



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria





HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
"BICENTENARIO 2010" ADSCRITO A
IMSS-BIENESTAR

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
"BICENTENARIO 2010"**

JUNIO, 2025

ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	7
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	10
II.- MARCO JURÍDICO	10
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.- ENSEÑANZA Y CAPACITACION OPERATIVA Y TECNICA DE EQUIPOS MEDICOS.
- 18.- CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD EN MANTENIMIENTO.
- 19.- EVALUACIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON EQUIPO MÉDICO.
- 20.- EVALUACIÓN DE TECNOLOGIA MEDICA
- 21.- SUPERVISION DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO
- 22.- SUPERVISION DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
- 23.- ATENCION A INCIDENCIAS SOBRE INSUMOS PARA EQUIPOS MEDICOS.
- 24.- CONTROL DE INVENTARIOS.
- 25.- SALIDA DE EQUIPO BIOMEDICO.
- 26.- ENTRADA DE EQUIPO BIOMEDICO AL HOSPITAL
- 27.- PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN PARA COADYUVAR CON LA ALTA GERENCIA HOSPITALARIA.
- 28.- 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.
- 29.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER POLÍTICAS EN MATERIA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN QUE PERMITAN FORTALECER LA GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO.

- 30.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN.
- 31.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LA APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS EMITIDOS PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS.
- 32.- PROCEDIMIENTO PARA PROPONER ACUERDOS Y CONVENIOS DE COLABORACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.
- 33.- PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA APLICACIÓN CORRECTA DE LOS INDICADORES DE NIVEL FEDERAL.
- 34.- PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR Y SUPERVISAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA BIBLIOHEMEROTECA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VICTORIA.
- 35.- PROCEDIMIENTO PARA ANALIZAR Y PROPONER A LA COORDINACIÓN DEL HOSPITAL LA EVALUACIÓN, INCORPORACIÓN, CREACIÓN O ELIMINACIÓN DE ÁREAS QUE CONTRIBUYAN AL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA.
- 36.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.
- 37.- PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.
- 38.- PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION Y UTILIZACION DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACION.
- 39.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO EXTERNO.
- 40.- PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACION DE RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES.
- 41.- PROCEDIMIENTO PARA ACUERDOS CON EL TITULAR DE LA COORDINACION.
- 42.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CARTAS Y OFICIOS EXTERNOS.
- 43.- PROCEDIMIENTO PARA EL I NGRESO DE RESIDENTES EN EL AREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

- 44.- PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE RESIDENTES EXTRANJEROS EN EL AREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
- 45.- PROCEDIMIENTO DE PREGRADO EN MEDICINA.
- 46.- PROCEDIMIENTO DE PREGRADO OTRAS LICENCIATURAS.
- 47.- PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL.
- 48.- PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.
- 49.- PROCEDIMIENTO PARA EDUCACION DE LA SALUD
- 50.- PROCEDIMIENTO PARA LA BIBLIOHEMEROTECA.
- 51.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN.
- 52.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS.
- 53.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE INDICADORES PARA MEJORA CONTINUA.
- 54.- PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.
- 55.- PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL.
- 56.- PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DE PROYECTOS, PLANES Y PROGRAMAS DE TRABAJO.
- 57.- PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA HOSPITALARIA.
- 58.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A SOLICITUDES DE INFORMES ESTADÍSTICOS.
- 59.- PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA DE SINERHIAS.
- 60.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN INFORMATIVO DEL HOSPITAL.
- 61.- PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PÚBLICAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES.
- 62.- PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PUBLICAS ATRAVES DE ENTREVISTAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES

- 63.- PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DEL SITIO WEB.
- 64.- PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LA NORMATIVIDAD JURÍDICA VIGENTE A LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”.
- 65.- PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR CONVENIOS DE COLABORACIÓN CON DEPENDENCIAS Y ENTIDADES EN MATERIA DE SALUD.
- 66.- 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”.
- 67.- PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”, EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS.
- 68.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR DENUNCIAS, QUERELLAS O DEMANDAS, CUANDO SE INVOLUCREN INTERESES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”.
- 69.- 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.
- 70.- PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR ADMINISTRATIVA Y LABORALMENTE AL PERSONAL REPORTADO.
- 71.- 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 7 de 510

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; así mismo, para facilitar su comprensión, aplicación y control, se exponen en el orden que establece el proceso administrativo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 8 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 9 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 10 de 510

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 General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2023)
- 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 de Austeridad Republicana
- 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 de Procedimiento Administrativo
- Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
- Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión
- 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 de Infraestructura de la Calidad
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre sin Violencia
- Ley General de Archivos
- Ley General de Bienes Nacionales
- 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 14 de 510

- 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 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 15 de 510

- Reglamento de la Ley del Seguro Social, en materia de administración y enajenación de bienes adjudicados con motivo de la aplicación del procedimiento administrativo de ejecución
- Reglamento de la Ley de Asociaciones Público Privadas
- Reglamento de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores
- Reglamento de la Ley del 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 16 de 510

- 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 Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios
- 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 Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos
- 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 17 de 510

- 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 18 de 510

- 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 el Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
- Decreto por el que se Reforman, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones de la Ley General de Salud, para Regular el Sistema de Salud para el Bienestar.
- Decreto por el que se Desincorporan por Fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el (IMSS-BIENESTAR).

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0 Hoja 19 de 510
---	--	--

- Decreto por el que se crea la Comisión Presidencial para el Cumplimiento del Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley General de salud, para consolidar la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar
- 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 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 20 de 510

ACUERDOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

- Acuerdo por el que se delegan en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, las facultades que al Secretario de la Función Pública le corresponden originalmente sobre el Órgano Interno de Control en el organismo público descentralizado IMSS-BIENESTAR.
 - Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar MÁS-BIENESTAR
 - Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar
 - Acuerdo por el que se emiten las Bases para el Proceso de Desincorporación por Fusión del Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR
 - Acuerdo por el que se emiten las Bases para la Transferencia de Recursos y Desincorporación por Extinción del Organismo Público Descentralizado denominado Instituto de Salud para el Bienestar
 - Acuerdo por el que se instruye a la Secretaría de Salud, a Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V., al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al Instituto Mexicano del Seguro Social y a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar llevar a cabo las acciones que se indican.
 - Acuerdo por el que se crea el Órgano Interno de Control Específico en Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar y se extinguen las oficinas de representación que se indican, así como el Órgano Interno de Control Específico en el Instituto de Salud para el Bienestar.
 - Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud.
 - Acuerdo por el que se emiten las disposiciones generales del Servicio Nacional de Salud Pública
-

- Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar Servicios de Salud del instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
 - Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales en Materia de Recursos Humanos de la Administración Pública Federal
 - Acuerdo por el que se reforma el similar por el que se establece la obligatoriedad para las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que presten servicios de salud, de homologar el contenido de las guías de práctica clínica o equivalentes, con los protocolos de atención médica que emita el consejo de salubridad general
 - 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.
-

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 22 de 510

- 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 23 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 24 de 510

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 Secretaría 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.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2020, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 25 de 510

- 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-SSA1-2021, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al ozono (O3). Valores normados para la concentración de ozono (O3) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA1-2019, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de azufre (SO2). Valores normados 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-SSA1-2021, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de nitrógeno (NO2). Valores normados para la concentración de dióxido de nitrógeno (NO2) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA1-2021, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto a las partículas suspendidas PM10 y PM2.5. Valores normados para la concentración de partículas suspendidas PM10 y PM2.5 en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA1-2021, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al plomo (Pb). Valor normado para la concentración de plomo (Pb) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 26 de 510

- 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. AQUÍ ME QUEDÉ
- 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 27 de 510

- 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-SSA1-2016, 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-SSA1-2016, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 28 de 510

- 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 tecno vigilancia.
- 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-SSA2-2016, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 29 de 510

- 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-SSA2-2015, 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 cervicouterino.
- 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 teniasis/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-SSA2-2014, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 30 de 510

- 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 peri menopausia 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 31 de 510

- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, 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-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento 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-SSA3-2018, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 32 de 510

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 33 de 510

OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS

- Lineamientos en Materia de Austeridad Republicana.
- Lineamientos para el Sistema de Compensación para Casos de Excepción
- Lineamientos para los Procedimientos de Verificación Aleatoria, de Investigación en Materia de Evolución Patrimonial y de Verificación de la Evolución Patrimonial de las Personas Servidoras Públicas de la Administración Pública Federal
- Lineamientos para el Procedimiento de Responsabilidad Administrativa en la Administración Pública Federal.
- Lineamientos para el trámite del Procedimiento de Conciliación a que se refiere la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; la Ley de Obras Públicas y servicios relacionados con las mismas, y la Ley de Asociaciones Público Privadas
- Lineamientos para los procedimientos de contratación consolidada de medicamentos e insumos para la salud
- Lineamientos para la distribución de medicamentos e insumos para la salud como parte de la cadena de suministro
- Lineamientos para la Integración y Actualización del Marco Normativo Interno de la Administración Pública
- Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar.
- Reglas de Operación del Programa Nacional de Reconstrucción para el Ejercicio Fiscal 2024.
- Aviso por el que se dan a conocer los datos de identificación de diversas normas internas en materia de transparencia y acceso a la información del instituto de salud para el bienestar y el fondo de salud para el bienestar, así como las páginas electrónicas en las que pueden ser consultadas.
- Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2023.

- Nota aclaratoria al Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales en Materia de Recursos Humanos de la Administración Pública Federal.
- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud
- Reglas Internas de Operación de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General

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.
- 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 35 de 510

- 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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”	Rev. 0
		Hoja 36 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD JUZARCA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		DIRECCIÓN GENERAL		
		1.Procedimiento para la Generación de Recursos Financieros Mediante el Otorgamiento de Servicios a Otros Organismos e Instituciones		Hoja 37 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD HUMANIDADES Y CIENCIAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN GENERAL	
		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” adscrito a los Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar IMSS-BIENESTAR.

2. ALCANCE.

- 2.1 A Nivel Interno: este procedimiento aplica al Titular de la Coordinación 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.

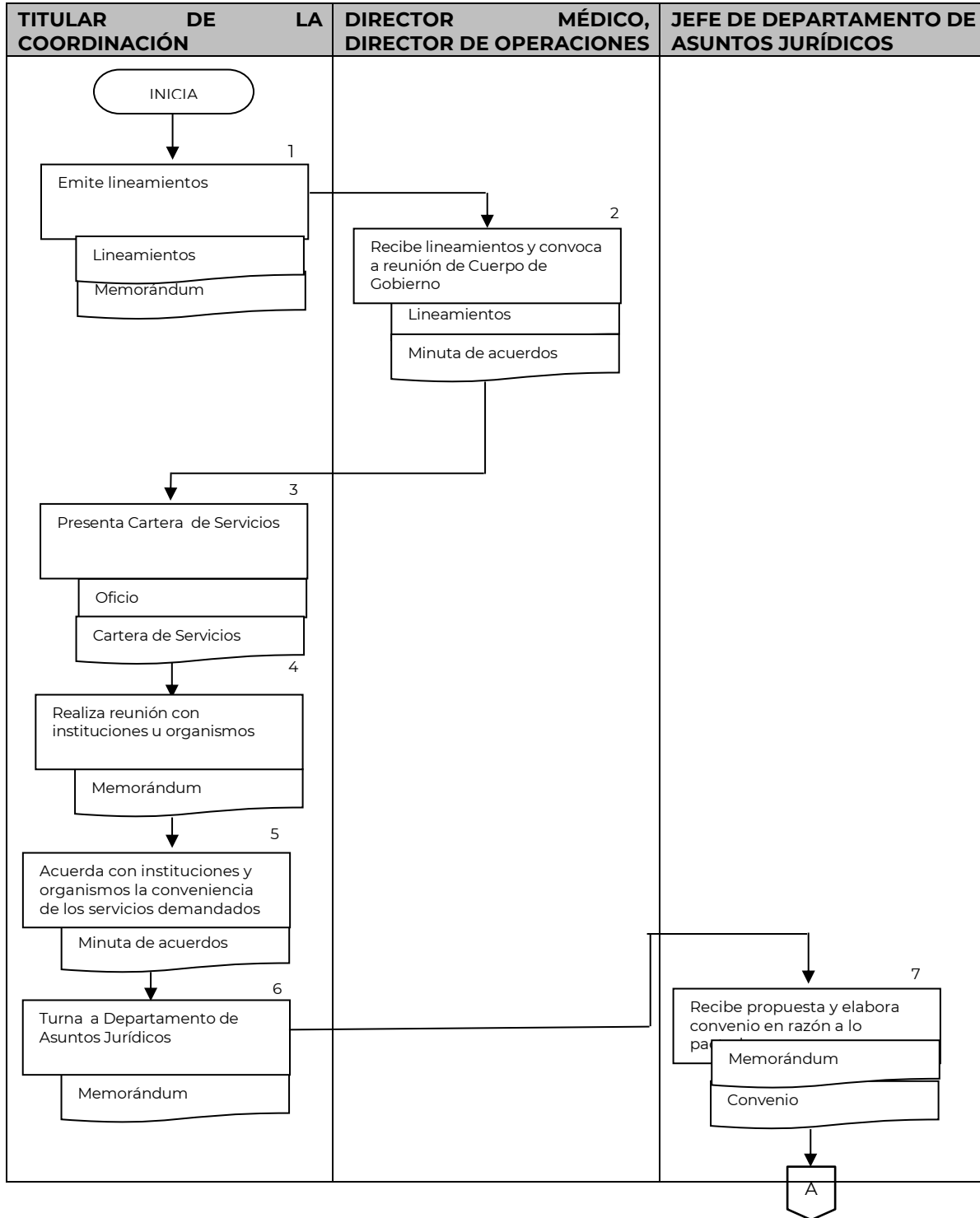
- 3.1 El Titular de la Coordinación emitirá lineamientos autorizados para proporcionar los servicios a particulares, hospitales o instituciones, siempre y cuando estos se apeguen a las normativas del Hospital.
- 3.3 El Titular de la Coordinación a través de la Dirección de Administración y Finanzas proporcionará el tabulador de cuotas actualizado y autorizado de costos por servicios.
- 3.4 El titular de la Coordinación a través de las Direcciones Médica y de Operaciones propondrá la oferta de servicios de acuerdo al Catálogo establecido y a los lineamientos internos, así como la coordinación de las iniciativas.
- 3.5 El titular de la Coordinación 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.

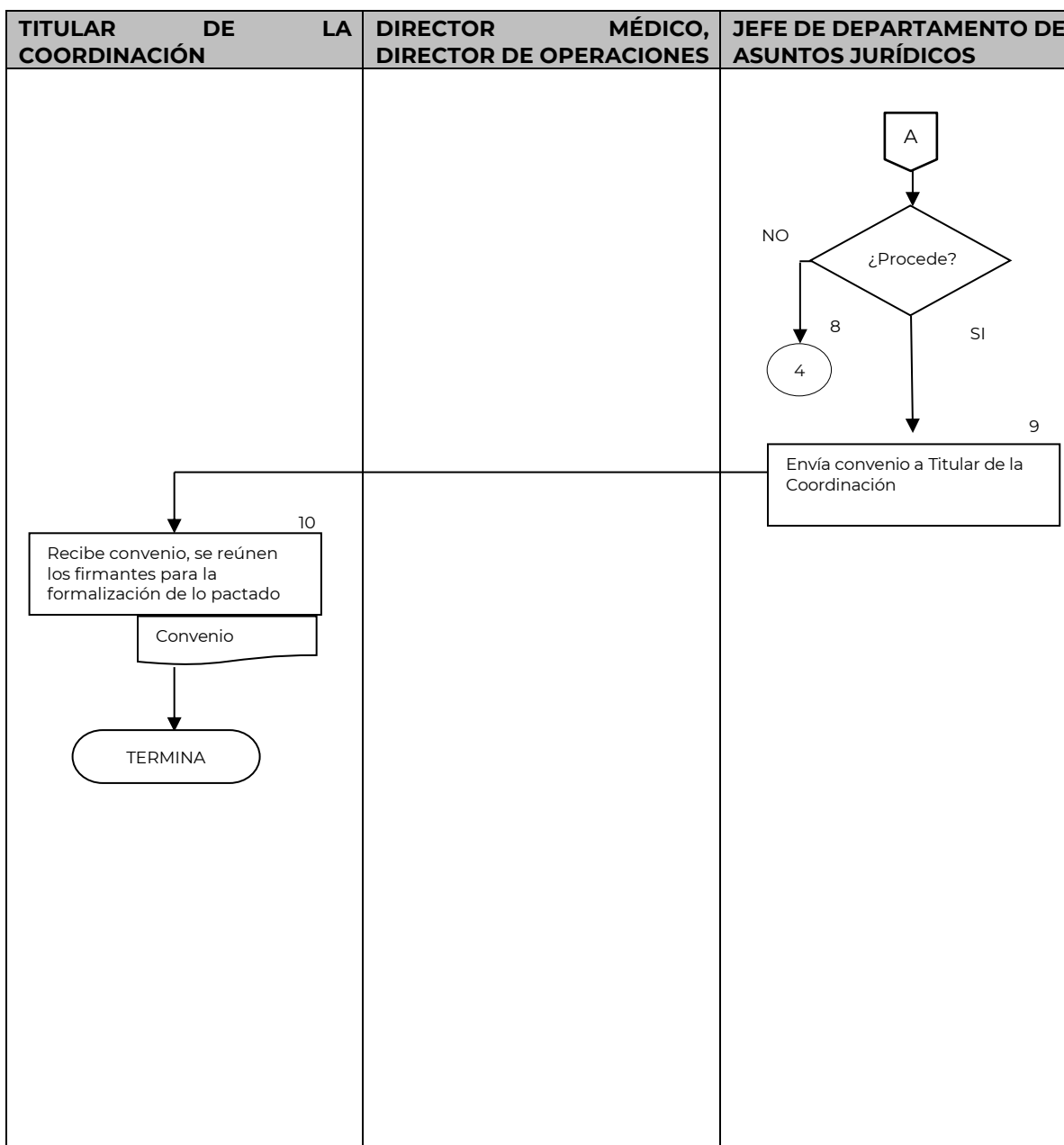
 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN GENERAL	
		1.Procedimiento para la Generación de Recursos Financieros Mediante el Otorgamiento de Servicios a Otros Organismos e Instituciones	

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Titular de la Coordinación	1	Emite los lineamientos a través de los cuáles se propone el otorgamiento 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 el otorgamiento de servicios con otras instituciones y organismos	Memorándum Minuta de acuerdos
Titular de la Coordinación	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 la cartera 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 a los lineamientos aplicables.	Memorándum Convenio.
	8	¿Procede?: No: Determina que no cumple con los lineamientos pactados o con el Estatuto Orgánico, Regresa a actividad 4	Convenio.
	9	Si: Envía convenio a Titular de la Coordinación para formalización.	
	10	Recibe convenio, se reúnen los firmantes para la formalización de lo pactado contemplando inicio y vigencia del convenio. TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL		
	1.Procedimiento para la Generación de Recursos Financieros Mediante el Otorgamiento de Servicios a Otros Organismos e Instituciones		Hoja 42 de 510

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 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
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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD GUADALAJARA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		DIRECCIÓN GENERAL		
		1.Procedimiento para la Generación de Recursos Financieros Mediante el Otorgamiento de Servicios a Otros Organismos e Instituciones		

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



IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
GUANAJUATO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN GENERAL

Rev. 0

2. Procedimiento para la Integración del Plan
Presupuestal Anual

Hoja **44** de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL	
	2. Procedimiento para la Integración del Plan Presupuestal Anual	Hoja 45 de 510

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 Secretaría 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 Secretaría 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

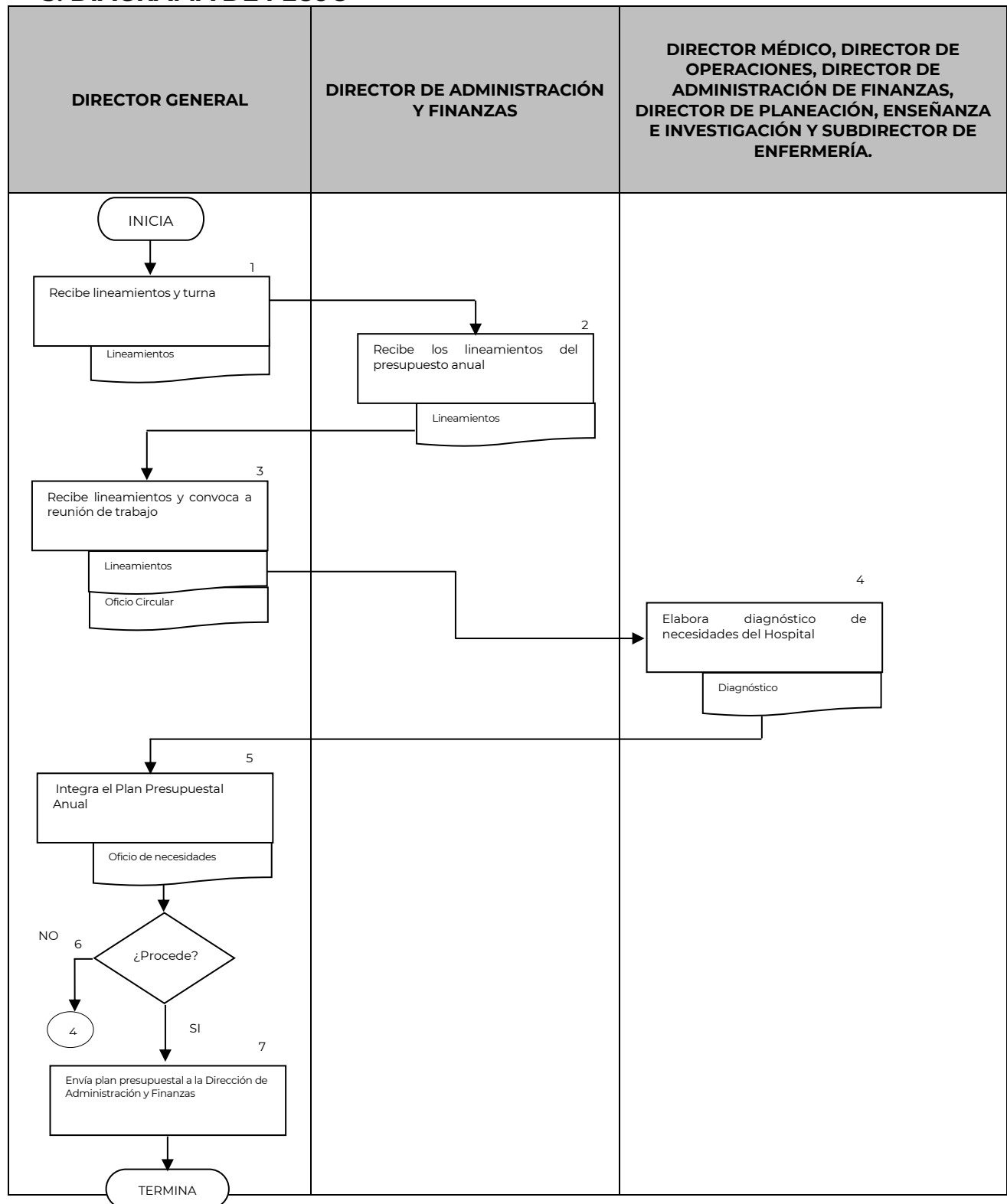
- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección General mediante la Dirección de Administración y Finanzas informar a las Direcciones Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería del presupuesto anual autorizado para el Hospital.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección General integrar el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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL		
	2. Procedimiento para la Integración del Plan Presupuestal Anual		Hoja 46 de 510

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	Recibe el Diagnóstico de las necesidades e integra el Plan Presupuestal Anual y lo envía a la Dirección de Administración y Finanzas. Procede:	Oficio de necesidades
	6	No: Determina que no cumple con los lineamientos de la SHCP. Regresa a actividad 4.	
	7	Si: Envía Plan Presupuestal Anual a la Dirección de Administración y Finanzas. TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL	
	2. Procedimiento para la Integración del Plan Presupuestal Anual	Hoja 48 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL	
	2. Procedimiento para la Integración del Plan Presupuestal Anual	Hoja 49 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL	
	3. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores como Instrumento de Mejora Continua	Hoja 50 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL	
	3. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores como Instrumento de Mejora Continua	Hoja 51 de 510

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 coordinarán 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

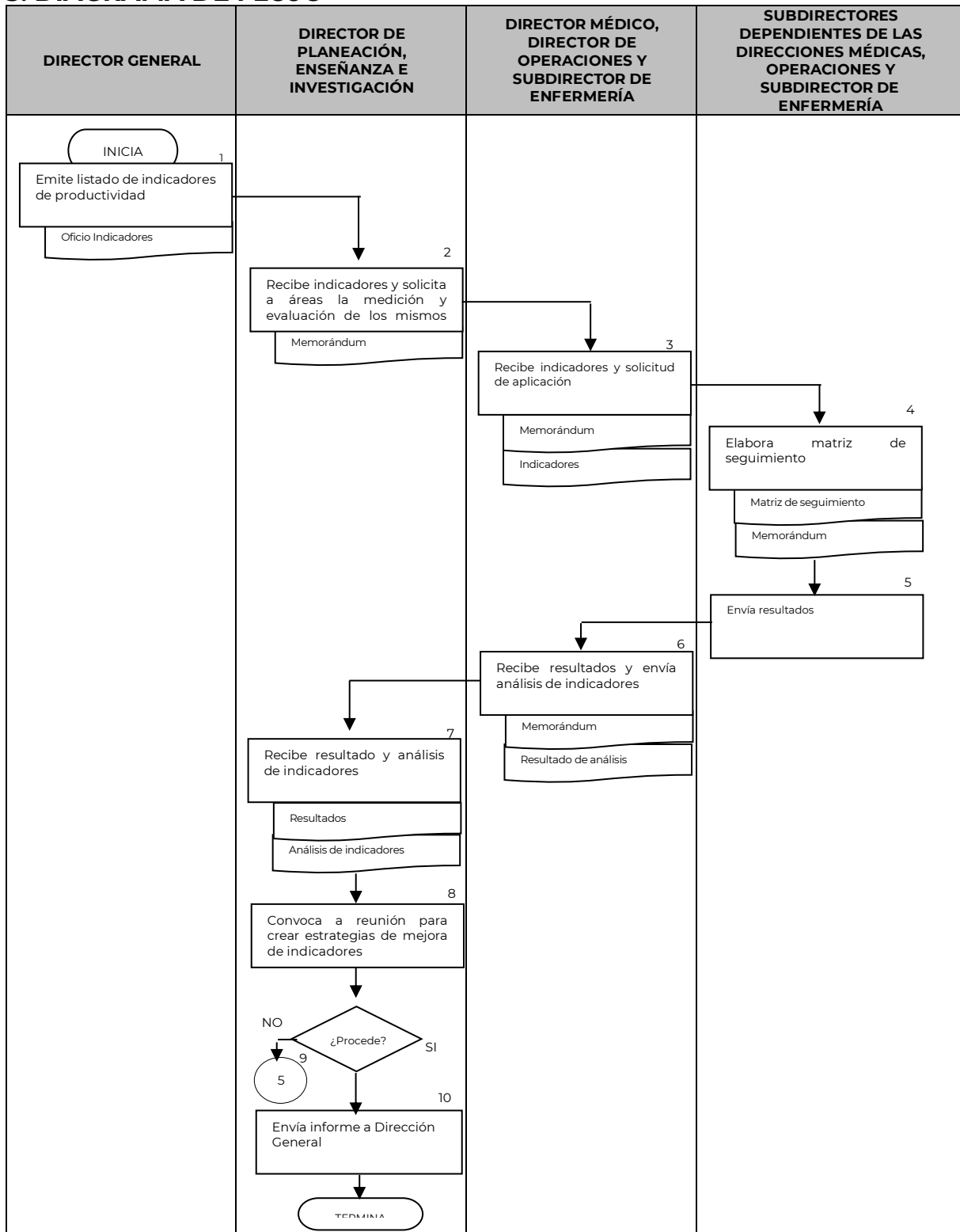
- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección General conducir la realización de acciones para mejorar los resultados obtenidos en la medición de indicadores presupuestales.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección General mediante la Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación del Hospital, emitir 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL		
	3. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores como Instrumento de Mejora Continua		Hoja 52 de 510

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	Elabora matriz de seguimiento para la medición de los indicadores de forma mensual.	Matriz de seguimiento Memorando
	5	Envía resultados a las Direcciones Médica, Operaciones y Subdirección de Enfermería	
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	Recibe resultado y análisis de indicadores.	Resultado y análisis de Indicadores
	8	Convoca a reunión para crear estrategias de mejora de indicadores.	
	9	Procede: No: Determina que no existen estrategias de mejora por Dirección Regresa a actividad 5.	
	10	Si: Envía a la Dirección General informe de acciones emprendidas y propuestas de mejora de indicadores TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL		
	3. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores como Instrumento de Mejora Continua		Hoja 54 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL		
	3. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores como Instrumento de Mejora Continua		Hoja 56 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN GENERAL		
	3. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores como Instrumento de Mejora Continua		Hoja 57 de 510

PP: E023 ATENCIÓN A LA SALUD			
<u>Programación y Calendarización Ejercicio 2019</u>			
Clave entidad/unidad:		<u>NBT</u>	
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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 58 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 59 de 510

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.

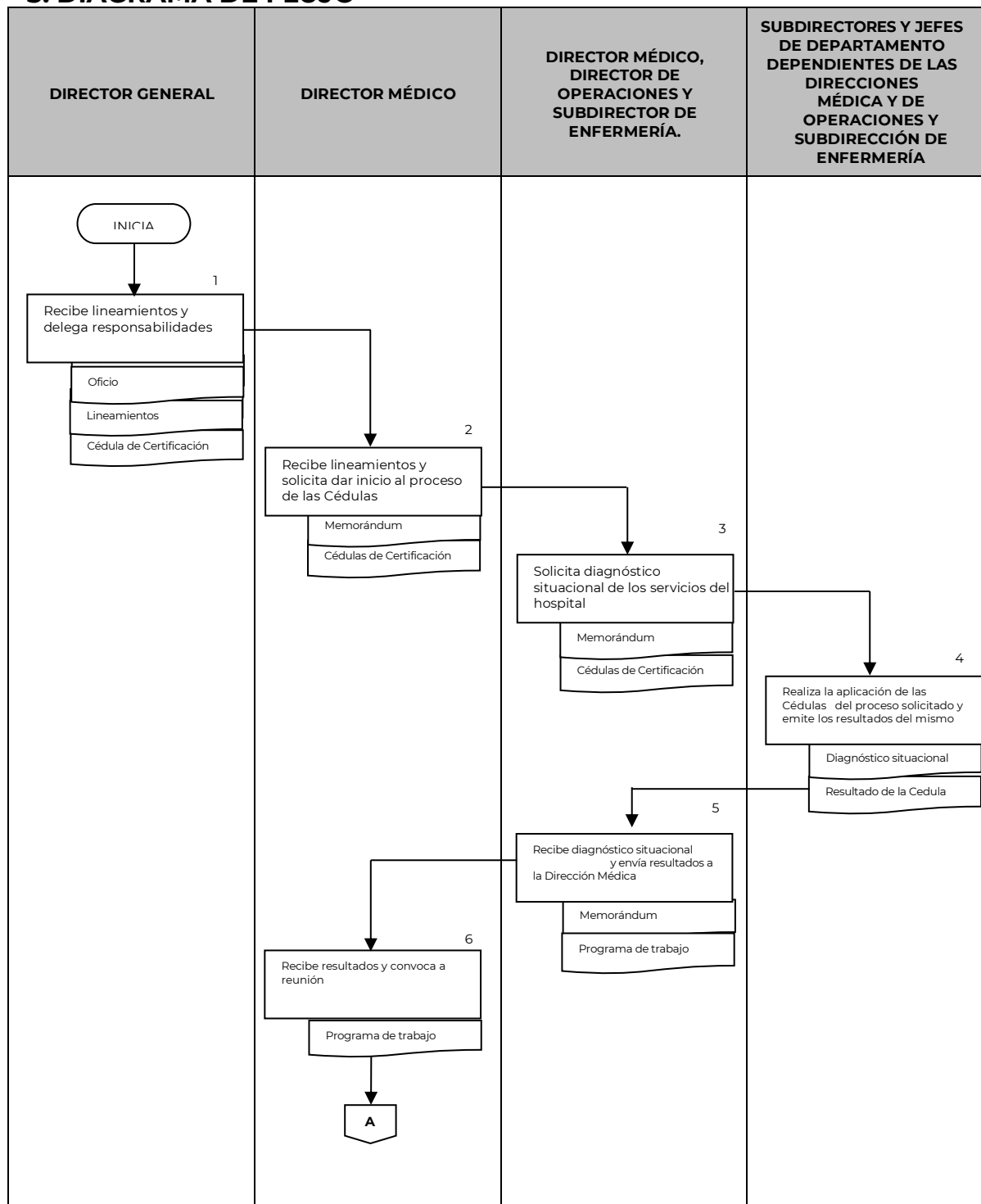
 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 60 de 510

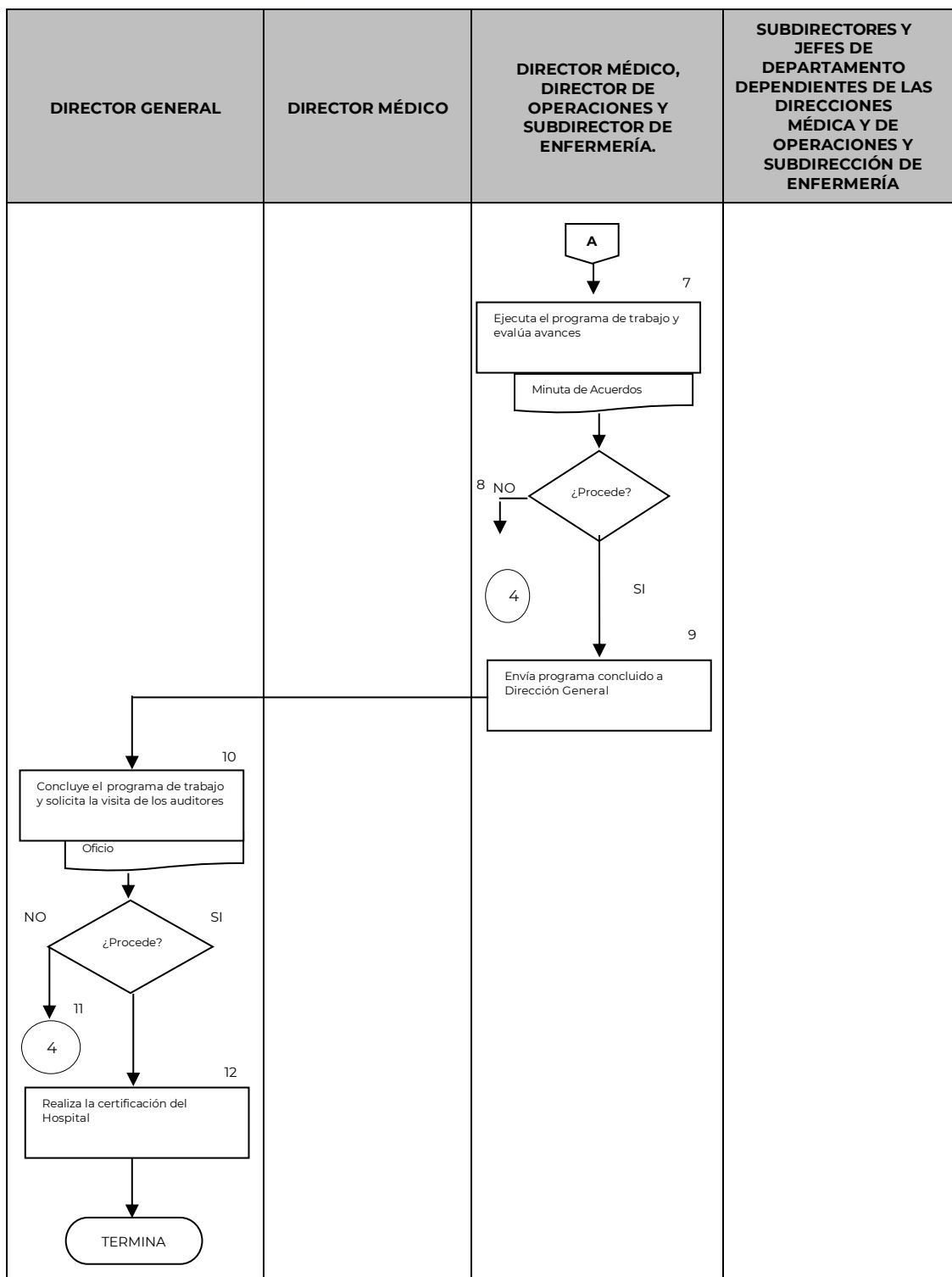
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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	Ejecuta el programa de trabajo y evalúan avances con la cédula de certificación en forma mensual. Procede:	
	8	No: Determina que las cédulas de evaluación no corresponden con plan de Trabajo, Regresa a actividad 4.	
	9	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 cédulas de certificación concluido.	Oficio.
	11	Procede: No: Determina que la aplicación de las cédulas no es concluyente. Regresa a actividad 4.	
	12	Sí: Autoriza se lleve a cabo la certificación del Hospital.	
	13	Solicita la visita de los auditores para la aplicación de la evaluación y certificación del Hospital	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 64 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 65 de 510

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 basado imlemente 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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 66 de 510

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				
<i>El Servicio de patología no requiere de ningún documento ya que lo ampara la licencia sanitaria del hospital.</i>				
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				
<i>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 supervisor. En caso de contar con mastografía, TAC, RM, fluoroscopia, la licencia sanitaria deberá decir que ampara dichos servicios.</i>				
1.7 Licencia Sanitaria del Banco de Sangre				
1.8 Aviso de Responsable del Banco de Sangre				
<i>En caso de manejar células hematopoyéticas, lo debe mencionar la licencia.</i>				
1.9 Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusión				
1.10 Aviso de Responsable del Servicio de Transfusión				

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para Emitir los Lineamientos para Conducir la Certificación Hospitalaria		Hoja 67 de 510

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				
<i>Se requiere libro de registros. Licencia Sanitaria para: Insumo para la Salud, Farmacia o Botica o Droguería con o sin Venta de Medicamentos Controlados.</i>				
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				
<i>Debe mencionar la modalidad, ej.: riñón, cornea, etc.</i>				
1.18 Aviso de Funcionamiento de Ambulancias				
1.19 Aviso de Responsable de Ambulancias				
<i>Tipos de ambulancias: traslado, hospitalaria, de terapia intensiva. Cada ambulancia deberá tener su propio aviso de funcionamiento</i>				

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		DIRECCIÓN MÉDICA		
		5. Procedimiento para la Realización de las Políticas de Ingreso de los Pacientes a las Unidades de Cuidados Intensivos		Hoja 68 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	5. Procedimiento para la Realización de las Políticas de Ingreso de los Pacientes a las Unidades de Cuidados Intensivos	Hoja 69 de 510

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 Contrarreferencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

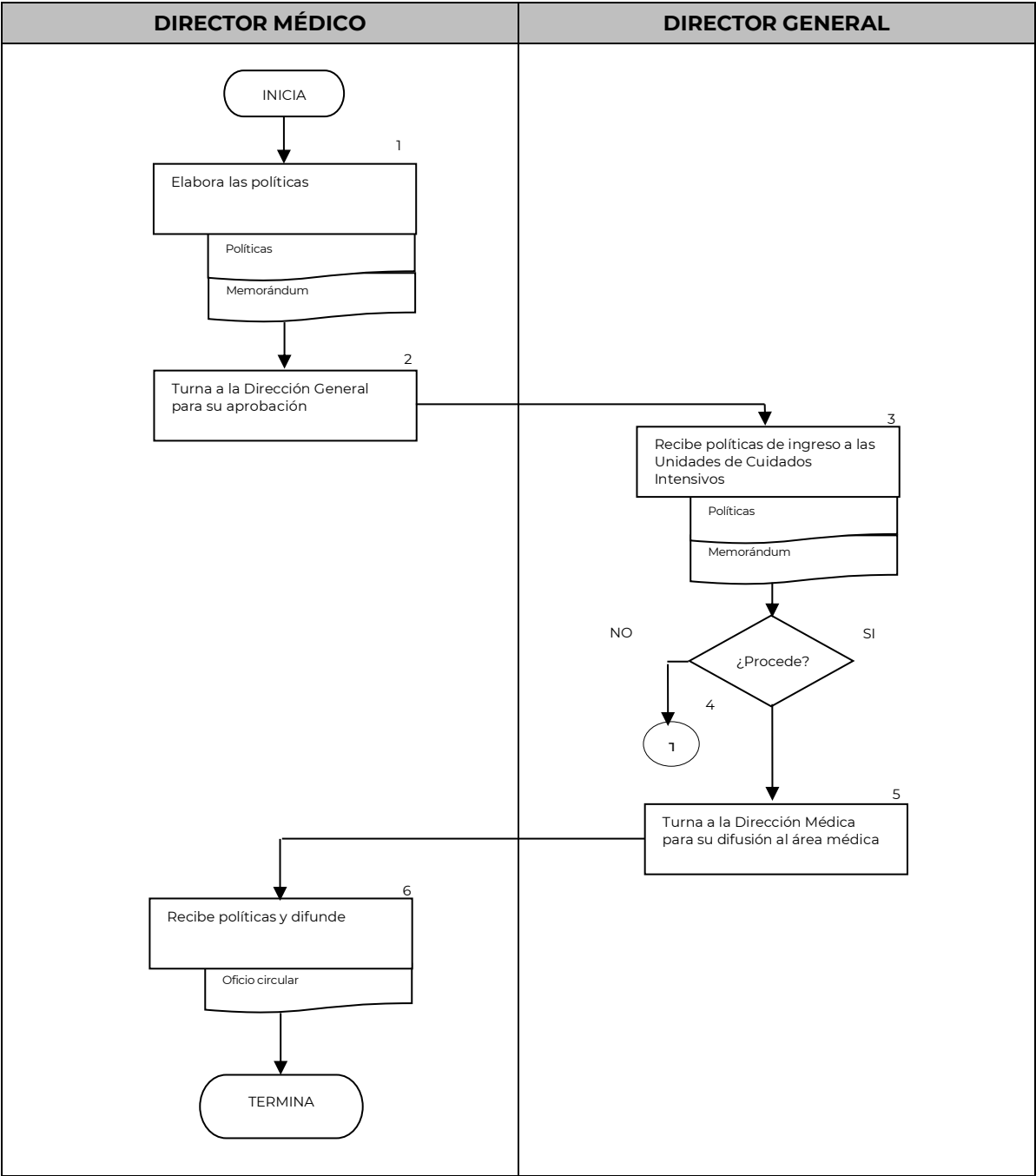
- 3.1 La Dirección Médica, es la responsable de realizar las políticas de ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos.
- 3.2 La Dirección General, a través de la Dirección Médica es la responsable de aprobar las políticas de ingreso de los pacientes a las unidades de cuidados intensivos,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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la Realización de las Políticas de Ingreso de los Pacientes a las Unidades de Cuidados Intensivos		Hoja 70 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	5. Procedimiento para la Realización de las Políticas de Ingreso de los Pacientes a las Unidades de Cuidados Intensivos	Hoja 72 de 510

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 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.



IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
GUANAJUATO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

Rev. 0

6. Procedimiento para la Elaboración de las Normas Operativas de Consulta Externa

Hoja **73** de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	6. Procedimiento para la Elaboración de las Normas Operativas de Consulta Externa	Hoja 74 de 510

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

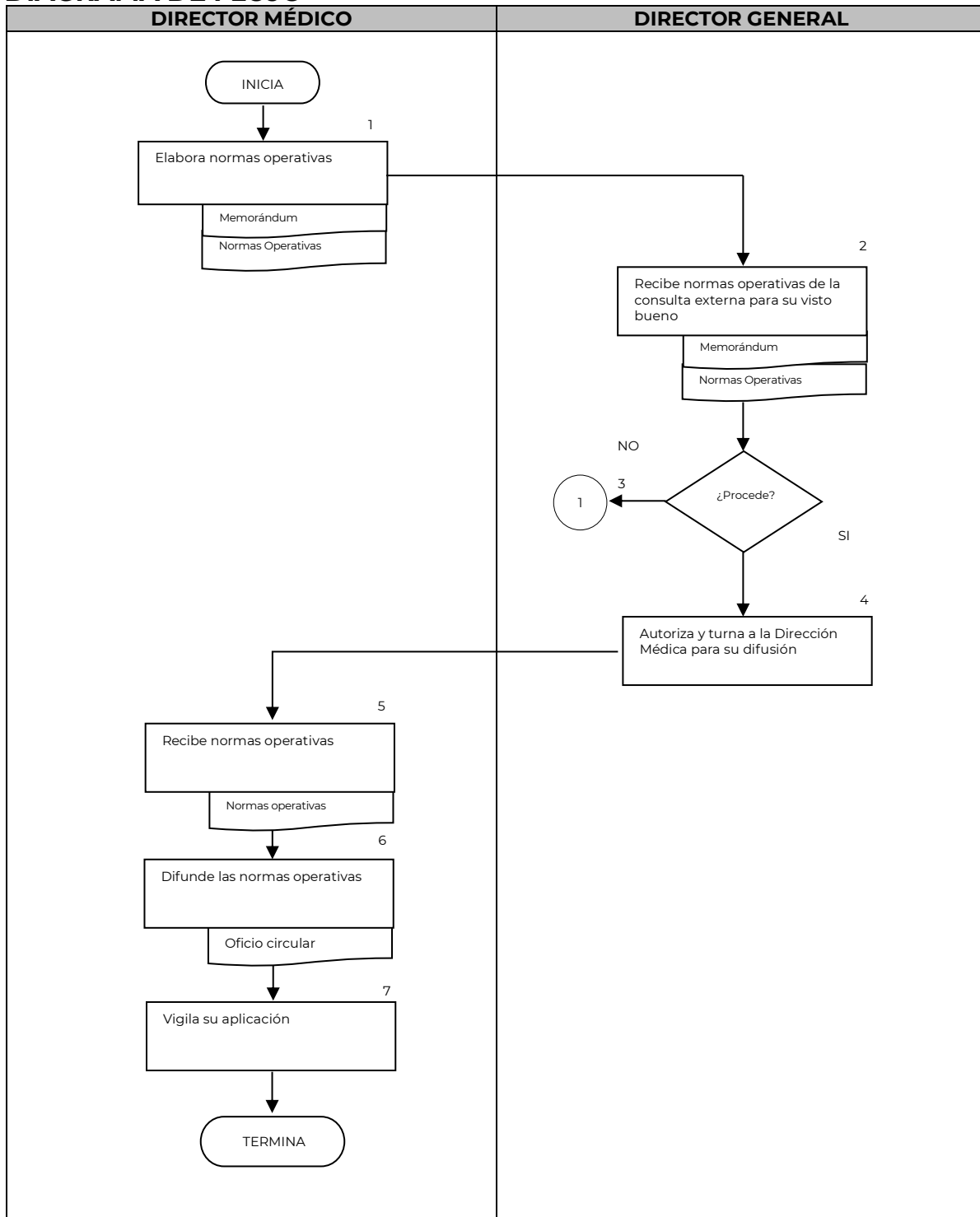
- 3.1 La Dirección Médica, es responsable de realizar las normas operativas de la consulta externa del Hospital.
- 3.2 La Dirección Médica a través de la Subdirección de los Servicios Clínicos, supervisará que se cumplan las normas operativas de la consulta externa.
- 3.3 La Dirección Médica, será responsable 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 20 minutos, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la Elaboración de las Normas Operativas de Consulta Externa		Hoja 75 de 510

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	Memorán dum. Normas operativas.
Director General	2	Recibe normas operativas de la consulta externa para su visto bueno.	Memorán dum. Normas operativas.
	3	¿Procede?: No: Determina que las normas operativas no cumplen los criterios solicitados. Regresa a actividad 1.	
	4	Si: Autoriza y envía a la Dirección Médica para su difusión.	
Director Médico	5	Recibe normas operativas.	Normas operativas. Oficio circular.
	6	Difunde las normas operativas de la consulta externa a todo el personal médico.	
	7	Vigila su aplicación.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la Elaboración de las Normas Operativas de Consulta Externa		Hoja 77 de 510

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 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 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 normas 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	7. Procedimiento para la Valoración de Aceptación de Pacientes y Priorización de las Solicitudes de Referencia y Contrarreferencia	Hoja 78 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	7. Procedimiento para la Valoración de Aceptación de Pacientes y Priorización de las Solicitudes de Referencia y Contrarreferencia	Hoja 79 de 510

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

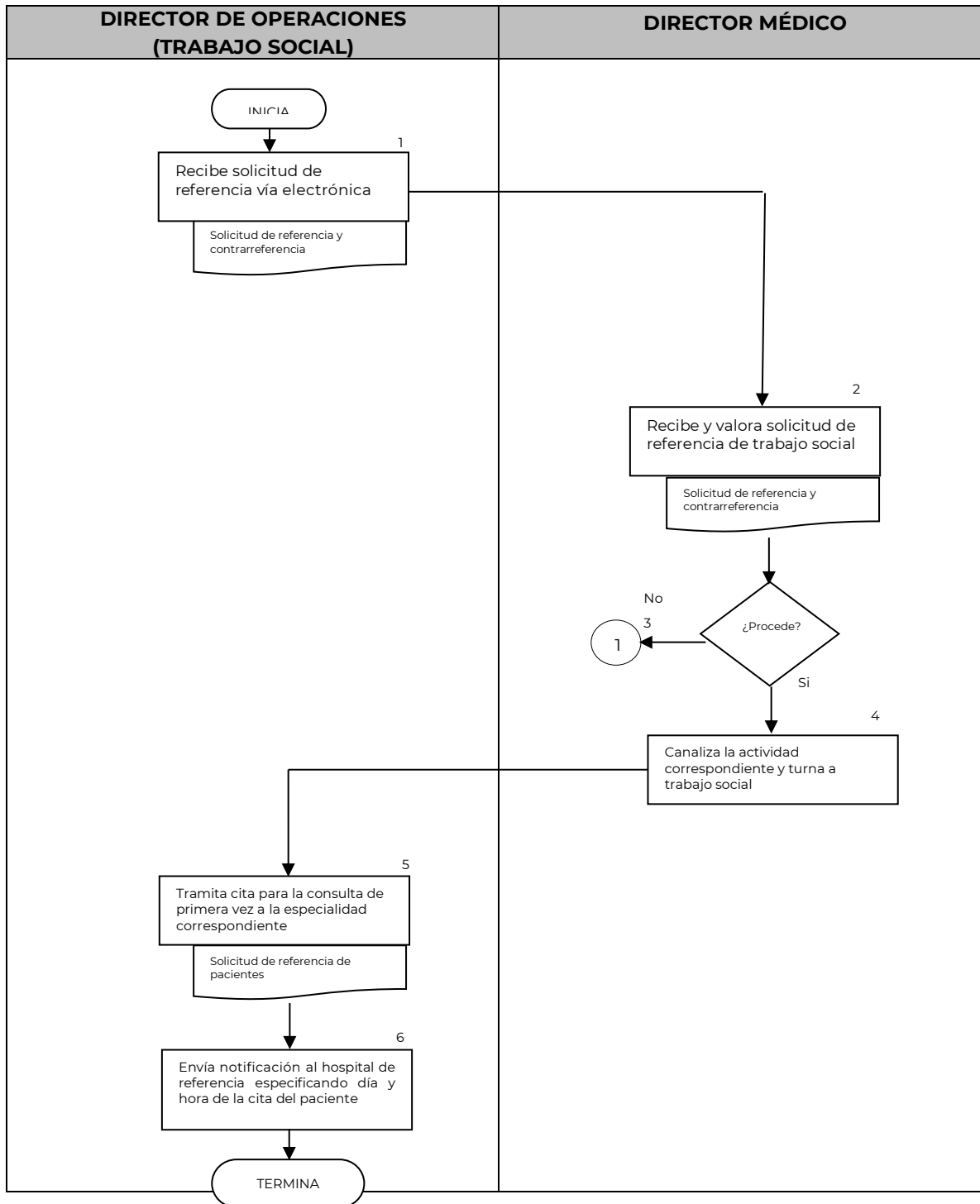
- 3.1 La Dirección Médica, es la responsable de seleccionar y priorizar, de acuerdo a las solicitudes de referencia, la atención de los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del Hospital.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de Trabajo Social el envío de la respuesta de la 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	7. Procedimiento para la Valoración de Aceptación de Pacientes y Priorización de las Solicitudes de Referencia y Contrarreferencia		Hoja 80 de 510

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	Recibe solicitud de referencia de trabajo social, valora si es candidato a recibir atención de 3er nivel. Procede:	Solicitud de referencia y contra referencia de pacientes.
	3	No: Turna referencia a trabajo social para su contra referencia, regresa Actividad 1.	
	4	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.	
Director de Operaciones.	5	Instruye al área de trabajo social tramitar cita para la consulta de primera vez a la especialidad correspondiente.	Solicitud de referencia de pacientes
	6	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 continua informa al Hospital para su traslado. TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	7. Procedimiento para la Valoración de Aceptación de Pacientes y Priorización de las Solicitudes de Referencia y Contrarreferencia		Hoja 82 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
	8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Hoja 84 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
	8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Hoja 85 de 510

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

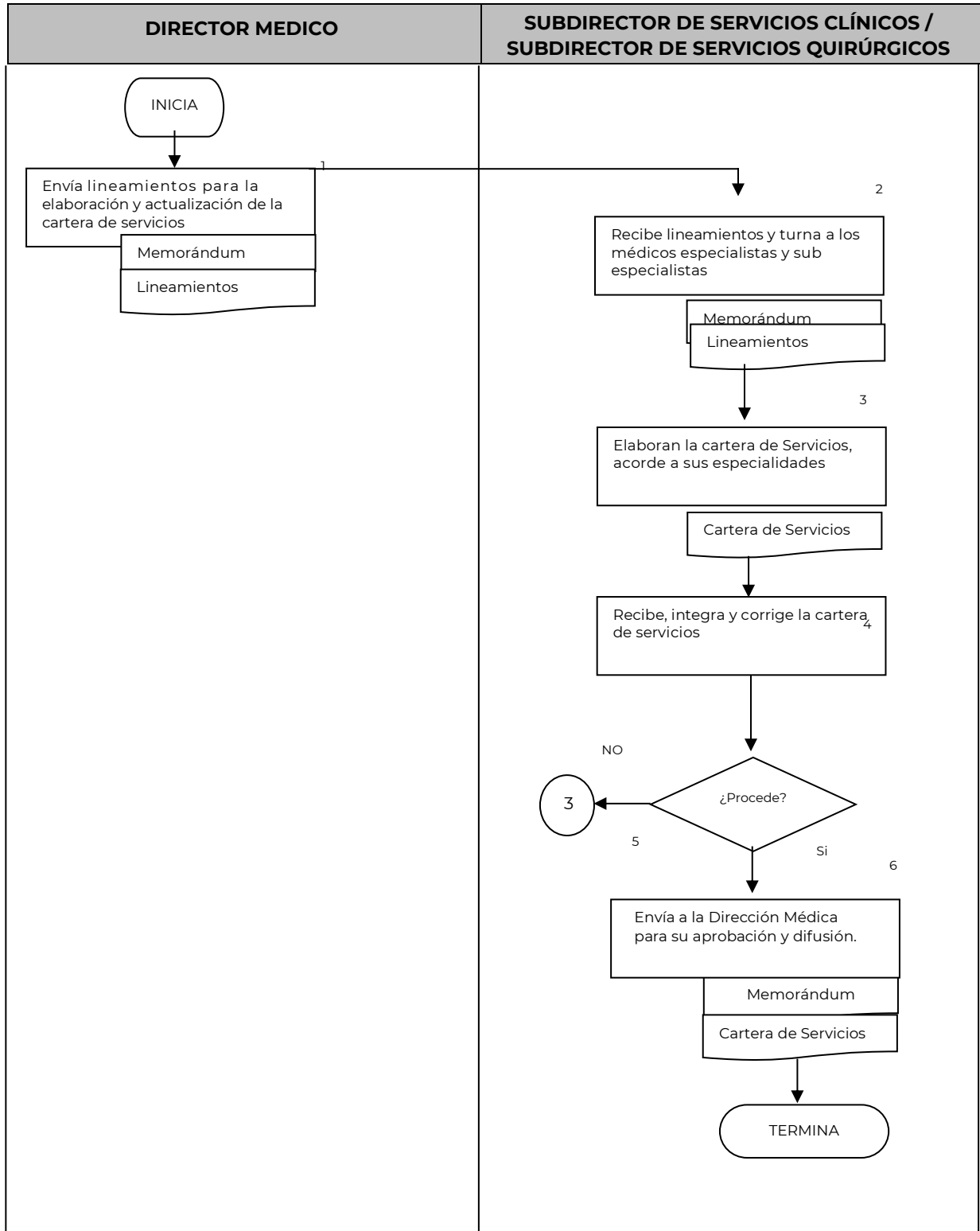
- 3.1 La Dirección Médica, es responsable de establecer la normatividad para la realización y actualización de la cartera de servicios Clínicos y Quirúrgicos.
- 3.2 La Subdirección de servicios clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, es responsable de recopilar e integrar la información 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS		
	8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos		Hoja 86 de 510

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	Memorándum. Cartera de servicios.
	5	Procede: No: Determina que la cartera no cumple con los lineamientos emitidos. Regresa actividad 3	
	6	Si: Envía a la Dirección médica para su aprobación y difusión.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
	8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Hoja 88 de 510

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 de los servicios médicos que oferta el Hospital.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
	8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos	Hoja 89 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos		Hoja 90 de 510



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
EMILIANO ZAPATA



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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
8. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de la Cartera de Servicios Clínicos y Quirúrgicos		Hoja 91 de 510



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
- ❖ Geriatria
- ❖ 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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS		
		9. Procedimiento para la Evaluación de los Servicios Quirúrgicos		

9. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
	9. Procedimiento para la Evaluación de los Servicios Quirúrgicos	Hoja 93 de 510

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

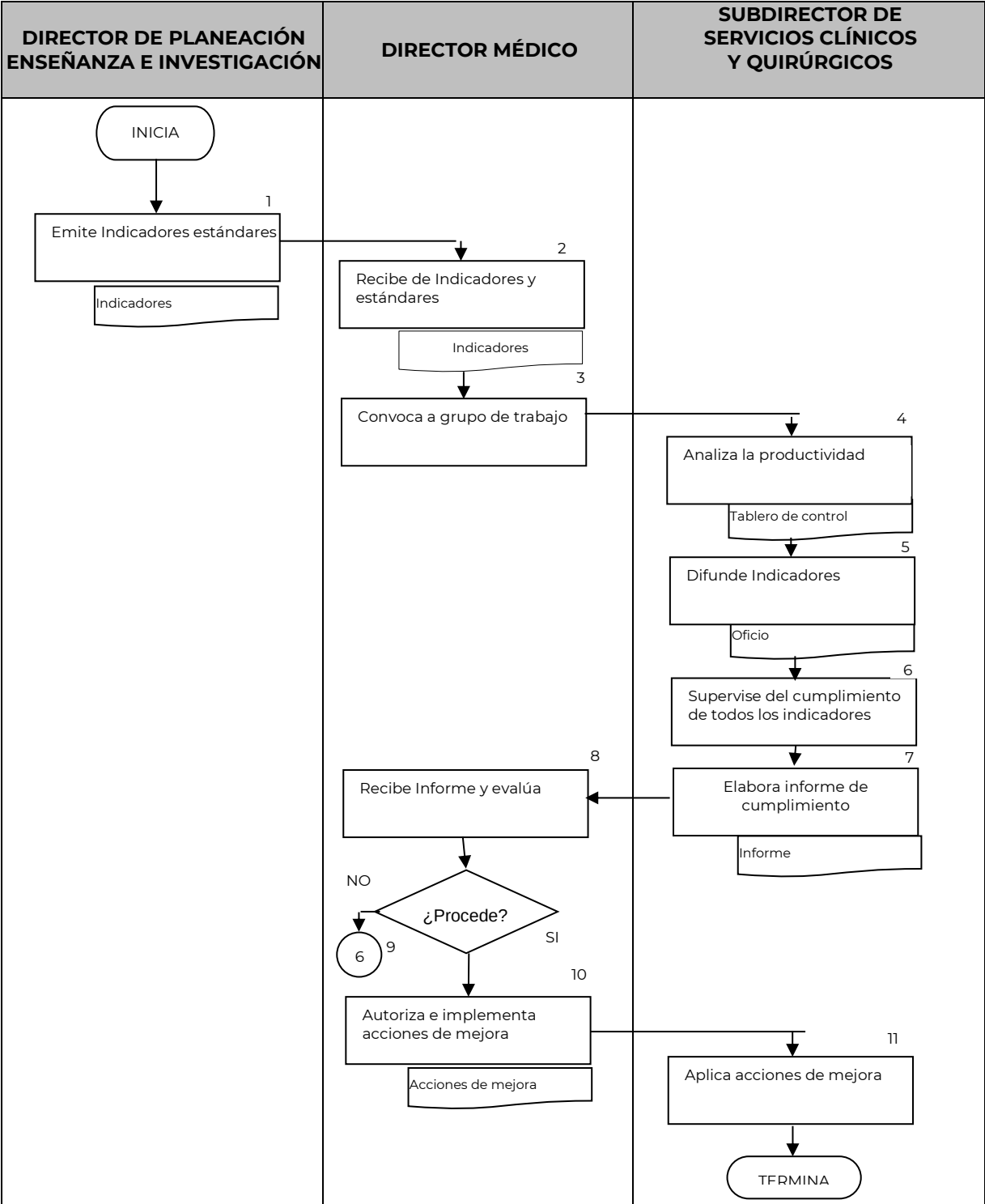
- 3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación es responsable de conducir la realización de acciones para mejorar los resultados obtenidos en la medición de indicadores del Hospital Regional de Alta Especialidad.
- 3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación es responsable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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
		9. Procedimiento para la Evaluación de los Servicios Quirúrgicos	

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	Informe
	7	Elabora informe de cumplimiento de Indicadores	
Director Médico	8	Recibe informe de cumplimiento de Indicadores y estándares	Acciones de Mejora
		¿Procede?	
	9	No: Determina que no existen acciones de mejora medibles. Regresa a la actividad 6	
	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



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	
		9. Procedimiento para la Evaluación de los Servicios Quirúrgicos	

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 97 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 98 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
		10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 99 de 510

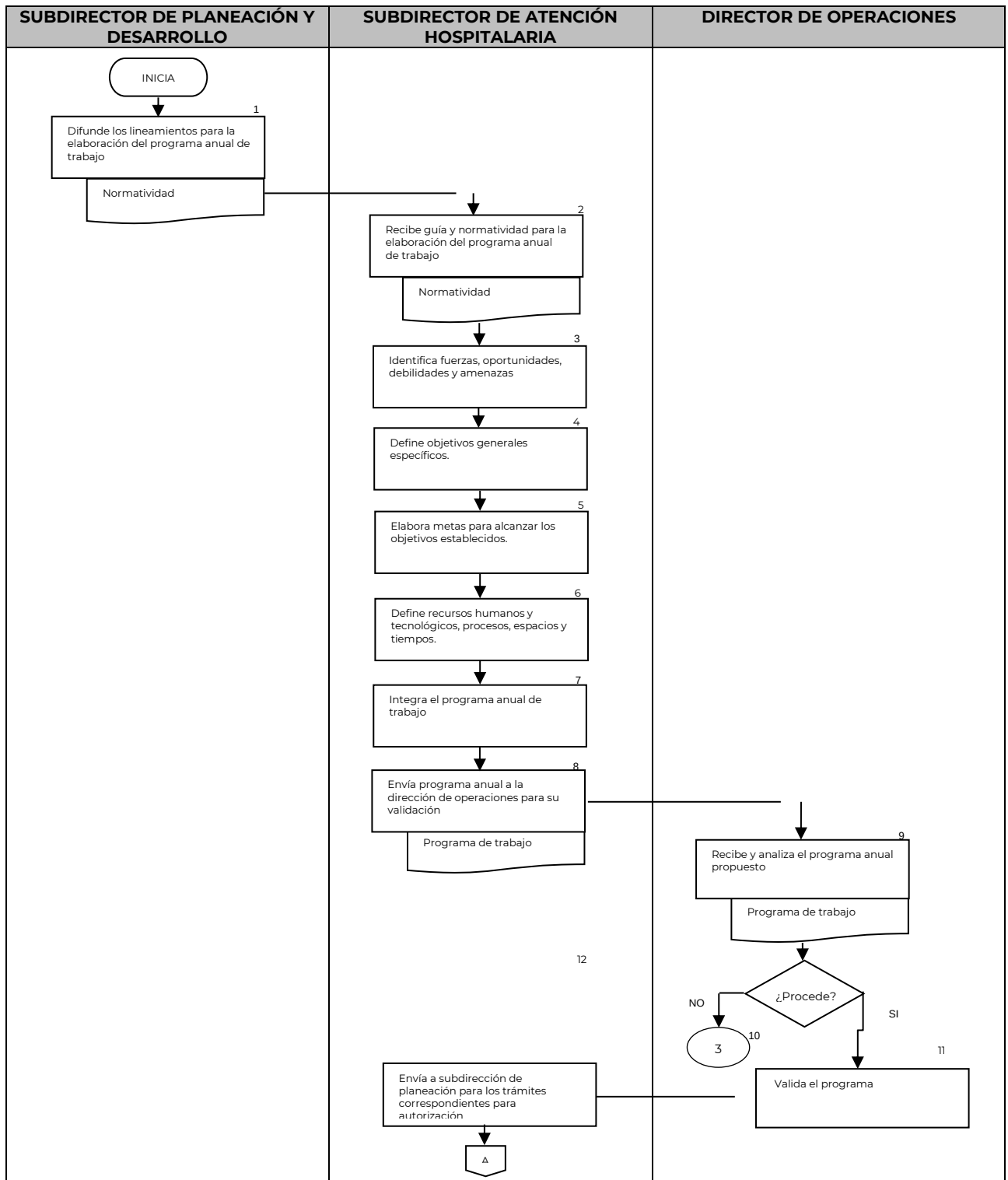
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 100 de 510

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

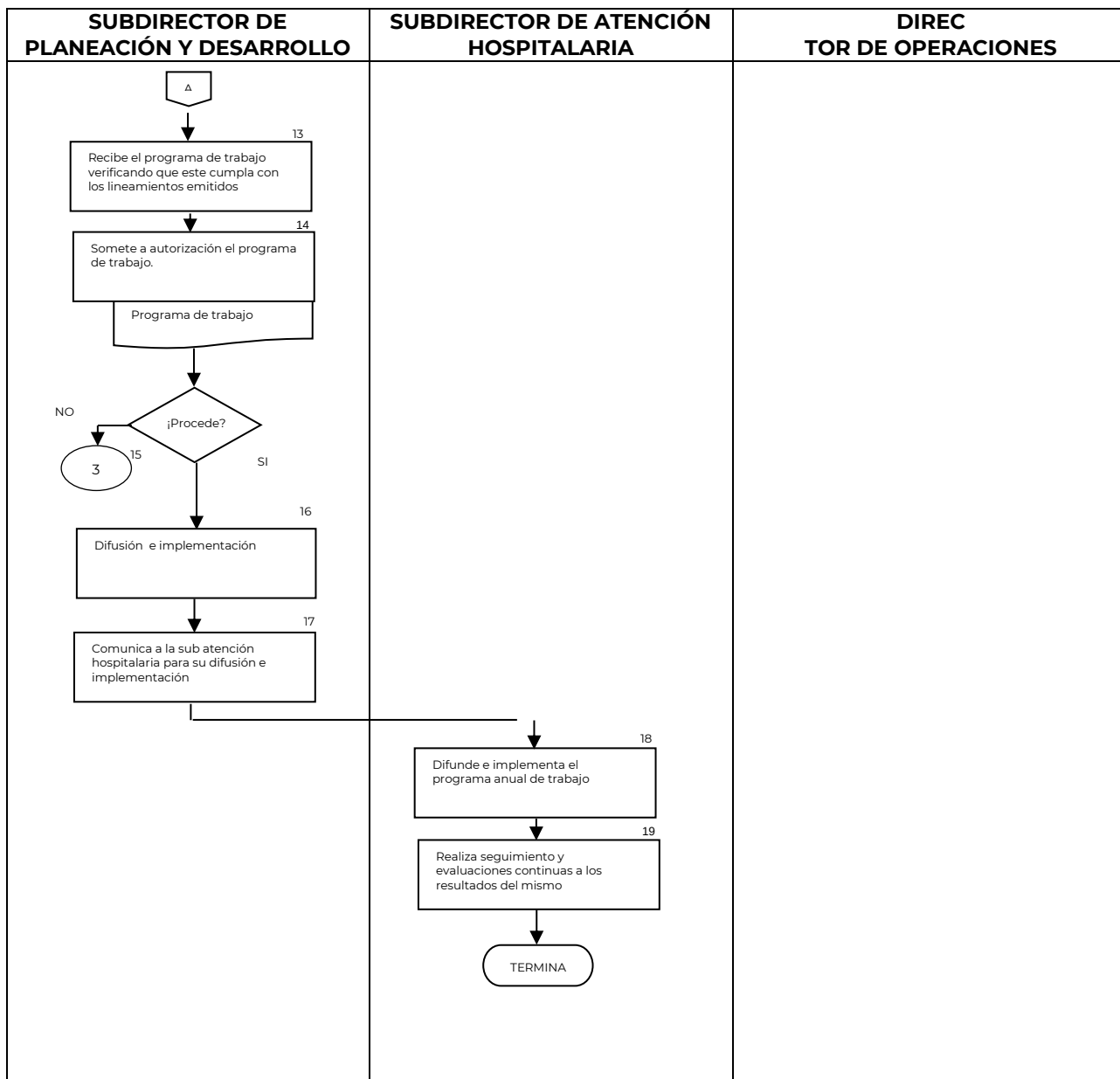


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA

Rev. 0

10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria

Hoja **102** de
510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 103 de 510

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 Específico 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	10. Procedimiento para Elaborar el Programa Anual de Trabajo de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 104 de 510

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	11. Procedimiento para Establecer Estrategias de mejora en las áreas dependientes de la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 105 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD PODERANDO LA VIDA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
		11. Procedimiento para Establecer Estrategias de mejora en las áreas dependientes de la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 106 de 510

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.

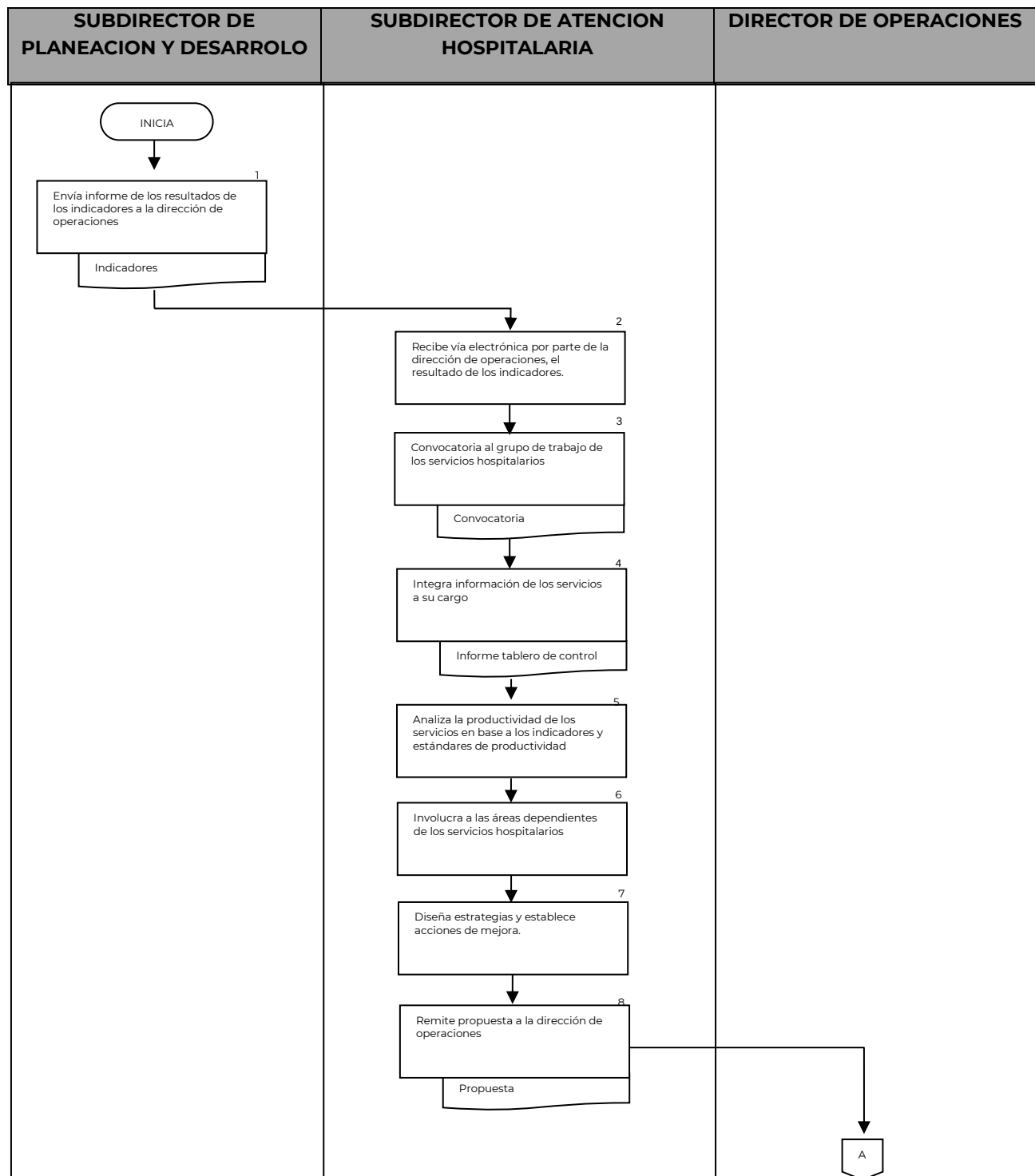
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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	Convocatoria Informe Tablero de Control
	3	Convoca al grupo de Trabajo de los servicios Hospitalarios para difusión de los indicadores y estándares de productividad	
	4	Integra información de los servicios a su cargo.	
	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.	Propuesta
	8	Remite propuesta a la Dirección de Operaciones	
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	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	11. Procedimiento para Establecer Estrategias de mejora en las áreas dependientes de la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 108 de 510

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.	Informe
	13	Elabora y envía informe mensual a la Dirección de Operaciones.	
	TERMINA		

5. DIAGRAMA DE FLUJO

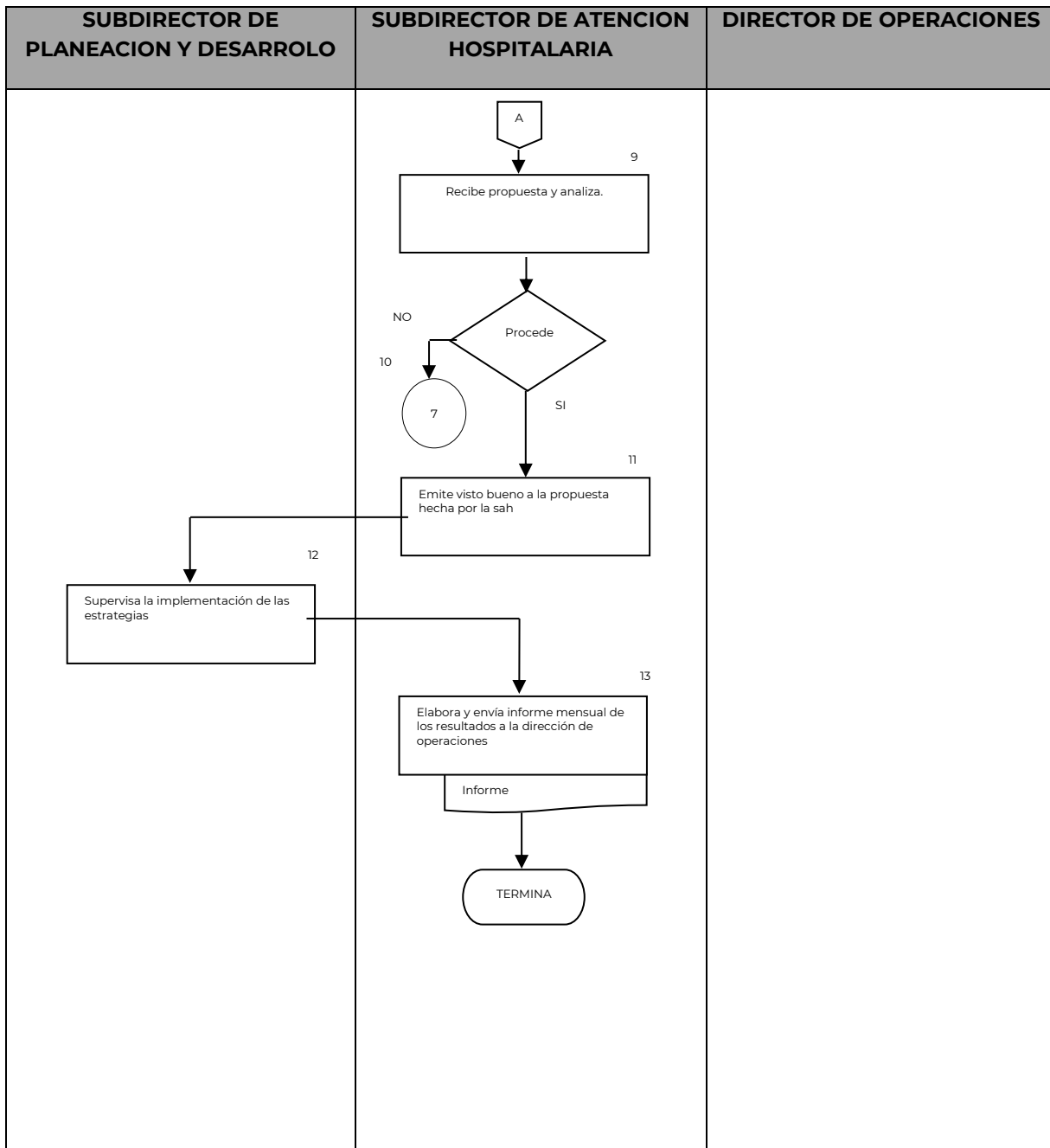


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA

Rev. 0

11. Procedimiento para Establecer Estrategias de mejora en las áreas dependientes de la Subdirección de Atención Hospitalaria

Hoja **110** de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	11. Procedimiento para Establecer Estrategias de mejora en las áreas dependientes de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 111 de 510

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	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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 112 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 113 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 114 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

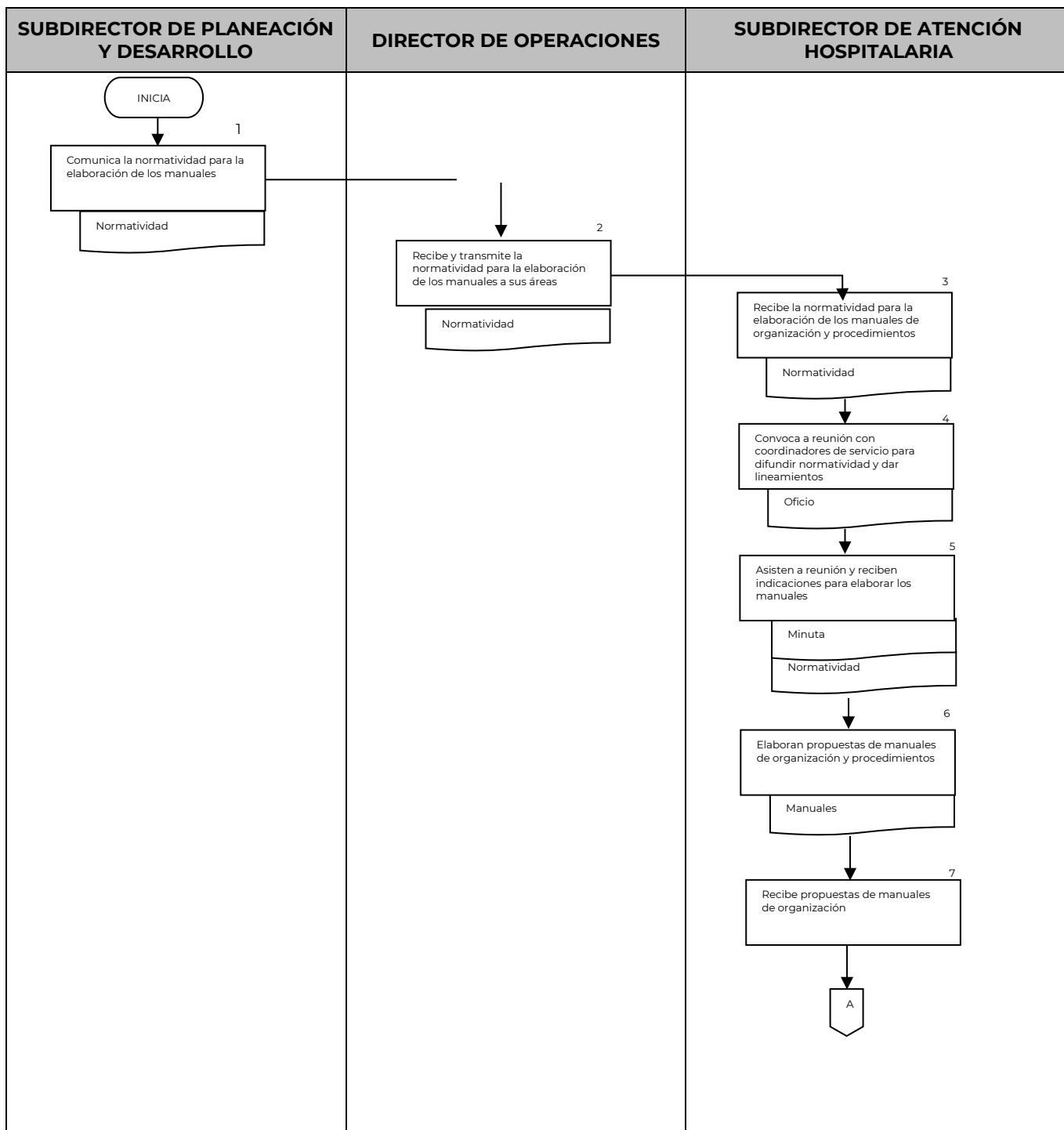
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Comunica la normatividad para la elaboración de los manuales.	Normatividad
Director de Operaciones	2	Recibe y transmite la normatividad para la elaboración de los Manuales a sus áreas.	Normatividad
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?	Manuales
	8	No: Determina que no cumple con la Normatividad. Regresa a actividad 6	
	9	Si: Integra manuales para enviar a validación	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 115 de 510

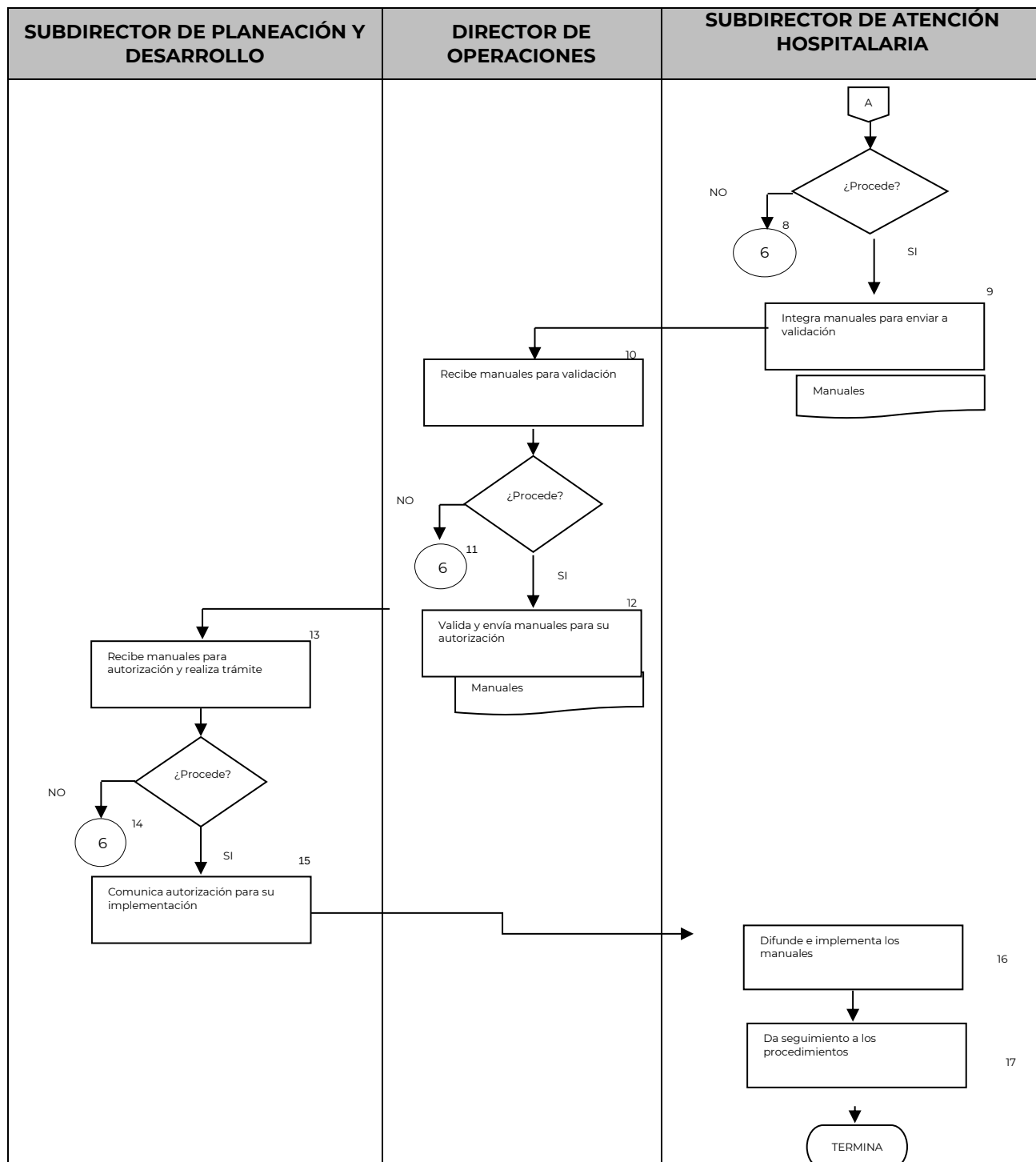
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Operaciones	10	Recibe manuales para validación	Manuales
	11	¿Procede? No: Determina que no cumple con la Normatividad. Regresa a actividad 6.	
	12	Si: Valida y envía manuales para su autorización	
Subdirector de Planeación 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			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 116 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 117 de 510



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
		12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	

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	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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	12. Procedimiento para la Elaboración o Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos de la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 119 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ENFERM. INTERNA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
		13. Procedimiento para la Participación en los Comités Técnicos Hospitalarios	

13. PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS COMITÉS TÉCNICOS HOSPITALARIOS

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	13. Procedimiento para la Participación en los Comités Técnicos Hospitalarios	Hoja 121 de 510

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.

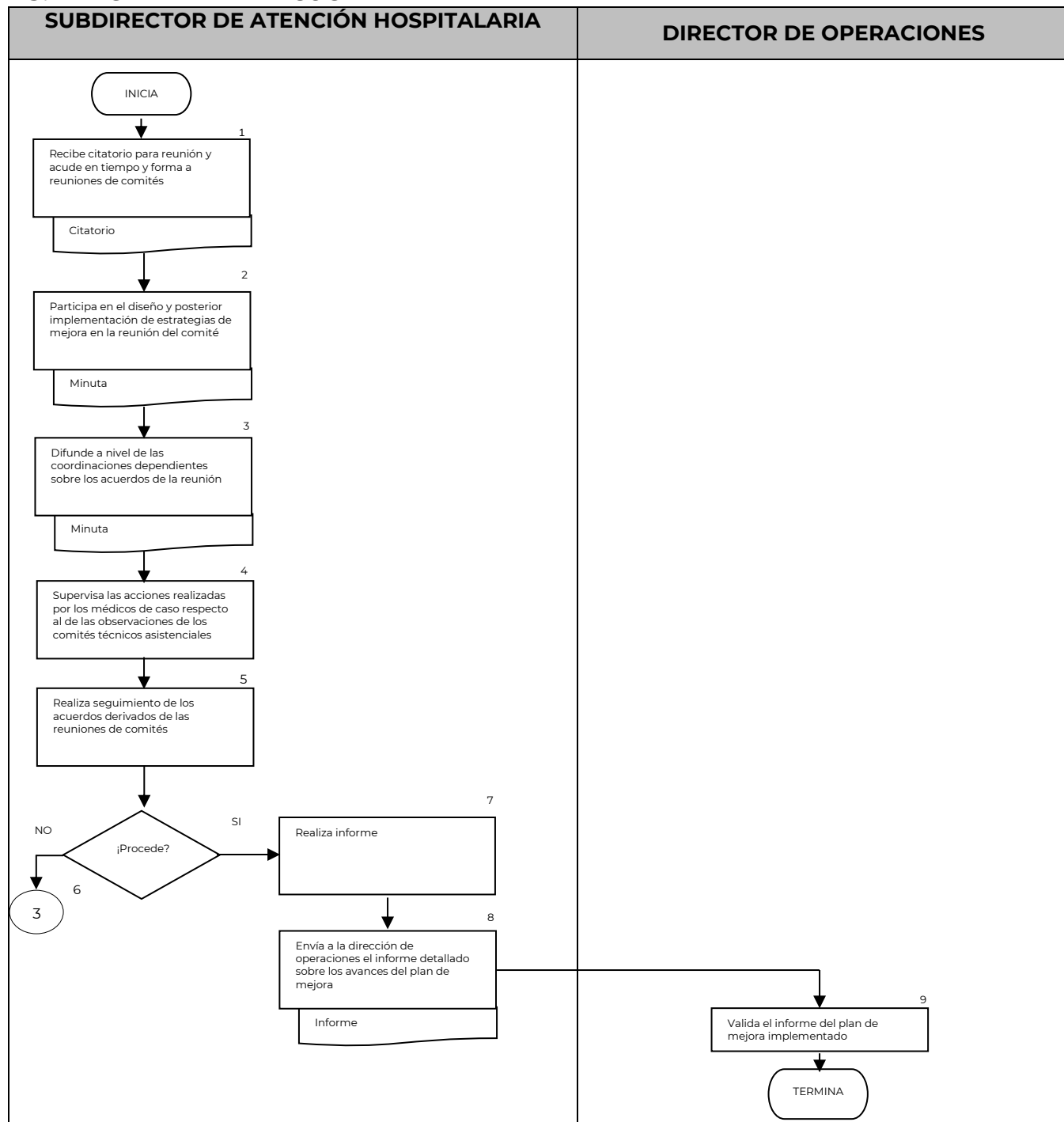
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	13. Procedimiento para la Participación en los Comités Técnicos Hospitalarios		Hoja 122 de 510

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	Minuta
	3	Difunde a nivel de las coordinaciones dependientes sobre los acuerdos de la reunión.	
	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.	
	6	Procede:	
		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.	
Director de Operaciones	8	Envía a la Dirección de Operaciones el informe detallado sobre los avances del Plan de Mejora.	Informe
	9	Valida el informe del Plan de Mejora implementado y/o emite observaciones.	
TERMINA			

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ENDEAR HISTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
		13. Procedimiento para la Participación en los Comités Técnicos Hospitalarios	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	13. Procedimiento para la Participación en los Comités Técnicos Hospitalarios	Hoja 124 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
		14. Procedimiento para la Supervisión de Actividades de Personal Adscrito a la Subdirección de Atención Hospitalaria	Hoja 125 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
		14. Procedimiento para la Supervisión de Actividades de Personal Adscrito a la Subdirección de Atención 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 cargo en los diferentes servicios y turnos.
- 2.2. A Nivel Externo: No Aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

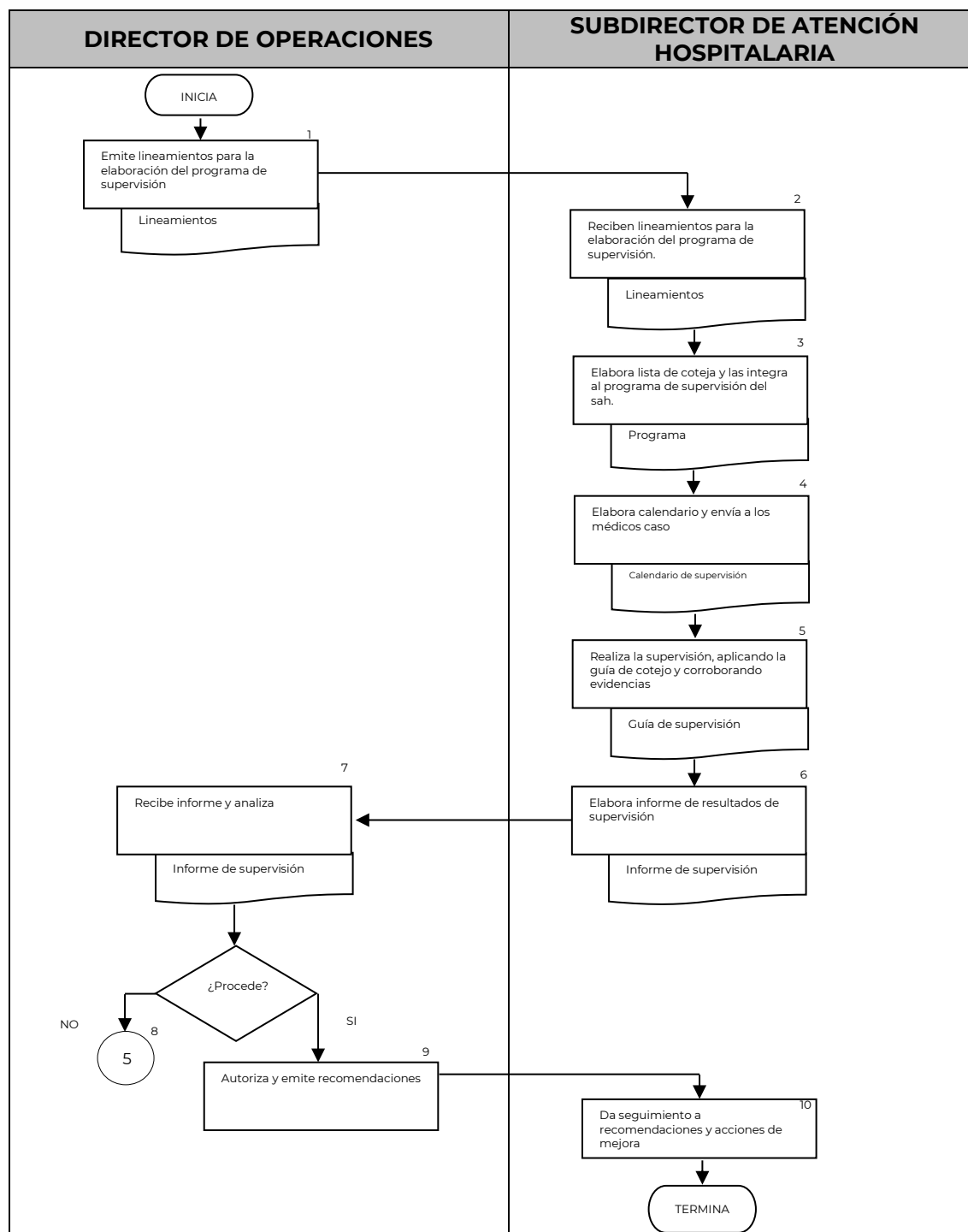
- 3.1. Será responsabilidad de la Dirección de Operaciones emitir lineamientos para la elaboración de programas de Supervisión.
- 3.2. Será responsabilidad del Subdirector de Atención Hospitalaria:
 - Establecer acciones necesarias para asegurar la adecuada distribución del personal en los servicios 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	14. Procedimiento para la Supervisión de Actividades de Personal Adscrito a la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 127 de 510

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.
Director de Operaciones	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
	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



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "GUANAJUATO"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
		14. Procedimiento para la Supervisión de Actividades de Personal Adscrito a la Subdirección de Atención Hospitalaria		Hoja 129 de 510

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 Secretaría 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	15. Procedimiento para la Gestión de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento a Usuarios de Hospitalización	Hoja 130 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	15. Procedimiento para la Gestión de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento a Usuarios de Hospitalización	Hoja 131 de 510

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.

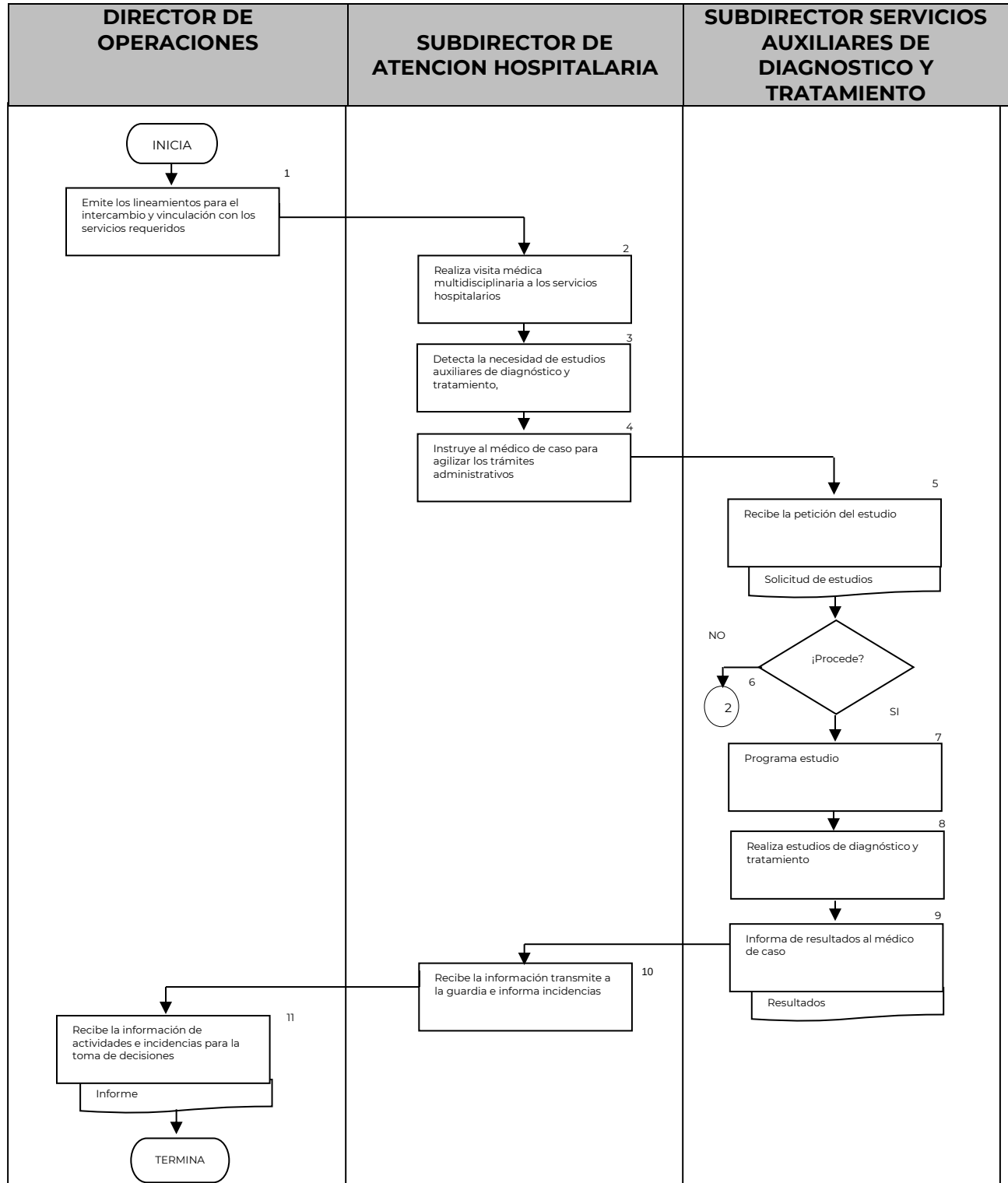
- 3.1** Será responsabilidad de la Subdirección de Atención Hospitalaria a través de los médicos de caso realizar las solicitudes de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento en el Sistema Meses necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.
- 3.2** Será responsabilidad de la Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento proveer los servicios solicitados a la brevedad a fin de brindar una atención con eficacia 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	15. Procedimiento para la Gestión de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento a Usuarios de Hospitalización	Hoja 132 de 510

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	Solicitud de estudios.
	6	Procede 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	Resultados
	9	Informa al médico de caso de los resultados, o los ingresa al MedSys a través del personal adscrito a los servicios	
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	Informe
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	15. Procedimiento para la Gestión de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento a Usuarios de Hospitalización	Hoja 134 de 510

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 Secretaría 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	15. Procedimiento para la Gestión de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento a Usuarios de Hospitalización	Hoja 135 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	16. Procedimiento para Proporcionar Información a Pacientes y Familiares Referente a su Atención Médica	Hoja 136 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	16. Procedimiento para Proporcionar Información a Pacientes y Familiares Referente a su Atención Médica	Hoja 137 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	16. Procedimiento para Proporcionar Información a Pacientes y Familiares Referente a su Atención Médica		Hoja 138 de 510

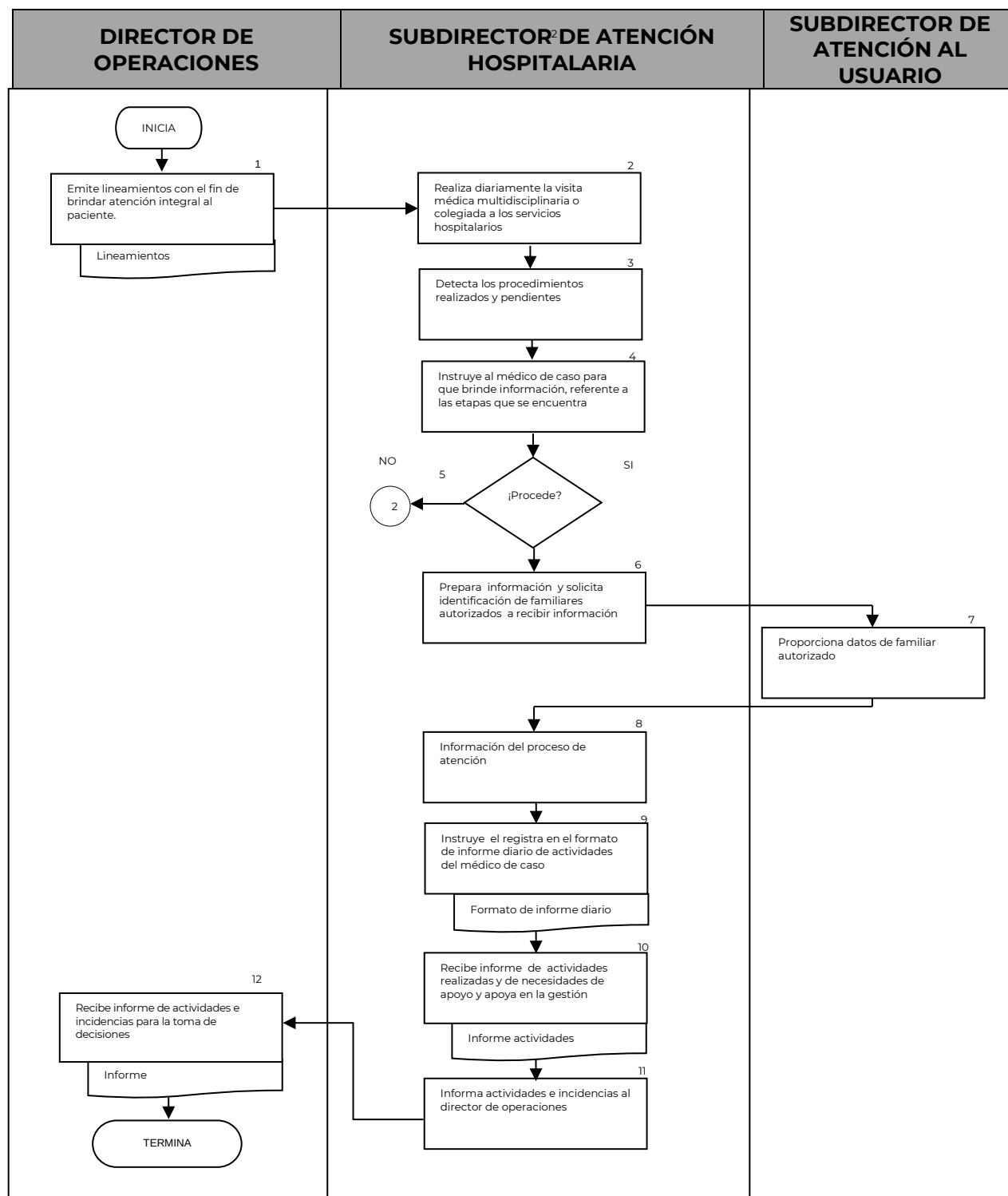
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	16. Procedimiento para Proporcionar Información a Pacientes y Familiares Referente a su Atención Médica		Hoja 139 de 510

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



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		
	16. Procedimiento para Proporcionar Información a Pacientes y Familiares Referente a su Atención Médica		Hoja 141 de 510

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA Informe actividades

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 Secretaría 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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.	

17. ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN OPERATIVA Y TÉCNICA DE EQUIPOS MÉDICOS.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.	

A. ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN OPERATIVA DE EQUIPOS MÉDICOS

1.- PROPOSITO

Establecer un programa continuo de enseñanza y capacitación a los usuarios del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” en el manejo y operación de la Tecnología Médica instalada.

Asegurar la adecuada capacitación del personal en el uso, manejo, operación y buenas prácticas de los equipos médicos instalados en el Hospital.

Disminuir los reportes de fallo y equipos fuera de servicio por mal uso y manejo de usuario.

Optimizar su desempeño en el uso con pacientes en su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Mantener el equipo médico durante su vida útil en las mejores condiciones físicas y operacionales, de ser posible extenderla hasta donde sea permitido.

2.- ALCANCE

Para todo el personal operativo del Hospital que haga uso de los equipos médicos para diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes. Incluyendo todos los perfiles del área de la salud; médicos especialistas, enfermeros (as), técnicos (as), Licenciados (as) en Radiología, Licenciados (as) en Rehabilitación, Psicólogos (as), personal de apoyo, entre otros.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Será responsabilidad de la Dirección de Operaciones a través de la Subdirección de Ingeniería Biomédica, Subdirección de Enseñanza llevar a cabo las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

Políticas de operación

I.- Todo el personal, ya sea contratado a través de prestación de servicios profesionales, que tenga base sindical o de confianza, deberá presentarse a las capacitaciones en tiempo y forma, previa notificación a través de oficio o circular enviado por la Subdirección de Ingeniería Biomédica (con carácter obligatorio) a quien corresponda.

II.- Todo el personal deberá presentarse con vestimenta propia a su profesión, identificado y con material de papelería que le permita tomar las notas que crean pertinente.

III.- Todo el personal deberá tener un comportamiento adecuado, presto para escuchar y participar durante y posterior a la capacitación.

IV.- El capacitador tendrá la responsabilidad de brindar información verídica, adecuada y suficiente.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.	Hoja 144 de 510

V.- En el caso de que el capacitador sea el HRAEV, se requerirá el llenado de una lista de asistencia institucional que incluya los siguientes datos: nombre, puesto, área, correo electrónico y firma. En estos casos, la capacitación será para reforzar conocimientos, o esclarecer el funcionamiento de un equipo (no se expedirán constancias de capacitación).

VI.- En el caso de que el capacitador sea un externo (proveedor), se requerirá el llenado de una lista de asistencia tanto institucional como del responsable de la capacitación que incluya los siguientes datos: nombre, puesto, área, correo electrónico y firma, se expedirá una constancia de capacitación por parte del proveedor a través de la Subdirección de Ingeniería Biomédica, siempre y cuando se haya cumplido en tiempo y forma con la misma.

VII.- En el caso de tecnología de reciente adquisición, ya sea por arrendamiento, comodato o actualización se solicitará la capacitación correspondiente al distribuidor de la marca o responsable de la instalación.

Normas

Ley General de Salud

- Capítulo III. Formación, Actualización y Capacitación del Personal, Artículo 89°, 90° y 92°.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

- Artículo 31°, Inciso IX
- Artículo 55°

Lineamientos

I.- Las sesiones de capacitación con proveedores externos (las cuáles se gestionarán con el Inversionista Proveedor a través del contrato vigente de capacitaciones o con los proveedores que tengan contratos vigentes con esta cláusula) deberán programarse en el último trimestre del año previo a impartirse la capacitación a través de oficio, con un calendario con fechas probables. Deben ser impartidas por personal técnico calificado.

II.- Las sesiones que impartirá el HRAE serán solicitadas por el área requirente y se programarán con una anticipación mínima de 15 días naturales.

III.- Se realizará una evaluación previa y posterior a la capacitación a todo el personal que la tome, con el objetivo de determinar el nivel de aprovechamiento. Los registros de los resultados se resguardarán junto con las listas de asistencia y en el caso que aplique, del acuse de entrega de las constancias.

IV.- La Subdirección de Ingeniería Biomédica será la responsable de programar y coordinar las capacitaciones, de acuerdo a las necesidades que se determinen por los indicadores de calidad establecidos (reportes por fallo de uso) o por las áreas que la requieran en coordinación con el área de enseñanza y áreas involucradas.

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Capacitación impartida por proveedor externo

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		Rev. 0
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.		Hoja 145 de 510

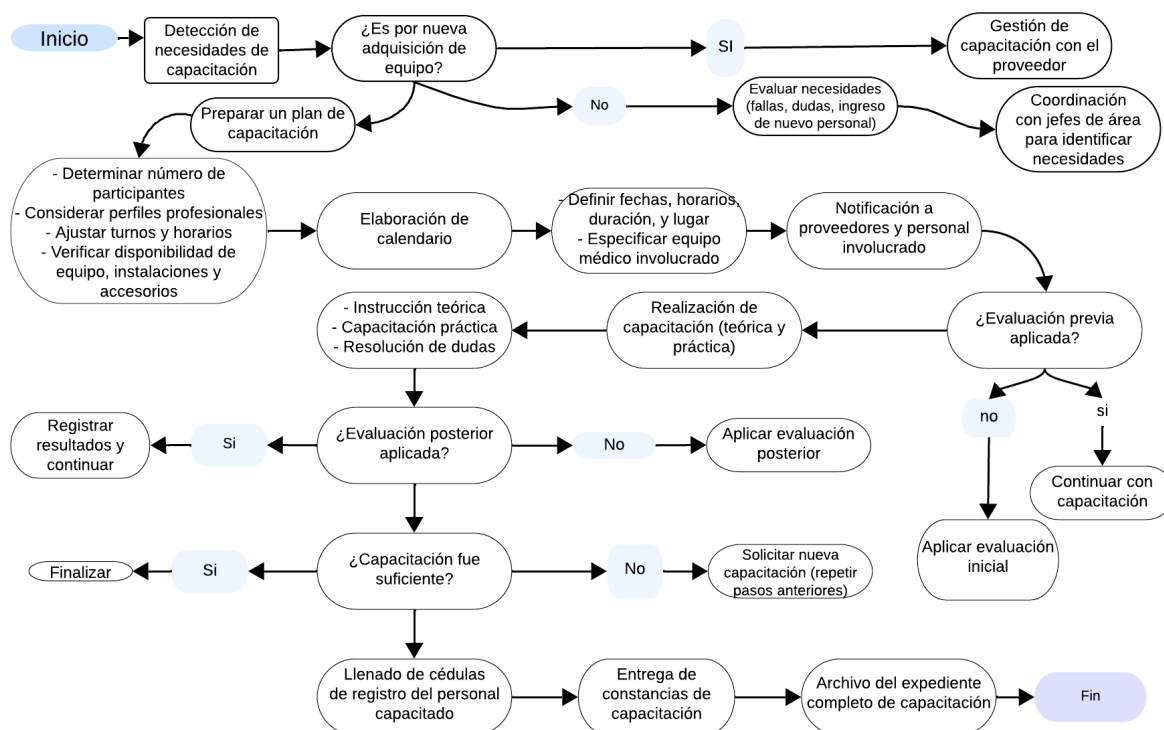
Secuencia de etapas	Actividades	Responsable (s)	Formatos y/o registros
1. Detección de necesidades de capacitación.	1.1 En el caso de nueva adquisición. 1.1.1 La SIB gestionará la capacitación con el proveedor (distribuidor de la marca). 1.2 En el caso de que sea un equipo existente: 1.2.1 La SIB gestionará la capacitación con el IP o proveedor cuando se observe una falla o duda recurrente o con el ingreso de nuevo personal. 1.2.2 LA SIB gestionará junto con los responsables de área las necesidades de capacitación para el personal a su cargo.	-Subdirección de Biomédica [SIB]. -IP/Proveedores con contrato. -Áreas usuarias -Jefes de áreas	-Órdenes de servicio de la SIB -Oficio membretado y firmado
2. Preparar un plan de capacitación.	2.1 Determinar la cantidad de personal que asistirá a la capacitación. 2.2 Considerar el perfil a los que se les impartirá la capacitación. 2.3 Considerar los turnos y horarios del personal a capacitar. 2.4 Verificar que se tenga todo lo necesario para la capacitación (equipo médico disponible, instalaciones, accesorios, entre otros).		
3. Elaboración del calendario.	3.1 Realizar un calendario de capacitación de acuerdo a la información previa, que incluya. 3.1.1 Fecha (mes, día, año) 3.1.2 Hora en que se realizará 3.1.3 Duración aproximada 3.1.4 Lugar en que se realizará 3.1.5 Datos del equipo del cual se impartirá la capacitación		
4. Notificación al IP o proveedores del calendario anual predeterminado.	4.1 Realizar un informe escrito (físico o electrónico) al IP o administradores de los contratos vigentes para notificar el calendario predeterminado, que dependerá de la disponibilidad de todos los involucrados.	-SIB -IP/Proveedores con contrato.	Oficio membretado y firmado
5. Notificación a las áreas y/o personal a capacitar.	5.1 Realizar un informe escrito a los jefes de los departamentos involucrados a capacitar que incluya los días, horarios y condiciones en los que se impartirá (con carácter de obligatorio).	-SIB -Subdirección de Recursos Humanos - Direcciones o Subdirecciones a cargo.	Oficio membretado y firmado
6. Evaluación previa a la capacitación (para determinar el conocimiento inicial).	6.1 Pasar lista de asistencia inicial. 6.2 Aplicar una evaluación previa a la capacitación.	-SIB -Proveedor (Capacitador)	-Variables (por equipo y por proveedor)
7. Realización de capacitación	7.1 El Capacitador entregará el material e información que crea necesario.	-Proveedor (Capacitador)	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		Rev. 0
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.		Hoja 146 de 510

operativa (teórica y práctica), incluyendo material e información necesaria.	7.2 El Capacitador dará inicio con la instrucción teórica. 7.3 Continuará con la capacitación práctica. 7.4 Al término, se dará un tiempo de 10 a 15 minutos para resolución de dudas o realizar comentarios.	-SIB	
8. Evaluación posterior a la capacitación (para determinar el conocimiento adquirido, el nivel de aprovechamiento y calidad de la sesión).	8.1 Pasar lista de asistencia al término de la capacitación. 8.2 Aplicar una evaluación final.	-SIB -Proveedor (Capacitador)	-Variables (por equipo y por proveedor)
9. En caso de considerar junto los responsables de uso y manejo de los equipos que no fue adecuada o suficiente, se solicitará nuevamente.	9.1 Repetir paso 5, 6, 7,8, 10 y 11.	-Asistentes a la capacitación -SIB	-Formato de evaluación - Oficio membretado y firmado
10. Llenar cédulas de registro del personal capacitado.	10.1 Entregar al final de la capacitación el formato de registro a los participantes. 10.2 Verificar que todos se encuentren en la lista (y constatar su asistencia). 10.3 Resguardar la lista en la SIB.	- SIB -Proveedor (Capacitador)	Cédula de registro (anexo)
11. Entrega constancias de capacitación.	11.1 Llenar el formato de acuse de entrega de constancias de acuerdo al equipo que se capacitó. 11.2 Entregar constancias a los participantes.	-SIB	Acuse de entrega de constancias (anexo)
12. TERMINA PROCEDIMIENTO	12.1 Se archiva el expediente completo de la capacitación en la SIB.	-SIB	Expediente de capacitación.

5.- DIAGRAMA DE FLUJO

2.1 ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN OPERATIVA DE EQUIPOS MÉDICOS



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.	Hoja 148 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía de procedimientos para un Centro Estatal de Ingeniería Biomédica (CEDIB)	Sección 4
Manual de procedimientos del Departamento de Ingeniería Biomédica de del Instituto Nacional de Perinatología	INPerIER-DAFSRMC-DIB-MP

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Expediente completo de capacitaciones	5 años	SIB	N/A

8.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Capacitación impartida por el HRAEV (Ingenieros Biomédicos)

Secuencia de etapas	Actividades	Responsable (s)	Formatos y/o registros
1. Detección de necesidades de capacitación.	1.1 La SIB gestionará la capacitación con los usuarios cuando se observe una falla o duda recurrente o cuando ingrese nuevo personal. 1.2 La SIB gestionará junto con los responsables de área las necesidades de capacitación para el personal a su cargo.	-Subdirección de Biomédica [SIB]. -Áreas usuarias -Jefes de áreas	-Órdenes de servicio de la SIB -Oficio membretado y firmado
2.Preparar un plan de capacitación	2.1Determinar la cantidad de personal que asistirá a la capacitación. 2.2Considerar el perfil a los que se les impartirá la capacitación. 2.3Considerar los turnos y horarios del personal a capacitar. 2.4 Verificar todo lo necesario para la capacitación (equipo médico disponible, instalaciones, accesorios, entre otros).		
3.Programación de capacitación	3.1 Realizar un informe escrito a los involucrados que incluya: 3.1.1 Fecha (mes, día, año) 3.1.2 Hora en que se realizará 3.1.3 Duración aproximada 3.1.4 Lugar en que se realizará 3.1.5 Datos del equipo del cual se impartirá la capacitación		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.		Hoja 149 de 510

4. Notificación a las áreas y/o personal a capacitar.	4.1 Realizar un informe escrito a los jefes de los departamentos involucrados a capacitar, así como los días, horarios y condiciones (con carácter de obligatorio).	-SIB -Subdirección de Recursos Humanos - Direcciones o Subdirecciones a cargo.	Oficio membretado y firmado
5. Evaluación previa a la capacitación (para determinar el conocimiento inicial).	5.1 Pasar lista de asistencia al iniciar la capacitación. 5.2 Aplicar una evaluación antes de iniciar la capacitación.	-SIB -Proveedor (Capacitador)	-Variables (por equipo y por proveedor)
6. Realización de capacitación operativa (teórica y práctica), incluyendo material e información necesaria.	6.1 El Capacitador entrega material e información que crea necesario. 6.2 Capacitador inicia con la capacitación teórica. 6.3 Continúa con la capacitación práctica. 6.4 Se da un tiempo para resolución de dudas o realizar comentarios.	-Proveedor (Capacitador) -SIB	N/A
7. Evaluación posterior a la capacitación (para determinar el conocimiento adquirido, el nivel de aprovechamiento y calidad de la sesión).	7.1 Pasar lista de asistencia al terminar la capacitación. 7.2 Aplicar una evaluación al finalizar la capacitación.	-SIB -Proveedor (Capacitador)	-Variables (por equipo y por proveedor)
8. En caso de considerar junto con el (los) responsables de uso y manejo de los equipos que no fue adecuada o suficiente, se solicitará nuevamente la capacitación.	8.1 Repetir paso 5, 6, 7, 8, 10 y 11.	-Asistentes a la capacitación -SIB	-Formato de evaluación - Oficio membretado y firmado
9. Llenar cédulas de registro del personal capacitado.	9.1 Entregar al final de la capacitación el formato de registro. 9.2 Verificar que todos se encuentren en la lista (y constatar su asistencia). 9.3 Resguardar la lista en la SIB.	- SIB -Proveedor (Capacitador)	Cédula de registro (anexo)
10. TERMINA PROCEDIMIENTO	10.1 Se archiva el expediente completo de la capacitación.	-SIB	Expediente de capacitación (del punto 2 al 10)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.	Hoja 150 de 510

B. ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN OPERATIVA DE EQUIPOS MÉDICOS

1.- PROPOSITO

Brindar capacitación técnica a los Ingenieros Biomédicos responsables del equipamiento médico instalado.

Asegurar la capacitación técnica eficiente del personal de Ingeniería Biomédica responsable de los equipos médicos instalados en el Hospital.

Conferir al personal técnico los conocimientos específicos para la realización de sus labores tanto de mantenimiento preventivo como correctivo de acuerdo a los lineamientos dictados por los fabricantes de l equipos que posee el Hospital considerando como alcance aquellos para los cuales se posea la herramienta especializada necesaria.

Mantener los equipos funcionando de manera continua y un equilibrio costo beneficio en esta Institución respecto a operación de equipos y productividad.

2.- ALCANCE

Para todo el personal contratado por prestación de servicios profesionales, que tenga base sindical o confianza, así como el de apoyo temporal (prácticas profesionales), que se encuentre como responsable de la operación técnica, supervisión y mantenimiento de los equipos médicos de este Hospital.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas de operación

I.- Todo el personal, ya sea contratado a través de prestación de servicios profesionales, que tenga base sindical o de confianza, deberá presentarse a las capacitaciones en tiempo y forma, previa notificación a través de oficio o circular enviado por la Subdirección de Ingeniería Biomédica (con carácter obligatorio).

II.- Todo el personal deberá presentarse con vestimenta propia a la profesión, identificado y con material de papelería que le permita tomar las notas que crea pertinente.

III.- Todo el personal deberá tener un comportamiento adecuado, presto para escuchar y participar durante y posterior a la capacitación.

IV.- El capacitador tendrá la responsabilidad de brindar información verídica, adecuada y suficiente.

VI. Posterior a la capacitación, se requerirá el llenado de una lista de asistencia tanto institucional como del proveedor que incluya los siguientes datos: nombre, puesto, área, correo electrónico y firma, mismo que expedirá una constancia de asistencia, siempre y cuando se haya cumplido en tiempo y forma.

Lineamientos

I.- Las sesiones de capacitación (las cuáles se gestionarán con el Inversionista Proveedor a través del contrato vigente de capacitaciones o con los proveedores que tengan contratos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.		Hoja 151 de 510

vigentes con esta cláusula) deberán programarse en el último trimestre del año previo a impartirse la capacitación a través de oficio, con un calendario con fechas probables. Deben ser impartidas por personal técnico calificado.

II.- Las capacitaciones incluidas en los contratos de mantenimiento preventivo y correctivo a equipo médico deberán establecerse con el responsable (proveedor) para programarse de acuerdo a las cláusulas de cada contrato.

III.- Se realizará una evaluación previa y posterior a la capacitación a todo el personal que la tome, con el objetivo de determinar el nivel de aprovechamiento. Los registros de los resultados se resguardarán junto con las listas de asistencia y en el caso que aplique, del acuse de entrega de las constancias.

IV.- La Subdirección de Ingeniería Biomédica será la responsable de programar y coordinar las capacitaciones, de acuerdo a las necesidades que se determinen ya sea por actualización de tecnología, nuevo personal o reforzar conocimientos.

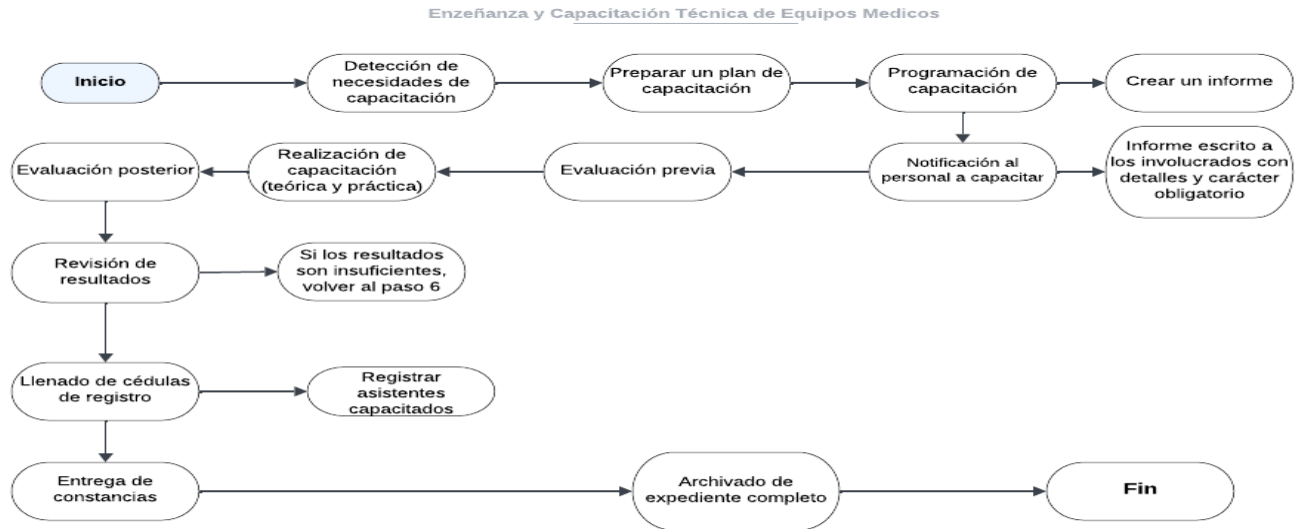
4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Secuencia de etapas	Actividades	Responsable (s)	Formatos y/o registros
1. Detección de necesidades de capacitación.	1.1 La SIB gestionará la capacitación que requiera de acuerdo a 1.1.1 Ingreso de nuevo personal 1.1.2 Actualización de tecnología 1.1.3 Renovación de tecnología 1.1.4 Reforzar conocimientos	-Subdirección de Biomédica [SIB]. -Áreas usuarias -Jefes de áreas	-Órdenes de servicio de la SIB -Oficio membretado y firmado
2.Preparar un plan de capacitación	2.1Determinar la cantidad de personal que asistirá a la capacitación. 2.2Considerar los turnos y horarios para no afectar la atención de reportes. 2.4 Verificar todo lo necesario para la capacitación (equipo médico disponible, instalaciones, accesorios, entre otros).		
3.Programación de capacitación	3.1 Realizar un informe escrito a los involucrados que incluya: 3.1.1 Fecha (mes, día, año) 3.1.2 Hora en que se realizará 3.1.3 Duración aproximada 3.1.4 Lugar en que se realizará 3.1.5 Datos del equipo del cual se impartirá la capacitación		
4. Notificación del personal a capacitar.	4.1 Realizar un informe escrito a los involucrados a capacitar incluyendo los días, horario y condiciones (con carácter de obligatorio).	-SIB -Subdirección de Recursos Humanos - Direcciones o Subdirecciones a cargo.	Oficio membretado y firmado

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.		Hoja 152 de 510

5. Evaluación previa a la capacitación (para determinar el conocimiento inicial).	5.1 Pasar lista de asistencia al iniciar la capacitación. 5.2 Aplicar una evaluación antes de iniciar la capacitación.	-SIB -Proveedor (Capacitador)	-Variables (por equipo y por proveedor)
6. Realización de capacitación operativa (teórica y práctica), incluyendo material e información necesaria.	6.1 El Capacitador entrega material e información que crea necesario. 6.2 Capacitador inicia con la capacitación teórica. 6.3 Continúa con la capacitación práctica. 6.4 Se da un tiempo para resolución de dudas o realizar comentarios.	-Proveedor (Capacitador) -SIB	N/A
7. Evaluación posterior a la capacitación (para determinar el conocimiento adquirido, el nivel de aprovechamiento y calidad de la sesión).	7.1 Pasar lista de asistencia al terminar la capacitación. 7.2 Aplicar una evaluación al finalizar la capacitación.	-SIB -Proveedor (Capacitador)	-Variables (por equipo y por proveedor)
8. En caso de considerar junto con el (los) responsables de uso y manejo de los equipos que no fue adecuada o suficiente, se solicitará nuevamente la capacitación.	8.1 Repetir paso 5, 6, 7, 8, 10 y 11.	-Asistentes a la capacitación -SIB	-Formato de evaluación - Oficio membretado y firmado
9. Llenar cédulas de registro del personal capacitado.	9.1 Entregar al final de la capacitación el formato de registro.	- SIB -Proveedor (Capacitador)	Cédula de registro (anexo)
10. Entrega constancias de capacitación.	11.1 Llenar el formato de acuse de entrega de constancias de acuerdo al equipo que se capacitó. 11.2 Entregar a los participantes.	-SIB	Acuse de entrega de constancias (anexo)
11. TERMINA PROCEDIMIENTO	10.1 Se archiva el expediente completo de la capacitación.	-SIB	Expediente de capacitación (del punto 2 al 10)

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía de procedimientos para un Centro Estatal de Ingeniería Biomédica (CEDIB)	Sección 4
Manual de procedimientos del Departamento de Ingeniería Biomédica de del Instituto Nacional de Perinatología	INPerIER-DAFSRMC-DIB-MP

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Expediente completo de capacitaciones	5 años	SIB	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.	Hoja 154 de 510

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- a. SIB Subdirección de Ingeniería Biomédica
- b. Capacitación Proceso continuo 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.

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
1	27 de marzo	

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- a. Lista de asistencia de personal capacitado
- b. Lista de entrega de constancias

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	17. Enseñanza y Capacitación Operativa y Técnica de Equipos Médicos.		Hoja 155 de 510

LISTA DE ASISTENCIA

CAPACITACIÓN OPERATIVA:
DATOS DEL EQUIPO:
IMPARTIDA POR:

FECHA Y HORA:

NOMBRE	ÁREA	PUESTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA

ENTREGA DE CONSTANCIAS

Acuse de entrega de constancias
CAPACITACIÓN OPERATIVA:
DATOS DEL EQUIPO:
IMPARTIDA POR:

FECHA Y HORA:

NOMBRE	ÁREA	PUESTO	NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	18. Cumplimiento de Normatividad en Manteamiento	Hoja 156 de 510

18. CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD EN MANTENIMIENTO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	18. Cumplimiento de Normatividad en Manteamiento	Hoja 157 de 510

1.- PROPOSITO

Evaluar permanentemente el cumplimiento de la normatividad establecida en materia de mantenimiento preventivo del equipo biomédico del Hospital.

2.- ALCANCE

Se evaluará el cumplimiento de la normatividad vigente en el mantenimiento de todos los equipos biomédicos del Hospital.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

1. Los servicios programados no podrán interferir con el tratamiento de los pacientes en los servicios.
2. Se dará prioridad a la atención a los pacientes sobre los servicios programados.
3. El personal responsable de los diferentes servicios podrá solicitar al personal técnico que realice los trabajos de mantenimiento fuera del área de atención.

Normas

NOM-197-SSA1-2000.

Contrato de Prestación de Servicios PPS.

Manuales de operación y servicio de los fabricantes de los equipos.

Lineamientos

1. El personal deberá permitir el acceso al personal que realice el mantenimiento de los equipos.
2. El personal de servicios deberá portar identificación vigente.
3. Los servicios de mantenimiento deberán ser avalados por el personal responsable de los servicios.

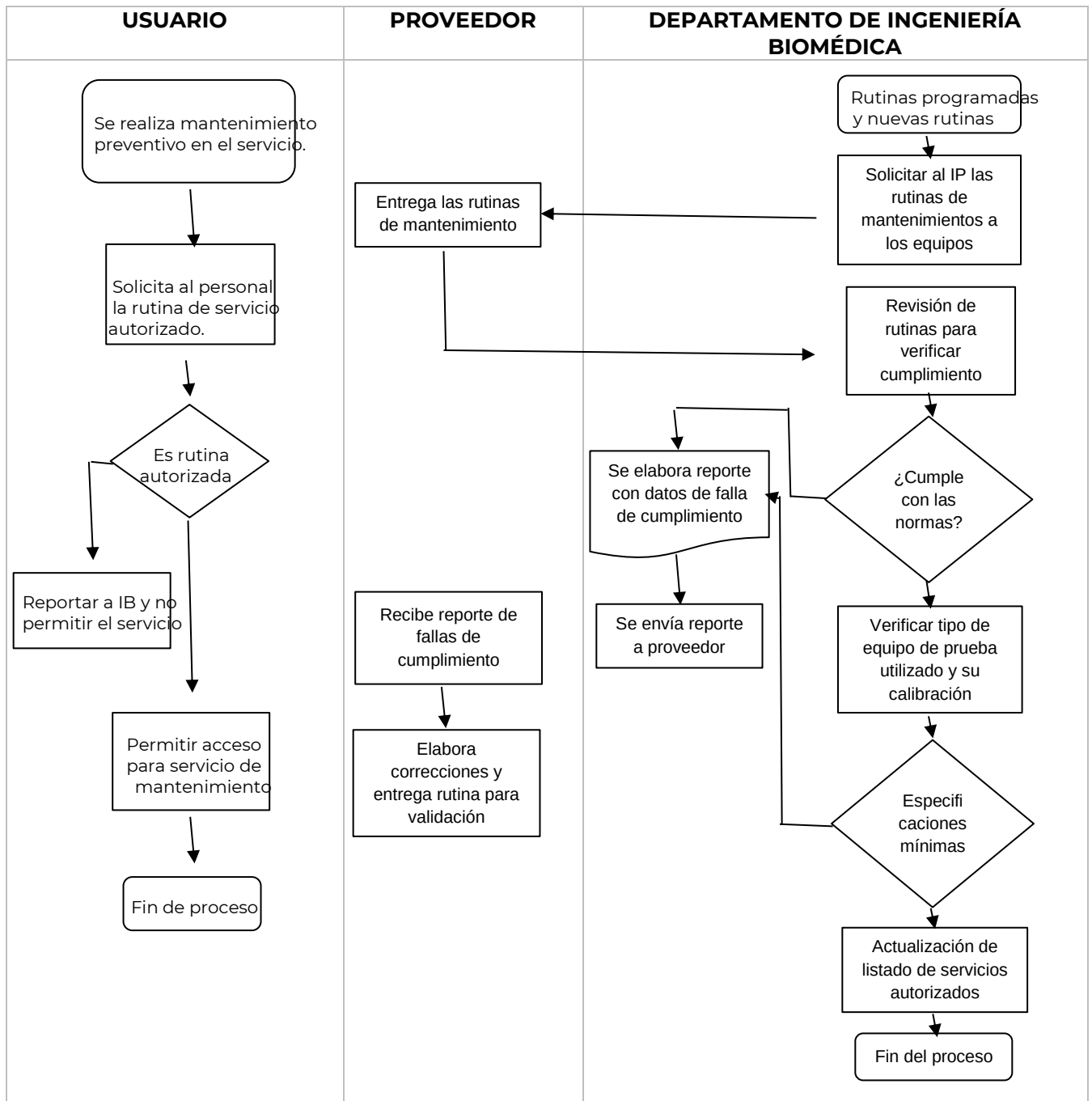
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	18. Cumplimiento de Normatividad en Manteamiento		Hoja 158 de 510

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N°	Responsable	Descripción de la actividad	Formatos y/o Registros
1	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Solicita al IP las rutinas de mantenimiento preventivo que se incluyen en el programa.	
2	Proveedor	Proporciona a la SIB las rutinas de mantenimiento.	
3	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Revisa que las rutinas de mantenimiento cumplan con la normatividad vigente. En caso de que así sea, se valida la rutina. En caso de no cumplir, se comunica al IP la falta de cumplimiento.	Formato de no cumplimiento de normas en rutina de mantenimiento.
4	Responsable de uso de los equipos	Previo al inicio del servicio preventivo solicita al representante del IP la validación de la rutina. En caso de que sea válida se permite el acceso. En caso contrario, se pospone el servicio hasta ser aprobado.	
5	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Corrige las rutinas para estar de acuerdo con las normas aplicables. TERMINA PROCEDIMIENTO	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	18. Cumplimiento de Normatividad en Manteamiento		Hoja 159 de 510

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	18. Cumplimiento de Normatividad en Mantenimiento	Hoja 160 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Rutinas de mantenimiento preventivo	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Formato de no cumplimiento de normas en rutina de mantenimiento	5 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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 ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD SERVICIOS DE ESPECIALIDAD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		18. Cumplimiento de Normatividad en Manteamiento	Hoja 161 de 510

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Formato de supervisión a rutina de mantenimiento preventivo

SUPERVISIÓN DE MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO

ÁREA			
FRECUENCIA			
PERIODO			

OBSERVACIONES

ID del equipo	Marca	Equipo	Modelo	Serial	OBSERVACIONES
REVISÓ SUBDIR. IB		ENTERADO ING. BIOMÉDICA			

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCION DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	19. Evaluación De Accidentes Relacionados Con Equipo Médico.	Hoja 162 de 510

19. EVALUACIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON EQUIPO MÉDICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCION DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	19. Evaluación De Accidentes Relacionados Con Equipo Médico.	Hoja 163 de 510

1.- PROPOSITO

Identificar elementos de riesgo en el uso de los equipos biomédicos, analizar las causas y corregirlas para evitar incidentes adversos en los servicios del Hospital, mediante una investigación con la información proporcionada por el responsable del uso de equipos.

2.- ALCANCE

Todos los servicios del hospital.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

Las investigaciones no deben interferir con los servicios otorgados a los pacientes, excepto cuando exista un riesgo evidente a la integridad física de las personas.

Los resultados de las investigaciones serán exclusivamente para detectar fallas en los equipos y/o procedimientos.

Normas

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

NOM-001-SEDE-2012. Instalaciones Eléctricas (utilización).
Contrato de Prestación de Servicios PPS

Lineamientos

La obtención de datos deberá ser clara y precisa, evitando siempre contravenir los derechos de los pacientes y el personal.

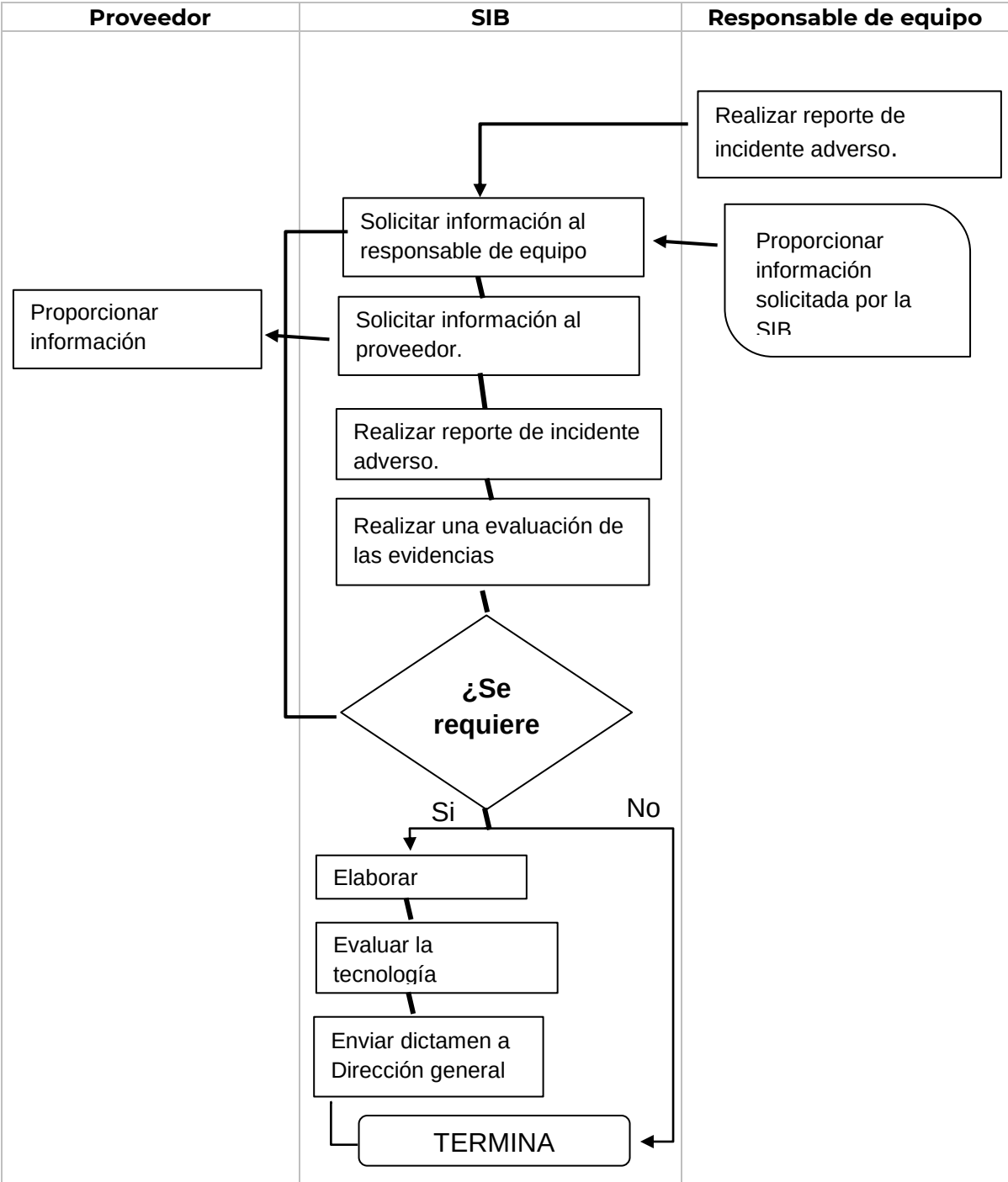
Se podrá suspender el uso de algún equipo o servicio, siempre y cuando no hacerlo represente un peligro inminente a las personas.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCION DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	19. Evaluación De Accidentes Relacionados Con Equipo Médico.	Hoja 164 de 510

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la actividad	Formatos y/o registros
1	Responsable del uso de equipos	Reportar incidente adverso relacionado con equipo médico con los medios disponibles y procedimientos de cada área.	Centro de ayuda
2	Subdirección Ingeniería Biomédica	Solicitar y recabar información para analizar el incidente. La solicitud debe realizarse al responsable del uso del equipo. Elaborar un dictamen y activar el proceso de evaluación de tecnología para la posible sustitución de equipos y/o procedimiento de uso.	Solicitud de información realizada por la Subdirección de Ingeniería Biomédica.
3	Proveedor	Debe proporcionar la información solicitada por la Subdirección de Ingeniería Biomédica relacionada al equipo médico.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCION DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	19. Evaluación De Accidentes Relacionados Con Equipo Médico.	Hoja 166 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manuales de los equipos	No aplica
Procedimientos de los servicios	No aplica
Registros de los servicios	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Cédula de accidentes con equipo médico involucrado	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCION DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	19. Evaluación De Accidentes Relacionados Con Equipo Médico.	Hoja 167 de 510

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Cédula de registro de Personal Capacitado

Lista de asistencia del personal capacitado

LISTA DE ASISTENCIA

TALLERES DE INGENIERÍA BIOMÉDICA:
IMPARTIDA POR:

FECHA:

ÁREA	NOMBRE	CORREO	FIRMA

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		20. Evaluación de Tecnología Médica	

20. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
		20. Evaluación de Tecnología Médica		Hoja 169 de 510

1.- PROPOSITO

Evaluar el desempeño de los equipos biomédicos instalados en el hospital en relación con la eficiencia y seguridad de su uso.

2.- ALCANCE

Se evaluará la eficiencia y operación segura de todos los equipos biomédicos del Hospital, ya sea provisto por el inversionista proveedor o por proveedores de servicios integrales.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

La evaluación de los equipos no podrá interferir con el tratamiento de los pacientes en los servicios.

La evaluación de los equipos será en función del uso específico que tiene en cada servicio.

La evaluación deberá ser congruente con los estándares y Normas Oficiales Mexicanas y Normas extranjeras.

Normas

NOM-016-SSA3-2012

Manuales de operación y servicio de los fabricantes de servicio.

Normas Nacionales y extranjeras sobre operación de equipos.

Reportes de organismos nacionales y extranjeros sobre alertas de equipos médicos.

Documentación técnica emitida por CENETEC.

Lineamientos

La evaluación podrá ser documental y/o práctica.

La evaluación podrá ser en coordinación con el personal del IP.

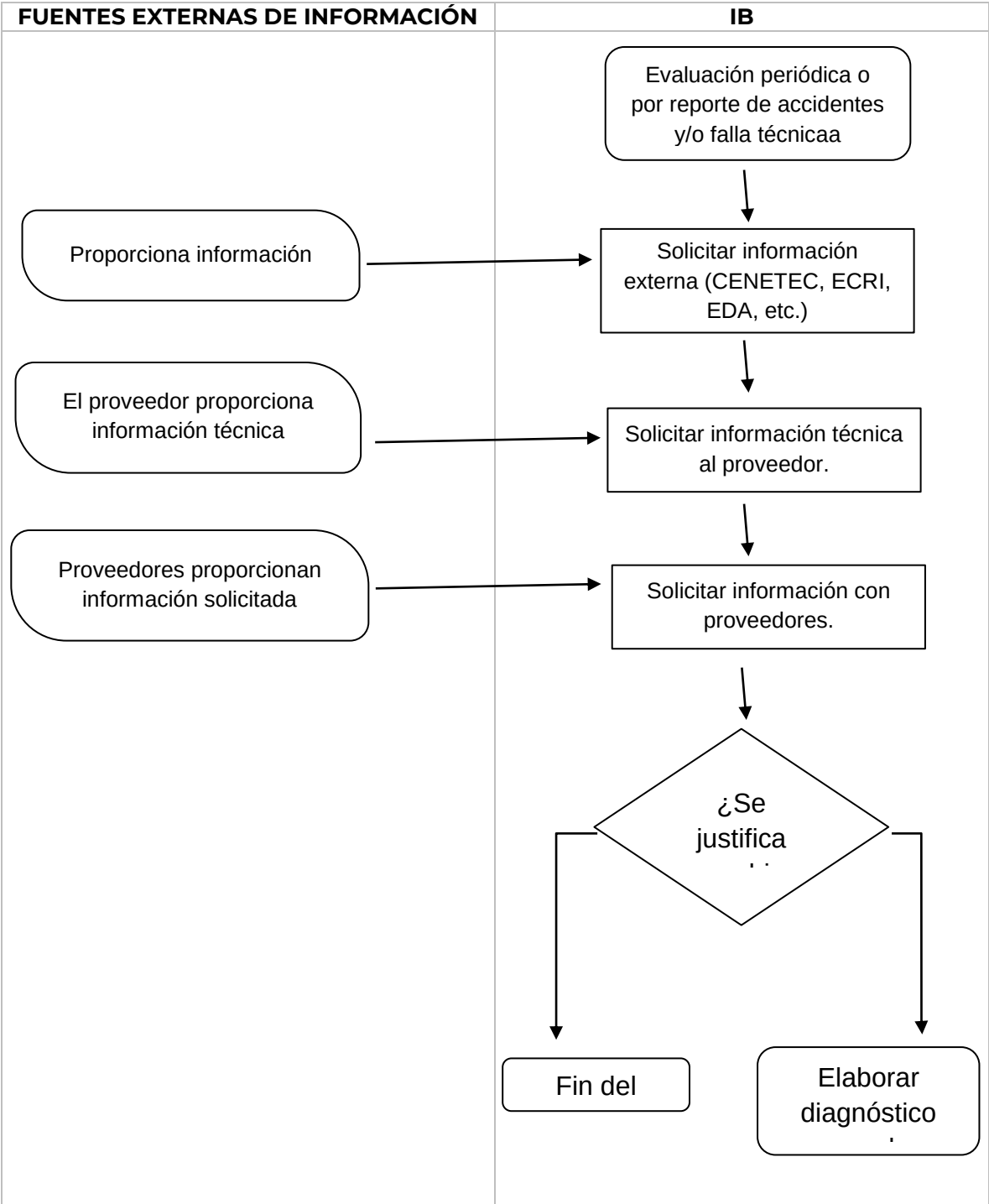
Se deberá avisar a los servicios de las evaluaciones, con tiempo de anticipación razonable para evitar interferir con las actividades normales.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	20. Evaluación de Tecnología Médica		Hoja 170 de 510

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la actividad	Formatos y/o registros
1	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Elaboración e implementación de calendario de evaluación tecnológica. Información técnica deber ser solicitada a fuentes de información externas a la SIB sobre el equipo que se analiza. Fuentes externas incluyen: Proveedor, CENETEC, proveedores, ECRI, etc.	Calendario de evaluación tecnológica.
2	Fuentes de información externas	Provee información sobre equipos médicos.	
3	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Elaboración de un diagnóstico. En caso de ser necesario, renovar o sustituir la tecnología existente.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	20. Evaluación de Tecnología Médica	Hoja 172 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manuales de los equipos	No aplica
Procedimientos de los servicios	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Cédula de evaluación tecnología	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TOLUCA ESTADO DE MEXICO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
		21. Supervisión de Mantenimiento Correctivo		Hoja 173 de 510

21. SUPERVISIÓN DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	21. Supervisión de Mantenimiento Correctivo	Hoja 174 de 510

1.- PROPOSITO

Evitar fallas y de mantener la óptima operación de los equipos médicos. Es un tipo de mantenimiento que se basa en la inspección por parte de personal calificado para poder encontrar fallas en su etapa inicial y corregirlas.

2.- ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todos los equipos médicos del hospital que requieran supervisión de mantenimiento correctivo, independientemente de su área de uso. Incluye las actividades de inspección, diagnóstico y corrección de fallas realizadas por personal técnico calificado, así como la coordinación con los fabricantes y proveedores para garantizar la funcionalidad y operatividad continua de los equipos.

Se extiende a:

- Áreas operativas críticas como quirófanos, unidades de cuidados intensivos, laboratorios y áreas de hospitalización.
- Equipos médicos incluidos en el inventario institucional bajo la responsabilidad del área de mantenimiento biomédico.
- Personal técnico, usuarios de los equipos y responsables de las áreas involucradas en el mantenimiento correctivo.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

Cuando se pone en práctica una política de mantenimiento, esta requiere de la existencia de un Plan de Operaciones, el cual debe ser conocido por todos y debe haber sido aprobado previamente por las autoridades de la organización.

Normas

NOM-197-SSA-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Esta Norma Oficial Mexicana es obligatoria para todos los hospitales de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que realicen internamiento de enfermos para la ejecución de los procesos de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, o rehabilitación y para los consultorios que presten atención médica especializada.

Manuales de operación y servicio de los fabricantes

Normas Nacionales y extranjeras sobre operación de los equipos.

Lineamientos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	21. Supervisión de Mantenimiento Correctivo		Hoja 175 de 510

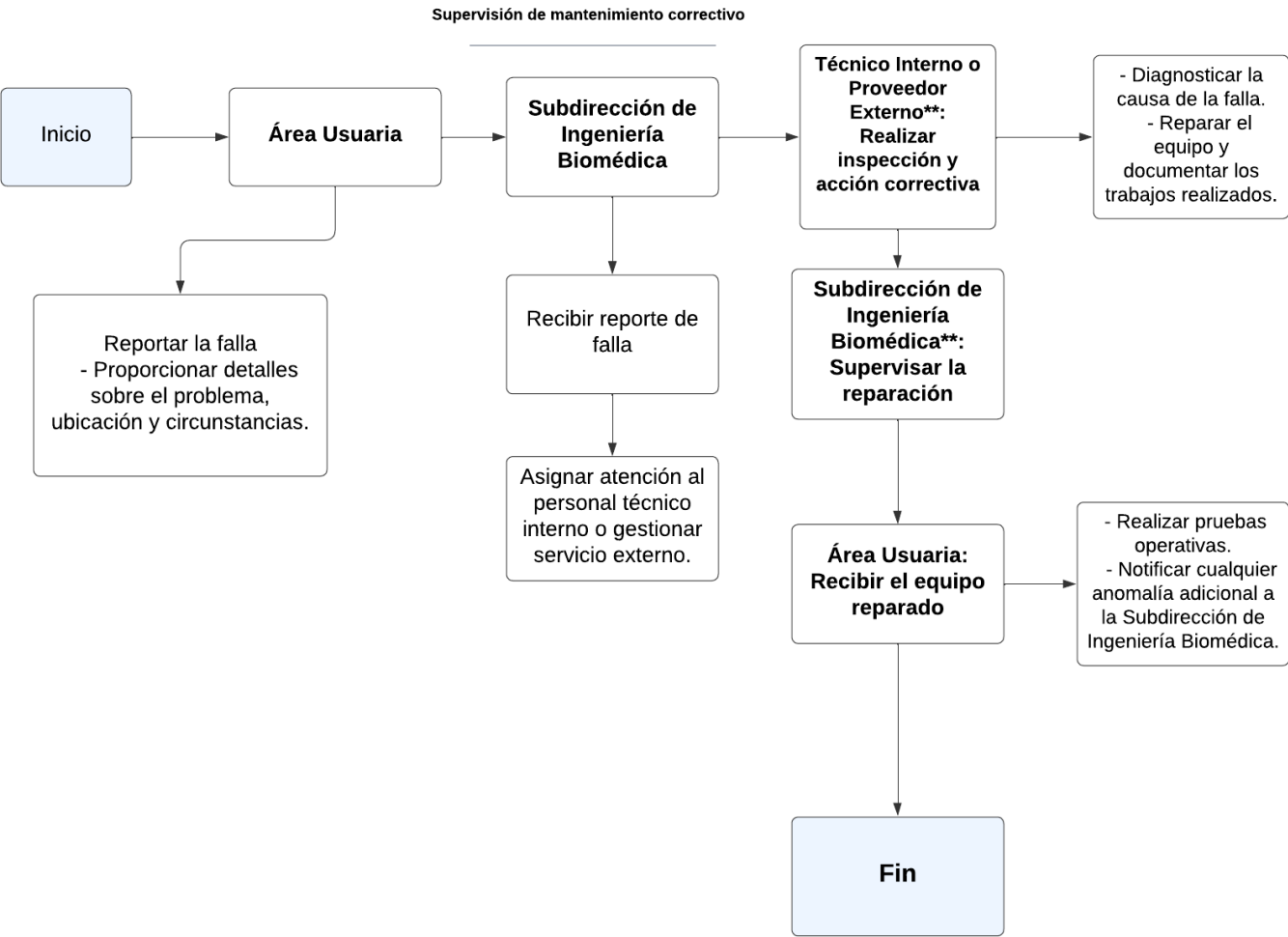
Mantener paso a paso una actividad programada en forma metódica y sistemática, en un lugar, fecha, y hora conocido.

Notificar cualquier cambio o retraso en la entrega de equipos funcionales a los encargados de área.

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la actividad	Formatos y/o registros
1	Área usuaria	Reportar cualquier falla detectada en los equipos médicos a la Subdirección de Ingeniería Biomédica, proporcionando la mayor cantidad de detalles posibles sobre el problema, ubicación del equipo y circunstancias en las que se presentó la falla.	Formato de reporte de fallas
2	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Recibir el reporte de falla, evaluar la información proporcionada y asignar la atención al personal técnico interno o gestionar la contratación de servicios externos si el mantenimiento requiere intervención del proveedor o fabricante del equipo.	Registro de solicitud de mantenimiento
3	Técnico interno o proveedor externo	Realizar la inspección del equipo médico para diagnosticar la causa de la falla, ejecutar las acciones correctivas necesarias para su reparación, y documentar los trabajos realizados y los repuestos empleados.	Informe de mantenimiento correctivo
	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Supervisar y verificar la correcta reparación del equipo antes de reintegrarlo al área usuaria, asegurándose de que cumple con los estándares de funcionalidad y seguridad establecidos.	Lista de verificación de funcionalidad
	Área usuaria	Recibir el equipo reparado, realizar pruebas operativas y notificar a la Subdirección de Ingeniería Biomédica cualquier anomalía adicional detectada durante su uso.	Registro de conformidad de recepción

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	21. Supervisión de Mantenimiento Correctivo	Hoja 177 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de operación y servicio del fabricante	Manual por equipo
NOM-197-SSA1-2000: Infraestructura y equipamiento hospitalario	NOM-197-SSA1-2000
Orden de servicio	

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Orden de servicio	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Orden de servicio de mantenimiento correctivo

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		22. Supervisión de Mantenimiento Preventivo.	Hoja 178 de 510

22. SUPERVISIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	22. Supervisión de Mantenimiento Preventivo.	Hoja 179 de 510

1.- PROPOSITO

Garantizar el correcto funcionamiento y prolongar la vida útil de los equipos médicos mediante un programa sistemático de mantenimiento preventivo. Este procedimiento busca identificar y mitigar posibles fallas antes de que afecten el desempeño de los equipos.

2.- ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los equipos médicos del hospital incluidos en el programa de mantenimiento preventivo. Cubre las actividades de inspección, ajuste, limpieza y verificación de parámetros operativos realizadas por personal técnico calificado, así como las acciones coordinadas con los fabricantes o proveedores para mantener la operatividad continua de los equipos.

Se extiende a:

- Áreas operativas críticas como quirófanos, unidades de cuidados intensivos, laboratorios y áreas de hospitalización.
- Equipos médicos inventariados bajo la supervisión de la Subdirección de Ingeniería Biomédica.
- Personal técnico responsable de ejecutar o coordinar el mantenimiento preventivo.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

Todo equipo médico debe contar con un programa de mantenimiento preventivo aprobado por la Subdirección de Ingeniería Biomédica.

El cumplimiento del cronograma de mantenimiento es obligatorio para asegurar la disponibilidad y funcionalidad de los equipos médicos.

Normas

NOM-197-SSA-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Esta Norma Oficial Mexicana es obligatoria para todos los hospitales de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que realicen internamiento de enfermos para la ejecución de los procesos de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, o rehabilitación y para los consultorios que presten atención médica especializada.

Manuales de operación y servicio de los fabricantes

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		22. Supervisión de Mantenimiento Preventivo.	Hoja 180 de 510

Normas Nacionales y extranjeras sobre operación de los equipos.

Lineamientos

Realizar las actividades de mantenimiento preventivo en los periodos establecidos en el cronograma.

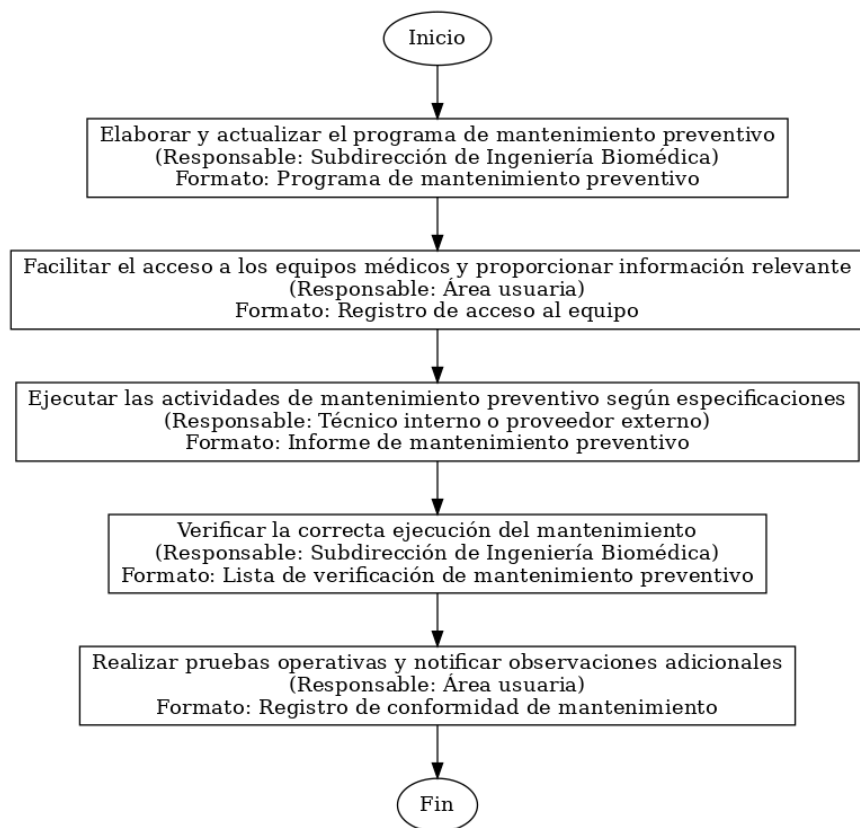
Notificar cualquier cambio, retraso o hallazgo relevante detectado durante el mantenimiento a los responsables del área.

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la actividad	Formatos y/o registros
1	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Elaborar y actualizar el programa de mantenimiento preventivo, asignando fechas y responsables para cada equipo médico.	Programa de mantenimiento preventivo
2	Área usuaria	Facilitar el acceso a los equipos médicos en las fechas programadas y proporcionar información relevante sobre su operación.	Registro de acceso al equipo
3	Técnico interno o proveedor externo	Ejecutar las actividades de mantenimiento preventivo según las especificaciones técnicas del fabricante o normativas aplicables, documentando los trabajos realizados.	Informe de mantenimiento preventivo
4	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Verificar la correcta ejecución del mantenimiento, asegurándose de que los equipos cumplen con los parámetros de funcionalidad establecidos.	Lista de verificación de mantenimiento preventivo
5	Área usuaria	Realizar pruebas operativas en los equipos y notificar cualquier observación adicional a la Subdirección de Ingeniería Biomédica.	Registro de conformidad de mantenimiento

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	22. Supervisión de Mantenimiento Preventivo.		Hoja 181 de 510

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6.DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Programa de Mantenimiento Preventivo	
Manual de operación y servicio del fabricante	Manual por equipo
NOM-197-SSA1-2000: Infraestructura y equipamiento hospitalario	NOM-197-SSA1-2000
Orden de servicio	

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Orden de servicio	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	22. Supervisión de Mantenimiento Preventivo.		Hoja 182 de 510

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Programa de mantenimiento preventivo
Orden de servicio de mantenimiento preventivo

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	23. Atención a Incidencias Sobre Insumos para Equipos Médicos		Hoja 183 de 510

23. ATENCIÓN A INCIDENCIAS SOBRE INSUMOS PARA EQUIPOS MÉDICOS

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	23. Atención a Incidencias Sobre Insumos para Equipos Médicos		Hoja 184 de 510

1.- PROPOSITO

Resolver en el menor tiempo posible los incidentes adversos que puedan surgir relacionadas con los insumos para equipos médicos.

2.- ALCANCE

Todas las áreas.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

Se encontraron soluciones relacionadas con insumos solo para equipo médico.

Normas

NOM-016-SSA3-2012

NOM-240-SSA1-2012

Manuales de operación y servicio de los fabricantes de servicio.

Normas Nacionales y extranjeras sobre operación de equipos.

Lineamientos

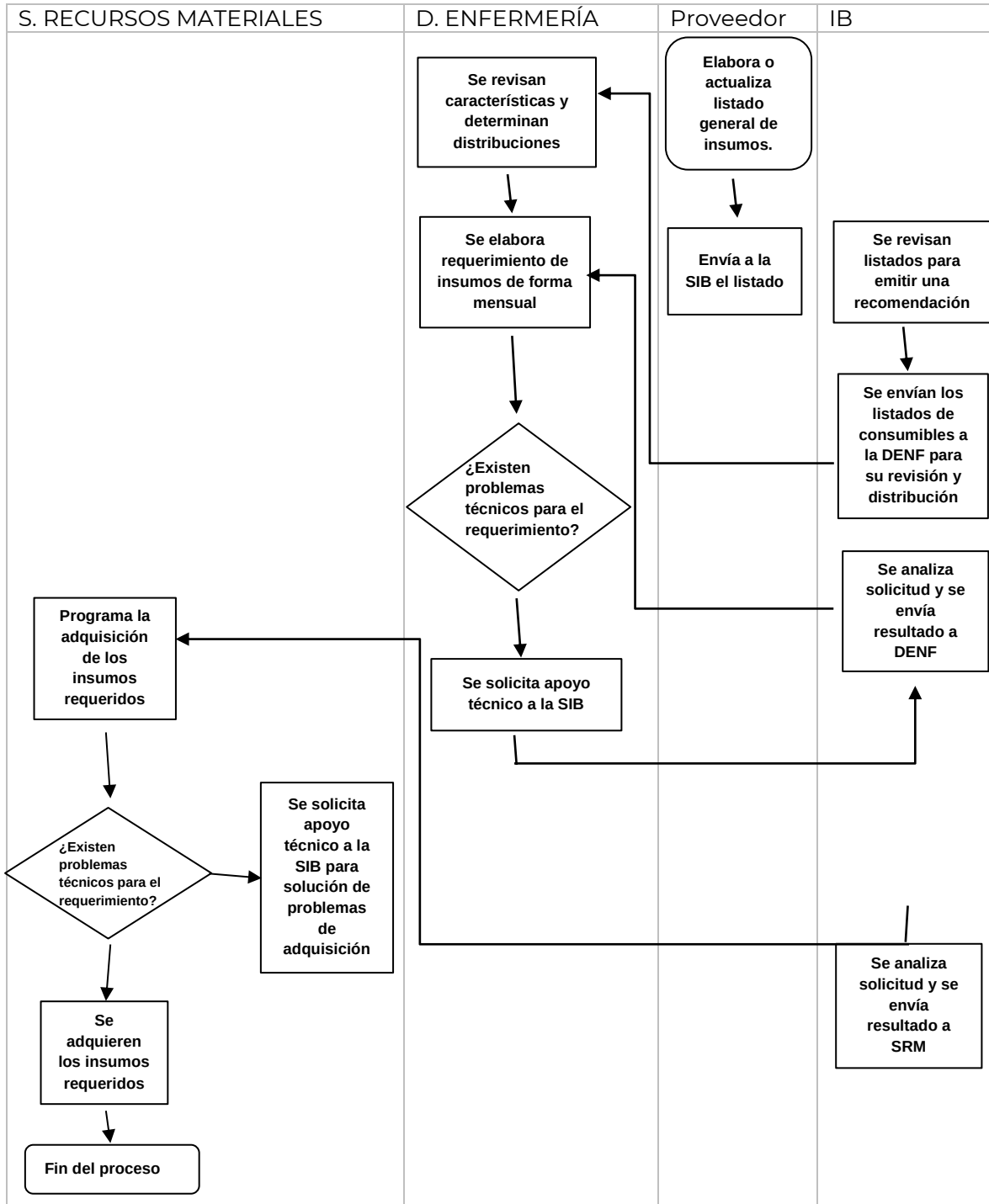
Se gestionará con los involucrados con el proceso de adquisición de insumos para equipos médicos.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	23. Atención a Incidencias Sobre Insumos para Equipos Médicos		Hoja 185 de 510

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la actividad	Formatos y/o registros
1	Responsables de los servicios	Informar a la Subdirección de Ingeniería Biomédica sobre la falta de consumibles o problemas con éstos.	
2	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Recabar la información para determinar el problema.	
3	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Coordinar con la Subdirección de Recursos Materiales para ubicar al proveedor en caso de problemas con los insumos y/o para solicitar adquisiciones adicionales en caso de faltantes.	Solicitud de comestibles.
4	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Notificar sobre la solución del incidente adverso. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	23. Atención a Incidencias Sobre Insumos para Equipos Médicos		Hoja 187 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Actas de licitaciones para adquisiciones	No aplica
Contrato de adquisiciones	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Reporte de incidencias de los insumos	5 años	Subdirector de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		24. Control de Inventarios	Hoja 188 de 510

24. CONTROL DE INVENTARIOS

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		
	24. Control de Inventarios		Hoja 189 de 510

1.- PROPOSITO

Tener un buen inventario para que los procesos de mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos biomédicos sean eficientes.

2.- ALCANCE

Este procedimiento aplica para Subdirección de Ingeniería Biomédica y las áreas involucradas.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

Se tendrá mejor ubicación del equipo biomédico para facilitar acceso al personal que tenga que dar mantenimientos preventivos o correctivos.

Normas

NOM-197-SSA1-2000

Lineamientos

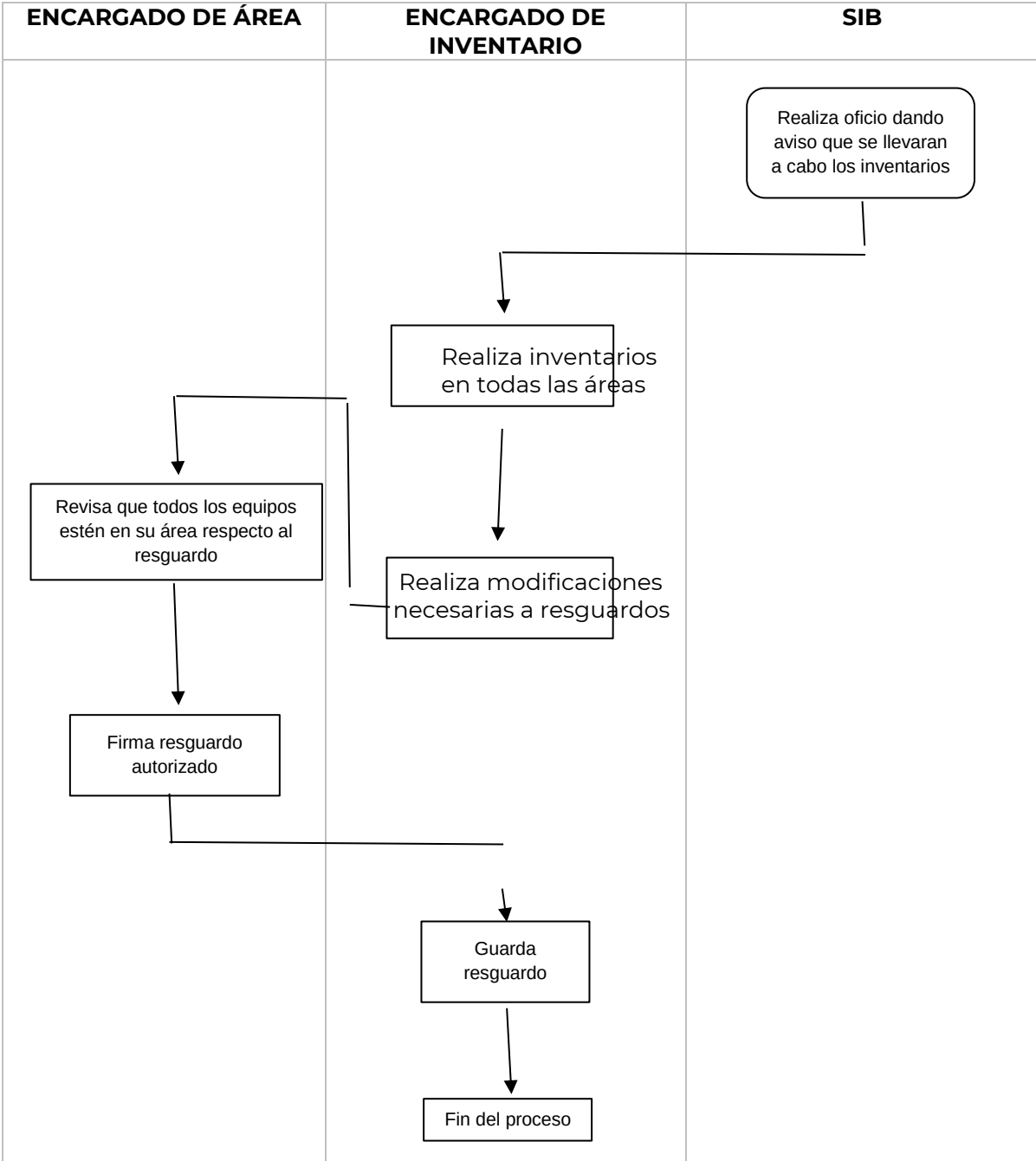
Deberá de realizarse el inventario sin interferir con los servicios del hospital.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
24. Control de Inventarios		Hoja 190 de 510

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la Actividad	Formatos y/o Registros
1	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Promueve documentos a las áreas correspondientes que se realizarán inventarios.	Oficios y documentos correspondientes
2	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Lleva a cabo el inventario en todas las áreas del hospital	
3	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Realiza las modificaciones necesarias en los resguardos	Resguardos de área
4	Encargado de cada área hospitalaria	Revisa que todo el equipo se encuentre dentro de su área, de acuerdo a las modificaciones y firma la actualización de resguardo.	
5	Subdirección de Ingeniería Biomédica	Guarda los resguardos actualizados TERMINA PROCEDIMIENTO	Resguardos de área

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALBA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		25. Salida de Equipo Biomédico	

25.SALIDA DE EQUIPO BIOMÉDICO

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA		Rev. 0
	25. Salida de Equipo Biomédico		Hoja 193 de 510

1.- PROPOSITO

Controlar la ubicación de los equipos biomédicos del hospital y mantener actualizado el inventario para su correcta gestión.

2.- ALCANCE

Este procedimiento aplica para la Subdirección de Ingeniería Biomédica y áreas involucradas.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

- Es responsabilidad de La Subdirección de Ingeniería Biomédica de solicitar al Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales, a través del personal de vigilancia; no dar salida a ningún equipo biomédico sin la autorización de la Subdirección de Ingeniería Biomédica y del formato de salida correspondiente.
- Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica recibir del área clínica, el aviso de la salida de equipo de su área correspondiente.
- Es responsabilidad de La Subdirección de Ingeniería Biomédica documentar en la base de datos, si el equipo es del hospital; el porqué de su salida y la fecha de nuevo ingreso.
- La Subdirección de Ingeniería biomédica en coordinación con el personal de vigilancia son responsables de verificar el contenido del equipo y sus accesorios.
- Es responsabilidad de La Subdirección de Ingeniería biomédica elaborar el formato de autorización de salida de cualquier equipo y/o dispositivo biomédico.

Normas

NOM-197-SSA1-2000

Lineamientos

Deberá de realizarse el inventario sin interferir con los servicios hospitalarios.

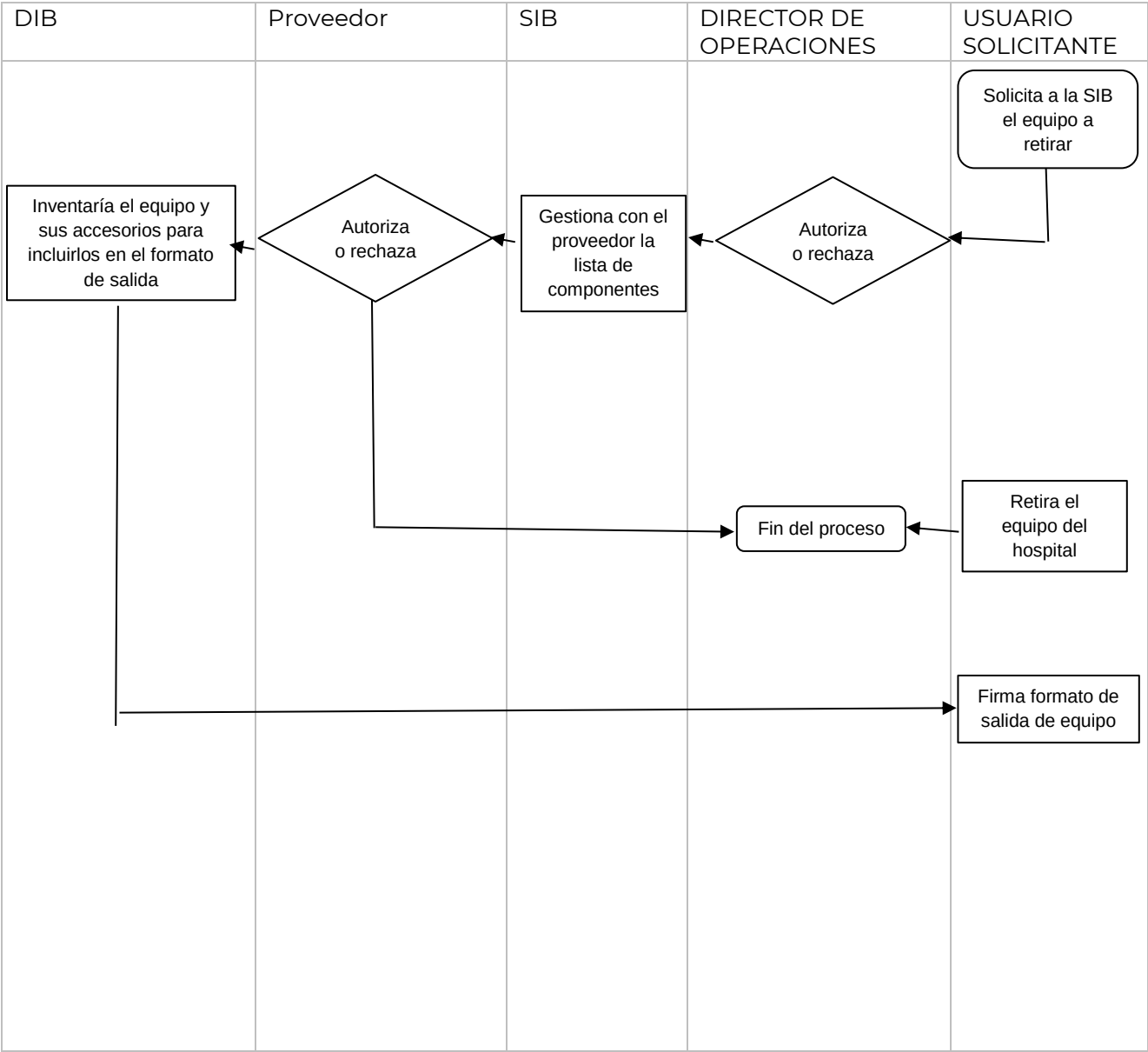
 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		25. Salida de Equipo Biomédico	

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la Actividad	Formatos y/o Registros
1	Solicitante del equipo biomédico	Solicita a la Subdirección de Ingeniería Biomédica el retiro del equipo y/o dispositivo biomédico.	Formato de salida de equipos biomédicos.
2	Subdirección de Ingeniería Biomédica	a) Autoriza o rechaza la solicitud. b) Revisa si el equipo es propiedad del hospital y registra la fecha de salida y entrada del equipo.	Formato de salida de equipos biomédicos.
3	Subdirección de Ingeniería Biomédica	En caso de que el equipo no sea propiedad del hospital, el proveedor autoriza o rechaza la solicitud.	Formato de salida de equipos biomédicos.
4	Subdirección de Ingeniería Biomédica	a) Elabora el formato de salida de equipo y/o dispositivo biomédico. b) Solicita firma del responsable del equipo biomédico. c) En caso de que el equipo no sea propiedad del hospital, se entregan copias del formato de salida al proveedor. d) Revisión del equipo y accesorios que salen del hospital con el personal de vigilancia.	Formato de salida de equipos biomédicos.
5	Personal de vigilancia del hospital.	a) Solicita el formato de salida de equipo con su autorización correspondiente de la Subdirección de Ingeniería Biomédica. b) Archiva salida autorizada. c) Reporta salida a Servicios Generales.	Formato de salida de equipos biomédicos.
6	Solicitante del equipo biomédico	Procede con la salida del equipo biomédico	Formato de salida de equipos biomédicos.

	TERMINA PROCEDIMIENTO	
--	------------------------------	--

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
	25. Salida de Equipo Biomédico	Hoja 196 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de operaciones y servicio de los fabricantes de los equipos	No aplica
Procedimientos de los servicios	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Formato de salía de equipo biomédico	2 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

DIB.- Departamento de Ingeniería Biomédica

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
N/A		

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Formato de salida de equipo.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD SERVICIOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		26. Entrada de Equipo Biomédico al Hospital	

26.- ENTRADA DE EQUIPO BIOMÉDICO AL HOSPITAL

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		26. Entrada de Equipo Biomédico al Hospital	

1.- PROPÓSITO

Controlar ubicación de los equipos biomédicos del hospital y mantener actualizado el inventario para su correcta gestión.

2.- ALCANCE

Este procedimiento aplica para la Subdirección de Ingeniería Biomédica.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Políticas

Es responsabilidad de Subdirección de Ingeniería Biomédica de solicitar al Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales, a través del personal de vigilancia; un informe sobre la llegada de equipo biomédico a las instalaciones del hospital.

Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería constatar la entrada de los equipos biomédicos a las instalaciones del hospital.

Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería Biomédica registrar la entrada en el formato de salida en tiempo y forma.

Es responsabilidad del proveedor traer registro, emisión o cualquier documento donde acredite su propiedad con la firma correspondiente y entregarlo al área correspondiente.

Es responsabilidad de la Subdirección de Ingeniería biomédica archivar el registro y conservarlo hasta que el equipo salga de las instalaciones.

Normas

NOM 14-197-55A1-2000

Lineamientos

Reglamento interno del Hospital y del personal de Seguridad del IP.

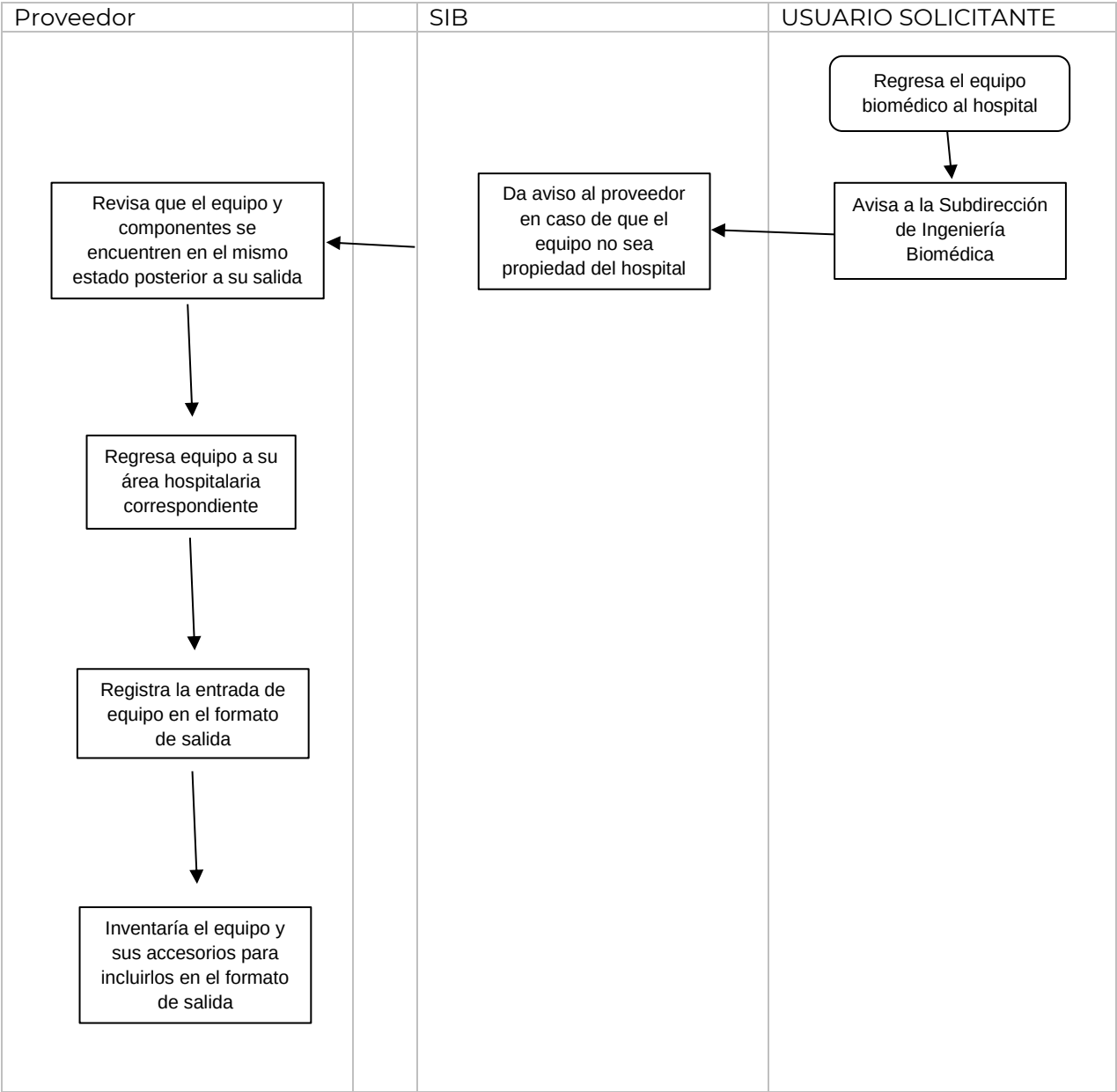
 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANUEVA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		26. Entrada de Equipo Biomédico al Hospital	

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Responsable	Descripción de la Actividad	Formatos y/o Registros
1	Solicitante del equipo biomédico	Entrega el equipo biomédico a la Subdirección de Ingeniería Biomédica	
2	Subdirección de Ingeniería Biomédica	En caso de que el equipo no sea propiedad del hospital, la Subdirección de Ingeniería Biomédica da aviso al proveedor.	
3	Proveedor	Revisa el estado actual del equipo y evalúa. Regresa el equipo a su área hospitalaria	
4	Subdirección de Ingeniería Biomédica	La Subdirección de Ingeniería Biomédica registra la entrada de equipo en formato de salida de equipo y se entrega la copia correspondiente al proveedor en caso de que este no sea propiedad del hospital. TERMINA PROCEDIMIENTO	Formato de salida de equipos biomédicos.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		26. Entrada de Equipo Biomédico al Hospital	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANUEVA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	
		26. Entrada de Equipo Biomédico al Hospital	

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de operaciones y servicio de los fabricantes de los equipos	No aplica
Procedimientos de los servicios	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Formato de recepción de equipo biomédico	2 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica	N/A

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

IP. - Inversionista Proveedor.

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
1	27 de marzo del 2025	Actualización de procedimientos, así como formatos y firmas

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Formato de recepción de equipo biomédico.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
		27. Procedimiento para el Establecimiento de Políticas, Planes y Programas de Planeación y Evaluación para Coadyuvar con la Alta Gerencia Hospitalaria.		Hoja 202 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTADO DE VERACRUZ	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		27. 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 el Titular de la Coordinación 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 al Titular de la Coordinación, 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 que intervengan en la planeación y diseño de las políticas, planes y programas institucionales.
- 2.2 A Nivel Externo: el procedimiento es aplicable a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar IMSS-BIENESTAR 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 del Titular de la Coordinación 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.

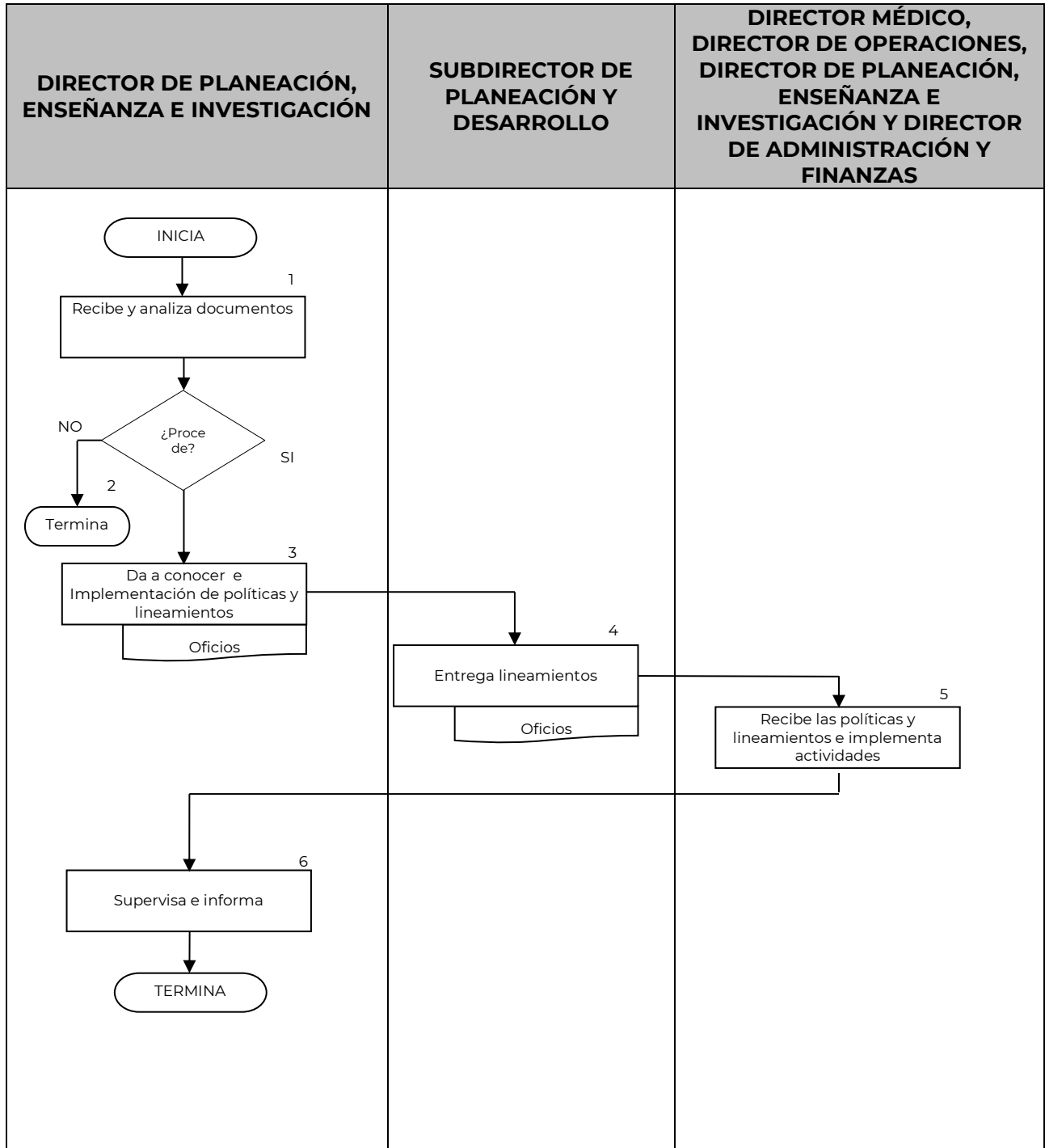
 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTADO DE VERACRUZ	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		27. Procedimiento para el Establecimiento de Políticas, Planes y Programas de Planeación y Evaluación para Coadyuvar con la Alta Gerencia Hospitalaria.	

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 del Titular de la Coordinación previa revisión, análisis y acuerdo en conjunto para la implementación en el hospital.	Oficios Normatividad
	2	¿Procede? No: Comunica a la instancia correspondiente la fundamentación de no procedencia para el hospital de las políticas y lineamientos y procede a archivo	
	3	TERMINA PROCEDIMIENTO 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.	
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 al Titular de la Coordinación el seguimiento de las mismas. TERMINA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	27. Procedimiento para el Establecimiento de Políticas, Planes y Programas de Planeación y Evaluación para Coadyuvar con la Alta Gerencia Hospitalaria.		Hoja 205 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTADO DE VERACRUZ	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		27. Procedimiento para el Establecimiento de Políticas, Planes y Programas de Planeación y Evaluación para Coadyuvar con la Alta Gerencia Hospitalaria.	

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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		28. Procedimiento para Planear, Supervisar y Evaluar la Generación de la Información Estadística para la Adecuada Toma de Decisiones en la Macro y Micro gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	

28. 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	28. Procedimiento para Planear, Supervisar y Evaluar la Generación de la Información Estadística para la Adecuada Toma de Decisiones en la Macro y Micro gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	Hoja 208 de 510

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 que 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 elaborará 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.

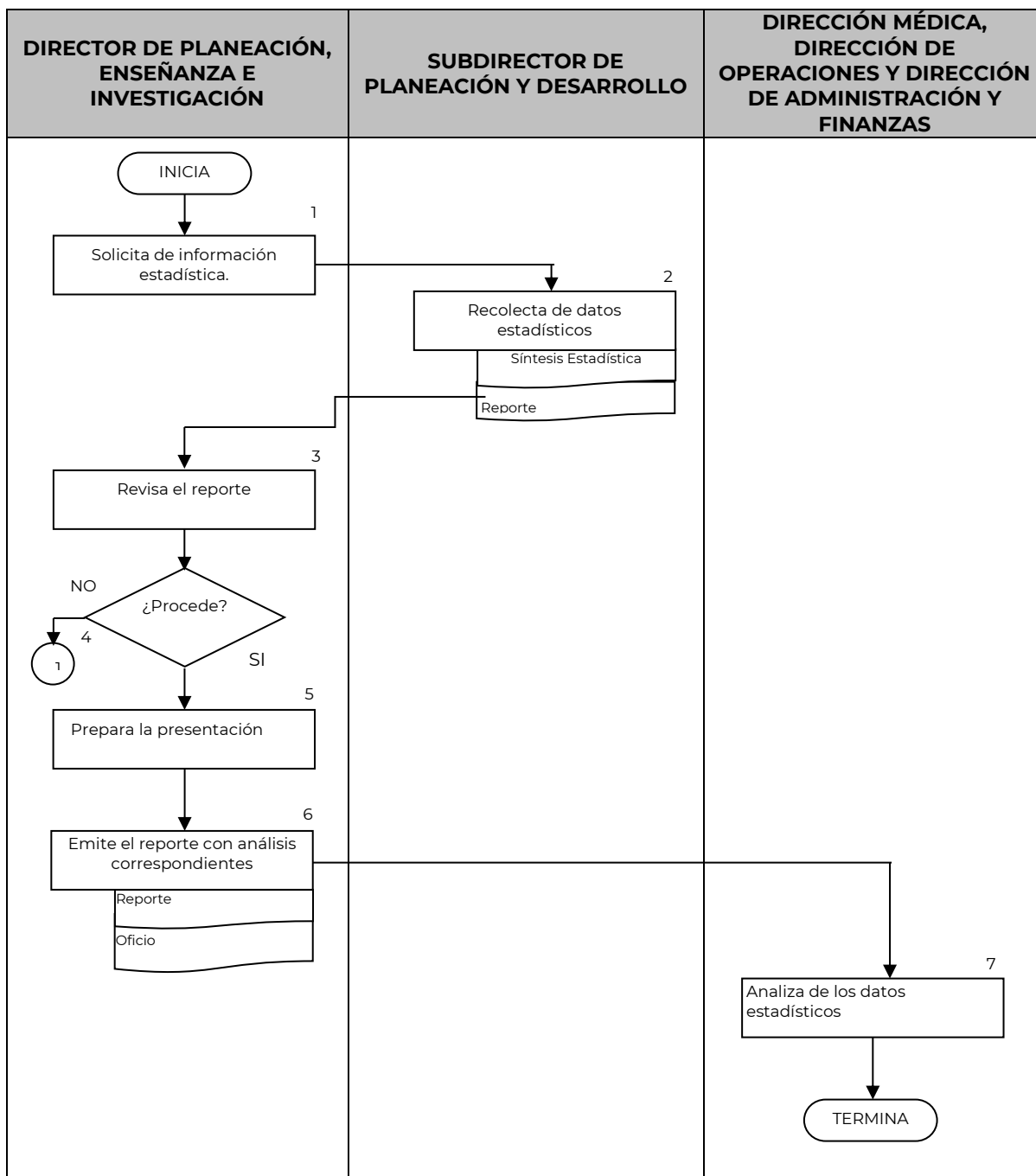
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	28. Procedimiento para Planear, Supervisar y Evaluar la Generación de la Información Estadística para la Adecuada Toma de Decisiones en la Macro y Micro gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria		Hoja 209 de 510

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.	Oficio Reporte
		¿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 al Titular de la Coordinación y a las Direcciones de Área.	
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			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	28. Procedimiento para Planear, Supervisar y Evaluar la Generación de la Información Estadística para la Adecuada Toma de Decisiones en la Macro y Micro gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria		Hoja 210 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	28. Procedimiento para Planear, Supervisar y Evaluar la Generación de la Información Estadística para la Adecuada Toma de Decisiones en la Macro y Micro gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	Hoja 211 de 510

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 Específico 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 significativo y útil, que exista instrumento de medida, que sea fiable, válido y que responda a una causalidad.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	28. Procedimiento para Planear, Supervisar y Evaluar la Generación de la Información Estadística para la Adecuada Toma de Decisiones en la Macro y Micro gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	Hoja 212 de 510

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	29. Procedimiento para Establecer Políticas en Materia de Enseñanza e Investigación que Permitan Fortalecer la Generación y Difusión del Conocimiento.	Hoja 213 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	29. Procedimiento para Establecer Políticas en Materia de Enseñanza e Investigación que Permitan Fortalecer la Generación y Difusión del Conocimiento.	Hoja 214 de 510

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

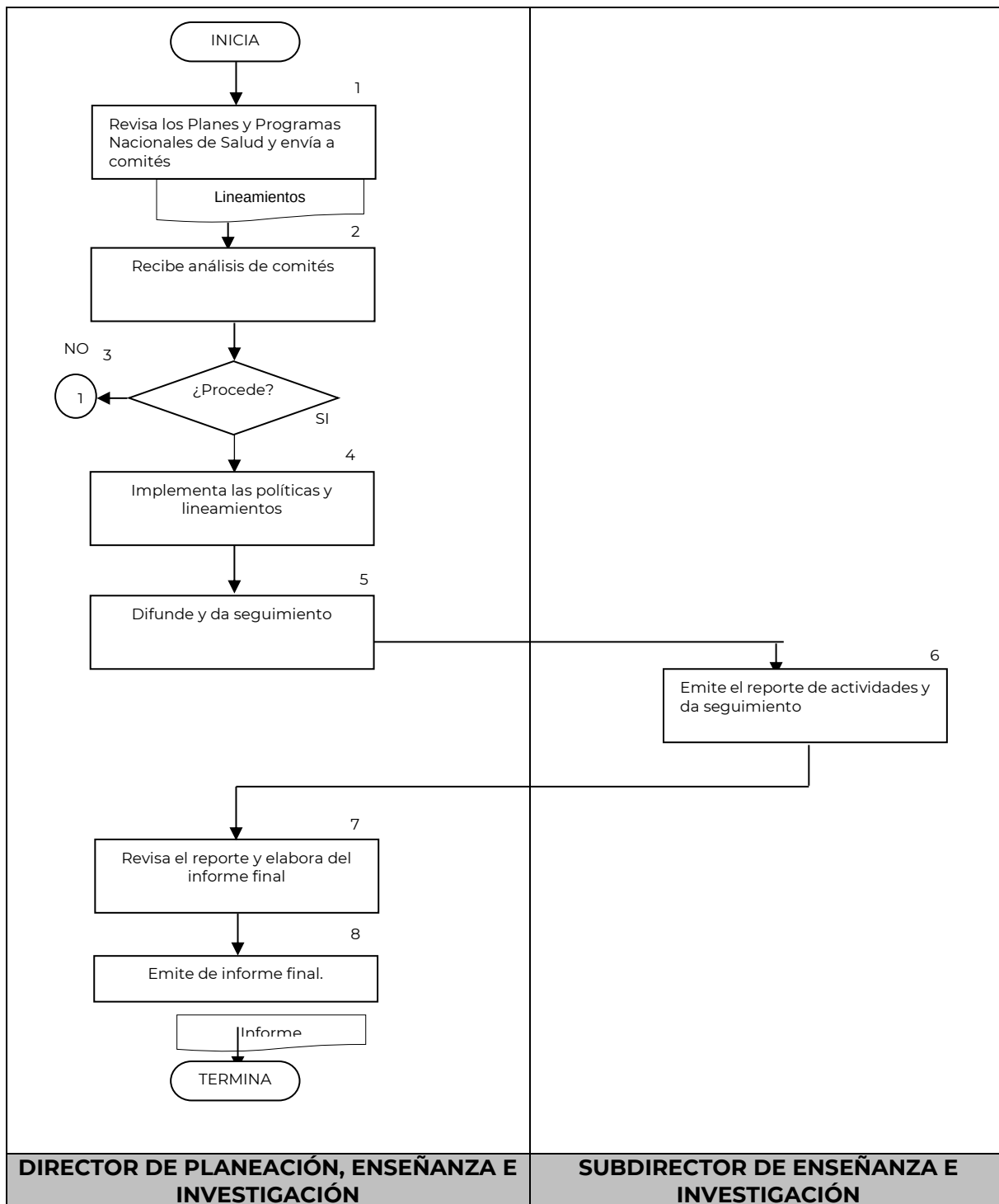
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización del Titular de la Coordinación I todas las políticas y lineamientos para el fortalecimiento en materia de Enseñanza e Investigación del hospital.
- 3.2 La Dirección de Planeación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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	29. Procedimiento para Establecer Políticas en Materia de Enseñanza e Investigación que Permitan Fortalecer la Generación y Difusión del Conocimiento.		Hoja 215 de 510

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 al Titular de la Coordinación, 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



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	29. Procedimiento para Establecer Políticas en Materia de Enseñanza e Investigación que Permitan Fortalecer la Generación y Difusión del Conocimiento.	Hoja 217 de 510

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 Específico 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	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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN 29. Procedimiento para Establecer Políticas en Materia de Enseñanza e Investigación que Permitan Fortalecer la Generación y Difusión del Conocimiento.	
		Hoja 218 de 510

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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	30. Procedimiento para Establecer Estrategias a Corto, Mediano y Largo Plazo para la Atención de la Salud de la Población.	Hoja 219 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	30. Procedimiento para Establecer Estrategias a Corto, Mediano y Largo Plazo para la Atención de la Salud de la Población.	Hoja 220 de 510

1. PROPÓSITO

Definir y establecer en acuerdo con el Titular de la Coordinación 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 al Titular de la Coordinación, 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

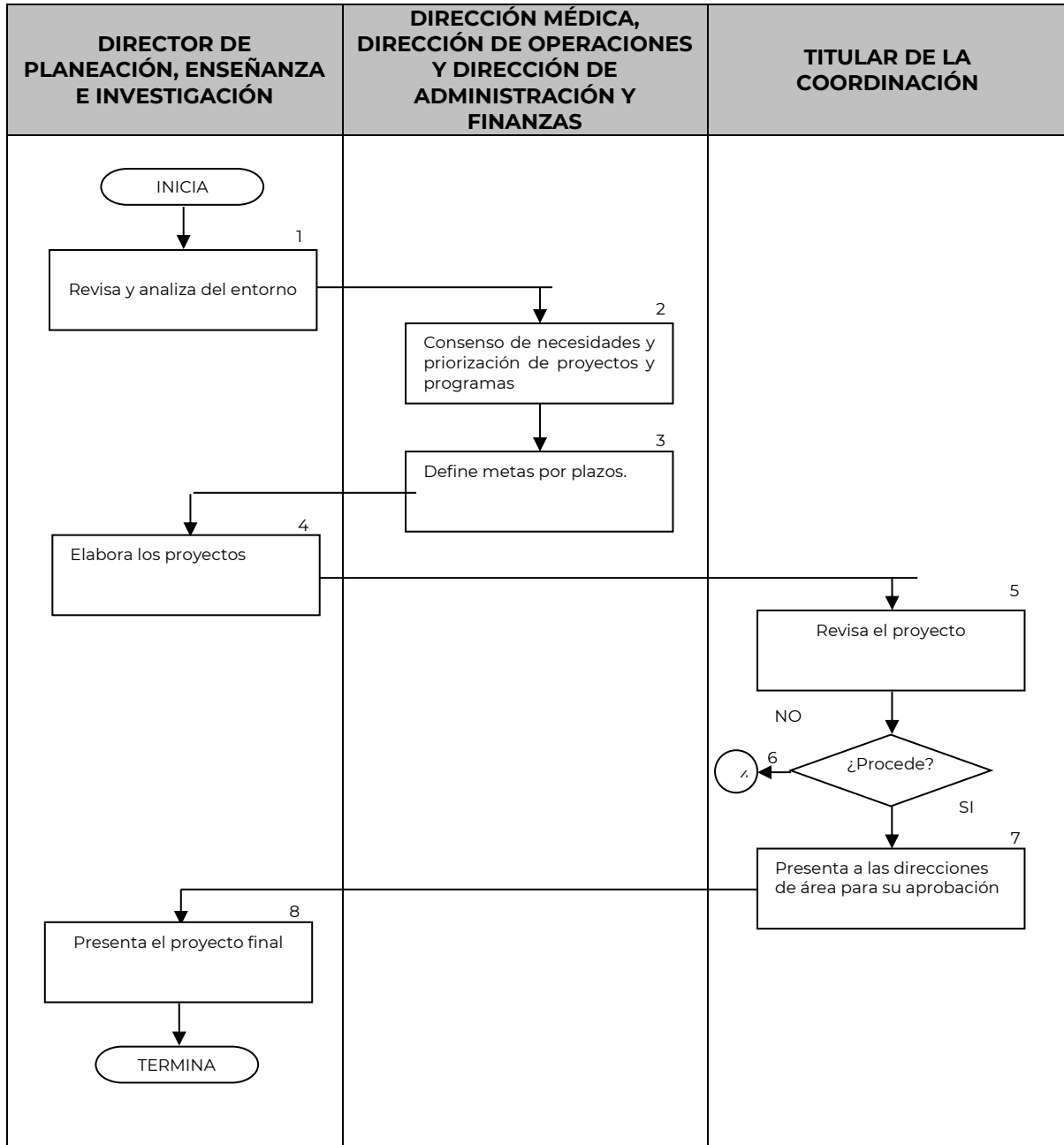
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación la elaboración con base en la Misión, Visión y Modelo del Hospital, los Programas y Proyectos a corto, mediano y largo plazo.
- 3.2 Todas las Direcciones de área y Subdirecciones deberán participar en la elaboración de 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 IMSS-BIENESTAR, de así requerirse, de acuerdo a los lineamientos emitidos por dicha institución.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	30. Procedimiento para Establecer Estrategias a Corto, Mediano y Largo Plazo para la Atención de la Salud de la Población.		Hoja 221 de 510

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 el cuerpo de Gobierno 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 realizarán 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 al Titular de la Coordinación.	
Titular de la Coordinación	5	Recibe y Revisa el proyecto	
	6	¿Procede? 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



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	30. Procedimiento para Establecer Estrategias a Corto, Mediano y Largo Plazo para la Atención de la Salud de la Población.	Hoja 223 de 510

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 Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	31. Procedimiento para la Supervisión en la Aplicación de Lineamientos Emitidos para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.		Hoja 224 de 510

31. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LA APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS EMITIDOS PARA LA ELABORACION DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	31. Procedimiento para la Supervisión en la Aplicación de Lineamientos Emitidos para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.		Hoja 225 de 510

1. PROPÓSITO

Supervisar que todas las áreas del Hospital elaboren y actualicen los manuales de organización y procedimientos de acuerdo a los lineamientos por la autoridad competente 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 al Titular de la Coordinación, 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 autoridad competente en la materia/ IMSS-BIENESTAR

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

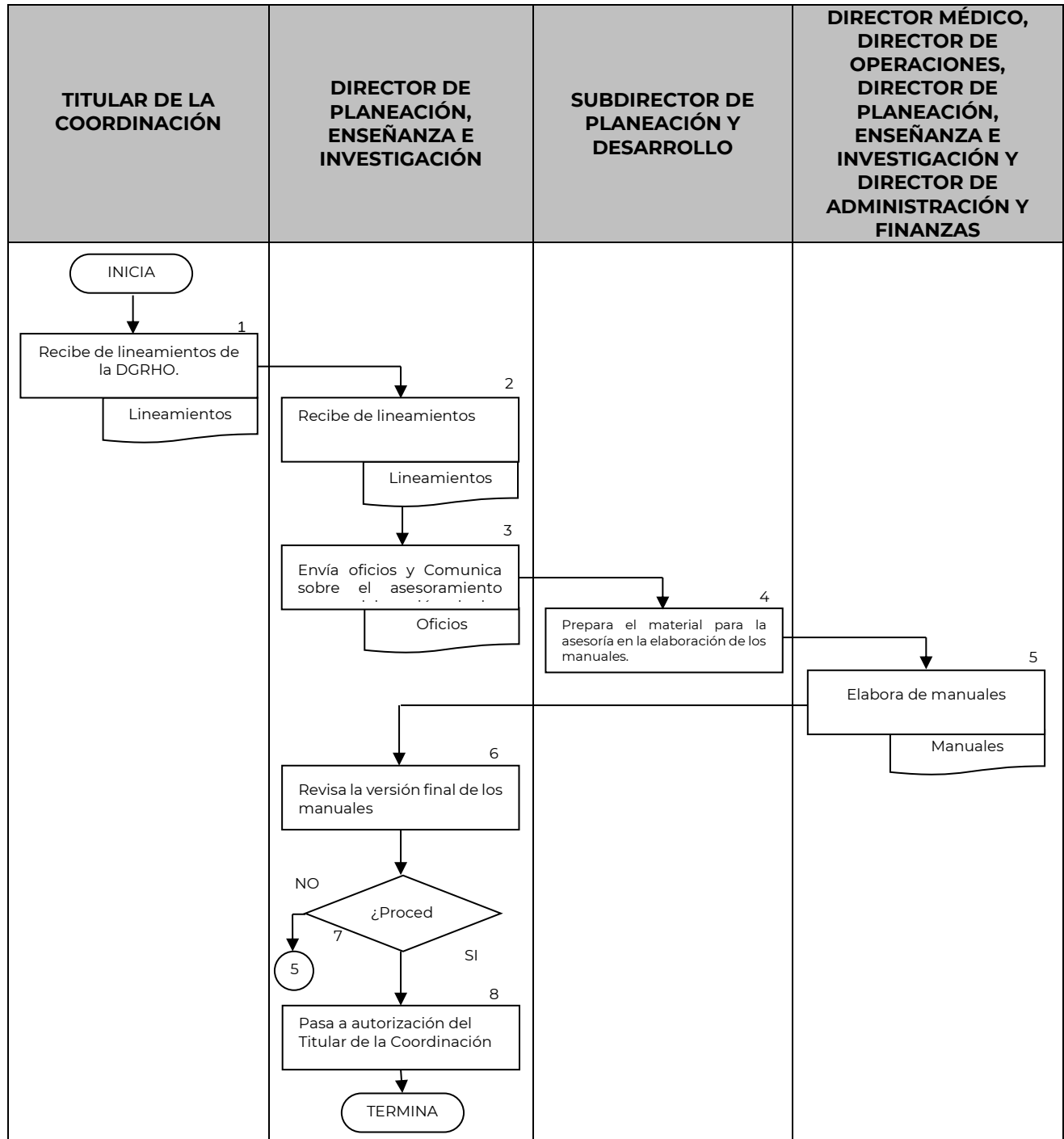
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación aplicar los lineamientos e implementar la supervisión para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos del Hospital.
- 3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	31. Procedimiento para la Supervisión en la Aplicación de Lineamientos Emitidos para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.		Hoja 226 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Titular de la Coordinación	1	Recibe los lineamientos de la autoridad competente para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos del Hospital.	Lineamientos
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	2	Recibe del Titular de la Coordinación y revisan los lineamientos para la elaboración o actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos.	Lineamientos
	3	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	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	Revisa los manuales ¿Procede?	
	7	No: Determina que los manuales no cumplen con los lineamientos, Regresa a la actividad 5	
	8	Si: Envía al Titular de la Coordinación para la autorización de los manuales	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	31. Procedimiento para la Supervisión en la Aplicación de Lineamientos Emitidos para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.		Hoja 228 de 510

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	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 Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos , firmas y nombre del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	32. Procedimiento para Proponer Acuerdos y Convenios de Colaboración para la Producción Científica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 229 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	32. Procedimiento para Proponer Acuerdos y Convenios de Colaboración para la Producción Científica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 230 de 510

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, Titular de la Coordinación, 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

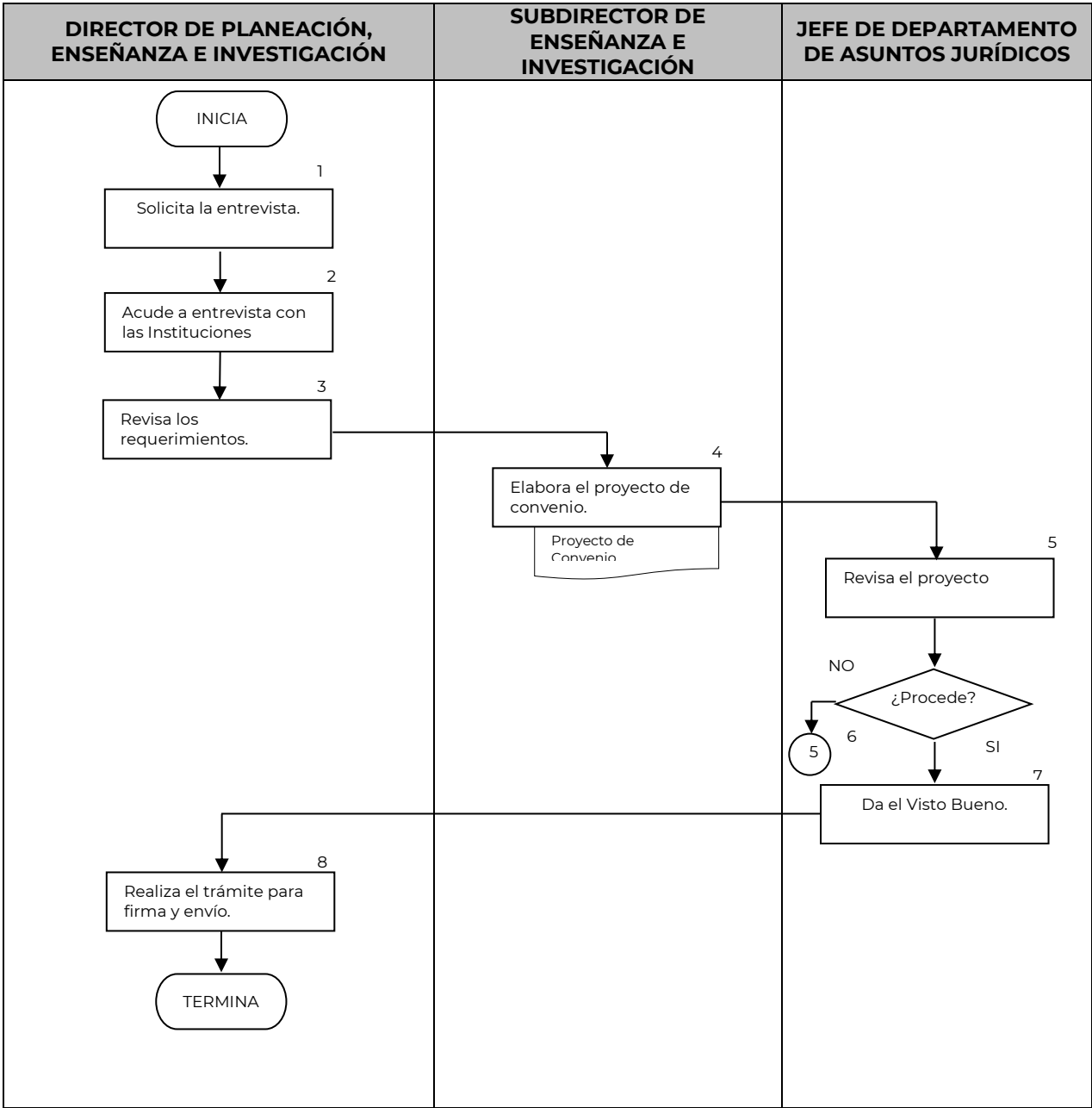
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización del al Titular de la Coordinación todas las políticas y lineamientos para la elaboración de Convenios de colaboración en materia de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital.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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	32. Procedimiento para Proponer Acuerdos y Convenios de Colaboración para la Producción Científica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.		Hoja 231 de 510

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.	
	6	¿Procede? 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 al Titular de la Coordinación.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	32. Procedimiento para Proponer Acuerdos y Convenios de Colaboración para la Producción Científica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 233 de 510

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 Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	33. Procedimiento para Vigilar la Aplicación Correcta de los Indicadores a Nivel Federal.	Hoja 234 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	33. Procedimiento para Vigilar la Aplicación Correcta de los Indicadores a Nivel Federal.	Hoja 235 de 510

1. PROPÓSITO

Coadyuvar en la evaluación de los procesos y actividades del hospital a través de indicadores oficiales de la Secretaría 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 al Titular de la Coordinación, 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 IMSS-BIENESTAR.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

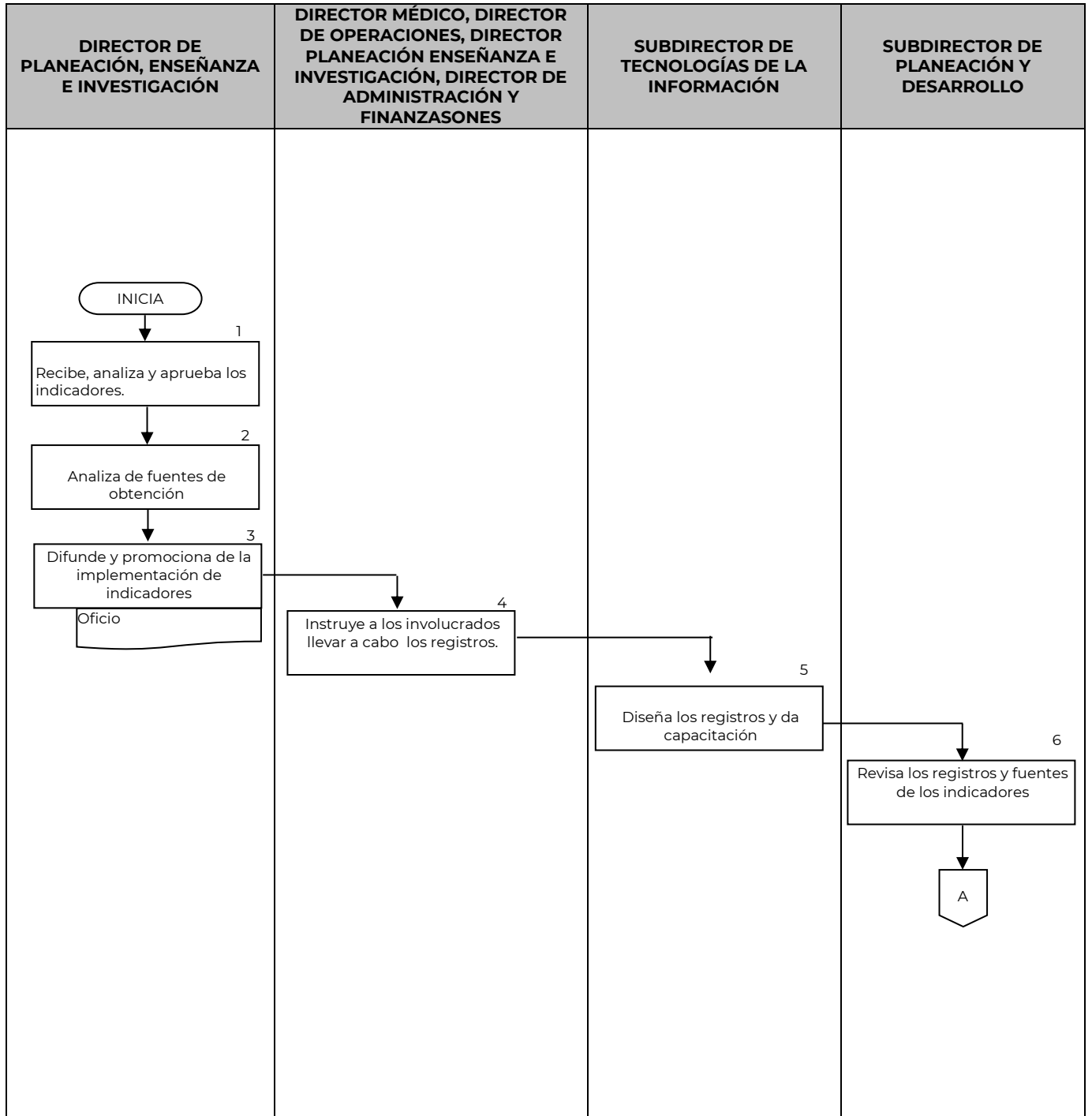
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación obtener e implementar con autorización al Titular de la Coordinación los indicadores emitidos de nivel federal y los establecidos por el propio hospital.
- 3.2 La Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación delegará 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.

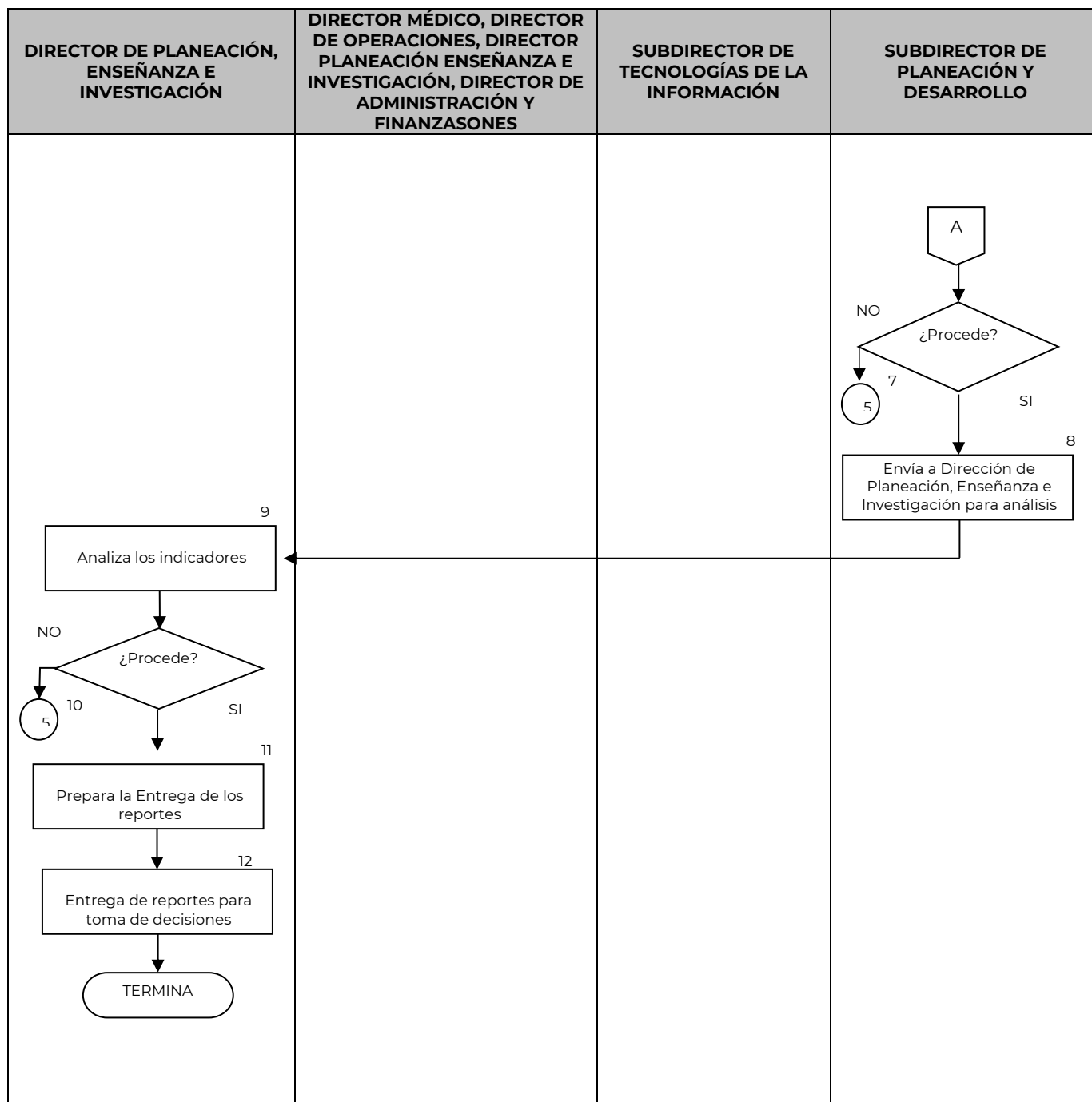
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	33. Procedimiento para Vigilar la Aplicación Correcta de los Indicadores a Nivel Federal.		Hoja 236 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Recibe de las instancias Federales, analiza y aprueba los indicadores a implementarse en el hospital.	Oficio
	2	Revisa y analiza la fuente de obtención de los indicadores y se implementan los registros para su obtención.	
	3	Informa a todas las Direcciones de los indicadores que se implementaran para la evaluación del hospital, así como las fuentes de obtención.	
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	Revisa constantemente los registros y sus fuentes.	
	7	¿Procede? No: Determina que los registros no han sido correctos, Regresa actividad No 5.	
	8	Si: Envía a Director de Planeación, Enseñanza e investigación para su análisis.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Analiza los indicadores.	
	10	¿Procede? No: Determina que la información no es suficiente, regresa la actividad No 6.	
	11	Si: Prepara la entrega de los reportes	
	12	Prepara información final y entrega a Titular de la Coordinación y a cada Dirección de Área previo análisis para su retroalimentación y toma de decisiones.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	33. Procedimiento para Vigilar la Aplicación Correcta de los Indicadores a Nivel Federal.	Hoja 239 de 510

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 Específico 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 significativo y útil, que exista instrumento de medida, que sea fiable, válido y que responda a una causalidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 240 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 241 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 242 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

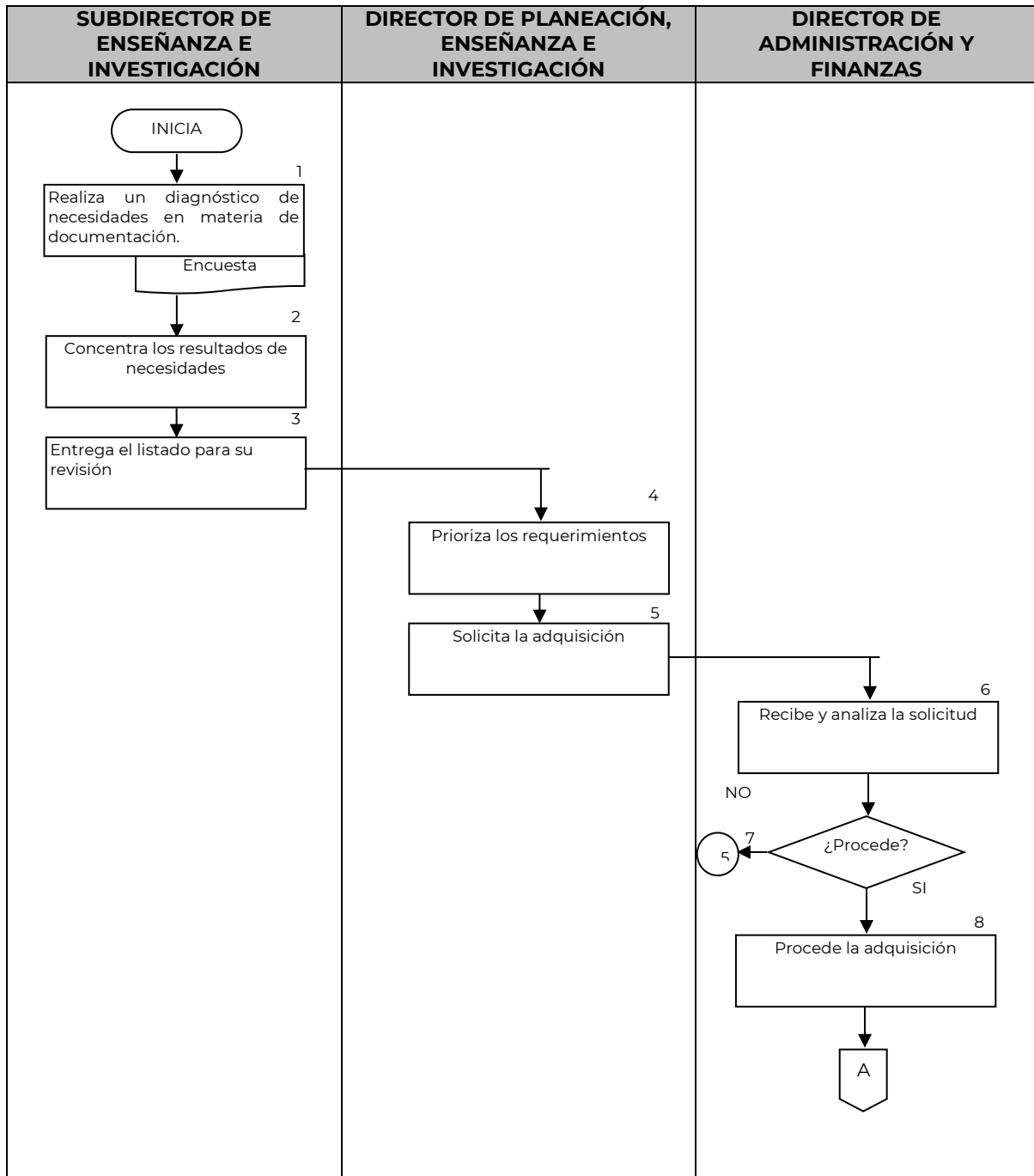
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Diseña y aplica una encuesta al personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo respecto a las necesidades en bibliografía documental y electrónica.	Encuesta
	2	Analiza y concentra las encuestas y se labora el informe y listado de necesidades.	
	3	Entrega el listado por grupos: Médico, 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.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 243 de 510

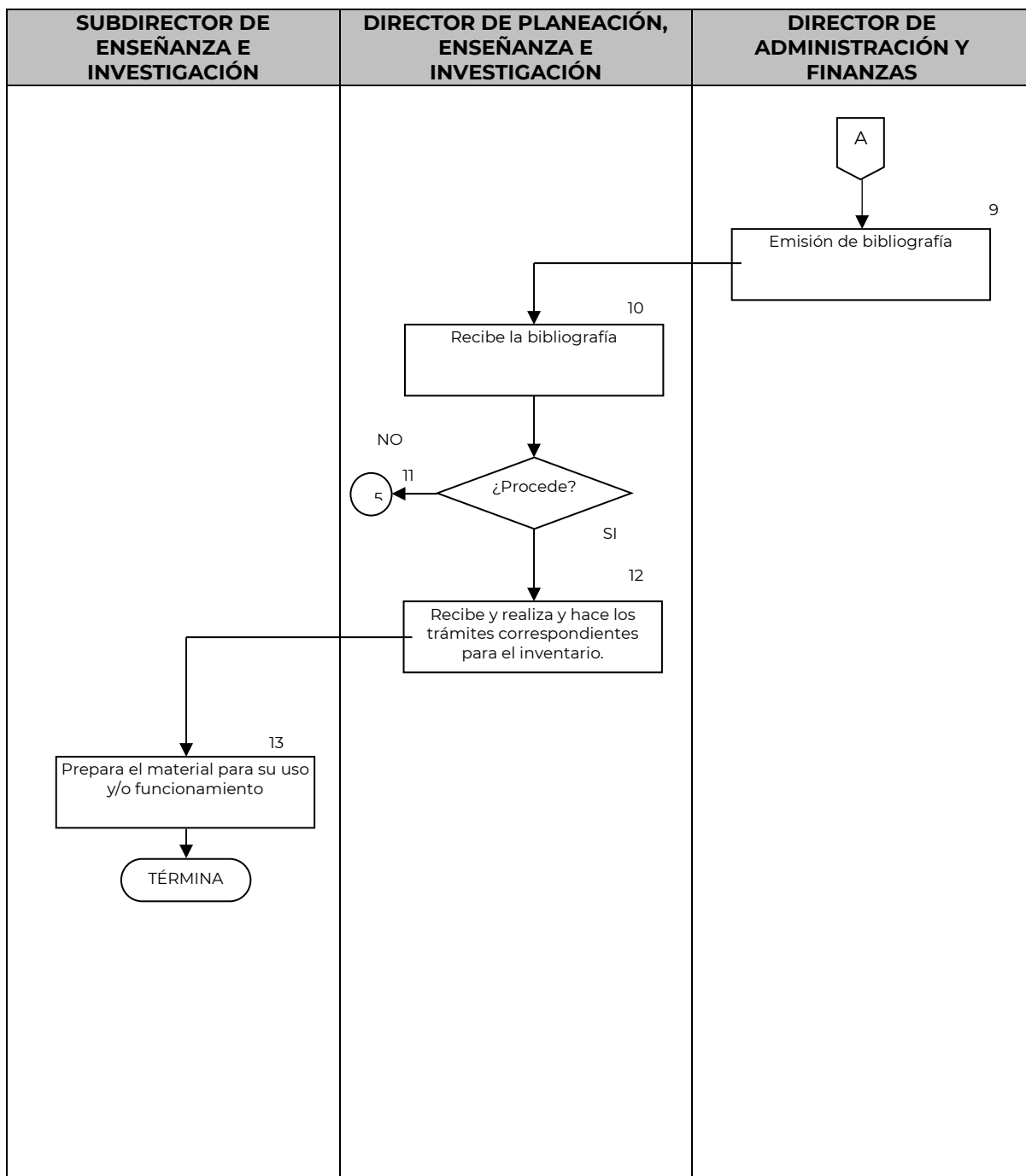
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	10	Se recibe el material bibliográfico.	
		¿Procede?	
	11	No: Detecta material incompleto, Regresa a actividad 5	
	12	Si: Recibe y hace los trámites administrativos correspondientes para 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	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 244 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	Hoja 245 de 510



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		34. Procedimiento para Organizar y Supervisar el Funcionamiento de la Bibliohemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.	

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	No aplica
6.2 Manual de Organización Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN 35. Procedimiento para Analizar y Proponer a la Coordinación del Hospital la Evaluación, Incorporación, Creación o Eliminación de Áreas que Contribuyan al Adecuado Funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria.	Hoja 247 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN 35. Procedimiento para Analizar y Proponer a la Coordinación del Hospital la Evaluación, Incorporación, Creación o Eliminación de Áreas que Contribuyan al Adecuado Funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria.	Hoja 248 de 510

1. PROPÓSITO

Proponer a la Coordinación del Hospital con base en los objetivos, necesidades de la institución 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 al Titular de la Coordinación 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 al Titular de la Coordinación 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.

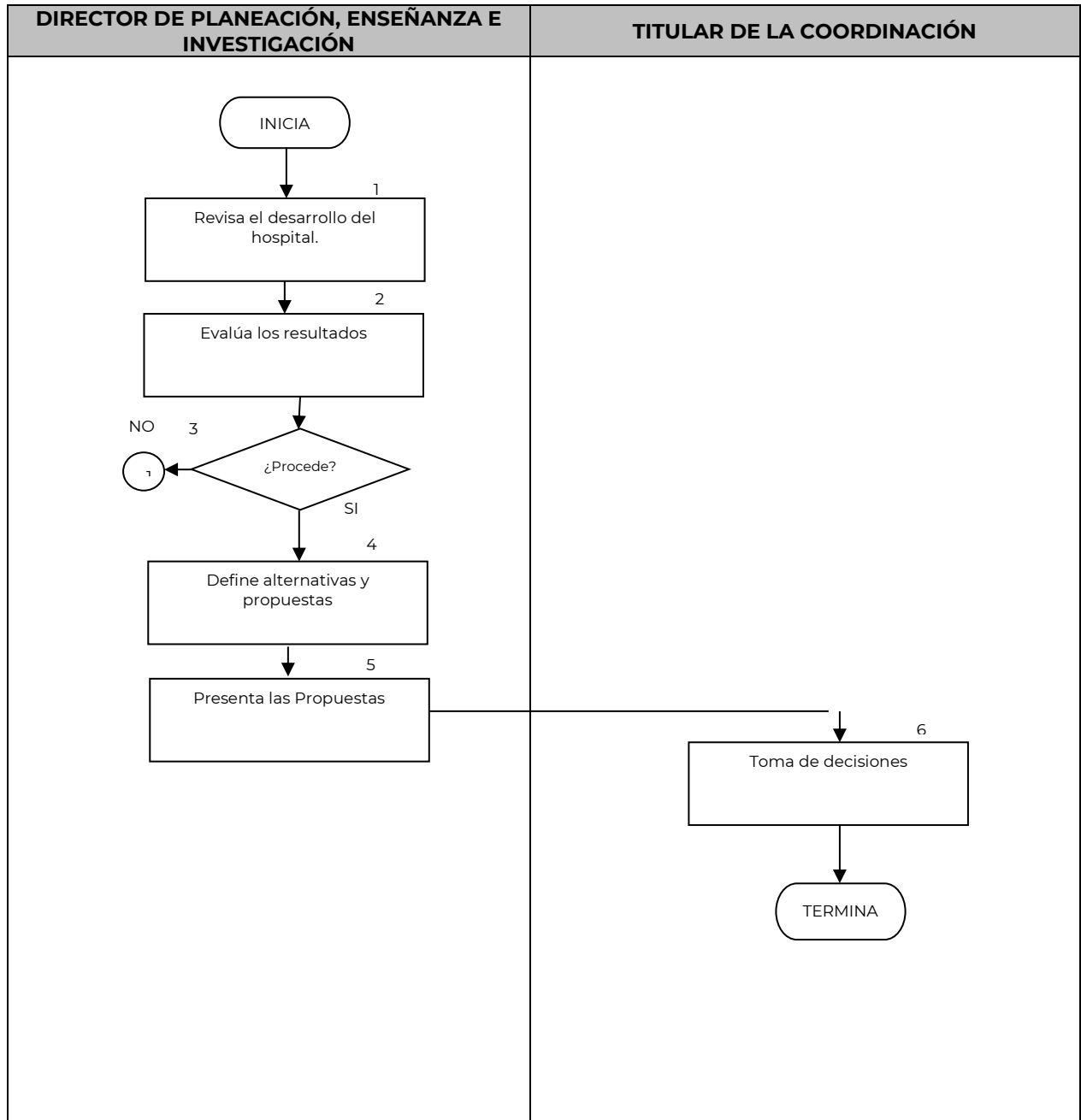
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	35. Procedimiento para Analizar y Proponer a la Coordinación del Hospital la Evaluación, Incorporación, Creación o Eliminación de Áreas que Contribuyan al Adecuado Funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria.		Hoja 249 de 510

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 Titular de la Coordinación para analizar conjuntamente los datos sobre los alcances de los programas para la toma de decisiones.	
	3	¿Procede?	
	4	No: Solicita analizar la información para complementar programa, Regresa a la actividad 1	
	5	Si: Define alternativas y propuestas Presenta las alternativas y propone la creación de áreas de mejoramiento de los servicios, eliminación o disminución de los mismos.	
Titular de la Coordinación	6	Evalúa y autoriza en base a la propuesta presentada. TERMINA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	35. Procedimiento para Analizar y Proponer a la Coordinación del Hospital la Evaluación, Incorporación, Creación o Eliminación de Áreas que Contribuyan al Adecuado Funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria.	Hoja 250 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	35. Procedimiento para Analizar y Proponer a la Coordinación del Hospital la Evaluación, Incorporación, Creación o Eliminación de Áreas que Contribuyan al Adecuado Funcionamiento del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria.	Hoja 251 de 510

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.	No aplica
6.2 Manual de Organización Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos , firmas y nombre del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 252 de 510

36. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 253 de 510

3.0. PROPÓSITO.

- 1.1. Proponer y diseñar protocolo de investigación básica, clínica, socio médico y tecnológico enfocado a la solución o disminución de los problemas de salud que afectan en el ámbito regional.

4.0. ALCANCE.

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable a todas las áreas del HRAEV que desarrollan actividades de investigación.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento es aplicable a los interesados en el desarrollo de investigación relacionada con los problemas de salud en el ámbito regional, tanto de organizaciones gubernamentales como no gubernamentales; a su vez, el conocimiento generado contribuirá en la disminución de los problemas de salud que afectan a la población que radica en la región.

5.0. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 5.1. Los investigadores y personal del área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, psicología y trabajo social de cada área perteneciente al HRAEV serán los responsables de proponer y diseñar protocolos de investigación, de acuerdo con las prioridades que señale la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información y enfocadas a la solución de problemas de salud presentes en la región.
- 5.2. El origen de las investigaciones puede provenir de diversas fuentes y traducirse en problemas concretos de investigación, para lo que se requerirá de revisión bibliográfica del tema identificado como prioridad de investigación.
- 5.3. El problema por estudiar debe ser novedoso y enfocado al mejor conocimiento de los problemas de salud que afecten en la región, así como al diseño de métodos de diagnóstico y tratamiento que permitan disminuir los daños a la salud causados por estas patologías.
- 5.4. Los investigadores y personal del área médica, biomédica, ingeniería, enfermería,

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 254 de 510

sicología y trabajo social de las diversas áreas de la institución, serán los responsables de elaborar los protocolos de investigación de conformidad con la metodología de investigación científica y con los preceptos bioéticos aplicables.

- 5.5. El área que propone el protocolo será la responsable de evaluar la importancia y factibilidad del desarrollo de la investigación propuesta, antes de ser sometida a autorización.
- 5.6. El investigador o personal del área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología y trabajo social de las diversas áreas de la institución, que proponga el protocolo de investigación será el responsable de presentarlo para autorización ante el Comité de Investigación del HRAEV, así como de cumplir con los lineamientos éste determine.
- 5.7. No se podrá iniciar el desarrollo de ningún proyecto de investigación que no se encuentre debidamente evaluado y autorizado por el Comité de Investigación del HRAEV. En el caso de que el proyecto se vaya a desarrollar en pacientes, también deberá haber sido evaluado y autorizado por el Comité de Ética en Investigación del HRAEV. Si requiere utilizar radiaciones ionizantes o ingeniería genética, entonces deberá ser evaluado y autorizado por el Comité de Bioseguridad.
- 5.8. El Director General de la institución podrá autorizar protocolos de investigación con base al Artículo 102 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, excepto las investigaciones que requieran de la autorización específica de la Secretaría y siempre y cuando se cumplan los requisitos señalados en los Artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 del Reglamento mencionado.

6.0. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Identificación de problemas de salud que afectan en el ámbito regional.	1.1 Propone el tema prioritario de investigación para el diseño del protocolo a los integrantes del área correspondiente, en base a la experiencia, observación de casos de mayor prevalencia y revisiones bibliográficas y a través del consenso se aprueba el tema.	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social responsable del

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación		Hoja 255 de 510

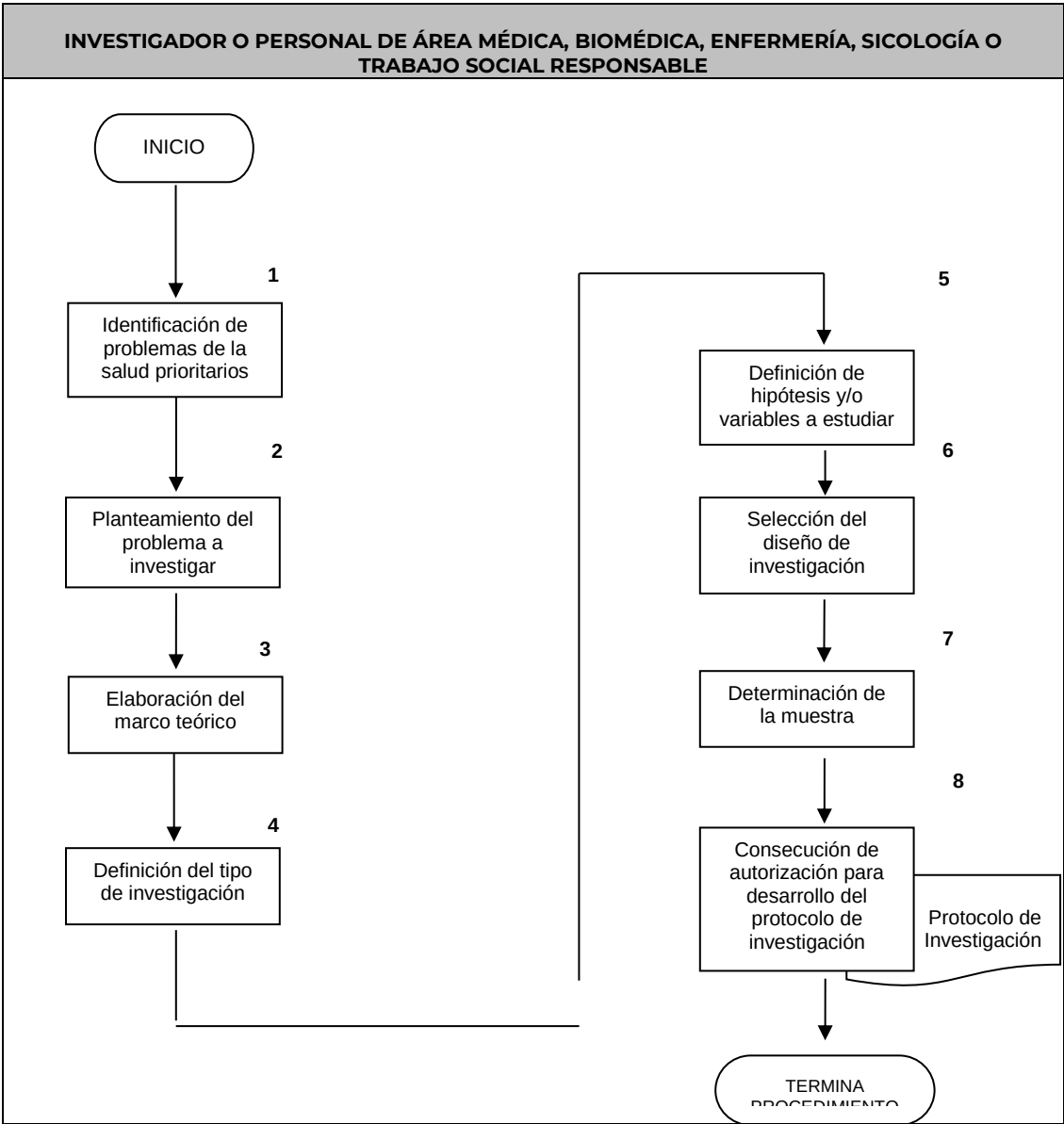
2.0 Planteamiento del problema a investigar.	2.1 Establece objetivos de investigación. 2.2 Desarrolla las preguntas de investigación. 2.3 Justifica la investigación y su viabilidad.	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social responsable del
3.0 Elaboración del marco teórico.	3.1 Consulta la literatura pertinente al problema de investigación y extrae la información de interés para la investigación. El marco teórico se construye con las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general que se refieran al problema de investigación, permite contextualizar teóricamente la	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social responsable del proyecto.
4.0 Definición del tipo de investigación.	4.1 Decide el tipo de investigación que se realizará según el método (cuantitativo, cualitativo), según la fuente (documental, empírica), y según el nivel de abstracción (exploratoria, descriptiva, correlacional, explicativa). Lo anterior se seleccionará de conformidad con el enfoque que se quiera	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social responsable del proyecto.
5.0 Definición de hipótesis y/o variables a estudiar.	5.1 Define la hipótesis, la cual es una propuesta tentativa acerca de la relación entre dos o más variables. En los estudios de carácter no experimental, no necesariamente debe ser planteada una hipótesis.	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social
6.0 Selección del diseño de la investigación.	6.1 Realiza el plan o estrategia se empleará para responder a las preguntas de investigación. Los resultados de la investigación tendrán mayor validez si el diseño de la investigación está bien planteado.	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social
7.0 Determinación de la muestra.	7.1 Define la unidad de análisis y delimita la población en estudio. 7.2 Determina la representatividad de la muestra.	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 256 de 510

8.0 Consecución de autorización para el desarrollo del protocolo de investigación propuesto.	8.1 Somete el protocolo a la autorización del Jefe inmediato, a fin de iniciar los trámites de autorización para el desarrollo de la investigación. 8.2 Realiza trámites de evaluación y aprobación ante el Comité de Investigación Científica y Ética en Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, cumpliendo los requisitos que éste tenga establecidos. 2.2 Desarrolla las preguntas de investigación.	Investigador o personal de área médica, biomédica, enfermería, sicología o trabajo social responsable del proyecto.
Termina Procedimiento		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 257 de 510

7.0. DIAGRAMA DE FLUJO.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 258 de 510

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento.	No Aplica

7.0 REGISTROS.

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro identificación única
Formato para presentación del	No aplica	Subdirección de Enseñanza e	No aplica

8.0 GLOSARIO.

8.1 Hipótesis. - Es un enunciado declarativo el cual menciona una respuesta potencial a un problema. La hipótesis podrá tener un menor o mayor grado de fiabilidad, de acuerdo con la información empírica que pueda obtenerse en el trabajo de campo.

8.2 Protocolo de Investigación. - describe los objetivos, diseño, metodología y consideraciones tomadas en cuenta para la implementación y organización de una investigación o experimento científico. Incluye el diseño de los procedimientos a ser utilizados para la observación, análisis e interpretación de los resultados. Además de las condiciones básicas para llevar a cabo la investigación descrita, un protocolo proporciona los antecedentes y motivos por los cuales tal investigación está siendo llevada a cabo y define los parámetros bajo los cuales se medirán sus resultados.

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN.

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 259 de 510

10.0 ANEXOS.

10.1 Formato para Presentación del Protocolo de Investigación.

Formato para presentación de Protocolo de Investigación	
Datos generales	
Datos de identificación del Responsable del Proyecto	
Nombre:	
Grado Académico:	
Dirección:	
Teléfono de contacto:	
Email:	
Área de adscripción:	
Puesto:	
Datos específicos del Proyecto de Investigación	
Duración total estimada para este Proyecto de Investigación (en años):	
Área de investigación (Básica, Clínica, Sociomédica o Tecnológica):	
Proyecto interinstitucional (SI o NO):	
Datos de los participantes en el proyecto y centros o instituciones de adscripción:	
<u>PARTICIPANTE 1</u>	
Nombre:	
Grado Académico:	
Área de adscripción:	
Teléfono:	
<u>Institución de adscripción</u>	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	
(Añadir más casos, de ser necesario)	
Título del proyecto:	
Área de conocimiento:	
Investigador principal del Proyecto:	
Firma del Investigador Principal	
Vo. Bo. del Comité de Investigación del HRAEV	

Cd. Victoria, a ____ de ____ de ____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 260 de 510

1. RESUMEN DE LA PROPUESTA

TÍTULO DEL PROYECTO:

RESUMEN

(breve y preciso, exponiendo solo los aspectos más relevantes y los objetivos propuestos, máximo 400 palabras)



PALABRAS CLAVE:

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 261 de 510

2. INTRODUCCIÓN
(máximo 5 páginas)

Deben tratarse aquí: la finalidad del proyecto; los antecedentes y estado actual de los conocimientos científico-técnicos, incluyendo la bibliografía más relevante.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 262 de 510

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

(máximo 2 páginas)

3.1. Describir brevemente la **hipótesis de partida** en la que se sustentan los objetivos del proyecto (máximo 20 líneas)

3.2. Enumerar brevemente, pero con claridad, precisión y de manera realista (es decir, acorde con la duración prevista del proyecto) los **objetivos generales** que se persiguen.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 263 de 510

3.3. Enumerar los **objetivos específicos** del proyecto de investigación.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 264 de 510

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO
(máximo 1 página)

Describir brevemente, por qué es pertinente plantear el proyecto de investigación y la relevancia de los resultados que se esperan.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 265 de 510

5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO
(máximo 5 páginas)

Se deben **detallar y justificar con precisión la metodología y el plan de trabajo** que se proponen.

- Mencionar de manera general, tipo de estudio, la población de estudio, tamaño de muestra, procedimientos o tratamientos (incluyendo criterios de inclusión y exclusión si es el caso), ensayos de laboratorio detallados (si es el caso) y desglosar el plan de trabajo en tareas o actividades a realizar de manera secuencial.
- Exponer la planificación temporal de las actividades incluyendo un cronograma (desglosado por actividades, investigador que realizará cada actividad y el tiempo que se llevará la realización de cada actividad).



6. MODELO DE CRONOGRAMA (ORIENTATIVO)

[illegible]

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 267 de 510

7. BENEFICIOS CIENTÍFICOS Y SOCIALES DEL PROYECTO, DIFUSIÓN Y EXPLOTACIÓN, EN SU CASO, DE LOS RESULTADOS
(máximo 1 página)

Deben destacarse, entre otros, los siguientes aspectos:

- Contribuciones científico-técnicas esperables del proyecto, beneficios esperables para el avance del conocimiento y de la tecnología y, en su caso, resultados esperables con posibilidad de transferencia ya sea a corto, medio o largo plazo.
- Contribución social de los resultados del proyecto
- Plan de difusión y, en su caso, de explotación, de los resultados del proyecto, que se valorará en el proceso de evaluación de la propuesta y en el de seguimiento del proyecto.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	36. Procedimiento para la Elaboración de Protocolos de Investigación	Hoja 268 de 510

8. HISTORIAL DEL EQUIPO SOLICITANTE EN EL TEMA PROPUESTO
(máximo 2 páginas)

Indicar las actividades previas del equipo y los logros alcanzados en el tema propuesto:

- Si el proyecto es continuación de otro previamente financiado, deben indicarse con claridad los objetivos ya logrados y los resultados alcanzados.
- Si el proyecto aborda un nuevo tema, deben indicarse los antecedentes y contribuciones previas relacionadas del equipo con el fin de justificar su capacidad para llevar a cabo el nuevo proyecto.
- Mencionar la infraestructura que dispone en la institución o instituciones participantes para llevar a cabo el proyecto de investigación.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 269 de 510

37. PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 270 de 510

3.0. PROPÓSITO.

- 1.1. Establecer y difundir los lineamientos para realizar la evaluación y autorización de los protocolos de investigación.

4.0. ALCANCE.

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información, áreas que dependen de la misma y a cualquier área del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria que realice proyectos de investigación.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento es aplicable a los interesados en el desarrollar proyectos de investigación en colaboración con la institución.

5.0. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 5.1. Para presentar a evaluación un protocolo de investigación a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación es necesario dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV, los cuales podrán obtenerse en el Portal de dicha institución o directamente en la Subdirección de Enseñanza e Investigación.
- 5.2. No podrá iniciarse ninguna investigación, sin que el Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV, haya expresado al investigador interesado su aprobación incondicional por escrito para el protocolo propuesto (lo que aplica también a cualquier modificación o enmienda posterior realizada a tal protocolo).
- 5.3. El Director General del HRAEV, podrá autorizar protocolos de investigación con base al artículo 102 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, excepto las investigaciones que requieran de la autorización específica de la Secretaría y se cumpla con los requisitos señalados en los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 del Reglamento mencionado.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 271 de 510

- 5.4. Sólo podrán someter protocolos a autorización ante el Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV, personal adscrito a la institución.
- 5.5. Los protocolos de investigación que se desarrollen en colaboración con otras instituciones, deberán ser sometidos a evaluación y autorización ante el Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV, aun cuando ya cuenten con la autorización de otra instancia.
- 5.6. El personal adscrito al HRAEV que desarrollen protocolos de investigación autorizados, deberán reportar al Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV de manera semestral los avances del mismo. Cuando concluya la investigación, deberá realizarse un informe final y hacerlo llegar de manera inmediata a la misma instancia.
- 5.7. El personal adscrito al HRAEV que esté desarrollando proyectos de investigación clínicos que involucren procedimientos o terapias, deberá reportar de inmediato al Comité de Ética en Investigación del HRAEV cualquier evento adverso que se presente.
- 5.8. Cualquier apoyo administrativo que requiera el proyecto de investigación, deberá realizarse de acuerdo a la normatividad vigente.
- 5.9. Del presupuesto federal asignado a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información para la compra de reactivos y materiales de laboratorio, se asignará un monto anual a los grupos de investigación que para el desarrollo de los proyectos requieran este tipo de consumibles.
- 5.10. Los grupos de investigación que sean apoyados con presupuesto federal, deberán presentar de manera trimestral a la Dirección de Planeación, Enseñanza, Investigación y Tecnologías de la Información, un reporte de gastos realizados al mes correspondiente. Para tal efecto se utilizará el formato destinado para este fin.
- 5.11. Cada Jefe de Grupo de Investigación determinará las prioridades tanto de compra de reactivos y material de laboratorio, como de gastos de viáticos, pasajes, capacitación y publicación de acuerdo a las necesidades del grupo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 272 de 510

6.0. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

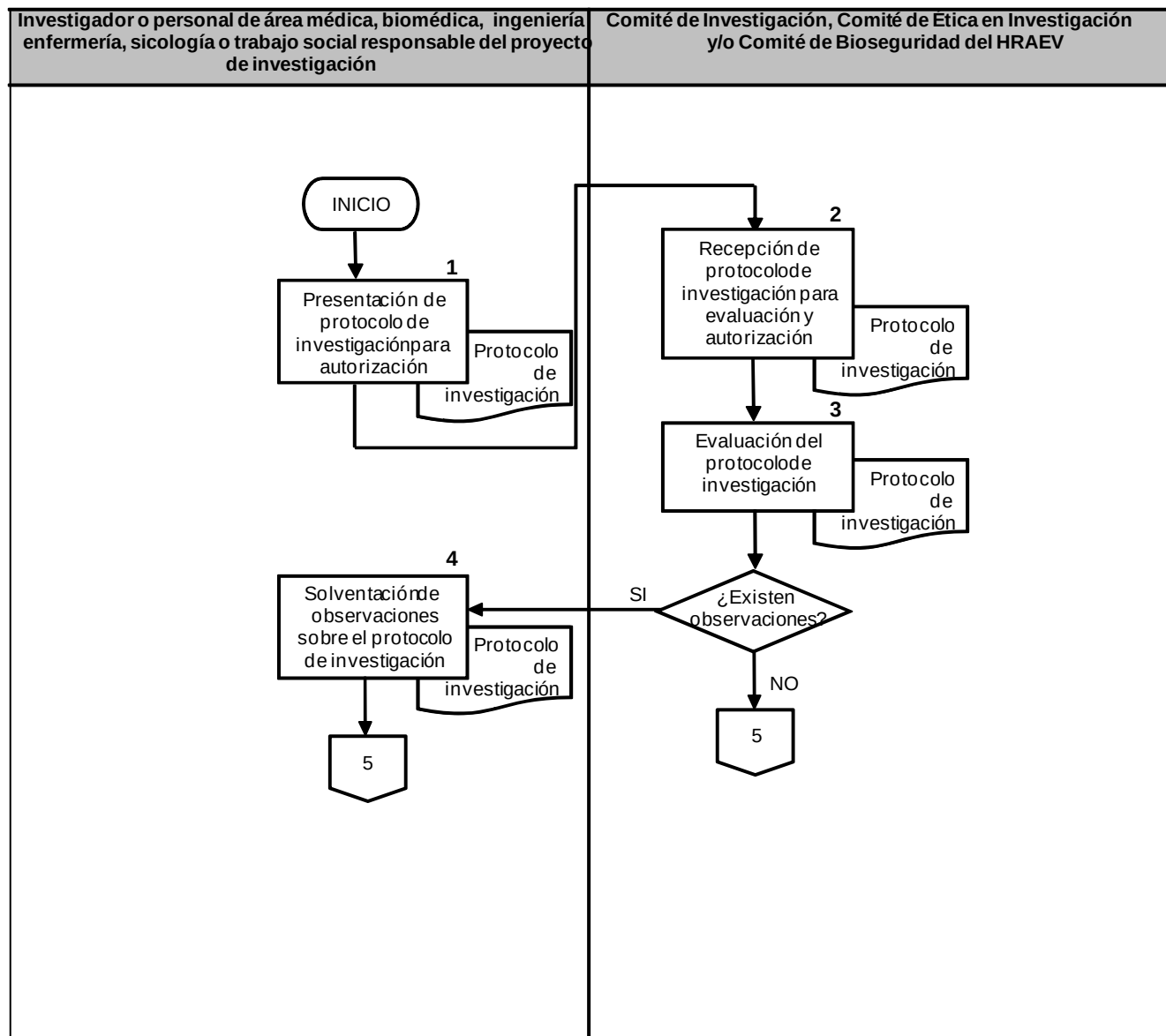
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Presentación de protocolo de investigación y documentación relacionada para autorización.	1.1 Prepara la documentación necesaria para presentar a revisión el protocolo de investigación. 1.2 Entrega al Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV, la documentación necesaria de acuerdo con los lineamientos	Investigador o personal de área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología o trabajo social responsable del proyecto.
2.0 Recepción de protocolo de investigación para evaluación y autorización.	1.1 Recibe el protocolo de investigación y los documentos relacionados; distribuye documentación entre los revisores.	Comité de Investigación del HRAEV.
3.0 Evaluación del protocolo de investigación.	3.1 Recibe documentación e inicia sesión de acuerdo al calendario establecido. 3.2 Analiza la documentación y los comentarios realizados en la revisión del protocolo. ¿Existen observaciones respecto del protocolo? SI. Envía las observaciones al investigador responsable y continúa en la etapa 4.0.	Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV.
4.0 Solventación de observaciones sobre el protocolo de investigación.	4.1 Atiende o aclara las observaciones realizadas y remite al Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV.	Investigador o personal de área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología o trabajo social
5.0 Recepción de aclaraciones y emisión de aprobación.	5.1 Recibe aclaraciones y en su caso, emite autorización para el desarrollo del proyecto de investigación. 5.2 Elabora carta de aceptación, recaba firma del Presidente del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV y la entrega al investigador responsable.	Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV.
	5.3 Recibe carta de aceptación del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV.	Investigador o personal de área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología o trabajo social

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANAR"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 273 de 510

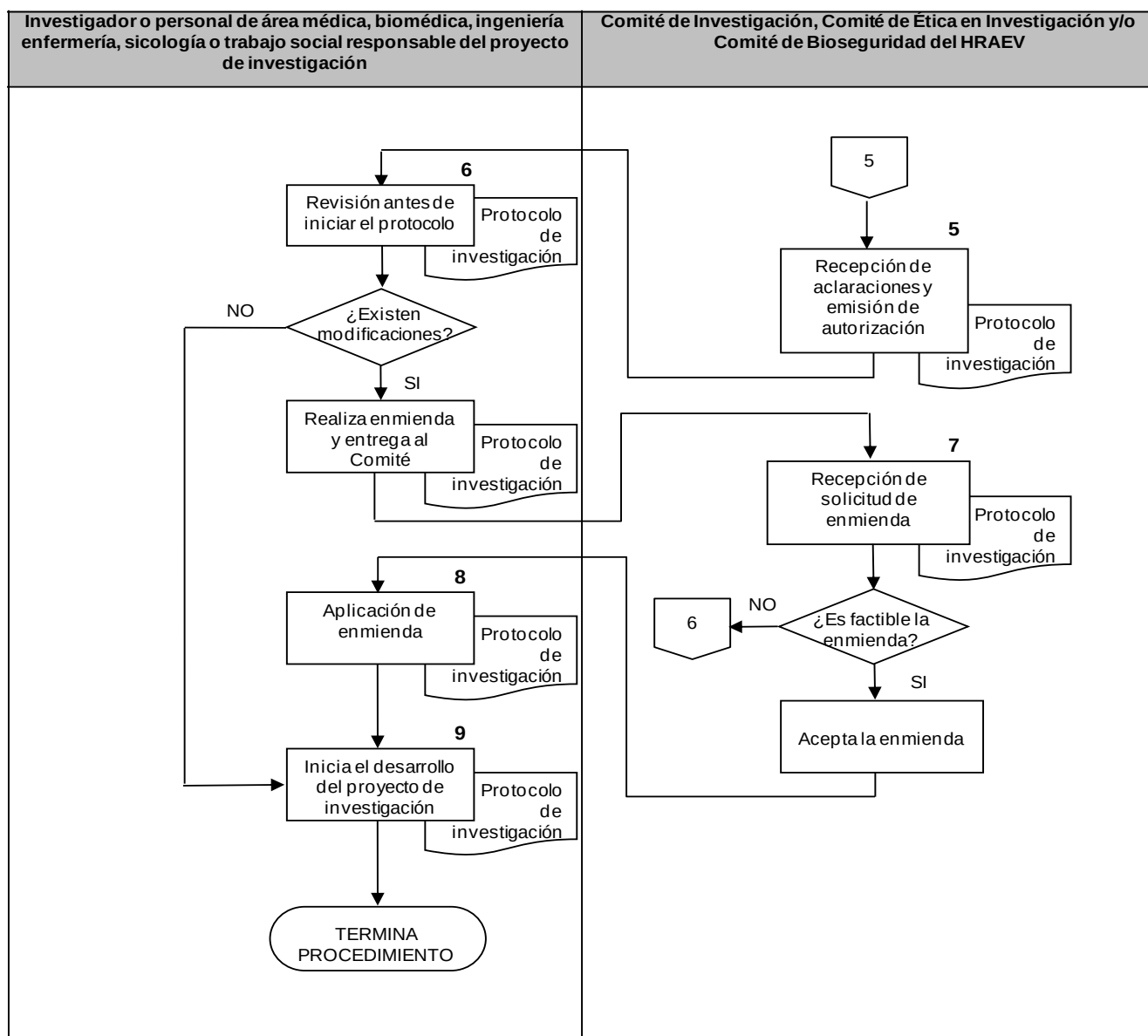
6.0 Revisión antes de iniciar el protocolo.	6.1 Inicia desarrollo de la investigación y obtienen los primeros resultados. ¿Requiere modificar el protocolo? a) SI. Prepara solicitud de enmienda y la entrega al Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV y continúa en la etapa número 7.0. b) NO. Continúa en la etapa número 9.0	Investigador o personal de área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología o trabajo social responsable del proyecto.
7.0 Análisis de solicitud de enmienda y aceptación.	7.1 Recibe solicitud de enmienda y la distribuye entre los miembros del Comité para su revisión. 7.2 Analizan la enmienda propuesta. ¿Es factible y cumple ordenamientos éticos? a) SI. Otorga el visto bueno a la enmienda, envía al Secretario del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV. b) NO. Envía comentarios y sugerencias al Secretario del Comité de Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV.	Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad del HRAEV.
8.0 Aplicación de la enmienda.	8.1 Aplica enmienda en el protocolo de investigación.	Investigador o personal de área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología o trabajo social
9.0 Inicia el desarrollo del protocolo de investigación.	9.1 Inicia con el procedimiento 3. Termina Procedimiento	Investigador o personal de área médica, biomédica, ingeniería, enfermería, sicología o trabajo social

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 274 de 510

7.0. DIAGRAMA DE FLUJO.



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANAR"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 275 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 276 de 510

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento.	No Aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro identificación
Expediente de Protocolos de Investigación autorizados por el Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad incluyendo los Oficios de Resolución relativos a autorización y/o enmiendas.	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Año-Número de proyecto de investigación.
Actas de Sesión del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y/o Comité de Bioseguridad	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de acta

8.0 GLOSARIO.

8.1 Expediente. - Un expediente es el conjunto de los **documentos** que corresponden a una determinada cuestión. También puede tratarse de la **serie de procedimientos de carácter judicial o administrativo** que lleva un cierto orden.

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN.

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 277 de 510

10.0 ANEXOS.

10.1 Formato para Presentación del Protocolo de Investigación (Ver Procedimiento 1).

10.2 Formato para Evaluación del Protocolo de Investigación.

Formato de Evaluación para Dictamen de Protocolos de Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"

Datos generales
FOLIO DE REGISTRO DEL PROTOCOLO: _____
Comité que evalúa:
Comité de Investigación ☐
Comité de Ética en Investigación ☐
Comité de Bioseguridad ☐
Fecha de recepción para dictamen: _____
Datos específicos del Protocolo de Investigación
Título del Protocolo: _____
Nombre del responsable del Protocolo: _____
Área de adscripción: _____
Área de investigación (Básica, Clínica, Sociomédica o Tecnológica): _____
Proyecto interinstitucional (SI o NO): _____
INSTRUCCIONES:
El formato de evaluación de los protocolos de investigación es una herramienta para que los integrantes de los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad del Hospital Regional de Alta Especialidad "Bicentenario 2010", documenten la situación de los proyectos revisados.
Para el análisis del proyecto, el experto deberá seguir los parámetros de este instrumento. Concluida la evaluación se emitirá el dictamen, considerando el cumplimiento de los rubros y su importancia para la congruencia y solidez del protocolo. El evaluador podrá emitir un dictamen de: a) Aprobado, b) No aprobado y c) Aprobación sujeta a modificaciones.
El protocolo deberá regresarse acompañado del dictamen a la Subdirección de Investigación para su presentación en el pleno del Comité de Investigación en la sesión del Comité en la que se dará el veredicto Colegiado y la emisión de la constancia correspondiente.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAMAULIPAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 278 de 510

Aspectos a evaluar	Satisfactorio	Requiere modificaciones	No satisfactorio	Observaciones
Título Es conciso, informativo y refleja la esencia del trabajo.				
Introducción Define el problema con claridad y precisión.				
Describe antecedentes que contextualizan el estudio: Hechos trascendentes relacionados con el tema y la disciplina.				
Objetivos Menciona hipótesis de partida				
Los objetivos son factibles				
Justificación Justifica la necesidad del estudio: Transcendencia, vulnerabilidad e impacto.				
Metodología Determina el tipo del estudio.				
Breve descripción sobre la forma de llevarlo a cabo.				
Define la muestra.				
Establece criterios de inclusión, exclusión y eliminación.				
Presenta técnicas cuantitativas o cualitativas de recolección de datos en relación con los objetivos planteados.				
El tratamiento de los datos es claro y adecuado metodológicamente.				
Cronograma La secuencia de actividades es adecuada a las fases de desarrollo del proyecto.				
La duración en cada una de las etapas es apropiada y garantiza el cumplimiento del objetivo.				
Beneficios científicos y sociales Los aportes científicos y sociales son claros.				
El plan de difusión de los resultados está bien definido.				
Historial del equipo La experiencia del equipo de investigación es				

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAMAULIPAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	

pertinente para la realización del protocolo de investigación.				
Consideraciones éticas				
Referencias Actúes y acordes al proyecto.				

Dictamen		
Aprobado Se entregará Carta de Aprobación de Proyecto el cual procederá a terminar su registro institucional y podrá ser iniciado. En caso de existir Observaciones deberán ser contestadas por el investigador principal.		
No aprobado El proyecto presenta Objeciones formales de carácter científico o ético que impiden su aprobación. Podrá ser modificado y vuelto a presentar mediante una nueva Solicitud de Revisión.		
Pendiente o en proceso El Comité no llegó a un Dictamen definido ya que el proyecto presenta Observaciones/Objeciones que ameritan explicación, contestación, aclaración, modificación y/o justificación para continuar su evaluación y llegar a una resolución. Se entregará una carta con las Observaciones/Objeciones y se continuará la evaluación en cuanto sean contestadas.		

Recomendaciones generales al protocolo:

Nombre del Evaluador: _____

Firma: _____

Fecha de dictamen: _____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 280 de 510

10.3 Formato para Solicitud de Enmienda del Protocolo de Investigación.

Formato de solicitud de Enmienda de Proyectos de Investigación

Datos generales
Título del proyecto:
Número de Registro de Proyecto Vigente:
Nombre del Investigador Principal:
Área de adscripción:
Teléfono de contacto del Investigador Principal:
Correo electrónico del Investigador Principal:
Breve descripción de las modificaciones (Max. 400 palabras. Adjuntar documento detallado de las modificaciones que solicita se realicen en el proyecto de investigación)



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 281 de 510

Documentos que acompañan a la solicitud	
Documento	Nombre del archivo
Otros datos de importancia:	
¿Los sujetos de investigación deben conocer estos cambios?	
DECLARACION DEL INVESTIGADOR:	
Por la firma de este documento , certifico que he señalado toda la información relevante concerniente a eventos adversos u otros asuntos que pudieran afectar el riesgo beneficio del análisis del estudio y seguiré salvaguardando la salud y el bienestar de los sujetos bajos las regulaciones nacionales e internacionales así como por las recomendaciones de las Buenas Prácticas Clínicas.	
Firma del Investigador Principal	
Cd. Victoria ,a _____ de _____ de _____	
Para uso exclusivo del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación o Comité de Bioseguridad	
Modificaciones menores aceptables para incluirse en el Proyecto de Investigación. (Cambios menores, cambios administrativos, los cuales no hacen más complejo o riesgoso el estudio).	
Modificaciones mayores que requieren la revisión por el pleno del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación, o del Comité de Bioseguridad. (Cambios que potencialmente incrementan el riesgo o hacen que el estudio sea más complejo).	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 282 de 510

10.4 Formato de Oficio de Resolución sobre autorización de Protocolos de Investigación:
Aprobado.

Dictamen de Protocolo de Investigación

El Comité de _____ del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", en Cd. Victoria Tam., a _____ de _____ de _____

Tiene el agrado de notificarle que el protocolo de investigación titulado

_____ que sometió a consideración para evaluación de este Comité de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es:

A P R O B A D O

con el número de registro institucional

No. Registro Proyecto Vigente

Atentamente,

Dr. _____

Presidente del Comité _____

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANUEVA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	

10.5 Formato de Oficio de Resolución sobre autorización de Protocolos de Investigación:
No aprobado.

Dictamen de Protocolo de Investigación

El Comité de _____ del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", en Cd. Victoria Tam., a _____ de _____ de _____

Le notifica que el protocolo de investigación titulado _____

que sometió a consideración para evaluación de este Comité de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, no cumple con la calidad metodológica ni los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es

NO APROBADO

Por lo cual se le invita a solicitar la asesoría correspondiente en la Subdirección de Enseñanza e Investigación y a realizar las correcciones pertinentes para volverlo a someter a revisión ante este Comité.

Atentamente,

Dr. _____

Presidente del Comité _____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 284 de 510

10.6 Formato de Oficio de Resolución sobre autorización de Protocolos de Investigación:
Pendiente.

Dictamen de Protocolo de Investigación

El Comité de _____ del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", en Cd. Victoria Tam., a _____ de _____ de _____

Le notifica que el protocolo de investigación titulado _____

que sometió a consideración para evaluación de este Comité de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, no cumple del todo con la calidad metodológica no los requerimientos de ética y de investigación y ha sido objeto de observaciones por parte de los revisores, por lo que el dictamen es

PENDIENTE

Por lo cual se le invita a realizar las modificaciones señaladas por los revisores y volverlo a someter a revisión ante este Comité.

Atentamente,

Dr. _____
Presidente del Comité _____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	37. Procedimiento para la Autorización de Protocolos de Investigación	Hoja 285 de 510

10.7 Formato de Oficio de Resolución sobre enmiendas de Protocolos de Investigación.

Dictamen de Enmienda

El Comité de _____ del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", en Cd. Victoria Tam., a _____ de _____ de _____

Tiene el agrado de notificarle que el protocolo de investigación titulado _____ y con Número de Registro de Proyecto Vigente _____ y que consiste en :



que sometió a consideración para evaluación de este Comité de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es

MODIFICACIÓN AUTORIZADA

Atentamente,

Dr. _____
Presidente del Comité _____

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 286 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 287 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 288 de 510

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 registrará 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.

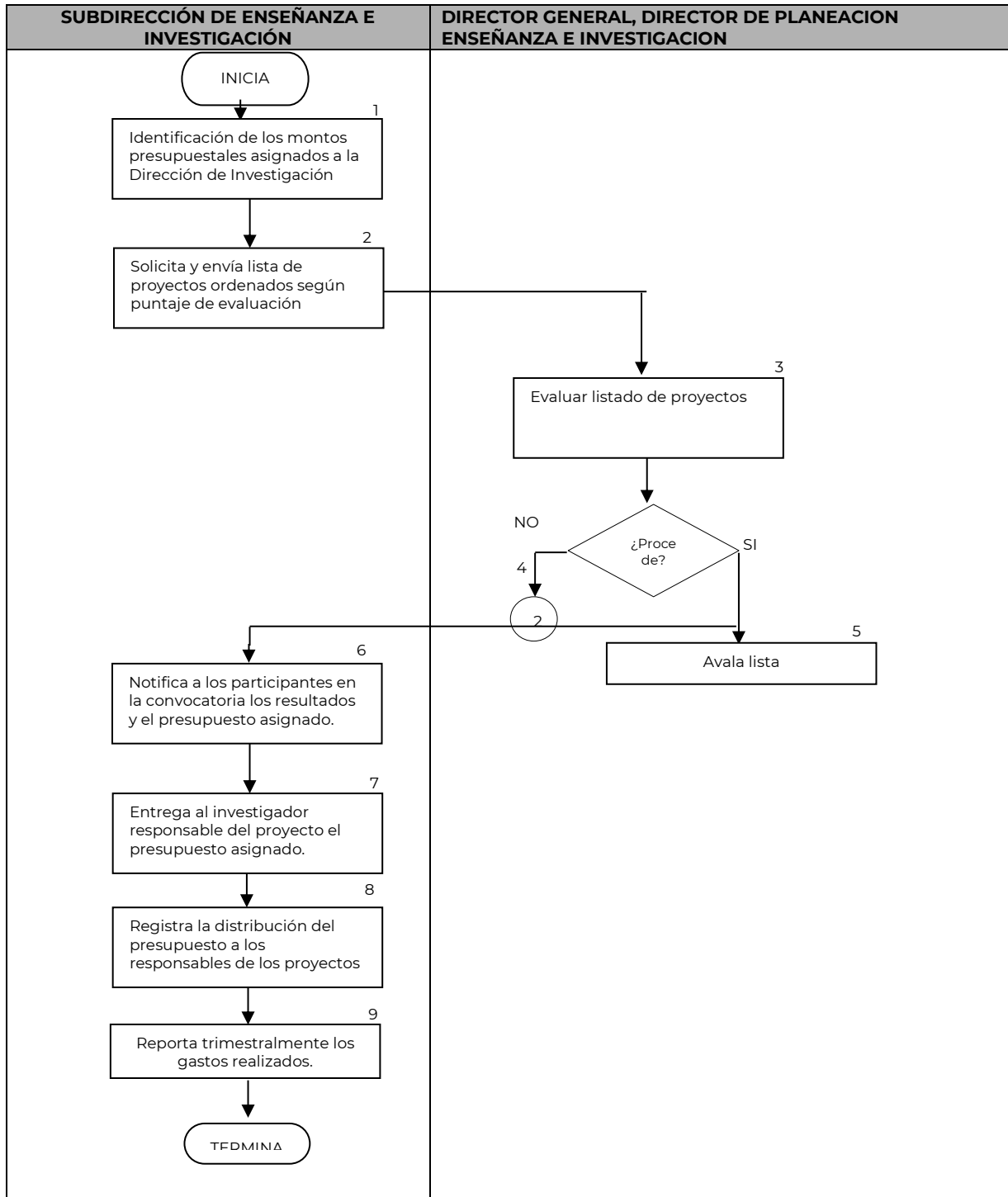
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 289 de 510

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	
	4	Procede: 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			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 290 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 291 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	38. Procedimiento para la Gestión y Utilización de Recursos para el Desarrollo de Investigación	Hoja 292 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	39. Procedimiento para la Solicitud de Financiamiento Externo	Hoja 293 de 510

39. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO EXTERNO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	39. Procedimiento para la Solicitud de Financiamiento Externo	Hoja 294 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANUEVA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		39. Procedimiento para la Solicitud de Financiamiento Externo	Hoja 295 de 510

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.

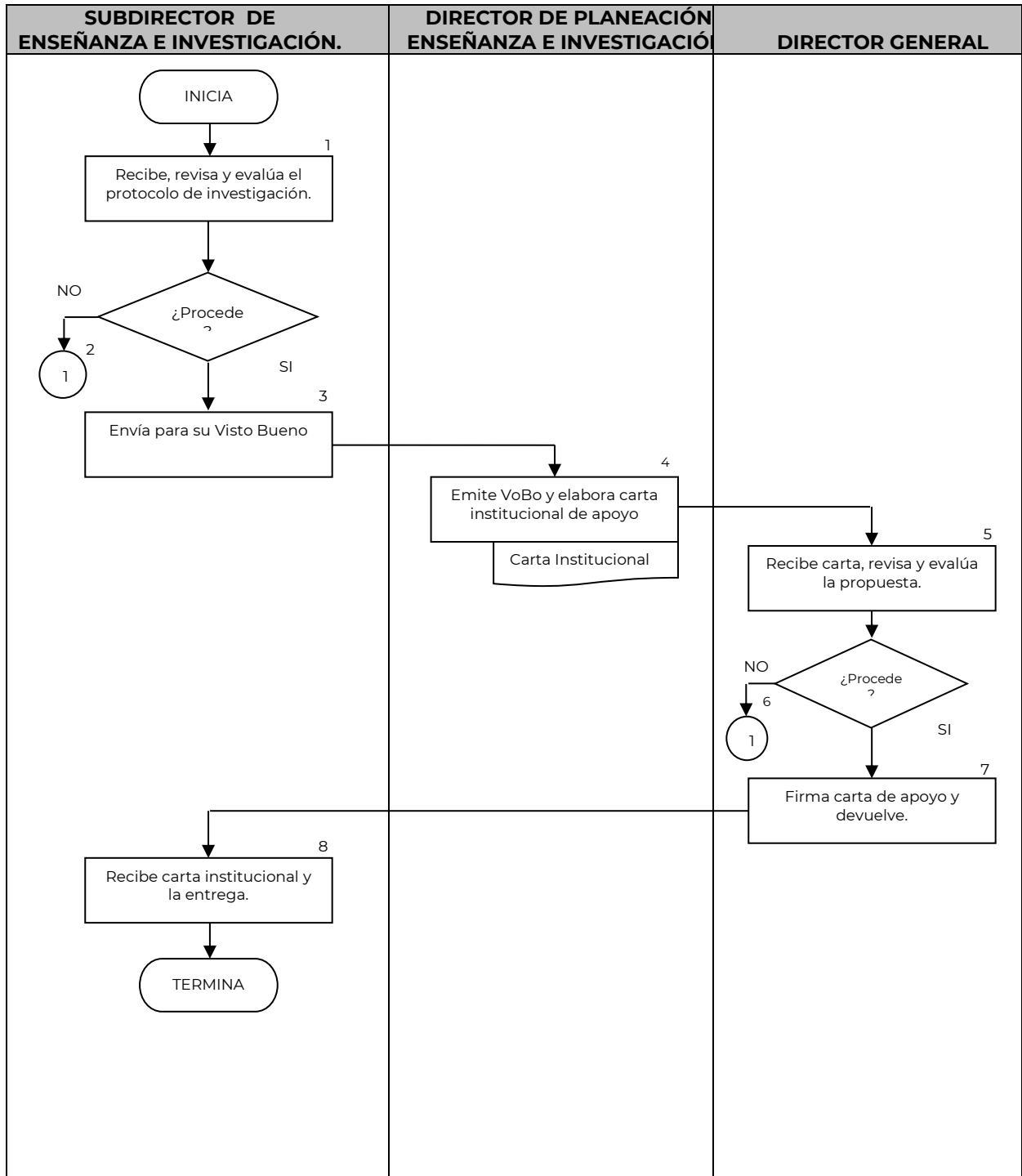
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	39. Procedimiento para la Solicitud de Financiamiento Externo	Hoja 296 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación.	1	Recibe, revisa y evalúa protocolo de investigación.	
	2	Procede: No: Determina que se encuentra incompleto, Regresa a la actividad 1.	
	3	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	Recibe carta Institucional de apoyo, revisa y evalúa la propuesta.	
	6	Procede: No: Determina revisar la propuesta Regresa a actividad 3	
	7	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	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	39. Procedimiento para la Solicitud de Financiamiento Externo	Hoja 297 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	39. Procedimiento para la Solicitud de Financiamiento Externo	Hoja 298 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	40. Procedimiento para la Publicación de Resultados de las Investigaciones	Hoja 299 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	40. Procedimiento para la Publicación de Resultados de las Investigaciones	Hoja 300 de 510

1. 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.

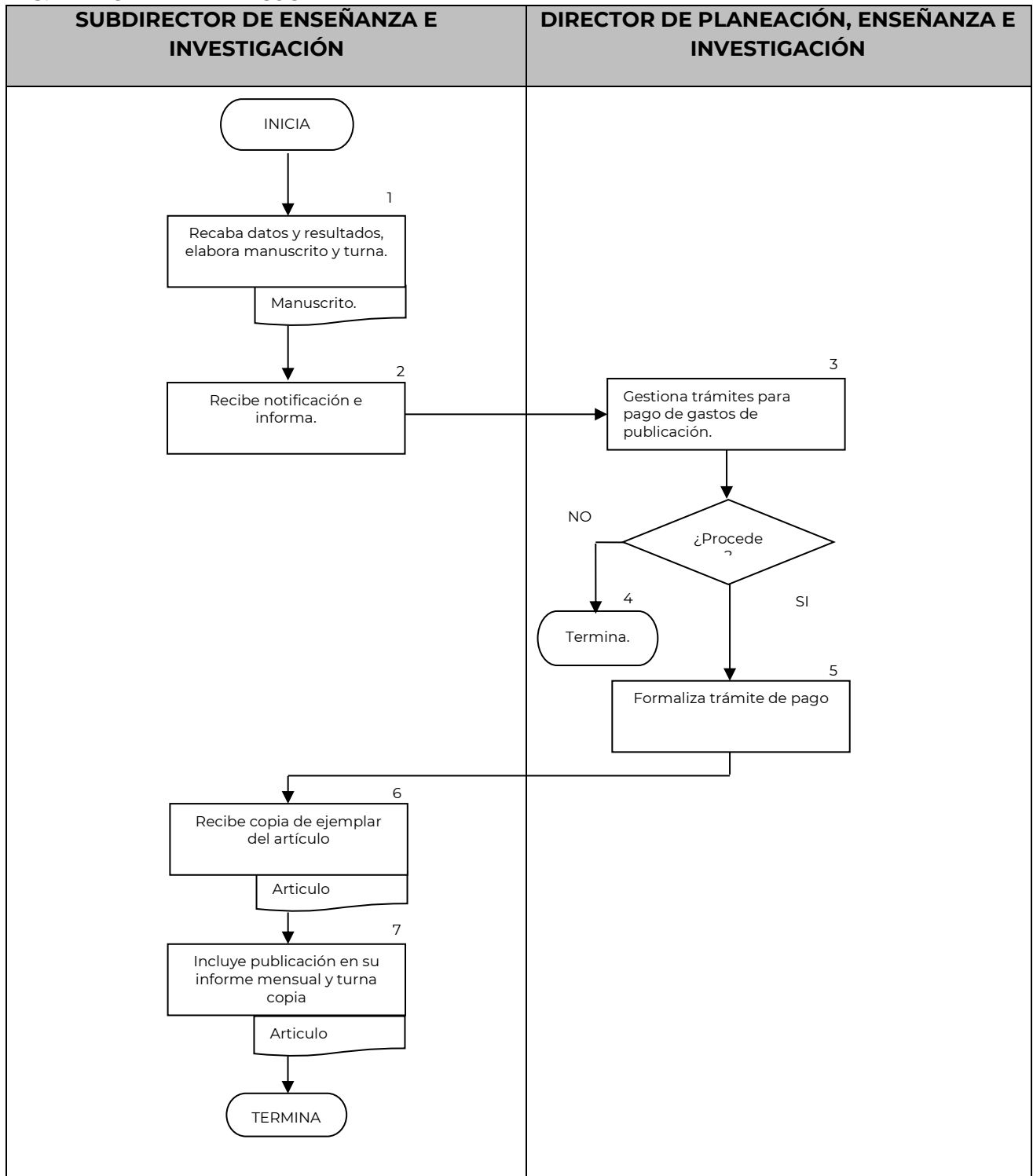
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	40. Procedimiento para la Publicación de Resultados de Investigaciones	Hoja 301 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Document o 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.	
	5	Termina procedimiento 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			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	40. Procedimiento para la Publicación de Resultados de Investigaciones	Hoja 302 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	40. Procedimiento para la Publicación de Resultados de Investigaciones	Hoja 303 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	41. Procedimiento para acuerdos con el Titular de la Coordinación	Hoja 304 de 510

41. PROCEDIMIENTO PARA ACUERDOS CON EL TITULAR DE LA COORDINACION.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	41. Procedimiento para acuerdos con el Titular de la Coordinación	Hoja 305 de 510

1. 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.

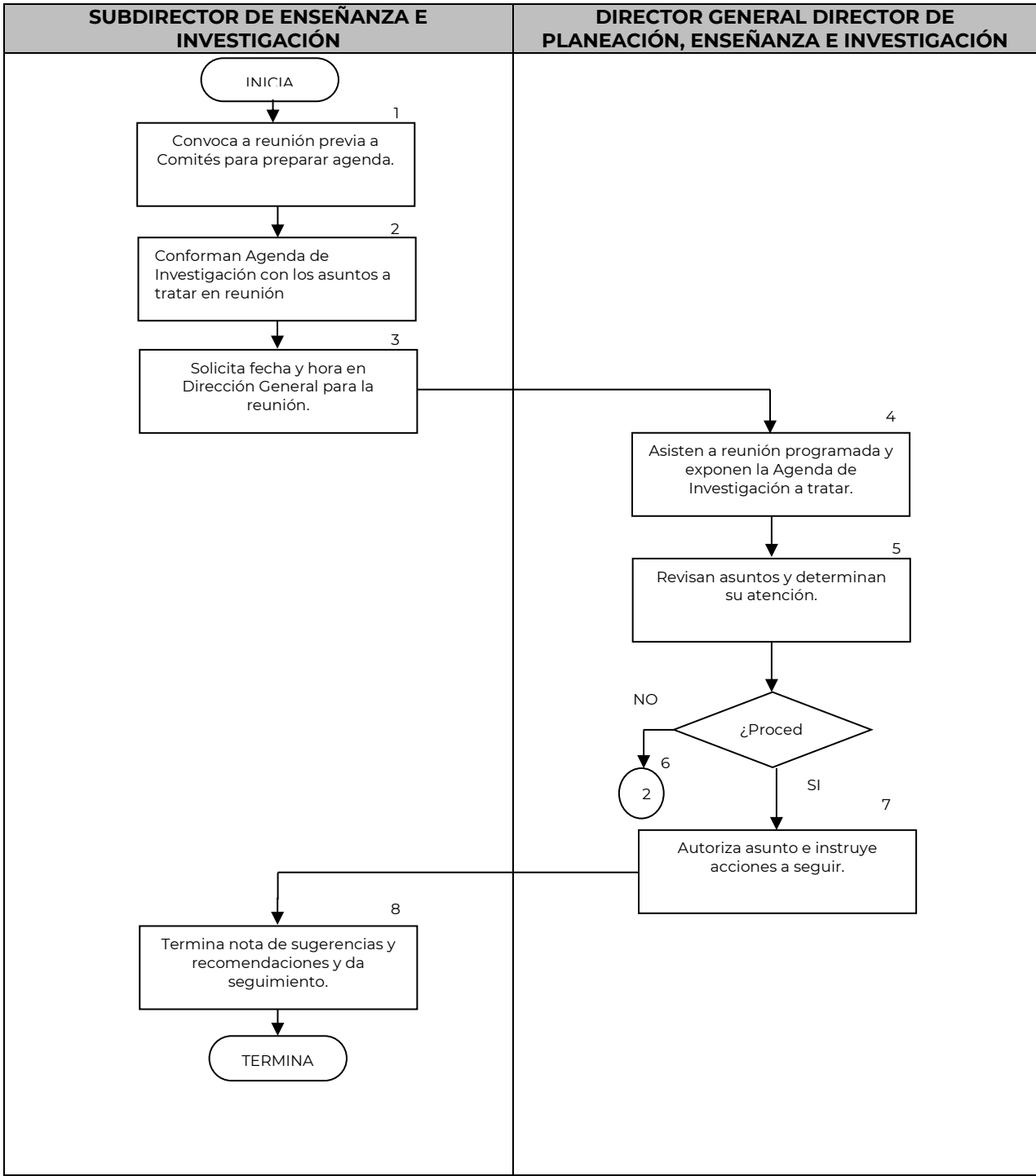
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	41. Procedimiento para acuerdos con el Titular de la Coordinación	Hoja 306 de 510

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.	
	6	Procede: 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.	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	8	Toma nota de sugerencias y recomendaciones y en su caso continúa con los trámites correspondientes para seguimiento.	
		TERMINA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	41. Procedimiento para acuerdos con el Titular de la Coordinación	Hoja 307 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	41. Procedimiento para acuerdos con el Titular de la Coordinación	Hoja 308 de 510

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 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

9. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	42. Procedimiento para la Suscripción de Cartas y Oficios Externos	Hoja 309 de 510

42. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCION DE CARTAS Y OFICIOS EXTERNOS

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		42. Procedimiento para la Suscripción de Cartas y Oficios Externos	Hoja 310 de 510

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.

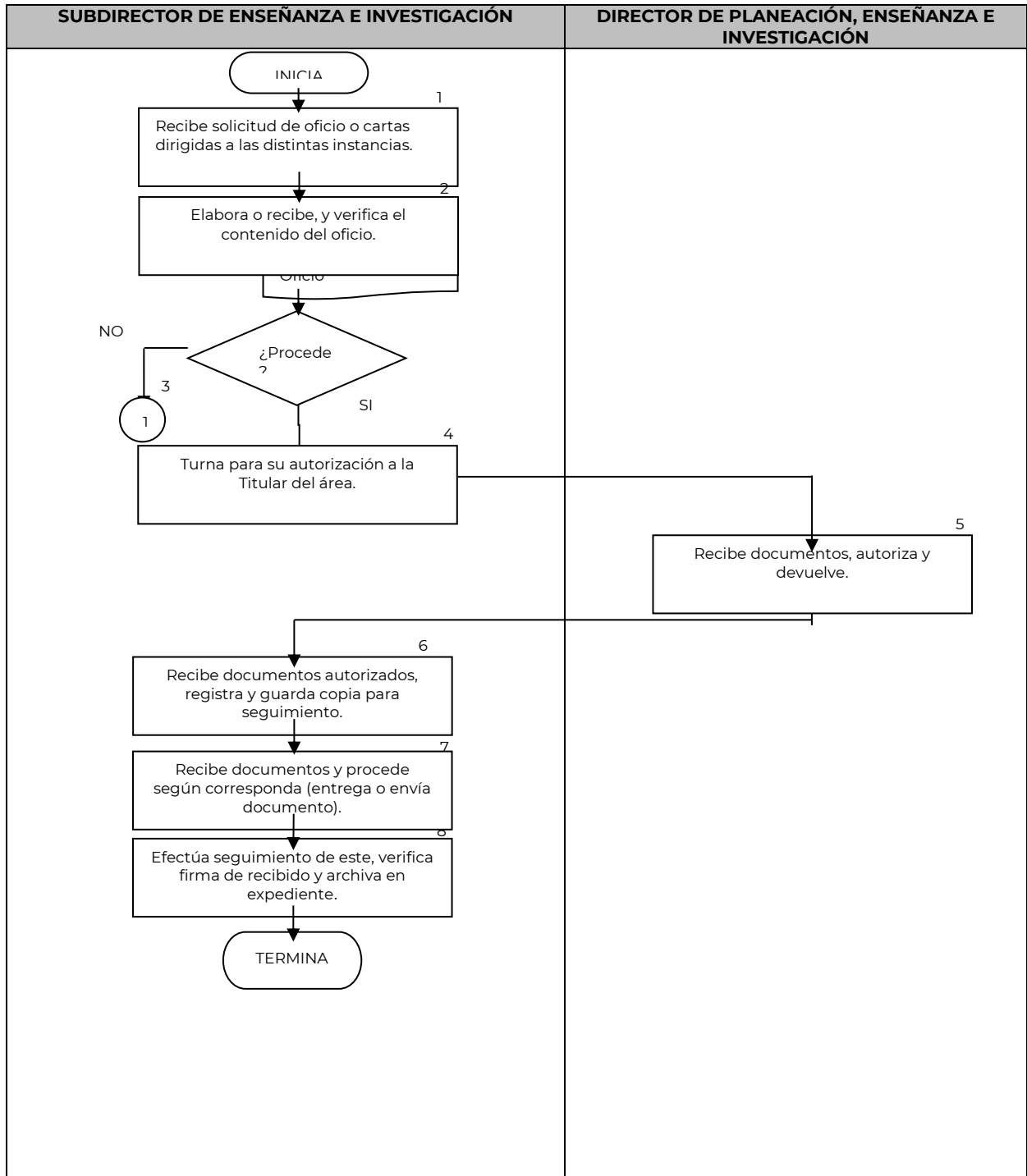
 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "RODRIGO VILLANUEVA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		42. Procedimiento para la Suscripción de Cartas y Oficios Externos	

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	42. Procedimiento para la Suscripción de Cartas y Oficios Externos	Hoja 312 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	42. Procedimiento para la Suscripción de Cartas y Oficios Externos	Hoja 313 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	43. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 314 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	43. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 315 de 510

1. 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.

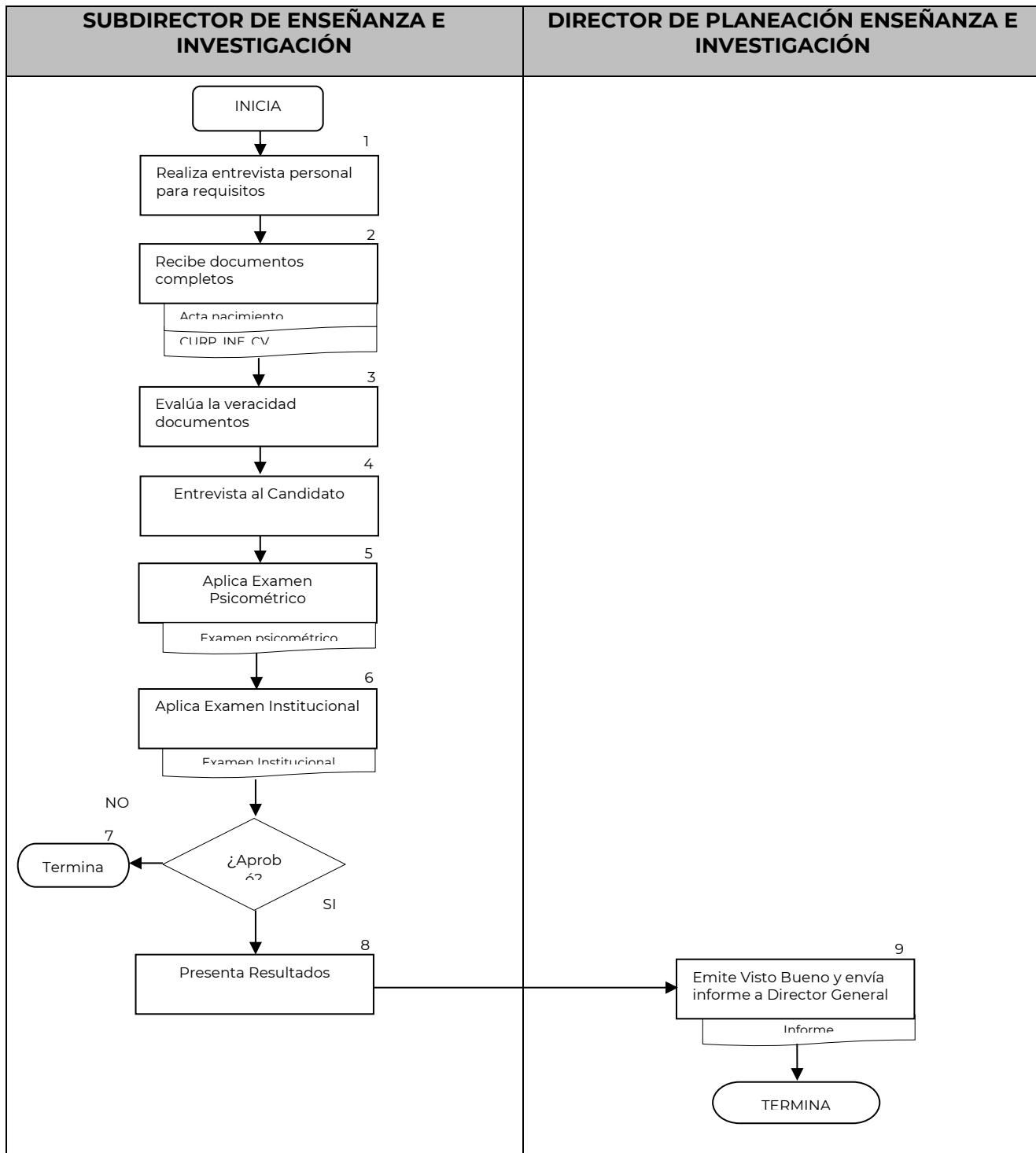
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	43. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 316 de 510

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.	
	5	Aplica examen psicométrico a candidatos a residentes. Realiza evaluación de candidatos con el Examen de Selección Institucional.	Formato de Entrevista.
	6	¿Aprobó?	
	7	No: Determina que no es apto para el ingreso y se le regresan documentos. Termina procedimiento	Examen Psicométrico.
	8	Si: Presenta resultados obtenidos por los candidatos en el Examen Institucional para Visto Bueno	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Da Visto Bueno y envía informe a Director General TERMINA	Informe

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	43. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 317 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	43. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 318 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	43. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 319 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "GARCÍA VILLALBA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		44. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el Extranjero en el área de Enseñanza e Investigación	

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	44. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el Extranjero en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 321 de 510

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.

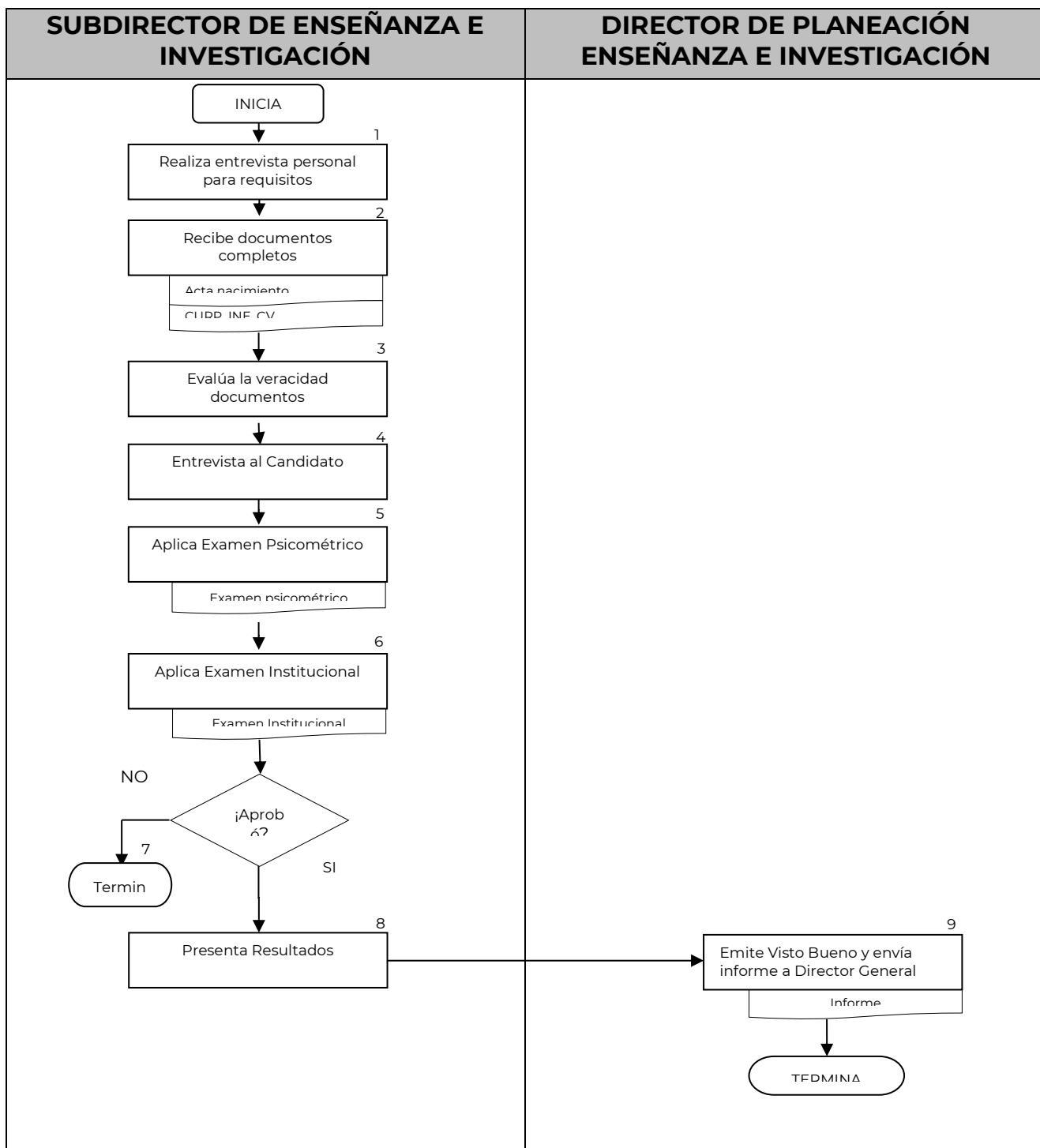
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	44. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el Extranjero en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 322 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Realiza entrevista personal para requisitos.	Acta de Nacimiento. Visa de Residente Temporal Estudiante. Pasaporte Vigente Currículo Vitae Comprobante de Estudios
	2	Recibe documentos completos y organizados.	
	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.	Examen Psicométrico.
	6	Realiza evaluación de candidatos con el Examen de Selección Institucional.	Examen Psicométrico.
	7	¿Aprobó? 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	44. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el Extranjero en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 323 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	44. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el Extranjero en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 324 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	44. Procedimiento para el Ingreso de Residentes en el Extranjero en el área de Enseñanza e Investigación	Hoja 325 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	45. Procedimiento de Pregrado en Medicina		Hoja 326 de 510

45. PROCEDIMIENTO DE PREGRADO EN MEDICINA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	45. Procedimiento de Pregrado en Medicina	Hoja 327 de 510

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.

- 3.1 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 Planeación, Enseñanza e Investigación.
- 3.3 Los interesados deben de presentar su Plan de Trabajo, cumpliendo con las especificaciones otorgadas por la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

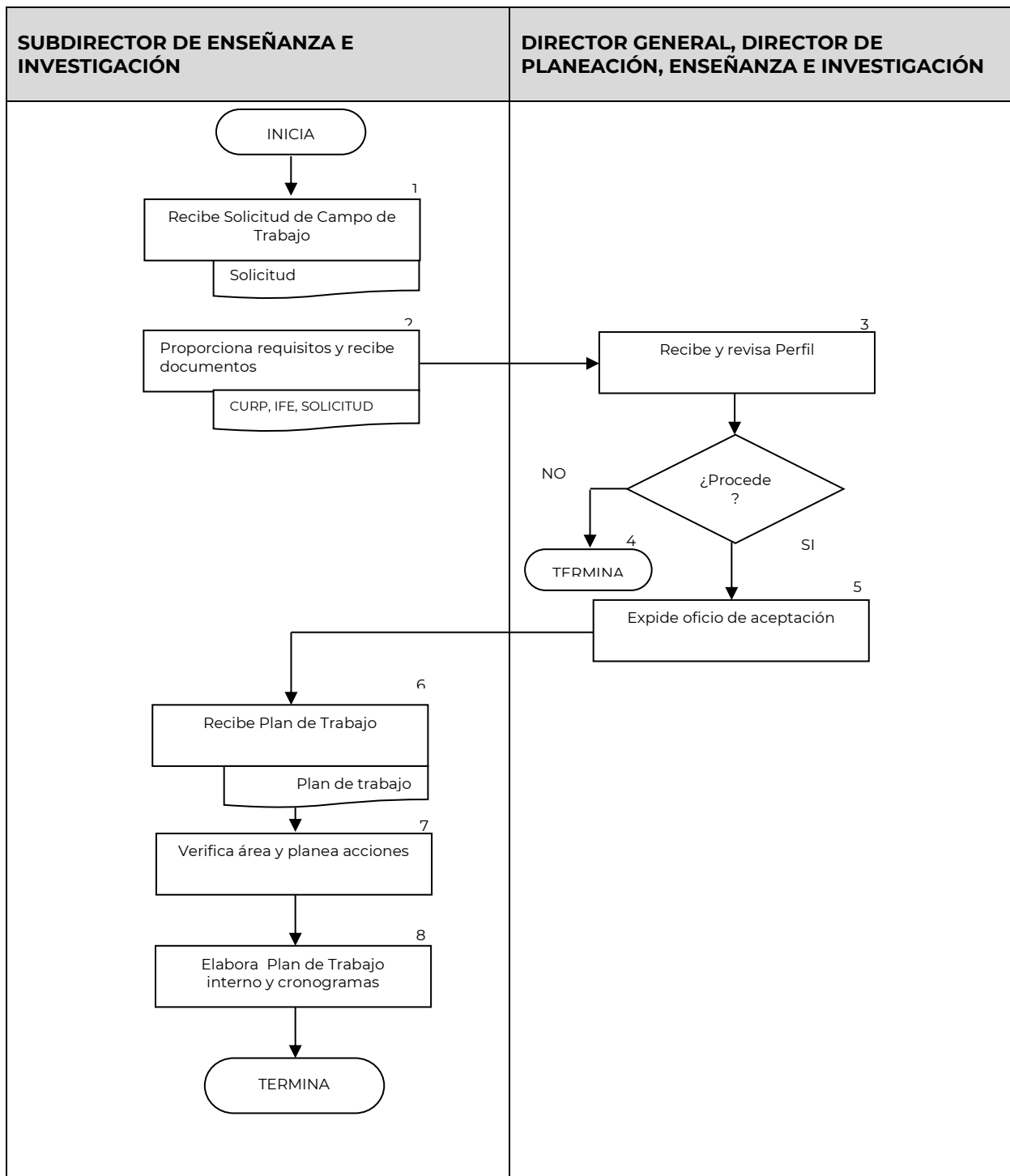
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	45. Procedimiento de Pregrado en Medicina	Hoja 328 de 510

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,	Oficio de Aceptación.
	4	¿Procede?	
	5	No: Determina que no cumple con el perfil. Termina el Procedimiento	
Subdirector de Enseñanza e Investigación	6	Si: Aprueba el perfil y sigue el trámite. Expide un oficio a Jefatura de Enseñanza e Investigación en caso de ser aceptado.	Plan de Trabajo de la Institución de los Interesados.
	7	Recibe del Plan de Trabajo de las Instituciones interesadas de acuerdo con las especificaciones otorgadas	Cronogramas. Planes de Trabajo (Internos).
	8	Verifica el área de trabajo de los aceptados y se planean las acciones a llevar a cabo.	
Elabora de plan de trabajo Interno y cronogramas.			
TERMINA			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	45. Procedimiento de Pregrado en Medicina	Hoja 329 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	45. Procedimiento de Pregrado en Medicina	Hoja 330 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	45. Procedimiento de Pregrado en Medicina	Hoja 331 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD "GARCÍA Y RIVERA"	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		46. Procedimiento de Pregrado Otras Licenciaturas	

46. PROCEDIMIENTO DE PREGRADO OTRAS LICENCIATURAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	46. Procedimiento de Pregrado Otras Licenciaturas	Hoja 333 de 510

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 Planeación, Enseñanza e Investigación.
- 3.3 Las Instituciones de Educación interesadas en Ingresar al HRAEV deberán solicitar campo de trabajo a la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

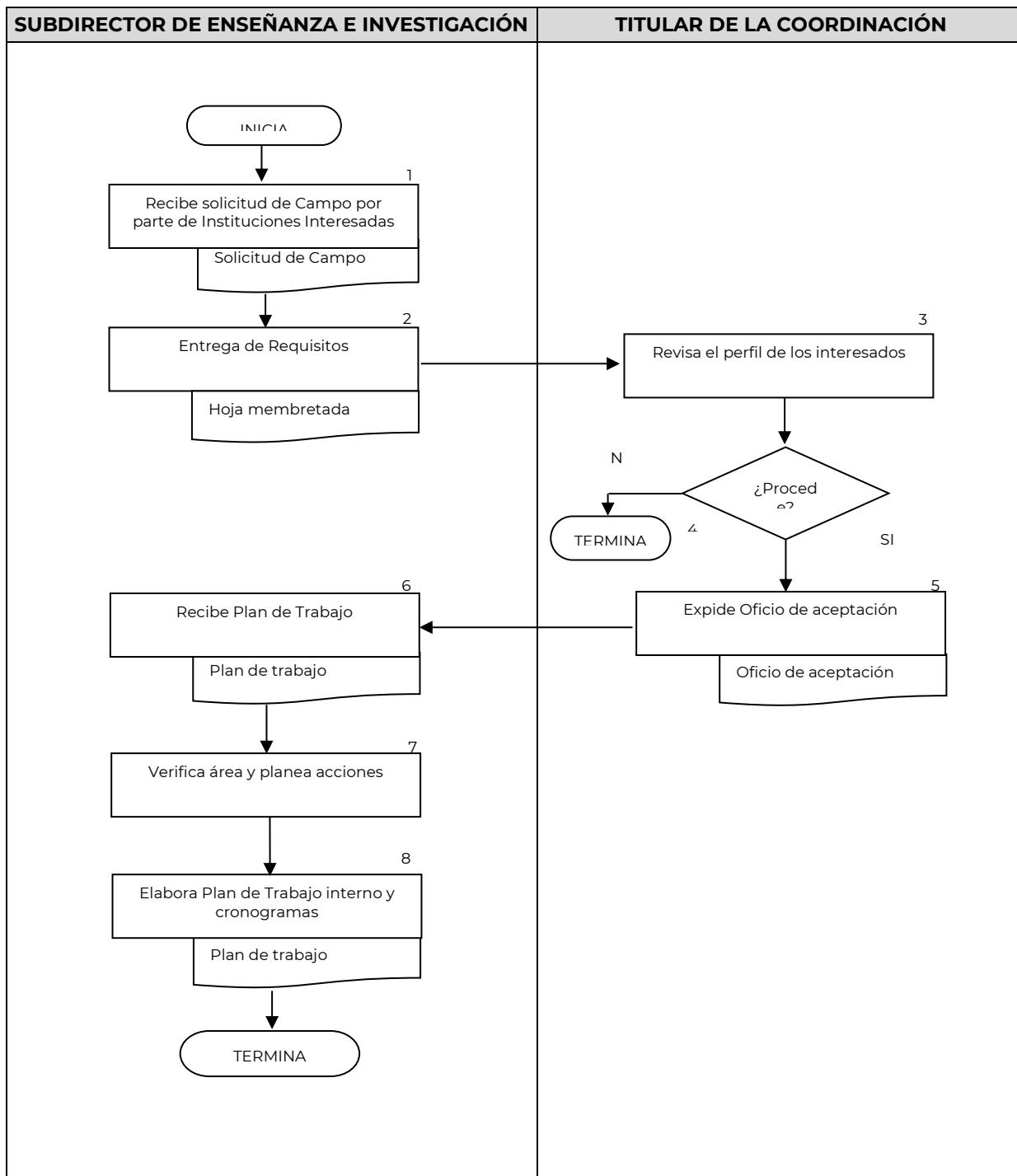
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	46. Procedimiento de Pregrado Otras Licenciaturas	Hoja 334 de 510

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.	Hoja Membretada por parte de la Institución. CURP. IFE. Comprobante de Estudios y Domicilio. Fotografías (4). Solicitud de datos Generales.
Director General Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	3	Revisa el perfil de los interesados, ¿Procede?	Oficio de Aceptación.
	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.	
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.	Cronogramas. Planes de Trabajo (Internos).
	8	Elabora plan de trabajo Interno y cronogramas. TERMINA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	46. Procedimiento de Pregrado Otras Licenciaturas	Hoja 335 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	46. Procedimiento de Pregrado Otras Licenciaturas	Hoja 336 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	46. Procedimiento de Pregrado Otras Licenciaturas	Hoja 337 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	47. Procedimiento para la detección y autorización de educación continua del personal		Hoja 338 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	47. Procedimiento para la detención y autorización de educación continua del personal	Hoja 339 de 510

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 proporcionar 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 Planeación, Enseñanza e Investigación.

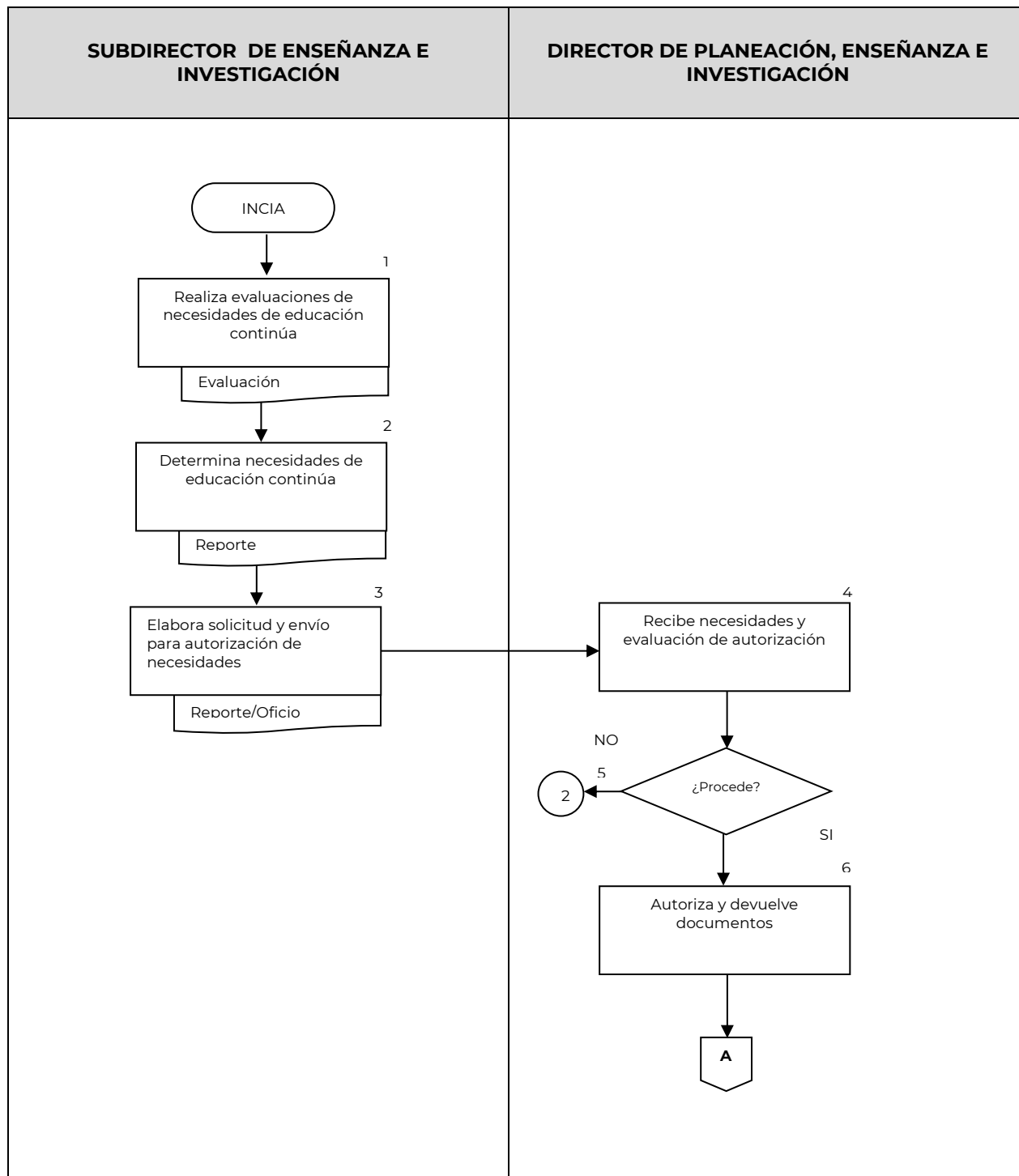
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	47. Procedimiento para la detención y autorización de educación continua del personal		Hoja 340 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

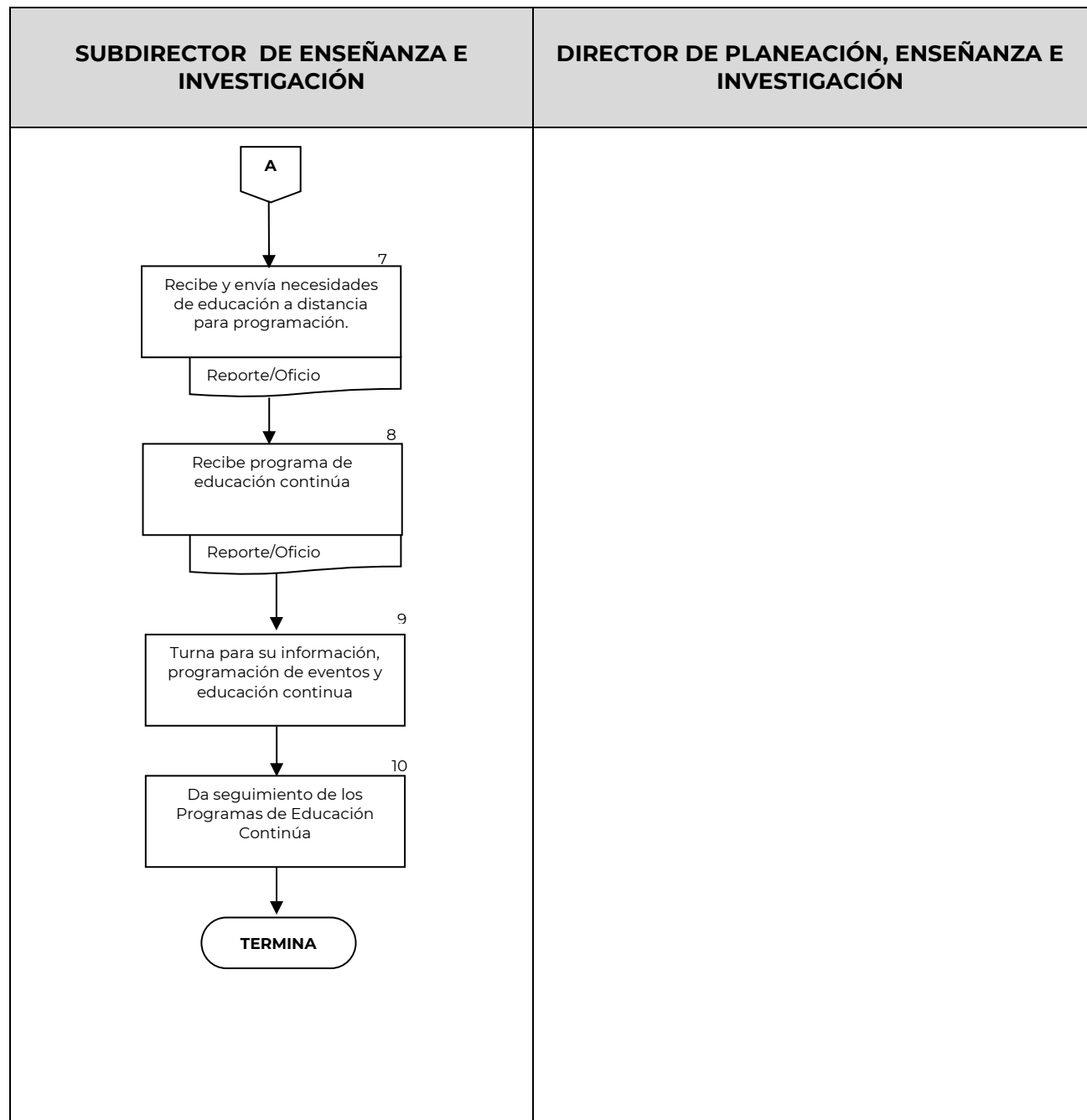
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Enseñanza e Investigación	1	Aplica evaluaciones diagnósticas para conocer el grado de conocimiento técnico y científico del personal.	Evaluaciones Diagnósticas de Necesidades
	2	Recaba y Analiza Evaluaciones Diagnósticas.	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. Oficio Solicitud de Autorización
	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 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.	Programa de Educación Continua. Oficio de Información.
TERMINA			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	47. Procedimiento para la detención y autorización de educación continua del personal	Hoja 341 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	47. Procedimiento para la detención y autorización de educación continua del personal	Hoja 342 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	47. Procedimiento para la detención y autorización de educación continua del personal	Hoja 343 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	47. Procedimiento para la detención y autorización de educación continua del personal	Hoja 344 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	48. Procedimiento para la detección y autorización de capacitación del personal		Hoja 345 de 510

**48. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	48. Procedimiento para la detención y autorización de capacitación del personal	Hoja 346 de 510

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 proporcionar 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

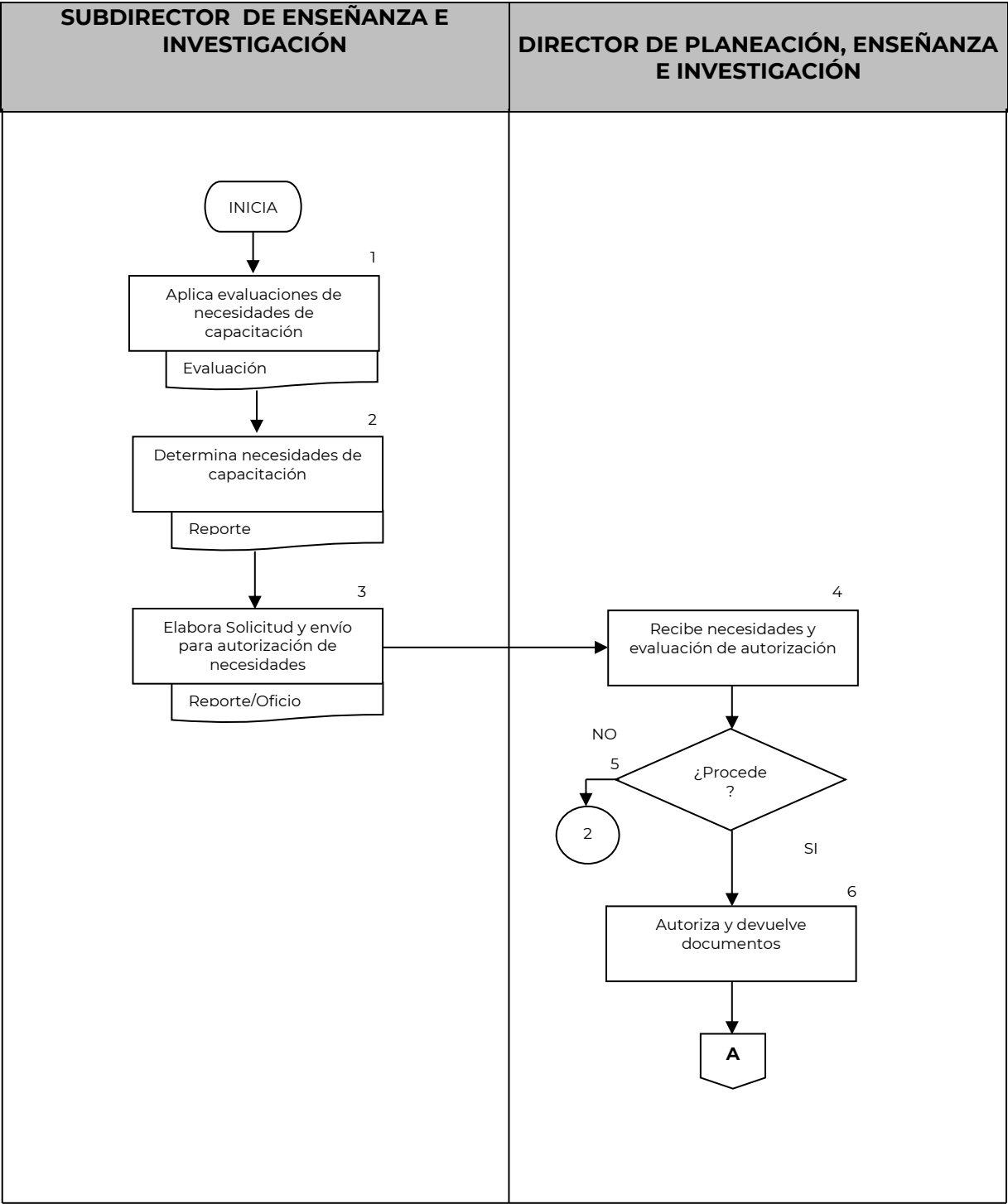
- 3.1 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es responsable de recabar y analizar las necesidades de capacitación del personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.
- 3.2 La Subdirección de Enseñanza e Investigación es responsable de programar los cursos autorizados por la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	48. Procedimiento para la detención y autorización de capacitación del personal		Hoja 347 de 510

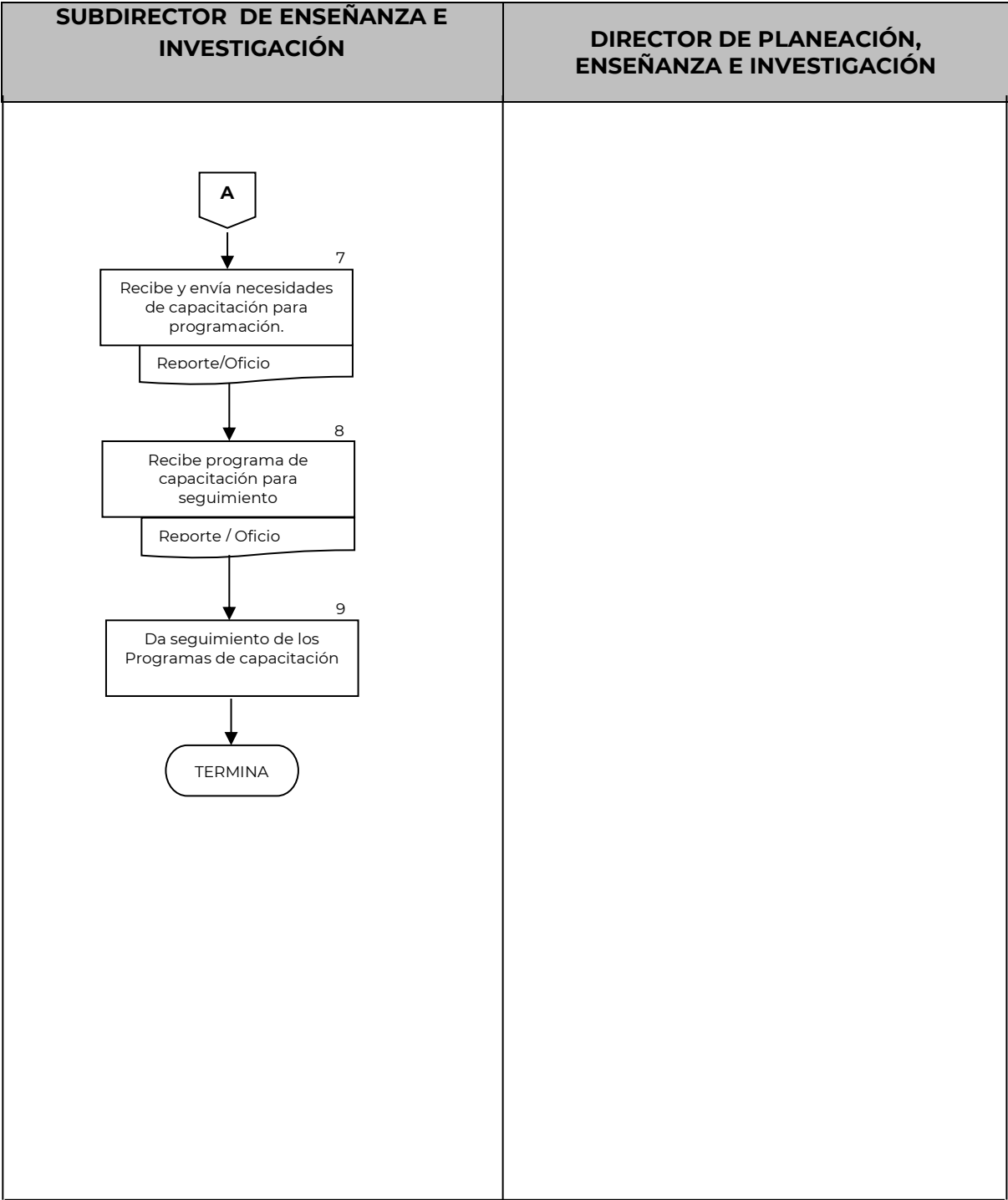
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

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 la necesidad presentada 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.	Programa de Educación Continua. Oficio de Información.
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	48. Procedimiento para la detección y autorización de capacitación del personal	Hoja 349 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	48. Procedimiento para la detención y autorización de capacitación del personal	Hoja 350 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	48. Procedimiento para la detención y autorización de capacitación del personal	Hoja 351 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		49. Procedimiento para Educación de la Salud	

49. PROCEDIMIENTO PARA EDUCACIÓN DE LA SALUD

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	49. Procedimiento para Educación de la Salud	Hoja 353 de 510

1.1.0 Propósito.

1.1 Establecer los lineamientos y acciones para brindar y evaluar en forma sistemática los medios para dar educación al paciente, así como a su familia sobre la enfermedad específica por la que se atiende en la Institución.

2.0 Alcance.

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a todas las áreas de atención médicas dentro de la institución con la finalidad de que el usuario conozca ampliamente su enfermedad, los beneficios y consecuencias de los estudios complementarios al diagnóstico, tratamientos y programas de rehabilitación intra y extrahospitalarios.

3.0 Políticas de Operación, normas y lineamientos.

3.1 Brindar información médica al paciente y/o su representante legal amplia y satisfactoria sobre su enfermedad, estudios complementarios al diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico y/o rehabilitatorio.

3.2 El médico debe enfatizar las ventajas y desventajas de los tratamientos tanto al paciente como al familiar que lo acompañe, utilizando los diferentes medios verbales, impresos o audiovisuales específicos para este padecimiento con los que se cuentan en la institución.

3.3 La información deberá ser totalmente comprendida por el usuario y otorgada con la calidad, calidez y eficiencia con el fin de proporcionar un servicio óptimo satisfactorio para ambas partes.

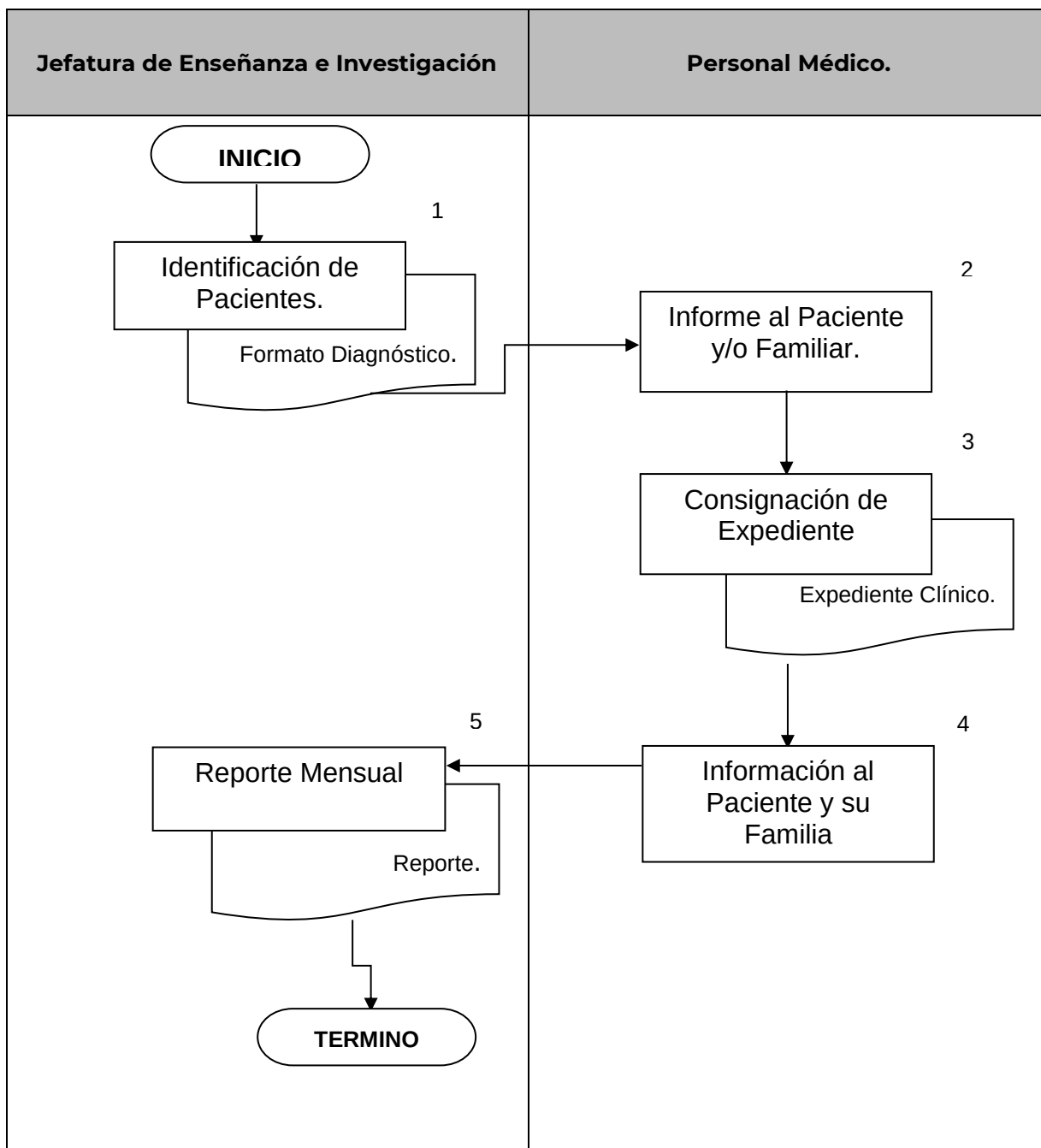
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	49. Procedimiento para Educación de la Salud	Hoja 354 de 510

4.0 Descripción del Procedimiento.

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Identificación de Pacientes	1.1 Consulta de primera vez de especialidad y se realiza diagnóstico presuncional. Formato Diagnóstico.	Personal Médico/Subdirección de Enseñanza e Investigación
2.0 Información a Paciente y Familiar	2.1 Se informa ampliamente al paciente sobre estudios, tratamientos, se debe destacar la información detallada sobre las diferentes alternativas y consecuencias de cada una para que así el paciente tome una decisión.	Personal Médico
3.0 Consignación de Expediente Clínico.	3.1 Se consigna un expediente clínico con la información verbal que se otorgo al paciente, consignando el nombre del familiar que recibe y acepte haber entendido la información y se firma la nota por el médico responsable. Expediente Clínico.	Personal Médico
4.0 Educación al Paciente y su Familia.	4.1 El personal de salud responsable informará al paciente de las indicaciones médicas así como las modificaciones que deberá realizar el paciente.	Personal Médico
5.0 Reporte Mensual	5.1 Se reportará mensualmente a la Subdirección de Enseñanza e Investigación y a familiares de la educación que recibe el usuario. Reporte.	Personal Médico/Subdirección de Enseñanza e Investigación

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	49. Procedimiento para Educación de la Salud	Hoja 355 de 510

5.0 Flujograma.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	49. Procedimiento para Educación de la Salud	Hoja 356 de 510

6.0 Documentos de Referencia.

DOCUMENTO	CÓDIGO (CUANDO APLQUE)
Manual de Gestión de Calidad.	MGC-DG-01
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
Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
NOM168-SSA1-1998 del expediente clínico.	No Aplica

7.0 Registros.

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO
Formato Diagnóstico	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	No Aplica
Expediente Clínico	5 años	Personal Médico	# de Expediente
Reporte	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de Oficio

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	49. Procedimiento para Educación de la Salud	Hoja 357 de 510

8.0 Glosario.

8.1 Educación para la Salud: Cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten

9.0 Cambios de Esta Versión.

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

10.0 Anexos.

No Aplica.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	

50. PROCEDIMIENTO PARA LA BIBLIOHEMEROTECA

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	Hoja 359 de 510

1.0 Propósito.

1.1 Dotar al personal Médico, paramédico, administrativo y estudiantes en general interesados en publicaciones periódicas y libros, que requieren estar adecuadamente organizados para que puedan utilizarlos en beneficio de su preparación académica. La Bibliohemeroteca cuenta con acervo abierto, para facilitar la consulta y ahorrar tiempos en trámites.

2.0 Alcance.

2.1 A nivel Interno este procedimiento aplica a todo el personal interesado en realizar consultas académicas dentro del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

3.0 Políticas de Operación, normas y lineamientos.

3.1 Los diferentes servicios con que cuenta la Bibliohemeroteca serán otorgados a toda persona que así lo solicite.

:

El horario es el siguiente: lunes a viernes de 7:00 a 18:00 Horas.

3.2 Todo usuario deberá registrarse en el módulo de vigilancia situado a la entrada de la Bibliohemeroteca.

3.3 Se permite pasar con libros, tesis, publicaciones periódicas propias, manifestando a la entrada y con su contraseña correspondiente, la cual será devuelta a la salida.

3.4 Queda estrictamente prohibido:

- Entrar con comida, bebidas, bultos, paquetes, bolsas. Portafolios, etc., debiendo dejarlos en el mostrador de la entrada.
- Fumar.
- Hablar en voz alta.
- Calcar gráficas o figuras.
- Hacer apuntes sobre los libros o revistas.
- Hacer personalmente reproducciones o fotografías.
- Escribir a máquina.

3.5 Para salvar su responsabilidad el lector que reciba una publicación mutilada o manchada, deberá hacerlo notar inmediatamente a la persona encargada del servicio.

3.6 Las publicaciones en proceso de adquisición, registro, catalogación, encuadernación o reproducción, no se puede consultar.

3.7 No hay préstamo a domicilio, sin excepción alguna, en caso contrario se le llamara la atención al jefe del centro de información.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	Hoja 360 de 510

3.8 Las personas o instituciones con las que se tenga convenio interbibliotecario no podrán sacar ningún material de la Bibliohemeroteca, solo consultarlo en sala y/o fotocopiarlo.

3.9 Los Médicos Residentes pueden obtener en forma gratuita hasta 100 fotocopias mensualmente, 50 otorgándoles el papel y el resto lo tendrán que traer ellos mismos, en caso de que el usuario no pertenezca al instituto deberá pagar el servicio de fotocopiado de acuerdo a la tarifa establecida.

3.10 El costo de las fotocopias será fijado por el departamento

3.11 El Médico residente que egresa, entregará en ésta área un ejemplar de su tesis y presentará oficio de egreso para firma de la Jefatura de la Bibliohemeroteca.

3.12 El área de fotocopiado deberá informar mensualmente el número de copias realizadas, así como el ingreso por este concepto.

3.13 Asimismo, el área de Hemeroteca deberá formular un reporte estadístico de asistencia a la Bibliohemeroteca, del número de consultas, usuarios de revistas, usuarios de libros y fotocopias.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
		50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	

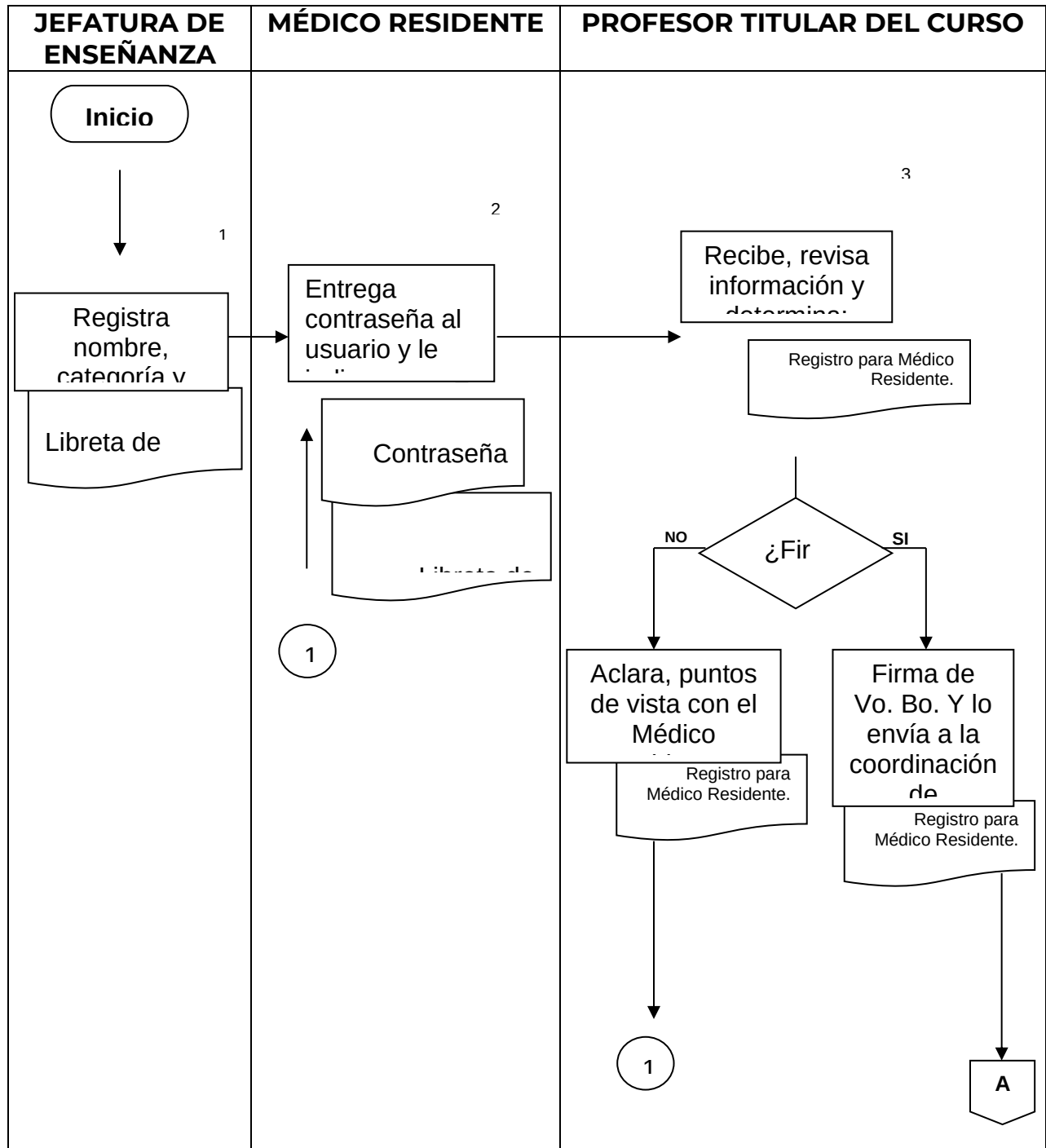
4.0 Descripción del Procedimiento.

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Registro	1.1 Registra sus datos personales en la libreta del módulo de vigilancia: Nombre. Categoría. Servicio.	Usuario.
2.0 Entrega de Contraseña	2.1 Entrega contraseña al usuario y le indica que puede pasar al servicio de Bibliohemeroteca.	Bibliohemeroteca.
3.0 Información	3.1 Solicita información al personal de la Biblioteca.	Usuario.
4.0 Proporciona Información.	4.1 Verifica existencia de información solicitada y determinada: ¿Existe información? No. Indica al usuario que no tiene información sobre el tema solicitado. Si. Proporciona información del catálogo, del Kárdex automatizado o directamente del acervo de la Bibliohemeroteca	Bibliohemeroteca.

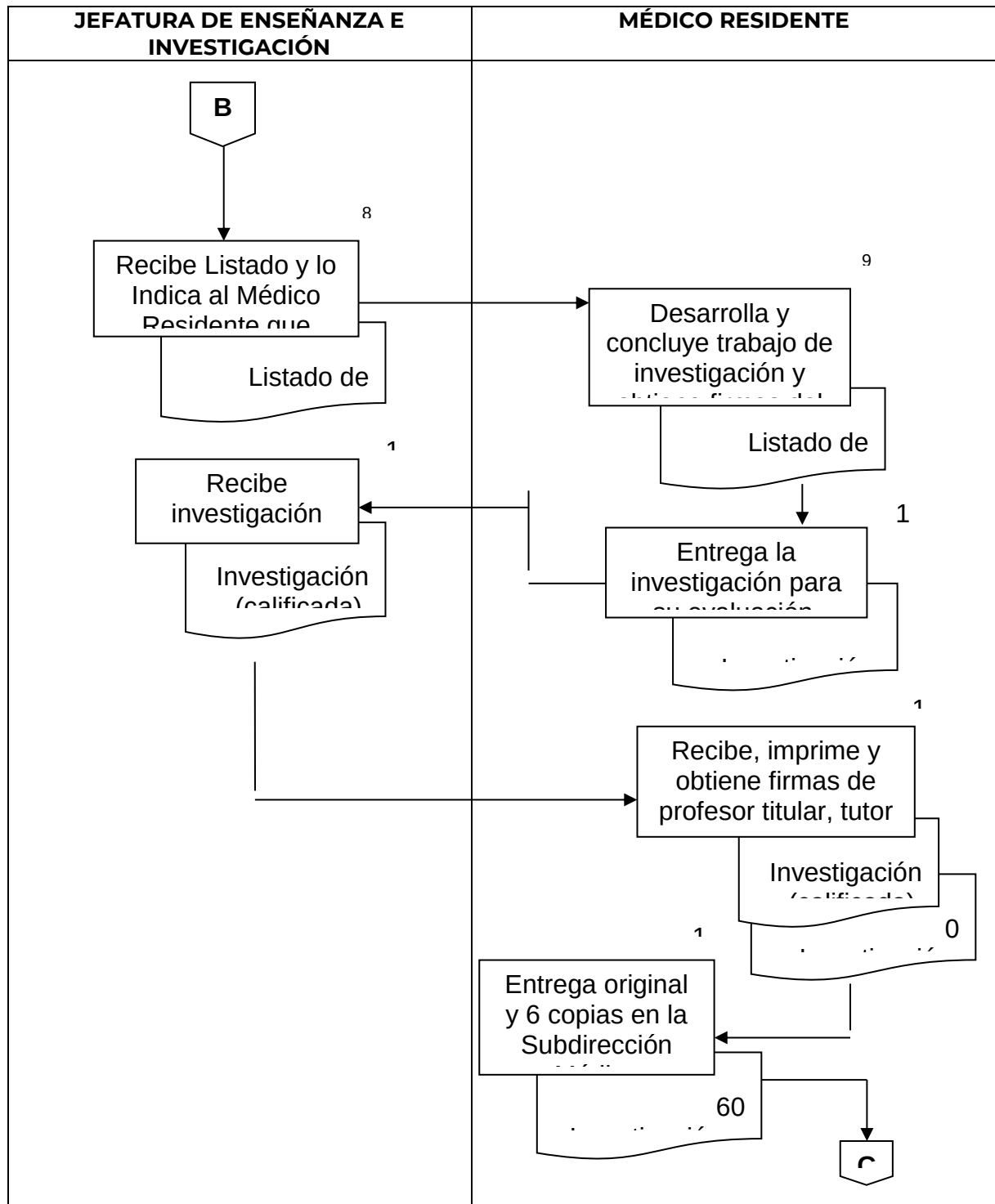
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	Hoja 362 de 510

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Ingreso de acervo.	5.1 Ingresa al acervo de la Bibliohemeroteca y consulta en sala de libros, de revista o en ambas y determina la necesidad de fotocopiado de la información ¿Necesita fotocopiado? No. Toma apuntes de la información necesaria y entrega documentos solicitados Si. Acude al área de fotocopiado con el documento necesario y solicita fotocopias.	Usuario
6.0 Solicitud para Fotocopiado	6.1 Recibe solicitud del usuario para fotocopiar documentos e indica el costo del servicio	Bibliohemeroteca
7.0 Realiza el fotocopiado	7.1 Contabiliza el número de hojas y solicita al usuario el pago correspondiente	Bibliohemeroteca
8.0 Realiza Pago	8.1 Efectúa el pago del servicio de fotocopiado y recibe sus fotocopias.	Usuario
9.0 Administración de ganancias	9.1 Recibe pago correspondiente y elabora diariamente relación de cobros efectuados y fotocopias realizadas.	Bibliohemeroteca
10.0 Registro de Salida	10.1 Registra salida en la libreta del módulo de vigilancia.	Bibliohemeroteca

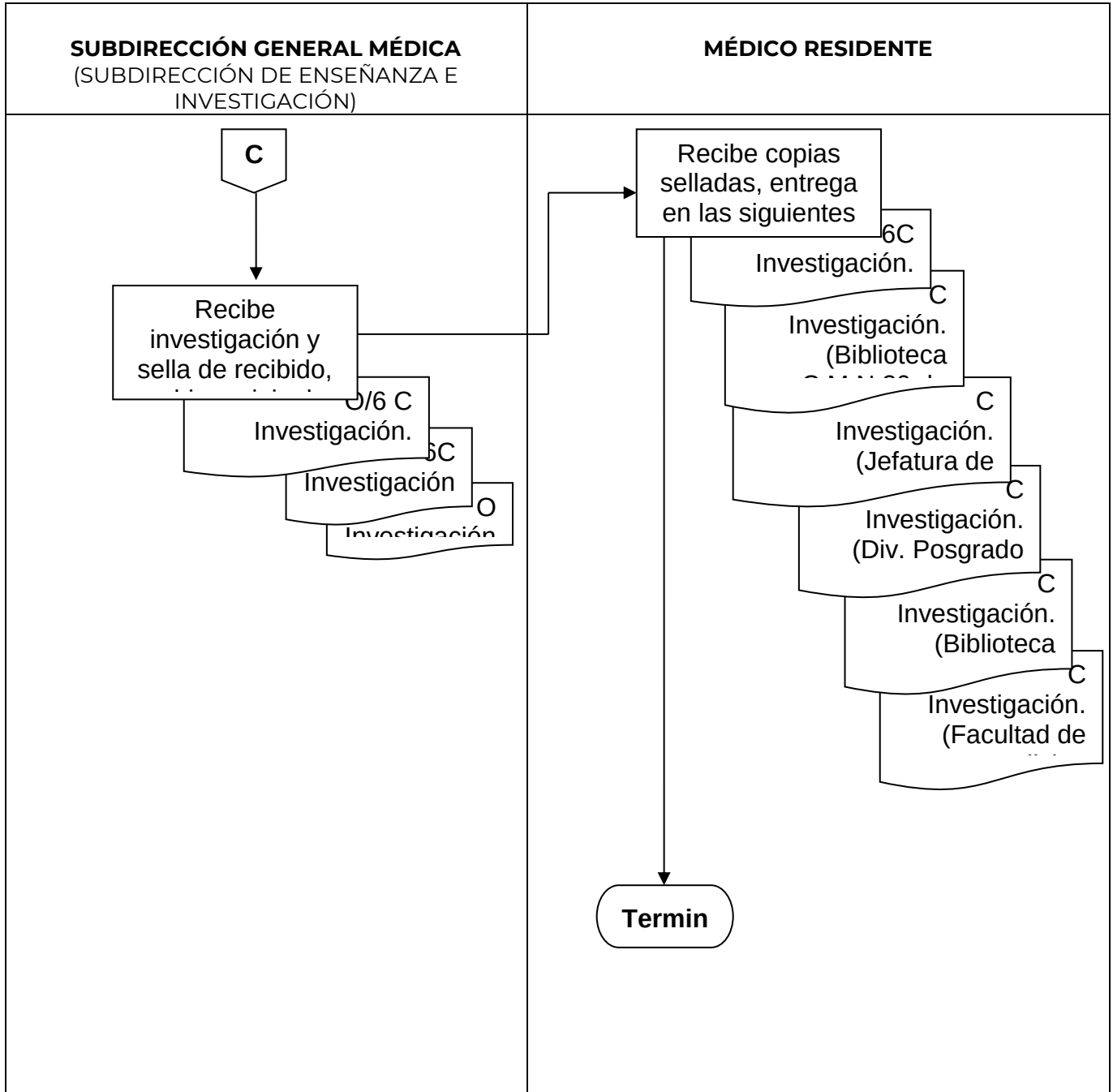
5.0 Flujograma.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN		
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca		Hoja 364 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	Hoja 365 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	Hoja 366 de 510

6.0 Documentos de Referencia.

DOCUMENTO	CÓDIGO (CUANDO APLQUE)
Manual de Gestión de Calidad.	MGC-DG-01
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
Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	No Aplica
NOM168-SSA1-1998 del expediente clínico.	No Aplica

7.0 Registros.

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO
Formato Diagnóstico	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	No Aplica
Expediente Clínico	5 años	Personal Médico	Número de Expediente
Reporte	5 años	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Número de Oficio

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	
	50. Procedimiento para la Bibliohemeroteca	Hoja 367 de 510

8.0 Glosario.

8.1 Hemeroteca: Una hemeroteca es un edificio, sala, o página web donde se guardan, ordenan, conservan y clasifican diarios, revistas y otras publicaciones periódicas de prensa escrita, archivados para su consulta. También se refiere a la colección o conjunto de diarios, revistas y otras publicaciones periodísticas en un documento específico.

9.0 Cambios de Esta Versión.

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

10.0 Anexos.

No Aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Específico	Hoja 368 de 510

51. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Específico	Hoja 369 de 510

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, evitando 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 Enfermería, 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 autoridad correspondiente determinada por IMSS-BIENESTAR.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 1.1 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Específico	Hoja 370 de 510

- 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 autoridad correspondiente.
 - 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.
- 1.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de supervisar la aplicación de lineamientos emitidos por la autoridad correspondiente para la elaboración y difusión de los Manuales de Organización para las diversas áreas que integran el Hospital.
- 1.3 La persona titular de la Coordinación 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Específico	Hoja 371 de 510

1.4 La autoridad correspondiente determinada por IMSS-BIENESTAR será responsable de:

- Proporcionar 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, en caso de así considerarlo dentro de sus atribuciones, el Manual de Organización a través de verificar la congruencia entre la estructura, funciones y actividades pertinentes para el desarrollo administrativo de la unidad.

1.5 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Específico		Hoja 372 de 510

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	Recibe oficio, revisa funciones y determina	Oficio
	3	Procede: No: Informa que no se tienen modificaciones, Termina procedimiento.	
	4	Si: Elabora oficio con las funciones, adecuaciones o modificaciones a las mismas, revisa y envía.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5	Recibe, revisa descripción de funciones de las áreas y de ser necesario coordina entrevista a fin de aclarar dudas.	
	6	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.

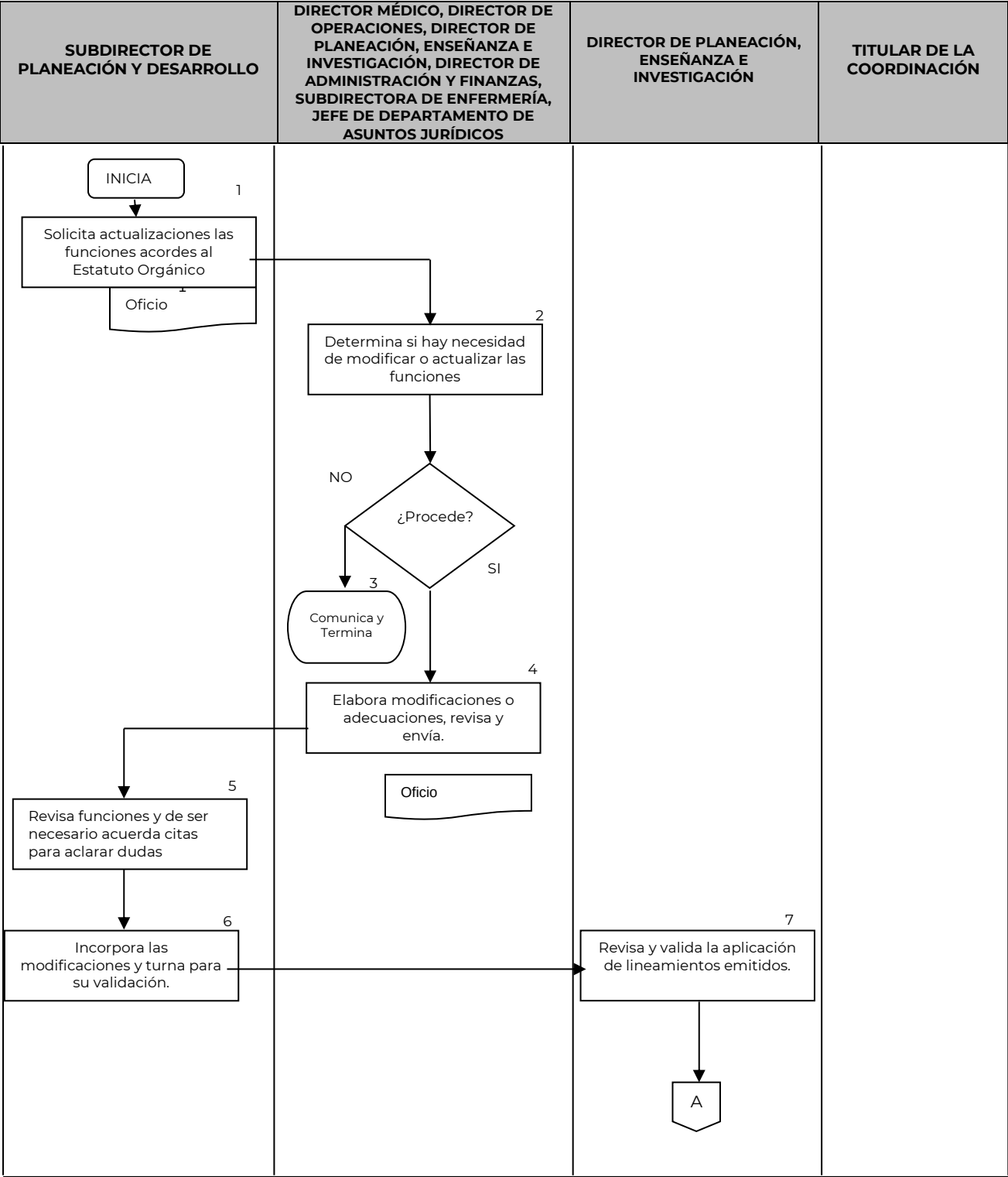
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Especifico		Hoja 373 de 510

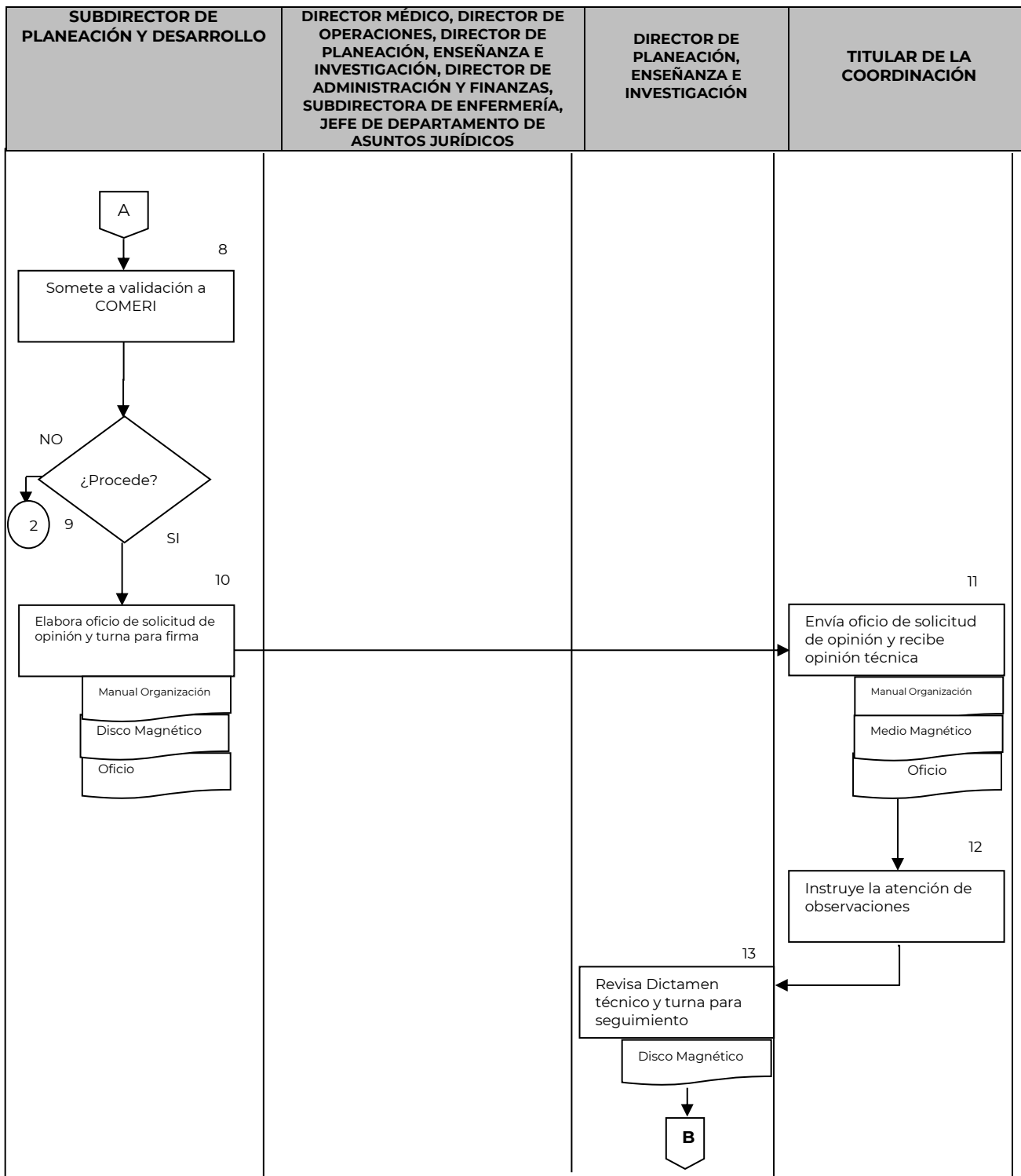
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Procede: No. Determina que no cumple con Lineamientos, y se envía para notificación o corrección a las áreas. Regresa a Actividad 2.	
	10	Sí. Válida y continua con el procedimiento. Elabora oficio de envío de Manual de Organización Especifico para su envío a la Instancia Correspondiente encargada de validación, turna a Titular de la Coordinación para firma	
Titular de la Coordinación	11	Envía oficio de solicitud de opinión para la instancia correspondiente 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:	Dictamen Técnico
	15	No. Revisa recomendaciones efectuados al mismo, regresa actividad 2.	
	16	Sí. Prepara información para Titular de la Coordinación al a fin de solicitar autorización ante la Junta de Gobierno o Instancia Correspondiente, en caso aplicable	

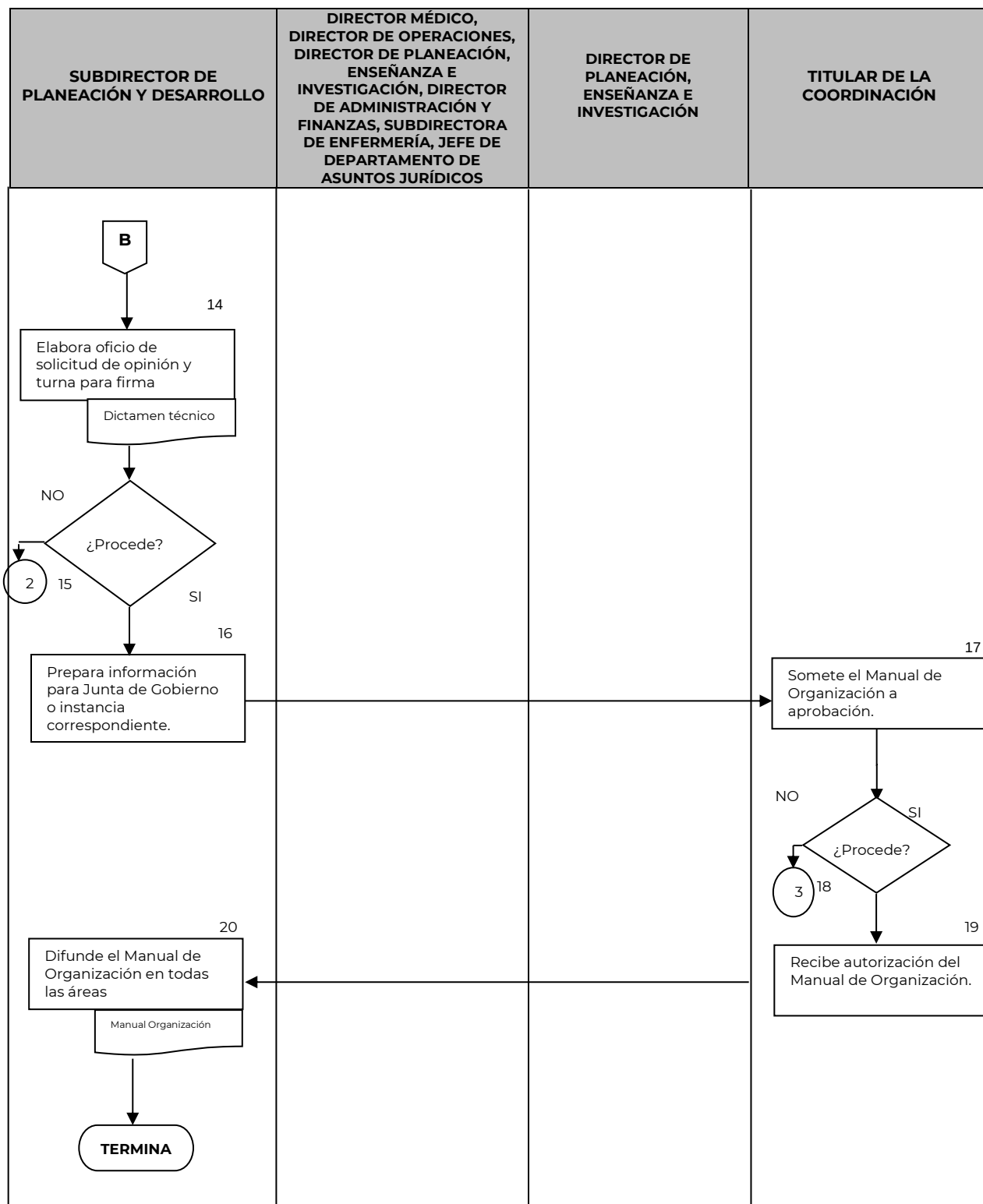
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Especifico	Hoja 374 de 510

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Titular de la Coordinación	17	Somete el Manual de Organización Especifico del Hospital para aprobación en la Junta de Gobierno o Instancia correspondiente, en caso aplicable	
	18	Procede:	
	19	No. Recibe recomendaciones efectuados al mismo, regresa actividad 2. 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







 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	51. Procedimiento para la Elaboración y Actualización del Manual de Organización Específico	Hoja 378 de 510

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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 379 de 510

52. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 380 de 510

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 Titular de la Coordinación, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, a la Subdirección de Planeación y Desarrollo y Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Enfermería, Jefatura de Asuntos Jurídicos.
- 2.2 A Nivel Externo: el presente procedimiento aplica autoridad correspondiente determinada por IMSS-BIENESTAR.

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 381 de 510

- 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 autoridad correspondiente determinada por IMSS-BIENESTAR.
- 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 Secretaría 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 los contenidos 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 382 de 510

- Actualización, derivado de la mejora continua como consecuencia de la mejora de la gestión o de las mejores prácticas.
 - Actualización derivada 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 autoridad correspondiente determinada por IMSS-BIENESTAR será responsable de:
- Proporcionar 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 383 de 510

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	Recibe respuesta de las áreas con la descripción de sus procedimientos y	Procedimientos
	7	Elabora documento con la información proporcionada	
	8	Coordina citas y/o envía a las observaciones a las áreas correspondientes.	
	9	Incorpora comentarios vertidos a los 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.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 384 de 510

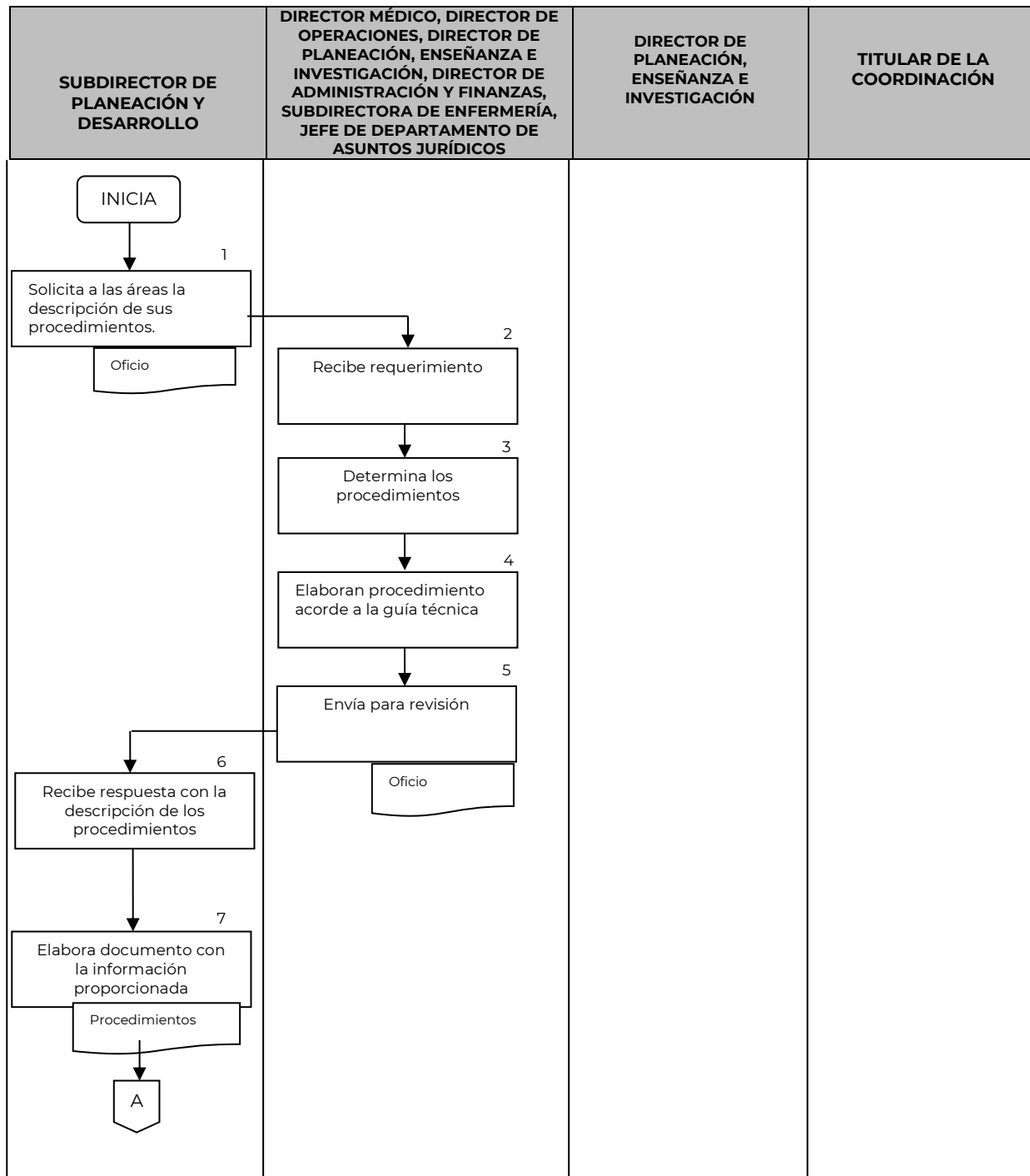
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo		¿Procede?:	
	12	NO: Emite comentarios realizados por el COMERI Regresa a actividad 4.	
	13	SI.: Recibe Vo.Bo del COMERI e Imprime documento definitivo.	
	14	Envía a instancia correspondiente, en caso de ser aplicable, 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 Titular de la Coordinación.	Manual de Procedimientos
	17	Elabora oficio para el envío del Manual de Procedimientos General para opinión técnica de la instancia correspondiente	
	18	Recaba firma de Titular de la Coordinación y envía el Manual de Procedimientos mediante oficio a la instancia correspondiente, adjunta archivos en CD y recaba acuse de recibo.	-Oficio

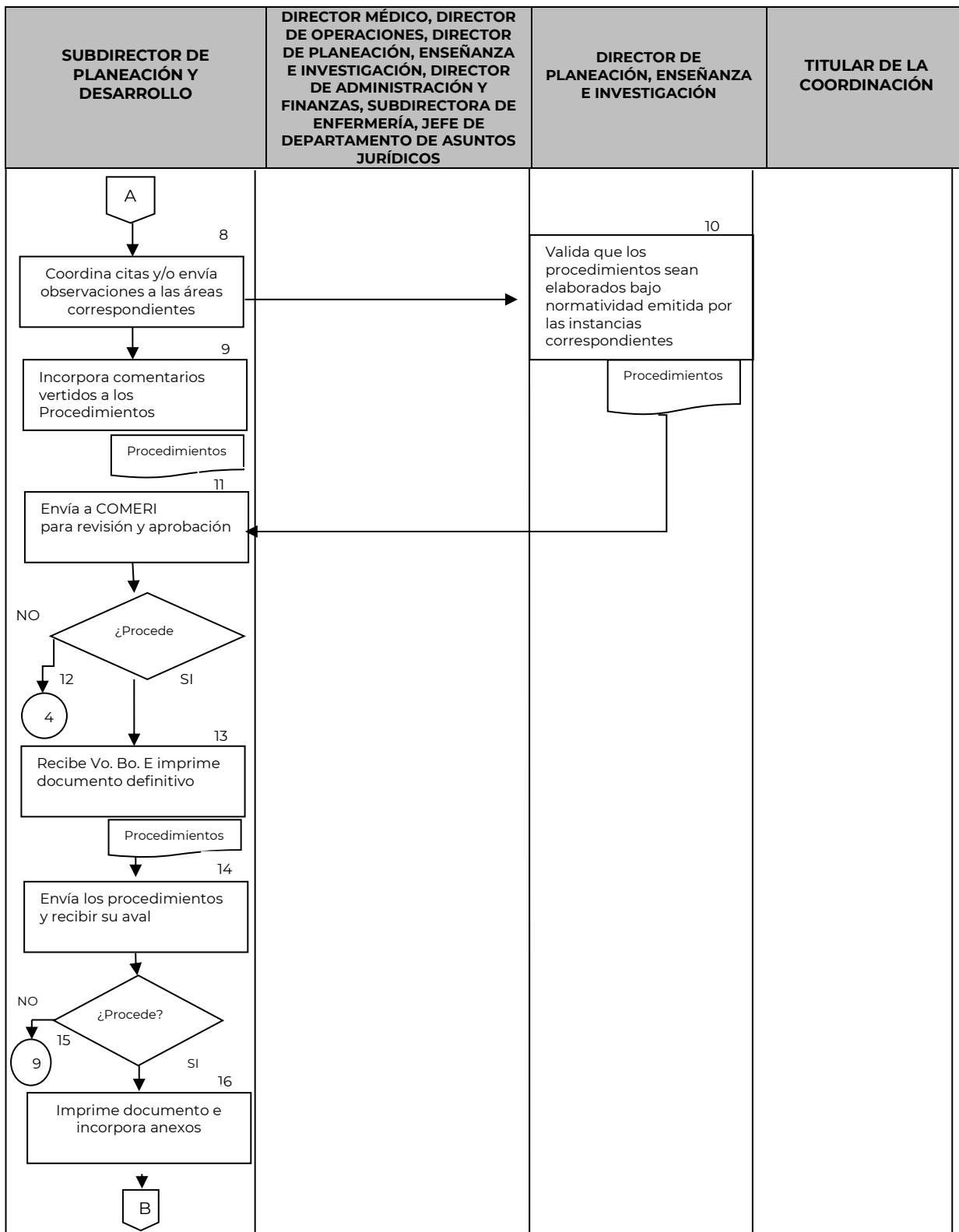
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 385 de 510

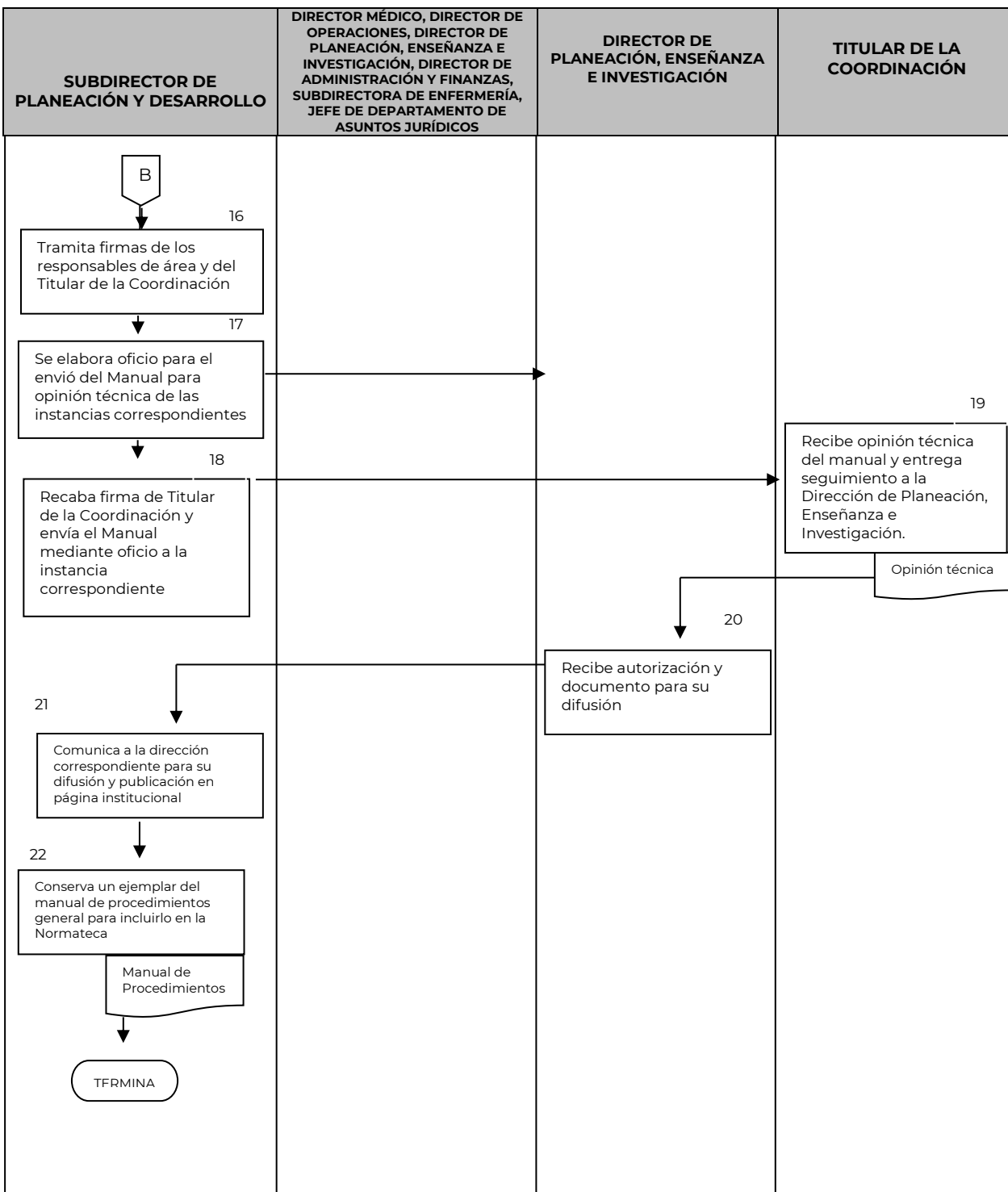
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Titular de la Coordinación	19	Recibe de la instancia correspondiente la opinión técnica al Manual de Procedimientos General así como a un ejemplar del mismo y entrega a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y a Subdirección de Planeación y Desarrollo para su seguimiento.	Opinión técnica
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	20	Recibe autorización y documento para su difusión.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	21	Comunica a la Dirección Correspondiente para su difusión y realiza publicación en página institucional	Manual de Procedimientos
	22	Conserva un ejemplar del Manual de Procedimientos General para incluirlo en la Normateca .	
TERMINA			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.		Hoja 386 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO







 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 389 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	52. Procedimiento para la Elaboración y Actualización de los Manuales de Procedimientos.	Hoja 390 de 510

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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua	Hoja 391 de 510

53. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION DE INDICADORES PARA LA MEJORA CONTINUA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua	Hoja 392 de 510

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 el/la Titular de la Coordinación, 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 Coordinación 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua		Hoja 393 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

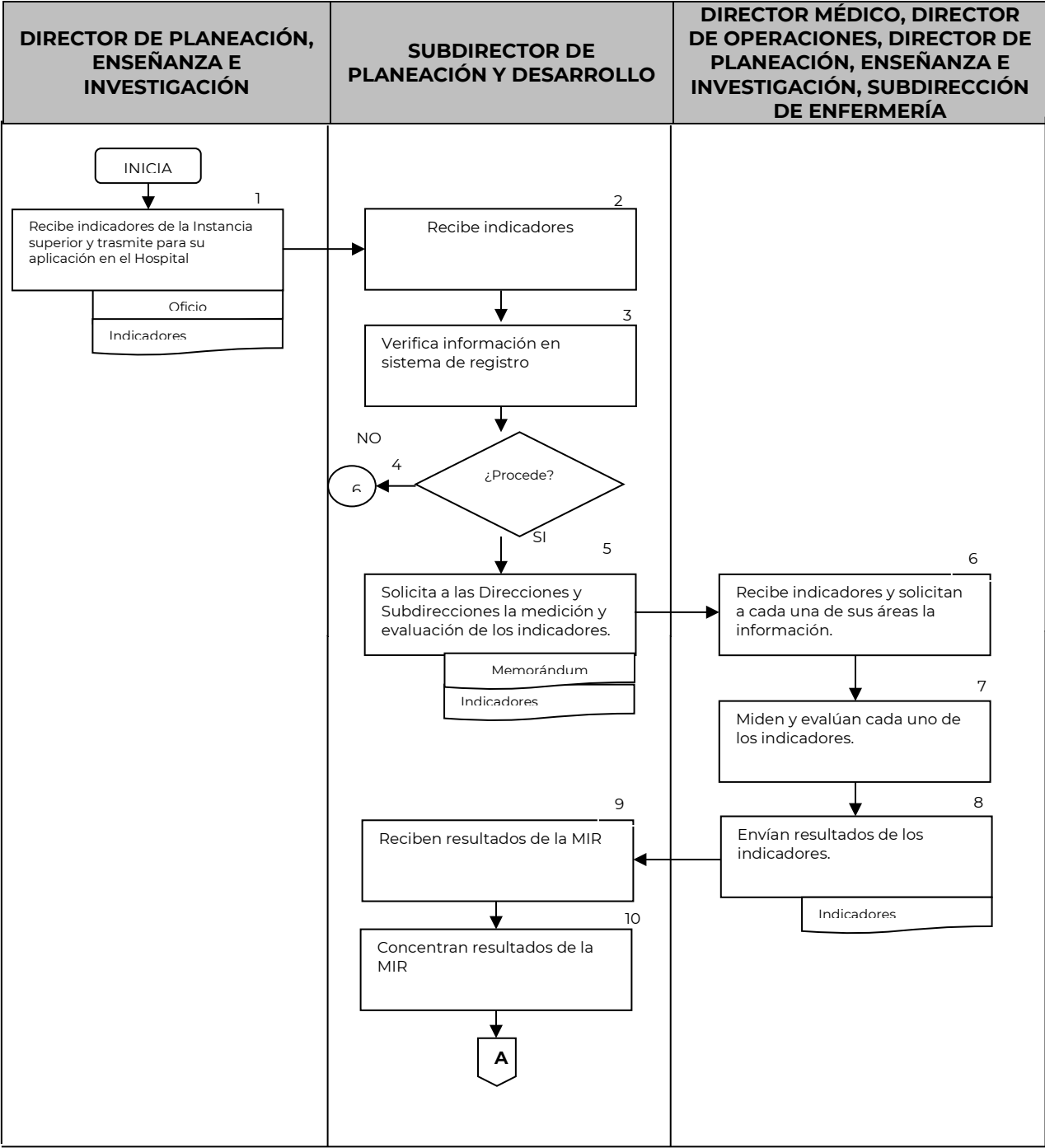
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	1	Recibe indicadores de la instancia superior y transmite listado de indicadores de productividad, desempeño y gestión para su aplicación en el Hospital Regional de Alta Especialidad	Oficio Indicadores
Subdirector de Planeación y Desarrollo	2	Recibe los indicadores.	Memorándum Indicadores
	3	Verifica que indicadores pueden ser alimentados con información del sistema o archivos de registro	
	4	¿El sistema contiene toda la información? No: Determina que la información está incompleta, Regresa actividad 3	
	5	Si: Solicita a las Direcciones y Subdirecciones de área, la medición y evaluación de los mismos de manera mensual, trimestral o según sea requerido..	
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e investigación, Subdirección de Enfermería	6	Reciben indicadores y solicitan a cada una de sus áreas dependientes la medición y evaluación de los indicadores.	Indicadores
	7	Miden y evalúan los indicadores.	
	8	Envían resultados a la Subdirección de Planeación y Desarrollo.	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Recibe indicadores.	Resultado y análisis de los Indicadores
	10	Elabora concentrado de la matriz de indicadores, con los datos correspondientes.	
	11	Realiza análisis de los resultados y son enviados a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.	
	12	Envía los resultados de los indicadores a instancia correspondiente y a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua	Hoja 394 de 510

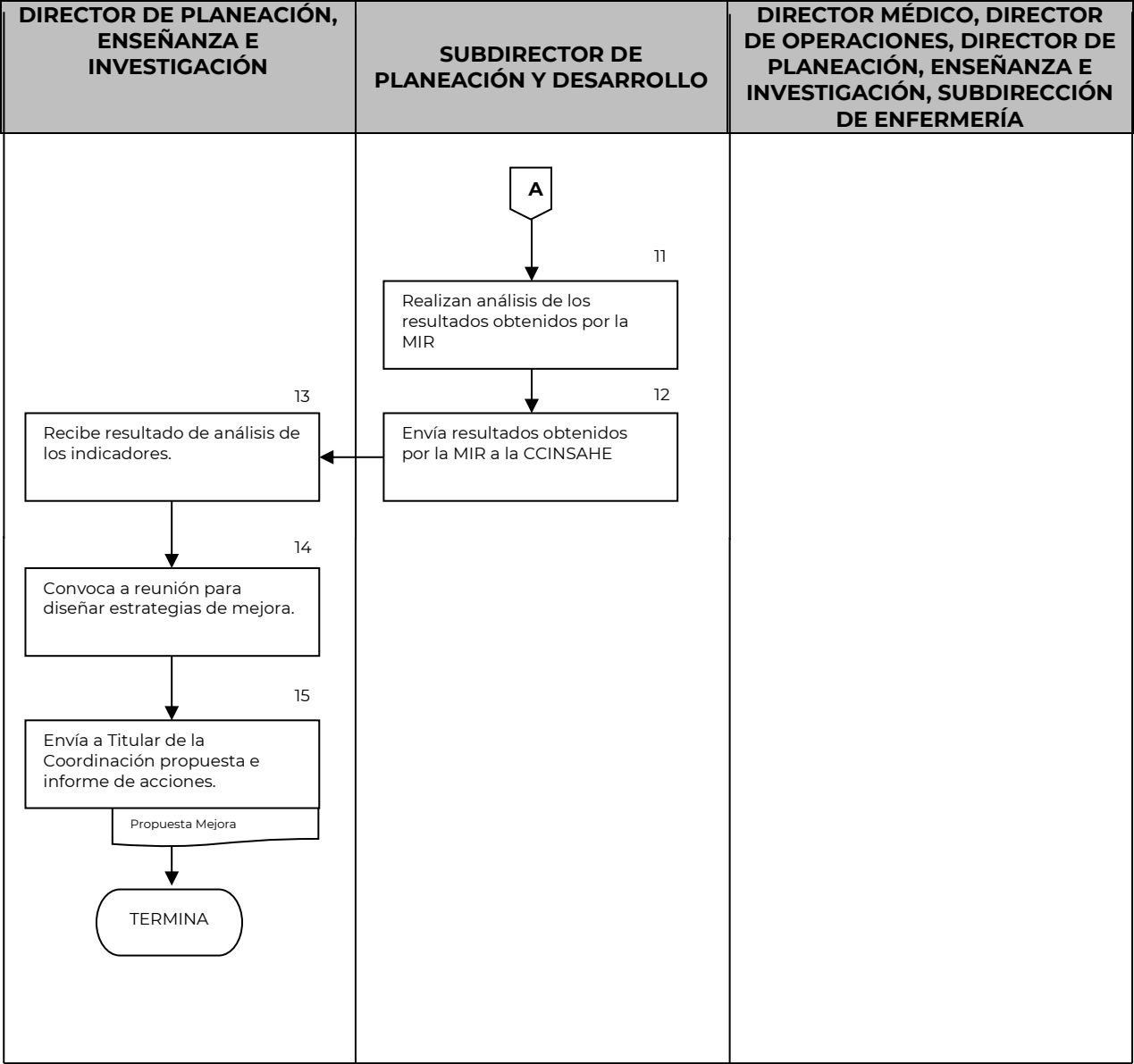
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	13	Recibe resultado y análisis de indicadores.	Propuestas de mejora de indicadores
	14	Convoca a reunión para diseñar estrategias de mejora de indicadores	
	15	Envía a titular de la Coordinación informe de acciones emprendidas.	Propuesta de mejora y de acciones a emprender
		TERMINA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua	Hoja 395 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua	Hoja 396 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	53. Procedimiento para la Evaluación de Indicadores para la Mejora Continua	Hoja 397 de 510

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 Instancia Superior Correspondiente	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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 398 de 510

54. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 399 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 400 de 510

- 3.7 La Subdirección de Planeación y Desarrollo, tramitará, ante la SHCP o autoridad correspondiente, 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 401 de 510

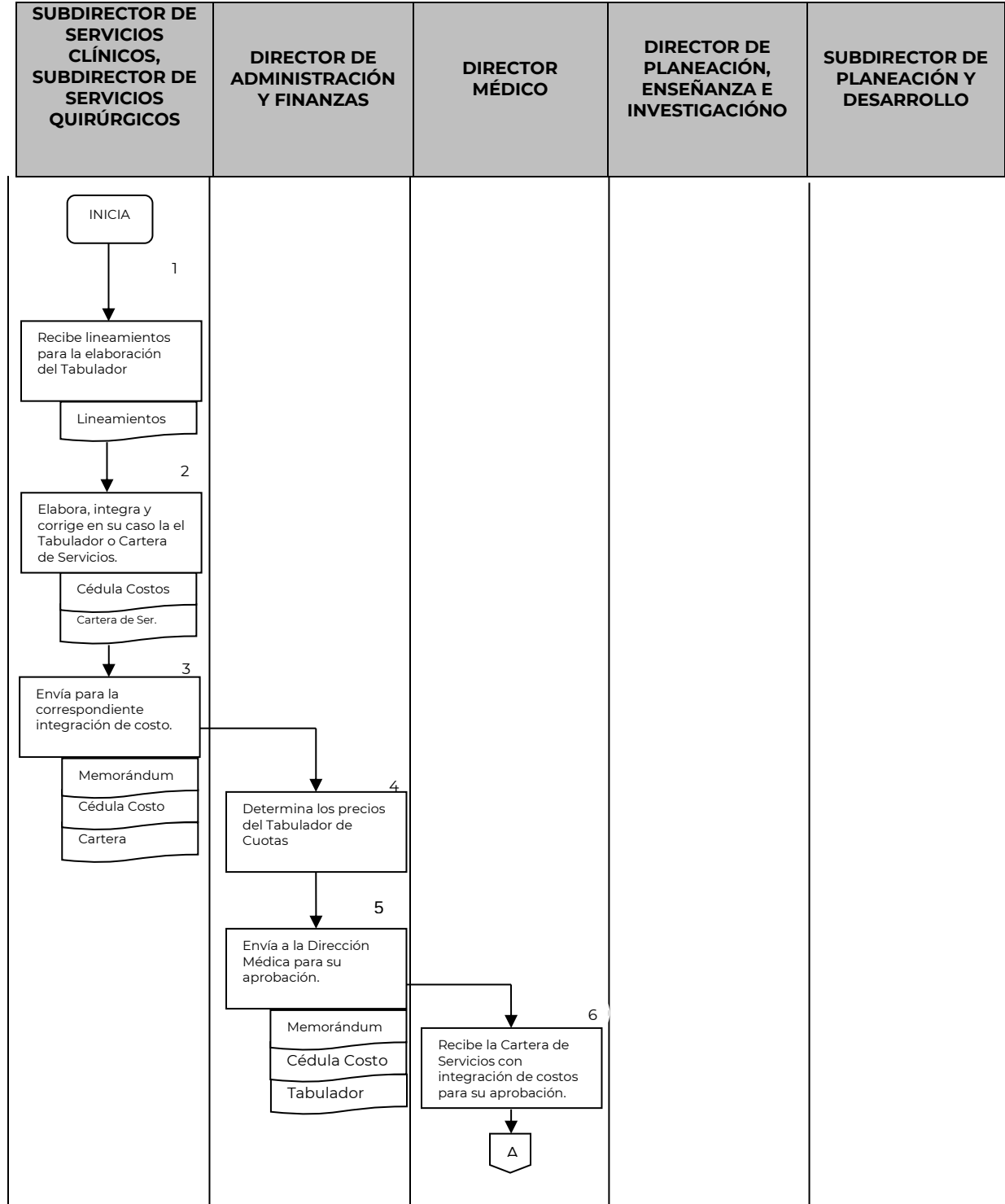
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

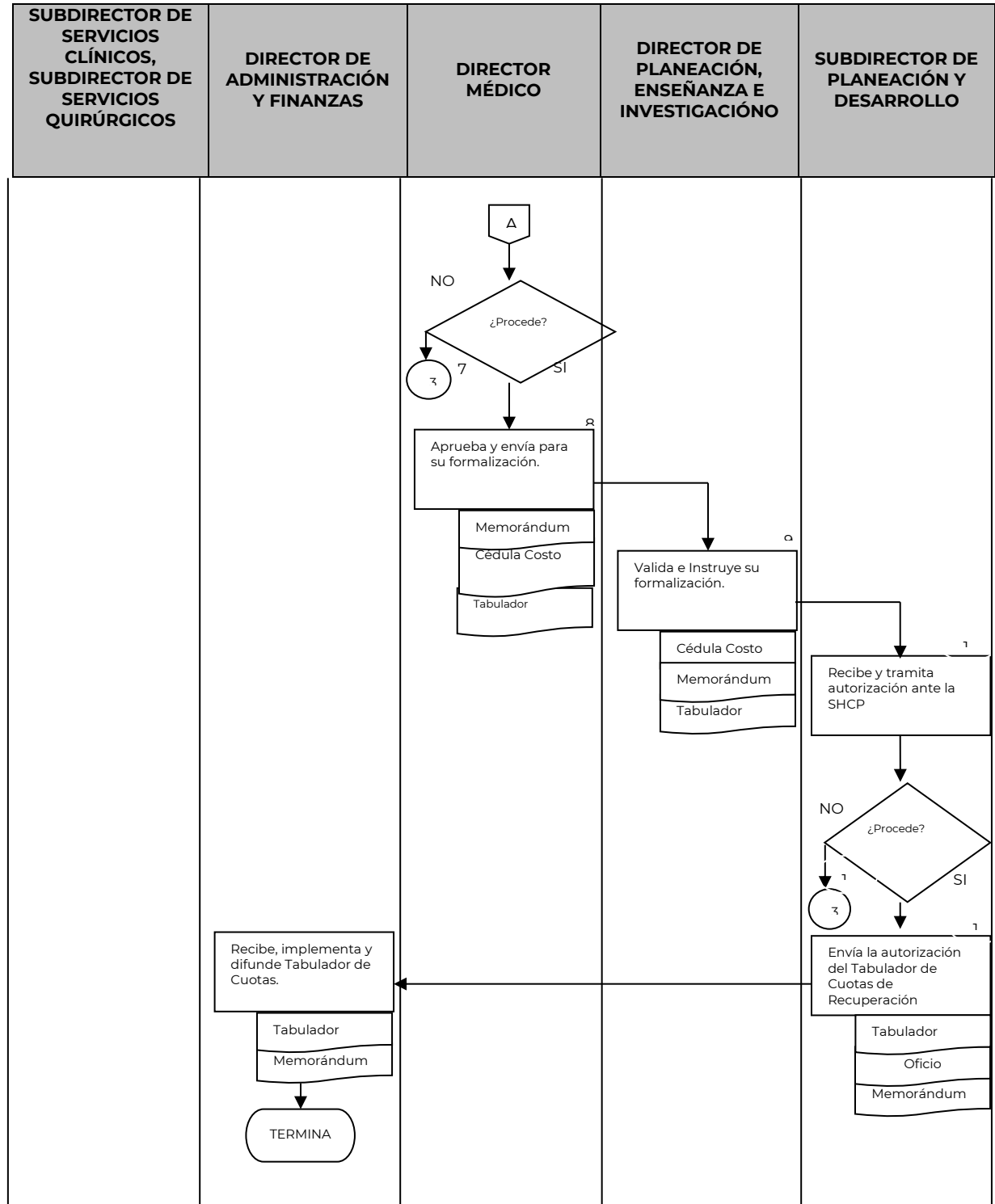
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector Servicios Quirúrgicos y Subdirector de Servicios Clínicos	1	Recibe lineamientos de la Dirección Médica y turna a los médicos para la realización y actualización del tabulador de cuotas	Memorándum . Lineamientos.
	2	Elaboran en conjunto con el personal operativo (Médicos adscrito), integra Y corrige tabulador.	Memorándum. Cedula de Integración del Costo
	3	Envía a la Dirección de Administración y Finanzas las cedulas de integración del Costo.	Cartera de servicios.
Director de Administración y Finanzas.	4	Determina los precios para el tabulador de cuotas de recuperación.	Memorándum. Cedula de Costos
	5	Envía a la Dirección Médica para su aprobación.	Cartera de servicios.
Director Médico	6	Recibe para aprobación el tabulador. Procede:	Memorándum. Cedula de Integración del Costo Cartera de servicios.
	7	NO: Analizar la información presentada y determina que no está completa. Regresa a la actividad 3	
	8	SI: Aprueba y envía para que la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación realice el trámite de aprobación ante la SHCP.	
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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 402 de 510

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	11	Procede: NO: Revisa observaciones y tramita su corrección. Regresa a la actividad 3	
	12	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





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 405 de 510

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. 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 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	54. Procedimiento para la Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación	Hoja 406 de 510

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	55. Procedimiento para la Implementación de Estrategias para la certificación del Hospital	Hoja 407 de 510

55. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	55. Procedimiento para la Implementación de Estrategias para la certificación del Hospital	Hoja 408 de 510

1. PROPOSITO

Establecer estrategias para lograr la certificación/acreditación 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, a través de la Gestoría de Calidad, en la certificación/acreditación 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, a través de la Gestoría de Calidad, será responsable de dar a conocer y aplicará la Cedula de Autoevaluación a cada una de las áreas del hospital.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	55. Procedimiento para la Implementación de Estrategias para la certificación del Hospital		Hoja 409 de 510

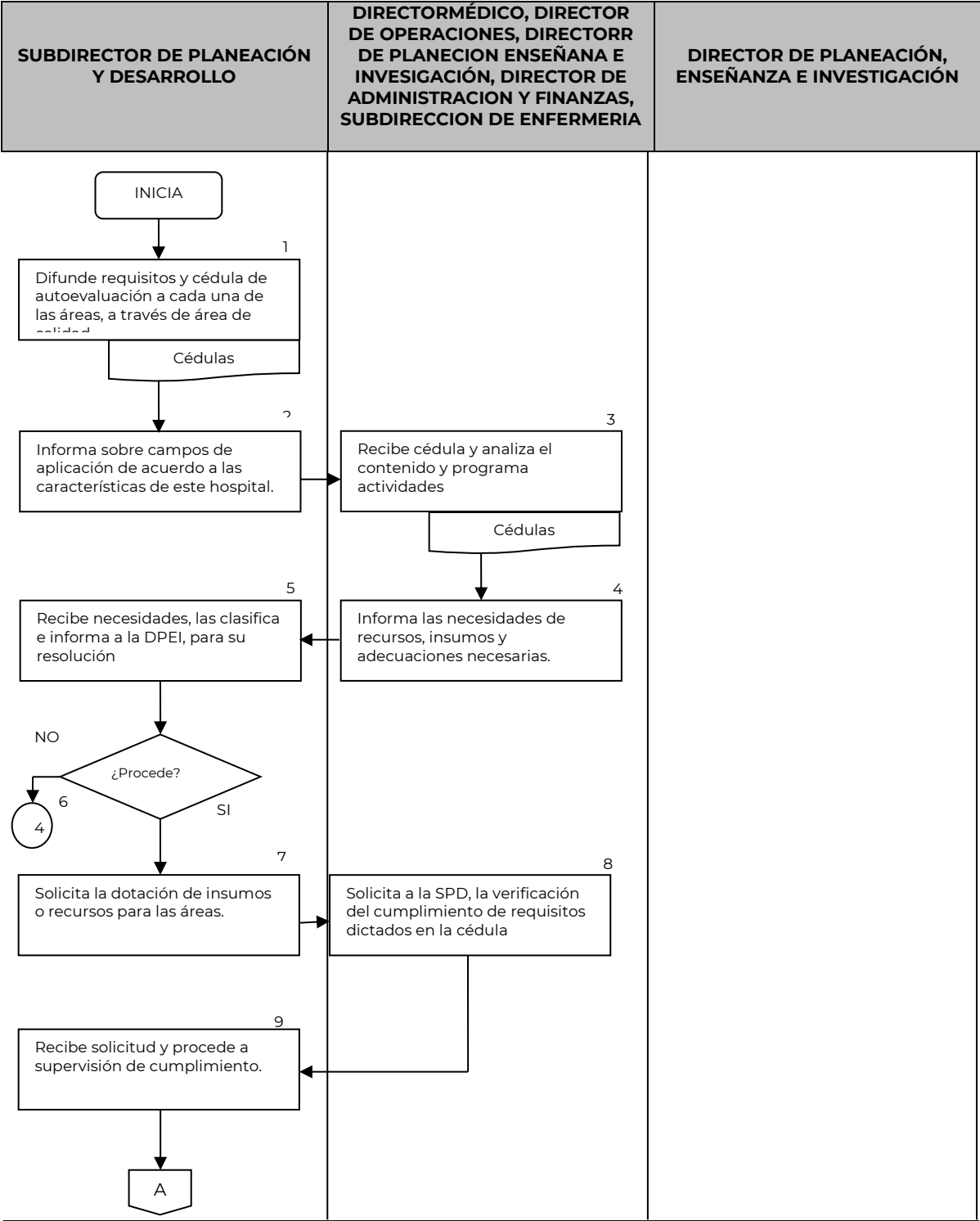
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

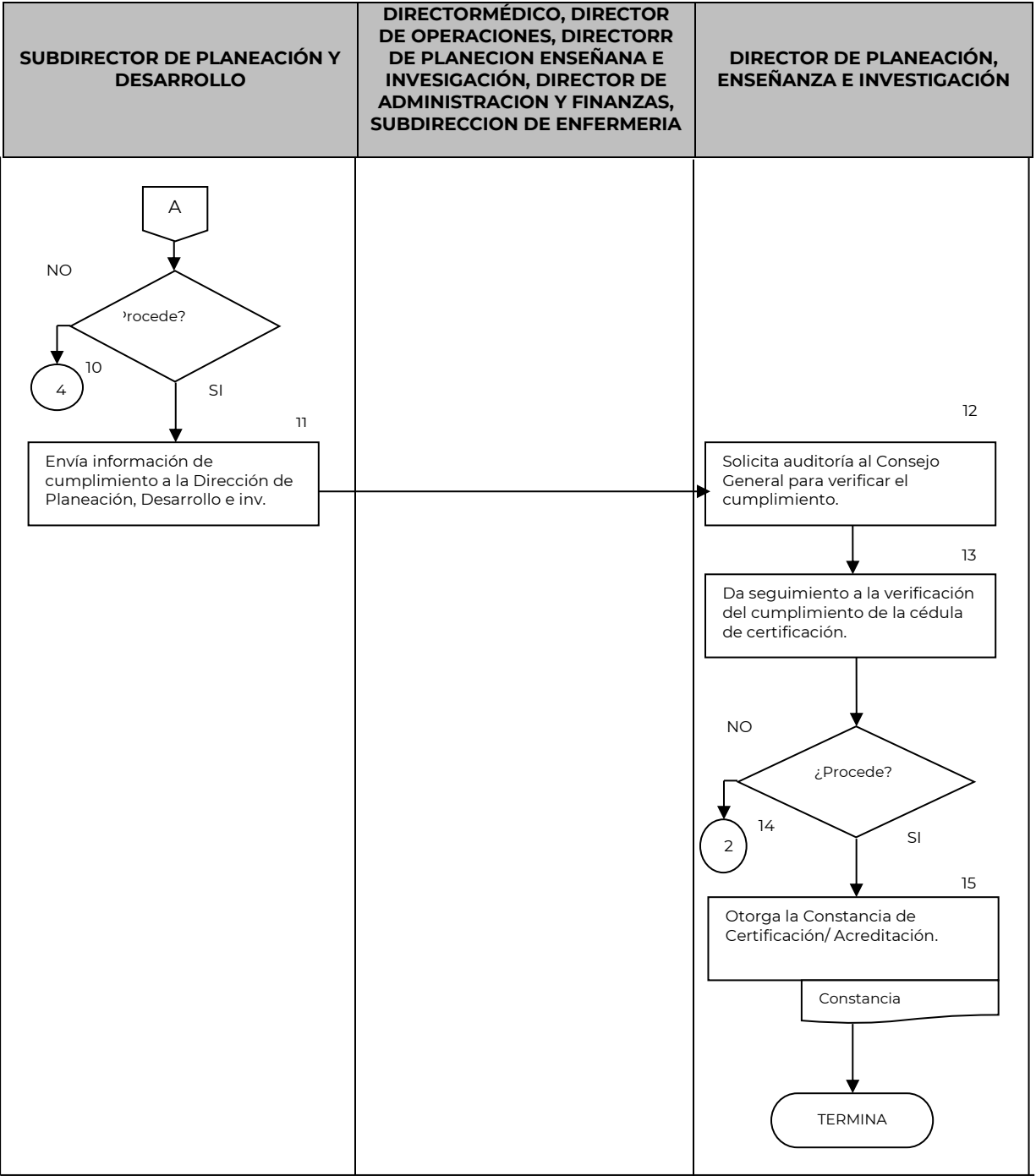
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Document o o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	1	Difunde a través del área de calidad, requisitos y cédula de auto evaluación a cada una de las áreas	Cédula de autoevaluación
	2	Informa sobre campos de aplicación y los exentos de acuerdo a las 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, a través del área de calidad, las necesidades de recursos, insumos, bienes faltantes y/o adecuaciones necesarias	
Subdirector de Planeación y Desarrollo	5	Recibe necesidades el área de calidad, 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, a través del área de calidad, la verificación del cumplimiento de requisitos dictados en la cédula	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	55. Procedimiento para la Implementación de Estrategias para la certificación del Hospital		Hoja 410 de 510

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Planeación y Desarrollo	9	Recibe solicitud y área de calidad 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/acreditación
	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





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	55. Procedimiento para la Implementación de Estrategias para la certificación del Hospital	Hoja 413 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	55. Procedimiento para la Implementación de Estrategias para la certificación del Hospital	Hoja 414 de 510

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	56. Procedimiento para la Conformación de Proyectos, Planes y Programas de Trabajo	Hoja 415 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	56. Procedimiento para la Conformación de Proyectos, Planes y Programas de Trabajo	Hoja 416 de 510

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 Titular de la Coordinación, 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 Enfermería 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 del Titular de la Coordinación:

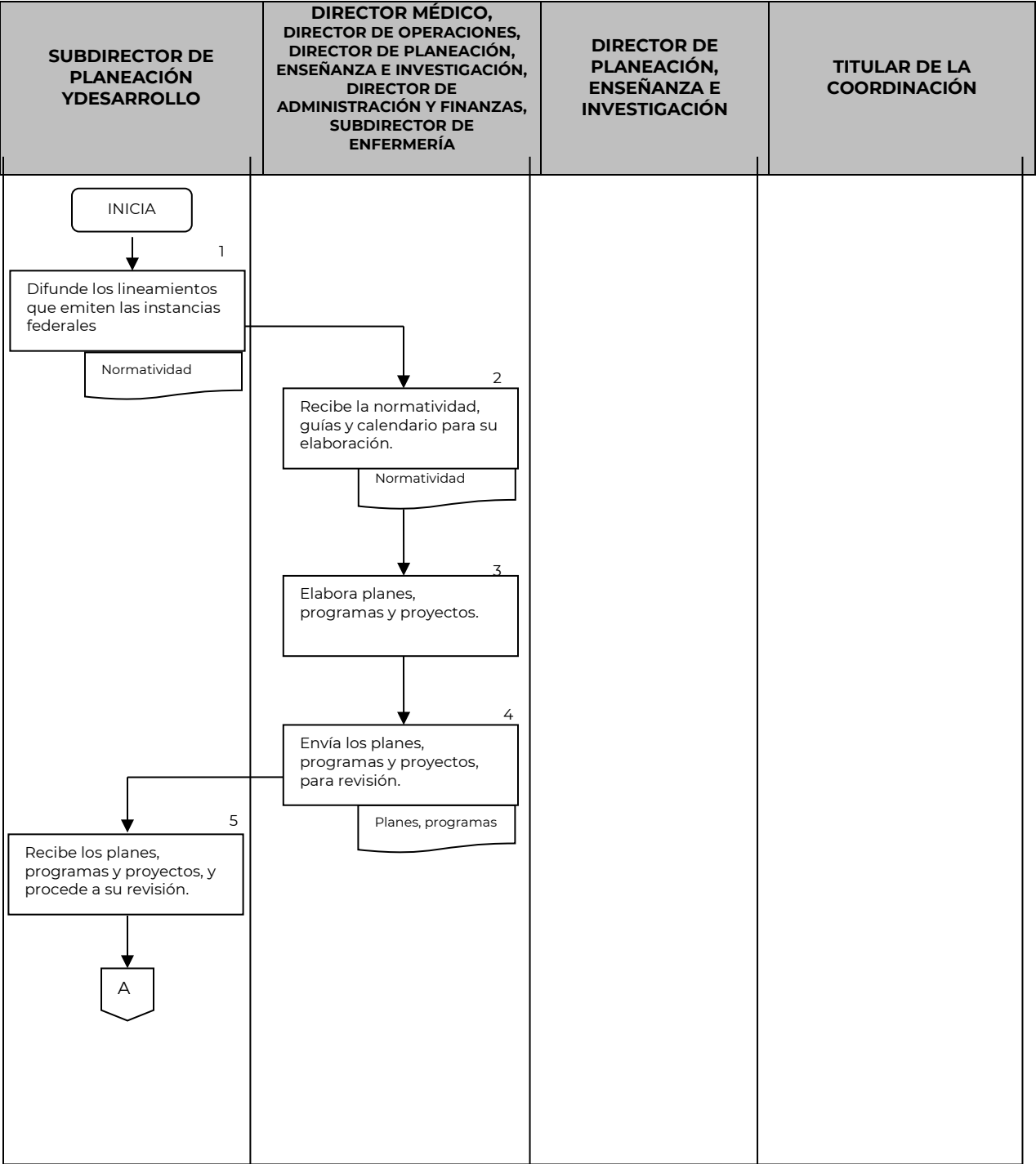
- Autorizar los proyectos, planes y programas de trabajo de las diferentes áreas.

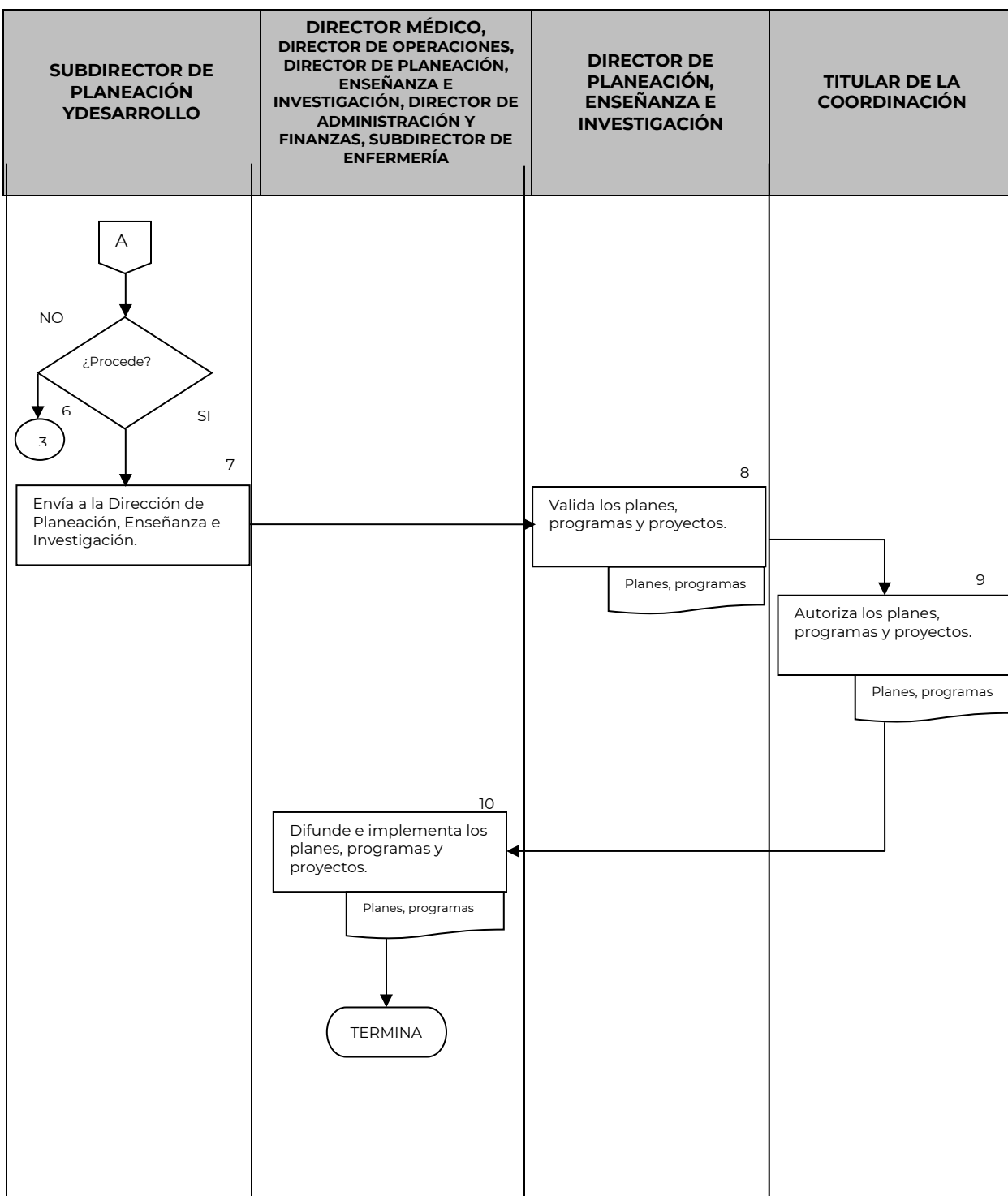
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	56. Procedimiento para la Conformación de Proyectos, Planes y Programas de Trabajo	Hoja 417 de 510

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	
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: Integra Programa de Trabajo Institucional y 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
Titular de la Coordinación	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





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	56. Procedimiento para la Conformación de Proyectos, Planes y Programas de Trabajo	Hoja 420 de 510

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 Específico 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	56. Procedimiento para la Conformación de Proyectos, Planes y Programas de Trabajo	Hoja 421 de 510

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	57. Procedimiento para la Generación y Validación de la Información Estadística Hospitalaria	Hoja 422 de 510

57. PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA HOSPITALARIA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	57. Procedimiento para la Generación y Validación de la Información Estadística Hospitalaria	Hoja 423 de 510

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

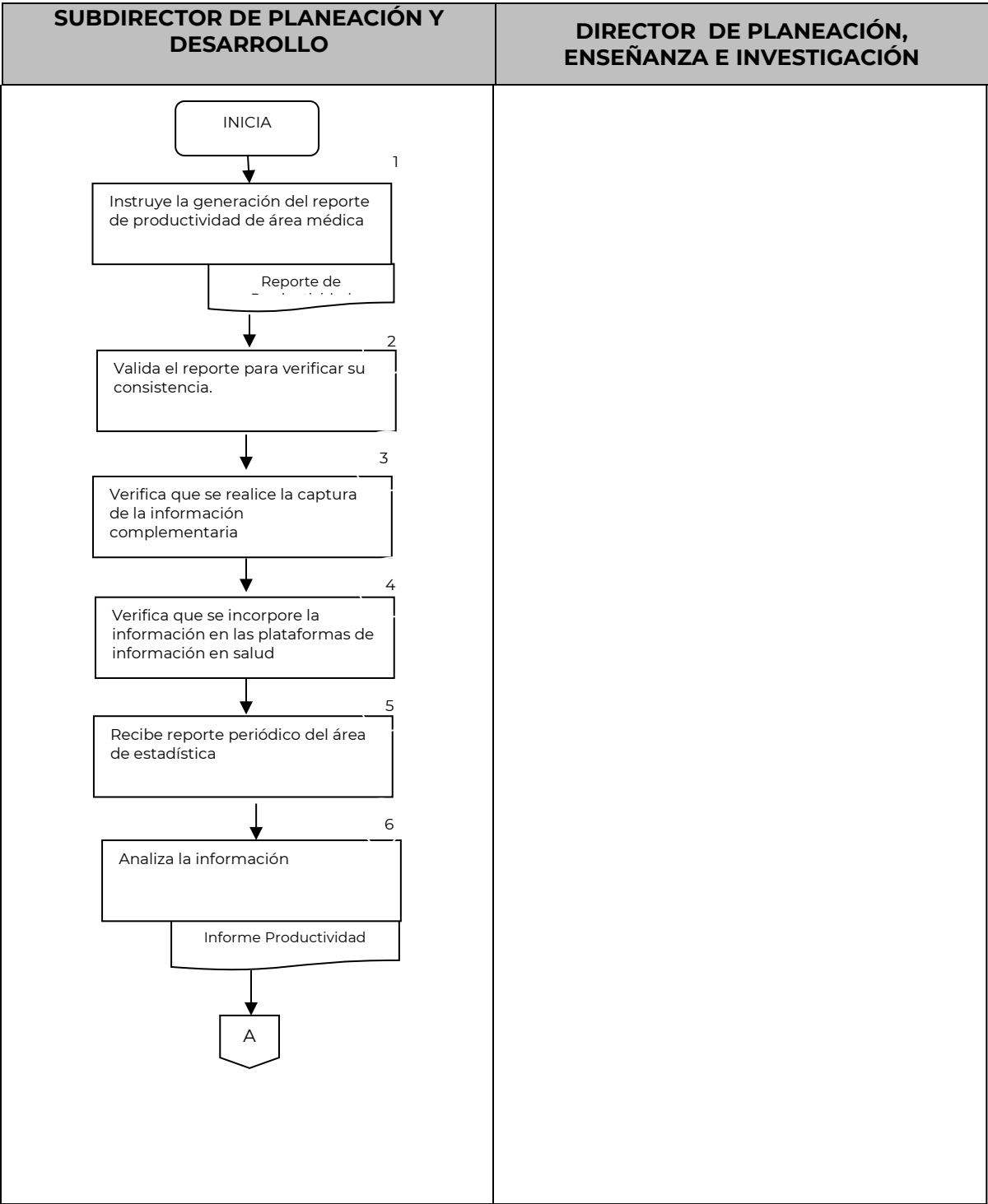
- 3.1 La Subdirección de Planeación y Desarrollo a través del área de estadística será la responsable de:
- 3.2 Generar y verificar la información estadística hospitalaria.
- 3.3 La Subdirección de Planeación y Desarrollo será la responsable de:
- 3.4 Revisar la información estadística hospitalaria
- 3.5 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de:
- 3.6 Validar la información estadística de manera mensual.

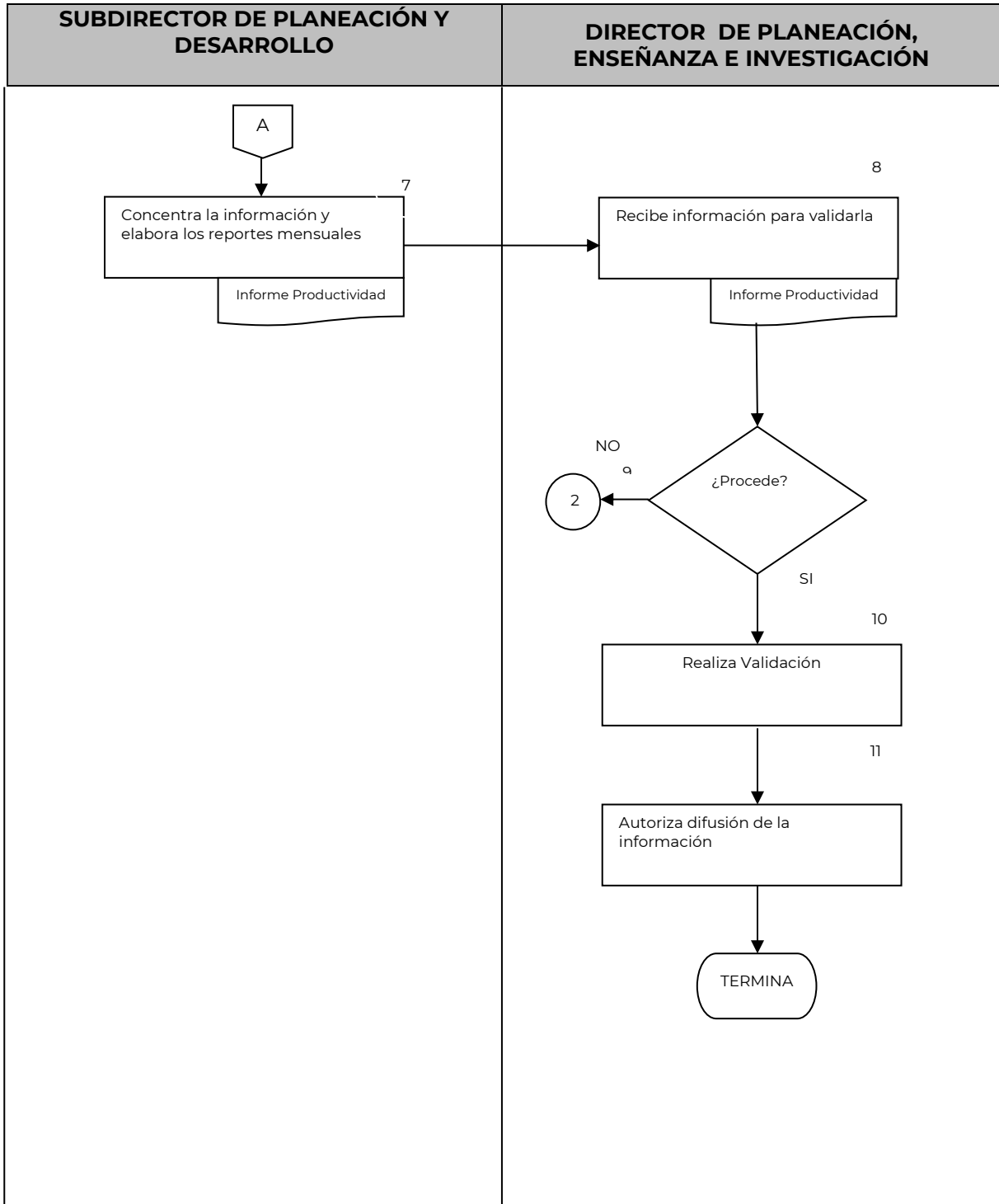
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	57. Procedimiento para la Generación y Validación de la Información Estadística Hospitalaria	Hoja 424 de 510

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 productividad del área médica del Sistema de Registro	Reporte Productividad

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	57. Procedimiento para la Generación y Validación de la Información Estadística Hospitalaria	Hoja 427 de 510

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 Tasa de mortalidad por causas.- se define como el número de muertes que ocurren por la causa entre la población total.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	57. Procedimiento para la Generación y Validación de la Información Estadística Hospitalaria	Hoja 428 de 510

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	58. Procedimiento para la Atención a Solicitudes de Informes Estadísticos.	Hoja 429 de 510

58. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A SOLICITUDES DE INFORMES ESTADÍSTICOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	58. Procedimiento para la Atención a Solicitudes de Informes Estadísticos.	Hoja 430 de 510

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

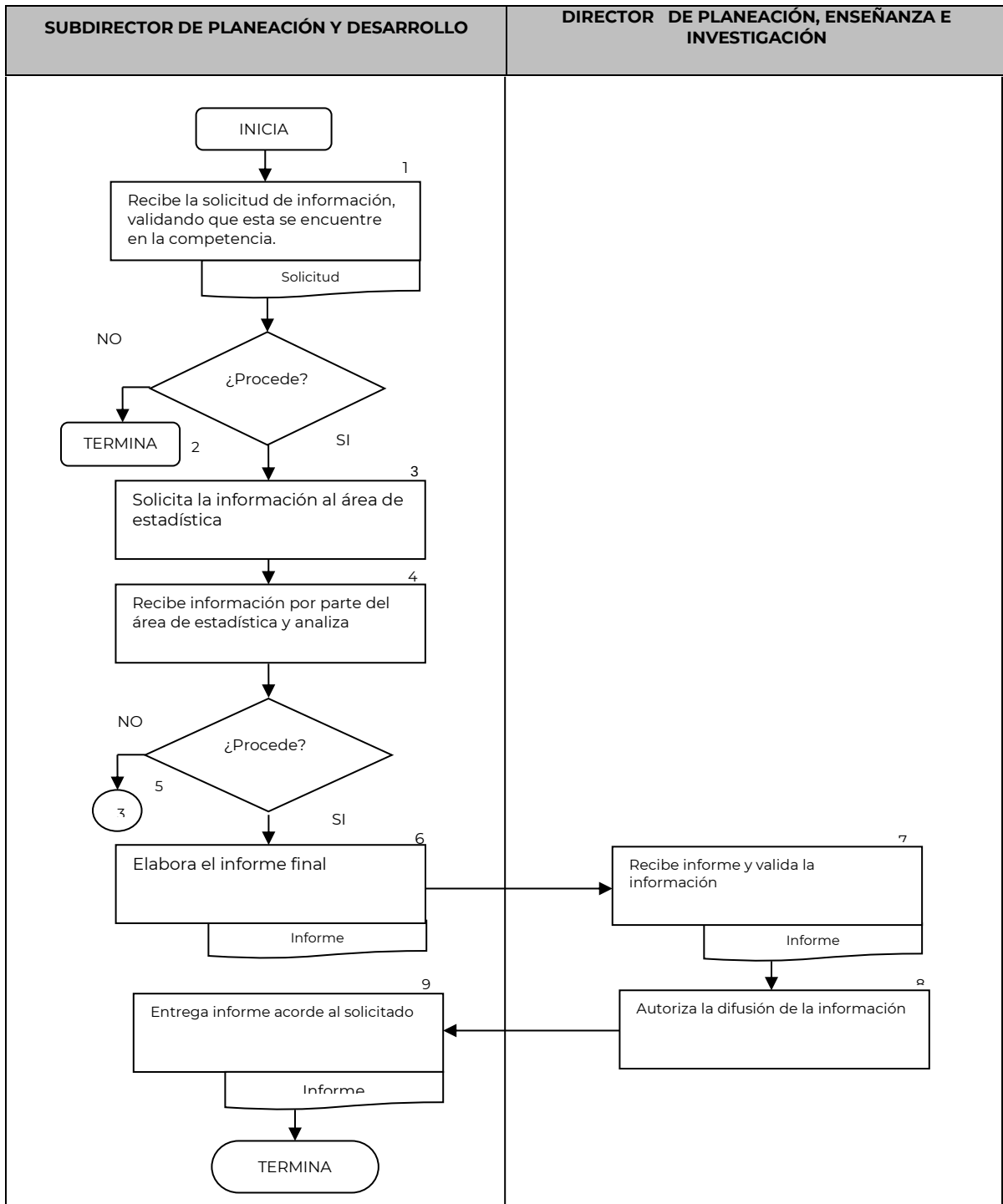
- 3.1 Será responsabilidad de las diferentes áreas del Hospital o de las instancias gubernamentales o privadas:
 - Solicitar de manera formal la información estadística que requiera del Hospital, así como del periodo que comprenda dicho informe con la debida antelación para su autorización y dar oportunidad 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 o electrónica 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	58. Procedimiento para la Atención a Solicitudes de Informes Estadísticos.	Hoja 431 de 510

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
	2	¿Procede? 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

1. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	58. Procedimiento para la Atención a Solicitudes de Informes Estadísticos.	Hoja 433 de 510

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 Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	59. Procedimiento para la Actualización de la Plataforma de SINERHIAS	Hoja 434 de 510

59. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA DE SINERHIAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	59. Procedimiento para la Actualización de la Plataforma de SINERHIAS	Hoja 435 de 510

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

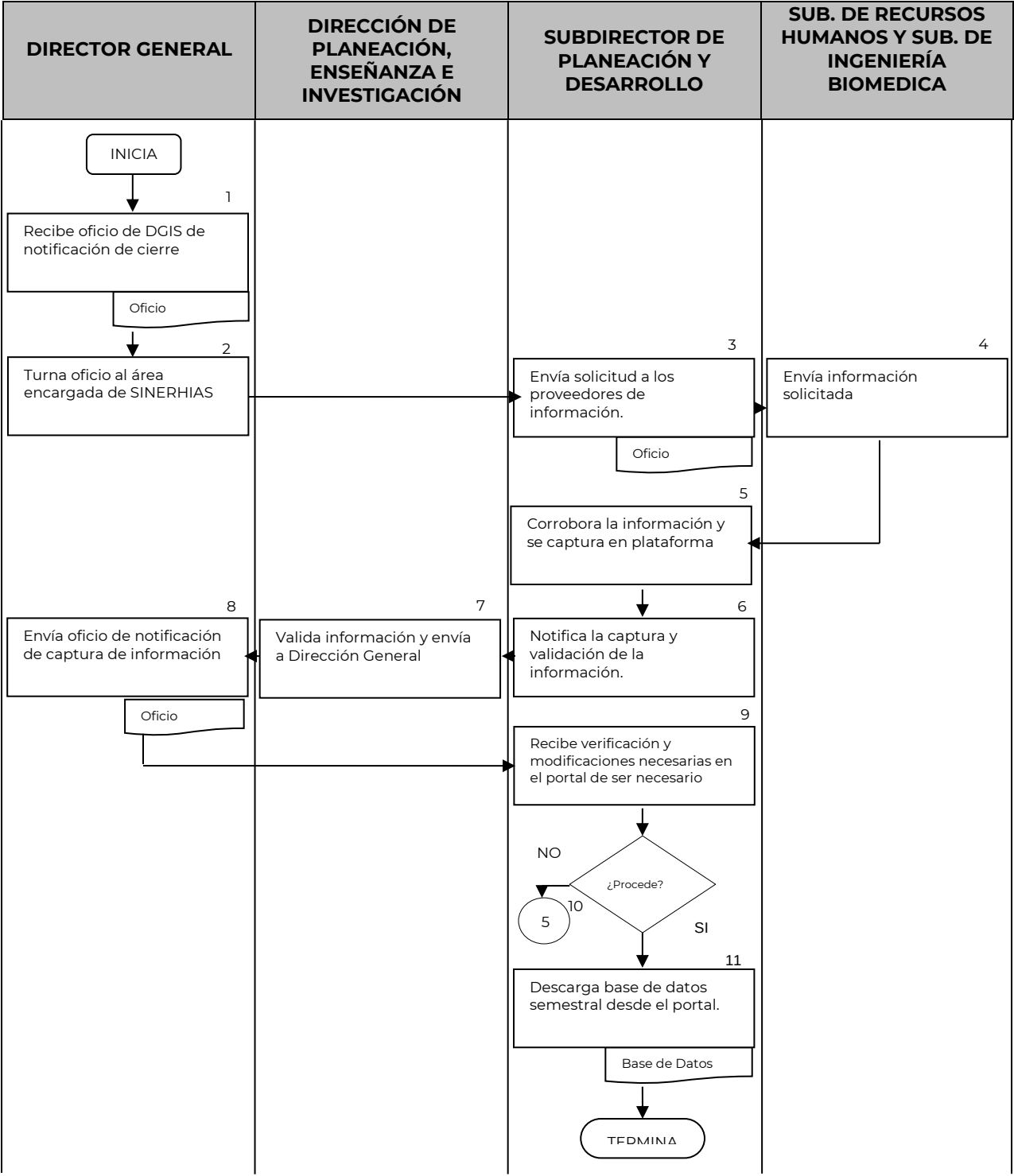
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud:
 - Emitir los lineamientos de operación de este subsistema, que tendrán por objeto establecer las políticas generales, los procesos y procedimientos que deberán observar las personas involucradas en el proceso de actualización 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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD GUANAJUATO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
		SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
		59. Procedimiento para la Actualización de la Plataforma de SINERHIAS		

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	Corroborar 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.	Base de datos
		¿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			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	59. Procedimiento para la Actualización de la Plataforma de SINERHIAS	Hoja 438 de 510

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico 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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD GUANAJUATO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
		SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
		59. Procedimiento para la Actualización de la Plataforma de SINERHIAS	

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	60. Procedimiento para la elaboración del boletín informativo del Hospital	Hoja 440 de 510

60. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN INFORMATIVO DEL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	60. Procedimiento para la elaboración del boletín informativo del Hospital	Hoja 441 de 510

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

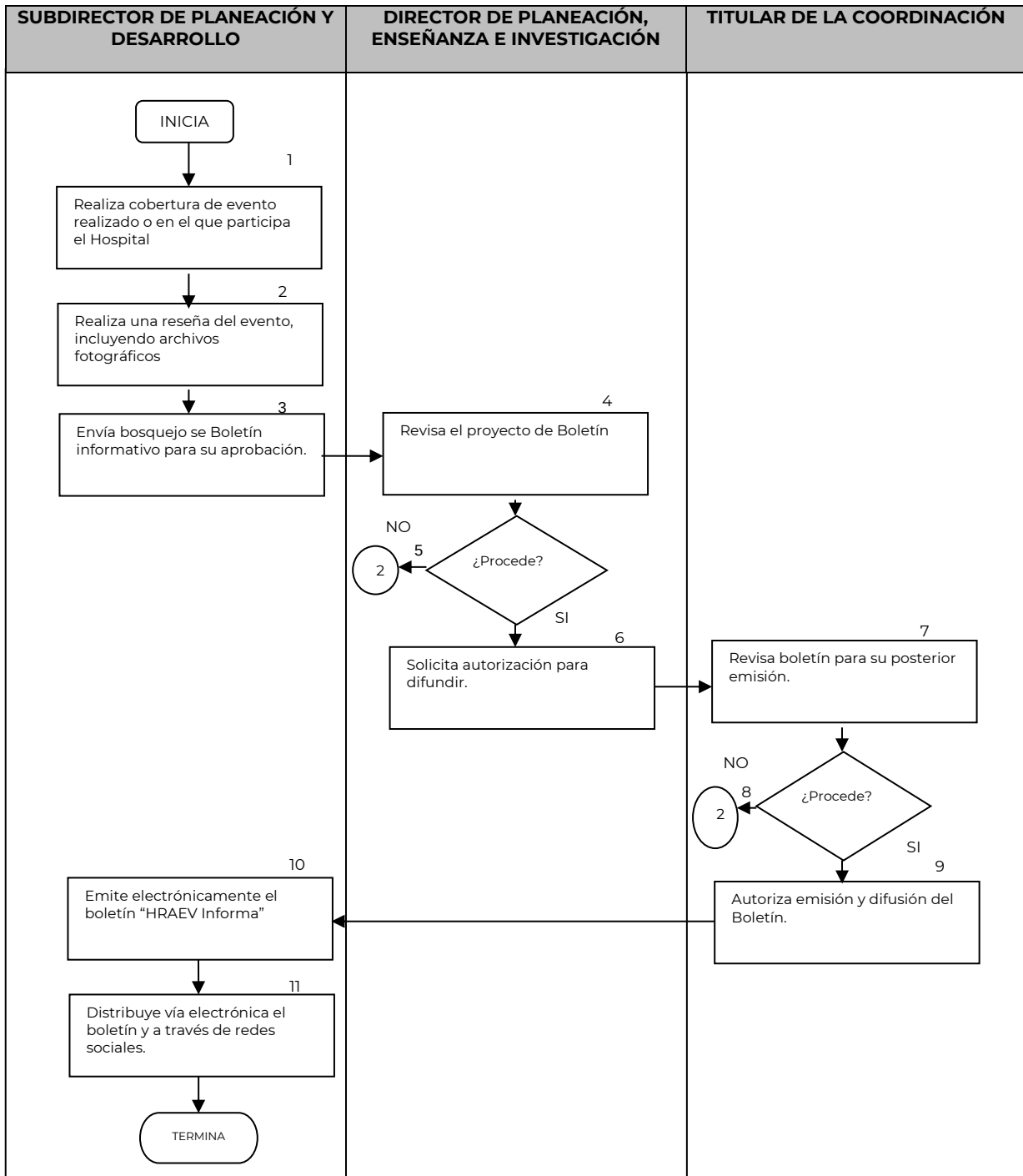
- 3.1 La Dirección General será quien autorice invariablemente la emisión del Boletín “HRAEV Informa”
- 3.2 La Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación será la responsable de supervisar la elaboración del Boletín.
- 3.3 La Subdirección de Planeación y Desarrollo a través del personal adscrito 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.
- 3.5

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	60. Procedimiento para la elaboración del boletín informativo del Hospital	Hoja 442 de 510

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 de Boletín informativo para su aprobación.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	4	Revisa el proyecto de Boletín	
	5	¿Procede? No. –Revisa información para corregir o complementar reseña del evento. Regresa a actividad 2	
	6	Si.-Solicita autorización para difundir el Boletín	
Titular de la Coordinación	7	Recibe y revisa boletín	
	8	¿Procede? 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



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	60. Procedimiento para la elaboración del boletín informativo del Hospital	Hoja 444 de 510

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
7.1 Boletín “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

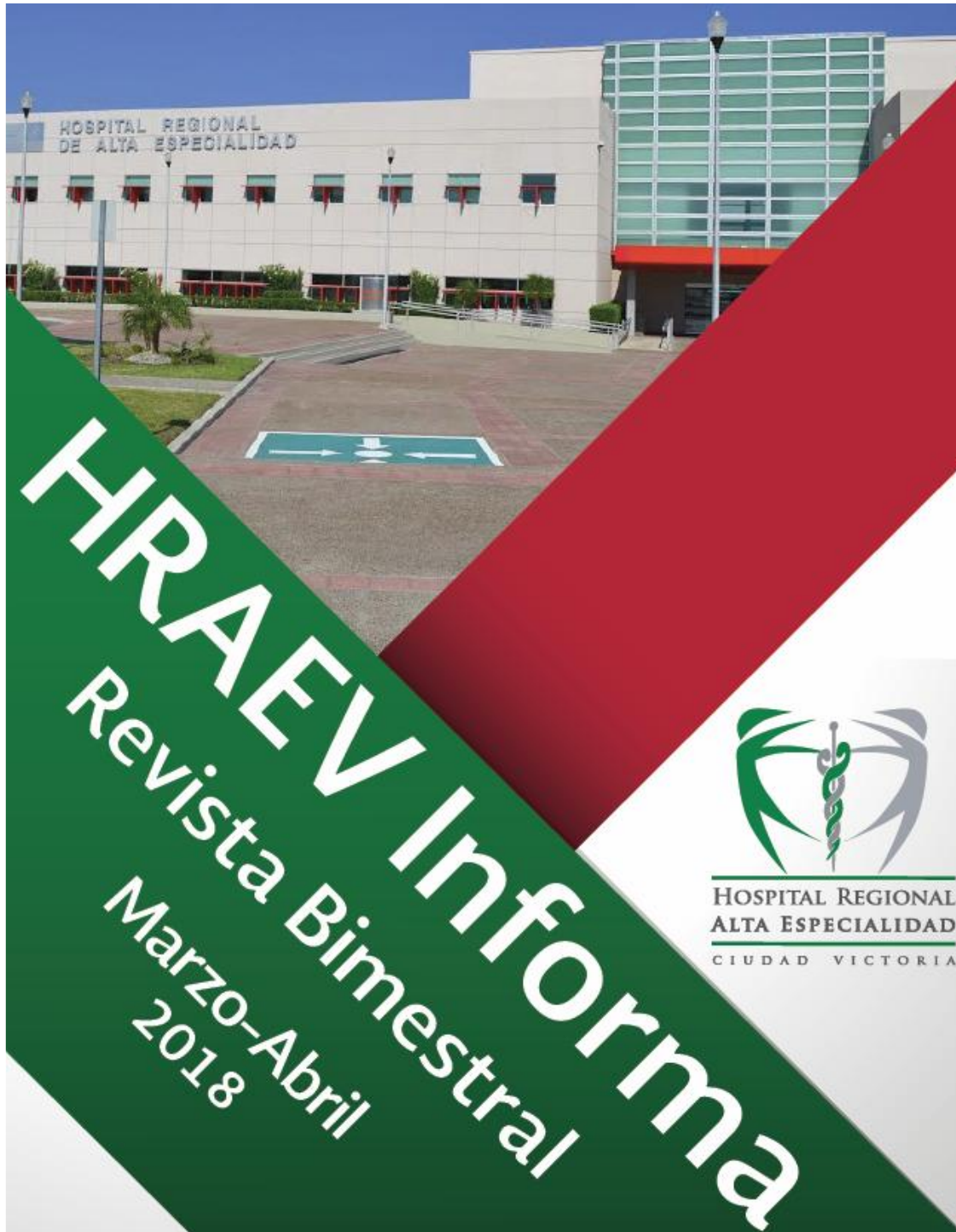
Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Boletín: “HRAEV Informa” Revista

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	60. Procedimiento para la elaboración del boletín informativo del Hospital	Hoja 445 de 510

10.1 HRAEV Informa



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	61. Procedimiento para las Relaciones Públicas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.		Hoja 446 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	61. Procedimiento para las Relaciones Públicas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.	Hoja 447 de 510

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 al Titular de la Coordinación, 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

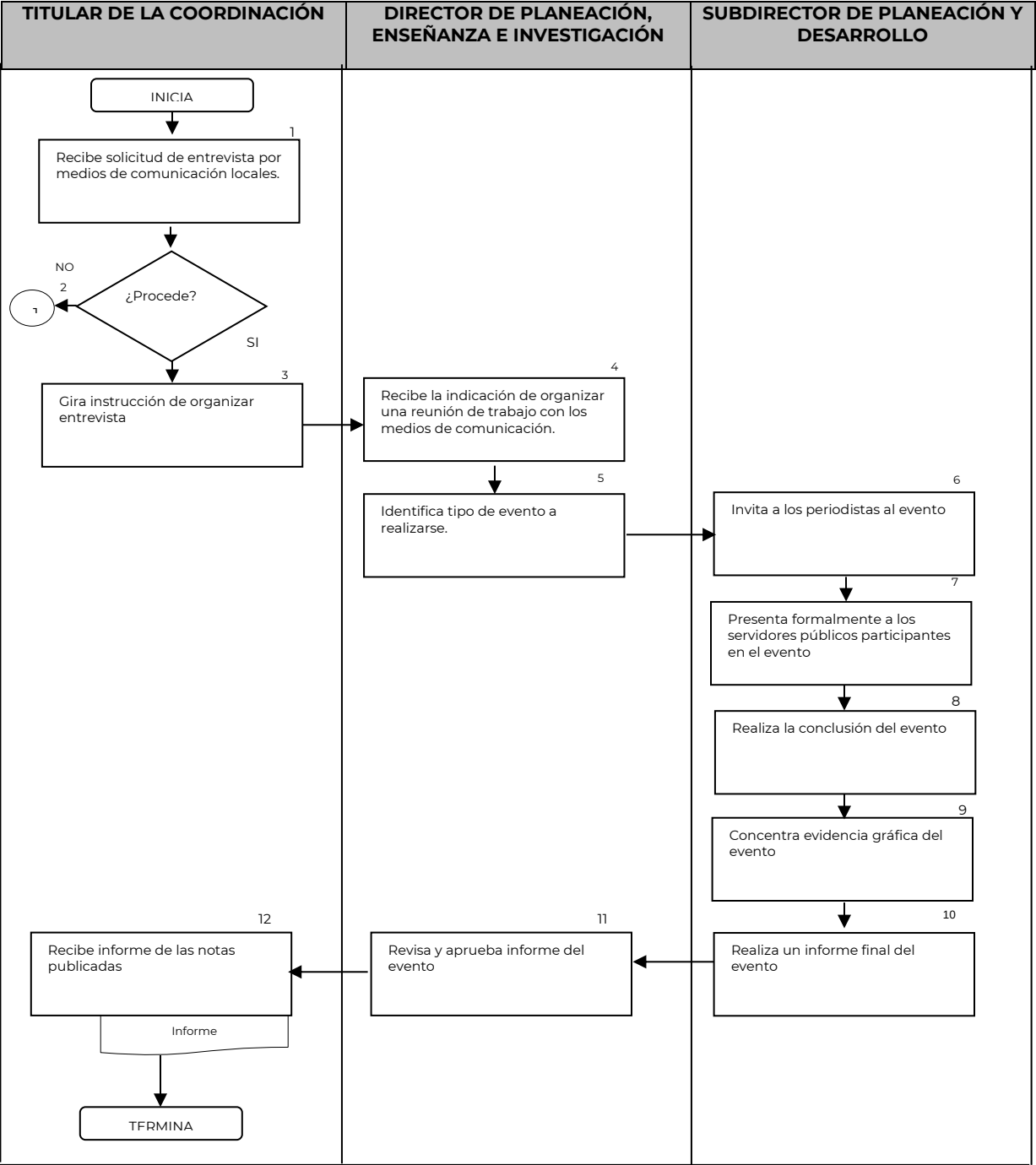
- 3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo, y en acuerdo a los lineamientos que sean emitido por IMSS-BIENESTAR en la materia, a través de su personal adscrito a Comunicación Social:
 - Solicitar autorizaciones para la realización de entrevistas al personal adscrito al Hospital, 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.
- 3.3 El Titular de la Coordinación 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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	61. Procedimiento para las Relaciones Públicas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.	Hoja 448 de 510

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Titular de la Coordinación	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.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	11	Revisa y aprueba el informe final del evento	
Titular de la Coordinación	12	Recibe informe de las notas publicadas en los diversos medios de comunicación locales.	Informe
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	61. Procedimiento para las Relaciones Públicas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.		Hoja 450 de 510

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 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
		SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
		62. Procedimiento para las Relaciones Públicas a través de entrevistas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.	

62. PROCEDIMIENTO PARA LAS RELACIONES PÚBLICAS A TRAVÉS DE ENTREVISTAS CON LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	62. Procedimiento para las Relaciones Públicas a través de entrevistas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.		Hoja 452 de 510

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 al Titular de la Coordinación, 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

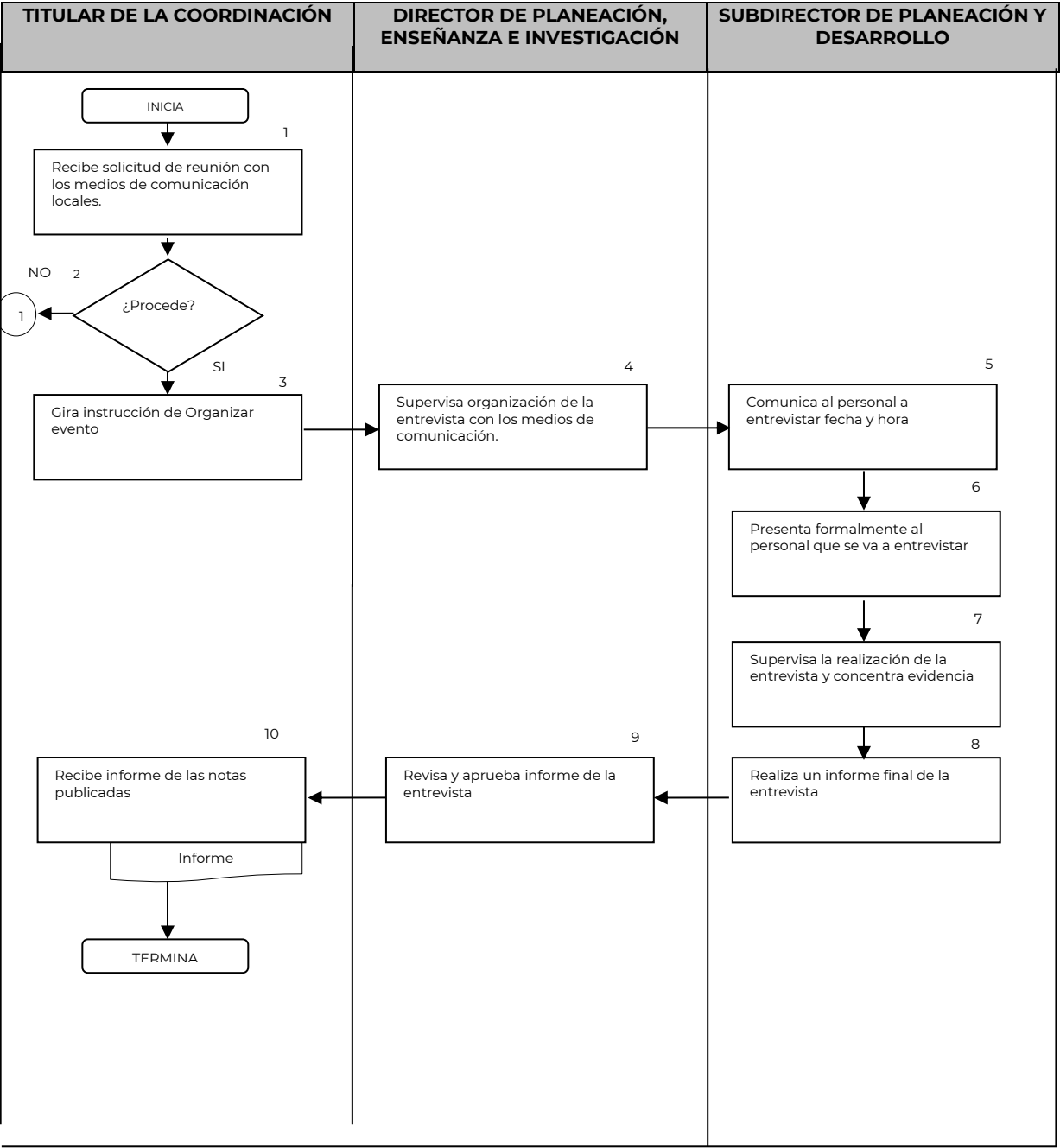
- 3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Planeación y Desarrollo, a través de su personal adscrito a Comunicación Social:
 - Solicitar autorizaciones para la realización de entrevistas al personal adscrito al Hospital, cuando sean solicitadas por los medios de comunicación.
 - Contactar a los medios de comunicación para las ruedas de prensa que sean convocadas por los Directivos del hospital.
- 3.2 El titular de la Coordinación 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	62. Procedimiento para las Relaciones Públicas a través de entrevistas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.	Hoja 453 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Titular de la Coordinación	1	Recibe solicitud para autorización de entrevista por medio de comunicación	
		¿Procede?	
	2	NO. - Solicita reprogramación para fecha posterior	
	3	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	Comunica a través del área de comunicación social, al personal a entrevistar día y hora de entrevista para su programación	
	6	Presenta formalmente al personal al que se va a entrevistar	
	7	Supervisa la realización de la entrevista a través del área de comunicación social y concentra evidencia.	
	8	Realiza un informe final de la entrevista.	
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación	9	Revisa y aprueba el informe final de la entrevista	
Titular de la Coordinación	10	Recibe informe de las notas publicadas.	Informe
		TERMINA	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	62. Procedimiento para las Relaciones Públicas a través de entrevistas con los diferentes Medios de Comunicación Locales.	Hoja 455 de 510

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico 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
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formato y firmas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD DE GUAYMAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
		SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
		63. Procedimiento para Actualización del Sitio Web		Hoja 456 de 510

63. PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DEL SITIO WEB

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
		SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
		63. Procedimiento para Actualización del Sitio Web		Hoja 457 de 510

1.- PROPOSITO

Mantener actualizado el Sitio WEB de la institución en apego a las disposiciones del capítulo V del acuerdo.

2.- ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: La Subdirección de Tecnologías de la Información es responsable de la actualización del sitio Web en coordinación con el área de comunicación de la Subdirección de Planeación y Desarrollo e apego a las disposiciones aplicables en materia de TICs y difusión.

2.2.- A Nivel Externo: la Coordinación de Tecnologías de Servicios de Infraestructura Tecnológica, Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, es responsable de la proporción de las herramientas para la validación del cumplimiento con los controles de seguridad y el dominio Imss bienestar.

3.- POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Artículo 73.- Todas las Instituciones deberán estandarizar la estructura e imagen de sus sitios web apegándose a la identidad gráfica del gobierno federal, de acuerdo con las guías, manuales y documentos técnicos emitidos por la Coordinación General de Comunicación Social y la CEDN.

Artículo 74.- La implementación de todos los servicios de plataformas digitales de páginas web que realicen las Instituciones, deberá observar, al menos lo siguiente:

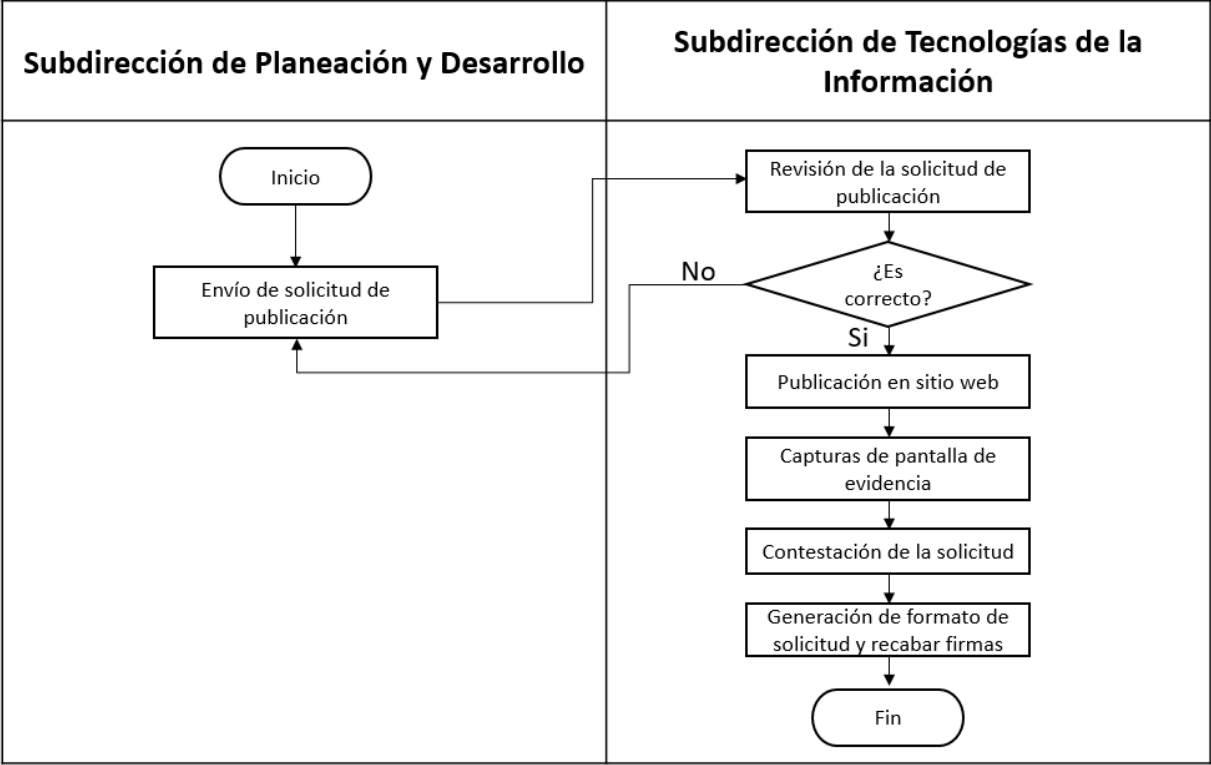
- I. Considerar la aplicación de los Estándares Técnicos de la CEDN en materia de arquitecturas de desarrollo e interoperabilidad, y servicios de hospedaje;
- II. Aplicar las mejores prácticas para el desarrollo de plataformas web, como los estándares y recomendaciones del Consorcio de la Red Informática Mundial (W3C, World Wide Web Consortium) relativos a uso de lenguajes de marcado, hojas de estilo, accesibilidad web y validadores;
- III. Compatibilidad con todos los navegadores actuales y de nuevas generaciones, así como con sistemas operativos móviles y sus navegadores;
- IV. Contar con versiones de páginas web adaptables a las resoluciones de dispositivos móviles;
- V. Incluir funciones de accesibilidad para personas con discapacidad, de conformidad con los Estándares Técnicos de la CEDN;
- VI. Incluir Aviso de privacidad, así como términos y condiciones de uso claros y actualizados, en los términos de la legislación aplicable; así como
- VII. Garantizar que el acceso a las plataformas digitales de páginas web se realice a través de mecanismos de autenticación y cifrado mediante certificados digitales.

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO		
	63. Procedimiento para Actualización del Sitio Web		Hoja 458 de 510

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirección de Planeación y Desarrollo	1	Envío de solicitud con las indicaciones correspondientes para la publicación de información en el sitio web del HRAEV, previamente validado por personal de Comunicación Social.	Correo electrónico
Subdirección de Tecnologías de la Información	2	Revisión de las indicaciones y de los documentos anexos en el correo (en caso de que se tengan), si todo está bien se procede a publicar, de lo contrario se regresa el correo con las observaciones o dudas correspondientes y se empieza nuevamente el proceso.	Correo electrónico
Subdirección de Tecnologías de la Información	3	Se procede a publicar la información en el sitio web.	NA
Subdirección de Tecnologías de la Información	4	Se realizan capturas de pantalla de la publicación solicitada.	NA
Subdirección de Tecnologías de la Información	5	Se contesta el correo electrónico de la petición, anexando las capturas de pantalla de evidencia.	Correo electrónico
Subdirección de Tecnologías	6	Se llena el formato de solicitud de servicio con la información necesaria para recabar las firmas de la validación del servicio	Orden de Servicio
TERMINA			

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	63. Procedimiento para Actualización del Sitio Web	Hoja 460 de 510

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Orden de Servicio	No aplica

7.- REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
7.1 Formato de Solicitud	2 años	Subdirección de Technologies de la Información	No aplica

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

Acuerdo: el Acuerdo por el que se emiten las políticas y disposiciones para impulsar el uso y aprovechamiento de la informática, el gobierno digital, las tecnologías de la información y comunicación, y la seguridad de la información, en la Administración Pública Federal;

8.1 Sitio WEB

8.2 Orden de Servicio

8.3

9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
1	27 de marzo del 2025	Actualización de formatos y firmas

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Orden de Servicio

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
		Departamento de Asuntos Jurídicos		
		64. Procedimiento para aplicar la normatividad Jurídica vigente a las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.		Hoja 461 de 510

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

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		Departamento de Asuntos Jurídicos	
		64. 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.

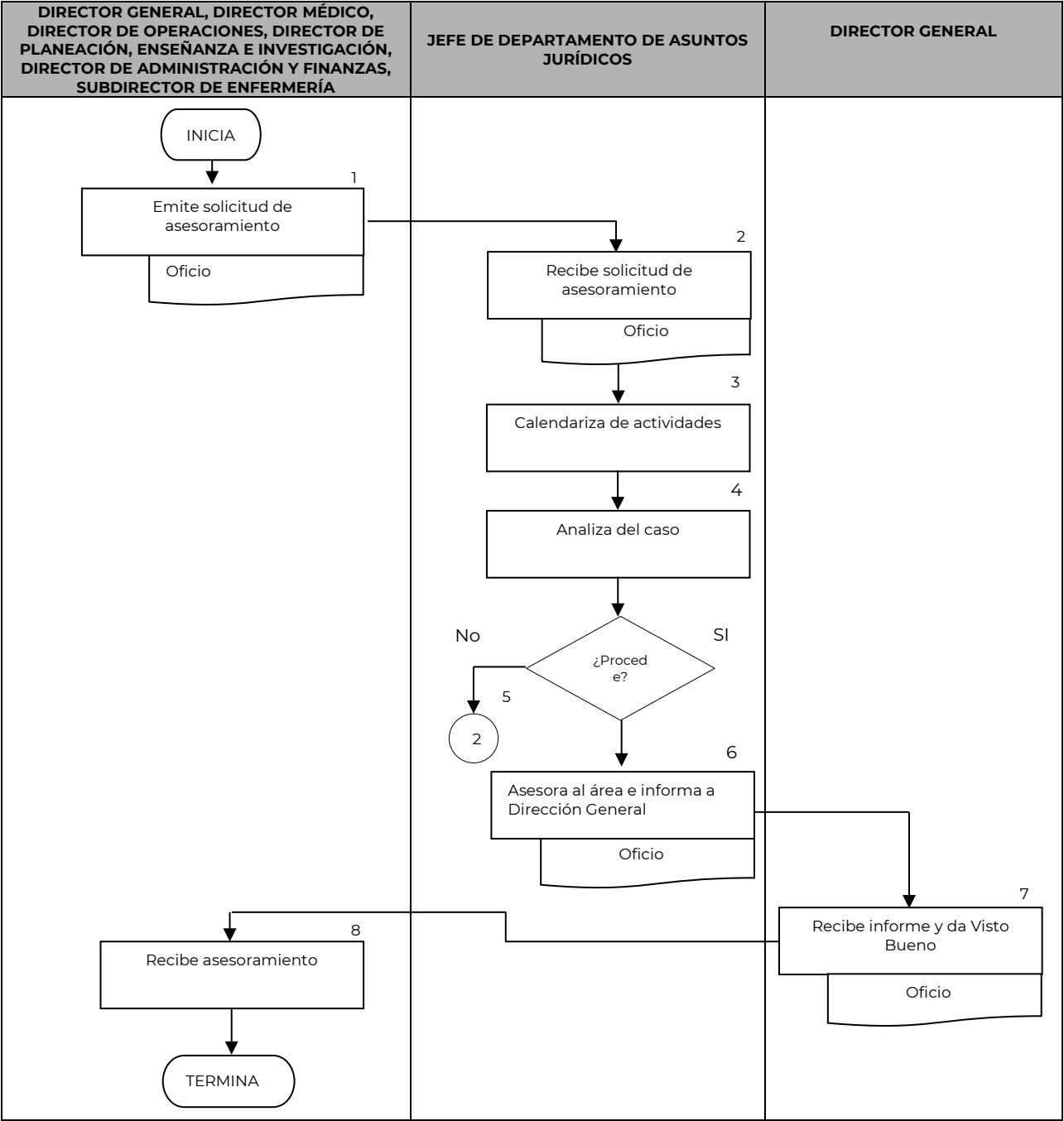
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	64. Procedimiento para aplicar la normatividad Jurídica vigente a las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.		Hoja 463 de 510

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	Recibe solicitud de asesoramiento de las diferentes áreas del HRAEV.	Oficio
	3	Programa la actividad de acuerdo a la importancia del caso.	
	4	Analiza las leyes que se aplican al caso, y se elabora resolución. Procede:	
	5	No: Evalúa si la información no es suficiente para determinar una resolución. Regresa a actividad 1	
	6	Si: Asesora al área, sobre las leyes en concreto que aplican a su caso e informa a Dirección General	
Director General	7	Recibe informe y da Visto Bueno	
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	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	64. Procedimiento para aplicar la normatividad Jurídica vigente a las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.		Hoja 464 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	64. Procedimiento para aplicar la normatividad Jurídica vigente a las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010".	Hoja 465 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	65. Procedimiento para validar convenios de colaboración con dependencias y entidades en materia de Salud	Hoja 466 de 510

**65. PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR CONVENIOS DE COLABORACIÓN
CON DEPENDENCIAS Y ENTIDADES EN MATERIA DE SALUD.**

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	65. Procedimiento para validar convenios de colaboración con dependencias y entidades en materia de Salud	Hoja 467 de 510

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

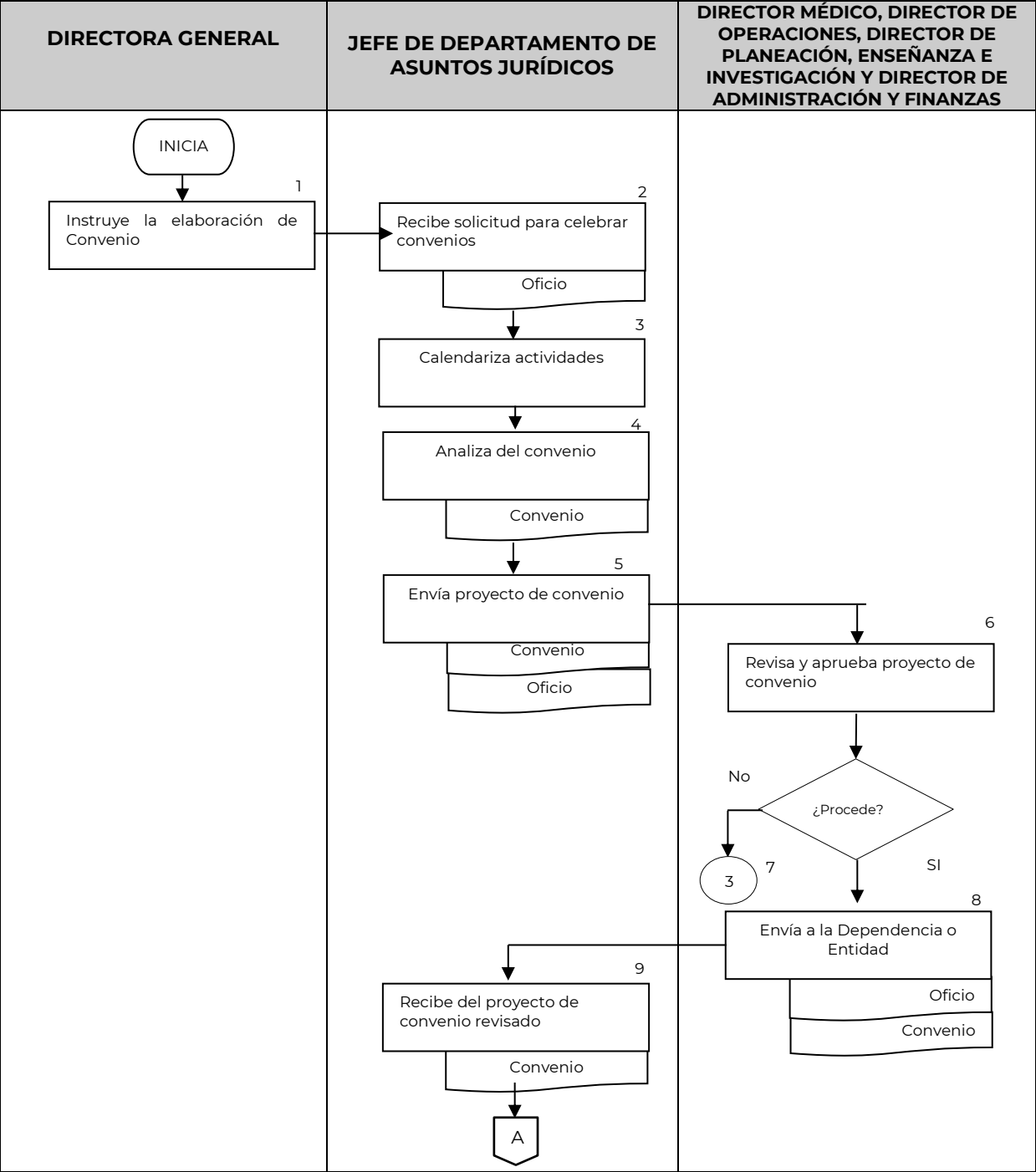
- 3.1 El Departamento de Asuntos Jurídicos en Coordinación con la Dirección General y las Direcciones establecerán con claridad y precisión el objeto del convenio a celebrar y la Dependencia o Entidad con el que se celebrará.
- 3.2 El Departamento de Asuntos Jurídicos se basará en el formato de convenio 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.

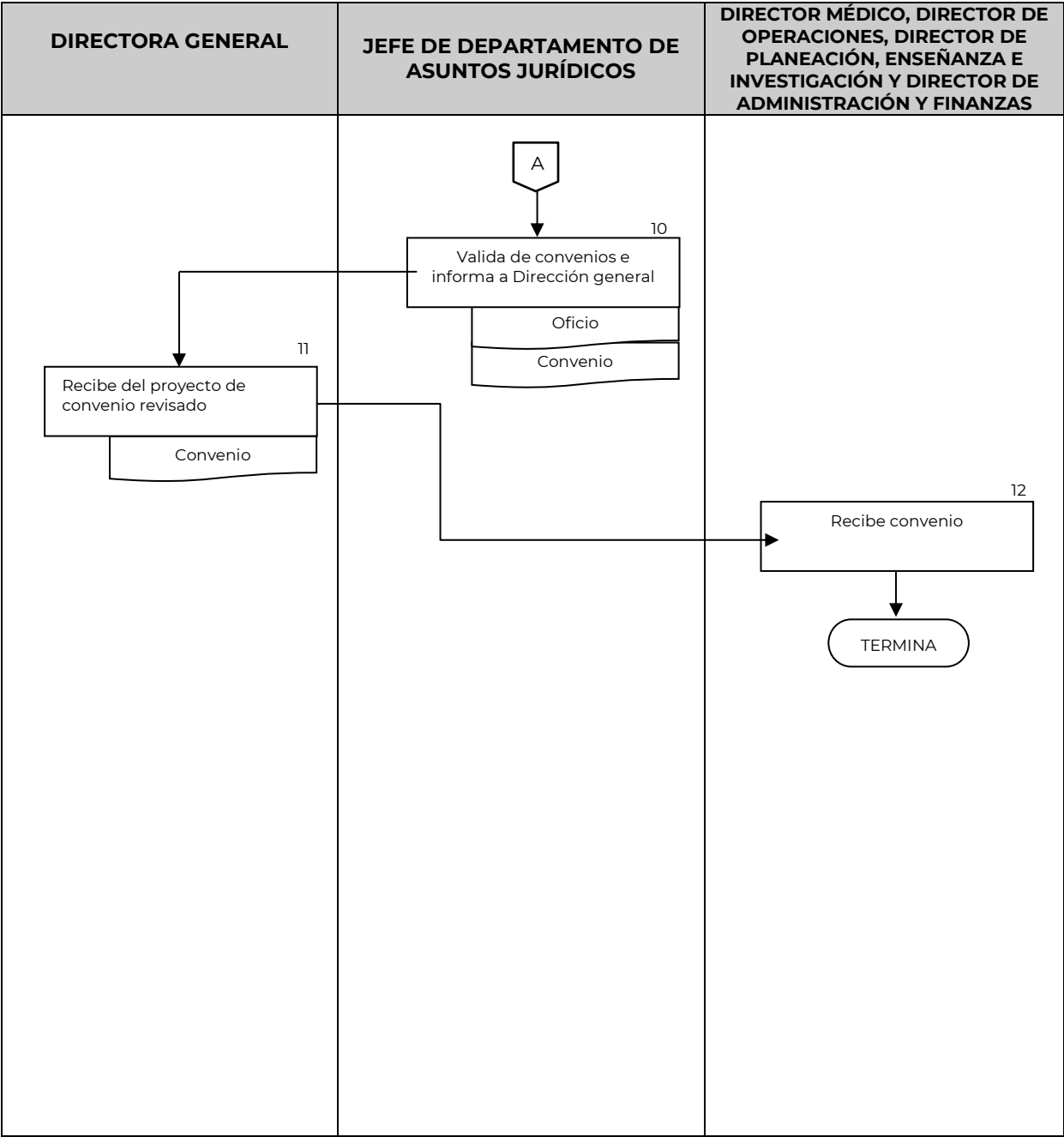
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	65. Procedimiento para validar convenios de colaboración con dependencias y entidades en materia de Salud		Hoja 468 de 510

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	Recibe solicitud para celebrar convenios	Oficio
	3	Efectúa Calendarización de actividad de acuerdo a la importancia del caso.	
	4	Analiza el convenio y se relaciona con las leyes que le sean aplicables	
	5	Envía proyecto de convenio para su revisión al área solicitante	
Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Director de Administración y Finanzas	6	Revisa y aprueba el proyecto Procede:	Oficio Convenio
	7	No: Informa al Departamento de Asuntos Jurídicos para su análisis y corrección. Regresa a Actividad 3	
	8	Si: Remite a la dependencia o entidad con la que se va a celebrar para su revisión y aprobación.	
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	9	Recibe el Proyecto de Convenio revisado	Oficio
	10	Da Legalidad al convenio en base a la revisión y a que vaya acorde a la normatividad vigente aplicable e informa a Dirección General	Convenio
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	Convenio Formalizado
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	65. Procedimiento para validar convenios de colaboración con dependencias y entidades en materia de Salud	Hoja 471 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	66. Procedimiento para dar cumplimiento a los requerimientos de información de autoridades Judiciales y Administrativas enviadas a éste Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 472 de 510

66. 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".

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	66. Procedimiento para dar cumplimiento a los requerimientos de información de autoridades Judiciales y Administrativas enviadas a éste Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 473 de 510

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.

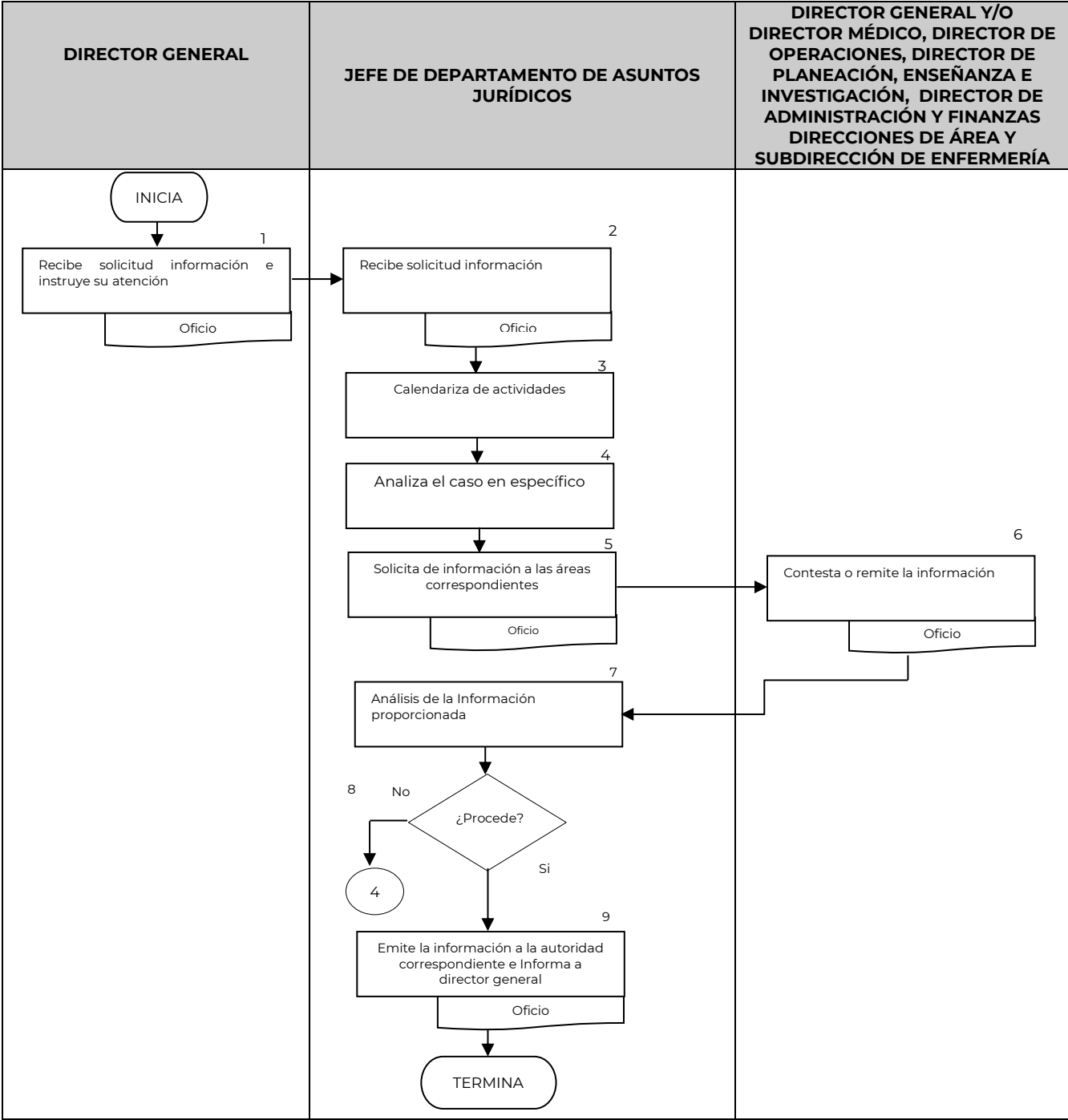
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	66. Procedimiento para dar cumplimiento a los requerimientos de información de autoridades Judiciales y Administrativas enviadas a éste Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 474 de 510

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
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	7 8 9	Analiza la información para poder contestar a la autoridad judicial o administrativa correspondiente. Procede: No: Requiere a las áreas correspondientes la información faltante. Regresa a actividad 4 Si: Proporciona información solicitada a la autoridad judicial o administrativa correspondiente e informa a Director General. TERMINA	Oficio

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	66. Procedimiento para dar cumplimiento a los requerimientos de información de autoridades Judiciales y Administrativas enviadas a éste Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 475 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	66. Procedimiento para dar cumplimiento a los requerimientos de información de autoridades Judiciales y Administrativas enviadas a éste Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 476 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” en procedimientos Judiciales o Administrativos		Hoja 477 de 510

67. PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010", EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" en procedimientos Judiciales o Administrativos	Hoja 478 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” en procedimientos Judiciales o Administrativos		Hoja 479 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

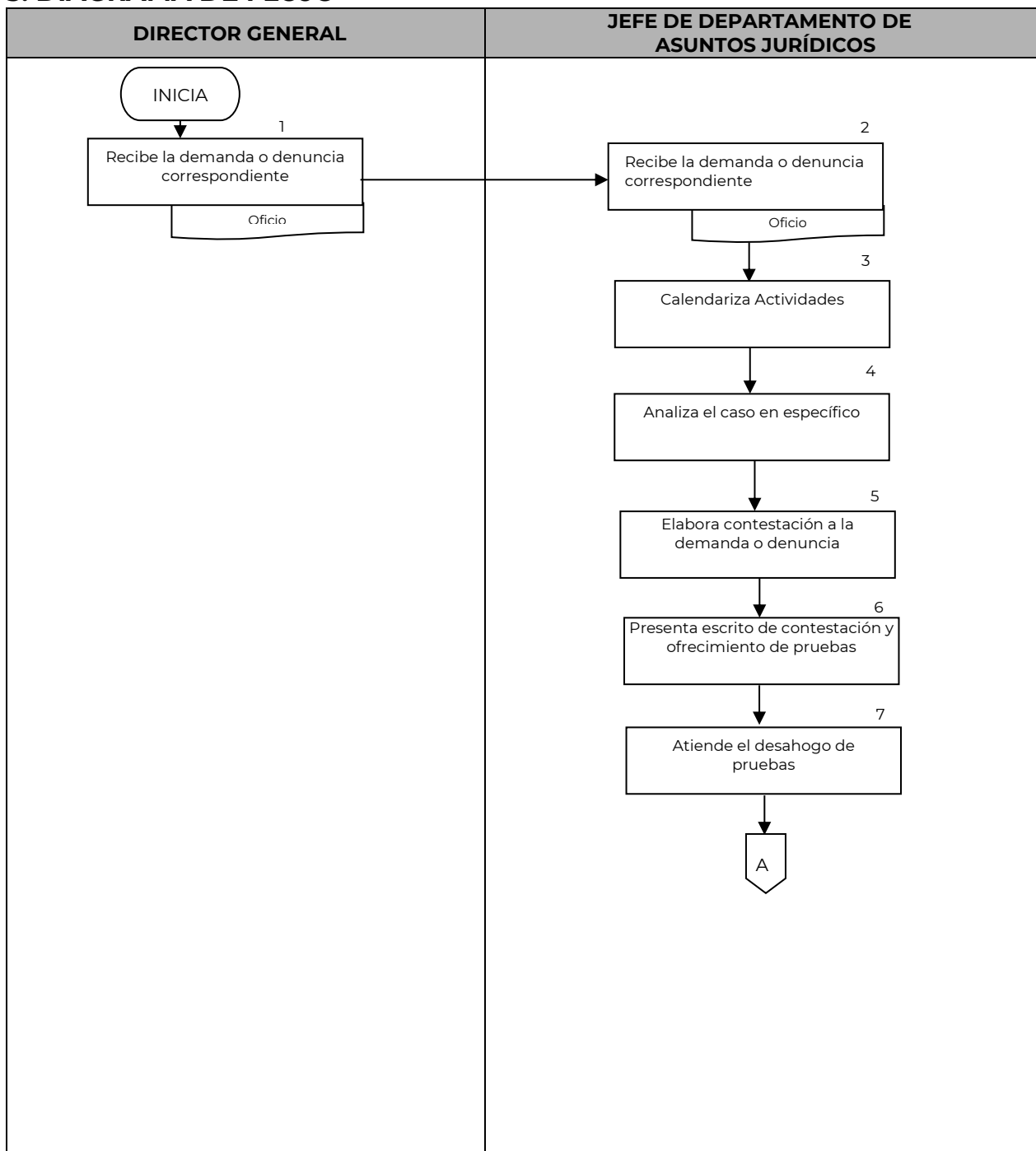
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General	1	Recibe demanda o denuncia e instruye su atención	Oficio
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	2	Recibe demanda o denuncia correspondiente	Oficio
	3	Efectúa Calendarización de actividad de acuerdo a la importancia 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.	
	8	Recibe sentencia del Órgano Jurisdiccional si resulta favorable	
		¿Procede Impugnación?	
		NO: Comunica resolución a Dirección General. TERMINA PROCEDIMIENTO	
	9	SI: Analiza información y se prepara para impugnar	
	10	Impugna sentencia desfavorable dentro del término legal	
	11		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" en procedimientos Judiciales o Administrativos	Hoja 480 de 510

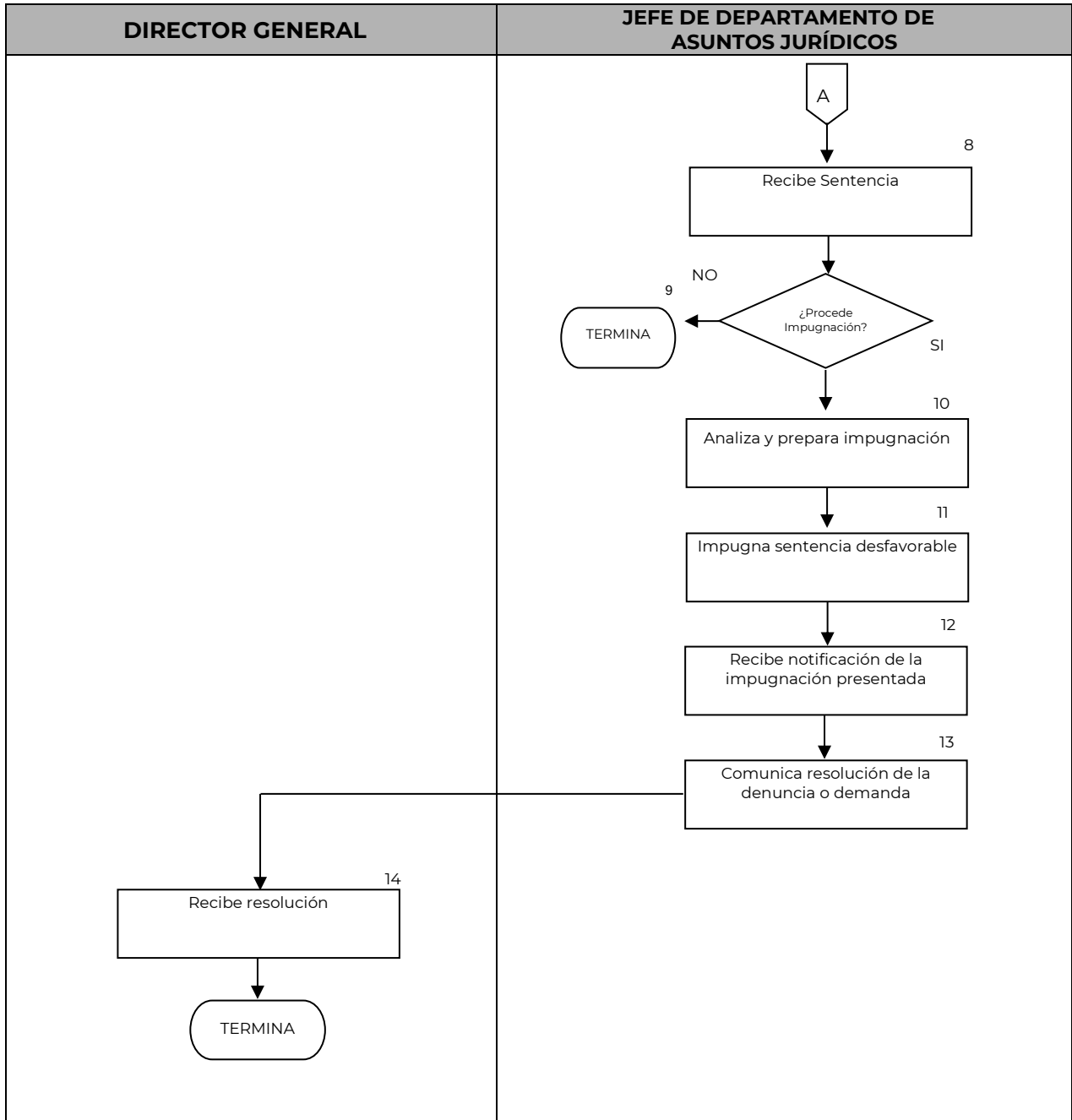
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Document o o Anexo
Jefe de Departamento de Asunto Jurídicos	12	Recibe notificación del Recurso Promovido contra sentencia desfavorable para darle el cumplimiento correspondiente	
	13	Recibe resolución de la demanda o denuncia y comunica resolución firme a la Dirección General para su cumplimiento.	
Director General	14	Recibe resolución de la demanda o denuncia. TERMINA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" en procedimientos Judiciales o Administrativos	Hoja 481 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” en procedimientos Judiciales o Administrativos	Hoja 482 de 510



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" en procedimientos Judiciales o Administrativos	Hoja 483 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	67. Procedimiento para representar al Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” en procedimientos Judiciales o Administrativos	Hoja 484 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 485 de 510

68. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR DENUNCIAS, QUERELLAS O DEMANDAS, CUANDO SE INVOLUCREN INTERESES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010".

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 486 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”		Hoja 487 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

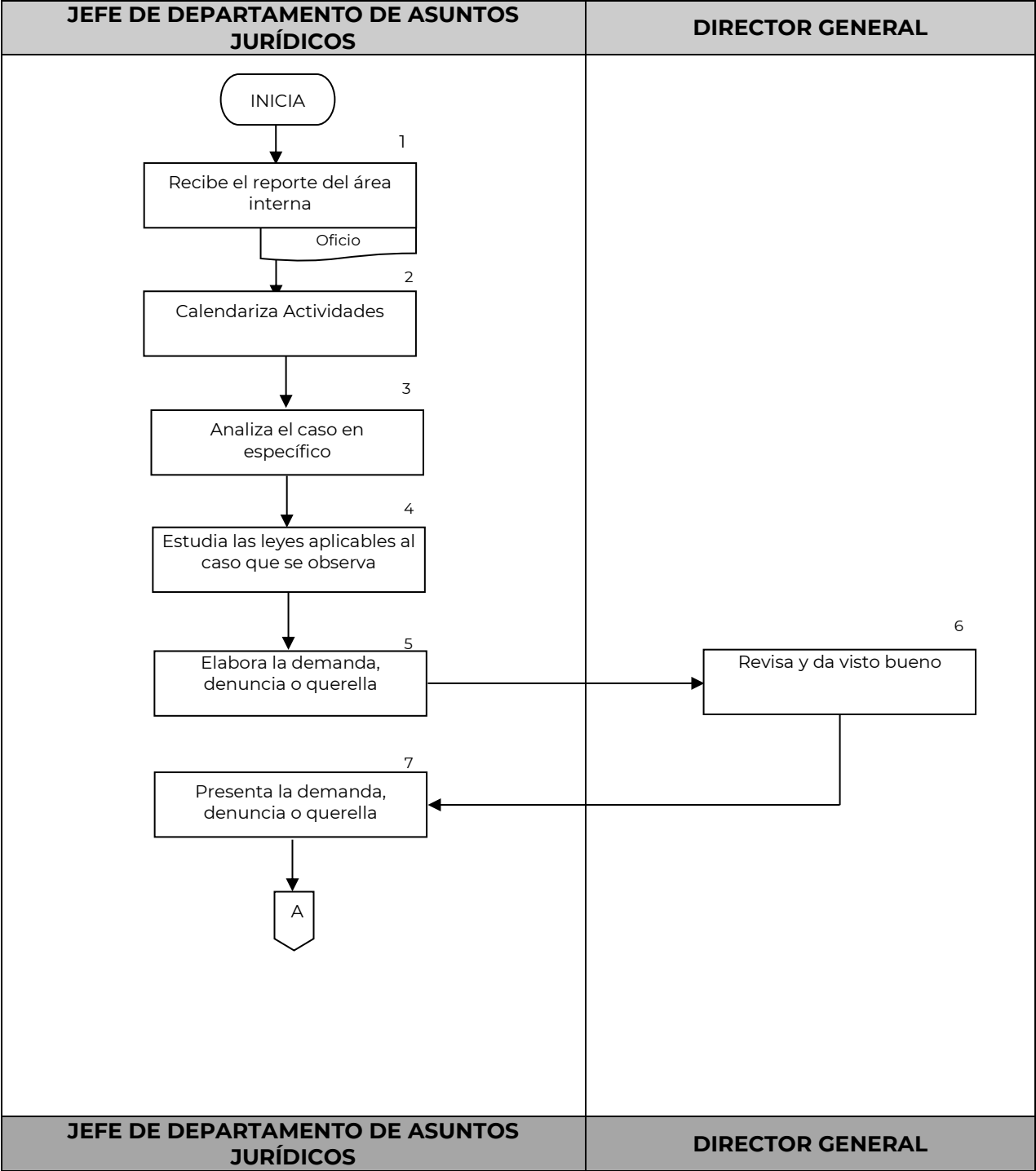
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Document o o Anexo
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	1	Recibe el reporte correspondiente	Oficio
	2	Calendariza actividad de acuerdo a la importancia del caso.	
	3	Analiza el caso para proceder a elaborar la demanda, querella o denuncia correspondiente.	
	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.	

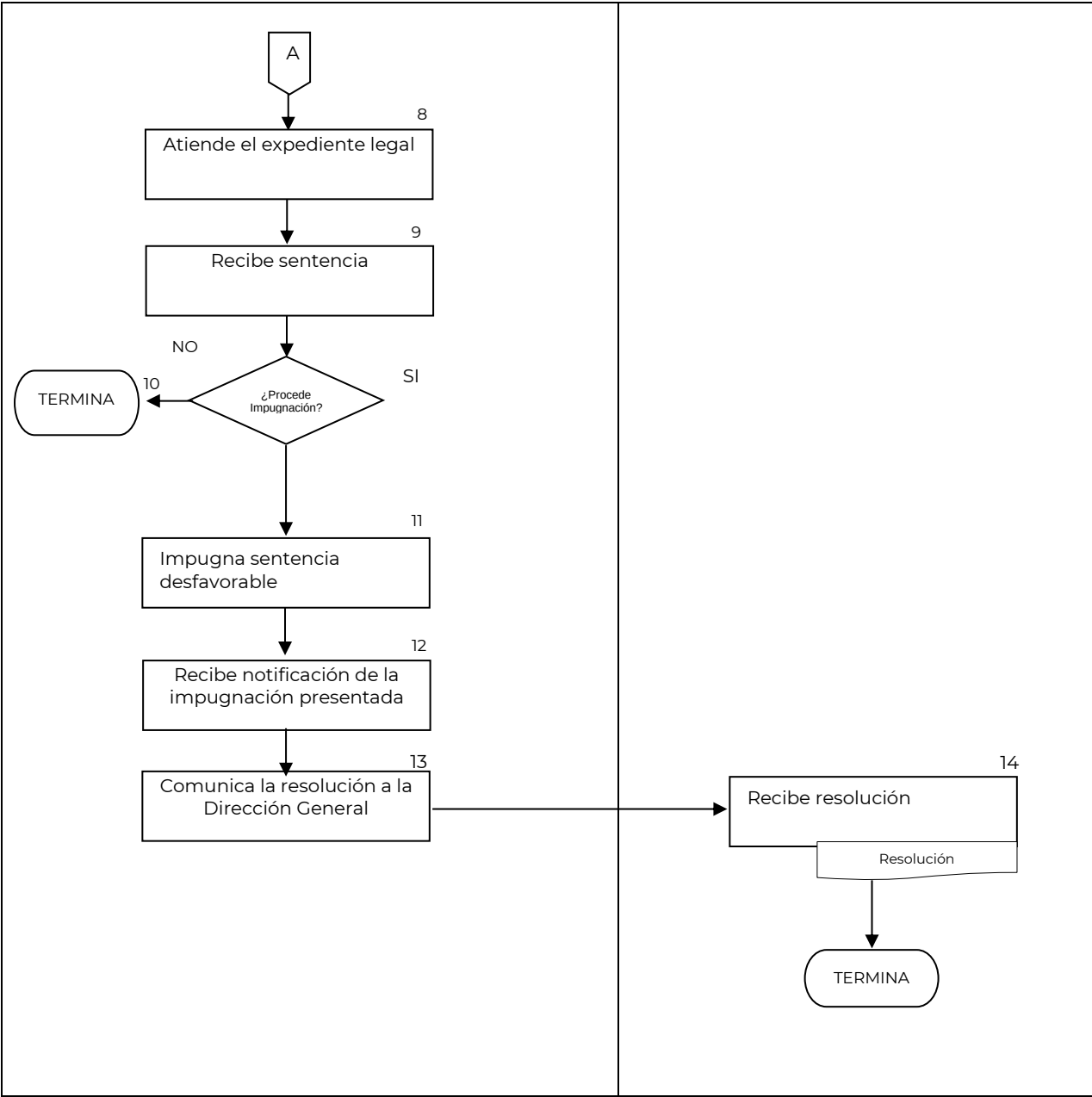
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 488 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 489 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 491 de 510

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
7.4 Documento 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	68. Procedimiento para elaborar Denuncias, Querellas o Demandas cuando se involucren intereses del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hoja 492 de 510

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.

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		Departamento de Asuntos Jurídicos	
		69. Procedimiento para formular desistimientos y perdones legales cuando el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” sea parte de una controversia judicial.	Hoja 493 de 510

69. PROCEDIMIENTO PARA FORMULAR DESISTIMIENTOS Y PERDONES LEGALES CUANDO EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010", SEA PARTE DENTRO DE UNA CONTROVERSIJA JUDICIAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	69. Procedimiento para formular desistimientos y perdones legales cuando el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” sea parte de una controversia judicial.		Hoja 494 de 510

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.

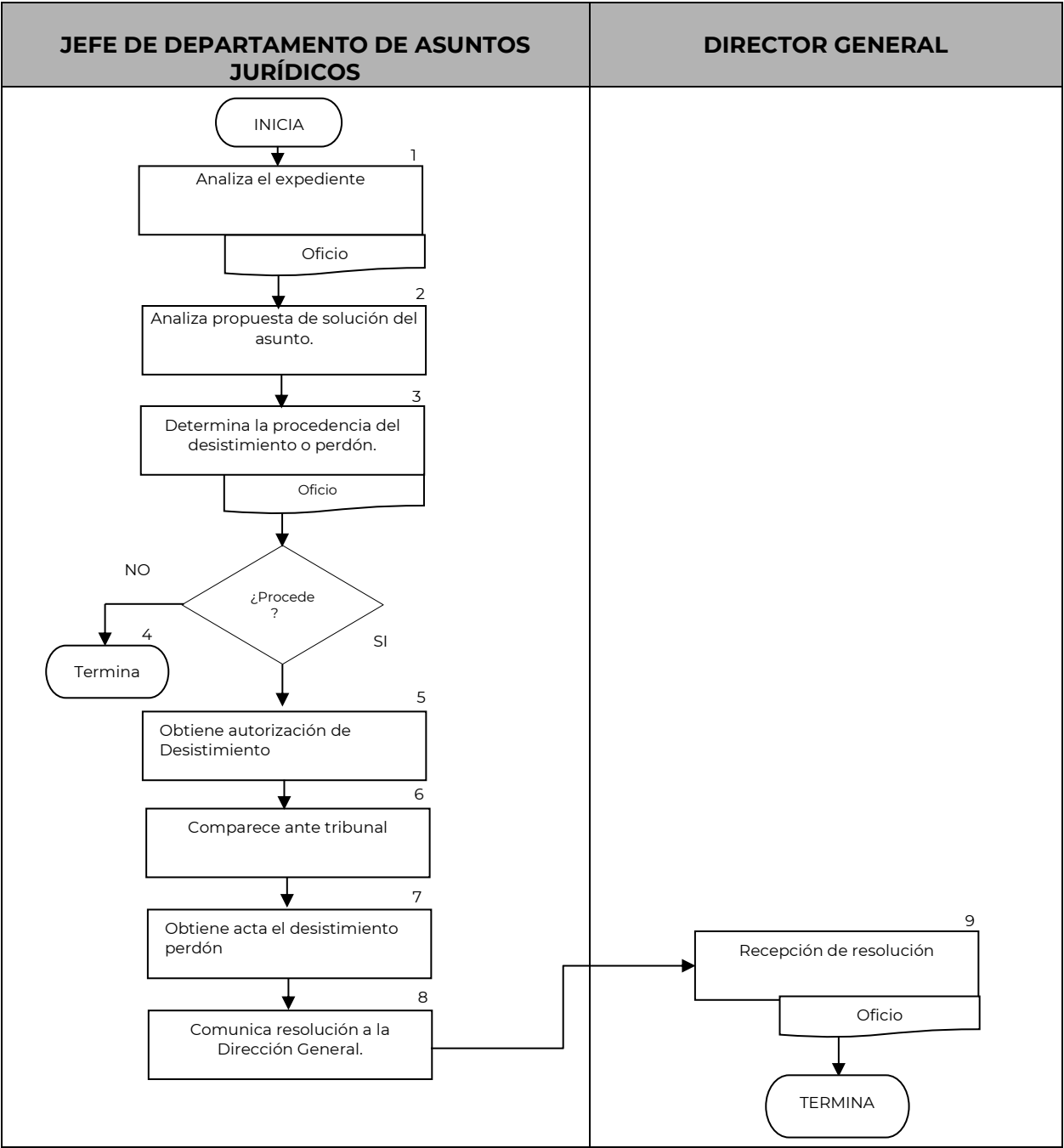
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	69. Procedimiento para formular desistimientos y perdones legales cuando el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” sea parte de una controversia judicial.	Hoja 495 de 510

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Document o o Anexo
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	1	Analiza el expediente legal ante el órgano jurisdiccional o administrativo.	Oficio
	2	Analiza la propuesta de solución de la contraparte en el juicio	Expediente Legal
	3	Determina la procedencia del desistimiento o perdón del expediente penal, civil o administrativo. Procede:	Propuesta
	4	No: Comunica la situación del caso al Director General y continua el asunto legal su curso	Oficio
	5	TERMINA PROCEDIMIENTO	Acta de desistimiento o perdón
	6	Si: Obtiene la autorización del desistimiento o perdón por parte del director general.	
	7	Comparece ante el tribunal u órgano administrativo para otorgar el desistimiento o perdón.	
	8	Obtiene el acta del desistimiento o perdón. Comunica resolución firme a la Dirección General para su cumplimiento.	
Director General	9	Recibe la resolución del procedimiento llevado a cabo TERMINA	Oficio

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	69. Procedimiento para formular desistimientos y perdones legales cuando el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” sea parte de una controversia judicial.		Hoja 496 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
		Departamento de Asuntos Jurídicos	
		69. Procedimiento para formular desistimientos y perdones legales cuando el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” sea parte de una controversia judicial.	

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	70. Procedimiento para Investigar Administrativa y Laboralmente al Personal Reportado.		Hoja 498 de 510

70. PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR ADMINISTRATIVA Y LABORALMENTE AL PERSONAL REPORTADO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	70. Procedimiento para Investigar Administrativa y Laboralmente al Personal Reportado.	Hoja 499 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos		
	72. Procedimiento para Investigar Administrativa y Laboralmente al Personal Reportado.		

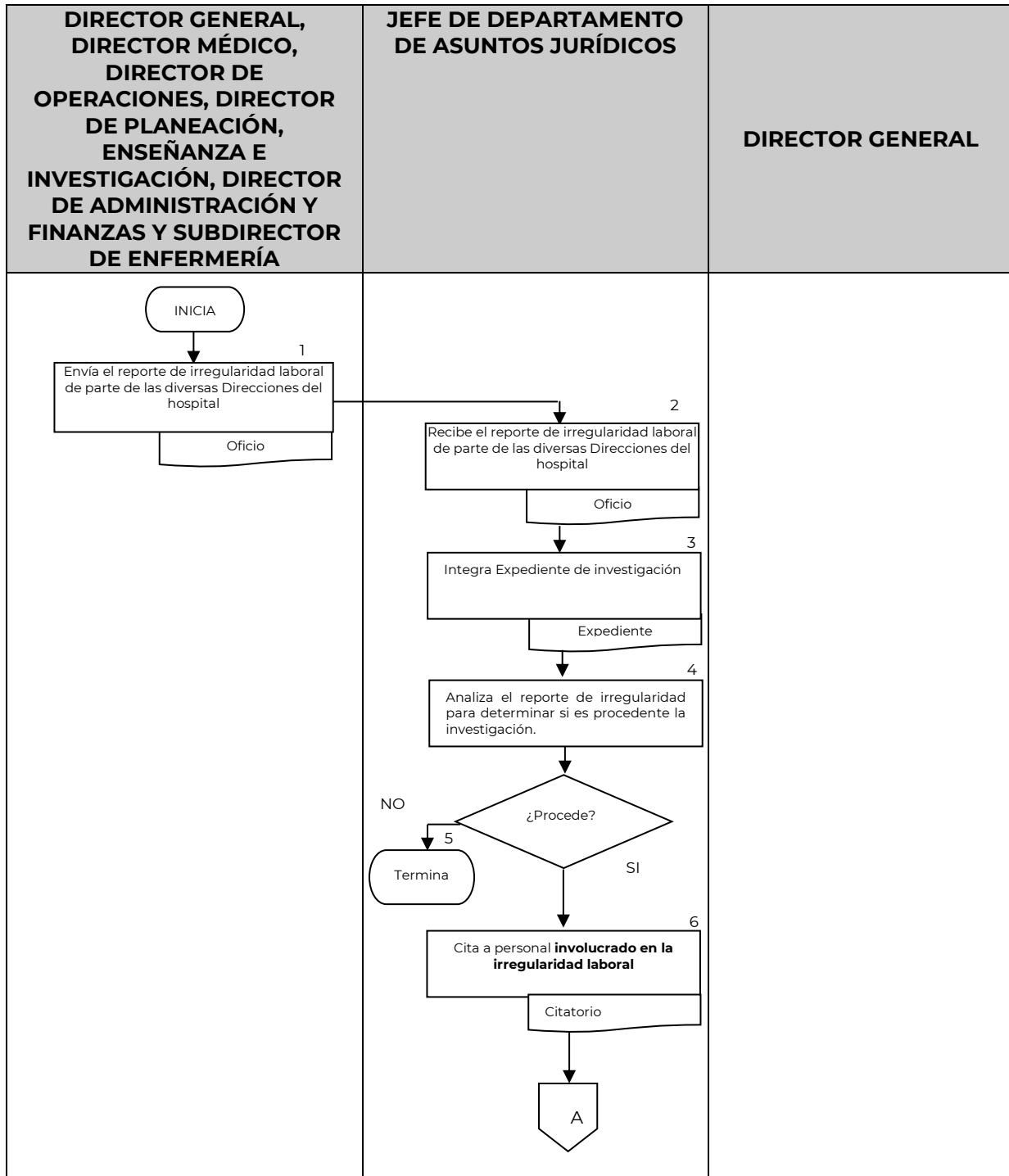
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

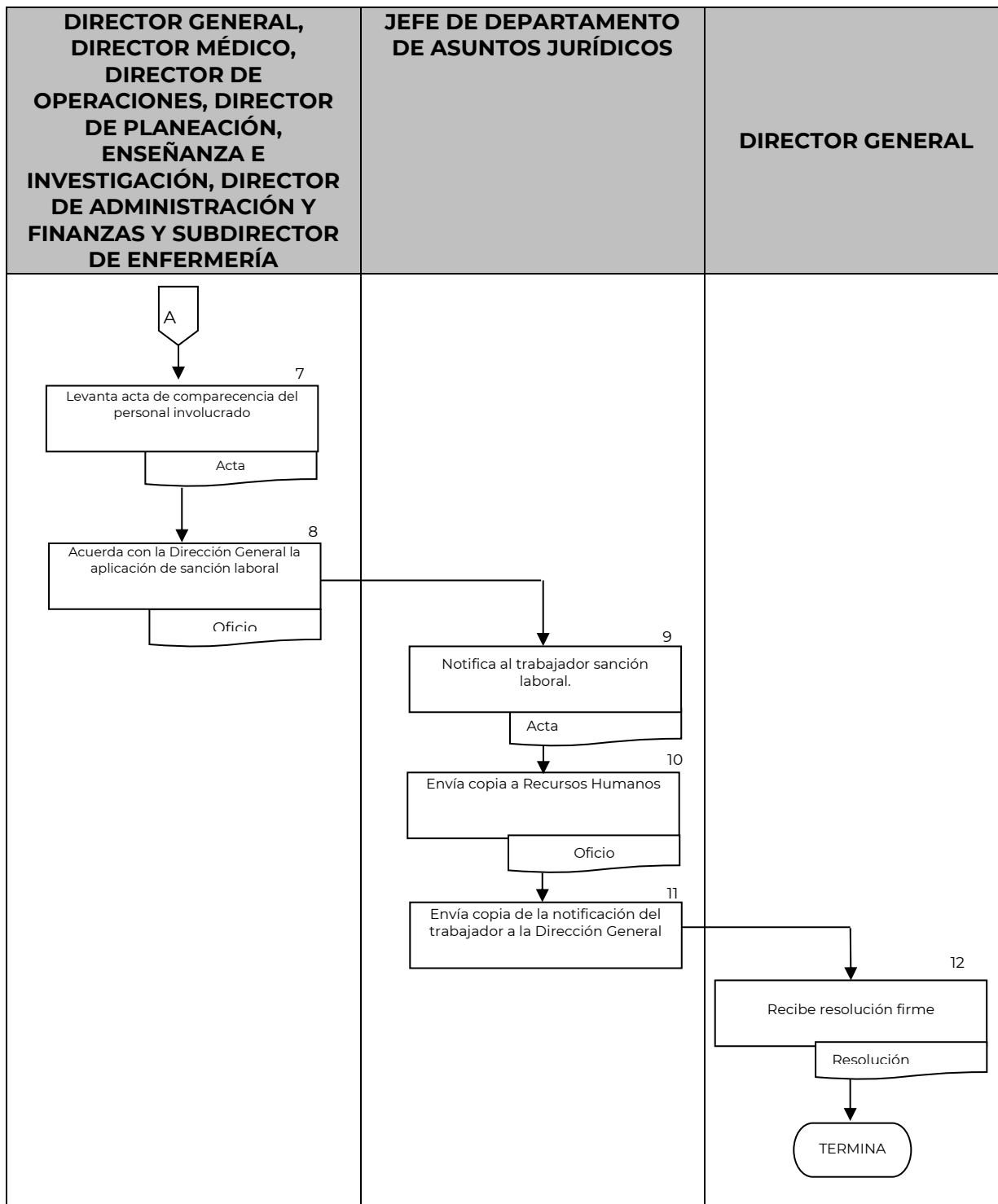
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza e Investigación, Director de Administración y Finanzas y Subdirector de Enfermería	1	Envía el oficio y anexos en el que se reporta una irregularidad 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.	Acta de comparecencia
	7	Levanta acta de comparecencia del personal involucrado	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	72. Procedimiento para Investigar Administrativa y Laboralmente al Personal Reportado.	Hoja 501 de 510

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Document o 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





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	72. Procedimiento para Investigar Administrativa y Laboralmente al Personal Reportado.	Hoja 504 de 510

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

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	71. 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.	Hoja 505 de 510

71. 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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	71. 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.	Hoja 506 de 510

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.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	71. 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.	Hoja 507 de 510

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

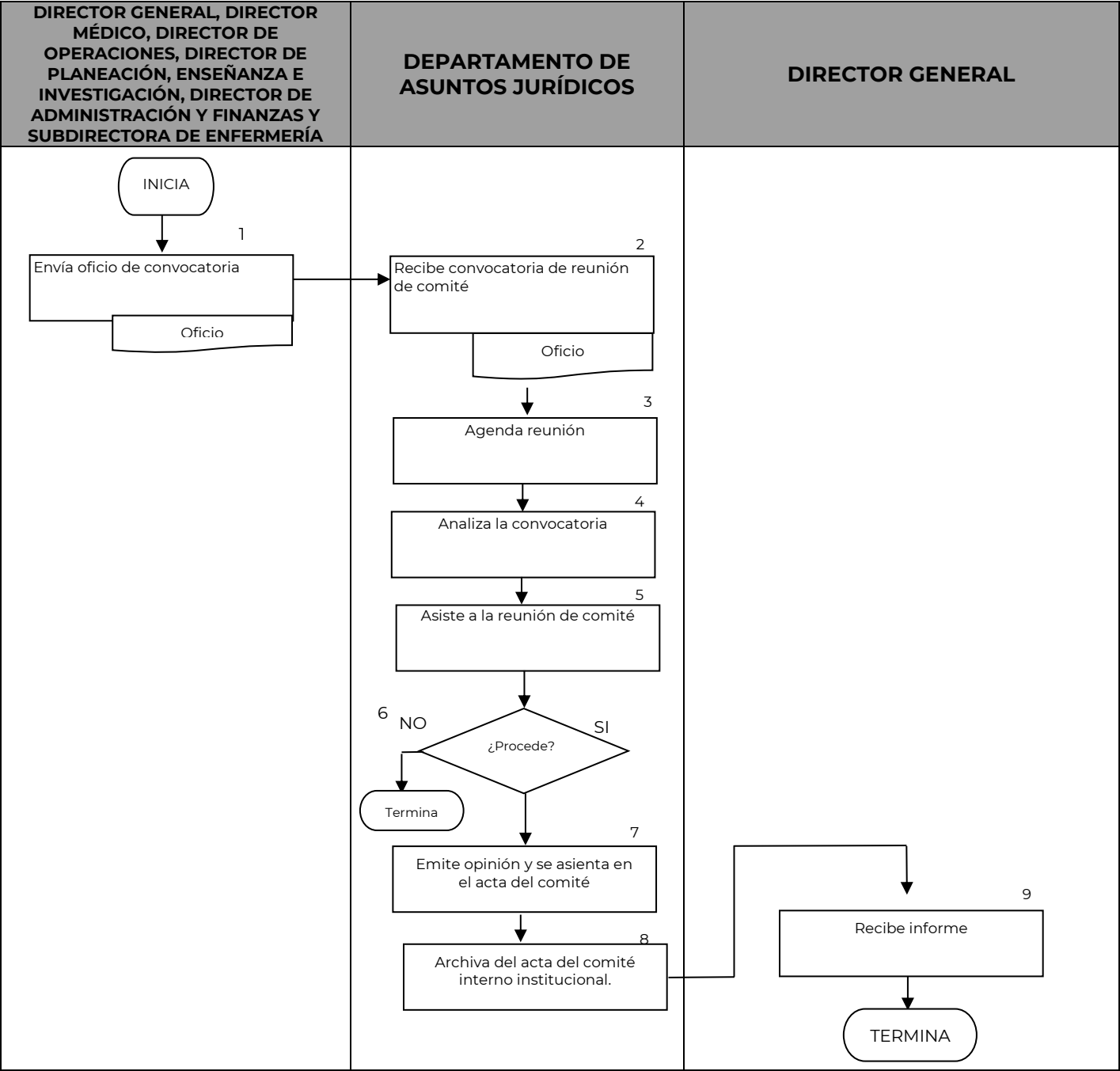
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director General, Director Médico, Director de Operaciones, Director de Planeación, Enseñanza E Investigación, Director de Administración Y Finanzas Y Subdirectora De Enfermería	1	Envía oficio de convocatoria	Oficio
Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos	2	Recibe oficio conteniendo convocatoria para asistir a comité interno institucional.	Acta del comité interno Institucional
	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:	
	6	No: Participa sin emitir opinión y continúa en actividad.	
	7	TERMINA PROCEDIMIENTO	
		Si: Emite la opinión jurídica del caso a tratar, asentándose en el acta la opinión correspondiente	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	71. 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.	Hoja 508 de 510

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	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	71. 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.	Hoja 509 de 510

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Rev. 0
	Departamento de Asuntos Jurídicos	
	71. 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.	Hoja 510 de 510

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