

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO
ADMINISTRATIVO (NO INCLUYE FINANCIERO) DE LA E.S.E HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA**

EDWARD OSWALDO ACEVEDO OSPINA

ID - 000094689

ANA MARÍA CHAYA NAVARRO

ID- 000096085

**UNIVERSIDAD PONTIFICA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE INGENIERÍAS
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA
2012**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO
ADMINISTRATIVO (NO INCLUYE FINANCIERO) DE LA E.S.E HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA**

EDWARD OSWALDO ACEVEDO OSPINA

ID - 000094689

ANA MARÍA CHAYA NAVARRO

ID- 000096085

**Proyecto de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de
INGENIERÍA INDUSTRIAL**

DOCENTE ASESOR

Ing. IVONNE CECILIA LACERA CORTÉS



**UNIVERSIDAD PONTIFICA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE INGENIERÍAS
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA
2012**

Dedicamos este logro a Dios, por regalarnos la vida y todas las oportunidades y medios para salir adelante; a nuestros padres por ser esas personas incondicionales, por ser nuestra guía y ejemplo de superación y enseñarnos el valor de la vida y lo importantes que somos para ellos, ofrecernos su comprensión, amor, esfuerzo y apoyo; a nuestros hermanos por acompañarnos en todos los momentos de nuestras vidas y enseñarnos el valor de luchar por lo que queremos.

Agradecemos a Dios por acompañarnos durante todo el camino, por dejarnos soñar y disfrutar la vida, a nuestros queridos padres por darnos la oportunidad de formarnos en una universidad integral y por acompañarnos en todos los logros de nuestras vidas, a nuestros hermanos por su compañía y apoyo en todos los momentos difíciles, a la Universidad Pontificia Bolivariana, profesores y amigos por el gran proceso de aprendizaje y su compañerismo durante esta etapa de nuestras vidas académicas. A la Ing. Claudia Patricia Aponte Hernández y a la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo por dejarnos elaborar este proyecto, por su acogida y su constante guía durante todo el proceso y a la Ing. Ivonne Cecilia Lacera Cortes, directora del proyecto de grado por sus aportes, colaboración, paciencia y guía en el desarrollo de este proyecto.

CONTENIDO

GLOSARIO.....	11
INTRODUCCIÓN	19
1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....	21
1.1. NOMBRE DE LA EMPRESA	21
1.2. ACTIVIDAD ECONÓMICA.....	21
1.3. TELÉFONO	21
1.4. DIRECCIÓN	21
1.5. NÚMERO DE EMPLEADOS.....	21
1.6. MISIÓN	21
1.7. VISIÓN.....	22
1.8. POLÍTICAS DE CALIDAD.....	22
1.9. OBJETIVOS DE CALIDAD	22
1.10. NOMBRE Y CARGO DEL ASESOR DE LA EMPRESA	23
1.11. PRESENTACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	22
1.12. RESEÑA HISTÓRICA	23
1.13. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA ESPECÍFICA DE TRABAJO	24
2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA – ALCANCE	26
3. ANTECEDENTES.....	28
4. JUSTIFICACIÓN.....	29
5. OBJETIVO GENERAL.....	30
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
6. MARCO TEÓRICO	31
7. DISEÑO METODOLÓGICO	36
7.1. DISEÑO	36
7.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	36
7.3. POBLACIÓN.....	36
7.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	37

8. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO ADMINISTRATIVO (NO INCLUYE FINANCIERO)	38
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
WEBGRAFÍA.....	48
ANEXOS	49

LISTA DE ANEXOS

	PÁG.
• Anexo A. Relación nombre del proceso vs líder del proceso.....	47
• Anexo B Caracterización de los procesos y herramienta AMFE.....	48
• Anexo C. CONVENIO UPB – E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.....	50
• Anexo D - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	55
• Anexo E. LISTA DE ASISTENCIA A LA PRESENTACIÓN.	56
• Anexo F CARACTERIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE INIMPUTABLES.....	58
• Anexo G. PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES.....	67
• Anexo H. FORMATO DE CENSO DIARIO POR SALAS.....	78
• Anexo I. FORMATO DE COMPROMISO FAMILIAR EN PACIENTES CON SALIDA.....	79
• Anexo J. FORMATO DE DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE HOSPITALIZACIÓN AL SERVICIO FARMACÉUTICO.....	80
• Anexo K. FORMATO DE ENTREGA DE PENDIENTES.....	81
• Anexo L. FORMATO DE ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO.....	82
• Anexo M. FORMATO DE PENDIENTES.....	83
• Anexo N. FORMATO ORDEN DE SALIDA.....	84
• Anexo O. FORMATO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.....	85
• Anexo P. FORMATO PARA RETIRO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.....	86
• Anexo Q. FORMATO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS Y DOCUMENTOS.....	87
• Anexo R. CARACTERIZACIÓN DE ARCHIVO CENTRAL.....	88
• Anexo S. INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN.....	96

• Anexo T. FORMATO DE TABLA DE INVENTARIO Ó TRANSFERENCIA DOCUMENTAL.....	107
• Anexo U. FORMATO DE TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.....	108
• Anexo V. FORMATO DE CRONOGRAMA ANUAL DE TRANSFERENCIAS.....	109
• Anexo W. FORMATO DE TABLA DE INVENTARIO DOCUMENTAL Y TRANSFERENCIAS.....	110
• Anexo X. FORMATO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS.....	111
• Anexo Y. FORMATO DE LISTADO DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS.....	112
• Anexo Z. FORMATO DE ACTA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS.....	113
• Anexo AA. FORMATO DE TABLA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL.....	114
• Anexo AB. FORMATO DE STIKER CARPETAS.....	115
• Anexo AC. FOTOS Y FIRMAS DE LA SOCIALIZACIÓN.....	116
• Anexo AD. FORMATO DE ENTREVISTA.....	124
• Anexo AE. Diagnóstico de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	125
• Anexo AE CD – TOTALIDAD DE LOS PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO FINANCIERO	

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
TABLA 1. CANTIDADES DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS.....	42
TABLA 2. RELACIÓN NOMBRE DEL PROCESO VS LÍDER DEL PROCESO.....	47
TABLA 3. DOCUMENTOS EXISTENTES ANTES DE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN.....	38

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Estructura organizacional de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.....	22
Figura 2. Ciclo de mejora continua, ciclo DEMING.....	33
Figura 3. Identificación de la Caracterización.....	41
Figura 4. Identificación de la Caracterización y AMFE – Análisis Modal de Fallas y Efectos.....	41

GLOSARIO

ACCIÓN CORRECTIVA: “Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable”.¹

ACCIÓN PREVENTIVA: “Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable”²

ALIENADOS: “Se aplica a la persona que padece una alteración temporal o permanente de la razón y de los sentidos”.³

ALTA DIRECCIÓN: “persona o grupo de persona que dirigen y controlan al más alto nivel una organización”.⁴

AUDITORÍA: “Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría”.⁵

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: “parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de calidad”⁶.

CALIDAD: “Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.⁷

CARACTERÍSTICA DE LA CALIDAD: “característica inherente de un producto, proceso o sistema relacionada con un requisito”.⁸

CLIENTE: “organización o persona que recibe un producto”.⁹

¹ Normas Técnicas Colombiana, NTC-ISO 9000, 2005. Op. Cit., p. 15

² Ibíd., p 15

³ ALIENDADO: [en línea]. Disponible en web: [<http://es.thefreedictionary.com/alienado>]. Citado el 8 de Abril de 2012

⁴ Ibíd., p 10

⁵ Ibíd., p 15

⁶ Ibíd., p 10

⁷ Ibíd., p 8

⁸ Ibíd., p 14

COMPETENCIA: “habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes”.¹⁰

CONFORMIDAD: “Cumplimiento de un requisito”¹¹

CONTROL DE CALIDAD: “Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad”.¹²

EFICACIA: “Extensión en el que realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados”.¹³

EFICIENCIA: “relación entre el resultado alcanzado y los resultados utilizados”.¹⁴

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN: “disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal”.¹⁵

GESTIÓN DE LA CALIDAD: “actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad”.¹⁶

INFRAESTRUCTURA: “sistema de instalaciones, equipo y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización”.¹⁷

MANICOMIO: “Hospital en el que ingresan los enfermos mentales para curarse o mejorar de su enfermedad”.¹⁸

MANUAL DE CALIDAD: “documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización”.¹⁹

⁹ Normas Técnicas Colombiana, NTC-ISO 9000, 2005. Op. Cit., 11

¹⁰ Ibíd., p 20

¹¹ Ibíd., p 14

¹² Ibíd., p 10

¹³ Ibíd., p 10

¹⁴ Ibíd., p 10

¹⁵ Ibíd., p 11

¹⁶ Ibíd., p 10

¹⁷ Ibíd., p 11

¹⁸ MANICOMIO: [en línea]. Disponible en web: [<http://es.thefreedictionary.com/manicomio>]. Citado el 8 de Abril de 2012

¹⁹ Normas Técnicas Colombiana, NTC-ISO 9000, 2005. Op. Cit., p 17

MEJORA DE LA CALIDAD: “parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad”.²⁰

MEJORA CONTINUA: “actividades recurrentes para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos”.²¹

NO CONFORMIDAD: “incumplimiento de un requisito”.²²

OBJETIVO DE CALIDAD: “algo ambicionado o pretendido relacionado con la calidad”.²³

ORGANIZACIÓN: “conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones”.²⁴

PACIENTE AGITADO: “La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros intensos estados emocionales”.²⁵

PACIENTE CALMADO: “pacientes que tiene un estado de ánimo sereno y sosegado, con ausencia de toda preocupación o nerviosismo, ánimo tranquilo”.²⁶

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD: “parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos

²⁰ Ibíd., p 10

²¹ Ibíd., p 10

²² Ibíd., p 14

²³ Ibíd., p 9

²⁴ Ibíd., p 11

²⁵ PACIENTE AGITADO: [en línea]. Disponible en web:

[<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/El%20paciente%20agitado.pdf>]. Citado el 8 de Abril de 2012

²⁶ PACIENTE CALMADO: [en línea]. Disponible en web:

[<http://es.thefreedictionary.com/calmado>]. Citado el 8 de Abril de 2012

operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad".²⁷

PLAN DE CALIDAD: "documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto producto o contrato específico".²⁸

POLÍTICA DE CALIDAD: "Intenciones globales y orientación de una organización tal como se expresan formalmente por la alta dirección".²⁹

REQUISITO: "necesidad o expectativa establecida generalmente implícita o establecida".³⁰

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: "percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos".³¹

SISTEMA: "conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan".³²

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: "Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad".³³

²⁷ Normas Técnicas Colombiana, NTC-ISO 9000, 2005. Op. Cit., p 11

²⁸ Ibíd., p 9

²⁹ Ibíd., p 9

³⁰ Ibíd., p 8

³¹ Ibíd., p 8

³² Ibíd., p 9

³³ Ibíd., p 9

RESUMEN

TITULO: CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO ADMINISTRATIVO (NO INCLUYE FINANCIERO) DE LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

AUTORES: Ana María Chaya Navarro – Edward Oswaldo Acevedo Ospina

FACULTAD: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR: Ivonne Cecilia Lacera Cortés

El proyecto contribuye a mejorar el funcionamiento de cada una de las unidades de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO por medio de la realización de las caracterizaciones de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero) bajo los lineamientos, políticas y normatividad para las entidades prestadoras del servicio de la salud, siendo este el primer paso importante para lograr la acreditación en calidad en la institución de salud y llegar al desarrollo integral de la entidad. Se logró establecer una metodología para la incorporación de cada uno de los procesos de una manera integral, aportando una nueva forma de desarrollo basado en el planteamiento y el logro de los objetivos de la institución.

El proyecto contempla cuatro (4) etapas, contando con el apoyo de la gerencia y de todos los empleados: **la primera etapa** consiste en la identificación y observación del funcionamiento de cada uno de los procesos; el porcentaje de existencia de documentos era de un 19,6% en la parte misional y de un 19,1% en los procesos de apoyo administrativo; **la segunda etapa** radica en la recolección de la información por medio de entrevistas con cada uno de los líderes de cada unidad funcional para hacer la respectiva creación o reforma de los documentos existentes según el caso por cada proceso, **la tercera etapa** consiste en el desarrollo de la metodología de caracterización propuesta por la asesora de calidad de la institución donde toda la

información recolectada es unificada y organizada de acuerdo con los procesos; **y como última etapa** esta la socialización y retroalimentación con cada uno de los líderes del hospital para realizar las respectivas correcciones, de esto se obtuvo que el 90% estaba correcto y al 10% restante se realizó el ajuste respectivo.

Palabras claves: Procedimientos, instructivos, caracterizaciones, satisfacción del cliente, sistema de gestión de la calidad, herramienta AMFE.

ABSTRACT

TITLE: CHARACTERIZATION OF PROCESSES MISSION AND ADMINISTRATIVE SUPPORT (NOT INCLUDING FINANCIAL) THAT THE E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO IN THE CITY OF BUCARAMANGA.

AUTHOR: Ana María Chaya Navarro – Edward Oswaldo Acevedo Ospina

DEPARTMENT: Department of Industrial Engineering

DIRECTOR: Ivonne Cecilia Lacera Cortés

The current project contributes to improve the performance of some of the SAN CAMILO PSYCHIATRIC HOSPITAL units through the mission processes and the administrative support (not including the financial unit) under the guidelines, rules and policies of the health care institutions, which is the most important step to achieve the Quality Certification to be able to get the integral development of the hospital. An approach to the incorporation of each process as a whole was implemented, contributing a new way of development based on the statement and achievement of the institutional objectives.

The project encompasses four (4) stages supported for the management department and the employees. The first one is about the identification and observation of each process; the documentation availability was 19,6% in the mission part and 19,1% in the administrative support; the second stage is about the information gathering through interviews with the leaders of each functional unit to create or redesign the documentation in each process. The third stage is about developing the characterization approach stated by the quality consultant in the institution where the information is gathered and organized according to the processes. The last stage is

related to the socialization and feedback with each leader in the hospital to carry out the corrections. From this, the 90% was right and 10% was adjusted.

KEYWORDS: Quality manual, characterizations, instructional, quality policies and procedures, customer satisfaction, quality management system.

INTRODUCCIÓN

La E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO es una Empresa Social del Estado de gran importancia, por ser la única institución oficial que presta atención en salud mental para el departamento de Santander y sus alrededores.

Actualmente las empresas van orientadas a obtener una organización eficiente, rentable, productiva, eficaz, competitiva y líder en su sector; es por esto la idea de implementar sistemas que midan su desempeño y así mismo que las posicionen por su alta competitividad en el desarrollo efectivo de sus procesos, debido a los rápidos cambios del mercado global.

Es así como se pensó en dar el primer paso para la implementación del sistema de gestión de la calidad en la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO en su búsqueda de acreditación en calidad.

El documento presenta el desarrollo de un trabajo de identificación, observación, recolección, desarrollo, socialización, hasta la retroalimentación y ajustes de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero), con el fin de disponer de una herramienta de trabajo ágil para el desarrollo de las tareas frente a los trabajadores, estableciendo el método habitual para manejar las actividades y planes a futuro existentes en todos los niveles de la organización y los cuales se encuentran llamados a cumplir o exceder las expectativas del paciente y/o su familia, la excelencia y la generación de valor asegurando la calidad, mejoramiento continuo, cumplimiento y profesionalismo en la prestación de los servicios.

El objetivo principal de este proyecto apunta a formular la caracterización de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero) con la participación activa de los líderes de cada proceso por medio de entrevistas permitiendo establecer y documentar el instructivo usual para manejar las actividades en cada unidad funcional desarrollando una filosofía y metodología que ayuden a la

organización a mejorar muchos aspectos tales como: enfocar a los trabajadores en los pacientes y su familia, permitir predecir y controlar el cambio, generar habilidad de competir con los recursos disponibles, prevenir la ocurrencia de errores y eventos adversos, manteniendo el enfoque en los procesos y entendiendo la dinámica de la organización.

Por ultimo cabe destacar, que se dirigen estos esfuerzos a la mayor satisfacción del usuario y/o su familia, a la participación activa de todos sus empleados y a la mejora continua de la organización.

1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

1.1. NOMBRE DE LA EMPRESA

Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo

1.2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Institución prestadora de servicios de salud mental

1.3. TELÉFONO

6302222

1.4. DIRECCIÓN

Calle 45 N. 7-04 – Bucaramanga – Santander – Colombia

1.5. NÚMERO DE EMPLEADOS

La E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO cuenta con 250 empleados de planta y 50 por contratación externa. Este proyecto genera un impacto en 230 empleados del hospital.

1.6. MISIÓN

Somos una organización con amplia trayectoria y liderazgo en la prestación de servicios integrales de Salud Mental en el territorio colombiano, con la calidad que garantiza la Satisfacción de nuestros Usuarios y sus familias, a través del trato humanizado, con experiencia, infraestructura y dotación idóneas, en un ambiente que nos hace altamente competitivos en el sector. ³⁴

³⁴ MISIÓN: [en línea]. Disponible en web:
[http://hospitalsancamilo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=152].
Citado el 10 de Enero de 2012

1.7. VISIÓN

Seremos para el año 2013, una organización con los más altos estándares de calidad en la prestación de servicios integrales en Salud Mental a nuestros usuarios y sus familias, de reconocimiento nacional con enfoque académico e investigativo.³⁵

1.8. POLÍTICAS DE CALIDAD

En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo estamos comprometidos con nuestros usuarios y sus familias, garantizando su satisfacción por los servicios integrales ofrecidos en Salud Mental, mediante el mejoramiento continuo en todos los procesos, que asegure la calidad total.³⁶

1.9. OBJETIVOS DE CALIDAD

- ✓ Prestar a nuestros usuarios servicios integrales en salud mental, en forma oportuna y con estándares de calidad de acuerdo con la reglamentación que se expide para dicho propósito.
- ✓ Desarrollar y fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental generando un mayor impacto social a la comunidad.
- ✓ Garantizar la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la entidad.
- ✓ Lograr el mejoramiento continuo en la gestión.
- ✓ Contar con proveedores que garanticen productos y servicios confiables y de buena calidad.
- ✓ Fomentar una cultura de responsabilidad con el medio ambiente dentro de la entidad.
- ✓ Gestionar los recursos económicos para la prestación de los servicios, mejorando la eficiencia operacional.

³⁵ VISIÓN: [en línea]. Disponible en web:
[http://hospitalsancamilo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=152].
Citado el 10 de Enero de 2012

³⁶ POLÍTICA DE CALIDAD: [en línea]. Disponible en web:
[http://hospitalsancamilo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=152].
Citado el 10 de Enero de 2012

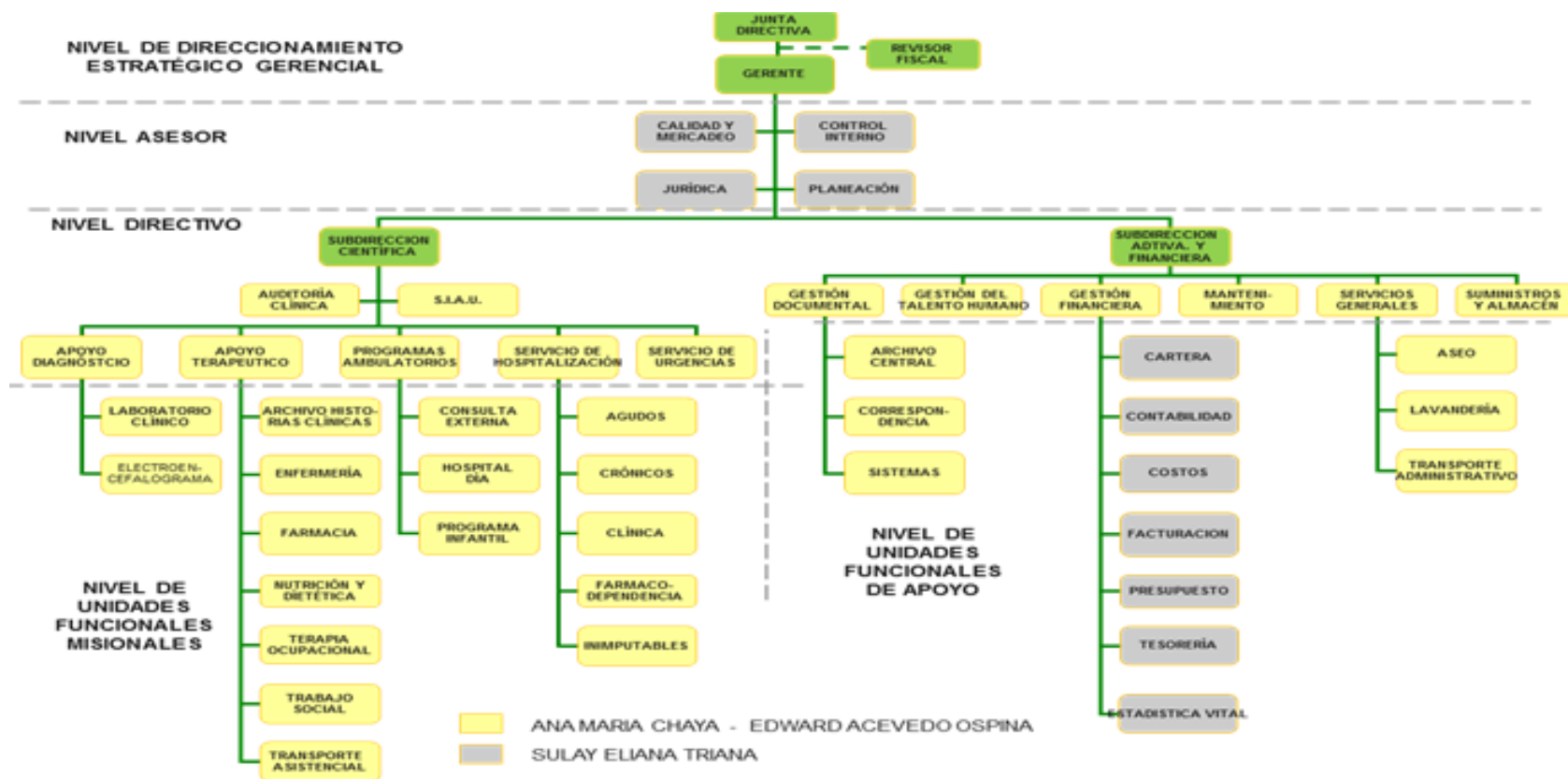
- ✓ Garantizar que se cuente con la infraestructura adecuada para la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.
- ✓ Generar y fortalecer las competencias del talento humano.
- ✓ Incrementar la satisfacción del talento humano.

1.10. NOMBRE Y CARGO DEL ASESOR DE LA EMPRESA

Ingeniera de Sistemas Claudia Patricia Aponte – Asesora de calidad – Área calidad y mercadeo.

1.11. PRESENTACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Figura 1. Estructura organizacional de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.



Fuente: Área de calidad y Mercadeo de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.

1.12. RESEÑA HISTÓRICA

En Agosto de 1924 se propuso por parte del Representante a la Cámara Dr. Martín Carvajal la construcción de un "Manicomio" para hombres y mujeres en Bucaramanga. En 1937 se expidió la ley 32 por la cual se dispuso un auxilio para la compra de un lote de terreno con destino a ello.

Solamente hasta el año de 1947 se hizo efectivo ese auxilio por la Junta de Asistencia Social del Departamento en la cuantía de cuarenta y cinco mil pesos m/cte. (\$45.000.00), que se destinaron a incrementar las apropiaciones para la construcción de los edificios, pues el lote se había comprado por la misma Junta el día 23 de Septiembre de 1944.

El 2 de enero de 1958 se inició la construcción que comprendía los pabellones para "agitados" y "calmados" y demás servicios de cocina, lavandería y comedores generales del hospital.

Terminados los edificios más necesarios, la Junta de asistencia social creó el servicio para "alienados" y autorizó la celebración de contratos para servicios de administración y científicos, según la resolución del 6 de junio de 1953.

Por ser el Instituto una realización del gobierno, tuvo su origen y formación en actos de la administración pública, la Junta de asistencia social del departamento le dio autonomía por medio de estatutos que fueron aprobados en la resolución 30 del 24 de septiembre de 1953 e igualmente aprobados por la resolución emanada del Ministerio de Salud Pública el día 17 de octubre de 1953. Estos estatutos contemplan el régimen orgánico del establecimiento de: Junta Directiva, encargada de la Dirección General, servicio que debe prestar recursos fiscales, labores de la rama científica, administrativa y disposiciones varias que regulan su funcionamiento

En estas condiciones se instaló la Junta Directiva de la hoy Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, cumpliendo, entre otras funciones, con la

expedición de reglamentos internos y obtención de la personería jurídica que le fue otorgada el primero de enero de 1954.

En 1957 la institución dejó de llamarse Instituto Psiquiátrico San Camilo y paso a formar parte del Instituto Nacional de Salud, lo cual esta institución le dio el nombre de Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Finalmente, mediante el decreto 0098 de 1998 se transforma en cumplimiento a la Ley 100 de 1993, en la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, liderando la atención integral en salud mental con eficiencia y profesionalismo, a todo el nororiente de Colombia.

En la actualidad el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo es una empresa social del estado de gran importancia, por ser la única institución oficial que presta atención en salud mental para el departamento de Santander y sus alrededores. Por otro lado el Hospital Psiquiátrico San Camilo en su calidad de universitario, según convenio docente-asistencial con diferentes universidades de Bucaramanga, es un centro de investigación y docencia para los estudiantes de enfermería, medicina, fisioterapia, trabajo social, entre otros.³⁷

1.13. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA ESPECÍFICA DE TRABAJO

El área específica del presente proyecto dentro de la estructura organizacional de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, se encuentra en el nivel misional y de apoyo administrativo (no incluye financiera), estos son:

Unidades funcionales misionales y de apoyo administrativo:

PROCESOS MISIONALES:

- Encefalograma

³⁷ RESEÑA HISTÓRICA: [en línea]. Disponible en web: [http://hospitalsancamilo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=152]. Citado el 10 de Enero de 2012

- Enfermería
- Farmacodependencia
- Agudos
- Crónicos
- Hospital clínica
- Inimputables
- Urgencias
- Programa infantil
- Hospital día
- Consulta externa
- Terapia ocupacional
- Farmacia
- Laboratorio clínico
- SIAU
- Nutrición
- Archivo de historias clínicas
- Transporte asistencia básica
- Trabajo social
- Auditoria clínica

PROCESOS DE APOYO ADMINISTRATIVO:

- Archivo central
- Correspondencia
- Sistemas
- Gestión de Talento Humano
- Mantenimiento
- Servicios generales
- Suministro y almacén.

2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA – ALCANCE

Según el decreto 2309 en el contexto de la Ley 100, referente al Sistema de Garantía de Calidad, se quiere propiciar un aseguramiento de la calidad en las entidades prestadoras del servicio de salud, estandarizando procesos en los servicios de salud.

La idea de realizar este proyecto, nació de la necesidad de tener una organización más eficiente, rentable, productiva, eficaz y competitiva en el sector de salud; es por esto que se decide dar el primer paso para la implementación de un sistema de gestión de la calidad con el fin de mejorar los procesos, instructivos, procedimientos, formatos y estandarizar la organización, consiguiendo así una mejor atención al paciente, demostrando que la institución está capacitada para cumplir con sus objetivos garantizando unos procesos que rayen la excelencia.

El proyecto comenzó con la identificación de los procesos misionales y de apoyo administrativos (no incluye financiero), pasando por la observación, recolección, desarrollo, socialización, hasta la retroalimentación y el ajuste si era necesario del proceso particular con cada uno de los líderes de las unidades funcionales – procesos de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. El hospital cuenta con cuarenta y uno (41) procesos totales, en este proyecto se desarrollaron veinte (20) procesos de tipo misional que son: Encefalograma, enfermería, farmacodependencia, agudos, crónicos, hospital clínica, inimputables, urgencias, programa infantil, hospital día, consulta externa, terapia ocupacional, farmacia, laboratorio clínico, SIAU, nutrición, archivo de historias clínicas, transporte asistencia básica, trabajo social, auditoria clínica y siete (7) procesos de tipo de apoyo administrativo que son: archivo central, correspondencia, gestión de Talento Humano, mantenimiento, servicios generales, suministro y almacén y sistemas.

La realización de este proyecto permitió darle un horizonte, un orden y una estructura al hospital, agrupando cada uno de las actividades que se realizan en el proceso, aglomerando también los formatos que proporcionen información útil para el desarrollo

de estas actividades, especificando entradas y salidas del proceso; asegurando así la calidad en el servicio al paciente.

La alta dirección de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO busca con este primer paso al sistema de acreditación de la calidad, adoptar una filosofía para el trabajo, manejando la mejora continua y teniendo un compromiso con el incremento del desempeño en cada uno de los procesos.

3. ANTECEDENTES

Al comenzar el trabajo de caracterización de los procesos de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO se tuvo en cuenta el historial suministrado por la unidad de planeación sobre los adelantos con los que contaba el hospital y así poder revisar, complementar y terminar el trabajo propuesto. Lo aportado para comenzar el proceso fue: Estructura organizacional, listado de actividades de seis (6) de los veintisiete (27) procesos correspondientes, uno (1) de estos tenían actividades que ya no se realizaban en esa unidad, de igual manera habían algunos listados contruidos por personas que ya no hacían parte de ese proceso, también se encontraron algunos documentos que ya no aportaban información importante, formatos viejos y sin su respectivo logo, no había orden en las unidades con respecto al archivo de documentos y por último se encontraron cuatro (4) instructivos elaborados desde el año 2005 los cuales no estaban siendo utilizados.

En consecuencia, la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO decidió realizar un convenio con la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA firmado el primero de Junio del año 2011, ver **Anexo C** Convenio UPB – E.S.E. HPSC, con el fin de reorganizar los procesos por medio de la caracterización, obteniendo así una mayor funcionabilidad, orden y una mejor prestación del servicio, siendo este, el primer paso para obtener grandes beneficios y poder acreditarse en el sistema de gestión de la calidad.

4. JUSTIFICACIÓN

El proyecto nació de una necesidad presentada en la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO debido a la implementación del sistema de gestión de la calidad que deberá afrontar, donde el proceso de caracterización es el primer paso para la ejecución del mismo.

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo hace parte de las cien (100) IPS públicas patrocinadas por el Ministerio de la protección social y Ministerio de salud para acreditarse en el sistema de salud.

Los directivos de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO participaron en capacitaciones con el Ministerio de la protección social y Ministerio de Salud teniendo en cuenta que es ICONTEC la entidad acreditadora de salud en Colombia; se debe conocer la ISO 9001:2008 para poder tener unos procesos muy bien definidos que permita al hospital cumplir con el objetivo de garantizar la salud del paciente y que las personas que se incorporen a la entidad puedan desarrollar su labor a través de la caracterización.

De acuerdo con el extenso trabajo a realizar y con el fin de optimizar tiempo y recursos la Ing. de Sistemas Claudia Patricia Aponte H. asesora de calidad en la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, opta por acudir a la Universidad Pontificia Bolivariana, para que tres de sus estudiantes formen un grupo de trabajo para lograr la caracterización de los procesos, suscribiéndose un convenio entre el claustro y la E.S.E. HPSC. Se conformó el equipo, fraccionando las unidades funcionales correspondiendo a Ana María Chaya Navarro y Edward Oswaldo Acevedo Ospina la responsabilidad de los procesos de tipo misional y de apoyo administrativo; y Sulay Eliana Triana Castellanos liderando los procesos de asesoría y de gestión financiera de la entidad.

5. OBJETIVO GENERAL

Formular y documentar la caracterización de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero) de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO de la ciudad de Bucaramanga.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y observar el funcionamiento de cada uno de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero) existentes en el HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.
- Recolectar información y solicitar a cada líder de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero) los documentos y formatos utilizados para el desarrollo de las actividades.
- Desarrollar la metodología de caracterización propuesta por el área de calidad del hospital con cada líder de proceso.
- Socializar las caracterizaciones y realizar las respectivas retroalimentaciones con cada uno de los líderes de los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiero) de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.

6. MARCO TEÓRICO

- **SOGC:** El sistema obligatorio de garantía de calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional, óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Está integrado por cuatro (4) componentes a saber: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el sistema de información para la calidad en salud.³⁸

- **SALUD MENTAL:** La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.³⁹

³⁸ SOGC: [en línea]. Disponible en web: [http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Paginas/SistemaObligatorioDeGarant%C3%ADaDeCalidad-SOGC.aspx]. Citado el 10 de Enero de 2012

³⁹ Salud mental: [en línea]. Disponible en web: [http://www.who.int/features/qa/62/es/index.htm]. Citado el 10 de Enero de 2012

- **ACREDITACIÓN EN SALUD:** Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011-Resolución 1445 de 2006).

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.⁴⁰

- **HERRAMIENTAS AMFE** (Análisis Modal de Fallos y Efectos): Es una de las herramientas más utilizadas en la planificación de la calidad, los tipos que existen son: AMFE de producto para evaluar su diseño, y AMFE de proceso para evaluar las deficiencias que puede ocasionar un mal funcionamiento del mismo en el producto o servicio⁴¹

- **CICLO PHVA:** Es también conocido como ciclo de Deming, ciclo de control, o simplemente el ciclo PHVA: planear, hacer, verificar, actuar.

Este ciclo es un proceso esencial, que se lo debe realizar en cada una de las etapas, en cada una de las acciones que realicemos.

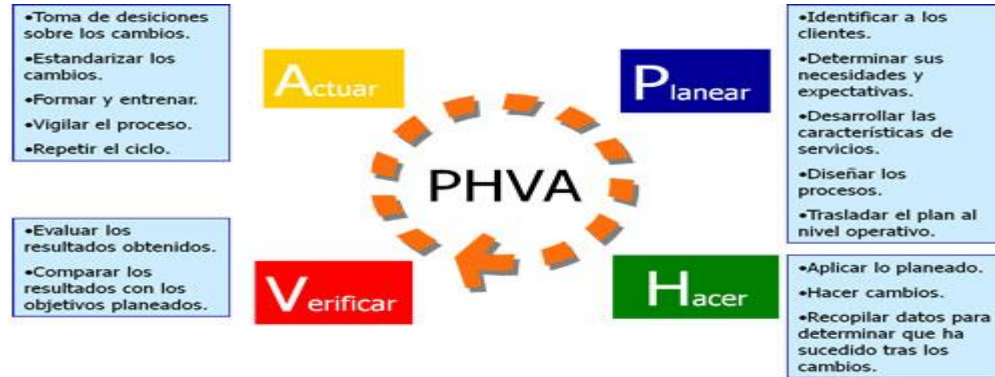
Planificamos lo que vamos a hacer, luego lo hacemos, verificamos si lo que hacemos corresponde a lo planeado para actuar de dos maneras, actuar para corregir si no correspondió a lo planeado y actuar para mejorar si lo que hicimos correspondió a lo planeado.⁴²

⁴⁰ Acreditación en salud [en línea]. Disponible en web: [http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29]. Citado el 10 de Enero de 2012

⁴¹ Herramientas AMFE [en línea]. Disponible en web: [http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/amfe.pdf]. Citado el 13 de Febrero de 2012.

⁴² Ciclo PHVA [en línea]. Disponible en web: [http://www.corporacion3d.com/corporac/index.php?option=com_content&view=article&id=72:phva&catid=15:articulos&Itemid=54]. Citado el 20 de Febrero de 2012.

Figura 2. Ciclo de mejora continua, ciclo DEMING.



Fuente: Ciclo de mejora continua, ciclo DEMING: [en línea]. Disponible en web: [http://www.implementacionsig.com/index.php/interpretacion-norma-iso14001/12-ciclo-de-mejora-continua-iso-14001]. Citado el 10 de Enero de 2012

➤ **TIPOS DE PROCESOS:** Cada organización define los tipos de procesos con los que cuenta, comúnmente existen los siguientes:

- Procesos estratégicos: Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.
- Procesos misionales: Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por el Instituto, en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.
- Procesos de apoyo: Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.⁴³

➤ **PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE CALIDAD:** Los principios de gestión de la calidad, de acuerdo con lo indicado en la norma ISO 9001 son:

⁴³ Tipos de procesos [en línea]. Disponible en web: [http://www.idipron.gov.co/sigid/publicaciones.php?id=20821]. Citado el 20 de Febrero de 2012.

- Enfoque al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto debe comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Deben crear un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse en el logro de los objetivos de la organización.
- Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de la 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 más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados con un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- Mejora continua: La mejora continúa del desempeño global de la organización, debe de ser un objetivo permanente de esta.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y en la información previa.
- 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.⁴⁴

⁴⁴ Principios de gestión de calidad: [en línea]. Disponible en web: [http://www.mailxmail.com/cursos-sistema-gestion-calidad-iso-9001/8-principios-gestion-calidad]. Citado el 10 de Enero de 2012

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. DISEÑO

El proyecto utilizó un diseño de tipo descriptivo dado que el objetivo es conocer el funcionamiento detallado de las unidades funcionales, a partir de la recolección de datos e información de fuentes primarias y secundarias en la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO y de otras instancias del Sistema General de Seguridad Social de Salud.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

Las instalaciones de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO de la ciudad de Bucaramanga, Capital del departamento de Santander, Colombia.

7.3. POBLACIÓN

- **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN O UNIDAD DE OBSERVACIÓN:** cada uno de los procesos misionales y de apoyo (no incluye financiero) de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.
- **TAMAÑO DE LA POBLACIÓN:** El E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO cuenta con 41 unidades funcionales, de los cuales se desarrolló 20 unidades misionales y 7 unidades de apoyo administrativos, generadoras de 27 procesos ejecutados uno a uno.
- **IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN:** para identificar la población se tuvo en cuenta la estructura organizacional vigente de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, se determinó los procesos y quien era su líder en cada proceso, para concertar con cada uno, una

agenda a desarrollar. Ver **Anexo A**. Relación nombre del procesos
Vs líder del proceso

- VARIABLES
 - Unidad funcional – Proceso
 - Líder
 - Documentación
 - Norma
 - Equipos de trabajo

7.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

- **MÉTODO:** El método que se utilizó fue la observación del funcionamiento de cada procesos y análisis de la información suministrada por los líderes de cada proceso, se realizó una prueba piloto el cual tuvo como objetivo observar las posibles dificultades que se pudieran presentar en el desarrollo del formato de caracterización de los procesos ver **Anexo B** Formato de la caracterización y herramienta AMFE – Análisis Modal de Fallos y Efectos.
- **TÉCNICA:** la técnica que se utilizó para la aplicación de los instrumentos de este estudio fue la entrevista, compuesta por una serie de preguntas aplicadas a los líderes de cada proceso.
- **INSTRUMENTO:** Formato de caracterización y herramienta AMFE - Ver **Anexo B**.

8. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO ADMINISTRATIVO (NO INCLUYE FINANCIERO)

La metodología utilizada durante el desarrollo de este proyecto consistió en conocer el funcionamiento de cada uno de los procesos que componen el Hospital, con el fin de identificar como se encontraba en cuanto a los requerimientos exigidos por el Sistema de Gestión de la Calidad para la realización de las caracterizaciones.

Las actividades realizadas comprendieron la observación, recolección, desarrollo, socialización, retroalimentación y el ajuste si es necesario de cada proceso del Hospital.

La realización de las caracterizaciones de los procesos misionales (Encefalograma, enfermería, farmacodependencia, agudos, crónicos, hospital clínica, inimputables, urgencias, programa infantil, hospital día, consulta externa, terapia ocupacional, farmacia, laboratorio clínico, SIAU, nutrición, archivo de historias clínicas, transporte asistencia básica, trabajo social, auditoria clínica) y de apoyo administrativo (archivo central, correspondencia, gestión de Talento Humano, mantenimiento, servicios generales, suministro y almacén y sistemas) consistió en:

1. Se inició el procedimiento con unas tutorías por parte de la asesora de calidad de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, con el fin de realizar la capacitación de los Sistemas de Acreditación en Calidad, normatividad en entidades de salud y estatales y entrega del material para llevar a cabo el proceso de caracterización, estas reuniones se llevaron a cabo en el mes de Mayo del 2.011; en esa misma fecha se diseñó un cronograma de las actividades a desarrollar durante el proceso de caracterización, ver **Anexo D** Cronograma de actividades.
2. Se llevó a cabo una presentación de los estudiantes ante todos los líderes de los procesos para que existiera una identificación dentro del hospital, esta reunión se realizó en el mes de Junio del 2.011; ver **Anexo E** Lista de asistencia a la presentación

3. Se continuó el procedimiento de caracterización con un diagnóstico para observar el estado actual de la empresa por medio de una detenida inspección de cómo era el funcionamiento de las unidades, posteriormente se identificaron **los procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiera)** existentes en la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. (Ver **Anexo AE**. Diagnóstico de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo)

TABLA 3. DOCUMENTOS EXISTENTES ANTES DE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN

DOCUMENTOS EXISTENTES	
PROCEDIMIENTOS	6
INSTRUCTIVOS	4
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	1
NOMBRE DE LA UNIDAD	27
TIPO DE UNIDAD	27
OBJETIVOS	6
POLÍTICAS	6
ALCANCE	6
POBLACIÓN OBJETIVO	6
DEFINICIONES	6
RESPONSABLE	27
REGISTROS	4

FUENTE: Los autores

4. Seguidamente se ejecutó una prueba piloto con el líder de proceso de consulta externa, del nivel misional, para determinar las fallas o inconvenientes que se pudieran presentar durante el proceso de caracterización. La prueba piloto fue de gran ayuda para la realización de las siguientes caracterizaciones, se identificaron la eficiencia de las preguntas y como se debían realizar para la mejor claridad en el proceso de recolección de la información.

5. Realizar una observación y una entrevista a cada uno de los líderes de las unidades funcionales - procesos de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, (Ver **Anexo A** Relación nombre del proceso vs líder del proceso), (ver **Anexo AD** Formato de entrevista), con el fin de recoger la mayor y más útil información en cuanto a las actividades que se realizaban en la unidad, recursos que necesitaban para ello, personal involucrado, formatos, procedimientos e instructivos.
6. Luego se desarrolló la metodología de caracterización propuesta por el área de calidad del hospital con cada líder de proceso, elaborando las caracterizaciones. Los veintisiete (27) procesos, se encuentran en el CD adjunto, ver **Anexo AD CD – PROCESOS MISIONALES Y DE APOYO ADMINISTRATIVO (NO INCLUYE FINANCIERO)**; como ejemplo para este proyecto se tomaron un proceso misional que contiene la caracterización, (ver **Anexo F.** Caracterización de hospitalización de inimputables), procedimiento para hospitalización en inimputables (ver **Anexo G.** Procedimiento para hospitalización en inimputables) y finalmente los formatos necesarios que componen el proceso de hospitalización en inimputables (ver **Anexo H.** Formato de censo diario por salas, ver **Anexo I.** Formato de compromiso familiar en pacientes con salida, ver **Anexo J.** Formato de devoluciones de medicamentos e insumos de hospitalización al servicio farmacéutico, ver **Anexo K.** Formato de entrega de pendientes, ver **Anexo L.** Formato de orden para exámenes de laboratorio, ver **Anexo M.** Formato de pendientes, ver **Anexo N.** Formato orden de salida, ver **Anexo O.** Formato de recibo y entrega de turno, ver **Anexo P.** Formato para retiro de pacientes del servicio de hospitalización, ver **Anexo Q.** Formato de verificación de servicios y documentos) y un proceso de apoyo administrativo que contiene la caracterización, (ver **Anexo R.** Caracterización de archivo central), instructivo para archivo central (**Anexo S.** Instructivo para la organización del archivo central y de gestión) y finalmente los formatos necesarios que componen el proceso de archivo central, ver **Anexo T.** Formato de tabla de inventario ó transferencia documental, ver **Anexo U.** Formato de tabla de retención documental, ver **Anexo V.** Formato de

cronograma anual de transferencias, ver **Anexo W**. Formato de tabla de inventario documental y transferencias, ver **Anexo X**. Formato de solicitud de préstamo de documentos, ver **Anexo Y**. Formato de listado de préstamo de documentos, ver **Anexo Z**. Formato de acta de eliminación de documentos, ver **Anexo AA**. Formato de tabla de valoración documental, ver **Anexo AB**. Formato de stiker carpetas).

7. Finalmente se hizo el proceso de socialización de las caracterizaciones con cada uno de los líderes de los **procesos misionales y de apoyo administrativo (no incluye financiera)**, se realizó la retroalimentación de los documentos y el ajuste necesario a cada uno según el caso, esto se realizó en el mes de febrero del año 2.012, ver **Anexo AC** Fotos y firmas de la socialización.

Partiendo del conocimiento de los procesos existentes en el hospital, se realizó la caracterización de estos, la cual tiene las siguientes partes, que se observan en la figura 3

1. Caracterización del proceso: Nombre del proceso que se está caracterizando.
2. Código: Permite realizar el control del documento. (Este código es estipulado por archivo central de acuerdo con el orden correspondiente).
3. Versión: Indica el número de veces que ha sido modificado el documento.
4. Fecha de actualización: Fecha de la última actualización realizada.
5. Tipo de proceso: Tipo de proceso que se está caracterizando.
6. Objetivo: Fin que busca cumplir el proceso.
7. Política de operación del proceso: Parámetros establecidos para el funcionamiento del proceso.
8. Alcance: Actividades que limitan el proceso.
9. Población objeto: Personas que están involucradas en el proceso.
10. Definiciones: Palabras claves que se tienen en cuenta en el proceso.
11. Responsable: Responsable del proceso.
12. Procesos proveedores: Procesos encargados de generar las entradas.
13. Entradas: Requerimientos necesarios para llevar a cabo el inicio del proceso.

14. Actividades: Acciones que se realizan para la transformación las entradas.
15. Salidas: Recursos de entradas ya transformadas.
16. Procesos Clientes: Procesos que requieren de la salida de este proceso.
17. Recursos: Recursos técnicos y locativos.
18. Documentos relacionados: Documentos que necesita el proceso para su desarrollo.
19. Registros del proceso: Registros que necesita el proceso para desarrollar las actividades.
20. Normatividad: Normas necesarias en el proceso.
21. Indicadores: Elementos a controlar, medir y hacer seguimiento durante la realización del proceso (Indicadores suministrados por la Ing. Claudia Aponte – Asesora de calidad del hospital).
22. Herramienta AMFE: Análisis modal de fallos y efectos

Figura 3. Identificación de la Caracterización

		Código: 2	Versión: 3
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		Fecha Actualización: 4	Página: 1
		TIPO DE PROCESO: 5	
6 OBJETIVO	7	POLÍTICA DE OPERACIÓN DEL PROCESO	
8 ALCANCE	9	POBLACION OBJETO	
10 DEFINICIONES	11	RESPONSABLE	
12 PROCESOS PROVEEDORES	13 ENTRADAS	ACTIVIDADES / PROCEDIMIENTOS	15 SALIDAS
		PLANEAR	HACER
		ACTUAR	VERIFICAR
	PERSONAS RESPONSABLES ENTRADAS:	14	PERSONAS RESPONSABLES DE RECEPCIÓN DE SALIDAS:
			16 PROCESOS CLIENTES

Elaboró:	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo:	Cargo: Asesora de Calidad y Unidades de Servicio de Salud	Cargo: Subdirector Clínico

Fuente: los autores

Figura 4. Identificación de la Caracterización y AMFE – Análisis Modal de Fallas y Efectos

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR"				Código:		Versión:	
Fecha Actualización:				Página: 2			
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO:				TIPO DE PROCESO:			

RECURSOS		DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS DEL PROCESO		NORMATIVIDAD	INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
TÉCNICOS	LOCATIVOS		NOMBRE REGISTRO	TIEMPO DE RETENCIÓN		
17		18	19		20	21

ACTUALIZACIÓN DE LA VERSIÓN				RIESGOS (HERRAMIENTA AMFE)			
FECHA	QUIEN ACTUALIZO	CAMBIOS REALIZADOS	Nº NUEVA VERSIÓN	FALLO POTENCIAL	CAUSA O FACTOR CONTRIBUTIVO	EFECTOS DEL FALLO	CALIFICACIÓN
22							

Elaboró:	Revisó: Claudia Patricia Aponle Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo:	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

Fuente: los autores

Las caracterizaciones realizadas en este proyecto fueron: UTI, farmacia, consulta externa, hospital día, farmacodependencia, inimputables, hospital crónicos, hospital clínica, programa infantil, hospital agudos, SIAU, laboratorio clínico, enfermería, terapia ocupacional, nutrición y dieta, encefalograma, auditoria clínica, archivo e historias clínicas, trabajo social, transporte y asistencia básica, archivo central, correspondencia, gestión de Talento Humano, mantenimiento, servicios generales, suministro y almacén y sistemas.

Los documentos obtenidos después de haber desarrollado la caracterización de los procesos se pueden apreciar en la siguiente tabla:

TABLA N°. 1 CANTIDADES DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN
DE LOS PROCESOS

TIPO DE DOCUMENTO	CANTIDAD UNIDADES MISIONALES	CANTIDAD UNIDADES APOYO	TOTAL
Instructivos	26	16	42
Caracterizaciones	20	7	27
Procedimientos	16	19	35
Formatos y registros	66	19	85
TOTAL	128	61	189

Fuente: Los autores.

CONCLUSIONES

- Se formuló la caracterización de los 20 procesos misionales: Encefalograma, enfermería, farmacodependencia, agudos, crónicos, hospital clínica, inimputables, urgencias, programa infantil, hospital día, consulta externa, terapia ocupacional, farmacia, laboratorio clínico, SIAU, nutrición, archivo de historias clínicas, transporte asistencia básica, trabajo social, auditoria clínica y 7 procesos de apoyo administrativo: archivo central, correspondencia, gestión de Talento Humano, mantenimiento, servicios generales, suministro y almacén y sistemas, de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO; brindando un ordenamiento de los procesos y el cumplimiento de los requisitos y necesidades de los clientes, aumentando su satisfacción y el funcionamiento eficaz de la organización.
- Se identificó los 20 procesos misionales y los 7 procesos de apoyo y se observó el funcionamiento de cada uno de los procesos existentes en el Hospital Psiquiátrico San Camilo y se desarrolló la metodología de caracterización de los procesos la cual permite a la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, dar inicio a su proceso de acreditación en sistema de gestión de la calidad, así como beneficiar a los pacientes y usuarios del establecimiento de salud con una mejor atención en cada una de sus unidades.
- Gracias a la participación activa del personal y el alto nivel de compromiso por parte de la gerencia, se lograron los objetivos propuestos en el presente proyecto.
- Se socializó los 27 procesos con cada uno de los líderes obteniendo un 90% del material elaborado en perfecto estado y el 10% restante fue ajustado y mejorado lográndose un óptimo funcionamiento de los procesos y satisfaciendo al paciente.

- Culminada la realización del proceso de caracterización la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO tiene ya el primer paso para la Acreditación del Sistema de Gestión en Calidad, lo cual facilita el funcionamiento de los procesos, garantizando al paciente la calidad en los servicios.
- Fue provechoso haber elaborado este proyecto en la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, puesto que aplicamos muchos conocimientos adquiridos durante todo el proceso de aprendizaje en la universidad, a pesar de esto por ser una entidad prestadora del servicio de salud mental se debía tener unos cuidados especiales, y por ser una empresa pública el proceso de elaboración del proyecto fue de mucha paciencia y mucha comprensión con todo el personal que labora en la institución.
- Por otro lado, el trabajo realizado contribuyó sin duda una experiencia realmente enriquecedora tanto a nivel profesional, porque se hizo la aplicación de los conocimientos adquiridos en lo largo de la carrera de Ingeniería Industrial, como en lo personal por crecer humanísticamente frente a vivencias obtenidas durante el transcurso de este proyecto.

RECOMENDACIONES

- Se le recomienda a la E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO seguir con el proceso de mejoramiento continuo en cuanto al proceso de acreditación en sistema de gestión de la calidad, para así mejorar los procesos y acreditarse.
- Revisar y actualizar periódicamente los procesos de caracterización, normatividad, requisitos, el seguimiento e indicadores a utilizar para garantizar una mejora continua en los procesos y verificar el buen funcionamiento de la empresa.
- Realizar constantemente capacitaciones y sensibilización al personal de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, debido a que es de gran importancia la labor desempeñada en cada uno de ellos con el fin de mantener un compromiso y seguir avanzando para la acreditación en sistemas de calidad.
- Se recomienda a la alta dirección tener un control y compromiso con los siguientes pasos para la acreditación en el sistema de gestión de la calidad garantizando en los demás empleados un óptimo desempeño en las labores a realizar.
- Implementar diagramas de flujo para los procedimientos e instructivos con el fin de evidenciar de forma didáctica la secuencia de las actividades a realizar asegurando un mejor entendimiento al personal de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, además sistematizar esta documentación de calidad para así mantener y controlar de forma efectiva la información.

WEBGRAFÍA

- “Tipos de investigación” [en línea]. Disponible en web:
[<http://manuelgross.bligoo.com/conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa.>]. Citado el 05 de Diciembre de 2011.
- “Acerca de nosotros” [en línea]. Disponible en web:
[www.hospitalpsiquiatricosancamilo.gov.co.]. Citado el 05 de Diciembre de 2011.
- SOGC: [en línea]. Disponible en web:
[<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SistemaObligatoriodeGarant%C3%ADadeCalidad-SOGC.aspx>]. Citado el 10 de Enero de 2012
- Salud mental: [en línea]. Disponible en web:
[<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.htm>]. Citado el 10 de Enero de 2012
- Acreditación en salud [en línea]. Disponible en web:
[<http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29>]. Citado el 10 de Enero de 2012
- Ciclo PHVA [en línea]. Disponible en web:
[http://www.corporacion3d.com/corporac/index.php?option=com_content&view=article&id=72:phva&catid=15:articulos&Itemid=54]. Citado el 20 de Febrero de 2012.
- Tipos de procesos [en línea]. Disponible en web:
[<http://www.idipron.gov.co/sigid/publicaciones.php?id=20821>]. Citado el 20 de Febrero de 2012.
- Principios de gestión de calidad: [en línea]. Disponible en web:
[<http://www.mailxmail.com/curso-sistema-gestion-calidad-iso-9001/8-principios-gestion-calidad>]. Citado el 10 de Enero de 2012
- Ingeniera Claudia Aponte (Entrevista, Mayo de 2011), Asesora de calidad de la E.S.E. HPSC, Bucaramanga

ANEXOS

Anexo A. Relación nombre del proceso vs líder del proceso

Tabla N°2 Relación nombre del proceso vs líder del proceso

Tipo de Proceso		Nombre del Proceso	Líder del Proceso
1	Misional	Electroencefalograma	Marina Almeida
2	Misional	Enfermería	Martha Clarisa Cuellar
3	Misional	Farmacodependencia	Marcela García
4	Misional	Agudos	Bárbara Herrera
5	Misional	Crónicos	María Antonia Ospina
6	Misional	Hospital Clínica	Luz Amparo Díaz
7	Misional	Inimputables	Clara Acevedo
8	Misional	Urgencias	Julie Valbuena
9	Misional	Programa Infantil	Diana Suarez
10	Misional	Hospital Día	Marya Martínez
11	Misional	Consulta Externa	Shirley Caro
12	Misional	Terapia Ocupacional	Nidia Rodríguez
13	Misional	Farmacia	Javier Barandica
14	Misional	Laboratorio Clínico	Luz Estela Díaz
15	Misional	SIAU	Gladys Castillo
16	Misional	Nutrición	Martha Álvarez
17	Misional	Archivo de Historias Clínicas	Martin Rueda
18	Misional	Transporte Asistencia Básico	Yolanda Cuellar
19	Misional	Trabajo Social	Yolanda Cuellar
20	Misional	Auditoria Clínica	Miriam Martínez
21	De apoyo	Correspondencia	Luz Estela Pérez
22	De apoyo	Gestión de Talento Humano	Pedro Pablo Gómez
23	De apoyo	Mantenimiento	Cesar Vesga
24	De apoyo	Servicios Generales	Martha Peña
25	De apoyo	Suministro y Almacén	Cesar Vesga
26	De apoyo	Archivo Central	Fabio Molano
27	De apoyo	Sistemas	Orlando Patarroyo

Fuente: los autores

Anexo B Caracterización de los procesos y herramienta AMFE

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN CAMILO HOSPITAL PSIQUIATRICO "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR" CARACTERIZACION DEL PROCESO:	Código:	Versión:
	Fecha Actualización:	Página: 1
TIPO DE PROCESO:		

OBJETIVO		POLÍTICA DE OPERACIÓN DEL PROCESO	
ALCANCE		POBLACIÓN OBJETO	
DEFINICIONES		RESPONSABLE	

PROCESOS PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES / PROCEDIMIENTOS		SALIDAS	PROCESOS CLIENTES
	PERSONAS RESPONSABLES ENTRADAS:	PLANEAR	HACER	PERSONAS RESPONSABLES DE RECEPCIÓN DE SALIDAS:	
		ACTUAR	VERIFICAR		

Elaboró:	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo:	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN CAMILO HOSPITAL PSIQUIATRICO "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR" CARACTERIZACION DEL PROCESO:	Código:	Versión:
	Fecha Actualización:	Página: 2
TIPO DE PROCESO:		

RECURSOS		DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS DEL PROCESO		NORMATIVIDAD	INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
TÉCNICOS	LOCATIVOS		NOMBRE REGISTRO	TIEMPO DE RETENCIÓN		

ACTUALIZACIÓN DE LA VERSIÓN				RIESGOS (HERRAMIENTA AMFE)			
FECHA	QUIÉN ACTUALIZÓ	CAMBIOS REALIZADOS	No. NUEVA VERSIÓN	FALLO POTENCIAL	CAUSA O FACTOR CONTRIBUTIVO	EFFECTOS DEL FALLO	CALIFICACION

Elaboró:	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo:	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

Anexo C. CONVENIO UPB – E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

 República de Colombia Gobernación de Santander		GOBERNACIÓN DE SANTANDER Folios: 0. Anexos: N Radicación #: 20110029793 Fecha: 2011-03-14 10:37 Pro Tercero: ATM004553 HORBES BUITRAGO MATEUS GEF PSIQUIATRICO SAN CAMILO Dep Radicadora: Subdirección Administrativa y Finanzas SaludClase Doc: Salida Tipo Doc: Carta Consec: 07.0.3.1		125767 HOSPITAL Secretaria de 425
CARTA	Código: AP-GD-RG-05	Gestión Documental	Versión: 5	Pág. __ de __

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA OFICINA JURÍDICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

CERTIFICA:

Que habiéndose consultado los Archivos de esta dependencia, se pudo establecer:

Que de conformidad con el Decreto N° 0098 del 14 de Agosto de 1995, emanado de la Gobernación de Santander, **EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO**, se transformó en **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO de Bucaramanga**, entendida como una Categoría Especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Departamental, dotada de Personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa, con NIT N° 890.200.500-9.

Que mediante el Artículo 17 del Decreto N° 0098 del 14 de Agosto de 1995, el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, tiene el carácter de Representante Legal.

Que en la actualidad el Doctor **HORBES BRANLING BUITRAGO MATEUS**, identificado con cédula de ciudadanía número 91.489.606 expedida en Bucaramanga, se encuentra ejerciendo el cargo de Gerente de la E.S.E. **HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO**, de conformidad con la Resolución de Nombramiento con Carácter de Propiedad N° 15463 del 10 de Noviembre de 2009 y Acta de Posesión N° 0301 del 26 de Noviembre de 2009, emanadas de la Gobernación de Santander.

Que en el evento de existir documentación que registre información diversa a la aquí consignada, estamos en condiciones de revisar la presente Certificación.

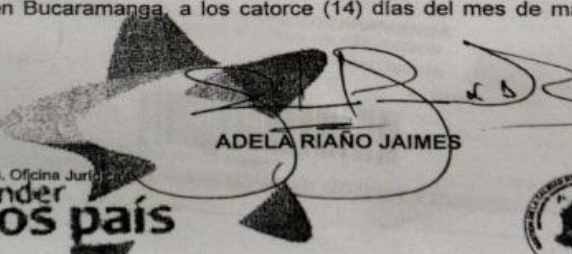
Que se adhiere y anula Estampilla de Recaudo Departamental por valor de \$42.240., según Recibo N° 90847481 del 14 de Marzo de 2011.

Que se expide la presente Certificación, a solicitud del Gerente de la ESE Hospital mediante oficio de fecha 14 de marzo de 2011 para fines judiciales.

Expedida en Bucaramanga, a los catorce (14) días del mes de marzo de dos mil once (2011).

Recibido:
En la (para)
el día 21/2011
a las 4:00pm
en Santander

hacemos país


ADELA RIAÑO JAIMES




Certificado No. 05143-1 Certificado No. 80 4317-1

Calle 37 N° 10-30 Teléfono 6339666 Bucaramanga - Colombia
www.santander.gov.co

PERSONERIA JURIDICA

Ministerio de Justicia.—Secretaría General.—Sección Jurídica.

RESOLUCION NUMERO 1102 DE 1954

Por la cual se reconoce una Personería Jurídica.

