

FACULTAD DE INGENIERÍA

Escuela Académico Profesional de Ingeniería Industrial

Trabajo de Suficiencia Profesional

**Proceso de implementación de la metodología
AS IS -TO BE en la Clínica Cayetano Heredia S. A.
Huancayo**

Lisette Valery Sáenz Cárdenas

Para optar el Título Profesional de
Ingeniero Industrial

Huancayo, 2019

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de suficiencia profesional



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por guiarme y permitirme cumplir parte de mi meta trazada.

Agradezco a mis padres y hermanos por el apoyo incondicional, así como también por la confianza brindada día a día y ser parte esencial en mi vida.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por darme una familia maravillosa, a mi padre por ser un pilar fundamental en mi vida, por el gran amor y cariño que le tengo y estar siempre a mi lado en cada paso que doy, tanto profesional como personal, por ser mi ejemplo a seguir día a día. A mi madre y hermanos quienes día a día me apoyan incondicionalmente y por los consejos y palabras de aliento de poder cumplir mis metas trazadas.

ÍNDICE

CARÁTULA

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

1. CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA	3
1.1. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.....	3
1.2. ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA EMPRESA	3
1.3. RESEÑA HISTÓRICA DE LA EMPRESA.....	5
1.4. ORGANIGRAMA DE LA EMPRESA.....	5
1.5. VISIÓN Y MISIÓN	7
1.5.1. VISIÓN	7
1.5.2. MISIÓN.....	7
1.5.3. VALORES.....	7
1.6. BASES LEGALES O DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS.....	7
1.7. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DONDE REALIZA ACTIVIDADES PROFESIONALES.....	7
1.8. DESCRIPCIÓN DEL CARGO Y RESPONSABILIDADES DEL BACHILLER.....	8
2. CAPÍTULO II: ASPECTOS GENERALES DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES	9
2.1. ANTECEDENTES O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	9
2.2. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDAD O NECESIDAD EN EL ÁREA	11
2.3. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.....	11
2.4. JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.....	12
2.5. RESULTADOS ESPERADOS.....	12
3. CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	13
3.1. BASES TEÓRICAS DE LAS METOLOGÍAS O ACTIVIDADES REALIZADAS.....	13
3.1.1. PROCESO.....	13
3.1.2. CALIDAD	14
3.1.3. FLUJOGRAMA.....	15
3.1.4. ESTUDIO DE TIEMPO.....	16
3.1.5. FICHA DE CARACTERIZACIÓN	16

3.1.6. METODOLOGÍA PHVA.....	17
3.1.7. METODOLOGÍA ASIS Y TO BE	18
3.1.8. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.1.8.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	21
3.1.8.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	25
4. CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES	29
4.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROFESIONALES.....	29
4.1.1. Enfoque de las actividades profesionales.....	29
4.1.2. Alcance de las actividades profesionales	30
4.1.3. Entregables de las actividades profesionales	30
4.2. ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.....	31
4.2.1. Metodologías.....	31
4.2.2. Técnicas	31
4.2.3. Instrumentos.....	31
4.2.4. Equipos y materiales utilizados en el desarrollo de las actividades	31
4.3. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES	31
4.3.1. Cronograma de actividades realizadas.....	31
4.3.2. Proceso y secuencia operativa de las actividades profesionales	33
5. CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	34
5.1. RESULTADOS FINALES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	34
5.2. LOGROS ALCANZADOS.....	35
5.3. DIFICULTADES ENCONTRADAS.....	36
5.4. PLANTEAMIENTO DE MEJORAS.....	36
5.4.1. Metodologías propuestas	36
5.4.2. Descripción de la implementación	36
5.5. ANÁLISIS	39
5.6. APORTE DEL BACHILLER EN LA EMPRESA	48
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	53

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz FODA de la Clínica Cayetano Heredia	9
Tabla 2. Entregables de actividades profesionales	30
Tabla 3. Equipos y materiales usados	31
Tabla 4. Cronograma de actividades	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama	6
Figura 2. Diagrama de Ishikawa del laboratorio clínico.....	10
Figura 3. Representación de la caracterización de procesos	17
Figura 4. Representación de la metodología ASIS Y TO BE	19
Figura 5. Representación del modelo de la metodología ASIS Y TO BE	21
Figura 6. Indicador de laboratorio Clínico – Total de pacientes atendidos en el mes	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Logo de la Clínica Cayetano Heredia Huancayo S.A.	54
Anexo 2. Foto con el equipo de trabajo y dueños de la clínica	55
Anexo 3. Acta de reunión	56
Anexo 4. Mapa de Procesos	57
Anexo 5. Mapa de procesos Nivel 1-Laboratorio Clínico	58
Anexo 6. Mapa de procesos Nivel 2-Laboratorio Clínico	59
Anexo 7. Fichas de caracterización laboratorio clínico	60
Anexo 8. Flujogramas – Laboratorio Clínico	65
Anexo 9. Ficha de indicador porcentajes de solicitudes sin impresión diagnóstica.....	70
Anexo 10. Ficha de indicador índice de incidencias con el paciente	71
Anexo 11. Ficha de indicador porcentajes de muestras inapropiadas.....	72
Anexo 12. Ficha de indicador total de muestras perdidas	73

Anexo 13. Ficha de indicador porcentaje de muestras tomadas y recepcionadas	74
Anexo 14. Ficha de indicador total de venopunturas repetidas	75
Anexo 15. Ficha de indicador pacientes atendidos en el mes	76
Anexo 16. Fotos del laboratorio clínico antes de la ampliación	77
Anexo 17. Fotos del laboratorio clínico después de la ampliación	78
Anexo 18. Fichas de caracterización-otras áreas	80
Anexo 19. Reuniones con gerencia y jefaturas.....	136
Anexo 20. Flujogramas otras áreas	139

RESUMEN EJECUTIVO

Durante mi permanencia en la Clínica Cayetano Heredia S.A. de Huancayo, en mi condición de asistente de calidad y procesos, participé en el análisis funcional de los procesos, como documentación principal para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la organización. En el proceso de análisis se innovó el mapa de procesos y de manera exhaustiva, en el área del laboratorio clínico. La metodología propuesta fue la metodología de mejora **As Is** y **To Be**, basados en el ciclo PHVA, el cual se implementó en el área del laboratorio clínico fundamentalmente.

Se realizó el mapeo de procesos y el levantamiento de sub procesos, los cuales fueron registrados y descritos de manera rigurosa en fichas SIPOC (Suppliers – Proveedor, Input – Entrada, Process – Proceso, Ouput – Salidas y Customer -Cliente) de la clínica, logrando 34 fichas de caracterización, de los cuales en el área de laboratorio clínico se implementaron 5 fichas en el laboratorio, 5 flujogramas y 7 indicadores.

El indicador de pacientes atendidos en el mes, permitió identificar que el laboratorio es una de las áreas donde se tiene mayor ingreso de pacientes. Se aplicó una encuesta de satisfacción, como resultado de ello se estableció que los ambientes del laboratorio clínico no era la adecuada para la cantidad de pacientes que recibía, por lo que la gerencia decidió implementar todo un segundo piso de la clínica para el laboratorio clínico, tal como se muestra en los anexos 16 y 17. Luego se implementó el control de asistencia biométrico con huella digital y el envío de resultados del laboratorio a los pacientes a sus correos electrónicos personales.

INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental del trabajo de suficiencia profesional ha sido implementar la metodología As Is / To Be como herramienta de gestión que ayuda en la descripción y la mejora de los procesos internos de la “Clínica Cayetano Heredia” ubicado en Huancayo, que brinda servicios de salud desde el año 2003.

Las dificultades que se hallaron en la clínica básicamente fueron en cuanto al manejo de personal administrativo, dado que había mucha rotación de personal, eso dificultaba que se realice un proceso de manera correcta, porque casi siempre el nuevo personal está siempre aprendiendo de lo mismo, por su propia cuenta, debido a que no existe un plan de capacitación. Existía un descuido en lo que corresponde a la implementación de procesos de calidad, por lo que para el caso de una evaluación general, se consideró el FODA como una herramienta de identificación de los problemas de la Clínica. Se propuso realizar el mapeo de procesos, mediante la metodología As Is To Be. Así, la clínica funcionaba básicamente sin procesos específicos, solo como parte de criterios singulares de los trabajadores que asumían las responsabilidades que les encargaban.

El propósito del mapeo de procesos fue para identificar, entender y conocer los procesos del negocio existentes (As Is) para definir los futuros (To Be), con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios brindados y optimizar los tiempos mediante el mapeo de proceso y el levantamiento de subprocesos, previa evaluación de los procesos existentes en la clínica. Luego se desarrolló e identificó a los dueños de los procesos, con quienes se programaron reuniones con ellos para realizar el levantamiento del proceso en ficha de caracterización, identificándose a los proveedores, entradas, proceso o actividad, salida, control y cliente. Teniendo la ficha de caracterización, se elaboraron los flujogramas que permiten tener una visión general por ser de fácil entendimiento para el personal. Luego se implementaron reuniones con la gerencia y jefes de área para presentar y explicar el mapeo de

procesos y en base a recoger opiniones de los responsables de las áreas y responsables de tomar decisiones, se mejoraron las propuestas que permitan una toma de decisiones para las mejoras respectivas en las diferentes áreas de atención de la clínica, así se logró que se priorice el área de laboratorio clínico.

El contenido del informe de suficiencia profesional realizado en cumplimiento del reglamento específico de titulación de la Universidad Continental se organiza en 5 capítulos. En el primer capítulo se desarrolla lo concerniente a los aspectos generales de la empresa, en el segundo capítulo se abordan los aspectos generales de las actividades profesionales, en el tercer capítulo todo lo concerniente al marco teórico, en el cuarto capítulo se ejecuta la descripción de las actividades profesionales en detalle y finalmente en el quinto capítulo se presentan los resultados finales de las actividades realizadas.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA

1.1. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

- a) Razón Social de la Empresa : Clínica Cayetano Heredia S.A.
- b) RUC : 20485947273
- c) Jefe superior : Mariluz Alania Flores (Gerente General)
- d) Jefe Inmediato : Luis Martínez Ancieta (Jefe de área de Procesos)
- e) Dirección de la Empresa : Av. Huancavelica N° 745 – Huancayo / El Tambo
- f) Teléfono de la Empresa : (064) 247087

1.2. ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA EMPRESA

Brindar servicios de salud: diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, promoción y prevención. Dedicarse a la compra y venta de productos farmacéuticos y bienes análogos.

Realizar convenios con instituciones públicas o privadas para impulsar programas de asistencia social dirigidos a poblaciones de bajos recursos económicos.

La Clínica Cayetano Heredia S.A., dentro de sus actividades principales es brindar servicios de salud: diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, promoción y

prevención. Dedicarse a la compra y venta de productos farmacéuticos y bienes análogos.

Realizar convenios con instituciones públicas o privadas para impulsar programas de asistencia social dirigidos a poblaciones de bajos recursos económicos.

La Clínica brinda servicios en diferentes especialidades, tales como Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cardiología, Nutrición, Odontología, Gastroenterología, Medicina Familiar, Anestesiología, Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial, Cirugía general y Aparato digestivo, Cirugía Plástica, Dermatología, Endocrinología, Geriatria, Hematología, Medicina Física y rehabilitación, Medicina General, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Radiología, Reumatología, Traumatología y Ortopedia y Urología, Además brinda servicios de laboratorio clínico, servicio de imágenes (Resonancia magnética, tomografía, densitometría, mamografía y Rayos X).

Así como la clínica cuenta con los servicios de farmacia cuenta con un amplio stock de medicamentos comerciales y genéricos, de laboratorios reconocidos.

Actualmente se trabaja con convenios interinstitucionales con las siguientes empresas:

- Rímac Internacional Entidad Prestadora de Salud
- Rímac Internacional Seguros y Reaseguros.
- Pacifico peruano Suiza Entidad Prestadora de Salud.
- Pacifico Peruano Suiza Seguros y Reaseguros.
- MAPFRE Entidad Prestadora de Salud.
- MAPFRE Seguros y Reaseguros.
- MAPFRE VIDA
- INTERSEGURO
- COLSANITAS Entidad Prestadora de Salud.
- ELECTROPERU
- FEBAN
- FESUNAT
- ESSALUD.

- FOPASEF.
- AFOCAT JUNÍN.
- AFOCAT CENTRO NOR ORIENTE.
- ONCOSALUD.

1.3. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN

La Clínica Cayetano Heredia S.A. Huancayo, Inició sus labores el 10 de enero de 2003, con 05 médicos y 04 camas, en lo que antes había sido un el local de recepciones llamado “Los Pinos” ubicado en las inmediaciones de la Av. Huancavelica N° 745 El Tambo Huancayo, terreno que fue cedido por uno de los socios fundadores. El Sr. Santiago Alania León; se sentía motivado a generar una clínica, ya que tenía a su hijo el Dr. Luis Alania Flores, quien estaba a punto de terminar la especialidad de Ginecología y Obstetricia y quien haría su desarrollo profesional como médico.

La Clínica Cayetano Heredia también logra realizar el sueño de un hombre con gran visión emprendedora del Dr. Hermógenes Palacios Porras, médico ginecólogo egresado de la Universidad Cayetano Heredia, quien producto de sus años de estudio y especialización se siente motivado a poner una Clínica en la ciudad de Huancayo, sueño que se fortalece al conocer a Mariluz Alania Flores, en quien encuentra gran manejo administrativo y el cual se convierte en un pilar fundamental para el buen inicio de las actividades de la clínica a través de la reinversión, la austeridad y honradez que ella tuvo y así se logró el impulso para el crecimiento de la clínica.

Los sueños de tres hombres visionarios y emprendedores se ven unidos el 24 de noviembre del año 2000, mediante la constitución de la Clínica Cayetano Heredia con el Sr. Santiago Alania León, el Dr. Hermógenes Palacios Porras y el Dr. Luis Alania Flores, como socios fundadores que dieron nacimiento como una Sociedad de Responsabilidad Limitada para convertirse luego de 15 años en una Sociedad Anónima.

1.4. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA EMPRESA



Organigrama Funcional

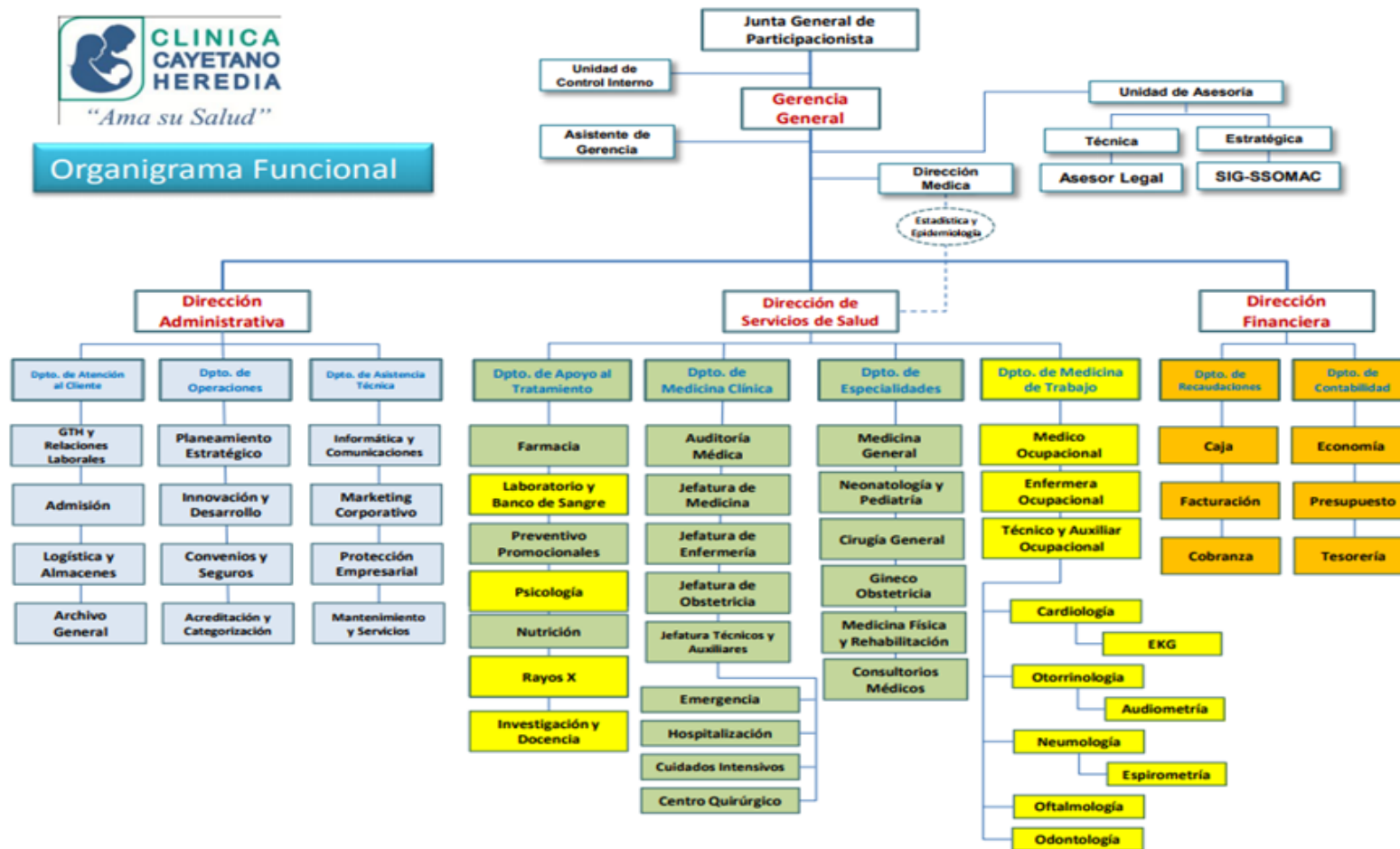


Figura 1. Organigrama de la Clínica Cayetano Heredia S.A. – Huancayo

Fuente: Oficina de Calidad y Proceso de la Clínica Cayetano Heredia (2018)

1.5 VISION Y MISIÓN

1.5.1. Visión

“Ser la mejor opción en Salud con la mayor capacidad resolutive.”

1.5.2. Misión

“Servir a nuestros pacientes con excelencia y calidez humana”

1.5.3. Valores

- Vocación
- Perseverancia
- Responsabilidad
- Respeto

1.6. BASES LEGALES

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Ley N° 30024 – Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas
- Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales
- DS N° 003-2013-JUS – Aprueba el reglamento de la ley N° 29733
- Ley N° 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
- DS N° 005-2012-TR- Reglamento de la ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos
- DS N° 014-2017-MINAM – Aprueba la ley de Gestión integral de residuos sólidos.

1.7. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DONDE SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

Las actividades profesionales en las que tuve participación directa se llevaron a cabo en el área de calidad y procesos, cuya función está relacionada a la calidad de

servicio, seguridad y protección del medio ambiente. Pero, más está dedicado a la mejora de la calidad, mediante la realización de el mapeo de procesos de las diferentes áreas y la mejora del mapa de procesos; así mismo llevar el control de la lista maestra de documentos, el control del cumplimiento normativo del área, el seguimiento de los indicadores implementados y coordinar las reuniones semanales con gerencia y jefes de área. Es decir, el objetivo del área es hacer cumplir y asegurar que se cumplan las políticas de la empresa, hacer cumplir el marco legal y jurídico previsto, asimismo que los servicios brindados sean de calidad y que nuestros procesos sean los adecuados para los grupos de interés.

1.8. DESCRIPCIÓN DEL CARGO Y DE LAS RESPONSABILIDADES DEL BACHILLER EN LA EMPRESA

El cargo que tuve era de Asistente de Calidad y Procesos; dentro de mis responsabilidades estaban los siguientes puntos:

- Apoyo en la elaboración de las fichas de caracterización y flujogramas correspondientes.
- Levantamiento y validación de los procesos con cada responsable de área.
- Apoyo en la Gestión documentaria y el cumplimiento normativo del área.
- Realización y coordinación de reunión semanal con gerencia y jefes de áreas, así como el seguimiento y control del cumplimiento de las tareas asignadas en las reuniones semanales.
- Llevar el control de la lista maestra de documentos.
- Realizar el seguimiento de los indicadores implementados en el laboratorio clínico, asimismo reuniones mensuales con el área para la comunicación de los mismos.
- Apoyar con el mapeo de procesos de la organización y la modelación que permita medir, controlar y efectuar el mejoramiento continuo.

CAPÍTULO II
ASPECTOS GENERALES DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

**2.1. ANTECEDENTES GENERALES DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES
O DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

Diagnóstico situacional de la Clínica Cayetano Heredia Huancayo S.A. según la sugerencia hecha por la oficina de Calidad.

Tabla 1: Matriz FODA de la Clínica Cayetano Heredia

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de crecimiento de infraestructura. • Posicionamiento regional. • Convenios con aseguradoras, EPS y alianzas estratégicas para la prestación de servicios de salud. • Modernas instalaciones en UCI, SOP y recuperación según categoría II-1. • Laboratorio clínico posicionado a nivel regional. • Presupuesto anual para las áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotación de personal. • Inadecuada gestión de capacitaciones del personal de la clínica. • Falta de una certificación de calidad ISO 9001. • Sistema SISCAH incompleto en todos los procesos. • No se cuenta con médicos especialistas de planta. • Ambiente del área de laboratorio clínico no adecuado, para cantidad de pacientes recibidos. (Por la demanda existente)
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS

<p>ANÁLISIS EXTERNO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de marco regulatorio para alianzas estratégicas con entidades del Estado. • Aumento del acceso de la población a la atención en clínicas privadas. • Instituciones públicas con servicio de salud no fidelizado: PNP, SUNAT, PODER JUDICIAL, ETC. • Hospitales públicos con baja calidad en atención al cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia creciente de establecimientos de salud privados. • Monopolización de laboratorios médicos.
--------------------------------	--	---

En la figura N° 2 se muestra la identificación de uno de los problemas de la empresa mediante el diagrama de Ishikawa.

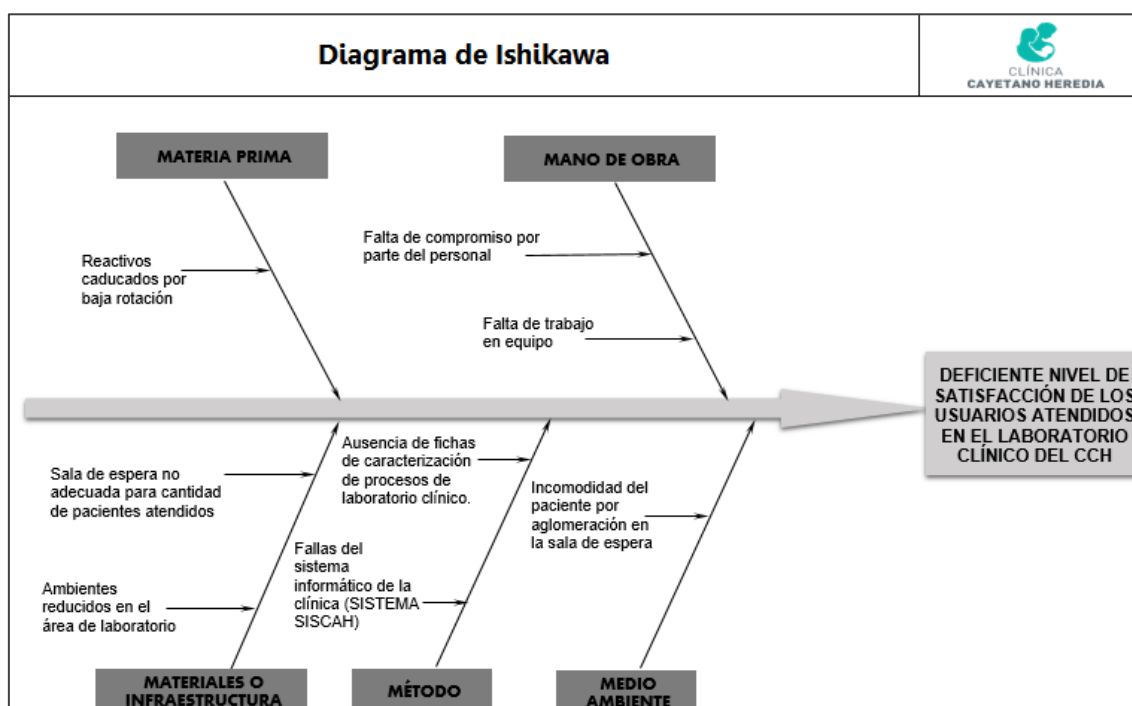


Figura 2. Diagrama de Ishikawa del Laboratorio Clínico de la Clínica Cayetano Heredia S.A. – Huancayo

Fuente: Elaboración propia.

2.2. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDAD O NECESIDAD EN EL ÁREA DE ACTIVIDAD PROFESIONAL

Se observó que los procesos y subprocesos de la Clínica Cayetano Heredia de Huancayo S.A. estaban identificados, mediante el mapa de procesos, por lo que se sugirió realizar un mapeo de procesos mediante la metodología As Is – To Be, asimismo no contaban con sus fichas de caracterización de cada uno y con los flujogramas, por lo que se procedió a realizar cada uno, tanto ficha de caracterización, flujogramas e implementar algunos indicadores, enfocándonos en el área de laboratorio clínico como primera área, asimismo se sugirió que al tener estos documentos ya implementados nos permitiría identificar los reprocesos, lo que permitiría la mejora de los mismos, siendo una acción específica efectivizada en el laboratorio clínico.

2.3. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Los objetivos de la actividad profesional ejercida en el área de calidad y procesos fueron:

- Implementar las fichas de caracterización y flujogramas en las diferentes áreas de la Clínica Cayetano Heredia de Huancayo, siendo algunas de ellas Facturación, Admisión, Odontología, Farmacia, Servicio de imágenes y Ginecología, que serán útiles para el análisis de las mejoras de los procesos y la futura implementación mediante un Software por parte de un especialista, pero en primera instancia se priorizó para el área de laboratorio clínico.
- Concientizar al personal sobre la importancia de un mapeo de procesos.
- Implementar indicadores para mejorar la atención en el área de laboratorio clínico como inicio del trabajo.
- Mejorar la calidad de servicio al cliente específicamente en el laboratorio clínico, asimismo concientizar al personal sobre la importancia del mapeo de procesos.

2.4. JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

La Clínica Cayetano Heredia brinda servicios de salud en la región, pero en el sector salud se tiene la presencia de más clínicas y los hospitales del sector público se modernizan y mejoran su atención al público, por lo que representan una gran competencia en el sector salud, afectando en términos de competitividad y productividad a una empresa privada de salud.

Por ello, la Clínica Cayetano Heredia requiere de mejorar sus procesos para mejorar la calidad de servicio en sus diferentes áreas, razón por el cual la clínica requiere adoptar herramientas y metodologías adecuadas que permitan establecer indicadores para tener eficientes procesos y toma de decisiones correctas para una eficiente gestión que permita afrontar y sobresalir frente a la competencia en el sector en la región Junín.

2.5. RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados, durante mi permanencia en el área de Calidad y Procesos de la Clínica Cayetano Heredia, fueron:

- Se implementaron las fichas de caracterización, flujogramas e indicadores en el área de laboratorio clínico.
- Se logró concientizar al personal sobre la importancia del mapeo de procesos durante el proceso de elaboración de las fichas de caracterización, mediante participación directa de los dueños de los procesos.
- Se mejoró la calidad de atención por parte del personal de admisión a los pacientes mediante supervisiones.
- Se mejoraron los ambientes del área de laboratorio clínico debido a la mayor demanda de pacientes, cumpliendo las directivas de DIRESA.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. BASES TEÓRICAS DE LAS METODOLOGÍAS O ACTIVIDADES REALIZADAS

3.1.1. Proceso

Se menciona la forma como conceptúan los autores respecto a lo que es el “Proceso” como sigue:

- CHANG, Richard Y. *Mejora continua de procesos: Guía práctica para mejorar procesos y lograr resultados medibles*. Grupo Editorial Norma, 1996.; *Define* como “Serie de tareas de valor agregado que se vinculan entre sí para transformar un insumo en un producto (mercadería o servicio)”. (7)

- BENDELL, TONY; BOULTER, LOUISE; KELLY, JOHN. *Ventajas competitivas a través del benchmarking: análisis comparativo de la competencia para obtener ventajas competitivas en nuestra empresa*. 1994. “Mecanismos mediante los cuales los inputs se transforman en outputs. Los outputs bien pueden ser servicios, productos, papeleo o materiales que sean diferentes a los inputs originales”. (2)

- EFRAIN CONTE, OMAR. *Aportes teóricos al análisis y la gestión por procesos* [en línea]. 6 de marzo 2015 [Citado el 12 de Marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/aportes-teoricos-al->

[análisis-y-la-gestión-por-procesos/](#). “Cualquier combinación de máquinas, herramientas, métodos, materiales y/o personal empleado para lograr determinadas cualidades en un producto o servicio. Un cambio en cualquiera de esos componentes produce un nuevo proceso”.(9)

3.1.2. Calidad

Se indican la forma como definen algunos autores la “calidad”, tal como se describe a continuación:

- DEMING, WILLIAM EDWARDS; MEDINA, JESÚS NICOLAU. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, 1989. “La calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”.(8)
- CROSBY, PHILIP. *La organización permanece exitosa*. McGraw-Hill, 1987. “Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad”.(6)
- JURAN, Joseph M. *Juran y la calidad por el diseño*. Ediciones Díaz de Santos, 1996. “La calidad es la satisfacción del cliente externo e interno. Las características del producto y la falta de deficiencias son las principales determinantes de la satisfacción”. (16)

- ISHIKAWA, Kaoru. Instituto para el aseguramiento de la calidad. Recuperado el, 2013, vol. 15. La calidad consiste en "desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor". (14)

3.1.3. Flujograma

Un flujograma es un método para describir gráficamente un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares que permiten conocer y comprender los procesos a través de los diferentes pasos, documentos y unidades administrativas comprometidas. Por tanto, la representación gráfica de los procesos son los flujogramas.

A continuación se indican a los diferentes autores de cómo definen el “Flujograma” como sigue:

- CEJA, GUILLERMO GÓMEZ; FINCOWSKI, ENRIQUE BENJAMÍN FRANKLIN. *Sistemas administrativos: análisis y diseño*. McGraw-Hill, 1997. “Es un diagrama que expresa gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de este, estableciendo su secuencia cronológica.” (5)
- IDALBERTO CHIAVENATO. *Iniciación a la organización y el control*. McGraw-Hill, 1993. ISBN 970100308X, 9789701003084. “Una gráfica que representa el flujo o la secuencia de rutinas simples. Tiene la ventaja de indicar la secuencia del proceso en cuestión, las unidades involucradas y los responsables de su ejecución.” (13)
- GÓMEZ RONDÓN FRANCISCO. *Sistemas y procedimientos administrativos*. McGraw-Hill, 1995. ISBN 658.38 GOM1. “El flujograma o Diagrama de flujo, es la representación simbólica o pictórica de un procedimiento administrativo.” (12)
“Es decir, el diagrama de flujo permite la visualización de las actividades

innecesarias y verifica si la distribución del trabajo está equilibrada, es decir, bien distribuida en las personas, sin sobre carga para algunas personas, mientras otros trabajan con mucha holgura”. (12)

3.1.4. Estudio de tiempos

Álvarez ÁLVAREZ, Antonio Barba. Frederick Winslow Taylor y la administración científica: contexto, realidad y mitos. *Revista Gestión y estrategia*, 2010, no 38, p. 17-30. Define el “Estudio de tiempos” como sigue:

- ÁLVAREZ, Antonio Barba. Frederick Winslow Taylor y la administración científica: contexto, realidad y mitos. *Revista Gestión y estrategia*, 2010, no 38, p. 17-30; “la determinación mediante la utilización del cronómetro del tiempo promedio en que un obrero común ejecutaría la tarea. A ese tiempo promedio se adicionaban otros tiempos básicos y muertos (esperas, tiempos destinados a la salida del obrero de la línea de producción para realizar sus necesidades personales, etc.), para obtener el llamado TIEMPO ESTÁNDAR”. (1)

“Con esto se estandarizaba el método de trabajo y el tiempo destinado para su ejecución”. (1)

“El método es la manera de hacer alguna cosa para obtener un resultado determinado, el estudio de los tiempos y movimientos, además de permitir la racionalización de los métodos de trabajo del obrero y la fijación de los tiempos estándares para la ejecución de las operaciones y tareas, trajo consigo otras ventajas”.(1)

3.1.5. Ficha de Caracterización

- BETANCOURT QUINTERO, DIEGO. *Planificación táctica desde ISO 9001: Cómo caracterizar un proceso*. En: *Ingenio Empresa*. [En línea]. 24 de junio de 2015. [Citado el: 12 de marzo de 2020]. www.ingenioempresa.com/planificacion-tactica-caracterizar-proceso.

“Define como una herramienta comúnmente usada para describir cómo

funciona un proceso y así dar cumplimiento a los requisitos de la norma, donde debe contener las Actividades, entradas, salidas, clientes, recursos, proveedores, líder, objetivo, alcance, documentos, parámetros de control y requisitos”. (3)

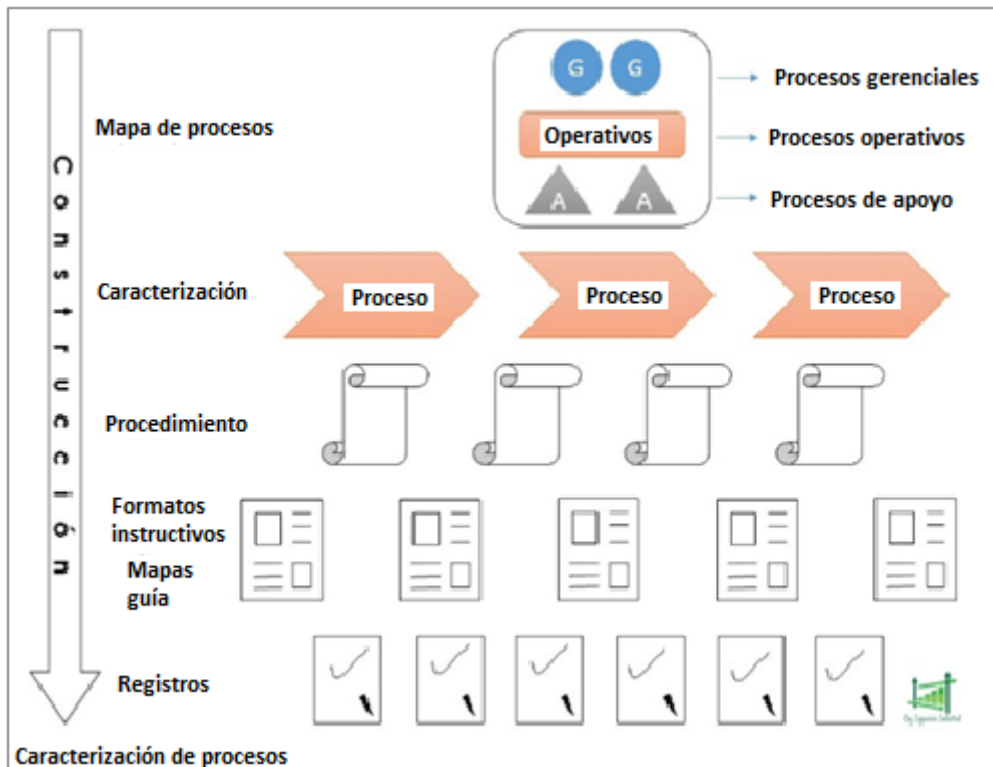


Figura 3. Representación de la Caracterización de procesos.

Fuente: Tomado de la página: <https://ingenioempresa.com/planificacion-tactica-caracterizar-proceso/>

3.1.6. Metodología PHVA

Scherkenbach (1994) define “Metodología PHVA” como se indica.

- SCHERKENBACH, William W. *La ruta Deming hacia la mejora continua*. 1994. expresa que “Esta metodología nos permite mantener la competitividad de nuestros productos y servicios, mejorar la calidad, reduce los costos, mejora la productividad, reduce los precios, aumenta la participación de mercado, supervivencia de la empresa, provee nuevos puestos de trabajo y aumenta la rentabilidad de la empresa, mediante las etapas: planear, hacer, verificar y actuar”. (22) “Planear: Establece las actividades del proceso, necesarias para obtener el resultado esperado. Hacer: Implementa los nuevos procesos, llevar a

cabo el plan. Verificar: Monitorea la implementación y evalúa el plan de ejecución. Actuar: Ofrece una retroalimentación y/o mejora en la planificación”. (22)

3.1.7. Metodología A SIS y TO BE

“La metodología como tal, es una herramienta de gestión que ayuda en la descripción y la mejora de los procesos internos de la organización. Se dedica a la exploración del negocio de la empresa a través de metodologías y prácticas utilizadas en las actividades del día a día”. (15)

“El **mapeo de procesos AS IS** es la definición de la situación actual del proceso. Los participantes de esta asignación son los usuarios que están involucrados en el proceso cotidiano (*usuarios clave*). En este contexto, una buena práctica es solicitar al ejecutor del proceso que relata cómo ejecutarlo, o bien se hace un cuestionario para levantar la información”. (15)

“Por otro lado, el **mapeo de procesos TO BE** está definiendo el futuro de la situación del proceso, es decir, donde se quiere llegar. Es también donde documentamos lo que se define el mapeo con la ayuda de herramientas que añaden valor al proceso, como las tecnologías BPM (Business Process Management). Los participantes en esta definición generalmente son personas que tienen experiencia con el mismo tipo de proceso. Además, son personas que están aptas para contribuir a la optimización de los procesos para una mejor adherencia a las prácticas, los objetivos de la organización y los sistemas de apoyo”. (15)

- **Etapas AS-IS**

“Es indispensable generar estos modelos debido a que ayuda a generar un alineamiento y entendimiento entre las distintas áreas y locaciones de la empresa en cuanto a cómo efectivamente se ejecuta el proceso de negocios. A menudo en las organizaciones grandes muchos ejecutivos y usuarios claves no tienen la visión completa de cada uno de los pasos y detalles de la operación del proceso de negocios”. (15) “La documentación del As-Is ayuda a generar claridad respecto a cómo se

ejecutan las cosas y cuáles son los desalineamientos". (15)

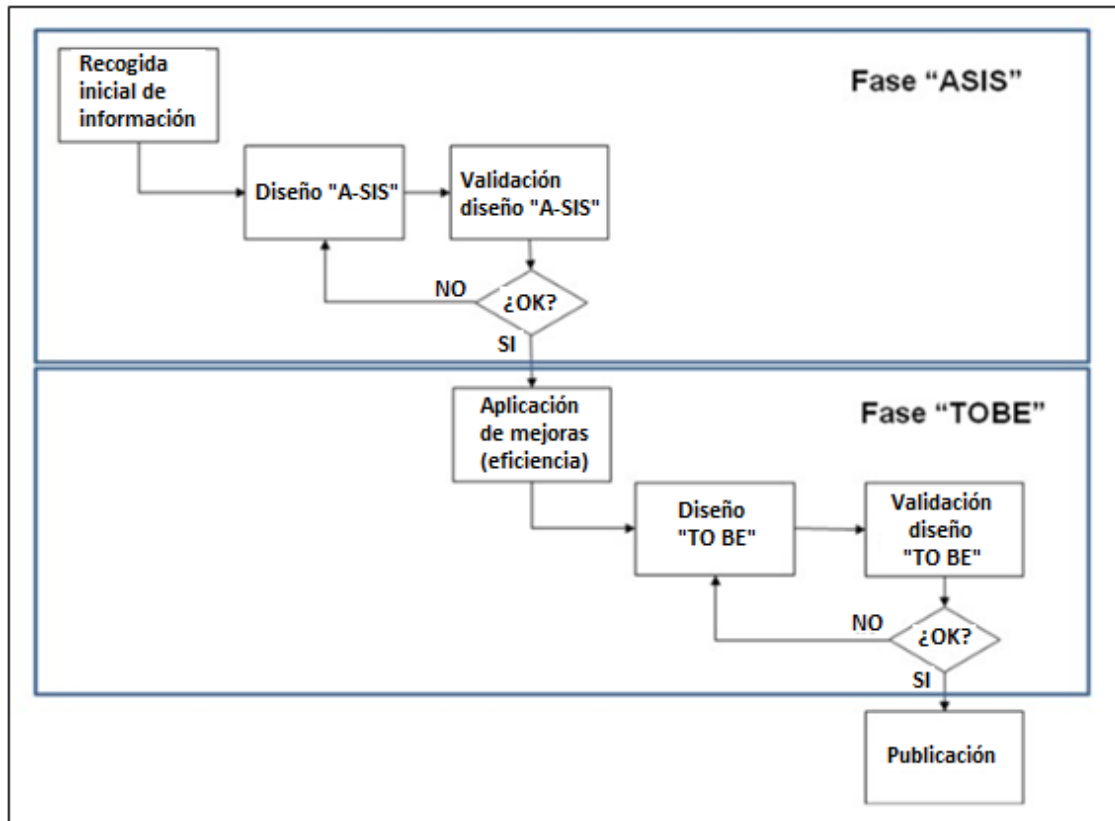


Figura 4. Representación de la metodología ASIS Y TO BE.

Fuente: Tomado de la página <http://www.modeladodelainformacion.com/index.php/es/procesos/18-pr-diseño-de-procesos>

La metodología ASIS / TO BE ayuda a:

- “Introducir los conceptos de BPM a los ejecutivos y a los usuarios claves, en particular en el uso de los diagramas de procesos.
- Permite establecer los puntos críticos y de mejoramiento del proceso.
- Afianza el equipo de trabajo del proyecto: Consultores, usuarios claves y ejecutivos claves.
- Para el levantamiento del proceso As-Is es importante considerar, que a fin de generar la documentación del As-Is en un tiempo razonable es necesario tener un método preestablecido de trabajo y un estándar para modelar.
- Es indispensable, una vez generado el modelo As-Is, los Jefes

de área involucrados en el proceso validen formalmente el modelo. Esta acción tiene más de una complicación debido a que a menudo el modelo levantado no corresponde a la imagen que tienen del mismo.

- La responsabilidad de generar y mantener actualizados los modelos As-Is de los procesos de cada área está asignada al área de calidad y procesos”. (15)

- **To-Be**

La generación de los modelos To-Be es indispensable para establecer que se quiere de la nueva implementación, y ayuda a:

- “Definir el nuevo modelo del proceso de negocios independientemente del software a utilizar. Esto permite pensar sin restricciones dadas por el software, por la costumbre, por el personal, etc. cuestión que posibilita descubrir **oportunidades de mejora**.
- Al tener los modelos To-Be y los As-Is es factible realizar un análisis de GAP, que es fundamental para esta estrategia.
- El desarrollo del modelo To-Be permite establecer Indicadores – KPI que apoyarán el mejoramiento del negocio.
- Posibilita realizar un efectivo alineamiento de los procesos de negocios con la estrategia corporativa”.(15)

MODELO:



Figura 5: Representación del modelo de la metodología ASIS Y TO BE.

Fuente: Tomado de la página <https://msaffirio.wordpress.com/2009/07/04/as-is-to-be-gap/>

3.1.8. Antecedentes de investigación

3.1.8.1. Antecedentes internacionales

- Según, MORÁN SIGÜENZA, Celin; CERÓN BARRERA, Keiry Isela; PEÑA ESCOBAR, Rodrigo Alexander. Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en las normas ISO 9001-2015 para la Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Médicas de FOSALUD. 2018. Tesis Doctoral. Universidad de El Salvador. En su tesis, “el objetivo es garantizar que los servicios y productos suministrados, posean las características mínimas de calidad requeridas legalmente, asimismo requeridos por los clientes internos y externos de la unidad en mención. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes”. (18)
 - “Se identificó un impacto positivo en la gestión de la UGMTM en cuanto a la mejora de los procesos, se identificaron oportunidades de mejora, que además es oportuno implementar debido a que la Unidad cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo estas

gestiones, las que pretenden como fin último mejorar la calidad de los bienes y servicios suministrados a los usuarios internos y externos, así como reducir los reprocesos y el vencimiento de los bienes de almacén”.

(18)

- “La correcta implementación de mejoras al sistema de gestión de la UGMTM, propone una reducción significativa de la brecha existente respecto a un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, una reducción de la brecha existente de un 89.2 % a un 27.3% luego del primer año de implementación”. (18)
- “La implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la UGMTM se desarrolla a través de la guía de implementación del sistema y a través de la programación elaborada en la etapa de evaluaciones del proyecto, donde se determina un tiempo esperado para la implementación del proyecto de 191 días; además, el plan cuenta con la identificación de las rutas críticas, que se esquematizan en el diagrama CPM”. (18)
- Según, Silva Pérez, Liz Eliana; Pinto Dueñas, Maribel Rocío. *Diseño Y Propuesta De Un Sistema De Gestión De Calidad En El Servicio De Urgencias Del Hospital San Juan De Dios De Floridablanca; Director Álvaro Cardozo*. 2004. Tesis Doctoral. Universidad Industrial de Santander, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública. En su tesis, “el objetivo de la investigación es Diseñar y proponer un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, que garantice una atención en salud efectiva y con alto sentido humano, teniendo como base la norma de calidad ISO 9001. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes”. (21)

- “Entender que, en un enfoque de trabajo basado en procesos caracterizados y estandarizados, permiten que la prestación del servicio sea llevada a cabo de manera correcta, lo que conlleva a racionalizar recursos, tener una secuencia lógica del trabajo, cumplir objetivos con efectividad y evaluar el desempeño de los mismos”. (21)
- “Analizar que un hospital es una empresa que brinda atención médica a personas con necesidades físicas, emocionales y socioeconómicas, por lo tanto, la calidad debe ser el motor que guíe la misión institucional para dar el mayor beneficio a los usuarios con los menores riesgos posibles lo que se traducirá en rentabilidad económica y legitimidad social”. (21)
- “El Sistema de Gestión de Calidad requiere de la evaluación continua de todos los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos que permitan detectar fallas, corregir y mejorar continuamente”. (21)
- Según, LLOVERA, A. Plan de calidad para la atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical del hospital universitario del coro Dr. Alfredo Van Grieken. 2012. Tesis Doctoral. Tesis para optar el título de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud. Universidad Católica Andrés Bello, Argentina. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes.
 - “Se concluyó que con la propuesta desarrollada en esta investigación: Plan de Calidad para la atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología cervical del Hospital Universitario de coro Dr. Alfredo Van Grieken, se responde a una necesidad de establecer procesos de atención de calidad y de mejoramiento continuo de los

sistemas de salud”. (17)

- “El diseño de un plan de calidad, contempla la planificación del proyecto y sus recursos, definir los procesos inmersos en el desarrollo, ejecución y control; el diseño no implica el desarrollo de los procedimientos, pero si los identifica y define su base, dentro de las directrices de un sistema de gestión de la calidad”. (17)
- Según, GAJÓN, MATILDE ARELLANO. Sistema de Gestión de Calidad para el Laboratorio Clínico de Urgencias del Hospital “Dr. Rafael Lucio” CEMEV. 2008. Tesis Doctoral. UNIVERSIDAD VERACRUZANA. En su tesis, “el objetivo es Implementar un sistema de gestión de calidad en el Laboratorio Clínico de urgencias del Centro de Especialidades Médicas del estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio” CEMEV con base a la norma ISO 9001, en el cual se establezcan planes, indicadores de calidad, control de calidad interno y la mejora continua con la finalidad de asegurar la satisfacción en la atención a los usuarios del laboratorio clínico. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes”. (11)
 - “Se concluye que no sólo es importante definir un sistema de gestión de calidad para el laboratorio clínico de urgencias, sino destacar la importancia de su implementación para evitar que el trabajo de laboratorio se realice en forma rutinaria, favoreciendo su crecimiento conforme la innovación tecnológica en el sistema de salud a través de la mejora continua desde el punto de vista humano. En resumen, por lo anteriormente expuesto se propone el desarrollo e implementación del SGC para el laboratorio de urgencias con la finalidad de otorgar un servicio de calidad cumpliendo las expectativas de los clientes tomando como base la Norma ISO 9001”. (11)

3.1.8.2. Antecedentes nacionales

- Según, PARIONA POMALAYA, Jocelyn Graciela. Propuesta para la implementación de un sistema de gestión de calidad en el laboratorio clínico Auna, 2017. En su tesis, “El objetivo es proponer la implementación de un sistema de calidad que se ajuste a las necesidades y requerimientos de un Laboratorio clínico para mejorar sus procesos operativos. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes”. (19)
 - “Ante el panorama de no contar un sistema de Gestión de la Calidad para el laboratorio Clínico AUNA, se propuso un modelo basado en la Normativa ISO 9001:2015 con el fin de reducir los procedimientos diagnósticos no necesarios, generados a partir de errores por falta de estandarización de los procesos de la organización, la investigación realizada tuvo como fuente distintas investigaciones, libros, artículos y antecedentes de otras tesis referidos al tema de gestión de calidad”. (19)
 - “Se diagnosticaron los eventos y problemas relacionados con los distintos procesos del Laboratorio AUNA a través de variables cuantitativas y cualitativas, para obtener un diagnóstico final producto de una triangulación s, teniendo como fuente de recolección de datos, encuestas y entrevistas, que al ser inferidas nos permitió obtener una relación de categorías emergentes que incorporadas a la investigación ampliaron los valores de los resultados”. (19)
 - “Para la propuesta de sistema de gestión de Calidad, tanto como los instrumentos cuantitativos y cualitativos, fueron aprobadas a través de un juicio de expertos y especialistas en el tema, los cuales tuvieron la importante

labor de validar la propuesta y para que esta pueda ser aplicada”. (19)

- Según, CARDENAS QUISPE, JANETH MIRIAM. Diseño de gestión por procesos en el sector salud para mejorar la satisfacción de los clientes caso: Centro de atención primaria Il Chilca ESSALUD. 2015. En su tesis, “el objetivo es Determinar en la manera que el diseño de gestión por procesos mejora la satisfacción de los clientes en el Centro de Atención Primaria Il Chilca Essalud. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes”. (4)
 - “Después del análisis de los procesos de la organización se determinó que el proceso clave es: Atención Urgencia; a partir de este proceso se diseñó, se planteó una propuesta de mejora y en base el análisis de resultados se concluye que mejora el nivel de satisfacción en un 15 %”. (4)
 - “Se procedió con la identificación de los procesos para lo cual se obtuvo como resultado el inventario y un mapa de procesos en el cual se contempla los procesos estratégicos (Planeación Operativa y Estratégica, Control de Gestión, Gestión de Dirección Médica, Gestión de Enfermería) , procesos operativos (Admisión, Consultas Externas, Atención Urgencias, Apoyo Diagnóstico), Procesos de Apoyo(Apoyo Clínico, Gestión Administrativa, Gestión de la Información, Mantenimiento de Equipos, Servicios Generales, Atención al Cliente)”. (4)
 - “En base al análisis de los procesos identificados dentro del proceso atención urgencia son: Admisión y Selección Asegurado Continuator, Admisión y Selección Asegurado Nuevo y Atención Medica Urgencia, a las cuales se realizó un análisis de valor agregado y se determinó

plantear una mejora para los 2 primeros sub procesos aumentando el índice de valor añadido de 23% a un 29% para el primero y de 21% a un 28% para el segundo sub proceso”. (4)

- “A partir del diseño del proceso clave Atención Urgencia del Centro de Atención Primaria, se planteó una propuesta de mejora y mediante el análisis del valor añadido de los sub procesos de admisión y selección de asegurado continuador y nuevo se logró disminuir el tiempo de demora para la atención médica en 8 minutos y 12 minutos respectivamente”. (4)
- Según, ROMERO MENDOZA, Carlos Alberto. Implementación de un Sistema de Gestión ISO 9001-2015 y mejora de la Calidad de Servicio en las Boticas de Lima Sur en el periodo 2018. En su tesis, el objetivo es Proponer la implementación de un sistema de gestión ISO 9001:2015 para mejorar la calidad de servicio en las boticas de Lima sur - 2018. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes.
 - “La implementación de un sistema de gestión ISO 9001-2015 ha sido eficiente, en la mejora de la calidad de servicio en las boticas de Lima Sur – 2018; debido a la fluidez de los canales de comunicaciones con sus clientes. Además de la realización de auto inspecciones dentro de un plan anual de actividades dirigidas por la alta dirección”. (20)
 - “La implementación de un sistema de gestión ISO 9001-2015 ha mejorado la efectividad en las boticas de Lima Sur – 2018; debido a la frecuencia de capacitaciones al personal, además de la actualización de las normas del mismo”. (20)

- “La implementación de un sistema de gestión ISO 9001-2015 en cuanto a la competitividad ha mejorado entre boticas de Lima Sur – 2018; porque se auto inspeccionó desde la alta dirección las distintas etapas del diseño de la estrategia de implementación, herramientas de mejora continua, tanto las de enfoque tradicional y enfoque moderno”. (20)
- Según, ESCALANTE AÑORGA, HERMES. Diagnóstico situacional de los laboratorios de análisis clínicos de Trujillo-Perú y propuesta de implementación de un sistema de gestión de calidad. 2005. En su tesis, “el objetivo es Evaluar y Diseñar una nueva organización para los laboratorios privados de análisis clínicos de la ciudad de Trujillo. Las conclusiones a la que se llegaron fueron las siguientes”. (10)
 - “El modelo de organización basado en procesos y orientado hacia el cliente de los Laboratorios de Análisis Clínicos de la ciudad de Trujillo-Perú mejora la calidad de sus servicios”. (10)
 - “La estructura documental controlada formada por Manuales, Procedimientos y Registros permite mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, la cual mejorará la calidad de los servicios de los Laboratorios Privados de la ciudad de Trujillo-Perú”. (10)

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

4.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

4.1.1. Enfoque de las actividades profesionales

El enfoque de la actividad profesional dentro de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), como lo es la Clínica Cayetano Heredia SA. Está orientado a un enfoque basado en procesos, ya que es parte fundamental en la realización y aplicación de un sistema de gestión integral de la calidad. Este enfoque permite a las organizaciones ordenar y gestionar la forma en que las actividades de trabajo van creando un valor para el cliente y otras partes interesadas.

Siendo una institución de salud esta, se orienta a la satisfacción final de los clientes al mismo tiempo en que genera ventajas competitivas y rentables; el primer paso es poner en práctica una metodología, la cual identifica los procesos más importantes del establecimiento de salud. Una vez determinado cada uno de ellos de manera visual (en gráficas, diagramas o esquemas), se tiene una idea más clara de las tareas y los procedimientos organizacionales.

El Ministerio de Salud (Minsa) afirma que "cuando se trata de una organización, los procesos estratégicos y los de apoyo están relacionados con las propias unidades orgánicas y, con menos frecuencia, con proveedores ajenos. Nunca se relacionan con el cliente. Sin embargo, los procesos operativos se vinculan con determinadas unidades orgánicas y siempre con el cliente", se pueden reagrupar los procesos en los siguientes campos:

- Procesos estratégicos, como el diseño de políticas institucionales de salud o la concertación presupuestal.
- Procesos operativos, como la formulación y aplicación del marco legal o la protección y promoción de las actividades internas.

- Procesos de apoyo o soporte, como el control de la aplicación de las normas que se han definido.

El objetivo final de la gestión por procesos es el mejoramiento permanente y la excelencia de cada procedimiento dentro de un establecimiento de salud. Solo a través de la gestión es posible controlar cada recurso, estrategia y objetivo que se desee obtener a corto y largo plazo.

4.1.2. Alcance de las actividades profesionales

Las actividades profesionales que se realizó fue el mapeo de procesos basados en la metodologías As Is / To Be, el cual se aplicó al área específica de laboratorio clínico, en donde se implementaron las fichas de caracterización, flujogramas e indicadores, así como también se realizó una encuesta de satisfacción a los clientes y doctores que requería los servicios del laboratorio clínico, el cual ayudó en la toma de decisiones, para la mejora del área.

4.1.3. Entregables de las actividades profesionales

Los entregables de las actividades profesionales realizadas fueron los siguientes.

Tabla 2: Entregables de Actividades profesionales

ENTREGABLES	TOTAL
Mapa de Procesos Nivel 1 – Laboratorio Clínico	1
Mapa de Procesos Nivel 2 – Laboratorio Clínico	1
Fichas de caracterización – Laboratorio Clínico	5
Flujograma – Laboratorio Clínico	5
Indicadores – Laboratorio Clínico	7

Fuente: Elaboración propia

4.2. ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

4.2.1. Metodologías

- Descriptiva.

4.2.2. Técnicas

- Encuestas, supervisiones y fichas de caracterización.

4.2.3. Instrumentos

- Cuestionarios, reuniones semanales con responsables de áreas.

4.2.4. Equipos y materiales utilizados en el desarrollo de las actividades

Tabla 3: Equipos y Materiales usados

Ítem	Descripción
1	Materiales de escritorio
2	Escritorio
3	Silla de escritorio
4	Computadora
5	Impresora

Fuente: Elaboración propia

4.3. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

- 4.3.1. Cronograma de actividades realizadas son las que se muestran en la tabla N° 4 de manera detallada.

Tabla 4: Cronograma de actividades.

N°	Actividades	Tipo de Documento	2017					2018							
			A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
01	Elaboración de fichas del Área de Facturación	Ficha de Caracterización	X								X	X			
02	Elaboración de fichas del Área de Farmacia.	Ficha de Caracterización	X	X											
03	Elaboración de fichas del Área de Finanzas	Ficha de Caracterización	X		X										
04	Elaboración de fichas del Área de Odontología	Ficha de Caracterización	X			X	X								

05	Elaboración de fichas del Área de Laboratorio Clínico.	Ficha de Caracterización	X					X	X						
06	Elaboración de fichas del Área de Banco de Sangre.	Ficha de Caracterización	X							X	X				
07	Elaboración de fichas del Área de Servicio de Imágenes.	Ficha de Caracterización	X									X	X	X	
08	Elaboración de fichas del Área de Ginecología.	Ficha de Caracterización	X	X											
09	Elaboración de fichas del Área de Nutrición.	Ficha de Caracterización	X		X	X									
10	Elaboración de fichas del Área de Admisión.	Ficha de Caracterización	X		X	X									
11	Elaboración de fichas del Área de Gestión de Control Interno.	Ficha de Caracterización	X									X			
12	Elaboración de fichas del Área de Auditoría Interna.	Ficha de Caracterización	X										X		
13	Reunión de Seguimiento de indicadores Laboratorio Clínico con el personal del área.	Ficha de indicadores	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Reunión con Gerencia y Jefes de área.	Flujogramas / Toma de tiempos	X						X	X	X	X	X	X	X
15	Encuesta de satisfacción a Médicos sobre exámenes de laboratorio clínico.	Resultados de encuesta de satisfacción	X					X							
16	Encuesta de satisfacción a Pacientes del laboratorio clínico	Resultados de encuesta de satisfacción	X		X										

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2. Proceso y secuencia operativa de las actividades profesionales

4.3.2.1. Elaboración de Fichas de caracterización por área.

1. Se inició haciendo una evaluación y un diagnóstico inicial de la documentación que manejaban cada área.
2. Se procedió a visitar cada área, en la cual se conversó con cada responsable, y así programar una reunión para la elaboración de las fichas de caracterización.

3. Una vez elaboradas las fichas de caracterización se vuelve a programar una reunión con los jefes de área y así validar lo realizado.
4. Una vez validado las fichas se procede a hacer firmar a los revisores (persona quien lo elaboró, persona quien lo revisa y la persona quien lo aprueba).

4.3.2.2. Reuniones con Jefes de área y Gerencia para la mejora de sus procesos.

1. Se coordinaba la reunión con gerencia, un director que es parte del directorio de la clínica, la administradora, personal del área de calidad y procesos y jefes de área.
2. Semanalmente se programaba una reunión con los mencionados en el punto anterior, en la cual en cada reunión de trabajo participaba sólo un jefe de área. Primero se mostraba el flujograma del área correspondiente así como su subproceso y luego se pasaba a analizar de manera detallada, generándose un flujograma mejorado como producto de la reunión de trabajo.
3. Terminada la reunión, se procedió a coordinar la fecha de la próxima reunión con los mismos asistentes a excepción del Jefe de área y así poder continuar la gráfica de los demás subprocesos del área.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. RESULTADOS FINALES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Los resultados finales, que se obtuvieron como Asistente de Calidad y Procesos, como se indicó anteriormente, se establecieron fichas de caracterización en el laboratorio clínico de la Clínica Cayetano Heredia, actualmente el laboratorio clínico ha sido reubicado en un ambiente más amplio y cómodo, también se implementó el Control de Asistencia biométrico huella digital en la entrada para el marcado de los colaboradores ya que antes el marcado era en una hoja de asistencia simple, lo cual era un poco engorroso a la hora de entrada y salida, asimismo se implementó dentro del laboratorio el envío de resultados a los pacientes a su correo personal y así facilitarles a ellos mismos. Es decir que:

- Dentro de los resultados esperados se obtuvo una concientización del personal sobre la importancia de realizar un mapeo de procesos, cuando se realizaban las fichas de caracterización ya que se trabajaba en la elaboración conjuntamente con los dueños del proceso, se observó que algunos de ellos desconocían la importancia de realizar un mapeo de procesos.
- Se estableció flujogramas del laboratorio clínico.
- Se identificó mediante supervisiones inopinadas la calidad de atención del personal de admisión con los pacientes.

- Se implementaron indicadores sólo para el área de laboratorio.

Es decir, al cuantificar los resultados de la labor realizada se puede describir cómo que se logró realizar el mapeo de procesos de la clínica, mediante 34 fichas de caracterización, de los cuales en el área de laboratorio clínico se implementaron 5 fichas en el laboratorio (Anexo 7), 5 flujogramas (Anexo 8) y 7 indicadores (Anexo 9). En cuanto al indicador de pacientes atendidos en el mes, se indica que ayudó a identificar que el laboratorio es una de las áreas donde se tiene mayor ingreso de pacientes, También se aplicó una encuesta de satisfacción, el cual permitió analizar que los ambientes del área de laboratorio no era la adecuada para la cantidad de pacientes que recibía; por lo que antes de la ampliación la encuesta indicó que el 58% de los encuestados indicaba que la infraestructura de toma de muestra y sala de espera era regular, al 28% le parece bueno, al 10% le parece muy bueno y al 4% le parece malo, por lo que esto aportó para la toma de decisiones de gerencia, actualmente el área de laboratorio clínico se encuentra en todo el segundo piso de la clínica como se puede observar en las imágenes (anexo 16 y 17).

5.2. LOGROS ALCANZADOS

- Dentro de las actividades realizadas se logró concientizar sobre la importancia de la calidad dentro de nuestros procesos, durante la elaboración de las fichas de caracterización, mediante la participación directa de los dueños de los procesos. (Anexo 19)
- Mapa de procesos de laboratorio clínico nivel 1 (Anexo 5) y nivel 2 (Anexo 6)
- Implementación de fichas de caracterización (Anexo 7) y flujogramas del área de laboratorio clínico. (Anexo 8)
- Reubicación de laboratorio clínico en espacio más amplio y cómodo (Anexo 16 y 17)
- Envío de resultados a los pacientes a su correo personal.
- Implementación de control de asistencia biométrico huella digital para el

marcado de los colaboradores.

5.3. DIFICULTADES ENCONTRADAS

- Alta rotación de personal
- Falta de compromiso del personal
- Poco conocimiento de la importancia del mapeo de procesos.

5.4. PLANTEAMIENTO DE MEJORAS

5.4.1. Metodologías propuestas

La metodología propuesta fue la metodología de mejora As-is y To-Be, basados en el ciclo PHVA de mejora continua.

5.4.2. Descripción de la implementación

Las etapas de la implementación que se llevaron a cabo en la Clínica Cayetano Heredia S.A – Huancayo, fue de acuerdo a la metodología AS IS Y TO BE, trabajando con cada dueño de los procesos y afinándolo en reuniones con ellos mismos.

- **ANÁLISIS DEL PROCESO (AS IS – AHORA)**

Se inició realizando las siguientes preguntas a cada jefe de área:

- ¿Cómo se está trabajando?
- ¿Qué están haciendo?
- ¿Quiénes participan y son parte del proceso?
- ¿Cuánto demora aproximadamente en realizarse cada actividad del proceso?
- ¿Se usan sistemas de información? ¿En qué momento se utilizan los sistemas de información?
- ¿Cuánto demora cada respuesta involucrada en el proceso?
- Entre otras preguntas que sean necesarias, para saber cada detalle del proceso.

Una vez realizado el feedback se procedió a plasmarlo en la ficha de caracterización, y así luego diagramar el flujograma del proceso, ya que mediante este diagrama se puede graficar cuáles y cómo interactúan otros procesos con el proceso seleccionado. Además, se puede analizar y ver qué tareas realiza cada persona que interviene (roles) dentro del proceso, cuáles y en qué momento intervienen los sistemas de información, esto en caso de hubiera algún sistema que intervenga, asimismo nos permite analizar los puntos críticos del proceso.

Con el flujograma disponible se procedió a las áreas de la clínica que intervienen en el proceso; se conversó con las personas involucradas preguntándoles por lo que hacen y cómo lo hacen. Asimismo, se supervisó, midiendo y observando si lo plasmado en la ficha y flujograma se está cumpliendo, para luego poder validar con los involucrados, dado que cuando te dicen cómo es, ya tienes los límites del proceso y es probable que cuando vayas a la realidad sólo busques lo que te han contado. Por lo cual nuestra visión ya está sesgada por lo que nos comentaron.

Se debe tener en cuenta que los procesos reciben información y dan información a otros procesos o subprocesos por ello, era necesario tener mapeado dichos detalles.

- **MEJORA DE PROCESOS (TO BE – COMO DEBERÍA SER)**

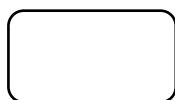
Una vez realizado el flujograma del proceso mejorado se pudo establecer indicadores KPI que ayudan a medir y cuantificar el trabajo, habiendo previamente definido objetivos y actividades, estos ayudan en el mejoramiento de la clínica. Asimismo, se procedió a realizar la ficha de caracterización y tener una reunión con el área respectiva para darles conocimiento del proceso mejorado.

5.4.2.1. Representación gráfica de los procesos

Las ventajas del uso de flujogramas fueron las siguientes:

- Facilidad para ejecutar los trabajos.
- Describe los pasos del proceso.
- Impide las improvisaciones.
- Permite visualizar todos los procesos.
- Identifica las debilidades y fortalezas del proceso.
- Permite un equilibrio de las cargas laborales.
- Genera un sentido de responsabilidad.
- Establece los límites del proceso.
- Plantea la diferencia de lo que se hace y lo que debería ser.
- Genera calidad y productividad

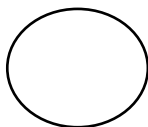
Los diagramas de flujo o flujogramas que se implementaron fue en base a los símbolos estandarizados por la ANSI (American National Standards Institute) y algunos de los principales símbolos muy usados y los que se visualizan en los diferentes diagramas de flujo que se anexan en el presente informe son las que se muestran en las siguientes líneas:



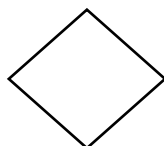
Límites: Indica el principio y el fin del proceso.



Acción: Representa una actividad, en el interior se describe la actividad



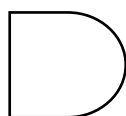
Inspección: Indica que el proceso se ha detenido. Involucra una inspección por alguien diferente a quien desarrolla la actividad, requiere una firma de aprobación.



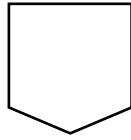
Decisión: Plantea la posibilidad de elegir una alternativa para continuar en una u otro vía.



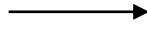
Documento: Significa que se requiere una documentación para desarrollar el proceso.



Espera: Se utiliza para indicar espera antes de una actividad.



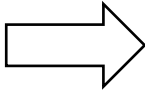
Conector: Se utiliza para efectuar un enlace de una página a otra donde se continúa el flujograma.



Sentido de flujo: La flecha indica la dirección del flujo, puede ser horizontal, ascendente o descendente.



Transmisión: Se utiliza para mostrar la transmisión de los datos por vía telefónica o fax.



Transporte: Significa movimiento del OUTPUT.



Multidocumento: Genera copias de los documentos.

5.5. ANÁLISIS

El resultado obtenido en cuanto a mejorar los servicios en el laboratorio clínico fueron debido a la implementación de las fichas de caracterización y mediante el indicador “**Total de pacientes atendidos en el mes**” que permitió ver la cantidad que se atendía mensualmente, asimismo permitió la ampliación de la infraestructura del laboratorio clínico y las fichas se muestran en los Anexos 7 y 8, las metas se indican en la figura 6, los que ya habían sido establecidos en base a objetivos estratégicos:

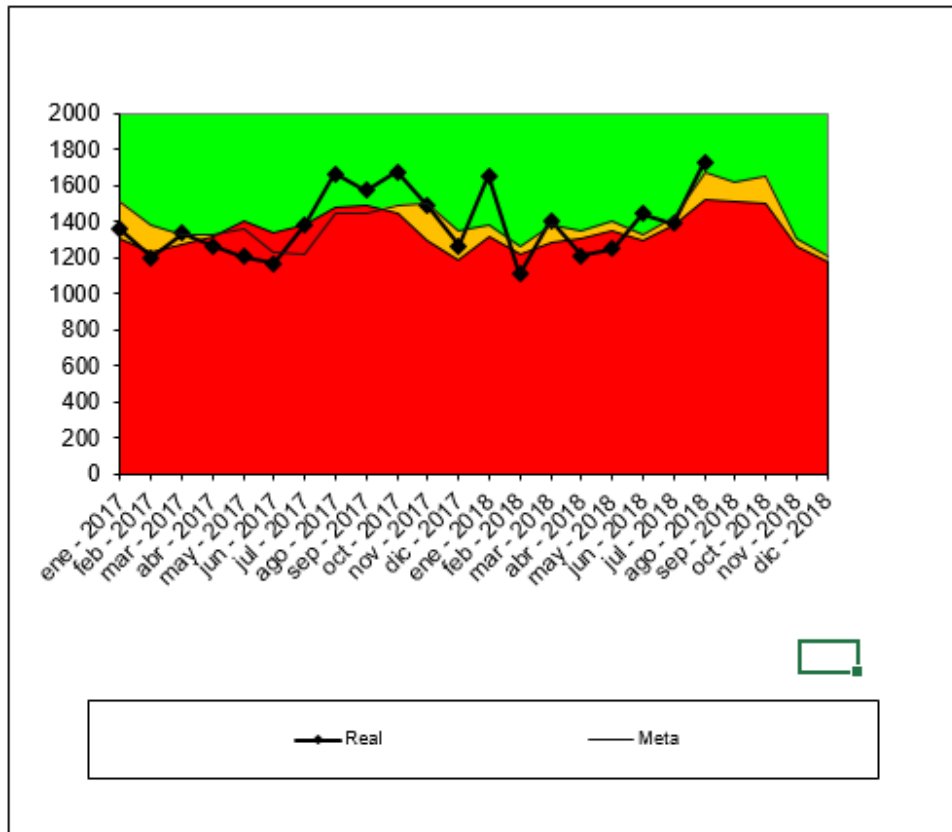


Figura 6. Indicador de Laboratorio clínico – Total de Pacientes atendidos en el mes.
Fuente: Tomado de la Oficina de Calidad y Procesos de la Clínica Cayetano Heredia (2018).

Ficha de Indicador:

- IND-GL-04.01 Total de pacientes atendidos en el mes

Definiciones Generales

Fórmula / Cálculo:	Números de atenciones de pacientes convenio + Números de atenciones de pacientes particulares + Números de atenciones SOAT + Números de atenciones de pacientes Particulares				
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	C	Unidad:	%
Fuente / Procesamiento:					
Fecha de Inicio de Medición - Planificada		Frecuencia de Medición	M	Oportunidad	Último día de cada mes
Glosario					

Serie Principal				
Fecha	Real	Meta	Verde	Alerta
ene-17	1357	1514.1	1514.096	1301
feb-17	1202	1376.25	1376.252	1228
mar-17	1333	1325.93	1325.928	1272
abr-17	1266	1322.65	1322.646	1315
may-17	1205	1359.84	1359.842	1401
jun-17	1170	1225.28	1225.28	1335
jul-17	1386	1214.34	1214.34	1380
ago-17	1664	1444.08	1444.08	1478
sep-17	1575	1449.55	1449.55	1487
oct-17	1676	1491.12	1491.122	1448
nov-17	1488	1500.97	1500.968	1292
dic-17	1264	1344.53	1344.526	1184
ene-18	1654	1380.49	1380.4875	1314.75
feb-18	1109	1257.89	1257.8875	1221.25
mar-18	1406	1377.63	1377.625	1287.5
abr-18	1210	1348.61	1348.605	1303
may-18	1251	1399.06	1399.06125	1351.75
jun-18	1446	1332.31	1332.305	1293.5
jul-18	1391	1422.69	1422.6875	1381.25
ago-18	1729	1676.95	1676.95	1524.5
sep-18		1614.9	1614.8975	1509.25
oct-18		1655.78	1655.775	1505.25
nov-18		1301.77	1301.77125	1257.75
dic-18		1211.8	1211.795	1176.5

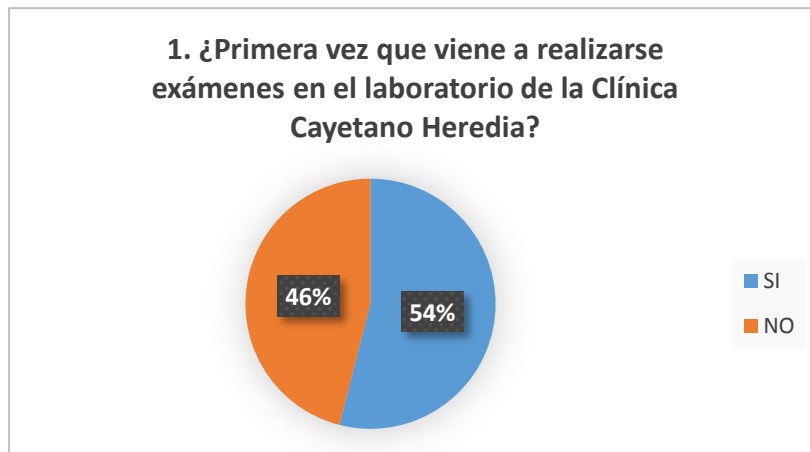
Figura 6: Ficha de Indicador del Laboratorio clínico – Total de Pacientes atendidos en el mes.

Fuente: Tomado de la Oficina de Calidad y Proceso de la Clínica Cayetano Heredia (2018).

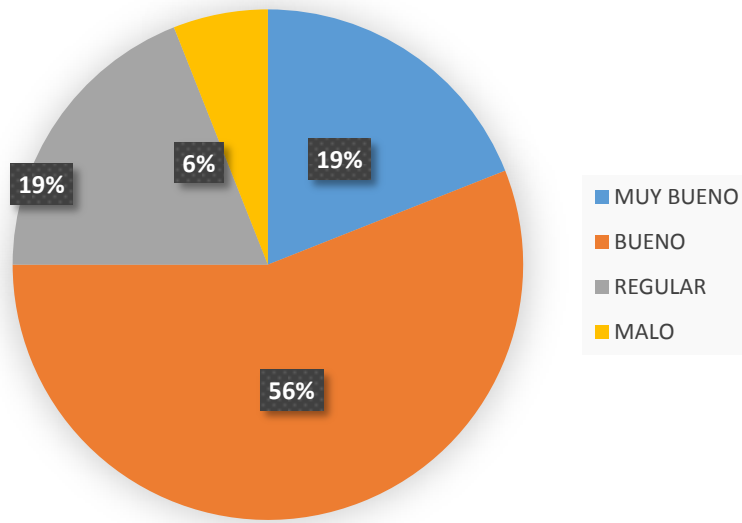
Como se observa, en la figura 6 en agosto 2018 se tuvo 1729 pacientes (Real), en el cual la meta era 1676 pacientes para ese mes por lo que se puede observar que se superó la meta y por lo tanto se está en verde, en caso no se hubiera alcanzado la meta el indicador estaría en rojo lo que es un estado de alerta.

Al implementar indicadores en los procesos se puede tener mayor control, identificar iniciativas y acciones necesarias, asimismo se comunicó las metas al personal, las cuales se evidencian con la inauguración de los ambientes del área de la clínica en agosto de 2019.

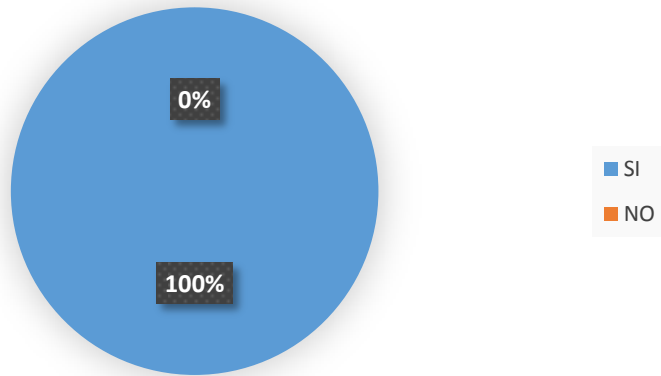
Una herramienta de medición de primera intención fue la encuesta aplicada a los pacientes y médicos, como una medida interna de oficina de Calidad y Procesos, por lo que se tomó como muestra significativa no probabilística a los pacientes asistentes y médicos presentes durante una semana, fue de gran ayuda y cuyos resultados se muestran en las siguientes páginas por cada una de las preguntas.



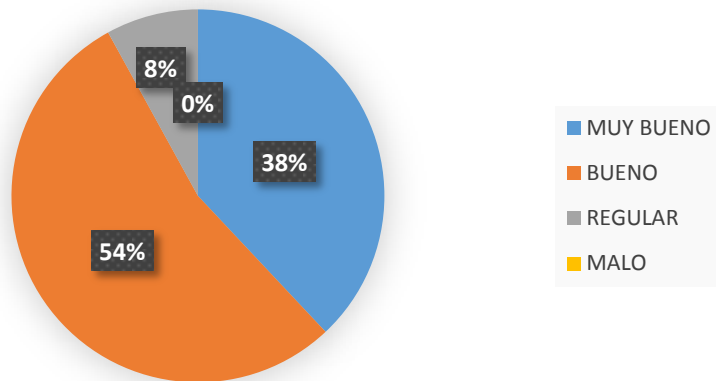
2. ¿Cree que la atención brindada por el personal de Laboratorio es amena y cordial?



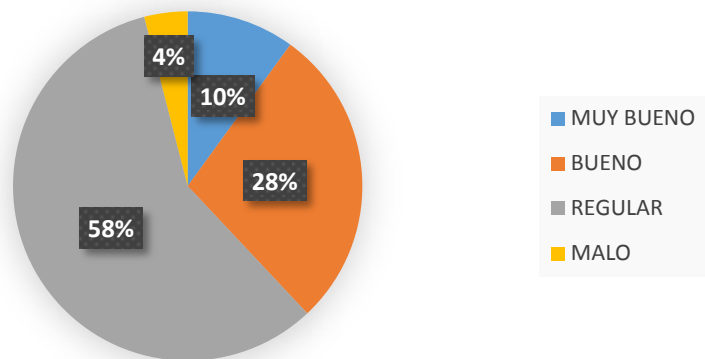
3. ¿Ha recibido un trato digno y se ha respetado la privacidad durante el proceso de toma Mx?



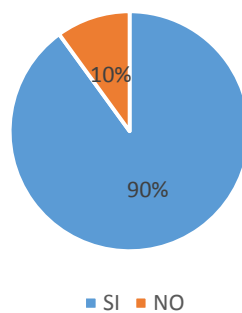
4. ¿Cómo evaluaría al personal de toma Mx durante el procedimiento?



5. ¿Qué le parece la infraestructura de la sala de toma Mx y sala de espera?

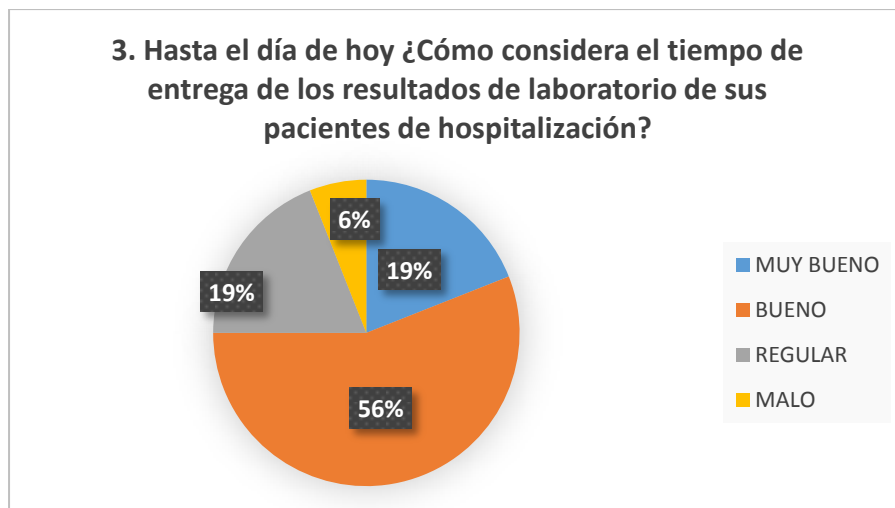
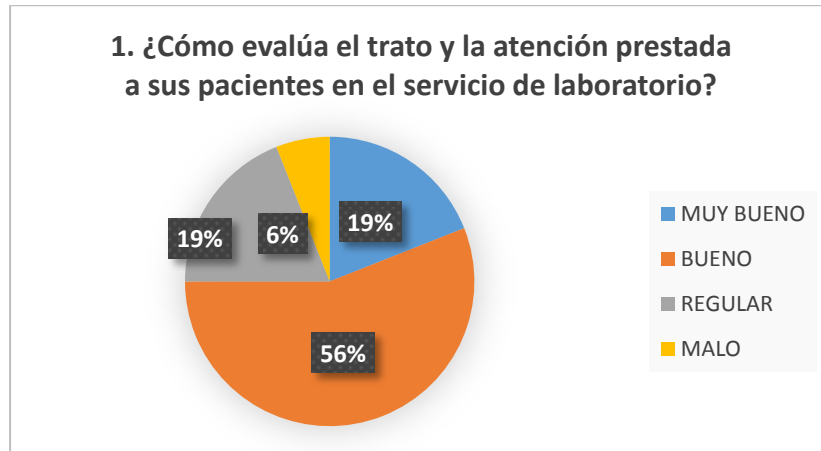


6. ¿Cree que el tiempo de espera para la toma Mx es el adecuado?

