

**REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ESE HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA
Nit.**

| MAPA DE PROCESOS | | | |
|-------------------------|--|--------------------|-----------------------|
| TIPO DE PROCESO | MACROPROCESO | PROCESO | PROCEDIMIENTOS |
| MISIONALES | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | LABORATORIO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| MAPA DE PROCESOS | | | |
|-------------------------|--|------------------------------|-----------------------|
| TIPO DE PROCESO | MACROPROCESO | PROCESO | PROCEDIMIENTOS |
| MISIONALES | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | IMÁGENES DIAGNOSTICAS | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| MAPA DE PROCESOS | | | |
|-------------------------|--|-----------------|-----------------------|
| TIPO DE PROCESO | MACROPROCESO | PROCESO | PROCEDIMIENTOS |
| MISIONALES | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | FARMACIA | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|-----------|-------------------------|---|-------|
| ELABORO | CLAUDIA BOLIVAR SOTO | ESPECIALISTA EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD | |
| VALIDO | BERENICE SANTIAGO | PROFESIONAL DE CALIDAD | |
| APROBO | NILZA CHINCHIA GONZALEZ | GERENTE | |

2. OBJETIVO

Procesar y analizar oportunamente muestras de laboratorio clínico, generando resultados confiables y con calidad, que apoyen el diagnóstico médico. Así mismo, garantizando la privacidad y confidencialidad del Usuario.

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN

equipos biomédicos de hematología, química clínica, microscopi, centrífuga, microcentrifugas, micropipetas, reactivos, insumos.

4. ALCANCE

Inicia: con la toma de muestras a los usuarios en servicios ambulatorios, extramurales y hospitalarios.
Termina: con el procesamiento, control de calidad, validación y entrega de resultados.

5. ACTIVIDADES RELACIONADAS

toma de muestras, procesamiento de muestra, validación de resultados, entrega de resultados, control interno y externo de calidad.

6. DEFINICIONES

- Hematología:** Rama de la ciencia médica que se encarga del estudio de los elementos formes de la sangre y sus precursores, así como de los trastornos estructurales y bioquímicos de estos elementos, que puedan conducir a una enfermedad
- Laboratorio clínico:** El "Laboratorio clínico" es el lugar donde los profesionales de laboratorio de diagnóstico clínico realizan análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes. También se le conoce como Laboratorio de Patología clínica. Los laboratorios de análisis clínicos, de acuerdo con sus funciones, se pueden dividir en diferentes áreas.
- Reactivovigilancia:** Actividades que tienen por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos de calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo características que puedan estar relacionadas con estos.
- Tecnovigilancia:** La Tecnovigilancia se puede definir como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente estas tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de una población determinada
- Violación de la seguridad de la atención en salud:** Desviación deliberada (intencional) de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| # | QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | DOCUMENTO GENERADO |
|-----|---|-------------|--|--|---|--|
| 7.1 | Orientación y preparación de Usuario para la toma de muestras. | | Auxiliar de enfermería y auxiliar de laboratorio | Orienta y da instrucciones claras al Usuario, sobre la preparación, requisitos, lugar y fecha y hora para la toma de muestras y exámenes; Entregando el instructivo de toma de muestras. - Verifica que el Usuario ha entendido las recomendaciones, a través de preguntas y pidiendo que este repita las instrucciones dadas. Nota: Si es posible se toma la muestra y examen en ese mismo momento; para los casos en que el Usuario se le esté prestando servicios de Atención de Urgencias u Hospitalización. | cuando este con el usuario que va a recibir el servicio | instructivo de toma de muestras |
| 7.2 | Recepción de Usuario en Servicio de Laboratorio Clínico Integral. | | auxiliar de laboratorio | Recibe al Usuario en la fecha y hora programada, lo saluda y se presenta de manera cordial. - Corroborar identidad del Usuario, según lo establecido en el Protocolo de identificación inequívoca de pacientes. - Verifica que el Usuario cumpla con todos los documentos de ingreso al servicio y que haya recibido satisfactoriamente la orientación sobre la toma de muestras: ¿Cumple con los requisitos? Si: Pasar a la siguiente Actividad N°3 (Ingreso de Usuario al servicio de Laboratorio Clínico) No: Regresar a la Actividad N°1 (Orientación y preparación de Usuario para la toma de muestras). | al ingresar a recepción | Consentimiento Informado; Prescripción Médica, Documento de Identificación. |
| 7.3 | Ingreso de Usuario al Servicio de Laboratorio Clínico. | | | ¿El Usuario es procedente del servicio de Atención de Urgencias? Si: Se pasa a la Actividad N°4. No: Se ingresa Usuario en el Software del laboratorio y se salta a la Actividad N°6. | después de hacer procedimiento de recepción | software |
| 7.4 | Ingreso de Muestras de Usuario procedentes del servicio de Atención de Urgencias. | | Auxiliar de laboratorio y/o bacteriología | La auxiliar de enfermería, toma muestras al Usuario procedente de Atención de Urgencias, que le hayan autorizado exámenes de laboratorio en este servicio; según el Protocolo de Toma de muestras. Una vez tomada la muestra, la traslada al laboratorio rotulada y con sus respectivas Prescripción Médicas. Luego, es recibida por el bacteriólogo de servicio y esta válida la idoneidad de la muestra. (Pasar a la actividad N°5). | recibido del servicio de urgencias | Formato de Envío y Recepción de Muestras. Manual de Toma, Transporte y Recolección de Muestras. |
| 7.5 | Validación de concordancia entre Prescripción médica y muestra. | | Auxiliar de laboratorio y/o bacteriología | Confronta los datos de la Prescripción médica y de las correspondientes muestras tomadas y recibidas, para verificar que correspondan al mismo Usuario; es esencial validar, que la muestra aplica para el examen de laboratorio requerido en la Prescripción Médica y que esté en óptimas condiciones para analizarlas, según protocolos. ¿las muestras están en óptimas condiciones para ser analizadas? Si: Pasar a la actividad N°6. No: Se rechazan las muestras y se notifica a Seguridad del Paciente (Formato Fallas en la Atención). Nota: Esta información también queda registrada en el formato de envío y recepción de muestras. | area de laboratorio | Formato de Envío y Recepción de Muestras, Formato de reporte de Fallas en la Atención; Prescripción Médica, Manual de Toma, Transporte y Recolección de Muestras |
| 7.6 | Identificación Segura de Muestras. | | Auxiliar de laboratorio y/o bacteriología | Una vez recibido el Usuario en el Software, se le asigna un numero interno de identificación entonces, se rotulan los tubos con los 2 nombres y 2 apellidos con el numero de cedula, para la identificación y trazabilidad de la muestra. | area de laboratorio | rotulación de tubos y laminas |
| 7.7 | Toma de muestras. | | Aux de Laboratorio Clínico y/o Bacteriólogo. | Llama de manera controlada a los Usuarios para la toma de muestra y se ubican en los cubículos disponibles para tal fin. Se procede a explicarle al Usuario el procedimiento a realizar, luego se toma la muestra correspondiente. Nota: - Para Usuarios que requieran de pruebas de VIH, es esencial que Aux de Laboratorio Clínico se cerciore de que este haya diligenciado el Consentimiento Informado y haya recibido la Asesoría Pre- Prueba. - El Usuario es llamado a toma de muestras, mediante los documentos asignados de ingreso (Prescripción Médica y numero Asignado), los cuales se confrontan contra el documento de identidad, que debe ser entregado en el área de toma de muestras; luego de realizada esta actividad. | area de laboratorio | Prescripción Médica; numero de registro, Consentimiento informado, Documento de Identificación. |
| 7.8 | Información al Usuario sobre la entrega de resultados. | | Auxiliar de laboratorio y/o bacteriología | Informa al Usuario el lugar, fecha, horarios de atención y el tipo de documento que debe presentar para entrega de resultados. Así mismo, se debe indicar que hacer cuando el paciente tenga muestras pendientes por entregar al laboratorio. Para el Usuario que van a recibir exámenes de VIH y Serología, se procedería de la siguiente manera: ¿Son reactivas las pruebas? Si: Se envían los resultados al jefe de enfermería a cargo del programa y se le informa al paciente sobre el envío de su resultado a esta dependencia. No: Se sigue la ruta Normal de entrega de resultados. | area de laboratorio | |
| 7.9 | Traslado de muestras para procesamiento. | | auxiliar de laboratorio | Una vez que las muestras están debidamente identificadas, organizadas y almacenadas en organizadores al área de procesamiento de muestras; según el Manual de Toma, Recepción y Transporte de Muestras. Adjunto a las muestras, se diligencia se pasa el registro de envío y recepción de Muestras. | zona de procesamiento de muestras | Registro de envío y recepción de muestras. |
| 8 | Clasificación y distribución de muestras. | | auxiliar de laboratorio | Clasifica las muestras según el área de procesamiento y las distribuye en cada asignación correspondiente. Nota: Aquellas muestras que requieran centrifugación y /o montaje especial, se le realiza de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos. | zona de procesamiento de muestras | registro de procesamiento de muestras de acuerdo al examen solicitado |
| 8.1 | Control de calidad. | | Bacteriologo | Verifica que los equipos biomédicos están en óptimo funcionamiento, antes de realizar el procesamiento de las muestras. Esto se realiza con la lectura del control interno y de acuerdo al Manual de Control Interno y Externo. Nota: En caso de que resulte con parámetros inválidos, debe consultar el manual de Usuario del equipo, seguir las recomendaciones que este plantea y realizar nuevamente el control de calidad. Si continúan los parámetros inválidos, se reporta de inmediato a quien le compete para solicitar soporte técnico en el menor tiempo posible | química clínica y hematología | Documentación de las Acciones de Mejora; Manual de Control Interno y Externo |
| 8.2 | Procesamiento y análisis de muestras de laboratorio clínico. | | Bacteriologo | Procesa y analiza las muestras correspondientes al Área de Hematología, Química, Microbiología, Inmunología, Microscopia; conforme al Manual de procedimientos Técnicos y las recomendaciones del fabricante para cada tipo de analito. | area de laboratorio | manual de procedimientos tecnicos |
| | Reporte y Validación de Resultados. | | Bacteriologo | Observa los resultados arrojados en las lecturas de los equipos descritos en las carpetas de registro y los resultados reportados en el Software del laboratorio, para verificar que estos están bajo los parámetros normales. De esta forma el Bacteriólogo valida los resultados. Nota: Cuando los resultados presentan inconsistencias o resultados fuera de los parámetros normales, el bacteriólogo consulta sobre las condiciones clínicas del Usuario e indaga acerca de los medicamentos, tratamiento previo y demás datos que contribuyan a la confirmación de resultados. si es necesario toma muestras confirmatorias. | area de laboratorio | registros de laboratorio |
| | Entregar resultados. | | Auxiliar de laboratorio | Para los servicios de Consulta Externa: el Usuario debe se debe acercarse al lugar, fecha y hora convenida para la entrega de resultados. Este presenta el documento de identificación al responsable de la entrega, quien verifica que los datos correspondan. Si corresponden se entregan en físico y se le hace firmar la planilla de entrega de resultados. Así mismo, se hace la devolución del documento de identidad y se orienta al Usuario para que asista donde el médico que le ordeno los parámetros para su interpretación y manejo. | entrega de resultados | Resultados de Laboratorio Clínico Confirmado, Planilla de Entrega de Resultados (Diligenciada). |

CALIDAD DE LAS MUESTRAS - INCONSISTENTES: Cuando se sospecha de daño en la muestra o que no cumpla las condiciones requeridas, bien sea que se identifique en el sitio de toma de muestras (Atención de Urgencias, zona urbana y rural), donde se procesa o en procesos de transporte, se debe informar al servicio de Atención de Urgencias de donde proviene la muestra, al Aux de Laboratorio Clínico responsable del sitio de toma de muestra y al Usuario o paciente para su retoma. Si el paciente ya salió del hospital, se debe contactar antes de 24 horas, salvo en casos específicos, como hemólisis en muestras de pacientes con síndrome de Down, sueros turbios de pacientes lipémicos que debe ser inmediato. Esta información debe formar parte del seguimiento de los eventos adversos. Responsables: Según corresponda a auxiliar de laboratorio clínico (sede) en toma de muestras, o auxiliar interno del servicio de laboratorio clínico, cuando las muestras ya se reciben para procesamiento (incluye los daños en procesos de transporte).

9. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
|---------|---------------------|--------------------------------------|
| 1.0 | 04/06/2022 | Se crea el documento por primera vez |

1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|-----------|-------------------------|---|-------|
| ELABORO | CLAUDIA BOLIVAR SOTO | Especialista en gerencia de la calidad asesor externo | |
| VALIDO | BERENICE SANTIAGO | profesional de calidad interno | |
| APROBO | NILZA CHINCHIA GONZALEZ | Gerente | |

2. OBJETIVO

Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientando a toda mujer con vida sexual activa a utilizar los servicios de prueba de tamizaje (citología de cuello uterino) diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno con el fin de disminuir la Morbi-Mortalidad de nuestras Usuaris entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, garantizando una atención humanizada, confidencial, con privacidad, seguridad, digna y de calidad.

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN

Camilla ginecológica, escalerilla de 2 pasos, microscopio colorantes.

4. ALCANCE

Inicia: con demanda inducida y toma de muestras.
Termina: con entrega de resultados y notificación de resultados con alteraciones

5. ACTIVIDADES RELACIONADAS

demanda inducida, toma de muestras, coloración.
lectura de muestras, control de calidad a la lectura.

6. DEFINICIONES

Citología cervicouterina: es una prueba (pesquisa de cáncer cervical) para descubrir cualquier cambio celular de la cérvix que pueda causar cáncer. La cérvix es la parte inferior del útero (vientre).
Cancer de cuello uterino: Este tipo de cáncer de cuello uterino comienza en las células delgadas y planas (células escamosas) que recubren la parte externa del cuello uterino, que se proyecta hacia la vagina. La mayoría de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas.