El Ministerio de Justicia,

en uso de la facultad que le confiere el artículo 19 del Decreto N° 105 de 1947 y

CONSIDERANDO:

Que el doctor JORGE VILLABONA A., en su carácter de Presidente de la Junta Directiva del INSTITUTO PSIQUIATRICO "SAN CAMILO", domiciliado en Bucaramanga, solicita de este Ministerio, por conducto de la Gobernación de Santander, el reconocimiento de personería jurídica para dicha entidad;

Que el interesado acompaña a su solicitud copias autenticadas del acta de instalación de la Junta Directiva de la entidad y elección de dignatarios; de los estatutos que la rigen, debidamente aprobados, y una certificación expedida por el Presidente de la Directiva del Instituto en la que se expresa que el señor RODRIGO RODRIGUEZ G. se encuentra en ejercicio de sus funciones como Síndico de la misma;

Que la Gobernación de Santander, en providencia del 13 de febrero del año en curso, la que obra en expediente, da concepto favorable al reconocimiento pedido;

Que se han llenado las formalidades prescritas por el artículo 44 de la Constitución Nacional, por el Título XXXVI del Libro Primero del Código Civil y los Decretos 1.326 de 1922 y 1.510 de 1944;

Empresariales y Sociales de **LA UNIVERSIDAD** b) Proporcionar al practicante la tutoría interna de un profesional experto en el área de la práctica, los recursos, los materiales, los equipos de oficina y los espacios físicos necesarios, así como, la información requerida para cumplir el desarrollo de la práctica. c) Permitir la asistencia del estudiante en práctica a la sesión que programa **LA UNIVERSIDAD**, una vez a la semana con el fin de hacer seguimiento y supervisión. Por parte del Estudiante: a) El estudiante dependerá académicamente de **LA UNIVERSIDAD**, pero debe acatar en todo momento las normas y reglamentos establecidos por la dirección de **LA EMPRESA**. b) Demostrar espíritu de colaboración, disciplina y ética profesional. c) Realizar el trabajo en el plazo estipulado en el plan de trabajo, según los objetivos de la práctica y las necesidades de **LA EMPRESA**. d) Asistir a las sesiones de supervisión de las prácticas organizadas por **LA UNIVERSIDAD**. e) Elaborar y entregar de acuerdo al Plan de Trabajo, los informes de la práctica empresarial o social. f) Manifestar oportunamente tanto a **LA UNIVERSIDAD** como a **LA EMPRESA** todo cambio en el estado de salud que pueda afectar el cumplimiento de la práctica. **PARÁGRAFO:** El incumplimiento por parte del estudiante de los compromisos adquiridos en virtud de éste convenio, será motivo de sanción de acuerdo a las normas de **LA UNIVERSIDAD**. **TERCERA: Actividades.** Otras actividades que pueden desarrollarse dentro del marco del presente Convenio son: a) Diseño y realización de programas y proyectos de investigación. b) Intercambio y prestación de servicios profesionales especializados. c) Utilización de recursos, materiales técnicos y administrativos. d) Intercambio de información bibliográfica. e) Consultoría y prestación de servicios especializados. f) Cualquier actividad conexas con las anteriores que beneficie el desarrollo del presente convenio. **CUARTA. Supervisión.** Para el desarrollo y aplicación del presente convenio **LA UNIVERSIDAD** nombrará un docente supervisor de la práctica. Igualmente **LA EMPRESA** nombrará un profesional que hará las veces de tutor-supervisor y tendrá entre otras las siguientes funciones: a) Vigilar el cumplimiento oportuno y eficiente de los Programas que se aprueben. b) Proponer las modificaciones o ajustes que se consideren convenientes para el mejor desarrollo de las prácticas empresariales y sociales. **PARAGRAFO:** La entidad permitirá a los docentes supervisores de práctica realizar visitas a la entidad para supervisar las actividades del estudiante, al igual que facilitará a otros estudiantes de **LA UNIVERSIDAD** realizar visitas técnicas relacionadas con esas



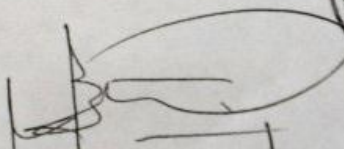
CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA UNIVERSIDAD
PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA Y
LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

Entre los suscritos a saber: **Mons. PRIMITIVO SIERRA CANO**, mayor de edad, de esta vecindad, identificado con C.C. No. 91.340.022 expedida en Piedecuesta - Santander, obrando en su calidad de Rector y en Representación de **LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA Seccional Bucaramanga**, con NIT. 890.902.922 – 6, establecimiento de Educación Superior, sin ánimo de lucro y de derecho privado, aprobado por el ICFES mediante Acuerdo No. 083 del 12 de julio de 1990, quien para efectos del presente convenio se denominará **LA UNIVERSIDAD**, y **HORBES BRANLING BUITRAGO MATEUS**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.489.606, expedida en Bucaramanga, quien obra en representación de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO**, con NIT 890.200.500-9 con domicilio en la Calle 45 No. 7-04 de Bucaramanga, quién para efectos del presente convenio se denominará **LA EMPRESA**, se ha celebrado el presente convenio de prácticas empresariales y sociales, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. Objeto general y específico del convenio.** El presente Convenio tiene por OBJETO GENERAL establecer las bases que sirvan de fundamento a un programa de cooperación interinstitucional en beneficio de las partes firmantes, aunando esfuerzos y recursos alrededor de actividades de interés común. Tiene como OBJETO ESPECÍFICO: la realización de la práctica empresarial-trabajo de grado de los estudiantes definidos por **LA UNIVERSIDAD** según listado que hace parte integral de este Convenio, de perfiles de las distintas Facultades previamente solicitados por **LA EMPRESA**. **SEGUNDA: Responsabilidades y Funciones.** Por parte de LA UNIVERSIDAD: a) Asignar a los estudiantes para realizar la práctica empresarial. b) Asignar un docente supervisor de la práctica universitaria para que oriente y evalúe los procesos de acuerdo al plan de trabajo. c) Vigilar el cumplimiento del reglamento de práctica y del plan de trabajo para que el estudiante cumpla con las normas, principios y objetivos. d) Incluir en el seguro colectivo de Accidentes Personales al estudiante que se encuentre en práctica, por el tiempo de la misma. Por parte de LA EMPRESA: a) Conocer y acatar el Reglamento de Prácticas



actividades. **QUINTA. Condiciones económicas.** Los costos y gastos que demande el desarrollo de la ejecución del convenio, en el evento que existan, deberán ser determinados previamente en cada caso, así como otras obligaciones y deberes de las partes. **PARAGRAFO:** Algunos costos podrán de común acuerdo, ser compensados con servicios que preste una de las partes. **SEXTA. Remuneración.** Este convenio de práctica académica para trabajo de grado, no genera remuneración alguna para ninguna de las partes. **SEPTIMA. Seguros.** El estudiante contará por su cuenta, con los seguros de acuerdo a la ley. Además contará con el seguro de accidentes personales tomado por **LA UNIVERSIDAD.** **OCTAVA. Inexistencia de vínculo laboral.** El presente convenio se efectúa con fines exclusivamente académicos y no genera vínculo laboral alguno entre **LA EMPRESA** y el practicante designado por **LA UNIVERSIDAD.** **NOVENA. Vigencia.** Este convenio tendrá una vigencia de diez (10) meses contados a partir de la fecha de iniciación de la práctica y se podrá dar por terminado en cualquier momento por decisión expresa de cualquiera de las partes. Así mismo, podrá ser prorrogado por acuerdo de las partes antes de la fecha del vencimiento. **PARAGRAFO:** Queda entendido que las partes se comprometen a dar cumplimiento a los programas o actividades ya iniciados. **DÉCIMA. Modificaciones.** Cualquier modificación que se quiera realizar al presente convenio deberá hacerse por escrito, firmado por las partes y anexarse al presente documento. **DÉCIMA PRIMERA. Anexos.** Forman parte del presente convenio: El Reglamento de Prácticas Empresariales y Sociales, el Plan de Trabajo aprobado por las partes y el Listado de Estudiantes que ejecutan el Plan respectivo. **DECIMA SEGUNDA. Perfeccionamiento.** En señal de acuerdo se firma el presente convenio, en dos ejemplares del mismo tenor con destino a cada una de las partes, en Floridablanca (Santander), a los un (01) días del mes de Junio del año 2011.

Mons. PRIMITIVO SIERRA CANO
Rector
Universidad Pontificia Bolivariana
Seccional Bucaramanga.


HORBES BRANLING BUITRAGO MATEUS
Gerente-Representante Legal
Empresa Social del Estado Hospital
Psiquiátrico San Camilo



56

DURACIÓN: 8 Am

TEMA: Presentacion estudiantes UPB convenio

TIPO DE REUNIÓN: informativa

57

FORMATO DE ASISTENCIA A REUNIONES – CONVENIO HPSC-UPB

FECHA: 30 Junio, 2011
DURACIÓN: 11:30 AM - 4:30 PM
TEMA: Socialización
TIPO DE REUNIÓN:

[illegible]

Anexo F. CARACTERIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE INIMPUTABLES

		Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES		Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 1 de 9
		TIPO DE PROCESO: MISIONAL	
OBJETIVO	Brindar una atención optima, oportuna y eficaz en el desarrollo del proceso de atención al paciente hospitalizado de condición de inimputable.	POLÍTICA DE OPERACIÓN DEL PROCESO	Todo paciente que ingrese al servicio de hospitalización de la unidad inimputable debe cumplir con los criterios de traslado (orden del psiquiatra, documentación completa, nota administrativa de ingreso del subdirector científico).
ALCANCE	El proceso inicia con el ingreso del paciente en la unidad de inimputable, continua con la intervención del equipo interdisciplinario, desarrollando desde su disciplina, las acciones necesarias para el tratamiento y la rehabilitación del paciente; y culmina con el cumplimiento de su proceso legal y el control de su patología.	POBLACION OBJETO	Pacientes que por su doble condición, legal y mental requiere hospitalización para control de su patología, tratamiento y/o rehabilitación y a su vez cumpliendo con el proceso legal.
DEFINICIONES	SGSSS: Sistema de Gestión de la Calidad SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. SUA: Sistema Único de Acreditación SUH: Sistema Único de Habilitación INIMPUTABILIDAD: Es la incapacidad del sujeto para ser culpable siendo determinante la falta desconocimiento de la ilicitud y/o la alteración de la voluntad, siempre y cuando ocurran en el sujeto al momento de ejecutar el hecho legalmente REHABILITACION: Terminio general para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con miras a restituir a la persona su funcionalidad social y laboral o integral. PATOLOGIA: Es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas. Las pruebas que mejor demuestran la existencia de una enfermedad se basan principalmente en el examen de una lesión en todos sus niveles estructurales. EPICRISIS: Es el resumen de su enfermedad que es entregado al paciente cuando éste se da de alta o es derivado.	RESPONSABLE	Enfermero(a) profesional.
Elaboró: Estudiantes y asesor		Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC		Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	
		Aprobó: Jaime Cortés Jiménez	
		Cargo: Subdirector Científico	

	Código: Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Versión: 1.0 Página: 2 de 9
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

PROCESOS PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES / PROCEDIMIENTOS		SALIDAS	PROCESOS CLIENTES
		PLANEAR	HACER		
1. Procesos Gerenciales y de Direcciónamiento estratégico. 2. Procesos misionales: • UTI • Farmacia • Electroencefalograma • Lab. Clínico • Enfermería • Terapia ocupacional • SIAU • Nutrición y dietética 3. Procesos de apoyo: • Archivo de historia clínica • Transporte Asistencial • Gestión financiera • Mantenimiento • Servicios generales • Suministros y almacén. • Sistemas.	1. Instalaciones dotadas (loza, cubiertos, servicio de agua potable, lavaplatos, servicio de luz, refrigerador). 2. Dotación de uniformes, calzado y pijamas para los pacientes hospitalizados de acuerdo al convenio con el Ministerio de protección social. 3. Orden del subdirector científico 4. Pacientes con sintomatología psiquiátrica y/o neurológica. 5. Orden de traslado psiquiatra agudo o UTI. 6. Documentación completa: fotocopia de la cédula, carné de EPS o SISBEN. 7. Insumos, medicamentos y dispositivos médicos	1. Programar los ajustes y evaluación periódica del estado de instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS. 2. Identificar con que espacio disponible se encuentra la unidad para la recepción de nuevos pacientes. 3. Formular el Plan de atención individual de cada paciente según patología. 4. Alistar al paciente para su revisión de ingreso a la unidad. 5. Organizar las diferentes acciones de acuerdo a las ordenes médicas. 6. Planear los posibles traslados de pacientes por medio del formato de solicitud de ambulancia. 7. Planear el egreso del paciente por medio del plan de egreso. 8. Llevar un control sobre entrega de medicamentos especiales a cada paciente.	1. Mantener el estado de las instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS. 2. Preparar la recepción del paciente en la unidad. Por medio del formato para verificación de datos 3. Agregar al paciente en el formato de inclusión al departamento de nutrición y farmacia. 4. Registrar en el listado de alimentación del paciente, lo mismo en la lista de kardex y se anexan los documentos. 5. Desarrollar el plan de atención individual teniendo en cuenta el proceso de enfermería. 6. Observar el estado del paciente, realizar el examen mental, el examen físico y la entrevista; y también las ayudas diagnósticas y se llena formato de referencia HISTORIA CLINICA por parte del equipo terapéutico.	1. Orden de salida por el juez. 2. Solicitud de valoración a psiquiatría para la salida del paciente por el subdirector científico. 3. Paciente atendido 4. Orden de salida por psiquiatra con apoyo del equipo terapéutico. 5. Ordenes médicas. 6. Plan de egreso inventario de pertenencias. 7. Resultado de exámenes diagnósticos. 8. Orden de solicitud de medicamentos. 9. Formato diligenciado de P, Q y R.	1 Procesos Gerenciales y Direcciónamiento estratégico. 2. Procesos misionales: • Lab. Clínico • Farmacia • SIAU • Enfermería • Terapia ocupacional • Nutrición y dieta • Electroencefalograma 3. Procesos de apoyo: • Archivo de historia clínica • Transporte • Gestión financiera • Mantenimiento • Servicios generales • Suministro y almacén. • Sistemas.

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 3 de 9
	TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

requeridos para el sostenimiento de la unidad. 8. Resultado de exámenes de electroencefalograma en los casos que se requiera. 9. Resultado de exámenes suministrados por lab. Clínico. 10. Suministro de talento humano capacitado para dicha labor. 11. Prestación del servicio por medio de actividades lúdicas, deportivas, socioeducativas, ocupacionales y psicoterapéuticas a nivel grupas e individual. 12. Formato de verificación de satisfacción del cliente. 13. Ración alimenticia de cada uno de los integrantes de la unidad. 14. Historias clínicas	9. Formular plan operativo para el funcionamiento del hospital. 10. Estructurar el recibo y entrega de turno por parte de enfermería 11. Planear las actividades del personal las actividades del equipo terapéutico. 12. Planear la elaboración por parte del paciente y su familia del formato P, Q y R. 13. Observar los riesgos posibles que le pueden ocurrir al paciente dentro del hospital teniendo en cuenta herramientas de AMFE. 14. Programar junto con la coordinadora de servicios generales, el aseo de la unidad. 15. Programar la solicitud de los insumos necesarios a la unidad de suministros-almacén para el cumplimiento del objetivo.	7. Valorar el proceso de rehabilitación a nivel interdisciplinario, generando acciones terapéuticas. 8. Clasificar medicamentos, dispositivos médicos e insumos para cada paciente. 9. Diligenciar el formato de pertenencias del paciente y hacer entrega de dichos artículos y a su vez se le entrega al paciente y su familia el plan de egreso. 10. Gestionar la búsqueda de su familia en caso que el paciente no se le registre familia por medio del formato de solicitud de intervención de trabajo social 11. Diligenciar el formato de medicamentos para pacientes para ser enviado a farmacia mensualmente. 12. Diligenciar el formato de aplicación de la droga piportil, y llevar el control de cuantos se le aplica a cada paciente y cada cuanto es aplicado. 13. Llevar un formato de control de cuadro hemático por clozapina, medicamento especial que es aplicado a algunos pacientes de esta unidad, el cual debe servir para	10. Seguimiento y citas de control con el equipo terapéutico. (psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, enfermería) 11. Listado de dietas de acuerdo a las necesidades de los pacientes. 12. Orden para realización de exámenes en caso de requerirse. 13. Epicrisis 14. Orden de servicio de ambulancia 15. Generación de facturación. 16. Plan operativo de la unidad. 17. Solicitud de revisión de las instalaciones. 18. Solicitud de servicios generales	
--	---	--	---	--

Elaboró: Estudiantes y asesor

Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández

Aprobó: Jaime Cortés Jiménez

Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC

Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud

Cargo: Subdirector Científico

 "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR"	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 4 de 9
	TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

	requeridas de pacientes. 14. Servicio de ambulancia en caso que sea requerido. 15. Presupuesto establecido por gestión financiera para el buen funcionamiento de la unidad. 16. Servicio de mantenimiento para el buen funcionamiento de la unidad. 17. Mantener la imagen corporativa de la unidad mediante la limpieza e higiene permanente de las instalaciones 18. Servicio de cómputo y software para la eficiencia de las labores adelantadas en la unidad.		verificar la evolución y el proceso del paciente. 14. Dar soluciones a la fallas mediante acciones preventivas y/o correctivas para garantizar la Seguridad del Paciente.(AMFE) 15. Desarrollar el plan operativo. 16. Registrar todas las novedades, actividades y pendientes relacionadas con cada uno de los pacientes de la unidad "entrega y recibo de turno". 17. Realizar la encuesta de satisfacción del cliente. P, Q y R. 18. Dar soluciones preventivas a los riesgos que le pueden ocurrir al paciente dentro del hospital. 19. Establecer el horario y priorizar la necesidad del servicio con la operaria asignada por parte de la coordinación de servicios generales. 20. Recibir los insumos requeridos verificando lo solicitado con lo entregado, firmado el egreso de recibido a conformidad. 21. Realizar la entrega trimestral de informe de evolución clínica	19. Listado de necesidades requeridas por la unidad. 20. Solicitud de servicio de sistemas para la unidad funcional.	
--	---	--	---	---	--

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

		Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES		Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 5 de 9
		TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

		del paciente a subdirección científica. 22. Participar en los comités departamentales de inimputabilidad con el fin de obtener un apoyo para la unidad.	
	PERSONAS RESPONSABLES ENTRADAS: Personas de enfermería Psiquiatra UTI Médico general Equipo interdisciplinario Familia	ACTUAR 1. Realizar los ajustes que fuere necesario en el estado de instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS. 2. Registrar el ingreso del paciente a la unidad y se realiza los registros en historia clínica electrónica, 3. Registrar la entrega y recibo de turno por parte del grupo de enfermería, todas las novedades, actividades y pendientes relacionadas con cada uno de los pacientes de la unidad. Se llena el formato de recibo y entrega de turno. 4. Replantear las actividades para mejorar el estado físico y mental de los pacientes en caso de ser necesario.	VERIFICAR 1. Evaluar el estado de las instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS. 2. Revisar la documentación del paciente de acuerdo con los requisitos establecidos por el hospital. 3. Verificar el cumplimiento del cronograma planeado. 4. Verificar que los medicamentos suministrados al paciente sean los adecuados debido a su sintomatología 5. Revisar la entrega de los artículos del paciente. 6. Tener un control de la evolución de cada paciente y el mejoramiento del mismo realizada por equipo terapéutico.
		PERSONAS RESPONSABLES DE RECEPCIÓN DE SALIDAS: Familia Todas las unidades funcionales de la Institución	

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 6 de 9
	TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

		5. Realizar los ajustes a la medicación por parte del personal de salud autorizado, en caso de que se requiera. 6. Tomar acciones correctivas de acuerdo a la evolución y el proceso que lleve cada paciente. 7. Revisar que el paciente se lleve sus pertenencias. 8. Hacer los ajustes necesarios para mejorar el plan operativo. 9. Realizar los ajustes necesarios del P, Q y R para la satisfacción del cliente. 10. Dar soluciones a dichos accidentes para minimizar el riesgo de los pacientes dentro del hospital. 11. Ajustar el programa de aseo ya que la demora en el desarrollo de la actividad perjudica al archivo, teniendo en cuenta la cantidad de polvo que allí se genera. 12. Adelantar ajustes en la entrega de los insumos necesarios.	7. Verificar que la familia se haga cargo del paciente y en caso de no ser así, este se remite a trabajo social para buscarle una solución. 8. Evaluar el plan operativo. 9. Evaluar la satisfacción del cliente, de acuerdo a la respuesta del formato P, Q y R. 10. Revisar los riesgos más comunes y buscar solución (AMFE) 11. Evaluar el estado de la unidad para confirmar el cumplimiento de la actividad de aseo. 12. Revisar la Carpeta que evidencia los pedidos de insumos de la oficina del archivo.		
--	--	--	--	--	--

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Versión: 1.0 Página: 7 de 9
	TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

RECURSOS		DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS DEL PROCESO		NORMATIVIDAD	INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (AUTORA: ING. CLAUDIA APONTE – ASESORA DE CALIDAD DEL HPSC)
TÉCNICOS	LOCATIVOS		NOMBRE REGISTRO	TIEMPO DE RETENCIÓN		
RECURSOS HUMANOS: Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006 (238 hojas) Código: 1.17 RECURSOS ECONÓMICOS: presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de Enero 01 a 31 de Diciembre de cada año. RECURSOS CIENTÍFICOS: Tensiómetro, fonendoscopio, laringoscopio, equipo de órganos de los sentidos, balanza de piso, material quirúrgico (gasa, algodón), equipo de reanimación.	INSTALACIONES FÍSICAS: Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006. (238 hojas) Código: 2.2 2.8 2.11 2.19 DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO: Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006. (238 hojas) Código: 3.8	- Procedimiento Para Hospitalización en Inimputables - Manual de procesos y procedimientos. - Manual de Funciones y competencias laborales. - Reglamento Interno de Trabajo. - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. - Plan de Gestión Institucional. - Plan operativo Individual. - Plan de mejoramiento contraloría de Santander. - Mapa de Riesgos y Plan de Manejo de Riesgos. - Presupuesto de la entidad. - Proyectos de Inversión - Anteproyecto de presupuesto de Inversión.	- Formato de pendientes - Formato de entrega de pendientes - Formato devolución de medicamentos - Formato de verificación de servicios y documentos - Formato orden para exámenes de laboratorio - Formato de recibo y entrega de turno - Formato de compromiso familiar - Formato de orden de salida - Formato retiro de paciente - Formato censo diario por salas		LEYES LEY 9 DE 1979 LEY 734 DE 2000 LEY 1122, 1150 y 1164 DE 2007 DECRETOS DECRETO 3075 DE 1997 DECRETO 2676 DE 2000. DECRETO 2763 DE 2001. DECRETO 1669 Y 1713 DE 2002. DECRETO 1011, 4126 Y 4741 DE 2005. RESOLUCIONES RESOLUCION 1016 DE 1989 RESOLUCIÓN 300 DE 1998 RESOLUCION 1043 DE 2006 Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia, 2002	- Personal de enfermería capacitado/ Total de Personal de enfermería - Formato de egreso actualizado. - Personal de enfermería que conoce del plan de egreso / Total de Personal de enfermería - Registro de entrega / Plan de egreso de entrega a paciente y/o familia. - Personal capacitado de enfermería/ Total de personal de enfermería. - Proceso documentado.

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

 "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR"		Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES		Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 8 de 9
		TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

ACTUALIZACIÓN DE LA VERSION				RIESGOS (HERRAMIENTAS AMFE)			
FECHA	QUIÉN ACTUALIZO	CAMBIOS REALIZADOS	No. NUEVA VERSION	FALLO POTENCIAL	CAUSA O FACTOR CONTRIBUTIVO	EFFECTOS DEL FALLO	CALIFICACIÓN
Julio de 2011	Estudiantes UPB	RIESGOS AMFE		1. Pacientes con úlceras de posición	1. Monotonía en procedimientos por parte de los regentes.	1. Pacientes inconformes, quejas y reclamos, demandas o tutelas por problemas adicionales a su enfermedad psiquiátrica	1. 1
				2. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 horas.	2. Regentes informados mal o descuidados en el momento de la orientación con el cuidado del paciente.	2. Pacientes y/o familia inconformes, el mismo puede tender a agravarse y a sufrir cualquier otra enfermedad adicional; puede llevar a demandas contra el sistema hospitalario	2. 3
				3. Reingreso a hospitalización por las mismas causas antes de 15 días.	3. Regentes mal informados o descuidados en el momento de la búsqueda y entrega de los medicamentos e insumos.	3. Pacientes y/o familia inconformes, el mismo puede tender a agravarse y a sufrir cualquier otra enfermedad adicional; puede llevar a demandas contra el sistema hospitalario.	3. 3
				4. Abandono de pacientes psiquiátricos hospitalizados	4. Infraestructura inadecuada y regentes descuidados en el departamento de inimputables	4. Pacientes y/o familia inconformes, el mismo puede tender a agravarse y a sufrir cualquier agresión; puede llevar a demandas contra el sistema hospitalario	4. 1
				5. Suicidio de pacientes.	5. Infraestructura inadecuada y regentes descuidados en el departamento de inimputables	5. Quejas, reclamos por parte de la familia hacia el hospital por descuido a pacientes	5. 1

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Fecha Actualización: JULIO 7 DE 2011	Página: 9 de 9
	TIPO DE PROCESO: MISIONAL	

				6. Consumo intra – institucional de psicoactivos.	6. Descuido por parte del personal de seguridad al ingresar los visitantes al área hospitalaria.	6. Familia de pacientes inconforme por descuido a pacientes dentro del cetro medico	6. 2
				7. Caídas desde su propia altura intra-institucional.	7. Personal de inimputables descuidados en los movimientos del paciente.	7. Pacientes y/o familia inconformes por descuido en las actividades elaborados por el paciente en el proceso de inimputables	7. 4
				8. Flebitis en sitios de venopunción.	8. Regentes mal informados o descuidados en el momento de la inyección a pacientes que lo requieran	8. Pacientes con problemas adicionales de salud debido a inflamaciones e virus en la piel	8. 2
				9. Conductas sexuales inadecuadas.	9. Personal descuidado de los movimientos del paciente dentro del área de inimputables	9. Quejas y reclamos por parte de pacientes y familia por descuido del personal de la unidad de inimputables	9. 3
				10. Riesgos de pelea de agresión	10. Personal descuidados de los movimientos del paciente dentro del área de inimputables	10. Quejas y reclamos por parte de pacientes y familia por descuido del personal de la unidad de inimputables	10. 3
				11. Pérdida de pertenencias de usuarios	11. Mala organización de las pertenencias de cada paciente	11. Reclamos y quejas de la familia del paciente por desorganización por parte del personal de la unidad de inimputables	11. 3

Elaboró: Estudiantes y asesor	Revisó: Claudia Patricia Aponte Hernández	Aprobó: Jaime Cortés Jiménez
Cargo: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Científico

Anexo G. PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES

I



PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES

Código: Pr-IN-241-1

Elaborado por: <u>Estudiantes y asesor</u>	Revisado por: <u>Claudia Patricia Aponte Hernández</u>	Aprobado por: <u>Jaime Cortés Jiménez</u>
Cargo: <u>Convento UPB – E.S.E. HPSC</u>	Cargo: <u>Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud</u>	Cargo: <u>Subdirector Científico</u>
Firma:	Firma:	Firma:

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Pr-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página 1 de 10
---	---	--

1. OBJETIVO

Brindar una atención óptima, oportuna, eficaz y adecuada en el desarrollo del proceso de atención al paciente hospitalizado de carácter inimputable.

2. POBLACIÓN OBJETO

Pacientes que por su doble condición legal y mental requiere hospitalización para control de su patología, tratamiento y/o rehabilitación y a su vez cumpliendo con el proceso legal.

3. ALCANCE.

El proceso inicia con el ingreso del paciente en la unidad de inimputable, continúa con la intervención del equipo interdisciplinario, desarrollando desde su disciplina, las acciones necesarias para el tratamiento y la recuperación del paciente; y culmina con el cumplimiento de su proceso legal y el control de su patología.

4. NORMATIVIDAD

LEYES

Ley 9 de 1979

Ley 734 de 2000

Ley 1122, 1150 y 1164 de 2007

DECRETOS

Decreto 3075 de 1997

Decreto 2676 de 2000.

Decreto 2763 de 2001.

Decreto 1669 y 1713 de 2002.

Decreto 1011, 4126 y 4741 de 2005.

RESOLUCIONES

Resolución 1016 de 1989

Resolución 300 de 1998

Resolución 1043 de 2006

Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia, 2002

5. RESPONSABLE

Enfermero(a) profesional

Subdirector Científico.

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: PMH-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 2 de 10
---	---	---

6. DEFINICIONES

SGSSS: Sistema de Gestión de la Calidad

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

SUA: Sistema Único de Acreditación

SUH: Sistema Único de habilitación

INIMPUTABILIDAD: Es la incapacidad del sujeto para ser culpable siendo determinante la falta de conocimiento de la ilicitud y/o la alteración de la voluntad, siempre y cuando ocurran en el sujeto al momento de ejecutar el hecho legalmente.

7. RECURSOS

- 7.1. **RECURSOS HUMANOS:** Médico psiquiatra, médico general, enfermera, psicólogo, auxiliar de enfermería, nutricionista, trabajadora social.
- 7.2. **RECURSOS ECONÓMICOS:** Presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de Enero 01 a 31 de Diciembre de cada año
- 7.3. **RECURSOS FÍSICOS:** Equipamiento y espacios físico requeridos.
- 7.4. **RECURSOS TÉCNICOS:** Todos los equipos e insumos para cumplir con el objetivo administrativo y misional
- 7.5. **RECURSOS TECNOLÓGICO:** Computador y Software.
- 7.6. **RECURSOS LOCATIVOS:** Área social-actividades, consultorio psiquiatría – psicología, habitaciones, botiquín, estación de enfermería, consultorio de enfermería

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Pr-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 3 de 10
---	---	---

8. DESCRIPCIÓN DETALLADA

Tipo de proceso	Misional.
Proceso	Hospitalización
Procedimiento	Atención de pacientes hospitalizados en condición de inimputabilidad.
POLÍTICA DE OPERACIÓN	Todo paciente que ingrese al servicio de hospitalización de la unidad inimputable debe cumplir con los criterios de traslado (orden del psiquiatra, documentación completa, nota administrativa de ingreso del subdirector científico).
ENTRADAS	
1 Pacientes con sintomatología psiquiátrica y/o neurológica. 2 Orden del subdirector científico. 3 Orden de traslado del psiquiatra agudos o UTI 4 Documentación completa: fotocopia de la cédula, carné de EPS O SISBEN. 5 Historia clínica física en caso de que se requiera.	RESPONSABLE Personal de enfermería. Subdirector científico Psiquiatra de UTI y/o agudos
SALIDAS	
1. Paciente atendido 2. Epicrisis 3. Orden de salida por el juez 4. Orden de salida por el subdirector científico 5. Orden de salida por psiquiatra 6. Ordenes médicas 7. Plan de egreso 8. Inventario de pertenencia 9. Resultado de exámenes diagnósticos.	RECIBE Familia o institución

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Pr-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 4 de 10
---	---	--

Actividad 1: RECEPCION DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE INIMPUTABLES.	
Acciones a Realizar:	Responsable: enfermero(a) y/o auxiliar de enfermería
1. REVISION DE DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA: 1.1 Documentación completa: la enfermera y/ o auxiliar de enfermería realiza la revisión física de los siguientes documentos: nota administrativa de la subdirección científica para el ingreso a esta unidad, fotocopia de documentos de identidad, carné según régimen, registro de verificación de servicios, registros de procedimientos, registros de consentimiento y/o disenso informado y registro de pertenencias del paciente 1.2 Historia Clínica: seguidamente la enfermera y/ o auxiliar consulta en historia clínica sistematizada la orden de traslado autorizado por el psiquiatra, ordenes médicas y notas de enfermería de traslado, nota administrativa de la subdirección científica. 2. ORIENTACION Y UBICACION: la enfermera y/ o auxiliar de enfermería da a conocer al paciente hospitalizado y/ o su familia las normas de la unidad, deberes y derechos; posteriormente se brinda orientación acerca de la planta física y ubicación en la habitación respectiva. Esta actividad se realiza de acuerdo al estado general del paciente. 3. ATENCION INICIAL DEL PACIENTE: la enfermera y/ o auxiliar de enfermería. Realiza la observación del estado general del paciente. Realiza entrevista al paciente (si su estado lo permite) y/ o a su familia si lo acompaña, Y hace toma de los signos vitales. Seguidamente realiza los registros en historia clínica electrónica en NOTAS DE ENFERMERIA Y CONTROL DE SIGNOS VITALES. Da continuidad al tratamiento iniciado en la UTI o en agudos, ejecutando las ordenes médicas y consignando los registros en la historia clínica electrónica. se le explica lo relacionado con el manual de convivencia (horarios que se manejan en la unidad para alimentación, baño y descanso.)	

Actividad 2: ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO CON BASE EN LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.	
Acciones a Realizar:	Responsable : Enfermero(a)
1. VALORACIÓN: la enfermera observa el estado general del paciente, realiza el examen mental, el examen físico y la entrevista; y también las ayudas diagnósticas. 2. FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. La enfermera analiza la sintomatología presentada por el paciente y formula el diagnóstico, a partir del cual se generan las acciones específicas para ser ejecutadas por el equipo de enfermería dando así cumplimiento al PROCESO DE ENFERMERIA. 3. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA: la enfermera define los planes de cuidado de acuerdo del diagnóstico formulado en la etapa anterior, planeando acciones específicas que atenúen o desaparezca la sintomatología presentada por el paciente además planea actividades individuales, grupales y familiares, lúdicas recreativas, ocupacionales, entre otras. Las cuáles serán ejecutadas por el equipo de enfermería (jefe y auxiliares de enfermería.). 4. EVALUACIÓN DE LA\$ INTERVENCIONES: la enfermera diariamente evalúa las intervenciones de enfermería realizando observaciones de las condiciones del paciente y	

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Pr-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 5 de 10
---	---	--

mediante el examen mental. Además realiza seguimiento a la ejecución de las acciones mediante el procedimiento de recibo y entrega de turno.

Actividad 3: ASISTENCIA A REVISTA MÉDICA GENERAL Y PSIQUIÁTRICA

Acciones a Realizar:

Responsable: Médico psiquiatra.

La enfermera y su equipo definen con anterioridad a la revista los pacientes que deben ser valorados por médico general y/o psiquiatra por lo menos dos veces al mes (pacientes nuevos en la unidad, pacientes para la reevaluación, pacientes con trastornos orgánicos y pacientes con posible egreso).

Evaluación del paciente por parte del médico psiquiatra y/o médico general y/o por psicóloga.

Actividad 4: ATENCIÓN POR MÉDICO GENERAL A PACIENTES INIMPUTABLES.

Acciones a Realizar:

Responsable: Médico general.

El médico valora por lo menos dos veces al mes a pacientes que presentan novedades orgánicas, pacientes de primera vez, valora exámenes de laboratorio clínico y evalúa pacientes con tratamientos instaurados para vigilar su evolución.

Recibir de enfermería lista de pacientes para valoración que presenten novedades orgánicas, valoración de exámenes de laboratorio clínico, y evolución de tratamientos recibidos y los pacientes nuevos en la unidad de hospitalización.

Ingresar al sistema, busca historia clínica del paciente a tratar.

Iniciar atención, realiza examen médico.

Consignar hallazgos, impresión diagnóstica, órdenes para exámenes, orden para medicamentos, y remisión a otras disciplinas en la historia clínica sistematizada.

Informar a la enfermera quien ejecutara, las ordenes médicas solicitadas



Actividad 5: ATENCIÓN POR MÉDICO PSIQUIATRA A PACIENTES INIMPUTABLES.

Acciones a Realizar:

Responsable: Médico psiquiatra.

Recibir de la enfermera información detallada de los pacientes requieren de la atención

Realizar la búsqueda del paciente en el sistema e inicia el registro en la historia clínica.

Solicitar el ingreso del paciente al consultorio para iniciar valoración

Realizar entrevista psiquiátrica, valoración psíquica y mental del paciente.

El psiquiatra debe valorar como mínimo los pacientes 2 veces por semana.

Registra en Historia clínica electrónica. Resultado de atención, emitir órdenes médicas para medicamentos, remisión a otras disciplinas como terapia ocupacional. Ordenes de exámenes todo lo necesario para la recuperación del usuario y se envía por el sistema a enfermera



	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Pr-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 8 de 10
---	---	--

Actividad 6: ATENCIÓN A PACIENTES INIMPUTABLES POR PSICOLOGÍA

Acciones a Realizar:	Responsable: Médico psiquiatra.
Recibir de enfermera información detallada de los pacientes que requieran de la atención y Realizar la búsqueda del paciente en el sistema, una vez revisada la historia clínica. Solicitar el ingreso del paciente al consultorio, se le explica sus derechos y deberes y se le brinda apoyo terapéutico consignando en las notas de psicología de la historia clínica sistematizada (Atención psicoterapéutica individual o grupal.). Realizar entrevista y valoración psicológica cuando el caso lo requiera, se consigna hallazgos, estado mental del paciente y plan de tratamiento terapéutico dirigido a su proceso de rehabilitación. Aplicar instrumentos psicológicos como ayuda complementaria en el diagnóstico de tratamiento psicoterapéutico. Brindar atención psicológica a las familias orientado a la aceptación y apoyo del paciente durante la hospitalización Realizar valoración individual del paciente mínimo dos veces por mes y /o las veces que las circunstancias de evolución así lo requieran. Mantener la automotivación del paciente reforzando los pequeños logros alcanzados en el desarrollo de las actividades dentro y fuera de la unidad de Inimputables. (terapia ocupacional). Observar al paciente dentro de la unidad y haga conocer del equipo terapéutico, las recomendaciones y sugerencias consignándolas en las notas de psicología de la historia clínica electrónica. Cuando el paciente tiene permiso extramural reforzar el cumplimiento de normas.	

Actividad 7: EJECUCIÓN DE ÓRDENES MÉDICAS.

Acciones a Realizar:	Responsable: Enfermero(a) y/o auxiliar de enfermería.
1. La enfermera elabora el kárex y plan de cuidados con base en las órdenes médicas y el proceso de enfermería, elabora tarjeta de medicamentos definiendo horario de administración según orden médica. Realiza trámites de solicitud de exámenes de laboratorios, interconsultas y otros. 2. Preparar y asistir al paciente en los procedimientos ordenados; prepara al paciente y realiza el procedimiento. (como terapia electro convulsiva, cardiogramas, entre otros). 3. La enfermera y/o auxiliar de enfermería prepara, administra y registra los medicamentos. Ordenados por el médico teniendo en cuenta los cinco correctos (paciente, dosis, horario, medicamento, vía de administración). 4. La enfermera y/o auxiliar realiza en la historia clínica electrónica los registros de enfermería de cada uno de los pacientes los cuales deben ser claros concretos y veraces. En caso de darse alguna equivocación en el registro se realizaran las notas aclaratorias correspondientes en forma inmediata. 5. La auxiliar de enfermería prepara y acompaña al paciente en procedimiento, para la toma de algunos exámenes especiales de laboratorio clínico; acompaña a los pacientes fuera de la institución a toma de exámenes como TAC, Rx, ecografía, endoscopias, etc. Acompaña a los pacientes en las interconsultas y en las remisiones fuera de la institución, y traslada los pacientes a la unidad de terapia ocupacional previa orden médica.	

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Ps-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 7 de 10
---	---	--

- La enfermera asigna las dos auxiliares de enfermería para llevar los pacientes a cumplir las citas con medicina legal o audiencias. El día anterior se solicita el servicio de ambulancia.
- Se lleva historia clínica antigua y la última evolución de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional.



Actividad 8: ATENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL PACIENTE HOSPITALIZADO (INIMPUTABLES-CRÓNICO)

Acciones a Realizar:	Responsable: Coordinadora de la Unidad de Terapia Ocupacional.
- La coordinación de terapia ocupacional recibe el listado del grupo de pacientes por servicio y es verificada por el auxiliar de Terapia Ocupacional. Se le asigna un auxiliar de terapia ocupacional para el manejo del grupo e iniciar la actividad con propósito. Cuando el paciente requiere atención individual la Coordinadora de Terapia Ocupacional realiza la psico-intervención y hace la anotación la historia clínica sistematizada a través de proceso / notas de evolución-terapia ocupacional. - Realiza la valoración inicial estableciendo encuadre terapéutico al paciente y se registra en la historia clínica sistematizada. - A nivel grupal se valoran las habilidades, destrezas y capacidades en la ejecución de las diferentes actividades planteadas. - Cuando están identificadas las habilidades, destrezas y capacidades de los pacientes se elabora el plan de tratamiento y se ubica al paciente en el área vocacional seleccionada. - Se inicia el tratamiento cumpliendo con los objetivos planteados. - Los auxiliares de Terapia Ocupacional verifican el listado de asistencia por nombres. Este Informa se archiva en carpetas para cada servicio. - Cuando se da de alta al paciente de larga estancia del servicio de Inimputables se le dará un plan casero ocupacional. Queda registrado en la historia clínica sistematizado y al paciente y/o familiar se le entrega en medio físico junto con la epícrisis. - Al paciente institucionalizado crónico el tratamiento por terapia ocupacional es de MANTENIMIENTO DE HABILIDADES y USO Y MANEJO DE TIEMPO LIBRE. - Los pacientes del servicio Inimputables se les realiza revaloración de tratamiento cada tres meses, quedando registro en la historia clínica sistematizada a través de proceso / notas de evolución-terapia ocupacional.	



