

# **Manual de Procesos y Procedimientos**

## **PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS POR AREA DE GESTIÓN**

### **TOMO 2**

**ISBN N° XXXXXXXX**

**LUIS ORLANDO ORTIZ IBAÑEZ**



**Empresa Social del Estado  
Hospital Universitario del Caribe**

**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

**TOMO 1**

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS POR AREA DE GESTIÓN**

**Cartagena de Indias**

Junio de 2008



**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE**

NIT .900 042 103-5

**Dr. Wilman Herrera Castaño**  
**Gerente**

**Dra. Adriana Trucco de la Hoz**  
Gerente Administrativa y Financiera

**Dr. Enovaldo Herrera Galvis**  
Subgerente Materno Infantil

**Dr. Libardo López**  
Jefe Oficina Control Interno

**Dr. Eduardo Fernández Daza**  
Subgerente Apoyo Diagnostico

**Dr. José Acevedo Monrroy**  
Jefe Oficina de Calidad  
Investigación

**Dr. Freddy Díaz Castillo**  
Subgerente Científico de

**Dra. Ana Julieta Meneses**  
Jefe Oficina Planeación

**Dr. Álvaro Moreno Grau**  
Subgerente de Cuidados Críticos

**Dr. Marcial Cano Acuña**  
Jefe Oficina Jurídica

**Dr. Rubén Sabogal Barrios**  
Subgerencia Quirúrgica

**Dra. Nirva Cabarcas Ortega**  
Subgerente de Consulta Externa

**Dr. Roger Caraballo Marimón**  
Subgerente Apoyo Terapéutico

**Dr.**

Subgerencia de Urgencias

**Dr.**

Subgerencia de Hospitalización

## EQUIPO CONSULTOR

---

**GESTIONAMOS SALUD LTDA.**



**Luis Orlando Ortiz Ibáñez<sup>1</sup>**

Director de Proyecto

[luisortiz@ayges.com](mailto:luisortiz@ayges.com) – [luisortizi@hotmail.com](mailto:luisortizi@hotmail.com)

Especialista en la planeación, organización, dirección y evaluación de servicios de salud, especialmente en la gestión de unidades de servicios, y planes de negocios.

Posee una experiencia profesional de más de 14 años en los niveles asesor y

---

<sup>1</sup> Economista, Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, Universidad Alcalá de Henares, España – Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Responsabilidad Legal Médica y de Instituciones de Salud; Diplomado en Auditoría de Servicios de Salud.

directivo con importantes empresas del sector público y privado como Entes territoriales, Instituciones prestadoras de salud, empresas del sector financiero y aseguradores de servicios de salud sector en el cual ha gestionado muchos proyectos en el campo de la protección social.

Actualmente se desempeña como asesor y consultor de importantes instituciones de la región y labora como Gerente Administrativo de la Firma de Asesoría y Consultoría AyGes S.A. empresa que presta servicios en toda la Costa Caribe Colombiana.

## **PRESENTACION DEL MANUAL**

El Hospital Universitario del Caribe en armonía con su Plan de Desarrollo Institucional ha dado mayor prioridad a los procesos de Gestión de Calidad, al fortalecimiento del sistema de Control interno, y en cada una de las áreas de sus Unidades funcionales, ha trazado metas que alineen sus objetivos con la plataforma estratégica. Como resultado se ha decidido diseñar unas herramientas que como componente transversal faciliten a todos los miembros de la Institución

Al proponerse estrategias internas de ajuste para la eficiencia y la competitividad, la Organización no ha perdido de vista ni su razón de ser como institución prestadora de servicios de salud, como tampoco su naturaleza de empresa social del estado que asume el reto de la auto sostenibilidad, en virtud de cuyo equilibrio conceptual al final se pretende mejorar la gestión de los servicios, incrementar los índices de productividad y explotar la verdadera capacidad Instalada que permitan generar excedentes financieros que compensen y financien los programas sociales y de investigación del Hospital.

El presente documento MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, es la primera de estas herramientas, en cuyo diseño se ha logrado la participación de los Gerentes y Subgerentes, Jefes de Oficina y Asesores Externos, quienes formularon la versión inicial y participaron la revisión y ajuste del mismo. Lo más destacable de esta primera versión oficial, lo constituye el esfuerzo que ha permitido integrar los requerimientos del MECCI con las bases de la norma internacional ISO, lo cual permitirá en un futuro cercano seguir avanzando hacia la certificación y acreditación de los servicios.

El resultado de compilar, revisar y ajustar los procesos y procedimientos que se venían levantando en cada una de las subgerencias del Hospital ha concluido en este documento que le permitirá a cualquier trabajador en su etapa de inducción o en su labor operativa entender la relación de sus actividades con la producción de servicios de calidad, de modo que su consulta permanente y su revisión técnica periódica seguramente seguirá formando parte del proceso de mejoramiento continuo que adelanta la institución.

La funcionalidad del Manual, es entonces garantizar la optimización de los recursos y la producción de servicios de alta calidad con el mínimo de riesgos que le permitan a la empresa y los trabajadores desarrollar competencias técnicas y corporativas auditables, medibles y flexibles.

## **CONTENIDO**

INTRODUCCION.....	10
CAPITULO PRIMERO.....	12
DESCRIPCION INTRODUCTORIA DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS .....	12
1.1.- OBJETIVO GENERAL DEL MANUAL.....	12
1.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
1.3.- PRINCIPIOS BASICOS DEL MANUAL.....	15
1.4.- ALCANCE Y EXCLUSIONES.....	16
1.5.- LA MEJORA CONTINUA.....	17
1.6.- VENTAJAS DE UTILIZAR EL MANUAL .....	18
1.6.1.- ESTRUCTURA DE LA PLANTILLA DE PRESENTACION .....	20
1.6.2.- LA HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS .....	28
1.7.- GESTION DEL MANUAL DE PROCESOS.....	29
1.7.1.- RESPONSABILIDAD DE LA GESTION DEL MANUAL.....	29
1.7.2.- LIDERES DE PROCESOS.....	29
1.7.3.- LIDERES OPERATIVOS .....	30
1.7.4.- GRUPO DE APOYO .....	30
1.8.- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN .....	31
1.8.1.- ESTRUCTURA DE LA GESTION DOCUMENTAL.....	31
1.8.2.- COMO HACER CAMBIOS Y AJUSTES A LOS PROCEDIMIENTOS .....	32
1.8.3.- AUDITORIA ORIENTADA AL MEJORAMIENTO CONTINUO .....	34
CAPITULO SEGUNDO .....	37
DESCRIPCION DE LOS PROCESOS Y LOS PROCEDIMIENTOS .....	37
3.1.- AREA DE DIRECCION.....	37
3.1.1.- Planeación .....	37
5.1.2.- Archivo Clínico .....	45



5.1.3.- Calidad .....	50
5.1.4.- Auditoría.....	68
5.1.5.- Control Interno .....	80
5.1.6.- Jurídica .....	97
5.2.- AREA FUNCIONAL DE LOGISTCA.....	115
5.2.1.- Talento Humano .....	115
5.2.2.- Recursos Físicos.....	124
5.2.3.- Financieros .....	161
5.2.4.- Sistemas.....	194
5.3.- AREA FUNCIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS.....	197
5.3.1.- Consulta Externa .....	197
5.3.2.- Hospitalización.....	242
5.3.3.- Admisiones.....	276
5.3.4.- Urgencias.....	283
5.3.5.- Laboratorio Clínico .....	325
5.3.6.- Apoyo Terapéutico.....	336
5.3.7.- Cirugía.....	388
5.3.8.- Unidad de cuidados Críticos .....	433
5.3.9.- Investigación .....	466
BIBLIOGRAFIA, REFERENCIAS Y FUENTES .....	479

## INTRODUCCION

La administración moderna ha dado un paso enorme y trascendental para el desarrollo de las organizaciones del siglo 21 al promover en las unidades productivas la gestión por procesos en la búsqueda de una mayor eficiencia en la asignación de recursos, mayor agilidad en la toma de decisiones y especialmente una producción y provisión oportuna de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de clientes informados y cada día mas exigentes.

En las organizaciones de Salud por la naturaleza de los servicios que se prestan, con mucha mayor razón los procesos y procedimientos deben ser sometidos a una dinámica de revisión y ajuste constante con el fin de que los proveedores salud en nuestro sistema de seguridad social pueda aproximarse al mercado del aseguramiento en unas condiciones de eficiencia y competitividad en el marco de una legislación en constante evolución.

En los procesos y los procedimientos de una organización se guarda todo el conocimiento y la experiencia de su talento humano, su compilación conforma

uno de los elementos principales del Sistema de Gestión y de Control Interno; por lo cual, deben ser plasmados en manuales prácticos que sirvan como mecanismo de consulta permanente, por parte de todos los trabajadores del Hospital, permitiéndoles un mayor desarrollo y Autocontrol.

Teniendo en cuenta lo anterior, y en la búsqueda de un sistema integral de Costos que nos permitan ser más eficientes y productivos en la gestión de los servicios de salud, se ha preparado el presente Manual de Procesos y Procedimientos, en el cual se define la gestión que agrupa las principales actividades y tareas dentro de la ESE Hospital Universitario del Caribe y que en este segundo tomo muestra en detalle cada una de las guías prácticas de labor diario.

En la primera parte hemos querido dar instrucciones generales sobre el manual como tal, su utilidad, metodología, estructura, presentación y gestión misma. En la segunda parte ya en materia práctica se presentan cada uno de los procesos y sus grupos de procedimientos levantados hasta la fecha, dejado claro que en la medida en que se aprovechen las oportunidades de mejora este mismo va a sufrir cambios tan importantes como el alcance mismo de la evolución y desarrollo de la organización lo permitan.

# **CAPITULO PRIMERO**

## **DESCRIPCION INTRODUCTORIA DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

### **1.1.- OBJETIVO GENERAL DEL MANUAL**

El objetivo General del Manual de Procesos y procedimientos de la ESE Hospital Universitario del Caribe es convertirse en una herramienta de gestión transversal que sea conocido por todos los miembros de la empresa y su aplicación sea obligatoria y necesaria en todos y cada uno de los servicios de la institución.

## **1.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Al enfocar el manual como una herramienta de gestión dinámica se plantean objetivos específicos en estrecha consonancia con el contenido general del Plan de Desarrollo Institucional, bajo las premisas generales de eficiencia, agilidad y enfoque al cliente, minimización de los riesgos y racionalización de los recursos y mejoramiento de la estructura de costos de la operación de la empresa y la producción de los servicios.

1. Identificar todos los procesos y procedimientos prioritarios necesarios para la operación eficiente y ágil de la institución.
2. Estandarizar los procedimientos y organizar las actividades de las áreas que permitan atender las verdaderas necesidades del servicio.
3. Lograr la participación de los líderes de procesos identificando y asignando las responsabilidades en la realización de las operaciones básicas de cada servicio.
4. Documentar las actividades diarias de la organización y llevar un registro que permita el análisis de la información para planear y ejecutar acciones de mejoramiento continuo.

5. Establecer estándares de calidad en cada procedimiento que propongan metas que fortalezcan los procesos de administración de la atención y la producción de los servicios y se reflejen en los indicadores de gestión.
6. Diseñar mecanismos de control efectivo en todas las operaciones de la organización que conlleven a la racionalización de los recursos con mejoras en la calidad del servicio y la rentabilidad económica y social de la empresa.
7. Permitir la rápida inducción del personal en las labores contratadas asegurando que los procesos se realicen en condiciones controladas y de mínimo riesgo.
8. Apoyar la Gestión de Calidad y de Control interno a través de la participación activa de estas áreas en la revisión y actualización de los procedimientos ampliando su alcance y ajustando su enfoque a las exigencias del sector, del mercado y del marco normativo vigente.
9. Servir de línea de referencia para apoyar la gestión disciplinaria y administrativa al convertirse en una norma de aplicación y uso diario.
10. Estimular el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos de la empresa generando conocimiento y mejores técnicas de atención que fortalezcan la producción oportuna de servicios de calidad.

### 1.3.- PRINCIPIOS BASICOS DEL MANUAL

De igual forma para conducir y operar la organización en forma exitosa el sistema se fundamenta en los siguientes principios:

- **Enfoque al cliente:** las organizaciones depende de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- **Participación del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza mas eficientemente cuando las actividades y los resultados relacionados se gestionan como un proceso.

- **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de estas.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

## **1.4.- ALCANCE Y EXCLUSIONES**

El manual ha utilizado las recomendaciones y parámetros básicos del sistema MECCI y algunos elementos y requisitos de la norma NTC-ISO-9001/2000. No han sido utilizado todos los requisitos de la norma por cuanto en esta primera versión del manual lo que se pretende es allanar el camino hacia la cultura de la documentación y la medición que permita ejercer una normalización con miras



al fortalecimiento de los procesos y una futura certificación de sus servicios en el mediano plazo.

## **1.5.- LA MEJORA CONTINUA**

El concepto de mejora continua de los procesos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- 1. Determinar las necesidades y expectativas de los clientes.*
- 2. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos.*
- 3. Establecer métodos para determinar la eficacia y eficiencia de los procesos.*
- 4. Determinar los medios para prevenir las no conformidades y eliminar sus causas.*
- 5. Establecer y aplicar actividades diarias para la mejora continua del sistema.*

Veremos como en cada uno de los procedimientos estos factores serán una constante en la búsqueda de generar una cultura del análisis de los resultados y la propuesta permanente del mejoramiento.

## **1.6.- VENTAJAS DE UTILIZAR EL MANUAL**

Toda organización que oriente sus esfuerzos a dar respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios de sus servicios requiere identificar, mejorar y documentar sus procesos y procedimientos.

Es preciso registrar, analizar y simplificar las actividades, generando acciones que favorezcan las buenas prácticas que lleven a la eficiencia y eficacia, que eliminen el desperdicio de tiempo, esfuerzo y materiales, y conduzcan a sostener una cultura de calidad enfocada hacia el cliente.

Las ventajas que se obtienen al utilizar este manual de procesos son entre otras:

1. *Uniformar y controlar el cumplimiento de las prácticas de trabajo.*
2. *Documentar el funcionamiento interno en lo relativo a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.*
3. *Auxiliar en la inducción del puesto y en el adiestramiento y capacitación del personal.*
4. *Ayudar a la coordinación de actividades y a evitar duplicidades.*


5. *Apoyar el análisis y revisión de los procesos del sistema y emprender tareas de simplificación de trabajo como análisis de tiempos, delegación de autoridad, etc.*
6. *Construir una base para el análisis del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procesos y métodos.*
7. *Facilitar las labores de auditoría, la evaluación del control interno y su vigilancia.*
8. *Permitir la integración de la Gestión en las Áreas de Planeación, Calidad y Control Interno.*
9. *Minimizar los riesgos personales, legales e institucionales al cumplir con los parámetros normativos de la institución.*
10. *Asegurar la evolución del conocimiento en la medida que se mejoren los procedimientos.*

En un manual de procesos se describen los elementos de todo proceso: objetivo, alcance, diagrama de flujo, actividades, responsables, documentos, proveedores, entradas, salidas, clientes, normas de operación e indicadores; así como la definición de los términos usados en esta empresa y la bitácora de

registro de cambios. Para que este Manual sea útil deberá de actualizarse por lo menos cada año, o cuando se establezcan mejoras en los procesos.

### 1.6.1.- ESTRUCTURA DE LA PLANTILLA DE PRESENTACION

La plantilla de presentación de los procesos y procedimientos que vamos a aplicar consta de 34 campos básicos todos ellos de crucial importancia y con muy pocas y contadas posibilidades de que existan No Aplicaciones (NA) para el caso específico del campo numero 28.

	NOMBRE DEL PROCESO (1)		Código: (3)
			Versión: (4)
	Procedimiento: (2)		Fecha: (5)
			Página: (6)
Tipo de Proceso: (7)		Responsable: (8)	
Objeto: (9)			
Alcance: (10)			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos: (11)	Recursos Tecnológicos: (12)	Recursos Financieros: (13)	Recursos Informáticos: (14)
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores: (15)	Insumos: (16)	Usuarios: (17)	Productos: (18)
CLIENTES: (19)			
ACTIVIDAD (20)	DESCRIPCION (21)		RESPONSABLE (22)
1			
2			
SOPORTE LEGAL: (23)			
ESTANDAR DE CALIDAD: (24)			

A continuación se presenta una breve descripción de lo que debe contenerse en cada uno de los 34 campos de la plantilla de los procedimientos para que sirva como guía para levantar nuevos procesos o en su defecto interpretar con mayor profundidad el alcance y aplicación de estos en relación al grupo a que pertenecen y a su macro proceso matriz.

- (1)       **Nombre del Proceso:** Proceso al cual pertenece el procedimiento, sirve para mostrar la relación de los grupos de procedimientos por niveles de gestión y las áreas de responsabilidad.

- (2) **Nombre del Procedimiento:** Contiene el nombre genérico con el cual todos los trabajadores de la empresa deberán reconocer al grupo de actividades que componen esta gestión específica.
- (3) **Código:** Todos los procesos y procedimientos tienen una codificación que permite conocer en términos alfanuméricos abreviados de donde viene el procedimiento y a qué grupo de procesos pertenece, esta información se ampliará en un numeral aparte para ilustrar cada uno de los códigos utilizados.
- (4) **Versión:** Se trata del número de modificaciones que ha sufrido el proceso y el procedimiento como tal permite identificar a simple vista la dinámica de revisión y ajuste que se le ha dado.
- (5) **Fecha:** Muestra la fecha en la cual se aprueba el procedimiento o la modificación al mismo y se da trámite a su despliegue de manera que se pueda tener el conocimiento en el tiempo sobre la edad del procedimiento.
- (6) **Página:** Traduce numéricamente el numero de folios de que consta el procedimiento que permite tener un control de la documentación.

- (7) **Tipo de Proceso:** La clasificación del proceso permite identificar el nivel de gestión y el enfoque del mismo y ayuda a ubicar en qué contexto se desarrolla el procedimiento para su control.
- (8) **Responsable:** Es muy importante aclarar que en este espacio se identifica al funcionario que se considera el Líder del Proceso (dueño del proceso), ya que en cada una de las actividades del procedimientos se identifican los lideres operativos.
- (9) **Objeto:** Es una breve descripción de la aplicación y utilidad del procedimiento para alcanzar el objetivo del proceso y su contribución al Plan de Desarrollo Institucional.
- (10) **Alcance:** Es una breve descripción de la aplicación del procedimiento como tal donde se debe entender el inicio y el termino del mismo de manera concreta.
- (11) **Recursos Humanos:** En el primer renglón del título de la planilla RECURSOS NECESARIOS, este campo debe describir los cargos de los funcionarios que participan como grupo de apoyo a la gestión de actividades con responsabilidades en el procedimiento.

- (12) **Recursos Tecnológicos:** Describe los requerimientos de recursos físicos imprescindibles para garantizar la gestión del procedimiento, sin los cuales no se podría llevar a cabo el mismo.
- (13) **Recursos Financieros:** Son las inversiones económicas que se requieren para costear la operación del procedimiento.
- (14) **Recursos Informáticos:** Corresponde a todos los aplicativos, programas, software o requerimiento de licencias especiales que se necesitan en el procedimiento para poderlo desarrollar complementariamente con los demás recursos.
- (15) **Proveedores:** En el subtítulo ENTRADAS, este campo debe contener la identificación de las áreas, servicios o funcionarios que aportan las necesidades y la información para iniciar la operación del procedimiento.
- (16) **Insumos:** En el mismo sentido del ítem anterior, los insumos se refieren a los materiales físicos, de papelería, formatos etc. que permitirán procesar para producir una respuesta a las necesidades del cliente.
- (17) **Usuarios:** En el subtítulo SALIDAS, bajo el nombre usuarios se identifican las personas, áreas o servicios que usan nuestro



procedimiento o parte de la información como insumos para sus propios procesos.

- (18) **Producto:** Del mismo modo en las salidas está este campo que indica cual es finalmente el producto que entrega el fin del procedimiento.
- (19) **Clientes:** Son la personas o entidades a las cuales el producto del procedimiento satisface una necesidad.
- (20) **Actividades:** En este campo se lleva el control numérico consecutivo de menor a mayor sobre el numero de actividades que se contienen y desarrollan en el procedimiento.
- (21) **Descripción:** Este campo ilustra de manera breve cada una de las actividades.
- (22) **Responsable:** Identifica al funcionario que tiene la responsabilidad de ejecutar y liderar la actividad.
- (23) **Soporte Legal:** Contiene el marco normativo específico que le aplica al procedimiento, tanto del sistema, el sector o la misma institución.
- (24) **Estándar de Calidad:** En este campo se debe identificar con claridad el nivel de satisfacción, atención, cobertura o productividad

deseado con relación al producto o servicio o de las actividades más importantes del procedimiento teniendo en cuenta el objetivo del procedimiento y del proceso.

**(25) Indicadores:** Es el campo de medición del procedimiento en relación con los objetivos del procedimiento que permiten conocer que tan cerca estamos del cumplimiento de los objetivos del proceso y el estándar de calidad.

**(26) Puntos de Control:** Son los aspectos críticos que ponen en riesgo el desarrollo del proceso y comprometen mayores recursos humanos, financieros, insumos o tecnología. Deben ser medibles y verificables a través de inspección tangible y documentada.

**(27) Definiciones:** Es el glosario de términos básicos que necesariamente deben ser conocidos perfectamente por el usuario para no cometer errores en la ejecución de sus actividades.

**(28) Anexos:** Corresponde a los documentos de carácter importante que se requieren tener disponibles a la hora de desarrollar el procedimiento o sus actividades, tales como manuales, formatos, registros etc.

**(29) Elaboró:** Identifica al Líder Operativo que generalmente coordina y vela por la ejecución del procedimiento y le reporta al líder del Proceso.

- (30) **Revisó:** Identifica al Líder del Proceso que responde por sus objetivos y al grupo de apoyo que mayor incidencia tiene en su desarrollo.
- (31) **Aprobó:** Es la instancia Institucional (Comité Técnico – Comité de Calidad) encargada de revisar entre otras funciones, la vigencia de los procedimientos y las propuestas de ajuste.
- (32) **Acta:** Corresponde al número del documento que contiene el resumen de la reunión del Comité donde se aprobó el procedimiento.
- (33) **Firma:** Es la persona que preside el comité técnico como Gerente de la ESE o representante de la Alta Dirección y que aprueba el proceso, el procedimiento o sus modificaciones.
- (34) **Fecha:** Corresponde a la fecha de realización de la reunión de comité donde se toman decisiones que afecta la estructura del procedimiento como tal.

### 1.6.2.- LA HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Cada procedimiento lleva anexo una hoja de control de cambios en la cual debe registrarse cualquier modificación que se realice en el orden de conceptos que se presenta en la tabla siguiente.

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

En la columna de versión debe ser tenido en cuenta el orden numérico con el que se rotula la versión sea una modificación significativa en su fondo o una ajuste mínimo de su forma. Debe anotarse la fecha en la que se reporta y aprueba el cambio, y finalmente la descripción de lo que se hizo.

## **1.7.- GESTION DEL MANUAL DE PROCESOS**

### **1.7.1.- RESPONSABILIDAD DE LA GESTION DEL MANUAL**

La estructura física del manual de procesos oficial deberá reposar en la Oficina de Calidad de la Institución quien en representación de la Dirección tendrá la misión de salvaguardar su actualización. Para su fácil manipulación se utilizará el archivo del manual en pastas de tres agujeros que permita intercambiar las páginas de su contenido cuando un cambio amerite su reemplazo.

Las plantillas de los procesos no pueden ser modificadas por ningún funcionario de la empresa, sus cambios o ajustes estarán sujetos al comité técnico bajo la dirección del Gerente de la Institución donde deben primar justificaciones normativas o de extrema necesidad para adoptar tal decisión.

### **1.7.2.- LIDERES DE PROCESOS**

El liderazgo de los procesos corresponde a los Subgerentes que responden ante la alta dirección por el cumplimiento de los objetivos de sus áreas en estricta

armonía con la programación contenida en el Plan de Desarrollo Institucional y los compromisos adquiridos en los diferentes comités institucionales.

### **1.7.3.- LIDERES OPERATIVOS**

Son los funcionarios de mandos medios que responden por la ejecución de los procedimientos específicos a los Subgerentes, generalmente son los que se encargan de levantar los procedimientos y presentan ante la Subgerencia los ajustes que permitan desplegar operativamente las estrategias planeadas para hacer posible que se cumplan los objetivos de los procesos.

### **1.7.4.- GRUPO DE APOYO**

Los grupos de apoyo son todas aquellas personas que participan activamente en el desarrollo del procedimiento y que tienen algún nivel de autoridad y decisión sobre algunas de las actividades que se contienen en el mismo.

## **1.8.- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN**

### **1.8.1.- ESTRUCTURA DE LA GESTION DOCUMENTAL**

La documentación del sistema de calidad que por principio se aplica en la gestión documental de Manual de Procesos y Procedimientos de la Institución se acoge a la siguiente estructura:



En esta pirámide se muestra la fuerza jerárquica que mueve el soporte documental y que en su orden parte de la política de calidad que sale del Plan de Desarrollo de la Institución, continúa en orden la documentación e información normalizada en el manual de calidad de la empresa y aplica inmediatamente a los contenidos del Manual.

## **1.8.2.- COMO HACER CAMBIOS Y AJUSTES A LOS PROCEDIMIENTOS**

El Manual de Procesos está estructurado por áreas que son responsabilidades de cada uno de los jefes de áreas o Subgerentes que en cualquier caso serán los líderes de procesos, cada una de las cuales actualiza y aprueba de manera independiente los cambios en la forma siempre y cuando no afecte ni la presentación estándar del proceso ni afecte en su contenido a otros procesos o procedimientos.

Los cambios de fondo deben ser llevados al comité técnico o de calidad por cada uno de los líderes de procesos justificando ampliamente el cambio a



realizar, el cual debe estar apoyado en una oportunidad de mejora, economía, racionalidad en el uso de los recursos, mayor cobertura, mas rentabilidad, mayor agilidad y menor riesgo para el paciente, para el trabajador y para la empresa.

Cualquier cambio aprobado deberá ser registrado en la tabla de control de cambios con el fin de llevar un registro histórico que permita en cualquier momento saber que decisiones se tomaron. Cada vez que una o más secciones son actualizadas por el Representante de la Dirección, aprobadas y revisadas por el respectivo responsable, queda disponible en la carpeta pública del sistema de información, titulada Sistema de Calidad y no se conservarán copias de las versiones obsoletas. Las copias que se entregan a terceros, son autorizadas por la Dirección General; se realiza en medio impreso sin ninguna leyenda en el pie de página.

Los líderes de procesos tendrán la obligación de hacer el despliegue y la socialización de los cambios y ajustes aprobados con cada uno de sus equipos de trabajo (Lideres Operativos y Grupos de Apoyo) dejando constancia para ello de la actividad mediante un acta, que le permita, de ser necesario, establecer responsabilidades por el incumplimiento o las consecuencias que se

puedan derivar de un error o mala práctica en la atención o la producción del servicio que se produce y afecta.

### **1.8.3.- AUDITORIA ORIENTADA AL MEJORAMIENTO CONTINUO**

Nuestro sistema obligatorio de garantía de calidad propende por una auditoria orientada hacia el mejoramiento de la calidad, buscando la justa retribución de los recursos hacia los clientes y pacientes y la protección de los recursos del estado, en busca de la obtención de una calidad deseada, superando aun la calidad esperada, para ello a nuestros SOGC tiene como un componente principal la **Auditoria Orientada Al Mejoramiento Continuo** que por extensión se aplica a la revisión constante de los procesos y la actualización del manual.

La **Auditoria Orientada Al Mejoramiento Continuo** no es un proceso independiente, ni un programa aislado, es un proceso técnico que forma parte de la misma prestación de los servicios de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe. Es pertinente mencionar que la dinámica de

dicha auditoria es la retroalimentación a la totalidad del sistema de atención en coherencia con el desarrollo de estándares adecuado para la organización en busca de un impacto efectivo sobre la salud de nuestros usuarios.

La implementación de la misma es responsabilidad del Jefe de la Oficina de Calidad de la Institución, del Coordinador de Garantía de Calidad y del Coordinador de Planeación, el equipo de apoyo está constituido por los Subgerentes y Jefes de Áreas.

El sistema de auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Busca básicamente como primer y último fin la obtención de resultados enfocados directamente en la satisfacción del usuario/cliente, el cual es la razón de ser de la organización.

La **Auditoria Orientada Al Mejoramiento Continuo** en el Hospital se basa netamente en la evidencia, para lo cual se han diseñado y desarrollado como criterios explícitos sus procedimientos que se contienen en este manual, donde describimos las actividades a ejecutar por el procesador y se ha diseñado también los respectivos registros o formatos donde se ha de recopilar los datos obtenidos durante los procesos de auditoría tanto de primer como de segundo

orden para elaborar la información adecuada que nos permita conocer la trazabilidad de los indicadores y generar los respectivos planes de mejoramiento, con sus acciones correctivas frente a las no conformidades reales halladas y con las acciones preventivas frente a las no conformidades potenciales identificadas como riesgo del deterioro de nuestros servicios internos.

La contención de costos por la no calidad en los servicios y más aún por la inadecuada ejecución de los mismos procesos y procedimientos, será un resultado de nuestra gestión y no pretender la contención de costo como fin inmediato, sino como un impacto del accionar de la calidad deseada. Ya que lo que pretendemos es un impacto orientado hacia el mejoramiento continuo de los procesos y no la búsqueda de culpables, es por lo tanto importante recordar que en la medida que se ejecuten los ajustes adecuados a nuestros procesos y procedimientos se estará efectivamente entrando en el proceso de mejoramiento continuo hasta conseguir el autocontrol y el alineamiento de la organización.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DESCRIPCION DE LOS PROCESOS Y LOS PROCEDIMIENTOS**

#### **3.1.- AREA DE DIRECCION**

##### **3.1.1.- Planeación**

1. Revisión Documental Del Direccionamiento Estratégico.
2. Formulación Del Plan Operativo Anual.

	<b>GESTIÓN DE EVALUACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		<b>Código:</b> PL-01-PR-01		
			<b>Versión:</b> 01		
			<b>Fecha:</b> 11/02/08		
	<b>Procedimiento:</b> REVISION DOCUMENTAL DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		<b>Página:</b>		
<b>Tipo de Proceso:</b>			<b>Responsable:</b> Jefe Oficina de planeación		
<b>Objeto:</b> Establecer una plataforma coherente de planeación y seguimiento de la gestión institucional					
<b>Alcance:</b>					
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>					
<b>Recursos Humanos:</b>		<b>Recursos Tecnológicos:</b> Contabilidad al día, presupuesto de la anualidad auditada, soportes contables, Comprobantes, Recurso humano y tecnológico		<b>Recursos Financieros:</b>	
<b>ENTRADAS</b>			<b>SALIDAS</b>		
<b>Proveedores:</b>		<b>Insumos:</b>		<b>Usuarios:</b>	
<b>CLIENTES:</b>					
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>				<b>RESPONSABLE</b>
1	Iniciar la planificación del proceso de gestión financiero y contable				Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
2	Recolectar información de las áreas financieras y contables				Jefe de área auditada y profesional de control interno
3	Comprobar la existencia física de los libros de contabilidad debidamente foliados y registrados.				Profesional de la oficina de control interno
4	Verificar los documentos, soportes, fechas de registros de operaciones de la entidad, de igual forma la existencia de políticas de seguridad sobre el manejo de copias de respaldo de la información contable y presupuestal en lugar distinto al lugar de la entidad.				Profesional de la oficina de control interno
5	Verificar la causación oportuna de todos los hechos económicos que acontecen en la Entidad, así como la de ingresos y gastos.				Profesional de la oficina de control interno
38					

6	Constatar la existencia y efectividad de los procedimientos administrativos para establecer la responsabilidad y registro de los ingresos y los gastos.	Profesional de la oficina de control interno
7	Verificar si es del caso, de la existencia de mecanismos de control para la colocación y redención de inversiones y sus actividades relacionadas.	Profesional de la oficina de control interno
8	Determinar las políticas relacionadas con la incorporación de inmuebles, vehículos automotores y demás bienes al patrimonio de la entidad, lo que incluye seguimiento sobre su legalización y valoración actualizada.	Profesional de la oficina de control interno
9	Evaluar la existencia de procesos de depuración de saldos en los rubros de rentas y cuentas por cobrar de vigencias anteriores, que permita llegar a saldos reales.	Profesional de la oficina de control interno
10	Determinar la pertinencia de control para soportar la conciliación de saldos relacionados con los valores correspondientes a pensiones de jubilación – cálculos actuariales – cesantías consolidadas y sus intereses.	Profesional de la oficina de control interno
11	Determinar la existencia y cumplimiento de planes de compras, funcionamiento de comités de adquisiciones y cumplimiento de las políticas sobre los procesos de contratación de adquisición de bienes y servicios.	Profesional de la oficina de control interno
12	Evaluar de acuerdo con los requerimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación, el proceso adelantado por el área Financiera y Contable, para lograr la conciliación de saldos recíprocos con las Entidades y cuentas relacionadas de que trata el formato CGN 002. Este proceso incluye la confirmación de saldos a través de circulaciones periódicas entre las Entidades objeto de conciliación.	Profesional de la oficina de control interno
13	Comprobar la existencia y adecuado manejo de causación de los libro de presupuesto.	Profesional de la oficina de control interno
14	Constatar la existencia de procedimientos de CDP y los registros presupuestales.	Profesional de la oficina de control interno
15	Comprobar la existencia de procedimientos para el registro de reservas de apropiación.	Profesional de la oficina de control interno
16	Verificar el ordenamiento y disposición final de los respectivos documentos fuente y soporte y la fecha a la cual se lleva el registro de operaciones de la Entidad.	Profesional de la oficina de control interno
17	Determinar la existencia de planes trabajo y procedimientos específicos que permitan la eficiencia de los flujos de	Profesional de la oficina de control interno

	información, desde los procesos proveedores hasta el proceso de incorporación al presupuesto en forma oportuna.	
18	Verificar el registro oportuno de ingresos y gastos y demás hechos económicos que se susciten en la Entidad, y que deben quedar registrados en los libros del presupuesto.	Profesional de la oficina de control interno
19	Verificar la existencia de procedimientos para la realización y registro de modificaciones presupuestales (adiciones, traslados y recortes)	Profesional de la oficina de control interno
20	Comprobar la existencia y efectividad en el registro y control del PAC.	Profesional de la oficina de control interno
21	Constatar la existencia y efectividad de procedimientos administrativos para establecer la responsabilidad y registrar los ingresos y los gastos.	Profesional de la oficina de control interno
22	Establecer la existencia de las conciliaciones de saldos de efectivo disponible e inversiones, entre las áreas de presupuesto, contabilidad y tesorería, examinar los tiempos de respuesta y oportunidad en la entrega de la información.	Profesional de la oficina de control interno
23	Constatar la aplicación de los principios presupuestales.	Profesional de la oficina de control interno
24	Comprobar la existencia de los libros de tesorería.	Profesional de la oficina de control interno
25	Comprobar la existencia de los procedimientos para el pago de las cuentas por pagar.	Profesional de la oficina de control interno
26	Comprobar la existencia de los procedimientos para el pago de las cuentas por pagar.	Profesional de la oficina de control interno
27	Verificar el registro oportuno de ingresos y pagos en los libros de caja y bancos	Profesional de la oficina de control interno
28	Establecer la existencia y efectividad de procesos administrativos, para el manejo de cajas menores y sus respectivos arqueos periódicos.	Profesional de la oficina de control interno
29	Constatar las medidas de protección para la guarda y custodia de los títulos valores, cheques girados, chequeras, cheques anulados, tarjetas magnéticas, sellos y protectores, claves de cajas fuertes y demás bienes asociados al disponible.	Profesional de la oficina de control interno
30	Determinar la existencia y funcionabilidad de procedimientos para el control sobre apertura y funcionamiento de cuentas bancarias y/o de ahorros	Profesional de la oficina de control interno
31	Determinar la existencia y pertinencia de procedimientos de	Profesional de la oficina



	control para las operaciones de crédito público y manejo de deuda, retenciones tributarias y otros pasivos.	de control interno
32	Revisar si existen disposiciones sobre los objetivos y principios de las acciones de mejoramiento continuo y las acciones preventivas y correctivas que establezcan cada entidad	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado

**PRODUCTO ESPERADO:** Informe anual sobre sistema de gestión financiera y contable a la Contaduría General de la Nación y planes correctivos

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Ana Julieta Meneses. Jefe Oficina de Planeación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



	<b>GESTIÓN DE EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL</b>		<b>Código:</b> PL02-PR-01
			<b>Versión:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 11/02/08
	<b>Procedimiento:</b> FORMULACION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL		<b>Página:</b>
<b>Tipo de Proceso:</b>		<b>Responsable:</b> Jefe Oficina de planeación	
<b>Objeto:</b> Planear, elaborar y divulgar todas las actividades y metas propuestas de la ESE			
<b>Alcance:</b>			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b> Plan de desarrollo Institucional, objetivos estratégicos, misión, visión. Metodologías e instrumentos para la planeación operativa
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
<b>CLIENTES:</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>		<b>RESPONSABLE</b>
1	Ajustar o elaborar los instrumentos (metodología y aplicativo) que se requieran para la formulación y seguimiento del POA, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institución		Profesional oficina de planeación
2	Asignar el profesional a cada área o áreas para la respectiva asesoría		Jefe de la Oficina de Planeación
3	Capacitar las áreas en la aplicación de los instrumentos y metodologías a seguir para la formulación de proyectos.		Profesional asignado
4	Identificar a través de lluvias de ideas los proyectos a desarrollar.		Funcionarios de la dependencias respectiva profesional asignado oficina de Planeación
5	Ajustar en caso de ser necesario el contenido de la ficha del proyecto en los ítem que lo requieran.		Profesional asignado
43			

6	Elaborar y presentar ante el comité Técnico un informe ejecutivo de la programación de la vigencia detallando para cada objetivo estratégico: objetivo de área, proyectos asociados, ponderación y metas NOTA: Mediante un comunicado interno, dirigido a todas las áreas de la administración se debe sugerir elaboración de una planificación detallada a nivel de actividades y tareas	Profesional oficina de planeación
7	Divulgar por diferentes medios y estrategias el POA a las diferentes áreas	Profesional oficina de planeación

**PRODUCTO ESPERADO:** Es una metodología e instructivo ajustados a obtener fichas de Proyectos, metas e indicadores, responsables de tiempo y ejecución

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 95% de las actividades formuladas en el Plan sean ejecutadas.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Ana Julieta Meneses. Jefe Oficina de Planeación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

### **5.1.2.- Archivo Clínico**

1. Préstamo de la Historia Clínica.
2. Recibo De Historia Clínica.



## GESTIÓN DE PRÉSTAMO DE HISTORIA CLÍNICA

**Procedimiento: PRESTAMO DE HISTORIA CLINICA**

**Código:** RC-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Jefe Oficina de Planeación.

**Objeto:** Facilitar oportunamente las historias clínicas para ser utilizadas en las diferentes

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Libro de control de préstamos de historias clínicas, bolígrafos, resaltador	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	--	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir la solicitud de préstamo y diligenciamiento de dicho formato	Aux. de Archivos clínicos
2	Verificar derechos	Aux. de Archivos clínicos
3	Retirar las historias clínicas de los archivadores según resolución No. 1995 o según asunto	Aux. de Archivos clínicos
4	Revisar cuantitativamente.	Aux. de Archivos clínicos
5	Relacionar los registros clínicos y/o folios entregados	Aux. de Archivos clínicos
6	Anotar en el libro de control salida de historia clínica y/o se registra en el sistema el préstamo.	Aux. de Archivos clínicos
7	Llenar el formato de reemplazo para préstamo con las respectivas firmas de quien entrega la historia clínica y quien recibe( en caso de pocas historias)	Aux. de Archivos clínicos

**PRODUCTO ESPERADO:** Historia clínica prestada a satisfacción y registro de salida adecuado a las normas establecidas

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 98% de las Historias Clínicas sean prestadas oportunamente. Este estándar se medirá establecido un tiempo entre la solicitud y la entrega de la HC, dependiendo del área que la solicita: C. Externa es de 24 horas, Auditoría es de 24 horas, Urgencias y Hospitalizados es de 6 horas, Facturación es de 24 horas, Jurídica en condiciones normales es de 72 horas, en casos de especiales es de 1 a 2 horas, Gerencia es de 1 a 2 horas.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Formato de préstamo de historia clínica, Formato de reemplazo de la HC.

**ELABORÓ:** Rosario Ortiz. Coordinadora de Archivo.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñetes J. PU Oficina

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE RECIBO DE HISTORIA CLÍNICA

**Código:** RC-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RECIBO DE HISTORIA CLINICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Oficina de Planeación.

**Objeto:** Recibir historias clínicas en forma adecuada con sus respectivos registros clínicos

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Libro de control de préstamo de historias clínicas, bolígrafos, resalta-dores.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir la historia clínica	Aux. de Archivos clínicos
2	Verificar salida en libro de control	Aux. de Archivos clínicos
3	Revisar cuantitativamente	Aux. de Archivos clínicos
4	Revisar los registros clínicos y/o folios y anotar en formato establecido	Aux. de Archivos clínicos
5	Descargar la historia clínica en libro de control y/o en el sistema.	Aux. de Archivos clínicos
6	Registrar firma de funcionario quien entrega y quien recibe.	Aux. de Archivos clínicos
7	Retirar tarjetón de reemplazo en los casos indicados.	Aux. de Archivos clínicos
8	Colocar los respectivos sellos de "FALLECIDO" "ESPACIO EN BLANCO"	Técnico de estadística o técnico de sistemas.
9	Radicar historias clínicas cuando se recibe por primera vez.	Técnico de estadística o técnico de sistemas.



10	Archivar historia clínica de acuerdo a Resolución No. 1995 o se-gún asunto	Aux. de Archivos clínicos
	<b>Nota: Este proceso puede ser realizado por: Técnico en estadística o el Técnico en informática</b>	
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Historia clínica recibida a satisfacción y registro de entrada adecuada de acuerdo a las normas		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Recibir el 100% de las historias prestadas oportunamente. Para todos los servicios 72 horas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Formato de préstamo de historia clínica, Formato de reemplazo de la HC.		
<b>ELABORÓ:</b> Rosario Ortiz. Coordinadora de Archivo.		<b>APROBÓ:</b>
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

### **5.1.3.- Calidad**

1. Elaboración y seguimiento del PAMEC
2. Elaboración y actualización del Manual de Procesos
3. Acciones de mejora continua
4. Informe y Reporte de los Indicadores de Calidad
5. Acciones Correctivas
6. Acciones Preventivas
7. Acompañamiento en Planes de Mejora



## GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Procedimiento:** ELABORACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DEL PAMEC

**Código:** GC-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Formular, ejecutar y hacer seguimiento al PAMEC.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Computador, Manual de Funciones, Insumos de Oficina, Normatividad.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar autoevaluación para identificar los procesos objeto de la auditoría para el mejoramiento de la atención.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
2	Definir Prioridades.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
3	Definir la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios	Subgerentes y/o responsable de los procesos
4	Realizar medición inicial del desempeño.	PU de la Oficina de Calidad
5	Formular y ejecutar el plan de mejoramiento.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
6	Evaluar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento	Jefe Oficina de Calidad

**PRODUCTO ESPERADO:** PAMEC elaborado, ejecutado y verificado

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Seguimiento del 100% de las actividades planeadas en el PAMEC.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.

**ANEXOS:** Formato de seguimiento del Plan de Acción, Pautas indicativas de auditoría. Formato de autoevaluación.

**ELABORÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de Calidad

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DEL PACIENTE

**Procedimiento:** ELABORACION Y ACTUALIZACION DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

**Código:** GC-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Elaborar y actualizar el Manual de Procesos y Procedimientos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Computador, Manual de Funciones, Insumos de Oficina, Normatividad.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar capacitación sobre modelo de gerencia de procesos	Jefe Oficina de Calidad.
2	Elaborar guía de documentación de Procesos y Procedimientos.	Jefe Oficina de Calidad.
3	Asesorar a las diferentes áreas del Hospital para la definición de procesos y procedimientos.	Jefe Oficina de Calidad.
4	Definir o revisar procesos y procedimientos de las diferentes subgerencias y unidades funcionales.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
5	Priorizar y documentar procedimientos, según Guía.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
6	Recepcionar, revisar y compilar los procedimientos en medio físico y magnético referidos de las diferentes unidades funcionales.	PU Oficina de Calidad
7	Presentar el Manual de Procesos y Procedimientos ante la Gerencia.	Jefe Oficina de Calidad.
8	Presentar el Manual de Procesos y Procedimientos ante la instancia competente para su aprobación.	Gerente.

9	Aprobación Manual de Procesos y Procedimientos.	Comité Técnico y/o Junta Directiva.
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Manual de Procesos y Procedimientos elaborado.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Manual de Procesos y Procedimientos actualizado y aprobado.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Guía de documentación de procesos y procedimientos en el HUC. Formato de Elaboración de Procedimientos. Formato de listado de Procesos y Procedimientos.		
<b>ELABORÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DEL PACIENTE

**Código:** GC-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ACCIONES DE MEJORA CONTINUA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Mejorar continuamente la eficiencia del Sistema de Gestión de Calidad

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Computador, Manual de Funciones, Insumos de Oficina, Normatividad, Informes de identificación, de riesgo, experiencias de otros hospitales, revisión de necesidades y expectativas de clientes y pacientes, autoevaluación del proceso.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Analizar y evaluar situación para la mejora.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
2	Determinar objetivos para la mejora	Subgerentes y/o responsable de los procesos
3	Analizar alternativas y soluciones	Subgerentes y/o responsable de los procesos
4	Evaluar y seleccionar soluciones.	Subgerentes y/o responsable de los procesos

5	Implementar solución	Subgerentes y/o responsable de los procesos
6	Registrar y evaluar resultados de las acciones tomadas.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
7	Generar informe de seguimiento al Plan de Acción	Jefe Oficina Calidad
8	Formalizar cambios.	Comité de Calidad o Quién haga sus veces.

**PRODUCTO ESPERADO:** Plan de Acciones de Mejora implementado.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Oportunidad en la planeación y ejecución de las acciones de Mejora.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Formato de Acción de Mejora. (Espina de Pescado)

**ELABORÓ:** Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio







## GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Procedimiento: INFORME Y REPORTE DE LOS  
INDICADORES DE CALIDAD**

**Código:** GC-01-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Monitorear, Orientar, Referenciar y Estimular la atención al usuario con calidad.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Normatividad, Recurso humano, Recurso Tecnológico, Insumos de Oficina.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Exhortar a todas las unidades funcionales asistenciales para la entrega oportuna de los indicadores de calidad los primeros días de cada mes a la Oficina de Calidad.	Jefe Oficina de Calidad.
2	Entregar indicadores a la Oficina de Calidad, en los cuatro primeros días de cada mes.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
3	Recepcionar mensualmente los indicadores por parte de los diferentes servicios asistenciales.	PU Oficina de Calidad
4	Compilar y reportar mensualmente los indicadores de calidad a la Gerencia, subgerencias y EPS.	Jefe Oficina de Calidad.
5	Generar informe trimestral, semestral y anual de los indicadores.	Jefe Oficina de Calidad.
6	Reportar semestralmente los indicadores a la Gerencia para el debido envío a la Superintendencia Nacional de Salud.	Jefe Oficina de Calidad.
7	Enviar vía web a la Superintendencia Nacional de Salud.	Gerente.