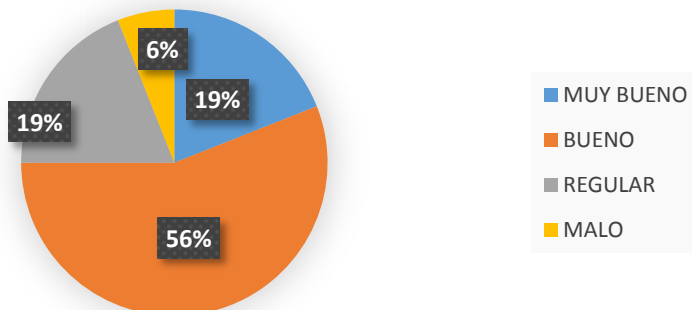


Según la encuesta aplicada a los médicos de la clínica, se obtuvieron los

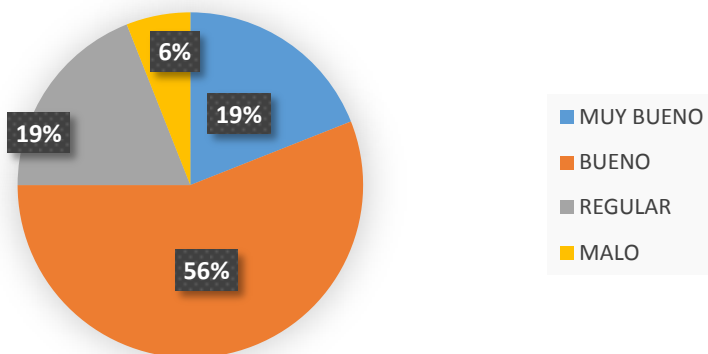
siguientes resultados por cada una de las preguntas.



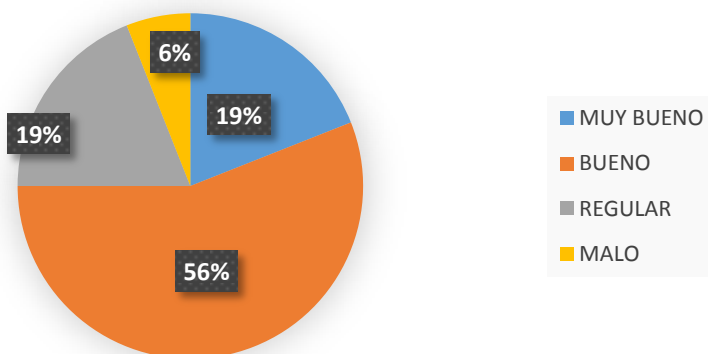
4. Hasta el día de hoy ¿Cómo considera el tiempo de entrega de los resultados de laboratorio de sus pacientes de emergencia?



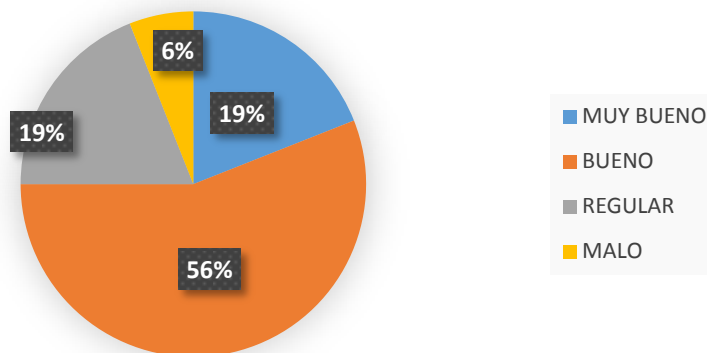
5. ¿Cómo evalúa la competencia y habilidad del personal de laboratorio en los diferentes servicios?



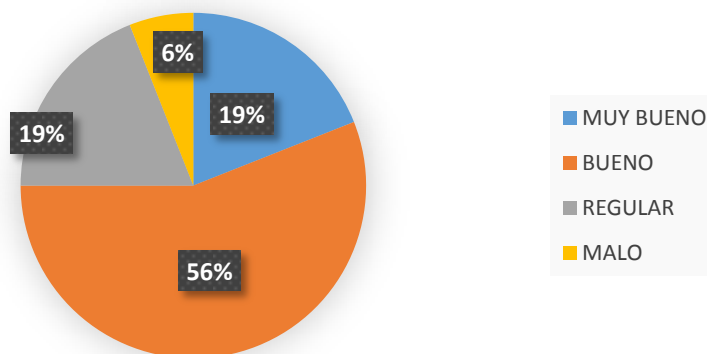
6. ¿Cómo evalúa la competencia y habilidad del personal de laboratorio en los diferentes servicios?



7. ¿Cuál es su opinión de los exámenes que se envían a Lima en cuanto al plazo de 3 días?



8. ¿Cómo evalúa los ambientes del área de laboratorio?



Como se evidencia en las gráficas de las encuestas aplicadas, en la pregunta número 5 de la encuesta dirigida a los pacientes podemos ver que al 58% le parece regular la infraestructura de la sala de toma de muestra y sala de espera, al 28% le parece bueno, al 10% le parece muy bueno y al 4% le parece malo; mientras que en la encuesta dirigida a los médicos en la pregunta número 8 se observa que al 19% les parece muy bueno los ambientes del área de laboratorio, al 56% le parece bueno, al 19% le parece regular y al 6% le parece malo, por lo que teniendo en cuenta los resultados y el porcentaje que les parece malo y regular la infraestructura del laboratorio, la gerencia procedió a darle un mayor espacio a esta área, ya que tiene gran demanda por parte de la población.

5.6. APORTE DEL BACHILLER EN LA EMPRESA

- Realización de supervisiones de las diferentes áreas realizando toma de tiempos y observando si cumplen los protocolos de atención para con los clientes. (Documento considerado confidencial por la Clínica)
- Implementación de fichas de caracterización, flujogramas e indicadores en el área de laboratorio clínico.

CONCLUSIONES

1. La implementación de las fichas de caracterización, permitieron identificar las actividades de un proceso, así como a los indicadores para un mayor control de los procesos.
2. Mediante la implementación de las fichas de caracterización e indicadores de control se mejoró la calidad de servicio así como la comodidad de los pacientes en el laboratorio clínico.
3. La aplicación de encuestas para los pacientes y médicos de la clínica permitieron tomar la decisión de ampliar los ambientes del área de laboratorio clínico para la comodidad de la gran afluencia de los pacientes.
4. Mediante las reuniones de trabajo con la gerencia, jefes de área y un representante del directorio se lograron generar flujogramas de cada proceso, identificando reprocesos, los mismos que permitieron la mejora de los mismos.
5. Se implementó el control biométrico de huella digital para registrar la asistencia del personal de la clínica que fue reemplazado al control manual existente.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fortalecer el compromiso de los colaboradores de la Clínica Cayetano Heredia en el proceso de implementación de la ISO 9001:2015, dentro de ello concientizar y capacitar sobre las políticas establecidas.
2. Se recomienda seguir apoyando y aportando con ideas de mejora por parte de todos los colaboradores, ya que mediante esas ideas la clínica puede seguir mejorando.
3. Se recomienda seguir implementando nuevas metodologías, métodos y herramientas en la empresa ya que nos vuelve más competitivo en el mercado, así como también es necesario y beneficioso para todas las partes interesadas.
4. Se recomienda implementar indicadores en las áreas que faltan, así mismo en las que ya se implementó realizar y mantener el seguimiento y la evaluación de los mismos, ya que es una fuente importante dentro de la mejora continua.
5. Se recomienda establecer un programa de reconocimiento y recompensa para los trabajadores y así gestionar el talento y compromiso del personal con la clínica.
6. Se recomienda establecer un programa de gestión de inventarios en el área de laboratorio por los insumos que se manejan.
7. Se recomienda establecer criterios para determinar el cálculo de las metas mensuales de los indicadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLVAREZ, Antonio Barba. Frederick Winslow Taylor y la administración científica: contexto, realidad y mitos. *Revista Gestión y estrategia*, 2010, no 38, p. 17-30.
2. BENDELL, TONY; BOULTER, LOUISE; KELLY, JOHN. *Ventajas competitivas a través del benchmarking: análisis comparativo de la competencia para obtener ventajas competitivas en nuestra empresa*. 1994
3. BETANCOURT QUINTERO, DIEGO. *Planificación táctica desde ISO 9001: Cómo caracterizar un proceso*. En: *Ingenio Empresa*. [En línea]. 24 de junio de 2015. [Citado el: 12 de marzo de 2020]. www.ingenioempresa.com/planificacion-tactica-caracterizar-proceso.
4. CARDENAS QUISPE, JANETH MIRIAM. *Diseño de gestión por procesos en el sector salud para mejorar la satisfacción de los clientes caso: Centro de atención primaria II Chilca ESSALUD*. 2015.
5. CEJA, GUILLERMO GÓMEZ; FINCOWSKI, ENRIQUE BENJAMÍN FRANKLIN. *Sistemas administrativos: análisis y diseño*. McGraw-Hill, 1997
6. CROSBY, PHILIP. *La organización permanece exitosa*. McGraw-Hill, 1987.
7. CHANG, Richard Y. *Mejora continua de procesos: Guía práctica para mejorar procesos y lograr resultados medibles*. Grupo Editorial Norma, 1996
8. DEMING, WILLIAM EDWARDS; MEDINA, JESÚS NICOLAU. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, 1989.
9. EFRAIN CONTE, OMAR. *Aportes teóricos al análisis y la gestión por procesos* [en línea]. 6 de marzo 2015 [Citado el 12 de Marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/aportes-teoricos-al-analisis-y-la-gestion-por-procesos/>
10. ESCALANTE AÑORGA, HERMES. *Diagnóstico situacional de los laboratorios de análisis clínicos de Trujillo-Perú y propuesta de implementación de un sistema de gestión de calidad*. 2005
11. GAJÓN, MATILDE ARELLANO. *Sistema de Gestión de Calidad para el Laboratorio Clínico de Urgencias del Hospital "Dr. Rafael Lucio" CEMEV*. 2008
12. GÓMEZ RONDÓN FRANCISCO. *Sistemas y procedimientos administrativos*. McGraw-Hill, 1995. ISBN 658.38 GOM1

13. IDALBERTO CHIAVENATO. *Iniciación a la organización y el control*. McGraw-Hill, 1993. ISBN 970100308X, 9789701003084
14. ISHIKAWA, Kaoru. Instituto para el aseguramiento de la calidad. Recuperado el, 2013, vol. 15
15. Jessica Angeli. *¿Qué es mapeo de procesos AS IS/TOBE?* [en línea]. 29 de junio 2018 [Citado el 12 de Marzo de 2020]. Disponible en: <https://blog.neomind.com.br/es/que-es-el-mapeo-de-procesos-as-is-to-be/>
16. JURAN, Joseph M. Juran y la calidad por el diseño. Ediciones Díaz de Santos, 1996
17. LLOVERA, A. Plan de calidad para la atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical del hospital universitario del coro Dr. Alfredo Van Grieken. 2012
18. MORÁN SIGÜENZA, Celin; CERÓN BARRERA, Keiry Isela; PEÑA ESCOBAR, Rodrigo Alexander. Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en las normas ISO 9001-2015 para la Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Médicas de FOSALUD. 2018.
19. PARIONA POMALAYA, Jocelyn Graciela. Propuesta para la implementación de un sistema de gestión de calidad en el laboratorio clínico Auna, 2017
20. ROMERO MENDOZA, Carlos Alberto. Implementación de un Sistema de Gestión ISO 9001-2015 y mejora de la Calidad de Servicio en las Boticas de Lima Sur en el periodo 2018.
21. Silva Pérez, Liz Eliana; Pinto Dueñas, Maribel Rocío. *Diseño Y Propuesta De Un Sistema De Gestión De Calidad En El Servicio De Urgencias Del Hospital San Juan De Dios De Floridablanca; Director Álvaro Cardozo*. 2004. Tesis Doctoral. Universidad Industrial de Santander, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública
22. SCHERKENBACH, William W. *La ruta Deming hacia la mejora continua*. 1994

ANEXOS

Anexo 1.

Logo de la Clínica Cayetano Heredia Huancayo SA.




Anexo 2:

Foto con el equipo de trabajo y los dueños de la Clínica Cayetano Heredia Huancayo SA.



Anexo 3: Acta de reunión

	ACTA DE REUNIÓN	Version
		01

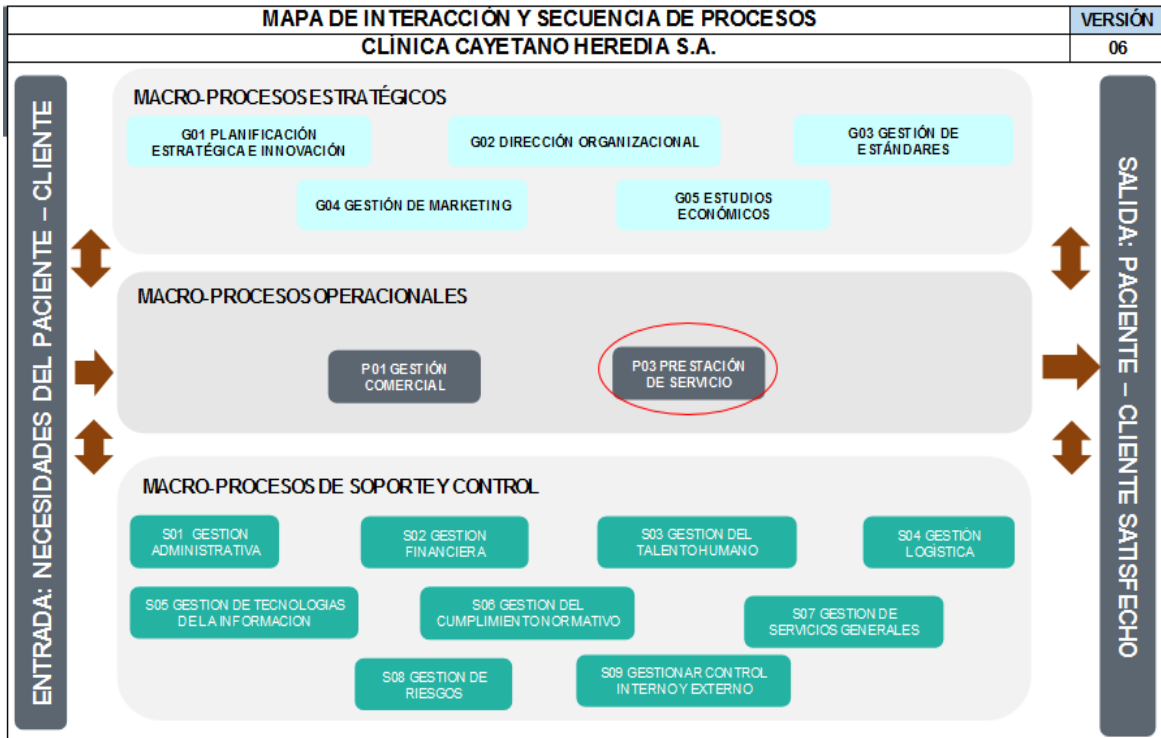
ASUNTO:	Reunión de Comité de Gerencia	FECHA:	10/01/2018	N° DE ACTA:	
CONVOCADO POR:	Mariluz Alania Flores	HORA DE INICIO:	9:00 a.m.		
LUGAR:	Auditorio de la Clínica Cayetano Heredia	HORA TERMINO:	11:00 a.m.		28

N°	Nombre y Apellido	Cargo	N°	Nombre y Apellido	Cargo	N°	Nombre y Apellido	Cargo
01	Cecilia Bernuy Verand	Jefe Comercial	08	Hernan Vasco Osorio	Auditor Administrativo	15	Laura Zárate Paitanmala	Jefe de Admisión
02	Ruber Quispe Rojas	Jefe de TI	09	Luis Martínez Ancieta	Procesos y Riesgos	16	Leila Yupanqui Rodríguez	Admisionista
03	Giuliana Romero Mallma	Jefe de Operaciones	10	Marianela Pérez Merino	Jefe de Facturación	17	Lisette Sáenz Cárdenas	Procesos y Riesgos

AGENDA	ACUERDOS / ACCIONES A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	ESTADO
01	Revisión de proceso de Cartas de Garantía			
	1. Enviar consolidado a las áreas de admisión, auditoría, facturación y Operaciones	Cecilia Bernuy	mié-10-Ene	Ejecutado
	2. Validar información de consolidado	Leila Yupanqui	lun-15-Ene	En proceso
	3. Levantamiento de procesos y documentación	Lisette Sáenz	lun-15-Ene	En proceso
	4. Realizar informe de consolidado validado por admisión	Giuliana Romero	mar-16-Ene	Programado
	5. Para enviar consolidados posteriores, se deberá de validar con las áreas correspondientes	Cecilia Bernuy	mié-10-Ene	Acuerdo
	6. Instalar equipo de cómputo para personal médico en emergencia	Ruber Quispe	lun-05-Feb	En proceso
	7. Automatización de Cartas de Garantía en el Sistema SISCAH	Ruber Quispe	vie-16-Feb	Programado
8. Reunión para revisión de avance de automatización de Cartas de Garantía	Luis Martínez	mié-24-Ene	Programado	

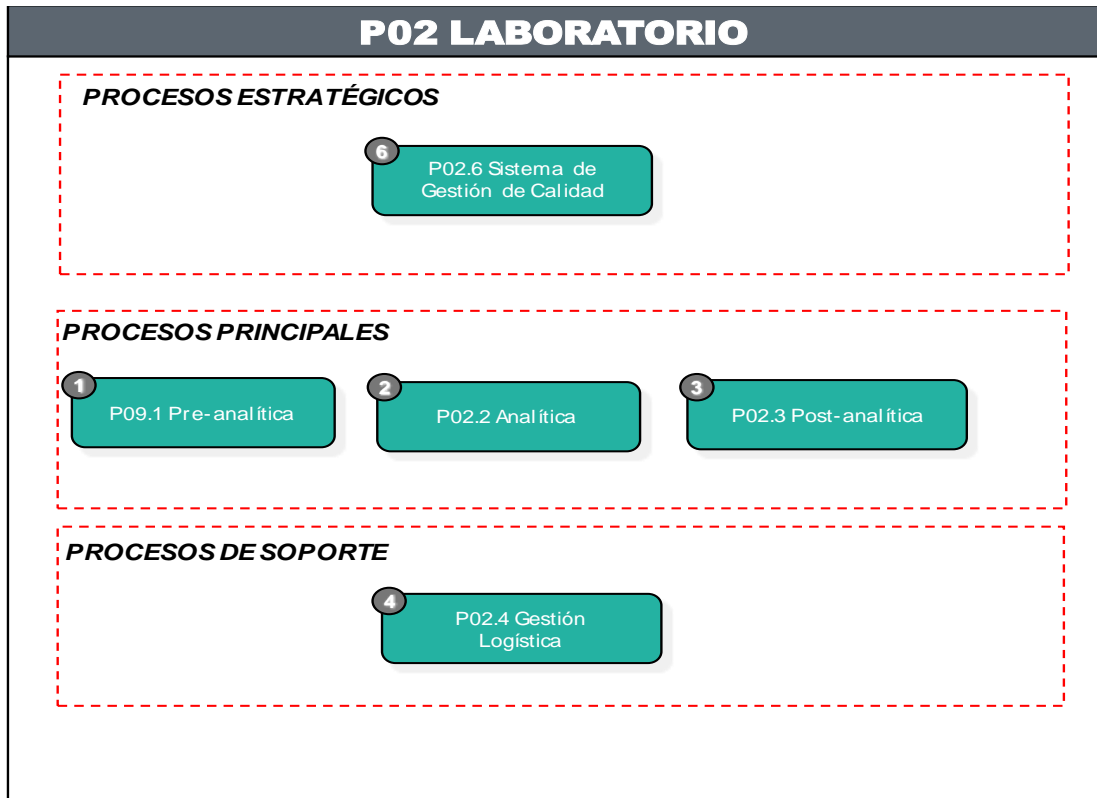
Anexo 4:

Mapa de Procesos



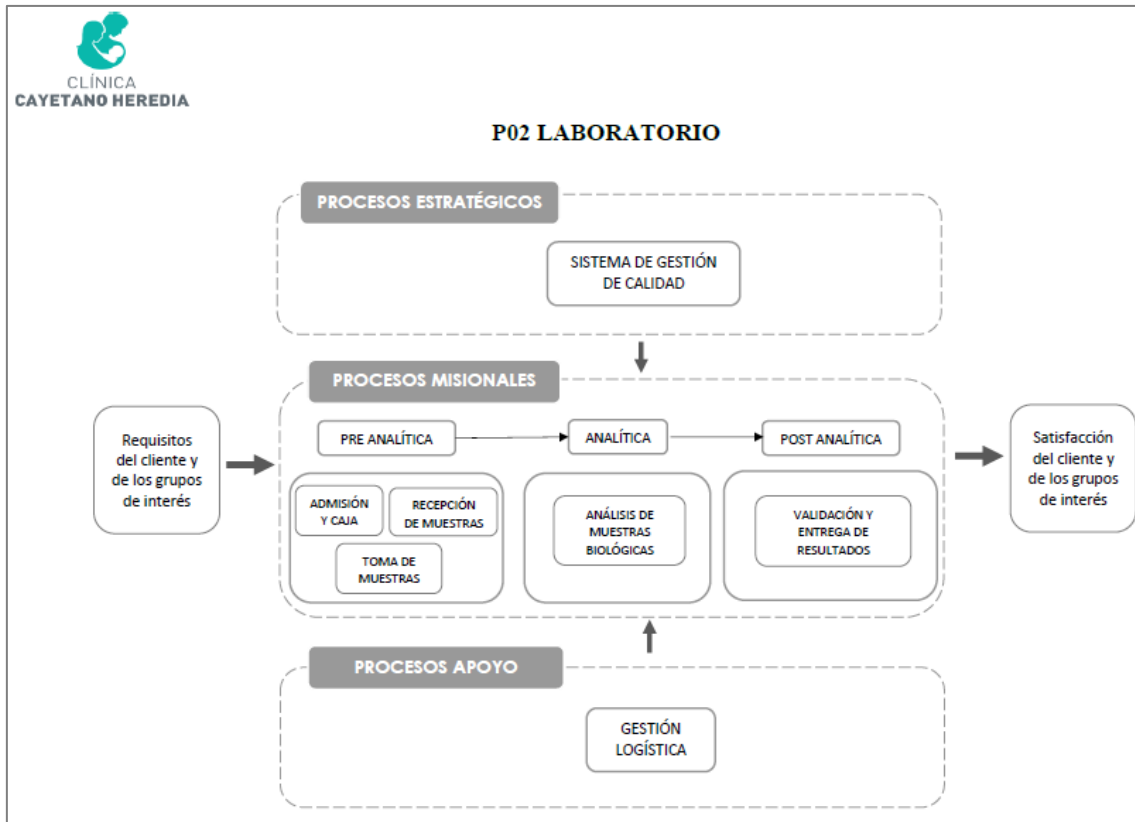
Anexo 5:

Mapa de Procesos Nivel 1 Laboratorio Clínico




Anexo 6:

Mapa de Procesos Nivel 2 Laboratorio Clínico



Anexo 7: Fichas de Caracterización Laboratorio

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION	
		ADMISIÓN Y CAJA DE LABORATORIO		CP-LAB-01.01	01	
				FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA	
				13/09/2017	1 de 1	
OBJETIVO	Lograr una atención oportuna en la atención de solicitudes de Exámenes de laboratorio de los usuarios que lo requieran.	LÍDER DE SUBPROCESO	Responsable de Admisión de laboratorio			
ALCANCE	Área de Laboratorio	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica.			
INICIO	Saludar cordialmente y recepcionar la solicitud de análisis del usuario.	FIN	Dar las recomendaciones para los exámenes solicitados.			
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia		
		N° de solicitudes sin Impresión diagnóstica / N° total de solicitudes x 100 (Porcentaje de solicitudes sin Impresión)	Jefe de Laboratorio			
		□ N° de incidentes con los pacientes / N° total de pacientes atendidos x 100 (Porcentaje de incidencias con los pacientes)	Jefe de Laboratorio			
		Total de Ingreso de Pacientes (Particulares, privados, Convenio, SOAT)	Jefe de Laboratorio			
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Solicitud de análisis	Req 1.				
Formato	Comprobante de pago	Req 1.				
Formato	Consentimiento de envío de resultados médicos.	Req 1.				
Formato	Indicaciones generales por tipo de examen	Req 1.				
Requisitos Legales	LEY N° 27408 - Atención preferente a las mujeres embarazadas, niñas y niños, adultos mayores, en lugares de atención al público.	Otras Normas	Protocolo de atención al cliente.			
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS			
Tecnologías de la Información.			Equipos de Computo , sistema, Impresora			
PROVEEDOR			ENTRADA			
Usuario			Solicitud de análisis del paciente.			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Usuario	Solicitud de análisis del paciente.	1. Saludar cordialmente y recepcionar la solicitud de análisis del usuario.	Admissionista	Solicitud de análisis.	Conformidad de solicitud de análisis	Admisión de laboratorio
Usuario	Solicitud de análisis del paciente.	2. Brindar informes a los pacientes /clientes	Admissionista	Solicitud de análisis.	Solicitud de análisis .	Admisión de laboratorio
Usuario	Solicitud de análisis del paciente.	3. Registrar datos generales y los análisis solicitados de los usuarios.	Admissionista	Solicitud de análisis.	Solicitud de análisis .	Admisión de laboratorio
Admisión de laboratorio	Costo de exámenes	4. Informar el costo de los análisis	Admissionista	No Aplica	Conformidad de costo de exámenes	Usuario
Usuario	Dinero en efectivo	5. Recepcionar el pago correspondiente.	Admissionista	Comprobante de pago y consentimiento de envío de resultados médicos.	Conformidad de pago del usuario.	Admisión de laboratorio
Admisión de laboratorio	Conformidad de pago del paciente	6. Entregar el comprobante de pago.	Admissionista	Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago.	Usuario
Admisión de laboratorio	Comprobante de pago	7. Dar las recomendaciones necesarias física o verbalmente (pequeños afiches donde están las indicaciones de los análisis solicitados.	Admissionista	Comprobante de pago	Conformidad de recomendaciones para los análisis.	Usuario
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recomendaciones para los análisis.			Usuario			
Notas						
* En caso el Usuario sea convenio, se le hará firmar un "consentimiento de envío de resultados médicos".						
ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Lto. Orlando Gerson Llallioo Manzanedo		Dr. Ángel Eufraate Peña		
FECHA		FECHA		FECHA		

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO CP-LAB-02.01	VERSION 01
	RECEPCIÓN DE MUESTRAS		FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/09/2017	PÁGINA 1 de 1


OBJETIVO	Brindar una correcta recepción de muestras de los pacientes, verificando la calidad de las muestras, logrando la eficiencia y empatía en la atención al usuario.	LÍDER DE SUBPROCESO	Responsable de pre analítica
ALCANCE	Área de laboratorio	REFERENCIA DOCUMENTARIA	Manual de procedimiento de laboratorio.
INICIO	Saludar cordialmente al usuario, identificarlo en el sistema y verificar lo solicitado.	FIN	Distribuir cada muestra a las áreas correspondientes.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		N° de muestras inapropiadas / N°de muestra total x 100 (Porcentaje de recolección inapropiada de especímenes)	Jefe de Laboratorio	
		N° de muestras perdidas / N° muestras total recepcionadas x 100 (Porcentaje de muestras perdidas)	Jefe de Laboratorio	

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Etiqueta de la muestra.	Req 1.	
Formato	Formato interno de muestra recepcionada.	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la Información.		Equipos de Cómputo , sistemas de información, impresora, etiquetadora, insumos de toma de muestra	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Usuario		Datos del Usuario	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Usuario	Datos del usuario	1. Saludar cordialmente al usuario, identificarlo en el sistema y verificar lo solicitado.	Admisionista	Sistema de datos de admisión	Verificación de datos del usuario en el sistema	Responsable de pre analítica
Usuario	Muestra biológica	2. Evaluar la calidad de la muestra biológica y registrar en el cuaderno correspondiente.	Responsable de pre analítica	Características adecuada	Conformidad de muestra biológica	Responsable de analítica
Responsable de pre analítica	Muestra biológica	3. Rotular correspondientemente las muestras recepcionadas.	Responsable de pre analítica	Etiqueta de rotulación	Conformidad de datos del usuario en la rotulación.	Responsable de analítica
Responsable de pre analítica	Llenado del formato interno.	4. Registrar en el cuaderno de calidad los datos de la muestra correspondiente.	Responsable de pre analítica	Formato interno de muestra recepcionada	Conformidad de formato.	Responsable de analítica
Responsable de pre analítica	Llevar cada muestra a las áreas correspondientes.	5. Distribuir cada muestra a las áreas correspondientes.	Responsable de pre analítica	Características adecuada	Conformidad de recepción de muestras.	Responsable de analítica
SALIDA			CUENTE			
Conformidad de recepción de muestras.			Responsable de analítica.			

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lissette Sáenz Cárdenas	Lic. Orlando Gerson Liallico Manzanedo	Dr. Ángelo Eufracto Peña
FECHA	FECHA	FECHA

 CLÍNICA CAYETANO HEREDIA	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS		CP-LAB-03.01	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Lograr la eficiencia y empatía en la atención al usuario.	LIDER DE SUBPROCESO	Responsable de pre analítica
ALCANCE	Área de laboratorio	REFERENCIA DOCUMENTARIA	Manual de toma de muestra
INICIO	Invitar al usuario al área correspondiente y saludarlo cordialmente.	FIN	Dar las indicaciones finales correspondientes y despedirse cordialmente.


Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		N° de muestras tomadas y recepcionadas / N° de muestras solicitadas en el mes x 100 (Porcentaje de muestras tomadas y recepcionadas en el mes)	Jefe de Laboratorio	Mensual
		N° de venopunturas repetidas / N° de venopunturas realizadas x 100 (Porcentaje de venopunturas Innecearias)	Jefe de Laboratorio	Mensual

DOCUMENTACION		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Solicitud de análisis de exámenes		
Formato	Etiqueta de la muestra	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la Información.		Equipos de Cómputo , sistema, etiquetera, insumos de toma de muestra	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Responsable de pre analítica		Solicitud de análisis de exámenes	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Admisión	Solicitud de análisis.	1. Entregar la solicitud de análisis al tecnólogo médico para la respectiva toma de muestra del paciente.	Tecnólogo Médico	Solicitud de análisis de exámenes.	Conformidad de recepción de solicitud de análisis.	Responsable de pre analítica
Responsable de pre analítica	Solicitud de análisis de exámenes	2. Invitar al usuario al área correspondiente y saludarlo cordialmente.	Responsable de pre analítica	Solicitud de análisis de exámenes	Conformidad de solicitud de análisis de exámenes.	Usuario
Responsable de pre analítica	Verificación de datos del usuario en el sistema e imprimir la etiqueta correspondiente para la muestra tomada	3. Identificar al usuario en el sistema y verificar los análisis solicitados e imprimir el rótulo correspondiente.	Responsable de pre analítica	Sistema de datos y etiqueta de la muestra.	Conformidad de verificación de datos del usuario en el sistema.	Responsable de pre analítica
Responsable de pre analítica	Explicación del procedimiento según tipo de examen	4. Explicar al paciente el procedimiento que se realizará.	Responsable de pre analítica	No Aplica	Conformidad del usuario	Usuario
Responsable de pre analítica	Solicitud de análisis , Etiqueta de la muestra con código de barra y nombres y apellidos del usuario	5. Tomar la muestra según corresponda (ver manual)	Responsable de pre analítica	Supervisión aleatoria	Muestra del usuario	Responsable de pre analítica
Responsable de pre analítica	Indicaciones generales después de la toma de muestra	6. Dar las indicaciones finales correspondientes y despedirse cordialmente.	Responsable de pre analítica	No Aplica	Conformidad de indicaciones.	Usuario
Responsable de pre analítica	Llevar las muestras a las áreas correspondientes	7. Llevar las muestras a las áreas correspondientes.	Responsable de pre analítica	Etiqueta de la muestra	Conformidad de recepción de muestras.	Responsable de análisis de muestra

SALIDA		CLIENTE	
Conformidad de recepción de muestras		Responsable de análisis de muestra	
Notas			

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Licette Sáenz Cárdenas		Llo. Orlando Gerson Liallilo Manzanedo		Dr. Angelo Eufraio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO FLAB-02.01	VERSION 01
	ANÁLISIS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS		FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/05/2017	PÁGINA 1 de 1

OBJETIVO	Lograr la eficiencia y oportuno diagnóstico de las muestras en las diferentes áreas de laboratorio.	LÍDER DE SUBPROCESO	Responsable de analítica
ALCANCE	Área de laboratorio.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	Manual de procedimientos de laboratorio.
INICIO	Recepcionar las muestras entregadas por parte del responsable de pre analítica.	FIN	Transcribir en el sistema los resultados obtenidos.


Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		Total de Ingreso de Pacientes (Particulares, privados, Convenio, SOAT)	Jefe de Laboratorio	

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Etiqueta de las muestras.	Req 1.	
Formato	Formulario Interno de muestra recepcionada.	Req 1.	
Formato	Cuaderno de registro de exámenes	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipo de cómputo,
PROVEEDOR	ENTRADA
Responsable de pre analítica	Muestras tomadas y recepcionadas

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Responsable de pre analítica	Muestras tomadas y recepcionadas	1. Recepcionar las muestras entregadas por el responsable de pre analítica.	Responsable de análisis de muestra.	Rotulación de muestras / Formato Interno de muestra recepcionada	Conformidad de muestras recibidas	Responsable de análisis de muestra
Responsable de análisis de muestra.	Preparación de muestras a analizar	2. Preparar las muestras correspondientes según corresponda.	Responsable de análisis de muestra.	No Aplica	Conformidad de muestras preparadas.	Responsable de análisis de muestra
Responsable de análisis de muestra.	Muestra del paciente	3. Programar en el equipo automatizado la solicitud de análisis.	Responsable de análisis de muestra.	Cuaderno de registro de exámenes	Conformidad de programación en el equipo automatizado.	Responsable de análisis de muestra
Responsable de análisis de muestra.	Procesamiento de muestras	4. Procesar cada muestra en el equipo ya programado.	Responsable de análisis de muestra.	Cuaderno de registro de exámenes	Resultados de muestras procesadas	Responsable de análisis de muestra
Responsable de análisis de muestra.	Resultados de muestras procesadas	5. Transcribir en el sistema los resultados obtenidos	Responsable de análisis de muestra.	cuaderno de registro de exámenes	Conformidad de resultados de muestras procesadas.	Responsable de análisis de muestra
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de resultados de muestras procesadas			Responsable de análisis de muestra			
Notas						

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lissette Sáenz Cárdenas	Lic. Orlando Gerson Liallico Manzanedo	Dr. Angelo Eufraclio Peña
FECHA	FECHA	FECHA

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	VALIDACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS		FLAB-03.01	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/09/2017	1 de 1	

OBJETIVO	Brindar resultados confiables de los exámenes solicitados por los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Responsable de post analítica
ALCANCE	Área de Laboratorio	REFERENCIA DOCUMENTARIA	Manual de procedimientos de laboratorio.
INICIO	Evaluar el resultado de las muestras procesadas, y transcribirlos en el cuaderno de registro de exámenes.	FIN	Entregar los resultados al usuario

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		Nº de resultados entregados / Nº total de resultados solicitados en el mes x 100	Jefe de Laboratorio	

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Etiqueta de las muestras.	Req 1.	
Formato	Formato interno de muestra recepcionada.	Req 1.	
Formato	Cuaderno de registro de exámenes	Req 1.	
Formato	Cuaderno de entrega de exámenes enviados a lima	Req 1.	
Formato	Cuaderno de registro PAP.	Req 1.	

Requisitos Legales	LEY N° 27408 - Atención preferente a las mujeres embarazadas, niñas y niños, adultos mayores, en lugares de atención al público.	Otras Normas	Protocolo de atención al cliente.
---------------------------	--	---------------------	-----------------------------------

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipo de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Responsable de analítica	Resultados obtenidos

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Responsable de analítica	Resultados obtenidos	1. Evaluar el resultado de las muestras procesadas, y transcribirlos en el cuaderno de registro de exámenes.	Responsable de analítica	Resultados de muestras procesadas	Conformidad de resultados transcritos en el cuaderno de registro.	Responsable de analítica
Responsable de analítica	Resultados procesados	2. Registrar en el sistema los resultados procesados y verificar con el cuaderno de registro de exámenes por si hay algún error.	Responsable de analítica	Sistema de laboratorio	Conformidad de registro en el sistema	Responsable de analítica
Responsable de analítica	Conformidad de registro de exámenes.	3. Imprimir los resultados y entregar al tecnólogo médico responsable para que firme y selle los resultados.	Responsable de analítica	Cuaderno de registro y sistema	Resultados firmados y sellados	Responsable de analítica
Responsable de analítica	Resultados firmados y sellados	4. Entregar los resultados validados al área de admisión de laboratorio.	Responsable de post analítica	Resultados de exámenes	Conformidad de recepción de resultados validados	Admisión de laboratorio
Responsable de analítica	Resultados validados	5. Entregar los resultados al usuario.	Admisionista	Sello de entrega	Conformidad de resultados sellados y firmados	Admisión de laboratorio

SALIDA	CLIENTE
Conformidad de resultados sellados y firmados	Admisión de laboratorio

Notas

*Cuaderno de entrega de exámenes enviados a lima.- Cuaderno donde los pacientes firman como cargo de entrega de los resultados de exámenes solicitados por los usuarios.

*Cuaderno de registro PAP.- Cuaderno donde se lleva el control de los exámenes papa nicotao.

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lissette Saenz Cárdenas		
FECHA	FECHA	FECHA

Anexo 8: Flujogramas laboratorio

SUBPROCESO: ADMISIÓN Y CAJA DE LABORATORIO	ELABORADO POR: LISSETTE SÁENZ CÁRDENAS		
CÓDIGO: DP-LAB-01.01	REVISADO POR: Lic. Orlando Gervasio Lallón Marcano		
FECHA:	APROBADO POR: Dr. Angelo Eufrosio Peña		
REVISIÓN:			

INSTITUTO
CAYETANO HEREDIA

ADMISIÓN DE LABORATORIO	USUARIO	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> S1[1] S1[1. Se recibe al paciente a su hora] --> S2[2. Se toma la solicitud de análisis de exámenes] S2 --> S3[3. Se entrega la solicitud de análisis de exámenes al paciente] S3 --> S4[4. Se registra los datos personales y los análisis solicitados de los exámenes] S4 --> S5[5. Se informa al costo de los exámenes] S5 --> D1{¿El paciente tiene seguro?} D1 -- SI --> S6[6. Se solicita al administrador de cuentas de cobros de exámenes] D1 -- NO --> S7[7. Se solicita al administrador de cuentas de cobros de exámenes] S6 --> S8[8. Se entrega el comprobante de pago] S7 --> S9[9. Se entrega el comprobante de pago] S8 --> S10[10. Se entrega el comprobante de pago] S9 --> S10[10. Se entrega el comprobante de pago] S10 --> S11[11. Se entrega el comprobante de pago] S11 --> D2{¿El paciente tiene seguro?} D2 -- SI --> S12[12. Se entrega el comprobante de pago] D2 -- NO --> S13[13. Se entrega el comprobante de pago] S12 --> S14[14. Se entrega el comprobante de pago] S13 --> S14[14. Se entrega el comprobante de pago] S14 --> S15[15. Se entrega el comprobante de pago] S15 --> Fin([Fin]) </pre>		<p>OBJETIVO: Lograr una atención oportuna en la atención de solicitudes de exámenes de laboratorio de los usuarios que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Toda el Laboratorio</p> <p>REFERENCIAS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Encargado de Admisión de Laboratorio</p> <p>DESCRIPCION:</p> <p>[1] La responsable de Admisión de laboratorio recibe cordialmente al usuario.</p> <p>[2] La responsable de Admisión de laboratorio respone a la solicitud de análisis del usuario.</p> <p>[3] La responsable de Admisión de laboratorio registra los datos personales y los análisis solicitados de los usuarios.</p> <p>[4] La responsable de Admisión de Laboratorio informa el costo de los análisis al usuario.</p> <p>¿El paciente tiene seguro? Si el paciente SI comunica que la actividad S y proceso sea NO continúa con la actividad S.</p> <p>[6] Si el paciente SI comunica que la actividad S y proceso sea NO continúa con la actividad S.</p> <p>[7] La responsable de Admisión de laboratorio solicita al usuario del comprobante de pago en el momento de la actividad S.</p> <p>¿Comprobante cobro los gastos? Si el usuario SI comunica que la actividad S y proceso sea NO continúa con la actividad S.</p> <p>[8] El usuario tiene que pagar los gastos que los cobros al momento.</p> <p>[9] La responsable de Admisión de laboratorio solicita al usuario el pago correspondiente de los análisis solicitados por el usuario.</p> <p>[10] La responsable de Admisión registra y entrega el comprobante de pago de los análisis solicitados por el usuario.</p> <p>[11] La responsable de Admisión de Laboratorio de los comprobante de pago a los análisis solicitados por el usuario.</p> <p>FINANCIA: Cero</p>	<p>Solicitud de análisis</p> <p>Comprobante de pago</p> <p>Comprobante de envío de resultados médicos</p> <p>Información personal por tipo de exámenes.</p>	<p>Métrica:</p> <p>Indicador: Porcentaje de incidencias con los pacientes</p> <p>Nº de exámenes con los pacientes / Nº total de pacientes atendidos x 100</p> <p>Indicador: Porcentaje de solicitudes sin incidencia</p> <p>Nº de solicitudes sin registro del cobro / Nº total de solicitudes x 100</p>

Página 1

SUBPROCESO:	Recepción de muestras	ELABORADO POR:	Lissette Sáenz Cárdenas
CÓDIGO:		REVISADO POR:	Lic. Orlando Gerson Laísico Manzanedo
FECHA:		APROBADO POR:	Dr. Angelo Eufrazio Peña
REVISIÓN:			



RECEPCIÓN DE MUESTRAS	USUARIO		DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
			<p>OBJETIVO: Ofrecer una correcta recepción de muestras de los pacientes, verificando la calidad de las muestras, logrando la eficiencia y entrega en la atención al usuario.</p> <p>ALCANCE: Área de Laboratorio</p> <p>REFERENCIAS: Manual de Procedimientos de Laboratorio.</p> <p>RESPONSABLE: Encargado (a) de preanalítica</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) El encargado (a) de preanalítica Saluda cordialmente al usuario.</p> <p>(2) El encargado(a) de preanalítica identifica al usuario en el sistema y verifica lo solicitado.</p> <p>(3) El circuito entrega la muestra biológica al encargado (a) de preanalítica.</p> <p>(4) El encargado (a) de preanalítica evalúa la calidad de la muestra biológica de los usuarios.</p> <p>¿ La Muestra es de calidad ? En caso sea SI continúa con la actividad 4, y en caso sea NO se rechaza y vuelve a la actividad 1.</p> <p>(5) El encargado (a) de preanalítica toma correspondientemente las muestras rechazadas de los usuarios.</p> <p>(6) El encargado (a) de preanalítica rellena el formato interno de la muestra rechazada.</p> <p>(7) El encargado (a) de preanalítica distribuye cada muestra a las áreas correspondientes.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Etiqueta de la muestra</p> <p>Formato interno de muestra recepcionada</p>	<p>Indicador: Eficiencia en recepción apropiada de especímenes</p> <p>Nº de muestras inapropiadas / Nº de muestras totales x 100</p> <p>Indicador: Porcentaje de muestras recibidas</p> <p>Nº de muestras recibidas / Nº de muestras totales recepcionadas x 100</p>

SUBPROCESO:	TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	ELABORADO POR:	Lisette Sáenz Cárdenas
CODIGO :	DF-LAB-03.01	REVISADO POR:	Lic. Orlando Gerson Llallico Manzanedo
FECHA:		APROBADO POR:	Dr. Angelo Eufrazio Peña
REVISIÓN:			



Admisión de Laboratorio	Responsable de Pre analítica	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
<p>INICIO</p> <p>(1) Entregar la solicitud de análisis.</p>	<p>(2) Invitar al usuario al área de toma de muestra.</p> <p>(3) Identificar al usuario en el sistema y verificar análisis solicitados.</p> <p>(4) Imprimir el rótulo correspondiente.</p> <p>(5) Explicar al paciente el procedimiento.</p> <p>(6) Tomar Muestra</p> <p>(7) Dar indicaciones finales y despedirse cordialmente.</p> <p>(8) Llevar las muestras a áreas correspondientes.</p> <p>FIN</p>	<p>OBJETIVO: Lograr la eficiencia y empatía en la atención al usuario.</p> <p>ALCANCE: Área de Laboratorio</p> <p>REFERENCIAS: Manual de procedimientos de Toma de Muestra.</p> <p>RESPONSABLE: Encargado (a) de pre analítica</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) La responsable de Admisión de laboratorio entrega la solicitud de análisis al tecnólogo médico para la respectiva toma de muestra del paciente. (2) El encargado (a) de pre analítica invita al usuario al área de toma de muestra y lo saluda cordialmente. (3) El encargado (a) de pre analítica identifica al usuario en el sistema y verifica los análisis solicitados. (4) El encargado (a) de pre analítica imprime el rótulo correspondiente con los datos del paciente. (5) El encargado (a) de pre analítica explica al paciente el procedimiento que se realizará. (6) El encargado (a) de pre analítica procede a tomar la muestra respectiva según corresponda. (7) El encargado (a) de pre analítica da las indicaciones finales y se despide cordialmente. (8) El encargado (a) de pre analítica lleva las muestras a las áreas correspondientes.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Solicitud de análisis</p> <p>Etiqueta de la muestra</p>	<p>Medición: Indicador: Porcentaje de muestras procesadas en el mes</p> <p>N de muestras procesadas en el mes / N total de solicitudes en el mes x 100</p> <p>Indicador: Porcentaje de venopunturas innecesarias</p> <p>N de venopunturas repetidas / N de venopunturas realizadas x 100</p>

SUBPROCESO:	ANÁLISIS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	ELABORADO POR:	Lisette Sáenz Cárdenas
CODIGO :		REVISADO POR:	Lic. Orlando Gerson Llallico Manzanedo
FECHA:		APROBADO POR:	Dr. Angelo Eufrazio Peña
REVISIÓN:			



Responsable de Pre analítica	Responsable de análisis de muestra	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADOR
<p>INICIO</p> <p>(1) Entregar muestras</p>	<p>(2) Recopilar muestras de pacientes</p>	<p>OBJETIVO: Lograr la eficiencia y oportuno diagnóstico de las muestras en las diferentes áreas de laboratorio.</p> <p>ALCANCE: Área de Laboratorio</p> <p>REFERENCIAS: Manual de procedimientos de Análisis de Muestra.</p> <p>RESPONSABLE:</p>	<p>Etiqueta de la muestra</p> <p>Formato interno de muestra recepcionada</p> <p>Cuaderno de registro de exámenes</p>	

SUBPROCESO:	VALIDACION Y ENTREGA DE RESULTADOS	ELABORADO POR:	Lisette Sáenz Cárdenas
CODIGO:		REVISADO POR:	Lic. Orlando Gerson Llallico Manzanedo
FECHA:		APROBADO POR:	Dr. Angelo Eufrazio Peña
REVISIÓN:			



Responsable de Analítica	Admisionista	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADOR
<pre> graph TD INICIO[INICIO] --> T1((1)) T1 --> T2((2)) T2 --> T3((3)) </pre>		<p>OBJETIVO: Brindar resultados confiables de los exámenes solicitados por los usuarios.</p> <p>ALCANCE: Área de Laboratorio</p> <p>REFERENCIAS: No Aplica</p> <p>RESPONSABLE: Encargado (a) de post analítica</p> <p>DESCRIPCIÓN: (1) El encargado (a) de Post analítica evalúa los resultados y transcribe</p>	<p>Resultado de exámenes</p> <p>Cuaderno de registro de exámenes</p> <p>Cuaderno de entrega de exámenes enviados a lima</p> <p>Cuaderno de registro PAP</p>	<p>Porcentaje de resultados entregados</p> <p>N° de resultados entregados / N° total de</p>

Anexo 9:

Ficha indicador Porcentajes de solicitudes sin impresión diagnóstica

Ficha de Indicador:																																																																																																																			
● IND-LAB-01.01 Porcentaje de solicitudes sin impresión diagnóstica																																																																																																																			
Definiciones Generales																																																																																																																			
Fórmula / Cálculo:	N° de solicitudes sin impresión diagnóstica / N° total de solicitudes x 100																																																																																																																		
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	D	Unidad:	%																																																																																																														
Fuente / Procesamiento:	Cuaderno de registro de muestras																																																																																																																		
Fecha de Inicio de Medición - Planificada:	02/12/2017	Frecuencia de Medición	M	Oportunidad	Último día de cada mes																																																																																																														
Glosario																																																																																																																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>ND: No Definido</p> <p>MF: Rango Mal Definido</p> </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Control</th> <th>Real</th> <th>Meta</th> <th>Rango</th> <th>1%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dic-17</td> <td>59.8</td> <td>40.0</td> <td>60.0</td> <td>tz</td> </tr> </tbody> </table> </div>						Fecha Control	Real	Meta	Rango	1%	dic-17	59.8	40.0	60.0	tz																																																																																																				
Fecha Control	Real	Meta	Rango	1%																																																																																																															
dic-17	59.8	40.0	60.0	tz																																																																																																															
Definiciones Específicas																																																																																																																			
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Serie Principal</th> </tr> <tr> <th>Fee</th> <th>Rea</th> <th>Met</th> <th>Ver</th> <th>Aler</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>dic-17</td><td>59.8</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>ene-18</td><td>66.8</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>feb-18</td><td>85.7</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>mar-18</td><td>88.4</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>abr-18</td><td>64.5</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>may-18</td><td>61.6</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>jun-18</td><td>76.7</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>jul-18</td><td>75.6</td><td>40.0</td><td>40.0</td><td>60.0</td></tr> <tr><td>ago-18</td><td>49.8</td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>sep-18</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>oct-18</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>nov-18</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>dic-18</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>ene-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>feb-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>mar-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>abr-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>may-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>jun-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> <tr><td>jul-19</td><td></td><td>35.0</td><td>35.0</td><td>52.5</td></tr> </tbody> </table>			Serie Principal					Fee	Rea	Met	Ver	Aler	dic-17	59.8	40.0	40.0	60.0	ene-18	66.8	40.0	40.0	60.0	feb-18	85.7	40.0	40.0	60.0	mar-18	88.4	40.0	40.0	60.0	abr-18	64.5	40.0	40.0	60.0	may-18	61.6	40.0	40.0	60.0	jun-18	76.7	40.0	40.0	60.0	jul-18	75.6	40.0	40.0	60.0	ago-18	49.8	35.0	35.0	52.5	sep-18		35.0	35.0	52.5	oct-18		35.0	35.0	52.5	nov-18		35.0	35.0	52.5	dic-18		35.0	35.0	52.5	ene-19		35.0	35.0	52.5	feb-19		35.0	35.0	52.5	mar-19		35.0	35.0	52.5	abr-19		35.0	35.0	52.5	may-19		35.0	35.0	52.5	jun-19		35.0	35.0	52.5	jul-19		35.0	35.0	52.5
Serie Principal																																																																																																																			
Fee	Rea	Met	Ver	Aler																																																																																																															
dic-17	59.8	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
ene-18	66.8	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
feb-18	85.7	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
mar-18	88.4	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
abr-18	64.5	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
may-18	61.6	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
jun-18	76.7	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
jul-18	75.6	40.0	40.0	60.0																																																																																																															
ago-18	49.8	35.0	35.0	52.5																																																																																																															
sep-18		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
oct-18		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
nov-18		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
dic-18		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
ene-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
feb-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
mar-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
abr-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
may-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
jun-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															
jul-19		35.0	35.0	52.5																																																																																																															

Información de Control									
Comentarios (Se sugiere adjuntar documentación sustentatoria de causas y de acciones)									
Fecha de Control	R / P	Riesgo / Problema	C / E	Causa / Efecto	Acción	Resp.	Fecha de Térm.	Terminado	Nota
12-ene-18	R	Datos incompletos son el 30% del total de las atenciones (501 de 1672)	C	Falta de compromiso del personal para el registro en cuaderno	Reunirse con personal para el compromiso de los registros	Gersson Llallico	13/01/2018	Ejecutado	
21-feb-18	R	Se incrementó las solicitudes sin impresión diagnóstica	C	Desinterés en el registro de diagnóstico de pacientes por parte del personal médico	Reunirse con el Director para informar a los médicos de las solicitudes con impresión diagnóstica Conversar con las asistentes para el llenado de las solicitudes	Gersson Llallico Gersson Llallico	22/02/2018 22/02/2018	Ejecutado Ejecutado	

Anexo 10:

Ficha indicador Índice de incidencias con el paciente

Ficha de Indicador:																																																																																															
● IND-LAB-02.01 Índice de incidencias con el paciente																																																																																															
Definiciones Generales																																																																																															
Fórmula / Cálculo:	N° de incidentes con los pacientes / N° total de pacientes atendidos x 100																																																																																														
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	D	Unidad:	%																																																																																										
Fuente / Procesamiento:	Cuaderno de Pre analítica																																																																																														
Fecha de Inicio de Medición - Planificada	02/12/2017	Frecuencia de Medición	M	Oportunidad	Último día de cada mes																																																																																										
Glosario																																																																																															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>ND: No Definido</p> <p>MF: Rango Mal Definido</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Control</th> <th>ene-18</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Real</td> <td>0,0</td> <td rowspan="4">No modificar las celdas MS:MS (Contiene fórmulas)</td> </tr> <tr> <td>Meta</td> <td>4,0</td> </tr> <tr> <td>Rang</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>300%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>						Fecha Control	ene-18		Real	0,0	No modificar las celdas MS:MS (Contiene fórmulas)	Meta	4,0	Rang	6,0	300%	100%																																																																														
Fecha Control	ene-18																																																																																														
Real	0,0	No modificar las celdas MS:MS (Contiene fórmulas)																																																																																													
Meta	4,0																																																																																														
Rang	6,0																																																																																														
300%	100%																																																																																														
Definiciones Específicas																																																																																															
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Serie Principal</th> </tr> <tr> <th>Fec</th> <th>Real</th> <th>Meta</th> <th>Verd</th> <th>Aleg</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>dic-17</td><td>0,7</td><td>4,0</td><td>4,0</td><td>6,0</td><td></td></tr> <tr><td>ene-18</td><td>0,0</td><td>4,0</td><td>4,0</td><td>6,0</td><td></td></tr> <tr><td>feb-18</td><td>0,0</td><td>4,0</td><td>4,0</td><td>6,0</td><td></td></tr> <tr><td>mar-18</td><td>0,0</td><td>4,0</td><td>4,0</td><td>6,0</td><td></td></tr> <tr><td>abr-18</td><td>0,0</td><td>4,0</td><td>4,0</td><td>6,0</td><td></td></tr> <tr><td>may-18</td><td>0,0</td><td>4,0</td><td>4,0</td><td>6,0</td><td></td></tr> <tr><td>jun-18</td><td>0,0</td><td>3,8</td><td>3,8</td><td>5,7</td><td></td></tr> <tr><td>jul-18</td><td>0,0</td><td>3,8</td><td>3,8</td><td>5,7</td><td></td></tr> <tr><td>ago-18</td><td>0,0</td><td>3,8</td><td>3,8</td><td>5,7</td><td></td></tr> <tr><td>sep-18</td><td></td><td>3,8</td><td>3,8</td><td>5,7</td><td></td></tr> <tr><td>oct-18</td><td></td><td>3,8</td><td>3,8</td><td>5,7</td><td></td></tr> <tr><td>nov-18</td><td></td><td>3,8</td><td>3,8</td><td>5,7</td><td></td></tr> <tr><td>dic-18</td><td></td><td>3,6</td><td>3,6</td><td>5,4</td><td></td></tr> </tbody> </table>			Serie Principal						Fec	Real	Meta	Verd	Aleg		dic-17	0,7	4,0	4,0	6,0		ene-18	0,0	4,0	4,0	6,0		feb-18	0,0	4,0	4,0	6,0		mar-18	0,0	4,0	4,0	6,0		abr-18	0,0	4,0	4,0	6,0		may-18	0,0	4,0	4,0	6,0		jun-18	0,0	3,8	3,8	5,7		jul-18	0,0	3,8	3,8	5,7		ago-18	0,0	3,8	3,8	5,7		sep-18		3,8	3,8	5,7		oct-18		3,8	3,8	5,7		nov-18		3,8	3,8	5,7		dic-18		3,6	3,6	5,4	
Serie Principal																																																																																															
Fec	Real	Meta	Verd	Aleg																																																																																											
dic-17	0,7	4,0	4,0	6,0																																																																																											
ene-18	0,0	4,0	4,0	6,0																																																																																											
feb-18	0,0	4,0	4,0	6,0																																																																																											
mar-18	0,0	4,0	4,0	6,0																																																																																											
abr-18	0,0	4,0	4,0	6,0																																																																																											
may-18	0,0	4,0	4,0	6,0																																																																																											
jun-18	0,0	3,8	3,8	5,7																																																																																											
jul-18	0,0	3,8	3,8	5,7																																																																																											
ago-18	0,0	3,8	3,8	5,7																																																																																											
sep-18		3,8	3,8	5,7																																																																																											
oct-18		3,8	3,8	5,7																																																																																											
nov-18		3,8	3,8	5,7																																																																																											
dic-18		3,6	3,6	5,4																																																																																											

Información de Control									
Comentarios (Se sugiere adjuntar documentación sustentatoria de causas y de acciones)									
Fecha de Control	R / P	Riesgo / Problema	C / E	Causa / Efecto	Acción	Resp.	Fecha de Tércm.	Terminado	Nota
21-Feb-18	R	Se encontraron 9 registros en blanco	E	Sesgo de la información	Seguir comprometiendo al personal al registro de datos	Gersson Llallico	No aplica	No aplica	Descargo del área
	R	Número de exámenes enviados a lima	E	Incumplimiento de norma de Categorización	Automatizar los exámenes enviados a lima	Gersson Llallico	Por definir	En proceso	
	R	Error en los datos de envío del paciente Chanca Llaota Elmer	C	Insatisfacción del cliente	El envío de ci a la lista Chanca Chanca y en el sistema si figura los datos correctos	No aplica	No aplica	No aplica	Descargo del área

Anexo 11:

Ficha indicador Porcentaje de muestras inapropiadas

Ficha de Indicador:

● IND-LAB-05.01 Porcentaje de muestras inapropiadas

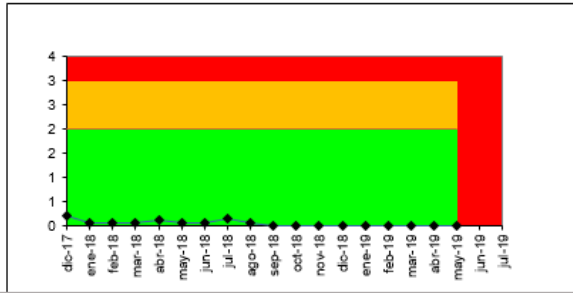
MD: No Definido
MF: Rango Mal Definido

Definiciones Generales

Fórmula / Cálculo:	N° de muestras inapropiadas / N° de muestra total x 100 (Porcentaje de recolección inapropiada de especímenes)			
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	D	Unidad: %
Fuente / Procesamiento:	Cuaderno de registro de Pre analítica			
Fecha de Inicio de Medición Planificada	02/12/2017	Frecuencia de Medición	M	Oportunidad Último día de cada mes
Glosario				

Fecha Control	ene-18	No modificar las celdas M5-M9 (Contiene fórmulas)
Real	0.1	
Meta	2.0	
Raja	2.0	
MF	Na Calcula	

Definiciones Específicas



Fec	Real	Met	Verd	Aler
dic-17	0.2	2.0	2.0	3.0
ene-18	0.1	2.0	2.0	3.0
feb-18	0.1	2.0	2.0	3.0
mar-18	0.1	2.0	2.0	3.0
abr-18	0.1	2.0	2.0	3.0
may-18	0.1	2.0	2.0	3.0
jun-18	0.1	2.0	2.0	3.0
jul-18	0.2	2.0	2.0	3.0
ago-18	0.1	2.0	2.0	3.0
sep-18		2.0	2.0	3.0
oct-18		2.0	2.0	3.0
nov-18		2.0	2.0	3.0

Información de Control

Comentarios (Se sugiere adjuntar documentación sustentatoria de causas y de acciones)									
Fecha de Control	R / P	Riesgo / Problema	C / E	Causa / Efecto	Acción	Resp.	Fecha de Tém.	Terminado	Nota
21-feb-18	P	Paciente de doctora Rodríguez tuvo una muestra inapropiada	C	No se informó al paciente de como debería de realizarse la muestra	Coordinar con médicos, para muestras específicas de su área, se le informe su pacientes antes de la toma de muestras	Gersson Llallico	Por definir		

Anexo 12:

Ficha indicador Total de muestras perdidas

● IND-LAB-06.01 Total de Muestras Perdidas

ND: No Definido
MF: Rango Mal Definido

Definiciones Generales

Fórmula / Cálculo:	N° de muestras perdidas / N° muestras total recepcionadas x 100 (Porcentaje de muestras perdidas)				
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	D	Unidad:	%
Fuente / Procesamiento:	Cuaderno de registros de Pre analítica				
Fecha de Inicio de Medición - Planificada	02/12/2018	Frecuencia de Medición	M	Oportunidad	Último día de cada mes
Glosario					

Fecha. Control	ene-18	No modificar las celdas M5:M9 (Contienen fórmulas)
Real	1.6	
Meta	0.0	
Rojo	0.5	
-223%	0%	

Definiciones Específicas

Serie Principal				
Fec	Rea	Met	Verd	Aler
dic-17	0.1	-	0.5	1.0
ene-18	1.6	-	0.5	1.0
feb-18	0.00	-	0.5	1.0
mar-18	0.00	-	0.5	1.0
abr-18	0.00	-	0.5	1.0
may-18	0.00	-	0.5	1.0
jun-18	0.00	-	0.5	1.0
jul-18	0.00	-	0.5	1.0
ago-18	0.00	-	0.5	1.0
sep-18	-	-	0.5	1.0
oct-18	-	-	0.5	1.0
nov-18	-	-	0.5	1.0
dic-18	-	-	0.5	1.0
ene-19	-	-	0.5	1.0
feb-19	-	-	0.5	1.0
mar-19	-	-	0.5	1.0
abr-19	-	-	0.5	1.0
may-19	-	-	0.5	1.0

Información de Control

Comentarios (Se sugiere adjuntar documentación sustentatoria de causas y de acciones)

Fecha de Control	R/P	Riesgo / Problema	C/E	Causa / Efecto	Acción	Resp.	Fecha de Tèrm.	Terminado	Nota
21-feb-18	P	Registros de muestras perdidas mal registradas	C	Responsable de Pre analítica no revisa cuaderno	Llamado de atención al personal	Gersson Llallico	23/02/2018	En proceso	

Anexo 13:

Ficha indicador Porcentaje de muestras tomadas y recepcionadas

Ficha de Indicador:

● IND-LAB-07.01 Porcentaje de muestras tomadas y recepcionadas

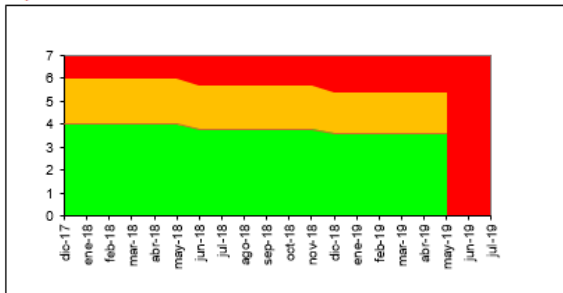
Definiciones Generales

Fórmula / Cálculo:	N° de muestras tomadas y recepcionadas / N° de muestra solicitadas en el mes x 100 (Porcentaje de muestras tomadas y recepcionadas en el mes)				
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	D	Unidad:	%
Fuente / Procesamiento:	Cuaderno de registro de pre analítica				
Fecha de Inicio de Medición - Planificada		Frecuencia de Medición	M	Oportunidad	Último día de cada mes
Glosario					

ND: No Definido
MF: Rango Mal Definido

Fecha Control	mar-17	No modifica y las celdas M5:M9 (Contiene fórmulas)
Real	#N/A	
Meta	#N/A	
Rango	#N/A	
#N/A	#N/A	

Definiciones Específicas



Serie Principal				
Fec	Rea	Met	Ver	Aler
dic-17		4.0	4.0	6.0
ene-18		4.0	4.0	6.0
feb-18		4.0	4.0	6.0
mar-18		4.0	4.0	6.0
abr-18		4.0	4.0	6.0
may-18		4.0	4.0	6.0
jun-18		3.8	3.8	5.7
jul-18		3.8	3.8	5.7
ago-18		3.8	3.8	5.7
sep-18		3.8	3.8	5.7
oct-18		3.8	3.8	5.7
nov-18		3.8	3.8	5.7
dic-18		3.6	3.6	5.4

Información de Control

Comentarios (Se sugiere adjuntar documentación sustentatoria de causas y de acciones)									
Fecha de Control	R / P	Riesgo / Problema	C / E	Causa / Efecto	Acción	Resp.	Fecha de Térc.	Terminado	Nota
21-feb-18	P	No se mide el presente indicador	C	No se puede identificar la cantidades de solicitudes de laboratorio no atendidas	Generar código a las consulta de precios detallando el tipo de paciente	Sandra Córdor	22/02/2018	En proceso	
21-feb-18	R	Personal que realiza la función de admisión, podrá incumplir la generación de códigos para la consulta de resultados	E	Sesgo de información	Informar al personal de la necesidad de generar códigos para la medición muestras tomadas y recepcionadas	Gersson Llallico / Sandra Córdor	23/02/2018	En proceso	

Anexo 14:

Ficha indicador Total de Venopunturas repetidas

Ficha de Indicador:

● IND-LAB-08.01 Total de Venopunturas repetidas

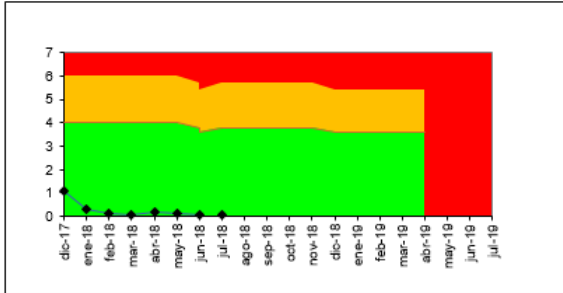
Definiciones Generales

Fórmula / Cálculo:	N° de venopunturas repetidas / N° de venopunturas realizadas x 100 (Porcentaje de venopunturas innecesarias)			
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	D	Unidad: %
Fuente / Procesamiento:	Cuaderno de registro de pre analítica			
Fecha de Inicio de Medición - Planificada	02/12/2017	Frecuencia de Medición	M	Oportunidad Último día de cada mes
Glosario				

ND: No Definido
MF: Rango Mal Definido

Fecha Control	mar-17	No modificar las celdas M5:M9 (Contiene fórmulas)
Real	#N/A	
Meta	#N/A	
Rango	#N/A	
MF	#N/A	

Definiciones Específicas



Serie Principal				
Fec	Real	Met	Verd	Aler
dic-17	1.1	4.0	4.0	6.0
ene-18	0.3	4.0	4.0	6.0
feb-18	0.1	4.0	4.0	6.0
mar-18	0.1	4.0	4.0	6.0
abr-18	0.2	4.0	4.0	6.0
may-18	0.1	4.0	4.0	6.0
jun-18	0.1	3.8	3.8	5.7
jul-18	0.1	3.8	3.8	5.7
ago-18		3.8	3.8	5.7
sep-18		3.8	3.8	5.7
oct-18		3.8	3.8	5.7
nov-18		3.8	3.8	5.7
dic-18		3.6	3.6	5.4

Información de Control

Comentarios (Se sugiere adjuntar documentación sustentatoria de causas y de acciones)									
Fecha de Control	R / P	Riesgo / Problema	C / E	Causa / Efecto	Acción	Resp.	Fecha de Tér.	Terminado	Nota
21-feb-18	R	Sesgo en la medición por no considerar las venopunturas realizadas en los pisos	C	Sesgo de la información	Informar y comprometer al equipo en la importancia del reporte de venopunturas realizadas	Gersson Llalico	23/2/2018	En proceso	

Anexo 15:

Ficha indicador Pacientes atendidos en el mes

Ficha de Indicador:

● IND-GL-04.01 Total de pacientes atendidos en el mes

Definiciones Generales

Fórmula / Cálculo:	Números de atenciones de pacientes convenio + Números de atenciones de pacientes particulares + Números de atenciones SDAT + Números de atenciones de pacientes Particulares			
Responsable de los datos:	GL	Tipo de Indicador	C	Unidad: %
Fuente / Procesamiento:				
Fecha de Inicio de Medición - Planificada		Frecuencia de Medición	M	Oportunidad Último día de cada mes
Glosario				

ND: No Definido
MF: Rango Mal Definido

Fecha Control	Ago-17	No modificar las celdas M5:M9 (Contiene fórmulas)
Real	1664.0	
Meta	1444.1	
Alerta	1444.1	
MF	No Calculo	

Definiciones Específicas

ANEXO 16:

Fotos del laboratorio antes de la ampliación





ANEXO 17:
Fotos del laboratorio después de la ampliación






Anexo 18: Fichas de Caracterización – Otras áreas

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO				CÓDIGO CP-SI-01.01	VERSION 01	
	ATENCIÓN AL CLIENTE (CONVENIO EPS)				FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/09/2017	PÁGINA 1 de 1	
OBJETIVO				LIDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión		
ALCANCE	Admisión, Emergencia, Archivos y Usuario			REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica		
INICIO	Saludar cordialmente al Usuario y solicitar su DNI.			FIN	Avisar mediante el sistema al área de Archivos que pueden recoger la historia clínica del paciente, y llevarla al consultorio correspondiente.		
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador		Responsable	Frecuencia		
DOCUMENTACIÓN				REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Historia Clínica			Req 1.			
Formato	Comprobante de pago			Req 1.			
Formato	Hoja siteds			Req 1.			
Requisitos Legales				Otras Normas			
PROCESOS DE SOPORTE				RECURSOS			
Tecnologías de la información.				Equipos de cómputo, impresora			
PROVEEDOR				ENTRADA			
Usuario				DNI del usuario			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD		PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Usuario	DNI del Usuario	1. Saludar cordialmente al Usuario y solicitar su DNI.		Admisionista CCH	DNI del paciente / Sistema	Conformidad del DNI del paciente	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Verificación de datos y seguro del usuario	2. Identificar que seguro tiene el usuario, en caso sea una atención por convenio.		Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de verificación	Usuario
Admisionista CCH	Ingreso al sistema "siteds cliente"	3. Ingresar al SITEDS CLIENTE e imprimir la ficha (Hoja SITEDS).		Admisionista CCH	Hoja Siteds	Hoja siteds	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia Clínica y cobertura de usuario	4. Generar la hoja del usuario y la cobertura mediante cuenta corriente, en caso sea primera atención e imprimir la historia clínica, si no es primera atención generar su ficha de consulta externa.		Admisionista CCH	Cuenta corriente / Historia Clínica / Ficha de consulta externa	Conformidad de historia clínica y cobertura del usuario	Usuario
Admisionista CCH	Generación del código	5. Generar el código de pago.		Admisionista CCH	Código	Código generado	Usuario
Admisionista CCH	Comprobante de pago	6. Imprimir el recibo correspondiente, de acuerdo a la consulta requerida.		Admisionista CCH	Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago	Usuario
Admisionista CCH	Número de cuenta corriente	7. Dar al paciente el número de cuenta para que pague en caja (Pago en Módulo de Admisión)		Admisionista CCH	Número de cuenta	Conformidad de número de cuenta	Usuario
Admisionista CCH	Indicaciones	8. Indicar al usuario que debe acercarse al consultorio correspondiente y despedirse cordialmente.		Admisionista CCH	Comprobante de pago	Conformidad de indicaciones dadas.	Usuario
Admisionista CCH	Mensaje enviado a archivos mediante el sistema	9. Avisar mediante el sistema al Área de Archivos que pueden recoger la historia clínica del paciente, y llevarla al consultorio correspondiente.		Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de Historia clínica	Archivos
SALIDA				CLIENTE			
Conformidad de Historia clínica				Archivos			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paitanmaia			Ángelo Eufrazio Peña		
FECHA	FECHA			FECHA			

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION	
		ATENCIÓN AL USUARIO PARTICULAR		FJAB-01-01	01	
				FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA	
				13/05/2017	1 de 1	
OBJETIVO	Brindar una buena y rápida atención de calidad al usuario en el área de nutrición, dándoles las respectivas indicaciones según la evaluación de los pacientes y diagnóstico del paciente.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista			
ALCANCE	Paciente, Admisión y Nutrición	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica			
INICIO	Pagar en admisión la consulta y sacar cita	FIN	Programar las citas correspondientes para el seguimiento del paciente.			
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia		
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Comprobante de pago	Req 1.				
Formato	Historia clínica nutricional	Req 1.				
Formato	Solicitud de análisis	Req 1.				
Requisitos Legales		Otras Normas				
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS			
Tecnologías de la Información.						
PROVEEDOR			ENTRADA			
Paciente			Dinero en efectivo			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Paciente	Dinero en efectivo	1. Pagar en admisión la consulta y sacar cita.	Paciente	Comprobante de pago	Comprobante de pago	Admisión
Admisión	Historia clínica	2. Generar su historia clínica y rellenar con los datos del paciente. (nombres y apellidos, fecha de nacimiento, etc)	Admisionista	Historia Clínica Nutricional	Historia Clínica nutricional con datos del paciente.	Paciente
Admisión	Historia clínica	3. Entregar al paciente su historia clínica y enviar al consultorio de nutrición.	Admisionista	Historia Clínica Nutricional	Conformidad de recepción de historia clínica nutricional	Paciente
Paciente	Historia clínica	4. Entregar al nutricionista la historia clínica correspondiente.	Paciente	Historia Clínica Nutricional	Conformidad de recepción de historia clínica nutricional	Nutricionista
Nutricionista	Evaluación general	5. Realizar la evaluación del paciente general. (evaluación antropométrica, anamnesis, entre otras), en caso sea necesario solicitar exámenes de laboratorio.	Nutricionista	Historia Clínica Nutricional	Diagnóstico de evaluación	Paciente
Nutricionista	Diagnóstico de evaluación	6. Generar la dieta del paciente según la evaluación realizada.	Nutricionista	Historia Clínica Nutricional / Dieta del paciente	Dieta del paciente.	Paciente
Nutricionista	Educación y sensibilización	7. Educar y sensibilizar al paciente y/o familiar de la importancia de seguir el régimen indicado.	Nutricionista	Historia Clínica Nutricional / Dieta del paciente	Dieta del paciente.	Paciente
Nutricionista	Diagnóstico y tratamiento nutricional	8. Registrar diagnóstico y tratamiento nutricional en la historia clínica.	Nutricionista	Historia Clínica Nutricional / Dieta del paciente	Conformidad de diagnóstico y tratamiento.	Paciente
Nutricionista	Programación de citas	9. Programar las citas correspondientes para el seguimiento del paciente con firma y sello.	Nutricionista	Sistema de citas	Conformidad de programación de citas.	Paciente
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de programación de citas			Paciente			
Notas						
ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR		
Lisette Sáenz Cárdenas		Lic. Milton N. Andamayo Arca		Ángelo Eufrazio Peña		
FECHA	11/12/2017	FECHA	11/12/2017	FECHA	11/12/2017	

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION	
		ATENCIÓN AL USUARIO POWER CLUB		FLAB-01.02	01	
		FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA			
		13/09/2017	1 de 1			
OBJETIVO	Promover los buenos hábitos alimenticios, brindando una buena atención de calidad y que los pacientes se sientan satisfechos de ello.		LIDER DE SUBPROCESO	Nutricionista		
ALCANCE	Paciente, Admisión, Encargada Programa Power Club y Nutricionista.		REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica		
INICIO	Pagar en Admisión el paquete Power Club y programar su cita.		FIN	Devolver el folder a la encargada del programa, después de la evaluación al paciente Power Club		
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador		Responsable	Frecuencia	
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Comprobante de Pago		Req 1.			
Formato	Historia clínica		Req 1.			
Formato	Registro de dieta de alta		Req 1.			
Requisitos Legales			Otras Normas			
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS			
Tecnologías de la Información.			Equipos de cómputo, sistema, impresora			
PROVEEDOR			ENTRADA			
Paciente			Dinero en efectivo			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Paciente	Dinero en efectivo	1. Pagar en admisión el paquete power club y programar su cita.	Paciente	Comprobante de pago	Comprobante de pago	Admisión
Admisión	Comprobante	2. Enviar al paciente a la encargada del power club y programar según cronograma su cita.	Admisionista	Sistema de citas	Programación de cita del paciente	Encargada del Programa Power Club
Encargada del programa Power Club	Programación de cita del paciente	3. Llamar al nutricionista avisándole la fecha y hora de las citas.	Encargada Power Club	Sistema de citas	Conformidad de programación de cita del paciente	Nutricionista
Encargada del programa Power Club	Folder power club con historia clínica general con datos del paciente.	4. Ir a nutrición con el paciente llevando su respectiva historia clínica general con los datos del paciente correctamente llenados.	Encargada Power Club	Folder Power Club	Conformidad de recepción de folder.	Nutricionista
Nutricionista	Evaluación general y generación de dieta del paciente	5. Realizar el diagnóstico correspondiente, de acuerdo del a ello se le emite el regimen dietetico al paciente Power Club	Nutricionista	Historia clínica	Conformidad de evaluación y dieta.	Paciente
Nutricionista	Folder Power Club con evaluación nutricional rellenada.	6. Devolver el folder a la encargada del programa después de la evaluación al paciente Power Club.	Nutricionista	Folder Power Club	Conformidad de recepción de folder.	Encargada del Programa Power Club
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recepción de folder			Encargada del Programa Power Club			
Notas						
ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR		
Lisette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufracio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA		

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	INFORME DE ATENCIONES		F-LAB-01.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Mantener un control de atenciones nutricionales mensualmente.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista
ALCANCE	Área de nutrición	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Registrar diariamente las dietas emitidas a los pacientes.	FIN	Entregar a dirección médica el informe mensual de atenciones.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia clínica nutricional	Req 1.	
Formato	Formato dieta de alta	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
--------------------	--	--------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Nutricionista	Historia clínica nutricional

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Nutricionista	Historia clínica nutricional	1. Registrar diariamente las dietas emitidas a los pacientes.	Nutricionista	Formato de dietas emitidas	Consolidado de dieta emitida	Nutricionista
Paciente	Historia clínica nutricional	2. Registrar semanalmente los gastos realizados en el área de nutrición.	Nutricionista	Formato dieta de alta	Consolidado de gastos	Nutricionista
Nutricionista	Formato de dieta de alta	3. Registrar las incidencias en caso exista en el área de hospitalización o en el área de nutrición y dietética.	Nutricionista	Formato dieta de alta	Informe general	Nutricionista
Nutricionista	Evaluación de desempeño	4. Evaluar el desempeño de los trabajadores a cargo.	Nutricionista	No Aplica	Resultados de evaluación	Nutricionista
Nutricionista	Informe general	5. Realizar cada fin de mes el informe general de atenciones, con los consolidados obtenidos.	Nutricionista	Informe general	Conformidad de informe general	Nutricionista
Nutricionista	Informe general	6. Imprimir el informe en hoja membretada.	Nutricionista	Informe general	Conformidad de informe general	Nutricionista
Nutricionista	Informe general	7. Entregar a Dirección médica el informe mensual de atenciones.	Nutricionista	Informe general	Conformidad de recepción de informe general	Director Médico

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Nutricionista	Historia clínica nutricional	1. Registrar diariamente las dietas emitidas a los pacientes.	Nutricionista	Formato de dietas emitidas	Consolidado de dieta emitida	Nutricionista
Paciente	Historia clínica nutricional	2. Registrar semanalmente los gastos realizados en el área de nutrición.	Nutricionista	Formato dieta de alta	Consolidado de gastos	Nutricionista
Nutricionista	Formato de dieta de alta	3. Registrar las incidencias en caso exista en el área de hospitalización o en el área de nutrición y dietética.	Nutricionista	Formato dieta de alta	Informe general	Nutricionista
Nutricionista	Evaluación de desempeño	4. Evaluar el desempeño de los trabajadores a cargo.	Nutricionista	No Aplica	Resultados de evaluación	Nutricionista
Nutricionista	Informe general	5. Realizar cada fin de mes el informe general de atenciones, con los consolidados obtenidos.	Nutricionista	Informe general	Conformidad de informe general	Nutricionista
Nutricionista	Informe general	6. Imprimir el informe en hoja membretada.	Nutricionista	Informe general	Conformidad de informe general	Nutricionista
Nutricionista	Informe general	7. Entregar a Dirección médica el informe mensual de atenciones.	Nutricionista	Informe general	Conformidad de recepción de informe general	Director Médico

SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recepción de informe general			Director Médico			

Notas						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufracio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	INTERCONSULTA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SOPORTE NUTRICIONAL		F-LAB-01.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Realizar la evaluación integral y especializada del paciente en forma eficiente y oportuna.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista
ALCANCE	Área de nutrición y servicios de hospitalización	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Evaluar al paciente y definir la necesidad de evaluación nutricional especializada.	FIN	Colocar interconsulta en historia clínica y anota el diagnóstico y sugerencias del mismo.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia


DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Interconsulta	Req 1.	
Formato	Historia clínica nutricional	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la Información.		Materiales y equipos de evaluación	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Médico		Evaluación del paciente	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Médico	Evaluación del paciente	1. Evaluar al paciente y definir la necesidad de evaluación nutricional especializada.	Médico	Historia Clínica	Diagnóstico del paciente	Paciente
Médico	Interconsulta de evaluación nutricional	2. Elaborar interconsulta para evaluación nutricional del paciente.	Médico	Formato interconsulta	Conformidad de interconsulta.	Paciente
Enfermero (a)	Traslado del paciente	3. Trasladar al paciente y entregar la interconsulta al área de nutrición.	enfermero (a)	Formato interconsulta	Conformidad de interconsulta.	Paciente
Nutricionista	Evaluación nutricional	4. Revisar historia clínica del paciente y realizar la evaluación nutricional (anamnesis alimentaria para estimar el consumo energético, protéico, conocer hábitos y costumbres del paciente)	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Diagnóstico del paciente	Paciente
Nutricionista	Monitoreo al paciente	5. Realizar monitoreo para efectuar la reevaluación nutricional, requerimientos y aceptabilidad del régimen y modificar la prescripción de la nutrición terapéutica de acuerdo a las observaciones y cálculo nutricionales efectuados.	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Reevaluación nutricional del paciente.	Paciente
Nutricionista	Datos de seguimiento nutricional y observaciones.	6. Registrar en el formato de monitoreo de la historia clínica, los datos observados en el seguimiento nutricional y las observaciones necesarias con conocimiento del médico tratante, sello y firma.	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Conformidad de datos de seguimiento nutricional y observaciones.	Paciente
Nutricionista	Formato de interconsulta /	7. Colocar interconsulta en historia clínica y anotar el diagnóstico y sugerencias del mismo.	Nutricionista	Formato interconsulta / Historia clínica nutricional	Historia clínica con interconsulta, diagnóstico del paciente y sugerencias.	Paciente

SALIDA	CLIENTE
Historia clínica con interconsulta, diagnóstico del paciente y sugerencias	Paciente

Notas

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lisette Sáenz Cárdenas		Ángelo Eufracio Peña
FECHA	FECHA	FECHA

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CURSO FJAB-01.03	VERSIÓN 01
	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN NUTRICIONAL A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O FAMILIARES		FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Promover en los pacientes los buenos hábitos alimenticios, así como también brindar una buena atención y que los pacientes se sientan satisfechos de ello.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista
ALCANCE	Área de nutrición y hospitalización	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar visita médica y según su recuperación dar sus indicaciones médicas.	FIN	Evaluar el nivel de entendimiento de la información y comprensión del paciente y familiar a través de preguntas y se retroalimentará según sea conveniente y proceder a firmar el formato de dieta de alta, como evidencia de la actividad realizada.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Registro de dieta de alta.	Req 1.	
Formato	Régimen dietético	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Útiles de escritorio

PROVEEDOR	ENTRADA
Médico	Evaluación del paciente

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Médico	Evaluación del paciente	1. Realizar visita médica y según su recuperación dar sus indicaciones médicas.	Médico	Historia clínica	Indicaciones médicas	Paciente
Nutricionista	Coordinación con enfermeras responsables.	2. Coordinar con enfermeras responsables del servicio el ingreso / egreso de paciente con alta.	Nutricionista / Enfermeras	No Aplica	Conformidad de coordinación.	Paciente
Nutricionista	Régimen dietético prescrito	3. Ingresar a la habitación del paciente que ingresa o está de alta, brindar información y consejería nutricional sobre su régimen dietético prescrito.	Nutricionista	Régimen dietético	Conformidad de régimen dietético prescrito	Paciente
Nutricionista	Información de régimen dietético	4. Dar consejería nutricional a los pacientes en condición de alta hospitalaria y/o familiares sobre el régimen dietético, entregando el formato de régimen dietético, en caso de neonatos y pediátricos, la información será dada al familiar responsable.	Nutricionista	Régimen dietético	Conformidad de información de régimen dietético	Paciente
Nutricionista	Evaluación del paciente	5. Evaluar el nivel de entendimiento de la información y comprensión del paciente y familiar a través de preguntas, proceder a firmar el formato de dieta de alta, como evidencia de la actividad realizada.	Nutricionista	Registro de dieta de alta	Comprensión de información de régimen dietético	Paciente

SALIDA	CLIENTE
Comprensión de información de régimen dietético	Paciente

Notas

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lisette Sáenz Cárdenas		Ángelo Eufracio Peña
FECHA	FECHA	FECHA

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	VISITA, EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y MONITOREO		F-LAR-0101	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Realizar la evaluación integral y especializada de las necesidades alimenticias para el paciente hospitalizado, que cubran las necesidades nutricionales y mantener y/o restaurar al paciente un óptimo estado nutricional y de salud.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista
ALCANCE	UPSS de nutrición, Dirección Médica-Quirúrgico, hospitalización y UCI	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Evaluar al paciente hospitalizado e indicar necesidad de evaluación nutricional para dieta adecuada.	FIN	Realizar monitoreo nutricional y registrar en la historia clínica nutricional. (Paciente sin riesgo nutricional)

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica nutricional	Req 1.	
Formato	Evolución y seguimiento dietético	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la Información.		Materiales y equipos de evaluación	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Médico de hospitalización		Evaluación general	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Médico de hospitalización	Evaluación general	1. Evaluar al paciente hospitalizado e indicar necesidad de evaluación nutricional para dieta adecuada.	Médico de hospitalización	Historia clínica	Diagnóstico del paciente	Paciente
Nutricionista	Evaluación del paciente	2. Realizar visita individual del paciente hospitalizado con dieta especializada.	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Régimen de dieta	Paciente
Nutricionista	Valoración nutricional	3. Realizar valoración nutricional aplicando formación de historia clínica nutricional.	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Historia clínica Nutricional	Paciente
Nutricionista	Diagnóstico nutricional	4. Realizar diagnóstico nutricional, determina riesgo nutricional y formular requerimiento del valor calórico total, de acuerdo a sus estado fisiopatológico.	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Requerimiento de valor calórico total.	Paciente
Nutricionista	Monitoreo nutricional al paciente.	5. Realizar monitoreo para efectuar la reevaluación nutricional, aceptabilidad del régimen de acuerdo a las observaciones y calculo nutricional afectados.	Nutricionista	Evolución y seguimiento dietético (Régimen dietético)	Reevaluación nutricional del paciente.	Paciente
Nutricionista	Revaloración nutricional	6. Realizar visita diaria y revaloración nutricional semanal y registrar historia clínica nutricional (Paciente con riesgo nutricional)	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Datos registrados de la revaloración en la historia clínica nutricional.	Paciente
Nutricionista	Monitoreo nutricional al paciente.	7. Realizar monitoreo nutricional y registrar en la historia clínica nutricional. (Paciente sin riesgo nutricional)	Nutricionista	Historia clínica nutricional	Datos registrados del monitoreo nutricional del paciente.	Paciente

SALIDA	CLIENTE
Datos registrados del monitoreo nutricional del paciente.	Paciente
Notas	

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufracio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE INSUMOS		FLAB-01.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Lograr la recepción y almacenamiento de insumos para la elaboración de dietas completas y terapéuticas.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista
ALCANCE	UPSS de nutrición, Administración y logística	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Programar y dosificar las dietas (semanalmente)	FIN	Almacenar los insumos recepcionados por tipo perecibles, no perecibles, según corresponda.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Orden de compra	Req 1.	
Formato	Control de calidad de alimentos	Req 1.	
Formato	Kardex	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipo de cómputo

PROVEEDOR	ENTRADA
Nutricionista	Programación y dosificación

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Nutricionista	Programación y dosificación	1. Programar y dosificar dietas (semanalmente).	Nutricionista	Guía de dietas hospitalarias	Conformidad de programación	Paciente
Nutricionista	Orden de compra	2. Consolidar los insumos por semana (Sólo los días viernes), en el formato de compras, en caso sea una emergencia en la semana, llamar al proveedor solicitando los insumos extras.	Nutricionista	Orden de compra	Conformidad de orden de compra	Nutricionista
Nutricionista	Pedidos solicitados	3. Recepcionar pedido (los sábado) y realizar el control de calidad (peso y estado)	Nutricionista	Formato de control de calidad de alimentos	Conformidad de pedidos solicitados.	Nutricionista
Nutricionista	Pedidos solicitados	4. Registrar el ingreso de los insumos a nutrición.	Nutricionista	Kardex	Conformidad de ingreso de insumos en el kardex.	Nutricionista
Nutricionista	Almacenamiento de insumos	5. Almacenar los insumos por tipo perecibles, no perecibles según corresponda.	Nutricionista	No Aplica	Conformidad de almacenamiento de insumos	Nutricionista

SALIDA	CLIENTE
Conformidad de almacenamiento de insumos	Nutricionista

Notas

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lisette Sáenz Cárdenas		Ángelo Eufracio Peña
FECHA	FECHA	FECHA

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	PLANEAMIENTO, ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DIETAS HOSPITALARIAS		F-LAB-01.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/09/2017	1 de 1	

OBJETIVO	Planificar, velar por la correcta preparación y elaboración de las dietas y distribuirías según lo prescrito.	LÍDER DE SUBPROCESO	Nutricionista
ALCANCE	Área de nutrición y Hospitalización.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar visita médica y dar las indicaciones necesarias con la prescripción dietética.	FIN	Supervisar el servicio de las dietas y realizar el acompañamiento en la distribución, asegurando que sea la correcta.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Parte de dietas	Req 1.	
Formato	Programación de número de dietas	Req 1.	
Formato	Régimen dietético	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	

PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la Información.		Equipo de cómputo	

PROVEEDOR		ENTRADA	
Médico		Indicaciones y prescripción dietética	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Médico	Indicaciones y prescripción dietética.	1. Realizar visita médica y dar las indicaciones necesarias con la prescripción dietética.	Médico	prescripción dietética	Conformidad de indicaciones y prescripción dietética	Paciente
Médico	Parte de dietas	2. Recepcionar el parte de dietas de pacientes de cada área de hospitalización.	Nutricionista	Parte de dietas	Conformidad de recepción	Nutricionista
Nutricionista	Número de dietas	3. Planificar el número de dietas que se van a preparar.	Nutricionista	Programación de dietas	Conformidad de cantidad de dietas.	Personal de nutrición
Personal de nutrición	Preparación de regímenes dietéticos	4. Preparar los regímenes dietéticos según lo programado.	Personal de nutrición	Regímenes dietéticos	Conformidad de preparación	Paciente
Personal de nutrición	Indicaciones sobre las dietas a preparar	5. Elaborar las dietas, siguiendo las indicaciones del nutricionista.	Personal de nutrición	No Aplica	Preparación de dietas	Paciente
Nutricionista	Supervisión en preparaciones dietéticas	6. Supervisar las características organolépticas de las preparaciones dietéticas (sabor, olor, textura y color)	Nutricionista	No Aplica	Conformidad de dietas.	Personal de nutrición
Nutricionista	Supervisión de distribución de dietas	7. Supervisar el servicio de las dietas y realizar el acompañamiento en la distribución, asegurando que sea la correcta.	Nutricionista	No Aplica	Conformidad de distribución de dietas	Paciente

SALIDA		CLIENTE	
Conformidad de distribución de dietas		Paciente	

Notas

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufraio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO
CODIGO
VERSION
ATENCIÓN AL USUARIO PARTICULAR

CP-O-01.01

01

FECHA INICIAL DE VIGENCIA
PÁGINA

13/09/2017

1 de 1

OBJETIVO	Promover la salud bucal preventiva de los pacientes, y los hábitos higiénicos y alimenticios, así como también brindar una atención de calidad.	LÍDER DE SUBPROCESO	Odontóloga
ALCANCE	Paciente, Admisión y Odontología.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Pagar consulta odontológica en admisión.	FIN	Programar en el sistema de citas las fechas correspondientes en el que el paciente volverá.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		Número de atenciones		

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Documento	Historia Clínica dental	Req 1.	
Registro	Hoja de presupuesto	Req 1.	
Registro	Recetario	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de Cómputo , Sistema, Equipos e instrumentos odontológicos

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Dinero en efectivo

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Paciente	Dinero en efectivo	1. Pagar consulta odontológica en admisión.	Paciente	Comprobante de pago	Comprobante de pago por consulta	Admisión
Admisión	Historia clínica dental	2. Rellenar formato de historia clínica del paciente con sus datos.	Admisionista	Historia clínica dental	Conformidad de datos de Historia clínica dental	Paciente
Admisión	Historia clínica dental	3. Entregar al paciente particular su historia clínica y enviarlo a odontología para su evaluación	Admisionista	Historia clínica dental	Conformidad de recepción de historia clínica dental.	Paciente
Paciente	Historia clínica dental	4. Recepcionar la historia clínica del paciente particular y evaluarlo.	Odontóloga	No Aplica	Conformidad de historia clínica odontológica	Odontóloga
Odontóloga	Historia clínica dental rellenada según evaluación	5. Rellenar dos formatos de presupuesto, uno de cargo para el archivo odontológico y el otro entregar al paciente para que pague en caja.	Odontóloga	Hoja de presupuesto	Conformidad de recepción de Hoja de presupuesto	Paciente
Paciente	Hoja de presupuesto	6. Pagar en caja con el formato de presupuesto correspondiente y volver a odontología.	Paciente	Comprobante de pago	Comprobante de pago de tratamiento odontológico.	Admisión
Paciente	Comprobante de pago de tratamiento odontológico.	7. Recepcionar el comprobante de pago y proceder a iniciar tratamiento al paciente particular y entregar recetario si es necesario.	Odontóloga	Comprobante de pago	Conformidad de recepción de comprobante de pago	Odontóloga
Odontóloga	Programación de citas para el tratamiento del paciente.	8. Programar en el sistema de citas las fechas correspondientes en el que el paciente volverá.	Odontóloga	Sistema de citas	Conformidad de citas programadas.	Paciente

SALIDA	CLIENTE
Conformidad de citas programadas	Paciente

Notas

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Lisette Sáenz Cárdenas	María Ángeles Saldivar Hospina	Ángelo Eufracio Peña
FECHA 5/12/2017	FECHA 5/12/2017	FECHA 5/12/2017

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	ATENCIÓN AL USUARIO POR SEGURO SOAT EN ODONTOLÓGIA		CP-O-01.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 2

OBJETIVO	Promover la salud bucal preventiva de los pacientes, promoviendo hábitos higiénicos y alimenticios, así como también brindar una atención de calidad.	LÍDER DE SUBPROCESO	Odontóloga
ALCANCE	Admisión, Paciente Médico, Odontóloga, Aseguradora y Admisión.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Acercarse a Admisión y dar los datos del paciente.	FIN	Realizar un informe detallado del tratamiento del paciente una vez finalizado y enviar a facturación.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		Número de atenciones		

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica dental	Req 1.	
Formato	Recetario	Req 1.	
Formato	Solicitud Rayos X de la clínica	Req 1.	
Formato	Solicitud Rayos X de Neox	Req 1.	
Formato	Solicitud de beneficio	Req 1.	
Formato	Informe médico	Req 1.	

Requisitos Legales	Otras Normas
--------------------	--------------

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de Cómputo , Sistema, Equipos e instrumentos odontológicos

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Datos del paciente por convenio.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Paciente	Datos del paciente por convenio.	1. Acercarse a Admisión y dar los datos del paciente.	Paciente	No Aplica	Conformidad de datos del paciente	Admisión
Admisión	Conformidad de datos del paciente	2. Verificar en el sistema los datos y el convenio del paciente.	Admisionista	Sistema de datos de admisión	Conformidad de datos y tipo de convenio.	Admisión
Médico	Llamada a la odontóloga	3. Llamar y avisar a la odontóloga acerca del estado del paciente.	Médico	No Aplica	Conformidad de recepción de llamada sobre el estado del paciente	Odontóloga
Odontóloga	Recepción de llamada	4. Dirigirse al área donde se encuentra el paciente y proceder a evaluarlo, en caso de que necesite rayos x se entrega la solicitud de rayos x en la historia clínica al médico.	Odontóloga	Historia clínica dental y solicitud de beneficio.	Evaluación del paciente por convenio	Odontóloga
Odontóloga	Solicitud de beneficio	5. Rellenar la solicitud de beneficio y entregar a admisión.	Odontóloga	Solicitud de beneficio	Conformidad de recepción de solicitud de beneficio.	Admisión
Odontóloga	Evaluación del paciente por convenio	6. Realizar un informe de la evaluación con el monto total del tratamiento del paciente y entregar a admisión para que envíen a la aseguradora.	Odontóloga	Informe preliminar de evaluación y solicitud de beneficio.	Conformidad de recepción y envío de informe a la aseguradora correspondiente.	Aseguradora
Admisión	Envío de informe a la aseguradora correspondiente	7. Recepcionar carta de aceptación de la aseguradora.	Admisionista	Carta de aceptación	Carta de aceptación de informe.	Aseguradora

Aseguradora	Carta de aceptación de informe	8. Proceder el tratamiento del paciente, entregar recetario si es necesario y programar en el sistema de citas las fechas correspondientes en el que el paciente volverá.	Odontóloga	Sistema de citas	Conformidad de tratamiento del paciente	Odontóloga
Odontóloga	Informe final de tratamiento realizado.	9. Realizar un informe detallado del tratamiento del paciente una vez finalizado y enviar a facturación.	Odontóloga	Informe médico	Conformidad de recepción de informe final	Facturación
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recepción de informe final.			Facturación			
Notas						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas		Maria Ángeles Saldivar Hospina		Ángelo Eufrazio Peña	
FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	ATENCIÓN AL USUARIO POWER CLUB		CP-O-01.03	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Promover la salud bucal preventiva de los pacientes, promoviendo hábitos higiénicos y alimenticios, así como también brindar una atención de calidad.	LÍDER DE SUBPROCESO	Odontóloga
ALCANCE	Paciente, Admisión, Encargada del Programa Power Club y Odontóloga.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica.
INICIO	Pagar en admisión el paquete Power Club.	FIN	Devolver el fólder a la encargada del programa después de la evaluación al paciente Power Club.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		Número de atenciones		

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
	Hoja de Presupuesto	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de Cómputo , sistema, Equipos e instrumentos odontológicos

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Dinero en efectivo

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Paciente	Dinero en efectivo	1. Pagar en admisión el paquete power club.	Paciente	Comprobante de Pago	Comprobante de Pago.	Admisión
Admisión	Comprobante de Pago	2. Enviar al paciente a la encargada del power club y programar según cronograma su cita.	Admisionista	Sistema de citas	Programación de cita del paciente.	Encargada del Programa Power Club
Encargada del programa Power Club	Programación de cita del paciente	3. Llamar a la odontóloga avisándole la fecha y hora para que cargue al sistema de citas y llevarlo el día de la cita.	Encargada Power Club	Sistema de citas	Conformidad de programación de cita del paciente.	Odontóloga

Encargada del programa Power Club	Folder Power Club con historia clínica general con datos del paciente.	4. Ir a odontología con el paciente llevando su respectiva historia clínica general con los datos del paciente correctamente llenados.	Encargada Power Club	Fólder con Historia Clínica	Conformidad de recepción de folder	Odontóloga
Odontóloga	Evaluación y fuorización del paciente	5. Realizar la evaluación correspondiente al paciente Power Club y entregar el formato de presupuesto según evaluación	Odontóloga	Historia Clínica y Hoja de presupuesto	Conformidad de atención	Paciente
Odontóloga	Folder Power Club con evaluación odontológica rellena.	6. Devolver el fólder a la encargada del programa después de la evaluación al paciente Power Club.	Odontóloga	Folder Power Club	Conformidad de recepción de folder	Encargada del Programa Power Club
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recepción de folder			Encargada del Programa Power Club			
Notas						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas		María Ángeles Saldivar Hospina		Ángelo Eufrazio Peña	
FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017

 CLÍNICA CAYETANO HEREDIA	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	MANEJO DE ATENCIONES		CP-O-02.01	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/09/2017	1 de 1	

OBJETIVO	Mantener un control de atenciones odontológicas mensuales, según el tipo de atención sea convenio, particular o power club.	LÍDER DE SUBPROCESO	Odontóloga
ALCANCE	Paciente, Odontóloga, Director Médico y Tesorería.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Entregar el comprobante de pago a la odontóloga.	FIN	Entregar a tesorería el informe final con el visto bueno del Director Médico

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Formato	Cuaderno de atenciones	Req 1.	
Formato	Hoja membretada	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de Cómputo

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Comprobante de pago

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Paciente	Comprobante de pago	1. Entregar el comprobante de pago a la odontóloga.	Paciente	Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago	Odontóloga
Paciente	Comprobante de pago	2. Recepcionar el comprobante de pago y anotar en el cuaderno de atenciones el código del comprobante.	Odontóloga	Comprobante de pago	Conformidad de datos en el cuaderno de atenciones según comprobante de pago.	Odontóloga
Odontóloga	Conformidad de datos en el cuaderno de atenciones según comprobante de pago	3. Realizar mensualmente un informe de atenciones según el cuaderno indicando sólo el tipo de atención, nombre y fecha.	Odontóloga	Cuaderno de atenciones	Informe de atenciones mensual	Odontóloga

Odontóloga	Informe final de atenciones	4. Entregar el informe final de atenciones en hoja simple al Director Médico para el visto bueno.	Odontóloga	Informe final de atenciones	Visto bueno de informe final de atenciones	Director Médico
Director Médico	Visto bueno de informe final de atenciones	5. Entregar a tesorería el informe final con el visto bueno del Director Médico	Odontóloga	Informe final de atenciones	Conformidad de informe final	Tesorería
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de informe final			Tesorería			
Notas						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas		María Ángeles Saldivar Hospina		Ángelo Eufrazio Peña	
FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	GESTIÓN LOGÍSTICA EN ODONTOLÓGIA		FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			1309/2017	1 de 1

OBJETIVO	Mantener una buena organización, abastecimiento y administración de equipos y materiales en el inventario de Odontología.	LIBRO DE SUBPROCESO	Responsable de logística
ALCANCE	Logística, Odontología	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Entregar el cronograma de requerimiento a la odontóloga	FIN	Recepcionar los pedidos solicitados a logística.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	FRECUENCIA
---	--------	----------------------	-------------	------------

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Cronograma de requerimiento	Req 1.	
Formato	Formato de requerimiento	Req 1.	

Requeritos Legales	Otras Normas
--------------------	--------------

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de Cómpoto


PROVEEDOR	ENTRADA
Encargada de Logística	Cronograma de requerimiento


PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Encargada de Logística	Cronograma de requerimiento	1. Entregar el cronograma de requerimiento a la odontóloga	Encargada de logística	Cronograma de requerimiento	Conformidad de cronograma de requerimiento	Odontóloga
Odontóloga	Formato de requerimiento	2. Entregar a logística el formato de requerimiento relleno según cronograma y especificar si es urgente el requerimiento.	Odontólogo	Formato de requerimiento	Conformidad de formato de requerimiento	Encargado de logística
Encargado de logística	Requerimiento solicitado	3. Enviar los pedidos solicitados a odontología según cronograma de requerimiento.	Encargada de logística	Cronograma de requerimiento	Conformidad de requerimiento solicitado	Encargado de logística
Encargada de Logística	Pedidos solicitados	4. Recepcionar los pedidos solicitados a logística.	Odontólogo	Cuaderno de cargo de logística	Conformidad de pedidos	Odontóloga

SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de pedidos			Odontóloga			

Notas						
-------	--	--	--	--	--	--

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lisette Sáenz Cárdenas		María Ángeles Saldivar Hospina		Ángelo Eufrazio Peña	
FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017	FECHA	5/12/2017

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSIÓN	
		ATENCIÓN EN SERVICIO DE IMÁGENES (RADIOGRAFÍA)		CP-SI01.01	01	
		FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA			
		13/05/2017	1 de 1			
OBJETIVO	Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.	LIDER DE SUBPROCESO	Encargado del área de radiografía.			
ALCANCE	Área de servicios de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica			
INICIO	Saludar cordialmente al usuario y recepcionar su solicitud de rayos x, brindar información general y informar el costo de los exámenes solicitados.	FIN	Crear un archivo excel de los pacientes atendidos en el día por turno, grabar en un CD y entregar a la asistente del médico radiólogo, para su conformidad.			
Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia		
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Comprobante de pago	Req 1.				
Formato	Solicitud de Rayos x	Req 1.				
Formato	Registro de pacientes atendidos en Rayos x.	Req 1.				
Formato	Cuaderno rayos x especiales	Req 1.				
Requisitos Legales		Otras Normas				
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS			
Tecnologías de la información.			Equipos de cómputo, impresora, equipos de toma de rayos x, impresora de toma de placa			
PROVEEDOR			ENTRADA			
Usuario			Solicitud de Rayos x			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Usuario	Solicitud de Rayos x	1. Saludar cordialmente al usuario, recepcionar su solicitud de rayos x, brindar información general y informar el costo de los exámenes solicitados.	Admisión y/o radiólogo	Solicitud de rayos x y Comprobante de pago	Decisión del cliente	Admisión
Usuario	Dinero en efectivo	2. Recepcionar el pago de las radiografías solicitadas, entregar el comprobante de pago y enviar al usuario al área de toma de placa según lo solicitado (ecografía, Radiografía, Tomografía)	Admisionista	Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago.	Usuario
Usuario	Solicitud de Rayos x y comprobante de pago	3. Recepcionar la orden o solicitud de rayos x firmado con el comprobante de pago respectivo sea paciente particular o convenio.	radiólogo	Solicitud de rayos x y Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago y solicitud de rayos x firmado.	Radiólogo
Radiólogo	Registro de pacientes atendidos	4. Registrar todos los usuarios del día en el cuaderno de pacientes atendidos en rayos x y los procedimientos realizados se anota en el cuaderno de rayos x especiales.	radiólogo	Cuaderno de pacientes atendidos en rayos x / cuaderno de rayos x especiales.	Conformidad de datos de pacientes en el cuaderno.	Radiólogo
Radiólogo	Archivo con datos de los pacientes atendidos.	5. Crear un archivo excel de los pacientes atendidos en el día por turno, grabar en un CD y entregar a la asistente del médico radiólogo, para su conformidad.	radiólogo	No Aplica	Conformidad de recepción de informe de CD enviado.	Radiólogo
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recepción de informe de CD enviado.			Radiólogo			
Notas						
ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufraasio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA		

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION	
		TOMA DE IMAGEN RADIOGRÁFICA		OP-SI-01.02	01	
				FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA	
				13/05/2017	1 de 1	
OBJETIVO	Brindar una buena y rápida atención al usuario en el área de toma de imagen radiográfica, dándoles las respectivas indicaciones según el tipo de examen solicitado.	LIDER DE SUBPROCESO	Responsable de toma de imagen radiográfica			
ALCANCE	Área de servicio de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA	Manual de procedimientos de radiografía			
INICIO	Llamar y enviar al usuario al área de toma de placa correspondiente, identificando el tipo de examen a realizar.	FIN	Entregar placa de rayos x y el informe de resultados al usuario.			
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia		
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Solicitud de rayos X	Req 1.				
Formato	Comprobante de pago	Req 1.				
Formato	Resultados radiográficos.	Req 1.				
Formato	Cuaderno de pacientes atendidos	Req 1.				
Requisitos Legales		Otras Normas				
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS			
Tecnologías de la información.			Equipos de cómputo, impresora, equipos de toma de rayos x, impresora de toma de placa			
PROVEEDOR			ENTRADA			
Radiólogo			Solicitud de Rayos x y comprobante de pago			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Radiólogo	Solicitud de rayos X y comprobante de pago	1. Llamar y enviar al usuario al área de toma de placa correspondiente, identificando el tipo de examen a realizar.	radiólogo	Solicitud de rayos x y comprobante de pago	Explicar el examen a realizar y dar las indicaciones generales.	Usuario
Radiólogo	Indicaciones al usuario según tipo de examen que solicite.	2. Dar las indicaciones al usuario sobre el tipo de examen que se realizará según los solicitados.	radiólogo	Solicitud de rayos x	Conformidad de indicaciones sobre el tipo de examen solicitado.	Usuario
Radiólogo	Indicaciones para la toma de imagen radiográfica al usuario	3. Dar las indicaciones necesarias al usuario para la respectiva toma de imagen radiográfica (posición).	radiólogo	Solicitud de rayos x	Conformidad de indicaciones para la toma de imagen radiográfica.	Usuario
Radiólogo	Programación de solicitud de rayos x en la computadora	4. Programar en la computadora la orden de rayos x solicitada, previa verificación de la solicitud y el comprobante de pago.	radiólogo	Solicitud de rayos x	Conformidad de programación de solicitud de rayos x	radiólogo
Usuario	Obtención de imagen de rayos x del usuario.	5. Proceder a tomar la imagen radiográfica.	radiólogo	Imagen radiográfica	Conformidad de imagen radiográfica.	radiólogo
Radiólogo	Toma de placa del usuario	6. Avisar e indicar al usuario que espere para la entrega de su radiografía sólo si es particular, en caso sea convenio explicar al usuario que los técnicos de enfermería o asistentes recogen los resultados.	radiólogo	Resultados entregados	Conformidad de placa del usuario.	Usuario
Radiólogo	Imagen radiográfica obtenida	7. Editar la imagen radiográfica tomada, imprimir y rotular el sobre de rayos x	radiólogo	Rotulación de sobres de Rayos x	Conformidad de imagen radiográfica.	Usuario
Radiólogo	Placa y informe	8. Entregar placa de rayos x y el informe de resultados al usuario.	radiólogo	Cuaderno de pacientes atendidos	Conformidad de placa de rayos x y informe de resultados.	Usuario
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de placa de rayos x y informe de resultados			Usuario			
Notas						
ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR		
Lissette Saenz Cárdenas				Angelo Eufreacio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA		

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO	CÓDIGO CP-SI-02.01	VERSION 01
	ATENCIÓN EN SERVICIO DE IMÁGENES (MAMOGRAFÍA)	FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/08/2017	PÁGINA 1 de 1

OBJETIVO	Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.	LIDER DE SUBPROCESO	Responsable de Mamografía
ALCANCE	Área de servicios de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA	Manual de procedimientos
INICIO	Ir al área de mamografía directamente del consultorio en que se encuentre para coordinar cita, o Admisión envía a los pacientes directamente al área de mamografía.	FIN	Entregar los resultados a los pacientes.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Formato	Solicitud de examen de rayos x	Req 1.	
Formato	Cuaderno de atenciones de mamografía, Cronograma de turno	Req 1.	
Formato	Cronograma de turno	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--


PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, impresora, equipo mamográfico, impresora de imágenes mamográficas.

PROVEEDOR	ENTRADA
Admisión o usuario	Solicitud de toma de placa

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Admisión o usuario	Solicitud de toma de placa.	1. Ir al área de mamografía directamente del consultorio en que se encuentre para coordinar cita, o Admisión envía a los pacientes directamente al área de mamografía.	Usuario o Admisionista	Solicitud de toma de placa	Conformidad de solicitud de toma de placa.	Usuario
Encargado del área de tomografía de tomografía	Coordinación de día de la cita.	2. Coordinar con el joven encargado directamente del área para ver el turno de la licenciada de mamografía y coordinar el día, en caso sea convenio coordinar el día según sea su convenio.	Usuario y radiólogo	Cronograma de turno	Conformidad de cita	Usuario
Radiólogo	Solicitud de toma de placa y comprobante de pago	3. Recepcionar la orden o solicitud de rayos x firmado con el comprobante de pago respectivo sea paciente particular o convenio.	radiólogo	Solicitud de toma de placa y comprobante de pago	Conformidad de solicitud de toma de placa y comprobante de pago.	Radiólogo
Radiólogo	Coordinación con el paciente	4. Avisar al paciente desde que llega para la toma de imagen mamografica que espere un momento (aprox. 30 min) en lo que encienden el equipo.	radiólogo	No Aplica	Conformidad del paciente	Usuario
Radiólogo	Toma de imagen respectiva.	5. Enviar al usuario al área de toma de imagen correspondiente, dar las indicaciones respectivas y obtener la imagen.	radiólogo	No Aplica	Conformidad de toma de imagen	Radiólogo
Radiólogo	Datos y antecedentes del paciente.	6. Preguntar los datos al paciente referente a sus antecedentes, después de realizar el procedimiento y avisarle que los resultados se entregarán al día siguiente a partir de las 5pm.	radiólogo	Cuaderno de atenciones de mamografía	Conformidad de datos y antecedentes del paciente.	Radiólogo
Radiólogo	Imagen mamográfica obtenida	7. Revelar y rotular la placa con nombre, edad y fecha de toma de imagen de la paciente.	radiólogo	Placas rotuladas	Conformidad de rotulación	Radiólogo
Radiólogo	Pacientes atendidos en el día	8. Escribir en el cuaderno de mamografía todos los datos del paciente.	radiólogo	Cuaderno de atenciones de mamografía	Conformidad de pacientes atendidos en el día	Usuario

Radiólogo	Placas radiográficas.	9. Entregar las placas de los usuarios a la asistente del médico radiólogo para la realización del informe respectivo.	radiólogo	sobre con fecha de entrega, turno y cantidad de placas enviadas.	Conformidad de recepción de placas (sobre en fecha, turno y cantidad)	Asistente de médico radiólogo
Asistente de médico radiólogo	Placas y informe mamográfico	10. Entregar al área las placas y el informe mamográfico.	radiólogo	lista de placas entregadas con nombre de los pacientes atendidos.	Conformidad de recepción de placas y informe mamográfico.	Radiólogo
Radiólogo	Resultados e imagen mamográfica validada.	11. Entregar los resultados a los pacientes	radiólogo	Cuaderno de cargo y sello de control de entrega	Conformidad de recepción de correo	Usuario
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de recepción de correo			Usuario			
Notas						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufraclio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	REALIZACIÓN DE INFORMES RADIOGRÁFICA Y MAMOGRÁFICA		CP-SI-03.01	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 1

OBJETIVO	Estandarizar los criterios técnicos para la selección, preparación y ejecución de los exámenes radiográficos simples.	LIDER DE SUBPROCESO	Responsable de radiología
ALCANCE	Área de servicio de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Entregar las placas de los usuarios a la asistente del médico radiólogo para la realización de los informes.	FIN	Crear un archivo excel con todos los datos anotados en el cuaderno de pacientes atendidos en rayos x.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO
Formato	Cargo de entrega de informes	Req 1.
Formato	Informe de diagnóstico.	Req 1.
Requisitos Legales		Otras Normas

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Radiólogo	Informes de rayos x

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Radiólogo	Placas radiográficas	1. Entregar las placas de los usuarios a la asistente del médico radiólogo para la realización de los informes.	radiólogo	lista de placas entregadas con nombre y tipo de examen realizado	Placas de usuarios con sus informes respectivos.	Asistente del médico radiólogo
Asistente de médico radiólogo	Informes de rayos x	2. Recepcionar y clasificar los informes de rayos x que son particulares, convenio o soat.	radiólogo	informes de rayos x	Clasificación de informes de rayos x por tipo de paciente.	radiólogo
Radiólogo	Clasificación de informes de rayos x por tipo de paciente.	3. Rotular y verificar los datos de los informes de pacientes soat y convenio, y entregar la hoja de cargo al área de archivo.	radiólogo	Cargo de entrega	Conformidad de hoja de cargo.	Encargado de archivo
Archivos	Cargo de entrega de informes	4. Archivar los cargos de entrega en el área de rayos x, previamente firmados por el encargado de archivos	encargado de archivo	Cargo de entrega	Conformidad de cargos de entrega firmados.	radiólogo
Radiólogo	Placas y informes	5. Archivar las placas y informes de los pacientes por convenio y soat, en caso los doctores o sus asistentes deseen verlos, se les entregará a ellos o a los pacientes previo DNI original (si el paciente lo solicita).	radiólogo	DNI original	Conformidad de placas e informes prestados.	Doctores o pacientes

Radiólogo	Cuaderno de pacientes atendidos en rayos x.	6. Crear y realizar un archivo excel con todos los datos anotados en el cuaderno de pacientes atendidos en rayos x.	radiólogo	Cuaderno de pacientes atendidos en rayos x	Conformidad de datos en el archivo	radiólogo
SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de datos en el archivo			Radiólogo			
Notas						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufrazio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	DENSITOMETRÍA		CP-SI-04.03	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
	13/09/2017	1 de 1		

OBJETIVO	Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.	LIDER DE SUBPROCESO	Responsable de densitometría
ALCANCE	Área de servicios de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Saludar cordialmente y recepcionar la indicación o solicitud del médico tratante, y dar las indicaciones correspondientes según el tipo de examen al paciente (Densitometría ósea periférica, Densitometría Total y Densitometría especial).	FIN	Entregar el resultado al paciente y dar cordial despedida.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia


DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Solicitud de examen	Req 1.	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Formato	Cuaderno de atenciones	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, impresora, equipo de densitometría	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Usuario		Solicitud de examen	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Usuario	Solicitud de examen	1. Saludar cordialmente y recepcionar la solicitud del médico tratante, y dar las indicaciones correspondientes según el tipo de examen al paciente (Densitometría ósea periférica, Densitometría Total y Densitometría especial).	Radiólogo	Solicitud de examen	Conformidad de indicaciones	Usuario
Radiólogo	Verificación de solicitud y tipo de paciente	2. Verificar el costo, el pedido, quien solicita el examen y el tipo de paciente (Convenio o Particular)	Radiólogo	Sistema	Conformidad de verificación	Usuario
Radiólogo	Datos del paciente	3. Registrar en el sistema los datos del paciente (Tipo de atención, fecha, Nombres y Apellidos, edad, N° de boleta de pago y Monto del examen solicitado)	Radiólogo	Sistema	Conformidad de datos del paciente en el sistema	Radiólogo
Radiólogo	Paciente	4. Pesarse y medir al paciente.	Radiólogo	No Aplica	Peso y talla del paciente	Radiólogo
Radiólogo	Calibración del equipo	5. Calibrar el equipo antes del examen.	Radiólogo	No Aplica	Equipo calibrado	Radiólogo
Radiólogo	Paciente	6. Dar las indicaciones generales y el tipo de vestimenta que debe ponerse el paciente. (Bata).	Radiólogo	Solicitud de examen	Conformidad de indicaciones	Usuario
Radiólogo	Paciente	7. Posicionar al paciente según tipo de examen y de acuerdo al protocolo. (30 min)	Radiólogo	Solicitud de examen	Conformidad de indicaciones	Usuario

Radiólogo	Registro de pacientes atendidos	8. Registrar todos los datos en el cuaderno de atención.	Radiólogo	Cuaderno de atención	Conformidad de datos de pacientes en el cuaderno.	Radiólogo
Radiólogo	Resultados de examen obtenido	9. Indicar al paciente que espere aproximadamente unos 5 minutos para sus resultados.	Radiólogo	No Aplica	Conformidad del paciente	Usuario
Radiólogo	Resultado del examen	10. Imprimir y firmar el resultado del paciente.	Radiólogo	No aplica	Resultado de examen firmado	Usuario
Radiólogo	Resultado del examen firmado	11. Entregar el resultado al paciente y dar cordial despedida.	Radiólogo	Resultado de examen	Conformidad de resultados	Usuario

SALIDA		CLIENTE	
Conformidad de resultados		Usuario	
Notas			

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas				Ángelo Eufracio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO CP-ACE-01.01	VERSION 1.0
	ATENCIÓN AL CLIENTE PARTICULAR		FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/06/2017	PÁGINA 1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Emergencia, Archivos, Procesos y Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia


DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Formato	Código de pago	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual de turnos	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, impresora	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Jefe de Admisión		Plan anual de trabajo	

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTE
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	DNI del Usuario	H	3. Saludar cordialmente al Usuario y solicitar su DNI.	Admisionista CCH	DNI del paciente / Sistema	Conformidad del DNI del usuario	Admisionista CCH
Admisionista CCH	DNI del Usuario	H	4. Identificar si el Usuario es particular o convenio.	Admisionista CCH	Sistema	Verificación de datos del usuario en el sistema	Usuario
Admisionista CCH	Verificación de datos del usuario en el sistema	H	5. Identificar en el sistema las atenciones, si en caso es particular y el usuario ya ha recibido alguna atención en la clínica.	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de atenciones en el sistema	Admisionista CCH
Usuario	Registro de datos	H	6. Registrar los datos del usuario en el sistema, en caso no este registrado en el sistema.	Admisionista CCH	Datos del paciente en el sistema	Conformidad de datos del usuario	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Conformidad de datos y atención del usuario	H	7. Imprimir la ficha del usuario (Historia Clínica), en caso sea la primera atención del paciente.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Ficha del usuario	Usuario
Admisionista CCH	Código de pago según atención requerida	H	8. Entregar el código de pago e indicar al usuario que tiene que acercarse a caja con ese código a pagar el monto correspondiente, y posteriormente acercarse a emergencia.	Admisionista CCH	Código de pago	Comprobante de pago	Usuario
Admisionista CCH	Historia Clínica del usuario	H	9. Entregar la historia clínica del usuario a la enfermera o doctor de emergencia	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de la historia clínica	Enfermera de emergencia

Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	10. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	11. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	12. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP relleno	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	13. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltanmala			Dr. Angelo Eufrazio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA			

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO	CÓDIGO CP-ACE-01.02	VERSION 1.0
	CONVENIO SCTR (EMERGENCIA)	FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/09/2017	PÁGINA 1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de admisión
ALCANCE	Admisión, Aseguradora, Usuario, Procesos y Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Ficha de declaración de accidente de trabajo	Req 1.	
Formato	Reporte	Req 1.	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual de turnos	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PRVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTE
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	Ficha de declaración de accidente de trabajo	H	3. Saludar cordialmente al Usuario y Solicitar la "Ficha de declaración de accidente de trabajo", en caso no haya traído el usuario la ficha se le proporciona en módulo (Explicar al usuario que tiene que regularizar)	Admisionista CCH	Ficha de declaración de accidente de trabajo	Conformidad de ficha de declaración de accidente de trabajo	Admisionista CCH
Usuario	Ficha de declaración de accidente de trabajo	H	4. Verificar que todos los campos estén correctamente rellenos.	Admisionista CCH	Ficha de declaración de accidente de trabajo	Conformidad de ficha de declaración de accidente de trabajo	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Reporte del usuario	H	5. Realizar el reporte dependiendo del seguro (Datos de la empresa, RUC, datos del afectado y qué es lo que ocurrió)	Admisionista CCH	Reporte	Conformidad de datos del reporte	Usuario
Aseguradora	Pase de la aseguradora para la cobertura	H	6. Esperar que la aseguradora de el pase, para pasar la cobertura.	Admisionista CCH	No Aplica	Cobertura	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Registro de datos del usuario	H	7. Registrar los datos del usuario al sistema y las observaciones. (Código de llamada y datos del personal call)	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de datos del usuario en el sistema y las observaciones.	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Hoja de reporte y Historia Clínica	H	8. Realizar la hoja de Reporte / Historia Clínica	Admisionista CCH	Reporte / Historia Clínica	Conformidad de reporte e Historia Clínica	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia Clínica del Usuario	H	9. Imprimir la ficha correspondiente del usuario.	Admisionista CCH	Ficha del usuario (Historia Clínica)	Historia Clínica del Usuario	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Indicaciones sobre cobertura del paciente	H	10. Indicar al Médico de emergencia, la cobertura del paciente, y entregar la historia clínica - atención	Admisionista CCH	Cobertura del paciente	Conformidad de indicaciones	Médico de emergencia

Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	11. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	12. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	13. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formulo SACP rellenado	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	14. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltanmala		Dr. Ángel Eufraclio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	SOAT (EMERGENCIA)		CP-ACE/01/03	1.0
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PAGINA
			13/09/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Emergencia, Hospitalización, Aseguradora, Usuario.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia


DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Carta de garantía	Req 1.	
Formato	Plan Anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación Anual de turnos	Req 1.	

