

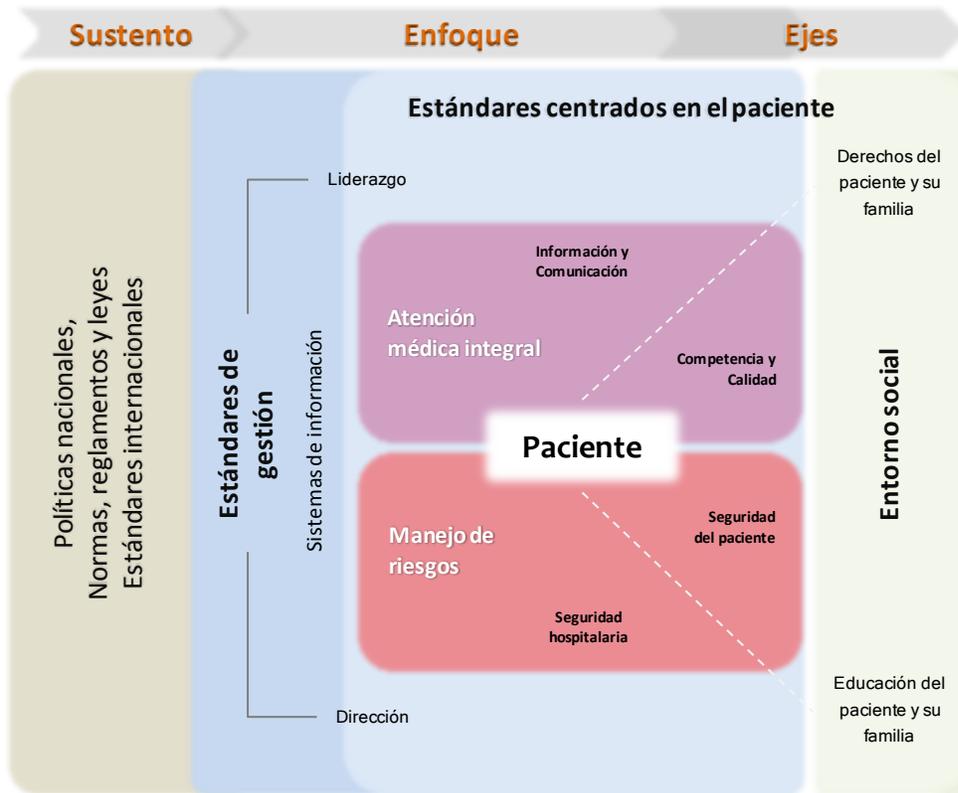
Instituto Nacional de Pediatría



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

MARZO 2011

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD



Instituto Nacional de Pediatría

Insurgentes Sur No. 3700-C

Col. Insurgentes Cuicuilco

Delegación Coyoacán

C.P. 04530 México D.F.

Correo electrónico: pediatria_inp@prodigy.net.mx

Segunda edición

2011

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

ISBN 978-607-7925-07-1

Trabajo editorial realizado por el Servicio de Impresiones Gráficas
Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Del. Coyoacan, C.P. 04530

