



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL PROCESO: ORGANIZACIÓN DE LOS FONDOS ACUMULADOS

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS DOCUMENTOS TRANSFERIDOS DE LAS ÁREAS AL ARCHIVO CENTRAL.	RESPONSABLE: TÉCNICO Y COORDINADOR.	OBJETO: DISPONER DE LA DOCUMENTACION ORGANIZADA, DE TAL FORMA QUE LA INFORMACION INSTITUCIONAL SEA RECUPERABLE PARA USO DE LA ADMINISTRACION Y COMO FUENTE PARA LA HISTORIA.	Código: ARCH-PR0001	FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01
---	-------------------------------------	--	---------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

- Toda la documentación que no tiene ningún tipo de organización.
- Formato de Transferencia Documental
- Oficina de transferencia

REQUISITOS DE ENTRADA

- Toda la documentación debe venir relacionada en el formato de transferencia Documental

PROVEEDOR

- Proceso de transferencia documental.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de capacitación.
- Proceso de contratación del Recurso Humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Manual de funciones y actividades, inventario documental, ley 594 de 2000 archivo general de la nación.

ACTIVIDADES

Para el proceso de la organización de fondos acumulados se deben desarrollar 4 etapas.

Primera etapa:

1. Los auxiliares deben ubicar la documentación
2. Buscar y recuperar los manuales de procedimientos de la institución
3. Ubicar otras fuentes testimoniales, bases de datos informes estadísticos y entrevistas a funcionarios de entidades que se hallan relacionado con este tipo de información por su misma antigüedad.
4. Ubicar físicamente el archivo (planta física, fecha de creación estructura administrativa).

Segunda etapa:

5. El coordinador debe elaborar un diagnostico en la que se determina los estados de los documentos, como se recuperaron y un inventario preliminar.

Tercera etapa:

6. El coordinador debe elaborar y ejecutar un plan de trabajo archivístico integral que consiste en la clasificación, ordenación y descripción documental por áreas según estructura orgánica vigente.

Cuarta etapa

7. El técnico debe identificar los valores primarios (administrativos, contables, fiscales, legales y técnicos) y secundarios (históricos, científicos y culturales) de la documentación.
8. Los auxiliares depuran la información: (retirar copias, material abrasivo, foliar, rotular y embalar).
9. Los auxiliares deben ubicar las carpetas en los estantes según la estructura orgánica

SALIDAS

Documentos organizados basados en la ley 594 de 2000 Archivo General de la Nación y el acuerdo 002 del 23 de febrero de 2004.

REQUISITOS DE SALIDA

La documentación debidamente clasificada, seleccionada, ordenada y ubicada en los estantes.

CLIENTES

- Proceso de eliminación documental.
- Proceso de inventario.

INDICADORES DE EFICACIA

Cronograma de actividades v. s metas establecidas semanalmente (porcentualmente).

RECURSOS

Talento humano, computadora e impresora, papelería, mobiliarios. Hiliadilla, planta física y cajas x-200

CONTROL

Cronograma de actividades diarias, comités de archivo, informes mensuales al interventor del contrato

REGISTROS

Formatos de transferencia, actas de comités, informes mensuales de actividades

ELABORÓ:

MTU

FIRMA:

NOMBRE: JUAN CAREOS BERMEO

CARGO: COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS

CARGO: GERENTE

16/02

ENTRADA

- Formato de encuesta para la elaboración de Tablas de Retención Documental.
- Organigrama actual

REQUISITOS DE ENTRADA

Se debe registrar toda la información en el formato de encuesta de (T.R.D) según la ley 594 de 2000 del archivo general de la nación y el organigrama ultimo aprobado

PROVEEDOR

- Proceso de transferencia documental.
- Proceso de inventarios documentales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de suministros
- Proceso contratación del recurso humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 594 de 2000 del archivo general de la nación.

ELABORÓ: 

FIRMA: 

NOMBRE: **JUAN CARLOS BERMIO**

CARGO: **COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA**

ACTIVIDADES

Una vez elaborada la encuesta se procede a desarrollar las siguientes actividades para el proceso de las Tablas de Retención Documental:

- 1-El Técnico recopila la información histórica y/o historia institucional de acuerdo a la documentación que se tenga acceso.
2. El coordinador Codifica el organigrama actual de la institución con el fin de dar una organización numérica de los documentos.
3. El Aux. Administrativo realiza la encuesta documental a los jefes de área o personal encargado según la estructura orgánica de la institución.
4. El Aux. analiza la encuesta con el fin de extraer las series y sus unidades documentales.
5. El técnico analiza y extrae del manual de funciones y actividades las posibles unidades documentales que podrían no haber quedado establecidas en las encuestas documentales.
6. El técnico plasma las unidades documentales dentro de los formatos de tablas de retención documental.
7. Revisión parte del coordinador de archivo para presentar las tablas de retención documental al comité de archivo y por ende al comité evaluador de la Gobernación del Tolima siendo este de tipo documental.

CONTROL

Cronograma para la elaboración de las encuestas.

REGISTROS

La encuesta para elaboración de Tablas de Retención Documental.

REQUISITOS DE SALIDA

- Las series documentales con sus respectivas sub series de cada dependencia en el formato de tablas de retención documental, acompañado de una introducción, anexos/disposiciones legales, actos administrativos y cambios estructurales de la entidad.

CLIENTES

- Proceso revisión por parte del comité evaluador de la Gobernación del Tolima.
- Proceso de aprobación por el Archivo General de la Nación.
- Proceso de eliminación Documental.

INDICADORES DE EFICACIA

Tiempo de elaboración de TRD, vs aprobación del comité evaluador.

REVISÓ: 

FIRMA: 

NOMBRE: **COMITÉ LÍDER DE PROCESOS**

CARGO: **COORDINADOR**

APROBÓ: 


FIRMA: 

NOMBRE: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**

CARGO: **GERENTE**

RECURSOS

Papelaría, recurso humano, computadora, mobiliario, área locativa.





ALCANCE: APLICAR PARA LA CONSULTA DE LOS DOCUMENTOS TRANSFERIDOS AL ARCHIVO CENTRAL.

RESPONSABLE: TECNICO Y AUXILIARES .
OBJETO: FACILITAR LA INFORMACION DEBIDAMENTE ORDENADA Y ORGANIZADA AL PERSONAL QUE REQUIERE DE ESTE SERVICIO OPORTUNAMENTE.

Código: ARCH-PRO003

FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL
PROCESO: SOLICITUD DOCUMENTAL

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

- Solicitudes de documentos por parte del personal del Hospital.

ACTIVIDADES

1. La persona que requiere la información debe dirigido al Coordinador de Archivo.
2. El oficio se envía en el maletín de archivo central.
3. El Coordinador de Archivo diariamente recoge la información, tanto en la mañana como en la tarde.
4. El Coordinador distribuye los requerimientos para que uno de los auxiliares de Archivo busque en el inventario, la documentación solicitada para verificar si fue transferida o no.
5. El auxiliar administrativo de archivo debe ubicar el documento en el estante correspondiente, caja y legajo.
6. El técnico de Archivo debe llevar un control de la información que esta en el inventario frente a la información que no se encuentra en el mismo con el propósito que la información sea entregada a tiempo.
7. El auxiliar debe llenar el formato de préstamo donde se firma por la persona que lo solicita, fecha hora y dependencia.
8. Si de los documentos solicitados no existen transferencias el coordinador debe elaborar un oficio informando que documentos no se encontraron en el archivo central porque no fueron transferidos, para mayor control de la información.
8. Una vez entregado el documento solicitado a la dependencia, este debe se devuelto al archivo central dentro de los tres días hábiles siguientes, igualmente vía correspondencia, mediante oficio de devolución, firmado por el jefe de área o la persona encargada.
9. Este oficio se envía por el maletín respectivo, una vez recibido el oficio el auxiliar de archivo se desplaza al área verifica la documentación y le hace firmar el registro de préstamo al cliente. Igualmente el auxiliar de archivo le firma la copia de recibido del documento verificado.

SALIDAS

- Entrega de la documentación solicitada debidamente diligenciada.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Solicitud a través de oficio, la cual debe indicar la serie del documento, fecha de solicitud debidamente radicado, dependencia, nombre y firma del solicitante.

REQUISITOS DE SALIDA

- Registrar en el control de préstamo documental, llevando la firma, fecha y nombre del responsable.

PROVEEDOR

- El proceso de inventario.
- Proceso de correspondencia. (comunicaciones oficiales).

CLIENTES

- Proceso de inventarios.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de suministros
- Proceso de contratación del recurso humano.

INDICADORES DE EFICACIA

- Solicitud de la información vs el tiempo de entrega de la información. Esta documentación debe ser entregada durante las siguientes 24 horas hábiles.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Inventario documental.
- Oficios de transferencias.

REGISTROS

Formato de préstamo y el inventario documental y el oficio de solicitud.

RECURSOS

Papelería, recurso humano, papelería, computadora estantes y área física.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: JUAN CARLOS BERMIO
CARGO: COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



APLICACIÓN PARA TODA LA DOCUMENTACIÓN TRANSFERIDA AL ARCHIVO CENTRAL.

RESPONSABLE: COORDINADOR DE ARCHIVO

OBJETO: GARANTIZAR LA EXISTENCIA DOCUMENTAL PARA QUE LA INFORMACION REQUERIDA SE ENTREGUE OPORTUNAMENTE.

Código: ARCH-PR0004

FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL PROCESO: ELABORACION DE INVENTARIOS

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

Toda la documentación existente en el archivo central.

REQUISITOS DE ENTRADA

Todas las series, subseries y tipos documentales deben ir en el Formato Único de Inventario estipulado por el archivo general de la nación.
La información debe estar depurada, clasificada y ordenada alfabética y/o cronológicamente.

PROVEEDOR

Proceso de organización de fondos acumulados.
Proceso de eliminación documental.
Proceso de transferencia documental.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de suministros.
Proceso de contratación del recurso humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Le y 594 de 2000, acuerdo 042 de 2002 y demás normas vigentes del Archivo General de la Nación.

ELABORÓ:

FIRMA: **JUAN CARLOS BERMEO**

NOMBRE: **JUAN CARLOS BERMEO**
CARGO: **COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA**

ACTIVIDADES

Una vez transferida la documentación se procede a:

1. Los auxiliares asignados deben Clasificar los documentos por dependencias.
2. El auxiliar de archivo Saca todos los documentos existentes en las cajas baxter.
3. El auxiliar de archivo Organiza por serie y subseries los documentos.
4. El Auxiliar Ordena los documentos alfabética y cronológicamente.
5. El Auxiliar Plasma las series y subseries documentales en el formato único de inventario.
6. El Técnico Verifica que cada Cada legajo lleve un mínimo de 180 folios o un máximo de 200 folios y con su rotulo de identificación correspondiente .
7. El Auxiliar plasma en el formato único de inventario las fechas extremas, que es la inicial y la final del legajo, la unidad de conservación si es caja, libro o legajo y la ubicación física del estante , según la estructura orgánica de la institución.
8. el auxiliar Una vez ordenados los documentos debe embalar en las cajas de archivo X-200 y colocar la información en el rotulo externo de la caja para que la búsqueda de la información se efectúe de manera más rápida.
9. El Auxiliar digita la información de los inventarios, para que quede tanto física como en el sistema.

CONTROL

Formato de entrada y salidas de documentos (libro de prestamos de documentos).

REGISTROS

Formato único de inventario de documentos

PREMIÓ:

FIRMA: **COMITÉ LÍDER DE PROCESOS**

NOMBRE: **COMITÉ LÍDER DE PROCESOS**
CARGO: **COORDINADOR**

APROBÓ:

FIRMA: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**

NOMBRE: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
CARGO: **GERENTE**

SALIDAS

Elaboración de inventarios transferidos por las dependencias de la institución mediante un formato único de inventario.

REQUISITOS DE SALIDA

Se deben registrar todos los documentos en el registro único de inventario documental.

CLIENTES.

Proceso de solicitud documental.
Proceso de Tablas de Valoración Documental.

INDICADORES DE EFICACIA

Total de inventarios sobre el total de documentos recibidos o transferidos porcentualmente.

RECURSOS

Talento humano, computadora, impresora y papelería y mobiliario.



**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL
PROCESO: ELABORACION TABLAS DE VALORACION DOCUMENTAL**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: APLICABLE PARA LOS DOCUMENTOS EXISTENTES EN EL ARCHIVO CENTRAL.	RESPONSABLE: COORDINADOR TÉCNICO Y AUXILIARES	OBJETO: ORGANIZAR LOS DOCUMENTOS DE LA INSTITUCION, CONSERVANDO AQUELLOS DOCUMENTOS QUE TIENEN ALGUNA RELEVANCIA, Y DETERMINANDO LAS SERIES DE ACUERDO AL ORGANIGRAMA DE CADA EPOCA.	Código: ARCPRO-005	FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01
--	---	--	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

Todos los documentos existentes en el archivo central.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Toda la información debe estar plasmada en el formato de inventario, ordenada alfabéticamente y cronológicamente por series y subseries documentales.

PROVEEDOR

- Proceso de transferencia documental de todas las áreas de la institución.
- Proceso de organización de los fondos acumulados.
- Proceso de eliminación documental.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación del recurso humano.
Proceso de Suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

ley 594 de 2004 del archivo general de la nación.
El acuerdo 002 del 23 de febrero de 2004

ACTIVIDADES

1. El técnico de archivo Diagnostica el estado de los documentos.
2. El técnico de archivo recopila la historia institucional.
3. El técnico de archivo Retoma todos y cada uno de los organigramas que hallan existido para nombrar así mismo las dependencias y series de acuerdo a cada época.
4. El técnico Toma cada dependencia en orden jerárquico, con el fin de realizarle el proceso archivístico.
5. El auxiliar Organizar las series y/o asuntos en una tabla de clasificación esta con el fin de conocer la totalidad de los documentos de la dependencia en curso.
6. El auxiliar Verifica con el actual jefe de la dependencia si algunos documentos han perdido su valor y es necesaria su eliminación.
7. El Auxiliar de Archivo Plasma las tablas de valoración Documental de la dependencia de acuerdo a cada época valorada.
8. El coordinador de Archivo revisa las Tablas de Valoración Documental y las Presenta al comité de archivo para su respectiva aprobación.
9. Digitalización de las Tablas de Valoración Documental en el formato estipulado.
10. Actualización de las Tablas de Valoración Documental mínimo cada año.

SALIDAS

Tablas de Valoración Documental.
Son todos los documentos que después.

REQUISITOS DE SALIDA

En el formato de Tablas de Valoración Documental quedan plasmadas las series, subseries y tipos documentales con el tiempo de valoración documental.

CLIENTES

Proceso de inventarios.
Proceso de eliminación documental.

INDICADORES DE EFICACIA

Total de Tablas de Valoración presentadas sobre el número de Tablas aprobadas.

RECURSO

Talento humano, papelería, computadora e impresora. Áreas locativas, mobiliario.

CONTROL

Verificación del tiempo de permanencia de la documentación, por parte de los jefes de cada dependencia en el formato de Tablas de Valoración Documental.

REGISTROS

Formato de tablas de valoración documental.

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: JUAN CARLOS BERMEO
CARGO: COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

Verificado



ALCANCE: APLICA PARA LOS PROCESOS QUE GENERAN GIROS, RESOLUCIONES Y CONTRATOS PARA SU RESPECTIVO TRAMITE.

RESPONSABLE: AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CORRESPONDENCIA.

OBJETO: GARANTIZAR LA ENTREGA OPORTUNA DE GIROS, CONTRATOS Y RESOLUCIONES DEBIDAMENTE NUMERADOS, RADICADOS Y CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS DE LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO.

Código: ARCH-PRO006
FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA
SUBPROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE GIROS, RESOLUCIONES Y CONTRATOS.**

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

Total de giros, resoluciones y contratos para su tramite respectivo de correspondencia.

REQUISITOS DE ENTRADA

Se entregan en los formatos respectivos, con la información clara, precisa y anexos respectivos.

PROVEEDOR

Proceso de pago, proceso financiero. Proceso de la División de Recursos Humanos.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de suministros. Proceso de contratación del recurso humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Acuerdo 142 reglamento de contratación.
Acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación.

DESCRIPCION

El auxiliar administrativo de Correspondencia:

1. Recibe los giros, resoluciones y contratos directamente en la ventanilla de correspondencia.
2. A las 7 a.m. solicita el listado de giros del día anterior a la División de Recursos Financieros, relaciona el listado en el libro registro.
3. A la persona encargada de este proceso le entrega los números por anticipado de las resoluciones que estén en espera de firma de gerencia.
4. Recibe las resoluciones, revisa el documento, verifica que este firmado por el gerente, que no tenga errores y si tiene errores se devuelve para sus correctivos pertinentes. Y si esta correcto se registra en el libro con el numero que le correspondió, se celebra y se entregan las copias del documento personalmente. Este procedimiento se hace igual con los contratos.
5. Durante el día se realiza autenticaciones de documentos de meses y años anteriores, al igual se autentican documentos que se encuentran en el archivo.
6. De 5 a 6 p.m. organiza todos los documentos cronológicamente y se archivan.
7. Guarda los libros en un lugar seguro al final de la jornada.
8. Busca pruebas de entrega cuando lo soliciten al igual resoluciones de meses y años anteriores.

SALIDAS

giros, resoluciones, y contratos debidamente legalizados.

REQUISITOS DE SALIDA

Los giros, resoluciones y contratos se entregan debidamente numerados, radicados y registrados.

CLIENTES

Proceso de pago.
Proceso de contratación del recurso Humano.

INDICADORES DE EFICACIA

Resoluciones, giros, contratos debidamente diligenciados vs Resoluciones, giros, contratos entregados recibidos.

RECURSOS

Papelaría, talento humano, mobiliario, computadora, impresora, área locativa.

CONTROL

Libros de radicación

REGISTROS

Libros de radicación
Formatos de recibido de estos documentos a las diferentes dependencias debidamente firmados.

ELABORO:

FIRMA:
NOMBRE: JUAN CARLOS BERMEO
CARGO: COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

REVISO:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBO:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA
PROCESO: ELIMINACION DOCUMENTAL**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: APLICA A TODOS LOS DOCUMENTOS QUE HAN PERDIDO SUS VALORES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

RESPONSABLE: COORDINADOR DE ARCHIVO Y TECNICO DE ARCHIVO.

OBJETO: DETERMINAR EN LAS DIFERENTES ETAPAS DOCUMENTAL, LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ELIMINAR PORQUE NO SON DE RELEVANCIA PARA LA INSTITUCION Y A SU VEZ LOS QUE SE DEBEN CONSERVAR COMO PATRIMONIO HISTORICO.

Código: ARCH-PRO007

FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01

ENTRADA

Documentación debidamente seleccionada por los jefes de área para eliminar.

REQUISITOS DE ENTRADA

La documentación a eliminar son documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios y que no tienen relevancia para la institución, la cual fueron plenamente identificados por cada jefe de área y aprobados en el comité de archivo.

PROVEEDOR

Proceso de clasificación, selección documental por áreas.
Proceso de transferencia documental.
Proceso de inventario preliminar.

PROCESOS DE APOYO

Proceso del comité de archivo.
Proceso del Comité Residuos Hospitalarios.
Proceso de suministros.
Proceso de contratación del recurso humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Formatos de eliminación documental, La ley 594 de 2000 del archivo general de la nación.
Aprobación comité de archivo.

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: JUAN CARLOS BERMEO
CARGO: COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

ACTIVIDADES

1. El técnico de archivo debe Retomar la tabla de clasificación con el fin de conocer la totalidad de los documentos de la dependencia en curso del proceso archivístico.
2. El técnico Presenta esta tabla al jefe de la dependencia con el fin de que este mismo de su concepto de las series y/o asuntos documentales y si es meritorio que algunas de ellas sean eliminadas.
3. El técnico de archivo Toma las series y/o asuntos que quedaron y comparar sus valores primarios y secundarios para así hacer posible su eliminación.
4. El coordinador de archivo transcribe las series y/o asuntos y presentarlos al comité de archivo para su análisis y comprobación.
5. El jefe de área productora, solicita a través de oficio la eliminación de documentos al comité de archivo para su debida aprobación.
6. El coordinador de archivo realiza un acta de eliminación, la cual estipula las series y/o asuntos y el concepto del porque de su eliminación, siendo los firmantes el coordinador de archivo y el responsables de la documentación de cada área.
7. Una vez aprobada la eliminación por parte del comité, el coordinador debe quedarse con el original del acta y la copia para la oficina productora.
8. El coordinador de archivo transfiere estos documentos debidamente cortados, al comité de residuos Hospitalarios, por medio de oficios para su disposición final.

CONTROL

Formatos de transferencias documentales, formatos de eliminación y oficinas de solicitud de eliminación documental.

REGISTROS

Formatos de eliminación documental los oficios de solicitud de eliminación por parte de los jefes de área. Y el oficio al comité de bienestar para que se haga cargo de esa documentación.

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITE LIDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

SALIDAS

Documentos eliminados que han perdido sus valores primarios y secundarios de la institución que cada jefe de área seleccionó.

REQUISITOS DE SALIDA

Debe quedar registrados en un acta de eliminación aprobado por el comité de archivo de la institución.

CLIENTES

Proceso de inventario final.

INDICADORES DE EFICACIA

Total de la documentación inventariada vs la documentación a eliminar.

RECURSOS

Talento humano, computadora e impresora, papelería mobiliario.

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA				VERSION:
PROCESO: TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES				ORIGINAL
ALCANCE: APLICA A LOS DOCUMENTOS GENERADOS EN EL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y QUE CUMPLIERON SU ETAPA PARA LUEGO SER TRASLADADO AL ARCHIVO CENTRAL.	RESPONSABLE: JEFES DE AREA Y AUXILIARES DE ARCHIVO.	OBJETO: EVITAR LA ACUMULACION IRRACIONAL DE LOS DOCUMENTOS EN LOS ARCHIVOS DE GESTION DE CADA DEPENDENCIA, TANTO FISICO COMO FUNCIONAL.	Código: ARCH-PRO008	PÁGINA:
			FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-09-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-09-01

ENTRADA

Todo los documentos pertenecientes a los archivos de gestión que fueron transferidos en cada época.

REQUISITOS DE ENTRADA

Se debe efectuar mediante oficio y en el formato de transferencia documental, estipulando las series documentales, tipos documentales, fecha y firmado por el jefe de área.

PROVEEDOR

Proceso de inventario del archivo de gestión.
Proceso de fondos acumulados.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de eliminación documental en el archivo de gestión.
Proceso de suministros.
Proceso de contratación del recurso humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Formatos de transferencia documental, la ley 594 de 2000 del archivo general de la nación.

ACTIVIDADES

1. El jefe del área que va a transferir la documentación al archivo central, Analiza el ciclo vital de la documentación que allí se produce, para así determinar cuando se debe hacer la transferencia al archivo central.
2. El jefe del área que transfiera Revisa igualmente los valores de los documentos para así tener en cuenta el tiempo de retención de los mismos en cada una de las etapas archivistas.
3. el jefe del área que va a transferir al archivo central, Revisa si el tipo documental no es de consulta frecuente en el área de trabajo, esto con el fin de hacer posible la transferencia.
4. La persona encargada de manejar el archivo de gestión del área, Inventaría todos y cada uno de los documentos a transferir.
5. La persona encargada de manejar el archivo de gestión del área Plasma las series y tipos documentales sobre el formato de transferencias donde la Responsabilidad de esta acción será dada al Jefe de la dependencia.
6. El jefe del área que transfiera la documentación al archivo central, estipula las series y tipos documentales en el formato de transferencia, acompañado de un oficio firmado, la cual es enviado por medio de la oficina de correspondencia.
7. El auxiliar de archivo se traslada a la oficina productora para verificar la transferencia física.
8. El auxiliar de archivo una vez verificada la información, traslada y ubica los documentos en el archivo central según el organigrama institucional.
9. El auxiliar de archivo actualiza los inventarios en el sistema.

CONTROL

Revisión física de la documentación transferida en el formato de transferencia documental.
Control y actualización de inventarios tanto físico, como sistematizado.

REGISTROS

Formatos de transferencia documental, oficios de solicitud de transferencia.

SALIDAS

Todos los documentos transferidos legalmente, foliados, ordenados alfabéticamente y cronológicamente.

REQUISITOS DE SALIDA

Todos las series, subseries y tipos documentales deben estar actualizados y relacionados en un formato de transferencia y a su vez en un formato de inventario.

CLIENTES

Proceso de actualización de inventarios
Proceso de actualización de las Tablas de Retención Documental.
Proceso de actualización de tablas de valoración documental.

INDICADORES DE EFICACIA

Total de documentos transferidos sobre numero de documentos solicitados.

RECURSOS

Talento humano, computadora e impresora y papelería, área física, mobiliario.

ELABORÓ:

FIRMA: 

NOMBRE: JUAN CARLOS BERMIO
CARGO: COORDINADOR DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

REVISÓ:

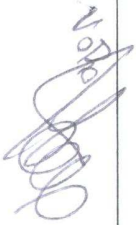
FIRMA: 

NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA: 

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE





HOSPITAL
Luis López
19001, TEL: 011 4111

ALCANCE: APLICA DESDE LA DEFINICIÓN DE LA
NECESIDAD HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.

RESPONSABLE: JEFE DE LA OFICINA JURÍDICA
OBJETO: GARANTIZAR PERMANENTE Y OPORTUNAMENTE LOS INSUMOS Y SERVICIOS
NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO ADECUADO DE LA INSTITUCIÓN.

CÓDIGO: CNT-
PRO-003

FECHA DE ELABORACIÓN: 2009-02-02
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2009-02-02

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTRATACIÓN PROCESO: CONTRATACIÓN SUPERIOR A 35 SMMLV

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

Plan de desarrollo, según el proceso DE-PRO-002
Presupuesto, según el proceso PC-PPTO-PRO-001
Plan de compras, según el procedimiento PC-PPTO-I-001.
Otros requerimientos.
Análisis de conveniencia, según Instructivo N° JUR-I-001.
Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según procedimiento PC-PPTO-PROC-001.

REQUISITOS DE ENTRADA

Plan de desarrollo aprobado.
Presupuesto aprobado.
Plan de compras aprobado.
Análisis de conveniencia con visto bueno del Gerente.
Certificado de Disponibilidad Firmado.

PROCESOS PROVEEDORES

Procesos Misionales.
Procesos Apoyo.

PROCESOS DE APOYO

Proceso Contable
Suministros
Gestión Hotelera
Mantenimiento (muebles y equipos).
Sistemas de Información.
Talento Humano.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma Institucional
Precotizaciones
Plan de Compras
Reglamento Interno de contratación
Revista Farmaprecios
Cartilla proveedores de la salud
Directorio Industrial Colombiano y Telefónico

REGISTROS

Actos administrativo de: apertura invitación a cotizar, conformación de comité técnico evaluador, de adjudicación o de declaratoria de desierta - Actas de Audiencia de aclaraciones, cierre de invitación a cotizar, apertura de las propuestas, audiencia de adjudicación, - Acto administrativo.

ACTIVIDADES

- Teniendo en cuenta el plan de compras y el plan de desarrollo aprobado, el Profesional de Recursos Físicos (bienes y servicios generales), de Recursos Humanos (Servicios personales), de Contratación y Mercado (servicios de salud) y Oficina Asesora de Planeación y Calidad (Inversión) son los responsables de:
 - Recibir y revisar los análisis de conveniencia.
 - Realizar la programación de invitaciones a cotizar.
 - Presentar los análisis de conveniencia y la programación correspondientes, según instructivo PC-PPTO-I-006.
 - Solicitar las Disponibilidades Presupuestales correspondientes, según Instructivo PC-PPTO-I-006.
- El gerente designa el grupo de trabajo para revisar la minuta de los pliegos de condiciones elaborada por la Oficina Jurídica de acuerdo al bien o servicio a contratar. Este grupo debe estar presidido por el Jefe de la Oficina Jurídica u otro funcionario de la misma.
- El Jefe de la oficina Jurídica presenta al gerente para su aprobación y firma, el acto administrativo de apertura de la invitación a cotizar, soportado con el proyecto de pliego de condiciones numerado y el certificado de disponibilidad presupuestal.
- Una vez aprobado y firmado por el gerente el acto administrativo y el pliego de condiciones, se solicita numeración del acto administrativo a la oficina de archivo central.
- El jefe de la Oficina Jurídica publica los pliegos de condiciones en las carteleras del Hospital y entrega los documentos a la oficina de sistemas para ser publicados en la página WEB.
- El jefe de la Oficina Jurídica proyecta acto administrativo por medio del cual el gerente designa el comité técnico evaluador, en el cual se designa al coordinador de la invitación a cotizar y se detallan las funciones de cada uno de sus miembros.
- El jefe de la Oficina Jurídica, notifica a cada uno de los miembros del comité técnico evaluador el contenido del acto administrativo entregando copia del mismo y de los pliegos de condiciones.
- El coordinador de la invitación a cotizar vigila el cumplimiento de los términos establecidos en los pliegos de condiciones de la invitación a cotizar.
- El Gerente o su delegado, el comité técnico, asisten a cada una de las audiencias de aclaración programadas, de las cuales se levanta acta y se publica en la página WEB, en formato de imagen.
- El jefe de la Oficina Jurídica prepara el proyecto de acta de desierta, si a ello hay lugar, resultante de la audiencia de aclaración realizada, la cual se presenta para la firma del gerente y posterior publicación en la página WEB en formato de imagen.
- El comité técnico asiste al cierre de la invitación a cotizar, una vez recibidas las propuestas dentro de la fecha y hora señalada para el cierre de la correspondiente invitación, se hace apertura de los sobres contentivos de las propuestas, diligencia de la cual se levanta acta de acuerdo al formato CONT-FR001.
- El coordinador de la invitación a cotizar, distribuye el original de la invitación a la oficina jurídica, la primera copia a la Unidad Funcional de Recursos Financieros y la segunda copia al comité técnico, para la respectiva calificación.
- Surtidas las evaluaciones dentro de los términos, se envían a la gerencia, para su revisión y aprobación.
- El coordinador de la invitación a cotizar, recoge las evaluaciones ya aprobadas por el gerente, y las entrega en la oficina de sistemas para su publicación en la página web, como imagen.
- El Gerente o su delegado y el comité técnico, asisten al acto de adjudicación de la invitación a cotizar, en la que se resuelven las observaciones presentadas a la calificación.
- De la audiencia de adjudicación, el coordinador de la invitación a cotizar elabora acta y entrega copia a la oficina jurídica para que elabore el proyecto de acto administrativo de adjudicación o de declaratoria de desierta.
- La oficina jurídica, elabora el acto administrativo de adjudicación o de declaratoria de desierta de conformidad con los lineamientos dados por la gerencia, y la presenta para su firma.
- El coordinador de la invitación a cotizar, lleva el acto administrativo a la oficina de archivo central para su numeración y lo lleva a la oficina jurídica.
- El jefe de la Oficina Jurídica elabora contrato con base en el acto administrativo de adjudicación, el pliego de condiciones, y la propuesta favorecida, dándole el visto bueno para ser signada por el gerente o representante legal de la entidad.
- La oficina jurídica entrega a los proveedores favorecidos, los contratos para su perfeccionamiento y cumplimiento de requisitos de ejecución.
- Una vez perfeccionado el contrato, el jefe de la Oficina Jurídica solicita Certificado de Registro Presupuestal adjuntando copia del contrato, a la profesional universitario de presupuesto. Según instructivo PC-PPTO-I-014.
- El jefe de la Oficina Jurídica controla el cumplimiento del plazo otorgado para el cumplimiento de los requisitos de ejecución.
- Cumplido lo anterior el jefe de la Oficina Jurídica expide certificación de cumplimiento de los requisitos de ejecución, y comunicará mediante oficio la designación del supervisor, enviando copia del contrato y de la propuesta y pliego de condiciones.
- El jefe de la Oficina Jurídica vela por que los supervisores rindan los informes pertinentes a la ejecución del contrato.
- El jefe de la Oficina Jurídica proyecta el acta de liquidación del contrato con base en los informes rendidos por el supervisor del mismo, la cual se presenta para la firma del gerente del Hospital, el supervisor del contrato y el representante legal del contratista o proveedor.

SALIDAS

Pliego de condiciones
Contrato
Informes de interventoría
Acta de liquidación del contrato

REQUISITOS DE SALIDA

Pliego de condiciones firmado por el gerente
Contrato firmado por el gerente y contratista
Informes de interventoría firmados por el supervisor.
Acta de liquidación del contrato firmada por el gerente, Contratista y supervisor.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de ingreso de bienes y devolutivos.
Proceso de inventario de bienes de consumo.
Proceso de propiedad, planta y equipo.
Proceso de gestión contable.
Proceso de preparación y presentación de informes.

INDICADORES

Cumplimiento del cronograma de la invitación.

RECURSOS

Insumos de papelería
Recurso Humano
Equipos de computo

RIESGO

Errores en el proceso de contratación por falta de planificación y falta de oportunidad en el cumplimiento de las etapas (precontractual, contractual y poscontractual)

CONTROL

Cumplimiento del Reglamento Interno de Contratación, Acuerdo 142 de 2003.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: CESAR TIGORÁ VICTORIA AVILEZ
CARGO: GRUPO DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESO DE CONTRATACION.

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA BUENAVENTURA
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ G.
CARGO: GERENTE

FIRMA:
NOMBRE: YESID RAMÍREZ
CARGO: GRUPO DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESO DE CONTRATACION.

ENTRADAS

- Direccionamiento Estratégico del último plan de desarrollo ejecutado.
- Auto evaluación de la acreditación.
- Evaluación de Habilitación.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Direccionamiento Estratégico Vigente.
- Perfil epidemiológico actualizado.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de elaboración, socialización y evaluación del plan de desarrollo.
- Mantenimiento del sistema único de habilitación.
- Implementación del sistema de Acreditación.

PROCESOS DE APOYO

Procesos de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1445 de mayo del 2006, Estándares de acreditación Resolución 1043 de mayo de 2006, estándares de habilitación. Autoevaluaciones de habilitación. Política Nacional de salud. Plan de Desarrollo Nacional y Departamental.

ACTIVIDADES

1. La Oficina Asesora de Planeación y Calidad evalúa la misión, la visión, los objetivos corporativos, la política y los objetivos de calidad, proponiendo una nueva para el periodo siguiente del direccionamiento estratégico.
2. Realiza reuniones con los jefes de Unidades Funcionales, Jefes de Oficina, de servicio y área para presentar propuesta y recibir aportes que enriquezcan la propuesta de forma participativa.
3. La Oficina de Planeación y Calidad presenta borrador del Direccionamiento al Gerente y Subgerente para su revisión y ajuste.
4. La Oficina de Planeación y Calidad realiza los ajustes respectivos y presenta al Comité de Gerencia el Direccionamiento para su aprobación.
5. La Gerencia del Hospital lo presenta a la Junta Directiva, quienes lo revisan, corrigen y aprueban.
6. Una vez el direccionamiento estratégico sea aprobado mediante Acuerdo por la Junta Directiva, junto con el plan de desarrollo trianual, la Oficina de Planeación y Calidad realiza la socialización a los jefes de Unidades funcionales, jefes de oficina y coordinadores de servicio.
7. Mediante las reuniones de inducción y reintroducción la Oficina de Planeación socializa el direccionamiento estratégico a los demás funcionarios del Hospital, adicionalmente los coordinadores de Unidad Funcional, Jefes de Oficina y coordinadores de servicio realizan la socialización en cascada del direccionamiento estratégico con el personal de su unidad.

SALIDAS

Direccionamiento Estratégico.

REQUISITOS DE SALIDA

Direccionamiento Estratégico aprobado y socializado.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de elaboración, socialización y evaluación del plan de desarrollo. Macro procesos del Hospital.

INDICADORES

% de socialización del direccionamiento estratégico.

RIESGO


Que el Hospital no cuente con un direccionamiento estratégico y unos objetivos claros.

REGISTROS

Actas de reuniones de construcción del direccionamiento. Actas de revisión de la Junta Directiva. Acuerdos de aprobación por parte de la Junta Directiva.

RECURSOS

Equipos de computo. Papelería. Sala de Conferencias.

Firma: 


Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO TRIANA
Cargo: P. U. OFICINA A. PLANEACIÓN Y CALIDAD

Elaboró:

Firma: 

Nombre: DIÓGENES SALAZAR RODRÍGUEZ
Cargo: Jefe Oficina A. de Planeación y Calidad

Revisó:

Firma: 

Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente

Aprobó:



HOSPITAL
GENERAL DE TRIANA
RUELA 16-41-111

ALCANCE: este documento aplica a todas las áreas, oficinas, unidades funcionales administrativas y asistenciales de la institución.

RESPONSABLE: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad.

Código: DE-PRO 002

Fecha de elaboración: 2005-08-08

Fecha de actualización: 2009-01-19

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
PROCESO: ELABORACIÓN, APROBACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Objeto: Garantizar que el Hospital cuenta con un desarrollo planificado.

Objeto: Garantizar que el Hospital cuenta con un desarrollo planificado.

ENTRADAS

Plan de desarrollo anterior.
Direccionamiento Estratégico.

REQUISITOS DE ENTRADA

Evaluación del Plan de desarrollo anterior.

PROCESOS PROVEEDORES

- Elaboración, aprobación, socialización periódica del direccionamiento estratégico. DE-PRO001.
- Mercadeo.
- Epidemiología.
- Mantenimiento del sistema único de habilitación. GC-PRO001.
- Implementación del sistema de Acreditación. GC-PRO002.

PROCESOS DE APOYO

Procesos de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 152 de 1994
- Ley 812 de 2003
- Ordenanza 031 de 2006
- Ordenanza 086 de 1994
- Decreto 1876 de 1994
- Plan Desarrollo Nacional vigente
- Plan de Desarrollo Departamental Vigente
- Política Nacional de prestación de servicios de salud.

ACTIVIDADES

El equipo de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad:

1. Evalúa la ejecución del Plan de desarrollo al terminar su vigencia.
2. Realiza el diagnóstico interno y externo de la institución, tomando como base el direccionamiento estratégico, analizando las oportunidades de mejoramiento del Hospital para cumplir con la misión y visión propuestos. Utiliza información como: Análisis de mercado, perfil epidemiológico, planes de mejoramiento, informes de producción, entre otros. El diagnóstico se realiza en forma general y por unidades funcionales.
3. Desarrolla el análisis estratégico de la institución y formula las políticas, objetivos estratégicos, metas, estrategias y proyectos a desarrollarse (Plan de acción OAPC-FR005), igualmente elabora el Plan de inversiones trianual (OAPC-FR023), identificando posibles fuentes de financiación para la ejecución de los proyectos.
4. Presenta a la Gerencia y subgerencia para su revisión y ajuste el borrador del plan de desarrollo incluyendo el direccionamiento estratégico.
5. Con base en las observaciones realiza los ajustes correspondientes y realiza presentación del Plan de Desarrollo al comité de Gerencia con la participación de los jefes de las Unidades Funcionales para su revisión, ajuste y aprobación, previo envío de los anteriores documentos para su estudio.
6. Entrega a la Gerencia el Plan de desarrollo aprobado el cual contiene el direccionamiento estratégico, diagnóstico interno y externo, plan de acción y plan de inversiones, para ser enviados a la Junta directiva para su estudio.
7. La Junta Directiva programa la presentación del Plan de Desarrollo por parte de la Gerencia, en reunión donde se hace la revisión, ajustes y observaciones al borrador presentado.
8. El equipo de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, ajusta el Plan de Desarrollo con las observaciones de la Junta Directiva y proyecta el Acuerdo de Junta Directiva de aprobación y adopción.
9. La Junta aprueba el Plan de desarrollo en reunión ordinaria o extraordinaria, la cual no debe sobrepasar el 1 de febrero del año de inicio del Plan.
10. El equipo de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad socializa el Plan de Desarrollo Aprobado a los coordinadores de las Unidades Funcionales, Jefes de Oficina y Coordinadores de Servicios.
11. Los coordinadores de las Unidades Funcionales, Jefes de Oficina y Coordinadores de Servicios socializan del Plan de desarrollo en cascada a todo el personal.
12. Anualmente cada 15 de enero la Oficina de Planeación realiza evaluación del Plan trianual, para ajustar el mismo. La evaluación es enviada a la Gerencia para los ajustes respectivos.

REGISTROS

Actas de reuniones de presentación del Plan de Desarrollo al grupo Directivo – OAPC-FR005 –OAPC-FR023 - Actas de revisión de la Junta Directiva - Acuerdos de aprobación por parte de la Junta Directiva

SALIDAS

Plan de Desarrollo.

REQUISITOS DE SALIDA

Plan de Desarrollo aprobado mediante acuerdo de la Junta Directiva y socializado a todos los funcionarios del Hospital.

PROCESOS CLIENTES

Elaboración, aprobación socialización de los planes operativos. DE-PRO003. Formación y Capacitación. Macro procesos del Hospital.

INDICADORES

Plan de Desarrollo Aprobado.

RIESGO

Que la Junta Directiva no conozca y apruebe el plan de desarrollo y no asigne los recursos necesarios para su ejecución.

CONTROL

Presentación del Plan de Desarrollo al grupo directivo del Hospital y a los miembros de la Junta Directiva.

RECURSOS

Equipos de computo. Papelería. Sala de Conferencias.

Firma:
Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO TRIANA
Cargo: P. U. OFICINA A. PLANEACIÓN Y CALIDAD

Firma:
Nombre: DIÓGENES SALAZAR RODRÍGUEZ
Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:



**HOSPITAL
FEDERICO LLERENAS ACOSTA**
FABRILE - TEL: 84-4-33

ALCANCE: este documento aplica a unidades funcionales administrativas y asistenciales, oficinas y servicios que dependen directamente de la subgerencia de la institución.

RESPONSABLE: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad.

OBJETO: Planear anualmente las actividades a realizar por las unidades funcionales, oficinas y servicios conforme al plan de desarrollo de la vigencia.

Código DE-PRO 003

Fecha de elaboración: 2004-08-08

Fecha de actualización: 2009-01-19

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
PROCESO: ELABORACIÓN, APROBACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES.**

Versión: 2
Página: 1 de 1

ENTRADAS

Evaluación del Plan Operativo de la Vigencia.

Plan de Acción del Plan de Desarrollo.

REQUISITOS DE ENTRADA

Plan de Desarrollo aprobado.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de elaboración, socialización y evaluación del Plan de Desarrollo.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de elaboración, socialización y evaluación periódica del Direccinamiento estratégico.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Instructivo para la elaboración y evaluación de planes operativos anuales OAPC-1004

ACTIVIDADES

1. El coordinador de la Unidad Funcional o Jefe de Oficina el 15 de noviembre de cada año, proyecta que acciones desarrollará en la siguiente vigencia para cumplir con los objetivos estratégicos propuestos por la Institución, con base en la evaluación del plan operativo de la vigencia y con el Plan de acción del Plan de desarrollo.
2. El coordinador de la Unidad Funcional o jefe de la oficina, elabora el Plan Operativo, teniendo en cuenta el instructivo para la elaboración, socialización y evaluación de los planes operativos OAPC-1004 y el formato de Plan Operativo OAPC-FR006.
3. El coordinador entrega el plan operativo anual al subgerente del Hospital con copia a la oficina de planeación para su revisión ajustes antes del 1 de enero de cada año.
4. La oficina de Planeación y la subgerencia revisan cada plan operativo y si es necesario proponen ajustes.
5. Los coordinadores de la Unidades Funcionales o jefes de oficina ajustan los planes operativos.
6. El comité de Gerencia Programa la presentación de los planes operativos de las Unidades Funcionales y Oficinas para antes del 15 de enero de cada año.
7. Los Jefes de Unidad Funcional y jefes de oficina presentan ante el Comité de Gerencia el Plan operativo, para su aprobación e inicio de la ejecución.
8. Los coordinadores de Unidad Funcional y jefes de oficina realizan la socialización del Plan operativo con los miembros de su unidad funcional oficina o servicio.
9. Conforme al Instructivo se realiza la evaluación y ajuste del Plan operativo de cada Unidad funcional y oficina, los cuales se deben enviar a la subgerencia con copia a la oficina de Planeación y Calidad.
10. Con corte a 1 de enero de cada año cada Unidad Funcional y Oficina debe realizar la evaluación anual del Plan operativo, la cual se debe enviar a la subgerencia y a la oficina de planeación y calidad.

REGISTROS

- Actas de comité de Gerencia donde se prueban los planes operativos.
- Planes Operativos - Evaluaciones Planes operativos

SALIDAS

Planes Operativos aprobados, socializados y evaluados.

REQUISITOS DE SALIDA

Planes operativos congruentes con el Plan de Desarrollo.

PROCESOS CLIENTES

Todos los procesos del hospital.

INDICADORES

% de cumplimiento de los planes operativos.

CONTROL

Revisión de los planes operativos por parte de la subgerencia y oficina de planeación para verificar congruencia con el plan de acción y estrategias de la institución. Presentación de los planes operativos el comité de gerencia para su aprobación.

RIESGO

Incumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo por falta de compromiso de las diferentes áreas y servicios del Hospital.

RECURSOS

Equipos de computo. Papelería.

Elaboró:

Firma:
Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO TRIANA
Cargo: P. U. OFICINA A. PLANEACIÓN Y CALIDAD

Revisó:

Firma:
Nombre: DIÓGENES SALAZAR RODRÍGUEZ
Cargo: Jefe Oficina A. de Planeación y Calidad

Aprobó:

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



HOSPITAL
Fundación Lleras Acosta
FUNDACIÓN LERAS ACOSTA

ALCANCE: este documento aplica para los proyectos que requieren ser presentados a Planeación Departamental, Ministerio de la Protección Social, o cualquier otro ente con quien se pueda gestionar la financiación.

RESPONSABLE: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Calidad.

OBJETO: Asegurar que el proyecto sea presentado en la metodología correspondiente para ser avalado técnicamente para su cofinanciación.

Código DE-PRO004

Fecha de elaboración: 2006-08-08

Fecha de actualización: 2009-01-19

Version: 2

Página: 1 de 1

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO PROCESO: ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN.

ENTRADAS
Necesidad presentadas por la Unidades Funcionales.
Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo.

REQUISITOS DE ENTRADA
Análisis de conveniencia de la necesidad.
Plan de Desarrollo Aprobado

PROCESOS PROVEEDORES
Procesos Misionales
Elaboración, socialización y evaluación de los Planes Operativos.

PROCESOS DE APOYO
Procesos de suministros.
Mercadeo.
Costeo de los procedimientos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
- Metodología general ajustada, para la identificación, preparación y evaluación de proyectos de inversión.
- Resolución 5042 de 1996 del Ministerio de Salud

ACTIVIDADES

1. El Jefe de la Oficina de Planeación de acuerdo a los requerimientos recibidos y al Plan de Inversiones, solicita al profesional de la oficina elaborar los proyectos de inversión para la vigencia (teniendo en cuenta la Priorización de la Gerencia).
2. El profesional de la Oficina analiza la solicitud y solicita apoyo técnico para desarrollar las alternativas de solución al Jefe de la Oficina Asesora, si se requiere se debe conformar grupo interdisciplinario para la obtención de información primaria y técnica necesaria para elaborar el proyecto.
3. Una vez determinadas las alternativas de solución, el profesional de la oficina de Planeación solicita cotizaciones, estima costos, ingresos, fuentes de financiación y cofinanciación por parte del Hospital, etc.
4. Con la información básica necesaria, el profesional de la oficina de planeación ingresa al modulo de la Metodología de Ajustada, da el nombre al proyecto e inicia el diligenciamiento de los módulos de identificación, preparación, evaluación, programación y ficha EBI.
5. Una vez diligenciada toda la información realiza la transmisión del proyecto para garantizar que el proyecto se diligencie adecuadamente.
6. El profesional presenta el proyecto al Jefe de la Oficina de Planeación para los ajustes convenientes.
7. El profesional entrega el proyecto en medio escrito y magnético, con el archivo de transmisión al Jefe de la Oficina.
8. El Jefe de la Oficina entrega el mismo a la Gerencia y proyecta los oficios de remisión del proyecto a la Secretaría de salud para el aval correspondiente y posterior inscripción en el Banco de proyectos Departamental.
9. El Gerente presenta el proyecto al Ministerio de la Protección Social y/o a otra entidad para la cofinanciación del proyecto.

SALIDAS
Proyecto elaborado.

REQUISITOS DE SALIDA
Proyecto elaborado en la metodología MGA.

PROCESOS CLIENTES
Programación presupuestal, proyecto Acuerdo Presupuestal 2.3.13

INDICADORES
% de proyectos elaborados (No de proyectos elaborados / No proyectos solicitados)

RIESGO
Realizar inversiones no contempladas en el plan de desarrollo, y la no asignación de recursos por la no presentación de los proyectos.

RECURSOS
Equipos de computo.
Software de metodología aplicada del Departamento Nacional de Planeación.
Papelería.

REGISTROS
Proyecto ajustado en la metodología MGA.
Certificación del registro del proyecto en el banco de proyectos departamental.

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

Firma:
Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO TRIANA
Cargo: P. U. OFICINA A. PLANEACIÓN Y CALIDAD

Firma:
Nombre: DIÓGENES SALAZAR RODRIGUEZ
Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN
Cargo: Gerente

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
PROCESO: ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL PLAN DE PRODUCCIÓN ANUAL.**

Versión: 2

Página: 1 de 1

ALCANCE: este documento aplica a todos los procesos misionales y gestión de recursos del Hospital

RESPONSABLE: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad.

OBJETO: Proyectar los ingresos por venta de servicios de salud para elaborar el presupuesto de la vigencia y controlar periódicamente el cumplimiento de la producción programada.

Código DE-PRO 005

Fecha de elaboración: 2006-08-08

Fecha de actualización: 2009-01-19

ENTRADAS

- Agendas mensuales del año.
- Informes de producción consolidados.
- Indicadores de gestión.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Agendas correspondientes a la vigencia.
- Informes actualizados.

PROCESOS PROVEEDORES

- Macro procesos Misionales

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de elaboración, aprobación, socialización y evaluación del plan de desarrollo.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Acuerdos de aprobación de presupuesto de vigencias anteriores.

ACTIVIDADES

1. Los coordinadores de unidad funcional y servicios asistenciales entregan antes del 15 de cada mes el informe de producción del mes anterior, en formato de informes de producción y ventas.
2. El profesional de la oficina de planeación y calidad recibe los informes mensuales y los consolida en el formato de producción y ventas por unidad funcional, diligencia el informe consolidado de resultados confrontando la información de indicadores de gestión del área de registros clínicos, conciliando las inconsistencias presentadas, informe del cual entrega copia la Gerencia.
3. El profesional de la Oficina de calidad, elabora a principios del mes de noviembre una agenda proyectada tomando como base las agendas utilizadas en los primeros diez meses del año, por requerimiento del área financiera para la elaboración del presupuesto de ingresos de la próxima vigencia.
4. Las agendas proyectadas son revisadas y ajustadas en conjunto por los coordinadores de las unidades funcionales asistenciales, teniendo en cuenta los rendimientos observados en la vigencia actual y la proyección de nuevos servicios establecidos en el Plan de desarrollo.
5. Con base en los rendimientos por actividades previamente establecidos el profesional elabora una propuesta de Plan de producción, calculando el ingreso por la venta de los servicios.
6. El Jefe de la Oficina de Planeación y Calidad, remite a la Gerencia y subgerencia la propuesta de plan de producción para hacer los ajustes correspondientes.
7. La subgerencia realiza reunión con los coordinadores de las unidades funcionales asistenciales, para revisar propuesta, ajustando rendimientos, agendas y nuevos servicios a prestar.
8. El subgerente envía comentarios y ajustes a la Oficina de Planeación.
9. El profesional Universitario de planeación calidad, realiza los ajustes al plan de producción de acuerdo a las observaciones realizadas. Ajusta las tarifas y porcentaje de descuento conforme a las directrices de la Unidad funcional de recursos financieros.
10. El Jefe de la Oficina de Planeación y Calidad realiza la revisión del Plan de producción definitivo, envía copia del mismo a la Unidad funcional de Recursos financieros para soportar el presupuesto de ingresos de la vigencia siguiente, igualmente remite copia al Gerente y subgerente quienes hacen el último análisis, antes del 10 de diciembre de cada año.

RIESGO

Sobrestimación de los ingresos para la proyección del presupuesto.

REGISTROS

Agenda proyectada para la vigencia siguiente.
Plan de producción anual aprobado.

SALIDAS

Plan de producción.

REQUISITOS DE SALIDA

Plan de producción aprobado, ajustado a los nuevos servicios, nuevas tarifas, etc.

PROCESOS CLIENTES

Programación presupuestal, proyecto Acuerdo Presupuesto 2.3.13

INDICADORES

Oportunidad en la elaboración y aprobación del plan de producción.

CONTROL

Revisión del plan por parte de las diferentes instancias.
Proyección de venta de servicios acorde a la facturación acumulada del periodo y datos históricos de venta de servicios.


RECURSOS

Equipos de computo.
Papelería.

Elaboró:

Firma: 
Nombre: JOHN ALBERTO LEGUZAMO TRIANA
Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD

Revisó:

Firma: 
Nombre: DIOGENES SALAZAR RODRIGUEZ
Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Aprobó:

Firma: 
Nombre: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN
Cargo: Gerente



HOSPITAL
FEDERICO LLERENAS AGUILAR
HABANA - CUBA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ASESORIA JURIDICA

VERSION: ORIGINAL

ALCANCE: APLICA PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL.

RESPONSABLE: JEFE OFICINA JURIDICA

OBJETO: APLICAR EL CÓDIGO DISCIPLINARIO ÚNICO EN EL PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES Y FUNCIONES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL.

Código D.J. PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 03-08-09

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 20-10-09

PROCESO: CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO

ENTRADAS

Informe escrito
Queja interna o externa
Oficio Procuraduría Regional

ACTIVIDADES

La auxiliar administrativo:

1. Recibe el informe, queja u oficio y lo radica en el libro de radicación de correspondencia.
2. Entrega el informe, queja u oficio al Jefe de la Oficina Jurídica para su conocimiento y trámite, firmando el libro de radicación de correspondencia.
3. El Jefe de La Oficina Jurídica:
- 3.1. Revisa y analiza el informe, queja u oficio y lo traslada al profesional universitario encargado de los procesos disciplinarios, quien firma el libro de radicación de correspondencia.
- 3.2. El profesional universitario:
4. Analiza el informe, queja u oficio, y determina la pertinencia o no de indagación preliminar, investigación disciplinaria o de abstención de iniciar alguna de las actuaciones disciplinarias.
5. Abre indagación preliminar en el caso de que no se conozca el autor o autores de los hechos, que los hechos sean o no reales, que sean confusos, y que constituya una falta disciplinaria.
6. Abre investigación disciplinaria cuando hay certeza del autor o autores del hecho, cuando el hecho constituye falta disciplinaria y cuando necesita determinar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se cometió el hecho.
7. Se abstiene de iniciar cualquier actuación disciplinaria cuando el informe, queja u oficio es temario, o cuando el hecho sea disciplinariamente irrelevante o de imposible ocurrencia.
8. Registra las actuaciones disciplinarias en el libro radicador de procesos disciplinarios y en el archivo de Excel de procesos vigentes.
9. Proyecta el auto (documento) que inicia alguna de las actuaciones disciplinarias y lo remite al Jefe de la Oficina Jurídica para su revisión.
10. El Jefe de la Oficina Jurídica:
- 10.1. Revisa el auto, notifica las correcciones a que haya lugar al profesional universitario.
- 10.2. El Profesional Universitario:
11. Realiza las correcciones a que haya lugar y devuelve al Jefe de la Oficina Jurídica para su firma.
12. Una vez firmado notifica el auto a los sujetos partes del proceso.
13. Cuando abre indagación preliminar:
- 13.1. Practica pruebas (testimoniales o documentales) que lo lleven a determinar si hay mérito para abrir investigación disciplinaria o archivar el proceso.
- 13.2. Cuando abre investigación disciplinaria:
14. Practica pruebas (testimoniales o documentales) que lo lleven a determinar si profiere auto de archivo o de cargos.
15. Cuando profiere auto de cargos pertinentes.
16. Profiere auto de archivo o fallo de primera instancia o de única instancia y lo pasa a la revisión y firma del Jefe de la Oficina Jurídica.
17. Cuando el fallo es de primera instancia, se notifica al disciplinado y es susceptible de recurso de reposición y de apelación.
18. Si propone el recurso de reposición, lo resuelve el Jefe de la Oficina Jurídica y el de apelación lo traslada al gerente para que tome la decisión.

Todos los autos que se generen en el proceso son firmados por el Jefe de la Oficina Jurídica y Notificados a los sujetos parte del proceso.

Cuando la falta es encontrada en flagrancia, se puede iniciar el proceso de oficio, es decir no necesita ni el informe, ni la queja ni el oficio para iniciar el proceso si no que lo inicia de conocimiento propio de la ocurrencia del hecho.

SALIDAS

Fallo
Auto de Archivo

REQUISITOS DE SALIDA

Fallo firmado por el Jefe de la Oficina Jurídica
Auto de Archivo firmado por el Jefe de la Oficina Jurídica

PROCESOS CLIENTES

Macro procesos Misionales
Macro procesos de Apoyo
Macro procesos de Dirección
Macro procesos de Evaluación
Procuraduría Regional

INDICADORES

% de procesos prescritos

RECURSOS

Computador
Útiles de Oficina

REGISTROS

Libro de radicación de correspondencia
Libro radicador de procesos
Autos

PROCESOS DE APOYO

Procesos de administración de sistemas de información
Administración y archivo de historias laborales

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de Oficina Jurídica

RIESGO

Prescripción del proceso.

CONTROL

Registro de las actuaciones disciplinarias en el libro radicador de procesos.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: HECTOR YESID RAMIREZ HERNANDEZ
CARGO: JEFE OFICINA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENA VENTURA JIMENEZ
CARGO: PROFESIONAL CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE

MACROPROCESO: EPIDEMIOLOGIA - INFECCIONES
IDENTIFICACION DE CASOS DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:
1 DE 1

ALCANCE: APLICA A TODOS LOS PACIENTES QUE ATENDIEN EN SALUD.

RESPONSABLE: COORDINADORA COMITÉ DE INFECCIONES

OBJETO: IDENTIFICAR LOS CASOS SOSPECHOSOS DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD.

CÓDIGO: EPI-PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 25-09-2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 20-10-2008

ENTRADA

Paciente.
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente con sospecha de infección o factores de riesgo de infección asociado a la atención en salud.
Historia clínica completa

PROCESOS PROVEEDORES

Atención en consulta especializada UFA-PRO001
Atención médica diaria por especialista UFH-PRO014
Atención médica inicial UFH-PRO015
Atención inicial por médico general UR-PRO026
Revisita médica UCC-PRO006
Atención de enfermería UR-PRO025, SP-PRO010, UFH-PRO010, UCC-PRO010, UFA-PRO010
Proceso de atención de terapias.
Atención integral de terapia respiratoria en la Unidades de cuidado crítico UCC-PRO007.

PROCESOS DE APOYO

Toma de muestras en Hospitalización y urgencias, LAB-PRO002.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Manual de Comité de Infecciones, Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
Circular Única n. 049 de marzo de 2008 de la Superintendencia de Salud.
Decreto 3518 de 2006, eventos de vigilancia en Colombia
Criterios del Centro de control de infecciones (CDC).

ACTIVIDADES

Identificación pasiva:

1. El personal asistencial, durante la ejecución de los procesos de atención, identifica el paciente con sospecha de infección asociada al cuidado de la salud, según los criterios definidos en el MANUAL DEL COMITÉ DE INFECCIONES EPI-MAND001.
2. El personal asistencial, diligencia la FICHA PARA CASOS SOSPECHOSOS DE INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD EPI-FR001 y entrega a la enfermera de turno del servicio, quien las deposita en la carpeta de infecciones.
3. El auxiliar del comité de infecciones que hace ronda diaria en los servicios recoge las fichas en la carpeta de infecciones de lunes a sábado; los domingos y festivos se acumulan hasta el día hábil siguiente.

Identificación activa:

4. Los auxiliares de epidemiología recogen diariamente:
 - En el laboratorio de microbiología copia de todos los cultivos positivos de pacientes hospitalizados.
 - En la farmacia copia de la relación de los pacientes con antibióticos de control.
5. Los auxiliares de epidemiología, una vez a la semana revisan el 10% de las Historias clínicas de pacientes egresados con el fin de detectar algún caso que no haya sido identificado durante la hospitalización.
6. La enfermera y/o los auxiliares de epidemiología llevan los reportes de los puntos 3 y 4, ubican los pacientes en los diferentes servicios de hospitalización, revisan la historia clínica, interactúan con el equipo de salud responsable de la atención del paciente y diligencian la FICHA DE PACIENTE CONFIRMADO DE INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD EPI-FR002 que será utilizada para hacer el seguimiento diario de la evolución del paciente hasta su egreso.
7. El grupo operativo revisa las fichas y clasifica en casos confirmados o descartados.
8. Los auxiliares de epidemiología digitan las fichas en la base de datos de casos confirmados de infección asociada al cuidado de la salud.
9. La coordinadora del Comité de infecciones elabora el informe según el procedimiento EPI-PRO001.

Riesgo

No identificación de las infecciones
Clasificación incorrecta de las infecciones

Control

Los auxiliares de epidemiología, una vez a la semana revisan el 10% de las Historias clínicas de pacientes egresados.
El grupo operativo revisa las fichas y clasifica en casos confirmados o descartados.

REGISTROS

Ficha para casos sospechosos de infección asociada al cuidado de la salud EPI-FR001
Ficha de paciente confirmado de infección asociada al cuidado de la salud EPI-FR002 (carta a) Base de datos de casos confirmados de infección asociada al cuidado de la salud, informe mensual de infecciones asociadas al caso de la salud

SALIDA

Paciente con infección asociada al cuidado de la salud confirmada.
Ficha de notificación de caso confirmado
Informe mensual de comportamiento de infecciones asociadas al cuidado de la salud

REQUISITOS DE SALIDA

Ficha completamente diligenciada
El informe debe ser tabulado por servicios, por tipo de infección, por microorganismos.

PROCESOS CLIENTES

Gestión y evaluación del riesgo intrahospitalario
Proceso de análisis de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud EPI-PRO002
Macroprocesos Misionales

INDICADORES

- % de sub registro: # de casos identificados en la revisión de historias clínicas / total de casos reportados. * 100
- % de clasificación incorrecta: casos de infección reportados y confirmados/total de casos reportados x 100

RECURSOS

Papereria, Software, hardware, Programa estadístico epiinfo.

ELABORÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: AMPARO OVALLE
CARGO: GRUPO DE PROCESOS EPIDEMIOLOGIA

REVISÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LIBER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
MEDICINA

MACRO PROCESO: EPIDEMIOLOGIA - INFECCIONES
PROCESO: ANALISIS DE CASOS CONFIRMADOS DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:
1 DE 1

ALCANCE: APLICA A TODOS LOS CASOS CONFIRMADOS DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD DE TODOS LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL.	RESPONSABLE: COORDINADORA COMITÉ DE INFECCIONES	OBJETO: IDENTIFICAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO INFECCIOSO PARA DESARROLLAR ACCIONES DE MEJOR QUE CONTRIBUYAN AL CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	CÓDIGO: EPI-PRO002	FECHA DE ELABORACIÓN: 03-10-07	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 27-10-2008
---	--	--	---------------------------	---------------------------------------	---

ENTRADA
Fecha de notificación de caso confirmado.
Informe mensual de comportamiento de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

REQUISITOS DE ENTRADA
Fecha completamente diligenciada
El informe debe ser tabulado por servicios, por tipo de infección, por microorganismos.

PROCESOS PROVEEDORES
Identificación de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud. EPI-PRO001.

PROCESOS DE APOYO
Solicitud, gestión y respuesta de inter consultas (infectoria).
Atención en consulta especializada UFA-PRO001
Atención médica diaria por especialista UFH-PRO014
Atención médica inicial UFH-PRO015
Atención inicial por médico general UR-PRO026
Revista médica UCC-PRO006
Atención de enfermería UR-PRO025, SP-PRO010, UFH-PRO010, UCC-PRO010, UFAQ-PRO010
Proceso de atención de terapias.
Atención integral de terapia respiratoria en la Unidades de cuidado crítico UCC-PRO007.
Farmacia – Suministros - Gestión hotelera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Guías de atención médica.
Protocolos de enfermería.
Manual de laboratorio clínico.
Manual de esterilización.
Protocolos de terapia respiratoria.
Manual de uso y reuso.
Manual de bioseguridad.
Manual de limpieza y desinfección de áreas.
Manual de lavandería.
Manual de dispensación de alimentos.
Plan de Gestión integral de residuos Hospitalarios.
Manual de transfusiones.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: AMPARO OVALLE
CARGO: GRUPO DE PROCESOS EPIDEMIOLOGÍA

ACTIVIDADES

Análisis individual:
1. El grupo operativo de infecciones revisa semanalmente las fichas de paciente confirmado de infección asociada al cuidado de la salud EPI-FR002 junto con la Historia clínica del paciente, para determinar los factores de riesgo, establecer si son modificables o no y registra las conclusiones en la cara B de la ficha; con las modificables se generan las intervenciones del numeral 3.
Análisis colectivo:
2. El grupo operativo de infecciones revisa mensualmente el comportamiento y la tendencia de las infecciones asociadas al cuidado de la salud por tipo de infección, por servicios, por tipo de microorganismo y localización de la infección, documenta la reunión con un acta y propone las siguientes intervenciones, según el caso:
Intervenciones
3. El grupo Operativo se reúne con el personal médico, de enfermería y otros profesionales involucrados y realizan el plan de mejoramiento, según sea el caso; de esta reunión documentan el acta.
4. El Plan de mejoramiento se diligencia en la base de datos de excel, según el instructivo OAPC- 1006 y se imprimen dos copias una para archivar en la carpeta de infecciones asociadas al cuidado de la salud del servicio y otra para el archivo del comité operativo de infecciones.
5. El grupo operativo de infecciones realiza Seguimiento mensual y evaluación al cumplimiento del plan de mejoramiento.
6. La evaluación y seguimiento del Plan de Mejoramiento se presentan en las reuniones ordinarias del comité de Infecciones.

RIESGO
Recurrencia de infecciones por no intervención de factores de riesgo modificables y por no seguimiento del plan de mejoramiento.

CONTROL
Verificación, seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de mejoramiento.

REGISTROS
Fichas de paciente confirmado de infección asociada al cuidado de la salud EPI-FR002. - Actas de reunión de grupo y de comité OAPC-FR001 - Formulario de Plan de Mejoramiento OAPC-FR011

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

SALIDA
Fecha de notificación de caso confirmado de infección asociada al cuidado de la salud cara B, analizada.
Plan de mejoramiento.

REQUISITOS DE SALIDA
La ficha debe estar firmada por quien realiza el análisis.

PROCESOS CLIENTES
Macro procesos Misionales.

INDICADORES
Porcentaje de infecciones gestionadas:
Número de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud analizados y gestionadas / Total de casos de infección asociada al cuidado de la salud notificadas *100
Índice de infecciones asociadas al cuidado de la salud (general y por servicio) = N, de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud / total de egresos * 100.
Tasa de infección asociada al cuidado de la salud (general y por servicio) = N, de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud / días estancia * 1000.
Tasa de infección asociada al uso de dispositivos médicos en UCI = n, de casos infecciones asociadas al cuidado de la salud específicas / días de exposición al dispositivo * 1000

RECURSOS
Papelería, software, hardware

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Hornos
Los Hornos Misionales
TELÉFONO: 011-4331-4331

MACROPROCESO: SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS A INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA A TODOS LOS MACRO PROCESOS MISIONALES.	RESPONSABLE: COORDINADORA COMITÉ DE INFECCIONES	OBJETO: IDENTIFICAR LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS Y ASESORAR PARA ESTABLECER LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS QUE PERMITAN DISMINUIR EL ÍNDICE DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD.	CÓDIGO: EPI-PRO003	FECHA DE ELABORACIÓN: 8-10-07	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 27-10-2008
--	---	---	--------------------	-------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

Cronograma de supervisión y evaluación establecido por el grupo operativo de infecciones asociadas al cuidado de la salud incluido en la formulación del Plan Operativo anual.
Informes de visitas anteriores.

REQUISITOS DE ENTRADA

Notificación de la supervisión en los servicios.
Cronograma anual de supervisión aprobada por el grupo operativo de infecciones.

PROCESOS PROVEEDORES

Elaboración de planes operativos DE-PRO003

PROCESOS DE APOYO

Macro procesos Misionales, Procesos de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Protocolos de enfermería.
Manual de laboratorio clínico.
Manual de esterilización.
Protocolos de terapia respiratoria.
Manual de uso y reuso.
Manual de bioseguridad.
Manual de limpieza y desinfección de áreas.
Manual de lavandería.
Manual de dispensación de alimentos.
Plan de Gestión Integral de residuos Hospitalarios.

ACTIVIDADES

1. El grupo operativo de infecciones elabora la programación de las visitas de acuerdo al Plan Operativo anual.
2. El grupo operativo de infecciones envía la programación anual de las visitas a los coordinadores de Unidad funcional, para que ellos programen el acompañamiento de las mismas.
3. Si el servicio a visitar notifica dificultad para recibir la visita se reprogramara dentro del mismo mes.
4. Si no se notifica ninguna dificultad se programa plan de visita con lista de verificación.
5. Desarrollo de la visita:
La visita debe hacerse mínimo con dos integrantes del grupo y el coordinador de la unidad funcional respectivo o a quien el delegue.
6. Durante el desarrollo de la visita se aplica la lista de verificación y se da asesoría según lo identificado.
7. El grupo operativo elabora acta de la visita con la firma de los participantes, la cual es enviada al coordinador medico y de enfermería del servicio y al coordinador de la unidad funcional.
8. Con base en las conclusiones y recomendaciones el servicio visitado elabora un plan de mejoramiento el cual será enviado al comité operativo de infecciones y al coordinador de la unidad funcional.
9. El comité de infecciones realiza seguimiento y evaluación del plan de mejoramiento.

RIESGO

No identificar los factores de riesgo potenciales para la presencia de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

CONTROL

Aplicación de la lista de verificación específica para el servicio visitado

REGISTROS

Acta de visita, lista de verificación, notificación de la visita, Plan de mejoramiento

SALIDA

Visita realizada.
Informe de visita realizada (acta)
Plan de mejoramiento
Lista de verificación

REQUISITOS DE SALIDA

Acta de visita firmada por los participantes y copia entregada a los participantes.
Plan de mejoramiento realizado conforme a la metodología establecida.
Lista de verificación firmada de conformidad por quien recibió la visita.

PROCESOS CLIENTES

Macro procesos misionales.

INDICADORES

Total de Visitas realizadas /visitas programadas x100
de informes (acta) presentados a cada servicio / total de visitas realizadas
de Planes de mejoramientos presentados a cada servicio / total de visitas realizadas.

RECURSOS

Papelaría, computador.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: AMPARO OVALLE
CARGO: GRUPO DE PROCESOS EPIDEMIOLOGIA

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
GENERAL DE BOGOTÁ
SERVIDOR SOCIAL

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: EPIDEMIOLOGIA-INFECCIONES
PROCESO: CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS FUNCIONARIOS, ESTUDIANTES DEL HOSPITAL.	RESPONSABLE: COORDINADOR COMITÉ DE INFECCIONES	OBJETO: CONTRIBUIR A MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DE LA COMUNIDAD HOSPITALARIA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD.	CÓDIGO: EPI-PRO004	FECHA DE ELABORACIÓN: 8-10-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10-11-2008
--	--	--	--------------------	---------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

Necesidades de capacitación detectadas en los informes del comité de infecciones Funcionarios y estudiantes del Hospital Guías para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud. Protocolos del comité de infecciones. Manual de bioseguridad.

REQUISITOS DE ENTRADA

Guías, manual de bioseguridad y protocolos aprobados y actualizados.

PROCESOS PROVEEDORES

Identificación de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Documentación y actualización de guías. Análisis de los casos confirmados de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Supervisión y evaluación de los factores contributivos a infecciones asociadas al

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Docencia e Investigación. Procesos del talento humano. Procesos de suministros. Salud ocupacional

REGISTROS

Plan de Capacitación - Lista de Asistencia - Lista de chequeo - Anecdotario - Evaluación del tema

ACTIVIDADES

1. El grupo operativo de infecciones identifica las necesidades de capacitación de acuerdo al análisis de las causas de infección, las listas de chequeo y visitas realizadas a los servicios.
2. El Comité operativo de infecciones elabora el plan y cronograma de capacitación y lo entrega a la Unidad Funcional de Recursos Humanos para que sea incluido en el Plan de capacitación institucional.
3. El comité define la modalidad de capacitación, personalizada, en el caso en que el hallazgo sea particular y grupal si el hallazgo involucra varias personas.
4. Si es personalizada, se realiza en el momento de la visita de observación durante la supervisión del comité de infecciones y se registra en las listas de chequeo y en el anecdotario del comité de infecciones.
5. Si es grupal, el comité define la metodología a aplicar entre las que están: talleres, conferencias magistrales, demostraciones, juego de roles, campañas, medios audiovisuales, entre otras.
6. Una vez finalizada la capacitación el expositor evalúa la comprensión del tema y registra la asistencia.
7. El comité evalúa anualmente el plan de capacitación con base en el cronograma establecido, se incluye en la evaluación del plan operativo, se realizan los ajustes respectivos y se socializa con los coordinadores de las unidades funcionales.

RIESGO

Que no haya impacto de la capacitación en el grupo capacitado

CONTROL

Aplicación de listas de chequeo. Evaluación de la comprensión del tema finalizada la capacitación. Listas de asistencia.

SALIDA

Funcionarios y estudiantes del Hospital capacitados. Plan y cronograma de capacitación. Informe de desarrollo del plan de capacitación.

REQUISITOS DE SALIDA

Plan implementado y evaluado. Informe socializado a las Unidades Funcionales.

PROCESOS CLIENTES

Formación y capacitación del Talento Humano. Macro procesos Misionales. Evaluación de desempeño laboral

INDICADORES

% de personal capacitado.
% de evaluación satisfactoria

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías de atención médica y de enfermería
Protocolos
Criterios de OMS, OPS Y Centro de Control de Enfermedades (Atlanta). Decreto 3518 de 2006, eventos de vigilancia en Colombia

RECURSOS

Sala de conferencias, video, Software, Hardware, ayudas pedagógicas, internet, papelería

ELABORÓ: FIRMA: NOMBRE: AMPARO OVALLE CARGO: COMITÉ DE INFECCIONES	REVISÓ: FIRMA: NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS	APROBÓ: FIRMA: NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN CARGO: GERENTE
---	---	--



HOSPITAL
Fundación López Herrera
BASE - TOLIMA - E.S.E.

ALCANCE: Aplica para el material médico-quirúrgico requerido para la realización del acto quirúrgico, solicitado a la farmacia del Quirófano, así como para la devolución, por no utilización en la cirugía. Se exceptúa el Material de Osteosíntesis.

RESPONSABLE: Instrumentadora Quirúrgica asignada para el procedimiento

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para disponer del material médico-quirúrgico requerido en cada procedimiento, en forma oportuna y completa, así mismo, la devolución de los elementos no utilizados.

Código: EST-PRO001

Fecha de elaboración: 10/08/2007

Fecha de Aprobación: 11/02/2008

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ESTERILIZACIÓN
PROCESO: SOLICITUD Y DEVOLUCION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1

ENTRADAS
Solicitud de Cirugía
Programa de Cirugía Diario

REQUISITOS DE ENTRADA
Solicitud de cirugía, completamente diligenciada
Programa de cirugía que incluya requerimientos especiales
Asignación de Instrumentadora Quirúrgica para cada sala

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de Programación de Cirugía
Proceso Valoración Inicial por Médico Especialista
Proceso de atención medica diaria por Especialista
Procesos de Farmacia

PROCESOS DE APOYO
Procesos de Suministros
Procesos de Autorización y Verificación de Derechos
Procesos de Esterilización

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Guías de Atención Médica Acuerdo 306
Código de Ética Institucional

ELABORÓ:
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: JOHAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO DE PROCESOS UF QUIRURGICOS

REVISÓ:
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

ACTIVIDADES
1. La Instrumentadora quirúrgica revisa la programación de cirugía y/o solicitud de quirófano, diligencia completamente con letra legible el formato de solicitud y devolución de material médico-quirúrgico en original y copia.
2. La Instrumentadora quirúrgica entrega el formato de solicitud y devolución de material médico-quirúrgico al auxiliar de la farmacia.
3. El auxiliar de la farmacia despacha el material médico-quirúrgico y lo entrega a la instrumentadora quirúrgica. La instrumentadora recibe y verifica con el formato de solicitud y devolución de material médico-quirúrgico que corresponda a lo solicitado, se registran cantidades de insumos despachados en la columna correspondiente.
4. Si durante el procedimiento quirúrgico se requiere material NO solicitado en el formato de solicitud y devolución de material médico-quirúrgico, se pedirá a la auxiliar de enfermería circulante de anestesia, quien lo traerá de la farmacia y lo registrara en el formato de solicitud.
5. Terminado el procedimiento quirúrgico la instrumentadora quirúrgica dicta los gastos de material médico-quirúrgico utilizados a la auxiliar de enfermería asignada a Anestesia, para ser registrados en la hoja de gastos del quirófano.
6. La instrumentadora quirúrgica registra en el libro de material de osteosíntesis los requerimientos especiales que hayan sido utilizados, el auxiliar de farmacia revisa el registro y los firma.
7. La instrumentadora quirúrgica entrega al auxiliar de farmacia del quirófano, el material médico-quirúrgico no utilizado durante el procedimiento y diligencia la columna correspondiente. Instrumentadora y auxiliar de farmacia firman este documento en las dos copias. La original queda en farmacia y la copia se guarda por parte de la Instrumentadora Quirúrgica

SALIDAS
Material médico-quirúrgico consumido según solicitud y devuelto lo no utilizado
Hoja de Gastos diligenciada

REQUISITOS DE SALIDA
Devolución registrada en el formulario de solicitud y devolución, firmada por ambas partes

PROCESOS CLIENTES
Proceso de Facturación
Procesos de Farmacia
Procesos de Auditoria

INDICADORES
Seguimiento del stock de farmacia
Inconsistencias en la auditoria concurrente

RECURSOS
Papelería
Material Médico-Quirúrgico

REGISTROS
Formato de solicitud y devolución de material médico-quirúrgico.
Hoja de Gastos de Quirófanos
Libro de Material de Osteosíntesis

RIESGOS
* Cancelación de Cirugías * Pérdida de elementos * Subfacturación de material médico-quirúrgico



HOSPITAL
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
FACULTAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

VERSIÓN: ORIGINAL

PROCESO: ESTERILIZACIÓN

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: MATERIAL ESTÉRIL
(CALOR HÚMEDO-BAJA
TEMPERATURA STERRAD

RESPONSABLE: COORDINADOR
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.

OBJETO: GARANTIZAR
EL SUMINISTRO DE
MATERIAL ESTÉRIL

FECHA DE
ELABORACIÓN:
05-02-2006

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
05-02-2008

ENTRADAS

Material de curación, instrumental quirúrgico, material de osteosíntesis y elementos médico-quirúrgicos termo sensibles.

ACTIVIDADES

1. El auxiliar de enfermería, recibe, cuenta e inspecciona todos los suministros y equipos reutilizables provenientes de los diferentes servicios de la institución.
2. El auxiliar de lavado de instrumental lava y descontamina los elementos recibidos. (Ver procedimiento de lavado de instrumental).
3. El auxiliar de enfermería prepara y empaqueta los instrumentos y elementos para el respectivo proceso de esterilización, incluyendo el indicador químico respectivo y realiza entrega del material al operario de autoclave.
4. El auxiliar de Enfermería de la asignación A Recibe la ropa proveniente de lavandería la cual viene dispuesta por paquetes y accesorios de acuerdo a la programación quirúrgica y a los requerimientos realizados por la Coordinadora de la Central.
5. El auxiliar de enfermería inspecciona la ropa en busca de defectos y materiales extraños, es arrojada en paquetes y accesorios incluyendo el indicador químico respectivo. (Ver procedimiento de disposición de ropa).
6. El operario de autoclave y la instrumentadora clasifican el instrumental, equipos y accesorios de acuerdo a su termosenibilidad y compatibilidad para determinar el sistema de esterilización a utilizar. Esterilización a vapor o esterilización a baja temperatura Sterrad. Si la esterilización es en autoclave el auxiliar de enfermería debe determinar los materiales de empaque (Textil, polipropileno, grado médico o crepado) con el objetivo de rotular los elementos con la fecha de vencimiento.
7. El operario de autoclave recibe este material y realiza la clasificación e inspección final con el fin de realizar cargas homogéneas.
8. El operario de autoclave registrar los materiales a esterilizar con número de lote y equipo con el fin de realizar trazabilidad a los elementos si se necesita realizar monitoreo de los indicadores físicos, químicos y biológicos que se efectúan en cada autoclave. (Ver procedimiento Indicadores Biológicos e indicadores químicos)
9. Si la esterilización es en peróxido de hidrógeno la Instrumentadora debe revisar que ninguno de los elementos a esterilizar contenga celulosa pues cancelaría el ciclo.
10. La instrumentadora debe verificar que el material sea empacado en Tyvek- Mylar o Polipropileno pues son los únicos materiales de empaque compatibles con este sistema.
11. La instrumentadora realiza el registro de los materiales a esterilizar y coloca los materiales en el quipo.
12. Tanto la Instrumentadora como el operario de autoclave después de terminados los ciclos almacena los elementos.

SALIDAS

Material estéril a baja temperatura a cada uno de los servicios

REQUISITOS DE SALIDA

Equipo estéril.
Viración de los indicadores de proceso estéril.
Pruebas biológicas positivas.

PROCESOS CLIENTES

Procesos Unidades Cuidado Crítico, Apoyo Dx, Apoyo terapéutico, Sala de Partos, Urgencias y hospitalización, Quirúrgica, hospitalización, UCI, Urgencias. Y Hospitalización

INDICADORES

Oportunidad de entrega de material según solicitud

RECURSOS

Insumos oficina.
Insumos Sterrad
Recurso Humano

RIESGO

Presentación de Infecciones en los pacientes

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Suministros
Procesos de Mantenimiento.
Proceso servicios generales

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Manual de Buenas Practicas de la Central de Esterilización
Resolución 02183 de 2005

CONTROL

Vida de anaquel de los elementos esterilizados
Virado del Indicador Químico de cada elemento.
Incubación de Prueba Biológica.

REGISTROS

Libro de Recepción y entrega de material termo-sensible de otros servicios.
Libro de Sterrad. Libros de Autoclaves. Carpeta de registro del mesón.

FIRMA: *Joan Manuel Carvajal García*
NOMBRE: JOUAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO DE PROCESOS QUIRURGICOS Y SALA DE PARTOS

FIRMA: *Luis Enrique Álvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: SUBGERENTE



**HOSPITAL
Federación Leones Argentina**
4442410144453

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD
PROCESO: MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA
TODOS LOS PROCESOS DE LA
INSTITUCIÓN

RESPONSABLE:
PROFESIONAL OFICINA ASESORA
DE PLANEACIÓN Y CALIDAD

OBJETO: ASESORAR LA IMPLEMENTACIÓN
DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA
DE CALIDAD.

CÓDIGO:
GC-
PRO001

FECHA DE
ELABORACIÓN:
04-12-2007

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
27-11-2008

ENTRADAS

Normatividad en el sistema único de
habilitación
Listas de chequeo y planes de mejoramiento
anteriores

ACTIVIDADES

1. El jefe de la oficina asesora de Planeación y calidad, da los lineamientos para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, según las directrices de la Gerencia.
2. Según las directrices dadas, el profesional de la oficina de calidad, planea y ejecuta las estrategias para la implementación del Sistema Obligatorio de garantía de calidad en salud, según la normatividad emanada por el Ministerio de la Protección Social, así:
3. Para el mantenimiento de los estándares mínimos de habilitación, el profesional de calidad, prepara las listas de chequeo, para que sean aplicadas por los coordinadores de servicio, anualmente.
4. El profesional de la oficina de calidad, consolida las listas de chequeo y elabora el diagnóstico de necesidades tanto de infraestructura, como de equipos y de documentación.
5. Las necesidades de infraestructura y equipos las entrega al profesional de planeación, para que sean integrados en el plan de inversiones.
6. Las necesidades de documentación se entregan al subgerente para que asigne los responsables del plan de mejoramiento.
7. El profesional de calidad envía las necesidades de documentación a control interno para que haga seguimiento de los planes de mejoramiento que se elaboran.
8. En el caso de novedades como apertura, cierre o cambios en los servicios el profesional de calidad debe diligenciar los formularios establecidos por el ministerio y llevarlos a la Secretaría de Salud.
9. El profesional de calidad, debe asesorar todo lo relacionado con el mejoramiento de los procesos.

SALIDAS

Plan de mejoramiento de
habilitación.
Listas de chequeo de habilitación.

REQUISITOS DE ENTRADA

La normatividad debe ser vigente.

REQUISITOS DE SALIDA

El Sistema Obligatorio de garantía de calidad debe ser acorde a la normatividad emanada del Ministerio de la Protección Social.
El mejoramiento debe ser continuo

PROCESOS PROVEEDORES

Todos los procesos de la institución

PROCESOS CLIENTES

Todos los procesos de la institución

PROCESOS DE APOYO

Todos los procesos de la institución

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1011 de abril de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de calidad.
Resolución 1043 de abril de 2006, Sistema Único de Habilidadación.
Guía de auditoría y Pautas de auditoría, Min. Protección Social

INDICADOR DE EFICACIA

% de cumplimiento del sistema único de habilitación

REGISTROS

OAPC-FR022, Listas de chequeo de habilitación.
OAPC-FR011, Formato de Plan de mejoramiento

RECURSOS

Computadores.
Tiempo de personal asistencial y administrativo.
Recursos financieros para la compra de equipos, mejoramiento de infraestructura y para la dedicación del recurso humano.

RIESGO

Incumplimiento de la normatividad del sistema único de habilitación

CONTROL

Actividad 6 elaboración de los planes de mejoramiento

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA DE CALIDAD

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIÓGENES SALAZAR RODRÍGUEZ
CARGO: JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y CALIDAD

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD
PROCESO: IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PROCESOS DE LA INSTITUCIÓN

RESPONSABLE: PROFESIONAL OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD

OBJETO: ASESORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.

Código: GC-PRO002

FECHA DE ELABORACIÓN: 04-12-2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 28-11-2008

ENTRADAS

Anexo técnico 1 de la resolución 1445 de 2006, Manual de estándares de acreditación.

REQUISITOS DE ENTRADA

La normatividad debe ser vigente.

PROCESOS PROVEEDORES

Todos los procesos de la institución

PROCESOS DE APOYO

Todos los procesos de la institución

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1011 de abril de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de calidad.
Resolución 1043 de abril de 2006, Sistema Único de Habilitación.
Resolución 1445 de mayo de 2006
Guía Práctica de Preparación para la acreditación, Min. Protección social
Guía de auditoría y Pautas de auditoría, Min. Protección Social

REGISTROS

OAPC-FR016 Formato de Autoevaluación de estándares de acreditación.
OAPC-FR011, Plan de mejoramiento.

ACTIVIDADES

1. El Gerente define en el plan de Desarrollo cada cuanto se van a realizar las auto evaluaciones del Sistema Único de Acreditación.
2. El Jefe de la oficina asesora de planeación y calidad, convoca y conforma el grupo de planeación y liderazgo.
3. El grupo de Planeación y Liderazgo elabora el cronograma de trabajo anual en el que debe incluir la evaluación del plan de mejoramiento anterior y la aplicación de la nueva Autoevaluación.
4. El grupo de planeación y liderazgo también elabora los planes de ACCIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIONES.
5. El grupo de planeación y liderazgo conforman los grupos de auto evaluación de la acreditación.
6. Los grupos de Autoevaluación de la acreditación hacen la comparación de la calidad esperada (estándares), contra la calidad real, (el hospital) y diligencias el formato OAPC-FR016.
7. Una vez terminada la Autoevaluación, se elaboran los planes de mejoramiento y se asignan los responsables de la ejecución.
8. La subgerencia asigna los responsables de la ejecución de las actividades del plan de mejoramiento.
9. Control Interno hace seguimiento mensual a la ejecución de los planes de mejoramiento.
10. Una vez terminada la ejecución de los planes de mejoramiento se prepara nuevamente la Autoevaluación, hasta cuando se decida que el hospital esta listo para prepararse ante el ICONTEC.
11. El profesional de calidad, debe asesorar todo lo relacionado con el mejoramiento de los procesos.

RIESGO

Incumplimiento de los planes de mejoramiento

CONTROL

Actividades 9 seguimiento de los planes de mejoramiento.

SALIDAS

OAPC-FR016, Formulario de Autoevaluación de estándares de acreditación.
Plan de acción de la acreditación
Plan de comunicaciones
Plan de educación
Plan de mejoramiento de acreditación

REQUISITOS DE SALIDA

El Sistema Obligatorio de garantía de calidad debe ser acorde a la normatividad emanada del Ministerio de la Protección Social.
El mejoramiento debe ser continuo

PROCESOS CLIENTES

Todos los procesos de la institución

INDICADORES

% de cumplimiento de los planes de mejoramiento
Calificación de la Autoevaluación

RECURSOS

Computadores.
Tiempo de personal asistencial y administrativo.
Recursos financieros para la compra de equipos, mejoramiento de infraestructura y para la dedicación del recurso humano.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BDENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA DE CALIDAD

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIÓGENES SALAZAR RODRÍGUEZ
CARGO: JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y CALIDAD

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federal Lleras Acosta
1963-1974-1977

ALCANCE: APLICA PARA
TODOS LOS PROCESOS DE LA
INSTITUCIÓN

RESPONSABLE:
JEFE OFICINA ASESORA DE
PLANEACIÓN Y CALIDAD

OBJETO: ASESORAR LA IMPLEMENTACIÓN
DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA
DE CALIDAD.

Código:
GC-
PRO003

FECHA DE
ELABORACIÓN:
04-12-2007

PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
27-11-2008

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD PROCESO: IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

VERSIÓN:
ORIGINAL

ENTRADAS
Normatividad emanada del Ministerio de la
Protección Social.
Necesidades de mejoramiento del Hospital
Listado Maestro de procesos

REQUISITOS DE ENTRADA
La normatividad debe ser vigente.
Las necesidades de mejoramiento deben ser
acorde a los estándares del Sistema
Obligatorio de Garantía de Calidad.

PROCESOS PROVEEDORES
Todos los procesos de la institución

PROCESOS DE APOYO
Todos los procesos de la institución

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Programa de auditoría para el mejoramiento de
la calidad del Hospital Federico Lleras Acosta
ESE.
Decreto 1011 de abril de 2006, Sistema
Obligatorio de Garantía de calidad.
Resolución 1043 de abril de 2006, Sistema
Único de Habilitación.
Resolución 1445 de mayo de 2006
Guía Práctica de Preparación para la
acreditación, Min. Protección social
Guía de auditoría y Pautas de auditoría, Min.
Protección Social

REGISTROS
OAPC-FR017, Programa de auditoría para el
mejoramiento de la calidad de los procesos
prioritarios asistenciales
OAPC-FR011, Plan de mejoramiento.
OAPC-FR021, Fichas técnicas de indicadores.
OAPC-FR017, Matriz de priorización de
procesos.

ACTIVIDADES

1. El profesional de la oficina de calidad elabora el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, definiendo las actividades de autocontrol (MECI) y de control AUDITORIA DE PROCESOS PRIORITARIOS.
2. El grupo líder de procesos diligencia la matriz de priorización de procesos OAPC-FR017, calificando según los criterios establecidos cada uno de los procesos que están en el listado maestro de procesos por cada macro proceso.
3. El profesional de la oficina de calidad elige los 5 primeros procesos priorizados por cada macroproceso y diligencia el formato Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los procesos prioritarios asistenciales OAPC-FR018.
4. El jefe de la oficina de Planeación y Calidad define los responsables de la medición de los indicadores y de la auditoría de los procesos.
5. El equipo de auditoría hace el seguimiento de los procesos, según las actividades descritas en el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad y realiza el Plan de auditoría por Procesos OAPC-FR00019.
6. El subgerente, los coordinadores de Unidad Funcional, el jefe de la oficina de calidad, el profesional universitario de calidad y el equipo auditor, se reúnen el último día de cada mes para establecer el consolidado de la auditoría y levantar el plan de mejoramiento continuo de la calidad, según el instructivo OAPC-1006.
7. El jefe de la Oficina de Control interno hace seguimiento y evaluación periódica al cumplimiento de los planes de mejoramiento.
8. Una vez el proceso priorizado esta ajustado y ya no presenta necesidades de mejora se debe actualizar el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad e incluir nuevos procesos.

SALIDAS
Programa de auditoría para el
mejoramiento de la calidad de los
procesos prioritarios asistenciales.
Plan de mejoramiento continuo de la
calidad.

REQUISITOS DE SALIDA
El Sistema Obligatorio de garantía
de calidad debe ser acorde a la
normatividad emanada del Ministerio
de la Protección Social.
El mejoramiento debe ser continuo

PROCESOS CLIENTES
Todos los procesos de la institución

INDICADORES
% de cumplimiento del plan de
auditoría.
% de cumplimiento de los planes de
mejoramiento

RECURSOS
Computadores
Tiempo de personal asistencial y
administrativo.
Recursos financieros para la compra de
equipos, mejoramiento de infraestructura y
para la dedicación del recurso humano.

RIESGO
Incumplimiento de los planes de
mejoramiento

CONTROL
Actividad 7, seguimiento de los
planes de mejoramiento por parte
de la oficina de control interno

ELABORO:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA DE CALIDAD

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIÓGENES SALAZAR RODRIGUEZ
CARGO: JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y CALIDAD

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas Aguayo
CALLE - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD
PROCESO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE:
PARA
APLICA TODOS LOS PROCESOS DE LA INSTITUCIÓN

RESPONSABLE:
GERENTE

OBJETO: HACER SEGUIMIENTO PERIÓDICO POR PARTE DE LA ALTA DIRECCIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD, PRODUCCIÓN, SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES OPERATIVOS, CON EL FIN DE QUE SE TOMEN LAS ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR.

Código:
GC-
PRO004

FECHA DE ELABORACIÓN:
11-08-2009

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
11-08-2009

ENTRADAS

Informe de cumplimiento de compromisos de Informes de revisión por la Dirección previas. Informes de Evaluación de la Satisfacción del usuario.
Informes de Quejas y reclamos.
Informes de producción.
Informe de indicadores de Calidad.
Informe financiero.

REQUISITOS DE ENTRADA

Informes presentados oportunamente y validados por los responsables de los mismos.

PROCESOS PROVEEDORES

Evaluación de la Satisfacción del usuario OU-PRO003.
Gestión de peticiones, quejas y reclamos OU-PRO002.
Elaboración y evaluación periódica del Plan de producción anual DE-PRO005
Gestión contable PC-CNT-PRO001

PROCESOS DE APOYO

Todos los procesos de la institución

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTC-ISO 9000:2008
NTC-GP-1000
LEY 872 DE 2005

REGISTROS

OAPC-FR001 Actas de las Reuniones

ACTIVIDADES

1. El Gerente define las fechas de reuniones trimestrales e informa al jefe de la Oficina de Planeación y Calidad para que prepare la información a presentar.
2. El Jefe de la Oficina de Planeación y Calidad:

1. El Gerente define las fechas de reuniones trimestrales e informa al jefe de la Oficina de Planeación y Calidad para que prepare la información a presentar.
2. Cita a los Coordinadores de Unidad Funcional asistencial y Administrativa, a los coordinadores de servicio y a los Jefe de Oficina, presentándoles la agenda de trabajo con los temas, el día, la hora y recordando los compromisos anteriores.

3. Indica a los profesionales de la Oficina de Planeación y Calidad, preparar los informes de cada uno de los ítems a presentar según la agenda de trabajo y según corresponda.

4. El día de la reunión se revisa el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la reunión anterior, se hacen las presentaciones por parte de los profesionales de la oficina de planeación y Calidad.

5. El Gerente, los coordinadores de Unidades Funcionales asistenciales y administrativas, los Coordinadores de servicio y los Jefes de oficina, analizan la información y según los resultados presentados proponen las acciones preventivas y correctivas a que haya lugar, dejando compromisos puntuales en el acta.

6. La Jefe de control interno hace seguimiento periódico de los compromisos suscritos en la reunión de revisión por la dirección.

SALIDAS

Acciones de mejoramiento establecidas.
Mejoramiento continuo de los procesos y de la atención del paciente.

REQUISITOS DE SALIDA

Las acciones de mejoramiento deben ser sensatas y se deben poder cumplir.

PROCESOS CLIENTES

Todos los procesos de la institución

INDICADOR DE EFICACIA

% de cumplimiento de las acciones de mejoramiento

RECURSOS

Computadores.
Tiempo de personal asistencial y administrativo.

RIESGO

Incumplimiento de las acciones preventivas y correctivas propuestas

CONTROL

Revisión de los compromisos adquiridos en la reunión anterior.
Seguimiento por parte de la oficina de control interno al cumplimiento de las acciones.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA DE CALIDAD

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIÓGENES SALAZAR RODRIGUEZ
CARGO: JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y CALIDAD

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



**HOSPITAL
Federico Llerenas Arce**
14165 - 101184 - E.S.E.

ALCANCE: APLICA PARA TODO EL MOBILIARIO, EQUIPOS BIOMÉDICOS E INDUSTRIALES DEL HOSPITAL EXCEPTO EQUIPOS DE COMPUTO Y BIENES INMUEBLES.		RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FÍSICOS	OBJETO: PROPENDE POR LA FUNCIONALIDAD Y PERMANENTE DEL MOBILIARIO, EQUIPOS BIOMÉDICOS E INDUSTRIALES DEL HOSPITAL	CÓDIGO: GR-FIB-PRO002	FECHA DE ELABORACIÓN: 29-07-09	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 27-10-09	VERSION: ORIGINAL PÁGINA: 1 DE 1
---	--	--	--	------------------------------	---------------------------------------	---	--

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GESTION DE RECURSOS FISICOS
PROCESO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE MOBILIARIO, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y EQUIPOS INDUSTRIALES**

<p>ENTRADAS</p> <p>Plan de Mantenimiento Presupuesto</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <p>El Coordinador de Mantenimiento de la empresa contratista:</p> <ol style="list-style-type: none"> Solicita mensualmente al coordinador de recursos físicos, los insumos y repuestos necesarios para desarrollar el mantenimiento de acuerdo a la programación establecida. Genera las órdenes de trabajo de acuerdo al cronograma de actividades establecido en el plan de mantenimiento y la entrega al ingeniero, técnico o auxiliar según el tipo de equipo y la actividad a desarrollar. <p>El Ingeniero, Técnico o Auxiliar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Prepara los elementos (herramientas, materiales, insumos y manuales técnicos) necesarios para desarrollar el mantenimiento descrito en la orden de trabajo y en la rutina del equipo definida en la hoja de vida. Verifica la disponibilidad del equipo con el coordinador del servicio. Realiza el mantenimiento de acuerdo a las actividades descritas en la rutina del equipo. Una vez realizado el mantenimiento preventivo, hace las pruebas de acuerdo al equipo, según las rutinas de mantenimiento descritas en las hojas de vida. Diligencia en la orden de trabajo el campo de información técnica, materiales utilizados e informe y observaciones, lo firma con el visto bueno del coordinador de área (biomédica, industrial y mobiliario) y del coordinador del servicio que recibe el equipo a satisfacción. Registra el mantenimiento con fecha, hora y número de orden de trabajo en la hoja de vida del equipo. Entrega la orden de trabajo al coordinador de mantenimiento. Verifica que la orden este totalmente diligenciada y analiza las observaciones registradas por el ingeniero, técnico o auxiliar. Diligencia las tablas de estadísticas para consolidar los indicadores de gestión de mantenimiento y entrega el Informe mensual al coordinador de recursos físicos. Diligencia las tablas de requerimientos para las futuras solicitudes de insumos o repuestos. Archiva las órdenes de trabajo. 	<p>SALIDAS</p> <p>Mobiliario, equipos biomédicos y equipos industriales con mantenimiento preventivo realizado.</p>
<p>REQUISITOS DE ENTRADA</p> <p>Plan de Mantenimiento aprobado por la Gerencia. Presupuesto Aprobado por la Junta Directiva.</p>		<p>REQUISITOS DE SALIDA</p> <p>Mobiliario, equipos biomédicos y equipos industriales con mantenimiento preventivo recibido a satisfacción por el servicio.</p>
<p>PROCESOS PROVEEDORES</p> <p>Proceso de elaboración de plan de mantenimiento. Proyecto de acuerdo - presupuesto aprobado</p>		<p>PROCESOS CLIENTES</p> <p>Macro Procesos Asistenciales Proceso de Contratación Mantenimiento Correctivo de mobiliario. Equipos biomédicos y equipos industriales.</p>
<p>PROCESOS DE APOYO</p> <p>Proceso de Contratación.</p>		<p>INDICADORES</p> <p>Porcentaje de equipos sin mantenimiento preventivo.</p>
<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</p> <p>Normograma de Recursos Físicos Hojas de vida de los equipos. Manual de servicio de los equipos. Manual de operación de los equipos.</p>		<p>RECURSOS</p> <p>Paperería Equipo de computo Herramientas Insumos</p>
<p>REGISTROS</p> <p>Orden de trabajo – formato de la empresa contratista. Hojas de vida de los equipos Tablas de estadística Tablas de requerimiento de insumos o repuestos</p>		<p>RIESGO</p> <p>Funcionamiento inadecuado de los equipos. Daño de los equipos.</p> <p>CONTROL</p> <p>Ordenes de trabajo firmadas por el coordinador del servicio. Verificación del informe mensual</p>

<p>Firma: </p> <p>Nombre: CESAR ALVAREZ Cargo: Coordinador Unidad Funcional de Recursos Físicos</p>	<p>Firma: </p> <p>Nombre: DIANA PATRICIA BUENA Cargo: Comité Líder de Procesos</p>	<p>Firma: </p> <p>Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ Cargo: Gerente</p>
---	--	---



HOSPITAL
Las Américas
HOSPITAL EXCEPTO EQUIPOS DE COMPUTO Y BIENES
INMUEBLES.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
PROCESO: MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODO EL MOBILIARIO, EQUIPOS BIOMÉDICOS E INDUSTRIALES DEL HOSPITAL EXCEPTO EQUIPOS DE COMPUTO Y BIENES INMUEBLES.

RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FÍSICOS

OBJETO: REESTABLECER Y/O DEFINIR LA FUNCIONALIDAD DE LOS EQUIPOS

CÓDIGO: GRF-IB-PRO003

FECHA DE ELABORACIÓN: 29-07-09

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 27-10-09

ENTRADAS
Solicitud de mantenimiento GRF-IB-FR001

REQUISITOS DE ENTRADA
Solicitud de mantenimiento GRF-IB-FR001 totalmente diligenciada, firmada por el coordinador del servicio.

PROCESOS PROVEEDORES
Macro procesos Misionales
Macro procesos Apoyo
Macro procesos Evaluación
Macro procesos Dirección

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Contratación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Normograma de Recursos Físicos
Hoja de vida de los equipos
Manual de servicio de los equipos.
Manual de funcionamiento de los equipos.

REGISTROS
Solicitud de Mantenimiento GRF-IB-FR001
Orden de trabajo
Hojas de vida de los equipos
Solicitud de Repuestos a la Unidad Funcional Recursos Físicos.
Informes Técnicos
Concepto Técnico para dar de Baja el equipo.

RIESGO
Demora en la reparación del equipo.
Equipos con falla de funcionamiento después de su reparación.

ACTIVIDADES
El Coordinador de Mantenimiento de la empresa contratista:

1. Recibe las solicitudes de los coordinadores de los servicios sobre los daños del mobiliario, equipos biomédicos o equipos industriales.
 2. Prioriza el trabajo de reparación dependiendo del tipo de equipo, del servicio y de la disponibilidad de elementos para su reparación, según instructivo GRF-IB-1001.
 3. Genera la orden de trabajo, la entrega el ingeniero, técnico o auxiliar delegado y diligencia la tabla de oportunidad de mantenimiento correctivo.
 4. Ingeniero, Técnico o Auxiliar:
Prepara los elementos (herramientas, materiales, insumos y manuales técnicos) necesarios para desarrollar el mantenimiento descrito en la orden de trabajo.
 5. Evalúa el estado del equipo y cuantifica los daños, insumos y repuestos para su puesta en funcionamiento.
 6. Si la falla se presentó por mala operación o manipulación del equipo, realiza un informe técnico con visto bueno de la coordinación de mantenimiento y este es enviado al Coordinador del Servicio, con copia al coordinador de la unidad funcional recursos físicos, para identificar las causas y responsables del mismo y tomar las medidas pertinentes. Además se realiza una capacitación sobre el manejo y cuidado de los equipos afectados la cual se ejecuta en coordinación con el responsable del servicio, dejando evidencia en la planilla de asistencia.
 7. Cuando el daño es por su normal funcionamiento, verifica si se puede reparar el equipo dentro del hospital o si es necesario enviarlo al representante del fabricante en Colombia. Si es necesario enviarlo, elabora el concepto técnico e inventario del equipo y sus accesorios para ser remitido al representante del fabricante y lo adjunta mediante oficio al Profesional Universitario de Almacén, para que el realice el envío. Se remite copia del oficio al coordinador del servicio.
 8. Si se puede reparar en el hospital, verifica la disponibilidad de repuestos en el almacén, si no los hay informa al coordinador de mantenimiento para que realice la solicitud a la unidad funcional recursos físicos.
 9. Una vez los repuestos estén disponibles, la solicitud es autorizada por el coordinador de mantenimiento y se retiran del almacén conforme al procedimiento SUM - PROC005
 10. Repara el equipo y realiza las pruebas de funcionamiento según la rutina de mantenimiento incluida en la hoja de vida del equipo.
 11. Diligencia en la orden de trabajo el campo de información técnica, materiales utilizados e informe y observaciones, lo firma con el visto bueno del coordinador de área (biomédica, industrial y mobiliario) y del coordinador del servicio que recibe el equipo a satisfacción.
 12. Registra el mantenimiento con fecha, hora y número de orden de trabajo en la hoja de vida del equipo.
 13. Entrega la orden de trabajo al coordinador de mantenimiento.
 14. El Coordinador de Mantenimiento:
15. Verifica que la orden este totalmente diligenciada y analiza las observaciones registradas por el ingeniero, técnico o auxiliar.
 16. Diligencia las tablas de estadísticas para consolidar los indicadores de gestión de mantenimiento y entrega el informe mensual al coordinador de recursos físicos.
 17. Diligencia las tablas de requerimientos para las futuras solicitudes de insumos o repuestos.
 18. Archiva las órdenes de trabajo.
- En caso de que el equipo presente daños irreparables e irrecuperables en alguno de sus sistemas se emite concepto técnico para que el Hospital proceda a darlo de baja.

SALIDAS
Mobiliario, equipos biomédicos y equipos industriales reparados.
Equipos con concepto técnico sobre su funcionalidad

REQUISITOS DE SALIDA
Mobiliario, equipos biomédicos y equipos industriales reparados y en funcionamiento.
Equipos fuera de servicio entregados al hospital con concepto técnico para dar de baja

PROCESOS CLIENTES
Macro Procesos Asistenciales
Proceso de Contratación.
Inventario de Propiedad Planta y Equipo.
Proceso de Bajas de Bienes Muebles.

INDICADORES
Oportunidad en reparación de los equipos.
Reparaciones devueltas por el mismo concepto.

RECURSOS
Papelaría.
Herramientas
Insumos
Repuestos
Equipo de Computo.

CONTROL
Ordenes de trabajo firmadas por el coordinador del área (biomédica, industrial y mobiliario) y del coordinador del servicio que recibe a satisfacción.
Tabla de oportunidad de mantenimiento correctivo.

Firma:
Nombre: CESAR AUGUSTO TICONA PATLOZANO
Cargo: Coordinador Unidad Funcional de Recursos Físicos

Firma:
Nombre: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
Cargo: Comité Líder de Procesos

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
Cargo: Gerente

Aprobó:

ENTRADAS
 Paciente hospitalizado
 Orden médica.
 Resultados de creatinina

REQUISITOS DE ENTRADA
 Paciente con preparación indicada, según el tipo de estudio.
 Orden médica totalmente diligenciada.
 Insurmos necesarios para procedimientos especiales y/o intervencionismo.
 Consentimiento informado (si aplica).

PROCESOS PROVEEDORES
 Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.

PROCESOS DE APOYO
 Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
 Procesos de dispensación de medicamentos.
 Proceso de devolución de medicamentos
 Proceso de Consentimiento informado.
 Procesos Suministros
 Procesos Mantenimiento.
 Procesos de Gestión Hotelera.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 Ley 100 de 1993
 Contratación vigente
 Protocolos del comité de infecciones
 Protocolos de Bioseguridad
 Guía medicas de Imagenología
 Protocolos de enfermería
 Protocolos de Imagenología.
 Manual de preparación para imágenes diagnósticas
 Manual de gestión de residuos Hospitalarios.

ACTIVIDADES

- Después de realizar la valoración, el médico tratante diligencia el formato de solicitud médica de ayuda diagnóstica, que incluye resumen de la historia clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella. Si se requiere el estudio portátil, debe especificarlo en la orden médica. En caso de algún cambio a la orden original, debe tener nota y firma del médico.
- La enfermera del servicio solicitante entrega la orden al camillero o auxiliar administrativa y estos registran en el libro de control del servicio y entregan la orden en la recepción del servicio de Imagenología.
- La auxiliar administrativa de recepción, asigna la cita. Si es tomografía la solicitud debe ser entregada directamente al técnico de turno, quien asigna la cita, según la prioridad de la patología.
- La recepcionista de Imagenología llama a la enfermera del servicio solicitante y notifica la hora de la cita.
- El camillero de cada servicio trasladada al paciente, según proceso de traslado intra hospitalario de pacientes UFH-PRO004 y los protocolos de preparación de pacientes. Teniendo en cuenta que SIEMPRE DEBE LLEVAR LA HISTORIA CLÍNICA. En procedimientos especiales, contrastados o de intervencionismo el camillero entrega los suministros a la auxiliar de enfermería y ella los entrega al tecnólogo de turno. En caso de procedimientos intervencionistas y contrastados el paciente debe tener consignado en la historia clínica el consentimiento informado completamente diligenciado, según proceso de consentimiento informado UFH-PRO023.
- La auxiliar administrativa de recepción asigna el numero consecutivo al estudio de Radiología, diligencia el sobre con los datos del paciente, elabora el RIPS de facturación y lo deposita en el buzón destinado para este fin; esta actividad es realizada por el auxiliar de enfermería en caso de ecografías y el tecnólogo de tomografía, en caso de estudio escanográfico. Durante los fines de semana quienes realizan esta actividad son los tecnólogos de turno.
- El tecnólogo de la sala de rayos x recibe la orden médica y/o el sobre del auxiliar administrativo.
- En el caso de portátiles, se lleva el equipo hasta el servicio y se realiza el procedimiento.
- El radiólogo o cardiólogo que se encarga de la toma del procedimiento explica al paciente, familia y/o acompañante el estudio a realizar.
- La enfermera, auxiliar o tecnólogo, recibe al usuario en la sala, prepara el paciente para el procedimiento, lo ubica en el sitio de toma, colocándolo en la posición adecuada según el protocolo establecido.
- El radiólogo, cardiólogo y/o tecnólogo de turno realiza el procedimiento ordenado según protocolos de Imagenología.
- El especialista, enfermera y/o auxiliar de enfermería le dan información verbal al paciente sobre cuidados post estudio.
- El radiólogo y el auxiliar de enfermería consignar en la historia Clínica la nota de evolución de los procedimientos contrastados, especiales e intervencionismo.
- Una vez se termina el procedimiento, la auxiliar administrativa de recepción, llama al servicio solicitante para indicar que ya pueden trasladar de regreso al paciente.
- El paciente es trasladado al servicio de origen por el camillero asignado al servicio solicitante, junto con su historia clínica completa.
- En el caso de Tomografía y Radiología, el tecnólogo coloca las placas dentro del sobre y lo ubica en el sitio especificado para la lectura; en casos urgentes se entrega el sobre con la placa al camillero. Ver procedimiento de PRESTAMO Y DEVOLUCIÓN DE PLACAS PARA LECTURA, IMA-PRO001).
- En ultrasonido e intervencionismo el especialista hace el archivo de voz y el auxiliar de enfermería pasa el cassette al área de transcripción.
- El radiólogo revisa la transcripción y la firma.
- El servicio de imágenes entrega la placa de la imagen diagnóstica y su lectura a la auxiliar administrativa o auxiliar de enfermería del servicio solicitante dejando anotación en el formulario de registro diario de estudios IMA-FR001.
- La auxiliar administrativa o de enfermería del servicio solicitante anexa la lectura a la Historia Clínica registrando en el libro de registro de placas y guarda la placa en el sitio designado para tal fin.
- La auxiliar administrativa del servicio solicitante debe verificar que toda placa tomada tenga su respectiva lectura.
- Si al egreso del paciente, hay imágenes sin lectura, la auxiliar administrativa o de enfermería del servicio solicitante le informa al paciente que lo reclame en tres días hábiles en la recepción del servicio de Imagenología, rotula el sobre con el título "paciente egresado", registra la salida de las placas en el libro de control de placas del servicio, las lleva a Imagenología para su lectura, entregándolas a la auxiliar administrativa de recepción y firma allí el libro de control. El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.
- Los lunes la auxiliar administrativa de cada uno de los servicios revisa las placas, identifica las pendientes por lectura y las lleva a Imagenología para lectura.

SALIDAS
 Imagen diagnóstica tomada o procedimiento intervencionista realizado al paciente.
 Lectura de la imagen diagnóstica y/o el procedimiento intervencionista realizados.

REQUISITOS DE SALIDA
 Paciente con imagen diagnóstica tomada, facturada, placa en el servicio solicitante y reporte anexo en la Historia Clínica.

PROCESOS CLIENTES
 Proceso egreso del paciente
 Proceso de Facturación
 Procesos misionales de atención.

INDICADORES
 Oportunidad de atención.
 % de placas no leídas
 % de cancelación de estudios programados.

RECURSOS
 Equipos de imágenes diagnósticas e insurmos.
 Papelería
 Medios de comunicación
 Computador, Software
 Elementos de Bioseguridad
 Diclófono.

CONTROL
 Verificación del cumplimiento en los libros de control.

RIESGO
 Eventos adversos
 Pérdida de lecturas
 Pérdida de placas
 Substratación

REGISTROS
 Libro de registro de entrega de estudios de imágenes.
 Registro de estudios realizados.
 Historia Clínica.
 Libro del control del servicio solicitante.

FIRMA:  ELABORÓ: NOMBRE: RETTYNA GRAMMADOS-ADRIANA MUÑOZ CARGO: GRUPO DE PROCESOS IMAGENOLÓGIA	FIRMA:  REVISÓ: NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ CARGO: SUBGERENTE	FIRMA:  APROBÓ: NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE
---	--	--

ENTRADAS

Paciente
 Autorización vigente.
 Orden médica
 Fotocopia del carné de seguridad social y del documento de identificación.
 Resultados de creatinina, si se necesita medio de contraste.

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente con preparación indicada, según el tipo de estudio.
 Orden médica original totalmente diligenciada y autorizada.
 Documento de identidad y carné de la entidad aseguradora
 Insumos, en caso de ser un procedimiento especial y/o intervencionismo.
 Consentimiento informado (si aplica).

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención al paciente en consulta externa especializada.
 Proceso de egreso por alta médica.
 Proceso de referencia

PROCESOS DE APOYO

Facturación
 Verificación de derechos
 Distribución de medicamentos e insumos médicos.
 Consentimiento informado.
 Procesos Suministros
 Procesos Mantenimiento.
 Procesos de gestión Hotelera.
 Orientación al usuario.

CONTROL

Verificación del cumplimiento en los libros de control.

ELABORÓ:

FIRMA: 
 NOMBRE: **BETHYNA GRANADOS-ADRIANA MUÑOZ**
 CARGO: **COORDINADORA IMAGENOLOGIA**

- ACTIVIDADES**
1. El usuario toma una ficha del digíturo para la asignación de citas y espera su turno.
 2. Cuando llega el turno del usuario, la Auxiliar administrativa recibe los documentos y verifica que la orden este completamente diligenciada, que el carné de seguridad social corresponda al usuario, que la autorización esté vigente, según la contratación con las diferentes administradoras y que las fotocopias sean legibles.
 3. La auxiliar administrativa, revisa que el resultado de los exámenes estén dentro del rango normal, en el caso de que sea una ayuda diagnóstica con medio de contraste o intervencionismo; en caso de que haya alguna anomalía debe consultar con el radiólogo de turno para definir la conducta a seguir.
 4. La auxiliar administrativa asigna la cita al paciente (hora, día y médico), registrándola en el sistema, diligencia el RIPS y se lo entrega al paciente, indicándole que el día de la cita debe llegar a facturar en el servicio de Imagenología. En caso de Ecocardiograma Transesofágico, procedimientos contrastados, especiales o intervencionistas, debe facturar en farmacia, en donde le entregan los suministros necesarios para el procedimiento.
 5. La auxiliar administrativa da información verbal y escrita al usuario sobre fecha, hora, médico, preparación para el estudio y documentación que debe traer el día del examen asegurándose de que el paciente entienda completamente las instrucciones dadas.
 6. El día de la cita el paciente factura y paga, según los procesos de facturación y recaudo, de acuerdo al estudio programado en el sitio asignado, entrega a la auxiliar administrativa de la recepción de imágenes la respectiva factura y recibo de pago, la copia de la orden médica y también los suministros (si aplica) y espera el llamado.
 7. En tomografía, la auxiliar administrativa de la recepción diligencia el sobre con los nombres y apellidos del paciente, el estudio a realizar, la edad, el número de historia clínica y el número de la factura. En caso de radiología, asigna el número consecutivo de la proyección tanto en la orden como en el sobre. En caso de ultrasonido el auxiliar de enfermería o la enfermera numeran el estudio en el libro diario o en el archivo Excel de pacientes de ecocardiogramas y no se diligencia sobre.
 8. La auxiliar administrativa de recepción entrega a la enfermera, auxiliar de enfermería o al tecnólogo la copia de la orden médica y/o el sobre y los suministros, si aplica.
 9. La enfermera, el auxiliar o el tecnólogo llaman al usuario a la sala correspondiente según el estudio.
 10. En caso de procedimientos intervencionistas, el radiólogo que se encarga de la toma del procedimiento debe explicar este al paciente, familia y/o acompañante y hace firmar el consentimiento informado. (ver proceso de consentimiento informado).
 11. La enfermera, auxiliar o tecnólogo, recibe al usuario en la sala y según el examen le solicita cambiarse de ropa (bata en vestier), lo prepara para el procedimiento, según el protocolo establecido y lo ubica en el sitio de toma colocándolo en la posición adecuada, según el protocolo.
 12. El radiólogo, cardiólogo y/o tecnólogo de turno realizan el procedimiento ordenado según protocolos de Imagenología.
 13. El especialista, enfermera y/o auxiliar de enfermería le brindan información verbal y escrita al paciente sobre cuidados posteriores al estudio y le indica que regrese por el resultado en el término de dos días hábiles.
 14. Después de la toma en caso de tomografía el tecnólogo asigna el número consecutivo al estudio.
 15. En el caso de Tomografía y Radiología, el tecnólogo coloca la placa dentro del sobre y lo ubica en el sitio especificado para la lectura; en casos de urgencias u hospitalizados en otras instituciones estas se entregan al paciente o acompañante, según el procedimiento IMA-PRO001 préstamo y devolución de placas.
 16. El especialista hace el archivo de voz de la lectura o informe del estudio y el auxiliar de enfermería pasa el cassette a transcripción, según procedimiento IMA-PRO002, transcripción de estudios en imágenes diagnósticas.
 17. La auxiliar administrativa de recepción de Imagenología entrega la imagen diagnóstica y su lectura al paciente en el término de dos días hábiles.

SALIDAS

Formato de RIPS diligenciado.
 Usuarios con imagen diagnóstica tomada.
 Reportes escrito de la imagen diamnferina del paciente

REQUISITOS DE SALIDA

Usuario con imagen diagnóstica tomada, facturada, leída y entregada.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de atención médica.
 Proceso de contra referencia

INDICADORES

% de glosas por falta de informe en factura.
 % satisfacción del usuario.
 Oportunidad de atención.

RECURSOS

Equipos de imágenes diagnósticas e insumos.
 Papelería
 Medios de comunicación
 Computador, Software
 Elementos de Bioseguridad
 Dicotéfono.

RIESGO

Eventos adversos
 Pérdida de lecturas
 Pérdida de placas
 Subfacturación


DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 de 1993
 Contratación vigente
 Protocolos del comité de infecciones
 Protocolos de Bioseguridad
 Guía medicas de imagenología
 Protocolos de enfermería
 Protocolos de Imagenología.
 Manual de preparación para imágenes diagnósticas
 Manual de gestión de residuos Hospitalarios.


REGISTROS

Agenda de citas. - Libro de registro control de imágenes. RIPS- Lectura o informe de estudio radiológico

REVISÓ:

FIRMA: 
 NOMBRE: **COMITÉ LIDER DE PROCESOS**
 CARGO: **COORDINADOR**

APPROBÓ:

FIRMA: 
 NOMBRE: **IVAN DAVID HERNANDEZ**
 CARGO: **GERENTE**



**HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta**
IRÁQUE - TOLLIMA - E.S.S.E

**MACRO PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO IMAGENOLOGIA
PROCESO: DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SON NECESARIOS DEVOLVER A LA FARMACIA

RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETO: GARANTIZAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREFACTURACIÓN Y GLOSAS.

CÓDIGO: IMA-PRO003

FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10-10-2008

ENTRADAS

Medicamentos y dispositivos médicos sobrantes por diferentes causas.
Historia Clínica.
Formato de devolución de medicamentos con consecutivo.

ACTIVIDADES

- Diariamente:
1. La enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma la existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos formulados con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
 2. En el caso de Egreso:
 3. La enfermera o auxiliar de enfermería confirma la orden medica de salida del paciente, realiza revisión de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado, con lo despachado y con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
 4. La enfermera o auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos con letra legible en original y dos copias.
 5. La auxiliar de enfermería informa al facturador sobre la salida y la devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos.
 6. La enfermera o auxiliar de enfermería envía a Farmacia con el patinador los medicamentos y la copia amarilla del formato de devolución completamente diligenciado dejando nombre y firma de quien entrega y de quien recibe. **TENIENDO EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DEBEN QUEDAR LEGIBLES.**
 7. La enfermera o auxiliar de enfermería entrega a Facturación la copia rosada de del formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos, la cual debe tener los nombres y firmas de quien entrega y quien recibe.
 8. La enfermera o auxiliar de enfermería anexa el original del formato de devolución de medicamentos en la historia clínica en el capítulo 13 (anexos).

SALIDAS

Medicamentos y dispositivos médicos entregados al patinador de farmacia

REQUISITOS DE SALIDA

Formulario de devolución de dispositivos y medicamentos claro, legible y completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Recaudo
Proceso de Facturación
Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material medico quirúrgico

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de recibo y entrega de turno de enfermería
Proceso de Egreso del Paciente por alta medica
Proceso de Revista médica

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Facturación
Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material medico quirúrgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 1993,
Ley 23 (Ética Medica)
Resolución 5261 /94
Decreto 2423 /96,
Acuerdo 306 /05
Resolución 1995 /99
Cuadros de Contratación Vigente
Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

RIESGO

Perdida de medicamentos.
Detrimiento patrimonial por aceptación de objeciones.

CONTROL

Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y dispositivos médicos.

REGISTROS

Notas de enfermería
Libro de recepción de medicamentos
Formato de devolución de medicamentos
Hojas de medicamentos

INDICADORES

% Glosas ocasionadas por medicamentos no soportados en la Historia clínica
de eventos reportados a la Unidad Funcional por inadecuada devolución al mes.

RECURSOS

Formato de devolución
Computador
Teléfono

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA:

NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
CARGO: Gerente

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGÍA

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

PROCESO: OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.	RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante	OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.	CÓDIGO: IMA-PRO004	FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10/10-/2008
---	---	---	--------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
- El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
- Expone además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve. Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
- Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
- Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rehusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
- Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
- Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
- En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (memor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal; en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
- En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
- El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
- El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.

EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.

RIESGO

- Cancelación de procedimientos
- Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

- No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
- No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Papeleería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.


REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica


ELABORÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: GRUPO LÍDER DE PROCESOS

REVISÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVÁREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ
CARGO: GERENTE.



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: LABORATORIO CLÍNICO
PROCESO: ADMISIÓN DEL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA

VERSIÓN: 2

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS USUARIOS QUE REQUIEREN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO POR CONSULTA EXTERNA

RESPONSABLE: AUXILIAR ADMINISTRATIVO / AUXILIAR DE LABORATORIO

OBJETO: REALIZAR EL TRÁMITE ADMINISTRATIVO PARA PRESTAR EL SERVICIO

CÓDIGO: LAB-PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 01/06/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10/10/2008

ENTRADA

- Usuarios.
- Ordenes médicas. D. identidad
- Autorización de la EAPB correspondiente
- Carne de seguridad social

REQUISITOS DE ENTRADA

- Ordenes médicas completas con firma y sello del Médico, impresión diagnóstica, con sello de la oficina de autorizaciones en el caso de los pacientes capitados.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención médica.
- Proceso de autorizaciones.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de sistemas
- Proceso de facturación
- Proceso de recaudo
- Procesos de servicios generales

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Protocolos del servicio.
- Manual de procedimientos del laboratorio.
- MAPIPPOS.
- Contratación Vigente

ACTIVIDADES

1. El auxiliar del laboratorio reparte las fichas numeradas de atención al ingreso del usuario.
2. El auxiliar del laboratorio llama al usuario por el número consecutivo de ficha.
3. El auxiliar del laboratorio solicita al usuario la orden médica y lo orienta acerca de los tramites a seguir, la cobertura, el diagnóstico y las recomendaciones.
4. El auxiliar del laboratorio revisa los documentos requeridos para la prestación del servicio (Fotocopia de la orden médica, fotocopia del documento de seguridad social, fotocopia del documento de identificación y autorización correspondiente, si es necesaria).
5. El auxiliar de facturación realiza la factura en el sistema administrativo y financiero y lo soporta con los documentos.
6. El auxiliar de facturación imprime la factura y orienta al usuario para que realice el respectivo pago en la caja de consulta externa o urgencias.
7. El auxiliar del laboratorio administrativo verifica la factura, el recibo de pago y la orden médica e ingresa los datos del usuario y la solicitud de exámenes en el software de administración de pacientes del laboratorio.
8. El auxiliar del laboratorio imprime el recibo en el cual se relacionan los exámenes a realizar y los datos del usuario y la anexa con la copia del recibo de pago, factura y fotocopia de la orden médica y los entrega al personal encargado de la toma de muestras.
9. El auxiliar laboratorio entrega al usuario el original de la factura y el recibo de pago.

CONTROL

Verificación de cada una de las áreas de la información ingresada al sistema.

RIESGO

Ingreso erróneo del usuario en el software administrador de pacientes. Ingreso de exámenes incompletos al software administrador de pacientes

REGISTROS

- RIPS de procedimientos.
- Factura.
- Información del usuario ingresada en el sistema administrativo y financiero
- Registro de admisión en software de administración de pacientes.

SALIDA

- Registro de admisión en software de administración de pacientes del laboratorio.

REQUISITOS DE SALIDA

- Usuario ingresado en el sistema y con indicaciones para la toma de la muestra.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Toma de muestras.
 Proceso de facturación
 Proceso de recaudo

INDICADORES DE EFICACIA

- Tiempo de duración del tramite
- Cantidad de usuarios atendidos por hora.

RECURSOS

- Recurso humano.
- Mobiliario de oficina.
- Computador.
- Software.
- Impresora.
- Papelería.

ELABORÓ:

[Firma]

FIRMA: ANTONIO JOSÉ FONSECA
 NOMBRE: ANTONIO JOSÉ FONSECA
 CARGO: COORDINADOR DE LABORATORIO

REVISÓ:

[Firma]

FIRMA: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
 NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
 CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

[Firma]

FIRMA: IVAN DAVID HERNANDEZ
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
 CARGO: GERENTE



ALCANCE: APLICA PARA LOS USUARIOS QUE REQUIEREN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO POR INTERNACION Y URGENCIAS

RESPONSABLE: AUXILIAR DE LABORATORIO

OBJETO: OBTENER DEL USUARIO LA MUESTRA QUE SERÁ OBJETO DE ANÁLISIS, CUMPLIENDO CON LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ACUERDO AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: LAB-PRO002

FECHA DE ELABORACIÓN: 12/04/2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10/10/2008

VERSIÓN: 2

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: LABORATORIO CLÍNICO PROCESO: TOMA DE MUESTRAS EN HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS

ENTRADA

- Paciente (en la ronda matutina).
- Ordenes médicas

REQUISITOS DE ENTRADA

- Ordenes médicas de exámenes o solicitud de servicio con impresión diagnóstica, firma y sello del médico.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención medica

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de suministros.
- Procesos de comité de infecciones
- Procesos de esterilización.
- Procesos de salud ocupacional

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Protocolos del servicio.
- Manual de toma de muestras
- Manual de procedimientos del laboratorio Clínico.
- Manual de Bioseguridad
- Manual de transporte de

ACTIVIDADES

1. El camillero o auxiliar del servicio solicitante lleva las ordenes medicas al laboratorio y las radica en el libro de registro de ordenes medicas para toma de muestras 6:00 am y entrega al auxiliar de turno las ordenes medicas que requieren toma de muestra matutina.
2. El auxiliar de laboratorio de turno en toma de muestras recoge las ordenes medicas de solicitud de exámenes que han llegado al laboratorio clinico la noche anterior.
3. El auxiliar de laboratorio verifica las ordenes medicas y alista el material para la toma de muestras.
4. El auxiliar de laboratorio toma las muestras en los diferentes servicios, siguiendo el Manual de toma de muestras LAB-MAN002.
5. El auxiliar de laboratorio transporta las muestras al laboratorio clinico, de acuerdo al manual de transporte de muestras. LAB-MAN003.
6. El auxiliar de laboratorio registra las solicitudes medicas en el libro de radicación de Hospitalización y urgencias del servicio de laboratorio.
7. El auxiliar de laboratorio prepara las muestras y las distribuye en cada sección.

SALIDA

- Muestra objeto de análisis obtenida.

REQUISITOS DE SALIDA

- La muestra debe cumplir con los estándares de calidad para los análisis

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de procesamiento de muestras.
- Proceso de toma, envío y entrega de muestras de laboratorio

INDICADORES PORCENTAJE DE CALIDAD DE LAS MUESTRAS

- (Numero de muestras no conformes / total de muestras tomadas)*100

RIESGOS

- Perdida de ordenes medicas.
- Perdida de muestras.

CONTROL

Verificación del libro de registro de ordenes medicas para toma de muestras 6:00 am.
Verificación del libro de radicación de Hospitalización y urgencias

REGISTROS

- Libro de ingreso de muestras al servicio de laboratorio
- Libro de ingreso de ordenes medicas

RECURSOS

- Recurso humano.
- Materiales e instrumentos para la toma de muestras.
- Cubiculo de toma de muestras.
- Papelería

ELABORO:

FIRMA:
NOMBRE: ANTONIO JOSÉ FONSECA
CARGO: COORDINADOR DE LABORATORIO

REVISO:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBO:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ
CARGO: GERENTE

 HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO <small>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</small>		VERSION: 1 PÁGINA: 1 DE 1	
CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: LABORATORIO CLÍNICO PROCESO: TOMA DE MUESTRAS POR CONSULTA EXTERNA			
ALCANCE: APLICA PARA LOS USUARIOS QUE REQUIEREN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO POR CONSULTA EXTERNA	RESPONSABLE: BACTERIÓLOGO / AUXILIAR DE LABORATORIO	OBJETO: OBTENER DEL USUARIO LA MUESTRA QUE SERÁ OBJETO DE ANÁLISIS, CUMPLIENDO CON LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ACUERDO AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO: LAB-PRO003
		FECHA DE ELABORACIÓN: 20-05-2005	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10-10-2008

- ENTRADA**
- Usuarios.
 - Ordenes médicas
 - Registro de admisión y anexos
 - Factura y recibo de pago (si aplica).

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Usuario en las condiciones requeridas para la toma de la muestra, (ver manual de procedimientos).

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Proceso de admisión de usuarios por consulta externa

- PROCESOS DE APOYO**
- Procesos de suministros.
 - Procesos de esterilización
 - Procesos de servicios generales.

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Protocolos del servicio.
 - Manual de procedimientos del laboratorio.
 - Manual de Bioseguridad

- ACTIVIDADES**
1. El bacteriólogo o auxiliar de laboratorio recibe la solicitud de toma de muestras al auxiliar administrativo.
 2. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio llama al usuario para que se acerque al recinto de toma de muestras.
 3. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio verifica los nombres y apellidos del usuario, inicia dialogo con él a fin de obtener información que le pueda ser de ayuda para la toma de la muestra.
 4. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio revisa la orden médica, para identificar el tipo de examen que deberá realizarle al usuario.
 5. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio alista los implementos para la toma de la muestra.
 6. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio informa el procedimiento al cual será sometido el usuario.
 7. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio toma la muestra al usuario en el lugar indicado según los protocolos del manual de toma de muestras LAB-MAN002, del laboratorio clínico.
 8. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio deposita las muestras en cubetas y gradillas dispuestas para este procedimiento.
 9. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio da las recomendaciones que deberá tener el usuario e informara el tiempo de entrega de resultados.
 10. El bacteriólogo o auxiliar del laboratorio transportara las muestras al área de procesamiento haciendo entrega de estas al encargado del servicio.

- RIESGO**
- Accidente laboral de tipo biológico.
 - Toma incompleta de exámenes
 - Toma de muestras al paciente equivocado.

- REGISTROS**
- Recibo de muestra

- CONTROL**
- Cumplimiento de las normas de Bioseguridad
 - Verificación de la información del usuario.
 - Cumplimiento del Manual de toma de muestras

- SALIDA**
- Muestra objeto de análisis obtenida.

- REQUISITOS DE SALIDA**
- La muestra debe cumplir con los estándares de calidad para los análisis

- PROCESOS CLIENTES**
- Proceso de procesamiento de muestras.

- INDICADORES**
- PORCENTAJE DE CALIDAD DE LAS MUESTRAS**
- (Numero de muestras no conformes / total de muestras tomadas)*100

- RECURSOS**
- Recurso humano.
 - Materiales e instrumentos para la toma de muestras.
 - Cubículo de toma de muestras.
 - Papelería

FIRMA: 
 ELABORÓ:
 NOMBRE: ANTONIO JOSÉ FONSECA
 CARGO: COORDINADOR DE LABORATORIO

FIRMA: 
 REVISÓ:
 NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
 CARGO: COORDINADOR

FIRMA: 
 APROBÓ:
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
 CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: LABORATORIO CLÍNICO

PROCESO: PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS

ALCANCE: APLICAR PARA LAS MUESTRAS QUE INGRESAN AL LABORATORIO PARA PROCESAMIENTO	RESPONSABLE: BACTERIOLOGO	OBJETO: ANALIZAR LAS MUESTRAS SEGÚN LAS ORDENES MEDICAS Y LOS PROTOCOLOS DEL LABORATORIO CLÍNICO	CÓDIGO: LAB-PRO004	FECHA DE ELABORACIÓN: 2005-04-12	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-10-16
---	---------------------------	--	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

- Muestras
- Ordenes médicas
- Registro de admisión

REQUISITOS DE ENTRADA

Las muestras deben cumplir con los estándares de calidad para los análisis, según el manual de toma de muestras.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de toma, envío y entrega de muestras al laboratorio.

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de suministros.
- Procesos de esterilización.
- Procesos de mantenimiento
- Procesos Servicios Generales

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Protocolos del servicio.
- Manual de procedimientos del laboratorio Clínico.
- Manual de Bioseguridad
- Manual de manejo de equipos

ACTIVIDADES

1. El auxiliar del laboratorio recibe las muestras de los diferentes servicios, las externas y las de consulta externa.
2. El auxiliar del laboratorio transporta las muestras a las diferentes secciones del laboratorio según sea el análisis a practicar.
3. El auxiliar del laboratorio realiza la etapa preliminar de la fase pre-analítica.
4. El auxiliar del laboratorio realiza el alistamiento de las muestras para comenzar con el análisis bajo la supervisión del bacteriólogo del área.
5. El bacteriólogo calibra los equipos y corre controles dependiendo del área de trabajo.
6. El bacteriólogo realiza el procesamiento de las muestras dando prioridad a las muestras de urgencias y optimizando la oportunidad.
7. El bacteriólogo analiza los resultados obtenidos de las muestras procesadas.
8. El bacteriólogo revisa, confirma, y registra los resultados obtenidos.
9. El bacteriólogo ingresa los resultados en el sistema ANALAB.
10. El bacteriólogo realiza la impresión de los resultados, verifica y firma.
11. El bacteriólogo entrega los resultados al auxiliar del laboratorio.

CONTROL

- Analisis de los resultados obtenidos
- Control de Calidad

REGISTROS

- Libro de radicación de muestras de hospitalización y urgencias
- Datos ingresados y almacenados en medio magnético

SALIDA

- Resultado impreso de las muestras procesadas

REQUISITOS DE SALIDA

- Resultados correspondientes al usuario indicado, cumpliendo los requerimientos de la orden medica y con firma del bacteriólogo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de entrega de resultados

INDICADORES DE EFICACIA

- (Exámenes no procesados / exámenes solicitados)*100

RECURSOS

- Recurso humano.
- Equipos de laboratorio
- Reactivos e insumos.
- Computador.
- Papelería

ELABORÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: ANTONIO JOSÉ FONSECA
 CARGO: COORDINADOR DE LABORATORIO

REVISÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
 CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
 CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: LABORATORIO CLÍNICO

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

PROCESO: REMISIÓN DE MUESTRAS

ALCANCE: APLICA PARA EL ENVÍO DE LAS MUESTRAS QUE NO SE PROCESAN EN LA INSTITUCIÓN.

RESPONSABLE: BACTERIOLOGO

OBJETO: ANALIZAR LAS MUESTRAS SEGÚN LAS ORDENES MÉDICAS Y LOS PROTOCOLOS DEL LABORATORIO CLÍNICO

CÓDIGO: LAB-PRO005

FECHA DE ELABORACIÓN: 2005-05-10

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2006-10-10

ENTRADA

- Muestras
- Ordenes médicas
- Autorización de la entidad u original de la consignación realizada por el usuario
- Resumen de historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Muestras conservadas según los estándares de calidad.
- Muestras estables después de la obtención.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de toma, envío y entrega de muestras al laboratorio.
- Proceso de toma de muestras en consulta externa.

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de suministros.
- Procesos de esterilización.
- Procesos Servicios Generales
- Proceso de archivo y correspondencia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Protocolos del servicio.
- Manual de procedimientos del laboratorio Clínico.
- Manual de Bioseguridad
- Manual de manejo de equipos

ACTIVIDADES

1. El coordinador del laboratorio clínico, determina según el caso y la capacidad instalada del laboratorio, cuando la muestra debe ser enviada a otra institución, para que sea procesada.
2. El auxiliar administrativo solicita a registros clínicos los documentos de admisión del usuario, con el fin de que se envíen junto con la muestra al laboratorio de referencia y hace registro en el libro de remisión de muestras.
3. El auxiliar del laboratorio empaqueta las muestras, según las técnicas de conservación escritas en el manual de transporte de muestras.
4. El auxiliar administrativo realiza un oficio remitisorio en original y copia, con el listado de muestras y los documentos que se envían y lo entrega al coordinador de laboratorio para su revisión y su firma
5. El auxiliar de laboratorio lleva las muestras y las copias de los documentos del usuario junto con el consecutivo a la oficina de archivo y correspondencia para que esta realice los tramites correspondientes.
6. El auxiliar de laboratorio solicita el sello y número del consecutivo de radicación en la copia del consecutivo.
7. El coordinador de laboratorio confirma la recepción de la muestra y revisa el resultado.

CONTROL

- Consecutivo que relaciona las muestras a realizar
- Número de radicación

REGISTROS

- Oficio que relaciona las muestras a remitir
- Libro de registro de remisión de muestras
- Registro en el sistema

SALIDA

- Muestras remitidas
- Carta de remisión

REQUISITOS DE SALIDA

- Muestras remitidas con la documentación anexa completa.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de transporte de muestras
- Laboratorio clínico de referencia

INDICADORES DE EFICACIA

- %de muestras enviadas erróneamente = n° de llamados de atención de la entidad receptora / total de muestras remitidas

RECURSOS

- Recurso humano.
- Equipos de laboratorio
- Reactivos e insumos.
- Computador.
- Papelería

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: ANTONIO JOSÉ FONSECA

CARGO: COORDINADOR DE LABORATORIO

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS

CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Páramo Lirios Andes
FACULTAD DE MEDICINA - EST. 1

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: MERCADERO
PROCESO: ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE MERCADERO

Versión: Original
Página: 1 de 2

ALCANCE: Aplica para conocer el comportamiento del mercado y definir las estrategias de mercadeo de servicios.

RESPONSABLE: P. U. contratación y mercadeo

OBJETO: Realizar el estudio de la oferta, demanda y mercado competidor de los servicios de salud para la toma de decisiones.

Código: MER-PRO001

Fecha de elaboración: 01/07/2006

Fecha de actualización: 07/04/2009

ENTRADAS

- ✓ Servicios de salud habilitados y prestados HFLLA.
- ✓ Capacidad instalada del Hospital.
- ✓ Costos de los servicios prestados.
- ✓ Distribución poblacional del Tolima por niveles del SISBEN, por grupo etario y por sexo.
- ✓ Perfil epidemiológico de la población tolimense.
- ✓ ERP existentes en el Departamento y área de influencia.
- ✓ I.P.S. de la región y servicios de salud ofrecidos.
- ✓ Estado financiero de los posibles clientes.
- ✓ Estado de la cartera de la ERP.
- ✓ Informe de glosas por entidad.
- ✓ Informe de Facturación por ERP.

REQUISITOS DE ENTRADA

Información organizada, confiable y oportuna.

PROVEEDORES

- ✓ Mantenimiento del sistema de habilitación.
- ✓ Elaboración, aprobación, socialización y evaluación del Plan de Producción.
- ✓ Empresas Responsables del pago.
- ✓ Secretaría de Salud Departamental
- ✓ Entes territoriales
- ✓ Ministerio de la Protección Social
- ✓ Superintendencia Nacional de Salud ACHC.

PROCESOS DE APOYO

- ✓ Proceso de recursos humanos
- ✓ Proceso Sistemas de Información
- ✓ Proceso Recursos Físicos
- ✓ Proceso Ejecución/Presupuestal

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: CARLOS EDUARDO HERNÁNDEZ
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTRATACIÓN

ACTIVIDADES

- El profesional Universitario de mercadeo cada año debe:
1. Elaborar cronograma para la recolección, tabulación y análisis de la información del estudio de la oferta y la demanda.
 2. Diseñar los formatos para la recolección de la información del estudio de la oferta, la demanda y el mercado competidor.
 3. Recolectar información de la oferta, la demanda y el mercado competidor, según instructivo MER-1001, MER-1002, MER-1003.
 4. Tabular y analizar la información así:
 - La capacidad instalada.
 - Los costos de los servicios prestados
 - Tarifas del mercado.
 - Clasificación de la población del Tolima por cada municipio teniendo en cuenta sexo, edad, régimen de aseguramiento y morbilidad
 - Identificación de la población cliente potencial.
 - Identificación de los servicios no prestados por el Hospital demandados por los usuarios.
 - Identificación de los prestadores de servicios de salud, existentes en la región y los servicios ofrecidos y demandados y del mercado competidor.
 5. Elaborar informe de los servicios ofrecidos y demandados y del mercado competidor.
 6. Establecer el ranking de las ERP, según instructivo MER-1002.
 7. Elaborar proyecto del Plan de Mercadeo y presentarlo a la Gerencia.

RIESGO

Toma de decisiones desfavorables.

CONTROL

Evaluación periódica por el CGRPPSS

REGISTROS

Cronograma de actividades - Formatos de evaluación – servicios prestados por el Hospital - Formato de evaluación – capacidad instalada - Formato de evaluación de equipos - Formato de evaluación de los costos vs tarifarios - Formato de clasificación de la población del Tolima por municipio, sexo, edad, régimen de aseguramiento. - Formato Ranking de clientes - Formato de servicios no prestados por el Hospital. - Formato – Relación de Clínicas y Hospitales de la región.

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CALIDAD - COMITÉ LIBER DE PROCESOS

SALIDAS

Plan de Mercadeo

REQUISITOS DE SALIDA

- ✓ Información confiable, actualizada y oportuna.
- ✓ Plan de Mercadeo aprobado

PROCESOS CLIENTES

Venta de servicios de salud

INDICADORES

Evaluaciones realizadas.

RECURSOS

Talento humano
Suministros
Computadores

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 de 1993
Bibliografía en Mercadeo
Phillip Kotler
Roman G. Hiebing
Scout W. Cooper

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE

 <p>HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA VICERRECTORIA DE ASISTENCIA MEDICA NIT: 900709349</p>		<p>MACROPROCESO: 4.1 CONTROL INTERNO</p> <p>PROCESO: 4.1.2 EVALUACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL</p>		<p>VERSION: Original</p> <p>Página: 1 de 1</p>	
<p>ALCANCE:</p> <p>Este proceso es desarrollado para aplicarse sobre todas las áreas del Hospital Fedérico Lleras Acosta E.S.E</p>	<p>RESPONSABLE:</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p>	<p>OBJETO:</p> <p>Mejorar la eficiencia de los controles aplicados para la administración del riesgo, con el fin de asegurar que los riesgos institucionales estén siendo administrados apropiadamente</p>	<p>CÓDIGO:</p> <p>OCH-PRO002</p>	<p>FECHA DE ELABORACION:</p> <p>2007-12-17</p>	<p>FECHA ACTUALIZACION:</p> <p>2007-12-17</p>

<p>ENTRADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Mapa de Riesgos del servicio Evaluación al mapa de riesgos del Servicio Libros de control del servicio Informes de Gestión Reportes del Sistema Xerico Formatos diligenciados
<p>REQUISITOS DE ENTRADA</p> <p>Todos los documentos de entrada deben estar vigentes, firmados y aprobados</p>
<p>PROVEEDOR</p> <p>Todos los procesos del Hospital</p>
<p>PROCESOS DE APOYO</p> <p>Talento Humano, Surintendos, Direcciónamiento Jurídico, Administración de Sistemas de Información, Mantenimiento y Servicios generales.</p>
<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Leyes 100/63 (Ley de seguridad social en salud), 1122/2007 (reforma parcial a la ley 100/03), 87/93 (Establecimiento del Sistema de Control Interno en las E.S.E), 776/2002 (Organización, administración y prestaciones del sistema general de riesgo profesional), 4388 (Normas de Auditoría generalmente aceptadas) Decretos 1599/2006 (Implementación del MECI), 1011/2006 (Acreditación de E.S.E), 729/04 (Administración de Riesgos Profesionales) Resoluciones 1735/2004 (por el cual se aprueba el mapa de riesgos del Hospital) Guías, Memorandos y otros documentos (de acuerdo con el Manual de Procedimientos de la Oficina de Control Interno)

<p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Planear el seguimiento a la administración de los riesgos, elaborando un plan de trabajo con presupuesto de tiempo, en concertación con el jefe de la Oficina de Control Interno. (Ver 4.1.2 OCH-PRO001), (c1, c2). (Resp: Profesional Universitario Control Interno) Evaluar la administración del riesgo, revisando el cumplimiento de las actividades (acciones de mejora) programadas para la administración del riesgo por parte del área, esto se hace a través del análisis y verificación de las evaluaciones realizadas al mapa de riesgos y planes de mejoramiento resultantes enviados por la dependencia a ser evaluada. (Ver 4.1.2 OCH-PRO003) (c4, c6). (Resp: Profesional Universitario Control Interno) Evaluar la efectividad de los controles, analizando el comportamiento del suceso (el impacto y la frecuencia del riesgo materializado) con base en los resultados obtenidos de la evaluación a la administración del riesgo (realizado por las dependencias) y revisando los controles implementados en el mapa de riesgos. (Ver 4.1.2 OCH-PRO003) (c6). (Resp: Profesional Universitario Control Interno) Elaborar el informe final. (Ver 4.1.2 OCH-PRO005) (c5) (c7). (Resp: Profesional Universitario Control Interno) 	<p>RIESGOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Incumplimiento en el cronograma de trabajo Impacto reducido sobre el Servicio o proceso a evaluar (leve mejoramiento del servicio) Implementación deficiente de controles Falta de Objetividad en los resultados del Informe. 	<p>CONTROLES</p> <ol style="list-style-type: none"> Verificar que el cronograma de actividades de la oficina sea desarrollado de acuerdo al plan establecido (a1) Verificar que se cumplan los compromisos de las áreas para controlar sus riesgos (a2) Verificar que los controles implementados sean los apropiados (a3) (a4)
<p>REGISTROS</p> <ol style="list-style-type: none"> Memorando de Planeación (plan de trabajo) Presupuesto de Tiempo Plan de trabajo para capacitación del servicio Oficio de solicitud de documentos dirigido al servicio a evaluar Informe Final Monitoreo de Riesgos Institucionales (4.1.2 OCH-PRO01) (b2),(c3) Cumplimiento del Cronograma de Auditorías (4.1.1 OCH-PRO01) (b1) 	<p>RECURSOS</p> <p>Profesionales: multimedios, carpas, papetería (graficos, cartá, video, resaltador, lápiz, rotador, marcador, computadora, perforadora, sacapuntas, humificador para diapos), Computadores Pentium 4, impresora de inyección a color y planificadora Windows XP, software de consulta y aplicación (Word, Excel, wordart, Internet Explorer, Xerico) y materialidad relacionais con el proceso a evaluar</p>	

ELABORO:

FIRMA: 

NOMBRE: MARISOL OSPINA ESPINOSA

CARGO: JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

REVISO:

FIRMA: 

NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ

CARGO: SUBGERENTE

APROBO:

FIRMA: 

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS

CARGO: GERENTE

 <p>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. CALLE 100 N. # 4-411 TEL: 99208339</p>		<p>MACROPROCESO: 4.1 CONTROL INTERNO</p> <p>PROCESO: 4.1.4 ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL</p>		<p>VERSION: Original</p> <p>Página 1 de 1</p>	
<p>ALCANCE:</p> <p>Aplicarse sobre todas las áreas del Hospital</p>	<p>RESPONSABLE:</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno.</p>	<p>OBJETO:</p> <p>Mejorar la eficacia y la eficiencia en las operaciones incrementando la calidad de la información, ayudando a desarrollar cada uno de los subsistemas, componentes y elementos del modelo Estándar de Control Interno.</p>	<p>CÓDIGO:</p> <p>OCl-PR0004</p>	<p>FECHA DE ELABORACION:</p> <p>2007-12-17</p>	<p>FECHA ACTUALIZACION:</p> <p>2007-12-17</p>

ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
<p>> Solicitudes de Asesoría</p> <p>> Oficios Remitidos</p> <p>> Cronograma de Capacitaciones</p> <p>REQUISITOS DE ENTRADA</p> <p>Que las Solicitudes de asesoría y/o conceptos técnicos estén vigentes, sean relevantes y coherentes con las necesidades del servicio</p> <p>PROVEEDOR</p> <p>> Todos los procesos de la entidad</p> <p>> La comunidad</p> <p>PROCESOS DE APOYO</p> <p>Administración de sistemas de información, Suministros, Talento humano</p> <p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</p> <p>> Leyes: Art. 209 y 209 (Constitución Política), 10083 (Ley de seguridad social en salud), 1123/2007 (reforma parcial a la ley 100/69), 876/93 (establecimiento del Sistema de Control Interno en las E.S.E.), 776/2002 (organización, administración y prestaciones del sistema general de riesgos profesionales), 43/98 (Normas de auditoría gubernamental), 10/90 (Decreto del sistema nacional de salud), 452/94, 812/2003 (planes de desarrollo), 469/98 (estatuto básico de organización y funcionamiento de la administración pública), 80/83 (normas para la contratación en E.S.E.), 1160/2007 (reforma parcial a la ley 80), 909/2004 (cuentas administrativas), 982/2006 (Racionalización de trámites y procedimientos administrativos), 2180/96 (procedimientos y funciones), Decretos: 182694 (que regula y crea la ESE AFELAS), 19286, 182694 (reglamento basacionalmente la ley 8/80), 2148/94 (normas sobre el Sistema de Control Interno), 1589/2006 (implementación del MECI), 1011/2006 (contratación de E.S.E.), 280/98 (se crea el consejo rector de C.I.), 1637/2001 (se reglamenta el C.I. en cuanto a elementos técnicos), 1295/94 (administración de Riesgos Profesionales)</p> <p>> Ordenanzas: 086694 (Confirmación del Hospital), 007785 (se transforma como E.S.E.), 031/2006</p> <p>> Resoluciones: 2099/2005 (Procesos a evaluar y las normas que las regulan), 2091/2005 (Manual de evaluación del MECI), 1439/2002 (Sistema único de contratación), 1944/2005 (Políticas de Control Interno), 1738/2004 (por el cual se declara el mapa de riesgos del Hospital), 1043/2006 (Habilitación Hospitales)</p> <p>> Acuerdos: 028198 (Estadutos del Hospital)</p> <p>> Circulars: 02397 (mantenimiento hospitalario)</p> <p>> Guías, Memorandos y otros documentos: Políticas de Asesoría, Guía Administrador de riesgos, Guía, Dirección Prejudicial 02/94 (mantenimiento de la función de C.I.), Política técnica de Control Interno</p>	<p>1. Clasificar las solicitudes: analizando la solicitud y organizando los documentos de acuerdo al tipo de solicitud y su grado de importancia. (C.I.) (Resp: Profesionales y Técnicos de la OCI)</p> <p>2. Preparar el tema de Asesoría y/o Concepto Técnico: de conformidad con lo requerido en la solicitud (Resp: Profesionales y Técnicos de la OCI)</p> <p>3. Coordinar la actividad de acompañamiento y asesoría con el jefe de la Unidad Funcional: (Resp: Profesionales y Técnicos de la OCI)</p> <p>4. Realizar la Asesoría: Evaluando posibilidades o alternativas de solución de acuerdo con la norma, para posteriormente establecer las acciones a seguir y los responsables de su ejecución (formular y conciliar las recomendaciones). (Resp: Profesionales y Técnicos de la OCI)</p> <p>5. Realizar un informe: en donde se describa el concepto técnico, conclusiones y recomendaciones. (Resp: Profesionales y Técnicos de la OCI)</p>	<p>> Concepto Técnico</p> <p>REQUISITOS DE SALIDA</p> <p>Que el documento contemple en su contenido, análisis, observaciones, conclusiones, y que las recomendaciones sean fundamentadas en aplicación prácticas ya probadas.</p> <p>CLIENTE</p> <p>> Jefes de todas las Unidades funcionales y el Representante Legal del Hospital.</p> <p>> Organos de Control Externo (Contraloría, Fiscalía)</p> <p>INDICADORES</p> <p>d1. Eficacia: No. de solicitudes resueltas / No. de solicitudes recibidas X 100</p> <p>d2. Eficiencia: fecha de emisión del concepto técnico - fecha de solicitud de asesoría</p> <p>d3. Efectividad: total asesorías materializadas / total asesorías presentadas X 100</p> <p>RECURSOS</p> <p>Profesionales multidisciplinarios, carpetas, papelería (resmas carta, oficio, resallador, lápiz, borrador, lapicero, coseadora, perforadora, sacapapeños, humidificador para dedos), Computadores Pentium 4, impresora de inyección a color y plataforma Windows XP, software de consulta y aplicación (Word, Excel, Acrobat, Internet Explorer, Xencro) y normatividad relacionada con el proceso a evaluar.</p>
<p>RIESGOS</p> <p>a1. Acumulación de solicitudes sin resolver</p>	<p>a1. Clasificar las solicitudes según tipo y su relevancia (a1)</p>	
<p>REGISTROS</p> <p>c1. Registro de solicitudes recibidas (4.1.4 OCl-FR001-1) (b1)</p> <p>c2. Concepto Técnico (4.1.4 OCl-FR002-2)</p>		

<p>ELABORO:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ</p> <p>CARGO: JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>REVISO:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS</p> <p>CARGO: GERENTE</p>	<p>APROBO:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS</p> <p>CARGO: GERENTE</p>
--	--	---

 HOSPITAL Federico Lleras Acosta 19452 - 101.44.411 E		MACROPROCESO: 4.1 CONTROL INTERNO PROCESO: 4.1.3 FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL		VERSION: Original Pagina: 1 de 1
ALCANCE: Aplica a todos los funcionarios del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.	RESPONSABLE: Jefe Oficina de Control Interno.	OBJETO: Crear en los servidores públicos la capacidad para autocontrolar su trabajo y el hábito de realizar bien sus actividades.	CODIGO: OCL-PR0003	FECHA DE ELABORACION: 2007-12-21 FECHA ACTUALIZACION: 2007-12-21

ENTRADAS > Relacion de controles implementados en el servicio > Libros de control del servicio > Procesos y procedimientos REQUISITOS DE ENTRADA Que los Controles se encuentren ajustados a los procesos y de igual forma que los documentos de entrada se encuentren actualizados, vigentes y aprobados por la Institución.	ACTIVIDADES 1. <u>Programar el seguimiento a las áreas</u> con la finalidad de evaluar el fomento de la cultura del autocontrol a partir de un diagnóstico. (Ver 4.1.3 OCL-PROCC001) (c1) (Resp. Profesionales y Técnicos de la OCI) 2. <u>Identificar las principales fortalezas y debilidades en los procesos de información y comunicación en el hospital</u> como publicaciones a través de página Web, relacionadas con el Autocontrol, Auto gestión, Autorregulación, Modelo Estándar de Control Interno y demás temas relacionados con el Autocontrol y el Sistema de Control Interno. (Ver 4.1.3 OCL-PROCC002) (c2) (Resp. Profesionales y Técnicos de la OCI) 3. <u>Apoyar y orientar a los funcionarios</u> en la constitución de una cultura basada en la gestión ética y en la implementación de métodos o controles para el mejoramiento del servicio y establecimiento estándares de calidad de los productos o servicios. A través de talleres de aplicación práctica. (Ver 4.1.3 OCL-PROCC003) (Resp. Profesionales y Técnicos de la OCI) 4. <u>Concertar acciones de control con los coordinadores de los servicios</u> con el fin de fortalecer la gestión y mejoramiento continuo de sus actividades. (Ver 4.1.3 OCL-PROCC004) (c3) (Resp. Profesionales y Técnicos de la OCI) 5. <u>Apoyar al servicio en el diseño participativo de herramientas de autoevaluación</u> con la finalidad de obtener un instrumento de apoyo para autoevaluar la eficiencia de sus controles (autoevaluación del control). (Ver 4.1.3 OCL-PROCC005) (c4) (Resp. Profesionales y Técnicos de la OCI)	SALIDAS > Informe del grado de avance del autocontrol del servicio REQUISITOS DE SALIDA Que el informe refleje la medición del impacto de la atención al usuario a través de encuestas de satisfacción, quejas emitidas y rendición de cuentas a los entes de control en forma consistente.
PROVEEDOR > Todos los procesos del Hospital	CLIENTE > Funcionarios del Hospital	INDICADORES > Eficacia (No de Capacitaciones registradas / No de Capacitaciones programadas) X 100 (c2) > Eficiencia (Fecha de inicio del programa de autoevaluación del control - fecha de finalización del programa de autoevaluación) (c2) > Efectividad (No de controles implementados en el servicio / total tipo de responsabilidades encontradas en el servicio) (c4)
DOCUMENTOS DE REFERENCIA > Leyes 8793 (reestablecimiento del Sistema de Control Interno en las E.S.E.), 8123/2003 (planes de desarrollo), 48998 (estatuto básico de organización y funcionamiento de la administración pública), 9092/2004 (corte de administración), 9622/2006 (fiscalización de bienes y procedimientos administrativos), 2160/05 (procedimientos y planes) > Decretos 187694 (que regula y crea la EGE HCLUA), 182894 (reglamento para cumplir la ley 3792), 214694 (normas sobre el sistema de control interno), 1899/2006 (implementación del MECI), 1011/2006 (sacredación de E.S.E), 1637/2001 (se requerimiento al C.I en cuanto a elementos técnicos) > Ordenanzas 086194 (Conformación del Hospital), 007/95 (se transforma como E.S.E), 031/2006 > Resoluciones 1944/2005 (Fórcas de Control Interno), 1736/2004 (por el cual se ordena el reanálisis de riesgos del Hospital) > Acuerdos 030/86 (Estatutos del Hospital) > Guías, Memorandos y otros documentos. Políticas de Autogestión, Guía Administración de Riesgos OCLP, directiva presidencia 0294 (desarrollo de la función de C.I), Pol de la Oficina de Control Interno	RIESGOS a1. Resistencia de los funcionarios para adoptar la cultura del autocontrol. a2. No aceptación de los protocolos éticos.	CONTROLES c1. Verificar que los funcionarios hallan asimilado las capacitaciones dadas por la oficina
REGISTROS c1. Matriz Dofa (4.1.3 OCL-PR001) c2. Registro de Capacitados (4.1.3 OCL-PR002) (b1) c3. Encuestas (4.1.3 OCL-PR003) c4. Registro de controles Evaluados (4.1.3 OCL-PR004)	RECURSOS Profesionales multidisciplinarios, carpeta, papelería (resmas carta, oficio, resaltador, lápiz, borrador, lapicero, cosedora, perforadora, sacaganchos), Computadores, Pentium 4, impresora de inyección a color y plataforma Windows XP, software de consulta y aplicación (Word, Excel, acrobat, Internet Explorer, Xencel), normalidad relacionada con el proceso a revisar y sala de conferencias del Hospital.	

LABORO: FIRMA:  NOMBRE: MARISSOL OSPINA ESPINOSA CARGO: JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	REVISO: FIRMA:  NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ CARGO: SUBGERENTE	APROBO: FIRMA:  NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE
--	--	--



HOSPITAL
Fundación Lleras Acosta
RISQUE: 10010001-131E

ALCANCE: este documento aplica a todos los procesos del hospital que requieran hacer la actualización de los riesgos.

RESPONSABLE: Jefes de Oficina, Coord. Unidades Funcionales.

OBJETO: Garantizar que el mapa de riesgos por procesos del Hospital corresponda a los riesgos y a los procesos actuales.

Código
OCI-PRO 005

Fecha de elaboración:
2008-11-05

Fecha de actualización:
2008-11-05

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTROL INTERNO

PROCESO: ACTUALIZACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS

Versión: Original
Página: 1 de 1

ENTRADAS

Mapa de riesgos
Procesos

REQUISITOS DE ENTRADA
Mapa de riesgos aprobado
Procesos aprobados

PROCESOS PROVEEDORES
Todos los procesos del Hospital

PROCESOS DE APOYO
Todos los procesos del Hospital

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Cartilla de administración de riesgos del DAFP.
Instructivo para la actualización del mapa de riesgos por procesos

ACTIVIDADES

1. La primera semana de diciembre de cada año el Jefe de Oficina, Coordinador de Unidad Funcional o Profesional a cargo del área, realiza la evaluación de su mapa de riesgos (el último aprobado), con su equipo de trabajo.
2. Aplican los indicadores de evaluación y verifican si a su riesgo le ha disminuido la probabilidad de ocurrencia.
3. Si al aplicar los indicadores el riesgo ha desaparecido, quiere decir que las actividades implementadas han funcionado, entonces ese riesgo debe desaparecer del mapa de riesgos, para lo cual deberán levantar un acta donde conste el porque se suprime el riesgo del mapa.
4. Si al aplicar los indicadores se determina que el riesgo continua con la misma probabilidad de ocurrencia o esta ha incrementado, quiere decir que las actividades implementadas no funcionaron y que estas deben ser ajustadas, debe quedar en el acta la justificación de dicho ajuste.
5. Si al evaluar el mapa de riesgos se encuentran nuevos riesgos estos deben ser plasmados en el documento conforme al formato diseñado para esto e igualmente justificados dentro del acta.
6. Una vez se hallan realizado estas actividades, se procederá al diligenciamiento del formato diseñado para la actualización conforme al instructivo OAPC-1-007.
7. Diligenciado el formato deberá ser enviado a la Oficina de Control Interno para la actualización del mapa de riesgos institucional por procesos.

SALIDAS

Mapa de riesgos actualizado y aprobado.

REQUISITOS DE SALIDA
Mapa de riesgos actualizado en el formato establecido y conforme al instructivo.

PROCESOS CLIENTES
Todos los procesos del Hospital

RIESGO
Mapa de riesgos desactualizado.

CONTROL
Verificación de las evaluaciones, Revisión periódica de los procesos.

INDICADORES
Documento actualizado y aprobado anualmente.

REGISTROS

Actas de evaluación de los diferentes procesos.
Formato de actualización del mapa de riesgos. OAPC-FR-020.

RECURSOS
Computador
Papelaría

Elaboró:

Firma:

nombre: LILIANA KATERINE ESCOBAR PARRA
CONTRATISTA - CONTRATO No.297 DE MAYO 22 DE 2008 - ACTA
MODIFICATORIA 001 DE SEPT 30 DE 2008.

Revisó:

Firma:

Nombre: COMITÉ LIDER DE PROCESOS

Aprobó:

Firma:

Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



**HOSPITAL
Federal de Oncología**
IRIBARRE - TOLIMA - E.S.E

**MACRO PROCESO: APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE ONCOLOGIA
PROCESO: DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SON NECESARIOS DEVOLVER A LA FARMACIA

RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERIA

OBJETO: GARANTIZAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREFACTURACIÓN Y GLOSAS.

Código: ONC-PRO003

FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14-08-2008

ENTRADAS

Medicamentos y dispositivos médicos sobrantes por diferentes causas.
Historia Clínica.
Formato de devolución de medicamentos con consecutivo.

ACTIVIDADES

- Diariamente:
1. La enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma la existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos formulados con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
 2. En el caso de Egreso:
 3. La enfermera o auxiliar de enfermería confirma la orden medica de salida del paciente, realiza revisión de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado, con lo despachado y con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
 4. La enfermera o auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos con letra legible en original y dos copias.
 5. La auxiliar de enfermería informa al facturador sobre la salida y la devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos.
 6. La enfermera o auxiliar de enfermería envía a Farmacia con el patinador los medicamentos y la copia amarilla del formato de devolución completamente diligenciado dejando nombre y firma de quien entrega y de quien recibe. **TENIENDO EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DEBEN QUEDAR LEGIBLES.**
 7. La enfermera o auxiliar de enfermería entrega a Facturación la copia rosada de del formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos, la cual debe tener los nombres y firmas de quien entrega y quien recibe.
 8. La enfermera o auxiliar de enfermería anexa el original del formato de devolución de medicamentos en la historia clínica en el capítulo 13 (anexos).

REQUISITOS DE ENTRADA

Formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos completamente diligenciado con letra legible en original v copia.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de recibo y entrega de turno de enfermería
Proceso de Egreso del Paciente por alta medica
Proceso de Revista médica

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Facturación
Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material medico quirúrgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 1993,
Ley 23 (Ética Medica)
Resolución 5261 /94
Decreto 2423 /96,
Acuerdo 306 /05
Resolución 1995 /99
Cuadros de Contratación Vigente
Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

SALIDAS

Medicamentos y dispositivos médicos entregados al patinador de farmacia

REQUISITOS DE SALIDA

Formulario de devolución de dispositivos y medicamentos claro, legible y completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Recaudo
Proceso de Facturación
Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material medico quirúrgico

INDICADORES

% Glosas ocasionadas por medicamentos no soportados en la Historia clínica
de eventos reportados a la Unidad Funcional por inadecuada devolución al mes.

RECURSOS

Formato de devolución
Computador
Teléfono

RIESGO

Perdida de medicamentos.
Detrimiento patrimonial por aceptación de objeciones.

CONTROL

Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y dispositivos médicos.

REGISTROS

Notas de enfermería
Libro de recepción de medicamentos
Formato de devolución de medicamentos
Hojas de medicamentos

ELABORO:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA:

NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ CAERVERDE
CARGO: Subgerente

APROBO:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO
SERVICIOS DE
NEFROLOGÍA

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE ONCOLOGIA PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1
DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.

RESPONSABLE:
Médico de la
Especialidad Tratante

OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.

CÓDIGO:
ONC-
PRO004

FECHA DE
ELABORACIÓN:
05/08-/2006

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
10-10-2008

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ACTIVIDADES

1. El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
 2. El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
 3. Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve.
 4. Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
 5. Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
 6. Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rechazar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
 7. Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
 8. Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
 9. En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal; en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
 10. En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
 11. El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
 12. El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.
- EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.**

RIESGO

1. Cancelación de procedimientos
2. Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

1. No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
2. No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Papelería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: GRUPO LIDER DE PROCESOS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
18A06-101004-1-3-3

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ORIENTACIÓN AL USUARIO

VERSIÓN: ORIGINAL

PROCESO: DIVULGACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA
PARA TODOS LOS
SERVICIOS DEL HOSPITAL

RESPONSABLE:
COORDINADOR
ATENCIÓN AL
USUARIO

OBJETO: DAR A CONOCER LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS
USUARIOS A LA MAYOR CANTIDAD DE PACIENTES Y VISITANTES
DE LA INSTITUCIÓN.

Código:
OU-PR001

FECHA DE
ELABORACIÓN:
25-09-2006

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
4-12-2007

ENTRADAS

Paciente o familiar
Material de divulgación

ACTIVIDADES

1. La orientadora de servicios asignada a hospitalización, urgencias o consulta externa, en su ronda por los servicios identifica las necesidades de los pacientes, pregunta a los usuarios o a sus familiares si conocen los derechos y deberes de ellos.
2. De acuerdo a la respuesta se entrega el folleto de Derechos y Deberes y se explican como mínimo tres deberes y tres derechos.
3. Luego de la explicación se registran los datos del paciente o familiar en el formato de divulgación de Derechos y Deberes OAU-FR004
4. En el formato de divulgación, el usuario debe contestar dos preguntas donde se evidencia si fue clara la explicación y si le fue entregado el folleto.
5. En el caso de que el usuario manifieste no tener clara la información, la orientadora de servicios debe volver a explicar, hasta asegurarse de la comprensión de la misma.
6. Para constancia de lo anterior el usuario firma el formato.

SALIDAS

Paciente con conocimiento acerca
de sus derechos y deberes

REQUISITOS DE ENTRADA

El paciente debe estar dispuesto a
recibir la charla o a leer el material.
El material debe ser didáctico

REQUISITOS DE SALIDA

El paciente debe tener conocimiento
acerca de sus derechos.
El paciente debe haber recibido el
folleto explicativo de derechos y
deberes

PROCESOS PROVEEDORES

Todos los procesos misionales

PROCESOS DE APOYO

Sistemas de información

PROCESOS CLIENTES

Todos los procesos misionales

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Circular 009 de 1994
Ley 100 de 1993
Resolución 13437 de 1991
Decreto 1757 de 1994
Manual de atención al usuario
Cartilla Recrear
Estándares de Acreditación en salud

RIESGO

Desconocimiento por parte de los
pacientes o sus familiares de los
derechos y los deberes

CONTROL

Actividad 3 verificación mensual del
registro de divulgación de derechos
y deberes

REGISTROS

Formulario de registro de divulgación de derechos y deberes OAU-FR004

INDICADORES

Numero de pacientes registrados en
el formato de divulgación de
derechos y deberes / total de
pacientes del censo

RECURSOS

Formatos, buzones, computador,
Impresora

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA CALIDAD

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federal Lleras Lleras
TRABAJE - FORM. N.º 1-3

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ORIENTACIÓN AL USUARIO PROCESO: GESTIÓN DE PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS

VERSIÓN:
ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: ALCANCE: APLICA
PARA TODOS LOS USUARIOS DEL
HOSPITAL FEDERICO LLERAS
ACOSTA ESE

RESPONSABLE:
COORDINADOR
ATENCIÓN AL
USUARIO

OBJETO: RECIBIR, ANALIZAR, TRAMITAR Y DAR
RESPUESTA A LAS QUEJAS VERBALES Y ESCRITAS
PRESENTADAS POR LOS USUARIOS DEL HOSPITAL

Código:
OU-
PR002

FECHA DE
ELABORACIÓN:
25-09-2006

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:-
4-12-2007

ENTRADAS

Paciente o acudiente quejoso

ACTIVIDADES

1. El usuario o su acompañante se dirigen o llaman a la oficina de atención al usuario a presentar su queja.
2. El Técnico encargado de Atención al Usuario o el auxiliar de información, los recibe y los escucha, toma los datos del paciente y/o acompañante y define si es posible dar una solución mediata o inmediata al usuario, en ese caso, diligencia la base de datos de quejas verbales, OAU-FR001, haciendo descripción del inconveniente y de la solución dada, asegurándose de que el usuario se vaya satisfecho.
3. Si no es posible dar una solución, radica la queja en el formato de radicación de quejas OAU-FR002
4. El Técnico de Atención al usuario, radica diariamente en la oficina de archivo los formatos de quejas, enviándolos a cada coordinador de área, según corresponda la queja.
5. En el caso de que el usuario radique directamente una queja en el archivo, o la deje en la oficina de atención al usuario, el técnico debe hacer el mismo día de radicación el oficio remitido para el coordinador del área implicada, y lo entrega al coordinador de la oficina para revisión y firma.
6. El técnico de atención al usuario, imprime el formato de respuesta parcial al usuario quejoso en un término no mayor a 3 días, y la entrega al coordinador del área para revisión y firma.
7. El técnico de atención al usuario, diligencia diariamente la base de datos de recepción de quejas verbales y escritas.
8. En el caso de queja verbal, el técnico imprime el formato de recepción de queja verbal, lo diligencia y lo entrega al coordinador de atención al usuario para revisión, firma y remisión al área correspondiente.
7. El coordinador de la Unidad Funcional, servicio o área implicados en las quejas, hacen revisión del caso, retroalimentación con el personal y definen las acciones a seguir.
8. Responden por medio de un oficio la queja a la oficina de atención al usuario, indicando el número de la queja y los descargos pertinentes y si es el caso las acciones tomadas, para dar solución o respuesta al usuario.
9. El técnico redacta la respuesta al usuario, con base en la respuesta dada por el coordinador del área implicada, y la entrega, junto con la queja y la respuesta del servicio al coordinador de atención al usuario, para revisión y firma.
10. El técnico radica las respuestas en archivo, teniendo en cuenta que debe ir copia a control interno y al servicio implicado.
11. Semanalmente, el coordinador de atención al usuario hace revisión de las quejas pendientes por respuesta y redacta un oficio de segunda solicitud.
12. Mensualmente, el técnico consolida el informe de quejas y reclamos, según el formato OAU-FR003 y se envía a todos los coordinadores o jefes de área.
13. Mensualmente el subgerente cita a reunión de retroalimentación y análisis de las causas de las quejas en donde se debe elaborar el plan de mejoramiento con base en el procedimiento de

SALIDAS

Paciente o acudiente con respuesta satisfactoria.
Informe mensual de quejas verbales y escritas
Plan de mejoramiento mensual

REQUISITOS DE SALIDA

La respuesta parcial debe enviarse máximo en 15 días hábiles, después de radicada la queja por el usuario.
Las respuestas de los servicios deben ser máximo en 7 días hábiles después de recibida en el servicio.
El informe debe ser emitido máximo el 8 de cada mes.

PROVEEDORES

Procesos administrativos
Procesos Asistenciales
Unidades Funcionales

PROCESOS DE APOYO

Sistemas de información
Registros Clínicos
Procesos de control interno

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Circular 009 de 1995
Ley 100
Estándares de Acreditación

CONTROL

Revisión de quejas pendientes por respuesta.

RIESGO

Quejas sin respuesta a los 15 días hábiles reglamentarios

REGISTROS

Base de datos de quejas verbales, OAU-FR001
Formato de radicación de quejas, OAU-FR002
F. de consolidación de quejas y reclamos verbales y escritos, OAU-FR003

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA CALIDAD

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

CLIENTES

Usuarios quejosos
Unidades funcionales
Procesos de atención

INDICADORES

Oportunidad en la respuesta:
Día de respuesta definitiva – día de radicación de la queja

RECURSOS

Computador
Telefono
Técnico administrativo
Formularios



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
BASE: TOLIMA-ES

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ORIENTACIÓN AL USUARIO
PROCESO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS
LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL
FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE

RESPONSABLE:
COORDINADOR
ATENCIÓN AL
USUARIO

OBJETO: ENCUESTAR A UNA MUESTRA
SIGNIFICATIVA DE USUARIOS CON EL FIN DE
CONOCER SU PERCEPCIÓN ACERCA DE LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

CÓDIGO:
OAU-
FR003

FECHA DE
ELABORACIÓN:
2006-05-25

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
2007-03-01

ENTRADAS
Paciente o acudiente

REQUISITOS DE ENTRADA
El paciente o acudiente debe tener la disposición de responder las preguntas de la encuesta.

PROCESOS PROVEEDORES
Procesos administrativos
Procesos Asistenciales
Unidades Funcionales

PROCESOS DE APOYO
Sistemas de Información
Registros Clínicos
Procesos de control interno
Recursos Humanos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Circular 009 de 1994
Ley 100
Manual de atención al usuario
Instructivo de aplicación de encuesta OAU-1001
Cartilla Recrear
Estándares de Acreditación

CONTROL
Revisión diaria de encuestas aplicadas

RIESGO
Incumplimiento de la muestra calculada

ACTIVIDADES

1. El técnico de atención al usuario debe aplicar, el formulario OAU-FR005 encuesta general de los servicios, luego clasificarlas en SATISFACCIÓN, INSATISFACCIÓN O NO QUEJA y tabularlas en el formulario OAU-FR012, según instructivo OAU-1002
2. El coordinador de la oficina de atención al usuario Presenta el informe de evaluación de satisfacción al usuario, según el formato OAU-FR006.
3. Las orientadoras de cada servicio, deben entregar a los Facturadores de hospitalización y de urgencias los formatos de encuesta de buzón OAU-FR007, para que ellos los entreguen al momento de la salida a los usuarios.
4. Las orientadoras de servicios asignadas a las áreas hacen apertura, tabulación e informe de buzones de sugerencias, según el formato OAU-FR008, informe de buzones de sugerencias.
5. Las orientadoras de servicios de urgencias y hospitalización hacen seguimiento diario a los pacientes e identifican las necesidades por resolver, hacen retroalimentación a los coordinadores de área y unidad funcional y buscan solución al paciente.
6. Las orientadoras de servicio hacen el registro diario de la gestión realizada al paciente en OAU-FR009 y tabulan en la base de datos OAU-FR010 tabulación de necesidades diarias de los pacientes.
7. Mensualmente se presenta el informe de evaluación de satisfacción al usuario en el formato OAU-FR011.
8. Mensualmente el Jefe de la oficina de Calidad cita a una reunión de análisis y mejoramiento con los coordinadores de las áreas y se realiza el plan de mejoramiento.

REGISTROS

- OAU-FR005 encuesta general de los servicios
- OAU-FR012 formulario de tabulación de encuestas
- OAU-FR006 informe de evaluación de satisfacción al usuario
- OAU-FR007 encuesta de buzón
- OAU-FR008 informe de buzones de sugerencias
- OAU-FR009 registro diario de la gestión realizada al paciente
- OAU-FR010 tabulación de necesidades diarias de los pacientes
- OAU-FR011 informe de evaluación de satisfacción al usuario

SALIDAS
Paciente encuestado
Plan de mejoramiento

REQUISITOS DE SALIDA
Las encuestas deben ser aplicadas según la muestra establecida en el manual de atención al usuario.
Las encuestas deben ser diligenciadas completamente, con datos del paciente y/o el acudiente y el numero telefónico.
Los informes semanales deben enviarse los días lunes
El informe mensual debe enviarse por tardar el 10 de cada mes.

PROCESOS CLIENTES
Unidades funcionales

INDICADORES
% de cumplimiento de la muestra

RECURSOS
Formatos
Computador

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BODENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA DE CALIDAD

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: SUBGERENTE
COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Padre Pío López Alcázar
BASE - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ORIENTACIÓN AL USUARIO
PROCESO: INFORMACIÓN AL USUARIO

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS EN TODOS LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN	RESPONSABLE: ORIENTADORAS DE SERVICIOS	OBJETO: ASEGURAR LA CORRECTA INFORMACIÓN Y UBICACIÓN ESPACIAL DEL PACIENTE Y SU FAMILIA DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	Código: OU-PR004	FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-10-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2007-04-11
--	--	--	------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

Información Usuario

REQUISITOS DE ENTRADA

La información que se entregue a la oficina de atención al usuario, debe ser veraz, comprensible y oportuna. La información que se entregue al usuario debe ser comprensible y veraz

PROCESOS PROVEEDORES

Contratación
Autorizaciones
Facturación
Hospitalización
Urgencias
Consulta externa

PROCESOS DE APOYO

Sistemas de información
Vigilancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Manual de atención al usuario.
Procedimientos de atención al usuario.
Instructivos de información de atención al usuario.
Cartilla Recrear, Min salud
Circular 009 de 1994
Acuerdo 306 de 2005
Ley 100 de 1991

Elaboró:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: PROFESIONAL OFICINA DE CALIDAD

ACTIVIDADES

- Las oficinas de contratación, facturación, autorizaciones y las unidades funcionales, deben informar y socializar oportunamente acerca de los cambios en la contratación, procedimientos y/o procesos que afecten la información que se debe entregar a los usuarios.
- La Orientadora de servicios, debe responder todas las preguntas que hagan los usuarios en la oficina de atención al usuario, basados en la información que proveen las coordinaciones de las áreas de la institución.
- La Orientadora de servicios se debe asegurar de que su indicación fue correctamente entendida.
- En el caso en que el usuario informe acerca de una queja, se debe dirigir al usuario con la persona encargada del proceso de gestión de peticiones quejas y reclamos OAU-PR001
- Las orientadoras de servicio deben indicar los trámites a seguir a todos los usuarios según el tipo de servicio que necesitan.
- La orientadora de servicios debe gestionar las soluciones totales o parciales de los inconvenientes expresados por los usuarios.
- En el servicio de Hospitalización y urgencias, las orientadoras de servicios hacen una visita en la mañana y una visita en la tarde, saludando a los usuarios e identificando posibles necesidades de orientación de ellos y sus familias hacen el registro diario de la gestión realizada al paciente en OAU-FR009 y tabulan en la base de datos OAU-FR010 tabulación de necesidades diarias de los pacientes.
- En el servicio de urgencias la orientadora de servicios debe permanecer en la sala de espera orientando a los usuarios acerca de los trámites a seguir y a la vez orientar a los visitantes de los pacientes.
- La orientadora de servicios debe diligenciar el formato OAU-FR006 y tabular la información en una base la base de datos.

RIESGO

Pacientes y familiares con información errónea o sin información

CONTROL

Revisión quincenal de la tabulación de identificación de necesidades de los usuarios.

REGISTROS

OAU-FR-009 Formato de identificación de necesidades expresadas por los usuarios
OAU-FR010 tabulación de necesidades diarias de los pacientes.

SALIDAS

Usuario informado y orientado acerca de los trámites a realizar para acceder a los servicios.

REQUISITOS DE SALIDA

El auxiliar de información debe asegurar la correcta comprensión de la información dada al usuario

PROCESOS CLIENTES

Usuario
Unidades funcionales
Todas las áreas de la institución

INDICADORES

% de satisfacción con la oficina de información.
% de quejas por mala información

RECURSOS

Base de datos de la secretaria de salud.
Sistema de información
Digiturno
Computador

Revisó:

FIRMA:
NOMBRE: SUBGERENTE
COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

Aprobó:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

ENTRADAS
y/o muestras anatomopatológicas.

REQUISITOS DE ENTRADA
Formol preparado y entregado por el servicio de patología.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención en sala de cirugía.
 Proceso de Atención Ginecoobstétrica
 Procesos de atención en procedimientos ambulatorios especializados.
 Procesos de atención en hospitalización.

PROCESOS DE APOYO

Suministros
 Autorizaciones

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Manual de conservación de piezas anatomopatológicas
 Manual de bioseguridad.

REGISTROS

Historia clínica.
 Formato solicitud de patología.
 Libro de control de patologías
 Certificados de defunción.

FIRMA: 
 NOMBRE: GRUPO LIDER DE PROCESOS

ACTIVIDADES

1. El médico especialista define el espécimen para estudio anatomopatológico y lo entrega a la instrumentadora y/o auxiliar de enfermería o a quien asista el procedimiento.
2. La auxiliar de enfermería embala la muestra en frasco o bolsa con formol, y la rotula con los siguientes datos: nombre completo del paciente, número de historia clínica, fecha de la toma, nombre del espécimen enviado, y médico solicitante.
3. La auxiliar ubica la muestra en el lugar definido en cada servicio para el almacenamiento de las mismas y registra en el libro de control de patologías y en la historia clínica.
4. El Médico especialista diligencia la solicitud de estudio anatomopatológico en original y copia, con resumen de la historia clínica.
5. La enfermera verifica que el original de la orden médica quede en libro de patologías en el caso de sala de partos y en el buzón de patologías en el caso de salas de cirugía y que la copia quede en la historia clínica.
6. El auxiliar de patología recoge en quirófano y sala de partos los especímenes con las solicitudes. En caso de mortinatos y productos de legrados obstétricos, se adjuntarán los certificados de defunción. En caso de alguna inconsistencia consulta a la enfermera, quien debe solucionarla.
7. La enfermera del servicio verifica que todos los días en las mañanas las muestras sean recogidas por el auxiliar de patología.
8. El auxiliar de patología trasladadas las muestras, según el procedimiento de transporte de muestras.
9. Las muestras que se toman en Hospitalización, consulta externa y urgencias son llevadas directamente al servicio de patología por la auxiliar de enfermería junto con la orden original y la copia debe quedar en la historia clínica.
10. Las muestras tomadas durante los fines de semana en los servicios de hospitalización, serán trasladadas junto con la orden correspondiente, por el auxiliar de enfermería al quirófano para su almacenamiento, hasta el siguiente día hábil.
11. Las piezas anatomopatológicas que se van a incinerar, deben tener orden del médico especialista para realizar este procedimiento, las cuales serán trasladadas al depósito central de desechos por la auxiliar de servicios generales.

SALIDAS

Piezas anatomopatológicas entregadas a patología con la solicitud estudio anatomopatológico

REQUISITOS DE SALIDA

Pieza anatomopatológica registrada en el libro de retiro de patologías.
 Solicitud completamente diligenciada con resumen de historia clínica.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de procesamiento de muestras de patología.
 Proceso de facturación

INDICADORES

de pérdidas de muestras.

RECURSOS

Insumos.
 Papelería.

CONTROL

Libro de control de patología firmado por auxiliar de enfermería y de patología.

RIESGO

Pérdida o deterioro de la muestra anatomopatológica

FIRMA: 
 NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
 CARGO: SUBGERENTE

FIRMA: 
 NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
 CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
RÍEGUE, TUCUMÁN, P.B.A.

ALCANCE: APLICA PARA LAS FACTURAS Y PAGARÉS DESDE LA RECEPCIÓN HASTA SU COBRO EFECTIVO.

RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CARTERA

OBJETO: OBTENER EL PAGO DE FACTURAS Y PAGARÉS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD.

Código PC-CAR-PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 01-10-2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-03-2009

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE PROCESO: GESTIÓN DE COBRO

VERSION: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

Facturas
Pagaré.
Archivo plano RIPS
Reporte consignación entidades bancarias
Actas de conciliación glosas

REQUISITOS DE ENTRADA

Factura con los requisitos de Ley.
RIPS Validados.
Reporte de consignación con el listado de las facturas canceladas.
Pagaré firmado, cumpliendo requisitos de ley.
Actas de conciliación debidamente firmadas.
Actas de conciliación de glosas firmadas.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Facturación
Proceso Auditoría de Cuentas
Proceso recaudo
Generación y validación de RIPS. SIS-PRO001

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación por venta de servicios de salud.
Proceso de Archivo y correspondencia.
Proceso Recursos Físicos.
Sistemas de Información.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contratos venta de servicios de salud.
Normograma de cartera

REGISTROS

Listado de facturas entregadas total y por empresas.
Listado de facturas pendientes de recibir de facturación clasificadas por empresa.
Listado de las facturas afectadas con el recaudo
Estado de cartera por entidad.
Listado de facturas objetadas.

ACTIVIDADES

El Auxiliar Administrativo:

1. Recibir diariamente las facturas, clasificarlas, revisar que tengan todos los soportes completos, estamparlas y generar el listado de cartera PC-CAR-FR001, según procedimiento PC-CAR-PRO001.

El Técnico Administrativo:

2. Recibir diariamente los pagares, firmar el libro de recibo y verificar que este registrado en el sistema según procedimiento PC-CAR-PRO002.
El Auxiliar Administrativo-Mensajero

3. Generar los listados de facturas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, revisar que no haya inconsistencias, revisar los RIPS y armar paquetes documentales para presentar a las entidades, según PC-CAR-PRO003.

4. Radicar las facturas en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, archivar y custodiar la copia de la factura con la evidencia de radicación e ingresarlas al sistema por fecha de radicación, según procedimiento PC-CAR-PRO003.
El Profesional o Técnicos Administrativos

5. Realizar el cobro de facturas, generando mensualmente el estado de la cartera por cada entidad, según instructivo PC-CAR-1001, exportar el archivo del estado de cartera a una hoja de cálculo y depurarlo e iniciar el cobro haciendo cartas, llamadas y visitas a las entidades según procedimiento PC-CAR-PRO005, PC-CAR-PRO006.

6. Realizar el cobro de pagares haciendo llamadas, cartas a los deudores y acuerdos de pago, según procedimiento PC-CAR-PRO006.

7. Recibir las actas de conciliación de glosas, revisar no haya inconsistencias y adelantar la gestión de cobro, según procedimiento PC-CAR-PRO005

8. Generar los listados de las facturas que fueron afectadas por los pagos parciales para entregar a tesorería, para aplicar el recaudo, según PC-CAR-PRO005.

9. Revisar la cartera que lleva mas de 90 días de radicación y se envía un oficio firmado por el asesor jurídico con el cobro prejurídico de la cartera vencida, según PC-CAR-PRO005.

10. Revisar la cartera que lleva mas de 120 días de radicación, se le presenta al Gerente, quien define según la intención de pago de las entidades o negociaciones previas cuales se envían al abogado externo a cobro jurídico. PC-CAR-PRO005.

SALIDAS

Facturas radicadas.
Cartas de cobro.
Llamadas telefónicas
Visita a entidades.
Acuerdos de pago.
Cartas de entrega de facturas al abogado para cobro jurídico y prejurídico.
Listado de facturas para aplicar recaudo

REQUISITOS DE SALIDA

Facturas con Evidencia de radicación: sello o guía de correo.
Cartas de cobro con relación de la cartera y evidencia de radicación.
Llamadas telefónicas realizadas y registradas.
Actas de Visitas a entidades firmada por ambas partes.
Acuerdos de pago firmados por ambas partes.
Cartera para cobro jurídico, suscrita por la Gerencia.
Listado de facturas para aplicar recaudo firmado por la profesional universitario de cartera

PROCESOS CLIENTES

Proceso recaudo
Proceso de facturación
Proceso de auditoría de cuentas.
Proceso de Directoramiento Jurídico

INDICADORES

% de facturas no radicadas en las entidades.
Monto de facturación no radicada en las entidades.
% de recaudo de los pagares.

RECURSOS

Hardware
Software de aplicación
Medios de comunicación
Papelería.

CONTROL

Verificación del listado de vencimiento de la Cartera por edades
Envío al coordinador de facturación el listado de facturas no radicadas en el área de cartera.
Verificación del listado de facturas no radicadas en el cliente
Verificación del listado de facturas objetadas

RIESGO

1. Falta de liquidez en la institución
2. Detrimiento patrimonial

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: SONIA ALEXANDRA PELAEZ BARRAGAN
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CARTERA

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas García
BASES-10.-M.-E.-S

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACION DE LA CARTERA

VERSIÓN: ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DE FACTURACIÓN Y CARTERA.

RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CARTERA

OBJETO: GARANTIZAR QUE LA INFORMACIÓN DE CARTERA SEA REAL, ACTUALIZADA, CONFIABLE Y OPORTUNA.

Código PC-CAR-PR002

FECHA DE ELABORACIÓN: OCTUBRE DE 2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 21-04-2009

ENTRADAS

Información de facturación vía interfase.
Oficios de solicitud de ajustes por las diferentes áreas responsables de los módulos.

ACTIVIDADES

1. El técnico asignado revisa la interfase entre los módulos de facturación, cartera y contabilidad, verificando que la información se haya transmitido en forma completa y correcta. Según Instructivo PC-CAR-1001.
2. El técnico asignado realiza la Depuración interna de la cartera, revisando que los recaudos y notas de ajuste hayan afectado correctamente los módulos de cartera y contabilidad. Según Procedimiento PC-CAR-PR00C010.
3. El profesional de cartera notifica a los responsables de los módulos las inconsistencias encontradas después de la depuración de cartera.
4. Los responsables de los módulos proponen los ajustes necesarios al profesional de cartera para corregir las inconsistencias encontradas.
5. El técnico asignado realiza notas débito y crédito en el módulo de cartera, conforme a lo solicitado por escrito por las diferentes áreas y elabora el informe mensual de los ajustes que se envía al área de contabilidad y presupuesto. Según procedimiento PC-CAR-PR00C009.
6. El Profesional Universitario del área realiza el último día de cada mes la reconstrucción de saldos por cuotas de recuperación y copagos de personas naturales en el modulo de cartera, según Instructivo PC-CAR-1002.

SALIDAS

Notas crédito y débito.
Informe de ajustes realizados.

REQUISITOS DE SALIDA

Notas crédito y débito registrada y soportada.
Las notas deben contener fecha, valor, concepto.
El informe de ajustes debe ser firmado por la profesional de cartera.

REQUISITOS DE ENTRADA

La información de facturación debe estar en línea.
El oficio de solicitud de ajuste debe documentar claramente la inconsistencia a corregir y debe estar firmada por el jefe del área.
El ajuste propuesto debe ser en el mismo mes en que se genera la inconsistencia.

PROCESOS PROVEEDORES

Egreso administrativo de pacientes y radicación interna de la factura.

PROCESOS CLIENTES

Gestión Contable.
Gestión de cobro.
Ejecución presupuestal ingresos.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Archivo y correspondencia.
Sistemas de Información.
Gestión contable

RIESGO

Pérdida y sub-registro de la información financieros no razonables
Registros contables sin soporte idóneos

CONTROL

Seguimiento permanente a los saldos de la cartera.
Aplicación de la herramienta de software para validar la información transferida mediante interfase.

INDICADORES

% de información no recibida en el mes
Facturación interfasada desde el módulo de facturación al módulo de cartera/
Total facturación a crédito generada mensual.
% de inconsistencias mensuales de la información.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de cartera.

REGISTROS

Facturación expedida, generada por interfase al módulo de cartera.
Notas débito y notas crédito.
Planilla de incidentes en el software

RECURSOS

Sistema Operativo. Medios de comunicación, papelería.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: SONIA ALEXANDRA PELÁEZ
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CARTERA

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CALIDAD - COMITÉ LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO : 2.3. MACRO PROCESO CONTABLE
PROCESO: 2.3.32. GESTIÓN CONTABLE**

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Desde la identificación de los hechos económicos hasta su registro y revelación en los Estados Financieros del Hospital.	RESPONSABLE: Profesional Universitario Contador	OBJETO: Refrijar en los Estados Financieros del Hospital todos los hechos transacciones y operaciones susceptibles de reconocer contablemente con oportunidad y calidad.	CODIGO: PC-CNT-PRO-001	FECHA DE ELABORACION: 22-11-2007	PAGINA: 1	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-04-2009
--	--	---	-------------------------------	---	------------------	---

ENTRADAS
 Informes, listados y reportes de cada una de las áreas que generan hechos susceptibles de reconocimiento contable.
 Facturas de compra de Bienes y Servicios.
 Solicitudes de ajustes.

REQUISITOS DE ENTRADA
 Informes, listados y reportes de acuerdo al instructivo PC-CTB-I-01.
 Las facturas de compra de bienes y servicios de acuerdo al Instructivo PC-CTB-I-02.

PROCESOS PROVEEDORES
 Procesos de Talento Humano.
 Procesos de Mercadeo.
 Procesos de Suministros.
 Proceso de Gestión de Cobro.
 Proceso de Egreso Administrativo de Pacientes.
 Proceso de Auditoría de Cuentas.
 Procesos de Tesorería.
 Proceso de Cálculo de los costos de los procedimientos.
 Procesos de Ejecución de Presupuesto.
 Macro Proceso de Direccionamiento Jurídico.
 Proceso de Auditoría Administrativa de las Obligaciones y Autorizaciones de Pago.
 Proceso Activos Fijos.
 Macro Proceso de Contratación.

PROCESOS DE APOYO
 Proceso Gestión Documental.
 Proceso Suministros.
 Proceso Administración de Sistemas de Información.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 Normografía del área de contabilidad.

ELABORO:
 FIRMA:
 NOMBRE: ERIC ANTONIO REINA SOTO
 CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTADOR

ACTIVIDADES
El Técnico Administrativo:
 1. Identificar los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales, con base en los reportes e informes presentados por las diferentes áreas, de acuerdo al procedimiento PC-CTB-PROC001 e instructivo PC-CTB-I003.
 2. Clasificar la información de los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales de acuerdo a su naturaleza.
 3. Registrar y ajustar los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales de acuerdo a las solicitudes de las diferentes áreas, conforme al PC-CTB-PROC-02 - PC-CTB-I-04 y PC-CTB-I-05.

El Profesional Universitario – Contador:
 4. Elaborar Estados Financieros, informes y reportes contables, de acuerdo al Procedimiento PC-CTB-PROC-03 y PC-CTB-I-06.
 5. Analizar e interpretar en forma mensual la información de los Estados Financieros Informes y Reportes siguiendo el instructivo PC-CTB-I-07.
 6. Comunicar la información de los Estados Financieros Informes y Reportes a los diferentes entes de control y a los organismos directivos de la institución de acuerdo a los instructivos del PC-CTB-I-08 al PC-CTB-I-21.

CONTROL
 Auditoría preliminar de los balances de prueba.
 Los reportes son comparados con los registros contables en el módulo de contabilidad.

RIESGO
 Estados Financieros no razonables.

REGISTROS
 Registro de la información en el módulo de contabilidad.
 Registro en los libros oficiales de la Entidad.

REVISÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
 CARGO: PROFESIONAL PLANEACIÓN Y CALIDAD COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

SALIDAS
 Balance General.
 Estado de la Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental.
 Estado de Cambios en el Patrimonio.
 Estado de Flujo de Efectivo.
 Notas a los Estados Financieros.

REQUISITOS DE SALIDA
 Estados Financieros comparativos, confiables y oportunos, preparados de acuerdo al Plan General de Contabilidad Pública y a las normas expedidas por la Contaduría General de la Nación y reportados de acuerdo a las estructuras de cada ente a quien se remite la información.

PROCESOS CLIENTES
 Macro Proceso de Direccionamiento Estratégico.
 Procesos de Control Interno.
 Procesos de Mercadeo.
 Revisoría Fiscal.
 Entes de Control.

INDICADORES
 No. de inconsistencias presentadas en el periodo.

RECURSOS
 Software
 Hardware
 Papelería v Útiles de Escritorio.

APROBO:
 FIRMA:
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN
 CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Morales
RAGRE - TOLIMA - E.S.E

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: MACROPROCESO CONTABLE
PROCESO: AUDITORIA ADMINISTRATIVA DE LAS OBLIGACIONES Y ELABORACIÓN DE ORDEN DE PAGO

Versión:
Original
Página:
1 de 1

ALCANCE: Aplica para la autorización del pago y la legalización de todas las obligaciones causadas.

RESPONSABLE: Profesional Especializado Unidad Funcional recursos financieros

OBJETO: Verificar, programar y autorizar el pago de las obligaciones adquiridas por la compra de bienes y servicios de acuerdo a la normatividad vigente.

Código: PC-CXP-PROC001	Fecha de elaboración: 2008-11-07	Fecha de actualización: 27-05-2009
---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

ENTRADAS

Facturas, notas debito y notas crédito de compra de Bienes y Servicios.
Resolución de avances y comisión de servicios.
Nómina de Personal administrativo y Operativo.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Las facturas de prestación de servicios deben estar soportadas con: certificado de la oficina jurídica JUR-FR002, firmado por el jefe de la oficina jurídica y el certificado del interventor JUR-FR003.
- Las facturas de ordenes de compras deben estar soportadas por: orden de compra, comprobante de ingreso a almacén, (firmado por el almacenista), certificado del interventor PC-CXP-FR004.
- Las facturas de compra de suministros por contrato deben estar soportadas con certificación de la oficina jurídica JUR FR002, comprobante de ingreso de almacén, firmado por el almacenista, certificación del interventor PC-CXP-FR004, el acta de recibo y el extracto del contrato que arroja el sistema.
- Resoluciones de avances y comisión de servicios causada y con requerimientos según PC-CXP-1006.
- Nómina causada y con requerimientos según PC-CXP-1007.

PROCESOS PROVEEDORES

Compra de bienes y servicios.
Ingreso de bienes de consumo y devolutivos.
Gestión contable.
Contratación de prestación de servicios personales.
Elaboración de nomina.
Direccinamiento jurídico.
Manejo de situaciones administrativas de talento humano.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de sistemas de Información.
Proceso de Recursos Fisicos.
Proceso Gestion Documental

ACTIVIDADES

El Técnico administrativo de Cuentas por pagar:

- Recibir y verificar los soportes de las obligaciones de acuerdo al PC-CXP-PROC001 Auditoria administrativa de las obligaciones y PC-CXP-1001 al PC-CXP-1007, según el área que entregue facturas y el tipo de facturas, diligenciando la lista de chequeo. PC-CXP-FR003.
- Devolver los documentos en caso de presentar inconsistencias a cada uno de los responsables, diligenciando el formato PC-CXP-FR001, en donde se especifican la causales de devolución.
- Clasificar las obligaciones que cumplan con los requisitos, según el acreedor y la fecha de vencimiento y archivarlas temporalmente para la programación de los pagos.
- Generar el listado de obligaciones para pago y entregarlo a la profesional Especializada de recursos financieros.

La profesional especializada de recursos financieros:

- Elaborar el plan de pagos, según el procedimiento PC-CXP-PROC002 y presentarlo a la gerencia para su aprobación.

El Gerente:

- Revisar, corregir y aprobar el plan de pagos.

El Técnico administrativo de Cuentas por pagar:

- Elaborar orden de pago en el formato PC-CXP-FR002 y entregarlo a Tesorería.

RIESGO

Pagar obligaciones sin cumplir con los requisitos definidos en el proceso.

CONTROL

- Lista de chequeo según instructivo PC-CXP-1010.

REGISTROS

Cuadro de control facturas por proveedor.
Orden de pago.

SALIDAS

Ordenes de pago.
Lista de chequeo de las obligaciones.

REQUISITOS DE SALIDA

Ordenes de pago firmada por la Profesional especializada de recursos financieros, la Profesional universitario de presupuesto y el Gerente.
Lista de chequeo completamente diligenciada.

PROCESOS CLIENTES

Pago de obligaciones.

INDICADORES

Proporción de pagos no auditados.

RECURSOS

Software.
Hardware.
Elementos de Oficina

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de Cuentas por Pagar

Elaboró:

Firma:

Nombre: **JUAN RAMIREZ MORALES**
Cargo: **TÉCNICO ADMINISTRATIVO – COOPERATIVA SEFIRA**

Revisó:

Firma:

Nombre: **DIANA PATRICIA BUENA VENTURA**
Cargo: **P. U CALIDAD - COMITÉ LIDER DE PROCESOS**

Aprobó:

Firma:

Nombre: **IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN**
Cargo: **Gerente**



2.3 CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: PROCESO CONTABLE

2.3.1 PROCESO: INGRESO ADMINISTRATIVO DEL PACIENTE

VERSIÓN:
ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES QUE VAN A RECIBIR SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

RESPONSABLE: COORDINADOR DE REGISTROS CLÍNICOS Y COORDINADOR DE FACTURACIÓN.

OBJETO: REALIZAR EL PROCESO DE INGRESO DEL USUARIO EN EL SOFTWARE DE FACTURACIÓN PARA EL REGISTRO DE LOS CONSUMOS QUE SE GENEREN DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Código: PC-FAC-PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 01-06-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 01-12-2008

ENTRADAS

Nota de remisión u orden médica.
Documento de identidad.
Documento de seguridad social o línea de pago.
Factura de la IPS que realizó la atención inicial para usuarios de SOAT.
Original de la autorización en caso de ser remitido.

REQUISITOS DE ENTRADA

Carné, documento de identidad, póliza SOAT, documentos de línea de pago y autorización vigentes y legibles.
En caso del servicio de urgencias, la falta de documentación no condiciona el ingreso al sistema y se le asigna un consecutivo institucional.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso Autorizaciones.
Proceso de referencia y contrarreferencia.
Proceso de atención por medico general en urgencias.
Proceso de atención en consulta especializada.

PROCESOS DE APOYO

Proceso sistemas de informacion
Proceso de atencion al usuario
Proceso de Recursos humanos
Proceso de Recursos Fisicos
Proceso de Contratación.

ACTIVIDADES

- A cargo del Auxiliar Administrativo:**
1. Recibir al usuario y/o accidente, saludarlo y solicitar la documentación, según el instructivo de recepción de documentos en los servicios, PC-FACT-I-001.
 2. Recibir y revisar la documentación verificando que esta sea legible, vigente y correspondiente al usuario y tipo de atención, PC-FACT-I-001
 3. Verificar el usuario en las bases de datos, según instructivo, consulta en base de datos, PC-FACT-I-002
 4. Verificar las pólizas del SOAT, según el instructivo de verificación de pólizas de SOAT, PC-FACT-I-003, si aplica.
 5. Buscar en la base de datos de creación de usuarios atendidos en el hospital. En caso de haber sido atendido con anterioridad, revisar y actualizar todos los datos. En caso de no haber sido atendido con anterioridad crear el usuario diligenciando todos los campos correctamente y en los módulos y archivos correspondientes del software.(SX 2000), según instructivo de creación de usuarios, PC-FACT-I-004.
 6. Diligenciar los formatos según corresponda (SOAT, desplazados, eventos catastróficos, naturales, entre otros), PC-FACT-I-005.
 7. **Para el paciente que ingresa por urgencias**, la auxiliar de enfermería de consultorio, le entrega al facturador la copia del RIPS de urgencias, en donde especifica la orden de hospitalización; **para el paciente que ingresa por consulta externa** la auxiliar administrativa de registros clínicos, entrega la orden de admisión al auxiliar administrativo de facturación del piso.
 8. El auxiliar administrativo de facturación, recibe la orden de admisión y asigna la cuenta hospitalaria en el software, según corresponda. PC-FACT-I-006.
 9. El auxiliar administrativo de facturación notifica cada ingreso al área de autorizaciones y verificación de derechos para su reporte y solicitud de autorización. PC-FACT-I-007.

RIESGOS

Admisión con información errada
Suplantación de identidad.

CONTROL

Revisión de carné, documento de identidad, autorización, documentos que definen línea de pago, SOAT, desplazados, tutelías, reinseritados. Verificación del estado de afiliación.

REGISTROS

Admisión en el software, formatos SOAT, FOSYGA (Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT, Reinseritados, Desmovilizados, Desplazados)

SALIDAS

Paciente ingresado en el sistema de información.
Formatos diligenciados según línea de pago.

REQUISITOS DE SALIDA

Ingreso de la información veraz y completa en el sistema de información.
Paciente satisfecho con la atención recibida.
Formatos diligenciados según el instructivo. PC-FACT-I-005

PROCESOS CLIENTES

Procesos misionales.
Proceso verificación de derechos.
Proceso de autorizaciones

INDICADORES

% de ingresos mal diligenciados = No. De ingresos identificados errados en el software / total de usuarios ingresados.

RECURSOS

Software, Hardware, escáner, teléfono, fax, papelería, fotocopiadora.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma del área de facturación.
Instructivos

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: RODSEVELT IBÁÑEZ VARGAS
CARGO: COORDINADOR DE FACTURACIÓN – GRUPO DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS ÁREA FINANCIERA

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas Agüero
FASBET - BOLIVIA - E.E.S.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE
PROCESO: PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL – PROYECTO DE ACUERDO APROBADO

VERSION: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: DESDE LA ETAPA DE PLANEACIÓN HASTA EL REGISTRO DE ACTO ADMINISTRATIVO DESAGREGACIÓN DEL PRESUPUESTO.	RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO	OBJETO: ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS POR LA JUNTA DIRECTIVA Y EL CONFIS, PARA SU EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.	Código: PC-PPTO-PRO001	FECHA DE ELABORACIÓN: 05-11-2009	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17-03-2009
---	---	---	------------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
Ejecuciones presupuestales de los tres últimos años.
Plan de desarrollo institucional.

ACTIVIDADES
1. El Gerente emite las directrices generales para la elaboración del presupuesto y designa el grupo técnico para evaluación y ajuste de presupuesto.
2. El profesional de presupuesto diseña los formatos e instructivos y el cronograma para la elaboración del presupuesto de ingresos y gastos, lo entrega al profesional especializado de la unidad funcional de recursos financieros para la revisión y aprobación.
3. Previa aprobación del Gerente, se socializan y entregan los formatos e instructivos para su diligenciamiento.
Elaboración del Presupuesto de Ingresos
4. La Oficina de Planeación y Calidad, junto con los Coordinadores de las Unidades Funcionales desarrollan el proceso de Elaboración, aprobación, socialización y evaluación del Plan Anual de Producción DE-PRO005, para proyectar los ingresos de la siguiente vigencia, según la capacidad instalada.
El Profesional Universitario de Presupuesto
5. Recibir y distribuir el cálculo de ingresos elaborado por la Oficina de Planeación y calidad de acuerdo a la Capacidad Instalada, según instructivo PC-PPTO-1003.
6. Proyectar los ingresos de acuerdo al comportamiento de los reconocimientos y recaudos durante los últimos tres años, incluyendo el que está en curso. PC-PPTO-1004.

SALIDAS
Acto administrativo de adopción y desagregación del presupuesto.

REQUISITOS DE ENTRADA
Ejecuciones presupuestales firmadas por el Gerente y la profesional de presupuesto.
Plan de desarrollo aprobado por la Junta Directiva.

Elaboración del Presupuesto de Gastos:
1. La Subgerencia, los coordinadores de Unidades Funcionales asistenciales y administrativas, los Jefes de Oficina y los coordinadores de Comités, diligencian los formatos de presupuesto de gastos del PC-PPTO-FR001 al PC-PPTO-FR0013, según instructivos correspondientes.
2. La Subgerencia y los Coordinadores de Unidades Funcionales asistenciales, comparan los costos de mano de obra con los ingresos proyectados teniendo en cuenta que los costos no deben superar los parámetros establecidos en la directriz de la Gerencia.
El Profesional Universitario de Presupuesto:
3. Recibir los formatos diligenciados, consolidar la información y clasificarla por rubro presupuestal, según PC-PPTO-1004.
El grupo Técnico de evaluación y ajuste de Presupuesto:
4. Analizar los requerimientos presentados conforme al comportamiento de la vigencia en curso.
5. Analizar los ingresos y gastos proyectados conforme a las políticas fiscales y requerimientos institucionales
6. Realizar los ajustes y modificaciones a los requerimientos presentados por La Subgerencia, los coordinadores de Unidades Funcionales asistenciales y administrativas, los Jefes de Oficina y los coordinadores de Comités.
Profesional Universitario Presupuesto
7. Preparar el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos, según PC-PPTO-1005.
El Gerente con apoyo de la Profesional Especializado Unidad Funcional Recursos Financieros
8. Presentar para estudio y aprobación el proyecto de presupuesto de Ingresos y Gastos a la Junta Directiva.
El Profesional Universitario Presupuesto
9. Realizar los ajustes al proyecto de presupuesto de Ingresos y Gastos establecidos por la Junta Directiva y presentar nuevamente para su aprobación mediante acuerdo.
El Gerente con apoyo de la Profesional Especializado Unidad Funcional Recursos Financieros
10. Presentar para estudio y aprobación el acuerdo de presupuesto de Ingresos y Gastos a CONFISTOL, que aprueba mediante acto administrativo.
Profesional Universitario Presupuesto
11. Preparar y presentar para firma del Gerente, el proyecto de acto administrativo de la desagregación del presupuesto de Ingresos y Gastos conforme a los montos aprobados por el CONFISTOL.
Técnico Administrativo - Presupuesto
12. Registrar en el módulo de presupuesto el acto administrativo de la desagregación del presupuesto, de acuerdo al Instructivo: PC-PPTO-1006.

REQUISITOS DE SALIDA
Acto administrativo de Presupuesto aprobado por la Gerencia, Junta Directiva y el CONFISTOL.

PROCESOS PROVEEDORES
Elaboración, aprobación, socialización y evaluación del Plan de Desarrollo Trianual DE-PRO002.
Procesos de Ejecución presupuestal de ingresos y de gastos.

PROCESOS CLIENTES
Macroprocesos Misionales, de apoyo, Directivos y de control.

INDICADORES
Monto de ingresos y/o gastos no presupuestados.
Monto de ingresos y/o gastos no programados.
Monto de ingresos y/o gastos sobre-estimados.

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Gestión Documental, Servicios Generales, Suministros, Proceso Sistemas de Información.

RECURSOS
Software
Hardware
Papetería y útiles de escritorio

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Normograma de Presupuesto.
Directrices de la Secretaría de Salud para elaboración del presupuesto

REGISTROS
Formatos de presupuesto de gastos PC-PPTO-FR001 al PC-PPTO-FR013.
Presupuesto inicial registrado, según instructivo.
Actos administrativos de aprobación del presupuesto.

RIESGO
Mala programación de los ingresos y gastos.

CONTROL
1. Aplicación de la normatividad vigente.
2. comparación de los costos de mano de obra con los ingresos proyectados.
Seguimiento a la información solicitada y recibida en términos de oportunidad y calidad.
3. Verificación del equilibrio presupuestal.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: AMELIASUGEY MORALES SUAREZ
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federación Llerenas Ambar
RUADE: 100184-E-3-E

ALCANCE: DESDE LA AFECTACIÓN PRELIMINAR DEL PRESUPUESTO HASTA EL PAGO O LIQUIDACIÓN DE LOS COMPROMISOS.

RESPONSABLE: PROFESIONAL U. DE PRESUPUESTO

OBJETO: GARANTIZAR LA EXISTENCIA DE APROPIACIÓN PARA ATENDER LOS COMPROMISOS.

CÓDIGO PC-PPTO-PR0002

FECHA DE ELABORACIÓN: 2008-11-05

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2009-03-03

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE
PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS
EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

- Formato de expedición de certificado disponibilidad presupuestal, según PC-PPTO-FR014.
- Análisis de Conveniencia.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Solicitud de CDP en el formato establecido según PC-PPTO-FR-14, firmada por el responsable del área, previamente autorizada mediante acto administrativo por la Gerencia y con el visto bueno del ordenador del gasto.
- La solicitud se debe presentar mínimo con un día hábil de anterioridad a la ocurrencia de los hechos.
- El análisis de conveniencia, según instructivo JUR-1001
- La solicitud para respaldar sentencias se debe presentar el día hábil siguiente a la notificación de la misma.
- La solicitud que exceda los 300 SMMLV, debe ir acompañada de la autorización de la Junta Directiva.
- La solicitud para anulación de CDP, se presenta en el PC-PPTO-FR-017, firmado por el responsable del área solicitante del CDP, soportado con el original y copia del mismo.

PROCESOS PROVEEDORES

Programación Presupuestal.
Suministros.
Contratación.
Recursos Humanos.
Direccionamiento Jurídico.

PROCESOS DE APOYO

Proceso Gestión documental
Proceso de sistemas de información
Proceso de Asesoría y Seguimiento Jurídico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma Presupuesto
Presupuesto Aprobado

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: AMELIA SUGUEY MORALES SUAREZ
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO

ACTIVIDADES

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

- Recibir la Solicitud de expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal
- Verificar los documentos y el saldo disponible en el rubro presupuestal, según PC-PPTO-I-007
- Registrar en el Software el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según PC-PPTO-I-008
- Expedir el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según PC-PPTO-I-009
- Expedir listado de movimiento del Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según PC-PPTO-I-010

El Profesional Universitario de Presupuesto:

- Verificar los registros en el software, documentos soporte, documento expedido y firmarlo.

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

- Entregar original y copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal al área solicitante, dejando registro de la entrega del mismo.
- Archivar en forma cronológica la copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal y los documentos soporte.

Nota: en el caso de necesitar anulación de un CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

- Recibir la Solicitud de Anulación de Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según PC-PPTO-FR-017
- Verificar los documentos y el saldo disponible en el CDP, según PC-PPTO-I-011
- Registrar en el Software la anulación del Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según PC-PPTO-I-012
- Expedir listado de anulación del Certificado de Disponibilidad Presupuestal, según PC-PPTO-I-013

El Profesional Universitario de Presupuesto:

- Verificar los registros en el software, documentos soporte, documento expedido y firma.
- Expedir la ejecución presupuestal y generar los informes a los organismos de control internos y externos. Según instructivos PC-PPTO-I-014.
- Técnico Administrativo Presupuesto
- Archivar en forma cronológica el listado de Certificados de Disponibilidad Presupuestal anulados y los documentos soporte.

RIESGO

Detrimiento en el Patrimonio Institucional por:
1. Celebración de compromisos sin respaldo presupuestal
2. Expedición de CDP, con saldo insuficiente
3. Anulación de CDP con soporte insuficiente, o errado o el saldo superior al existente
4. Afectación del presupuesto injustificada
5. Alteración del sistema de presupuesto.

CONTROL

- Listado de Saldos presupuestales diarios.
- Listado de Certificados de Disponibilidad Pendientes de Comprometer.
- Proceso Reconstrucción Automático.
- Fecha de trabajo igual a la fecha del servidor central.
- Remitir a los responsables de área el listado de CDP pendientes de comprometer.

SALIDAS

Certificados de Disponibilidad Presupuestal.
Listado diario de Anulación de Disponibilidad Presupuestal.

REQUISITOS DE SALIDA

- Certificados de Disponibilidad Presupuestal firmado por la P.U. Presupuesto.
- Listado de registros de CDP expedidos, firmados por el P.U. Presupuesto, con la misma fecha de expedición del CDP.
- Listado de CDP anulados firmado por el P.U. Presupuesto.
- Vigencia del CDP, tres meses a partir de su expedición.

PROCESOS CLIENTES

Contratación.
Ejecución Presupuestal de Gastos.
Expedición del certificado de registro presupuestal.

INDICADORES

Porcentaje de CDP errados.

RECURSOS

Software
Hardware
Papelaría y útiles de escritorio

REGISTROS

CDP registrados en el software
Formato de solicitud de expedición de CDP.
Impresión del movimiento del CDP.
Listado de registro de CDP expedidos
Libro apropiaciones y compromisos
Listado de CDP anulados

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: P.U CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE
PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS -
EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

ENTRADAS

- Solicitud de expedición de certificado Registro presupuestal, según PC-PPTO-FR-015, soportado según el caso y con el número de certificado de disponibilidad a afectar, con:
1. Resúmenes de las Nóminas
 2. Contratos.
 3. Copias fallos judiciales condenatorios
 4. Acto de aprobatorio de conciliación expedido por Tribunal o SuperSalud.
 5. Resoluciones de Reconocimiento
 6. Facturas de servicios públicos
 7. Comisión de servicios
 8. Comisión de estudios
 9. Facturas por compra de caja menor
 10. Facturas por compra mediante avance
 11. Notas debitos gastos y creditos bancarios
 12. Factura gastos legales
 13. Solicitud de anulación de certificado de registro presupuestal.

ACTIVIDADES

- El Técnico Administrativo de Presupuesto:**
- 1.1. Recibir los documentos de entrada del proceso.
 - 1.2. Verificar los documentos y el saldo disponible en el CDP, según PC-PPTO-L-015.
 - 1.3. Registrar en el Software el CRP, para la creación automática de la hoja de vida del compromiso para su seguimiento y control, según PC-PPTO-L-016.
 - 1.4. Expedir Certificado de Registro Presupuestal, según instructivo PC-PPTO-L-017 y procedimientos PC-PPTO-PROC 01 al 010.
- El Profesional Universitario de Presupuesto:**
- 1.5. Verificar los registros en el software, documentos soporte, documento expedido y firmar.
 - 1.6. Entregar original y copia del Certificado de Registro Presupuestal al área solicitante, dejando registro de la entrega del mismo.
 - 1.7. Archivar en forma cronológica la copia del Certificado de Registro Presupuestal y los documentos soporte.
- Nota:** en el caso de necesitar anulación de un CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL
- El Técnico Administrativo Presupuesto:**
1. Recibir la Solicitud de Anulación de Certificado de Registro Presupuestal según PC-PPTO-FR-016.
 2. Verificar los documentos y el saldo disponible en el CRP, según PC-PPTO-L-018.
 3. Registrar en el Software la anulación del Certificado de Registro Presupuestal, según PC-PPTO-L-019.
 4. Expedir listado de anulación del Certificado de Registro Presupuestal, según PC-PPTO-L-020.
- El Profesional Universitario de Presupuesto:**
5. Verificar los registros en el software, documentos soporte, documento expedido y firmar.
 6. Expedir la ejecución presupuestal y generar los informes a los organismos de control internos y externos. Según instructivos PC-PPTO-L-021.
 7. Archivar en forma cronológica el listado de Certificados de Disponibilidad Presupuestal anulados y los documentos soporte.

REQUISITOS DE ENTRADA

1. Contrato firmado por el contratante y el contratista.
2. Resúmenes de la nómina firmada por el Gerente y la P.E.-J.F Recursos Humanos.
3. Fallos condenatorios y actos aprobatorios de conciliación, remitidos con oficio adaratorio expedido por la Oficina Jurídica.
4. Resoluciones de Reconocimiento firmadas por el Gerente, numeradas y fechadas en la misma fecha de expedición del CRP
5. Resolución de Comisión de Servicio y autorización de avance, firmado por el Gerente, numerada y fechada en la misma fecha de expedición del CRP.
6. Resolución de Comisión de Estudios y Contrato de Contratación, firmado por el Gerente, numerada y fechada en la misma fecha de expedición del CRP.
7. Facturas con requisitos establecidos en el Estatuto Tributario
8. La solicitud de anulación de CRP según PC-PPTO-FR-016 remitida por el responsable del área solicitante y soportada con acta de liquidación del contrato.
9. La Solicitud de anulación firmada por el responsable del área solicitante del CRP, con el visto bueno de la gerencia, en el caso que no requiera contrato.

SALIDAS

Certificados de Registro Presupuestal.
Listado diario de Anulación de Registros Presupuestales.

REQUISITOS DE SALIDA

1. Certificados Registro Presupuestal firmado por la P.U Presupuesto.
2. Listado de CRP anulados firmado por el P.U. Presupuesto.

PROCESOS CLIENTES

Procesos de Ejecución presupuestal - obligaciones contratadas y pagos.
Procesos de Gestión Contable.
Proceso de Contratación.

INDICADORES

Porcentaje de CRP errados.

REGISTROS

CRP registrados en el software.
Oficio de la solicitud de expedición de CRP con firma que evidencie la entrega del documento.
Impresión del movimiento del CRP que evidencie la entrega del CRP expedido.
Libro apropiaciones y compromisos.
Listado de registro de CRP expedidos.
Listado de CRP anulados.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma Presupuesto
Presupuesto Aprobado

RECURSOS

Software
Hardware
Papelería y útiles de escritorio

RIESGO

1. Adquirir obligaciones sin respaldo presupuestal.
2. El CRP expedido no afecte los saldos del CDP.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Ejecución Presupuestal de Gastos - Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal.
Procesos de Contratación.
Procesos de Recursos Humanos.
Procesos de Suministros.
Proceso de Asesoría y Seguimiento Jurídico.

CONTROL

1. Proceso Reconstrucción Automático.
2. Fecha de trabajo igual a la fecha del servidor central.
3. Listado de movimiento de los Certificados de Registro Presupuestal Expedidos.
4. Hoja de vida del Certificado de Registro Presupuestal.

PROCESOS PROVEEDORES

Programación Presupuestal.
Suministros.
Contratación.
Recursos Humanos.
Direccionamiento Jurídico.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: AMELLA SUGÉY MORALES SUAREZ
CARGO: PROFESIONAL U. DE PRESUPUESTO

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: P. U CALIDAD -COMITÉ LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



**HOSPITAL
Federico Llerenas Aguado**
IMAGEN - TOLIMA - E.S.E.

ALCANCE: DESDE LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE CAJA HASTA EL PAGO DE LOS COMPROMISOS

RESPONSABLE: P. UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO

OBJETO: CALCULAR LOS INGRESOS, PROGRAMAR Y DISTRIBUIR LOS PAGOS EN FORMA UNA VIGENCIA DETERMINADA.

Código PC-PPTO-PRO004

FECHA DE ELABORACIÓN: 2008-11-05

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2009-03-03

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE
PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS
ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE CAJA**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:
1 DE 1

ENTRADAS

Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos de las tres últimas vigencias incluida la actual.
Recaudos por régimen de aseguramiento de las tres últimas vigencias incluida la actual.
Giros por rubro presupuestal de las tres últimas vigencias incluida la actual.

REQUISITOS DE ENTRADA

Información de las vigencias (Empresas de Consulta) disponibles en el Servidor del Hospital.
Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobado por la Junta Directiva y el CONFIS.
Programación de pagos por rubro presupuestal indicando el respectivo certificado de registro presupuestal.

PROCESOS PROVEEDORES

Programación presupuestal.
Ejecución presupuestal-Registro presupuestal.
Ejecución presupuestal-Recaudo.
Proceso Sistemas de Información
Proceso Cuentas Por Pagar.
Proceso de Tesorería

PROCESOS DE APOYO

Suministros.
Servicios Generales.
Proceso de Gestión documental.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma Presupuesto
Presupuesto Aprobado

ACTIVIDADES

1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL CAJA VIGENCIA FISCAL.

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

- 1.1. Verificar la información de las vigencias (Empresas de Consulta) en el aplicativo.
- 1.2. Revisar Empresa Actual de Trabajo.
- 1.3. Ejecutar Programa para distribución del Programa Anual de Caja .PC-PPTO-I-022
- 1.4. Revisar el Programa Anual por rubros presupuestales de acuerdo al generado por el aplicativo.
- 1.5. Elaborar Proyecto Acto Administrativo para tramitar firma del Ordenador del Gasto.

El Profesional Universitario de Presupuesto:

- 1.6 Revisar la distribución del PAC en cada uno de los rubros presupuestales.
- 1.7. Revisar y firmar Acto Administrativo y enviar a Gerencia para tramitar firma Ordenador del Gasto.

El Técnico Administrativo de Presupuesto

- 1.8. Registrar en el módulo de presupuesto el acto administrativo, de acuerdo al Instructivo PC-PPTO-I023.

2. EJECUCION DEL PROGRAMA ANUAL CAJA VIGENCIA FISCAL.

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

- 2.1. Elaborar Cuadro Control del Programa Anual de Caja establecido. PC-PPTO-FR023
- 2.2. Recibir la programación de pagos.
- 2.3. Elaborar Acto el Administrativo para modificar el Programa Anual de Caja, en caso de que lo programado no se ajuste a las necesidades.

El Profesional Universitario de Presupuesto:

- 2.4. Revisar la ejecución de los rubros presupuestales con respecto al Programa Anual de Caja asignado y expedir las certificaciones de disponibilidad para el pago.
- 2.5 Revisar y firmar Acto Administrativo y enviar a Gerencia para tramitar firma Ordenador del Gasto.

El Técnico Administrativo de Presupuesto

- 2.6. Registrar en el módulo de presupuesto el acto administrativo de modificación del PROGRAMA ANUAL DE CAJA, de acuerdo al Instructivo PC-PPTO-I-024.

RIESGO

Ejecución presupuestal no acorde a la programación.
Al realizar una orden de pago el aplicativo no valide los controles existentes.

SALIDAS

Acto Administrativo por el cual se establece o se modifica el PAC.

REQUISITOS DE SALIDA

Acto Administrativo soportado con el cuadro de control de PAC.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Cuentas por pagar.
Proceso de Tesorería.
Proporción de pagos rechazados

INDICADORES

Proporción de pagos rechazados.

REGISTROS

Distribución del Programa Anual de Caja por cada rubro presupuestal en el software.
Control del Programa Anual de Caja
Resoluciones de modificación.

RECURSOS

Software
Hardware
Papelaría y útiles de escritorio
Recursos Humanos

CONTROL

1. certificación del Profesional Universitario Presupuesto del PAC disponible para tramites los pagos autorizados.
2. Revisión de las Ordenes de pago realizados durante la vigencia.
3. Revisión de los recaudos realizados durante la vigencia.
4. Informe Ejecución presupuestal.

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: AMELIA SUGÉY MORALES SUÁREZ
CARGO: PROFESIONAL U. DE PRESUPUESTO

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: P. U CALIDAD -COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
de la Población Pobre
Asesoria

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE
PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS – RECAUDOS**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA EL REGISTRO DE LOS RECAUDOS.

RESPONSABLE: P. U DE PRESUPUESTO.

OBJETO: REGISTRAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MOVIMIENTO DE EFECTIVO EN BANCOS RESPALDADO POR LOS RECIBOS DE CAJA, EXPEDIDOS POR TESORERÍA Y NOTAS BANCARIAS.

Código PC-PTTO-PRO005

FECHA DE ELABORACIÓN: 2008-11-05

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2009-03-10

ENTRADAS

Boletín Diario de Caja.
Resumen de los recaudos por el área de Tesorería.
Resumen de los recaudos por el área de cartera.

ACTIVIDADES

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

1. Recibir el Resumen de los Recaudos de la Institución desde el módulo de tesorería y cartera.
2. Registrar la información, vía interfase, del modulo de tesorería de los Recaudos al módulo de Presupuesto.
3. Conciliar por tipo de documento la información registrada entre los módulos de presupuesto, cartera, contabilidad y tesorería.
4. Actualizar diariamente el anexo Soporte de Ejecución Presupuestal por tipo de documento.
5. Actualizar diariamente y desglosar semanalmente el Rubro Presupuestal: Atención a la Población Pobre No Asegurada.

El Profesional Universitario de Presupuesto:

1. Verificar la información registrada por tipo de documento que corresponda con la generada por los módulos responsables.
2. Verificar la información procesada en la ejecución presupuestal.
3. Expedir ejecución presupuestal y generar los informes a los organismos de control internos y externos. Según instructivos PC-PPTO-l-026.

SALIDAS

Ejecución presupuestal de ingresos.

REQUISITOS DE SALIDA

Información Financiera generada en los términos establecidos para la rendición de informes a clientes internos y/o externos.
Información Actualizada para la realización de proyecciones, para la toma de decisiones con la liquidez de la Institución.

PROCESOS CLIENTES

Procesos de Direcciónamiento Estratégico.
Procesos de Control Interno
Proceso contable.
Organismos de Control Externos.

INDICADORES

% de inconsistencias en la información registrada.

RECURSOS

Software
Hardware
Papelaría y útiles de escritorio

REGISTROS

Registro de los Recaudos de la Institución.
Recaudos clasificados por vigencia y por rubro presupuestal.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de gestión de cobro
Proceso de ingreso de recursos por venta de servicios de salud y otros.

PROCESOS DE APOYO

Gestión documental.
Servicios Generales
Seguridad
Suministros.
Sistemas de Información.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma Presupuesto.
Presupuesto Aprobado.

RIESGO

1. Detrimento Patrimonial, generado por:
1.1. No reflejar los hechos económicos en el periodo de ocurrencia.
1.2. No registrar la totalidad de la información generada por la Institución.
2. Elaboración de proyecciones financieras erradas.

CONTROL

1. Archivos planos generados por la interfase de recaudos donde se desglose ítem por ítem los recaudos efectuados.
2. Conciliación en forma semanal con los módulos de tesorería y cartera.
3. Desglose por convenio de los recursos contratados por el ente territorial.

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: AMELIA SUGUEY MORALES SUAREZ
CARGO: PROFESIONAL U. DE PRESUPUESTO

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: P. U CALIDAD -COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: VAN DÁVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
INFANTIL LINARES ACAOSTA
HISTÓRICO INSTITUCIONAL

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CONTABLE
PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS – RECONOCIMIENTOS

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA EL REGISTRO DE LOS RECONOCIMIENTOS DE INGRESOS.

RESPONSABLE: PROFESIONAL U. PRESUPUESTO

OBJETO: REGISTRAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MOVIMIENTO DE LOS INGRESOS DEL HOSPITAL.

Código PC-PPTO-PRO006

FECHA DE ELABORACIÓN: 2008-11-05

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2009-03-10

ENTRADAS

Factura de Venta de Servicios.
Anulaciones Ventas de Servicios.
Informe de reconocimiento por otros ingresos.

ACTIVIDADES

El Técnico Administrativo de Presupuesto:

1. Recibir el Resumen de los Reconocimientos de la Institución desde las áreas de facturación y tesorería.
2. Registrar la información, vía interfase, del módulo de tesorería, facturación y cartera de los reconocimientos al módulo de Presupuesto.
3. Conciliar por tipo de documento la información registrada entre los módulos de presupuesto, facturación, cartera, contabilidad y tesorería.
4. Actualizar diariamente el anexo Soporte de Ejecución Presupuestal por tipo de documento.
5. Actualizar diariamente y desglosar semanalmente el Rubro Presupuestal: Atención a la Población Pobre No Asegurada.

El Profesional Universitario de Presupuesto:

1. Verificar la información registrada por tipo de documento que corresponda con la generada por los módulos responsables.
2. Verificar la información procesada en la ejecución presupuestal.
3. Expedir ejecución presupuestal y generar los informes a los organismos de control internos y externos. Según instructivo PC-PPTO-1-025.

REQUISITOS DE SALIDA

Información Financiera generada en los términos establecidos para la rendición de informes a clientes internos y/ o externos.
Ejecución presupuestal de ingresos firmada por el profesional responsable de presupuesto.

PROCESOS CLIENTES

Procesos de Dirección
Estratégico
Procesos de Control Interno
Proceso contable.
Organismos de Control Externos.

INDICADORES

% de inconsistencias en la información registrada.

RECURSOS

Software
Hardware
Papelaría y útiles de escritorio

REQUISITOS DE ENTRADA
1. La información por concepto de venta de servicios debe ser verificada por parte del área de facturación para realizar la interfase en forma semanal.
2. El consecutivo de la facturación debe estar registrado en el archivo compartido.
3. El informe de reconocimiento por otros ingresos soportado con Notas bancarias y Recibos de caja.

PROCESOS PROVEEDORES
Egreso administrativo de pacientes y radicación interna de la factura.
Procesos de trabajo social.
Ingreso de recursos por venta de servicios de salud y otros.

PROCESOS DE APOYO
Gestión documental.
Servicios Generales
Seguridad

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Normograma Presupuesto
Plan de Desarrollo Institucional
Presupuesto aprobado

REGISTROS

Registro de los reconocimientos de la Institución.
Reconocimientos clasificados por vigencia y por rubro presupuestal.

RIESGO

1. Detrimiento Patrimonial, generado por:
 - 1.1. No reflejar los hechos económicos en el periodo de ocurrencia.
 - 1.2. No registrar la totalidad de la información generada por la Institución.
2. Elaboración de proyecciones financieras erradas.

CONTROL

1. Archivos planos generados por la interfase de reconocimientos.
2. Conciliación en forma semanal con los módulos de tesorería, cartera, facturación y contabilidad.
3. Desglose por convenio de los recursos contratados por el ente territorial.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: AMELIA SUGEY MORALES SUÁREZ
CARGO: PROFESIONAL U. DE PRESUPUESTO

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: P.U CALIDAD -COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



**HOSPITAL
FEDERAL DE ALTA ESPECIALIDAD**
FRENTE A LA CALLE 153

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: APOYO CLÍNICO
PROCESO: MANEJO, CONSERVACION Y CUSTODIA DE HISTORIA CLÍNICA**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para las Historias clínicas de los pacientes atendidos en la institución.	RESPONSABLE: Coordinador de registros clínicos	OBJETO: Garantizar la custodia de la Historia Clínica y asegurar su accesibilidad en el momento de la atención médica, la docencia y la investigación, propendiendo por su confidencialidad.	CÓDIGO: RC-PRO001	Fecha de elaboración: 28-07-2009	Fecha de actualización: 15-09-2009
--	---	---	--------------------------	---	---

ENTRADA

Usuario
Hoja de Admisión, en consulta externa
En consulta externa, documento de remisión del paciente para el especialista
Cita asignada en consulta externa
Documento de identidad
Carné de seguridad social (si lo tiene)

REQUISITOS DE ENTRADA

Hoja de Admisión del sistema aplicativo
Remisión correspondiente al paciente que se le abre la historia clínica.
Documento de identidad correspondiente al paciente que se le abre la Historia clínica.
Carné de seguridad social vigente (si lo tiene)

PROVEEDOR

Admisión del paciente en consulta externa especializada y asignación de cita UFA-PRO001

PROCESOS DE APOYO

Información al usuario OU-PRO004
Identificación del responsable de pago y autorización de los servicios
Apoyar al usuario Help-desk SIS-PRO002.
Facturación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1995 de Julio de 1999
Resolución Interna 1494 de octubre de 2004.
Resolución 1715 de Junio de 2005.
Resolución 3047 de 2008.

RIESGO

Pérdida de Historias clínicas

ACTIVIDADES

APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA:

- A. Cuando el paciente viene a consulta externa, es de primera vez y factura la atención:**
1. El facturador imprime la Hoja de admisión y la entrega al auxiliar de información en salud.
 2. El auxiliar de información en salud:
 3. Escribe en la carpeta con marcador el tipo y número de identificación, 1er apellido, 2do apellido y nombres completos. (El número de identificación debe ser registrado en la carpeta en forma legible, en la margen superior e inferior derecha.
 4. Diligencia el registro de historias clínicas de pacientes de primera vez en la institución. RC-FR001.
- B. Cuando el paciente ingresa por urgencias, es de primera vez y factura la atención:**
1. El auxiliar administrativo confirma si el paciente ya tiene historia clínica en el hospital, revisando las bases de datos (XENCO y SHOS).
 2. Ingres los datos al aplicativo institucional e imprime el RIPS de urgencias en original y copia.
 3. En el caso de que el paciente quede hospitalizado en observación, la auxiliar de enfermería anexa los formatos de atención de enfermería y el formato de evolución médica y lo almacena en el portafolio historias del servicio.
 4. Si el paciente es dado de alta desde urgencias, el medico cierra la Historia clínica y la entrega a facturación para liquidar la cuenta.
 5. Una vez facturación liquida la cuenta, entrega la historia clínica al auxiliar de registros clínicos de urgencias para que la revisen, la acompañen y registren en el libro control de entrega de Historias clínicas a registros clínicos RC-LB001.
 6. Al día siguiente a las 7:00 a.m., el auxiliar administrativo de registros clínicos de urgencias que entrega turno de la noche hace entrega de las Historias a Registros Clínicos.
 7. El auxiliar de registros clínicos central, las recibe, las separa por tipo y número de documento, las revisa en las bases de datos y confirma si tienen o no historia clínica en la institución, los que tiene historia clínica se relacionan en un libro control de entrega al archivo central para que los registros de la última atención sean anexados a la Historia clínica antigua; los pacientes que no tienen Historia antigua en la institución, los registros son revisados, acompañados, depositados y archivados en estantería según tipo y número de identificación, sin carpeta. Si el paciente viene a consulta estos documentos forman parte de la apertura de la historia clínica.

SOLICITUD Y DEVOLUCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS:

1. El solicitante diligencia el formato de pedido RC-FR002 o el tarjetón de solicitud RC-FR003 o entrega los listados de solicitud al auxiliar administrativo del archivo central.
2. El auxiliar administrativo del archivo central de historias clínicas, recibe la solicitud, revisa las bases de datos y las lista para la entrega, previo cumplimiento de las normas sobre custodia, conservación y manejo.
3. Cuando son devueltas al archivo central, el personal del archivo central verifica que la devolución corresponda a las historias clínicas presadas.
4. El auxiliar administrativo de registros clínicos organiza y las distribuye en los estantes según la sección asignada.
5. En el caso de no encontrar una Historia clínica, el auxiliar administrativo de Registros clínicos realiza el procedimiento de control de calidad del archivo, descrito en el Manual de Archivo de historias clínicas, página 26.

Si la Historia clínica es para la consulta externa especializada:

1. El personal de asignación de citas imprime las agendas con 24 horas de anticipación, previa revisión y organización para entregarlas al archivo central.
2. Los Auxiliares administrativos del archivo central reciben los listados, alistan las historias y las entregan a las auxiliares de enfermería de los diferentes consultorios a las 5 p.m. del día previo a la consulta, confrontando las entregadas contra el listado.
3. Las auxiliares de enfermería entregan las Historias clínicas al auxiliar administrativo de archivo central una vez terminada la consulta verificándolas con el listado de entrega, las organiza y las distribuye en los estantes según la sección asignada.

ANEXO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS A LA HISTORIA CLINICA

- Los servicios que generen reportes de ayudas diagnósticas que no sean reclamados por los usuarios.
1. Mensualmente revisan los archivos físicos, hacen un listado de los reportes que los pacientes no reclamaron, este listado debe contener como mínimo, nombres y apellidos completos y documento de identificación.
 2. Enviar el listado, anexando los reportes, por medio de oficio al coordinador de registros clínicos, con el fin de que estos sean anexados a la Historia Clínica.
 3. El auxiliar administrativo del archivo central de historias clínicas, revisa, verifica y confirma en las bases de datos, la calidad de la información registrada en los reportes de ayudas diagnósticas con el fin de organizarlos para ser anexados a la historia clínica en estricto orden cronológico.
 4. Para los reportes que no conciden los datos de apellidos y nombres así como el tipo y número del documento de identificación se devuelven al servicio de origen previa relación por escrito.
 5. Cuando es un paciente que no tiene historia clínica en la institución, el reporte se revisa y se confirma en las bases de datos y se devuelve al servicio de origen previa relación por escrito.

SALIDA

Historia clínica

REQUISITOS DE SALIDA

Historia clínica identificada en forma clara y completa.
Historia clínica archivada con seguridad y confidencialidad

CLIENTE

Macro procesos Misionales

INDICADOR

de historias que no encontradas a la hora de la atención del paciente

RECURSOS

Estantes.
Lugar de archivo con adecuada ventilación e iluminación.
Escaleras.
Sistema de computo
Insurnos de oficina
Carpetas de Historias clínicas

REGISTROS

Registro de historias clínicas de pacientes de primera vez en la institución. RC-FR001
Libro control de entrega de Historias clínicas a registros clínicos RC-LB001
Formato de pedido RC-FR002 o el tarjetón de reemplazo RC-FR003

CONTROL

Revisión de tarjetones de reemplazo y listados de solicitud de historias clínicas.

APROBÓ:

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: REINEL QUINÓNEZ CEBALLOS
CARGO: COORDINADOR DE REGISTROS CLÍNICOS

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: BANCO DE SANGRE
PROCESO: DONACIÓN DE SANGRE**

ALCANCE: APLICA PARA DONACIÓN DE SANGRE EN LA INSTITUCIÓN.	RESPONSABLE BACTERIÓLOGA DEL BANCO DE SANGRE	OBJETO: SELECCIONAR A LOS DONANTES DE SANGRE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y RECOLECTAR LA DONACIÓN.	Código: SBS – PRO 001	FECHA DE ELABORACIÓN: 03-07-2005	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 06-09-2007
--	--	--	-----------------------	----------------------------------	------------------------------------

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

- Donante de sangre voluntario.
- Cedula de Ciudadanía

ACTIVIDADES

1. El Donante se acerca a la ventanilla del Banco de Sangre.
2. El Auxiliar del banco de sangre, le solicita la cedula de ciudadanía.
3. El auxiliar registra los datos en la ficha de presentación y se la pasa a la bacterióloga.
4. La Bacterióloga invita a seguir al consultorio al donante, se presenta y le realiza la encuesta del Formulario Interrogatorio para determinar antecedentes de salud: Si el resultado de la encuesta no cumple con los requisitos para donar sangre lo difiere o rechaza, y los dos firman la encuesta, se registra y archiva.
5. Si el resultado de la encuesta cumple con los requisitos de donación, el donante firma la encuesta que contiene el consentimiento informado y la bacterióloga procede a pesarlo, tomar Tensión Arterial, Pulso, Temperatura, hemoglobina, o hematocrito y registra los datos obtenidos en la encuesta y en el sistema
6. Si se encuentra alguna anomalía clínica en esta evaluación, la bacterióloga difiere al donante, le informa las razones, firma la encuesta, la registra y la archiva
7. Si estos exámenes están dentro de los parámetros normales acepta al donante avalándolo con su firma.
8. La bacterióloga marca la bolsa, los tubos, la ficha de donación, la papeleta de autoexclusión confidencial y le entrega todo al donante y le da instrucciones para que siga a la sala de donación y le informa que estos elementos solo se los entregue a la auxiliar o bacterióloga de sala de donación.
9. La Bacterióloga o auxiliar, verifica que toda la información de la encuesta esté correcta y completa, que la numeración de bolsas de donación, tubos de muestras, ficha de donante, papeleta de autoexclusión sean idénticas.
10. La bacterióloga o auxiliar proceden a realizar la flebotomía anotando la hora de inicio y finalización y habiéndole constantemente al donante a fin de distraerlo y disipar sus temores, registrando las observaciones que sean necesarias, firman la encuesta y da instrucciones al donante de llenar la papeleta de autoexclusión y colocarla en el buzón.
11. La bacterióloga o auxiliar informa y le da por escrito al donante las recomendaciones que debe tener después de la donación
12. La bacterióloga le expide al donante la constancia de donación, saca la autoexclusión del buzón y la pega en la archiva.

SALIDAS

- Donación de Sangre efectuada
- Donante diferido o rechazado.
- Sangre para incinerar por autoexclusión confidencial.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Donante en buen estado de salud.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Campañas de Donación extramural.

PROCESOS DE APOYO

- Suministros
- Vigilancia, Servicios Generales.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1571 de 1993, Manual de Normas técnicas y Administrativas del MINS, POES y Manuales (Bioseguridad, Donantes) Resol. 0901de 1996.

CONTROL

- Revisión de la Ficha de Donación y verificación de firmas en cada paso del proceso.
- Revisión documento de identidad, numeración de los tubos, ficha, sistema y volante de autoexclusión confidencial

REGISTROS

- Formulario Interrogatorio, papeleta de Autoexclusión
- Libro de registro donante-Donación, Constancia de Donación
- Software, Ficha de Presentación.

INDICADORES DE EFICACIA

% de bolsas recolectadas no utilizables

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Atención al usuario.
Proceso de Solicitud y entrega de sangre.

REQUISITOS DE SALIDA

Donación recolectada en forma segura según normatividad.
Donante con recomendaciones de cuidados de post donación,
Donante postergado con recomendación.

RECURSOS

- Computador y papelería..
- Equipo de donación

FIRMA: ELABORÓ: NOMBRE: BLANCA OLEGUVASQUZ SANCHEZ CARGO: COORDINADORA BANCO DE SANGRE	FIRMA: REVISÓ: NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS CARGO:	FIRMA: APROBÓ: NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE
---	--	---



HOSPITAL
Federación Libre de Arequipa
HABER: TILUNA-1-1-1-1

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: BANCO DE SANGRE PROCESO: ATENCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL

ALCANCE: APLICAR PARA
DETECTAR Y ATENDER
CUALQUIER EVENTO OCURRIDO
DURANTE EL PROCESO DE
DONACIÓN.

RESPONSABLE:
BACTERIÓLOGA
DEL BANCO DE
SANGRE

OBJETO: ATENDER OPORTUNAMENTE Y CON
CALIDAD A LOS DONANTES QUE PRESENTEN
REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN.

Código:
SBS -
PRO
002

FECHA DE
ELABORACIÓN:
03-07-2005

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
06-09-2007

PÁGINA: 1

ENTRADAS

- Donante-Paciente con reacción adversa a la donación.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Donante-Paciente con reacción adversa a la donación.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso Donación de Sangre.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de admisión de pacientes de urgencias.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1571 de 1993,
Manual de Normas técnicas y Administrativas del MINS, POES y Manuales (Bioseguridad, Donantes) Resol. 0901 de 1996.

ACTIVIDADES

1. El donante presenta síntomas y signos de no tolerancia a la donación.
2. La bacterióloga, si el donante no ha completado la bolsa, suspende la donación.
3. La Bacterióloga proceden a verificar el estado general del donante y le presta los primeros auxilios, registra la reacción y tratamiento en el Formulario Interrogatorio del Donante y en el sistema de información y firma.
4. Si el donante evoluciona favorablemente, la bacterióloga agradece el gesto y autoriza su salida, registra en el formulario Interrogatorio el estado del donante al retirarse del Banco de Sangre y firma.
5. Si el donante empeora se le remite al servicio de urgencia, se registra este traslado en el Formulario Interrogatorio y se firma.
6. El bacteriólogo de donantes coordina las actividades para hacerle seguimiento telefónico a este donante, se registra el resultado en el sistema, en el Formulario Interrogatorio, y se firma.

SALIDAS

- Donante con Reacción Adversa a la donación Atendido.
- Donante con Reacción Adversa a la Donación Remitido al Servicio de Urgencias.

REQUISITOS DE SALIDA

- Formulario Interrogatorio de donante diligenciado completamente con observaciones de la reacción y tratamiento.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Admisión de urgencias.

INDICADORES DE EFICACIA

- % de donantes con reacción adversa.

RECURSOS

- Computador
- Medicamentos para Tratamiento de urgencias.

CONTROL

- Revisión del Formulario Interrogatorio del donante para verificar la correcta selección.

REGISTROS

- Formulario Interrogatorio.
- Libro de registro donante-donación, software.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: BLANCA OLGA VÁSQUEZ SÁNCHEZ
CARGO: COORDINADORA BANCO DE SANGRE

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO:

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Fabricación Líquida Análisis
BASE: TOLIMA-ESL

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: BANCO DE SANGRE
PROCESO: ENTREGA DE SANGRE PARA TRANSFUNDIR FUERA DE LA INSTITUCIÓN .

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: : Aplica para la entrega de sangre que no va a ser transfundida en la Institución.

RESPONSABLE: Bacterióloga de turno.

OBJETO: Suministrar sangre para suplir requerimientos externos.

Código: SBS - PRO 003

FECHA DE ELABORACIÓN: 15-05-2006.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 30-08-2007

ENTRADAS

- Disponibilidad de sangre y sus componentes
- Orden médica de solicitud de sangre o hemocomponentes.
- Orden médica de transfusión de sangre o hemocomponente
- Nevera de Transporte.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Orden médica debidamente diligenciada y firmada, con número de registro médico y nombre claro del médico, indicando los parámetros de transfusión: nombre completo, edad, hematocrito, hemoglobina, hemoclasificación, plaquetas diagnóstico, lugar y responsable de la transfusión.
- Nevera de transporte, limpia, con pila con gel congelado o hielo y con tapa ajustable.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención médica.

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de facturación y recaudo.
- Proceso de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1571 de 1993, Manual de Normas técnicas y Administrativas del MINS, POES y Manuales (Biosseguridad, Donantes)
Resol. 0901 de 1996.

ACTIVIDADES

1. El familiar del paciente llega con orden médica debidamente diligenciada.
2. El bacteriólogo recibe solicitud y verifica el inventario de sangre, si no hay el tipo de sangre se le recomienda al familiar del paciente acudir a otra institución.
3. Si hay el tipo de sangre, la bacterióloga o la auxiliar del banco de sangre le indica al familiar que debe cancelar el valor de los exámenes de control de calidad y elabora el RIPS de facturación, al respaldo de la orden médica autoriza al facturador cobrar el costo del procesamiento
4. El familiar se desplaza al punto de facturación con los documentos enunciados en el punto tres, para que le emitan la factura.
5. El cajero recibe dinero y expide recibo de caja y le da al familiar un original y una copia.
6. La bacterióloga con recibo de caja y la orden médica le hace entrega de la bolsa de sangre debidamente embalada en la nevera que trae el familiar y diligencia el formato de despacho de sangre y hemocomponentes a otras instituciones. Donde se registra las condiciones de entrega de la sangre y se autoriza la salida de las unidades de sangre o hemocomponentes.
7. La Bacterióloga registra en el libro de Control de sangre despachada y en el sistema de información.
8. El familiar sale con la nevera donde se transporta las unidades de sangre y el formato de despacho de sangre y hemocomponentes.

SALIDAS

- Formato diligenciado de despacho de sangre y hemocomponentes.
- Unidad de sangre o componentes.

REQUISITOS DE SALIDA

Formato de despacho debidamente diligenciado.
Unidad de sangre o hemocomponentes cumpliendo con requisitos exigidos por la normatividad vigente.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de atención médica
- Procesos de vigilancia.

CONTROL

- Revisión de la orden médica, formato de despacho de sangre y hemocomponentes a otras instituciones, sellado, embalarle y estado de los componentes sanguíneos.
- Verificar si coinciden los datos del sello de Control de Calidad con los registrados en los formatos.

INDICADORES DE EFICACIA

% cumplimiento a solicitudes de otras instituciones.

REGISTROS

- Registro de despacho de sangre y hemocomponentes a otras instituciones.
- Libro de control de sangre despachada.
- Software.

RECURSOS

- Software, papelería, teléfono.
- Neveras de Transporte.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: BLANCA OLGA VÁSQUEZ SÁNCHEZ
CARGO: GERENTADORA BANCO DE SANGRE

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO:

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: BANCO DE SANGRE
PROCESO: SOLICITUD Y ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES.**

VERSIÓN : ORIGINAL
PÁGINA : 1

ALCANCE: : APLICA PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES EN TODOS LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.	RESPONSABLE: BACTERIOLOGO DEL BANCO DE SANGRE	OBJETO: GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO Y SEGURO DE LOS HEMOCOMPONENTES.	Código: SBS - PRO 004	FECHA DE ELABORACIÓN: 06-09-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 06-09-2007
--	---	--	-----------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

- Formulario de solicitud de hemocomponente.
- Muestra para estudio de Compatibilidad.

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería del servicio entrega la muestra y la Solicitud de Hemoderivados en el Banco de Sangre radicada en el libro de Recepción de Muestras de Piso.
2. La Auxiliar del Banco de Sangre verifica que coincidan la marcación del tubo sin anticoagulante y el formulario de Solicitud de Hemoderivados.
3. La auxiliar del banco de sangre. Centrifuga la muestra de sangre y la pasa a la bacteriología.
4. La bacteriología verifica el correcto diligenciamiento de la orden médica; la marcación de los tubos del paciente y realiza su clasificación sanguínea.
5. La bacteriología, si no hay sangre deja la solicitud como pendiente para su consecución. Si hay la sangre procede a cruzarla, escogiendo sangre de idéntico isogrupo o compatible.
6. La bacteriología procede a realizar las pruebas de compatibilidad, anota los resultados en el Registro de Pruebas Cruzadas y en la orden de Solicitud de Sangre y Hemoderivados, escribe el número de Bolsa, grupo sanguíneo, Número de Sello de Calidad y fecha de la prueba de compatibilidad.
7. La Bacteriología genera un reporte de prueba de compatibilidad y le entrega a la Auxiliar del Banco de Sangre la orden de solicitud, las unidades de sangre y el reporte de la prueba.
8. La auxiliar del Banco de Sangre selecciona los formularios con pruebas cruzadas, por servicios las coloca en el cajón de solicitudes despachadas, elabora los RIPS correspondientes y los anota en el libro de radicación de ordenes para facturación.
9. La Auxiliar del Banco de Sangre informa al servicio que la sangre está disponible.
10. El servicio llena la casilla correspondiente a los datos del paciente en la Tarjeta de Identificación del Receptor de la Transfusión y la envía con el camillero y una nevera de transporte de acuerdo a los definido en el manual de medicina transfusional adecuada para el tipo de componente. Solicitado.
11. El camillero o auxiliar de enfermería, presenta en el Banco de Sangre la Tarjeta de Identificación del Receptor y la Nevera de Transporte.
12. La Auxiliar de Banco de Sangre o bacteriología verifican el estado de la nevera de transporte, el correcto diligenciamiento de los datos de la Tarjeta de Receptor, busca Formulario de Solicitud de Sangre y Hemoderivados y revisa que los datos de estos dos registros coincidan.
13. La Auxiliar de Banco de Sangre o Bacteriología buscan la sangre en la nevera o congelador de acuerdo al hemocomponente solicitado, verifica su correcto etiquetado, sellado, aspecto del componente, fecha de vencimiento.
14. La Auxiliar de Banco de Sangre o Bacteriología llenan los datos de números de Bolsas, nombres de quien lleva la sangre, nombre de quien entrega la sangre, condiciones de entrega: temperatura, apariencia y fecha de entrega y luego firma junto con la persona que recibe.
15. El Bacteriologo o la auxiliar del banco del sangre empaca las unidades de sangre o hemocomponentes en forma apropiada en la nevera portátil de transporte de hemoderivados.
16. El bacteriologo o la auxiliar de banco de sangre registra la unidad del hemocomponente en el sistema como enviada y hace entrega al camillero con el original y una copia del formulario de solicitud de sangre y Hemoderivados, y deja la segunda copia en el fuelle de ordenes despachadas del Banco de sangre y le da instrucciones al camillero para que la lleve lo mas pronto posible al servicio.
17. El Camillero transporta la sangre en la nevera portátil y la entrega en el servicio junto con el original y la copia del Formulario de Solicitud de Sangre y Hemoderivados.

SALIDAS

- Formulario de solicitud de sangre y hemoderivados con registro de los Números de unidades de sangre con prueba cruzada.
- Sangre o sus componentes rotulados con la identificación del paciente
- Resultados de prueba de compatibilidad.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Formulario de solicitud de Hemocomponentes completamente diligenciados.
- Muestra recolectada según manual transfusional.

REQUISITOS DE SALIDA

- Hemocomponentes completa y correctamente diligenciados.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso Atención médica diaria.
- Proceso de programación de cirugía.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de transfusión de hemocomponentes.
- Proceso de atención médica

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de suministros.

INDICADORES DE EFICACIA

- % de hemoderivados no despachados.
- Oportunidad de entrega de hemocomponentes

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1571 de 1993, Manual de Normas técnicas y Administrativas del MINS, POES y Manuales (Biosseguridad, Donantes)
Resol. 0901 de 1996.

CONTROL

- Revisión de la correcta elaboración de orden de solicitud de sangre y hemocomponentes, verificando si coinciden con marcación de los tubos de muestras de sangre.
- Registro en el sistema de hemocomponentes despachados.

REGISTROS

- Formulario de solicitud de sangre y hemoderivados, RIPS, Libro de Recepción de Muestras de piso, Registro de Laboratorio de prueba cruzadas, Control de Sangre Despachada, Tarjeta de Identificación del Receptor, Resultados de pruebas pretransfusionales.

RECURSOS

- Software, papelería, teléfono.
- Reactivos para inmunohematología
- Bolsas de sangre o sus componentes.
- Neveras.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: BLANCA OLGA VÁSQUEZ SÁNCHEZ
CARGO: COORDINADORA BANCO DE SANGRE

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO:

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
General de Chagas
BASE TORRETES

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: BANCO DE SANGRE
PROCESO: TRÁMITE PARA CONFIRMACIÓN DE PRUEBAS REACTIVAS PARA HIV, HB, HCV, CHAGAS, CORE Y SIFILIS, AL LABORATORIO DEPARTAMENTAL.

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1

ALCANCE: Aplica para la confirmación de muestras de sangre reactivas para VIH, HCV, CORE, CHAGAS, HBSAg y SIFILIS.
RESPONSABLE: COORDINADOR DE BANCO DE SANGRE
OBJETO: MANEJO ADECUADO DE LAS MUESTRAS PARA CONFIRMACIÓN DE PRUEBAS A LA RED DE LABORATORIO DEPARTAMENTAL.

Código: SBS - PRO 005

FECHA DE ELABORACIÓN: 15-05-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 30-08-2007

ENTRADAS

- Muestra de donante reactiva para los marcadores de pruebas infecciosas de transmisión sanguínea.
- Formulario donante.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Muestras sin hemólisis ni quillosas.
- Formulario donante completamente diligenciado.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de realización de pruebas de control de calidad a la sangre.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 1571 de 1993, Manual de Normas técnicas y Administrativas del MINS, POES y Manuales (Biosseguridad, Donantes) Resol. 0901 de 1996.

ACTIVIDADES

- La bacterióloga cuando realiza las pruebas de HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas y sífilis, encuentra que la muestra de la bolsa presenta prueba reactiva para estos agentes.
- La Bacterióloga en la próxima corrida (montaje de la prueba) confirma la reactividad o no de la sangre en el suero y en el plasma de la bolsa.
- Si las pruebas infecciosas son No Reactivas, la bacterióloga coloca el sello de Calidad a la unidad.
- Si las pruebas son Reactivas la bacterióloga aplica el algoritmo a la unidad y la descarta mediante acta de incineración, según procedimiento, guarda el suero para enviar al laboratorio Departamental con carta remitora.
- La bacterióloga registra en el formulario del donante reactivo, el resultado de los análisis de la muestra, igualmente consignando en los libros de control de sello de calidad y de donantes reactivos e ingresa el dato en el sistema de información con que cuenta el banco de sangre.
- La bacterióloga embala el suero y lo conserva en congelación a menos 30°C, hasta su envío al Laboratorio Departamental.
- La secretaria elabora carta remitora y anexa fotocopias de los formularios de donación. La bacterióloga coloca los tubos herméticamente tapados en la nevera de transporte, colocándole una pila fría y ordena su traslado.
- La auxiliar del banco de sangre lleva la nevera al Laboratorio Departamental junto con la carta remitora.
- El Laboratorio Departamental recibe la muestra y la carta remitora y firma el recibido.
- El Laboratorio Departamental verifica la reactividad de la muestra. Si da negativa informa al Banco de Sangre el resultado y califica el grado de Concordancia.
- Si la prueba repetida da Reactiva el Laboratorio Departamental envía muestra del suero al Instituto Nacional de Salud (INS) para la realización de Western Blot o IFI.
- El Instituto Nacional de Salud (INS) envía resultados al Laboratorio Departamental.
- El Laboratorio Departamental recibe resultados y los envía al Banco de Sangre e inscribe al portador de VIH en el programa del Ministerio de Protección Social.
- El Banco de Sangre envía a la oficina de epidemiología de la Institución, fotocopia del formulario de Donación con el Resultado Positivo confirmado.

SALIDAS

- Reporte de los resultados de pruebas infecciosas del Laboratorio departamental.
- Reporte enviado a la oficina de epidemiología.

REQUISITOS DE SALIDA

- Reporte enviado a la oficina de epidemiología oportunamente.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Oficina de Epidemiología.
- Proceso de seguimiento a donantes positivos.

INDICADORES DE EFICACIA

% de concordancia de reactividad de muestras enviadas.

CONTROL

- Revisión de la correcta marcación del tubo de la muestra que debe coincidir con el número de la unidad de sangre y el formulario de donante.

REGISTROS

- Formulario de donante de sangre
- Libro de Registro de Sello Nacional de Calidad.
- Libro de donante de reactivos
- Software.

RECURSOS

- Software, papelería, teléfono.
- Reactivos.
- Nevera de icopor.
- Equipo automatizado pruebas infecciosas.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: BLANCA OLGA MASQUEZ SANCHEZ
CARGO: COORDINADORA BANCO DE SANGRE

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO:

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



H 0 9 1 1 A L
HISTORIA CLINICA
Módulo de EEE

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: BANCO DE SANGRE
PROCESO: OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1
DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.

RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante

OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.

CÓDIGO: SBS-PRO006

FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10-10-2008

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
 - El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
 - Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve.
 - Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
 - Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
 - Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o renusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
 - Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
 - Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
 - En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal; en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
 - En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
 - El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
 - El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.
- EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.**

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Paperería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: GRUPO LIBER DE PROCESOS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ
CARGO: GERENTE





CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: APOYO TERAPÉUTICO PROCESO: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.

Versión: Original

Página: 1

ALCANCE: Aplica a todos los medicamentos y dispositivos médicos que requiera el Hospital para la prestación eficiente del Servicio Farmacéutico.	RESPONSABLE: Profesional Químico Farmacéutico	UNIVERSITARIO: Universitario	OBJETO: Definir los medicamentos y dispositivos médicos que serán utilizados en la prestación de servicios de salud por el Hospital.	Código: SFARM-PRO001	Fecha de elaboración: 2006-08-16	Fecha de actualización: 2009-08-25
---	--	-------------------------------------	---	-----------------------------	---	---

ENTRADA

Listado básico Nacional (CNSSS) y/o listado de medicamentos POS y NO POS.
Guías médicas de atención.
Contratos de prestación de servicios de salud.

REQUISITOS DE ENTRADA

Listado Básico Nacional (CNSSS) y/o listado de medicamentos POS y NO POS actualizado.
Guías médicas de atención actualizadas.
Contratos de prestación de servicios de salud legalizados.

PROVEEDOR

Procesos de atención médica.
Contratación

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Administración de Sistemas de Información.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma del Servicio Farmacéutico
Políticas de Medicamentos Institucionales
Estatuto de contratación
Acta de conformación del COFYTE.

ACTIVIDADES

El Comité de Farmacia y Terapéutica:

1. Elabora el listado básico de medicamentos de acuerdo a la política farmacéutica institucional, las guías de atención médica, los reportes de novedades de medicamentos y el listado básico nacional (definido por el CNSSS), que contendrá la información básica necesaria para su utilización.
2. Elabora el listado básico de dispositivos médicos de acuerdo a los procedimientos médicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en la institución con las necesidades de insumos establecidas para cada uno.
3. Estudia las solicitudes del comité de antibióticos y/o profesionales de la salud para incluir nuevos medicamentos o dispositivos médicos en el listado establecido, las cuales debe ser por escrito y estar soportadas con información técnica científica.
4. Estudia la exclusión de medicamentos o dispositivos médicos con base en los informes de los comités de antibióticos, farmaco vigilancia y tecnó vigilancia que informan las fallas terapéuticas, las reacciones o incidentes adversos a los medicamentos y dispositivos médicos o la falta de uso de los mismos.
5. Una vez actualizado anualmente el listado básico de medicamentos y dispositivos médicos se aprueba y firma por todos los integrantes del comité y se socializa a los coordinadores de unidades funcionales y servicios mediante comunicado.

RIESGO

Uso de medicamentos y dispositivos médicos que no se encuentren incluidos en el listado aprobado.

CONTROL

Listado actualizado y aprobado anualmente.

REGISTROS

Listado básico de medicamentos y dispositivos médicos.
Solicitudes de inclusión y exclusión de medicamentos y dispositivos médicos.
Actas de las reuniones del comité de farmacia y terapéutica.

SALIDAS

Listado básico de medicamentos y dispositivos médicos.

REQUISITOS DE SALIDA

Listado de medicamentos y dispositivos médicos ordenados alfabéticamente en Denominación común Internacional, Código interno del producto, Presentación, Concentración, Forma Farmacéutica.

CLIENTES

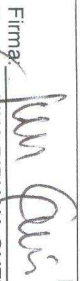
Proceso de Planeación de Unidades Funcionales.
Proceso presupuesto.
Proceso de Contratación.

INDICADORES


No. de medicamentos utilizados que no estén incluidos en el listado aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica.

RECURSOS

Papelaría
Equipo de Computo

Firma: 
Elaboró: **LINA BIBIANA GUZMÁN**
Cargo: Régente de Farmacia – Cooperativa visóncoop

Firma: 
Revisó:
Nombre: **DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ**
Cargo: PROFESIONAL U. CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

Firma: 
Apróbo:
Nombre: **IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN**
Cargo: Gerente



HOSPITAL
Federación Uruapan
TRABAJE TÉCNICO N.º 137

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: APOYO TERAPÉUTICO
PROCESO: RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Versión: Original
Página: 1

ALCANCE: Aplica para todos los medicamentos y Dispositivos Médicos que ingresen al Hospital.
RESPONSABLE: Químico Farmacéutico.
OBJETO: Garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos recibidos por el Servicio Farmacéutico cumplen con las especificaciones técnicas y administrativas para su utilización.

Código: SFARM-PRO003
Fecha de elaboración: 2009-05-15
Fecha de actualización: 04-08-2009

ENTRADA

Guía de transportadora
Factura del proveedor
Medicamentos y Dispositivos médicos.
Contratos de compra.

ACTIVIDADES

El auxiliar de almacén recibe el pedido al transportador verificando con la guía de la transportadora y entrega a farmacia para que se realice la recepción técnica.
El auxiliar de farmacia:

1. Recibe el despacho verificando con la guía de la transportadora, constatando el estado de las cajas las cuales se colocan en la zona de cuarentena sobre las estibas, clasificadas de acuerdo al número de traslado o factura con que ingresa. Cuando el medicamento requiera de cadena de frío o son dispositivos médicos, la recepción se hará en forma inmediata en el almacén y los medicamentos serán ubicados en el cuarto frío destinado para este fin.
2. Destapa el pedido y verifica que el contenido corresponda a lo facturado y a lo solicitado en el contrato de compra.
3. Realiza la inspección organoléptica de acuerdo a plan de muestreo, según instructivo SFARM-1001.
4. Diligencia el Acta de recepción técnica SFARM-FR001 y la presenta al Químico Farmacéutico para su revisión, verificación y firma.
5. Revisa, verifica el acta de recepción técnica y en caso de encontrar irregularidades en los productos (vencidos, roto, dañado, que no venga en las condiciones de almacenamiento adecuado, presentación diferente, entre otros), se comunica de forma inmediata con el proveedor para corregir el inconveniente y se rechaza el pedido completo. Este se almacena en el área de cuarentena.
6. Realiza un informe al proveedor acerca de las irregularidades presentadas para ser subsanadas.
7. El auxiliar de Farmacia
8. Entrega el acta firmada por el Químico Farmacéutico con la factura del proveedor al auxiliar de ingresos del almacén, para realizar el proceso de ingreso de bienes de consumo SUM-PRO001.
8. Una vez ingresados los medicamentos al sistema, los que no requieran cadena de frío, se trasladan por el sistema y en físico a la bodega No.8 del servicio farmacéutico. Los que requieran cadena de frío y los dispositivos médicos permanecen en el almacén para ser despachados en forma semanal de acuerdo a la solicitud del servicio farmacéutico.

SALIDAS

Medicamentos y Dispositivos médicos recibidos técnicamente.
Pedidos rechazados.

REQUISITOS DE SALIDA

Medicamentos y Dispositivos Médicos recibidos técnicamente de acuerdo a lo definido en e contrato de compra.
Pedidos rechazados documentados y notificados oportunamente.

REQUISITOS DE ENTRADA

Guía de transportadora legible.
Factura con el cumplimiento de exigencias legales y con la información suficiente que permita cotejar lo recibido, con lo contratado.
Condiciones de transporte adecuadas a las exigencias del medicamento (nevera cuando se requiera cadena de frío).
Contrato de compra legalizado y vigente.

CLIENTES

Proceso de ingreso de bienes de consumo y devolutivos.
Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

INDICADORES

% de medicamentos recibidos que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas.

RECURSOS

Papelaría
Estibas de almacenamiento
Carros de transporte
Espacio Físico Adecuado

PROVEEDOR

Proceso de adquisición de medicamentos.
Macroproceso de contratación.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de inventario de bienes de consumo.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma del servicio farmacéutico.

RIESGO

Recepción de medicamentos que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas.
Pérdida de medicamentos y dispositivos médicos.

CONTROL

Revisión, Verificación y firma del Químico Farmacéutico del acta de recepción técnica SFARM-FR001.
Ubicación oportuna del medicamento en las áreas establecidas para su almacenamiento.

REGISTROS

Acta de recepción técnica SFARM-FR001.
Informe de irregularidades al proveedor.

Elaboró:

Firma:
Nombre: IVÁN BIBIANA GUZMÁN
Cargo: Representante de Farmacia – Cooperativa visóncoop

Revisó:

Firma:
Nombre: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
PROFESIONAL U. CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

Aprobó:

Firma:
Nombre: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



HOSPITAL
Fabrice Lleras Aranda
CALLE 10, D.F. E.S.T.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: APOYO TERAPÉUTICO

Version:
Original
Página: 1

ALCANCE: Aplica para el almacenamiento de todos los medicamentos y Dispositivos Médicos que ingresen a la institución.

RESPONSABLE: Químico Farmacéutico

OBJETO: Conservar durante el almacenamiento los medicamentos y dispositivos médicos garantizando las condiciones técnicas del fabricante, higiénico sanitarias y el cumplimiento de normatividad legal vigente.

Código: SFARM - PRO004

Fecha de elaboración: 2009-05-15

Fecha de actualización: 04-08-2009

PROCESO: ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DEL SERVICIO FARMACEUTICO

ENTRADA
Dispositivos médicos y medicamentos recibidos técnicamente.

REQUISITOS DE ENTRADA
Dispositivos médicos recibidos técnicamente con acta de recepción técnica aprobada y trasladados a la bodega de farmacia del sistema de información.

PROVEEDOR
Recepción Técnica de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
Ingreso de Bienes de consumo y devolutivos.

PROCESOS DE APOYO
Apoyo al usuario HELP DESK
Administración del Sistema de Información

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Normograma del servicio farmacéutico.
Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento.

REGISTROS
Formato de control de Existencias
Formato de control de fechas de vencimiento
Formato de registro de control de condiciones ambientales.
Libro de novedades de farmacia.

ACTIVIDADES

El responsable del área de almacenamiento:

1. Recibe el comprobante de traslado entre bodegas y verifica que lo registrado corresponda con lo recibido.
2. Ubica los productos en el área asignada, de acuerdo a las condiciones propias de cada uno, y por grupo terapéutico y estos en orden alfabético y según la clasificación PEPS (primero en expirar, primero en salir).
3. Revisa y registra diariamente las condiciones ambientales (temperatura, humedad relativa) y de refrigeración de las áreas de almacenamiento, en el Formato de registro de control de condiciones ambientales SFARM-FR002. En caso de registros por fuera de los rangos permitidos para los factores ambientales, remitirse a la Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento, teniendo en cuenta además el plan de calibración de equipos.
4. Realiza diariamente Aseo y desinfección de las áreas de almacenamiento del servicio farmacéutico según procedimiento SFARM-I002 y lo registra en el formato SFARM-FR003. Para el control de plagas y roedores se hacen fumigaciones periódicas (cada 3 meses).
5. Realiza control de averías una vez a la semana, conforme a la Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento y lo informa en el libro de novedades de farmacia SFARM-LB001.

El regente de farmacia

6. Realiza el control de fechas de vencimiento verificando periódicamente la caducidad de los productos almacenados en las diferentes áreas de almacenamiento y registra en el formato de control de fechas de vencimiento SFARM-FR004.
7. Realiza inventarios físicos cíclicos y generales, analizando el índice de rotación y la edad del inventario para toma de decisiones, mediante el sistema promedios y máximos y mínimos y lo registra en el Formato de control de Existencias SFARM-FR005.

RIESGO
Daño, pérdida o vencimiento de los productos almacenados.

CONTROL
Revisiones y verificaciones por parte de los responsables de bodega y los regentes de farmacia.

SALIDAS
Productos almacenados ubicados y disponibles para dispensación y / o distribución.

REQUISITOS DE SALIDA
Producto Almacenado, ubicado y disponible de acuerdo con la Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento.

CLIENTES
Distribución de medicamentos y dispositivos médicos.
Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.

INDICADORES
% de medicamentos y dispositivos dañados o vencidos.

RECURSOS
Papelería
Estibas de almacenamiento
Espacio Físico Adecuado
Estantería, Nevera
Equipos de medición ambiental (Termómetros, Termo higrometros).

Elaboró:

Firma:
Nombre: LINA BIBIANA GUZMÁN
Cargo: Régente de Farmacia – Cooperativa visóncoop

Revisó:

Firma:
Nombre: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
PROFESIONAL U. CALIDAD - COMITÉ LIDER DE PROCESOS

Aprobó:

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



HOSPITAL
Lleras Acosta
FASIS - TOLIMA - E.S.T.

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION

PROCESO: GENERACION Y VALIDACION DE R.I.P.S

ALCANCE: Aplica para el proceso de cobro de cartera y estadísticas de producción y morbilidad	RESPONSABLE: Técnico de sistemas	OBJETO: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 3374 DE 2000. Información de los datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio	Código: SIS-PRO001	Fecha de elaboración: 2006-01-10	Fecha de actualización: 2006-01-10	Versión: Original Página: 1 DE 1
---	----------------------------------	---	--------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

ENTRADA

- Datos del software de facturación

REQUISITOS DE ENTRADA

- Datos totalmente digitados

PROVEEDOR

- Proceso de facturación
- Software Financiero administrativo SX2000.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Contratación
- Proceso de atención médica

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 3374 de 2000,
Circular Externa 035, Circular 009,
Acuerdo 228, Res. 951, CIE 10, Manuales
Tarifarios Soat -ISS

Firma:

Nombre: MIGUEL ALBORNOZ
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

PROCESO

FASE I.

1. El técnico en Informática : genera y exporta automáticamente los Rips de IPS a E.P.S, diaria y mensualmente. Almacena y clasifica los archivos planos por empresas.
2. El técnico en informática valida los Registros Individuales de Prestación de Servicios, con el validador del software sx2000- validador del Ministerio y software de la entidad que tiene contrato vigente.
3. Almacena los archivos planos en medio magnético, por fechas y entidades.
4. Diligencia el Formato de **Entrega de RIPS** a cartera. (cada entrega es registrada en la planilla de entrega de RIPS

FASE II

5. Registra los R.i.p.s en medio magnético de E.P.S a I.P.S de consulta externa.
6. Adiciona registros a los Rips Externos (de los contratos externos)
7. Continuar Ppto de la FASE I

REQUISITOS DE SALIDA

- Formato Archivos Planos (txt)
Validados
- Entrega disponible solo entre los 5 primeros días de cada mes.

CLIENTES

- Proceso de Cartera
- Facturación y Auditoria

INDICADORES DE EFICACIA

- 100% de Rips entregados.
- 90% Rips sin inconsistencias.

Datos Mes

CONTROL

Validación lógica de Estructura de datos por cada Solicitud
Verificación Física de Recursos en 99% en condiciones Optimas
Actualización de Recursos Según Normatividad

REGISTROS

Formato de entrega de Rips – Histórico en medio magnético

RECURSOS

- Computador en Red.
- Diskettes 3.5"
- Internet

Firma:

Nombre: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Firma:

Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
Cargo: gerente

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

 HOSPITAL Federico Llerenas Acosta <small>BARCELONA, CANTÓN, E.C.</small>		CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION		Versión: Original	
		PROCESO: APOYAR USUARIO - HELP DESK		Página:	
ALCANCE: Aplica para cualquier incidente en el funcionamiento del software, hardware y red del hospital	RESPONSABLE: TEC. De SISTEMAS	OBJETO: DETERMINAR LAS CAUSAS Y DAR SOLUCIÓN INCIDENTES DE SOFTWARE, HARDWARE Y RED.	Código: SIS-PRO002	Fecha de elaboración: 2006-01-10	Fecha de actualización: 2006-01-10

ENTRADA

- Solicitud de los usuarios por medio del formato de soporte técnico
- Mensajes Emergentes
- Llamada telefónica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Solicitud con descripción del tipo de incidente presentado

PROVEEDOR

- Proceso de Sistematización en general

PROCESOS DE APOYO

- Contratación Mantenimiento Correctivo y Preventivo.
- Proceso de Suministros

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Auditoria de Sistemas de Información
- Manuales del equipo

PROCESO

1. Se recibe formato de **soporte técnico** diligenciado por el usuario o mensaje emergente o llamada telefónica.
2. El técnico de sistemas se desplaza al sitio y procede a revisar el estado del equipo (conexiones) para dar un diagnostico preliminar.
3. El técnico de Sistemas revisa la solicitud para determinar que solución se brinda.
4. Si el equipo está en garantía se ejecuta el procedimiento reclamación por garantía.
5. Se corrige el problema dando solución correspondiente si cuentan con los recursos (repuestos). Se diligencia el formato de soporte técnico.
6. Si la falla es mas complicada se informa a la empresa contratada para hacer los correctivos, mediante llamada telefónica.
7. Si se requirieren repuestos se envía requerimiento para el proceso de compra de repuestos al área de Recursos Físicos.
8. Se registra en archivo de actividades realizadas, ubicado en equipo Sis_coor en la carpeta **documentos2006**
9. Se archiva formato de Soporte Técnico por fecha en la carpeta **soporte técnico**

SALIDAS

- Hardware o software o red funcionando

REQUISITOS DE SALIDA

- Hardware, software y red funcionando correctamente

CLIENTES

Procesos de captura – actualización – consulta, de datos de las Unidades Funcionales

INDICADORES DE EFICACIA

- Número de incidentes solucionados / Número de incidentes Reportados

RECURSOS

- Software
- Herramientas
- Hardware y Talento Humano

CONTROL

Diligenciamiento de la solución brindada en el formato de Soporte Técnico, **con la firma del usuario**

REGISTROS

Registro en una hoja de cálculo por soporte realizado por días

Elaboró:

Firma: 

Nombre: **MIGUEL ALBORNOZ**

Cargo: **COORDINADOR DE SISTEMAS**


Revisó:

Firma: 

Nombre: **COMTE LINDER DE PROCESOS**

Cargo: **COORDINADOR**

Aprobó:

Firma: 

Nombre: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**

Cargo: **gerente**

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION
PROCESO: ACTUALIZACION PAGINA WEB

ALCANCE: APLICA PARA TODA LA INFORMACION A PUBLICAR EN LA PAGINA WEB	RESPONSABLE: ING. DE SISTEMAS	OBJETO: garantizar la Publicación de INFORMACION EN LA PAGINA WEB DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA Y CONSERVARLA ACTUALIZADA	Código: SIS-PRO003	Fecha de elaboración: 2006-10-01	Fecha de actualización: 2006-10-01	Version: Original
						Página:

ENTRADA

- Solicitud de usuarios de publicar en pagina Web.
- Información a publicar

REQUISITOS DE ENTRADA

- Información validada por of. Jurídica en formato de texto u hoja de cálculo

PROVEEDOR

- Proceso de contratación y mercadeo
- Proceso de Información

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de Sistemas
- Proceso de Contratación de Internet

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 2170 – SICE - Ley 80

Firma: 
Elaboró:
Nombre: MIGUEL ALBORNOZ
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

PROCESO

1. Se reciben solicitud y documentos de las diferentes áreas para publicar en la pagina web del Hospital.(Formato de texto u hoja de cálculo)
2. Se revisa que la información este validada, para el caso de las invitaciones a publicar por la oficina jurídica, para el resto de archivos por el Ing. de Sistemas.
3. Se registra en el archivo cuyo nombre es publicaciones realizadas, en la máquina SIS_WEB la dependencia, fecha y funcionario responsable que entrega la información.
4. El Ingeniero de Sistemas migra la información a publicar en el Web Site con el software FTP.
5. Se desmonta la información y se almacena en una carpeta cuyo nombre es **publicaciones desmontadas**, la cual queda ubicada en la maquina SIS_WEB (se desmonta por vigencias, por actualizaciones o por tiempo de expiración)

REQUISITOS DE SALIDA

- Que la información publicada se pueda acceder desde una estación de trabajo.

CLIENTES

- Proceso de mercadeo
- Proceso de contratación
- Proceso de Información

INDICADORES DE EFICACIA
No documentos publicados/ No solicitudes de publicación recibidas

CONTROL

- Verificación de documentos publicados en la web, por las propiedades, fecha y hora de publicación
- Control de validación


REGISTROS

- Carpeta de publicaciones realizadas y desmontadas.

RECURSOS

- Software
- Hardware – red
- Talento Humano
- Conexión internet

Firma: 
Revisó:
Nombre: COMITE LIDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Firma: 
Aprobó:
Nombre: ALFONSO RICAUURTE RIVEROS
Cargo: gerente



**HOSPITAL
Federico Llerenas Arellano**
HISTORIA CLINICA

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION

PROCESO: actualización Del comprobador de derechos

ALCANCE: aplica para TODOS LOS CONTRATOS EN el SOFTWARE SX2000	RESPONSABLE: Ing. De SISTEMAS DE SOPORTE	OBJETO: CONTAR CON UN APLICATIVO ACTUALIZADO PARA HACER VERIFICACION DE DERECHOS DE LOS USUARIOS	Código: SIS-PRO004	Fecha de elaboración: 2006-10-01	Fecha de actualización: 2006-10-01
--	--	--	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

Versión: Original

Página:

ENTRADA

- Oficio de remisión de Archivos planos de la Oficina de Contratación
- Archivos planos enviados por las entidades.

REQUISITOS DE ENTRADA

Archivos electrónico (planos, Base de Datos y Hojas de Cálculo)

PROVEEDOR

- Proceso de contratación y mercadeo.
- Proceso de Parametrización de empresas

PROCESO

1. Se recibe oficio de contratación y mercadeo, el cual trae adjunto los archivos planos con los datos de los usuarios.
2. El ing. de sistemas realiza copia en medio magnético por entidad y fecha, en la carpeta planos recibidos, ubicado en el equipo SIS_WEB.
3. El ingeniero de Soporte consolida toda la información por entidad
4. Se importa la información consolidada a la base de datos, con la opción de importación de acces.
5. Se realizan pruebas a la base de datos.
6. Se registra en una planilla en Excel, "archivos planos recibidos" la base de datos y la fecha de entrega, en la maquina SIS_WEB.
7. Se actualiza la base de datos en el servidor, para quedar en disponibilidad a toda las estaciones que necesitan ingresar.
8. Se socializa a los usuarios el ingreso de una nueva base de datos, por medio de mensajes emergentes

CONTROL

Verificación de los archivos planos entregados y las bases de datos de copia y en el servidor coinciden.

SALIDAS

- Base de datos actualiza por entidad y contratos.

REQUISITOS DE SALIDA

- Base de datos probada e instalada en el servidor de aplicaciones.

CLIENTES

- Procesos de facturación,.
- Verificación de derechos

INDICADORES DE EFICACIA

No Bd montadas en el servidor/ No Bd recibidas. - Entidades encontradas/ Ent consultadas

RECURSOS

- Software
- Hardware
- Talento Humano

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Contrato con la entidad

Elaboró:

Firma:
Nombre: MIGUEL ALBORNOZ
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

Revisó:

Firma:
Nombre: COMITÉ TIDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Aprobó:

Firma:
Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
Cargo: gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION
PROCESO: SOPORTE A USUARIOS DE SOFTWARE DE APLICACION

ALCANCE: aplica para el SOFTWARE DE APLICACION SX2000

RESPONSABLE: ING. DE SISTEMAS

OBJETO: CONTAR CON SOFTWARE EN EJECUCION GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DE DEL SISTEMA DE INFORMACION DEL HOSPITAL

Código: SIS-PRO005

Fecha de elaboración: 2006-10-01

Fecha de actualización: 2006-10-01

Versión: Original
Página:

ENTRADA

Solicitud de usuarios de software de aplicación, mediante oficio, formato de soporte técnico o mensaje emergente.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Formato de soporte técnico diligenciado o solicitud indicando el error o falla presentada

PROVEEDOR

Procesos administrativos - financieros (cartera, contabilidad, facturación, inventarios, nomina y tesorería)

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de contratación (Mantenimiento de software de aplicación)

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- . Copia del contrato
- . Manuales I.S.S -Manual SOAT, .
- . Manual del Software

PROCESO

1. Se recibe formato de soporte técnico, o se revisa mensajería emergente (**Ing. de Sistemas**)
2. El ingeniero de sistemas atiende la solicitud dando prioridad a las estaciones de trabajo en donde se está atendiendo al público.
3. El ing. de sistemas revisa en el servidor el visor de sucesos, archivos para determinar el problema y solucionarlo.
4. Se realiza prueba con el usuario del software estando presente verificando la solución del incidente y el usuario firma formato de soporte técnico.
5. Se archiva el formato de soporte técnico diligenciado en la Carpeta formatos de soporte técnicos realizados.

Actualizar de usuarios con creación de usuarios
U Aceptar con Seguridad

CONTROL

Registro de tareas realizadas.

Formatos de soporte técnicos realizados

SALIDAS

- Software en ejecución

REQUISITOS DE SALIDA

- Incidentes de software solucionado

CLIENTES

- Proceso de facturación- Cartera- Recaudo- Tesorería - Inventarios - presupuesto, contabilidad y nomina

INDICADORES DE EFICACIA

No. de Incidentes solucionados/
No. de incidentes presentados

RECURSOS

- Software
- Hardware
- Talento Humano

Aprobó:

Firma:
Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
Cargo: gerente

Revisó:

Firma:
Nombre: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Elaboró:

Firma:
Nombre: MIGUEL ALBORNOZ
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS



HOSPITAL
Federico Llerenas Aguilar
FABRILE - FOTOLIA - E.S.E

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION
PROCESO: MANTENIMIENTO AL SOFTWARE DE APLICACIÓN

Version: Original
Página:

ALCANCE: aplica para LOS NUEVOS REQUERIMIENTOS O MODIFICACIONES AL SOFTWARE SX2000	RESPONSABLE: ing. De SISTEMAS	OBJETO: ACTUALIZAR SOFTWARE PARA QUE CUMPLA REUERIMIENTOS DE LA INSTITUCION	PERIODICAMENTE CON LOS	EL	Código: SIS-PRO006	Fecha de elaboración: 2006-10-01	Fecha de actualización: 2006-10-01
--	-------------------------------	---	------------------------	----	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

- Requerimientos de modificación o ajustes del aplicativo SX2000.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Requerimientos por módulos solicitados mediante oficio enviado por Sistemas de Información

PROVEEDOR

- Unidades Funcionales y los servicios donde se utilice los módulos del software

PROCESOS DE APOYO

- Contratación de contratación (Mantenimiento de software de aplicación)

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Copia del contrato de Mantenimiento Manuales I.S.S
Manual SOAT

PROCESO

1. El Ingeniero de Sistemas para hacer la programación de la visita por parte de los ingenieros de la empresa proveedora del software, se envía oficio solicitando los requerimientos de modificación o ajustes al aplicativo SX2000 a las Unidades Funcionales.
2. El ing. de sistemas reciben los requerimientos y se consolidan en una matrix de requerimientos por módulos.
3. Se realiza reunión con jefes y/o coordinadores de módulos para asignar prioridades a solucionar durante la visita a realizar.
4. Se establece plan de trabajo con los ingenieros asesores y usuarios de módulos, priorizando de acuerdo a los requerimientos de ley, en reunión conjunta..
5. Se instalan programas y/o actualizaciones (ing. Xenco- Coordinador de Sistemas) en el equipo servidor de aplicaciones.
6. Se realiza el seguimiento respectivo (usuarios del sistema) mediante la realización de pruebas.
7. Los usuarios de aplicativos firman los controles de la visita con el recibí a satisfacción de los ajustes al software.
8. El ing. de sistemas realiza certificación e informe de las tareas realizadas durante de la visita para el interventor del contrato
9. Se archiva informe y certificación en la carpeta del contrato de mantenimiento

REQUISITOS DE SALIDA

- Software probado e instalado en el servidor de aplicaciones

CLIENTES

- Unidades Funcionales o Servicios clientes del software SX 2000

INDICADORES DE EFICACIA

- Requerimientos solucionados/ No de Requerimientos solicitados.

RECURSOS

- Software
- Hardware
- Talento Humano

SALIDAS

- Software ajustado acorde con la normatividad vigente y de acuerdo a los requerimientos realizados por las Unidades Funcionales

REQUISITOS DE SALIDA

- Software probado e instalado en el servidor de aplicaciones

CLIENTES

- Unidades Funcionales o Servicios clientes del software SX 2000

INDICADORES DE EFICACIA

- Requerimientos solucionados/ No de Requerimientos solicitados.

RECURSOS

- Software
- Hardware
- Talento Humano

Firma:
Nombre: MIGUEL ALBORNOZ
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

Firma:
Nombre: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Firma:
Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
Cargo: gerente

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION

PROCESO: CREACIÓN DE TARIFAS

ALCANCE: MODIFICACION DE TARIFAS DE EMPRESAS YA CREADAS	APLICA PARA	RESPONSABLE: ing. De SISTEMAS	OBJETO: ACTUALIZAR EN EL SOFTWARE SX2000 LAS TARIFAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y LOS CONTRATOS VIGENTES	Código: SIS-PRO007	Fecha de elaboración: 2006-10-01	Fecha de actualización: 2006-10-01	Versión: Original Página:
--	-------------	----------------------------------	---	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

ENTRADA

- Formato de solicitud modificación de tarifas de empresas diligenciado por facturación.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Datos claros de la empresa, tarifa, % de descuentos, etc.

PROVEEDOR

- Proceso de contratación de Prestación de Servicios
- Proceso de parametrización de empresas

PROCESOS DE APOYO

- Proceso Jurídico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual tarifario SOAT
- Manual I.S.S

PROCESO

1. Se recibe la solicitud creación de la tarifas por parte del área de facturación
2. El ing. de sistemas procede a sacar copia de la tarifa SOAT e ISS en el software de aplicación SX2000 por el módulo de Gestión Hospitalaria.
3. El ing. de sistemas aplica el porcentaje de descuento a la tarifa correspondiente conforme a la solicitud.
4. El ingeniero de Sistemas realizar las pruebas y verificación, consultando la opción tarifas por artículos.
5. El ingeniero de Sistemas le informa a facturación por medio de la entrega de la copia del formato de solicitud diligenciado.
6. Se archiva en la carpeta formatos de solicitud de tarifas

REQUISITOS DE SALIDA

- Tarifas parametrizadas conforme al contrato

CLIENTES

- Proceso de Facturación - Contratación y Cartera

INDICADORES DE EFICACIA

No Tarifas actualizadas/ No. de Solicitudes

RECURSOS

- Software de Aplicación
- Hardware

REGISTROS

Formatos de solicitud de tarifas

CONTROL

Revisión por parte de los usuarios de facturación de las tarifas aplicadas a cada empresa

FORMATOS DE SOLICITUD DE TARIFAS

Elaboró:

Firma:

Nombre: MIGUEL ALBORNOZ

Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

Revisó:

Firma:

Nombre: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

Cargo: COORDINADOR

Aprobó:

Firma:

Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS

Cargo: gerente



HOSPITAL
Fabrice Lopez Acosta
REGULACIONAL-ESSE

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION

PROCESO: COPIA DE SEGURIDAD DIARIA

ALCANCE: Aplica LOS DATOS Del software de aplicación SX2000	RESPONSABLE: ing. De SISTEMAS	OBJETO: Contar con respaldo de los datos del software de aplicación del Información	Código: SIS-PRO008	Fecha de elaboración: 2006-10-01	Fecha de actualización: 2006-10-01	Versión: Original Página:
---	-------------------------------	---	--------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------

ENTRADA

- Los datos de los diferentes modelos del sistema de información SX 2000.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Datos en línea de los diferentes módulos del sistema.

PROVEEDOR

- Proceso de sistematización de datos de los diferentes módulos de SX2000

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de Suministros

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Auditoria de Sistemas de Información

PROCESO

1. El ingeniero de sistemas verifica el programa copia. Bat
2. Coordina para que los usuarios del sistema SX200 abandonen los aplicativos a las 3 AM diariamente.
3. Procede a bajar la copia de seguridad a una estación de trabajo.
4. Verifica la calidad de la copia restaurandola a una estación de trabajo y observando tamaño de los archivos
5. Copia los archivos en cinta magnética o DVD,
6. Diligencia el registro en el archivo en excel control de Backups
7. Organiza el archivo de DVD de copias de seguridad
8. Envía mediante oficio copia Semanal de los datos a Tesorería Pagaduría adjuntando DVD o cinta magnética.

CLIENTES

- Proceso de custodia de información

INDICADORES DE EFICACIA

- No de módulos copiados/ total de módulos

CONTROL

Verificación de los atributos de los archivos copiados

REGISTROS

Registro en hoja de cálculo **archivo control de Backups** Oficio de envío de copias a Tesorería

SALIDAS

- Copia de seguridad realizada

REQUISITOS DE SALIDA

- Copia validada y entregada a Tesorería.

RECURSOS

- DVD
- Cintas Magneticas

Elaboró:

Firma:

Nombre: MIGUEL ALBORADO
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

Revisó:

Firma:

Nombre: COMTE LINDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Aprobó:

Firma:

Nombre: ALFONSO RICAUARTE RIVEROS
Cargo: gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Manáez
LABORATORIA EST

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION

PROCESO: PARAMETRIZACIÓN DE EMPRESAS

ALCANCE: Aplica para los contratos de venta de servicios, que no este la empresa creada en el software sx 200

RESPONSABLE: ing. De SISTEMAS

OBJETO: CREAR LAS EMPRESAS EN EL SISTEMA - PARAMETRIZARLAS EN EL SISTEMA - MODULO GESTION HOSPITALARIA

Código: SIS-PRO009

Fecha de elaboración: 2006-10-01

Fecha de actualización: 2006-10-01

Versión: Original
Página:

ENTRADA

- Formato de solicitud de creación de entidades, diligenciado enviado por contratación.
- Copia del contrato

PROCESO

1. Ingeniero de Sistemas recibe el formato de solicitud de creación de empresas enviado por contratación y cartera.
2. El ing. De sistemas realiza la creación del tercero en el modulo de cartera
3. El ing. De sistemas verifica que la entidad no exista en el Módulo de gestión Hospitalaria SX2000, por la opción de Entidades.
4. El ing. De sistemas Crea la entidad mediante la asignación de un número consecutivo – parametriza las cuentas contables y rubros presupuestales
5. Realiza la Asignación Tarifas de acuerdo al contrato
6. El Ing. de sistemas signa las vigencias
7. Configura los copagos y/o cuotas de recuperación conforme al contrato
8. Archivar formato diligenciado en la carpeta de creación de empresas.

SALIDAS

- Entidad parametrizada en el software

REQUISITOS DE ENTRADA

Formato con la firma del coordinador de contratación

REQUISITOS DE SALIDA

- Parametros establecidos de acuerdo al contrato.

PROVEEDOR

- Proceso de Contratación

CLIENTES

-Procesos de Facturación –Cartera-Contratación y Recaudo.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso Jurídico

CONTROL

Verificación de las tarifas, copagos y/o cuotas de recuperación al contrato por mediante de consultas y pruebas.

INDICADORES DE EFICACIA

No entidades creadas / No. solicitudes Recibidas

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual SOAT
- Manual I.S.S

REGISTROS

Formato de solicitud de creación de empresas

RECURSOS

- Software
- Hardware
- Talento Humano

<p>Firma: </p> <p>Nombre: MIGUEL ALBORNOZ</p> <p>Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS</p> <p style="text-align: right;">Elaboró:</p>	<p>Firma: </p> <p>Nombre: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS</p> <p>Cargo: COORDINADOR</p> <p style="text-align: right;">Revisó:</p>	<p>Firma: </p> <p>Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS</p> <p>Cargo: gerente</p> <p style="text-align: right;">Aprobó:</p>
--	--	--



HOSPITAL
Federico Llerenas Aguista
Hacienda 101001A S. R. L.

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: SISTEMAS DE INFORMACION

PROCESO: MANTENIMIENTO AL HARDWARE

alcance: aplica cualquier incidente en el hardware del hospital	responsable: ing. de sistemas	objeto: garantizar el adecuado funcionamiento del hardware del hospital	código: sis-pro010	fecha de elaboración: 2006-10-01	fecha de actualización: 2006-10-01
---	-------------------------------	---	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

Versión: Original
Página:

ENTRADA

- Contrato de mantenimiento

PROCESO

1. Con el contrato legalizado se realiza en común acuerdo con la empresa contratante el cronograma de trabajo para el mantenimiento preventivo del equipo de computo (**Ingeniero de Sistemas y Representante de la empresa contratante**)
2. Se envía cronograma de mantenimiento preventivo a las Unidades Funcionales o Servicios, mediante oficio.
3. De acuerdo al cronograma de trabajo el personal de la empresa contratista visita la Unidad Funcional para realizar el mantenimiento preventivo.
4. Se registra en los formatos "Planilla de Mantenimiento" la realización de la tarea por parte de la empresa contratista.
5. El ingeniero coordinador de sistemas audita los reportes, que tenga el recibi a satisfacción por parte del usuario del equipo, para evaluar el cumplimiento y ajustar el cronograma.
6. El técnico en sistemas archivan los formatos en las hojas de vida de los equipos
7. El Ingeniero de sistemas emite certificación del cumplimiento del cronograma, por brigadas.
8. Se archiva documentación en la carpeta del contrato.

SALIDAS

- Mantenimiento preventivo o correctivo realizado al hardware según cronograma

REQUISITOS DE SALIDA

Hardware en buen estado de funcionamiento

REQUISITOS DE ENTRADA

- Contrato de mantenimiento preventivo y correctivo legalizado

PROVEEDOR

- Reporte de incidente de hardware emitido por las Unidades funcionales

CLIENTES

Procesos de Facturación- Cartera – Inventarios- Contabilidad, Tesorería presupuesto, nomina y costos.

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de Suministros
- Proceso de Contratación

CONTROL

Revisión del cronograma establecido y evaluación de las planillas de mantenimiento.

REGISTROS

Registro en la hoja de vida de los equipos

INDICADORES DE EFICACIA

No. Brigadas de mantenimiento Realizadas / Numero de brigadas programadas

RECURSOS

- Repuestos y componentes
- Papelería formatos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normas de auditoria de sistemas 568.A

Firma:
Elaboró:
Nombre: MIGUEL ARBOZ NOR
Cargo: COORDINADOR DE SISTEMAS

Firma:
Revisó:
Nombre: COMTE LIDER DE PROCESOS
Cargo: COORDINADOR

Firma:
Aprobó:
Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
Cargo: gerente



HOSPITAL
Federal de Ginecología y Obstetricia
18A06 - TOLIMA - E.S.E

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SON NECESARIOS DEVOLVER A LA FARMACIA	RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERIA	OBJETO: GARANTIZAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREFACTURACIÓN Y GLOSAS.	Código: SP-PRO001	FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14-08-2008
--	-------------------------------------	--	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
Medicamentos y dispositivos médicos sobrantes por diferentes causas.
Historia Clínica.
Formato de devolución de medicamentos con consecutivo.

REQUISITOS DE ENTRADA
Formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos completamente diligenciado con letra legible en original v copia.

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de recibo y entrega de turno de enfermería
Proceso de Egreso del Paciente por alta médica
Proceso de Revista médica

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Facturación
Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material medico quirúrgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 100 1993,
Ley 23 (Ética Médica)
Resolución 5261 /94
Decreto 2423 /96,
Acuerdo 306 /05
Resolución 1995 /99
Cuadros de Contratación Vigente
Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

ACTIVIDADES

- Diariamente:
1. La enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma la existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos formulados con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
 2. En el caso de Egreso:
 2. La enfermera o auxiliar de enfermería confirma la orden médica de salida del paciente, realiza revisión de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado, con lo despachado y con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
 3. La enfermera o auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos con letra legible en original y dos copias.
 4. La auxiliar de enfermería informa al facturador sobre la salida y la devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos.
 5. La enfermera o auxiliar de enfermería envía a Farmacia con el patinador los medicamentos y la copia amarilla del formato de devolución completamente diligenciado dejando nombre y firma de quien entrega y de quien recibe. **TENIENDO EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DEBEN QUEDAR LEGIBLES.**
 6. La enfermera o auxiliar de enfermería entrega a Facturación la copia rosada de del formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos, la cual debe tener los nombres y firmas de quien entrega y quien recibe.
 7. La enfermera o auxiliar de enfermería anexa el original del formato de devolución de medicamentos en la historia clínica en el capítulo 13 (anexos).

SALIDAS
Medicamentos y dispositivos médicos entregados al patinador de farmacia

REQUISITOS DE SALIDA
Formulario de devolución de dispositivos y medicamentos claro, legible y completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de Recaudo
Proceso de Facturación
Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material medico quirúrgico

INDICADORES
% Glosas ocasionadas por medicamentos no soportados en la Historia clínica
de eventos reportados a la Unidad Funcional por inadecuada devolución al mes.

RECURSOS
Formato de devolución
Computador
Teléfono

REGISTROS
Notas de enfermería
Libro de recepción de medicamentos
Formato de devolución de medicamentos
Hojas de medicamentos

RIESGO
Pérdida de medicamentos.
Detrimiento patrimonial por aceptación de objeciones.

CONTROL
Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y dispositivos médicos.

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE POR MUERTE**

VERSION:
1

PAGINA: 1 de 1

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que fallece en el Hospital

RESPONSABLE: Enfermera

OBJETO: Garantizar que todos los pacientes que sean declarados fallecidos sean egresados con la documentación completa y oportuna y sean trasladados a la morgue

CÓDIGO: SP-PRO002

FECHA DE ELABORACION: 18-07-06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-09-08

ENTRADAS

- Paciente fallecido
- La historia Clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente declarado fallecido
- Registro en la Historia Clínica del fallecimiento por el Médico
- Epicrisis

PROCESOS PROVEEDORES

Atención en salud en salas de observación SP-PRO015

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Registros Clínicos
- Proceso de Gestión Hotelera
- Proceso de Traslado SP-PRO004
- Proceso de Verificación de Derechos
- Proceso de Facturación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 1993, Ley 23 (Ética Médica)
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP -CUPS-CIE -10, RES. 1995 /95
- Contratación Vigente

REGISTROS

- Epicrisis
- Devolución de medicamentos
- Certificado de defunción
- Registro en Evolución médica y de Enfermería

ACTIVIDADES

1. El médico valora el paciente y lo declara fallecido.
2. El médico y el personal de Enfermería registran en la Historia Clínica con fecha y hora.
3. El médico elabora la epicrisis con códigos CIE -10 y el certificado de defunción si es pertinente, quedando registrado en el Libro de control de Certificados de defunción SP-LIB003.
4. El médico o enfermera en caso de muerte violenta o pacientes que se encuentran bajo custodia del estado debe informar telefónicamente a la Fiscalía y registrar en la Historia Clínica.
5. El médico informa a la familia y/o acompañante del fallecimiento del paciente si están presentes, en su defecto la enfermera o la trabajadora social solicita telefónicamente a la familia que se acerquen al Hospital para hablar con el médico.
6. La auxiliar de enfermería prepara el cadáver según la guía de preparación de cadáveres.
7. La enfermera o la auxiliar de enfermería registra completamente en el libro de trasladados de cadáveres a la morgue SP-LB002.
8. La auxiliar de Enfermería y/o camillero trasladada el cadáver a la morgue.
9. El encargado de la recepción de cadáveres en la morgue firma en el libro el recibido del cadáver.
10. La enfermera realiza la anotación del fallecimiento en el libro de ingreso y egreso de pacientes, SP-LB001, revisa que la Historia Clínica tenga el comprobante de devolutivos, si los hubo, la epicrisis completa y los entrega al Facturador.
11. La auxiliar de Enfermería rotula y/o entrega las pertenencias a la familia.
12. El facturador elabora la Factura, expide la orden de salida y orienta a la familia los pasos a seguir.
13. Con la orden expedida por Facturación el personal de enfermería entrega el Certificado de defunción y las placas de imágenes diagnósticas leídas a la familia o al responsable, le informa que las no leídas las reclame 3 días después en el servicio de Imagenología y registra en la Historia Clínica.
14. El personal de Enfermería realiza el registro correspondiente y hace el cierre de la Historia Clínica con firma del familiar y/o la persona responsable.

SALIDAS

Paciente fallecido egresado del servicio
Familia del paciente informada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente fallecido con documentación completa y trasladado a la morgue
- Familiar informado

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Facturación
Devolución de medicamentos y dispositivos médicos SP-PRO001
Proceso de Verificación de Derechos y autorizaciones

INDICADORES

% de Certificados de defunción mal diligenciados.
total de cadáveres bajados a la morgue mal identificados.

RECURSOS

Libros foliados
Camillas
Historia Clínica
Sabanas
Certificado de defunción
Computador
Teléfono

RIESGO

Entrega equivocada de cadáver por fallas en la preparación del mismo.
Problemas legales por falta de notificación a quien corresponde.

CONTROL

Registro en la Historia Clínica en la hoja de Evolución médica y de enfermería.
Registro en el libro de trasladados a la morgue de cada servicio.
Registro en el libro de ingreso y egreso de pacientes del servicio.

ELABORÓ:

FIRMA: *M. Cabrerá*
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA: *I. Guzmán*
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA: *Ivan David Hernández Guzmán*
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: Gerente



CARACTERIZACION DEL MACRO PROCESO: ATENCION DE PARTOS Y PUERPERIO
PROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNOS DE ENFERMERIA

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica para todas las áreas de hospitalización durante los cambios de turno del personal de enfermería.

RESPONSABLE:
Enfermera

OBJETO: Recibir y entregar información concreta y veraz sobre el estado de salud del paciente objeto del cuidado de enfermería durante el turno.

CODIGO:
SP-PRO003

FECHA DE ELABORACION:
22-08-2007

PAGINA: 1
FECHA DE ACTUALIZACION:
20-09-2007.

- ENTRADAS**
- Paciente hospitalizado
 - Historia Clínica
 - Kardex

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Historia Clínica con notas de enfermería de entrega de paciente.
 - Kardex actualizado.
 - Paciente en la unidad.

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Proceso de Atención médica diaria.
 - Proceso de atención de enfermería.

- PROCESOS DE APOYO**
- Proceso valoración médica inicial.
 - Procesos de servicios generales.
 - Procesos de mantenimiento.
 - Proceso de verificación de derechos

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Ley 266 de 1996
 - Ley 911. Código Deontológico de enfermería
 - Guías comité de infecciones, IAMI
 - Plan de atención de enfermería. (PAE).

ELABORÓ:
FIRMA: *Manuel Manuel Carvajal García*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: Líder Grupo procesos Sala de Partos

- ACTIVIDADES**
1. Antes de iniciar la entrega de turno la enfermera debe verificar que todas las actividades realizadas por el personal de enfermería queden registrados en la Historia Clínica.
 2. La enfermera que recibe turno hará verificación de la asistencia del personal, según cuadro de turno y verificará los cambios de turno el libro de turnos y lo registrará en cuadro de efectividad y realizará asignación del personal.
 3. La unidad y el paciente deben estar en condiciones de orden y limpieza.
 4. La enfermera y las auxiliares de enfermería que reciben y entregan turno se reúnen en el puesto de enfermería de cada servicio de hospitalización a las 7:00, 13:00 y 19:00 horas.
 5. Se iniciará la entrega de turno con la auxiliar de la asignación siguiente y la enfermera (as) y auxiliar (es) que recibe turno.
 6. Se inicia ronda por la asignación designada por la enfermera en la puerta de la habitación con el Kardex. Una vez entregada la información: nombre del paciente, edad, seguridad social, diagnóstico, condiciones del paciente durante el turno y estado actual de salud, actividades pendientes asistenciales y administrativas, solicitud y tramite de autorizaciones si es necesario, se ingresa a la habitación, se saluda al paciente y se verifica el estado actual, catéteres, dispositivos, infusiones y rútiles.
 7. Se realiza la misma actividad con todos los pacientes hospitalizados en el servicio.
 8. El personal que ingresa a turno mientras no participe en el recibo del paciente, irá verificando inventario según procedimiento y las demás actividades por asignación.
 9. La enfermera que entrega turno diligenciará el formato de informe para la Coordinación de la Unidad Funcional.

- CONTROL**
- Historia Clínica
 - Kardex.
 - Cuadro de efectividad.

- REGISTROS**
- Historia Clínica
 - Kardex.
 - Informe presentado a la Coordinación de la Unidad Funcional.

- INDICADORES**
- % de registros de enfermería de entrega de turno debidamente diligenciados.

- SALIDAS**
- Personal de enfermería que ingresa a turno, con información completa de las condiciones de salud del paciente.

- REQUISITOS DE SALIDA**
- Conocimiento del estado de Salud del paciente
 - Información entregada, oportuna completa y veraz de las actividades realizadas y pendientes de cada paciente.
 - Registros de enfermería completamente diligenciado

- PROCESOS CLIENTES**
- Proceso atención médica diaria
 - Proceso atención de enfermería
 - Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas

- RECURSOS**
- Formatos de historia clínica.

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Riquarte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

REVISÓ:
FIRMA: *Severino*
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador



HOSPITAL
Federación Lleras Heredia
IBAGUÉ - TOLLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO DE PACIENTES

VERSIÓN:1

ALCANCE: Aplica a todo paciente que requiera ser movilizado a otro servicio del Hospital definitiva o temporalmente	RESPONSABLE: Personal de Enfermería y/o Medico	OBJETO: Realizar el traslado del paciente garantizando su seguridad y su atención integral.	CODIGO: SP-PRO004	FECHA DE ELABORACION: 25 - 06 - 06	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 29-09-2008
--	---	--	--------------------------	---	---

PAGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

- Orden medica de traslado o solicitud de ayuda diagnóstica o terapéutica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Epicrisis del servicio que traslada (cuando es definitivo)
- Cita asignada y confirmada
- Cama confirmada

PROCESOS PROVEEDORES

- Valoración inicial por medico gineco-obstetra SP-PRO014
- Solicitud y asignación de camas UFH-PRO017
- Solicitud, asignación de cita, toma y respuesta de imágenes diagnósticas IMA-PRO-001
- Solicitud, gestión y respuesta de interconsulta SP-PRO011

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Farmacia
- Proceso de verificación y comprobación de derechos
- Gestión hotelera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Contratación y mercado CIE - 10, - RIPS, - CUPS
- Guías medicas y de Enfermería
- Protocolos del comité de infecciones
- Normas de Bioseguridad

CONTROL

- Registro en la H.C. de la condición del paciente

RIESGO

Complicación del paciente durante el traslado

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

ACTIVIDADES

1. El personal de Enfermería entrega e informa al responsable del traslado, el medio de transporte (todo paciente debe ser trasladado en camilla o silla de ruedas), el sitio de destino, los requerimientos especiales del traslado, infusiones permanentes, oxígeno, acompañamiento medico etc), y la orden medica completamente diligenciada.
2. La auxiliar de Enfermería que tiene asignado el paciente en compañía del camillero lo pasan al medio de transporte indicado.
3. Si el traslado es temporal: se envía, Historia Clínica, ayudas diagnósticas, los insumos de acuerdo a las indicaciones del servicio receptor.
4. Si el traslado es permanente: se envía el paciente con la Historia Clínica actualizada y antigua, epicrisis, pertenencias, ayudas diagnósticas, medicamentos e insumos. El personal de enfermería diligencia el formato del traslado y lo entrega a facturación.
5. La auxiliar de Enfermería registra en la Historia Clínica la condición del paciente y entrega la orden de la ayuda diagnóstica si es pertinente.
6. Si la condición del paciente es crítica debe ir acompañado por el medico Asistencial y enfermera. La enfermera asigna a una auxiliar para hacer llamado previo de ascensor.
7. Si el paciente ingresa o egresa de la UCI, debe ser recibido y entregado por el medico y la enfermera del servicio y de la unidad.
8. El camillero y quien lo acompañe hacen entrega personal del paciente a la enfermera y a la auxiliar de servicio receptor.
9. Si el paciente es trasladado para una ayuda diagnóstica o terapéutica debe llevar la Historia Clínica para elaborar registro del procedimiento y gasto de insumos y medicamentos.
10. Durante el traslado del paciente el camillero vigila las condiciones propias del paciente y vela por la privacidad y dignidad del mismo.
11. Si el traslado es temporal el auxiliar del servicio receptor se hará responsable del monitoreo continuo de las condiciones del paciente.
12. Una vez resuelto el motivo del traslado temporal el servicio receptor se comunica con el servicio de origen para el respectivo traslado.
13. El personal responsable del traslado se encarga de regresar el paciente al servicio de origen monitorizando la condición clínica y sus requerimientos; a su vez avisa a la auxiliar encargada para instalar nuevamente en la Unidad y hacer entrega del paciente con informe completo verbal y escrito de las novedades ocurridas durante el traslado con Historia Clínica, ayuda diagnóstica realizada y respuesta de inter consulta.

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

SALIDAS

Paciente recibido en el servicio correspondiente
Paciente con ayuda diagnóstica realizada o interconsulta realizada e instalado en la Unidad

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente aceptado
- Paciente devuelto al servicio de origen con ayuda diagnóstica o terapéutica realizada e interconsulta contestada

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso Interconsulta
- Proceso Farmacia
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- Proceso de recibo de pacientes en el servicio

INDICADORES

Pacientes complicados durante el traslado x por mes

RECURSOS

- Camilla adecuada para el transporte del paciente
- Bombas de infusión
- Formatos
- Camilleros.
- Sillas de ruedas
- Balas de Oxígeno

REGISTROS

- Evolución medica y de enfermería
- Libro de registro de ingreso y egreso del Servicio
- Hoja de traslados completamente diligenciada (Traslados internos para Facturación)
- Informe de eventos ocurridos durante el traslado del paciente hospitalizado

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
IBAGUÉ - TOLIMA - E.S.E.

CARACTE ZACIÓN DEL MACRO PROCESO: SALA I PARTOS
PROCESO: SOLICITUD, TOMA Y RESPUESTA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

ALCANCE: Este documento aplica para las imágenes diagnósticas que se realizan en la Institución	RESPONSABLE Personal médico y de Enfermería	OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la Institución.	CÓDIGO: SP-PRO005	FECHA DE ELABORACION: 03 - 10 - 06	PAGINA:	VERSION: ORIGINAL
						FECHA DE ACTUALIZACION:

- ENTRADAS**
- Paciente hospitalizado
 - Solicitud de imágenes diagnóstica

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Solicitud de imagen diagnóstica completamente diligenciada, con firma y sello del medico y con indicación de la avuda diaanóstica

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Proceso de Atención Médica
 - Proceso solicitud tramite y respuesta de Interconsulta

- PROCESOS DE APOYO**
- Proceso de Facturación
 - Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
 - Proceso de traslado Intra-institucional
 - Procesos de dispensación de medicamentos
 - Proceso de devolución de medicamentos
 - Procesos de Enfermería
 - Proceso de consentimiento informado

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Ley 100/93 - Decreto 2423 / 96
 - Contratación vigente
 - Protocolos del comité de infecciones - RIPS, CUPS
 - Guía medicas y de enfermería
 - Manual de preparación para imágenes diagnósticas
 - Protocolos de Inaenmolocía

- CONTROL**
- Libro de control de imágenes
 - Libro del control del servicio

FIRMA:

ELABORADOR: M. CABRERA

NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

CARGO: Coordinador

ACTIVIDADES

1. Después de realizar la valoración, el médico tratante diligencia el formato de solicitud médica de ayuda diagnóstica, hace un resumen pequeño de la historia Clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
2. En caso de algún cambio a la orden original, debe tener nota y firma del médico.
3. La enfermera entrega la orden al camillero o auxiliar administrativa y estos registran en el libro de control del servicio y entregan orden en la recepción del servicio de imagenología para que asigne la cita al servicio.
4. En caso de que la imagen diagnóstica requiera autorización (Ecocardiograma), la Enfermera entregará a la auxiliar de verificación y comprobación de derechos, quien solicita la autorización y una vez autorizada la entrega a la recepcionista de Imagenología.
5. En caso de exámenes portátiles se envía la orden desde el servicio solicitante y el servicio de imagenología traslada los equipos necesarios para la toma.
6. La recepcionista de imagenología registra, asigna y notifica a los servicios la hora de la cita.
7. El camillero de turno transporta al paciente a la Historia Clínica hasta el sitio donde será tomada la imagen diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería. Ver proceso de Traslado Intra-institucional.
8. En caso de procedimientos intervencionistas, el radiólogo que se encarga de la toma del procedimiento debe explicar al paciente, familia y/o acompañante y hace firmar el consentimiento informado. (Ver proceso de consentimiento informado).
9. El técnico y/o radiólogo de turno realiza el procedimiento ordenado según protocolos de Imagenología, hace el registro en la historia Clínica del procedimiento, insumos, medicamentos y medios de contraste aplicados, las dosis de radiación, realiza y registra la devolución de los medios de contraste sobrantes al servicio de origen del paciente, diligencia el RIPS y lo deja en el buzón de facturación.
10. El servicio de imágenes entrega la placa de la imagen diagnóstica y su lectura a la auxiliar administrativa o auxiliar de enfermería del servicio y esta la anexa a la Historia Clínica y elabora registro en el libro de control.
11. La auxiliar administrativa debe verificar si toda placa tomada tiene su lectura de no ser así debe bajarla en el horario establecido por imágenes.
12. Si al egreso del paciente, hay imágenes sin lectura, la auxiliar administrativa del servicio le informa al paciente que lo reclame en tres días hábiles en el servicio de imágenes diagnósticas, rotula el sobre con "paciente egresado", registra la salida de las placas, en el libro de control de placas del servicio, las lleva a Imagenología para su lectura y firma allí el libro de control.
13. Los días sábado, domingo y festivos la auxiliar de Enfermería encargada del paciente debe verificar si todas las placas están leídas y la que no lo estén se dejarán en el lugar establecido, haciendo los registros en la Historia clínica, informando al paciente, familia y/o responsable para que las reclame e imágenes y el día hábil la auxiliar de administrativa las lleve a lectura.
14. Una vez sean leídas las placas, el servicio de imágenes diagnósticas realizará un oficio remititorio a Registros Clínicos, de los reportes de pacientes egresados de los servicios, a quienes es necesario archivar en su historia clínica la lectura, relacionando el nombre del paciente, número de Historia Clínica, tipo de imagen realizada y servicio del cual egresó.
15. El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.

- SALIDAS**
- Usuarios con imagen diagnóstica tomada
 - Reportes de la imagen diagnóstica en la Historia Clínica del paciente

- REQUISITOS DE SALIDA**
- Usuario con imagen diagnóstica tomada, placa en el servicio, facturada y reporte anexado en la Historia Clínica

- PROCESOS CLIENTES**
- Proceso egreso del paciente
 - Proceso de Facturación

- INDICADORES**
- % de glosas por falta de lectura en Historia Clínica

- RECURSOS**
- Papelería
 - Teléfono directo, celular
 - Computador, Software
 - Recurso Humano (camilleros, recepcionista y auxiliares de Enfermería)

- REGISTROS**
- Libros de control en el servicio
 - Historia Clínica
 - Oficio de envío de lecturas
 - Libro de control de imágenes

FIRMA:

REVISOR: [Signature]

NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

CARGO: Coordinador

FIRMA:

APROBADOR: [Signature]

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS

CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federación Llerenas Acosta
IBAGUÉ - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: CUSTODIA DE PERTENENCIAS

VERSION:
1

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que ingresan sin familiares y que no pueden cuidar sus pertenencias	RESPONSABLE Personal de Enfermería	OBJETO: Garantizar la seguridad de las pertenencias de los usuarios durante la Hospitalización	CÓDIGO SP-PRO006	FECHA DE ELABORACION: 2006-07-08	PAGINA: 1 DE 1	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10-10-2008
--	--	---	----------------------------	--	-----------------------	--

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente hospitalizado con pertenencias y sin familiar a quien entregarlas.

PROCESOS PROVEEDORES

- Admisión paciente para hospitalizar en sala de partos SP-PRO019
- Información al paciente y familiar SP-PRO017

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Atención de enfermería SP-PRO010
- Procesos de vigilancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 190 / 95 (Estatuto anti-corrupción administrativa)
- Ley 734 /02 (Código disciplinario Unico)

REGISTROS

- Registro en Historia Clínica

RIESGO

Perdida de pertenencias de los pacientes durante su hospitalización.

ACTIVIDADES

1. Cuando el paciente llega al servicio, el personal de enfermería durante la inducción le informa al paciente, familia y/o responsable que durante la hospitalización no debe permanecer con objetos de valor (dinero, joyas, etc.), en el caso de teléfonos móviles se le indica que estos están bajo su responsabilidad y el Hospital no responde por pérdida o robo.
2. La auxiliar de Enfermería encargada del paciente hace entrega de la llave del armario correspondiente a su habitación, para que guarde las pertenencias de uso personal.
3. Cuando el paciente es trasladado para una ayuda diagnóstica, terapéutica o procedimiento quirúrgico, se deben dejar bajo llave en el armario dichos elementos y entregar esta a la familia y/o responsable del paciente; en ausencia de ellos, el paciente debe entregar la llave a la auxiliar responsable.
4. En caso de que el paciente tenga prótesis que deban ser removidas por alguna condición clínica y en ausencia del familiar y/o responsable, la auxiliar de enfermería debe rotularlas y guardarlas en una bolsa transparente, diligenciando los siguientes datos: nombre del paciente, número del documento de identidad, tipo de prótesis, estado de la misma, registrar en la Evolución de enfermería de la Historia Clínica y entregarla a la enfermera para que la guarde en el deposito de enfermería.
5. Una vez el familiar y/o responsable del paciente se presente en el servicio y se identifique o el paciente recupere el estado de conciencia, se hace entrega de las pertenencias dejando constancia en la Historia Clínica con firma del recibido, nombre, número de identificación y huella del índice derecho de quien recibe.

SALIDAS

- Pertenencias entregadas al paciente, familiar y/o responsable

REQUISITOS DE SALIDA

- Pertenencias entregadas completas al paciente, familiar y/o responsable, registrando firma, número de documento de identidad y huella

PROCESOS CLIENTES

- Procesos de Egreso del paciente
- Traslado intra hospitalario del paciente SP-PRO004
- Traslado Inter-Institucional del paciente en ambulancia SP-PRO013
- Proceso de Referencia

INDICADORES

- % de quejas por pérdida de pertenencias

RECURSOS

- Armarios con llave
- Porta llaves
- Bolsa transparente
- Cinta de enmascarar
- Papelería
- Rótulos - huelleros

CONTROL

Registro en Historia Clínica.
Mantenimiento de armarios con llave.

ELABORÓ:

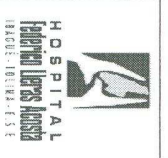
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Copredinador

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN GINECOOBSTÉTRICA
PROCESO: ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON ABORTO EN CURSO**

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1

ALCANCE: Aplica para todas las pacientes que solicitan la atención por cursar con aborto.

RESPONSABLE: Médico especialista Ginecoobstetra.

OBJETO: GARANTIZAR LA ATENCIÓN OPORTUNA POR EL EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO A LAS PACIENTES QUE CURSAN CON ABORTO.

Código: SP-PRO007

FECHA DE ELABORACIÓN: 07-08-2008

FECHA DE APROBACIÓN: 07-04-2008

ENTRADAS

Remisión Gestante
RIPS de Urgencias y/o Historia Clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

RIPS de Urgencias completamente diligenciado
Fotocopia Documento de Identidad
Fotocopia del Carnet de Seguridad Social

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Admisión de Urgencias
Proceso de Referencia

PROCESOS DE APOYO

Procesos de Gestión Hotelera
Procesos de Farmacia
Procesos de Suministros
Procesos de Registros Clínicos
Procesos de Mantenimiento
Procesos de Ayuda Diagnóstica y Terapéutica
Procesos de Apoyo Clínico
Procesos de autorizaciones y verificación de derechos

REGISTROS

Historia Clínica, Certificado Defunción, Libro de legrado
Formulario de reporte de eventos adversos

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería asignada a consultorio prepara a la paciente para la valoración por ginecólogo, toma los signos vitales e inicia los registros de historia clínica.
2. El médico ginecólogo valora a la paciente, realiza el registro en la historia clínica, define el plan terapéutico y elabora las ordenes medicas.
3. El médico ginecólogo, le explica a la paciente y la familia la condición clínica de la paciente, las características del procedimiento a realizar y sus posibles complicaciones y solicita el consentimiento y su firma.
4. La auxiliar de enfermería trasladada a la paciente a observación.
5. El especialista diligencia el formulario solicitud de quirófano para que le sea asignado el tiempo de anestesiólogo, teniendo en cuenta la condición clínica y el ayuno de la paciente.
6. La auxiliar de enfermería asignada prepara la sala con los suministros necesarios.
7. El anestesiólogo prepara y suministra la anestesia.
8. El ginecólogo realiza procedimiento, según la guía de manejo médico.
9. La auxiliar de enfermería trasladada la paciente a la sala de recuperación, se realizan las anotaciones en la historia clínica y registra en el libro de legrados.
10. El médico ginecólogo elabora el certificado de defunción y los registros de historia clínica.
11. El especialista define conducta a la paciente (salida y/o hospitalización).
12. La auxiliar de enfermería realiza lavado y desinfección de equipos según protocolo y los entrega a la Central de Esterilización o los entrega a la enfermera para esterilización en Sterrad.
13. En caso de presentarse complicaciones durante el procedimiento, se deben registrar en el formulario de reporte de eventos adversos.

RIESGO

Complicaciones medicas y anestésicas.

CONTROL

Reporte de eventos adversos

SALIDAS

Paciente con legrado obstétrico realizado.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con conducta definida.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de egreso
Procesos de Hospitalización
Proceso de facturación

INDICADORES DE EFICACIA

Oportunidad para de anestesia en sala de partos.

RECURSOS

Insumos.
Papelera de historia clínica.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- * Decreto 412/1992
- * Plan de Choque para la Prevención y Control de la Mortalidad Materna Sep/2005
- * Resolución 412 /2000
- * Políticas IAMI
- * Guías Atención Médica y de Enfermería
- * Manual de Bioseguridad
- * Protocolos del Comité de Infecciones
- * Protocolos Ministerio Protección
- * Sentencia C-355 de 2007, interrupción voluntaria del embarazo

ELABORÓ:

Manuel Carvajal

FIRMA: **MANUEL CARVAJAL**
NOMBRE: **JHOAN MANUEL CARVAJAL**
CARGO: **GRUPO LIDER DE PROCESOS.**

REVISÓ:

Luis Enrique Alvarez Laverde

FIRMA: **LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE**
NOMBRE: **LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE**
CARGO: **SUBGERENTE.**

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
NOMBRE: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
CARGO: **GERENTE**

ENTRADAS	SALIDAS
Remisión Gestante RIPS de Urgencias y/o Historia Clínica	Paciente atendida. Neonato vivo o muerto Certificado de nacido vivo y/o de defunción Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA	REQUISITOS DE SALIDA
RIPS de Urgencias completamente diligenciado Fotocopia Documento de Identidad Fotocopia del Carnet de Seguridad Social	Pacientes atendidos oportunamente. Certificado completamente diligenciado y con firma del ginecólogo Historia clínica completamente diligenciada

PROCESOS PROVEEDORES	PROCESOS CLIENTES
Proceso de Admisión de Urgencias Proceso de Referencia	Proceso de Facturación Procesos de atención en Cuidado Crítico Procesos de Registro civil de nacimiento (externo) Procesos de atención en hospitalización Procesos de egreso Proceso de remisión del paciente hospitalizado

PROCESOS DE APOYO	INDICADORES DE EFICACIA
Procesos de Gestión Hotelera Procesos de Farmacia Procesos de Suministros Procesos de Registros Clínicos Procesos de Mantenimiento Procesos de Ayuda Diagnóstica y Terapéutica Procesos de Apoyo Clínico Proceso de autorizaciones y Verificación de derechos	Salida sin complicación del binomio madre hijo / Gestantes y neonatos hospitalizados.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	REGISTROS
Decreto 412/1992 Plan de Choque para la Prevención y Control de la Mortalidad Materna Resolución 412 /2000 Políticas IAMI Guías Atención Médica y de Enfermería Manual de Bioseguridad Protocolos del Comité de Infecciones Protocolos Ministerio Protección	RIPS. Historia Clínica. Certificado Nacido Vivo Libro de atención de partos libro de registro de TSH, Libro de recién nacidos Libro de traslado de pacientes.

- ACTIVIDADES**
1. La auxiliar de enfermería asignada al consultorio, ingresa a la paciente con historia clínica de Urgencias al consultorio de admisiones, en caso de aumento de la demanda y/o de la complejidad clínica de las pacientes, la Enfermera establece la prioridad de atención de la Gestante.
 2. La auxiliar de Enfermería de consultorio, prepara la paciente, según el procedimiento SP-PRO001 (Procedimiento para la Preparación de Paciente que ingresa a Consultorio), para ser valorada por el Médico Especialista en Obstetricia.
 3. El Médico Especialista en Obstetricia valora la paciente, según Proceso de Valoración Inicial por Médico Especialista.
 4. El Médico Especialista realiza los registros en la Historia Clínica, define conducta y si requiere hospitalización elabora órdenes médicas, define plan terapéutico y elabora consentimiento informado. Si la paciente no requiere Hospitalización, elabora el Plan Terapéutico ambulatorio
 5. Si la paciente requiere hospitalización, la Auxiliar de Enfermería de consultorio la traslada al Servicio de Sala de Partos.
 6. El Médico Especialista realiza el control del trabajo de parto, registrando en el Partograma, atiende el parto y el alumbramiento, atención de la materna en el postparto, según la Guía de Atención.
 7. La auxiliar de enfermería asignada a la sala de partos registra el nacimiento en EL LIBRO DE ATENCIÓN DE PARTOS.
 8. El Médico Especialista toma las muestras del Cordon Umbilical, para Hemoclasificación y TSH, según protocolo del Ministerio de la Protección Social.
 9. La auxiliar de Enfermería de sala de partos, recibe las muestras y las rotula, realizando los registros en el libro de REGISTRO DE TSH, según protocolos.
 10. La Enfermera y/o la Auxiliar de Enfermería inician el manejo del Puerperio inmediato según Guías de Atención.
 11. El Médico Especialista en Pediatría, realiza adaptación neonatal según la Guía de Atención.
 12. La Auxiliar de Enfermería asignada a Adaptación Neonatal, elabora la manilla de identificación del recién nacido con los siguientes datos: nombre de la madre, fecha y hora de nacimiento, peso, talla y género y lo registra en el LIBRO DE RECIÉN NACIDOS.
 13. El equipo de Salud que interviene en la Atención del Parto, realiza los registros en la historia clínica correspondiente.
 14. La Enfermera de Vacunación inicia esquema correspondiente al recién nacido.
 15. A las 6 horas del parto y de acuerdo a evolución se traslada binomio madre e hijo a hospitalización, según proceso de traslado intrahospitalario de pacientes UFH-PRO004, previa asignación de cama según Proceso UFH-PRO017.
 16. La auxiliar de enfermería que entrega a los pacientes hace registro en el LIBRO DE TRASLADO DE PACIENTES.
 17. El Equipo de Salud aplica políticas IAMI durante todo el proceso.

ELABORÓ: FIRMA:  NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS.	REVISÓ: FIRMA:  NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVÁREZ LAVERDE CARGO: SUBGERENTE	APROBÓ: FIRMA:  NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE
--	--	--



HOSPITAL
Federal Lleras Acosta
IBAGUE - TOLIMA - E.S.E

CARACTERIZACIÓN MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: EGRESO POR ALTA VOLUNTARIA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para los pacientes que soliciten retiro voluntario de la Institución

RESPONSABLE Médico del servicio
OBJETO: Garantizar que los pacientes que soliciten retiro voluntario, reciban información completa y cumplan los trámites de tipo administrativo y asistencial para su egreso.

CODIGO SP-PRO 009

FECHA DE ELABORACION: 30 - 07 - 06

FECHA DE APROBACION: 13-09-2007

ENTRADAS

- Manifestación del paciente de suspender el tratamiento hospitalario.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente o familia autónomos para decidir la suspensión del tratamiento hospitalario

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Revista Médica.
- Proceso de Atención de Enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de Oficina Jurídica y Control Disciplinario.
- Proceso de autorizaciones.
- Proceso de devolución de medicamentos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100/93
- Resolución 5261/94
- Resolución 1995/95
- Decreto 2423 /96
- Acuerdo 306/05
- Constitución Política de Colombia 1991
- Declaración de los derechos del usuario.
- Ley 23 de 1981.
- Ley 1122 de2007.
- Circular 30 de la Supersalud.
- Resolución 1446 de 2006

CONTROL

- Revisión y análisis de los casos registrados como retiro voluntario.

ACTIVIDADES

1. El paciente mayor de edad, la familia o el representante legal del paciente, expresa(n) al personal médico o de enfermería, el deseo de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario.
2. El médico indaga al paciente, familia y/o representante legal la causa que motiva la solicitud de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario. Si el problema puede ser corregido se realizaran todas las acciones necesarias para hacerlo.
3. El médico le explica al paciente y la familia, las condiciones clínicas y la importancia de continuar con el tratamiento hospitalario, los beneficios o las posibles complicaciones en caso de no continuarlo.
4. Si el paciente es menor de edad, se le explica a la familia que priman los derechos del menor sobre las decisiones de los tutores y los conceptos médicos tienen prelación, por el derecho fundamental a la vida y la salud.
5. Si la familia insiste en la voluntad de suspender el tratamiento hospitalario al menor de edad, la trabajadora social reporta la situación al defensor del ICBF para legalizar y garantizar la continuidad de la atención en salud.
6. El médico tratante diligencia el formato de Declaración de Retiro Voluntario completo con firma, huella, testigo y elabora registro en la Historia Clínica, si el paciente no sabe firmar se coloca la huella y testigo con firma a ruego.
7. Se le informa al paciente la posibilidad de desistir en cualquier momento de la decisión del retiro voluntario y la opción de reiniciar el tratamiento cuando lo desee.
8. Al salir el paciente la auxiliar de enfermería le entrega las ayudas diagnósticas, formula médica, resumen de la Historia Clínica, se le sugiere citas de control y se le dan recomendaciones.
9. La auxiliar de enfermería registra en el formato de notificación de eventos adversos.
10. Se continúa el proceso de egreso administrativo.

SALIDAS

- Paciente egresado voluntariamente con declaración de retiro voluntario firmado y registrado en al Historia Clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente, familia y/o responsable informado de su condición Clínica, riesgos y complicaciones de su retiro voluntario.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de egreso administrativo.

INDICADORES

- % de pacientes egresados por retiro voluntario.

RECURSOS

- Formatos
- Computador
- Sala de entrevista con el paciente.

REGISTROS

- Formato de Declaración de retiro voluntario
- Historia Clínica

ELABORÓ:

Manuel Manuél Carvajal García

FIRMA:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS.

REVISÓ:

Luis Enrique Alvaréz Laverde

FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE.



**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN SALA DE PARTOS
PROCESO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESPONSABLE: ENFERMERA

OBJETO: GARANTIZAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LA VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PROPORCIONE AL PACIENTE CUIDADO INTEGRAL, BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

Código: SP. PROO 10

FECHA DE ELABORACIÓN: 22-08-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 04-10-2007

ENTRADAS
➤ Paciente hospitalizado.

REQUISITOS DE ENTRADA
➤ Paciente hospitalizado con impresión diagnóstica y especialidad tratante definida

PROCESOS PROVEEDORES
➤ Proceso de admisión del paciente en servicios de hospitalización.
➤ Proceso de atención inicial médica

PROCESOS DE APOYO
➤ Procesos de servicios generales.
➤ Proceso de información al paciente y la familia.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
➤ Ley 226 de 1996.
➤ Ley 911 de 2004. (Cód. ética enfermería).
➤ Resolución 1043 de 2006.
➤ Protocolos del comité de Infecciones.
➤ Guías de manejo médico y de enfermería.

FIRMA: MORA ELABORÓ:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL G.
CARGO: Líder de procesos U. F. Quirúrgicos

ACTIVIDADES
1. Al ingreso al servicio el profesional de Enfermería de turno valora al paciente, toma los datos significativos, elabora el diagnóstico de acuerdo al patrón alterado, define la meta y propone actividades para el cumplimiento de la misma.
2. El profesional de Enfermería elabora plan de Atención de Enfermería, según protocolo y hace registro en el formato establecido, escribe su nombre, firma, RUN y lo anexa a la historia clínica.
3. El profesional de Enfermería explica a la auxiliar, la familia y el equipo de salud el objetivo y las actividades a desarrollar para obtener la meta propuesta.
4. La profesional de enfermería y la auxiliar de enfermería ejecutan las actividades del Plan de Atención de Enfermería y las registran en la historia clínica.
5. La enfermera realiza monitoreo y evalúa el plan de atención de enfermería, lo modifica y ajusta de acuerdo a la evolución del paciente.

REQUISITOS DE SALIDA
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería elaborado y evaluado.

PROCESOS CLIENTES
➤ Proceso de Atención de Enfermería
➤ Proceso de Atención médica.

INDICADORES
➤ Porcentaje de historias clínicas con planes de atención de enfermería.

CONTROL
➤ Registro del plan de atención de enfermería en la historia clínica.

REGISTROS
➤ Formato de plan de atención de enfermería.
➤ Evolución de enfermería en la historia clínica.

FIRMA: JUIS REVISÓ:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

SALIDAS
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería

REQUISITOS DE SALIDA
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería elaborado y evaluado.

PROCESOS CLIENTES
➤ Proceso de Atención de Enfermería
➤ Proceso de Atención médica.

INDICADORES
➤ Porcentaje de historias clínicas con planes de atención de enfermería.

RECURSOS
➤ Papelería.
➤ Formatos.
➤ Computador.
➤ Impresora.

RECURSOS
➤ Papelería.
➤ Formatos.
➤ Computador.
➤ Impresora.

FIRMA: APROBO:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
IBAGUÉ - TOLIMA - E.S.E

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: SOLICITUD, GESTIÓN Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICAR PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN VALORACIÓN, CONCEPTO Y/O TRATAMIENTO POR OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS DOS SEDES DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE.	RESPONSABLE: MEDICO ASISTENCIAL DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE	OBJETO: COORDINAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR AL PACIENTE EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE SU PATOLOGÍA.	CÓDIGO: SP-PROO11	FECHA DE ELABORACIÓN: 02-05-2005	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17-11-2009
--	---	---	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
Solicitud de inter consulta.
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA
Historia Clínica completa
Orden Médica con registro de solicitud de Interconsulta.
Solicitud de inter consulta con justificación clara.

PROCESOS PROVEEDORES
Atención medica diaria por especialista UFH-PROO14
Valoración inicial por medico especialista UR-PROO03.
Revista medica diaria UCC-PROO06.
Valoración inicial por especialista SP-PROO14.
Atención en salud en salas de observación SP-PROO15

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Verificación de derechos y Autorizaciones.
Referencia
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Resolución 5261 /94 MAPIPOS
CIE -10.
RES. 1995 /99 (H.C)
Guías Integrales de atención.

ACTIVIDADES
1. El médico tratante identifica la necesidad de Valoración por otro profesional.
2. El médico tratante registra en las ordenes medicas y en la hoja de evolución médica la justificación de la solicitud de valoración por otro profesional.
3. El médico tratante diligencia el formato de Interconsulta con los datos del paciente, número de identificación, nombre, cama, fecha y hora de solicitud, resumen de Historia Clínica y motivo de la Interconsulta, la firma y escribe su nombre y el número del registro médico.
4. El médico tratante entrega la solicitud de Interconsulta al médico asistencial o a la Enfermera (O).
5. Quien reciba la solicitud consigna en el libro de registro de interconsultas con fecha y hora, se comunica telefónicamente con el especialista interconsultado, según cuadro de turnos, registrando fecha, hora y observaciones de la comunicación.
6. El profesional Interconsultado responde la interconsulta en el tiempo establecido, máximo 4 horas para las especialidades presenciales y 12 horas para las especialidades de disponibilidad.
7. El profesional Interconsultado valora el paciente, emite concepto y registra en el formato de solicitud y respuesta de interconsulta y define el plan de manejo si es el caso, el cual se anexa a la historia clínica, con fecha, hora, nombre, firma y número de registro medico.
8. El médico asistencial del servicio acompaña al médico especialista durante la valoración y registra en el libro de interconsultas la hora de respuesta.
9. El profesional Interconsultado diligencia en forma completa el RIPS de procedimiento, registrando fecha, código del procedimiento, código de diagnóstico en CIE - 10 y firma, este registro se deposita en el cajón de facturación y/o es entregado a facturación una vez se diligencia la hoja.
10. En caso de requerir el traslado del paciente a otro servicio para ser valorado se realiza según el proceso de traslado de pacientes y de ser necesario el médico asistencial diligencia la solicitud de ambulancia para su trámite por la oficina de referencia y contrarreferencia.

RIESGO
Falta de oportunidad en la atención

REGISTROS
Hoja de solicitud y respuesta de Interconsulta - Libro de registro de Interconsultas.
RIPS de procedimientos. - Historia clínica.

CONTROL
Libro de registro de interconsultas

SALIDAS
Paciente con concepto y/o plan de manejo establecido por la especialidad Interconsultada.
RIPS de procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente con concepto y/o Plan manejo establecido por la especialidad Interconsultada registrada en la historia clínica.
RIPS completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de traslado de pacientes
Proceso de valoración diaria por especialista
Proceso de facturación
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.
Proceso de programación quirúrgica.

INDICADORES
Oportunidad de respuesta de interconsultas.

RECURSOS
Papelería.
Medios de comunicación.
Ambulancia

ELABORÓ: FIRMA: HOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA NOMBRE: HOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA CARGO: LIDER GRUPO DE PROCESOS UF QUIRURGICOS	REVISÓ: FIRMA: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS	APROBÓ: FIRMA: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN CARGO: GERENTE
--	--	--



HOSPITAL
Fundación Luján García
IBRAGE - TOLIMA, E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para las ayudas dx que superan la capacidad instalada del hospital

RESPONSABLE: Auxiliares de verificación de derechos y autorizaciones

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar la gestión y toma de las ayudas diagnósticas solicitadas y que no se realizan en la institución.

Código: SP-PRO012
Fecha de elaboración: 21-08-2007

Fecha de actualización: 21-08-2007

ENTRADA

Solicitud de la ayuda diagnóstica
Paciente

PROCESO

1. Si el paciente es contributivo el trámite de autorización se hará directamente con la EPS correspondiente según convenio.
2. Si la ayuda diagnóstica solicitada es un, electroencefalogramas, RMN, panorámicas, ecografías oculares y las que no se realicen en la institución por daño de equipos, la auxiliar de verificación de derechos, recibe la orden médica, la fotocopia del documento de identidad y de la seguridad social, para el paciente vinculado o con diagnóstico no POSS.
3. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones, diligencia el formato de solicitud de autorización de servicios por el Software y lo envía a la SST y espera la autorización para su respectivo trámite, con la Institución que ellos tengan convenio
4. Después de recibir la autorización, la auxiliar de verificación de derechos, solicita la cita y se envía al paciente en ambulancia, explicándole al el y a su acompañante, porque se envía y haciendo claridad que allí deben cancelar el copago correspondiente de acuerdo al nivel social.
5. La auxiliar de verificación de derechos realiza el RIPS de la ambulancia en caso de que la toma de la ayuda sea dentro del perímetro urbano y lo entrega a facturación, para que sea cargado el servicio a la cuenta del paciente.
6. Si la ayuda es por fuera de la Ciudad, se hace la solicitud a la SST vía software para el trámite y autorización del servicio de ambulancia.
7. Si el paciente tiene ARS y el diagnóstico es POSS, depende del tipo de contratación que tenga la institución, si está capitado, se gestiona la orden con la oficina de autorizaciones y una vez se tenga el visto bueno se procede a solicitar la cita de acuerdo a la red alterna que tenga el hospital.
8. Si no es capitado, la auxiliar de verificación de derechos, se comunica telefónicamente con la ARS y ellos determinan el sitio de acuerdo a su red, donde se debe enviar al paciente, previa autorización.
9. La auxiliar toma copia de la autorización y se le entrega a facturación, solicita la cita y envía el paciente.

SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada

REQUISITOS DE SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada y anexada en la historia clínica.

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente
Proceso de traslado del paciente a quirófano
Proceso de remisión del paciente a un de mayor o menor complejidad.
Proceso de facturación.

INDICADORES DE EFICACIA

Tiempo en que se solicita la ayuda dx – el tiempo en que se toman y anexan a la historia clínica.
Estándar: no debe superar las 24 horas

PROVEEDOR

Proceso de valoración inicial por especialista.
Proceso de solicitud y respuesta de inter consultas

PROCESOS DE APOYO

Proceso de autorizaciones
Proceso de verificación de derechos.
Procesos de Contratación.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contratación vigente
MAPIPPOS
Acuerdos 306
CIE 10

CONTROL

Ayudas diagnósticas que no se toman en la institución no mayor a 24 horas.

REGISTROS

Historia clinica -Formato de autorización de servicios – autorización – RIPS de facturación del servicio de ambulancia

RECURSOS

Telefax – lapiceros – papelería historia clinica
– teléfono – software - computador

FIRMA:
ELABORÓ:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: LIDER GRUPO PROCESOS HOSPITALIZACIÓN

FIRMA:
REVISÓ:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

FIRMA:
APROBÓ:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Fabricio Lleras Acosta
URABE - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN AMBULANCIA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes hospitalizados que requieren ser movilizados en Ambulancia a otra Institución definitiva o temporalmente

RESPONSABLE
Médico asistencial y Enfermera

OBJETO: Garantizar un adecuado traslado del paciente asegurando su atención en salud e integridad física

CÓDIGO
SP-
PRO013

FECHA DE ELABORACION:
01 - 08 - 06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
11/10/07

ENTRADAS

- Orden médica de remisión o contra remisión.
- Orden de ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realizan en la Institución

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de comprobación y verificación de derechos informa al médico, enfermera, familiar y/o responsable del paciente, la aceptación de la remisión ó contra-remisión, la asignación de cita para ayuda diagnóstica o terapéutica, especificando el lugar, fecha, hora, requerimientos especiales y tipo de traslado en ambulancia, diligenciando los registros correspondientes.
2. La enfermera y/o médico tratante solicita a la tripulación de ambulancia su debida identificación y se procede a entregar al paciente:
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Básico: lo entrega la auxiliar de enfermería a cargo del paciente al auxiliar de la ambulancia.
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Medicalizado: el médico asistencial del servicio lo entrega al médico de la ambulancia al igual que el personal de enfermería. Se verifica que cumpla con los requerimientos mínimos para el traslado.
3. El personal de enfermería entrega al auxiliar de ambulancia los documentos necesarios para la remisión o contra-remisión, ayudas diagnósticas y medicamentos para el tratamiento durante el traslado.
4. El personal de enfermería realiza el registro de salida del paciente en la Historia Clínica y en el libro de traslado de pacientes o en el de egresos, según el caso.
5. Si durante el traslado se presenta alguna novedad la tripulación de la ambulancia debe informar a esta Institución.
6. Al regreso del paciente la tripulación de la ambulancia debe entregarle al médico y/o enfermera, copias de los registros de la evolución médica y de enfermería durante el traslado (bitácora de viaje)
7. En caso de toma de ayudas diagnósticas la tripulación de la ambulancia debe entregar los reportes y placas correspondientes. De no ser así informará cuando serán entregados y a través de que medio.
8. El médico de Referencia y Contrarreferencia debe verificar periódicamente (una vez al mes por cada proveedor) en forma aleatoria, que el servicio de Ambulancia contratado cumple con los estándares de habilitación de acuerdo a las normatividad vigente. Esta revisión será documentada en lista de verificación y enviada al interventor del contrato

SALIDAS

- Paciente trasladado a otra Institución en forma definitiva, o de vuelta en la institución después de la toma del exámen.

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente trasladado adecuadamente a otra Institución con copia de la bitácora adjunta a la historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Cita asignada y confirmada
- Remisión o Contra-remisión aceptada, epicrisis diligenciada y cuenta cerrada.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de atención médica.
- Proceso de Referencia y Contrarreferencia

INDICADORES

- Porcentaje de traslados con bitácora adjunta en historia clínica.
- Índice de satisfacción en encuestas de traslado de paciente en ambulancia.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención médica diaria
- Proceso de Interconsulta
- Proceso de ayudas diagnosticas y terapéuticas
- Proceso de remisión y contra remisión

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Enfermería
- Proceso de Farmacia
- Proceso de Contratación

RECURSOS

- Papelería.
- Ambulancia TAB.

REGISTROS

- Historia clínica.
- Libro de egreso de pacientes.
- Libro de traslado a otras Instituciones
- Formato de referencia y/o contrarreferencia.
- Bitácora de viaje.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 1011 / 06
- Resolución 1043 / 06 (Anexos Tec.)
- Contratación Vigente
- Guías medicas y de enfermería
- Decreto 2759 / 91

CONTROL

- Bitácora de viaje.
- Encuesta de satisfacción del traslado.

ELABORÓ:

M. Manuél Carvajal García

FIRMA: _____
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: Coordinador UF, Quirúrgicos

REVISÓ:

Luis Enrique Álvarez Laverde

FIRMA: _____
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: _____
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
HAB: 1964-11-18

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: VALORACION INICIAL POR MEDICO GINECO-OBSTETRA.**

VERSION:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para todos las pacientes que requieren consulta gineco-obstetricia

RESPONSABLE:
MEDICO
ESPECIALISTA

OBJETO: Atender oportunamente a las pacientes que requieren valoración por ginecología.

Código:
SP-
PRO014

Fecha de elaboración:
AGOSTO 2006

Fecha de actualización:
28/04/08

ENTRADAS

Paciente remitida o que demanda la atención.

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería asignada a consultorio, ingresa la paciente con historia clínica de Urgencias al consultorio de admisiones, en caso de aumento de la demanda y/o de la complejidad clínica de las pacientes, la enfermera establece la prioridad de la atención de la Gestante.
2. La auxiliar de Enfermería de consultorio, prepara la paciente, según el procedimiento SP-PROC001 (Procedimiento para la Preparación de Paciente que ingresa a Consultorio), para ser valorada por el Médico Especialista en Obstetricia y registra en el Libro de consulta los datos de la paciente con fecha y hora del RIPS de urgencias y de la entrada al consultorio.
3. El ginecólogo valora la paciente, realiza la anamnesis, examen físico completo, le explica a la paciente y familia las condiciones de salud, el diagnóstico y la conducta a seguir y si es posible se informa el pronóstico.
4. El ginecólogo registra en la historia clínica de urgencias la evolución del paciente y la conducta definida con fecha, hora de atención, firma y registro médico.
5. El ginecólogo elabora las ordenes médicas, define plan terapéutico, consentimiento informado, solicita ayudas diagnósticas si se requieren y elabora formato de inter-consulta en caso de ser necesaria por otra especialidad.
6. Si el médico define dar de alta a la paciente, hace la fórmula médica y se la entrega a la paciente explicando el tratamiento y dando recomendaciones pertinentes según la patología.
7. La auxiliar de enfermería de consultorio entrega copia de historia clínica de urgencias a la paciente y/o familiar para iniciar el proceso de facturación de consulta.
8. Si el paciente requiere cirugía o un procedimiento invasivo y/o tratamiento médico, se le explica al paciente y su familia sobre el procedimiento a realizar y diligencia el consentimiento informado.

SALIDAS

Paciente atendida por médico especialista Gineco-obstetra.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente valorado con conducta definida.
Paciente y familia informados
Historia clínica completa
Atención de enfermería iniciada

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Referencia
Proceso de Admisión del paciente en urgencias

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Contratación
Procesos de Suministros
Procesos de apoyo diagnóstico
Procesos de Gestión hotelera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías médicas de atención
Resolución N° 1995 / 99
Resolución interna de Octubre 2004
Contratación vigente
Resolución 0412/2000.
Decreto 412 de 1992
Ley 23 de 1981
Código de ética institucional

CONTROL

Registro en el libro de Consulta de las horas de atención

Historia Clínica, RIPS.
Libro de Consulta

RIESGO

Complicaciones por demora en la atención

REGISTROS

Consultorio de Ginecología
Insumos
Papelería

INDICADORES

Oportunidad de la atención por ginecólogo.

RECURSOS

Consultorio de Ginecología
Insumos
Papelería

ELABORÓ:

Manuel Carvajal García

FIRMA: *Manuel Carvajal García*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: COORDINADOR UF QUIRÚRGICOS LIDER PROCESOS

REVISÓ:

Luis Enrique Álvarez Laverde

FIRMA: *Luis Enrique Álvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE.



HOSPITAL
Federico Llerenas García
1980 - 1981 - 1982 - 1983

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN GINECOOBSTETRICA
PROCESO: ATENCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICABLE A TODAS LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN OBSERVACIÓN DE SALA DE PARTOS

RESPONSABLE:
MEDICO
GINECOOBSTETRA

OBJETO: MONITORIZAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO PERMANENTE DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN SALAS DE OBSERVACION.

CÓDIGO:
SP-
PRO015

FECHA DE ELABORACIÓN:
12/08/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
12/05/2008

ENTRADAS

Paciente hospitalizada y admitida en sala de partos.
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

Historia clínica completa con los informes de las ayudas diagnósticas solicitadas

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso admisión en sala de partos.
Proceso valoración inicial por médico especialista.
Proceso de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

PROCESOS DE APOYO

Proceso farmacia.
Proceso autorizaciones
Procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico
Procesos de Gestión hotelera
Procesos de apoyo clínico
Procesos mantenimiento

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías de atención médicas y de enfermería.
Resolución n° 1995 de 1999
CIE 10
Resolución interna 1494 de 2004 (Folios de la Historia clínica).

ACTIVIDADES

1. El ginecólogo que entrega turno, informa al que recibe sobre las pacientes hospitalizadas.
2. El ginecólogo que recibe turno revisa cada una de las historias clínicas, valora y evoluciona las pacientes, y le explica las condiciones clínicas actuales y el plan de manejo a seguir.
3. El ginecólogo diligencia las órdenes médicas y las solicitudes de ayudas diagnósticas y terapéuticas requeridas.
4. El personal de enfermería ejecuta los procedimientos necesarios acorde a las necesidades de salud de la paciente.
5. El ginecólogo registra en la historia clínica la evolución con fecha y hora, firma, nombre y número de registro médico.
6. Al finalizar el turno, se entrega al ginecólogo entrante paciente por paciente, haciendo énfasis en lo crítico y las situaciones pendientes por solucionar y registrar en el libro entrega de turno.
7. El ginecólogo debe elaborar las epicrisis cuando se genere un egreso.

SALIDAS

Paciente evolucionada en cada turno

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con conducta definida.

PROCESOS CLIENTES

Procesos de egreso.
Procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico.
Proceso de referencia

INDICADORES

Tiempo de estancia

RECURSOS

Papelaría.
Insumos.
Material medico quirurgico

RIESGO.

Complicaciones de los pacientes por definición tardía de conducta y/o falta de entrega de turno.

CONTROL

Libro de entrega de turno.
Historia clínica

REGISTROS

Historia clínica,
Libro de entrega de turno.

ELABORÓ:

Manuel Carvajal García

FIRMA: *Manuel Carvajal García*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA
CARGO: LIBER PROCESOS – COORD. UF QUIRÚRGICOS.

REVISÓ:

Luis Enrique Álvarez Laverde

FIRMA: *Luis Enrique Álvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: SALA DE PARTOS
PROCESO: GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

ALCANCE: Este documento aplica al trámite de las ayudas diagnósticas que se realizan en la institución que no son imágenes diagnósticas

RESPONSABLE: Personal de enfermería.

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para que realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la institución.

Código: SP-PRO016
Fecha de elaboración: 2006-09-10

Fecha de actualización: 2006-11-02
Página: Original

ENTRADA

Paciente hospitalizado en observación
Solicitud de ayuda diagnóstica.

REQUISITOS DE ENTRADA

Solicitud de ayuda diagnóstica correctamente diligenciada.

PROVEEDOR

Proceso de atención inicial de médico general.
Proceso de valoración inicial de médico especialista.
Proceso de solicitud, trámite y respuesta de inter consulta.

PROCESOS DE APOYO

Procesos de facturación.
Proceso de autorización.
Proceso de traslado intra hospitalario

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 / 93
Contratación vigente.

ACTIVIDADES

1. Después de realizar la valoración, el médico general diligencia el formato de solicitud médica de ayudas diagnósticas; hace un resumen pequeño de la historia clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
2. La enfermera verifica que la orden este completa y correctamente diligenciada.
3. La enfermera envía la orden con el camillero al área requerida, para que desde cada uno de los servicios asignen la cita respectiva.
4. Del servicio solicitado, llaman a urgencias para avisar que pueden llevar al paciente para tomar la ayuda diagnóstica.
5. El camillero de turno, transporta al paciente hasta el sitio donde será tomada la ayuda diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería.
6. Una vez tomado el examen, el camillero desplaza nuevamente al paciente y lo ubica en el sitio de hospitalización del servicio de urgencias.
7. El camillero le informa a la enfermera que la ayuda diagnóstica está tomada.
8. La enfermera debe estar pendiente que el camillero suba por el reporte de la ayuda diagnóstica tomada. (si no fue entregada de inmediato).
9. La enfermera anexa el resultado de la ayuda diagnóstica a la historia clínica del paciente.

CONTROL

Formato de solicitud de Ayuda diagnóstica correctamente diligenciado.
Oportunidad de toma de ayuda diagnóstica.

REGISTROS

Orden médica de ayuda diagnóstica.
Historia clínica.

SALIDA

Usuarios con ayudas diagnósticas tomadas.
Reportes de la ayuda diagnóstica en la Historia clínica del paciente

REQUISITOS DE SALIDA

Ayudas diagnósticas anexadas en la historia clínica correspondiente al paciente

CLIENTE

Procesos de egreso
Procesos de atención médica

INDICADORES DE EFICACIA

Hora en que se anexa el reporte de la ayuda diagnóstica a la historia clínica - hora en que se solicita la ayuda diagnóstica.
Formatos de solicitud de ayudas diagnósticas correctamente diligenciados / total de ayudas diagnósticas solicitadas X 100.

RECURSOS

Papelería.
Camillas.
Sillas de ruedas.
Telefono

ELABORÓ:
FIRMA: 
NOMBRE: M. CARVALOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:
FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:
FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
HOSPITAL CARLOS MARCHA
HABANA - CUBA - 11131

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

PROCESO: INFORMACIÓN A LA PACIENTE Y SU FAMILIA

ALCANCE: APLICA A
TODAS LAS PACIENTES
QUE DEMANDAN
ATENCIÓN EN EL SERVICIO
DE GINECOOBSTETRICIA

RESPONSABLE:
MEDICO
ESPECIALISTA.

OBJETO: OFRECER A LA PACIENTE Y SU
FAMILIA INFORMACION VERAZ Y OPORTUNA
SOBRE SITUACION CLINICA, PRONOSTICO,
TRATAMIENTO Y TRAMITES
ADMINISTRATIVOS.

CÓDIGO:
SP-PRO017

FECHA DE
ELABORACIÓN:
12-08-2006

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
12-05-2008

ENTRADAS
Paciente y familia

REQUISITOS DE ENTRADA
Pacientes valorados por el
ginecólogo y/o pediatra en sala de
partos.

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de valoración inicial por
especialista.
Proceso de admisión en sala de
partos.
Proceso de atención en salud en
sala de observación.
Proceso de atención de partos y
puerperio.
Atención de la paciente con aborto
en curso.

PROCESOS DE APOYO
Procesos de gestión hotelera.
Procesos de visitas.
Proceso de orientación al usuario

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 23 de 1981
Ley 100/93.
Contratación vigente.
Decreto 1011 de 2006, Sistema

ELABORÓ:
Manuel Carvajal García
FIRMA:
NOMBRE: JOUAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO DE PROCESOS QUIRURGICOS Y SALA DE PARTOS

ACTIVIDADES
1. El Médico especialista se presenta a la paciente y a su
acompañante.
2. Una vez atendida la paciente, el médico suministra la información
necesaria con respecto al diagnóstico, tratamiento con beneficios
y riesgos y pronóstico, verificando que la paciente y su
acompañante entiendan dicha información y registrando en la
historia clínica.
3. El médico solicita a la paciente el consentimiento para la
realización del tratamiento y procedimientos pertinentes dejando
claro que puede desistir si a bien lo tiene. De esto se deja registro
en la historia clínica.
4. El grupo de enfermería de turno se presenta y explica los
procedimientos de enfermería a realizar, las horas de visita,
orienta en servicios de: aseo, alimentación y trámites
administrativos y verifica y registra en la historia clínica los
números de teléfono a donde se puede comunicar las novedades.
5. Si la información es requerida telefónicamente, esta debe ser
dada por el médico especialista y/o la enfermera de turno y será la
mínima indispensable.
6. La auxiliar de verificación de derechos informa a la paciente y su
familia sobre aspectos administrativos, copagos, autorizaciones
seguridad social, entre otros.

RIESGO
Mala interpretación de la
información suministrada, que
puedan llegar litigios.

CONTROL
Consentimiento informado
firmado y el registro de
información suministrada en la
Historia Clínica

REGISTROS
Historia clínica
Formulario de consentimiento informado

REVISÓ:
Luis Enrique Álvarez Laverde
FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

SALIDAS
Paciente y acompañantes
informados.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente y acompañantes con
información comprendida.
Consentimiento informado
firmado y registro de la
información dada en la historia
clínica.

PROCESOS CLIENTES
Procesos de atención en
Ginecoobstetricia.
Hospitalización y Procedimientos
quirúrgicos.

INDICADORES
N° de quejas por falta de
comunicación adecuada.

RECURSOS
Sitio adecuado para entrevistas
con paciente y familia.
Papelería

APROBÓ:
Alfonso Ricaurte Riveros
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: SUBGERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: GINECOOBSTETRICIA

PROCESO: VISITAS AL SERVICIO

VERSIÓN: ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todos los visitantes de las pacientes hospitalizadas en sala de partos

RESPONSABLE: Vigilante de turno de la portería de sala de partos

OBJETO: Facilitar la visita a los pacientes del servicio de una forma controlada, reforzando los vínculos afectivos y la participación de la familia en el tratamiento, acorde a las necesidades de los mismos.

CÓDIGO: SP-PRO018

FECHA DE ELABORACIÓN: 19/08/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 19/05/2008

ENTRADAS

Paciente hospitalizada en sala de partos.
Visitantes de la paciente
Censo diario del servicio de sala de partos.

ACTIVIDADES

1. El vigilante del paciente se presenta en la Portería Principal en el horario establecido y solicita el ingreso dando el nombre del paciente que va a visitar.
2. El vigilante de la portería principal verifica en el censo si la paciente se encuentra hospitalizada en el servicio de sala de partos.
3. El vigilante solicita el documento de identidad y registra en el libro de control de visitas los siguientes datos: hora de ingreso, nombre del paciente y número de cama, nombre del vigilante, documento de identidad y se le entrega la ficha correspondiente al número de la cama en que se encuentra el paciente y lo orienta a donde debe dirigirse.
4. El vigilante de turno del tercer piso identifica el vigilante de la paciente y permite la entrada de un visitante por cada paciente en el horario establecido.
5. Al terminar el tiempo de la visita, el vigilante solicita a los visitantes que se retiren exceptuando los casos en los que el equipo de salud considere necesaria la presencia del acompañante
6. El vigilante le informa al visitante sobre la normatividad de la visita: restricción de celulares, lavado de manos, prohibición de entrada de bolsos o paquetes, restricción de entrada de alimentos.
7. Durante el periodo de visita el familiar se puede acercar al puesto de enfermería para entregar los elementos de aseo personal del paciente y solicitar información sobre la evolución de su enfermedad.
8. El vigilante debe estar atento al traslado de los pacientes, para ello debe tener comunicación constante con el equipo de enfermería y así brindar una información veraz y oportuna.
9. En la portería principal al salir del hospital el vigilante devuelve la ficha y reclama el documento de identificación.
10. En caso de presentarse alguna novedad durante las visitas se registrarán en el libro de novedades de vigilancia.
11. El vigilante de la portería principal registra la hora de salida de los visitantes en el libro de control de visitas.

REQUISITOS DE ENTRADA

Familiares o visitantes mayores de 12 años.
El familiar o visitante con documento de identificación.
Censo diario de pacientes actualizado dos veces al día.
Visitas de 11 Am a 12 M y de 5 PM a 6

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de admisión del paciente en sala de partos.

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de vigilancia.
- Procesos de trabajo social y de autorizaciones y verificación de derechos.
- Procesos de Gestión Hotelera
- Procesos de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual de vigilancia.
- Protocolos comité de infecciones.
- Normas de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.
- Protocolos Estrategia IAMI.

RIESGO

Robo de niños.
Perdidas de elementos del servicio.

CONTROL

Visitante con ficha puesta en lugar visible.
Libro de registros de visitas.

REGISTROS

Registro en la historia clínica por enfermería de la visita al paciente.
Libro de novedades de vigilante.
Libro de control de visitas

SALIDAS

Paciente visitado.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente visitado en forma controlada y segura.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de egreso del paciente.
Proceso de autorizaciones.
Proceso de obtención de consentimiento informado.
Proceso de información al paciente y a la familia.

INDICADORES

% de quejas relacionadas con el proceso de visitas.

RECURSOS

Vigilancia.
Equipos de comunicación
Elementos de bioseguridad.
Fichas
Libros - Papelería

ELABORÓ:

Manuel Carvajal García

FIRMA: JHDAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
NOMBRE: JHDAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO DE PROCESOS QUIRÚRGICOS Y SALA DE PARTOS

REVISÓ:

Luis Enrique Álvarez Laverde

FIRMA: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: ALFONSO RICAUORTE RIVEROS
NOMBRE: ALFONSO RICAUORTE RIVEROS
CARGO: SUBGERENTE.



HOSPITAL
General de la Habana
CALLE: 10100A-1-31

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: SALA DE PARTOS
PROCESO: ADMISIÓN PACIENTE PARA HOSPITALIZAR EN SALA DE PARTOS

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODAS LAS PACIENTES QUE REQUIEREN SER HOSPITALIZADAS EN SALA DE PARTOS

RESPONSABLE:
ENFERMERA

OBJETO: RECIBIR A LA PACIENTE EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS CON BASE EN LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PRESTANDO UNA ATENCION OPORTUNA.

CÓDIGO: SP-PRO019
FECHA DE ELABORACIÓN: 28-08-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 28-04-2008

ENTRADAS

Paciente con indicación de hospitalización escrita en órdenes médicas.
Historia clínica.
RIPS de urgencias

REQUISITOS DE ENTRADA

Historia clínica completa.
Ordenes médicas completas y legibles.
Atención de enfermería iniciada.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de valoración inicial por ginecólogo.

PROCESOS DE APOYO

Proceso admisión.
Proceso facturación.
Procesos de farmacia
Procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico.
Procesos de gestión hotelera.
Procesos de suministros.
Proceso de custodia de pertenencias.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías médicas y de enfermería Resolución 1995/99 (manejo historia clínica).
Contratación vigente.
Manual de Biosseguridad.
Protocolos del comité de infecciones.
Manual de buenas prácticas de central de esterilización.
Manual del laboratorio clínico.
Manual del banco de sangre.

ACTIVIDADES

1. El personal médico y de enfermería informa a la paciente y familiar acerca del estado de la paciente y necesidad de hospitalización en el servicio de sala de partos.
2. Si el paciente rechaza la hospitalización, el médico le indica que firme la salida voluntaria, informándole los riesgos y consecuencias de la misma.
3. La auxiliar de enfermería de consultorio ingresa a la paciente al área correspondiente (observación, legrados, sala de partos y postparto) y entrega a la auxiliar de dicha asignación la paciente para continuar tratamiento e informa a la enfermera del servicio.
4. La auxiliar de enfermería registra la paciente en el Libro de Ingreso y Egreso.
5. La auxiliar de enfermería de consultorio registra en el libro de farmacia la fórmula y la deja allí para iniciar el proceso de distribución de medicamentos.
6. En caso de emergencia quirúrgica la enfermera coordina con el servicio de quirófano el traslado de la paciente.

SALIDAS

Paciente ubicada en las diferentes áreas del servicio de sala de partos.
Paciente admitida en el sistema

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con tratamiento iniciado.
Historia clínica completa.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de atención diaria por especialista.
Procesos de recibo y entrega de turno.
Proceso de plan de atención de enfermería.
Proceso de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.
Proceso de egreso por traslado a quirófano

INDICADORES

Porcentaje de fórmulas devueltas por no admisión

RECURSOS

Papelaría.
Suministros.
Elementos de comunicaciones

CONTROL

Formulas devueltas por falta de admisión de la paciente en el sistema

RIESGO

Subfacturación por falta de admisión del paciente en el sistema.

REGISTROS

Historia clínica.
RIPS. Libro de farmacia.
Libro de Ingreso y Egreso

ELABORÓ:

Manuel Carvajal García

FIRMA:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO DE PROCESOS QUIRURGICOS Y SALA DE PARTOS

REVISÓ:

Luis Enrique Álvarez Laverde

FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAUARTE RIVEROS
CARGO: SUBGERENTE

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA
PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.	RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante	OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.	CÓDIGO: SP-PRO020	FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/06-/008
---	---	---	-------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ELABORÓ:
FIRMA: *Isabel Serrano Lopez*
NOMBRE: ISABEL SERRANO LOPEZ
CARGO: CIRUJANO - MIEMBRO GRUPO LIDER DE PROCESOS

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
- El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
- Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve.
- Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
- Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
- Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rehusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicar que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
- Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
- Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
- En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal: en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
- En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentará ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
- El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
- El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.

EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.

RIESGO

- Cancelación de procedimientos
- Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

- No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
- No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Paperería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

REVISÓ:
FIRMA: *Luis Enrique Alvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

PROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE.



HOSPITAL
Familia Diego Ancochea
REGÍSTRATE - REGÍSTRATE - REGÍSTRATE

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN GINECOOBSTETRICIA INDUCCIÓN DEL PACIENTE AL SERVICIO DE SALA DE PARTOS

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: FAMILIA Y/O ACOMPAÑANTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE SALA DE PARTOS.	APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE SALA DE PARTOS.	RESPONSABLE: ENFERMERA.	OBJETO: ORIENTAR AL PACIENTE, FAMILIA Y/O ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS.
---	---	-------------------------	---

CÓDIGO: SP-PROO21	FECHA DE ELABORACIÓN: 27/08/09
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 06/10/09	

ENTRADA

Paciente, familia y/o acompañante

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente que requiera hospitalización orientado o con acompañante.

PROCESO PROVEEDORES

Proceso Valoración inicial por médico ginecobstetra.
Admisión del paciente para hospitalizar en sala de partos.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Limpieza y Desinfección Hospitalaria.
Proceso de Divulgación de derechos y deberes.
Proceso de autorización y verificación de derechos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de Sala de Partos.
Manual de seguridad y vigilancia. Decreto 1011 de Abril 6 de 2006.
Manual de atención al usuario.
Protocolos de comité de infecciones.
Manual de manejo de residuos hospitalarios.
Contratación vigente.

ACTIVIDADES

Una vez la paciente tiene orden de hospitalización la enfermera o auxiliar del consultorio:

1. Informa al paciente y su familia los trámites y documentación necesaria para legalizar la hospitalización, horario de visita y número de la línea telefónica para averiguar por el estado de su paciente.
2. Solicita al paciente designe una persona con la cual se canalice la información durante la estancia hospitalaria.
3. Traslada la paciente al servicio de sala de partos.
La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería asignada a la unidad
4. Presenta al personal de enfermería y miembros del equipo de salud.
5. Orienta a la paciente en el servicio con respecto a:
 - Cama y/o camilla y uso de la misma
 - Baño, ducha y lavado de manos
 - Sala donde se le realizará el procedimiento de acuerdo al motivo de su hospitalización (atención de parto y/o legrado)
 - Manejo de las canecas para desechos
 - Dispensador de Alcohol glicerinado.
 - Horario de visitas
 - Elementos de aseo y algunos aditamentos según el caso
 - Normas de bioseguridad
 - Rutas de evacuación en caso de emergencia
 - Explicar el proceso de custodia de pertenencias.
6. Presenta la(s) compañeras de habitación.
7. Registra la inducción en la evolución de enfermería.

SALIDA

Paciente hospitalizado con inducción en el servicio.
Familia y/o acompañantes informados.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente instalada y familia informada en forma clara y suficiente.

PROCESOS CLIENTES

Atención del paciente con aborto en curso.
Atención al binomio madre e hijo en sala de trabajo de parto, atención de parto y post parto.

INDICADORES

% de insatisfacción por falta de información.
No. de eventos adversos por fallas en el proceso de inducción.

RECURSOS

Paperería.

RIESGOS

Falta de información a los familiares y/o acompañantes.
Eventos Adversos.

CONTROL

Encuestas de satisfacción.
Registro de la inducción en la historia clínica.

REGISTROS

Evolución de enfermería de la Historia clínica.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA
CARGO: COORDINADOR U.F. QUIRÚRGICOS

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ
CARGO: PROFESIONAL CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



**HOSPITAL
Federico Lleras Acosta**
IASBUE - TOLIMA - E.S.E.

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN SALA DE PARTOS
PROCESO: REMISIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APPLICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN SER TRASLADADOS A OTRA INSTITUCIÓN	RESPONSABLE: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	OBJETO: UBICAR A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL EN OTRAS IPS, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, CUANDO LA CAPACIDAD INSTALADA ES INSUFICIENTE O REQUIERE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD.	Código: SR-PRO022	FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 03-12-2007
--	---	---	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

- Paciente Hospitalizado
- Orden de Remisión

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente que requiere ser trasladado por condiciones médicas o administrativas a un nivel de complejidad mayor o menor o EPS remitente
- Orden de remisión por Especialista y completamente diligenciada.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención Médica Diaria por especialista.
Proceso de Revista médica
Proceso de Valoración Inicial por Médico Especialista
Proceso de solicitud, gestión y respuesta interconsulta

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación
Proceso de autorización

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1995 de 1999
Contratación vigente
Decreto 2759 de 1991
Manual de referencia y contra referencia

ACTIVIDADES

1. El medico especialista diligencia el formato de remisión, en original y copia, explicando la causa de la misma, para una institución de mayor o menor complejidad por requerimientos médicos o administrativos.
2. El medico especialista le informa de la necesidad del traslado al paciente y su familiar designado como accidente.
3. El medico asistencial le informa a la auxiliar de verificación de derechos del servicio, la necesidad de tramitar la remisión.
4. La auxiliar de verificación de derechos del servicio, reúne los documentos, así: original del formato de remisión, fotocopia del carné de seguridad social y fotocopia del documento de identidad.
5. La auxiliar de verificación de derechos del servicio solicita via fax o telefonicamente, la autorización y el lugar de ubicación a la administradora de planes de beneficios.
6. La auxiliar de verificación de derechos del servicio lleva la autorización y la remisión a la oficina de referencia y contratereferencia de la institución, diligenciando el libro de tramite de remisiones, donde debe quedar especifica la hora y fecha de recibo y entrega.
7. La auxiliar de referencia y contratereferencia inicia la ubicación del paciente teniendo en cuenta la red alterna de la administradora de planes de beneficio.
8. Una vez confirmada la IPS receptora, la fecha y hora de traslado del paciente, la auxiliar de referencia y contra referencia da inicio al proceso de SOLICITUD Y TRAMITE DE AMBULANCIA.
9. La auxiliar administrativa de referencia y contra referencia llama al servicio donde esta ubicado el paciente e informa a la enfermera el resultado de la gestión realizada.
10. La enfermera informa a la auxiliar de verificación de derechos del piso para que recoja la documentación pertinente en la oficina de referencia y la anexe a la historia clinica haciendo los registros correspondientes.
11. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones ubica e informa a la familia sobre la fecha y hora del traslado del paciente y los requerimientos para el mismo.
12. La enfermera y el medico asistencial del servicio entregan al paciente al personal de la ambulancia, junto con la documentación requerida.

RIESGO

Falta de oportunidad en la ubicación del paciente

CONTROL

Revisión del libro de tramite de remisiones

REGISTROS

Formulario de remisión
Autorización - Libro de tramite de remisiones
Hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos.

SALIDAS

Paciente remitido.

REQUISITOS DE SALIDAS

- Paciente aceptado en la IPS receptora.
- Paciente en condiciones clinicas de ser trasladado.

CLIENTE

- Proceso de traslado interinstitucional de paciente en ambulancia
- Proceso de control de captación
- Proceso de facturación
- Proceso de egreso por alta.
- Proceso devolución de medicamentos

INDICADORES

Oportunidad de tramite de remisión

RECURSOS

Medios de comunicación.
Papelera

ELABORÓ: *M. Carvajal*
FIRMA: *M. Carvajal*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: COORDINADOR UNIDAD FUNCIONAL QUIRÚRGICOS

REVISÓ: *Sever Cortique*
FIRMA: *Sever Cortique*
NOMBRE: SUBGERENTE
COMITÉ LIDER DE PROCESOS

APROBÓ: *Alfonso Ricaurte*
FIRMA: *Alfonso Ricaurte*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federal de Liberación
CALLE: TORRENA, 155

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: SUMINISTROS PROCESO: INGRESO DE BIENES DE CONSUMO Y DEVOLUTIVOS

Version: Original
Página: 1 de 1

ALCANCE: Aplica para el ingreso de todos los bienes de consumo y devolutivos que adquiera el hospital en sus diferentes formas de contratación hasta la radicación de la factura en contabilidad. Excepto los bienes en comodato.

RESPONSABLE:
Profesional U.
Almacén

OBJETO: Garantizar que todos los bienes que adquiera el hospital ingresen al inventario de la institución.

Código SUM-PRO001	Fecha de elaboración: 2009-04-22	Fecha de actualización: 26-05-2009
-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

Facturas de los proveedores
Contratos de compraventa
Convenios de donación
Contratos de Comodatos, para soportar los insumos adquiridos, como contraprestación.

ACTIVIDADES

1. El auxiliar de bodega recibe la mercancía y la factura por parte del proveedor y verifica que los productos facturados sean los que se están entregando y que la mercancía este en buen estado, registrando en el libro de control de ingresos de mercancía y facturas. SUM-LB001.
2. En caso de necesitar apoyo de los coordinadores de los servicios para la recepción técnica de los insumos, el profesional universitario de almacén realiza la solicitud al coordinador correspondiente, quien firma el acta de recepción técnica.
3. Si se presentan diferencias o deterioros en la mercancía el profesional universitario de almacén realiza la respectiva reclamación, ya sea al proveedor o a la empresa transportadora según sea el caso.
4. El profesional Universitario de Almacén, entrega la factura al técnico administrativo de ingresos del almacén, para que realice el respectivo comprobante de ingreso, verificando que los productos facturados sean los mismos solicitados en el contrato.
5. El auxiliar de bodega, distribuye la mercancía en las diferentes bodegas del almacén teniendo en cuenta la ubicación que tenga el producto y que corresponda a la establecida en el sistema.
6. El técnico administrativo del almacén realiza el respectivo comprobante de ingreso, genera el registro de causación de la factura y entrega estos documentos al profesional universitario de almacén para su revisión y firma.
7. La técnica administrativa de suministros elabora el acta de entrega de los bienes y genera el extracto del contrato, para la firma del profesional de almacén y del interventor del contrato.
8. Una vez el profesional universitario de almacén firma los documentos, el técnico administrativo de ingresos, arma el paquete con las facturas del día que incluye la factura, el comprobante de ingreso, la orden de compra si es el caso, la causación de la factura y se las entrega al auxiliar administrativo de suministros que le adjunta el acta de entrega de los bienes, el extracto del contrato y la certificación de aportes parafiscales y de seguridad social para ser entregados al técnico administrativo de contabilidad.

SALIDAS

Comprobantes de ingreso de almacén.
Registro de causación de la factura.

REQUISITOS DE SALIDA

Comprobante de ingreso generado por el sistema de aplicación y con la firma del profesional universitario de almacén.
Registro de causación de la factura generada por el sistema de aplicación.

PROCESOS CLIENTES

Salida de Bienes de Almacén
Inventario de Bienes de Consumo
Inventario de Bienes Devolutivos
Gestión Contable

INDICADORES

% de productos ingresados al inventario que no corresponden con lo contratado.

RECURSOS

Computador
Papelería
Sistema de aplicación.
Medios de comunicación.

PROCESOS PROVEEDORES

Contratación inferior a 300 SMMLV.
Contratación superior a 300 SMMLV y hasta los 1000 SMMLV.
Contratación superior a los 1000 SMMLV.
Direccionamiento Jurídico.

PROCESOS DE APOYO

Procesos de administración de sistemas de información

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de Recursos Físicos
Convenios docente asistenciales

REGISTROS

Comprobante de ingreso de almacén. - Registro de causación de la factura. Libro de control de ingresos de mercancías y facturas. - Acta de recepción técnica. - Extracto del contrato - Acta de entrega de los bienes

RIESGO

Ingresar productos que no correspondan con lo solicitado en el contrato.

CONTROL

Revisión de la mercancía contra la factura y el contrato por los auxiliares de bodega y por los coordinadores de los servicios y registro en el libro y acta de recibo y extracto del contrato firmado por el interventor del contrato.

Elaboró:

Firma:
Nombre: CESAR AUGUSTO TICORA LOZANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO - RECURSOS FISICOS

Revisó:

Firma:
Nombre: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ
PROFESIONAL U. CALIDAD - COMITÉ LIDER DE PROCESOS

Aprobó:

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



**HOSPITAL
Federal Luján, Argentina**
RUBRO: 100.00.1.3.5

ALCANCE: Aplica para la salida de todos los bienes de consumo y devolutivos que requieren las diferentes áreas y servicios.

RESPONSABLE: Profesional Universitario Almacén.

OBJETO: Entregar los bienes de consumo y devolutivos, según la disponibilidad, acorde a las solicitudes de los servicios.

Código SUM-PRO002

Fecha de elaboración: 22-04-09

Fecha de actualización: 21-07-09

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: SUMINISTROS
PROCESO: SALIDA DE BIENES DE ALMACÉN**

Version: Original
Página: 1 de 1

ENTRADAS
Bienes de consumo y devolutivos.
Solicitudes de pedidos de los diferentes servicios.

REQUISITOS DE ENTRADA
Bienes de consumo y devolutivos ingresados al inventario.
Solicitudes de pedidos en el formato de solicitud de pedido firmado por el responsable del área y en las fechas establecidas por el profesional de almacén.

PROCESOS PROVEEDORES
Ingreso de bienes de consumo y devolutivos: SUM-PRO001
Procedimiento de solicitud y recepción de insumos y elementos de almacén UFH-PROCC006

PROCESOS DE APOYO
Procesos de administración de sistemas de información.
Apoyar usuario help desk SIS-PRO002
Soporte a usuarios del software de aplicación SIS-PRO005

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Normograma de Recursos Físicos

ACTIVIDADES

- El auxiliar administrativo de egresos de almacén:**
1. Recibe las solicitudes de pedido de los diferentes servicios, el primer y tercer martes de cada mes.
 2. Verifica en el sistema la existencia de los productos solicitados, los descarga del inventario digitando el comprobante de egreso de almacén, registrando el centro de costo y lo entrega con la solicitud de pedido del área o servicio al profesional de almacén para su revisión y firma.
- El profesional universitario de almacén:**
3. Revisa, firma y entrega los comprobantes de egreso al auxiliar de bodega.
 4. Prepara el pedido retirando de los diferentes depósitos de almacenamiento los productos solicitados para su entrega.
 5. Entrega los pedidos en las diferentes áreas o servicios con el comprobante de egreso en original y dos copias para que sea firmada por el responsable del área o servicio.
- El responsable del área o servicio:**
6. Verifica las cantidades entregadas contra el comprobante de egreso y lo firma, devuelve el original y una copia al auxiliar de bodega.
- El auxiliar de bodega**
7. Entrega al auxiliar administrativo de egresos los comprobantes de egreso de la mercancia entregada en original y una copia.
- El auxiliar administrativo de egresos:**
8. Archiva la copia de los comprobantes de egreso firmados.
 9. Envía semanalmente los originales de los comprobantes de egreso a la división financiera.
 10. Realiza la interfase en los módulos de contabilidad e inventarios.

RIESGO Despacho de productos que no correspondan con lo solicitado en el pedido.	CONTROL Comprobante de egreso firmado por el responsable del área o servicio solicitante.
--	---

SALIDAS
Comprobantes de egreso de almacén.
Bienes de consumo y devolutivos entregados.

REQUISITOS DE SALIDA
Comprobante de egreso generado por el sistema de aplicación y con la firma del profesional universitario de almacén y del responsable del área o servicio solicitante que certifica la recepción de bienes a conformidad.

PROCESOS CLIENTES
Inventario de Bienes de Consumo SUM-PRO003
Inventario de Propiedad planta y equipo SUM-PRO004
Unidades Funcionales asistenciales, administrativas, servicios y oficinas

INDICADORES
% de pedidos mal despachados

RECURSOS
Computador
Papelaría
Sistema de aplicación.
Medios de comunicación.

Firma:
Elaboró
Nombre: CESAR AUGUSTO TOMICORA TOZANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO – RECURSOS FÍSICOS

Firma:
Revisó
Nombre: DIANA PATRICIA BENAVENTE JIMÉNEZ
PROFESIONAL U. CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

Firma:
Aprobó:
Nombre: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: SUMINISTROS
PROCESO: INVENTARIO DE BIENES DE CONSUMO**

ALCANCE: Aplica para los bienes de consumo que se encuentran almacenados, en la farmacia central y del quirófano, el almacén, urgencias y sala de partos.

RESPONSABLE: Profesional Universitario Recursos Físicos.

OBJETO: Verificar que las existencias físicas correspondan con los listados de saldos de inventario del sistema de aplicación.

Código SUM-PRO003	Fecha de elaboración: 29-04-2009	Fecha de actualización: 21-07-09
-------------------	----------------------------------	----------------------------------

ACTIVIDADES

El Profesional Universitario de Recursos Físicos:

ENTRADAS
Documentos de cierre de inventarios.
Bienes de consumo.

1. Elabora el programa de ejecución del inventario anual de bienes de consumo, que contiene el cronograma de realización del inventario, los integrantes de los equipos de conteo y verificación, supervisión, digitación, equipo financiero de verificación, y las actividades de los diferentes equipos.
2. Envía un oficio con el programa del inventario a la gerencia, subgerencia, control interno, división financiera y revisoría fiscal para revisión y recomendaciones.
3. Envía el oficio con el cronograma de inventario a los diferentes coordinadores de unidades funcionales para que hagan las solicitudes de bienes para cubrir las necesidades de los días del inventario.
4. Solicita a los profesionales responsables de las bodegas (Profesional Universitario – Químico Farmacéutico, Profesional Almacén) la confirmación de la ubicación de cada producto.
5. Genera junto con el técnico operativo de recursos físicos las tarjetas de conteo de inventario que contienen la localización del producto, descripción, código, presentación y unidad de medida, según el reporte realizado por los responsables y se las entrega para su ubicación en las diferentes bodegas.
6. Ubican las tarjetas de inventario en los estantes correspondientes.

El técnico de suministros:

PROCESOS PROVEEDORES
Ingreso de bienes de consumo y devolutivos.
Salidas de bienes de almacén.
Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.

7. Genera los listados de los saldos de inventarios de los bienes a contar para entregar a la revisoría fiscal y a control interno.
8. Genera los listados de conteo con código, descripción, presentación, ubicación y el campo para escribir la cantidad contada y los entrega a los supervisores del inventario.
9. Entregan los listados de conteo a cada uno de los delegados de bodega para que sean diligenciados en el proceso de inventario.
10. Realizan el conteo físico de los productos, registran en los listados de conteo y en las tarjetas de inventario la cantidad encontrada y una vez terminan firman y escriben su nombre legible en las tarjetas y en los listados de conteo.
11. Una vez finalizados los conteos entregan el desprendible de las tarjetas de inventario que corresponde al primer conteo y los listados al supervisor de la bodega.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de gestión Contable.
Proceso de Investigación Disciplinaria.
Proceso de Control Interno.
Controloría Departamental,
Revisoría Fiscal, Contaduría General de la Nación.

PROCESOS DE APOYO

Apoyar usuario help desk SIS-PRO002.
Soporte a usuarios del software de aplicación SIS-PRO005
Macro proceso de control Interno.

El equipo de verificación:

12. Realiza las mismas actividades 10 y 11, describas para el primer conteo, diligencian el desprendible que corresponde al segundo conteo o verificación, lo firman y escriben su nombre legible.
13. Verifican que las tarjetas correspondan con el listado y que se encuentren correctamente diligenciadas, los firman y escriben su nombre legible.
14. Entregan las tarjetas y los listados de conteo diligenciados a los digitadores para el ingreso al sistema.

INDICADORES
Numero de observaciones presentados por los profesionales responsables de las bodegas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Normograma de Recursos

Los digitadores:

15. Verifican que los datos consignados en las tarjetas correspondan con los datos del listado y digitan la información en el archivo plano diseñado para tal fin.
16. Imprimen el documento del inventario digitado y lo entregan al grupo de contabilidad para su revisión y verificación.

RECURSOS
Computador
Papelería
Sistema de aplicación.
Medios de comunicación.

RIESGO
Mal conteo del inventario.

El grupo de contabilidad:

17. Comparan el listado definitivo del conteo físico con lo digitado en el sistema y valida el proceso desarrollado.
18. Entrega a la revisoría fiscal copias de las planillas diligenciadas y contabilizadas.
19. Una vez se ha digitado y verificado el inventario, liquida el inventario resultante y lo exporta al aplicativo de inventarios y contabilidad.

REGISTROS
Programa de Inventarios.
Tarjetas de conteo de inventarios.
Hojas de inventarios.
Listado de conteo.
Listado de saldos.
Documento de inventario digitado.
Documento de inventario liquidado con sobrantes y faltantes.

CONTROL
Realización de conteo, validación y supervisión.
Acompañamiento del personal de control interno durante el proceso del inventario

20. Entrega a cada uno de los profesionales responsables de las bodegas el resultado del inventario con los sobrantes y los faltantes para su revisión y presentación de observaciones, las cuales son verificadas por la oficina de Control Interno, durante la realización del inventario, quedando constancia de ellas en acta de verificación de control interno.
21. El inventario liquidado (definitivo), que contiene los hallazgos (faltantes y sobrantes) es enviado a la gerencia, subgerencia, unidad funcional de recursos financieros, control interno y revisoría fiscal.

REQUISITOS DE SALIDA
Inventario.
Inventario avalado por revisoría fiscal y control interno.

Firmado:

Revisó:

Aprobó:

Firma:
Nombre: CESAR AUGUSTO MORA LOZANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO – RECURSOS FÍSICOS

Firma:
Nombre: DIANA PATRICIA BENAVENTURA JIMENEZ
PROFESIONAL U. CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

Firma:
Nombre: IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN
Cargo: Gerente



ALCANCE: Aplica para los bienes que hacen parte de la propiedad, planta y equipo del hospital.

RESPONSABLE: Profesional Universitario Recursos Físicos.

OBJETO: Verificar que las existencias físicas correspondan con los listados de saldos de inventario del sistema de aplicación.

Código SUM# PRO004
Fecha de elaboración: 29-04-2009

Fecha de actualización: 21-07-09

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: SUMINISTROS
PROCESO: INVENTARIO DE PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO

Versión: Original
Página: 1 de 1

ENTRADAS

Listado de bienes por servicio generado por el sistema.
Inventario Anterior.
Actas de reintegro.
Bienes.

ACTIVIDADES

El Profesional Universitario de Recursos Físicos:

- Programa la fecha de ejecución del inventario anual de bienes de propiedad planta y equipo.
- Envía el oficio con el cronograma de inventario a los diferentes coordinadores de unidades funcionales, servicios y oficinas para informar la fecha programada y solicitar la asignación de recurso humano para recibir la visita de verificación del inventario.

El auxiliar administrativo de recursos físicos:

- Genera el listado de propiedad, planta y equipo por área de acuerdo a cronograma de ejecución de inventario.
- El auxiliar administrativo y el personal asignado por el coordinador de la unidad funcional**, servicio u oficina, realizan el conteo físico de los bienes del área comparándolo con el listado generado del sistema, de acuerdo a la programación.
- El auxiliar administrativo, una vez realizado el conteo físico, actualiza el inventario en el sistema y genera uno nuevo informando los hallazgos de sobrantes y faltantes.
- El Profesional Universitario de Almacén, el auxiliar administrativo de recursos físicos y el coordinador del área inventariada firman el inventario generado del sistema.

El Profesional Universitario de Recursos físicos

- Oficia a los coordinadores de las áreas, las diferencias encontradas en el inventario para sus aclaraciones, las cuales deben ser aclaradas de manera inmediata.

El auxiliar administrativo de recursos físicos

- Una vez realizados todos los inventarios, de acuerdo al cronograma, los imprime y los condensa para tener la base disponible para los requerimientos de los diferentes entes de control internos y externos.
- Genera el listado de inventario por centro de costo y por rubro contable.
- El Profesional Universitario de Recursos Físicos**, mediante oficio, reporta a contabilidad el listado de inventarios por centro de costo y por rubro contable.
- El técnico de suministros** exporta el inventario al aplicativo de inventarios y contabilidad.

REQUISITOS DE ENTRADA

Listado de bienes por áreas o servicios generado a la fecha del inicio del inventario.

PROCESOS PROVEEDORES

Ingreso de bienes de consumo y devolutivos.
Salidas de bienes de almacén.

PROCESOS DE APOYO

Apoyar usuario help desk SIS-PRO002
Soporte a usuarios del software de aplicación SIS-PRO005
Macro proceso de control Interno.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de Recursos Físicos

SALIDAS

Inventario.

REQUISITOS DE SALIDA

Inventario avalado por control interno y el contador.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de gestión Contable.
Proceso de control disciplinario interno

INDICADORES

de inconsistencias no soportadas por servicio y valor de las mismas

RECURSOS

Computador
Papelaría
Sistema de aplicación.
Medios de comunicación.

REGISTROS

Programa de inventarios.
Listado de bienes generado por el sistema para el conteo.
Documento de inventario digitado.
Listado de inventario por centro de costo y por rubro contable.

RIESGO

Inventario físico diferente al inventario del aplicativo.

CONTROL

Realización del inventario en compañía del responsable del mismo.
Realización del inventario periódicamente.
Marcación de los elementos.

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

Firma:
Nombre: CESAR AUGUSTO THORA LOZANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO - RECURSOS FISICOS

Firma:
Nombre: DIANA PATRICIA BUENA VENTURA JIMENEZ
PROFESIONAL U CALIDAD - COMITE LIDER DE PROCESOS

Firma:
Nombre: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente

**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRÍTICO
PROCESO: DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

ALCANCE: APLICA PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SON NECESARIOS DEVOLVER A LA FARMACIA	RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERIA	OBJETO: GARANTIZAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREFACTURACIÓN Y GLOSAS.	Código: UCC-PRO001	FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14-08-2008
--	-------------------------------------	--	--------------------	----------------------------------	------------------------------------


ENTRADAS
Medicamentos y dispositivos médicos sobrantes por diferentes causas.
Historia Clínica.
Formato de devolución de medicamentos con consecutivo.

REQUISITOS DE ENTRADA
Formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos completamente diligenciado con letra legible en original v copia.

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de recibo y entrega de turno de enfermería
Proceso de Egreso del Paciente por alta médica
Proceso de Revista médica

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Facturación
Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material medico quirúrgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 100 1993,
Ley 23 (Ética Médica)
Resolución 5261 /94
Decreto 2423 /96,
Acuerdo 306 /05
Resolución 1995 /99
Cuadros de Contratación Vigente
Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

ELABORÓ:
FIRMA: 
NOMBRE:
CARGO: Coordinador

ACTIVIDADES
Diariamente:
1. La enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma la existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos formulados con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
En el caso de Egreso:
2. La enfermera o auxiliar de enfermería confirma la orden medica de salida del paciente, realiza revision de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado, con lo despachado y con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
3. La enfermera o auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos con letra legible en original y dos copias.
4. La auxiliar de enfermería informa al facturador sobre la salida y la devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos.
5. La enfermera o auxiliar de enfermería envia a Farmacia con el patinador los medicamentos y la copia amarilla del formato de devolución completamente diligenciado dejando nombre y firma de quien entrega y de quien recibe. **TENIENDO EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DEBEN QUEDAR LEGIBLES.**
6. La enfermera o auxiliar de enfermería entrega a Facturación la copia rosada de del formato de devolución de medicamentos y dispositivos medicos, la cual debe tener los nombres y firmas de quien entrega y quien recibe.
7. La enfermera o auxiliar de enfermería anexa el original del formato de devolución de medicamentos en la historia clínica en el capítulo 13 (anexos).

RIESGO
Pérdida de medicamentos.
Detrimiento patrimonial por aceptación de objeciones.

CONTROL
Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y dispositivos médicos.

REVISÓ:
FIRMA: 
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

SALIDAS
Medicamentos y dispositivos médicos entregados al patinador de farmacia

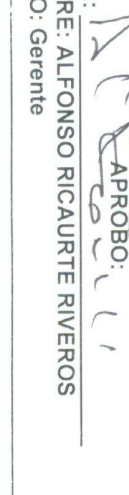
REQUISITOS DE SALIDA
Formulario de devolución de dispositivos y medicamentos claro, legible y completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de Recaudo
Proceso de Facturación
Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material medico quirúrgico

INDICADORES
% Glosas ocasionadas por medicamentos no soportados en la Historia clínica
de eventos reportados a la Unidad Funcional por inadecuada devolución al mes.

RECURSOS
Formato de devolución
Computador
Teléfono

REGISTROS
Notas de enfermería
Libro de recepción de medicamentos
Formato de devolución de medicamentos
Hoias de medicamentos

APROBÓ:
FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE POR MUERTE

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que fallece en el Hospital	RESPONSABLE: Enfermera	OBJETO: Garantizar que todos los pacientes que sean declarados fallecidos sean egresados con la documentación completa y oportuna y sean trasladados a la morgue	CÓDIGO: UCC-PRO002	FECHA DE ELABORACION: 18-07-06	PAGINA: 1 de 1	VERSION: 1
				FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-09-08		

ENTRADAS

- Paciente fallecido
- La historia Clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente declarado fallecido
- Registro en la Historia Clínica del fallecimiento por el Médico
- Epicrisis

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Revisita medica diaria UCC-PRO006

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Registros Clínicos
- Proceso de Gestión Hotelera
- Proceso de Traslado UCC-PRO003
- Proceso de Verificación de Derechos
- Proceso de Facturación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 1993, Ley 23 (Ética Médica)
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP –CUPS-CIE –10, RES. 1995 /95
- Contratación Vigente

REGISTROS

- Epicrisis
- Devolución de medicamentos
- Certificado de defunción
- Registro en Evolución médica y de Enfermería

FIRMA: *[Firma]* **ELABORÓ:**
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

ACTIVIDADES

1. El médico valora el paciente y lo declara fallecido.
2. El médico y el personal de Enfermería registran en la Historia Clínica con fecha y hora.
3. El médico elabora la epicrisis con códigos CIE -10 y el certificado de defunción si es pertinente, quedando registrado en el Libro de control de Certificados de defunción UCC-LIB003.
4. El médico o enfermera en caso de muerte violenta o pacientes que se encuentran bajo custodia del estado debe informar telefónicamente a la Fiscalía y registrar en la Historia Clínica.
5. El médico informa a la familia y/o acompañante del fallecimiento del paciente si están presentes, en su defecto la enfermera o la trabajadora social solicita telefónicamente a la familia que se acerquen al Hospital para hablar con el médico.
6. La auxiliar de enfermería prepara el cadáver según la guía de preparación de cadáveres.
7. La enfermera o la auxiliar de enfermería registra completamente en el libro de trasladados de cadáveres a la morgue UCC-LB002.
8. La auxiliar de Enfermería y/o camillero trasladada el cadáver a la morgue.
9. El encargado de la recepción de cadáveres en la morgue firma en el libro el recibido del cadáver.
10. La enfermera realiza la anotación del fallecimiento en el libro de ingreso y egreso de pacientes, UCC-LB001, revisa que la Historia Clínica tenga el comprobante de devolutivos, si los hubo, la epicrisis completa y los entrega al Facturador.
11. La auxiliar de Enfermería rotula y/o entrega las pertenencias a la familia.
12. El facturador elabora la Factura, expide la orden de salida y orienta a la familia los pasos a seguir.
13. Con la orden expedida por Facturación el personal de enfermería entrega el Certificado de defunción y las placas de imágenes diagnósticas leídas a la familia o al responsable, le informa que las no leídas las reclame 3 días después en el servicio de Imagenología y registra en la Historia Clínica.
14. El personal de Enfermería realiza el registro correspondiente y hace el cierre de la Historia Clínica con firma del familiar y/o la persona responsable.

RIESGO

Entrega equivocada de cadáver por fallas en la preparación del mismo.
 Problemas legales por falta de notificación a quien corresponde.

CONTROL

Registro en la Historia Clínica en la hoja de Evolución medica y de enfermería.
 Registro en el libro de trasladados a la morgue de cada servicio.
 Registro en el libro de ingreso y egreso de pacientes del servicio.

SALIDAS

Paciente fallecido egresado del servicio
 Familia del paciente informada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente fallecido con documentación completa y trasladado a la morgue
- Familiar informado

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Facturación
 Devolución de medicamentos y dispositivos médicos UCC-PRO001
 Proceso de Verificación de Derechos y autorizaciones

INDICADORES

- % de Certificados de defunción mal diligenciados.
- total de cadáveres bajados a la morgue mal identificados.

RECURSOS

Libros foliados
 Camillas
 Historia Clínica
 Sabanas
 Certificado de defunción
 Computador
 Teléfono

FIRMA: *[Firma]* **REVISÓ:**
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA: *[Firma]* **APROBO:**
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: Gerente

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: CUIDADO CRITICO
PROCESO: TRASLADO INTRA HOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO

ALCANCE: Aplica para todos los pacientes hospitalizados en cuidado crítico que requieran desplazarse para procedimientos quirúrgicos o de ayudas diagnósticas.	RESPONSABLE: Medico de turno	OBJETO: Garantizar estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente durante su traslado.	Código: UFCC-PRO003	Fecha de elaboración: 18/08/06	Fecha de actualización: 23-11-2007
---	-------------------------------------	---	----------------------------	---------------------------------------	---

<p>ENTRADA</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente programado para procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
--

<p>REQUISITOS DE ENTRADA</p> <ul style="list-style-type: none"> Consentimiento informado Cita confirmada Equipos y salas disponibles en forma inmediata.
--

<p>PROVEEDOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Proceso de revista médica Proceso de solicitud de ayuda diagnóstica. Proceso de programación de cirugía.
--

<p>PROCESOS DE APOYO</p> <ul style="list-style-type: none"> Proceso de facturación
--

<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución 1995 de 1999 Contratación vigente
--

<p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> La enfermera confirma con el servicio receptor el desplazamiento del paciente El médico y la enfermera evalúan la condición hemodinámica y ventilatoria del paciente. La enfermera verifica conjuntamente con médico los goteos necesarios para el desplazamiento del paciente. El médico, la enfermera y la terapeuta transportan al paciente con monitorio continuo. La terapeuta garantiza la suficiente reserva de oxígeno y que el ventilador de transporte esté funcionando La enfermera garantiza que las bombas de infusión estén con suficiente reserva de energía. La enfermera garantiza que la camilla sea la adecuada para el transporte El equipo de salud entrega el paciente al grupo de cirugía o espera la realización del procedimiento diagnóstico. El médico, la enfermera y terapeuta registran en la historia clínica. Posterior al procedimiento el médico, la enfermera y terapeuta reciben el paciente y lo trasladan de regreso a la UCI.

<p>RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> Complicaciones del paciente durante el transporte.

<p>CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente acompañado permanentemente por el equipo de salud durante su traslado.

<p>REGISTROS DE PACIENTES TRASLADADO</p>


<p>SALIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente con procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico realizado.
--

<p>REQUISITOS DE SALIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente ingresado nuevamente a la Unidad de cuidado crítico, con el procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico realizado.
--

<p>CLIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Proceso de atención al paciente en quirófano. Proceso de ayudas diagnósticas v terapéuticas.

<p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> % de pacientes transportados sin complicaciones.
--

<p>RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Camilla. Ventilador de transporte. Rodillo. Monitor. Bombas de infusión. Balas de oxígeno. Ambú. Sondas de succión.

<p>ELABORÓ:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: PABLO ALBERTO LOPEZ BURGOS</p> <p>CARGO: LIDER DE PROCESOS UF. CUIDADO CRITICO</p>	<p>REVISÓ:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS</p> <p>CARGO: SUBGERENTE</p>	<p>APROBÓ:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS</p> <p>CARGO: GERENTE</p>
--	---	---

 HOSPITAL Fundación Lucas Anglada <small>REGISTRO Nº. 1.512</small>	CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO		VERSIÓN: 2ª
	PROCESO: INGRESO DEL PACIENTE A LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO		PÁGINA:
ALCANCE: aplica para todos los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado crítico.	RESPONSABLE: MEDICO DE TURNO	OBJETO: Ingresar Pacientes A Las Unidades De Cuidado Critico, Analizando Su Condición Clínica Actual, Evaluando Sus Necesidades E Iniciando Su Estabilización.	CÓDIGO: UCC-PRO-004
			FECHA DE ELABORACIÓN: 18/08/06
			FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-11-2007

ENTRADA Paciente Historia clínica Informante	ACTIVIDADES <ol style="list-style-type: none"> 1. La enfermera debe verificar las condiciones del cubículo 2. La enfermera informa al servicio solicitante que puede trasladar al paciente. 3. Se traslada paciente de acuerdo al proceso de traslado intrahospitalario de pacientes 4. Al ingreso el médico y la enfermera verifican las condiciones de transporte entre ellos la temperatura en el caso de paciente neonato. 5. Entrega y recepción del paciente por los miembros del equipo de salud, según listas de verificación. 6. El equipo de salud hace el traslado camilla – cama, conexión al ventilador e inicia la ventilación mecánica si fuera el caso 7. El equipo de salud efectúa la evaluación primaria. 8. Se instaaura la monitorización y procedimientos de emergencia 9. El equipo de salud que recibe el paciente continúa con la estabilización del paciente. 10. Una vez estabilizado el paciente el equipo de salud revisa la historia clínica y registra el estado del paciente al ingreso y las actividades realizadas. 11. La enfermera registra el ingreso del paciente en el libro de ingresos y egresos de la unidad 	SALIDAS Paciente ingresado a la unidad de cuidado intensivo.
REQUISITOS DE ENTRADA Paciente aceptado en la uci, con ABC asegurado, acompañado por enfermera y médico. Historia clínica completa Ingreso administrativo Para la UCIN orden de hospitalización de pediatria.	CLIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Procesos de atención en cuidado crítico. • Procesos de ayudas diagnósticas. • Procesos de ayudas terapéuticas. • Proceso de información a la familia. • Proceso de facturación. 	REQUISITOS DE SALIDAS - Paciente monitorizado, valorado por equipo Interdisciplinario y en proceso de estabilización.
PROVEEDOR Proceso de atención de urgencias Proceso de solicitud, trámite y respuesta de interconsulta. Proceso de valoración del recién nacido por pediatria.	RIESGO Paciente trasladado sin previa autorización por parte de las unidades.	INDICADORES DE EFICACIA % de ingreso de pacientes sin previa autorización por parte de las unidades.
PROCESOS DE APOYO Proceso contratación. Procesos de gestión hotelera. Proceso de autorización y verificación de derechos Procesos de mantenimiento.	CONTROL Todos los pacientes deben ser trasladados previa notificación de la disonibilidad inmediata de la cama	
DOCUMENTOS DE REFERENCIA Mapipos Art74 y 75 Contratación vigente Resolución 1995 de 1999. Guías de manejo medico y de enfermería. Protocolos de enfermería.	REGISTROS Historia clínica Libro de ingresos / egresos	RECURSOS <ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación. • Dotación de equipo médico. • Computador.

ELABORÓ:  FIRMA: PABLO ALBERTO LÓPEZ BURGOS CARGO: LIDER DE PROCESOS U.F. CUIDADO CRITICO	REVISÓ:  FIRMA: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS CARGO: SUBGERENTE	APROBÓ:  FIRMA: ALFONSO RICAUARTE RIVEROS CARGO: GERENTE
--	--	---



HOSPITAL
Federal de Lleras Acosta
IBAGUÉ - TOLLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: CUIDADO CRITICO
PROCESO: SOLICITUD, TOMA Y RESPUESTA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Este documento aplica para las imágenes diagnósticas que se realizan en la Institución

RESPONSABLE
Personal médico y de Enfermería

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la Institución.

CÓDIGO:
UCC-
PRO005

FECHA DE ELABORACION:
03 - 10 - 06

PAGINA:
FECHA DE ACTUALIZACION:

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado
- Solicitud de imágenes diagnóstica

ACTIVIDADES

1. Después de realizar la valoración, el médico tratante diligencia el formato de solicitud médica de ayuda diagnóstica, hace un resumen pequeño de la historia Clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
2. En caso de algún cambio a la orden original, debe tener nota y firma del médico.
3. La enfermera entrega la orden al camillero o auxiliar administrativa y estos registran en el libro de control del servicio y entregan orden en la recepción del servicio de imagenología para que asigne la cita al servicio.
4. En caso de que la imagen diagnóstica requiera autorización (Ecocardiograma), la Enfermera entregará a la auxiliar de verificación y comprobación de derechos, quien solicita la autorización y una vez autorizada la entrega a la recepcionista de Imagenología.
5. En caso de exámenes portátiles se envía la orden desde el servicio solicitante y el servicio de imagenología trasladada los equipos necesarios para la toma.
6. La recepcionista de imagenología registra, asigna y notifica a los servicios la hora de la cita. El camillero de turno transporta al paciente a la Historia Clínica hasta el sitio donde será tomada la imagen diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería. Ver proceso de Traslado Intra-institucional.
7. En caso de procedimientos intervencionistas, el radiólogo que se encarga de la toma del procedimiento debe explicar al paciente, familia y/o acompañante y hacer firmar el consentimiento informado, (ver proceso de consentimiento informado).
8. El técnico y/o radiólogo de turno realiza el procedimiento ordenado según protocolos de Imagenología, hace el registro en la historia Clínica del procedimiento, insumos, medicamentos y medios de contraste aplicados, las dosis de radiación, realiza y registra la devolución de los medios de contraste sobrantes al servicio de origen del paciente, diligencia el RIPS y lo deja en el buzón de facturación.
9. El servicio de imágenes entrega la placa de la imagen diagnóstica y su lectura a la auxiliar administrativa o auxiliar de enfermería del servicio y esta la anexa a la Historia Clínica y elabora registro en el libro de control.
10. La auxiliar administrativa debe verificar si toda placa tomada tiene su lectura de no ser así debe bajarla en el horario establecido por imágenes.
11. Si al egreso del paciente, hay imágenes sin lectura, la auxiliar administrativa del servicio le informa al paciente que lo reclame en tres días hábiles en el servicio de imágenes diagnósticas, rotula el sobre con "paciente egresado", registra la salida de las placas, en el libro de control de placas del servicio, las lleva a imagenología para su lectura y firma allí el libro de control.
12. Los días sábado, domingo y festivos la auxiliar de Enfermería encargada del paciente debe verificar si todas las placas están leídas y la que no lo estén se dejarán en el lugar establecido, haciendo los registros en la Historia Clínica, informando al paciente, familia y/o responsable para que las reclame e imágenes y el día hábil la auxiliar de administrativa las lleve a lectura.
13. Una vez sean leídas las placas, el servicio de imágenes diagnósticas realizará un oficio remitido a Registros Clínicos, de los reportes de pacientes egresados de los servicios, a quienes es necesario archivar en su historia clínica la lectura, relacionando el nombre del paciente, número de Historia Clínica, tipo de imagen realizada y servicio del cual egresó.
14. El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.
15. El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.

SALIDAS

- Usuarios con imagen diagnóstica tomada
- Reportes de la imagen diagnóstica en la Historia Clínica del paciente

REQUISITOS DE SALIDA

- Usuario con imagen diagnóstica tomada, placa en el servicio, facturada y reporte anexado en la Historia Clínica

PROCESOS CLIENTES

- Proceso egreso del paciente
- Proceso de Facturación

INDICADORES

- % de glosas por falta de lectura en Historia Clínica

RECURSOS

- Papelería
- Teléfono directo, celular
- Computador, Software
- Recurso Humano (camilleros, recepcionista y auxiliares de Enfermería)

REGISTROS

- Libros de control en el servicio
- Historia Clínica
- Oficio de envío de lecturas
- Libro de control de imágenes

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de traslado Intra-institucional
- Procesos de dispensación de medicamentos
- Proceso de devolución de medicamentos
- Procesos de Enfermería
- Proceso de consentimiento informado

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 /93 - Decreto 2423 / 96
- Contratación vigente
- Protocolos del comité de infecciones - RIPS, CUPS
- Guía médicas y de enfermería
- Manual de preparación para imágenes diagnósticas
- Protocolos de Imagenología

CONTROL

- Libro de control de imágenes
- Libro del control del servicio

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: REVISTA MEDICA**

VERSIÓN: ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico

RESPONSABLE: Medico especialista

OBJETO: Analizar y definir la conducta con base en la evolución del paciente

Código: UCC-PRO06

Fecha de elaboración: 18-08-06

Fecha de actualización: 08-11-07

ENTRADA

- Paciente hospitalizado en las unidades de Cuidado crítico.
- Historia clínica
- Estudios de imagenología.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Historia Clínica al día

PROVEEDOR

- Proceso de admisión de paciente en UCI
- Proceso de entrega de turno

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de contratación.
- Proceso de suministros.
- Proceso de farmacia.
- Proceso de trabajo social y autorizaciones.
- Proceso de ayudas diagnóstica y terapéuticas.
- Proceso de enfermería.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 1995 de 1999.
- Guías de manejo médico, de fisioterapia, de terapia respiratoria y de enfermería.
- Ley 23 de 1981.
- Ley 911 de 2004.

ACTIVIDADES

1. Preparación para iniciar revista médica:
 - Enfermería: Debe tener el Kardex al día, hoja signos vitales, reportes de laboratorios actualizados; medidas del estado hemodinámico y monitoreo de rutina y especial (PIA, PIC, etc.), infusiones y novedades.
 - Terapia respiratoria: RX de tórax; hoja de ventilación mecánica; gases arteriales y mediciones derivadas; medición de presión del neumotaponador; cultivos de secreción vías respiratorias; novedades de terapia.
 - Grupo de soporte nutricional: vía del soporte metabólico, parámetros de control, requerimientos, tolerancia, complicaciones.
 - Trabajo social: estudio social.
 - Grupo de autorizaciones y verificación de derechos: documentos de seguridad social al día, autorizaciones, informes de trámites.
 - Médico general: conocerá los signos vitales, el tipo de soporte ventilatorio, inotrópicos, sedantes, novedades y complicaciones.
2. Se reúne el equipo de salud y pasa paciente por paciente.
3. El médico especialista coordina la revista médica, dirige la discusión y determina las medidas diagnósticas y terapéuticas a seguir con base en la información suministrada por todos los integrantes del equipo médico.
4. El médico especialista lidera la educación continuada para el equipo de salud y asigna la revisión de los temas.
5. En la unidad pediátrica y neonatal las funciones médicas en su totalidad son asumidas por los médicos especialistas.
6. Una vez terminada la revista el médico especialista informa a los familiares sobre la evolución del paciente, las conductas definidas, el pronóstico y solicita los consentimientos según el caso.
7. El médico general registra en la historia clínica la evolución y la formulación que deben ser firmadas y selladas por el médico especialista. El médico general hace la nota diaria para epicrisis continuada y diligencia las solicitudes de ayudas diagnósticas y terapéuticas.

SALIDA

- Paciente evolucionado y con conducta definida.

REQUISITOS DE SALIDA

- Evolución registrada en historia clínica
- Solicitudes de ayudas diagnósticas y terapéuticas.

CLIENTE

- Procesos de Farmacia.
- Procesos de Banco de sangre.
- Procesos de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de autorizaciones
- Procesos de programación quirúrgica.
- Proceso de consentimiento informado.

INDICADORES

Calidad del registro en la historia clínica.

RECURSOS

- Papelería
- Computador.
- Impresora

RIESGO

No registro en la historia clínica - eventos adversos.

CONTROL

Registro de la revista en la historia clínica.

REGISTROS

- Historia Clínica

ELABORÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: PABLO ALBERTO LOPEZ BURGOS
CARGO: LIDER DE PROCESOS VIF. CUIDADO CRITICO

REVISÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRÍTICO
PROCESO: ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA RESPIRATORIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO.**

VERSIÓN:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica para todas las actividades clínicas y de apoyo de terapia respiratoria generadas en la atención de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico.

RESPONSABLE: Fisioterapeutas y/o terapeutas respiratorias.

OBJETO: coordinar y ejecutar las acciones relacionadas con el cuidado respiratorio de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico.

Código: UCC-PRO007
Fecha de elaboración: 06-11-2007

Fecha de actualización: 08-11-2007

PÁGINA:

ENTRADA

- Paciente hospitalizado en las Unidades de Cuidado Crítico.
- Orden médica.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Orden médica registrada en historia clínica.

PROVEEDOR

Proceso de admisión de pacientes a UCI.
Proceso de revista médica.

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de farmacia.
- Procesos de suministros.
- Procesos de mantenimiento.
- Procesos de ayudas diagnósticas.
- Procesos de comité de infecciones.
- Procesos de central de desinfección.
- Procesos de contratación.
- Procesos de enfermería.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual de uso y reuso.
- Guías de manejo médico, de enfermería y terapia respiratoria.
- Normas de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.
- Protocolos del comité de infecciones.
- Ley 528 de 1999 (rige fisioterapia)
- Decreto 1375 de 1993. (rige a terapia respiratoria)
- Decreto 2772 del 2003 (modifica el dto.

ACTIVIDADES

1. La terapia respiratoria valora al paciente y elabora el plan de manejo.
2. La terapia respiratoria asiste al médico en la instalación de la vía aérea artificial y del soporte ventilatorio.
3. La terapia respiratoria mide la presión del neumotaponador.
4. La terapia respiratoria monitoriza la oximetría, la gasimetría y la evolución radiológica del paciente.
5. La terapia respiratoria registra los parámetros ventilatorios.
6. La terapia respiratoria realiza los procedimientos terapéuticos, fisioterapia de tórax y de higiene bronquial según indicación médica y de la patología del paciente según guías de manejo.
7. La terapia respiratoria aplica los medicamentos intratraqueales, inhalados y nebulizados.
8. La terapia respiratoria aplica las medidas de prevención y de control de infecciones en cada uno de las actividades que realice según los protocolos del comité de infecciones.
9. La terapia respiratoria identifica, notifica, analiza y elabora plan de mejora de los eventos adversos relacionados con los procedimientos de su área.
10. La terapia respiratoria aplica los test de prueba a los ventiladores y determina la necesidad de calibración o mantenimiento.
11. La terapia respiratoria procesa las muestras para los gases arteriales y es responsable del control del consumo de insumos para el funcionamiento de la máquina de gases.
12. La terapia respiratoria registra en la historia clínica las actividades realizadas, elabora los RIPS de procedimientos y actualiza el libro de entrega de turno.
13. La terapia respiratoria asiste a procedimientos específicos: reanimación, broncoscopias, intubación endotraqueal, traqueostomías percutáneas.
14. La terapia respiratoria solicita los insumos y elabora la solicitud de mantenimiento de los equipos a su cargo.
15. La terapia respiratoria es la responsable de la limpieza y desinfección de los ventiladores.
16. La terapia respiratoria toma las muestras para cultivos de secreciones respiratorias.
17. La terapia respiratoria aplica el manual de uso y reuso de los elementos de terapia respiratoria.
18. La terapia respiratoria participa del traslado interno de pacientes intubados.
19. La terapia respiratoria prepara y participa en la revista médica diaria.
20. La terapia respiratoria imparte educación a la familia y al paciente en el manejo ambulatorio de la enfermedad.

CONTROL

Registro en la historia clínica por fisioterapeuta o terapeuta respiratoria de actividades realizadas.

REGISTROS

- Libro de entrega de turno.
- Libro de eventos adversos.
- RIPS de procedimiento.
- Libro de inventario.

SALIDA

- Paciente atendido integralmente por terapia respiratoria.

REQUISITOS DE SALIDA

- Procedimientos realizados y facturados.
- Ordenes médicas ejecutadas.
- Actividades registradas.

CLIENTE


- Proceso de facturación.
- Proceso de farmacia.
- Proceso de imágenes y de ayudas diagnósticas.
- Procesos de mantenimiento.
- Central de desinfección.

INDICADORES DE EFICACIA


- Eventos adversos asociados a ventilación mecánica.

RECURSOS

- Insumos.
- Equipos.
- Papelería.

FIRMA: 
NOMBRE: PABLO ALBERTO LÓPEZ BURGOS
CARGO: LÍDER DE PROCESOS UF. CUIDADO CRÍTICO

ELABORÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: SUBGERENTE

REVISÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

APROBO:



**HOSPITAL
FEDERICO LLERENAS ANGLUO**
HOSPITALIZACIÓN CRÍTICA

**CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRÍTICO
PROCESO: VISITAS AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO.**

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para los
visitantes de los pacientes
hospitalizados en las unidades de
cuidado crítico

RESPONSABLE:
Vigilante de turno de la portería principal de
unidad; Auxiliar administrativa y Enfermera.

OBJETO: Facilitar la visita a los pacientes del servicio
de una forma controlada, reforzando los vínculos afectivos
y la participación de la familia en el tratamiento, acorde a
las necesidades de los mismos

Código:
UCC-PR0008
Fecha de
elaboración:
19-09-2007

Fecha de
actualización:
25-10-2007.

ENTRADA
Paciente hospitalizado en Unidades de Cuidado
Crítico
Familiars y/ o visitante de pacientes
Un familiar, si la madre falleció o está en riesgo
(UCIN).
Censo diario de pacientes.
Carné de hospitalización del neonato.

REQUISITOS DE ENTRADA
Para UCIA, UCIC y UCIP
Familiars o visitantes mayores de 12 años.
El familiar o visitante con documento de
identificación.
Censo diario de pacientes actualizado dos veces al
día.
Visitas de 11 Am a 12 M y de 3 PM a 4 PM.
PARA UCIN
Visita Madre: De las 8:00 a 18:00 horas
Visita padre: De las 10:00 a 11:00 horas y de las
16:00 a 17:00 horas.

PROVEEDOR
Proceso de admisión del paciente en Unidades de
cuidado crítico.
Proceso de atención medica.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de facturación.
- Procesos de vigilancia.
- Procesos de trabajo social y de autorizaciones y
verificación de derechos.
- Procesos de servicios generales.
- Procesos de suministros.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual de vigilancia.
- Guías de manejo médico y de enfermería.
- Protocolos comité de infecciones.
- Normas de bioseguridad y manejo de residuos
hospitalarios.
- Protocolos Estrategia IAMI
- Protocolo Madre Canguro.
- Proograma familia activa

ACTIVIDADES

1. El visitante del paciente se presenta en la Portería Principal en el horario establecido y solicita el ingreso dando el nombre del paciente que va a visitar.
2. El vigilante de la portería principal verifica en los censos si el paciente se encuentra hospitalizado y determina el servicio y el número de habitación donde se encuentra.
3. Si el paciente se encuentra Hospitalizado en UCIA, UCIP o UCIC, el vigilante solicita el documento de identidad y registra en el libro de control de visitas los siguientes datos: hora de ingreso, nombre del paciente y número de cama, nombre del visitante, documento de identidad y se le entrega la ficha correspondiente al número de la cama en que se encuentra el paciente y lo orienta a donde debe dirigirse. En caso de que el visitante sea menor de 12 años, esta debe ser autorizada por escrito por la enfermera del servicio.
4. Si el paciente se encuentra en la UCIN, el padre, madre o familiar, presenta al vigilante de la entrada principal el carnet de hospitalización del recién nacido
5. Una vez el visitante llega a la entrada de la UCIA, el vigilante verifica que la ficha coincide con la ubicación del paciente y en la UCIC y UCIP lo hará la auxiliar administrativa.
6. El vigilante en la UCIA, la auxiliar administrativa en la UCIC, y la enfermera en la UCIP y UCIN, le informará al visitante sobre la normatividad de la visita, restricción de celulares, lavado de manos, prohibición de entrada de bolsos o paquetes, restricción de entrada de alimentos.
7. Durante el periodo de visita el familiar, se puede acercar al puesto de enfermería, para entregar los elementos de aseo personal del paciente y solicitar información sobre la evolución de su enfermedad. El paciente en la UCIP tiene acompañamiento permanente.
8. El personal de enfermería acompañara al familiar para explicar sobre los elementos y equipos que va a encontrar en el paciente y su función.
9. Si el paciente se encuentra aislado, la enfermera o auxiliar de enfermería, le explicara a los familiares o visitantes sobre el uso de las medidas de aislamiento y el motivo del mismo (gorros, tapabocas, guantes, batas)
10. Si durante el periodo de visita se presenta una emergencia, se le solicitara salir de la unidad y se dará por terminada la visita
11. La visita será estrictamente al familiar correspondiente y no podrá desplazarse a otros cubículos.
12. Cumplido el tiempo de visita, el familiar debe abandonar el servicio y el vigilante corroborara que no queden familiares en este, excepto a los que enfermería les solicite permanecer por mas tiempo.
13. Antes de salir el familiar se debe lavar las manos.
14. En la portería principal al salir del hospital el visitante devuelve la ficha y reclama el documento de identificación.
15. En caso de presentarse alguna novedad durante las visitas se registrarán en el libro de novedades de vigilancia.
16. El vigilante registra la hora de salida de los visitantes en el libro de control de visitas.

RIESGO

- Perdidas de elementos de las unidades.
- Robo de niños.

CONTROL

Ningún visitante debe estar dentro del servicio sin ficha puesta en lugar visible.
Libro de registros de visitas.

REGISTROS

Registro en la historia clínica por enfermería de la visita al paciente.
Libro de novedades de vigilante.

SALIDA
Paciente visitado.
Familiar informado

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente visitado en forma controlada y segura.

CLIENTE

Proceso de obtención de consentimiento informado
Proceso de atención del paciente por medico general y medico especialista.
Proceso de autorizaciones.
Proceso de información al paciente y a la familia.

INDICADORES DE EFICACIA

% de quejas relacionadas con el proceso de visitas.

RECURSOS

- Equipos de comunicaciones.
- Insumos de oficina.
- Fichas de visitantes.
- Elementos de bioseguridad

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: PABLO ALBERTO LÓPEZ BURGOS
CARGO: LIDER DE PROCESOS JF, CUIDADO CRITICO

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a los paciente, familia o responsable del mismo, que se encuentre hospitalizado	RESPONSABLE: MEDICO DE TRATANTE	OBJETO: Proporcionar al paciente y a sus acompañantes la información veraz, precisa y oportuna con respecto a su tratamiento, posible pronóstico y trámites administrativos, derivados de la atención.	CÓDIGO: UCC-PRO-009	FECHA DE ELABORACIÓN: 18/08/06	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-11-2007
---	---------------------------------	--	---------------------	--------------------------------	------------------------------------

ENTRADA
Paciente
Familia o acompañante

REQUISITOS DE ENTRADA
Familia en primer grado de afinidad o acudiente responsable.
Paciente valorado

PROVEEDOR
Proceso de Revista del Servicio

PROCESOS DE APOYO
Proceso de facturación
Proceso de Visitas a las UCIS
Suministros

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Código de ética institucional
Código de ética médicas
Código de Deontología

ACTIVIDADES

1. Al momento del ingreso del paciente, si este esta consciente, el equipo de salud debe presentarse.
2. Solicitar a la familia, por parte del medico y/o la enfermera, designar a un miembro de su grupo como acudiente responsable para la comunicación con el personal de salud de la UCIS
3. Una vez hospitalizado y valorado el paciente, el médico explicará al paciente y/o sus familiares, el diagnóstico, pronóstico, procedimientos a realizar, explicará beneficios y riesgos de tratamiento y solicitando su consentimiento, dejando registro de esta actividad en la Historia Clínica.
4. La enfermera informará respecto al horario de visitas, normas del servicio y entregará folleto informativo, deberes y derechos del paciente lo mismo que solicitará un teléfono para información de novedades.
5. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones informará sobre trámites administrativos.
6. Este proceso se realizara a diario, para estar actualizando la información con relación a la evolución del paciente.

REQUISITOS DE SALIDAS
Paciente y familia informadas y satisfechos con la información recibida.
Registro en historia clínica

CLIENTE

- Proceso de revista
- Proceso de Programación de Cirugía
- Proceso de consentimiento informado
- Proceso de facturación

INDICADORES
% de respuestas deficientes o regulares en la pregunta acerca de información en la encuesta de satisfacción

RECURSOS

- Infraestructura o sitio adecuado para información
- Folleto de derechos y deberes
- Vídeos

RIESGO
Mala información que puede llevar a demandas, maltrato al personal de salud

CONTROL
Encuestas de satisfacción al usuario

REGISTROS
Historia clínica: Hoja de evolución médica, hoja de evolución de enfermería, hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: PABLO ALBERTO LOPEZ BURGOS
CARGO: LIDER DE PROCESOS U.F. CUIDADO CRITICO

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO

PROCESO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESPONSABLE: ENFERMERA

OBJETO: GARANTIZAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LA VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PROPORCIONE AL PACIENTE CUIDADO INTEGRAL, BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

Código: UCC- PROO 10

FECHA DE ELABORACIÓN: 22-08-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 04-10-2007

ENTRADAS
➤ Paciente hospitalizado.

REQUISITOS DE ENTRADA

➤ Paciente hospitalizado con impresión diagnóstica y especialidad tratante definida

PROCESOS PROVEEDORES

➤ Proceso de admisión del paciente en servicios de hospitalización.
➤ Proceso de atención inicial médica

PROCESOS DE APOYO

➤ Procesos de servicios generales.
➤ Proceso de información al paciente y la familia.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

➤ Ley 226 de 1996.
➤ Ley 911 de 2004. (Cód. ética enfermería).
➤ Resolución 1043 de 2006.
➤ Protocolos del comité de Infecciones.
➤ Guías de manejo médico y de enfermería.

ACTIVIDADES

1. Al ingreso al servicio el profesional de Enfermería de turno valora al paciente; toma los datos significativos, elabora el diagnóstico de acuerdo al patrón alterado, define la meta y propone actividades para el cumplimiento de la misma.
2. El profesional de Enfermería elabora plan de Atención de Enfermería, según protocolo y hace registro en el formato establecido, escribe su nombre, firma, RUN y lo anexa a la historia clínica.
3. El profesional de Enfermería explica a la auxiliar, la familia y el equipo de salud el objetivo y las actividades a desarrollar para obtener la meta propuesta.
4. La profesional de enfermería y la auxiliar de enfermería ejecutan las actividades del Plan de Atención de Enfermería y las registran en la historia clínica.
5. La enfermera realiza monitoreo y evalúa el plan de atención de enfermería, lo modifica y ajusta de acuerdo a la evolución del paciente.

SALIDAS

➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería

REQUISITOS DE SALIDA

➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería elaborado y evaluado.

PROCESOS CLIENTES

➤ Proceso de Atención de Enfermería
➤ Proceso de Atención médica.

INDICADORES

➤ Porcentaje de historias clínicas con planes de atención de enfermería.

RECURSOS

➤ Papelería.
➤ Formatos.
➤ Computador.
➤ Impresora.

CONTROL

➤ Registro del plan de atención de enfermería en la historia clínica.

REGISTROS

➤ Formato de plan de atención de enfermería.
➤ Evolución de enfermería en la historia clínica.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: PABLO ALBERTO LÓPEZ B.
CARGO: Líder de procesos U.F. Hospitalización

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNOS DE ENFERMERIA**

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica para todas las áreas de Cuidado Critico durante los cambios de turno del personal de enfermería.

RESPONSABLE:
Enfermera

OBJETO: Recibir y entregar información concreta y veraz sobre el estado de salud del paciente objeto del cuidado de enfermería durante el turno.

CODIGO:
UCC-
PRO 011

FECHA DE ELABORACION:
22-08-2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
20-09-2007.

PAGINA: 1

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado
- Historia Clínica
- Kardex

ACTIVIDADES

1. Antes de iniciar la entrega de turno la enfermera debe verificar que todas las actividades realizadas por el personal de enfermería queden registrados en la Historia Clínica.
2. La enfermera que recibe turno hará verificación de la asistencia del personal, según cuadro de turno y verificará los cambios de turno el libro de turnos y lo registrará en cuadro de efectividad y realizará asignación del personal.
3. La unidad y el paciente deben estar en condiciones de orden y limpieza.
4. La enfermera y las auxiliares de enfermería que reciben y entregan turno se reúnen en el puesto de enfermería de cada servicio de hospitalización a las 7:00, 13:00 y 19:00 horas. Se iniciará la entrega de turno con la auxiliar de la asignación siguiente y la enfermera (as) y auxiliar (es) que recibe turno.
6. Se inicia ronda por la asignación designada por la enfermera en la puerta de la habitación con el Kardex. Una vez entregada la información, nombre del paciente, edad, seguridad social, diagnóstico, condiciones del paciente durante el turno y estado actual de salud, actividades pendientes asistenciales y administrativas, solicitud y tramite de autorizaciones si es necesario, se ingresa a la habitación, se saluda al paciente y se presenta, se verifica el estado actual, catéteres, dispositivos, infusiones y rúfidos.
7. Se realiza la misma actividad con todos los pacientes hospitalizados en el servicio.
8. El personal que ingresa a turno mientras no participe en el recibo del paciente, ira verificando inventario según procedimiento y las demás actividades por asignación.
9. La enfermera que entrega turno diligencia el formato de informe para la Coordinación de la Unidad Funcional.

SALIDAS

- Personal de enfermería que ingresa a turno, con información completa de las condiciones de salud del paciente.

REQUISITOS DE SALIDA

- Conocimiento del estado de Salud del paciente
- Información entregada, oportuna completa y veraz de las actividades realizadas y pendientes de cada paciente.
- Registros de enfermería completamente diligenciado

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención medica diaria.
- Proceso de atención de enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso valoración médica inicial.
- Procesos de servicios generales.
- Procesos de mantenimiento.
- Proceso de verificación de derechos

PROCESOS CLIENTES

- Proceso atención medica diaria
- Proceso atención de enfermería
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas

CONTROL

- Historia Clínica
- Kardex.
- Cuadro de efectividad.

INDICADORES

- % de registros de enfermería de entrega de turno debidamente diligenciados.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 2666 de 1996
- Ley 911. Código Deontológico de enfermería
- Guías comité de infecciones,
- IAMI
- Plan de atención de enfermería. (PAE).

REGISTROS

- Historia Clínica
- Kardex.
- Informe presentado a la Coordinación de la Unidad Funcional.

RECURSOS

- Formatos de historia clínica.

ELABORO:

FIRMA:
NOMBRE: Pablo Alberto López Burgos
CARGO: Lider Grupo procesos Cuidado Critico

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBO:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE POR ALTA MÉDICA**

**VERSION:
ORIGINAL**

PAGINA:

ALCANCE: Aplica para los pacientes dados de alta por mejoría Clínica en los servicios de Cuidado Crítico

RESPONSABLE
Médico tratante

OBJETO: Garantizar que los pacientes dados de alta por mejoría Clínica egresen con la documentación completa y plan de egreso

CODIGO
UCC-
PRO012

FECHA DE ELABORACION:
24 - 07 - 06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
13-09-2007

ENTRADAS

- Paciente con orden medica de salida

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente con salida firmada en la orden médica y evolución médica de la historia clínica, por médico tratante.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención médica diaria.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de autorización.
- Proceso de traslado de pacientes
- Proceso de atención de Enfermería.
- Proceso Suministros y Farmacia.
- Proceso de Ayudas diagnosticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 / 93
- Acuerdo 306 /05
- CIE - 10
- CUPS.
- Guías médicas de atención.

ACTIVIDADES

1. El médico tratante valora al paciente y ordena el alta.
2. El médico tratante registra en la hoja de evolución médica y en la orden médica la salida del paciente y explica el plan de egreso.
3. El personal de Enfermería informa a Facturación y a la auxiliar de medicamentos sobre la salida del paciente.
4. La auxiliar de Enfermería encargada de medicamentos procede a realizar arqueo y la devolución de medicamentos, material médico quirúrgico, diligenciando el formato completo en original y dos copias con letra legible y sin enmendaduras.
5. El patinador de farmacia recoge las devoluciones de medicamentos, material médico quirúrgico, firma el formato y entrega una copia a la auxiliar de enfermería y a Facturación. (Ver Procedimiento de devolución de medicamentos Farmacia).
6. El médico tratante realiza epicrisis con evolución diaria, legible, con códigos CIE-10, plan de egreso, firma la epicrisis con nombre y registro médico, deja elaboradas las formulas médicas, control de citas e incapacidad si el paciente lo requiere, ayudas diagnosticas y terapéuticas de control.
7. La auxiliar Administrativa del servicio retira una copia de la epicrisis y la deposita en la carpeta de contrarreferencias, para ser enviadas a la oficina de referencia y contrarreferencia de la institución.
8. La Enfermera entrega el control de citas de los pacientes de postoperatorio a la auxiliar administrativa del servicio para solicitarla en la central de citas.
9. Facturación realiza el cierre de la cuenta conforme lo definido en el proceso de facturación emitiendo una Factura e informa a la Familia del paciente los pasos a seguir.
10. En caso de que el familiar del paciente no tenga capacidad de pago, le informa a la auxiliar de Comprobación y verificación de derechos del servicio para el trámite correspondiente para el egreso.
11. El familiar y/o responsable del paciente se encargará de cancelar el valor de la Factura, entrega recibos de pagos al Facturador quien a su vez diligencia el formato de orden de salida, hace firmar la factura.
12. El familiar y/o responsable del paciente entrega la orden de salida a la auxiliar de enfermería responsable de la atención del paciente, quien a su vez entrega copia de la epicrisis, formula para la casa, formato con cita asignada por consulta externa en caso de posoperatorio, o el formato para solicitar citas, solicitud de ayudas diagnosticas y/o terapéuticas si se requieren, placas de ayudas diagnosticas, recomendaciones y elabora registro del egreso en la Historia Clínica y en el libro de egresos del servicio.

CONTROL

- Registro en el Libro de ingreso y egreso

REGISTROS

- Historia Clínica.
- Libro de registros de egresos del servicio.

SALIDAS

- Paciente egresado de la Institución

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente egresado de la Institución con copia de epicrisis que contiene el plan de Egreso.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de ayudas diagnostica y terapéuticas
- Procesos de facturación.
- Proceso de Enfermería.
- Proceso de Consulta Externa.
- Proceso de Contrarreferencia.

INDICADORES

- Oportunidad del egreso.
- Verificación de cumplimiento a guías médicas.

RECURSOS

- Formatos de Historia Clínica
- Computador
- Sillas de ruedas.
- Camillas

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: Pablo Alberto López Burgoe
CARGO: Lider Grupo procesos Cuidado Crítico

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBO:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRÍTICO
PROCESO: SOLICITUD, GESTIÓN Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA**

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN VALORACIÓN, CONCEPTO Y/O TRATAMIENTO POR OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS DOS SEDES DEL HOSPITAL FEDERICO LLERENAS ACOSTA ESE.	RESPONSABLE: MEDICO ASISTENCIAL DEL SERVICIO INTER CONSULTANTE	OBJETO: COORDINAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR AL PACIENTE EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE SU PATOLOGÍA.	CÓDIGO: UCC - PRO013	FECHA DE ELABORACIÓN: 02-05-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17-11-2009
---	--	---	----------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
Solicitud de inter consulta.
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA
Historia Clínica completa
Orden Médica con registro de solicitud de Interconsulta.
Solicitud de inter consulta con justificación clara.

PROCESOS PROVEEDORES
Atención médica diaria por especialista UFH-PRO014
Valoración inicial por médico especialista UR-PRO003.
Revista médica diaria UCC-PRO006.
Valoración inicial por especialista SP-PRO014.
Atención en salud en salas de observación SP-PRO015

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Verificación de derechos y Autorizaciones.
Referencia
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Resolución 5261 /94 MAPPOS
CIE -10.
RES. 1995 /99 (H.C)
Guías Integrales de atención.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LÍDER DE PROCESOS

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: VAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: VAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE

ACTIVIDADES
1. El médico tratante identifica la necesidad de Valoración por otro profesional.
2. El médico tratante registra en las ordenes medicas y en la hoja de evolución médica la justificación de la solicitud de valoración por otro profesional.
3. El médico tratante diligencia el formato de Interconsulta con los datos del paciente, número de identificación, nombre, cama, fecha y hora de solicitud, resumen de Historia Clínica y motivo de la Interconsulta, la firma y escribe su nombre y el número del registro médico.
4. El médico tratante entrega la solicitud de Interconsulta al médico asistencial o a la Enfermera (o).
5. Quien reciba la solicitud consigna en el libro de registro de interconsultas con fecha y hora, se comunica telefónicamente con el especialista interconsultado, según cuadro de turnos, registrando fecha, hora y observaciones de la comunicación.
6. El profesional Interconsultado responde la interconsulta en el tiempo establecido, máximo 4 horas para las especialidades presenciales y 12 horas para las especialidades de disponibilidad.
7. El profesional Interconsultado valora el paciente, emite concepto y registra en el formato de solicitud y respuesta de interconsulta y define el plan de manejo si es el caso, el cual se anexa a la historia clínica, con fecha, hora, nombre, firma y número de registro médico.
8. El médico asistencial del servicio acompaña al médico especialista durante la valoración y registra en el libro de interconsultas la hora de respuesta.
9. El profesional Interconsultado diligencia en forma completa el RIPS de procedimiento, registrando fecha, código del procedimiento, código de diagnóstico en CIE - 10 y firma, este registro se deposita en el cajón de facturación y/o es entregado a facturación una vez se deposita en la hoja.
10. En caso de requerir el traslado del paciente a otro servicio para ser valorado se realiza según el proceso de traslado de pacientes y de ser necesario el médico asistencial diligencia la solicitud de ambulancia para su trámite por la oficina de referencia y contrarreferencia.

RIESGO
Falta de oportunidad en la atención

CONTROL
Libro de registro de interconsultas

REGISTROS
Hoja de solicitud y respuesta de Interconsulta - Libro de registro de Interconsultas.
RIPS de procedimientos. - Historia clínica.

SALIDAS
Paciente con concepto y/o plan de manejo establecido por la especialidad.
Interconsultada.
RIPS de procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente con concepto y/o Plan manejo establecido por la especialidad Inter consultada registrada en la historia clínica.
RIPS completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de traslado de pacientes
Proceso de valoración diaria por especialista
Proceso de facturación
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.
Proceso de programación quirúrgica.

INDICADORES
Oportunidad de respuesta de interconsultas.

RECURSOS
Papelería.
Medios de comunicación.
Ambulancia



HOSPITAL
Federico L6pez Arce
TEL6FONO: 00114-4511

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: Aplica para las ayudas dx que superan la capacidad instalada del hospital

RESPONSABLE: Auxiliares de verificaci6n de derechos y autorizaciones

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar la gesti6n y toma de las ayudas diagn6sticas solicitadas y que no se realizan en la instituci6n.

C6digo:
UCC-
PRO014

Fecha de
elaboraci6n:
21-08-2007

Fecha de
actualizaci6n:
21-08-2007

ENTRADA

Solicitud de la ayuda diagn6stica
Paciente

PROCESO

1. Si el paciente es contributivo el tramite de autorizaci6n se har6 directamente con la EPS correspondiente segun convenio.
2. Si la ayuda diagn6stica solicitada es un, electroencefalogramas, RMN, panor6micas, ecografias oculares y las que no se realicen en la instituci6n por daño de equipos, la auxiliar de verificaci6n de derechos, recibe la orden m6dica, la fotocopia del documento de identidad y de la seguridad social, para el paciente vinculado o con diagn6stico no POSS.
3. La auxiliar de verificaci6n de derechos y autorizaciones, diligencia el formato de solicitud de autorizaci6n de servicios por el Software y lo envia a la SST y espera la autorizaci6n para su respectivo tr6mite, con la Instituci6n que ellos tengan convenio
4. Despu6s de recibir la autorizaci6n, la auxiliar de verificaci6n de derechos, solicita la cita y se envia al paciente en ambulancia, explic6ndole al el y a su acompañante, porque se envia y haciendo claridad que alli deben cancelar el copago correspondiente de acuerdo al nivel social.
5. La auxiliar de verificaci6n de derechos realiza el RIPS de la ambulancia en caso de que la toma de la ayuda sea dentro del perimetro urbano y lo entrega a facturaci6n, para que sea cargado el servicio a la cuenta del paciente.
6. Si la ayuda es por fuera de la Ciudad, se hace la solicitud a la SST via software para el tramite y autorizaci6n del servicio de ambulancia.
7. Si el paciente tiene ARS y el diagn6stico es POSS, depende del tipo de contrataci6n que tenga la instituci6n, si est6 capitado, se gestiona la orden con la oficina de autorizaciones y una vez se tenga el visto bueno se procede a solicitar la cita de acuerdo a la red alterna que tenga el hospital.
8. Si no es capitado, la auxiliar de verificaci6n de derechos, se comunica telef6nicamente con la ARS y ellos determinan el sitio de acuerdo a su red, donde se debe enviar al paciente, previa autorizaci6n.
9. La auxiliar toma copia de la autorizaci6n y se le entrega a facturaci6n, solicita la cita y envia el paciente.

SALIDA

Ayuda diagn6stica tomada

REQUISITOS DE SALIDA

Ayuda diagn6stica tomada y anexada en la historia cl6nica.

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente
Proceso de traslado del paciente a quir6fano
Proceso de remisi6n del paciente a un de mayor o menor complejidad.
Proceso de facturaci6n.

INDICADORES DE EFICACIA

Tiempo en que se solicita la ayuda dx – el tiempo en que se toman y anexan a la historia cl6nica.
Est6ndar: no debe superar las 24 horas

RECURSOS

Telefax – lapiceros – papeleria historia clinica
– tel6fono – software - computador

CONTROL

Ayudas diagn6sticas que no se toman en la instituci6n no mayor a 24 horas.

REGISTROS

Historia clinica -Formato de autorizaci6n de servicios – autorizaci6n – RIPS de facturaci6n del servicio de ambulancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contrataci6n vigente
MAPIPPOS
Acuerdos 306
CIE 10

REQUISITOS DE ENTRADA
Solicitud completamente diligenciada.
Fotocopia de documento de identidad y carn6 del asegurador.
Paciente hospitalizado en observaci6n

PROVEEDOR

Proceso de valoraci6n inicial por especialista.
Proceso de solicitud y respuesta de inter consultas

PROCESOS DE APOYO

Proceso de autorizaciones
Proceso de verificaci6n de derechos.
Procesos de Contrataci6n.

ELABOR6:

FIRMA:
NOMBRE: Pablo Alberto L6pez Burgos
CARGO: Lider Grupo procesos Cuidado Critico

REVIS6:

FIRMA:
NOMBRE: COMIT6 LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROB6:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
HABANTE-TOLUANA - C.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: SOLICITUD Y ASIGNACION CAMAS

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA:

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que requeriran manejo hospitalario

RESPONSABLE:

Enfermera

OBJETO: Garantizar la asignación de la cama adecuada según los requerimientos del usuario, en forma oportuna

CODIGO:

UCC-
PRO 015

FECHA DE ELABORACION:

25 - 06 - 06

FECHA DE ACTUALIZACION:

11/10/07

ENTRADAS

- Orden de Hospitalización y/o admisión por el especialista

REQUISITOS DE ENTRADA

- Orden de hospitalización completamente diligenciada y firmada por el especialista
- Especialidad tratante definida.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso atención médica de Urgencias
- Proceso de admisión por Consulta Externa
- Proceso de atención médica diaria por especialista

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso verificación y comprobación de derechos
- Procesos de servicios generales
- Proceso de traslado intrahospitalario

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de Manejo médico y de enfermería.
- Contratación Vigente
- Protocolo de aislamiento.

ACTIVIDADES

1. La enfermera del servicio que solicita la cama se comunica con la enfermera del servicio que corresponde según la especialidad y seguridad social, comenta el paciente (diagnósticos y requerimientos especiales).
2. La enfermera del servicio verifica la disponibilidad de camas en el Kárdex y que la habitación cumpla con los requerimientos del paciente y elabora registro en la carpeta destinada para esto.
3. La enfermera registra en forma completa los datos en el formato de solicitud y asignación de camas (fecha, hora de solicitud, asignación y llegada del paciente al servicio, nombre del paciente, edad, diagnóstico y requerimientos).
4. En caso de no haber disponibilidad de cama debe quedar registrada la necesidad; inmediatamente quede disponible se llama al servicio solicitante y se asigna la cama; de no ser posible la solicitud hará parte de la entrega de turno de enfermería.
5. La enfermera informa a la auxiliar de enfermería a quien corresponde la asignación para que prepare la unidad.
6. Si la enfermera que solicita la cama ubica el paciente en otro servicio debe llamar inmediatamente para cancelar la solicitud.
7. La prioridad de asignación de cama es así. Unidades de Cuidados Intensivos, Recuperación, Urgencias, otros servicios de hospitalización y consulta externa.

CONTROL

- Carpeta de solicitud y asignación de camas

REGISTROS

- Formato de solicitud y asignación de camas

SALIDAS

- Paciente con cama asignada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente con cama asignada oportunamente, según prioridad y requisitos del paciente.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso traslado de pacientes
- Proceso de Facturación

INDICADORES

Oportunidad de asignación de la cama y traslado del paciente

RECURSOS

- Teléfono
- Computador
- Kardex
- Papelería
- Cubículos dotados adecuadamente
- Área de de hospitalización para pacientes que requieren aislamiento

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: PABLO ALBERTO LOPEZ B.
CARGO: Líder procesos Cuidado Crítico

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRÍTICO
PROCESO: TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN AMBULANCIA**

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes hospitalizados que requieran ser movilizadas en Ambulancia a otra Institución definitiva o temporalmente

RESPONSABLE
Médico asistencial y Enfermera

OBJETO: Garantizar un adecuado traslado del paciente asegurando su atención en salud e integridad física

CÓDIGO UCC-PRO016

FECHA DE ELABORACION:
01 - 08 - 06

PAGINA:
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
11/10/07

ENTRADAS

- Orden médica de remisión o contra remisión.
- Orden de ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realizan en la Institución

REQUISITOS DE ENTRADA

- Cita asignada y confirmada
- Remisión o Contra-remisión aceptada, epicrisis diligenciada y cuenta cerrada.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención médica diaria
- Proceso de Interconsulta
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- Proceso de remisión y contra remisión

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Enfermería
- Proceso de Farmacia
- Proceso de Contratación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 1011 / 06
- Resolución 1043 / 06 (Anexos Tec.)
- Contratación Vigente
- Guías medicas y de enfermería
- Decreto 2759 / 91

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de comprobación y verificación de derechos informa al médico, enfermera, familiar y/o responsable del paciente, la aceptación de la remisión ó contra-remisión, la asignación de cita para ayuda diagnóstica o terapéutica, especificando el lugar, fecha, hora, requerimientos especiales y tipo de traslado en ambulancia, diligenciando los registros correspondientes.
2. La enfermera y/o médico tratante solicita a la tripulación de ambulancia su debida identificación y se procede a entregar al paciente:
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Básico: lo entrega la auxiliar de enfermería a cargo del paciente al auxiliar de la ambulancia.
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Medicalizado: el médico asistencial del servicio lo entrega al médico de la ambulancia al igual que el personal de enfermería. Se verifica que cumpla con los requerimientos mínimos para el traslado.
3. El personal de enfermería entrega al auxiliar de ambulancia los documentos necesarios para la remisión o contra-remisión, ayudas diagnósticas y medicamentos para el tratamiento durante el traslado.
4. El personal de enfermería realiza el registro de salida del paciente en la Historia Clínica y en el libro de traslado de pacientes o en el de egresos, según el caso.
5. Si durante el traslado se presenta alguna novedad la tripulación de la ambulancia debe informar a esta Institución.
6. Al regreso del paciente la tripulación de la ambulancia debe entregarle al médico y/o enfermera, copias de los registros de la evolución médica y de enfermería durante el traslado (bitácora de viaje)
7. En caso de toma de ayudas diagnósticas la tripulación de la ambulancia debe entregar los reportes y placas correspondientes. De no ser así informará cuando serán entregados y a través de que medio.
8. El médico de Referencia y Contrarreferencia debe verificar periódicamente (una vez al mes por cada proveedor) en forma aleatoria, que el servicio de Ambulancia contratado cumpla con los estándares de habilitación de acuerdo a las normatividad vigente. Esta revisión será documentada en lista de verificación y enviada al interventor del contrato

CONTROL

- Bitácora de viaje.
- Encuesta de satisfacción del traslado.

SALIDAS

- Paciente trasladado a otra Institución en forma definitiva, o de vuelta en la institución después de la toma del exámen.

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente trasladado adecuadamente a otra Institución con copia de la bitácora adjunta a la historia clínica

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de atención médica.
- Proceso de Referencia y Contrarreferencia

INDICADORES

- Porcentaje de trasladados con bitácora adjunta en historia clínica.
- Índice de satisfacción en encuestas de traslado de paciente en ambulancia.

RECURSOS

- Papelería.
- Ambulancia TAB.

REGISTROS

- Historia clínica.
- Libro de egreso de pacientes.
- Libro de traslado a otras Instituciones
- Formato de referencia y/o contrarreferencia.
- Bitácora de viaje.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: PABLO ALBERTO LÓPEZ B.
CARGO: Líder Procesos Cuidado Crítico

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federal de las Acostas
IRAGÜE - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: EGRESO POR ALTA VOLUNTARIA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para los pacientes que soliciten retiro voluntario de la Institución

RESPONSABLE
Médico del servicio

OBJETO: Garantizar que los pacientes que soliciten retiro voluntario, reciban información completa y cumplan los trámites de tipo administrativo y asistencial para su egreso.

CODIGO
UCC-
PRO 017

FECHA DE ELABORACION:
30 - 07 - 06

FECHA DE APROBACION:
13-09-2007

ENTRADAS

- Manifestación del paciente de suspender el tratamiento hospitalario.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente o familia autónomos para decidir la suspensión del tratamiento hospitalario

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Revista Médica.
- Proceso de Atención de Enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de Oficina Jurídica y Control Disciplinario.
- Proceso de autorizaciones.
- Proceso de devolución de medicamentos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100/93
- Resolución 5261/94
- Resolución 1995/95
- Decreto 2423 /96
- Acuerdo 306/05
- Constitución Política de Colombia 1991
- Declaración de los derechos del usuario.
- Ley 23 de 1981.
- Ley 1122 de2007.
- Circular 30 de la Supersalud.
- Resolución 1446 de 2006

CONTROL

- Revisión y análisis de los casos registrados como retiro voluntario.

ACTIVIDADES

1. El paciente mayor de edad, la familia o el representante legal del paciente, expresa(n) al personal médico o de enfermería, el deseo de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario.
2. El médico indaga al paciente, familia y/o representante legal la causa que motiva la solicitud de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario. Si el problema puede ser corregido se realizaran todas las acciones necesarias para hacerlo.
3. El médico le explica al paciente y la familia, las condiciones clínicas y la importancia de continuar con el tratamiento hospitalario, los beneficios o las posibles complicaciones en caso de no continuarlo.
4. Si el paciente es menor de edad, se le explica a la familia que priman los derechos del menor sobre las decisiones de los tutores y los conceptos médicos tienen prelación, por el derecho fundamental a la vida y la salud.
5. Si la familia insiste en la voluntad de suspender el tratamiento hospitalario al menor de edad, la trabajadora social reporta la situación al defensor del ICBF para legalizar y garantizar la continuidad de la atención en salud.
6. El médico tratante diligencia el formato de Declaración de Retiro Voluntario completo con firma, huella, testigo y elabora registro en la Historia Clínica, si el paciente no sabe firmar se coloca la huella y testigo con firma a ruego.
7. Se le informa al paciente la posibilidad de desistir en cualquier momento de la decisión del retiro voluntario y la opción de reiniciar el tratamiento cuando lo desee.
8. Al salir el paciente la auxiliar de enfermería le entrega las ayudas diagnósticas, formula médica, resumen de la Historia Clínica, se le sugiere citas de control y se le dan recomendaciones.
9. La auxiliar de enfermería registra en el formato de notificación de eventos adversos.
10. Se continúa el proceso de egreso administrativo.

SALIDAS

- Paciente egresado voluntariamente con declaración de retiro voluntario firmado y registrado en al Historia Clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente, familia y/o responsable informado de su condición Clínica, riesgos y complicaciones de su retiro voluntario.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de egreso administrativo.

INDICADORES

- % de pacientes egresados por retiro voluntario.

RECURSOS

- Formatos
- Computador
- Sala de entrevista con el paciente.

REGISTROS

- Formato de Declaración de retiro voluntario
- Historia Clínica

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: PABLO ALBERTO LOPEZ BURGOS
CARGO: Lider Grupo de Procesos UCC

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

VERSION: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.	RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante	OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.	CÓDIGO: UCC-PRO020	FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/06-/008
---	---	---	--------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ELABORÓ:
FIRMA: *Isabel Serrano Lopez*
NOMBRE: ISABEL SERRANO LOPEZ
CARGO: CIRUJANO - MIEMBRO GRUPO LIBER DE PROCESOS

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
- El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
- Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve.
- Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
- Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
- Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rehusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
- Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
- Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
- En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal; en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
- En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, (Código de protección del menor).
- El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
- El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.

EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.

RIESGO

- Cancelación de procedimientos
- Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

- No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
- No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

REVISÓ:
FIRMA: *Luis Enrique Alvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Paperería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CUIDADO CRITICO
PROCESO: REMISIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

VERSIÓN: ORIGINAL
 PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICACIÓN A PACIENTES QUE TRASLADADOS A OTRA INSTITUCIÓN	RESPONSABLE: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	OBJETO: UBICAR A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL EN OTRAS IPS, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, CUANDO LA CAPACIDAD INSTALADA ES INSUFICIENTE O REQUIERE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD.	Código: UCC-PRO022	FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 03-12-2007
--	---	---	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

- Paciente Hospitalizado
- Orden de Remisión

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente que requiere ser trasladado por condiciones médicas o administrativas a un nivel de complejidad mayor o menor o EPS remitente
- Orden de remisión por Especialista y completamente diligenciada.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención Médica Diaria por especialista.
 Proceso de Revista médica
 Proceso de Valoración Inicial por Médico Especialista
 Proceso de solicitud, gestión y respuesta interconsulta

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación
 Proceso de autorización

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1995 de 1999
 Contratación vigente
 Decreto 2759 de 1991
 Manual de referencia y contra referencia

ACTIVIDADES

1. El medico especialista diligencia el formato de remisión, en original y copia, explicando la causa de la misma, para una institución de mayor o menor complejidad por requerimientos médicos o administrativos.
2. El medico especialista le informa de la necesidad del traslado al paciente y su familiar designado como acudiente.
3. El medico asistencial le informa a la auxiliar de verificación de derechos del servicio, la necesidad de tramitar la remisión.
4. La auxiliar de verificación de derechos del servicio, reúne los documentos, así: original del formato de remisión, fotocopia del carné de seguridad social y fotocopia del documento de identidad.
5. La auxiliar de verificación de derechos del servicio solicita vía fax o telefónicamente, la autorización y el lugar de ubicación a la administradora de planes de beneficios.
6. La auxiliar de verificación de derechos del servicio lleva la autorización y la remisión a la oficina de referencia y contrarreferencia de la institución, diligenciando el libro de tramite de remisiones, donde debe quedar especifica la hora y fecha de recibo y entrega.
7. La auxiliar de referencia y contrarreferencia inicia la ubicación del paciente teniendo en cuenta la red alterna de la administradora de planes de beneficio.
8. Una vez confirmada la IPS receptora, la fecha y hora de traslado del paciente, la auxiliar de referencia y contra referencia da inicio al proceso de SOLICITUD Y TRAMITE DE AMBULANCIA.
9. La auxiliar administrativa de referencia y contra referencia llama al servicio donde está ubicado el paciente e informa a la enfermera el resultado de la gestión realizada.
10. La enfermera informa a la auxiliar de verificación de derechos del piso para que recoja la documentación pertinente en la oficina de referencia y la anexe a la historia clínica haciendo los registros correspondientes.
11. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones ubica e informa a la familia sobre la fecha y hora del traslado del paciente y los requerimientos para el mismo.
12. La enfermera y el medico asistencial del servicio entregan al paciente al personal de la ambulancia, junto con la documentación requerida.

RIESGO

Falta de oportunidad en la ubicación del paciente

CONTROL

Revisión del libro de tramite de remisiones

REGISTROS

Formulario de remisión
 Autorización - Libro de tramite de remisiones
 Hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos.

SALIDAS

Paciente remitido.

REQUISITOS DE SALIDAS

- Paciente aceptado en la IPS receptora.
- Paciente en condiciones clínicas de ser trasladado.

CLIENTE

- Proceso de traslado interinstitucional de paciente en ambulancia
- Proceso de control de captación
- Proceso de facturación
- Proceso de egreso por alta.
- Proceso devolución de medicamentos

INDICADORES

Oportunidad de tramite de remisión

RECURSOS

Medios de comunicación.
 Papelería

ELABORÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: PABLO ALBERTO LÓPEZ BURGOS
 CARGO: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS

REVISÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: SUBGERENTE
 COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
 CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Fabrica Larga Ancho
TELÉFONO: 101.88.1.533

MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS

VERSIÓN: ORIGINAL
Página: 1 DE 1

PROCESO: ATENCIÓN EN CONSULTA ESPECIALIZADA

ALCANCE: Aplica para todos los usuarios que asisten a consulta externa y procedimientos ambulatorios especializados	RESPONSABLE: Coordinadora de Consulta Externa	OBJETO: Coordinar que el usuario sea atendido por el Médico Especialista y le realicen los procedimientos diagnósticos ordenados.	Código UFA-PRO001	Fecha de elaboración: 15/06/2006	Fecha de actualización: 14/07/2008
--	--	--	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

Paciente
Historias Clínicas
Listado de Citas Asignadas

REQUISITOS DE ENTRADA

Cita Asignada.
Factura y Recibo de Pago
Historia Clínica
Paciente con Remisión

PROCESOS PROVEEDORES

Asignación de Citas
Proceso de Facturación
Procesos de Recaudado
Solicitud y Entrega de Historias Clínicas

PROCESOS DE APOYO

Procesos de Apoyo Diagnóstico
Procesos de Apoyo Terapéutico
Procesos de Gestión Hotelera
Procesos de Atención al Usuario
Procesos de Mantenimiento
Procesos de Suministros

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 412 (Programas de TBC, VIH, IRC, HTA)
Resolución 3442 (Reglamentación VIH, SIDA)
Resolución 1444 (AMI)
Decreto 1543 (Normatividad VIH, SIDA)
Ley 266 (Ley de Enfermería)
Ley 911 (Código Deontológico)
Ley 23 de 1981
Guías de Atención Médica
Planes de Atención de Enfermería

RIESGO

Pérdida de documentos de la Historia Clínica. - No atención del paciente o falta de oportunidad por inadecuada comunicación

CONTROL

RIPS - Registro en la Historia Clínica de las anotaciones Médicas y de Enfermería

ACTIVIDADES

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

1. Saluda y atiende amablemente al usuario, verifica en el listado de citas que tenga la cita asignada.
2. Solicita al usuario la cedula, el carne y el recibo de pago de la consulta, y verifica la correspondencia de los datos del usuario y el pago de la consulta.
3. Revisa la historia clínica e identifica los requerimientos solicitados por el medico en la cita anterior y los anexa en la historia clínica, en el caso en que no cumpla le dice que reprograme la cita y que debe volver con los reportes de las ayudas diagnósticas solicitadas.
4. Entrevista al usuario y a su acompañante con el fin de dar información general de su patología.
5. Observa el estado general del paciente, toma los signos vitales, peso, talla y registra los datos obtenidos en la hoja de evolución médica de la Historia clínica.
6. Diligencia el RIPS con el número de documento.
7. Ingresa con el paciente y su historia clínica al consultorio, lo presenta al Médico e informa los datos obtenidos en la entrevista inicial.

EL MEDICO ESPECIALISTA:

8. Atiende al paciente y diligencia el RIPS de la consulta.
9. Le informa al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento, posibles complicaciones, secuelas y riesgos de no seguir las recomendaciones médicas.
10. Si el paciente es de manejo quirúrgico, diligencia el consentimiento informado, según el proceso de consentimiento informado.
11. Si el paciente no firma el consentimiento informado en el momento de la consulta, no se generan las solicitudes de quirúrgicos, valoración anestésica ni solicitud de quirófano. Si decide posteriormente firmar el consentimiento se le indica que debe solicitar nueva consulta para así hacer las solicitudes necesarias para iniciar el proceso de programación de cirugía.
12. Si el paciente firma el consentimiento informado en el momento de la consulta, se entregan las solicitudes de estudio quirúrgico, de acuerdo a las Guías Médicas. Igualmente se entrega la solicitud de cita por Anestesiología, la solicitud de quirófano y la orden de procedimiento (ambulatorio u hospitalizado).
13. Si el paciente es de manejo médico, se diligencia y entrega, según sea el caso, la orden de hospitalización, la fórmula médica, las solicitudes de ayuda diagnóstica, la solicitud de cita de control, las solicitudes de interconsulta y la solicitud de procedimiento de consultorio.

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

14. Cuando el paciente sale del consultorio, la Auxiliar de Enfermería se documenta sobre la valoración realizada por el especialista en la historia clínica así como las órdenes médicas impartidas e indica al paciente y familia los pasos a seguir, es decir: programación de cirugía, asignación de citas, procedimientos de consultorio, solicitud de ayudas diagnósticas y terapéuticas y hospitalización, según instructivos.
15. En el caso del paciente quirúrgico, recibe la solicitud de quirófano, la registra en el libro de solicitudes de quirófano de cada consultorio y las entrega a la auxiliar de programación de cirugía
16. Da educación sobre auto-cuidado, hábitos alimenticios, higiene, adherencia al tratamiento, y factores de riesgo según la patología y registra en la hoja de evolución de enfermería en la historia clínica.
17. Interroga al usuario sobre sus inquietudes o dudas relacionadas con el tratamiento y recomendaciones dadas.
18. Al terminar la consulta, entrega a la secretaria de consulta externa los RIPS y las copias de los recibos de pago.
19. La auxiliar de Enfermería lleva las historias clínicas al archivo y hace el registro en el libro de control de entrega de las historias clínicas.

SALIDAS

Paciente atendido por médico especialista con conducta definida

REQUISITOS DE SALIDA

Solicitudes diligenciadas, de acuerdo a la conducta tomada
Paciente informado y educado.

PROCESOS CLIENTES

Apoyo Diagnóstico
Apoyo Terapéutico
Asignación de Citas
Programación de Cirugía
Admisión del Paciente
Dispensación de Medicamentos
Atención al Usuario
Autorizaciones

INDICADORES

Tiempo de espera, entre hora asignada y la hora de la atención
Porcentaje de Satisfacción de los pacientes

RECURSOS

Insumos de papelería
Dotación de Consultorio

REGISTROS

Historias clínicas, RIPS, Libro de control de recibo y entrega de historias clínicas al archivo

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

Elaboró:
FIRMA:
NOMBRE: BETTY MARTINEZ
CARGO: Líder Procesos, Coordinadora Asignación de Citas

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSION: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.	RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante	OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.	CÓDIGO: UFA-PRO002	FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/06-/008
---	---	---	--------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ELABORÓ:
FIRMA: *Isabel Serrano*
NOMBRE: ISABEL SERRANO LOPEZ
CARGO: CIRUJANO - MIEMBRO GRUPO LIBER DE PROCESOS

REVISÓ:
FIRMA: *Luis Enrique Alvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
- El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
- Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve.
- Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
- Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
- Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rechazar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
- Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
- Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
- En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal; en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
- En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
- El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
- El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.

EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Paperería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

RIESGO

- Cancelación de procedimientos
- Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

- No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
- No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.



**HOSPITAL
Federal Lleras Acosta**
1945 - 19114 - 1-11

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

PROCESO: ADMISIÓN DEL PACIENTE A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS

VERSIÓN:
ORIGINAL

PÁGINA:
1 DE 1

ALCANCE: Aplica para todos los pacientes que requieran hospitalización desde consulta externa.	RESPONSABLE: Enfermera de consulta Externa	OBJETO: Hospitalizar en forma oportuna al paciente de acuerdo a las necesidades de salud del mismo.	CÓDIGO: UFA-PRO003	Fecha de elaboración: 03-05-2006	Fecha de actualización: 22-09-2009
---	---	--	---------------------------	---	---

ENTRADAS
Paciente con historia clínica completa.
Orden médica de hospitalización.
Autorización de la Entidad Responsable del Paço.

REQUISITOS DE ENTRADA
Historia Clínica completa.
Recibo de anticipo.
Autorización de servicios por la Entidad Responsahla del Paço

PROCESOS PROVEEDORES
Atención en consulta externa especializada: UFA-PRO001
Programación de Cirugía UFG-PRO011
Proceso de verificación de derechos UR-PRO029
Manejo, conservación y custodia de historia clínica RC-PR0011

PROCESOS DE APOYO
Gestión de Recursos Físicos.
Proceso de Facturación.
Traslado intrahospitalario de pacientes UFH-PRO004
Solicitud y asignación de cama. UFH-PRO017

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
Decreto 4747 de 2007
Resolución 3047 de 2008
Contratación Vigente
Guías integrales de atención

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería del consultorio lleva al paciente junto con los documentos (historia clínica y orden de hospitalización) a la ventanilla de admisiones (consulta externa y le informa a la auxiliar administrativa que debe iniciar el proceso de admisión del paciente.
2. En el caso de pacientes programados para cirugía electiva, en programación de cirugía les informan que se presenten en la ventanilla de consulta externa de admisiones el día señalado junto con la documentación requerida.
3. La auxiliar administrativa de admisiones registra el paciente en el libro de admisiones por consulta externa.
4. Acompaña al paciente a la oficina de verificación de derechos en donde solicitan las autorizaciones pertinentes e informan el valor a cancelar por copago o anticipo y le indican que debe pagar antes de la hospitalización; una vez realizado el pago, adjuntan el recibo a la documentación para la hospitalización.
5. La auxiliar administrativa de admisiones llama al servicio de hospitalización y solicita la cama, según proceso UFH-PRO017.
6. La enfermera del servicio de hospitalización registra la solicitud de la necesidad de cama por el servicio de consulta externa, junto con los requerimientos, en el formato de solicitud de camas.
7. Asigna la cama y registra en el formato de asignación de camas la hora y número de cama asignada.
8. La auxiliar de enfermería alista la unidad asignada al paciente.
9. La auxiliar administrativa de admisiones traslada al paciente al servicio de hospitalización, según proceso UFH-PRO004 de traslado intrahospitalario de pacientes.
10. La enfermera del servicio de hospitalización recibe el paciente y verifica las sus condiciones clínicas al ingreso y continúa con el registro en la historia clínica, según instructivo. UFH-I001.
11. La auxiliar administrativa de admisiones entrega los documentos al facturador del servicio para que realice la admisión al sistema del paciente.
En caso de que no haya cama disponible el paciente queda en lista de espera con los datos para su ubicación y se le llama en cuanto haya disponibilidad.

SALIDAS
Paciente admitido en el servicio de hospitalización.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente admitido en el servicio de hospitalización con los requisitos administrativos necesarios para su atención.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de Facturación
Proceso de atención médica
Proceso de atención de enfermería.

INDICADORES
N° de pacientes hospitalizados sin autorización.

RECURSOS
Medios de comunicación.
Equipo de computo.
Equipos de transporte.

REGISTROS
Formato de solicitud y asignación de camas
Libro de admisiones por consulta externa.
Lista de espera
Historia Clínica

RIESGOS
Hospitalización de pacientes sin autorización por parte de la empresa responsable del pago.

CONTROL
La auxiliar administrativa de admisiones verifica que el paciente cuente con autorización o código de autorización para prestación de servicios de internación o quirúrgicos.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALVARO DÍAZ TRUJILLO
CARGO: COORDINADOR UFA AMBULATORIOS – COOPERATIVA SEFIRA

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Laverde Acosta
LABORATORIO CLINICO - E.S.E

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

VERSIÓN: 1

ALCANCE: APLICAR PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SON NECESARIOS DEVOLVER A LA FARMACIA

RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERIA

OBJETO: GARANTIZAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREFACTURACIÓN Y GLOSAS.

Código: UFH-PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14-08-2008

PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

Medicamentos y dispositivos médicos sobrantes por diferentes causas.
Historia Clínica.
Formato de devolución de medicamentos con consecutivo.

ACTIVIDADES

- Diariamente:
- La enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma la existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos formulados con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
 - En el caso de Egreso:
 - La enfermera o auxiliar de enfermería confirma la orden medica de salida del paciente, realiza revisión de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado, con lo despachado y con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
 - La enfermera o auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos con letra legible en original y dos copias.
 - La auxiliar de enfermería informa al facturador sobre la salida y la devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos.
 - La enfermera o auxiliar de enfermería envía a Farmacia con el patinador los medicamentos y la copia amarilla del formato de devolución completamente diligenciado dejando nombre y firma de quien entrega y de quien recibe. **TENIENDO EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DEBEN QUEDAR LEGIBLES.**
 - La enfermera o auxiliar de enfermería entrega a Facturación la copia rosada de del formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos, la cual debe tener los nombres y firmas de quien entrega y quien recibe.
 - La enfermera o auxiliar de enfermería anexa el original del formato de devolución de medicamentos en la historia clínica en el capítulo 13 (anexos).

REQUISITOS DE ENTRADA

Formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos completamente diligenciado con letra legible en original v copia.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de recibo y entrega de turno de enfermería
Proceso de Egreso del Paciente por alta medica
Proceso de Revista médica

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Facturación
Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material medico quirúrgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 1993,
Ley 23 (Ética Medica)
Resolución 5261 /94
Decreto 2423 /96,
Acuerdo 306 /05
Resolución 1995 /99
Cuadros de Contratación Vigente
Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

SALIDAS

Medicamentos y dispositivos médicos entregados al patinador de farmacia

REQUISITOS DE SALIDA

Formulario de devolución de dispositivos y medicamentos claro, legible y completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Recaudo
Proceso de Facturación
Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material medico quirúrgico

INDICADORES

% Glosas ocasionadas por medicamentos no soportados en la Historia clínica
de eventos reportados a la Unidad Funcional por inadecuada devolución al mes.

RECURSOS

Formato de devolución
Computador
Teléfono

RIESGO

Perdida de medicamentos.
Detrimiento patrimonial por aceptación de objeciones.

CONTROL

Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y dispositivos médicos.

REGISTROS

Notas de enfermería
Libro de recepción de medicamentos
Formato de devolución de medicamentos
Hojas de medicamentos

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA:

NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBO:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MUERTE**

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que fallece en el Hospital

RESPONSABLE: Enfermera

OBJETO: Garantizar que todos los pacientes que sean declarados fallecidos sean egresados con la documentación completa y oportuna y sean trasladados a la morgue

CÓDIGO: UFH-PRO002

FECHA DE ELABORACION: 18-07-06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-09-08

VERSION: 1

PAGINA: 1 de 1

ENTRADAS

- Paciente fallecido
- La historia Clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente declarado fallecido
- Registro en la Historia Clínica del fallecimiento por el Médico
- Epicrisis

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención médica diaria UFH-PRO014

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Registros Clínicos
- Proceso de Gestión Hotelera
- Proceso de Traslado UFH-PRO004
- Proceso de Verificación de Derechos
- Proceso de Facturación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 1993, Ley 23 (Ética Médica)
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP -CUPS-CIE -10, RES. 1995 /95
- Contratación Vigente

REGISTROS

- Epicrisis
- Devolución de medicamentos
- Certificado de defunción
- Registro en Evolución médica y de Enfermería

ACTIVIDADES

1. El médico valora el paciente y lo declara fallecido.
2. El médico y el personal de Enfermería registran en la Historia Clínica con fecha y hora.
3. El médico elabora la epicrisis con códigos CIE -10 y el certificado de defunción si es pertinente, quedando registrado en el Libro de control de Certificados de defunción UFH-LIB003.
4. El médico o enfermera en caso de muerte violenta o pacientes que se encuentran bajo custodia del estado debe informar telefónicamente a la Fiscalía y registrar en la Historia Clínica.
5. El médico informa a la familia y/o acompañante del fallecimiento del paciente si están presentes, en su defecto la enfermera o la trabajadora social solicita telefónicamente a la familia que se acerquen al Hospital para hablar con el médico.
6. La auxiliar de enfermería prepara el cadáver según la guía de preparación de cadáveres.
7. La enfermera o la auxiliar de enfermería registra completamente en el libro de trasladados de cadáveres a la morgue UFH-LB002.
8. La auxiliar de Enfermería y/o camillero trasladada el cadáver a la morgue.
9. El encargado de la recepción de cadáveres en la morgue firma en el libro el recibido del cadáver.
10. La enfermera realiza la anotación del fallecimiento en el libro de ingreso y egreso de pacientes, UFH-LB001, revisa que la Historia Clínica tenga el comprobante de devolutivos, si los hubo, la epicrisis completa y los entrega al Facturador.
11. La auxiliar de Enfermería rotula y/o entrega las pertenencias a la familia.
12. El facturador elabora la Factura, expide la orden de salida y orienta a la familia los pasos a seguir.
13. Con la orden expedida por Facturación el personal de enfermería entrega el Certificado de defunción y las placas de imágenes diagnósticas leídas a la familia o al responsable, le informa que las no leídas las reclame 3 días después en el servicio de Imagenología y registra en la Historia Clínica.
14. El personal de Enfermería realiza el registro correspondiente y hace el cierre de la Historia Clínica con firma del familiar y/o la persona responsable.

SALIDAS

Paciente fallecido egresado del servicio
Familia del paciente informada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente fallecido con documentación completa y trasladado a la morgue
- Familiar informado

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Facturación
Devolución de medicamentos y dispositivos médicos UFH-PRO001
Proceso de Verificación de Derechos y autorizaciones

INDICADORES

- % de Certificados de defunción mal diligenciados.
- total de cadáveres bajados a la morgue mal identificados.

RECURSOS

Libros foliados
Camillas
Historia Clínica
Sabanas
Certificado de defunción
Computador
Teléfono

RIESGO

Entrega equivocada de cadáver por fallas en la preparación del mismo.
Problemas legales por falta de notificación a quien corresponde.

CONTROL

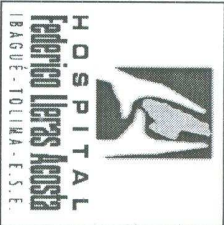
Registro en la Historia Clínica en la hoja de Evolución médica y de enfermería
Registro en el libro de trasladados a la morgue de cada servicio.
Registro en el libro de ingreso y egreso de pacientes del servicio.

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA: 
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: Gerente

APROBÓ:



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO DE PACIENTES

VERSIÓN:1

ALCANCE: Aplica a todo paciente que requiera ser movilizado a otro servicio del Hospital definitiva o temporalmente	RESPONSABLE: Personal de Enfermería y/o Medico	OBJETO: Realizar el traslado del paciente garantizando su seguridad y su atención integral.	CODIGO: UFH-PRO004	FECHA DE ELABORACION: 25 - 06 - 06	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 29-09-2008
					PAGINA: 1 DE 1

ENTRADAS

- Orden medica de traslado o solicitud de ayuda diagnostica o terapéutica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Epicrisis del servicio que trasladada (cuando es definitiva)
- Cita asignada y confirmada
- Cama confirmada

PROCESOS PROVEEDORES

- Valoración medica diaria por especialista UFH-PRO014
- Solicitud y asignación de camas UFH-PRO017
- Solicitud, asignación de cita, toma y respuesta de imágenes diagnosticas IMA-PRO-001
- Solicitud, gestión y respuesta de inter consulta UFH-PRO007

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Farmacia
- Proceso de verificación y comprobación de derechos
- Gestión hotelera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Contratación y mercadeo
- CIE -10, -RIPS, -CUPS
- Guías medicas y de Enfermería
- Protocolos del comité de Infecciones
- Normas de Bioseguridad

CONTROL

- Registro en la H. C. de la condición del paciente

RIESGO

Comunicación del paciente durante el traslado

FIRMA:  **FLABORO:**
NOMBRE: Comité de Documentación de Procesos
CARGO: Coordinador

FIRMA:  **REVISÓ:**
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA:  **APROBO:**
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: Gerente

ACTIVIDADES

1. El personal de Enfermería entrega e informa al responsable del traslado, el medio de transporte (todo paciente debe ser trasladado en camilla o silla de ruedas), el sitio de destino, los requerimientos especiales del traslado, infusiones permanentes, oxigeno, acompañamiento medico etc), y la orden medica completamente diligenciada.
2. La auxiliar de Enfermería que tiene asignado el paciente en compañía del camillero lo pasan al medio de transporte indicado.
3. Si el traslado es temporal: se envía, Historia Clínica, ayudas diagnosticas, insumos de acuerdo a las indicaciones del servicio receptor.
4. Si el traslado es permanente: se envía el paciente con la Historia Clínica actualizada y antigua, epicrisis, perfenencias, ayudas diagnosticas, medicamentos e insumos. El personal de enfermería diligencia el formato del traslado y lo entrega a facturación.
5. La auxiliar de Enfermería registra en la Historia Clínica la condición del paciente y entrega la orden de la ayuda diagnostica si es pertinente.
6. Si la condición del paciente es critica debe ir acompañado por el medico Asistencial y enfermera. La enfermera asigna a una auxiliar para hacer llamado previo de ascensor.
7. Si el paciente ingresa o egresa de la UCI, debe ser recibido y entregado por el medico y la enfermera del servicio y de la unidad.
8. El camillero y quien lo acompañe hacen entrega personal del paciente a la enfermera y a la auxiliar de servicio receptor.
9. Si el paciente es trasladado para una ayuda diagnostica o terapéutica debe llevar la Historia Clínica para elaborar registro del procedimiento y gasto de insumos y medicamentos.
10. Durante el traslado del paciente el camillero vigila las condiciones propias del paciente y vela por la privacidad y dignidad del mismo.
11. Si el traslado es temporal el auxiliar del servicio receptor se hará responsable del monitoreo continuo de las condiciones del paciente.
12. Una vez resuelto el motivo del traslado temporal el servicio receptor se comunica con el servicio de origen para el respectivo traslado.
13. El personal responsable del traslado se encarga de regresar el paciente al servicio de origen monitorizando la condición clinica y sus requerimientos; a su vez avisa a la auxiliar encargada para instalar nuevamente en la Unidad y hacer entrega del paciente con informe completo verbal y escrito de las novedades ocurridas durante el traslado con Historia Clínica, ayuda diagnostica realizada y respuesta de inter consulta.

SALIDAS

Paciente recibido en el servicio correspondiente
 Paciente con ayuda diagnostica realizada o Inter consulta realizada e instalado en la Unidad

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente aceptado
- Paciente devuelto al servicio de origen con ayuda diagnostica o terapéutica realizada e Interconsulta contestada

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso Interconsulta
- Proceso Farmacia
- Proceso de ayudas diagnosticas y terapéuticas
- Proceso de recibo de pacientes en el servicio

INDICADORES

Pacientes complicados durante el traslado x por mes

RECURSOS

- Camilla adecuada para el transporte del paciente
- Bombas de infusión
- Formatos
- Camilleros.
- Sillas de ruedas
- Balas de Oxigeno

REGISTROS

- Evolución medica y de enfermería
- Libro de registro de ingreso y egreso del Servicio
- Hoja de traslados completamente diligenciada (Traslados internos para Facturación)
- Informe de eventos ocurridos durante el traslado del paciente hospitalizado



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
18A9UÉ - IDULIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

VERSION:
1

ALCANCE: Aplica para todo medicamento y material de quirúrgico a los nacientes formulado a los

RESPONSABLE: Personal de Enfermería

OBJETO: Garantizar la recepción oportuna y la custodia de medicamentos y material médico quirúrgico de todos los pacientes.

CODIGO: UFH-PRO003

FECHA DE ELABORACION: 27-09-2006

PAGINA: 1 de 1
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 28-09-2008

ENTRADAS

- Orden médica y material médico quirúrgico

ACTIVIDADES

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Fórmula completa; con letra legible, sin enmendaduras, nombre del medicamento en genérico, concentración, cantidades, presentación, dosificación, vía de administración para las 24 horas, firma, sello, fecha y hora.

SALIDAS

- Medicamento y/o material médico quirúrgico recibido a conformidad

REQUISITOS DE SALIDA

- Medicamento y/o material médico quirúrgico formulados, recibidos y ubicados en el lugar asignado para el mismo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de Atención médica
- Proceso de central de esterilización

INDICADORES

Tiempo trascurrido entre la entrega de la orden médica a Farmacia y la llegada del medicamento en el servicio

CONTROL

- Libro de entrega de ordenes medicas y recibo de medicamentos
- Factura firmada

RECURSOS

- Recurso humano
- Libro foliado

REGISTROS

- Registro en el libro de control de formulas
- Factura de expedida por farmacia

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Proceso de atención médica diaria
 - Proceso de dispensación de medicamentos
 - Proceso de Comité de Infecciones

- PROCESOS DE APOYO**
- Proceso de Facturación
 - Proceso de comprobación y verificación de derechos
 - Proceso de Suministros – Farmacia
 - Procesos de Comité de Infecciones

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Ley 100/93
 - Ley 226 (Ética de Enfermería)
 - Protocolos del comité de Infecciones
 - Contratación vigente - RIPS, CUPS
 - Resolución 5261/94
 - Acuerdo 228, 236, 263, 282/04 y 336 /08/06 - Resolución 1995/99

1. El personal de Enfermería retira las copias de la fórmula médica de la Historia Clínica y las deposita en el buzón de envío a Farmacia, previo registro del número serial en el libro de control de formulas. (generales o no pos).
2. El patinador de Farmacia recoge la fórmula y firma en el libro de control de formulas con nombre y hora de recepción.
3. El patinador regresa de Farmacia con los medicamentos y/o material médico quirúrgico despachado, facturado y con la factura de Farmacia.
4. El personal de Enfermería responsable de medicamentos recibe y verifica físicamente los medicamentos (cantidad, el empaque, que las tapas estén en su lugar y sin perforaciones, el envase, o daños que puedan alterar el medicamento), verifica con el patinador de Farmacia que lo formulado corresponda a lo despachado y facturado y los ubica en la caja de medicamentos de cada paciente.
5. En caso de inconsistencias y/o faltantes se registra y se hace la devolución a Farmacia de la fórmula con el fin de que se corrija en el mismo turno.
6. Si es recibida a conformidad y/o están resueltos los faltantes e inconsistencias se registra en el libro y se firma el soporte de Farmacia de conformidad (copia de la fórmula y la factura en original y copia).
7. Si es material médico quirúrgico la auxiliar de Enfermería debe llevarlo a la central de esterilización y hacer registros en la Historia Clínica del paciente y en el libro de recepción de la Central de Esterilización.
8. Las ordenes medicas que son prioritarias se deben rotular en el extremo superior como "URGENTE", para que su despacho sea inmediato.

RIESGO

Perdidas de medicamentos.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: SOLICITUD, TOMA Y RESPUESTA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

VERSION: 1

ALCANCE: Este documento aplica para las imágenes diagnósticas que se realizan en la Institución	RESPONSABLE Personal Médico y de Enfermería	OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la Institución.	CÓDIGO: UFH-PRO005	FECHA DE ELABORACION: 03 - 10 - 06	PAGINA: 1 DE 1
				FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 28-07-09	

ENTRADAS
Paciente hospitalizado
Solicitud de imagen diagnóstica

REQUISITOS DE ENTRADA
Solicitud de imagen diagnóstica completamente diligenciada, con firma y sello del Médico y con indicación de la ayuda diagnóstica

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de Atención Médica
Proceso solicitud tramite y respuesta de Inter consulta

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Facturación
Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
Proceso de traslado Intra-institucional
Procesos de dispensación de medicamentos
Proceso de devolución de medicamentos
Proceso de consentimiento informado

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 100 /93 - Decreto 2423 / 96
Contratación vigente
Protocolos del comité de infecciones - RIPS, CUPS
Guía medicas y de enfermería
Manual de preparación para imágenes diagnósticas
Protocolos de Imagenología

CONTROL
Libro del control del servicio

ELABORÓ: *[Firma]*
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

ACTIVIDADES

- Después de realizar la valoración, el médico tratante diligencia el formato de solicitud médica de ayuda diagnóstica, hace un resumen pequeño de la historia Clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
- En caso de algún cambio a la orden original, debe tener nota y firma del médico.
- La enfermera entrega la orden al camillero o auxiliar administrativa y estos registran en el libro de control del servicio, UFH-LB004 y entregan orden en la recepción del servicio de imagenología para que asigne la cita al servicio.
- En caso de exámenes portátiles se envía la orden desde el servicio solicitante y el servicio de Imagenología trasladada los equipos necesarios para la toma.
- La recepcionista de imagenología registra, asigna y notifica a los servicios la hora de la cita.
- El auxiliar de enfermería de transporte de pacientes de turno lleva al paciente con la Historia Clínica hasta el sitio donde será tomada la imagen diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería. Ver proceso de Traslado Intra-institucional UFH-PRO004.
- En caso de procedimientos intervencionistas, el radiólogo que se encarga de la toma del procedimiento debe explicar al paciente, familia y/o acompañante y hace firmar el consentimiento informado, según proceso UFH-PRO023. Consentimiento informado
- El técnico y/o radiólogo de turno realiza el procedimiento ordenado según protocolos de Imagenología, hace el registro en la historia Clínica del procedimiento, insumos, medicamentos y medios de contraste aplicados, las dosis de radiación, realiza y registra la devolución de los medios de contraste sobrantes al servicio de origen del paciente, diligencia el RIPS y lo deja en el buzón de facturación.
- El servicio de imágenes entrega la placa de la imagen diagnóstica y su lectura a la auxiliar administrativa o auxiliar de enfermería del servicio y ésta la anexa a la Historia Clínica y elabora registro en el libro de control UFU-LB004.
- La auxiliar administrativa debe verificar si toda placa tomada tiene su lectura, de no ser así debe bajarla en el horario establecido por imágenes.
- Si al egreso del paciente, hay imágenes sin lectura, la auxiliar administrativa del servicio le informa al paciente que lo reclame en tres días hábiles en el servicio de imágenes diagnósticas, rotula el sobre con "paciente egresado", registra la salida de las placas, en el libro de control de placas del servicio, las lleva a Imagenología para su lectura y firma allí el libro de control, UFH-LB004.
- Los días sábado, domingo y festivos de Enfermería encargada del paciente debe verificar si todas las placas están leídas y la que no lo estén se dejaran en el lugar establecido, haciendo los registros en la Historia Clínica, informando al paciente, familia y/o responsable para que las reclame en imágenes y el día hábil la auxiliar administrativa las lleva a lectura.
- Una vez sean leídas las placas, el servicio de imágenes diagnósticas realizará un oficio remitisorio a Registros Clínicos, de los reportes de pacientes egresados de los servicios, a quienes es necesario archivar en su historia clínica la lectura, relacionando el nombre del paciente, número de Historia Clínica, tipo de imagen realizada y servicio del cual egresó.
- El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.

SALIDAS

- Usuarios con imagen diagnóstica tomada
- Reportes de la imagen diagnóstica en la Historia Clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Usuario con imagen diagnóstica tomada, placa en el servicio, facturada y reporte anexado en la Historia Clínica

PROCESOS CLIENTES

- Proceso egreso del paciente
- Proceso de Facturación

INDICADORES

- % de glosas por falta de lectura en Historia Clínica

RECURSOS

- Papelería
- Teléfono directo, celular
- Computador, Software
- Recurso Humano (camilleros, recepcionista y auxiliares de

REGISTROS

- Libros de control en el servicio
- Historia Clínica
- Oficio de envío de lecturas

RIESGOS

- Detrimiento patrimonial por pérdida de ayudas diagnósticas y glosas por falta de lectura
- Estancias prolongadas de causa administrativa
- Complicación del paciente por demora en definición de

REVISÓ: *[Firma]*
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ: *[Firma]*
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
IBAGUÉ - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: CUSTODIA DE PERTENENCIAS

VERSION:
1

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que ingresan sin familiares y que no pueden cuidar sus pertenencias

RESPONSABLE
Personal de Enfermería

OBJETO: Garantizar la seguridad de las pertenencias de los usuarios durante la Hospitalización

CÓDIGO
UFH-PRO006

FECHA DE ELABORACION:
2006-07-08

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
10-10-2008

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente hospitalizado con pertenencias y sin familiar a quien entregarlas.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Admisión del paciente en el servicio UFH-PRO013
- Proceso de Inducción del paciente UFH-PRO012

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Atención de enfermería UFH-PRO010
- Procesos de vigilancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 190 / 95 (Estatuto anti-corrupción administrativa)
- Ley 734 /02 (Código disciplinario Único)

REGISTROS

- Registro en Historia Clínica

RIESGO

Perdida de pertenencias de los pacientes durante su hospitalización.

ACTIVIDADES

1. Cuando el paciente llega al servicio, el personal de enfermería durante la inducción le informa al paciente, familia y/o responsable que durante la hospitalización no debe permanecer con objetos de valor (**dinero, joyas, etc.**), en el caso de teléfonos móviles se le indica que estos están bajo su responsabilidad y el Hospital no responde por pérdida o robo.
2. La auxiliar de Enfermería encargada del paciente hace entrega de la llave del armario correspondiente a su habitación, para que guarde las pertenencias de uso personal.
3. Cuando el paciente es trasladado para una ayuda diagnóstica, terapéutica o procedimiento quirúrgico, se deben dejar bajo llave en el armario dichos elementos y entregar esta a la familia y/o responsable del paciente; en ausencia de ellos, el paciente debe entregar la llave a la auxiliar responsable.
4. En caso de que el paciente tenga prótesis que deban ser removidas por alguna condición clínica y en ausencia del familiar y/o responsable, la auxiliar de enfermería debe rotularlas y guardarlas en una bolsa transparente, diligenciando los siguientes datos: nombre del paciente, número del documento de identidad, tipo de prótesis, estado de la misma, registrar en la Evolución de enfermería de la Historia Clínica y entregarla a la enfermera para que la guarde en el depósito de enfermería.
5. Una vez el familiar y/o responsable del paciente se presente en el servicio y se identifique o el paciente recupere el estado de conciencia, se hace entrega de las pertenencias dejando constancia en la Historia Clínica con firma del recibido, nombre, número de identificación y huella del índice derecho de quien recibe.

SALIDAS

- Pertenencias entregadas al paciente, familiar y/o responsable

REQUISITOS DE SALIDA

- Pertenencias entregadas completas al paciente, familiar y/o responsable, registrando firma, número de documento de identidad y huella

PROCESOS CLIENTES

- Procesos de Egreso del paciente
- Traslado intra hospitalario del paciente UFH-PRO004
- Traslado Inter-Institucional del paciente en ambulancia UFH-PRO018
- Proceso de Referencia y contra-referencia

INDICADORES

- % de quejas por pérdida de pertenencias

RECURSOS

- Armarios con llave
- Porta llaves
- Bolsa transparente
- Cinta de enmascarar
- Papelería
- Rótulos - huelleros

CONTROL

Registro en Historia Clínica.
Mantenimiento de armarios con llave.

ELABORÓ:

FIRMA: *Paola Operasiti*
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: SOLICITUD, GESTION Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA

VERSIÓN: 3
 PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN VALORACIÓN, CONCEPTO Y/O TRATAMIENTO POR OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS DOS SEDES DEL HOSPITAL FEDERICO LLERENAS ACOSTA ESE.	RESPONSABLE: MEDICO ASISTENCIAL DEL SERVICIO CONSULTANTE	OBJETO: COORDINAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR AL PACIENTE EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE SU PATOLOGIA.	CÓDIGO: UFH - PRO007	FECHA DE ELABORACIÓN: 31-05-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17-11-2009
---	--	---	----------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
 Solicitud de inter consulta.
 Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA
 Historia Clínica completa
 Orden Médica con registro de solicitud de Interconsulta.
 Solicitud de inter consulta con justificación clara.

PROCESOS PROVEEDORES
 Atención médica diaria por especialista UFH-PRO014
 Valoración Inicial por medico especialista UR-PRO003.
 Revista medica diaria UCC-PRO006.
 Valoración Inicial por especialista SP-PRO014.
 Atención en salud en salas de observación SP-PRO015

PROCESOS DE APOYO
 Proceso de Verificación de derechos y Autorizaciones.
 Referencia
 Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 Resolución 5261/94 MAPIPPOS
 CIE-10.
 RES. 1995/99 (H.C)
 Guías Integrales de atención.

ACTIVIDADES

1. El médico tratante identifica la necesidad de Valoración por otro profesional.
2. El médico tratante registra en las ordenes medicas y en la hoja de evolución médica la justificación de la solicitud de valoración por otro profesional.
3. El médico tratante diligencia el formato de Interconsulta con los datos del paciente, número de identificación, nombre, cama, fecha y hora de solicitud, resumen de Historia Clínica y motivo de la Interconsulta, la firma y escribe su nombre y el número del registro médico.
4. El médico tratante entrega la solicitud de Interconsulta al médico asistencial o a la Enfermera (o).
5. Quien reciba la solicitud consigna en el libro de registro de interconsultas con fecha y hora, se comunica telefónicamente con el especialista interconsultado, según cuadro de turnos, registrando fecha, hora y observaciones de la comunicación.
6. El profesional Interconsultado responde la interconsulta en el tiempo establecido, máximo 4 horas para las especialidades presenciales y 12 horas para las especialidades de disponibilidad.
7. El profesional Interconsultado valora el paciente, emite concepto y registra en el formato de solicitud y respuesta de interconsulta y define el plan de manejo si es el caso, el cual se anexa a la historia clínica, con fecha, hora, nombre, firma y número de registro médico.
8. El médico asistencial del servicio acompaña al médico especialista durante la valoración y registra en el libro de interconsultas la hora de respuesta.
9. El profesional Interconsultado diligencia en forma completa el RIPS de procedimiento, registrando fecha, código del procedimiento, código de diagnóstico en CIE - 10 y firma, este registro se deposita en el cajón de facturación y/o es entregado a facturación una vez se diligencia la hoja.
10. En caso de requerir el traslado del paciente a otro servicio para ser valorado se realiza según el proceso de traslado de pacientes y de ser necesario el médico asistencial diligencia la solicitud de ambulancia para su trámite por la oficina de referencia y contrarreferencia.

RIESGO
 Falta de oportunidad en la atención

CONTROL
 Libro de registro de interconsultas

REGISTROS
 Hoja de solicitud y respuesta de Interconsulta - Libro de registro de Interconsultas.
 RIPS de procedimientos. - Historia clínica.

SALIDAS
 Paciente con concepto y/o plan de manejo establecido por la especialidad.
 Interconsultada.
 RIPS de procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA
 Paciente con concepto y/o Plan manejo establecido por la especialidad inter consultada registrada en la historia clínica.
 RIPS completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES
 Proceso de traslado de pacientes
 Proceso de valoración diaria por especialista
 Proceso de facturación
 Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.
 Proceso de programación quirúrgica.

INDICADORES
 Oportunidad de respuesta de interconsultas.

RECURSOS
 Papelería.
 Medios de comunicación.
 Ambulancia

ELABORÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
 CARGO: LIDER GRUPO DE PROCESOS HOSPITALIZACION

REVISÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
 CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:
 FIRMA:
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
 CARGO: GERENTE



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNOS DE ENFERMERIA**

VERSION: 1
PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para todas las áreas de hospitalización durante los cambios de turno del personal de enfermería.	RESPONSABLE: Enfermera	OBJETO: Recibir y entregar información concreta y veraz sobre el estado de salud del paciente objeto del cuidado de enfermería durante el turno.	CODIGO: UFH - PRO008	FECHA DE ELABORACION: 22-08-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09-07-2009
---	-------------------------------	---	-----------------------------	---	---

ENTRADAS
Paciente hospitalizado
Historia Clínica
Kardex

REQUISITOS DE ENTRADA
Historia Clínica con notas de enfermería de entrega de paciente.
Kardex actualizado.
Paciente en la unidad.

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de Atención medica diaria.
Proceso de atención de enfermería.

PROCESOS DE APOYO
Proceso valoración médica inicial.
Procesos de servicios generales.
Procesos de mantenimiento.
Proceso de verificación de derechos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 266 de 1996
Ley 911. Código Deontológico de enfermería
Guías comité de infecciones.
IAMI
Plan de atención de enfermería.
(PAE).

REGISTROS
Historia Clínica - Kardex. - Informe presentado a la Coordinación de la Unidad Funcional.

ELABORÓ: [Firma]
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

ACTIVIDADES

1. Antes de iniciar la entrega de turno la enfermera debe verificar que todas las actividades realizadas por el personal de enfermería queden registrados en la Historia Clínica.
2. La enfermera que recibe turno hará verificación de la asistencia del personal, según cuadro de turno y verificara los cambios de turno el libro de turnos y lo registrara en cuadro de efectividad y realizara asignación del personal.
3. La unidad y el paciente deben estar en condiciones de orden y limpieza.
4. La enfermera y las auxiliares de enfermería que reciben y entregan turno se reúnen en el puesto de enfermería de cada servicio de hospitalización a las 7:00, 13:00 y 19:00 horas.
5. Se iniciará la entrega de turno con la auxiliar de la asignación siguiente y la enfermera (as) y auxiliar (es) que recibe turno.
6. Se inicia ronda por la asignación designada por la enfermera en la puerta de la habitación con el Kardex, UFH-FR001. Una vez entregada la información; nombre del paciente, edad, seguridad social, diagnóstico, condiciones del paciente durante el turno y estado actual de salud, actividades pendientes asistenciales y administrativas, solicitud y tramite de autorizaciones si es necesario, se ingresa a la habitación, se saluda al paciente y se presenta, se verifica el estado actual, catéteres, dispositivos, infusiones y rótulos.
7. Se realiza la misma actividad con todos los pacientes hospitalizados en el servicio.
8. El personal que ingresa a turno mientras no participe en el recibo del paciente, ira verificando inventario según procedimiento y las demás actividades por asignación.
9. La enfermera que entrega turno diligencia el formato de informe para la Coordinación de la Unidad Funcional.

SALIDAS
Personal de enfermería que ingresa a turno, con información completa de las condiciones de salud del paciente.

REQUISITOS DE SALIDA
Conocimiento del estado de Salud del paciente.
Información entregada, oportuna completa y veraz de las actividades realizadas y pendientes de cada paciente.
Registros de enfermería completamente diligenciados.

PROCESOS CLIENTES
Proceso atención medica diaria
Proceso atención de enfermería
Proceso de solicitud, gestión y respuesta de imágenes diagnósticas

INDICADORES
% de registros de enfermería de entrega de turno debidamente diligenciados.

RECURSOS
Formatos de historia clínica
Papelaría

RIESGOS
Complicaciones de pacientes por falta de continuidad de tratamientos

CONTROL
Registros en la historia clínica
Registro en el Kardex.
Diligenciamiento del cuadro de efectividad.

REVISÓ: [Firma]
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: COMITE LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ: [Firma]
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
BARRIO - TOLLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE POR ALTA MÉDICA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA:

ALCANCE: Aplica para los pacientes dados de alta por mejoría Clínica en los servicios de Hospitalización

RESPONSABLE
Médico tratante

OBJETO: Garantizar que los pacientes dados de alta por mejoría Clínica egresen con la documentación completa y plan de egreso

CODIGO
UFH
PRO 009

FECHA DE ELABORACION:
24 - 07 - 06

FECHA DE ACTUALIZACION:
13-09-2007

ENTRADAS

- > Paciente con orden medica de salida

REQUISITOS DE ENTRADA

- > Paciente con salida firmada en la orden médica y evolución médica de la historia clínica, por médico tratante.

PROCESOS PROVEEDORES

- > Proceso de atención médica diaria.

PROCESOS DE APOYO

- > Proceso de autorización.
- > Proceso de traslado de pacientes
- > Proceso de atención de Enfermería.
- > Proceso Suministros y Farmacia.
- > Proceso de Ayudas diagnósticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- > Ley 100 / 93
- > Acuerdo 306 /05
- > CIE - 10
- > CUPS.
- > Guías médicas de atención.

ACTIVIDADES

1. El médico tratante valoro al paciente y ordena el alta
2. El médico tratante registra en la hoja de evolución médica y en la orden médica la salida del paciente y explica el plan de egreso.
3. El personal de Enfermería informa a Facturación y a la auxiliar de medicamentos sobre la salida del paciente.
4. La auxiliar de Enfermería encargada de medicamentos procede a realizar arqueo y la devolución de medicamentos, material medico quirurgico, diligenciando el formato completo en original y dos copias con letra legible y sin emmendaduras.
5. El patinador de farmacia recoge las devoluciones de medicamentos, material medico quirurgico, firma el formato y entrega una copia a la auxiliar de enfermería y a Facturación. (Ver Procedimiento de devolución de medicamentos Farmacia).
6. El médico tratante realiza epicrisis con evolución diaria, legible, con códigos CIE-10, plan de egreso, firma la epicrisis con nombre y registro médico, deja elaboradas las formulas médicas, control de citas e incapacidad si el paciente lo requiere, ayudas diagnósticas y terapéuticas de control.
7. La auxiliar Administrativa del servicio retira una copia de la epicrisis y la deposita en la carpeta de contrarreferencias, para ser enviadas a la oficina de referencia y contrarreferencia de la institución.
8. La Enfermera entrega el control de citas de los pacientes de postoperatorio a la auxiliar administrativa del servicio para solicitarla en la central de citas.
9. Facturación realiza el cierre de la cuenta conforme lo definido en el proceso de facturación emitiendo una Factura e informa a la Familia del paciente los pasos a seguir.
10. En caso de que el familiar del paciente no tenga capacidad de pago, le informa a la auxiliar de Comprobación y verificación de derechos del servicio para el trámite correspondiente para el egreso.
11. El familiar y/o responsable del paciente se encargará de cancelar el valor de la Factura, entrega recibos de pagos al Facturador quien a su vez diligencia el formato de orden de salida, hace firmar la factura.
12. El familiar y/o responsable del paciente entrega la orden de salida a la auxiliar de enfermería responsable de la atención del paciente, quien a su vez entrega copia de la epicrisis, formula para la casa, formato con cita asignada por consulta externa en caso de posoperatorio, o el formato para solicitar citas, solicitud de ayudas diagnósticas y/o terapéuticas si se requieren, placas de ayudas diagnósticas, recomendaciones y elabora registro del egreso en la Historia Clínica y en el libro de egresos del servicio.

CONTROL

- > Registro en el Libro de ingreso y egreso

REGISTROS

- > Historia Clínica.
- > Libro de registros de egresos del servicio.

SALIDAS

- > Paciente egresado de la Institución

REQUISITOS DE SALIDA

- > Paciente egresado de la Institución con copia de epicrisis que contiene el plan de Egreso.

PROCESOS CLIENTES

- > Proceso de ayudas diagnóstica y terapéuticas
- > Procesos de facturación.
- > Proceso de Enfermería.
- > Proceso de Consulta Externa.
- > Proceso de Contrarreferencia.

INDICADORES

- > Oportunidad del egreso.
- > Verificación de cumplimiento a guías médicas.

RECURSOS

- > Formatos de Historia Clínica
- > Computador
- > Sillas de ruedas.
- > Camillas

ELABORO:

FIRMA: *Rosabel Uriarte Iglesias*
NOMBRE: Rosabel Uriarte Iglesias
CARGO: Lider Grupo de procesos Hospitalización

REVISO:

FIRMA: *Luis Enrique Alvaréz Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBO:

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VERSION: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESPONSABLE: ENFERMERA

OBJETO: GARANTIZAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LA VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PROPORCIONE AL PACIENTE CUIDADO INTEGRAL, BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

Código: UFH-PROO 10

FECHA DE ELABORACIÓN: 22-08-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 04-10-2007

ENTRADAS
➤ Paciente hospitalizado.

REQUISITOS DE ENTRADA
➤ Paciente hospitalizado con impresión diagnóstica y especialidad tratante definida

PROCESOS PROVEEDORES
➤ Proceso de admisión del paciente en servicios de hospitalización.
➤ Proceso de atención inicial médica

PROCESOS DE APOYO
➤ Procesos de servicios generales.
➤ Proceso de información al paciente y la familia.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
➤ Ley 226 de 1996.
➤ Ley 911 de 2004. (Cód. ética enfermería).
➤ Resolución 1043 de 2006.
➤ Protocolos del comité de Infecciones.
➤ Guías de manejo médico y de enfermería.

ACTIVIDADES
1. Al ingreso al servicio el profesional de Enfermería de turno valora al paciente, toma los datos significativos, elabora el diagnóstico de acuerdo al patrón alterado, define la meta y propone actividades para el cumplimiento de la misma.
2. El profesional de Enfermería elabora plan de Atención de Enfermería, según protocolo y hace registro en el formato establecido, escribe su nombre, firma, RUN y lo anexa a la historia clínica.
3. El profesional de Enfermería explica a la auxiliar, la familia y el equipo de salud el objetivo y las actividades a desarrollar para obtener la meta propuesta.
4. La profesional de enfermería y la auxiliar de enfermería ejecutan las actividades del Plan de Atención de Enfermería y las registran en la historia clínica.
5. La enfermera realiza monitoreo y evalúa el plan de atención de enfermería, lo modifica y ajusta de acuerdo a la evolución del paciente.

CONTROL
➤ Registro del plan de atención de enfermería en la historia clínica.

REGISTROS
➤ Formato de plan de atención de enfermería.
➤ Evolución de enfermería en la historia clínica.

SALIDAS
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería

REQUISITOS DE SALIDA
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería elaborado y evaluado.

PROCESOS CLIENTES
➤ Proceso de Atención de Enfermería
➤ Proceso de Atención médica.

INDICADORES
➤ Porcentaje de historias clínicas con planes de atención de enfermería.

RECURSOS
➤ Papelería.
➤ Formatos.
➤ Computador.
➤ Impresora.

ELABORÓ:
FIRMA: *Rosabel Uriarte Iglesias*
NOMBRE: Rosabel Uriarte Iglesias
CARGO: Coordinadora U. F. Hospitalización

REVISÓ:
FIRMA: *Juan Carlos*
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: EGRESO POR ALTA VOLUNTARIA

ALCANCE: Aplica para los pacientes que soliciten retiro voluntario de la Institución

RESPONSABLE
Médico asistencial del servicio

OBJETO: Garantizar que los pacientes que soliciten retiro voluntario, reciban información completa y cumplan los trámites de tipo administrativo y asistencial para su egreso.

CODIGO
UHF
PRO 011

FECHA DE ELABORACION:
30 - 07 - 06

FECHA DE ACTUALIZACION:
13-09-2007

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA:

ENTRADAS

- Manifestación del paciente de suspender el tratamiento hospitalario.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente o familia autónomos para decidir la suspensión del tratamiento hospitalario

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención Médica diaria
- Proceso de Atención de Enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de Oficina Jurídica y Control Disciplinario.
- Proceso de autorizaciones.
- Proceso de devolución de medicamentos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100/93
- Resolución 5261/94
- Resolución 1995/95
- Decreto 2423 /96
- Acuerdo 306/05
- Constitución Política de Colombia 1991
- Declaración de los derechos del usuario.
- Ley 23 de 1981.
- Ley 1122 de2007.
- Circular 30 de la Supersalud.
- Resolución 1446 de 2006

CONTROL

- Revisión y análisis de los casos registrados como retiro voluntario.

ACTIVIDADES

1. El paciente mayor de edad, la familia o el representante legal del paciente, expresa(n) al personal médico o de enfermería, el deseo de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario.
2. El médico indaga al paciente, familia y/o representante legal la causa que motiva la solicitud de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario. Si el problema puede ser corregido se realizarán todas las acciones necesarias para hacerlo.
3. El médico le explica al paciente y la familia, las condiciones clínicas y la importancia de continuar con el tratamiento hospitalario, los beneficios o las posibles complicaciones en caso de no continuarlo.
4. Si el paciente es menor de edad, se le explica a la familia que priman los derechos del menor sobre las decisiones de los tutores y los conceptos médicos tienen prelación, por el derecho fundamental a la vida y la salud.
5. Si la familia insiste en la voluntad de suspender el tratamiento hospitalario al menor de edad, la trabajadora social reporta la situación al defensor del ICBF para legalizar y garantizar la continuidad de la atención en salud.
6. El médico tratante diligencia el formato de Declaración de Retiro Voluntario completo con firma, huella, testigo y elabora registro en la Historia Clínica, si el paciente no sabe firmar se coloca la huella y testigo con firma a ruego.
7. Se le informa al paciente la posibilidad de desistir en cualquier momento de la decisión del retiro voluntario y la opción de reiniciar el tratamiento cuando lo desee.
8. Al salir el paciente la auxiliar de enfermería le entrega las ayudas diagnósticas, formula médica, resumen de la Historia Clínica, se le sugiere citas de control y se le dan recomendaciones.
9. La auxiliar de enfermería registra en el formato de notificación de eventos adversos.
10. Se continúa el proceso de egreso administrativo.

SALIDAS

- Paciente egresado voluntariamente con declaración de retiro voluntario firmado y registrado en al Historia Clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente, familia y/o responsable informado de su condición Clínica, riesgos y complicaciones de su retiro voluntario.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de egreso administrativo.

INDICADORES

- % de pacientes egresados por retiro voluntario.

RECURSOS

- Formatos
- Computador
- Sala de entrevista con el paciente.

REGISTROS

- Formato de Declaración de retiro voluntario
- Historia Clínica

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: Coordinadora U. F. Hospitalización

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITE LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: INDUCCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1



ALCANCE: PACIENTES FAMILIA Y/O ACOMPAÑANTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES FAMILIA Y/O ACOMPAÑANTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	RESPONSABLE: ENFERMERA DEL SERVICIO	OBJETO: GARANTIZAR UNA ADECUADA ORIENTACIÓN AL PACIENTE, FAMILIA Y/O ACOMPAÑANTE EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO: UF-PRO012	FECHA DE ELABORACIÓN: 29-05-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 20-10-2009
---	--	-------------------------------------	--	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
Paciente hospitalizado, familia y/o acompañante
Hoja de inventario de la Unidad
Volante de Deberes y Derechos

REQUISITOS DE ENTRADA
Hoja de inventario actualizada.
Paciente hospitalizado consciente y orientado o con acompañante.

PROCESOS PROVEEDORES
Traslado intra hospitalario de pacientes UFH-PRO004

PROCESOS DE APOYO
Procesos de Suministros
Limpieza y desinfección de la unidad
Información al usuario OU-PRO001
Procesos de Trabajo Social.
Proceso de autorización y verificación de derechos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Manual de vigilancia
Decreto 1011 de Abril 6 de 2006
Manual de Atención al usuario.
Protocolos de comité de infecciones.
Manual de manejo de residuos Hospitalarios.
Código de ética Hospitalaria

ACTIVIDADES

- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería asignada a la unidad, saludan al paciente y sus acompañantes y presentan al personal de enfermería y miembros del equipo de Salud.
- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería orientan en el servicio al usuario, familia y/o acompañante con respecto a:
 - Cama y uso de la misma
 - Closet y entrega de llaves del mismo
 - Llamado de enfermera y su uso
 - Baño y ducha, especificaciones del lavado de manos.
 - Manejo de las canecas para desechos.
 - Dispensador del Alcohol glicerinado y su uso.
- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería presentan al compañero (s) de habitación, según el caso
- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería entregan el inventario de la unidad que debe ser verificado y firmado por el paciente y/o familiar o acompañante.
- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería entrega el volante de deberes y derechos.
- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería da la información general, sobre:
 - Visitas e ingreso de alimentos.
 - Elementos de aseo y algunos aditamentos según el caso.
 - Normas de Bioseguridad.
 - Rutas de evacuación en caso de emergencia.
 - Cuotas de recuperación y copagos.
 - Trámites administrativos.
 - Explicar que la Institución no se hace responsable por objetos de valor dejados en la habitación.
- La enfermera del servicio y/o auxiliar de enfermería solicita al paciente designe una persona con la cual se canalice la información durante su estancia Hospitalaria y registrar en el Kardex los datos: nombre completo, parentesco, dirección y teléfono.
- La enfermera del servicio y/o auxiliar registra de la inducción en la evolución de enfermería.
- En los servicios donde se atienden recién nacidos o menores de edad se dan las instrucciones de seguridad a la madre y/o cuidador, respecto a:
 - manilla de identificación,
 - cumplimiento de la política IAMLI en cuanto al alojamiento conjunto madre e hijo, en caso de postparto o postcesareas.
 - Si el recién nacido requiere hospitalización en UCIN el medico tratante informa a la mamá.
 - El traslado del recién nacido lo realizará solo el personal de enfermería que se presente durante la entrega de turno.

RIESGO
Mala información a los usuarios y acompañantes

CONTROL
Encuestas de satisfacción al usuario
Registro en la historia clínica

SALIDAS
Paciente, familia y/o acompañante instalados y con inducción en el servicio.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente y familia confortablemente instalado y orientado en la unidad, con formato de inventario firmado por el paciente, familia o acompañante.

PROCESOS CLIENTES
Facturación
Atención médica y de Enfermería.
autorizaciones y verificación de derechos.

INDICADORES
% Pacientes encuestados con inducción en el servicio

RECURSOS
Útiles de aseo
Útiles de oficina
Folleto de derechos y deberes
Closet con llave en cada habitación.

REGISTROS
Historia Clínica
Formato de inventario firmado por el paciente, familiar y/o acompañante

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

FIRMA:
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: COORDINADOR U.F. HOSPITALIZACIÓN

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ
CARGO: PROFESIONAL CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: ADMISIÓN DEL PACIENTE EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

VERSION: 1
PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para todos los pacientes que requieran hospitalización desde urgencias, consulta externa y UCI.

RESPONSABLE: Enfermera de turno en el servicio.

OBJETO: Garantizar el cumplimiento de los requisitos para la hospitalización del paciente que ingresa a los servicios de hospitalización procedente de urgencias, consulta externa y UCI.

CODIGO: UFH PRO- 013

FECHA DE ELABORACIÓN
03-05-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
28-07-2009

ENTRADAS

- Paciente con historia clínica completa
- Orden médica de hospitalización desde recuperación, UCI y Urgencias

REQUISITOS DE ENTRADA

- Historia Clínica completa
- Ingreso de paciente en el sistema Especialidad tratante definida.
- Recibo de anticipo si es por *.....*

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Admisión del paciente por Urgencias y por c. externa
- Proceso de atención médica por Urgencias y de c. externa.
- Proceso de verificación de derechos.
- Proceso de asignación de cama

PROCESOS DE APOYO

- Suministros
- Servicios Generales.
- Registros Clínicos
- Mantenimiento
- Verificación y Comprobación de Derechos
- Proceso de Facturación.
- Proceso de traslado intrahospitalario de pacientes.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 Ética Médica
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP -CUPS
- CIE -10
- Contratación Vigente
- Guías Médicas y de Enfermería

ACTIVIDADES

1. La enfermera de urgencias o la auxiliar administrativa de admisiones, solicita vía telefónica la cama en el servicio requerido.
2. La enfermera del servicio registra la solicitud de la necesidad de cama por el servicio de urgencias o de consulta externa, junto con los requerimientos, en el formato de solicitud de camas y prioriza la asignación de la cama de acuerdo al procedimiento UFH-PROCC007.
3. La enfermera del servicio solicitado asigna la cama y registra en el formato de asignación de camas la hora y número de cama asignada.
4. La auxiliar de enfermería alista la unidad asignada al paciente.
5. El auxiliar de enfermería de transporte de pacientes de urgencias o la auxiliar administrativa de admisiones trasladada al paciente al servicio de hospitalización, según proceso UFH-PRO-004 de traslado intrahospitalario de pacientes.
6. La enfermera del servicio de hospitalización recibe el paciente y verifica las condiciones clínicas del paciente al ingreso y continúa con el registro en la historia clínica, según instructivo. UFH-I-001.
7. Si falta alguno de los documentos requeridos para la hospitalización la enfermera informa a la auxiliar de verificación de derechos para que se inicien los trámites correspondientes, esto para el caso de los pacientes procedentes del servicio de urgencias, si el paciente procede por consulta externa se acepta el traslado y se continúa con los requisitos administrativos.
8. La auxiliar de enfermería realiza la inducción del paciente en el servicio, según proceso UFH-PRO-012.
9. La enfermera o auxiliar de enfermería, informa del ingreso al médico Tratante.
10. La enfermera o auxiliar de enfermería registra el ingreso en la Historia Clínica y en el libro el ingreso del paciente del servicio. UFH-LB-001

RIESGOS

Paciente admitido en hospitalización sin el cumplimiento de los requisitos

CONTROL

Verificación y registro en la historia clínica de las condiciones clínicas del paciente al ingreso

SALIDAS

- Paciente admitido e instalado en la cama asignada del servicio de hospitalización

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente instalado en la unidad con los requerimientos necesarios para su atención y seguridad.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de atención médica
- Proceso de atención de enfermería.

INDICADORES

- N° de eventos reportados por enfermería por no cumplimiento de requisitos.

RECURSOS

- Teléfonos.
- Camillas
- Ascensores
- Sillas de ruedas

REGISTROS

- Libro de ingresos y egresos
- Formato de solicitud y asignación de camas
- Historia Clínica

FIRMA:  **ELABORÓ:**
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA:  **REVISÓ:**
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

FIRMA:  **APROBÓ:**
NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: ATENCIÓN MÉDICA DIARIA POR ESPECIALISTA**

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes hospitalizados	RESPONSABLE: Médico Especialista	OBJETO: Garantizar durante toda la estancia hospitalaria una valoración médica especializada que proporcione al paciente tratamientos adecuados de acuerdo a las guías médicas establecidas.	CODIGO: UFH PRO 014	FECHA DE ELABORACIÓN: 08-05-2006	PAGINA:	VERSION: ORIGINAL
						FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/10/07

- ENTRADAS**
- Paciente hospitalizado
 - Historia clínica

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Historia clínica completa y ayudas diagnósticas con sus respectivos reportes.

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Proceso de atención médica inicial
 - Proceso Interconsultas

- PROCESOS DE APOYO**
- Proceso de inducción del paciente al servicio
 - Procesos de suministros.
 - Procesos de servicios generales
 - Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
 - Procesos de contratación y mercadeo
 - Procesos de registros clínicos

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Ley 100 1993, ley 23 (ética médica)
 - Resolución 5261 /94
 - Decreto 2423 /96, acuerdo 306 /05
 - RIPS -CUPS- CIE -10, Res. 1995 /95
 - Contratación vigente
 - Guías atención médicas y de enfermería

FIRMA: *Rosabel Uriarte Iglesias* **ELABORÓ:**
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: Líder grupo de procesos Hospitalización

ACTIVIDADES

1. El médico especialista revisa la historia clínica, los reportes de ayudas diagnósticas y terapéuticas, las notas de enfermería y la aplicación de medicamentos.
2. El médico especialista saluda al paciente, lo interroga con respecto a su evolución y realiza examen físico.
3. El médico especialista registra en la historia clínica con fecha y hora la evolución del paciente y la conducta definida con base en las guías de atención médica.
4. El médico especialista elabora órdenes médicas con fecha y hora, solicita los medicamentos en genérico, especificando la cantidad para 24 horas, dosificación y elabora la justificación No Pos, si fuere el caso, hace la solicitud de ayudas diagnósticas y terapéuticas. Todo documento debe llevar la firma, el nombre y el número de registro médico. Las evoluciones deben ser concisas y precisas, rotuladas con fecha y hora donde queden registrados los síntomas, hallazgos del examen físico y concepto médico.
5. El médico especialista realiza las modificaciones al plan de manejo si fuese necesario e informa al paciente y su familia.
6. El médico especialista da instrucciones de manejo al personal de enfermería y comunica los cambios realizados.
7. Si requiere procedimiento quirúrgico le da información al paciente y su familia y realiza el proceso de consentimiento informado.

- CONTROL**
- Revisión del registro de evolución y ordenes médicas con fecha y hora en la Historia Clínica
 - Verificación de guías

- REGISTROS**
- Historia clínica y anexos.

FIRMA: *Luis Enrique Alvaréz Laverde* **REVISÓ:**
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Coordinador COMITE LIDER DE PROCESOS

- SALIDAS**
- Paciente evolucionado por médico especialista

- REQUISITOS DE SALIDA**
- Evoluciones y fórmulas diarias legibles y sin enmendaduras.

- PROCESOS CLIENTES**
- Proceso de atención de enfermería
 - Proceso de Solicitud, gestión y respuesta a Interconsultas
 - Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
 - Procesos de farmacia
 - Proceso de consentimiento informado

- INDICADORES**
- Porcentaje de fórmulas rechazadas por enmendaduras

- RECURSOS**
- Papelería completa
 - Equipos y elementos básicos para valoración médica.

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros* **APROBO:**
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: ATENCION MEDICA INICIAL

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización	RESPONSABLE: Medico tratante	OBJETO: Valorar los pacientes en el momento del ingreso al servicio para iniciar o continuar la atención médica.	CODIGO: UFH PRO 015	FECHA DE ELABORACION: 03-05-2006	PAGINA: ORIGINAL
					FECHA DE ACTUALIZACION: 11/10/07

ENTRADAS

- Historia clínica
- Paciente Hospitalizado

REQUISITOS DE ENTRADA

- Historia Clínica completa
- Ingreso del paciente al sistema de información

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de admisión del paciente por Urgencias o Consulta Externa
- Proceso de Atención médica en Urgencias y Consulta Externa
- Proceso de traslado de otros servicios

PROCESOS DE APOYO

- Proceso ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Proceso de servicios generales
- Proceso de registros clínicos
- Procesos de mantenimiento

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- RESOLUCION 5261 /94, RES 1995 /99
- DECRETO 2423 /96, ACUERDO 306 /05
- RISP -CUPS-CIE -10
- Contratación vigente
- Guías médicas y de enfermería

ELABORÓ: 
FIRMA: _____
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: Coordinadora U. F. Hospitalización

ACTIVIDADES


1. El médico asistencial se presenta al paciente.
2. El médico asistencial hace la historia clínica completa (anamnesis y examen físico).
3. El médico asistencial revisa la historia clínica, reportes de laboratorio y ayudas diagnósticas
4. El médico asistencial elabora las órdenes médicas y solicita las ayudas diagnósticas y terapéuticas pertinentes.
5. El médico asistencial informa al especialista correspondiente del ingreso del paciente.
6. El médico especialista elabora el plan de manejo establecido según guías de atención.
7. El médico tratante informa al paciente, familia y/o responsable el manejo médico que se le realizará.

CONTROL

- Registro de la valoración médica con fecha y hora

REGISTROS

- Historia clínica

REVISÓ: 
FIRMA: _____
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

SALIDAS

- Paciente valorado y con historia clínica realizada.

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente y familia informados de su condición clínica, con historia clínica completa, incluyendo plan de manejo.

PROCESOS CLIENTES


- Procesos de atención de enfermería
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- Proceso de Interconsultas
- Proceso de autorizaciones y verificación de derechos

INDICADORES

- % Pacientes hospitalizado sin valoración inicial completa

RECURSOS

- Historia clínica.
- Equipos y elementos de dotación básica para examen físico.

APROBÓ: 
FIRMA: _____
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federación Lleras Acosta
TELÉFONO: 7011.11.11

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica para las ayudas dx que superan la capacidad instalada del hospital

RESPONSABLE: Auxiliares de verificación de derechos y autorizaciones

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar la gestión y toma de las ayudas diagnósticas solicitadas y que no se realizan en la institución.

Código: UFH-PRO016
Fecha de elaboración: 21-08-2007

Fecha de actualización: 21-08-2007

ENTRADA

Solicitud de la ayuda diagnóstica
Paciente

PROCESO

1. Si el paciente es contributivo el trámite de autorización se hará directamente con la EPS correspondiente según convenio.
2. Si la ayuda diagnóstica solicitada es un, electroencefalogramas, RMN, panorámicas, ecografías oculares y las que no se realicen en la institución por daño de equipos, la auxiliar de verificación de derechos, recibe la orden médica, la fotocopia del documento de identidad y de la seguridad social, para el paciente vinculado o con diagnóstico no POSS.
3. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones, diligencia el formato de solicitud de autorización de servicios por el Software y lo envía a la SST y espera la autorización para su respectivo trámite, con la Institución que ellos tengan convenio
4. Después de recibir la autorización, la auxiliar de verificación de derechos, solicita la cita y se envía al paciente en ambulancia, explicándole al el y a su acompañante, porque se envía y haciendo claridad que allí deben cancelar el copago correspondiente de acuerdo al nivel social.
5. La auxiliar de verificación de derechos realiza el RIPS de la ambulancia en caso de que la toma de la ayuda sea dentro del perímetro urbano y lo entrega a facturación, para que sea cargado el servicio a la cuenta del paciente.
6. Si la ayuda es por fuera de la Ciudad, se hace la solicitud a la SST vía software para el trámite y autorización del servicio de ambulancia.
7. Si el paciente tiene ARS y el diagnóstico es POSS, depende del tipo de contratación que tenga la institución, si está capitado, se gestiona la orden con la oficina de autorizaciones y una vez se tenga el visto bueno se procede a solicitar la cita de acuerdo a la red alterna que tenga el hospital.
8. Si no es capitado, la auxiliar de verificación de derechos, se comunica telefónicamente con la ARS y ellos determinan el sitio de acuerdo a su red, donde se debe enviar al paciente, previa autorización.
9. La auxiliar toma copia de la autorización y se le entrega a facturación, solicita la cita y envía el paciente.

SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada

REQUISITOS DE SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada y anexada en la historia clínica.

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente
Proceso de traslado del paciente a quirófano
Proceso de remisión del paciente a un de mayor o menor complejidad.
Proceso de facturación.

PROVEEDOR

Proceso de valoración inicial por especialista.
Proceso de solicitud y respuesta de inter consultas

PROCESOS DE APOYO

Proceso de autorizaciones
Proceso de verificación de derechos.
Procesos de Contratación.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contratación vigente
MAPIPOS
Acuerdos 306
CIE 10

CONTROL

Ayudas diagnósticas que no se toman en la institución no mayor a 24 horas.

REGISTROS

Historia clínica -Formato de autorización de servicios – autorización – RIPS de facturación del servicio de ambulancia

RECURSOS

Telefax – lapiceros – papelería historia clínica
– teléfono – software - computador

INDICADORES DE EFICACIA

Tiempo en que se solicita la ayuda dx – el tiempo en que se toman y anexan a la historia clínica.
Estándar: no debe superar las 24 horas

ELABORÓ:

Rosabel Uriarte Iglesias

FIRMA: *Rosabel Uriarte Iglesias*
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: LIDER GRUPO PROCESOS HOSPITALIZACIÓN

REVISÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que requieran manejo hospitalario

CARACTERIZACION DEL MACRO PROCESO:
PROCESO: SOLICITUD Y ASIGNACION CAMAS

RESPONSABLE: Enfermera

OBJETO: Garantizar la asignación de la cama adecuada según los requerimientos del usuario, en forma nocturna

CODIGO: UFH PRO 017

FECHA DE ELABORACION: 25 - 06 - 06

VERSION: ORIGINAL

PAGINA:

FECHA DE ACTUALIZACION: 11/10/07

ENTRADAS

- Orden de Hospitalización y/o admisión por el especialista

REQUISITOS DE ENTRADA

- Orden de hospitalización completamente diligenciada y firmada por el especialista
- Especialidad tratante definida.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso atención médica de Urgencias
- Proceso de admisión por Consulta Externa
- Proceso de atención médica diaria por especialista

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso verificación y comprobación de derechos
- Procesos de servicios generales
- Proceso de traslado intrahospitalario

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de Manejo médico y de enfermería.
- Contratación Vigente
- Protocolo de aislamiento.

ACTIVIDADES

1. La enfermera del servicio que solicita la cama se comunica con la enfermera del servicio que corresponde según la especialidad y seguridad social, comenta el paciente (diagnósticos y requerimientos especiales).
2. La enfermera del servicio verifica la disponibilidad de camas en el Kárdex y que la habitación cumpla con los requerimientos del paciente y elabora registro en la carpeta destinada para esto.
3. La enfermera registra en forma completa los datos en el formato de solicitud y asignación de camas (fecha, hora de solicitud, asignación y llegada del paciente al servicio, nombre del paciente, edad, diagnóstico y requerimientos).
4. En caso de no haber disponibilidad de cama debe quedar registrada la necesidad; inmediatamente quede disponible se llama al servicio solicitante y se asigna la cama; de no ser posible la solicitud hará parte de la entrega de turno de enfermería.
5. La enfermera informa a la auxiliar de enfermería a quien corresponde la asignación para que prepare la unidad.
6. Si la enfermera que solicita la cama ubica el paciente en otro servicio debe llamar inmediatamente para cancelar la solicitud.
7. La prioridad de asignación de cama es así. Unidades de Cuidados Intensivos, Recuperación, Urgencias, otros servicios de hospitalización y consulta externa

SALIDAS

- Paciente con cama asignada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente con cama asignada oportunamente; según prioridad y requisitos del paciente..

PROCESOS CLIENTES

- Proceso traslado de pacientes
- Proceso de Facturación

INDICADORES

Oportunidad de asignación de la cama y traslado del paciente

RECURSOS

- Teléfono
- Computador
- Kardex
- Papelería
- Cubículos dotados adecuadamente
- Área de de hospitalización para pacientes que requieren aislamiento

CONTROL

- Carpeta de solicitud y asignación de camas

REGISTROS

- Formato de solicitud y asignación de camas

ELABORÓ: 
FIRMA: 
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: Coordinadora U. F. Hospitalización

REVISÓ: 
FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ: 
FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN AMBULANCIA**

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes hospitalizados que requieran ser movilizadas en Ambulancia a otra Institución definitiva o temporalmente	RESPONSABLE Médico asistencial y Enfermera	OBJETO: Garantizar un traslado adecuado del paciente asegurando su atención en salud e integridad física	CODIGO U/FH PRO 018	FECHA DE ELABORACION: 01 - 08 - 06	PAGINA:	VERSION: ORIGINAL
						FECHA DE ACTUALIZACION: 11/10/07

- ENTRADAS**
- Orden médica de remisión o contra remisión.
 - Orden de ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realizan en la Institución

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Cita asignada y confirmada
 - Remisión o Contra-remisión aceptada, epicrisis diligenciada y cuenta cerrada.

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Proceso de atención médica diaria
 - Proceso de Interconsulta
 - Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
 - Proceso de remisión y contra remisión

- PROCESOS DE APOYO**
- Proceso de Facturación
 - Proceso de Enfermería
 - Proceso de Farmacia
 - Proceso de Contratación

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Decreto 1011 / 06
 - Resolución 1043 / 06 (Anexos Tec.)
 - Contratación Vigente
 - Guías medicas y de enfermería
 - Decreto 2759 / 91

- ACTIVIDADES**
1. La auxiliar de comprobación y verificación de derechos informa al médico, enfermera, familiar y/o responsable del paciente, la aceptación de la remisión o contra-remisión, la asignación de cita para ayuda diagnóstica o terapéutica, especificando el lugar, fecha, hora, requerimientos especiales y tipo de traslado en ambulancia, diligenciando los registros correspondientes.
 2. La enfermera y/o médico tratante solicita a la tripulación de ambulancia su debida identificación y se procede a entregar al paciente:
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Básico: lo entrega la auxiliar de enfermería a cargo del paciente al auxiliar de ambulancia.
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Medicalizado: el médico asistencial del servicio lo entrega al médico de la ambulancia al igual que el personal de enfermería. Se verifica que cumpla con los requerimientos mínimos para el traslado.
 3. El personal de enfermería entrega al auxiliar de ambulancia los documentos necesarios para la remisión o contra-remisión, ayudas diagnósticas y medicamentos para el tratamiento durante el traslado.
 4. El personal de enfermería realiza el registro de salida del paciente en la Historia Clínica y en el libro de traslado de pacientes o en el de egresos, según el caso.
 5. Si durante el traslado se presenta alguna novedad la tripulación de la ambulancia debe informar a esta Institución.
 6. Al regreso del paciente la tripulación de la ambulancia debe entregarle al médico y/o enfermera, copias de los registros de la evolución médica y de enfermería durante el traslado (bitácora de viaje)
 7. En caso de toma de ayudas diagnósticas la tripulación de la ambulancia debe entregar los reportes y placas correspondientes. De no ser así informará cuando serán entregados y a través de que medio.
 8. El médico de Referencia y Contrarreferencia debe verificar periódicamente (una vez al mes por cada proveedor) en forma aleatoria, que el servicio de Ambulancia contratado cumpla con los estándares de habilitación de acuerdo a las normatividad vigente. Esta revisión será documentada en lista de verificación y enviada al interventor del contrato

- CONTROL**
- Bitácora de viaje.
 - Encuesta de satisfacción del traslado.

- SALIDAS**
- Paciente trasladado a otra Institución en forma definitiva, o de vuelta en la institución después de la toma del exámen.

- REQUISITOS DE SALIDA**
- Paciente trasladado adecuadamente a otra Institución con copia de la bitácora adjunta a la historia clínica

- PROCESOS CLIENTES**
- Proceso de Facturación
 - Proceso de atención médica.
 - Proceso de Referencia y Contrarreferencia

- INDICADORES**
- Porcentaje de trasladados con bitácora adjunta en historia clínica.
 - Índice de satisfacción en encuestas de traslado de paciente en ambulancia.

- RECURSOS**
- Papelería.
 - Ambulancia TAB.

- REGISTROS**
- Historia clínica.
 - Libro de egreso de pacientes.
 - Libro de traslado a otras Instituciones
 - Formato de referencia y/o Contrarreferencia.
 - Bitácora de viaje.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: Coordinadora U. F. Hospitalización

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBO:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
LABORATORIO - EXE

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: VISITAS

CODIGO: UFH-PRO 019

VERSION: 1
Página 1 de 1

ALCANCE: Aplica para los visitantes de los pacientes en los servicios de Hospitalización

RESPONSABLE: Servicio de Vigilancia.

OBJETO: Garantizar la visita a los pacientes del servicio de una forma controlada, acorde a las necesidades de los pacientes

FECHA DE ELABORACION: 22-08-2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 28-07-2009

ENTRADAS

Paciente hospitalizado
Familiars y/o visitantes del paciente
Censo diario de pacientes
Permisos especiales dados por la Enfermera

ACTIVIDADES

1. El visitante del paciente se presenta en la Porteria Principal en el horario de las 9:00 a las 18:00 horas, solicita el ingreso dando el nombre del paciente que va visitar.
2. El vigilante de la porteria principal verifica en los censos si el paciente se encuentra hospitalizado y determina el servicio y el número de habitación donde se encuentra.
3. Si el paciente se encuentra Hospitalizado, el vigilante solicita un documento diferente a la cedula y registra en el libro de control de vistas los siguientes datos: hora de ingreso, nombre del paciente y número de cama, nombre del visitante, documento de identidad y se le entrega la ficha correspondiente al número de la cama en que se encuentra el paciente y lo orienta a donde debe dirigirse.
4. Se permitirá la visita simultánea de dos visitantes por paciente incluido el que tiene permiso especial para permanecer con el paciente y el vigilante les informará que para el ingreso de otros visitantes, deben salir y devolver la ficha correspondiente, para entregársela a las otras personas que quieran ingresar.
5. El vigilante registra la hora de salida de los visitantes en el libro de control de vistas y aplica lo establecido en el numeral 3.
6. El vigilante de control de pisos debe estar haciendo rondas permanentes por los servicios verificando que no exceda el número de dos visitantes por paciente.
7. A las 18:00 horas el vigilante que realiza las rondas por los servicios informa amablemente que la visita término y solicita a los familiares y visitantes que se retiren, exceptuando los casos en los que el equipo de salud considere necesario la presencia de la familia.
8. Si en la porteria principal otro visitante solicita ingresar y el paciente tiene los dos visitantes permitidos, se llamará al vigilante encargado de la ronda en los servicios de hospitalización, para que informe a la vista del paciente y bajen para que se haga el cambio y se vuelve a aplicar el numeral 3.
9. El vigilante no permitirá el ingreso de alimentos excepto los autorizados por la nutricionista.
10. El vigilante permitirá el ingreso de los visitantes con permiso especial autorizado por la enfermera a cualquier hora, aplicando lo definido en el numeral 3.
11. El vigilante tendrá en cuenta que todo niño hospitalizado menor de 15 años puede estar acompañado permanentemente, en la noche por un cuidador.
12. El vigilante en caso de presentarse alguna novedad durante las visitas la registrará en el libro de novedades de vigilancia.
13. El vigilante no permitirá el ingreso de visitantes menores de 12 años, excepto los casos especiales autorizados por la enfermera del servicio.

SALIDAS
Paciente visitado.

REQUISITOS DE SALIDA
Familiars y/o acompañantes informados acerca del estado del paciente.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de consentimiento informado
Proceso de atención del paciente por medico especialista.
Proceso de enfermería
Proceso de autorizaciones
Proceso de información al paciente y a la familia

INDICADORES
% de satisfacción del usuario relacionadas con la visita

RECURSOS
Radio comunicaciones
Papelaría
Computador
Impresora
Carne con porta carne
Punto de red
Circuito cerrado de vigilancia.

RIESGOS
Pérdida de pertenencias de los usuarios y de equipos o recursos institucionales.
Insatisfacción del usuario por falta de acompañamiento familiar.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual de vigilancia.
- Normas y consignas de la empresa de vigilancia.
- Contrato de vigilancia
- Listado de actividades del vigilante

REGISTROS

- Libro de control de vistas de Hospitalización de porteria principal.
- Libro de novedades de vigilancia
- Permiso de vistas

CONTROL

Después del horario estipulado, solo pueden estas las visitas autorizadas por la enfermera del servicio
Ningún visitante debe estar dentro del servicio sin ficha.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBO:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNANDEZ
CARGO: Gerente

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: NOTIFICACIÓN Y EGRESO DEL PACIENTE RETIRADO DE LA INSTITUCIÓN SIN AUTORIZACIÓN

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA:

ALCANCE: Aplica a todo paciente que se retira de la institución sin autorización médica o administrativa

RESPONSABLE
Enfermera.

OBJETO: Garantizar que todo paciente que egrese sin autorización médica y/o administrativa sea reportado oportunamente y se realicen todas las actividades para legalizar el egreso.

CODIGO
UFH-
PRO 020

FECHA DE ELABORACION:
24 - 07 - 06

FECHA DE ACTUALIZACION:
18-10-2007

ENTRADAS

- Paciente retirado de la Institución

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente retirado de la Institución sin autorización médica y/o administrativa

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención por médico especialista.
- Proceso de Enfermería
- Proceso de autorizaciones, comprobación y verificación de derechos.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Vigilancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual de vigilancia
- Reglamento Interno del Hospital

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería responsable del paciente verifica y confirma la ausencia del paciente en el servicio.
2. La auxiliar de enfermería notifica a la Enfermera responsable del servicio y al grupo de vigilancia la ausencia del paciente.
3. Si el paciente retirado es especial (menor de edad, neurológico, psiquiátrico), la enfermera del servicio se comunica con la familia e informa de la ausencia de éste, y pregunta si el paciente se encuentra en su domicilio.
4. La trabajadora social apoya la búsqueda del paciente y realiza visita familiar.
5. La enfermera notifica al CAI más cercano del egreso del paciente de la Institución para realizar la búsqueda del paciente alrededor de ésta.
6. La enfermera diligencia el formato de reporte de paciente retirado de la Institución sin autorización en original y tres copias (original para la Unidad Funcional y las copias para la Coordinación de Facturación, Coordinación de Enfermería e Interventor del contrato de vigilancia) y se realiza registros en la Historia Clínica de las actividades realizadas.
7. La enfermera en estos casos debe realizar denuncia según procedimiento establecido por la Oficina Jurídica y de Control Disciplinario.
8. La enfermera informa a Facturación para que realice proceso de egreso administrativo, entregando copia del reporte.
9. El médico tratante, realiza registro en la Historia Clínica y elabora la epicrisis.
10. Una vez liquidada la cuenta, la Coordinación de Facturación realiza informe a la Unidad Funcional correspondiente del valor y el copago o cuota de recuperación dejado de cobrar para anexar al informe de la Oficina Jurídica y de Control disciplinario.
11. La Coordinación de la Unidad Funcional elabora informe a la Oficina de Control Interno disciplinario con el anexo de Facturación, para lo pertinente.

CONTROL

- Formato de pacientes retirados de la Institución sin autorización
- Registro en Evoluciones médicas y de Enfermería en la Historia Clínica
- Registro en el libro de Ingresos y Egresos

SALIDAS

- Notificación del egreso sin autorización

REQUISITOS DE SALIDA

- Notificación del egreso sin autorización, debidamente soportado.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Procesos de Jurídica y de Control interno disciplinario
- Proceso de autorización, comprobación y verificación de derechos.
- Proceso de devolución de medicamentos

INDICADORES

- % pacientes retirados de la Institución sin autorización con notificación

RECURSOS

- Medios de Transporte
- Medios de Comunicación.

REGISTROS

- Registro en el Formato de pacientes retirados de la Institución sin autorización
- Registro en Evoluciones médicas y de Enfermería en la Historia Clínica
- Registro en el libro de ingresos y Egresos

ELABORO:

FIRMA: *Rosabel Uriarte Iglesias*
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: Líder GRUPO PROCESOS HOSPITALIZACIÓN

REVISÓ:

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBO:

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federación Lleras Acosta
LEBODE-100LIMA-E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNO POR MEDICO ASISTENCIAL

VERSION: 2

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todos los servicios de Hospitalización

RESPONSABLE: Médico Asistencial de turno

OBJETO: Garantizar la continuidad del tratamiento al finalizar la Jornada de Turno realizando la entrega de responsabilidad e información sobre el estado de salud y novedades de los pacientes y tareas pendientes.

CÓDIGO
UFH-
PRO021

FECHA DE ELABORACION:
19-08-2006

FECHA DE ACTUALIZACION:
28-07-2009

ENTRADAS

Paciente hospitalizado
Libro de entrega de turno

REQUISITOS DE ENTRADA

Libro de entrega de turno actualizado

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención medica diaria
Proceso de programación de Cirugía
Proceso de valoración diaria por especialista

PROCESOS DE APOYO

Proceso Atención de Enfermería
Proceso de atención medica en hospitalización
Proceso de farmacia
Procesos de apoyo diagnostico y terapéutico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 23 (Código Ética médica)
Guías de atención medica y de enfermería
Resolución 1043 de 2006 (Sistema único de habilitación)

ACTIVIDADES

1. El médico general que sale de turno se reúne con el médico general que llega a turno para hacer la entrega de pacientes a las 7:00, 13:00 y 19:00 horas.
2. El médico que sale de turno le presenta al médico que entra a turno entrega los pacientes que requieren cuidado especial, que tengan procedimientos pendientes, conductas por definir, valoración de exámenes de laboratorio y/o diagnóstico. Registra en el libro de entrega de turno, UFH-LB002, con su firma y sello y la del médico que recibe.
3. El médico General de la noche recibe el turno de dos servicios de parte del médico saliente de cada uno de ellos. Verifica la información a través del registro en el libro de entrega de turno sobre la presencia de pacientes que requirieran cuidados especiales o que tengan asuntos pendientes.
4. En caso de presentarse alguna novedad o complicación con un paciente el médico se comunica telefónicamente con el especialista correspondiente y deja registro en el libro de entrega de turno.

SALIDAS

Paciente entregado en turno correspondiente
Libro de entrega de turnos actualizado

REQUISITOS DE SALIDA

Turno entregado personalmente al médico encargado de la siguiente jornada, con registro en el libro de entrega de turno

PROCESOS CLIENTES

Proceso atención médica diaria
Proceso plan de atención de Enfermería

INDICADORES

Porcentaje de turnos no entregados.

RECURSOS

Papelaría
Libro foliado

REGISTROS

Libro de entrega de turno
Registro en Historia Clínica

RIESGO

Complicación del paciente por falta de vigilancia y continuidad del tratamiento.

CONTROL

Registro en el libro de entrega de turno

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
Grupo líder de procesos

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
Cargo: Gerente



**HOSPITAL
Federico Llerenas Aguado**
BASE: TOULOUSE, S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PROCESO: REMISIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: PACIENTES QUE TRASLADADOS A INSTITUCIÓN	APLICA A HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN SER A OTRA INSTITUCIÓN	RESPONSABLE: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	OBJETO: UBICAR A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL EN OTRAS IPS, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, CUANDO LA CAPACIDAD INSTALADA ES INSUFICIENTE O REQUIERE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD.	Código: UFH-PRO022	FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 03-12-2007
--	--	---	---	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

- Paciente Hospitalizado
- Orden de Remisión

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente que requiere ser trasladado por condiciones médicas o administrativas a un nivel de complejidad mayor o menor o EPS remitente
- Orden de remisión por Especialista y completamente diligenciada.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención Médica Diaria por especialista.
Proceso de Revista médica
Proceso de Valoración Inicial por Médico Especialista
Proceso de solicitud, gestión y respuesta interconsulta

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación
Proceso de autorización

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1995 de 1999
Contratación vigente
Decreto 2759 de 1991
Manual de referencia y contra referencia

ACTIVIDADES

1. El médico especialista diligencia el formato de remisión, en original y copia, explicando la causa de la misma, para una institución de mayor o menor complejidad por requerimientos médicos o administrativos.
2. El médico especialista le informa de la necesidad del traslado al paciente y su familiar designado como accidente.
3. El médico asistencial le informa a la auxiliar de verificación de derechos del servicio, la necesidad de tramitar la remisión.
4. La auxiliar de verificación de derechos del servicio, reúne los documentos, así: original del formato de remisión, fotocopia del carné de seguridad social y fotocopia del documento de identidad.
5. La auxiliar de verificación de derechos del servicio solicita vía fax o telefónicamente, la autorización y el lugar de ubicación a la administradora de planes de beneficios.
6. La auxiliar de verificación de derechos del servicio lleva la autorización y la remisión a la oficina de referencia y contra referencia de la institución, diligenciando el libro de tramite de remisiones, donde debe quedar específica la hora y fecha de recibo y entrega.
7. La auxiliar de referencia y contra referencia inicia la ubicación del paciente teniendo en cuenta la red alterna de la administradora de planes de beneficio.
8. Una vez confirmada la IPS receptora, la fecha y hora de traslado del paciente, la auxiliar de referencia y contra referencia da inicio al proceso de SOLICITUD Y TRAMITE DE AMBULANCIA.
9. La auxiliar administrativa de referencia y contra referencia llama al servicio donde está ubicado el paciente e informa a la enfermera el resultado de la gestión realizada.
10. La enfermera informa a la auxiliar de verificación de derechos del piso para que recoja la documentación pertinente en la oficina de referencia y la anexe a la historia clínica haciendo los registros correspondientes.
11. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones ubica e informa a la familia sobre la fecha y hora del traslado del paciente y los requerimientos para el mismo.
12. La enfermera y el médico asistencial del servicio entregan al paciente al personal de la ambulancia, junto con la documentación requerida.

RIESGO

Falta de oportunidad en la ubicación del paciente

CONTROL

Revisión del libro de tramite de remisiones

REGISTROS

Formulario de remisión
Autorización - Libro de tramite de remisiones
Hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos.

SALIDAS

Paciente remitido.

REQUISITOS DE SALIDAS

- Paciente aceptado en la IPS receptora.
- Paciente en condiciones clínicas de ser trasladado.

CLIENTE

- Proceso de traslado interinstitucional de paciente en ambulancia
- Proceso de control de captación
- Proceso de facturación
- Proceso de egreso por alta.
- Proceso devolución de medicamentos

INDICADORES

Oportunidad de tramite de remisión

RECURSOS

Medios de comunicación.
Papelaría

ELABORÓ:
FIRMA: *Rosabel Uriarte Iglesias*
NOMBRE: ROSABEL URIARTE IGLESIAS
CARGO: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS

REVISÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: SUBGERENTE
COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.

RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante

OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.

CÓDIGO: UFH-PRO023

FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/06/008

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho constitucional de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
 - El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
 - Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve. Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
 - Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
 - Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rehusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
 - Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
 - Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
 - En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (memor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal, en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
 - En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
 - El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
 - El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.
- EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.**

RIESGO

- Cancelación de procedimientos
- Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

- No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
- No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Papelera
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

ELABORÓ:

FIRMA: _____

NOMBRE: ISABEL SERRANO LOPEZ

CARGO: CIRUJANO- MIEMBRO GRUPO LIDER DE PROCESOS

REVISÓ:

FIRMA: _____

NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE

CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA: _____

NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS

CARGO: GERENTE.

ALCANCE: APLICA PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SON NECESARIOS DEVOLVER A LA FARMACIA

RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETO: GARANTIZAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREFACTURACIÓN Y GLOSAS.

Código: UFG-PRO001

FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14-08-2008

ENTRADAS

Medicamentos y dispositivos médicos sobrantes por diferentes causas.
Historia Clínica.
Formato de devolución de medicamentos con consecutivo.

REQUISITOS DE ENTRADA

Formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos completamente diligenciado con letra legible en original v copia.

PROCESOS PROVEEDORES

Recibo y entrega de turno de enfermería UFG-PRO009
Egreso del Paciente por muerte UFG-PRO002
Egreso del paciente por alta voluntaria UFG-PRO014

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Facturación
Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material médico quirúrgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 1993,
Ley 23 (Ética Médica)
Resolución 5261 /94
Decreto 2423 /96,
Acuerdo 306 /05
Resolución 1995 /99
Cuadros de Contratación Vigente
Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

ACTIVIDADES

- Diariamente:
1. La enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma la existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos formulados con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
 2. En el caso de Egreso:
 2. La enfermera o auxiliar de enfermería confirma la orden médica de salida del paciente, realiza revisión de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado, con lo despachado y con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
 3. La enfermera o auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos con letra legible en original y dos copias.
 4. La auxiliar de enfermería informa al facturador sobre la salida y la devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos.
 5. La enfermera o auxiliar de enfermería envía a Farmacia con el patinador los medicamentos y la copia amarilla del formato de devolución completamente diligenciado dejando nombre y firma de quien entrega y de quien recibe. **TENIENDO EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DEBEN QUEDAR LEGIBLES.**
 6. La enfermera o auxiliar de enfermería entrega a Facturación la copia rosada de del formato de devolución de medicamentos y dispositivos médicos, la cual debe tener los nombres y firmas de quien entrega y quien recibe.
 7. La enfermera o auxiliar de enfermería anexa el original del formato de devolución de medicamentos en la historia clínica en el capítulo 13 (anexos).

SALIDAS

Medicamentos y dispositivos médicos entregados al patinador de farmacia

REQUISITOS DE SALIDA

Formulario de devolución de dispositivos y medicamentos claro, legible y completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Recaudo
Proceso de Facturación
Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material médico quirúrgico

INDICADORES

% Glosas ocasionadas por medicamentos no soportados en la Historia clínica
de eventos reportados a la Unidad Funcional por inadecuada devolución al mes.

RECURSOS

Formato de devolución
Computador
Teléfono

REGISTROS

Notas de enfermería
Libro de recepción de medicamentos
Formato de devolución de medicamentos
Hojas de medicamentos

RIESGO

Perdida de medicamentos.
Detrimiento patrimonial por aceptación de objeciones.

CONTROL

Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y dispositivos médicos.

ELABORÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ

FIRMA: 
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Madrid
BASES: TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE POR MUERTE

VERSION:
1

PAGINA: 1 de 1

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que fallece en el Hospital

RESPONSABLE: Enfermera

OBJETO: Garantizar que todos los pacientes que sean declarados fallecidos sean egresados con la documentación completa y oportuna y sean trasladados a la morgue

CÓDIGO: UFG-PRO002

FECHA DE ELABORACION: 18-07-06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-09-08

ENTRADAS

- Paciente fallecido
- La historia Clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente declarado fallecido
- Registro en la Historia Clínica del fallecimiento por el Médico
- Fichrisis

PROCESOS PROVEEDORES

Atención del paciente en salas de cirugía UFG-PRO003
Atención del paciente en reanimación UFG-PRO006

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Registros Clínicos
- Proceso de Gestión Hotelera
- Proceso de Traslado UFG-PRO004
- Proceso de Verificación de Derechos
- Proceso de Facturación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 1993, Ley 23 (Ética Médica)
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP -CUPS-CIE -10 , RES. 1995 /95
- Contratación Vigente

REGISTROS

- Epicrisis
- Devolución de medicamentos
- Certificado de defunción
- Registro en Evolución médica y de Enfermería

ACTIVIDADES

1. El médico valora el paciente y lo declara fallecido.
2. El médico y el personal de Enfermería registran en la Historia Clínica con fecha y hora.
3. El médico elabora la epicrisis con códigos CIE -10 y el certificado de defunción si es pertinente, quedando registrado en el Libro de control de Certificados de defunción UFG-LIB003.
4. El médico o enfermera en caso de muerte violenta o pacientes que se encuentran bajo custodia del estado debe informar telefónicamente a la Fiscalía y registrar en la Historia Clínica.
5. El médico informa a la familia y/o acompañante del fallecimiento del paciente si están presentes, en su defecto la enfermera o la trabajadora social solicita telefónicamente a la familia que se acerquen al Hospital para hablar con el médico.
6. La auxiliar de enfermería prepara el cadáver según la guía de preparación de cadáveres.
7. La enfermera o la auxiliar de enfermería registra completamente en el libro de trasladados de cadáveres a la morgue UFG-LB002.
8. La auxiliar de Enfermería y/o camillero trasladada el cadáver a la morgue.
9. El encargado de la recepción de cadáveres en la morgue firma en el libro el recibido del cadáver.
10. La enfermera realiza la anotación del fallecimiento en el libro de ingreso y egreso de pacientes, UFG-LB001, revisa que la Historia Clínica tenga el comprobante de devolutivos, si los hubo, la epicrisis completa y los entrega al Facturador.
11. La auxiliar de Enfermería rotula y/o entrega las pertenencias a la familia.
12. El facturador elabora la Factura, expide la orden de salida y orienta a la familia los pasos a seguir.
13. Con la orden expedida por Facturación el personal de enfermería entrega el Certificado de defunción y las placas de imágenes diagnósticas leídas a la familia o al responsable, le informa que las no leídas las reclame 3 días después en el servicio de Imagenología y registra en la Historia Clínica.
14. El personal de Enfermería realiza el registro correspondiente y hace el cierre de la Historia Clínica con firma del familiar y/o la persona responsable.

RIESGO

Entrega equivocada de cadáver por fallas en la preparación del mismo.
Problemas legales por falta de notificación a quien corresponde.

CONTROL

Registro en la Historia Clínica en la hoja de Evolución médica y de enfermería.
Registro en el libro de trasladados a la morgue de cada servicio.
Registro en el libro de ingreso y egreso de pacientes del servicio.

SALIDAS

Paciente fallecido egresado del servicio
Familia del paciente informada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente fallecido con documentación completa y trasladado a la morgue
- Familiar informado

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Facturación
Devolución de medicamentos y dispositivos médicos UFG-PRO001
Proceso de Verificación de Derechos y autorizaciones

INDICADORES

% de Certificados de defunción mal diligenciados.
total de cadáveres bajados a la morgue mal identificados.

RECURSOS

Libros foliados
Camillas
Historia Clínica
Sabanas
Certificado de defunción
Computador
Teléfono

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: Gerente



**HOSPITAL
Federal de Quirúrgicos
BARRIO TOLIMA - E.S.E**

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para pacientes que quirúrgicamente	RESPONSABLE: Enfermera	OBJETO: Coordinar las actividades necesarias para que se realicen los procedimientos quirúrgicos de acuerdo a los estándares establecidos.	Código: UFG-PRO003	FECHA DE ELABORACIÓN: 09/10/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 5/10/2009
---	-------------------------------	---	---------------------------	---	--

ENTRADA
Historia clínica
Paciente
Solicitud de sala de cirugía

REQUISITO DE ENTRADA
Historia clínica completa
Paciente quien requiere intervención quirúrgica.
Consentimiento informado y firmado
Sala de cirugía asignada.
Insumos y requerimientos adicionales confirmados.

PROCESOS PROVEEDORES
Proceso de programación quirúrgica.
Proceso de atención de urgencias.
Proceso de atención médica intra hospitalaria.
Proceso de solicitud y devolución de material médico quirúrgico

PROCESOS DE APOYO
Procesos de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
Proceso de Autorizaciones.
Proceso de Suministros.
Proceso de gestión hotelera
Proceso de contratación.
Proceso de traslado.
Proceso de mantenimiento

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 23 de 1981.
Resolución 1011 de 2006.
Resolución 1995 de 1999.
Resolución 1043 de 2006
Manual de funciones específico del servicio de quirófano
Protocolos del comité de infecciones
Manual de bioseguridad
Manual de manejo de residuos hospitalarios
Protocolos de enfermería.
Manual de uso y reuso
Protocolos IAMI

ACTIVIDADES
1. La auxiliar de enfermería encargada de recepción, recibe al paciente, verifica las condiciones de ingreso aplicando la lista de chequeo establecida y lo registra en el libro de ingresos, según el procedimiento de RECIBO DE PACIENTES EN SALA DE CIRUGIA.

2. La auxiliar de enfermería trasladada al paciente a la sala de cirugía asignada y lo entrega a las auxiliares de enfermería de la misma.
3. Las auxiliares de enfermería asignadas a anestesia y circulante de sala, trasladan al paciente a la mesa de cirugía, lo monitorizan e inmovilizan y realizan las actividades, de acuerdo al Manual de funciones específico del servicio, procedimientos y protocolos de enfermería en salas de cirugía.

4. La auxiliar de enfermería asignada a anestesia prepara y aplica los medicamentos y los elementos según indicaciones del anestesiólogo y lo registra en la historia clínica.
5. El anestesiólogo revisa la historia clínica y realiza los procedimientos anestésicos al paciente y los registra en el formulario record de anestesia.

6. La auxiliar de enfermería circulante de sala, realiza los procedimientos de preparación del área quirúrgica, de acuerdo a los protocolos establecidos.
7. El especialista quirúrgico realiza el procedimiento quirúrgico de acuerdo a su especialidad, lo registra en el formulario de descripción quirúrgica y diligencia las ordenes médicas y de procedimientos que sean necesarios, la evolución médica y el RIPS de procedimientos. Lo registra en el libro de la especialidad.
8. El especialista quirúrgico informa a la familia el resultado del procedimiento realizado.

9. Al finalizar el procedimiento quirúrgico el anestesiólogo termina el acto anestésico del paciente y lo trasladada en compañía de la auxiliar de enfermería a recuperación o a la UCI si es necesario y le entrega a la enfermera del servicio.
10. La auxiliar de anestesia, deposita en el buzón de facturación, el original de la hoja de gastos y el original del RIPS, las otras copias de la hoja de gastos, se entregan en la farmacia del quirófano y la copia del RIPS se deja en el buzón del servicio.
11. En caso de presentarse alguna complicación, quirúrgica o anestésica, el especialista debe diligenciar el formulario de complicaciones.

12. En caso de cancelación se diligenciará el registro de cancelación de cirugía y se anexará a la historia clínica.
13. Se informa al paciente y la familia el motivo por el cual fue cancelado el procedimiento quirúrgico y el trámite a seguir para la reprogramación del procedimiento.
14. Para el recién nacido, producto de cesárea, se siguen los protocolos de IAMI.

RIESGOS
Falta de oportunidad en la asignación de la sala
Perdidas económicas por cancelaciones evitables

CONTROL
Aplicación de lista de chequeo.
Formato de cancelación de cirugía

SALIDAS
Paciente intervenido quirúrgicamente.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente intervenido quirúrgicamente de acuerdo a los estándares de cada especialidad.
Historia clínica y anexos completa y correctamente diligenciados.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de atención del paciente en recuperación.
Proceso de traslado intrahospitalario de pacientes.
Proceso de atención del paciente en UCI.
Proceso de facturación

INDICADORES
% cancelación.
Oportunidad de asignación de sala

RECURSOS
Suministros
Papelería.
Equipos.
Elementos médico-quirúrgicos.
Redes de gases medicinales y succión

REGISTROS
• Libro de ingreso de pacientes a salas de cirugía
• Formulario record de anestesia.
• Formulario de complicaciones quirúrgicas y anestésicas
• Historia clínica.
• Registro cirugías canceladas.
• Lista de chequeo
• RIPS de procedimientos
• Libros de registro de procedimientos quirúrgicos por especialidad.
• Formato de cancelación de cirugía

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA
CARGO: COORDINADOR U.F. QUIRÚRGICOS

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ
CARGO: PROFESIONAL CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas Aguayo
LIBAGÜE - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO DE PACIENTES

VERSIÓN:1

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todo paciente que requiera ser movilizado a otro servicio del Hospital definitiva o temporalmente

RESPONSABLE: Personal de Enfermería y/o Médico

OBJETO: Realizar el traslado del paciente garantizando su seguridad y su atención integral.

CODIGO: UFG-PRO004

FECHA DE ELABORACION: 25 - 06 - 06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 29-09-2008

ENTRADAS

- Orden medica de traslado o solicitud de ayuda diagnóstica o terapéutica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Epicrisis del servicio que traslada (cuando es definitivo)
- Cita asignada y confirmada
- Cama confirmada

PROCESOS PROVEEDORES

- Atención del paciente en salas de cirugía UFG-PRO003
- Atención del paciente en recuperación UFA-PRO006
- Solicitud, asignación de cita, toma y respuesta de imágenes diagnósticas IMA-PRO-001
- Solicitud, gestión y respuesta de interconsulta UFG-PRO015

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Farmacia
- Proceso de verificación y comprobación de derechos
- Gestión hotelera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Contratación y mercadeo CIE - 10, - RIPS, - CUPS
- Guías medicas y de Enfermería
- Protocolos del comité de infecciones
- Normas de Bioseguridad

CONTROL

- Registro en la H.C. de la condición del paciente

RIESGO

Complicación del paciente durante el traslado

ACTIVIDADES

1. El personal de Enfermería entrega e informa al responsable del traslado, el medio de transporte (todo paciente debe ser trasladado en camilla o silla de ruedas), el sitio de destino, los requerimientos especiales del traslado, infusiones permanentes, oxígeno, acompañamiento medico etc), y la orden medica completamente diligenciada.
2. La auxiliar de Enfermería que tiene asignado el paciente en compañía del camillero lo pasan al medio de transporte indicado.
3. Si el traslado es temporal: se envía, Historia Clínica, ayudas diagnósticas, insumos de acuerdo a las indicaciones del servicio receptor.
4. Si el traslado es permanente: se envía el paciente con la Historia Clínica actualizada y antigua, epicrisis, pertenencias, ayudas diagnósticas, medicamentos e insumos. El personal de enfermería diligencia el formato del traslado y lo entrega a facturación.
5. La auxiliar de Enfermería registra en la Historia Clínica la condición del paciente y entrega la orden de la ayuda diagnóstica si es pertinente.
6. Si la condición del paciente es crítica debe ir acompañado por el medico Asistencial y enfermera. La enfermera asigna a una auxiliar para hacer llamado previo de ascensor.
7. Si el paciente ingresa o egresa de la UCI, debe ser recibido y entregado por el medico y la enfermera del servicio y de la unidad.
8. El camillero y quien lo acompañe hacen entrega personal del paciente a la enfermera y a la auxiliar de servicio receptor.
9. Si el paciente es trasladado para una ayuda diagnóstica o terapéutica debe llevar la Historia Clínica para elaborar registro del procedimiento y gasto de insumos y medicamentos.
10. Durante el traslado del paciente el camillero vigila las condiciones propias del paciente y vela por la privacidad y dignidad del mismo.
11. Si el traslado es temporal el auxiliar del servicio receptor se hará responsable del monitoreo continuo de las condiciones del paciente.
12. Una vez resuelto el motivo del traslado temporal el servicio receptor se comunica con el servicio de origen para el respectivo traslado.
13. El personal responsable del traslado se encarga de regresar el paciente al servicio de origen monitorizando la condición clínica y sus requerimientos; a su vez avisa a la auxiliar encargada para instalar nuevamente en la Unidad y hacer entrega del paciente con informe completo verbal y escrito de las novedades ocurridas durante el traslado con Historia Clínica, ayuda diagnóstica realizada y respuesta de inter consulta.

SALIDAS

Paciente recibido en el servicio correspondiente
Paciente con ayuda diagnóstica realizada o inter consulta realizada e instalado en la Unidad

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente aceptado
- Paciente devuelto al servicio de origen con ayuda diagnóstica o terapéutica realizada e interconsulta contestada

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso Interconsulta
- Proceso Farmacia
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- Proceso de recibo de pacientes en el servicio

INDICADORES

Pacientes complicados durante el traslado x por mes

RECURSOS

- Camilla adecuada para el transporte del paciente
- Bombas de infusión
- Fomatos
- Camilleros.
- Sillas de ruedas
- Balas de Oxígeno

REGISTROS

- Evolución medica y de enfermería
- Libro de registro de ingreso y egreso del Servicio
- Hoja de traslados completamente diligenciada (Traslados internos para Facturación)
- Informe de eventos ocurridos durante el traslado del paciente hospitalizado

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federal de Lirios Acosta
IRBAQUE - TOLLIMA - E.S.E.

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO QUIRÓFANO DE RECUPERACIÓN
PROCESO: SOLICITUD, TOMA Y RESPUESTA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

VERSIÓN:
ORIGINAL

ALCANCE: Este documento aplica para las imágenes diagnósticas que se realizan en la Institución

RESPONSABLE
Personal médico y de Enfermería

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la Institución.

CÓDIGO:
UFG-
PRO005

FECHA DE ELABORACION:
03 - 10 - 06

PAGINA:
FECHA DE ACTUALIZACION:

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado
- Solicitud de imágenes diagnósticas

REQUISITOS DE ENTRADA

- Solicitud de imagen diagnóstica completamente diligenciada, con firma y sello del médico y con indicación de la ayuda diagnóstica

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención Médica
- Proceso solicitud tramite y respuesta de Interconsulta

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de traslado Intra-institucional
- Proceso de dispensación de medicamentos
- Proceso de devolución de medicamentos
- Procesos de Enfermería
- Proceso de consentimiento informado

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 /93 - Decreto 2423 / 96
- Contratación vigente
- Protocolos del comité de infecciones - RIPS, CUPS
- Guía medicas y de enfermería
- Manual de preparación para imágenes diagnósticas
- Protocolos de Imagenología

CONTROL

- Libro de control de imágenes
- Libro del control del servicio

ACTIVIDADES

1. Después de realizar la valoración, el médico tratante diligencia el formato de solicitud médica de ayuda diagnóstica, hace un resumen pequeño de la historia Clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
2. En caso de algún cambio a la orden original, debe tener nota y firma del médico.
3. La enfermera entrega la orden al camillero o auxiliar administrativa y estos registran en el libro de control del servicio y entregan orden en la recepción del servicio de imagenología para que asigne la cita al servicio.
4. En caso de que la imagen diagnóstica requiera autorización (Ecocardiograma), la Enfermera entregará a la auxiliar de verificación y comprobación de derechos, quien solicita la autorización y una vez autorizada la entrega a la recepcionista de imagenología.
5. En caso de exámenes portátiles se envía la orden desde el servicio solicitante y el servicio de imagenología traslada los equipos necesarios para la toma.
6. La recepcionista de imagenología registra, asigna y notifica a los servicios la hora de la cita. El camillero de turno transporta al paciente con la Historia Clínica hasta el sitio donde será tomada la imagen diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería. Ver proceso de Traslado Intra-institucional.
7. En caso de procedimientos intervencionistas, el radiólogo que se encarga de la toma del procedimiento debe explicar al paciente, familia y/o acompañante y hacer firmar el consentimiento informado. (Ver proceso de consentimiento informado).
8. El técnico y/o radiólogo de turno realiza el procedimiento ordenado según protocolos de Imagenología, hace el registro en la historia Clínica del procedimiento, insumos, medicamentos y medios de contraste aplicados, las dosis de radiación, realiza y registra la devolución de los medios de contraste sobrantes al servicio de origen del paciente, diligencia el RIPS y lo deja en el buzón de facturación.
10. El servicio de imágenes entrega la placa de la imagen diagnóstica y su lectura a la auxiliar administrativa o auxiliar de enfermería del servicio y esta la anexa a la Historia Clínica y elabora registro en el libro de control.
11. La auxiliar administrativa debe verificar si toda placa tomada tiene su lectura de no ser así debe bajarla en el horario establecido por imágenes.
12. Si al egreso del paciente, hay imágenes sin lectura, la auxiliar administrativa del servicio le informa al paciente que lo reclame en tres días hábiles en el servicio de imágenes diagnósticas, rotula el sobre con "paciente egresado", registra la salida de las placas, en el libro de control de placas del servicio, las lleva a imagenología para su lectura y firma allí el libro de control.
13. Los días sábado, domingo y festivos la auxiliar de Enfermería encargada del paciente debe verificar si todas las placas están leídas y la que no lo estén se dejarán en el lugar establecido, haciendo los registros en la Historia Clínica, informando al paciente, familia y/o responsable para que las reclame e imágenes y el día hábil la auxiliar de administrativa las lleve a lectura.
14. Una vez sean leídas las placas, el servicio de Imágenes diagnósticas realizará un oficio remitido a Registros Clínicos, de los reportes de pacientes egresados de los servicios, a quienes es necesario archivar en su historia clínica la lectura, relacionando el nombre del paciente, número de Historia Clínica, tipo de imagen realizada y servicio del cual egresó.
15. El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.

SALIDAS

- Usuarios con imagen diagnóstica tomada
- Reportes de la imagen diagnóstica en la Historia Clínica del paciente

REQUISITOS DE SALIDA

- Usuario con imagen diagnóstica tomada, placa en el servicio, facturada y reporte anexado en la Historia Clínica

PROCESOS CLIENTES

- Proceso egreso del paciente
- Proceso de Facturación

INDICADORES

-% de glosas por falta de lectura en Historia Clínica
- porcentaje de glosas de la imagenología

RECURSOS

- Papelería
- Teléfono directo, celular
- Computador, Software
- Recurso Humano (camilleros, recepcionista y auxiliares de Enfermería)

REGISTROS

- Libros de control en el servicio
- Historia Clínica
- Oficio de envío de lecturas
- Libro de control de imágenes

ELABORÓ:
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: ATENCIÓN DEL PACIENTE EN RECUPERACIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES EN POSOPERATORIO INMEDIATO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE RECUPERACIÓN

RESPONSABLE: ENFERMERA DE RECUPERACIÓN

OBJETO: BRINDAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DURANTE EL POSOPERATORIO INMEDIATO

Código: UFG-PRO006
FECHA DE ELABORACIÓN: 09-10-06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17-12-07

ENTRADA

- Paciente intervenido quirúrgicamente
- Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente con procedimiento quirúrgico realizado.
- Historia clínica completa

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de traslado de pacientes a UCIS o Recuperación

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de suministros
- Proceso de Mantenimiento
- Proceso de solicitud, toma y respuesta de ayudas diagnósticas
- Proceso de Farmacia
- Proceso de solicitud, gestión y respuesta de inter consulta

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Resolución 1043/2006
- Resolución 1995/99
- Protocolos de Enfermería
- Ley 006/91
- Manual de Bioseguridad
- Protocolos IAMI
- Guías de Manejo Medicas
- Protocolo Comité de Infecciones

ELABORÓ:
FIRMA: *Manuel Carvajal G.*
NOMBRE: JOUAN MANUEL CARVAJAL G.
CARGO: Líder Grupo Procesos UF Quirúrgicos

ACTIVIDADES

1. La enfermera y la auxiliar de enfermería reciben al paciente traído por el anestesiólogo y la auxiliar de enfermería, asignada a Anestesia, quienes informan nombre y edad del paciente, procedimientos quirúrgico y anestésico realizados, complicaciones quirúrgicas y anestésicas, si las hubo y procedimientos pendientes.
2. La enfermera y/o la auxiliar de enfermería monitorizan al paciente e instalan oxigenoterapia a los pacientes que lo requieran.
3. El Anestesiólogo inicia el diligenciamiento del test de Aldrette Modificado, elaborando la medición A de dicho formato.
4. La enfermera y/o auxiliar de enfermería revisan la historia clínica, realizan tarjetas de medicamentos e inician tratamiento si es el caso y los controles necesarios para verificar la evolución del paciente. (líquidos, signos vitales, hoja medicamentos), registra la nota de enfermería de ingreso y diligencia el Libro de Ingreso de Pacientes a Recuperación. Si el paciente no tiene cama asignada, se iniciará el proceso de solicitud y asignación de camas. Ante cualquier cambio en la condición clínica del paciente, se informara inmediatamente al Anestesiólogo tratante o al de Urgencias.
5. Una vez recuperado el paciente el anestesiólogo lo valora, realiza la medición B del test de Aldrette y lo firma, autorizando el egreso de recuperación. Esto no aplica para procedimientos con anestesia local. El tiempo de estancia promedio en el Servicio es de 2 a 6 horas, de acuerdo a la técnica anestésica utilizada.
6. La auxiliar de enfermería registra en el Libro de ingresos de pacientes a recuperación, la hora de salida y el destino del paciente, hace entrega del paciente al camillero junto con la Historia Clínica.
7. El camillero trasladado el paciente al servicio asignado de acuerdo a la especialidad. La auxiliar de enfermería de Cirugía Ambulatoria, lleva a cabo el traslado de los pacientes Ambulatorios.

SALIDAS

- Paciente recuperado del procedimiento anestésico.
- Historia clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Historia clínica completa.
- Paciente con test de aldrete diligenciado y firmado por anestesiólogo.
- Tratamiento iniciado

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de solicitud y asignación de camas.
- Proceso de traslado intra hospitalario de pacientes.
- Proceso de atención medica diaria en hospitalización.
- Procesos de egreso.
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de ayudas diagnósticas.
- Procesos de facturación.

CONTROL

- Test de Aldrette diligenciado por el Anestesiólogo.
- Tiempo de Estancia

RIESGOS

- Complicaciones postoperatorias anestésicas y quirúrgicas
- Estancia prolongada

REGISTROS

- Libro de ingresos de pacientes a recuperación.
- Historia clínica.
- Formulario de escala de test de Aldrette modificado
- Formulario de traslado de camas

INDICADORES

- % test de Aldrette diligenciados por el anestesiólogo.
- Tiempo de estancia

RECURSOS

- Monitores
- Papelería
- Material medico quirúrgico

REVISÓ:
FIRMA: *Luis Enrique Alvaréz Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: TRASLADO DE PACIENTES A UCIS O RECUPERACIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: APLICA A TODOS
LOS PACIENTES EN
POSOOPERATORIO INMEDIATO.

RESPONSABLE:
MEDICO
ANESTESIOLOGO

OBJETO: GARANTIZAR LAS CONDICIONES
ADECUADAS PARA EL TRASLADO DEL
PACIENTE A RECUPERACION O A LAS UCIS

Código:
UFQ-
PRO007

FECHA DE
ELABORACIÓN:
09-1-0-06

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN:
17/12/07

ENTRADA

- Paciente intervenido quirúrgicamente
- Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente con procedimiento quirúrgico realizado
- Cubículo disponible en Recuperación o en UCIS

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención al paciente en salas de cirugía
- Proceso de asignación de camas

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de suministros
- Proceso de Mantenimiento

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Protocolos de enfermería
- Resolución 1995 de 1999
- Manual de Bioseguridad
- Protocolos del Comité de Infecciones
- Protocolos de Terapia Respiratoria

ACTIVIDADES

Quando el paciente se va a trasladar a las UCIS.

1. La enfermera confirma telefónicamente la disponibilidad de cama, de acuerdo a la solicitud de Inter consulta realizada con anterioridad.
2. La enfermera revisa que la historia clínica este completa (órdenes médicas, exámenes completos, record de anestesia, informe quirúrgico y los exámenes complementarios que se le hayan realizado al paciente).
3. El anestesiólogo indica traslado del paciente de la mesa de cirugía a la camilla o cama de traslado.
4. La auxiliar de enfermería y/o con la enfermera y anestesiólogo colocan monitoria de transporte (pulsioxímetro, cardioviviscopio) y soporte ventilatorio si es necesario.
5. El anestesiólogo y auxiliar de enfermería o enfermera trasladan al paciente a la unidad de cuidado intensivo correspondiente
6. El anestesiólogo y auxiliar de enfermería o enfermera entregan el paciente dando la información completa y detallada del procedimiento realizado, complicaciones e intervenciones pendientes.
7. Si el paciente no requiere UCI será trasladado al servicio de recuperación por el anestesiólogo y la auxiliar de enfermería siguiendo los mismos pasos anteriores.
8. La Enfermera registra en el Libro de Traslado de pacientes a UCIS y en el Libro de ingreso de pacientes a recuperación y se diligencia el formato de Traslado de Camas, depositándolo en el buzón de Facturación

SALIDAS

- Paciente Traslado a las UCIS o a Recuperación

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente trasladado y entregado, en adecuadas condiciones

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de atención del paciente en UCI.
- Atención del paciente en recuperación

INDICADORES

- % Pacientes trasladados sin Anestesiólogos
- % Pacientes trasladados sin Monitoria

RECURSOS

- Monitores de Transporte
- Insumos (bala de oxígeno, ventilador de transporte, ambú, camillas)

CONTROL

- Pacientes trasladados con monitoria permanente y en compañía del Anestesiólogo

RIESGOS

- Complicaciones del paciente durante su traslado
- Cancelación de cirugías

REGISTROS

- Libro de traslado de pacientes a UCIS
- Libro de ingresos de pacientes a recuperación.

ELABORÓ:
FIRMA: *M. Carvallo*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL G.
CARGO: Lider Grupo Procesos UF Quirúrgicos

REVISÓ:
FIRMA: *Luis Enrique Alvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
SANTA ROSA
INSTITUCIÓN

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

PROCESO: SOLICITUD Y DEVOLUCIÓN DE MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1

ALCANCE: Aplica para el material medico-quirúrgico requerido para la realización del acto quirúrgico, solicitado a la farmacia del Quirófano, así como para la devolución, por no utilización en la cirugía. Se exceptúa el Material de Osteosíntesis.

RESPONSABLE: Instrumentadora Quirúrgica asignada para el procedimiento

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para disponer del material medico-quirúrgico requerido en cada procedimiento, en forma oportuna y completa, así mismo, la devolución de los elementos no utilizados.

Código: UFO-PRO008
Fecha de elaboración: 10-08-08

Fecha de actualización: 11-02-08

ENTRADAS

Solicitud de Cirugía
Programa de Cirugía Diario

ACTIVIDADES

1. La Instrumentadora quirúrgica revisa la programación de cirugía y/o solicitud de quirófano, diligencia completamente con letra legible el formato de solicitud y devolución de material medico-quirúrgico en original y copia.
2. La Instrumentadora quirúrgica entrega el formato de solicitud y devolución de material medico-quirúrgico al auxiliar de la farmacia.
3. El auxiliar de la farmacia despacha el material medico-quirúrgico y lo entrega a la instrumentadora quirúrgica. La instrumentadora recibe y verifica con el formato de solicitud y devolución de material medico-quirúrgico que corresponde a lo solicitado, se registran cantidades de insumos despachados en la columna correspondiente.
4. Si durante el procedimiento quirúrgico se requiere material NO solicitado en el formato de solicitud y devolución de material medico-quirúrgico, se pedirá a la auxiliar de enfermería circulante de anestesia, quien lo traerá de la farmacia y lo registrara en el formato de solicitud.
5. Terminado el procedimiento quirúrgico la instrumentadora quirúrgica dicta los gastos de material medico-quirúrgico utilizados a la auxiliar de enfermería asignada a Anestesia, para ser registrados en la hoja de gastos del quirófano.
6. La instrumentadora quirúrgica registra en el libro de material de osteosíntesis los requerimientos especiales que hayan sido utilizados, el auxiliar de farmacia revisa el registro y los firma.
7. La instrumentadora quirúrgica entrega al auxiliar de farmacia del quirófano, el material medico-quirúrgico no utilizado durante el procedimiento y diligencia la columna correspondiente. Instrumentadora y auxiliar de farmacia firman este documento en las dos copias. La original queda en farmacia y la copia se guarda por parte de la Instrumentadora Quirúrgica.

REQUISITOS DE ENTRADA

Solicitud de cirugía, completamente diligenciada
Programa de cirugía que incluya requerimientos especiales
Asignación de Instrumentadora Quirúrgica para cada sala

REQUISITOS DE SALIDA

Material medico-quirúrgico consumido según solicitud y devuelto lo no utilizado
Hoja de Gastos diligenciada

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Facturación
Procesos de Farmacia
Procesos de Auditoría

INDICADORES

Seguimiento del stock de farmacia
Inconsistencias en la auditoría concurrente

RECURSOS

Papelaría
Material Medico-Quirúrgico

PROCESOS DE APOYO

Procesos de Suministros
Procesos de Autorización y Verificación de Derechos
Procesos de Esterilización

RIESGOS

- Cancelación de Cirugías
- Pérdida de elementos
- Subfacturación de material medico-quirúrgico

CONTROL

- Inventario de material medico – quirúrgico, basado en stock diario
- Diligenciamiento del Libro de Material de Osteosíntesis
- Revisión por facturación del descargue del material medico-quirúrgico
- Auditoría concurrente

REGISTROS

Formato de solicitud y devolución de material medico-quirúrgico.
Hoja de Gastos de Quirófanos
Libro de Material de Osteosíntesis

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías de Atención Médica Acuerdo 306
Código de Ética Institucional

ELABORÓ: MARCELA S.
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: JHON MANUEL CARVAJAL G.
CARGO: Líder Grupo Procesos UF Quirúrgicos

REVISÓ: [Firma]
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ: [Firma]
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: ADFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Fabricio Lleras Acosta
UNIDAD QUIRÚRGICA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

PROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNOS DE ENFERMERIA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA: 1

ALCANCE: Aplica para todas las áreas del hospital que hagan cambios de turno del personal de enfermería.

RESPONSABLE:
Enfermera

OBJETO: Recibir y entregar información concreta y veraz sobre el estado de salud del paciente objeto del cuidado de enfermería durante el turno.

CODIGO:
UFG-
PRO009

FECHA DE ELABORACION:
22-08-2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
20-09-2007.

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado
- Historia Clínica
- Kardex

REQUISITOS DE ENTRADA

- Historia Clínica con notas de enfermería de entrega de paciente.
- Kardex actualizado.
- Paciente en la unidad.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención medica diaria.
- Proceso de atención de enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso valoración médica inicial.
- Procesos de servicios generales.
- Procesos de mantenimiento.
- Proceso de verificación de derechos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 266 de 1996
- Ley 911. Código Deontológico de enfermería
- Guías comité de infecciones,
- IAMI
- Plan de atención de enfermería. (PAE).

ACTIVIDADES

1. Antes de iniciar la entrega de turno la enfermera debe verificar que todas las actividades realizadas por el personal de enfermería queden registrados en la Historia Clínica.
2. La enfermera que recibe turno hará verificación de la asistencia del personal, según cuadro de turno y verificará los cambios de turno el libro de turnos y lo registrará en cuadro de efectividad y realizará asignación del personal.
3. La unidad y el paciente deben estar en condiciones de orden y limpieza.
4. La enfermera y las auxiliares de enfermería que reciben y entregan turno se reúnen en el puesto de enfermería de cada servicio de hospitalización a las 7:00, 13:00 y 19:00 horas. Se iniciará la entrega de turno con la auxiliar de la asignación siguiente y la enfermera (as) y auxiliar (es) que recibe turno.
5. Se inicia ronda por la asignación designada por la enfermera en la puerta de la habitación con el Kardex. Una vez entregada la información; nombre del paciente, edad, seguridad social, diagnóstico, condiciones del paciente durante el turno y estado actual de salud, actividades pendientes asistenciales y administrativas, solicitud y tramite de autorizaciones si es necesario, se ingresa a la habitación, se saluda al paciente y se presenta, se verifica el estado actual, catéteres, dispositivos, infusiones y rótulos.
6. Se realiza la misma actividad con todos los pacientes hospitalizados en el servicio.
7. El personal que ingresa a turno mientras no participe en el recibo del paciente, ira verificando inventario según procedimiento y las demás actividades por asignación.
8. La enfermera que entrega turno diligenciará el formato de informe para la Coordinación de la Unidad Funcional.
- 9.

CONTROL

- Historia Clínica
- Kardex.
- Cuadro de efectividad.

REGISTROS

- Historia Clínica
- Kardex.
- Informe presentado a la Coordinación de la Unidad Funcional.

SALIDAS

- Personal de enfermería que ingresa a turno, con información completa de las condiciones de salud del paciente.

REQUISITOS DE SALIDA

- Conocimiento del estado de Salud del paciente
- Información entregada, oportuna completa y veraz de las actividades realizadas y pendientes de cada paciente.
- Registros de enfermería completamente diligenciado

PROCESOS CLIENTES

- Proceso atención medica diaria
- Proceso atención de enfermería
- Proceso de ayudas diagnosticas y terapéuticas

INDICADORES

- % de registros de enfermería de entrega de turno debidamente diligenciados.

RECURSOS

- Formatos de historia clínica.

ELABORÓ:

Manuel Garvajal G.

FIRMA: Manuel Garvajal G.
NOMBRE: JHDAN MANUEL GARVAJAL G.
CARGO: Líder Grupo Procesos UF Quirúrgicos

REVISÓ:

Luis Enrique Alvaréz Laverde

FIRMA: Luis Enrique Alvaréz Laverde
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBO:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: Alfonso Ricaurte Riveros
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN QUIRÓFANO Y RECUPERACIÓN
PROCESO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESPONSABLE: ENFERMERA

OBJETO: GARANTIZAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LA VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PROPORCIONE AL PACIENTE CUIDADO INTEGRAL, BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

Código: UFG-PROO10

FECHA DE ELABORACIÓN: 22-08-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 04-10-2007

ENTRADAS
➤ Paciente hospitalizado.

REQUISITOS DE ENTRADA
➤ Paciente hospitalizado con impresión diagnóstica y especialidad tratante definida

PROCESOS PROVEEDORES
➤ Proceso de admisión del paciente en servicios de hospitalización.
➤ Proceso de atención inicial médica

PROCESOS DE APOYO
➤ Procesos de servicios generales.
➤ Proceso de información al paciente y la familia.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
➤ Ley 226 de 1996.
➤ Ley 911 de 2004.(Cód. ética enfermería).
➤ Resolución 1043 de 2006.
➤ Protocolos del comité de Infecciones.
➤ Guías de manejo médico y de enfermería.

ACTIVIDADES

1. Al ingreso al servicio el profesional de Enfermería de turno valora al paciente, toma los datos significativos, elabora el diagnóstico de acuerdo al patrón alterado, define la meta y propone actividades para el cumplimiento de la misma.
2. El profesional de Enfermería elabora plan de Atención de Enfermería, según protocolo y hace registro en el formato establecido, escribe su nombre, firma, RUN y lo anexa a la historia clínica.
3. El profesional de Enfermería explica a la auxiliar, la familia y el equipo de salud el objetivo y las actividades a desarrollar para obtener la meta propuesta.
4. La profesional de enfermería y la auxiliar de enfermería ejecutan las actividades del Plan de Atención de Enfermería y las registran en la historia clínica.
5. La enfermera realiza monitoreo y evalúa el plan de atención de enfermería, lo modifica y ajusta de acuerdo a la evolución del paciente.

CONTROL
➤ Registro del plan de atención de enfermería en la historia clínica.

REGISTROS
➤ Formato de plan de atención de enfermería.
➤ Evolución de enfermería en la historia clínica.

SALIDAS
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería

REQUISITOS DE SALIDA
➤ Paciente con Plan de Atención de Enfermería elaborado y evaluado.

PROCESOS CLIENTES
➤ Proceso de Atención de Enfermería
➤ Proceso de Atención médica.

INDICADORES
➤ Porcentaje de historias clínicas con planes de atención de enfermería.

RECURSOS
➤ Papelería.
➤ Formatos.
➤ Computador.
➤ Impresora.

ELABORÓ:
FIRMA: *Joaquín*
NOMBRE: JOAQUÍN MANUEL CARVAJAL G.
CARGO: Líder de procesos U. F. Quirúrgicos

REVISÓ:
FIRMA: *Walter*
NOMBRE: WALTER LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Amador
TELÉFONO: 101.88.1.5.51

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

VERSIÓN: ORIGINAL
Página: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para todos los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos electivos.

RESPONSABLE: Coordinador de Quirófanos

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para utilizar el tiempo quirúrgico disponible en la mejor forma posible y así ofrecer tratamientos quirúrgicos oportunos.

Código UFA-PRO011

Fecha de elaboración: 07/09/2006

Fecha de actualización: 18/02/2008

ENTRADAS

Solicitud de quirófano
Francias Quirúrgicas

REQUISITOS DE ENTRADA

Fotocopia documento de identidad
Fotocopia carné de la seguridad social
Autorización de la EAPB
Valoración por Anestesiología
Disponibilidad de requerimientos especiales

PROCESOS PROVEEDORES

Procesos de Atención Médica
Procesos de Autorización
Procesos de Suministros
Procesos de Farmacia

PROCESOS DE APOYO

Procesos de Registros Clínicos
Procesos de Contratación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Acuerdo 00306 de 2005 (POS-S)
Resolución 5261(MAPPIPOS)
Manual Tarifario SOAT
Guías de Atención Médica
Código de Ética del Hospital CIE-10 (Clasificación Internacional Enfermedades)

RIESGO

Cancelación de cirugías
Falta de oportunidad quirúrgica

CONTROL

Base de datos - Verificación de libros de registro.

ACTIVIDADES

1. La jefe de consulta externa entrega al auxiliar administrativo de programación de cirugía las solicitudes de quirófano con documento de identidad y seguridad social.
2. La jefe de programación de cirugía clasifica las solicitudes por especialidad. Una vez clasificadas por especialidad se definen los siguientes aspectos: prioridad quirúrgica, si han sido valorados por anestesia y si el procedimiento es con anestesia local.
3. El auxiliar administrativo registra las solicitudes en orden cronológico y por especialidad, en una base de datos de Excel.
4. El auxiliar administrativo asigna fecha de consulta de Anestesia vía telefónica, teniendo en cuenta las franjas quirúrgicas, con 15 días de anticipación.
5. El Auxiliar administrativo explica al paciente que en el transcurso de los 15 días debe diligenciar su respectiva autorización y toma de ayudas diagnósticas prequirúrgicas antes de cumplir la cita de anestesia.
6. El Anestesiólogo valora el paciente, según el proceso UFA-PRO001, da recomendaciones para la preparación de la cirugía, si considera necesario la valoración por otra especialidad entrega al paciente orden de cita, paracéntricos y nueva valoración por anestesia.
7. Si el paciente tiene la autorización para su cirugía por anestesia, la Auxiliar de Enfermería del consultorio envía al paciente con fotocopia de la valoración de anestesia y orden de procedimiento quirúrgico a la oficina de programación de cirugía.
8. El Auxiliar de Enfermería y/o Auxiliar administrativo verifica derechos del paciente y dependiendo de la contratación vigente solicita: Si es por evento envía al paciente por autorización de la EPS o ARS, si es captado colocación de sello de autorización, si es paciente de SOAT envía a facturación central para verificar estado de la cuenta, si es de secretaria de salud se solicita autorización vía internet
9. El Auxiliar Administrativo o auxiliar de Enfermería informan el valor de la cuota de recuperadora, si el paciente no cuenta con los medios económicos, se envía para un estudio socioeconómico con la persona encargada de realizar esta actividad.
10. Una vez el paciente reúne los requisitos administrativos y asistenciales para poder programarlo, la Auxiliar administrativa y auxiliar de enfermería gestionan las solicitudes de materiales e insumos en farmacia o en suministros.
11. Si el paciente requiere sangre, la auxiliar administrativa o de enfermería, indica al paciente que debe conseguir sus donantes con una semana de anticipación a su cirugía.
12. El auxiliar administrativo o auxiliar de Enfermería revisa que la documentación y la autorización estén completas y correctamente diligenciadas, elabora el recibo de pago y confirma los materiales para asignar la fecha posible de cirugía.
13. El auxiliar Administrativo o auxiliar de enfermería llama al paciente para que se acerque a la oficina de programación de cirugía e informa la fecha de la cirugía, entrega y explica la preparación y las recomendaciones de acuerdo al procedimiento quirúrgico, informa el número celular para confirmarla, además le indica al paciente que si se le presenta algún inconveniente de salud u otras dificultades debe informar al número de celular indicado por tarde el día anterior.
14. El Coordinador de la Unidad funcional elabora el programa de cirugía el día anterior asignando (sala, fecha, hora, distribución de recurso humano y procedimiento).
15. El auxiliar administrativo o auxiliar de enfermería confirma los pacientes vía celular, recordándoles el ayuno y demás requerimientos.
16. El Auxiliar administrativo distribuye el programa por los diferentes servicios de la institución.

SALIDAS

Paciente Programado
Programa de Cirugía Elaborado

REQUISITOS DE SALIDA

Copago efectuado
Programa de Cirugía entregado a los diferentes Servicios del Hospital
Paciente con fecha de cirugía confirmada e informada.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Farmacia
Procesos de Hospitalización
Procesos de Central de Esterilización
Procesos de Banco de Sangre
Proceso de Atención de Pacientes en Salas de Cirugía

INDICADORES

Oportunidad Quirúrgica
% Cancelación de Cirugía

RECURSOS

Insumos oficina,
Computadores, Red interna,
Internet, Impresoras.

REGISTROS

Base de datos de la oficina de programación, agendas de consulta externa, Libros de registro de consulta externa.

APROBÓ:

FIRMA:
Elaboró:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: Líder Procesos, Coordinador UF Quirúrgicos

FIRMA:
Revisó:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

FIRMA:
Aprobó:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
FUNDACIÓN LA CRUZ
FUNDACIÓN LA CRUZ

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: PREPARACIÓN DEL PACIENTE PROGRAMADO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA Y GESTIÓN DE EGRESO

Versión: 1

Página: 1 de 1

ALCANCE: Aplica para todos los pacientes que han sido programados para realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

RESPONSABLE: Enfermera programación de Cirugía.

OBJETO: Preparar adecuadamente al paciente que se le va a realizar un procedimiento quirúrgico ambulatorio y realizar los trámites necesarios para su egreso.

Código: UFG-PRO012

Fecha de elaboración: 07/09/2006

Fecha de actualización: 07/07/2008

ENTRADAS

Paciente
Programa de cirugía
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA
Paciente acompañado y en ayunas.

Historia clínica con valoración de anestesia y exámenes para-clínicos no mayor a 6 meses y consentimiento informado firmado.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de atención de consulta externa especializada.
Proceso de facturación.

PROCESOS DE APOYO

Procesos de registros clínicos
Proceso de Autorizaciones
Proceso de suministros
Proceso de farmacia
Proceso de traslado
Intrahospitalario del paciente

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 de 1993,
Acuerdo 306 de 2005,
Resolución 5261 de 1994
Resolución 1995 de 1999
Cuadro de Contratación Vigente,
Guías de atención médica y de enfermería.
Protocolos de enfermería

REGISTROS

Libro de ingreso y egresos del servicio de cirugía Ambulatoria
Historia clínica
Libro de seguimiento telefónico de los pacientes pos operatorios
Lista de verificación de cumplimiento de preparación.
Bolsita de salida

ACTIVIDADES

1. El auxiliar administrativo de programación de cirugía solicita a registros clínicos las historias clínicas, de los pacientes programados para cirugía ambulatoria del día siguiente, según el procedimiento establecido.
2. El día hábil anterior, la auxiliar de enfermería de cirugía ambulatoria recoge las historias clínicas de los pacientes programados en registros clínicos y las revisa, verificando la fecha de los exámenes prequirúrgicos, la valoración pre-anestésica y el consentimiento informado diligenciado completamente y firmado por el paciente y el testigo.
3. La auxiliar de enfermería el día de la cirugía recibe al paciente verificando la documentación así: orden del procedimiento quirúrgico, autorización de la entidad pagadora, documento de identificación, afiliación a la seguridad social y el recibo de pago de anticipo.
4. La auxiliar de enfermería verifica la preparación prequirúrgica del paciente, aplicando la lista de chequeo.
5. La Auxiliar de enfermería entrega al paciente la ropa quirúrgica (bata, gorro, polainas) y le indica donde debe cambiarse, permitiendo el acompañamiento del familiar para que le asista en el cambio de ropa y se haga cargo de las pertenencias (ropa, prótesis y otros).
6. La auxiliar de enfermería realiza el control de signos vitales, la inspección física, registra en la historia clínica y reporta cualquier anomalía a la Enfermera del quirófano
7. La auxiliar de enfermería canaliza la vena según protocolo de venopunción, teniendo en cuenta tipo de procedimiento y recomendación del cirujano o anestesiólogo.
8. La auxiliar de enfermería traslada el paciente en silla de ruedas al quirófano, según el proceso de traslado intra hospitalario del paciente.
9. La auxiliar de enfermería hace entrega del paciente a la auxiliar de recepción de pacientes de quirófano, según el procedimiento de recibo de pacientes en sala de cirugía.
10. Al paciente se le realiza el procedimiento quirúrgico programado y se traslada y atiende en el servicio de recuperación, según los procesos de atención del paciente en salas de cirugía y atención del paciente en recuperación. En caso de requerir hospitalización, se iniciará el proceso de admisión del paciente en hospitalización.
11. Una vez recuperado el paciente, la auxiliar de enfermería de recuperación se comunica por teléfono con el personal del servicio de cirugía ambulatoria para el egreso y traslado del paciente y comunica al auxiliar de facturación para que recoja la documentación y soportes para diligenciar el egreso administrativo del paciente.
12. La auxiliar de enfermería de cirugía ambulatoria recibe el paciente del servicio de recuperación, según el procedimiento de entrega de pacientes de recuperación.
13. La auxiliar de enfermería de cirugía ambulatoria traslada el paciente al servicio de cirugía ambulatoria, le indica al familiar del paciente los trámites correspondientes para la salida del paciente.
14. El auxiliar de facturación expide la orden de salida del paciente y la entrega al familiar.
15. La auxiliar de enfermería de cirugía ambulatoria entrega al paciente y acompañante la fórmula médica, la incapacidad, le asigna la cita médica del postoperatorio y el plan de alta de enfermería.
16. La auxiliar de enfermería registra en la historia clínica las condiciones de salida del paciente, además de la documentación entregada al paciente y familiar.
17. La auxiliar de enfermería brinda educación del manejo postquirúrgico del paciente en casa.
18. La auxiliar de enfermería registra en el libro de salidas del servicio de cirugía ambulatoria el egreso del paciente y organiza la historia clínica y la entrega a la auxiliar administrativa de quirófano dejando constancia en el libro de entrega.
19. auxiliar de enfermería de cirugía Ambulatoria realiza el seguimiento telefónico al paciente, a las 24h y 7 días siguientes a la cirugía con el fin de detectar complicaciones tempranas y afianzar el vínculo con el servicio.

RIESGO

Broncoaspiración por ingesta de alimentos antes de la cirugía y no informarlo.
Complicación por no seguir las recomendaciones médicas y de enfermería.
Cancelación de la cirugía por no cumplimiento de la preparación.

SALIDAS

Paciente intervenido quirúrgicamente y recuperado de la anestesia.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con indicaciones médicas y de enfermería para cuidados en casa. Boleta de salida.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de atención del paciente en salas de cirugía.
Proceso de atención de consulta externa especializada.
Proceso de Egreso del Paciente de la institución por alta médica.
Proceso de facturación.
Procesos de Atención en hospitalización.

INDICADORES

% de complicaciones descubiertas en el seguimiento telefónico.
% de cancelación de cirugía programada por incumplimiento en la preparación

RECURSOS

Insumos del servicio,
Computadores, Sistema de red interna – Internet, Impresoras.

CONTROL

Aplicación de lista de verificación de cumplimiento de preparación.
Seguimiento Telefónico para verificar el estado del paciente a las 24 horas de cirugía y a los 7 días.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO PROCESOS UF QUIRÚRGICOS

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVÁREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNOS DE ENFERMERÍA EN SALAS DE CIRUGÍA

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1

HOSPITAL
Hospitales Angón
TRABAJE: 01/11/19 - 1-3/19

ALCANCE: APLICA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ENTREGA Y RECIBE TURNO.

RESPONSABLE: ENFERMERA

OBJETO: RECIBIR Y ENTREGAR SALAS DE CIRUGÍA ORGANIZADAS PARA DESARROLLO DE LA JORNADA, Y ENTREGAR INFORMACIÓN CONCRETA Y VERAZ SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN SALAS DE CIRUGÍA.

Código: UFG-PRO013

FECHA DE ELABORACIÓN: 19-08-2009

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 20-10-2009

ENTRADAS

Paciente
 Historia Clínica
 Personal de enfermería
 Inventario

ACTIVIDADES

Durante el desarrollo del turno la enfermera verifica que todas las actividades realizadas por el personal auxiliar de enfermería, queden registradas en la historia clínica y en los libros de registros del servicio.

REQUISITOS DE ENTRADA
 Paciente en quirófano
 Historia clínica y documentación completa
 Personal de enfermería que entrega y recibe turno
 Inventario actualizado

SALIDAS

Turno entregado

REQUISITOS DE SALIDA

Turno entregado con material quirúrgico y biomédico confirmado (sangre y derivados, lentes, mallas, membranas), documentación completa.
 Entrega de cada sala y su inventario respectivo.
 Información de faltantes o daños de equipos.
 Información completa del estado de salud del paciente.

PROCESOS PROVEEDORES
 Procesos de traslado intrahospitalario de pacientes
 Procesos de programación
 Proceso de atención de enfermería.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Atención del Paciente en Salas de Cirugía.

PROCESOS DE APOYO
 Proceso de limpieza y desinfección hospitalaria.
 Proceso de mantenimiento.
 Proceso de verificación de derechos.

INDICADORES

% de cumplimiento según las listas de verificación aplicadas.
 % de cumplimiento en el registro de los libros.

RIESGO
 Complicaciones de pacientes por deficiente información.
 Pérdida de materiales y equipos

CONTROL
 Lista de chequeo de la entrega de turno.
 Registro del inventario en el libro de inventario.

RECURSOS

Libros foliados.
 Formatos de Historia clínica
 Útiles de oficina

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
 Ley 266 de 1996
 Ley 911, código Deontológico de Enfermería.
 Protocolos Comité de Infecciones.
 Normas IAMI
 Plan de atención de enfermería (PAE)

REGISTROS
 Historia clínica. - Cuadro de Efectividad.
 Lista de chequeo. - Libro de inventario.
 Libro de informe de novedades del servicio.

ELABORÓ:

M Carvajal

FIRMA: *M Carvajal*
 NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA
 CARGO: COORDINADOR U.F. QUIRÚRGICOS

REVISÓ:

Diana Patricia Buena Ventura Jimenez

FIRMA: *Diana Patricia Buena Ventura Jimenez*
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ
 CARGO: PROFESIONAL CALIDAD - COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

Ivan David Hernández Guzman

FIRMA: *Ivan David Hernández Guzman*
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
 CARGO: GERENTE



**CARACTERIZACIÓN MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: EGRESO POR ALTA VOLUNTARIA**

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica para los pacientes que soliciten retiro voluntario de la Institución

RESPONSABLE
Médico del servicio

OBJETO: Garantizar que los pacientes que soliciten retiro voluntario, reciban información completa y cumplan los trámites de tipo administrativo y asistencial para su egreso.

CODIGO
UFG-
PRO 014

FECHA DE ELABORACION:
30 - 07 - 06

PAGINA: 1 DE 1
FECHA DE APROBACION:
13-09-2007

ENTRADAS

- Manifestación del paciente de suspender el tratamiento hospitalario.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente o familia autónomos para decidir la suspensión del tratamiento hospitalario

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención del paciente en salas de cirugía.
- Proceso de Atención de Enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de Oficina Jurídica y Control Disciplinario.
- Proceso de autorizaciones.
- Proceso de devolución de medicamentos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100/93
- Resolución 5261/94
- Resolución 1995/95
- Decreto 2423 /96
- Acuerdo 306/05
- Constitución Política de Colombia 1991
- Declaración de los derechos del usuario.
- Ley 23 de 1981.
- Ley 1122 de2007.
- Circular 30 de la Supersalud.
- Resolución 1446 de 2006

CONTROL

- Revisión y análisis de los casos registrados como retiro voluntario.

ACTIVIDADES

1. El paciente mayor de edad, la familia o el representante legal del paciente, expresa(n) al personal médico o de enfermería, el deseo de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario.
2. El médico indaga al paciente, familia y/o representante legal la causa que motiva la solicitud de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario. Si el problema puede ser corregido se realizaran todas las acciones necesarias para hacerlo.
3. El médico le explica al paciente y la familia, las condiciones clínicas y la importancia de continuar con el tratamiento hospitalario, los beneficios o las posibles complicaciones en caso de no continuarlo.
4. Si el paciente es menor de edad, se le explica a la familia que priman los derechos del menor sobre las decisiones de los tutores y los conceptos médicos tienen prelación, por el derecho fundamental a la vida y la salud.
5. Si la familia insiste en la voluntad de suspender el tratamiento hospitalario al menor de edad, la trabajadora social reporta la situación al defensor del ICBF para legalizar y garantizar la continuidad de la atención en salud.
6. El médico tratante diligencia el formato de Declaración de Retiro Voluntario completo con firma, huella, testigo y elabora registro en la Historia Clínica, si el paciente no sabe firmar se coloca la huella y testigo con firma a ruego.
7. Se le informa al paciente la posibilidad de desistir en cualquier momento de la decisión del retiro voluntario y la opción de reiniciar el tratamiento cuando lo desee.
8. Al salir el paciente la auxiliar de enfermería le entrega las ayudas diagnósticas, formula médica, resumen de la Historia Clínica, se le sugiere citas de control y se le dan recomendaciones.
9. La auxiliar de enfermería registra en el formato de notificación de eventos adversos.
10. Se continúa el proceso de egreso administrativo.

SALIDAS

- Paciente egresado voluntariamente con declaración de retiro voluntario firmado y registrado en al Historia Clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente, familia y/o responsable informado de su condición Clínica, riesgos y complicaciones de su retiro voluntario.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de egreso administrativo.

INDICADORES

- % de pacientes egresados por retiro voluntario.

RECURSOS

- Formatos
- Computador
- Sala de entrevista con el paciente.

REGISTROS

- Formato de Declaración de retiro voluntario
- Historia Clínica

ELABORÓ:
Mosquera
FIRMA:
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: GRUPO LÍDER DE PROCESOS.

REVISÓ:
Luis Enrique Alvaréz Laverde
FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVÁREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:
Alfonso Ricaurte Riveros
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE.



ENTRADAS

Solicitud de inter consulta.
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

Historia Clínica completa
Orden Médica con registro de solicitud de Interconsulta.
Solicitud de inter consulta con justificación clara.

PROCESOS PROVEEDORES

Atención médica diaria por especialista UFH-PRO014
Valoración inicial por medico especialista UR-PRO003.
Revista médica diaria UCC-PRO006.
Valoración inicial por especialista SP-PRO014.
Atención en salud en salas de observación SP-PRO015

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Verificación de derechos y Autorizaciones.
Referencia
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 5261 /94 MAPIPPOS
CIE -10.
RES. 1995 /99 (H.C)
Guías Integrales de atención.

ELABORÓ:

FIRMA: *M. Carvajal*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCIA
CARGO: LIDER GRUPO DE PROCESOS QUIRURGICOS

ACTIVIDADES

1. El médico tratante identifica la necesidad de Valoración por otro profesional.
2. El médico tratante registra en las ordenes medicas y en la hoja de evolución médica la justificación de la solicitud de valoración por otro profesional.
3. El médico tratante diligencia el formato de Interconsulta con los datos del paciente, número de identificación, nombre, cama, fecha y hora de solicitud, resumen de Historia Clínica y motivo de la Interconsulta, la firma y escribe su nombre y el número del registro médico.
4. El médico tratante entrega la solicitud de Interconsulta al médico asistencial o a la Enfermera (o).
5. Quien reciba la solicitud consigna en el libro de registro de interconsultas con fecha y hora, se comunica telefónicamente con el especialista interconsultado, según cuadro de turnos, registrando fecha, hora y observaciones de la comunicación.
6. El profesional Interconsultado responde la interconsulta en el tiempo establecido, máximo 4 horas para las especialidades presenciales y 12 horas para las especialidades de disponibilidad.
7. El profesional Interconsultado valora el paciente, emite concepto y registra en el formato de solicitud y respuesta de Interconsulta y define el plan de manejo si es el caso, el cual se anexa a la historia clínica, con fecha, hora, nombre, firma y número de registro médico.
8. El médico asistencial del servicio acompaña al médico especialista durante la valoración y registra en el libro de Interconsultas la hora de respuesta.
9. El profesional Interconsultado diligencia en forma completa el RIPS de procedimiento, registrando fecha, código del procedimiento, código de diagnóstico en CIE - 10 y firma, este registro se deposita en el cajón de facturación y/o es entregado a facturación una vez se diligencia la hoja.
10. En caso de requerir el traslado del paciente a otro servicio para ser valorado se realiza según el proceso de traslado de pacientes y de ser necesario el médico asistencial diligencia la solicitud de ambulancia para su trámite por la oficina de referencia y contrarreferencia.

RIESGO

Falta de oportunidad en la atención

CONTROL

Libro de registro de interconsultas

REGISTROS

Hoja de solicitud y respuesta de Interconsulta - Libro de registro de Interconsultas.
RIPS de procedimientos. - Historia clínica.

SALIDAS

Paciente con concepto y/o plan de manejo establecido por la especialidad. Interconsultada.
RIPS de procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con concepto y/o Plan manejo establecido por la especialidad Inter consultada registrada en la historia clínica.
RIPS completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES

Proceso de traslado de pacientes
Proceso de valoración diaria por especialista
Proceso de facturación
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.
Proceso de programación quirúrgica.

INDICADORES

Oportunidad de respuesta de interconsultas.

RECURSOS

Papelaría.
Medios de comunicación.
Ambulancia

REVISÓ:

FIRMA: *D. Buena Ventura Jiménez*
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA: *V. David Hernández Guzman*
NOMBRE: VAN DAVD HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
18460E-1001WA-53E

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para las ayudas dx que superan la capacidad instalada del hospital

RESPONSABLE: Auxiliares de verificación de derechos y autorizaciones

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar la gestión y toma de las ayudas diagnósticas solicitadas y que no se realizan en la institución.

Código: UFG-PRO016
Fecha de elaboración: 21-08-2007

Fecha de actualización: 21-08-2007

ENTRADA

Solicitud de la ayuda diagnóstica
Paciente

PROCESO

1. Si el paciente es contributivo el trámite de autorización se hará directamente con la EPS correspondiente según convenio.
2. Si la ayuda diagnóstica solicitada es un, electroencefalogramas, RMN, panorámicas, ecografías oculares y las que no se realicen en la institución por daño de equipos, la auxiliar de verificación de derechos, recibe la orden médica, la fotocopia del documento de identidad y de la seguridad social, para el paciente vinculado o con diagnóstico no POSS.
3. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones, diligencia el formato de solicitud de autorización de servicios por el Software y lo envía a la SST y espera la autorización para su respectivo trámite, con la institución que ellos tengan convenio
4. Después de recibir la autorización, la auxiliar de verificación de derechos, solicita la cita y se envía al paciente en ambulancia, explicándole al el y a su acompañante, porque se envía y haciendo claridad que allí deben cancelar el copago correspondiente de acuerdo al nivel social.
5. La auxiliar de verificación de derechos realiza el RIPS de la ambulancia en caso de que la toma de la ayuda sea dentro del perímetro urbano y lo entrega a facturación, para que sea cargado el servicio a la cuenta del paciente.
6. Si la ayuda es por fuera de la Ciudad, se hace la solicitud a la SST vía software para el trámite y autorización del servicio de ambulancia.
7. Si el paciente tiene ARS y el diagnóstico es POSS, depende del tipo de contratación que tenga la institución, si está capitado, se gestiona la orden con la oficina de autorizaciones y una vez se tenga el visto bueno se procede a solicitar la cita de acuerdo a la red alterna que tenga el hospital.
8. Si no es capitado, la auxiliar de verificación de derechos, se comunica telefónicamente con la ARS y ellos determinan el sitio de acuerdo a su red, donde se debe enviar al paciente, previa autorización.
9. La auxiliar toma copia de la autorización y se le entrega a facturación, solicita la cita y envía el paciente.

SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada

REQUISITOS DE SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada y anexada en la historia clínica.

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente
Proceso de traslado del paciente a quirófano
Proceso de remisión del paciente a un de mayor o menor complejidad.
Proceso de facturación.

INDICADORES DE EFICACIA

Tiempo en que se solicita la ayuda dx – el tiempo en que se toman y anexan a la historia clínica.
Estandar: no debe superar las 24 horas

RECURSOS

Telefax – lapiceros – papelería historia clínica
– teléfono – software - computador

CONTROL

Ayudas diagnósticas que no se toman en la institución no mayor a 24 horas.

REGISTROS

Historia clínica -Formato de autorización de servicios – autorización – RIPS de facturación del servicio de ambulancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contratación vigente
MAPIPOS
Acuerdos 306
CIE 10

PROCESOS DE APOYO

Proceso de autorizaciones
Proceso de verificación de derechos.
Procesos de Contratación.

PROVEEDOR

Proceso de valoración inicial por especialista.
Proceso de solicitud y respuesta de interconsultas

ELABORÓ:

Manuel García

FIRMA: Manuel García
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: LÍDER GRUPO PROCESOS HOSPITALIZACIÓN

REVISÓ:

José Enrique Olivera

FIRMA: José Enrique Olivera
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

Alfonso Ricaurte Riveros

FIRMA: Alfonso Ricaurte Riveros
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Fabricio Llerenas Aguado
18A06 - TOLUHA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN AMBULANCIA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes hospitalizados que requieran ser movilizadas en Ambulancia a otra Institución definitiva o temporalmente

RESPONSABLE
Médico asistencial y Enfermera

OBJETO: Garantizar un adecuado traslado del paciente asegurando su atención en salud e integridad física

CÓDIGO
UFG-
PRO017

FECHA DE ELABORACION:
01 - 08 - 06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
11/10/07

ENTRADAS

- Orden médica de remisión o contra remisión.
- Orden de ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realizan en la Institución

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de comprobación y verificación de derechos informa al médico, enfermera, familiar y/o responsable del paciente, la aceptación de la remisión ó contra-remisión, la asignación de cita para ayuda diagnóstica o terapéutica, especificando el lugar, fecha, hora, requerimientos especiales y tipo de traslado en ambulancia, diligenciando los registros correspondientes.
2. La enfermera y/o médico tratante solicita a la tripulación de ambulancia su debida identificación y se procede a entregar al paciente:
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Básico: lo entrega la auxiliar de enfermería a cargo del paciente al auxiliar de la ambulancia.
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Medicalizado: el médico asistencial del servicio lo entrega al médico de la ambulancia al igual que el personal de enfermería. Se verifica que cumpla con los requerimientos mínimos para el traslado.
3. El personal de enfermería entrega al auxiliar de ambulancia los documentos necesarios para la remisión o contra-remisión, ayudas diagnósticas y medicamentos para el tratamiento durante el traslado.
4. El personal de enfermería realiza el registro de salida del paciente en la Historia Clínica y en el libro de traslado de pacientes o en el de egresos, según el caso.
5. Si durante el traslado se presenta alguna novedad la tripulación de la ambulancia debe informar a esta Institución.
6. Al regreso del paciente la tripulación de la ambulancia debe entregarle al médico y/o enfermera, copias de los registros de la evolución médica y de enfermería durante el traslado (bitácora de viaje)
7. En caso de toma de ayudas diagnósticas la tripulación de la ambulancia debe entregar los reportes y placas correspondientes. De no ser así informará cuando serán entregados y a través de que medio.
8. El médico de Referencia y Contrarreferencia debe verificar periódicamente (una vez al mes por cada proveedor) en forma aleatoria, que el servicio de Ambulancia contratado cumpla con los estándares de habilitación de acuerdo a las normatividad vigente. Esta revisión será documentada en lista de verificación y enviada al interventor del contrato

SALIDAS

- Paciente trasladado a otra Institución en forma definitiva, o de vuelta en la Institución después de la toma del exámen.

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente trasladado adecuadamente a otra Institución con copia de la bitácora adjunta a la historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Cita asignada y confirmada
- Remisión o Contra-remisión aceptada, epicrisis diligenciada y cuenta cerrada.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención médica diaria
- Proceso de Interconsulta
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- Proceso de remisión y contra remisión

INDICADORES

- Porcentaje de traslados con bitácora adjunta en historia clínica.
- Índice de satisfacción en encuestas de traslado de paciente en ambulancia.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Enfermería
- Proceso de Farmacia
- Proceso de Contratación

RECURSOS

- Papelería.
- Ambulancia TAB.

REGISTROS

- Historia clínica.
- Libro de egreso de pacientes.
- Libro de traslado a otras Instituciones
- Formato de referencia y/o contrarreferencia.
- Bitácora de viaje.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 10111 / 06
- Resolución 1043 / 06 (Anexos Tec.)
- Contratación Vigente
- Guías médicas y de enfermería
- Decreto 2759 / 91

CONTROL

- Bitácora de viaje.
- Encuesta de satisfacción del traslado.

ELABORÓ:

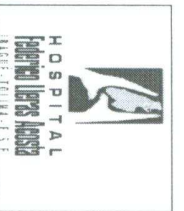
FIRMA: *Manuel Carvajal García*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: Coordinador UF, Quirúrgicos

REVISÓ:

FIRMA: *Luis Enrique Álvarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ÁLVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBÓ:

FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSION: 1
 PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.	RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante	OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.	CÓDIGO: UFG-PRO020	FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/06-/008
---	---	---	--------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ELABORÓ:
 FIRMA: *Isabel Serrano Lopez*
 NOMBRE: ISABEL SERRANO LOPEZ
 CARGO: CIRUJANO - MIEMBRO GRUPO LIDER DE PROCESOS

ACTIVIDADES

- El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
 - El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
 - Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve. Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
 - Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
 - Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rehusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
 - Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
 - Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
 - En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal: en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
 - En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
 - El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
 - El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.
- EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.**

RIESGO

- Cancelación de procedimientos
- Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

- No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
- No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

REVISÓ:
 FIRMA: *Luis Enrique Avarez Laverde*
 NOMBRE: LUIS ENRIQUE AVAREZ LAVERDE
 CARGO: SUBGERENTE

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
 Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
 # de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Papelera
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.

REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
 Historia clínica



APROBÓ:
 FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
 NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
 CARGO: GERENTE.

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: quirúrgicas
PROCESO: custodia de elementos de prueba**

ALCANCE: a todos los elementos y materiales de prueba	RESPONSABLE: Médico especialista	OBJETO: garantizar la recolección, manejo, embalaje y custodia de prueba para trámites legales ante la fiscalía.	Código: UFG-PRO021	Fecha de elaboración: 2006-09-10	Fecha de actualización: 2006-09-10
---	----------------------------------	--	--------------------	----------------------------------	------------------------------------

Versión: Original	Página:
-------------------	---------

<p>REQUISITOS DE ENTRADA</p> <p>Paciente con herida por arma de fuego, corto punzante o contundente. Prendas de vestir, objetos personales del paciente.</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> El médico especialista recupera el proyectil, elemento corto punzante o contundente utilizando elementos de bioseguridad. La instrumentadora prepara su embalaje asegurando su integridad, preservación y seguridad y entrega al auxiliar de enfermería. (Según procedimiento). La auxiliar de enfermería rotula con nombres y apellidos completos, número de historia clínica, fecha y hora. La enfermera diligencia la ficha correspondiente en original y copia siguiendo los lineamientos de la normatividad establecida. (Según procedimiento). La enfermera y todos los miembros del equipo quirúrgico firman la ficha. (Según procedimiento). La enfermera entrega la ficha y elemento de prueba a la secretaria del servicio registrando en el libro correspondiente y dejando la copia en el servicio. La secretaria hace entrega del elemento de prueba y de la ficha a la URI del CTI a través de una carta de remisión del elemento encontrado. 	<p align="center">SALIDAS</p> <p>Elemento de prueba rotulado y entregado a la URI.</p>
<p align="center">ENTRADAS</p> <p>Paciente con elemento de prueba en su cuerpo</p>		<p align="center">REQUISITOS DE SALIDA</p> <p>Elemento de prueba debidamente embalado y rotulado con la ficha correspondiente</p>
<p>PROCESOS PROVEEDORES</p> <p>Proceso de admisión del paciente Custodia de pertenencias.</p>	<p align="center">CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> Rótulos del embalaje del elemento de custodia. Libro de entrega firmado por entes judiciales 	<p align="center">PROCESOS CLIENTES</p> <p>Cadena de custodia de URI.</p>
<p>PROCESOS DE APOYO</p> <p>Admisiones Vigilancia Entes Judiciales</p>		<p align="center">REGISTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica Carpeta con copias de las fichas de los elementos de prueba. Libro de registro de entrega del elemento de prueba. Remisiones de los elementos de prueba entregados a la URI.
<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</p> <p>Guías medicas de atención Código Procedimiento Penal Resolución 1890 de 2002 Ley 600 de 2002</p>	<p align="center">RECURSOS</p> <p>Recurso humano, material medicoquirúrgico, elementos de papelería, bolsas de embalaje.</p>	

<p>Firma: </p> <p>Nombre: comité de procesos uf quirúrgicos</p> <p>Cargo: COORDINADOR</p> <p align="right">Elaboró:</p>	<p>Firma: </p> <p>Nombre: COMITÉ LIDER DE PROCESOS</p> <p>Cargo: COORDINADOR</p> <p align="right">Revisó:</p>	<p>Firma: </p> <p>Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS</p> <p>Cargo: GERENTE</p> <p align="right">Aprobó:</p>
--	--	--



**HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta**
19A501E - 1011114 - E.S.E.

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUE
PROCESO: REMISIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**

ALCANCE: PACIENTES QUE TRASLADADOS INSTITUCIÓN	APLICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS REQUIEREN SER A OTRA	RESPONSABLE: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	OBJETO: UBICAR A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL EN OTRAS IPS, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, CUANDO LA CAPACIDAD INSTALADA ES INSUFICIENTE O REQUIERE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD.
---	--	--	---

Código:
UFG-
PR0022

- ENTRADA**
- Paciente Hospitalizado
 - Orden de Remisión

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente que requiere ser trasladado por condiciones médicas o administrativas a un nivel de complejidad mayor o menor o EPS remitente
- Orden de remisión por Especialista y completamente diligenciada.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención Médica Diaria por especialista.
Proceso de Revista médica
Proceso de Valoración Inicial por Medico Especialista
Proceso de solicitud, gestión y respuesta interconsulta

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación
Proceso de autorización

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1995 de 1999
Contratación vigente
Decreto 2759 de 1991
Manual de referencia y contra referencia

ACTIVIDADES

1. El medico especialista diligencia el formato de remisión, en original y copia, explicando la causa de la misma, para una institución de mayor o menor complejidad por requerimientos médicos o administrativos.
2. El medico especialista le informa de la necesidad del traslado al paciente y su familiar designado como acudiente.
3. El medico asistencial le informa a la auxiliar de verificación de derechos del servicio, la necesidad de tramitar la remisión.
4. La auxiliar de verificación de derechos del servicio, reúne los documentos, así: original del formato de remisión, fotocopia del carné de seguridad social y fotocopia del documento de identidad.
5. La auxiliar de verificación de derechos del servicio solicita vía fax o telefónicamente, la autorización y el lugar de ubicación a la administradora de planes de beneficios.
6. La auxiliar de verificación de derechos del servicio lleva la autorización y la remisión a la oficina de referencia y contrareferencia de la institución, diligenciando el libro de tramite de remisiones, donde debe quedar especifica la hora y fecha de recibo y entrega.
7. La auxiliar de referencia y contrareferencia inicia la ubicación del paciente teniendo en cuenta la red alterna de la administradora de planes de beneficio.
8. Una vez confirmada la IPS receptora, la fecha y hora de traslado del paciente, la auxiliar de referencia y contra referencia da inicio al proceso de SOLICITUD Y TRAMITE DE AMBULANCIA.
9. La auxiliar administrativa de referencia y contra referencia llama al servicio donde esta ubicado el paciente e informa a la enfermera el resultado de la gestión realizada.
10. La enfermera informa a la auxiliar de verificación de derechos del piso para que recoja la documentación pertinente en la oficina de referencia y la anexe a la historia clinica haciendo los registros correspondientes.
11. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones ubica e informa a la familia sobre la fecha y hora del traslado del paciente y los requerimientos para el mismo.
12. La enfermera y el medico asistencial del servicio entregan al paciente al personal de la ambulancia, junto con la documentación requerida.

RIESGO

Falta de oportunidad en la ubicación del paciente

CONTROL

Revisión del libro de tramite de remisiones

REGISTROS

Formulario de remisión
Autorización - Libro de tramite de remisiones
Hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos.

ELABORÓ:

FIRMA: *Jhoan Manuel Carvajal García*
NOMBRE: JHOAN MANUEL CARVAJAL GARCÍA
CARGO: COORDINADOR UNIDAD FUNCIONAL QUIRÚRGICOS

REVISÓ:

FIRMA: *Alfonso Rodríguez*
NOMBRE: SUBGERENTE
COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

FIRMA:

NOMBRE: ALFONSO
CARGO: GERENTE

Me
Pa

Op

-

-

-

-

•

•

Pa





ALCANCE: APUCA PARA LAS VACANTES EN CARGOS DE PLANTILLA.

RESPONSABLE: PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETO: SELECCIONAR CON BASE EN EL MÉRITO AL PERSONAL QUE REÚNA LOS REQUISITOS Y PERFIL DEL EMPLEO PARA PROVEER CARGOS VACANTES.

CÓDIGO: UFRH-PRO004

FECHA ELABORACIÓN: 12/09/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 02/06/2009

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: SELECCIÓN

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

- Plan anual de vacantes
- Caracterización perfiles
- Presupuesto aprobado

REQUISITOS DE ENTRADA

- Plan anual de vacantes y caracterización de perfiles vigentes, actualizados y aprobados

REGISTROS

- Formato de recepción de documentos para concurso, UFRH-FR020.
- Formato de convocatoria UFRH-FR005.
- Formato de verificación requisitos mínimos análisis hojas de vida UFRH-FR006.
- Formato de Lista de admitidos y no admitidos UFRH-FR007.
- Formato de Informe final de entrevista UFRH-FR008.
- Formato de Análisis de antecedentes UFRH-FR009.
- Formato de Informe final del proceso UFRH-FR010.
- Formato de Acuerdo de Gestión UFRH-FR011 proceso de vinculación
- Formato de Cronograma de selección UFRH-FR012.
- Formato de Citación prueba psicotécnica UFRH-FR013.
- Formato de Citación a entrevista UFRH-FR014.
- Formato de Resultados de prueba psicotécnica UFRH-FR022.
- Actas de las fases del proceso.
- Publicaciones.

PROCESOS DE APOYO

- Elaboración, actualización, aprobación y socialización periódica del direccionamiento estratégico DE-PRO001.
- Apojar usuario - Help Desk SIS-PRO001.
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.
- Actualización página WEB SIS-PRO003.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Constitución Política.
- Regimen empleado oficial.
- Manual de funciones y Competencias Laborales.

ACTIVIDADES

La profesional Especializado de Recursos Humanos:

- Informa al Gerente los cargos vacantes, según el Plan anual de vacantes.
- Designa y notifica a los miembros del grupo técnico para el proceso de selección, el cual debe incluir como mínimo un representante de la comisión de personal, mediante una resolución.
- Define las políticas de reclutamiento internas y/o externas. (concurso abierto o cerrado).

El Grupo Técnico:

- Establece la metodología de selección e identificación de los cargos a proveer en el período y determina los formatos a utilizar del banco de formatos o las modificaciones a los mismos, para desarrollar el proceso de acuerdo a las normas legales vigentes.
- Designa las personas para la aplicación y calificación de las pruebas de Selección.
- Publica la convocatoria y el cronograma de selección.
- Recibe, analiza y califica las hojas de vida, según la metodología y el perfil del cargo establecidos.
- Publica la lista de preseleccionados.
- Resuelve las reclamaciones, si las hay y se ajusta la lista de preseleccionados.
- Aplica las pruebas definidas en la metodología de selección y las califica y las entrega al grupo técnico.

El Grupo Técnico:

- Publica los resultados.
- Resuelve reclamaciones y devuelve a quien lo solicite las hojas de vida.
- Remite a la Unidad Funcional de Recursos Humanos el informe final de la selección con los sus soportes.

La profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Humanos:

- Designa las personas encargadas de verificar los títulos ante las Instituciones educativas.
- Envía a la Gerencia el informe final del proceso con las hojas de vida de la lista de elegibles.

La Gerencia:

- Designa a los nuevos funcionarios de la lista de elegibles.

RIESGOS

- Proveer cargos con personal no idóneo.
- Subjetividad y parcialidad en la aplicación de la caracterización de perfiles.

CONTROL

- Verificación de documentación presentada.
- Vigilancia y control del proceso por la Comisión de Personal.

PROCESOS PROVEEDORES

- Planeación del Talento Humano.
- Elaboración anual del plan de cargos, UFRH-PRO001.
- Programación Presupuestal PC-PPTO-PRO001.

INDICADORES

- % de personal designado sin cumplir el proceso de selección.

SALIDAS

- Lista de seleccionados.

REQUISITOS DE SALIDA

- Acta de proceso firmada por el grupo técnico.

PROCESOS CLIENTES

- Vinculación UFRH-PRO004

RECURSOS

- Medios de comunicación.
- Papelaría.
- Equipo de computo.
- Pruebas psicotécnicas.

ELABORÓ:

REVISÓ:

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: MIRELLA JUDITH PARRA RODRÍGUEZ
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



ALCANCE: APLICAR A LAS PERSONAS SELECCIONADAS PARA PROVEER CARGOS VACANTES EN LA PLANTA DE PERSONAL.

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: VINCULACIÓN

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE: PROFESIONAL FUNCIONAL
UNIDAD ESPECIALIZADA RECURSOS HUMANOS

OBJETO: LEGALIZAR EL INGRESO DEL PERSONAL SELECCIONADO A LA INSTITUCIÓN.

CÓDIGO: UFRH-PRO005
FECHA DE ELABORACIÓN: 12/09/2006
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 02/06/2009

ENTRADA

- Lista de seleccionados.
- Hojas de vida de los seleccionados.

ACTIVIDADES

La Profesional Especializada de Recursos Humanos:

- Con base en la lista de seleccionados verifica, según la ley 909 de 2004, el orden de prioridades para la provisión de cargos de carrera administrativa y entrega al auxiliar administrativo el listado de personas a vincular.

El Auxiliar Administrativo:

- Con base en la lista de seleccionados, elabora y hace seguimiento a la legalización de la Resolución de Nombramiento.
- Comunica por medio de un oficio al seleccionado la resolución de nombramiento y le indica que debe presentar una carta de aceptación del cargo.
- Comunica al Profesional de Salud ocupacional la nueva vinculación para la programación del examen de ingreso.

SALIDAS

- Empleo provisto.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Lista de seleccionados firmada por el comité evaluador y con Visto bueno del Gerente.
- Hojas de vida soportadas y verificadas.

REQUISITOS DE SALIDA

- Actos administrativos legalizados.

REGISTROS

- Historia laboral.
- Resolución de nombramiento
- Cuadro de análisis: hojas de vida para proveer los cargos
- Libro de Actas de Posesión.
- Memorandos de comunicaciones
- Ajustes de recursos de presupuesto.
- Cuadro resumen de datos de los seleccionados.
- Base de datos de capacitaciones
- Acta de compromiso de cumplimiento de código de ética
- Programación de inducción

PROCESOS DE APOYO

- Elaboración, actualización, aprobación y socialización periódica del direccionamiento estratégico DE-PRO001.
- Soporte a usuarios del software de aplicación SIS-FRO-005.
- Apoyar usuario - Help Desk SIS-PRO001.
- Mantenimiento del hardware SIS-PRO010
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.

PROCESOS DE APOYO

- Realiza la verificación y ajustes a la Programación Presupuestal de la vigencia actual.

El Auxiliar Administrativo:

- Elabora acta de posesión y concepta cita con el Gerente para la toma de juramento.
- Comunica por medio de memorando las nuevas vinculaciones a los Jefes Inmediatos y socializa la información con el personal de Recursos Humanos.
- Entrega la hoja de vida al Profesional de capacitación.
- Ingresa al sistema las capacitaciones presentadas por el nuevo funcionario.
- Programa seminario de inducción, presentación al Jefe Inmediato y socializa el código de ética que lleva incluidos los principios y valores.
- Entrega documentación al Auxiliar Administrativo para apertura de la Historia Laboral.

En el caso de los cargos de carrera administrativa, una vez se surte todo el proceso de selección por parte de la Comisión Nacional del Servicio Civil y se cumple con el proceso de vinculación.

El Auxiliar Administrativo:

- Diligencia los formularios de inscripción en carrera a los funcionarios que hayan superado el periodo de prueba a excepción de los Cargos de Libre Nombramiento y Remoción.

PROCESOS CLIENTES

- Manejo de Situaciones Administrativas UFRH-PRO006.
- Elaboración Nómina UFRH-PRO007.
- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
- Evaluación del Desempeño UFRH-PRO009.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Estímulos UFRH-PRO011.
- Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.
- Macro procesos donde se vaya a desempeñar el nuevo servidor público.

INDICADORES

- # de reclamaciones de los seleccionados que no fueron vinculados.

PROCESOS DE APOYO

- Elaboración, actualización, aprobación y socialización periódica del direccionamiento estratégico DE-PRO001.
- Soporte a usuarios del software de aplicación SIS-FRO-005.
- Apoyar usuario - Help Desk SIS-PRO001.
- Mantenimiento del hardware SIS-PRO010
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.

PROCESOS PROVEEDORES

- Selección UFRH-PRO004.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos

RIESGOS

- Alteración del orden de prioridad del listado de elegibles.

CONTROL

- Verificación, según la ley 909 de 2004, el orden de prioridades para la provisión de cargos de carrera administrativa.

RECURSOS

- Papelaría.
- Equipo de computo.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



ALCANCE: APLICA PARA LAS NOVEDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL DESDE SU VINCULACIÓN HASTA SU RETIRO.

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: MANEJO DE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

VERSIÓN: ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE: PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL RECURSOS HUMANOS.

OBJETO: FORMALIZAR Y LEGALIZAR LAS ACCIONES Y DECISIONES RELACIONADAS CON LAS NOVEDADES DEL RECURSO HUMANO.

CÓDIGO: UFRH-PRO006

FECHA DE ELABORACIÓN: 19/09/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 30/06/2009

ENTRADA

- Solicitudes de: licencias, vacaciones, comisiones, encargos, traslados, permisos, inasistencias y suspensiones de los Servidores públicos en servicio activo.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Solicitudes radicadas, con VoBo del Jefe Inmediato y aprobadas por la Gerencia.

PROCESOS PROVEEDORES

- Elaboración, actualización, aprobación y socialización periódica del direccionamiento estratégico DE-PRO001.
- Planeación de Unidades Funcionales DE-PRO006.
- Vinculación UFRH-PRO005.

ACTIVIDADES

- La Subgerencia, Coordinadores de las Unidades Funcionales y los Jefes de Oficina comunican a la Unidad Funcional de Recursos Humanos las respectivas novedades.
- La Auxiliar Administrativa:
 - Recibe la documentación referente a las Situaciones Administrativas y las registra en el libro de control de correspondencia.
 - Proyecta y elabora los actos administrativos y/o comunicaciones pertinentes según procedimientos.
 - Entrega a la Profesional Especializada de la Unidad Funcional de Recursos Humanos y al Jefe de Oficina Jurídica y C.D.I para revisión y su visado.
 - Entrega a la Gerencia para revisión y firma, y tramite en Archivo y Correspondencia para fechar y numerar.
 - Recibe los actos administrativos legalizados.
 - Elabora las comunicaciones para la firma de la Profesional Especializada de la Unidad Funcional de Recursos Humanos.
 - Registra en el libro de control de correspondencia y entrega en Archivo y Correspondencia.
 - Archivo y Correspondencia distribuye las comunicaciones originales a las Unidades Funcionales y Oficinas que correspondan según proceso Recibo y entrega de comunicaciones oficiales Internas ARCH-PRO009.
 - La Auxiliar Administrativa:
 - Entrega copia de los Actos Administrativos a los Auxiliares Administrativos de: Elaboración de Nómina, Administración y Archivo de Historias Laborales.

SALIDAS

- Empleo en vacancia temporal.

REQUISITOS DE SALIDA

- Empleo en vacancia temporal soportado con Actos Administrativos legalizados y comunicados.

PROCESOS CLIENTES

- Elaboración de Nómina. UFRH-PRO007.
- Administración y Archivo de Historias Laborales. UFRH-PRO008.
- Gestión de Salud Ocupacional. UFRH-PRO012.
- Gestión de Formación y Capacitación. UFRH-PRO010.
- Gestión de Estímulos. UFRH-PRO011.
- Planeación de las Unidades Funcionales.
- Recibo y entrega de comunicaciones oficiales Internas ARCH-PRO009.
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.

PROCESOS DE APOYO

- Asesoría y seguimiento jurídico.
- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
- Apoyar usuario - help desk SIS - PRO002.
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.

RIESGOS

- Tramite inadecuado o comunicaciones inoportunas de las novedades.

CONTROL

- Verificación del libro de control de correspondencia la entrada y salida de cada una de las novedades.

INDICADORES

- % de solicitudes legalizadas.
- No. de inconsistencias presentadas por el tramite inadecuado de las situaciones.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.

REGISTROS

- Libro de Control de Correspondencia.
- Libro Consecutivo de correspondencia.
- Actos Administrativos.
- Registro de comunicaciones.

RECURSOS

- Papelaría.
- Equipo de Compuo.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LIBERDE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: VAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



ALCANCE: APLICAR PARA LA PLANTA DE PERSONAL

RESPONSABLE: PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

OBJETO: LIQUIDAR SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES MENSUALES QUE LE CORRESPONDEN AL EMPLEADO

CÓDIGO: UFRH-PRO007
FECHA DE ELABORACIÓN: 11/07/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23/06/2009

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: ELABORACIÓN DE NÓMINA

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

- Cuadros de turnos
- Relación de deducciones.
- Traslados de EPS – AFP Y ARP.
- Oficios Juzgados.
- Actos Administrativos e Informes de Novedades.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Novedades identificando los funcionarios con nombres, apellidos completos y Número de cédula.

PROCESOS PROVEEDORES

- Elaboración y Aprobación Plan Anual de cargos UFRH-PRO002
- Vinculación UFRH-PRO005.
- Manejo de Situaciones Administrativas UFRH-PRO006
- Desvinculación Laboral UFRH-PRO014.

ACTIVIDADES

La Auxiliar Administrativa:

1. Recibe mensualmente los cuadros de turno en el formato UFRH-FR033 entregados por los coordinadores de las Unidades Funcionales en medio físico y magnético.
2. Recibe las novedades de Nómina reportadas por las Unidades Funcionales, Oficinas y las entidades externas (juzgados, cooperativas, bancos, etc.)
3. Organiza documentos, liquida y registra en la planilla de novedades UFRH-FR034 las reportes del periodo a procesar.

El Técnico de Nómina:

4. Recibe la carpeta con las novedades de nómina y la planilla UFRH-FR034 diligenciada.
 5. Envía reporte de ausentismo laboral generado por el sistema a Salud Ocupacional.
 6. Digitaliza novedades en el Software del Módulo de nómina.
 7. Genera e imprime la prenomina y pasa al Auxiliar Administrativo para su revisión.
- La Auxiliar Administrativa:**
8. Verifica lo reportado en la Planilla de novedades UFRH-FR034 con la prenomina, reporta las inconsistencias presentadas y devuelve al técnico de Nómina.
- El Técnico de Nómina:**
9. Si es el caso realiza las correcciones presentadas en la prenomina.
 10. Entrega la nómina impresa y demás soportes al Auxiliar Administrativo, para organización, elaboración de oficios remititorios y revisión y firma de la Profesional especializada de Recursos Humanos
- La Auxiliar Administrativa:**
11. Entrega nómina a la Gerencia para revisión y firma.
 12. Recibe de la Gerencia la nómina firmada, para ser enviada a la Unidad Funcional de Recursos Financieros.
- El Técnico de Nómina:**
13. Genera los medios magnéticos y desprendibles de pago, y los pasa a la Auxiliar Administrativo para ser entregados a pagaduría con su respectivo oficio remititorio.

SALIDAS

- Nómina mensual de salarios y prestaciones de la planta de personal entregada en la Unidad Funcional de Recursos Financieros.
- Reporte de Ausentismo Laboral.

REQUISITOS DE SALIDA

- Nómina mensual de salarios y prestaciones impresa, firmada, con anexos, interfaces, reportes, soportes y medios magnéticos entregada el 25 de cada mes.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso Contable.
- Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso contable
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.
- Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
- Soporte a usuarios del software de aplicación SIS-PRO-005
- Mantenimiento del hardware SIS-PRO010

RIESGOS

- Errores de cálculos y liquidaciones de la nómina.

CONTROL

- Revisión de la Prenomina.
- Controles del software.
- Copias de seguridad.

INDICADORES

- Número de errores identificados en la nómina.
- Oportunidad en la entrega de la Nómina y de novedades

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.

REGISTROS

- Planilla de Novedades UFRH-FR034 y carpeta de novedades, prenomina, medios magnéticos y tarjetas de sueldo.

RECURSOS

- Papelería
- Equipo de computo.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRÍGUEZ
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADORA COMITÉ LIBER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
 PROCESO: ADMINISTRACIÓN Y ARCHIVO DE HISTORIAS LABORALES

VERSIÓN: ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: PARA TODOS LOS APLICACIONES PARA SERVIDORES PÚBLICOS DESDE SU VINCULACIÓN HASTA SU RETIRO.

RESPONSABLE: PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS.

OBJETO: MANTENER ACTUALIZADAS LAS HISTORIAS LABORALES CON INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, DISPONIBILIDAD, OPORTUNIDAD Y ARCHIVAR CRONOLÓGICAMENTE CON GARANTÍA DE SEGURIDAD.

CÓDIGO: UFRH-PRO008

FECHA DE ELABORACIÓN: 06/06/2007

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07/05/2009

ENTRADA

- Documentos entregados por el funcionario.
- Documentos generados en la Institución.
- Documentos generados por otras entidades de carácter público y/o privado.

ACTIVIDADES

El Técnico Operativo:

1. Recibe y verifica la documentación para la apertura de las Historias Laborales (requisitos de Habilitación) y entrega a la auxiliar administrativa.

El Auxiliar Administrativo:

2. Recibe y digita en el modulo de Recurso Humano los datos de la documentación aportada para la apertura de la Historia Laboral y de los actos administrativos y certificaciones de capacitación que se generen desde su vinculación hasta su retiro.
3. Recibe, clasifica por secciones, folia y archiva los documentos en carpeta individual.
4. Provee las carpetas que solicitan para consulta y diligencia ficha de reemplazo y libro de control de movimiento de historia laboral de acuerdo con las normas archivísticas (confidencialidad y seguridad).
5. Cierra las Historias Laborales de los funcionarios retirados y las traslada al archivo inactivo.

SALIDAS

- Historias Laborales Individuales.

REQUISITOS DE SALIDA

- Historias Laborales actualizadas y archivadas cronológicamente con base en los criterios técnicos y archivísticos establecidos por el Hospital y el Archivo General de la Nación.

PROCESOS CLIENTES

- Transferencias Documentales ARCH-PRO008.
- Asesoría y seguimiento jurídico.
- Evaluación y seguimiento a la Gestión Institucional OCI-PRO001.
- Desvinculación Laboral UFRH-PRO014.

PROCESOS PROVEEDORES

- Vinculación UFRH-PRO005.
- Manejo de Situaciones Administrativas UFRH-PRO005.
- Elaboración de Nomina UFRH-PRO007.
- Evaluación de Desempeño UFRH-PRO009.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Estimulos UFRH-PRO011.
- Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.

PROCESOS DE APOYO

- Asesoría y seguimiento jurídico.
- Recibo y entrega de las comunicaciones oficiales internas ARCH-PRO009.
- Recibo y entrega de las comunicaciones oficiales externas ARCH-PRO010.

RIESGOS

- Perdida ó extravío parcial o total de la Historia Laboral.
- Falta de confidencialidad.

CONTROL

- Ficha de reemplazo.
- Diligenciamiento libro control movimiento historia laboral.

INDICADORES

- % de Historias laborales actualizadas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.

REGISTROS

- Formato único hoja de vida.
- Ficha de registro vinculación y novedades.
- Libro de control de movimiento Historia Laboral.

RECURSOS

- Papelería.
- Equipo de oficina, archivo y computo.
- Archivadores.

ELABORÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRÍGUEZ
 CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO

REVISÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
 CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
 CARGO: GERENTE



ALCANCE: APLICAR PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL.

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

VERSIÓN: ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE: PROFESIONAL DE ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS.

OBJETO: VALORAR EL DESEMPEÑO LABORAL INDIVIDUAL, PARA TOMAR ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS QUE MEJOREN LA CALIDAD DEL SERVICIO Y DE LOS SERVIDORES.

CÓDIGO: UFRH-PRO009

FECHA ELABORACIÓN: 15/08/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14/07/2009

ENTRADA

- Empleados objeto de evaluación.
- Planes de mejoramiento individuales.
- Evaluaciones anteriores.
- Plan de Desarrollo.
- Plan Operativo.
- Informe de Control Interno de gestión del área.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Vinculación legal y reglamentaria.
- Planes de mejoramiento concertados.
- Plan de Desarrollo aprobado.
- Plan Operativo aprobado.
- Informes de gestión del área con conclusiones y recomendaciones.

PROCESOS PROVEEDORES

- Vinculación UFRH-PRO005.
- Evaluación y seguimiento a la Gestión Institucional OCI-PRO001.
- Elaboración Difusión y Aprobación del Plan de Desarrollo.
- Elaboración Difusión y Aprobación del Plan Operativo.

PROCESOS DE APOYO

- Elaboración, actualización, aprobación y socialización periódica del direccionamiento estratégico DE-PRO001.
- Asesoría y Seguimiento Jurídico
- Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
- Recibo y entrega de comunicaciones oficiales internas ARCH-PRO009.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.

ACTIVIDADES

La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Humanos:

1. Con base en las directrices de la Comisión Nacional del Servicio Civil propone al Gerente el acto administrativo de adopción y/o aprobación del sistema de evaluación.
2. Envía el acto administrativo a la Comisión Nacional del Servicio Civil para su aprobación.
3. Capacita a los evaluadores y evaluados sobre las normas y procedimientos.
4. Suministra a los evaluadores los instrumentos específicos de evaluación.

Los Evaluadores:

5. Programan entrevistas individuales con los evaluados para la concertación de objetivos, metas, compromisos y evidencias.
6. Realiza seguimiento a los compromisos establecidos y evaluaciones parciales.
7. Al final del periodo pondera las evaluaciones parciales y realiza la calificación final en los formularios establecidos, y notifica al evaluado concertando los objetivos, metas, compromisos, evidencias y plan de mejoramiento para el próximo periodo a evaluar.
8. Resuelven los recursos interpuestos a la evaluación en caso de que estas hayan sido impugnadas por los evaluados.
9. Envían a recursos humanos los formularios completamente diligenciados con el consolidado de las evidencias, firmados por las dos partes.

La Auxiliar Administrativo de Recursos Humanos:

10. Recibe los formularios y los consolidados de evidencias y las digita en el sistema.
- El Profesional Especializado y la Auxiliar Administrativo de la Unidad Funcional de Recursos Humanos:**
11. Revisan que los formularios se encuentren debidamente diligenciados.
 12. En caso de inconsistencias regresan a cada evaluador los formularios para sus correcciones.

La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Humanos:

13. Elabora y presenta al Gerente informes anuales sobre los resultados obtenidos en las evaluaciones y calificaciones.
14. En el caso de ocurrir algún incumplimiento o una evaluación no satisfactoria lo informa a la Comisión Nacional del Servicio Civil.

LA COMISION DE PERSONAL VIGILA PERMANENTEMENTE QUE EL PROCESO SE DESARROLLE SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

RIESGOS

- Funcionarios sin evaluación del desempeño.
- Entrega inoportuna de la evaluación.

CONTROL

- Verificación del proceso por parte de la Comisión de Personal.
- Informes sobre resultados obtenidos.

REGISTROS

- Portafolio de evidencias.
- Acto administrativo de adopción.
- Oficio de aprobación del acto administrativo de la comisión nacional del servicio civil.
- Informes de evaluación.
- Formularios adoptados o aprobados por el Hospital.

SALIDAS

- Funcionarios evaluados.
- Planes de mejoramiento individuales.

REQUISITOS DE SALIDA

- Funcionarios notificados y con recursos resueltos.
- Planes de mejoramiento individuales concertados.

PROCESOS CLIENTES

- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de estímulos UFRH-PRO011.
- Desvinculación Laboral UFRH-PRO014.
- Elaboración, actualización, aprobación y socialización periódica del direccionamiento estratégico DE-PRO001.

INDICADORES

- No. empleados evaluados / total empleados evaluables.
- No. empleados con recursos reposición / total empleados evaluados.
- No. empleados con apelación / total empleados evaluados.

RECURSOS

- Papelería.
- Equipo de cómputo.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



ALCANCE: SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: GESTIÓN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

VERSIÓN: ORIGINAL
 PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CAPACITACIÓN.

OBJETO: APOYAR EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES, HABILIDADES, DESTREZAS, VALORES Y COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO.

CÓDIGO: UFRH-PRO010

FECHA ELABORACIÓN: 15/08/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23/06/2009

- ENTRADA**
- Evaluación del Plan de capacitación de la vigencia anterior.
 - Hallazgos en los Planes personales de mejoramiento con base en las evaluaciones de desempeño
 - Hallazgos de los Planes de mejoramiento de las áreas
 - Formatos de identificación de necesidades.

- REQUISITOS DE ENTRADA**
- Los hallazgos que se puedan resolver a través de capacitación.
 - Formatos de identificación de necesidades diligenciados por coordinadores de las Unidades Funcionales y Oficinas.

- PROCESOS PROVEEDORES**
- Elaboración, aprobación y socialización del Plan de Desarrollo DE-PRO002.
 - Vinculación UFRH-PRO005.
 - Evaluación del Desempeño UFRH-PRO009.
 - Evaluación y seguimiento a la Gestión Institucional OCI-PRO001
 - Planeación de las Unidades Funcionales.

- PROCESOS DE APOYO**
- Gestión de Calidad.
 - Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008
 - Gestión de Estímulos UFRH-PRO011.
 - Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.
 - Proceso Contable.
 - Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
 - Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.
 - Directorio de entidades oferentes de capacitación.

- ACTIVIDADES**
- El Profesional Universitario de Capacitación:**
1. Con base en las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública y de la Gerencia de la Institución, en el tercer trimestre del año, solicita a los coordinadores de las Unidades Funcionales y Oficinas la identificación de las necesidades de capacitación diligenciando los formatos: UFRH-FR015 Área Misional y UFRH-FR016 Área de Gestión.
 2. Consolida la información reportada por los coordinadores de las Unidades Funcionales y Oficinas, en el formato UFRH-FR017 Consolidado Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.
 3. Elabora el costo de las necesidades de capacitación, proyecta el presupuesto y lo presenta a la Profesional Especializado de Recursos Humanos para revisión y ajustes.
 4. **La Profesional Especializado de Recursos Humanos:** Envía el consolidado presupuestal a la Unidad Funcional de Recursos Financieros.
 5. **La Unidad Funcional de Recursos Financieros:** Ajusta el presupuesto de acuerdo a los recursos asignados y envía a la Unidad Funcional de Recursos Humanos.

- El Profesional Universitario de Capacitación:**
6. Con base en el presupuesto aprobado diseña conjuntamente con la comisión de personal el Plan Anual de Formación y Capacitación.
 7. Elabora Acto Administrativo de formulación y aprobación del Plan Anual de Capacitación y socialización del mismo.
 8. Elabora y/o modifica el reglamento para acceder a los programas de formación y capacitación.
 9. Coordina y organiza la logística de la ejecución del Plan según el procedimiento UFRH-PRO001, llevando el control en el Formato de Asistencia UFRH-FR001 cuando las capacitaciones sean realizadas por el Hospital.
 10. Elabora actos administrativos de Comisión de Servicios para la asistencia a capacitaciones fuera de la sede de trabajo y da el trámite correspondiente.
 11. Realiza promoción y divulgación de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos.
 12. Realiza seguimiento a la ejecución del Plan y lo evalúa.

- RIESGOS**
- No socialización de las capacitaciones recibidas.
 - Desviaciones en la ejecución.
- CONTROL**
- Vigilancia de la Comisión de Personal.
 - Informes de actividades de seguimiento y evaluación.

- REGISTROS**
- Registro de asistencia UFRH-FR001.
 - Identificación de necesidades Área Misional UFRH-FR015 y Área de Gestión UFRH-FR016.
 - Consolidado Diagnóstico de Necesidades de Capacitación UFRH-FR017.
 - Informes de ejecución y evaluación.

- SALIDAS**
- Plan Anual de Capacitación.
 - Funcionarios capacitados y actualizados.

- REQUISITOS DE SALIDA**
- Plan Anual de Capacitación Aprobado.
 - Funcionarios con capacitaciones y actualizaciones certificadas.

- PROCESOS CLIENTES**
- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
 - Procesos Unidades Funcionales.
 - Desvinculación Laboral UFRH-PRO014.
 - Programación Presupuestal.

- INDICADORES**
- No. de funcionarios capacitados / Total funcionarios Hospital *100
 - Número de capacitaciones ejecutadas / Número de Capacitaciones programadas *100

- RECURSOS**
- Papelería.
 - Equipo de compute.
 - Medios de comunicación.

FIRMA: NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS	ELABORÓ:	FIRMA: NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ CARGO: COORDINADORA COMITÉ LÍDER DE PROCESOS	REVISÓ	FIRMA: NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN CARGO: GERENTE	APRÓBÓ:
---	----------	---	--------	---	---------



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: GESTIÓN DE ESTÍMULOS

VERSIÓN: ORIGINAL
 PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE:
 SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL

RESPONSABLE:
 COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL LABORAL

OBJETO: ESTIMULAR, MOTIVAR Y APOYAR A LOS SERVIDORES PÚBLICOS, BUSCANDO EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SOCIAL, RECONOCIENDO SU BUEN DESEMPEÑO Y COMPROMISO, PARA PROMOVER UNA CULTURA DE TRABAJO ORIENTADA A LA PRODUCTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN.

Código:
 UFRH-PRO011

FECHA ELABORACIÓN:
 18/07/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
 30/06/2009

ENTRADA

- Plan de Bienestar Social Laboral e Incentivos vigencia anterior.
- Consolidado Evaluación del Desempeño.
- Plan de Mejoramiento de Clima Organizacional y del Plan de Estímulos.
- Solicitudes de los funcionarios.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Plan de Bienestar Social Laboral e Incentivos vigencia anterior evaluado.
- Consolidado Evaluación del Desempeño Firmado por la Profesional Especializada por Recursos Humanos.

PROCESOS DE APOYO

- Programación Presupuesto
- Asesoría y Seguimiento Jurídico
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012
- Convivencia Laboral UFRH-PRO013.
- Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.

PROCESO PROVEEDORES

- Evaluación de Desempeño UFRH-PRO009.
- Desvinculación Laboral UFRH-PRO014.
- Identificación de Necesidades del Recurso Humano UFRH-PRO001.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.

ACTIVIDADES

El Comité de Bienestar Social Laboral:

- Identifica y diagnostica las necesidades de acuerdo a la evaluación del plan de la vigencia anterior, a las encuestas de Clima Organizacional y del Plan de Estímulos, Incentivos y Reconocimientos aplicadas, solicitudes escritas y a la evaluación del desempeño.
- Define las políticas de Estímulos y las presenta para aprobación de la Gerencia.
- Elabora el costo de las necesidades de Bienestar Social Laboral e Incentivos, proyecta el presupuesto y lo presenta a la Profesional Especializada de Recursos Humanos para revisión y ajustes.

La Profesional Especializada de Recursos Humanos:

- Envía el consolidado presupuesto a la Unidad Funcional de Recursos Financieros.
- Ajusta el presupuesto de acuerdo a los recursos asignados y envía a la Unidad Funcional de Recursos Humanos.

El Comité de Bienestar Social Laboral:

- Con base en el presupuesto aprobado diseña y presenta el Plan de Estímulos.
- Elabora y/o modifica el reglamento para acceder a los programas de bienestar social laboral e incentivos.
- Realiza Medición y Plan de Mejoramiento de Clima Organizacional.
- Identifica Cultura Organizacional por medio de encuestas, observación del entorno organizacional.
- Promociona y socializa el Plan de Estímulos a través de la Intranet y comunicación escrita firmada por el gerente a los Coordinadores de la Unidades Funcionales y Oficinas para la socialización en la metodología en cascada.
- Ejecuta y evalúa anualmente los programas y planes, y realiza relación de beneficiarios por programa.

RIESGOS

- No socialización del Plan de Estímulos.
- Desviaciones en la ejecución.

CONTROL

- Informes de gestión de actividades de seguimiento y evaluación.

REGISTROS

- Actas de reunión del Comité.
- Encuestas de necesidades y satisfacción del cliente interno con el Programa de Estímulos.
- Relaciones de beneficiarios por programa.
- Formatos de radicación de documentos UFRH-FR035.

SALIDAS

- Plan de Estímulos.
- Cliente Interno motivado.

REQUISITOS DE SALIDA

- Plan de Estímulos aprobado mediante acto administrativo.
- Cliente interno motivado con programas de calidad de vida y protección y servicios sociales.

PROCESO CLIENTES

- Proceso Contable.
- Convivencia Laboral UFRH-PRO013.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.

INDICADORES

- % de ejecución del Plan.
- No. de veces que se beneficia del programa un mismo funcionario.

RECURSOS

- Papelaría.
- Equipo de Cómputo.

ELABORÓ:


FIRMA:
 NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ
 CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

REVISÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENA VENTURA JIMÉNEZ
 CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
 CARGO: GERENTE

		ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS SERVIDORES PUBLICOS DEL HOSPITAL		RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE SALUD OCUPACIONAL		OBJETO: PRESERVAR, MANTENER Y MEJORAR LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA DE LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA ENTIDAD EN SUS OCUPACIONES.		VERSION: ORIGINAL	
		CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO PROCESO: GESTION DE SALUD OCUPACIONAL		CÓDIGO: UFRH-PRO012		FECHA DE ELABORACIÓN: 05/09/2006		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 16/06/2009	

ENTRADA

- Funcionarios en su puesto de trabajo expuestos a los factores de riesgo laboral.
- Plan de salud ocupacional de la vigencia anterior.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Funcionarios con examen de ingreso y evaluaciones médicas periódicas.
- Plan de salud ocupacional vigencia anterior evaluado.

PROCESOS PROVEEDORES

- Vinculación UFRH-PRO005
- Convivencia Laboral: UFRH-PRO013

PROCESOS DE APOYO

- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Estimulos UFRH-PRO011.
- Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
- Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.
- Gestión de Calidad.
- Mantenimiento – Infraestructura – Muebles y Equipos.
- Suministros

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normograma de Recursos Humanos (Salud Ocupacional)

ACTIVIDADES

El Profesional Universitario de Salud Ocupacional:

1. Presenta las políticas de Salud ocupacional para aprobación de la Gerencia.
2. Organiza la conformación y funcionamiento de los comités: Paritario de Salud Ocupacional, Incidentes y Accidentes de Trabajo y Reubicación Laboral.
3. Identifica los factores de riesgo laboral y elabora el diagnóstico de condiciones de trabajo por áreas o panorama de riesgos, con el apoyo de la ARP.
4. Diseña y presenta el Documento Programa de Salud Ocupacional, cronograma y costos, para revisión y de la Profesional especializada de recursos Humanos.
5. Presenta el documento programa para aprobación a la Gerencia, una vez es revisado y firmado por la profesional de recursos Humanos.
6. Socializa y desarrolla con todo el personal de la Institución el PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL aprobado.
7. Diseña e implementa los sistemas de vigilancia epidemiológica para riesgos laborales.
8. Evalúa la ejecución del Plan y lo presenta a la Profesional Especializada de recursos Humanos.

REQUISITOS DE SALIDA

- Funcionarios en condiciones de trabajo favorables para su salud biosicosocial, con Historia clínica actualizada.

PROCESOS CLIENTES

- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Estimulos UFRH-PRO011.
- Desvinculación Laboral UFRH-PRO014.
- Proceso Contable
- Elaboración de Nómina UFRH-PRO007
- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.

RIESGOS

- No cumplimiento de la ejecución de los programas.

CONTROL

- Vigilancia de la ejecución del programa de Salud Ocupacional a cargo del COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL.

REGISTROS

- Actas.
- Historias ocupacionales.
- Registros de asistencia a capacitación.
- Registros de socialización.
- Informes de avances y evaluación.
- Formatos panorama de riesgos y accidentes de trabajo.

RECURSOS

- Papelería.
- Equipo de Cómputo.
- Recurso Humano altamente calificado.

ELABORÓ:

FIRMA: 
 NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ
 CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO

REVISÓ:

FIRMA: 
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BENAVENTURA JIMÉNEZ
 CARGO: COORDINADOR COMITÉ LIBERBA-PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA: 
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
 CARGO: GERENTE



ALCANCE: TODOS LAS PERSONAS QUE PRESTEN SERVICIOS EN EL HOSPITAL.

RESPONSABLE: COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.

OBJETO: CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE LABORAL, PROMOVENDO LA ARMONIA ENTRE QUIENES COMPARTEN LA VIDA EN LA ORGANIZACIÓN Y EL DESARROLLO DEL TRABAJO EN CONDICIONES DIGNAS Y JUSTAS.

CÓDIGO: UFRH-PRO013

FECHA DE ELABORACIÓN: 10/06/2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 16/07/2009

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
PROCESO: CONVIVENCIA LABORAL

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 13

ENTRADA

- Quejas e informes escritos de posibles situaciones de acoso laboral.
- Informe de Medición de Clima Laboral y Plan de Mejoramiento.
- Informe de factores de riesgo psicosociales identificados por Salud Ocupacional.
- Planes de mejoramiento individuales.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Formato de queja UFRH-FR037 diligenciado y firmado por el quejoso, detallando los hechos denunciados y anexando las pruebas y radicado en la oficina de archivo y correspondencia.
- Medición de Clima Laboral Actualizada.
- Informe de factores de riesgo psicosociales actualizados.
- Planes de mejoramiento individuales concertados.

PROCESOS PROVEEDORES

- Evaluación del Desempeño UFRH-PRO009.
- Gestión de Estímulos UFRH-PRO011.
- Gestión de Salud Ocupacional: UFRH-PRO012.

PROCESOS DE APOYO

- Asesoría y Seguimiento Jurídico
- Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
- Recibo y entrega de comunicaciones oficiales internas ARCH-PRO009.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normograma Unidad Funcional de Recursos Humanos.

ACTIVIDADES

La Gerencia:

1. Formula políticas de convivencia y normas de comportamiento, documentadas en el Manual de convivencia, el cual debe ser revisado anualmente y socializado a todas las dependencias.
2. Define las estrategias de revisión, divulgación y aplicación del código de ética y de buen gobierno.
3. Emite resolución para conformar el Comité de Convivencia Laboral con funciones preventivas, conciliatorias y correctivas.
4. Preside y convoca las reuniones del Comité de Convivencia Laboral.

El Comité de Convivencia Laboral:

5. Se reúne y con base en el Manual de convivencia y la normatividad vigente analiza de manera confidencial las quejas de posible acoso laboral denunciadas por los funcionarios en el formato de queja UFRH-FR037 y plantea las alternativas de solución, de igual forma, se analizan los diferentes informes u oficios enviados por las unidades funcionales, o por otras instituciones los cuales son presentados por la secretaria del Comité.
6. Gestiona y promueve la medición de Clima organizacional cada 2 años junto con el comité de Bienestar Social Laboral.
7. Gestiona la documentación y el desarrollo de los planes de mejoramiento, junto con el área de capacitación y de bienestar social laboral.
8. Define estrategias de prevención e intervención de los riesgos psicosociales gestionando junto con salud ocupacional, bienestar social laboral, capacitación y psicología organizacional el cumplimiento de las mismas.
9. Conformación del grupo de conciliaciones con participación de las diferentes Unidades funcionales y oficinas del Hospital.
10. Realiza el seguimiento y evaluación trimestral de Planes de mejoramiento en riesgo psicosocial.
11. Gestiona con la Psicóloga Organizacional actividades sobre sensibilización, capacitación, seguimiento y vigilancia periódica de los riesgos psicosociales, fomento de las relaciones sociales y laborales positivas y el trabajo en equipo.

RIESGOS

- No atención de todas las quejas.
- No oportunidad a la solución de los conflictos.
- Inasistencia a las reuniones de conciliación por parte de los implicados.

CONTROL

- Diligenciamiento del libro de correspondencia.
- Registro de quejas recibidas y gestionadas.
- Actas de reuniones de conciliación firmadas.
- Informes trimestrales de conciliadores.

REGISTROS

- Actas de reuniones.
- Formato de queja UFRH-FR037.
- Registro de Quejas UFRH-FR038.
- Libro de correspondencia.

SALIDAS

- Funcionario con una mejor percepción de su ambiente laboral.

REQUISITOS DE SALIDA

- Funcionario con una mejor percepción de su ambiente laboral por riesgos psicosociales minimizados y quejas e informes gestionados.

PROCESOS CLIENTES

- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
- Gestión de Formación y Capacitación UFRH-PRO010.
- Gestión de Estímulos UFRH-PRO011.
- Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.
- Asesoría y Seguimiento Jurídico.

INDICADORES

- Quejas gestionadas.
- Conciliaciones cumplidas.
- Cumplimiento de planes de mejoramiento.

RECURSOS

- Papelería
- Equipo de Computo

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: COORDINADOR COMITÉ LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



ALCANCE: APLICA PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL.

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: TALENTO HUMANO
 PROCESO: DESVINCULACIÓN LABORAL

RESPONSABLE: PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

OBJETO: DILIGENCIAR Y LEGALIZAR LOS TRÁMITES PERTINENTES PARA LA CESACIÓN DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DEL SERVIDOR PÚBLICO.

CÓDIGO: UFRH-PRO014

FECHA ELABORACIÓN: 14/11/2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07/07/2009

VERSION: ORIGINAL
 PÁGINA: 1 DE 1

- ENTRADA**
- Comunicaciones oficiales de:
 - Declaratoria de insubsistencia
 - Renuncia
 - Pensión de Invalidez
 - Supresión del cargo
 - Edad de retiro forzoso
 - Abandono del cargo
 - Destitución
 - Decision judicial
 - Fallecimiento

REQUISITOS DE ENTRADA

- Cumplimiento de las condiciones y motivos que fige la ley para determinar las causales de retiro.

- PROCESO PROVEEDORES**
- Asesoría y Seguimiento Jurídico.
 - Control Disciplinario Interno.
 - Evaluación del Desempeño UFRH-PRO009.

- PROCESOS DE APOYO**
- Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
 - Gestión de Estimulos UFRH-PRO011.
 - Gestión de Salud Ocupacional UFRH-PRO012.
 - Apoyar usuario - help desk SIS-PRO001.
 - Recibo y entrega de giros, resoluciones y contratos ARCH-PRO006.
 - Recibo y entrega de comunicaciones oficiales internas ARCH-PRO009.

- DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- Normograma Unidad Funcional Recursos Humanos.

- ACTIVIDADES**
- La Auxiliar Administrativa:**
- Recibe la documentación de las comunicaciones oficiales que soportan el proceso, dejando registro en el libro de control de correspondencia.
 - Elabora el acto administrativo de desvinculación y entrega al Profesional Especializado de Recursos Humanos.
 - La Profesional Especializada de la Unidad Funcional de Recursos Humanos: Visa el acto administrativo y remite a la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario Interno.
 - La Auxiliar Administrativa: Recibe el acto administrativo visado por la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario Interno y remite a la gerencia para aprobación y firma.
 - Recibe el acto administrativo legalizado y elabora las comunicaciones correspondientes y se envían firmadas por la Profesional Especializada de la Unidad Funcional de Recursos Humanos, registrando en el libro de control de correspondencia.
- El Gerente:**
- Notifica y entrega copia del acto administrativo al funcionario.
 - El Profesional Universitario de Salud Ocupacional:
 - Gestiona la realización del examen médico de retiro cuando sea el caso y remite a la Unidad Funcional de Recursos Humanos el informe del mismo.
 - El jefe inmediato del funcionario:
 - Recibe el puesto de trabajo e implementos a cargo mediante acta de entrega conforme a la Resolución del Hospital No. 1234 del 05 de agosto de 2008.
 - La Unidad Funcional de Recursos Humanos:
 - Recibe declaración juramentada de bienes y los carné.
 - Realiza la liquidación de las prestaciones sociales a que tenga derecho y registra el acto administrativo en la Historia Laboral.

REQUISITOS DE SALIDA

- Funcionario desvinculado.

- PROCESO CLIENTES**
- Elaboración de Nómina UFRH-PRO007.
 - Administración y Archivo de Historias Laborales UFRH-PRO008.
 - Proceso contable.

- RIESGO**
- Incumplimiento de los tramites legales de retiro (examen de retiro, declaración juramentada).
- CONTROL**
- Los informes médicos y declaración juramentada archivada en la Historia Laboral e Historia Clínica Ocupacional.

- REGISTROS**
- Libro de Control de Correspondencia.
 - Formato de Declaración Juramentada por Retiro.
 - Acta de Entrega

- INDICADORES**
- No. de demandas por falta de informes médicos por retiro.
- RECURSOS**
- Papelaría.
 - Equipo de com puto.

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: MELBA JUDITH PARRA RODRIGUEZ

CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO RECURSOS HUMANOS

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ

CARGO: COORDINADOR COMITÉ LIBER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN

CARGO: GERENTE



HOSPITAL
General de Urgencias
RÉGULO 10.194.1.3.1

**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: ATENCIÓN DEL PACIENTE DE OBSERVACIÓN URGENCIAS POR MÉDICO GENERAL**

VERSIÓN: 2

PÁGINA:
1 DE 1

ALCANCE APLICA A TODOS LOS
PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN
ADMITIDOS EN OBSERVACIÓN URGENCIAS.

RESPONSABLE:
MÉDICO GENERAL ASIGNADO
A SALA DE OBSERVACIÓN.

OBJETO: MONITORIZAR Y VIGILAR
PERMANENTE EL PACIENTE HOSPITALIZADO
EN SALAS DE OBSERVACIÓN.

Código UR-
PRO001
Fecha de elaboración
22-08-2006

Fecha de actualización:
27-11-2008

ENTRADA

Paciente hospitalizado
Historia clínica.

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente hospitalizado en
observación urgencias.
RIPS de urgencias diligenciado
completamente.

PROVEEDOR

Proceso de admisión del paciente
en observación.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de despacho de farmacia
Proceso de autorizaciones
Información al paciente y su familia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías medicas de atención
Resolución N° 1995 / 99
Resolución interna de Octubre de
2004
Resolución del SGGSSS
Contratación vigente.

ACTIVIDADES

1. El medico general entrante recibe turno e informe de los pacientes hospitalizados en observación.
 2. El medico general pasa revista con las especialidades tratantes de cada paciente. Vigila que las valoraciones iniciales de especialista sean oportunas y que se definan conductas antes de 24 horas.
 3. El medico general, en la tarde y en la noche revisa cada una de las historias clínicas, valora y evoluciona los pacientes, se le explica al paciente y familia las condiciones clínicas actuales del paciente y la conducta a seguir con el mismo.
 4. El médico general, realiza los procedimientos necesarios acorde a las necesidades de salud de los pacientes y elabora los RIPS generados de la atención.
 5. Si ingresan pacientes nuevos a la sala de observación, se realiza el mismo procedimiento.
 6. El medico general, registra las notas de evolución en la historias clínicas con fecha y hora y elabora las ordenes médicas.
 7. Al finalizar el turno se entrega al médico general entrante paciente por paciente, haciendo énfasis en lo critico y en las situaciones pendientes de solucionar y lo registra en el libro URG-FR_____
 8. El medico general inicia y mantiene actualizada la epicrisis durante la estancia del paciente en salas de observación.
 9. El medico general cierra la epicrisis en el momento del traslado del paciente o al egreso.
- Si el paciente se encuentra en observación en las áreas de expansión, este proceso completo lo debe realizar el médico general asignado a suturas o consultorios respectivamente.**

RIESGO

Falta de seguimiento a los
pacientes por parte del medico
general.

CONTROL

Registro de la evolución del paciente
Entrega de turno médico a médico.

REGISTROS

Libro de entrega de turno por médico general.
Historia Clínica

SALIDA

Paciente valorado por el medico general
y/o especialista y evolucionado por turno.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente atendido con oportunidad,
registrado en la historia clínica.

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente.
Proceso de valoración inicial de
especialista.
Proceso de solicitud, trámite y respuesta
de interconsultas.
Proceso de ayudas diagnósticas que no se
realizan en la institución.
Proceso de remisión de pacientes a una
institución de mayor o menor complejidad.

INDICADORES DE EFICACIA

Porcentaje de paciente sin evolución
medica diaria.

RECURSOS

Papelaría de historia clínica – útiles de
oficina, equipos médicos pertinentes.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ CALIDAD URGENCIAS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Hospital Carlos Amador
TEL: 011 24 1 113

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LA FAMILIA

ALCANCE: APLICA PARA TODO PACIENTE QUE INGRESE A SER VALORADO Y SUS ACOMPAÑANTES.
RESPONSABLE: EQUIPO DE SALUD
OBJETO: PROPORCIONAR AL PACIENTE Y A SUS ACOMPAÑANTES LA INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, CON RESPECTO A SU CONDICIÓN CLÍNICA, TRATAMIENTO, POSIBLE PRONÓSTICO Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN.

VERSIÓN: 2
PÁGINA: 1 DE 1
Código UR-PRO002
Fecha de elaboración: 22-08-2006
Fecha de actualización: 27-11-2008

ENTRADA
Paciente y familia

REQUISITOS DE ENTRADA
Paciente, familia y / o responsable, que requiera intervención de salud.

PROVEEDOR.
Proceso de TRIAGE
Proceso de atención médica.

PROCESOS DE APOYO
Proceso del sistema de información y atención al usuario.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Ley 100/93.
Ley 23/81
Declaración de principios y valores
Contratación vigente.
Sistema obligatorios de garantía de la calidad.

ACTIVIDADES

1. En el momento del ingreso del paciente, el médico se presenta.
2. Una vez ha atendido al paciente, el médico informa al paciente y su familia acerca de su posible diagnóstico, tratamiento, posible pronóstico, explica los beneficios, riesgos del tratamiento a realizar y solicita al paciente y su familia su aprobación, y registra en la historia clínica.
3. La auxiliar de enfermería y/o enfermera se presenta y explica los procedimientos de enfermería a realizar, las horas de visita, hace una orientación física del servicio, servicio de aseo, alimentación, signos de alarma que se deben notificar y trámites de consulta externa si se requieren.
4. Al trasladar el paciente al servicio de observación, se informa sobre la planta física, ubicación de los baños, evacuación del servicio en caso de emergencia, presenta el personal que va a prestar la atención.
5. La auxiliar de autorizaciones y verificación de derechos, informa al paciente y la familia, en los aspectos administrativos como: copagos, documentos, autorizaciones, etc.
6. Si el paciente está inconsciente se debe dar información a los acompañantes mayores de edad.

RIESGO
Información insuficiente, inadecuada y/o inoportuna.

CONTROL
Encuestas de satisfacción al usuario.

REGISTROS
Registros en las historias clínicas.

SALIDA
Paciente y familia informados y orientados en el servicio

REQUISITOS DE SALIDA
Pacientes y familias informados, orientados y satisfechos con la información recibida y registrado en la historia clínica.

CLIENTE
Procesos de atención en el servicio de urgencias.
Proceso de consentimiento informado.
Proceso de facturación

INDICADORES DE EFICACIA
% de quejas por falta de información.

RECURSOS
Recurso humano del servicio de urgencias.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ CALIDAD URGENCIAS
CARGO: COORDINADOR

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federal Carlos Galdames
184601 - 18010014 - 4-3-3-3

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS PROCESO: VALORACIÓN INICIAL POR MÉDICO ESPECIALISTA

VERSIÓN: 2
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: ESTE DOCUMENTO APLICA A PARA LOS PACIENTES QUE REQUIEREN VALORACIÓN POR LAS ESPECIALIDADES DE: CIRUGÍA, NEUROCIRUGÍA, ORTOPEDIA, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y PSIQUIATRÍA.

RESPONSABLE: MÉDICOS ESPECIALISTAS.

OBJETO: GARANTIZAR LA ATENCIÓN OPORTUNA A LOS PACIENTES POR ESPECIALISTA Y DEFINIR DIAGNÓSTICO Y LA CONDUCTA DEL PACIENTE DE URGENCIAS.

Código: UR-PR003

Fecha de elaboración: 22-08-2006

Fecha de actualización: 27-11-2008

ENTRADA

Paciente del servicio de urgencias.
Solicitud de valoración expedida por médico general.

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente valorado por médico general.
Solicitud de la valoración escrita en la historia clínica

PROVEEDOR

Proceso de atención inicial de médico general.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de farmacia.
Proceso de laboratorio clínico y ayudas diagnósticas.
Proceso de autorizaciones.
Información al paciente v su familia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías medicas de atención
Resolución N° 1995 / 99
Resolución interna de Octubre de 2004
Resolución del SGGSSS
Contratación vigente.

ACTIVIDADES

1. El médico especialista valora al paciente en un tiempo no mayor a dos horas de haberse solicitado la valoración.
2. Explica al paciente y la familia las condiciones de salud, el diagnóstico probable y la conducta a seguir y si es posible informa el pronóstico y obtiene el consentimiento informado cuando sea pertinente.
3. Registra en la historia clínica la evolución del paciente, la conducta definida, elabora las ordenes medicas, siempre escribiendo la fecha y hora de la atención y firma con código o sello.
4. Solicita las ayudas diagnósticas y elabora el formato de inter consulta en caso de requerir el paciente valoración por otra especialidad y/o ordena traslado a piso para continuar el manejo.
5. Si la conducta es quirúrgica diligencia la solicitud de sala de cirugía y la lleva al quirófano.
6. Si solicita medicamentos no pos realiza procedimiento para consecución del mismo.
7. Si realiza algún procedimiento al paciente diligencia los RIPS, con firma y código o sello.
8. Si se requiere remitir o contrarremittir, diligencia el formato UR-FRO.
9. Si se decide dar salida, la firma en la historia clínica diligencia el formato de medicamentos para la casa y el control por consulta externa.
10. Si el paciente requiere cirugía o un procedimiento invasivo y/o tratamiento médico, se le explica al paciente y su familia sobre el procedimiento a realizar y diligencia el consentimiento informado.

SALIDA

Paciente valorado por médico especialista

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con diagnóstico y conducta definida por parte del especialista..

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente para la casa.
Proceso de egreso del paciente a piso.
Proceso de solicitud, trámite y respuesta de interconsultas.
Proceso de ayudas diagnósticas.
Proceso de remisión de pacientes a una institución de mayor complejidad.
Proceso de facturación.
Proceso de egreso del paciente al quirófano.
Proceso de contrarreferencia.

INDICADORES DE EFICACIA.

% de glosa por estancia injustificada derivada de la no oportunidad de valoración inicial de especialista..

RECURSOS

Papelaría de historia clínica – útiles de oficina, equipos médicos pertinentes.

RIESGO

Falta de oportunidad diagnóstica y de tratamiento del paciente de urgencias

CONTROL

Nota de evolución con hora de atención de cada paciente.
Todos los registros en la historia clínica deben ir firmados con registro médico

REGISTROS

RIPS, Historia clínica, solicitud de sala de cirugía, (si aplica), Formulario de consentimiento informado (si aplica), Formulario de remisión, (si aplica).

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ CADIDAD URGENCIAS
CARGO: COORDINADOR

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

A PROBO:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Hospitalario Los Pacientes
que Demandan el Servicio de Urgencias

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: TRIAGE HOSPITALARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

VERSIÓN: 3

ALCANCE: ESTE DOCUMENTO APLICA A PARA LOS PACIENTES QUE DEMANDAN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

RESPONSABLE: Enfermera de TRIAGE.

OBJETO: CLASIFICAR LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEMANDANTES DEL SERVICIO, SEGUN LA PRIORIDAD DE LA PATOLOGÍA.

Código: UR-PR004

Fecha de elaboración: 22-08-2006

Fecha de actualización: 27-11-2008

PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

Paciente

REQUISITOS DE ENTRADA
Paciente que soliciten la atención.

PROVEEDOR

IPS remitente.
Proceso de vigilancia
Proceso de referencia y
contrarreferencia.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de Referencia y
Contrarreferencia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

MAPIPOS
Ley 100/93
Acuerdo 306/2005.
Guías de manejo médico.
Guía de priorización de pacientes
(TRIAGE).

RIESGO

Clasificación inadecuada del paciente
que demanda la atención en el
servicio de urgencias.

CONTROL

Registro de pacientes mal
clasificados en el formato de triage

ACTIVIDADES

En caso de que el paciente llegue remitido de otra institución:

1. El vigilante permite el ingreso de la camilla y del personal de salud que trae el paciente y lo orienta para que entregue el paciente a la enfermera del TRIAGE.
 2. La enfermera realiza la valoración del paciente, teniendo en cuenta los datos de la remisión, toma signos vitales y registra los hallazgos encontrados durante la valoración en la hoja de Triage Hospitalario servicio urgencias en original y copia. UR-FR007
 3. De acuerdo a las condiciones generales del paciente, clasifica en el mismo formato la prioridad de la atención que requiere el paciente, en caso de que amerite la atención de urgencias así: Si es TRIAGE I, marca en la hoja de clasificación esta casilla con una X y al tiempo coloca la cinta de color ROJO, si es TRIAGE II, marca en la hoja de clasificación esta casilla y al tiempo coloca la cinta color AMARILLO, y si la clasificación es de TRIAGE III, marca en la hoja de clasificación esta casilla y le coloca la cinta color VERDE.
 4. Informa al paciente y su familia, cuales serán los tiempos de espera para que el médico preste su atención, de acuerdo a la clasificación.
 5. Los formatos clasificados, se entregan al funcionario de registros clínicos para que genere el RIPS de urgencias, el cual se deja en el cajón destinado para ello, con el fin de que el médico general de acuerdo a la prioridad proceda a realizar la valoración inicial.
 6. Los pacientes clasificados Triage II y III se deben ubicar en la sala de espera, bajo la supervisión del auxiliar de enfermería, mientras son atendidos.
- En caso de que el paciente llegue por sus propios medios:
7. El vigilante orienta al paciente y su acompañante para que pasen al consultorio 1, para que sea atendido por la enfermera de TRIAGE.
 8. La enfermera realiza la valoración del paciente, toma signos vitales, indaga el motivo de consulta, diligencia el formato de clasificación rápida de pacientes, y le comenta al médico de consultorios, con el fin de que el defina la pertinencia o no de la atención de urgencias.
 9. El médico valora al paciente y en caso de que el paciente no amerite la atención de urgencias en esta institución, le explica al paciente y su familia la razón por la cual no se le va a atender y lo orienta a donde acudir para que sea atendido. registra en el formato lo firma con registro médico y sello.
 10. La enfermera le entrega el original del formato al paciente para que sea entregado a donde va a solicitar la atención, la copia la archiva, para realizar las estadísticas semanales.
 11. Dado el caso que el paciente requiere la atención de urgencias la enfermera realizará la clasificación del triage para ser atendido por el médico y avisa a admisiones.

REGISTROS

Formato de TRIAGE Hospitalario Servicio Urgencias. Formato de negación de servicios.

SALIDA

Pacientes atendidos y
clasificados según prioridad de
atención.

REQUISITOS DE SALIDA

Formato de TRIAGE hospitalario
diligenciado.
Definido el sitio de atención del
usuario que demanda el servicio.
Admisión autorizada.

CLIENTE

Proceso de admisión del
paciente en urgencias.
Proceso de consulta externa.
Niveles I de atención

INDICADORES DE EFICACIA.

Hora de atención por médico general
/ hora de clasificación según tipo de
TRIAGE
Total de pacientes clasificados como
no atendidos por urgencias / total de
pacientes clasificados con TRIAGE X
100.

RECURSOS

Recursos físicos necesarios en el
consultorios de TRIAGE.

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ CALIDAD URGENCIAS
CARGO: COORDINADOR

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL General de Urgencias
SE SUPERA LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN.

RESPONSABLE: MÉDICO GENERAL ASIGNADO A SUTURAS
OBJETO: GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA RED DE URGENCIAS, CUANDO LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL SE HA SUPERADO.

Código: UR-PR005

Fecha de elaboración: 22-08-2006

Fecha de actualización: 17-11-2008

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS PROCESO: ALERTA ROJA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

VERSIÓN: 2
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

- Aviso de emergencia externa inminente.
- Capacidad institucional superada, (cuando todas las camillas del servicio e inclusive los consultorios, se encuentran ocupados con pacientes hospitalizados o en observación).
- Aviso de alerta por el COE Institucional.

REQUISITOS DE ENTRADA

Confirmación de la emergencia por parte de las autoridades competentes.
Capacidad instalada superada.
Confirmación de la alerta por parte del COE institucional.

PROVEEDOR

Proceso de referencia.
Proceso de admisión al servicio de urgencias.
Procesos del CRUET

PROCESOS DE APOYO

Proceso de TRIAGE.
Proceso de valoración inicial de médico general y de especialista.
Proceso de admisión del paciente en observación urgencias.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 412 de 1992.
Circular 030 de 2006.
Planes de emergencia interno y externo

ACTIVIDADES

1. Cuando se sobrepasa la capacidad instalada el servicio, el médico general asignado a suturas, decreta la Alerta Roja en el servicio.
2. Una vez decretada la Alerta Roja, las enfermeras del servicio de turno, solicitan camas en los servicios de hospitalización, para trasladar los pacientes.
3. El médico general asignado a observación valora el paciente y elabora una nota en la Historia Clínica, donde registra el traslado por necesidad del servicio, en caso de que no tenga la Epicrisis, se trasladada sin ella, avisando oportunamente al servicio receptor.
4. Los pacientes se trasladan sin orden del médico especialista tratante, verificando siempre que el paciente ya haya tenido la valoración inicial por especialista, con el fin de garantizar que en hospitalización va a tener médico tratante.
5. El médico general de observación ordena la salida a los pacientes a los cuales su condición clínica así lo permita; igualmente realiza las contra remisiones necesarias, para que los pacientes sean manejados en otra Institución, que pueda garantizar la continuidad del tratamiento.
6. Para efectos de los trasladados, se asigna a cualquier auxiliar de turno para que apoye al camillero de turno.

SALIDA

Servicio con disponibilidad de camillas.
Pacientes trasladados a servicios de hospitalización.
Pacientes egresados.
Pacientes contra remitidos.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente trasladados adecuadamente y en forma segura
Paciente trasladado con valoración inicial de especialista.

CLIENTE

Proceso de traslado a piso.
Proceso de Hospitalización de pacientes
Proceso de Facturación.
Proceso de egreso del paciente a casa

RIESGO

Trasladar pacientes sin valoración inicial de especialista.

CONTROL

Registro en el libro de entrega de turno de enfermería.

INDICADORES

% de trasladados = Total de pacientes trasladados / Total de solicitudes de trasladados X 100

REGISTROS

- Historia Clínica.
- Registro de solicitud de camas en los servicios de hospitalización.
- Libro de trasladados de pacientes.
- Libro de entrega de turno de enfermería

RECURSOS

Papelería de historia clínica
Recursos físicos y humanos pertinentes.
Camillas.
Medios de comunicación.

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER URGENCIAS
CARGO: COORDINADOR

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: COORDINADOR

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: GERENTE

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: CUSTODIA DE PERTENENCIAS

ALCANCE: APLICA PARA LOS PACIENTES QUE INGRESAN SIN FAMILIARES Y QUE NO PUEDEN CUIDAR SUS JOYAS, DINERO, PRÓTESIS DENTALES, O ELEMENTOS DE VALOR	RESPONSABLE: PERSONAL DE ENFERMERÍA	OBJETO: GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LAS PERTENENCIAS DE LOS USUARIOS MIENTRAS ESTE HOSPITALIZADO Y LLEGUE UN ACUEDIENTE DEL MISMO	Código: UR-PRO006	FECHA DE ELABORACIÓN: 12/09/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 16/04/2008	VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1
--	-------------------------------------	--	-------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------

ENTRADA

Pertenencias de valor.
Paciente Hospitalizado

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente Hospitalizado con pertenencias de valor, sin familia a quien se le entreguen.

PROVEEDOR

Proceso de admisión del paciente

PROCESOS DE APOYO

Procesos de vigilancia
Procesos de enfermería

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Cadena de custodia de la prueba
Contratación vigente
Ley 190 de 1995 (Estatuto anti - corrupción administrativa)
Ley 734 del 2002, (código disciplinario único).

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería retira las pertenencias en presencia del policía o vigilante de turno.
2. Clasifica las prendas en: joyas, dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito, ropa en general y prótesis dentales.
3. Las prendas de valor, joyas, dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito, son contados y registrados en el formato de custodia de pertenencias, en original y copia.
4. El original del formato diligenciado, junto con las pertenencias a custodiar se le entregan al cajero de turno del servicio de urgencias, que en el caso de sala de partos debe subir al servicio para que le sean entregadas las pertenencias.
5. El cajero, firma el recibido en el formato copia y la auxiliar de enfermería lo anexa a la historia clínica del paciente.
6. Cuando la familia del usuario se hace presente, el personal de enfermería le solicita y confirma la identificación y le entrega la copia del formato de custodia de pertenencias archivado en la historia clínica y le indica que se acerque a la caja del servicio de urgencias para que pueda reclamar las pertenencias.
7. El cajero de turno del servicio de urgencias entrega las pertenencias, contando una a una según lo relacionado en el formato y solicita a quien recibe, firmar colocando la huella digital en el libro de depósito y/o prendas de valor de pacientes del servicio de urgencias y sala de partos. *X*
8. La ropa en general y prótesis dentales, se empaacan en bolsas y se rotulan con el nombre del paciente, número de historia clínica, destino del mismo, fecha y hora, y se entrega al vigilante de la portería interna de urgencias o sala de partos, según sea el caso, registrando en la historia clínica. En caso de urgencia vital y que el paciente llegue al quirófano con algún tipo de pertenencia (prótesis o ropa), esta se debe rotular con nombre y número de historia clínica y debe ser enviada y entregada al vigilante de la portería interna del servicio para su respectiva custodia.
9. El vigilante entregará al familiar una vez se identifiquen e igualmente firmará el recibido de las pertenencias.

SALIDAS

Pertenencias entregadas al usuario o familia.

REQUISITOS DE SALIDA

Pertenencias completas entregadas a familiar previa identificación de quien reclama, con el recibí a satisfacción firmado en el libro y con la huella digital del quien recibe.

CLIENTE

Proceso de egreso del paciente
Proceso de atención al usuario

INDICADORES DE EFICACIA

% de quejas por pérdida de pertenencias

RECURSOS



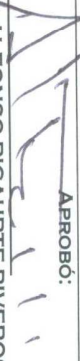
Bolsas para empaacar
Elementos de oficina
Lockers
Cajón con llave
Espadrarapo

CONTROL

Libro foliado – testigo de la clasificación de las prendas – recibí del familiar

REGISTROS

Formato de custodia de pertenencias
Libro de depósito de dinero y/o prendas de valor de pacientes del servicio de urgencias y sala de partos y libro de la vigilancia interna

FIRMA:  NOMBRE: COMITÉ CALIDAD URGENCIAS CARGO: COORDINADOR	ELABORÓ:	FIRMA:  NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS CARGO: COORDINADOR	REVISÓ:	FIRMA:  NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE	APROBÓ:
---	----------	--	---------	---	---------



HOSPITAL LINARES HOSPITAL
 todo paciente que requiera ser hospitalizado en observación urgencias.
 BASE: TELUR-1.5

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: admisión del paciente en el servicio de observación

Version: Original
 Página: 7

ALCANCE: este documento aplica a todo paciente que requiera ser hospitalizado en observación urgencias.	RESPONSABLE: personal de enfermería asignado consultorio / suturas	OBJETO: realizar el proceso de admisión de pacientes, al servicio de observación, con base en los protocolos establecidos por el servicio que posibilite la atención oportuna.	Código: UR-PR007	Fecha de elaboración: 22-08-2006	Fecha de actualización: 10-10-2006
--	---	---	------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

Paciente con indicación de hospitalización en orden medica.
 Ordenes médicas.
 Orden de admisión.
 RIPS de urgencias.

REQUISITOS DE ENTRADA

Ordenen de hospitalización completamente diligenciada
 Ordenes médicas completas y legibles.
 Atención de urgencias iniciada

PROVEEDOR

Proceso de atención inicial médico general

PROCESOS DE APOYO

Procesos de admisión.
 Procesos de facturación.
 Proceso de autorización.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución N° 1995 / 99 (Manejo de Historia Clínica).
 Guía de manejo de admisión del paciente en observación.
 MAPIPPOS.
 Acuerdo 306 del 2005. (Plan de Beneficios Régimen Subsidiado).

Firma:
 Nombre: **COMITÉ CALIDAD URGENCIAS**
 Cargo: **COORDINADOR**

ACTIVIDADES

1. El medico informa al paciente y a la familia acerca del estado y de la necesidad de ubicarlo en observación, si el paciente rechaza la hospitalización, el medico le indica que firme la salida voluntaria, informándole los riesgos y consecuencias de la misma.
2. En caso de que el paciente acepte la hospitalización, la auxiliar de enfermería del consultorio o de suturas informa a la enfermera de observación la orden de hospitalizar al paciente.
3. La enfermera de observación asigna la cama, según el protocolo establecido.
4. La enfermera lleva la copia de la orden de admisión, de las ordenes medicas y de la admisión a facturación.
5. El facturador ingresa en el sistema al paciente con el numero de cama previamente asignado.
6. La auxiliar de enfermería de suturas o consultorios solicita y reclama los suministros en farmacia e inicia el cumplimiento de las ordenes medicas.
7. a auxiliar de enfermería de suturas o consultorios, realiza el proceso de tramite de ayudas diagnosticas, si es el caso y toma las muestras de laboratorio.
8. La enfermera avisa telefónicamente al especialista de la valoración ordenada.
9. La enfermera y/o auxiliar de suturas y consultorios trasladada al paciente a la sala de observación, hace entrega del paciente a la enfermera y/o auxiliar de observación, indicando lo que queda pendiente por realizar al paciente, la auxiliar que recibe al paciente, rotula con la especialidad que lo va a tratar y la seguridad social del mismo.

CONTROL

Iniciación del tratamiento ordenado por médico general

REGISTROS

Historia clinica
 RIPS de procedimientos.

Firma:
 Nombre: **COMITÉ LIDER DE PROCESOS**
 Cargo: **COORDINADOR**

SALIDA

Paciente ubicado en la sala de observación.
 Ordenes médicas cumplidas y registradas en la historia clinica

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con tratamiento iniciado.
 Especialista informado de la valoración y registro de este informe en la historia clinica.
 Historia clinica foliada e identificada.

CLIENTE

Proceso de atención del paciente por médico general.
 Proceso de recibo y entrega de turno por parte de enfermería.
 Proceso de toma de ayudas diagnosticas
 Proceso de valoración inicial de especialista.
 Proceso de solicitud, trámite y respuesta de Inter consultas.

INDICADORES DE EFICACIA

Tiempo transcurrido entre la orden de admisión y la hospitalización

RECURSOS

Papelaria de historia clinica.
 Tarjetas de medicamentos.
 Lapicero. Pegante.
 Suministros de farmacia.
 Acrílicos para el rotulo de cada cama

Firma:
 Nombre: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
 Cargo: **gerente**

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

ALCANCE: APLICA PARA
TODOS LOS USUARIOS QUE
REQUIEREN TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: Egreso del usuario por traslado a quirófano.

RESPONSABLE:
ENFERMERIA

OBJETO: COORDINAR LAS ACCIONES
PERTINENTES PARA TRASLADAR LOS USUARIOS
HACIA EL QUIRÓFANO

Código:
UR-
pro008

Fecha de
elaboración:
09-10-2005

Fecha de
actualización:
3-10-2006

Versión: 1
Página: 8

ENTRADAS

Paciente con indicación quirúrgica
Solicitud de sala de cirugía
Historia Clínica de urgencias

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente preparado, según el protocolo.
Solicitud de quirófano diligenciada.
Documento de consentimiento informado firmado.
Nota del auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones, acerca de la autorización del procedimiento quirúrgico.
Epicrisis

PROVEEDORES

Proceso de valoración inicial por especialista.
Proceso consentimiento informado.

PROCESOS DE APOYO

Proceso de vigilancia.
Proceso de dispensación de medicamentos
Proceso de devolución de medicamentos.
Proceso custodia de pertenencias.
Proceso de facturación
Proceso de gestión de autorizaciones

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contratación vigente:
MAPIPÓS.
Acuerdo 306 del 2005
CIE 10. – Guías medicas
Resolución 1995 del 99.
Manual de procedimientos de enfermería.
Manual de calidad de urgencias

ACTIVIDADES

1. La enfermera verifica que se aplique el protocolo de preparación preoperatorio y la presencia y/o disponibilidad de los recursos adicionales solicitados.
2. Una vez requerido el usuario, de quirófano el camillero de turno o auxiliar de enfermería trasladada el usuario a quirófano.
3. La enfermera revisa historia clínica y soportes debidamente diligenciados del usuario y profilaxis preoperatorio completa.
4. La auxiliar de enfermería registra el usuario en libro traslado de pacientes.
5. El vigilante interno de piso hace registro del traslado de usuario y si tiene pertenencias se realiza actividades descritas en el proceso de custodia de pertenencias.
6. El camillero o auxiliar de enfermería entrega el usuario a la auxiliar de recibo de usuarios del quirófano, entregando la historia clínica, ayudas diagnósticas, sangre si es requerida, medicamentos, historia clínica.

CONTROL

Registro en el libro traslado de usuarios.

REGISTROS

Historias clínica. – Libro de traslados
Formato de devolución de medicamentos.

SALIDAS

Usuario trasladado a quirófano.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente con preparación completa.
Paciente con ayudas diagnosticas tomadas.
Requisitos y recursos adicionales completos

CLIENTES

Proceso de información al usuario y su familia.
Proceso de admisión del paciente a quirófano.
Procesos de vigilancia

INDICADORES DE EFICACIA

Hora de traslado del usuario - hora solicitud de quirófano.

RECURSOS

Papelera.
Camilla.
Recurso humano.

Firma: 
Nombre: **COMITÉ CALIDAD URGENCIAS**
Cargo: **COORDINADOR**

Elaboró:

Firma: 
Nombre: **COMITÉ LIDER DE PROCESOS**
Cargo: **COORDINADOR**

Aprobó:

Firma: 
Nombre: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
Cargo: **gerente**



**CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: EGRESO DEL PACIENTE POR MUERTE**

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes que fallece en el Hospital	RESPONSABLE: Enfermera	OBJETO: Garantizar que todos los pacientes que sean declarados fallecidos sean egresados con la documentación completa y oportuna y sean trasladados a la morgue	CÓDIGO: UR-PRO009	FECHA DE ELABORACION: 18-07-06	VERSION: 1
				PAGINA: 1 de 1	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23-09-08

ENTRADAS

- Paciente fallecido
- La historia Clínica

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente declarado fallecido
- Registro en la Historia Clínica del fallecimiento por el Médico
- Epicrisis

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención del paciente de observación de urgencias por medico general UR-PRO001

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Registros Clínicos
- Proceso de Gestión Hotelera
- Proceso de Traslado UR-PRO019
- Proceso de Verificación de Derechos
- Proceso de Facturación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 1993, Ley 23 (Ética Médica)
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP -CUPS-CIE -10 , RES. 1995 /95
- Contratación Vigente

REGISTROS

- Epicrisis
- Devolución de medicamentos
- Certificado de defunción
- Registro en Evolución médica y de Enfermería

ACTIVIDADES

1. El médico valora el paciente y lo declara fallecido.
2. El médico y el personal de Enfermería registran en la Historia Clínica con fecha y hora.
3. El médico elabora la epicrisis con códigos CIE -10 y el certificado de defunción si es pertinente, quedando registrado en el Libro de control de Certificados de defunción UR-LIB003.
4. El médico o enfermera en caso de muerte violenta o pacientes que se encuentran bajo custodia del estado debe informar telefónicamente a la Fiscalía y registrar en la Historia Clínica.
5. El médico informa a la familia y/o acompañante del fallecimiento del paciente si están presentes, en su defecto la enfermera o la trabajadora social solicita telefónicamente a la familia que se acerquen al Hospital para hablar con el médico.
6. La auxiliar de enfermería prepara el cadáver según la guía de preparación de cadáveres.
7. La enfermera o la auxiliar de enfermería registra completamente en el libro de trasladados de cadáveres a la morgue UR-LB002.
8. La auxiliar de Enfermería y/o camillero trasladada el cadáver a la morgue.
9. El encargado de la recepción de cadáveres en la morgue firma en el libro el recibido del cadáver.
10. La enfermera realiza la anotación del fallecimiento en el libro de ingreso y egreso de pacientes, UR-LB001, revisa que la Historia Clínica tenga el comprobante de devolutivos, si los hubo, la epicrisis completa y los entrega al Facturador.
11. La auxiliar de Enfermería rotula y/o entrega las pertenencias a la familia.
12. El facturador elabora la Factura, expide la orden de salida y orienta a la familia los pasos a seguir.
13. Con la orden expedida por Facturación el personal de enfermería entrega el Certificado de defunción y las placas de imágenes diagnósticas leídas a la familia o al responsable, le informa que las no leídas las reclame 3 días después en el servicio de Imagenología y registra en la Historia Clínica.
14. El personal de Enfermería realiza el registro correspondiente y hace el cierre de la Historia Clínica con firma del familiar y/o la persona responsable.

RIESGO

Entrega equivocada de cadáver por fallas en la preparación del mismo.

Problemas legales por falta de notificación a quien corresponde.

CONTROL

Registro en la Historia Clínica en la hoja de Evolución médica y de enfermería.

Registro en el libro de trasladados a la morgue de cada servicio.

Registro en el libro de ingreso y egreso de pacientes del servicio.

SALIDAS

Paciente fallecido egresado del servicio

Familia del paciente informada

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente fallecido con documentación completa y trasladado a la morgue
- Familiar informado

PROCESOS CLIENTES

Proceso de Facturación

Devolución de medicamentos y dispositivos médicos UR-PRO018

Proceso de Verificación de Derechos y autorizaciones

INDICADORES

% de Certificados de defunción mal diligenciados.

total de cadáveres bajados a la morgue mal identificados.

RECURSOS

Libros foliados

Camillas

Historia Clínica

Sabanas

Certificado de defunción

Computador

Teléfono

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS

CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN

CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS

PROCESO: Egreso del paciente por traslado a pisos

ALCANCE: aplica para todos los pacientes que tienen orden de hospitalización	RESPONSABLE: ENFERMERIA.	OBJETO: coordinar las acciones pertinentes para realizar el traslado de pacientes en el menor tiempo posible.	Código: UR-PRO010	Fecha de elaboración: 2006-09-10	Fecha de actualización: 2006-10-12
--	--------------------------	---	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

Versión: Original

Página:

ENTRADAS

Historia clínica.
Usuarios con orden de traslado a piso.

REQUISITOS DE ENTRADA

Usuario con diagnóstico y conducta definida por médico especialista o que requiera estudio de su patología.

PROVEEDORES

Proceso de valoración inicial de especialista.
Proceso de solicitud, gestión y respuesta de inter consulta.
Proceso de devolución de medicamentos

PROCESOS DE APOYO

Proceso de autorización de servicios.
Proceso de revisión de historia clínica por parte de enfermería.
Proceso de revista de especialista.
Proceso de traslado intra hospitalario de pacientes
Procesos de farmacia
Procesos de laboratorio
Procesos de ayudas diagnósticas

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Contratación vigente.
MAPPOS.
Acuerdo 306- CIE 10.
Protocolos de enfermería
Manual de Bioseguridad
Guías de medicina
Protocolos del comité de infecciones

ACTIVIDADES

1. El médico especialista o personal de enfermería notifica al paciente de su traslado.
2. El especialista registra la conducta en la historia clínica, realiza Epicrisis y elabora el RIPS.
3. La enfermera solicita telefónicamente la cama a la enfermera del servicio correspondiente.
4. La enfermera verifica que la historia clínica lleve la fórmula completa y que el tratamiento ordenado que garantice su administración hasta la mañana siguiente.
5. En el caso de que se presenten sobrantes de medicamentos, la auxiliar que tiene a cargo el paciente realiza el devolutivo.
6. La enfermera diligencia el formato de traslado de cama, con el número de cama asignada y organiza el paquete, con copia de Epicrisis, soportes de farmacia, RIPS de procedimientos, registro de devolución de medicamentos y los entrega a facturación.
7. La auxiliar de enfermería cierra la historia, registra las condiciones de la paciente, los medicamentos que se envían, las imágenes diagnósticas y las pertenencias del paciente y lo entrega al camillero.
8. El vigilante interno registra el traslado en el libro, con fecha y hora, el camillero traslada el paciente en camilla o silla según su condición clínica, y lo entrega a la auxiliar del piso correspondiente, junto con la historia clínica.

CONTROL

Entrega del paquete a facturación.

REGISTROS

Historia clínica, Formato de traslado de cama, formato de devolución de medicamentos, Epicrisis, libro de traslado de pacientes, RIPS

SALIDAS

Usuario trasladado a servicio de hospitalización.

REQUISITOS DE SALIDA

Epicrisis elaborada
Usuario cómodo y seguro durante el traslado, con medicación garantizada hasta la mañana siguiente y registrada en el libro de trasladados.

CLIENTES

Procesos de admisión en hospitalización.
Proceso de asignación de cama

INDICADORES DE EFICACIA

Oportunidad asignación de cama.
Oportunidad de traslado: estándar máximo 1 hora.
Oportunidad elaboración de Epicrisis: estándar menos de 1 hora.

RECURSOS

Papelaría.
Insumos.

Firma:
Nombre: **COMITÉ CALIDAD URGENCIAS**
Cargo: **COORDINADOR**

Elaboró:

Firma:
Nombre: **COMITÉ LÍDER DE PROCESOS**
Cargo: **COORDINADOR**

Revisó:

Firma:
Nombre: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
Cargo: **gerente**

Aprobó:



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: URGENCIAS PROCESO: VISITAS AL SERVICIO

ALCANCE: Aplica para los visitantes de los pacientes en el servicio de urgencias

RESPONSABLE: Vigilante de turno de la porteria principal de urgencias

OBJETO: Permitir la visita a los pacientes del servicio de una forma controlada, acorde a las necesidades de los pacientes

Código: UR - PRO 011
Fecha de elaboración: 21-08-2007

Fecha de actualización:

ENTRADA
Paciente en observación de urgencias.
Familiares y / o visitante de pacientes.
Censo diario de pacientes.

- ACTIVIDADES**
1. El familiar del paciente se presenta en la porteria principal de urgencias en el horario de las 8 a.m. a las 10 a.m. y de las 2 p.m. a las 4 p.m. solicita información sobre el paciente a quien viene a visitar.
 2. El vigilante de turno verifica en el censo diario si el paciente se encuentra en este servicio, en caso de no encontrarse, se le indica a donde se traslado el paciente y lo que debe hacer para poder visitarlo.
 3. Si el paciente se encuentra en observación de urgencias, el vigilante solicita el documento de identidad, registra en el libro de control de visitas del servicio de urgencias los siguientes datos: hora de ingreso, nombre del paciente, nombre del visitante y numero del documento de identidad del mismo, se les devuelve el documento de identidad y se les entrega la ficha correspondiente al numero de la camilla donde está el paciente en observación y lo orienta hacia donde debe dirigirse o donde se encuentra el paciente que va a visitar.
 4. El vigilante informa a los visitantes que para el ingreso de otro visitante dentro del horario establecido deben salir y devolver la ficha correspondiente para entregársela a otra persona que quiera ingresar luego de aplicar lo establecido en el punto 3.
 5. Cuando sean las 10:00 horas o las 16:00 horas, el vigilante cierra la porteria y se ubica en las salas de observación y amablemente informa que la visita se terminó y solicita a los familiares se retiren, exceptuando los casos cuando el equipo de salud considere necesaria la presencia de la familia. Al salir los visitantes se debe registrar las horas de salida el libro de control de visitas.
 6. El vigilante debe estar atento a los traslados de los pacientes, para ello debe mantener comunicación constante con el vigilante de la porteria interna y así dar al usuario una información veraz y oportunamente.
 7. Los pacientes de la sala de observación de pediatría estarán acompañados permanentemente por su mama o su cuidador principal. Se aplicara lo estipulado en el numeral 3 en lo que respecta al registro del acompañante.
 8. En caso de presentarse alguna novedad durante las visitas se registrarán en el libro de novedades de vigilancia.

SALIDA
Paciente visitado.

REQUISITOS DE ENTRADA
El familiar o visitante con documento de identificación.
Censo diario de pacientes actualizado dos veces al día.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente y familiares satisfechos.

PROVEEDOR
Proceso de admisión del paciente en observación de urgencias.

CLIENTE
Proceso de obtención de consentimiento informado
Proceso de atención del paciente por medico general.
Proceso de valoración inicial por medico especialista.
Proceso de autorizaciones.
Proceso de información al paciente y a la familia.

PROCESOS DE APOYO
Proceso de facturación.
Procesos de supervisión por grupo de vigilancia.

INDICADORES DE EFICACIA
% de satisfacción del usuario.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Manual de vigilancia.
Normas y consignas de la empresa de Vigilancia.
Contrato de vigilancia.
Listado de actividades del vigilante.

CONTROL
Después del horario estipulado, solo pueden estar las visitas autorizadas por algún miembro del equipo de salud.
Ningún visitante debe estar dentro del servicio sin ficha.

RECURSOS
Radio comunicaciones
Insumos de oficina
Llave de puerta principal

REGISTROS
Libro de control de visitas del servicio de urgencias.
Libro de novedades.

FIRMA: NOMBRE: DEISY IZQUIERDO VARGAS CARGO: COORDINADORA COMITÉ CALIDAD URGENCIAS	ELABORÓ:	FIRMA: NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS CARGO:	REVISÓ:	FIRMA: NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE
---	-----------------	--	----------------	---



HOSPITAL
Las Américas
INSTITUCIÓN DE SALUD

ALCANCE: Este documento aplica para todos los pacientes que ingresan al servicio de urgencias.

RESPONSABLE: Auxiliar de Registros Clínicos del servicio de urgencias.

OBJETO: Realizar el proceso de admisión de pacientes al servicio de urgencias, para la prestación del servicio con base en las normas legales y requisitos organizacionales que posibiliten el diligenciamiento de la H.C. y de la factura.

Código: UR-PRO012
Fecha de elaboración: 22-08-2006

Fecha de actualización: 25-09-2006

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS

PROCESO: admisión del paciente en urgencias.

Versión: Original
Página: 6

ENTRADA

Pacientes clasificados por TRIAGE

REQUISITOS DE ENTRADA

Fotocopia legible de documento de identidad.
Fotocopia del carné del asegurador.

PROVEEDOR

Proceso de triage
Referencia y Contrarreferencia

PROCESOS DE APOYO

Procesos de la oficina de Contratación.
Procesos autorizaciones

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 / 93. Circular 30/2006
Decreto 412 / 92.
Resolución 5261 / 94.
Contratación vigente

ACTIVIDADES

1. Solicitar al usuario que requiere la atención o a su familiar, (si es el caso), el documento de identidad y el carné de seguridad social.
2. Tomar los datos para la realización del RIPS de atención inicial de urgencias.
3. Hacer verificación de derechos en las bases de datos de las entidades, consulta el programa SIHOS (Sistema de información hospitalaria), para identificar los pacientes que ya tienen historia clínica en el hospital.
4. Diligenciar los formatos SOAT, en caso de pacientes con accidente de tránsito, en caso de tener carta de desplazado, diligenciar el formato para la población desplazada.
5. Registrar en el sistema las novedades encontradas durante la verificación de derechos.
6. Imprimir los datos registrados en el RIPS de urgencias en original y copia.
7. Dejar el RIPS, en el cajón destinado para ello, en caso de que requiera consulta, si el motivo de consulta es por trauma, se le entrega al médico general.

CONTROL

Revisión del documento de identidad, estado de afiliación del paciente
Diligenciamiento formatos SOAT.
Notificación Legal.

REGISTROS

Hoja de admisión. (en el Software).
Realización formatos SOAT (Software y manual).
Verificador de derechos (anotaciones en el Sistema de Información).

SALIDA

Admisión procesada
Formatos diligenciados

REQUISITOS DE SALIDA

Admisión con datos confiables respecto de la identificación del paciente, dirección, teléfono, etc.
Verificación de derechos.
Para población desplazada o SOAT, formatos diligenciados completa y correctamente.

CLIENTE

Proceso de atención inicial de urgencias.
Proceso de Facturación.
Procesos de archivo de historias clínicas.

INDICADORES DE EFICACIA

N° de usuarios con hoja de admisión debidamente diligenciados / total de usuarios con hoja de admisión.
Tiempo en que se realizó la admisión –
Tiempo en que se solicitó la admisión.

RECURSOS

Papelaría institucional. Útiles de oficina
Lapiceros. Comunicaciones
Computador, impresora, Sistema de Información de la Institución.

Elaboró:

Firma:
Nombre: **COMITÉ CALIDAD URGENCIAS**
Cargo: **COORDINADOR**

Revisó:

Firma:
Nombre: **COMITÉ LÍDER DE PROCESOS**
Cargo: **COORDINADOR**

Aprobó:

Firma:
Nombre: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
Cargo: **gerente**



HOSPITAL
Federal Luján, Argentina
IBAGUÉ - TOLUVA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: URGENCIAS
SUBPROCESO: GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN

VERSIÓN:
ORIGINAL
PÁGINA:

ALCANCE: Aplica para las ayudas dx que superan la capacidad instalada del hospital

RESPONSABLE: Auxiliares de verificación de derechos y autorizaciones

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar la gestión y toma de las ayudas diagnósticas solicitadas y que no se realizan en la institución.

Código: UR - PRO 013
Fecha de elaboración: 21-08-2007

Fecha de actualización:

ENTRADA
Solicitud de la ayuda diagnóstica Paciente

ACTIVIDADES

REQUISITOS DE ENTRADA
Solicitud completamente diligenciada.
Fotocopia de documento de identidad y carné del asegurador.
Paciente hospitalizado en observación

PROVEEDOR
Proceso de valoración inicial por especialista.
Proceso de solicitud y respuesta de inter consultas

PROCESOS DE APOYO
Proceso de autorizaciones
Proceso de verificación de derechos.
Procesos de Contratación.

1. Si el paciente es contributivo el tramite de autorización se hará directamente con la EPS correspondiente según convenio.
2. Si la ayuda diagnóstica solicitada es un, electroencefalogramas, RMN, panorámicas, ecografías oculares y las que no se realicen en la institución por daño de equipos, la auxiliar de verificación de derechos, recibe la orden médica, la fotocopia del documento de identidad y de la seguridad social, para el paciente vinculado o con diagnóstico no POSS.
3. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones, diligencia el formato de solicitud de autorización de servicios por el Software y lo envía a la SST y espera la autorización para su respectivo trámite, con la Institución que ellos tengan convenio
4. Después de recibir la autorización, la auxiliar de verificación de derechos, solicita la cita y se envía al paciente en ambulancia, explicándole al el y a su acompañante, porque se envía y haciendo claridad que allí deben cancelar el copago correspondiente de acuerdo al nivel social.
5. La auxiliar de verificación de derechos realiza el RIPS de la ambulancia en caso de que la toma de la ayuda sea dentro del perímetro urbano y lo entrega a facturación, para que sea cargado el servicio a la cuenta del paciente.
6. Si la ayuda es por fuera de la Ciudad, se hace la solicitud a la SST via software para el tramite y autorización del servicio de ambulancia.
7. Si el paciente tiene ARS y el diagnóstico es POSS, depende del tipo de contratación que tenga la institución, si está capitado, se gestiona la orden con la oficina de autorizaciones y una vez se tenga el visto bueno se procede a solicitar la cita de acuerdo a la red alterna que tenga el hospital.
8. Si no es capitado, la auxiliar de verificación de derechos, se comunica telefónicamente con la ARS y ellos determinan el sitio de acuerdo a su red, donde se debe enviar al paciente, previa autorización.
9. La auxiliar toma copia de la autorización y se le entrega a facturación, solicita la cita y envía el paciente.

SALIDA

Ayuda diagnóstica tomada

REQUISITOS DE SALIDA
Ayuda diagnóstica tomada y anexada en la historia clínica.

CLIENTE
Proceso de egreso del paciente
Proceso de traslado del paciente a quirófano
Proceso de remisión del paciente a un de mayor o menor complejidad.
Proceso de facturación.

INDICADORES DE EFICACIA
Tiempo en que se solicita la ayuda dx – el tiempo en que se toman y anexan a la historia clínica.
Estándar: no debe superar las 24 horas

CONTROL
Ayudas diagnósticas que no se toman en la institución no mayor a 24 horas.

REGISTROS
Historia clínica -Formato de autorización de servicios – autorización – RIPS de facturación del servicio de ambulancia

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Contratación vigente
MAPIPOS
Acuerdos 306
CIE 10

RECURSOS
Telefax – lapiceros – papelera historia clínica
– teléfono – software - computador

ELABORÓ:
FIRMA:
NOMBRE: DEISY VARGAS
CARGO: COORDINADORA COMITÉ CALIDAD URGENCIAS

REVISÓ:
FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO:

APROBÓ:
FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
1846 UE - TOLIMA - C.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: SOLICITUD, GESTIÓN Y RESPUESTA DE INTER CONSULTAS DE ESPECIALIDADES VALORACIONES INICIALES QUE NO TIENEN ASIGNADO TIEMPO POR AGENDA PARA URGENCIAS

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: APLICA PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN VALORACIÓN, CONCEPTO Y/O TRATAMIENTO POR OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS DOS SEDES DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE.	RESPONSABLE: MEDICO Y/O ASISTENCIAL DEL SERVICIO INTER CONSULTANTE	OBJETO: COORDINAR LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR AL PACIENTE EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE SU PATOLOGIA.	CÓDIGO: UR-PRO015	FECHA DE ELABORACIÓN: 02-05-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17-11-2009
---	--	---	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS
Solicitud de inter consulta.
Historia clínica

REQUISITOS DE ENTRADA
Historia Clínica completa
Orden Médica con registro de solicitud de Interconsulta.
Solicitud de inter consulta con justificación clara.

PROCESOS PROVEEDORES
Atención médica diaria por especialista UFH-PRO014
Valoración inicial por medico especialista UR-PRO003.
Revista medica diaria UCC-PRO006.
Valoración inicial por especialista SP-PRO014.
Atención en salud en salas de observación SP-PRO015

PROCESOS DE APOYO
Proceso de Verificación de derechos y Autorizaciones.
Referencia
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Resolución 5261/94 MAPIPPOS
CIE -10.
RES. 1995/99 (H.C)
Guías Integrales de atención.

ACTIVIDADES

1. El médico tratante identifica la necesidad de Valoración por otro profesional.
2. El médico tratante registra en las ordenes medicas y en la hoja de evolución médica la justificación de la solicitud de valoración por otro profesional.
3. El médico tratante diligencia el formato de Interconsulta con los datos del paciente, número de identificación, nombre, cama, fecha y hora de solicitud, resumen de Historia Clínica y motivo de la Interconsulta, la firma y escribe su nombre y el número del registro médico.
4. El médico tratante entrega la solicitud de Interconsulta al médico asistencial o a la Enfermera (o).
5. Quien reciba la solicitud consigna en el libro de registro de interconsultas con fecha y hora, se comunica telefónicamente con el especialista interconsultado, según cuadro de turnos, registrando fecha, hora y observaciones de la comunicación.
6. El profesional Interconsultado responde la interconsulta en el tiempo establecido, máximo 4 horas para las especialidades presenciales y 12 horas para las especialidades de disponibilidad.
7. El profesional Interconsultado valora el paciente, emite concepto y registra en el formato de solicitud y respuesta de interconsulta y define el plan de manejo si es el caso, el cual se anexa a la historia clínica, con fecha, hora, nombre, firma y número de registro médico.
8. El médico asistencial del servicio acompaña al médico especialista durante la valoración y registra en el libro de interconsultas la hora de respuesta.
9. El profesional Interconsultado diligencia en forma completa el RIPS de procedimiento, registrando fecha, código del procedimiento, código de diagnóstico en CIE - 10 y firma, este registro se deposita en el cajón de facturación y/o es entregado a facturación una vez se diligencia la hoja.
10. En caso de requerir el traslado del paciente a otro servicio para ser valorado se realiza según el proceso de traslado de pacientes y de ser necesario el médico asistencial diligencia la solicitud de ambulancia para su trámite por la oficina de referencia y contrarreferencia.

RIESGO
Falta de oportunidad en la atención

CONTROL
Libro de registro de interconsultas

REGISTROS
Hoja de solicitud y respuesta de Interconsulta - Libro de registro de Interconsultas.
RIPS de procedimientos. - Historia clínica.

SALIDAS

Paciente con concepto y/o plan de manejo establecido por la especialidad Interconsultada.
RIPS de procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA
Paciente con concepto y/o Plan manejo establecido por la especialidad Interconsultada registrada en la historia clínica.
RIPS completamente diligenciado.

PROCESOS CLIENTES
Proceso de traslado de pacientes
Proceso de valoración diaria por especialista
Proceso de facturación
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas.
Proceso de programación quirúrgica.

INDICADORES
Oportunidad de respuesta de interconsultas.

RECURSOS
Papelería.
Medios de comunicación.
Ambulancia

FIRMA: ELABORÓ: NOMBRE DE LA AUTORIDAD: ELABORADOR CARGO: LIDER GRUPO DE PROCESOS URGENCIAS	FIRMA: REVISÓ: NOMBRE: DIANA PATRICIA BOSA VENTURA JIMÉNEZ CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS	FIRMA: APROBÓ: NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN CARGO: GERENTE
--	--	--



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS PROCESO: gestión de ayudas diagnósticas

Versión:
Original
Página:

ALCANCE: Este documento aplica al trámite de las ayudas diagnósticas que se realizan en la institución que no son imágenes diagnósticas

RESPONSABLE: Personal de enfermería.

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para que realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la institución.

Código: UR-PRO016

Fecha de elaboración: 2006-09-10

Fecha de actualización: 2006-11-02

ENTRADA

Paciente hospitalizado en observación
Solicitud de ayuda diagnóstica.

REQUISITOS DE ENTRADA

Solicitud de ayuda diagnóstica correctamente diligenciada.

PROVEEDOR

Proceso de atención inicial de médico general.
Proceso de valoración inicial de médico especialista.
Proceso de solicitud, trámite y respuesta de inter consulta.

PROCESOS DE APOYO

Procesos de facturación.
Proceso de autorización.
Proceso de traslado intra hospitalario

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 100 / 93
Contratación vigente.

ACTIVIDADES

1. Después de realizar la valoración, el médico general diligencia el formato de solicitud médica de ayudas diagnósticas, hace un resumen pequeño de la historia clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
2. La enfermera verifica que la orden este completa y correctamente diligenciada.
3. La enfermera envía la orden con el camillero al área requerida, para que desde cada uno de los servicios asignen la cita respectiva.
4. Del servicio solicitado, llaman a urgencias para avisar que pueden llevar al paciente para tomar la ayuda diagnóstica.
5. El camillero de turno, transporta al paciente hasta el sitio donde será tomada la ayuda diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería.
6. Una vez tomado el examen, el camillero desplaza nuevamente al paciente y lo ubica en el sitio de hospitalización del servicio de urgencias.
7. El camillero le informa a la enfermera que la ayuda diagnóstica está tomada.
8. La enfermera debe estar pendiente que el camillero suba por el reporte de la ayuda diagnóstica tomada, (si no fue entregada de inmediato).
9. La enfermera anexa el resultado de la ayuda diagnóstica a la historia clínica del paciente.

CONTROL

Formato de solicitud de Ayuda diagnóstica correctamente diligenciado.
Oportunidad de toma de ayuda diagnóstica.

REGISTROS

Orden médica de ayuda diagnóstica.
Historia clínica.

SALIDA

Usuarios con ayudas diagnósticas tomadas.
Reportes de la ayuda diagnóstica en la Historia clínica del paciente

REQUISITOS DE SALIDA

Ayudas diagnósticas anexadas en la historia clínica correspondiente al paciente

CLIENTE

Procesos de egreso
Procesos de atención médica

INDICADORES DE EFICACIA

Hora en que se anexa el reporte de la ayuda diagnóstica a la historia clínica - hora en que se solicita la ayuda diagnóstica.
Formatos de solicitud de ayudas diagnósticas correctamente diligenciados / total de ayudas diagnósticas solicitadas X 100.

RECURSOS

Papelaría.
Camillas.
Sillas de ruedas.
Telefono

Elaboró:

Firma:
Nombre: **COMITE CALIDAD URGENCIAS**
Cargo: **COORDINADOR**

Revisó:

Firma:
Nombre: **COMITE LIDER DE PROCESOS**
Cargo: **COORDINADOR**

Aprobó:

Firma:
Nombre: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**
Cargo: **gerente**



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
I.B.A.G.U.E. - TOLIMA - E.S.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: SOLICITUD, TOMA Y RESPUESTA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Este documento aplica para las diagnósticas que se realizan en la Institución

RESPONSABLE
Personal médico y de Enfermería

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para realizar los trámites de ayudas diagnósticas que se realizan en la Institución.

CÓDIGO:
URG-
PRO017

FECHA DE ELABORACION:
03 - 10 - 06

PAGINA:
FECHA DE ACTUALIZACION:

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado
- Solicitud de imágenes diagnóstica

ACTIVIDADES

1. Después de realizar la valoración, el médico tratante diligencia el formato de solicitud médica de ayuda diagnóstica, hace un resumen pequeño de la historia Clínica del paciente con el diagnóstico, lo firma y lo sella.
2. En caso de algún cambio a la orden original, debe tener nota y firma del médico.
3. La enfermera entrega la orden al camillero o auxiliar administrativa y estos registran en el libro de control del servicio y entregan orden en la recepción del servicio de imagenología para que asigne la cita al servicio.
4. En caso de que la imagen diagnóstica requiera autorización (Ecocardiograma), la Enfermera entregará a la auxiliar de verificación y comprobación de derechos, quien solicita la autorización y una vez autorizada la entrega a la recepcionista de imagenología.
5. En caso de exámenes portátiles se envía la orden desde el servicio solicitante y el servicio de imagenología traslada los equipos necesarios para la toma.
6. La recepcionista de imagenología registra, asigna y notifica a los servicios la hora de la cita.
7. El camillero de turno transporta al paciente con la Historia Clínica hasta el sitio donde será tomada la imagen diagnóstica, teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad y siguiendo las guías de manejo de enfermería. Ver proceso de Traslado Intra-institucional.
8. En caso de procedimientos intervencionistas, el radiólogo que se encarga de la toma del procedimiento debe explicar al paciente, familia y/o acompañante y hacer firmar el consentimiento informado, (ver proceso de consentimiento informado).
9. El técnico y/o radiólogo de turno realiza el procedimiento ordenado según protocolos de imagenología, hace el registro en la historia Clínica del procedimiento, insumos, medicamentos y medios de contraste aplicados, las dosis de radiación, realiza y registra la devolución de los medios de contraste sobrantes al servicio de origen del paciente, diligencia el RIPS y lo deja en el buzón de facturación.
10. El servicio de imágenes entrega la placa de la imagen diagnóstica y su lectura a la auxiliar administrativa o auxiliar de enfermería del servicio y esta la anexa a la Historia Clínica y elabora registro en el libro de control.
11. La auxiliar administrativa debe verificar si toda placa tomada tiene su lectura de no ser así debe bajarla en el horario establecido por imágenes.
12. Si al egreso del paciente, hay imágenes sin lectura, la auxiliar administrativa del servicio le informa al paciente que lo reclame en tres días hábiles en el servicio de imágenes diagnósticas, rotula el sobre con "paciente egresado", registra la salida de las placas, en el libro de control de placas del servicio, los lleva a imagenología para su lectura y firma allí el libro de control.
13. Los días sábado, domingo y festivos la auxiliar de Enfermería encargada del paciente debe verificar si todas las placas están leídas y la que no lo estén se dejarán en el lugar establecido, haciendo los registros en la Historia Clínica, informando al paciente, familia y/o responsable para que las reclame e imágenes y el día hábil la auxiliar de administrativa las lleve a lectura.
14. Una vez sean leídas las placas, el servicio de Imágenes diagnósticas realizará un oficio remititorio a Registros Clínicos, de los reportes de pacientes egresados de los servicios, a quienes es necesario archivar en su historia clínica la lectura, relacionando el nombre del paciente, número de Historia Clínica, tipo de imagen realizada y servicio del cual egresó.
15. El servicio de imágenes diagnósticas entrega las placas cuando el paciente las reclame.

SALIDAS

- Usuarios con imagen diagnóstica tomada
- Reportes de la imagen diagnóstica en la Historia Clínica del paciente

REQUISITOS DE SALIDA

- Usuario con imagen diagnóstica tomada, placa en el servicio, facturada y reporte anexado en la Historia Clínica

PROCESOS CLIENTES

- Proceso egreso del paciente
- Proceso de Facturación

INDICADORES

- % de glosas por falta de lectura en Historia Clínica

RECURSOS

- Papelería
- Teléfono directo, celular
- Computador, Software
- Recurso Humano (camilleros, recepcionista y auxiliares de Enfermería)

REGISTROS

- Libros de control en el servicio
- Historia Clínica
- Oficio de envío de lecturas
- Libro de control de imágenes

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de traslado Intra-institucional
- Procesos de dispensación de medicamentos
- Proceso de devolución de medicamentos
- Procesos de Enfermería
- Proceso de consentimiento informado

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 /93 - Decreto 2423 / 96
- Contratación vigente
- Protocolos del comité de infecciones - RIPS, CUPS
- Guía médica y de enfermería
- Manual de preparación para imágenes diagnósticas
- Protocolos de Imagenología

CONTROL

- Libro de control de imágenes
- Libro del control del servicio

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
IBAGUÉ - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: URGENCIAS
PROCESO: DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

VERSIÓN:
ORIGINAL

PAGINA: 1

ALCANCE: Aplica para los medicamentos y material medico quirurgico que es necesario devolver a la farmacia

RESPONSABLE:
Personal de Enfermería

OBJETO: Garantizar las acciones pertinentes para realizar la devolución oportuna de medicamentos y material medico quirurgico, con el fin de evitar sobrefacturación y glosas.

CODIGO:
UR-PRO018

FECHA DE ELABORACION:
4 - 10 - 06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
4-10-06

ENTRADAS

- Medicamentos y material medico quirurgico sobrantes por diferentes causas
- Historia Clínica
- Formato de devolución de medicamentos con consecutivo

REQUISITOS DE ENTRADA

- Formato de devolución de medicamentos completamente diligenciado con letra legible en origina y copia.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de recibo y entrega de turno de enfermería
- Proceso de Egreso
- Proceso de Atención médica
- Proceso de Atención inicial

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de solicitud y recepción de medicamentos y material medico quirurgico

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100 1993, Ley 23 (Ética Médica)
- Resolución 5261 /94
- Decreto 2423 /96, Acuerdo 306 /05
- RISP -CUPS-CIE -10 , RES. 1995 /99
- Cuadros de Contratación Vigente
- Ley 190 de 1995 (Anticorrupción)

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de enfermería en cada turno verifica y confirma existencia de medicamentos y/o material medico quirurgico formulado con las tarjetas de medicamentos, dejando dosis para 24 horas y realiza las devoluciones con los excedentes.
2. La auxiliar de enfermería confirma la orden medica de salida del paciente, realiza revisión de la Historia Clínica y arqueo de lo formulado con lo administrado y con la diferencia hace la devolución.
3. La auxiliar de enfermería diligencia completamente el formato de devolución de medicamentos y/o material medico quirurgico con letra legible en original y copia.
4. La auxiliar de enfermería informa a la Farmacia y al funcionario de Facturación de la devolución de medicamentos y/o material medico quirurgico.
5. El auxiliar de Enfermería envía a Farmacia con el patinador los medicamentos y el formato de devolución completamente diligenciado y firma del recibido del patinador con letra legible.
6. La auxiliar de enfermería entrega a Facturación una copia de la devolución firmada por el funcionario de Farmacia con letra legible.
7. La auxiliar de enfermería registra en la Historia Clínica el número del consecutivo del formato del devolutivo.

SALIDAS

- Medicamentos y material medico quirurgico devueltos adecuadamente

REQUISITOS DE SALIDA

- Devolución descargada

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Recaudo
- Proceso de Facturación
- Proceso de Egreso
- Proceso de recepción y reintegro de medicamentos y material medico quirurgico

INDICADORES

% Glosas ocasionadas por la devolución de medicamentos

RECURSOS

- Formato de devolución
- Computador
- Teléfono

REGISTROS

- Ordenes medicas
- Notas de enfermería
- Libro de recepción de medicamentos
- Formato de devolución de medicamentos
- Hojas de medicamentos
- Historia Clínica

CONTROL

- Inventario de medicamentos en la entrega de turno de enfermería
- Revisión por Facturación del descargue de medicamentos y material medico quirurgico

ELABORÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: COMITÉ LIDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA: 
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO DE PACIENTES

VERSIÓN:1

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica a todo paciente que requiera ser movilizado a otro servicio del Hospital definitiva o temporalmente

RESPONSABLE: Personal de Enfermería y/o Médico

OBJETO: Realizar el traslado del paciente garantizando su seguridad y su atención integral.

CODIGO: UR-PRO019

FECHA DE ELABORACION: 25-06-06

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 29-09-2008

ENTRADAS

- > Orden medica de traslado o solicitud de ayuda diagnóstica o terapéutica

REQUISITOS DE ENTRADA

- > Epicrisis del servicio que traslada (cuando es definitivo)
- > Cita asignada y confirmada
- > Cama confirmada

PROCESOS PROVEEDORES

- > Atención del paciente de observación urgencias por medico general UR-PRO001
- > Solicitud y asignación de camas UFH-PRO017
- > Solicitud, asignación de cita, toma y respuesta de imágenes diagnósticas IMA-PRO-001
- > Valoración inicial por medico especialista UR-PRO003

PROCESOS DE APOYO

- > Proceso de Farmacia
- > Proceso de verificación y comprobación de derechos
- > Gestión hotelera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- > Contratación y mercadeo
- > CIE – 10, - RIPS, - CUPS
- > Guías medicas y de Enfermería
- > Protocolos del comité de infecciones
- > Normas de Biosseguridad

CONTROL

- > Registro en la H.C. de la condición del paciente

RIESGO

Comunicación del paciente durante el traslado

ACTIVIDADES

1. El personal de Enfermería entrega e informa al responsable del traslado, el medio de transporte (todo paciente debe ser trasladado en camilla o silla de ruedas), el sitio de destino, los requerimientos especiales del traslado, infusiones permanentes, oxígeno, acompañamiento medico etc), y la orden medica completamente diligenciada.
2. La auxiliar de Enfermería que tiene asignado el paciente en compañía del camillero lo pasan al medio de transporte indicado.
3. Si el traslado es temporal: se envía, Historia Clínica, ayudas diagnósticas, los insumos de acuerdo a las indicaciones del servicio receptor.
4. Si el traslado es permanente: se envía el paciente con la Historia Clínica actualizada y antigua, epicrisis, pertenencias, ayudas diagnósticas, medicamentos e insumos. El personal de enfermería diligencia el formato del traslado y lo entrega a facturación.
5. La auxiliar de Enfermería registra en la Historia Clínica la condición del paciente y entrega la orden de la ayuda diagnóstica si es pertinente.
6. Si la condición del paciente es crítica debe ir acompañado por el medico Asistencial y enfermera. La enfermera asigna a una auxiliar para hacer llamado previo de ascensor.
7. Si el paciente ingresa o egresa de la UCI, debe ser recibido y entregado por el medico y la enfermera del servicio y de la unidad.
8. El camillero y quien lo acompañe hacen entrega personal del paciente a la enfermera y a la auxiliar de servicio receptor.
9. Si el paciente es trasladado para una ayuda diagnóstica o terapéutica debe llevar la Historia Clínica para elaborar registro del procedimiento y gasto de insumos y medicamentos.
10. Durante el traslado del paciente el camillero vigila las condiciones propias del paciente y vela por la privacidad y dignidad del mismo.
11. Si el traslado es temporal el auxiliar del servicio receptor se hará responsable del monitoreo continuo de las condiciones del paciente.
12. Una vez resuelto el motivo del traslado temporal el servicio receptor se comunica con el servicio de origen para el respectivo traslado.
13. El personal responsable del traslado se encarga de regresar el paciente al servicio de origen monitorizando la condición clínica y sus requerimientos; a su vez avisa a la auxiliar encargada para instalar nuevamente en la Unidad y hacer entrega del paciente con informe completo verbal y escrito de las novedades ocurridas durante el traslado con Historia Clínica, ayuda diagnóstica realizada y respuesta de inter consulta.

SALIDAS

Paciente recibido en el servicio correspondiente
Paciente con ayuda diagnóstica realizada o Inter consulta realizada e instalado en la Unidad

REQUISITOS DE SALIDA

- > Paciente aceptado
- > Paciente devuelto al servicio de origen con ayuda diagnóstica o terapéutica realizada e Interconsulta contestada

PROCESOS CLIENTES

- > Proceso de Facturación
- > Proceso Interconsulta
- > Proceso Farmacia
- > Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- > Proceso de recibo de pacientes en el servicio

INDICADORES

Pacientes complicados durante el traslado x por mes

RECURSOS

- > Camilla adecuada para el transporte del paciente
- > Bombas de infusión
- > Formatos
- > Camilleros.
- Sillas de ruedas
- Balas de Oxígeno

REGISTROS

- > Evolución medica y de enfermería
- > Libro de registro de ingreso y egreso del Servicio
- > Hoja de traslados completamente diligenciada (Traslados internos para Facturación)
- > Informe de eventos ocurridos durante el traslado del paciente hospitalizado

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: COMITÉ LÍDER DE PROCESOS
CARGO: Coordinador

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Fundación Lucas Manóvil
MIRAFLORES DE LA SIERRA, S.A.S.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que vaya a efectuarse a cualquier paciente atendido en la institución.	RESPONSABLE: Médico de la Especialidad Tratante	OBJETO: Informar completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar y obtener su autorización para la realización del mismo.	CÓDIGO: UR-PROO20	FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08-/2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/06-/008
---	---	---	-------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ENTRADAS

- Paciente que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Familiar o representante legal.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente consciente, con autonomía mental (derecho fundamental, constitución de 1991).
- Familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad.
- Representante legal

PROCESOS PROVEEDORES

- Procesos de valoración por Médicos Especialistas en todos los procesos asistenciales.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de información al paciente y su familia
- Procesos de solicitud, gestión y respuesta de interconsulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 23 de 1981, ética médica
- Decreto 3380 de 1981, reglamentario ley 23
- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 1122 de 2007, reforma de la Ley 100.
- Código civil.
- Resolución 13437, de 1991 comité de ética hospitalaria y decálogo de derechos de los pacientes.
- Guías de atención médica.
- Código de ética del Hospital.

ELABORÓ:
FIRMA: *Isabel Serrano Lopez*
NOMBRE: ISABEL SERRANO LOPEZ
CARGO: CIRUJANO - MIEMBRO GRUPO LIBER DE PROCESOS

REVISÓ:
FIRMA: *Luis Enrique Avarez Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE AVAREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:
FIRMA: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE

ACTIVIDADES

1. El médico especialista decide que procedimientos diagnósticos o terapéuticos son requeridos por el paciente.
 2. El Médico especialista informa en lenguaje sencillo y claro, al paciente y su familia, sobre la naturaleza de su enfermedad, y la necesidad de practicar el procedimiento en mención.
 3. Explica además las características del procedimiento: qué es, cómo se hace y para qué sirve.
 4. Presenta claramente los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, así como las alternativas de tratamiento, si las hay, y las consecuencias de no realizarlo.
 5. Es importante hacer énfasis en los riesgos de la anestesia si es necesario aplicarla.
 6. Debe exponer al paciente sobre su capacidad de aceptar o rehusar el procedimiento y confirmar el hecho de que su decisión será respetada en cualquier circunstancia. También debe explicarle que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
 7. Debe explicar además que pueden ser necesarios algunos procedimientos complementarios en caso de complicación o urgencia que deben ser autorizados en este momento.
 8. Debe preguntársele al paciente si tiene alguna condición específica que desee le sea respetada.
 9. En caso de que el paciente no esté en condiciones de tomar esta decisión (menor de edad, inconsciencia, alteración del estado mental), el consentimiento debe ser firmado por un familiar responsable o el representante legal: en su orden: Esposo(a), padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o un familiar en segundo grado de afinidad, (artículo 5 ley 73 de 1988), artículo 61 código civil.
 10. En el caso de los menores de edad, a quienes su representante legal no autorice el procedimiento y el médico considere que es absolutamente indispensable, el caso se presentara ante la autoridad judicial correspondiente para la debida autorización. (Código de protección del menor).
 11. El médico especialista debe llenar completamente el formato de consentimiento informado, firmarlo y entregarlo al paciente para que este lo lea y lo firme, al igual que el testigo. Debe llenarse un formato completo para cada uno de los procedimientos que se vayan a efectuar.
 12. El médico debe registrar en la historia que se informó al paciente y su familia y que el consentimiento fue firmado.
- EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, SEGÚN CRITERIO MEDICO, NO ES NECESARIO ESTE PROCESO.**

RIESGO

1. Cancelación de procedimientos
2. Demandas por practicar procedimientos no consentidos

CONTROL

1. No se programara ningún procedimiento sin tener el formulario firmado del consentimiento.
2. No se llevará a cabo ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no tenga el consentimiento informado firmado.

SALIDAS

- Autorización del paciente y/o su familia para la realización del procedimiento.

REQUISITOS DE SALIDA

Autorización obtenida con la información clara y completa y asegurándose que el paciente la haya comprendido.
Formulario diligenciado y firmado por medico especialista, paciente y testigo

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de intervención quirúrgica.
- Proceso de solicitud toma y respuesta de ayudas diagnósticas y terapéuticas.
- Procesos de Hospitalización.

INDICADORES

% de cancelación de procedimientos por falta de consentimiento firmado
de demandas por procedimientos no consentidos.

RECURSOS

- Papelería
- Recinto apropiado para hablar con el paciente y su familia.




REGISTROS

Formulario de consentimiento informado.
Historia clínica

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: urgencias
PROCESO: custodia de elementos de prueba

ALCANCE: a todos los elementos y materiales de prueba	RESPONSABLE: Médico especialista	OBJETO: garantizar la recolección, manejo, embalaje y custodia de prueba para trámites legales ante la fiscalía.	Código: UR-PRO021	Fecha de elaboración: 2006-09-10	Fecha de actualización: 2006-09-10	Versión: Original Página:
---	----------------------------------	--	-------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------

<p>REQUISITOS DE ENTRADA</p> <p>Paciente con herida por arma de fuego, corto punzante o contundente. Prendas de vestir, objetos personales del paciente.</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El médico especialista recupera el proyectil, elemento corto punzante o contundente utilizando elementos de bioseguridad. 2. La instrumentadora prepara su embalaje asegurando su integridad, preservación y seguridad y entrega ala auxiliar de enfermería. (Según procedimiento). 3. La auxiliar de enfermería rotula con nombres y apellidos completos, número de historia clínica, fecha y hora, 4. La enfermera diligencia la ficha correspondiente en original y copia siguiendo los lineamientos de la normatividad establecida. (Según procedimiento). 5. La enfermera y todos los miembros del equipo quirúrgico firman la ficha. (Según procedimiento). 6. La enfermera entrega la ficha y elemento de prueba a la secretaria del servicio registrando en el libro correspondiente y dejando la copia en el servicio. 7. La secretaria hace entrega del elemento de prueba y de la ficha a la URI del CTI a través de una carta de remisión del elemento encontrado. 	<p>SALIDAS</p> <p>Elemento de prueba rotulado y entregado a la URI.</p>
<p>ENTRADAS</p> <p>Paciente con elemento de prueba en su cuerpo</p>		<p>REQUISITOS DE SALIDA</p> <p>Elemento de prueba debidamente embalado y rotulado con la ficha correspondiente</p>
<p>PROCESOS PROVEEDORES</p> <p>Proceso de admisión del paciente Custodia de pertenencias.</p>		<p>PROCESOS CLIENTES</p> <p>Cadena de custodia de URI.</p>
<p>PROCESOS DE APOYO</p> <p>Admisiones Vigilancia Entes Judiciales</p>	<p>CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rótulos del embalaje del elemento de custodia. - Libro de entrega firmado por entes judiciales 	<p>INDICADORES</p> <p>Numero de pacientes con elementos de prueba enviados a fiscalía. Porcentaje de Pruebas no satisfactorias.</p>
<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</p> <p>Guías medicas de atención Código Procedimiento Penal Resolución 1890 de 2002 Ley 600 de 2002</p>	<p>REGISTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Fichas de los elementos de prueba. - Libro de registro de entrega del elemento de prueba. - Remisiones de los elementos de prueba entregados a la URI. 	<p>RECURSOS</p> <p>Recurso humano, material medicoquirúrgico, elementos de papelería, bolsas de embalaje.</p>

<p>Elaboró:</p> <p>Firma:  Nombre: comité de calidad urgencias Cargo: COORDINADOR</p>	<p>Revisó:</p> <p>Firma:  Nombre: COMITÉ LIDER DE PROCESOS Cargo: COORDINADOR</p>	<p>Aprobó:</p> <p>Firma:  Nombre: ALFONSO RICAURTE RIVEROS Cargo: gerente</p>
---	--	---

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: REMISIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: PACIENTES QUE TRASLADADOS A INSTITUCIÓN	APLICA A HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN SER TRASLADADOS A OTRA INSTITUCIÓN	RESPONSABLE: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	OBJETO: UBICAR A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL EN OTRAS IPS, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, CUANDO LA CAPACIDAD INSTALADA ES INSUFICIENTE O REQUIERE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD.	CÓDIGO: UR-PRO022	FECHA DE ELABORACIÓN: 04-10-2007	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 03-12-2007
--	--	---	---	-------------------	----------------------------------	------------------------------------

ENTRADA

- Paciente Hospitalizado
- Orden de Remisión

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente que requiere ser trasladado por condiciones médicas o administrativas a un nivel de complejidad mayor o menor o EPS remitente
- Orden de remisión por Especialista y completamente diligenciada.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de Atención Médica Diaria por especialista.
Proceso de Revista médica
Proceso de Valoración Inicial por Médico Especialista
Proceso de solicitud, gestión y respuesta interconsulta

PROCESOS DE APOYO

Proceso de contratación
Proceso de autorización

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Resolución 1995 de 1999
Contratación vigente
Decreto 2759 de 1991
Manual de referencia y contra referencia

ACTIVIDADES

1. El medico especialista diligencia el formato de remisión, en original y copia, explicando la causa de la misma, para una institución de mayor o menor complejidad por requerimientos médicos o administrativos.
2. El medico especialista le informa de la necesidad del traslado al paciente y su familiar designado como accidente.
3. El medico asistencial le informa a la auxiliar de verificación de derechos del servicio, la necesidad de tramitar la remisión.
4. La auxiliar de verificación de derechos del servicio, reúne los documentos, así: original del formato de remisión, fotocopia del carné de seguridad social y fotocopia del documento de identidad.
5. La auxiliar de verificación de derechos del servicio solicita vía fax o telefónicamente, la autorización y el lugar de ubicación a la administradora de planes de beneficios.
6. La auxiliar de verificación de derechos del servicio lleva la autorización y la remisión a la oficina de referencia y contrarreferencia de la institución, diligenciando el libro de tramite de remisiones, donde debe quedar especifica la hora y fecha de recibo y entrega.
7. La auxiliar de referencia y contrarreferencia inicia la ubicación del paciente teniendo en cuenta la red alterna de la administradora de planes de beneficio. Una vez confirmada la IPS receptora, la fecha y hora de traslado del paciente, la auxiliar de referencia y contra referencia da inicio al proceso de SOLICITUD Y TRAMITE DE AMBULANCIA.
9. La auxiliar administrativa de referencia y contra referencia llama al servicio donde esta ubicado el paciente e informa a la enfermera el resultado de la gestión realizada.
10. La enfermera informa a la auxiliar de verificación de derechos del piso para que recoja la documentación pertinente en la oficina de referencia y la anexe a la historia clinica haciendo los registros correspondientes.
11. La auxiliar de verificación de derechos y autorizaciones ubica e informa a la familia sobre la fecha y hora del traslado del paciente y los requerimientos para el mismo.
12. La enfermera y el medico asistencial del servicio entregan al paciente al personal de la ambulancia, junto con la documentación requerida.

RIESGO

Falta de oportunidad en la ubicación del paciente

CONTROL

Revisión del libro de tramite de remisiones

REGISTROS

Formulario de remisión
Autorización - Libro de tramite de remisiones
Hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos.

SALIDAS

Paciente remitido.

REQUISITOS DE SALIDAS

- Paciente aceptado en la IPS receptora.
- Paciente en condiciones clinicas de ser trasladado.

CLIENTE

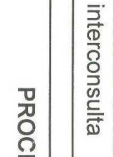
- Proceso de traslado interinstitucional de paciente en ambulancia
- Proceso de control de capitación
- Proceso de facturación
- Proceso de egreso por alta.
- Proceso devolución de medicamentos

INDICADORES

Oportunidad de tramite de remisión

RECURSOS

Medios de comunicación.
Papelaria

<p>ELABORÓ:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: DEISY VAZQUEZ VARGAS CARGO: COORDINADORA UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS</p>	<p>REVISÓ:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: SUBGERENTE COMITÉ LÍDER DE PROCESOS</p>	<p>APROBÓ:</p> <p>FIRMA: </p> <p>NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS CARGO: GERENTE</p>
---	--	--



HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
IBAGUÉ - TOLIMA - E.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: EGRESO POR ALTA VOLUNTARIA

VERSION:
ORIGINAL

PAGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para los pacientes que soliciten retiro voluntario de la Institución

RESPONSABLE
Médico del servicio

OBJETO: Garantizar que los pacientes que solicitan retiro voluntario, reciban información completa y cumplan los trámites de tipo administrativo y asistencial para su egreso.

CODIGO
UR-PRO
023

FECHA DE ELABORACION:
30 - 07 - 06

FECHA DE APROBACION:
13-09-2007

ENTRADAS

- Manifestación del paciente de suspender el tratamiento hospitalario.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente o familia autónomos para decidir la suspensión del tratamiento hospitalario

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de Atención del paciente de observación de urgencias por médico general.
- Proceso de Atención de Enfermería.

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Comprobación y Verificación de derechos
- Proceso de Oficina Jurídica y Control Disciplinario.
- Proceso de autorizaciones.
- Proceso de devolución de medicamentos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 100/93
- Resolución 5261/94
- Resolución 1995/95
- Decreto 2423 /96
- Acuerdo 306/05
- Constitución Política de Colombia 1991
- Declaración de los derechos del usuario.
- Ley 23 de 1981.
- Ley 1122 de 2007.
- Circular 30 de la Supersalud.
- Resolución 1446 de 2006

CONTROL

- Revisión y análisis de los casos registrados como retiro voluntario.

ACTIVIDADES

1. El paciente mayor de edad, la familia o el representante legal del paciente, expresa(n) al personal médico o de enfermería, el deseo de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario.
2. El médico indaga al paciente, familia y/o representante legal la causa que motiva la solicitud de suspender voluntariamente el tratamiento hospitalario. Si el problema puede ser corregido se realizaran todas las acciones necesarias para hacerlo.
3. El médico le explica al paciente y la familia, las condiciones clínicas y la importancia de continuar con el tratamiento hospitalario, los beneficios o las posibles complicaciones en caso de no continuarlo.
4. Si el paciente es menor de edad, se le explica a la familia que priman los derechos del menor sobre las decisiones de los tutores y los conceptos médicos tienen prelación, por el derecho fundamental a la vida y la salud.
5. Si la familia insiste en la voluntad de suspender el tratamiento hospitalario al menor de edad, la trabajadora social reporta la situación al defensor del ICBF para legalizar y garantizar la continuidad de la atención en salud.
6. El médico tratante diligencia el formato de Declaración de Retiro Voluntario completo con firma, huella, testigo y elabora registro en la Historia Clínica, si el paciente no sabe firmar se coloca la huella y testigo con firma a ruego.
7. Se le informa al paciente la posibilidad de desistir en cualquier momento de la decisión del retiro voluntario y la opción de reiniciar el tratamiento cuando lo desee.
8. Al salir el paciente la auxiliar de enfermería le entrega las ayudas diagnósticas, formula médica, resumen de la Historia Clínica, se le sugiere citas de control y se le dan recomendaciones.
9. La auxiliar de enfermería registra en el formato de notificación de eventos adversos.
10. Se continúa el proceso de egreso administrativo.

SALIDAS

- Paciente egresado voluntariamente con declaración de retiro voluntario firmado y registrado en al Historia Clínica

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente, familia y/o responsable informado de su condición Clínica, riesgos y complicaciones de su retiro voluntario.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de egreso administrativo.

INDICADORES

- % de pacientes egresados por retiro voluntario.

RECURSOS

- Formatos
- Computador
- Sala de entrevista con el paciente.

REGISTROS

- Formato de Declaración de retiro voluntario
- Historia Clínica

ELABORÓ:

FIRMA: *Deisy Izquierdo Vargas*
NOMBRE: DEISY IZQUIERDO VARGAS
CARGO: Líder Grupo de Procesos Urgencias

FIRMA:

REVISÓ: *Luis Enrique Alvaréz Laverde*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

FIRMA:

APROBÓ: *Alfonso Ricaurte Riveros*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



HOSPITAL
Federico Llerenas Aguado
BARRILE - TOLLIMA - E.S.S.E.

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN AMBULANCIA

VERSION:
ORIGINAL

ALCANCE: Aplica a todos los pacientes hospitalizados que requieren ser movilizadas en Ambulancia a otra Institución definitiva o temporalmente

RESPONSABLE
Médico asistencial y Enfermera

OBJETO: Garantizar un traslado seguro del paciente asegurando su atención en salud e integridad física

CÓDIGO
UR-PRO024

FECHA DE ELABORACION:
01 - 08 - 06

PAGINA:
1 DE 1

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
11/10/07

ENTRADAS

- Orden médica de remisión o contra remisión.
- Orden de ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realizan en la Institución

ACTIVIDADES

1. La auxiliar de comprobación y verificación de derechos informa al médico, enfermera, familiar y/o responsable del paciente, la aceptación de la remisión ó contra-remisión, la asignación de cita para ayuda diagnóstica o terapéutica, especificando el lugar, fecha, hora, requerimientos especiales y tipo de traslado en ambulancia, diligenciando los registros correspondientes.
2. La enfermera y/o médico tratante solicita a la tripulación de ambulancia su debida identificación y se procede a entregar al paciente:
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Básico: lo entrega la auxiliar de enfermería a cargo del paciente al auxiliar de la ambulancia.
 - ◆ Si es un Traslado Asistencial Medicalizado: el médico asistencial del servicio lo entrega al médico de la ambulancia al igual que el personal de enfermería. Se verifica que cumpla con los requerimientos mínimos para el traslado.
3. El personal de enfermería entrega al auxiliar de ambulancia los documentos necesarios para la remisión o contra-remisión, ayudas diagnósticas y medicamentos para el tratamiento durante el traslado.
4. El personal de enfermería realiza el registro de salida del paciente en la Historia Clínica y en el libro de traslado de pacientes o en el de egresos, según el caso.
5. Si durante el traslado se presenta alguna novedad la tripulación de la ambulancia debe informar a esta Institución.
6. Al regreso del paciente la tripulación de la ambulancia debe entregarle al médico y/o enfermera, copias de los registros de la evolución médica y de enfermería durante el traslado (bitácora de viaje)
7. En caso de toma de ayudas diagnósticas la tripulación de la ambulancia debe entregar los reportes y placas correspondientes. De no ser así informará cuando serán entregados y a través de que medio.
8. El médico de Referencia y Contrarreferencia debe verificar periódicamente (una vez al mes por cada proveedor) en forma aleatoria, que el servicio de Ambulancia contratado cumpla con los estándares de habilitación de acuerdo a las normatividad vigente. Esta revisión será documentada en lista de verificación y enviada al interventor del contrato

SALIDAS

- Paciente trasladado a otra Institución en forma definitiva, o de vuelta en la institución después de la toma del examen.

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente trasladado adecuadamente a otra Institución con copia de la bitácora adjunta a la historia clínica

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Facturación
- Proceso de atención médica.
- Proceso de Referencia y Contrarreferencia

INDICADORES

- Porcentaje de traslados con bitácora adjunta en historia clínica.
- Índice de satisfacción en encuestas de traslado de paciente en ambulancia.

RECURSOS

- Papelería.
- Ambulancia TAB.

REGISTROS

- Historia clínica.
- Libro de egreso de pacientes.
- Libro de traslado a otras Instituciones
- Formato de referencia y/o contrarreferencia.
- Bitácora de viaje.

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de atención por médico general.
- Proceso de atención por médico en observación
- Proceso de Interconsulta
- Proceso de ayudas diagnósticas y terapéuticas
- Proceso de remisión y contra remisión

PROCESOS DE APOYO

- Proceso de Facturación
- Proceso de Enfermería
- Proceso de Farmacia
- Proceso de Contratación

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 1011 / 06
- Resolución 1043 / 06 (Anexos Tec.)
- Contratación Vigente
- Guías médicas y de enfermería
- Decreto 2759 / 91

CONTROL

- Bitácora de viaje.
- Encuesta de satisfacción del traslado.

ELABORÓ:

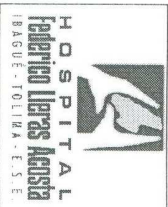
FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: DEISY ZQUIERDO VARGAS
CARGO: Coordinadora U. F. Urgencias

REVISÓ:

FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVÁREZ LAVERDE
CARGO: Subgerente

APROBO:

FIRMA: *[Firma]*
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: Gerente



CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS		PROCESO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA		VERSIÓN: ORIGINAL
ALCANCE: APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	RESPONSABLE: ENFERMERA	OBJETO: GARANTIZAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LA VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PROPORCIONE AL PACIENTE CUIDADO INTEGRAL, BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA	Código: UR-PRO025	PÁGINA: 1 DE 1
			FECHA DE ELABORACIÓN: 22-08-2006	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 04-10-2007

ENTRADAS

- Paciente hospitalizado.

REQUISITOS DE ENTRADA

- Paciente hospitalizado con impresión diagnóstica y especialidad tratante definida

PROCESOS PROVEEDORES

- Proceso de admisión del paciente en servicios de hospitalización.
- Proceso de atención inicial médica

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de servicios generales.
- Proceso de información al paciente y la familia.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 226 de 1996.
- Ley 911 de 2004. (Cód. ética enfermería).
- Resolución 1043 de 2006.
- Protocolos del comité de Infecciones.
- Guías de manejo médico y de enfermería.

ACTIVIDADES

1. Al ingreso al servicio el profesional de Enfermería de turno valora al paciente, toma los datos significativos, elabora el diagnóstico de acuerdo al patrón alterado, define la meta y propone actividades para el cumplimiento de la misma.
2. El profesional de Enfermería elabora plan de Atención de Enfermería, según protocolo y hace registro en el formato establecido, escribe su nombre, firma, RUN y lo anexa a la historia clínica.
3. El profesional de Enfermería explica a la auxiliar, la familia y el equipo de salud el objetivo y las actividades a desarrollar para obtener la meta propuesta.
4. La profesional de enfermería y la auxiliar de enfermería ejecutan las actividades del Plan de Atención de Enfermería y las registran en la historia clínica.
5. La enfermera realiza monitoreo y evalúa el plan de atención de enfermería, lo modifica y ajusta de acuerdo a la evolución del paciente.

CONTROL

- Registro del plan de atención de enfermería en la historia clínica.

REGISTROS

- Formato de plan de atención de enfermería.
- Evolución de enfermería en la historia clínica.

SALIDAS

- Paciente con Plan de Atención de Enfermería

REQUISITOS DE SALIDA

- Paciente con Plan de Atención de Enfermería elaborado y evaluado.

PROCESOS CLIENTES

- Proceso de Atención de Enfermería
- Proceso de Atención médica.

INDICADORES

- Porcentaje de historias clínicas con planes de atención de enfermería.

RECURSOS

- Papelería.
- Formatos.
- Computador.
- Impresora.

ELABORÓ:

FIRMA:

NOMBRE: **DEISY IZQUIERDO VARGAS.**

CARGO: **Lider de procesos U. F. Urgencias**

REVISÓ:

FIRMA:

NOMBRE: **COMITÉ LIDER DE PROCESOS**

CARGO: **Coordinador**

APROBÓ:

FIRMA:

NOMBRE: **ALFONSO RICAURTE RIVEROS**

CARGO: **Gerente**



CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: URGENCIAS SUBPROCESO: ATENCIÓN INICIAL POR MÉDICO GENERAL

VERSIÓN:
ORIGINAL

PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica para todos los pacientes que requieran la atención en el servicio.

RESPONSABLE: Médico general de urgencias

OBJETO: Garantizar la atención inicial del paciente por el médico general, con oportunidad, satisfaciendo las necesidades de salud

Código: UR - PRO 026

FECHA DE ELABORACIÓN: 02-10-2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 21-08-2007

ENTRADAS

Paciente.
RIPS de Urgencias

ACTIVIDADES

1. El médico general recibe al paciente, lo saluda, se identifica, realiza anamnesis y examen físico, si el estado del paciente es muy crítico, realiza los procedimientos de urgencia, de acuerdo a las guías médicas de atención, hasta lograr su estabilización.
2. Registra en la historia clínica (RIPS), con letra clara y legible en original y copia, la fecha y hora en que inicia la atención del paciente, diligencia el RIPS con todos los datos, registra el diagnóstico, con el código CIE 10 correspondiente, registra la conducta a seguir con el paciente en el RIPS de urgencia, lo firma y sella o registra el nombre completo con el registro médico correspondiente.
3. Elabora las ordenes médicas, solicita lo paraclínicos de acuerdo a la guía médica y solicita la valoración por la especialidad que corresponda.
4. Explica al paciente y su familia, todo lo concerniente a su patología, la conducta a seguir, los riesgos y posible pronóstico de su enfermedad.
5. Hace entrega del paciente al personal de enfermería, para continuar con el proceso de atención del paciente en el servicio, bien sea para hospitalizar o para dejar en observación.
6. Diligencia todos los documentos necesarios que se deriven de la atención.

SALIDAS

Paciente de urgencias atendido e informado.

REQUISITOS DE SALIDA

Registros necesarios para la atención inicial de urgencias, diligenciados en forma completa y correcta.
Paciente y familia satisfechos con la atención e información dada por el médico general.

REQUISITOS DE ENTRADA

Paciente con TRIAGE e priorización.
En caso de ser remitido con la remisión

PROVEEDORES

Proceso de priorización del paciente de urgencias.
Proceso de admisión del paciente en el servicio.

PROCESOS DE APOYO.

Proceso de referencia.

CONTROL

Calidad de la Historia clínica.
Ordenes médicas acordes con las guías médicas de atención.

REGISTROS

RIPS de urgencias en original y copia, RIPS de procedimientos, Formulario de ordenes médicas, formulario de solicitud de laboratorios clínicos y ayudas diagnósticas, formato de medicamentos no poss, formatos de fichas epidemiológicas, certificado médico del paciente de accidente de tránsito, formato de solicitud de sangre o sus derivados.

INDICADORES DE EFICACIA

Total de encuestas de satisfacción en lo que respecta a la atención inicial por médico general / Total de encuestas de satisfacción aplicadas.
Tiempo promedio de espera del paciente para recibir la atención

RECURSOS

Físicos.
Humanos.
Logísticos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías médicas de atención
Guías de atención de enfermería
Resolución 1995/99
Contratación vigente

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DEISY IZQUIERDO VARGAS
CARGO: COORDINADORA COMITÉ CALIDAD URGENCIAS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: LUIS ENRIQUE ALVÁREZ LAVERDE
CARGO: SUBGERENTE

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: ALFONSO RICAURTE RIVEROS
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
General de Urgencias
BASE REGISTRO

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS
PROCESO: ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ALCANCE: Aplica de lunes a viernes a las 7:00 a.m. para el médico general asignado a observación, personal de enfermería, Auxiliar de verificación de derechos, coordinador médico y coordinador de Unidad funcional.

RESPONSABLE: Coordinadora Unidad Funcional Urgencias

OBJETO: Recibir y entregar información concreta y veraz sobre el estado de salud de los pacientes y de las novedades tanto asistenciales como administrativas presentadas durante el turno nocturno, con el fin de generar acciones preventivas, correctivas o de mejora según las situaciones presentadas.

CÓDIGO: UR-PRO027

Fecha de elaboración: 02-10-2006

Fecha de actualización: 06-10-2008

ENTRADAS

Paciente hospitalizado.
Personal de enfermería saliente y entrante al turno.
Médico general asignado a observación.
Personal de autorizaciones y verificación de derechos.
Coordinador médico
Coordinador Unidad Funcional de urgencias.

REQUISITOS DE ENTRADA

Pacientes hospitalizados en observación urgencias a las 7:00 AM de lunes a viernes.
Todo el personal completo para iniciar la revista.

PROVEEDORES

Atención del paciente de observación urgencias por médico general UR-PRO001

PROCESOS DE APOYO

Proceso de ayudas diagnósticas.
Proceso de Gestión de ayudas diagnósticas UR-PRO016.
Proceso de solicitud, toma y respuesta de imágenes diagnósticas UR-PRO017.
Proceso de solicitud, gestión y respuesta de inter consultas de especialidades que no tiene asignado tiempo UR-PRO015.
Proceso de Gestión de autorizaciones

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Guías médicas de atención
Guías de atención de enfermería
Resolución 1995/99
Contratación vigente

ACTIVIDADES

1. Todo el recurso humano que hace parte de la revista ingresa a la sala de observación hombres y mujeres, a las 7:00 a.m.
2. La enfermera del turno de la noche, hace entrega paciente por paciente informando: nombre del paciente, edad, procedencia, fecha, hora de ingreso y de atención en el servicio, seguridad social, diagnóstico de ingreso, especialidad a cargo, evolución clínica, resultados de laboratorio más relevantes, especialidades inter consultadas, ayudas diagnósticas pendientes, tratamiento instaurado, goteos especiales y trámites administrativos pendientes, datos que deben quedar registrados en el libro de entrega de turno de enfermería.
3. De manera simultanea, la enfermera que llega al turno verifica los registros de la historia clínica, haciendo énfasis en la administración de medicamentos, verificando que lo ordenado corresponda a lo aplicado y revisando que no queden sobrantes de medicamentos.
4. El personal auxiliar de enfermería que recibe y entrega interviendría de acuerdo a lo relevante del paciente, o en aquellas situaciones que considere importante comentar.
5. La coordinadora de la Unidad Funcional revisa el RIPS de urgencias de cada paciente, verificando que se encuentre completamente diligenciado, haciendo énfasis en la hora de atención del médico general, el diagnóstico con el código CIE 10 y que esté firmado por el médico general responsable de la atención.
6. La enfermera del turno de la noche informa la hora en que fue atendido el paciente por las diferentes especialidades.
7. La Coordinadora de la Unidad funcional de urgencias registra en el formato de seguimiento a indicadores de oportunidad UR-FR001 los datos informados y toma nota de los faltantes de medicamentos y suministros durante el turno.
8. La coordinadora de la Unidad funcional, la coordinadora médica y la enfermera que recibió turno revisan lo correspondiente a los pacientes que se encuentran en las salas de suturas, reanimación, consultorios, aislados y pediatría.
9. La coordinadora de la Unidad Funcional de Urgencias, diligencia el formato de resumen de hallazgos UR-FR030 encontrados en la revista y envía copia a la gerencia y a la subgerencia.
10. La coordinadora de la Unidad Funcional y la coordinadora médica ejecutan las acciones correctivas y preventivas que haya a lugar.

RIESGO

No gestión de las actividades asistenciales y administrativas por desconocimiento de las necesidades de los pacientes.

CONTROL

Análisis de los registros consignados en el formato de resumen de hallazgos UR-FR030

REGISTROS

Formato de seguimiento diario a la oportunidad de valoración
Formato resumen de hallazgos encontrados en la revista de urgencias
Libro de entrega de turno de enfermería

SALIDAS

Personal médico, de enfermería y administrativo informado de todos los pacientes que se encuentran en observación y de las novedades asistenciales y administrativas presentadas durante el turno en el servicio.

REQUISITOS DE SALIDA

Personal médico, de enfermería y administrativo informado en forma veraz y completa de todos los pacientes.

CLIENTES

Procesos de egreso.
Proceso de ayudas diagnósticas.
Proceso de Facturación.
Proceso de Referencia.
Proceso de Valoración inicial por médico especialista.
Proceso de atención de enfermería
Proceso Atención del paciente en observación de urgencias por médico general.
Proceso de información del paciente y su familia.
Proceso de Solicitud, trámite y respuesta de interconsultas.

INDICADOR

% de solución de necesidades identificadas durante el proceso.

RECURSOS

Historia clínica.
Papelaría

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA
CARGO: COMITÉ CALIDAD URGENCIAS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
ALCANCE: Aplica para los pacientes que van a ser remitidos de otras IPS al Hospital Federico Lleras Acosta ESE

RESPONSABLE: Médico general de referencia

OBJETO: Coordinar las acciones pertinentes para la aceptación de pacientes en el HFLLA.

CÓDIGO: UR-PRO28

FECHA DE ELABORACIÓN: 02.10.2006

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 06.10.2008

CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS PROCESO: REFERENCIA

VERSIÓN: ORIGINAL
PÁGINA: 1 DE 1

ENTRADA

Solicitud vía telefónica o por radiotelefono, de ubicación de pacientes que requieren la atención.

REQUISITOS DE ENTRADA

Reporte vía fax de solicitud de remisión con información completa del paciente: nombre, identificación, edad, diagnóstico, resumen de la historia clínica, entidad aseguradora, definición del servicio solicitado.

PROVEEDOR

Procesos de atención de las IPS públicas y privadas, principalmente del Tolima.
Proceso de Referencia y contrarreferencia de aseguradoras

PROCESOS DE APOYO

Proceso de venta de servicios
Autorizaciones de servicios y verificación de derechos,
Procesos de Egreso (UR-PRO008, UR-PRO009, UR-PRO10-UR014)
Proceso de asignación de camas

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 4747, de Diciembre 7 de 2007.
Informe actualizado de los contratos del hospital
Resolución 3047 de 2008.
Acuerdo 306/2005.
Resolución 5261/94

ACTIVIDADES.

1. El médico de referencia verifica dos veces al día (7:00 y 14:00 horas) de manera presencial la disponibilidad de camas en: urgencias, hospitalización y unidades de cuidados críticos; registrando la información en el formulario registro gestión de camas intra hospitalarias. URRFR030
2. La auxiliar de referencia, recibe la llamada de la IPS solicitando la remisión del paciente al HFLLA, registra los datos suministrados en el modulo de referencia y contrarreferencia del software xenco en el formato verificación de derechos del paciente a remitir y le informa al interlocutor que envíe remisión completa, copia del carnet de seguridad social y del documento de identidad por vía fax.
3. La auxiliar de referencia verifica los derechos del paciente en las bases de datos establecidas y registra en el software los hallazgos, según procedimiento UR-PRO0015
4. La auxiliar de referencia entrega al médico de referencia la remisión con los documentos.
5. El médico de referencia revisa la remisión y de acuerdo a la condición clínica del paciente y según la capacidad hospitalaria instalada disponible en ese momento, acepta o rechaza la remisión.
6. El médico de referencia diligencia con fecha y hora en el software la respuesta y las recomendaciones que se le van a dar a la institución remitente y entrega los documentos a la auxiliar de referencia.

EN CASO DE REMISION ACEPTADA:

7. La auxiliar de referencia una vez recibe la remisión, se comunica telefónicamente con la IPS remitente, para notificar la aceptación, registra en el software la fecha, hora y el nombre de la persona que recibió la información.
8. La auxiliar de referencia imprime el formato diligenciado en el software y lo ubica junto con la remisión del paciente en la carpeta de registros clínicos donde se admite el paciente una vez llegue a la institución.

EN CASO DE REMISION NO ACEPTADA:

9. El médico de referencia, se comunica con el médico de la IPS remitente para orientar la ubicación del paciente y registra la información brindada en el software.
10. El médico de referencia archiva las remisiones no aceptadas para realizar seguimiento de estas al día siguiente, llamando a las IPS y preguntando que ha pasado con esos pacientes.
11. El médico de referencia revisa a las 07:00 y a las 13:00 horas la carpeta donde quedan las remisiones aceptadas, determina cuales pacientes aceptados no llegaron y solicita a la auxiliar de referencia que se comuniquen con las IPS e indague sobre la causa por la cual el paciente no llegó y registra en el software con fecha, hora y nombre de quien dio la respuesta.
12. El médico de referencia registra en el libro foliado de novedades de la dependencia de referencia y contra referencia, con fecha y hora de todos los aspectos que considere importantes para ser comentados en las reuniones de red, para generar acciones de mejora.

RIESGO

Falta de oportunidad en la aceptación que puede generar complicaciones.

CONTROL

Revisión y análisis de los registros del software de los pacientes comentados para ser ubicados en el HFLLA, con todas las notas de gestión realizados a través de la dependencia.

SALIDA

Paciente aceptado o no aceptado según condición clínica del paciente y/o capacidad instalada.

REQUISITOS DE SALIDA

Paciente aceptado oportunamente o no aceptado con información oportuna a las IPS.

CLIENTE

Proceso de TRIAGE en urgencias UR-PRO004
Proceso de admisión de urgencias UR-PRO012
Proceso de atención inicial por medico general. UR-PRO026

INDICADOR

Oportunidad de aceptación

RECURSOS

Celular
Teléfono
Fax
Impresora
Computador
Bases de datos actualizada

REGISTROS

Formularios del software
Formato impreso de Verificación de derechos del paciente remitido
Formulario registro gestión de camas intra hospitalarias.
Libro de novedades

ELABORÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DEISY IZQUIERDO VARGAS
CARGO: COMITÉ CALIDAD URGENCIAS

REVISÓ:

FIRMA:
NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
CARGO: GRUPO LÍDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
NOMBRE: IVÁN DAVID HERNÁNDEZ GUZMÁN
CARGO: GERENTE

CARACTERIZACIÓN DEL MACRO PROCESO: ATENCIÓN EN URGENCIAS

PROCESO: VERIFICACIÓN DE DERECHOS



ALCANCE: Aplica para todos los usuarios que demandan la atención de urgencias, excepto las maternas a quienes se les verifica derechos y solicitan la autorización en sala de partos.

RESPONSABLE: Auxiliar administrativa
OBJETIVO: Identificar la empresa responsable de pago de los usuarios que demandan la atención por el servicio de urgencias para tramitar autorización de prestación de servicios

VERSION: ORIGINAL
PÁGINA: 1
 Código URG-PRO 029
 Fecha de elaboración: 19-08-2009
 Fecha de actualización: 15-09-2009

ENTRADA

Usuario
 Formato triage
 Documento de identidad.

REQUISITO DE ENTRADA

Usuario que requiere la atención de urgencias
 Formato triage diligenciado por la enfermera.

PROCESOS PROVEEDORES

Proceso de referencia.
 Proceso de triage

PROCESOS DE APOYO

Proceso de revista asistencial y administrativa.
 Proceso de atención de enfermería.
 Proceso de admisión del paciente en urgencias.
 Proceso atención medico general.
 Proceso atención medico especialista.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Decreto 4747, 2007
 Resolución 3047, 2008
 Resolución 416, 2009
 Contratación Institucional.
 Decreto 5261 de 1994

REGISTROS

Formato TRIAGE Hospitalario
 Servicio de Urgencias.
 Registro de Solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos
 Libro foliado de Verificación de derechos
 Anexo 1 reporte de inconsistencias en bases de datos (W91)
 Anexo 2 autorización para la atención inicial de urgencias (W92).
 Anexo 3 autorización para la atención posterior a la urgencia (W94).

ACTIVIDADES

Quando el usuario ingresa directamente al servicio de urgencias :

1. La enfermera de TRIAGE clasifica la prioridad de atención del usuario según proceso UR-PRO004 y entrega el formato TRIAGE (UR-FR002) a la auxiliar de verificación de derechos.
 2. La verificadora de derechos con el numero del documento de identidad y el nombre completo, verifica en las diferentes bases de datos, la Empresa Responsable de Pago a la que pertenece el usuario, registrándolo en hoja de triage (UR-FR002).
 3. La verificadora de derechos realiza el anexo 1 reporte de inconsistencias en bases de datos (W91 en el software de aplicación), cuando se detecta alguna inconsistencia, y lo entrega a la oficina de autorizaciones a través del libro de entrega de verificación de derechos LIBRO FOLIADO DE VERIFICACIONES DE DERECHOS.
 4. La verificadora de derechos, una vez el medico general decide dejar hospitalizado en observación al usuario, diligencia en el registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos (UR-FR001), lo encontrado en cada una de las bases de datos, y la confirmación del estado activo del usuario a través de la línea 018000 o página WEB de la Empresa Responsable de Pago.
 5. La verificadora de derechos diligencia el anexo 2 autorización para la atención inicial de urgencias (W 92 en el software de aplicación), se envía por correo electrónico a la entidad responsable del pago, dentro de los tiempos determinados en la resolución 3047, según instructivo UR-1001.
 6. La verificadora de derechos, una vez generado el código de la atención de urgencias por la Empresa Responsable de Pago, lo registra tanto en el anexo 2 autorización para la atención inicial de urgencias (W 92 en el software de aplicación) como en la hoja de registro de solicitud de autorizaciones y/o comprobación de derechos UR-FR001.
 7. La verificadora de derechos una vez definida la conducta por el médico tratante, diligencia el anexo 3 autorización para la atención posterior a la urgencia (W 93 en el software de aplicación), lo envía por correo electrónico a la empresa responsable del pago y aplica los tiempos definidos en la resolución 3047, según instructivo: UR-1001.
 8. La verificadora de derechos, registra: el nombre del paciente, documento de identidad, número de cama, el número del W92, número de W93, código de atención de urgencias o número de anexo 4 (Autorización emitida por Empresa Responsable de Pago) en el LIBRO FOLIADO DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS.
 9. La verificadora de derechos entrega al auxiliar de facturación el anexo 2, anexo 3 y los requerimientos necesarios para la factura y hace firmar el recibido en el LIBRO FOLIADO DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS.
- Quando el usuario ingresa remitido:**
10. La enfermera de TRIAGE, clasifica la prioridad de la atención del paciente que llega remitido y pasa el documento de TRIAGE a admisiones para que el paciente sea admitido en el sistema y se genere el RIPS de la atención inicial de urgencias.
 11. El médico de urgencias define conducta y hospitaliza al usuario.
 12. La verificadora de derechos una vez definida la conducta médica, verifica el tipo de autorización enviada y realiza el anexo 3 (W 93) correspondiente en caso necesario.
 13. Se continua con los definido en los ítem 8 y 9.

SALIDAS

Usuario con empresa responsable del pago identificada, reportado y/o autorizado.

REQUISITOS DE SALIDA

Usuario con empresa responsable del pago identificada, reportado de acuerdo a los tiempos definidos en la norma y con autorización de la prestación de servicios solicitados

PROCESOS CLIENTES

Proceso de atención en hospitalización
 Procesos de atención en quirófano.
 Proceso de egreso por alta médica.
 Proceso de ayudas diagnósticas que no se realizan en la institución.

INDICADOR

% de solicitudes entregadas a facturación.

RECURSOS

Equipo de computo
 Escáner
 Fax
 Líneas Telefónicas
 Servicio de Internet

CONTROL

La entrega a facturación del W92 o W93 y la firma del recibido por parte del facturador en el libro foliado.

RIESGO

Que no se solicite la autorización de los servicios requeridos por el usuario.

ELABORÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: PATRICIA IBARRA ERASO
 CARGO: MEDICO REFERENCIA ADSCRITO COOP SURGIMOS

REVISÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
 CARGO: COORDINADOR GRUPO LIDER DE PROCESOS

APROBÓ:

FIRMA:
 NOMBRE: IVAN DAVID HERNÁNDEZ GUZMAN
 CARGO: GERENTE