Actividad 9: MANEJO DE PACIENTES INIMPUTABLES POR NUTRICIÓN

Acciones a Realizar:	Responsable: Nutricionista
- Recibir solicitud de valoración nutricional del médico a través de la historia clínica electrónica. - Coordinar con enfermería cita día, hora nombre de los pacientes - Revisar la historia clínica sistematizada	

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: PH-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 3 de 10
---	---	---

4. Iniciar valoración nutricional: consignar en historia clínica datos nutricionales:
5. Realizar observación del usuario.
6. Registrar diagnóstico y plan de tratamiento.
7. Elaborar plan de tratamiento y registrarlo en historia clínica sistematizada
8. Informar a la enfermera del manejo del paciente
9. Ordenar en la unidad de nutrición manejo de alimentación del paciente

Actividad 10: MANEJO DE PACIENTES POR TRABAJO SOCIAL

<i>Acciones a Realizar:</i>	<i>Responsable: Trabajador(a) social</i>
1. La trabajadora social realiza la historia social del paciente, con base en la entrevista familiar, creando compromisos con la familia para el apoyo al tratamiento del paciente durante todo el proceso del tratamiento. 2. Cita bimensualmente a los familiares a asambleas familiares a fin de sensibilizarlos y educarlos sobre su patología y adherencia al tratamiento. A esta asamblea asisten todos los profesionales del equipo terapéutico quienes educan a la familia de acuerdo a la competencia de cada uno. 3. Se realiza intervenciones familiares según necesidad. 4. Asiste a reuniones del equipo terapéutico cuando se requiera. 5. Preparar al paciente y su familia para el egreso del mismo y se establecen los compromisos.	

Actividad 11: MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE PACIENTES INIMPUTABLES:

<i>Acciones a Realizar:</i>	<i>Responsable: Equipo terapéutico</i>
Coordinar la asistencia de los pacientes a reuniones bimensuales previa citación verbal y/o escrita (hora y día) y citación a los profesionales (Terapeutas ocupacional, psicólogo, psiquiatra, enfermera y auxiliares de turno).	Enfermera y trabajo social
Organizar el grupo de pacientes en salón asignado y durante la reunión el equipo permite la verbalización de dudas inquietudes y sugerencias que guarden relación con el proceso de rehabilitación	Enfermera y equipo terapéutico
Consignar las conclusiones y compromisos en el libro de actas que será firmado el equipo interdisciplinario. Una vez se apruebe el acta.	Enfermera y equipo terapéutico.

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Pr-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 2 de 10
---	---	--

ACTIVIDAD 12: MANEJO TERAPÉUTICO ADMINISTRATIVO A NIVEL INTERDISCIPLINARIO	
Acciones a Realizar:	Responsable: Equipo terapéutico
Coordinar la asistencia de los profesionales (psicólogos, terapeuta ocupacional, psiquiatra, médico general, enfermera, nutricionista, trabajo social) a reuniones bimensuales previa citación escrita (hora y día) por parte de la secretaria del subdirector científico.	Subdirector científico
Organizar el grupo de pacientes en salón asignado y durante la reunión el equipo permite la verbalización de dudas inquietudes y sugerencias que guarden relación con el proceso de rehabilitación y recibe información del subdirector científico sobre avances del comité departamental de apoyo al servicio	Enfermera Equipo terapéutico
Consignar las conclusiones y compromisos en el libro de actas que será firmado por los asistentes. Una vez se aprueba el acta.	Enfermera y equipo terapéutico.
Otras reuniones: A solicitud del comité departamental de apoyo al servicio. Según la necesidad para manejo de situaciones especiales de pacientes.	Enfermera y equipo terapéutico.

Actividad 13: REMISIÓN DE INIMPUTABLES OTRAS DEPENDENCIAS INTRAHOSPITALARIAS. COMO , EEG, LABORATORIO CLÍNICO	
Acciones a Realizar:	Responsable: Auxiliar de enfermería.
Recibir y clasificar órdenes médicas para solicitar cita en la dependencia correspondiente. Coordinar con la unidad de apoyo correspondiente Cita: fecha, hora y nombre de paciente. Registre en la notas de enfermería de la historia clínica electrónica la novedad. Trasladar el usuario a la unidad de apoyo para dar cumplimiento a la cita programada. Revisar en historia clínica electrónica el registro de los resultado de exámenes e informe al médico solicitante para valoración de los resultados o informes.	



Actividad 14: RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA.	
Acciones a Realizar:	Responsable: Enfermero(a) y/o auxiliar de enfermería.
Se realiza tres actividades de recibo y entrega de turno durante el día (7 am, 1 pm y 7pm), el procedimiento se realiza a la hora señalada en punto con la totalidad del personal que llega y sale de turno. Es un procedimiento de asistencia obligatoria, porque con base en el mismo se elabora el plan de cuidados de enfermería. La enfermera y/ o auxiliar de enfermería entrega la información de cada uno de los pacientes al personal que recibe con base en el kárdex y la	

	PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN EN INIMPUTABLES	Código: Py-IN-241-1 Versión: 1.0 JULIO DE 2011 Página: 10 de 10
---	---	---

historia clínica. Posteriormente el equipo de enfermería que inicia el turno constata la información recibida mediante la observación directa con cada uno de los pacientes. Dicha información ha sido consignada en la historia clínica electrónica por el personal que entrega, el personal que recibe el turno a su vez realizara registros en la historia clínica electrónica del estado en que recibe al paciente.

La actividad de recibo y entrega tiene una duración de treinta minutos.

Actividad 15: TRASLADO DE PACIENTES PARA DILIGENCIAS LEGALES

Acciones a Realizar:	Responsable: Enfermero(a).
Revisar en historia clínica electrónica la autorización de la subdirección científica la orden de salida del usuario para cumplir diligencia legal registrando: fecha hora, sitio de traslado y autoridad que solicita. Adicionalmente registra, que se debe solicitar la ambulancia para el traslado y debe ir acompañado el paciente por dos auxiliares de enfermería si es en la ciudad. Cuando es fuera de la ciudad debe ir en la ambulancia acompañado de un auxiliar de enfermería y un agente de la policía. Quien ha sido solicitado por la subdirección a la autoridad competente. Concertar con la coordinadora de enfermería la disponibilidad de personal (previa autorización del costo para peaje, alimentación y gasolina). Diligenciar formato para solicitud de transporte a trabajo social, indicando tipo de diligencia, sitio de traslado, fecha y hora. Coordinar con trabajo social la hora de salida según solicitud. Regresar directamente a la Institución y la auxiliar presenta Informe a la subdirección científica y coordinadora de enfermería. En caso de no presentarse el agente de policía se cancela diligencia.	

Actividad 16: EGRESO DEL PACIENTE

Acciones a Realizar:	Responsable: Enfermero(a) y/o auxiliar de enfermería.
1. Recibir notificación del subdirector científico. (por levantamiento de la medida de seguridad o libertad vigilada asignada por el juez que lleva el caso). 2. valoración de egreso del paciente por el médico psiquiatra quien autoriza salida de acuerdo a la evolución y estado del paciente. Seguidamente el equipo Interdisciplinario realiza valoración y preparación del paciente 3. Deben firmar el compromiso el paciente, el psiquiatra y la enfermera con los compromisos adquiridos, según el formato respectivo. 4. revisar nota de autorización de salida diligenciada por el subdirector Científico. 5. Solicitar los paz y salvo de farmacia y laboratorio. 6. Llevar a facturación quien expide la boleta de salida. 7. Entregar al familiar o acudiente, epícrisis, fórmula, y dar orientación sobre el tratamiento a continuar a nivel ambulatorio. (plan de egreso.) y cómo solicitar la cita de control para el tiempo requerido, igualmente sobre lugar y entrega de medicamentos.	



Universidad
Pontificia
Bolivariana

SECCIONAL BUCARAMANGA

Anexo H. FORMATO DE CENSO DIARIO POR SALAS



	CENSO DIARIO POR SALAS	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
--	-------------------------------	---

Fecha: _____

Servicio: _____

No. Historia Clínica	NOMBRE DEL PACIENTE	No. Cama	INGRESOS														
			Régimen				Asegurado				Nombre EPS ARS y otras	C.E.X.	U.S.I.	OTROS			
			C	S	V	O	A	B	P	O							
TOTAL INGRESOS																	
No. Historia Clínica	NOMBRE DEL PACIENTE	No. Cama	EGRESOS														
			Régimen				Asegurado				Nombre EPS ARS y otras	CAUSA SALIDA					
			C	S	V	O	A	B	P	O		FUE.	ME.	OTROS			
TOTAL EGRESOS																	
MOVIMIENTO DIARIO		TOTAL	MOVIMIENTO DE TRASLADOS														
Saldo día anterior			Nombre del Paciente		H.C. No	Servicios	No. Cama										
Más: ingresos																	
Más: Vienen traslados otros servicios																	
Sub - Total																	
Menos: egresos																	
Menos: Van traslados de otros servicios																	
TOTAL PACIENTES EN EL SERVICIO																	

Régimen:

C= Contributivo

S= Subsidiado

V= Vinculado

O= Otros (par)

Asegurado:

A= Afiliado

B= Beneficiario

P= Pensionado

O= Otros (par)

Responsable: _____

Anexo I. FORMATO DE COMPROMISO FAMILIAR EN PACIENTES CON SALIDA

	COMPROMISO FAMILIAR EN PACIENTES CON SALIDA	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	--	---

SERVICIO DE INIMPUTABLES

FECHA:

RESPONSABLE DEL CUIDADO:

MEDICAMENTOS A TOMAR:

DECALOGO DE RECOMENDACIONES:

1-Continuar Hábitos adquiridos:

Autocuidado: Cepillado de dientes, baño al mediodía, siesta de 2 horas.

2-Prohibido el consumo de bebidas ALCOHOLICAS

3-Tinto solo consumir un pocillo después del almuerzo. No tomar en horas de la tarde.

4-Comportamiento acorde con su evolución:

Respeto a familiares, obediencia a familiares, comunicación directa y clara.

5-Estar atento a cualquier signo de recaída: ideas de persecución, ideas no reales, ansiedad, irritabilidad. En caso de presentarse acudir a consulta de urgencia.

6-La familia debe estar atenta a expresiones de afectividad y a reforzar logros y comportamientos positivos, no reforzando hechos pasados. El presente, el aquí y ahora, es lo que cuenta.

7-Involucrar al paciente en actividades familiares: Visitas a parientes, paseos ecológicos, actividades recreativas. SIEMPRE ACOMPAÑADO DEL ACUDIENTE RESPONSABLE.

8-El medicamento a tomar es indispensable. Olvidarlo es grave para su recuperación y se considera falta de responsabilidad del acudiente y el paciente. Solo el medico psiquiatra en el control puede cambiar la dosis.

9-Se cumplirá con los controles ordenados por el medico psiquiatra y/o el juez.

10-El mantenerse ocupado, de acuerdo a sus habilidades ayuda a continuar su estabilidad emocional.

ENFERMERA JEFE

MEDICO PSIQUIATRA

ACUDIENTE

Anexo J. FORMATO DE DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE HOSPITALIZACIÓN AL SERVICIO FARMACÉUTICO

	FORMATO DE DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE HOSPITALIZACIÓN AL SERVICIO FARMACÉUTICO.	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1																																
FECHA: _____ SERVICIO: _____ N° CAMA: _____ PACIENTE: _____																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">NOMBRE GENERICO</th> <th style="width: 25%;">LABORATORIO</th> <th style="width: 25%;">PRESENTACIÓN</th> <th style="width: 25%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 20%;">N° DEL MOTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					NOMBRE GENERICO	LABORATORIO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	N° DEL MOTIVO																									
NOMBRE GENERICO	LABORATORIO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	N° DEL MOTIVO																														
*N° DE MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN : <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. Medicamento Suspendido. 2. Falla Terapéutica. 3. Reacción adversa al medicamento. 4. Traslado del Paciente a otro servicio 5. Cambio via de administración 6. Usuario en preparación para examen. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 7. Traslado de paciente a otro servicio. 8. Paciente Ausente a la hora de la medicación 9. Paciente dado de alta 10. Paciente Fallecido 11. Error en el pedido. 12. Otros. </td> </tr> </table>					1. Medicamento Suspendido. 2. Falla Terapéutica. 3. Reacción adversa al medicamento. 4. Traslado del Paciente a otro servicio 5. Cambio via de administración 6. Usuario en preparación para examen.	7. Traslado de paciente a otro servicio. 8. Paciente Ausente a la hora de la medicación 9. Paciente dado de alta 10. Paciente Fallecido 11. Error en el pedido. 12. Otros.																												
1. Medicamento Suspendido. 2. Falla Terapéutica. 3. Reacción adversa al medicamento. 4. Traslado del Paciente a otro servicio 5. Cambio via de administración 6. Usuario en preparación para examen.	7. Traslado de paciente a otro servicio. 8. Paciente Ausente a la hora de la medicación 9. Paciente dado de alta 10. Paciente Fallecido 11. Error en el pedido. 12. Otros.																																	
QUEJAS Y RECLAMOS POR EL SERVICIO : _____ _____ _____ _____																																		

Anexo K. FORMATO DE ENTREGA DE PENDIENTES

	FORMATO ENTREGA DE PENDIENTES	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	--	---

Fecha:	
Nombre:	
Unidad del servicio:	
Pendiente Solicitado Recibido: 	
Firma de quien entrega	Firma de quien recibe

Anexo L. FORMATO DE ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO

	ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	---	---

Carnet Nº _____ N° _____
 Fecha: _____
 Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

En el orden que aparece en el carnet

☐ LABORATORIO	☐ PEQUEÑA CIRUGIA	☐ "E.E.G"	☐ ELEC. CARDIOGRAF.
☐ FISIOTERAPIA	☐ ABREUGRAFIA	☐ METABOLISMO	

REMITIRSE EL RESULTADO	CÓDIGO MEDICO	_____ FIRMA DEL MEDICO

84



ORDEN DE SALIDA

H.C.

FECHA: _____

NOMBRE: _____

SERVICIO: ~~Pens.~~ A O B O C O D O

Otros: _____

CAUSA	Mejoría	O	Fuga	O
DE	Remisión	O	Petición	O
SALIDA	Defunción	O	Otros	O

Permiso número de días: _____

Observaciones:

Firma del Médico: _____

Anexo P. FORMATO PARA RETIRO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

	UNIDAD FUNCIONAL DE AUDITORIA FORMATO PARA RETIRO DE PACIENTE DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	--	---

Bucaramanga, ____ de ____ de 20 __.

Yo, _____ identificado (a) con cedula de ciudadanía numero _____ expedida en _____ CERTIFICO por medio de la presente, que en calidad _____ del paciente _____ Identificado con cedula de ciudadanía numero _____ expedida en _____ Que en la fecha SOLICITO a la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO el RETIRO VOLUNTARIO del paciente en referencia.

Así mismo dejo constancia por del presente que por tratarse de RETIRO VOLUNTARIO del paciente de la institución, la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO, queda totalmente exonerada por cualquier complicación MEDICA que el paciente presente una vez sea retirado (a) del Hospital Psiquiátrico.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bucaramanga, a los _____ días del mes de _____ de 20 __.

Nombres y Apellidos del solicitante

Firma y numero de cedula de ciudadanía

Dirección y teléfono

Anexo Q. FORMATO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS Y DOCUMENTOS

	VERIFICACIÓN DE SERVICIOS Y DOCUMENTOS	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	---	--

FECHA DE INGRESO: DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
	C.C	T.I	R.C	C.E	I	

RÉGIMEN DE SEGURIDAD

RÉGIMEN SUBSIDIADO	CARNE SISBEN	
	FECHA VENCIMIENTO	
	NIVEL	
	ARS	
	SUBSIDIO (P) (T)	
	FICHA	
	REMITIDO SI ☐ NO ☐	
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	EPS	
	COT.	BEN. NIVEL
	COPAGO	COD. DE URGENCIA
RESPONSABLE Y FIRMA		

Anexo R. CARACTERIZACIÓN DE ARCHIVO CENTRAL

 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Código:	Verión: 1.0
	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 1 de 8
TIPO DE PROCESO: APOYO		

OBJETIVO	Garantizar el adecuado manejo, disponibilidad, conservación, almacenamiento y control de la documentación emitida por las unidades del Hospital psiquiátrico San camilo.	POLÍTICA DE OPERACIÓN DEL PROCESO	- Todas las unidades funcionales deberán conocer y aplicar las consideraciones para la organización y manejo de los documentos que hacen parte de su gestión o de la historia de la entidad. - Todas las tablas de retención documental y de valoración documental deberán estar aprobadas por el comité para su posterior aplicación. - Realizar TVD para la valoración antes de destruir documentos cualquiera que se su asunto y luego elaborar el acta de destrucción en el comité de archivo. - No se dará por entregado un cargo por desvinculación, vinculación o traslado hasta que no se realice el correspondiente inventario documental en presencia del jefe inmediato y la revisión del jefe de archivo central
ALCANCE	Comienza desde la actividad de la elaboración de la propuesta de las tablas de retención documental, pasando por su respectivos aprobación y seguimiento, la elaboración del inventario de la entidad tanto del fondo acumulado como del archivo de gestión, la transferencia primaria de los documentos hasta las actividades de préstamo de los mismos y el soporte de los procesos de apoyo de la entidad.	POBLACIÓN OBJETO	Cilientes internos de la institución.
DEFINICIONES	SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud TRD: Tabla de retención documental ARCHIVO: Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden, para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la	RESPONSABLE	Jefe de archivo central

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HP 8C	Revisó: Claudia Patricia Aponso Hernández	Aprobó: Carlos Alberio Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 2 de 8
	TIPO DE PROCESO: APOYO	

	historia. ARCHIVO CENTRAL: Unidad que administra, custodia y conserva los documentos en cualquier soporte con valor administrativo, hospitalario, legal, permanente e histórico que son transferidos por las diferentes unidades de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo de acuerdo con el Informe de valoración emitido por la Dirección General de Archivo Nacional, con el fin de brindar el servicio a los usuarios. HISTORIA CLINICA: 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. HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA: Conjunto de datos clínicos, sociales y financieros referidos a la salud de una persona, procesados a través de medios informáticos o telemáticos. SOGC-S: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. SUA: Sistema Único de Acreditación. SUH: Sistema Único de Habilitación		
--	--	--	--

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Revisó: Claudia Patricia Aponso Hernández	Aprobó: Carlos Alberto Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 3 de 8
	TIPO DE PROCESO: APOYO	

PROCESOS PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES / PROCEDIMIENTOS		SALIDAS	PROCESOS CLIENTES
		PLANEAR	HACER		
1. Procesos Gerenciales y de Direccionalismo estratégico. 2. Procesos misionales: • UTI • Farmacia • Consulta externa • Farmacodependencia • Hospital crónicos • Hospital Agudos • Hospital día • SIAU • Lab. Clínico • Enfermería • Electroencefalograma • Terapia ocupacional • Nutrición y dietética 3. Procesos de apoyo: • Auditoría clínica • Archivo de historias clínicas • Trabajo social • Transporte y asistencia básica • Correspondencia • Estadística • Sistemas • Talento humano • Cartera • Contabilidad • Costos	1. Suministro de talento humano capacitado para dicha labor. 2. Documentos solicitados por las unidades misionales del hospital Psiquiátrico. 3. Presupuesto establecido por gestión financiera para el buen funcionamiento de la unidad. 4. Servicio de mantenimiento para el buen estado de la unidad. 5. Mantener la imagen corporativa de la unidad mediante la limpieza e higiene permanente de las instalaciones. 6. Servicio de entrega de documentos 7. Auditorías internas periódicamente para garantizar la calidad en el servicio de archivo central. 8. Archivo de disposiciones legales, actos administrativos, decretos.	1. Programar los ajustes y evaluación periódica del Estado de instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS. 2. Programar la revisión de los controles de documentos. 3. Planear el recibimiento de los documentos, una vez haya terminado el uso en las unidades funcionales. 4. Programar junto con la coordinadora de servicios generales, el aseo del archivo. 5. Programar la solicitud de los insumos necesarios a la unidad de suministros-almacén para el cumplimiento del objetivo. 6. Elaboración anual de	1. Mantener el estado de las instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS 2. Realizar el seguimiento quincenal a la carpeta de préstamo de documentos. 3. Descargar los documentos de la carpeta de préstamo. 4. Organizar los documentos recibidos de las unidades funcionales del hospital; de acuerdo a su codificación. 5. Establecer el horario y priorizar la necesidad del servicio con la operaria asignada por parte de la coordinación de servicios generales. 6. Recibir los insumos requeridos verificando lo solicitado con lo entregado, firmado el egreso de recibido a conformidad. 7. Revisar anualmente el	1. Plan operativo de la unidad. 2. Solicitud de revisión de las instalaciones 3. Solicitud de servicios generales. 4. Listado de necesidades requeridas por la unidad. 5. Documentación física requerida por las unidades misionales. 6. Documentación anual de las unidades de apoyo y de direccionamiento estratégico para archivar en la unidad de Archivo Central. 7. Solicitud de servicio de sistemas para la unidad funcional.	1. Procesos Gerenciales y de Direccionalismo estratégico. 2. Procesos misionales: • UTI • Farmacia • Consulta externa • Farmacodependencia • Hospital crónicos • Hospital Agudos • Hospital día • SIAU • Lab. Clínico • Enfermería • Electroencefalograma • Terapia ocupacional • Nutrición y dietética 3. Procesos de apoyo: • Auditoría clínica • Archivo de historias clínicas • Trabajo social • Transporte y asistencia básica • Correspondencia • Estadística • Sistemas • Talento humano • Cartera • Contabilidad • Costos

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HPSC	Revisó: Claudia Patriola Aponso Hernández	Aprobó: Carlos Alberto Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 4 de 8
	TIPO DE PROCESO: APOYO	

• Facturación • Presupuesto • Tesorería • Mantenimiento • Servicios generales • Suministros y almacén.	acuerdos, resoluciones. 9. Archivo de procedimientos, organigramas, manuales de unidades funcionales del Hospital psiquiátrico. 10. Propuestas de las tablas de retención documental con sus soportes. 11. Documentos solicitados por las unidades de apoyo y de direccionamiento estratégico.	6. Cronograma de transferencia de las unidades funcionales al archivo central. 7. Recepcionar los documentos por parte del coordinador de archivo central. 8. Estar atento a las solicitudes de prestado de documentos de las diferentes unidades del hospital.	6. Cronograma para ejecutar la correspondiente transferencia primaria de los documentos de las unidades funcionales al archivo central. Archivo central debe informar con una semana de anticipación. 8. Llenar el formato de transferencia documental por parte de la unidad que transfiere los documentos. Este debe estar codificado por series y subseries, cajas, carpetas o expedientes a transferir. 9. Diligenciar la solicitud de préstamos de documentos y esta solicitud es archiva en la carpeta de la cual fue extraído el documentos prestado y cuando se realice la devolución del mismo se archiva de acuerdo a la caja, carpeta y series del documento.	• Facturación • Presupuesto • Tesorería • Mantenimiento • Servicios generales • Suministros y almacén.			
	PERSONAS RESPONSABLES DE LAS ENTRADAS: 1. Subdirección científica, facturación, cartería, auditoría, urgencias, estadística, terapia	ACTUAR 1. Realizar los ajustes que fuere necesario en el Estado de Instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH	VERIFICAR 1. Evaluar el estado de las instalaciones para cumplimiento de requisitos del SUH dentro del SOGCS. 2. Evaluar la existencia de		PERSONAS RESPONSABLES DE RECEPCIÓN DE SALIDAS: 1. Subdirección científica, facturación, cartería, auditoría,		
	Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HPSC		Revisó: Claudia Patriola Aponle Hernández		Aprobó: Carlos Alberio Uribe Rodríguez		
	Cargo: Estudiantes y asesor		Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero		

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 5 de 8
	TIPO DE PROCESO: APOYO	

ocupacional y jurídica entre otros dependiendo el requerimiento.	dentro del SOGCS. 2. Informar el manejo de faltantes de las historias clínicas. 3. Realizar los Ajustes que se fuesen necesarios para solicitar las historias clínicas. 4. Realizar los Informes pertinentes con respecto a las historias clínicas perdidas, extraviadas o algún otro tipo de dificultad y enviarlas a la dependencia con el cual se tenga este tipo de problema. 5. Ajustar el programa de aseo ya que la demora en el desarrollo de la actividad perjudica al archivo, teniendo en cuenta la cantidad de polvo que allí se genera. 6. Adelantar ajustes en la entrega de los insumos necesarios. 7. Tomar las acciones	los ordenadores manuales que se encuentran en los estantes sin ninguna justificación aclarar que historias clínicas a la fecha hacen falta y desde cuándo y si es imposible de encontrar; el auxiliar de archivo debe elaborar un informe escrito y entregarlo con copia a la subdirección científica. 3. Verificar la entrega de las historias clínicas a las unidades funcionales, anotando la persona que recibe las historias para hacer seguimiento y llevar el control para cuando se efectué el cambio de turno en las unidades. 4. Verificar el estado de las historias clínicas entregadas por cada unidad. 5. Revisar carpeta del formato AR – 93 y mirar historias clínicas viejas que hacen falta por su entrega. 6. Evaluar el estado del archivo para confirmar el cumplimiento de la actividad de aseo.	urgencias, estadística, terapia ocupacional y jurídica entre otros dependiendo el requerimiento.
---	---	---	---

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HP 8C	Revisó: Claudia Patricia Aponso Hernández	Aprobó: Carlos Alberto Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

	Código:	Versión: 1.0
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 6 de 8
	TIPO DE PROCESO: APOYO	

		correctivas en caso de no cumplir con lo pactado en el cronograma de transferencia de archivos, documentos faltantes y/o mal estado de los mismos. 8. Ajustar el formato en caso de observar inconsistencia en lo entregado con lo estipulado en el documento 9. Realizar las correspondientes llamadas o correos en caso de no ser devueltos los documentos en la fecha pactada	7. Revisar la Carpeta que evidencia los pedidos de insumos de la oficina del archivo. 8. Verificar el estado de los documentos y el allistamiento de los mismos para dicho labor de archivar. 9. Revisar que lo que se encuentre relacionado en la formato de transferencia documental se lo correspondiente a lo entregado físicamente. 10. Verificar la fecha de devolución de documento para mantener el control y la ubicación original de los documentos en orden.		
--	--	---	---	--	--

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HP 8C	Revisó: Claudia Patricia Aporta Hernández	Aprobó: Carlos Alberto Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Código:	Versión: 1.0
	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 7 de 8
TIPO DE PROCESO: APOYO		

RECURSOS		DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS DEL PROCESO		NORMATIVIDAD	INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (AUTOR: ING. CLAUDIA APONTE - ASESORA DE CALIDAD DEL HPSO)
TÉCNICOS	LOCATIVOS		NOMBRE REGISTRO	TIEMPO DE RETENCIÓN		
RECURSOS HUMANOS: Jefe de archivo central. RECURSOS ECONÓMICOS: Presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de Enero 01 a 31 de Diciembre de cada año.	INSTALACIONES FÍSICAS: Equipamiento y espacios físicos requeridos. DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO: Archivadores y todos los equipos e insumos necesarios para cumplir con el objetivo administrativo y misional.	- I-AR-343-1 Organización del Archivo Central y de Gestión - I-AR-343-2 Tablas de Retención Documental - I-AR-343-3 Tablas de Inventario Documental - I-AR-343-4 Organización del Fondo Documental - Pr-AR-343-1 Transferencias Primarias de Documentos. - Manual de procesos y procedimientos. - Manual de Funciones y competencias laborales. - Reglamento Interno de Trabajo. - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. - Plan de Gestión Institucional. - Plan operativo Individual. - Plan de mejoramiento contraloría de Santander. - Mapa de Riesgos y Plan de Manejo de Riesgos. - Presupuesto de la entidad. - Proyectos de Inversión	- R-ar-343-5 solicitud de préstamo de documentos - R-ar-343-6 préstamo de documentos del archivo - R-ar-343-1 tabla de retención documental - R-ar-343-3 cronograma anual de transferencias - R-ar-343-4 tabla de inventario y transferencias - R-ar-343-7 acta de eliminación de documentos - R-ar-343-8 tabla de valoración documental - Formato transferencia documental - Stiker carpetas		LEYES Ley 594 de 2000 Ley 23 de 1961. Ley 10 de 1990, art 6, Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, Ley 1122 de 2.007, DECRETO Decreto 2174 de 1996, numeral 4 del Artículo 5. Decreto 1011 de 2.006. RESOLUCIÓN Resolución 1995 de 1999, Resolución 2546 de julio 2 de 1998, Resolución 1715 de 2005, Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005. Resolución 1043 de 2.006, Resolución 1445 de 2.006, por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora	- Se medirá por el número de observaciones corregidas. - Cambiar los ganchos metálicos por ganchos de plástico, ganchos de cosedora y carpetas en mal estado. - Con las inducciones las oficinas estarán en capacidad de seguir un buen procedimiento de organización documental.

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HP 8C	Revisó: Claudia Patriola Aponte Hernández	Aprobó: Carlos Alberto Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO: ARCHIVO CENTRAL	Código:	Versión: 1.0
	Fecha Actualización: AGOSTO DE 2011	Página: 8 de 8
TIPO DE PROCESO: APOYO		

ACTUALIZACIÓN DE LA VERSIÓN				RIESGOS (HERRAMIENTA AMFE)			
FECHA	QUIÉN ACTUALIZO	CAMBIOS REALIZADOS	No. NUEVA VERSIÓN	FALLO POTENCIAL	CAUSA O FACTOR CONTRIBUTIVO	EFFECTOS DEL FALLO	CALIFICACIÓN
Agosto de 2011	Estudiantes UPB	Responsable directo de esta unidad. Establecer la normatividad por medio de la cual se dicta la ley general de archivo. Establecer calificación a los posibles riesgos adversos ocasionados en esta unidad.		1. Asignación equivocada de códigos y versiones de la documentación. 2. Pérdida de la información. 3. Deterioro de la documentación. 4. Errores en la Clasificación y ubicación de los documentos.	1. Identificación inadecuada de la documentación. 2. Documentación enviada equivocadamente. 3. Daño o deterioro de la documentación salvaguardada en los archivos. 4. Clasificación y ubicación errónea de la documentación en los lugares dispuesto para tal fin. -	1. Fallas en el control documental y confusión de los usuarios finales al momento de dar aplicabilidad a lo descrito. 2. Demora en la respuesta a las solicitudes. Trámites no ejecutados. Sanciones o investigaciones disciplinarias. 3. No disponibilidad de la información al momento de requerirse. 4. No disponibilidad de la información al momento de requerirse por parte de funcionarios de la administración o por entidades o personal externo. Extravío de información.	1.1 2.1 3.1 4.2

Elaboró: Convenio UPB – E.S.E. HP 80	Revisó: Claudia Patricia Aponso Hernández	Aprobó: Carlos Alberto Uribe Rodríguez
Cargo: Estudiantes y asesor	Cargo: Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud	Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero

Anexo S. INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN



**INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACION DEL
ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION**

Código: Pr-HC-268- 1

Elaborado por: <u>Estudiantes y asesor</u>	Revisado por: <u>Claudia Patricia Aponso Hernández</u>	Aprobado por: <u>Cesar Alberto Uribe Rodríguez</u>
Cargo: <u>Convenio UPB – E.S.E. HPSC</u>	Cargo: <u>Asesora de Calidad y Mercadeo de Servicios de Salud</u>	Cargo: <u>Subdirector administrativo y financiero</u>
Firma:	Firma:	Firma:

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN	Código: Pr-HC-255- 1 Versión: 1.0 Página: 1 de 11
---	--	--

1. OBJETIVO

Establecer las actividades que ayuden a definir los controles necesarios para clasificar, identificar, manipular, almacenar, conservar los documentos tanto del archivo de gestión como del archivo central y mantenerlos disponibles para que sean consultados por todos los funcionarios de la entidad.

2. POBLACIÓN OBJETO

El presente instructivo es aplicable a todos los funcionarios que ejecutan los procesos que componen la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo y a todos los documentos que ayudan a la normal ejecución de dichos procesos y que deben mantenerse legibles, identificados y disponibles para ser consultados.

3. ALCANCE

El presente instructivo abarca desde todas las actividades que se deben tener en cuenta realizar para un buen almacenamiento de los documentos tanto en el archivo de gestión como en el archivo central hasta las actividades que se deben realizar para la transferencia de los documentos del archivo de gestión al archivo central.

4. NORMATIVIDAD

LEYES

Ley 595 de 2000
Ley 23 de 1981.
Ley 10 de 1990, art 8
Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2
Ley 1122 de 2.007

DECRETO

Decreto 2174 de 1996, numeral 4 del Artículo 5.
Decreto 1011 de 2.006.

RESOLUCIÓN

Resolución 1995 de 1999
Resolución 2546 de Julio 2 de 1998.
Resolución 1715 de 2005
Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.
Resolución 1043 de 2.006, Resolución 1445 de 2.006, por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora.
Resolución 1446 de 2.006,

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: PH-NC-205- 1 Versión: 1.0 Página: 2 de 11
---	--	--

5. RESPONSABLE DEL INSTRUCTIVO.

Jefe de Archivo Central.

6. DEFINICIONES.

Archivo: Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden, para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.

Archivo de Gestión: Aquel en el que se reúne la documentación en trámite en busca de solución a asuntos iniciados, sometida a continua utilización y consulta administrativa por las dependencias u otras que lo soliciten. Es el archivo de las oficinas productoras.

Archivo Central: Unidad administrativa en donde se agrupan los documentos transferidos, una vez terminado su trámite y tiempo de retención en los diferentes archivos de gestión de la Entidad, pero que siguen siendo vigentes y objeto de consulta por las propias dependencias y los particulares en general.

Documento: Información y su medio de soporte.

Expediente: Unidad documental formada por un conjunto de documentos o registros generados orgánica y funcionalmente por un proceso, por lo general se refiere a un mismo asunto.

Folio: Es la hoja de un libro, de un cuaderno o de un expediente.

Foliación: Operación que consiste en enumerar consecutivamente los folios de una carpeta o expediente, únicamente por el recto del folio.

Folio-recto: Primera cara de un folio.

Folio-verso o vuelto: Segunda cara de un folio.

Tabla de retención documental: Listado de series con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos. La tabla de retención documental también define el destino del documento al finalizar su vigencia administrativa legal o fiscal.

Serie documental: Conjunto de tipos documentales de estructura y contenido homogéneos, emanados por un mismo órgano o sujeto productor como consecuencia del ejercicio de sus funciones específicas.

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN	Código: Pr-HC-285- 1 Versión: 1.0 Página: 3 de 11
---	--	---

Signatura topográfica: Referencia que indica el estante o fila, el módulo y la bandeja en la que se encuentra un documento, dentro de un Archivo de Gestión o un repositorio del Archivo Central.

Unidad documental Es la pieza mínima que reúne todas las características necesarias para ser considerada como documento. La unidad documental puede ser simple cuando está constituida por un solo documento, y compleja cuando le componen varios, dando lugar al expediente. Puede ser unidad documental un acta, un oficio, un informe, un expediente, etc.

Registros: documento que proporciona evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos.

7. RECURSOS

- 7.1. **RECURSOS HUMANOS:** Auxiliar administrativo (2).
- 7.2. **RECURSOS ECONÓMICOS:** Presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de Enero 01 a 31 de Diciembre de cada año.
- 7.3. **RECURSOS FÍSICOS:** Espacios de trabajo en condiciones de limpieza, orden, en un ambiente seco, ventilado, iluminado, silla ergonómicamente adecuada de acuerdo a las normas de seguridad y salud ocupacional.
- 7.4. **RECURSOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS:** Todos los insumos necesarios para cumplir con el objetivo administrativo, sistemas de computación y software.
- 7.5. **RECURSOS AMBIENTALES:** La Institución cuenta con el plan integral de gestión de residuos hospitalarios y similares (PIGRHS)

8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

ALMACENAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN DE GESTIÓN (ARCHIVO DE GESTIÓN)

6.1. El almacenamiento de los documentos de gestión se debe realizar teniendo en cuenta el registro de Tablas de retención documental R – ARCCEN – 01 correspondiente a cada unidad funcional.

6.2. Las carpetas colgantes son utilizadas para colocar los documentos del archivo de gestión en los archivadores horizontales (específicamente carpetas de marbete), teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) Cada carpeta de marbete debe estar dentro de las carpetas colgantes las cuales deben estar identificadas con el mismo asunto, serie o subserie documental, colocando los marbetes de la carpeta colgante de izquierda a derecha en escala o cascada.
- b) La cantidad recomendada de carpetas de marbete dentro de una carpeta colgante es de una.

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: PrHC-268- 1 Versión 1.0 Página 4 de 11
---	--	---

6.3. Las carpetas de marbete son utilizadas para colocar los documentos o folios de una serie o subserie documental, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

a) Para legajar :

Para la organización de los documentos dentro de las carpetas a legajar, debe ser en forma cronológica **ASCENDENTE DE IZQUIERDA A DERECHA**, es decir que el momento de consultar sea como un libro.

b) Cuando se requiere utilizar carpetas de marbete con gancho legajador, se introduce el gancho en la tapa derecha de la carpeta, de afuera hacia adentro. Los documentos se colocan con la primera cara del folio contra la tapa, de forma que el gancho legajador se cierra sobre la primera cara del último folio que se ha ingresado a la carpeta.

c) Los documentos deben ir en la carpeta de marbete horizontal con gancho legajador completamente plástico, retirando los elementos sobrantes como copias de documentos ya existentes, papel carbón, notas aclaratorias, ganchos click, ganchos de cocedora, folios en blanco entre otros.

d) Cada carpeta de marbete debe contener como máximo 200 folios con su correspondiente consecutivo.

e) En cada carpeta de marbete los documentos se ingresan a esta, en el mismo orden en que se producen.

6.4. Los expedientes o carpetas se identifican usando el siguiente rótulo, que se coloca horizontalmente, a tres (3) centímetros de los bordes de la esquina superior izquierda, sobre la cara externa de la primera tapa.

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: P-HC-285- 1 Versión: 1.0 Página: 5 de 11
---	--	---

8 cms.	10 cms.	
	E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	
	UNIDAD FUNCIONAL: <Nombre unidad funcional productora de las series y subseries>	
	CODIGO: <XXXX-YYY-ZZZ>	
	ASUNTO CARPETA O EXPEDIENTE: < Descripción breve que ayude a explicar el contenido de la carpeta o expediente>	
	FECHAS EXTREMAS: De < DD-MM-AAAA> a <DD-MM-AAAA>	
	CARPETA No. :	No. DE FOLIOS: <No.>
	CAJA No. :	RESERVA LEGAL: SI __ NO __
	UBICACION: <Lugar en donde se encuentra>	
	SIGNATURA TOPOGRAFICA: <Estante + Modulo + Bandeja>	

a) El campo de reserva legal se coloca si es pertinente o necesario, en caso contrario el espacio se deja en blanco.

b) El campo de fechas extremas hace referencia a la fecha inicial que contiene el primer documento que se ingresa a la carpeta y a la fecha final del último documento que se ingresa en la misma carpeta. El rango entre fechas extremas debe ser de un año sin que los años se crucen. Ejemplo (Modo correcto 01/02/08 – 31/12/08), (Modo Incorrecto 01/02/08 – 31/02/09).

c) Una vez se cumpla el tiempo establecido menor o igual a un año en las fechas extremas se deberá cerrar la carpeta (acto que hace referencia a no volver a ingresar documentos en la carpeta independiente que no se cumpla en numero de folios por carpeta).

6.5. La foliación de la documentación se debe realizar teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

a) La documentación se debe encontrar correctamente organizada, ordenada y depurada al momento de efectuar su foliación; Organizada, en carpetas conforme a las series o subseries establecidas en la Tabla de Retención Documental; Ordenada, respetando los principios de orden original y procedencia; Depurada, retirando duplicados idénticos, folios

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: Pr-HC-285- 1 Versión: 1.0 Página: 6 de 11
---	--	--

en blanco, documentos de apoyo y todos aquellos que no son parte formal del proceso que produjo el documento, carpeta o expediente.

b) Se deben foliar todas y cada una de las unidades documentales de una serie o subserie documental. Por tanto cada documento que se encuentre dentro de una carpeta deberá estar foliado

c) La foliación se efectúa utilizando lápiz de mina negra y blanda, tipo HB ó B.



d) El número se escribe en la esquina superior derecha de la cara recta del folio de manera legible y sin enmendaduras, sobre un espacio en blanco, sin alterar membretes, sellos, textos o numeraciones originales. Esta foliación es obligatoria para realizar la transferencia de documentos al archivo central.

e) Se numera de manera consecutiva, es decir, sin omitir ni repetir números. No se folian los documentos utilizando números con suplementos como A, B, C, ó bis.

f) Las series de documentos simples (decretos, circulares, resoluciones), se folian de manera independiente por carpeta.

g) Las unidades documentales compuestas o expedientes (contratos, historias laborales, procesos jurídicos, investigaciones disciplinarias) que por su volumen se archivan en más de una carpeta, se folian de manera continua, es decir, que la segunda carpeta tiene una foliación que será la continuación de la primera, y así sucesivamente cuando se requiera.

Ejemplo: Carpeta 1/3: 200 folios
 Carpeta 2/3: Comienza con el folio 201 hasta el 400
 Carpeta 3/3: Comienza con el folio 401 hasta el 600

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN	Código: Ph-HC-385- 1 Versión: 1.0 Página: 7 de 11
---	--	--

h) Las hojas que tienen texto por ambas caras, se cuentan como un solo folio y son numerados por su folio-recto.

i) No se folian las pastas, ni las hojas en blanco que por alguna razón deban quedar en la carpeta.

j) Los documentos anexos que traen sus foliaciones impresas o paginadas (empastes, argollados), se numerarán como un solo folio y el número correspondiente se coloca en el primer folio útil del anexo.

k) Cuando se encuentren varios documentos de formato pequeño adheridos a una hoja (como recibos, facturas, fotografías), cada uno de ellos deberá ser numerado como folio independiente.

l) Las resoluciones y las circulares internas o externas, únicamente son controladas y numeradas consecutivamente en la gerencia.

m) Los planos, mapas, dibujos, etc., tienen el número de folio consecutivo que les corresponde, aún cuando estén plegados.

n) Las fotografías sueltas, discos digitales, CD'S, DVD'S, diskettes, acetatos o documentos en soportes similares, se colocan en un sobre de protección, se relaciona el material contenido y se le asigna el número de folio respectivo.

6.6. En lo referente a la rotulación para documentos en otros soportes o formatos se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

a) Cuando un documento trae anexos en otro tipo de formatos, como planos, registros sísmicos o de otra naturaleza, y que por sus características son separados para colocarlos en estantes adecuados, se identifican con el siguiente rótulo, el cual se elabora en original para el documento principal y copia, por cada anexo.

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: P-HC-255- 1 Versión: 1.0 Página: 8 de 11
---	--	---

7 cms	8 cms.	
	E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	
	UNIDAD FUNCIONAL: <Nombre unidad funcional productora de las series y subseries>	
	CODIGO: <XXXX-YYY-ZZZ>	
	ASUNTO CARPETA O EXPEDIENTE: < Descripción breve que ayude a explicar el contenido de la carpeta o expediente>	
	RADICADO REFERENCIA: No.	FECHA: <DD-MM-AAAA>
	CARPETA No:	CAJA No:
UBICACION: <Lugar> - <Signatura topográfica>		

b) El primer rótulo se pega sobre una hoja en blanco, indicando la ubicación del anexo que hace parte del documento principal, en caso de múltiples anexos se colocan máximo seis rótulos por hoja en blanco, y ésta(s) hoja(s) se ubican a continuación del documento principal al que pertenece esta información.

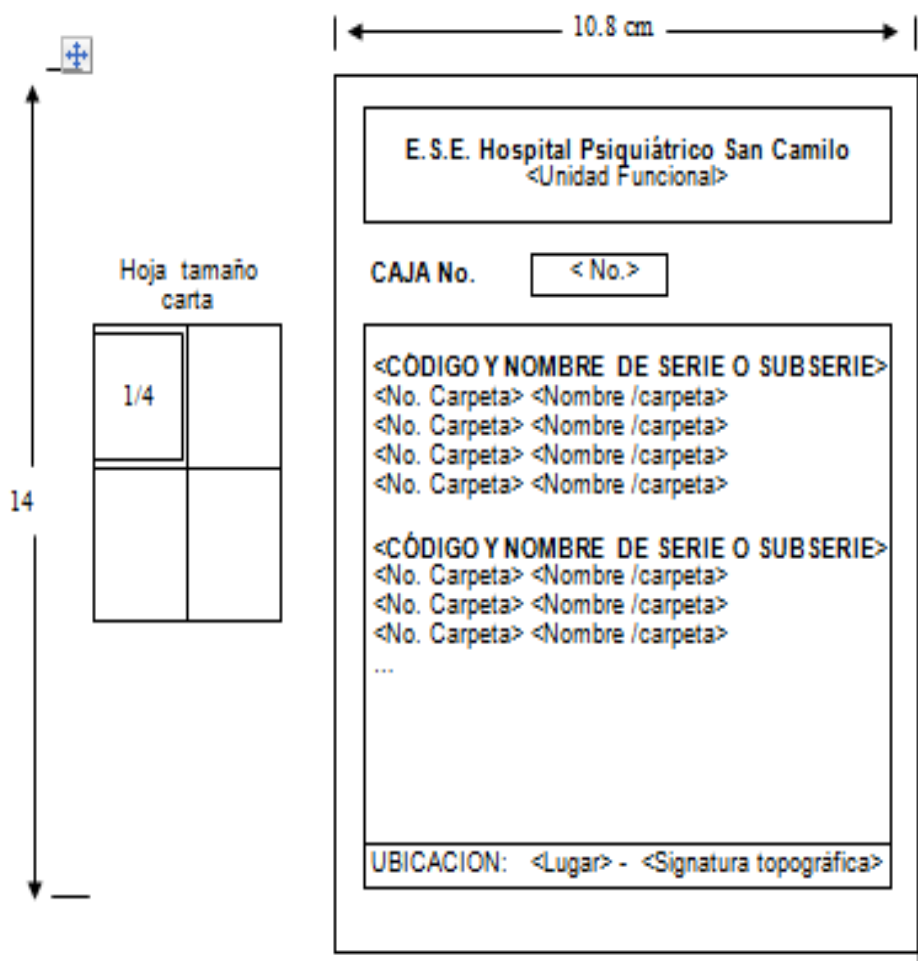
c) El segundo rótulo se diligencia indicando los descriptores del documento original y se coloca en una parte visible de cada anexo (plano, registro sísmico, etc.)

d) Después de rotulados, documento y anexos, se ubican en sus respectivos estantes, previamente definidos para su ubicación y recuperación.

6.7. Cuando sea necesario el uso de unidades de almacenamiento (cajas) se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

a) Las cajas de archivo se identifican teniendo en cuenta las Tablas de Retención Documental y colocando el siguiente rótulo, para su identificación:

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: P-HC-285- 1 Versión: 1.0 Página: 9 de 11
---	--	---



b) Las carpetas de marbete antes de ingresarse a la caja deberán cortarse por el medio y cortar su marbete para convertirla en solo cartones legajadores (o cambiarlas por cartones legajadores existentes) con el fin de ingresarla adecuadamente a la caja.

c) Los cartones legajadores deben organizarse en la caja de izquierda a derecha marcadas consecutivamente en orden ascendente, colocando el lomo (la mitad cortada de la carpeta) de los cartones legajadores sobre la base inferior de la caja.

d) La carpeta se debe organizar dentro de la caja con el rotulo hacia la tapa con el fin de identificar más fácilmente los documentos basados en su rotulo.

	INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTION	Código: Pr-HC-208- 1 Versión 1.0 Página 10 de 11
---	--	---

e) Las cajas deben tener una capacidad máxima de 800 folios que equivalen a 4 carpetas de 200 folios. Si hay carpetas con menos folios se pueden ingresar a la caja un número mayor de carpetas siempre y cuando no se superen los 800 folios en total.

6.8. Respecto a la correspondencia esta deberá ser elaborada bajo las normas ICONTEC y centralizarse por la oficina de archivo central.

6.9. Los estantes del archivo central deberán estar identificados por **FONDO → SECCIÓN → SUBSECCIÓN**

Anexo T. FORMATO DE TABLA DE INVENTARIO Ó TRANSFERENCIA DOCUMENTAL

	TABLA DE INVENTARIO Ó TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	Código: Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1																																																																																																																																															
Entidad Promotora: E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo Unidad Funcional Productora: DOCUMENTOS A TRANSFERIR E INVENTARIOS:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Registro de Entrada</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Año</th> <th style="width: 25%;">Mes</th> <th style="width: 25%;">Día</th> <th style="width: 25%;">NT</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Registro de Entrada				Año	Mes	Día	NT																																																																																																																																							
Registro de Entrada																																																																																																																																																	
Año	Mes	Día	NT																																																																																																																																														
Objeto: Transferencia primaria ☐ Transferencia secundaria ☐																																																																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Nombre de las Series, subseries o asuntos</th> <th colspan="2">Fechas Extremas</th> <th rowspan="2">Caja</th> <th rowspan="2">Carpeta</th> <th rowspan="2">Libro</th> <th rowspan="2">Otro</th> <th rowspan="2">No. de Folios</th> <th rowspan="2">Soporte</th> <th rowspan="2">Frecuencia de Consulta</th> <th rowspan="2">Notas</th> </tr> <tr> <th>Inicial</th> <th>Final</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												Código	Nombre de las Series, subseries o asuntos	Fechas Extremas		Caja	Carpeta	Libro	Otro	No. de Folios	Soporte	Frecuencia de Consulta	Notas	Inicial	Final																																																																																																																								
Código	Nombre de las Series, subseries o asuntos	Fechas Extremas		Caja	Carpeta	Libro	Otro	No. de Folios	Soporte	Frecuencia de Consulta	Notas																																																																																																																																						
		Inicial	Final																																																																																																																																														
Elaborado Por: Entregado Por: Recibido Por: Aprobado Por:				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">Año</th> <th style="width: 33%;">Mes</th> <th style="width: 33%;">Día</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Fecha			Año	Mes	Día													Firma: _____ Firma: _____ Firma: _____ Firma: _____																																																																																																																								
Fecha																																																																																																																																																	
Año	Mes	Día																																																																																																																																															
ELABORADO :				FECHA DE ELABORACION:				PAGINA:																																																																																																																																									

[illegible]

TABLA DE INVENTARIO DOCUMENTAL Y TRANSFERENCIAS

[illegible]

Anexo X. FORMATO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN CAMILO HOSPITAL PSIQUIATRICO "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR"	SOLICITUD DE PRESTAMO DE DOCUMENTOS	Código: R – ARCCEN - 05 Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	--	--

Fecha de Solicitud:	Unidad Funcional:
Nombre del Solicitante:	
Fecha de Préstamo:	Fecha de Devolución:
DETALLE DEL DOCUMENTO	
Fecha del Documento:	
Justificación del Préstamo:	
Asunto, Serie o Subserie:	

Anexo Y. FORMATO DE LISTADO DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS

	LISTADO DE PRESTAMO DE DOCUMENTOS	Código: R - ARCCEN - 06 Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	--	--

Fecha de Préstamo	Soporte		Nombre del Solicitante	Asunto, Serie o Subserie	Fecha Devolución		F	C	Firma de Quien Recibe
	Libro	Carpeta				EE			
TOTALES →									

Convenciones: F = Fotocopias C = Consulta EE = Entrega Extemporánea

Anexo Z. FORMATO DE ACTA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

	ACTA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS	Código: M - ARCCEN - 07 Versión 1.0 ENERO 2012 Página 1 de 1
---	--	--

Acta No.			
Fecha:		Unidad Funcional Productora:	
Hora:			
Lugar:			

Justificación de la eliminación:

La eliminación de los documentos relacionados en la parte inferior se realiza en razón a que carecen de algún valor administrativo, jurídico, legal, fiscal, contable, cultural, histórico o científico y que según la tabla de retención documental establecida por el comité de archivo y aprobada el (Fecha) bajo el acta No. de (Fecha) ya cumplieron su tiempo de permanencia en el archivo central de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Código	Serie, Subserie o Asunto

Jefe Oficina de Archivo	VoBo Comité de Archivo	Jefe Unidad Productora
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Código:
K - ARCCEN - 08
Versión 1.0
ENERO 2012
Página 1 de 1

[illegible]

CT = Conservación Total
E = Eliminación

M = Microfilmación
D = Digitalización

S = Selección

O = Documento Original

C = Documento Copia

		E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO Nit No.890.200.500-9					
UNIDAD FUNCIONAL:							
CÓDIGO:							
SERIE: INFORMES							
SUB SERIE:							
EXPEDIENTE:							
PROGRAMA TBC.							
ESTANTE: Nº.	No. FOLIOS	FECHAS EXTREMAS					
		Inicial			Final		
		D	M	A	D	M	A
CARPETA No.		No. DEL EXPEDIENTE					
UBICACION ENTREPAÑO		Nº. DE CAJA					
ARCHIVO DE GESTIÓN ☐				ARCHIVO CENTRAL ☐			

Anexo AC. FOTOS Y FIRMAS DE LA SOCIALIZACIÓN.

FECHA:		23 de Febrero de 2012			
CONVENIO UPB - ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO					
SOCIALIZACION DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS					
NOMBRE DEL PROCESO	NOMBRE DEL LIDER DEL PROCESO	CEDULA	CORREO ELECTRONICO	FIRMA DE ACEPTACION DE CARACTERIZACION	OBSER
Elab. de cl. de p. p.	Yarina Almeida Franco	28148094	Yarina10@hotmail.com	Yarina Almeida Franco	
Terapia Ocupacional	Nidia Rodriguez V.	83515620	nirova3@hotmail.com	Nidia Rodriguez V.	
Nutrición	Claudia Otero	63311861	claudia_otero@hotmail.com	Claudia Otero P.	
Hospital de día	Mary Katherine Díaz	63551136	MariKaterina@hotmail.com	Mary Katherine Díaz	
CONSULTA EXTERNA	Diana Carolina Gámez Benavente	11098673844	dianaropu@hotmail.com	DIANA GÁMEZ P.	
Correspondencia	Miry Bargas	63391244	—	Miry Bargas	

Proyecto: Estudiantes U

FECHA:					
CONVENIO UPB - ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO					
SOCIALIZACION DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS					
NOMBRE DEL PROCESO	NOMBRE DEL LIDER DEL PROCESO	CEDULA	CORREO ELECTRONICO	FIRMA DE ACEPTACION DE CARACTERIZACION	OBSER
Auditoria clinica.	Miriam Portuondo Ca. Mayra	63274215	sancamibauditoria@hotmail.com	Miriam Portuondo	
Hospitalización Crónicos	Duz Amparo Moreno	63289853	—	Duz Amparo Moreno	
Programa Infantil	Dra Elizabeth Trillos de Restrepo	27959728	elizabethtrillos@gmail.com	Elizabeth Trillos	
Urgencias	Julie Andrea Vallera Cote	63535457	julie.vallera@hotmail.com	Julie Andrea Vallera	
Gerencia General	Martha Elena Peña Henao	63351863	marthapena1970@gmail.com	Martha Elena Peña	
Laboratorio Clínico	Luz Stella Portuondo	63329223	lustmadu2319@yahoo.com	Luz Stella Portuondo	
Almacén	Orlando Comargo	91103919	orlandocae@hotmail.com	Orlando Comargo	
Mantenimiento	Orlando Comargo	91103919	orlandocae@hotmail.com	Orlando Comargo	

Proyecto: Estudiantes

Proyecto: Estudiantes U

FECHA:		24 de febrero de 2012			
CONVENIO UPB - ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO					
SOCIALIZACION DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS					
NOMBRE DEL PROCESO	NOMBRE DEL LIDER DEL PROCESO	CEDULA	CORREO ELECTRONICO	FIRMA DE ACEPTACION DE CARACTERIZACION	OBSER
Trabajo Social	Yolanda Cuellar M	37820602	yocuema@hotmail.com	Yolanda Cuellar M	
TAB	DIEGO ESCOBAR O	631304179		DIEGO ESCOBAR O	
Facturación	Andrés F. Vela	1049061652	SanCamiloBucaramanga@hotmail.com	Andrés F. Vela	
Planeación	Alexandra Huanilla Pérez	371514304	alexandra.huanilla@upb.edu.co	Alexandra Huanilla Pérez	
SISTEMAS	Orlando Patarro H.	91.276.577	orpae@hotmail.com	Orlando Patarro H.	

FECHA:		FEBRERO 23 de 2012			
CONVENIO UPB - ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO					
SOCIALIZACION DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS					
NOMBRE DEL PROCESO	NOMBRE DEL LIDER DEL PROCESO	CEDULA	CORREO ELECTRONICO	FIRMA DE ACEPTACION DE CARACTERIZACION	OBSER
Hospitalización de Inapropiable	Clara Inés Acevedo	632781328	clarinaacevedo@phoo.com	Clara Inés Acevedo	
Historia Clínica Archivo	Martín Rueda	13836143		Martín Rueda	
Archivo Central	Fabio Alexander Moreno Silva	80160454810	fabioa@gmail.com	Fabio Alexander Moreno Silva	
Central Internu.	Edgar Pérez Parra	91.245765	edgarperezp18@hotmail.com	Edgar Pérez Parra	
STAN	Glacys Cartillo H	63271527	glacys23@hotmail.com	Glacys Cartillo H	

Proyecto: Estudiantes U





FORMATO DE ENTREVISTA

Nombre: _____
Profesión: _____
Unidad funcional: _____
Tipo de proceso: _____

1. ¿Cuál es el objetivo primordial de esta unidad funcional?

2. ¿Cuál es la política de operación que rige esta unidad funcional?

3. ¿Cuál es la delimitación o alcance del proceso que se desarrolla en esta unidad funcional?

4. ¿Cuál es la población objeto o a quién se dirige los procesos que esta unidad realiza?

5. ¿Cómo se denomina el cargo o que profesión tiene el responsable de esta unidad funcional?

6. Nombre las unidades funcionales internas de la organización que proveen algún tipo de información y/o recursos que sirven de utilidad para el óptimo desempeño de esta unidad funcional.

7. Nombre que tipo de entradas ya sean de información y/o recursos vienen provenientes de las unidades funcionales anteriormente nombradas.

8. Nombre las personas responsables de las entradas anteriormente nombradas

9. Nombre las unidades funcionales internas de la organización a las cuales esta unidad funcional les provee algún tipo de información y/o recursos.

10. Nombre que tipo de salidas ya sean de información y/o recursos son enviadas a las unidades funcionales anteriormente nombradas.

11. Nombre las personas responsables de las salidas anteriormente nombradas

12. Enumere las operaciones o acciones que se planean para el adecuado desempeño de las actividades.

13. Enumere las acciones o labores que se realizan en esta unidad para el adecuado desempeño de las actividades.

14. Dentro del desarrollo de los procesos realizados en esta unidad funcional enumere las operaciones a verificar para el adecuado desempeño de las actividades.

15. Dentro del desarrollo de los procesos verificados en esta unidad funcional enumere las acciones correctivas que se plantean para el adecuado desempeño de las actividades.

16. Nombre los recursos que esta unidad funcional necesita para el óptimo desarrollo de los procesos (recursos técnicos, humanos, económicos, tecnológicos, recursos locativos, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento).

17. Nombre los documentos asociados que sirven de apoyo para el óptimo desempeño de las actividades a realizar en esta unidad funcional, ya sean estos procedimientos e instructivos.

18. Nombre los registros que sirven de apoyo para el óptimo desempeño de las actividades a realizar en esta unidad funcional, ya sean estos formatos, stikers, tablas etc.

19. Enumere los posibles eventos adversos que se pueden presentar en esta unidad funcional y que pueden llegar a perjudicar la integridad de los pacientes que aquí se presentan.

Anexo AE. Diagnóstico de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo

DIAGNOSTICO	Nombre	Tipo	Objetivo	Políticas	Alcance	Poblacion objetivo	Definiciones	Responsables	Procesos proveedores	Entradas	Responsables entradas	PHVA	Responsables salida	Salidas	Procesos clientes	Recursos tecnicos	Recursos locativos	Documentos asociados	Registros	Normatividad	Indicadores	Riesgos	instructivos	Procedimientos
Encefalograma																								
Enfermería																								
Farmacodependencia																								
Agudos																								
Crónicos																								
Hospital clínica																								
Hospitalización inimputables																								
Urgencias																								
Programa infantil																								
Hospital día																								
Consulta externa																								
Terapia ocupacional																								
Farmacia																								
Laboratorio clínico																								
SIAU																								
Nutrición																								
Archivo de historias clínicas																								
Transporte asistencia básica																								
Trabajo social																								
Auditoria clínica																								
Archivo central																								
Correspondencia																								
Gestión de Talento Humano																								
Mantenimiento																								
Servicios generales																								
Suministro y almacén																								
Sistemas																								

