SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SEPTIEMBRE 2022

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Libramiento Guadalupe Victoria s/n Área de Pajaritos C.P. 87087

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DE FIRMA DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA ¨BICENTENARIO 2010¨

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
Dr. Vicente Enrique Flores Rodríguez Director General	

Elaborado con base en estructura 01 de Noviembre 2019, este documento se integra de 499 fojas útiles. El 18 de diciembre de 2019, la Secretaría de la Función Pública, a través de la Unidad de Política de Recursos Humanos de la Administración Pública Federal y la Dirección General de Organización y Remuneraciones de la Administración Pública Federal, mediante oficio SSFP/408/2315/2019 y SSFP/408/DGOR/1650/2019, aprueba y registra el refrendo de la estructura orgánica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria ¨Bicentenario 2010¨, con vigencia organizacional del 01 de Noviembre 2019.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA

“BICENTENARIO 2010

SEPTIEMBRE, 2022

ÍNDICE

HOJA

INTRODUCCIÓN **8**

I.- OBJETIVO DEL MANUAL **11**

II.- MARCO JURÍDICO **12**

III.- PROCEDIMIENTOS

1.- PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS MEDIANTE EL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS A OTROS ORGANISMOS E INSTITUCIONES.

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PLAN PRESUPUESTAL ANUAL.

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE INDICADORES COMO INSTRUMENTO DE MEJORA CONTINUA.

4.- PROCEDIMIENTO PARA EMITIR LINEAMIENTOS PARA CONDUCIR A LA CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE INGRESO DE LOS PACIENTES A LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

6.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS NORMAS OPERATIVAS DE LA CONSULTA EXTERNA.

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DE ACEPTACIÓN DE PACIENTES Y PRIORIZACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

8.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS.

9.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS.

10.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

11.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LAS ÁREAS DEPENDIENTES DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

12.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

13.- PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS COMITÉS TÉCNICOS HOSPITALARIOS.

14.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE PERSONAL ADSCRITO A LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

15.- PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

16.- PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES REFERENTE A SU ATENCIÓN MÉDICA.

17.- PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN DE EQUIPOS.

18.- PROCEDIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD EN MANTENIMIENTO.

19.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON EQUIPO MÉDICO.

20.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE HABILIDADES DEL PERSONAL EN EQUIPOS BIOMEDICOS

21.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMEDICA

22.- PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE EQUIPO AL INICIO DE LAS OPERACIONES.

23.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO.

24.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

25.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A INCIDENCIAS SOBRE INSUMOS PARA EQUIPO MÉDICO.

26.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS DE EQUIPOS BIOMÉDICOS.

27.- PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE SALIDA DE EQUIPO BIOMÉDICO.

28.- PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE ENTRADA DE EQUIPO BIOMÉDICO.

29.- PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN PARA COADYUVAR CON LA ALTA GERENCIA HOSPITALARIA.

30.- PROCEDIMIENTO PARA PLANEAR, SUPERVISAR Y EVALUAR LA GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA PARA LA ADECUADA TOMA DE DECISIONES EN LA MACRO Y MICROGESTIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VICTORIA.

31.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER POLÍTICAS EN MATERIA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN QUE PERMITAN FORTALECER LA GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO.

32.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

33.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LA APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS EMITIDOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS.

34.- PROCEDIMIENTO PARA PROPONER ACUERDOS Y CONVENIOS DE COLABORACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDADVICTORIA.

35.- PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA APLICACIÓN CORRECTA DE LOS INDICADORES DE NIVEL FEDERAL.

36.- PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR Y SUPERVISAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA BIBLIOHEMEROTECA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VICTORIA.

37.- PROCEDIMIENTO PARA ANALIZAR Y PROPONER A LA DIRECCIÓN GENERAL LA EVALUACIÓN, INCORPORACIÓN, CREACIÓN O ELIMINACIÓN DE ÁREAS QUE CONTRIBUYAN AL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.

38.- PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

39.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO EXTERNO.

40.- PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES.

41.- PROCEDIMIENTO PARA ACUERDOS CON LA DIRECCIÓN GENERAL.

42.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CARTAS Y OFICIOS EXTERNOS.

43.- PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO, PROMOCIÓN Y PERMANENCIA AL SISTEMA INSTITUCIONAL DE INVESTIGADORES EN CIENCIAS MÉDICAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

44.- PROCEDIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ESTÍMULOS AL DESEMPEÑO DE LOS INVESTIGADORES EN CIENCIAS MÉDICAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

45.- PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE RESIDENTES EN EL ÁREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

46.- PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE RESIDENTES EXTRANJEROS EN EL ÁREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

47.- PROCEDIMIENTO DE PREGRADO EN MEDICINA.

48.- PROCEDIMIENTO DE PREGRADO OTRAS LICENCIATURAS.

49.- PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL.

50.- PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.

51.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR BECAS EN EL ÁREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

52.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN.

53.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS.

54.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE INDICADORES PARA MEJORA CONTINUA.

55.- PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

56.- PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL.

57.- PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DE PROYECTOS, PLANES Y PROGRAMAS DE TRABAJO.

58.- PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA HOSPITALARIA.

59.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A SOLICITUDES DE INFORMES ESTADÍSTICOS.

60.- PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA DE SINERHIAS.

61.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN INFORMATIVO DEL HOSPITAL.

62.- PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PÚBLICAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES

63.- PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PUBLICAS ATRAVES DE ENTREVISTAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES

64.- PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN O ADICIÓN DE CONTENIDO A LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL

65.- PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL HARDWARE

66.- PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LA NORMATIVIDAD JURÍDICA VIGENTE A LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”.

67.- PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR CONVENIOS DE COLABORACIÓN CON DEPENDENCIAS Y ENTIDADES EN MATERIA DE SALUD.

68.- PROCEDIMIENTO PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS INFORMACIÓN DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ENVIADAS A ESTE HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”.

69.- PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”, EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS.

70.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR DENUNCIAS, QUERELLAS O DEMANDAS, CUANDO SE INVOLUCREN INTERESES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”.

71.- PROCEDIMIENTO PARA FORMULAR DESISTIMIENTOS Y PERDONES LEGALES CUANDO EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”, SEA PARTE DENTRO DE UNA CONTROVERSIA JUDICIAL.

72.- PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR ADMINISTRATIVA Y LABORALMENTE AL PERSONAL REPORTADO.

73.- PROCEDIMIENTO PARA ASESORAR A LOS COMITÉS INTERNOS DE ESTE HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

INTRODUCCIÓN

El Manual General de Procedimientos del "Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" constituye un instrumento que consolida los esfuerzos institucionales para definir y establecer las funciones, responsabilidades y ámbito de acción de cada área que lo integra, que da cumplimiento a lo dispuesto en el Art. 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, art. 8 Fracción VII del Estatuto del HRAEV.

De esta manera, el presente documento tiene como finalidad, facilitar el acceso a la información orgánica-funcional de las unidades administrativas que integran el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", a través de la identificación de los niveles estructurales hasta nivel de departamento, así como la descripción de sus objetivos y funciones principales.

El presente manual fue elaborado con base en la estructura orgánica con vigencia organizacional 01 de noviembre 2019 conformada por 1 Director General, 5 Directores de Área, 18 Subdirectores de Área y 5 Jefes de Departamento; dicha estructura incorpora criterios de eficiencia y efectividad que equilibran responsabilidades y cargas de trabajo integrando tareas afines en cada proceso administrativo.

Como punto de referencia para actuar en estricto apego a la legalidad, se incluye el capítulo del Marco Jurídico que rige el funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", enumerando los principales ordenamientos a cumplir.

Para efectos de orden, los procedimientos se clasifican con responsabilidad directiva para cada uno de ellos; asimismo, para facilitar su comprensión, aplicación y control, se exponen en el orden que establece el proceso administrativo.

Este documento administrativo se elabora de conformidad con los lineamientos administrativos establecidos por la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, así con apego a la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos de fecha Septiembre 2013 emitida por la Secretaría de Salud y se actualizará cuando existan modificaciones a la estructura orgánica o normatividad aplicable; dicha integración o actualización es responsabilidad la Subdirección de Planeación y Desarrollo en coordinación con las diversas áreas del Hospital.

En el presente Manual no se incluye los procedimientos de la Dirección de Administración y Finanzas basados en que la Secretaría de la Función Pública conjuntamente con las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y Gobernación llevaron a cabo una estrategia para reforzar el marco normativo interno de cada institución con el objetivo de reducir, estandarizar y simplificar las normas internas, así como homologar e incrementar la eficiencia de los procesos en toda la Administración Pública Federal, por lo que se elaboraron los nueve Manuales Administrativos de Aplicación General, mismos que en el 2010 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, los acuerdos por los que se expiden dichos manuales, los cuales son revisados y/o actualizados anualmente y, a fin de mejorar su aplicabilidad tanto en las disposiciones como en los procesos que contiene cada uno de ellos, así como promover la eliminación de normas mediante la inclusión de procesos que aún no están regulados en los propios manuales.

El 10 de septiembre de 2010 se emitió un Acuerdo Presidencial para eliminar las normas administrativas innecesarias y reemplazarlas por 9 Manuales Administrativos de Aplicación General que homologarán la operación de los procesos de Adquisiciones, Obra, Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales, Tecnologías de la Información, Transparencia, Auditoría y Control los cuales son revisados y/o actualizados anualmente por la Secretaría de la Función Pública conjuntamente con las Secretarías

de Hacienda y Crédito Público y Gobernación, a los cuáles este Hospital se apega para el cumplimiento de los mismos.

En lo referente al Órgano Interno de Control este depende jerárquica y funcionalmente de la Secretaría de la Función Pública, de acuerdo a lo establecido en el artículo 37, fracción XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la mencionada Secretaría quien autoriza los Manuales de Procedimientos aplicables a su ámbito de responsabilidad conforme a lo establecido en el artículo 19 de dicha Ley, por lo que en el presente Manual no se incluyen los Procedimientos de mencionada Dirección.

La difusión del Manual se realizará de manera amplia por medio de los titulares de cada área administrativa, quiénes lo darán a conocer a su personal adscrito a través de medios escritos, así como su publicación en la página oficial del Hospital www.hraev.salud.gob.mx. Por otra parte, los servidores públicos de las áreas que integran el hospital, serán los responsables de vigilar la correcta aplicación del presente documento.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Fungir como documento de consulta que ofrezca información sintetizada, vigente y veraz sobre las actividades y descripción de procedimientos del Hospital, a fin de orientar al personal de la unidad o externo interesado en conocer cada uno de los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en las actividades desarrolladas por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.

II. MARCO JURIDICO

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

LEYES

- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
- Ley de Amparo, Reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley de Asistencia Social
- Ley de Asociaciones Público Privadas
- Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores
- Ley de Ciencia y Tecnología
- Ley de Coordinación Fiscal
- Ley de Firma Electrónica Avanzada
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación
- Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal (del año correspondiente)
- Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

- Ley de los Institutos Nacionales de Salud
- Ley de Planeación
- Ley de Premios Estímulos y Recompensas Civiles
- Ley del Impuesto Sobre la Renta
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Ley del Seguro Social
- Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal
- Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Ley Federal del Procedimiento Administrativo
- Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
- Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley Federal del Derecho de Autor
- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o comprimidos
- Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre sin Violencia
- Ley General de Archivos
- Ley General de Cultura Física y Deporte
- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Mejora Regulatoria
- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

- Ley General de Protección Civil
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados
- Ley General de Responsabilidades Administrativas
- Ley General de Salud
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley General de Víctimas
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción
- Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
- Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos
- Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro, Reglamentaria de la Fracción XXI del Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

  Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- Ley Orgánica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

- Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear

CÓDIGOS

- Código Civil Federal
- Código de Comercio
- Código Federal de Procedimientos Civiles
- Código Nacional de Procedimientos Penales
- Código Fiscal de la Federación
- Código Penal Federal

REGLAMENTOS

- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
- Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
- Reglamento de Ley de Asociaciones Público Privadas
- Reglamento de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores
- Reglamento de la Ley de Impuesto sobre la Renta

- Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal
- Reglamento de la Ley Federal de Archivos
- Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos
- Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
- Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre sin Violencia
- Reglamento de la Ley General de Cultura Física y Deporte
- Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil
- Reglamento de la Ley General de Protección Civil
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres Humanos

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes
- Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
- Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y asistencia a las Víctimas de estos delitos.
- Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
- Reglamento del Código Fiscal de la Federación
- Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Reglamento General de Seguridad Radiológica
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud

- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General

- Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

- Reglamento de la Ley General de Víctimas

PLANES Y PROGRAMAS

- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

- Programa Sectorial de Salud 2019 -2024

DECRETOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

- Decreto por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública.

- Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

- Decreto por el que se declara el Día Nacional de la Donación y Trasplante de Órganos, el 26 de septiembre de cada año.

- Decreto por el que se establece el procedimiento y los requisitos para la inscripción en los Registros de Personas Acreditadas operados por las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal y las bases para la interconexión informática de los mismos.

- Decreto para realizar la entrega-recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

- Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal.

- Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

- Decreto por el que se establece la regulación en materia de Datos Abiertos

ACUERDOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud.

- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.

- Acuerdo por el que los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal del sector salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas en materia de salud.

- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Trasplantes como una Comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal, que tendrá por objeto

promover apoyar y coordinar las acciones en material de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.

- Acuerdo que establece los lineamientos y estrategias generales para fomentar el manejo ambiental de los recursos en las oficinas administrativas de las dependencias de la Administración Pública Federal.

- Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud.

- Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Protección Social, como una comisión intersecretarial de carácter permanente.

DISPOSICIONES DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

- Acuerdo por el que se determinan las cantidades o volúmenes de productos químicos esenciales, a partir de los cuales serán aplicables las disposiciones de la Ley.

- Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención de la Salud durante la Línea de la Vida.

- Acuerdo por el que se establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos.

- Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

- Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables

- Edición 2015, del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos

- Nota Aclaratoria al Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, publicado el 12 de septiembre de 2005

ACUERDOS DE LA SECRETARIA DE SALUD

- Acuerdo número 71 Por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud

- Acuerdo número 130.Por el que sea crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificación de defunción y de muerte fetal.

- Acuerdo mediante el cual se instruye a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud en sus niveles público, social y privado, de atención médica a que cuando reciban casos probables de influenza de acuerdo con la definición de caso establecida por esta Secretaría de Salud, se notifique de manera inmediata a esta dependencia.

- Acuerdo por el que se delegan en los subsecretarios de Innovación y Calidad, de Prevención y Promoción de la Salud, de Administración y Finanzas, así como en los titulares de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, de las Unidades Coordinadora de Vinculación y Participación Social, y de Análisis Económico y de los órganos desconcentrados de

la Secretaría de Salud y de sus respectivos coordinadores administrativos o equivalentes, las facultades que se indican.

- Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que deberán observar los particulares para el trámite de la prórroga de registro sanitario de medicamentos alopáticos, derivado del Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento de Insumos para la Salud, publicado el 2 de enero de 2008.

- Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

- Acuerdo por el que se establece el Comité de Mejora Regulatoria Interna en la Secretará de Salud.

- Acuerdo por el que se delega en los subsecretarios de Integración y Desarrollo del Sector Salud, de Prevención y Promoción de la Salud, y de Administración y Finanzas, en el Comisionado Nacional contra las Adicciones, así como en los titulares de la comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, de la Unidad de Análisis Económico, y de los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud y de sus respectivos coordinadores administrativos o equivalentes, respectivamente, la facultad que se indica.

- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud

- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2015.

- Acuerdo por el que se designa a la Unidad de Transparencia y se constituye e integra el Comité de Transparencia, ambos de la Secretaría de Salud.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA1-1993, Salud ambiental, bienes y servicios. Envases metálicos para alimentos y bebidas. Especificaciones de la costura. Requisitos sanitarios.

- Norma Oficial Mexicana, NOM-003-SSA1-2006, Salud ambiental. Requisitos sanitarios que debe satisfacer el etiquetado de pinturas, tintas, barnices, lacas y esmaltes.

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA1-2013, Salud Ambiental. Limitaciones y especificaciones sanitarias para el uso de los compuestos de plomo.

- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA1-2014, Salud Ambiental. Valor límite permisible para la concentración de ozono (O3) en el aire ambiente y criterios para su evaluación.

- Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA1-2010, Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de azufre (SO2). Valor normado para la concentración de dióxido de azufre (SO2) en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población.

- Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA1-1993, Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al bióxido de nitrógeno (NO2). Valor normado para la concentración de bióxido de nitrógeno (NO2) en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población.

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA1-2014, Salud ambiental. Valores límites permisibles para la concentración de partículas suspendidas PM10 y PM2.5 en el aire ambiente y criterios para su evaluación.

- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA1-1993, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire con respecto al plomo (Pb). Valor normado para la concentración de plomo (Pb) en el ambiente como medida de protección a la salud de la población.

- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-Índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.

- Norma Oficial Mexicana, NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.

- Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.

- Norma Oficial Mexicana NOM-065-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los medios de cultivo. Generalidades.

- Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios.

- Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005, Estabilidad de fármacos y medicamentos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-076-SSA1-2002, Salud Ambiental. Que establece los requisitos sanitarios del proceso del etanol (alcohol etílico)

- Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones de control para Laboratorio de Patología Clínica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Relativa a las especificaciones Sanitarias de los Estándares de Calibración Utilizando en las Mediciones Utilizadas en los Laboratorios de Patología Clínica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos – Biológico – Infecciosos – Clasificación y Especificaciones de Manejo.

- Norma Oficial Mexicana NOM-110-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Preparación y disolución de muestras de alimentos para su análisis microbiológico.

- Norma Oficial Mexicana NOM-112-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Determinación de bacterias coliformes. Técnica del número más probable.

- Norma Oficial Mexicana NOM-113-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Método para la cuenta de microorganismos coliformes totales en placa.

- Norma Oficial Mexicana NOM-125-SSA1-1994, Que establece los requisitos sanitarios para el proceso y uso de asbesto.

- Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

- Norma Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-1995, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol desnaturalizado, antiséptico y germicida (utilizado como material de curación), así como para el alcohol etílico de 96° G.L sin desnaturalizar y las especificaciones de los laboratorios o plantas envasadoras de alcohol.

- Norma Oficial Mexicana NOM-143-SSA1-1995, Bienes y servicios. Método de prueba microbiológico para alimentos. Determinación de *Listeria monocytogenes*.

- Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente.

- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

- Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia

- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.

- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus

- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del Binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de lepra.

- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

- Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

- Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias

- Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

- Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad

- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.

- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria.

OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS

- Lineamientos que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información.

- Lineamientos que los sujetos obligados deben seguir al momento de generar información, en un lenguaje sencillo, con accesibilidad y traducción a lenguas indígenas.

- Lineamientos para recabar la información de los sujetos obligados que permitan elaborar los informes anuales.

- Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

- Lineamientos Técnicos Federales para la Publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en el ámbito federal en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

- Lineamientos Técnicos Generales para la Publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso

a la Información Pública que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

- Acuerdo por el que se definen los efectos de los Dictámenes que emite la Comisión Federal de Mejora Regulatoria respecto de las normas oficiales mexicanas y su respectiva Manifestación de Impacto Regulatorio.

- Aviso por el cual se da a conocer la información a que se refiere la fracción IX, del artículo 87, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, correspondiente al año 2015.

- Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud.

- Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, establece las bases de interpretación y aplicación de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

- Guía de Implementación de la Política de Datos Abiertos.

- Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos del Poder Ejecutivo Federal.

- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.

- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros

- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera

- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

- Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

- Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único

DISPOSICIONES INTERNACIONALES

- Decreto que promulga el Convenio relativo a las Estadísticas de las Causas de Defunción.

DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS

- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.

- Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”

- Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específico de la Secretaría de Salud, septiembre 2013

1. PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS MEDIANTE EL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS A OTROS ORGANISMOS E INSTITUCIONES

1. PROPÓSITO.

Establecer convenios con otros organismos e instituciones para lograr la autogestión financiera, mediante el otorgamiento de servicios con estándares de calidad y eficiencia para el beneficio del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".

2. ALCANCE.

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección General que establece los convenios con otros organismos e instituciones, así como a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas y Departamento de Asuntos Jurídicos quienes propondrán los servicios a ofertar.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica a las Organismos e Instituciones que realizan la adquisición de servicios del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección General emitirá lineamientos autorizados para proporcionar los servicios a particulares, hospitales o instituciones, siempre y cuando estos se apeguen a las normativas del Hospital.

3.3 La Dirección General a través de la Dirección de Administración y Finanzas proporcionará el tabulador de cuotas actualizado y autorizado de costos por servicios.

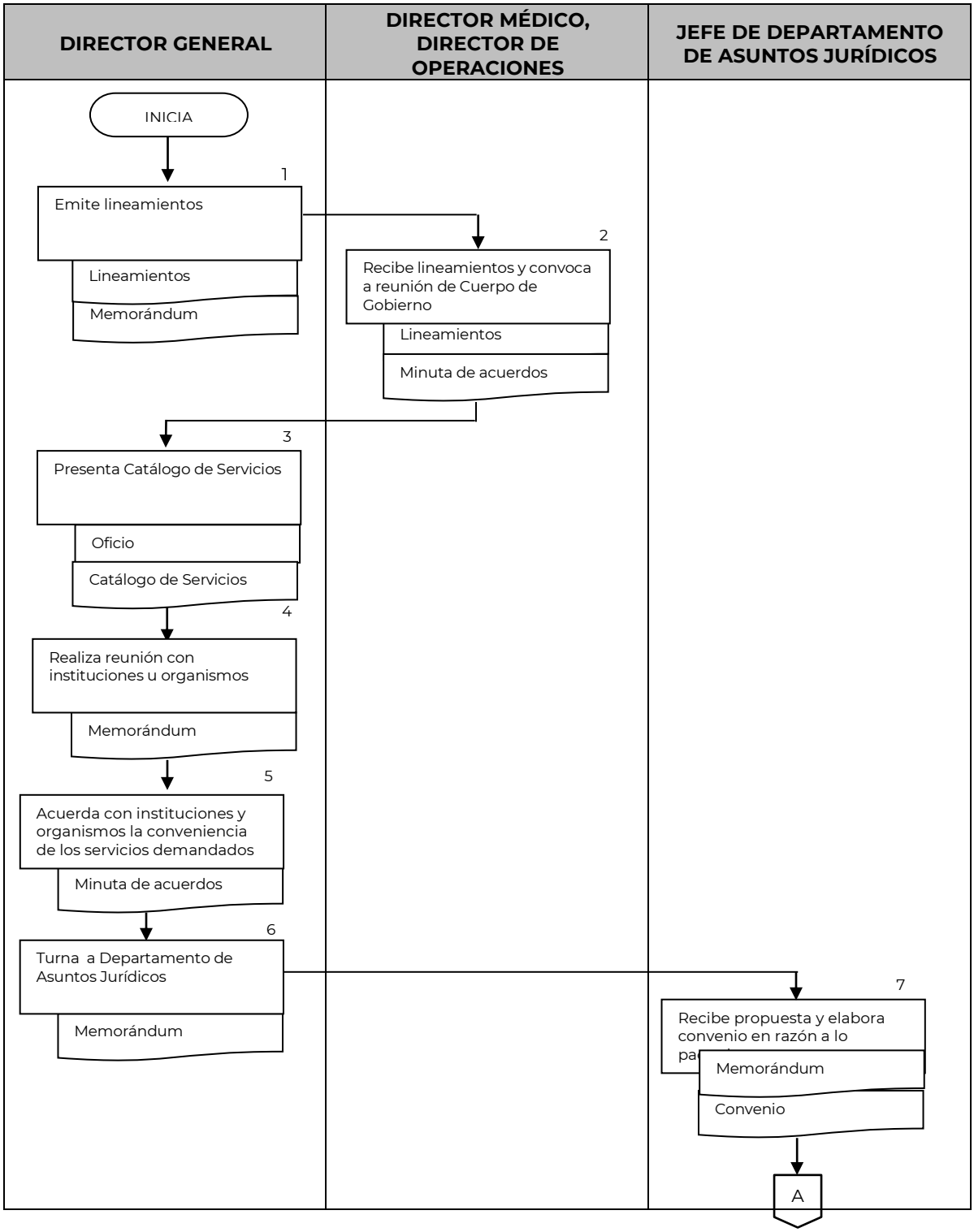
3.4 La Dirección General a través de las Direcciones Médica y de Operaciones propondrá la venta de servicios de acuerdo al Catálogo establecido y a los lineamientos internos, así como la coordinación de las iniciativas.

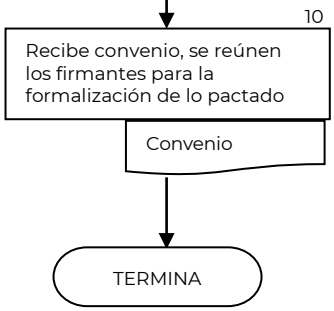
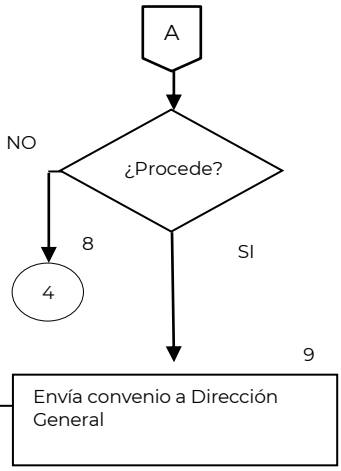
3.5 La Dirección General a través del Departamento de Asuntos Jurídicos es responsable de elaborar los convenios para la venta de servicios apegándose a los criterios legales y normativos del Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Emite los lineamientos a través de los cuáles se propone la venta de servicios médicos y de diagnóstico.	Lineamientos. Memorándum
Director Médico, Director de Operaciones	2	Recibe los lineamientos y propone en reunión, al cuerpo de gobierno del Hospital la venta de servicios con otras instituciones y organismos	Memorándum Minuta de acuerdos
Director General	3	Presenta y envía el Catálogo de Servicios a las Instituciones y Organismos solicitantes considerados para la oferta de servicios.	Oficio. Catálogo de Servicios
	4	Realiza reunión con las instituciones u organismos solicitantes y el cuerpo de gobierno del Hospital para ofertar el catálogo de venta de servicios	Memorándum Minuta de acuerdos.
	5	Acuerda con las instituciones y organismos la conveniencia de los servicios demandados	Minuta de acuerdos.
	6	Turna al Departamento de Asuntos Jurídicos del Hospital Regional de Alta Especialidad la propuesta de acuerdo para elaboración del convenio.	Memorándum
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	7	Recibe la propuesta y elabora convenio en razón a la propuesta pactada con la institución apegándose al estatuto orgánico del Hospital.	Memorándum Convenio.
	8	¿Procede?: **No:** Determina que no cumple con los lineamientos pactados o con el Estatuto Orgánico, Regresa a actividad 4	
	9	**Si:** Envía convenio a la Dirección General para formalización.	Convenio.
	10	Recibe convenio, se reúnen los firmantes para la formalización de lo pactado contemplando inicio y vigencia del convenio. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES	JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Oficio de Recepción de normatividad	5 años	Dirección General	Número de oficio
7.2 Memorándum	5 años	Dirección General	Número de memorándum
7.3 Acuse del oficio de emisión de lineamientos	5 años	Dirección General	Número de lineamiento
7.4 Minuta de acuerdos	Vigencia del convenio	Dirección General	Fecha de minuta

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Convenio:** Acuerdo de voluntades.

8.2 **Cuerpo de Gobierno:** Organismo rector, con capacidad de toma de decisiones que permiten la mejora de una organización.

8.3 **Gestión:** Es la disciplina de organizar y administrar recursos de manera tal que se pueda culminar todo el trabajo requerido en el proyecto dentro del alcance, el tiempo, y costos definidos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

2. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PLAN PRESUPUESTAL ANUAL

1. PROPÓSITO

Conducir la integración de las necesidades del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" para la elaboración del Plan Presupuestal Anual acorde a los lineamientos emitidos por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público que permita otorgar la atención a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección General quien informa a las Direcciones de Área del presupuesto, así como a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, la Dirección de Administración y Finanzas, así como a la Subdirección de Enfermería, quienes integraran las necesidades.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica a la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, así como a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales Regionales quienes emiten los lineamientos a aplicar para la elaboración del Presupuesto Anual.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General mediante la Dirección de Administración y Finanzas informar a las Direcciones Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería del presupuesto anual autorizado para el Hospital.

3.2 Es responsabilidad de la Dirección General integrar el Plan Presupuestal Anual de acuerdo a las necesidades presentadas por las Direcciones Médica, de Operaciones y Subdirección de Enfermería.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección General informar a la Dirección de Administración y Finanzas del Plan Presupuestal Anual integrado.

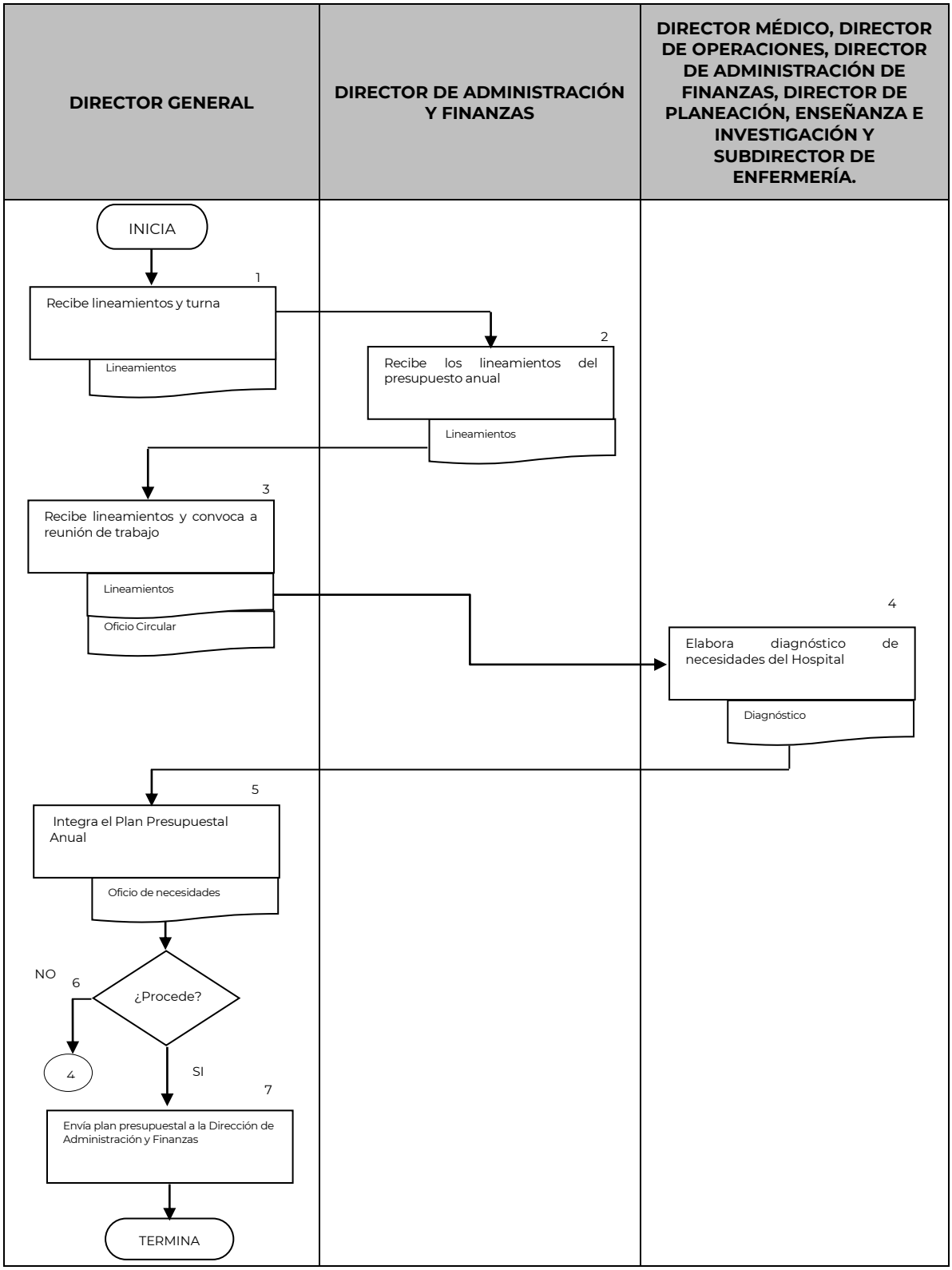
3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, informar a la Dirección General de los estados financieros para la elaboración del Plan Presupuestal Anual.

3.5 Es responsabilidad de la Direcciones Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería integrar el diagnóstico de necesidades e informar a la Dirección General de forma oportuna.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe los lineamientos emitidos por SHCP y comunicados por la CCINSHAE y turna a la Dirección de Administración y Finanzas	Lineamientos Oficio
Director de Administración y Finanzas	2	Recibe los lineamientos del presupuesto anual y notifica cuáles serán los lineamientos de operación del Presupuesto a la Dirección General	Lineamientos Oficio
Director General	3	Recibe lineamientos para la integración del Plan Presupuestal Anual y convoca a reunión de trabajo a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de enfermería para su análisis y envía lineamientos	Lineamientos Oficio Circular
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Administración de Finanzas, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Subdirector de Enfermería.	4	Analiza los lineamientos y plantean las necesidades del Hospital en cada una de sus áreas, elaborando un diagnóstico de necesidades y las envían a la Dirección General para su autorización	Diagnóstico
Director General	5 6 7	Recibe el Diagnóstico de las necesidades e integra el Plan Presupuestal Anual y lo envía a la Dirección de Administración y Finanzas. Procede: **No:** Determina que no cumple con los lineamientos de la SHCP. Regresa a actividad 4. **Si:** Envía Plan Presupuestal Anual a la Dirección de Administración y Finanzas. **TERMINA**	Oficio de necesidades

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010",	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de Recepción de normatividad	5 años	Dirección General	Número de oficio
7.2 Memorándum	5 años	Dirección General	Número de memorándum
7.3 Acuse del oficio de emisión de lineamientos	5 años	Dirección General	Número de lineamiento

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Ministración:** Recursos presupuestarios que la Tesorería de la Federación directamente o a través de la red bancaria entrega a las dependencias de la Administración Pública Federal, con base en la programación del ejercicio especificada en los calendarios autorizados de ministración de fondos y en la autorización de las órdenes de pago. Recursos presupuestarios autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que la Tesorería de la Federación radica a través de líneas de crédito en los corresponsales del Banco de México, para su ejercicio por parte de las dependencias y entidades del Gobierno Federal con base en la programación del ejercicio especificada en los calendarios de ministración de fondos respectivos.

8.2 **Presupuesto:** es la previsión de gastos e ingresos para un determinado lapso, por lo general un año. Permite a las empresas, los gobiernos, las organizaciones privadas y las familias establecer prioridades y evaluar la consecución de sus objetivos. Para alcanzar estos fines puede ser necesario incurrir en déficit (que los gastos superen a los ingresos) o, por el contrario, puede ser posible ahorrar, en cuyo caso el presupuesto presentará un superávit (los ingresos superan a los gastos).

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

3. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE INDICADORES COMO INSTRUMENTO DE MEJORA CONTINUA

1. PROPÓSITO

Evaluar los instrumentos de medición (indicadores) y fomentar la evaluación periódica que permitan la toma de decisiones en la mejora de la atención médica y la operación permanente en beneficio de los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento aplica a la Dirección General quien conducirá las acciones de mejora, así como a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enfermería quienes coordinaran e implementarán la evaluación de los indicadores.

2.2 A Nivel Externo: aplica a la Comisión Coordinadora de Institutos nacionales y Hospitales Regionales quienes son los que emiten los Indicadores Presupuestales a evaluar por parte del Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General conducir la realización de acciones para mejorar los resultados obtenidos en la medición de indicadores presupuestales.

3.2 Es responsabilidad de la Dirección General mediante la Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación del Hospital, emitir y proporcionar los indicadores de gestión, impacto y resultado para su aplicación y evaluación en el Hospital Regional de Alta Especialidad.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección General, mediante la participación de la Direcciones Médica y de la Dirección de Operaciones, así como de la Subdirección de Enfermería, coordinar la medición de indicadores dentro de sus áreas correspondientes e implementar acciones de mejora en la atención a los usuarios del Hospital.

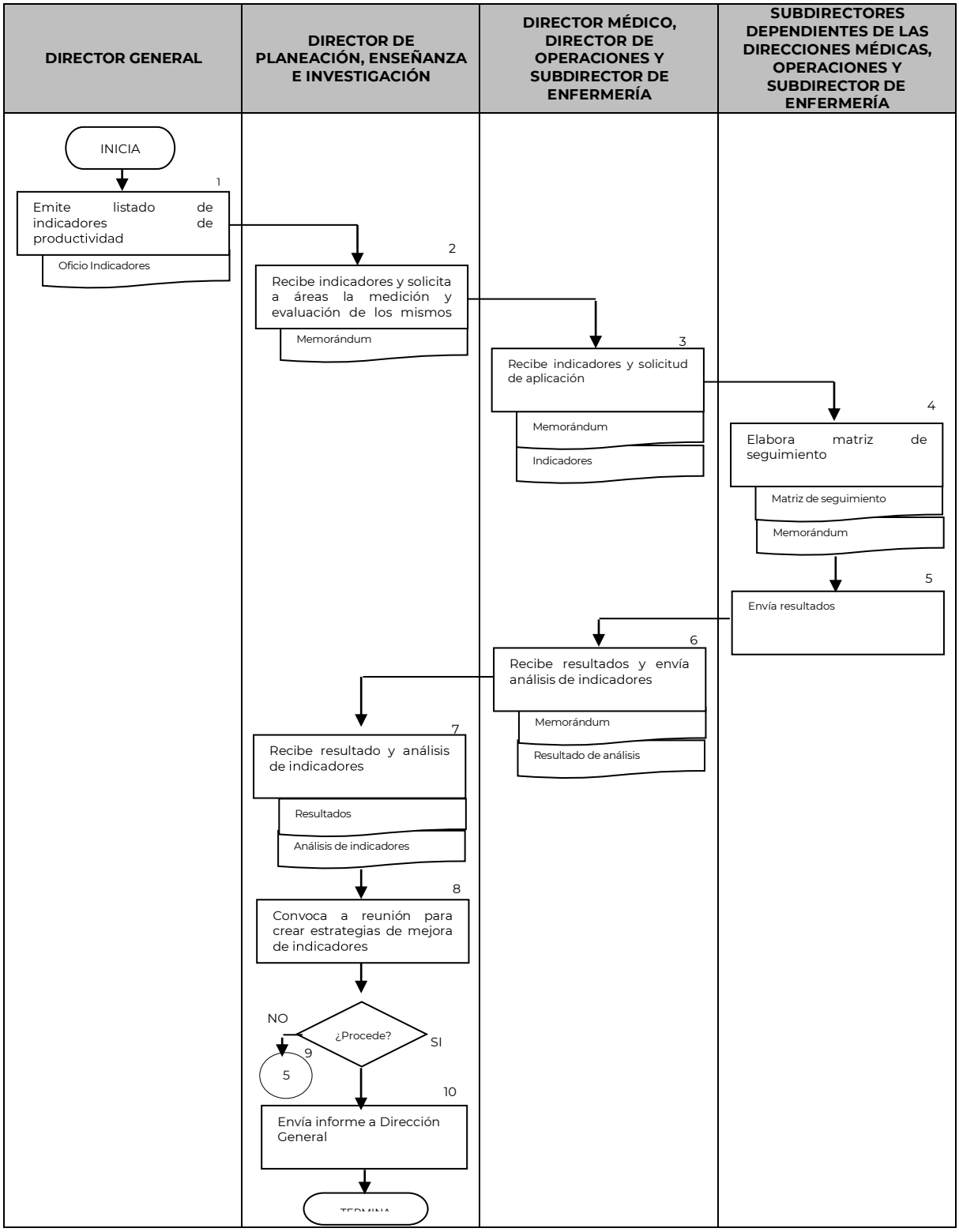
3.4 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación informará a la Dirección General, las medidas y acciones tomadas para la mejora en la atención y operación del Hospital.

3.5 Es responsabilidad de la Dirección General coordinar las mediciones de indicadores de forma periódica para la toma de decisiones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Emite listado de indicadores de productividad, desempeño y gestión para su aplicación en el Hospital	Oficio Indicadores
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	2	Recibe los indicadores y solicita a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería la medición y evaluación de los mismos de forma mensual.	Memorándum
Director Médico, Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería	3	Recibe los indicadores y solicitan a las Subdirecciones o Jefaturas a su cargo la medición de los mismos.	Memorando Indicadores
Subdirector de Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirector de Enfermería	4 5	Elabora matriz de seguimiento para la medición de los indicadores de forma mensual. Envía resultados a las Direcciones Médica, Operaciones y Subdirección de Enfermería	Matriz de seguimiento Memorando
Director Médico, Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería	6	Recibe resultados de los indicadores y los Analiza y ambos son enviados a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación	Resultado y análisis de Indicadores
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	7 8 9 10	Recibe resultado y análisis de indicadores. Convoca a reunión para crear estrategias de mejora de indicadores. Procede: No: Determina que no existen estrategias de mejora por Dirección Regresa a actividad 5. Si: Envía a la Dirección General informe de acciones emprendidas y propuestas de mejora de indicadores **TERMINA**	Resultado y análisis de Indicadores

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Memorando	5 años	Dirección General	Número de oficio
7.2 Oficio	5 años	Dirección General	Número de oficio
7.3 Minuta de acuerdos	Vigencia del convenio	Dirección General	Fecha de minuta

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Indicadores:** Es un instrumento de medición, de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de parámetros o atributos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Ejemplo de Indicadores.

10.1 Ejemplo de Indicadores.

PP: E023 ATENCIÓN A LA SALUD

Programación y Calendarización Ejercicio 2019

Clave entidad/unidad: ***NBT***

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Meta Anual 2019
1	INDICADOR	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	31.6
	VARIABLE 1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	885
	VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100	2,800
No. Ind.	**DEFINICION DEL INDICADOR**		**Meta Anual 2019**
2	INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.3
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	2,125
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	2,278
No. Ind.	**DEFINICION DEL INDICADOR**		**Meta Anual 2019**
3	INDICADOR	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	92.0
	VARIABLE 1	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales	515
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	560
No. Ind.	**DEFINICION DEL INDICADOR**		**Meta Anual 2019**
4	INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.5
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	3,846
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	4,250

4. PROCEDIMIENTO PARA EMITIR LOS LINEAMIENTOS PARA CONDUCIR LA CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA

1. PROPÓSITO

Emitir estrategias para cumplir con los Lineamientos que permitan Conducir la Certificación del Hospital Regional de Alta Especialidad con la finalidad de acatar la normatividad vigente y las políticas nacionales prioritarias en salud, al igual que los estándares necesarios para garantizar la seguridad del paciente y la seguridad hospitalaria, además de proporcionar atención de calidad a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección General quien emitirá las estrategias para la certificación hospitalaria, así como a la Dirección Médica, la Dirección de Operaciones y a la Subdirección de Enfermería quienes coordinaran las acciones correspondientes para la implementación de las estrategias.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Consejo de Salubridad General.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General emitir las estrategias de la certificación del Hospital en apego a los criterios de Certificación de Establecimientos de Atención Médica establecidos por el Consejo de Salubridad General.

3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica conducir las estrategias los estándares necesarios para garantizar la seguridad del paciente y la seguridad hospitalaria, además de proporcionar atención de calidad que conduzcan a la certificación del Hospital.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección General mediante las Direcciones Médica y de Operaciones, así como de la Subdirección de Enfermería coordinar el conjunto de acciones correspondientes a la implementación de estrategias encaminadas a lograr la certificación.

3.4 Es responsabilidad de la Dirección Médica enviar informes de los avances del proceso de certificación a la Dirección General.

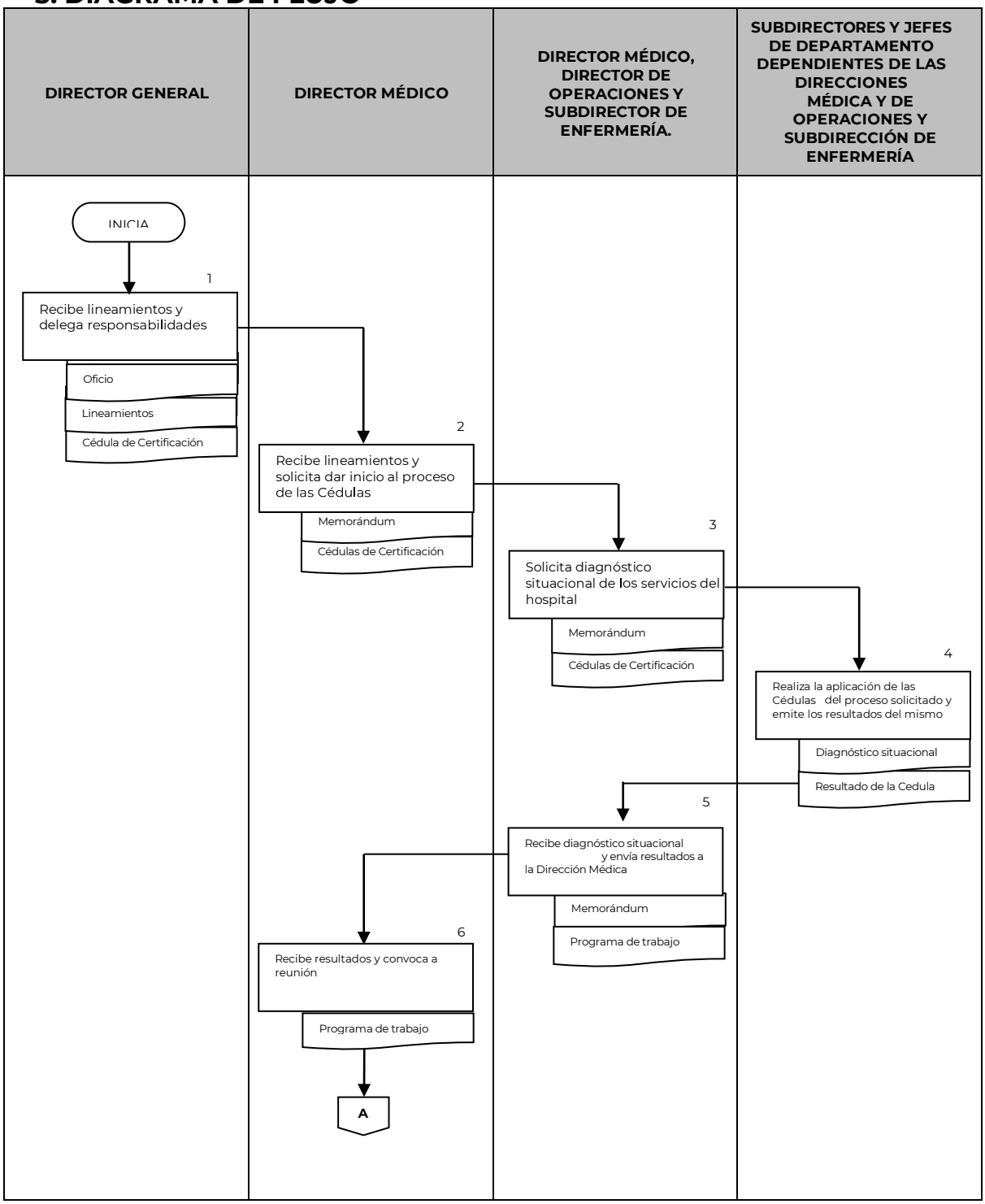
3.5 Es responsabilidad de la Dirección Médica y la Dirección de Operaciones mediante las Subdirecciones de Atención Hospitalaria, Atención Ambulatoria, Atención al Usuario, Ingeniería Biomédica, Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos aplicar la cédula de certificación en las áreas bajo su responsabilidad que correspondan para verificar el cumplimiento de los estándares que marca el Consejo de Salubridad General correspondientes.

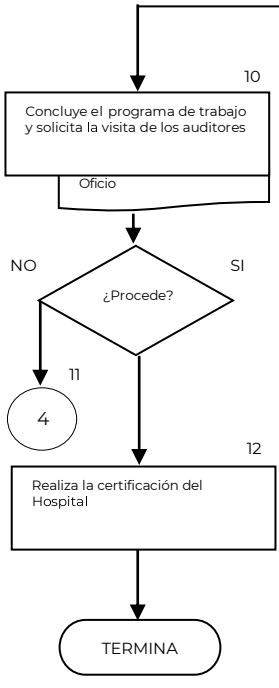
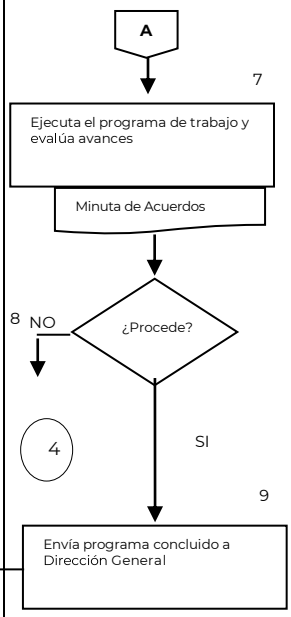
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe lineamientos de Consejo de Salubridad General y delega la responsabilidad a la Dirección Médica para el inicio de las actividades a la acreditación.	Oficio. Lineamientos Células de Certificación.
Director Médico	2	Recibe los lineamientos y solicita a sus Subdirecciones, Dirección de Operaciones, así como a la Subdirección de Enfermería dar inicio al proceso de las cédulas.	Memorándum Cédulas de Certificación.
Director Médico, Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería.	3	Solicita a las subdirecciones correspondientes la realización de un diagnóstico situacional de los servicios del Hospital en apego a la cédula de certificación.	Memorándum Cédulas de Certificación.
Subdirectores y Jefes de Departamento dependientes de las Direcciones Médica, de Operaciones y Subdirección de Enfermería	4	Realiza la aplicación de las cédulas de evaluación de la Meta Internacional del proceso solicitado dentro de la Certificación y emite los resultados del mismo a las Direcciones correspondientes.	Diagnóstico situacional. Resultado de la Cédula de Certificación.
Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería.	5	Recibe diagnóstico situacional y envía resultados a la Dirección Médica.	Memorándum. Programa de trabajo.
Director Médico	6	Recibe resultados y convoca a reunión para analizar el programa de trabajo en conjunto con la Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería.	Programa de trabajo.
Director Médico, Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería	7 8 9	Ejecuta el programa de trabajo y evalúan avances con la cédula de certificación en forma mensual. Procede: No: Determina que las cédulas de evaluación no corresponden con plan de Trabajo, Regresa a actividad 4. Si: Envía programa concluido a la Dirección General.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	10	Evalúa el programa de trabajo y cedulas de certificación concluido. Procede: No: Determina que la aplicación de las cedulas no es concluyente. Regresa a actividad 4.	Oficio.
	11	Sí: Autoriza se lleve a cabo la certificación del Hospital.	
	12	Solicita la visita de los auditores para la aplicación de la evaluación y certificación del Hospital	
	13	**TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR MÉDICO	DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES Y SUBDIRECTOR DE ENFERMERÍA.	SUBDIRECTORES Y JEFES DE DEPARTAMENTO DEPENDIENTES DE LAS DIRECCIONES MÉDICA Y DE OPERACIONES Y SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado vigente.	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No Aplica
6.5 Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud.	No Aplica
6.6 Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del programa nacional de certificación de establecimientos de atención médica.	No Aplica
6.7 Cédula de Certificación de Hospitales, avalada por el Consejo de Salubridad General.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
7.1 Oficio de Recepción de normatividad	5 años	Dirección General	Número de oficio
7.2 Memorándum	5años	Dirección General	Número de memorándum
7.3 Acuse del oficio de emisión de lineamientos	5 años	Dirección General	Número de lineamientos
7.4 Programa de Trabajo	Vigencia de la certificación	Dirección General	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Certificación:** al procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas, lineamientos o reconocimientos del Consejo que para este caso corresponde al Consejo de Salubridad General.

8.2. **Diagnóstico Situacional:** refleja como indica su nombre la situación actual de una empresa. Principalmente hay dos formas, aunque estas admiten muchas variables para realizar ese diagnóstico: Mediante un análisis basados implemente en la situación económica (ratios, punto muerto) o mediante el método FODA, que permite analizar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de cada área de negocio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cédula de certificación Consejo de Salubridad General.

10.1 Cédula de certificación Consejo de Salubridad General.

SECCIÓN 1.
AUTORIZACIONES SANITARIAS

Las organizaciones que implementen los **Estándares para Certificar Hospitales versión 2015 | Tercera Edición** deben cumplir con los requisitos indispensables establecidos por la Comisión Federal y/o Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de cada una de las actividades o servicios que oferte, en los que sea necesario su estricto cumplimiento. **(Regla de Decisión 1.1)**

Esta sección está incluida en la "Solicitud de Inscripción para los Establecimientos que se evalúan con los Estándares para Certificar Hospitales".

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
1.1 Licencia Sanitaria para Hospital				
1.2 Aviso de Responsable Sanitario del Hospital				
1.3 Aviso de Funcionamiento del Laboratorio Clínico				
1.4 Aviso de Responsable del Laboratorio Clínico				
El Servicio de patología no requiere de ningún documento ya que lo ampara la licencia sanitaria del hospital.				
1.5 Licencia sanitaria del Servicio de Rayos X e Imagen				
1.6 Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X				
En caso de que la Unidad tenga únicamente rayos X simple o convencional (incluyendo los estudios panorámicos dentales), deberá existir un responsable del servicio, el cual deberá contar con cursos de seguridad y protección radiológica (P.O.E.). *Se acepta que existan hasta 7 avisos de responsable con el mismo radiólogo siempre y cuando no se empalmen los horarios porque deberá ejercer su función de supervisar.* *En caso de contar con mastografía, TAC, RM, fluoroscopía, la licencia sanitaria deberá decir que ampara dichos servicios.*				
1.7 Licencia Sanitaria del Banco de Sangre				
1.8 Aviso de Responsable del Banco de Sangre				
En caso de manejar células hematopoyéticas, lo debe mencionar la licencia.				
1.9 Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusión				
1.10 Aviso de Responsable del Servicio de Transfusión				

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
1.11 Licencia Sanitaria de Farmacia				
1.12 Aviso de Funcionamiento de Farmacia				
1.13 Aviso de Responsable de Farmacia				
Se requiere libro de registros. *Licencia Sanitaria para: Insumo para la Salud, Farmacia o Botica o Droguería con o sin Venta de Medicamentos Controlados.*				
1.14 Licencia Sanitaria de Centro de Mezclas				
1.15 Aviso de Responsable de Centro de Mezclas				
1.16 Licencia Sanitaria para Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos				
1.17 Responsable Sanitario de Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos				
Debe mencionar la modalidad, ej.: riñón, cornea, etc.				
1.18 Aviso de Funcionamiento de Ambulancias				
1.19 Aviso de Responsable de Ambulancias				
Tipos de ambulancias: traslado, hospitalaria, de terapia intensiva. *Cada ambulancia deberá tener su propio aviso de funcionamiento*				

5. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE INGRESO DE LOS PACIENTES A LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

1. PROPÓSITO

Definir los criterios de ingreso a los servicios de cuidados intensivos, para reducir la mortalidad de los pacientes con patologías recuperables.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: estas políticas aplican a la Dirección General y al personal médico y quirúrgico que dependen jerárquicamente de la Dirección Médica quienes definirán las políticas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

2.2 A Nivel Externo: las políticas aplican a los Hospitales de la red del sistema de referencia y Contrareferencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Médica, es la responsable de realizar las políticas de ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos.

3.2 La Dirección General, a través de la Dirección Médica es la responsable de aprobar las políticas de ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos, así como, su difusión a los Hospitales con los que cuenta convenios de Referencia y Contrareferencia.

3.3 La Dirección Médica, es la responsable de difundir las políticas de ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos, al personal médico del Hospital.

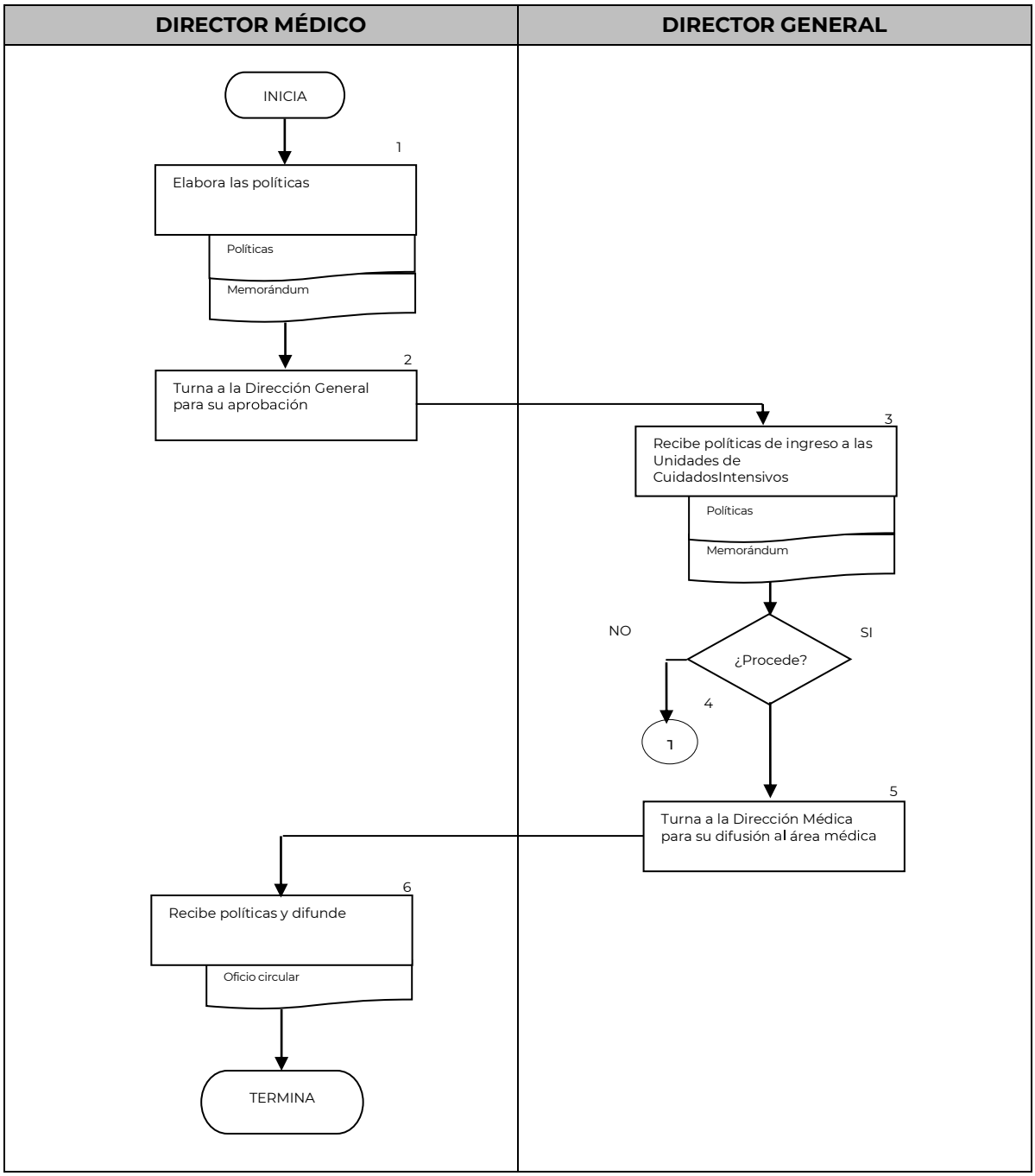
3.4 El ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos, deberá apegarse a las políticas de ingreso realizadas por la Dirección Médica.

3.5 La Dirección Médica, será la única que podrá autorizar el ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos en casos especiales que no cumplan las políticas de ingreso establecidas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director Médico	1 2	Elabora las políticas de ingreso a las unidades de terapia intensiva. Turna a la Dirección General para su aprobación.	Políticas. Memorándum.
Director General	3 4 5	Recibe políticas de ingreso a las unidades de cuidados intensivos para su aprobación. Procede: **No:** Detecta que las políticas de ingreso no son claras o no definen prioridades. Regresa a la actividad 1 **Si:** Turna a la Dirección Médica para su difusión al área médica operativa.	Políticas. Memorándum.
Director Médico	6	Recibe políticas y difunde al área Médica operativa **TERMINA**	Oficio circular.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. EnelDiarioOficialdelaFederaciónenfecha14 de diciembre de 2009	No Aplica
6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado vigente.	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica
6.5 Políticas de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuse de memorando de políticas	5 años	Dirección Médica.	Numero de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Unidad de cuidados intensivos:** Es un servicio para aquellos pacientes en estado crítico que son potencialmente recuperables y que pueden beneficiarse con la vigilancia u observación detallada y el tratamiento invasivo.

8.2 **Unidad de cuidados intensivos neonatales:** área donde se brindan cuidados y manejo intensivo a recién nacidos en estado crítico.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS NORMAS OPERATIVAS DE CONSULTA EXTERNA

1. PROPÓSITO

Establecer las normas operativas de la consulta externa para ofrecer una atención médica oportuna, ordenada y eficaz a los pacientes que acuden al Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección General quién autoriza las normas operativas y a Dirección Médica quien realizará las normas y políticas para el área de Consulta Externa.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Médica, es responsable de realizar las normas operativas de la consulta externa del Hospital.

3.2 La Dirección Médica a través de la Subdirección de los Servicios Clínicos, supervisará que se cumplan las normas operativas de la consulta externa.

3.3 La Dirección Médica, será responsable de difundir las normas operativas de la consulta externa a todo el personal médico del Hospital.

3.4 La Dirección Médica, será responsable de vigilar que se cumpla con el tiempo de consulta de primera vez, de acuerdo a la normatividad vigente.

3.5 La Dirección Médica, será responsable de vigilar que los médicos proporcionen diariamente 3 horas de consulta durante su turno, las cuales se aumentarán de acuerdo a la demanda de pacientes.

3.6 La Dirección Médica, será responsable de vigilar que las consultas subsecuentes se proporcionen en 20minutos, pudiendo variar en función de cada especialidad.

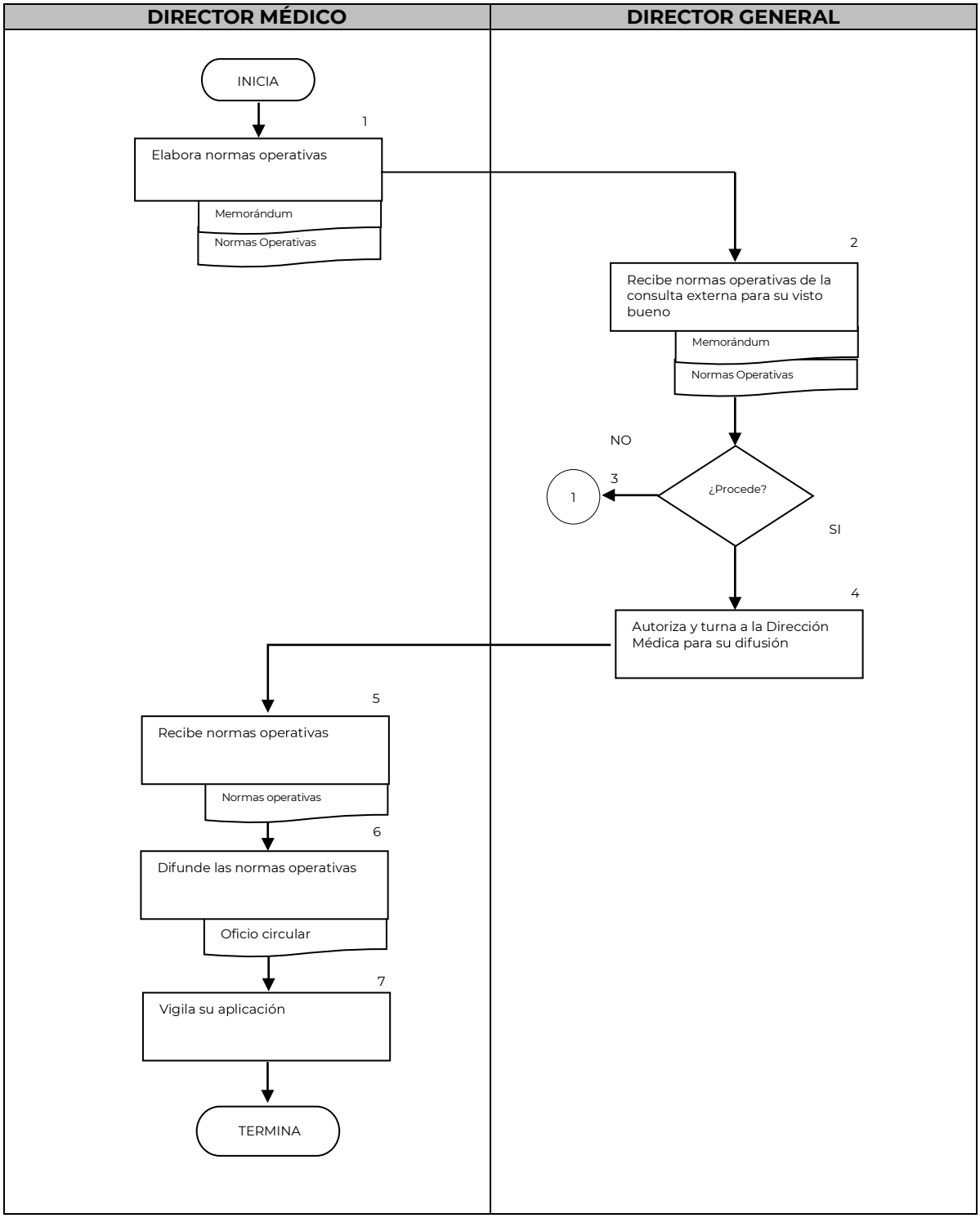
3.7 La elaboración de las agendas se modificará de acuerdo a la demanda de atención de los pacientes.

3.8 La Dirección Médica será la única autorizada para modificar el número de pacientes agendados por cada médico especialista.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director Médico	1	Elabora en colaboración con las áreas operativas involucradas, las normas operativas de la consulta externa, y turna a la Dirección General para Autorización	Memorándum. Normas operativas.
Director General	2 3 4	Recibe normas operativas de la consulta externa para su visto bueno. ¿Procede?: No: Determina que las normas operativas no cumplen los criterios solicitados. Regresa a actividad 1. SI: Autoriza y envía a la Dirección Médica para su difusión.	Memorándum. Normas operativas.
Director Médico	5 6 7	Recibe normas operativas. Difunde las normas operativas de la consulta externa a todo el personal médico. Vigila su aplicación. **TERMINA**	Normas operativas. Oficio circular.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud2013	No Aplica
6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Memorándum de Recepción de normas operativas	5 años	Dirección Médica	Número de memorándum
7.2 Acuse de la autorización de normas operativas	5 años	Dirección Médica	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Normas Operativas: Son las norma**s** que no precisan ser reglamentadas ni ser condicionadas por otro acto normativo, para ser aplicadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 No aplica.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DE ACEPTACIÓN DE PACIENTES Y PRIORIZACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. PROPÓSITO

Evaluar los pacientes que requieran atención de tercer nivel y priorizar de acuerdo a la patología, su ingreso a las diferentes áreas del Hospital para realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección Médica (áreas de Admisión Continua, Hospitalización y Consulta Externa) quien priorizará las solicitudes de referencia y a la Dirección de operaciones a través de la Subdirección de Atención al Usuario por la recepción de las solicitudes de referencia.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a las instituciones que deseen referir pacientes al Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Médica, es la responsable de seleccionar y priorizar, de acuerdo a las solicitudes de referencia, la atención de los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del Hospital.

3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de Trabajo Social él envió de la respuesta de la solicitud al Hospital de referencia.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el hospital que refiere envíe la solicitud de referencia, debidamente requisitada.

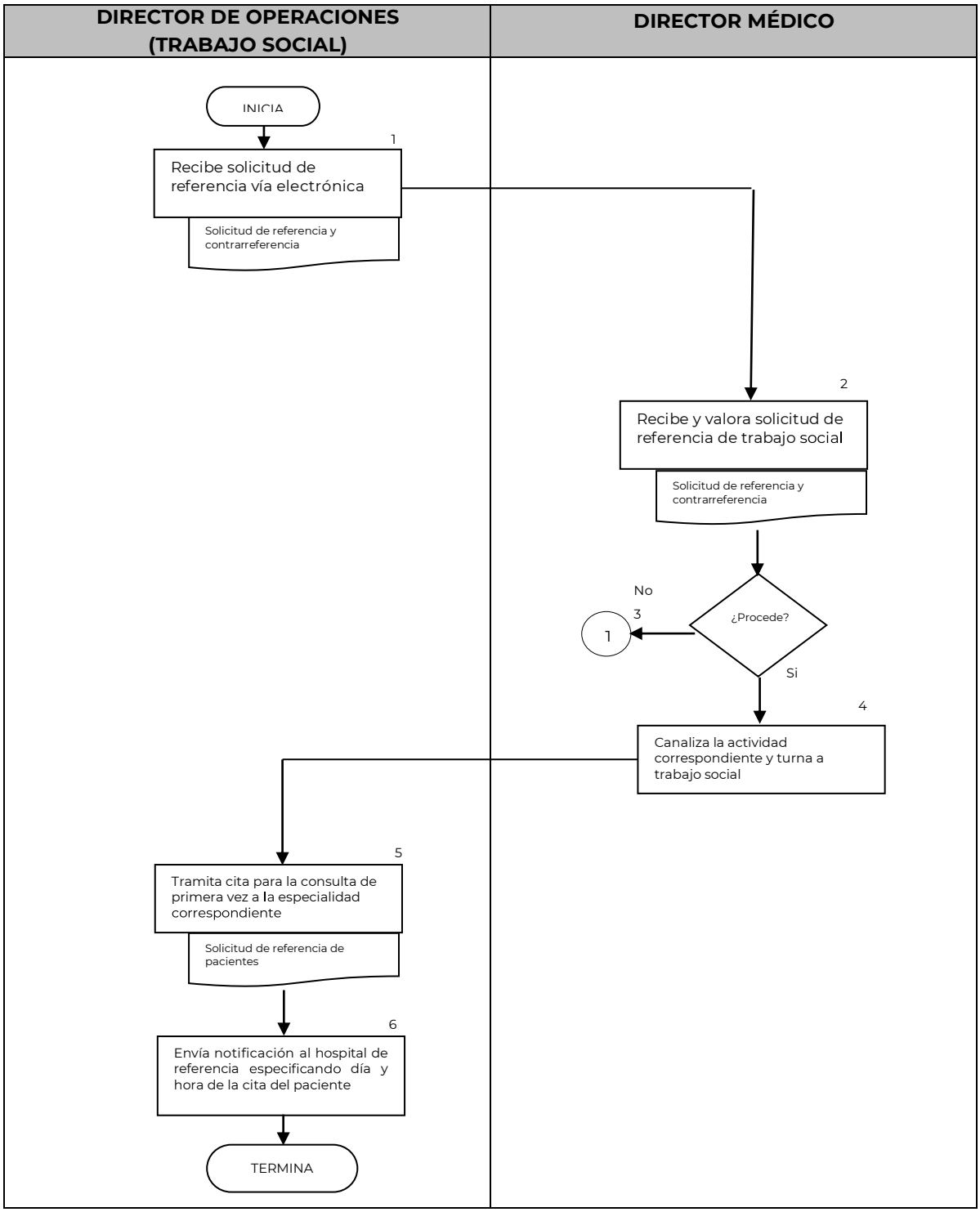
3.4 El área médica y paramédica del servicio de admisión continúa del Hospital, serán responsables de la recepción y atención de los pacientes aceptados para su valoración en el Hospital.

3.5 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de Trabajo Social que la contra referencia de los pacientes se realice de acuerdo a sus criterios de aceptación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Recibe a través del área de trabajo social solicitud de referencia vía electrónica y turna a la Dirección Médica para su valoración.	Solicitud de referencia y contra referencia de pacientes.
Director Médico.	2 3 4	Recibe solicitud de referencia de trabajo social, valora si es candidato a recibir atención de 3er nivel. Procede: No: Turna referencia a trabajo social para su contra referencia, regresa Actividad 1. Si: Verifica y prioriza de acuerdo a patología y estado de gravedad del paciente el tiempo en el cual deberá ser atendido en consulta externa o en admisión continua, canaliza a la especialidad correspondiente y turna a trabajo social.	Solicitud de referencia y contra referencia de pacientes.
Director de Operaciones.	5 6	Instruye al área de trabajo social tramitar cita para la consulta de primera vez a la especialidad correspondiente. Envía a través del área de trabajo social la notificación al hospital de referencia especificando día y hora de la cita del paciente y en caso de haber sido aceptado el paciente para su ingreso a admisión continúa informa al Hospital para su traslado. **TERMINA**	Solicitud de referencia de pacientes

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado vigente.	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica
6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Copias de solicitudes de referencia y contra referencia	1 año	Subdirección de Atención al Usuario.	No Aplica
7.2 Libreta de registro de solicitudes recibidas del sistema de referencia	1 año	Subdirección de Atención al Usuario	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Priorización:** Anterioridad de algo respecto de otra cosa, en tiempo o en orden.

8.2 **Sistema de referencia y contra referencia:** al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

8. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS

1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para la elaboración y actualización de la cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos, la cual deberá realizarse de acuerdo a las necesidades de la población y con base a la normatividad establecida para atender las patologías presentadas por los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección Médica, Subdirección de Servicios Clínicos y a la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, quienes actualizarán la Cartera de Servicios acorde a las necesidades de la población y especialidades con las que se cuente en el Hospital.

2.2 A Nivel Externo: no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Médica, es responsable de establecer la normatividad para la realización y actualización de la cartera de servicios Clínicos y Quirúrgicos.

3.2 La Subdirección de servicios clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, es responsable de recopilar e integrar la información para la elaboración de la cartera de Servicios Clínicos.

3.3 La Subdirección de Servicios Clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos a través de los médicos sub especialistas y especialistas son responsables de actualizar la cartera de servicios Clínicos.

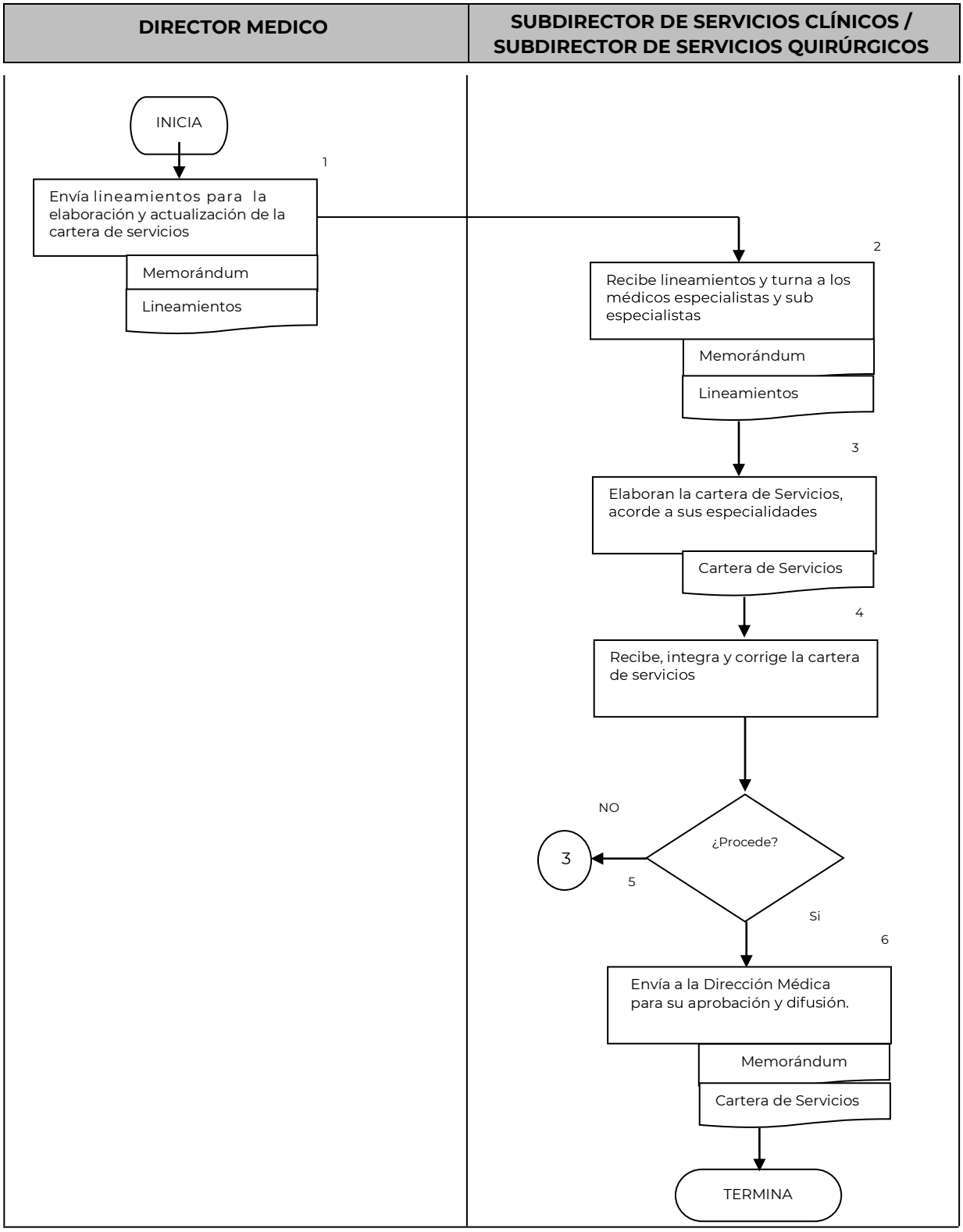
3.4 La cartera de Servicios Clínicos se actualizará de acuerdo a la integración de nuevas especialidades al Hospital, así como a los de Servicios Clínicos y Quirúrgicos aperturados.

3.5 La Dirección Médica aprobará la cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos para su difusión a nivel interno externo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director Médico	1	Envía lineamientos de la Dirección Médica para la elaboración y actualización de la cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Memorando Lineamientos
Subdirector de Servicios Clínicos y Subdirector Servicios Quirúrgicos Subdirector de	2	Recibe lineamientos de la Dirección Médica y turna a los médicos especialistas y sub especialistas para la elaboración y actualización de la cartera de servicios Clínicos.	Memorando Lineamientos
	3	Elabora cartera de servicios en conjunto con los médicos especialistas y sub especialistas de acuerdo a lineamientos y turnan a la Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos para su revisión.	Cartera de servicios
	4	Recibe, integra y corrige la cartera de servicios Clínicos y Quirúrgicos	
	5	Procede: No: Determina que la cartera no cumple con los lineamientos emitidos. Regresa actividad 3	Memorándum. Cartera de servicios.
	6	Si: Envía a la Dirección médica para su aprobación y difusión. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado vigente.	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimiento de la Secretaría de Salud 2013.	No Aplica
6.5 Normatividad para la elaboración de la cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Memorando de Recepción de normatividad	5 Años	Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Número de memorándum
7.2 Acuse de recepción de cartera de servicios.	5 Años	Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Número de acuse

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Cartera de servicios:** Documento que integra cada una de las patologías, los servicios médicos, diagnósticos y tratamientos que se ofertan en el Hospital.

8.2 **Normatividad para la elaboración de la cartera de servicios:** documento que contiene los lineamientos para la realización y actualización de la Cartera de Servicios delos servicios médicos que oferta el Hospital.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cartera de servicios

10.1 Cartera de servicios.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | 2019 EMILIANO ZAPATA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria

"Bicentenario 2010"

CARTERA DE SERVICIOS

2019

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria
Tel: (834) 153 61 00

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | 2019 EMILIANO ZAPATA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

I. SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS

- Admisión Médica Continua
- Hospitalización
- Quirófano
- Hemodinamia
- Terapia Intensiva Adultos
- Terapia Intensiva Pediátrica
- Terapia Intensiva Neonatal

II. ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS

➢ ESPECIALIDADES MÉDICO CLÍNICAS

- Cardiología
- Cardiología intervencionista
- Hematología
- Medicina interna
- Geriatría
- Nefrología
- Neumología
- Oncología clínica
- Cardiología pediátrica
- Gastroenterología pediátrica
- Dermatología pediátrica
- Hematología pediátrica (pacientes de 0 a 18 años)
- Oncología pediátrica (pacientes de 0 a 18 años)
- Neonatología

9. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

1. PROPÓSITO

Implementar instrumentos de medición (indicadores) y establecer la evaluación periódica que permitan la toma de decisiones en la mejora de la atención quirúrgica y la operación permanente de los servicios médicos quirúrgicos del Hospital Regional de Alta Especialidad en beneficio de los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, así como a Dirección Médica, a la Subdirección de Servicios Clínicos y a la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, quienes realizarán la evaluación periódica de los indicadores médico quirúrgicos.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación es responsable de conducir la realización de acciones para mejorar los resultados obtenidos en la medición de indicadores del Hospital Regional de Alta Especialidad.

3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación es responsable de emitir y proporcionar los indicadores de gestión, impacto y resultado para su aplicación y evaluación en el Hospital Regional de Alta Especialidad.

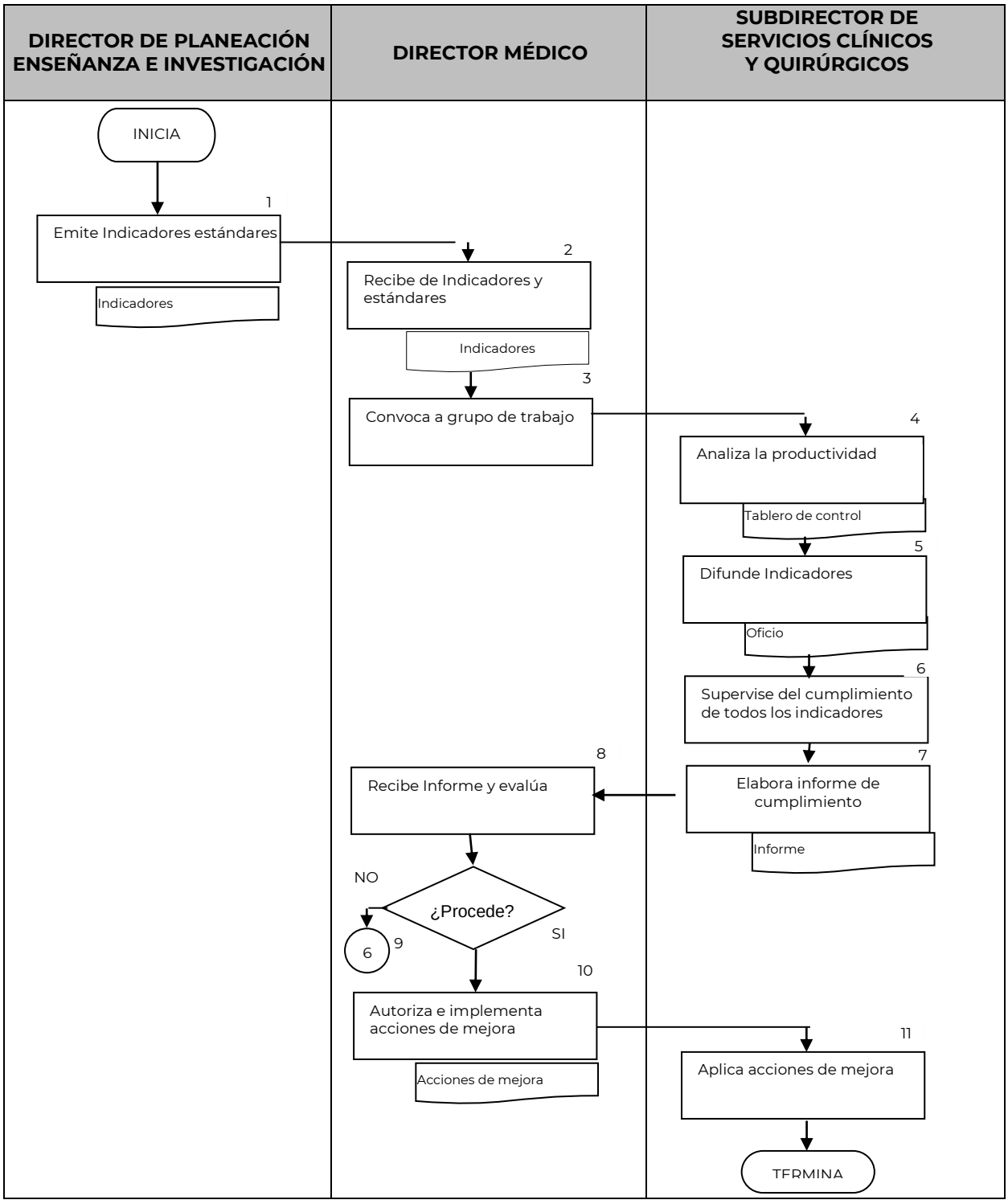
3.3 La Dirección Médica es responsable mediante la participación de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos de coordinar la medición de indicadores médico quirúrgicos dentro de sus áreas correspondientes e implementar acciones de mejora en la atención a los usuarios del Hospital Regional de Alta Especialidad.

3.4 La Dirección Médica informará a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad, las medidas y acciones tomadas para la mejora en la atención y operación del Hospital Regional de Alta Especialidad.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación Enseñanza e investigación	1	Emite los Indicadores y estándares de cumplimiento	Indicadores
Director Médico	2	Recibe de Indicadores y estándares de cumplimiento	Indicadores
	3	Convoca a grupo de trabajo	
Subdirector de Servicios clínicos y Subdirector de Servicios Quirúrgicos	4	Analiza la productividad	Tablero de control
	5	Difunde los Indicadores a los médicos a su cargo	Oficio
	6	Supervisa el cumplimiento de todos los indicadores	
	7	Elabora informe de cumplimiento de Indicadores	Informe
Director Médico	8	Recibe informe de cumplimiento de Indicadores y estándares ¿Procede?	
	9	No: Determina que no existen acciones de mejora medibles. Regresa a la actividad 6	Acciones de Mejora
	10	Si: Autoriza e implementa acciones de mejora	
Subdirector de Servicios clínicos y Subdirector de Servicios Quirúrgicos	11	Aplica acciones de mejora **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica
6.3 Matriz Indicadores que emite la CCINSHAE	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Matriz de Indicadores	5 años	Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Indicadores:** Es un instrumento de medición, de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de parámetros o atributos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

10. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. PROPÓSITO

Diseñar un instrumento de planificación que permita ordenar y sistematizar la información relevante para las actividades de la Subdirección de Atención Hospitalaria, proponiendo las formas de interrelacionar los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos disponibles, designando responsables y marcando metas y objetivos que contribuyan para mejorar la atención de los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Operaciones, Subdirección de Atención Hospitalaria y a su personal adscrito, quienes planificarán las actividades de manera ordenada y sistematizada para el cumplimiento de sus objetivos y a la Subdirección de Planeación y Desarrollo en la transmisión de lineamientos aplicables.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Atención Hospitalaria es responsable de elaborar el Programa de Trabajo Anual alineado los objetivos del Hospital y a las metas planteadas por la Dirección de Operaciones, acorde a los lineamientos emitidos por las autoridades competentes.

3.2 La Dirección de Operaciones es responsable de validar el Programa de Trabajo de la Subdirección acorde a los objetivos del Hospital.

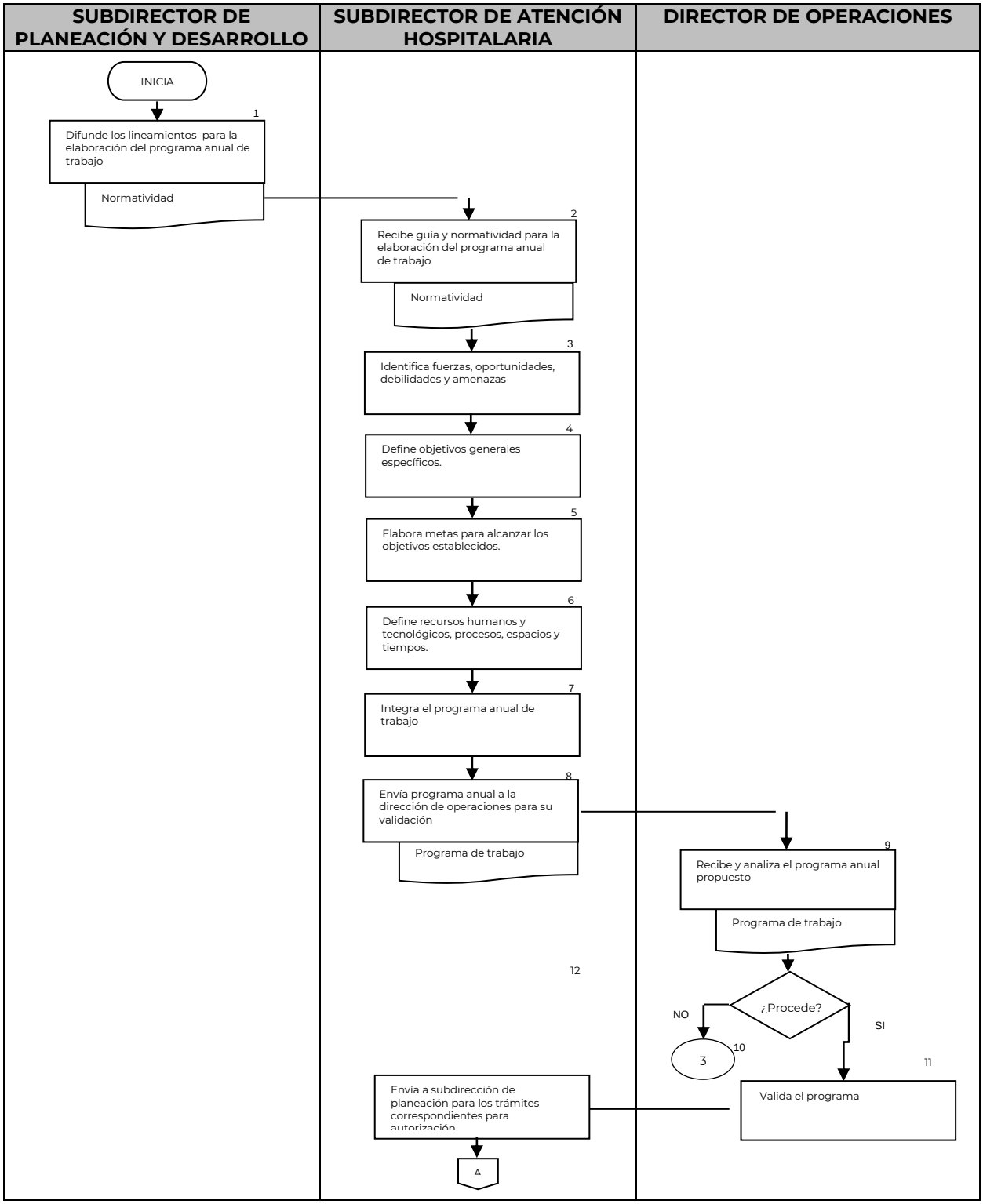
3.3 La Subdirección de Planeación y Desarrollo es responsable de supervisar que la elaboración del Programa de Trabajo, esté sujeta a la normatividad vigente de las diferentes dependencias federales solicitantes.

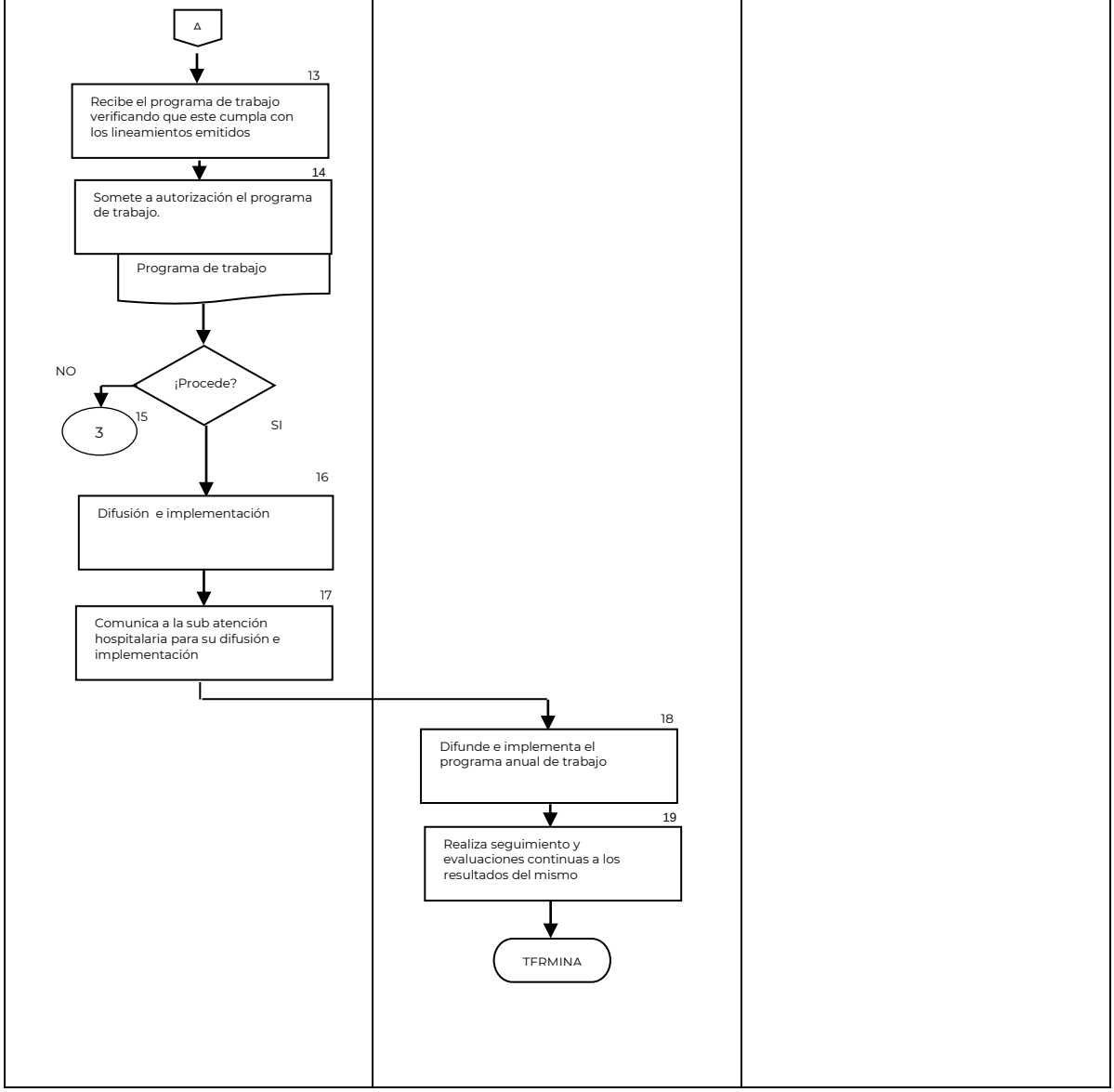
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Difunde los lineamientos que emiten las instancias normativas.	Normatividad
Subdirector de Atención Hospitalaria	2	Recibe guía y normatividad para la elaboración del Programa Anual de Trabajo	Normatividad
	3	Identifica Fuerzas, Oportunidades, debilidades y amenazas en las áreas que conforman la Subdirección.	
	4	Define Objetivos Generales específicos.	
	5	Elabora metas para alcanzar los objetivos establecidos, estableciendo las estrategias, definiendo las acciones a seguir.	
	6	Define recursos humanos y tecnológicos, procesos, espacios y tiempos.	
	7	Integra PAT	
	8	Envía Programa Anual a la Dirección de Operaciones para su validación	Programa de Trabajo
Director de Operaciones	9	Recibe y analiza el Programa Anual propuesto ¿Procede?	Programa de Trabajo
	10	NO.- Determina que no cuenta con objetivos establecidos o estrategias, Regresa a actividad 3	
	11	SI.- Valida el Programa	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Atención Hospitalaria	12	Envía a Subdirección de Planeación para los trámites correspondientes para autorización.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	13	Recibe el Programa de Trabajo verificando que este cumpla con los lineamientos emitidos por las instancias correspondientes.	Programa de Trabajo
	14	Somete ah autorización del Programa de Trabajo ¿Procede?	
	15	NO.- Determina si cuenta con objetivos establecidos o estrategias, Regresa a actividad 3	
	16	SI.- Difunde e implementa	
	17	Comunica a la Subdirección de Atención Hospitalaria para su difusión e implementación.	
Subdirector de Atención Hospitalaria	18	Difunde e implementa el Programa Anual de Trabajo.	Programa de Trabajo
	19	Realiza seguimiento y evaluaciones continuas a los resultados del mismo **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA
DIRECTOR DE OPERACIONES
A
13
Recibe el programa de trabajo verificando que este cumpla con los lineamientos emitidos
14
Somete a autorización el programa de trabajo.
Programa de trabajo
¡Procede?
NO
SI
15
3
16
Difusión e implementación
17
Comunica a la sub atención hospitalaria para su difusión e implementación
18
Difunde e implementa el programa anual de trabajo
19
Realiza seguimiento y evaluaciones continuas a los resultados del mismo
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2009.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Normatividad	1 año	Subdirección de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.2 Plan de Trabajo	1 año	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Normativa.-** designa a la agrupación de normas que son plausibles de ser aplicadas a instancias de una determinada actividad o asunto**.** En tanto, una norma es aquel precepto que demanda un cumplimiento ineludible por parte de los individuos.

8.2 **Programa Institucional.-** definen la manera en que se aplicarán y operarán los instrumentos de política con que cuentan las entidades paraestatales, para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos, prioridades, estrategias y políticas del PND y de los programas que lo desagregan y detallan.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

11. PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LAS ÁREAS DEPENDIENTES DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. PROPÓSITO

Establecer una definición clara y precisa de las acciones a realizar que permitan alcanzar los objetivos y metas propuestos de la Subdirección de Atención Hospitalaria que permitan otorgar una mejor atención a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 Nivel Interno: La Dirección de Operaciones y la Subdirección de Atención Hospitalaria, quienes analizarán los indicadores y establecerán estrategias para alcanzar los objetivos, así mismo la Subdirección de Planeación y Desarrollo en la comunicación de resultados de la medición de indicadores de productividad.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo comunicar los resultados de la medición de indicadores de productividad hospitalaria a la Dirección de Operaciones.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Operaciones comunicar los resultados de los indicadores a la Subdirección de Atención Hospitalaria.

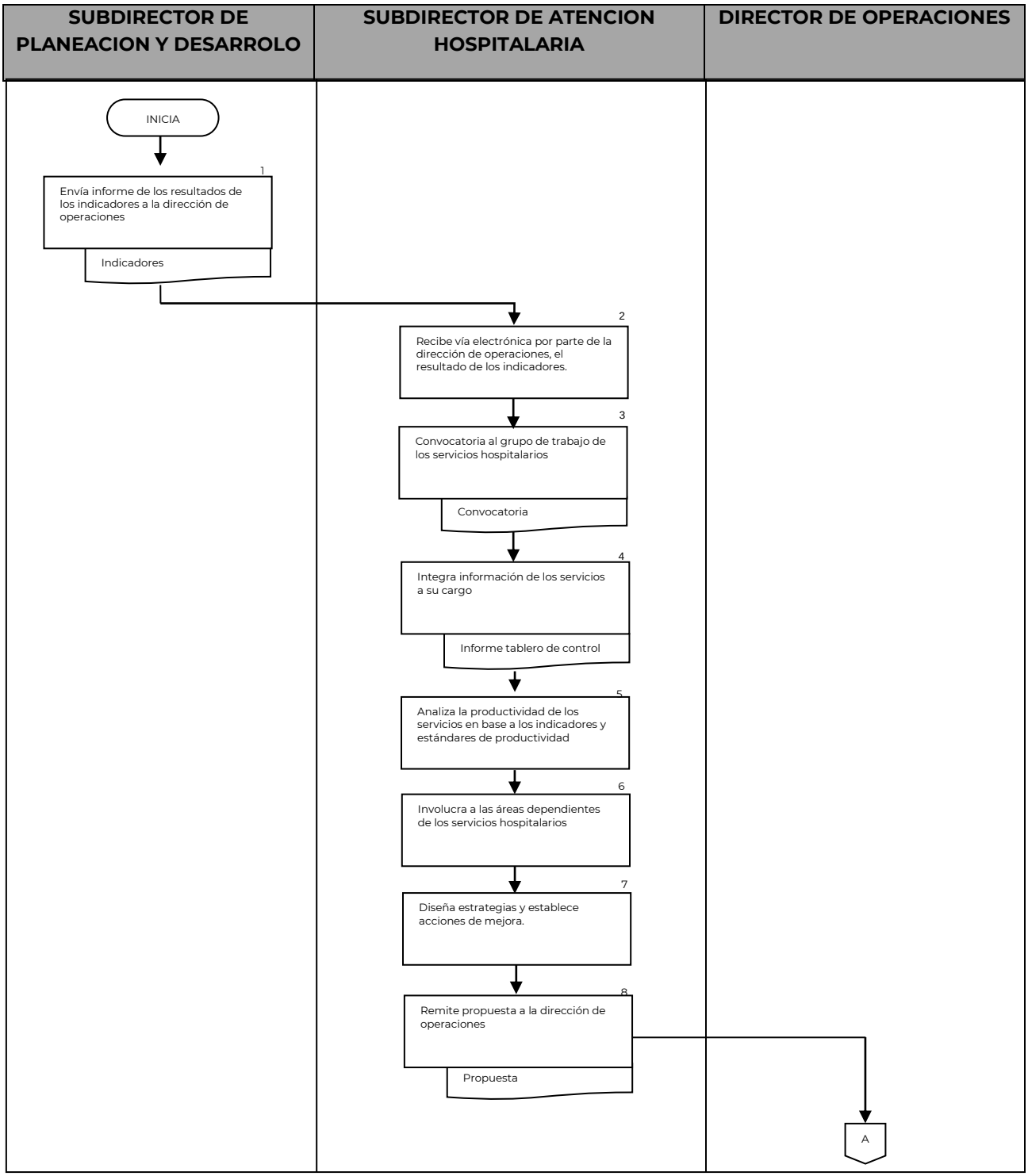
3.3 Será responsabilidad de la Subdirección de Atención Hospitalaria el análisis de los resultados, así como el diseño de las estrategias para alcanzar los objetivos y metas propuestos.

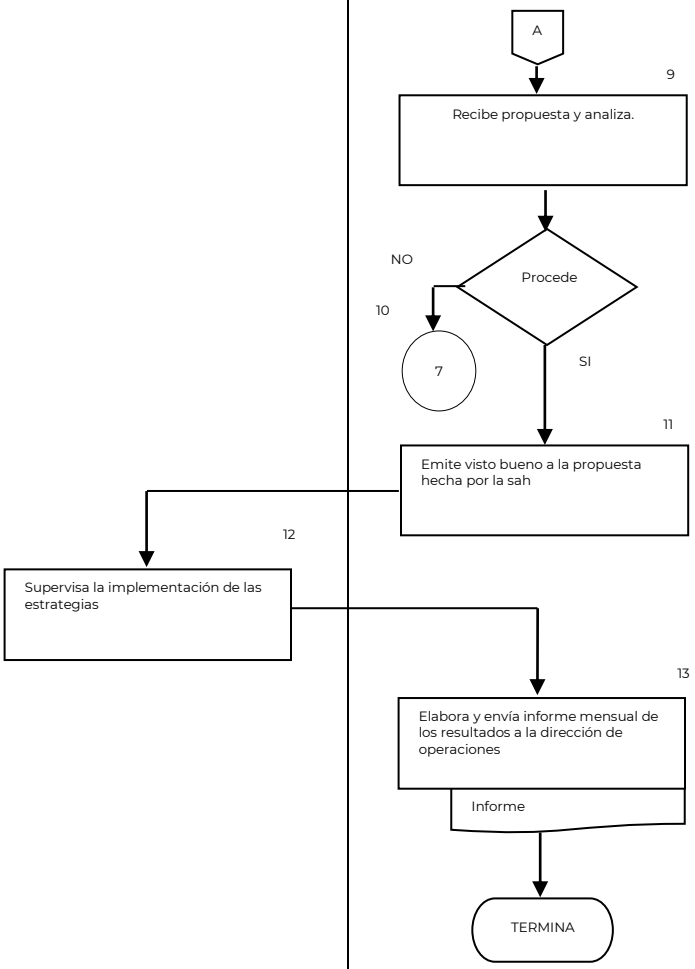
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Envía informe de los resultados de los indicadores a la Dirección de Operaciones	Indicadores
Subdirector de Atención hospitalaria	2	Recibe vía electrónica la información de los indicadores y estándares de productividad por parte de la Dirección de Operaciones	
	3	Convoca al grupo de Trabajo de los servicios Hospitalarios para difusión de los indicadores y estándares de productividad	Convocatoria
	4	Integra información de los servicios a su cargo.	Informe Tablero de Control
	5	Analiza la productividad de los servicios hospitalarios con base a los indicadores y estándares de productividad	
	6	Involucra a las áreas dependientes de los servicios hospitalarios.	
	7	Diseña estrategias y establece acciones de mejora.	
	8	Remite propuesta a la Dirección de Operaciones	Propuesta
Director de Operaciones	9	Recibe Propuesta y analiza ¿Procede?	
	10	No: Implementa estrategias y acciones de mejora, Regresa a la actividad 7	
	11	Sí: Emite visto bueno a la propuesta hecha por la SAH	

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Atención hospitalaria	12	Supervisa la aplicación de las estrategias y acciones de mejora a los servicios hospitalarios.	
	13	Elabora y envía informe mensual a la Dirección de Operaciones. **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



SUBDIRECTOR DE PLANEACION Y DESARROLO	SUBDIRECTOR DE ATENCION HOSPITALARIA	DIRECTOR DE OPERACIONES
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud	No Aplica
6.3 Matriz Indicadores que emite la CCINSHAE	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Estrategias	1 año	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Indicadores: Es un instrumento de medición, de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de parámetros o atributos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

12. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN O ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCION HOSPITALARIA

1. PROPÓSITO

Elaborar los documentos que definan las funciones de la Subdirección de Atención Hospitalaria, para conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades contribuyendo al óptimo aprovechamiento de los recursos y agilizando los servicios o trámites que se realicen para beneficio de la población atendida.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Operaciones, a la Subdirección de Atención Hospitalaria y el personal adscrito quienes mediante el desarrollo de sus actividades contribuirán a agilizar los trámites y servicios que brinden a los pacientes y a la Subdirección de Planeación y Desarrollo en la solicitud de actualización o modificación de manuales.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Planeación y Desarrollo será la responsable de solicitar la actualización o modificación de los Manuales de Organización y Procedimientos acorde a lo solicitado por las instancias normativas correspondientes.

3.2 La Subdirección de Atención Hospitalaria será la responsable de revisar que en la elaboración de los Manuales de Organización y Procedimientos exista plena congruencia entre éstos y las funciones asignadas a las áreas dependientes de la Subdirección de Atención Hospitalaria; Revisar que los Manuales de Procedimientos proyecten de forma sistemática y dinámica las actividades y secuencia que se desarrollan; lo anterior deberá reflejar de forma lógica las actividades que integran el proceso.

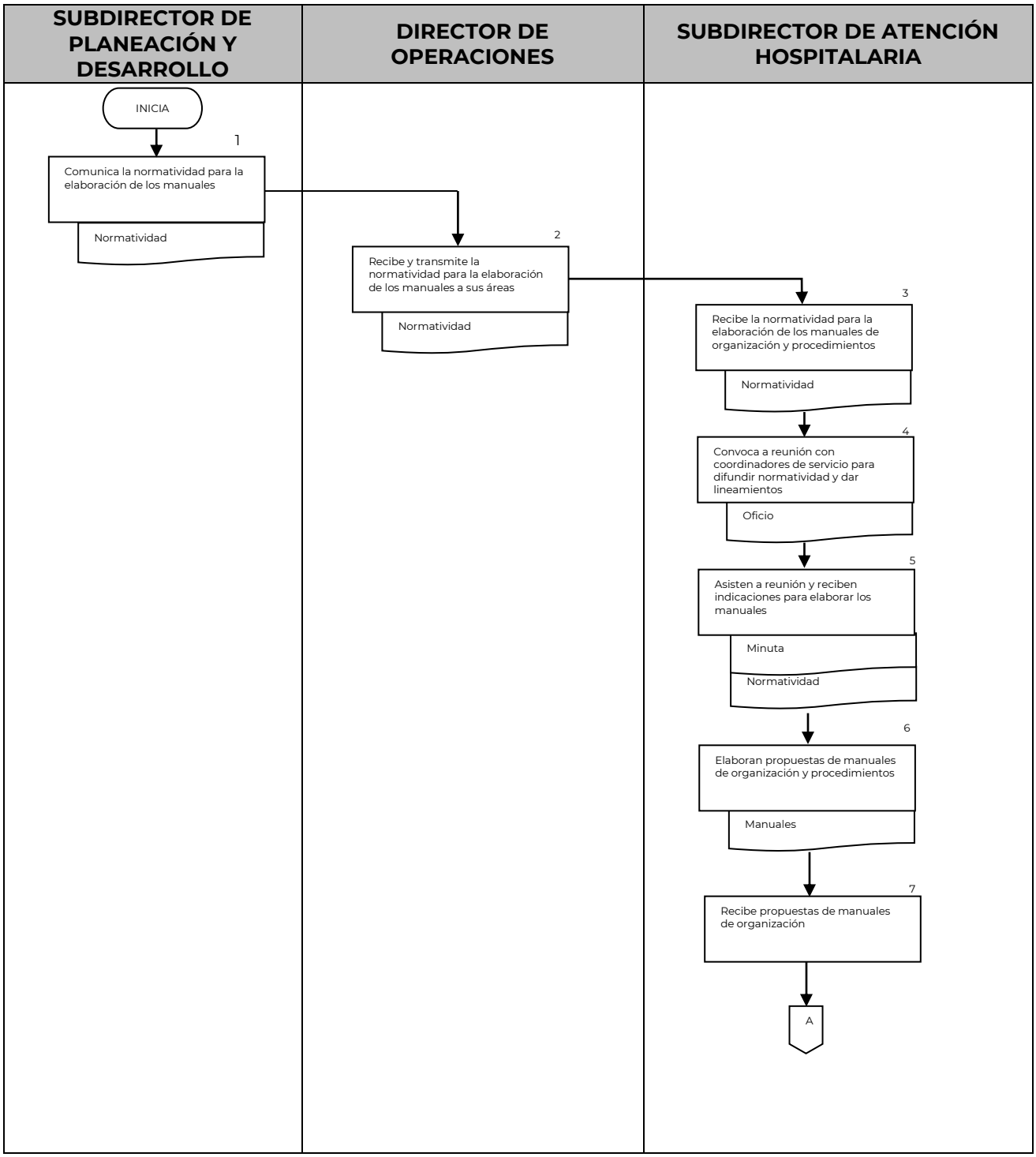
3.3 La Dirección de Operaciones será la responsable de validar que los Manuales de Procedimientos proyecten de forma sistemática y dinámica las actividades y secuencia que se desarrollan; lo anterior deberá reflejar de forma lógica las actividades que integran el proceso.

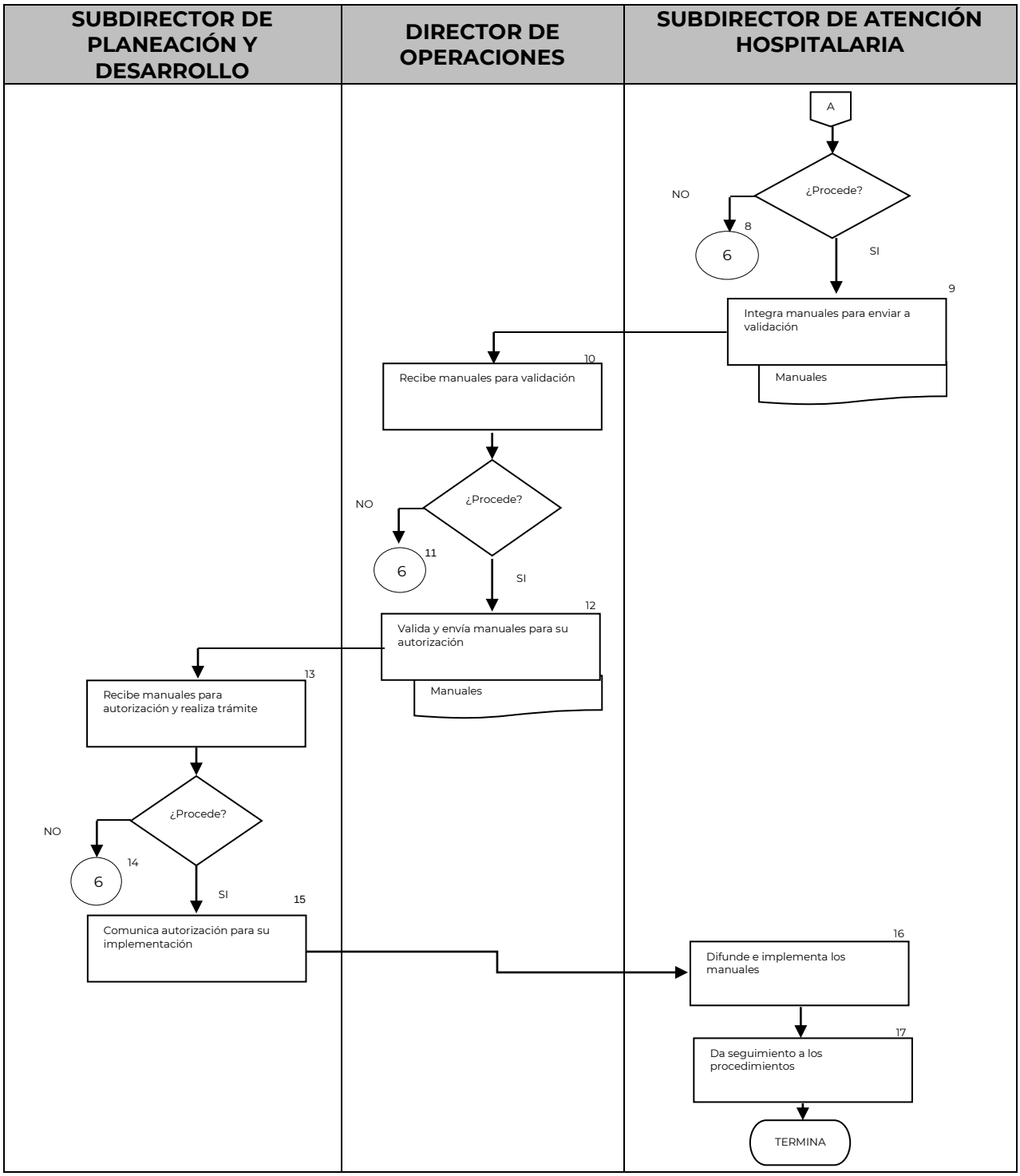
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Comunica la normatividad para la elaboración de los manuales.	Normatividad
Director de Operaciones	2	Recibe y transmite la normatividad para la elaboración de los Manuales a sus áreas.	Normatividad
Subdirector de Atención Hospitalaria	3	Recibe la normatividad para la elaboración de los Manuales de Organización y Procedimientos.	Normatividad
	4	Convoca a Reunión con coordinadores de servicio para difundir normatividad y dar lineamientos	Oficio
	5	Asiste a reunión con personal operativo quienes reciben indicaciones para elaborar los manuales	Minuta, Normatividad
	6	Supervisa la elaboración de propuestas de manuales de organización y procedimientos por parte del personal operativo	Manuales
	7	Recibe propuestas de manuales de organización ¿Procede?	
	8	No: Determina que no cumple con la Normatividad. Regresa a actividad 6	Manuales
	9	Si: Integra manuales para enviar a validación	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	10	Recibe manuales para validación	
	11	¿Procede? No: Determina que no cumple con la Normatividad. Regresa a actividad 6.	
	12	SI: Valida y envía manuales para su autorización	Manuales
Subdirector de Planeación y Desarrollo	13	Recibe manuales para autorización y realiza trámite ¿Procede?	
	14	No: Determina que no cumple con la normatividad, realiza observaciones. Regresa a actividad 6	
	15	Si: Comunica autorización para su implementación	
Subdirector de Atención Hospitalaria	16	Difunde e implementa los manuales	
	17	Da seguimiento a los procedimientos **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR DE OPERACIONES
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA
A
¿Procede?
NO
8
6
SI
9
Integra manuales para enviar a validación
Manuales
10
Recibe manuales para validación
¿Procede?
NO
11
6
SI
12
Valida y envía manuales para su autorización
Manuales
13
Recibe manuales para autorización y realiza trámite
¿Procede?
NO
14
6
SI
15
Comunica autorización para su implementación
16
Difunde e implementa los manuales
17
Da seguimiento a los procedimientos
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Oficios y Memorándum de Manual de Procedimientos	2 años	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica
7.2 Oficios y Memorándum de Manual de Organización de la Subdirección	2 años	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Función:** conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de una institución de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o unidad administrativa; se definen a partir de las disposiciones jurídico-administrativas.

8.2 **Manual:** documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.

8.3 **Procedimiento**: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad de tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

13. PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS COMITÉS TÉCNICOS HOSPITALARIOS

1. PROPÓSITO

Participar en los comités hospitalarios coadyuvando en los análisis de situaciones conflictivas tanto pasadas como actuales, o bien que susciten dudas y dilemas, con el objeto de identificar, interpretar y ofrecer recomendaciones tanto procedimentales como de contenido a fin de resolver el problema consultado para contribuir a una mejor atención a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Operaciones, Subdirección de Atención Hospitalaria, así como a los Comités Técnicos Hospitalarios, quienes de manera colegiada resolverán problemas presentados en los diferentes Comités.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

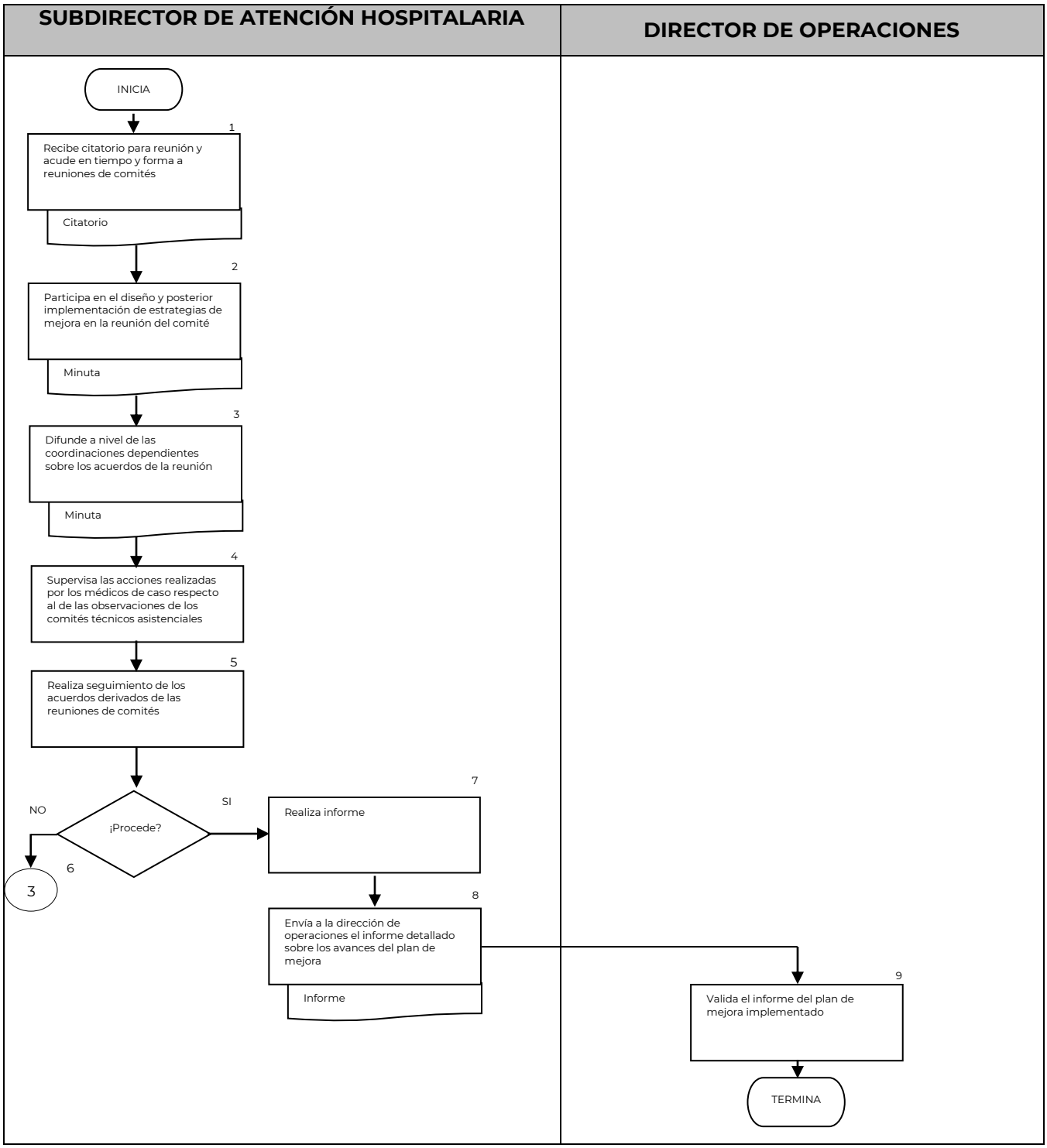
3.1 Será responsabilidad del Subdirector de Atención Hospitalaria participar en los Comités Técnicos Hospitalarios que le sean requeridos.

3.2 Será responsabilidad del Director de Operaciones validar el plan de mejora a implementar después de que el Subdirector de Atención Hospitalaria acuda a las reuniones de Comité.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Atención Hospitalaria	1	Recibe citatorio para reunión y acude en tiempo y forma a reuniones de comités	Citatorio
	2	Participa en el diseño y posterior implementación de estrategias de mejora en la reunión del comité	
	3	Difunde a nivel de las coordinaciones dependientes sobre los acuerdos de la reunión.	Minuta
	4	Supervisa las acciones realizadas por los médicos de caso respecto al plan de mejora continua derivado de las observaciones de los comités técnicos asistenciales	
	5	Realiza seguimiento de los acuerdos derivados de las reuniones de comités para realizar informe. Procede**:**	
	6	No: Define que los resultados o información no son suficientes para cumplir los acuerdos y es necesario replantear y retransmitir la indicación. Regresa a actividad 3	
	7	Si: Realiza el informe. Se realizaron las actividades y obtuvieron los resultados para cumplir los acuerdos.	
	8	Envía a la Dirección de Operaciones el informe detallado sobre los avances del Plan de Mejora.	Informe
Director de Operaciones	9	Valida el informe del Plan de Mejora implementado y/o emite observaciones. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Oficios	2 años	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica
7.2 Minutas de Reunión	2 años	Comités Técnicos Hospitalarios	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Comité Hospitalario: Constituido por un grupo de personas con diversas competencias y experiencias que desarrollan su función de promover los intereses tanto de aquellos que dispensan sus cuidados como de quienes los reciben, además de tener un papel importante de mediación entre la decisión médica particular (que se determina en el diálogo entre el médico y el paciente) y la legislación.

8.2 Minuta de Reunión: Son las notas oficiales que registran lo que ocurrió en una reunión de los miembros o de los fiduciarios del Comité Hospitalario.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

14. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE PERSONAL ADSCRITO A LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCION HOSPITALARIA

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades prioritarias en la Subdirección de Atención Hospitalaria para asegurar la disponibilidad del personal necesario y adecuado en los diferentes servicios del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" para garantizar la adecuada atención a los usuarios.

2. ALCANCE

2.1. A Nivel Interno: Aplica a la Dirección de Operaciones y a la Subdirección de Atención Hospitalaria y el personal a su cago en los diferentes servicios y turnos.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Operaciones emitir lineamientos para la elaboración de programas de Supervisión.

3.2 Será responsabilidad del Subdirector de Atención Hospitalaria:

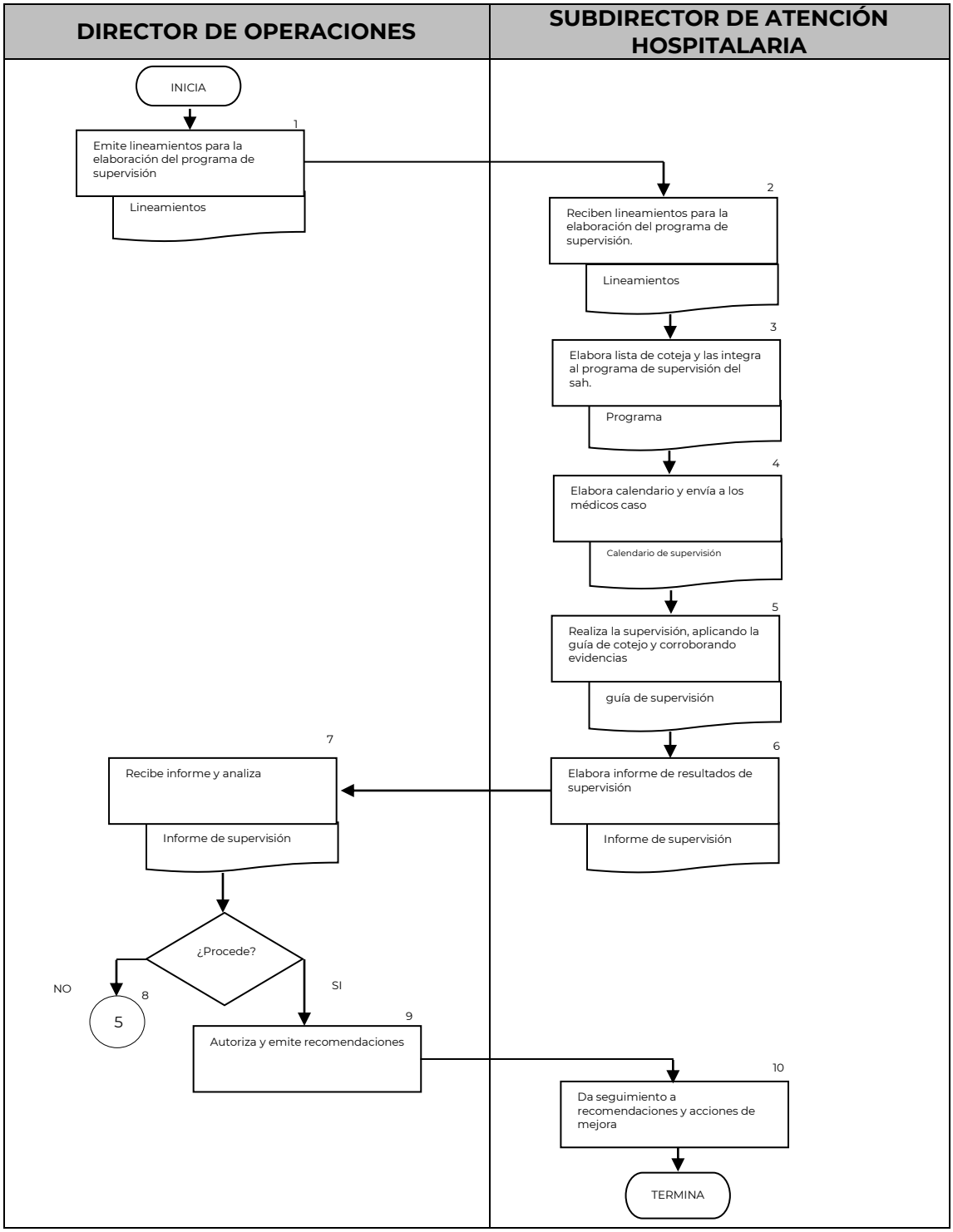
- Establecer acciones necesarias para asegurar la adecuada distribución del personal en los servicios de atención hospitalaria
- Solicitar al responsable de Hospitalización las necesidades de personal de acuerdo a la demanda de servicios.

3.3 Autorizar la asignación de personal en los servicios de hospitalización que lo requiera así como emitir criterios para la asignación de personal a los servicios que lo solicitan acorde a las necesidades del servicio y/o diagnóstico del paciente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Emite lineamientos para la elaboración de programas de Supervisión	Lineamientos
Subdirector de Atención Hospitalaria	2	Recibe los lineamientos de la Dirección de Operaciones para elaboración de programa de Supervisión.	Lineamientos
	3	Elabora listas de cotejo y las integra al programa de supervisión de la SAH.	Programa
	4	Elabora Calendario y envía a los Médicos de Caso	Calendario de Supervisión
	5	Realiza la Supervisión en la fecha, lugar y hora señalada aplicando la guía de Cotejo, y corroborando mediante evidencias lo solicitado	Guía de supervisión.
	6	Elabora informe de resultados de supervisión, en donde describe la situación encontrada, las recomendaciones, el responsable y el plazo de cumplimiento.	Informe de Supervisión
Director de Operaciones	7	Recibe informe y analiza ¿Procede?	Informe de Supervisión.
	8	No: Determina que la información no es concluyente para la toma de decisiones, Regresa a la Actividad 5	
	9	Sí: Autoriza y emite recomendaciones	
Subdirector de Atención Hospitalaria	10	Da seguimiento a recomendaciones y acciones de mejora **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Lineamientos	2 años	Dirección de Operaciones	No Aplica
7.2 Calendario e Informe de la Subdirección	2 años	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Calendario**: Principalmente se refiere a un calendario de trabajo, o bien actividades del proyecto presentadas por etapas semanales o mensuales

8.2 **Función:** conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de una institución de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o unidad administrativa; se definen a partir de las disposiciones jurídico-administrativas.

8.3 **Informe:** es un texto escrito en prosa científica, técnica o comercial con el objetivo de comunicar información dirigida, generalmente a personas o entidades capacitadas para tomar decisiones.

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

15. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN

1. PROPÓSITO

Establecer las acciones necesarias para efectuar eficazmente la solicitud de servicios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios para otorgar una atención eficiente y de calidad a los pacientes hospitalizados a fin de apoyar el tratamiento de los mismos.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno.- Este procedimiento es aplicable al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, a la Dirección de Operaciones, a la Subdirección de Atención Hospitalaria quien solicitara los servicios y a la Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento quien se encarga de proveerlos para los pacientes hospitalizados.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Atención Hospitalaria a través de los médicos de caso realizar las solicitudes de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento en el Sistema MetSys necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.

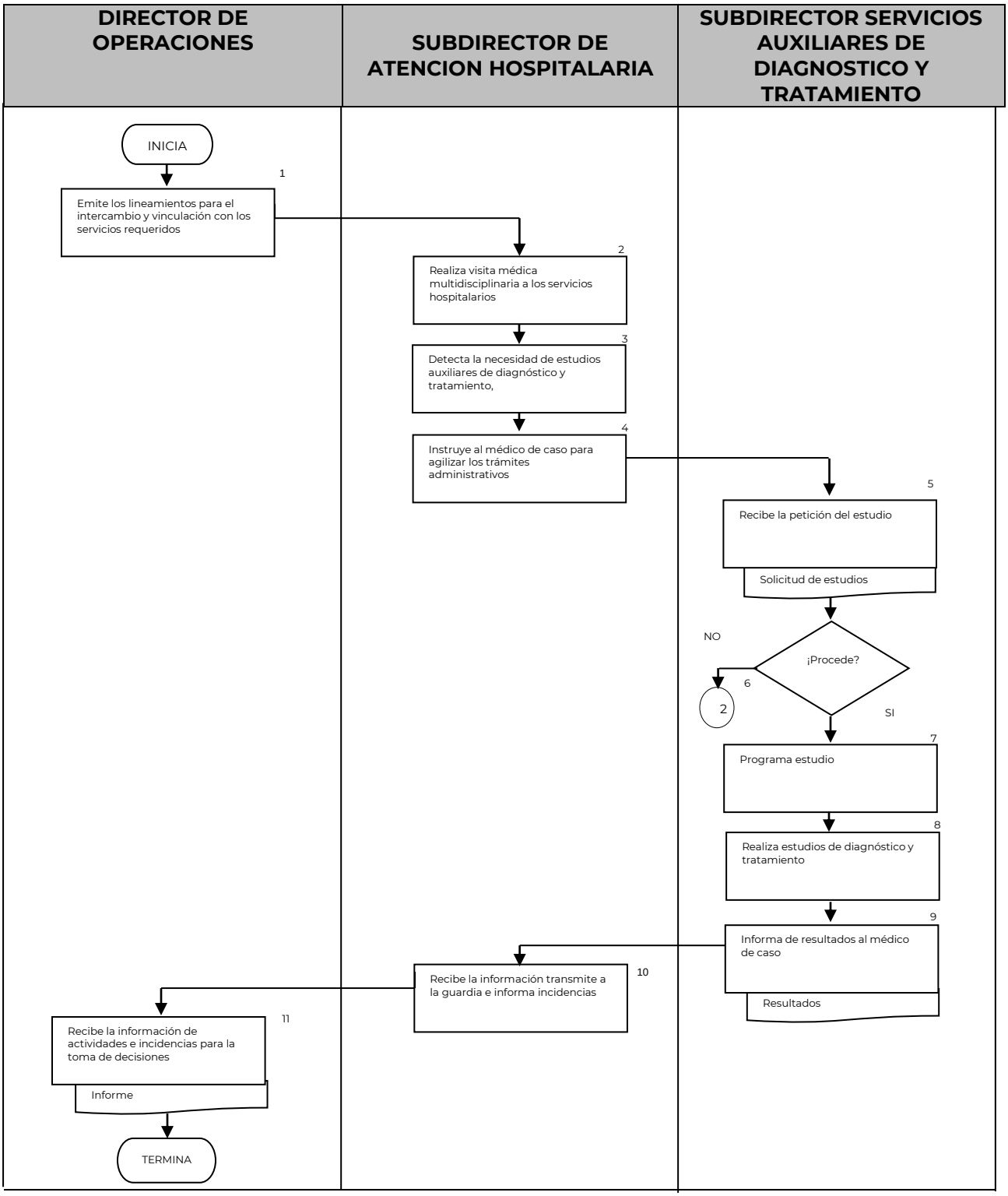
3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento proveer los servicios solicitados a la brevedad a fin de brindar una atención con eficaz a los pacientes hospitalizados y sus familias.

3.3 Será responsabilidad de la Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento entregar los resultados de los servicios solicitados a los médicos de caso solicitantes de los mismos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Emite los lineamientos para el intercambio y vinculación con los servicios requeridos al interior del Hospital	
Subdirector de Atención Hospitalaria	2	Realiza visita médica multidisciplinaria a los servicios Hospitalarios.	
	3	Detecta la necesidad de Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, que están pendientes de Realizar.	
	4	Instruye al Médico de caso para agilizar los trámites administrativos que permitan agilizar la realización de los estudios.	
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	5	Recibe la petición del Estudio a través del médico de caso Procede	Solicitud de estudios.
	6	No: Determina que las especificaciones no son correctas o suficientes, Regresa a Actividad 2	
	7	Si: Programa la realización del estudio	
	8	Realiza Estudios de diagnóstico y Tratamiento	
	9	Informa al médico de caso de los resultados, o los ingresa al MetSys a través del personal adscrito a los servicios	Resultados
Subdirector de Atención Hospitalaria	10	Recibe la Información de la Gestión y la trasmite en la entrega de guardia Hospitalaria e informa actividades e incidencias al Director de Operaciones	
Director de Operaciones	11	Recibe informe de actividades e incidencias para la toma de decisiones **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Resultados	5 años	Subdirección de Atención Hospitalaria (Expediente)	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Estudio Auxiliar: son aquellos estudios que proporcionan datos clínicos sobre condiciones internas del paciente, condiciones que de otro modo son inobservables, por medio de ellos se puede conocer más directamente acerca del estado anatómico, metabólico y funcional de los órganos y tejidos.

8.2 Informe: es un texto escrito en prosa científica, técnica o comercial con el objetivo de comunicar información dirigida, generalmente a personas o entidades capacitadas para tomar decisiones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

16. PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES REFERENTE A SU ATENCIÓN MÉDICA

1. PROPÓSITO

Establecer un sistema de comunicación que permita garantizar que los pacientes y sus familiares reciban la información sobre la condición clínica de aquél, procurando que la información sea un proceso dinámico adaptado siempre a las necesidades que surjan durante el proceso asistencial a los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Operaciones, Subdirección de Atención Hospitalaria y a su personal adscrito, quienes proporcionarán la información a los familiares que lo requieran y a la Subdirección de Atención al Usuario quien proporciona los datos del familiar autorizado.

2.2 A Nivel Externo: Este procedimiento es aplicable a los familiares acompañantes de los pacientes hospitalizados que deseen y requieran información sobre la condición clínica de los pacientes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Atención Hospitalaria a través del personal médico adscrito informar sobre la situación clínica del paciente a los familiares.

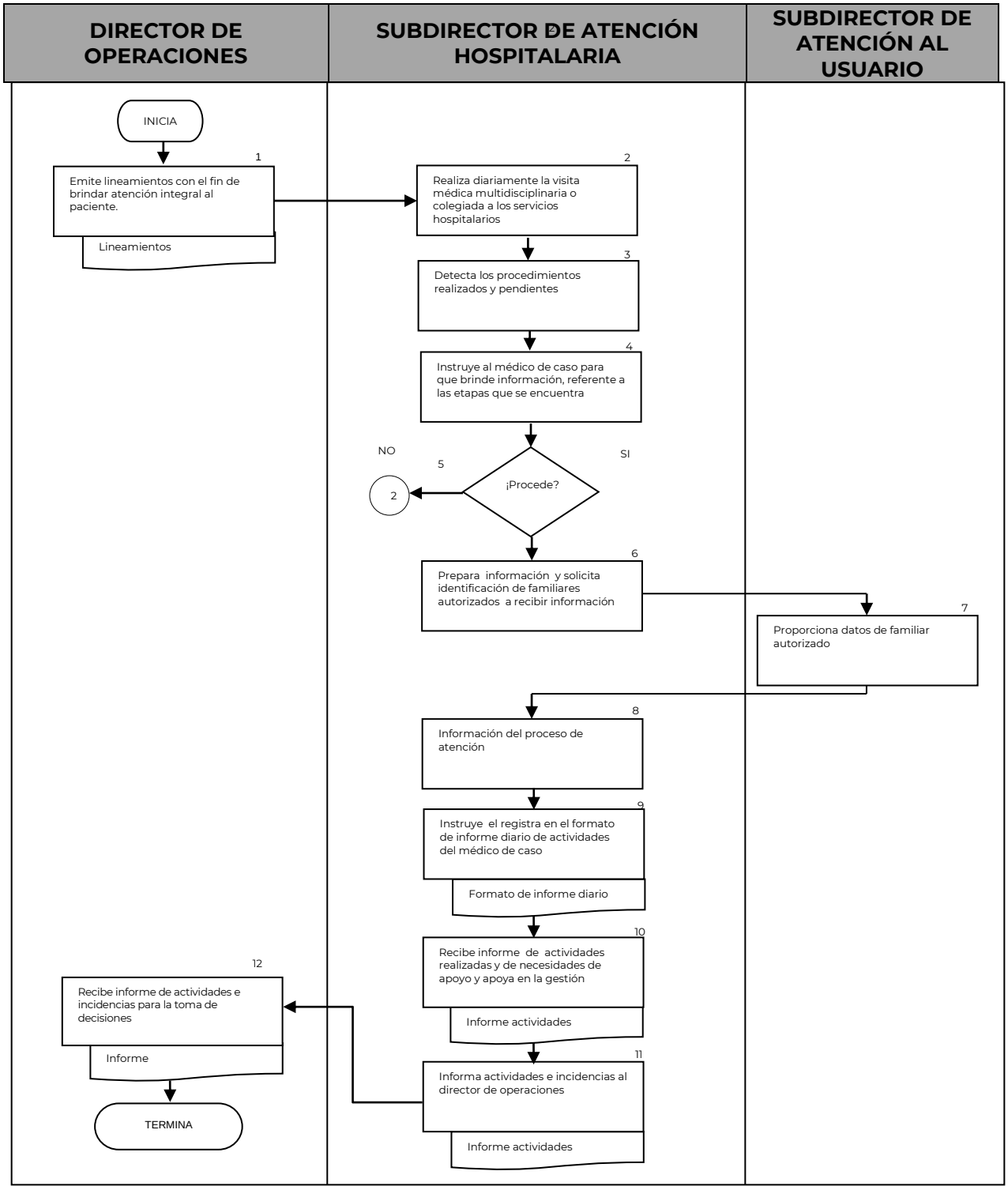
3.2 Será responsabilidad de los familiares acompañantes de los pacientes permanecer en el nosocomio para recibir la información pertinente así como solicitar la información si así lo requieren.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Emite lineamientos con el fin de brindar atención integral al paciente.	Lineamientos
Subdirector de Atención Hospitalaria	2	Recibe lineamientos y realiza diariamente la Visita Médica Multidisciplinaria o Colegiada a los servicios hospitalarios	
	3	Detecta durante la visita los procedimientos realizados y pendientes para la atención Médica.	
	4	Instruye al médico de caso para que brinde información, referente a las etapas que se encuentre el proceso de atención médica del usuario. Procede**:**	
	5	No: Determina que la información no es suficiente y actualizada, Regresa a actividad 2.	
	6	Si**:** Instruye al médico de caso preparar las notas o resumen de información a comunicar y solicitar los datos de identificación de familiares autorizados a recibir información	
Subdirector de Atención al Usuario	7	Proporciona datos de familiar autorizado	
Subdirector de Atención Hospitalaria	8	Informa al Usuario la etapa de proceso de su atención y se reúne con el familiar responsable para el mismo fin a través del médico de caso.	

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Atención Hospitalaria	9	Instruye al médico de caso el registra en el formato de informe diario de actividades	Formato de informe diario
	10	Recibe informe de las actividades realizadas y de necesidades de apoyo y apoya en la gestión	Informe de actividades
	11	Informa actividades e incidencias al Director de Operaciones	
Director de Operaciones	12	Recibe informe de actividades e incidencias para la toma de decisiones **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Informe de Actividades	2 años	Subdirección de Atención Hospitalaria	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Información Clínica:** todo dato cualquiera que sea su forma, clase o tipo que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla

8.2 **Informe:** es un texto escrito en prosa científica, técnica o comercial con el objetivo de comunicar información dirigida, generalmente a personas o entidades capacitadas para tomar decisiones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

17. PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN DE EQUIPOS

1. PROPÓSITO

Asegurar la adecuada capacitación del personal en el uso de los equipos médicos disponibles en el Hospital Regional de Alta Especialidad, a fin de garantizar su adecuado uso y preservar equipo en buen estado para garantizar la prestación de los servicios médicos a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Operaciones, a la Subdirección de Ingeniera Biomédica y a la Dirección Médica, y Subdirección de Enfermería; por todo el personal operativo del Hospital que utiliza los equipos médicos. Incluye Médicos, Enfermería, Técnicos y Personal de apoyo, dependiendo de cada caso.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Inversionista Proveedor y Proveedores de Capacitación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Inversionista Proveedor la elaboración del calendario de capacitación y la realización de este.

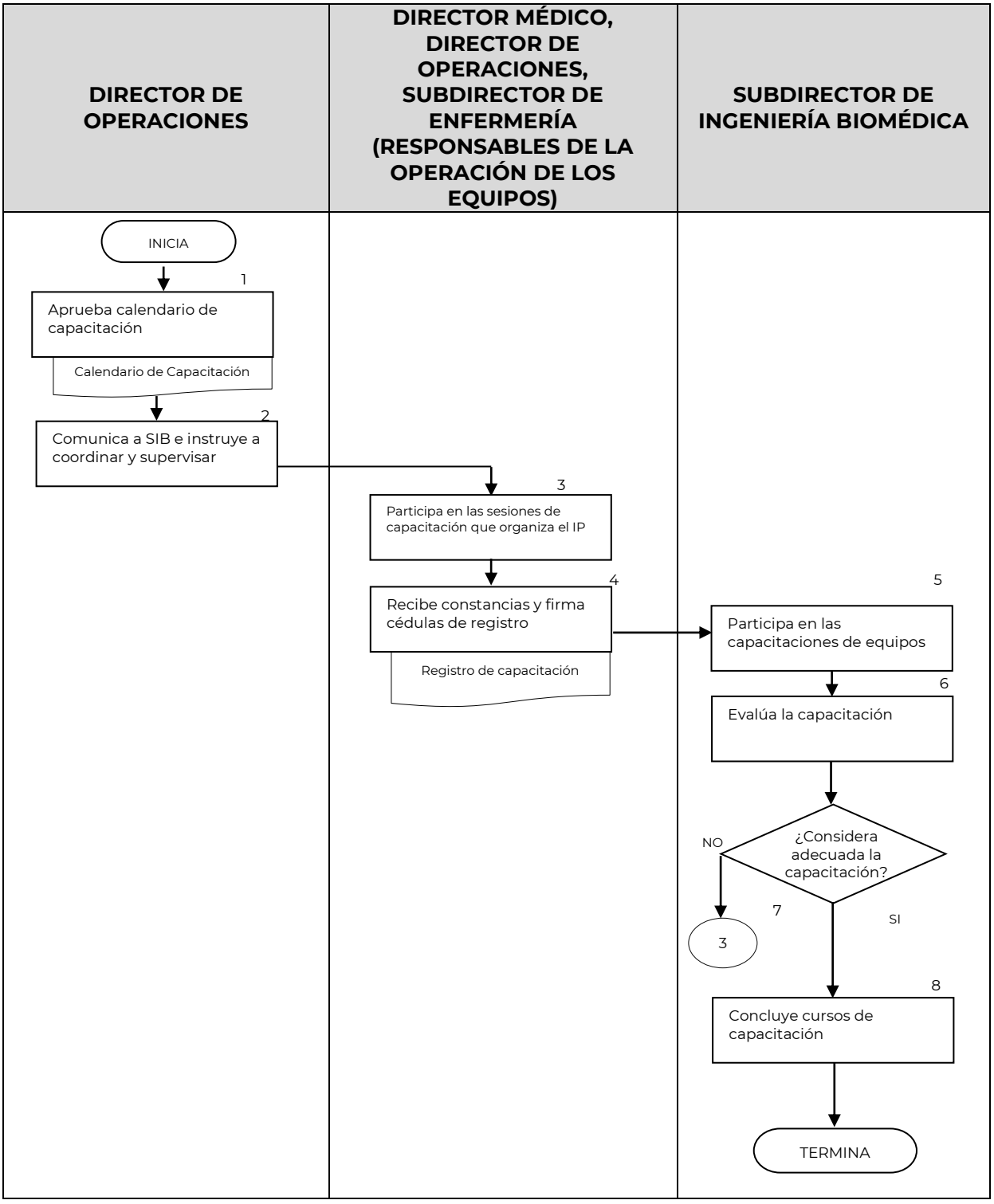
3.2 Será responsabilidad de todo trabajador adscrito al Hospital acudir a las capacitaciones en el uso y manejo de equipo médicos que utilicen durante el desarrollo de sus actividades.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Autoriza el calendario de capacitación de usuarios propuesto por el inversionista proveedor, de acuerdo a la disponibilidad de los equipos instalados y a la programación de los proveedores para que el equipo médico del Hospital trabaje en condiciones óptimas de funcionamiento	Calendario de capacitación de usuarios
	2	Comunica e Instruye a la Subdirección de Ingeniería Biomédica a coordinar y supervisar las actividades de capacitación.	
Director Médico, Director de Operaciones, Subdirector de Enfermería (Responsables de uso de los equipos)	3	Participa en las sesiones de capacitación que organiza el IP y realiza exámenes para evaluar el aprovechamiento de la capacitación	Cédulas de registro
	4	Recibe constancias y firma cédulas de registro de personal capacitado en conjunto con el representante del Inversionista proveedor.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	5	Participa en las sesiones de capacitación que organiza el IP en especial las de equipo de alta complejidad	
	6	Evalúa la capacitación o necesidad de nueva capacitación en función de los resultados de los exámenes.	

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Ingeniería Biomédica	7	¿Es suficiente? No: Solicita al IP nueva sesión de capacitación en el caso de considerar junto con el responsable de uso del equipo que ésta no fue adecuada ni suficiente o bien en el caso de ingreso de personal nuevo. Regresa a actividad 3.	
	8	**S**i: Concluye proceso con resultados favorables de la capacitación **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, vigente autorizado	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cédula de Registro de Personal Capacitado	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A
7.2 Calendario de Capacitación	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A
7.3 Solicitud de nueva capacitación	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A
7.4 Exámenes de aprovechamiento	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Capacitación**.- Proceso continua de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas de los servidores, que les permitan un mejor desempeño en sus labores habituales.

8.2 **IP:** Inversionista Proveedor

8.3 **PPS:** Proyecto de Prestación de Servicios

8.4 **SIB:** Subdirección de Ingeniería Biomédica

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de asistencia de personal capacitado

10.1 Lista de asistencia de personal capacitado

LISTA DE ASISTENCIA DE PERSONAL CAPACITADO

TALLERES DE INGENIERÍA BIOMÉDICA:

FECHA:

IMPARTIDA POR:

ÁREA	NOMBRE	CORREO	FIRMA

18. PROCEDIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD EN MANTENIMIENTO

1. PROPÓSITO

Evaluar permanentemente el cumplimiento de la normatividad establecida en materia de mantenimiento preventivo del equipo biomédico del Hospital a fin de proveer el servicio de los equipos auxiliares de diagnóstico y tratamiento a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección de Operaciones, Subdirección de Ingeniería Biomédica por el personal biomédico y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento por el personal operativo. Se evaluará el cumplimiento de la normatividad vigente en el mantenimiento de todos los equipos biomédicos del Hospital, ya sea provisto por el IP o por proveedores de servicios integrales.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica al Inversionista Proveedor (IP)

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

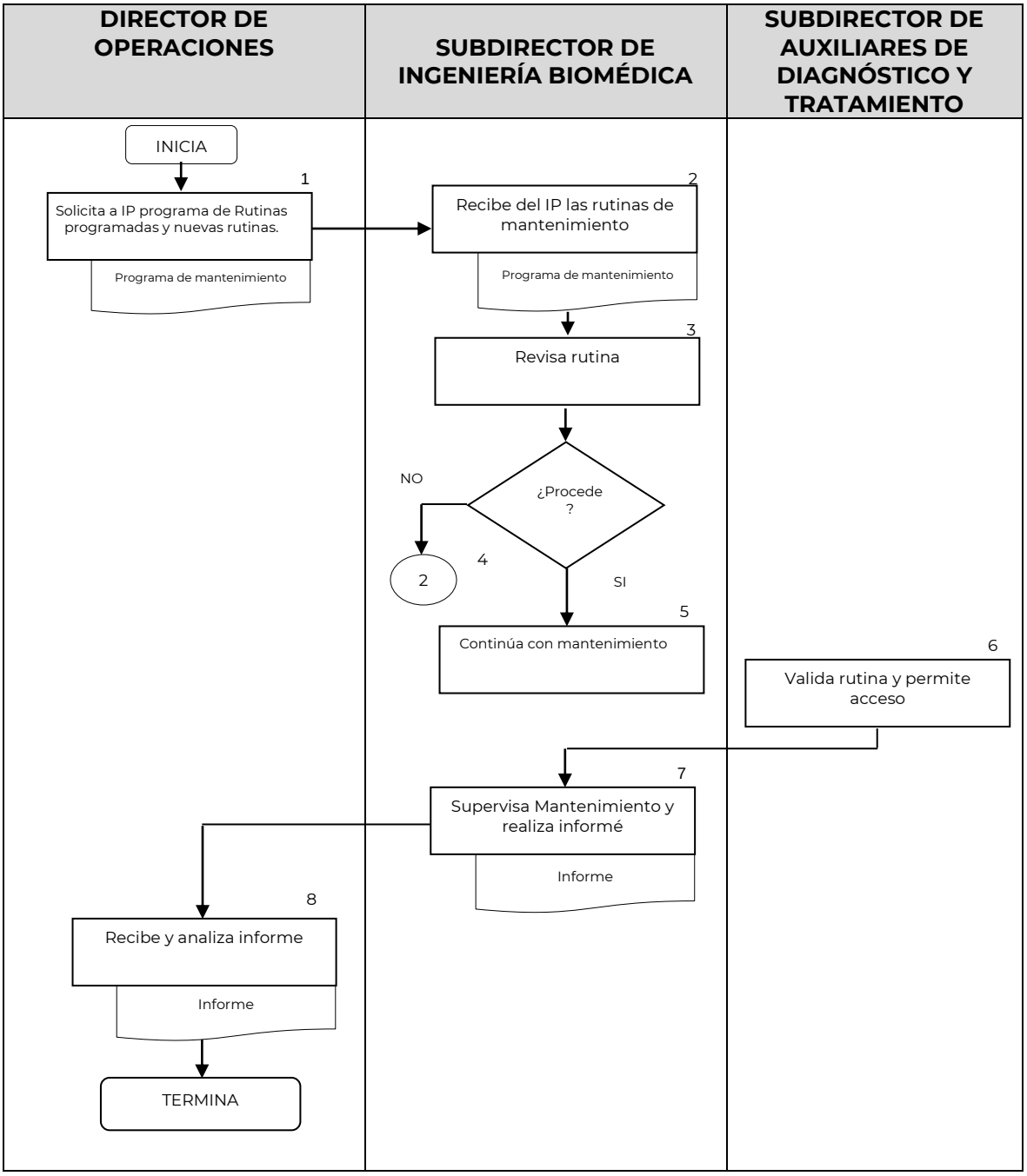
3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica solicitar al Inversionista Proveedor el calendario de rutinas de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica la supervisión y revisión de los mantenimientos realizados a los equipos por parte del Inversionista proveedor.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Solicita al IP programa de las rutinas de mantenimiento preventivo e instruye a Subdirección de Ingeniería Biomédica su seguimiento	Programa
Subdirector de Ingeniería Biomédica	2 3 4 5	Recibe del IP las rutinas de mantenimiento Revisa que las rutinas de mantenimiento cumplan con la normatividad vigente. ¿Procede? No: Comunica al IP la falta de cumplimiento y regresa a actividad 2. Si: Valida la rutina, comunica a las áreas y continúa el mantenimiento	Programa
Subdirector de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	6	Solicita al representante del IP la validación de la rutina y permite el acceso.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	7	Supervisa mantenimiento y realiza informe	
Director de Operaciones	8	Recibe y analiza informe de actividades. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Rutinas de Mantenimiento Preventivo	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de no cumplimiento de normas en rutina de mantenimiento	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Rutinas de mantenimiento. - Listado de acciones específicas para conservar en buen estado de funcionamiento un equipo. Incluyen acciones como limpieza, lubricación, calibración, cambio de partes, etc. y son recomendadas por el fabricante en los manuales técnicos que acompañan al equipo al ser adquirido.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de no cumplimiento de normas en rutina de mantenimiento

10.1 Formato de no cumplimiento de normas en rutina de mantenimiento

SUPERVISIÓN DE MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO

ÁREA:

FRECUENCIA :			
PERIODO:			

COMPLETADO DE ACUERDO AL PROGRAMA DE MANTENIMIENTOS

○ SI ◉ NO

PREVENTIVOS:

OBSERVACIONES:

Clave de Equipo	Marca	Equipo	Modelo	Serial	OBSERVACIONES

REVISÓ **SUBDIR. IB:**	**ENTERADO** **ING.** **BIOMEDICA** **SOHAEVI:**

Esta hoja deberá incluirse en la carpeta de cédulas y mantenimientos de equipos médicos.

19. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON EQUIPO MÉDICO

1. PROPÓSITO

Implementar un mecanismo que permita identificar elementos de riesgo en el uso de los equipos biomédicos, analizar las causas y corregirlas para evitar accidentes en los servicios del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" que permita proporcionar la atención en tiempo y forma a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería por todos los servicios del Hospital, quienes analizarán las posibles causas de riesgo y evitaran accidentes en los servicios del Hospital.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica al Inversionista Proveedor, quien corregirá los posibles elementos de riesgo.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

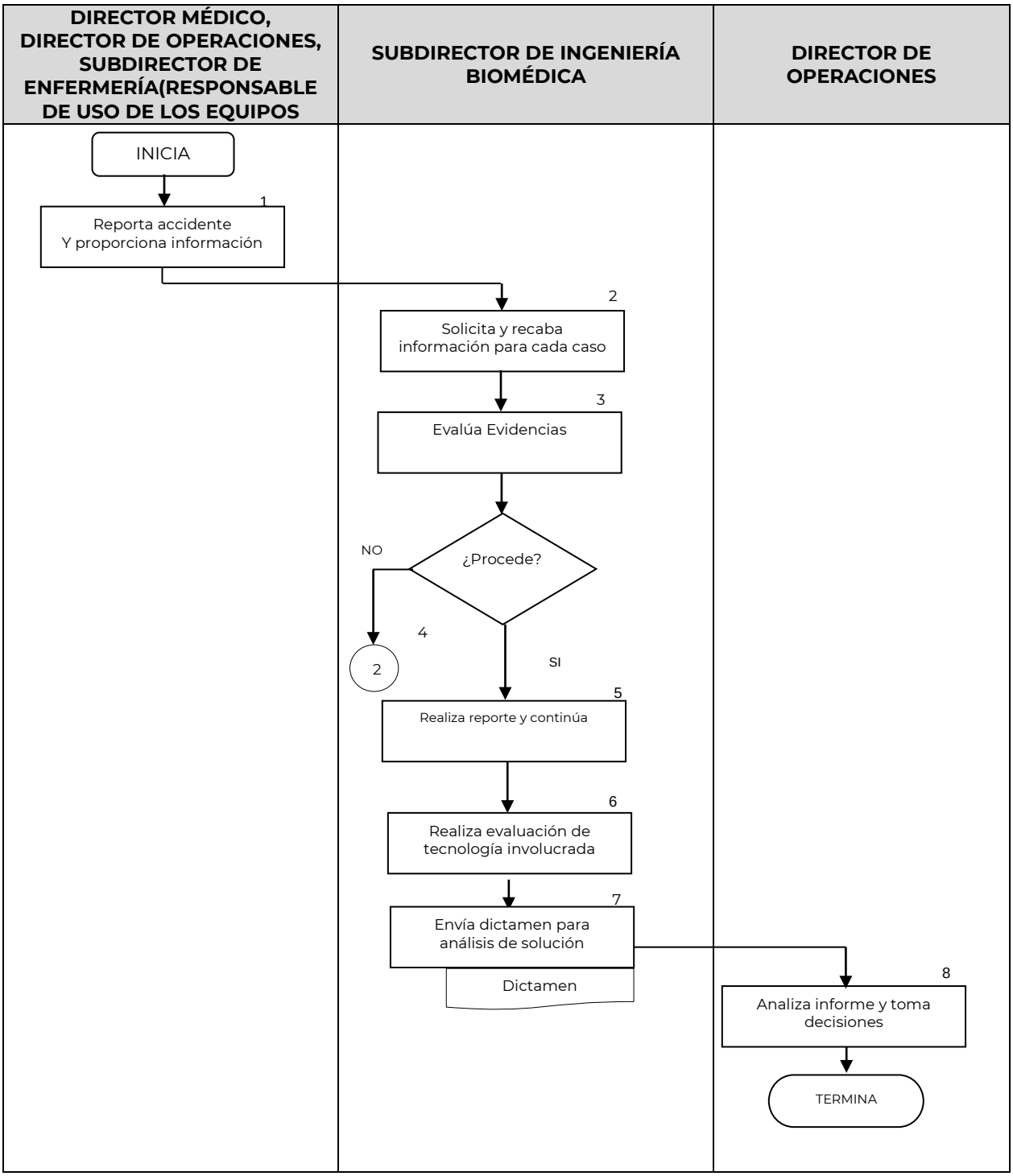
3.1 Es responsabilidad de todo el personal que utilice equipo médico el reporte de incidencia que ocurra dentro de su turno referente a accidente con equipo médico.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica el seguimiento y evaluación a todo accidente reportado.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director Médico, Director de Operaciones, Subdirector de Enfermería	1	Solicita a los responsables de uso de los equipos el reporte de accidentes relacionado con equipo médico con los medios disponibles y de acuerdo con los procedimientos de cada área y proporciona información solicitada.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica Subdirector de Ingeniería Biomédica	2 3 4 5 6 7	Solicita y recaba la información pertinente para analizar el caso. La solicitud se hace al responsable de uso del equipo así como al IP. Hasta contar con la información suficiente. Evalúa la suficiencia de la información. ¿Procede? No: Solicita información adicional a las áreas y al IP ya que se requiere contar con más datos para la elaboración del dictamen. Regresa a actividad 2 Si**:** Elabora el reporte de dictamen y continúa con el proceso. Realiza proceso de evaluación de tecnología para determinar posible sustitución de equipos y/o procedimientos de uso. Envía dictamen a Dirección de Operaciones y Dirección General para análisis de solución.	Solicitud de información
Director de Operaciones	8	Analiza informe para toma de decisiones que permita que el equipo médico trabaje en condiciones óptimas **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica
6.3 Registros de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cédula de accidentes con Equipo Médico Involucrado	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Accidente: Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente el que causa daños a una persona o cosa.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

20. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE HABILIDADES DEL PERSONAL EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS

1. PROPÓSITO

Diagnosticar deficiencias en las habilidades del personal en el manejo de los equipos biomédicos para implementar soluciones que corrijan las deficiencias encontradas y proporcionar atención de calidad a la población atendida.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: involucra a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería en todos los servicios del Hospital Regional de Alta Especialidad por todo el personal operativo médico, técnico y de enfermería, que manejen equipos biomédicos para el desarrollo de sus funciones.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

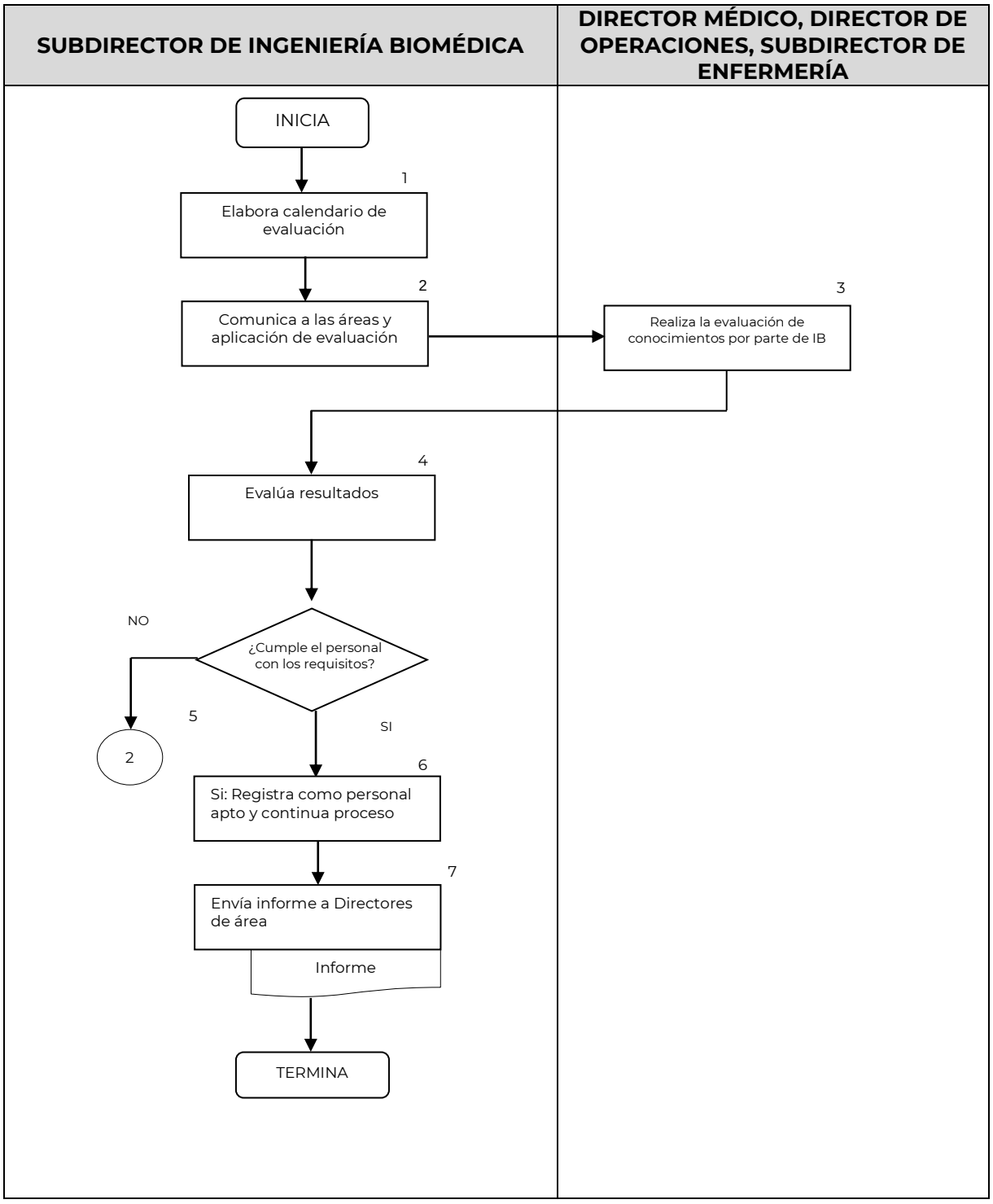
3.1 Será responsabilidad de los usuarios de cada equipo el someterse a evaluaciones técnicas y prácticas del manejo de los equipos.

3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica el programar las evaluaciones y avisar con tiempo razonable a los responsables de los servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Ingeniería Biomédica	1	Elabora calendario de evaluación de habilidades de personal en el uso de equipo médico	
	2	Comunica calendario a las áreas y aplica evaluaciones de acuerdo a los manuales de operación	
Director Médico, Director de Operaciones, Subdirector de Enfermería	3	Realiza la evaluación periódica sobre habilidad de uso de los equipos médicos a los responsables de su uso.	Cédula de Evaluación
Subdirector de Ingeniería Biomédica	4	Evalúa los resultados de la evaluación. Cumple con los requisitos:	
	5	No: Requiere nueva capacitación y posterior a la cual se realiza nueva evaluación, Regresa a actividad 2. Si: Incluye en listado de personal apto.	
	6		
	7	Envía informe a los Directores de área y Director de Operaciones. **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (Cuando aplique)
6.1 Manuales de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cédula de Evaluaciones de Personal	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Evaluación**: Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cedula de Evaluaciones de Personal

10.1 Cedula de Evaluaciones de Personal

Evaluación de personal sobre equipo

Taller para instrucciones de uso del equipo de:

_____

Fecha: _____
Nombre: _____
Área: _____

Evaluación.

1. ¿"PREGUNTA 1"?
2. ¿"PREGUNTA 2"?
3. ¿"PREGUNTA 3"?
4. ¿"PREGUNTA 4"?

Respuestas:

21. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

1. PROPÓSITO

Evaluar el desempeño de los equipos biomédicos instalados en el hospital en relación con la eficiencia y seguridad de su uso, a fin de conocer y mejorar su productividad para garantizar el servicio a los pacientes que lo requieren.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Ingeniería Biomédica, quienes realizaran las pruebas a los equipos médicos a fin de conocer y mejorar la productividad de los mismos y la Dirección de Operaciones para la gestión pertinente de acuerdo a las necesidades.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Inversionista Proveedor y a los Proveedores de Servicios Integrales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

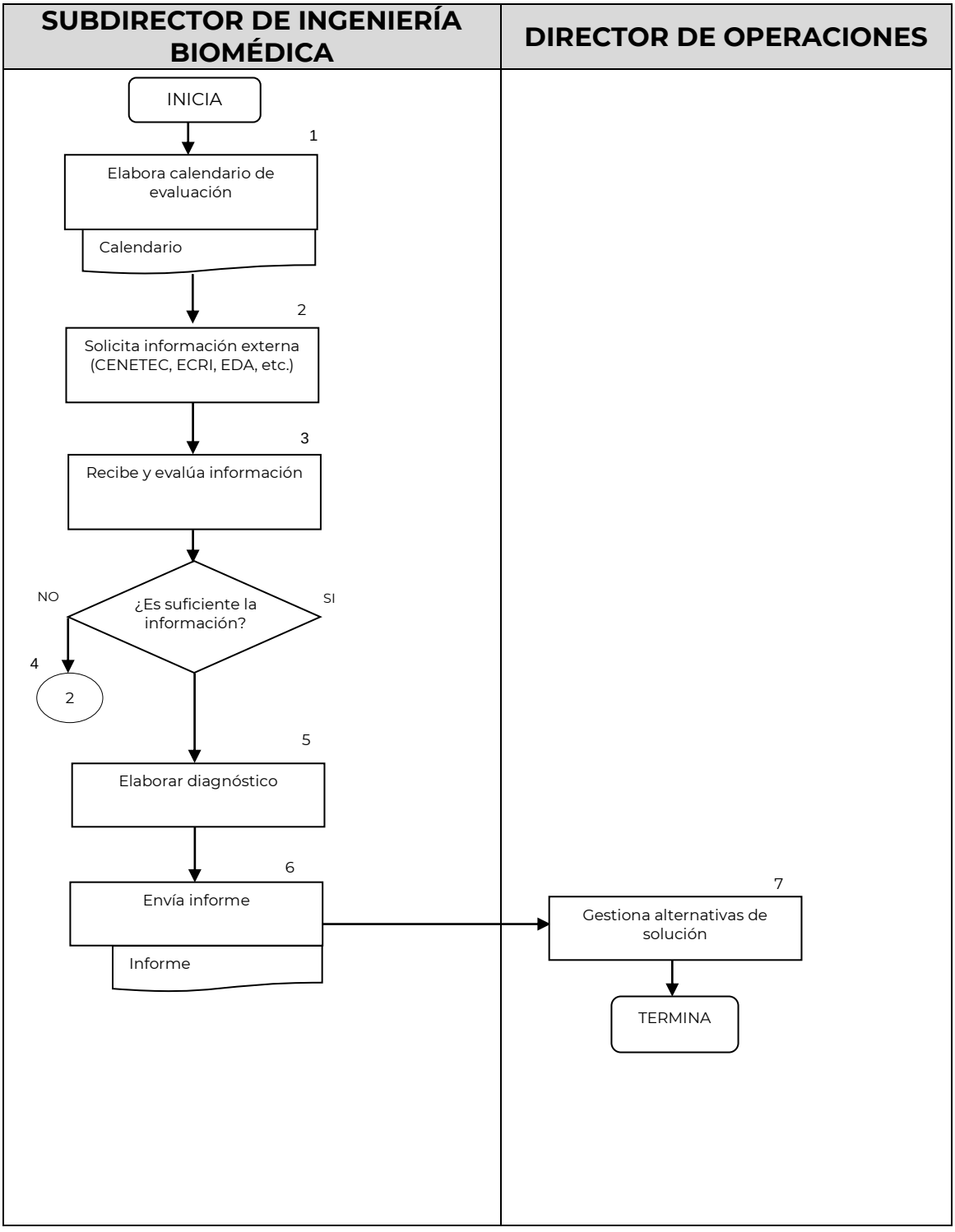
3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica la elaboración del calendario de pruebas a los equipos.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica realizar las pruebas a los equipos médicos a fin de conocer el estado de cada uno de ellos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Ingeniería Biomédica	1	Elabora calendario de evaluación de tecnología y lo implementa.	Calendario de evaluación de tecnología
	2	Solicita información técnica a fuentes de información externas a la SIB respecto al equipo que se analiza. Estas fuentes incluyen al IP, CENETEC, Proveedores, ECRI, etc.	
	3	Recibe y evalúa la información recabada para determinar la necesidad de renovar o sustituir la tecnología existente. Es suficiente la información:	
	4	No: Solicita a las fuentes externas necesarias la información complementaria. Regresa a actividad 2 Si: Elabora diagnóstico de necesidad de renovar o sustituir la tecnología existente.	
	5	Envía información a Dirección de Operaciones	
	6		
Director de Operaciones	7	Interviene en la gestión de las alternativas de solución **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cédula de Evaluación de Tecnología	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Evaluación**: Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

22. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE EQUIPO AL INICIO DE LAS OPERACIONES

1. PROPÓSITO

Determinar las responsabilidades del personal en la recepción de los equipos biomédicos al ser puestos a disposición para el uso del personal del Hospital Regional de Alta Especialidad, por parte del Inversionista Proveedor a fin de delimitar los usos y responsabilidades sobre los mismos para su correcto funcionamiento y atención a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Ingeniería Biomédica, quien recibirá los equipos médicos que serán utilizados en la atención de los pacientes del Hospital y la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería por el personal responsable del uso de los equipos.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Inversionista Proveedor, quien proveerá de equipos acorde al contrato existente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Inversionista Proveedor será responsable de proveer los equipos médicos necesarios acorde al contrato existente.

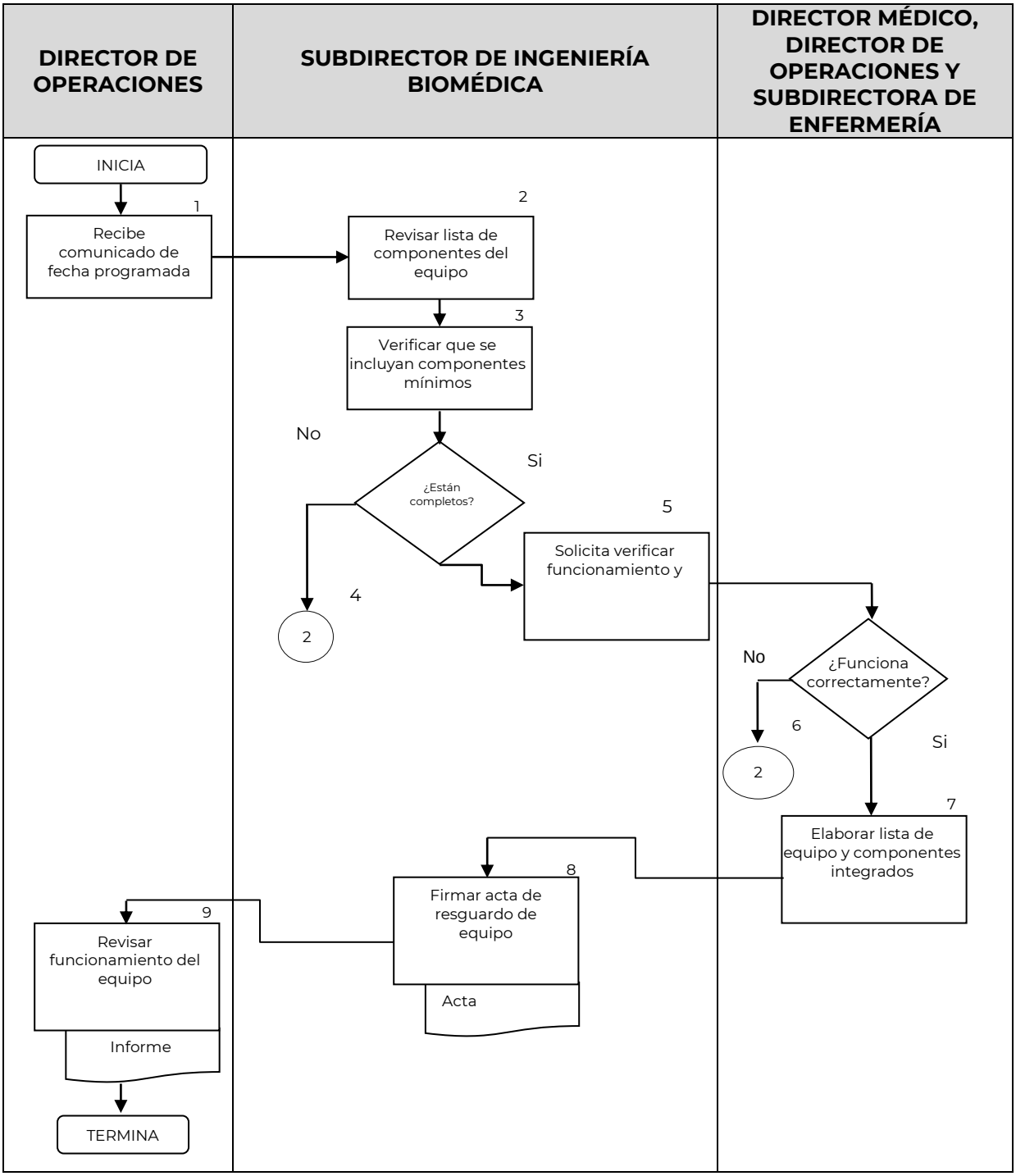
3.2 La Subdirección de Ingeniería Biomédica será responsable de recibir, revisar y firmas las actas de entrega de los equipos proporcionados.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Recibe comunicado del Inversionista Proveedor de fecha de entrega de equipo e instruye a Subdirector de Ingeniería Biomédica supervisar proceso.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	2	Recibe comunicado de fecha de entrega de equipo y revisa la existencia de lista de componentes y da aviso a los responsables de la operación del equipo	
	3	Solicita a los responsables del uso de los equipos listado de componentes mínimos y/o verificación de los mismos	
	4	¿Están completos? No**:** Solicita al IP la corrección y espera nueva fecha de entrega. Regresa a actividad 2	
	5	Si: Solicita a los responsables de uso equipo verifique su funcionamiento y en conjunto revisa que los equipos están completos e instalados. Se elaboran reportes en caso de fallas encontradas	
Director Médico, Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería	6	¿Procede? No: Reporta falla para su reparación a través de los responsables de operación de los equipos, a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y espera nueva fecha de entrega. Regresa a actividad 2. Si**:** Elabora lista de equipo y componentes integrados a través de los responsable de operación de los equipos	Lista de componentes integrados

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Ingeniería Biomédica	8	Supervisa la elaboración y firma en conjunto con los responsables de los equipos y el Inversionista Proveedor del acta de entrega a disposición de los equipos	Acta
Director de Operaciones	9	Recibe informe de Subdirector de ingeniería Biomédica para supervisar que el equipo médico del Hospital trabaje en condiciones óptimas de funcionamiento y disponibilidad **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Proyecto de equipamiento	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acta de entrega de equipos para disposición de uso (lo elabora el IP)	5 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Equipo Biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren una fuente de energía; incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

23. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO

1. PROPÓSITO

Supervisar y vigilar la eficiencia en la respuesta del Inversionista Proveedor y los proveedores externos en la rectificación de problemas asociados con los equipos médicos para otorgar el servicio a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección e Ingeniería Biomédica quien evaluará la eficiencia y operación segura de todos los equipos biomédicos del Hospital y a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería por el personal responsable del servicio.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Inversionista Proveedor.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Sera responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica la supervisión que deberá estar de acuerdo con lo especificado en el contrato de prestación de servicios.

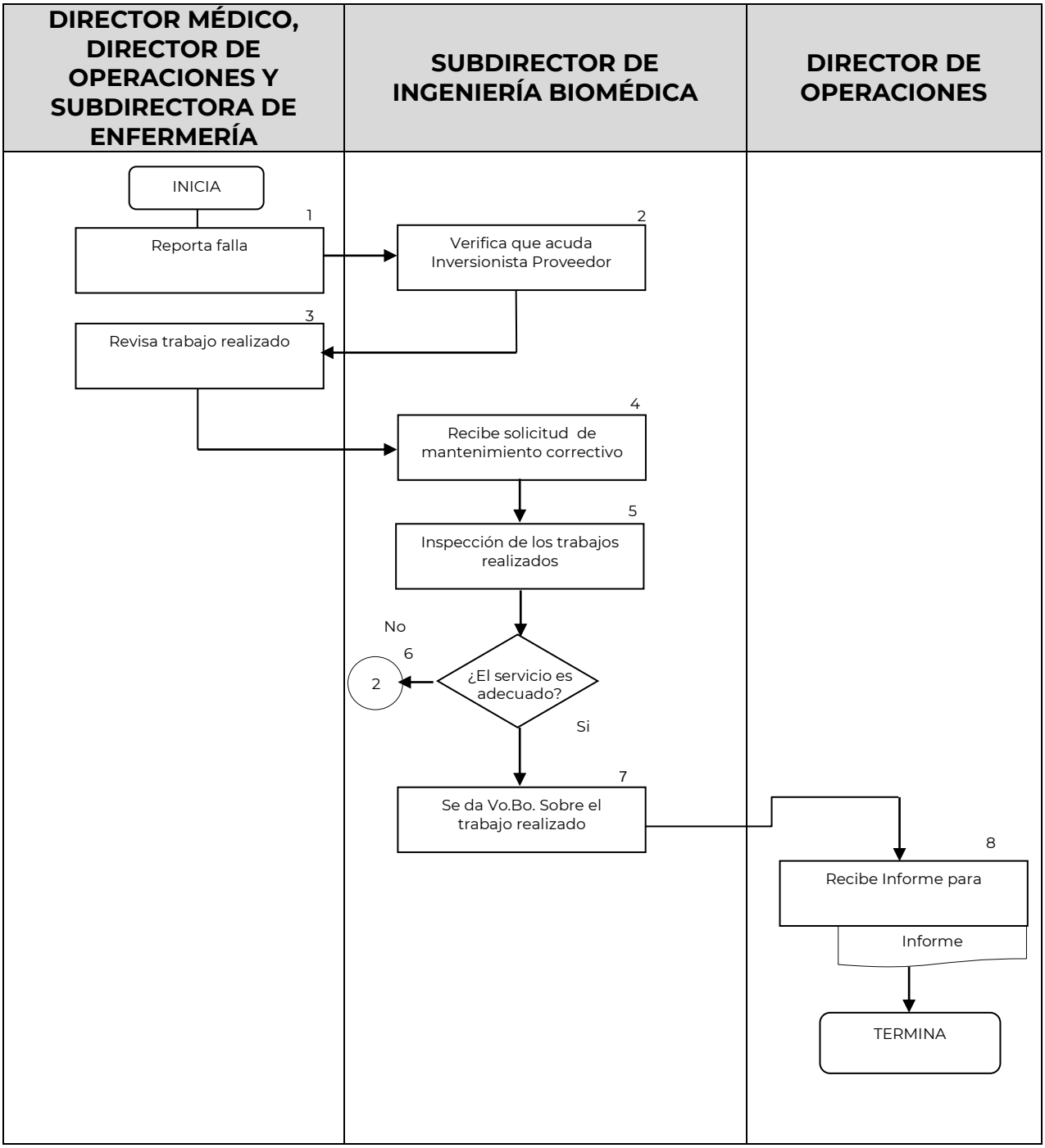
3.2 La Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá contemplar el contar con equipo alterno para sustituir aquel que sea retirado por alguna reparación.

3.3 La devolución de equipo reparado deberá ser a los responsables de los servicios y con evidencia de que ha sido probado completamente antes de su entrega.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director Médico, Director de Operaciones, Subdirectora de Enfermería	1	Reporta la falla del equipo, a través de los responsables del servicio, al IP mediante el sistema de gestión de incidencias (Centro de Ayuda) y al Subdirector de Ingeniería Biomédica	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	2	Atiende el reporte y verifica que acuda el Inversionista Proveedor a la reparación de la falla reportada.	
Director Médico, Director de Operaciones, Subdirectora de Enfermería	3	Instruye a responsables del servicio a su cargo a revisa trabajo realizado y solicitar a Subdirector de Ingeniería Biomédica la supervisión del mantenimiento correctivo.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	4 5 6 7	Recibe solicitud de supervisión de mantenimiento correctivo Inspección de los trabajos realizados y supervisa si el trabajo es adecuado No**:** Reporta faltas al IP para su corrección. Regresa a actividad 2 Si: Da Visto Bueno sobre el trabajo realizado y realiza informe para Director de Operaciones	
Director de Operaciones	8	Recibe informe de Subdirector de ingeniería Biomédica para coordinar las acciones necesarias para mantener el equipo biomédico en funcionamiento **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de operación y servicio de los fabricantes de los equipos	No Aplica
6.2 Manuales de operación de los equipos de prueba y calibración.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Reporte de servicio realizado (elaborado por el IP o el proveedor externo)	5 años	Gerente de Ingeniería Biomédica IP	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Mantenimiento:** aquel que corrige los defectos observados en los equipamientos o instalaciones, es la forma más básica de mantenimiento y consiste en localizar averías o defectos y corregirlos o repararlos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

24. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

1. PROPÓSITO

Mantener los equipos biomédicos del hospital funcionando debidamente en cuanto a eficiencia y seguridad mediante la planeación adecuada basada en criterios técnicos del programa de mantenimiento preventivo que permitan garantizar la atención continua a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Subdirección de Ingeniería Biomédica, quien supervisará el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo por parte del Inversionista Proveedor y a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería por el personal responsable del servicio.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica al Inversionista Proveedor y a los Proveedores de Servicios Integrales que proporcionen programas de mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos del Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Sera responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica que el mantenimiento preventivo de los equipos no podrá interferir con el tratamiento de los pacientes en los servicios.

3.2 El mantenimiento preventivo será en función del uso específico que tienen en cada servicio.

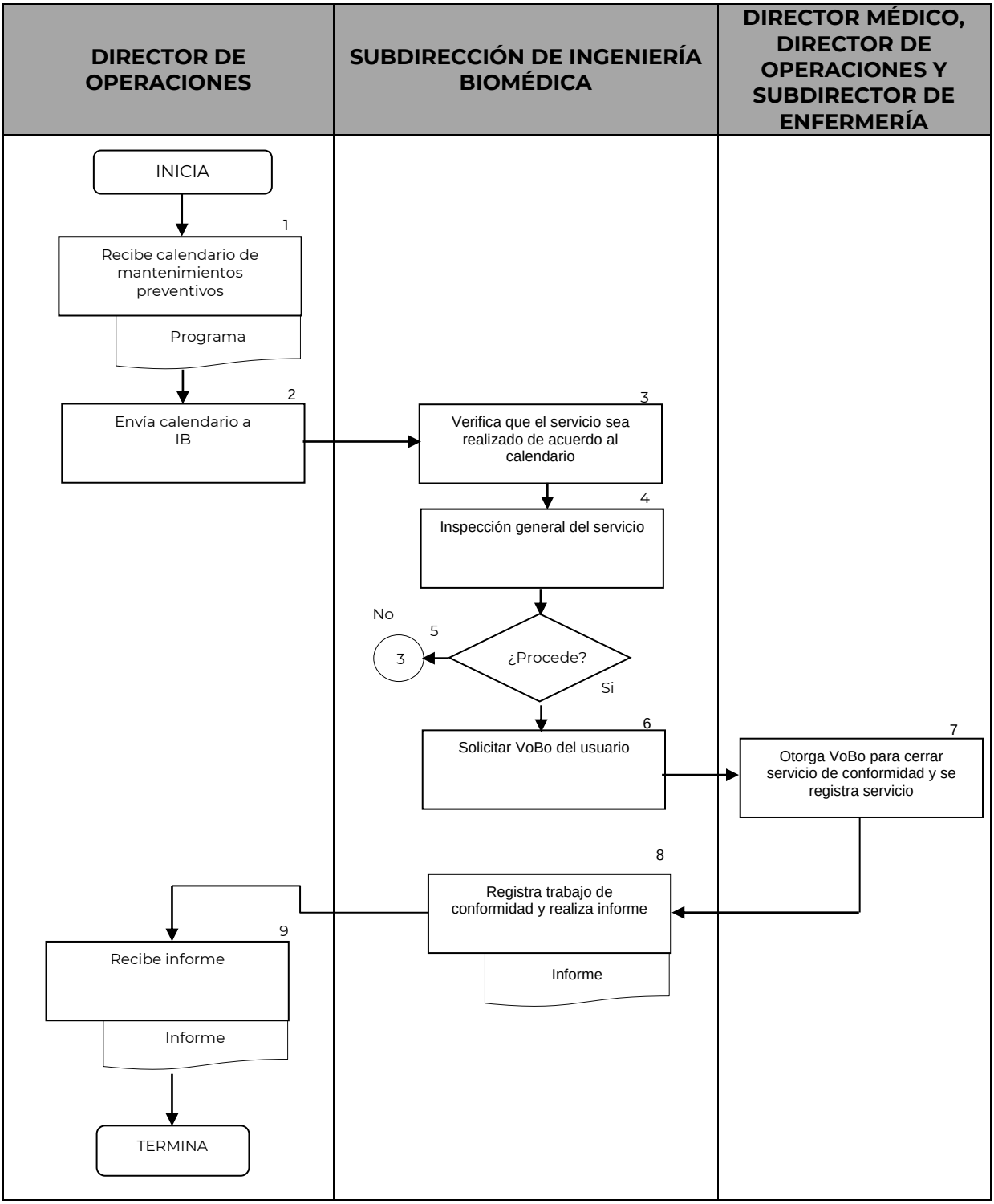
3.3 El mantenimiento preventivo deberá ser congruente con los estándares y Normas Oficiales Mexicanas y Normas extranjeras.

3.4 Se deberá avisar a los servicios de las evaluaciones, con tiempo de anticipación razonable para evitar interferir con las actividades normales.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Recibe el programa de mantenimiento preventivo para los equipos médicos del Hospital por parte del Inversionista Proveedor.	Programa
	2	Entrega calendario a la Subdirección de Ingeniería Biomédica.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	3	Verifica que el servicio sea realizado de acuerdo al programa	
	4	Realiza inspección general del servicio Procede:	
	5	No**:** Reporta las fallas al IP para su corrección. Regresa a actividad 3	
	6	Si: Solicita Vo.Bo del usuario	
Director Médico, Director de Operaciones y Subdirector de Enfermería	7	Otorga Vo.Bo para cerrar servicio de conformidad a través de los responsables del área de servicio	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	8	Registra el trabajo como ejecutado y recibido de conformidad y envía informe a Director de Operaciones	Informe
Director de Operaciones	9	Recibe informe de Subdirector de Ingeniería Biomédica para coordinar las acciones necesarias para mantener el equipo biomédico en funcionamiento **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de operación y servicio de los fabricantes de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cronograma de Mantenimiento Preventivo (elaborado por el IP)	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica IP	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Mantenimiento Preventivo: es aquel que se realiza de manera anticipado con el fin de prevenir el surgimiento de averías en los artefactos, equipos electrónicos, vehículos automotores, maquinarias pesadas, etcétera.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cronograma de Mantenimiento Preventivo

10.1 Cronograma de Mantenimiento Preventivo

Programa de mantenimientos preventivos formato

Área	Código ITV	Código de equipo	Descripción del Equipo	Recurso	Periodicidad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

25.PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A INCIDENCIAS SOBRE INSUMOS PARA EQUIPO MÉDICO

1. PROPÓSITO

Supervisar la resolución en el menor tiempo posible de incidencias que puedan surgir relacionadas con insumos para equipos médicos a fin de que el equipo biomédico continúe operando a la brevedad evitando diferimiento en los servicios para la atención oportuna de pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Enfermería, Subdirección de Recursos Materiales y a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y la Dirección Médica y Dirección de Operaciones por el personal responsable de los servicios en el hospital.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Inversionista Proveedor.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica encontrar soluciones relacionadas con insumos solo para equipo médico.

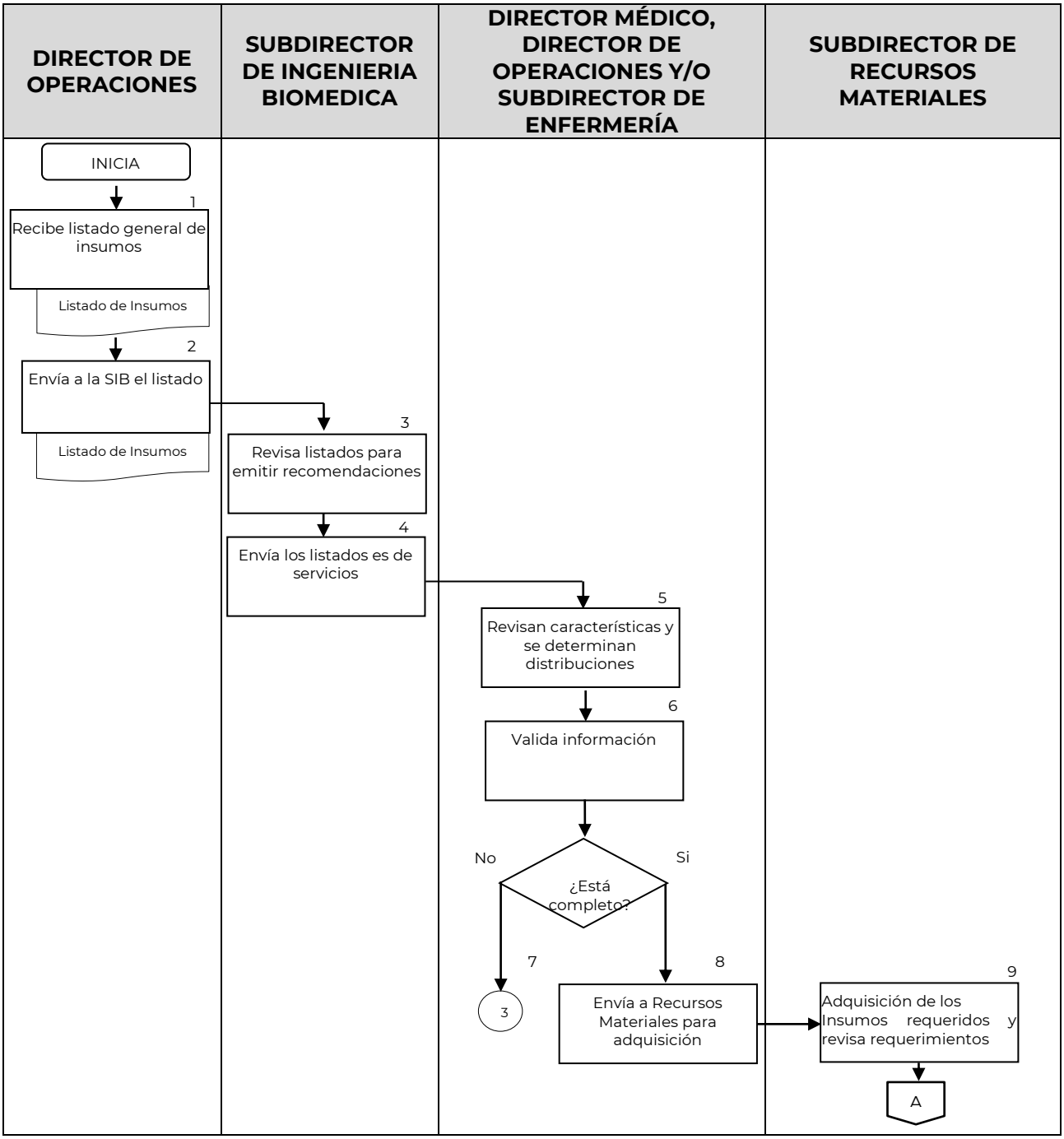
3.2 Se gestionará con los involucrados con el proceso de adquisición de insumos para equipos médicos.

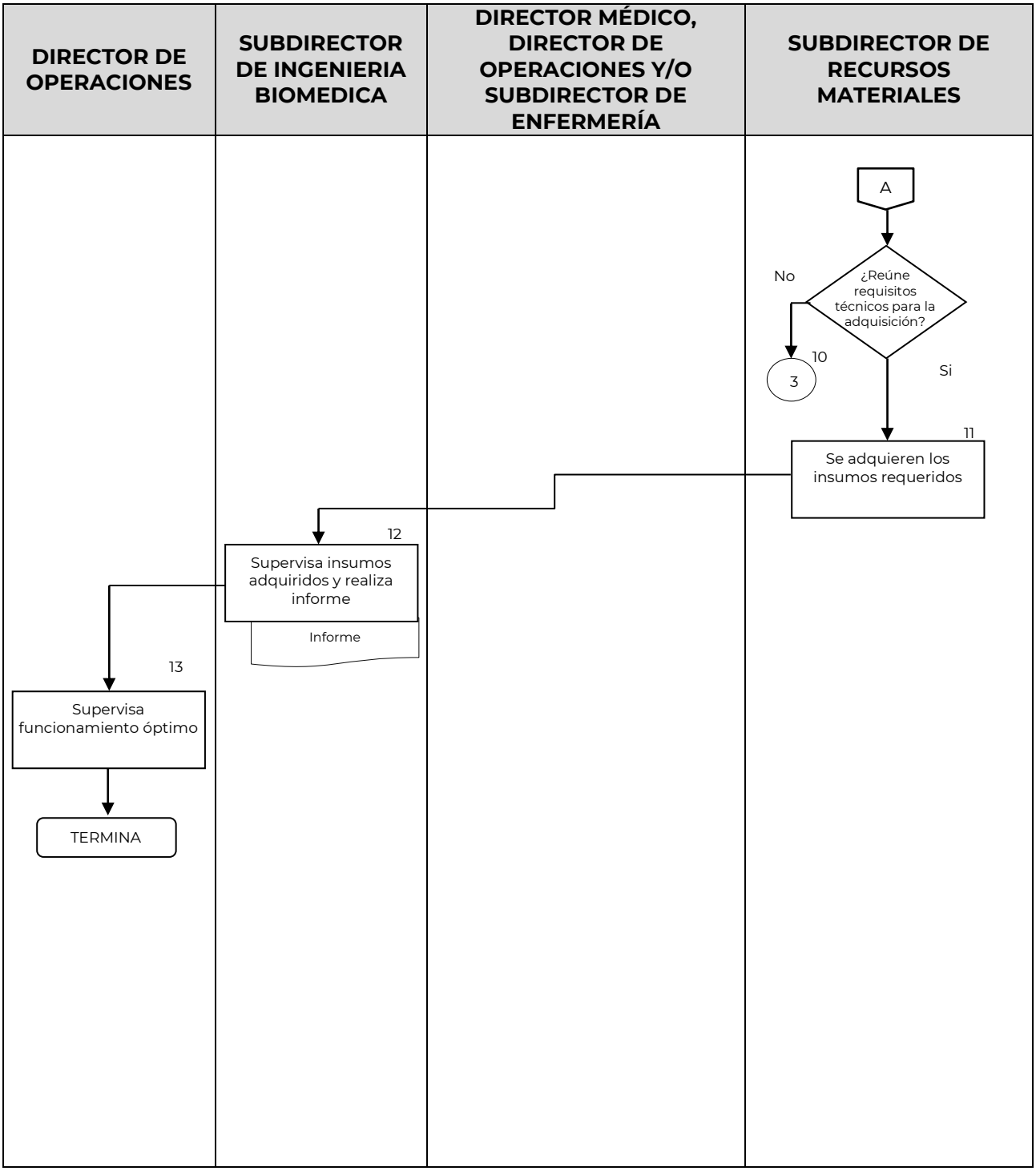
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Recibe el listado general de insumos	
	2	Envía a la Subdirección de Ingeniería Biomédica el listado	Listado Insumos
Subdirector de Ingeniería Biomédica	3	Revisa listados para emitir recomendaciones	
	4	Envía los listados de consumibles al área responsable de los servicios para su revisión y distribución	
Director Médico, Director de Operaciones y/o Subdirectora de enfermería	5	Revisa características en coordinación con los responsables de los servicios y se determinan distribuciones.	
	6	Valida la suficiencia de información de aspectos técnicos en el requerimiento.	
	7	Procede: **No:** Comunica a la Subdirección de Ingeniería Biomédica sobre la falta de algún consumible o problemas con éstos. Regresa a actividad 3	Solicitud de consumibles
	8	**Si:** Envía al Subdirector de Recursos Materiales para programar adquisición.	
Subdirector de Recursos Materiales	9	Programa la adquisición de los insumos requeridos y revisa si cuenta con los requerimientos técnicos necesarios	
	10	**Procede:** **No:** Solicita apoyo al Subdirector de Ingeniería Biomédica para solución de problemas técnicos. Regresa a actividad 3	
	11	**Si:** Adquiere los insumos requeridos.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Ingeniería Biomédica	12	Supervisa insumos adquiridos. Ubica al proveedor coordinado con la con la Subdirección de Recursos Materiales en caso de problemas con los insumos y/o para solicitar adquisiciones adicionales en caso de faltantes y notifica sobre la solución para proceder a compra y envía informe a Director de Operaciones	
Director de Operaciones	13	Recibe informe y supervisa que el equipo médico del Hospital trabaje en condiciones óptimas **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE OPERACIONES
SUBDIRECTOR DE INGENIERIA BIOMEDICA
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES Y/O SUBDIRECTOR DE ENFERMERÍA
SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES
A
¿Reúne requisitos técnicos para la adquisición?
No
Si
10
3
11
Se adquieren los insumos requeridos
12
Supervisa insumos adquiridos y realiza informe
Informe
13
Supervisa funcionamiento óptimo
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Actas de las Licitaciones para adquisiciones	No Aplica
6.2 Contratos de adquisiciones	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Reporte de incidencias de los insumos	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Incidencia**: influencia de un número de casos en algo, normalmente en las estadísticas

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

26.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

1. PROPÓSITO

Integrar un inventario actualizado de los equipos Biomédicos del Hospital a fin de planear y coordinar los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo a los mismos procurando la no interferencia con los servicios para otorgar un adecuado servicio a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y a la Dirección Médica y Dirección de Operaciones por el personal responsable del uso y resguardo de algún equipo Biomédico del Hospital, quienes mantendrán un inventario actualizado de los equipos biomédicos

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento no es aplicable.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

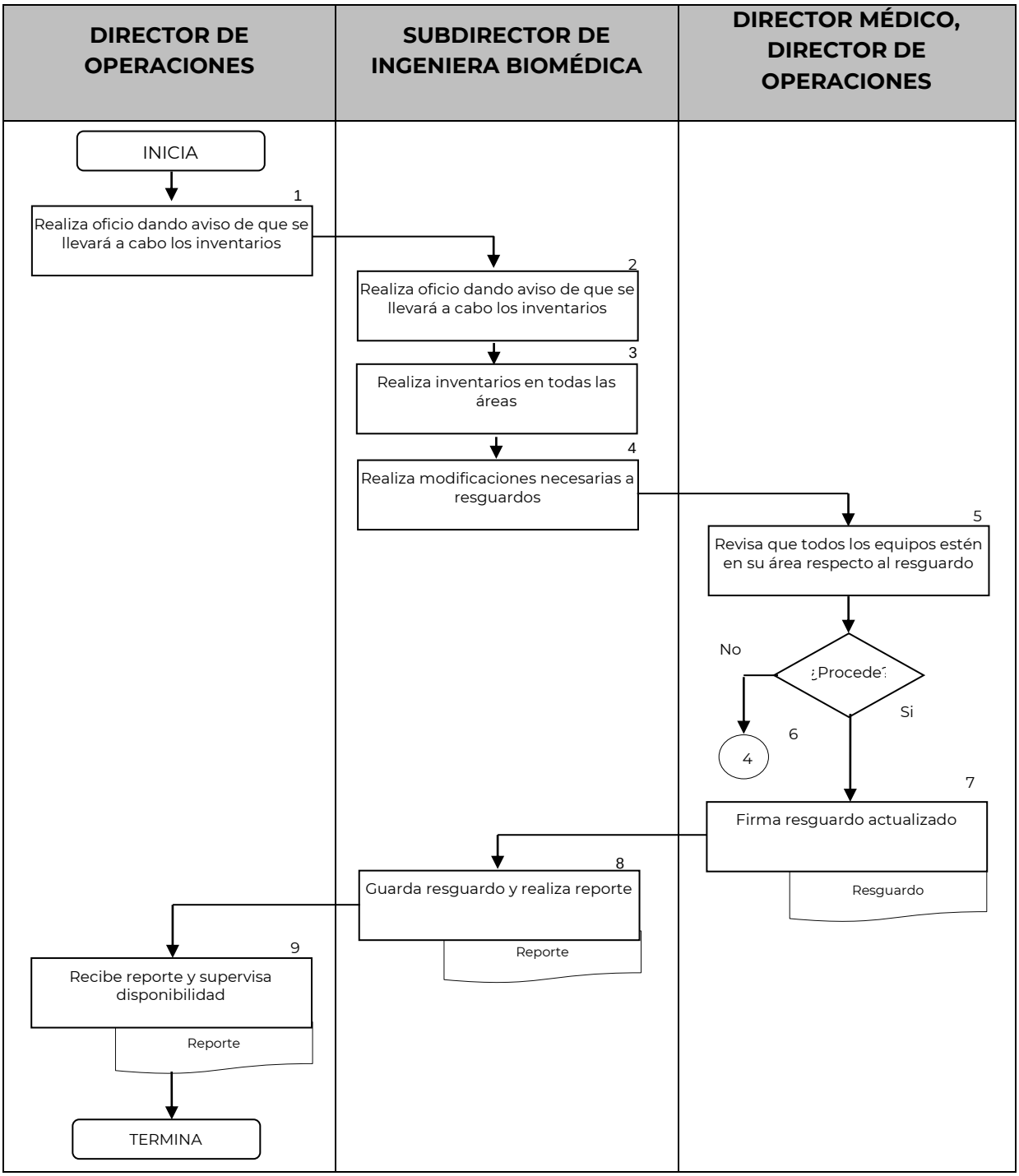
3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica que se tenga la mejor ubicación del equipo biomédico para facilitar el acceso al personal que tenga que dar mantenimientos preventivos o correctivos.

3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica el realizar el inventario sin interferir con los servicios del hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Instruye a la Subdirección de Ingeniería Biomédica la realización de Inventario para verificar la disponibilidad del equipo	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	2 3 4	Avisa a las áreas por escrito de que se llevara a cabo la realización de inventario Lleva a cabo el inventario en todas las áreas del hospital Realiza las modificaciones necesarias en los resguardos	Oficio Resguardos de área
Director Médico, Director de Operaciones	5 6 7	Instruye a los encargados de cada área revisar que todo equipo registrado en el resguardo se encuentre dentro de su área. Procede: No: Realiza las modificaciones necesarias. Regresa a actividad 4 Si: Firma la actualización de resguardo.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	8	Guarda los resguardos actualizados y realiza reporte de inventario actualizado	Resguardos de área
Director de Operaciones	9	Recibe reporte actualizado a fin coordinar las acciones necesarias para mantener el equipo biomédico en funcionamiento **TERMINA**	Reporte

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de operación y servicio de los fabricantes de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Resguardos	10 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Resguardo.-Documento que consta que se ha hecho una entrega.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

a. Formato de Resguardo

10.1 Formato de Resguardo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

RESGUARDO

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria
"Bicentenario 2010"
Dirección de Administracion y Finanzas
Subdirección de Mantenimiento, Conservacion y Servicios Generales

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

Lugar y Fecha

Con esta fecha se hace constar la entrega a resguardo de acuerdo al anexo 8 del contrato PPS, de lo enlistado a continuacion que deberá ser utilizado y cuidado de manera adecuada por quien quede a cargo de el, bajo las condiciones de uso, seguridad e higiene que establezca el Manual del Equipo. Por lo que estos equipos no podrán ser utilizados fuera del HRAEV. Asi mismo y como se establece en las Condiciones Generales de Trabajo en su Articulo 133 Fracción XVII y XVIII quedará sujeto al pago del daño de acuerdo al artículo 135 y 136 bis.

Área: Sub área:

CANTIDAD	DESCRIPCION	MARCA	MODELO	N°. DE SERIE	OBSERVACIONES

ENTREGA:

RECIBE:

COTEJO DE LOS ACTIVOS FIJOS ENTREGA-RECEPCION:

Vo. Bo.

TESTIGOS:
Equipo e Instrumental Médico

Mobiliario, Equipo e Infraestructura

c.c.p.- Archivo
c.c.p.- Involucrados (vía correo electrónico)

Página 1

27. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE SALIDA DE EQUIPO BIOMÉDICO

1. PROPÓSITO

Controlar la salida de un equipo biomédico del hospital a préstamo para otorgar el servicio a los pacientes que requieran la atención en algún lugar específico, con la finalidad de que sea inventariado el equipo y sus accesorios para evitar pérdidas de los mismos y asegurar la continuidad del servicio a los pacientes de la institución.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Operaciones, a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y al Usuario del Equipo que requiera el préstamo de algún equipo biomédico.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Inversionista Proveedor y al usuario solicitante.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica que todo el equipo que salga a préstamo no deberá de frenar ningún servicio del hospital.

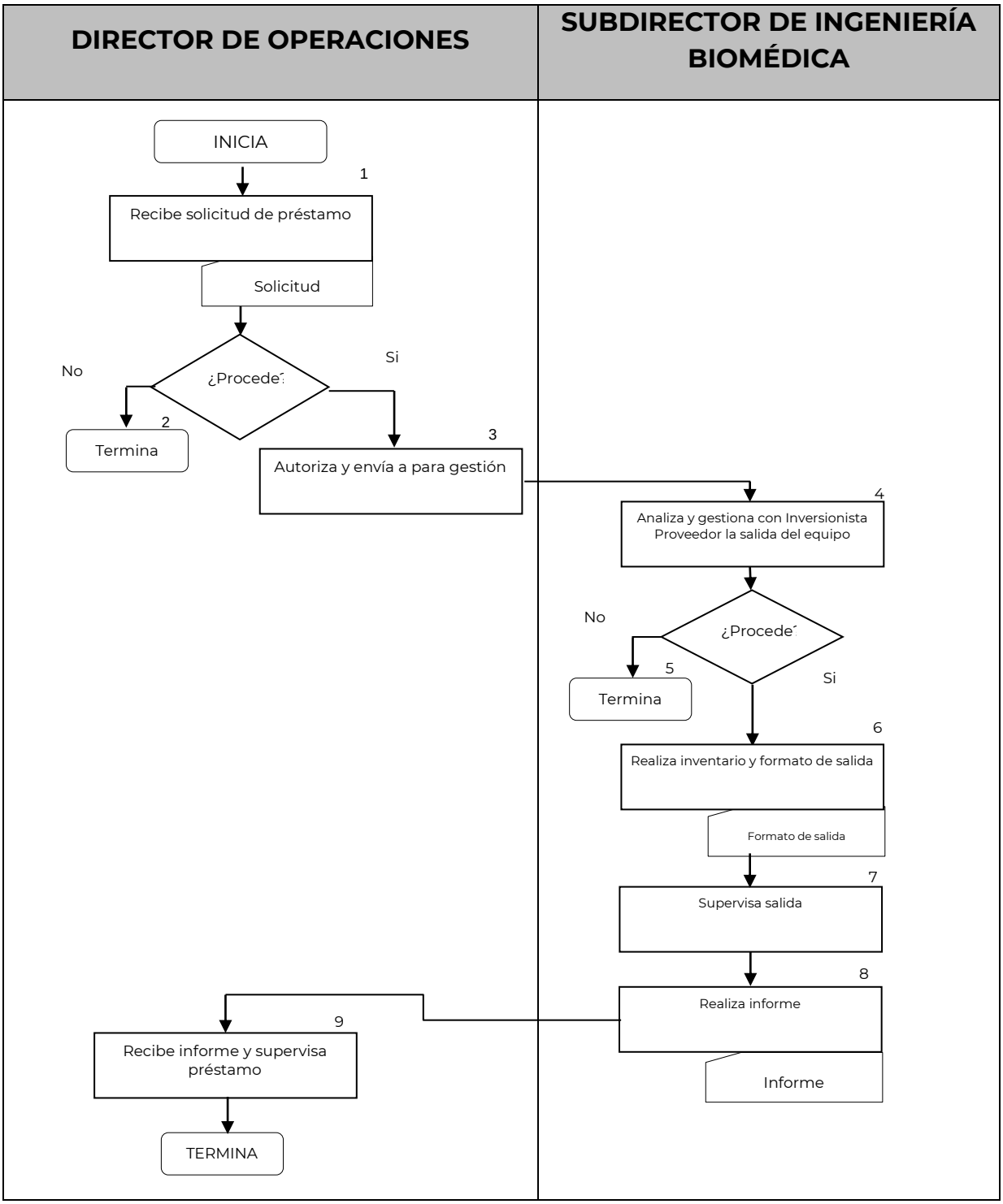
3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica que todo el equipo que salga deberá de regresar en las mismas condiciones de cómo fue entregado al solicitante del equipo.

3.3 Solo se prestará el equipo biomédico si no se tiene programado el uso dentro del hospital y si esto no interfiere con algún servicio del mismo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Revisa solicitud para verificar que no interfiera con los servicios del hospital. Procede:	Solicitud
	2	No: Rechaza solicitud. Interfiere con los servicios del hospital. TERMINA PROCEDIMIENTO	
	3	Si**:** Autoriza el préstamo por no interferir en los servicios del hospital y envía al Subdirector de Ingeniería Biomédica para gestión.	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	4	Analiza la factibilidad de préstamo con Inversionista Proveedor y gestiona la salida del equipo ¿Procede?	
	5	No: Rechaza solicitud. Las condiciones no son adecuadas por lo que concluye proceso. TERMINA PROCEDIMIENTO	
	6	Si: Realiza inventario al equipo y accesorios para incluirlos al formato de salida de equipo.	Formato de salida de equipo biomédico
	7	Supervisa retiro de equipo del hospital y recaba firma de resguardo.	
	8	Envía informe de condiciones de préstamo a Director de Operaciones	Informe
Director de Operaciones	9	Recibe informe de préstamo y vigila recepción en tiempo establecido **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de operación y servicio de los fabricantes de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de salida de equipo biomédico (formato del IP)	2 años	Gerente de Ingeniería Biomédica Inversionista Proveedor	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Gestión.-** hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de salida de equipo

10.1 Formato de salida de equipo

SOHAEVI

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECALIDAD DE CIUDAD VICTORIA

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

CONTROL DE SALIDA DE EQUIPO

Fecha: _____

Datos del Area	
Servicio Hospitalario:	Responsable:
Ubicación:	Extensión(es)

Datos del Equipo	
Descripción:	
Marca:	Motivo de Salida:
Modelo:	Regreso:
Número de Serie:	Compañía:
Accesorios:	

Información Técnica	
Observaciones:	

Datos del Proveedor	
Representante:	Tel. de la empresa:
Móvil para localizar:	Fax de la empresa:
Dirección de la Empresa:	

Sello del Vigilancia

_____

Representante de Vigilancia

Sello de Biomedica

_____

Ing. Emilio Gomez A.
Gerente de Biomedica

_____

Responsable de Equipo

28. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE ENTRADA DE EQUIPO BIOMÉDICO

1. PROPÓSITO

Supervisar el regreso del equipo biomédico a la institución para corroborar que éste se encuentre en el mismo estado que cuando salió a préstamo, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de los pacientes del hospital.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Ingeniería Biomédica y Dirección de Operaciones.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a la Gerencia de Ingeniería Biomédica del Inversionista Proveedor y usuario del equipo que requirió el equipo biomédico en préstamo.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

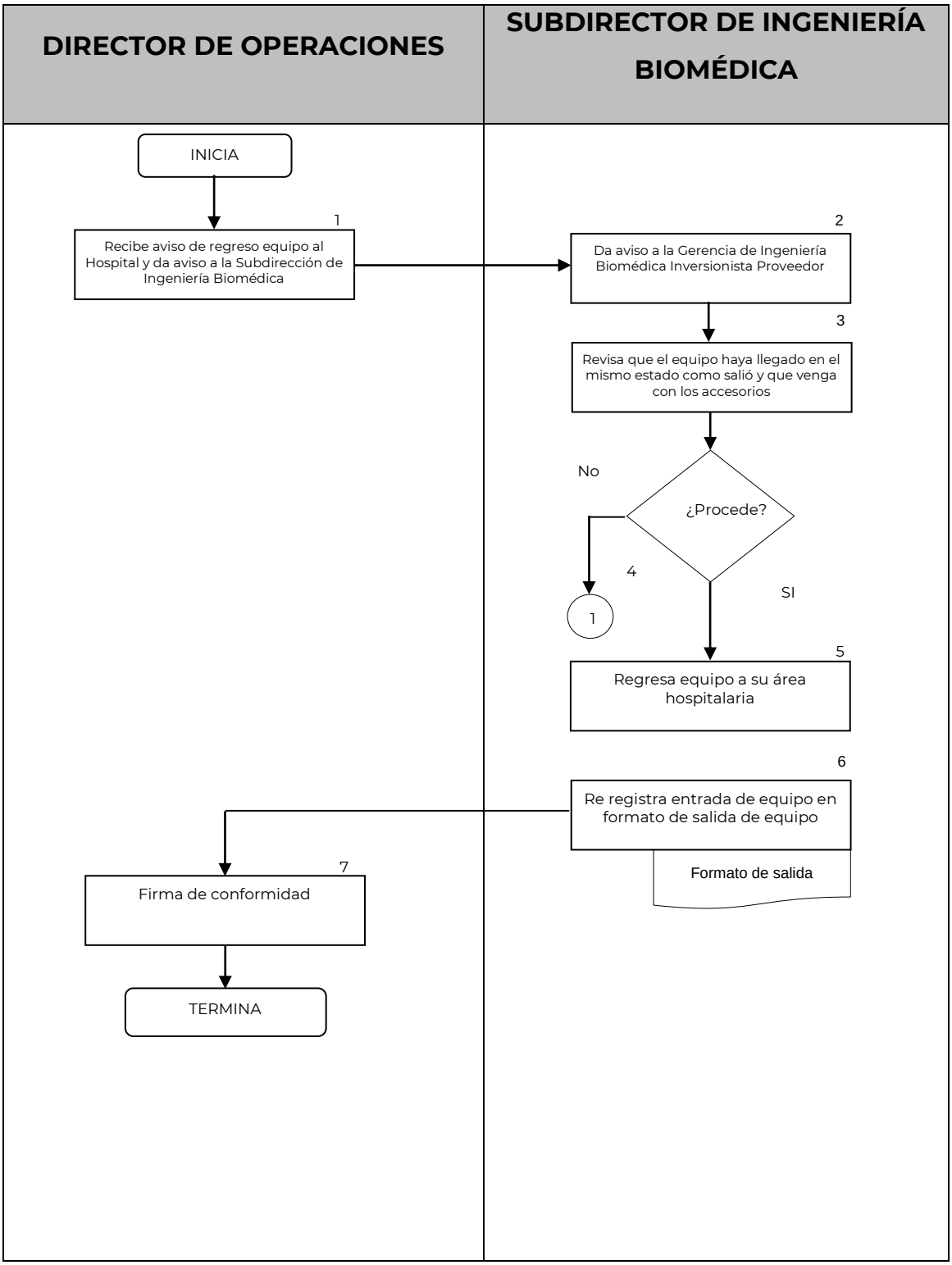
3.1 El equipo biomédico que regrese será devuelto a su área para iniciar la operación de los servicios.

3.2 Se dará aviso al Inversionista Proveedor de que el equipo ya ingreso al hospital para la revisión del equipo por parte de ellos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	1	Recibe aviso de regreso de equipo al hospital y notifica a Subdirector de Ingeniería Biomédica	
Subdirector de Ingeniería Biomédica	2	Da aviso a la Gerencia de Ingeniería Biomédica Inversionista Proveedor	Formato de Salida de Equipo Biomédico
	3	Revisa en conjunto con el Inversionista Proveedor que el equipo haya llegado en buen estado y que venga con los accesorios que salió. Procede:	
	4	**No:** Notifica y regresa a usuario para su correcta entrega. Regresa a actividad 1	
	5	**Si:** Regresa equipo a su área hospitalaria.	
	6	Registra la entrada de equipo en formato de salida de equipo	
Director de Operaciones	7	Firma de conformidad y enterado **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manuales de operación y servicio de los fabricantes de los equipos	No Aplica
6.2 Procedimientos de los servicios	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de salida de equipo biomédico (formato del IP)	2 años	Gerente de Ingeniería Biomédica Inversionista Proveedor	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Gestión**: hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

29. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN PARA COADYUVAR CON LA ALTA GERENCIA HOSPITALARIA.

1. PROPÓSITO

Definir y establecer en acuerdo con la Dirección General las políticas, planes y programas de planeación y evaluación para el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria a fin de cumplir los objetivos del mismo y en beneficio de la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, la Subdirección de Planeación y Desarrollo, así como las Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Dirección de Administración y Finanzas por las mismas y sus Subdirecciones qué intervengan en la planeación y diseño de las políticas, planes y programas institucionales.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a la H. Junta de Gobierno del Hospital quienes autorizarán las políticas, planes y programas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización de la Dirección General todas las políticas y lineamientos para el desarrollo del Hospital.

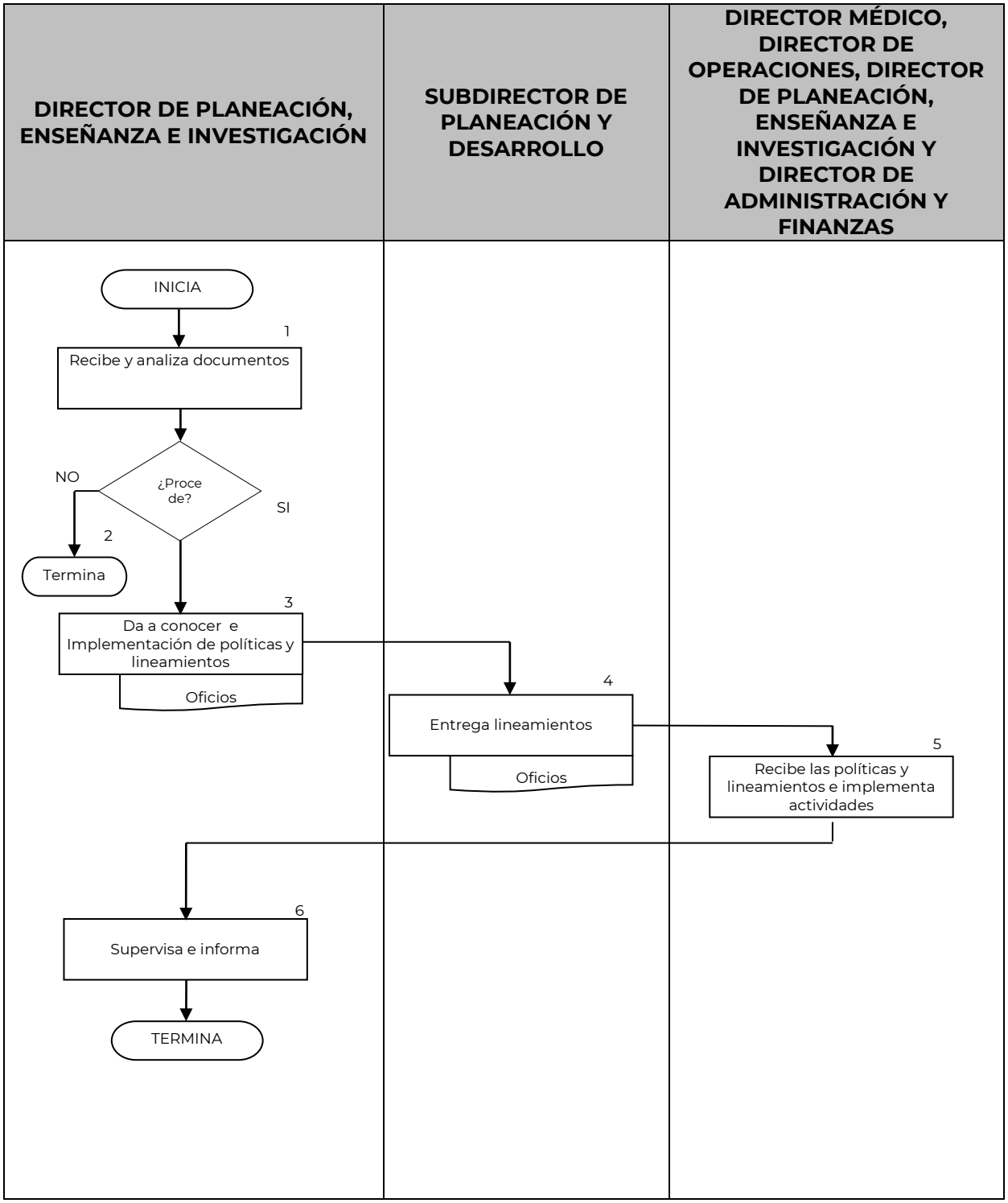
3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación delegará funciones a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para que esta sea la responsable de dar seguimiento a los lineamientos y políticas en materia de planeación y evaluación.

3.3 Las normas a que se sujetará el funcionamiento de los servicios del hospital son de carácter obligatorio.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Recibe los documentos normativos sobre las políticas y lineamientos por parte de la Dirección General previa revisión, análisis y acuerdo en conjunto para la implementación en el hospital. ¿Procede?	
	2	No: Comunica a la instancia correspondiente la fundamentación de no procedencia para el hospital de las políticas y lineamientos y procede a archivo **TERMINA PROCEDIMIENTO**	
	3	Si: Da a conocer e implementa políticas y programas en materia de planeación y evaluación a todas las Direcciones del Hospital para su aplicación a través de la Subdirección de Planeación y Desarrollo.	Oficios Normatividad
Subdirector de Planeación y Desarrollo	4	Prepara los lineamientos y entrega a cada Dirección las políticas, programas y normatividad en materia de planeación y evaluación.	
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Director de Administración y Finanzas	5	Recibe las políticas y lineamientos y se implementan las actividades respectivas.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	6	Supervisa que las políticas y lineamientos se lleven a cabo conforme a la normatividad y se reporta a la Dirección General el seguimiento de las mismas. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria publicado en el D.O.F	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Normatividad	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	Clave asignada de Nivel Federal
7.2 Oficios	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Planes: se trata de un modelo sistemático que se elabora antes de realizar una acción, con el objetivo de dirigirla y encauzarla; en este sentido también es un escrito que precisa por escrito que precisa los detalles necesarios para realizar el proyecto.

8.2 Programas: hace referencia a un plan o proyecto organizado de las distintas actividades que se irá a realizar**.**

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

30. PROCEDIMIENTO PARA PLANEAR, SUPERVISAR Y EVALUAR LA GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA PARA LA ADECUADA TOMA DE DECISIONES EN LA MACRO Y MICROGESTIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.

1. PROPÓSITO

Supervisar la información técnica estadística para la justificación e implementación de proyectos y programas, que permitan dar cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas definiendo las acciones que coadyuven a la toma de decisiones del hospital para la atención de la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo, Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Dirección de Administración y Finanzas, así mismo todas sus Subdirecciones qué intervengan para el cumplimiento de las actividades.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a la H Junta de Gobierno del Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación del HRAEV obtener las estadísticas e informar sobre de la productividad hospitalaria.

3.2 En concordancia a las estadísticas hospitalarias la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación elaborara las metas, y actividades del hospital a corto, mediano y largo plazo, así también servirá de apoyo para la toma de decisiones en la gestión institucional de acuerdo a las distintas fases de los procesos vigentes.

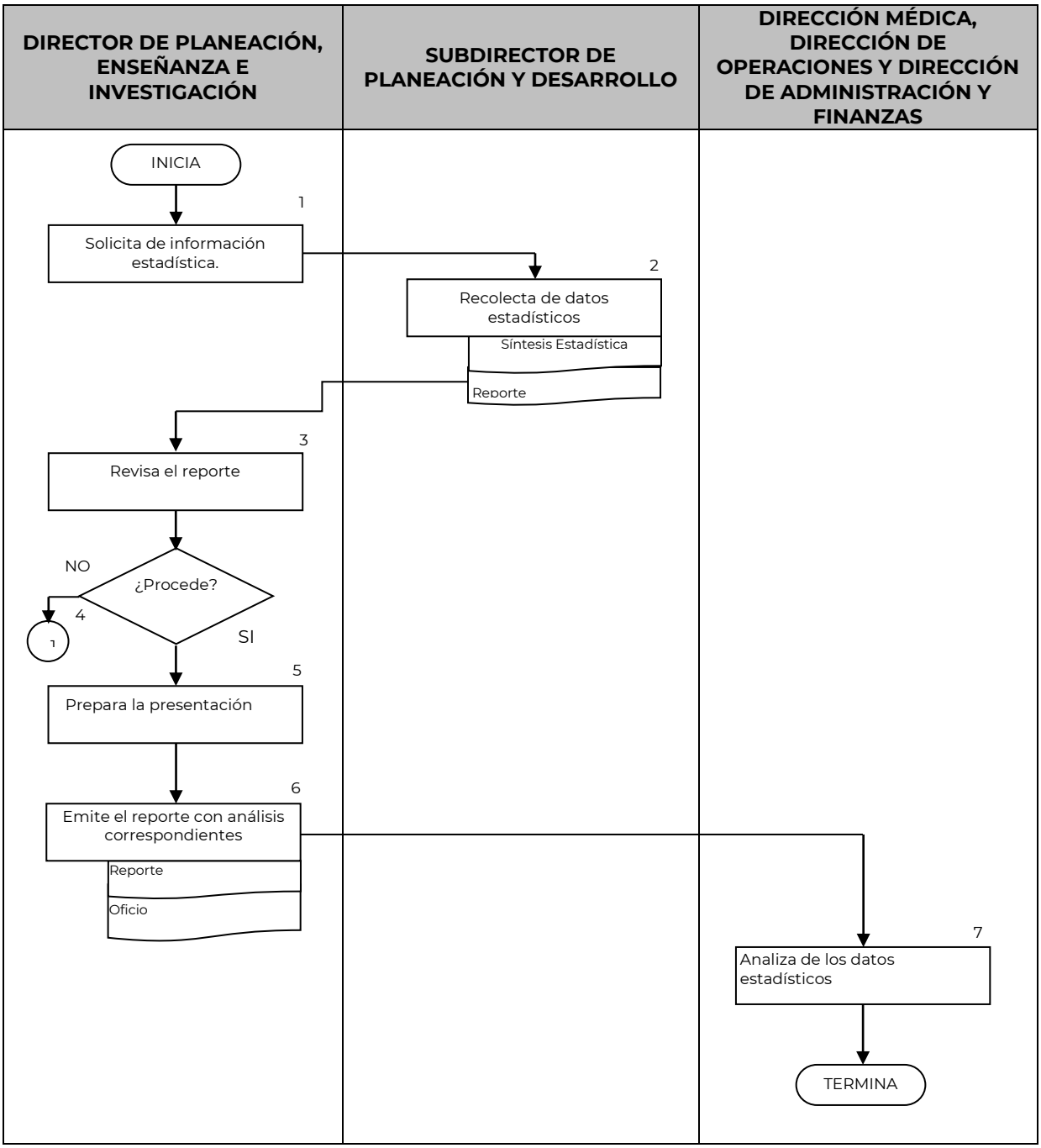
3.3 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación delegará funciones al respecto a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para la implementación de indicadores y bases estadísticas, el seguimiento de los lineamientos y políticas en materia de planeación y evaluación.

3.4 Todas las variables e indicadores estadísticos deberán estar en relación con los evaluados a nivel nacional.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	1	Solicita a la Subdirección de Planeación y Desarrollo, la información estadística generada.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	2	Concentra y elabora los datos estadísticos del hospital de manera mensual, trimestral, semestral y anual.	Síntesis Estadística Reporte
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	3	Recibe el reporte y lo revisa. ¿Procede?	
	4	No: Determina que la información está incompleta o no genera utilidad. Regresa a la actividad 1	
	5	Si: Prepara la presentación	
	6	Envía el reporte con el análisis correspondiente a la Dirección General y a las Direcciones de Área.	Oficio Reporte
Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Dirección de Administración y Finanzas	7	Revisa y analiza los datos estadísticos y en base a estos realiza las actividades y programas correspondientes. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica
6.4 Programa Sectorial de Salud.	No aplica
6.5 Plan Nacional de Desarrollo.	No aplica
6.6 Programa Nacional de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Síntesis Estadística	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	No aplica
7.2 Reporte	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	No aplica
7.3 Oficio	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Indicadores: Permiten valorar objetivamente una situación determinada. Constituyen un mecanismo de verificación del cumplimiento adecuado de los procesos dentro de la organización. Unidades de medida cuyo análisis permite estimar el desempeño de una actividad, es decir nos indican de manera objetiva la situación real de aquello que se desea valorar. Estos indicadores deben tener unas condiciones como que sea significante y útil, que exista instrumento de medida, que sea fiable, valido y que responda a una causalidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

31. PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER POLÍTICAS EN MATERIA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN QUE PERMITA FORTALECER LA GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO.

1. PROPÓSITO

Establecer las políticas para el fortalecimiento de la enseñanza e investigación, a fin de estimular e influir en el entorno social, profesional, científico e institucional para mejorar la formación de personal de las ciencias de la salud y afines.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización de la Dirección General todas las políticas y lineamientos para el fortalecimiento en materia de Enseñanza e Investigación del hospital.

3.2 La Dirección de Planeación delegara funciones al respecto a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para el seguimiento de los lineamientos y políticas al respecto.

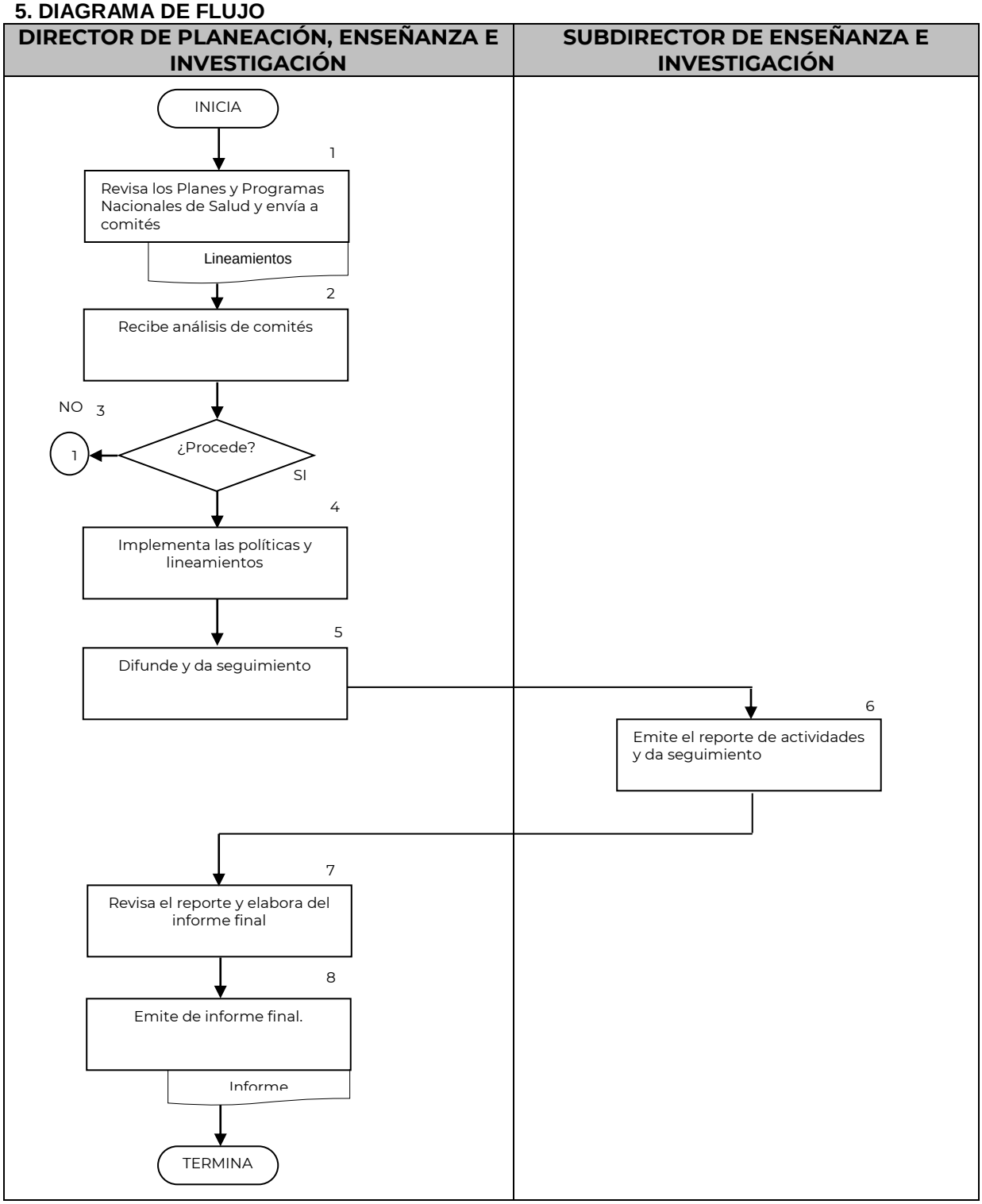
3.3 Las normas a que se sujetará el funcionamiento de los servicios del hospital son de carácter obligatorio.

3.4 Los lineamientos serán acorde a los planes y programas de salud nacionales.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Revisa los planes y programas de salud respecto a los lineamientos en materia de enseñanza e investigación y se presentan ante los comités correspondientes.	
	2	Recibe de los comités el análisis de los lineamientos.	
		¿Procede?	
	3	No: Remite para su adecuación y/o replanteamiento, Regresa a la actividad 1	
	4	Si: Implementa las políticas y se autoriza la difusión y seguimiento de las mismas Implementar, autorizar y definir políticas.	
	5	Instruye la difusión y seguimiento de las políticas y lineamientos a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	6	Entrega reporte de las actividades y el seguimiento a la implementación de los lineamientos a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.	
Director de Planeación Enseñanza e Investigación	7	Revisa el reporte y se prepara para informar a la Dirección General, a los Comités y Comisiones.	
	8	Informa y entrega informe sobre el seguimiento a las políticas y lineamientos en materia de enseñanza e investigación a los integrantes de las comisiones.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especificó del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Normatividad	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	No aplica
7.2 Oficio	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	No. de Oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Comités: Elementos de la organización clave que ayudan a la localización y coordinan las diversas oportunidades de mejora y aprendizaje. Estos comités están legitimados por los diferentes niveles de decisión del hospital.

8.2 Enseñanza: Es una actividad realizada conjuntamente mediante la interacción de 3 elementos: un profesor o docente, uno o varios alumnos o discentes y el objeto de conocimiento. Así mismo es el conjunto de acciones de aprendizaje cuyo propósito es aumentar la capacidad del personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, a través del conocimiento colectivo.

8.3 Investigación: Se fomenta la investigación básica, clínica, aplicada y de reingeniería de los procesos de la organización.

8.4 **Reporte**: Es un resumen de los resultados de un proceso de formación o capacitación que se ha realizado en determinado tiempo, es presentado por un lenguaje sencillo, claro y verídico para que los lectores tienda a la comprensión. El propósito del reporte es describir las reflexiones particulares sobre un suceso de formación académica. En este sentido, son las descripciones de las experiencias vividas tanto profesionalmente y personalmente de la aplicación en los campos clínicos de nuestra institución.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

32. PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

1. PROPÓSITO

Definir y establecer en acuerdo con la Dirección General los programas y proyectos a corto, mediano y largo plazo para atender a la población de acuerdo al modelo del hospital.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Dirección de Administración y Finanzas.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación la elaboración con base en la Misión, Visión y Modelo del Hospital, los Programas y Proyectos a corto, mediano y largo plazo.

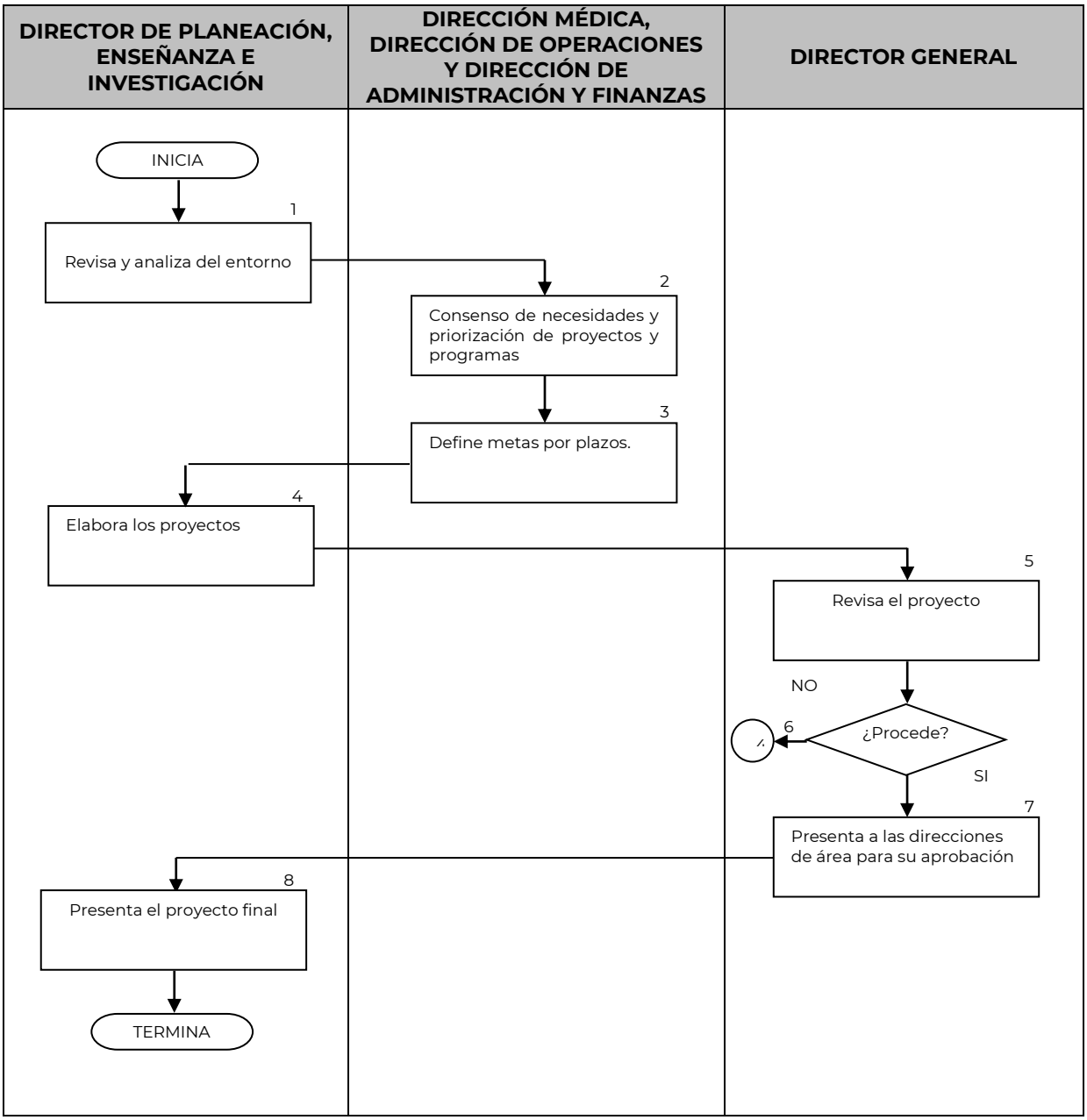
3.2 Todas las Direcciones de área y Subdirecciones deberán participar en la elaboración de los programas de acuerdo a las necesidades de su área así mismo todos los planes y programas estarán vinculados a los programas y planes nacionales de salud.

3.3 Todos los programas estarán sujetos a la aprobación de la H Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación Enseñanza e Investigación	1	Revisa el: PND, PNS, PSS, del Contexto Regional y Estatal, del Objetivo y Filosofía Institucional en materia de salud así como el Diagnostico de Salud Estatal y la cartera de servicios del hospital. Y se presenta en reunión del Comité de Dirección del Hospital.	
Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Dirección de Administración y Finanzas	2	Analiza las necesidades para el crecimiento del hospital y alcance de la apertura total de la cartera de servicios así como para cubrir los requerimientos en salud de la población.	
	3	Define qué proyectos se realizaran a corto, mediano y largo plazo de acuerdo a las necesidades del hospital, capacidad instalada y crecimiento del hospital.	
Director de Planeación Enseñanza e Investigación	4	Realiza los proyectos y se presenta el proyecto quinquenal y especifico a la Dirección General.	
Director General	5	Recibe y Revisa el proyecto ¿Procede?	
	6	No**:** Determina que no cumple con normatividad o alineación a programas federales, Regresa a actividad 4	
	7	Si: Presenta ante las direcciones de área para su aprobación.	
Director de Planeación Enseñanza e Investigación	8	Presenta el proyecto final a las Direcciones **TERMINA**	Programa Institucional quinquenal

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa Institucional quinquenal	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Decreto de Creación del HRAEV: Documento oficial generado de nivel federal donde establece la creación del hospital así como se especifican las atribuciones y funciones de las autoridades en este caso del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.

8.2 PND: Plan Nacional de Desarrollo**.**

8.3 PNS: Programa Nacional de Salud.

8.4 PSS: Programa de Salud Sectorial.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

33. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LA APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS EMITIDOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS.

1. PROPÓSITO

Supervisar que todas las áreas del Hospital elaboren y actualicen los manuales de organización y procedimientos de acuerdo a los lineamientos de la Dirección General de Recursos Humanos Y Organización (DGRHO) para el correcto funcionamiento de la institución y en beneficio de la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo, como las Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Dirección de Administración y Finanzas por las mismas y sus Subdirecciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Recursos Humanos Y Organización (DGRHO)

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

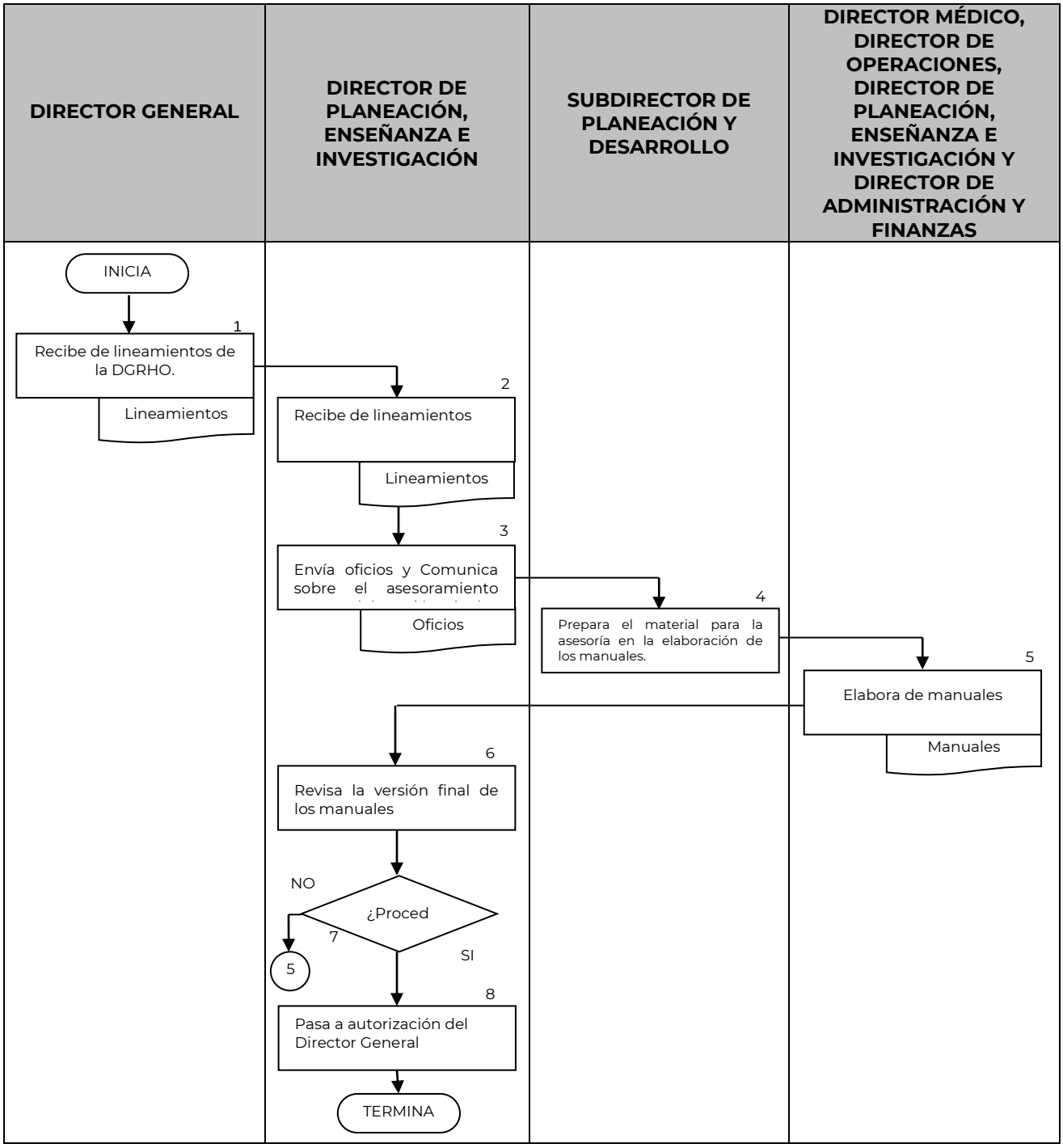
1.1 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación aplicar los lineamientos e implementar la supervisión para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos del Hospital.

3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de delegar funciones al respecto a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para el seguimiento de los lineamientos y políticas en materia de la estructuración y contenido de los Manuales de Organización y Procedimientos del Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe los lineamientos de la DGRHO para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos del Hospital.	Lineamientos
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	2 3	Recibe de la Dirección General y revisan los lineamientos para la elaboración o actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos. Envía oficios a las Direcciones de área informando sobre la elaboración de manuales, las fechas de cursos y asesoramiento al respecto, y se indica a la Subdirección de Planeación y Desarrollo el seguimiento a este proceso	Lineamientos Oficios
Subdirector de Planeación y Desarrollo	4	Realiza los preparativos con información escrita y material audiovisual y se proporciona el curso y/o asesoramiento.	
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Director de Administración y Finanzas	5	Elaboran los manuales y se concentran en la Subdirección de Planeación y Desarrollo, pasan a revisión parcial.	Manuales
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	6 7 8	Revisa los manuales ¿Procede? No: Determina que los manuales no cumplen con los lineamientos, Regresa a la actividad 5 Si: Envía al Director General para la autorización de los manuales **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica
6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, vigente autorizado.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lineamientos	5 Años	Directo de Planeación Enseñanza e Investigación	No aplica
7.2 Manuales	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	No aplica
7.3 Oficio	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD (HRAE):Establecimiento Público del Sistema Nacional de Salud, integrante de la Red de Servicios de Alta Especialidad (REDSAES) que presta servicios de atención médica, mediante una Organización Social Productiva, de extrema complejidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

34. PROCEDIMIENTO PARA PROPONER ACUERDOS Y CONVENIOS DE COLABORACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.

1. PROPÓSITO

Planear alternativas y medios adecuados para la capacitación, enseñanza e investigación del personal de salud y apoyo tecnológico para mejorar la calidad y prestación de los servicios a la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Dirección General, y el Departamento de Asuntos Jurídicos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a las Instituciones Educativas y de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización de la Dirección General todas las políticas y lineamientos para la elaboración de Convenios de colaboración en materia de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital.

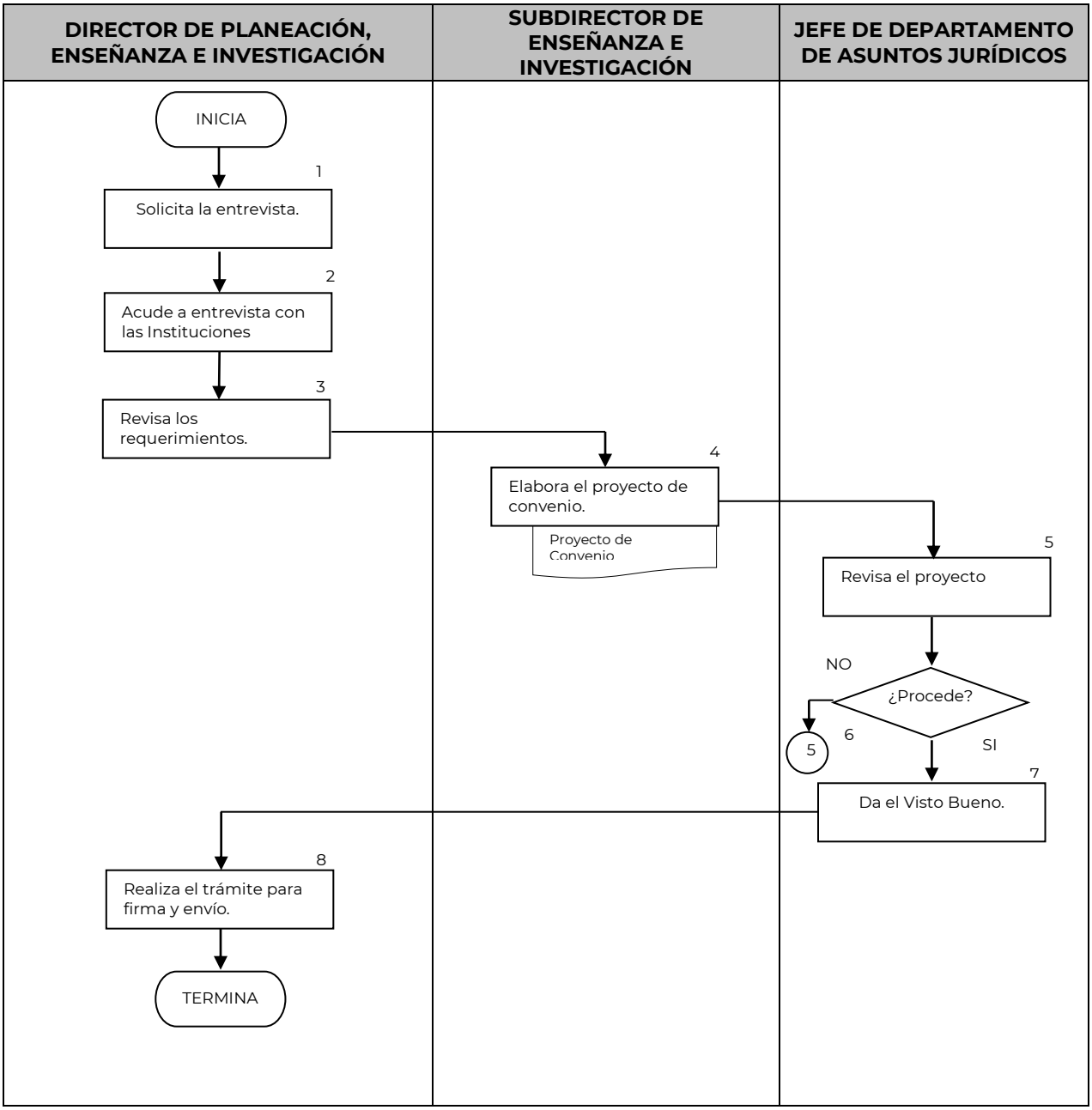
3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación delegará funciones al respecto a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para el seguimiento de la elaboración, aplicación e implementación de los convenios.

3.3 Las normas a que se sujetará el funcionamiento de los servicios del hospital son de carácter obligatorio.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	1	Solicita una entrevista con el Director de la Institución y/o Directivo de Enseñanza o Académico.	
	2	Acude el día y fecha de la reunión previa programación, explicando el motivo de la entrevista, y solicitando los requerimientos para llevar a cabo el convenio. Obtiene el formato o los requisitos para la elaboración del convenio y se acuerda fecha de revisión del convenio.	
	3	Revisa los requerimientos e instruye a la Subdirección de Enseñanza e Investigación a su formulación.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	4	Realiza el proyecto y lo pasa a revisión al área jurídica del hospital.	Proyecto de convenio
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	5	Recibe el proyecto y lo revisa. ¿Procede?	
	6	No: Determina que incumple con normatividad jurídica, Regresa a actividad 5.	
	7	Si: Da el Vo. Bo.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	8	Recibe, revisa, y lo pasa con oficio de envío a la Dirección General. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Proyecto de convenio	5 Años	Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Convenio:** Es un documento de colaboración al que han llegado dos o más instituciones y en el que se establecen las bases para el desarrollo de proyectos académicos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

35. PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA APLICACIÓN CORRECTA DE LOS INDICADORES DE NIVEL FEDERAL

1. PROPÓSITO

Coadyuvar en la evaluación de los procesos y actividades del hospital a través de indicadores oficiales de la Secretaria de Salud a fin de conocer el desempeño institucional e implementar políticas en mejoras de la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo y Subdirección de Tecnologías de la Información así como Dirección General, Direcciones Médica, Dirección de Operaciones y a la Dirección de Administración y Finanzas por sí mismas y por sus subdirecciones.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a la DGRHO, Secretaria de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización de la Dirección General los indicadores emitidos de nivel federal y los establecidos por el propio hospital.

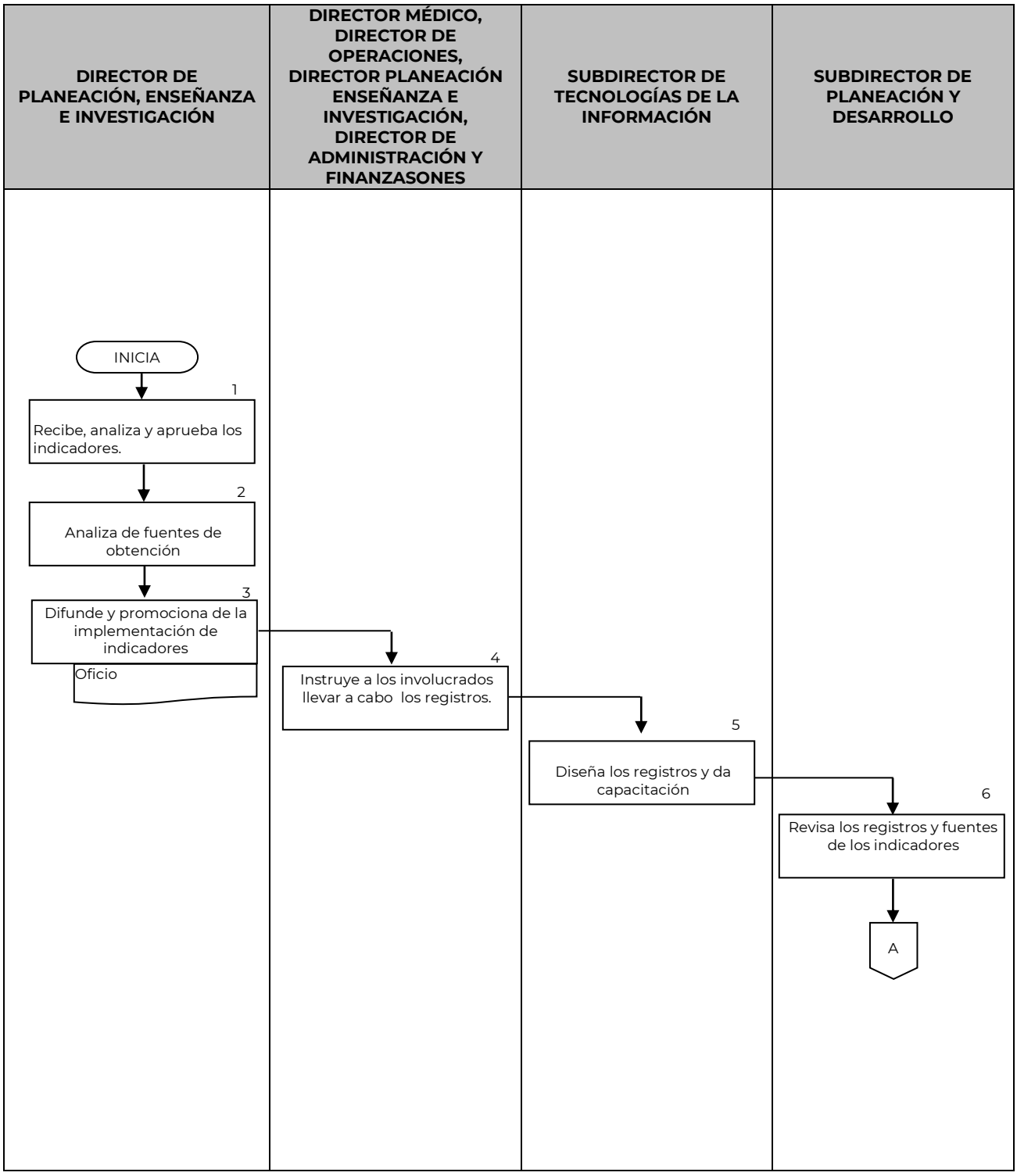
3.2 La Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación delegará funciones al respecto a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para el seguimiento de los lineamientos y políticas en materia de evaluación de los indicadores.

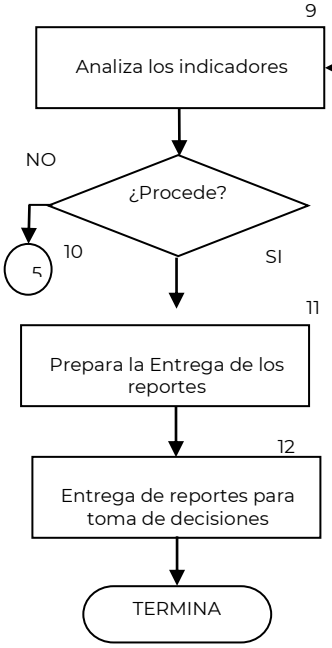
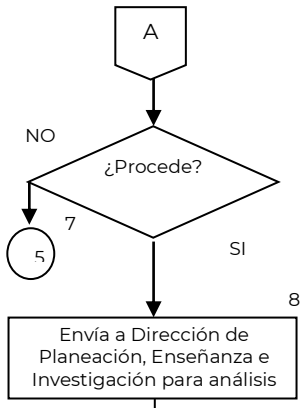
3.3 Las normas a que se sujetará el funcionamiento de los servicios del hospital son de carácter obligatorio.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1 2 3	Recibe de las instancias Federales, analiza y aprueba los indicadores a implementarse en el hospital. Revisa y analiza la fuente de obtención de los indicadores y se implementan los registros para su obtención. Informa a todas las Direcciones de los indicadores que se implementaran para la evaluación del hospital así como las fuentes de obtención.	Oficio
Director Médico, Director de Operaciones, Director, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas	4	Instruye a los involucrados a llevar a cabo los registros en el sistema electrónico	
Subdirector de Tecnologías de la Información	5	Diseña los registros electrónicos faltantes y se da capacitación e inicia el proceso de registros.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo.	6 7 8	Revisa constantemente los registros y sus fuentes. ¿Procede? No: Determina que los registros no han sido correctos, Regresa actividad No 5. Si: Envía a Director de Planeación, Enseñanza e investigación para su análisis.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9 10 11	Analiza los indicadores. ¿Procede? No: Determina que la información no es suficiente, regresa la actividad No 6. Si: Prepara la entrega de los reportes	
	12	Prepara información final y entrega a la Dirección General y a cada Dirección de Área previo análisis para su retroalimentación y toma de decisiones. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR PLANEACIÓN ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZASONES	SUBDIRECTOR DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	Número de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Indicadores: Permiten valorar objetivamente una situación determinada. Constituyen un mecanismo de verificación del cumplimiento adecuado de los procesos dentro de la organización. Unidades de medida cuyo análisis permite estimar el desempeño de una actividad, es decir nos indican de manera objetiva la situación real de aquello que se desea valorar. Estos indicadores deben tener unas condiciones como que sea significante y útil, que exista instrumento de mediad, que sea fiable, valido y que responsa a una causalidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

36. PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR Y SUPERVISAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA BIBLIOHEMEROTECA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.

1. PROPÓSITO

Organizar y supervisar el funcionamiento de la Bibliohemeroteca documental y electrónica del hospital de manera que permita el desarrollo de la enseñanza, la capacitación y la investigación de su personal y así contribuir y asegurar la atención de calidad a la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: es aplicable a la Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación, a la Dirección de Administración y Finanzas y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación gestionar e implementar el funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital.

3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de delegar las funciones de supervisión y manejo eficiente de la Bibliohemeroteca a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.

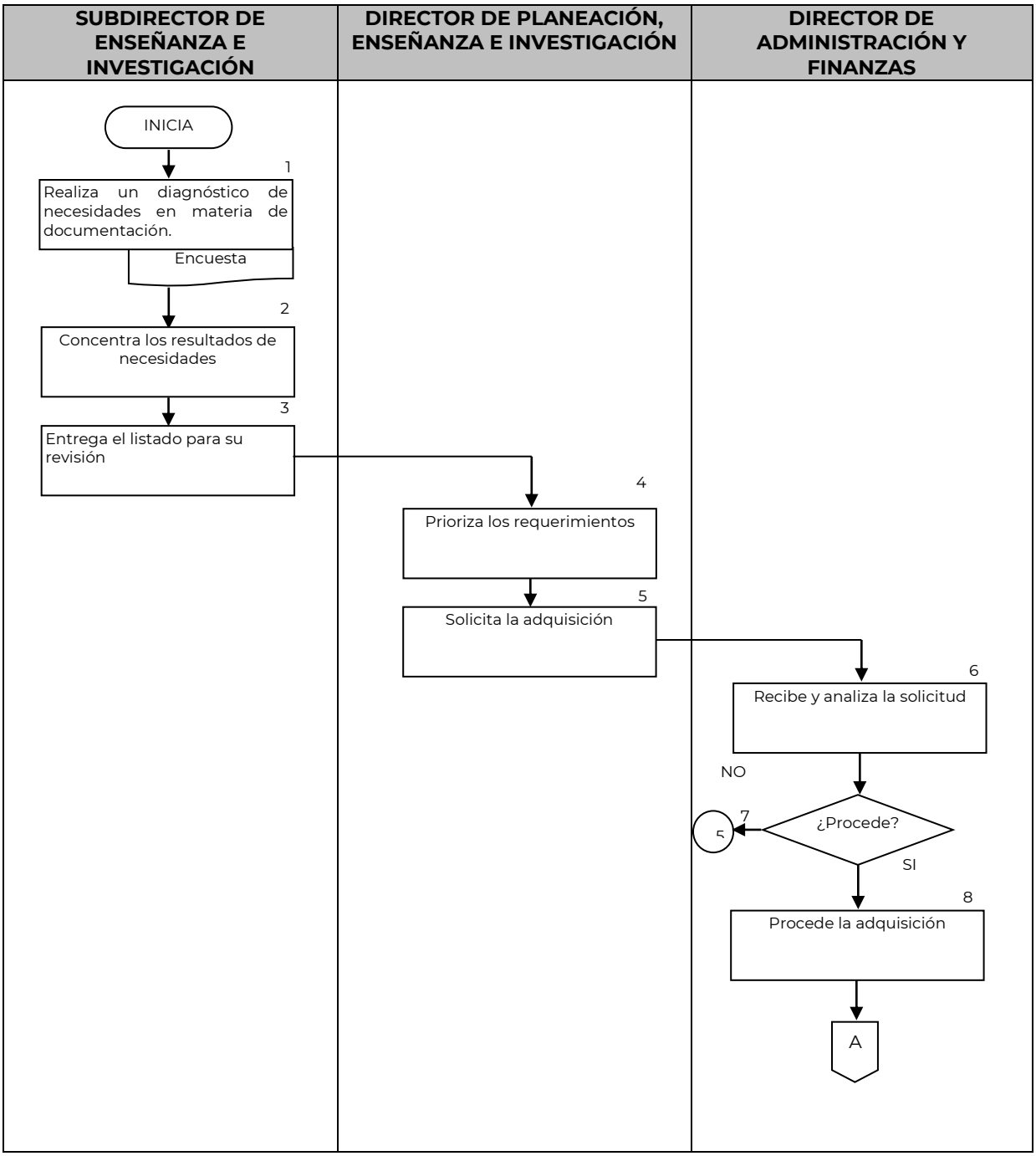
3.3 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de emitir las normas y lineamientos en materia de uso y funcionamiento de la Bibliohemeroteca.

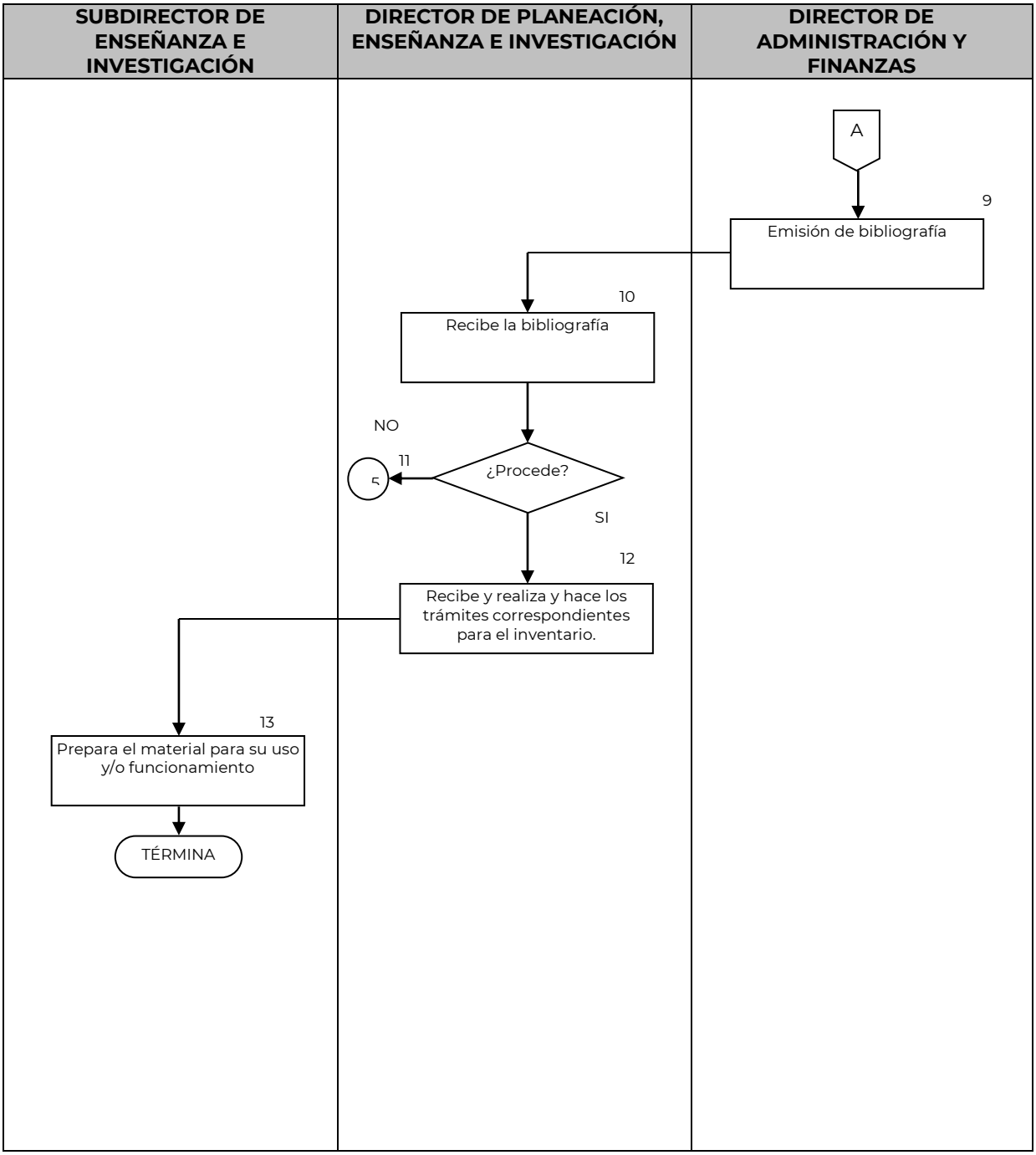
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Diseña y aplica una encuesta al personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo respecto a las necesidades en bibliografía documental y electrónica.	Encuesta
	2	Analiza y concentra las encuestas y se labora el informe y listado de necesidades.	
	3	Entrega el listado por grupos: Medico, paramédico y administrativo a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación para su revisión.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Define en conjunto con las Direcciones de área el listado de necesidades en acervo bibliográfico para la gestión de su adquisición.	
	5	Envía con las justificantes para la compra del acervo bibliográfico tanto documental como electrónico a la Dirección de Administración y Finanzas.	
Director de Administración y Finanzas	6	Se recibe la solicitud y se procede a su adquisición.	
	7	¿Procede? No: Requiere más información para Complementar la justificación, Regresa a la actividad 5	
	8	Si: Procede la adquisición.	
	9	Entrega a través la bibliografía electrónica o documental a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	10 11 12	Se recibe el material bibliográfico. ¿Procede? No: Detecta material incompleto, Regresa a actividad 5 Si: Recibe y hace los trámites administrativos correspondientes para el inventario de la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	13	Recibe y ubica el material en el área correspondiente y se da a conocer para su utilización. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
A
9
Emisión de bibliografía
10
Recibe la bibliografía
NO
11
¿Procede?
SI
12
Recibe y realiza y hace los trámites correspondientes para el inventario.
13
Prepara el material para su uso y/o funcionamiento
TÉRMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria. Vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Encuesta	5 Años	Director de Planeación Enseñanza e Investigación	

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Bibliohemeroteca**: Espacio educativo, que alberga un conjunto de servicios que necesita el hospital para desarrollar la educación continua en el personal; además es un lugar favorable al estudio, investigación, al descubrimiento, a la autoformación y a la lectura.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

37. PROCEDIMIENTO PARA ANALIZAR Y PROPONER A LA DIRECCIÓN GENERAL LA EVALUACIÓN, INCORPORACIÓN, CREACIÓN O ELIMINACIÓN DE ÁREAS QUE CONTRIBUYAN AL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.

1. PROPÓSITO

Proponer a la Dirección General con base en los objetivos, necesidades del hospital y al alcance estadístico, la evaluación, creación o eliminación de áreas que contribuyan al desarrollo y funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria para la atención de la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General y a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

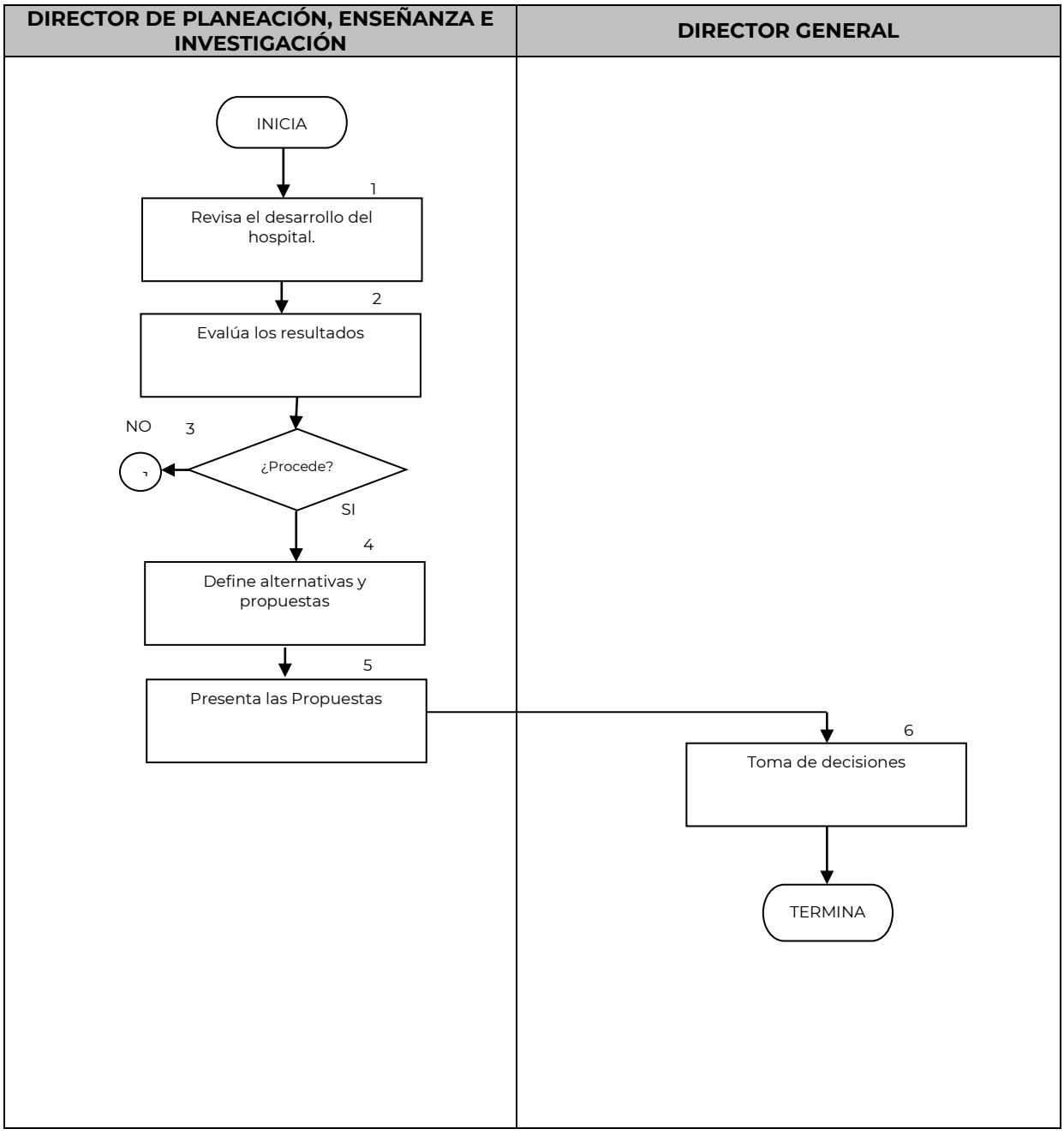
3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación proponer a la Dirección General la eliminación o creación de áreas para el buen funcionamiento del Hospital.

3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación en base al objetivo, filosofía del hospital y al análisis de la productividad y estadísticas realizara la propuesta de acciones y estrategias para el buen funcionamiento del hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Analiza y evalúa los reportes y estadísticas de producción los servicios y equipamiento así como el reporte de los programas del hospital	
	2	Efectúa reunión con el Director General para analizar conjuntamente los datos sobre los alcances de los programas para la toma de decisiones.	
	3	¿Procede? No: Solicita analizar la información para complementar programa, Regresa a la actividad 1	
	4	Si: Define alternativas y propuestas	
	5	Presenta las alternativas y propone la creación de áreas de mejoramiento de los servicios, eliminación o disminución de los mismos.	
Director General	6	Evalúa y autoriza en base a la propuesta presentada. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que ese crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Filosofía Institucional: Describe la postura y el compromiso que tiene la institución con relación a los servicios de salud, incluye la declaración de los valores y es marco de referencia de la misión.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

38. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. PROPÓSITO

Coordinar y supervisar los recursos destinados a la investigación científica de acuerdo a la normatividad vigente a fin de que contribuyan al desarrollo de los proyectos de investigación del personal de la institución y fortalecer la calidad de la atención a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a las áreas de Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y Subdirección de Enseñanza e Investigación.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación recibirá anualmente una asignación presupuestal para el desarrollo de proyectos de investigación básica, clínica, socio médico y tecnológico, mismo que será distribuido entre los diversos grupos de investigación.

3.2 El monto mencionado en el párrafo anterior dependerá del presupuesto autorizado para el Instituto.

3.3 Los Presidentes y Vocales Secretarios del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad de serán los responsables de formular la convocatoria interna correspondiente para presentación de proyectos de investigación que soliciten financiación y que serán sometidos a evaluación con el fin de distribuir entre el personal que realiza investigación el presupuesto asignado.

3.4 La evaluación de los proyectos que soliciten financiación a través de la convocatoria interna, se someterá a evaluación externa entre pares a fin de evitar conflicto de intereses.

3.5 Los Presidentes y Vocales Secretarios del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad evalúan los resultados enviados por los revisores externos para decidir qué proyectos serán financiados. Además de la evaluación del proyecto sometido también se considerará la productividad del investigador responsable, considerando como productividad la publicación de artículos científicos, formación de recursos humanos y difusión de los resultados obtenidos en las investigaciones. Se realizará ordenada de mayor a menor puntaje obtenido en evaluación de los proyectos concursantes en la convocatoria.

3.6 Se realizará una reunión de los Presidentes y Vocales Secretarios del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad con el Director General y el Director de Investigación para presentar la lista de proyectos ganadores en la convocatoria para que sea avalada por las autoridades de la institución.

3.7 El Director de Investigación notificará a los participantes en la convocatoria los resultados y la determinación de la distribución del presupuesto.

3.8 La Subdirección de Enseñanza e Investigación registrará la distribución del presupuesto.

3.9 El Investigador Responsable del proyecto deberá reportar a la Subdirección de Enseñanza e Investigación, dentro de los 5 primeros días del mes los gastos realizados en el mes inmediato anterior.

3.10 La participación en congresos, eventos científicos y capacitación deberá ser relacionada directamente con la función que realiza el investigador dentro de su grupo de trabajo.

3.11 El Jefe del Grupo de Investigación será el responsable de distribuir dentro del grupo el presupuesto asignado de acuerdo a las prioridades internas y los compromisos establecidos.

3.12 Cada Jefe de Grupo será responsable del cumplimiento a los lineamientos establecidos para la supervisión y seguimiento del buen uso de los recursos de acuerdo al presente documento.

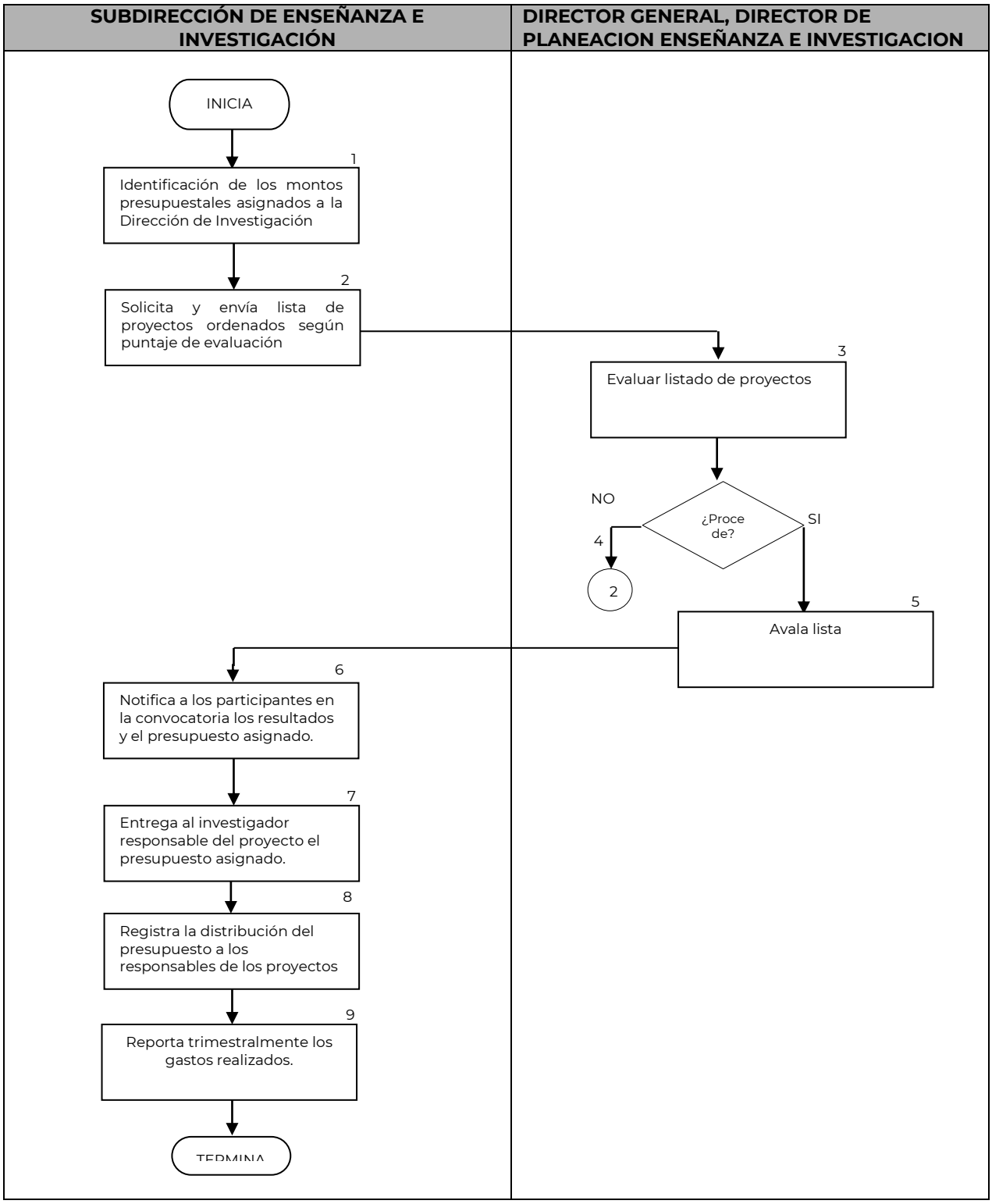
3.13 La utilización del presupuesto asignado la Dirección de investigación, se regirá por la normatividad vigente en la materia.

3.14 Todas las técnicas, avances y resultados de los experimentos relativos a los protocolos de investigación, serán plasmados en una bitácora de trabajo, así como respaldados en medios magnéticos que se mantendrán en resguardo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Recibe notificación de la Subdirección de Recursos Financieros los montos presupuestales asignados para el año fiscal.	
	2	Solicita la lista de proyectos ordenados según puntaje obtenido por los comités de Investigación, Comité de Ética y Comité de Bioseguridad y presenta al Director General y al Director de Planeación, Enseñanza e Investigación para que sea avalada.	
Director General y Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	3	Evalúa lista de proyectos para avalar asignación de presupuesto Procede:	
	4	No: Determina revisar proyecto para complementar evaluación. Regresa a actividad 2	
	5	Si: Avala lista de proyectos y remite a los comités y la Subdirección de Enseñanza e Investigación para notificar a los participantes	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	6	Notifica a los participantes en la convocatoria los resultados y la determinación de la distribución del presupuesto.	
	7	Entrega a los Responsables del proyecto de investigación la información de presupuesto asignado.	
	8	Registra la distribución del presupuesto a los responsables de los diversos proyectos de investigación.	
	9	Recibe reportes trimestralmente de los gastos realizados por los responsables de los proyectos de investigación de acuerdo a las prioridades. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Convocatoria interna para financiación de proyectos de investigación en el HRAEV.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	DPEITI-CNV-Número-Año
7.2 Resultados de la evaluación de los proyectos de investigación participantes en la convocatoria interna de financiación de proyectos de investigación del HRAEV.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	RESULTADOS-CNV-Número-Año
7.3 Registro de la distribución del presupuesto a los Responsables de los proyectos de investigación a quienes se les asignó presupuesto en la convocatoria.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	PRESUPUESTO INVESTIGACIÓN-CNV-Número-Año
7.4 Informe trimestral de gastos realizados por los responsables de los proyectos de investigación a quienes se les asignó recursos presupuestales en la convocatoria.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	PRESUPUESTO INVESTIGACIÓN-CNV-Número-Año-Número Proyecto Vigente-Reporte de Gastos Número

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Proyecto de Investigación: es un procedimiento científico destinado a recabar información y formular hipótesis sobre un determinado fenómeno social o científico.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

39. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO EXTERNO.

1. PROPÓSITO

Coordinar y supervisar el proceso de obtención de Recursos Externos y de Terceros para el financiamiento de los proyectos de investigación que se llevan a cabo a por el personal del HRAEV.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación, Subdirección de Enseñanza.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a las instituciones Académicas e Iniciativa privada, interesadas en el desarrollo de proyectos de investigación en colaboración con el HRAEV.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información, a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación será responsable de:

- Vigilar que los investigadores responsables preparen el protocolo de investigación de acuerdo a las políticas y normas de operación estipuladas por la Institución Externa que convoca el concurso.
- Revisar el proyecto de acuerdo a convocatoria publicada por la Institución Externa.
- Revisar que el proyecto sea sometido a aprobación de los Comités de Investigación, Ética en Investigación, y Bioseguridad (si es el caso) del HRAEV.
- Vigilar que en el ejercicio de los recursos otorgados por la Institución Externa, el investigador responsable se apague a las normas y lineamientos establecidos para tal efecto por las Instituciones donantes.

3.2 El investigador responsable del proyecto de investigación será responsable de:

- Integrar el protocolo de investigación que propone para obtener financiamiento ante instituciones externas.

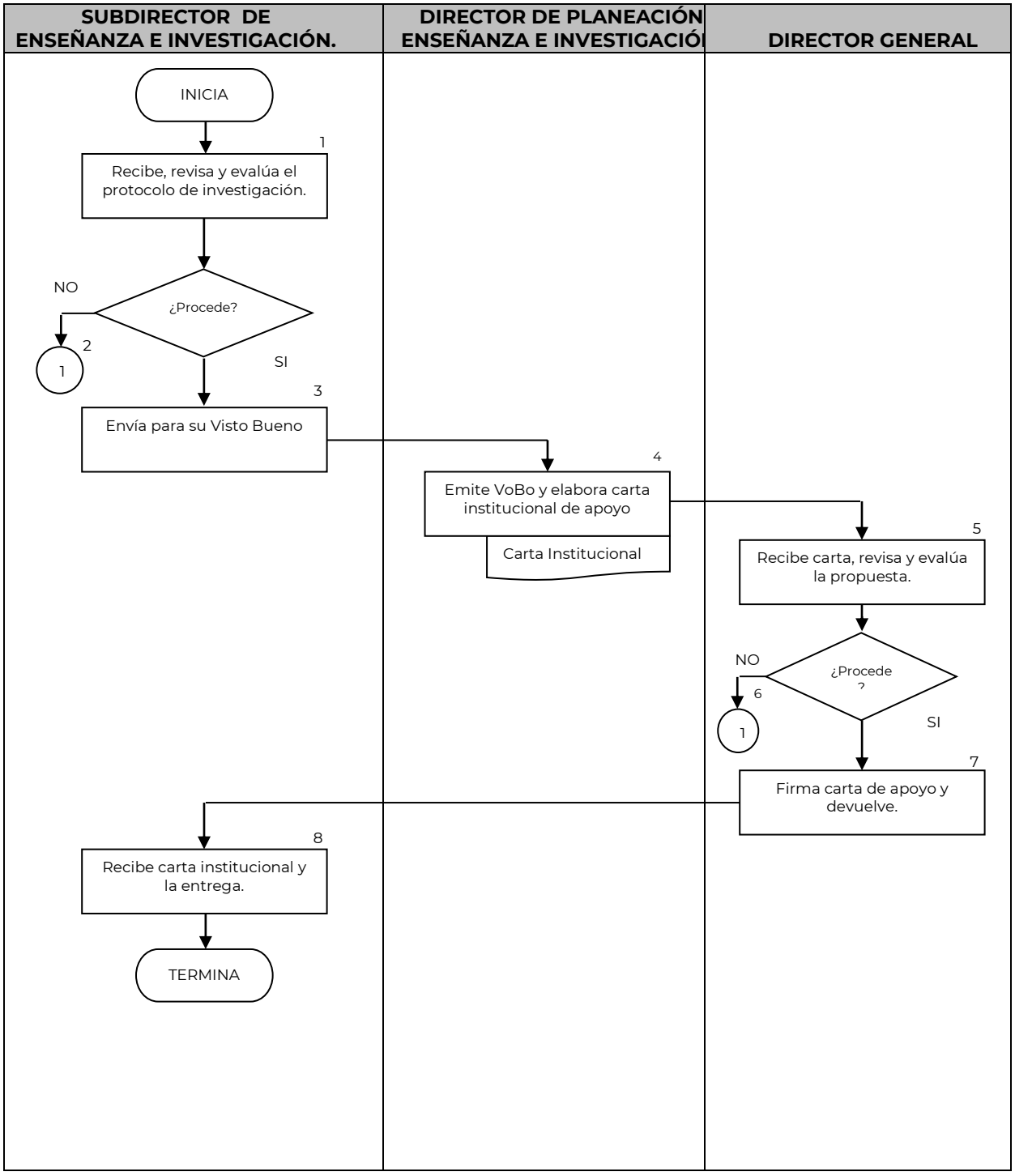
3.3 La Dirección General será responsable de:

- Evaluar y autorizar la carta Institucional de apoyo al Proyecto de Investigación.
- Devolver a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información la carta de apoyo Institucional.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	1 2 3	Recibe, revisa y evalúa protocolo de investigación. Procede: No: Determina que se encuentra incompleto, Regresa a la actividad 1. Si. Envía a la Dirección General y Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, para Visto Bueno.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Emite visto bueno y elabora carta institucional de apoyo al proyecto y envía a Dirección General para su firma.	Carta Institucional.
Director General	5 6 7	Recibe carta Institucional de apoyo, revisa y evalúa la propuesta. Procede: No: Determina revisar la propuesta Regresa a actividad 3 Si: Autoriza y firma carta institucional de apoyo y la devuelve a la Dirección de Enseñanza e Investigación.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	8	Recibe la carta institucional de apoyo y la entrega al investigador responsable para enviar la propuesta de apoyo a la instancia que convoca, archiva copia y espera de resultados. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente de proyectos de investigación.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	CNV-EXT-Año-Número
7.2 Carta de apoyo institucional para financiamiento externo.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	CNV-EXT-Oficio-Año-Número

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Recursos de terceros: Son los recursos obtenidos mediante la donación efectuada por cualquier Institución, el cual se suscribe mediante un convenio.

8.2 Recursos externos: Son los apoyos obtenidos de instituciones diferentes al HRAECV, tales como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y los recursos adicionales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

40. PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES.

1. PROPÓSITO

Coordinar la publicación de resultados obtenidos de las investigaciones realizadas en el HRAEV a los expertos y al público en general con la finalidad de coadyuvar en otras investigaciones al mejoramiento de la salud de la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y a todas las áreas del HRAEV que realicen investigaciones en ciencias de la salud.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a las Instituciones Académicas e Industria Editorial, interesadas en la publicación de investigaciones y al público en general.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

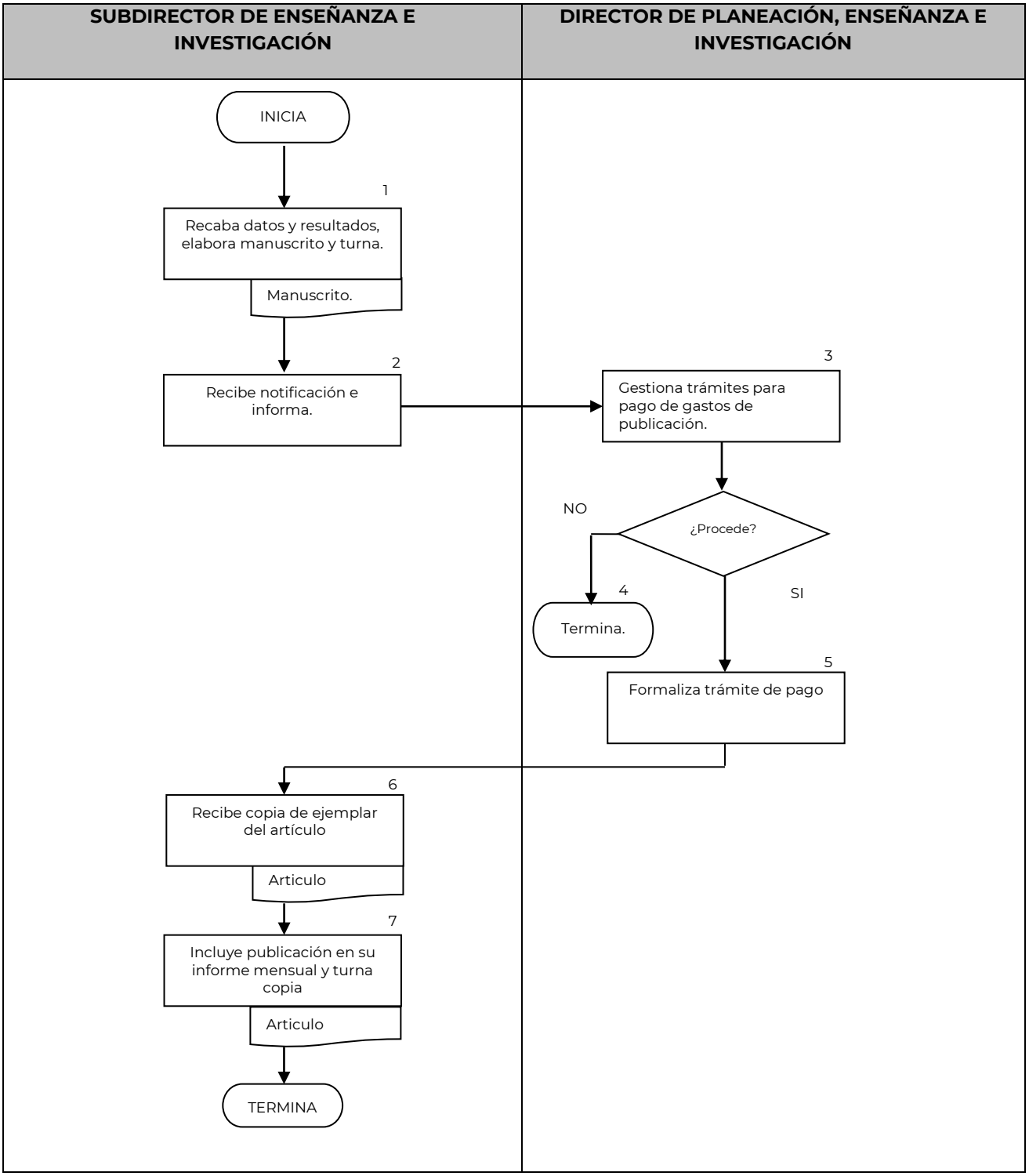
3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación será responsable de:

- Vigilar que los investigadores responsables se apeguen a las políticas descritas por el Comité de Investigación, y en la revista especializada en la que se desee publicar resultados.
- Conservar un ejemplar de la publicación con el objeto de avalar los resultados obtenidos por la Institución.
- Vigilar que todos los resultados que se generen en el HRAECV con motivo de las investigaciones realizadas den el crédito correspondiente al Hospital, así como las Instituciones o empresas que brinden apoyo financiero externo al proyecto.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Da seguimiento al trabajo del personal Investigador de recabar los datos generales y resultados de proyectos de investigación, y preparación de manuscrito, para su publicación en revistas especializadas en el área de conocimiento y de su envío a la Editorial externa nacional o internacional.	Manuscrito.
	2	Recibe notificación del personal investigador sobre la aceptación del trabajo por parte de la Editorial para su publicación (o en su caso las correcciones correspondientes)	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	3	Gestiona los trámites necesarios para el pago de sobretiros, impresiones a color o especiales del artículo a publicar de acuerdo al presupuesto disponible.	
	4	Procede: No: Informa insuficiencia presupuestal. **Termina procedimiento**	
	5	Si: Comunica a Subdirección de Enseñanza e Investigación que se ha realizado el pago	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	6	Recibe copia fotostática de ejemplar del artículo publicado para su conservación y para su inclusión en el informe mensual correspondiente.	Artículo
	7	Incluye la publicación en su informe mensual y archiva una copia fotostática del mismo para su registro. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Artículo publicado.	5 años.	Subdirector de Enseñanza e Investigación	Primer apellido, inicial del primer autor – Nombre de la revista – Año
7.2 Comprobante de gastos de publicación	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	Primer apellido, inicial del primer autor-Nombre de la revista-Año-Número de comprobante.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Artículo de Investigación:** es un texto escrito que informa por primera vez de los resultados de una investigación, y que es redactado y publicado siguiendo unas normas muy concretas, aceptadas por la comunidad científica cuyo uso asegura la comunicación efectiva de la información científica de todo el mundo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio.
No aplica.	No aplica.	No aplica.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

41. PROCEDIMIENTO PARA ACUERDOS CON LA DIRECCIÓN GENERAL.

1. PROPÓSITO

Mantener comunicación directa con la Dirección General del HRAEV para recibir instrucciones, obtener autorización de programas, informar actividades, así como presentar peticiones de las necesidades relacionadas a las actividades de investigación a fin de uniformar decisiones y criterios que permitan el desarrollo de investigación en la Institución para lograr las metas de creación y difusión periódica del conocimiento, que impacten en la población y forjen un perfil de excelencia académica para el Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

2.2 A Nivel Externo: aplica al Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Subdirección de Enseñanza e Investigación será responsable de:

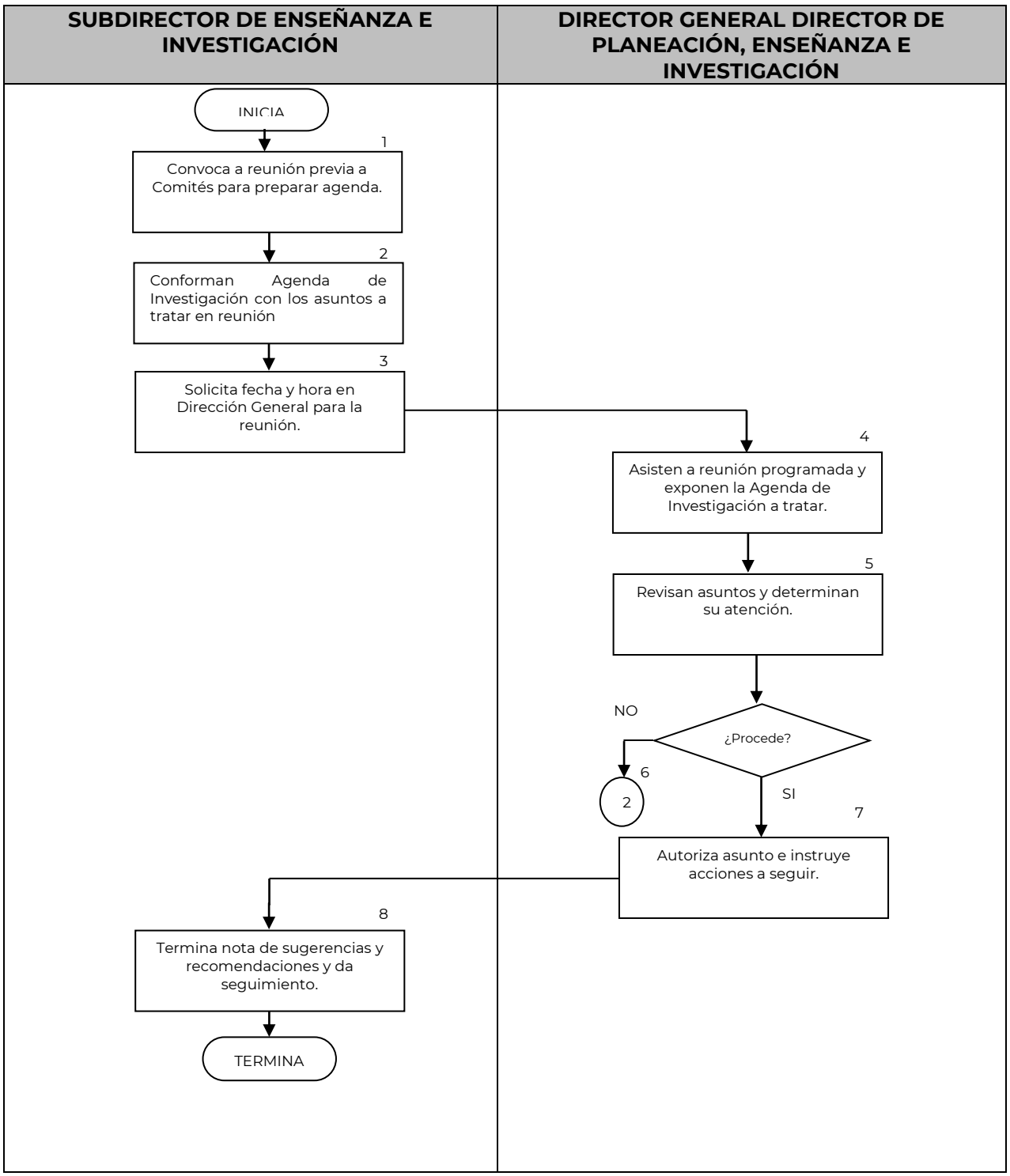
- Reunir trimestralmente a los Presidentes y Vocales Secretarios de los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad para informarse mutuamente de sus actividades, necesidades y presentar una Agenda de Investigación común ante la Dirección General y la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información.
- Informar trimestralmente al Director General y la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información del HRAEV de las actividades que se llevan a cabo relacionadas a Investigación.
- Solicitar en tiempo y forma al Director General las autorizaciones necesarias para el desempeño de sus funciones y exponer las necesidades del Área de Investigación con el propósito de gestionar que sean atendidas por la Dirección General.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Convoca a reunión para uniformar criterios a presentar a la Dirección General entre Presidentes y Vocales Secretarios del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	
	2	Da seguimiento a agenda de Investigación para: -Informe de actividades. -Obtener autorización para programas. -Presentar necesidades del área Que se presentará ante la Dirección General y la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información.	
	3	Solicita fecha y hora para la reunión en el área secretarial de la Dirección General.	
Director General, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Participan en reunión con miembros de los Comités en materia de Investigación en fecha y hora programada, quienes exponen los asuntos a tratar, informan y/o gestionan autorización si es el caso.	
	5	Revisan asuntos pendientes, y determina la atención de los mismos. Procede:	
	6	No: Instruye seguimiento de los asuntos para su atención. Regresa a la actividad 2.	
	7	Sí: Autoriza asuntos atendidos, acuerda acciones e instruye a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información y la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	8	Toma nota de sugerencias y recomendaciones y en su caso continúa con los trámites correspondientes para seguimiento. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Carpeta de acuerdos.	5 años.	Subdirector de Enseñanza e Investigación	ACUERDOS DG-Año-Número
7.2 Acta de la reunión con el Director General y Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	5 años.	Subdirector de Enseñanza e Investigación	ACTA REUNIÓN DG-Año-Número

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Acuerdos: Resolución tomada en común por varias personas, especialmente en una junta.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

42. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CARTAS Y OFICIOS EXTERNOS.

1. PROPÓSITO

Supervisar en tiempo y forma todas las comunicaciones que se generan al exterior del HRAEV inherentes a actividades de investigación, incluyendo aquellas generadas en las distintas instancias nacionales e internacionales, con la finalidad de cumplir con los requerimientos de información necesarios para el buen funcionamiento y operación de las actividades relacionadas a investigación en la institución para lograr las metas de creación y difusión periódica del conocimiento, que impacten en la población y forjen un perfil de excelencia académica para el Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación del HRAEV.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a todas las instituciones externas al HRAEV, nacionales o internaciones que realicen proyectos o actividades de investigación en colaboración con personal del HRAEV.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

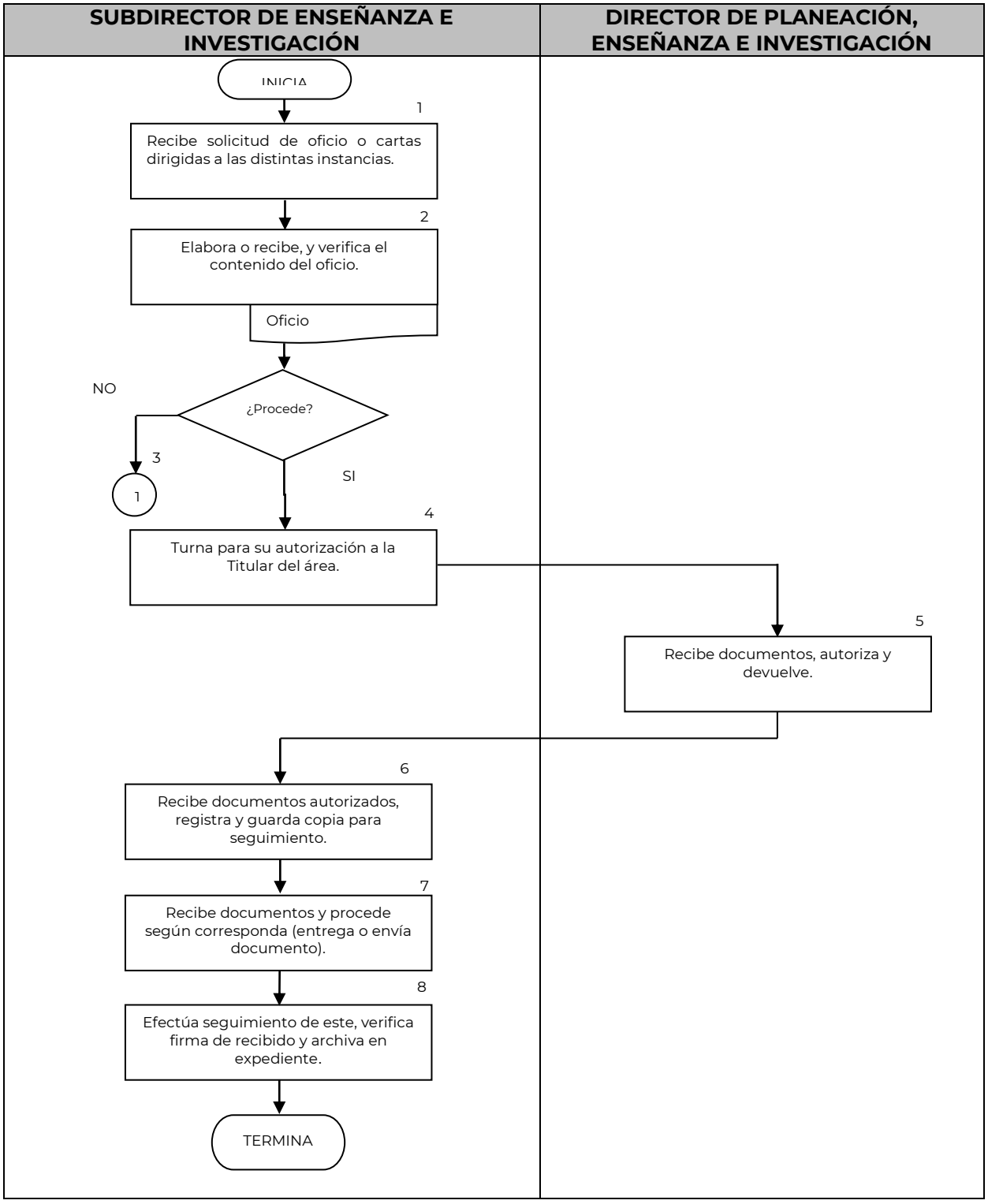
3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de:

- Supervisar y autorizar todas las comunicaciones relacionadas con el HRAEV que se generen al exterior del Hospital inherentes a actividades de investigación, incluyendo instancias nacionales como internacionales.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirección de Enseñanza e Investigación .	1 2 3 4	Recibe solicitud de oficios o cartas dirigidas a las distintas instancias por parte del personal que realiza actividades de investigación. Elabora el oficio o recibe un modelo, verifica el contenido del oficio de fondo y forma así como el antecedente del mismo. Procede: No. Determina que el oficio no cumple contenido, Regresa a actividad 1 Sí. Turna para su autorización a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información.	Oficio
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	5	Recibe documentos, autoriza y devuelve a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	6 7 8	Recibe documentos autorizados, registra y guarda una copia para su seguimiento. Envía documento al personal que realiza actividades de investigación para que proceda según corresponda. Efectúa seguimiento del oficio, verifica firma de recibido y/o acuse de recibo, archiva en expediente correspondiente. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Expedientes correspondientes (Copia de oficio y acuse de recibo)	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	OE-SEI-Año-Número

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Autoriza: Confirma una cosa con autoridad, dar facultad para hacer alguna cosa.

8.2 Oficio: Documento elaborado para la comunicación oficial escrita.

8.3 Supervisión: Actividad o conjunto de actividades que desarrolla una persona al asignar y dirigir el trabajo de un grupo de subordinados sobre quienes ejerce autoridad, para lograr de ellos su máxima eficiencia con satisfacción mutua.

8.4 Validar: Dar fuerza o firmeza a algo, hacerlo válido.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

43. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO, PROMOCIÓN Y PERMANENCIA AL SISTEMA INSTITUCIONAL DE INVESTIGADORES EN CIENCIAS MÉDICAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

1. PROPÓSITO

Coordinar las actividades necesarias para que los investigadores, mandos medios y directivos del área de investigación del HRAEV, participen en el ingreso, permanencia y promoción del Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud, con la finalidad que se encuentren dentro de las corrientes más avanzadas del conocimiento y en continuo adiestramiento y capacitación que coadyuven en la atención de problemas de la salud de alta especialidad de la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación del HRAEV.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LÍNEAMIENTOS.

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación será la responsable de:

- Difundir entre el personal que realiza investigación, los criterios y procedimientos para ingresar, permanecer o promoverse en el Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud.
- Revisar en coordinación con las distintas Áreas de Investigación del Instituto, el currículo del personal que realiza investigación, que desean ingresar, permanecer o promover en el Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud.
- Revisar la Información obtenida para su validación.
-

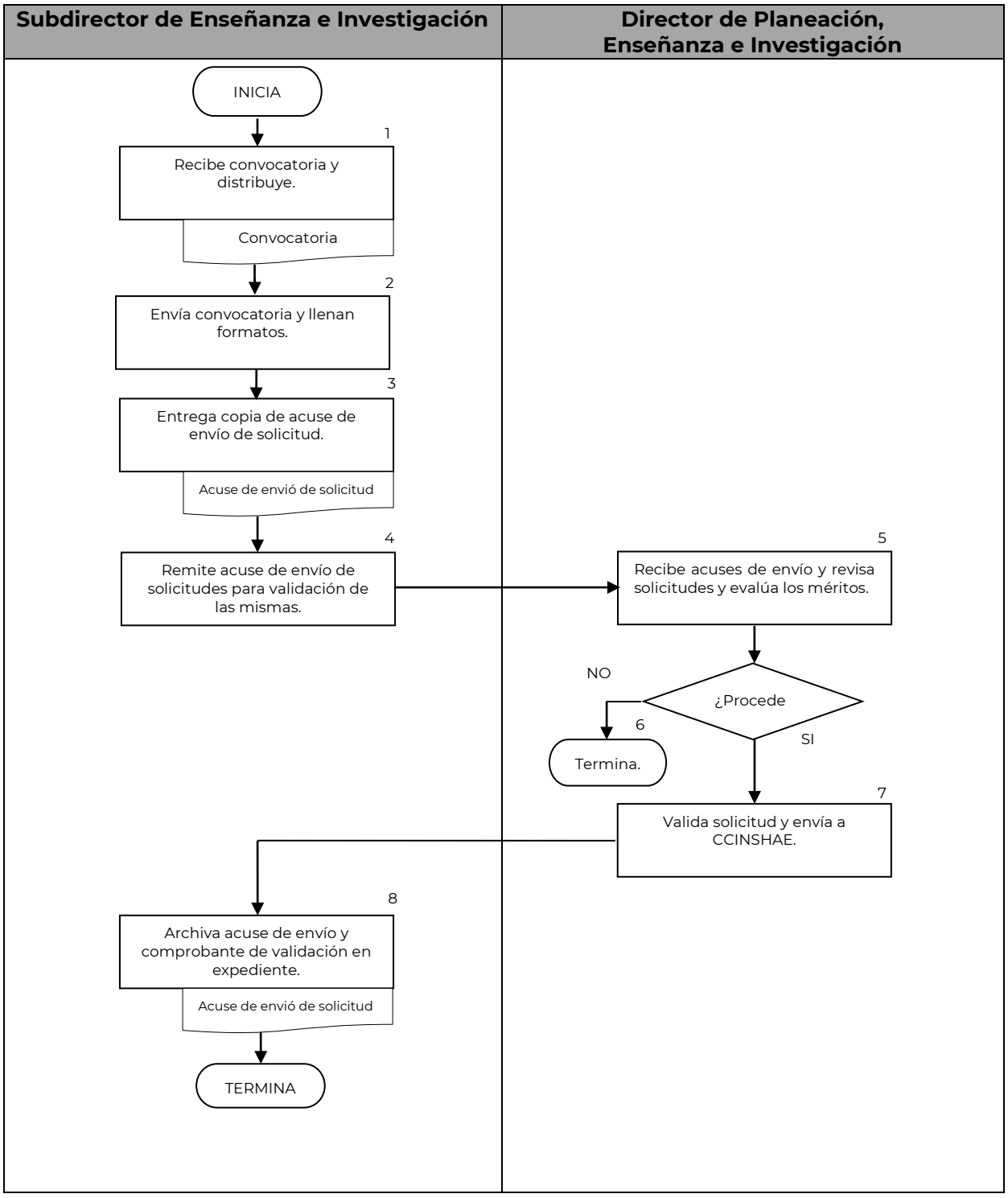
3.2 La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) será responsable de:

- Promover y emitir los procedimientos para determinar el ingreso, permanencia y promoción al Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	1	Recibe de la CCINSHAE, la convocatoria con los criterios y procedimientos para determinar el ingreso y la promoción de investigadores en el Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud y distribuye a investigadores adscritos.	Convocatoria
	2	Envía convocatoria a Investigadores, mandos medios y directivos de investigación para el llenando de los formatos correspondientes en plataforma digital para participar en la Convocatoria.	
	3	Recibe copia de acuse de envío de la solicitud.	
	4	Remite los acuses de envío de solicitudes a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación para su validación y envío a la CCINSHAE.	Acuse de envío de solicitud
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	5	Recibe los acuses y revisa las solicitudes y méritos cumplidos por el investigador candidato a ingreso, permanencia o promoción Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud en la plataforma digital. Procede:	
	6	No. Determina que no cumple con los criterios y/o requisitos, Termina Procedimiento.	
	7	Sí. Valida las solicitudes en la plataforma digital y se envían a la CCINSHAE.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	8	Archiva acuse de envío de las solicitudes y comprobante de validación de las mismas en expediente. **TERMINA**	Acuse de envío de solicitud

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTO DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Convocatoria para la Promoción e Ingreso al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	No aplica
7.2 Acuse de envío de solicitud y comprobante de validación de la misma	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	EXP-SIICM-Primer apellido del investigador, Inicial.
7.3 Oficios de ingreso y promoción.	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	EXP-SIICM-Primer apellido del investigador, Inicial.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Áreas sustantivas: Son aquellas que desarrollan funciones derivadas directamente de las atribuciones y objetivos encomendados a la institución, mediante la producción de bienes y/o prestaciones de servicios para lo que están facultades y fueron constituidas.

8.2 Promoción: Ascenso de categoría jerárquica dentro de una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

44. PROCEDIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ESTÍMULOS AL DESEMPEÑO DE LOS INVESTIGADORES EN CIENCIAS MÉDICAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

1. PROPÓSITO

Promover un reconocimiento al trabajo de investigación y de beneficio económico adicional al sueldo tabular y prestaciones económicas autorizadas con el fin de acrecentar la calidad, dedicación y permanencia del personal que realiza investigación en salud en el HRAEV.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a l Subdirección de Enseñanza e Investigación del HRAEV.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a la Comisión Coordinadora de los Instituto Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación a través dela Subdirección de Enseñanza e Investigación será la responsable de:

- Recabar la información requerida en la convocatoria que emite una vez al año la CCINSHAE.
- Analizar, evaluar, revisar y validar la información obtenida.
- Enviar a la CCINSHAE la información solicitada de acuerdo a los lineamientos de la convocatoria del Programa de Estímulos Económicos a la Productividad Científica.

3.2 La CCINSHAE será la responsable de:

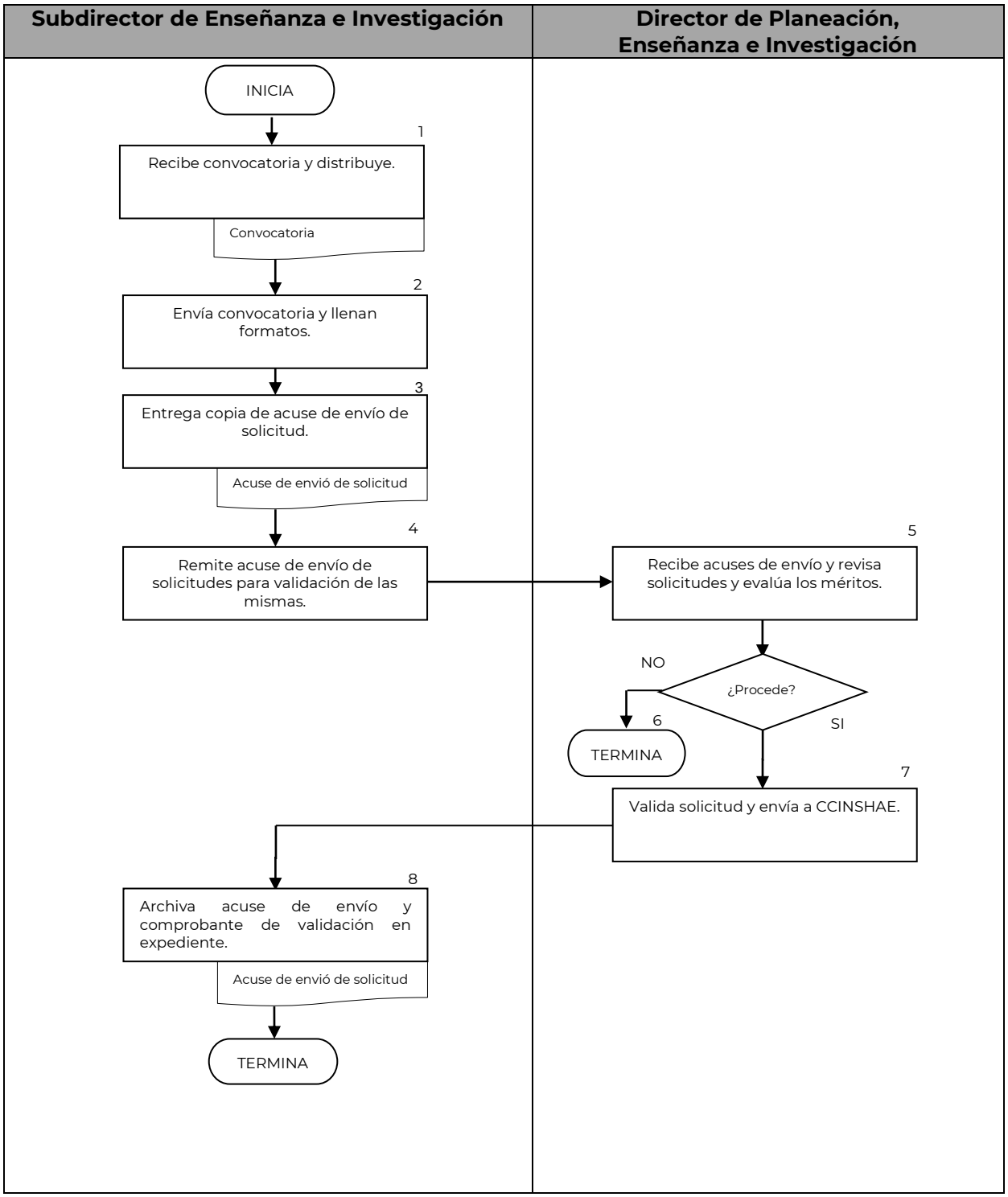
- Emitir la convocatoria correspondiente para el Programa de Estímulos de productividad científica.
- Recibir y evaluar la información de los postulantes a los estímulos de productividad científica.

3.3 Este programa se establece con el objeto fundamental de estimular y preservar una masa crítica de talento en investigadores, por medio de una política de estímulos que pone énfasis en el establecimiento de programas de beneficio económico diferenciados.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	1	Recibe de la CCINSHAE, la convocatoria que contiene los criterios y procedimientos para el programa de Productividad Científica de los Investigadores y distribuye a las Áreas de Investigación del Instituto.	Convocatoria
	2	Envía convocatoria a Investigadores adscritos, mandos medios y directivos de investigación para llenado de los formatos correspondientes en plataforma digital para participar.	
	3	Recibe copia de acuse de envío de la solicitud por parte de los investigadores adscritos, mandos medios y directivos de investigación.	
	4	Remite los acuses de envío de solicitudes a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación para su validación y envío a la CCINSHAE	Acuse de envío de solicitud
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	5	Recibe los acuses y revisa las solicitudes y méritos cumplidos por el investigador candidato a ingreso, permanencia o promoción Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud en la plataforma digital.	
	6	Procede: No. Determina que no cumple con los méritos, Termina Procedimiento.	
	7	Sí. Valida las solicitudes en la plataforma digital y se envían a la CCINSHAE	
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	8	Archiva acuse de envío de las solicitudes y comprobante de validación de las mismas en expediente. **TERMINA**	Acuse de envío de solicitud

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTO DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
6.1 Convocatoria para el Programa de Estímulos al desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	No aplica
6.2 Acuse de envío de solicitud y comprobante de validación de la misma	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	EXP-EDICM-Primer apellido del investigador, Inicial.
6.3 Oficios de resolución.	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación	EXP-EDICM-Primer apellido del investigador, Inicial.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Estimulo: es un incentivo que se ofrece a una persona o sector, con el objetivo de incrementar la producción y mejorar el rendimiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

45. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE RESIDENTES EN EL ÁREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

1. PROPÓSITO.

Establecer el proceso de integración de nuevos residentes al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, con la finalidad de estandarizarlo acorde a la Normatividad establecida para cumplir con los objetivos de la institución de impulsar el desarrollo de la Enseñanza y para fortalecer la eficiencia profesional del personal de salud.

2. ALCANCE.

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a las instituciones educativas que avalan los cursos académicos de los médicos residentes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable del procedimiento de ingreso de nuevos residentes al Hospital Regional de Ciudad Victoria, conforme a la normativa enviada por la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, adecuadas a la normas oficiales mexicanas del internado de pregrado y residencias médicas, a los acuerdos con la Secretaría de Educación Pública y la Comisión de Interinstitucional para la formación de recursos humanos de la salud.

3.2 Los contenidos temáticos, metodología, estrategias de enseñanza y criterios de evaluación son responsabilidad de cada área sustantiva de acuerdo a sus necesidades.

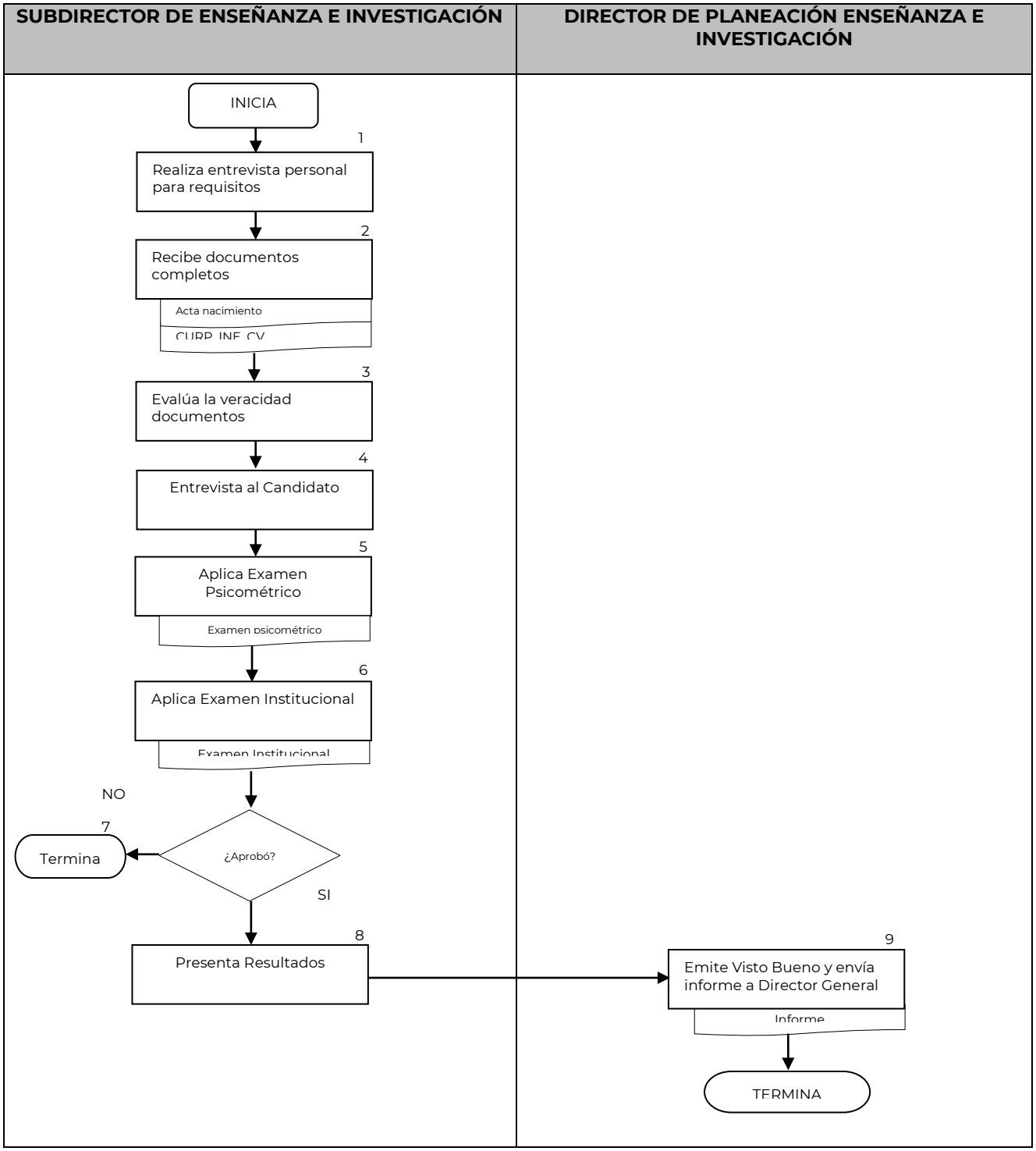
3.3 Después del ingreso de Médico residente su educación estará a cargo del profesor titular en conjunto con enseñanza, y según su Manual de Operaciones para cada especialidad.

3.4 Los médicos residentes estarán obligados a realizar las guardias establecidas por la sede o subsede, respetando dos días entre cada una, sábados y domingos y días inhábiles.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Realiza entrevista personal a los candidatos a residentes	Acta de Nacimiento. CURP. IFE Currículo Vitae Comprobante de Domicilio Comprobante de Estudios
	2	Recibe documentos completos y organizados.	
	3	Evalúa la Veracidad de documentos.	
	4	Entrevista al candidato para conocer su disposición y desempeño que desea lograr en el curso.	Formato de Entrevista.
	5	Aplica examen psicométrico a candidatos a residentes. Realiza evaluación de candidatos con el Examen de Selección Institucional.	
	6	¿Aprobó?	Examen Psicométrico.
	7	No: Determina que no es apto para el ingreso y se le regresan documentos. Termina procedimiento	
	8	Si: Presenta resultados obtenidos por los candidatos en el Examen Institucional para Visto Bueno	Examen Institucional.
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Da Visto Bueno y envía informe a Director General **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	POP-DDO-PO-005
6.2 NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas.	NOM-090-SSA1-1994
6.3 Reglamento de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.4 Acuerdo número 243 por el que se establecen las Bases generales de Autorización o Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Secretaría de Educación Pública	No Aplica
6.5 Acuerdo número 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez de estudios del tipo superior. Secretaría de Educación Pública.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
7.1 Documentos de Candidatos	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza).	NA
7.2 Examen Psicométrico	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza).	NA
7.3 Examen Institucional	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza).	NA

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Psicométrico:** Se le llama examen psicométrico a aquel instrumento de la psicología científica que nos permite arribar a datos objetivos luego de administrar una prueba a una persona. En el ámbito laboral, a través de un examen psicométrico podemos obtener un pronóstico acerca de la forma en que una persona se manejará en un puesto de trabajo o dentro de una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

46. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE RESIDENTES EXTRANJEROS EN EL ÁREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

1. PROPÓSITO.

Establecer el proceso de integración de residentes extranjeros al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, con la finalidad de estandarizarlo acorde a la Normatividad que establezcan las instancias federales para cumplir con los objetivos de la institución de impulsar el desarrollo de la Enseñanza y para fortalecer la eficiencia profesional del personal de salud.

2. ALCANCE.

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica para los residentes extranjeros que deseen ingresar a los programas del HRAEV.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

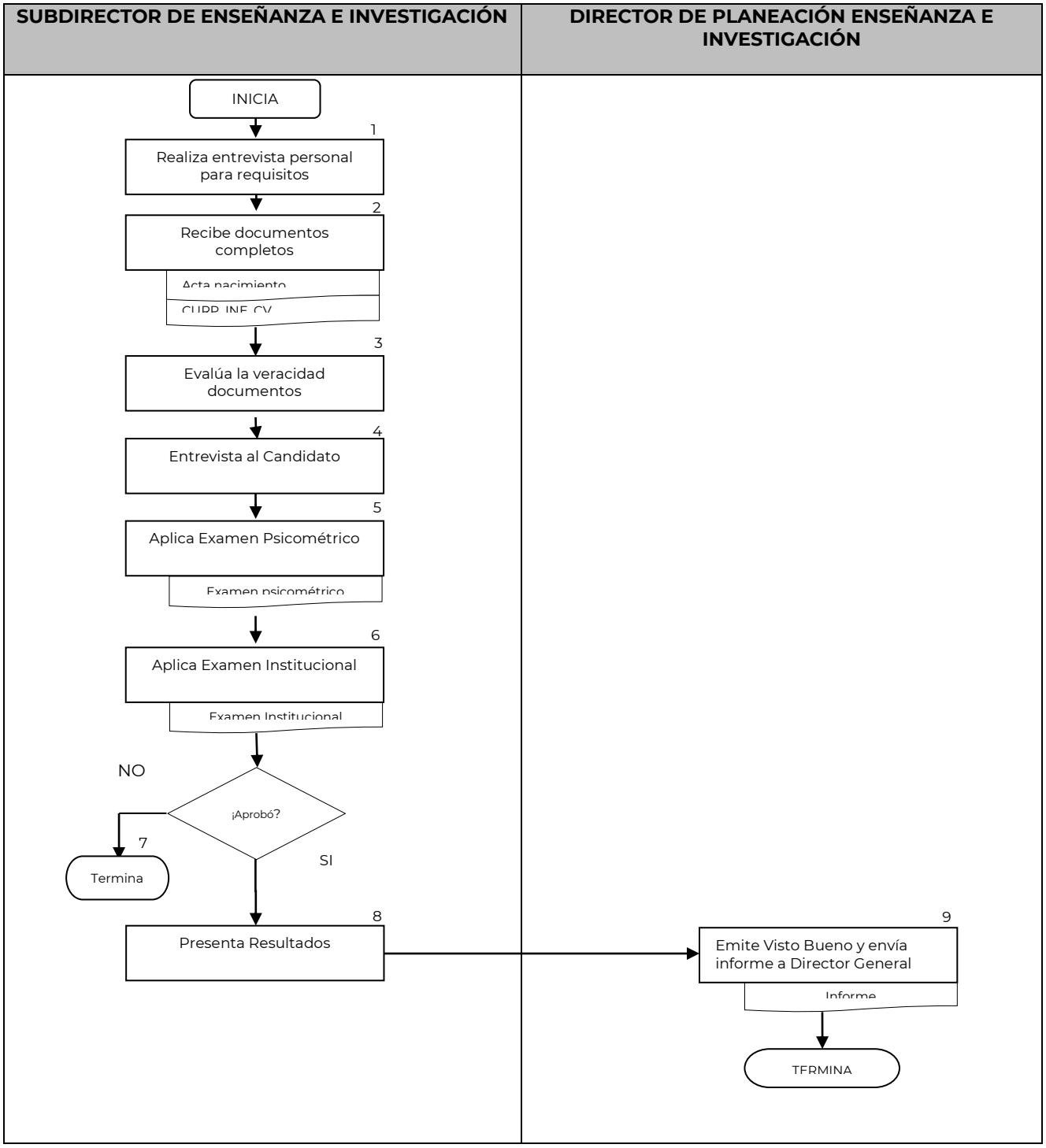
3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable del procedimiento de ingreso de nuevos residentes al Hospital Regional de Ciudad Victoria, conforme a la normativa enviada por la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, adecuadas a la normas oficiales mexicanas del internado de pregrado y residencias médicas, a los acuerdos con la Secretaría de Educación Pública y la Comisión de Interinstitucional para la formación de recursos humanos de la salud.

3.2 Los contenidos temáticos, metodología, estrategias de enseñanza y criterios de evaluación son responsabilidad de cada área sustantiva de acuerdo a sus necesidades.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Realiza entrevista personal para requisitos.	
	2	Recibe documentos completos y organizados.	Acta de Nacimiento. Visa de Residente Temporal Estudiante. Pasaporte Vigente Currículo Vitae Comprobante de Estudios
	3	Evalúa la Veracidad de documentos por el Jefe de Enseñanza e Investigación.	
	4	Entrevista al candidato para conocer su disposición y desempeño que desea lograr en el curso.	Formato de Entrevista.
	5	Aplica examen psicométrico a candidatos a residentes. Realiza evaluación de candidatos con el Examen de Selección Institucional.	Examen Psicométrico.
	6	¿Aprobó?	Examen Psicométrico.
	7	No: Determina que no es apto para el ingreso y se le regresan documentos. Termina procedimiento	
	8	Si: Presenta resultados obtenidos por los candidatos en el Examen Institucional	Examen Institucional.
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Da Visto Bueno y envía informe a Director General **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	POP-DDO-PO-005
6.2 NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas.	NOM-090-SSA1-1994
6.3 Reglamento de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.4 Acuerdo número 243 por el que se establecen las Bases generales de Autorización o Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Secretaría de Educación Pública	No Aplica
6.5 Acuerdo número 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez de estudios del tipo superior. Secretaría de Educación Pública.	No Aplica

7. REGISTROS.

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Documentos de Candidatos	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	NA
7.2 Examen Psicométrico	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	NA
7.3 Examen Institucional	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	NA

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Examen Psicométrico:** Se le llama examen psicométrico a aquel instrumento de la psicología científica que nos permite arribar a datos objetivos luego de administrar una prueba a una persona. En el ámbito laboral, a través de un examen psicométrico podemos obtener un pronóstico acerca de la forma en que una persona se manejará en un puesto de trabajo o dentro de una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

47. PROCEDIMIENTO DE PREGRADO EN MEDICINA.

1. PROPÓSITO.

Determinar e implementar criterios para una adecuada gestión del proceso de ingreso de alumnos en pregrado en medicina a las instalaciones y clases en el HRAEV a fin de cumplir las normas que rigen la utilización de la infraestructura del hospital y para fomentar la capacitación y actualización del personal de la institución.

2. ALCANCE.

2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A nivel externo: es aplicable a las diferentes instituciones Educativas que soliciten los servicios de pregrado en medicina al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.3 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es responsable de recabar y analizar las necesidades de educación continua del personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

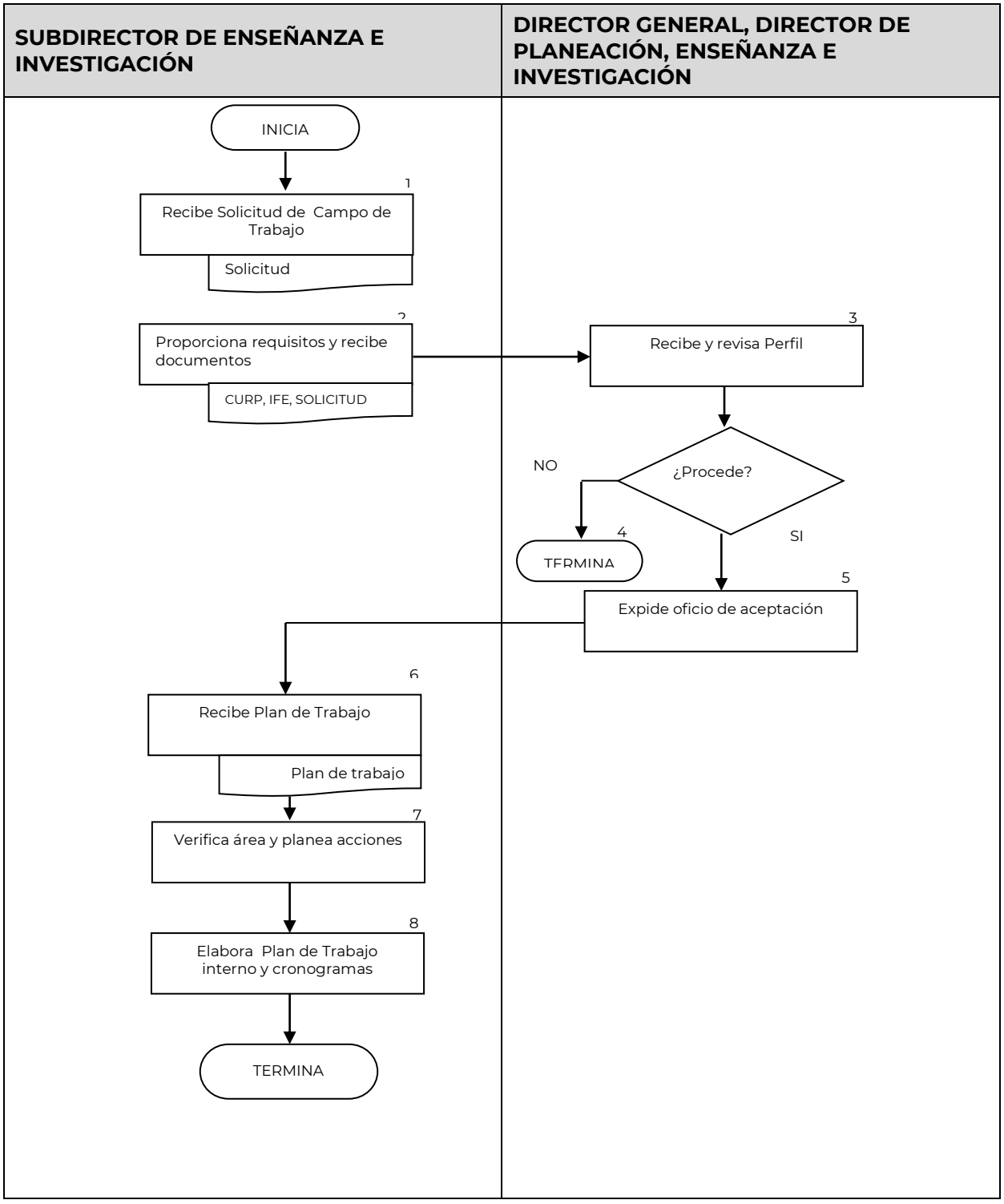
3.4 La Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable de programar los cursos autorizados por la Dirección de Operaciones.

3.5 Los interesados deben de presentar su Plan de Trabajo, cumpliendo con las especificaciones otorgadas por la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Recibe solicitudes de Campo de Trabajo de parte de las instituciones educativas interesadas en ingresar al HRAEV	Solicitud de Instituciones Educativas
	2	Proporciona un listado de requisitos a los interesados para su evaluación y recibe documentos	Hoja Membretada por parte de la Institución. CURP. IFE. Comprobante de Estudios y Domicilio. Fotografías (4). Solicitud de datos Generales
Director General y Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	3	Recibe y revisa el perfil de los interesados, ¿Procede?	
	4	No: Determina que no cumple con el perfil. Termina el Procedimiento	
	5	Si: Aprueba el perfil y sigue el trámite. Expide un oficio a Jefatura de Enseñanza e Investigación en caso de ser aceptado.	Oficio de Aceptación.
Subdirector de Enseñanza e Investigación	6	Recibe del Plan de Trabajo de las Instituciones interesadas de acuerdo con las especificaciones otorgadas	Plan de Trabajo de la Institución de los Interesados.
	7	Verifica el área de trabajo de los aceptados y se planean las acciones a llevar a cabo.	
	8	Elabora de plan de trabajo Interno y cronogramas. **TERMINA**	Cronogramas. Planes de Trabajo (Internos).

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	POP-DDO-PO-005
6.2 NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas.	NOM-090-SSA1-1994
6.3 Reglamento de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.4 Acuerdo número 243 por el que se establecen las Bases generales de Autorización o Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Secretaría de Educación Pública	No Aplica
6.5 Acuerdo número 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez de estudios del tipo superior. Secretaría de Educación Pública.	No Aplica

7. REGISTROS.

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Solicitud de Campo de Trabajo	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de enseñanza)	No Aplica
7.2 Requisitos de Interesados	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de enseñanza)	No Aplica
7.3 Oficio de Aceptación	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de enseñanza)	No Aplica
7.4 Plan de Trabajo	De acuerdo a Especialidad	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de enseñanza)	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Plan de Trabajo: Un plan de trabajo es un documento en el que se escribe para planear las actividades de un período de tiempo dado, primero para convencer de su aprobación a los que toman las decisiones y luego como documento guía de las actividades a efectuar durante ese periodo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

48. PROCEDIMIENTO DE PREGRADO OTRAS LICENCIATURAS.

1. PROPÓSITO

Definir e implementar criterios para una adecuada gestión del proceso de ingreso de alumnos en pregrado otras licenciaturas, sea servicio social o prácticas profesionales a fin de cumplir con la normatividad establecida y estos cumplan con los reglamentos internos del Hospital Regional de Alta Especialidad que permita fomentar la capacitación y actualización del personal de la institución.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A Nivel Externo: es aplicable a las diferentes instituciones Educativas que soliciten los servicios de pregrado otras licenciaturas al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es responsable de recabar y analizar las necesidades de educación continua del personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

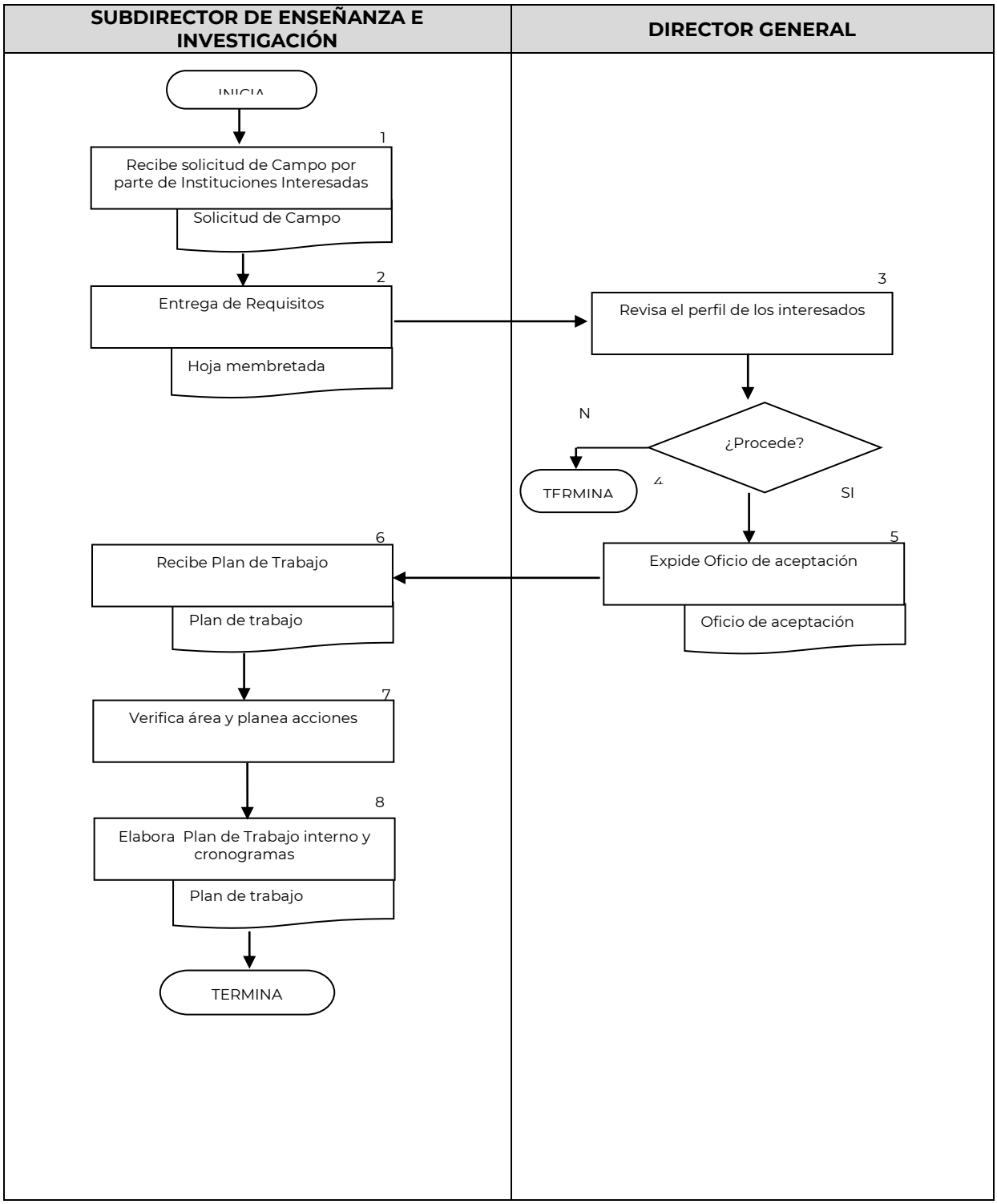
3.2 La Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable de programar los cursos autorizados por la Dirección de Operaciones.

3.3 Las Instituciones de Educación interesadas en Ingresar al HRAEV deberán solicitar campo de trabajo a la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Recibe solicitudes de Campo de Trabajo de parte de las instituciones educativas interesadas en ingresar al HRAEV	Solicitud de Instituciones Educativas Hoja Membretada por parte de la Institución. CURP. IFE. Comprobante de Estudios y Domicilio. Fotografías (4). Solicitud de datos Generales.
	2	Proporciona un listado de requisitos a los interesados para su evaluación.	
Director General Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	3	Revisa el perfil de los interesados, ¿Procede?	
	4	No: Determina que no cumple con el perfil Termina el Procedimiento	
	5	Si: Aprueba el perfil y sigue el trámite. Expide un oficio a Jefatura de Enseñanza e Investigación en caso de ser aceptado.	Oficio de Aceptación.
Subdirector de Enseñanza e Investigación	6	Recibe del Plan de Trabajo en la Jefatura de Enseñanza e Investigación.	Plan de Trabajo de la Institución de los Interesados.
	7	Verifica el área de trabajo de los aceptados y se planean las acciones a llevar a cabo.	
	8	Elabora plan de trabajo Interno y cronogramas. **TERMINA**	Cronogramas. Planes de Trabajo (Internos).

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	POP-DDO-PO-005
6.2 NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas.	NOM-090-SSA1-1994
6.3 Reglamento de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.4 Acuerdo número 243 por el que se establecen las Bases generales de Autorización o Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Secretaría de Educación Pública	No Aplica
6.5 Acuerdo número 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez de estudios del tipo superior. Secretaría de Educación Pública.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
7.1 Solicitud de Campo de Trabajo	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	No Aplica
7.2 Requisitos de Interesados	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	No Aplica
7.3 Oficio de Aceptación	5 Años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	No Aplica
7.4 Plan de Trabajo	De acuerdo a Especialidad	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Plan de Trabajo: Un plan de trabajo es un documento en el que se escribe para planear las actividades de un período de tiempo dado, primero para convencer de su aprobación a los que toman las decisiones y luego como documento guía de las actividades a efectuar durante ese periodo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

49. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL.

1. PROPÓSITO

Promover la educación continua del personal adscrito del Hospital Regional de Ciudad Victoria para mantener actualizados sus conocimientos técnicos y científicos con el fin de proporcional la mejor atención a los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

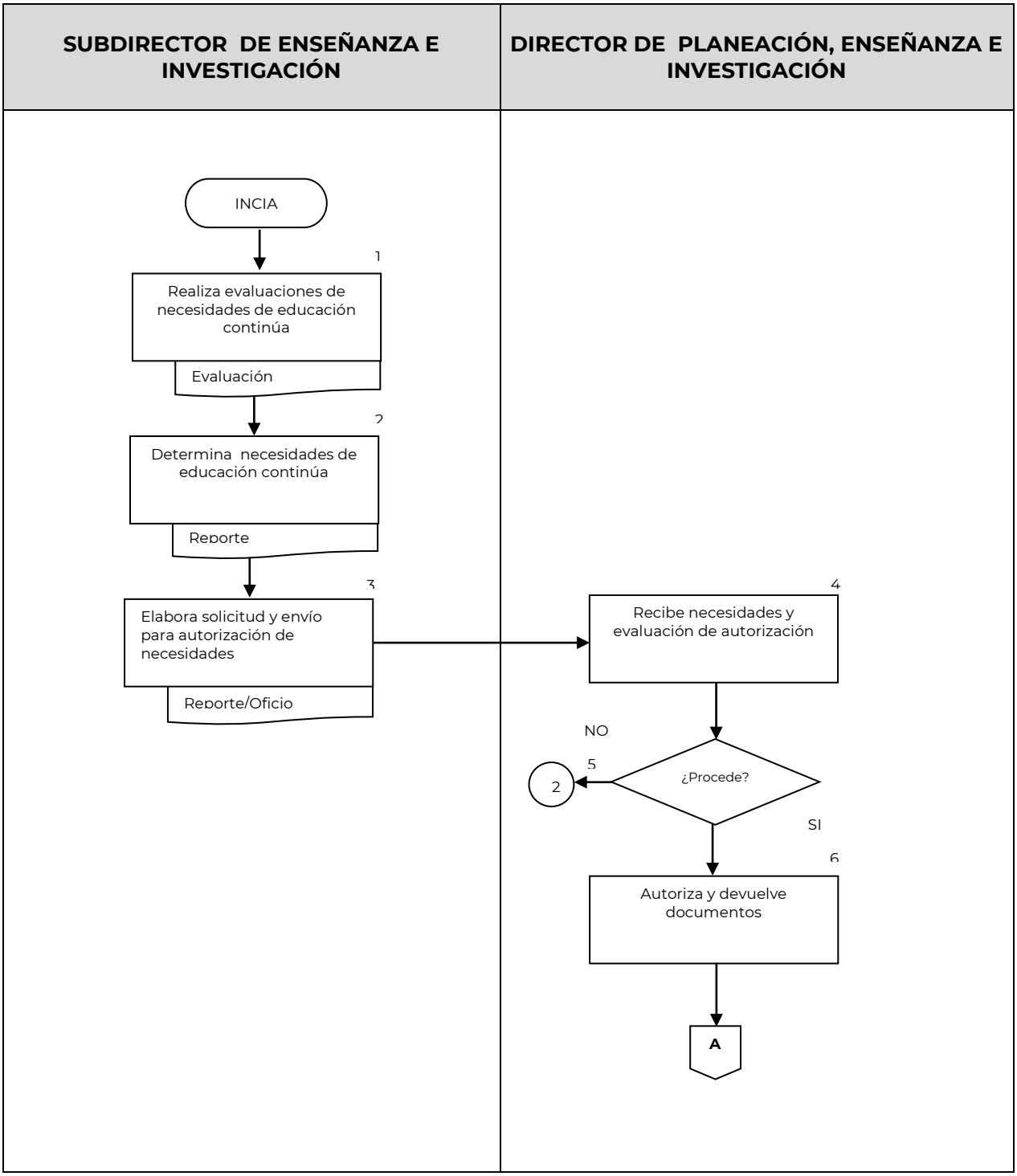
3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es responsable de recabar y analizar las necesidades de educación continua del personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

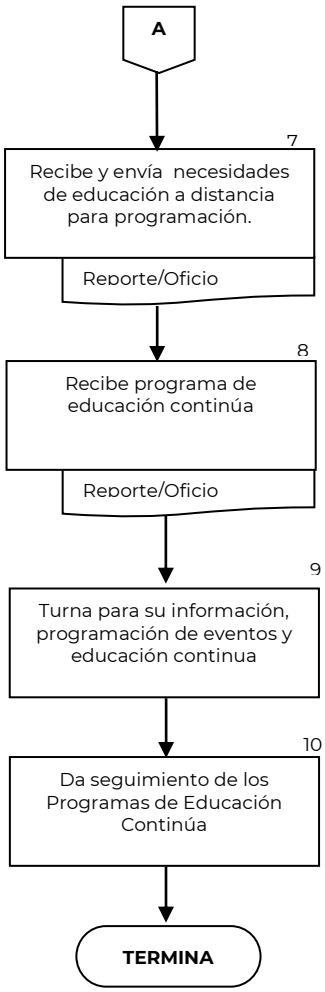
3.2 La Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable de programar los cursos autorizados por la Dirección de Operaciones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Aplica evaluaciones diagnósticas para conocer el grado de conocimiento técnico y científico del personal.	Evaluaciones Diagnósticas de Necesidades
	2	Recaba y Analiza Evaluaciones Diagnósticas.	Reporte de necesidades de educación continua detectadas.
	3	Elabora solicitud para autorizar las necesidades de educación continua.	Reporte de necesidades de educación continua detectadas. Oficio de Solicitud de Autorización.
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	4	Recibe y evalúa las necesidades de educación continua. ¿Procede?	Reporte de necesidades de educación continua.
	5	No: Determina que las necesidades presentadas no corresponde con el diagnóstico. Regresa a la Actividad 2	Oficio Solicitud de Autorización
	6	Si: Autoriza y Devuelve Documentos.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	7	Envía necesidades de educación continua autorizadas para que se programe en el periodo.	Reporte de necesidades de educación continua detectadas. Oficio de Solicitud de Programación.
	8	Recibe las necesidades de educación continua y programa los eventos en función del periodo.	Programa de Educación Continua. Oficio de Información.
	9	Turna para su información, programación de eventos y educación continua en el periodo	
	10	Da seguimiento a su implementación. **TERMINA**	Programa de Educación Continua. Oficio de Información.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica
6.2 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
7.1 Oficio Solicitud de Autorización	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de Oficio
7.2 Programa de necesidades de educación continua detectadas	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	No Aplica
7.3 Acuse de Oficio Solicitud de Programación	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de Oficio
7.4 Acuse de Oficio de Información (Programación)	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de Oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Evaluaciones Diagnósticas de Necesidades: Documento que se utiliza para conocer mediante una evaluación escrita el nivel o estatus de conocimientos técnicos y/o científicos que posee la persona evaluada.

8.2 Necesidades de Educación Continúa: Conocimientos técnicos y científicos que son identificados en el grupo de trabajo en los cuales se tiene que reforzar conocimientos, habilidades y destrezas que lleven a las personas al nivel óptimo para realizar sus actividades.

8.3 Programa de Educación Continúa: Documento normativo en la programación de eventos, emitido por la Subdirección de Enseñanza e Investigación que integra todos los eventos de educación continua programados para el personal adscrito del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

50. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.

1. PROPÓSITO

Promover y coordinar la capacitación del personal adscrito del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria para mantener actualizados sus conocimientos técnicos y científicos con el fin de proporcional la mejor atención a los usuarios.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento No es Aplicable.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

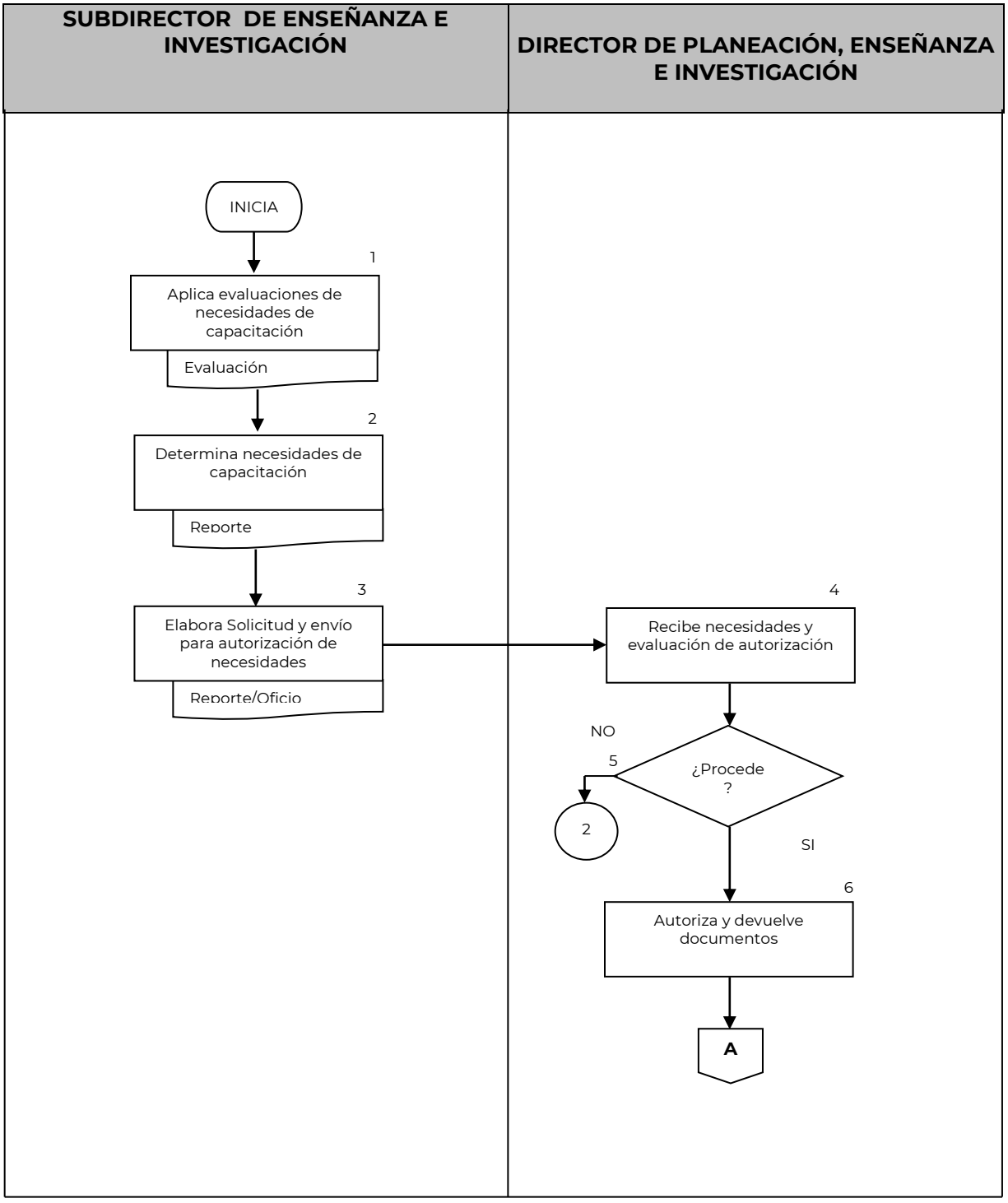
3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es responsable de recabar y analizar las necesidades de capacitación del personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

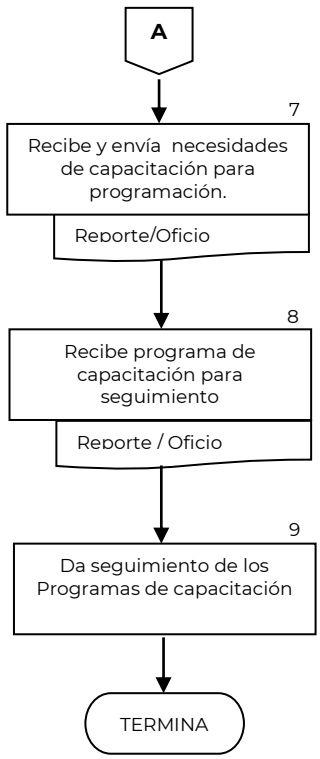
3.2 La Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable de programar los cursos autorizados por la Dirección de Operaciones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Aplica evaluaciones diagnósticas para conocer el grado de conocimiento técnico y científico del personal.	Evaluaciones Diagnósticas de Necesidades
	2	Recaba y Analiza Evaluaciones Diagnósticas.	Reporte de necesidades de educación continua detectadas.
	3	Elabora solicitud para autorizar las necesidades de capacitación.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación.	4	Recibe y evalúa las necesidades de capacitación ¿Procede?	
	5	No: Determina que las necesidades presentadas no corresponde con el diagnóstico. Regresa a la Actividad 2.	
	6	Si: Autoriza y Devuelve Documentos.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	7	Envía necesidades de capacitación autorizadas para que se programe en el periodo.	Reporte de necesidades de capacitación detectadas. Oficio de Solicitud de Programación.
	8	Recibe las necesidades de educación continua y programa los eventos en función del periodo y Turna los eventos programados para su información, programación de eventos y educación continua en el periodo	Programa de Educación Continua. Oficio de Información.
	9	Da seguimiento a su implementación. **TERMINA**	Programa de Educación Continua. Oficio de Información.

5. DIAGRAMA DE FLUJO.



SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos	No Aplica
6.2 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
7.1 Oficio Solicitud de Autorización	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	Número de Oficio
7.2 Programa de necesidades de capacitación detectadas	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	No Aplica
7.3 Acuse de Oficio Solicitud de Programación	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	Número de Oficio
7.4 Acuse de Oficio de Información (Programación)	5 años	Subdirector de Enseñanza e Investigación (Jefe de Enseñanza)	Número de Oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Evaluaciones Diagnósticas de Necesidades: Documento que se utiliza para conocer mediante una evaluación escrita el nivel o estatus de conocimientos técnicos y/o científicos que posee la persona evaluada.

8.2 Necesidades de Capacitación: Conocimientos técnicos y científicos que son identificados en el grupo de trabajo en los cuales se tiene que reforzar conocimientos, habilidades y destrezas que lleven a las personas al nivel óptimo para realizar sus actividades.

8.3 Programa de Capacitación: Documento normativo en la programación de eventos, emitido por la Subdirección de Enseñanza e Investigación que integra todos los eventos de educación continua programados para el personal adscrito del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

51. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR BECAS EN EL ÁREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para solicitar Becas en el Área de Enseñanza e Investigación con el fin de estimular el desarrollo profesional de recursos humanos de alta especialidad en el HRAEV que contribuyan a la atención de calidad a la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, a la Subdirección de Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermaría del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

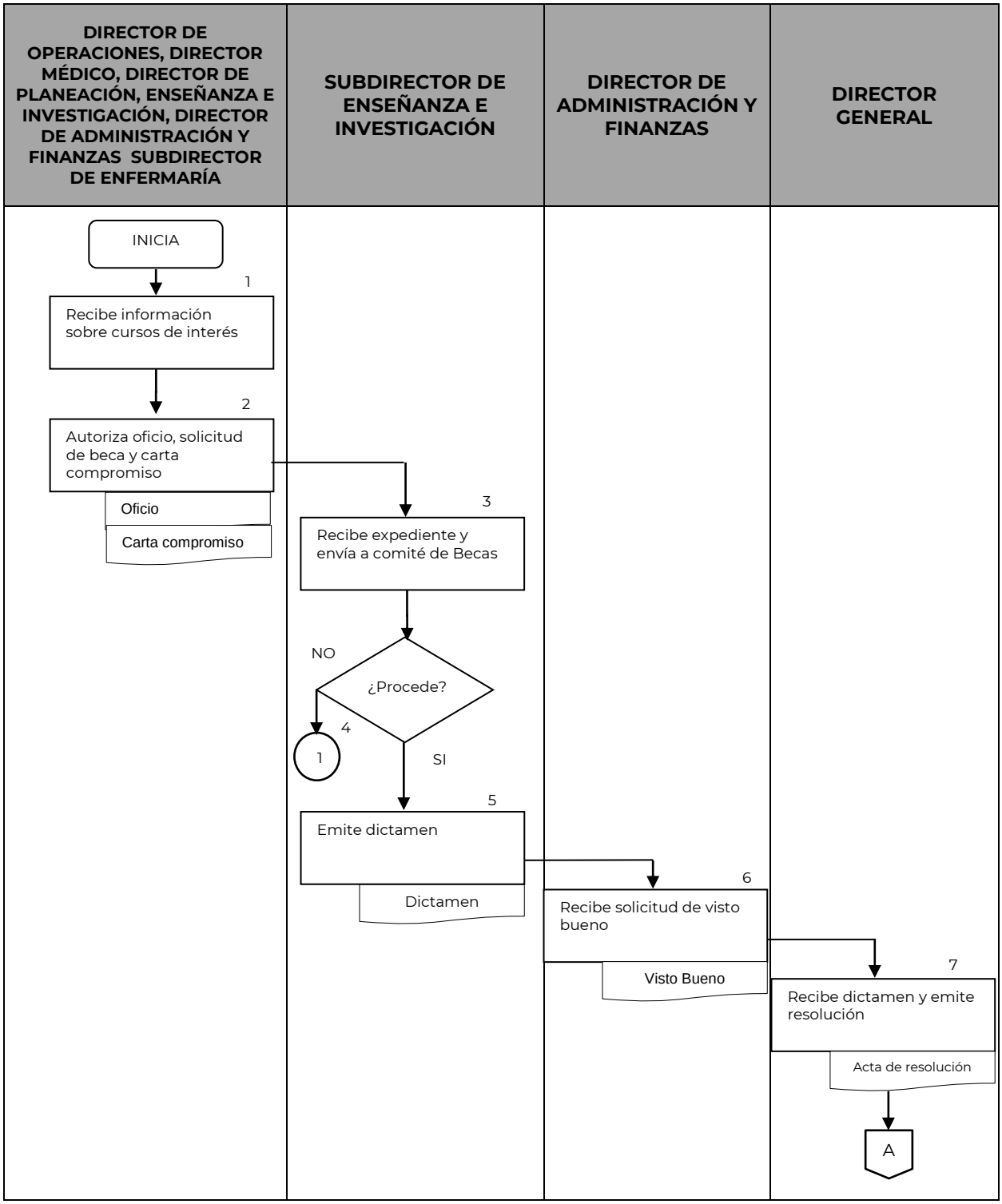
3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es responsable de recabar y analizar las necesidades de educación continua del personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

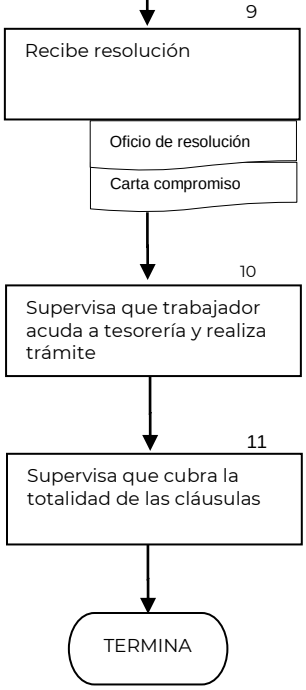
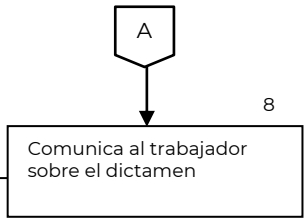
3.2 El solicitante deberá de respetar el periodo de la beca, si no será dispuesto a una sanción por parte del Comité de Becas y Dirección General.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones, Director Médico, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas Subdirector de Enfermaría	1 2	Recibe información de los cursos de interés por parte del personal a cargo. Autoriza oficio de no inconveniente para la ausencia del trabajador y se entrega con solicitud de Beca y carta de compromiso en área de enseñanza.	Solicitud. Carta Compromiso Oficio de no inconveniente
Subdirector de Enseñanza e Investigación	3 4 5	Recibe expediente del trabajador y envía a comité de Becas para analizar la petición Procede: No: Determina que no reúne los requisitos, Regresa a actividad 1 Si: Emite dictamen que pasa por escrito a la Dirección de Planeación, Enseñanza e investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Dirección General.	Expediente Dictamen.
Director de Administración y Finanzas	6	Recibe solicitud de visto bueno en caso de Beca de inscripción y/o completa.	Solicitud de Visto Bueno.
Director General	7	Recibe dictamen del comité y emite resolución.	Acta de Resolución.
Subdirector de Enseñanza e Investigación	8	Comunica a través del comité de Becas al trabajador sobre el dictamen.	
Director de Operaciones, Director Médico, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas Subdirector de Enfermaría	9 10 11	Recibe resolución a su solicitud y reafirma carta de compromiso. Supervisa que el personal beneficiario acuda a tesorería y realiza trámite de FUC, en caso de beca de inscripción y/o Completa. Supervisa que el trabajador cubra en su totalidad las Clausulas de la carta compromiso. **TERMINA**	Oficio de Resolución. Carta Compromiso

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SUBDIRECTOR DE ENFERMARÍA	SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	DIRECTOR GENERAL
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documento	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Gestión de Calidad.	MGC-DG-01
6.2 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal	No Aplica
6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
7.1 Solicitud	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	No Aplica
7.2 Carta Compromiso	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	# de Expediente
7.3 Dictamen	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de Oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Beca:** Una beca es un aporte periódico que se concede a aquellos estudiantes o investigadores con el fin de llevar a cabo sus estudios o investigaciones. Se realiza para aquellas personas que no puedan costear el valor del estudio o de la investigación, normalmente la beca lleva un patrocinio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización.	Descripción del Cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

52. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO.

1. PROPOSITO

Integrar el documento que defina las funciones de las Áreas del Hospital, para guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades, evitado la duplicidad de funciones, contribuyendo al óptimo aprovechamiento de los recursos y agilizando los servicios o trámites que se realicen que permitan cumplir los objetivos de la Institución en beneficio de los usuarios de la misma.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo, la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Enfermaría, Jefatura de Asuntos Jurídicos por todas las áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.

2.2 A Nivel Externo: el procedimiento aplica a la Dirección General Recursos Humanos y Organización (DGRHO) de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Planeación y Desarrollo a través del área de Organización y Métodos será la responsable de:

- Solicitar a los titulares de cada área (Dirección, Subdirección, Jefatura de Departamento y Encargados de Área) con una frecuencia de por lo menos una vez al año, la revisión del Manual de Organización con el propósito de efectuar las modificaciones que hubiera lugar, e indicarles que deberán hacer sus requerimientos para su debido control y seguimiento.

- Sugerir a los Titulares de las Áreas, las modificaciones y/o mejoras a sus Manuales de Organización, en base a la experiencia y capacitación en la elaboración de los mismos.

- Revisar la descripción de la información proporcionados por los Titulares de las Áreas, se elaboren en un lenguaje claro y entendible.

- Revisar que en la elaboración del Manual de Organización, exista plena congruencia con las funciones asignadas al área que se trate.

- Revisar que el Manual de Organización proyecte de forma sistemática y dinámica las funciones que se realizan así como se elaboré de conformidad con la Guía Técnica emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.

- Integrar en el Manual de Organización el Organigrama con la Estructura Orgánica vigente autorizada.

- Llevar un control del Manual de Organización con que se cuente, así como identificar los cambios realizados al mismo.

3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de supervisar la aplicación de lineamientos emitidos por la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) para la elaboración y difusión de los Manuales de Organización para las diversas áreas que integran el Hospital.

3.3 La Dirección General a través de las áreas que conforman el Hospital será responsable de

- Revisar que el contenido del Manual de Organización presente información actualizada, veraz, oportuna, clara y acorde a lo que se realiza.

- Solicitar las modificaciones al Manual de Organización posterior al análisis del mismo, con motivo de crecimiento y reubicación de áreas, compactación o ampliación de estructura, cambio de denominación, cambio de nivel jerárquico, modificaciones en atribuciones.

- Realizar la correcta descripción de sus funciones, con el lenguaje claro y entendible con el propósito de conformar los procedimientos de su área, de acuerdo a las funciones que desempeña.

- Revisar los proyectos de Manual de Organización que le sean presentados por el Área Técnica y aprobar los cambios al mismo.

- Difundir al personal de todas las áreas el Manual de Organización vigente a través de los medios que dispongan.

3.4 La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización será responsable de:

- Proporcionar a través de la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional asesoría técnica al personal del Hospital que elabora el Manual de Organización.

- Revisar que el Manual de Organización cumpla los requisitos establecidos en la Guía Técnica.

- Analizar y dictaminar el Manual de Organización a través de verificar la congruencia entre la estructura, funciones y actividades pertinentes para el desarrollo administrativo de la unidad.

3.5 El Comité de Mejora Regulatoria Interna será responsable de validar que el Manual de Organización sea claro contribuyendo a la certeza jurídica y a la reducción de cargas administrativas.

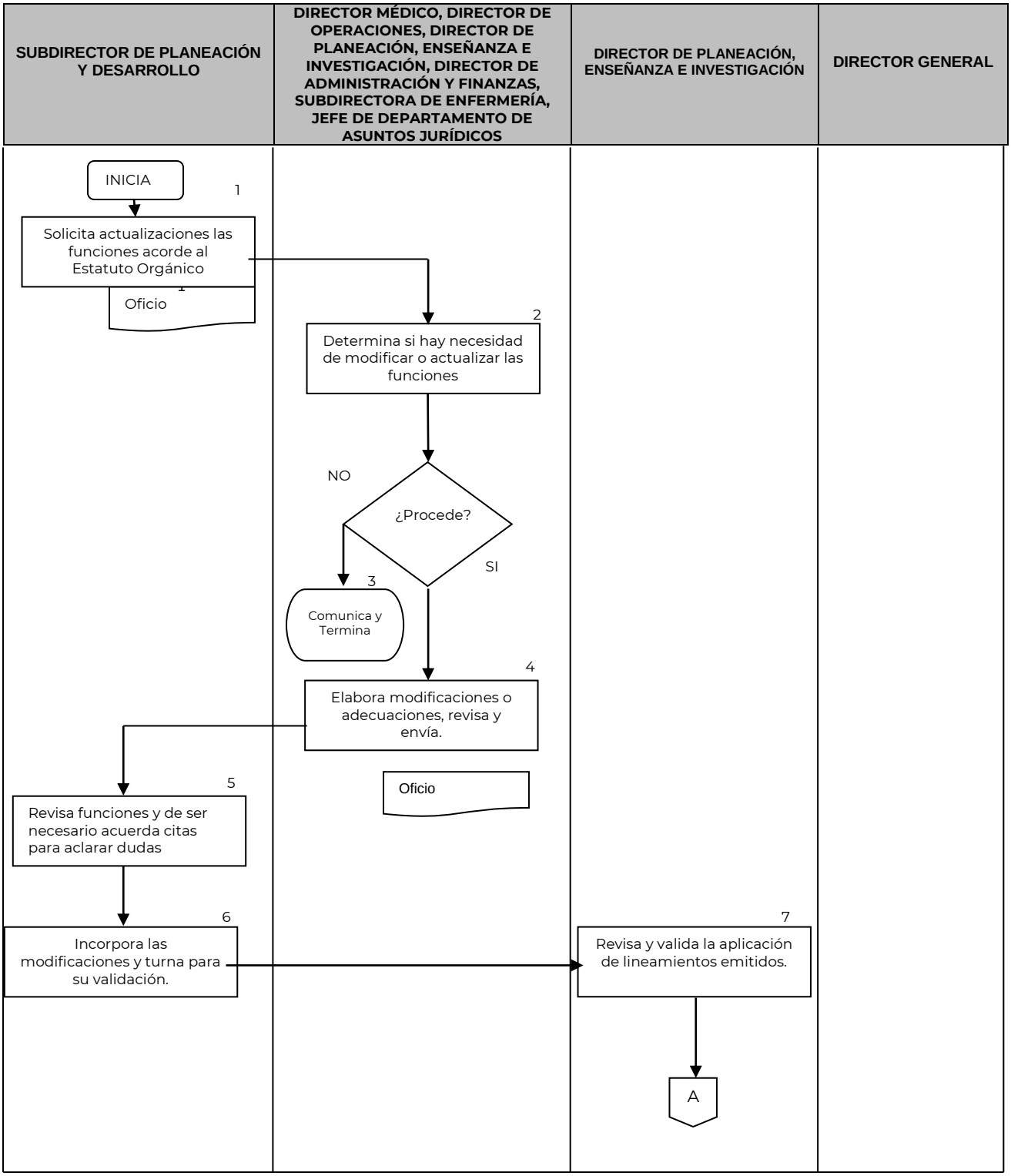
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

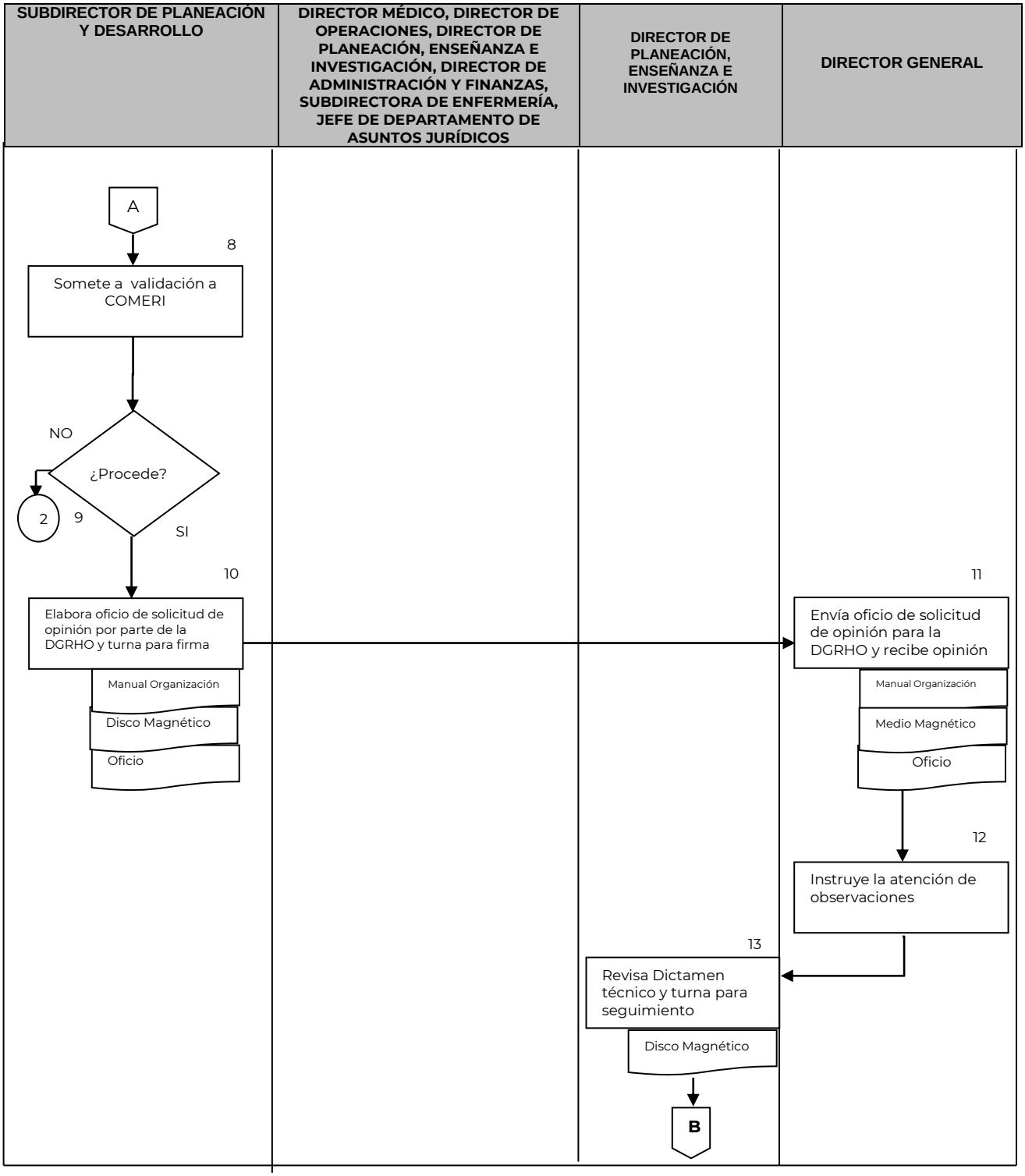
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Solicita mediante oficio a las Áreas, envíen sus funciones de acuerdo a los objetivos Institucionales y al Estatuto Orgánico.	Oficio
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas, Subdirectora de Enfermería, Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	2 3 4	Recibe oficio, revisa funciones y determina Procede: No: Informa que no se tienen modificaciones, Termina procedimiento. Si: Elabora oficio con las funciones, adecuaciones o modificaciones a las mismas, revisa y envía.	Oficio
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5 6	Recibe, revisa descripción de funciones de las áreas y de ser necesario coordina entrevista a fin de aclarar dudas. Incorpora las funciones acordadas, en el formato inicial del Manual de Organización y turna Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y COMERI para su validación.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	7	Revisa la aplicación de los lineamientos para la elaboración y actualización de los manuales, emitidos por las instancias correspondientes.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	8	Somete a validación el Manual en sesión de COMERI.	Oficio Archivo en medio magnético (CD) Manual de Organización en dos tantos.

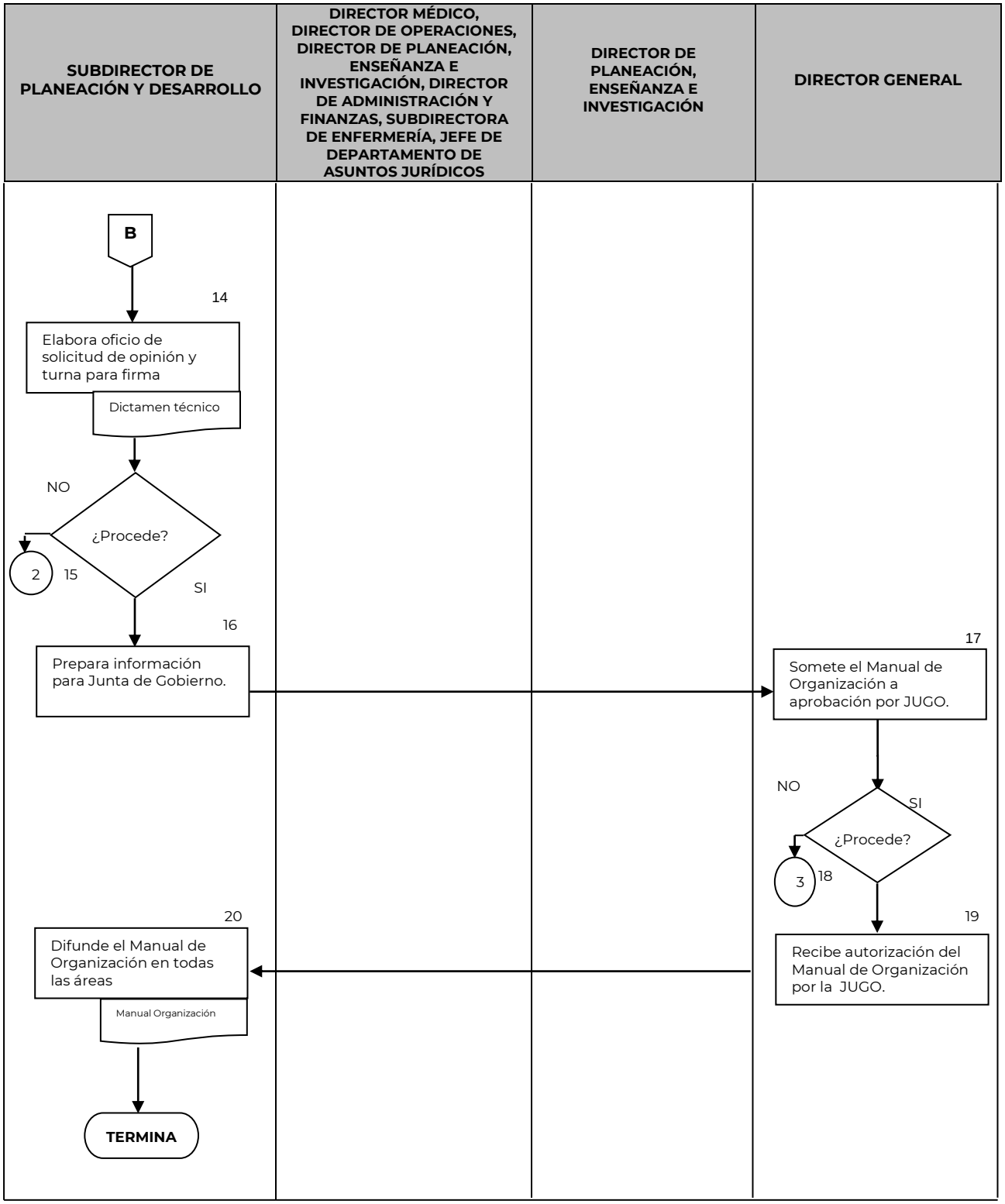
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Procede: No. Determina que no cumple con Lineamientos, y se envía para notificación o corrección a las áreas. Regresa a Actividad 2.	
	10	Sí. Válida y continua con el procedimiento. Elabora oficio de envío de Manual de Organización Especifico para su envío a la DGRHO, turna a Dirección General para firma	
Director General	11	Envía oficio de solicitud de opinión para la DGRHO y recibe opinión técnica	Oficio Archivo en medio magnético (CD) Manual de Organización en dos tantos
	12	Instruye a Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación la atención de observaciones.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	13	Revisa Dictamen Técnico para seguimiento	Dictamen Técnico
Subdirector de Planeación y Desarrollo	14	Analiza Dictamen Técnico para su atención Procede:	
	15	No. Revisa recomendaciones efectuados al mismo, regresa actividad 2.	Dictamen Técnico
	16	Sí. Prepara información para Director General a fin de solicitar autorización ante Junta de Gobierno	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	17	Somete el Manual de Organización Especifico del Hospital para aprobación en la Junta de Gobierno. Procede: No. Recibe recomendaciones efectuados al mismo, regresa actividad 2.	
	18		
	19	Sí. Transmite información para difusión y seguimiento.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	20	Recibe aprobación al Manual y difunde. **TERMINA**	Manual de Organización

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA, JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR GENERAL
A
8
Somete a validación a COMERI
NO
¿Procede?
2
9
SI
10
Elabora oficio de solicitud de opinión por parte de la DGRHO y turna para firma
Manual Organización
Disco Magnético
Oficio
11
Envía oficio de solicitud de opinión para la DGRHO y recibe opinión
Manual Organización
Medio Magnético
Oficio
12
Instruye la atención de observaciones
13
Revisa Dictamen técnico y turna para seguimiento
Disco Magnético
B


SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA, JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR GENERAL
B
14
Elabora oficio de solicitud de opinión y turna para firma
Dictamen técnico
NO
¿Procede?
2
15
SI
16
Prepara información para Junta de Gobierno.
17
Somete el Manual de Organización a aprobación por JUGO.
NO
SI
¿Procede?
3
18
19
Recibe autorización del Manual de Organización por la JUGO.
20
Difunde el Manual de Organización en todas las áreas
Manual Organización
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica

7. **REGISTROS**

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Oficios y Memorándum de Manual de Organización	2 años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Función:** conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de una institución de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o unidad administrativa; se definen a partir de las disposiciones jurídico-administrativas.

8.2 **Manual:** documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.

8.3 **Manual de Organización en Específico:** describe las funciones de cada unidad de mando que integra la estructura orgánica del Hospital así como sus objetivos.

8.4 **Organigrama: :** representación gráfica de la estructura orgánica que debe reflejar en forma esquemática, la posición de las unidades administrativas que la componen y sus respectivas relaciones, niveles jerárquicos, canales, formas de comunicación, líneas de autoridad, etc.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

53. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS.

1. PROPÓSITO

Integrar los documentos que definan las actividades necesarias y específicas que se lleven a cabo en las distintas áreas del Hospital para guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de sus actividades, evitando la duplicidad de esfuerzos, contribuyendo al óptimo aprovechamiento de los recursos y agilizando los servicios o trámites que se realizan que permitan cumplir los objetivos de la Institución en beneficio de los usuarios de la misma.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, a la Subdirección de Planeación y Desarrollo y Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanza, Subdirección de Enfermería, Jefatura de Asuntos Jurídicos .

2.2 A Nivel Externo: el presente procedimiento aplica a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Planeación y Desarrollo será la responsable de:

- Solicitar a los Titulares de las Áreas (Dirección, Subdirección, Jefaturas de Departamento, etc.) con una frecuencia de al menos una vez al año, la revisión de sus Manuales de Procedimientos con el propósito de efectuar las modificaciones que hubiere lugar.

- Sugerir a los Titulares de las Áreas, las modificaciones y/o mejoras a los Manuales de Procedimientos, en base a la experiencia en la elaboración de los mismos.

- Revisar que la descripción de los procedimientos proporcionados por los Titulares de las Áreas, se elaboren en un lenguaje claro y entendible.

- Revisar que en la elaboración de los Manuales de Procedimientos exista plena congruencia entre éstos y las funciones asignadas a las áreas de que se trate.

- Revisar que los Manuales de Procedimientos proyecten de forma sistemática y dinámica las actividades y secuencia que se desarrollan; lo anterior deberá reflejar de forma lógica las actividades que integran el proceso.

- Verificar que los Manuales de Procedimientos sean elaborados de conformidad con la Guía Técnica emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.

- Integrar en los Manuales de Procedimientos los formatos anexos vigentes proporcionados por los Titulares de las Áreas.

- Llevar un control de los Manuales de Procedimientos con que se cuenta, así como identificar los cambios realizados a los mismos.

3.2 La Dirección General a través de las áreas que conforman el Hospital, será responsable de:

Establecer en las áreas los mecanismos internos de control para asegurar que su personal lea, conozca y maneje sus Manuales de Procedimientos vigentes.

3.3 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será responsable de:

Supervisar la aplicación de lineamientos emitidos por la Secretaria de Salud para la elaboración y difusión de los Manuales de Procedimientos para las diversas áreas que integran el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, así como supervisar su actualización y validación ante las autoridades correspondientes.

3.3 El Comité de Mejora Regulatoria Interna será responsable de:

- Revisar y analizar que el contenido de los Manuales de Procedimientos se presenten con información actualizada, veraz, oportuna, clara y acorde a lo que realizan, con el propósito de determinar las modificaciones correspondientes.

- Solicitar las modificaciones a los manuales de procedimientos, posterior al análisis de los mismos, con motivo de:

- Actualización, de acuerdo a la normatividad vigente y que amerite una modificación a los mismos.

- Actualización, derivado de la mejora continua como consecuencia de la mejora de la gestión o de las mejores prácticas.

- Actualización derivado de sugerencias y/o recomendaciones u observaciones de las instancias correspondientes.

- Revisar los proyectos de Manuales de Procedimientos que le sean presentados por el Área Técnica y aprobar los cambios a los mismos.

3.4 La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización será responsable de:

- Proporcionar a través de la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional asesoría técnica al personal del Hospital que elabora los manuales de Procedimientos.

- Revisar que los Manuales de Procedimientos cumplan los requisitos establecidos en la Guía Técnica.

- Analizar y dictaminar los Manuales de Procedimientos a través de verificar la congruencia entre la estructura, funciones y actividades pertinentes para el desarrollo administrativo de la Unidad.

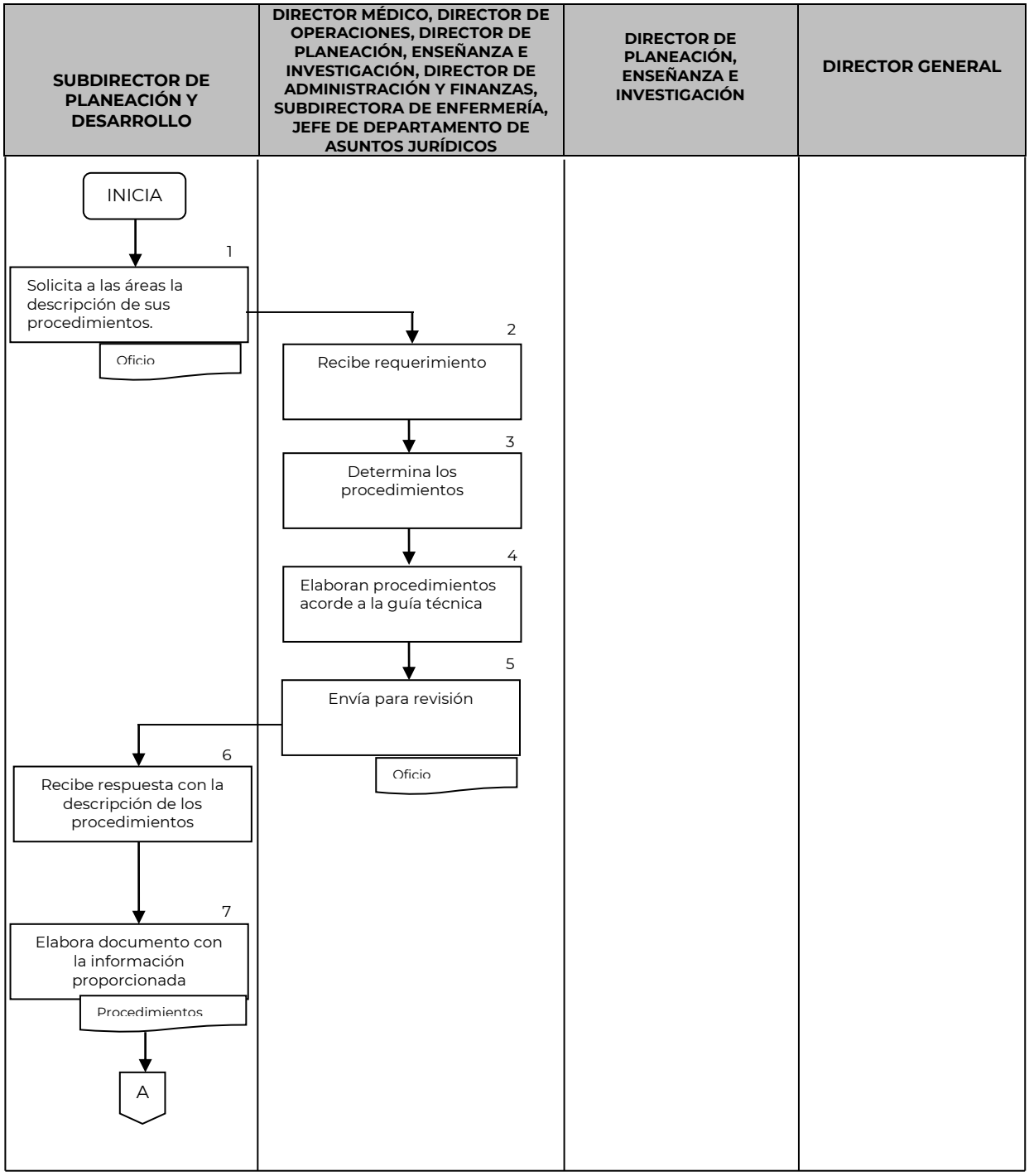
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

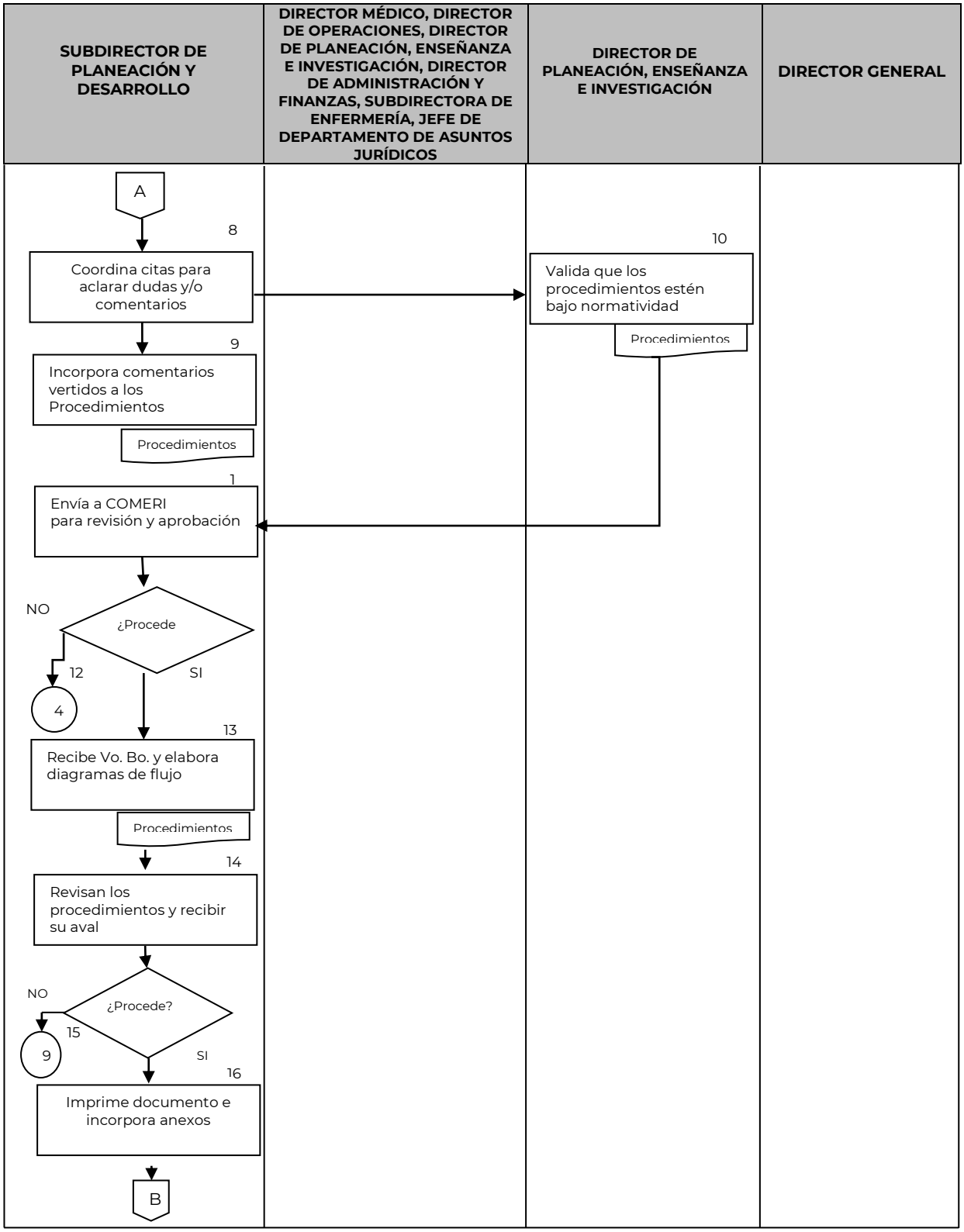
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Solicita vía oficio a las áreas, la descripción de sus procedimientos.	Oficio
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas, Subdirectora de Enfermería, Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	2 3 4 5	Reciben requerimiento, Determinan los procedimientos, Elaboran los procedimientos en los formatos de la Guía Técnica y Envía a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para su revisión.	Oficio
Subdirector de Planeación y Desarrollo	6 7 8 9	Recibe respuesta de las áreas con la descripción de sus procedimientos y Elabora documento con la información proporcionada Coordina citas con las áreas correspondientes, para aclarar dudas en la descripción de sus actividades. Incorpora comentarios vertidos a los procedimientos.	Procedimientos Procedimientos
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	10	Valida que los procedimientos sean elaborados bajo normatividad emitida por las instancias correspondientes.	Procedimientos
Subdirector de Planeación y Desarrollo	11	Envía procedimientos a Comité de Mejora Regulatoria quien revisa y determina.	

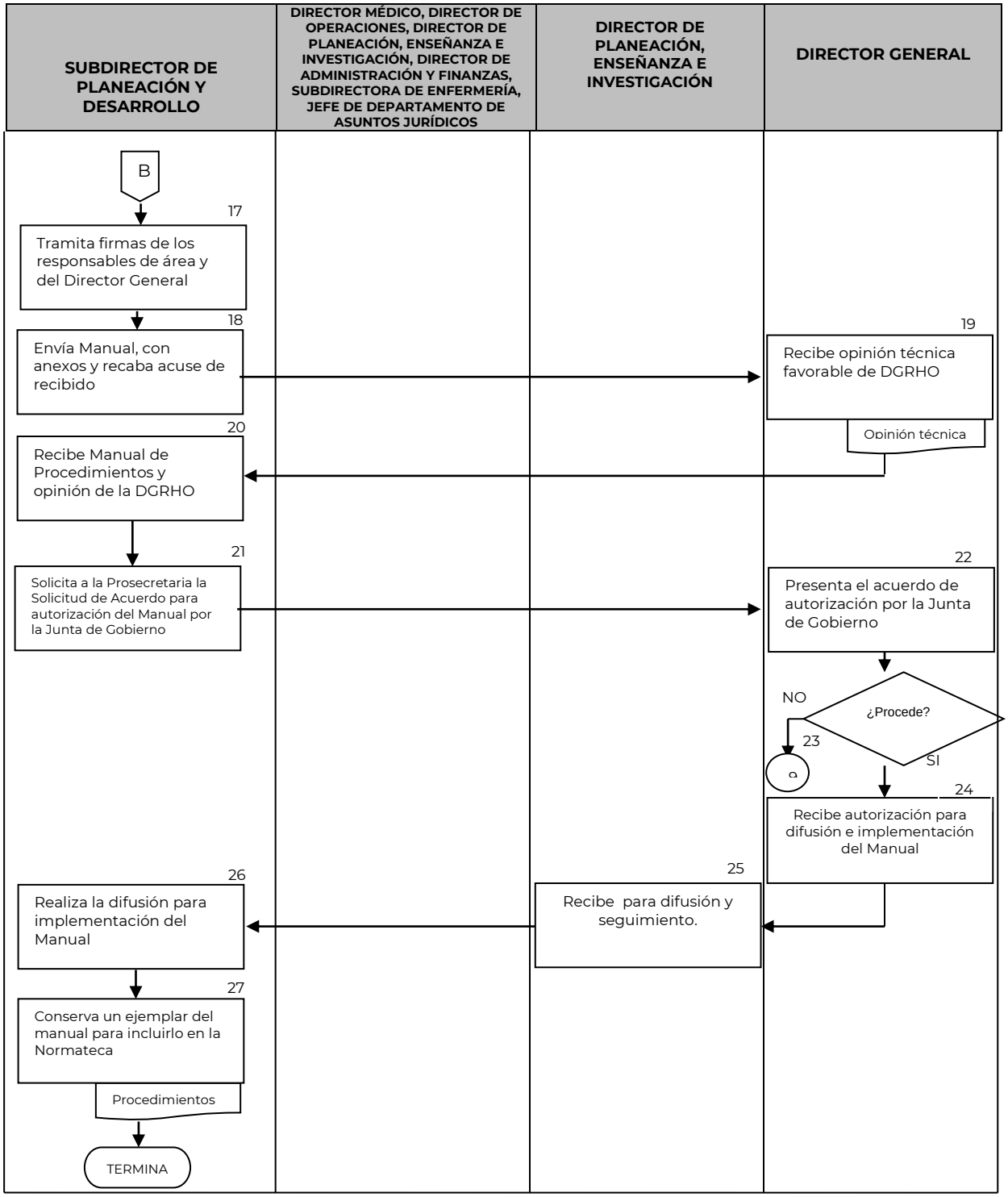
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo		¿Procede?:	
	12	NO: Emite comentarios realizados por el COMERI Regresa a actividad 4.	
	13	SI.: Recibe Vo.Bo del COMERI y elabora diagramas de flujo e Imprime documento definitivo.	
	14	Acude a DGRHO para revisar los procedimientos y recibir su aval.	
		¿Procede?	
	15	NO: Recibe comentarios y regresa a la actividad 9	
	16	SI: Imprime manual e incorpora anexos y tramita firmas de las áreas responsables y del Director General.	Manual de Procedimientos
	17	Elabora oficio para el envío del Manual de Procedimientos General para opinión técnica de la DGRHO	
	18	Recaba firma de Dirección General y envía el Manual de Procedimientos mediante oficio a la DGRHO, adjunta archivos en CD y recaba acuse de recibo.	-Oficio

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	19	Recibe de la DGRHO la opinión técnica al Manual de Procedimientos General así como a un ejemplar del mismo y entrega a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para su seguimiento.	Opinión técnica
Subdirector de Planeación y Desarrollo	20 21	Recibe el Manual de Procedimientos. Solicita a la Prosecretaria la inclusión de solicitud de acuerdo para autorización del Manual en la Sesión de la Junta de Gobierno.	
Director General	22 23 24	Presenta el Acuerdo de autorización del Manual a la Junta de Gobierno. ¿Procede? NO: Recibe observaciones, regresa actividad 9 SI: Recibe autorización de la Junta de Gobierno para difundir e implementar el Manual de Procedimientos.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	25	Recibe autorización y documento para su difusión.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	26 27	Realiza difusión del Manual en todas las áreas del Hospital y Conserva un ejemplar del Manual de Procedimientos General para incluirlo en la Normateca y archiva oficio de la DGRHO **TERMINA**	Manual de Procedimientos

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA, JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR GENERAL
A
8
Coordina citas para aclarar dudas y/o comentarios
10
Valida que los procedimientos estén bajo normatividad
Procedimientos
9
Incorpora comentarios vertidos a los Procedimientos
Procedimientos
1
Envía a COMERI para revisión y aprobación
NO
¿Procede
12
SI
4
13
Recibe Vo. Bo. y elabora diagramas de flujo
Procedimientos
14
Revisan los procedimientos y recibir su aval
NO
¿Procede?
15
9
SI
16
Imprime documento e incorpora anexos
B


SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA, JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR GENERAL
B
17
Tramita firmas de los responsables de área y del Director General
18
Envía Manual, con anexos y recaba acuse de recibido
19
Recibe opinión técnica favorable de DGRHO
Opinión técnica
20
Recibe Manual de Procedimientos y opinión de la DGRHO
21
Solicita a la Prosecretaria la Solicitud de Acuerdo para autorización del Manual por la Junta de Gobierno
22
Presenta el acuerdo de autorización por la Junta de Gobierno
¿Procede?
NO
23
SI
24
Recibe autorización para difusión e implementación del Manual
25
Recibe para difusión y seguimiento.
26
Realiza la difusión para implementación del Manual
27
Conserva un ejemplar del manual para incluirlo en la Normateca
Procedimientos
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Oficios y Memorándum de Manual de Procedimientos General	2 años	Subdirección de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.2 Oficios y Memorándum de Manual de Procedimientos Específicos	2 años	Subdirección de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Función: conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de una institución de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o unidad administrativa; se definen a partir de las disposiciones jurídico-administrativas.

8.2 Manual: documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.

8.3 Procedimiento: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad de tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

8.4 Organigrama: representación gráfica de la estructura orgánica que debe reflejar en forma esquemática, la posición de las unidades administrativas que la componen y

sus respectivas relaciones, niveles jerárquicos, canales, formas de comunicación, líneas de autoridad, etc.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

54. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION DE INDICADORES PARA LA MEJORA CONTINUA.

1. PROPÓSITO

Establecer instrumentos de medición (indicadores) y promover la evaluación periódica que permitan la toma de decisiones en la mejora de la atención médica y la operación permanente del Hospital Regional de Alta Especialidad en beneficio de la población atendida.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación así como a Dirección General, las Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Planeación y Desarrollo y a la Subdirección de Enfermería.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales Regionales

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación conducir la realización de acciones para mejorar los resultados obtenidos en la medición de indicadores del Hospital Regional de Alta Especialidad.

3.2 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, emitir y proporcionar los indicadores de gestión, impacto y resultado para su aplicación y evaluación en el Hospital Regional de Alta Especialidad.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección General, mediante la participación de las Direcciones Médica, de Operaciones, de Administración y Finanzas así como de la Subdirección de Enfermería, coordinar la medición de indicadores dentro de sus áreas correspondientes e implementar acciones de mejora en la atención a los usuarios del Hospital Regional de Alta Especialidad.

3.4 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación informará a la Dirección General del Hospital Regional de Alta Especialidad, las medidas y acciones tomadas para la mejora en la atención y operación del Hospital Regional de Alta Especialidad.

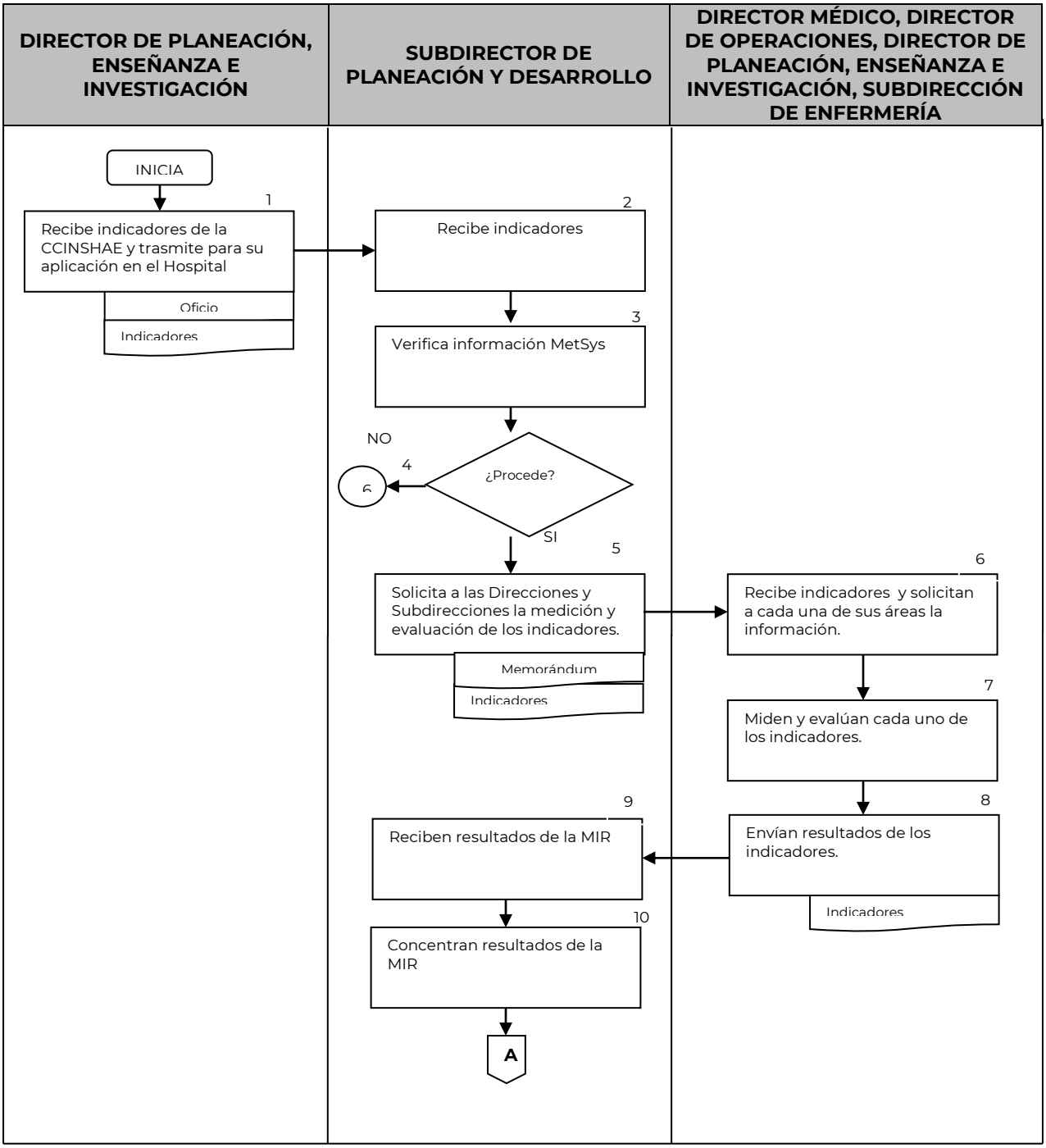
3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación coordinar las mediciones de indicadores de forma periódica para la toma de decisiones.

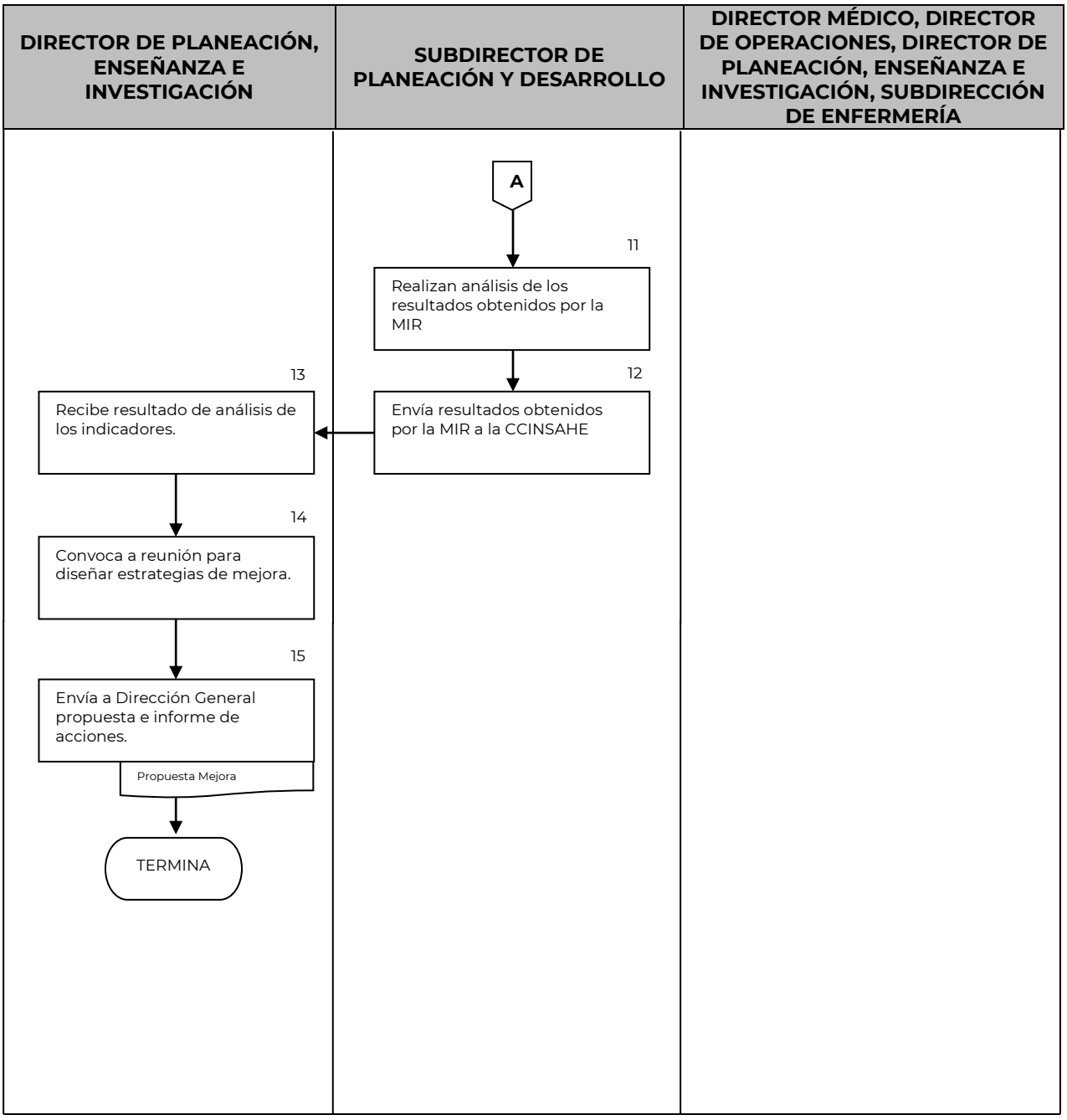
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Recibe indicadores de la CCINSHAE y transmite listado de indicadores de productividad, desempeño y gestión para su aplicación en el Hospital Regional de Alta Especialidad	Oficio Indicadores
Subdirector de Planeación y Desarrollo	2 3 4 5	Recibe los indicadores. Verifica que indicadores pueden ser alimentados con información del MedSys ¿El sistema contiene toda la información? No: Determina que la información está incompleta, Regresa actividad 3 SI: Solicita a las Direcciones y Subdirecciones de área, la medición y evaluación de los mismos de manera trimestral. Regresa actividad 4.	Memorándum Indicadores
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e investigación, Subdirección de Enfermería	6 7 8	Reciben indicadores y solicitan a cada una de sus áreas dependientes la medición y evaluación de los indicadores. Miden y evalúan los indicadores. Envían resultados a la Subdirección de Planeación y Desarrollo.	Indicadores
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9 10 11 12	Recibe indicadores. Elabora concentrado de la matriz de indicadores, con los datos correspondientes. Realiza análisis de los resultados y son enviados a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación. Envía los resultados de los indicadores a la CCINSAHE y a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.	Resultado y análisis de los Indicadores

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	13	Recibe resultado y análisis de indicadores.	Propuestas de mejora de indicadores Propuesta de mejora y de acciones a emprender
	14	Convoca a reunión para diseñar estrategias de mejora de indicadores	
	15	Envía a la Dirección General informe de acciones emprendidas.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
A
11
Realizan análisis de los resultados obtenidos por la MIR
12
Envía resultados obtenidos por la MIR a la CCINSAHE
13
Recibe resultado de análisis de los indicadores.
14
Convoca a reunión para diseñar estrategias de mejora.
15
Envía a Dirección General propuesta e informe de acciones.
Propuesta Mejora
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No Aplica
6.3 Matriz Indicadores que emite la CCINSHAE	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación única
7.1 Oficios y Memorándum	2 años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8. 1 Indicadores: Es un instrumento de medición, de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de parámetros o atributos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

55. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para la elaboración y actualización del tabulador de cuotas de recuperación acorde al a cartera de Servicios, la cual deberá realizar sede acuerdo a las necesidades de la población y en base a la normatividad establecida a fin de incorporar los nuevos servicios e implementar el cobro de los mismos de tal manera que permita contar con costos actualizados y brindar atención a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección Médica, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y a la Subdirección de Planeación y Desarrollo del Hospital.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a la Secretaria de Hacienda y Crédito Público.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Médica, será responsable de establecer los lineamientos para la realización y actualización de la cartera de servicios.

3.2 La Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Servicios Clínicos y de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento serán responsables de recopilar e integrar la información para la elaboración de la cartera de servicios.

3.3 La Subdirección de Servicios Quirúrgicos a través de los médicos quirúrgicos, será responsable de actualizar la cartera de Servicios Quirúrgicos vigente, la cual se realizará anualmente.

3.4 La Subdirección de Servicios Clínicos a través de los médicos clínicos, será responsable de actualizar la cartera de Servicios Clínicos vigente, la cual se realizará anualmente.

3.5 La cartera de servicios se actualizará de acuerdo a la integración de nuevas especialidades Clínicas y Quirúrgicas al Hospital.

3.6 La Dirección Médica, aprobará la cartera de Servicios para su difusión a nivel interno y externo.

3.7 La Subdirección de Planeación y Desarrollo, tramitará, ante la SHCP, la autorización de los nuevos servicios.

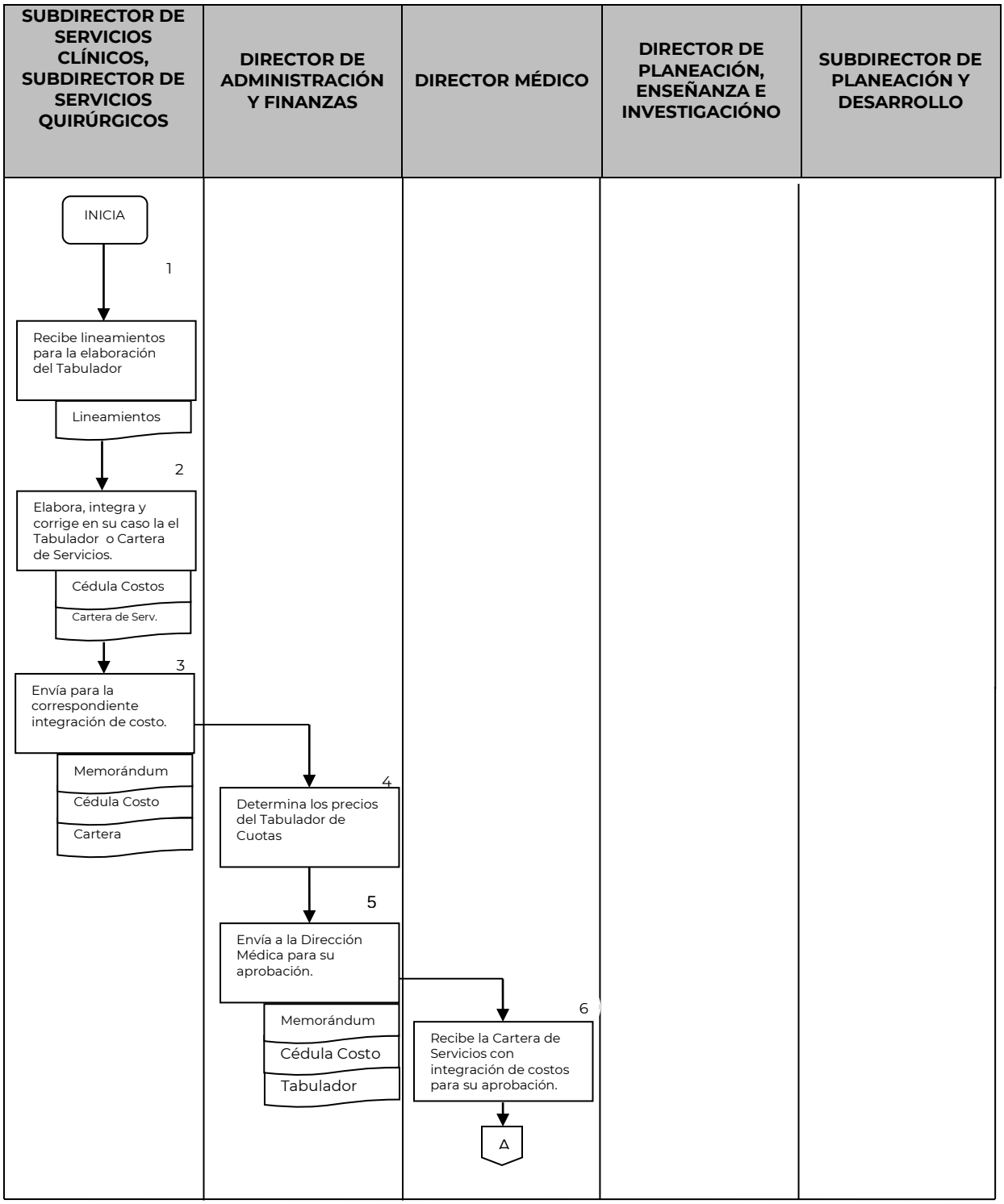
3.8 La Dirección de Administración y Finanzas, implementará el cobro de los nuevos servicios en el tabulador de cuotas de recuperación.

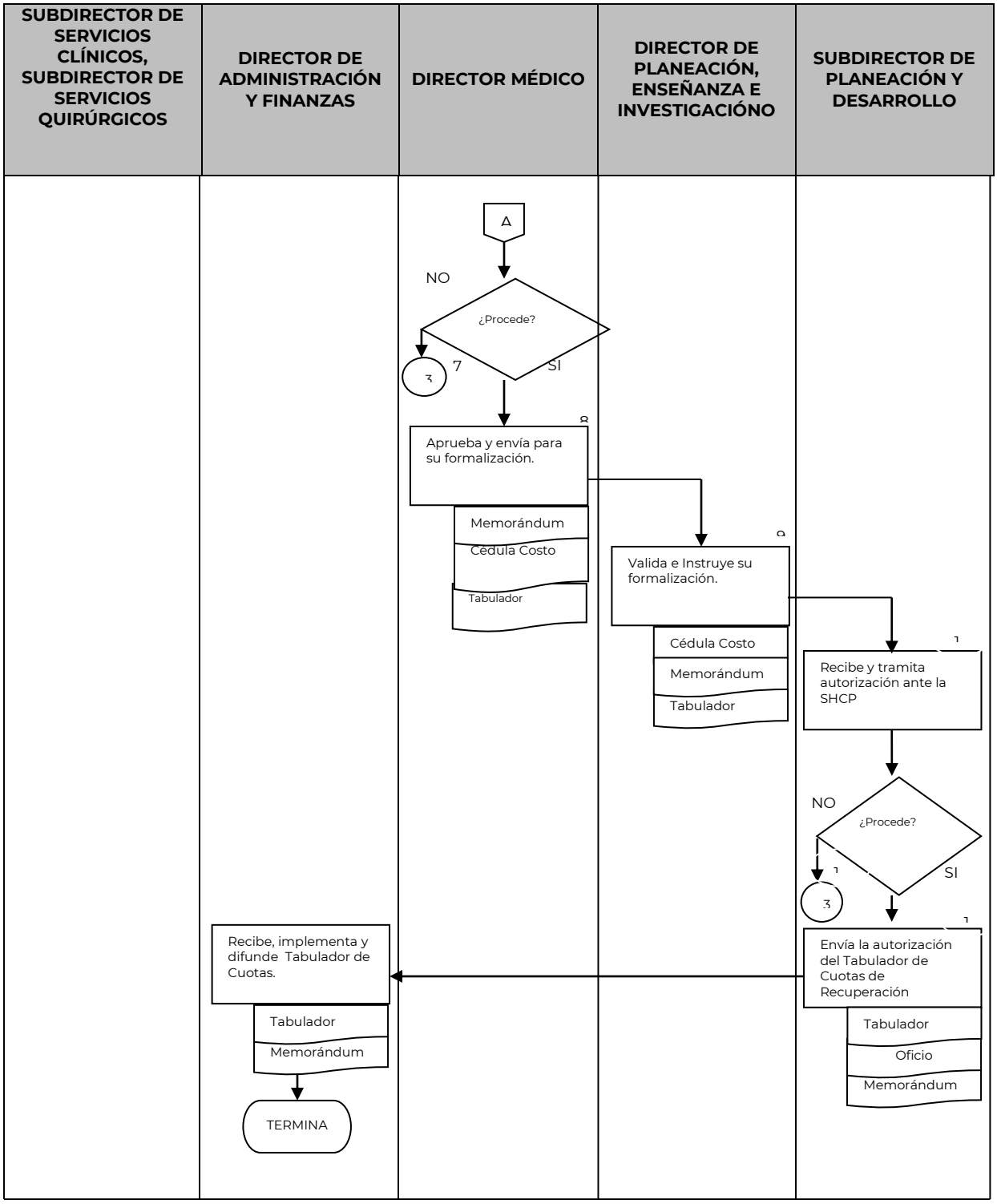
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector Servicios Quirúrgicos y Subdirector de Servicios Clínicos	1 2 3	Recibe lineamientos de la Dirección Médica y turna a los médicos para la realización y actualización del tabulador de cuotas Elaboran en conjunto con el personal operativo (Médicos adscrito), integra Y corrige tabulador. Envía a la Dirección de Administración y Finanzas las cedulas de integración del Costo.	Memorándum. Lineamientos. Memorándum. Cedula de Integración del Costo Cartera de servicios.
Director de Administración y Finanzas.	4 5	Determina los precios para el tabulador de cuotas de recuperación. Envía a la Dirección Médica para su aprobación.	Memorándum. Cedula de Costos Cartera de servicios.
Director Médico	6 7 8	Recibe para aprobación el tabulador. Procede: NO: Analizar la información presentada y determina que no está completa. Regresa a la actividad 3 SI: Aprueba y envía para que la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación realice el trámite de aprobación ante la SHCP.	Memorándum. Cedula de Integración del Costo Cartera de servicios.
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Valida e Instruye su formalización	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	10	Recibe y tramita la autorización de la actualización de tabulador de cuotas de recuperación.	Oficio. Tabulador. Memorándum.

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	11 12	Procede: NO: Revisa observaciones y tramita su corrección. Regresa a la actividad 3 SI: Envía a las direcciones Médica y de Administración y Finanzas para su implementación y difusión a nivel interno y externo	
Director de Administración y Finanzas	13	Recibe, implementa y difunde Tabulador de Cuotas de Recuperación. **TERMINA**	Memorándum. Tabulador de Cuotas de Recuperación.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE SERVICIOS CLÍNICOS, SUBDIRECTOR DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECTOR MÉDICO
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓNO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
A
NO
¿Procede?
SI
Aprueba y envía para su formalización.
Memorándum
Cédula Costo
Tabulador
Valida e Instruye su formalización.
Cédula Costo
Memorándum
Tabulador
Recibe y tramita autorización ante la SHCP
NO
¿Procede?
SI
Envía la autorización del Tabulador de Cuotas de Recuperación
Tabulador
Oficio
Memorándum
Recibe, implementa y difunde Tabulador de Cuotas.
Tabulador
Memorándum
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código(cuando aplique)
6.1 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 14 de Diciembre de 2009.	No Aplica
6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación
7.1 Memorando de recepción de normatividad	5 Años	Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos	Número de Memorándum
7.2 Acuse de recepción de cartera de servicios.	5 Años	Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos	Número de acuse

8. GLOSARIODEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cartera de servicios: Documento que integra cada una de las patologías, los servicios médicos, diagnósticos y tratamientos que se ofertan en el Hospital de Especialidades.

8.2 Normatividad para la elaboración de la cartera de servicios: Documento que contiene los lineamientos para la realización y actualización, de los servicios quirúrgicos que oferta el Hospital de Especialidades.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

56. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL.

1. PROPOSITO

Establecer estrategias para lograr la certificación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", y con ello otorgar atención médica de tercer nivel con procesos estandarizados a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo y la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas y Subdirección de Enfermería por todas las áreas del hospital que serán evaluadas.

2.2 A Nivel Externo: Este procedimiento es aplicable al Consejo de Salubridad General.

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Planeación y Desarrollo coadyuvara en la certificación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", el cual está sustentada bajo los criterios que establece el Consejo de Salubridad General.

3.2 Las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", serán responsables de desarrollar sus actividades en función de los estándares determinados por el Consejo de Salubridad General.

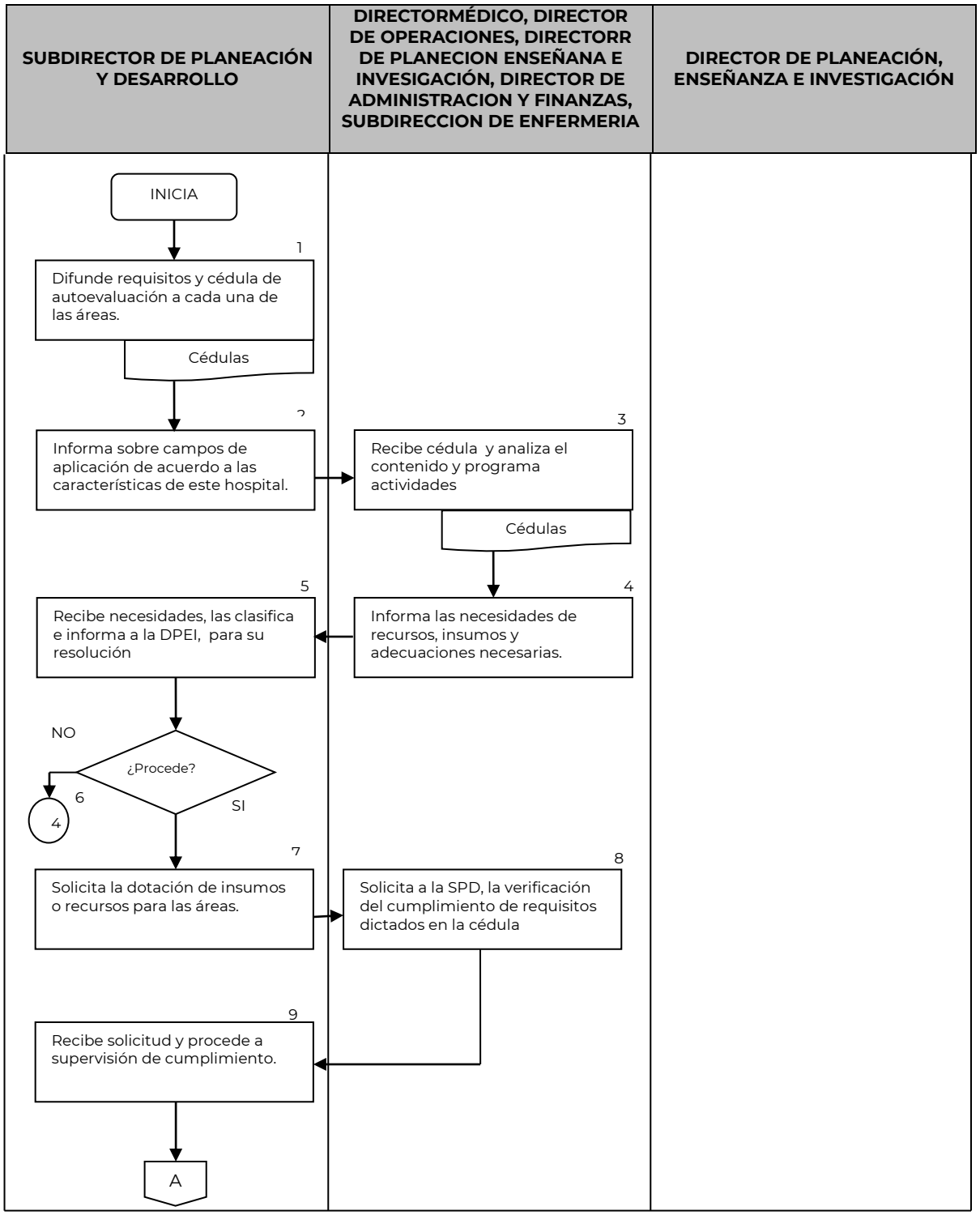
3.3 La Subdirección de Planeación y Desarrollo será responsable de dar a conocer y aplicará la Cedula de Autoevaluación a cada una de las áreas del hospital.

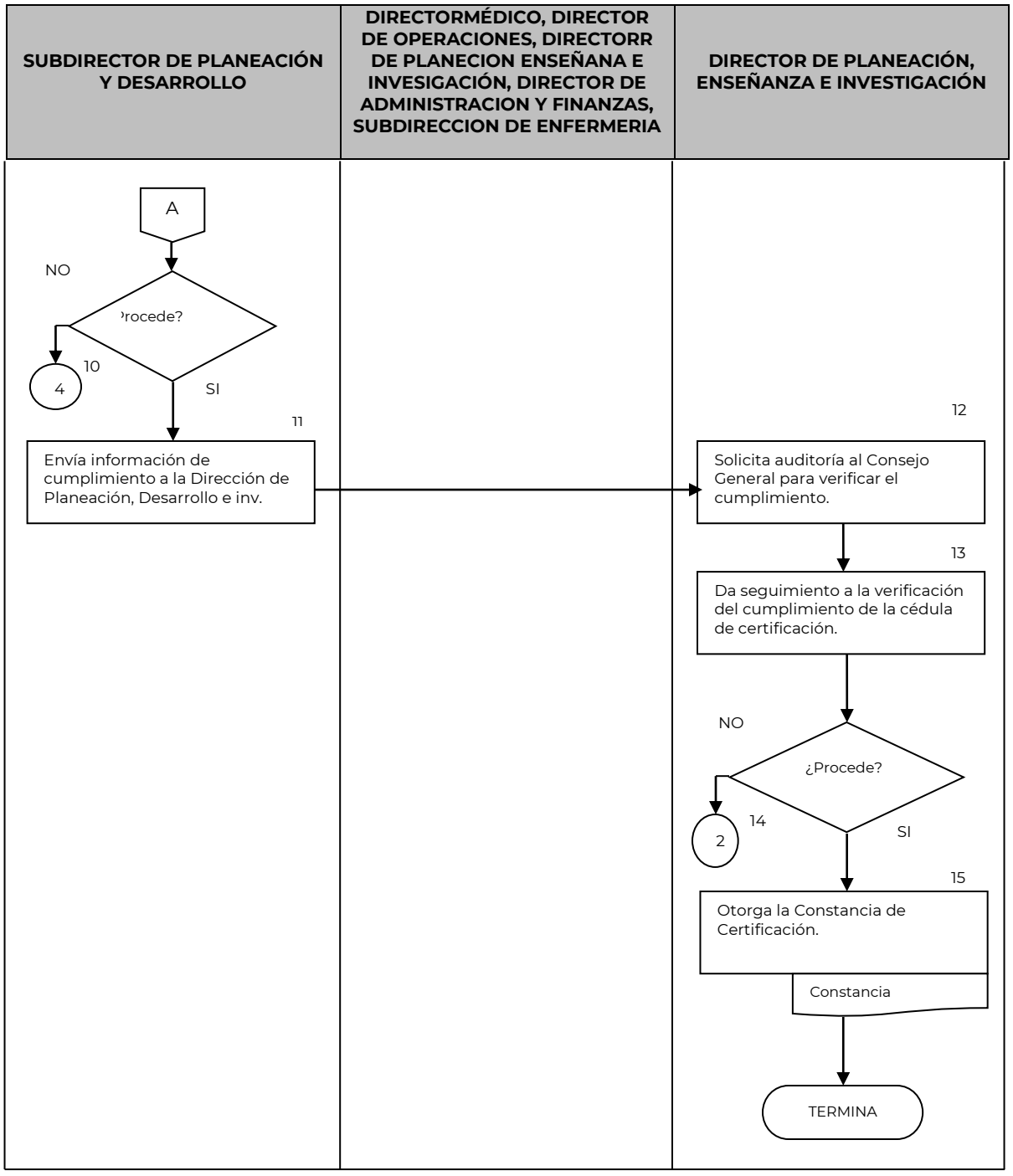
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Difunde a través del área de calidad, requisitos y cédula de auto evaluación a cada una de las áreas	Cédula de autoevaluación
	2	Informa sobre campos de aplicación y los exentos de acuerdo a las características de este hospital	
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e investigación, Director de Administración y Finanzas, Subdirector de Enfermería	3	Recibe cédula de autoevaluación y analiza el contenido y programa actividades	Cédula de autoevaluación
	4	Informa a la Subdirección de Planeación y Desarrollo las necesidades de recursos, insumos, bienes faltantes y/o adecuaciones necesarias	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5	Recibe necesidades, las clasifica e informa a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación para su resolución. ¿Procede?	
	6	No: Determina que la clasificación no es correcta, Regresa a actividad 4	
	7	Si: Solicita la supervisión	
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e investigación, Director de Administración y Finanzas, Subdirector de Enfermería	8	Solicita a la Subdirección de Planeación y Desarrollo la verificación del cumplimiento de requisitos dictados en la cédula	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Recibe solicitud y procede a supervisión de cumplimiento ¿Procede?	
	10	No: Determina que la clasificación no es correcta, Regresa a actividad 4	
	11	Si: Envía información de cumplimiento a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	12	Solicita auditoria federal para verificar el cumplimiento	Constancia de Certificación
	13	Da seguimiento a la verificación del cumplimiento del porcentaje mínimo de la cédula para certificación por parte del Consejo de Salubridad General ¿Procede?	
	14	No: Determina que los campos de aplicación no fueron correctos, Regresa a actividad 2 para su corrección	
	15	Si: Otorga la constancia de certificación **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTORMÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTORR DE PLANECION ENSEÑANA E INVESIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACION Y FINANZAS, SUBDIRECCION DE ENFERMERIA
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
A
NO
rocede?
10
4
SI
11
Envía información de cumplimiento a la Dirección de Planeación, Desarrollo e inv.
12
Solicita auditoría al Consejo General para verificar el cumplimiento.
13
Da seguimiento a la verificación del cumplimiento de la cédula de certificación.
NO
¿Procede?
14
2
SI
15
Otorga la Constancia de Certificación.
Constancia
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2009.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Constancia de Certificación	5 años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Certificación.- Resultado de un proceso por el que se verifica y documenta el cumplimiento de requisitos de calidad previamente establecidos. Puede referirse a procesos o personas.

8.2 Estrategia.- Es la dirección y el alcance de una organización a largo plazo, y permite conseguir ventajas para la organización a través de su configuración de recursos en un entorno cambiante, para hacer frente a las necesidades de los mercados y satisfacer las expectativas de los grupos de interés.

8.3 Supervisión.- Es la función encargada de vigilar el trabajo realizado por los miembros de un equipo, con el propósito de que se cumplan los objetivos y metas programadas con sujeción a las disposiciones legales y normatividad vigente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

57. PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DE PROYECTOS, PLANES Y PROGRAMAS DE TRABAJO

1. PROPOSITO

Aplicar los lineamientos y criterios para la elaboración de proyectos, planes y programas de trabajo a todas las áreas del hospital en cumplimiento a las disposiciones de las autoridades federales a fin de contar con documentos con las metas, procesos y tareas que se deben de realizar para alcanzar los objetivos institucionales que permitan atender a la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo y a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Enfermaría y Jefatura de Asuntos Jurídicos por todas las áreas de estructura del Hospital.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a las Instancias Fiscalizadoras, entre ellas la Junta de Gobierno del Hospital.

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.- Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo:

- Supervisar que la elaboración de proyectos, planes y programas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, esté sujeta a la normatividad vigente de las diferentes dependencias federales solicitantes.
- Proponer que la elaboración de los proyectos, planes y programas de trabajo se desarrollen en base a la calendarización realizada a nivel federal.
- Reunir los proyectos, planes y programas de trabajo de las diferentes áreas.
- Reportar a nivel federal la información de su competencia.

3.2.- Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación:

- Validar los proyectos, planes y programas de trabajo de las diferentes áreas.

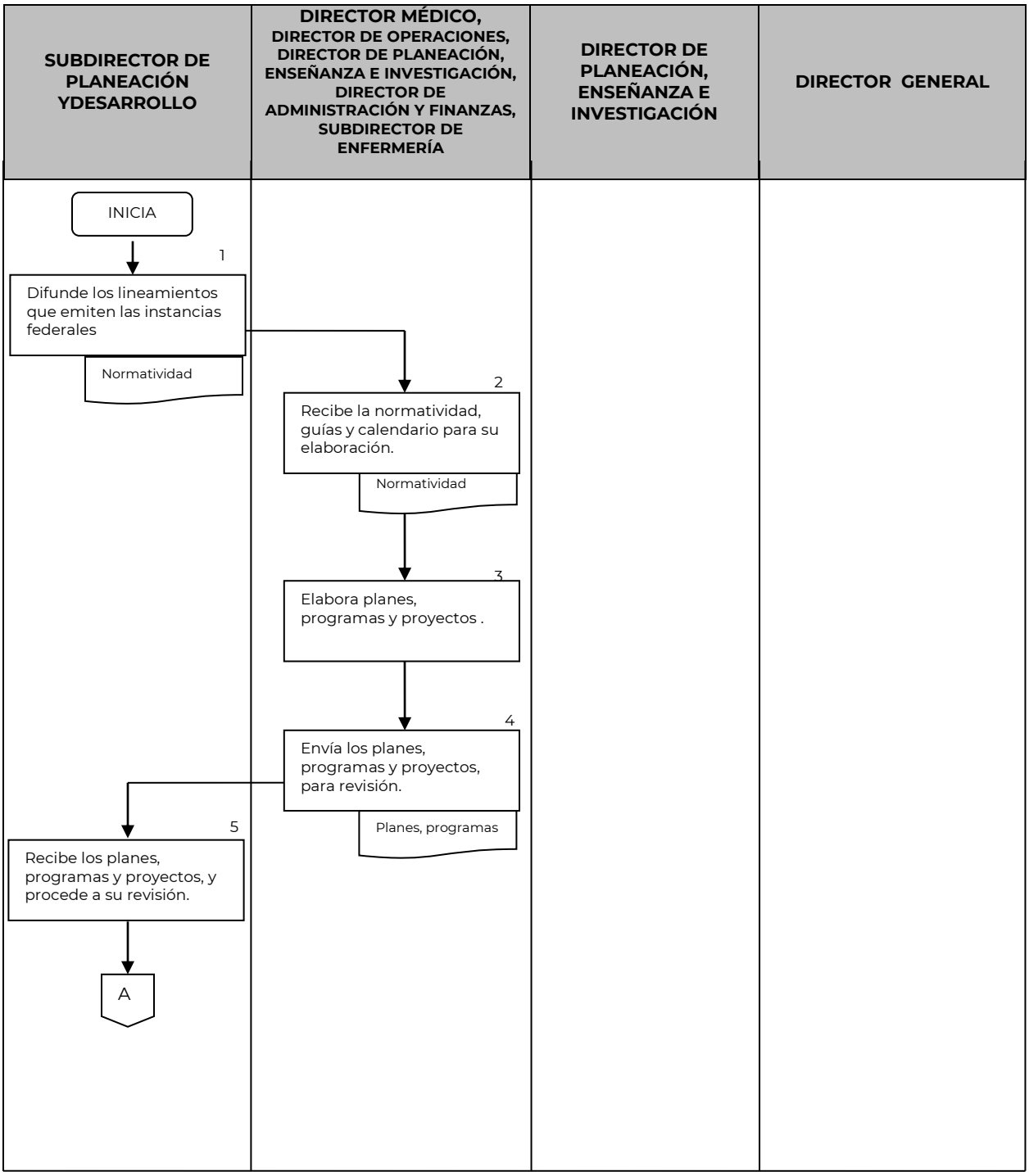
3.3.- Será responsabilidad de la Dirección General:

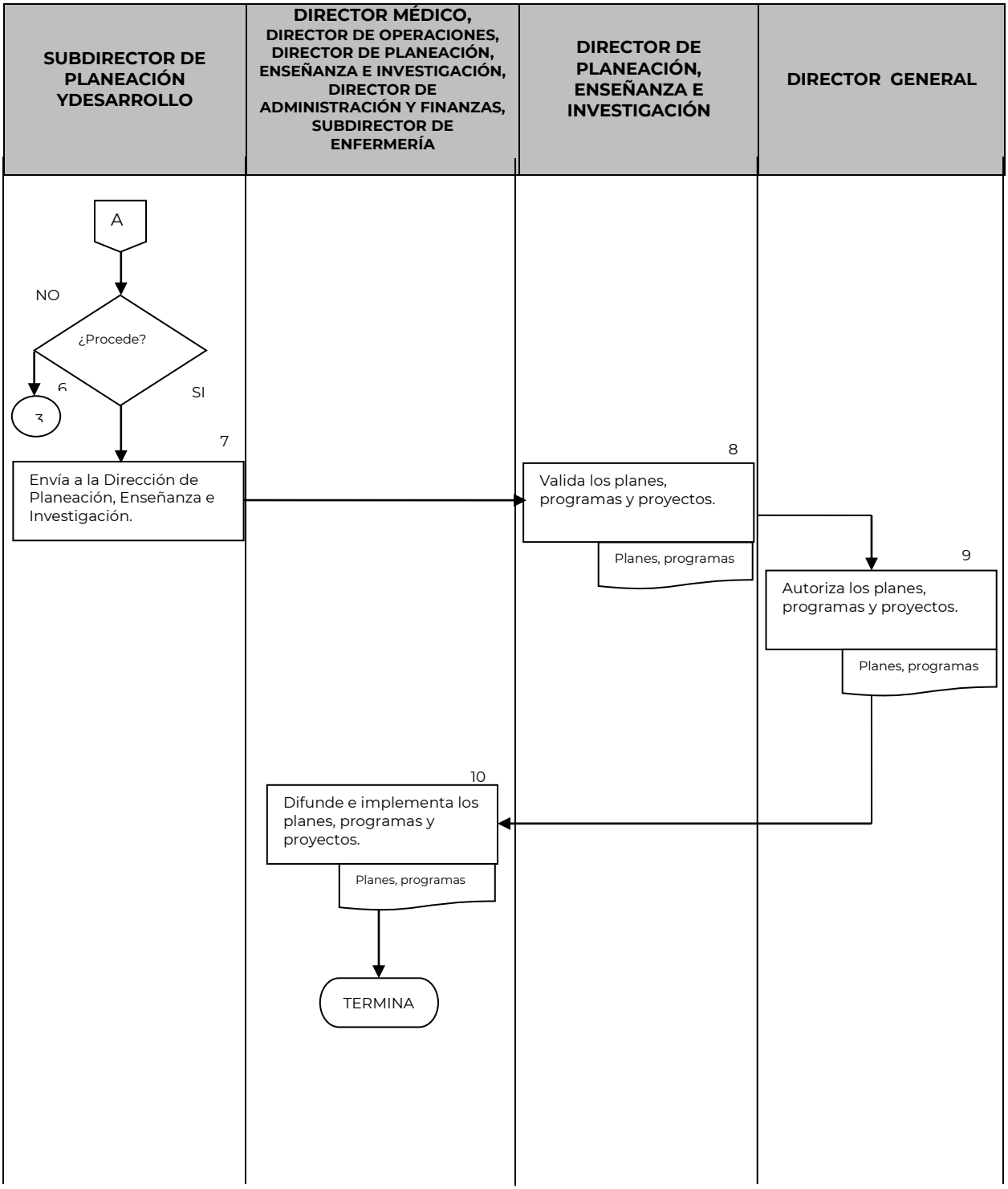
- Autorizar los proyectos, planes y programas de trabajo de las diferentes áreas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Difunde lineamientos que emiten las instancias normativas federales	Normatividad
Director Médico, Director De Operaciones, Director De Planeación, Enseñanza E Investigación, Director De Administración Y Finanzas, Subdirector De Enfermería	2	Recibe la normatividad, guías y calendarios para su elaboración	Normatividad
	3	Elabora planes, proyectos y programas de trabajo de acuerdo a normatividad y lineamientos	
	4	Envía a la Subdirección de Planeación y Desarrollo para revisión los planes, proyectos y programas de trabajo	Planes, proyectos o programas
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5	Recibe planes, proyectos y programas de trabajo, para su revisión. ¿Procede?	
	6	No: Emite las observaciones y recomendaciones; Regresa a la actividad 3	
	7	Si: Envía a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	8	Valida los planes, proyectos o programas de trabajo	Planes, proyectos o programas
Director General	9	Autoriza los planes, proyectos o programas de trabajo, para que se proceda a su implementación.	Planes, proyectos o programas
Director Médico, Director De Operaciones, Director De Planeación, Enseñanza E Investigación, Director De Administración Y Finanzas, Subdirector De Enfermería	10	Difunde e implementa el plan, proyecto o programa de trabajo. **TERMINA**	Planes, proyectos o programas

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN YDESARROLLO
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, SUBDIRECTOR DE ENFERMERÍA
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR GENERAL
A
NO
¿Procede?
6
SI
3
7
Envía a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.
8
Valida los planes, programas y proyectos.
Planes, programas
9
Autoriza los planes, programas y proyectos.
Planes, programas
10
Difunde e implementa los planes, programas y proyectos.
Planes, programas
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2009.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Guía	5años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.2 Normatividad	5años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.3 Programa, Proyecto	5años	Directores, Subdirectores y Jefes de Departamento	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Planes.-Es un instrumento de carácter técnico político en el que de manera general y en forma coordinada se encuentran: lineamientos, prioridades, metas, directivas, criterios, disposiciones, estrategias de acción, financiamiento y una serie de instrumentos con el fin de alcanzar las metas, alcances y objetivos propuestos.

8.3 Programa institucional.- Definen la manera en que se aplicarán y operarán los instrumentos de política con que cuentan las entidades paraestatales, para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos, prioridades, estrategias y políticas del PND y de los programas que lo desagregan y detallan.

8.2 Proyectos.- Es una planificación que consiste en un conjunto de actividades que se encuentran interrelacionadas y coordinadas. La razón de un proyecto es alcanzar objetivos específicos dentro de los límites que imponen un presupuesto, calidades establecidas previamente y un lapso de tiempo previamente definido.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

58. PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADISTICA HOSPITALARIA.

1. PROPÓSITO

Coordinar la generación y verificación de la información estadística que sirva a los Directores para la toma de decisiones orientadas al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, así como para su difusión en cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en beneficio de la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable al Instituto Nacional de Acceso a la Información.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Planeación y Desarrollo a través del área de estadística será la responsable de:

3.2 Generar y verificar la información estadística hospitalaria.

3.3 La Subdirección de Planeación y Desarrollo será la responsable de:

3.4 Revisar la información estadística hospitalaria

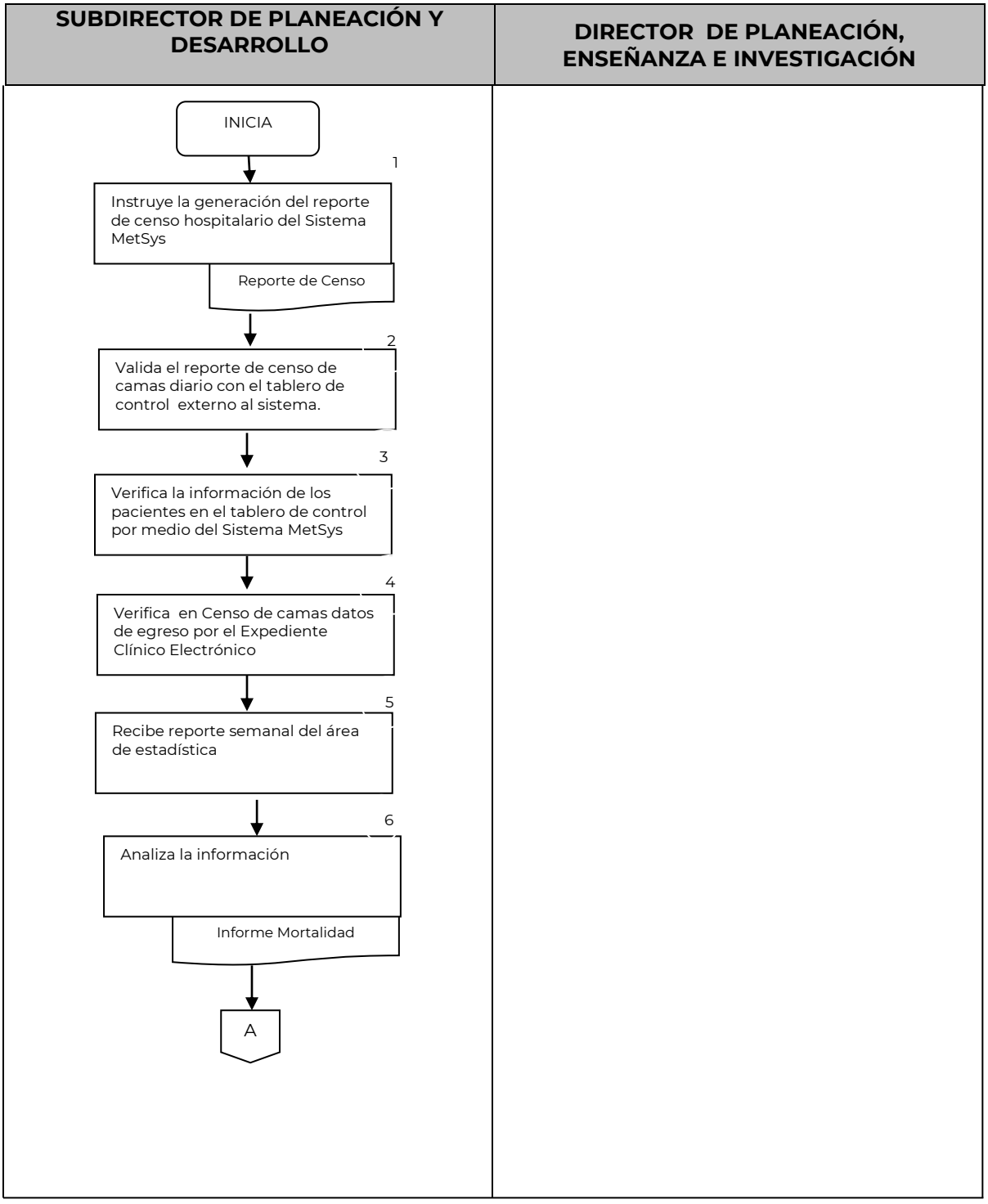
3.5 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de:

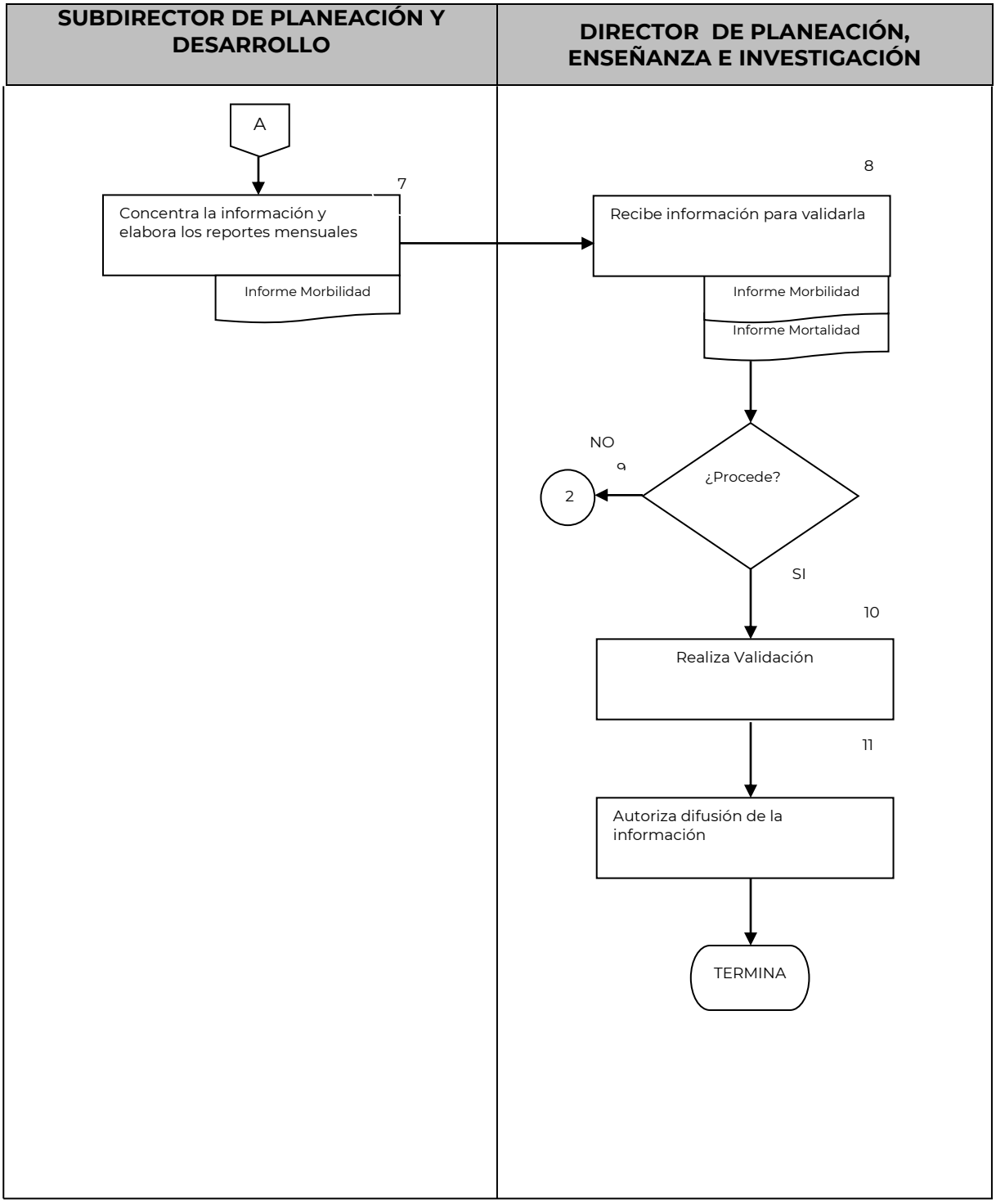
3.6 Validar la información estadística de manera mensual.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Instruye al área de estadística obtener el reporte de censo hospitalario del Sistema MetSys	Reporte de Censo de Camas
	2	Valida el reporte de censo de camas diario con el tablero de control de pacientes hospitalizados, para verificar la coincidencia	
	3	Verifica que el área de estadística realice la captura de los pacientes de nuevo ingreso y se verifica que pacientes egresaron	
	4	Verifica que pacientes ya no aparecen en el Censo de Cama, para que área de estadística complemente sus datos de egreso por medio del Expediente Clínico Electrónico en el tablero de control	
	5	Recibe del área estadística un reporte de manera semanal o cuando sea requerido	
	6	Analiza el reporte con los datos obtenidos por el área de estadística	Informe mensual de Mortalidad
	7	Concentra la información y elabora los reportes mensuales de Morbilidad y Mortalidad.	Informe mensual de Morbilidad
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	8	Recibe informe y valida información. ¿Procede?	
	9	No.- Determina que la información no está completa, Regresa a actividad 2,	
	10	SI.- Realiza el análisis y valoración de distribución por área para difusión	
	11	Autoriza la difusión de la información **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
A
7
Concentra la información y elabora los reportes mensuales
Informe Morbilidad
8
Recibe información para validarla
Informe Morbilidad
Informe Mortalidad
NO
9
¿Procede?
2
SI
10
Realiza Validación
11
Autoriza difusión de la información
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, vigente autorizado.	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Tablero de Control	3años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.2 Informe de Mortalidad	3años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.3 Informe de Morbilidad	3años	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Morbilidad.- es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

8.2 Tablero de control.- se define como el conjunto de indicadores cuyo seguimiento y evaluación periódica permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de su empresa o sector apoyándose en nuevas tecnologías informáticas.

8.3 Tasa de mortalidad por causas.- se define como el número de muertes que ocurren por la causa entre la población total.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

59. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN 1A SOLICTUDES DE INFORMES ESTADÍSTICOS.

1. PROPÓSITO

Contribuir con la difusión de la información estadística que sirva a los Directores así como a las instancias gubernamentales o privadas, para la toma de decisiones orientadas al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, y difundirla en cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en beneficio de la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a nivel interno a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo y a las diferentes áreas del Hospital que requieran informes estadísticos.

2.2 A Nivel Externo: Este procedimiento es aplicable a las diferentes instancias gubernamentales o privadas que soliciten información estadística del Hospital.

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de las diferentes áreas del Hospital o de las instancias gubernamentales o privadas:

- Solicitar de manera formal la información estadística que requiera del Hospital, así como del periodo que comprenda dicho informe con la debida antelación para su autorización y dar oportunidad a realizar un análisis eficaz que contribuya a la toma de decisiones.

3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo:

- Entregar en forma impresa la información con su correspondiente análisis de la información solicitada para su validación y envío a la Dirección o institución solicitante para la toma de decisiones.
- En caso de existir alguna solicitud que esté fuera de la competencia o fuera de tiempo para llevar a cabo el análisis, se informará inmediatamente y de manera oficial a la Dirección solicitante para su conocimiento y el seguimiento correspondiente.

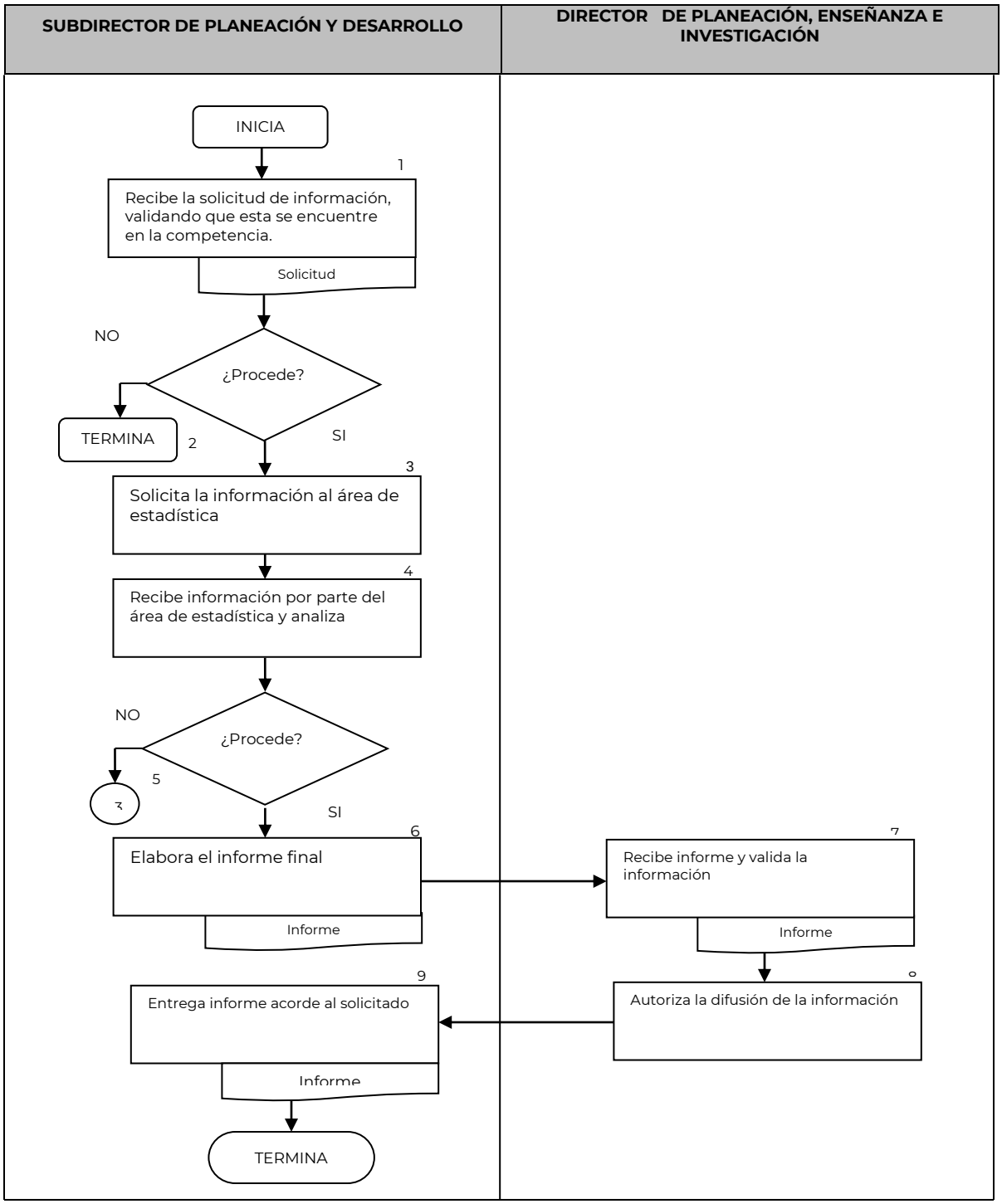
3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación:

- Validar la información estadística que se entregará acorde a la solicitud de información solicitada.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Recibe la solicitud de información, de las áreas del hospital o instancias gubernamentales o privadas, validando que esta se encuentre en la competencia de la Subdirección	Reporte Estadístico
		¿Procede?	
	2	No.- Notifica al área solicitante TERMINA PROCEDIMIENTO	
	3	Si.- Solicita la información al área de estadística	
	4	Recibe y revisa el reporte estadístico acorde a los requerimientos del área solicitante.	
		¿Procede?	
	5	No.- Determina que la información no es presentada acorde a los requerimientos, Regresa a actividad 3	
	6	Si.- Elabora informe final, lo envía a la Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	7	Recibe informe y valida información.	Informe
	8	Autoriza a la Subdirección de Planeación y Desarrollo la difusión de la información.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Entrega informe completo al área solicitante. **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Oficial por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2009.	No aplica
6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Solicitud de información	1año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.2 Informe solicitado	1año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Informe estadístico.- su finalidad es obtener información, analizarla, elaborarla y simplificarla lo más posible, para que pueda ser interpretada fácilmente, por tanto, pueda utilizarse para el fin que se desee.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

60. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA DE SINERHIAS.

1. PROPÓSITO

Integrar información relacionada con el personal, los recursos físicos, materiales y equipo médico que se utilizan y consumen en la producción de servicios de salud del Hospital fin de informarla mediante la plataforma SINERHIAS dando cumplimiento a la normatividad establecida por la Dirección General de Información en Salud que permita conocer y fortalecer los recursos funcionales con los que cuentan la institución para brindar y asegurar la atención a la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Planeación y Desarrollo a través de su personal adscrito al área de SINERHIAS, a la Subdirección de Recursos Humanos y la Subdirección de Ingeniería Biomédica.

2.2 Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Información en Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud:

- Emitir los lineamientos de operación de este subsistema, que tendrán por objeto establecer las políticas generales, los procesos y procedimientos que deberán observar las personas involucradas en el proceso de actualización del mismo.
- Solicitar la información de manera semestral al responsable de Hospital.

3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo, a través del coordinador de SINERHIAS:

- Acopio, llenado y revisión de la información a través del mecanismo establecido para ello; para lo que deberá consultar en las diferentes áreas y sistemas de información que se tengan y con ello generar información de manera precisa, homogénea y consensuada.

3.3 Será responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos

- Proveer al coordinador de SINERHIAS la información referente a los recursos humanos con los que cuente el Hospital a la fecha solicitada.

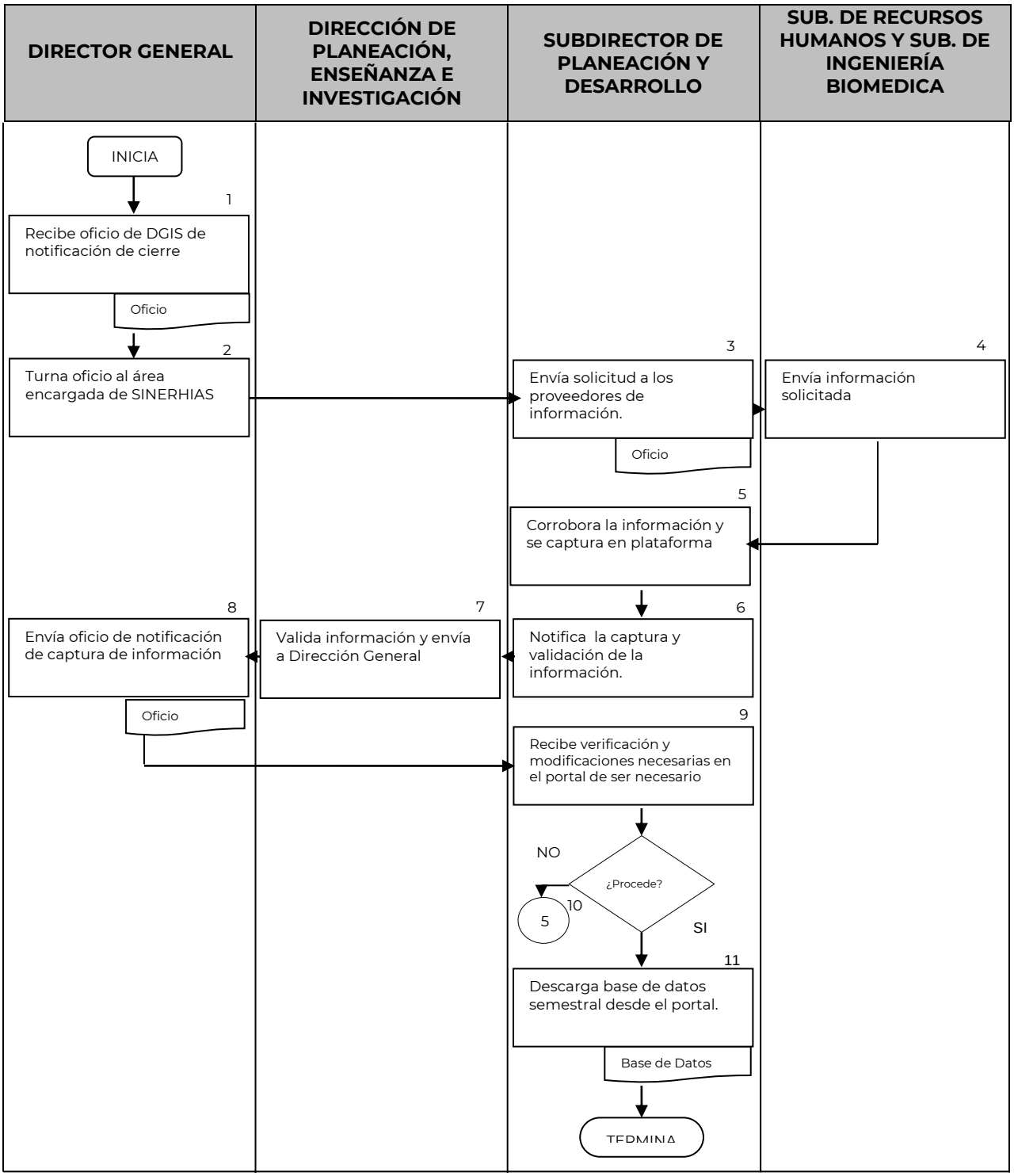
3.4 Será responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica

- Proveer al coordinador de SINERHIAS la información referente al inventario funcional de equipo médico (tipo, cantidad y ubicación) con el que cuenta el Hospital a la fecha solicitada.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe oficio de la Dirección General de información en Salud para enterar del cierre para la actualización del sistema.	Oficio
	2	Turna oficio al área encargada (Subdirección de Planeación y Desarrollo)	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	3	Envía oficio a la Subdirección de recursos humanos y Subdirección de ingeniería biomédica para acopio de información	Oficio
Subdirector de Recursos Humanos y Subdirector de Ingeniería Biomédica	4	Recaba información requerida de su área, envía a la Subdirección de Planeación y Desarrollo (SINERHIAS)	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5	Corrobora la información y se procede a actualizar en línea en el portal	
	6	Notifica a Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y Dirección General la captura y validación de la información.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	7	Valida información registrada	
Director General	8	Envía oficio de notificación a la DGIS de captura de información.	Oficio
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Recibe resultado de verificación y/o notificación de DGIS con las correcciones para el portal en su caso. ¿Es correcta la información?	
	10	No: Corrige en portal las aclaraciones que manda la DGIS y notifica. Regresa actividad 9.	
	11	Si: Descarga base de datos del portal del semestre. **TERMINA**	Base de datos

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica
6.3 Lineamientos para la integración de información en salud en el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS)	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Solicitud de información	1 año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.2 Cédulas de Movimiento de Personal	1 año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica
7.3 Base de Datos de Equipo Médico Funcional	1 año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Base de Datos: Es una entidad en la cual se pueden almacenar datos de manera estructurada, con la menor redundancia posible.

8.2 Cédulas de Movimientos: Hoja de trabajo de formato previamente establecido, que se llena con los datos pertinentes del personal (altas o bajas).

8.3 SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

61. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN INFORMATIVO DEL HOSPITAL.

1. PROPÓSITO

Elaborar y difundir el boletín informativo "HRAEV Informa" con el fin de dar a conocer veraz y oportunamente al personal del Hospital así como al exterior del hospital, las actividades relevantes que realizan las diferentes áreas y comités del Hospital para contribuir al posicionamiento de la institución como hospital de alta especialidad al servicio de la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, la Subdirección de Planeación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

2.2 A Nivel Externo: no aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General será quien autorice invariablemente la emisión del Boletín "HRAEV Informa"

3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de supervisar la elaboración del Boletín.

3.3 La Subdirección de Planeación y Desarrollo a través del personal adscrito a Comunicación Social será el responsable de:

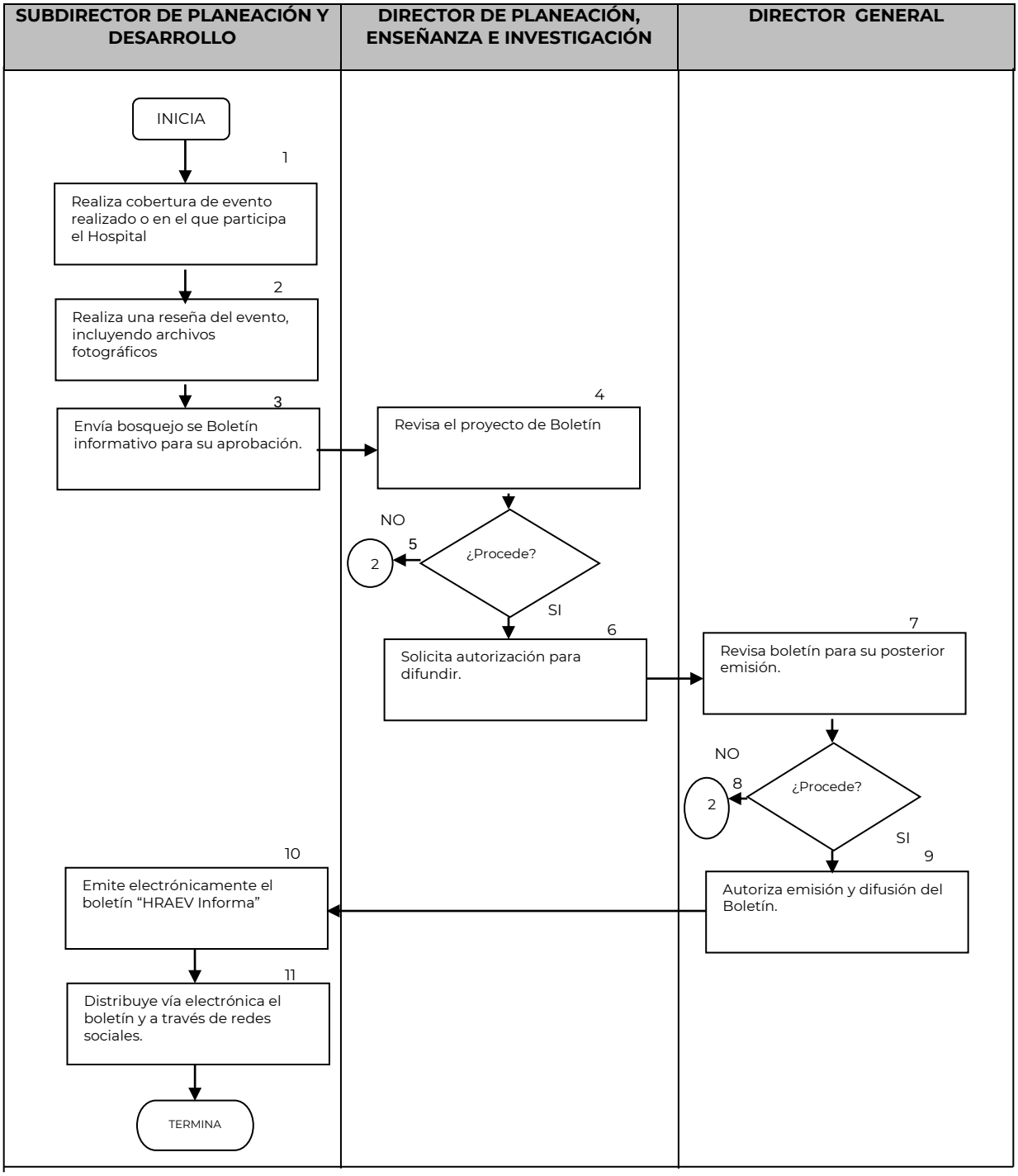
- Cubrir todos los eventos importantes organizados y en los cuales participe el Hospital.
- Elaborar el boletín de manera mensual o bimestral acorde a la relevancia informativa de los eventos.
- Distribuir el boletín de manera electrónica entre el personal del Hospital y a través de redes sociales al exterior.

3.4 Las diferentes áreas del hospital serán responsables de proporcionar la información que requieran se publique en el boletín en tiempo y forma.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Instruir y supervisar a comunicación social la cobertura de evento realizado o en el que participa el Hospital	
	2	Supervisar la reseña del evento, incluyendo archivos fotográficos.	
	3	Envía bosquejo se Boletín informativo para su aprobación.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Revisa el proyecto de Boletín ¿Procede?	
	5	No. –Revisa información para corregir o complementar reseña del evento. Regresa a actividad 2	
	6	Si.-Solicita autorización para difundir el Boletín	
Director General	7	Recibe y revisa boletín ¿Procede?	
	8	No. – Devuelve para corregir o complementar, Regresa a actividad 2	
	9	Sí. -Autoriza emisión	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	10	Supervisa la emisión electrónicamente el boletín “HRAEV Informa”	
	11	Distribuye electrónicamente a través del área de comunicación social el boletín a personal del Hospital y a través de redes sociales. **TERMINA**	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

8. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1Boletín "HRAEV Informa"	1año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Boletín**: Un boletín informativo es una publicación distribuida de forma regular, generalmente centrada en un tema principal que es del interés de sus suscriptores.

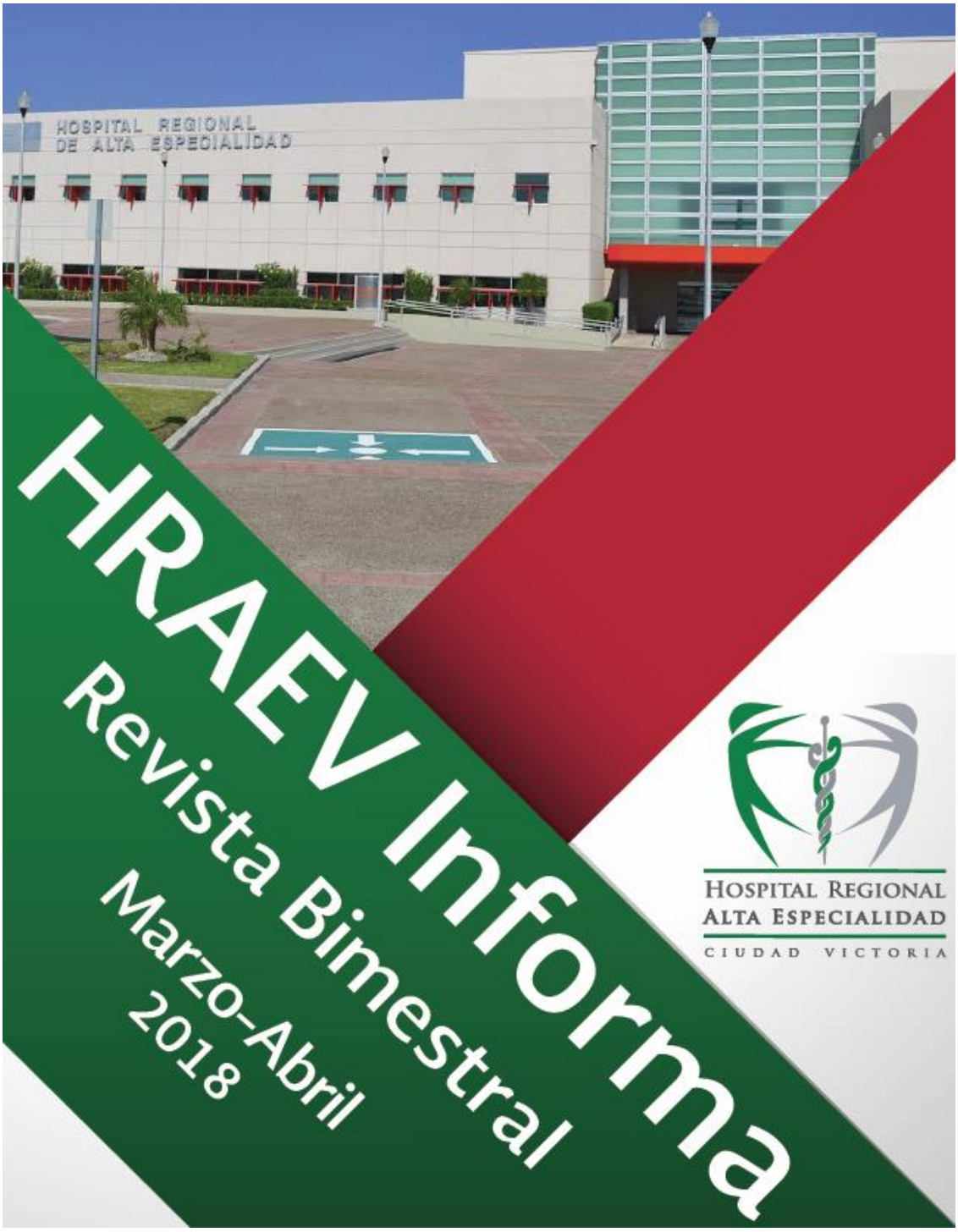
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Boletín "HRAEV Informa"

10.1 HRAEV Informa



62. PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PÚBLICAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES.

1. PROPÓSITO

Coordinar las relaciones públicas del Hospital con los medios de comunicación locales a fin de que exista comunicación y veracidad en lo que se informa respecto al Hospital manteniendo una relación cordial y profesional al realizar entrevistas, conferencias de prensa, etc. Para contribuir al posicionamiento de la institución como centro de atención a la salud de tercer nivel a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo y a todo el personal que participe en conferencias de prensa, entrevistas, etc.

2.2 A Nivel Externo: es aplicable para los medios de comunicación locales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo, a través de su personal adscrito a Comunicación Social:

- Solicitar autorizaciones para la realización de entrevistas al personal adscrito al Hospital, cuando sean solicitadas por los medios de comunicación.

- Contactar a los medios de comunicación para las ruedas de prensa que sean convocadas por los Directivos del hospital.

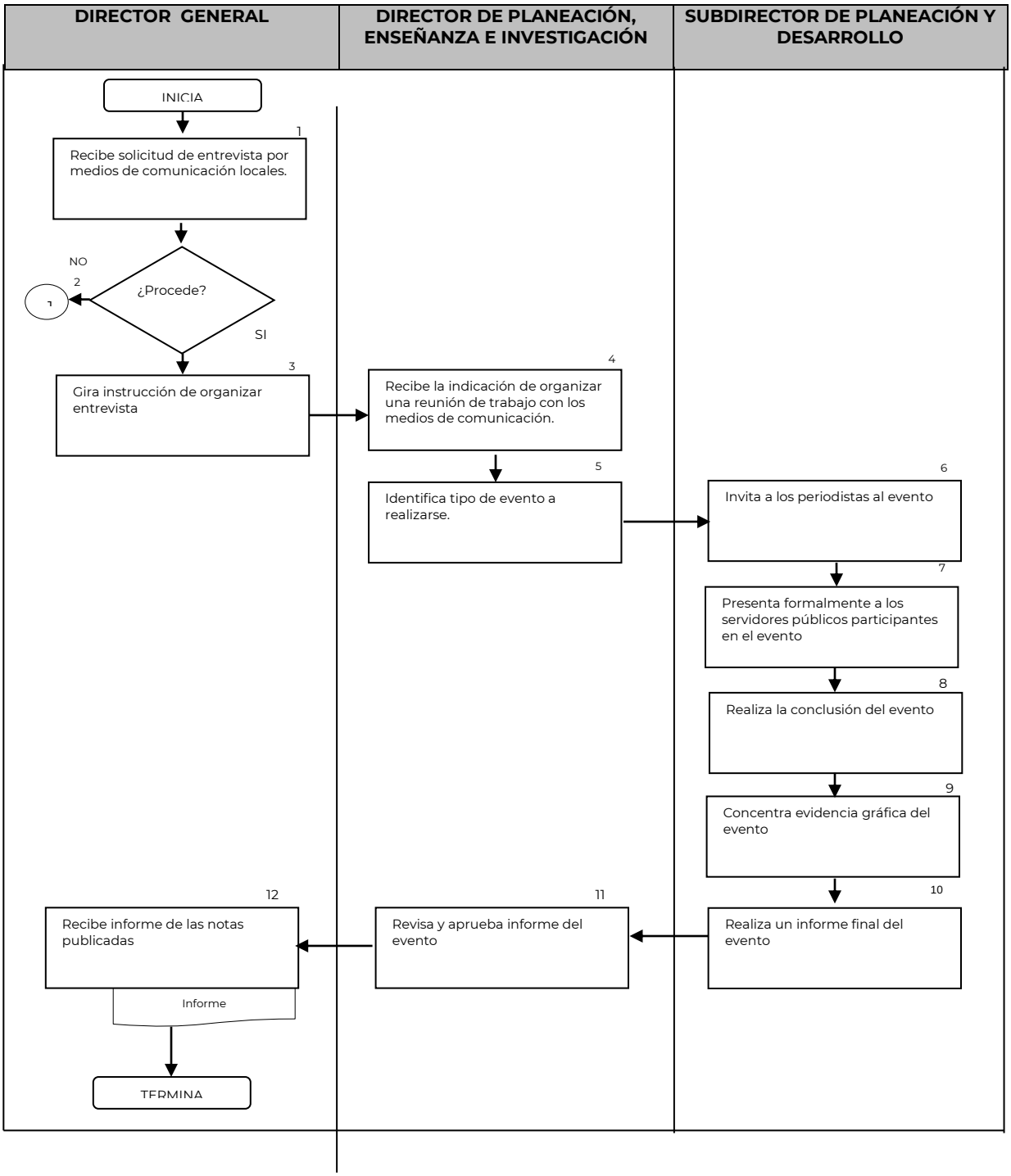
3.2 La Dirección General a través de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será responsable de autorizar todas las entrevistas, conferencias de prensa que se realicen en el Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe invitación o da indicación una reunión con los medios de comunicación locales. ¿Procede?	
	2	NO.- Solicita reprogramación para fecha posterior	
	3	SI.- Gira indicación para programación de entrevista	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Recibe la indicación de organizar una conferencia de prensa o reunión de trabajo con los representantes de los medios de comunicación.	
	5	Identifica el tipo de evento a realizarse Conferencia de Prensa.- Organiza el evento en el Hospital, Organiza Reunión de Trabajo	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	6	Invita a través del área de comunicación social a los periodistas al evento, indicándoles la fecha, hora, lugar, el nombre del expositor y el tema específico de la reunión.	
	7	Presenta formalmente a los servidores públicos participantes en el evento y, en caso de ser conferencia de prensa, coordina la sesión de preguntas y respuestas.	
	8	Realiza la conclusión del evento agradeciendo la asistencia a dicha conferencia de prensa	
	9	Concentra evidencia del evento emitida por los diversos medios de comunicación.	
	10	Realiza un informe final del evento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	11	Revisa y aprueba el informe final del evento	
Director General	12	Recibe informe de las notas publicadas en los diversos medios de comunicación locales. **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, vigente autorizado.	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Informe	1año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Conferencia de Prensa.- es un acto informativo convocado por un organismo o entidad al que están invitados los medios de comunicación para que informen de lo que allí suceda.

8.2 Entrevista.- desarrollar una charla con una o más personas con el objetivo de hablar sobre ciertos temas y con un fin determinado

8.2 Informe.- un texto o una declaración que describe las cualidades de un hecho y de los eventos que lo rodean.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

63. PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PÚBLICAS A TRAVÉS DE ENTREVISTAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES.

1. PROPÓSITO

Coordinar las relaciones públicas del Hospital con los medios de comunicación locales a fin de que exista comunicación y veracidad en lo que se informa respecto al Hospital manteniendo una relación cordial y profesional al realizar entrevistas, conferencias de prensa, etc. Para contribuir al posicionamiento de la institución como centro de atención a la salud de tercer nivel a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Subdirección de Planeación y Desarrollo y a todo el personal que participe en conferencias de prensa, entrevistas, etc.

2.2 A Nivel Externo: es aplicable para los medios de comunicación locales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo, a través de su personal adscrito a Comunicación Social:

- Solicitar autorizaciones para la realización de entrevistas al personal adscrito al Hospital, cuando sean solicitadas por los medios de comunicación.

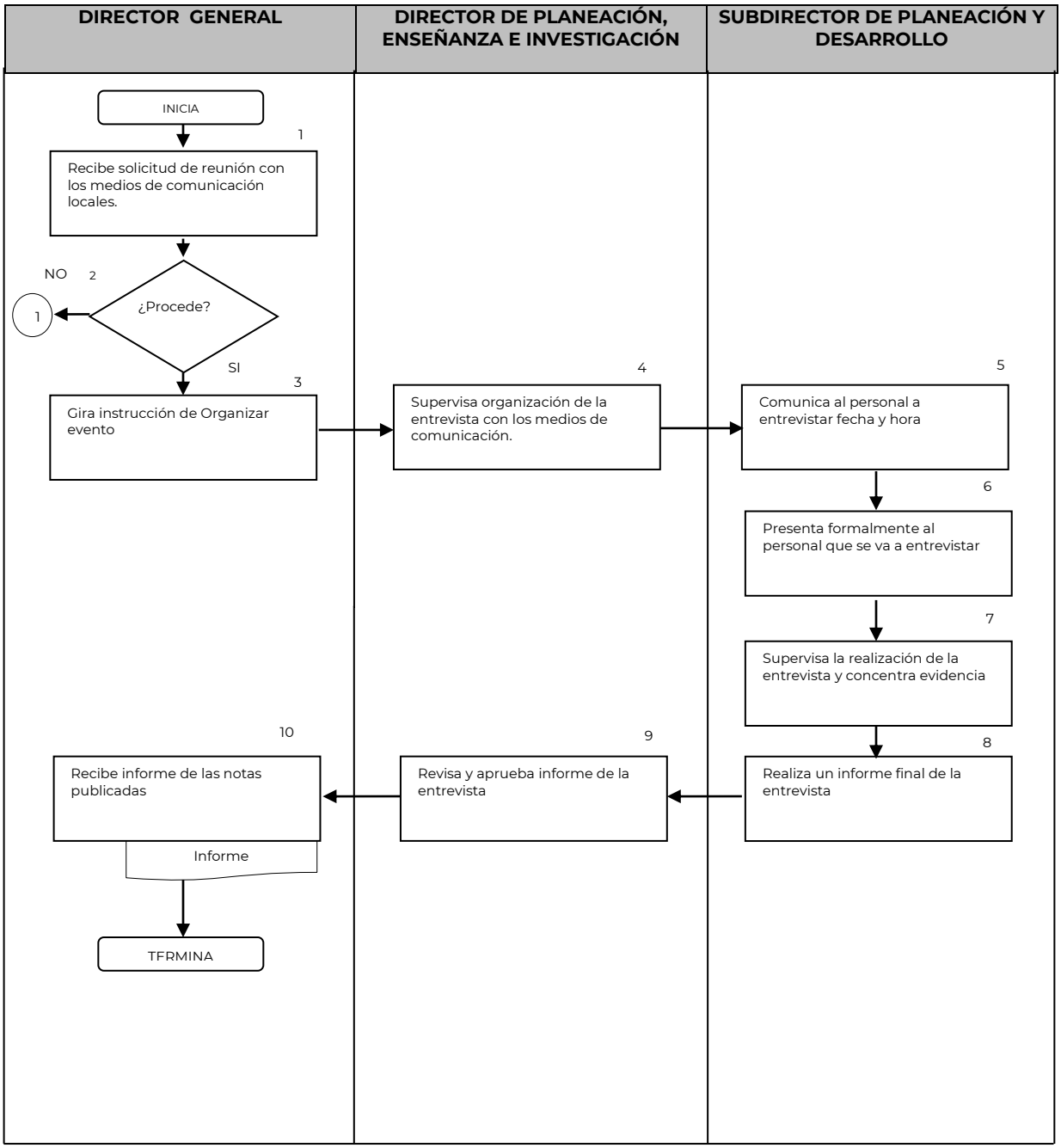
- Contactar a los medios de comunicación para las ruedas de prensa que sean convocadas por los Directivos del hospital.

3.2 La Dirección General a través de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será responsable de autorizar todas las entrevistas, conferencias de prensa que se realicen en el Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1 2 3	Recibe solicitud para autorización de entrevista por medio de comunicación ¿Procede? NO. - Solicita reprogramación para fecha posterior SI. - Gira indicación para programación de entrevista a Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y Subdirección de Planeación y Desarrollo	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Supervisa la organización de entrevista	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5 6 7 8	Comunica a través del área de comunicación social, al personal a entrevistar día y hora de entrevista para su programación Presenta formalmente al personal al que se va a entrevistar Supervisa la realización de la entrevista a través del área de comunicación social y concentra evidencia. Realiza un informe final de la entrevista.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Revisa y aprueba el informe final de la entrevista	
Director General	10	Recibe informe de las notas publicadas. **TERMINA**	Informe

6. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", vigente autorizado.	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Informe	1 año	Subdirector de Planeación y Desarrollo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Conferencia de Prensa.- es un acto informativo convocado por un organismo o entidad al que están invitados los medios de comunicación para que informen de lo que allí suceda.

8.2 Entrevista.-desarrollar una charla con una o más personas con el objetivo de hablar sobre ciertos temas y con un fin determinado

8.2 Informe.-un texto o una declaración que describe las cualidades de un hecho y de los eventos que lo rodean.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

64. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN O ADICIÓN DE CONTENIDO A LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para mantener actualizada la página electrónica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" con información, noticias, avisos y eventos de interés para el personal del Hospital y el público en general que contribuya al posicionamiento de la institución como un hospital de alta especialidad al servicio de la población.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Subdirección de Tecnologías de la Información, Desde la solicitud de información que contendrá la página hasta la inserción en la página electrónica y a la Subdirección de Planeación y Desarrollo por la supervisión del contenido, así como, Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas, por las áreas requirentes.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Tecnologías de la Información, la gerencia de la página web institucional.

3.2 Será responsabilidad de los mandos medios y superiores, centralizar y realizar las solicitudes de publicación de información en los medios digitales.

3.3 Las solicitudes de divulgación de información de actividades de extensión (en la página web institucional) deberán realizarse a través de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y Subdirección de Planeación y Desarrollo.

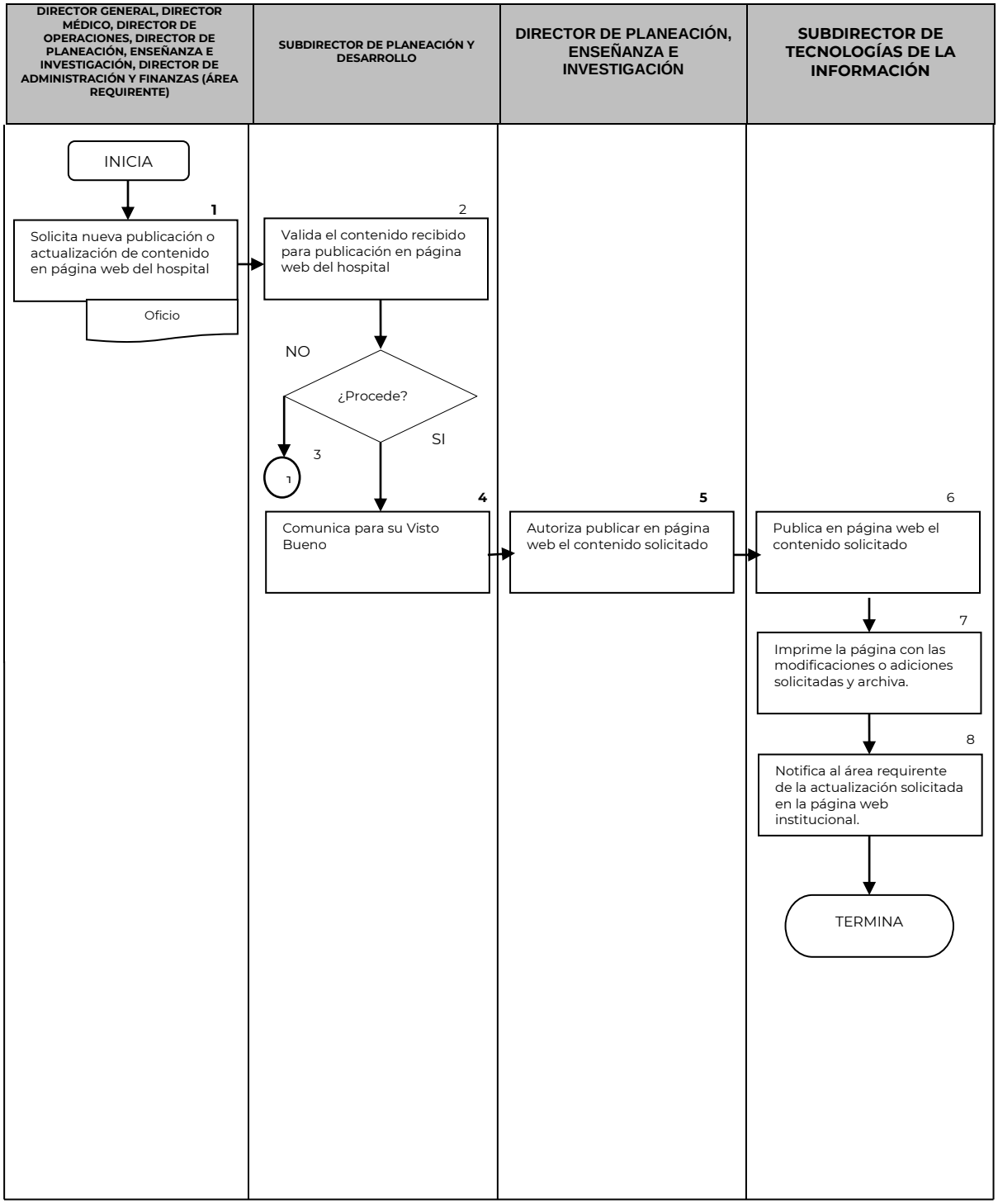
3.4 La Subdirección de Tecnologías de la Información será la responsable de informar sobre el estado de las solicitudes de las publicaciones.

3.5 Sera responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo a través de su área de Comunicación Social realizar los diseños de los impresos informativos, garantizando que éstos guarden coherencia con la Imagen Institucional.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas	1	Solicita nueva publicación o actualización de contenido en página web del hospital	Oficio
Subdirector de Planeación y Desarrollo	2 3 4	Valida, a través del área de comunicación social, el contenido recibido para publicación en página web del hospital de acuerdo con la imagen institucional ¿Procede? No: Determina que no cumple con los requisitos técnicos Regresa a actividad 1. Si: Comunica a Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación para su Visto Bueno.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	5	Autoriza la publicación en la página institucional	
Subdirector de Tecnologías de la Información	6 7 8	Publica en página web el contenido solicitado y validado Imprime la página con las modificaciones o adiciones solicitadas y archiva Notifica al área requirente de la actualización solicitada en la página web institucional. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOSDEREFERENCIA

Documentos	Código(cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”,autorizadovigente.	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de publicación en página web	2 años	Subdirección de Tecnologías de la Información	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Página Web.- al documento que forma parte de un sitio web y que suele contar con enlaces (también conocidos como hipervínculos o links) para facilitar la navegación entre los contenidos.

8.2 Portal Institucional (página web institucional).- En su definición amplia, un portal es un espacio virtual que reúne una serie de servicios para el usuario de Internet. Generalmente operan como un aglutinamiento de información que constituye un punto de partida para aproximarse a un tema o institución. Los portales institucionales se caracterizan por un alto grado de clausura: aunque permiten la participación a través de espacios específicos como foros o direcciones de e-mail, en ningún momento patrocinan un trabajo colaborativo**.**

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

65. PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL HARDWARE

1. PROPÓSITO

Mantener el óptimo funcionamiento de los equipos de cómputo de las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, para el buen desarrollo de las actividades encomendadas al personal que labora en el mismo y que permita la prestación continua de los servicios a la población demandante.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza e investigación y Subdirección de Tecnologías de la Información quien establece las acciones que se deben seguir para realizar mantenimiento correctivo y preventivo o en caso de que algún equipo se encuentre en malas condiciones o no pueda ser utilizado por el usuario.

2.2 A Nivel Externo: es aplicable al Inversionista proveedor.

3. POLÍTICAS, NORMAS DE OPERACIÓN Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del área de Informática del Inversionista Proveedor realizar los mantenimientos preventivos y correctivos que sean necesarios en el hardware del Hospital.

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Tecnologías de la Información verificar que los mantenimientos sean realizados acorde a un calendario establecido o a las necesidades de los usuarios de los equipos.

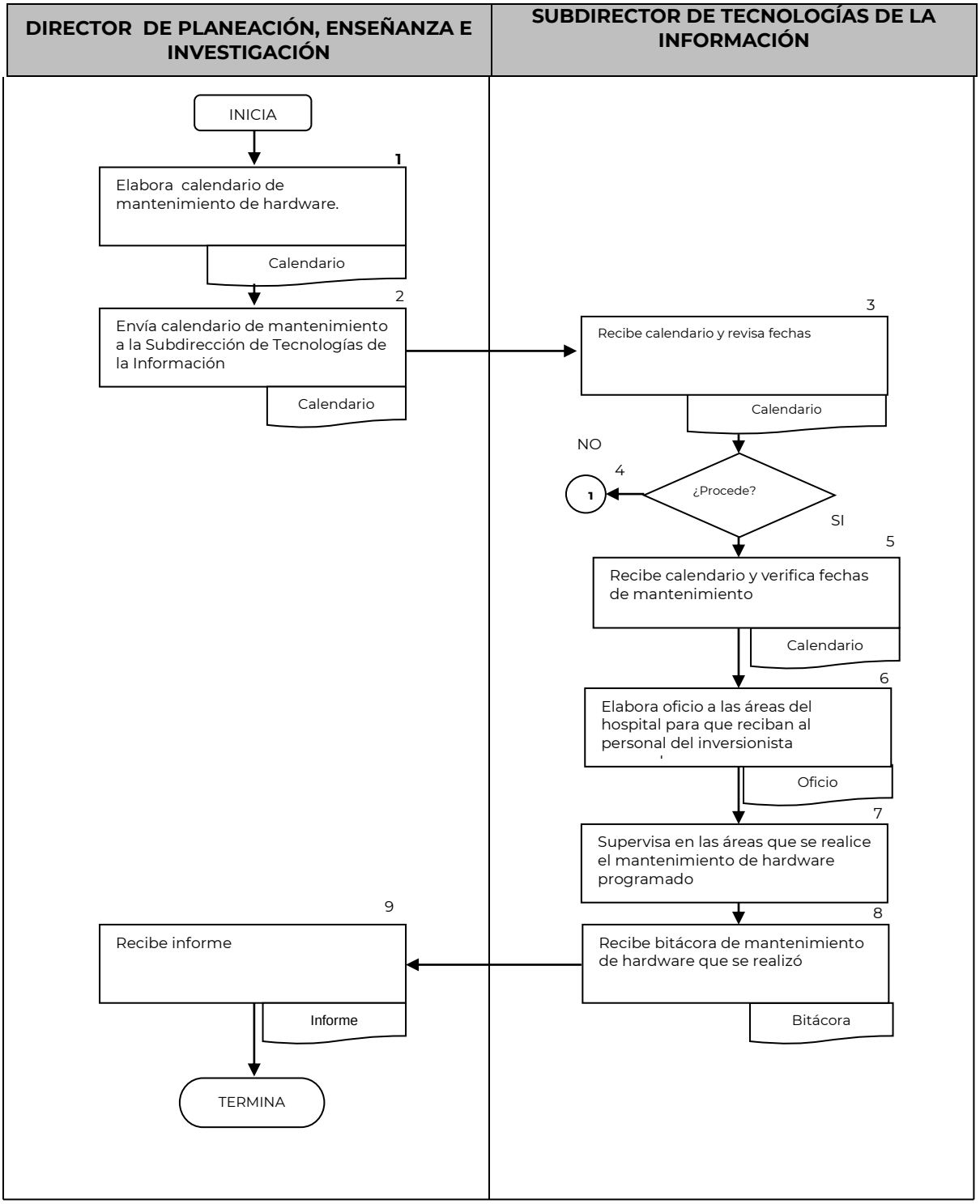
3.3 Para llevar a cabo la baja de un equipo de cómputo debe ser previamente revisado por el personal del área de informática del Inversionista Proveedor, que a su vez determina y especifica las los motivos por los cuales el equipo se da de baja.

3.4 El personal del área de informática del Inversionista Proveedor es el único autorizado para la instalación de software y ésta debe estar apegada a la normatividad que rige la Subdirección de Tecnologías de la Información.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Recibe calendario de mantenimiento de hardware por parte del Inversionista proveedor	
	2	Envía calendario de mantenimiento a la Subdirección de Tecnologías de la Información	Calendario
Subdirector de Tecnologías de la Información	3	Recibe calendario y verifica fechas de mantenimiento. Procede:	
	4	No: Interfiere en las actividades de operación del Hospital. Regresa actividad 1	
	5	Si: Elabora oficio a las áreas del hospital para que reciban al personal del inversionista proveedor para que realicen el mantenimiento del Hardware	Oficio
	6	Supervisa en las áreas que se realice el mantenimiento de hardware programado	
	7	Recibe bitácora de mantenimiento de hardware que se realizó.	Bitácora
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	8	Recibe Informe de la Subdirección de Tecnologías de la Información **TERMINA**	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código(cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No Aplica
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado vigente.	No Aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro
7.1 Calendario de Mantenimiento	2 años	Subdirección de Tecnologías de la Información	No Aplica
7.2 Oficio	2 años	Subdirección de Tecnologías de la Información	No Aplica
7.3 Bitácora de Mantenimiento	2 años	Subdirección de Tecnologías de la Información	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Bitácora: Cuaderno o publicación que permite llevar un registro escrito de diversas acciones. Su organización es cronológica, lo que facilita la revisión de los contenidos anotados.

8.2 Equipo: Máquina electrónica que recibe y procesa datos para convertirlos en información útil

8.2 Hardware: Se denomina hardware o soporte físico al conjunto de elementos materiales que componen La computadora. En dicho conjunto se incluyen los dispositivos electrónicos y electromecánicos, circuitos, cables, tarjetas, armarios o cajas, periféricos de todo tipo y otros elementos físicos.

8.3 Software: se llama así a los programas y aplicaciones no físicas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha del a actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

66. PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LA NORMATIVIDAD JURÍDICA VIGENTE A LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010".

1. PROPÓSITO

Asesorar en ordenamientos legales a las diversas áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", para aplicar la normatividad vigente a los procedimientos de su responsabilidad para su correcto desempeño y que permita el cumplimiento de los objetivos de la institución.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Este procedimiento aplica a todas las áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", con necesidad de asesoramiento jurídico en sus procesos. Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Subdirección de Enfermería.

2.2 A Nivel Externo: No Aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Asuntos Jurídicos atender las solicitudes de orientación jurídica de las Direcciones y Subdirecciones del Hospital expresadas en forma clara y por escrito.

3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos emitirá su opinión jurídica por escrito enunciando los preceptos legales en los que funde su opinión y motivando la aplicación del precepto legal.

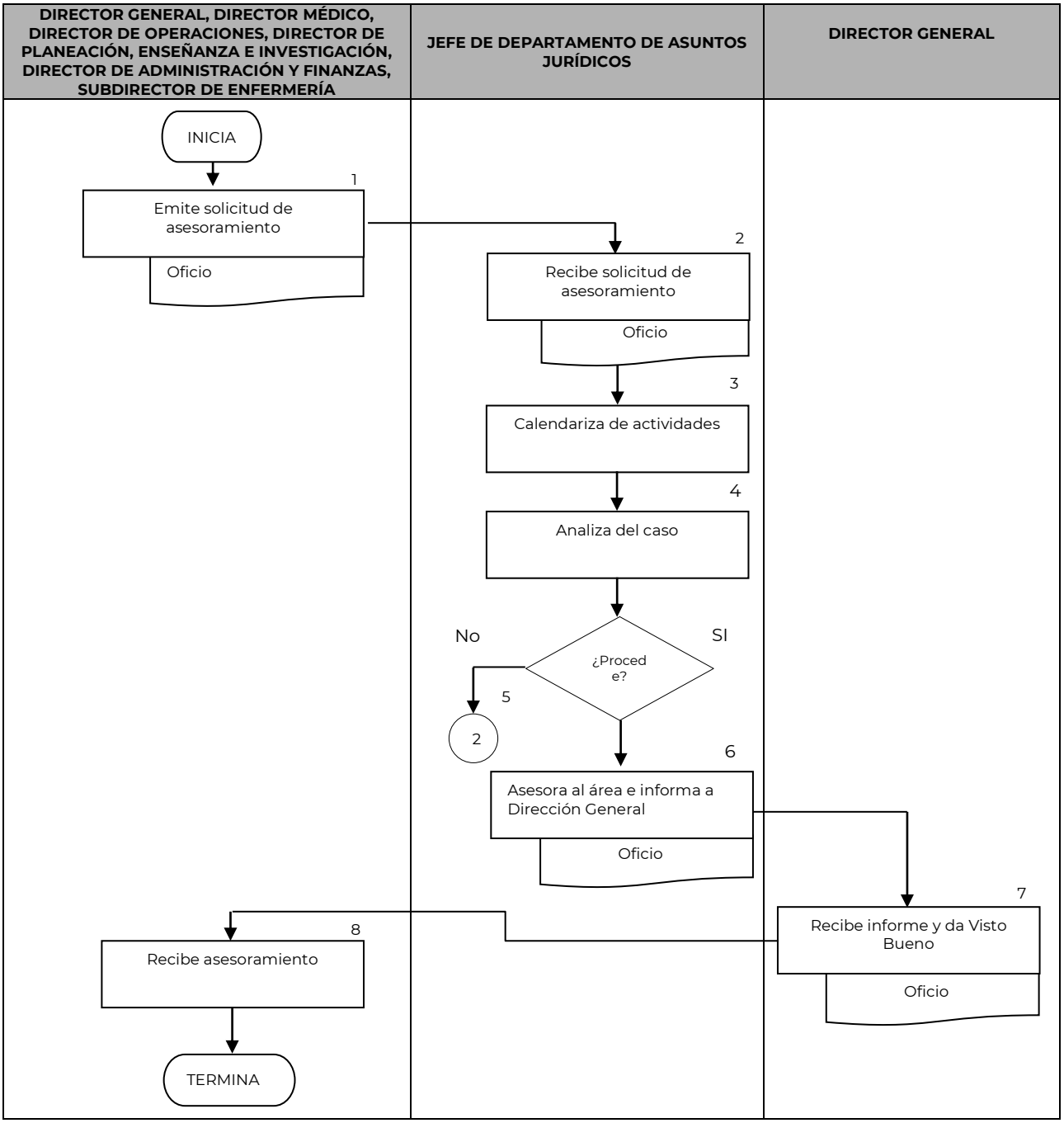
3.3 Previa instrucción de la Dirección General, el Departamento de Asuntos Jurídicos dirigirá criterios legales a la Direcciones y Subdirecciones del Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas, Subdirector de Enfermería	1	Solicita asesoramiento legal, para llevar a cabo licitaciones, convenios, contratos y asesoramiento a diversas áreas del Hospital.	Oficio
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	2 3 4 5 6	Recibe solicitud de asesoramiento de las diferentes áreas del HRAEV. Programa la actividad de acuerdo a la importancia del caso. Analiza las leyes que se aplican al caso, y se elabora resolución. Procede: **No:** Evalúa si la información no es suficiente para determinar una resolución. Regresa a actividad 1 **Si:** Asesora al área, sobre las leyes en concreto que aplican a su caso e informa a Dirección General	Oficio
Director General	7	Recibe informe y da Visto Bueno	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas, Subdirector de Enfermería	8	Analiza Documentación **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"., autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro
7.1 Oficios	3 años	Área a la cual se asesora	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Asesoría Jurídica: Del latín asesor, que, a su vez, se deriva de asidere, asistir o ayudar. Asesor es, pues, la persona que asesora, es decir, que asiste o ayuda a otra con su consejo o dictamen. Especialmente se designa así al letrado que aconseja e ilustra con su opinión a un juez lego o a las personas que acuden a él en consulta.

8.2 Precepto Legal: Concepto de tipo Jurídico Toda autoridad pública revestida de poderes para dictar reglamentos, ordenes, decretos u otras instrucciones que tengan fuerza de ley.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

67. PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR CONVENIOS DE COLABORACIÓN CON DEPENDENCIAS Y ENTIDADES EN MATERIA DE SALUD.

1. PROPÓSITO

Revisar y validar Convenios de Colaboración con Dependencias y Entidades en Materia de Salud, para darle sustentabilidad jurídica y brindar atención a la población demandante de atención médica de especialidad.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a todas las Direcciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas y al Departamento de Asuntos Jurídicos.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica a las diferentes dependencias y entidades con quienes se celebre el convenio.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos en Coordinación con la Dirección General y las Direcciones establecerán con claridad y precisión el objeto del convenio a celebrar y la Dependencia o Entidad con el que se celebrara.

3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos se basará en el formato de convenio a celebrar para sus modificaciones correspondientes de las áreas solicitantes.

3.3 El Departamento de Asuntos Jurídicos al revisar el convenio atenderá el interés del Hospital, así como analizará los fundamentos legales y alcance del convenio.

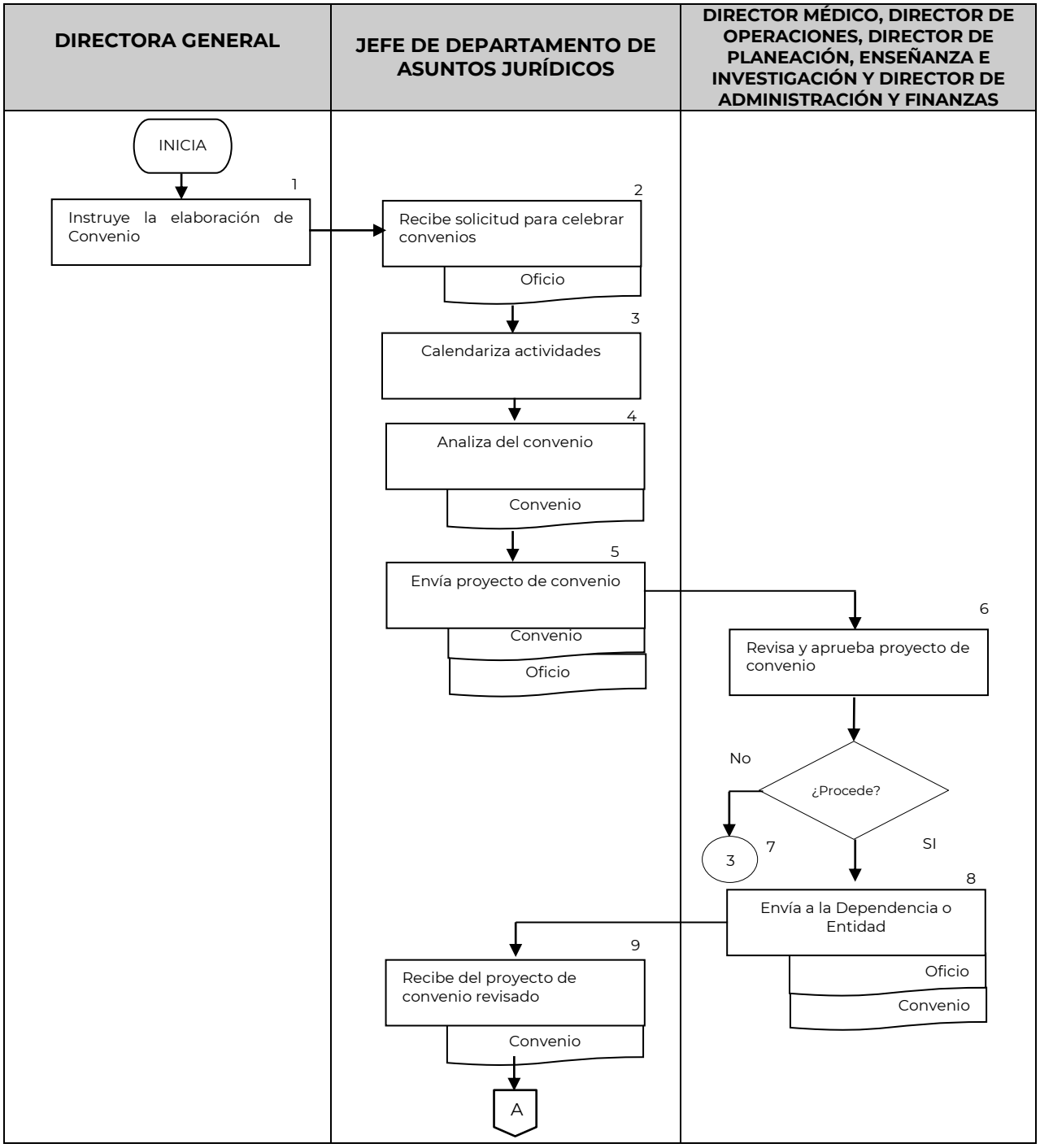
3.4 El Departamento de Asuntos Jurídicos en la revisión de los convenios establecerá una relación respetuosa, fluida y cordial con las Dependencias y entidades con los que se celebrará.

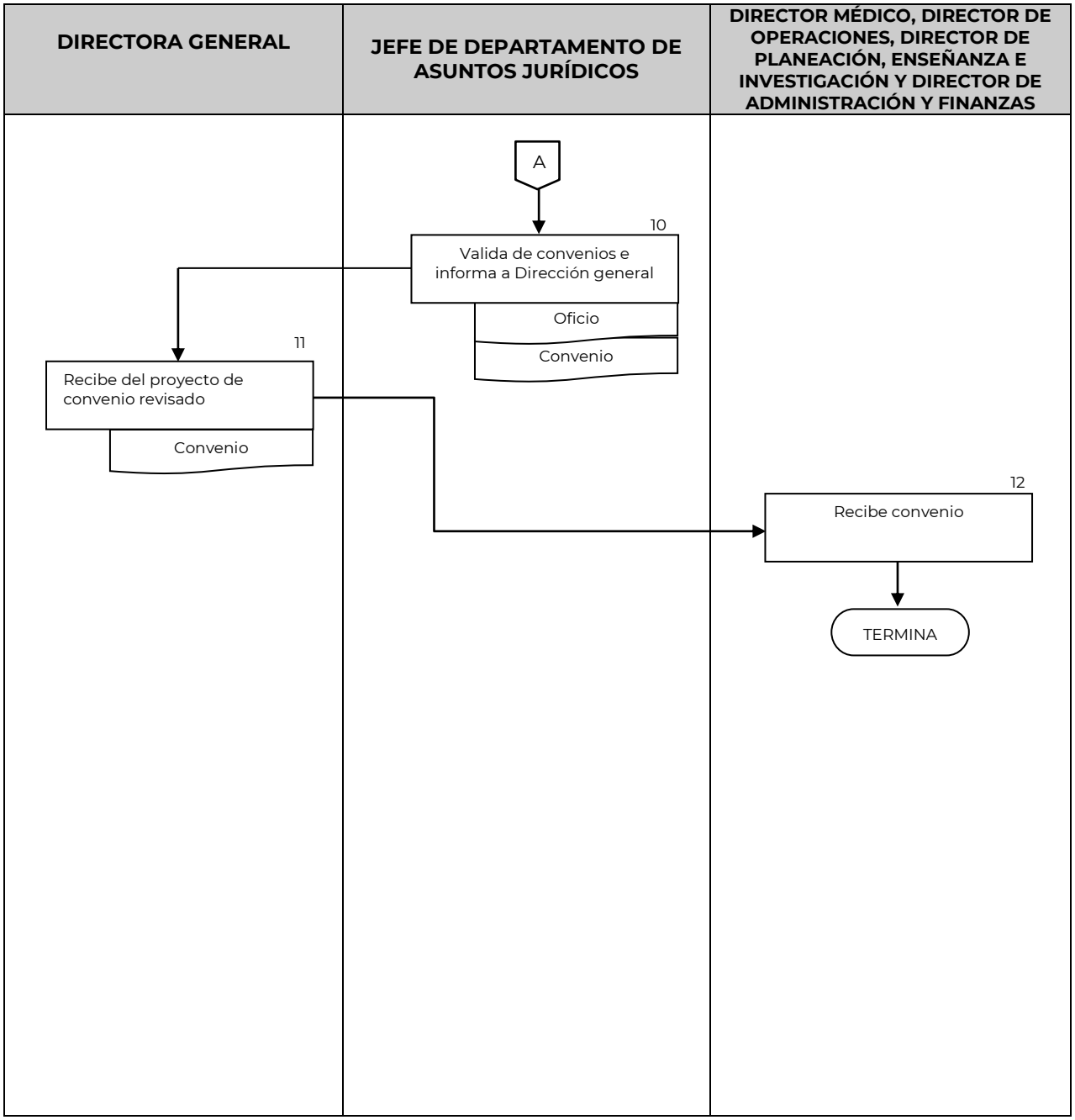
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Instruye la elaboración de convenio de acuerdo a las necesidades de la institución	
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	2 3 4 5	Recibe solicitud para celebrar convenios Efectúa Calendarización de actividad de acuerdo a la importancia del caso. Analiza el convenio y se relaciona con las leyes que le sean aplicables Envía proyecto de convenio para su revisión al área solicitante	Oficio Convenio
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Director de Administración y Finanzas	6 7 8	Revisa y aprueba el proyecto Procede: **No:** Informa al Departamento de Asuntos Jurídicos para su análisis y corrección. Regresa a Actividad 3 **Si:** Remite a la dependencia o entidad con la que se va a celebrar para su revisión y aprobación.	Oficio Convenio
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	9 10	Recibe el Proyecto de Convenio revisado Da Legalidad al convenio en base a la revisión y a que vaya acorde a la normatividad vigente aplicable e informa a Dirección General	Oficio Convenio

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Director de Administración y Finanzas	12	Recibe el convenio celebrado y autorizado para su aplicación y seguimiento **TERMINA**	Convenio Formalizado

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORA GENERAL
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN Y DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
A
10
Valida de convenios e informa a Dirección general
Oficio
Convenio
11
Recibe del proyecto de convenio revisado
Convenio
12
Recibe convenio
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"., autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
7.1 Convenios	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No aplica
7.2 Oficios	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	Número

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Convenio:** Es el acuerdo de dos o más personas destinado a crear, transferir, modificar o extinguir una obligación.

8.2 **Dependencia o entidad:** Lo que integra, la esencia o forma de una cosa// Ser o ente// Persona, bien individual o colectiva.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

68. PROCEDIMIENTO PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ENVIADAS A ESTE HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010".

1. PROPÓSITO

Dar contestación en materia jurídica a los oficios y requerimientos de autoridades judiciales y administrativas, salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria para cumplir con las obligaciones del Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento es aplicable al Departamento de Asuntos Jurídicos, Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Subdirección de Enfermería del HRAEV.

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento es aplicable a los órganos jurisdiccionales o administrativos que lo soliciten.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos, atenderá oportunamente el oficio de la autoridad administrativa o judicial por la que se solicita información o envío de documentación.

3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos, analizara la solicitud de la autoridad administrativa o judicial para determinar su alcance jurídico y si procede su respuesta afirmativa o negativa.

3.3 El Departamento de Asuntos Jurídicos, solicitara a la Dirección que posea la información o la documentación la envíe a la brevedad posible.

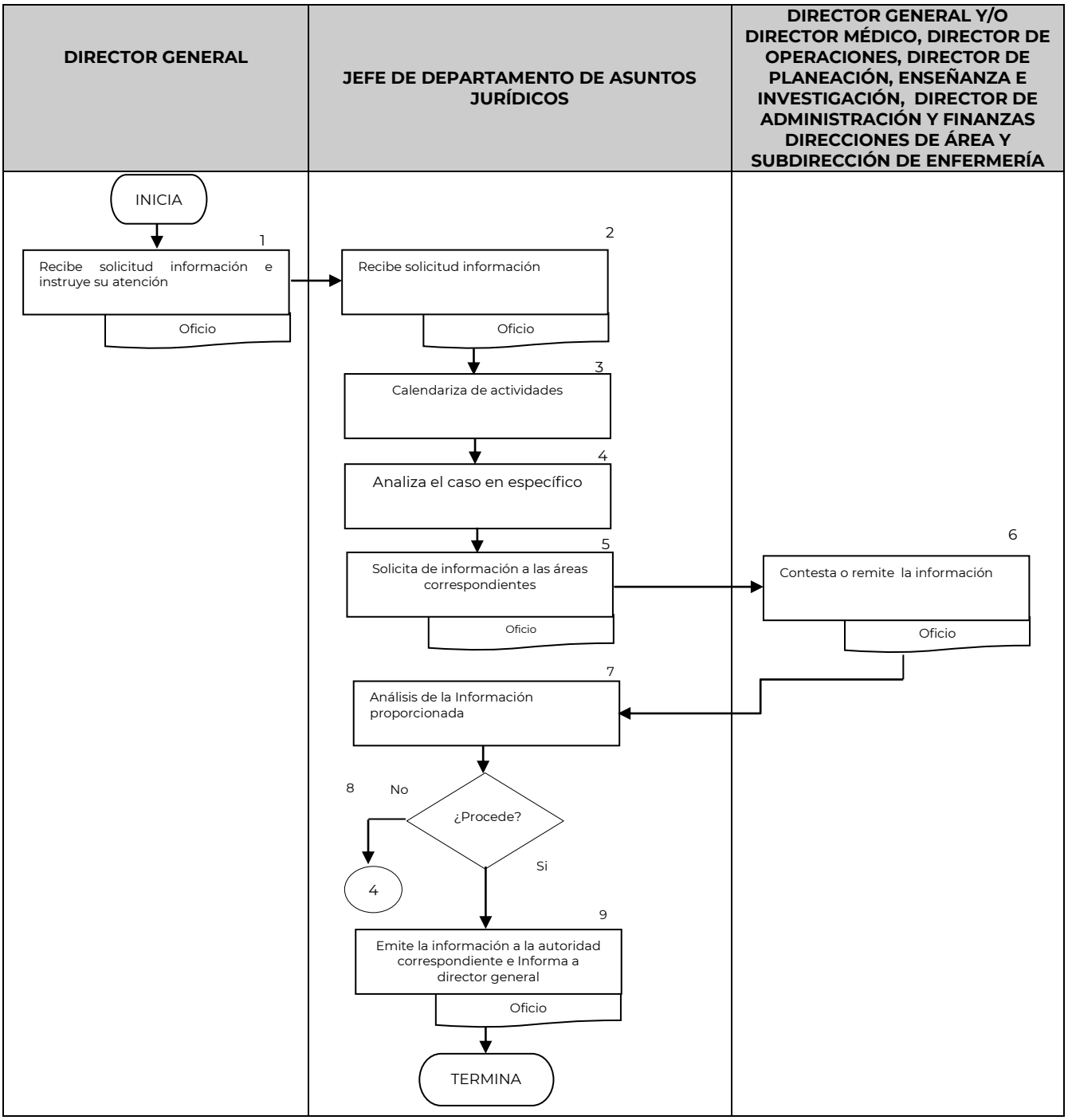
3.4 El Departamento de Asuntos Jurídicos, contestara por escrito y con los anexos que correspondan a la autoridad administrativa o judicial solicitante, recabando el acuse de recibo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe solicitud e instruye su atención	
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	2 3 4 5	Recibe solicitud de donde solicita información acerca del personal que labora en la Institución o de expedientes clínicos de pacientes. Efectúa Calendarización de actividad de acuerdo a la importancia del caso Analiza el caso y el tipo de información que están solicitando. Solicita información al área correspondiente. Oficio	Oficio
Director General y/o Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas Direcciones de Área y Subdirección de Enfermería	6	Contesta en base a lo solicitado por la autoridad judicial o administrativa.	Oficio

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	7	Analiza la información para poder contestar a la autoridad judicial o administrativa correspondiente. Procede:	Oficio
	8	**No:** Requiere a las áreas correspondientes la información faltante. Regresa a actividad 4	
	9	**Si :** Proporciona información solicitada a la autoridad judicial o administrativa correspondiente e informa a Director General. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"., autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Oficios	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Autoridad Administrativa o Judicial: Toda autoridad pública revestida de poderes para dictar reglamentos, ordenes, decretos u otras instrucciones que tengan fuerza de ley.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

69. PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010", EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS.

1. PROPÓSITO

Servir como representante del Director General del HRAEV mediante un poder notarial, para dar resolución jurídica favorable a los intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad en procedimientos judiciales o administrativos.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección General del Hospital y al Departamento de Asuntos Jurídicos.

2.2 A Nivel Externo: aplica con las autoridades judiciales o administrativos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos analizará minuciosamente la demanda, reclamación, inconformidad o denuncia presentada en contra del Hospital para determinar la estrategia procesal a seguir.

3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos solicitará a las Direcciones de área del Hospital la información y documentación necesaria para dar contestación oportuna a las demandas, denuncias o reclamaciones.

3.3 El Departamento de Asuntos Jurídicos contestara la demanda, reclamación, denuncia por escrito, con la debida fundamentación y motivación, así como proporcionara las pruebas con las que de manera contundente acredite los hechos que invoca.

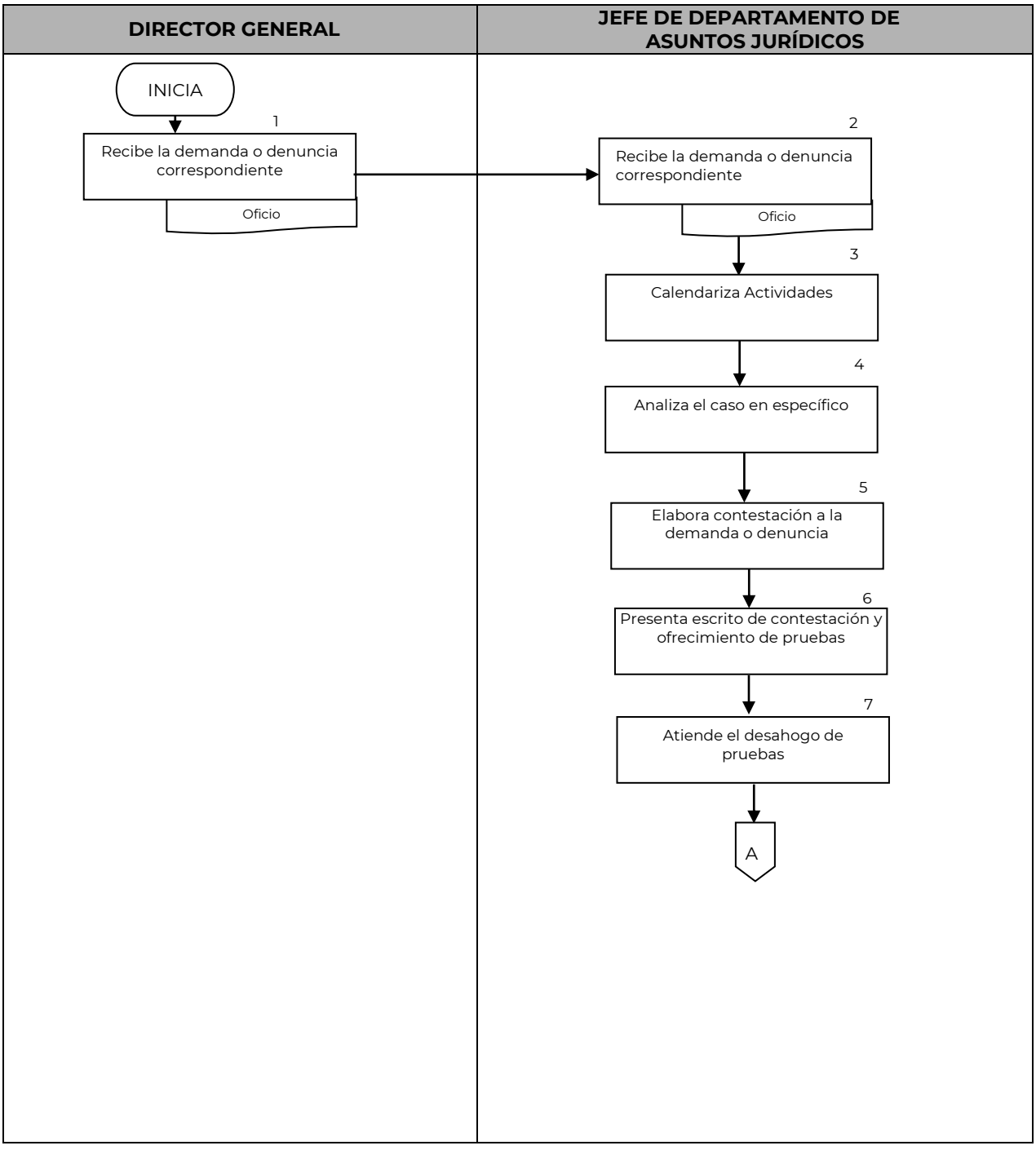
3.4 El Departamento de Asuntos Jurídicos dará seguimiento oportuno y permanente al expediente judicial o administrativo hasta obtener la resolución firme favorable correspondiente.

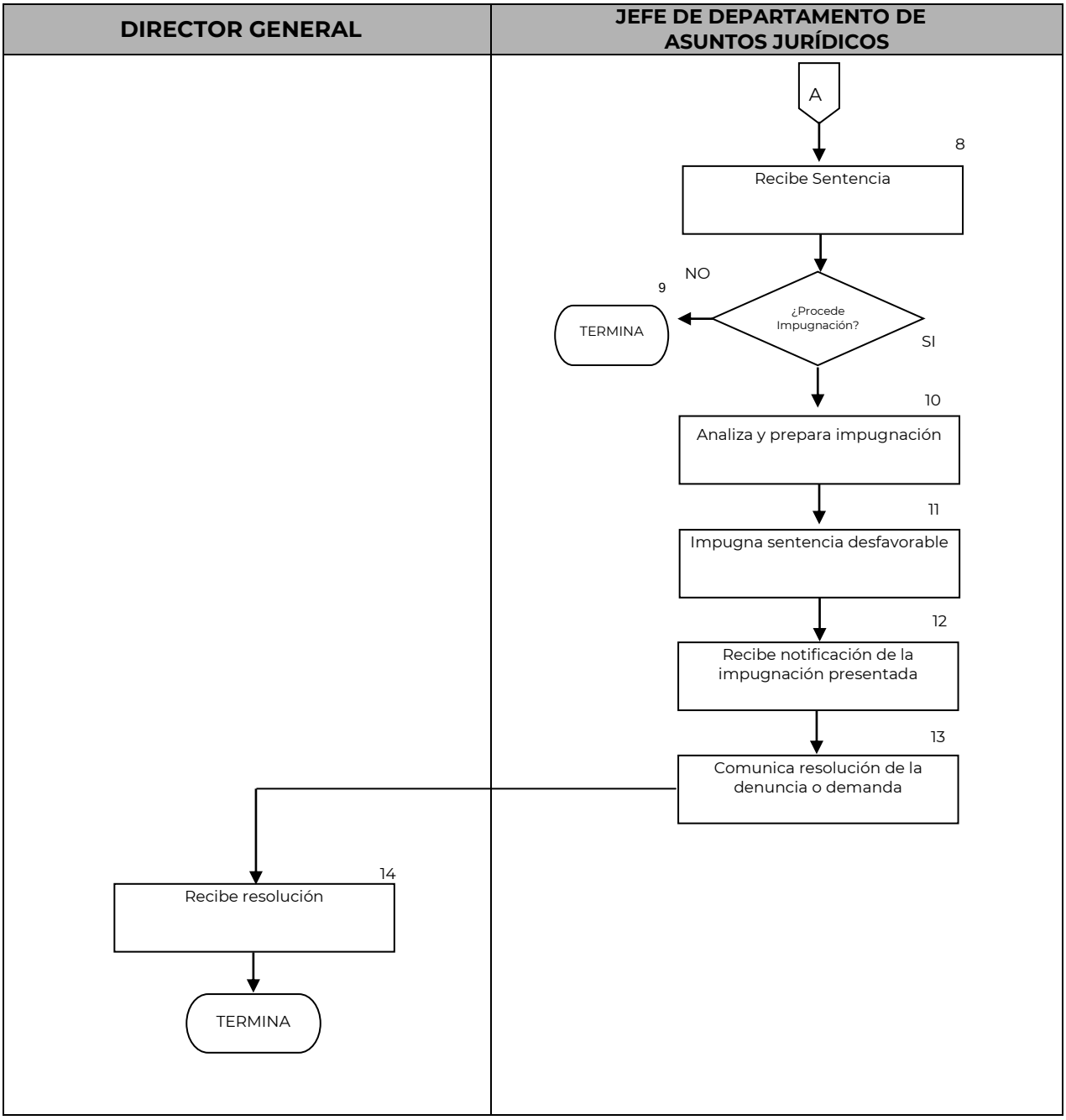
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe demanda o denuncia e instruye su atención	Oficio
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	2	Recibe demanda o denuncia correspondiente	Oficio
	3	Efectúa Calendarización de actividad de acuerdo a la importancia del caso	
	4	Analiza el caso para proceder a contestar la demanda o denuncia correspondiente	
	5	Elabora el escrito de contestación a la demanda, denuncia y el escrito de pruebas correspondiente	
	6	Presenta escrito de contestación y ofrecimiento de pruebas ante el Órgano Jurisdiccional competente para su análisis y notificación al actor.	
	7	Entrega información solicitada a la autoridad judicial o administrativa correspondiente.	Oficio
	8	Recibe sentencia del Órgano Jurisdiccional si resulta favorable ¿Procede Impugnación?	
	9	**NO:** Comunica resolución a Dirección General. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	
	10	**SI:** Analiza información y se prepara para impugnar	
	11	Impugna sentencia desfavorable dentro del término legal	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	12	Recibe notificación del Recurso Promovido contra sentencia desfavorable para darle el cumplimiento correspondiente	
	13	Recibe resolución de la demanda o denuncia y comunica resolución firme a la Dirección General para su cumplimiento.	
Director General	14	Recibe resolución de la demanda o denuncia. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
A
8
Recibe Sentencia
NO
9
TERMINA
¿Procede Impugnación?
SI
10
Analiza y prepara impugnación
11
Impugna sentencia desfavorable
12
Recibe notificación de la impugnación presentada
13
Comunica resolución de la denuncia o demanda
14
Recibe resolución
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Oficios	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio
7.2 Expediente de la demanda	5 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Expediente Judicial: Negocio o asunto que se ventila ante los tribunales, a instancia de parte interesada, o de oficio, pero sin existir juicio contradictorio. En tal sentido, pueden calificarse de expedientes todos los actos de la jurisdicción voluntaria. Actuación administrativa, sin carácter contencioso. Conjunto de papeles, documentos y otras pruebas negocios, relacionado con oficinas públicas o privadas. Despacho, trámite, curso de causas y negocios. Arbitrio, recurso, medio o partido para resolver una duda, obviar un inconveniente o eludir una dificultad. Habilidad o prontitud para ejecutar.

8.2 Resolución: Acción o efecto de resolver o resolverse. Solución de problema, conflicto o litigio. Decisión, actitud. Firmeza, energía. Valor, arrojo, arresto. Expedición, prontitud, diligencia celosa. Medida para un caso. Fallo, auto, providencia de una autoridad gubernativa o judicial. Rescisión. Acto, hecho o declaración de voluntad que deja sin efecto una relación de voluntad que deja sin efecto una relación jurídica. Término,

extinción. Destrucción. Análisis de un compuesto, para su examen material o reflexivo. Atrevimiento, osadía. Cambio de una cosa reducida luego a otra.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

70. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR DENUNCIAS, QUERELLAS O DEMANDAS, CUANDO SE INVOLUCREN INTERESES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010".

1. PROPÓSITO

Elaborar denuncias, querellas o demandas, del personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", cuando se involucren intereses del mismo Hospital para su defensa.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: aplica al Departamento de Asuntos Jurídicos, Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Subdirección de Enfermería por el personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", que lo demanden.

2.2 A Nivel Externo: con los Organismos de Procuración y Administración de Justicia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos realizara un análisis minucioso de la solicitud y determinara la procedencia o no de la acción legal solicitada.

3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos procederá a elaborar de manera clara, precisa y completa la denuncia, querella demanda que corresponda, la que estará debidamente fundada y motivada, así como las pruebas con las que se acrediten los hechos motivo de la reclamación.

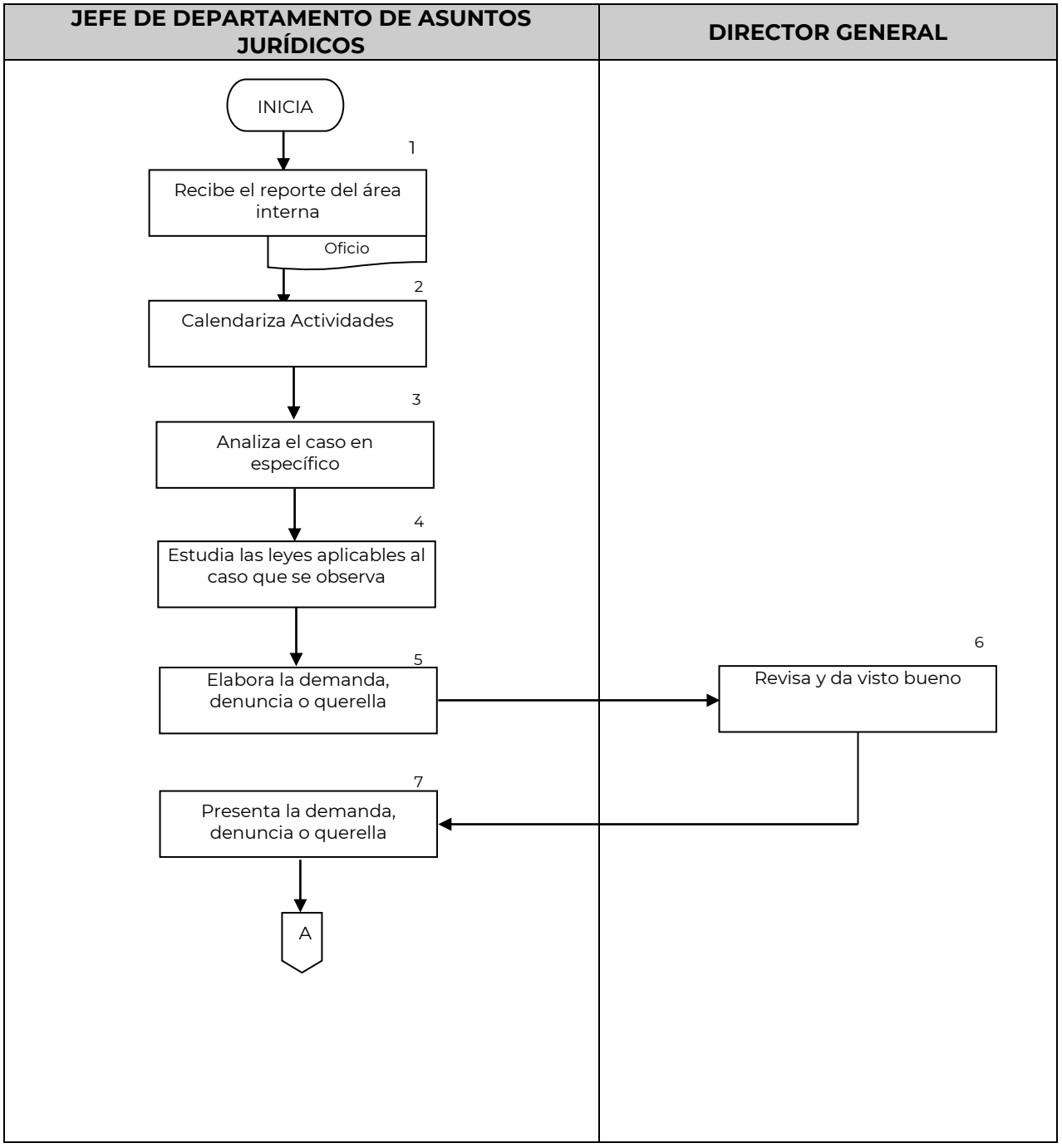
3.3 El Departamento de Asuntos Jurídicos dará seguimiento oportuno y permanente al expediente judicial o administrativo hasta obtener la resolución firme favorable correspondiente.

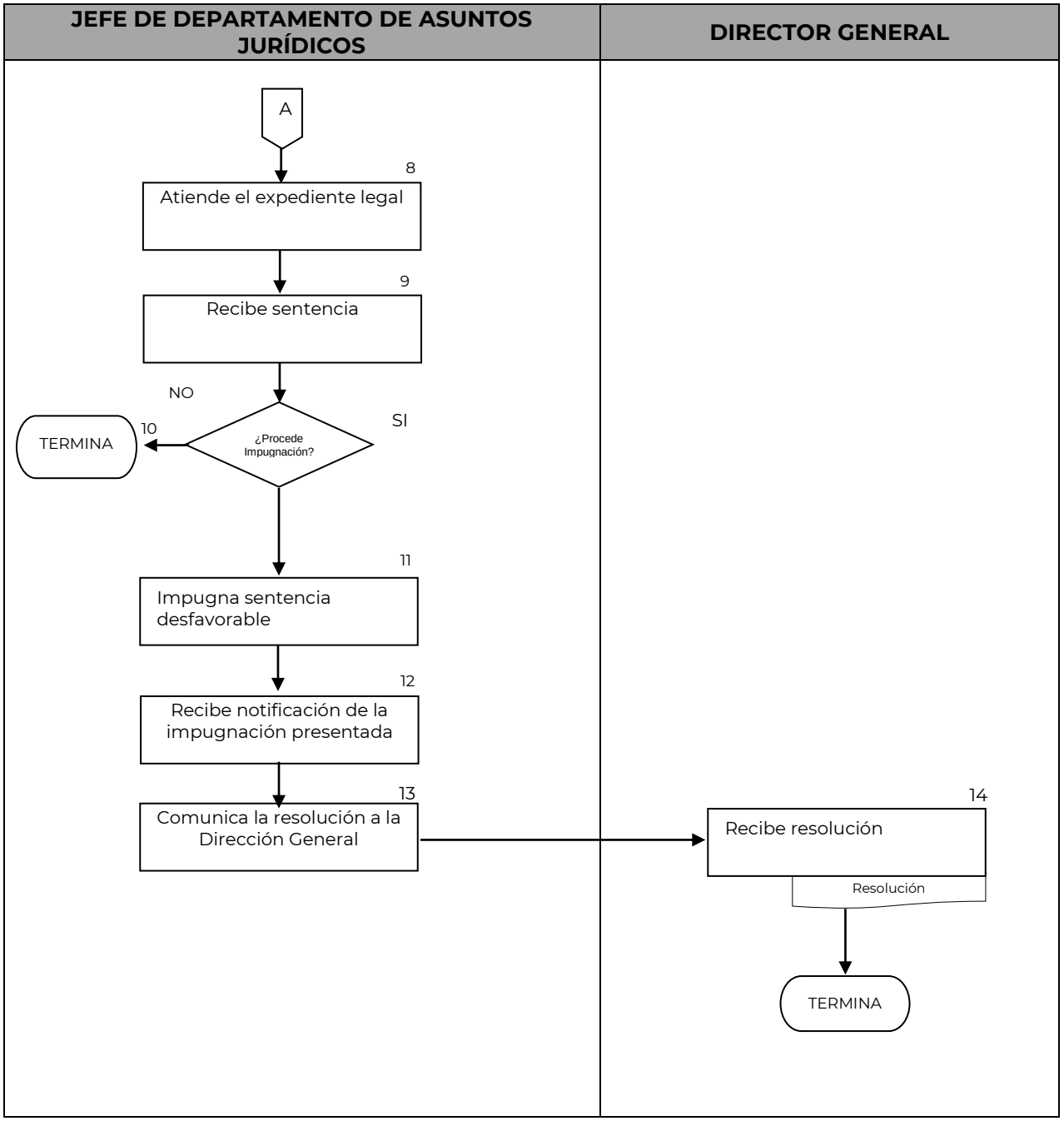
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	1	Recibe el reporte correspondiente	Oficio
	2	Calendariza actividad de acuerdo a la importancia del caso.	
	3	Analiza el caso para proceder a elaborar la demanda, querella o denuncia correspondiente.	
	4	Estudia las leyes aplicables a la demanda, denuncia o querella correspondiente para poder elaborar la misma, así como solicita información al área solicitante.	
	5	Elabora la demanda, denuncia o querella según sea el caso, conforme a la normatividad correspondiente y presenta a Director General para su aprobación	
Director General	6	Revisa y da Visto Bueno para su presentación	Demanda
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	7	Presenta la demanda, denuncia o querella ante el Órgano de Procuración o administración de Justicia competente.	
	8	Atiende el expediente legal formado por la autoridad competente, hasta su resolución	
	9	Recibe sentencia del Órgano Jurisdiccional. ¿Procede Impugnación?	
	10	**No:** Informa a la Dirección General TERMINA PROCEDIMIENTO	
	11	**Si:** Impugna sentencia desfavorable dentro del término legal.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	12	Recibe notificación del Recurso Promovido contra sentencia desfavorable para darle el cumplimiento correspondiente	
	13	Recibe y comunica resolución firme a la Dirección General para su cumplimiento	
Director General	14	Recibe resolución de la demanda o denuncia. **TERMINA**	Resolución

5. DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR GENERAL
A
8
Atiende el expediente legal
9
Recibe sentencia
NO
SI
10
TERMINA
¿Procede Impugnación?
11
Impugna sentencia desfavorable
12
Recibe notificación de la impugnación presentada
13
Comunica la resolución a la Dirección General
14
Recibe resolución
Resolución
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Contestación a la demanda, denuncia o querella correspondiente	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio
7.2 Documento de la demanda	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio
7.3 Documento de la querella	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio
7.4Documento de la denuncia	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Demanda: Petición, solicitud, Petición formulada en un juicio por una de las partes. Procesalmente, en su acepción principal para el Derecho, es el escrito por el cual el actor o demandante ejercita en juicio civil una o varias acciones o entabla recursos en la jurisdicción contenciosa administrativa.

8.2 Sentencia: Es la resolución emanada por una autoridad competente a un caso concreto.

8.3 Querella: Acto procesal de parte mediante el que se ejerce la acción penal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

71. PROCEDIMIENTO PARA FORMULAR DESISTIMIENTOS Y PERDONES LEGALES CUANDO EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010", SEA PARTE DENTRO DE UNA CONTROVERSIA JUDICIAL.

1. PROPÓSITO

Elaborar los desistimientos y perdones legales a petición del Director General una vez que los intereses se encuentren satisfechos en beneficio de la Institución.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica a la Dirección General del Hospital y al Departamento de Asuntos Jurídicos

2.2 A Nivel Externo: este procedimiento aplica a la autoridad jurisdiccional correspondiente

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos analizara la procedencia del otorgamiento del perdón o desistimiento de la demanda una vez que los intereses institucionales se encuentren satisfechos.

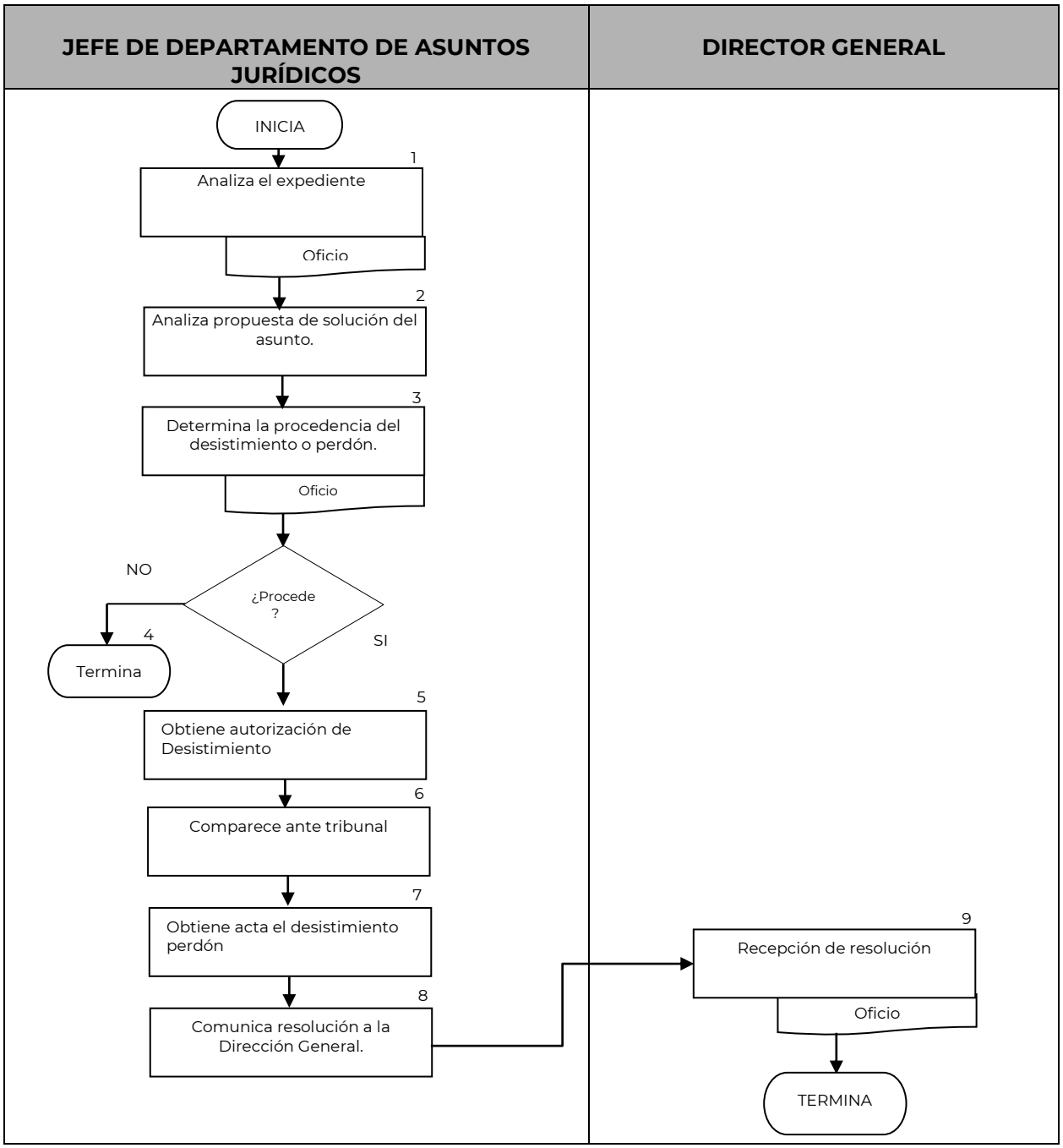
3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos informara al Director general sobre la conveniencia de otorgar el perdón o desistimiento de la acción y de la demanda de manera fundada y motivada para que el Director General autorice el otorgamiento del perdón.

3.3 El Departamento de Asuntos Jurídicos en caso procedente procederá al desistimiento expreso y por escrito de la demanda o perdón legal.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	1	Analiza el expediente legal ante el órgano jurisdiccional o administrativo.	Oficio Expediente Legal
	2	Analiza la propuesta de solución de la contraparte en el juicio	Propuesta
	3	Determina la procedencia del desistimiento o perdón del expediente penal, civil o administrativo. Procede:	
	4	**No:** Comunica la situación del caso al Director General y continua el asunto legal su curso **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Oficio Acta de desistimiento o perdón
	5	**Si:** Obtiene la autorización del desistimiento o perdón por parte del director general.	
	6	Comparece ante el tribunal u órgano administrativo para otorgar el desistimiento o perdón.	
	7	Obtiene el acta del desistimiento o perdón.	
	8	Comunica resolución firme a la Dirección General para su cumplimiento.	
Director General	9	Recibe la resolución del procedimiento llevado a cabo **TERMINA**	Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Minutas de reunión	3 años	Departamento de Asuntos Jurídicos	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Desistimiento o perdón: El desistimiento es, en materia procesal, el acto de abandonar la instancia, la acción o cualquier otro trámite del procedimiento. Puede ser expreso o tácito; el desistimiento tácito se opera al dejar vencer voluntariamente el término procesal. Puede también desistirse del derecho material invocado en el proceso.

En lo penal, interrupción o apartamiento voluntario del delito intentado, de aquel cuya ejecución se había iniciado. Puede determinar, sin más, la absolución del procesado que pruebe tal situación y siempre que no se hayan originado ya infracciones, aún menores, punibles.

8.2 Resolución: Modo de dejar sin efecto una relación jurídica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

72. PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR ADMINISTRATIVA Y LABORALMENTE ALPERSONAL REPORTADO.

1. PROPÓSITO

Realizar la investigación administrativa laboral del personal que es reportado por alguna área de este Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", con el objeto de determinar si existe alguna infracción a la normatividad vigente y en su caso aplicar la sanción correspondiente que determine la Dirección General para defensa de los intereses de la Institución.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Departamento de Asuntos Jurídicos, Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Subdirección de Enfermería por el personal de todas las Direcciones y Subdirecciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".

2.2 A nivel Externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos recibirá el reporte de irregularidad laboral e inmediatamente integrará expediente de investigación citando a los testigos y al personal a quien se atribuya la irregularidad.

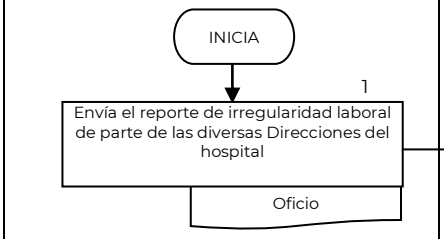
3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos comunicara al Director General el resultado de la investigación para la emisión de la resolución correspondiente aplicando sanción laboral o determinando la ausencia de responsabilidad laboral del trabajador.

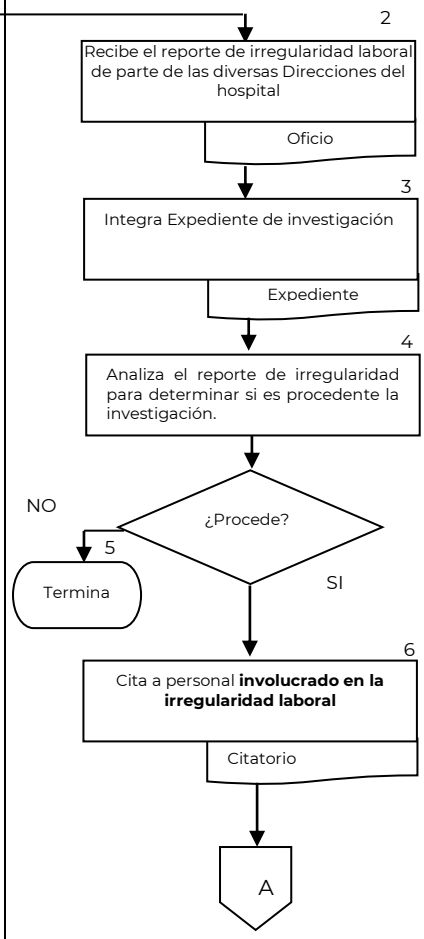
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

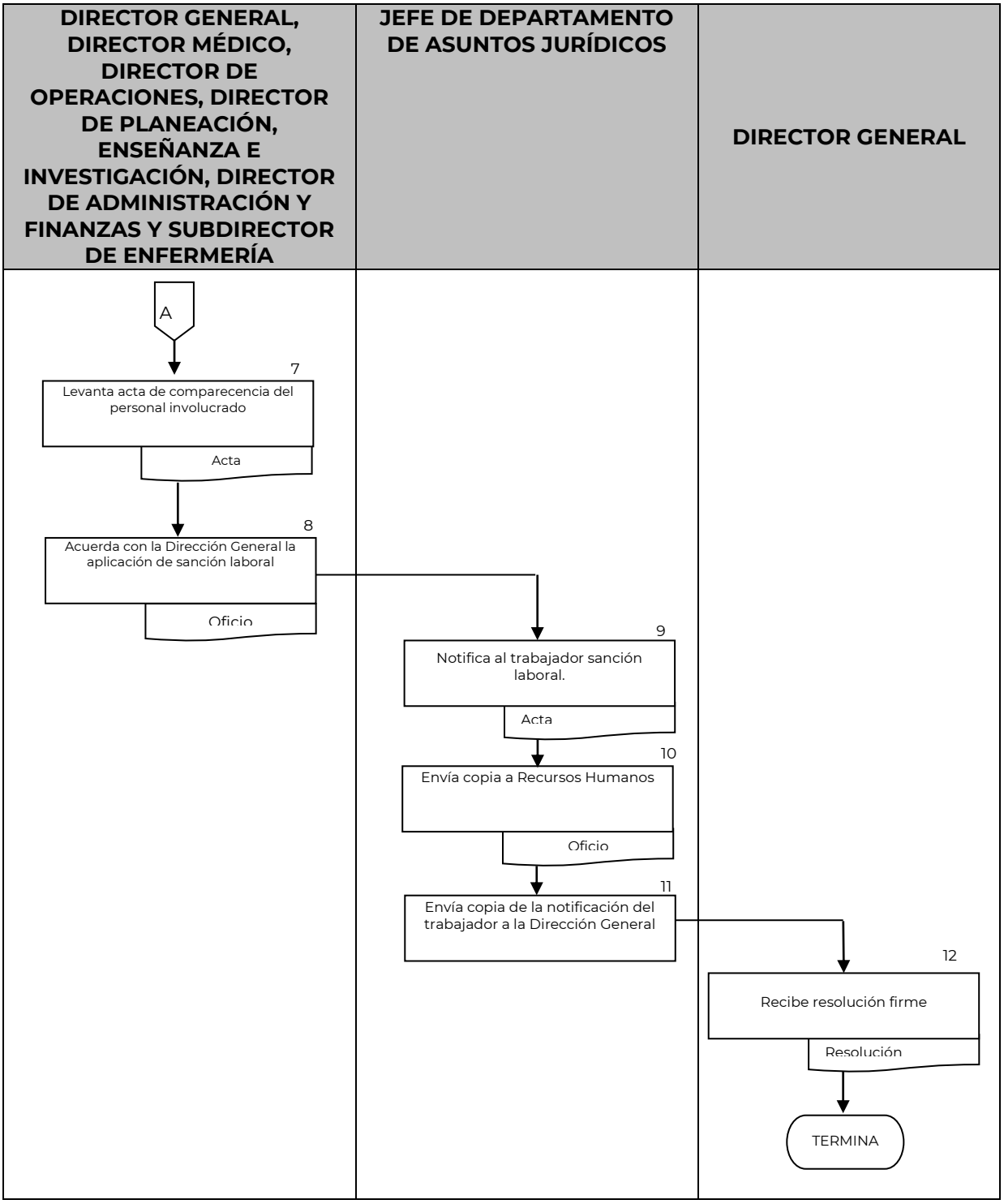
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas y Subdirector de Enfermería	1	Envía el oficio y anexos en el que se reporta una irregularidad laboral al Departamento de Asuntos Jurídicos.	Oficio
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	2	Recibe el oficio y anexos en el que se reporta una irregularidad laboral por parte de las diversas Direcciones del Hospital.	Oficio
	3	Integra expediente con el reporte que se recibe.	Expediente de investigación.
	4	Analiza el reporte de investigación y sus anexos para determinar la procedencia de la investigación Procede:	
	5	No: Archiva por no contener falta laboral o por resultar la sanción extemporánea. TERMINA PROCEDIMIENTO	Citatorio
	6	Si: Cita al personal involucrado en la irregularidad laboral en el Departamento de asuntos jurídicos para obtener mayor información, así como para respetar el derecho de audiencia.	
	7	Levanta acta de comparecencia del personal involucrado	Acta de comparecencia

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	8	Acuerda con la Dirección general la aplicación de la sanción laboral que corresponda en escrito fundado y motivado.	Oficio conteniendo sanción laboral
	9	Notifica personalmente al trabajador la sanción laboral procedente obteniendo su firma y acuse de recibo.	
	10	Envía copia de la sanción a la Subdirección de recursos humanos el Acta de notificación al trabajador	
	11	Comunica por medio de la copia de la notificación del trabajador resolución firme a la Dirección General para su cumplimiento.	
Director General	12	Recibe resolución firme. **TERMINA**	Resolución

5. DIAGRAMA DE FLUJO






DIRECTOR GENERAL, DIRECTOR MÉDICO, DIRECTOR DE OPERACIONES, DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y SUBDIRECTOR DE ENFERMERÍA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECTOR GENERAL
A
7
Levanta acta de comparecencia del personal involucrado
Acta
8
Acuerda con la Dirección General la aplicación de sanción laboral
Oficio
9
Notifica al trabajador sanción laboral.
Acta
10
Envía copia a Recursos Humanos
Oficio
11
Envía copia de la notificación del trabajador a la Dirección General
12
Recibe resolución firme
Resolución
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

5. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Actas Administrativas	Indefinidamente	Departamento Jurídico	Expediente
7.2 Citatorio	Indefinidamente	Departamento Jurídico	Expediente
7.3 Oficio	Indefinidamente	Departamento Jurídico	Expediente
7.4 Notificación	Indefinidamente	Departamento Jurídico	Expediente

6. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Sanción Laboral: Pena o castigo aplicado al que desobedece una ley laboral.

7. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

8. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

73. PROCEDIMIENTO PARA ASESORAR A LOS COMITÉS INTERNOS DE ESTE HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010", DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

1. PROPÓSITO

Brindar asesoría a los Comités Internos de este Hospital, con el objeto de que actúen de acuerdo a la normatividad vigente para el cumplimiento de los objetivos de la Institución.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Aplica al Departamento de Asuntos Jurídicos, Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas y Subdirección de Enfermería por el personal de todas las Direcciones y Subdirecciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".

2.2 A Nivel Externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos recibirá oportunamente la notificación de parte de la Dirección General y demás Direcciones de área la fecha y hora de la reunión del comité correspondiente, señalando el orden del día y anexos.

3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos, mediante el área solicitante dejara constancia de la solicitud de asesoría jurídica de este Departamento.

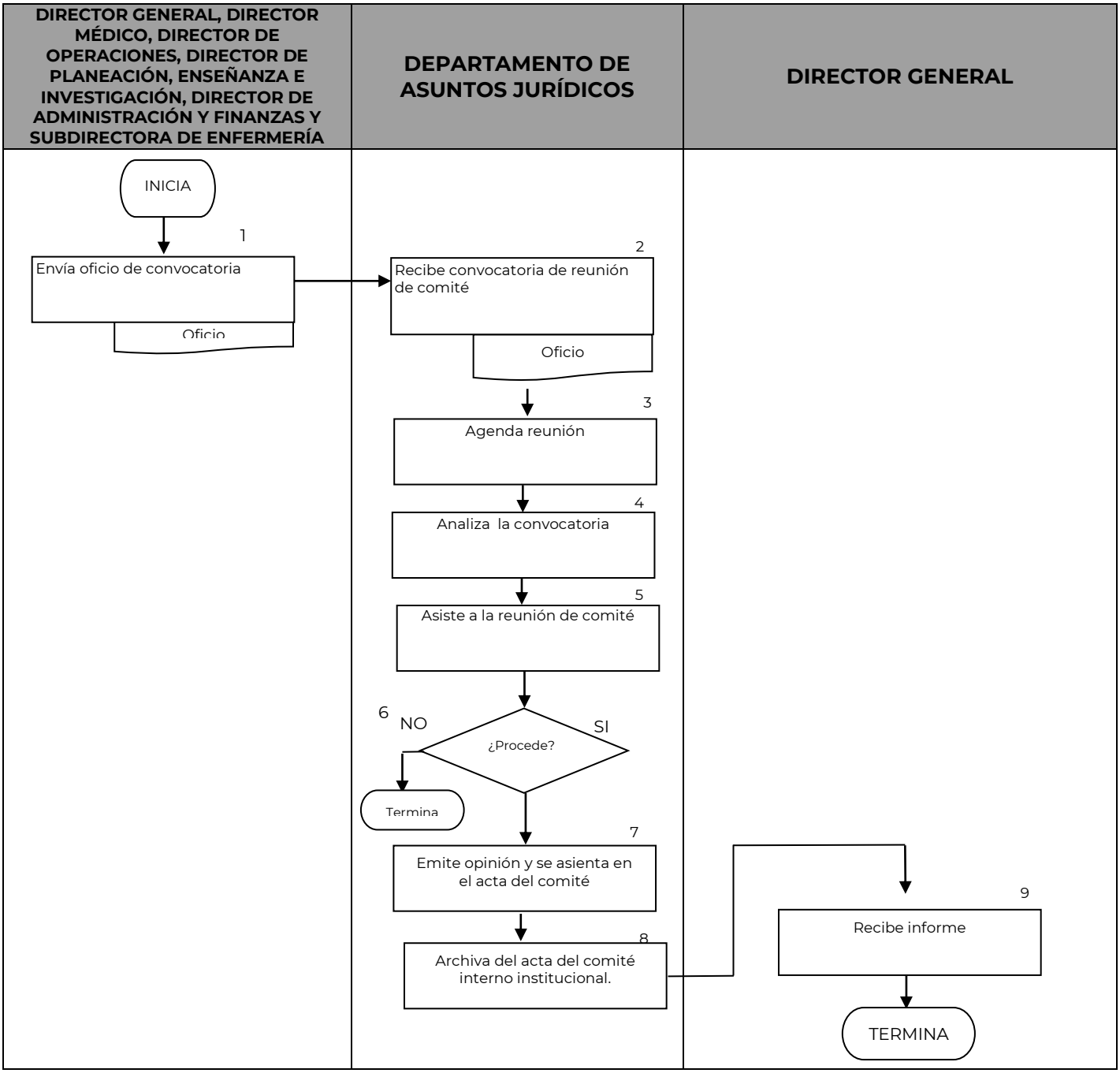
3.3 El Departamento de Asuntos Jurídicos asistirá puntualmente a las reuniones de comité a los que sea convocado, expresando en las actas la opinión jurídica debidamente fundada y motivada.

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza E Investigación, Director de Administración Y Finanzas Y Subdirectora De Enfermería	1	Envía oficio de convocatoria	Oficio
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	2	Recibe oficio conteniendo convocatoria para asistir a comité interno institucional.	Oficio
	3	Agenda reunión del comité.	
	4	Analiza la convocatoria sobre los asuntos a tratar para determinar la asesoría jurídica que se brindara al comité.	
	5	Asiste a la reunión el comité: Procede emitir opinión:	Acta del comité interno Institucional
	6	**No:** Participa sin emitir opinión y continúa en actividad. TERMINA PROCEDIMIENTO	
	7	**Si:** Emite la opinión jurídica del caso a tratar, asentándose en el acta la opinión correspondiente.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	8	Archiva el acta del comité interno institucional para llevar un control y registro de los asuntos tratados por el Comité e informa a Director General	
Director General	9	Recibe informe. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", autorizado y vigente.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación Única
7.1 Minutas de reunión	3 años	Departamento Jurídico	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Comité:** es un conjunto de personas que con arreglo a las leyes o reglas de una organización, institución o entidad tienen establecidas determinadas competencias.

8.2 **Minuta:** Extracto o borrador que se hace de un contrato u otra cosa, anotando las cláusulas o partes esenciales, para copiarlo después y extenderlo con todas las formalidades necesarias para su perfección.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica