL
Susana López de Valencia
E. S. E.



Misión

Somos referentes en la prestación de servicios de salud con calidad, a través de un enfoque integral y humanizado, fomentando la gestión del conocimiento y la innovación para cuidar tu salud, la de tu familia y del entorno.



Visión

Seremos un hospital universitario, sostenible, líder en gestión del conocimiento y la innovación para la prestación de servicios con excelencia.



Nuestras Certificaciones:



ACREDITADO EN SALUD POR EL ICONTEC

El Hospital Susana López de Valencia lleva con orgullo 12 años de acreditación en salud, reafirmando su compromiso con la calidad, la excelencia la seguridad y la atención humanizada.



Sistema de Gestión Ambiental certificado bajo la norma ISO 14001: 2015, que refleja el compromiso del hospital con la sostenibilidad y el cuidado del medio ambiente..



Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMII), siendo el único hospital en el Departamento del Cauca con esta certificación.



Sala Amiga de la Familia Lactante, certificada por la Secretaría de Salud – Alcaldía de Popayán.



Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, parte de una comunidad mundial que busca reducir su huella ecológica y promover la salud ambiental pública.



Red Nacional para el Fomento de la Investigación, participando en procesos de investigación científica y promoviendo la innovación en la atención en salud.

MODELO DE ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LA PERSONA



MODELO DE ATENCIÓN

El modelo está diseñado bajo una analogía de la **flor de loto**, buscando reafirmar en cada uno de los colaboradores de nuestra institución, la pureza del cuerpo y del alma, actuando con ética y transparencia como reflejo de la entidad pública.

La persona en el centro del modelo, representa que somos una institución humana, trabajamos en beneficio de la comunidad, transformándonos con la fusión de los ejes de Atención Centrada en la Persona y Humanización hacia un modelo integral de Atención Humanizada Centrada en la Persona, desplegada a través del programa de humanización y su política; además fortalecerse con acciones de las políticas de Responsabilidad Social, Participación Social y Ciudadana en Salud y el proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU.

El modelo contempla la interacción de los macroprocesos estratégico, de apoyo, misional y de evaluación. Dichos macroprocesos se dinamizan a través de los subprocesos.

Las ideas vienen del proceso de investigación, desarrollo e innovación, por medio del cual se analizan y proponen soluciones que le aportan a la transformación de la institución en el marco de la formación diaria para el talento humano que se proyecta como meta un Hospital Universitario.

El Sistema Integrado de Atención al Usuario; Epidemiología y Ciencia de Datos se convierten en los brazos como subprocesos transversales que brindan protección al resto del cuerpo para acercar al usuario al servicio de salud de forma oportuna, segura y accesible y para mejorar tanto el Sistema de Información que nos permite tomar decisiones como la atención a los usuarios para mejorar la prestación del servicio.

El talento humano con amor y empatía ofrece atenciones seguras y humanizadas y es el corazón de nuestro modelo de atención

La oxigenación del modelo la realiza gestión clínica como eje fundamental en la atención y articulación de los procesos, que se unen para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes y su familia, desde su ingreso, pasando por su tratamiento, hasta su salida y seguimiento, vinculando la excelencia en la atención y buscando los mejores resultados para el usuario.

Nuestro entorno se asocia al agua donde crece la planta, que a pesar de las dificultades siempre florece con majestuosa belleza. Las raíces de la flor reflejan las políticas institucionales, obteniendo las directrices y la ayuda para su crecimiento.

El sol representado por control y evaluación; el planear, hacer, verificar y actuar, es la energía renovadora que unidos a los nutrientes generados por los procesos e inyectados por las políticas nacionales e institucionales, permite que la institución crezca, innove y se transforme en el marco del mejoramiento continuo.

El mapa esta dividido en 4 Macroprocesos



En total contamos con **25 procesos y 34 subprocesos**.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD



mipg

modelo integrado
de planeación
y gestión

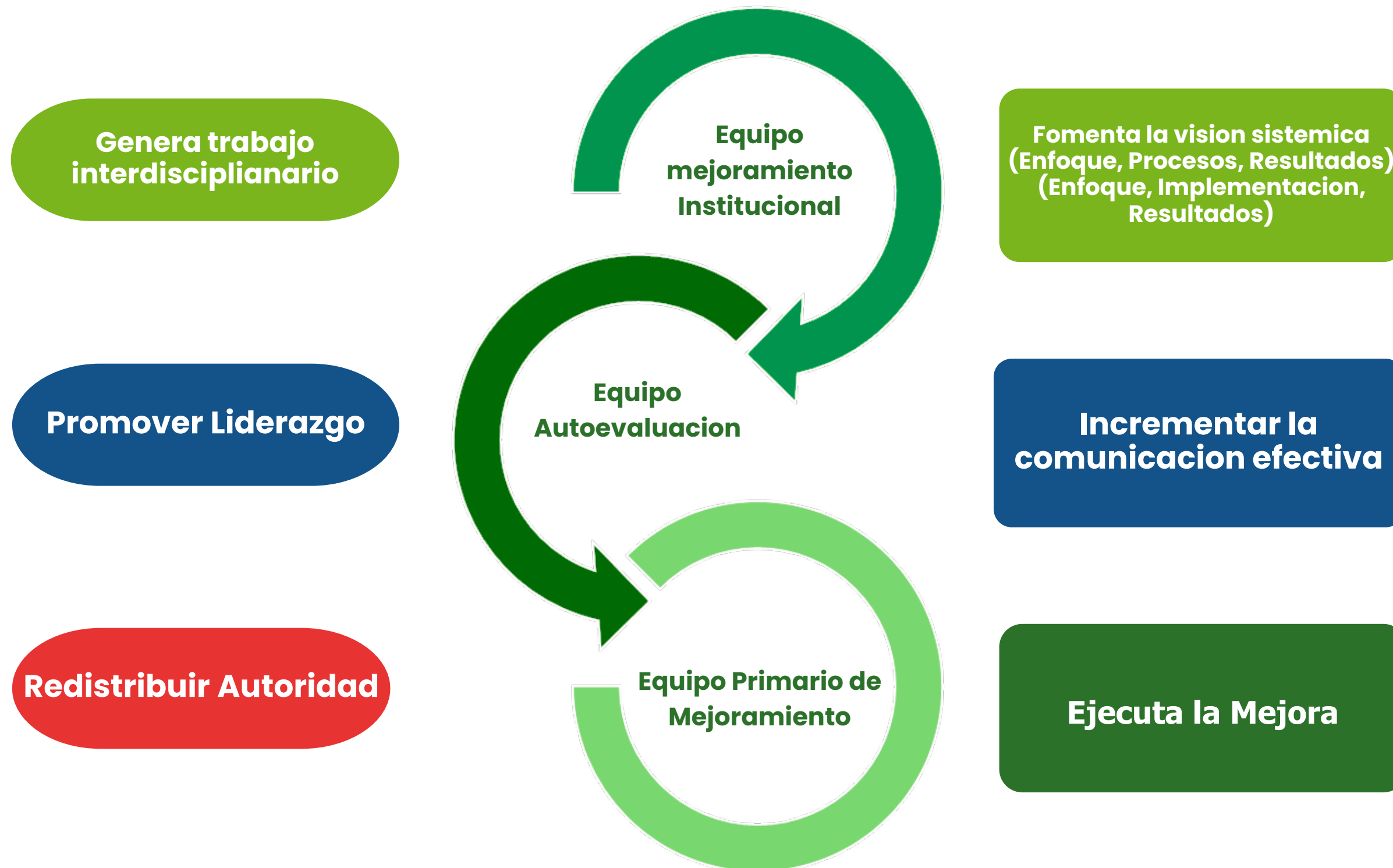


Sala Amiga
de la Familia
Lactante



de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES

ESTRUCTURA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO SUA



EQUIPOS DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

RESOLUCIÓN 170 DEL 11 DE MAYO DE 2026

TERCER NIVEL
16
TRIMESTRAL

EQUIPO DE TERCER NIVEL DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

LIDERES DE LOS ESTANDARES
LIDERES DE EJES
ALTA DIRECCION

EQUIPOS DE SEGUNDO NIVEL DE MEJORAMIENTO

ASISTENCIA
L

35

DIRECCIONAMIENTO

8

GERENCIA

12

TALENTO
HUMANO

11

AMBIENTE
FÍSICO

9

TECNOLOGÍA

13

INFORMACIÓN

11

EQUIPOS DE PRIMER NIVEL DE MEJORAMIENTO

URGENCIAS

6

HOSPITALIZACIÓN

6

CRÍTICOS

6

CIRUGÍA

4

AMBULATORIO

12

PYMS

9

APOYO DIAGNÓSTICO Y
COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

4

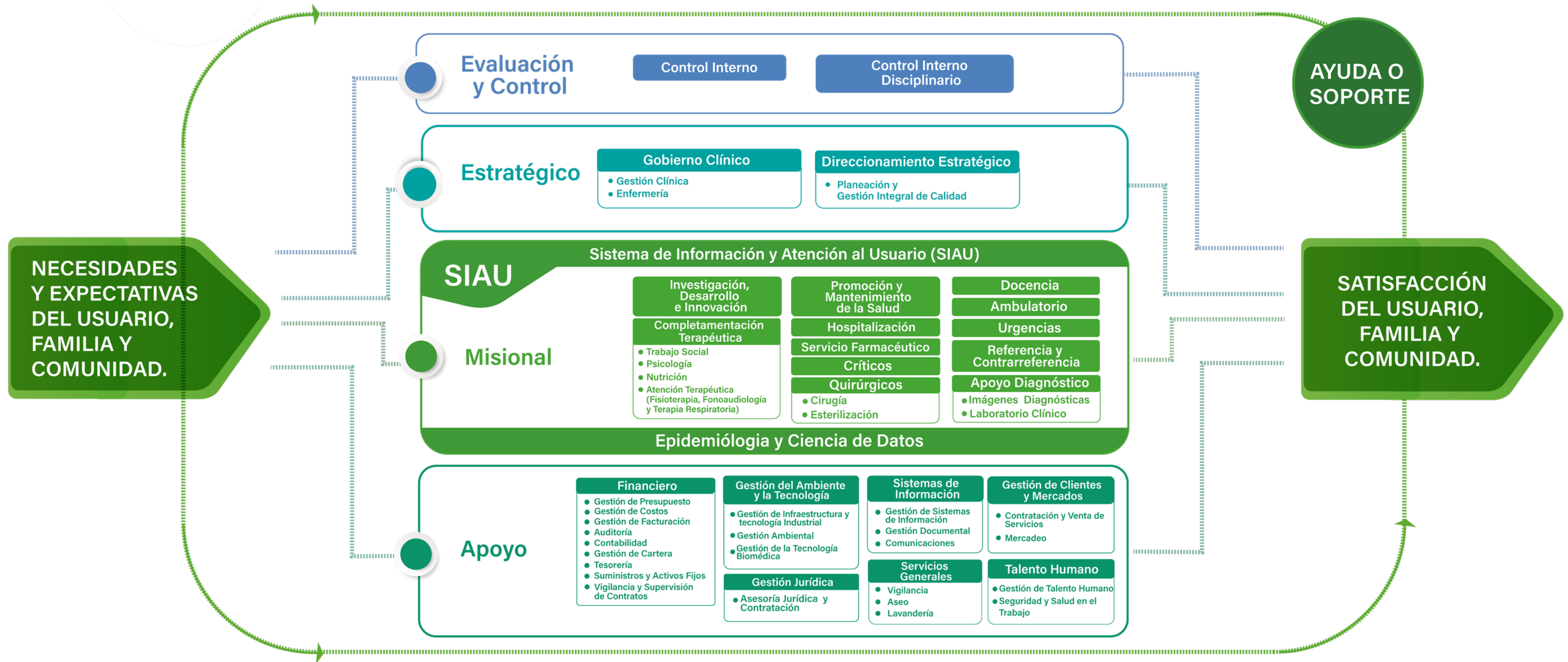




ESTRUCTURA ORGÁNICA

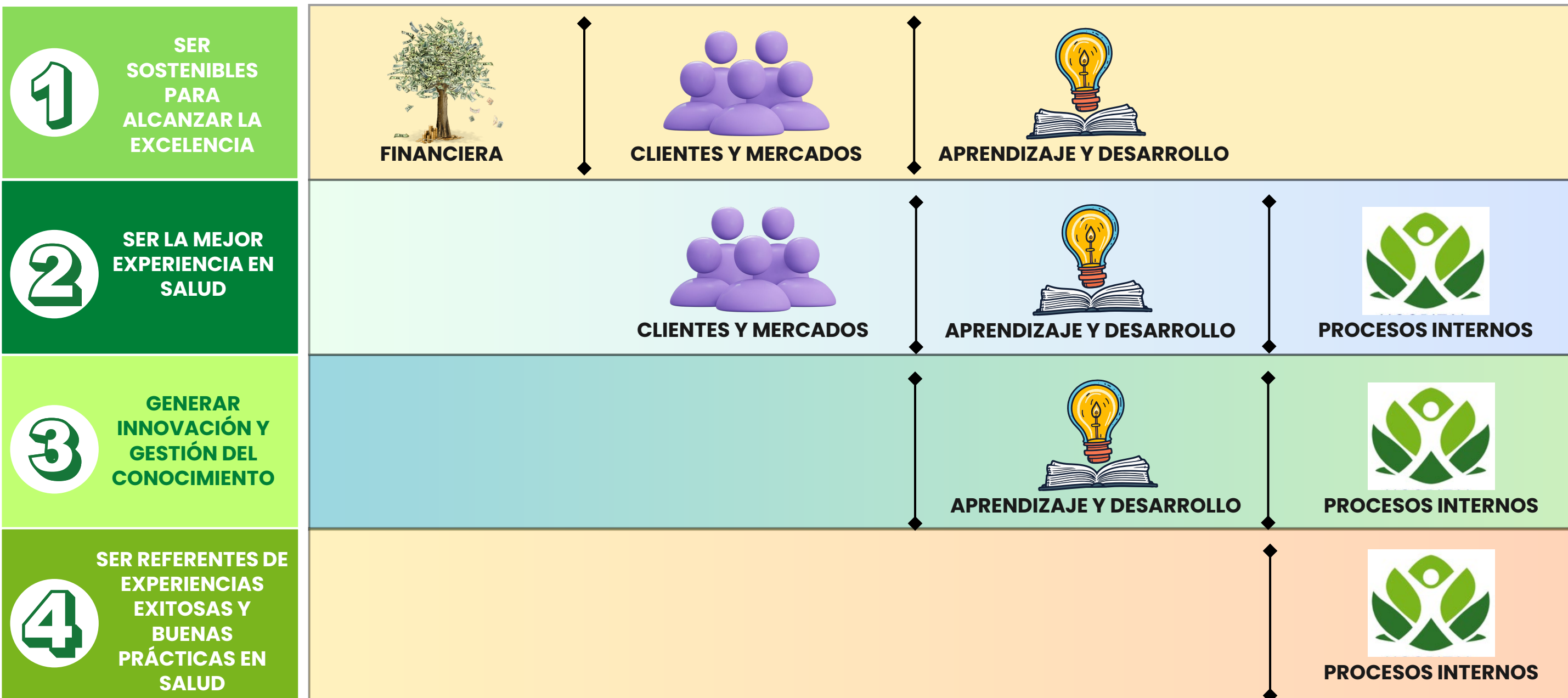


MAPA DE PROCESOS

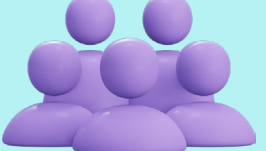


OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

PERSPECTIVAS



OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y ESTRATEGIAS

Perspectiva	Objetivo	Estrategias
 FINANCIERA	Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	Implementar , ejecutar y evaluar un plan de mercadeo
		Contratacion oportuna con las EAPB
		Establecer un plan de recaudo, depuración y recuperación de cartera.
		Implementar políticas de austeridad del gasto
		Fortalecer el costeo institucional y su sistematización
		Realizar y ejecutar la planeación de adquisiciones de bienes y servicios
		Diseñar y hacer seguimiento al plan de inversiones
 CLIENTES Y MERCADOS	Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	Promover la protección del medio ambiente y aportar al desarrollo sostenible
		Implementar actividades para el desarrollo del programa de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables
		Implementar acciones para la responsabilidad social empresarial
		Definir y Ejecutar el programa de Transparencia y Etica Pública
	Ser la mejor experiencia en salud	Ampliación del portafolio de servicios de mediana y alta complejidad acorde a la proyección institucional
		Implementar el modelo de atención centrada en la persona
 PROCESOS INTERNOS	Generar innovación y gestión del conocimiento	Fortalecer la participación y atención al ciudadano
		Certificación del Sello de No Discriminación por parte del Ministerio del Interior y el ICONTEC.
	Ser Referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	Implementar los componentes de la ruta materno perinatal con enofque intercultural, en el marco de las redes fucionales de servicios obstétricos para el Reconocimiento como referentes de la red funcional de maternidad y servicios obstétricos por parte de la Secretaría de Salud Departamental
		Establecer y ejecutar el plan de gestión del conocimiento y la innovación
		Estructurar el proceso de trasferencia de conocimiento

OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y ESTRATEGIAS

Perspectiva	Objetivo	Estrategias
 PROCESOS INTERNOS	Ser la mejor experiencia en salud	Continuar fortaleciendo el mejoramiento prospectivo
		Fortalecer y mantener la estrategia IAMII y AIEPI
		Fortalecer la cultura organizacional
		Implementar estrategias y demás requerimientos para ser un Hospital Seguro y reconocido con el sello Galardón Hospital Seguro
		Fortalecer el Gobierno clínico
 APRENDIZAJE Y DESARROLLO	Generar innovación y gestión del conocimiento	Fortalecer la gestión del conocimiento y la innovación con mecanismos de producción científica
		Fortalecer el proceso de enseñanza y aprendizaje en salud
		Fortalecer la investigación a través de la articulación y convenios de entidades generadoras de conocimiento
		Establecer procesos de investigación que contribuyan a la innovación
		Participar de convocatorias en innovación y gestión del conocimiento
		Estructurar el proceso de investigación del hospital en el marco de la proyección institucional y los criterios del reconocimiento como hospital universitario
		Postulación a Convocatoria Nacional de Actualización y Transición para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el Reconocimiento de Investigadores del Sistema Nacional De Ciencia, Tecnología e Innovación
	Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	Estructurar el proceso para la certificación como centros de excelencia en las especialidades de traumatología y ortopedia y materno infantil
		Formular e implementar el plan estratégico de Talento Humano
		Análisis del proceso para la reestructuración de la planta de personal

OBJETIVOS
INSTITUCIONALES Y
ESTRATEGIAS

Perspectiva	Objetivo	Estrategias
 APRENDIZAJE Y DESARROLLO	Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	Fortalecer las competencias y la gestión del Talento Humano Estructurar e implementar el plan para la Certificación como Empresa Familiarmente Responsable bajo la estructura del ICONTEC Mantener un proceso de mejoramiento continuo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo Fortalecer el desempeño institucional en salud
	Ser la mejor experiencia en salud	Tecnología e instalaciones seguras, resilientes e oinclusivas. Índice de desempeño institucional y de control interno, dimensión de información y comunicación >90%

“POR LA EXCELENCIA CON INNOVACIÓN Y TRANSFORMACIÓN INTEGRAL.”

PLAN ESTRATÉGICO Y DE DESARROLLO 2024-2034

CÓDIGO DE INTEGRIDAD

D



Principio. Cumpló 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.

COM



Principio. 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.

R



Principio. 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.



I



Principio. Generamos valor impulsando nuevas ideas, enfocadas al mejoramiento continuo del entorno y de los procesos institucionales.

JU



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

HO



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

LO QUE HAGO

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.

INNOVACIÓN

Implementar de forma continua **nuevas ideas**, tecnologías, procesos y modelos de atención que transformen la atención en salud.

COMPROMISO

Soy consciente de la **importancia de mi rol** 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.

JUSTICIA

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

RESPETO

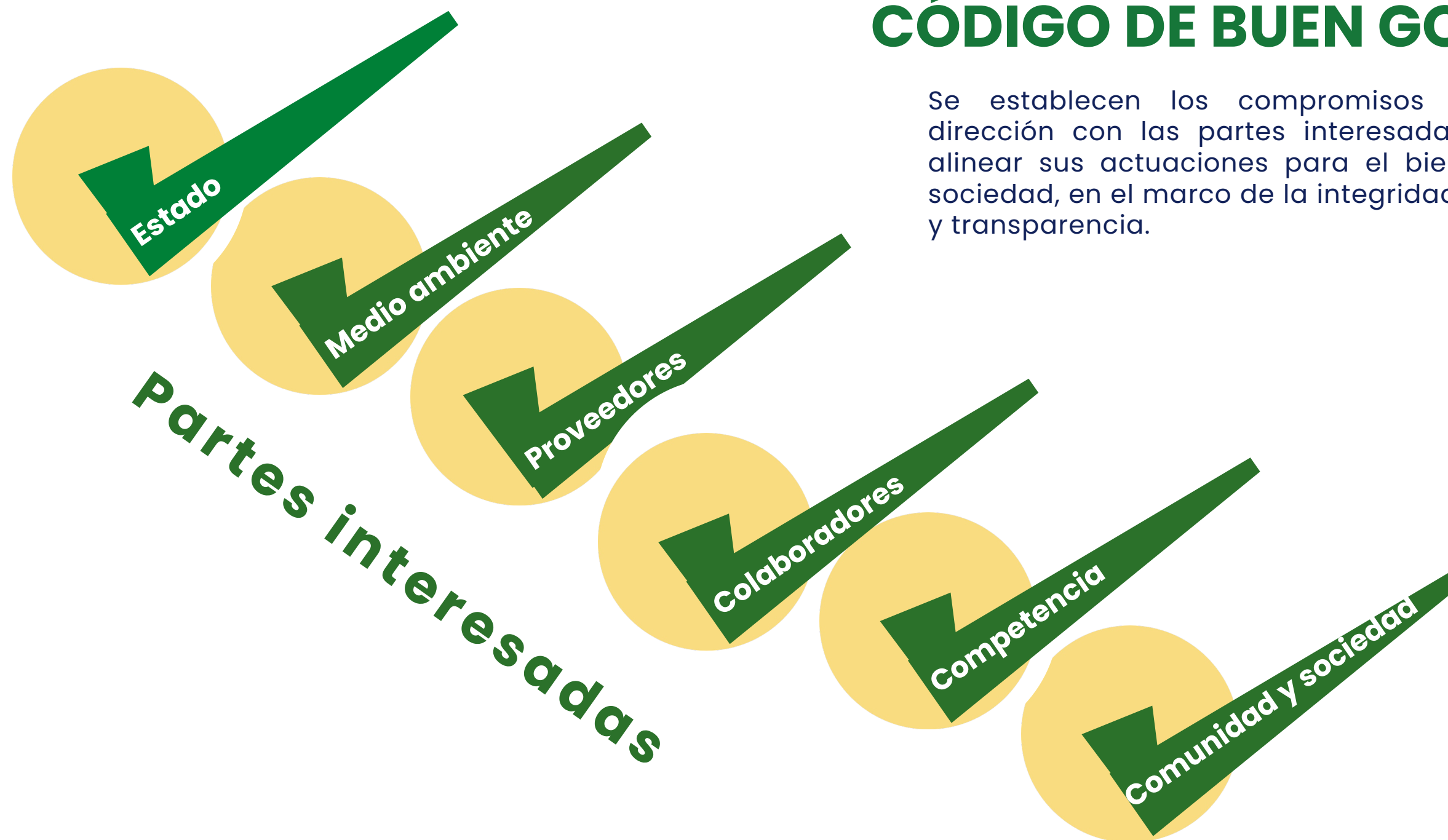
Reconozco, valoro y **trato de manera digna** a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

HONESTIDAD

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

CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

Se establecen los compromisos de la alta dirección con las partes interesadas, buscando alinear sus actuaciones para el bienestar de la sociedad, en el marco de la integridad, efectividad y transparencia.



MACROPROCESO MISIONAL

GESTIÓN CLÍNICA

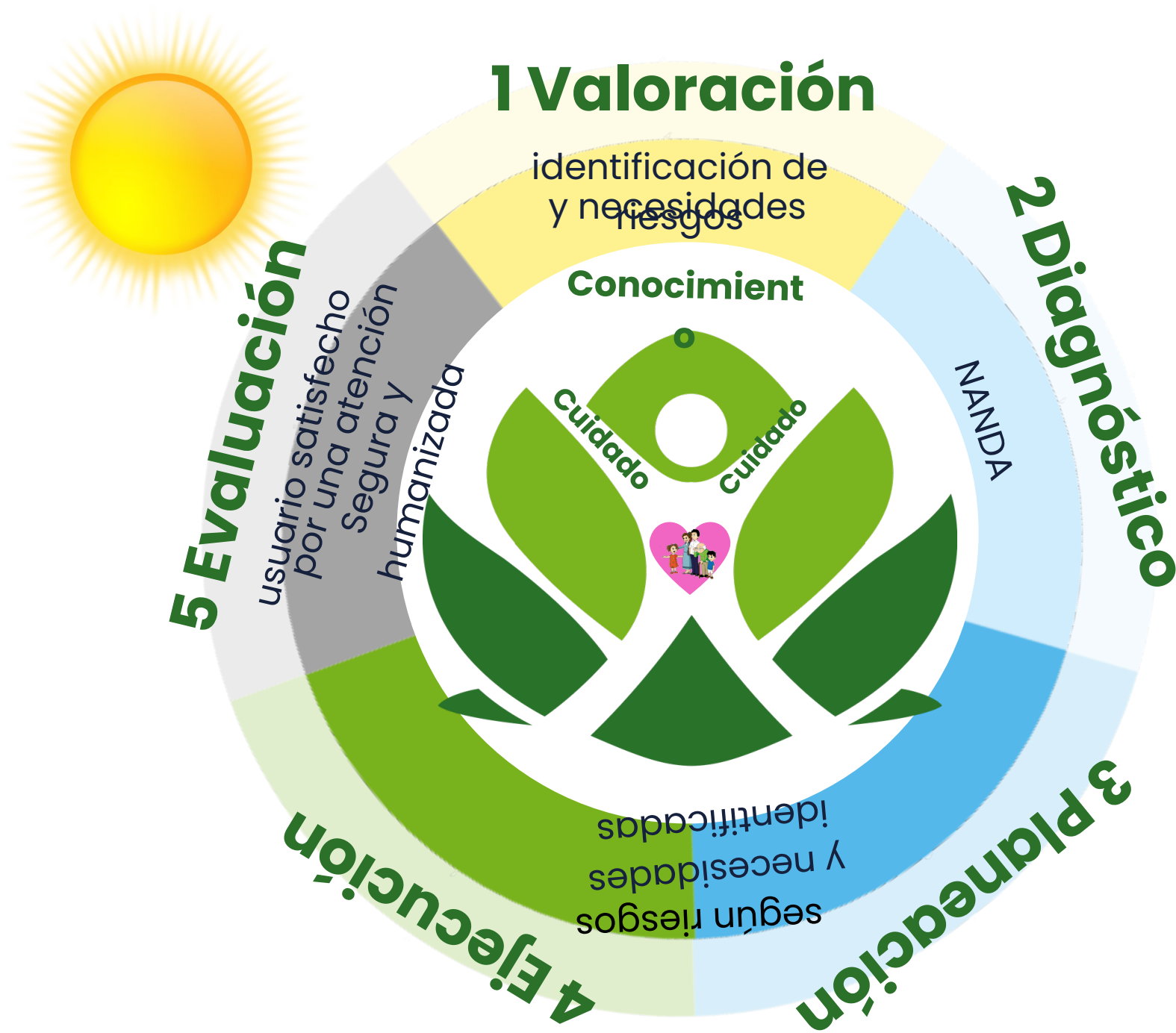
ELEMENTOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA



MODELO DE GESTIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE Y FAMILIA



Marjory Gordon
Virginia Henderson



SISTEMA INTEGRADO DE ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)



Susanita te escucha

Susanita te visita durante tu proceso de atención para escucharte y tratar de satisfacer tus expectativas

Conozca sus Derechos

1 Nam chish esik amenai yamerasre, purashen, untak teka ut entrei, incha mamera yu lata, asrwan asinuk lata ketre untak teka purukuntra.

Acceder a los servicios tecnologías de salud y a los medicamentos que le garanticen una atención integral y de calidad.

2 Nam chi kuantre kopen teka kopena ter eshkamik, srana trumar chi kale pumentrei.

Recibir información oportuna y comprensible sobre su estado de salud que le permitan tomar decisiones sobre los procedimientos que le vayan a practicar y sus riesgos.

3 Chish esik amenai yamerasre wam meresrepe, chiwantekucha latre terwan eshkamik.

Recibir información, solicitar explicación o rendición de cuentas de los costos de atención.

4 Namui asr chis amenamikwan ashipelan lata, chu pumikwan lata paya meramik.

Elegir libremente al médico y a la institución para mi atención.



5 Atsi inchime lata untak teka purukuntra nam isuilan, trektewaimumai maramikwan.

Recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.

6 Nam chiwan kopen wam meresreilan tapik wan lata pesrik wan lata, namun kucha peste letentra.

Expresar y recibir respuestas de las quejas, reclamos y sugerencias.

7 Namui asryu chi kopen mur pusrkuei ampen, mentra chine paimete peste purukuntra.

Acceder a los servicios de urgencias, sin que le impogan tramites administrativos adicionales a los de ley.

8 Namui asryu chi kopen murtik eshkapikwane mun kopen wam pirichimentra.

A la intimidad y la confidencialidad de la historia clínica.

9 Munkepen asr perap ashipikwan katele paya meramik chiyu kopen ter komupene.

A recibir una segunda opinión por parte de profesional de la salud cuando lo considere pertinente.

10 Namui asr umpu chi ke pikwane pure untak teka k emik, kansremai ampen mumera chi kepachip, chi wesrap komentra.

A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

Conozca sus Deberes



1

Chish ɔsik amɛnam
purukupelɔ isunanilan
pesan namɔtɔ nakuk
yukutri, pɔtɔkatanelan
lata tɛr srua kɛmik.

Propender por su autocuidado, el de su familia, comunidad y atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.



2

Chu kɛpen isuitɛ kɛpen
untak tɛka kan
latrɔtɛ purukup ampamik.



Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.



3

Chis ɔsik amɛnai yau
purukupelan kɛrik pala kɛmik.

Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.



4

Chish ɔsik amɛnai yamerasɔ
ampen munukutra chipene,
tapmeitɛ munukumik.

Actuar de buena fe frente al sistema de salud usando adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas y cumpliendo las normas del sistema de salud.



5

Chish ɔsik amɛnai yamerasɔ
chi kuiwam tapmeitɛ eshkapien
namkutri kucha unta
tɛka marɛp ampamik.

Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.



6

Nam kitau pusra kunkaikpe
chu nepui katik
untaram purumik.

Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

¿ COMO PUEDE ACCEDER AL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU?

Si tiene una **PQRSD- Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia o Denuncia** relacionada con nuestros servicios de salud puede comunicarse a través de:



RUTAS DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL

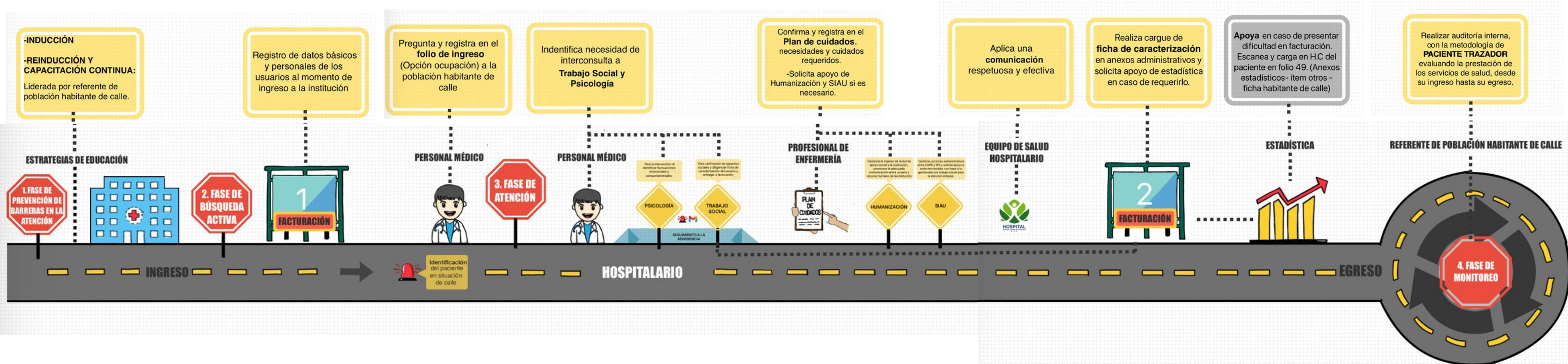
ENFOQUE DIFERENCIAL

Las poblaciones y aspectos priorizados con enfoque diferencial en salud son:

- 1 HABITANTE DE CALLE
- 2 LGTBIQ+
- 3 VIOLENCIA SEXUAL
- 4 VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
- 5 ENFOQUE ÉTNICO
- 6 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

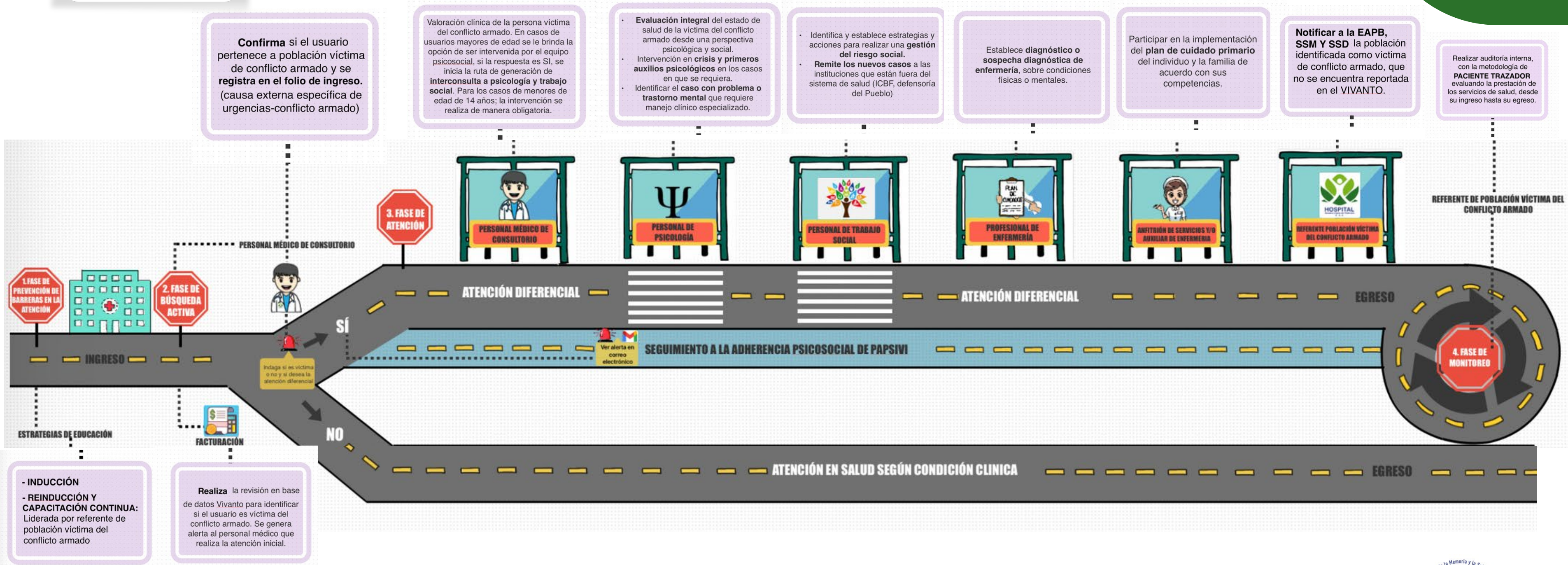
Fase de Implementación

- 1 Educación: Inducción y reinducción
- 2 Prevención de barreras en la atención
- 3 Búsqueda activa (Facturación)
- 4 Atención hospitalaria o ambulatoria
- 5 Monitoreo: auditoría con paciente trazador



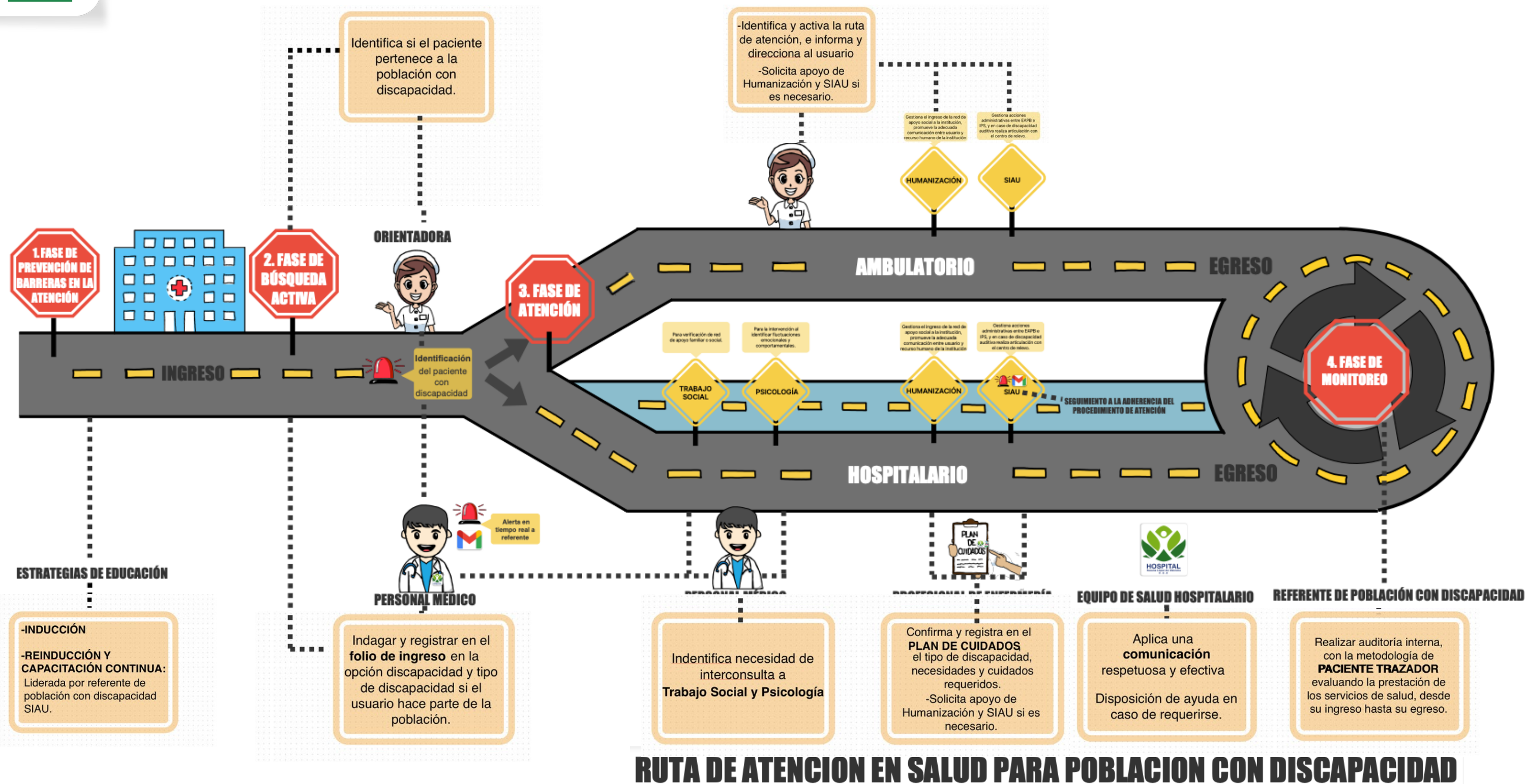
ruta de atención en salud para población habitante de calle

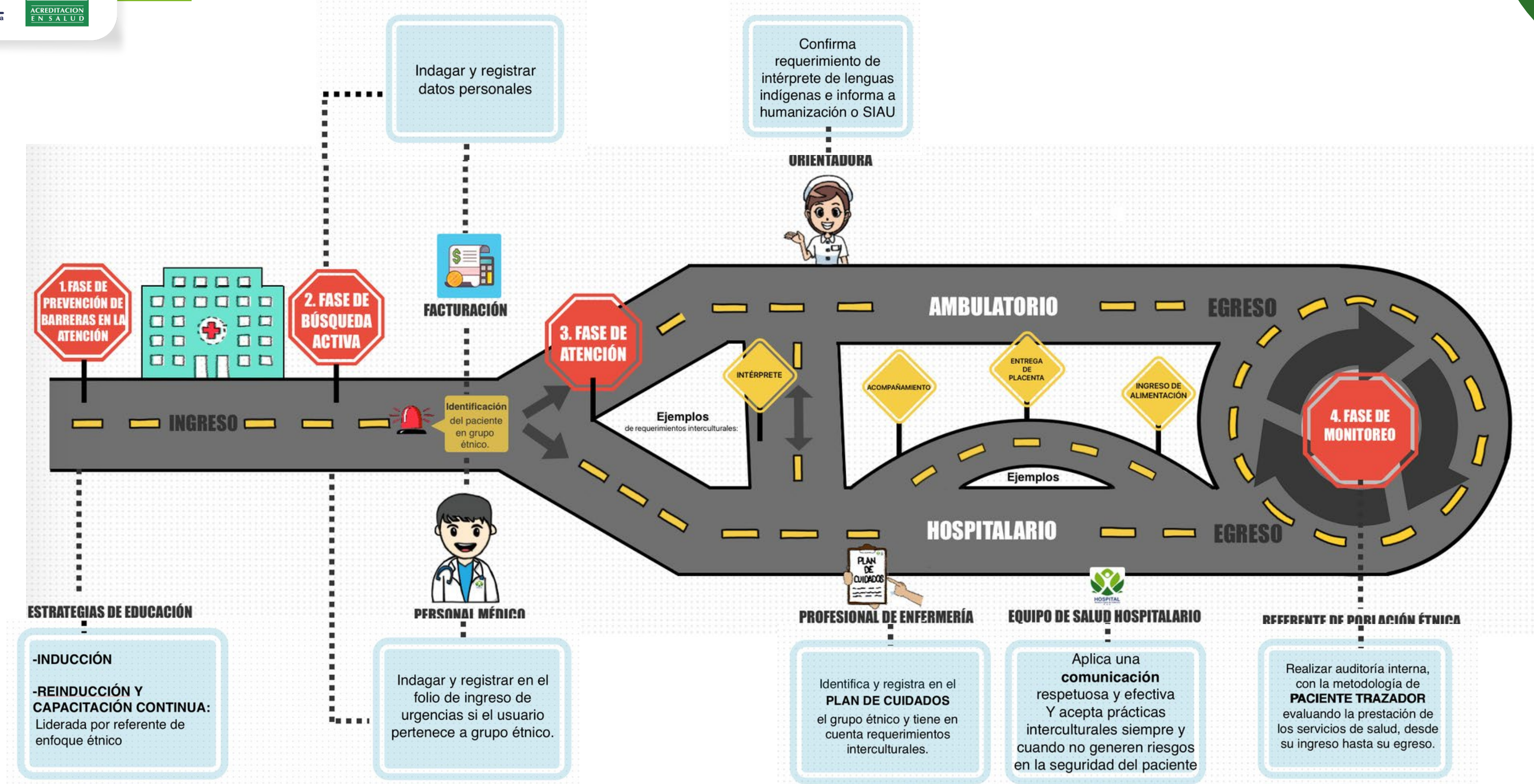




RUTA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO - PAPSIVI

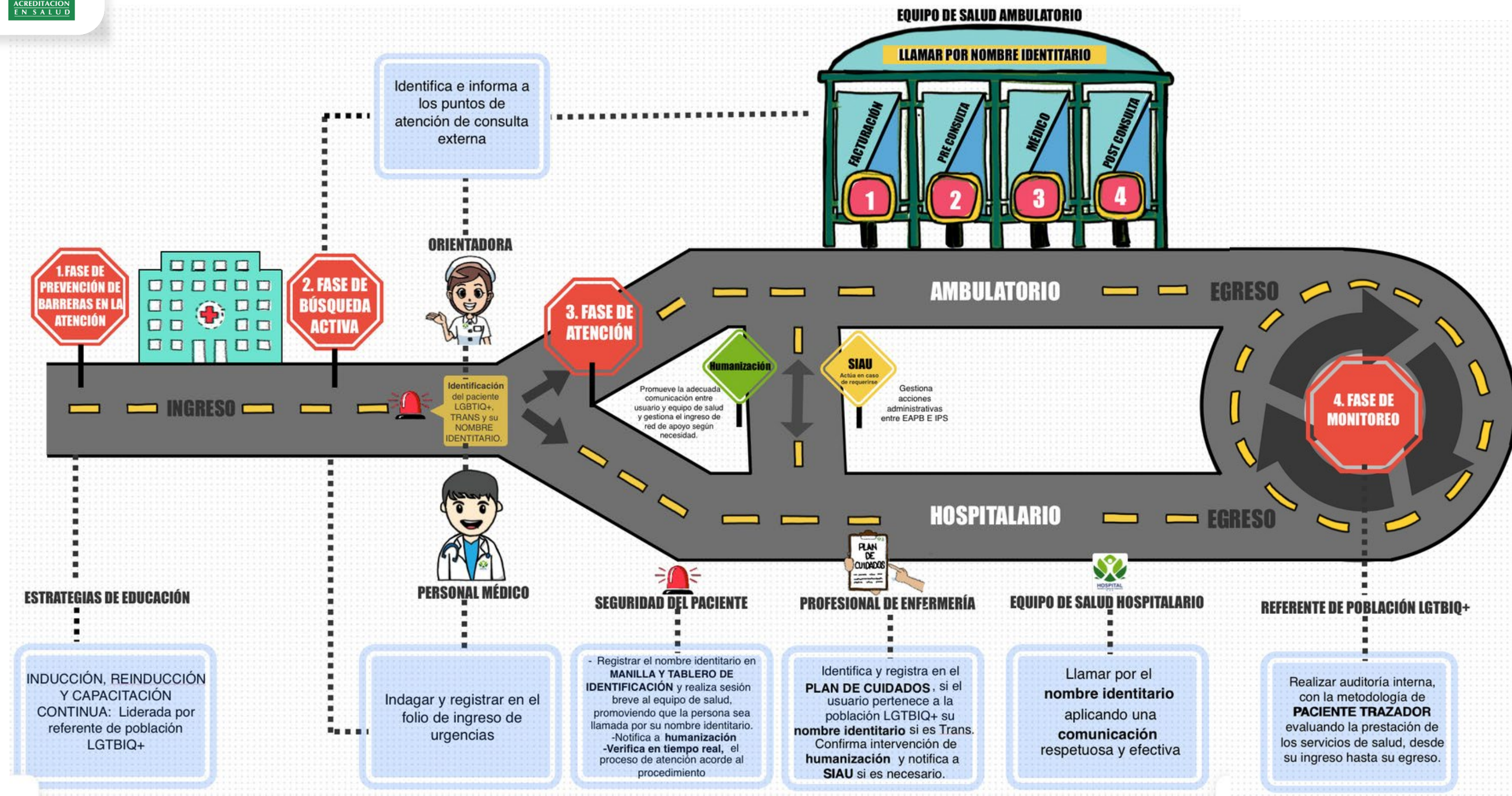






RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE ÉTNICO - RASEE



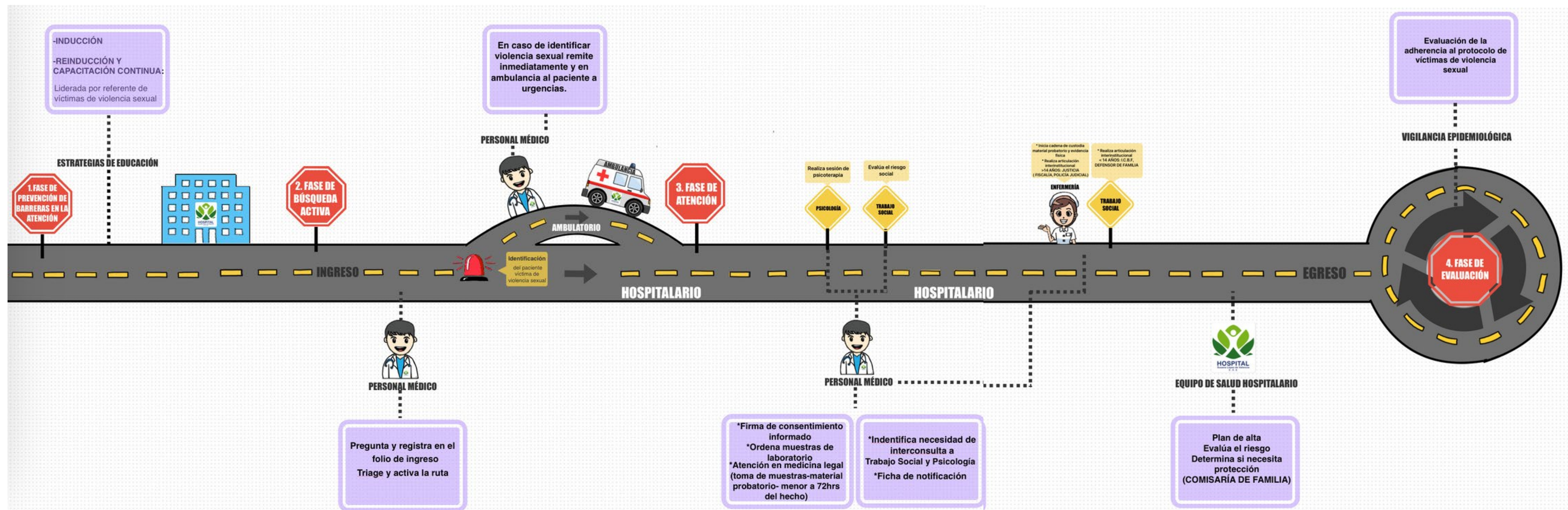


RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD PARA POBLACIÓN LGTBIQ+





ruta de atención en salud de violencia sexual



POLÍTICAS INSTITUCIONALES

POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y SU CLASIFICACIÓN

La clasificación de las políticas se enmarcan en el Sistema Único de Acreditación en Salud y se complementan con MIPG y normatividad vigente.

GESTIÓN CLÍNICA, EXCELENTE Y SEGURA

- Seguridad del Paciente
- Uso racional de medicamentos

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Prestación de Servicios y de Calidad
- Promoción y Mantenimiento de la Salud
- IAMII (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral).

TRANSFORMACIÓN CULTURAL

- Formación y Educación Continuada
- Investigación
- Gestión del conocimiento y la innovación
- Gestión Estratégica del Talento Humano
- Prevención del Acoso Laboral
- Comunicaciones
- Planeación Institucional
- Seguridad y Salud en el Trabajo
- Prevención de Sustancias Psicoactivas Lícitas y No Lícitas
- No Fumador

EJES DEL MEJORAMIENTO

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- Humanización.
- Condiciones de Silencio y Reducción de Contaminación Auditiva

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

- Gestión de la Tecnología

ENFOQUE Y GESTIÓN DEL RIESGO

- Administración del Riesgo
- Racionalización de Trámites
- Transparencia
- Tratamiento de Datos Personales
- Política de Gobierno Digital
- Política de Seguridad de la Información
- Gestión de la Información estadística
- Gestión Documental
- Prevención del Daño Antijurídico
- Sostenibilidad Financiera
- Sistema Integral de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT)

RESPONSABILIDAD SOCIAL

- Gestión Ambiental
- Participación Ciudadana y Social en Salud
- Responsabilidad Social

POLÍTICA DE SERVICIOS Y DE CALIDAD



PLANEACIÓN

Define la ruta estratégica institucional para satisfacer las necesidades de la población, buscando ser la mejor experiencia innovadora en salud, siendo sostenibles y referentes de éxito.



POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL (PPI)



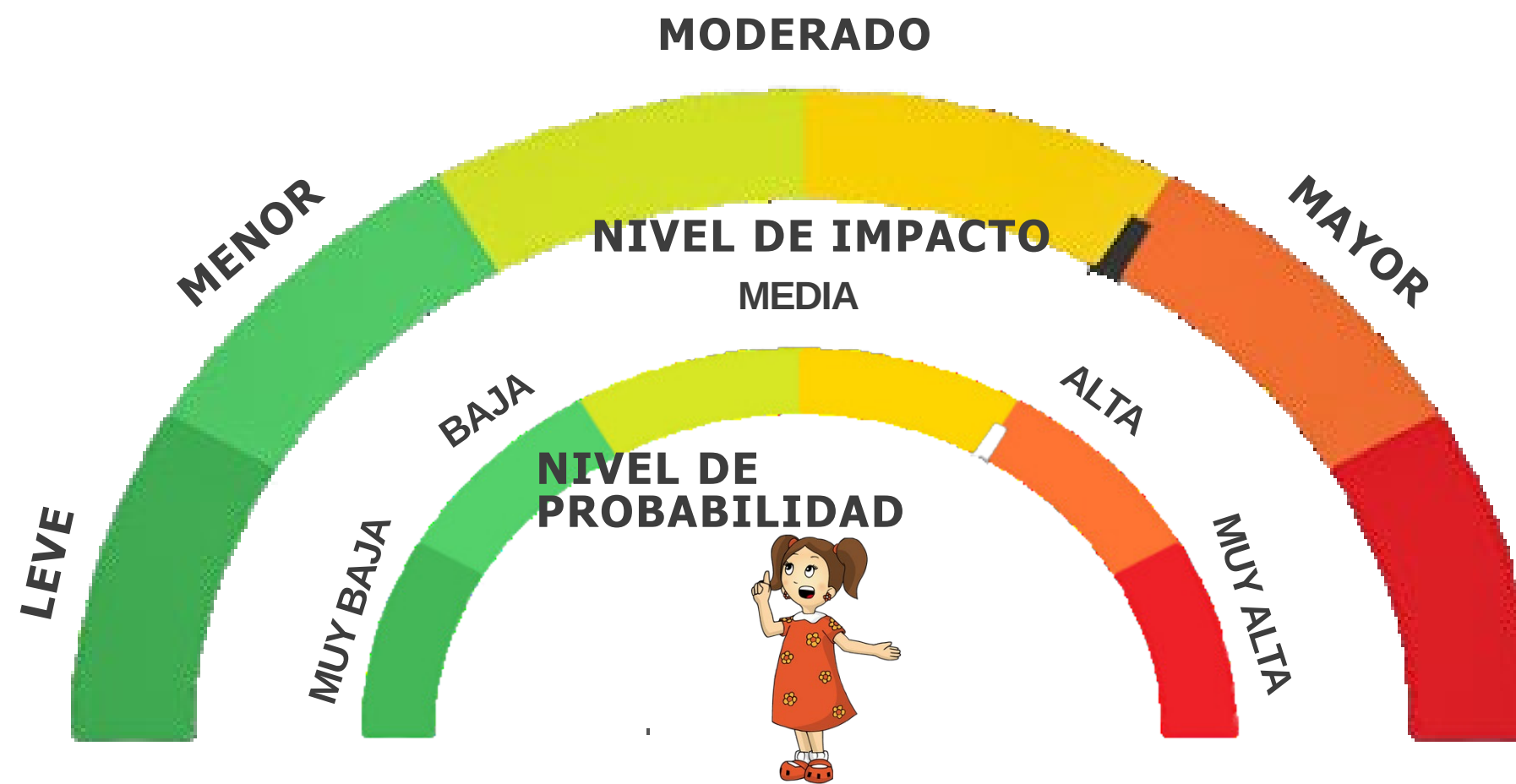
POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO (PAR)

Línea de acción:



Clasificación de los riesgos:

1. Riesgos de gestión
2. Fiscales
3. Corrupción
4. Seguridad de la información
5. Lavado de activos (SARLAFT)
6. Ambientales
7. Fuga del capital intelectual



POLÍTICA DE SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para realizar una adecuada administración de los riesgos de la entidad relacionados con Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) aplicando lo normativo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud y dar cumplimiento a los objetivos institucionales con tratamiento eficaz y efectivo.

LÍNEA DE ACCIÓN

Establecemos el contexto, identificamos, valoramos, tratamos y monitoreamos, los riesgos relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).



POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

Para la institución la humanización se traduce en la expresión de atención en salud con el ejercicio pleno de aplicación de derechos, deberes, así como acciones humanizadas en la interculturalidad, promovida por colaboradores con sentido humano guiados por el decálogo de humanización.



Enfoque: Código



LÍNEA 1

TRILOGIA DEL CUIDADO (PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD)

- Educación que acompaña
- Ambientes que sanan
- Aliviar con ciencia y corazón
- Acompañamiento humanizado
- Vinculos que sanan



LÍNEA 2

HUMANIZACIÓN EN ACCIÓN COLABORADORES

- Centro de escucha y cuidado integral
- Tiempo para cuidarte
- Huella de excelencia
- Educando con propósito
- Acompañamiento en el duelo

Acompañamiento en el duelo

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

1 EDUCACIÓN QUE ACOMPAÑA

Estrategia orientada a fortalecer el proceso educativo de los niños y niñas hospitalizados, mediante la generación de espacios de aprendizaje.

- Alfabetización
- Aulas hospitalarios
- Talleres de apoyo académico



LÍNEA 1

TRILOGIA DEL CUIDADO (PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD)

5

VINCULOS QUE SANAN

Acciones orientadas a promover el bienestar emocional y fortalecer los lazos afectivos de los pacientes y sus familias, favoreciendo la cercanía, la esperanza y la dignidad durante la estancia hospitalaria.

Celebración de cumpleaños- Ruta del sol
Tarde de cine -Donatón- Lazos de amor
Carrito de los sueños

2 AMBIENTES QUE SANAN



Tiene como propósito garantizar un entorno hospitalario digno, seguro y respetuoso, en el cual se reconozcan y prioricen las necesidades individuales de cada paciente. Implementación de la Política de Silencio, junto con el fortalecimiento de las barreras físicas, orientadas a garantizar la privacidad, el confort y el bienestar del paciente durante su atención. Asimismo, estas acciones contribuyen a la protección de la información, en cumplimiento de los principios de confidencialidad y seguridad del paciente.

3 ALIVIAR CON CIENCIA Y CORAZÓN



El personal de salud debe identificar de manera oportuna las necesidades relacionadas con el manejo del dolor en cada paciente y gestionar el apoyo correspondiente para la aplicación de las estrategias no farmacológicas. Musicoterapia, aromaterapia y las prácticas de mindfulness, con las cuales se busca ofrecer un abordaje integral que contribuya a la disminución del malestar y al fortalecimiento del bienestar físico y emocional del paciente.

4 ACOMPAÑAMIENTO HUMANIZADO



Brindar apoyo emocional y espiritual integral a los pacientes, sus familias, promoviendo la contención, el acompañamiento y el fortalecimiento interior durante los procesos de enfermedad, recuperación o duelo, en coherencia con los valores de respeto, compasión y dignidad humana que orientan la atención hospitalaria.

- **Apoyo Emocional:**
Manejo del duelo — Brazos vacíos, Código lila
- **Apoyo espiritual:**
Acompañamiento de guía espiritual
- **Terapia asistida con animales**

POLITICA DE HUMANIZACIÓN

1 CENTRO DE ESCUCHA Y CUIDADO INTEGRAL

Espacios de acompañamiento psicosocial orientado al bienestar emocional y la humanización del servicio. El programa cuenta con tres canales de ingreso:

- **Solicitud autónoma a través del botón estamos contigo**
- **Remisión del líder inmediato**
- **Detección a partir de reportes en la plataforma de seguridad del paciente**

Garantizando un acceso oportuno, confidencial y articulado al apoyo. Se brindarán hasta dos sesiones de acompañamiento por persona y, en caso de identificarse la necesidad de atención especializada, se realizará la remisión correspondiente a la EPS o ARL, asegurando la continuidad del cuidado.

- **Acompañamiento en el duelo**

Estamos contigo

2 TIEMPO PARA CUIDARTE



Orientado a fortalecer su bienestar físico, emocional y social mediante el desarrollo de actividades de promoción del autocuidado y la salud integral, tales como: baile terapia, musicoterapia, yoga y prácticas de mindfulness, así como espacios de esparcimiento y torneos institucionales, realizados en articulación con entidades externas aliadas.

- **Spa hospitalario**

LÍNEA 2

HUMANIZACIÓN EN ACCIÓN COLABORADORES



3 HUELLA DE EXCELENCIA

Es un reconocimiento institucional que se realiza al finalizar el año, con el propósito de exaltar el compromiso y la dedicación de los colaboradores que se destacan por su desempeño y aporte al cumplimiento de atención humanizada, segura y de calidad para las personas y será elegido por los compañeros.



4 EDUCANDO CON PROPÓSITO

La estrategia esta orientada a la educación, capacitación y sensibilización del talento humano con habilidades de humanización.



5 ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO



Consiste en el apoyo brindado a los colaboradores en momentos de pérdida de un ser significativo, ya sea humano o animal. Este acompañamiento es realizado desde el área de Humanización, a través de intervención psicológica, con el propósito de ofrecer orientación, contención emocional y herramientas que faciliten el afrontamiento del duelo, promoviendo el bienestar emocional y la adaptación a la situación vivida.

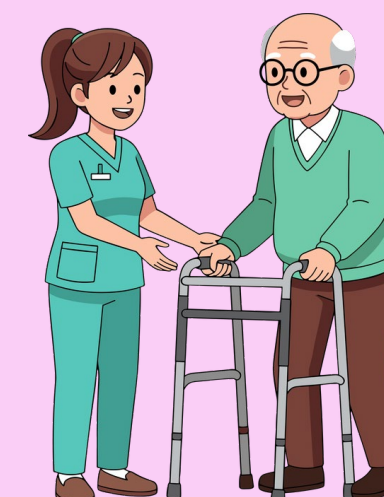
CULTURA HUMANIZADA

Línea 1- TRILOGIA DEL CUIDADO

ESTRATEGIAS

- Educación que acompaña
- Ambientes que sanan
- Aliviar con ciencia y corazón
- Acompañamiento humanizado
- Vinculos que sanan

(PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD)



ESTRATEGIAS

- Centro de escucha y cuidado integral
- Tiempo para cuidarte
- Huella de excelencia
- Educando con propósito
- Acompañamiento en el duelo

COLABOLADOR DOCENCIA Y PERSONAL EN FORMACIÓN



Línea 2- HUMANIZACIÓN EN ACCCION

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (PSP)



La Seguridad del
Paciente es
una prioridad
institucional

Caracterizada por ser:

- Educativa – No punitiva
- Responsable

Objetivo:

- Minimizar el riesgo
- Reforzar e implementar barreras y defensas en seguridad del paciente

A través:

- Prevención
- Identificación
- Gestión del riesgo relacionado con la atención

MODELO DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE



LÍNEAS DE ACCIÓN POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



IDENTIFICAR
correctamente
al paciente



Mejorar la
COMUNICACIÓN
efectiva.



Mejorar la
seguridad de los
MEDICAMENTOS



Garantizar
CIRUGÍA segura.



Reducir el riesgo de
INFECCIONES asociadas
a la atención en salud.



Reducir el riesgo
de **CAÍDAS**



Prevenir **ÚLCERAS**
POR PRESIÓN



Garantizar la seguridad
en la atención del
BINOMIO madre –hijo.



Garantizar la seguridad en
la administración de
HEMOCOMPONENTES



Garantizar la seguridad
con los **DISPOSITIVOS**
médicos.

PROGRAMAS DE VIGILANCIA INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES

Identificación

Registro

Análisis causal

Defensas de Seguridad





DEFINICIONES:

RIESGO

Probabilidad de que se produzca un **evento adverso** durante la atención en salud

FALLA

Acciones u omisiones involuntarias que generan **riesgo** de la ocurrencia de un **evento adverso** durante la atención en salud

INCIDENTE

Es **involuntario**, ocurre **durante el proceso de atención** en salud y *no causa daño*

EVENTO ADVERSO

Prevenible -No prevenible

Es **involuntario**, ocurre durante el proceso de **atención** en salud y *Causa daño*

LEV E	MODERAD O	GRAV E	CENTINELA
<i>Daño de mínima gravedad que NO amerita tratamiento médico o quirúrgico</i> <i>Ej. Caída que genera pequeña laceración</i>	<i>Daño moderado que amerita tratamiento médico o quirúrgico</i> <i>Ej. Caída que genera fractura proximal de humero la cual requiere un procedimiento quirúrgico con posterior recuperación.</i>	<i>Daño severo que amerita tratamiento médico o quirúrgico para salvar la vida</i> <i>Ej. Caída que genera Trauma Cráneo encefálico que requiere intervención quirúrgica para salvar su vida y presenta una posterior recuperación.</i>	<i>Daño severo de carácter permanent e o muerte</i> <i>Ej. Caída que genera Trauma Cráneo Encefálico severo con secuelas neurológicas permanentes.</i>

IDENTIFICAR correctamente al paciente



Identificadores del paciente:

- NOMBRE completo
- Fecha de NACIMIENTO
- Documento de identificación

Mecanismos de identificación:

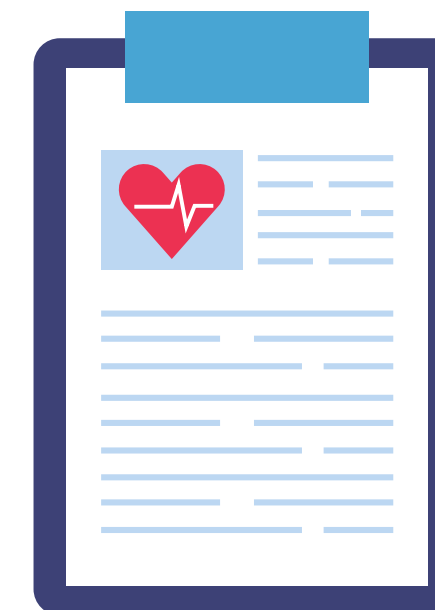
Tablero de identificación



Manilla de identificación



Historia clínica



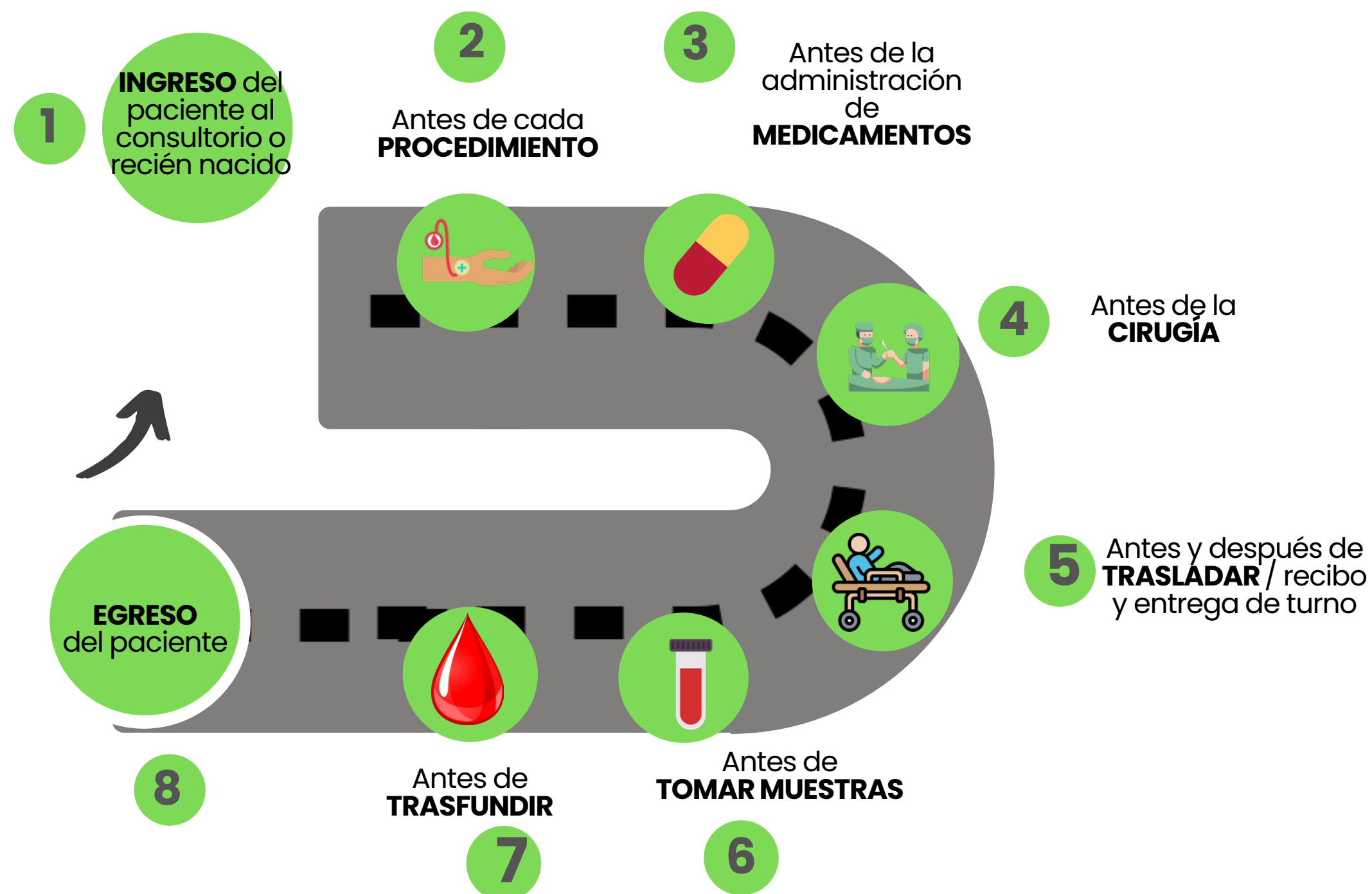
Nombre: Pepito Perez
Identificación:
 10024568954
Fecha de nacimiento:
 10/02/19

IDENTIFICAR correctamente al paciente



- Comparación de DOS mecanismos
- Durante todo el ciclo de atención

Verificación cruzada de identificación:



Identificación ante el paciente

Al ingreso del paciente

En la revista y entrega de turno

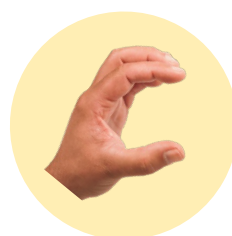
En las rondas clínica de los servicios



IDENTIFICAMOS correctamente al paciente



Todos los funcionarios del hospital independiente de su labor u oficio deben identificarse con su carnet, el cual es de uso obligatorio. Además de saludar amablemente y dirigirse de manera cordial y respetuosa al usuario y su familia.



MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

LAS 4C'S DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

CORDIAL
Porque la amabilidad abre puertas

CLARA
Para que se entienda

COMPLETA
Para brindar satisfacción

CONFIRMADA
Efectividad de la información

COMUNICACIÓN REDUNDANTE

Confirmar en voz alta la indicación en órdenes verbales, durante procedimientos, en resultados de imágenes o laboratorios alterados o cuando se brinda educación a pacientes o familiares

COMUNICACIÓN TELEFÓNICA- CLIENTE INTERNO

SALUDO:
Se recomienda saludar amablemente al **colaborador que esta al otro lado de la línea y/o responder al saludo.**

IDENTIFICACIÓN:
Es importante que el personal se identifique con su nombre, cargo, y servicio.

SOLICITAR:
Describir el motivo de la solicitud de forma clara y concisa

CONFIRMAR:
Se debe confirmar la información que se da o recibe para que ambas partes queden satisfechas.

MODELO DE COMUNICACIÓN ENTORNO, PERCEPCIÓN DEL PACIENTE, INVITACIÓN, COMUNICAR, EMPATÍA Y ESTRATEGIA- EPICEE (SABER DAR MALAS NOTICIAS)

Grupo de comunicación de eventos adversos graves o centinelas



Escuela
PARA PACIENTES Y CUIDADORES

Encuentros mensuales a cuidadores para educar en temas de seguridad del paciente

RESULTADOS CRÍTICOS DE LABORATORIO CLÍNICO O IMAGENOLOGÍA APLICANDO COMUNICACIÓN REDUNDANTE



Referencias:
Procedimiento resultados críticos en laboratorio SLV-AS-731
Manual de atención imagenología SLV-AS-58

Mejorar la seguridad de los MEDICAMENTOS



Barreras y defensas de seguridad:

10 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN

- 1 Paciente
- 2 Medicamento
- 3 Vía
- 4 Dosis
- 5 Hora
- 6 Velocidad
- 7 Dilución
- 8 Información al paciente
- 9 Registro
- 10 Lavado de manos antes y después

8 CORRECTOS EN LA FORMULACIÓN

- Paciente 1
- Indagar: Alergias e interacciones 2
- Conciliación medicamentosa 3
- Medicamento 4
- Vía 5
- Dosis 6
- Diluyente 7
- Frecuencia Correcta 8

Gestión de eventos RAM

Conciliación y reconciliación

Información sobre el medicamento que se va a administrar, efectos que se puedan presentar e indagar alergias.

Oportunidades de mejora transversales



Garantizar CIRUGÍA segura

Aplique los 3 correctos

- 1 Paciente correcto
- 2 Procedimiento correcto
- 3 Lugar correcto



- Aplique los 4 YO en el consentimiento informado: informo, diligencio, firmo, me responsabilizo.
- Confirmar la adecuada preparación pre quirúrgica del paciente.
- Marcar la zona operatoria con participación activa del paciente con un SI
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos, dispositivos y equipos biomédicos.
- Lavado de manos quirúrgico
- Verificar que el equipo quirúrgico esté completo para dar inicio a la lista de chequeo de cirugía Segura.
- Proporcionar información a los familiares del paciente una vez terminado el procedimiento.



Garantizar CIRUGÍA segura

TRIAGE QUIRÚRGICO

Prioridad 1



Atención inmediata

Prioridad 2



Atención de 30 minutos a 6 horas

Prioridad 3



Atención de 6 a 12 horas

Prioridad 4



Atención de 12 a 24 horas

Prioridad 5



Programado intra hospitalario

Dónde se diligencia?
FOLIO HC0082 ó FOLIO HC0086

DEFINICIÓN DE TRIAGE QUIRÚRGICO:

Proceso de **clasificación** de oportunidad y prioridad quirúrgica según el estado de salud del paciente. La persona encargada de la clasificación inicial es directamente **el médico especialista**.



Reducir el riesgo de **INFECCIONES** asociadas a la atención en salud



Barreras y defensas de seguridad:

Realizar una correcta higiene de manos en los 5 momentos

Solicitud por parte del cuidador al personal de salud del lavados de manos antes de ser atendidos

Involucrar al personal de salud, paciente, cuidador o visitante en las medidas preventivas

Realizar una correcta identificación de pacientes con indicación de aislamiento durante el traslado intra o extra institucional colocando una bata color morado

Adherirse a guías, protocolos y procedimientos, relacionados con (IAAS)



5 Momentos de la higiene de manos



1

Antes de tocar al paciente.

2

Antes de realizar una tarea limpia y/o aséptica



3

Después del riesgo de exposición a o fluidos corporales.

4

Después de tocar al paciente.

5

Después del contacto con el entorno del paciente

Oportunidades de mejora transversales

Fortalecer la adherencia en cada uno de los momentos

Barreras y defensas de seguridad:

Identificación del riesgo: escala de **Dawnton, stiker azul y abrazo de seguridad**

Cero barandas abajo

Acompañante permanente

Pisos limpios y secos

Pasamanos

Traslado en silla de ruedas o camilla

Educación al paciente y familiar en prevención del riesgo.

Fomentar el uso del timbre de llamado

Reducir el riesgo de CAÍDAS





Prevenir LESIONES (ÚLCERAS) POR PRESIÓN



Reloj de cambios de posición

Valoración e identificación del riesgo:

Escala de BRADEN, BRADEN Q, N-SRAS, stiker NARANJA, abrazo de seguridad

Utilizar película protectora de piel (Spray o toallita protectora)

Uso de apósitos de espuma con adhesivo de silicona en prominencias óseas

Remover adhesivos con toallita removedoras

Mantener piel limpia y seca

Hidratar piel con ácidos grasos hiperoxigenados

Cambios de posición cada 2 horas

Barrieras y defensas de seguridad:



Garantizar la seguridad en la atención del **BINOMIO madre –hijo**



Se incluyen en barreras y defensas de seguridad:

- 1 Guías y protocolos institucionales.
- 2 Educar a la gestante sobre signos que alarmen sobre la existencia de complicaciones.
- 3 Brindar una atención oportuna y pertinente, acorde a lo establecido en el protocolo de CÓDIGO ROJO.
- 4 Garantizar VIGILANCIA ESTRICTA de la gestante o de la mujer en el postparto inmediato, por equipo asistencial para detectar tempranamente posibles complicaciones.
- 5 ATENDER OPORTUNAMENTE a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.
- 6 NO realizar maniobra de KRISTELLER por los riesgo que esta conlleva.
- 7 Verificar con lista de chequeo si se DISPONE DE INSUMOS para el manejo inicial de las emergencias obstétricas
- 8 Asegurar la atención del parto y el puerperio por PERSONAL CALIFICADO.
- 9 Realizar el CONSENTIMIENTO INFORMADO, ya que al ser un procedimiento medico no esta exento de riesgos.
- 10 Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la UCI NEONATAL.
- 11 Adherirse a la ESTRATEGIA IAMII Y AIEPI implementada en la institución.

Se incluyen en barreras y defensas de seguridad:

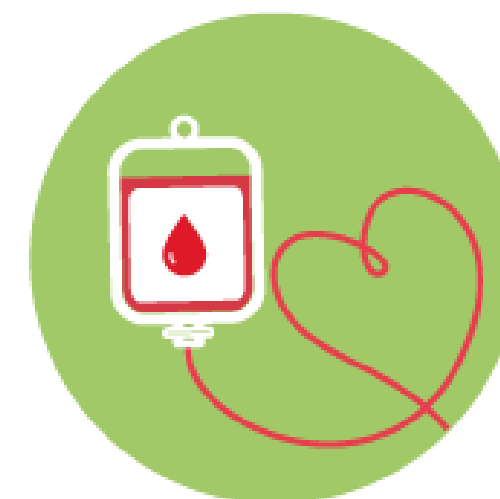
10 Correctos En el uso de Hemocomponentes

- 1 Paciente Correcto
- 2 Hemocomponente Correcto
- 3 Consentimiento Correcto
- 4 Compatibilidad Correcto
- 5 Aplicación Correcto



- 6 Volumen Correcto
- 7 Velocidad Correcta
- 8 T° Correcta
- 9 Monitorización Correcta
- 10 Registro Correcto

Garantizar la seguridad en la administración de **HEMOCOMPONENTES.**



Garantizar la
seguridad con los
DISPOSITIVOS
médicos.

Barreras y defensas de seguridad:



Garantizar la seguridad con los DISPOSITIVOS médicos.



Educar al paciente y/o familiar sobre los riesgos, los cuidados y la manipulación de los dispositivos médicos.



Seleccionar el dispositivo médico adecuado para el paciente y el procedimiento a realizar.



Verificar la funcionalidad y estado físico del dispositivo médico previo a su uso.



Verificar que el dispositivo médico se encuentre debidamente empacado, sellado y rotulado.



Estrategias a aplicar por personal asistencial para minimizar y/o mitigar el riesgo con los dispositivos médicos



Llevar registro y control de Temperatura y Humedad en los lugares de almacenamiento de los Dispositivos médicos.



Llevar lista de control de cantidades en los lugares de almacenamiento de los dispositivos médicos.



Dar un solo uso a los dispositivos médicos desechables.



Verificar que los equipos biomédicos se encuentren cargados y/o conectados al toma de energía.



IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO CLÍNICO

1. VALORE

¿Quién? Médico general



RIESGOS CLÍNICOS



2. REVALORE

¿Quién? Enfermera profesional



Alerta visual mediante uso de sticker

3. IDENTIFIQUE

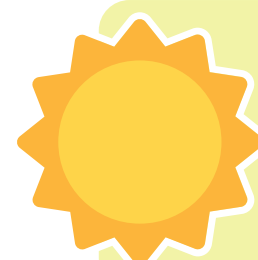
¿Quién? Auxiliar de enfermería



4. IMPLEMENTE BARRERAS Y DEFENSAS DE SEGURIDAD

Riesgos trazadores	Escala	Edad	Puntos de riesgo	Se identifica con sticker
UPP Úlceras/lesiones por presión	N-SRAS	-1 mes	Igual o mayor de 17 puntos	Naranja
UPP Úlceras/lesiones por presión	Braden Q	1 mes a 14 años	Igual o mayor de 14 puntos	Naranja
UPP Úlceras/lesiones por presión	Braden	+14 años	Igual o mayor de 14 puntos	Naranja
Caídas	Downton	General	Riesgo con Igual o mayor de 2 puntos Se identifica con sticker >3 puntos	Azul
Alergia a medicamentos	Institucional	General	Alergia a medicamento referida	Rojo
Suicidio	Columbia	+6 años	>2 puntos Riesgo Moderado >3 puntos Riesgo alto	Morado
Fuga	Institucional	General	Igual o mayor de 1 puntos	
Malnutrición	Ferguson	+18 años	+2 puntos	Sin sticker
Riesgo cardiovascular	Framingham	+18 años (con HDL y LDL)	>5%	Sin sticker

Abrazo de Seguridad



Se realiza diariamente después de la entrega y recibo de turno



Se hacen preguntas estandarizadas de acuerdo a los riesgos clínicos potenciales del subproceso en un espacio máximo de 10 minutos.

Alerta auditiva de identificación del riesgo clínico

¿Cómo y cuándo se desarrolla la estrategia "Abrazo de Seguridad"?

Generando un espacio en el que se informan:
Riesgos clínicos de los pacientes y las Barreras de seguridad a implementar

1

2

3

Es realizado por TODO el equipo de salud que recibe turno y liderado por el personal médico



Objetivo: mejorar la comunicación entre el equipo de salud, frente a los riesgos clínicos potenciales en la atención y las barreras de seguridad a implementar, para prevenir eventos adversos en el paciente

REPORTAR nos permite mejorar!

Reporte de eventos clínicos



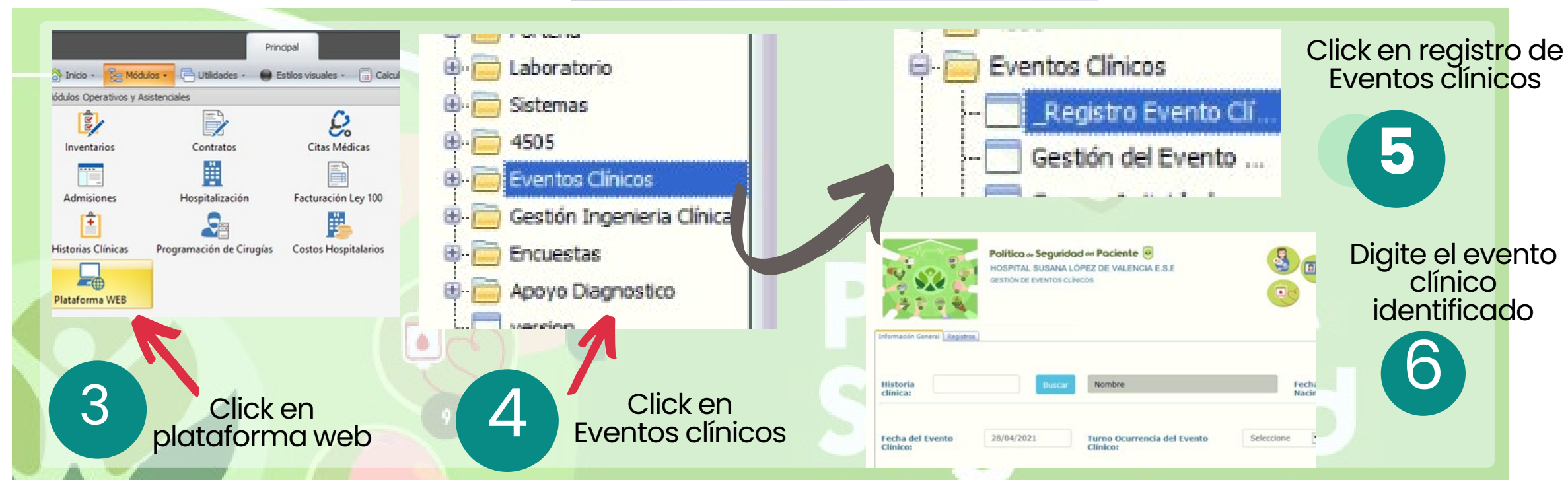
Ingresa a la historia clínica electrónica

1



Click en módulos operativos y asistenciales

2



Click en registro de Eventos clínicos

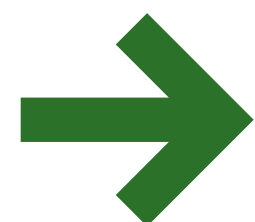
5

Digite el evento clínico identificado

6

El análisis causal de eventos adversos se realiza aplicando protocolo de Londres.

REPORTAR nos permite mejorar



Reporte de eventos clínicos



Bot Whatsaap "Susanita Súper Segura"

 HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 891.501.878-1 POPAYÁN			
 			
REPUBLICA DE COLOMBIA Departamento del Cauca Formato para reporte de eventos Adversos/ incidentes/ fallas institucionales			
Datos básicos del paciente			
Nombre de completo:		Número de historia clínica:	
Diagnostico principal:			
Información a consignar por el reportante			
Fecha de ocurrencia del evento adverso/incidente/ falla		Fecha del Reporte:	
Servicio de ocurrencia:		Servicio reportante:	
Descripción del evento adverso/incidente/ falla			
Descripción del medicamento/dispositivo médico (diligenciar este campo si se trata de RAMy fallo terapéutico) Nombre del medicamento/dispositivo médico Forma farmacéutica (medicamentos) Concentración (medicamentos) Laboratorio fabricante Lote/ Fecha de vencimiento Registro INVIMA			
Indique el /los ítem/s que apliquen			
Muerte		Hospitalización prolongada	
Daño que amenaza la vida		Intervención médica o quirúrgica	
Daño de una estructura corporal		No hubo daño	
Afectación de alguna función		Otro ¿cuál?	
Identificación del reportante			
Nombre de quien reporta			
Cargo			
Anónimo			

Hoja Rosada



Ubicada en los
buzones de
sugerencias

REPORTAR nos permite mejorar!

¿Cómo realizar un reporte?

Reporte de eventos clínicos



HORA FECHA Y LUGAR

Es importante mencionar el lugar dentro del servicio donde ocurren (cama habitación, sala, quirófano).

LENGUAJE

Escriba el reporte de manera clara, efectiva y breve, identificando las acciones que usted ha hecho primero para mitigar la falla.



IDENTIFICAR EL RIESGO

Sea claro, identifique y escriba cuál es la falla, agregue detalles que sean relevantes y relacionados con la falla que reporta.

NO OLVIDAR

Si bien SIEMPRE se guardará la confidencialidad o usted puede hacerlo de manera anónima recuerde que es mas importante el reporte que quien lo reporta.

POLÍTICA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (PURM)

OBJETIVO

Garantizar el acceso, oportunidad, seguridad, efectividad y pertinencia en el uso racional de los medicamentos.



LÍNEAS DE ACCIÓN

1

Suministro de medicamentos con calidad, seguridad, eficacia y efectividad para el paciente.

2

Detectar, identificar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos.

3

Disminuir los riesgos en el uso de medicamentos:
-> Gestión de Eventos RAM

4

Educar al paciente para el uso adecuado y seguro de los medicamentos.

POLÍTICA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (PURM)



ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

Seguimiento farmacoterapéutico intrahospitalario

Rondas asistenciales de farmacovigilancia

Monitoreo de administración de medicamentos con bombas inteligentes

Autorondas de servicio farmacéutico

Educación al paciente y el cuidador a través de la escuela de pacientes

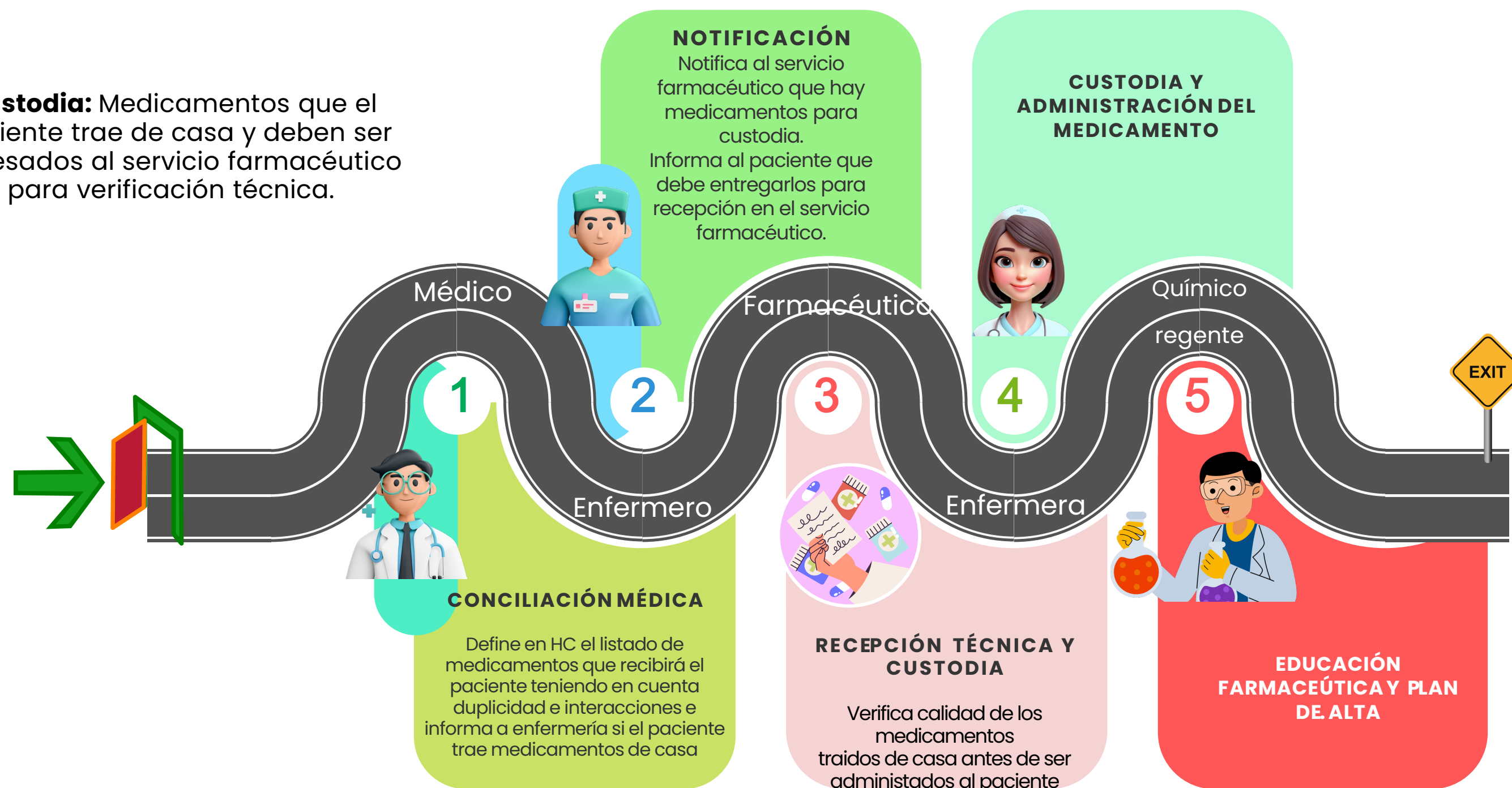
Gestión de eventos clínicos

Cápsulas informativas sobre uso racional de medicamentos

Conciliación medicamentosa al ingreso y egreso del paciente

RUTA DE CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

Custodia: Medicamentos que el paciente trae de casa y deben ser ingresados al servicio farmacéutico para verificación técnica.



POLÍTICA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (PYMS)

LÍNEAS DE ACCIÓN

1

Promovemos la atención integral y el mantenimiento de la salud, en los usuarios y familiares, colaboradores y comunidad en general.



2

Brindamos procesos educativos a usuarios, familiares, colaboradores y comunidad en general.



RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

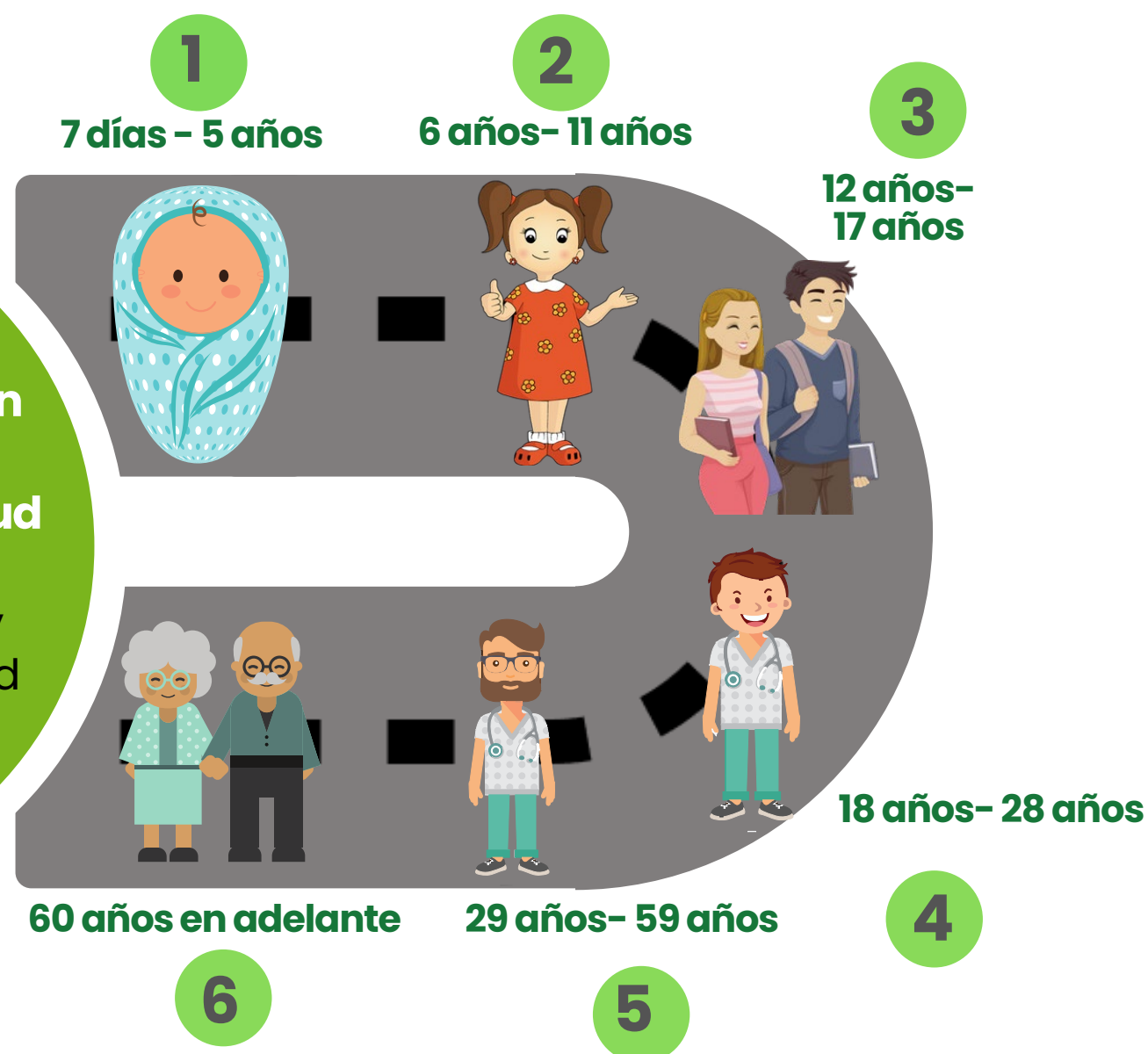
DEMANDA INDUCIDA

Son todas las acciones encaminadas a informar, educar y orientar a la población afiliada a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana que correspondan según su edad.



Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud

Acciones de promoción y mantenimiento de la salud realizadas según curso de vida



RUTA DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

INTERVENCIONES DE LA RUTA A LA POBLACIÓN MATERNA
EN EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

CONSULTA
AMBULATORIA
ESPECIALIZADA DE
GINECO-OBSTETRICIA



**Paciente
gineco-obstétrica**

**Atención de la
Interrupción
Voluntaria del
Embarazo**

**INGRESO A
URGENCIAS
TRIAGE
GINECO-
OBSTÉTRICO**



**EGRESO
del paciente**

Valoración con el
especialista en
ginecoobstetricia



Atención del
parto



Atención del
puerperio



Atención del
emergencias
obstétricas

Atención de
complicaciones
al recién nacido

Asesoría de
planificación familiar e
inicio de método post
evento obstétrico



Atención del recién nacido:
valoración por pediatría,
tamizajes neonatales
- Vacunación



RUTA DE ATENCIÓN CARDIOVASCULAR Y METABÓLICA



Valoración del riesgo cardiovascular.
La historia clínica capta las variables que se requieren para la identificación del riesgo cardiovascular



ESCALA DE RIESGO FRAMINGAM	ESCALA DE RIESGO OMS
✓ Edad	✓ Edad
✓ Consumo de tabaco	✓ Consumo de tabaco
✓ Presión arterial sistólica	✓ Presión arterial sistólica
✓ Colesterol total	✓ Sexo
✓ Colesterol de alta densidad	✓ IMC



Visualización de la alerta del riesgo cardiovascular en el tablero de control.



Priorización del riesgo cardiovascular moderado y alto, por el proceso de promoción y manteniendo de la salud para realizar intervenciones.



Intervenciones:

- ✓ Educación individual, según el riesgo priorizado.
- ✓ Intervención por nutricionista a pacientes identificados con IMC > 30
- ✓ Remisión de la información del riesgo cardiovascular a las respectiva EAPB del paciente.
- ✓ Seguimiento telefónico a una muestra de pacientes con patologías crónicas.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de factores causales y los factores predisponentes o condicionales.

ESTRATEGIAS

- Vacunación
- Educación
- Demanda inducida
- Cabina - Susanita contigo promueve tu salud

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces impidiendo su progresión. Significa la búsqueda de enfermedades en sujetos "aparentemente sanos" lo más precozmente posible (Pruebas de Screening).

ESTRATEGIAS

- Tamizajes Neonatales
- Tamizaje para ITS
- Tamizaje CA cuello uterino.
- Tamizaje Riesgo cardiovascular
- Canalización: Articulación con EAPB

PREVENCIÓN TERCIAARIA

Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes

ESTRATEGIAS

- Rehabilitación física
- Educación, control y tratamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles.
- Escuela de cuidadores y pacientes.
- Seguimiento telefónico

SEGUNDA LÍNEA: PROGRAMA EDUCATIVO INSTITUCIONAL

FASE 1:

Gestión del Conocimiento y Herramientas



Estándar Pedagógico Institucional: Uso de lenguaje sencillo, técnica Teach-Back, enfoque diferencial para poblaciones vulnerables.



Banco de Herramientas Educativas: Repositorio unificado de recursos físicos y digitales (QR, videos, infografías) para evitar duplicidad.



Formación de Educadores: Capacitación y diagnóstico de competencias para líderes y equipos responsables de la educación.

FASE 2 Y 3:

Implementación, Monitoreo y Visión Total



Cobertura Total y Capital Humano:

Expansión del modelo al 100% de los servicios para eliminar brechas entre áreas.



Ruta de Identificación de Necesidades: El médico identifica necesidades en el ingreso, activando alertas para intervenciones educativas personalizadas.



Meta de Entendimiento: Medición del impacto mediante la técnica Teach-Back en momentos inmediato, mediano y tardío.



Registro de Necesidades

≥ 80%
Se identifica y documenta necesidades en todos los casos.



Entendimiento del Paciente

≥ 80%
Se alcanza el nivel de entendimiento esperado.



Cobertura de Fase 3

100%
Despliegue del programa en todos los servicios del hospital.

POLÍTICA IAMII



LÍNEAS DE ACCIÓN

- 1 Voluntad Política Institucional
- 2 Armonización conceptual y práctica del personal de salud en torno a salud y nutrición materna e infantil
- 3 Empoderamiento de las mujeres y sus familias para el cuidado
- 4 Las mejores condiciones para el nacimiento.
- 5 Ayuda efectiva para iniciar el cuidado del recién nacido y de la puerpera.
- 6 Promoción, protección y apoyo efectivo en la práctica de la lactancia operación
- 7 Favorecer el alojamiento y el acompañamiento.
- 8 Seguimiento sistemático al crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.
- 9 La institución de salud como un entorno protector y un espacio amigable.

Grupos Apoyo

Contamos con grupos comunitarios:



- Madres FAMI
- Asociación de usuarios
- ICBF
- Comité IAMII



LÍNEA AMIGA

302 2917122

Funciona 24 horas, los
7 días de la semana

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO



HORARIO DE ATENCIÓN DE REGISTRO CIVIL

Lunes a Viernes
8a.m a 11a.m.
2 p.m a 3p.m



REQUISITOS

- Fotocopia de cédula del padre y la madre
- Certificado de nacido vivo original (diligenciado correctamente por personal médico)

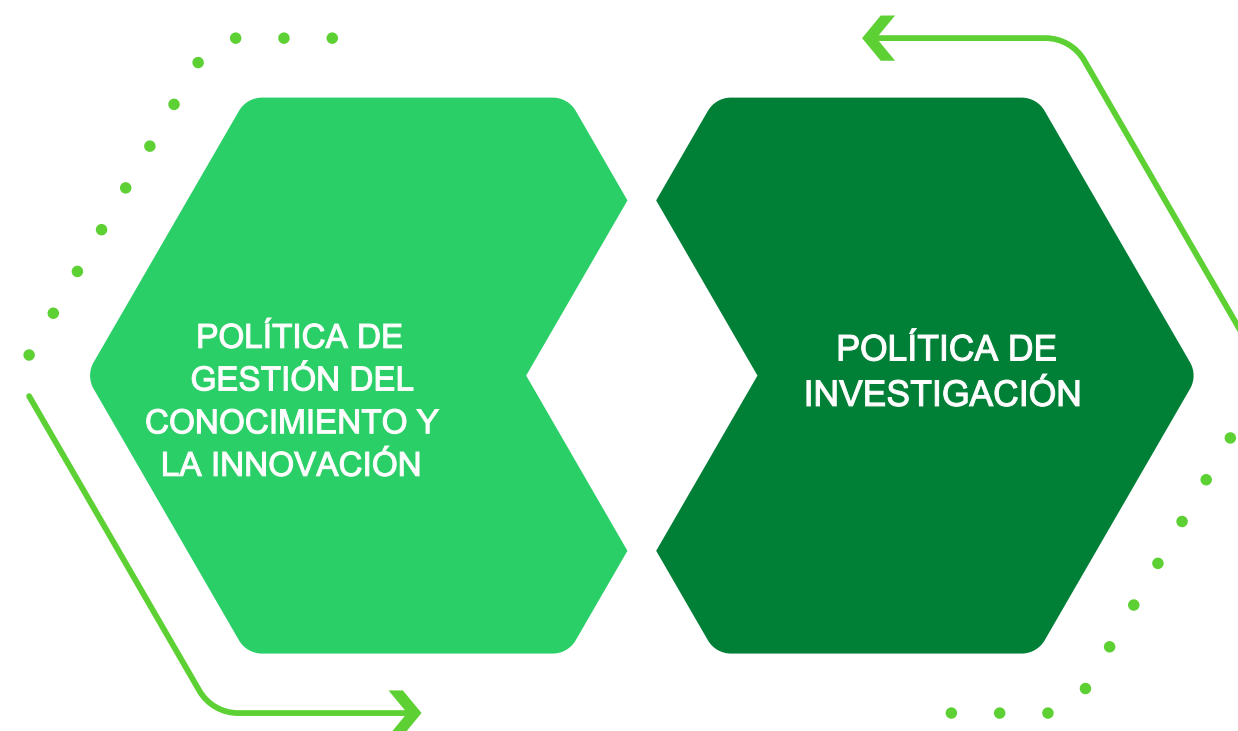


POLÍTICAS I+D+i

Compartimos y preservamos el conocimiento estratégico.

Cultura de innovación para la productividad.

Gestionamos un ecosistema estratégico para el fortalecimiento de las capacidades CTel.

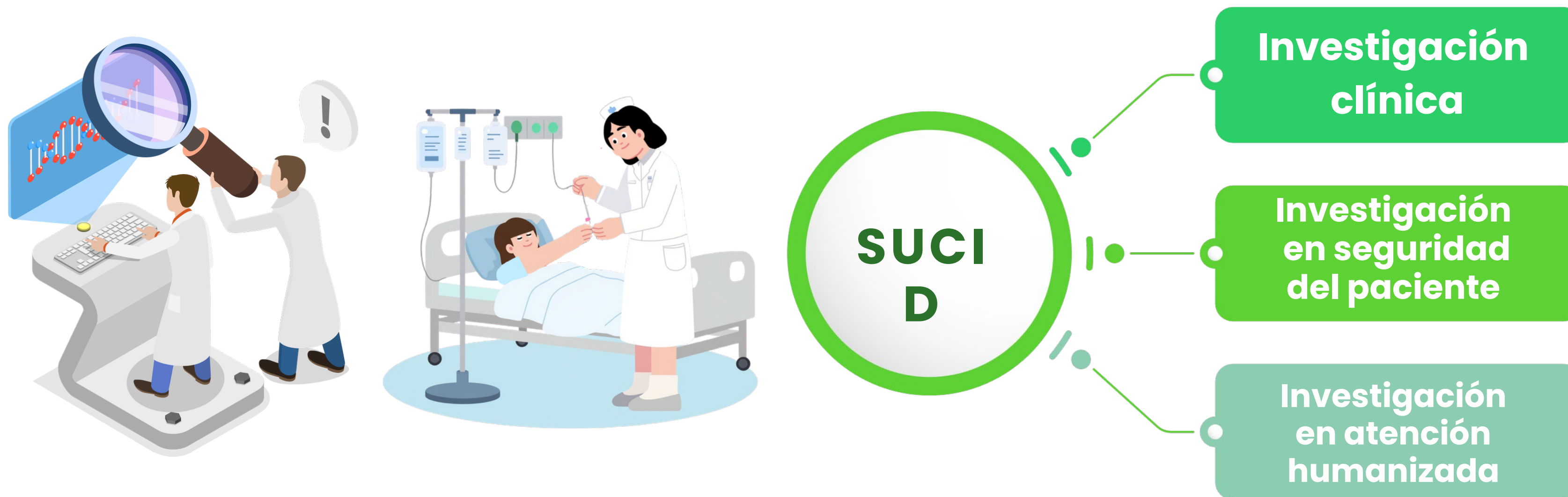


Fomentamos y apoyamos la formulación y desarrollo de proyectos de investigación científica; de desarrollo tecnológico y/o innovación.

Identificamos y fortalecemos el ecosistema estratégico para la investigación institucional.

Generamos y fortalecemos la producción científica.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.



CATEGORIA C – MINCIENCIAS 2025

POLÍTICA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO (PGETH)

LÍNEAS DE ACCIÓN



1

Ruta de la felicidad: la felicidad nos hace más productivos

2

Ruta del conocimiento: liderando talento

3

Ruta del servicio: al servicio de los ciudadanos

4

Ruta de la calidad: "Pensando en ti, doy lo mejor de mi"

5

Ruta del análisis de datos: conociendo el talento

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (PSST)



LÍNEAS DE ACCIÓN

1

Identificamos los riesgos laborales, evaluamos, valoramos y establecemos los respectivos controles

2

Protegemos la seguridad y salud de todos los trabajadores mediante la mejora continua.

3

Cumplimos la normatividad nacional vigente en materia de riesgos laborales.

4

Comprometidos con las acciones y estrategias en el marco de la seguridad vial

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Programas

- **Programa para la prevención del riesgo biológico:**

- Capacitación manual de normas de bioseguridad
- Inspecciones de bioseguridad

- **Programa de prevención del desorden músculo esquelético (DME).**

- Pausas activas, gimnasia laboral.
- Inspección de puestos de área/trabajo.

- **Programa de prevención del riesgo psicosocial.**

- Evaluación y monitoreo de los factores de riesgo psicosocial.
- Campañas de salud mental.

- **Programa de estilos de vida saludable.**

- Semana de la salud.
- Socializaciones en autocuidado. Actividad física. Hábitos saludables
- Prevencción del consumo de sustancias psicoactivas.
- Ambientes libre de humo.

PASOS PARA REPORTAR UN ACCIDENTE DE TRABAJO



LÍNEAS GRATUITAS

COLMENA

018000919667
Desde Celular # 833

POSITIVA

018000111170

EQUIDAD

018000919538

POLÍTICA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA (PFEC)

1

LÍNEAS DE ACCIÓN

Proyección y seguimiento del plan institucional de capacitaciones para el fortalecimiento de competencias

2

Capacitación a los colaboradores, estudiantes y junta directiva del hospital como fortalecimiento a la cultura organizacional

3

Identificación de las necesidades de capacitación

4

Diseño, planificación e implementación de capacitaciones según las necesidades de cada proceso.

5

Diseño, planificación e implementación de capacitaciones según las necesidades de cada proceso.



POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL ACOSO LABORAL (PPAL)

OBJETIVO

Construir un ambiente laboral armónico, seguro, sano, libre de discriminación, coerción y maltrato, que promueva la sana convivencia laboral, la vivencia de los valores, favoreciendo la resolución de conflictos y diferencias y erradicando el acoso laboral.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- 1 Desarrollar actividades de prevención frente a casos de acoso laboral.
- 2 Desarrollar actividades para mejorar las relaciones interpersonales entre los colaboradores.



SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

SALUD Y CUIDADO AMBIENTAL PARA LA SOSTENIBILIDAD

LÍNEAS DE ACCIÓN

En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., la protección del medio ambiente es una prioridad. Como parte de nuestro compromiso, estamos certificados bajo la norma ISO 14001: 2015, que nos guía en la identificación, evaluación y gestión sostenible de nuestros recursos.

1 GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS:

Estrategia: Segrega correctamente residuos en tu lugar de trabajo.



2 USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS:

Estrategia: Aprovecha la luz del día y apaga la luz eléctrica - apaga la pantalla de tu computador cuando no la estés usando, reporta fallas hidráulicas o fugas en caso de encontrarlas.



3 GESTIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO

Estrategia: Cambio del combustible de calderas ACPM a combustible más limpios tipo gas natural o GLP.



4 AMBIENTES SEGUROS Y AMIGABLES

Estrategia: Fortalecer la cultura y el mejoramiento ambiental con desinfección de ambientes hospitalarios, protección y mejoramiento de Quebrada la Monja, paisajismo y espacios de vida.



POLÍTICA PROMOCIÓN DE CONDICIONES DE SILENCIO Y REDUCCIÓN DE CONTAMINACIÓN AUDITIVA (PPCSRCA)

OBJETIVO

Promover condiciones de silencio en los diferentes espacios del Hospital Susana López de Valencia para alcanzar una cultura que contribuya a la recuperación del paciente en su estancia, generando ambientes de calma y serenidad, garantizando en los usuarios y su familia una estadía más confortable.

LÍNEA DE ACCIÓN

Promovemos condiciones de silencio.



POLÍTICA DE NO FUMADOR (PNF)

OBJETIVO

Brindar a los colaboradores, personal en formación, usuarios y sus familias un ambiente seguro, saludable, libre de humo y aerosoles.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- Promovemos el no consumo de tabaco y sus derivados, sistemas electrónicos, vapeadores y productos silmiliares.
- Promovemos una cultura de conservación del ambiente saludable



POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL

OBJETIVO

Definir y desarrollar estrategias que mejoren la gestión institucional y calidad de vida de los ciudadanos a través de las TIC, construyendo un estado eficiente, transparente, innovador y participativo que genere valor público a los grupos de interés en un entorno de transformación digital.

LINEA 1

Estrategias
Transversales

LINEA 2

Decisiones Basadas
en Datos

LINEA 3

Estado Abierto

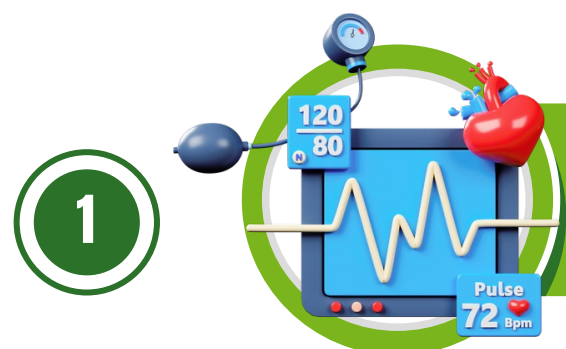
LINEA 4

Iniciativas
Dinamizadoras e
Innovadoras



POLÍTICA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

LÍNEAS DE ACCIÓN Y ESTRATEGIAS



TECNOLOGÍA PERTINENTE

- Aplicamos la guía de adquisición de tecnología.
- Validamos la tecnología antes de incorporarse al servicio
- Se mide anualmente el nivel de obsolescencia tecnológica
- Se gestiona el plan de reposición de tecnología.



TECNOLOGÍA SEGURA

- Se gestiona el programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivovigilancia.
- Se gestiona el programa de capacitación de tecnología.
- Se gestiona el Plan de mantenimiento hospitalario.
- Se realizan rondas de seguridad para el control de las tecnologías.
- Se gestiona el plan de calibración de equipos biomédicos.
- Se controlan las condiciones ambientales de los dispositivos médicos.
- Se gestiona el plan de contingencia de la tecnología.

POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (PGD)

LÍNEAS DE ACCIÓN



1

Plan institucional de archivo (PINAR)

2

Herramientas tecnológicas para la gestión y administración de los documentos electrónicos y digitales

3

Estrategias para la conservación y preservación de los documentos

Deben garantizar:

- La seguridad física y electrónica de la información.
- Custodia, organización y gestión de archivos documentales.
- Fidelidad de la información, asegurando la satisfacción de sus clientes internos y externos.
- El soporte necesario a los responsables de las áreas productoras para la conservación y migración de documentos físicos.

Seguridad de la HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica se concibe como "el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y debe tener la siguientes características:

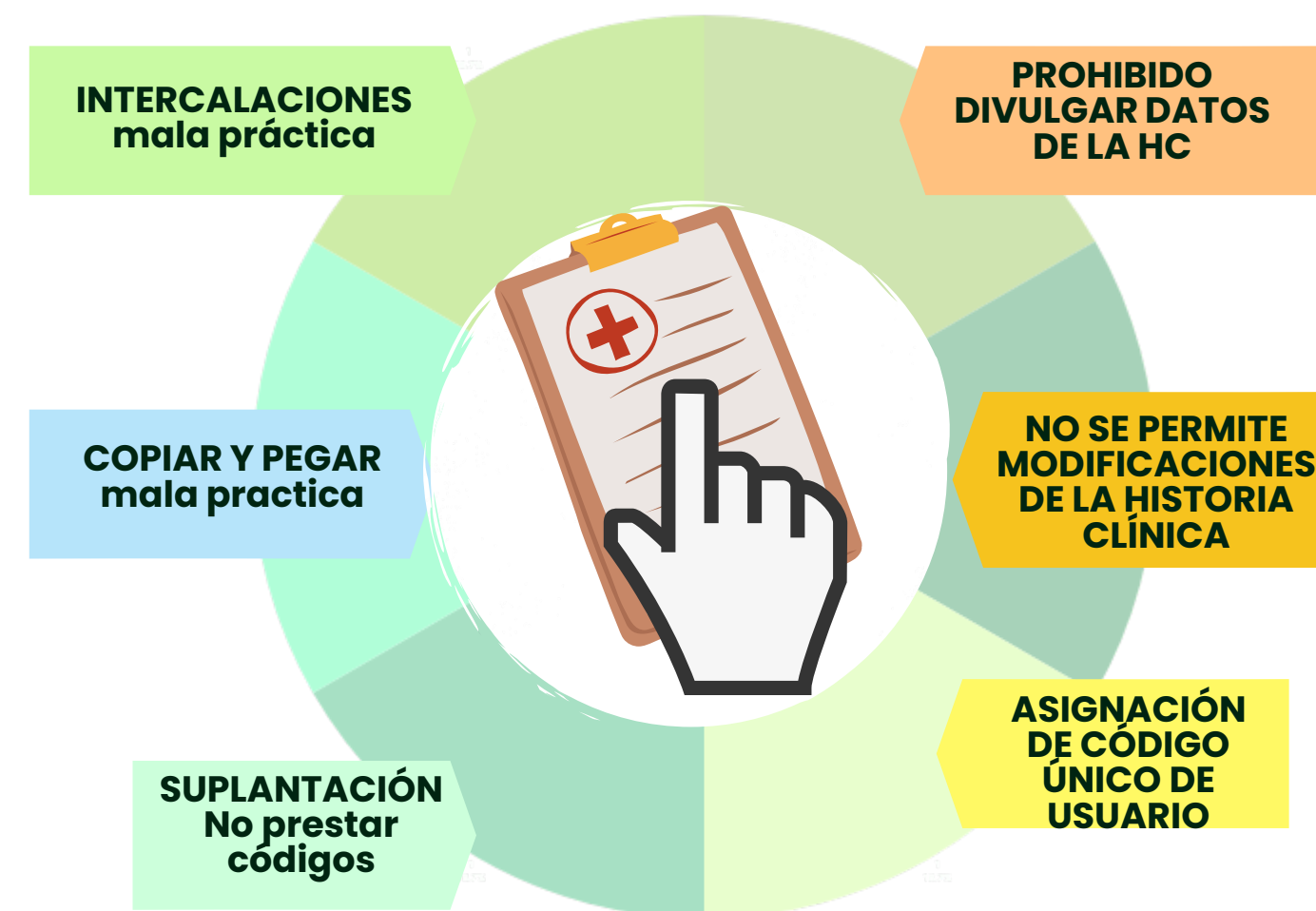


Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de la Historia Clínica.

Confidencialidad de la HISTORIA CLÍNICA

Confidencialidad de la historia clínica
La historia clínica, según la ley 23 de 1981 en su artículo 34, es un documento privado y como privado es un documento confidencial, en consecuencia solo las personas autorizadas por ley pueden tener acceso a la historia clínica.

Por lo tanto se debe evitar y tener en cuenta las siguientes recomendaciones:



POLÍTICA DE COMUNICACIONES (PC)



POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (PTDP)

LÍNEAS DE ACCIÓN

1

Se recolecta, almacena, procesa, usa y transmite o transfiere los datos personales, garantizando la seguridad y confidencialidad ordenados por la norma.

2

Registro de la información de los datos en las bases del Hospital con la finalidad de evaluar y generar información sobre el estado de salud de los pacientes, así como generar indicadores, para la formulación de políticas en el sector salud.

3

Registro de la información en las bases de datos del hospital con la finalidad de realizar procesos administrativos

4

Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de las mismas.



POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL EN SALUD (PPCSS)

LÍNEAS DE ACCIÓN

1 Fortalecimiento institucional para la participación social en salud.

2 Fomentamos el empoderamiento de la comunidad y las organizaciones sociales en salud.

3 Impulsamos una cultura de salud en la comunidad

4 Promovemos el control social en salud.

5 Incluimos a los ciudadanos en los procesos de planeación y mejoramiento institucional.

6 Rendimos cuentas para generar transparencia y confianza en la comunidad.



POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL (PRS)

LÍNEAS DE ACCIÓN

- 1 Susanita social y comunitaria
- 2 Derechos humanos una prioridad
- 3 Comprometidos con un ambiente sano para todos



Actividades de Responsabilidad Social



POLÍTICA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (PSF)

LÍNEAS DE ACCIÓN

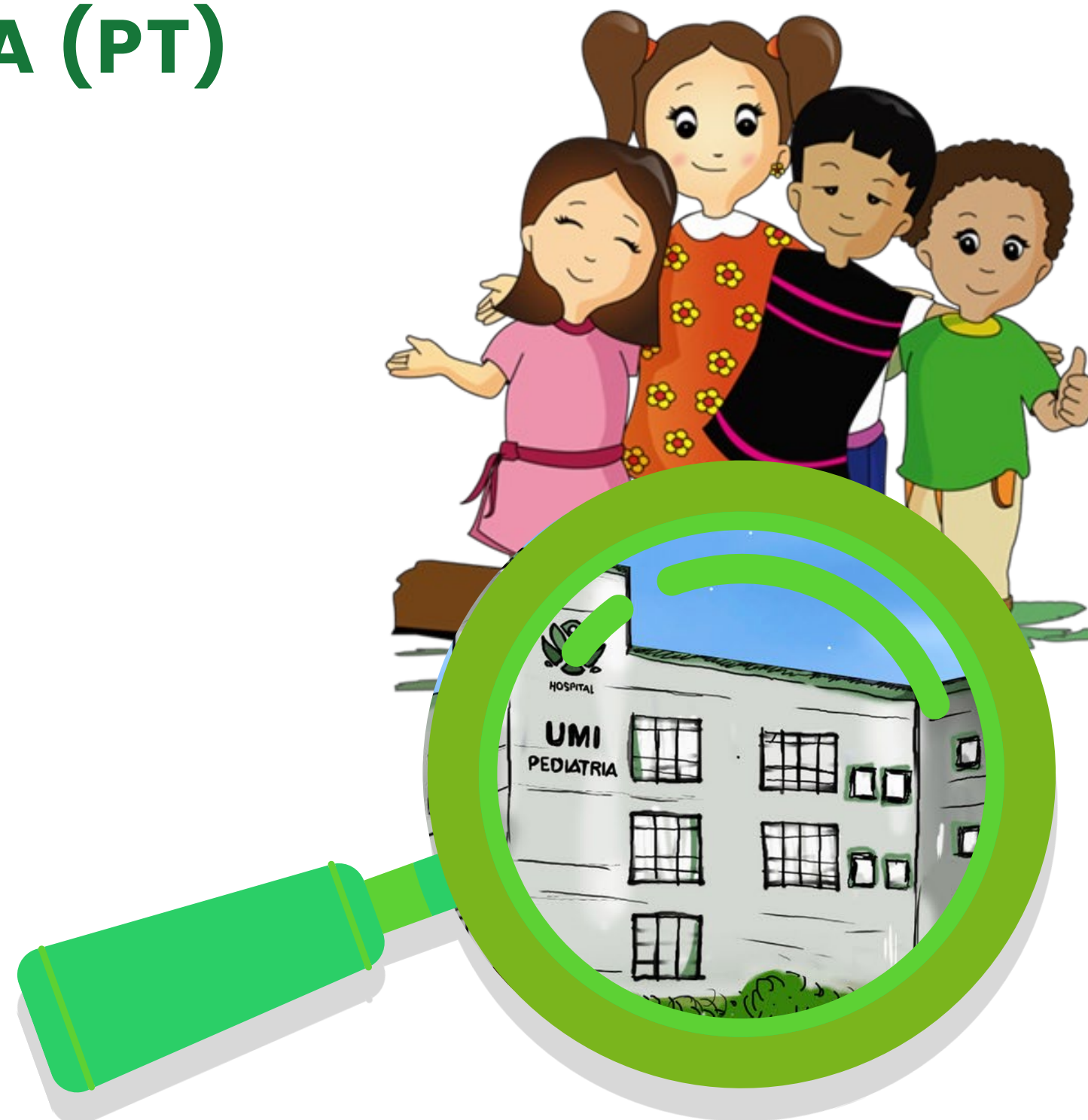
- 1 Contratamos con EAPB's seguras y confiables
- 2 Realizamos el registro contable de todas nuestras actuaciones
- 3 Facturamos todos nuestros servicios oportunamente
- 4 Recaudamos efectivamente nuestras cuentas.
- 5 Racionalizamos nuestros costos y gastos efectivamente



POLÍTICA DE TRANSPARENCIA (PT)

LÍNEAS DE ACCIÓN

- 1 Generar y entregar información pública
- 2 cuentas por procesos y a la comunidad
- 3 Promovemos la participación ciudadana
- 4 Aplicamos nuestros principios y valores como medio para prevenir la corrupción



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SIVIGILA



"Recordar todo evento de interés en salud pública debe notificarse"

Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, se ha creado para realizar la vigilancia de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana

Todas las fichas de notificación deben ir acompañadas de cara de datos básicos (a) y complementarios (b), excepto varicela y parotiditis, que solo se diligencian cara de datos básicos

En la carpeta de SIVIGILA, que se encuentra en la carpeta de HSLV en cada PC, encontrará las fichas que son de reporte inmediato (reporte dentro de las 24 horas posteriores al evento) y de reporte semanal (reporte dentro de los 7 días posteriores al evento)

ESTADÍSTICAS VITALES



EL Ministerio de la Protección Social desarrolló el Registro Único de Afiliados – RUAF, del cual hace parte el módulo de nacimientos y defunciones.

Todo certificado de nacido vivo y defunción debe ser reportado dentro de las 24 horas posteriores al evento (nacimiento/defunción) para cumplir con la oportunidad frente a las entidades territoriales.

En caso de contingencia por caída del sistema RUAF se utilizarán los certificados manuales que se encuentran en cada servicio, dispuestos en una carpeta para tal fin.

PLANES INSTITUCIONALES

PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA Y DESASTRES (PHED)

El PHE del Hospital gestiona la posibles emergencias que puedan generar afectaciones a la institución; dichas emergencias pueden ser:

Internas (eje: accidentes)
Externas eje: llegada masiva de víctimas

Se gestionan a través de los objetivos del PHED:

- Determinar la conformación y actuación del comité hospitalario de emergencias institucional.
- Diseñar estrategias generadoras de respuesta adecuada en caso de emergencia (antes, durante y después de una emergencia).
- Evitar o minimizar lesiones y complicaciones postraumáticas que puedan sufrir los ocupantes del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., como consecuencia de una emergencia.



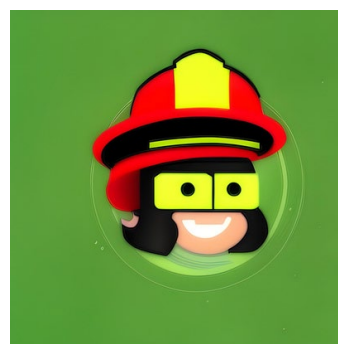
PREPARACIÓN ANTES DE LA EMERGENCIA

Señalética de emergencia, siempre te guiará a la salida mas cercana, su color es verde por normativa internacional.



Rutas de evacuación ilustran la ruta mas rápida desde el lugar donde se encuentra ubicado, hasta la salida mas cercana.

Inspección anual de seguridad, por parte del cuerpo de bomberos voluntarios.



Realizamos simulacros de emergencia.



Grupo de brigadistas activos, son los primeros en responder ante una emergencia.

PREPARACIÓN DURANTE LA EMERGENCIA



HIMNO COMO UNA FLOR DE LOTTO

*Aquí estoy para cuidarte,
Darte la mano y escucharte.
Para que cuando estés conmigo
Sepas que aquí hay un amigo
Y un bastón para apoyarte.*

*Vive tu vida a plenitud y sé feliz,
Cuida a los tuyos y cuida también de ti.
No olvides nunca sonreír,
No sabes cuanto aliviará
Una sonrisa a un alma triste.*

CORO:

*Como una flor de lotto,
Por ti y por nosotros
Yo te abro el corazón,
Por un mundo mejor,
Como una flor de lotto.
Como una flor de lotto,
Por ti y por nosotros
Abre tu corazón,
Por un mundo mejor
Como una flor de lotto.
Porque pensando en ti
Doy lo mejor de mi.*



Carlos Rivas
Compositor



¡Pensando en ti, doy lo mejor de mí !