Requisitos Legales	Otras Normas		
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, sistema, impresora	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Jefe de Admisión		Plan Anual de trabajo	

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTE
Jefe de Admisión	Plan Anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan Anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación Anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Admisionista CCH	Realización del reporte del usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario y realizar el reporte a la aseguradora.	Admisionista CCH	Reporte	Reporte enviado a la aseguradora	Aseguradora
Admisionista CCH	Generación de la Historia Clínica	H	4. Generar la historia clínica y entregar al doctor.	Médico de emergencia	Historia Clínica	Conformidad de Historia Clínica	Usuario
Usuario	Solicitud de exámenes	H	5. Determinar si es atención ambulatoria y entregar orden para cargar a la cuenta con especialista.	Médico de emergencia	Historia Clínica / Orden	Diagnóstico del paciente	Admisionista CCH
Médico de emergencia	Historia Clínica con tipo de atención	H	6. Recepcionar la historia clínica del médico de emergencia (indicaciones para la atención)	Admisionista CCH	Historia clínica	Conformidad de historia clínica con el tipo de atención	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia Clínica con tipo de atención	H	7. Realizar la interconsulta según especialidad requerida.	Admisionista CCH	Historia clínica	Interconsulta con el médico especialista	Usuario

Admisionista CCH	Historia Clínica con tipo de atención	H	8. Cargar los honorarios correspondientes y derivar al consultorio según especialidad.	Admisionista CCH	Sistema	Honorarios cargados y usuario derivado al consultorio del médico especialista	Usuario
Aseguradora	Médico auditor de aseguradora	H	9. Saludar cordialmente y recibir al médico auditor de la aseguradora.	Admisionista CCH	No Aplica	Documentación del usuario	Admisionista CCH
Responsable de hospitalización	Evaluación de historia clínica	H	10. Realizar la evaluación de la historia clínica en piso, sólo en caso sea hospitalización.	Médico auditor de aseguradora	Historia Clínica	Conformidad de evaluación de historia clínica	Médico auditor de la aseguradora
Médico auditor de la aseguradora	Carta de garantía	H	11. Realizar carta de garantía del usuario y entregar en el módulo de admisión.	Médico auditor de aseguradora	Carta de garantía	Conformidad de recepción de carta de garantía	Admisionista CCH
Aseguradora	Carta de garantía	H	12. Recepcionar carta de garantía.	Admisionista CCH	Carta de garantía	Conformidad de recepción	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	13. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	14. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	15. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP rellenado	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	16. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltanmala		Dr. Angelo Eufraclio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	CONVENIO EPS		CP.ACE-01.04	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/09/2017	1 de 2	

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de admisión
ALCANCE	Admisión, Médico tratante, Usuario	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Reporte	Req 1.	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual de turnos	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--


PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PNVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	DNI del Usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario y solicitar su DNI	Admisionista CCH	DNI del paciente / Sistema	Verificación de datos del usuario en el sistema	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Verificación de datos del usuario en el sistema	H	4. Identificar en el SITEDS al usuario.	Admisionista CCH	SITEDS	Conformidad de verificación	Usuario
Admisionista CCH	Cobertura del usuario	H	5. Imprimir la cobertura (emergencia médica - Accidente).	Admisionista CCH	Hoja de cobertura	Cobertura del paciente impresa	Usuario
Admisionista CCH	Generación de atención	H	6. Generar el recibo de la atención correspondiente.	Admisionista CCH	Recibo de atención	Recibo de atención	Usuario
Admisionista CCH	Ficha de atención	H	7. Entregar la ficha de atención al Médico tratante, en caso el paciente primero haya pasado por emergencia, si el paciente viene de frente de consultorio ya no es necesario entregar ficha de atención.	Admisionista CCH	Ficha de atención	Conformidad de recepción de médico tratante	Médico tratante
Médico tratante	Evaluación del Usuario	H	8. Evaluar al usuario.	Médico tratante	Historia Clínica	Informe médico / Historia Clínica	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	9. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos

Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	10. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	11. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP relleno	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	12. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Pallanmala		Dr. Angelo Eufraquio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	SALUD POL REFERENCIA POR EMERGENCIA		CP-ACE-01.05	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PAGINA
			13/09/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Procesos, Referencia y Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Hoja de referencia	Req 1.	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	

Requisitos Legales	Otras Normas
---------------------------	--------------

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Teologías de la información.	Equipos de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Responsable de referencia	Coordinación de referido con emergencia o encargada de Salud Pol	H	3. Llamar a emergencia para coordinar o llamar a la encargada de salud pol y coordina con "orden de emergencia" el especialista a atender (ambulancia o hospitalaria)	Responsable de referencia	No Aplica	Conformidad de coordinación	Usuario referido
Familiar del paciente	Hoja de referencia	H	4. Solicitar al familiar del paciente su hoja de referencia.	Admisionista CCH	Hoja de referencia	Conformidad de hoja de referencia	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Registro en el sistema	H	5. Registrar al paciente por su afiliación correspondiente.	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de registro	Usuario referido

Médico general o especialidad	Evaluación y revisión del Usuario referido	H	6. Recibir la atención correspondiente	Usuario referido	Historia Clínica	Conformidad de evaluación	Usuario referido
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	7. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	8. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	9. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP relleno	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	10. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltañmala			Dr. Ángel Eufraclio Peña		
FECHA	FECHA		FECHA				
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión		FIN		realizados		
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador			Responsable	Frecuencia	
DOCUMENTACIÓN				REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Historia Clínica			Req 1.			
Formato	Código de pago			Req 1.			
Formato	Plan anual de trabajo			Req 1.			
Formato	Programación anual			Req 1.			
Formato	Acta de reunión			Req 1.			
Requisitos Legales				Otras Normas			
PROCESOS DE SOPORTE				RECURSOS			
Tecnologías de la información.				Equipos de cómputo, impresora			
PROVEEDOR				ENTRADA			
Jefe de Admisión				Plan anual de trabajo			
PROVEEDOR	ENTRADA	PRVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	DNI del usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario y solicitar su DNI.	Admisionista CCH	DNI del usuario	Conformidad de recepción del DNI del paciente	Admisionista CCH

Admisionista CCH	DNI del Usuario	H	4. Identificar en el sistema si el usuario es particular o convenio.	Admisionista CCH	Sistema	Verificación de datos del usuario en el sistema	Usuario
Usuario	Datos del usuario	H	5. Registrar los datos del usuario si es primera atención, de no ser primera atención sólo se actualiza los datos.	Admisionista CCH	Datos del usuario en el sistema	Conformidad de datos del usuario	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia Clínica	H	6. Imprimir historia clínica de atención y entregar al usuario	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de recepción de historia clínica	Usuario
Admisionista CCH	Código de pago e indicaciones	H	7. Entregar código de pago al usuario, enviar a caja e indicarle que después de pagar se acerque al consultorio solicitado.	Admisionista CCH	Código de pago	Conformidad de indicaciones y código de pago	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	8. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	10. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP relleno	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	11. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditora Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditora Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltanmala			Ángelo Eufrazio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA			

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	SCTR (AMBULATORIO)		CP-AGA-02.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Usuario, Archivos, Consultorio especialidad, Procesos, Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Ficha SCTR	Req 1.	
Formato	Ficha Siteds	Req 1.	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	

Requisitos Legales	LEY N° 27408 - Atención preferente a las mujeres embarazadas, niñas y niños, adultos mayores, en lugares de atención al público.	Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	DNI del usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario y solicitar su DNI y su ficha de SCTR para su atención.	Admisionista CCH	DNI del usuario / Ficha SCTR	Conformidad de ficha SCTR y DNI del usuario	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Verificación y validación en el sistema	H	4. Validar en el Siteds si esta vigente e imprimir, en caso no este vigente actualizar en el sistema.	Admisionista CCH	Siteds cliente	Conformidad de validación	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Ficha Siteds	H	5. Adjuntar la ficha Siteds en la atención.	Admisionista CCH	Ficha siteds	Conformidad de documentación	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Solicitud de historia clínica	H	6. Solicitar la Historia Clínica mediante el sistema al área de archivos.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Solicitud de historia clínica recepcionada	Asistente de Archivos
Admisionista CCH	Indicaciones generales	H	7. Indicar al usuario que se acerque al consultorio solicitado.	Admisionista CCH	No aplica	Conformidad de indicaciones	Usuario
Admisionista CCH	Hoja de atención	H	8. Recoger atención (ficha de hoja siteds)	Asistente de archivos	Ficha siteds	Conformidad de hoja de atención	Asistente de archivos

Asistente de archivos	Historia Clínica completa	H	9. Llevar y entregar en consultorio solicitado.	Asistente de archivos	Historia Clínica completa	Conformidad de recepción de historia clínica completa	Médico especialidad
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	10. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	11. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	12. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP rellenado	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	13. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditora Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditora Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Saenz Cárdenas		Laura Zárate Paitanmala		Ángelo Eufraclio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	ATENCIÓN AL CLIENTE (CONVENIO EPS POR CONSULTORIO Y MÉDICO GENERAL)		CPACAL-02.03	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/06/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Emergencia, Archivos, Usuario, Procesos y Auditoría Interna.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Formato	Hoja siteds (Ficha de atención)	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	


PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, impresora	

PROVEEDOR		ENTRADA	
Jefe de Admisión		Plan Anual de trabajo	

PROVEEDOR	ENTRADA	PRVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	DNI del Usuario	H	3. Saludar cordialmente al Usuario y solicitar su DNI.	Admisionista CCH	DNI del paciente / Sistema	Conformidad del DNI del paciente	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Verificación de datos y seguro del usuario	H	4. Identificar que seguro tiene el usuario, en caso sea una atención por convenio.	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de verificación	Usuario
Admisionista CCH	Ingreso al sistema "siteds cliente"	H	5. Ingresar al SITEDS CLIENTE e imprimir la ficha (Hoja SITEDS).	Admisionista CCH	Hoja Siteds	Hoja siteds	Admisionista CCH

Admisionista CCH	Historia Clínica y cobertura de usuario	H	6. Generar la hoja del usuario y la cobertura mediante cuenta corriente, en caso sea primera atención e imprimir la historia clínica, si no es primera atención generar su ficha de consulta externa.	Admisionista CCH	Cuenta corriente / Historia Clínica / Ficha de consulta externa	Conformidad de historia clínica y cobertura del usuario	Usuario
Admisionista CCH	Generación del código	H	7. Generar el código de pago.	Admisionista CCH	Código	Código generado	Usuario
Admisionista CCH	Comprobante de pago	H	8. Imprimir el recibo correspondiente, de acuerdo a la consulta requerida.	Admisionista CCH	Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago	Usuario
Admisionista CCH	Número de cuenta corriente	H	9. Dar al paciente el número de cuenta para que pague en caja (Pago en Módulo de Admisión)	Admisionista CCH	Número de cuenta	Conformidad de número de cuenta	Usuario
Admisionista CCH	Indicaciones	H	10. Indicar al usuario que debe acercarse al consultorio correspondiente, en caso sea la atención en consultorio, si no enviar al área de emergencia y despedirse cordialmente.	Admisionista CCH	Comprobante de pago	Conformidad de indicaciones dadas.	Usuario
Admisionista CCH	Mensaje enviado a archivos mediante el sistema	H	11. Avisar mediante el sistema al Área de Archivos que pueden recoger la historia clínica del paciente, para que lo lleve al consultorio correspondiente, sólo en caso sea la atención en consultorio.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de Historia clínica	Asistente de archivos
Admisionista CCH	Ficha de atención e historia clínica	H	12. Adjuntar la ficha de atención y entregar al doctor, en caso sea atención general.	Asistente de archivos	Ficha de atención	Conformidad de documentación	Médico general
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	13. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	14. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	15. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP rellenado	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	16. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditora Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditora Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paitanmata		Ángelo Eufraclio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VER BION
	SOAT (ATENCIÓN AMBULATORIA)		GP-AGA-02.04	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/05/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieren los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Aseguradora, Médico de emergencia, Usuario, Procesos y Auditoría Interna.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Reporte	Req 1.	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Lista de pacientes hospitalizados por SOAT	Req 1.	
Formato	Carta de garantía	Req 1.	
Formato	Recibo de atención	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--


PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PIVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Médico general	Indicación médica	H	3.Recepcionar la indicación médica.	Admisionista CCH	Indicación médica	Confrmidad de recepción	Admisionista CCH
Usuario	Solicitud de atención	H	4. Tramitar las atenciones ambulatorias.	Admisionista CCH	Sistema	Trámite de atención ambulatoria	Admisionista CCH
Usuario	Preparación del presupuesto	H	5. Armar el presupuesto según atenciones requeridas.	Admisionista CCH	Presupuesto	Presupuesto de atención ambulatoria	Admisionista CCH
Usuario	Preparación de la	H	6. Preparar la documentación que requiere la	Admisionista	Documentación /	Documentación completa	Admisionista
Aseguradora	Carta de garantía en digital	H	8. Recepcionar respuesta dentro de 24 a 48 horas (aseguradora envía carta de garantía en digital, el paciente llama para confirmar la llegada de carta de garantía)	Admisionista CCH	Carta de garantía	Conformidad de recepción de correo	Admisionista CCH (encargada de cartas de garantía soat)
Usuario	DNI del usuario	H	9. Saludar cordialmente al usuario, solicitar DNI y verificar en el sistema.	Admisionista CCH	DNI del usuario	Conformidad de recepción del DNI del paciente	Admisionista CCH
Usuario	Cita según especialidad requerida	H	10. Generar cita de especialidad requerida, con la carta de garantía.	Admisionista CCH	No aplica	Conformidad de generación de cita	Usuario

Admisionista CCH	Registro de atención	H	11. Registrar atención, hacer firmar el recibo al paciente y despedirse cordialmente.	Admisionista CCH	Recibo de atención	Conformidad de registro y firma del paciente	Usuario
Asistente de archivos	Solicitud de historia clínica	H	12. Solicitar la historia clínica a Archivos para que lo lleven al consultorio solicitado, en caso sea primera atención se le entrega al paciente la historia.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Historia Clínica del paciente	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	13. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	14. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	15. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP rellenado	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	16. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditora Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditora Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltanmala		Dr. Ángelo Eufraído Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	SALUD POL AMBULATORIA		CP-ACA-02.05	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Paciente, Admisión, Archivos, Procesos y Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
---	--------	----------------------	-------------	------------


DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Comprobante de pago	Req 1.	
Formato	Declaración Jurada	Req 1.	
Formato	Orden médica	Req 1.	
Formato	Carta de garantía	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
--------------------	--	--------------	--


PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Paciente	DNI del paciente	H	3. Saludar cordialmente al usuario y solicitar su DNI.	Admisionista CCH	DNI del paciente	DNI del paciente	Admisionista CCH
Paciente	Ingreso al sistema	H	4. Validar los datos del usuario en el sistema y registrarlos. (Generar cuenta corriente por cada atención)	Admisionista CCH	Sistema	Validación de datos del usuario en el sistema	Admisionista CCH
Salud Pol	Cartas de garantía recepcionadas de Salud Pol.	H	5. Buscar en el Archivador de salud pol la Carta de Garantía del paciente.	Admisionista CCH	Carta de garantía	Conformidad de Carta de garantía	Paciente
Admisionista CCH	Declaración Jurada	H	6. Hacer firmar al paciente la declaración jurada respectiva.	Admisionista CCH	Declaración Jurada	Declaración Jurada firmada	Paciente
Admisionista CCH	Historia Clínica e indicación	H	9. Entregar historia clínica e indicar al paciente que se acerque al consultorio respectivo, en caso sea primera atención, de no serlo sólo indicar al paciente.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de recepción e indicación	Paciente
Admisionista CCH	Historia Clínica	H	10. Llamar a Archivos para que recojan la historia clínica del paciente y lo lleven al consultorio correspondiente, en caso no sea primera atención.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de Historia Clínica	Archivos

Médico general	Ordenes médica	H	11. Indicar al paciente de solicitar exámenes auxiliares o procedimientos médicos debe volver a tramitar otra carta en la aseguradora, con sus respectivas órdenes médicas.	Admisionista CCH	Orden médica	Conformidad de recepción	Salud Pol
Médico especialista	Resultados	H	12. Proceder a la lectura de resultados.(los pacientes tienen 7 días hábiles para la lectura de resultados realizados fuera de la clínica)	Admisionista CCH	Resultados	Conformidad de resultados	Paciente
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	13. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	14. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	15. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP rellenado	Personal de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	16. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditora Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditora Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zarate Paltanmala			Dr. Angelo Eufrazio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA			
		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO				CÓDIGO	VERSION
		SOAT				CP-ACH-03.01	01
						FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
				13/09/2017		1 de 2	
OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.			LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión		
ALCANCE	Admisión, Aseguradora, Médico de emergencia, Usuario, Procesos y Auditoría Interna			REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica		
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.			FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.		
Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador		Responsable	Frecuencia		
DOCUMENTACIÓN				REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Reporte			Req 1.			
Formato	Historia Clínica			Req 1.			
Formato	Lista de pacientes hospitalizados por SOAT			Req 1.			
Formato	Plan anual de trabajo			Req 1.			
Formato	Programación anual			Req 1.			
Requisitos Legales				Otras Normas			
PROCESOS DE SOPORTE				RECURSOS			
Tecnologías de la información.				Equipos de cómputo, impresora			
PROVEEDOR				ENTRADA			
Jefe de Admisión				Plan anual de trabajo			

PROVEEDOR	ENTRADA	PRVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Admisionista CCH	Realización del reporte del usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario, pedir los documentos del SOAT y realizar el reporte a la aseguradora (Enviar mediante correo dependiendo de la aseguradora, si se envía en ese momento o terminando la atención al usuario)	Admisionista CCH	Reporte	Reporte enviado a la aseguradora	Aseguradora
Admisionista CCH	Generación de la historia clínica	H	4. Generar la historia Clínica y entregar al doctor.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de historia clínica	Usuario
Médico de emergencia	Historia Clínica con tipo de atención	H	5. Recepcionar la historia clínica del médico de emergencia (indicación para atención)	Admisionista CCH	Historia Clínica	Conformidad de historia clínica con tipo de atención	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia clínica con tipo de atención	H	6. Realizar la interconsulta según especialidad requerida.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Interconsulta con el médico especialista	Usuario
Admisionista CCH	Historia Clínica con tipo de atención	H	7. Cargar los honorarios correspondientes y derivar al consultorio según especialidad.	Admisionista CCH	Sistema	Honorarios cargados y usuario derivado al consultorio del médico especialista	Usuario
Aseguradora	Médico Auditor de aseguradora (Rimac-Positiva)	H	8. Recibir y saludar cordialmente al médico auditor de la aseguradora, en caso el paciente se encuentre hospitalizado.	Admisionista CCH	No Aplica	Documentación del Usuario	Admisionista CCH
Responsable de hospitalización	Evaluación de historia clínica	H	9. Realizar la evaluación de la historia clínica en piso.	Médico auditor de Aseguradora	Historia Clínica	Conformidad de evaluación de historia clínica	Médico Auditor de aseguradora
Médico Auditor de Aseguradora	Carta de garantía	H	10. Realizar carta de garantía del usuario y entregar en el módulo de admisión.	Médico auditor de Aseguradora	Carta de garantía	Conformidad de recepción de carta de garantía	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Lista de pacientes hospitalizados por SOAT	H	11. Monitorear diariamente que pacientes están hospitalizados por SOAT, el saldo de las atenciones que no supere los s/20,250.	Admisionista CCH	Sistema (Lista de pacientes hospitalizados por SOAT)	Monitoreo de pacientes hospitalizados	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Aviso a las diferentes áreas	H	12. Comunicar a las áreas de Finanzas, Dirección Médica y Administración, cuando el monto sea de S/.12,000.	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de aviso	Finanzas / Dirección Médica / Administración
Admisionista CCH	Actualización de cuenta de pacientes en el área de UCI	H	13. Actualizar la cuenta, en el área de UCI a primera hora (Diariamente), en caso sea fines de semana o feriados se actualizará el primer día hábil.	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de actualización de cuentas	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	14. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	15. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	16. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP rellenado	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	17. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltanmala			Dr. Ángelo Eufracto Peña		
FECHA		FECHA		FECHA			

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO	CÓDIGO CP-ACH-03.02	VERSIÓN 01
	HOSPITALIZACIÓN PARTICULAR	FECHA INICIAL DE VIGENCIA 13/09/2017	PÁGINA 1 de 1

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Usuario, Procesos y Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Control de procedimientos y cuenta corriente	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, impresora	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Jefe de Admisión		Plan anual de trabajo	

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Admisionista CCH	DNI del usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario y doctor y solicitar DNI del usuario.	Admisionista CCH	DNI del usuario	Conformidad de recepción	Usuario
Admisionista CCH	Verificación de datos en el sistema	H	4. Verificar en el sistema los datos del paciente, en caso este registrado el paciente se considera de clínica, si es primera atención de la clínica se considera paciente privado y se entrega código de pago, sólo se crea cuenta corriente (la ficha solo lo entrega la asistente o técnica)	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de verificación	Usuario
Admisionista CCH	Generación de cuenta corriente	H	5. Imprimir ficha de cuenta corriente (Cambian la cobertura, según tipo de paciente).	Admisionista CCH	Formato de control de procedimientos y cuenta corriente	Conformidad de cuenta corriente	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	6. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	7. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	8. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP relleno	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	9. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paltañmala		Dr. Ángel Eufrazio Peña	
FECHA		FECHA		FECHA	

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Admisión, Aseguradora, Emergencia, Médico especialista, Logística, Procesos y Auditoría Interna.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
--	--------	----------------------	-------------	------------

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
---------------	--	------------------------------	--

Formato	Ficha de declaración de accidente de trabajo	Req 1.
Formato	Historia Clínica	Req 1.
Formato	Orden de materiales	Req 1.
Formato	Informe médico	Req 1.
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.
Formato	Programación anual	Req 1.

Requisitos Legales		Otras Normas
---------------------------	--	---------------------

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
---------------------	----------

Tecnologías de la información.

Equipos de cómputo, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
-----------	---------

Jefe de Admisión

Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PHVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
-----------	---------	------	-----------	--------	---------	---------	---------

Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	Ficha de declaración de accidente de trabajo	H	3. Saludar cordialmente al Usuario y Solicitar la "Ficha de declaración de accidente de trabajo", en caso no haya traído el usuario la ficha se le proporciona en módulo (Explicar al usuario que tiene que regularizar)	Admisionista CCH	Ficha de declaración de accidente de trabajo	Conformidad de ficha de declaración de accidente de trabajo	Admisionista CCH
Usuario	Ficha de declaración de accidente de trabajo	H	4. Verificar que todos los campos esten correctamente rellenados.	Admisionista CCH	Ficha de declaración de accidente de trabajo	Conformidad de ficha de declaración de accidente de trabajo	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Reporte del usuario	H	5. Realizar el reporte dependiendo del seguro (Datos de la empresa, RUC, datos del afectado y qué es lo que ocurrió)	Admisionista CCH	Reporte	Conformidad de datos del reporte	Usuario
Aseguradora	Pase de la aseguradora para la cobertura	H	6. Esperar que la aseguradora de el pase, para pasar la cobertura.	Admisionista CCH	No Aplica	Cobertura	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Registro de datos del usuario	H	7. Registrar los datos del usuario al sistema y las observaciones. (Código de llamada y datos del personal call)	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de datos del usuario en el sistema y las observaciones.	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Hoja de reporte y Historia Clínica	H	8. Realizar la hoja de Reporte / Historia Clínica	Admisionista CCH	Reporte / Historia Clínica	Conformidad de reporte e Historia Clínica	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia Clínica del Usuario	H	9. Imprimir la ficha correspondiente del usuario.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Historia Clínica del Usuario	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Historia Clínica del Usuario	H	10. Entregar la Historia Clínica al familiar y se le envía al área de emergencia, en caso no haya nadie acompañando al usuario, la admisionista le acompañará al área de emergencia con la historia clínica respectiva.	Admisionista CCH	Historia Clínica	Atención del usuario en el área de emergencia	Usuario

Admisionista CCH	Indicaciones sobre cobertura del paciente	H	11. Indicar al Doctor de turno, la cobertura del paciente.	Admisionista CCH	Cobertura del paciente	Conformidad de indicaciones	Médico general
Médico general	Evaluación y diagnóstico del paciente	H	12. Requerir hospitalización, según su evaluación y diagnóstico del paciente.	Médico general	Diagnóstico del paciente	Hospitalización del paciente	Paciente
Médico general	Diagnóstico del paciente	H	13. Realizar interconsulta con especialista según diagnóstico del paciente.	Médico general	Historia Clínica	Interconsulta recepcionada	Médico especialista
Médico especialista	Orden de materiales e informe médico	H	14. Entregar orden de materiales y el informe médico.	Médico especialista	Orden de materiales / Informe médico	Conformidad de recepción de orden de materiales e informe médico	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Correo enviado al área de logística	H	15. Enviar al área de logística los materiales solicitados mediante correo, para la cotización necesaria.	Admisionista CCH	Correo electrónico	Cotización de materiales solicitados	Jefe de Logística
Jefe de Logística	Cotización de materiales solicitados	H	16. Enviar la cotización requerida a admisión.	Jefe de Logística	Correo electrónico	Conformidad de recepción de cotización de materiales solicitados	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Presupuesto y trámite	H	17. Enviar presupuesto y trámite a la aseguradora.	Admisionista CCH	Correo con presupuesto y trámite	Conformidad de recepción de correo	Aseguradora
Aseguradora	Carta de garantía	H	18. Recepcionar carta de garantía, máximo en 48 horas	Admisionista CCH	Carta de garantía	Conformidad de recepción de carta de garantía	Admisionista CCH
Encargado de logística	Correo solicitando materiales requeridos	H	19. Hacer el pedido de materiales al área de logística.	Admisionista CCH	Correo	Conformidad de recepción de pedidos	Usuario
Admisionista CCH	Materiales requeridos	H	20. Comunicar al médico general de hospitalización para su programación del usuario.	Admisionista CCH	No Aplica	Coordinación con el usuario (Fecha y hora de cita)	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	21. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	22. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	23. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP rellenado	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	24. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							
ELABORADOR			REVISOR			APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas			Laura Zárate Pattanmala			Dr. Ángel Eufraeto Peña	
FECHA		FECHA		FECHA			

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	HOSPITALIZACIÓN EPS		CP-ACH-03.04	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
			13/09/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Usuario, Admisión, Aseguradora, Hospitalización, Logística, Emergencia, Procesos y Auditoría Interna.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO
Formato	Historia Clínica	Req 1.
Formato	Ficha de atención del SITEDS	Req 1.
Formato	Orden de materiales	Req 1.
Formato	Informe médico	Req 1.
Formato	Solicitud de materiales	Req 1.
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.
Formato	Programación anual	Req 1.

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información.	Equipos de cómputo, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo

PROVEEDOR	ENTRADA	PIVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	DNI del Usuario	H	3. Saludar cordialmente al usuario y solicitar su DNI	Admisionista CCH	DNI del paciente / Sistema	Verificación de datos del usuario en el sistema	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Datos del paciente	H	4. Validar los datos del paciente e imprimir hoja SITEDS, según cobertura.	Admisionista CCH	Ficha de atención del Siteds	Conformidad de datos del paciente	Usuario
Admisionista CCH	Registro de datos del usuario	H	5. Registrar los datos del usuario al sistema y las observaciones (Si hospitaliza).	Admisionista CCH	Sistema	Conformidad de datos del usuario en el sistema y las observaciones	Admisionista CCH
Médico general	Evaluación y diagnóstico del paciente	H	6. Indicar hospitalización y realizar la interconsulta - Médico especialista.	Médico general	Informe médico / Solicitud de materiales	Informe médico y solicitud de materiales	Admisionista CCH
Médico de Hospitalización	Cotización de materiales	H	7. Comunicar al encargado de logística los materiales requeridos para la cotización necesaria una vez que la aseguradora responde.	Jefe de Logística	Cotización de materiales	Cotización realizada	Médico de hospitalización
Jefe de Logística	Cotización de materiales solicitados	H	8. Enviar la cotización requerida a admisión.	Jefe de Logística	Correo electrónico	Conformidad de recepción de cotización de materiales solicitados	Admisionista CCH

Admisionista CCH	Presupuesto y trámite	H	9. Enviar presupuesto y trámite a la aseguradora	Admisionista CCH	Correo con presupuesto y trámite	Conformidad de recepción de correo	Aseguradora
Responsable de cartas de garantía de Aseguradora	Recepción de cartas de garantía	H	10. Recepcionar la carta de garantía máximo en 48 horas, en caso hubiera observaciones puede demorar 72 horas.	Admisionista CCH	Carta de garantía	Conformidad de	Admisionista CCH
Jefe de Logística	Coordinación de llegada de materiales cotizados.	H	11. Comunicar al médico de hospitalización la fecha y hora de llegada de materiales.	Jefe de Logística	No Aplica	Conformidad de coordinación de llegada de materiales.	Médico de hospitalización
Médico general	Comunicación al médico hospitalización - médico general	H	12. Comunicar al médico tratante la llegada de materiales - programación.	Médico general	No Aplica	Conformidad de coordinación de llegada de materiales.	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	13. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	14. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	15. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Admisionista CCH	Correo	Formato SACP relleno	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	16. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Lissette Sáenz Cárdenas		Laura Zárate Paitanmala			Dr. Angelo Eutracio Peña		
FECHA		FECHA		FECHA			

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO	CÓDIGO	VERSION
	PRESUPUESTO POR CONSULTA AMBULATORIA (SOAT)	CÓDIGO DE PROCESO	01
		CÓDIGO DE VIGENCIA	PÁGINA
		0000007	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad en las diferentes especialidades que requieran los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Usuario, Admisión, Aseguradora, Procesos y Auditoría Interna.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición (Seguimiento)	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Presupuesto	Req 1.	
Formato	Receta médica	Req 1.	
Formato	Historia Clínica	Req 1.	
Formato	Carta de garantía	Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.	
Formato	Programación anual	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, impresora	
PROVEEDOR		ENTRADA	
Jefe de Admisión		Plan anual de trabajo	

PROVEEDOR	ENTRADA	PIVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	I*	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	I*	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	Receta médica	H	3. Recepcionar receta médica.	Admisionista CCH	Receta médica	Conformidad de recepción de receta médica	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Receta médica	H	4. Realizar el presupuesto según receta médica (Actividad finaliza en caso sea RIMAC, APOCAI)	Admisionista CCH	Presupuesto / Receta médica	Presupuesto	Aseguradora
Admisionista CCH	Presupuesto	H	5. Tramitar el presupuesto 3 días antes (Sólo días hábiles)	Admisionista CCH	Presupuesto / Receta médica	Conformidad de presupuesto realizado	Aseguradora
Admisionista CCH	Presupuesto	H	6. Enviar documentación escaneada por correo a la aseguradora para el trámite respectivo (Receta, presupuesto y historia clínica del paciente)	Admisionista CCH	Receta médica / Presupuesto / Historia clínica	Correo con documentación adjunta	Aseguradora
Admisionista CCH	Historia Clínica	H	7. Registrar información de paciente en el archivo excel de Registro de cartas.	Admisionista CCH	Registro de cartas	Conformidad de registro de información	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Respuesta al correo	H	8. Recepcionar correo y descargar carta de garantía emitida. (Aprox. 48 horas)	Admisionista CCH	Carta de garantía	Carta de garantía	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Impresión de carta	H	9. Imprimir la carta de garantía.	Admisionista CCH	Carta de garantía	Conformidad de carta de garantía impresa	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Carta de garantía / Receta médica / Presupuesto	H	10. Adjuntar a la carta de garantía, la receta médica y el presupuesto y archivar correspondientemente.	Admisionista CCH	Carta de garantía / Receta médica / Presupuesto	Conformidad de documentación	Admisionista CCH

Admisionista CCH	Generación de atención en el sistema	H	11. Generar atención en cita programada.	Admisionista CCH	Sistema SITEDS	Conformidad de generación de cita	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	12. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	13. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	14. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP rellonado	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	15. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							


ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sierra Cordero		Luzmila García Infante		Angeles Estrella Pérez	
FECHA		FECHA		FECHA	

 CLÍNICA CAYETANO HEREDIA	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	PRESUPUESTOS POR CIRUGÍA PROGRAMADA (SOAT)		CAPOH/02/01	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/04/2017	1 de 2	

OBJETIVO	Brindar una atención eficiente y de calidad, en las diferentes especialidades que requieren los usuarios.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Usuario, Médico, Admisión, Aseguradora, Procesos y Auditoría Interna.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.

Parámetro de Control Medición (Seguimiento)	CÓDIGO	Nombre del indicador	Responsable	Frecuencia
DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO		
Formato	Informe médico		Req 1.	
Formato	Receta médica		Req 1.	
Formato	Presupuesto		Req 1.	
Formato	Carta de garantía		Req 1.	
Formato	Horario de médico tratante		Req 1.	
Formato	Plan anual de trabajo		Req 1.	
Formato	Programación anual		Req 1.	
Requerimientos Legales		Otras Normas		
PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS		
Tecnologías de la información.		Equipos de cómputo, impresora		
PROVEEDOR		ENTRADA		
Jefe de Admisión		Plan anual de trabajo		


PROVEEDOR	ENTRADA	PRIMA	ACTIVIDAD	PUESTO	CUN / HDL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Usuario	Evaluación del Usuario	H	3. Pasar consulta médica	Usuario	Evaluación y diagnóstico	Diagnóstico del usuario	Usuario
Médico	Diagnóstico del usuario	H	4. Indicar en el informe médico todo lo necesario para el procedimiento.	Médico	Informe médico	Informe médico	Usuario
Usuario	Informe y receta médica	H	5. Entregar el informe y la receta médica a admisión.	Médico	Informe médico / Receta médica	Conformidad de recepción de informe y receta médica	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Informe médico	H	6. Elaborar presupuesto según informe médico del paciente.	Admisionista CCH	Presupuesto / Informe Médico	Presupuesto	Usuario
Admisionista CCH	Presupuesto	H	7. Enviar correo adjuntando el presupuesto e informe médico, para el trámite respectivo.	Admisionista CCH	Correo / Presupuesto / Informe médico	Correo con presupuesto e informe médico adjuntado	Aseguradora
Aseguradora	Envío de correo con carta de garantía	H	8. Enviar respuesta al correo remitido de la clínica en 48 horas.	Admisionista CCH	Correo / Carta de garantía	Conformidad de recepción de correo con carta de garantía	Admisionista CCH
Aseguradora	Conformidad de recepción de correo con carta de garantía	H	9. Descargar carta de garantía remitida por la aseguradora.	Admisionista CCH	Carta de garantía	Carta de garantía descargada	Admisionista CCH
Admisionista CCH	Carta de Garantía	H	10. Subir al archivo excel de cartas de garantía los datos de la misma.	Admisionista CCH	Carta de garantía /	Conformidad de datos en el archivo excel	Usuario
Admisionista CCH	Carta de Garantía	H	11. Adjuntar a la carta de garantía, la receta médica y el presupuesto.	Admisionista CCH	Carta de garantía	Documentación adjuntada en la carta de garantía	Usuario
Admisionista CCH	Carta de Garantía con documentación adjuntada	H	12. Guardar la carta de garantía con documentación adjuntada en el archivador correspondiente.	Admisionista CCH	Archivador de cartas de garantía	Carta de garantía con documentación adjuntada en el archivador correspondiente	Admisionista CCH
Médico tratante	Coordinación de fechas para la cita	H	13. Coordinar y programar cita con médico tratante.	Usuario	Horario de médico tratante	Programación de cita	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	14. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	15. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	16. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP rellenado	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	17. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna
SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							
ELABORADOR		REVISOR			APROBADOR		
Luzmila Sáenz Cárdenas		Leury Zárate Hernández			Dr. Angelo Esteban Pons		
FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION		
		QUEJAS Y RECLAMOS		CP-QR-01.01	01		
				FECHA REVISIÓN DE VIGENCIA	PÁGINA		
				13/09/2017	1 de 2		
OBJETIVO	Gestionar las quejas y reclamos de manera oportuna, confidencial y objetiva, con el fin de garantizar la mejora en las actividades desarrolladas de acuerdo con la normalidad vigente.	LÍDER DE SUBPROCESO	Jefe de admisión				
ALCANCE	Admisión, Usuario, Procesos y Auditoría Interna	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica				
INICIO	Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	FIN	Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.				
Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia			
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO				
Formato	Libro de reclamaciones	Req 1.					
Formato	Plan anual de trabajo	Req 1.					
Formato	Programación anual	Req 1.					
Requisitos Legales		Obras Normas					
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS				
Tecnologías de la información.			Equipos de cómputo, impresora				
PROVEEDOR			ENTRADA				
Jefe de Admisión			Plan anual de trabajo				
PROVEEDOR	ENTRADA	PRIMA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	P	1. Realizar el plan anual de trabajo del personal de Admisión.	Jefe de Admisión	Plan anual de trabajo	Conformidad de plan anual de trabajo	Personal de Admisión
Jefe de Admisión	Programación anual de turnos	P	2. Realizar la programación anual de turnos de personal de Admisión	Jefe de Admisión	Programación anual	Conformidad de programación de turnos	Personal de Admisión
Admisionista CCH	Paciente comunica el inconveniente suscitado	H	3. Saludar cordialmente al usuario y preguntar que inconveniente tuvo el usuario.	Admisionista CCH	No Aplica	Solución al inconveniente suscitado	Usuario
Admisionista CCH	Solución al inconveniente suscitado	H	4. Buscar la mejor solución al inconveniente y preguntar al usuario si está de acuerdo con ella.	Admisionista CCH	No Aplica	Conformidad del paciente	Usuario
Admisionista CCH	Libro de reclamaciones	H	5. Solicitar el libro de reclamaciones de la clínica, en caso no este de acuerdo el usuario con la solución propuesta.	Usuario	Libro de reclamaciones	Conformidad de recepción de libro de reclamaciones	Usuario
Usuario	Libro de reclamaciones	H	6. Escribir la queja y firmar el libro de reclamaciones.	Usuario	Libro de reclamaciones	Firma correspondiente en el libro de reclamaciones	Usuario
Admisionista CCH	Indicación del tiempo de descargo del reclamo	H	7. Comunicar al usuario que el descargo será después de los 30 días hábiles.	Admisionista CCH	Libro de reclamaciones	Conformidad de indicación del descargo	Usuario
Admisionista CCH	Copia del reclamo	H	8. Firmar, sellar como recibido y entregar el original del reclamo correspondiente.	Admisionista CCH	Libro de reclamaciones	Conformidad de recepción de copia del reclamo correspondiente.	Usuario
Especialista de Procesos y Riesgos	Base datos de indicadores de Admisión	V	9. Elaborar indicadores de resultados correspondientes al área.	Especialista de Procesos y Riesgos	Revisión de Formatos	Indicadores de Resultados de gestión	Especialista de Procesos y Riesgos

Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	V	10. Programar reunión de revisión de indicadores e informar resultados de gestión.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Acta de Reunión	Jefe de Admisión
Especialista de Procesos y Riesgos	Indicadores de Resultados de gestión	A	11. Coordinar con la oficina de Procesos para las acciones de mejora correspondientes.	Jefe de Admisión	Correo	Formato SACP relleno	Admisionista CCH
Especialista de Procesos y Riesgos	Planes de acción	A	12. Informar al área de Auditoría los acuerdos realizados.	Especialista de Procesos y Riesgos	Registro de Acta	Planes de Acción	Auditoría Interna

SALIDA				CLIENTE			
Planes de Acción				Auditoría Interna			
Notas							

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Lucero Zárate Partemala		Ángela Estrada Irujo	
FECHA		FECHA		FECHA	

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CODIGO	VERSION
	ATENCIÓN AL USUARIO PARTICULAR EN GINECOLOGÍA		CP-01-01	01
			FECHA INICIAL DE VICENCIA	PAGINA
			13/05/2017	1 de 2

OBJETIVO	Brindar una buena y rápida atención de calidad al usuario en el área de ginecología, dándole las respectivas indicaciones según el tipo de examen solicitado.	LÍDER DE SUBPROCESO	Ginecóloga
ALCANCE	Área de Ginecología	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Pagar consulta odontológica en admisión.	FIN	Rellenar la historia clínica con la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la paciente, y entregar a la asistente las historias clínicas.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia
		Número de atenciones en el mes	Ginecóloga	Mensual

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formatos	Comprobante de pago	Req 1.	
	Historia clínica	Req 1.	
	Solicitud de cardiología / Ecografía	Req 1.	
	Solicitud de análisis de laboratorio (riesgos-ecografía)	Req 1.	

Requisitos Legales		Otras Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESOS DE SOPORTE		RECURSOS	
Tecnologías de la Información.		Equipo de cómputo, sistema, impresora	

PROVEEDOR		ENTRADA	
Paciente		Dinero en efectivo	

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Paciente	Dinero en efectivo	1. Pagar consulta ginecológica en admisión.	Paciente	Comprobante de pago	Comprobante de pago por consulta o evaluación	Admisión

Admisión	Comprobante de pago / Historia clínica	2. Rellenar y entregar al usuario su historia clínica y enviar al área de ginecología para su consulta o evaluación.	Admisionista	Comprobante de pago / Historia clínica	Recepción de historia clínica y comprobante de pago.	Usuario
Paciente	Historia clínica	3. Recepcionar la historia clínica del paciente, tomar las funciones vitales (peso y talla) y rellenar la historia clínica.	Asistente de ginecología	Historia clínica	Historia clínica rellenada	Ginecóloga
Asistente de ginecología	Historia clínica	4. Entrar con la paciente al área donde se realiza la evaluación, entregar a la ginecóloga la historia clínica del usuario y asistir a la doctora en caso sea necesario.	Asistente de ginecología	Historia clínica	Historia clínica rellenada	Paciente
Paciente	Historia clínica	5. Rellenar la historia clínica del paciente.	Ginecóloga	Historia clínica	Historia clínica rellenada	Ginecóloga
Ginecóloga	Explicación de exámenes	6. Explicar al paciente sobre el examen físico (examen ginecológico, examen de mamas, examen de tiroides y examen de abdomen).	Ginecóloga	Historia clínica	Conformidad de explicación	Paciente
Ginecóloga	Indicaciones para la evaluación	7. Enviar al paciente a que se cambie para la evaluación.	Ginecóloga	Historia clínica	Conformidad de indicaciones de la ginecóloga.	Paciente
Ginecóloga	Historia clínica	8. Evaluar al paciente para cada examen.	Ginecóloga	Historia clínica	Resultados de evaluación	Paciente
Ginecóloga	Resultados de evaluación	9. Realizar el diagnóstico y solicitar exámenes auxiliares (ecografía, mamografía, densitometría, laboratorio, papanicolaou, colposcopia, pre Cx, riesgo Cx)	Ginecóloga	Historia clínica	Diagnóstico de los exámenes	Paciente
Ginecóloga	Orden de exámenes auxiliares	10. Entregar la orden al usuario (solicitud de análisis, solicitud cardiología / ecografía)	Ginecóloga	Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Recepción de orden de exámenes	Paciente
Asistente de ginecología	Estado del consultorio	11. Limpiar el consultorio una vez terminada la evaluación.	Asistente de ginecología	No Aplica	Conformidad de limpieza de consultorio	Paciente / área de ginecología
Paciente	Orden de exámenes auxiliares	12. Realizar los exámenes correspondientes según lo solicitado.	Paciente	Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Resultados de exámenes auxiliares	Ginecóloga
Paciente	Resultados de exámenes auxiliares	13. Volver al consultorio ginecológico con los resultados de los exámenes.	Paciente	Resultados de Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Recepción de resultados de exámenes auxiliares	Ginecóloga
Ginecóloga	Resultados de exámenes auxiliares	14. Evaluar, diagnosticar y dar tratamiento de los resultados, en caso sea necesario se programa cirugías a los usuarios.	Ginecóloga	Resultados de Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Diagnóstico y tratamiento del paciente.	Paciente
Ginecóloga	Diagnóstico y tratamiento del paciente.	15. Rellenar la historia clínica con la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la paciente, y entregar a la asistente las historias clínicas.	Ginecóloga	Historia clínica	Historia clínica con evaluación, diagnóstico y tratamiento.	Asistente de ginecología
BALIDA			CLIENTE			
Historia clínica con evaluación, diagnóstico y tratamiento.			Asistente de ginecología			
Notas						
*Se debería realizar colposcopia, prueba de ácido xilico y testshiller.						

ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Lissette Sáenz Cárdenas		Dra. Stephanie Rodríguez G.		Ángelo Eufrosio Peña	
FECHA	8/12/2017	FECHA	8/12/2017	FECHA	8/12/2017

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION
	ATENCIÓN AL USUARIO POR CONVENIO EN GINECOLOGÍA		CP-GH-01.02	01
			FECHA INICIAL DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/09/2017	1 de 2	

OBJETIVO	Brindar una buena y rápida atención de calidad al usuario en el área de ginecología, dándole las respectivas indicaciones según el tipo de examen solicitado por el usuario.	LIDER DE SUBPROCESO	Ginecóloga
ALCANCE	Área de Ginecología	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Dar los datos del paciente en admisión.	FIN	Llamar al área de archivo para devolver la historia clínica solicitada del paciente por convenio.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formatos	Comprobante de pago	Req 1.	
	Historia clínica	Req 1.	
	Solicitud de cardiología / Ecografía	Req 1.	
	Solicitud de análisis de laboratorio (riesgos-ecografía)	Req 1.	
Requisitos Legales		Otras Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipo de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Dinero en efectivo

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	Cliente
Paciente	Dinero en efectivo	1. Dar los datos del paciente en Admisión.	Paciente	Comprobante de pago	Comprobante de pago por consulta o evaluación	Admisión
Admisión	Llamada al encargado del área de archivos	2. Llamar al área de archivo para solicitar la historia clínica del paciente por convenio.	Admisionista	No Aplica	Conformidad de recepción de llamada	Encargado del área de archivo
Paciente	Historia clínica	3. Recepcionar la historia clínica del paciente, tomar las funciones vitales (peso y talla) y rellenar la historia clínica.	Asistente de ginecología	Historia clínica	Historia clínica rellena	Ginecóloga
Asistente de ginecología	Historia clínica	4. Entrar con la paciente al área donde se realiza la evaluación, entregar a la ginecóloga la historia clínica del usuario y asistir a la doctora en caso sea necesario.	Asistente de ginecología	Historia clínica	Historia clínica rellena	Paciente
Paciente	Historia clínica	5. Rellenar la historia clínica del paciente.	Ginecóloga	Historia clínica	Historia clínica rellena	Ginecóloga
Ginecóloga	Explicación de exámenes	6. Explicar al paciente sobre el examen físico (examen ginecológico, examen de mamas, examen de tiroides y examen de abdomen).	Ginecóloga	Historia clínica	Conformidad de explicación	Paciente
Ginecóloga	Indicaciones para la evaluación	7. Enviar al paciente a que se cambie para la evaluación.	Ginecóloga	Historia clínica	Conformidad de indicaciones de la ginecóloga.	Paciente
Ginecóloga	Historia clínica	8. Evaluar al paciente para cada examen.	Ginecóloga	Historia clínica	Resultados de evaluación	Paciente
Ginecóloga	Resultados de evaluación	9. Realizar el diagnóstico y solicitar exámenes auxiliares (ecografía, mamografía, densitometría, laboratorio, papanicolaou, colposcopia, pre Qx, riesgo Qx)	Ginecóloga	Historia clínica	Diagnóstico de los exámenes	Paciente
Ginecóloga	Orden de exámenes auxiliares	10. Entregar la orden al usuario (solicitud de análisis, solicitud cardiología / ecografía)	Ginecóloga	Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Recepción de orden de exámenes	Paciente
Asistente de ginecología	Estado del consultorio	11. Limpiar el consultorio una vez terminada la evaluación.	Asistente de ginecología	No Aplica	Conformidad de limpieza de consultorio	Paciente / área de ginecología

Paciente	Orden de exámenes auxiliares	12. Realizar los exámenes correspondientes según lo solicitado.	Paciente	Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Resultados de exámenes auxiliares	Ginecóloga
Paciente	Resultados de exámenes auxiliares	13. Volver al consultorio ginecológico con los resultados de los exámenes.	Paciente	Resultados de Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Recepción de resultados de exámenes auxiliares	Ginecóloga
Ginecóloga	Resultados de exámenes auxiliares	14. Evaluar, diagnosticar y dar tratamiento de los resultados, en caso sea necesario se programa cirugías a los usuarios.	Ginecóloga	Resultados de Solicitud de análisis / Solicitud cardiología - ecografía	Diagnóstico y tratamiento del paciente.	Paciente
Ginecóloga	Diagnóstico y tratamiento del paciente.	15. Rellenar la historia clínica con la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la paciente, y entregar a la asistente de historia clínica.	Ginecóloga	Historia clínica	Historia clínica con evaluación, diagnóstico y tratamiento	Asistente de ginecología

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSIÓN
	ATENCIÓN AL USUARIO POR EMERGENCIA EN GINECOLOGÍA		02020103	01
			ECC/INARCUE/DC	PÁGINA
			0000017	1 de 1

OBJETIVO	Brindar una buena y rápida atención de calidad al usuario en el área de ginecología, dándole las respectivas indicaciones según el tipo de examen solicitado por el usuario.	LIBER DE SUBPROCESO	Ginecóloga
ALCANCE	Admisión, Médico y Ginecóloga	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
INICIO	Acceso a Admisión y dar los datos del paciente.	FIN	Recepcionar la respuesta de la aseguradora del informe médico enviado.

Parámetro de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUISITOS DE DESARROLLO	
Formato	Historia clínica	Req 1.	
Formato	Solicitud cardiología / ecografía	Req 1.	
Formato	Solicitud de análisis de laboratorio (riesgo-ecografía)	Req 1.	
Formato	Informe médico	Req 1.	

Requisitos Legales		Otros Normas	
---------------------------	--	---------------------	--

PROCESO DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipo de cómputo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Datos del paciente por convenio

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
-----------	---------	-----------	--------	---------	---------	----------

Paciente	Datos del paciente por convenio.	1. Dar los datos del paciente en Admisión.	Paciente	No Aplica	Conformidad de datos del paciente	Admisión
----------	----------------------------------	--	----------	-----------	-----------------------------------	----------

Admisión	Conformidad de datos del paciente	2. Verificar en el sistema los datos y el convenio del paciente.	Admisiónista	Sistema de datos de admisión	Conformidad de datos y tipo de convenio.	Admisión
----------	-----------------------------------	--	--------------	------------------------------	--	----------

Médico	Llamada a la ginecóloga	4. Llamar y avisar a la ginecóloga acerca del estado del paciente sea día o noche (Ginecóloga se acerca a la clínica al llamado en cualquier horario)	Médico	No Aplica	Conformidad de recepción de llamada sobre el estado del paciente	Ginecóloga
--------	-------------------------	---	--------	-----------	--	------------


Ginecóloga	Recepción de llamada	5. Dirigirse al área donde se encuentra el paciente y proceder a evaluarlo, en caso de que se requiera solicite exámenes.	Ginecóloga	Historia clínica	Evaluación del paciente por convenio	Ginecóloga
------------	----------------------	---	------------	------------------	--------------------------------------	------------

Admisión	aseguradora correspondiente	desarrollo en tratamiento que se realizará con el monto correspondiente.	Admisiónista	Informe médico	recepcionar informe médico	Aseguradora
----------	-----------------------------	--	--------------	----------------	----------------------------	-------------

Paciente	Informe médico	9. Tramitar el informe médico en la aseguradora correspondiente.	Paciente	Informe médico	Conformidad de trámite	Admisiónista
----------	----------------	--	----------	----------------	------------------------	--------------

Paciente	Informe final de tratamiento realizado.	10. Recepcionar la respuesta de la aseguradora del informe médico enviado.	Ginecóloga	Carta de aceptación	Conformidad de carta de aceptación	Admisiónista
----------	---	--	------------	---------------------	------------------------------------	--------------

SALIDA			CLIENTE			
Conformidad de carta de aceptación			Admisiónista			

		CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO		CÓDIGO	VERSION	
		MANEJO DE ATENCIONES		OP-GR-0231	01	
				FECHA REVISIÓN DE VIGENCIA	PÁGINA	
				01/03/2017	1 de 1	
OBJETIVO	Mantener el control de atenciones ginecológicas cuádrimestrales, según el tipo de atención, ya sea pacientes particulares o por convenio.	LÍDER DE SUBPROCESO	Ginecóloga			
ALCANCE	Recursos Humanos y Ginecología	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica			
INICIO	Entregar el comprobante de pago a la Ginecóloga.	FIN	Entregar el informe final de atenciones a la responsable de recursos humanos.			
Ítem de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia		
DOCUMENTACIÓN			REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO			
Formato	Comprobante de pago	Req 5.				
Formato	Hoja membretada	Req 5.				
Requerimientos Legales		Otros Normas				
PROCESOS DE SOPORTE			RECURSOS			
Tecnologías de la información.			Equipo de cómputo, impresora			
PREVEEDOR			ENTRADA			
Paciente			Comprobante de pago			
PREVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Paciente	Comprobante de pago	1. Entregar el comprobante de pago y historia clínica a la Ginecóloga o a la Asistente de Ginecología.	Paciente	Comprobante de pago	Conformidad de comprobante de pago	Ginecóloga
Asistente de	Historia clínica	2. Realizar un excel con todas las atenciones del día	Asistente de	Historia clínica	Lista de atenciones	Asistente de

	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO	CÓDIGO	VERSIÓN
	GESTIÓN LOGÍSTICA EN GINECOLOGÍA	OP-03-01	01
		FECHA/MESE DE VIGENCIA	PÁGINA
		13/03/2017	1 de 1

OBJETIVO	Mantener una buena organización, abastecimiento y administración de insumos y materiales en el área de ginecología.	LÍDER DE SUBPROCESO	Ginecóloga
ALCANCE	Área de ginecología y Logística.	REFERENCIA DOCUMENTARIA	No Aplica
RIESGO	Verificar lo que falta en el consultorio y anotar en una hoja.	FIN	Firmar la lista de los pedidos solicitados como cargo de entrega.

Parámetro de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO	
Formato	Cargo de entrega de pedidos.	Req 1.	
Requeritos Legales		Otros Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la Información.	Equipos de Computo, sistema, impresora

PROVEEDOR	ENTRADA
Ginecóloga	Lista de pedidos en hoja simple

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	PERSONA	CONTROL	SALIDAS	CLIENTES
Ginecóloga	Lista de pedidos en hoja simple.	1. Verificar lo que falta en el consultorio y anotar en una hoja.	Ginecóloga	Lista de pedidos en hoja simple	Conformidad de pedidos en hoja simple.	Ginecóloga
Ginecóloga	Lista de pedidos en hoja simple / llamada	2. Llamar al encargado de logística para realizar los pedidos, sólo los días lunes, ya que los días jueves son entrega de pedidos.	Asistente de ginecología	Lista de pedidos en hoja simple	Conformidad de llamada y requerimiento	Encargado de logística
Encargado de logística	Pedidos solicitados	3. Recepcionar y verificar los pedidos.	Asistente de ginecología	Pedidos solicitados	Conformidad de pedidos	Área de ginecología
Encargado de logística	Conformidad de pedidos	4. Firmar la lista de los pedidos solicitados como cargo de entrega.	ginecóloga o asistente de ginecología	Lista de pedidos solicitados	Lista de pedidos firmados	Encargado de logística

SALIDA	CLIENTE
Lista de pedidos firmados	Encargado de logística

Notas

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
Luzette Sáenz Cárdenas	Dra. Stephanie Rodríguez C.	Angelo Bufnaco Perna
FECHA: 6/12/2017	FECHA: 6/12/2017	FECHA: 6/12/2017

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		CÓDIGO	VERSIÓN
	PACIENTE PARTICULAR Y PRIVADO		FECHA INICIAL DE VIGENCIA	FECHA FIN DE VIGENCIA

OBJETIVO	Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.	DURANTE EL PROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Área de servicio de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA RECORRIDA	No Aplica
IMPACTO	Satisfacer cordialmente al usuario, recepcionar orden médica y solicitar DNI	FIN	Derivar al paciente

Índice de Control Medición /Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		RECURSOS	
Tipo de Documentación	Orden Médica		
Tipo de Documentación	Comprobante de Pago		
Requeridos Legales		Otros Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información, logística	Equipos de cómputo, impresora, materiales de escritorio

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Orden médica / DNI

PROVEEDOR	ENTRADA	PRIMA	ACTIVIDAD	PROCESO	CONTROL	SAUDAS	CLIENTE	INDICION
Paciente	Orden médica / DNI	H	1. Recepcionar orden médica y solicitar DNI	Admisión	Orden Médica / Sistema BISCAH	Orden médica y DNI recepcionado	Admisión	
Admisión	Validación de datos del paciente	H	2. Validar datos en sistema BISCAH, en caso sea primera atención registrar datos del usuario.	Admisión	Sistema BISCAH	Datos del paciente validados o registrados	Paciente	
Admisión	Sistema BISCAH	H	3. Generar atención y código de pago.	Admisión	Sistema BISCAH	Atención y código de pago generado	Paciente	
Paciente	Dinero	H	4. Recepcionar pago de los exámenes	Admisión	No Aplica	Dinero recepcionado	Admisión	
Admisión	Comprobante de Pago	H	5. Entregar comprobante de pago, orden médica y DNI.	Admisión	Comprobante de pago	Conformidad de recepción	Paciente	
Admisión	Comprobante de Pago y orden médica	H	6. Derivar al usuario	Admisión	No Aplica	Paciente derivado	Paciente	

SAUDA	CLIENTE
Paciente derivado	Paciente

Notas

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
FECHA	FECHA	FECHA

Liliana Sandoz Cifuentes

Laura Zúñiga Pizarro

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO	CÓDIGO	VERSION
	CONVENIO AMBULATORIO	FECHA INICIO DE VIGENCIA	FECHA FIN DE VIGENCIA

OBJETIVO	Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieren.	ORIGEN DE PROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Área de servicio de imágenes	REFERENCIA DOCUMENTARIA NORMATIVA	No Aplica
INICIO	Recepcionar orden médica y solicitar DNI	FIN	Derivar al usuario al servicio correspondiente.

Ítem de Control Medición / Seguimiento	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		RECURSOS	
Tipo de Documentación	Orden Médica		
Tipo de Documentación	Comprobante de Pago		
Tipo de Documentación	Formato de consentimiento informado de datos		

Regulaciones Legales		Otras Normas	
----------------------	--	--------------	--

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información, logística	Equipos de cómputo, impresora, materiales de escritorio

PROVEEDOR	ENTRADA
Paciente	Orden Médica / DNI

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVA	ACTIVIDAD	PUESTO	CONTROL	SAIDAS	CUENTE	INDICADOR
Paciente	Orden médica / DNI	H	1. Recepcionar orden médicos y solicitar DNI	Admisiónista	Orden Médica / Sistema SCSAH	Orden médica y DNI recepcionado	Admisiónista	
Paciente	Validación de datos del paciente	H	2. Validar datos en sistema SCSAH y aseguradora.	Admisiónista	Sistema SCSAH	Datos del paciente validados o registrados	Admisiónista	
Admisiónista	Paciente	H	3. Identificar tipo de paciente	Admisiónista	Sistema SCSAH	Tipo de paciente identificado	Paciente	
Admisiónista	Registro de procedimiento	H	4. Cargar exámenes, en caso no cobertura transferir carta de garantía	Admisiónista	Sistema SCSAH	Conformidad de registro	Admisiónista	
Paciente	Dinero	H	5. Cobrar copago, en caso exista.	Admisiónista	Comprobante de pago	Comprobante de pago	Admisiónista	
Admisiónista	Formato de consentimiento informado de datos	H	6. Hacer firmar formato de consentimiento informado de datos.	Admisiónista	Formato de consentimiento informado de datos	Formato firmado	Paciente	
Admisiónista	Recibo de copago	H	7. Imprimir y hacer firmar recibo de copago.	Admisiónista	Recibo de copago	Recibo firmado	Paciente	
Admisiónista	Recibo, Orden Médica y DNI	H	8. Entregar documentación. (Recibo, Orden Médica, DNI)	Admisiónista	Recibo de copago/ orden médica	Conformidad de recepción	Paciente	
Admisiónista	Recomendaciones por el examen	H	9. Dar recomendación al paciente según tipo de examen.	Admisiónista	No Aplica	Conformidad de recomendaciones	Paciente	
Admisiónista	Comprobante de Pago y orden médica	H	10. Derivar al usuario al servicio correspondiente.	Admisiónista	No Aplica	Paciente derivado a servicio solicitado	Paciente	

SALIDA	CUENTE
Paciente derivado a servicio solicitado	Paciente

- Notas**
- En caso de aseguradoras que requieran trámite de carta de garantía para algunos exámenes especiales se realiza el trámite respectivo, lo que puede demorar de 24 a 48 horas.
 - En caso de que no cobertura y la carta tramitada no sea aceptada se consulta a paciente si desea atención particular y se sigue proceso de paciente particular, en caso que no quiera termina el proceso

ELABORADOR	REVISOR	APROBADOR
------------	---------	-----------

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		CÓDIGO	VERSION
	SOAT EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONVENIO		FECHA INICIAL DE VIGENCIA	FECHA FINAL DE VIGENCIA

OBJETIVO	Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.	DUEÑO DEL PROCESO	Jefe de Admisión
ALCANCE	Área de servicio de Urgencias	REFERENCIA DOCUMENTARIA NORMATIVA	No Aplica
INICIO	Solicitar orden médica al técnico en enfermería o licenciado (a) en enfermería.	FIN	Entregar orden médica al técnico en enfermería o licenciado (a) en enfermería, una vez generada la atención.

Parámetro de Control Medición (Seguimiento)	CÓDIGO	Nombre del Indicador	Responsable	Frecuencia

DOCUMENTACIÓN		REPORTES	
Tipo de Documentación	Orden Médica		
Tipo de Documentación	Comprobante de Pago		
Requisitos Legales		Otros Normas	

PROCESOS DE SOPORTE	RECURSOS
Tecnologías de la información, logística	Equipos de cómputo, impresora, materiales de escritorio

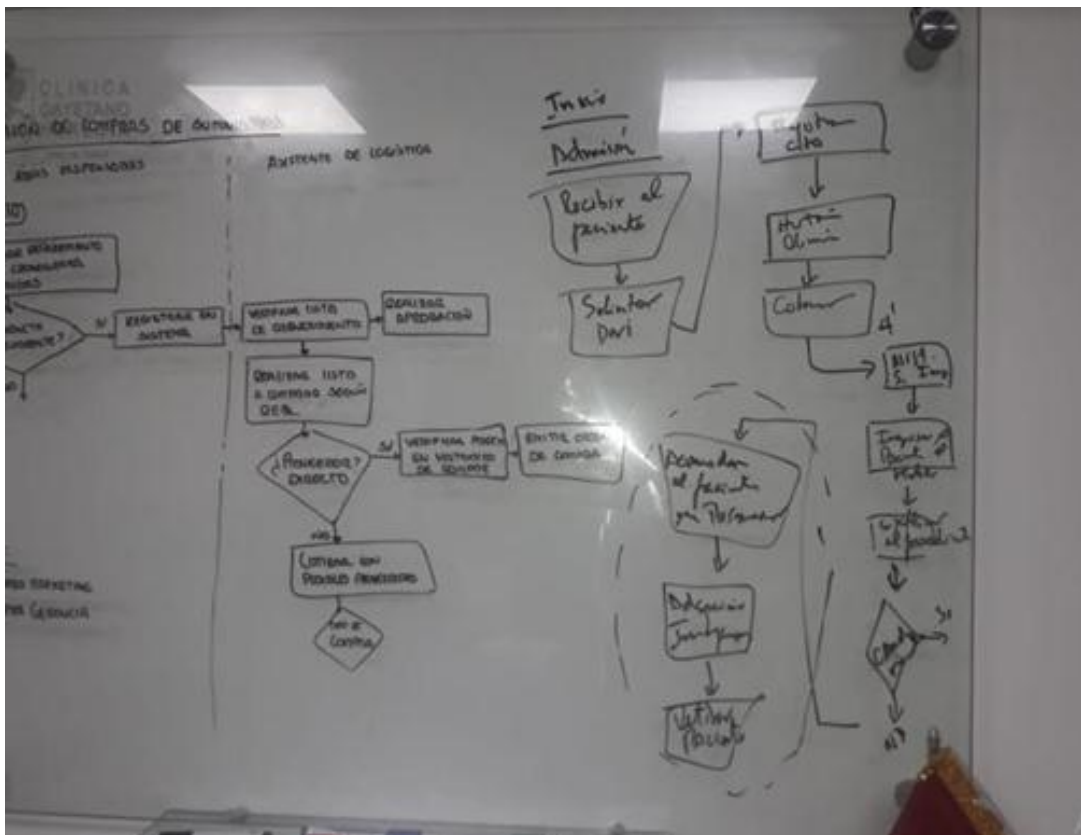
PROVEEDOR	ENTRADA
Técnico (a) en enfermería / Licenciado (a) en enfermería	Orden médica



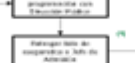
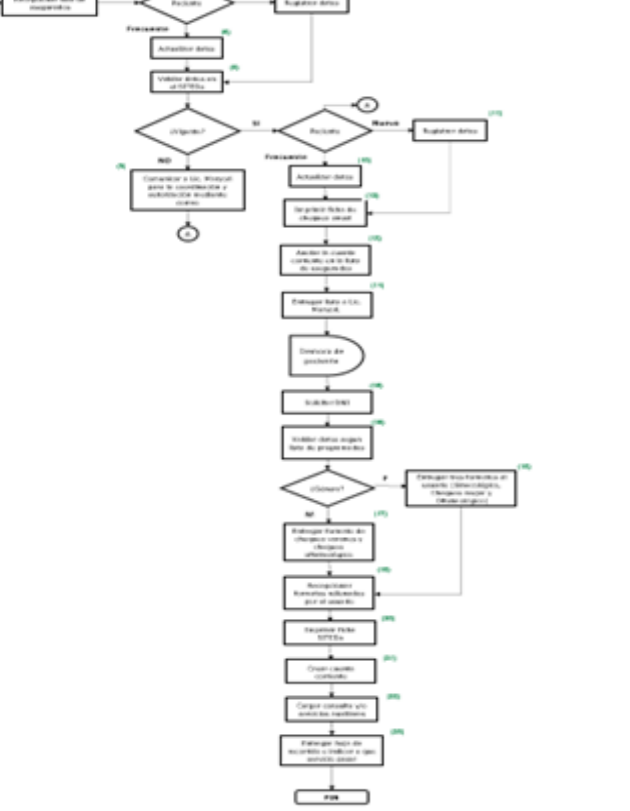
PROVEEDOR	ENTRADA	PROB	ACTIVIDAD	PROBIO	CONTROL	SALIDA	CLIENTE	PRODUCTO
Técnico (a) en enfermería / Licenciado (a) en enfermería	Orden médica	H	1. Recepcionar orden médica al técnico o licenciado (a) en enfermería.	Admisiónista	Orden médica	Orden médica recepcionada	Admisiónista	
Admisiónista	Verificación de cuenta	H	2. Verificar cuenta corriente y generar atención.	Admisiónista	Sistema SISCAH	Cuenta corriente verificada y atención generada	Paciente	
Admisiónista	Orden médica y recibo de atención	H	3. Entregar orden médica y recibo de atención al técnico en enfermería o licenciado (a) en enfermería.	Admisiónista	Orden médica	Orden médica y recibo de atención recepcionado	Técnico (a) en enfermería / Licenciado (a) en enfermería	

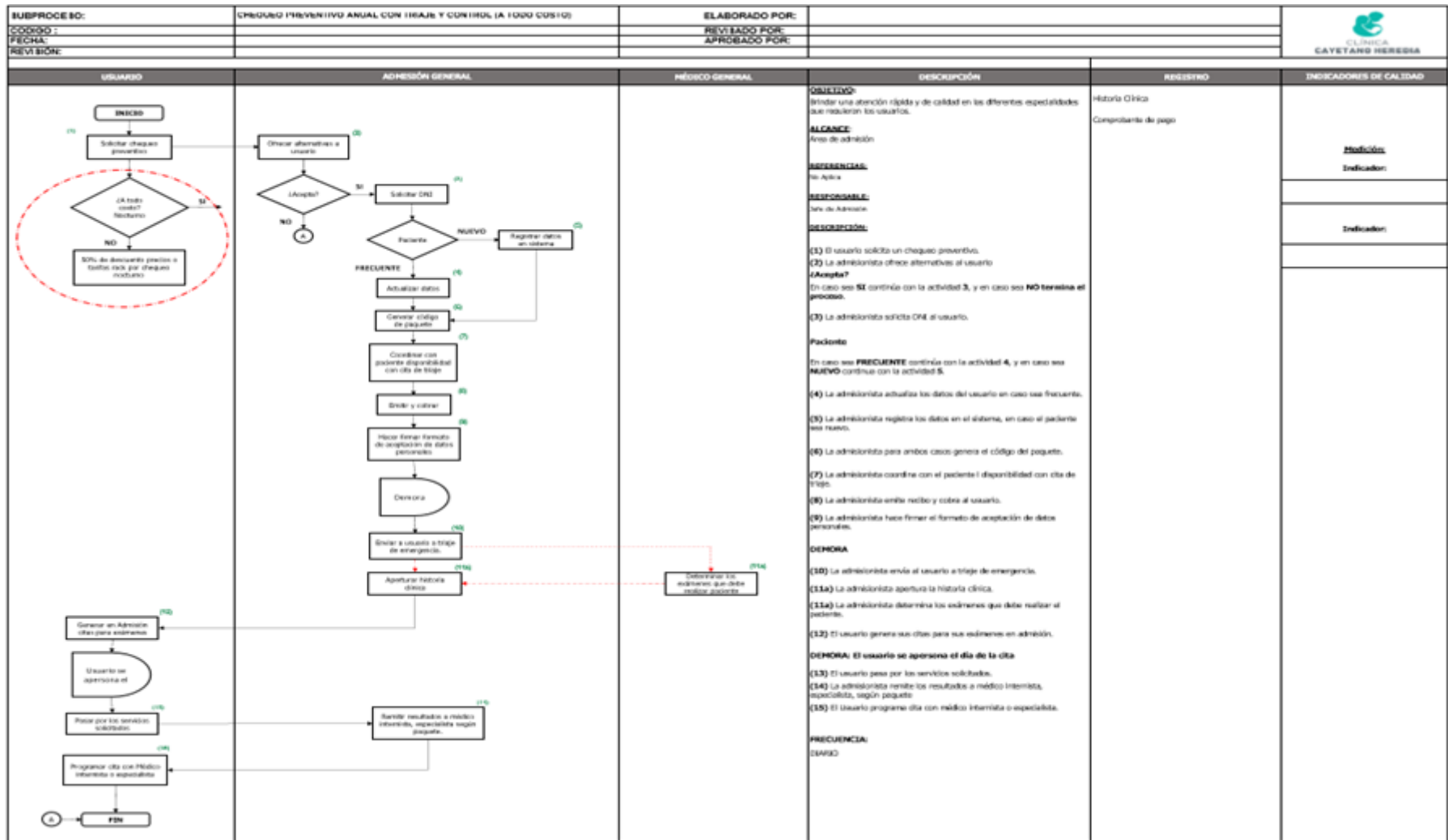
SALIDA	CLIENTE
Orden médica y recibo de atención recepcionada	Técnico (a) en enfermería / Licenciado (a) en enfermería



Notas
 2. En caso no se encuentre el nombre del usuario en el sistema se deberá llamar a admisión de emergencia en caso o dirigir a buscar quien creó la cuenta corriente, en caso no se encuentre dirigirse al médico quien emitió la orden médica.

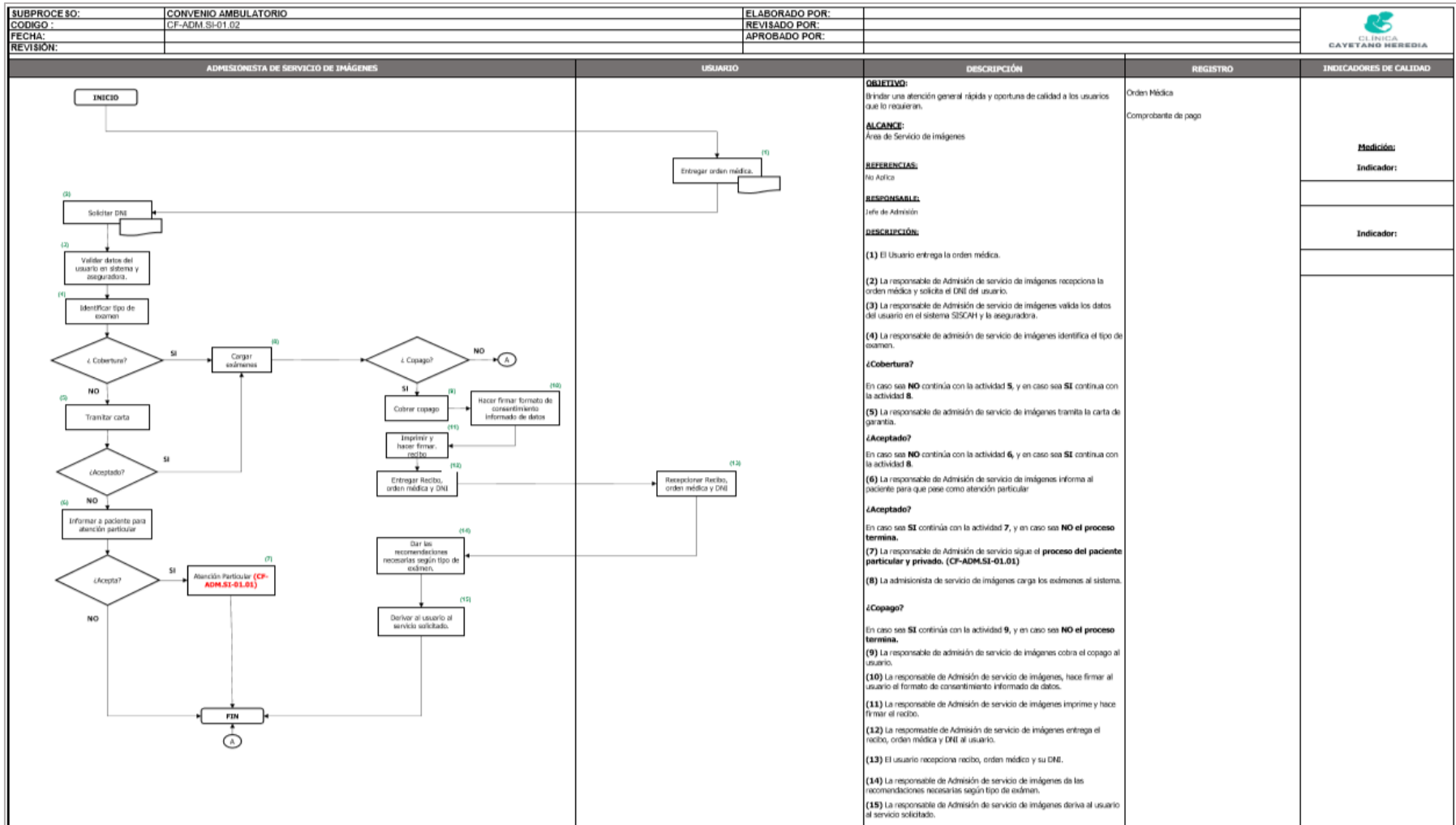
ELABORADOR		REVISOR		APROBADOR	
Luzmila Sierra Cárdenas		Laura Zárate Balanzuela			
FECHA		FECHA		FECHA	


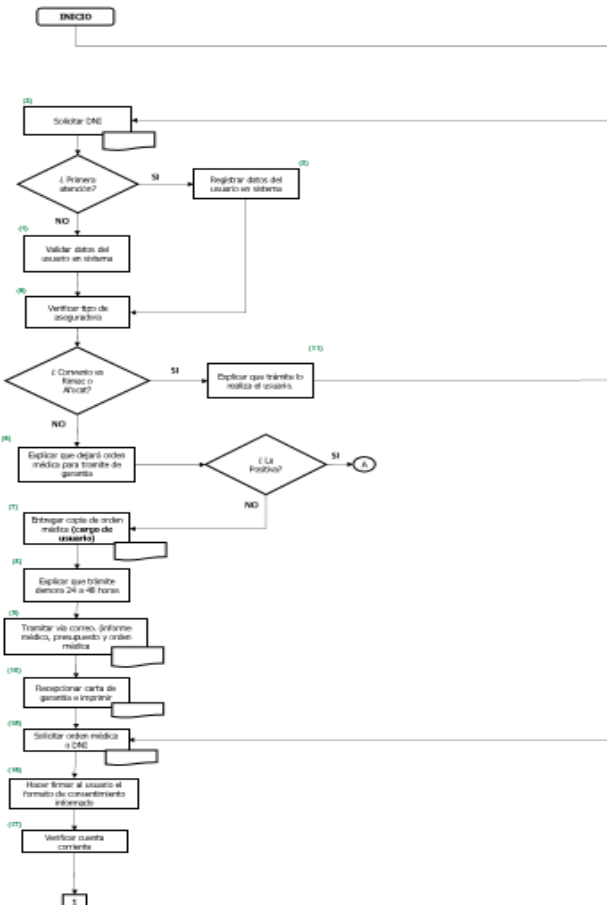
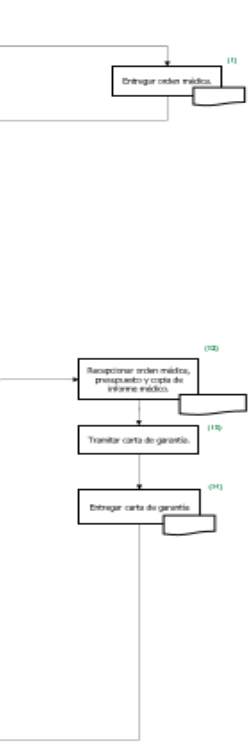


SUBPROCESO	CIRCUITO (TIENEN FID (CONVENIO SURESSA)	ELABORADO POR				
CARGO		REVISADO POR				
FECHA		AUTORIZADO POR				
REVISOR						
CONTRAL	EMPRESA DE SALUD OCUPACIONAL	ADSCRIPCIÓN GENERAL		DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
				<p>OBJETIVO Recibir una atención rigurosa y de calidad en las diferentes especialidades que requieren los usuarios.</p> <p>ALCANCE Área de admisión.</p> <p>RESPONSABLE No aplica.</p> <p>REQUISITOS Jefe de Atención.</p> <p>INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> (1) La Jefe de Contral (Sra. Cecilia) obtiene la programación. (2) La Jefe de Contral (Sra. Cecilia) envía la programación a enfermera de salud ocupacional (Sra. Maryori). (3) La enfermera de salud ocupacional coordina con atención médica la programación. (4) La enfermera de salud ocupacional entrega la lista de asegurados a la Jefe de Atención. (5) La Jefe de admisión ocupacional la lista de asegurados. </p> <p>Puntuaje En caso sea FRECUENTE continúa con la actividad 6, y en caso sea NOVEDO continúa con la actividad 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> (6) La Jefe de Admisión actualiza los datos del paciente. (7) La Jefe de Admisión registra los datos del paciente. (8) La Jefe de Admisión valida los datos del usuario en el SETED. <p>Signado En caso sea NO continúa con la actividad 8, y en caso sea SI continúa con Significar Puntuaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> (9) La Jefe de Admisión consulta a Fernando Maryori para la coordinación y autorización mediante correo. <p>Puntuaje En caso sea FRECUENTE continúa con la actividad 10, y en caso sea NOVEDO continúa con la actividad 11.</p> <ul style="list-style-type: none"> (10) La Jefe de Admisión actualiza los datos del paciente. (11) La Jefe de Admisión registra los datos del paciente. (12) La Jefe de Admisión ingresa la lista de chequeo anual. (13) La Jefe de Admisión envía la cuenta corriente en la lista de asegurados. (14) La Jefe de Admisión entrega la lista a Lc. Maryori. <p>DEPORTE (15) La Jefe de Admisión solicita DNI al paciente.</p> <p>(16) La Jefe de Admisión valida los datos según lista de programados.</p> <p>NOVEDO En caso sea PREMEDIADO continúa con la actividad 17, y en caso sea PRECALIBRO continúa con la actividad 18.</p> <ul style="list-style-type: none"> (17) La Jefe de Admisión entrega al usuario tres formularios (Chequeo Médico y Oftalmológico). (18) La Jefe de Admisión entrega al usuario dos formularios (Chequeo Hormonal y Chequeo Oftalmológico). (19) La Jefe de Admisión respalda formularios referidos por el usuario. (20) La Jefe de Admisión imprime lista SETED. (21) La Jefe de Admisión crea la cuenta corriente. (22) La Jefe de Admisión carga correo y/o servicios auxiliares. (23) La Jefe de Admisión entrega la hoja de recibido e indica al usuario a ser servido por. <p>FRECUENCIA: DIARIO</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Comprobante de pago</p>	<p>Indicador</p> <p>Indicador</p>


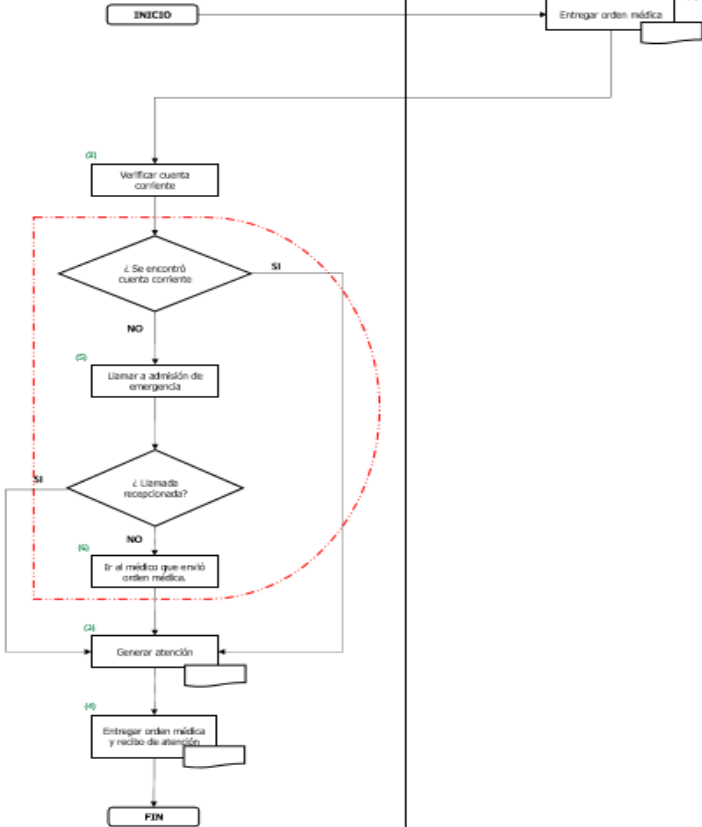



SUBPROCESO: CODIGO : FECHA: REVISIÓN:	PACIENTE PARTICULAR Y PRIVADO CF-ADM SI-01.01	ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:			
ADmisIÓN DE SERVICIO DE ImÁGENES	USUARIO	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD	
		<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Área de Servicio de Imágenes</p> <p>REFERENCIAS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Jefe de Admisión</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) El Usuario entrega la orden médica.</p> <p>(2) La responsable de Admisión de servicio de imágenes recibe la orden médica y solicita el DNI del usuario.</p> <p>¿Es primera atención del paciente?</p> <p>En caso sea SI continúa con la actividad 4, y en caso sea NO continúa con la actividad 3.</p> <p>(3) La responsable de Admisión de servicio de imágenes valida los datos del usuario en el sistema SISCAM.</p> <p>(4) La responsable de Admisión de servicio de imágenes registra los datos del usuario en el sistema SISCAM.</p> <p>(5) La responsable de Admisión de servicio de imágenes genera la atención y el código de pago.</p> <p>(6) El Usuario paga los exámenes solicitados.</p> <p>(7) La responsable de Admisión de servicio de imágenes recibe el pago correspondiente.</p> <p>(8) La responsable de Admisión de servicio de imágenes entrega al usuario el comprobante de pago, la orden médica y el DNI respectivo.</p> <p>(9) La responsable de Admisión de servicio de imágenes deriva al usuario al servicio solicitado y se despide cordialmente.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Orden Médica</p> <p>Comprobante de pago</p>	<p>Medición:</p> <p>Indicador:</p> <p>Indicador:</p>	

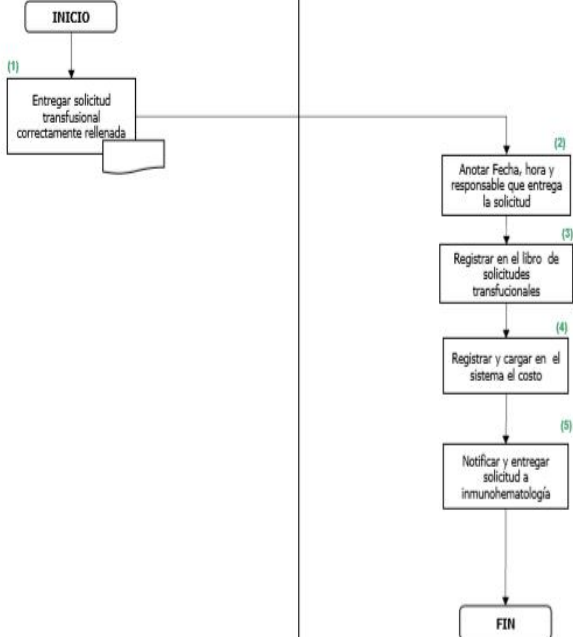



SUBPROCESO: SOAT AMBULATORIO		ELABORADO POR:		 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGUROS SOCIALES
CODIGO: CF-ADM-SH-01.03		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISION:				
ADMISSION DE SERVICIO DE IMÁGENES	USUARIO	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
		<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Área de Servicio de Imágenes.</p> <p>REFERENCIAS: No Aplica</p> <p>RESPONSABLE: Jefe de Admisión.</p> <p>ORGANIZACIÓN: [1] El Usuario entrega la orden médica. [2] La responsable de Admisión de servicio de imágenes recibe la orden médica y solicita el DNI del usuario. [3] La responsable de Admisión de servicio de imágenes registra los datos del usuario en el sistema. [4] La responsable de Admisión de servicio de imágenes valida los datos del usuario en el sistema. [5] La responsable de Admisión de servicio de imágenes verifica el tipo de aseguradora en el sistema. [6] La responsable de Admisión de servicio de imágenes explica al usuario que debe dejar su orden médica para realizar el trámite respectivo. [7] La responsable de Admisión de servicio de imágenes entrega una copia de la orden médica al usuario. (Cargo del Usuario) [8] La responsable de Admisión de servicio de imágenes explica al usuario que el trámite dura de 24 a 48 horas y que puede llevar antes para saber si su carta de garantía ya llegó. [9] La responsable de Admisión de servicio de imágenes realiza el trámite vía correo. (Informe médico, presupuesto y orden médica). [10] La responsable de Admisión de servicio de imágenes recibe la carta de garantía vía correo y la imprime. [11] La responsable de Admisión de servicio de imágenes explica al usuario que el trámite lo debe realizar el mismo usuario. [12] El usuario recibe la orden médica, presupuesto y copia de informe médico. [13] El usuario tramita su carta de garantía. [14] El usuario entrega su carta de garantía a la admisión de servicio de imágenes. [15] La responsable de Admisión de servicio de imágenes solicita copia de orden médica a CNE y recibe la carta de garantía en caso el lo haya realizado. [16] La responsable de Admisión de servicio de imágenes hace firmar el formato de consentimiento informado. [17] La responsable de Admisión de servicio de imágenes verifica la cuenta corriente del usuario.</p>	<p>Orden Médico Comprobante de pago Informe médico Presupuesto</p> <p>Medición: Indicador</p> <p>Indicador:</p>	<p>Medición: Indicador</p>



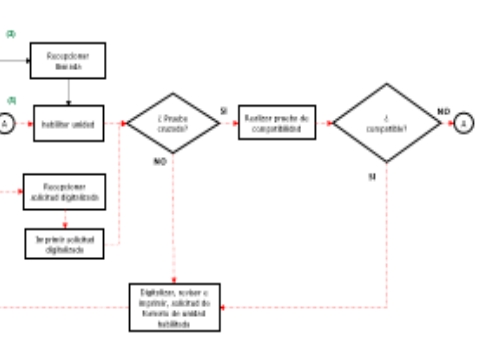
<pre> graph TD Start((1)) --> Decision{¿Cuanto cobrado?} Decision -- SI --> Cargar[Cargar procedimientos] Decision -- NO --> Crear[Crear cuenta cobrada] Crear --> Registrar[Registrar datos de corte de garantía] Registrar --> Cargar Cargar --> Generar[Generar e imprimir y hacer firmar recibo atención] Generar --> Entregar[Entregar recibo de atención, orden médica y DMI] Entregar --> Derivar[Derivar al usuario al servicio solicitado.] Derivar --> Fin[FIN] </pre>		<p>correo del usuario.</p> <p>(19) La responsable de Admisión de servicio de imágenes registra los datos de la carta de garantía.</p> <p>(20) La responsable de Admisión de servicio de imágenes carga los procedimientos del usuario al sistema.</p> <p>(21) La responsable de Admisión de servicio de imágenes genera e imprime y hace firmar el recibo de atención.</p> <p>(22) La responsable de Admisión de servicio de imágenes entrega el recibo de atención, la orden médica y DMI del paciente.</p> <p>(23) La responsable de Admisión de servicio de imágenes deriva al usuario al servicio solicitado.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>		
---	--	--	--	--


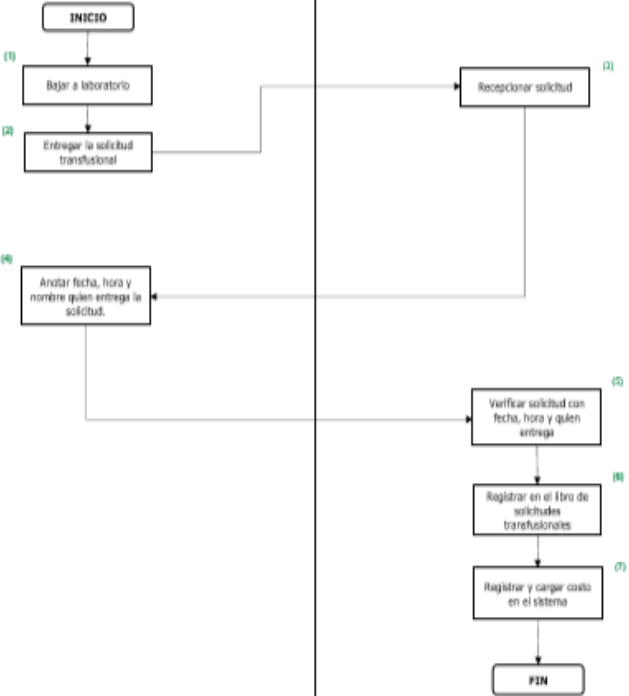
SUBPROCESO: SOAT EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONVENIO		ELABORADO POR:		
CODIGO: CF-ADM.SI-01.04		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISIÓN:				
ADMISIÓN DE SERVICIO DE IMÁGENES	LICENCIADO O TÉCNICO EN ENFERMERÍA	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
	<p>Entregar orden médica (1)</p>	<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Área de Servicio de Imágenes</p> <p>REFERENCIAS: No Aplica</p> <p>RESPONSABLE: Jefe de Admisión</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) El licenciado o técnico en enfermería entrega la orden médica del paciente.</p> <p>(2) La responsable de Admisión de servicio de imágenes recibe la orden y verifica la cuenta corriente en el sistema.</p> <p>¿Se encontró cuenta corriente en el sistema?</p> <p>En caso sea SI continúa con la actividad 3, y en caso sea NO continúa con la actividad 5.</p> <p>(3) La responsable de Admisión de servicio de imágenes genera la atención del paciente.</p> <p>(4) La responsable de Admisión de servicio de imágenes, entrega la orden médica al usuario y el recibo de atención correspondiente. (FIN DEL PROCESO)</p> <p>(5) La responsable de Admisión de servicio de imágenes, llama a admisión de emergencia.</p> <p>¿Llamada recepcionada?</p> <p>En caso sea NO continúa con la actividad 6, y en caso sea SI continúa con la actividad 3.</p> <p>(6) La responsable de Admisión de servicio de imágenes, se dirige al médico que envió orden médica. (continúa con la actividad 3)</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Orden Médica</p> <p>Comprobante de pago</p>	<p>Medición:</p> <p>Indicador:</p> <hr/> <p>Indicador:</p>


SUBPROCESO:	ADMISION DE SOLICITUDES TRANSFUSIONALES	ELABORADO POR:	Lisette Sáenz Cárdenas	
CODIGO :		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISION:				

LICENCIADO (A) DE ENFERMERÍA	ADMISIONISTA DE LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
	<p>(2) Anotar Fecha, hora y responsable que entrega la solicitud</p> <p>(3) Registrar en el libro de solicitudes transfusionales</p> <p>(4) Registrar y cargar en el sistema el costo</p> <p>(5) Notificar y entregar solicitud a inmunohematología</p> <p>FIN</p>	<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.</p> <p>ALCANCE: Área de Banco de sangre tipo I</p> <p>REFERENCIAS: No Aplica</p> <p>RESPONSABLE: Admisionista de Banco de Sangre</p> <p>DESCRIPCION:</p> <p>(1) El licenciado (a) de enfermería entrega la solicitud transfusional correctamente rellena.</p> <p>(2) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre recibe la solicitud y anota la fecha, hora y responsable que entrega la solicitud.</p> <p>(3) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre registra los datos en el libro de solicitudes transfusionales.</p> <p>(4) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre registra y carga en el sistema el costo.</p> <p>(5) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre notifica y entrega la solicitud transfusional al área de inmunohematología para la atención.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Solicitud transfusional.</p> <p>Libro de registro de solicitud transfusional.</p> <p>Comprobante de pago</p>	<p>Medición:</p> <p>Indicador: Porcentaje de incidencias con los pacientes</p> <p>Nº de incidentes con los pacientes / Nº total de pacientes atendidos x 100</p> <p>Indicador: Porcentaje de solicitudes sin impresión</p> <p>Nº de solicitudes sin registro del solicitante / Nº total de solicitudes x 100</p>

SUBPROCESO: ADMISIÓN DE POSTULANTE S A REPONER UNIDADES DE SANGRE		ELABORADO POR: Lisette Sáenz Cárdenas			
CODIGO :		REVISADO POR:			
FECHA:		APROBADO POR:			
REVISIÓN:					
POSTULANTE DE DONACIÓN	ADMISIONISTA DE LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE	RESPONSABLE DE BANCO DE SANGRE	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
INICIO	<p>(1) Solicitar DNI del pre donante</p> <p>(2) Comunicar al responsable de banco de sangre para atención del pre donante</p> <p>(3) Entrevistar y dar una pre evaluación</p> <p>(4) Registrar datos del pre donante en el libro de registro</p> <p>(5) Coordinar vía telefónica con banco de sangre tipo II para cita de atención</p> <p>(6) Entregar ticket para atención en el banco de sangre tipo II (DAC)</p> <p>(7) Dar indicaciones y registrar</p> <p>FIN</p>	<p>¿ Paciente apto?</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	<p>OBJETIVO: Seleccionar a los donantes que no generen daños a la salud del receptor ni del mismo donador.</p> <p>ALCANCE: Área de Banco de Sangre</p> <p>REFERENCIAS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Admisiónista de laboratorio</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de sangre salud cordialmente al usuario y solicita el DNI del pre donante.</p> <p>(2) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de sangre comunica al responsable de banco de sangre para atención del pre donante.</p> <p>(3) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de sangre entrevista y da una pre evaluación.</p> <p>(4) El responsable de Admisión de laboratorio y banco de sangre registra los datos del pre donante en el libro de registro.</p> <p>¿ Paciente apto? En caso sea SI continúa con la actividad 5, y en caso sea NO termina el proceso.</p> <p>(5) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre, coordina vía telefónica con el banco de sangre tipo II para la cita de atención.</p> <p>(6) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre entrega el ticket para atención en el banco de sangre tipo II "DAC" (Daniel Alcides Carrión)</p> <p>(7) La responsable de Admisión de laboratorio y Banco de Sangre da las indicaciones y registra en el sistema.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Libro de registro del pre donante</p>	<p>Medición:</p> <p>Indicador:</p> <p>Indicador:</p>

SUBPROCESO: SOLICITUDES TRANSFUSIONALES (EMERGENCIA sin cobertura)		ELABORADO POR: Lisette Sáenz Cárdenas			
CODIGO:		REVISADO POR:			
FECHA:		APROBADO POR:			
REVISIÓN:					
TÉCNICO (A) O LICENCIADO (A) DE ENFERMERÍA	ADMISIONISTA O TÉCNICO DE LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE	TÉCNICO DE LABORATORIO	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
			<p>OBJETIVO: Seleccionar a los donantes que no presenten daños a la salud del receptor a del mismo donador.</p> <p>ALMACEN: Área de Banco de sangre y Emergencia</p> <p>RECURSOS HUMANOS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Administrador de laboratorio</p> <p>DESCRIPCIONES:</p> <p>(1) El técnico (a) o licenciado (a) de enfermería informa mediante llamado telefónico la necesidad de unidad de sangre.</p> <p>(2) La admissionista de laboratorio y banco de sangre recibe llamado telefónico (a) o licenciado (a) de enfermería.</p> <p>(3) La admissionista de laboratorio y banco de sangre solicita al personal técnico la toma de muestra.</p> <p>(4a) La admissionista o técnico de laboratorio y banco de sangre, firma a la admissionista de emergencia y solicita la cuenta corriente.</p> <p>(4a) La admissionista o técnico de laboratorio y banco de sangre, emite solicitud transfusional digitalizada.</p> <p>(4a) El técnico de laboratorio toma la muestra del paciente en el área de emergencia.</p> <p>(4a) El técnico (a) o licenciado (a) de enfermería genera la solicitud de requerimiento de unidad de sangre.</p> <p>(4a) El técnico de laboratorio realiza la prueba de compatibilidad.</p> <p>(4a) El técnico (a) o licenciado (a) de enfermería entrega la solicitud a la admissionista de laboratorio y banco de sangre.</p> <p>(4c) La admissionista de laboratorio y banco de sangre recibe la solicitud de requerimiento de unidad de sangre.</p> <p>(4a) La admissionista de laboratorio y banco de sangre registra en el sistema la solicitud de requerimiento de unidad de sangre.</p> <p>(5) El técnico de laboratorio lleva a emergencia la unidad solicitada con la solicitud transfusional.</p> <p>(6) El técnico de laboratorio solicita la firma del médico en la solicitud transfusional.</p> <p>(7) El técnico de laboratorio entrega la unidad de sangre.</p> <p>(8) La admissionista o técnico de laboratorio y banco de sangre, registra los datos del personal que recibe la unidad.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Solicitud de necesidad de unidad de sangre</p> <p>Formato de componente sanguíneo</p>	<p>Medición:</p> <p>Indicador:</p> <p>Indicador:</p>

SUBPROCESO: SOLICITUDES TRANSFUSIONALES (HOSPITALIZACIÓN)		ELABORADO POR: Lisette Sáenz Cárdenas		 CLÍNICA CAYETANO HEREDIA
CODIGO:		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISIÓN:				
TÉCNICO (A) O LICENCIADO (A) DE ENFERMERÍA	ADMISIONISTA DE LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
		<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieran.</p> <p>ALCANCE: Área de Laboratorio y Banco de sangre tipo I</p> <p>REFERENCIAS: Sin Análisis</p> <p>RESPONSABLE: Admisionista de Laboratorio y Banco de sangre</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) El técnico (a) o licenciado (a) de enfermería baja al laboratorio.</p> <p>(2) El técnico (a) o licenciado (a) de enfermería entregar la solicitud transfusional.</p> <p>(3) La admisionista de laboratorio y banco de sangre recepciona la solicitud.</p> <p>(4) El técnico (a) o licenciado (a) de enfermería anota la fecha, hora y nombre de quien entrega la solicitud respectiva.</p> <p>(5) La admisionista de laboratorio y banco de sangre verifica la solicitud con fecha, hora y quien entrega.</p> <p>(6) La admisionista de laboratorio y banco de sangre registra en el libro de solicitudes transfusionales.</p> <p>(7) La admisionista de laboratorio y banco de sangre registra y carga el costo en el sistema.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Solicitud transfusional.</p> <p>Libro de registro de solicitud transfusional.</p>	<p>Medición:</p> <p>Indicador: Porcentaje de incidencias con los pacientes</p> <p>Nº de incidentes con los pacientes / Nº total de pacientes atendidos x 100</p> <p>Indicador: Porcentaje de solicitudes sin impresión</p> <p>Nº de solicitudes sin registro del solicitante / Nº total de solicitudes x 100</p>

SUBPROCESO:	Atención de laboratorio por emergencia para pacientes Tipo I y II	ELABORADO POR:		 CLÍNICA CAYETANO HEREDIA
CODIGO :		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISIÓN:				

EMERGENCIA	TECNÓLOGO MÉDICO DE LABORATORIO	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
		<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Área de Hospitalización y Área de Laboratorio</p> <p>REFERENCIAS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Jefe de Laboratorio</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) El Médico de Emergencia llama a laboratorio. (2) El tecnólogo médico de laboratorio recepciona y registra la llamada. (3) El tecnólogo médico de laboratorio se dirige a emergencia. (4) El tecnólogo médico recepciona la solicitud de análisis clínico. (5) El tecnólogo médico verifica cuenta corriente en la solicitud. (6) El tecnólogo médico identifica al paciente. (7) El tecnólogo médico toma la muestra biológica. (8) El tecnólogo médico carga los análisis correspondientes en admisión. (9) El tecnólogo médico registra la solicitud en el cuaderno de control y en el sistema SISCAM.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Orden Médico</p>	<p style="text-align: center;"><u>Medición:</u></p> <p style="text-align: center;">Indicador:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Indicador:</p>

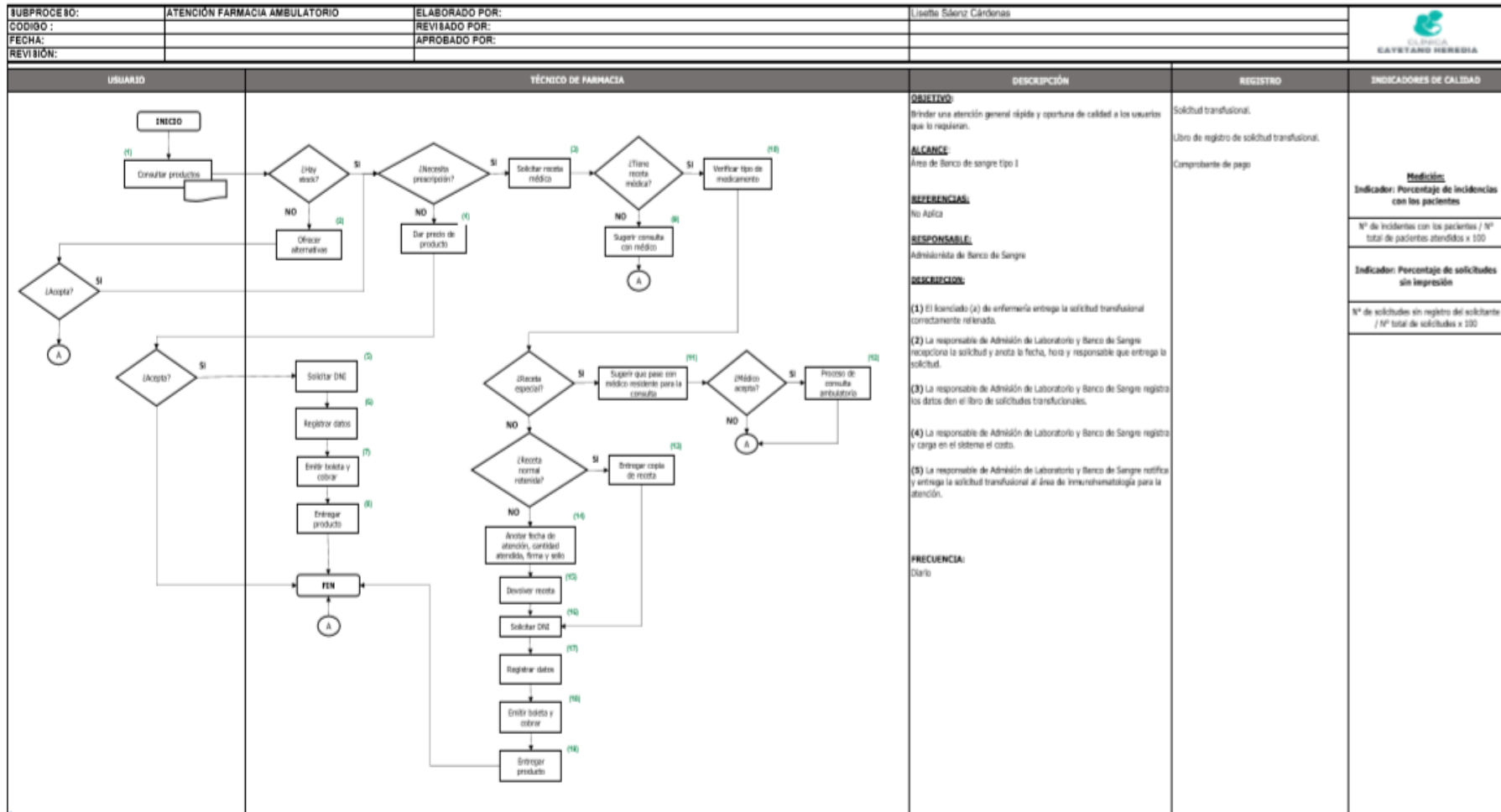
SUSPROCESO:	ADMISIÓN LABORATORIO DE HOSPITALIZACIÓN	ELABORADO POR:	Liberto V. Sáenz Cárdenas
CÓDIGO:		REVISADO POR:	
FECHA:		APROBADO POR:	
REVISIÓN:			




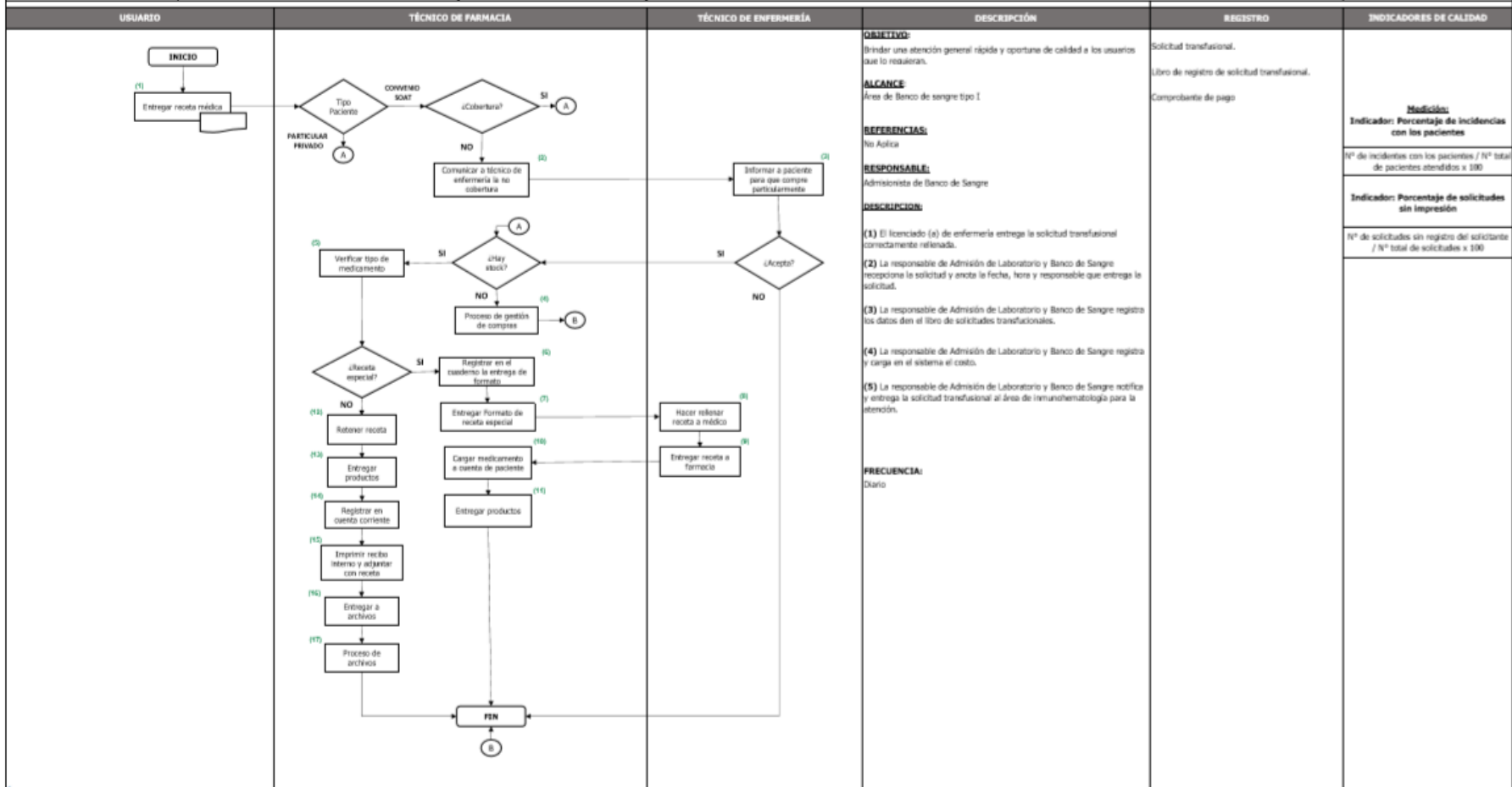
MÉDICO DE HOSPITALIZACIÓN	LICENCIADO DE LABORATORIO	TECNÓLOGO MÉDICO DE LABORATORIO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
			<p>OBJETIVO: Ejecutar una función general rápida y oportuna de calidad a los usuarios en el laboratorio.</p> <p>ALCANCE: Área de Hospitalización y Área de Laboratorio.</p> <p>REQUISITOS: No aplica.</p> <p>RECURSOS: Sin documentar.</p> <p>PROCEDIMIENTO: (1) El Médico de Hospitalización recibe la solicitud de análisis clínico. Tipo de Muestra: En caso sea SANGRE continúa con la actividad 3, y en caso sea OTRAS MUESTRAS continúa con la actividad 10. (2) El Médico de Hospitalización de laboratorio lleva a la muestra. (3) El laboratorio de laboratorio receptione y registra la muestra. (4) El laboratorio de laboratorio envía a las técnicas de laboratorio a hospitalización. (5) El técnico de laboratorio verifica la cuenta corriente y tipo de paciente en la solicitud. ¿Proceder? En caso sea SI al proceso formal, y en caso sea NO continúa con el siguiente tipo de paciente. En caso sea CONVERTIDO SANGRE continúa con la actividad 6, y en caso sea PARTICULAR continúa con la actividad 7. (6) El laboratorio de laboratorio lleva a valoración por sus coberturas. (7) El técnico de laboratorio toma la muestra al paciente. ¿Cobertura? En caso sea SI continúa con la actividad 7, y en caso sea NO MUESTRAS continúa con la actividad 8. (8) El técnico de laboratorio entrega al paciente a pedido. Atención Particular? En caso sea SI continúa con la actividad 7, y en caso sea NO termina el proceso. (9) El tecnólogo médico de laboratorio entrega la muestra al área de análisis de laboratorio. (10) El Médico de Hospitalización entrega la muestra a laboratorio y le solicita al análisis clínico y actividad de laboratorio. (11) El laboratorio de laboratorio verifica cuenta corriente y el tipo de paciente en la solicitud. Tipo de Paciente: En caso sea PARTICULAR continúa con la actividad 12, y en caso sea CONVERTIDO continúa con la actividad 13, en caso sea SI continúa con la actividad 14 y si es NO continúa con la actividad 14. (12) El laboratorio de laboratorio crea el orden de la solicitud. (13) El laboratorio de laboratorio receptione la muestra. (14) El laboratorio de laboratorio consulta a auxiliar médico (Farmak) en coberturas. ¿Aprobado? En caso sea SI continúa con la actividad 12, y en caso sea NO continúa con la actividad 15. (15) El laboratorio de laboratorio entrega al área de paciente. Atención Particular? En caso sea SI continúa con la actividad 12, y en caso sea NO al proceso formal. FRECUENCIA: Diaria. </p>	Médico de Hospitalización Laboratorio de Laboratorio Laboratorio de Laboratorio Laboratorio (X) o Técnico (X) de laboratorio Tecnólogo Médico de laboratorio Tecnólogo Médico de laboratorio Laboratorio (X) o Técnico (X) de laboratorio Laboratorio (X) o Técnico (X) de laboratorio.	Libro Médico	Indicador: Diferencias Indicador

SUBPROCESO:	ATENCIÓN FARMACIA AMBULATORIO	ELABORADO POR:	Lissette Sáenz Cárdenas	 CLÍNICA CAYETANO HEREDIA
CODIGO:		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISIÓN:				

USUARIO	TÉCNICO DE FARMACIA	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
		<p>OBJETIVO: Brindar una atención general rápida y oportuna de calidad a los usuarios que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Área de Banco de sangre tipo I</p> <p>REFERENCIAS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Administradora de Banco de Sangre</p> <p>DESCRIPCION: <ul style="list-style-type: none"> (1) El licenciado (a) de enfermería entrega la solicitud transfusional correctamente rellenada. (2) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre receptiona la solicitud y anota la fecha, hora y responsable que entrega la solicitud. (3) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre registra los datos den el libro de solicitudes transfusionales. (4) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre registra y carga en el sistema el costo. (5) La responsable de Admisión de Laboratorio y Banco de Sangre notifica y entrega la solicitud transfusional al área de inmunohematología para la atención. </p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Solicitud transfusional.</p> <p>Libro de registro de solicitud transfusional.</p> <p>Comprobante de pago</p>	<p>Medición: Indicador: Porcentaje de incidencias con los pacientes</p> <p>Nº de incidentes con los pacientes / Nº total de pacientes atendidos x 100</p> <p>Indicador: Porcentaje de solicitudes sin impresión</p> <p>Nº de solicitudes sin registro del solicitante / Nº total de solicitudes x 100</p>



SUBPROCESO:	ATENCIÓN FARMACIA HOSPITALIZADO S	ELABORADO POR:	Libette Sáenz Cárdenas	
CODIGO :		REVISADO POR:		
FECHA:		APROBADO POR:		
REVISIÓN:				



SUBPROCESO: SERVICIO DE REFERENCIA CON AMBULANCIA GAYETANO HEREDIA		ELABORADO POR: Lisete Sáenz Cárdenas				
CÓDIGO:		REVISADO POR:				
FECHA:						
REVISIÓN:						
ADmisIÓN GENERAL	MÉDICO GENERAL	DIRECCIÓN MÉDICA	USUARIO	DESCRIPCIÓN	REGISTRO	INDICADORES DE CALIDAD
<pre> graph TD INICIO --> I1[1) Recepcionar requerimiento de servicio de ambulancia] I1 --> I2[2) Solicitar hoja de referencia física o por medio electrónico] I2 --> D1{¿ Hoja de referencia?} D1 -- SI --> I3[3) Derivar a Médico de turno de emergencia] D1 -- NO --> A1((A)) I3 --> I4[4) Verificar disponibilidad de ambulancia con administración] I4 --> D2{¿ Disponible?} D2 -- SI --> I5[5) Consultar a médico general que personal va a acompañar] D2 -- NO --> A2((A)) I5 --> I6[6) Entregar presupuesto o usuario] I6 --> D3{¿ Acepta?} D3 -- SI --> I7[7) Verificar estado del paciente con IPRES de origen] D3 -- NO --> A3((A)) I7 --> I8[8) Confirmar la aceptación de referencia con IPRES de destino] I8 --> I9[9) Solicitar autorización de dirección médica] I9 --> D4{¿ Autoriza?} D4 -- SI --> I10[10) Indicar al médico de emergencia la coordinación con el personal de retén] D4 -- NO --> A4((A)) I10 --> I11[11) Entregar código de pago] I11 --> FIN[1] </pre>	<p>7) Verificar estado del paciente con IPRES de origen</p> <p>8) Confirmar la aceptación de referencia con IPRES de destino</p> <p>9) Solicitar autorización de dirección médica</p>	<p>¿ Autoriza?</p> <p>SI</p> <p>Indicar al médico de emergencia la coordinación con el personal de retén.</p>		<p>OBJETIVO: Brindar un servicio de ambulancia equipado de calidad a los pacientes que lo requieren.</p> <p>ALCANCE: Admisión, Administración, Dirección Médica.</p> <p>REFERENCIAS: No aplica</p> <p>RESPONSABLE: Administradora</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>(1) La responsable de Admisión recibe el requerimiento de servicio de ambulancia</p> <p>(2) La responsable de Admisión solicita hoja de referencia física o por medio electrónico.</p> <p>¿ Hoja de referencia aceptado? En caso sea SI continúa con la actividad 3, y en caso sea NO termina el proceso.</p> <p>(3) El responsable de Admisión verifica la disponibilidad de la ambulancia con administración.</p> <p>¿ Disponible? En caso sea SI continúa con la actividad 4, y en caso sea NO termina el proceso.</p> <p>(4) La responsable de Admisión consulta al médico general sobre que personal acompañará al paciente.</p> <p>(5) La responsable de Admisión entrega al presupuesto al usuario.</p> <p>¿ Acepta? En caso sea SI continúa con la actividad 6, y en caso sea NO termina el proceso.</p> <p>(6) La responsable de Admisión deriva al usuario al médico de turno de emergencia.</p> <p>(7) El Médico General verifica el estado del paciente con IPRES de origen.</p> <p>(8) El Médico General confirma la aceptación de referencia con IPRES de destino.</p> <p>(9) El Médico General solicita autorización de dirección médica.</p> <p>¿ Autoriza? En caso sea SI continúa con la actividad 10, y en caso sea NO termina el proceso.</p> <p>(10) El Director Médico indica al médico de emergencia la coordinación con el personal de retén.</p> <p>(11) La responsable de admisión entrega el código de pago</p> <p>(12) La responsable de admisión recibe el pago.</p> <p>(13) La responsable de admisión comunica al médico general el pago realizado.</p> <p>(14) El médico general llama al personal de retén.</p> <p>(15) El personal de retén demora 15 minutos como máximo.</p> <p>(16) El usuario presenta la boleta de pago al chófer de ambulancia y vigilante.</p> <p>FRECUENCIA: Diario</p>	<p>Hoja de referencia</p> <p>Medición:</p> <p>Indicador:</p> <p>Indicador:</p>	

