

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

OBJETIVO

Establecer lineamientos o directrices que les permitan a los colaboradores y demás grupos de interés que acceden al Hospital Infantil Concejo de Medellín (HICM), hacer un adecuado uso y gestión de la información, la tecnología y la comunicación en la institución.

POLÍTICA

El Hospital reconoce que la información, las tecnologías de la información y la comunicación son componentes esenciales para la consecución de sus objetivos y apoyo al posicionamiento de la marca en el mercado, generando mayor recordación. Igualmente, concibe la información como uno de sus activos más importantes, por lo tanto dispone de los recursos y mecanismos tecnológicos suficientes, necesarios y de mejores prácticas para la captura, almacenamiento y procesamiento de la misma, asegurando en todo momento su integridad, disponibilidad y confidencialidad.

Por tanto, los colaboradores del Hospital se comprometen a dar cumplimiento con los lineamientos que a continuación se describen con el fin de garantizar la gestión, almacenamiento, custodia, uso de la información y su integridad, uso de las tecnologías y el adecuado flujo de la información y comunicación.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

Línea 1. Sistemas

Gestión de identidad

En el Hospital Infantil Concejo de Medellín, la gestión de identidad y control de accesos inicia cuando ingresa un nuevo colaborador a la institución, el Líder de Gestión del Talento Humano vía correo electrónico da información general de bienvenida, usuario y clave de acceso para la plataforma virtual de inducción; además, notifica al proceso de Gestión de Información y Comunicación los datos básicos y rol del nuevo colaborador para que según la matriz de perfiles y accesos se le asignen las claves y accesos a los módulos del sistema de información, según le aplique.

Gestión de las contraseñas de usuarios

- La contraseña es personal, secreta e intransferible, con ella se permite el ingreso a la información y a todos los recursos a los cuales tenga permisos según el perfil asignado del cargo, desde el área de Gestión Humana.
- Cada uno de los usuarios es responsable del buen uso del usuario y contraseña asignada, responder por la información ingresada y consultada, así como al mal e indebido uso de los recursos informáticos.
- Es responsabilidad del área de sistemas, gestionar y administrar la asignación de contraseñas en primera instancia a cada usuario colaborador del HICM, el colaborador debe cambiarla y actualizarla periódicamente para efectos de seguridad informática en el HICM y evitar la fuga de información o suplantación de usuario, las contraseñas deben ser cambiadas periódicamente, por el usuario responsable.
- En el caso de la consulta en el RUAF (Registro Único de afiliación), Sistemas de información administra las contraseñas de cada uno de los usuarios para garantizar su control y buen uso.
- Es responsabilidad de Sistemas administrar, mantener, gestionar, auditar y actualizar los recursos tecnológicos.

La contraseña debe ser compuesta en su estructura de la siguiente manera:

- *Inicio de sesión de Windows:* debe contener como mínimo 8 dígitos combinados de letras (entre ellas una mayúscula), números y códigos ASCII (# \$ % & / (i ?)). No puede contener número de cedula, parte del nombre dueño del usuario, parte del usuario, ni contraseñas anteriores.
- *Inicio a Safix:* Debe contener combinación de letras y números, debe iniciar en letra, debe ser mínimo de 8 caracteres. No debe contener caracteres especiales (# \$ % & / (i ?)) y no debe iniciar con número.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- *Correo electrónico:* Debe contener combinación de letras y números, debe contener mínimo 8 caracteres.

Servidor de Archivos o File Server

- En el servidor de archivos solo se permite el almacenamiento de formatos tipo ofimática como Word, Excel, Power point, pdf, textos planos entre otros, su uso es exclusivamente para información generada desde el HICM y tiene restricción para el guardado de imágenes, fotografías, música e instalables, archivo ofimático para usos personales.
- Es de responsabilidad de cada uno de los colaboradores del HICM ingresar, darle buen uso y depurar la información que se generan en el día a día.
- Es responsabilidad del área de sistemas, gestionar y soportar la disponibilidad y el buen funcionamiento del servicio.
- Es de responsabilidad de cada uno de los colaboradores que la información que genere sea almacenada en la carpeta asignada en el servidor de archivo

Circuito Cerrado de televisión (CCTV)

- La información producida por los sistemas de seguridad es propiedad exclusiva del Hospital, por lo tanto su divulgación, reproducción y manipulación, solo procede por instrucciones precisas de la Dirección Administrativa y Financiera o su delegado.
- El ingreso de colaboradores, proveedores y contratistas, a las salas de monitoreo solo procede con la autorización previa, evento que es registrado en la minuta de seguridad, ningún usuario puede ingresar a las salas de monitoreo.
- El consumo de alimentos y bebidas en las áreas técnicas y consola de operación, queda prohibido.
- El ingreso de equipos o medios de almacenamiento masivo, cámaras fotográficas, filmadoras y portátiles de carácter personal está prohibido en las salas de monitoreo.
- Toda la información generada en las salas de monitoreo, es de carácter confidencial y su divulgación a terceros ajenos al proceso de seguridad o sistemas está prohibida, procede solo en los casos que sea solicitado por la Dirección Administrativa y Financiera.
- En caso de advertir fuga de información producida en la sala de monitoreo, se aplica con todo rigor proceso disciplinario, aplicable según el Reglamento Interno de Trabajo, por lo que implica el manejo, análisis y custodia de la información y los equipos de seguridad.
- Las copias en CD o DVD solo son realizadas cuando estrictamente sean solicitadas por la Dirección Administrativa y Financiera o su delegado.
- Los respaldos del CCTV se realizan a través de las DVR grabando diariamente las 24 horas del día con una rotación por mes.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Backup o respaldo de información

Son copia o respaldo que se realizan a datos e información como archivos electrónicos, bases de datos, imágenes, videos entre otros, con el fin de evitar perdida de estos por cualquier eventualidad que pueda ocurrir en el Hospital. El Hospital Infantil Concejo de Medellín tiene dentro su plataforma informática un sistema de respaldo de información, dividida en varios momentos:

Servidor de archivos: Solo se hace respaldo de la información que esté ubicada en las carpetas del Servidor de Archivo, la información que no esté allí es responsabilidad del colaborador gestionar su integridad y seguridad.

- Se tienen programadas backups incrementales (copia de respaldo solo de los archivos que cambian durante el tiempo) de cada 24 horas y full (copia de respaldo de todos los archivos existente en el File Server) cada mes.
- Backup DB (Base de datos): Se tiene programadas backups incrementales cada “2” horas y full cada 24 horas.
- Backup de aplicativos: se realizan backups a los aplicativos incrementales cada 24 horas y full cada 7 días.

Para la realización de estos backups se utiliza un sistema de cintas magnéticas de almacenamiento y/o cintotecas, realizando rotación periódica de cada una de las cintas, de acuerdo a un plan previamente establecido desde el área de sistemas, una cinta de respaldo se envía a custodia a una empresa de seguridad.

- Es responsabilidad del colaborador de la integridad y seguridad de la información que no esté vinculada en el recurso de servidor de archivo.
- Es responsabilidad de los colaboradores que la información diferente al sistema de información y de no uso personal se almacene en las carpetas compartidas del File Server.
- Es de responsabilidad del área de sistemas mantener y controlar que las programaciones de los backup estén funcionando correctamente.

Correo electrónico

El HICM cuenta en este momento con un servicio de correo alojado en los servidores de GOOGLE, bajo el dominio@corporacionhicm.org.

- El correo electrónico institucional se debe utilizar para fines corporativos de la institución, es decir todos los relacionado con el envío y recepción de documentos, solicitudes y respuestas propias de las labores asignadas.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- No debe utilizarse para correos personales, cadenas o afiliaciones a entidades diferentes a las estrictamente relacionadas con la institución. En el caso de que se reciba un correo con un adjunto de origen desconocido o sospechoso, se debe reportar al área de sistemas con el fin de evitar que este afecte o atente contra la infraestructura tecnológica del HICM o la información que se comparte a través de este medio.
- La responsabilidad del uso adecuado de las cuentas se delega al usuario registrado en la cuenta de correo, así como la información y archivos que envía y recibe a través de él.
- La información confidencial como contraseñas, números de tarjetas de crédito o débito o información sensible no debe ser enviada a través de internet a menos que esté cifrada.
- Todo el personal debe utilizar una firma estándar para el correo electrónico que incluye Nombre, cargo, entidad, Nit, teléfono, dirección y email.
- Está prohibido el envío o recepción de correo electrónico con información ofensiva, comercial o que no tenga relación con su quehacer en la Institución.

Respaldo de correo Electrónico: El respaldo del correo electrónico es exclusivamente de los colaboradores quien registra un usuario en el dominio y se debe hacer a través del aplicativo Gmail Backup.(GI-OT-02_uso_correo_institucional).

Acceso a internet

El servicio de internet permite a todos los usuarios consultar, investigar y procesar información de páginas web relacionadas con las funciones que desempeñan en su cargo, de igual forma, es una herramienta informática que permite compartir información relevante y útil con diferentes entidades y empresas con las que se tiene algún tipo de vínculo corporativo y/o comercial.

- El uso de este servicio en el Hospital se realiza a través de los navegadores web Internet Explorer y Google Chrome.
- El acceso a internet se debe utilizar para asuntos estrictamente relacionados con el HICM.
- Se restringe a los colaboradores el uso de páginas como redes sociales, videos, música, chat, ventas, revistas, entre otras que perturben el buen funcionamiento o desempeño laboral, si en caso de necesitar páginas que no están autorizadas se debe realizar la solicitud al jefe inmediato con copia al área de Gestión Humana con la respectiva justificación.
- Cada colaborador es responsable del contenido de las páginas visitadas, además de la información que allí consulte, procese y descargue.
- El área de sistemas es el encargado de administrar la navegación filtrando páginas, lista negra de páginas, así como las especificaciones para que el acceso a estos sea restringido y seguro. También es responsable de asignar los permisos de acceso a los usuarios según el perfil del cargo asignado desde Gestión Humana y de auditar que estos a la vez hagan un buen uso de dicha herramienta, del resultado de dichas auditorias puede generar reportes a los jefes y gestión humana que puedan motivar seguimientos al colaborador.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Acceso a intranet

Sitio web interno basado en estándares web y de uso exclusivo de una determinada organización.

- Solo acceden única y exclusivamente los usuarios internos de la institución.
- Se accede a través de un URL local o icono o medió asignado por el área de Sistemas De acuerdo a los perfiles de usuario asignado por el área de Gestión Humana y generados por el área de Comunicaciones podrá ingresar a determinada información permitiéndole lectura, modificación, descargue e impresión. Teniendo en cuenta lo anterior los colaboradores que vayan hacer una modificación, descargue e impresión deben loguearse, los que tienen solo para consulta ingresan directamente
- Se debe usar sólo para temas relacionados con las funciones, teniendo el conocimiento de que la información allí contenida sólo es de uso exclusivo dentro del HICM.

Uso del chat interno

Es un recurso tecnológico que permite comunicación instantánea, ágil entre usuarios o grupos de usuarios.

- Debe ser utilizado de forma respetuosa, responsable y exclusiva a las labores asignadas dentro del HICM, evitando el intercambio de cadenas o contenido multimedia que no corresponda a la información propia de la institución.
- No se deben realizar conversaciones obscenas o que atenten contra la moralidad y el buen nombre de los colaboradores.
- Cada uno de los usuarios del chat es responsable de su buen uso.
- El área de sistemas es responsable de gestionar, soportar y auditar el buen uso y funcionamiento de este recurso.

Vigilancia de los Derechos de autor

En el tema informático, se utilizan para proteger la divulgación o la indebida utilización, o la usufructuación indebida o no autorizada de un software o programa. En Colombia estos derechos son protegidos mediante las leyes 44 de 1993 y 603 de 2000.

- Se debe evitar la instalación de programas en los computadores del Hospital sin ser adquiridos de forma legal, es decir sin haber pagado un valor de tipo monetario por su licenciamiento.
- El área de sistemas es responsable, permitiendo solo la instalación, ejecución y funcionamiento de software adquirido de forma legal, es decir, aplicaciones por las cuales se haya pagado un dinero, o que mediante comunicado (acta) haya sido entregado o donado por alguna persona o institución. También algún software free (libre) por internet donde las casas matrices permiten su utilización y ejecución. El área de sistemas mediante directivas en el sistema operativo no permite la instalación de ningún software adquirido de forma ilegal en la institución. En caso de presentarse, este será desinstalado del computador.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- El HICM a través del área de sistemas se reserva el derecho de supervisar e inspeccionar los servidores, estaciones de trabajo en cualquier momento, esta supervisión se puede realizar con o sin consentimiento y la presencia o no del involucrado.
- Todos los programas y documentos proporcionados o producidos por los colaboradores para beneficio son del Hospital y este se reserva el derecho de acceder y usar esta información como lo considere oportuno.

Dispositivos tecnológicos:

Computadores de escritorio y portátiles

- El área de sistemas es responsable del óptimo y eficiente funcionamiento y desempeño de este hardware, debe garantizar que estén bien instalados todos los programas y accesos directos, con su respectivo antivirus.
- Los colaboradores del HICM garantizan su buen uso y reportan cualquier falla y deterioro, que detecten en ellos.
- El deterioro voluntario o involuntario de cada uno de estos dispositivos recae en responsabilidad del usuario a quien se le asignó.

Impresoras

- En el Hospital se deben utilizar sólo las impresoras para trabajo o funciones estrictamente relacionadas con la institución.
- No está permitida la impresión de otros tipos de documentos personales, ni de otras instituciones que no tengan ningún vínculo con el Hospital. Se debe economizar al máximo todas las impresiones reciclando el papel, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la estrategia “Tu papel cuenta”:
 - Elaborar documentos de acuerdo a lo establecido en el documento “Lineamientos para la elaboración y modificación de documentos” (DIC-OT-01).
 - Revisar y corregir los documentos antes de enviarlos a imprimir, en documentos oficiales como cartas y memorandos es necesario verificar: datos de los destinatarios de la información, fecha de envío, destinatario, responsable de envío, verificar redacción, ortografía, espacios entre párrafos, márgenes de los documentos, tipo de fuente y tamaño y vigencia de los documentos que utiliza, tales como formatos y/o plantillas del Sistema de Gestión de Calidad.
 - Usar las dos caras del papel al imprimir y/o fotocopiar.
 - Usar el correo electrónico para enviar y recibir documentos.
 - Leer en pantalla, no imprimir documentos que no requirieran evidencia física.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN		
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02

- Imprimir documentos borradores solo en caso de requerimientos del director y/o jefe inmediato y en caso de requerir un soporte físico en un comité o reunión.
 - Hacer uso de los formatos de documentos estandarizados en el Sistema de Gestión de Calidad que se encuentra en la Intranet, tales como formatos de elaboración de cartas, memorandos, entre otros.
 - Usar la intranet como herramienta institucional de consulta de documentos que no requieren impresión como guías, manuales, procedimientos y protocolos.
 - Hacer uso de las impresoras y fotocopiadoras para el cumplimiento de las labores propias de la gestión de la entidad, en ningún caso para impresiones que sean de tipo personal.
 - Reutilizar el papel usado por una sola cara, sólo en los casos que no cuente con información confidencial como historia clínica de los pacientes, contratos, historia laboral, firmas, entre otros, garantizando a nuestros niños, niñas, sus familias, colaboradores, proveedores, usuarios y demás grupos de interés, la privacidad en el uso de información y datos personales.
- El área de sistemas es responsable del óptimo y eficiente funcionamiento y desempeño de este hardware.
 - Los colaboradores del HICM son responsables de su uso y cuidado y de informar al personal de sistemas las posibles anomalías, daños y atascos que presenten en un momento determinado dichos equipos.

Escáner

- En el Hospital se deben utilizar para trabajos ó funciones netamente relacionadas con la institución. No está permitido la digitalización ó escaneo de otros tipos de documentos personales, ni de otras instituciones que no tengan ningún tipo de relación con el Hospital.
- El área de sistemas es responsable del óptimo y eficiente funcionamiento y desempeño de este hardware.
- Los colaboradores son responsables uso y cuidado de este hardware y de informar al personal de sistemas las posibles anomalías, daños y atascos que presenten en un momento determinado dichos equipos.

Video Beam

Por ser de manejo de conectividad, el área de sistemas es responsable de la conexión de estos equipos. Los usuarios del Hospital pueden solo utilizarlo, una vez el personal de sistemas lo haya instalado y configurado, evitando así el daño de su estructura física e interna. Una vez termine su utilización, el personal de sistemas apoyará en la desconexión de dicho hardware.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Televisores

- Los televisores sólo son operados y manipulados por el personal de sistemas, mantenimiento y personal asistencial, para esto se cuenta con un par de controles en cada servicio. El personal de sistemas debe garantizar que funcionen los canales de forma adecuada, sin ningún tipo de bloqueo. Es responsabilidad del personal asistencial del encendido y la navegación dentro de cada uno de los canales que ofrece dicha televisión, además de reportar su mal funcionamiento.
- El Hospital Infantil Concejo de Medellín piensa constantemente en los niños y niñas que acuden a utilizar los servicios, no solo en la prestación, sino en los momentos de esparcimiento y entretenimiento familiar; es por esto, que se dispone de un servicio de televisión en cada una de las habitaciones. Su propósito es proyectar una televisión con programación apta para los pacientes, no está permitido ver programas para adultos, tales como: novelas, programas y/o películas que contengan escenas de sexo y violencia.
 - El horario de los televisores es de 8:00 am a 10:00 pm
 - El control está a cargo de a jefe de enfermería del servicio.
 - Solo está configurado para canales infantiles y familiares.
 - Las habitaciones tienen dos televisores que tienen la misma programación a la vez.
 - Los padres u acompañantes no pueden cambiar los canales debido a que ya están seleccionados previamente.
 - Se debe respetar el nivel de volumen generando un entorno tranquilo.
 - El televisor de las salas de espera está bloqueado para evitar daños por parte de los usuarios.

Dispositivos extraíbles

- El Hospital de acuerdo a los perfiles asignados restringe o no el uso de estos dispositivos con el fin de evitar la proliferación de virus y la extracción de información de tipo corporativo.
- Las Unidades de DVD's en los computadores sólo pueden ser utilizadas para la instalación de software legal y por el área de Sistemas, para los asistenciales su uso es exclusivo para la lectura de imágenes diagnósticas u otro tipo de que permita dar un diagnostico a los usuarios, para los facturadores su uso es exclusivo para la copia de los anexos que se requieren para soportar la factura
- El área de sistemas es responsable de bloquear el acceso de las memorias USB de acuerdo a los perfiles asignados. Además de evitar que las unidades de DVD, permitan la ejecución de programas, audio y video.

Teléfonos

- No se permite a los colaboradores del HICM realizar llamadas de tipo personal que perturben las labores cotidianas.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- El uso de estos dispositivos es utilizado de manera controlada y se debe evitar demoras en su uso.
- El área de Sistemas es responsable de la asignación de líneas y dispositivos telefónicos, así como de su monitoreo y verificación de informes y reportes.
- Los colaboradores del HICM son responsables del uso y cuidado de esos equipos y de informar al personal de sistemas las posibles anomalías o daños que se presenten en un momento determinado dichos equipos.

Teléfonos celulares y radioteléfonos

El HICM suministra estos equipos bien sea radioteléfonos o celulares con su línea telefónica, para el desarrollo de las funciones de algunos cargos críticos, que requieren esta herramienta de trabajo para el normal desarrollo de sus funciones.

- A partir del momento en que el colaborador reciba el equipo, es responsable por el buen uso y manejo del mismo, dando cumplimiento a obligación contractual, que hace referencia a *“Cuidar permanentemente los intereses de la Corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín”*.
- En caso de pérdida o robo del equipo, el colaborador debe presentar a la Dirección Administrativa la denuncia pertinente, en un tiempo no mayor a un día hábil, igualmente debe reportar al operador la pérdida para el bloqueo y suspensión de la línea.
- Si el equipo celular asignado se reporta como perdido o robado en un tiempo menor a un año, el colaborador responde por el 50% del mismo, trámite que se realiza con autorización de descuento por nómina. Si este tiempo es mayor a un año, El HICM asume el costo del equipo.
- Cuando el colaborador se retire del HICM o cambie su responsabilidad, debe devolver el equipo celular al momento de realizar la entrega de los activos asignados.

Huelleros

Dispositivos para captura de huella que se plasma en los consentimientos informados de los procedimientos asistenciales.

- Es responsabilidad del usuario a quien se le asignó, el uso adecuado y evitar su pérdida, así como informar al personal de sistemas las posibles anomalías y daños.
- El deterioro voluntario o involuntario de cada uno de estos dispositivos recae en responsabilidad del usuario a quien se le asignó.

Sistema Integrado de información SAFIX

Es un sistema integral que garantiza la integridad de la información que se genera en el Hospital, este sistema contiene los módulos de Historia Clínica, Gestión Hospitalaria, Nomina, Tesorería, Costos, Presupuestos, Cartera, Activos, Fijos, Inventarios, Contabilidad, permitiendo una

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

integración en línea entre los módulos, generando información ágil, eficaz, segura y acomodándose a los procedimientos de cada área.

- El uso de este sistema debe ser de manera responsable ya que contiene toda la información de los usuarios del hospital y su gestión financiera.
- Cada uno de los colaboradores es responsable de su uso, de ingresar la información correctamente, de utilizar adecuadamente los procedimientos necesarios a sus funciones y de ninguna manera utilizarlo para fines diferentes al que se le está asignado.
- El área de Sistemas es responsable de mantener la disponibilidad del sistema de información, de que su funcionalidad estándar sea permanente y de la asignación de usuarios y contraseñas iniciales según requerimiento y perfil desde Gestión Humana.

El sistema de Información Carestream

Es un sistema que permite la gestión de todas las imágenes diagnósticas que se realizan en el Hospital, permitiendo su almacenamiento en el tiempo, su gestión en línea desde las estaciones asignadas dentro del Hospital e incluso por fuera del hospital si este lo requiere.

- El uso de este sistema aplica solamente al personal Tecnólogos en RX, Radiólogos, Transcritores, Médicos y Facturadores.
- Cada uno de los colaboradores es responsable de su uso, de ingresar la información adecuada, de utilizar adecuadamente los procedimientos necesarios a sus funciones y de ninguna manera utilizarlo para fines diferentes al que se le está asignado.
- El área de Sistemas es responsable de mantener la disponibilidad del sistema de información, de que su funcionalidad estándar sea permanente y de la asignación de usuarios y contraseñas iniciales según requerimiento y perfil desde Gestión Humana.

Sistema de información Keeper

Es un sistema para gestión de incidentes o requerimientos, el cual permite a los colaboradores generar solicitudes sobre problemas técnicos de los diferentes equipos tecnológicos tanto de sistemas como de bioingeniería. Adicionalmente permite hacer las solicitudes de mejoras y errores en los sistemas de información (Safix, carestream, entre otros). Permitiendo así realizar un adecuado seguimiento a las solicitudes y hacer las respectivas mediciones sobre las mismas.

- Cada uno de los colaboradores es responsable de su uso, de ingresar la información adecuada, de utilizar adecuadamente los procedimientos necesarios a sus funciones y de ninguna manera utilizarlo para fines diferentes al que se le está asignado.
- El área de Sistemas es responsable de mantener la disponibilidad del sistema de información, de que su funcionalidad estándar sea permanente y de la asignación de usuarios y contraseñas iniciales según requerimiento y perfil desde Gestión Humana.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Sistema de información SAIA

Es un sistema para gestión documental que permite administrar y gestionar la documentación interna y externa de la institución. Los accesos a este aplicativo son para los colaboradores con funciones de líderes administrativos.

- El uso de este sistema aplica solamente a los colaboradores con funciones de líderes administrativos.
- Cada uno de los colaboradores es responsable de su uso, de ingresar la información adecuada, de utilizar adecuadamente los procedimientos necesarios a sus funciones y de ninguna manera utilizarlo para fines diferentes al que se le está asignado.
- El área de Sistemas es responsable de mantener la disponibilidad del sistema de información, de que su funcionalidad estándar sea permanente y de la asignación de usuarios y contraseñas iniciales según requerimiento y perfil desde Gestión Humana.

Línea 2. Gestión de información

Fuentes de datos

La información estadística del HICM tiene como fuente generadora de datos a sus colaboradores y como fuente primaria de los datos los reportes que generan los diferentes sistemas de información de la institución tales como SAFIX Sistema Administrativo y Financiero y de Gestión Hospitalaria e Historia Clínica, Software Keeper de mantenimiento, PACS Nativo Carestream gestor de imágenes diagnósticas, Sistema de gestión documental SAIA, Intranet a través del link de eventos adversos y reporte de accidentes. Las fuentes generadoras de los datos deben garantizar en todo momento el ingreso de datos reales y oportunos.

Fuente de información oficial

Para garantizar una información confiable y veraz, cada uno de los líderes de proceso debe establecer para las diferentes áreas las personas responsables de suministrar la información a los diferentes niveles del hospital y a entes externos que lo requieran, con previa autorización, la información debe cumplir con parámetros de validación y conciliación de los datos para que sea confiable. Una vez generada la información estadística los colaboradores usuarios de la información no están autorizados para cambiarla o modificarla, se deberá informar al líder de proceso si se identifican inconsistencias para proceder a realizar su respectiva conciliación e informar los respectivos cambios.

Para garantizar el acceso a la información cada líder de proceso o persona asignada debe enviar la información dentro de los 10 primeros días hábiles del mes siguiente a Gestión de Información

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

quien se encargará de almacenarla en la carpeta compartida “Gestión de Información” donde se encontrara la información por año, mes y proceso.

Calidad del dato

Para el proceso de Gestión de Información y Comunicación es de vital importancia garantizar la calidad de la información a través de la recopilación adecuada de los datos en las diferentes áreas y la reducción en el subregistro. El HICM cuenta con la Estrategia de la Calidad de Datos que permite definir las reglas, implementarlas para verificar el cumplimiento de las mismas, generar informes de errores, excepciones, inconsistencias, validación de los resultados y establecimiento de iniciativas de corrección siguiendo las reglas de calidad de datos con el fin de velar por la calidad de los mismos y garantizar una información confiable y veraz para una adecuada gestión, toma de decisiones y facilitar la medición de la calidad y eficiencia de la atención brindada. Todos los usuarios que interactúen con los sistemas de información deben cumplir con los parámetros definidos en la estrategia y velar por la calidad de los datos que ingresan a estos.

Oportunidad de la información

Para garantizar la oportunidad en el envío de los requerimientos a entes de control, gestión de información debe dar apoyo, hacer seguimiento y control del envío de los informes, es responsabilidad de cada uno de los líderes garantizar el envío del informe y estar actualizado en los reportes que su proceso está obligado a reportar, para esto debe tener presente la actualización de la normatividad y los comunicados para envío de un nuevo reporte.

Para soportar el envío de información, una vez enviado el informe cada líder de proceso o persona asignada debe enviar el documento soporte que respalda la oportunidad y calidad del envío a Gestión de Información donde se procederá a almacenar en la carpeta compartida “Gestión de Información” la información por año, mes y proceso.

Estándares estadísticos

La generación de informes estadísticos debe hacerse a partir de los estándares establecidos para cada uno de los informes requeridos según matriz de envío de información, ya sea para uso interno o para entes externos, para la divulgación de informes a entes externos se debe tener previa autorización de la gerencia y/o ser requerimientos de la normatividad vigente.

Indicadores de gestión

Para la evaluación del desempeño de los procesos institucionales el HICM cuenta con unos indicadores de gestión, cada indicador se rige por una ficha técnica que le permite estandarizar su medición, definir responsables y tener criterios para su adecuado análisis, es responsabilidad de cada uno de los líderes de proceso elaborar la ficha técnica con la asesoría de gestión de

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

información e ingresar la información del indicador (numerador, denominador y análisis) en modulo indicadores de la Intranet, según la periodicidad establecida, los líderes deberán presentar dichos análisis en los comités institucionales que le apliquen y si el indicador no cumple con las metas establecidas deberán incluir en el plan de mejoramiento del proceso actividades encaminadas a mejorar el indicador. El área de gestión de información es responsable de capacitar a personal nuevo en como ingresar los indicadores al módulo de intranet y de monitorear mes a mes el ingreso de los datos.

Línea 3. Gestión Documental

Producción

- Toda la documentación producida en el HICM debe estar debidamente, registrada en las Tablas de Retención Documental (TRD).
- Todas las comunicaciones oficiales tales como: cartas, memorando, circulares, notas internas, actos administrativos (acuerdos, actas, circulares, resoluciones) se elaboraran de acuerdo a las normas ICONTEC en software de SAIA, de acuerdo con los formatos estipulados y estandarizados por el sistema de calidad de la Organización.
- Las comunicaciones oficiales deben estar numerados conforme a los lineamientos y el código asignado por el software de gestión documental (SAIA), el control de estos consecutivos se llevan con el fin de evitar reservas, enmendaduras y tachones, y que dichos actos administrativos estén debidamente firmados, y que cumplan todas las disposiciones establecidas para tal efecto.
- Para todas las comunicaciones oficiales recibidas o producidas por la institución se deja constancia del consecutivo de radicación en el software de gestión documental (SAIA), especificando la fecha y hora de recibió o de envío, con el propósito de oficializar su trámite y dar cumplimiento a los términos de vencimiento para emitir las respuesta según los establecido por la ley.
- Las comunicaciones oficiales son consideradas como confidenciales, por lo tanto está prohibido facilitar o brindar información sobre estas sin la autorización del Representante Legal o quien haga sus veces.
- Cuando se relacione anexos estos deben estar debidamente foliados e identificados.
- Las rondas de la correspondencia se realizaran dos veces al día, una en las 8: 00 a.m. y la siguiente a las 2:00 p.m., estos horarios se establecen con el fin de que el mensajero, quien es la persona encargada de realizarla, recoja las diligencias que debe de realizar en cada jornada. Para dichas rondas se utilizan dos sobre de colores azul y rojo, en la mañana se entregara el sobre azul y en la tarde el rojo. Los funcionarios encargados del recibido deben firmar como prueba de entrega. Se aclara de que no es necesario que el funcionario encargado de la carpeta de cada proceso esté en su puesto de trabajo para retirarla y dejar la nueva cada uno

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

es responsable de revisar el contenido de ella. Quienes no puedan hacer la entrega en este espacio, deberán hacerlos llegar a gestión documental para continuar con el trámite.

- El sobre para envío de correspondencia y demás documentos, debe ir rotulado con remitente y destinatario correspondiente, siempre y cuando este sea con destino externo debe ser debidamente marcado por el área generadora del trámite (“Lineamientos para la elaboración y modificación de documentos”).
- Las comunicaciones internas o externas que sean de interés general, se divulgan por el módulo de gestión documental existente en la Intranet, a fin de promover la campaña “Tu papel cuenta”
- En el caso de las comunicaciones oficiales recibidas a través de los correos institucionales, siempre y cuando su contenido requiera trámite o respuesta de cada área, deben compartirse al correo a gestiondocumental@corporacionhospitalhicm.org para darles el mismo tratamiento que a las comunicaciones recibidas en medio físico.
- Comunicaciones oficiales enviadas en soporte papel, se elaboran en original y máximo una copia, remitiéndose el original al destinatario y la copia con el sello o firma de recibido al remitente, para que sea custodiado en su archivo de gestión. En los casos que hayan varios destinatarios se elaboraran igual cantidad de copias adicionales, si el contenido de la comunicación es de más de una página su impresión debe realizarse por ambas caras y debe ser radicado en SAIA.

Organización

- Todo productor documental es responsable de organizar los documentos dentro de la unidad documental (carpeta utilizando la estipulada por el HICM para tal fin), siguiendo los principios de procedencia que el que define donde debe estar situado el documento de que fondo documental procede, teniendo en cuenta que debe mantenerse la unidad e independencia de cada fondo y en este la integridad y carácter seriado de los documentos y orden original que hace relación al orden que conservan los documentos dentro de cada serie, de acuerdo a la secuencia que originó el expediente y en el orden en que se dieron los documentos que materializan las actuaciones y diligencias encaminadas a la resolución administrativa de un asunto determinado, iniciado y resuelto en la oficina que tiene la competencia específica. En consecuencia, debe respetarse el orden natural de los documentos ya que son producidos en una relación causa –efecto.
- La organización al interior de las unidades documentales debe hacerse desde la fecha más reciente hasta la fecha más antigua (en forma de libro) evidenciado el trámite.
- Para dar cumplimiento a las transferencias documentales según lo dispuesto en las Tablas de Retención Documental cada usuario debe relacionar las unidades documentales en el formato de inventario único documental definido por el archivo general de la nación para tal fin.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Consulta de documentos

- La consulta de documentos en los archivos de gestión, central e históricos por parte de otras dependencias o de los ciudadanos se debe solicitar y registrar en el formatos establecidos para la consulta y préstamo de documentos.
- Si el solicitante requiere servicio de reprografía estas deben ser autorizadas por el líder de la respectiva área a la cual pertenezca el expediente y solo se permitirá cuando la información no se encuentre bajo reserva legal.

Conservación a largo plazo

- En el archivos central solo se custodiaran aquellos documentos que hayan cumplido su tiempo de retención según las Tablas de Retención Documental (TRD) y transferidos según el plan anual de transferencias.
- Los borrados de trabajos, copias o documentos de apoyo están bajo la custodia de cada colaborador, y será este quien le asigne la disposición final.

Disposición final

- El Tecnólogo en Gestión Documental es la única persona autorizada para realizar actividades de reprografía, de los documentos que se encuentren almacenados y custodiados en los archivos central e histórico, al igual que la expedición de certificados de hospitalización y respuesta a las solicitudes de historia clínica.
- Las actividades de descarte (Eliminación) y selección documental deben hacerse mediante solicitud escrita, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el área de gestión documental para tal fin y las disposiciones que define la Tabla de Retención Documental (TRD) para cada serie documental, actividad de la cual se debe dejar constancia en el Acta y aprobación por el Comité Interno de Archivo de la HICM.

Archivo clínico

Para la solicitud de historias clínicas el trámite lo deben de hacer únicamente el padre, madre o representante legal del menor con los siguientes documentos:

- Documento original de los padres
- Documento de identificación del menor
- Copia del documento que lo acredite como padre, madre (registro civil) o representante legal del menor
- Una solicitud debidamente diligenciada en el momento de adquirir la historia clínica.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Los consentimientos informados al igual que los resultados de exámenes de laboratorio son custodiados en Gestión Documental

Línea 4. Comunicaciones

Identidad e imagen corporativa

- Los parámetros establecidos para el buen uso de la identidad y la imagen corporativa del Hospital son los dictaminados por el área de comunicaciones a través del manual de identidad corporativa, el cual tiene como propósito transmitir una imagen cercana, amigable y confiable.
- El diseño de las piezas gráficas es aprobado por el Profesional en Comunicaciones e Imagen corporativa, ya que deben seguir los lineamientos de identidad e imagen estipulados en el manual.
- El logo establecido como imagen corporativa del Hospital Infantil Concejo de Medellín es el que se encuentra definido en el manual de imagen corporativa, en este manual se encuentra además los lineamientos para su uso.
- El logo del Hospital debe estar presente en todo proceso de comunicación que se realice.

Presentaciones o diapositivas

- El área de comunicaciones es la encargada de definir los diseños de las presentaciones institucionales, estos siempre deben estar alineados con los lineamientos de imagen corporativa del Hospital.
- Para las presentaciones institucionales solo está permitido utilizar uno de los diseños de presentaciones institucionales que se encuentran ubicados en el Sistema Integral de Gestión de Calidad vinculado en la intranet.
- La ubicación de la información en la presentación queda a libre disposición de quien realice, pero debe tener claro que el diseño debe ser muy limpio, es decir evitar la sobrecarga de texto.
- Al momento de redactar el contenido de la presentación se debe tener en cuenta el público al que está dirigida.
- Las imágenes utilizadas en las presentaciones son las almacenadas en el banco de imágenes institucional, si se requiere una imagen diferente se debe buscar en las páginas web definidas por el área de comunicaciones.
- Si un colaborador requiere hacer una divulgación masiva de presentación, video, volantes, afiches, pendones, entre otros tiene que cumplir con los requisitos anteriormente mencionados y los lineamientos establecidos en el manual de presentaciones.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Uso de Fotografías y videos

- El profesional en comunicaciones del Hospital es el encargado de realizar las tomas fotográficas y grabar videos durante la celebración de eventos y actividades realizadas dentro de las instalaciones, de igual manera, cualquier colaborador que realice tomas fotográficas de los niños, niñas y sus familias, debe entregarlas al profesional en comunicaciones para su custodia, está prohibido el uso de estas para fines personales y/o divulgación del material filmico o fotográfico por medios electrónicos, redes sociales, medios impresos o audiovisual.
- Las imágenes y videos institucionales quedan consignados en un banco de imágenes que se encuentra en poder del profesional en comunicaciones del Hospital, el banco de imágenes está disponible para la utilización de todos los colaboradores en el desarrollo sus funciones.
- Las fotografías y videos realizadas a los niños, niñas y sus familias requiere previa autorización del paciente y su acompañante y el diligenciamiento completo de los formatos de autorización para la toma de imágenes y grabación en vídeo para niños o niñas de manera individual, persona mayor de 18 años y actividades grupales están ubicados en el Sistema Integral de Gestión de Calidad vinculado en la intranet. En el caso del formato para los menores de edad se diligencia por la persona responsable.
- Las fotografías y videos realizadas a los niños, niñas y sus familias por medios masivos de comunicación y/o personas externas al hospital requieren previa autorización del área de comunicaciones, del paciente y su acompañante y el diligenciamiento de los respectivos formatos para la toma de imágenes y grabación en vídeo que el hospital tiene designado para ello.
- No se permite la divulgación a través de medios masivos de comunicación externa o interna de fotografías que expresen sentimientos negativos, tales como: miedo, dolor, angustia, llanto entre otras.
- Los acompañantes o visitantes de los niños y niñas solo pueden realizar toma de imágenes o grabación de videos cuando es únicamente al menor que tienen a cargo, no está permitido que ellos lo hagan en actividades grupales.
- Se permite el uso de programas de diseño para retocar imperfecciones en las imágenes tomadas dentro de la institución, siempre y cuando no alteren la imagen personal y de la institución.
- Quienes no atiendan los lineamientos aquí establecidos podrá recibir sanciones legales y/o institucionales.

Espacios de comunicación Interna

Grupos primarios: Es una reunión que realiza el líder de proceso (jefe inmediato) con su equipo de trabajo.

- El líder de cada área es responsable de la planeación y cumplimiento de la misma.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- En el grupo primario se tratan temas como retroalimentación y acompañamiento a los procesos, difusión de información institucional, oportunidades de mejora, es un espacio para conocer avances y logros de las áreas entre otros.
- Los grupos primarios deben realizarse mínimo una vez al mes y como evidencia de la ejecución de estas reuniones se debe diligenciar un acta de reunión según el formato establecido en el Sistema Integral de Gestión de Calidad vinculado en la intranet, donde quedan plasmados los temas tratados, los compromisos y las firmas de los asistentes.

Comités institucionales: son los que se encuentran definidos en la Resolución de la Dirección Ejecutiva (RDE) 001 de 2014 y sus respectivas adiciones y modificaciones y las que se establezcan por requisitos de ley.

- Estos comités son creados para mantener la unidad de intereses en torno al direccionamiento estratégico y objetivos del Hospital, además de dar cumplimiento a los requerimientos de la normatividad vigente que aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Cada comité tiene un responsable de su coordinación, quien cumple funciones como: citar a reunión, coordinar y garantizar que los asistentes tienen el orden del día, garantizar el material actualizado y completo de la reunión, realizar el acta del comité según el formato establecido en el Sistema Integral de Gestión de Calidad vinculado en la intranet y realizar seguimiento a los compromisos pactados.
- La gestión del comité debe realizarse por medio del módulo de comités que se encuentra en la intranet, en este el coordinador o secretario de comité es el encargado de asignar y hacer seguimiento a compromisos. Los integrantes del comité deben realizar la respectiva gestión del compromiso asignado.

Reuniones administrativas y asistenciales: Son aquellos encuentros que se realizan entre personas de una misma área o entre diferentes áreas para tratar un tema en específico, estas reuniones no tienen periodicidad definida.

- Como evidencia de la ejecución de estas reuniones se debe diligenciar un acta de reunión según el formato establecido en el Sistema Integral de Gestión de Calidad vinculado en la intranet, donde queden los temas tratados, los compromisos y las firmas de los asistentes en caso de que aplique.

Espacios de formación o capacitación: espacio al interior de las áreas para alinear conceptos, estandarizar el proceso, y actualizar en normas políticas o nuevos conceptos que apunten a mejorar su quehacer diario.

- El área de gestión humana debe hacer plan de capacitación anual.
- Los temas a tratar en la capacitación o formación son solicitados por los líderes de proceso de cada área según requerimientos técnicos y/o humanos a desarrollar.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- Según los temas de formación o capacitación, el líder de proceso debe evaluar la eficacia de estos a través de evaluación escrita o prueba práctica.
- En la evaluación de desempeño de cada colaborador el líder de proceso debe evaluar la puesta en práctica de los temas tratados en capacitaciones de todo el año.

Espacios de comunicación externa

Son aquellos canales en los cuales el Hospital participa activamente, interactuando con personas y organizaciones del Sector, donde se da a conocer y busca posicionarse en el mercado, estos son:

Asociación de usuarios

La Asociación de usuarios es un espacio de participación social en salud que se convierte en uno de los canales de comunicación con la comunidad y los demás usuarios del hospital. Para lograr que los integrantes de la Asociación realicen de manera adecuada la veeduría en la prestación de servicios de la organización, se debe garantizar su formación en temas de salud y comunidad, su participación en los espacios de rendición de cuentas, así como la información respecto a los indicadores relevantes generados por el Hospital.

Rendición de cuentas

El hospital presenta su información de manera permanente, sistemática y calificada mediante sus medios de comunicación.

- El Director Ejecutivo es el encargado de realizar la rendición de cuentas de manera presencial, una vez al año para los colaboradores y en cada reunión de Junta Directiva.
- El profesional de comunicaciones es el encargado de difundir el informe por los medios de comunicación internos y externos (página Web, intranet, boletines).

Reuniones gremiales

Son reuniones en las que asisten varias entidades de un mismo gremio para informarse sobre avances, decisiones, oportunidades de mejora, etc.

- Asiste el líder o líderes relacionados con la temática a tratar, según designe jefe inmediato.
- El o los asistentes a estas reuniones gremiales participan en la reunión y cuando aplique informan sobre la gestión realizada en el Hospital según el tema tratado.

Capacitaciones, foros o seminarios

Son todas aquellas actividades de formación profesional o personal que se realicen por fuera de las instalaciones del Hospital Infantil Concejo de Medellín.

- Para asistir a estas capacitaciones, foros o seminarios la temática debe de ser de interés de la organización.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- Para la asistencia a estas capacitaciones, foros o seminarios se debe informar al líder de proceso (jefe inmediato).

Comités y reuniones Secretaría de Salud

Son todas aquellas reuniones realizadas por la Secretaría de Salud que se realizan para dar lineamientos claros sobre alguna decisión o actividad específica.

- Para la asistencia a estos Comités y reuniones Secretaría de Salud, se debe informar al líder de proceso (jefe inmediato).
- En los Comités y reuniones Secretaría de Salud los asistentes informan sobre algunas de las oportunidades de mejora en las que se necesita apoyo por parte de la Secretaría de Salud o alguna otra de las organizaciones asistentes.
- El asistente a Comités y reuniones Secretaría de Salud debe de retroalimentar a su equipo de trabajo sobre los temas tratados.

Ferías y eventos

Son todas aquellas ferias y eventos de ciudad a los que El Hospital Infantil Concejo de Medellín, es invitado.

- Los asistentes deben cuidar y mantener la imagen institucional.
- Los asistentes deben dar a conocer la imagen corporativa, el portafolio de servicios y la gestión de la organización.
- Las memorias de eventos (presentaciones, fotografías, videos entre otras) que el asistente considere de interés para conocimiento de todos los colaboradores, deben entregarse al profesional de comunicaciones para ser difundido por la intranet.

Medios de comunicación Externa

Carteleras externas

Las carteleras externas del Hospital, están destinadas para publicar información de interés con destino a pacientes y sus acompañantes y demás visitantes, con el fin de que reciban información oportuna y conozcan nuestro hospital.

- Las carteleras institucionales deben ubicadas en zonas visibles a usuarios, visitantes y proveedores.
- Las carteleras externas son administradas por el profesional de comunicaciones, si algún colaborador requiere publicar alguna información requiere previa autorización del área de comunicaciones.
- Deben actualizarse permanente para mantener informado a los usuarios y colaboradores del hospital.
- Se debe publicar contenido de redacción corta y fácil de entender.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- El contenido a publicar debe estar hecho en un formato de diseño llamativo (que conserve la imagen institucional) que permita atraer y persuadir a los lectores.

Página web

- El responsable de la actualización de la plataforma es el profesional en comunicaciones e imagen corporativa, apoyado por el Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud y el personal del área de sistemas.
- Las áreas que requieran publicar noticias y/o información de interés deben enviarla al profesional en comunicaciones e imagen corporativa.
- La información que sea publicada debe respetar la diferencia de culturas, razas, ideologías religiosas o políticas, identidad sexual.

Facebook/Instagram

- La persona encargada de actualizar la página es el Profesional en Comunicaciones e Imagen corporativa.
- El Profesional en Comunicaciones es el encargado redactar y publicar la información oficial del Hospital al público en general, en caso de que otra área requiera publicar información se la hacer llegar al Profesional en comunicaciones.
- Se publica información de manera permanente, es necesario publicar información mínimo una vez a la semana.

Twitter

- El Director Ejecutivo de la institución o quien él autorice para su reemplazo, es la persona encargada de publicar información oficial del Hospital, opiniones de temáticas del sector salud y/o interés de los seguidores y responder a mensajes publicados.
- No hay un tiempo o espacio determinado para la publicación de la información.

Youtube

- El Profesional en Comunicaciones es el encargado publicar videos de la institución, en caso de que otra área requiera publicar algún video se lo hace llegar al Profesional en comunicaciones.
- Los videos publicados en el Canal de Youtube Hospital Infantil Concejo de Medellín, deben estar orientados al fortalecimiento de la Imagen corporativa de la institución.
- No está permitido publicar videos que afecten la buena imagen de la institución ante la ciudadanía.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

Medios de comunicación interna

Boletín interno

- El área de comunicaciones elabora el boletín de forma semestral y lo publica en la intranet, correos electrónicos y carteleras institucionales.
- El boletín interno lo elabora el profesional en comunicaciones con información suministrada por los autores de contenido los cuales están definidos en la matriz anual de autores de contenido.

Carteleras

- Su ubicación es interna dentro de áreas, cafetines donde no son visibles al público externo.
- El contenido publicado es de interés para los colaboradores del Hospital.
- Debe mantener informado de manera permanente al público interno.
- Se debe publicar contenido de redacción corta.
- Debe tener contenido redactado de forma fácil y rápida de leer.

Intranet

- Para ingresar cada usuario cuenta con un usuario y clave personal e intransferible que se le es asignado por el profesional en comunicaciones e imagen corporativa.
- El profesional en comunicaciones publica en la intranet permanentemente noticias y avances de gestión de la organización, información de interés para ser publicada en la plataforma. Los líderes de proceso envían el contenido con anticipación a la fecha de su publicación para que sea actualizada de manera oportuna.
- Los módulos de gestión de la intranet institucional, cuentan con permisos establecidos para sus usuarios de acuerdo a su perfil.
- El acceso a la información en la intranet institucional está categorizada según las funciones que desempeña el colaborador, permitiendo que la información sea recibida por los usuarios a los que corresponde.
- Todos los formatos y/o links de consulta (reporte de eventos adversos, accidente de trabajo, Keeper, SAIA, etc) que hacen parte de los accesos rápidos son de libre consulta y libre diligenciamiento por parte de todos los colaboradores del Hospital.
- Todos los colaboradores del HICM, que realicen solicitudes o requerimientos tales como reporte de evento adverso, solicitud de cartas laborales y reporte de accidente de trabajo lo realizan por medio de la intranet institucional, de lo contrario, no es tenido en cuenta.

Perifoneo

- El perifoneo es de uso restringido y solo podrán activarlo las personas que tengan el respectivo permiso.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- Si una persona requiere y considera necesario difundir alguna información por este medio, deberá comunicarse con la profesional en comunicaciones e imagen corporativa.
- Si algún colaborador detecta problemas con el sonido en alguno de los servicios debe informarlo al área de infraestructura.
- Existe un documento de uso del perifoneo en el Sistema Integral de Gestión de Calidad vinculado en la intranet, en el cual está consignada la información a divulgar, cualquier nuevo requerimiento es notificado a la profesional en comunicaciones.

Chat interno

- El Chat Interno Spark es un medio de comunicación para realizar conversaciones entre colaboradores de la misma área o entre áreas, solo para temas relacionados con su trabajo.
- No todos los colaboradores pueden interactuar entre sí, existen perfiles de usuario según sus funciones.

Derechos de autor

- El contenido que sea tomado de otro autor ajeno al hospital, se debe considerar una cita textual, por lo tanto, es necesario incluir la referencia de donde fue tomado.
- La protección de derechos de autor aplica a cualquier contenido (textos, imágenes, dibujos, videos, etc.) que sea publicado los medios internos y externos del Hospital.
- A todo artículo que sea redactado por colaboradores del Hospital se le dará el debido nombramiento de los derechos de autor, reconociéndose al final del artículo el nombre y cargo del colaborador que lo realizó.
- La protección de derechos de autor aplica a cualquier contenido (textos, imágenes, dibujos, videos) que sea publicado por los medios internos y externos de la Corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín.

Autores de contenido

Cada uno de los medios de comunicación interno y externo tiene asignados unos autores de contenidos que son organizados según cronograma establecido al inicio del año en curso por el profesional en comunicaciones.

- El área de comunicaciones informa a los autores de contenido con mínimo un mes de anticipación la fecha que le ha sido asignada para la entrega del artículo.
- Los artículos son redactados de acuerdo a los públicos para los que están orientados cada uno de los medios de la organización.
- Los artículos son redactados en un lenguaje sencillo y de fácil comprensión.
- Cada autor de contenido es responsable de la selección del tema a redactar y del contenido de su artículo.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

- Ningún colaborador que sea designado como autor de contenido podrá eximirse de dicha responsabilidad.
- El profesional en comunicaciones del hospital es la responsable de publicar la información en los medios de comunicación asignados para cada artículo.

RESULTADOS ESPERADOS DE LA POLÍTICA

- Gestión de la identidad de cada uno de los usuarios y control en los accesos a los diferentes sistemas de información del hospital.
- Seguridad en la información.
- Uso adecuado de los recursos tecnológicos y sistemas de información.
- Flujo adecuado de la información oficial del Hospital, trazabilidad y custodia de la misma.
- Gestión de la información, garantizando información clara, confiable y oportuna.
- Seguimiento y control a los procesos por medio del seguimiento de los indicadores.
- Fomento de la cultura digital y el uso adecuado de los medios de comunicación.
- Colaboradores, usuarios y grupos de interés informados clara y oportunamente.
- Información de interés conocida, divulgada y protegida de acuerdo con su naturaleza y alcance, conservando la confidencialidad, disponibilidad e integridad.

INDICADORES

- Proporción de cumplimiento en el envío de reportes a entes de control según periodicidad establecida.
- Proporción de satisfacción de los colaboradores con la comunicación interna del hospital.
- Proporción de disponibilidad de los servidores.

	POLÍTICA DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN			
	Proceso: Gestión de Planeación	Código: DIP-PD-21	Versión: 02	Fecha de aprobación: 07/05/2019

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios realizados
01	01/03/2016	Creación del documento.
02	07/05/2019	Actualización área de sistemas, cambios en redacción, tiempos de backup.

APROBACIÓN		
Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre: Ana Isabel Toro Uribe, Carolina Sanín Calle, Ángela Salazar, Erika Patricia Maya Nieves	Calidad: Daniel Velásquez Betancur Cargo: Líder de Planeación y Calidad	Nombre: Fernando Hincapié Agudelo
Cargo: Profesional Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Profesional en Comunicaciones e Imagen Corporativa, Tecnóloga en Gestión documental, Ingeniera de Sistemas	Técnica: Yadira Agudelo Zuluaga Cargo Directora Administrativa y Financiera	Cargo: Director Ejecutivo

Vigente a partir del: 29 de febrero de 2016