**PRODUCTO ESPERADO:** Generación de Informe y Cumplimiento en el reporte de los indicadores.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Reporte oportuno de indicadores a la Superintendencia Nacional de Salud.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Formato de compilación de indicadores. Circular 030 de la Supersalud.

**ELABORÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Procedimiento:** ACCIONES CORRECTIVAS

**Código:** GC-01-PR-05

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/05

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Tomar acciones para eliminar las causas de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a suceder.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Computador, Manual de funciones, Normatividad, Insumos de Oficina, Informes no conformidades, Informes de auditoría, quejas, registro de calidad.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Describir la no conformidad	Subgerentes y/o responsable de los procesos
2	Hacer corrección o remoción del síntoma, si es necesario.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
3	Determinar causa o causas de las no conformidades.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
4	Seleccionar causas principales	Subgerentes y/o responsable de los procesos
5	Evaluar necesidad de adoptar acciones.	Subgerentes y/o responsable de los procesos

6	Determinar e implementar acciones (Plan de Acción)	Subgerentes y/o responsable de los procesos
7	Remitir plan de acción o mejoramiento a la oficina de Calidad.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
8	Registrar y evaluar resultados del plan de mejoramiento	Subgerentes y/o responsable de los procesos
9	Generar informe de seguimiento al Plan de Acción.	Jefe Oficina de Calidad
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Plan de acciones correctivas para las no conformidades.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Oportunidad en la planeación y ejecución de las acciones correctivas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Formato de Acción de Mejora.		
<b>ELABORÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
61		





**GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Procedimiento: ACCIONES PREVENTIVAS**

**Código:** GC-01-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/05

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para que prevenir su ocurrencia.

**Alcance:**

**RECURSOS NECESARIOS**

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
	Computador, Manual de funciones, Normatividad, Insumos de Oficina, Informes de identificación de riesgos, experiencia de otros hospitales, revisión de necesidades y expectativas los clientes y pacientes, autoevaluación del proceso.		

**ENTRADAS**

**SALIDAS**

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>

**CLIENTES:**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1	Describir la no conformidad potencial o a riesgo de ocurrir	Subgerentes y/o responsable de los procesos
2	Determinar causa o causas de las no conformidades potenciales	Subgerentes y/o responsable de los procesos
3	Evaluar necesidad de adoptar acciones	Subgerentes y/o responsable de los procesos
4	Determinar e implementar acciones necesarias (Plan de acción)	Subgerentes y/o responsable de los procesos

5	Remitir plan de acción o mejoramiento a la oficina de Calidad.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
6	Registrar y evaluar resultados de las acciones tomadas.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
7	Remitir plan de acción o mejoramiento a la oficina de Calidad.	Subgerentes y/o responsable de los procesos
8	Registrar y evaluar resultados del plan de mejoramiento	Subgerentes y/o responsable de los procesos
9	Generar informe de seguimiento al Plan de Acción.	Jefe Oficina de Calidad
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Plan de acciones preventivas implementado		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Oportunidad en la planeación y ejecución de las acciones preventivas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Formato de Acción de Mejora.		
<b>ELABORÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio







## GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Procedimiento: ACOMPAÑAMIENTO EN PLANES DE MEJORA**

**Código:** GC-01-PR-07

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/05

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Jefe Oficina de Calidad

**Objeto:** Acompañar en la elaboración de los Planes de Mejora, con la interacción de todas las unidades.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Computador, Manual de funciones, Normatividad, Insumos de Oficina.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Capacitar sobre la metodología de análisis y solución de problemas.	Jefe Oficina Calidad
2	Asesorar a las unidades funcionales cuando lo requieran.	Jefe Oficina Calidad
3	Levantar actas en donde quedan registrados los compromisos de las áreas funcionales con relación a la implementación de planes de mejoramiento.	PU Ofc. de Calidad
4	Hacer seguimiento a las diferentes áreas del hospital en la elaboración de los Planes de mejora.	PU Ofc. de Calidad
5	Recepcionar los Planes de Mejora en medio físico y magnético.	PU Ofc. de Calidad
6	Revisar y compilar los Planes de Mejora.	PU Ofc. de Calidad
7	Generar informes sobre el avance de Planes de Mejoramiento.	Jefe Oficina Calidad

**PRODUCTO ESPERADO:** Cumplimiento del cronograma de acompañamiento.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Oportunidad en el acompañamiento en la elaboración y seguimiento de planes de Mejoramiento.

**INDICADORES:**

<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b> Formato de Acción de Mejora. Cronograma de capacitación y asesoría a las diferentes áreas funcionales. Procedimientos de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	
<b>ELABORÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

#### **5.1.4.- Auditoría**

1. Liquidación con Proveedores
2. Auditoria Concurrente
3. Auditoria a la Pre-factura
4. Auditoria a la Historia Clínica
5. Informe y Seguimiento de Eventos Adversos



## GESTION DE LA CALIDAD

**Código:** GC-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **LIQUIDACION PROVEEDORES**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** De Apoyo      **Responsable:** Jefe Oficina de Calidad.

**Objeto:** Verificar que el valor del servicio facturado corresponda al del servicio prestado según lo pactado en el contrato de prestación de servicios.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Insumos:** Contrato, factura, computador, manual tarifario y calculadora

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar la radicación de la cuenta	Proveedor
2	Identificar y clasificar al proveedor	Cartera
3	Verificar el cumplimiento de los requisitos legales	Cartera
4	Admitir la cuenta	Cartera
5	Radicar cuenta y causar cuenta por pagar	Cartera
6	Recibir cuentas de las áreas	PU. Oficina de calidad
7	Clasificar cuentas en administrativas y Médicas	Oficina de calidad
8	Enviar a auditoría de proveedores	Oficina de calidad
9	Radicar cuenta	Auditor de proveedores
10	Realizar auditoría de cuentas y verificar si fue facturado por la ESE	Auditor de proveedores
11	Aclarar, objetar o glosar los servicios no correspondientes	Auditor de proveedores
12	Elaborar informe	Auditor de proveedores
13	Recibir informe y enviar a Subgerencia Administrativa	Oficina de calidad
14	Verificar disponibilidad presupuestal	Subgerencia Administrativa
15	Ordenar pago de lo no objetado	Subgerencia Administrativa
16	Devolver al proveedor objeciones y glosas	Subgerencia Administrativa

<b>SOPORTE LEGAL:</b> Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> 100 % de las facturas auditadas	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Alex Díaz. Auditor Médico	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> José Acevedo Monrroy. Jefe Oficina de Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA CALIDAD

**Código:** GC-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **AUDITORIA CONCURRENTES**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** De Apoyo      **Responsable:** Jefe Oficina de Calidad.

**Objeto:** Auditar la prestación de los servicios de salud para la calidad de los pacientes hospitalizados en el cuarto piso del HUDC.(APSSC)

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
	Censo diario de pacientes hospitalizados, Historia clínica, Computador, Contratos de prestación de servicios de salud, Manuales de Tarifas		

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Iniciar el censo diario de los pacientes hospitalizados, en un formato prediseñado por la oficina de calidad del HUDC, en donde se consignan los datos del paciente como nombres completos, identificación, entidad aseguradora, vía de ingreso, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico de ingreso y egreso, causa de Salida, estancia en piso y estancia total, eventos adversos, procedimientos realizados y observaciones.	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
2	Priorizar los pacientes a auditar, teniendo en cuenta el servicio, interconsultas no respondidas a las 24 horas de su solicitud y notificación.	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
3	Verificar a través de la historia clínica, la oportunidad a las respuestas de las interconsultas	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
4	Verificar en la historia clínica la administración de los medicamentos ordenados	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
5	Verificar en la historia clínica la prestación oportuna de insumos, materiales al paciente	Auditor Medico Cuarto

		Piso Hospitalización.
6	Verificar que la historia clínica llegue al cuarto piso con las copias de los documentos de identificación del paciente, con las autorizaciones y/o negaciones correspondientes	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> que al 100 % de los pacientes atendidos se les preste los servicios de salud con todos los atributos de la calidad		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Oportunidad: Atributo de la calidad que hace referencia a la necesidad de que el paciente obtenga el servicio de salud en el momento indicado, sin barreras de acceso.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Miguel Álvarez Morón, Auditor Medico.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> José Acevedo Monrroy. Jefe Oficina de Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
72		







## GESTION DE LA CALIDAD

**Código:** GC-02-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **AUDITORIA A LA PREFACTURA**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** De Apoyo      **Responsable:** Jefe Oficina de Calidad.

**Objeto:** Auditar la Prefectura de prestación de servicios de salud. (APPSS)

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b> Historia clínica, Factura, Computador, Contratos de prestación de servicios de salud, Manuales de Tarifas	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	---	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Disponer de copia de los contratos de prestación de servicios de salud	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
2	Disponer de los manuales tarifarios	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.
3	Disponer de la copia de la historia clínica al momento de la auditoria.	Auditor Medico Cuarto Piso Hospitalización.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** que el 100 % de las Prefectura contengan todos los procedimientos, medicamentos y suministros debidamente registrados

**INDICADORES:** Garantizar que el total de la factura salga de la institución con cero errores

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Objeciones: Es la etapa previa a la glosa, en donde queda el recurso de responder y anexar soportes..

**ANEXOS:** Formato de auditoría de cuenta medica.

**ELABORÓ:** Miguel Álvarez Morón, Auditor Medico.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** José Acevedo Monrroy. Jefe Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DE LA CALIDAD

**Código:** GC-02-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** AUDITORIA DE LA HISTORIA CLINICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Coordinador de Auditoría Médica.

**Objeto:** Realizar evaluación de la historia clínica

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b> Formato para la Auditoria a la Historia Clínica, Historia clínica, Computador	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b> Historia clínica de buena calidad
---------------------	--	------------------	--

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Seleccionar las historias clínicas a evaluar de acuerdo a: Muerte, estancia prolongada, queja, otras.	Auditor Medico
2	Diligenciar formato de auditoría de historias clínicas	Auditor Medico
3	Establecer los puntajes de calificación por historia clínica y por grupo de acuerdo a los siguientes criterios: Excelente:100%; Bueno: 90-99%; Aceptable: 80-89%; Deficiencia <80%.	Auditor Medico
4	Determinar las causas de irregularidades en el diligenciamiento de la historia clínica.	Auditor Medico
5	Notificar al Coordinador del área sobre las dificultades encontradas y presentar alternativas de solución.	Auditor Medico
6	Verificar que se notifique a los responsables de las irregularidades y se tomen los correctivos del caso.	Auditor Medico
7	Realizar consolidado mensual de los resultados obtenidos.	Auditor Medico

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Cumplir con la evaluación de las historias clínicas seleccionadas  
Puntaje por encima del 90%

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Estancia: Periodo de tiempo en horas o días en que permanece el paciente dentro de la institución.

Estancia prolongada: Estancia mayor de tres días para los pacientes que se encuentren en el área de observación y estancia mayor de ocho días para los que se encuentren en el área de hospitalización o de cuidados intensivos. La definición del tiempo de estancia prolongada estará sujeta al comportamiento de la institución.

**ANEXOS:** Formato de Historia Clínica

**ELABORÓ:** Joaquín Vásquez Viana. Auditor Médico

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** José Acevedo Monrroy. Jefe Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA CALIDAD

**Código:** GC-02-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INFORME Y SEGUIMIENTO  
DE EVENTOS ADVERSOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** De Apoyo

**Responsable:** Jefe Oficina de Calidad.

**Objeto:** Reducir efectivamente los riesgos, modificando factores de riesgo y disminuyendo las fallas por acción y omisión.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Insumos:** Historias  
Clínicas, Modulo de  
Evento Adverso

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Identificar el incidente	Auditor Medico
2	Investigar y analizar el incidente	Auditor Medico
3	Selecciona el equipo investigador	Auditor Medico
4	Obtener y organizar la enfermedad	Auditor Medico
5	Establecer cronología de incidentes	Auditor Medico
6	Identificar acciones inseguras	Auditor Medico
7	Identificar los factores contributivos	Auditor Medico
8	Recomendar pautas a seguir y plan de acción	Auditor Medico

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** que el 100% de eventos Adversos detectados sean gestionados

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Evento Adverso: Lesión no intencional causada al paciente por la intervención asistencial ejecutada con o sin error, no por la patología

Acción Insegura: son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o

evento adverso

Evento Centinela: Tipo de EA en donde está presente una muerte o daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente que no está presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales procesos, instrumentos y metodologías basado en evidencia científicamente probada que propende por minimizar el riesgo de sufrir un EA en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**ANEXOS:** Lista de eventos adversos

**ELABORÓ:** Dora Espinosa Panqueba. Auditora de Eventos Adversos

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** José Acevedo Monrroy. Jefe Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

### **5.1.5.- Control Interno**

1. Diagnostico de la Gestión Institucional
2. Planeación y Ejecución de Auditoría
3. Reuniones del Comité de Control Interno
4. Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad
5. Evaluación de la Gestión Financiera y Contable





## EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

**Código:** CI-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** DIAGNOSTICO DE LA GESTION INSTITUCIONAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe de Control Interno

**Objeto:** Evaluar las actuaciones administrativas, financieras y misionales de la Organización y establecer acciones de mejoramiento

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso tecnológico,  
Recurso humano especializado, Procesos de todas las áreas del Hospital, plan de desarrollo, Presupuesto del hospital, plantación estratégica, objetivos misionales Informes de gestión, Normatividad, diagnostico actual del área evaluada borrador de informe

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Elaborar plan de trabajo

Oficina de Control Interno Profesional asignado

2

Asignar responsables para cada una de las áreas

Jefe Oficina de Control Interno.

3

Concertar plan de trabajo con el jefe de la oficina

Jefe Oficina de Control Interno.

4

Solicitar la información de la gestión adelantada por cada

Jefe Oficina de Control

	una de las áreas	Interno.
5	Recopilar la información relativa al objeto de análisis.	Jefe Oficina de Control Interno.
6	Asociar los objetivos institucionales pertinentes con los del área auditada	Jefe del área auditada
7	Medir los compromisos del área con el cumplimiento de los objetivos institucionales a través de los indicadores de gestión establecidos	Profesional de la oficina de control interno
8	Enviar comunicacional jefe de área con el fin de informarle el proceso de evaluación y seguimiento que llevara a cabo la oficina de control interno.	Jefe Oficina de Control Interno.
9	Establecer cronograma de trabajo con el responsable del área.	Jefe Oficina de Control Interno.
10	Verificar lo informado con las evidencias que reposan en los archivos del área	Jefe Oficina de Control Interno.
11	Elaborar informe preliminar que contiene los hallazgos encontrados , las acciones correctivas y las sugerencias y recomendaciones	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
12	Entregar el borrador del informe al jefe de la oficina de control interno y sustentar el mismo.	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
13	Ajustar el informe de acuerdo a las sugerencias del jefe de la oficina de control interno.	Jefe Oficina de Control Interno.
14	Analizar conjuntamente el contenido del informe, con el jefe de área objeto de seguimiento	Jefe Oficina de Control Interno.
15	Ajustar el informe de acuerdo al resultado de la reunión	Jefe Oficina de Control Interno.
16	Entregar el informe con las respectivas recomendaciones y observaciones al jefe de control Interno y al área objeto de seguimiento.	Jefe Oficina de Control Interno.
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Informe final de las actuaciones administrativas, financieras y misionales de la Organización		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Presentar el informe el 30 de Enero de la siguiente vigencia		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Eduardo Salgado. Jefe de Control		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
82		

Interno	
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DE LA AUDITORIA

**Código:** CI-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PLANEACION Y EJECUCION DE LA AUDITORIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe de Control Interno

**Objeto:** Medir el grado de eficiencia y eficacia de los recursos en las áreas auditadas para formular planes de mejoramiento continuo

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso tecnológico,  
Recurso humano  
especializado, recursos  
logísticos, Manual de  
Control Interno,  
Autorización o solicitud,  
Documento soporte, Plan  
específico de la auditoria,  
Normas documentos y  
auditorias anteriores,  
Informe preliminar

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Iniciar el proceso de planeación de la auditoria	Jefe Oficina de Control Interno.
2	Conocer los antecedentes y objetivos del área, proceso o actividad que será auditada.	PU Oficina de Control Interno.
3	Analizar la Normatividad relativa al tema, leyes, decretos, resoluciones, estatutos, reglamentos, etc.	PU Oficina de Control Interno.
4	Conocer las operaciones, la dinámica, actividades y la organización de estas	PU Oficina de Control Interno.
5	Revisar las medidas de autocontrol en los procedimientos, la consistencia o debilidades de ellos y evaluar su utilidad y	PU Oficina de Control Interno.

	conveniencia	
6	Analizar cualquier información relacionada con el tema, mediante entrevistas con los funcionarios responsables	PU Oficina de Control Interno.
7	Iniciación de la auditoria en el área	PU Oficina de Control Interno.
8	Examinar detalladamente las áreas críticas	PU Oficina de Control Interno.
9	Analizar los hallazgos de auditoría, confrontando la normatividad, los procesos, procedimientos, disposiciones, etc.	PU Oficina de Control Interno.
10	Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos particulares del área o actividad objeto de la auditoria.	PU Oficina de Control Interno.
11	Preparar los papeles de trabajo necesarios que soporten los hallazgos, las evidencias y las recomendaciones.	PU Oficina de Control Interno.
12	Preparar cuestionarios para diferentes entrevistas con los responsables del área.	Jefe Oficina de Control Interno.
13	Determinar las herramientas y la utilización de las técnicas de auditoría más apropiadoras y suficientes para analizar los hallazgos y sus resultados.	Jefe Oficina de Control Interno.
14	Determinar los criterios de medición que se utilizaran, así como las pruebas que deban practicarse.	Jefe Oficina de Control Interno.
15	Practicar las visitas, la recolección de pruebas o evidencias al área o proceso(s) auditado(s)	Jefe Oficina de Control Interno.
16	Realizar reuniones técnicas de avance con el jefe de la oficina de control interno, con los responsables del área auditada y con el superior de estos.	Jefe de área auditada y profesional de control interno
17	Entregar el informe	PU Oficina de Control Interno.
18	Verificar el cumplimiento de las disposiciones o normatividad aplicables en el caso específico	PU Oficina de Control Interno.
19	Fundamentar las conclusiones y preparar las recomendaciones tanto generales como específicas.	PU Oficina de Control Interno.
20	Comunicar de manera oficial los resultados o hallazgos encontrados a los responsables del área y al jefe de la oficina de control interno, para hacer las aclaraciones o confirmaciones del caso.	Jefe de área auditada y profesional de control interno
21	Preparar el contenido del informe, determinando si este debe ser corto o largo, analizar y definir los anexos necesarios que se adjuntaran.	Profesional de la oficina de control interno

22	Revisar con las pruebas, entrevistas y mediciones practicadas y los papeles de trabajo que respalda la auditoria.	PU Oficina de Control Interno.
23	Analizar cualquier información adicional relacionada con el tema, mediante entrevistas con los funcionarios responsables.	Jefe Oficina de Control Interno.
24	Sustentar las recomendaciones y conclusiones obtenidas del hallazgo ante el jefe de la oficina de control interno.	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
25	Realizar una reunión técnica con los responsables del área auditada, con el propósito de precisar o aclarar el contenido del borrador del informe y ajustarlo en lo que sea pertinente.	Jefe de área auditada y profesional de control interno
26	Preparar informe definitivo presentarlo y sustentarlo ante la dirección y los responsables del área	Jefe Oficina de Control Interno.
27	Revisar las recomendaciones formuladas por la oficina de control interno, con las realizadas en el informe de auditoría.	Jefe de área auditada y profesional de control interno
28	Velar, por que las diferentes recomendaciones se implementen al interior de los procesos u operaciones de las diferentes áreas responsables de ejecutarlas.	Jefe de área auditada y profesional de control interno
29	Evaluar las mejoras o impacto positivo o la utilidad en la implementación de dichas recomendaciones e informar de los resultados al director general y al supervisor del área	Jefe de área auditada y profesional de control interno
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Informe final de auditoría, acciones de mejoramiento, informe de la evaluación de la implementación de recomendaciones.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El plan de mejoramiento debe hacerse en un periodo no mayor de 2 meses		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Eduardo Salgado. Jefe de Control Interno		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



**COMITÉ DE COORDINACIÓN DE  
CONTROL INTERNO**

**Procedimiento: REUNIONES DEL COMITÉ DE  
CONTROL INTERNO**

**Código:** CI-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Jefe de Control Interno

**Objeto:** Fijación de políticas, desarrollo e implementación del sistema, evaluación de los planes, diseño e implementación de los correctivos necesarios para que el meci funcione adecuadamente y se logren las metas propuestas.

**Alcance:**

**RECURSOS NECESARIOS**

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b> Convocatorias y notificaciones, orden del día, compromisos adquiridos, planes de mejoramiento, actas anteriores.
--------------------------	-------------------------------	------------------------------	---

**ENTRADAS**

**SALIDAS**

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1	Hacer convocatoria a las reuniones ordinarias	Secretario del comité de Control Interno.
2	Hacer convocatoria a las reuniones extraordinarias	Gerente.
3	Verificar quórum	Secretario del comité de Control Interno.
4	Desarrollar el orden del día	Secretario del comité de Control Interno.
5	Hacer la lectura del acta anterior	Secretario del comité de Control Interno.
6	Aprobar el acta anterior	Secretario del comité de Control Interno.
7	Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos del acta anterior	Secretario del comité de Control Interno.



8	Hacer proposiciones y varios	Secretario del comité de Control Interno.
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Acta de la reunión y ejecución de los compromisos		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Todas las tareas y compromisos deben estar ejecutadas para la próxima reunión		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Eduardo Salgado. Jefe de Control Interno		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**Procedimiento:** EVALUACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

**Código:** CI-04-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe de Control Interno

**Objeto:** Evaluar y monitorear la situación del Sistema general de la calidad

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso tecnológico,  
Recurso humano especializado, Manual de Calidad del Hospital, Normatividad, Direccionamiento estratégico, Control de documentos, control de registros y procesos, Manual de procesos y procedimientos, Controles del SGC, Administración de riesgos

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Planificar la evaluación del SGC	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
2	Verificar si se desarrolló la planificación y diagnostico del SGC del hospital	Profesional de la oficina de control interno y de la oficina de calidad
3	Identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad que resulten determinantes de la calidad	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado

4	Identificar y diseñar los puntos de control sobre los riesgos con los responsables de los procesos del área	Jefe de área auditada y profesional de control interno
5	Verificar si se documentan los procesos incluyendo los puntos de control de las áreas que garanticen la calidad del servicio	Jefe de área auditada y profesional de control interno
6	Verificar si la ejecución de los procesos están a acordes con los procedimientos documentados	Jefe de área auditada y profesional de control interno
7	Verificar e identificar los indicadores que permitan medir variables de eficiencia que faciliten el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control	Jefe de área auditada y profesional de control interno
8	Revisar que los indicadores sean publicados y comunicados de manera permanente en la página electrónica, y a todos los usuarios o destinatarios de las áreas interesadas	Jefe del área interesada y profesional de control Interno
9	Asegurar que los contratistas manejen los procesos en base al SGC del Hospital	Jefe de Control Interno y contratista
10	Revisar si se facilita el control político y ciudadano a las entidades, garantizando el fácil acceso a la información	Jefe de control interno
11	Velar por que se ajusten los procedimientos, metodologías y requisitos a los exigidos por normas técnicas internacionales sobre gestión de calidad y norma técnica de calidad en la gestión pública.	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
12	Evaluar los controles mínimos de calidad, que deben cumplirse en la gestión de recursos humanos y de infraestructura	Profesional de la oficina de control interno
13	Acompañar a la entidad a certificar su sistema de gestión de calidad con las normas internacionales y nacionales	Oficina de Control Interno
14	Determinar acciones correctivas y preventivas de las desviaciones de los procesos que permitan a la administración el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de sus usuarios.	Profesional de la oficina de control interno
15	Revisar si se implementan las acciones de mejoramiento continuo y las acciones preventivas y correctivas que establezca la entidad.	Profesional de la oficina de control interno
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Informe de recomendaciones para el mejoramiento del SGC, acciones de mejoramiento		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Todos los procesos y procedimientos deben realizarse bajo los		
91		

parámetros de la norma NTCGP	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Eduardo Salgado. Jefe de Control Interno	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

**Procedimiento: AUDITORIA DEL SISTEMA FINANCIERO CONTABLE**

**Código:** CI-05-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe de Control Interno

**Objeto:** Presentar a la contaduría general de la nación el informe anual de la gestión del sistema financiero y contable, y cumplir con lo establecido en la ley 87 de 1993

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Contabilidad al día, presupuesto de la anualidad auditada, soportes contables, Comprobantes, Recurso humano y tecnológico		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Iniciar la planificación del proceso de gestión financiero y contable	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado
2	Recolectar información de las áreas financieras y contables	Jefe de área auditada y profesional de control interno
3	Comprobar la existencia física de los libros de contabilidad debidamente foliados y registrados.	Profesional de la oficina de control interno
4	Verificar los documentos, soportes, fechas de registros de operaciones de la entidad, de igual forma la existencia de políticas de seguridad sobre el manejo de copias de respaldo de la información contable y presupuestal en lugar distinto al lugar de la entidad.	Profesional de la oficina de control interno
5	Verificar la causación oportuna de todos los hechos económicos que acontecen en la Entidad, así como la de	Profesional de la oficina de control interno

	ingresos y gastos.	
6	Constatar la existencia y efectividad de los procedimientos administrativos para establecer la responsabilidad y registro de los ingresos y los gastos.	Profesional de la oficina de control interno
7	Verificar si es del caso, de la existencia de mecanismos de control para la colocación y redención de inversiones y sus actividades relacionadas.	Profesional de la oficina de control interno
8	Determinar las políticas relacionadas con la incorporación de inmuebles, vehículos automotores y demás bienes al patrimonio de la entidad, lo que incluye seguimiento sobre su legalización y valoración actualizada.	Profesional de la oficina de control interno
9	Evaluar la existencia de procesos de depuración de saldos en los rubros de rentas y cuentas por cobrar de vigencias anteriores, que permita llegar a saldos reales.	Profesional de la oficina de control interno
10	Determinar la pertinencia de control para soportar la conciliación de saldos relacionados con los valores correspondientes a pensiones de jubilación – cálculos actuariales – cesantías consolidadas y sus intereses.	Profesional de la oficina de control interno
11	Determinar la existencia y cumplimiento de planes de compras, funcionamiento de comités de adquisiciones y cumplimiento de las políticas sobre los procesos de contratación de adquisición de bienes y servicios.	Profesional de la oficina de control interno
12	Evaluar de acuerdo con los requerimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación, el proceso adelantado por el área Financiera y Contable, para lograr la conciliación de saldos recíprocos con las Entidades y cuentas relacionadas de que trata el formato CGN 002. Este proceso incluye la confirmación de saldos a través de circulaciones periódicas entre las Entidades objeto de conciliación.	Profesional de la oficina de control interno
13	Comprobar la existencia y adecuado manejo de causación de los libro de presupuesto.	Profesional de la oficina de control interno
14	Constatar la existencia de procedimientos de CDP y los registros presupuestales.	Profesional de la oficina de control interno
15	Comprobar la existencia de procedimientos para el registro de reservas de apropiación.	Profesional de la oficina de control interno
16	Verificar el ordenamiento y disposición final de los respectivos documentos fuente y soporte y la fecha a la cual se lleva el registro de operaciones de la Entidad.	Profesional de la oficina de control interno
17	Determinar la existencia de planes trabajo y procedimientos	Profesional de la oficina

	específicos que permitan la eficiencia de los flujos de información, desde los procesos proveedores hasta el proceso de incorporación al presupuesto en forma oportuna.	de control interno
18	Verificar el registro oportuno de ingresos y gastos y demás hechos económicos que se susciten en la Entidad, y que deben quedar registrados en los libros del presupuesto.	Profesional de la oficina de control interno
19	Verificar la existencia de procedimientos para la realización y registro de modificaciones presupuestales (adiciones, traslados y recortes)	Profesional de la oficina de control interno
20	Comprobar la existencia y efectividad en el registro y control del PAC.	Profesional de la oficina de control interno
21	Constatar la existencia y efectividad de procedimientos administrativos para establecer la responsabilidad y registrar los ingresos y los gastos.	Profesional de la oficina de control interno
22	Establecer la existencia de las conciliaciones de saldos de efectivo disponible e inversiones, entre las áreas de presupuesto, contabilidad y tesorería, examinar los tiempos de respuesta y oportunidad en la entrega de la información.	Profesional de la oficina de control interno
23	Constatar la aplicación de los principios presupuestales.	Profesional de la oficina de control interno
24	Comprobar la existencia de los libros de tesorería.	Profesional de la oficina de control interno
25	Comprobar la existencia de los procedimientos para el pago de las cuentas por pagar.	Profesional de la oficina de control interno
26	Comprobar la existencia de los procedimientos para el pago de las cuentas por pagar.	Profesional de la oficina de control interno
27	Verificar el registro oportuno de ingresos y pagos en los libros de caja y bancos	Profesional de la oficina de control interno
28	Establecer la existencia y efectividad de procesos administrativos, para el manejo de cajas menores y sus respectivos arqueos periódicos.	Profesional de la oficina de control interno
29	Constatar las medidas de protección para la guarda y custodia de los títulos valores, cheques girados, chequeras, cheques anulados, tarjetas magnéticas, sellos y protectores, claves de cajas fuertes y demás bienes asociados al disponible.	Profesional de la oficina de control interno
30	Determinar la existencia y funcionabilidad de procedimientos para el control sobre apertura y funcionamiento de cuentas bancarias y/o de ahorros	Profesional de la oficina de control interno

31	Determinar la existencia y pertinencia de procedimientos de control para las operaciones de crédito público y manejo de deuda, retenciones tributarias y otros pasivos.	Profesional de la oficina de control interno
32	Revisar si existen disposiciones sobre los objetivos y principios de las acciones de mejoramiento continuo y las acciones preventivas y correctivas que establezcan cada entidad	Jefe Oficina de Control Interno con profesional asignado

**PRODUCTO ESPERADO:** Informe anual sobre sistema de gestión financiera y contable a la Contaduría General de la Nación y planes correctivos

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Eduardo Salgado. Jefe de Control Interno

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



### **5.1.6.- Jurídica**

1. Respuesta a las Acciones de Tutela
2. Respuesta a los Derechos de Petición
3. Control Disciplinario
4. Interventorías
5. Contratación Directa
6. Gestión de Acciones Judiciales



## GESTIÓN DE ACCIONES JUDICIALES

**Código:** JU-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RESPUESTA A LAS ACCIONES DE TUTELA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Asesora Jurídica del HUC.

**Objeto:** Dar el tramite a las acciones de tutela en contra del hospital.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Equipos de oficina:  
Computador, Hojas de  
Papel, Impresora, tinta  
para impresora, lapicero.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**  
Copias facilitadas para la  
investigación, oficios o  
certificaciones.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir el escrito de Acción de tutela.	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
2	Asignar a un abogado asesor externo para desarrollo de la asesoría	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
3	Solicitar la información al área o aéreas que se requiera a fin de recopilar la información, que sirva de soporte para dar respuesta a la acción de tutela.	Abogado Asesor Externo.
4	Analizar documentos recepcionados.	Abogado Asesor Externo.
5	Proyectar la respuesta.	Abogado Asesor Externo encargado
6	Entregarla para su revisión al jefe de la oficina.	Abogado Asesor Externo encargado
7	Sugerir correcciones en caso de ser necesario.	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
8	Hacer las correcciones.	Abogado Asesor Externo encargado
9	Firmar el documento.	Jefe Asesora Oficina

		Jurídica- Gerente
10	Enviar al juzgado.	Mensajero
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Tutela tramitada.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de las tutelas que lleguen al hospital sean tramitadas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Acción de tutela: Es un mecanismo eficaz consagrado en la constitución política para proteger los derechos fundamentales.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Tatiana Carmona- Ormelia Requena		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Dra. Adriana Trucco		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA JURÍDICA

**Procedimiento: RESPUESTA AL DERECHO DE  
PETICION**

**Código:** JU-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Asesora Jurídica del HUC.

**Objeto:** Suministrar la información requerida por el peticionario dentro de los términos establecidos por la ley.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Computador, Hojas de  
Papel, Impresora, tinta  
para impresora, lapicero.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Oficio solicitud (derecho  
de petición), copias  
facilitadas para la  
investigación, oficios o  
certificaciones.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar la necesidad o derecho de petición en la oficina asesora jurídica	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
2	Asignar a un abogado asesor externo para desarrollo de la asesoría	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
3	Solicitar la información al área o áreas que se requiera a fin de recopilar la información, que sirva de soporte para dar respuesta al derecho de petición.	Abogado Asesor Externo.
4	Recepcionar la información.	Abogado Asesor Externo.
5	Proyectar la respuesta del derecho de petición.	Abogado Asesor Externo encargado
6	Pasar a la jefe para su revisión.	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
7	Hacer las correcciones en caso necesario y entregar para la firma.	Abogado Asesor Externo encargado
8	Firmar el documento.	Jefe Asesora Oficina

		Jurídica- Gerente
9	Enviar a la dirección de notificación del peticionario	Mensajero
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Respuesta del derecho de petición.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de los derechos de petición recibidos en el hospital sean contestados en el término establecido por la ley.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> DERECHO DE PETICION: Acceso a la información requerida por la persona solicitante de acuerdo al caso, reglamentada mediante artículo 23 de la constitución política nacional de Colombia.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Tatiana Carmona- Ormelia Requena		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Dra. Adriana Trucco		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



**GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA  
JURÍDICA**

**Código:** JU-02-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CONTROL DISCIPLINARIO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Asesora Jurídica del HUC.

**Objeto:** Conocer de los asuntos disciplinarios contra los servidores públicos de sus dependencias y ejercer el control disciplinario interno de los funcionarios de la ESE Hospital Universitario del Caribe. El procedimiento disciplinario previsto en este proceso se aplicará en los procesos disciplinarios que se sigan en contra de los particulares disciplinables conforme a ella.

**Alcance:**

**RECURSOS NECESARIOS**

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Computador, Hojas de  
Papel, Impresora, tinta  
para impresora, lapicero.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**  
Carta queja; Informe  
Formato de interventora;  
Certificado de  
Interventora

**ENTRADAS**

**SALIDAS**

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

La oficina asesora jurídica, adelantará de oficio, o por información proveniente de servidor público o de otro medio que amerite credibilidad, o por queja formulada por cualquier persona, y no procederá por anónimos, salvo en los eventos en que cumpla con los requisitos mínimos consagrados en los artículos 38 de Ley 190 de 1995 y 27 de la Ley 24 de 1992, la radica e informa a la gerencia sobre la llegada de la misma y a su vez remite a un Asesor externo la competencia y el merito de la misma, es decir si merece continuar con el proceso o el caso debe archivarse

Jefe Asesora Oficina  
Jurídica- Gerente-  
Abogado Asesor  
Externo.

2

Una vez recibida la queja, informe o decisión de oficio, realiza un análisis respectivo, para establecer el tipo de procedimiento a seguir, en el que puede surgir dos fases: 1) si la novedad recibida requiere una indagación preliminar para determinar si definitivamente si es necesario iniciar un

Abogado - Asesor  
externo

	proceso disciplinario. (continua en la actividad 3). 2) si no requiere indagación preliminar (continua actividad 4)	
3	En esta etapa se realiza la indagación preliminar del caso, se comunica la decisión y la apertura de indagación preliminar al implicado(s) en la queja analizada, previa autorización y suscripción por parte del Jefe asesora Jurídica de la ESE HUC. La asesora practica las pruebas necesarias, y posteriormente las evalúa y define la acción a seguir. * si se determina un proceso disciplinario (continua la actividad 4), → auto apertura de Pruebas * si no amerita iniciar un proceso, se archivan los documentos generados (queja, auto, pruebas) → auto inhibitorio, termina subproceso.	Abogado - Asesor externo
4	ADELANTA PROCESO DISCIPLINARIO: se realiza las actividades pertinentes al proceso disciplinario. → auto de apertura o llamamiento de audiencia. Se realiza un proceso disciplinario en los siguientes casos: 1) Cuando el acusado sea sorprendido en el momento de la comisión de la falta o con los elementos, efectos o instrumentos que provengan de la ejecución de la conducta. 2) Cuando haya confesión en todo caso si la falta es leve. 3) Cuando la falta cometida este contemplada en el artículo 48 del Código Disciplinario Único numerales 2, 4, 17 a 23, 32, 33, 35, 36, 39, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 62. En todos los caso se realizara un proceso ordinario	Abogado - Asesor externo
5	Se notifica la decisión una vez haya sido proferida: 1) Si el demandado impone recurso de apelación el proceso pasa a segunda instancia, es decir para una segunda revisión y fallo esta vez realizada por el gerente de la ESE HUC. 2) si no se interpone recurso de apelación, se realizará las comunicaciones respectivas y se ejecutara el fallo por el ente el afectado. Finalmente se archiva el documentación generada (autos, descargos y fallos) en original y copia para su disponibilidad futura.	Jefe Asesora Oficina Jurídica- Gerente
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Auto de fallo o Auto de Archivo del Proceso Disciplinario.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Se mide en base a la responsabilidad que debe asumir cada empleado de la ESE Hospital Universitario del Caribe, conforme a las normatividad.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
103		

**DEFINICIONES:** 1. AUTO DE FALLO:

2. AUTO DE ARCHIVO:

3. DECISION DE OFICIO:

4. FALTA DISCIPLINARIA: Constituye falta disciplinaria, y por lo tanto da lugar a la acción e imposición de la sanción correspondiente, la incursión en cualquiera de las conductas o comportamientos previstos en este código que conlleve incumplimiento de deberes, extralimitación en el ejercicio de derechos y funciones, prohibiciones y violación del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de intereses, sin estar amparado por cualquiera de las causales de exclusión de responsabilidad

Contempladas en el artículo 28 del presente ordenamiento.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Tatiana Carmona- Ormelia Requena

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad al paciente

**REVISÓ:** Dra. Adriana Trucco

**ACTA No**


**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA JURÍDICA</b>		<b>Código:</b> JU-02-PR-03
			<b>Versión:</b> 01
	<b>Procedimiento:</b> INTERVENTORÍA		<b>Fecha:</b> 11/02/08
			<b>Página:</b>
<b>Tipo de Proceso:</b>		<b>Responsable:</b> Jefe Asesora Jurídica del HUC.	
<b>Objeto:</b> Supervisar y controlar la ejecución del contrato, con el propósito de verificar el avance y cumplimiento de las obligaciones contraídas en término de oportunidad, utilización de recursos y la calidad de bienes o servicios contratados.			
<b>Alcance:</b>			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Equipos de oficina: Computador, Hojas de Papel, Impresora, tinta para impresora, lapicero.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b> Carta de Notificación Designación de interventoría; Copia del Contrato; Copia de la Propuesta del contratista; Constancia de la aprobación de garantía única; Recibo de consignación de los derechos de publicación del mismo, Formato de interventoría; Certificado de Interventoría.
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
<b>CLIENTES:</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>		<b>RESPONSABLE</b>
1	Elaborar carta de Notificación de interventoría, a la persona designada de acuerdo al servicio o suministro del área al que se requiera.		Abogado - Asesor externo
2	Firmar la carta de interventoría con el visto bueno del asesor jurídico		Gerente ESE HUC
3	Enviar carta al interventor asignado con copia del contrato.		Abogado - Asesor externo
4	Elaborar informes periódicos de evaluación y/o actas de		Interventor designado.

	<p>interventoría, respecto de la ejecución del contrato y soportar las razones de incumplimiento que incurra el contratista, para que el contratante adopte las medidas pertinentes con base en lo establecido. Enviar Copia del informe de interventoría a Cuentas por Pagar y Oficina Asesora Jurídica del Hospital.</p>	
5	<p>Recibir el informe de interventoría y revisarlo en su totalidad, con el fin de realizar las observaciones pertinentes. Si el informe presentado necesita ajustes para la buena prestación del servicio, la oficina jurídica, a través de un memorial requiere al Contratista, con copia al interventor para que este realice las actuaciones necesarias para el desarrollo del contrato.</p>	<p>Abogado - Asesor externo</p>
<p><b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Interventoría realizada.</p>		
<p><b>SOPORTE LEGAL:</b></p>		
<p><b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Al 100% de los contratos se le haga interventoría.</p>		
<p><b>INDICADORES:</b></p>		
<p><b>PUNTOS DE CONTROL:</b></p>		
<p><b>DEFINICIONES:</b> 1. INTERVENTOR: es la persona que representa al Hospital frente a las personas naturales o jurídicas que celebren contratos o convenios con este para el cual se realiza seguimiento, interviene, ejerce control y exige lo pactado durante todo el contrato.</p>		
<p><b>ANEXOS:</b></p>		
<p><b>ELABORÓ:</b> Ormelia Requena. PU de financiera.</p>		<p><b>APROBÓ:</b> Comité Técnico</p>
<p><b>REVISÓ:</b> Dra. Adriana Trucco. Jefe Oficina Jurídica.</p>		<p><b>ACTA No</b></p>
<p><b>FIRMA:</b></p>		<p><b>FECHA:</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>CONTROL DE CAMBIOS</b></p>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
<p style="text-align: center;">106</p>		




## GESTION CONTRACTUAL

**Código:** JU-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CONTRATACION DIRECTA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Asesora Jurídica del HUC.

**Objeto:** Suplir una necesidad a través de terceros en el marco de la norma y del estatuto contractual del hospital.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Computador, Hojas de Papel, Impresora, tinta para impresora, lapicero.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Estudio de Conveniencia, Oportunidad, Necesidad y viabilidad económica; Propuesta presentada por el contratista (3 propuestas mínimo), Certificado de existencia y representación legal, expedido por la Cámara de Comercio, Copia del Certificado de antecedentes judiciales, expedido por el DAS, Formulario de Registro Único Tributario (RUT); Certificado de Responsables Fiscales expedido por la Contraloría Departamental; Declaración jurada del Representante Legal y del revisor fiscal, por concepto de Paz y Salvo en Seguridad social y Parafiscales; Copia de la Cedula de ciudadanía del Representante Legal; Copia de cedula de ciudadanía y Tarjeta Profesional del Revisor

			Fiscal; Certificado de Disciplinario expedido por la Procuraduría General de la Nación del Representante Legal y de la entidad.
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION		RESPONSABLE
1	Recibir las evaluaciones económicas y técnicas de las Subgerencias correspondientes, y el Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), la Oficina Asesora Jurídica, realiza el estudio de conveniencia, evalúa jurídicamente las propuestas presentadas, y revisa los documentos legales para la contratación.		Jefe Oficina Asesora Jurídica ESE HUC.
2	Establecer las observaciones por hacer, esta remitirá a las Subgerencias para hacer las respectivas correcciones. Si no existen observaciones por hacer, esta proyectará la minuta correspondiente.		Jefe Oficina Asesora Jurídica ESE HUC.
3	Remitir a la Gerencia de la ESE Hospital Universitario del Caribe, quien es el ordenador del gasto, con el fin de firmar el contrato.		Jefe Oficina Asesora Jurídica ESE HUC.
4	Firmar el contrato con el visto bueno del jefe de la Oficina Jurídica.		Gerente ESE HUC
5	Devolver el contrato a la oficina Jurídica.		Secretaría de Gerente.
6	Registrar el expediente del contrato, dentro del sistema de base de datos de contratación de la ESE HUC.		Jefe Oficina Asesora Jurídica ESE HUC.
7	Remitir al contratista la minuta del contrato para su firma y legalización		Asesor externo oficina jurídica.
8	Requerir al contratista para que aporte al expediente del contrato, Publicación de los contratos, (Artículo 17°, del acuerdo 005 de Marzo 16 de 2.006), y Pólizas exigidas en el contrato.		Jefe Asesora Oficina Jurídica.
9	Recibir la minuta firmada por el contratista y los documentos requeridos.		Jefe Oficina Asesora Jurídica ESE HUC.
10	Enviar el expediente del contrato a la Subgerencia administrativa, para la elaboración del registro		Jefe Asesora Oficina Jurídica.

109

	presupuestal.	
11	Remitir el contrato a la Oficina Jurídica.	Subgerente Administrativa.
12	Recibir póliza y publicación del contratista , si el contrato lo requiere.	Jefe Oficina Asesora Jurídica ESE HUC.
13	Aprobación de las pólizas y asignación de interventoría.	Jefe Asesora Oficina Jurídica.

**PRODUCTO ESPERADO:** Contrato elaborado

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Lograr una selección objetiva del contratista dentro de los principios de transparencia, economía, celeridad y responsabilidad de la contratación.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** 1. CONTRATACION DIRECTA: Se podrá Contratar directamente en los siguientes casos:

\* Por la cuantía: Cuando se trate de contratos cuyo valor sea igual o inferior a 700 salarios mínimos legales mensuales vigentes cualquiera que sea su naturaleza. En estos casos se requerirá mínimo tres (3) propuestas.

\* Por la naturaleza: En los siguientes contratos, sin importar la cuantía, para los que se requerirá como mínimo de una (1) sola propuesta.

2. GARANTÍA: es una póliza que avala el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato, la cual se mantendrá vigente durante su vida y liquidación y se ajustará a los límites, existencia y extensión del riesgo amparado. Esta garantía es expedida por una empresa aseguradora.

3. MINUTA : Documento en donde se establecen las disposiciones de contratación.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Tatiana Carmona. Asesora Jurídica Externa.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Dra. Adriana Trucco. Jefe Oficina Jurídica.

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

--	--	--

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



# **PROCESO:**

**Código:** JU-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** Gestión de Acciones Judiciales.

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Jefe Asesora Jurídica del HUC.

**Objeto:** Dar el tramite a las acciones de tutela en contra del hospital.

**Alcance:**

## **RECURSOS NECESARIOS**

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Equipos de oficina:  
Computador, Hojas de  
Papel, Impresora, tinta  
para impresora, lapicero.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**  
Copias facilitadas para la  
investigación, oficios o  
certificaciones.

### **ENTRADAS**

### **SALIDAS**

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

## **CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir el escrito de Acción de tutela.	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
2	Asignar a un abogado asesor externo para desarrollo de la asesoría	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
3	Solicitar la información al área o aéreas que se requiera a fin de recopilar la información, que sirva de soporte para dar respuesta a la acción de tutela.	Abogado Asesor Externo.
4	Analizar documentos recepcionados.	Abogado Asesor Externo.
5	Proyectar la respuesta.	Abogado Asesor Externo encargado
6	Entregarla para su revisión al jefe de la oficina.	Abogado Asesor Externo encargado
7	Sugerir correcciones en caso de ser necesario.	Jefe Asesora Oficina Jurídica.
8	Hacer las correcciones.	Abogado Asesor Externo encargado
9	Firmar el documento.	Jefe Asesora Oficina



		Jurídica- Gerente
10	Enviar al juzgado.	Mensajero
<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Tutela tramitada.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de las tutelas que lleguen al hospital sean tramitadas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Acción de tutela: Es un mecanismo eficaz consagrado en la constitución política para proteger los derechos fundamentales.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Tatiana Carmona- Ormelia Requena		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Dra. Adriana Trucco		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## **5.2.- AREA FUNCIONAL DE LOGISTCA**

### **5.2.1.- Talento Humano**

1. Pago de Nominas
2. Inducción de Personal
3. Programa de Salud Ocupacional
4. Selección y Vinculación de Personal



## GESTIÓN DE COMPENSACIÓN Y BENEFICIO

**Código:** TH-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PAGO DE NOMINA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Liquidar y pagar la nomina de los empleados

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Computador, Software de liquidador de nomina

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Ingresar empleados al sistema liquidador de nomina SIOS previa capacitación en el software SIOS	PU Talento Humano
2	Recibir novedades hasta el dia 25 de cada mes	PU Talento Humano
3	Imprimir, revisar preliminarmente la nomina y liquidar la planilla de pago de aportes a salud, pensión, arp y parafiscales	PU Talento Humano
4	Revisar la nomina y la planilla de pagos en contabilidad para posterior visto bueno del contador	Contador
5	Enviar la nomina a la subgerente administrativa para autorización de CDP Y RP	Contador
6	Diligenciar el formato de pago de nomina de occired	PU Talento Humano
7	Verificar la información contenida en el formato de pago de occired	Subgerente Adtiva
8	Pagar nomina	Subgerente Adtiva
9	Pagar Planilla Única	Subgerente Adtiva

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Nomina liquidada oportunamente y sin errores, pago oportuno de seguridad social.

### INDICADORES:

<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Irina de Guzmán. PU Talento Humano.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE SELECCIÓN Y VINCULACIÓN

**Código:** TH-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INDUCCION DE PERSONAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Inducir y entrenar a los funcionarios que ingresan, para que ejerzan bien las actividades en su ámbito laboral

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Computador, Presentación institucional en Power Point, Manual de funciones, Procesos		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Presentar al trabajador (misión, visión, organigrama, políticas, cultura organizacional)	PU Talento Humano
2	Notificar la fecha exacta de ingreso del nuevo funcionario al jefe inmediato.	PU Talento Humano
3	Realizar actividades de entrenamientos en el plan de inducción	Jefe inmediato
4	Programar la inducción tecnológica (si es necesario)	PU Área de sistemas
5	Iniciar las actividades para las que fue contratada.	Funcionario Nuevo
6	Verificar, hacer seguimiento y evaluación de funciones	Jefe inmediato

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los funcionarios inducidos y entrenados tengan un conocimiento correcto del cargo a desempeñar y del funcionamiento y organización del Hospital

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Irina de Guzmán. PU Talento

**APROBÓ:** Comité Técnico

Humano.	
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD

**Código:** TH-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Minimizar y controlar los riesgos que se presentan en las áreas del Hospital para garantizar la seguridad de los empleados

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Computador,  
Presentación institucional  
en Power Point, Manual  
de funciones, Procesos

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Inscribir y/o el retirar funcionarios de la planta de personal del Hospital a la ARP	PU Talento Humano
2	Asistir a las reuniones del COPASO para exponer las necesidades de los empleados, referente a Salud ocupacional.	Representante de los empleados y/o su suplente,
3	Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos en el COPASO	Facilitadores de SO
4	Coordinación apoyo en la ejecución del panorama de riesgos que se levanta en el Hospital.	Facilitadores de SO
5	Elaboración del programa de salud ocupacional con la ARP	Facilitadores de SO
6	Elaboración del cronograma anual de actividades con base en el PSO.	Facilitadores de SO

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Cero (0) accidentes de trabajo y funcionarios con enfermedad profesional

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**



<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Irina de Guzmán. PU Talento Humano	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE SELECCIONAR Y VINCULAR

**Código:** TH-01-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** SELECCIÓN Y VINCULACION DE PERSONAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Seleccionar al personal que cumpla con los requerimientos exigidos dentro del plan de cargos y el manual de funciones

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Hoja de vida y sus anexos,  
computador

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar las hojas de vida provenientes de diferentes medios.	Gerente
2	Estudiar técnicamente las hojas de vida y clasificar de acuerdo al perfil que se requiera	Gerente
3	Verificar requisitos legales y vacante existente.	Jefe de Oficina Jurídica
4	Proyectar de resolución de nombramiento.	Jefe de Oficina Jurídica
5	Firmar la resolución de Nombramiento	Gerente
6	Numerar la resolución de nombramiento	Secretaria de gerencia.
7	Enviar la resolución firmada y enumerada a la oficina de Talento Humano	Secretaria de gerencia.
8	Proyectar y entregar el acto de notificación personal	PU Talento Humano
9	Proyectar el acta de posesión y posterior envío a jurídica	PU Talento Humano
10	Revisar y darle el visto bueno del acta de posesión	Jefe de Oficina Jurídica
11	Firmar el acta de posesión	Gerente
12	Posesionar al Candidato	PU Talento Humano
13	Programar la inducción	PU Talento Humano
14	Archivar la Hoja de Vida	Secretaria de Talento Humano.

<b>SOPORTE LEGAL:</b>	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de los funcionarios seleccionados estén acordes con el perfil del Manual de Funciones y con la idoneidad requerida.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Irina de Guzmán. PU Talento Humano	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio

### **5.2.2.- Recursos Físicos**

1. Ejecución de una Orden de Trabajo
2. Llamado de Empresa Representante o Contratista
3. Archivo de los Reportes de Servicios
4. Solicitudes del Servicio de Mantenimiento
5. Formato de Retiro de elementos de Almacén
6. Rutina Diaria de Operador de Turno
7. Mantenimiento Preventivo y Correctivo
8. Pedidos de Almacén
9. Recepción y Almacenamiento
10. Entrega de Elementos
11. Vigilancia de Áreas Internas
12. Vigilancia de Vehículos
13. Ingreso y Salida de Usuarios (Acompañantes y Trabajadores)
14. Ingreso y Salida de Elementos del Hospital
15. Procedimiento de Novedades de Hurto con y sin Captura



## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** EJECUCION DE UNA ORDEN DE TRABAJO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Realizar los trabajos de mantenimiento en el menor tiempo posible y con las condiciones de calidad y seguridad pertinentes.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Insumos dependen del tipo de mantenimiento, recurso humano, computador.

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Acudir al sitio del daño, luego de haber recibido la Orden de T.	Técnico
2	Hacer la presentación al Jefe del área o persona encargada diciendo su nombre y la razón por la cual está ahí.	Técnico
3	Hacer una inspección para verificar la gravedad del daño. Determinar que repuestos necesita.	Técnico
4	Acordar con el Jefe del área el momento oportuno para realizar la labor.	Técnico
5	Elaborar pedido a Almacén si necesita repuestos.	Técnico
6	Realizar la reparación dentro de un tiempo razonable.	Técnico
7	Escribir en la Orden de trabajo los repuestos utilizados y el tiempo empleado.	Técnico
8	Recoger sus herramientas y/o repuestos utilizados y dejar completamente limpia el área donde trabajó	Técnico

9	Devolver al almacén los repuestos no utilizados y los cambiados.	Técnico
10	Devolver al almacén los repuestos no utilizados y los cambiados.	Técnico
11	Devolver la orden de trabajo debidamente firmada a su superior inmediato.	Técnico

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Resolver en un 100% la orden de trabajo recibida.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Formato de Orden de Trabajo

**ELABORÓ:** Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** LLAMADO DE EMPRESA  
REPRESENTANTE O CONTRATISTA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Garantizar la oportuna atención de los contratistas a las unidades funcionales.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Insumos de oficina, computador, recurso humano.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Buscar el No. Telefónico de la firma contratista, con la instrucción del jefe inmediato.	Supervisor de mantenimiento
2	Contactar al contratista para solicitar el servicio de mantenimiento dando la información correcta sobre el equipo, el daño y el servicio a que pertenece.	Supervisor de mantenimiento
3	Concretar con el contratista la fecha y hora probables de la visita.	Supervisor de mantenimiento
4	Escribir en el libro de bitácora la información obtenida.	Supervisor de mantenimiento
5	Informar al servicio y al jefe inmediato lo acordado.	Supervisor de mantenimiento
6	Retirar el equipo (si es necesario) o una de sus partes para reparación fuera de la institución, diligenciar el formato de salida en la oficina de recursos Físicos.	Técnico
7	Realizar seguimiento diario a la reparación del equipo, mediante comunicación telefónica con los representantes o con quien esté	Supervisor de

	realizando la reparación.	mantenimiento
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Calificación de respuesta y responsabilidad de los diferentes contratistas que tienen a su cargo el mantenimiento.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Procedimiento en el cual el representante de mantenimiento por cuenta del Hospital se apersona de la solución, sirviendo de puente entre el Hospital y los contratistas para el efectivo cumplimiento de la responsabilidad contractuada.		
<b>ANEXOS:</b> Formato de orden de salida.		
<b>ELABORÓ:</b> Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02-PR- 03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ARCHIVO DE LOS REPORTES DE SERVICIOS EN LAS HOJAS DE VIDA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Garantizar la disponibilidad de la documentación de las hojas de vida de los equipos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Insumos de oficina,  
archivadores, estantes,  
tableros de corcho y  
acrílico.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Identificar plenamente el equipo sobre el cual se tiene el reporte de servicio, la orden de trabajo o cualquier información al respecto.	Supervisor de mantenimiento
2	Localizar la carpeta de hoja de vida en el libro de fichas técnicas	Supervisor de mantenimiento
3	Archivar por orden cronológico los reportes de servicio.	Supervisor de mantenimiento
4	Guardar nuevamente el libro de fichas técnicas en el Archivo de mantenimiento.	Supervisor de mantenimiento

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Tener acceso en el menor tiempo posible a la información requerida

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

**DEFINICIONES:** Archivo: Conjunto de documentos en las cuales reposa toda la información técnica de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos efectuados durante su vida útil. De igual forma en las hojas de vida aparece toda la información tecnológica de cada equipo.

<b>ANEXOS:</b> Reportes de servicios	
<b>ELABORÓ:</b> Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB- 02-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** SOLICITUDES DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Asegurar que las solicitudes de servicio de mantenimiento estén identificadas y con la información completa y suficiente.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Insumos de oficina, computador, recurso humano.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir la información del daño a través del formato, correo electrónico, vía telefónica, información verbal, o ronda de inspección.	PU de Recursos físicos
2	Verificar que venga escrito en forma clara el daño reportado. La ubicación del mismo y la persona que la solicita.	PU de Recursos físicos
3	Escribir el nombre de quien recibe, la fecha y la hora.	PU de Recursos físicos
4	Informar al Supervisor de mantenimiento sobre la solicitud.	PU de Recursos físicos

**PRODUCTO ESPERADO:** Recibir oficialmente cada solicitud para que pueda ser clasificada, asignada y ejecutada correctamente.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El total de las solicitudes estén bien diligenciadas.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Solicitud en la cual se manifiesta la necesidad de realizar un mantenimiento preventivo o correctivo de algún sistema.

<b>ANEXOS:</b> Solicitud de Mantenimiento.	
<b>ELABORÓ:</b> Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02-PR-05

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** FORMATO DE RETIRO DE ELEMENTOS DE ALMACEN

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Garantizar el suministro oportuno de los elementos o repuestos necesarios para realizar la labor.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Insumos de oficina,  
computador, recurso humano.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Escribir en el formato que corresponde en forma clara y completa la siguiente información: Fecha, Concepto, nombre, sección a donde va des tinado el elemento, nombre claro del elemento, cantidad solicitada.	Técnico
2	Solicitar autorización del Supervisor o del jefe de Recursos Físicos.	Técnico
3	Entregar la solicitud al Almacén	Técnico
4	Retirar los elementos solicitados.	Técnico
5	Firmar con nombre legible el recibido.	Técnico
6	Entregar la copia a la Oficina de recursos Físicos.	Técnico

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** La oportunidad en el suministro de los elementos.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Procedimiento en el cual se solicitan los elementos o repuestos necesarios para realizar un trabajo.

**ANEXOS:** Formato de retiro de elementos.

**ELABORÓ:** Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RUTINA DIARIA DEL OPERADOR DE TURNO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Verificar el estado de los sistemas eléctricos, mecánicos e hidráulicos del hospital.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Insumos de oficina,  
computador, recurso humano.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Tener en las manos el reporte diario de consumos.	Operador
2	Llegar al banco de medición eléctrica y anotar en el formato la medición actual.	Operador
3	Llegar al banco de gases medicinales y anotar en el formato la medición actual de Oxígeno, Oxido Nitroso, Aire comprimido, existencia de Bióxido de carbono y nitrógeno.	Operador
4	Revisar el contador de suministro principal de aguas de Cartagena y anotar la lectura actual	Operador
5	Revisar el estado del tanque cryogenico y anotar en el formato de control de lectura del tanque cryogénico.	Operador

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Garantizar el 100% los sistemas electromecánicos al hospital.

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

**DEFINICIONES:** Tanque Cryogénico: Tanque de Gases medicinales en estado líquido

**ANEXOS:** Formatos de control diario.

<b>ELABORÓ:</b> Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02-PR-07

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Garantizar en el optimo funcionamiento de los sistemas.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Insumos de oficina,  
computador, recurso humano.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Revisar el cronograma de mantenimiento para ubicar el área que corresponde a la fecha.	Técnico
2	Organizar el plan de acción con los elementos e insumos.	Técnico
3	Hacer presencia ante el Jefe del área o persona encargada e informarle sobre la realización del mantenimiento programado.	Técnico
4	Realizar la revisión y el mantenimiento preventivo o correctivo si lo amerita del sistema eléctrico, hidráulico o mecánico del área.	Técnico
5	Hacer el trámite respectivo a almacén, en caso de necesitar elementos o repuestos.	Técnico
6	Hacer el trámite respectivo a almacén una vez terminado el mantenimiento.	Técnico
7	Hacer firmar la orden de trabajo por la persona encargada o el Jefe del área	Técnico
8	Informar al supervisor sobre lo encontrado y lo ejecutado.	Técnico

9	Entregar al supervisor la Orden de trabajo diligenciada.	Técnico
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Funcionamiento del 100% de los sistemas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Mantenimiento necesario para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de apoyo del Hospital.		
<b>ANEXOS:</b> Orden de Trabajo		
<b>ELABORÓ:</b> Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.		<b>ACTA No:</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

**Código:** SB-02-PR-08

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PEDIDOS DE ALMACEN

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Solicitar los elementos para que en el Almacén estén disponibles para realizar las diferentes labores propias de Mantenimiento.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Insumos de oficina, computador, recurso humano.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Revisar las necesidades de elementos y repuestos necesarios o que han hecho falta para la realización de una labor.	Supervisor de mantenimiento
2	Consultar con los técnicos, las necesidades de herramientas e insumos necesarios.	Supervisor de mantenimiento
3	Revisar las estadísticas de trabajos realizados y los que no se han podido realizar por falta de elementos.	Supervisor de mantenimiento
4	Elaborar carta de pedido a la Subgerencia Administrativa con copia a jefe de Recursos Físicos y Almacén general.	Supervisor de mantenimiento
5	Realizar seguimiento de solicitud para su pronta adquisición.	Supervisor de mantenimiento

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los elementos o repuestos estén disponibles en el almacén

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:** Formato de pedido de elementos.

**ELABORÓ:** Rodrigo Rodríguez R. Jefe de Mantenimiento.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina  
calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE ALMACÉN

**Código:** RF-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Recibir y almacenar correctamente la mercancía.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Formato de entrada a  
almacén, computador,  
recurso humano, insumos  
de oficina.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

### SALIDAS

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar la remisión o factura y confrontarla con la orden de compra.	Jefe de almacén
2	Revisar la mercancía que esté en igual cantidad que la remisión, condiciones de empaque, estado de la mercancía, si son medicamentos del Laboratorio clínico se envían al Laboratorio.	Jefe de almacén
3	Diligenciar formato de entrada al almacén, anexar original a la remisión o factura.	Jefe de almacén
4	Colocar la mercancía en los estantes.	Jefe de almacén

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de la mercancía que se deprecie esté acorde con lo pedido y en las condiciones de almacenamiento.

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:** Formato de entrada a almacén.

**ELABORÓ:** Avaro Tinocco, Jefe de almacén.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina

**ACTA No:**

calidad.		
FIRMA:	FECHA:	
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE ALMACÉN

**Código:** RF-03-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ENTREGA DE ELEMENTOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Entregar los insumos y medicamentos de acuerdo a la solicitud y al stock de inventario.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Solicitud de pedido,  
recurso humano,  
insumos de oficina.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar la solicitud de pedido autorizada por la Subgerente administrativa.	Jefe de almacén
2	Confrontar la solicitud de pedido con el stock de inventario.	Jefe de almacén
3	Despachar la solicitud de pedido de acuerdo al stock de almacén	Jefe de almacén
4	Entregar los insumos a la dependencia que lo requiere.	Jefe de almacén
5	Diligenciar formato de salida de almacén, lo firma quién recibe y entrega.	Jefe de almacén

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Entregar el 100% de la mercancía solicitada.

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:** Formato de salida.

**ELABORÓ:** Avaro Tinocco. Jefe de almacén

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU oficina calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DE VIGILANCIA

**Código:** SB-01 PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** VIGILANCIA DE AREAS INTERNAS.

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Organizar, controlar, hacer seguimiento y evaluar los servicios de vigilancia de las áreas internas del hospital.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Escarapelas, recurso humano (vigilantes), armamentos, radios de comunicación, detector de metales, espejo retrovisor para revisión de vehículos, minutas de novedades y consignas, minutas de de revisión de vehículos, equipo de compute, linternas.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Vigilar por áreas: vigilancia primer piso: (urgencias), su función consiste en el control de ingresos a esta área de conformidad con los horarios establecidos para tal fin, también se encuentra otro servicio de vigilancia en el área de cirugías , el cual está encargado de restringir el paso del personal no autorizado a esa área, y de efectuar revistas constantes a todo el sector del primer piso dentro de las instalaciones; vigilante 2do piso : este servicio de vigilancia se encarga del control de las personas en el área de consulta externa y facturación y revistas constantes de las oficinas administrativas y consultorios y apoyar con revistas

Vigilantes de turno de primer piso, segundo y tercer piso.

	constantes el sector de parqueadero cuando este se dirige a la entrada principal a apoyar el ingreso de vehículos; servicio de vigilancia tercer piso, el cual está encargado del control de personal a UCI, de conformidad al horario establecido en el hospital y efectuar revistas a el área de imagenología y cuarto piso verificando que los visitantes tengan sus escarapelas, de igual forma controla el acceso a los pisos superiores del personal que se dirige a la azotea .	
2	Recorrer los sectores asignados de vigilancia: se efectúa este recorrido con el objeto de constatar la excelente prestación del servicio asignado a cada área de vigilancia	Supervisor de vigilancia

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Garantizar la seguridad en un 90% dentro de la institución.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Jefe de seguridad: persona encargada de evaluar el desempeño del servicio de vigilancia, plantear y poner en funcionamiento procesos de seguridad en caso de encontrar falencias con respecto a este tema.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Luis Guillermo Molina Ramírez. Jefe de Seguridad.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

--	--	--

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE VIGILANCIA

**Código:** SB-01 PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** VIGILANCIA DE VEHICULOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** organizar, controlar, hacer seguimiento y evaluar de los servicios de vigilancia de los vehículos en la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Escarapelas, recurso humano (vigilantes), armamentos, radios de comunicación, detector de metales, espejo retrovisor para revisión de vehículos, minutas de novedades y consignas, minutas de de revisión de vehículos, equipo de compute, linternas.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Controlar el acceso de vehículos al hospital: el vigilante de la puerta principal de ingreso se encarga del control de acceso a vehículos: se le revisa el baúl del vehículo y la parte inferior con el espejo cóncavo y se hace entrega de una ficha de control. Informándosele al conductor que debe tenerla consigo en todo momento y no dejarla en el interior de vehículo.	Vigilante en turno puerta de entrada.
2	Vigilar el servicio de parqueadero, consiste en la revisión constante de la ubicación de vehículos y revisión de los mismos e impedir que personas extrañas merodeen por el sector. La institución no se compromete con la seguridad de	Vigilante de turno del parqueadero.

	los mismos.	
3	Controlar la salidas de vehículos del hospital, se efectúa una revisión al vehículo en el baúl y parte inferior del mismo con el espejo de revisión y se le solicita al conductor su ficha, la cual debe corresponder a la registrada al momento de su ingreso.	Vigilante en turno puerta de salida.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Garantizar la seguridad en un 90% dentro de la institución.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Jefe de seguridad: Persona encargada de evaluar el desempeño del servicio de vigilancia, plantear y poner en funcionamiento procesos de seguridad en caso de encontrar falencias con respecto a este tema.

**ANEXOS:** Copia de fichas de ingreso vehículos.

**ELABORÓ:** Luis Guillermo Molina Ramirez. Jefe de Seguridad.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio




## GESTIÓN DE VIGILANCIA

**Código:** SB-01 PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INGRESO Y SALIDA DE USUARIOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Controlar el ingreso de elementos nocivos para la institución y confrontar el elemento a sacar con lo relacionado en la orden.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Escarapelas, recurso humano (vigilantes), armamentos, radios de comunicación, detector de metales, espejo retrovisor para revisión de vehículos, minutas de novedades y consignas, minutas de de revisión de vehículos, equipo de compute, linternas.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Controlar el acceso de usuarios y familiares al hospital, el vigilante de la puerta principal de ingreso se encarga de el control de acceso a todas las personas, las cuales debe revisar con el detector de metales, los bolsos y recibir un documento de la persona y entregar a su vez una escarapela de identificación de acuerdo a la área del hospital a la cual se dirija, atendiendo el horario establecido por la institución. El ingreso al área de urgencias por parte de personas que requieran el servicio médico no puede ser impedido por el personal de la vigilancia, por ende cabe anotar que es primordial el ingreso de pacientes que van a recibir atención

vigilante en turno puerta de entrada y salida y supervisor de vigilancia 911

	médica de urgencias, el cual no puede ser interrumpido por el personal de seguridad. El ingreso del personal que labora en la institución, debe estar sujeto a la revisión de carnet identificativos de la ese hospital universitario del Caribe y/o de los contratistas que prestan sus servicios en la misma, de igual forma se efectúa además la revisión a bolsos y detector de metales.	
2	Controlar las salidas de usuarios y familiares del hospital, se le recibe la escarapela de identificación a la persona, y se hace una revisión a bolsos o pertenencias; de igual forma si ingresan elementos de construcción u otros elementos se registran en un documento desprendible el cuál al momento de salir se verifica y se cancela en el formato para constatar su salida; para la salida de pacientes hay que tener en cuenta que las enfermeras, camilleros y o en su defecto la enfermera jefe, notifique al vigilante de que el paciente ha sido dado de alta, ante lo cual se le informara al supervisor de vigilancia 911, por parte de cualquier vigilante que tenga conocimiento ya sea del área de urgencias, consulta externa y UCI; una vez le entregue el paciente al vigilante de la puerta de salida la certificación de cancelación de servicios se permitirá su salida del hospital. Referente a la salida de los trabajadores, se revisa las pertenencias y se pasa el detector de metales.	Vigilante en turno puerta de salida, vigilante del área del servicio de consulta externa y urgencias.
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b>		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> <i>Jefe de seguridad:</i> persona encargada de evaluar el desempeño del servicio de vigilancia, plantear y poner en funcionamiento procesos de seguridad en caso de encontrar falencias con respecto a este tema. <i>Supervisor de vigilancia:</i> es la persona encargada de efectuar revistas a las aéreas en donde se ha destinado el servicio de seguridad		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Luis Guillermo Molina Ramírez. Jefe de Seguridad.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad.		<b>ACTA No:</b>
152		



<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE VIGILANCIA

**Código:** SB-01 PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INGRESO Y SALIDA DE  
ELEMENTOS DEL HOSPITAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Controlar el ingreso de elementos nocivos para la institución y confrontar el elemento a sacar con lo relacionado en la orden.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Escarapelas, recurso humano (vigilantes), armamentos, radios de comunicación, detector de metales, espejo retrovisor para revisión de vehículos, minutas de novedades y consignas, minutas de de revisión de vehículos, equipo de computo, linternas.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Controlar ingreso de elementos a la ese Hospital Universitario del Caribe: todos los elementos que se ingresen a la ese Hospital Universitario del Caribe, deben ser revisados o inspeccionados por parte del personal de la vigilancia 911 de la ese Hospital Universitario del Caribe y hacer su respectivo reporte de ingreso en los formatos establecidos para tal fin.	Vigilante en turno puertas de entradas.
2	Controlar las salidas de elementos de la ese Hospital Universitario del Caribe: todos los elementos que pertenezcan a los recursos físicos del hospital necesitan de	Vigilantes en turno puertas de salidas.

	la autorización del profesional universitario del área de recursos físicos de la ese Hospital Universitario del Caribe quien permitirá su salida mediante formato establecido para tal fin; los elementos de particulares que ingresen a la ese y se proceda a su salida debe ser mediante revisión al registro que se hizo durante su ingreso de este elemento y verificación de sus características propias que presento al momento de ingresar.	
--	--	--

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

*Jefe de seguridad:* persona encargada de evaluar el desempeño del servicio de vigilancia, plantear y poner en funcionamiento procesos de seguridad en caso de encontrar falencias con respecto a este tema. *Supervisor de vigilancia:* es la persona encargada de efectuar revistas a las aéreas en donde se ha destinado el servicio de seguridad

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Luis Guillermo Molina Ramirez. Jefe de Seguridad.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE VIGILANCIA

**Código:** SB-01 PR-05

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** NOVEDADES DE HURTO CON Y SIN CAPTURADO.

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Detectar la comisión de conductas ilícitas.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Escarapelas, recurso humano (vigilantes), armamentos, radios de comunicación, detector de metales, espejo retrovisor para revisión de vehículos, minutas de novedades y consignas, minutas de de revisión de vehículos, equipo de computo, linternas.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	<p>Detectar novedades como:</p> <p>Hurtos, captura de personas y/o daños locativos que pongan en riesgo la integridad de usuarios, trabajadores y visitantes en general del Hospital Universitario del Caribe: con capturado: se deja a disposición de la patrulla policial del sector y se instaura la denuncia penal respectiva. sin capturado: el supervisor de turno, informa al jefe de seguridad hospital inmediatamente y realiza el respectivo informe de novedades y se evalúan responsabilidades tanto de la víctima como del servicio de vigilancia informando a la oficina disciplinaria de la empresa 911.</p>	Supervisor de Vigilancia 911

2	Informar mensualmente de las novedades ocurridas en el hospital. (De acuerdo a la magnitud de los hechos se reportará inmediatamente)	Jefe de Seguridad
3	Informar en casos especiales a la Subgerencia Administrativa del hospital.	PU de Recursos Físicos

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Detectar el 90% de las acciones ilícitas en el hospital

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

*Jefe de seguridad:* persona encargada de evaluar el desempeño del servicio de vigilancia, plantear y poner en funcionamiento procesos de seguridad en caso de encontrar falencias con respecto a este tema. *Supervisor de vigilancia:* es la persona encargada de efectuar revistas a las aéreas en donde se ha destinado el servicio de seguridad

**ANEXOS:** Flujograma de procesos, copias de fichas de ingreso de personas y vehículos

**ELABORÓ:** Luis Guillermo Molina Ramirez. Jefe de Seguridad.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





### **5.2.3.- Financieros**

1. Modificaciones al Presupuesto
2. Compras
3. Cuentas por Pagar
4. Facturación a Pacientes Egresados de Hospitalización
5. Facturación a Pacientes Egresados de Urgencias
6. Facturación Procedimientos Ambulatorios
7. Radicación de Cuentas
8. Verificación de Facturas
9. Contabilización de Facturas
10. Radicación de Facturas
11. Ajuste de Cuentas por Cobrar por Glosas Aceptadas
12. Verificación y Contabilización de Pagos
13. Conciliación de Pagos
14. Contabilización de Pagos



## GESTIÓN DE PRESUPUESTO

**Código:** GF-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** MODIFICACIONES AL  
PRESUPUESTO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Ajustar el presupuesto para que sirva como herramienta gerencial de planificación financiera, en la toma de decisiones.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Computador con el  
programa presupuestal,  
papelería y útiles de  
oficina

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Presentar ante la gerencia resolución, justificando la  
modificación del presupuesto para su estudio y aprobación.

Subgerente  
Administrativo

2

Hacer la respectiva modificación presupuestal

Profesional Universitario  
de presupuesto

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el presupuesto responda a los planes y programas de salud del Departamento y al plan Nacional de salud, acordes con las normas y políticas del sistema General de seguridad social en salud, con el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Hospital

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Circular externa de la Subgerencia Administrativa y Revisoría Fiscal de Fecha xxxx

**ELABORÓ:** Edgar Herrera Puella. PU de  
presupuesto.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de

**ACTA No**

Calidad.	
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE COMPRA

**Código:** GF-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** COMPRAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Realizar las compras requeridas para el funcionamiento de las diferentes dependencias de la ese hospital universitario del Caribe.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Equipos y útiles de oficina, Servicios de llamadas nacional y celular.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Estudiar la necesidad de compra presentada por las diferentes áreas del hospital.	Subgerente Administrativa
2	Aprobar y trasladar la necesidad al funcionario encargado de las compras.	Subgerencia administrativa
3	Solicitar cotizaciones ( mínimo tres)	Prof. Universitarios de compras
4	Seleccionar la mejor oferta económica	Prof. Universitarios
5	Verificar la documentación	Prof. Universitarios
6	Hacer Estudio de costo	Prof. Universitarios
7	Elaborar orden de pedido	Prof. Universitarios

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Adquirir los insumos o elementos solicitados de excelente calidad y en el tiempo estipulado.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Tatiana Vásquez Urquijo. PU de Compras.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.	<b>ACTA No:</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE CONTABILIDAD

**Código:** GF-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CUENTAS POR PAGAR

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Llevar control eficiente y actualizado de todas las cuentas presentadas para pago.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Equipo de cómputo,  
impresora, escritorio,  
calculadora, útiles de  
oficina.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar la cuenta en los días y horario establecido (martes y jueves de 8:00a.m. A 12:00m), verificando que esta posea todos los soportes descritos en la circular externa de la Subgerencia Administrativa y Revisoría fiscal de enero 31 de 2.007.	Técnico-CXP
2	Verificar si la cuenta posee disponibilidad presupuestal	Profesional Universitario y Técnico-CXP
3	Radicación de la cuenta	Técnico-CXP
4	Incorporar en el Plan de pago	Profesional Universitario CXP
5	Alimentar los cuadros de ejecución por contrato	Profesional Universitario CXP
6	Enviar a causar	Profesional CXP
7	Se causa la cuenta radicada, regresándola nuevamente a CXP	Profesional-Contabilidad
8	Enviar a auditoría las cuentas que lo requieran y archivar las que no	Técnico-CXP

9	Recibir las cuentas que regresan auditadas, enviando copia del informe de objeciones al contratista que posea objeciones; a través de un oficio.	Profesional Universitario y Técnico-CXP
10	Archivar la cuenta con o sin objeción, y su respectivo informe	Técnico-CXP
11	Cuando el contratista no está de acuerdo con la objeción la rechaza enviándosela a Cuentas por Pagar, donde a su vez se envía a la oficina de Calidad para que Auditoría analice la objeción.	Profesional Universitario y Técnico-CXP
12	Auditoría manifiesta el levantamiento o insiste en la glosa a través de un oficio que envía a Cuentas por Pagar, quien a su vez se lo envía al Contratista.	Profesional Universitario y Técnico-CXP
<b>PROCEDIMIENTO DE CUENTAS POR PAGAR</b>		
13	Procedimiento	Técnico-CXP
14	Pasar las cuentas para pago, previa autorización de la Subgerencia Administrativa.	Técnico-CXP
15	Descargar la cuenta del plan de pago que se lleva.	Profesional Universitario CXP
16	Conciliaciones	Profesional Universitario CXP-Aux.Contable-Profesional Universitario de Contabilidad
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que las facturas cumplan con el 100% de los requisitos establecidos por el Hospital.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Circular externa de la Subgerencia Administrativa y Revisoría Fiscal de Fecha, 31 de enero de 2.007.		
<b>ELABORÓ:</b>		<b>APROBÓ:</b>
<b>REVISÓ:</b>		<b>ACTA No:</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center;">167</div>		

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DE FACTURACIÓN

**Código:** GF-04-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** FACTURACIÓN A PACIENTES  
EGRESADOS DE HOSPITALIZACIÓN

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Facturar el 100% de los servicios prestados a pacientes que ingresan a Hospitalización en cualquiera de las Unidades de Servicios de Salud de la Empresa

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**  
Reglamentación Externa e Interna vigente,  
Software - Modulo de admisiones (Admisiones), Software - Modulo de Facturación (Facturación)  
Documentación del paciente, Papelería institucional (Formatos)

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Confirmar censo con Admisiones Principal	Auxiliar de Facturación Hospitalización
2	Confirmar traslado de pacientes y cambios, con admisiones	Auxiliar de Facturación Hospitalización
3	Generar listado de pacientes hospitalizados	Auxiliar de Facturación Hospitalización
4	Facturar Parcialmente	Auxiliar de facturación Centro de Costos
5	Recibir soportes de Cargos	Auxiliar de Facturación

		Hospitalización
6	Recibir los reportes entregados por los centro de costos	Auxiliar de Facturación Hospitalización
7	Digitar los cargos de consumo	Auxiliar de Facturación Hospitalización
8	Archivar los reportes de cada paciente	Auxiliar de Facturación Hospitalización
9	Recibir las Historias Clínicas de pacientes que tiene salida	Auxiliar de Facturación Hospitalización
10	Revisar los cargos realizados en la cuenta del paciente	Auxiliar de Facturación Hospitalización
11	Elaborar y emitir la factura	Auxiliar de Facturación Hospitalización

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Solicitar a admisiones principal el censo diario para confirmar, físicamente la presencia o no del paciente, en la ronda administrativa que se realiza diariamente.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Facturación: Proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Rafael Rodríguez. Coordinador de Facturación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio




## GESTIÓN DE FACTURACIÓN

**Código:** GF-04-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** FACTURACIÓN A PACIENTES  
EGRESADOS DE URGENCIAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Facturar el 100% de los servicios prestados a pacientes que ingresan al servicio de Urgencias

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recursos de equipo de cómputo y complementarios para realizar el proceso.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Reglamentación Externa e Interna vigente, Software - Modulo de admisiones (Admisiones), Software - Modulo de Facturación (Facturación), Documentación del paciente, Papelería institucional (Formatos),

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Cargar consulta de Urgencias y abrir Historia clínica	Auxiliar de Facturación Urgencia
2	Facturar Parcialmente	Auxiliar de facturación Centro de Costos
3	Recibir los reportes entregados por los centro de costos	Auxiliar de Facturación Urgencia
4	Digitar los cargos de consumo	Auxiliar de Facturación Urgencia

5	Recibir las Historias Clínicas de pacientes que tiene salida	Auxiliar de Facturación Urgencia
6	Revisar los cargos realizados en la cuenta del paciente	Auxiliar de Facturación Urgencia
7	Generar recibo de Caja	Auxiliar de Facturación Urgencia
8	Elaborar y emitir la factura	Auxiliar de Facturación Urgencia

#### **SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Para la actividad correspondiente a Urgencias y Centros de Costo relacionados con la prestación de este servicio, se genera en su mayor parte una facturación Individual y con los soportes respectivos de identificación de los RIPS y comprobante de Pago (cuota de Recuperación, copago o pago como particular) con el requisito de verificación de identificación del Usuario y validación en el Comprobador de Derechos

#### **INDICADORES:**

#### **PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Facturación: Proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro.

#### **ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Rafael Rodríguez. Coordinador de Facturación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### **CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DE FACTURACIÓN

**Código:** GF-04-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** FACTURACIÓN  
**PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Facturar el 100% de las Consultas, y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos atendidos en el día

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recursos de equipo de cómputo y complementarios para realizar el proceso.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Reglamentación Externa e Interna vigente, Software - Modulo de admisiones (Admisiones), Software - Modulo de Facturación (Facturación), Documentación del paciente, Papelería institucional (Formatos),

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Recibir Documentación de Pacientes

Auxiliar de Facturación de C. Externa

2

Digitar los cargos de consumo

Auxiliar de Facturación de C. Externa

3

Informar valor de excedente a cancelar

Auxiliar de Facturación de C. Externa

4

Elaborar y emitir recibo de caja y factura

Auxiliar de Facturación

		de C. Externa
5	Firmar y entregar el recibo de caja y/o factura al Paciente	Auxiliar de Facturación de C. Externa

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Para la actividad correspondiente a Urgencias y Centros de Costo relacionados con la prestación de este servicio, se genera en su mayor parte una facturación Individual y con los soportes respectivos de identificación de los RIPS y comprobante de Pago (cuota de Recuperación, copago o pago como particular) con el requisito de verificación de identificación del Usuario y validación en el Comprobador de Derechos

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Facturación: Proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Rafael Rodriguez. Coordinador de Facturación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE FACTURACIÓN

**Código:** GF-04-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RADICACIÓN DE CUENTAS A LA OFICINA DE CARTERA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Entregar el 100% de las facturas generadas en cada periodo de corte.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recursos de equipo de cómputo y complementarios para realizar el proceso.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Reglamentación Externa e Interna vigente, Software - Modulo de Facturación (Facturación), Papelería institucional (Formatos),

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Imprimir listado de facturas a entregar	Revisor de Cuentas
2	Recibir facturas	Asistente de Coordinación de Facturación
3	Emitir los RIPS	Asistente de Coordinación de Facturación
4	Emitir listado para radicación de cuentas	Asistente de Coordinación de Facturación
5	Entregar a Radicación de Cuentas	Asistente de Coordinación de Facturación

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

1. Dar Cumplimiento al Calendario de Cierre para entrega de facturas en los términos y condiciones señaladas por los aseguradores.
2. Entregar las facturas con los soportes exigidos según el tipo de factura.
3. Tener como soporte la información de RIPS como parte integrante y de control de oposición de Facturación.
4. Obtener el sello de Radicado en la copia de la documentación para los controles de Auditoria.
5. Atender en forma inmediata cualquiera de las observaciones hechas por Auditoria.
6. Tener el control de Radicación mensual en cantidad de registros, valores de la facturación por eventos, inconsistencias de tipo administrativo o asistencial.

**INDICADORES:****PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Facturación: Proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Rafael Rodriguez. Coordinador de Facturación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE CARTERA

**Código:** GF-05 – PR- 01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** VERIFICACIÓN DE FACTURAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Verificar eventuales errores relacionados con fechas, valores, entidades.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Facturas y relación consolidada de las mismas

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir facturas y relación consolidada de las mismas	Técnicos de Cartera
2	Sellar la copia de la relación consolidada con el sello "recibido sin verificar"	Técnicos de Cartera
3	Verificar una a una cada factura cotejándola con la relación consolidada (fecha, número de factura, valor y entidad)	Técnicos de Cartera
4	Devolver a facturación la relación con listado de correcciones a realizar	Coordinador de Cartera.
5	Recibir relación consolidada devuelta con correcciones realizadas por facturación	Técnicos de Cartera

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de facturas verificadas y sin errores

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de

**ACTA No:**

Calidad.	
FIRMA:	FECHA:

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE CARTERA

**Código:** GF-05-PR- 02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CONTABILIZACION DE FACTURAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Causar contablemente en el módulo de cuentas por cobrar las facturas verificadas y corregidas

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Facturas y relación consolidada verificadas y corregidas

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Digitar facturas en el módulo de cuentas por cobrar y colocar el sello "contabilizado"	Técnicos de Cartera.
2	Imprimir listado de facturas contabilizadas y presentar a Coordinador de Cartera	Técnicos de Cartera y profesionales
3	Verificar listado impreso de facturas contabilizadas cotejándolo con la Relación consolidada de facturas	Técnicos de Cartera.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de facturas contabilizadas a más tardar el día 15 de cada mes

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

### ANEXOS:

**ELABORÓ:** Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE CARTERA

**Código:** GF-05-PR- 03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RADICACION DE FACTURAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Radicar las facturas en las diferentes entidades clientes

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**  
Facturas verificadas y contabilizadas

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Entregar paquete de facturas y relación consolidada al mensajero	Técnicos de Cartera.
2	Dar instrucciones al mensajero	Secretaria.
3	Recibir copia original de facturas con el sello de recibido de la entidad correspondiente, fecha y hora de recepción	Técnicos de Cartera.
4	Asignar fecha de radicación a las facturas en el Sistema y cambiar al estado "Radicado"	Técnicos de Cartera.
5	Verificar estado de cartera en el Sistema	Prof. Universitario de cartera.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de facturas radicadas al 25 de cada mes

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

### ANEXOS:

**ELABORÓ:** Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DE CARTERA

**Código:** GF-05-PR- 04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** AJUSTE A CUENTAS POR COBRAR  
POR GLOSAS ACEPTADAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Ajustar el valor de facturas expedidas y elaborar notas crédito

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Glosa realizada por cliente y notas de aceptación de glosa por parte de la oficina de calidad

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir comunicación de la oficina de calidad en la que se acepta o rechazan objeciones	Técnico de Cartera.
2	Recopilar la información y documentos necesarios para la conciliación (ver recursos necesarios)	Técnico de Cartera.
3	Elaborar cartas de comunicado a los clientes sobre glosas y notas crédito y objeciones no aceptadas	Técnico de Cartera.
4	Remitir carta al cliente con mensajero	Técnico de Cartera.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de glosas y notas crédito realizadas en las 24% de la recepción de las cartas de aceptación de objeciones que envía la oficina de calidad

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

### ANEXOS:

**ELABORÓ:** Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE CARTERA

**Código:** GF-05-PR- 05

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** VERIFICACIÓN Y  
CONTABILIZACIÓN DE PAGOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Cotejar los pagos realizados con el estado de cartera y descargar del módulo de cuentas por cobrar las facturas correspondientes.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Estado de cartera,  
comprobante de  
consignación del banco  
y comprobante de  
egreso del pago  
correspondiente

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Abrir el estado de cartera en pantalla del sistema

Prof. Universitario de  
cartera.

2

Tener a la mano el comprobante de consignación

Técnico de Cartera.

3

Tener a la mano el comprobante de egreso que detalla las  
facturas pagadas

Técnico de Cartera.

4

Verificar que cada valor pagado corresponda al valor  
facturado y que los valores que no correspondan cuenten  
con nota crédito u objeción pendiente por responder

Técnico de Cartera.

5

Causar contablemente en el módulo de caja la factura  
cancelada o afectar parcialmente las facturas pagadas  
parcialmente

Técnico de Cartera.

6

Realizar seguimiento a los compromisos suscritos en el acta

Técnico de Cartera.

7

Remitir copia de los recibos de caja a Contabilidad

Técnico de Cartera.

### SOPORTE LEGAL:

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> 100% de los pagos recibidos causados y verificados en 10 días	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.	<b>ACTA No:</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE CARTERA

**Código:** GF-05-PR- 06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CONCILIACION DE PAGOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Conciliar la cartera con los clientes cada mes

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Estado de cartera, comprobantes de consignación del banco y comprobantes de egreso de los pagos recibidos y recibos de caja

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Concertar cita con el cliente	Coordinador de Cartera.
2	Recopilar la información y documentos necesarios para la conciliación (ver recursos necesarios)	Prof. Universitario de cartera
3	Conciliar estado de cartera en visita realizada a la entidad	Prof. Universitario de cartera
4	Elaborar un acta de conciliación en la que se detallen los compromisos de pago de los saldos pendientes	Prof. Universitario de cartera y/o Coordinador de Cartera.
5	Entregar acta al Coordinador de Cartera	Prof. Universitario de cartera
6	Realizar seguimiento a los compromisos suscritos en el acta	Coordinador de Cartera.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de los clientes locales visitados y con actas de conciliación cada mes

<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.	<b>ACTA No:</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE CARTERA

**Código:**

**Versión:**

**Fecha:**

**Procedimiento:** Contabilización de Pagos

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativo

**Objeto:** Cotejar los pagos realizados con el estado de cartera y descargar del módulo de cuentas por cobrar las facturas correspondientes.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Estado de cartera, comprobante de consignación del banco y comprobante de egreso del pago correspondiente

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Abrir el estado de cartera en pantalla del sistema	Prof. Universitario de cartera.
2	Tener a la mano el comprobante de consignación	Técnico de Cartera.
3	Tener a la mano el comprobante de egreso que detalla las facturas pagadas	Técnico de Cartera.
4	Verificar que cada valor pagado corresponda al valor facturado y que los valores que no correspondan cuenten con nota crédito u objeción pendiente por responder	Técnico de Cartera.
5	Causar contablemente en el módulo de caja la factura cancelada o afectar parcialmente las facturas pagadas parcialmente	Técnico de Cartera.
6	Realizar seguimiento a los compromisos suscritos en el acta	Técnico de Cartera.
7	Remitir copia de los recibos de caja a Contabilidad	Técnico de Cartera.

**PRODUCTO ESPERADO:** Facturas verificadas y pagos recibidos causados contablemente

**SOPORTE LEGAL:**

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> 100% de los pagos recibidos causados y verificados en 10 días	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Eunice Jiménez. Coordinadora de Cartera.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad.	<b>ACTA No:</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## **5.2.4.- Sistemas**

1. Administración del Sitio WEB



## GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

**Código:** SI-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ADMINISTRACION DEL SITIO WEB

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Administrativa

**Objeto:** Mantener la información de interés interno y externo debidamente actualizada cumpliendo con los estándares de calidad exigidos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Internet, Sitio Web, Información.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar la solicitud de publicación.	Ing. Sistemas.
2	Hacer el montaje y cambio de Información	Ing. Sistemas.
3	Acompañar en la solución del montaje implementada	Ing. Sistemas.
4	Elaborar el Acta de documentación para el área	Ing. Sistemas.

**PRODUCTO ESPERADO:** Información Publicada

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Cobertura del 100% de las peticiones de Publicación

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yimis Marrugo PU de Sistemas

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Angélica González. Subgerente. Administrativa

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

## **5.3.- AREA FUNCIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS**


### **5.3.1.- Consulta Externa**

1. Cita Médica Especializada
2. Verificación Derechos el Paciente
3. Consulta Médica Especializada
4. Inducción del Personal
5. Programación Cirugía Electiva
6. Preparación del Paciente en Sala de Cirugía
7. Solicitud de Material Médico Quirúrgico
8. Administración del Paciente en Cirugía de Urgencia
9. Recuperación Anestésica y Egreso de Cirugía
10. Ingreso del Paciente a Hospitalización
11. Atención de Enfermería al Paciente Hospitalizado
12. Triage del Paciente en Urgencias
13. Atención General de Enfermería en Urgencias
14. Admisión de pacientes en Observación

15. De alta paciente de Enfermería

16. Entrega y Recibo Turno de Enfermería

17. Verificación de cumplimiento de procesos y procedimientos

	<b>GESTION DE LA CONSULTA EXTERNA MEDICA</b>	<b>Código:</b> CE-01-PR-02	
		<b>Versión:</b> 01	
	<b>Procedimiento: CITA MEDICA ESPECIALIZADA</b>	<b>Fecha:</b> 11/02/08	
<b>Página:</b>			
<b>Tipo de Proceso:</b> ASISTENCIAL		<b>Responsable:</b> Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería	
<b>Objeto:</b> Asignar las citas para la consulta con los diferentes especialistas			
<b>Alcance:</b> Administrar eficientemente la disponibilidad de turnos para mejorar el acceso y la oportunidad de los servicios a los pacientes de la institución.			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b> Técnico de Citas medicas, Auxiliares de enfermería	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Computador, teléfono, fax, formato de recordatorio de citas médicas.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b> Software de citas medicas.
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b> Pacientes, Médicos Generales, EPSS y prestadores Privados.	<b>Insumos:</b> Solicitud del Servicios, Orden de prestación, remisión, carne, documento de Identificación.	<b>Usuarios:</b> Técnico de Citas Medicas, Auxiliares de Enfermería, Especialistas.	<b>Productos:</b> Cita Medica asignada en el día y hora establecidos.
<b>CLIENTES:</b> Entidades administradoras de planes de beneficio, Entes territoriales, Pacientes, Laboratorios Externos, Médicos Especialistas.			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Atender llamada para la solicitud de la cita.	Técnico de citas médicas	
2	Asignar cita, vía telefónica, en horario disponible previa verificación de que el paciente puede ser atendido en la institución.	Técnico de citas médicas	
3	Recomendar al paciente acudir dos horas antes al servicio	Técnico de citas	

	para realizar lo pertinente al pago de la cuota de recuperación, traer remisión de su EPS-S o municipio y con orden de negación de servicio. Si el paciente acude directamente se realiza lo anterior y se verifican los documentos, se entrega recordatorio escrito de cita el cual indica (fecha de la cita, especialista, hora y documentos que debe traer como son original y copia de documento de identificación y carnet, remisión o resumen de historia clínica, negación del servicio por ARS o municipio de ser pertinente, recurso económico para el pago de la cuota de recuperación), en caso que el paciente no tenga los documentos completos se le hace énfasis en traerlos el día de la cita, se le entrega recordatorio de cita.	médicas
4	Diligenciar la asignación de cita en el sistema según la disponibilidad y especialidad solicitada.	Técnico de citas médicas
5	Pasar listado de pacientes programados un día antes a archivo, facturación, enfermería, subgerencia de consulta externa y portería (tiene registrado el nombre de paciente, numero de historia clínica, atención de primer vez o no y teléfono) citados a la subgerente de consulta externa, facturación, estadística y portería.	Técnico de citas médicas
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Asignar las citas al 95% de los pacientes que la solicitan.		
<b>INDICADORES:</b> VER MANUAL DE INDICADORES		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> 1. Verificación de derechos a través de la oficina Coordinadora de Admisiones. 2. Verificación de la disponibilidad del servicio. 3. Verificación de los documentos para la facturación y el cobro de los servicios		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

199

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTION DE LA CONSULTA EXTERNA MEDICA

**Procedimiento:** VERIFICACION DE LOS  
DERECHOS DEL PACIENTE

**Código:** CE-01-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Verificar los derechos que tiene el paciente para la prestación del servicio solicitado

**Alcance:** Asegurar que el paciente reciba los servicios y la institución pueda facturar y cobrarlos

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Técnico Correspondiente del Servicio, Oficina de Admisiones.

**Recursos Tecnológicos:**

Documentos y base de datos de pacientes de las instituciones con las que se tiene suscrito contrato.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Software de Consulta

### ENTRADAS

**Proveedores:**

Todos los Servicios, EPS, Entes territoriales, pacientes.

**Insumos:**

Carné, Documento de Identificación, Orden de Servicios.

**Usuarios:**

Admisiones, Servicios, Especialistas.

### SALIDAS

**Productos:**

Orden de Servicios validada.

**CLIENTES:** Facturación, Servicios de consulta externa, Urgencia y Cirugía

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir al usuario.	Técnico correspondiente
2	Revisar los datos básicos (nombre, número de identificación, carné, servicio solicitado, negación del servicio u orden del (servicio).	Técnico correspondiente
3	Constatar si el paciente pertenece al régimen subsidiado, contributivo, vinculado u otro.	Técnico correspondiente
4	Verificar la base de datos de usuarios.(de ser necesario)	Técnico correspondiente
5	Constatar el estado de contratación con las diferentes entidades a la que pertenezca el usuario.	Técnico correspondiente
6	Constatar la autorización de atención al paciente según la entidad a la que pertenezca este.	Técnico correspondiente
7	Proceder a facturar el servicio.	Técnico correspondiente
8	Emitir la orden de servicio.	Técnico

		correspondiente															
<b>SOPORTE LEGAL:</b>																	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de pacientes con derechos verificados.																	
<b>INDICADORES:</b> VER MANUAL DE INDICADORES																	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confrontar la autenticidad de los documentos de identificación y su portador</li> <li>2. Verificar su existencia en la base de datos del contrato respectivo</li> <li>3. Verificación de derechos a través de la oficina Coordinadora de Admisiones.</li> </ol>																	
<b>DEFINICIONES:</b>																	
<b>ANEXOS:</b>																	
<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico															
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>															
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>															
<div style="text-align: center;"><b>CONTROL DE CAMBIOS</b></div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Versión</th> <th>Fecha</th> <th>Descripción del cambio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Versión	Fecha	Descripción del cambio												
Versión	Fecha	Descripción del cambio															
<div style="text-align: center;">202</div>																	

	<b>GESTION DE LA CONSULTA EXTERNA MEDICA</b>		<b>Código:</b> CE-01-PR-01
			<b>Versión:</b> 01
	<b>Procedimiento:</b> CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA		<b>Fecha:</b> 11/02/08
			<b>Página:</b>
<b>Tipo de Proceso:</b> ASISTENCIAL		<b>Responsable:</b> Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería	
<b>Objeto:</b> Brindar atención médica integral especializada con calidad, que contribuya al restablecimiento de la salud del paciente.			
<b>Alcance:</b> Optimizar la capacidad de atención de consulta externa de acuerdo a la demanda del servicio			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b> Pacientes, Familiar o Acompañante, Vigilante, Funcionario de atención al usuario, Técnico de facturación, Auxiliar de enfermería, Especialista	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Paciente, consultorio, papelería, equipos para examen médico.	<b>Recursos Financieros:</b> Apoyo en el suministro de insumos oportunos	<b>Recursos Informáticos:</b> Software para consulta
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b> Pacientes, médicos generales, EPS	<b>Insumos:</b> Historia clínica, Orden de servicios	<b>Usuarios:</b> EPS, Médicos y Especialistas.	<b>Productos:</b> Consulta Especializada atendida
<b>CLIENTES:</b> EPSS, Aseguradores, pacientes.			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Paciente, consultorio, papelería, equipos para examen médico	Vigilante.	
2	Verificar que el paciente tenga la documentación completa (cita previa, copia de documento de identificación, de carné y tenga copia de remisión, negación del servicio o autorización de este de ser necesario).	Funcionaria de Atención al Usuario.	
3	Facturar el servicio, previa comprobación que el paciente ha apartado la cita	Técnico de facturación	
4	Facturar la cuota de recuperación, copago.	Técnico de facturación	
5	Interrogar al paciente y encabezar Historia Clínica.	Auxiliar de Enfermería	
6	Trasladar las Historias Clínicas a consultorios cuando el médico ha llegado	Auxiliar de Enfermería	
7	Atender el Llamado del médico el cual se hace de acuerdo al	Paciente	

	listado programación de citas según horario establecido.	
8	Solicitar Información y COPAGO al paciente y se diligencia planilla de RIPS de consulta externa	Medico
9	Interrogar al paciente o acompañante	Medico
10	Realizar examen físico al paciente y evaluación de este	Medico
11	Consignar información en historia clínicas y epicrisis.	Medico
12	Definir conducta a seguir según diagnostico Interconsulta otra especialidad, Rx, Exámenes de laboratorio, prescripción médica, remisión u hospitalización, orden de cirugía.	Medico
13	Orientar al paciente sobre trámite a seguir según conducta definida por el médico	Auxiliar de Enfermería
14	Recolectar las historias clínicas de consultorios y llevadas a archivos clínicos	Auxiliar de Enfermería
15	Descargar las historias clínicas devueltas	Archivo

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Brindarle consulta externa especializada al 95% de los pacientes que la soliciten, presentando la documentación requerida.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Verificación que el paciente tenga todos los documentos para acceder al servicio
2. Registro de los servicios prestados y validación de los soportes para RIPS y Factura
3. Constatar el archivo y custodia de los registros y documentos de consulta y facturación.

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU  
Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio
---------	-------	------------------------



	<b>GESTION DE LA CONSULTA EXTERNA MEDICA</b>		<b>Código:</b> CE-01-PR-03
			<b>Versión:</b> 01
	<b>Procedimiento:</b> INDUCCION DEL PERSONAL		<b>Fecha:</b> 11/02/08
<b>Tipo de Proceso:</b> APOYO ADMINISTRATIVO		<b>Responsable:</b> Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería	
<b>Objeto:</b> Orientar en los procesos, actividades y funciones a las personas nuevas (trabajadores, estudiantes) en el servicio de consulta externa, hospitalización, urgencias y cirugía y presentarlas a las áreas correspondientes.			
<b>Alcance:</b> Asegurar la capacitación de todo el personal en la gestión del servicio			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b> Subgerente de Consulta Externa, Capacitador, Auxiliar Administrativo	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Listado del personal, computador, insumos de oficina.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b> Personal o trabajadores a Capacitar	<b>Insumos:</b> Aula o sala de conferencias, herramientas audio visuales.	<b>Usuarios:</b> Todos los servicios y áreas de la Institución	<b>Productos:</b> Trabajador Capacitado y Entrenado
<b>CLIENTES:</b> Personal de los servicios			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Organizar inventario de temas	Subgerente de consulta externa	
2	Asignar responsables en los diferentes temas.	Subgerente de consulta externa	
3	Proporcionar medios y ayudas educativas para las actividades	Subgerente de consulta externa	
4	Estructurar los diferentes programas.	Subgerente de consulta externa	
5	Coordinar asistencia del personal	Subgerente de consulta externa	
6	Desarrollar las diferentes actividades o temas	Subgerente de consulta externa	
7	Archivar copia de temas y existencias	Subgerente de consulta externa	
8	Consignar la asistencia en registros	Subgerente de consulta	
<div>206</div>			

		externa
9	Evaluar a los asistentes a la inducción	Subgerente de consulta externa

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 95% de los trabajadores y estudiantes inducidos tengan un desempeño acorde con lo contemplado en la inducción.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Verificar que la capacitación esté de acuerdo a la necesidad del servicio.
2. Evaluar la comprensión y utilidad de la información en el campo laboral.
3. Constatar la asistencia del personal citado a los talleres de inducción

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad


**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio

	<b>GESTION DE LA CONSULTA EXTERNA MEDICA</b>		<b>Código:</b> CE-01-PR-05	
			<b>Versión:</b> 01	
			<b>Fecha:</b> 11/02/08	
	<b>Procedimiento:</b> PROGRAMACION DE CIRUGIA ELECTIVA		<b>Página:</b>	
<b>Tipo de Proceso:</b> ASISTENCIAL		<b>Responsable:</b> Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería		
<b>Objeto:</b> Solicitar la asignación de programación quirúrgica a las cirugías electivas.				
<b>Alcance:</b> Atender todos los requisitos previos administrativos y asistenciales para que el paciente pueda ser programado e intervenido y la institución pueda facturar y cobrar por los servicios prestados				
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>				
<b>Recursos Humanos:</b> Paciente, Acompañante, Medico, Especialista, Personal de apoyo		<b>Recursos Tecnológicos:</b> Orden médica, computador, insumos de oficina, recibo de pago.		<b>Recursos Financieros:</b> Garantizar la disponibilidad de los insumos.
				<b>Recursos Informáticos:</b> Software de consulta y equipo biomédico
<b>ENTRADAS</b>			<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b> Pacientes, Médicos, EPSS, Entes territoriales, Prestadores privados.		<b>Insumos:</b> Solicitud de servicio, Exámenes de laboratorio, Exámenes Diagnósticos, Valoración pre anestésica, consentimiento informado, orden de Hospitalización.		<b>Usuarios:</b> Admisiones, Hospitalización, Facturación
				<b>Productos:</b> Paciente Listo para cirugía.
<b>CLIENTES:</b> Entidades administradoras de planes de beneficio, Entes territoriales, Pacientes particulares.				
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>			<b>RESPONSABLE</b>
1	Asistir a la consulta especializada correspondiente			Paciente
2	Ordenar lo siguiente: (Si el paciente requiere cirugía) a) Exámenes Pertinentes b) Solicitar Orden de Servicio c) Realizar el Copago d) Negación de Servicio si el paciente tiene EPSS e) Orden para valoración por Anestesiólogo f) Solicitud de nueva cita con resultado g) Orden ir a Cruz Roja en el 2º piso para donación de sangre			Médico



	en caso necesario.	
3	Regresar a consulta con resultado de valoración pre anestésica obligatoria para todos los pacientes,	Paciente
4	Regresar a consulta con resultado de valoración pre anestésica obligatoria para todos los pacientes, exámenes, constancia de la reserva de sangre, orden de servicio y copago realizado.	Especialista
5	Tomar consentimiento informado al paciente y firma respectivas	Médico Tratante.
6	(Si la cirugía requiere Hospitalización) Expedir la Solicitud de hospitalización en 72 horas mínimo anteriores a la fecha de la cirugía y entregársela al paciente y dar instrucciones al paciente del paso a seguir pasa por (Admisiones- Enfermería).	Médico Tratante.
7	Hacer pedido de quirófano con fecha y hora. Mínimo con 72 horas antes de la fecha.	Especialista tratante.
8	Notificar diariamente los pacientes programados a admisión.	Técnico de cirugía
9	Confirmar fecha y hora de programación quirúrgica, el paciente se dirige a Admisiones.	Admisiones.
10	Dar las instrucciones del caso con relación a la preparación pre quirúrgica y la lista de elementos que debe llevar el día del procedimiento.	Enfermera de Consulta externa
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 80% de las cirugías solicitadas son programadas.		
<b>INDICADORES:</b> VER MANUAL DE INDICADORES		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar que el paciente cumpla con todos los requisitos pre operatorios y soporte los exámenes</li> <li>2. Evaluar la disponibilidad del quirófano, profesionales e insumos para el día programado</li> <li>3. Constatar que se anexen todos los documentos de la historia y la solicitud de servicios para la facturación del servicio.</li> </ol>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
209		

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-11

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PREPARACION DEL PACIENTE  
EN SALA DE CIRUGIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Preparar al paciente e iniciar el acto quirúrgico para el restablecimiento de la salud del paciente.

**Alcance:** Establecer las condiciones de mínimo riesgo previo a la intervención del paciente

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Auxiliar de enfermería,  
Licenciada.

**Recursos Tecnológicos:**

Material médico-  
quirúrgico, camilla.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

Servicios de Admisión,  
Hospitalización, Urgencia,  
Consulta Externa de la  
Institución

**Insumos:**

Pacientes, Material  
médico quirúrgico,  
historia clínica con  
anexos

**Usuarios:**

Médicos Especialistas

**Productos:**

Paciente Preparado

**CLIENTES:** Médicos Especialistas, Equipo Quirúrgico.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar al paciente	Aux. de enfermería
2	Verificar la identificación del paciente y cirugía a realizar	Aux. de enfermería
3	Constatar la preparación realizada al paciente según los requerimientos de la cirugía.	Enfermera
4	Trasladar al paciente al quirófano	Aux. de enfermería
5	Tomar los signos vitales, inmovilizar al paciente previa ubicación en mesa de cirugía	Aux. de enfermería
6	Preparar el material médico quirúrgico necesario para la aplicación de la anestesia. (Equipos, preparación de medicamentos)	Aux. de enfermería
7	Colocar al paciente en la posición requerida según el tipo de anestesia a aplicar	Aux. de enfermería
8	Colaborar al anestesiólogo durante el procedimiento de aplicación de la anestesia	Aux. de enfermería
9	Colocar al paciente en la posición de acuerdo a la cirugía.	Aux. de enfermería
10	Preparar el área quirúrgica – asepsia quirúrgica	Aux. de enfermería

11	Consignar la información en los registros correspondientes (Hoja de signos vitales, notas de enfermería, hoja de gastos, control de líquidos)	Aux. de enfermería
12	Colaborar en el procedimiento de vestido de instrumentadora, cirujano y ayudante.	Aux. de enfermería
13	Conectar los equipos necesarios.	Aux. de enfermería

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes deben estar preparados correctamente.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Constatar identidad, derechos y procedimiento a realizar.
2. Verificar que el paciente cumpla con todos los requisitos pre operatorios y soporte los exámenes
3. Evaluar la disponibilidad del quirófano, profesionales e insumos para el día programado

Constatar que se anexen todos los documentos de la historia y la solicitud de servicios para la facturación del servicio.

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** SOLICITUD DE MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO Y MEDICAMENTOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** APOYO

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Dotar el servicio de urgencias y hospitalización con los insumos necesarios para la atención del paciente.

**Alcance:** Garantizar la disponibilidad de los recursos mínimos necesarios para el acto quirúrgico.

### RECURSOS NECESARIOS

#### Recursos Humanos:

Médico Especialista, Licenciada, Auxiliar de enfermería, jefe de almacén

#### Recursos Tecnológicos:

Computador, formatos de servicios y solicitud de almacén.

#### Recursos Financieros:

Pago a proveedores de bienes y servicios

#### Recursos Informáticos:

Formatos de pedidos, Ordenes medicas, plan de cuidado de enfermería

### ENTRADAS

### SALIDAS

#### Proveedores:

Médicos, Jefes de Servicios, Pacientes

#### Insumos:

Solicitud de Insumos

#### Usuarios:

Servicios de Cirugía, hospitalización y Urgencias

#### Productos:

Dotación de Insumos medico quirúrgicos

**CLIENTES:** Médicos, Enfermeras y Pacientes

### ACTIVIDAD

### DESCRIPCION

### RESPONSABLE

1

Identificar la necesidad de pedido de medicamentos, material médico quirúrgico.

Enfermera de turno

2

Elaborar pedido general en el turno de la mañana a central de insumos y central de mezclas.

Enfermera de turno

3

Realizar pedido al iniciar el turno en caso de ser necesario, de medicamentos o material médico quirúrgico en turnos diferentes al de la mañana.

Enfermera de turno

4

Elaborar pedido de material estéril a central de insumos por turno.

Enfermera de turno

5

Enviar pedido a central de insumos y mezclas con el auxiliar asignada al servicio en el servicio de urgencias o con el camillero si es en hospitalización

Auxiliar de enfermería

6

Recibir el pedido.

Enfermera de turno

7

Revisar el pedido recibido de acuerdo a lo solicitado

Enfermera de turno

8

Diligenciar en el registro correspondiente el ingreso de

Enfermera de turno

	medicamentos, material médico quirúrgico y estéril y entrega de este al funcionario responsable																
<b>SOPORTE LEGAL:</b>																	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> En el servicio de Urgencias debe estar 100% dotada con los medicamentos y el material médico-quirúrgico. La hospitalización debe estar dotada un 95%.																	
<b>INDICADORES:</b>																	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar la razonabilidad de los pedidos de los servicios</li> <li>2. Verificar la oportunidad de la solicitud</li> <li>3. Constatar la Disponibilidad de los recursos en almacén</li> </ol>																	
<b>DEFINICIONES:</b>																	
<b>ANEXOS:</b>																	
<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico															
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>															
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>															
<div style="text-align: center; padding: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Versión</th> <th style="width: 15%;">Fecha</th> <th style="width: 70%;">Descripción del cambio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Versión	Fecha	Descripción del cambio												
Versión	Fecha	Descripción del cambio															
215																	

	GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA		Código: CE-02-PR-10
			Versión: 01
			Fecha: 11/02/08
	Procedimiento: ADMISIÓN DE PACIENTE EN CIRUGÍA DE URGENCIAS POR ENFERMERÍA		Página:
Tipo de Proceso: ASISTENCIAL		Responsable: Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería	
Objeto: Admitir pacientes en cirugía de urgencias para la realización de procedimiento quirúrgico			
Alcance: Asegurar el acceso oportuno del paciente de urgencias a la sala de Cirugía			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos: Médico de Urgencias, Auxiliar de enfermería, Licenciada	Recursos Tecnológicos: Computador, formatos de servicios	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores: Servicio de Urgencia	Insumos: Paciente, historia clínica	Usuarios: Especialistas	Productos: Paciente admitido y listo para cirugía
CLIENTES: Equipo de cirugía			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION		RESPONSABLE
1	Solicitar al paciente al servicio de observación media hora antes de la hora programada.		Auxiliar de enfermería
2	Ingresar al paciente con información de identificación, diagnóstico, cirugía a realizar, preparación realizada		Aux. de enfermería – Enfermera
3	Verificar documentación, historia clínica y preparación pre quirúrgica		Enfermera
4	Tomar los signos vitales		Auxiliar de enfermería
5	Informar a instrumentadora, anestesiólogo y cirujano sobre el ingreso del paciente		Auxiliar de enfermería
6	Trasladar al paciente al quirófano y ubicación en la mesa de cirugía		Auxiliar de enfermería
7	Consignar la información en los registros correspondientes		Auxiliar de enfermería
SOPORTE LEGAL:			
ESTANDAR DE CALIDAD: El 100% de los pacientes deben ser admitidos correctamente.			
INDICADORES: VER MANUAL DE INDICADORES			
PUNTOS DE CONTROL:			
1. Verificar datos del paciente y tipo de procedimiento requerido			
216			



2. Constatar la disponibilidad del servicio de cirugía
3. Asegurar todos los soportes de la Historia clínica

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de  
Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU  
Oficina Calidad


**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

	GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA		Código: CE-02-PR-12	
			Versión: 01	
	Procedimiento: RECUPERACION ANESTESICA Y EGRESO DE CIRUGIA		Fecha: 11/02/08	
			Página: 1 de 1	
Tipo de Proceso: ASISTENCIAL		Responsable: Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería		
Objeto: Brindar atención integral en el post-operatorio inmediato hasta lograr la recuperación de la anestesia del paciente y egrese del servicio				
Alcance: Asegurar la recuperación del paciente y su adecuada salida del servicio de cirugía				
RECURSOS NECESARIOS				
Recursos Humanos: Licenciada, Auxiliar de enfermería		Recursos Tecnológicos: Material médico-quirúrgico	Recursos Financieros: 	Recursos Informáticos: Historia clínica.
ENTRADAS		SALIDAS		
Proveedores: Servicio de Cirugía		Insumos: Material médico-quirúrgico, historia clínica, recomendaciones medicas	Usuarios: Equipo de enfermería	Productos: Paciente recuperado
CLIENTES: Servicios de Hospitalización, Personal Médico, Familiares del Paciente				
ACTIVIDAD	DESCRIPCION			RESPONSABLE
1	Recepcionar al paciente en recuperación inmediata			Enfermera - Aux. de enfermería
2	Tomar los signos vitales, revisar la venoclisis, vendaje quirúrgico, drénales, vías áreas despejadas, estado de conciencia, órdenes médicas etc.			Enfermera - Aux. de enfermería
3	Cumplir las órdenes médicas			Enfermera - Aux. de enfermería
4	Realizar los cuidados integrales de enfermería hasta que se dé la recuperación			Enfermera - Aux. de enfermería
5	Informar sobre la recuperación al servicio correspondiente del traslado.			Aux. de enfermería
6	Trasladar el paciente al servicio correspondiente			Camillero
7	Entregar el paciente en el servicio correspondiente con la siguiente información: Identificación, procedimiento quirúrgico realizado, ordenes médicas post operatorias cumplidas y por cumplir.			Aux. de enfermería
8	Consignar la información en los registros correspondientes			Enfermera - Aux. de

218

	durante todo el procedimiento.	enfermería
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de los pacientes deben estar recuperados totalmente para ser egresados de cirugía.		
<b>INDICADORES:</b> VER MANUAL DE INDICADORES		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar que se esté realizando el monitoreo de la recuperación del paciente</li> <li>2. Verificar el cumplimiento de las ordenes medicas</li> <li>3. Registrar en la historia todas las novedades de la recuperación</li> </ol>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INGRESO DEL PACIENTE  
EN HOSPITALIZACIÓN

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Ingresar al paciente al servicio de hospitalización procedente de urgencias, cirugía, consulta externa o remitido de otra institución

**Alcance:** Preparar rápidamente la hospitalización del paciente

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Licenciada, Auxiliar de enfermería, camillero.

**Recursos Tecnológicos:**

Insumos de oficina, orden de traslado, historia clínica, camilla.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

Servicios de Urgencia, Cirugía

**Insumos:**

Pacientes, Historia clínica, recomendaciones medicas

**Usuarios:**

Equipo de enfermería y Hospitalización

**Productos:**

Paciente Ingresado a Hospitalización

**CLIENTES:** Equipo de Hospitalización, Personal Médico de Piso, Familiares del paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Verificar orden de traslado a observación con el médico.	Aux. Enfermería.
2	Asignación de cubículo, arreglo de este e informe de aceptación del traslado.	Enfermera
3	Recepción del paciente en el servicio	Enfermera – Aux. Enfermería
4	Recibir paciente en el servicio con historia clínica o información relacionada con diagnostico, tratamiento médico y cuidados de enfermería a implementar	Enfermera – Aux. Enfermería
5	Revisión de documentación y cumplimiento de trámites administrativos.	Enfermera
6	Traslado del paciente a la sala y unidad asignada	Enfermera – Aux. Enfermería - camillero
7	Valoración inicial del paciente	Enfermera
8	Orientación al paciente y familiar en la unidad sobre derechos, deberes y normas del servicio.	Aux. Enfermería

9	Elaboración de nota de ingreso	Enfermera
10	Revisión de órdenes médicas y consignación de información en los registros correspondientes.	Enfermera
11	Organización de historia clínica, elaboración de kardex, tarjeta de medicamentos.	Enfermera – Aux. Enfermería
12	Informe al médico especialista de turno del ingreso.	Enfermera
13	Formulación plan de cuidados de enfermería	Enfermera
14	Socialización del plan de cuidados de enfermería con el equipo interdisciplinario	Enfermera

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes hayan sido ingresados correctamente.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Verificar la Disponibilidad de camas en el servicio y el arreglo adecuado
2. Constatar que la historia clínica este completa
3. Auditar la valoración del paciente a ingresar
4. Asegurar que el paciente ingrese con su plan de cuidados de enfermería

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



	GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA		Código: CE-02-PR-03
			Versión: 01
	Procedimiento: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HOSPITALIZADO		Fecha: 11/02/08
			Página:
Tipo de Proceso: ASISTENCIAL		Responsable: Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería.	
Objeto: Brindar atención integral de enfermería con calidad al paciente que ingresa y es atendido en el Servicio de hospitalización			
Alcance: Asegurar las condiciones de tratamiento hospitalario y recuperación del paciente			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos: Licenciada, Auxiliar de enfermería, camillero	Recursos Tecnológicos: Insumos de oficina, orden de traslado, historia clínica, camilla,	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos: Software de atención
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores: Enfermería, servicios Cirugía, Urgencia y Consulta Externa	Insumos: Pacientes, Historia clínica, recomendaciones medicas	Usuarios: Equipo de enfermería y Hospitalización	Productos: Paciente Hospitalizado
CLIENTES: Equipo de Hospitalización, Personal Médico de Piso, Familiares del paciente			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Recepcionar al paciente en el servicio	Enfermera-Auxiliar de Enfermería	
2	Revisar la documentación y cumplir los trámites administrativos	Enfermera	
3	Trasladar al paciente a la sala y unidad asignada	Enfermera-Auxiliar de Enfermería- Camillero	
4	Valorar inicialmente al paciente	Enfermera	
5	Orientar al paciente y familiar en la unidad sobre derechos, deberes y normas del servicio.	Auxiliar de enfermería	
6	Informar al médico de turno del ingreso.	Enfermera	
7	Diseñar plan de cuidado de enfermería.	Enfermera	
8	Implementar cuidados básicos de enfermería	Auxiliar de enfermería	
9	Implementar cuidados de enfermería especiales	Enfermera	
10	Revisar las órdenes médicas durante el periodo de hospitalización.	Enfermera	
223			

11	Coordinar la atención del paciente con auxiliar de enfermería, médico y dependencias o especialidades de tratamiento médico o de ayuda diagnóstica necesarias.	Enfermera
12	Registrar los gastos de medicamentos y material médico quirúrgico por paciente	Enfermera
13	Consignar los datos en Historia Clínica	Enfermera
14	Tramitar de alta	
15	Dar el visto bueno de trámite de alta, hospitalización o remisión completado	Enfermera
16	Planear de alta	Enfermera
17	Egresar del servicio al paciente	Aux. Enfermería-camillero

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes hayan sido ingresados correctamente.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Registro del paciente y apertura del servicio
2. Actualización y organización de las ordenes medicas y notas e enfermería
3. Asegurar que el paciente reciba su plan de atención
4. Registro y actualización de los gastos de materiales

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio







## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-05

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** TRIAGE DEL PACIENTE EN URGENCIAS POR LA ENFERMERA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Admitir y atender prioritariamente a los pacientes con patologías de urgencias en el servicio de urgencias Servicio de hospitalización.

**Alcance:** Establecer el mecanismo de selección y clasificación del paciente para su acceso a urgencia

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Enfermera de triage,  
técnico de facturación,  
Auxiliar de enfermería,  
Medico, Camillero

**Recursos Tecnológicos:**

Hoja de Remisión,  
computador, útiles de  
oficina, camilla, silla de  
ruedas

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Software de admisión y  
facturación

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

Otras instituciones  
hospitalarias, consulta  
externa, EPSS

**Insumos:**

Pacientes, historias  
clínicas, exámenes  
diagnósticos, remisión

**Usuarios:**

Personal médico de los  
servicios de urgencia,  
cirugía y  
hospitalización

**Productos:**

Paciente priorizado  
admitido

**CLIENTES:** IPS, EPS, familiares, Médicos.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar al paciente	Camillero
2	Interrogar motivo de consulta a pacientes que ingresa, revisión general del paciente.	Enfermera
3	Clasificar al paciente a atender según sintomatología o patología de urgencia (Enfermedad aguda – no aguda).	Enfermera
4	Trasladar al paciente según amerite atención por patología aguda o no a las siguientes áreas (Sala de espera, sutura, observación) Si el motivo de consulta no corresponde a una patología de urgencias se le hace la educación al paciente y se le atiende por orden de llegada.	Enfermera de triage.
5	Orientar al paciente o familiar pasar con la documentación correspondiente a admisiones.	Técnico de facturación.
6	Admitir al paciente y pasar la información a facturación.	Enfermera
7	Admitir al paciente y pasar la información a facturación.	Técnico de facturación.

8	Informar al médico del ingreso del paciente.	Enfermera
9	Educación y orientación al paciente y familiar.	Enfermera
10	Atender al paciente según la prioridad establecida y definición de conducta sea observación, hospitalización o de alta.	Médico

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes admitidos pasan por el triage.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Asegurar que el paciente sea valorado en el menor tiempo de su llegada a la urgencia
2. Verificar y registrar toda la documentación para su historia y su factura
3. Establecer la prioridad de la atención y su notificación oportuna al cuerpo médico disponible

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
---	-------------------------------

<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
--	----------------

<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>
---------------	---------------

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** 02-PR-08

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Brindar atención integral de enfermería con calidad al paciente que ingresa y es atendido en el Servicio de Urgencias

**Alcance:** Establecer el mecanismo de registro y atención integral prioritaria del paciente que ingresa al servicio minimizando los riesgos de complicaciones

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Licenciada, Auxiliar de enfermería, camillero, Médico de urgencias y facturador

**Recursos Tecnológicos:**

Computadores, hoja de admisión y registro, camillas

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Software de admisión y facturación

### ENTRADAS

**Proveedores:**

Clínicas y Hospitales, EPS, pacientes

**Insumos:**

Insumos materiales, medicamentos, historia clínica, Kardex, tarjeta de medicamentos.

### SALIDAS

**Usuarios:**

Personal médico de Urgencia

**Productos:**

Paciente egresado por enfermería

**CLIENTES:** Personal médico de Urgencias

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Orientar al paciente en el servicio	Camillero
2	Orientar al paciente al ingreso sobre pasos a seguir	Camillero
3	Valorar inicialmente el estado del paciente y motivo de consulta	Enfermera
4	Trasladar al paciente según su estado de salud a sala de espera, sutura o reanimación.	Camillero
5	Pasar a admisiones el paciente o familiar donde se le toman datos, se verifican derechos de atención y diligenciamiento de información en el registro de admisiones.	Facturación
6	Remitir la información electrónica al sistema o emisión física de historia clínica	Médico
7	Entregar la Historia clínica emitida de facturación a área de atención específica	Auxiliar de Enfermería

8	Valorar al paciente, tomar los signos vitales	Médico
9	Consignar la información en los registros correspondientes.	Auxiliar de Enfermería
10	Informar a enfermería conducta a seguir con el paciente	Médico
11	Informar al área correspondiente en caso del traslado a observación.	Enfermera
12	Informar cubículo asignado.	Enfermera
13	Trasladar al paciente al área correspondiente	Camillero
14	Consignar los datos en Historia Clínica.	Medico
15	Entregar al paciente en el área correspondiente con la historia diligenciada e información de diagnóstico, ordenes médicas, tratamiento y cuidados de enfermería realizados y necesarios para continuar con la atención.	Auxiliar de Enfermería
16	Recibir al paciente en el cubículo asignado.	Enfermera
17	Revisar las órdenes médicas y consignación de información en el registro correspondiente	Enfermera
18	Informar al médico de turno del ingreso.	Enfermera
19	Administrar el tratamiento ordenado durante el periodo de observación	Auxiliar de Enfermería
20	Realización procedimientos especiales de enfermería durante el periodo de observación	Enfermera
21	Realizar procedimientos básicos de enfermería durante el periodo de observación	Auxiliar de Enfermería
22	Coordinar la atención del paciente con auxiliar de enfermería, médico y dependencias o especialidades de tratamiento médico o de ayuda diagnóstica necesarias.	Enfermera
23	Registrar los gastos de medicamentos y material médico quirúrgico por paciente.	Enfermera
24	Registrar los gastos de medicamentos y material médico quirúrgico por paciente.	Auxiliar de Enfermería
25	Tramitar de alta, hospitalización o remisión del paciente.	Auxiliar de Enfermería
26	Dar el visto bueno de trámite de alta, hospitalización o remisión completado	Enfermera
27	Egresar del servicio al paciente	Camillero
28	Consignación de información en los registros correspondientes.	Enfermera

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes atendidos por enfermería en urgencias reciban una atención con calidad.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Verificar que el paciente haya sido valorado correctamente
2. Constatar que la admisión del paciente tenga todos los soportes administrativos para su facturación
3. Comprobar que el registro del paciente y su historia clínica estén bien diligenciados
4. Asegurar la disponibilidad de recursos físicos, técnicos y humanos para la atención individual del paciente
5. Constatar que la decisión de manejo del paciente se encuentre socializada e implementada

**DEFINICIONES:****ANEXOS:****ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería**APROBÓ:** Comité Técnico**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU  
Oficina Calidad**ACTA No****FIRMA:****FECHA:****CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

	<b>GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA</b>		<b>Código:</b> CE-02-PR-07	
			<b>Versión:</b> 01	
			<b>Fecha:</b> 11/02/08	
	<b>Procedimiento:</b> ADMISIÓN DE PACIENTES EN OBSERVACIÓN		<b>Página:</b>	
<b>Tipo de Proceso:</b> ASISTENCIAL		<b>Responsable:</b> Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería		
<b>Objeto:</b> Admitir al paciente en el área correspondiente de urgencias (observación 1,2)				
<b>Alcance:</b> Asegurar las condiciones optimas en el servicio para que el paciente pueda ser monitoreado antes de tomar una decisión medica de acuerdo a su evolución				
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>				
<b>Recursos Humanos:</b> Licenciada, auxiliar de enfermería,		<b>Recursos Tecnológicos:</b> Orden de admisión		<b>Recursos Informáticos:</b>
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>		
<b>Proveedores:</b> Servicio de Urgencia		<b>Insumos:</b> Formatos de pedidos, Ordenes medicas, camilla, equipo de atención (EKG, monitor etc)		<b>Usuarios:</b> Médicos de Urgencias
				<b>Productos:</b> Paciente ingresado al área de Observación
<b>CLIENTES:</b> Médicos de Urgencia, familiares del paciente				
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>			<b>RESPONSABLE</b>
1	Verificar orden de traslado a observación por el médico			Auxiliar de enfermería
2	Informar al área correspondiente el traslado del paciente con anterioridad para que se asigne el cubículo correspondiente.			Enfermera
3	Asignar el cubículo, arreglar este e informar la aceptación del traslado.			Enfermera
4	Trasladar al paciente al área correspondiente (observación 1, 2)			Enfermera de turno
5	Ubicar al paciente en el cubículo asignado			Enfermera
6	Recibir paciente en el servicio con historia clínica o información relacionada con diagnostico, tratamiento médico y cuidados de enfermería a implementar			Enfermera
7	Revisar al paciente.			Enfermera
8	Elaborar nota de ingreso			Auxiliar de enfermería
9	Orientar al paciente en el servicio			Auxiliar de enfermería
10	Orientar al paciente en el servicio			Enfermera
231				

11	Formular el plan de cuidados de enfermería	Enfermera
12	Notificar al médico del servicio del nuevo ingreso.	Enfermera

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes que ingresan a observación deben ser admitidos por enfermería.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Verificar la oportunidad de la remisión a la observación
2. Verificar que se le está implementando las ordenes medicas
3. Garantizar la retroalimentación de la evolución del paciente al médico de urgencias

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-09

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** DE ALTA DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Realizar actividades de enfermería que conlleven al egreso del paciente.

**Alcance:** Desarrollar los mecanismos para que el paciente sea dado de alta con el cumplimiento de los requisitos médicos y administrativos

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Licenciada, auxiliar de enfermería

**Recursos Tecnológicos:**

Historia clínica, Orden de alta, epicrisis diligenciada, recibo de pago del COPAGO

**Recursos Financieros:**

Pago de la factura / facturación de los servicios al asegurador

**Recursos Informáticos:**

Software de facturación

### ENTRADAS

**Proveedores:**

Servicio de Urgencia y Hospitalización

**Insumos:**

Paciente, Historia clínica, ordenes medicas

**Usuarios:**

Facturación, Licenciada

**Productos:**

Paciente de alta

### SALIDAS

**CLIENTES:** Instituciones remitentes, EPS, Aseguradores, Familiares del Paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Confirmar la de alta del paciente con el médico y verificar la consignación de esta en la historia clínica	Enfermera
2	Trasladar la documentación o información a facturación para liquidación de servicios.	Auxiliar de enfermería
3	Constatar la elaboración de formula médica, citas de control, orden de exámenes	Enfermera
4	Informar al familiar que debe pasar por facturación para los trámites correspondientes.	Enfermera
5	Tramitar de alta del paciente	Auxiliar de enfermería
6	Dar el visto bueno de trámite de de alta completado	Enfermera
7	Consignar la información en los registros correspondientes.	Auxiliar de Enfermería
8	Enseñar al paciente de los cuidados a seguir, cumplimiento de tratamiento, citas, exámenes diagnósticos y procedimiento para realizar estos	Auxiliar de enfermería – Enfermera.

9	Emitir el paz y salvo para la salida.	Técnico de facturación
10	Revisar el de paz y salvo de salida	Enfermera
11	Enseñar al paciente sobre cuidados a seguir en la casa	Enfermera
12	Consignar la información en los registros correspondientes.	Auxiliar de enfermería – Enfermera.
13	Informar a servicios generales para la asepsia de la camilla.	Auxiliar de enfermería – Enfermera.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes deben ser egresados por enfermería correctamente.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Confirmar la veracidad de la información de la historia clínica
2. Verificar que se han prestado y registrado todos los servicios a facturar
3. Constatar que se le han dado al paciente todas las indicaciones de su tratamiento y recomendaciones para su posterior recuperación en casa

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU  
Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Procedimiento: ENTREGA DE TURNO Y RONDA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION**

**Código:** CE-02-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería

**Objeto:** Recibir, entregar los pacientes y elementos del área de hospitalización

**Alcance:** Establecer los parámetros básicos del cambio de turno en el servicio de hospitalización

### RECURSOS NECESARIOS

#### Recursos Humanos:

Licenciadas; entrante y saliente, auxiliares de enfermería

#### Recursos Tecnológicos:

papelería, historias clínicas, kardex, material médico quirúrgico, equipos médicos.

#### Recursos Financieros:

#### Recursos Informáticos:

### ENTRADAS

### SALIDAS

#### Proveedores:

Auxiliares de enfermería del servicio, Licenciada saliente

#### Insumos:

Pacientes hospitalizados, notas de enfermería, plan de cuidados, recomendaciones y ordenes medicas.

#### Usuarios:

Licenciadas, auxiliares de enfermería de turno, médicos de hospitalización

#### Productos:

Relevo del turno

**CLIENTES:** Licenciada de enfermería entrante, Equipo Médico de Hospitalización

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Entrega a la enfermera jefe que sale del turno del servicio información relacionada con los cuidados brindados al paciente durante el turno y la evolución de este así como la atención médica brindada y cuidados de enfermería y ordenes pendientes por cumplir. La enfermera procede a:	Auxiliares de enfermería del servicio
2	Revisar la asignación del personal de enfermería.	Enfermera entrante.
3	Revisar las órdenes médicas y cuidados de enfermería.	Enfermera entrante.
4	Revisar los signos vitales u otros cuidados del paciente.	Aux. Enfermería
5	Recibir de la auxiliar los cuidados de enfermería brindados en el turno y los que continúan con la atención, la evolución del paciente, ordenes médicas cumplidas y pendientes de cumplir, situaciones presentadas por el paciente durante el turno, S/V.-	Enfermera entrante.

6	La enfermera al entregar el turno a la enfermera jefe entrante Informará sobre las órdenes medicas pendientes por cumplir, cuidados de enfermería pendientes por realizar, situaciones presentadas por el paciente. (Administración de tratamiento-evolución), actividades pendientes por realizar tales como ayuda diagnóstica y exámenes diagnósticos). Se hace uso del Kardex la que entrega y del libro la que recibe.	Enfermera saliente.
7	Entregar y recibir el inventario de elementos médico - quirúrgicos y equipos.	Enfermera
8	Verificar la información recibida, revisión de las condiciones de salud de cada uno de los pacientes (Ronda de Enfermería).	Enfermera
9	Consignar la información en los registros correspondientes. Libro de entrega de turno. Planilla	Enfermera
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> el 100% de los pacientes y materiales hayan sido entregados y recibidos correctamente.		
<b>INDICADORES:</b> VER MANUAL DE INDICADORES		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar Que todos los pacientes fueron revisados antes de la entrega del turno</li> <li>2. Actualizar y organizar los anexos de la historia clínica</li> <li>3. Realizar las anotaciones a los planes de cuidados médicos</li> <li>4. Constatar el inventario de insumos y medicamentos disponibles</li> </ol>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
237		





## GESTION DE LA ATENCION EN ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enfermería.

**Objeto:** Verificar el cumplimiento de procesos procedimientos y protocolos de enfermería establecidos por la institución, para la atención de calidad a pacientes en el servicio de hospitalización.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

#### Recursos Humanos:

Licenciada Jefe, auxiliar e enfermería

#### Recursos Tecnológicos:

Computador, guías y manuales, material de oficina

#### Recursos Financieros:

#### Recursos Informáticos:

### ENTRADAS

### SALIDAS

#### Proveedores:

Equipo de enfermería y hospitalización

#### Insumos:

Procesos, procedimientos guías y protocolos de enfermería verificados, formato de verificación, indicadores de cumplimiento

#### Usuarios:

Licenciadas, Subgerente, Sistema de Calidad, Control interno

#### Productos:

Procedimientos Cumplidos y Verificados

**CLIENTES:** Sistema de Calidad, Personal Medico

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Constatar la existencia de procesos, procedimientos y protocolos de enfermería en el servicio.	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.
2	Verificar conocimiento del personal de enfermería de procesos, procedimientos y protocolos de enfermería en los servicios por auxiliares y enfermeras del servicio.	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.
3	Verificar mediante supervisión periódica el cumplimiento de procesos, procedimientos, protocolos de enfermería por auxiliar de enfermería y enfermera	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.
4	Verificar el diligenciamiento adecuado de los registros.	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.
5	Aplicación de formato periódico que constate la aplicación de procesos, procedimientos y protocolos de enfermería	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.

6	Diligenciamiento de registros correspondientes con el resultado de la verificación por procedimiento, protocolos y funcionarios	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.
7	Medir los indicadores establecidos.	Enfermeras grupos de trabajo de enfermería.
8	Registrar de conformidad y/o formular correctivos a las no conformidades establecidas.	Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enf.
9	Retroalimentar la aplicación de procesos, procedimientos y protocolos de enfermería.	Subgerente de Consulta Externa y Servicios de Enf.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Verificar el 100% de los procesos, procedimientos, guías y protocolos.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

**PUNTOS DE CONTROL:**

1. Evaluar la actualización de los procesos y procedimientos de la institución
2. Comprobar el conocimiento de los procesos por parte de todo el personal
3. Verificar la medición y el análisis de los indicadores
4. Constatar la evolución de los procedimientos a través de acciones de mejora
5. Verificar la aplicación de los procesos y procedimientos como fueron normados

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gutiérrez de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





### **5.3.2.- Hospitalización**

1. Ingreso del Paciente a Hospitalización
2. Valoración Medica al Paciente Hospitalizado
3. Actividades administrativas Personal asistencial
4. Atención del paciente Hospitalizado por enfermería
5. Hospitalización
6. Paciente con Estancia Prolongada
7. Evolución Medica del Paciente Hospitalizado
8. Referencia de Pacientes
9. Contrareferencia de pacientes
10. Egreso por mejoría clínica
11. Egreso por de Alta voluntaria
12. Egreso por Defunción
13. Recepción e identificación de Objeto en custodia
14. Entrega de Objeto en Custodia
15. Entrega y recibo de turnos



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Procedimiento:** INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO-01-PR- 01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Garantizar el ingreso y la disposición de los recursos necesarios para los pacientes que requieran internación hospitalaria

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Cama de internación reservada.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Formato de admisión totalmente diligenciado, Órdenes médicas de internación, historia clínica, notificación sobre el ingreso al médico especialista.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Reservar una cama de internación	Enfermera jefe.
2	Recepcionar al paciente por parte de la Enfermera jefe , el paciente puede ingresar espontáneamente te o en camilla, en compañía del camillero y auxiliar de enfermería.	Enfermera jefe.
3	Instalar en la unidad correspondiente	Auxiliar de enfermería.
4	Orientar en la unidad y en el servicio	Auxiliar de enfermería.
5	Entregar los deberes y derechos	Auxiliar de enfermería.
6	Controlar los signos vitales	Auxiliar de enfermería.
7	Actualizar los registros clínicos, kardex, libreta de recibo y entrega de turno.	Enfermera jefe.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes deben ser ingresados adecuadamente.

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:****ELABORÓ:** Madeleine Beltrán. PU de Hospitalizados.**APROBÓ:** Comité Técnico**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad**ACTA No****FIRMA:****FECHA:****CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Procedimiento:** VALORACION MEDICA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

**Código:** HO-01-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Realizar una evaluación de la condición clínica del paciente con base en las guías o protocolos de manejo en servicio de hospitalización y definir conducta y tratamiento médico o quirúrgico de acuerdo a la impresión diagnóstica o diagnóstico realizado.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso Humano - Reloj -  
Tensiómetro -  
Fonendoscopio - equipo  
de órganos, peso,  
tallmetro, sellos,  
papelería.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

### SALIDAS

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar la Anamnesis.	Médico especialista de turno
2	Evaluar al paciente.	Médico especialista de turno
3	Diligenciar la historia clínica: el médico consigna en la hoja electrónica o medio físico los datos obtenidos en la valoración del paciente.	Médico especialista de turno
4	Seguir conducta médica: de acuerdo al diagnóstico realizado el médico toma una conducta y consigna las ordenes medicas, de laboratorio, de estudios diagnósticos e interconsultas necesarias.	Médico especialista de turno

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 100% de los pacientes ingresados sean valorados por el médico a su ingreso al servicio.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Anamnesis: Resumen de la Historia Clínica.

**ANEXOS:** Guías de manejo

**ELABORÓ:** Madeleine Beltrán. PU de Hospitalizados

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PERSONAL ASISTENCIAL

**Código:** HO-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Procedimiento:** GESTIÓN ADMINISTRATIVA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Mantener la información escrita necesaria y adecuada, mediante la solicitud y diligenciamiento, de los formatos oficiales que hacen parte de los registros clínicos y/o de los formatos que garanticen una tención con calidad, acorde con la normatividad vigente y que permita alimentar registros estadísticos, los requisitos para facturar, y el control numérico de los eventos que se realizan en la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, cama, papelería, historia clínica. Tensiómetros , fonendoscopio		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Gestión de interconsultas, Estudios y Procedimientos: la jefe en turno, revisa que el formato de interconsulta, estudios o procedimientos estén adecuadamente diligenciado, añade los soportes administrativos correspondientes (copia del carnet, copia del documento de identidad)	Enfermera jefe.
2	Entrega al facturador del servicio y anota en el libro correspondiente. Confirma la interconsulta o procedimiento y anota en la bitácora.	Enfermera jefe.
3	La enfermera jefe del servicio , llama al especialista , o a la entidad respectiva	Enfermera jefe.

**SOPORTE LEGAL:** Ley 0266/96; Ley 911 /2004. (Regulan la profesión de enfermería en Colombia. ); Ley 10 / 90 ( art.2 ); Ley 100 /93 (art.168 ); Ley 715 /2001 (art. 67 ); Ley 1122/2007 (art 20 ). Decreto412 /92; Decreto 1011 /2006; Resolución 5261 (art .9 y 10)

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 95 % de las actividades administrativas se ejecuten.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Madeleine Beltrán. PU de Hospitalizados.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU de la Oficina de Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Procedimiento:** ATENCION DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO POR ENFERMERIA

**Código:** CE-02-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Consulta Externa y Servicios de  
Enfermería

**Objeto:** Brindar atención integral de enfermería con calidad al paciente que ingresa y es atendido en el Servicio de hospitalización

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Pacientes, papelería,  
historia clínica, kardex,  
material médico  
quirúrgico, equipos  
médicos.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar al paciente en el servicio	Enfermera-Auxiliar de Enfermería
2	Revisar la documentación y cumplir los trámites administrativos	Enfermera
3	Trasladar al paciente a la sala y unidad asignada	Enfermera-Auxiliar de Enfermería- Camillero
4	Valorar inicialmente al paciente	Enfermera
5	Orientar al paciente y familiar en la unidad sobre derechos, deberes y normas del servicio.	Auxiliar de enfermería
6	Informar al médico de turno del ingreso.	Enfermera
7	Diseñar plan de cuidado de enfermería.	Enfermera
8	Implementar cuidados básicos de enfermería	
9	Implementar cuidados de enfermería especiales	Enfermera
10	Revisar las órdenes médicas durante el periodo de hospitalización.	Enfermera

11	Coordinar la atención del paciente con auxiliar de enfermería, médico y dependencias o especialidades de tratamiento	Enfermera
12	Registrar los gastos de medicamentos y material médico quirúrgico por paciente	Enfermera-Auxiliar de Enfermería
13	Consignar los datos en Historia Clínica	Enfermera-Auxiliar de Enfermería
14	Tramitar de alta	Auxiliar de enfermería
15	Dar el visto bueno de trámite de alta, hospitalización o remisión completado	Enfermera
16	Planear de alta	Enfermera
17	Egresar del servicio al paciente	Enfermera-Auxiliar de Enfermería- Camillero

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes hayan recibido una atención integral con calidad en el servicio de hospitalización.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Nirva Cabarcas. Subgerente de Consulta Externa y Enfermería

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Procedimiento:** HOSPITALIZACION

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Estabilizar clínicamente al paciente e identificar los factores que permitan aclarar el diagnóstico, para definir una conducta acorde con la situación clínica del mismo. Inicia con la orden médica escrita al ingreso del paciente al servicio y termina cuando este cumple su tratamiento, evolucionando en forma satisfactoria y es egresado.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Recurso humano, salas de hospitalización, equipo de cómputo, camillas, papelería, medicamentos lapiceros, lápices.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Prestar los servicios de salud de acuerdo con los protocolos definidos para cada una de las situaciones de las atenciones de atención.	Médico especialista.
2	Orientar al usuario y su familia e instrucciones para procedimientos especiales.	Enfermera jefe.
3	Verificar que los recursos definidos para la atención del usuario estén dispuestos	Enfermera jefe. Camillero/auxiliar de enf
4	Seguimiento al plan de enfermería.	Enfermera jefe.
5	Registrar en la historia clínica en forma simultánea los procedimientos realizados	Enfermera jefe, medico, Aux de enfermería


**SOPORTE LEGAL:** Ley 10 / 90 (art.2); Ley 100 /93 (art.168); Ley 715 /2001 (art. 67); Ley 1122/2007 (art 20). Decreto 412 /92; Decreto 1011 /2006; Resolución 5261 (art .9 y 10)

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 95 % de los pacientes en salas de hospitalización estén debidamente atendidos.

<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b> Observación: Todo paciente con estancia en las salas de hospitalización entre 1 y 5 días.	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b>	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio

	<b>GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Código:</b> HO
			<b>Versión:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 19/07/07
	<b>Procedimiento:</b> PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA		<b>Página:</b>
<b>Tipo de Proceso:</b>		<b>Responsable:</b> Subgerente de Hospitalización.	
<b>Objeto:</b> Mantener el paciente bajo el cuidado y la atención medica y de enfermería oportuna, hasta la consecución de la mejoría de su Estado de salud, Inicia con la orden escrita de hospitalizar a pacientes con estancia hasta 7 días y finaliza cuando este es egresado, O trasladado a otro servicio.(UCI / hospitalización en casa)			
<b>Alcance:</b>			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Recurso humano, salas de hospitalización, equipo de cómputo, papelería, salas de juntas, lapiceros, lápices.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
<b>CLIENTES:</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Realización de rondas administrativas y asistenciales de seguimiento a la atención brindada a los Usuarios.	Subgerente, médicos, Enfermeras jefes, auditor.	
2	Indicación de continuar tratamiento médico hospitalario justificado en las evoluciones medicas	Médico especialista.	
3	Programar y realizar juntas medicas tendientes a definir conductas	Subgerente, médicos, Enfermeras jefes, auditor.	
4	Se realiza acta de junta médica firmada por los asistentes, se anexa a la historia clínica. Esté en observación hasta la consecución de la cama o egreso.	Enfermera jefe.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10 / 90 (art.2); Ley 100 /93 (art.168); Ley 715 /2001 (art. 67); Ley 1122/2007 (art 20). Decreto412 /92; Decreto 1011 /2006; Resolución 5261 (art .9 y 10)			
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Mantener menos del 10%de pacientes con estancias prolongadas en la urgencia.			
254			

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Estancia prolongada en el servicio de hospitalización: Es todo paciente que cumple mas de 7 dias en las salas de Hospitalización.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:**

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Procedimiento:** EVOLUCION MEDICA DE PACIENTES

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Mantener continuidad en la atención médica del paciente observado en las salas de hospitalización de acuerdo a la política de calidad de la institución y a la normatividad vigente. Inicia con la revisión de la historia clínica, evaluación con enfoque en el sistema comprometido y finaliza con la prescripción de las. Ordenes médicas.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, cama, papelería, historia clínica. Tensiómetros, fonendoscopio, lapiceros, equipo de órganos de los sentidos.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Revisión de historia clínica. Se revisa la historia clínica, se evalúa el paciente y se hace el análisis del caso.	Médico especialista y medico general
2	Diligenciamiento de evolución. Se deja registrado en el formato de evolución los hallazgos encontrados y el análisis hecho.	Médico especialista y medico general
3	Ordenes médicas. Se procede a anotar en el formato de órdenes médicas, los cambios en la medicación, nuevos manejos o estudios paraclínicos.	Médico especialista y medico general
4	Información al paciente y/o familiares. Se le informa al paciente y/o familiares sobre los cambios encontrados en la evaluación del paciente y la conducta tomada.	Médico especialista y medico general

**SOPORTE LEGAL:** Ley 10 / 90 (art.2); Ley 100 /93 (art.168); Ley 715 /2001 (art. 67); Ley 1122/2007 (art 20). Decreto412 /92; Decreto 1011 /2006; Resolución 5261 (art .9 y 10)



**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 98% de los pacientes que ameritan evolución sean evolucionados.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:**

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y  
Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/07/07

**Procedimiento:** REFERENCIA DE PACIENTES.

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de la tecnología que se requiera y propender por la racional utilización de los recursos institucionales. Inicia con la orden de referencia o traslado del paciente y finaliza con la llegada y aceptación del mismo al centro receptor.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, camillas, formatos oficiales, historia clínica. Tensiómetros, lapiceros, equipo de órganos de los sentidos. Sistema de transporte, sistema de comunicación, oxígeno de transporte. Equipo de reanimación, fonendoscopio.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Orden de referencia: el médico emite la orden de referir al paciente en el formato oficial diligenciado de acuerdo a la normatividad y entrega a la jefe de enfermería en turno.	Medico.
2	Verificación de la documentación: la enfermera jefe del servicio verifica el correcto diligenciamiento del formato de referencia y contra referencia, anexa copia de documento de identidad y carnet de afiliación.	Enfermera jefe.
3	Solicitud del servicio: la enfermera jefe del servicio llama a la entidad o unidad objeto de la referencia, solicitando el	Enfermera jefe.

	servicio requerido y /o traslado del paciente, espera respuesta de aceptación o negación del servicio y anota en le libro respectivo.	
4	Traslado externo de paciente: Si el paciente es aceptado se coordina el traslado del mismo con el equipo de transporte contratado para tal fin, de acuerdo a la normatividad vigente.	Equipo de transporte.
5	Confirmación del ingreso: la enfermera jefe confirma vía telefónica el ingreso del paciente en la entidad receptora.	Enfermera jefe.
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10/90(art.1-8); Ley 100/93; Ley 715/01; Decreto 2759/91; Decreto2174/96 Res. 1995 /99.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Lograr referir el 95% de los pacientes que lo ameriten.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Referencia: Se entiende por referencia el envió de usuarios o elementos de ayudas diagnosticas por partes de unidades prestatarias de servicios de salud a otras instituciones de salud para su atención o complementación diagnostica, que de acuerdo al grado de de complejidad de respuesta a las necesidades de salud.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b>		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
259		





## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/07/07

**Procedimiento:** CONTRAREFERENCIA DE  
PACIENTES

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Contrareferir de una manera efectiva al paciente que por su estado de salud requiere una atención en un nivel de menor complejidad, teniendo en cuenta los factores éticos, científicos, administrativos y normativos. Inicia con la valoración del paciente y orden de contrareferencia por parte del médico en turno y finaliza con el ingreso del paciente al centro de origen de la referencia.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso humano, equipo de cómputo, camillas, formatos oficiales, historia clínica. Tensiómetros, lapiceros, equipo de órganos de los sentidos. Sistema de transporte, sistema de comunicación, oxígeno de transporte. Equipo de reanimación, fonendoscopio.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Valoración del paciente. El médico valora al paciente y determina que puede ser tratado en un centro de menor complejidad	Medico.
2	Orden de contrareferencia. Se diligencia el formato oficial de contrareferencia de pacientes de acuerdo a la normatividad y entrega al jefe de enfermería en turno.	Medico.
3	Entrega de la contrareferencia. Se le informa al personal de salud que acompaña al paciente el motivo de la	Enfermera jefe.

	contrareferencia, se dan recomendaciones , entrega el formato diligenciado y anota en el libro respectivo	
4	Traslado del paciente:El personal responsable del paciente procede a trasladar al mismo a su centro de origen para su ingreso.	Equipo de salud.
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10/90(art.1-8); Ley 100/93; Ley 715/01; Decreto 2759/91; Decreto2174/96 Res. 1995 /99.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Contrareferir el 98 % de los pacientes que lo ameriten.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Contrareferencia: Se entiende por Contrareferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o unidad familiar. La respuesta puede ser la contraremisión del usuario, con las debidas indicaciones a seguir o simplemente información o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnostica.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b>		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; padding: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

262



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Procedimiento:** EGRESO POR MEJORIA CLINICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Definir la salida del paciente de acuerdo a la evolución clínica del mismo, la normatividad vigente y las políticas impartida por la alta administración. Inicia con la orden de alta firmada por el médico tratante y finaliza con la salida del paciente de la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, papelería, sillas de rueda y/o camillas.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Firmar la de alta del paciente. El personal médico tratante basado en la mejoría clínica del paciente firma la orden de alta del paciente.	Medico.
2	Diligenciamiento de registros de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis, cierre de notas y formulas médicas.	Medico y/ Enfermera
3	Información al paciente y/o familiares. Se informa al paciente y/o familiares que este se encuentra de alta, se le explica y se entrega la formula médica y se dan recomendaciones.	Medico
4	Generación de la orden de salida. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
5	Entrega de orden de salida. Se le entrega la orden de salida al familiar del paciente, quien lo presenta a portería.	Facturador
6	Traslado del paciente. Se traslada el paciente desde la sala de	Camillero

	hospitalización hasta la entrada al servicio de urgencias.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 95% de los egresos sean por mejoría clínica.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Egreso, es la salida del paciente de la sala de hospitalización o que ha ocupado una cama hospitalaria.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b>	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente	
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>	
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>	

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/07/07

**Procedimiento:** EGRESO POR DE ALTA VOLUNTARIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Definir la salida del paciente de acuerdo a la evolución clínica del mismo, la normatividad vigente y las políticas impartida por la alta administración. Inicia con la orden de alta firmada por el médico tratante y finaliza con la salida del paciente de la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, papelería, sillas de rueda y/o camillas.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Firma de alta voluntaria. Posterior a la información suministrada por parte del equipo de salud al paciente y familiares sobre el estado de salud de este y las posibles consecuencias de la no atención médica intrahospitalaria, estos deciden firmar la de alta voluntaria.	Paciente y/o Familiar.
2	Diligenciamiento de registros de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis, cierre de notas y formulas médicas.	Personal asistencial.
3	Información al paciente y/o familiares. Se dan recomendaciones y se entrega formula medica de acuerdo al caso.	Enfermera jefe
4	Generación de la orden de salida. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
5	Entrega de orden de salida. Se le entrega la orden de salida al familiar del paciente, quien lo presenta a portería.	Facturador

6	Traslado del paciente. Se traslada el paciente desde la sala de hospitalización hasta la entrada al servicio de urgencias.	Camillero
---	--	-----------

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Menos del 3% de egresos por de alta voluntaria.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Egreso Voluntario, es la salida de todo paciente donde el y/o familiares solicitan y firma la de alta voluntaria, siendo consientes de la condición clínica que padece y sus potenciales consecuencias.

**ANEXOS:**

<b>ELABORÓ:</b>	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Procedimiento:** EGRESO POR DEFUNCION

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Definir las actividades a desarrollar de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas impartidas por la alta. Administración para el egreso de pacientes fallecidos. Inicia con la solicitud y diligenciamiento del certificado de defunción y/o comunicación del desceso a autoridad competente y finaliza con la salida del cadáver u occiso.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Recurso humano, equipo de cómputo, papelería, camillas, sistema de comunicación, bolígrafos, sistema de transporte.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	--	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitud y diligenciamiento del certificado de defunción. Una vez ratificada la muerte del paciente se procede a solicitar y diligenciar el certificado de defunción de acuerdo a la normatividad vigente dejando registrado en el libro de acta de defunción los datos del cadáver y el serial correspondiente.	Médico de turno.
2	Diligenciamiento de registros de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis y cierre de notas con la respectiva revisión de la historia clínica.	Personal asistencial.
3	Generación de la orden de salida. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
4	Entrega de documentos de salida. Se le entrega la orden de salida y certificado de defunción al familiar quien lo	Facturador

	presenta a portería.	
5	Entrega de cadáver. Se realiza entrega de cadáver a familiar quien debe presentar orden de salida, retirando el cadáver a través de la puerta posterior del hospital.	Camillero

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

<b>ELABORÓ:</b>	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Procedimiento: RECEPCION E IDENTIFICACION DEL OBJETO EN CUSTODIA**

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Establecer según la normatividad vigente las actividades y mecanismos que permitan ejecutar las políticas internas con respecto al manejo de los elementos objetos de custodia. Inicia con la recepción del objeto y termina con el aseguramiento del mismo.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, papelería, caja de seguridad, bolsas plásticas, bolsas con zipper, grapadoras, fechadores, huelleros, aplicadores, computador, guantes, impresora.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepción del objeto a custodiar: cada vez que ingrese al servicio de hospitalización un paciente en condiciones que no le permita asegurar sus pertenencias.	Enfermera jefe en turno
2	Identificación del objeto: una vez tenido a cargo el objeto a custodiar se realiza descripción detallada del mismo, teniendo en cuenta el número de objetos y realizando esta en el formato oficial de cadena de custodia.	Enfermera jefe en turno
3	Embalaje del objeto a custodiar: los objetos retenidos en el área de hospitalización deben ser manipulados y embalados según protocolo de cadena custodia.	Enfermera jefe en turno
4	Aseguramiento de objeto a custodiar: una vez referenciado, rotulado y embalado el objeto a custodiar, se	Enfermera jefe en turno

	ubica en la caja de seguridad y se anota en el respectivo libro de cadena de custodia.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Artículo 288 y 289 del código de procedimiento penal del 2000.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 100% de los objetos en cadena de custodia sean identificados y recepcionados de acuerdo al protocolo.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> CADENA DE CUSTODIA: Proceso ininterrumpido y documentado que permite demostrar la autenticidad de la evidencia física. Información al paciente y/o familia recomendaciones, controles médicos, de apoyo diagnóstico.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b>	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente	
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>	
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>	

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

**Código:** HO

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/07/07

**Procedimiento:** ENTREGA DE OBJETO DE CUSTODIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Establecer según la normatividad vigente las actividades y mecanismos que permitan ejecutar las políticas internas con respecto al manejo de los elementos objetos de custodia. Inicia con la identificación de la persona o entidad receptora y termina con la entrega del objeto custodiado.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, papelería, caja de seguridad, bolsas plásticas, bolsas con zipper, grapadoras, fechadores, huelleros, aplicadores, computador, guantes, impresora.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Identificación de la entidad o persona responsable del objeto custodiado. Una vez identificado el responsable del objeto custodiado, que puede ser la persona dueña de la pertenencia, el familiar o un ente judicial se procede a realizar la entrega del mismo.	Enfermera jefe en turno
2	Diligenciamiento de formato. Se anota la novedad en el respectivo formato de custodia previamente diligenciado durante la recepción del objeto de custodia, se deja constancia en el libro de custodia y copia del formato.	Enfermera jefe en turno
3	Entrega del objeto custodiado. Se hace entrega del objeto custodiado a la entidad o persona autorizada.	Enfermera jefe en turno

**SOPORTE LEGAL:** Artículo 288 y 289 del código de procedimiento penal del 2000.

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 100% de los objetos en custodia sean entregados al paciente, familiar o entidad judicial que lo requiera, de acuerdo a las normas establecidas.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Ver cadena de custodia.

**ANEXOS:**

<b>ELABORÓ:</b>	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
-----------------	---

<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>
----------------	----------------

<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>
---------------	---------------

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PERSONAL ASITENCIAL

**Código:** HO-01-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ENTREGA Y RECIBO DEL TURNO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Hospitalización.

**Objeto:** Mantener la información escrita necesaria y adecuada, mediante la solicitud y diligenciamiento, de los formatos oficiales que hacen parte de los registros clínicos y/o de los formatos que garanticen una tención con calidad, acorde con la normatividad vigente y que permita alimentar registros estadísticos, los requisitos para facturar, y el control numérico de los eventos que se realizan en la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, papelería, equipo de cómputo, equipos de comunicación (telefax, celular).		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Entregar y recibir el turno del personal de enfermería: se inicia en el cambio de turno en donde se hace descripción del paciente, con el consecuente diagnóstico, tratamiento y actividades de enfermería, así como los exámenes y procedimientos pendientes a realizar. Y por últimos e registra en el libro de entrega y recibo de turnos.	Enfermera jefe.
2	Solicitar el Medicamento e Insumos: se inicia con el diligenciamiento del formato de solicitud de medicamentos e insumos para cada paciente. La enfermera jefe firma la solicitud y la entrega a la auxiliar para su retiro en la Central de insumos.	Enfermera jefe.
3	Hacer el inventario del servicio: la enfermera jefe realiza un conteo estricto de medicamentos, equipos e insumos semanalmente, el cual registra en el libro de inventarios.	Enfermera jefe.

	En caso de daño o faltante esta debe informar de inmediato al coordinador de urgencias o la persona encargada para reposición o mantenimiento. Actividades administrativas ejecutadas. Información actualizada.	
4	Informar en caso de elementos, equipos y medicamentos vitales para la atención de urgencia , hacer revisión y entregar los mismos en cada cambio de turno, en caso de daño o faltante deberá informar al profesional universitario para su reposición o reparación inmediata.	
5	Diligenciar y Actualizar el kardex de acuerdo a la normatividad y debe ser actualizado con cada cambio de orden y/o evolución médica, así como las novedades de los reportes de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas.	
6	Supervisión Auxiliares de enfermería: el(a) Enfermero(a) jefe hace seguimiento al personal auxiliar durante cada turno, supervisa las actividades asistenciales y anota en la bitácora los eventos de carácter relevante e informa al funcionario implicado para hacer los correctivos del caso.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 0266/96; Ley 911 /2004. (Regulan la profesión de enfermería en Colombia. ); Ley 10 / 90 ( art.2 ); Ley 100 /93 (art.168 ); Ley 715 /2001 (art. 67 ); Ley 1122/2007 (art 20 ). Decreto412 /92; Decreto 1011 /2006; Resolución 5261 (art .9 y 10)		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 95 % de las actividades administrativas se ejecuten.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Madeleine Beltrán. PU de Hospitalizados.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres. Jefe PU de la Oficina de Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

### **5.3.3.- Admisiones**

1. Aplicación encuesta de Satisfacción a usuarios
2. Información y Atención al Usuario
3. Tramite de quejas reclamos y sugerencias



## GESTION DE LA ATENCION AL USUARIO

**Código:** US-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinadora de la Oficina de Admisiones.

**Objeto:** Medir la percepción en grado de satisfacción o insatisfacción a los usuarios, frente a los servicios prestados por la ESE Hospital Universitario del Caribe.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Fotocopias de los formatos de encuestas de satisfacción, útiles de oficina, equipo de cómputo, línea telefónica.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Software, internet.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Verificar la existencia de formatos para la aplicación de las encuestas de satisfacción al usuario en todos los servicios	Funcionario Atención al usuario
2	Recepcionar formalmente los formatos de encuestas de satisfacción del usuario	Coordinador de cada servicio
3	Aplicar las encuestas de satisfacción al usuario	Coordinador de cada servicio
4	Recepcionar el número total de formatos de encuestas de satisfacción del usuario aplicadas	Funcionario Atención al usuario
5	Ingresar los datos registrados por los usuarios para la tabulación y el análisis	Funcionario Atención al usuario
6	Tabular el análisis estadístico de los datos	Funcionario Atención al usuario
7	Elaborar el informe mensual	Funcionario Atención al usuario
8	Remitir el informe final mensual a la Oficina de Calidad	Coordinador

		Admisiones
9	Archivar la copia remitida	Coordinador Admisiones

<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Usuario Encuestado.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b>	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Encuestar el 30% de los pacientes por servicio, atendidos en el hospital en un mes.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b> Formato de Encuestas de satisfacción.	
<b>ELABORÓ:</b> Norma Bermúdez. Coordinadora de Admisiones.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres. PU Oficina de Calidad.	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

	GESTION DE LA ATENCION AL USUARIO		Código: US-01-PR-02
			Versión: 01
			Fecha: 11/02/08
	Procedimiento: INFORMACION Y ORIENTACION AL USUARIO		Página:
Tipo de Proceso:		Responsable: Coordinadora de la Oficina de Admisiones.	
Objeto: Suministrar la información veraz y oportuna de acuerdo a la necesidad de los usuarios.			
Alcance:			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos: Equipo de cómputo, línea telefónica, papelería.	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos: Internet
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION		RESPONSABLE
1	Recepcionar algún tipo de solicitud de información por parte del usuario		Funcionario Atención al usuario
2	Validar el requerimiento de información manifestado por el usuario		Funcionario Atención al usuario
3	Suministrar la información requerida u orientación al usuario de acuerdo a la necesidad expresada		Funcionario Atención al usuario
4	Validar la suficiencia y calidad de la información suministrada al usuario		Funcionario Atención al usuario
PRODUCTO ESPERADO: Usuario orientado e informado.			
SOPORTE LEGAL:			
ESTANDAR DE CALIDAD: 100% de usuarios que solicitan información orientados correctamente.			
INDICADORES:			
PUNTOS DE CONTROL:			
DEFINICIONES:			
ANEXOS:			
ELABORÓ: Norma Bermúdez. Coordinadora de Admisiones		APROBÓ: Comité Técnico	
REVISÓ: Martha Gtz de Piñeres. PU Oficina de Calidad.		ACTA No	
279			

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTION DE LA ATENCION AL USUARIO

**Código:** US-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** TRAMITE DE QUEJAS Y RECLAMOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinadora de la Oficina de Admisiones.

**Objeto:** Tramitar las quejas, reclamos, consultas y sugerencias manifestadas por los usuarios de la ESE Hospital Universitario del Caribe.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Equipo de computo, línea telefónica, papelería, fotocopidora, formato de registro de quejas, reclamos, consultas y sugerencias.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar la queja, reclamo, consulta o sugerencia de parte del usuario	Funcionario Atención al usuario
2	Validar la información emitida por el usuario	Coordinador Admisiones
3	Registrar formalmente la queja, reclamo, consulta o sugerencia en los formatos	Funcionario Atención al usuario
4	Radicar el formato de la queja, reclamo, consulta o sugerencia	Funcionario Atención al usuario
5	Analizar y direccionar la queja, reclamo, consulta o sugerencia de acuerdo al área involucrada	Coordinador Admisiones
6	Enviar el oficio remisorio con copia del formato al jefe del área involucrada	Funcionario Atención al usuario
7	Recepcionar la respuesta dada por el área involucrada	Funcionario Atención al usuario
8	Analizar la respuesta formal y elaboración de reporte final	Coordinador

		Admisiones
9	Informar la respuesta oficial al usuario.	Coordinador Admisiones

**PRODUCTO ESPERADO:** Respuesta a la queja. Reclamo, consulta o sugerencia presentada por el usuario.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de quejas, reclamos, consultas o sugerencias tramitadas.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Formato quejas, reclamos y sugerencias.

**ELABORÓ:** Norma Bermúdez. Coordinadora de Admisiones

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres. PU Oficina de Calidad.

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

### **5.3.4.- Urgencias**

1. Ingreso del Paciente por Urgencias
2. Valoración medica de Urgencias
3. Actividades administrativas del personal de Urgencias
4. Observación del Paciente de Urgencias
5. Observación con estancia prolongada
6. Evolución medica del paciente de Urgencias
7. Referencia de Pacientes
8. Contrareferencia de Pacientes
9. Captación Casos de Salud Publica
- 10.Recolección e ingreso de información al sistema
- 11.Notificación de Casos
- 12.Presentación de Casos en COVE
- 13.Egreso del paciente por mejoría clínica
- 14.Egreso del paciente por de Alta Voluntaria
- 15.Egreso por defunción
- 16.Recepción e identificación de objeto en custodia

## 17. Entrega de Objeto en custodia



## GESTION DE LA ATENCION EN URGENCIAS

**Código:** UR-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INGRESO DEL PACIENTE AL  
SERVICIO DE URGENCIAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Ingresar el paciente al servicio de urgencia que requiera un nivel de mediana o alta complejidad determinando de una manera oportuna los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación que permita la priorización en función de la clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente. Inicia con la recepción del Paciente al servicio y finaliza con el ingreso del paciente en admisiones.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Recurso Humano -  
Camillas - Sillas de rueda  
- Reloj - Tensiómetro -  
Fonendoscopio -  
Papelería Consultorio de  
Triage.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar al paciente por parte del camillero. El paciente puede ingresar espontáneamente o ser remitido a través del CRU u otro centro de referencia.	Camillero
2	Trasladar al paciente al área de Triage: el paciente es trasladado al Consultorio de Triage para evaluación por la Licenciada de Triage y el Médico de Turno. Los pacientes con prioridad 1 son derivados a Sala de trauma o reanimación.	Camillero
3	Atender al paciente por parte de la enfermera de Triage: inicialmente la enfermera toma los signos vitales.	Lic triage
4	Realizar evaluación médica inicial: el médico evalúa al paciente y determina la situación de riesgo vital	Medico en turno

	asignándole una clasificación.	
5	Reportar al paciente a admisiones: la enfermera toma los datos del paciente y los remite al responsable de admisiones para su ingreso.	Lic triage
6	Abrir la Historia Clínica : el Técnico de admisiones ingresa los datos personales del paciente al sistema con los cuales queda abierta la historia clínica y continúe su diligenciamiento por parte del médico responsable de la atención.	Téc. de admisiones

**SOPORTE LEGAL:** Ley 10 / 90 (art.2). Ley 100 /93 (art.168). Ley 715 /2001 (art. 67). Ley 1122/2007 (art 20); Decreto 412 /92. Decreto 1011 /2006. Resolución 5261 (art .9 y 10)

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 95 % de los ingreso requieran un nivel de mediana a alta complejidad.

Pacientes con prioridad I. Atención inmediata.

Pacientes con prioridad II. Atención entre 10 a 20 minutos.

Pacientes con prioridad III. Atención entre 20 a 40 minutos.

Pacientes con prioridad IV. Contrareferir a consulta externa.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Triage. Deriva del término francés Trier que significa seleccionar, escoger, elegir, clasificar. Se utiliza para clasificar a los pacientes por prioridades, de acuerdo a la condición clínica del mismo.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTION DE LA ATENCION EN LA URGENCIA

**Código:** UR-01-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** VALORACION MEDICA EN LA URGENCIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Realizar una evaluación de la condición clínica del paciente con base en las guías o protocolos de manejo en Urgencias y definir una conducta de acuerdo a la impresión diagnóstica o diagnóstico realizado. Inicia con el interrogatorio del paciente por parte del médico y finaliza con la toma de la conducta médica.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Recurso Humano -  
Camillas - Sillas de rueda  
- Reloj - Tensiómetro -  
Fonendoscopio -  
Papelería Equipo de  
Cómputo.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar la Anamnesis: interrogatorio del paciente por parte del médico.	Médico en turno
2	Hacer la evaluación médica: el médico realiza valoración física y mental del paciente, establece una impresión clínica o diagnóstico.	Médico en turno
3	Diligenciar la historia clínica: el médico consigna en la hoja electrónica o medio físico los datos obtenidos en la valoración del paciente.	Médico en turno
4	Definir la conducta médica: de acuerdo al diagnóstico realizado el médico toma una conducta y deriva el paciente a salas de observación, hospitalización, cirugía o UCI.	Médico en turno

**SOPORTE LEGAL:** Ley 10 / 90 (art.2). Ley 100 /93 (art.168). Ley 715 /2001 (art. 67). Ley 1122/2007 (art



20); Decreto 412 /92. Decreto 1011 /2006. Resolución 5261 (art .9 y 10)

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 100% de los pacientes ingresados sean valorados por el médico.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Guías de Urgencias.

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA ATENCION EN LA URGENCIA

**Código:** UR-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS  
DEL PERSONAL ASITENCIAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Mantener la información escrita necesaria y adecuada, mediante la solicitud y diligenciamiento, de los formatos oficiales que hacen parte de los registros clínicos y/o de los formatos que garanticen una atención con calidad, acorde con la normatividad vigente y que permita alimentar registros estadísticos, los requisitos para facturar, y el control numérico de los eventos que se realizan en la institución. Inicia con la solicitud y diligenciamiento de los formatos respectivos, hasta la obtención de los resultados esperados de acuerdo a la solicitud o necesidad requerida.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano,  
papelería, equipo de  
cómputo, equipos de  
comunicación (telefax,  
celular).

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**


ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Entregar y recibir los turnos médicos. Se inicia en el cambio de turno con entrega de los pacientes, con la concerniente presentación, diagnóstico, estado actual y actividades pendientes a realizar. Así como el registro del mismo en el libro de entrega de turno.	Médico saliente - Médico entrante.
2	Diligenciar el certificado médico: En caso de atención de víctimas de accidentes de tránsito el médico solicita el formato al jefe o auxiliar e turno, lo diligencia y anexa a la historia clínica.	Médico.
3	Diligenciar el certificado de defunción: En caso de muertes no violentas el médico solicita el formato a la enfermera de Triage, lo diligencia de acuerdo a la normatividad y	Médico.

	entrega a familiar original del formato, mientras que se anexa a la historia la copia.	
4	Diligenciar el formato de negación del servicio: El médico solicita el formato a Triage y lo diligencia en casos donde la atención de urgencias no es pertinente. Se entrega original al paciente y se deja copia en la oficina de Triage.	Médico.
5	Entregar y recibir los turnos del personal de enfermería: se inicia en el cambio de turno con la presentación de cada paciente por parte de la enfermera jefe, utilizando el Kardex, en donde se hace descripción del paciente, con el consecuente diagnóstico, tratamiento y actividades de enfermería, así como los exámenes y procedimientos pendientes a realizar. Y por últimos e registra en el libro de entrega y recibo de turnos.	Enfermera Jefe
6	Solicitar los Medicamento e Insumos: se inicia con el diligenciamiento del formato de solicitud de medicamentos e insumos para cada paciente. La enfermera jefe firma la solicitud y la entrega a la auxiliar para su retiro en la Central de insumos.	Enfermera Jefe
7	Hacer el Inventario del servicio: la enfermera jefe realiza un conteo estricto de medicamentos, equipos e insumos semanalmente, el cual registra en el libro de inventarios. En caso de daño o faltante esta debe informar de inmediato al coordinador de urgencias o la persona encargada para reposición o mantenimiento. En caso de elementos, equipos y medicamentos vitales para la atención de urgencia la enfermera jefe de trauma y reanimación hace revisión y entrega de los mismos en cada cambio de turno, en caso de daño o faltante deberá informar al coordinador de urgencias o funcionario encargado para su reposición o reparación inmediata.	Enfermera Jefe
8	Diligenciar y Actualizar el kardex: la enfermera Jefe diligencia el kardex de acuerdo a la normatividad y debe ser actualizado con cada cambio de orden y/o evolución médica, así como las novedades de los reportes de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas.	Enfermera Jefe
9	Supervisar las auxiliares de enfermería: el(a) Enfermero(a) jefe hace seguimiento al personal auxiliar durante cada turno, supervisa las actividades asistenciales y anota en la	Enfermera Jefe

	bitácora los eventos de carácter relevante e informa al funcionario implicado para hacer los correctivos del caso.	
10	Gestionar las interconsultas, Estudios y Procedimientos: la jefe en turno ,revisa que el formato de interconsulta, estudios o procedimientos estén adecuadamente diligenciado, añade los soportes administrativos correspondientes ( copia del carnet , copia del documento de identidad ) , entrega al Lic. de triage y anota en el libro correspondiente. Posteriormente la enfermera de triage, llama al especialista, o a la entidad respectiva, confirma la interconsulta o procedimiento, anota en la bitácora y avisa a la enfermera solicitante.	Enfermera Jefe
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10 / 90 (art.2). Ley 100 /93 (art.168). Ley 715 /2001 (art. 67). Ley 1122/2007 (art 20); Decreto412 /92. Decreto 1011 /2006. Resolución 5261 (art .9 y 10)		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 95 % de cada una de las actividades administrativas se ejecuten		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Defunción: Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (OMS).		
<b>ANEXOS:</b> Ley 9 /79. Reglamenta la expedición y el diligenciamiento de certificados. Decreto 1562 (84). Ley 0266/96. Ley 911 /2004. (Regulan la profesión de enfermería en Colombia.)		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico.
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

292



	GESTION DE LA ATENCION EN URGENCIA		Código: UR-01-PR-05
			Versión: 01
			Fecha: 11/02/08
	Procedimiento: OBSERVACION DEL PACIENTE EN URGENCIAS		Página:
Tipo de Proceso: ASISTENCIAL		Responsable: Subgerente de Urgencias.	
<b>Objeto:</b> Estabilizar clínicamente al paciente e identificar los factores que permitan aclarar el diagnostico, para definir una conducta acorde con la situación clínica del mismo. Inicia con la orden medica escrita de traslado del paciente a sala de observación y termina cuando este cumple 24 horas de estancias en sala o es egresado o trasladado a otro servicio.			
Alcance:			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos: Recurso humano, salas de observación, equipo de cómputo, camillas, papelería, medicamentos lapiceros, lápices.	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Verificar la orden de traslado a sala de observación, a licenciada(o) de consultorios, que la documentación del paciente se encuentre adecuadamente diligenciada (historia clínica, kardex actualizado, tratamiento del paciente) e informar a la licenciadas de la salas.	Enfermera jefe.	
2	Verificar la disponibilidad de la cama con las licenciadas de las salas e informar que se puede trasladar al paciente.	Enfermera jefe.	
3	Informar a camillero sobre el traslado del paciente.	Enfermera jefe.	
4	Trasladar el paciente a sala de observación y lo recibe la licenciada.	Camillero/Enfermera	
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10 / 90 (art.2). Ley 100 /93 (art.168). Ley 715 /2001 (art. 67). Ley 1122/2007 (art 20); Decreto412 /92. Decreto 1011 /2006. Resolución 5261 (art .9 y 10)			
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 95 % de los pacientes en salas de observación estén debidamente instalado.			
294			

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Observación: Todo paciente con estancia en las salas de urgencia entre 6 y 24 horas.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador  
Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina  
Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA ATENCION EN URGENCIAS

**Código:** UR-01-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** OBSERVACION CON ESTANCIA  
PROLONGADA EN URGENCIAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Mantener el paciente bajo el cuidado y la atención medica, hasta la consecución de una cama hospitalaria. Inicia con la orden escrita de hospitalizar a pacientes con estancia > a 24 horas y finaliza cuando este es egresado, o trasladado a otro servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso humano, salas de observación, equipo de cómputo, camillas, papelería, medicamentos lapiceros, lápices.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

### SALIDAS

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Indicar la hospitalización. El médico tratante ordena la hospitalización del paciente que tiene 24 horas o más de estancias en las urgencias.	Médico
2	Verificar y solicitar camas hospitalarias. La licenciada solicita a admisiones la disponibilidad de cama.	Enfermera jefe
3	Negar la cama. Admisiones consulta su censo de cama e informa a la licenciada que no hay cama disponible en el momento.	Téc. Admisiones
4	Anotar en el libro correspondiente y continuar la atención del paciente en observación hasta la consecución de la cama o egreso.	Enfermera jefe de la sala

**SOPORTE LEGAL:** Ley 10 / 90 (art.2). Ley 100 /93 (art.168). Ley 715 /2001 (art. 67). Ley 1122/2007 (art 20); Decreto412 /92. Decreto 1011 /2006. Resolución 5261 (art .9 y 10)

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Mantener menos del 10%de pacientes con estancias prolongadas en la urgencia.



<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b> Estancia prolongada en las urgencias: Es todo paciente que cumple más de 24 horas en las salas de observación y con indicación médica de hospitalización.	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA ATENCION EN URGENCIAS

**Código:** UR-01-PR-07

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** EVOLUCION MEDICA DEL  
PACIENTE DE URGENCIAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Mantener continuidad en la atención medica del paciente observado en las salas de urgencias de acuerdo a la política de calidad de la institución y a la normatividad vigente. Inicia con la revisión de la historia clínica, evaluación con enfoque en el sistema comprometido y finaliza con la prescripción de las órdenes médicas.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano, equipo de cómputo, camillas, papelería, historia clínica. Tensiómetros, fonendoscopio, lapiceros, equipo de órganos de los sentidos.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Revisar la historia clínica. Se revisa la historia clínica, se evalúa el paciente y se hace el análisis del caso.	Médico
2	Diligenciar la evolución. Se deja registrado en el formato de evolución los hallazgos encontrados y el análisis hecho.	Médico
3	Diligenciar las órdenes médicas. Se procede a anotar en el formato de órdenes médicas, los cambios en la medicación, nuevos manejos o estudios paraclínicos.	Médico
4	Informar al paciente y/o familiares. Se le informa al paciente y/o familiares sobre los cambios encontrados en la evaluación del paciente y la conducta tomada.	Médico

**SOPORTE LEGAL:** Ley 10 / 90 (art.2). Ley 100 /93 (art.168). Ley 715 /2001 (art. 67). Ley 1122/2007 (art 20); Decreto412 /92. Decreto 1011 /2006. Resolución 5261 (art .9 y 10)

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 98% de los pacientes que ameritan evolución sean evolucionados.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico.
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**Código:** UR-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** REFERENCIA DE PACIENTES

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de la tecnología que se requiera y proponer por la racional utilización de los recursos institucionales. Inicia con la orden de referencia o traslado del paciente y finaliza con la llegada y aceptación del mismo al centro receptor.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso humano, equipo de cómputo, camillas, formatos oficiales, historia clínica, tensiómetros, lapiceros, equipo de órganos de los sentidos. Sistema de transporte, sistema de comunicación, oxígeno de transporte. Equipo de reanimación, fonendoscopio.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Dar la orden de referencia: el médico emite la orden de referir al paciente en el formato oficial diligenciado de acuerdo a la normatividad y entrega a la jefe de enfermería en turno.	Médico
2	Verificar la documentación: la enfermera jefe del servicio verifica el correcto diligenciamiento del formato de referencia y contrareferencia, anexa copia de documento de identidad y carnet de afiliación.	Enfermera jefe.
3	Solicitar el servicio: la enfermera jefe del servicio llama a la	Enfermera jefe.

	entidad o unidad objeto de la referencia, solicitando el servicio requerido y /o traslado del paciente, espera respuesta de aceptación o negación del servicio y anota en el libro respectivo.	
4	Trasladar externamente al paciente: Si el paciente es aceptado se coordina el traslado del mismo con el equipo de transporte contratado para tal fin, de acuerdo a la normatividad vigente.	Equipo de transporte
5	Confirmar el ingreso: la enfermera jefe confirma vía telefónica el ingreso del paciente	Enfermera jefe.
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10/90(art.1-8); Ley 100/93; Ley 715/01; Decreto 2759/91; Decreto2174/96 Res. 1995 /99.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Lograr referir el 95% de los pacientes que lo ameriten.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Referencia: Se entiende por referencia el envió de usuarios o elementos de ayudas diagnosticas por partes de unidades prestatarias de servicios de salud a otras instituciones de salud para su atención o complementación diagnostica, que de acuerdo al grado de de complejidad de respuesta a las necesidades de salud.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

301





## GESTION DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**Código:** UR-02-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CONTRAREFERENCIA DE  
PACIENTES

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Contrareferir de una manera efectiva al paciente que por su estado de salud requiere una atención en un nivel de menor complejidad, teniendo en cuenta los factores éticos, científicos, administrativos y normativos. Inicia con la valoración del paciente y orden de contrareferencia por parte del médico en turno y finaliza con el ingreso del paciente al centro de origen de la referencia.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano, equipo de cómputo, camillas, formatos oficiales, historia clínica, tensiómetros, lapiceros, equipo de órganos de los sentidos. Sistema de transporte, sistema de comunicación, oxígeno de transporte. Equipo de reanimación, fonendoscopio.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Valorar al paciente. El médico valora al paciente y determina que puede ser tratado en un centro de menor complejidad	Médico
2	Diligenciar la orden de contrareferencia. Se diligencia el formato oficial de contrareferencia de pacientes de acuerdo a la normatividad y entrega al jefe de enfermería en turno.	Médico
3	Entregar la contrareferencia. Se le informa al personal de salud que acompaña al paciente el motivo de la contrareferencia, se dan recomendaciones, entrega el	Enfermera jefe

	formato diligenciado y anota en el libro respectivo	
4	Trasladar el paciente: El personal responsable del paciente procede a trasladar al mismo a su centro de origen para su ingreso.	Equipo de Salud
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Ley 10/90(art.1-8); Ley 100/93; Ley 715/01; Decreto 2759/91; Decreto2174/96 Res. 1995 /99.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Contrareferir el 98 % de los pacientes que lo ameriten.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Contrareferencia: Se entiende por Contrareferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contraremisión del usuario, con las debidas indicaciones a seguir o simplemente información o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnostica.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; padding: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
304		





## GESTION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**Código:** UR-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** CAPTACION DE CASOS DE SALUD PUBLICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Detectar cada uno de los eventos de importancia en salud pública de acuerdo a la normatividad, que ingresen a la institución. Inicia con el ingreso del paciente con sospecha o confirmación de algún evento de notificación obligatoria y termina con el informe sobre el mismo al funcionario responsable de la Vigilancia epidemiológica dentro de la Institución o en su defecto al funcionario que deba realizar esta actividad en ausencia del primero.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso humano, libro de ingreso, lapicero, telefax.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Ingresar al Paciente con diagnóstico o sospecha de un evento de notificación obligatoria: ante el caso de ingreso de un paciente remitido con sospecha de un evento de notificación obligatoria o ante la valoración inicial médica con impresión clínica de un evento sospechoso, se anota en el libro, se ingresa al paciente y la enfermera de Triage entrega la respectiva ficha epidemiológica al médico de turno para su diligenciamiento e informa al responsable.	Enfermera de Triage
2	Detectar el caso intrahospitalario: cuando por impresión clínica o diagnostico confirmado por laboratorio de un evento de interés en salud pública se detecta un paciente, el personal asistencial debe informar a el responsable de la vigilancia epidemiológica o al delegado para esta función en ausencia del primero.	Equipo de Salud
3	Detectar el caso de notificación inmediata: en presencia de	Equipo de Salud

	casos sospechosos o confirmados por laboratorio, patología, nexo epidemiológico o clínico que sean de notificación obligatoria inmediata, el médico, bacterióloga(o), patóloga(o) enfermera(o) o auxiliar de enfermería debe informar de inmediato al funcionario responsable de la vigilancia o en su defecto reporta al CRU.	
4	Recepcionar la Ficha Epidemiológica Diligenciada: una vez diligenciada la ficha epidemiológica en el momento de ingreso del paciente o cuando se detecta un caso intrahospitalario, esta es devuelta a la oficina de triage para su almacenamiento.	Enfermera de Triage
<b>SOPORTE LEGAL:</b> LEY 715 2001 ART.43.3.6; LEY 9 DE 1979; DECRETO 3518 DEL 2006; DECRETO 2323 DE 2006 RNL; CIRCULAR 18 DE FEB DEL 2004, CODIGO PENAL Y CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Captar el 98% de los casos susceptibles de Notificación en salud Pública.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Eventos de interés en salud Pública: son todos aquellos casos que por normas establecidas a nivel Mundial en lo que a salud respecta se encuentran clasificados como de erradicación, eliminación y control y que pueden ser de notificación mediata o inmediata. Vigilancia Epidemiológica: Es un proceso lógico y práctico de evaluación permanente sobre la situación de salud de un grupo humano, que permite utilizar la información para tomar las decisiones de intervención a nivel individual y colectivo con el fin de disminuir los riesgos de enfermar y morir		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
306		





## GESTION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**Código:** UR-03-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RECOLECCION E INGRESO DE INFORMACION AL SISTEMA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Recolectar las fichas epidemiológicas correspondientes para su posterior ingreso al sistema y análisis de la misma. Inicia con el censo de casos semanales y finaliza con el ingreso de la información contenida en la ficha epidemiológica según lineamientos del SIVIGILA

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Recurso humano,  
formatos oficiales,  
lapicero, fotocopidora o  
impresora.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Censar los casos de notificación obligatoria: el funcionario responsable de la vigilancia revisa el libro de ingresos en Triage y anota en formato de censo los casos detectados durante la semana.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
2	Verificar los casos: se hace un recorrido por el servicio verificando los casos anotados en el formato de censo y se realiza búsqueda activa de nuevos eventos.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
3	Recolectar las Fichas Epidemiológicas: una vez detectados y verificados los casos se procede a la recolección de las fichas epidemiológicas en la oficina de Triage.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
4	Ingresar las fichas al sistema: recolectadas las fichas epidemiológicas, estas son ingresadas al programa SIVIGILA para su tabulación.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica

**SOPORTE LEGAL:** LEY 715 2001 ART.43.3.6; LEY 9 DE 1979; DECRETO 3518 DEL 2006; DECRETO 2323 DE 2006 RNL; CIRCULAR 18 DE FEB DEL 2004, CODIGO PENAL Y CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Recolectar e ingresar al Sistema SIVIGILA EL 98% de los casos detectados.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Ficha Epidemiológica: formato o instrumento físico oficial del MPS en el cual se registran los datos pertinentes de cada uno de los casos que se detectan y notifican, el cual puede ser de carácter individual o colectivo. Sistema de Vigilancia en Salud Pública "SIVIGILA": conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos financieros y de talento humano, organizados entre si para la recopilación análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**Código:** UR-03-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** NOTIFICACION DE LOS CASOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** informar oportunamente a los entes respectivos, los casos de interés en salud pública, para que se tomen las acciones preventivas y/o correctivas de los eventos. Inicia con el reporte telefónico del evento y finaliza con el envío en medio magnético del mismo a los entes respectivos. DADIS-DASALUD.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, formatos oficiales, historia clínica, lapiceros, sistema de comunicación, medios magnéticos, transporte.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Reportar telefónicamente el caso: en casos de eventos de notificación inmediata, cualquiera de los integrantes del equipo de salud informan al funcionario responsable de la notificación o en su defecto reporta el caso inmediatamente al ente correspondiente y/o al CRU.	Equipo de salud
2	Notificar Semanalmente: una vez recopilada la información semanal de los eventos se emite un informe en el formato de notificación semanal, el cual es enviado adjunto con las copias de las fichas epidemiológicas correspondientes a cada evento, así como el informe en medio magnético.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
3	Ajustar los casos Probables: en los casos de eventos sospechosos o probables se hace el reporte del caso y una vez confirmado se realiza el ajuste del evento y se notifica nuevamente.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica

**SOPORTE LEGAL:** LEY 715 2001 ART.43.3.6; LEY 9 DE 1979; DECRETO 3518 DEL 2006; DECRETO 2323 DE 2006 RNL; CIRCULAR 18 DE FEB DEL 2004, CODIGO PENAL Y CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Notificación y/o Reporte el 98% de los casos detectados.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA

**Código:** UR-03-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PRESENTACION DE LOS CASOS  
EN COVE

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Presentar ante los comité de Vigilancia Epidemiológica Institucional, los casos más relevantes de los eventos captados dentro de la institución y que son de interés en salud Pública con el objetivo de impartir políticas de mejoramiento de acuerdo a la normatividad en Vigilancia epidemiológica. Inicia con el análisis de los diferentes casos de interés en salud pública y termina con la exposición ante el COVE de los casos más relevantes y de interés científico para la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, formatos oficiales, historia clínica, equipo audiovisual, sillas.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Seleccionar el caso(s): durante el manejo de los paciente en urgencias, con diagnóstico de interés en salud pública se escoge el o los casos de más relevancia para su presentación en COVE.	COVE
2	Presentar el caso(s) en COVE: el funcionario responsable selecciona y presenta en COVE los diferentes casos detectados durante la semana epidemiológica actual.	COVE
3	Exponer el caso(s) relevante: una vez presentados los casos en COVE se escoge uno de mayor relevancia y de interés científico y se expone ante el comité con el fin de establecer políticas y/o acciones de salud que permitan intervenir preventiva o correctivamente los casos de interés en salud Pública.	COVE



**SOPORTE LEGAL:** LEY 715 2001 ART.43.3.6; LEY 9 DE 1979; DECRETO 3518 DEL 2006; DECRETO 2323 DE 2006 RNL; CIRCULAR 18 DE FEB DEL 2004, CODIGO PENAL Y CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Presentación en un 98% de los casos relevantes.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica Institucional.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL EGRESO DEL PACIENTE DE URGENCIA

**Código:** UR-04-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** EGRESO POR MEJORÍA CLINICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Definir la salida del paciente de acuerdo a la evolución clínica del mismo, la normatividad vigente y las políticas impartida por la alta administración. Inicia con la orden de alta firmada por el médico tratante y finaliza con la salida del paciente de la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano, equipo de cómputo, papelería, sillas de rueda y/o camillas.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Firmar la de alta del paciente. El personal médico tratante basado en la mejoría clínica del paciente firma la orden de alta del paciente.	Medico
2	Diligenciar el registro de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis, cierre de notas y formulas médicas.	Medico y/ Enfermera
3	Informar al paciente y/o familiares. Se informa al paciente y/o familiares que este se encuentra de alta, se le explica y se entrega la formula médica y se dan recomendaciones.	Medico
4	Generar la orden de salida. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
5	Entregar la orden de salida. Se le entrega la orden de salida al familiar del paciente, quien lo presenta a portería.	Facturador
6	Trasladar al paciente. Se traslada el paciente desde la sala de observación hasta la entrada al servicio de urgencias.	Camillero

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 95% de los egresos sean por mejoría clínica.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Egreso, es la salida del paciente de la sala de hospitalización o que ha ocupado una cama hospitalaria.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL EGRESO DEL PACIENTE

**Código:** UR-04-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** EGRESO POR DE ALTA  
VOLUNTARIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Definir la salida del paciente de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas impartidas por la alta administración. Inicia con la firma del formato de egreso voluntario por parte del paciente y finaliza con la salida del paciente de la institución.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Recurso humano, equipo de cómputo, papelería, sillas de rueda y/o camillas.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Firmar de alta voluntaria. Posterior a la información suministrada por parte del equipo de salud al paciente y familiares sobre el estado de salud de este y las posibles consecuencias de la no atención médica intrahospitalaria, estos deciden firmar la de alta voluntaria.	Paciente y/o Familiar.
2	Diligenciar el registro de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis, cierre de notas y formulas médicas.	Personal asistencial.
3	Informar al paciente y/o familiares. Se dan recomendaciones y se entrega formula medica de acuerdo al caso.	Enfermera jefe
4	Generar la orden de salida. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
5	Entregar la orden de salida. Se le entrega la orden de salida al familiar del paciente, quien lo presenta a portería.	Facturador
6	Trasladar al paciente. Se traslada el paciente desde la sala de	Camillero

	observación hasta la entrada al servicio de urgencias.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Menos del 3% de egresos por de alta voluntaria.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Egreso Voluntario, es la salida de todo paciente donde el y/o familiares solicitan y firma la de alta voluntaria, siendo consientes de la condición clínica que padece y sus potenciales consecuencias.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL EGRESO DEL PACIENTE

**Código:** UR-04-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** EGRESO POR DEFUNCION

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Definir las actividades a desarrollar de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas impartidas por la alta. Administración para el egreso de pacientes fallecidos. Inicia con la solicitud y diligenciamiento del certificado de defunción y/o comunicación del desceso a autoridad competente y finaliza con la salida del cadáver u occiso.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano, equipo de cómputo, papelería, camillas, sistema de comunicación, bolígrafos, sistema de transporte.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar y diligenciar el certificado de defunción. Una vez ratificada la muerte del paciente se procede a solicitar y diligenciar el certificado de defunción de acuerdo a la normatividad vigente dejando registrado en el libro de acta de defunción los datos del cadáver y el serial correspondiente. Si el paciente fue víctima de muerte violenta se informa inmediatamente a fiscalía (URI) y se omite el diligenciamiento del certificado de defunción por parte de los funcionarios del hospital.	Médico de turno
2	Diligenciar el registro de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis y cierre de notas con la respectiva revisión de la historia clínica.	Personal asistencial
3	Generar la orden de salida. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación generación de la orden de salida.	Facturador

4	Entregar los documentos de salida. Se le entrega la orden de salida y certificado de defunción a la familiar quien lo presenta a portería. En caso de muerte violenta es función de la fiscalía realizar levantamiento y retiro de cadáver previo diligenciamiento de los documentos de salida	Facturador
5	Entregar el cadáver. Se realiza entrega de cadáver a familiar quien debe presentar orden de salida, retirando el cadáver a través de la puerta posterior del hospital.	Camillero

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** José Acevedo M. Coordinador Urgencias

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio







## GESTION DE LA CADENA DE CUSTODIA

**Código:** UR-05-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RECEPCION E IDENTIFICACION  
DEL OBJETO EN CUSTODIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Establecer según la normatividad vigente las actividades y mecanismos que permitan ejecutar las políticas internas con respecto al manejo de los elementos objetos de custodia.

Inicia con la recepción del objeto y termina con el aseguramiento del mismo.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano,  
papelería, caja de  
seguridad, bolsas  
plásticas, tubos de  
ensayo, frascos de vidrio  
con su tapa.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar el objeto a custodiar: cada vez que ingrese al servicio de urgencias un paciente en condiciones que no le permita asegurar sus pertenencias, o con causas de ingresos violentas y que amerite retener el elemento agresor, estos serán recepcionados para su custodia, según protocolo de custodia.	Enfermera jefe en turno
2	Identificar el objeto: una vez tenido a cargo el objeto a custodiar se realiza descripción detallada del mismo, teniendo en cuenta el número de objetos y realizando esta en el formato oficial de cadena de custodia.	Enfermera jefe en turno
3	Hacer el embalaje del objeto a custodiar: los objetos retenidos en el área de urgencias deben ser manipulados y embalados según protocolo de cadena custodia.	Enfermera jefe en turno
4	Asegurar el objeto a custodiar: una vez referenciado, rotulado y embalado el objeto a custodiar, se ubica en la caja de	Enfermera jefe en turno

	seguridad y se anota en el respectivo libro de cadena de custodia.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Artículo 288 y 289 código de procedimiento penal del 2000.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b>		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> CADENA D E CUSTODIA: Proceso ininterrumpido y documentado que permite demostrar la autenticidad de la evidencia física. <b>EMBALAJE:</b> Procedimiento utilizado para preservar y proteger en forma adecuado los elementos recopilados en el lugar de los hechos, con el objeto de ser enviados a los respectivos laboratorios criminalísticos para su análisis.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

322



## GESTION DE CADENA DE CUSTODIA

**Código:** UR-05-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ENTREGA DE OBJETO DE CUSTODIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Urgencias.

**Objeto:** Establecer según la normatividad vigente las actividades y mecanismos que permitan ejecutar las políticas internas con respecto al manejo de los elementos objetos de custodia. Inicia con la identificación de la persona o entidad receptora y termina con la entrega del objeto custodiado.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Recurso humano,  
papelería, caja de  
seguridad, bolsas  
plásticas, tubos de  
ensayo, frascos de vidrio  
con su respectiva tapa,  
bolsas con zipper,  
grapadoras, fechadores,  
huelleros, aplicadores,  
computador, guantes,  
impresora.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Identificar la entidad o persona responsable del objeto custodiado. Una vez identificado el responsable del objeto custodiado, que puede ser la persona dueña de la pertenencia, el familiar o un ente judicial se procede a realizar la entrega del mismo.	Enfermera jefe en turno
2	Diligenciar el formato. Se anota la novedad en el respectivo formato de custodia previamente diligenciado durante la recepción del objeto de custodia, se deja constancia en el libro de custodia y copia del formato.	Enfermera jefe en turno
3	Entregar el objeto custodiado. Se hace entrega del objeto	Enfermera jefe

	custodiado a la entidad o persona autorizada.	en turno
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Artículo 288 y 289 código de procedimiento penal del 2000.		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Que el 100% de los objetos en custodia sean entregados al paciente, familiar o entidad judicial que lo requiera, de acuerdo a las normas establecidas.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Ver cadena de custodia.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> José Acevedo M. Coordinador Urgencias		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

### **5.3.5.- Laboratorio Clínico**

1. Toma de muestras
2. Análisis de Muestras
3. Entrega de Resultados



## PROCESO PREANALITICO

**Código:** DX-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/05/08

Procedimiento: **TOMA DE MUESTRAS**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** APOYO  
DIAGNOSTICO

**Responsable:** Subgerente Apoyo Diagnostico, Coordinador Laboratorio Clínico.

**Objeto:** Establecer las actividades para la recepción y registro de los pacientes en el Laboratorio Clínico.

**Alcance:** Aplica a todos los pacientes en el Laboratorio para toma de muestra o solicitud de información relacionada, con el proceso Pre analítico

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Bacteriólogos, Auxiliares de Laboratorio y de Atención al Usuario, Coordinador de Admisiones, Facturadores, Recaudador

**Recursos Tecnológicos:**

Computador, impresora de código de barras, sticker, implementos oficina, materiales para la toma, preparación y conservación de muestras, materiales para la remisión de muestras al Laboratorio de Referencia

**Recursos Financieros:**

Apoyo de Subgerencia Administrativa en la cancelación de servicios, insumos, elementos y reactivos a los diferentes proveedores

**Recursos Informáticos:**

Software para el Laboratorio (DATALAB), software de facturación (SIOS)

### ENTRADAS

**Proveedores:** Médicos, Facturador, Paciente Laboratorio Externos

**Insumos:** Solicitud del servicio, orden medica, recibo de facturación, materiales para la toma, preparación y conservación de muestras, materiales para la remisión de muestras al Laboratorio de Referencia, condiciones para la toma de muestras

### SALIDAS

**Usuarios:** Auxiliar de atención al usuario, Coordinador de Admisiones, Recaudador, Recepcionista de Laboratorio, Auxiliares de Laboratorio, Bacteriólogos

**Productos:** Solicitud de servicio u orden médica revisada, recibo de caja, material listo para la toma, preparación y conservación de muestras, material listo para la remisión de muestras al Laboratorio de Referencia, paciente listo para la toma de muestra, muestra tomada, muestra lista para procesamiento

**CLIENTES:** Entidades administradoras de planes de beneficio, Entes territoriales, Pacientes, Laboratorios Externos

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar el servicio de Laboratorio Clínico	Médico, Paciente,

		Licenciada de Enfermería, Laboratorios Externos,
2	Orientar al Paciente	Auxiliar de Atención al Usuario
3	Revisar orden de servicio, verificar derechos, liquidar el servicio, facturar	Coordinador de Admisiones, Licenciada, Facturador
4	Recaudar valor de copago, orientar al paciente a la toma de muestra en el segundo piso	Recaudador
5	Revisar orden medica y correlacionar con lo facturado, acercarse al paciente y preguntarle su nombre completo o verificar con el acompañante e informar acerca del procedimiento a realizar	Recepcionista, Auxiliar de Laboratorio Clínico, Licenciada de Enfermería, Bacteriólogo
6	Verificar cumplimiento de condiciones generales para la toma de la muestra, comprobar que estas coincidan con la orden medica y que se cumpla con los requisitos establecidos para su transporte y los consignados en el procedimiento y en el manual de toma de muestras	Recepcionista, Auxiliar de Laboratorio Clínico, Licenciada de Enfermería, Bacteriólogo
7	Registrar o verificar paciente en DATALAB	Recepcionista Laboratorio Clínico, Bacteriólogo
8	Impresión del código de barras y anexar el código de barras a la orden del paciente y/o a las muestras	Recepcionista Laboratorio Clínico, Bacteriólogo
9	Orientar al paciente al cubículo asignado para la toma de muestra	Recepcionista Laboratorio Clínico
10	Correlacionar los datos del paciente con la orden registrado en DATALAB	Auxiliar de Laboratorio Clínico, Bacteriólogo
11	Verificar que el paciente cumpla con las condiciones de toma de muestra registradas en el listado de condiciones y en el manual de toma de muestras	Auxiliar de Laboratorio Clínico, Bacteriólogo
12	Marcar los tubos y/u otro material a utilizar con el numero de DATALAB e informar al paciente a cerca del procedimiento a realizar	Auxiliar de Laboratorio Clínico
13	Realizar la toma de la muestra, previa aprobación de parte del paciente	Auxiliar de Laboratorio Clínico, Bacteriólogo

14	Dar indicaciones al paciente de la entrega de los resultados, pasar las muestras para preparación al área técnica.	Auxiliar de Laboratorio Clínico
15	Revisar las muestras de acuerdo a las condiciones descritas en el manual de toma de muestras, numeral 4, 'fase de centrifugación'	Auxiliar de Laboratorio y Bacteriólogo
16	Clasificar las muestras de acuerdo a su tipo, necesitan centrifugación?, SI: Centrifugar de acuerdo al tipo de muestra o NO: proceder de acuerdo al manual de procedimientos de cada sección	Auxiliar de Laboratorio y Bacteriólogo
17	Entregar en cada sección las muestras listas para su procesamiento	Auxiliar de Laboratorio y Bacteriólogo
18	Revisión de las muestras por parte del Bacteriólogo antes de iniciar análisis	Bacteriólogo
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 95% de los registros deben estar diligenciados adecuadamente, el 95% de los pacientes antes de tomarse la muestra deben reunir las condiciones para esta		
<b>INDICADORES:</b> 1.- % de registros u órdenes de Laboratorio diligenciadas adecuadamente, 2.- % pacientes listos para la toma de muestra		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> 1. Verificación de derechos a través de la oficina Coordinadora de Admisiones 2. Verificación de cumplimiento de condiciones generales para la toma de la muestra por parte del Recepcionista y Auxiliar del Laboratorio Clínico 3. Verificación de las muestras por parte del Bacteriólogo antes de iniciar el análisis		
<b>DEFINICIONES:</b> <b>DATALAB:</b> software de Laboratorio Clínico para el registro de pacientes, transcripción y revisión de resultados entre otros. <b>SIOS:</b> Software de Sistema de Información para Operación en Salud.		
<b>ANEXOS:</b> Listado de condiciones de toma de muestra, Manual de toma de muestra y procedimientos		
<b>ELABORÓ:</b> Evelia Ruiz - Coordinadora de Laboratorio Clínico y Silvana Simancas - PU Apoyo Diagnostico		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Eduardo Fernández - Subgerente Apoyo Diagnóstico y José Acevedo - Jefe de la Oficina de Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>



## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## PROCESO ANALITICO

**Código:** DX-01-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/05/08

**Procedimiento:** ANALISIS DE MUESTRAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** APOYO  
DIAGNOSTICO

**Responsable:** Subgerente Apoyo Diagnostico, Coordinador  
Laboratorio Clínico.

**Objeto:** Establecer los pasos a seguir en el análisis de las muestras y la obtención de un resultado en el Laboratorio Clínico

**Alcance:** Aplica a todos los exámenes a realizar en el Laboratorio Clínico de la ESE Hospital Universitario del Caribe

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Bacteriólogos,

**Recursos Tecnológicos:**

Equipos para el procesamiento de las muestras, muestras, reactivos, controles, calibradores, computador, implementos oficina, materiales para el procesamiento de las muestras

**Recursos Financieros:**

Apoyo de Subgerencia Administrativa en la cancelación de servicios, insumos, elementos y reactivos a los diferentes proveedores

**Recursos Informáticos:**

Software para el Laboratorio (DATALAB), software de facturación (SIOS)

### ENTRADAS

**Proveedores:** Muestra de paciente

**Insumos:** Equipos para el procesamiento de las muestras, muestras, reactivos, controles, calibradores, computador, implementos oficina, materiales para el procesamiento de las muestras

### SALIDAS

**Usuarios:**  
Bacteriólogos

**Productos:**  
Muestra analizada, resultado validado en la primera fase

**CLIENTES:** Servicios y equipo medico

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Verificar y realizar el mantenimiento diario de equipos de acuerdo al manual de operación del mismo y anotarlo en el registro diario	Bacteriólogo
2	Preparar reactivos	Bacteriólogo
3	Realizar control de calidad interno	Bacteriólogo

4	Analizar resultados del control de calidad interno	Bacteriólogo
5	Revisar el tipo de muestra, el análisis a realizar a la muestra y programar equipos para análisis automatizados	Bacteriólogo
6	Realizar el análisis de la muestra	Bacteriólogo
7	Obtener y guardar el resultado del análisis de la muestra	Bacteriólogo
8	Correlacionar los resultados obtenidos con la clínica del paciente y con el histórico en DATALAB	Bacteriólogo
9	Validar el resultado en primera fase	Bacteriólogo
<b>SOPORTE LEGAL:</b> Decreto 1011, Resolución 1995 de 1999, Resolución 1043 de 2006		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de las muestras analizadas en el Laboratorio deben tener resultados y estos deben ser revisados antes de ser validados y luego impresos.		
<b>INDICADORES:</b> 1.- % de muestras analizadas, 2.- % de resultados obtenidos.		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> 1.- Verificar y realizar el mantenimiento diario de equipos de acuerdo al manual de operación del mismo y anotarlo en el registro diario 2.- Realizar control de calidad interno 3.- Correlacionar los resultados obtenidos con la clínica del paciente y con el histórico en DATALAB.		
<b>DEFINICIONES:</b> <b>Reactivo:</b> sustancia que al reaccionar con material biológico produce un cambio detectable a simple vista o por medio de equipos especializados. <b>Equipos:</b> aparato eléctrico ó electrónico utilizado para el procesamiento y medición de sustancias, cuando es utilizado en conjunto con reactivos y muestras biológica y que necesita la operación de personal capacitado. <b>Controles:</b> sustancia compuesta por analitos de concentración conocida utilizada para verificar la calibración de una prueba y el estado de reactivos, así como la programación de la técnica o lectura del personal que la realiza. <b>Calibrador:</b> sustancia utilizada para calibrar una prueba. <b>Muestra biológica:</b> material de análisis humano ( en nuestro caso), proveniente de diferentes tejidos. Valores de Referencia: rango de valores entre los cuales deben estar los resultados de pacientes sanos. <b>DATALAB:</b> software de Laboratorio Clínico para el registro de pacientes, transcripción y revisión de resultados entre otros. <b>Historia Clínica:</b> es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención; dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Res 1995 de 1999)		
331		

**ANEXOS:**

Manual de operación de equipos y Manual de procedimientos por áreas

**ELABORÓ:** Evelia Ruiz - Coordinadora de Laboratorio Clínico y Silvana Simancas - PU Apoyo Diagnostico**APROBÓ:** Comité Técnico**REVISÓ:** Eduardo Fernández - Subgerente Apoyo Diagnóstico y José Acevedo - Jefe de la Oficina de Calidad**ACTA No****FIRMA:****FECHA:****CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## PROCESO POS ANALITICO

**Código:** DX-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 12/05/08

Procedimiento: **ENTREGA DE RESULTADOS**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** APOYO  
DIAGNOSTICO

**Responsable:** Subgerente Apoyo Diagnostico, Coordinador  
Laboratorio Clínico.

**Objeto:** Establecer la manera de archivar los resultados de los pacientes guardando su confidencialidad y hacer entrega de los resultados a los pacientes, usuarios y Laboratorios Externos.

**Alcance:** Aplica a todos los exámenes realizados para todos los servicios y a todos los usuarios de los resultados de Laboratorio Clínico, ya sean médicos, pacientes o Laboratorio Externos

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Bacteriólogo, Auxiliar de Laboratorio, Recepcionista, Coordinador de Laboratorio, Mensajero

**Recursos Tecnológicos:**

Computador, implementos oficina, libro de entrega de resultados.

**Recursos Financieros:**

Apoyo de Subgerencia Administrativa en la cancelación de servicios, insumos, elementos y reactivos a los diferentes proveedores

**Recursos Informáticos:**

Software para el Laboratorio (DATALAB)

### ENTRADAS

**Proveedores:** Resultado y Bacteriólogo

**Insumos:** Computador, implementos oficina, archivador de acordeón, libro de entrega de resultados

### SALIDAS

**Usuarios:** Bacteriólogo, Auxiliar de Laboratorio, Recepcionista, Coordinador de Laboratorio, Medico, Licenciadas de Enfermería, Laboratorio Externos, Mensajero

**Productos:** Validación final, impresión, archivo y entrega del resultado y copia de seguridad en CD

**CLIENTES:** Servicios, médico tratante

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Validar el resultado en fase final e imprimir el resultado	Bacteriólogo
2	Organizar los resultados por servicio	Auxiliar y Recepcionista de Laboratorio Clínico
3	Archivar los resultados de consulta externa en el acordeón por orden alfabético, teniendo en cuenta el primer apellido del paciente.	Recepcionista de Laboratorio Clínico
4	Entregar resultado a los pacientes de consulta externa y dejar constancia en DATALAB; si es de hospitalización,	Auxiliar y Recepcionista de Laboratorio Clínico y

	urgencia o UTI y dejar constancia en el libro de entrega de resultados y si es un Laboratorio Externos se envía con un oficio relacionando los pacientes, que exámenes se realizaron y se deja copia con la firma y sello de recibido	Mensajero
5	Enviar los resultados de hospitalización, urgencias y UTI de pacientes que ya no se encuentran en el Hospital al archivo clínico	Recepcionista de Laboratorio Clínico
6	Realizar semanalmente copia de seguridad en cd de los resultados	Coordinador de Laboratorio

**SOPORTE LEGAL:** Decreto 1011, Resolución 1043 de 2006

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los resultados sean validados, impresos, archivados y entregados adecuadamente

**INDICADORES:**

Los resultados de rutina de Urgencias, Hospitalización y UTI, deben ser entregados máximo en una hora y los resultados de rutina de consulta externa en ocho horas. Los exámenes especializados y de microbiología de acuerdo a la fecha de montaje y tiempo de procesamiento.

**PUNTOS DE CONTROL:**

Fase final de validación, Modulo entrega de resultados DATALAB, Libreo de entrega de resultados y copia de seguridad en CD de los resultados.

**DEFINICIONES:**

**DATALAB:** software de Laboratorio Clínico para el registro de pacientes, transcripción y revisión de resultados entre otros.

**ANEXOS:**

Listado de exámenes con fecha de procesamiento.

**ELABORÓ:** Evelia Ruiz - Coordinadora de Laboratorio Clínico y Silvana Simancas - PU Apoyo Diagnostico

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Eduardo Fernández - Subgerente Apoyo Diagnóstico y José Acevedo - Jefe de la Oficina de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

--	--	--

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

### **5.3.6.- Apoyo Terapéutico**

1. Atención Nutricional al paciente hospitalizado
2. Atención Nutricional en consulta externa
3. Egreso del paciente ambulatorio de nutrición
4. Egreso del paciente hospitalizado con soporte de nutrición
5. Admisión y atención del paciente por consulta externa
6. Admisión y atención de terapia física en paciente hospitalizado
7. Admisión y atención de terapia respiratoria paciente hospitalizado – Urgencia o piso
8. Entrega de turno en terapia respiratoria
9. Admisión y atención de terapia respiratoria en paciente ambulatorio
10. Solicitud de transfusión de hemocomponentes
11. Flebotomía Terapéutica
12. Recambio Sanguíneo
13. Medulograma Biopsia de medula ósea
14. Solicitud interconsulta hematología paciente hospitalizado
15. Consulta externa de Hematología



- 16.Reposición Stock de Cirugía
- 17.Reposición Carro de Paro Cirugía
- 18.Preparación de medicación para Cirugía programada
- 19.Recepción y Verificación de ordenes medicas
- 20.Dispensación de medicamentos Serv trauma y reanimación
- 21.Solicitud de medicamentos no POS
- 22.Pedido por paciente 24 horas



## ATENCIÓN NUTRICIONAL

**Código:** TX-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **ATENCION NUTRICIONAL AL PACIENTE HOSPITALIZADO**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico

**Objeto:** Mantener y/o mejorar el estado nutricional del paciente mientras esté hospitalizado teniendo en cuenta su diagnostico.

**Alcance:** Darle al paciente hospitalizado la dieta más conveniente para su recuperación

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Nutricionista, Licenciada,  
Auxiliar de Enfermería,  
Jefe cocina.

**Recursos**

**Tecnológicos:**  
Papelería, Útiles de  
oficina.

**Recursos**

**Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

Servicio de  
Hospitalización

**Insumos**

Dietas, Historia Clínica

**Usuarios:**

Servicio de Cocina,  
Licenciada, Paciente

**Productos:**

Atención Nutricional

**CLIENTES:** Servicio de Alimentación, Paciente, Medico Tratante

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Hacer ronda en los servicios de Hospitalización y urgencias del H.U.C	Nutricionista
2	Tomar el listado de dietas prescritas por médicos tratantes de cada paciente con el diagnóstico y orden médica respectiva	Nutricionista
3	Registrar las dietas en un formato que solicita datos como: cama, Nombre del paciente, diagnostico, prescripción dietaria, y observación	Nutricionista
4	Valorar y prescribir la dieta del paciente que se encuentra Hospitalizado	Nutricionista
5	Verificar si la prescripción dietaria previamente prescrita por el médico tratante es adecuada	Nutricionista
6	Llevar al servicio de alimentación el listado de las dietas prescritas.	Nutricionista
7	Hacer ronda de tomas de datos de prescripción dietaria tres veces al día correspondiente a cada entrega de ración por paciente, con el objetivo de notificar cambios efectuados antes de ser entregados al Servicio de Alimentación.	Nutricionista
8	Verificar que la entrega Una vez entregado los cambios al servicio de alimentación se procede a sea la prescrita, haciendo supervisión previa en la salida del servicio de alimentación hacia el servicio donde se encuentra hospitalizado el paciente	Nutricionista
9	Obtener Durante la ronda en el servicio de hospitalización y urgencia se obtener de la historia clínica las solicitudes de interconsulta para valoraciones nutricionales de pacientes que están hospitalizados y requieran un soporte nutricional especial.	Nutricionista

10	Disponer de 24 horas para la respuesta.de las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios	Nutricionista
<b>SOPORTE LEGAL:</b> N/A		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de los pacientes hospitalizados reciban una adecuada nutrición		
<b>INDICADORES:</b> VER MANUAL DE INDICADORES		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constatar que el médico planifique la dieta de cada paciente</li> <li>2. Auditar cada dieta prescrita acorde con el diagnostico del paciente</li> <li>3. Asegurar que el servicio de alimentación proveea las raciones con las especificaciones estimadas</li> <li>4. Evaluar el efecto de las dietas suministradas</li> </ol>		
<b>DEFINICIONES:</b> <b>Soporte nutricional:</b> Suministro oral enteral o parenteral de nutrientes con fines terapéuticos para mantener y o restaurar el estado optimo nutricional y de salud.		
<b>ANEXOS:</b> Formato de entrega de registro diario de dieta al servicio de alimentación y el formato de registro diario de dietas, donde se hacen los cambios dietarios de los hospitalizados		
<b>ELABORÓ:</b> Patricia Peñaloza. Nutricionista.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Roger Caraballo. Subgerente A. Terapéutico		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## ATENCIÓN NUTRICIONAL

**Código:** TX-01-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **ATENCION NUTRICIONAL AL PACIENTE AMBULATORIO**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** ASISTENCIAL

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico

**Objeto:** Mantener el estado nutricional del paciente ambulatorio

**Alcance:** Atender la demanda del servicio de nutrición por consulta externa

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Servicio de Consulta Externa, Facturador, Nutricionista

**Recursos**

**Tecnológicos:**

Papelería, Útiles de oficina, computadores.

**Recursos**

**Financieros:** Pago de la Consulta.

**Recursos Informáticos**

Software de facturación

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

Servicio de Consulta Externa, Médicos

**Insumos:**

Pacientes con Diagnostico.

**Usuarios:**

Nutricionista, Paciente, Médicos

**Productos:**

Paciente con Dieta Nutricional

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar la cita con su respectiva verificación de documentos.	central de citas
2	Facturar la consulta	Facturación
3	Entregar el listado de asignación de citas de nutrición	central de citas
4	Recibir el listado de citas de nutrición que se tiene para ese día de acuerdo a la programación establecida para la atención.	Nutricionista
5	Autorizar al paciente su entrada al consultorio	Nutricionista
6	Contar con la historia clínica del paciente previamente en el consultorio	Archivo
7	Se anotan los registros en la historia clínica si existe porque el paciente es de primera vez, se abre una historia clínica si el paciente es de primera vez.	Nutricionista
8	Atender al paciente	Nutricionista
9	Entregar al paciente el tratamiento a seguir	Nutricionista
10	Entregar la fecha para su próxima cita.	Nutricionista

**SOPORTE LEGAL:** N/A

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 95% de los pacientes de atención nutricional de C. Externa mantengan una correcta nutrición y hábitos saludables.

**INDICADORES:** VER MANUAL DE INDICADORES

### PUNTOS DE CONTROL:

1. Verificar la admisión del paciente

2. Valorar el Diagnostico que trae
3. Registrar la información en la Historia Clínica

**DEFINICIONES:** N/A

**ANEXOS:** N/A

**ELABORÓ:** Patricia Peñaloza. Nutricionista.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente A.  
Terapéutico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## ATENCION NUTRICIONAL

**Código:** TX-01-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento **SALIDA Y EGRESO DEL  
PACIENTE AMBULATORIO DE NUTRICIÓN.**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** Nutricionista

**Responsable:** Nutricionista

**Objeto:** Mantener el estado nutricional del paciente ambulatoriamente

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	------------------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Entregar un régimen de alimentación al paciente	Nutricionista
2	Hacer un seguimiento al paciente por medio de controles periódicos	Nutricionista
3	Cumplir con el tratamiento prescrito por el profesional	Nutricionista

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Atención oportuna y con calidad del usuario

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:** Hoja de evolución, Rips.

**ELABORÓ:** Gloria Reyes Silva Profesional Universitario Apoyo Terapeutico.

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## ATENCION NUTRICIONAL

**Código:** TX-01-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **SALIDA Y EGRESO DEL  
PACIENTE HOSPITALIZADO QUE HAYA  
ESTADO EN SOPORTE NUTRICIONAL**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Nutricionista

**Objeto:** Mantener el estado nutricional del paciente ambulatoriamente

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos: Recursos Tecnológicos: Recursos Financieros Recursos Informáticos

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores

Insumos

Usuarios

Dato Producido,  
Productos

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Dar de alta al paciente	Especialista
2	Enviar al paciente a consulta externa de nutrición.	Especialista
3	Atender al paciente	Nutricionista
4	Dar recomendaciones al paciente para la casa	Nutricionista
5	Cumplir con las recomendaciones de la nutricionista	Paciente.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Atención oportuna y con calidad del usuario

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:** Hoja de evolución, Rips, Historia clínica.

**ELABORÓ:** Gloria

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y  
Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DE REHABILITACION

**Código:** TX -02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento: ADMISIÓN Y ATENCION DEL  
PACIENTE DE TERAPIA FISICA EN CONSULTA  
EXTERNA**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** FISIOTERAPEUTA

**Objeto:** Lograr en el paciente el máximo nivel de funcionalidad motora, previniendo secuelas y evitando complicaciones, reduciendo la incapacidad y aumentando la independencia.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	------------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar cita para atención en terapia física.	Usuario
2	Asignar citas de acuerdo a agendas	Auxiliar de citas
3	Solicitar y recibir la lista de asignación de citas	Auxiliar de enfermería
4	Solicitar y recibir de archivo clínico las historias de los pacientes, el día anterior al cumplimiento de la cita	Auxiliar de enfermería
5	Recibir al paciente en el servicio	Auxiliar de enfermería
6	Recibir al paciente en el servicio	Auxiliar de enfermería
7	Trasladar al paciente a la sala de hidroterapia para iniciar el tratamiento.	Auxiliar de enfermería
8	Realizar el tratamiento respectivo	Fisioterapeuta
9	Despedir al paciente con recomendaciones para la casa	Fisioterapeuta
10	Diligenciar el rips y el formato de asistencia de pacientes	Fisioterapeuta

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Atención oportuna al usuario

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Terapia física: procedimientos físicos científicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad o lesión, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación

funcional y de evitar una disfunción ó deformidad.

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Gloria Reyes silva      PU Apoyo  
Terapéutico

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y  
Seguridad del Paciente

**REVISÓ:** Tomas Rodríguez M      Jefe de Oficina  
de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DE REHABILITACION

**Código:** TX-02-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **ADMISIÓN Y ATENCION DE TERAPIA FISICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Fisioterapeuta

**Objeto:** Evitar complicaciones que se pueden producir debido a la estancia hospitalaria prolongada y mantener la movilidad articular.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	---------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar la interconsulta por escrito o telefónicamente con datos como información del paciente, No de cama e impresión diagnostica en la recepción del servicio	Enfermera jefe
2	Informar de la interconsulta al profesional respectivo	Auxiliar de enfermería
3	Realizar la interconsulta en el servicio respectivo	Fisioterapeuta
4	Consignar la descripción del procedimiento realizado en la Historia clínica	Fisioterapeuta
5	Facturar el procedimiento respectivo y consignarlo en la historia clínica	Facturación

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:**

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Terapia física: procedimientos físicos científicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad o lesión, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y de evitar una disfunción ó deformidad.

**ANEXOS:** Formato de evolución, rips, hoja de gasto, guías de manejo en terapia física.

**ELABORÓ:** Gloria Reyes Silva PU **APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:** Tomás Rodríguez M. Jefe Oficina Calidad **ACTA No**

**FIRMA:** **FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DE REHABILITACION

**Código:** TX-02-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento: ADMISIÓN Y ATENCIÓN DE  
TERAPIA RESPIRATORIA DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO EN URGENCIAS O EN PISO**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Fisioterapeuta

**Objeto:** Evaluar, conservar, restaurar, habilitar y rehabilitar la función cardiorrespiratoria en procura de una mejor calidad de vida

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	------------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Llevar la interconsulta al servicio de Rehabilitación con la respectiva orden médica	Enfermera
2	Revisar la historia clínica del paciente	Fisioterapeuta
3	Identificar el medicamento ordenado y llenar un formato de solicitud de medicamentos e insumos	Fisioterapeuta
4	Entregar El formato a la auxiliar para que retire los medicamentos e insumos necesarios en la central de insumos	Auxiliar del servicio respectivo
5	Realizar el procedimiento ordenado; el cual puede ser nebulización, aspiración, incentivo o drenaje postural	Fisioterapeuta
6	Registrar la fecha y la hora del procedimiento realizado si el paciente es de control, si es de primera vez se abre una hoja de evolución se hace un resumen de cuadro clínico y en el mismo formato se anotan la hora y fecha del procedimiento.	Fisioterapeuta
7	Facturar el procedimiento respectivo	Auxiliar deFacturación

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Atención con oportunidad

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Terapia Respiratoria: Especialidad de la salud que se emplea en el control y cuidado de pacientes con deficiencias y anormalidades en el sistema cardiopulmonar

**ANEXOS:** Formato de evolución de rehabilitación, formato de solicitud de medicamentos e insumos,

guías de manejo de terapia respiratoria

**ELABORÓ:** Gloria Reyes Silva .PU apoyo  
Terapéutico

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y  
Seguridad del Paciente

**REVISÓ:** Tomás Rodríguez M. Jefe de Oficina  
de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTION DE REHABILITACION

**Código:** TX-02-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **ENTREGA DE TURNOS DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutica

**Objeto:** Informar y recibir todos los procedimientos realizados durante el turno, los pacientes ingresados nuevos, la frecuencia del tratamiento, la dosis y el horario.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	---------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
-----------	-------------	-------------

1

Entregar mediante un libro de registro de pacientes, se entrega paciente por paciente, informándole todos los que están siendo atendidos, que medicamentos se están usando y cuales inconvenientes se han presentado en el transcurso del turno.

Fisioterapeuta

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** En el 100% de los turnos de terapia respiratoria dar la información completa.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** N/A

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:**

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DE REHABILITACION

**Código:** TX-02-PR-05

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

Procedimiento: **ADMISION Y ATENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES AMBULATORIOS**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** FISIOTERAPEUTA

**Objeto:** Evaluar, conservar, restaurar, habilitar y rehabilitar la función cardiorrespiratoria en procura de una mejor calidad de vida

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	---------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar cita para atención en terapia respiratoria	Usuario
2	Asignar citas de acuerdo a agendas	Central de citas
3	Solicitar y recibir la lista de asignación de citas	Central de citas
4	Solicitar y recibir de archivo clínico las historias de los pacientes, el día anterior al cumplimiento de la cita	Central de citas
5	Recibir autorización de servicios y facturar	Auxiliar de enfermería
6	Recibir al paciente en el servicio	Auxiliar de enfermería
7	Realizar el tratamiento respectivo	Fisioterapeuta
8	Despedir al paciente con recomendaciones para la casa	Fisioterapeuta
9	Diligenciar el rips y el formato de asistencia de pacientes	Fisioterapeuta
10	Lavar y desinfectar los materiales reutilizables	Auxiliar de enfermería

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Atención con calidad y oportunidad

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Terapia Respiratoria: Especialidad de la salud que se emplea en el control y cuidado de pacientes con deficiencias y anormalidades en el sistema cardiopulmonar.

**ANEXOS:** formato de registro de pacientes, formato de solicitud de medicamentos e insumos.

<b>ELABORÓ:</b> Gloria Reyes Silva .PU Apoyo Terapéutico	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
--	---

<b>REVISÓ:</b> Tomás Rodríguez M. Jefe de Oficina	<b>ACTA No</b>
---	----------------

de Calidad	
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Procedimiento: **SOLICITUD DE TRANSFUSION DE  
HEMOCOMPONENTES**

**Código:** TX-04-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:**

**Objeto:** Satisfacer la demanda de hemoproductos del Hospital con suficiencia, óptima calidad y oportunidad.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	------------------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar los hemocomponentes en original y dos copias por Urgencias, Hospitalización, Cirugías, por distintas IPS, ambulatorios, UCI.	Médico solicitante
2	Recepcionar el original y 1 copia de la solicitud del médico en la coordinación del Servicio de Medicina Transfusional en el horario de 10:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5.00 p.m. En el horario de 7am A 10:00 a.m., los fines de semana, horarios nocturnos y festivos en el Laboratorio clínico. La otra copia debe quedar en la Historia Clínica del paciente.	Licenciada de Enfermería del Área Bacterióloga Lab
3	Verificar el grupo sanguíneo y se procede a realizar las pruebas cruzadas	Bacterióloga LAB.
4	Enviar el hemoproducto al servicio solicitante con la segunda copia para la firma de recibido, anexándose luego al original de la solicitud para archivo en el SMT.	Profesional del area
5	Facturar el hemocomponente para sacarlo .	Profesional SMT o LAB.
6	Consignar los datos en el formato anexando a la historia clínica su respectivo sello de calidad del hemoproducto transfundido	Lic Enf área solicitante
7	Informar a la mayor brevedad al SMT y/o al Laboratorio en caso de diferir o cancelar la transfusión antes de haber recibido el hemocomponente debe informarse a al SMT y/o al Laboratorio. Si se digiere o cancela la transfusión después de haber recibido el producto debe devolverse al SMT o al Laboratorio máximo 30 minutos después de haberlo recibido, en caso de GRE o PFC y 15	Lic Enf área solicitante

	minutos para concentrado plaquetarios.	
8	Informar al SMT o Laboratorio por parte del servicio solicitante si se requiere mantener la reserva por más de 24 horas.	Medico, Enf área solicitante
9	Recoger la información de los formatos de las transfusiones realizadas el día anterior al igual que las bolsas recolectoras, para su respectiva incineración los días lunes después del fin de semana, los martes cuando el lunes sea festivo.	Licenciada de Enfermería SMT
10	Seguir la guía de manejo, en caso de reacción transfusional.	Medico ,Enf área solicitante
11	Realizar transfusiones urgentes solo en el horario nocturno o fin de semana.	Medico, Enf área solicitante
12	Realizar comité de transfusiones con los subgerentes de las áreas asistenciales y debe ser de estricto cumplimiento ,el ultimo jueves de cada mes	Coordinadora de Medicina transfusional
13	Seguir los mismos procedimientos, para el servicio de hospitalización, UCI y Cirugía, exceptuando la reserva para procedimientos quirúrgicos electivos.	Profesional del área
14	Diligenciar la reserva de hemocomponentes para procedimientos quirúrgicos enviando enseguida al paciente al servicio de medicina transfusional en un horario de 10:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m. para cirugías electivas , al tiempo diligenciar la orden por el cirujano en la misma fecha que programa el procedimiento quirúrgico,	Médicos Cirujanos
15	Requerir de un tiempo mínimo de 8 días hábiles, entre la fecha de programación de la cirugía y solicitud de la reserva de hemocomponentes y el día de la realización de la cirugía.	Médicos Cirujanos.
16	Hacer efectiva la programación del procedimiento quirúrgico, solo con la confirmación de la reserva, por parte del servicio de medicina transfusional.	Licenciadas de enfermería SMT y Quirófanos.
17	Seguir los mismos procedimientos para transfusiones ambulatorias haciendo la solicitud de transfusiones con el siguiente adicional: el medico solicitante enviara la paciente de lunes a viernes en el horario de 10:00 am. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m., al SMT donde se diligenciará el tramite para la programación.	Licenciada de Enfermería del SMT y Coordinación SMT
18	Debe enviarse estadística mensual a Subgerencia de apoyo terapéutico	Coordinación SMT

#### **SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 95% de los pacientes que reciban hemoproductos mejorarle los parámetros hematológicos.

#### **INDICADORES:**

#### **PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Transfusión sanguínea: es una técnica básicamente de enfermería que requiere un conocimiento profundo de las bases fisiológicas y un manejo meticuloso de la atención al paciente y la aplicación correcta de un protocolo, para fundamentalmente prevenir las serias complicaciones que pueden presentarse.

**ANEXOS:** protocolo de flebotomía terapéutica.

**ELABORÓ:** Roció Fontalvo. Hematóloga.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente de A. Terapéutico.

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

**Código:** TX-04-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

Procedimiento: **FLEBOTOMIA TERAPEUTICA**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico

**Objeto:** Mejorar el estado de los pacientes poliglobúlicos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos	Usuarios	Dato Producido, Productos
-------------	---------	----------	------------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Ordenar el procedimiento para que la EPS del paciente expida la orden de servicio.	Médico Hematólogo
2	Programar fecha y hora del procedimiento con la orden de servicio de la EPS y la respectiva orden médica del Hematólogo.	Coordinación SMT.
3	Realizar el procedimiento en el SMT cuando es ambulatorio y en el área de procedimientos de Hospitalización cuando el paciente se encuentra hospitalizado, en la fecha programada.	Lic. Enfermería SMT.
4	Enviar todos los soportes a facturación para su respectiva factura.	Lic. Enfermería SMT.
5	Enviar al SMT copia de la respectiva factura para su archivo conjunto con el registro del procedimiento realizado.	Profesional área Fac.
6	Enviar para incinerar la bolsa recolectora una vez terminado el procedimiento	Lic. Enfermería SMT.
7	Entregar a la Subgerencia de Apoyo Terapéutico estadística mensual de los procedimientos de Flebotomía Terapéutica realizados.	Coordinación SMT.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 95 % de los pacientes que se le realice flebotomía terapéutica logre los parámetros hematológicos normales.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Flebotomía terapéutica. Extracción de un volumen sanguíneo determinado a pacientes que por alguna enfermedad tienen hemoglobina elevada.



<b>ANEXOS:</b> Protocolo de flebotomía terapéutica.	
<b>ELABORÓ:</b> Roció Fontalvo. Hematóloga.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Subgerente A. Terapéutico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

**Código:** TX-04-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

**Procedimiento:** RECAMBIO SANGUÍNEO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico.

**Objeto:** Disminuir el % de siclemia en los pacientes con Anemia de Células falciformes.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:

Recursos Tecnológicos:

Recursos Financieros

Recursos Informáticos

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores

Insumos

Usuarios

Dato Producido,  
Productos

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Ordenar el procedimiento para que la EPS del paciente expida la respectiva orden de servicio	Médico Hematólogo
2	Programar fecha y hora de realización del procedimiento, en el área de SMt para pacientes ambulatorios y en el área de procedimientos de hospitalización para pacientes hospitalizados	Coordinación SMT
3	Realizar el procedimiento en el SMT a los pacientes ambulatorios y en el área de procedimientos de hospitalización a los pacientes hospitalizados.	Lic. Enfermería SMT
4	Enviar a facturación todos los soportes para su respectiva factura	Lic. Enfermería SMT
5	Enviar al SMT copia de la factura, para su archivo con el respectivo registro del procedimiento realizado.	Profesional área Fact.
6	Enviar para incinerar la bolsa recolectora una vez terminado el procedimiento	Lic. Enfermería SMT.
7	Enviar estadística mensual de los procedimientos de recambio sanguíneo realizados a la Subgerencia de Apoyo Terapéutico.	Coordinación SMT.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 95% de los pacientes que reciban recambio sanguíneo mejorarle los parámetros hematológicos.

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

**DEFINICIONES:** N/A

**ANEXOS:** Protocolo de Recambio Sanguíneo.

**ELABORÓ:** Roció Fontalvo. Hematóloga.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente A.  
Terapéutico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA

**Código:** TX-05-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

Procedimiento: **MEDULOGRAMA, BIOPSIA DE MEDULA OSEA**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico.

**Objeto:** Brindar el apoyo al equipo médico tratante para el diagnóstico y manejo en referencia a problemas hematológicos primarios o secundarios

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos: Consultorio , Camillas, materiales de asepsia, xilocaina simple al 1 o 2%, aguja de hansidy o spinocam No 18, jeringas desechables, laminas portaobjetos, guantes esteriles, mascarilla, gorro, tela adhesiva.	Usuarios	Dato Producido, Productos: Medulograma.
-------------	---	----------	---

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Ordenar el procedimiento para que la EPS del paciente expida la orden de servicio.	Médico Hematólogo
2	Programar la fecha y hora del procedimiento.	Médico Hematólogo
3	Tener listos todos los equipos e insumos necesarios para el procedimiento en la fecha programada, la Lic de Enfermería del SMT para pacientes ambulatorios y la licenciada de Enfermería del área hospitalaria donde se encuentre hospitalizado el paciente.	Lic Enf SMT/HOSP.
4	Realizar el procedimiento, entregando las muestras a la Licenciada de enfermeria del área.	Médico Hematólogo
5	Entregar las respectivas muestras en el Laboratorio para su tinción, en el caso de medulograma y a Patologia en el caso de Biopsia de Médula Osea.	Lic Enf SMT/HOSP.
6	Realiza las tinciones establecidas, asegurando las muestras	Profesional area lab.

	para la respectiva lectura por parte del Hematólogo.	
7	Realizar la lectura de las muestras, entregando al finalizar reporte escrito del Medulograma a la Lic de Enfermería del SMT o del área donde se encuentre hospitalizado el paciente	Médico Hematólogo
8	Realizar el estudio de patología de la biopsia enviando reporte de patología al área donde se encuentre hospitalizado el paciente o al archivo para anexarlo a la Historia Clínica.	Médico Patólogo.
9	Anexar el reporte a la Historia Clínica del paciente.	Lic Enf SMT/HOSP.
10	Enviar todos los registros y soportes a Facturación para su respectiva factura.	Lic Enf SMT/HOSP.
11	Enviar copia de la factura al servicio donde se encuentre el paciente para su archivo.	Profesional Fact.
12	Entregar a la Subgerencia de Apoyo Terapéutico, estadística mensual de los procedimientos realizados.	Médico Hematólogo
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b>		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Protocolo de Realización de Aspirado de Médula Osea, Tinción y Reporte de Medulograma. Protocolo de Biopsia de Medula Osea.		
<b>ELABORÓ:</b> Roció Fontalvo. Hematóloga.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Roger Caraballo. Subgerente A. Terapéutico		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>
<div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <b>CONTROL DE CAMBIOS</b> </div>		
365		

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTION DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA

**Código:** TX-05-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

Procedimiento: **SOLICITUD DE INTERCONSULTAS DE HEMATOLOGIA, PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico.

**Objeto:** Apoyo del equipo médico tratante para el diagnóstico y guías de manejo de problemas hematológicos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos: formatos de solicitud de interconsulta, equipos para toma de signos vitales, mascarilla, gorro, guantes estériles y limpios.	Usuarios	Dato Producido, Productos:
-------------	---	----------	----------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar la Interconsulta en original y copia, por parte del servicio de hospitalizado solicitante.	Médico tratante.
2	Enviar la solicitud de Interconsulta a la Subgerencia de Apoyo Terapéutico.	Lic Enf área Hosp.
3	Firmar la copia con fecha y hora, devolviéndola para anexar a la Historia Clínica del paciente.	Profesional Sub A.T.
4	Responder la interconsulta de acuerdo a la agenda asignada, los días hábiles de lunes a jueves, en el horario de 11:00 AM a 4:00 PM	Médico Hematólogo.
5	Anexar la respuesta de la interconsulta a la Historia Clínica del paciente.	Médico Hematólogo.
6	Diligenciar el desprendible de la interconsulta con la totalidad de los datos, avalándolo con su firma y la firma de la Licenciada de enfermería del servicio de hospitalizados solicitante..	Médico Hematólogo.
7	Entregar a la Subgerencia de Apoyo Terapéutico estadística mensual anexando los desprendibles de las interconsultas realizadas.	Médico Hematólogo.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 90% de las interconsultas solicitadas sean atendidas

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Protocolo de Interconsulta para Hematología.

**ELABORÓ:** Roció Fontalvo. Hematóloga.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente A.  
Terapéutico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**



Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA

**Código:** TX-05-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

Procedimiento: **CONSULTA EXTERNA DE HEMATOLOGIA.**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Medico Hematólogo.

**Objeto:** Atención ambulatoria de los pacientes con problemas hematológicos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
-------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores	Insumos: Consultorio , Camillas, básculas, tensiómetro, fonendoscopio, escritorio, computador, impresora, papelería.	Usuarios	Dato Producido, Productos:
-------------	--	----------	----------------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Enviar al paciente con la orden de consulta.	EPS del paciente.
2	Asignar la cita de acuerdo al horario establecido para la atención de consulta externa, anotándole al usuario fecha, hora, nombre del especialista y No. de consultorio donde se le brindará la atención.	Funcionario de citas médicas.
3	Recepcionar los pacientes de acuerdo a la hora asignada, consignando talla, peso, y TA en la historia de cada paciente.	Lic Enfermería SMT.
4	Atender la consulta programada, en la fecha y hora asignada.	Médico Hematólogo.
5	Diligenciar en forma completa, el RIP de los pacientes atendidos, cada día de atención	Médico Hematólogo.
6	Entregar a la Subgerencia de Apoyo Terapéutico estadística mensual de los pacientes atendidos en la consulta externa de Hematología.	Médico Hematólogo.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Atender el 90% de los pacientes que solicitan el servicio de C. externa de Hematología.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** protocolo de Consulta externa de Hematología

**ELABORÓ:** Roció Fontalvo. Hematóloga.

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente A.  
Terapéutico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO

**Código:** TX-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/ 02/ 08

Procedimiento: **REPOSICION DE STOCK DE CIRUGIA**

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico.

**Objeto:** Garantizar que los Medicamentos y Dispositivos Médicos estén en cantidades necesarias en el stock de cirugía

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros	Recursos Informáticos
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
Proveedores	Insumos: recurso humano, computador, insumos de oficina.	Usuarios	Dato Producido, Productos: Dotación de su stock con medicamentos y dispositivos médicos necesarios (Stock Abastecido).

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recepcionar diariamente la solicitud para la reposición	Auxiliar de Fcia.
2	Comparar el listado solicitado contra el listado estipulado para la reposición de stock	Auxiliar de Fcia.
3	Alistar el pedido	Auxiliar de Fcia.
4	Entregar el pedido a la auxiliar de enfermería encargada por la Jefe de Cirugía	Auxiliar de Fcia.
5	Verificar en presencia de la persona a recibir las cantidades de los medicamentos e insumos alistados	Auxiliar de Fcia.
6	Solicitar firmar la orden médica de reposición por quien recibe	Auxiliar de Fcia.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 98% de los medicamentos y dispositivos médicos se mantengan en el stock de cirugía.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Stock: Cantidad determinada de medicamentos y/o dispositivos médicos que estan en un sitio dispuesto para ser utilizado por el servicio en el cual se encuentren

**ANEXOS:** FR: Listado de Medicamentos autorizados para stock de cirugía, formato de requisición para Cirugías programadas.

**ELABORÓ:** Doris Hoyos. Coordinadora del servicio farmacéutico.

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente A. Terapéutico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO		Código: TX-03-PR-02
			Versión: 01
			Fecha: 11/02/08
	Procedimiento: REPOSICIÓN CARRO DE PARO CIRUGÍA		Página:
Tipo de Proceso:		Responsable: Subgerente de Apoyo Terapéutico	
Objeto: Garantizar que los Medicamentos y Dispositivos médicos estén en cantidades necesarias en el carro de paro del servicio de cirugía.			
Alcance:			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos: Computador, insumos de oficina, recurso humano	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Recepcionar la orden médica y el formato de solicitud de insumos para la reposición	Coordinador del servicio farmacéutico	
2	Alistar el pedido	Coordinador del servicio farmacéutico	
3	Entregar el pedido al solicitante	Coordinador del servicio farmacéutico	
4	Solicitar firma de la orden médica y del formato de solicitud de insumos a quien recibe	Coordinador del servicio farmacéutico	
SOPORTE LEGAL:			
ESTANDAR DE CALIDAD: El carro de paro debe contener el 100% de los medicamentos y dispositivos médicos contemplados en la Resolución 1043 en su anexo técnico #1			
INDICADORES:			
PUNTOS DE CONTROL:			
DEFINICIONES:			
ANEXOS: FR: Orden Médica - Solicitud de Insumos			
ELABORÓ: Doris Hoyos. Coordinadora del servicio farmacéutico.		APROBÓ: Comité Técnico	
374			

**REVISÓ:** Roger Caraballo. Subgerente A.  
Terapéutico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO		Código: TX-03-PR-03_
			Versión: 01
			Fecha: 11/02/08
	Procedimiento: <i>PREPARACIÓN DISPOSITIVOS PARA CIRUGÍA</i>		Página:
Tipo de Proceso:		Responsable: Subgerente de Apoyo Terapéutico	
Objeto: Preparar con anticipación las canastas para las Cirugías y así garantizar la disponibilidad de los Medicamentos y Dispositivos médicos.			
Alcance:			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos: Canastas, tijeras, rotuladores, bolsas de reempaque .	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Recepcionar la programación y los requerimientos para las cirugías programadas con 72 horas de anticipación	Auxiliar de Fcia.	
2	Alistar los medicamentos y dispositivos médicos, en canastas, para cada una de las cirugías.	Auxiliar de Fcia.	
3	Entregar el pedido a la auxiliar de enfermería encargada por la Jefe de Cirugía	Auxiliar de Fcia.	
4	Recibir la devolución de los elementos no utilizados en su respectiva canasta	Auxiliar de Fcia.	
5	Revisar y registrar en la hoja de requisición de las cirugías las cantidades de medicamentos e insumos devueltos	Auxiliar de Fcia.	
6	Ubicar en el estante los medicamentos y dispositivos médicos devueltos.	Auxiliar de Fcia.	
7	Descargar del sistema de inventario solamente los medicamentos e insumos que fueron usados en la cirugía	Auxiliar de Fcia.	
SOPORTE LEGAL:			
ESTANDAR DE CALIDAD: El 100% de las cirugías programadas tengan preparados los medicamentos y dispositivos médicos.			
INDICADORES:			
PUNTOS DE CONTROL:			
377			

<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b> FR: Hoja de programación de cirugías - Hojas de requisición	
<b>ELABORÓ:</b> Doris Hoyos. Coordinadora del servicio farmacéutico.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Roger Caraballo. Subgerente A. Terapéutico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

	<b>GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO</b>		<b>Código:</b>
			<b>Versión:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 11/02/08
	<b>Procedimiento:</b> RECEPCIÓN Y VERIFICACIÓN DE ORDENES MEDICAS		<b>Página:</b>
<b>Tipo de Proceso:</b>		<b>Responsable:</b> Subgerente de Apoyo Terapéutico	
<b>Objeto:</b>			
<b>Alcance:</b>			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Lapiceros, recurso humano	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
<b>CLIENTES:</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>		<b>RESPONSABLE</b>
1	Recepcionar las copias de las órdenes médicas, formato de solicitud de insumos, receta de control, formato no pos según el caso		Auxiliar de Fcia.
2	Verificar que la cantidad de copias de órdenes médicas recibidas concuerde con el censo de pacientes realizado		Auxiliar de Fcia.
3	Revisar en presencia de la Enfermera la legibilidad de la receta médica, firma y sello del médico prescriptor y fecha actual		Auxiliar de Fcia.
4	Verificar que los datos consignados en las copias de órdenes médicas estén completos para dispensar adecuadamente la medicación		Auxiliar de Fcia.
<b>SOPORTE LEGAL:</b>			
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 100% de las órdenes recepcionados sean verificadas.			
<b>INDICADORES:</b>			
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>			
<b>DEFINICIONES:</b> Receta de control especial: Documento oficial, personal e intrasferible. Entregado a los prescriptores por la secretaria departamental para formular medicamentos de control especial			
<b>ANEXOS:</b> FR: Órdenes médicas, receta de control, formato NO POS			
<b>ELABORÓ:</b> Doris Hoyos. Coordinadora del servicio farmacéutico.		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico	
<b>REVISÓ:</b> Roger Caraballo. Subgerente A.		<b>ACTA No</b>	

Terapéutico	
FIRMA:	FECHA:

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

**Código:** TX-03-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** DISPENSACION DE MEDICAMENTOS  
NO POSS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico

**Objeto:** Garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas pudiendo formular medicamentos no incluidos en el POS, previa aprobación del comité técnico científico

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Formulario no  
Pos, lapicero, orden  
médica

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Diligenciar el formulario de solicitud del medicamento no pos debidamente justificado y sustentado, adjuntando los requerimientos que exija el CFT.	Médico Especialista
2	presentar la solicitud al CFT para establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de su respectiva acta.	Médico Especialista
3	Autorizar el tratamiento ambulatorio, cuando el paciente ha salido de hospitalización ó de urgencias.	CFT
4	llevar el acta de autorización, el formulario no POS y la orden médica al servicio farmacéutico para que sea entregado el medicamento, si lo hay.	Paciente
5	entregar el medicamento al paciente si lo hay, si no lo hay solicitarlo al proveedor	auxiliar de farmacia Químico Farmacéutico.

**SOPORTE LEGAL:**

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Oportunidad en la entrega del tratamiento	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b> CFT: Comité de farmacia y terapéutica; POS: Plan Obligatorio de Salud	
<b>ANEXOS:</b> FR: Órdenes médicas - solicitud de insumos	
<b>ELABORÓ:</b> Doris Hoyos. Coordinadora del servicio farmacéutico.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Roger Caraballo. Subgerente A. Terapéutico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

**Código:** TX-03-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** SOLICITUD MEDICAMENTO NO POSS

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Subgerente de Apoyo Terapéutico

**Objeto:** Garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas pudiendo formular medicamentos no incluidos en el POS, previa aprobación del comité técnico científico.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Formulario no Pos, lapicero, orden médica	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Diligenciar el formulario de solicitud del medicamento no pos debidamente justificado y sustentado, adjuntando los requerimientos que exija el CFT.	Médico Especialista
2	Presentar la solicitud al CFT para establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de su respectiva acta.	Médico Especialista
3	Autorizar el tratamiento ambulatorio, cuando el paciente ha salido de hospitalización ó de urgencias.	CFT
4	Llevar el acta de autorización, el formulario no POS y la orden médica al servicio farmacéutico para que sea entregado el medicamento, si lo hay.	Paciente
5	entregar el medicamento al paciente si lo hay, si no lo hay solicitarlo al proveedor	Auxiliar de farmacia Químico Farmacéutico.

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Oportunidad en la entrega del tratamiento

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

**DEFINICIONES:** CFT: Comité de farmacia y terapéutica; POS: Plan Obligatorio de Salud

<b>ANEXOS:</b> Formulario para solicitar y aprobar medicamentos fuera del POS	
<b>ELABORÓ:</b> Doris Hoyos. Coordinadora del servicio farmacéutico.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Roger Caraballo. Subgerente A. Terapéutico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

**Código:** TX-03-PR-07

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PEDIDO POR PACIENTE 24 HORAS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** MEDICO ESPECIALISTA, Enfermera Jefe.

**Objeto:** Asegurar y controlar el suministro correcto de los medicamentos requeridos por el paciente en observación de urgencias y 4º piso.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Sábanas de enfermería.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Ordenes médicas (original y copia) formato de solicitud, formato de devolución historia clínica, formato de solicitud y despacho de suministros, relación de gastos por paciente, orden de salida.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Diligenciar la orden médica de acuerdo al nombre genérico del medicamento, concentración, forma farmacéutica, dosis y frecuencia de administración.	Médico Especialista
2	Recopilar las ordenes médicas de los pacientes	Enfermera
3	Llevar a la farmacia del outsourcing las dos copias de las ordenes médicas de cada paciente	Enfermera
4	Recepcionar las copias de las ordenes médicas	Paciente
5	Realizar la facturación correspondiente a lo solicitado	auxiliar de farmacia
6	Efectuar la dispensación de los medicamentos solicitados a los diferentes pacientes con las observaciones pertinentes	auxiliar de farmacia
7	Recibe del outsourcing la medicación con el respectivo soporte de cargos (copia de la orden médica y lo facturado) y verifica que esté de acuerdo con las órdenes médicas.	Enfermera (Urgencias)

8	Entregar al outsourcing los medicamentos devueltos con los formatos debidamente diligenciados.	Enfermera
9	Registra las devoluciones y hace los descargues respectivos.	auxiliar de farmacia
10	Administra los medicamentos al paciente y los registra en la sabana de enfermería. Verifica que los medicamentos se estén entregando a los pacientes de acuerdo a las ordenes médicas	Cajero

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Oportunidad en la entrega del tratamiento.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Distribución física de medicamentos e insumos médicos: es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento e insumo médico que se encuentra en el establecimiento farmacéutico sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico.

**ANEXOS:** Formato de solicitud, sabanas de enfermería y despacho de suministros, relación de gastos por paciente.

**ELABORÓ:** Gloria Reyes Silva, P.U Subg.de Apoyo Terapéutico

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



### **5.3.7.- Cirugía**

1. Solicitud Programación Quirúrgica
2. Acto Quirúrgico de Enfermería
3. Instrumentación Quirúrgica
4. Preparación del Quirófano
5. Atención del paciente en servicios postanestésicos y recuperación
6. Atención del paciente en sala de Cirugía
7. Preparación del paciente en sala de Cirugía
8. Programación Quirúrgica
9. Admisión
10. Lavado de material médico quirúrgico en central de esterilización
11. Recepción de material e instrumental contaminado
12. Preparación de material médico quirúrgico en central de esterilización
13. Empaque de equipos médico quirúrgico
14. Esterilización en Autoclave a vapor
15. Esterilización del instrumental y elementos médico quirúrgico
16. Entrega y transporte del material estéril
17. Almacenamiento y control de caducidad
18. Recepción de solicitudes de materiales
19. Recepción de material de Osteosíntesis



	GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA		Código: QX-01-PR-01
			Versión: 01
			Fecha: 11/02/08
	Procedimiento: SOLICITUD DE PROGRAMACION QUIRURGICA		Página:
Tipo de Proceso:		Responsable: Subgerente Quirúrgico	
Objeto: Solicitar la programación de la atención quirúrgica médico especializada del paciente por consulta Externa			
Alcance:			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos: Recurso humano, utensilios de oficina, agenda diaria de pacientes, Computador.	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Solicitar el Procedimiento	Cirujano	
2	Recepcionar la solicitud	Funcionario asignado	
3	Verificar que cumpla con los requerimientos Administrativos	Funcionario asignado	
4	Programar la Cirugía según disponibilidad de sala	Funcionario asignado	
5	Registrar el procedimiento en la agenda diaria	Funcionario asignado	
6	Notificar al paciente de su programación y preparación para el día del procedimiento	Funcionario asignado	
7	Verificar los materiales de osteosintesis, insumos médico-quirúrgicos o componentes sanguíneos que se requieran para el procedimiento	Funcionario asignado	
8	Imprimir la programación quirúrgica para su distribución interna y externamente.	Funcionario asignado	
SOPORTE LEGAL: Artículo 288 y 289 código de procedimiento penal del 2000.			
390			

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 90% de las cirugías solicitadas sean programadas.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b> Oportunidad en la realización de Cirugías Programadas: Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y en el momento en el cuales realizada la cirugía/numero de cirugías programadas realizadas en el periodo	
<b>ANEXOS:</b> 1-Solicitud de Programación Quirúrgica 2-Consentimiento Informado diligenciado por el paciente y Medico cirujano 3-Orden de servicio para realización de procedimiento 4-Coopago de prestación de Servicio 5-Historia Clínica del Paciente 6-Formato de oportunidad en la realización de cirugías programadas.	
<b>ELABORÓ:</b> Rosario Vásquez PU de Quirúrgica	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

**Código:** QX-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ACTO QUIRURGICO ENFERMERIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Quirúrgico

**Objeto:** Brindar a cada paciente quirúrgico una atención integral tanto física como psicológica y un post operatorio con calidad y eficiencia en su recuperación.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Recurso humano,  
insumos, equipos  
quirúrgicos de acuerdo a  
la cirugía programada

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Verificar según programación quirúrgica paciente, tipo de cirugía, técnica quirúrgica, equipos solicitados por el cirujano. Autorización quirúrgica y anestésica firmadas por el paciente	Enfermera Jefe
2	Entrar a la sala con el vestido y accesorios quirúrgicos completos con las normas establecidas, tapabocas, gafas protectoras, guantes.	Enfermera Jefe
3	Saludar al paciente por el nombre ,en forma cordial y respetuosa	Enfermera Jefe
4	Revisar la historia clínica, verificando el tipo de cirugía (técnica),la vía y el lado cuando es un órgano par, datos del paciente edad, selergiasxo, motivo de la consulta, alergias enfermedad actual, informe pre quirúrgicos	Enfermera Jefe
5	Monitorizar al paciente conectándolo al electrocardiógrafo, oximetría de pulso, tensiómetro, capnografía, sensores de temperatura	Aux. de Enfermería
6	Canalizar vena según protocolo con guantes escogiendo el mejor abordaje, previa asepsia y antisepsia, venoclisis según	Aux. de Enfermería



	protocolo.	
7	Vestir el equipo el equipo quirúrgico colocándole la bata quirúrgica y los guantes estériles y al paciente los campos estériles.	Instrumentador
8	Instrumentar el procedimiento quirúrgico de acuerdo a la Técnica	Instrumentador
9	Entregar las muestras de patología a la Aux. de Enfermería informando el tipo de espécimen previa confirmación de Cirujano, rotula da para el almacenamiento y posteriormente entrega de esta para su estudio	Instrumentador
10	Realizar conteo intermedio y al final de acuerdo al protocolo	Instrumentador
11	Avisar al equipo quirúrgico, sino aparece algún elemento, para revisar cavidad antes del cierre de la fascia con el fin de evitar que de algún elemento (compresas, instrumental o gasa) dentro del paciente	Instrumentador
12	Cubrir la herida quirúrgica con el material escogido	Instrumentador
13	Alistar medicamentos e insumos de anestésicos y quirúrgicos	Aux de enfermería
14	Vigilar y supervisar el cumplimiento de la técnica aséptica del lavado quirúrgico de mano y de cada uno de los procedimientos desde su inicio hasta la finalización	Enfermera Jefe
15	Colocar antes del lavado del área quirúrgica, y si el paciente lo amerita sonda vesical, sonda nasogástrica, media antitrombóticas y/o de compresión intermitente	Aux de enfermería
16	Vigilar y supervisar el cumplimiento de las normas y protocolo en el almacenamiento de las muestra para patología	Aux de enfermería
17	Revisar la herida quirúrgica para que quede cubierta y libre de residuos, y verificar el drenaje de los diferentes sistema de drenaje	Enfermera Jefe
18	Organizar y liderar el transporte del paciente (oxígeno-monotor-ventilador etc.)	Enfermera Jefe
19	Entregar al paciente resaltando eventos especiales medicamentos clase de monitoreo, LIV, heridas, drenes, cirugía realizada.	Aux de enfermería

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 100% de los pacientes atendidos estén satisfechos con la atención de enfermería. Desarrollo del acto quirúrgico en su tiempo programado, paciente operado en las mejores condiciones

<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b> Programación quirúrgica, Protocolos y guías de manejo de enfermería para el manejo del paciente quirúrgico. Historia clínica del paciente.	
<b>ELABORÓ:</b> Rosario Vásquez PU de Quirúrgica	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

**Código:** QX-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** INSTRUMENTACION QUIRURGICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Quirúrgico

**Objeto:** Llevar a cabo un procedimiento quirúrgico con todas las técnicas que garanticen la realización del procedimiento quirúrgico con éxito.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Equipos, Instrumental y insumos en condiciones optimas		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Verificar la de Programación Quirúrgica	Instrumentador
2	Verificar el instrumental solicitado para el procedimiento quirúrgico	Instrumentador
3	Verificar que los insumos disponibles sean los requeridos para la Cirugía	Instrumentador
4	Ll amar a la Central de Esterilización para solicitar los equipos faltantes	Instrumentador
5	Abrir la primera envolvente de los paquetes y equipos que se requieren para el procedimiento	Instrumentador
6	Lavado de manos según Protocolo	Instrumentador
7	Arreglar la mesa de acuerdo al estándar para todo procedimiento	Instrumentador
8	Realizar el conteo inicial de material según protocolo(instrumental-gasas-compresas)	Instrumentador
9	Informar verbalmente a la auxiliar los elementos faltantes y el instrumental incompletos para controlar Pérdidas y reportar los faltantes.	Instrumentador

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 90% de los actos quirúrgicos garanticen una atención optima en el

paciente.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b> Programación quirúrgica, protocolos de manejo en las técnicas quirúrgica de instrumentación.	
<b>ELABORÓ:</b> Rosario Vásquez PU de Quirúrgica	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

**Código:** QX-01 PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PREPARACION DEL QUIROFANO

**Página:**

**Tipo de Proceso:** GESTIÓN  
QUIRURGICA

**Responsable:** Subgerente Quirúrgico

**Objeto:** Garantizar un procedimiento quirúrgico sin fallas dentro del horario y procesos establecidos en salas de cirugía.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Programación Quirúrgica, listas de turno, instrumental completo y adecuado para la cirugía, requerimientos especiales(Microscopio, laparoscopio, infusores térmicos); Recurso humano disponible		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Revisar la programación quirúrgica y verificar los requerimientos especiales(microscopio, hemoderivados de sangre, equipos especializados requeridos para la cirugía)	Enfermera Jefe
2	Verificar el recurso humano en el horario para su asignación en cada quirófano	
3	Revisión de la máquina de anestesia con lista de chequeo	Anestesiólogo
4	Revisar que el instrumental quirúrgico sea el adecuado y necesario para el procedimiento quirúrgico	Instrumentador
5	Revisar el funcionamiento de los equipos que se van a utilizar antes de cada procedimiento quirúrgico	Enfermera Jefe
6	Verificar los suministro requeridos para cada procedimiento Qxco	Enfermera Jefe

7	Prepara monitoria invasiva si el procedimiento lo requiere	Aux. de enfermería
8	Preparar y envasar los medicamentos para la inducción anestésica	Aux. de enfermería

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** En el 100% de los actos quirúrgicos el quirófano debe estar preparado adecuadamente.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Programación quirúrgica. Lista de chequeo de la máquina de anestesia. Lista de turnos del recurso humano. Requerimiento especial de instrumental y equipos requeridos para la cirugía.

**ELABORÓ:** Rosario Vásquez PU de Quirúrgica

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico

**ACTA No**


**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



	GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA		Código: QX-01-PR-03
			Versión: 01
	Procedimiento: ATENCION DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POSTANESTESICOS Y DE RECUPERACION		Fecha: 11/02/08
			Página:
Tipo de Proceso:		Responsable: Subgerente Quirúrgico	
Objeto: Atender con calidad al paciente quirúrgico durante su recuperación quirúrgica y anestésica con el mayor margen de seguridad			
Alcance:			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos: Monitoreo, camillas para recuperación de pacientes con todas las posiciones, LOGISTICA: papelería de historia clínica y administrativa.	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos: METODOLOGICOS: Guías de manejo médico; protocolo de enfermería.
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:
CLIENTES:			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Recibir al paciente en sala de Recuperación Monitoreo básico-Oxigeno según protocolo-electrodos si es necesario-Oximetría de pulso-Hoja de control postanestésico-notas de enfermería -hoja neurológica si amerita o de signos vitales, controles de líquidos ingeridos y eliminados	Enfermera Jefe	
2	Definir conducta por Anestesiólogo Valoración física aplica test de Aldrette y define conducta paciente en condiciones adecuada para ingresar a recuperación		
3	Clasificar y manejar al paciente	Anestesiólogo	
SOPORTE LEGAL:			
ESTANDAR DE CALIDAD: El 100% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente su recuperación sea en condiciones óptimas.			
INDICADORES:			
PUNTOS DE CONTROL:			
DEFINICIONES:			
400			



**ANEXOS:** 1-Programación quirúrgica.

2-Historia Clínica

3-Estudios y Exámenes Pre quirúrgicos

4-Guias de Manejo Medico -Manuales de Procedimientos-Protocolos de Enfermería

**ELABORÓ:** Rosario Vásquez PU de Quirúrgica

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Rubén Sabogal B. Subgerente  
Quirúrgico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

**Código:** QX-01-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ATENCION DEL PACIENTE EN LA SALA DE CIRUGIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Quirúrgico

**Objeto:** Atender oportunamente con calidad y eficiencia al paciente quirúrgico durante su intervención en la unidad quirúrgica de la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Instrumental Quirúrgico,  
Mesa de Cirugía, Maq. de  
Anestesiación circuitos,  
lámpara cielítica  
INSUMOS  
MEDICOQUIRURGICOS:  
suturas, medicamentos.  
LOGISTICA: papelería  
administrativa, y de HC,  
recursos humano y  
administrativos, procesos  
prioritario

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Trasladar al paciente a la sala	Camillero
2	Intervenir Quirúrgica programada, equipos y pacientes listos para inicio de procedimientos quirúrgico.	
3	Paciente quirúrgico se traslada en camilla de transporte con su historia clínica según ordenes de Anestesiólogos exclusivas de salas de cirugía por enfermería.	
4	Traslado a mesa de Cirugía	
5	Colocación de monitoreo básico a paciente, tensiómetro, oximetría de pulso, electrocardiógrafo.	

6	Consignación de actividades en hoja quirúrgicas utilizadas.	
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> % de complicaciones quirúrgicas % de complicaciones anestésicas % de accidentalidad en el servicio % de mortalidad en Cirugía % de infección de herida quirúrgica limpia		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Programación Quirúrgica - Historia clínica - Estudios y Exámenes Pre quirúrgicos Protocolos y guías de manejo medico y protocolos de manejo de enfermería		
<b>ELABORÓ:</b> Rosario Vásquez PU de Quirúrgica		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

**Código:** QX- O1- PR-O5

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PREPARACIÓN PACIENTE EN SALA DE CIRUGIA

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Quirúrgico

**Objeto:** Preparar adecuadamente al paciente y la logística de salas de Cirugía para llevar a cabo los procedimientos programados minimizando los riesgos que se puedan presentar tanto para el paciente o cancelación de la cirugía.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

LOGISTICA:  
Medicamentos e Insumos  
Medico quirúrgicos,  
Papelería, Sistema  
funcionando en Red

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

Manuales de  
Procedimientos de  
enfermería, Protocolos de  
manejo medico, de  
Procesos de autorización  
y facturación

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Verificar los datos del paciente y confrontarlos con la programación.	Coordinación MDQX e Instrumentador
2	Revisar disponibilidad de los insumos y recursos necesarios para llevar a cabo la cirugía	Coordinación MDQX e Instrumentador
3	Se confronta datos de programación con planilla e Historia Clínica con antelación de 2 horas	Enfermera jefe
4	Verificar que la identificación del paciente programado corresponda con la persona que ingresa a la Cirugía	Enfermera jefe
5	Verificación de Documentos, valoración pre anestésica, valoración de Cirujano-Consentimiento informado debidamente diligenciado Paciente, cirujano, anestesiólogo, verificación de copagos, cedula, Carnet, EKG y otros estudios cuando aplica.	Enfermera jefe

6	Preparación adecuada del paciente y su Historia Clínica para el procedimiento quirúrgico	Enfermera jefe
7	Verificar finalmente para autorizar pasar a quirófanos de cx programada con la persona que ingresa a la cirugía.	Enfermera jefe

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Numero de Procedimientos Quirúrgicos realizados en el periodo

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Programación Quirúrgica - Historia clínica - Estudios y Exámenes Pre quirúrgicos.

**ELABORÓ:** Rosario Vásquez PU de Quirúrgica

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

**Código:** QX-01- PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PROGRAMACION QUIRURGICA

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Subgerente Quirúrgico

**Objeto:** Garantizar Procedimiento Quirúrgico al Paciente

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Insumos de oficina, computador, recurso humano, agenda diaria, Equipos Técnicos a Utilizar: Requerimientos medico quirúrgicos, componentes sanguíneos, materiales de osteosíntesis.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir Solicitud de Programación Quirúrgica	Funcionario encargado
2	Verificar requerimientos de insumos o materiales de osteosíntesis requeridos según tipo de Intervención	Coordinación MDQX e Instrumentador
3	Verificar disponibilidad de sala y Equipos	Coordinación MDQX e Instrumentador
4	Asignar sala y Equipos	Coordinación MDQX e Instrumentador
5	Programar Equipo Especial	Coordinación MDQX e Instrumentador
6	Confirmar por escrito al interesado	Coordinación MDQX e Instrumentador
7	Registrar en la Agenda día a día datos del paciente y procedimiento	Funcionario encargado
8	Verificar los derechos del usuario	Funcionario encargado

<b>SOPORTE LEGAL:</b>	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El 90% de las cirugías programadas sean realizadas.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b> 1-Formato de Programación Quirúrgica 2-Solicitud de Procedimiento Quirúrgico 3-Agenda diaria de programación	
<b>ELABORÓ:</b> Rosario Vásquez PU de Quirúrgica.	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Rubén Sabogal B. Subgerente Quirúrgico	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y PULMONAR

**Procedimiento: ADMISION**

**Código:** QX-04 PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Cirujano especialista.

**Objeto:** Ingresar adecuadamente al paciente.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Computador, insumos de oficina, recurso humano.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	--	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Solicitar documentos de identidad, carnet de afiliación, factura de copago.	Secretaria
2	Abrir historia clínica en medio magnético.	Secretaria
3	Dar a conocer el consentimiento informado	Secretaria
4	Firmar el consentimiento informado	Paciente
5	Esperar realización del procedimiento asistencial.	Paciente

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Que el 100% de los pacientes sean admitidos adecuadamente.

### INDICADORES:

### PUNTOS DE CONTROL:

### DEFINICIONES:

**ANEXOS:** El formato de consentimiento informado.

**ELABORÓ:** Esmeralda Ballestas. Coordinadora del servicio

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** JOMEDICAL. LTDA.

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**



## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05 PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** LAVADO DEL MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Cirujano especialista.

**Objeto:** Disminuir la biocarga existente en los insumos o instrumental que serán sometidos a procesos de desinfección esterilización.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Elementos de protección personal, detergente enzimático, cepillos, aire comprimido y paño para secar.		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal incluyendo los protectores de oído	Instrumentador. Qx
2	Recibir el instrumental contaminado en contenedores cerrados para ser Procesados en la zona de lavado	Instrumentador. Qx
3	Clasificar los equipos, instrumental, materiales y elementos. (teniendo en cuenta el material corto punzante para evitar accidentes de trabajo)	Instrumentador. Qx
4	Preparar la solución del detergente enzimático ph neutro, (según recomendaciones del fabricante)	Instrumentador. Qx
5	Sumergir elementos e instrumental completamente abiertos en detergente enzimático durante 15 minutos, hasta que toda la materia. Orgánica esté disuelta y se halla eliminado (sin manipularlo)	Instrumentador. Qx
6	Cepillar el instrumental prolijamente en sus superficies y ranuras hasta eliminar la totalidad de residuos. Si el instrumental posee lumen, utilizar un escobillón (consistencia suave)	Instrumentador. Qx

7	Enjuagar con agua hasta eliminar el detergente. Aspirar el agua de los canales Con aire comprimido y secamiento con paño de tela.	Instrumentador. Qx
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> 0% de accidentalidad del personal; 100% de eficacia en el proceso de lavado, para obtener la validación en la esterilización del Producto.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b>		
<b>ANEXOS:</b> Fichas técnicas del detergente enzimático		
<b>ELABORÓ:</b> Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico.
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU Oficina de Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-02

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RECEPCION DE MATERIALES E INSTRUMENTAL CONTAMINADO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Recepcionar instrumental, equipos y elementos médico-quirúrgicos que son utilizados en las diferentes Dependencias del Hospital con el fin de realizarles el proceso de desinfección y esterilización

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Elementos de protección personal, detergente enzimático, cepillos, aire comprimido y paño para secar.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal incluyendo los protectores de oído	Instrumentador. Qx
2	Recepcionar los equipos de las diferentes áreas del hospital	Instrumentador. Qx
3	Verificar que los equipos recepcionados hayan sido sometidos al proceso de Lavado y desinfección, con el fin de retirar la materia orgánica macroscópica	Instrumentador. Qx
4	Verificación cualitativa y cuantitativa de cada uno de los elementos (Buenas Condiciones para su uso).	Instrumentador. Qx
5	Diligenciamiento, de los formatos y registros por elementos, servicios, o dependencias con la firma de quien entrega y recibe. (Registros de fecha y firma en Hojas de solicitud).	Instrumentador. Qx
6	Aplicación de mecanismos de responsabilidad referente al material recibido	Instrumentador. Qx
7	Registrar en el libro de control de incidencias, las novedades surgidas en el Proceso de recepción del material. (Deterioro,	Instrumentador. Qx

	sucio, roto, no presente, solicitud urgente).	
8	Archivar en folder hojas de registro una vez firmada por entrega y recibo	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de eficacia en el proceso de recepción, para obtener la validación en la esterilización del Producto

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-03

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** PREPARACION DE INSTRUMENTAL MEDICO QUIRURGICO

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Clasificar, Organizar, Inspeccionar el material limpio y descontaminado, para comprobar que todos los Suministros se encuentren en optimas condiciones con el fin de garantizar su esterilización

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Elementos de protección personal, lupa, lubricante anti-oxidante, control químico (indicador)

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal incluyendo los protectores de oído	Instrumentador. Qx
2	Inspeccionar con visión de lupa, el estado de los instrumentos observando deterioro, mal funcionamiento, restos de materia orgánica, oxido o instrumental incompleto. ( si el material está sucio se debe repetir el proceso de lavado)	Instrumentador. Qx
3	Revisar su funcionalidad previa a esterilizar, informar a la coordinación de esterilización en caso de no estar apto para su funcionamiento	Instrumentador. Qx
4	Lubricar diariamente el material con solución anti-oxidante durante 15'. Verificar con listado el instrumental y elementos correspondientes.	Instrumentador. Qx
5	Colocar el instrumental más pesado en el fondo de la bandeja, las pinzas abiertas y organizadas en el gancho, farabeuf, o pinza foster.	Instrumentador. Qx
6	Los mangos de bisturí y todo el instrumental que no tiene aros deben ir en sobre de papel con control interno y las tijeras abiertas	Instrumentador. Qx

	y los filos protegidos	
7	Colocación del control (indicador) químico	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Proceso de esterilización 100% validado

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Revisión micro y macroscópica del instrumental

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora  
Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y  
Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** EMPAQUE DE EQUIPOS Y MATERIALES MEDICO- QUIRURGICOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Elaboración de paquetes, empaque de equipos y elementos médico-quirúrgicos con sus respectivos integradores químicos y técnica de embalaje

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Tijeras, papel grado médico, cinta de control externo, envolvedoras de tela, bolígrafos. Controles químicos internos del paquete, indumentaria de protección personal

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal	Instrumentador. Qx
2	En la elaboración de los paquetes se debe tener en cuenta el tamaño, densidad, clase de materiales y compatibilidad.	Instrumentador. Qx
3	Los paquetes no deben exceder 12x12x20 pulgadas de tamaño, un peso máximo de 12 libras	Instrumentador. Qx
4	Selección del empaque acorde con el material de fabricación del elemento y Método de esterilización.	Instrumentador. Qx
5	Introducir un control químico interno, según sistema de esterilización al que va Ser sometido	Instrumentador. Qx
6	Colocar una lista del contenido del paquete dentro del mismo.	Instrumentador. Qx
7	Empaque de acuerdo con los métodos de sobre u oblongo.	Instrumentador. Qx
8	Utilizar doble envoltura, la primera sin cinta de control y la segunda con cinta Adhesiva (control químico externo).No dejando espacios vacíos dentro del Paquete.	Instrumentador. Qx



9	Comprobar correcta elaboración de los paquetes	Instrumentador. Qx
10	Identificar y etiquetar los paquetes quirúrgicos, (fecha de esterilización, fecha de caducidad, numero de ciclo, nombre del elemento, o equipo médico, firma De la persona responsable de lo empacado)	Instrumentador. Qx
11	Colocar el material en el carro transportador, a espera del proceso de esterilización.	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de seguridad en la utilización del producto ya estéril

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Durabilidad y seguridad en el uso del paquete

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ESTERILIZACIÓN EN AUTO CLAVE A VAPOR

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Controlar y asegurar la calidad del producto estéril.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Elementos de protección personal, carros o mesas para aireación, libro de registro, bolígrafo.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal, incluyendo los guantes termo-resistentes.	Instrumentador. Qx
2	Constatar que se han cumplido todos los pasos del ciclo	Instrumentador. Qx
3	Entre-abrir la puerta del autoclave durante 10 a 15 minutos para permitir el escape del resto de vapor que pueda quedar en la cámara, igualando la temperatura del interior con la exterior para evitar condensación, antes de retirar el Material de la cámara	Instrumentador. Qx
4	Verificar el viraje de los controles químicos externos de cada paquete. (si no han cambiado de color reempaquetar, y esterilizar nuevamente)	Instrumentador. Qx
5	Observar que el material no presente humedad. Retirar de inmediato si detecta Paquetes húmedos o con la envoltura dañada o manchada.	Instrumentador. Qx
6	Mantener la carga fuera del equipo 20 minutos para su enfriamiento.	Instrumentador. Qx
7	Retirar el control químico-biológico interno y verificar que a cambiado de color, en forma adecuada, sino ocurre este proceso,	Instrumentador. Qx

	se procede a reempaquetar y reesterilizar toda la carga.	
8	Si la carga del esterilizador lleva control biológico éste se debe dejar enfriar Para colocarlo en la incubadora; En caso que la lectura de un resultado incorrecto (positivo), se procede a la retirada del material, volviendo a reempaquetar la carga y anotar en la hoja o libro de registro la novedad presentada. Si ya no fuera posible rescatar la carga se notificará al comité de infecciones para adopción de medidas oportunas.	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Validación del proceso de esterilización 100% de materiales estériles libre de microorganismos

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** indicadores químicos, biológicos

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-07

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL Y ELEMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Eliminar o destruir cualquier tipo de vida microbiana incluyendo esporas, y así garantizar la esterilidad de elementos y equipos médicos recibidos en la central de esterilización.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**  
Elementos de protección personal, libro de registro, bolígrafo.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal incluyendo los guantes termo-Resistentes.	Instrumentador. Qx
2	Verificación del buen funcionamiento y cumplimiento de las condiciones que Requiere el equipo.	Instrumentador. Qx
3	verificación de la limpieza interna y externa del autoclave a vapor	Instrumentador. Qx
4	Revisar los empaques, identifique y seleccione materiales a esterilizar.	Instrumentador. Qx
5	Colocación de (02) controles biológicos, 01 cerca de la puerta del autoclave01 en la parte trasera del autoclave.	Instrumentador. Qx
6	La carga debe ser material homogéneo para evitar tiempos excesivos en algunos materiales. Si la carga es mixta (ropa e instrumental) ubique los instrumentos en la base y la ropa en la superficie.	Instrumentador. Qx
7	No sobrecargar la cámara permitiendo con esto la libre circulación del vapor y facilitar su penetración en toda la carga.	Instrumentador. Qx
8	Los paquetes de ropa y equipos deben colocarse en forma	Instrumentador. Qx

	vertical para favorecer la penetración del vapor. (Dejar 2 cms. De espacio entre cada paquete)	
9	Los paquetes no deben superar los 30 cms. de alto y 50 cms. De largo.	Instrumentador. Qx
10	Una caja quirúrgica o un paquete de ropa no deben superar 8 kilos, para permitir una buena penetración del vapor.	Instrumentador. Qx
11	Cierre la puerta del autoclave. Inicie el programa de esterilización seleccionado.	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** 100% de seguridad en la utilización del autoclave

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** Validación del proceso (físico y químico)

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>





## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX- O5- PR-09

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ENTREGA Y TRANSPORTE DEL MATERIAL ESTÉRIL DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Controlar que el material esterilizado, sea entregado a los servicios/ unidades solicitantes en perfectas Condiciones de uso. Proporcionando un producto garantizado y de forma oportuna.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Elementos de protección personal, (gorro, guantes, mascarilla) bolígrafo, formatos de solicitud con copias, libros

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal.	Instrumentador. Qx
2	Utilización de bolsas y/ carros con tapas para transporte.	Instrumentador. Qx
3	Respetar y cumplir el horario establecido por la central de esterilización para la entrega de materiales.	Instrumentador. Qx
4	Verificar que el material pendiente de entregar se encuentre disponible	Instrumentador. Qx
5	Retirar el material solicitado del lugar de almacenamiento, correspondiente al Servicio solicitado.	Instrumentador. Qx
6	Confirmar en presencia de la persona solicitante, que el material y empaque se encuentren en perfectas condiciones.	Instrumentador. Qx
7	Registrar en ambas copias de la hoja de solicitud del material a esterilizar, (fecha de recogido, material entregado, firmas de las personas que entregan y Reciben).	Instrumentador. Qx
8	Realizar observaciones: (entrega parcial del material, material no entregado, material entregado urgente.)	Instrumentador. Qx



9	Entregar la copia de la hoja de solicitud a la persona que recibe el material.	Instrumentador. Qx
10	Registrar en las hojas o libro de incidencias (fase de entrega de material). Aquellas incidencias surgidas en el transcurso de la entrega de material. (Material deteriorado, roto, no hallado, solicitado urgente).	Instrumentador. Qx
11	La entrega únicamente se realizará previa presentación de solicitud del material solicitado por el servicio/ unidad solicitante.	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Satisfacción del cliente y materiales verificados y registrados

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-11

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE CADUCIDAD

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Los productos esterilizados se deben mantener en un buen almacenamiento, con el fin de conservar las Condiciones adecuadas hasta el momento de su entrega y/o uso.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	Elementos de protección personal, bolígrafo, libros de registro, estantería. Elementos de protección personal, (gorro, guantes, mascarilla).		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Utilizar indumentaria de protección personal.	Instrumentador. Qx
2	Restringir el ingreso de personal externo por ser área estéril	Instrumentador. Qx
3	Verificación del material de empaque el cual debe estar completamente seco E integro al retirarlo del esterilizador. Las etiquetas identificativas y de caducidad, deben estar bien visibles.	Instrumentador. Qx
4	Clasificación de elementos y productos por especialidad.	Instrumentador. Qx
5	Los elementos deben ser almacenados en estantería de material no poroso, Ni corrosivo, que estén mínimo 25 cms. De distancia del piso, 15 cms. Del techo y 6 cms. De la pared.	Instrumentador. Qx
6	La temperatura ambiente debe oscilar entre 15 y 25 grados centígrados y una Remoción de aire de 20 cambios hora.	Instrumentador. Qx
7	Proteger con bolsas plásticas los elementos que se utilizaran con menos periodicidad (la cubierta externa no está estéril). Optimizando el proceso para evitar una excesiva manipulación	Instrumentador. Qx

	de equipos y elementos.	
8	Control de lotes por fechas para verificar la rotación de paquetes y equipos. (Almacenando de tal manera que se utilicen primero los productos con menor tiempo de expiración).	Instrumentador. Qx
9	Controlar la caducidad teniendo en cuenta el tipo de empaque así: Contenedores.....6 meses Papel tyvek.....12 meses Papel crepado doble envoltura.....3 meses Polipropileno doble envoltura.....12 meses Bolsa de papel.....6 meses Bolsa mixta envase simple .....6 meses Bolsa mixta envase doble .....6 meses	Instrumentador. Qx

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Oportunidad en la prestación del servicio

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Yomeira Delgado. Coordinadora  
Central de Esterilización

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y  
Seguridad del Paciente

**REVISÓ:**

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

**Código:** QX-05-PR-12

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** RECEPCION DE SOLICITUDES DE MATERIALES

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Coordinación de Central de Esterilización

**Objeto:** Gestionar de forma organizada las solicitudes de materiales y elementos solicitados, llevando registros de nombres de pacientes fechas y horas de recibido y realizado el procedimiento.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Bolígrafo, libros de registro, fax, teléfono, folder	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir solicitud de materiales con fotocopias de documento de identidad y Carnet de E.P.S. En formato del H. U. del C. Diligenciado por médico especialista .	Instrumentador. Qx
2	Verificar el vºbº de admisiones y E.P.S. (si hay contrato vigente con el hospital O tiene negación de la A.R.S.)	Instrumentador. Qx
3	Registrar en libro de recibo nombre del paciente, fecha y hora de recibido, material solicitado, firma de quien entrega y recibe.	Instrumentador. Qx
4	Solicitar telefónicamente o fax a las casas comerciales el material requerido confirmada la existencia del material, la casa comercial despachará con un tiempo de 48 horas de anticipación a la fecha programada de la cirugía si no hay disponibilidad en el stock.	Instrumentador. Qx
5	Las solicitudes de urgencias deben ser despachadas de forma inmediata si no hay en el stock.	Instrumentador. Qx
6	Archivar en folder las solicitudes con sus anexos.(copia de documentos )	Instrumentador. Qx

### SOPORTE LEGAL:

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Solicitudes gestionadas de manera inmediata

<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Yomeira Delgado. Coordinadora Central de Esterilización	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

	<b>GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN</b>		<b>Código:</b> QX-05-PR-13
			<b>Versión:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 11/02/08
	<b>Procedimiento:</b> RECEPCION DE MATERIALES DE OSTEOSINTESIS Y ESPECIALIZADO		<b>Página:</b>
<b>Tipo de Proceso:</b>		<b>Responsable:</b> Coordinación de Central de Esterilización	
<b>Objeto:</b> Los productos esterilizados se deben mantener en un buen almacenamiento, con el fin de conservar las Condiciones adecuadas hasta el momento de su entrega y/o uso.			
<b>Alcance:</b>			
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>			
<b>Recursos Humanos:</b>	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Elementos de protección personal, bolígrafo, libros de registro, estantería	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
<b>CLIENTES:</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>		<b>RESPONSABLE</b>
1	Recibir materiales debidamente remisionados y de acuerdo a lo solicitado por el médico especialista.		Instrumentador. Qx
2	Informar al área de programación quirúrgica y especialistas que ya el material llegó y si es necesario que lo revise.		Instrumentador. Qx
3	Realizar lavado, secado del material.		Instrumentador. Qx
4	Clasificar los materiales de acuerdo a la clase de esterilización (alta o baja temperatura) que puedan ser sometidos según el fabricante y tiempo de expo-Cisión		Instrumentador. Qx
5	Empacar y rotular materiales con nombre del paciente, fecha, nombre de quien empaca y anexar copia de remisión.		Instrumentador. Qx
<b>SOPORTE LEGAL:</b>			
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Solicitudes gestionadas de manera inmediata			
<b>INDICADORES:</b>			
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>			
<b>DEFINICIONES:</b>			
<b>ANEXOS:</b>			
<b>ELABORÓ:</b> Yomeira Delgado. Coordinadora		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y	
<div style="text-align: center;">431</div>			

Central de Esterilización	Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b>	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



### **5.3.8.- Unidad de cuidados Críticos**

1. Egreso Del paciente de UCI
2. Ingresos y Monitoreo en UCI por terapia respiratoria
3. Información al paciente y familiares
4. Solicitud de interconsultas en UCI
5. Alerta y Reanimación en UCI
6. Traslado de pacientes a otros servicios
7. Administración de medicamentos en UCI
8. Ronda Medica Asistencial y docente en UCI
9. Solicitud de exámenes para clínicos en UCI
10. Terapia respiratoria en el paciente critico



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### Procedimiento EGRESO DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO

**Código:** CC-01-PR-08

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** oficina de admisiones e intensivista de turno

**Objeto:** Estandarizar el proceso de Egreso de la de la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Caribe, enmarcado en la normatividad vigente y las políticas definidas por la Alta Administración siempre buscando niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

- \*Equipo de Cómputo.
- \*Aplicativo de Historia Clínica.
- \*Hojas de evolución y órdenes médicas.
- \*Formato de epicrisis
- \*Teléfono.
- \*Visoscopio
- \*Pulso-oxímetro, Presión arterial no invasiva
- \*Capnografía
- \*Fonendoscopio
- \*Reporte de paraclínicos y ayudas diagnósticas
- \*Impresora.

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	El intensivista verifica que el paciente cumple criterios de egreso según anexo por mejoría del paciente, deterioro o fallecimiento.	intensivista
2	El intensivista comunica a la enfermera egreso del paciente	enfermera
3	La enfermera solicita cama a la enfermera de admisiones y esta se encarga de asignarla	enfermera y oficina de admisiones

4	El intensivista diligencia epicrisis y Hace las anotaciones en la historia clínica sobre las recomendaciones del manejo en piso	intensivista
5	En caso de que el egreso sea por fallecimiento del paciente, la enfermera se comunica con la familia para solicitarle que se haga presente en la clínica. Una vez los familiares se encuentren en la institución el intensivista procede a dar informe de los eventos presentados y guía a la familia en los trámites a seguir, además diligencia el certificado de defunción.	intensivista
6	Cuando el motivo del egreso es por deterioro, ya que pese a los esfuerzos realizados los resultados son desfavorables, el Jefe Médico de la Unidad de Cuidado intensivo convoca a una reunión con dos especialistas más del servicio y el Director Médico de la Clínica, y previa comunicación a la familia, se decide suspender el soporte.	intensivista
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> La duración es entre 12 y 24 horas		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> ● Muerte: cese irreversible de funciones vitales ● IRA: insuficiencia renal aguda ● IRC: insuficiencia renal crónica ● PAM: presión arterial media  <b>ANEXOS:</b> Básicamente existen tres tipos de presentaciones al momento de pensar en salida de la UCI:  • MEJORÍA. Se traslada a habitación de acuerdo a la disponibilidad del recurso y cumpliendo criterios pre-establecidos. • DETERIORO: parámetros objetivos que muestran evidencia sólida que pese a los esfuerzos realizados los resultados han sido desfavorables; el caso debe ser analizado por Jefe Médico de la UCI y dos especialistas del servicio, teniendo en cuenta el pobre pronóstico y que no existen posibilidades de mejoría. Con base en la información se decide suspender el soporte vital. • MUERTE: el paciente fallece a pesar de los intentos por recuperarlo de su condición clínica. Muerte Cerebral: En pacientes no candidatos a donantes de órganos.		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Indira Tatis - Ketty Marrugo		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
435		

<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez	<b>ACTA No:</b> 001
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento: INGRESO Y MONITOREO EN  
CUIDADO CRITICO POR TERAPIA RESPIRATORIA**

**Código:** CC-01-PR-13

**Versión:** 01

**Fecha:** 21/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Fisioterapeuta

**Objeto:** Establecer parámetros de monitoreo respiratorio, para evaluar e instaurar las medidas para corregir los trastornos en la oxigenación y en la ventilación, de acuerdo a las guías de manejo y las políticas establecidas por la Coordinación Médica.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

- Recurso humano
- Fonendoscopio
- Bandeja de intubación
- Equipos de Oxigenoterapia, succión, máquina de gases arteriales
- Ventilador Mecánico
- Monitor multiparámetros
- Papelería
- Equipos de bioseguridad

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Recibir paciente trasladado hacia UCI	Fisioterapeuta
2	Establecer tipo de asistencia respiratoria, mediante la evaluación.	Fisioterapeuta
3	Solicitar a farmacia general el insumo correspondiente al requerimiento del paciente.	Fisioterapeuta
4	Colocar equipo de oxigenoterapia al paciente.	Fisioterapeuta

5	Programar el ventilador, teniendo en cuenta el estado clínico del paciente, para: a. Evaluar gasimetría y saturación, b. Evaluar resultados, c. Ajustar parámetros según resultados, d. Hacer seguimiento clínico y para clínico.	Fisioterapeuta
6	Evolucionar en cada turno.	Fisioterapeuta
7	Monitorizar destete de ventilación mecánica según evolución del paciente	Fisioterapeuta
8	Realizar la asistencia en terapias respiratorias , según protocolo.	Fisioterapeuta

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El proceso tendrá una duración mínima de 120 minutos

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:** UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

**ANEXOS:** Guías de manejo Consorcio Gestión UCI:

- Evaluación fisioterapéutica del paciente en UCI
- Monitoreo respiratorio
- Oxigenoterapia y aerosolterapia
- Toma de gases arteriales
- Inicio de la ventilación mecánica
- Succión de la vía aérea
- Manejo del paciente traqueostomizado
- Fisioterapia de tórax
- Destete de la ventilación mecánica

<b>ELABORÓ:</b> Dra. Cecilia Sara	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción del cambio
---------	-------	------------------------





## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento: INFORMACION AL PACIENTE Y/O FAMILIARES**

**Código:** CC-01-PR-04

**Versión:** 01

**Fecha:** 18/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Intensivista de turno y Enfermera Jefe

**Objeto:** Estandarizar el proceso de Información de Pacientes en el Hospital universitario del Caribe, enmarcado en la normatividad vigente y las políticas definidas por la Alta Administración siempre buscando niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Hojas de evolución</li> <li>• Formato institucional de consentimiento informado</li> <li>• Equipo de Cómputo</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Impresora.</li> <li>• Papelería</li> <li>• Resumen de atención.</li> <li>• Consentimiento Informado</li> <li>• Acta de Junta Médico-Familiar</li> </ul>		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Evolucionar al paciente anotar el plan de manejo en la Historia Clínica	Intensivista
2	Informar al paciente sobre su condición diaria y plan de manejo, si su estado lo permite.	Intensivista
3	Reunir diariamente a la familia para darles un concepto sobre la condición actual, plan de manejo y pronóstico.	Intensivista
4	El horario de visitas en la unidad será de 10 a 12 am y de 4 a 6 pm	Intensivista



5	<p>Solicitar al paciente o al familiar, si es necesario, el consentimiento informado para los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que lo amerite</p> <p>*Explicar el procedimiento al paciente y o familiar y la necesidad del procedimiento.</p> <p>*Leer el consentimiento informado al paciente y/o familiar.</p> <p>*Consignar en la Historia Clínica el consentimiento firmado.</p> <p>*Anotar en la evolución el resultado de la solicitud del consentimiento.</p> <p>*Avisar al Jefe de Enfermería para iniciar el proceso de Ejecución del procedimiento.</p>	Intensivista
6	Solicitar Junta Medico - familiares con la participación del Medico Tratante, Intensivista y familia, para la Toma de decisiones sobre procedimientos especiales, reanimaciones avanzadas o Cirugías Mayores.	Intensivista
7	Coordinar diariamente la visita a pacientes por familiares o acudientes.	Jefe de enfermería
8	Recibir el consentimiento informado diligenciado.	Jefe de enfermería
9	Avisar a la facturadora sobre el procedimiento.	Jefe de enfermería
10	Iniciar el proceso de traslado de pacientes a procedimientos especiales.	Jefe de enfermería
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> La duración del proceso está ligada a la estancia del paciente.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS: DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</b> Resolución 1439 /2002, Min. Protección Resolución 486 /2003, Ministerio de la Protección social. Ley 23 de 1981 del Congreso Guías de manejo de la UCI Hospital Universitario del Caribe Principales procesos relacionados: Traslado de pacientes, Evolución y formato de consentimiento informado.		
<b>ELABORÓ:</b> Indira Tatis - Ketty Marrugo		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez		<b>ACTA No:</b> 001
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento:** SOLICITUD DE INTERCONSULTAS EN LA UCI

**Código:** CC-01-PR-05

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Intensivista de turno y Enfermera Jefe

**Objeto:** Estandarizar el proceso de Solicitud de Interconsultas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital universitario del Caribe, enmarcado en la normatividad vigente y las políticas definidas por la Alta Administración siempre buscando niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Equipo de Cómputo.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Impresora.</li> <li>• Papelería</li> <li>• Formato correspondiente para interconsultas.</li> </ul>		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Evolucionar al paciente diariamente y anotar el plan de manejo en la Historia Clínica.	Intensivista
2	Anotar en la Historia Clínica la solicitud de valoración por la especialidad requerida	Intensivista
3	Diligenciar completamente el formato de Interconsulta, especificando la especialidad interconsultada, y si requiere concepto, manejo o traslado.	Intensivista
4	Entregar la Interconsulta a la Jefe de Enfermería, para enviarla a la especialidad requerida.	Intensivista
5	Analizar el caso con el especialista Interconsultado y anotar el plan de manejo en la Historia Clínica.	Intensivista
6	Recibir la Interconsulta debidamente diligenciada.	Jefe de enfermería

7	Llamar telefónicamente al médico interconsultante, para que acuda en un plazo máximo de 24 horas a responder la Interconsulta o llevar la interconsulta a la especialidad interconsultada.	Jefe de enfermería
8	Cumplir con las órdenes médicas propuestas por el Médico Intensivista.	Jefe de enfermería
9	Anotar en el libro de Interconsultas la hora, fecha, servicio interconsultado y realizar la contestación de la misma.	Jefe de enfermería
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> La duración del proceso debe ser de máximo 24 horas a partir de la solicitud de la interconsulta.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS: DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</b> Resolución 1439/ 2002, Min. Protección Resolución 486 /2003, Ministerio de la Protección social. Ley 23 /1981, Congreso Guías de manejo y procedimientos de la UCI-Hospital Universitario del Caribe. Guías de manejo de la UCI Hospital Universitario ncipales Procesos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de Autorizaciones.</li> <li>• Proceso de Laboratorio y ayudas diagnósticas.</li> <li>• Proceso Hospitalización</li> <li>• Proceso de Urgencias</li> <li>• Proceso de Caja</li> <li>• Proceso de Facturación</li> <li>• Proceso de Notas de Enfermería.</li> </ul>		
<b>ELABORÓ:</b> Indira Tatis - Ketty Marrugo		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez		<b>ACTA No:</b> 001
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento:** ALERTA Y REANIMACION EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Código:** CC-01-PR-07

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Intensivista de turno y Enfermera Jefe

**Objeto:** Estandarizar el proceso de activación de alertas e inicio de la reanimación del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas definidas por la Dirección del Hospital siempre buscando niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Clínica.</li> <li>• Recurso humano especializado</li> <li>• Monitores especializados</li> <li>• Equipos de reanimación avanzada( cardiodesfibrilador, equipo de gasto cardiaco, catéteres de presión invasiva)</li> <li>• Equipo de Computo.</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Papelería</li> <li>• Solicitudes de exámenes paraclínicos (Laboratorio, Rayos X, Exámenes Especiales).</li> <li>• Solicitud Interconsultas.</li> <li>• Evolución diligenciada</li> <li>• Epicrisis</li> <li>• Certificado de defunción</li> </ul>		

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

<b>CLIENTES:</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1	Evaluar diariamente y cada hora la condición de los signos vitales de cada paciente.	Jefe de enfermeras y auxiliar
2	Anotar en la hoja de seguimiento los signos vitales del paciente y el balance de líquidos	Jefe de enfermeras y auxiliar
3	Avisar al intensivista el posible desarrollo de asistolia o apnea de un paciente	Jefe de enfermeras y auxiliar
4	Alistar el carro de reanimación para iniciar la asistencia avanzada	Jefe de enfermeras y auxiliar
5	Recibir el anuncio del grupo de enfermería	Intensivista
6	Evaluar inmediatamente al paciente	Intensivista
7	Ordenar el inicio de la reanimación y ejecución de desfibrilación (si esto último es necesario)	Intensivista
8	Ordenar los medicamentos pertinentes durante la reanimación	Intensivista
9	Proceder a la intubación del paciente si es el caso	Intensivista
10	Coordinar la intervención durante la reanimación cerebro cardio pulmonar	Intensivista
11	Describir en la historia clínica el suceso, el tipo de intervención, el estado final del paciente y su pronóstico	Intensivista
12	Realizar las órdenes médicas pertinentes	Intensivista
13	Informar a la familia sobre el suceso y la condición y pronóstico del paciente	Intensivista
14	Vigilar los signos vitales y la condición neurológica del paciente	Intensivista
15	Anotar en la evolución el estado y condición del paciente.	Intensivista
16	Coordinar con el intensivista el inicio de la reanimación	Jefe de enfermeras y auxiliar
17	Administrar la medicación ordenada por el intensivista durante el proceso	Jefe de enfermeras y auxiliar
18	Alistar el material necesario para la reanimación	Jefe de enfermeras y auxiliar
19	Ejecutar el masaje cardiaco en coordinación con el soporte respiratorio	Jefe de enfermeras y auxiliar
20	Alistar y monitorizar al paciente con el desfibrilador (si es necesario)	Jefe de enfermeras y auxiliar
21	Registrar en la historia clínica lo acontecido antes, durante y después del evento	Jefe de enfermeras y auxiliar
447		

22	Dar aviso a la familia del paciente para que se presenten en la unidad	Jefe de enfermeras y auxiliar
23	Hacer el seguimiento del paciente con la monitorización especializada según el caso	Jefe de enfermeras y auxiliar
24	Registrar en la hoja de seguimiento cada hora los signos vitales post intervención	Jefe de enfermeras y auxiliar
25	Coordinar el soporte respiratorio en el momento de la reanimación	Terapista
26	Asistir en el soporte ventilatorio invasivo durante la reanimación	Terapista
27	Registrar el resultado de la intervención en la historia clínica	Terapista
28	Tomar la muestra y procesar los gases arteriales si el intensivista lo requiere	Terapista
29	Hacer seguimiento desde el punto de vista respiratorio del estado del paciente	Terapista
30	Anotar en la evolución el resultado de la reanimación y el plan de manejo	Intensivista
31	Informar a la familia el estado, condición y pronóstico del paciente.	Intensivista
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> La duración del proceso debe ser de máximo 24 horas a partir de la solicitud de la interconsulta.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS: DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</b> Resolución 1439/ 2002, Min. Protección Resolución 486 /2003, Ministerio de la Protección social. Ley 23 /1981, Congreso Guías de manejo y procedimientos de la UCI-Hospital Universitario del Caribe. Guías de manejo de la UCI Hospital Universitario ncipales Procesos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de Autorizaciones.</li> <li>• Proceso de Laboratorio y ayudas diagnósticas.</li> <li>• Proceso Hospitalización</li> <li>• Proceso de Urgencias</li> <li>• Proceso de Caja</li> <li>• Proceso de Facturación</li> <li>• Proceso de Notas de Enfermería.</li> </ul>		
<b>ELABORÓ:</b> Indira Tatis - Ketty Marrugo		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y
448		



	Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez	<b>ACTA No:</b> 001
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento:** TRASLADO DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A OTROS SERVICIOS

**Código:** CC-01-PR-06

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Intensivista de turno y Enfermera Jefe

**Objeto:** Estandarizar el proceso de traslado de paciente a otro servicio en el Hospital Universitario del Caribe, enmarcado en la normatividad vigente y las políticas definidas por la Alta Administración siempre buscando niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Equipo de Cómputo.</li> <li>• Reglamentación de Historia Clínica.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Impresora.</li> <li>• Fax.</li> <li>• Papelería</li> <li>• Formularios o Recetario.</li> <li>• Solicitudes de exámenes paraclínicos (Laboratorio, Rayos X, Exámenes especiales).</li> <li>• Autorización de Servicios.</li> <li>• Ordenes Médicas</li> <li>• Solicitud de interconsultas</li> </ul>		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Evaluar diariamente y cada hora la condición de los signos vitales de cada paciente.	Jefe de enfermeras y auxiliar

2	Anotar en la hoja de seguimiento los signos vitales del paciente y el balance de líquidos	Jefe de enfermeras y auxiliar
3	Avisar al intensivista el posible desarrollo de asistolia o apnea de un paciente	Jefe de enfermeras y auxiliar
4	Alistar el carro de reanimación para iniciar la asistencia avanzada	Jefe de enfermeras y auxiliar
5	Recibir el anuncio del grupo de enfermería	Intensivista
6	Evaluar inmediatamente al paciente	Intensivista
7	Ordenar el inicio de la reanimación y ejecución de desfibrilación (si esto último es necesario)	Intensivista
8	Ordenar los medicamentos pertinentes durante la reanimación	Intensivista
9	Proceder a la intubación del paciente si es el caso	Intensivista
10	Coordinar la intervención durante la reanimación cerebro pulmonar	Intensivista
11	Describir en la historia clínica el suceso, el tipo de intervención, el estado final del paciente y su pronóstico	Intensivista
12	Realizar las órdenes médicas pertinentes	Intensivista
13	Informar a la familia sobre el suceso y la condición y pronóstico del paciente	Intensivista
14	Vigilar los signos vitales y la condición neurológica del paciente	Intensivista
15	Anotar en la evolución el estado y condición del paciente.	Intensivista
16	Coordinar con el intensivista el inicio de la reanimación	Jefe de enfermeras y auxiliar
17	Administrar la medicación ordenada por el intensivista durante el proceso	Jefe de enfermeras y auxiliar
18	Alistar el material necesario para la reanimación	Jefe de enfermeras y auxiliar
19	Ejecutar el masaje cardiaco en coordinación con el soporte respiratorio	Jefe de enfermeras y auxiliar
20	Alistar y monitorizar al paciente con el desfibrilador (si es necesario)	Jefe de enfermeras y auxiliar
21	Registrar en la historia clínica lo acontecido antes, durante y después del evento	Jefe de enfermeras y auxiliar
22	Dar aviso a la familia del paciente para que se presenten en la unidad	Jefe de enfermeras y auxiliar
23	Hacer el seguimiento del paciente con la monitorización especializada según el caso	Jefe de enfermeras y auxiliar

24	Registrar en la hoja de seguimiento cada hora los signos vitales post intervención	Jefe de enfermeras y auxiliar
25	Coordinar el soporte respiratorio en el momento de la reanimación	Terapista
26	Asistir en el soporte ventilatorio invasivo durante la reanimación	Terapista
27	Registrar el resultado de la intervención en la historia clínica	Terapista
28	Tomar la muestra y procesar los gases arteriales si el intensivista lo requiere	Terapista
29	Hacer seguimiento desde el punto de vista respiratorio del estado del paciente	Terapista
30	Anotar en la evolución el resultado de la reanimación y el plan de manejo	Intensivista
31	Informar a la familia el estado, condición y pronóstico del paciente.	Intensivista
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> La duración del proceso dependerá del diagnostico, edad y condiciones del paciente, pero debe estar alrededor de 15-30 minutos.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS: DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</b> Resolución 1439/ 2002, Min. Protección Resolución 486/ 2003, Ministerio de la Protección social. Ley 23/ 198, Congreso Guías de manejo y procedimientos de la UCI-Hospital Universitario del Caribe. Procesos relacionados: • Proceso de Laboratorio y ayudas diagnósticas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de evolución</li> <li>• Proceso de ronda médica</li> <li>• Proceso Hospitalización</li> <li>• Proceso de Urgencias</li> <li>• Proceso de Notas de Enfermería</li> </ul>		
<b>ELABORÓ:</b> Indira Tatis - Ketty Marrugo		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez		<b>ACTA No:</b> 001
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento:** ADMINISTRACION DE  
MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES

**Código:** CC-01-PR-11

**Versión:** 01

**Fecha:** 19/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Enfermera Jefe

**Objeto:** Administrar el tratamiento terapéutico ordenado a cada uno de los pacientes, para contribuir al mantenimiento y/o recuperación de su salud. Producir efectos paliativos, restaurativos o curativos, para prevenir enfermedades o ayudar en su diagnóstico.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

- Recurso humano
- Jeringas de diferente capacidad
- Gasas o torundas de algodón
- Alcohol yodado
- Bandeja o carro de medicamentos
- Tarjetas de dosificación de medicamentos
- Solución salina para la dilución, rotulada con fecha y hora de apertura.
- Formularios o Recetario.
- Solicitudes de exámenes paraclínicos (Laboratorio, Rayos X, Exámenes Especiales).
- Autorización de Servicios.
- Ordenes Médicas
- Solicitud de interconsultas

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

<b>CLIENTES:</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1	Pedidos de medicamentos a farmacia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera realiza el pedido en dosis unitarias verificando con las órdenes médicas</li> <li>• Si la entrega de la farmacia cumple con todas las dosis requeridas , se firma la copia</li> <li>• La enfermera que recibe la droga debe entregar a la enfermera del siguiente turno la medicación completa con las tarjetas de medicamentos de cada paciente en su respectivo tallo</li> <li>• La enfermera hará diariamente la devolución de los medicamentos suspendidos o descontinuados, al igual que cuando el paciente se le da la de alta</li> </ul>	Enfermera Jefe
2	Preparación de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de preparar cualquier medicamento deberá lavarse las manos</li> <li>• La administración de medicamentos por parte de la Enfermera implica: conocimiento del estado clínico del paciente, nombre genérico y comercial del medicamento, efectos primarios y secundarios del medicamento, la presentación y concentración de la aplicación, la dosis máxima y mínima terapéutica.</li> </ul>	Enfermera Jefe
3	Proceso para la administración de medicamentos: Antes de administrar cualquier medicamento se deben tener en cuenta los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• administrar el medicamento completo</li> <li>• administrar el medicamento al paciente correcto</li> <li>• administrar el medicamento por la vía correcta</li> </ul>	Enfermera Jefe
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b>		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS: DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</b> Resolución 1439/ 2002, Min. Protección Resolución 486 /2003, Ministerio de la Protección social. Ley 23/ 1981, Congreso		
455		

Guías de manejo y procedimientos de la UCI-Hospital Universitario del Caribe.

Procesos relacionados:

- Proceso de Autorizaciones.
- Proceso de Laboratorio y ayudas diagnósticas.
- Proceso de Facturación.
- Proceso de evolución.
- Proceso de órdenes médicas.
- Proceso de Notas de Enfermería.

**ELABORÓ:** Damileth Hernández

**APROBÓ:** Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente

**REVISÓ:** DR. Tomas Rodríguez

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento: RONDA MÉDICA ASISTENCIAL Y  
DOCENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

**Código:** CC-01-PR-10

**Versión:** 01

**Fecha:** 21/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Medico Intensivista, Medico Residente, Medico General, Enfermera Jefe, Fisioterapeuta, Auxiliar Enfermería.

**Objeto:** Estandarizar el proceso de la Ronda Médica asistencial y docente: evaluar, coordinar, discutir y tratar la situación clínica de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas definidas por la Dirección del Hospital siempre buscando niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Medico intensivista,  
Médico Residente, Médico General, Enfermera Jefe, Fisioterapeuta, Auxiliar de Enfermería.

**Recursos Tecnológicos:**

- Historia Clínica (Médica – Enfermería – Fisioterapia).
- Papelería (Hoja de solicitud de laboratorio, imágenes y procedimientos especiales, hoja de solicitud de interconsultas)
- Carro de transporte de la historia clínica y la papelería).

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Examinar al paciente.	Todo el Grupo
2	Evaluar paraclínicos.	Todo el Grupo
3	Confrontar hallazgos clínicos con los resultados de los paraclínicos.	Todo el Grupo
4	Discutir historia, examen físico y resultados paraclínicos e	Todo el Grupo

	interconsultas.	
5	Consignar en los formatos de cada integrante de la revista los resultados.	Todo el Grupo
6	Establecer objetivos terapéuticos.	Todo el Grupo
7	Registrar los objetivos.	Todo el Grupo
8	Realizar evolución y órdenes médicas.	Medico intensivista
9	Informar al usuario, familiares e integrantes del equipo el plan de trabajo.	Medico intensivista
10	Diligenciar formatos de solicitud paraclínicos, interconsultas.	Medico intensivista
11	Coordinar esfuerzos.	Medico intensivista
12	Entregar a enfermera jefe UCI	Medico intensivista
13	Administrar medicamentos.	Enfermera jefe UCI
14	Tomar muestras para laboratorios.	Enfermera jefe UCI
15	Diligenciar autorizaciones	Enfermera jefe UCI
16	Registrar signos vitales.	Auxiliar de enfermería
17	Informar a enfermera jefe UCI de cambios.	Auxiliar de enfermería
18	Informar a medico intensivista.	Enfermera jefe UCI
19	Reevaluar.	Enfermera jefe UCI
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El proceso tendrá una duración mínima de 120 minutos		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS: GUIAS – PROTOCOLOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome coronario con elevación del ST.</li> <li>• Síndrome coronario sin elevación del ST.</li> <li>• Emergencia Hipertensiva</li> <li>• Tromboembolismo Venoso</li> <li>• Neumonía adquirida en la comunidad</li> <li>• Neumonía nosocomial.</li> <li>• Trauma Craneoencefalico</li> <li>• Hemorragia subaracnoidea</li> <li>• Crisis hiperglucémicas</li> <li>• Pancreatitis aguda</li> <li>• Sepsis abdominal</li> </ul>		
<b>ELABORÓ:</b> Dr. Roberto Eljajek		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
458		

**REVISÓ:** DR. Tomas Rodríguez

**ACTA No:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento: SOLICITUD DE EXAMENES  
PARACLINICOS**

**Código:** CC-01-PR-12

**Versión:** 01

**Fecha:** 21/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:** **Responsable:** Médico Intensivista y Licenciadas de enfermería

**Objeto:** Estandarizar el proceso para solicitar, recibir e interpretar los exámenes paraclínicos y tomar decisiones en la evolución diaria del paciente, de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas establecidas por la Dirección de la Clínica.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Historia clínica</li> <li>• Papelería</li> </ul>		

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Diligenciar formulas médicas y entregar a la Enfermera Jefe de UCI	Intensivista
2	Diligenciar orden en facturación para autorización	Enfermera jefe UCI
3	Realizar toma de muestra	Enfermera jefe UCI
4	Entregar muestras al laboratorio clínico.	Enfermera jefe UCI
5	Procesar muestra conforme solicitud.	Bacterióloga
6	Elaborar informe de resultado	Bacterióloga
7	Entregar resultados.	Aux. Laboratorio
8	Recibir resultados.	Enfermera jefe UCI
9	Registrar resultados de laboratorios en notas de enfermería	Enfermera jefe UCI
10	Archivar informe en la historia clínica.	Enfermera jefe UCI
11	Informar al Medico Intensivista de la llegada de resultados.	Enfermera jefe UCI
12	Interpretar resultados.	Intensivista
13	Cotejar con impresión diagnostica.	Intensivista
14	Generar nueva conducta.	Intensivista
15	Consignar en historia clínica	Intensivista

<b>SOPORTE LEGAL:</b>	
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Está sujeto a la estancia del paciente y con respecto a la entrega por parte de laboratorio, será según el examen solicitado, pero generalmente deben ser enviados antes de la ronda médica, es decir, 8.30 a.m.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Lic. Damilet Hernández	<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Procedimiento: TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE DE CUIDADO CRITICO**

**Código:** CC-01-PR-14

**Versión:** 01

**Fecha:** 21/07/07

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Fisioterapeuta

**Objeto:** Estandarizar el proceso de Terapia Respiratoria en el paciente de cuidado crítico para proporcionarle un manejo terapéutico apropiado e individualizado que garantice su estabilidad durante su permanencia en la UCI.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

- Recurso humano
- Papelería
- Historia clínica
- Equipo de oxigenoterapia y aerosol terapia
- Succionador, o vacío, liner, canister,
- Sondas de succión
- Filtros antibacterianos, circuitos
- Equipo de manejo avanzado de la vía aérea
- Respirador mecánico
- Fonendoscopios
- Equipo de bioseguridad
- Monitor multiparámetros

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Evaluar el patrón respiratorio del paciente que ingresa a la Unidad de Cuidado Crítico

Fisioterapeuta

2

Decidir el manejo terapéutico a iniciar: Monitoreo de

Fisioterapeuta

	oxigenoterapia, Terapia respiratoria, Manejo terapéutico del paciente en Ventilación Mecánica.	
3	Evolucionar en la Historia Clínica la evaluación inicial, el plan de manejo y el procedimiento terapéutico instaurado con los resultados obtenidos.	Fisioterapeuta
4	Solicitar los insumos que se requieran para la aplicación del procedimiento terapéutico.	Fisioterapeuta
5	Alistar los equipos necesarios para la aplicación del manejo terapéutico y realizar los cambios pertinentes.	Fisioterapeuta
6	Realizar el manejo terapéutico de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente y monitorizar los resultados antes, durante y después del mismo, según guía de manejo.	Fisioterapeuta
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El proceso tendrá una duración mínima de 40 minutos		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> UCI: Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>ANEXOS:</b> Guías de manejo Consorcio Gestión UCI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación fisioterapéutica del paciente en UCI</li> <li>• Monitoreo respiratorio</li> <li>• Oxigenoterapia y aerosolterapia</li> <li>• Toma de gases arteriales</li> <li>• Inicio de la ventilación mecánica</li> <li>• Succión de la vía aérea</li> <li>• Manejo del paciente traqueostomizado</li> <li>• Fisioterapia de tórax</li> <li>• Destete de la ventilación</li> </ul>		
<b>ELABORÓ:</b> Dra. Cecilia Sara		<b>APROBÓ:</b> Comité Gestor de la Calidad y Seguridad del Paciente
<b>REVISÓ:</b> DR. Tomas Rodríguez		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>





## CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>

### **5.3.9.- Investigación**

1. Convocatoria para proyectos de investigación
2. Capacitación en Áreas temáticas
3. Fomento de propuestas de Investigación
4. Generación de alternativas de solución
5. Elaboración de presupuesto del área
6. Organización de redes para divulgación y socialización



## GESTIÓN DEL FOMENTO DE UNA CULTURA INVESTIGATIVA

**Procedimiento: CONVOCATORIA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Código:** IV-01-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Científico de Investigación y Proyección Social

**Objeto:** Seleccionar los proyectos de investigación en salud a contratar con el hospital.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Conferencistas, orientadores, relatores, digitadores, recurso humano especializado

**Recursos Tecnológicos:**

Sala de conferencias, computadores, medios audiovisuales, recurso tecnológico, procesos de todas las áreas del Hospital, normatividad.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar la inscripción de cada uno de los proyectos de investigación en salud, en la subgerencia de Investigación y Proyección Social del HUC	Subgerente Científico
2	Verificar a través del Comité de Investigaciones de la SCIPS si el proyecto de investigación en salud, cumple con los requisitos para la aprobación en la Convocatoria	Subgerente Científico
3	Enviar a los Pares evaluadores el Proyecto si cumple con los requisitos	Subgerente Científico
4	Recepcionar los proyectos evaluados por los Pares evaluadores.	PU de Investigación.
5	Enviar al Comité de Investigación para su estudio y aprobación.	PU de Investigación.
6	Levantar acta donde consta la aprobación de los proyectos por parte del comité de investigación.	PU de Investigación.
7	Enviar copia del acta a Gerencia para su conocimiento y	PU de Investigación.

	aprobación.	
8	Notificar a través de oficio a los investigadores principales los proyectos seleccionados.	Subgerente Científico

<b>PRODUCTO ESPERADO:</b> Seleccionar los proyectos que se ajusten a las necesidades del Hospital.		
<b>SOPORTE LEGAL:</b>		
<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> El total de los proyectos seleccionados se ajusten a las necesidades del hospital.		
<b>INDICADORES:</b>		
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>		
<b>DEFINICIONES:</b> Pares evaluadores: Profesionales del área de la salud especializados en los perfiles específicos de cada proyecto		
<b>ANEXOS:</b>		
<b>ELABORÓ:</b> Ricardo Quejada. PU Investigación		<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU de Calidad		<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN DE CUALIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO

**Procedimiento: CAPACITACION EN CADA UNA DE LAS AREAS TEMATICAS**

**Código:** IV-02-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Científico de Investigación y Proyección Social

**Objeto:** Capacitar al recurso humano dedicado a la Investigación en el HUC para formular y evaluar proyectos de investigación.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

**Recursos Tecnológicos:**

Salas de Capacitación, Computadores, Medios Audiovisuales, Recurso tecnológico, Recursos logísticos, Memorias, Realización de Informes.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

### CLIENTES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Suministrar a los investigadores cualquier información relacionada con un tema Científico en el área de la salud y promover la formación de líderes en Investigación capaces de generar propuestas Investigativas	Subgerente Científico o Profesional asignado
2	Organizar eventos académicos Investigativos y distribuir las memorias de los realizados	Subgerente Científico
3	Desarrollar talleres, foros, seminarios, charlas y encuentros de muestras Investigativas para la Sensibilización del personal al interior del HUC	Subgerente Científico
4	Elaborar una base de datos de proyectos de Investigación de grupos y líneas de Investigación	PU de Investigación.

**PRODUCTO ESPERADO:** Formar Líderes Investigativos Capaces de Generar Propuestas de Investigación en Salud

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** El 80% del personal capacitado formule proyectos de investigación en salud.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Ricardo Quejada. PU Investigación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN PARA LA CONFORMACIÓN DE GRUPOS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

**Procedimiento: FOMENTO DE PROPUESTAS DE  
INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIAS**

**Código:** IV-03-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Científico de Investigación y  
Proyección Social

**Objeto:** Conformar grupos de Investigación en las áreas básicas en las diferentes dependencias del HUC con el fin de elaborar y ejecutar proyectos de investigación en cada una de sus especialidades.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

**Recursos Humanos:**

Conferencistas,  
encuestadores, digitadores,  
estadísticos, epidemiólogos

**Recursos Tecnológicos:**

Sala de capacitación,  
computadores, medios  
audiovisuales,

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

### ENTRADAS

### SALIDAS

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Motivar a cada subgerencia para la conformación de un grupo de investigación en salud	Subgerente Científico o Profesional asignado
2	Realizar reuniones periódicas con el personal de cada subgerencia	Subgerente Científico o Profesional asignado
3	Apoyar en la realización de las actividades programadas por los miembros de los diferentes grupos de Investigación	Subgerente Científico o Profesional asignado
4	Realizar el seguimiento, acompañamiento y control a los compromisos celebrados entre los investigadores y la administración de HUC	Subgerente Científico o Profesional asignado
5	Orientar a través de cursos de capacitación en metodología para la Investigación Científica en Salud	Subgerente Científico o Profesional asignado
6	Elaborar las actas de compromisos y llevar el archivo correspondiente de los compromisos con los grupos y líneas de Investigación	Subgerente Científico o Profesional asignado

**PRODUCTO ESPERADO:** Grupos y Líneas de Investigación en Salud Conformados y Organizados.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** En un año, cada una de las diferentes especialidades formule y ejecute un proyecto de investigación en salud.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:** Formato de actas de compromiso.

**ELABORÓ:** Ricardo Quejada. PU Investigación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de Calidad

**ACTA No**

**FIRMA:**

**FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio





**GESTIÓN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO,  
DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO Y  
SU APLICACIÓN SOCIAL**

**Procedimiento: GENERACION DE  
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN A LOS  
PROBLEMAS DE SALUD DEL HUC**

**Código:** IV-04-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Científico de Investigación y  
Proyección Social

**Objeto:** Incentivar la producción de conocimientos y el desarrollo científico y tecnológico al interior del HUC, teniendo en cuenta su aplicación social

**Alcance:**

**RECURSOS NECESARIOS**

**Recursos Humanos:**

Conferencistas,  
encuestadores, digitadores,  
estadísticos, epidemiólogos

**Recursos Tecnológicos:**

Sala de capacitación,  
computadores, medios  
audiovisuales.

**Recursos Financieros:**

**Recursos Informáticos:**

**ENTRADAS**

**SALIDAS**

**Proveedores:**

**Insumos:**

**Usuarios:**

**Productos:**

**CLIENTES:**

**ACTIVIDAD**

**DESCRIPCION**

**RESPONSABLE**

1

Elaborar publicaciones de artículos científicos y medios  
virtuales de procesos de Investigación en Salud con  
proyección social

Subgerente Científico o  
Profesional asignado

2

Impulsar al interior y exterior del HUC, la producción y  
ejecución de proyectos de Investigación en salud

Subgerente Científico o  
Profesional asignado

3

Apoyar la infraestructura tecnológica necesaria para los  
grupos de Investigación

Subgerente Científico o  
Profesional asignado

4

Propiciar encuentros de Muestras Investigativas que ayuden  
en la formación académica de los grupos de Investigación

Subgerente Científico o  
Profesional asignado

5

Realizar documentales que ayuden a motivar a los  
profesionales de la Salud, para que formulen propuestas de  
investigación

Subgerente Científico o  
Profesional asignado

**PRODUCTO ESPERADO:** Alcanzar un alto nivel de desarrollo Científico y Tecnológico al interior del HUC a través de las distintas actividades que incentiven a la investigación.

**SOPORTE LEGAL:**

<b>ESTANDAR DE CALIDAD:</b> Cumplir en un 90% las actividades programadas.	
<b>INDICADORES:</b>	
<b>PUNTOS DE CONTROL:</b>	
<b>DEFINICIONES:</b>	
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ELABORÓ:</b> Ricardo Quejada. PU Investigación	<b>APROBÓ:</b> Comité Técnico
<b>REVISÓ:</b> Martha Gtz de Piñeres J. PU de Calidad	<b>ACTA No</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio



## GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

**Código:** IV-06-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Procedimiento:** ELABORAR EL PRESUPUESTO ANUAL  
DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA DE  
INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Científico de Investigación y  
Proyección Social

**Objeto:** Conocer cuánto recurso económico se requiere para la financiación de grupos de Investigación, líneas y proyectos, y cómo se van a distribuir esos recursos.

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

<b>Recursos Humanos:</b> Encuestadores, digitadores, estadísticos, secretaria, contadores	<b>Recursos Tecnológicos:</b> Computadores.	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>Recursos Informáticos:</b>
--	--	------------------------------	-------------------------------

### ENTRADAS

### SALIDAS

<b>Proveedores:</b>	<b>Insumos:</b>	<b>Usuarios:</b>	<b>Productos:</b>
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Iniciar la planificación del proceso de gestión administrativa y financiera	Subgerente Científico
2	Identificar fuentes de financiación internas y externas	Subgerente Científico
3	Programar la inversión conforme a las prioridades.	Subgerente Científico
4	Conjugar los resultados mediante el instrumento de ejecución de ingresos y gastos.	Subgerente Científico

**PRODUCTO ESPERADO:** Un presupuesto coherente con el presupuesto del hospital.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Cumplir el presupuesto en un 80%.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Ricardo Quejada. PU Investigación

**APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de

**ACTA No**

Calidad.	
FIRMA:	FECHA:

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>



## GESTIÓN DE DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN INVESTIGATIVA

**Procedimiento:** ORGANIZAR REDES PARA LA DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN INVESTIGATIVA

**Código:** IV-06-PR-01

**Versión:** 01

**Fecha:** 11/02/08

**Página:**

**Tipo de Proceso:**

**Responsable:** Subgerente Científico de Investigación y Proyección Social

**Objeto:** Apoyar y promover el intercambio de los resultados de Investigación del HUC, con otros Colegas, mediante la participación en congresos, seminarios y cursos de carácter nacional e internacional y la publicación de estos en revistas indexadas nacionales e internacionales

**Alcance:**

### RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:	Recursos Tecnológicos:	Recursos Financieros:	Recursos Informáticos:
			Bases de datos Científicas, Programas académicos y Científicos de los cursos, congresos y seminarios donde participarán los Investigadores, Instrucciones para publicaciones en diferentes revistas indexadas

### ENTRADAS

### SALIDAS

Proveedores:	Insumos:	Usuarios:	Productos:

**CLIENTES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar reuniones periódicas con los Investigadores	Subgerente Científico o Profesional asignado
2	Desarrollar talleres, cursos y seminarios sobre elaboración de publicaciones	Subgerente Científico o Profesional asignado
3	Suministrar información de los avances científicos y	Subgerente Científico o

	tecnológicos en materia de Salud	Profesional asignado
4	Elaborar artículos, cartillas y proyectos de Investigación en salud	Subgerente Científico o Profesional asignado
5	Enviar a los medios masivos de comunicación locales, regionales y nacionales, la información de los procesos de las investigaciones en Salud que se desarrollan al interior del HUC	Subgerente Científico o Profesional asignado

**PRODUCTO ESPERADO:** Contar con una red de información que contemple artículos, cartillas, folletos, talleres, revistas, página web, seminarios, para la divulgación y socialización de los procesos de investigación en Salud.

**SOPORTE LEGAL:**

**ESTANDAR DE CALIDAD:** Divulgar el 70% de la información investigativa.

**INDICADORES:**

**PUNTOS DE CONTROL:**

**DEFINICIONES:**

**ANEXOS:**

**ELABORÓ:** Ricardo Quejada. PU Investigación      **APROBÓ:** Comité Técnico

**REVISÓ:** Martha Gtz de Piñeres J. PU de Calidad      **ACTA No**

**FIRMA:**      **FECHA:**

### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

## **BIBLIOGRAFIA, REFERENCIAS Y FUENTES**

1. Plan de Desarrollo Institucional 2007 – 2009 “Compromiso de Todos”
2. Estatuto Interno de la ESE HUC Acuerdo 001
3. Reglamento Interno de la Junta Directiva Acuerdo 002
4. Estructura Orgánica de la ESE HUC Acuerdo 003 de marzo de 2006
5. Coordinacion de Calidad de la ESE HUC.
6. Informes del Comité de Calidad de la ESE HUC.
7. Coordinacion de Planeacion de la ESE HUC.
8. Coordinacion de Control Interno de la ESE HUC.