7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

| # | QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | DOCUMENTO GENERADO |
|-----|--|--|--|---|---|---|
| 7.1 | Captar usuarias objeto del programa | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">INICIO</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Demanda inducida</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">PYM</div> </div> | Citologa, medicina general y enfermería. | Identificar a nuestras Usuaris entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para captar al programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, a través de los procesos misionales y demanda inducida | durante las consultas | registro de referencia |
| 7.2 | Ingreso de la Usuaris al Servicio | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">ingreso a consultorio de citología</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">previa facturación</div> </div> | facturación y usuaria | La Usuaris, según orientaciones de quien le remite al programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, o a libre demanda, debe ingresar al área de facturación donde se le realizará la factura y se le indicará traslado a consultorio de toma de muestra citológica, donde según orden de llegada debe ser atendida. | al ingresar al hospital para la atención. | factura de servicios. |
| 7.3 | Recepción de la Usuaris al servicio de toma de muestra de citologías. Anamnesis y diligenciamiento del registro. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Recepción en consultorio</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">identificación correcta</div> </div> | citologa | Recibir a la Usuaris en el servicio, saludarla y presentarse. Solicitar el documento de identificación, realizar verificación de derechos (facturación), diligenciamiento de Historia Clínica de detección temprana de cáncer de cuello uterino, elaborar anamnesis enfocada en los distintos aspectos del cérvix. | en consultorio | Historia Clínica de detección temprana de cáncer de cuello uterino, Registro diario de citologías |
| 7.4 | Marcar lámina y diligenciar registros. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">preparación toma de muestra</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">preparación toma de muestra</div> | citologa | Marcar la lámina según protocolo con iniciales del nombre y n° de cédula y serial consecutivo por año. Diligenciar registro diario de citologías, historia clínica citológica, RIPS y demanda inducida. | en consultorio | Historia Clínica citológica, Registro diario de citologías, Rips y formato de demanda inducida |
| | Preparar a la usuaria para la toma de citología | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">preparación toma de muestra</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">toma de muestra</div> | Citologa | Explicar a la Usuaris que la citología cervico-uterino es una prueba que consiste en la toma de muestra del epitelio de la unión Escamo-Columnar y su extensión sobre una lámina. Se realiza una lectura mediante microscopio de las células descamadas y coloreadas para observar si hay cambios en su morfología, e impedir así una posible progresión a Cáncer. Orientar a la usuaria q vacie la vejiga, y vista con la bata clínica y se ubique en posición ginecológica. | en consultorio | Preparación de equipo y materiales citológicos |
| | Tomar la muestra citológica | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">toma de muestra</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Orientación del usuaria</div> | citologa | Tomar la muestra, teniendo en cuenta los criterios de la Norma Técnica para la Detección Temprana de cáncer de Cuello Uterino y Protocolos de Atención | en consultorio | Norma técnica, Protocolos |
| 7.9 | Orientaciones a la Usuaris | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Orientación del usuaria</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">tarjeta de seguimiento</div> | citologa | Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar los resultados y asistir a las citas médicas que correspondan. Registrar la educación en la historia clínica | en consultorio | |
| | Diligenciar tarjeta de seguimiento | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">tarjeta de seguimiento</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">RIPS</div> | citologa | Diligenciar tarjeta de seguimiento para programar citologías según el esquema 1:1:3, calidad de la muestra y/o resultados. | en consultorio | Tarjeta de seguimiento |
| | Diligenciamiento del RIPS | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">RIPS</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Procesamiento de muestra</div> | citologa | Registrar en el RIPS el procedimiento realizado a la usuaria, teniendo en cuenta la finalidad, la actividad y el código CUPS | en consultorio | RIPS |
| | Colorear las láminas para lectura de la muestra | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Procesamiento de muestra</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Lectura de muestras</div> | citologa | Enviar las láminas e Historia Clínica de detección temprana de cáncer de cuello uterino, y el Registro de Entrega y Recepción de muestras de Citologías al Laboratorio de Citologías. | pasar a área de procesamiento | Formato de Recepción de Citologías |
| | Realizar la lectura de las láminas según manuales y normas técnicas. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Lectura de muestras</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Registro de resultados</div> | citologa | Después de tomadas las muestra y marcadas las láminas, son coloreadas, barnizadas (citoresina) y montadas con laminillas para dar lectura mediante microscopio según el esquema BETHESDA | área de procesamiento | Registro de Alcoholes y Colorantes (IDSN). Registro de Dispositivos Médico |
| | Registrar resultados de lectura y análisis de la lámina | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Registro de resultados</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Notificar Citologías positivas</div> | citologa | Registrar resultado de lectura y análisis de la lámina en la Historia clínica citológica y Diario de citología de acuerdo a la norma técnica y protocolo Bethesda. Firmar registros | área de procesamiento | registro de resultados de citologías |
| | Registrar resultados de citologías positivas | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Notificar Citologías positivas</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Calidad de las citologías</div> | citologa | Registrar todos los resultados de citologías positivas en el formato de muestras positivas por aseguradora de la usuaria. | área de procesamiento | registro de resultados positivos |
| | Enviar al Laboratorio de patología las láminas anormales de lesiones para confirmar diagnóstico. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Calidad de las citologías</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Organizar resultados</div> | citologa | Las láminas anormales deben ser enviadas al laboratorio de patología (contratado) con su respectiva historia clínica bien diligenciada y según especificaciones de la norma técnica en empaque de triple embalaje. El vehículo de transporte será el indicado por planeación científica, debe transportar las muestras al laboratorio de patología con oportunidad cumpliendo con las normas de bioseguridad, conservación y calidad según norma técnica. El resultado debe regresar firmado por el patólogo y con la firma respectiva en el Formato de citologías positivas de forma digital o físico. | planeación e IPS de referencia | resultados diligenciados |
| | Organizar y distribuir resultados. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Organizar resultados</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Entrega de resultados</div> | citologa | Empacar, rotular y enviar original de resultados a la Enfermera y/o auxiliar responsable del programa. Las copias de resultados y las láminas, se archiva en el laboratorio de citología por 2 años | consultorio de citología | libro de entrega de resultados |
| | Entrega del resultado al usuario | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Entrega de resultados</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Reporte 202</div> | auxiliar de enfermería PYM | El resultado se entrega en el horario y día indicado a una persona adulta con el documento de identidad y se recomienda presentarlo en consulta médica, registrando resultado y próxima cita en la tarjeta de seguimiento de la usuaria según el esquema 1:1:3. Se debe diligenciar el libro de entrega de resultados el cual debe ser firmado por el usuario que recibe el resultado muestra y/o resultados. | consultorio de PYM | libro de entrega de resultados |
| | Digitar información de la citología en la estructura de reporte de la resolución 202 antigua 4505 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Reporte 202</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">EGRESO</div> | ingeniero | Digitar información de la citología en la estructura de reporte de la resolución 4505, especificando los datos de identificación fecha de toma, resultado según Bethesda y calidad de la muestra | sistemas de información | registros excell |
| | Enviar láminas negativas a Laboratorio Externo para Control de Calidad Interno | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">EGRESO</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">FIN</div> | citologa | Enviar mensualmente el 10% de láminas negativas seleccionadas y firmadas por la Cito-tecnóloga Cito-históloga al Laboratorio Externo-contratado para Control de Calidad Interno. Según especificaciones de la norma técnica en empaque de triple embalaje. El mensajero asignado debe transportar las muestras al laboratorio de patología con oportunidad cumpliendo con las normas de bioseguridad, conservación y calidad según norma técnica, protocolos y manuales de bioseguridad. | en consultorio | registro de control de calidad |

OBLIGATORIO:
1. Entregar mensualmente a la coordinación de promoción y mantenimiento de la salud el informe de actividades. 2. Enviar mensualmente al área de promoción y mantenimiento de la salud el informe consolidado de citologías positivas clasificadas por asegurador. 3. Enviar mensualmente la base de datos del programa a la coordinación de promoción y mantenimiento de la salud. 4. Seguimiento a los casos positivos en el sitio de atención y a los resultados sin reclamar independientemente el resultado.

8. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
|---------|---------------------|------------------------|
| 1 | 30/06/2022 | Emisión de primera vez |
| | | |

| 1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|---|--------------|
| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| ELABORO | CLAUDIA BOLIVAR SOTO | Especialista en gerencia de la calidad asesor externo | |
| VALIDO | BERENICE SANTIAGO | profesional de calidad interno | |
| APROBO | NILZA CHINCHIA GONZALEZ | Gerente | |

2. OBJETIVO
Apoyar en la definición del diagnóstico médico y odontológico a través de la toma de rayos X y ecografías a maternas para proveer información sobre los tejidos profundos no visibles a simple vista, garantizando la calidad y seguridad del paciente.

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN
equipamiento biomedico, insumos

4. ALCANCE
Inicia: el ingreso de la paciente a puerperio, prescripción de ordenes medicas
Termina: promocion de lactancia materna y egreso con recomendaciones.

5. ACTIVIDADES RELACIONADAS
aplicación de tratamiento, toma de ayudas diagnosticas, valoracion por equipo de salud, rondas medicas.
incentivar el ingreso a las rutas de promocion y antenimiento de la salud.

6. DEFINICIONES
Rayos X (Rx): son un tipo de radiación llamada ondas electromagnéticas. Las imágenes de rayos X muestran el interior del cuerpo en diferentes tonos de blanco y negro; esto es debido a que los tejidos absorben diferentes cantidades de radiación.
Ecografías: también conocida como sonograma, es una prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonido) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo

7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

| # | QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | DOCUMENTO GENERADO |
|-----|---|-------------|--|---|----------------------------------|--|
| 7.1 | Verificar orden de solicitud de toma de Rayos X, o de PYM para ecografías | | Admisionista, radiologo y tecnico en Rx. | Confrontar y verificar orden de solicitud. Interrogar al Usuario, sede de procedencia, impresión diagnóstica. Cuando es mujer indagar si se encuentra en estado de embarazo, si no se encuentra en embarazo continuar el procedimiento. Orientar al Usuario para que facture el servicio. También se debe identificar el servicio de donde proviene la usuaria. Los servicios de procedencia son: • Emergencia • Hospitalización • Consulta Externa | en admisiones | Documento de identidad, Solicitud u Orden de Rx. |
| 7.2 | Confirmar estado de embarazo de las Usuarías | | Admisionista, radiologo y tecnico en Rx. | SI: la usuaria esta embarazada y va para ecografias se continua el procedimiento, si es para Rx se solicita concepto medico de acuerdo a la emergencia. NO; si es para ecografias no se realiza y orienta a la usuaria para acudir a su asegurador, en caso de orden para Rx se continua con la toma de radiografias. | area de Rx y ecografias | Criterio Medico, Consentimiento informado |
| 7.3 | Verificar derechos. Facturacion de servicios | | admisionista facturador | Verificar derechos.Facturar según procedimiento vigente. | area de facturacion | documento de identificacion, solicitud y factura |
| 7.4 | Inscribir al paciente en la agenda diaria de pacientes | | Radiologo, tecnico Rx | Realizar el registro en el formato diario de toma de imagenes, y hacer firmar al Usuario,realizar una serie de preguntas a la usuaria para saber sobre las condiciones en las que se encuentra para realizar el estudio radiológico. | area de Rx y ecografias | Factura, Formato de Registro diario |
| | Verificar el sitio de toma de imágenes, sobre los cuales se requiere el estudio | | Radiologo, tecnico Rx | Verificar el sitio de toma de imágenes, sobre los cuales se requiere el estudio, confrontando con la orden de imagenes. | en area de imágenes | |
| | Tomar la placa radiográfica o ecografia | | Radiologo, tecnico Rx | Se brinda indicaciones a la usuaria o a la persona que acompaña a esta sobre el proceso a realizarse. Se le darán una serie de directrices a seguir desde que inicia el estudio hasta que finalice.El procedimiento que se lleva a cabo es el siguiente: - Los usuarios expondrá la parte del cuerpo donde le harán la radiografía. - Se le indicara que se siente, se pare o se acueste, dependiendo de la parte del cuerpo donde se tomara la radiografía. - El tecnico en Radiología luego mueve el equipo para enfocar el haz de radiación en el área correcta. - Se colocaran protectores especiales sobre partes del cuerpo cerca del área donde van a tomar la radiografía cuando sea requerido.Generalmente el tecnico en Radiología se mantienen en el área controlada al momento de realizar el estudio utilizando factores técnicos de exposición de bajas dosis. - Automáticamente se generaran imágenes en el equipo del estudio que se realiza a la paciente. | en area de imágenes | |
| 7.9 | Revisar las imágenes diagnosticas y/o Revelado de la radiografía | | Radiologo, tecnico Rx | Confrontar las imágenes diagnosticas con el fin de revisar la calidad de la imagen, Revelar la radiografía, pasándola por fijador, agua y liquido revelado. Los tiempos dependen de las especificaciones del fabricante de la radiografía al analizar la imagen generada del estudio para determinar si es adecuada. Aunque se pueden dar 2 casos al momento de analizar la imagen: • Se necesita que se repita el estudio radiológico. • Se necesita tomar imágenes adicionales a las solicitadas. | en area de imágenes | |
| | Registrar los resultados de Rx y ecografias según corresponda | | Radiologo, tecnico Rx, odontologo | si el usuario esta en urgencias el medico registrara en HC los resultados del estudio Rx. En caso de ECOGRAFIAS el medico radiologo entregara informe digital y se guardara una copia y la otra se enviara a PYM. | en area de imágenes | registro de resultados, archivo digital. |
| | Entregar de resultados al usuario | | auxiliar de enfermeria, admisionistas | Entregar placa radiográfica al usuario, para que la presente al Médico y/o Odontólogo que la solicitó. Para ello se debe registrar diariamente el nombre apellido y EPS del paciente y la firma de quien recibe en el libro de entrega de resultados. | en area de entrega de resultados | libro de entrega de resultados |

RECOMENDACIONES PACIENTES PARA RX: El día del estudio se requiere realizar una adecuada higiene corporal. Se debe presentar la orden y autorización vigente para el estudio, y resultados de paraclínicos que apliquen.
Los pacientes con limitación en la movilidad, mayores de 60 años y/o con déficit neurológico deben venir con acompañante adulto. Los pacientes con antecedentes de alergias deberán informar al personal asistencial del servicio, previo al procedimiento. Rx abdomen simple: Dos días antes al examen: - Realizar dieta baja en fibras (sin residuos): vegetales, frutas. Puede consumir: sopas, pollo o pescado asado o sudado, papa cocida y evite carnes rojas, arroz, granos (frijol, lenteja, etc.) El día anterior al examen:
- Realizar dieta líquida sin residuos sólidos, ni semillas de frutas, puede consumir té, aromática, agua de panela, jugos en agua, sopas o consomé colados. - Colocarse a las 7 p.m. un enema de monofosfato-di fosfato de sodio rectal (travad®) y retenerlo como mínimo 15 minutos y después evacuarlo. - Ayuno de 8 horas.

| 8. CONTROL DE CAMBIOS | | |
|-----------------------|---------------------|------------------------|
| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
| 1 | 30/06/2022 | Emision de primera vez |
| | | |

| 1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--|-------|
| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| ELABORO | Claudia Bolivar Soto | Profesional asesor externo en gerencia integral de calidad | |
| VALIDO | Berenice Santiago | profesional interno | |
| APROBO | Nilza Chinchia Gonzalez | Gerente | |

2. OBJETIVO
Apoyar en la definición del diagnóstico médico y seguimiento a etapas del embarazo a través de la toma de ecografías obstétricas para proveer información sobre el estado del producto, garantizando la calidad y seguridad del paciente.

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN
ecografo, ginecologo

4. ALCANCE
Inicia: solicitud de ecografia obstetrica en la ruta materno perinatal.
Termina: .toma de ecografia y entrega de resultados.

5. ACTIVIDADES RELACIONADAS
ruta de atencion materno perinatal.
atencion en zona urbana y rural

6. DEFINICIONES

7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

| | QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | DOCUMENTO GENERADO |
|-----|--|-------------|----------------------|--|------------------------------|---|
| 7.1 | Verificar orden de solicitud de toma de ecografía obstétrica | | Auxiliar de servicio | Confrontar y verificar orden de solicitud. Interrogar al Usuario, sede de procedencia, impresión diagnóstica. Orientar al Usuario para que facture el servicio. | al momento de solicitar cita | Documento de identidad, Solicitud u Orden de ecografía. |
| 7.2 | Verificar derechos. Facturar el procedimiento | | Auxiliar de servicio | Verificar derechos. Facturar según tarifas y procedimiento vigente | en admisiones y facturación | Documentos de Identificación, factura de servicios, documento ADDRESS |
| 7.3 | Inscribir al paciente en la agenda diaria de pacientes de ecografías obstétricas | | Auxiliar de servicio | Realizar el registro en el formato diario de toma de ecografías obstétricas, y hacer firmar al Usuario. | en consultorio | Factura, Formato de Registro diario de ecografías obstétricas |
| 7.4 | Ingreso a la sala de ecografías | | Ginecologo | El ginecólogo expresa al usuario las Indicaciones para la realización de la ecografía | en consultorio | informe de resultados |
| 7.5 | Interrogatorio y anotación de datos clínicos. | | Ginecologo | El ginecólogo realiza el respectivo registro de los datos clínicos del paciente | en consultorio | informe de resultados |
| 7.6 | Informar su respectivo reporte. | | Ginecologo | El ginecólogo Informar al paciente sobre entrega de ecografía y su respectivo reporte | en consultorio | informe de resultados |
| 7.7 | Entrega de resultados | | Auxiliar de servicio | Se le entregan los resultados al usuario, cuidando que firme libro de entrega de resultados o que quede debidamente registrado en Historia clínica si entrega enfermera. | en consultorio | informe de resultados |

RECOMENDACIONES PARA ECOGRAFIAS OBSTETRICAS: El día del estudio se requiere realizar una adecuada higiene corporal. Se debe presentar la orden para el estudio ecográfico. Los pacientes con antecedentes de alergias deberán informar al personal asistencial del servicio, previo al procedimiento.

| 8. CONTROL DE CAMBIOS | | |
|-----------------------|---------------------|------------------------|
| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
| 1 | 30/06/202 | Emisión de primera vez |

PROCEDIMIENTO DE FARMACIA-

1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|-----------|-------------------------|---|-------|
| ELABORO | Claudia Bolivar Soto | Especialista asesor externo | |
| VALIDO | Berenice Santiago | profesional de apoyo a la calidad interno | |
| APROBO | Nilza Chinchia Gonzalez | Gerente | |

2. OBJETIVO

Definir el listado de medicamentos y dispositivos médicos que la institución requiere, para brindarle de manera segura al usuario prevención, tratamiento y diagnóstico, contemplando el perfil epidemiológico, los beneficios terapéuticos, económicos y administrativos y el listado de medicamentos POS.

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN

estantes, estibas, red de frío.

4. ALCANCE

Inicia: con la solicitud de necesidades por parte de los procesos asistenciales
Termina: con la recepción, almacenamiento, entrega y actualización de inventarios.

5. ACTIVIDADES RELACIONADAS

6. DEFINICIONES

Fórmula médica: Documento normalizado por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del servicio farmacéutico.

Medicamentos de Control Especial: Es el preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos de control especial, catalogados como tal en las convenciones de estupefacientes, precursores y psicotrópicos, o por el Gobierno Nacional, con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica definida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.

Medicamentos: Un medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | DOCUMENTO GENERADO |
|---|-------------|-----------------------|--|--|---|
| 7.1 Definición de las necesidades del servicio farmacéutico. | | Planeacion Cientifica | Luego de recibir de parte del area de planeacion cientifica de Actualización del Listado Básico de Medicamentos, para incluirlos en el Plan Anual de Adquisiciones. Así que, se solicitan el reporte de las 10 primeras causas de morbilidad en los servicios ambulatorios y de urgencias; así mismo, el perfil epidemiológico del último año como mínimo. A fin de, realizar un análisis retrospectivo, que partiendo de la interacción de los diferentes procesos asistenciales de la institución que intervienen en el uso de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico, determine el consumo promedio mensual, contemplando lo gastado por cada servicio farmacéutico y puestos de salud. | en cada proceso asistencial cada 3 meses | |
| 7.2 Elaboración del Listado Básico de Medicamentos. | | Regente de farmacia | Una vez definidas las necesidades del servicio farmacéutico, elaboran el Listado Básico de Medicamentos; de igual modo, se hace un análisis sistemático que determine la inclusión de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico que no habían sido determinados en la actividad anterior. Para la elaboración del Listado Básico de Medicamentos, es tomando en consideración la comparación de la información extraída del análisis de la actividad anterior con los siguientes criterios: - La Calidad y precio. - Disponibilidad en el mercado. - El Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y NO POS. - El perfil epidemiológico de la población. - El consumo histórico de la institución (del último año | area de farmacia | listado de necesidades |
| 7.3 Selección de proveedores. | | Regente de farmacia | Escogen a los proveedores con mejores garantías (calidad, oferta, oportunidad, servicio y eficacia), además se realiza el respectivo tramite del requerimiento a proveedor(es) a través del proceso de compra. | recursos fisicos y gerencia | manual de contrataciones y comité de compras |
| 7.4 Inspección de parámetros Administrativa | | Regente de farmacia | Recibe la Factura y verifica que esté dirigida al hospital; así mismo, chequea que los ítems descritos en dicha factura correspondan al producto solicitado, en las cantidades, con el precio, la marca, embalaje requerido y en el plazo estipulado en la Orden de Pedido. ¿La factura recibida contiene ítems agotados, que son requeridos con urgencia en la operación del hospital.? Si: Saltar a la actividad N°3. No: Seguir con la actividad N°2. | area de farmacia | lista de chequeo |
| 7.5 Inspección Física de Cantidades y Condiciones. | | Regente de farmacia | Hace un comparativo entre lo solicitado y lo recibido, a través de una inspección física de las cantidades y condiciones de embalaje en que son entregados los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos al servicio farmacéutico; esto para constatar, además, el cumplimiento de las condiciones de transporte por parte del proveedor externo, de acuerdo a los requisitos y condiciones de transporte establecidos en la ficha técnica de cada producto. Localiza los productos con inconformidades detectadas en la actividad anterior en área de cuarentena dispuesto temporalmente, hasta que se corrija dicha inconsistencia con el proveedor; de no ser corregidas las inconsistencias físicas, se rechazan dichos productos. Nota: Es necesario aclarar que todo esto se hace en presencia de las personas que realizan la entrega respectiva. | area de farmacia | informe, protocolos de farmacovigilancia |
| 7.6 Inspección de Parámetros Técnicos. | | Regente de farmacia | Realiza una inspección a cada unidad de la muestra extraída de los productos y registra las observaciones en el Acta de Recepción, para verificar el cumplimiento de especificaciones técnicas tales como: - Para medicamentos y material odontológicos: Principio activo, Forma farmacéutica, Concentración, Lote, Fecha de Vencimiento, Presentación comercial, Unidad y Registro sanitario (INVIMA). - Para dispositivos médicos: Descripción, Marca, Serie, Presentación Comercial, Registro sanitario (INVIMA), Clasificación de riesgo y Vida útil. Para ambos casos se debe considerar la vida útil de los productos con respecto a la rotación de los mismos; esto con el fin de alcanzar el consumo total de los mismos, en un tiempo determinado. Todos estos parámetros se encuentran establecidos en la ficha técnica de cada producto. | area de farmacia | registro de ingreso de medicamentos y dispositivos medicos |
| 7.7 Registro de entrada al sistema de inventario. | | Regente de farmacia | Carga al inventario los productos aceptados, para ser almacenados y se les aplique todos los controles de manejo de inventario establecidos. | area de farmacia | registro de inventarios |
| Clasificación y almacenamiento. | | Regente de farmacia | Una vez recibido y aprobado los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico y verificado el acta de recepción de los mismos, se clasifican de acuerdo a los criterios de almacenamiento definidos por el fabricante. Luego, se procede a almacenarlos en orden alfabético, de acuerdo con la Denominación Común Internacional (DCI) o nombre genérico. Empezando de arriba hacia abajo del primer estante, siguiendo un orden alfabético y practicando el método de la clasificación FIFO (primero en expirar, primero en salir), pero por fecha de vencimiento; es por eso de mucha importancia que se almacenen los productos de tal modo, que las fechas de fabricación y de vencimiento sean visibles Los líquidos de gran volumen (soluciones estériles) se almacenarán sobre estibas plásticas. | Regente de farmacia | protocolos de clasifiación y almacenamiento de medicamentos |
| Control de fechas de vencimiento y de averías. | | Regente de farmacia | Partiendo de la información aportada desde la recepción por el Listado Básico de Medicamentos y por el Acta de Recepción, donde se detalla con exactitud las fechas de vencimiento de los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico, se procede a semaforizar para determinar en el momento oportuno, que medicamentos están próximos a vencer; la semaforización se efectúa de acuerdo a la rotación de los medicamentos, y su código de colores se establece de la siguiente forma: VERDE Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, mayor a 8 meses AMARILLO Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, entre 3 y 8 meses ROJO Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, menor a 3 meses Para los productos averiados, vencidos o que presentan cierta inestabilidad según su forma farmacéutica (Precipitados, turbidez, crecimiento de hongos, separación de fases en emulsiones, cambios de color, capacidad de re-dispersión al agitar, etc.) se debe notificar a sub administrativa, diligenciar el formato de Reporte de Vencimientos y/o Averías y trasladar al área de cuarentena. | area de farmacia | registros y alertas de control de vencimiento |
| Recepción y verificación de la Prescripción Médica. | | Regente de farmacia | En primer lugar, se acerca el Aux de Enfermería a la farmacia y le suministra el nombre completo del Usuario al Regente o Aux de Farmacia, para confirmar que la Prescripción Médica esté cargada al Módulo de inventarios del Software institucional (HSRC), verificando su correcto diligenciamiento y validando los medicamentos y dispositivos médicos prescritos por el médico tratante. | area de farmacia | software institucional |
| Entrega de Medicamentos y Dispositivos Médicos | | Regente de farmacia | Una vez validada la Prescripción Médica, se procede a entregar los medicamentos y dispositivos médicos para ser utilizados por enfermeras en el servicio de Atención de Urgencias u Hospitalización, conforme a los requerimientos que muestra el Módulo del Software. Para ello, se deberá tener en cuenta la aplicación de los 5 correctos: - El Medicamento correcto. - para el paciente correcto. - en la dosis correcta. - Por la vía correcta. - Hora o frecuencia correcta | area de farmacia | registro de entrega de medicamentos |
| Confirmación de Salida de Medicamentos y Dispositivos Médicos | | Regente de farmacia | Ingresando al software, se confirma la salida del inventario de los medicamentos y dispositivos médicos entregados, igualmente queda en el sistema este registro cargado al Usuario que está siendo atendido, para efectos de Facturación. | area de farmacia | software institucional |
| Reposición de Medicamentos y Dispositivos Médicos. | | Regente de farmacia | Gestiona el stock de los Medicamentos y/o Dispositivos Médicos, de la Farmacia Satélite, de carros de paro y de ambulancias; bien sea por estar próximos a agotarse, próximos a vencerse o por cambios en alguna normatividad que determine su inexistencia; el stock en Carros de Paro y Ambulancia se verifica mensualmente y en Farmacia semanalmente. Para ello, el Regente de Farmacia debe monitorear constantemente los stocks en enfermería y solicitar a través del Formato Solicitud de Pedido, los Medicamentos y Dispositivos Médicos para reponer semanalmente estos. Por otro lado, Las Enfermeras o Aux de Enfermería deben notificar al Regente de Farmacia cuando haya un Código Azul que con lleve a usar algún elemento de los Carros de Paro, para que este con Kardex en mano, haga la verificación y la reposición correspondiente, para así, estar preparados para la próxima urgencia de este tipo. La reposición en las ambulancias es similar, la Aux de Enfermería notifica al Regente de Farmacia a cerca de los Medicamentos y Dispositivos Médicos usados en la atención del Usuario, y este le hace entrega del faltante, para mantener el stock. En la reposición de Carros de Paro y Ambulancias, el Regente o Aux de Farmacia debe confirmar la salida de los Medicamentos y Dispositivos Médicos. | carros de paro y ambulancias | registros de carro de paro y ambulancia |
| actualización de inventarios | | Regente de farmacia | el regente de farmacia debe mantener actualizado el modulo de inventarios y los registros fisicos de kardex. | area de farmacia | registros actualizados |

Se deben notificar todos los eventos de interés en salud pública y los eventos adversos.

8. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
|---------|---------------------|------------------------|
| 1 | 30/06/2022 | emision de primera vez |

1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|-----------|-------------------------|--------------------------------|-------|
| ELABORO | Claudia Bolivar Soto | Especialista asesor externo | |
| VALIDO | Berenice Santiago | profesional de calidad interno | |
| APROBO | Nilza Chinchia Gonzalez | Gerente | |

2. OBJETIVO

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN

ambulancia basica dotada y equipo humano de traslado.

4. ALCANCE

4.1 Inicia: con la definicion de conducta de referir al usuario.

4.2 Termina: con la entrega del paciente a la IPS receptora y la elaboracion de los informes.

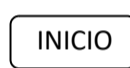

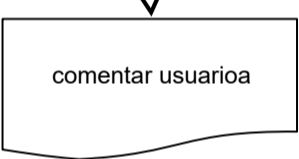
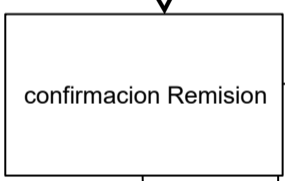
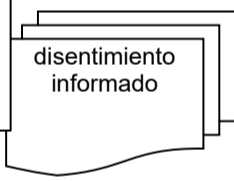
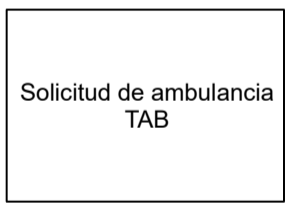

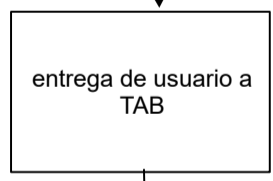
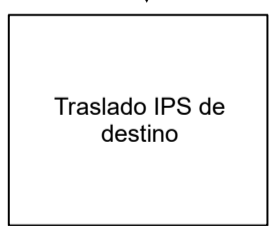
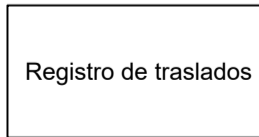
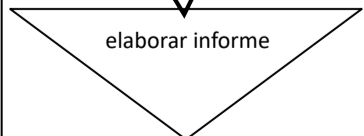
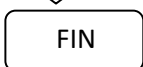
5. ACTIVIDADES RELACIONADAS

Limpieza y desinfeccion de la ambulancia

traslado de paciente critico

6. DEFINICIONES

7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

| | QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | DOCUMENTO GENERADO |
|-----|----------------|---|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| 7.1 | |  | | | | |
| 7.2 | |  | | | | |
| 7.3 | |  | | | | |
| 7.3 | |   | | | | |
| 7.4 | |   | | | | |
| 7.5 | |  | | | | |
| 7.6 | |  | | | | |
| | |  | | | | |
| 7.7 | |   | | | | |

8. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
|---------|---------------------|------------------------|
| 1 | 30/06/2022 | Emision de primera vez |
| | | |
| | | |

1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

| JERARQUIA | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|-----------|--------|-------|-------|
| ELABORO | | | |
| VALIDO | | | |
| APROBO | | | |

2. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y pasos a seguir para la formulación, elaboración, seguimiento y evaluación de los planes de gestión y acción de la entidad, por medio de los indicadores y herramientas diseñadas para tal fin de acuerdo a la vigencia en la que se van a desarrollar

3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN

Software o herramientas tecnológicas para divulgación de información

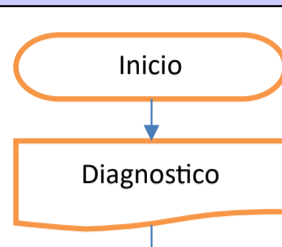


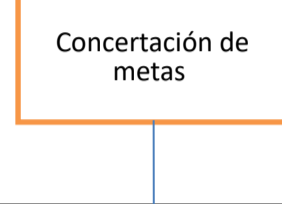
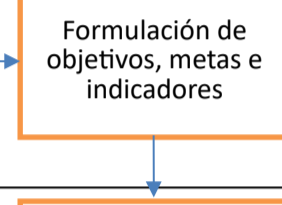
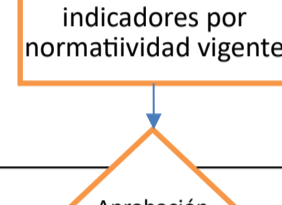
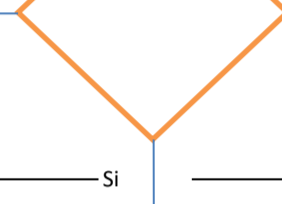

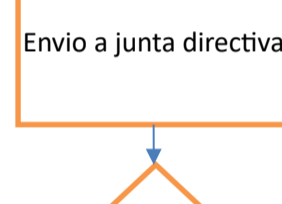

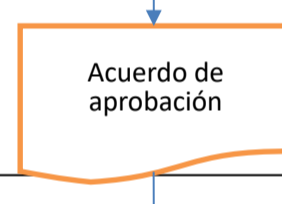
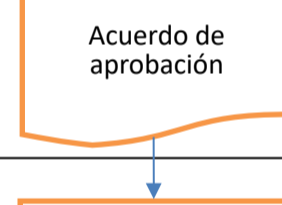
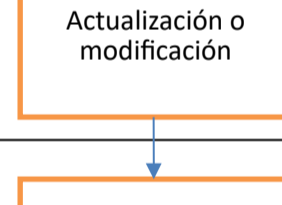
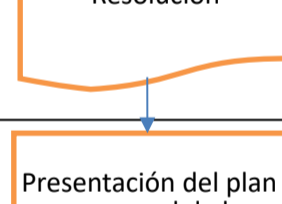
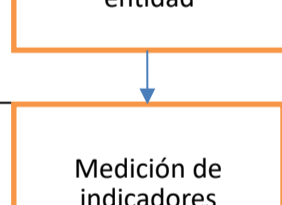
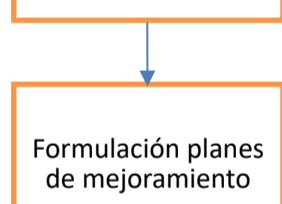
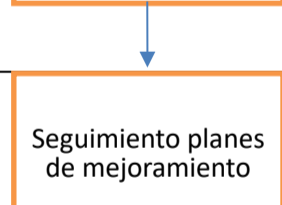
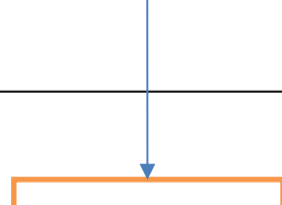
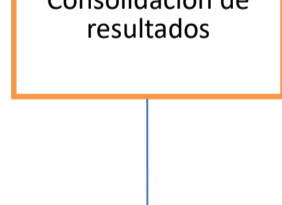
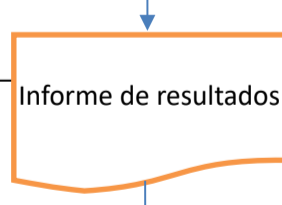
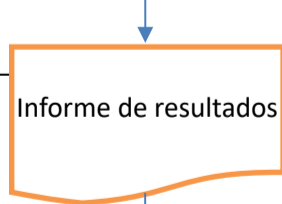
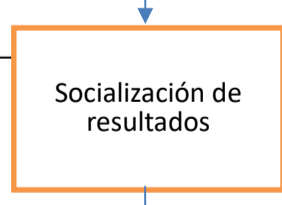
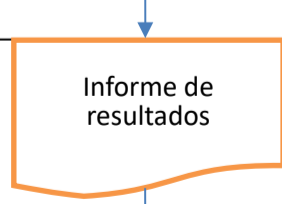


4. ALCANCE

Inicia: Identificación de acciones e indicadores para la medición de plan acción y gestión.
Termina: Evaluación y conclusiones de las mediciones obtenidas del plan de acción y gestión para la vigencia que fue formulado.

5. ACTIVIDADES RELACIONADAS

6. DEFINICIONES

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| ID | QUE DEBE HACER | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER | COMO LO DEBE HACER | CUANDO LO DEBE HACER | REGISTRO |
|-------|---|---|---|--|---|---|
| 7.1 | Realizar estudio de la situación actual de la entidad en todas sus áreas |  | Gerencia Líderes de área | Se elabora diagnostico en el cual se evidencian debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que permitan la generacion de estrategias a partir de lineas bases. | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Documento de diagnostico |
| 7.2 | Revisión y actualización de plataforma estratégica |  | Gerencia Planeación | Elaboración del documento en el cual se registra la información y generacion de los objetivos estrategicos de la vigencia | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Documento de plataforma estratégica |
| | |  | Gerencia Planeación Control Interno de Gestión y líderes de área. | Se estructura o actualiza el documento en el cual se encuentran los lineamientos y plataforma estratégica de la entidad teniendo en cuenta marco legal, descripción y generalidades, necesidades de la Entidad, Misión, Visión, valores corporativos | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Documento de plataforma estratégica |
| 7.2 | Transferencia de información a líderes de área |  | Gerencia Planeación | Se realiza concertación de metas por proceso para la gestión de la vigencia en la cual se encuentra el gerente entrante | Verificar por norma | Acta de concertación de metas y objetivos por proceso Plan de gestión |
| 7.3 | Formulación de Plan operativo |  | Líderes de área | Cada líder de área o proceso con el equipo de trabajo realiza la formulación de acciones a realizar durante la vigencia en el documento para el cumplimiento de la meta y objetivos propuestos y el impacto y relación directa con el plan de gestión | En el momento de la formulación del plan de gestión | Formato de formulación de objetivos, acciones, metas e indicadores del plan operativo enmarcado en plan de gestión por proceso. |
| | |  | Gerencia Planeación Control Interno de Gestión Líderes de área | Realizar la revisión de normatividad vigente identificando los indicadores de inclusión obligatoria en el plan de gestión | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Acta de reunión estableciendo los indicadores a incluir o actualizar en el plan de gestión |
| | |  | Gerencia Planeación Control Interno de Gestión Líderes de área | Formulación o actualización de indicadores por procesos a tener en cuenta para medición y seguimiento en el plan operativo, dentro la formulación de los indicadores se debe tener en cuenta la descripción de la línea base para las mediciones | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Matriz de indicadores de plan de gestión actualizada, acompañada de acta de aprobación del documento |
| 7.4 | Consolidación de plan de gestión |  | Gerencia Planeación | Por parte de cada área se hace envío del formato de formulación de metas y objetivos plan operativo al correo electrónico destinado para tal fin, al área de planeación, quienes son los responsables de elaborar la herramienta de consolidación de indicadores | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Formato de formulación de indicadores, metas y objetivos plan de gestión por proceso Correo electrónico institucional Herramienta de consolidación de indicadores |
| 7.5 | Revisión de documento para consolidación de indicadores y medición de plan de gestión |  | Gerencia Planeación Control Interno de Gestión Líderes de área | Revisión de documento consolidado de plan de operativo para aprobación y envío a junta directiva | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Herramienta de consolidación de indicadores Acta de aprobación de consolidación de indicadores |
| 7.6 | Presentación de plan de gestión a junta directiva |  | Gerencia | Por parte de la gerencia se realiza la presentación del documento consolidado para el plan de gestión, el cual en caso de ser aprobado se genera el acuerdo de aprobación. | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Acta de reunión |
| | |  | Gerencia | Por parte de la gerencia se realiza la presentación del documento consolidado para el plan de gestión, si llega a ser rechazado debe ser enviado nuevamente al numeral 7.3 del presente documento. | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Acuerdo de aprobación de plan de gestión |
| 7.7 | Acuerdo con Subgerencias Acuerds de gestión |  | Gerencia Subgerencias | Se reúnen el gerente con comité de gestión y desempeño para plantear los acuerdos de gestión y cumplimiento del plan | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada y aprobada por la Junta directiva | Acuerdo de gestión con el comité de gestión y desempeño |
| 7.8 | Actualización o modificación al plan |  | Gerencia Planeación Control Interno de Gestión | Presentar documento con la necesidad de solicitud de cambio en el plan de gestión, argumentando los cambios presentados | Según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada | Documento de justificación de cambio Matriz de indicadores con los cambios formulados Acta de junta directiva aprobando los cambios solicitados |
| 7.4 | Acto administrativo |  | Gerencia Planeación | Elaborar acto administrativo en el cual se indica las características del plan de gestión o modificaciones si es el caso, periodicidad de medición, vigencia y generalidades que se requieran describir | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad especifica identificada | Acto administrativo (Resolución) |
| 7.5 | Presentación de plan de gestión y metodología de evaluación |  | Gerencia Planeación | Aprobado el plan de gestión o su actualización se presenta al personal de la Entidad, indicando objetivos, indicadores, periodicidad de medición y demás características, así como el acto administrativo por el cual se adopta | Inicio de vigencia o según se requiera por exigencia de norma o necesidad | Acta de reunión o registro de asistencia a capacitación Evidencia de publicación WEB |
| 7.7 | Medición de indicadores |  | Planeación | De acuerdo a la periodicidad establecida para cada indicador o tablero de control, se realiza la medición por parte del respectivo responsable, quien entrega la información a planeación por medio del correo electrónico establecido para tal fin, incluyendo: | De acuerdo a la periodicidad establecida para cada indicador o tablero de control | Documento análisis de medición Evidencia requerida por el indicador Plan de mejoramiento (SI es requerido) |
| | |  | | - Evidencia de la medición - Documento análisis de la medición - En caso tal que la medición no se el resultado esperado o solicitado en el indicador se presenta plan de mejoramiento. | | |
| 7.7.1 | Seguimiento a planes de mejoramiento |  | Planeación | En los indicadores que se requiere la formulación de planes de mejoramiento por parte de planeación se realiza el seguimiento a la formulación y seguimiento de los mismos para su cumplimiento y resultados | De acuerdo a la periodicidad del indicador y de plan de mejoramiento | Plan de mejoramiento |
| 7.8 | Consolidación de información |  | Planeación | Teniendo las mediciones de los indicadores y su respectiva información, por parte de planeación se consolida la información identificando las novedades en cuanto a mediciones, análisis, evidencias y planes de mejoramiento, realizando el respectivo reporte a Gerencia; adicional a lo anterior se deben realizar la presentación de la información a control interno de gestión de acuerdo a los requerimientos presentados y de manera trimestral, semestral y anual | Mensual, trimestral, semestral, anual | Documento en medio magnético, vía correo electrónico |
| | |  | | Por parte del área de planeación se elabora documento de informe de los resultados de plan de gestión presentándolo a Gerencia y control interno de manera trimestral, semestral y anual según corresponda y/o solicitudes a las que haya lugar | | |
| 7.9 | Entrega de resultados |  | Gerencia Planeación | Por parte de control interno se genera un informe de los resultados obtenidos en el plan de gestión de la entidad, reportando a la gerencia los hallazgos encontrados para su tratamiento y solución | Trimestral, semestral, anual | Documento en medio magnético, vía correo electrónico |
| 7.10 | Informe de resultados obtenidos |  | Gerencia Control Interno | Por parte de control interno se genera un informe de los resultados obtenidos en el plan de gestión de la entidad, reportando a la gerencia los hallazgos encontrados para su tratamiento y solución | Trimestral, semestral, anual | Documento en medio magnético, vía correo electrónico |
| 7.11 | Socialización de informe de resultados |  | Planeación Control Interno | Se realiza la socialización del informe a los responsables de medición de los indicadores indicando resultados y hallazgos presentados | Trimestral, semestral, anual | Informe de resultados en medio magnético Lista de asistencia |
| 7.12 | Presentación de informe a junta directiva |  | Gerencia Planeación | Se estructura y presenta informe a la junta directiva indicando el cumplimiento de plan de gestión, fortalezas, debilidades y planes de mejoramiento en ejecución y/o desarrollados para dar cumplimiento al plan de gestión | Trimestral, semestral, anual | Informe de resultados en medio magnético Lista de asistencia |
| | |  | Gerencia, subgerencias Planeación | Se debe realizar un acuerdo donde se conste los resultados de la evaluación teniendo en cuenta las devisiones y causas de los resultados. | antes del 1° de Abril de cada año. | Acuerdo de Junta Directiva |

8. RIESGO

| |
|---|
| Formulación de indicadores errados |
| Presentar mediciones de indicadores fuera del periodo establecido |
| Evidencia de mediciones que no cumplen con los requisitos establecidos |
| Alteración de mediciones para la presentación de resultados del plan de gestión y alcances de metas |
| Incumplimiento en los planes de mejora establecidos para dar cumplimiento a las metas del plan de gestión |
| Baja asimilación o entendimiento de los indicadores formulados |

9. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
|---------|---------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |