1. Aprobación del documento:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Cargo | Firma |
| Elaboró: |  |  |  |
| Revisó:  |  |  |  |
| Aprobó:  |  |  |  |

1. Control de la Vigencia del Documento: Tipo de Copia: Controlada \_\_\_ No Controlada \_\_

(Se deben hacer revisiones Bianuales a la fecha de aprobación)

Fecha de revisión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vigente SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

1. Control de cambios del Documento: (Cuando el Documento es versión 1 este literal no aplica, para una versión diferente se deberá colocar las anteriores con la trazabilidad de sus cambios).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | RESPONSABLE |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Tabla de contenido

[4. OBJETIVO 2](#_Toc164617673)

[5. ALCANCE 2](#_Toc164617674)

[6. RESPONSABLES 2](#_Toc164617675)

[7. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES 2](#_Toc164617676)

1. OBJETIVO

Defina el propósito o la meta a alcanzar, comenzando el párrafo con un verbo en infinitivo (ar, er, ir).

1. ALCANCE

Describa donde comienza la actividad (desde), donde finaliza (hasta) y la aplicación (procesos involucrados, usuarios, entre otros)

1. RESPONSABLES

Registre el (los) responsable (s) de la ejecución del instructivo.

1. ENFOQUE DIFERENCIAL

La E.S.E Hospital San Rafael de Facatativá realiza la atención con enfoque diferencial de acuerdo a lo definido en el procedimiento de Gestión de la Inclusión del Enfoque Diferencial en la Atención de los Servicios de Salud y programa de humanización e involucra a los grupos poblacionales de niños, niñas y adolescentes, LGBTIQ+, población en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual, grupos étnicos, población privadas de la libertad y demás grupo población con características particulares.

1. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

**Equipo biomédico**

Registre el equipo biomédico necesario para la realización del mismo.

**Medicamentos**

Registre los medicamentos necesarios para la realización del mismo.

**Material médico quirúrgico**

Registre el material médico quirúrgico necesario para la realización del mismo.

**Insumos**

Registre los insumos necesarios para la realización del mismo.

Es la relación de pasos que interactúan entre sí en el desarrollo del documento. Para este criterio se debe utilizar como descripción de las actividades el cuadro anexó a continuación:

| **Item** | **Actividad**(Que debe hacer) | **Descripción de la actividad**(Como lo deben hacer) | **Responsable**(Quien lo debe hacer) | **Documento**(Registro de la actividad) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

1. RIESGOS Y PUNTOS DE CONTROL

Relacione los riesgos y las barreras implementadas para la mitigación de los mismos.

| **Item** | **RIESGOS IDENTIFICADOS** | **BARRERAS IMPLEMENTADAS** |
| --- | --- | --- |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |