ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE ADMISIONES EN LA CLÍNICA DE TRAUMAS Y FRACTURAS EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, 2020.

SEBASTIAN ORTEGA GUERRA

UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
MONTERÍA - CÓRDOBA
2020

ACTUALIZACION DE PROCESOS EN EL AREA DE ADMISIONES Y SUS RESPECTIVOS PROCEDIMIENTOS EN LA CLINICA DE TRAUMAS Y FRATURAS EN LA CIUDAD DE MONTERIA

SEBASTIAN ORTEGA GUERRA

Informe de Práctica Empresarial como Opción de Grado para optar al título de Administrador en Salud

Director. Enalbis Espitia Cabralez. Msc AO

UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
MONTERIA – CÓRDOBA
2020

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

Presidente del Jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme salud y sabiduría para cumplir este sueño.

A mi familia por apoyarme sin condiciones y brindarme su mano cuando más la necesitaba.

A mis amigos y compañeros que me toleraron y me enseñaron a afrontar las dificultades que nos encontramos en el viaje.

A la universidad de Córdoba mi alma mater, mi guía en este camino de conocimientos y en especial a mi tutora Enalbis Espitia Cabralez por asesorar e instruirme en esta fase final de este camino.

Y por último a la Clínica de Traumas y Fracturas por permitirme adquirir experiencia en sus áreas y así prepararme para el campo laboral.

CONTENIDO

pág.

INTRODUCCION ..... **Error! Bookmark not defined.**
1. OBJETIVOS 12
1.1 GENERAL 12
1.2 ESPECIFICOS..... 12

2. RESEÑA HISTORICA ..... **Error! Bookmark not defined.**

3. ASPECTOS CORPORATIVOS ..... **Error! Bookmark not defined.**
3.1 MISIÓN..... **Error! Bookmark not defined.**
3.2 VISIÓN ..... **Error! Bookmark not defined.**
3.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES ..... **Error! Bookmark not defined.**
3.4 VALORES INSTITUCIONALES..... **Error! Bookmark not defined.**
3.5 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES..... **Error! Bookmark not defined.**
3.6 POLÍTICAS INSTITUCIONALES ..... **Error! Bookmark not defined.**
3.7 SERVICIOS……..18

4. DIAGNOSTICO 23
4.1 DESCRIPCIÓN 24
4.2 UNIDAD FUNCIONAL..... 24
4.3 AREA ASIGNADA..... 25
4.4 DIAGNOSTICO MEDIANTE MATRIZ DOFA…….26

5. MARCO REFERENCIAL 27
5.1 MARCO TEÓRICO 27
5.2 MARCO CONCEPTUAL 29

5.3 MARCO LEGAL……..31

6. METODOLOGÍA..... 33

6.1 TIPO DE ESTUDIO 33

7. RESULTADOS 35

7.1 IMPLEMENTACION DE GUIA DE ELABORACION DE DOCMUENTOS..... 35

7.2 REVISION DE GUIA POR PARTE DEL JEFE DE CALIDAD. 35

7.3 ENTREGA DE GUIA ACTUALIZADA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ADMISIONES...……..36

7.4 CAPACITACION POR PARTE DEL JEFE DE COORDINACION MÉDICA……..36

8. CONCLUSIÓN .....**Error! Bookmark not defined.**7

9. RECOMENDACIONES .....**Error! Bookmark not defined.**8

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS 40

ANEXO……41

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Mapa de Procesos. Clínica de Traumas y Fracturas, 2020……..20

Figura 2. Organigrama de Procesos. Clínica de Traumas y Fracturas, 2020…….21

Figura 3. Organigrama Funcional. Clínica de Traumas y Fracturas, 2020….....22

Figura 4. Clínica de Traumas y Fracturas, ciudad de Montería.2020……..23

TABLA DE ANEXOS

ANEXO A…….....40

RESUMEN

Introducción. El área de Admisiones es la encargada de recibir a los usuarios en el momento que requieren atención, se encargan de la identificación de los usuarios y a la entidad que estos estén sujetos para respectivo cobro de los servicios prestados. Para esto cuenta con tres procedimientos que son: Urgencias, Autorizaciones y Referencia y Contrarreferencia. **Justificación.** En la Clínica de Traumas y Fracturas se hace evidente la necesidad de contar con una guía actualizada que le permita a los empleados agilizar procesos y sus procedimientos y así manejar de manera más optima los formatos para cumplir con los lineamientos establecidos por la institución para poder determinar las necesidades del usuario. La falta de esta guía hace lento e impide que dicho proceso sea realizado de manera eficaz y oportuna. **Objetivo.** Actualizar los procedimientos en el área de admisiones de la Clínica de Traumas y Fracturas **Métodos** aplicando una investigación cualitativa con un enfoque inductivo nos permite analizar la información del área de admisiones suministrada por el jefe de admisiones con el fin efectuar la actualización conociendo las situaciones, costumbres y acciones de las respectivas actividades que se realizan e implementado una guía de elaboración de procesos suministrada por el departamento de coordinación medica para efectuar dichas actualizaciones, **Resultados.** Documento con los procedimientos actualizados para contribuir con el mejoramiento continuo de los procesos administrativos.

Palabras clave. Atención en salud, gestión por procesos, mejoramiento continuo, procedimientos.

ABSTRACT

Introduction. The Admissions area is responsible for receiving users at the time they require attention; they are responsible for identifying users and the entity that they are subject to for the respective collection of services provided. For this it has three procedures that are: Emergencies, Authorizations and Reference and Counter-reference. **Justification.** At the Trauma and Fracture Clinic, the need for an updated guideline is evident, which allows employees to streamline processes and procedures and thus better manage the formats to comply with the guidelines established by the institution in order to determine user needs. The lack of this guide slows down and prevents this process from being carried out in an efficient and timely manner. **General.** Procedures in the admissions area of the trauma and fracture clinic are updated. **Methods** applying qualitative research with an inductive approach allows us to analyze the information on the admissions area provided by the head of admissions with In order to carry out the update knowing the situations, customs and actions of the respective activities that are carried out and implemented a process development guide provided by the medical coordination department to carry out these updates. **Results.** In order to improve the quality, opportunity and accessibility in the provision of services to help improve the quality of life of people.

Keywords: **Keywords. Health care, process management, continuous improvement, procedures.**

Introducción

Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades interrelacionadas entre sí que, a partir de una o varias entradas de materiales o información, dan lugar a una o varias salidas también de materiales o información con valor añadido. “Los procesos deben estar correctamente gestionados empleando distintas herramientas de la gestión de procesos. (Maldonado 2011)

Toda institución de salud tiene el objetico de brindar el mejor servicio al usuario para lograr credibilidad en el ambiente profesional y en el mercado actual con esto posicionarse como una entidad de calidad, en toda institución existen diversas áreas que desempeñan una función específica, el area de admisiones se puede catalogar como primordial porque es la encargada de la atención primaria al usuario por ende es importante que este funcionando de tal manera que dicho usuario quede satisfecho con el servicio prestado.

La problemática que se presenta es la desactualización de los procesos en el área de admisiones ya que es necesaria una herramienta que especifique como ejecutar los diferentes procedimientos para cumplir con los lineamientos fijados por la Clínica de Traumas y Fracturas y así brindar una mejor atención al usuario y que no genere retrasos en los cobros por los servicios prestados.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO General

Actualizar los procesos y sus respectivos procedimientos en el area de admisiones en la Clínica de Traumas y Fracturas en la ciudad de Montería.

1.2 OBJETIVOS Específicos

- Realizar un diagnóstico que permita la identificación de los cambios a realizar en la ejecución de las actividades
- Caracterizar las actividades, tiempos y responsables en el Área de Admisiones en la Clínica de Traumas y Fracturas en la ciudad de Montería.
- Redefinir los procedimientos en el Área de admisiones de la Clínica De Traumas Y Fracturas En Montería.

1. Reseña histórica

La Clínica de Traumas y Fracturas Ulises Herrera Sánchez, es una institución prestadora de servicios de salud de naturaleza privada, que surgió como respuesta a la demanda en los servicios de ortopedia, traumatología y artroscopia en el Departamento de Córdoba y sus zonas de influencia. Posteriormente, los socios decidieron que el proyecto cubriera, además, otras especialidades relacionadas con el trauma, para ofrecer un servicio integral en el área de la salud.

La sociedad se constituyó el 27 de agosto del 2001 mediante escritura pública No. 802 de la Notaria Tercera de Montería bajo el nombre de IPS Clínica de Fracturas Dr. Ulises Herrera Sánchez Ltda. y se transformó en Sociedad Anónima el día 10 de julio del 2003 con la escritura No. 885 de la misma Notaria con el nombre de ESPECIALISTAS ASOCIADOS S.A. registrando su establecimiento de comercio como CLINICA DE TRAUMAS Y FRACTURAS Ulises Herrera Sánchez, dando inicio sus actividades el día 4 de agosto de 2004.

En honor al Dr. Ulises Herrera Sánchez, medico ortopedista y principal gestor del proyecto, quien fallece en un accidente de tránsito el día 18 de Julio de 2001, se le asigna a esta institución el nombre Clínica de Traumas y Fracturas - Ulises Herrera Sánchez. (Clínica de Traumas y Fracturas) (web oficial).

2. Aspectos corporativos

3.1 MISIÓN

Existimos para satisfacer las necesidades de salud en el departamento de Córdoba y sus zonas de influencia, prestando servicios médicos con énfasis en la atención integral del trauma, a partir del conocimiento y tecnología eficiente, segura, de alta calidad y respetuosa de la dignidad humana, provista por un talento humano y procesos en mejoramiento continuo, que aseguran una operación rentable para los accionistas y de esta manera, poder generar bienestar social a nuestra comunidad. (Clínica de Traumas y Fracturas) (web oficial).

3.2 VISIÓN

En el año 2020 la clínica traumas y fracturas será el principal centro de referencia a nivel regional para el manejo integral del paciente con trauma, reconocida por su tecnología, responsabilidad social y ambiental, asegurando el mejoramiento continuo en el cumplimiento de estándares de acreditación. (Clínica de Traumas y Fracturas) (web oficial).

3.3 Objetivos institucionales

- Proporcionar a las personas que acuden a nuestro servicio, calidad integral que logre satisfacer las necesidades y expectativas asistenciales.

- Desarrollar el potencial de nuestros coequiperos, asegurándoles una adecuada retribución, participación, permanencia y desarrollo integral.

- Asegurar la rentabilidad a nuestros inversionistas a través de una institución competitiva en la región y con visión de largo plazo, desarrollando nuevos o mejores servicios para la atención integral del trauma pertinentes para la región.
- Asegurar la implementación y el desarrollo de los servicios otorgados por la clínica a partir del conocimiento, la evidencia científica y las mejores prácticas, generando excelentes resultados clínicos para los pacientes.

- Adquirir y aplicar la mejor tecnología disponible, en la prestación de servicios de atención integral para el paciente con trauma.

- Contribuir al desarrollo de nuestros proveedores e integrarlos a los procesos de la clínica, para obtener un suministro satisfactorio en términos de oportunidad y calidad.

- Mantener una competencia basada en principios éticos, orientados al desarrollo del mercado y al beneficio de la comunidad en general.

- Garantizar a todos nuestros usuarios, la disminución sostenida y sistemática del riesgo y los eventos adversos, en el proceso de atención llevado a cabo por la institución.

- Desarrollar programas de responsabilidad social y ambiental que sean sostenibles, en beneficio de la comunidad y la región.

- Asegurar el cumplimiento de los valores y principios corporativos, creando con ellos actitud de servicio, confidencialidad y trato digno que nos permita ser líderes en procesos de atención humanizados. (Clínica de Traumas y Fracturas) (web oficial).

3.4 Valores institucionales

Respeto

Actitud de consideración frente a las diferencias del ser humano como autor de opciones y acciones en beneficio propio e institucional, que genere optimización en la prestación del servicio.

Verdad

Actuación con rectitud y sentido de pertenencia sin causa de perjuicio y con respeto a los derechos de los usuarios internos y externos.

Igualdad

Distribución justa e imparcial en el cumplimento de los derechos de los usuarios.

Confianza

Convicción recíproca del accionar ético en las situaciones presentadas generando seguridad, tranquilidad y satisfacción hacia nuestros usuarios.

3.5 Principios institucionales

Solidaridad

Comprensión de las necesidades de nuestros usuarios reconociendo el bien común en aras de la responsabilidad social.

Excelencia

Altos niveles de profesionalismo en la prestación del servicio con cumplimiento de estándares establecidos de calidad y acciones de mejora continúan que permitan el alcance de los objetivos propuestos.

Integralidad

Articulación de recursos disponibles y atención interdisciplinaria para el abordaje de las condiciones de salud de nuestros usuarios.

Oportunidad

Prestación de servicios sin retrasos que permiten mejorar el desempeño clínico y propiciar valores diferenciadores para los clientes y partes interesadas.

3.6 Políticas institucionales

Las acciones de la institución estarán orientadas a promover la integralidad en la prestación de los servicios de salud a sus usuarios, de tal manera que se brinde la mejor recuperación de la salud y la reincorporación social eficaz de cada paciente, para garantizar lo anterior se establecen las siguientes políticas institucionales:

Políticas de calidad y seguridad del paciente

La Clínica de Traumas y Fracturas en pro de la mejora continua de la calidad en la atención de nuestros usuarios, adopta la siguiente política de calidad y seguridad del paciente:

Garantizar a nuestros usuarios un servicio seguro, con los más altos índices de calidad posibles, haciendo énfasis en la oportunidad de la atención, en el respeto, la información y la utilización de la evidencia científica en los tratamientos ofrecidos, para buscar una adecuada recuperación de la salud, construyendo confianza y generando satisfacción con la atención recibida. (Clínica de Traumas y Fracturas) (web oficial).

Objetivo de calidad

1. Recuperar la salud de nuestros pacientes a través de la disponibilidad del equipo humano multidisciplinario, nuevas alternativas de terapéuticas acordes a la evidencia científica y procedimientos pertinentes con las necesidades del paciente.
2. Propender ante todo por la seguridad de nuestros usuarios, reduciendo de manera sistemática la presencia de eventos adversos.
3. Evaluar continuamente nuestros procesos de atención en busca del mejoramiento continuo y la satisfacción de los usuarios.
4. Crear cultura de seguridad en el paciente, su familia y en todos nuestros colaboradores.
5. Asegurar el dinamismo institucional en la búsqueda de las mejores prácticas, alcanzando altos desempeños clínicos.
6. Promover la motivación y auto estima en el personal de la organización, y mejorar la eficiencia en el desempeño de sus labores a través del autocontrol.
7. Realizar auditorías periódicas a los procesos que permitan cerrar las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada.
8. Establecer un sistema de medición de indicadores que permita el cumplimiento y verificación de los objetivos de calidad, para la generación de mejoras continuas.

Política ambiental

La Clínica de Traumas y Fracturas como institución de salud, reconoce su responsabilidad con el medio ambiente y la comunidad, y se compromete a implementar y mantener activo un sistema de gestión de residuos hospitalarios efectivo que minimice los riesgos que puedan ocasionar detrimento a la población y al medio ambiente a partir de sus productos.

La clínica protegerá la salud de las personas mediante la aplicación rigurosa de medidas universales de seguridad en el manejo adecuado de los residuos y ayudará a la conservación del medio ambiente a través de procesos eficientes en el uso de los recursos.

Política de información

Para la clínica de Traumas y Fracturas, la información es un recurso vital para la calidad, la sostenibilidad y la seguridad de la organización. Consecuentes con lo anterior, la institución se compromete con la estructuración y el fortalecimiento de un sistema de gestión de la información soportado en tecnologías, eficientes, respetuosos del medio ambiente y de las normas vigentes, que responda a las necesidades de los clientes y partes interesadas.

Política de humanización en la prestación del servicio

La Clínica de Traumas y Fracturas, en su enfoque hacia el mejoramiento continuo, orienta sus acciones a partir de la humanización del servicio, siendo pilar fundamental para ello la calidad de su talento humano.

Desde el direccionamiento general, se fomenta el cumplimiento de los valores y principios corporativos, creando con ellos actitud de servicio humano, confidencialidad, trato digno y escucha activa, logrando de esta manera una prestación de salud con calidad y calidez humana.

La institución se compromete a respetar las diferencias culturales, espirituales y sociales de nuestros usuarios, al igual que la autonomía de cada paciente.

3.7 Servicios

1. Urgencias 24 horas Hospitalización
2. Unidad de terapia intensiva
3. Cuidados intermedios
4. Cirugía
5. Unidad de Terapia física y rehabilitación Imágenes diagnosticas: Rayos x, ecografía y Tomografía
6. Consulta externa especializada
7. Laboratorio clínico (Outsourcing)
8. Servicio Farmacéutico
9. Ambulancia Básica y Medicalizada

Consulta externa especializada

1. Ortopedia y Traumatología
2. Ortopedia Pediátrica
3. Cirugía General
4. Neurocirugía
5. Otorrinolaringología
6. Cirugía Plástica
7. Cirugía Vascular
8. Cirugía pediátrica
9. Fisiatría
10. Rehabilitación oral
11. Cirugía maxilofacial
12. Cirugía de columna
13. Cirugía de mano
14. Retino logia
15. Oftalmología
16. Anestesiología
17. Medicina del dolor

Estructura organizacional

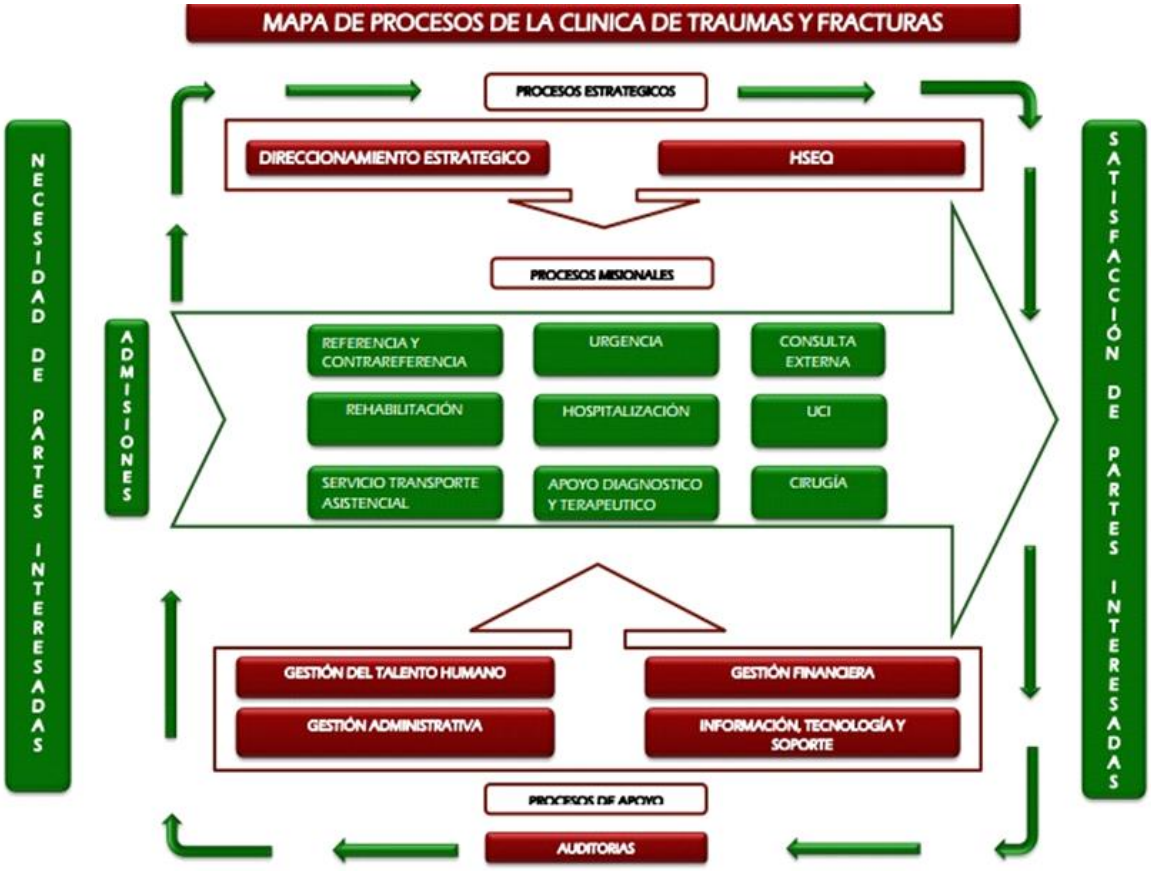


Figura 1. Mapa de Procesos. **Clínica de Traumas y Fracturas, 2020.**

Organigrama de procesos

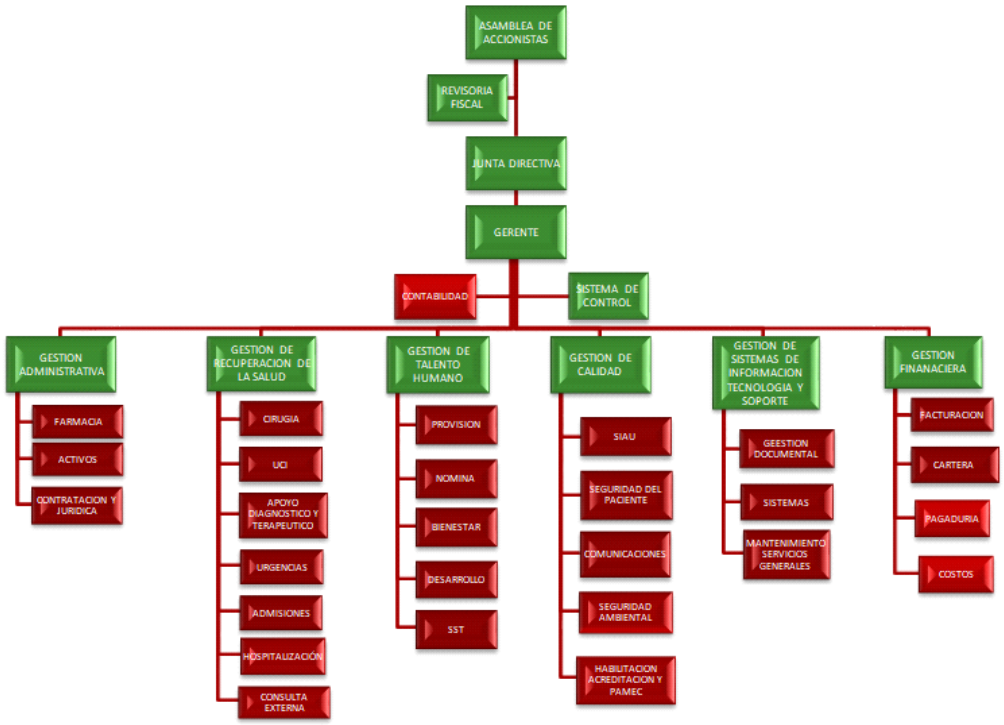


Figura 2. Organigrama de Procesos. **Clínica de Traumas y Fracturas, 2020.**

Organigrama funcional

Figura 3. Organigrama Funcional. **Clínica de Traumas y Fracturas, 2020.**

3. Diagnostico

Identificación

Figura 4. **Clínica de Traumas y Fracturas,** ciudad de Montería.**2020**

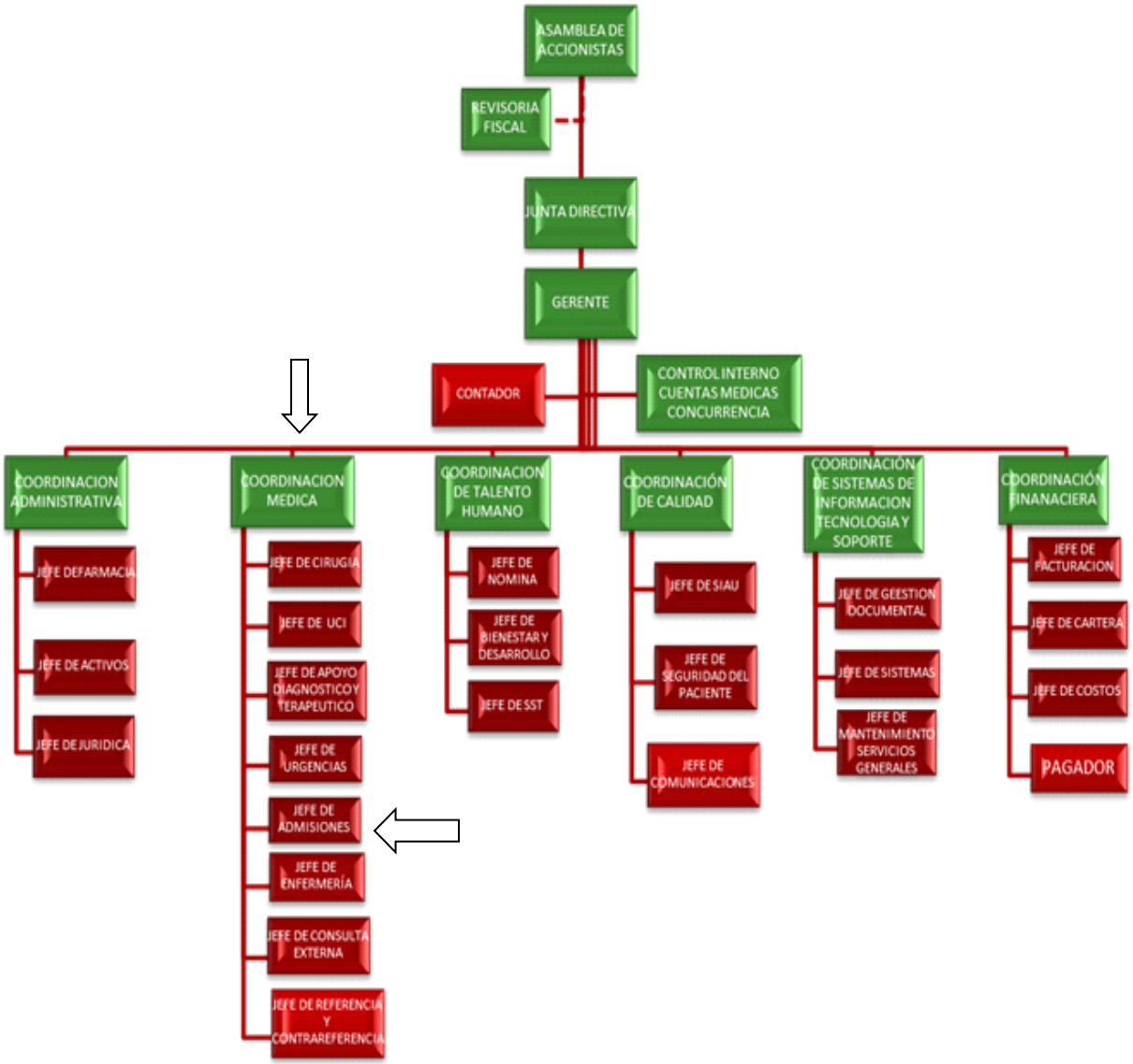
4.1 Descripción

La clínica de Traumas y Fracturas es una institución cuya sede principal está ubicada calle 27 # 13 – 38 de la ciudad de Montería y está especializada en el manejo del trauma cuyo objetivo principal es brindar un servicio con los más altos índices de calidad haciendo énfasis en la eficiencia, oportunidad, respeto y seguridad de los tratamientos ofrecidos a los usuarios que nos consultan, logrando así su confianza y su satisfacción con la atención recibida.

4.2 Unidad funcional

La oficina de Coordinación Médica ubicada en el 2do piso de la entrada principal, cuenta con una buena iluminación, buenos dispositivos de dotación para realizar las actividades, y un ambiente sano y amistoso, es dirigida por el jefe inmediato quien es el que se encarga de la revisión de que todas las área incluyendo admisiones y sus respectivos procedimientos cumplan de manera eficiente mejorando continuamente y así lograr el cumplimiento especifico y su aplicación para beneficio tanto de los empleados como a los usuarios.

4.3AREA ASIGNADA



4.4 Diagnostico mediante matriz dofa

Tabla 1. Matriz DOFA. Proceso de Admisiones - 2020

	FORTALEZAS	**DEBILIDADES**
VARIABLES INTERNAS	**1).** Garantiza la confidencialidad de la informacion de los usuarios. **2).** Excelente comunicación por parte de los jefes de areas. **3).**Talento humano comprometido con la institucion.	1). Demora en la actualizacion de procesos y procedimientos. 2). Espacio de trabajo reducido. 3). Alto nivel de estrés por lo complejo de algunos servicios.
VARIABLES EXTERNAS	**ESTRATEGIAS**	
OPORTUNIDADES	**ESTRATEGIAS (F-O)**	**ESTRATEGIAS (D-O)**
1). Crecimiento en infraestructura. 2). Exclusividad del tratamiento truamas 3). Ubicación estrategica y prudente de la institucion.	Aplicar encuestas a los empleados para generar ideas de como mejorar su area laboral. Recopilar informacion sobre las dificultades que tiene los empleados con sus labores	Realizar pausas activas. Capacitar talento humano sobre nuevas medidas adoptadas para un mejoramiento continuo en las prestaciones de servicios.
AMENAZAS	**ESTRATEGIAS (F-A)**	**ESTRATEGIAS (D-A)**
1). Reduccion de accientalidad. 2). Fraudes por parte de los usuarios. 3). Demora en los pagos por parte de las entidades asociadas.	Verificar de manera inmediata la veraciad de los soportes entregados por el usuario. Suministrar de manera oportuna y puntual los soportes que el usuario solicite.	Aplicar estrategias que informe la importancia de suministrar a la institucion documentacion verdadera y las consecuencias de incumplir. Capacitar personal.

5. Marco referencial

5.1 Marco teórico

En la clínica de Traumas y Fracturas en la ciudad de Montería cuenta con una excelente prestación de servicios en sus áreas específicamente en Admisiones y sus respectivos procedimientos que afianzan la productividad de todo el personal, sus procedimientos son:

Se denomina urgencia a la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte, a su vez se le brinda al paciente al atención inicial de urgencias como todas las acciones realizadas con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.(Bedoya, NOVA. 2017)

Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. (Asmet Salud EPS.) (s. f.).

La referencia es el “envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. (Asmet Salud EPS.) (s. f.).

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia. (Asmet Salud EPS.) (s. f.).

La autorización para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades “se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago. Resolución 3047 hoja No 3 art 4 (2008))

5.2 Marco conceptual

A continuación, se describen varios conceptos usados en el área de práctica:

Acciones de Seguimiento: Son básicamente las acciones de control realizadas durante la ejecución de los procesos, las cuales contribuyen a generar el autocontrol. ((MS y PS, 2016).

Atención de salud. Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (MS y PS, 2016).

Calidad de la atención de salud. Provisión 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 (MS y PS, 2016, p. 13.).

Estandarización de procesos: Se documentan, socializan e implementan los procesos con el fin de aumentar la probabilidad de obtener resultados previsibles que garanticen la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mejore la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos. Para la estandarización debe contarse con todas las personas que participan en la realización de los procesos priorizados, con el fin de que ellos mismos busquen y definan la mejor manera de realizarlos (MS y PS, 2016, p.14).

Estrategia. Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. La estrategia es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones, en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción y prioridades en la asignación de recursos. Se pueden distinguir tres tipos de estrategias: de

corto, mediano y largo plazo, según el horizonte temporal. La estrategia es la ruta que siguen las grandes líneas de acción de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública para alcanzar los propósitos, objetivos y metas.

Referencia y Contrarreferencia: Se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. (Asmet Salud EPS.) (s. f.).

Urgencia: Es algo que debe resolverse de forma inmediata, implica una necesidad apremiante o una situación que requiere de atención sin demoras. Definicion.de. (s. f.)

Autorización: Se refiere a toda aquella emisión de órdenes para ciertas erogaciones relacionadas con la atención de los programas de salud que administra una institución, y que permiten acceder a una práctica médica, un estudio o cualquier otro servicio complementario que, de una u otra forma, necesite autorización previa para su ejecución. Villadiego (August 11, 2017)

Procedimiento Médico: Es una actividad dirigida o realizada en un individuo con el objetivo de mejorar la salud, tratar enfermedades o lesiones y/o hacer un diagnóstico. (International Dictionary of Medicine and Biology, Page 2297)

Área: Se entiende como tal aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional. (SIAP, glosario de términos).

Sistema de Gestión de Calidad: Contribuye al fortalecimiento los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. El desarrollo de Gestión de la Calidad en salud, su gestión o implementación requieren de un marco teórico que permita el conocimiento y uso estandarizado de conceptos de calidad en salud frecuentemente utilizados en el sector.

Es importante tener en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la Gestión del Conocimiento como "la síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por parte de las partes interesadas para acelerar los beneficios de la innovación global y local en el fortalecimiento de los sistemas de salud y para mejorar la salud de las personas" (WHO/PAHO, 2016, párrafo 1).

5.3 Marco legal

La Constitución Política de Colombia (1991), establece la Seguridad Social como "un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley" (Art. 48).

Así mismo la Ley 100(1993), establece que "el Sistema de Seguridad Social, Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Igualmente, establece como uno de los principios del sistema, la eficiencia, definido como "la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente" (Art. 2, p.1).

Específicamente para el área objeto de estudio, se aplican varias normas, entre ellas:

La Resolución 4331 (2012), por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y servicios de términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de cuentas del servicio. (Hoja No 2)

Igualmente, el Decreto 4747 (2007), por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

El Decreto 2423 (1996), por medio del cual se establecen los conceptos del servicio de urgencias.

Por otra parte, mediante el Decreto 4110 (2004), se reglamenta la Ley 872(2003) y en su artículo 1° adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 (2003).

La Resolución 3047 (2008), por la cual define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

El MSPS expidió el Decreto 1011 (2006), el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país., igualmente, definió la calidad de la atención incluyendo estos elementos: "[…] provisión 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" (MS y PS, 2016, p.27).

La Resolución 3100 (2019), "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

El tipo de investigación descriptiva con un enfoque cualitativo, metodo inductivo permite analizar la información obtenida por parte de la unidad de admisiones suministrada por el jefe de admisiones con el fin efectuar la actualización de los procesos y sus procedimientos conociendo las situaciones, costumbres y acciones de las respectivas actividades que se realizan en esta área.

A partir de este método, se abordará todos los documentos del área, con el fin de definir la forma en que se presentarán y adecuarán los procesos planteados, para luego proceder a una observación de como la institución implementa la guía a presentar al área de coordinación de calidad quien es quien lo aprueba. Para cumplir los objetivos propuestos se implementarán varios procedimientos**:(Fases**):

(Fase)1. Revisión documentos existentes.

Se realizó una revisión de los documentos existentes, evaluando la guía de elaboración de documentos que implementa la Clínica de Traumas y Fracturas para la respectiva elaboración de procesos y procedimientos, para lo cual se tuvo en cuenta los conocimientos previos y el método de realización.

Procedimiento (Fase) 2. Añadir la información

Se realizó un acople de información con los formatos existentes, con el fin de dejar evidenciado la actualización de los datos, para que esta sea concreta y verídica para los empleados que consultan y sea más sencillo la comprensión de los procesos y procedimientos existentes, esto con el fin de cumplir con los juicios que coordinación de calidad exige.

Procedimiento (Fase) 3. Implementación

Para implementar las actualizaciones de procesos y procedimientos se presenta el documento final al docente tutor de la práctica y al jefe del área, para luego de ser aprobado y se inicie a su utilización en el plan establecido por la Clínica de Traumas y Fracturas.

7. Resultados

De acuerdo a los instrumentos aplicados y a la observación en el cumplimiento de la Práctica Institucional, a continuación, se muestran los resultados de la misma.

En la unidad de admisiones de la Clínica de Traumas y Fracturas y mediante la observación pertinente, se identificó la desactualización que existían en los procedimientos con respecto al área, por lo cual se procedió a establecer una ruta de mejoramiento con el fin de efectuar los debidos cambios al diseñar e implementar la guía de elaboración de documentos otorgada por la institución en los procedimientos de urgencias, referencia y contrarreferencia y autorizaciones. El principal fin de este procedimiento es mejorar el rendimiento laboral, el cual se ha visto afectado por el no cumplimiento de las nuevas medidas que la empresa por parte de los jefes y supervisores han propuesto, los cambios permitirán, además, una mejora en los servicios de atención y a su vez la satisfacción de los usuarios. La actividad de actualización fue ejecutada basándose en el ciclo PHVA.

En esta etapa del planear, el primer paso fue reconocer el compromiso institucional adquirido para implementar el documento de actualización del procedimiento establecido por el Sistema de Información para la Calidad de la institución en el área asignada.
El segundo paso fue identificar el alcance y contenidos del procedimiento, para buscar su armonización con las estrategias de calidad ya implementadas por el área y el macroproceso. El tercer paso fue establecer una ruta de trabajo a partir de la cual se contemplaron los recursos necesarios y se definieron los procesos y el cronograma para la implementación del procedimiento actualizado.

7.1 IMPLEMENTACION DE GUIA DE ELABORACION DE DOCMUENTOS

Una vez finalizada la fase de planeación, se inició la fase de ejecución, la cual contiene los aspectos generales relacionados con el diagnóstico, levantamiento de información, diseño de la guía, revisión, ajuste y entrega. Esta etapa comprende una serie de aspectos críticos a tener en cuenta para el reporte de información por los funcionarios comprometidos con el proceso. A su vez, incluye una serie de instrucciones sobre el proceso de reporte de información a partir de la creación del usuario institucional en el Software Dinámica Gerencial hasta la recepción de validaciones de estructura y contenido del archivo.

Se realizó un diagnóstico mediante observación directa que permita identificar cuáles son los ítems que requieren actualizaciones con el apoyo de los jefes administrativos, los cuales a su vez dan autorización para su implementación en la respectiva área y con los empleados que dispongan de esas obligaciones.

7.2 Revisión de guía por parte del jefe de calidad.

El jefe de calidad revisa los cambios realizados por el practicante, dando sus recomendaciones para su mejoramiento y a su vez la validación para su implementación.

7.3 Entrega de guía actualizada de los procedimientos de admisiones

Se les entregara a los empleados la respectiva guía actualizada con los cambios en los procesos (ítems) de cada área determinada para su implementación.

7.4 Capacitación por parte del jefe de coordinación médica.

El jefe de coordinación médica informa a los empleados para el uso apropiado de la guía y determina los cambios a realizar sobre algunos procesos que requieren más tacto para los usuarios. En ésta última fase del ciclo es importante reconocer la gestión del conocimiento como eje fundamental para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo de la calidad, al permitir el intercambio, la comunicación, acceso, la aplicación eficaz de los conocimientos y la evidencia, con el fin de apoyar la toma de decisiones informadas en las entidades.

Retroalimentación y aprendizaje organizacional. La retroalimentación es importante, ya que permite socializar en el área de práctica la generación de mejoramiento, específicamente en los procedimientos y actividades desarrolladas diariamente, de lo que se espera fortalezca el aprendizaje organizacional. Para iniciar la estandarización de los procesos, el coordinador del área debe programar jornadas de trabajo que tengan como objetivo principal el análisis de las oportunidades de mejora consideradas todas prioritarias, se hará con metodologías ya probadas que permitan buscar el enfoque ideal consensuada por todo el equipo de colaboradores.

8. Conclusión

Finalizando, en el continuo desarrollo de este proyecto fue posible alcanzar los objetivos propuestos, con el diagnóstico observacional se pudo identificar los procedimientos de urgencias, referencia y contrarreferencia y autorizaciones y sus respectivos ítems que se realizan en el servicio de admisiones en la Clínica de Traumas y Fracturas, así mismo se definieron medidas con las que se realizarían los cambios propuestos y también fue preciso describir los pasos que se realizan en la guía de elaboración de documentos. El desarrollo de estos objetivos dio paso a la consecución del objetivo general donde se propone la implementación de la guía para permitirles a los colaboradores mejorar su prestación del servicio

El uso de este instructivo tiene como propósito ser una herramienta para lograr agilizar los procedimientos del área de admisiones generando un cambio positivo en la institución y por ende mejorar la productividad de esta y contribuir a un mejoramiento continuo.

9. Recomendaciones

Al realizar el diagnóstico del servicio de admisiones de la Clínica de Traumas y Fracturas se logra identificar los aspectos a mejorar que influyen de una manera negativa en las prestaciones de los servicios de salud, con el fin del mejorar continuamente los procedimientos con estas bases se proponen las siguientes recomendaciones para maximizar la eficiencia con calidad en la atención en el de admisiones y sus respectivos procedimientos:

1) Determinar, actualizar y verificar los cambios predeterminados por el área de admisiones para cumplir los objetivos propuestos.

2) Fortalecer los procesos de capacitación, la socialización de las actividades de los puestos de trabajo en casos determinados y el manejo de los nuevos ítems para agilizar los procesos mediante capacitaciones en el que se le pueda resolver dudas e inquietudes del personal y usuarios.

3) Mantener actualizado el instructivo de manera semestral que permita a los colaboradores (jefes, directores, coordinadores, admisionistas y practicantes) conocer los procesos de cada área en los servicios de la Clínica de Traumas y Fracturas para el mejoramiento continuo de los procesos y así lograr la satisfacción y fidelidad del usuario.

Referencias bibliográficas

Clínica de Traumas y Fracturas. Nosotros [sitio web]. Montería; [Consultado: 1 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.traumasyfracturas.com/resena-historica/

Maldonado, J. (2011). Gestión de procesos. *Recuperado a partir de http://www. eumed. net/libros-gratis/2011e/1084/indice. htm.*

Asmet Salud EPS. (s. f.). Recuperado.https://www.asmetsalud.org.co/sistema-de-referencia-y-contrareferencia

Villadiego Méndez Ohadry Alejandra (August 11,2017)https://prezi.com/40fwsge59l6r/autorizaciones-en-servicios-de-salud/

Definición de urgencia — Definicion.de. (s. f.). Recuperado de https://definicion.de/urgencia/

COLOMBIA. MPS. Decreto 4747 (7, diciembre, 2007). Santa Fe de Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2007. [Consultado en 17 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf

COLOMBIA. MPS. RES. 3047 (2008) https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3047_2008.pdf

Bedoya Marrugo Elías Alberto. NOVA. (2017); pág. 92. http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v15n27/1794-2470-nova-15-27-00091.pdf

RESOLUCION NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3. Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización deservicios posteriores a la atención inicial deurgencias.https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4331-de-2012.PDF

Clínica traumas y fracturas página web oficial, estructura organizacional. https://www.traumasyfracturas.com/nosotros/

Clínica traumas y fracturas página web oficial, reseña histórica. https://www.traumasyfracturas.com/resena-historica/

Clínica traumas y fracturas página web oficial, políticas. https://www.traumasyfracturas.com/politica-de-humanizacion/

Clínica traumas y fracturas, página web oficial, estructura organizacional. https://www.traumasyfracturas.com/servicios/

Clínica traumas y fracturas. página web oficial, valores. :https://www.traumasyfracturas.com/principios-y-valores/

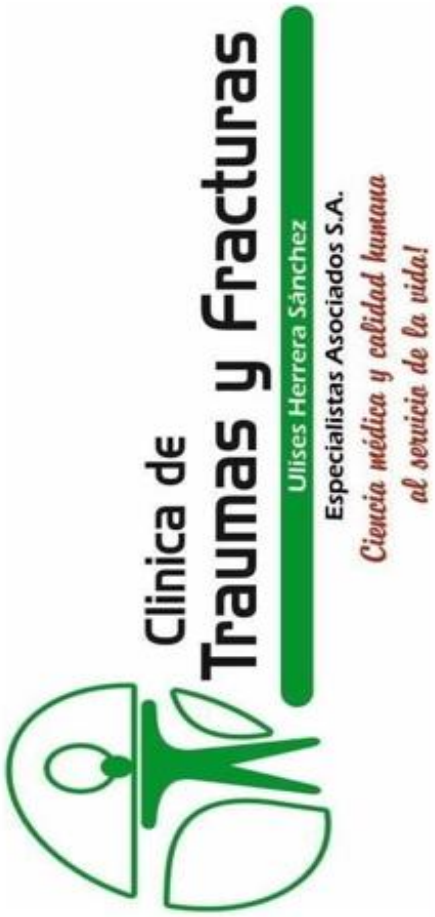
Jaramillo, Ana, Líder de Calidad, (02 de marzo de 2020). Clínica de Traumas y Fracturas. Montería, Córdoba. Guía de Elaboración de Documentos.

Palmera, Hailler, jefe de admisiones. ,(18 de febrero 2019). Clínica de Traumas y Fracturas. Montería, Córdoba. Procesos de Admisiones Urgencias.

Palmera, Hailler, jefe de admisiones. (15 de marzo 2019). Clínica de Traumas y Fracturas. Montería. procesos de Admisiones Referencia y Contrarrefencia.

Anexo

Anexo a.



GUÍA DE ELABORACIÓN DE

DOCUMENTOS

COORDINACIÓN DE CALIDAD

MONTERÍA – CÓRDOBA
COLOMBIA

2020

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos que se deben seguir para la elaboración de los documentos internos del Sistema de Gestión Calidad de Especialistas Asociados S.A, estableciendo parámetros y bases comunes que permitan la uniformidad del lenguaje y forma de todos los documentos.

2. ALCANCE

Esta guía aplica a los manuales, procedimientos, instructivos, guías, programas, formatos y demás documentos internos del Sistema de Gestión Calidad de Especialistas Asociados S.A.

3. RESPONSABLE

Es responsable de la debida aplicación de este documento el Coordinador de Calidad.

4. DEFINICIONES

- **Anexo:** sección de información adicional que amplía la información de un documento. Puede presentar formatos particulares como gráficos, tablas, tipos de planillas de registros, entre otros.
- **Aprobación:** Aceptación a un documento que garantiza su aplicación desde el punto de vista de recursos y coherencia con el Sistema de Gestión Integrado.
- **Caracterización de proceso:** documento usado para describir la estructura de cada proceso, estableciendo entre otros, su objetivo, alcance, responsable, entradas, salidas y las actividades de acuerdo con el ciclo PHVA.
- **Cliente:** Organización, entidad, proceso o persona que recibe un producto y/o servicio.
- **Código:** Conjunto de letras, números y/o símbolos que permiten identificar un documento en forma particular.
- **Copia Controlada:** Es el documento copia del original, sobre el cual existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen.
- **Copia No Controlada:** Copia del documento original en medio físico o magnético entregado a un tercero con fines de información. Estas copias están identificadas con la leyenda "COPIA NO CONTROLADA", sobre estas no hay responsabilidad de actualización.
- **Distribución:** es la actividad por medio de la cual un documento aprobado se entrega a los interesados para su aplicación.

- **Documento:** Información y su medio de soporte (procedimientos, instructivos, formatos, planes, programas, fichas, matrices, documentos de origen externo; entre otros).
- **Documento Externo:** Es aquel elaborado por entes externos a la Empresa pero que inciden en la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión Integrado. Entre los documentos externos se pueden considerar normas, códigos, leyes, decretos, resoluciones, manuales entre otros.
- **Documento Obsoleto:** Es un documento que ha perdido su vigencia en fecha o contenido.
- **Formato:** Documento diseñado para la recolección de información y que proporciona evidencia de una acción.
- **Formulario de Google:** Aplicativo utilizado para para crear encuestas y tests de autoevaluación online y enviárselos a otras personas.
- **Guía:** Pautas de acción, esenciales ante un problema, establece recomendaciones, sugerencias u orientaciones sobre un tema específico.
- **Instructivo:** Documento que describe de forma secuencial y con alto nivel de detalle actividades u operaciones muy específicas.
- **Listado Maestro de Documentos:** Lista en la cual se relacionan los documentos controlados de la Empresa.
- **Manual:** Instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución de actividades, tomado como marco de referencia.
- **Modificación:** Mecanismo a través del cual se realizan cambios necesarios en los documentos. Pueden ser de forma o de fondo.
- **PHVA:** Corresponde a las siglas del Planear, Hacer, Verificar y Actuar.
- **Plan:** Es un modelo sistemático que se elabora antes de realizar una acción, con el objetivo de dirigirla y ejecutarla. Los planes de acción definidos deben contener las siguientes características metas, recursos, responsables y actividades a ejecutar.
- **Política:** Intenciones y dirección de una organización, como las expresa formalmente su alta dirección.
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Es recomendable que los procedimientos definan, como mínimo: quién hace qué, dónde, cuándo, porqué y cómo.
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Programa:** Son documentos escritos que definen con claridad los objetivos de una organización y describe los métodos que se van a emplear para alcanzar dichos propósitos.

- **Protocolo:** Conjunto de actividades y procedimientos a realizar relacionados con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes.
- **Publicación:** Es el proceso que permite dar a conocer un documento.
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
- **Versión:** Señala el número de veces que se han efectuado modificaciones al documento. La primera versión corresponde al número uno (01), para la segunda versión corresponde al número dos (02) y así sucesivamente.

5. GENERALIDADES

Tipo de Documentos:

Siempre que por normatividad legal, adopción de modelos de gestión o políticas internas de la Empresa se requiere documentar alguna actividad para el Sistema de Gestión Calidad, ésta debe realizarse, en cualquiera de sus categorías, siguiendo los lineamientos contemplados en esta guía.

Las categorías de los documentos del sistema de Gestión de Calidad de Especialistas Asociados S.A, se encuentra estructurado por orden jerárquico de la siguiente forma:

- Política
- Manual
- Procedimiento
- Protocolo
- Guía
- Instructivo
- Programa
- Formato (Formulario)

6. DESCRIPCIÓN

6.1 Descripción de los elementos que conforman los capítulos de los documentos.

A continuación se describen los elementos que componen los documentos del Sistema de Gestión Calidad de Especialistas Asociados S.A.:

- **Objetivo:** Es la descripción clara y coherente del propósito del documento y sirve para indicar lo que se debe lograr a través de su aplicación. Para su redacción se recomienda iniciar con un verbo en infinitivo.

- **Alcance:** Describe y delimita la aplicabilidad del documento con relación al Sistema de Gestión Calidad.
  El campo de aplicación del documento se puede definir mediante alguna de las siguientes alternativas:
  Actividad inicial y actividad final
  A los usuarios o clientes de la empresa
  Aplicable a un determinado proceso(s) o dependencia(s).
  Para el caso de las **guías de práctica clínica** se recomienda que el alcance incluya todos los aspectos anteriormente listados.

- **Responsable:** Es el cargo o rol que asegura la adecuada aplicación del documento, en caso de ser necesario, y de los resultados requeridos en las interrelaciones con los procesos que interactúa.

- **Definiciones:** Listado de palabras relevantes que debe ser aclarado su significado con el propósito de asegurar la adecuada comprensión del documento.

- **Generalidades:** En este capítulo se especifican las políticas de operación, comentarios relevantes u observaciones que se deben tener en cuenta para aplicación del documento.
  Las políticas de operación deben ser coherentes con los lineamientos de la empresa y son guías de acción para facilitar la ejecución de las actividades, así mismo permiten definir responsabilidades sobre la toma de decisiones.
  En este aparte se deben registrar los métodos utilizados cuando se trate de **guías de práctica clínica**.

- **Descripción**: Relaciona las actividades en su secuencia lógica desde el inicio (el cual generalmente está dado por la identificación de una necesidad) hasta el final (el cual es generalmente el momento en que se verifica que se resolvió de manera satisfactoria la necesidad identificada). Para cada actividad se asignan responsables, registros que se generen, documentos, normativas, controles y dependencias donde se desarrollan.

  Para el caso de las **guías de práctica clínica** la descripción incluye al menos un resumen de la evidencia científica que avala la adopción de la guía, las recomendaciones y puntos de buenas prácticas.

Cuando aplique, se debe utilizar de la siguiente tabla con los respectivos colores y tipo de letra: Tahoma #10, color verde tiene esta referencia:
(R: 16; G: 135; B: 68 en documentos Office y #108744 en documentos Drive)

ÍTEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN

En el caso de los procedimientos, la descripción de las actividades se debe hacer en el orden lógico que se desarrollan, guiados por la numeración de la primera columna **(Ítem).**

En la segunda columna **"Actividades"** se registra el nombre de la actividad, este nombre debe ser breve y debe describir de manera general en qué consiste la actividad. Es parecido a si se diera un título a la actividad (¿Que se hace?).

En la tercera columna **"Responsable"** se debe indicar el cargo de la persona que ejecuta la actividad.

En la cuarta columna **"Descripción"** como su nombre lo indica, describe detalladamente la actividad que realiza el responsable, teniendo en cuenta lo siguiente:
¿Para qué se hace?: Propósito de la actividad.
¿Cómo se hace?: Método utilizado y las diferentes etapas para realizar la labor.
¿Con que se hace?: Equipo, herramienta y soporte informático utilizado para la ejecución de la actividad.

- **Normatividad aplicable:** Cuando el documento que se esté elaborando describa actividades asociadas al cumplimiento de una norma o el mismo se haya creado para dar cumplimiento a una norma existente, se debe hacer uso de este elemento. Se inicia mencionando el tipo de norma (Ley, Decreto, Acuerdo), el número de identificación, la fecha de expedición, nombre de la norma y descripción concreta de la misma cuando aplique, por ejemplo:

  "**Ley 373 de 1997**: Por la cual se reglamenta el Programa de Ahorro y Uso eficiente del Agua".

✓ **Registros:** Corresponde al listado de los resultados o evidencias de actividades desarrolladas que se generan al aplicar los procedimientos o instrumentos.

Los resultados o evidencias de las actividades deben permanecer en medio magnético, solo para listas de asistencia se maneja el formato en físico, para el registro fotográfico se debe tener organizado con el respectivo nombre de la actividad y la fecha en la cual se realizó.

N°	CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	LUGAR DE ARCHIVO	MEDIO DE ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO	DISPOSICION

- Código: Aplica para documentos internos y externos hace referencia al código del formato donde se diligencia el registro.
- Nombre: Denominación del registro, es decir, se escribe el título del registro que por lo general será un formato o formulario diligenciado.
- Responsable: Rol o Cargo de la persona que debe archivar y mantener el registro antes de ser enviado al archivo central.
- Lugar de archivo: Dependencia donde se archiva el registro. Para el caso de los documentos electrónicos, se deberá describir el nombre del sistema de información que almacena el registro. (Por ejemplo: Dinámica Gerencial, Carpeta en Drive de la cuenta institucional asignada al área del responsable de conservar el registro).
- Medio de archivo: Forma en que se almacena, puede ser Físico, Digital, o ambos.
- Tiempo de archivo: Corresponde al periodo de almacenamiento o custodia del registro por parte de la dependencia. Debe coincidir con el indicado en la tabla de retención documental del área, la cual fue previamente creada por Gestión Documental. Este tiempo depende de la necesidad de interactuar con los registros una vez los mismos son elaborados.

- Disposición: Es el destino final del registro una vez vencido el tiempo de retención en el archivo de gestión del área. Se escogerá entre las siguientes opciones: Conservación (Se seleccionará para todos los casos en que el documento sea creado de manera digital o electrónica a través de nuestros sistemas de información como dinámica gerencial, synapse, agiliza, apps de google), digitalización (Se utilizará cuando los documentos nacen de manera física pero al ser trasladados al archivo central el área de gestión documental los digitaliza y sube a una carpeta en drive para su conservación), eliminación (Será utilizada para aquellos documentos que se crean de manera física, se almacenan por un tiempo en el archivo de gestión del área y posteriormente se envían al archivo central para que se eliminen sin que sean digitalizados).

✓ **Control de Cambios de Documento:** Corresponde al historial de cambios del documento y se debe llevar mediante la siguiente tabla:

N°	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA

Descripción del cambio realizado: Inicia con la identificación de la versión modificada correspondiente, seguido de una breve descripción de las modificaciones realizadas al documento. Cuando es la primera versión del documento no aplica este ítem, se debe dejar consignado "N/A" en esta casilla.
Fecha: Corresponde al día, mes y año en que se aprobó la versión modificada.

✓ **Control de elaboración y aprobación:** Debe ir en la última hoja del documento, así:

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
(Espacio para firma del documento original) **Nombre** Cargo o Rol Fecha (día/mes/año)	(Espacio para firma del documento original) **Nombre** Cargo o Rol Fecha (día/mes/año)	(Espacio para firma del documento original) **Nombre** Cargo o Rol Fecha (día/mes/año)

Elaboró: Nombre y apellidos del Responsable del Proceso o quien se designe en la justificación de la solicitud del documento, cargo o rol del empleado y fecha en que se elaboró el documento.
Revisó: Nombre y apellidos del Responsable de realizar la revisión del documento, cargo o rol del empleado que generalmente será el coordinador de área y fecha en que se elaboró el documento.
Aprobó: Nombre y apellidos del responsable de realizar la aprobación del documento, cargo o rol que será el Gerente o Coordinador de Calidad y fecha en que se elaboró el documento.

- **Bibliografía:** Incluye las referencias documentales utilizadas para soportar de manera científica lo registrado en los documentos creados.

- **Anexos:** Información relevante que sirve de soporte al documento elaborado. Para el caso de las guías de práctica clínica, en los anexos se elaborarán los flujogramas o algoritmos pertinentes.

6.2 Elementos que deben contener los documentos

En la siguiente tabla se muestra los elementos que deben tener los diferentes documentos (exceptuando los formatos):

ELEMENTO	MAN	PRO	PRG	FOR POL	PRT	INS GUI	GUI CLÍNICA
Portada	A	A	A	N/A	A	A	A
Encabezado	A	A	A	A	A	A	A
Tabla de contenido	O	O	O	N/A	O	O	A
1. Objetivo	A	A	A	N/A	A	A	A
2. Alcance	A	A	O	N/A	A	O	A
3. Responsable	A	A	O	N/A	A	A	A
4. Definiciones	A	A	A	N/A	A	A	A
5. Generalidades	O	A	O	N/A	O	O	A
6. Descripción	A	A	A	N/A	A	A	A
7. Normatividad aplicable	O	A	O	N/A	A	A	A
8. Registros	O	A	A	N/A	A	N/A	A
9. Control de Cambios de Documento	A	A	A	N/A	A	A	A
10. Control de elaboración y aprobación	A	A	A	N/A	A	A	A
Bibliografía	O	O	O	N/A	A	O	A
Anexos	O	O	O	N/A	O	O	A

A: Aplica NA: No Aplica O: Opcional

En caso de no ser aplicable alguno de los capítulos según la tabla anterior, se debe indicar su nombre seguido del texto: "**No aplica para este documento**"

6.3 Aspectos de Forma

Todos los documentos se deben presentar en un formato unificado, y debe contemplar los siguientes aspectos:

✓ **Tipos de Letra**

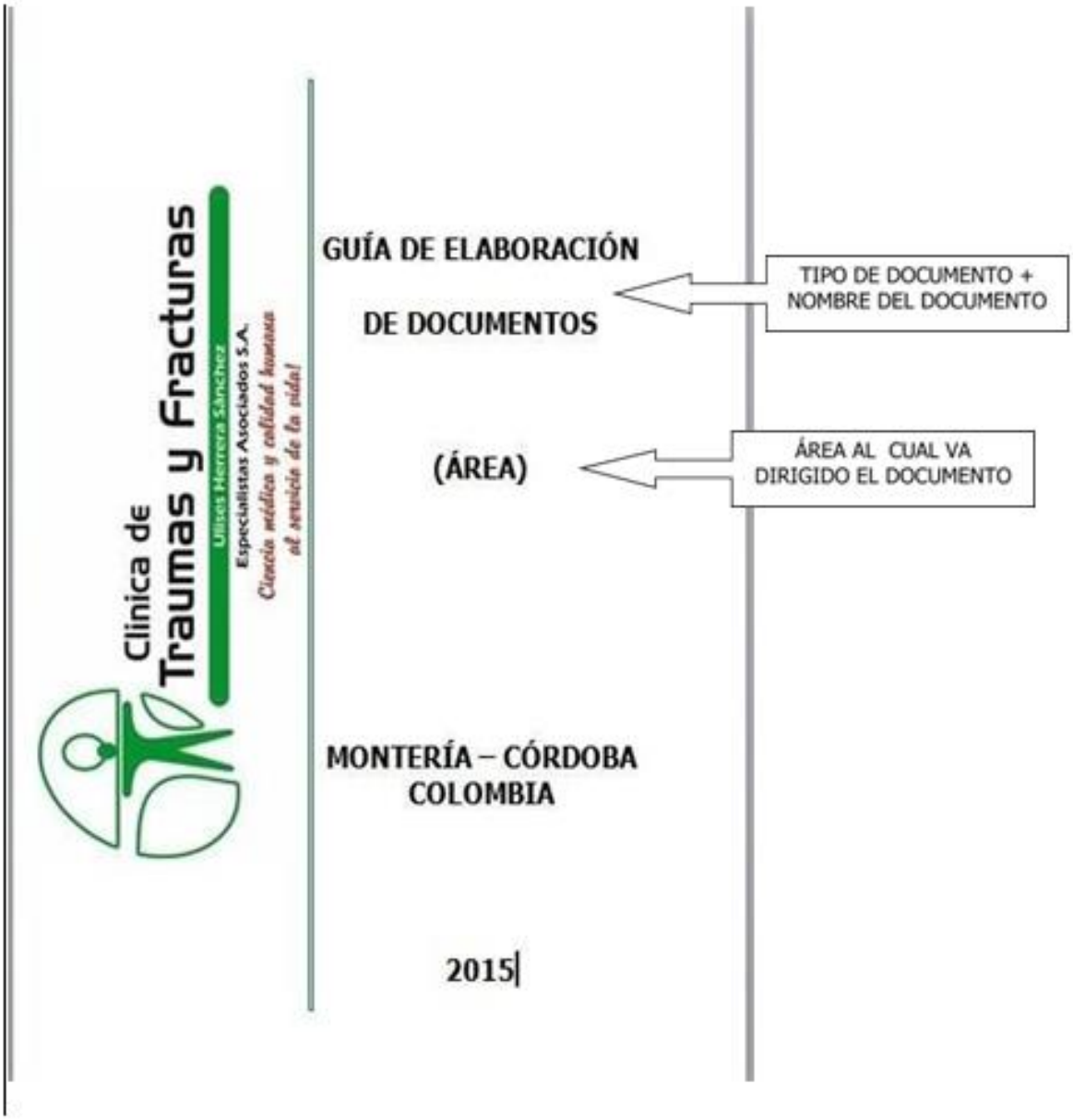
Todos los documentos deben ser desarrollados con las siguientes indicaciones de tipo de letra, tamaño y estructura:

Los nombres de los elementos que conforman cada capítulo deben ir en mayúscula, letra Tahoma #12 y en negrilla; los sub-elementos debe ir con primera letra en mayúscula y demás en minúscula y negrilla con la misma referencia de letra y tamaño. El resto de contenido del documento debe ir en letra Tahoma #12. El interlineado debe ser 1.0.

Para las tablas los títulos deben ir en letra Tahoma #10, con negrilla. Se deben utilizar los colores institucionales para diferenciar el tipo de tabla, se debe utilizar letra de color blanco, las líneas de la tabla deben ir de color verde institucional (R: 16; G: 135; B: 68 en documentos Office y #108744 en documentos Drive), el resto del contenido de la tabla se debe hacer en letra Tahoma #10 color negro. Como están en las tablas de este documento.

✓ **Portada**

Para los documentos que aplica la primera página de los documentos debe llevar la siguiente portada: Letra Tahoma # 18 en negrita.


Clínica de Traumas y Fracturas
Ulises Herrera Sánchez
Especialistas Asociados S.A.
Ciencia médica y calidad humana al servicio de la vida!
GUÍA DE ELABORACIÓN
DE DOCUMENTOS
TIPO DE DOCUMENTO + NOMBRE DEL DOCUMENTO
(ÁREA)
ÁREA AL CUAL VA DIRIGIDO EL DOCUMENTO
MONTERÍA – CÓRDOBA
COLOMBIA
2015

✓ **Encabezado:** Los documentos deben llevar el siguiente encabezado:

Clínica de Traumas y Fracturas	**TIPO DE DOCUMENTO** **TÍTULO DEL DOCUMENTO**	**YYY XXX ##** **Versión XX** **Página X de Y**

✓ **Tipo de Letra:** Tahoma #10 en negrita

✓ **Título del Documento:** Es el nombre del documento. Su redacción debe ser concisa, clara y coherente con el objetivo del documento.

✓ **Código:** Es la identificación única alfanumérica del documento y está compuesto por caracteres con los cuales se identifica el tipo de documento, el proceso y el consecutivo del documento, en el siguiente orden:

Los tres primeros caracteres "YYY" identifican el tipo de documento, así:

TIPO DE DOCUMENTO	ABREVIATURA
PROCEDIMIENTO	PRO
MANUAL	MAN
PROTOCOLO	PRT
INSTRUCTIVO	INS
PROGRAMA	PRG
GUÍA	GUI
FORMATO	FOR
POLÍTICA	POL

Los tres siguientes caracteres "XXX" identifica el Proceso al cual pertenece el documento, así:

TIPO DE PROCESO	PROCESO	ABREVIATURA	ÁREA/ PROGRAMAS	ABREVIATURA
ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DES	GERENCIA	GER
	HSEQ	GCA	COORD DE CALIDAD Y SOGC	GCA
			COMUNICACIONES	COM
			SIAU	SIA
			SEGURIDAD DEL PACIENTE	SDP
			GESTION AMBIENTAL	SGA
			EPIDEMIOLOGIA	EPI
			SIVIGILA	SIV
			ESTADISTICAS VITALES	EVI
			SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST
MISIONAL	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	CME	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	RCR
			ADMISIONES	ADM
			HOSPITALIZACION	HOS
			URGENCIAS	URG
			CONSULTA EXTERNA	CEX
			REHABILITACION	REH
			UCI	UCI
			SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL	STA
	APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT	IMAGENOLOGIA	IMG
			PSICOLOGÍA	PSI
			LABORATORIO	LAB
			TRANSFUSION SANGUÍNEA	TSA
	CIRUGÍA	CIR	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	CDE

APOYO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	GTH	NOMINA	NOM
			BIENESTAR	BIE
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GAD	ACTIVOS	ACT
			SERVICIO FARMACEUTICO	SFA
			CONTRATACION Y JURÍDICA	CYJ
			SERVICIOS GENERALES	SEG
	GESTIÓN FINANCIERA	GFI	FACTURACION	FAC
			CARTERA	CAR
			PAGADURIA	PAG
			ORGANIZACION DE CUENTAS	ODC
			PRESUPUESTO	PRE
			COSTOS	COS
			CONTABILIDAD	CON
	GESTION DE INFORMACION, TECNOLOGIA Y SOPORTE	ITS	SISTEMAS	SIS
			MANTENIMIENTO	MTT
			GESTION DOCUMENTAL	GDO
SEGUIMIENTO	AUDITORIAS	AUD	AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS	ACU
			AUDITORIA CONCURRENTE	ACC
			CONTROL INTERNO	CIN
			AUDITORIA ADMINISTRATIVA	AAD

Los dos últimos caracteres "##" identifican el consecutivo, en forma ascendente de acuerdo al tipo de documento dentro del proceso: 1, 2, 3, 4,...

- ✓ **Versión:** Número consecutivo que indica la edición del documento y está compuesto de dos dígitos.
- ✓ **Página X de Y:** El número de página actual del número total de páginas del documento.
- ✓ **Tabla de Contenido:** En los casos que se requiera, la Tabla de Contenido debe ir después de la portada del documento.

7. Normatividad aplicable

- ✓ **NTC ISO 9001:2015:** Sistemas de Gestión de Calidad. Requisitos.

8. Registros
N/A

9. Control de Cambios de Documento

Nº	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA
1	Se agregó la información pertinente a la documentación de proyectos.	04/05/2016
2	Se especificó el tamaño de las letras de las tablas. Se incluyeron códigos de las áreas creadas posterior a la versión 2 de este documento. Se incluyó un ejemplo de cómo deben ser citadas las normas aplicables al documento. Se eliminó el campo de Diligenciamiento de Formatos, donde se especificaba plan operativo, elaboración de proyectos y elaboración de informes de gestión.	07/07/2017
3	Se agregaron las siglas para codificar las políticas, y se asignó el código para los documentos del área de auditoria administrativa.	24/09/2018
4	Se asignó el código para los documentos del área de coordinación asistencial, y las siglas para codificar los manuales.	28/01/2020

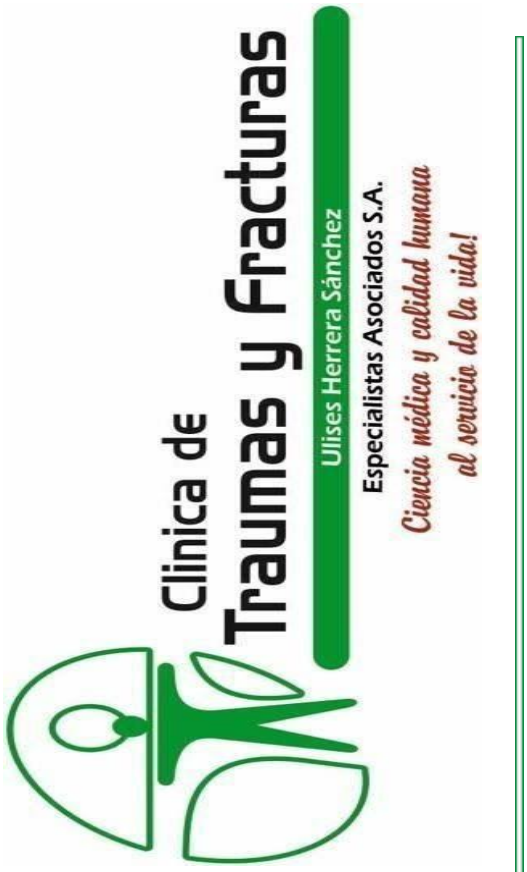
10. Control de elaboración y aprobación

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Ana Jaramillo Líder de Calidad 02/03/2020	**Ubaldo Sotomayor** Coordinador de Calidad 03/03/2020	**Ubaldo Sotomayor** Coordinador de Calidad 03/03/2020

Actualización de procedimientos realizados por el practicante.

Tomando en cuenta la guía de elaboración de documentos el practicante con el apoyo e instrucciones de los jefes y empleados encargados de los procedimientos se actualizaron:

Procedimiento admisiones (urgencias):



PROCEDIMIENTO DE ADMISIONES URGENCIAS

ADMISIONES

MONTERÍA – CÓRDOBA COLOMBIA

2020

1. OBJETIVO

Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios ofertados en la Institución, a través del ingreso ágil y correcto que permita una atención oportuna y tener un responsable del pago.

2. ALCANCE

Abarca los usuarios que solicitan los servicios de la Institución, desde su ingreso con la verificación de deberes y derechos y finaliza con el traslado de la admisión completa al servicio donde se presta la atención o al área de facturación.

3. RESPONSABLE

El responsable del cumplimiento de este procedimiento es el Jefe de Admisiones.

4. DEFINICIONES

- ✓ **Admisionista:** Persona encargada de la realización de las admisiones pertinentes para los pacientes que ingresen a la Institución.
- ✓ **ARL:** Son las Administradoras de Riesgos Laborales
- ✓ **Copago:** Es un pago porcentual, que deben realizar los Beneficiarios del Cotizante, al recibir cualquiera de los siguientes servicios: cirugía, hospitalización, apoyos terapéuticos y diagnósticos de nivel 2 y 3. y los usuarios del Régimen subsidiado de nivel 2 y 3.
- ✓ **Deberes y Derechos:** Es definir la entidad responsable del pago.
- ✓ **EPS:** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, son las encargadas de hacer la afiliación, el registro de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el recaudo de los aportes que trabajadores y empleadores deben hacer por ley para acceder al servicio.
- ✓ **Formato de información adicional:** Es un formato institucional, donde se registra información del paciente víctima de accidente de tránsito y datos del accidente, el cual es firmado por el paciente o familiar, declarando la veracidad de la información consignada.
- ✓ **Fraude:** Es cuando el usuario le da mal uso a la póliza soat (presenta una póliza que no es la del vehículo implicado en el accidente de tránsito o no sufre accidente de tránsito e ingresa como tal).
- ✓ **FURIPS:** Es el Formulario Único de Reclamación de las Víctimas de Accidente de Tránsito, que se anexa a cada una de las cuentas enviadas a las aseguradoras soat.
- ✓ **Póliza SOAT:** Es una póliza de seguro que deben tener OBLIGATORIAMENTE todos los vehículos automotores nacionales o

extranjeros que transiten por el territorio colombiano, la cual ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito, ya sean: peatones, pasajeros o el conductor.

- ✓ **Procedimientos:** son las actividades realizadas en forma ordenada dentro del proceso.
- ✓ **Runt:** El Runt es el sistema de información que permite registrar y mantener actualizada, centralizada, autorizada y validada la misma sobre los registros de automotores y conductores, allí ingresamos los datos de los vehículos (placa, póliza, documento de identidad, etc).
- ✓ **Segunda línea:** se llama segunda línea a la entidad responsable del pago que cubre la atención, luego de la superación de los 800 salarios que cubre el soat.
- ✓ **Triage:** Es la clasificación que se realiza a los pacientes que ingresan a un servicio de urgencia y determinar su necesidad de recibir atención médica.propietario etc) accidentados y validamos los datos.
- ✓ **NN:** manera para referirse a alguien indeterminado o sin una identidad específica.
- ✓ **Indocumentado:** Persona que no dispone de los documentos legales de identificación personal necesarios para acreditar su identidad.

5. GENERALIDADES

5.1 Políticas:

Todo paciente debe identificarse a través del su documento legal establecido, bien sea: Cédula de ciudadanía, registro civil, cédula de extranjería, tarjeta de identidad, Permiso especial de permanencia.

Todo paciente quien por voluntad propia acuda a los servicios por atención particular sin cargo o cobro a su eps, deberá firmar el contrato de prestacion del servicios y realizar un deposito para la atención de urgencias, **(realizar un depósito para la atención de urgencias que será dictaminado dependiendo de servicio que el usuario solicite**)el resto de la atención será bajo cotización de acuerdo a su estado de salud.

A todo paciente que ingrese a nuestra institución, no se generará barrera del acceso por documentación o autorización del servicios, se debe realizar los procesos establecidos de triage y atención inicial de urgencias.

5.2 Indicadores de medición mensual

Número de pacientes ingresados por mes

Número de pacientes ingresados víctima de accidente de tránsito

Número de pacientes ingresados por plan de beneficios

Número de pacientes ingresados por tipo de riesgo

Número de pacientes remitidos

Número pacientes ingresados por accidente de tránsito por condición de accidentado.

5.3 líneas de atención

ALIANSALUD: 018000123703 opc 5 – 018000123900 – 0917569000

ALLIANZ PÓLIZA DE SALUD: 018000510989

ALIANZA MEDELLIN (COMFAMA) 018000423683–2–(094)3607080 – (094)4481747
Autorizaciones: 0948290110 ext 4026-4007-4066
EMAIL: notificacionesepss@comfama.com.co

PÓLIZA ESTUDIANTIL: 018000510989 – 018000514405 –091-5941122 – 6065903

ALIANZA SEGUROS DE VIDA: 018000510989-018000514405

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA-AIC : 018000932811 –0942127939 - 0942844845
FAX: 0942910008
E MAIL: atregionalcauca@aicsalud.org.co

AMBUQ-BARRIOS: 018000914625
fax ext 3: 0953606794
CÓDIGO: 8120 – 0952812506
CEL: 3145953903
CORREO: 018000.ambuq@ambuq.org.co

UNIDOS DE QUIBDO
CEL: para verificar 3126600116
EMAIL: 018000.ambuq@ambuq.org.co, notificacionambuqsucre@gmail.com

BATALLÓN PARA NOTIFICAR
Cabo ENRIQUE DONCEL RIVAS
Cel: 3126786388 – 3125599430

BATALLÓN DISPENSARIO: 7835000
Fajardo 3208317832 – Rivas: 3126786388– cabo Ader 3125599430

CAFESALUD 018000120777 – 018000916606 opc 6 - 7
FAX: 01800011917

CAFESALUD SINCELEJO (MARINA NAVARRO PEREZ) 0952812048
MAILS: cafesalud01@gmail.com

CAFAM: 018000111923-3037011 EXTENSIÓN 4 LINEA 8

CAJACOPI: 018000111446 (095) 3722282 EXT 230-234 – (095) 3714545
EMAILS: ccenter6@cajacopi.com

CAMACOL: (094) 2606767

CAPITAL SALUD: 18000122219
EMAILS: referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co

COMFACOR:018000515514- 2- 1 -7917751 – 018000914813 – 7835363-7833370
FAX: 7832240 – 7832106-7911333 EXT 100
EMAILS: epsscomfacor@nextin.com.co,Samiaburgos@tcontacto.net, Angelica.forero@tcontacto.net,Erlin.muñoz@tcontacto.net,Lorena.bautista@tcontacto.net

COMFAMA: 018000941313 – 2 – 5 (094)3607080
FAX: 7– (094)4481747 -1-2
Autorizaciones: 0948290110 ext 4026-4007-4066

EMAIL:notificacionesepss@comfama.com.co,**c**uentasmedicascomfama@compureded es.com.co

COMFASUCRE: (095)2799500 ext 120
FAX: (095)2823050-3107062323-(095)2826177-018000930313 ext 103 – 0952821314

COMFACHOCO: 018000942565
CORREO: comfachoco@comfachoco.com.co

COMFAMILIAR: 018000915347 – (095)6645062
EMAIL: centralprestador@aseguramientosalud.com

COMFENALCO: 018000427111 -0- 2-7 - 018000913488-018000427300
FAX:(094)4489446 opc 1 018000915202 ext 3 – (094)4448183

COMFENALCO ANTIOQUIA: 018000427111 OPC 2-0-2-7
FAX: (094)2651300
CORREO: Comentarios@comfenalcoantioquia.com, Urgencias.eps@comfenalcoantioquia.com

COMPARTA: 018000114440 opc 2 - 018000915460
FAX: 095-3617677 ext 3502 – 3508
tel: 7817184 – 091-2856077
AUTORIZACIONES: 3157549477
VERIF: 3157531421
CORREO: Aiu@comparta.com.co, Autorizaciones.norte@comparta.com.co

COMPENSAR: VERIF 018000915202
CODIGO URG: 018000913488

CAFESALUD:018000120777 - (091)6510777 – 7921600 – 2882624
WEB:www.cafesalud.com.co

COOMEVA EPS: 18000930779 - 0180009413180
FAX: (094)6044545 Ext 108-109
CEL:3187164666 – 7919659 – 7919090
EMAIL: Crauh_medellin@coomeva.com.co

COOSALUD: 018000515611
CEL:3156847138 – 7835339 – (094 2602424 (094 2603405)

FAX: 095-6444187
EMAIL:018000@coosaludess.com,linea018000@coosalud.com,sucursal.antioquia@coosalud.com,SUCURSAL.CORDOBA@COOSALUD.COM

COLSANITAS: 018000964848 OPCIÓN 2 - 1

CRUZ BLANCA: 018000113337 – 0916446100

DIRECCIÓN LOCAL MEDELLÍN :094-2626209-2511739-3600167-3600166
CORREO: Crue_dssa@dssa.gov.co

ECOOPSOS:018000111776 -(098 – 7385110) 098-2460098

EMDISALUD: 018000914823 - 7817408 -129
FAX: 7811598 – 7848990 EXT 1147 3145471987
CEL: .3153784806 -7848990 EXT 1 3176396760
EMAIL: autorizaciones@emdisalud.com.co,018000@emdisalud.com.co,
PARA CONTRIBUTIVO :contributivo@emdisalud.com.co (anexo 2)

EMSSANAR: 092 – 5129222 - 018000129393 – 092-7336030 ext 11110
092-5129200 ext 13110 – anexo 0927336464 opc 2- 0 opc 9
EMAIL: epsservicios@emssanar.org.co

EPS SURA: 018000519519 - 4 - 6 Asesor 018000518888
FAX: 094 3609995 opc 4
COD IPS (51359) 018000520222 OPCIÓN 1

FAMISANAR: 018000916662 – (091)3078089 EXT 3 – 1
EMAIL:autorizacionesdeservicios4747@famisanar.com.co,autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co
ATENCIÓN DE USUARIOS (091)3078069

FUNDACION MEDICO PREVENTIVA: 094)2516665-(094)4449090 opc 109 – 110- 094 5111901-(094)5121170 – 018000111080 -094-2514596 -094-5121223
EMAIL: Aliciamell@fundamep.com,centroregualdorant@fundamed.com

GOBERNACION DE CORDOBA: 7915508 – 7915513
EMAIL: Camcórdoba@cordoba.gov.co

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA: 094- 3600166
FAX: 094-3621114
EMAIL: crue_dssa@dssa.gov.co.

GOBERNACIÓN SUCRE:
FAX 095-2814741
EMAIL:auditoriadassalud@hotmail.com

MAGISTERIO GUAJIRA :095 7292462 – 3176491650
EMAIL:autorizacionesguajira@cmsinapsis.com.co

MAGISTERIO MEDICINA INTEGRAL: 7918058 - 7820158 – 7826874 – 7920919 – 78108177851515 – ext 11 -134
VALIDACION: 7918058 ext 157
FAX:7815051 para confirmar 7826874 opción 101
CEL:3106167323 – (094)2177272 Ext 109 -7810353**-** 3205312260 – 018000954400- 3207223882
EMAIL:aramireza.mi@gmail.com,aramirez@medicinaintegralsa.com, admisiones.mi@gmail.com
AUDITOR: ALFREDO RAMIREZ Cel: 3205312260

CLINICA LAS PIÑITAS: 095-2821667 – 28220881

MAGISTERIO SUCRE:
EMAIL:facturacionclipe@hotmail.com,nofificarjefaturafinancieracip@gmail.com

MANEXKA: 018000931373 – 7770098 – 7798787
FAX:7799800
CEL: 3145640465 – 3126811142 – 3116988289
AUDITORA:3126876706
EMAIL:usuario@manexkaepsi.com,atencion-al-usuario@manexkaepsi.com, autorizaciones@manexkaepsi.com

MUTUAL SER: 018000116882 ext 4/2 - (095) 6502525- 018000934040
EMAIL:autorizaciones@mutualser.org,AUTORIZACIONES@MUTUALSEREPS.ORG, referencias@mutualsereps.org, urgencias@mutualsereps.org

NUEVA EPS CONTRIBUTIVO: 018000948811 opc 8 Clave 367201
SUBSIDIADO: 018000952000 - 018000952020 -018000954400 Verificar Movilidad de un Régimen a Otro.

REF Y CONTRAR: 3166930411
EMAIL:autorizacioneslt@saludtotal.com.co,urgencias@saludtotal.com.co,referenciaycontrareferencia@saludtotal.com.co,soportesfaxlt@saludtotal.com.co, autorizacionespos@saludtotal.com.co

SALUD COLOMBIA: 018000111109 -018000913550
FAX:092-5529389

MEDIMAS : 018000120777 OPCION 5

SANIDAD MILITAR:
SANIDAD ARMADA COVEÑAS: 3214900695 - 3503124738
VERI DERE CeL ACTIVO: 3214900695
EMAIL: referenciacordoba2014@gmail.com,bas11_esm@hotmail.com
DIANA CLAVIJO: 3214197160 - -Cel: 3126373354-3176644724

DISPENSARIO SANIDAD COROZAL:3214900701
Sargento Cabarcas ACTUAL:3503124738 - 3138850062
Nuevos: Cel: 3106018945 – Tel:7867482 - 7811402
EMAIL:henryalf@ejercito.mil.co
LUCY PASTOR :3205660386 **(AUDITORA)**
Teniente Rada: 3126373354
Augusto Bermudez: 3006438045

SANIDAD DE COVEÑAS :3135349073 -3008053631

BATALLON DE INGENIEROS No 14 Batalla de Calibio
Teniente Cediel 3113594384 **– Cabo Hererra** 3207783628 **– Cabo Cortes** 3014724604 **-Sargento Fernandez** 3117390632
EMAIL:s1bicab14@hotmail.com

SELVASALUD: 018000934040 – 098 4204833
CEL:3204940364
EMAIL:siau@selvasalud.gov.co,callcenter@selvasalud.gov.co

SAN JUAN DE URABÁ: (094 8212154 – (094 8212100)
EMAIL:dissanjuandeuraba@gmail.com

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD. E.P.S : 018000938777

SIJIN PATRULLERO CHAMORRO: 3144395229

ESTUDIANTIL: 018000912505 EXT 3
TEL: RECONSULTAS ARP 7897473 opc 3-1-2

MAPFRE: 018000977025 – (091)- 3077026

ALLIANZ-ESTUDIANTIL: 18000510989 Ext 2 – 1 – 018000514405 018000123900 -Bogotá (091)5941122 – (091)6065903

LIBERTY ESTUDIANTIL: 018000912505 ext 3 – 1 – 018000911361 opc 3
FAX: (091) 6445401 Ext 1005
EMAIL: operamed1@audiasistencia.com.co

PREVISORA: 018000910554

COLPATRIA: 018000521221
FAX: (091) – 6115613 – 091-6283627 OPC 1
Cel:3158862283 - 7820694
EMAIL:operador@coris.com.co,asiscolp@coris.com.co, asistencia.asimep@gmail.com

COLSEGUROS:018000513500 opc 0- Fax: 018000510989 – 091-5941122
WEB:www.colseguros.com

SURAMERICANA: 094-2301628 – 2 – 1 opcion 10 tener N de póliza 2 – 4 - 2

SOLIDARIA : 018000512021 – (091)5242068 **–**
Desde un movil # 789

TEL – MONTERÍA: 7820644
EMAIL:convenios@gruposis.com.co,operador2@aprilcolombia.com, (SENA)

SEGURO DEL ESTADO ESTUDIANTIL: 018000123010 OPC 4 - 018000913510

COLMEDICA:018000123900 Código Interno:52309
FAX: 091-7423488 opc 4 – 7 – 018000123700
AUDITOR: orlandov@colmedica.com,som1@colmedica.com.co

COLSANITAS: 018000964848 opc 2 – 1 / 018000979020- 091-4871920

LIBERTY PÓLIZA DE SALUD: 018000911361- OPC 4-018000113390 - 7897473

VIDACOOP: 3145517799 - 0913341882
CEL: 3107047810

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA:
Dra: Viridiana Cel: 3145741226 - 3103607508
Fernando Jaramillo: 3008440688
Auditor Enrique cantillo:3173312776
EMAIL: virid2005@hotmail.com,manuel.jimenez@yahoo.es

OCCIDENTAL SALUD: 018000 938777
EMAIL: gestionanexo@sos.com.co

BOLIVAR: 018000123322 Ext 3 – 3– (091)3419710 EXT 1059
EMAIL: alba.pena@segurosbolivar.com

COLMENA: 018000919667
FAX: 018000919107 Ext 2024 – 2025

COLPATRIA: 018000514046 OPC 1-1-2– 01800512620 - 018000514042
Fax: 091 2869998 - 018000919957
EMAIL:asistencia1@ui.colpatria.com,resColpatria@hotmail.com

BARRANQUILLA: 095 6602521 – 095 6602551-095-6000581

EQUIDAD: 018000919538
FAX: 091-6063200 EXT: 8
EMAIL: Contac.Service@laequidadseguros.coop

POSITIVA: 018000111170
Bogotá línea fijo (091) 3307000
FAX: (091) -6739414 – 091-5460108
AUDITOR : ALFREDO RAMIREZ CEL 3205312260
EMAIL: Gestionservicios@redassist.com.co

SURAMERICANA: 018000511414–018000914914 opc 13– 3-1-2 094 - 3816161

SURAMERICANA ACCIDENTE ESTUDIANTIL (9): (094) 2301628
EMAIL: todolsvsalud@suramericana.com.co

LIBERTY: 018000919957 – (091) 3265511 – 018000113390 OPC 3
Re-consultas : 095-3488388 – 0953604490 – 0953364500

ESTUDIANTIL: 018000912505 EXT 3
TEL: RECONSULTAS ARP 7897473 opc 3-1-2

MAPFRE: 018000977025 – (091)- 3077026

ALLIANZ-ESTUDIANTIL: 18000510989 Ext 2 – 1 – 018000514405 018000123900 -Bogotá (091)5941122 – (091)6065903

LIBERTY ESTUDIANTIL: 018000912505 ext 3 – 1 – 018000911361 opc 3
FAX: (091) 6445401 Ext 1005
EMAIL: operamed1@audiasistencia.com.co

PREVISORA: 018000910554

COLPATRIA: 018000521221
FAX: (091) – 6115613 – 091-6283627 OPC 1
Cel:3158862283 - 7820694
EMAIL:operador@coris.com.co,asiscolp@coris.com.co, asistencia.asimep@gmail.com

COLSEGUROS:018000513500 opc 0- Fax: 018000510989 – 091-5941122
WEB:www.colseguros.com

SURAMERICANA: 094-2301628 – 2 – 1 opcion 10 tener N de póliza 2 – 4 - 2

SOLIDARIA : 018000512021 – (091)5242068 **–**
Desde un movil # 789

TEL – MONTERÍA: 7820644
EMAIL:convenios@gruposis.com.co,operador2@aprilcolombia.com, (SENA)

SEGURO DEL ESTADO ESTUDIANTIL: 018000123010 OPC 4 - 018000913510

COLMEDICA:018000123900 Código Interno:52309
FAX: 091-7423488 opc 4 – 7 – 018000123700
AUDITOR: orlandov@colmedica.com,som1@colmedica.com.co

COLSANITAS: 018000964848 opc 2 – 1 / 018000979020- 091-4871920

LIBERTY PÓLIZA DE SALUD: 018000911361- OPC 4-018000113390 - 7897473

COOMEVA PREPAGADA: 018000931666 opc 3 – 1 - 2
Copago: 091-5934270 * 091-5245075
EMAIL: Luze_viana@coomeva.com.co

ALIANZA PREPAGADA: 018000510989

DISPENSARIO BATALLÓN: 7835000

SANIDAD MILITAR
CABO LOPEZ: 3207417142
Humberto ríos: 3135374777-3138850062

ENFERMERO POLICÍA ALEX VERGARA: 3106018945 – 3505850739

GOBERNACIÓN DE SUCRE:
FAX: 095-2814741
EMAIL:auditoriadassalud@hotmail.com

SISBEN MONTELIBANO: sisben@montelibano-cordoba.gov.co

6. DESCRIPCIÓN

ÍTEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Acceso a los servicios de la Clínica de Traumas y Fracturas	Vigilante	Permite al usuario y su acompañante el acceso a la Institución, direccionando hacia el área del admisiones, la cual identificará la necesidad de atención en salud del paciente y lo traslada al área del triage o urgencias. Sí es urgencia vital, o el paciente viene en ambulancia, debe pasar inmediatamente al servicio de urgencias para valoración médica de emergencia.

2	Verificación de deberes y derechos	Admisionista	Solicita al familiar, acompañante o al mismo paciente sí es posible, el documento de identidad y realiza la verificación de deberes y derechos en las bases de datos (Fosyga, DNP, Sispro Secretarías de Salud) o llamando a las líneas 018000 respectivas, para la confirmación de la afiliación del usuario. Verifica a través de la Matriz de Contratos la existencia de un contrato activo por parte de la ERP (EPSC - EPSS - ARL - MEDICINA PREPAGADA – PÓLIZA DE SALUD) en nuestra Institución. Registra los datos del paciente o usuario a través del software institucional. **En caso de que el usuario no tenga contrato activo se le informará lo siguiente "Señor usuario no pertenecemos a su red de atención , usted será atendido por el médico en unos momentos quien le realizará la valoración determinando, si amerita atención inicial de urgencias o sí debe acercarse a su EPS por la cita prioritaria y/o por consulta externa", y el admisionista debe informar al jefe del servicio de urgencias de la existencia del paciente que requiere la atención médica.**
3	Direccionamiento de atención médica	Admisionista	Direcciona al usuario a sala de espera para su turno de ingreso al consultorio de Triage, para las atenciones que no son urgencia vital.
4	Admisión médica hospitalaria	Médico de Triage	En el consultorio del triage, valora al paciente realizando un examen físico y de acuerdo a la clasificación de Triage, lo direcciona a urgencias, consulta prioritaria o consulta externa con especialista. (Ver procedimiento de Triage) Si se trata de una urgencia vital o de un paciente víctima de accidente de tránsito, ingresa al área de urgencias, realiza la clasificación de triage e historia clínica directamente en este servicio. Si el paciente requiere atención inicial de urgencia, Marca en Software institucional Dinámica Gerencial (Colores Rojo, Naranja y Amarillo) para que el área de admisiones realice ingreso del paciente y la solicitud del código de urgencia. Si el paciente requiere atención ambulatoria o No urgente y su EPS no tiene contratación con la institución, el médico lo direcciona para su red de servicios, clasificándolo como triage IV y V (No urgencia vital) y se entrega el formato de triage en físico firmado por el médico.

5	Admisión del paciente	Admisionista	Una vez clasificado el usuario en triage, verifica en el software institucional, que pacientes tienen triage realizado, y que requiera la atención inicial de urgencias procede a la realización de la admisión: • Si se trata de un paciente **víctima de accidente de tránsito**, adicionalmente a los documentos de identificación, solicita los soportes exigidos por la ley: Tarjeta de propiedad del vehículo, seguro del vehículo, documentos del conductor (sacar copia) y los datos necesarios para comprobar el accidente de tránsito y diligenciar el formato de información adicional(**FOR ADM 04)** (fecha, lugar, hora y como ocurrió el accidente, Información del Vehículo que realiza el traslado primario o remisión). Una vez obtenida esta información, procede a realizar el ingreso en el software institucional Dinámica gerencial - Ver Manual de Usuario Dinámica Gerencial Módulo Admisiones, posteriormente se escanean, se suben al DRIVE con el número de ingreso asignado para el usuario y se realiza traslado al facturador de servicio en medio físico. • Para los **pacientes indocumentados o NN,** selecciona en el software Dinámica gerencial adulto sin identificación o menor sin identificación, según corresponda, el software automáticamente asigna un número consecutivo con el cual se deberá realizar la creación y el ingreso del paciente. En caso que el software no arroje el consecutivo, este se deberá digitar y se conforma de la siguiente manera: Código del departamento + Código del municipio + NN + 500290 + consecutivo de la Institución. Continúa con el paso 7. • Pacientes de EAPB (ARL, EPS, Pólizas) Solicita únicamente el documento de identificación, datos personales y verificación en base de datos o coberturas de pólizas (Planes y valores) y continua con el paso 6.
6	Solicitud y registro de código de urgencia.	Admisionista	Para pacientes de EAPB, se comunica a la línea 018000 respectiva y solicita el código de atención de urgencia, el cual debe ser registrado en el campo "observaciones" del ingreso del paciente en el módulo de admisiones de Dinámica Gerencial.
7	Firma de ingreso y contrato de prestación de servicio.	Admisionista	Se asegura que el paciente, familiar o acompañante del usuario que ingresa a la Institución firme la admisión y contrato de prestación de servicios médicos hospitalarios. Para pacientes SOAT también se debe firmar el formato de información adicional.
8	Verificación de póliza y segunda línea de atención para pacientes SOAT	Admisionista	Para Accidentes de tránsito, verifica la información del vehículo en el RUNT, además se realiza la verificación de la afiliación del paciente a una segunda línea (EAPB, ARL) para continuar la atención en caso de exceder el tope SOAT. Esta verificación incluye: Indagar con el familiar y el paciente, verificación de afiliación en líneas 018000 y en las bases de datos de FOSYGA, DNP y Secretaria de salud. Se deben anexar los soportes respectivos a la admisión del paciente.

			aseguradora y el investigador debe firmar el recibido. Ver formato registro de siniestros FOR ADM 06.
12	Envío de reportes a entidades	Admisionista SIRAS	Para los usuarios que son admisionados por EAPB, una vez realizada la historia clínica del paciente por el médico de urgencias, envía antes de las 24 horas a través de correo electrónico el anexo técnico N° 2 a la entidad responsable del pago, como notificación de que la entidad tiene un paciente en nuestra Institución. Para Soat: debe realizar el cargo de la información del accidente y la atención médica durante las 24 primeras horas del evento en la plataforma del ministerio de salud SIRAS. Ver Resolución 3823 del 2016: Anexo técnico a través del cual se informa a las EPS y ARL que en nuestra Clínica hay un paciente víctima del accidente del tránsito con afiliación a ellos.
13	Realizar FURIPS	Admisionista	Con los documentos recibidos y una vez diligenciado el formato de información adicional (**FOR ADM 04**), procede a realizar el diligenciar el FURIPS en el módulo de Agiliza.Net.
14	Traslado de ingreso con soportes al servicio donde se encuentre el paciente.	Admisionista	Audita el ingreso y soportes, los escanea y los traslada a través del software Agiliza.Net, al jefe supervisor del servicio donde se encuentra el usuario. Adicionalmente, anexa los documentos físicos a la historia clínica de acuerdo a la Resolución 3047 de 2008, Anexo técnico No 5.
15	Realización de cambios en caso de fraude	Admisionista administrativo	Cuando la atención no es accidente de tránsito o si la póliza presentada no es la afectada y el investigador ha notificado al admisionista el fraude en la planilla correspondiente FOR ADM 05 reporte de fraude, procede a solicitar al usuario los nuevos documentos y el análisis del caso con el jefe de Admisiones. Define la entidad responsable del pago, traslada al admisionista. Una vez analizados los datos por el jefe del admisiones, esté procede a realizar los cambios correspondientes en el ingreso del paciente en el módulo de admisiones de Dinámica Gerencial. Si fue un accidente común, el usuario debe ser atendido por su EPS.
16	Notificación de Cambios	Admisionista	Notifica al Jefe de Facturación o al Jefe del servicio donde se encuentre ubicado el usuario, la Historia Clínica o la factura, los cambios realizados y hace el respectivo envío de la nueva documentación, si es necesario. Si la historia ya está facturada y se encuentra en proceso de radicación, la solicita para realizar los cambios respectivos.

7. NORMATIVIDAD APLICABLE

Decreto 1295 de 1994: Por la cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Resolución 1645 de 2016: Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3823 del 2016: Por la cual se establece el mecanismo para el reporte de información de la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito, así como las condiciones para la realización de las auditorías por las atenciones en salud brindadas a víctimas de estos eventos

Nota externa 201633200889671: Formularios para la presentación de las reclamaciones ante las entidades aseguradoras autorizadas para expedir las pólizas soat y para el FOSYGA.

Circular 015 de 2016: Supersalud, gestión de la atención del accidente de tránsito.

Resolución 3100 de 2019: "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

8. REGISTROS

N°	CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	LUGAR DE ARCHIVO	MEDIO DE ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO	DISPOSICIÓN
1	FOR ADM 01	Formato de entrega del turno admisiones	Admisionista	Archivo de gestión	Digital	3 meses	DIGITALIZACIÓN
2	FOR ADM 03	Formato control de llamadas de admisiones	Admisionista	Archivo de gestión	Digital	3 meses	DIGITALIZACIÓN
3	FOR ADM 04	Formato del información adicional	Admisionista	Archivo de gestión	Digita	3 meses	DIGITALIZACIÓN
4	FOR ADM 05	Formato reporte de fraude	Admisionista	Archivo de gestión	Digital	3 meses	DIGITALIZACIÓN

Decreto 4747 de 2007: Por medio de la cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Resolución 0812 DE 2007: Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.

Decreto 2423 de 1996: Por medio del cual se establecen los conceptos del servicio de urgencias.

Resolución 01915 de 2008: Por medio del cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones de los amparos de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, adjunto instructivo para diligenciar FURIPS.

Resolución 3047 de 2008: Por medio del cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Decreto 3047 de 2013: Por medio del cual establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del sisben.

Decreto 056 de 2015: Por medio del cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la subcuenta del seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de tránsito - ECAT y las condiciones de cobertura reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de consejo de administración del Fosyga, por parte de la subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Decreto 780 del 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

5	FOR ADM 06	Formato del registro de siniestros	Admisionista	Archivo de gestión	Digital	3 meses	DIGITALIZACIÓN
6	FOR ADM 07	Formato de Auditoría del furips	Admisionista	Archivo de gestión	Digital	3 meses	DIGITALIZACIÓN

9. CONTROL DE CAMBIO DE DOCUMENTOS

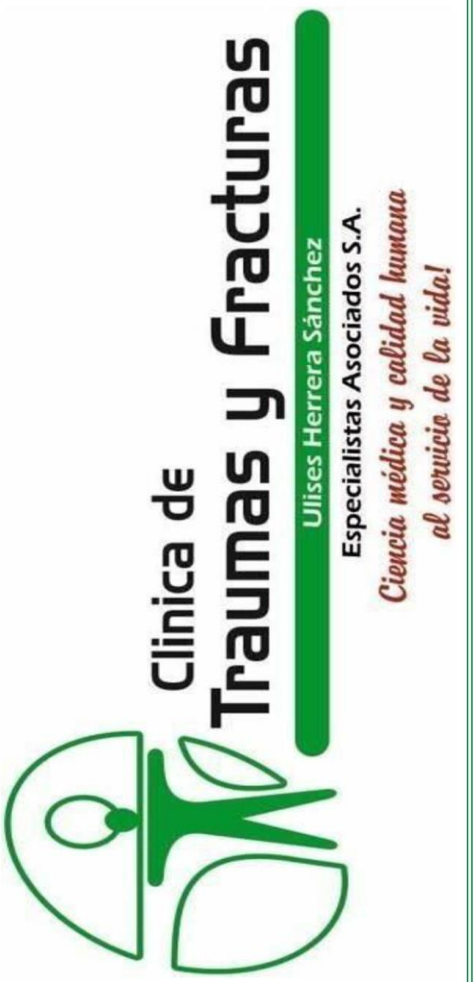
N°	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA
1	Se modifica la primera emisión del documento, incluyendo el tiempo de ejecución de cada una de las actividades realizadas durante el procedimiento de admisión de urgencia.	13 de agosto de 2018
2	Se cancela el tiempo de ejecución de las actividades realizadas durante el procedimiento de admisión de urgencias, se actualizan las actividades del procedimiento en orden de realización y consistencia. se realizan actualizaciones del acuerdo a las actividades exigidas por la normatividad vigente, se anexan nuevas normas, actualización de formatos del área	26 de Febrero de 2019

10. CONTROL DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Hailler Palmera Gómez Jefe de Admisiones 11/03/2020	**Diana Dickson Romero** Coordinador asistencial 11/03/2020	**Ubaldo Sotomayor Durango** Coordinador de Calidad 12/03/2020

Procedimiento

(Autorizaciones):



PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES

ADMISIONES

MONTERÍA – CÓRDOBA
COLOMBIA

2020

1. OBJETIVOS

Establecer el proceso de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencia o adicionales, por parte de Clínica de Traumas, que permita dar trámite y respuesta a las solicitudes de servicio de salud, de los usuarios de acuerdo a los planes de beneficio, garantizando la accesibilidad y continuidad en la red de prestadores.

2. ALCANCE

Inicia desde la definición por parte del médico tratante de la necesidad de servicios de atención médica adicionales a la atención inicial de urgencia y finaliza con la indicación de egreso.

Aplica a situaciones particulares del usuario, que orientan la prestación del servicio por condiciones de normatividad vigente o contractuales entre este y su asegurador.

3. RESPONSABLE

Jefe de admisiones.

4. DEFINICIONES

AUTORIZACIÓN: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

TIPOS DE AUTORIZACIONES:

Código CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los **medicamentos** por el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA. El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código.

Plan de beneficios en salud (PBS): Es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.

En los eventos en que se requiera autorización, la solicitud y respuesta deberá tramitarse de forma previa a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de que ante la no respuesta dentro de los términos establecidos en el artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, se considere que el servicio posterior a la atención inicial de urgencias ha sido autorizado.

5. GENERALIDADES

Políticas generales

Todo paciente programado para cirugía y/o estudio debe contar con una autorización de servicios por parte de su entidad responsable del pago.

A todo paciente se le deberá verificar que el estado de afiliación del usuario se encuentre activo.

Todo trámite de solicitud de autorización debe contar con soporte de realización.

Los casos analizados por pertinencia médica deben contar con visto bueno de coordinación asistencial.

Tiempo de respuesta de la solicitud de la autorización

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento

Código CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los **medicamentos** por el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA. El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código.

Plan de beneficios en salud (PBS): Es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.

En los eventos en que se requiera autorización, la solicitud y respuesta deberá tramitarse de forma previa a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de que ante la no respuesta dentro de los términos establecidos en el artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, se considere que el servicio posterior a la atención inicial de urgencias ha sido autorizado.

5. GENERALIDADES

Políticas generales

Todo paciente programado para cirugía y/o estudio debe contar con una autorización de servicios por parte de su entidad responsable del pago.

A todo paciente se le deberá verificar que el estado de afiliación del usuario se encuentre activo.

Todo trámite de solicitud de autorización debe contar con soporte de realización.

Los casos analizados por pertinencia médica deben contar con visto bueno de coordinación asistencial.

Tiempo de respuesta de la solicitud de la autorización

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento

			Si la autorización es entregada en medio físico, debe obtener la firma de una copia de recibido, donde se describa fecha, hora y nombre de la persona que recepciona el oficio.
5	Notificación al auditor concurrente de la entidad	Auditor concurrente interno CTF	Se notifica vía telefónica, al auditor concurrente sobre la presencia de un paciente de su entidad en la Clínica, para que este realice la auditoría respectiva y avale el trámite de autorización. El prestador receptor no podrá negarse a recibir al paciente remitido una vez haya aceptado su remisión. La constancia de remisión deberá diligenciarse en el campo; la receptora que acepta recibir al paciente", señalado en el Formato Único de Autorización de Servicios contenido en el Anexo Técnico No 4 de la Resolución 3047 de 2008. En caso de que el prestador receptor se niegue a recibir al paciente, la entidad responsable del pago pondrá en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud el hecho para que se adelante el proceso sancionatorio, de conformidad con la normatividad vigente.
6	Entrega de soportes a facturación.	Gestionador de autorizaciones	Entrega al facturador del servicio correspondiente el anexo técnico N° 3 de solicitud de autorización junto con la constancia del trámite de solicitud ante la respectiva entidad, estos documentos deben ser anexados a la historia clínica del paciente.
7	Seguimiento a la autorización	Gestionador de autorizaciones	Monitorea constantemente el estado de la autorización, se deberán realizar llamadas, enviar correos y realizar las visitas pertinentes, dando cumplimiento a lo establecido en el decreto 4747 de 2007 y la resolución 3047 de 2008 (Ver normatividad).
8	Entrega de la autorización del servicio.	Gestionador de autorizaciones	Verifica que lo autorizado corresponda a lo solicitado en el anexo técnico N°3, posteriormente entrega la autorización al facturador correspondiente, para que sea anexada a la historia clínica del paciente y firme la copia de la autorización en señal de aceptación, esta copia será guardada en los archivos de autorizaciones.
9	Verificación de la autorización del servicio.	Facturador	Verifica si los códigos autorizados corresponden a los procedimientos realizados al paciente. En caso de que la autorización sea detallada, registra el o los códigos CUPS autorizados, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio(s) autorizado(s). En los casos de servicios que requieran internación, la autorización debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
10	Solicitud de Tecnologías NOPBS.	Médico general	Medico especialista prescribe tecnologías o servicios complementarios no incluidos en el PBS. (VER SFA 10, PUNTO 1).

de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la RESOLUCIÓN 3047 DE 2008, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud.

6. DESCRIPCIÓN

ÍTEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Notificación	Jefe del servicios	Una vez se presta la atención de urgencia a pacientes de EPS, ARL, pólizas estudiantiles o pólizas de vida; el jefe del servicio debe informar al facturador la conducta a seguir con el paciente y entregarle la orden médica. En caso que el paciente vaya para el servicio de cirugía, adicionalmente debe entregar la solicitud de cotización de cirugía.
2	Notificación	Facturador	El facturador de urgencia notifica vía telefónica extensión 415 área de autorizaciones, la necesidad de iniciar gestión de autorización de servicios con la entidad responsable del pago del usuario.Si se trata de un procedimiento quirúrgico, debe entregar al gestionador de autorizaciones la cotización del mismo.
3	Solicitud de la Autorización.	Gestionador de autorizaciones	En el software Dinámica Gerencial, módulo alterno, anexo técnico No.3 solicitud de autorizaciones, digita la información correspondiente a la solicitud de los servicios a notificar.
4	Envío de la solicitud	Gestionador de autorizaciones	Envía la solicitud de autorización junto con los soportes de la cotización (si se trata de un procedimiento quirúrgico) a través de correo electrónico o en medio físico, según lo requiera la entidad. Si la solicitud de autorización es enviada por correo electrónico, inmediatamente comunicarse telefónicamente con la entidad para verificar que el correo fue recibido y relacionar el nombre de la persona que lo confirma y esto se hace anotación en la bitácora del anotación.

11	Recepción del MIPRES	Quimico farmaceutico	El químico farmacéutico recibe prescripción del MIPRES del medicamento y con estos soportes hace entrega al área del autorizaciones.
12	Notificación a entes territoriales	Gestionador de autorizaciones.	se reciben los soporte debidamente diligenciados por la plataforma MIPRES y se envían por correo a la entidad prestadora del servicio que corresponda y a los auditores de cada entidad. Haciendo su respectivos envío cada media hora para un total de tres envíos.
13	Acompañamiento de atención domiciliaria.	medico especialista,medico generales, Jefe supervisora,Auditora concurrente,gestionador de autorizaciones.	La solicitud se hace de acuerdo al requerimiento y evolución médica del paciente,ordenes médicas justificación de evoluciones,soportes de oxígenos,nutricionales,terapia de rehabilitación traslado de ambulancia.
14	Cambio de órdenes o servicios adicionales	Facturador que realiza los cargos en cirugía	En caso que no correspondan los códigos autorizados, o que se le hayan realizado al paciente procedimientos adicionales a los solicitados, enviará a través de correo electrónico, las modificaciones que se deben realizar en la autorización, para que el gestionador de autorizaciones de inicio nuevamente al procedimiento de autorización. Ir al paso 2.
15	Archivo de soportes	Gestionador de autorizaciones	En una carpeta en Google Drive llamada "Autorización de servicios" carga todos los soportes escaneados sobre la gestión de autorización, estos deben ser organizados en subcarpetas por cada entidad y por nombre completo del paciente. Esta carpeta debe ser compartida (permiso solo para ver) con las áreas de cartera, auditoría de cuentas, organización de cuentas y facturación.
16	Seguimiento de la autorización del servicios.	Gestionador de autorizaciones	Establecer una matriz de autorizaciones que sirva de guía a la Institución y que permita dar trámite y respuesta a las solicitudes de servicio de salud, de los usuarios de acuerdo a los planes de beneficio, garantizando la accesibilidad y continuidad en la red de prestadores.

7. NORMATIVA APLICABLE:

DECRETO NÚMERO 4747 DE 2007 (7 de diciembre): Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3047 de 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las

relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 416 de 2009: Mediante la cual se realizan algunas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 que reglamentó el Decreto 4747 de 2007

8. REGISTROS

N°	CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	LUGAR DE ARCHIVO	MEDIO DE ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO	DISPOSICIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

8. CONTROL DE CAMBIO DE DOCUMENTOS

N°	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA
1	Se realizan ajustes a la primera emisión del documento de acuerdo a los cambios normativos que modifican la ejecución de actividades del procedimiento.	04 de marzo del 2020

9. CONTROL DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Hailer Palmera Jefe del Admisiones Marzo de 2020	**Diana Dickson** Coordinadora asistencial Marzo de 2020	**Ubaldo Sotomayor** Coordinador de calidad Marzo de 2020

PROCEDIMIENTO (REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA)

PROCEDIMIENTO
REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA

ADMISIONES

MONTERÍA – CÓRDOBA
COLOMBIA

2020

1. OBJETIVO

Garantizar la continuidad de la atención en salud, dando cumplimiento al procedimiento de Referencia y Contrarreferencia requerido por el paciente.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los pacientes atendidos en la Institución.

3. RESPONSABLE

Jefe de admisiones.

4. DEFINICIONES

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: La nueva constitución política de Colombia en su artículo 49 reafirma la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Así mismo en sus artículos 334 y 365, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público. Dentro de la organización del sistema de salud, fundamentada en la ley 10 de 1990, se le otorgan atribuciones al Estado por intermedio del Ministerio de Salud para organizar y establecer el Régimen de Referencia y Contrarreferencia, (artículo primero ordinal m). La misma ley al determinar los regímenes contempla dentro de ellos el de Referencia y Contrarreferencia. (artículo octavo, parágrafo). Según el decreto No. 2759 del 11 de Diciembre de 1991, en su artículo 2, se define el sistema de referencia y contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y Elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

REFERENCIA: Corresponde a esta definición el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otra instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

CONTRARREFERENCIA: La respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario de la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

REMISIÓN. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

INTERCONSULTA. Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

ORDEN DE SERVICIO. Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

APOYO TECNOLÓGICO. Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios. 5. Urgencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Según la

resolución 5261 de 1994, todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la EPS. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

CONSULTA PRIORITARIA: es la atención realizada en aquellos pacientes en quienes no se encuentra comprometida su integridad física, fisiológica o psíquica, ni comprometen de alguna manera la vida y que puede ser manejado con un seguimiento posterior y programado por consulta externa.

TRASLADO: Procedimiento mediante el cual se refiere al usuario de una institución a otra, para su atención. 8. Internación. Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

CONSULTA MÉDICA GENERAL O PARAMÉDICA: Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente. 10. Consulta Médica Especializada. Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no esté en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

ASISTENCIA DOMICILIARIA: Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de

regresar a la instancia que provocó ese movimiento. (Contra referencia) El sistema requiere además de una buena administración de movimientos que disponga de procedimientos ágiles y sencillos para acceder a cada servicio y de la difusión adecuada de estos procedimientos entre los actores involucrados en estos servicios.

Atención inicial de urgencias Clasificación del paciente
La clasificación del paciente según definición del Ministerio de salud y la Protección social en el servicio de Urgencias es denominado como "triage" y surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de la urgencia del paciente, que permite mayor objetividad y resolutividad en el proceso.

Solicitud de Referencia de servicio de cirugía hospitalización- UCI
Remisión de pacientes del servicio cirugía- uci- hospitalización puede ser urgente prioritaria (emergente) o urgente no prioritaria según las condiciones de salud del paciente. La remisión o referencia de pacientes de urgencia es el proceso mediante el cual un prestador de servicios de salud le envía un paciente a otro prestador para que le provea los servicios de salud requeridos y realice el manejo de la condición clínica del paciente, la cual no pudo ser controlada o resuelta por el prestador inicial por haber superado su capacidad técnico-científica.

5.1 POLÍTICAS

- Todos los usuarios que ingresen víctimas de accidentes de tránsito deberán ser notificados a las EPS de sus segundas líneas de atención.
- Todo paciente que requiera proceso de referencia a otra institución debe contar con el formato Anexo No 9.

6. DESCRIPCIÓN

ÍTEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Censo de camas (Disponibilidad de camas)	Enfermero Supervisor del servicio	Por cada turno realiza el censo de camas disponibles, diligencia Formato Censo de Camas **FOR JEN 19** donde relaciona el resultado del censo, lo firma y entrega al gestionador de referencia y contrarreferencia, médico de turno de la urgencia y jefe supervisor (ver protocolo de asignación de camas).

su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

CLASIFICACIÓN DE PACIENTE: La clasificación del paciente según definición del Ministerio de salud y la Protección social en el servicio de Urgencias es denominado como "triage" y surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de la urgencia del paciente, que permite mayor objetividad y resolutividad en el proceso.

5. GENERALIDADES

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad global sobre las condiciones internas de operación de las mismas con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud cualquiera. Alcanzar la calidad y mantenerla es, entonces, el reto central.

Modalidades de Solicitud de Servicios

Dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

Principios del Régimen de Referencia y Contrarreferencia

La prestación de los servicios de salud, tal como dicta la reglamentación vigente, deben disponer de una red de servicios que desarrollan actividades que comprenden desde acciones simples que requieren poca tecnología, hasta los procedimientos sub especializados de mayor complejidad. Los servicios se organizan en forma de pirámide cuya base corresponde a los servicios de atención básica o primaria y la cúspide a los más especializados llamados tecnología de punta. Este sistema garantiza el flujo fácil del usuario hacia niveles superiores cuando el caso lo amerita (Referencia) y de igual manera,

			Verifica que quien le recibe firme formato indicando hora y fecha de recibido, donde se cuente con el número de camas disponibles. En caso de cualquier eventualidad con las camas disponibles informa a Coordinación Asistencial.
2	Recibir solicitud del servicio	Gestionador referencia y contrarreferencia	Recibe solicitud por medio telefónico, correo, personal o plataforma de remisiones (SIREL). Registra todas las remisiones con hora, fecha, nombre del médico en la base de datos Software AGILIZA.NET, con la respuesta de aceptación o negación de la remisión. Envía reporte semanal de pacientes comentados; a coordinación asistencial y médico líder de urgencia.
3	Solicitud del servicio-verificación de derechos	Gestionador referencia y contrarreferencia	Verifica los derechos de los pacientes, para identificar la empresa responsable de pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por la misma entidad. Cuando es una urgencia vital, el paciente ingresa directamente a la atención. Cuando el paciente está en condiciones de brindar información o viene acompañado, le realiza los trámites administrativos, como la solicitud del documento de identidad. NOTA: Por ningún motivo se le exigirá al usuario, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento. Cuando la Entidad que trae al paciente llama al área de Referencia a informar que viene una urgencia vital, el gestionador de Referencia informa al Jefe Médico de Urgencias, al área de Admisiones y al área de Urgencias para que estén preparados para recibir el paciente.
4	Aceptación de la remisión	Gestionador referencia y contrarreferencia	Una vez que ha verificado la parte administrativa, presenta el paciente al médico de turno del área de urgencias (el médico jefe de urgencia es quien da aval para recibir o rechazar pacientes durante las 24 HORAS). Ver formato REMISIÓN DE PACIENTE **FOR RCR 01**. Formato de referencia de pacientes. En caso de remisión telefónica traslada la llamada al médico, una vez se tenga definida la parte administrativa, para la aceptación o negación de la remisión de acuerdo a la patología del paciente.
5	Aceptación de la remisión	Médico Jefe de Urgencias	Verifica los diagnósticos y posibles procedimientos a realizar, definiendo la aceptación o negación de la remisión del paciente. Da respuesta de manera inmediata sea personal o telefónicamente, comunicando esta a la entidad que remite el paciente, cuando es por llamadas se deja en espera mientras se verifica la respuesta de aceptación o negación; si es vía correo electrónico, se responde por está misma vía.

6	Atención de urgencia clasificación de triage.	Médico Tratante	**Registro del triage- Atención Inicial de urgencias:** El médico clasifica al paciente y define la conducta clínica acorde a lo establecido en el procedimiento de Triage (VER PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE URGENCIA **PRO ADM 01)**. Realiza la Evaluación del paciente, estabilización de signos vitales y atención según guías y protocolos de manejo.
7	Admision del paciente	Admisionista	Una vez, definido la clasificación del triage, procede realizar la admisión del paciente,en el software institucional. (VER PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE URGENCIA **PRO ADM 01)**.
8	Definición de conducta	Médico Tratante	Define la conducta a seguir con el paciente, evalúa la necesidad de referencia o contrarreferencia (VER PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE URGENCIA **PRO ADM 01)**, en caso de que el paciente continúe su atención en nuestra Institución, se dará inicio al trámite de autorizaciones a las que haya lugar, hasta el momento del alta.
9	Gestión de autorizaciones con la red prestadora del servicio.	Gestionadores de Autorizaciones	En caso de ser requerido llama a auditores cuando los pacientes requieren autorización previa y legaliza los acuerdos entre EPS e IPS para continuar la atención del paciente. Para todos los usuarios que ingresen víctimas de accidentes de tránsito, notifica a las EPS de sus segundas líneas de atención sobre el evento. En los casos donde la aseguradora no autorice la atención de urgencias en nuestra entidad, le informa al paciente la negación del servicio y se le dan indicaciones de la IPS donde debe consultar.
10	Regulación del paciente.	Gestionador referencia y contrarreferencia	En los casos donde el paciente amerita una atención con otra entidad de mayor nivel de complejidad o cuando en la Clínica se ofrezca la especialidad, gestiona la Referencia mediante llamadas a las IPS o CRUE**.**
11	Referencia y contrareferencia	Médico, Gestionador referencia y contrarreferencia	Una vez acordada la remisión diligencia el formato de referencia y contrareferencia, (Anexo N°9 médico de cada servicio). Para el caso de los pacientes regulados por el CRUE diligencia además el formato de regulación (plataforma de remisiones).
12	Solicitud de referencia o contrarreferencia de servicio de cirugía hospitalización- uci	Gestionador referencia y contrarreferencia-médico-Especialista- jefe supervisor.	Contacta a la IPS receptora de la atención del paciente, lo presenta ante la entidad y si es necesario envía vía fax o email el formato de remisión. NO contrataciones, o otro nivel de complejidad. - Se realiza envío de **ANEXO TÉCNICO N°9,** a través de Correo electrónico, de donde se iniciara inmediatamente el proceso.

			- Diligenciar ANEXO TÉCNICO N°9, en la plataforma SIREL del paciente a remitir. - Llamadas a la EPS o ARL donde está el paciente, para confirmar recibido de soportes. Esto en el caso de que no se tenga contratación, si es por no manejo de la Especialidad o que requiere otro nivel de complejidad, se complementa gestión con las IPS. - Se llena la plantilla de GESTIÓN DE REMISIÓN DE PACIENTES, con Fecha, Hora, Entidad, Nombre del funcionario que recibe la llamada, y la información que se obtiene. - Cuando se logra ubicar el paciente, se informa a Jefe del servicio para que informe a los familiares y coordinar traslado en ambulancia en el menor tiempo posible.
13	Servicio Asistencial	Médico tratante Supervisora de enfermería del servicio	Una vez se cuenta con la Aceptación del paciente en otra entidad, organiza el traslado definiendo el tipo de traslado según las condiciones del paciente: ambulancia, medicamentos, posición, oxígeno, se imprimen además los soportes médicos y administrativos que debe llevar el usuario a la entidad donde se remite.
14	TRASLADO A OTRA IPS	Médico tratante Supervisora de enfermería del servicio - Conductor-ambulancia	La entidad receptora recibe al usuario con el fin de continuar la atención de este. Para la confirmación o constancia de esto se debe firmar la copia del formato de referencia o remisión que la entidad emisora emite. posterior al traslado el formato se anexa en la historia clínica del paciente.
15	Servicio Asistencial	Médico tratante	Definida la salida del paciente diligencia la Epicrisis, el formato de remisión y condiciones a seguir.

7. NORMATIVIDAD APLICABLE

Ley 100 de 1993

Tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Promotoras de Salud (EPSs) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSs)

Ley 715 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras

disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros

Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007.
El cual regula algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Resolución 4331 de 2012
Por medio se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y servicios de términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de cuentas del servicio.

8. REGISTROS

N°	CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	LUGAR DE ARCHIVO	MEDIO DE ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO	DISPOSICIÓN
1	FOR JEN 19	Censo de Camas	Enfermero supervisor	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR
2	FOR RCR 01	Gestión de remisión de pacientes	Gestionador referencia y contrarreferencia	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR
3		Historia Clínica	Medico General	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR
4		Soporte de Gasto SOAT (si la causa de ingreso fue Accidente de Tránsito)	Facturador	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR
5		Anexo Técnico N°9	Medico General	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR
6		Documento de Identidad del paciente	Admisionista	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR

7		Base de datos Software AGILIZA.NET	Gestionador de referencia	Archivo de gestión	Magnético	INDEFINIDO	DIGITALIZAR

9. CONTROL DE CAMBIO DE DOCUMENTOS

N°	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA
1	Se realiza la segunda emisión del documento de acuerdo a los cambios normativos que modifican la ejecución de actividades del procedimiento.	Marzo del 2020

9. CONTROL DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Hailer Palmera Gómez Jefe de Admisiones Marzo del 2020	**Diana Dickson Romero** Coordinadora Asistencial Marzo del 2020	**Ubaldo Sotomayor Durango** Coordinador de Calidad Marzo del 2020