DIRECTORIO

Dr. Guillermo Alberto Sólon Solomón Santibáñez

Director General

MSP y MC Juan Pablo Villa Barragán

Director de Planeación

AUTORES

MSP y MC Juan Pablo Villa Barragán

Director de Planeación

Lic. en Psicología Argelia Lara Puente

Jefa del Departamento de Diseño y Calidad

Lic. en Ciencias de la Comunicación Araceli Gómez Morones

Organización de Procesos

Dr. César Scorza Islas

Gestión de Calidad

Lic. en Economía Agustín Arvizu Álvarez

Jefe del Departamento de Desempeño Organizacional

TIP y TTS Adelaida Solís Angli

Información

Lic. en Comunicación Federico R. Calderón Colín

Programación

CP Raquel Ortiz Hernández

Control de Riesgos

Ing. en Sistemas Juan de Dios Padilla Béjar

Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información

Ing. Daniel Escutia Sandoval

Redes

L.I. Angélica Martínez Viveros

Sistemas

Lic. Javier Estudillo Vázquez

Soporte Técnico

MVZ. Enrique Garay Garzón

Jefe del Departamento de Desarrollo Institucional

MSP y Bióloga Patricia Núñez Vázquez

Medio Ambiente Hospitalario

MSP y Lic. Psic. Ma. Auxilio Montiel Salinas

Protección Civil

C. Laura Lozano Guizar

Gestión Administrativa

RECOPILADORAS

Lic. en Psicología Argelia Lara Puente

Jefa del Departamento de Diseño y Calidad

Lic. en Ciencias de la Comunicación Araceli Gómez Morones

C. Erika Itzel Blancas Gómez

Organización de Procesos

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. OBJETIVO DEL MANUAL	17
III. MARCO JURÍDICO	21
IV. PROCEDIMIENTOS	27
1. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	27
2. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y DE PROCEDIMIENTOS.....	36
3. PROCEDIMIENTO PARA LA ALTA, BAJA Y/O ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS INSTITUCIONALES.....	49
4. PROCEDIMIENTO PARA BUZONES DE OPINIÓN INSTITUCIONALES.....	58
4. PROCEDIMIENTO PARA EL PLAN DE MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS	67
6. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL REGLAMENTO SOBRE CONSUMO DE TABACO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.....	75
7. PROCEDIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE REDUCCIÓN Y SUSTITUCIÓN DE MERCURIO.....	83
8. PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN CIVIL	91
9. PROCEDIMIENTO DE PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA	105
10. PROCEDIMIENTO DE “9 CLAVES PARA EL CAMBIO”	116
11. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN.....	124
12. PROCEDIMIENTO PARA INDICES RESERVADOS	133
13. PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES	140

14. PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE COMUNICACIÓN.....	146
15. PROCEDIMIENTO PARA EL PORTAL DE OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA	152
16. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE RIESGOS.....	159
17. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (PAT).....	167
18. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.....	177
19. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DEL REPORTE CORRESPONDIENTE A LOS INDICADORES DE GESTIÓN	186
20. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR Y EVALUAR LAS METAS INSTITUCIONALES EN LOS FORMATOS SP2 Y SP3 O SISTEMA ELECTRÓNICO QUE DETERMINEN LAS GLOBALIZADORAS.....	192
21. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.....	198
V. INDICADORES.....	215
VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS	215
VII. BIBLIOGRAFÍA Y/O REFERENCIAS.....	218
VIII. CONTROL DE CAMBIOS.....	220

I. INTRODUCCIÓN

Contexto institucional

El Instituto Nacional de Pediatría forma parte de los 12 Institutos de Investigación Científica más importantes del Sector Salud, su misión se centra en el desarrollo de modelos para atención de alta especialidad y la aplicación de procesos educativos para la formación de recursos humanos de subespecialidad en todas las disciplinas de la salud incluidas las ciencias sociales, salud poblacional, clínica y ciencias biomédicas. Todo lo anterior para incidir en la salud de la población menor de 18 años en los niveles de prevención, curación y paliación de la salud, a través de su participación en formular políticas públicas, patentes para la industria, modelos de atención a la salud y modelos de formación superior en salud de la infancia y adolescencia.

De la misma manera debe responder a la demanda de atención a la salud a población menor de 18 años y a sus familias quienes no cuentan con seguridad social y que proceden de familias con ingresos bajos, por lo que deberán insertarse en esquemas propuestos por la Secretaría de Salud para combatir la falta de acceso a la atención y evitar que sean vulnerados por los gastos catastróficos, desde una perspectiva de Protección Social en Salud, que implica la atención de padecimientos que requieren especialidad pediátrica de alto nivel.

Así mismo el INP debe enfrentar transiciones demográficas, epidemiológicas y sociales respondiendo con modelos de atención coherentes y que sigan de manera simultánea los cambios que implica la atención a poblaciones con necesidades específicas, es decir actualizar los modelos de atención para formular propuestas de atención a adolescentes, a familias con mujeres al frente, a padecimientos crónico degenerativos, malformaciones congénitas y accidentes, entre muchos otros factores que influyen en la dotación de servicios de salud a la población.

En este entorno debe formar recursos humanos que en el futuro se integren a la pediatría nacional y que den respuesta a las necesidades de la población en diferentes lugares de nuestro país y con liderazgo en el ámbito internacional. Dichos recursos humanos deberán formarse con una perspectiva de reproducción y producción de conocimientos a la vez que sean capaces de formar equipos de profesionales para su desarrollo y correspondencia a las necesidades sociales de salud.

Misión y visión del INP

Misión

Desarrollar modelos de atención a la infancia y adolescencia a través de la investigación científica básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades prioritarias de la población, a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con gran calidad y constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

Visión

Ser la institución líder en la investigación en pediatría, con alto rigor científico, la formación de recursos humanos de alta calidad y los modelos de atención a la salud de la infancia y adolescencia y que impacte en los indicadores básicos de salud, en la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores causales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia en la formación de personal de salud y en los métodos y procedimientos de atención de alta calidad.

Principios Generales del INP

Organización sistémica de las acciones

Basados en la teoría general de sistemas se deberán enfocar las funciones de planeación institucional en el fortalecimiento de la rectoría del Sector Salud, el financiamiento oportuno y la generación de recursos necesarios para el desarrollo de acciones en salud, estos recursos incluyen tecnología de vanguardia y mecanismos de información que permitan la toma oportuna de decisiones. La sistematización de los procesos debe tener una alineación vertical en cuanto a la estructura jerárquica y una alineación horizontal para la comunicación efectiva.

Se desarrollarán por tanto, dos esquemas organizacionales, uno estructural (vertical) y otro horizontal (funcional), que permitan cumplir con bases de calidad de la atención y poner en marcha mecanismos para hacer productiva a la organización desde la estructura, los procesos y los resultados en sí mismos, generando círculos virtuosos con un enfoque cliente-proveedor.

Fortalecer acciones del sector salud

Desarrollar acciones de protección contra riesgos sanitarios, de promoción prevención y control, aunque el deber ser institucional se marca para la atención de alta especialidad es necesario vincular a la investigación y la enseñanza en los tres niveles de atención y promover conocimiento preventivo y asistencial a instituciones nacionales y en las entidades con menor complejidad.

La calidad como eje rector en los procesos de trabajo

El INP debe contemplar el trabajo bajo un sistema de gestión de la calidad en todas las áreas, implantando en forma paulatina el enfoque a la satisfacción de las necesidades de los usuarios de cada uno de los servicios en una concepción moderna de usuario proveedor.

Desarrollo de instrumentos para la planeación, gestión y evaluación del INP

El ciclo integral de la planeación evaluación se debe cubrir para mejorar la organización interna de los procesos de trabajo con enfoque a la calidad, sistematizar información para la mejora de los procesos, la toma de decisiones y de la misma manera favorecer la transparencia y rendición de cuentas en todos los procesos de trabajo para minimizar riesgos de corrupción, análisis de problemas y propuestas de solución en un esquema de marco lógico.

Garantizar recursos suficientes

El INP dispondrá de la organización necesaria para prever, recuperar, administrar y distribuir el financiamiento institucional de fuentes federales, propias, de terceros y en particular del seguro popular y de fideicomisos diversos que en su oportunidad tendrá en cuenta para cubrir necesidades de gasto.

Todo lo anterior bajo un marco normativo y legal con la directriz de un marco maestro de proyectos de inversión para obra pública y equipamiento que permita ir más allá de la vanguardia en las necesidades de trabajo, mejorar el clima organizacional y garantizar la satisfacción de los usuarios internos y externos de los servicios de la institución.

Investigación deberá planear los recursos de terceros y externos de manera anticipada y definir el tipo de conocimiento a producir y el tipo de usuarios con un principio de investigación trasnacional.

Enseñanza tendrá la tarea de garantizar recursos externos por medio de recuperación de fondos derivados de la formación de recursos humanos y educación continua, así como de la publicación del conocimiento derivado de investigación.

El área médica desarrollará esfuerzos adicionales para maximizar el uso de las instalaciones de atención con un principio de sustentabilidad financiera, siempre vigilando la equidad a la población objetivo.

Gobierno digital y sistematización de procesos, infraestructura y tecnología

El INP deberá disponer de la mejor tecnología informática para la disminución de los tiempos de atención y de gestión de las diversas áreas de trabajo con la finalidad de optimizar la capacidad instalada, mejorar la toma de decisiones y propiciar el control de pérdidas y el combate a la corrupción.

En la gestión de los procesos administrativos y de atención en las diversas áreas, mantener vanguardia en la comunicación interna y hacer pertinente la toma de decisiones a nivel de los líderes en los diferentes equipos de trabajo por medio de salas de discusión situacional.

Convergencias del INP con el Programa Nacional de Salud (PRONASA)

En el marco de los programas sociales el PRONASA, propone objetivos vinculados al desarrollo de la población en un contexto de mejoramiento de la salud pública y las normas de regulación sanitaria, así como la promoción, prevención y atención médica en la prestación del servicio de salud con calidad y seguridad.

En resumen, se busca que el Sistema Nacional de Salud (SNS) contribuya al bienestar general de los mexicanos y combate a la pobreza, a través de los siguientes objetivos:

Objetivos del PNS

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
3. Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

Fuente: PRONASA 2007-20012. Secretaría de Salud.

Éstos a su vez están asociados con diez estrategias, las cuales se encuentran orientadas al fortalecimiento de las tres funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud:

1. Rectoría efectiva,
2. Financiamiento equitativo y sostenible,
3. Generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros.

Estrategias operativas del Sector Salud 2007-2012

Estrategias	Temática fundamental de las líneas de acción
1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios	Se enfocan a proteger a la población de eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición, casi siempre involuntaria, a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente.
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.	Esta estrategia tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinarán con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.	Se plantea incorporar la calidad en los programas de formación académica de los profesionales de la salud; Impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica; y fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica.
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.	Priorizar las intervenciones en salud con base en un proceso institucional de evaluación clínica, ética, social y económica; establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de recursos para la salud; integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica y el desarrollo de la métrica e indicadores.

Estrategias	Temática fundamental de las líneas de acción
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.	Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad; Diseñar e instrumentar el Sistema Nacional de Trasplantes y Ampliar el acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica a través del uso de telesalud.
6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud	Fortalecer las fuentes de financiamiento de los procesos de autorización, registro y verificación asociados a la protección contra riesgos sanitarios; impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud que tienen un impacto nacional y establecer reglas claras de concurrencia de recursos federales.
7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.	Garantizar la protección de la economía de los usuarios de los servicios de salud, a través de establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación y consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.
8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector	Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones; impulsar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para promover la eficiencia y la transparencia en los procesos administrativos y establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios.
9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos	La CCINSHAE es responsable de promover la investigación científica en salud y coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos, de financiamiento y desarrollo de ésta. Asimismo, estimula el desarrollo de los recursos humanos dedicados a la investigación en salud y promueve la vinculación entre la investigación y el ejercicio técnico de los profesionales de la salud.

Estrategias	Temática fundamental de las líneas de acción
10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios	Impulsar la dignificación y el mantenimiento de la infraestructura y equipo industrial; impulsar el financiamiento y establecimiento de políticas para la renovación y mantenimiento de equipo médico a través de áreas de ingeniería biomédica en las unidades de atención a la salud.

Fuente: Modificado del PRONASA 2007-20012. Secretaría de Salud.

Organización general del INP

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) vive una reingeniería en los procesos de atención, la relación entre sus áreas sustantivas asume un modelo de trabajo, basado en la gerencia de servicios, con un enfoque sistémico y reordenando los procesos de atención en torno a las prioridades nacionales de salud, basándolos en evidencia científica, propiciando sean reproducidos a través de un sistema educativo moderno.

El INP cuenta con una Dirección General, tres áreas sustantivas, Investigación, Enseñanza y Asistencia a la Salud; cuenta con dos áreas de apoyo, Administración y Planeación y tienen como eje horizontal la atención al usuario y su familia, en un círculo virtuoso de la calidad.

La misión del INP tiene como componente central el desarrollo de modelos de atención de alta especialidad a población, no asegurada, menor de 18 años de edad, con un componente de investigación básica, clínica y epidemiológica, que en la actualidad ha complementado un enfoque traslacional para empatarlo a prioridades nacionales.

Este Manual excluye los procesos referentes al Departamento de Tecnologías de la Información, toda vez que éstos se incluyen en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 13 de julio del 2010.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

En 1985, la DP contaba con dos divisiones: Finanzas y Planeación y Presupuesto. Esta última, tenía tres departamentos: Estadística e Informática; Organización y Modernización Administrativa; y el de Programación y Evaluación. Este último, es el antecedente directo del Actual Departamento de Control del Presupuesto. Desde esa fecha, las labores del Departamento consistían en elaborar el Programa Presupuestal del Instituto y efectuar el control del ejercicio del gasto.

A partir de su creación y hasta 1991, el Departamento de Informática y Estadística manejó como parte importante de sus labores la integración de la estadística institucional, además de otras funciones como el desarrollo de programas de cómputo y asesoría a usuarios de equipo de cómputo y el diseño de bases de datos.

Antes de 1989, se contó con el apoyo del Departamento de Informática del DIF para el procesamiento de los datos. A partir de 1989, se dotó al área de equipo de cómputo propio.

En 1991, se reestructuró con la División de Organización y Presupuesto con dos departamentos, el de Organización y Modernización Administrativa y el de Control del Presupuesto; y la División de Planeación, con los Departamentos de Informática y el de Desarrollo Institucional; uno más fue separado de la Subdirección General Médica para adherirlo a esta División, el de Archivo Clínico y Bioestadística, en el que se elaboraban las estadísticas institucionales.

En 1993, se le otorga a la unidad la categoría de Subdirección General. Durante 1998 el Departamento de Organización y Modernización realizó un análisis de la operación Institucional, derivado de lo cual se propuso una modificación a la estructura orgánica, misma que fue aprobada en febrero de 1999.

Dicha estructura se modificó en octubre de 1999, cuando se cambia la denominación de los mandos medios. Por esta razón, a la fecha, la anterior Subdirección General de Planeación, Organización y Presupuesto se ha transformado en la Dirección de Planeación, de la cual dependen los Departamentos de Organización y Modernización Administrativa, Desarrollo de Sistemas en Informática, Evaluación y Bioestadística y Desarrollo Institucional.

El Departamento de Control del Presupuesto ha pasado a formar parte de la Subdirección de Finanzas, dependiente de la Dirección de Administración.

Para 2005 se propuso enmarcar la actividad de la DP con un enfoque de gerencia de servicios de salud propuesto por el Programa Nacional de Salud y se compone de los siguientes Departamentos enlazados sistemáticamente de la siguiente forma: Diseño Organizacional, Evaluación y Calidad, Desarrollo Institucional e Informática.

Posteriormente en el 2008, se lleva a cabo una reingeniería, por lo que cambia la denominación de sus Departamentos y coordinaciones: Diseño y Calidad, Desarrollo Institucional, Desempeño Organizacional y Tecnologías de la Información.

Esta nueva conformación tiene como marco la horizontalización de los procesos de trabajo y la prioridad de los usuarios, población sin seguridad social menor de 18 años, con enfoque a la calidad en un sistema continuo de gestión.

Misión y Visión del área de Planeación

Misión:

Planeación y sistematización de los procesos certificados de trabajo, en las áreas sustantivas y administrativas del INP, apegarlos a la normatividad (deber ser) con procesos transparentes a través del diseño organizacional, evaluación del desempeño, consolidación de la infraestructura informática y desarrollo organizacional, para la optimizar de los recursos asignados, la reingeniería y la sistematización de procesos, apegados a un modelo de gestión de la calidad.

Apoyar la transformación institucional hacia la adopción de las mejores prácticas de calidad, eficacia y eficiencia, propiciando un entorno laboral armónico en beneficio de la población menor de 18 años sin seguridad social.

Visión:

La Dirección de Planeación es un apoyo efectivo del INP, para la formulación de proyectos, organización y mejora del desempeño de la organización, que desarrollan modelos de atención, basados en evidencia científica y mejoran los procesos de enseñanza aprendizaje.

Así mismo, se fortalece el bienestar de los prestadores de servicios, y los proveedores y usuarios de los servicios perciben la calidad de las acciones y se vinculan de manera participativa ya que los servicios se han organizado en forma sistémica y sus acciones se han reorientado por procesos integrales de trabajo.

II. OBJETIVO DEL MANUAL

Este documento tiene por objeto dar a conocer los macroprocesos de la Dirección de Planeación (DP), con apego al deber ser de la organización con fundamento a la Ley General de Salud, el Programa Nacional de Salud, la Ley de Institutos Nacionales, de instituciones paraestatales e internamente el Programa de la Dirección General y el Manual de Organización del INP.

La construcción del manual asume un nuevo enfoque conceptual, que la DP se constituye en torno a la planeación integral del INP y basa su intervención en la alineación de procesos de trabajo con un enfoque sistémico bajo un precepto fundamental de Gestión de Calidad.

Su contenido constituye un instrumento de consulta para todas las áreas del INP, en general y de los departamentos de la DP en particular:

Se proponen para este enfoque, un mapa de macroprocesos y un algoritmo de procesos con enfoque a los usuarios de los servicios de la DP.

La DP cuenta con cuatro departamentos:

- Diseño y Calidad
- Desempeño Organizacional
- Tecnologías de la Información
- Desarrollo Institucional

La Dirección de Planeación es una unidad administrativa del INP que tiene una función eminentemente de apoyo a la organización de todas las áreas del INP, las sustantivas y la administración, así como los servicios dependientes directamente de la Dirección General como son la Subdirección de Asuntos Jurídicos y el Departamento de Comunicación Social.

Tiene la atribución de proponer la alineación de procesos de trabajo para optimizar los recursos disponibles y la capacidad instalada de la institución.

Los departamentos trabajan en conjunto para prever que el Instituto cuente con la asesoría y normatividad interna necesarios para el diseño y la ejecución de sus programas; así como el establecimiento de mecanismos de análisis para la previsión, programación y evaluación de las actividades y conocer las expectativas, viabilidad y resultado de su cumplimiento.

Actualmente con los cambios realizados por la Dirección General del Instituto Nacional de Pediatría, a la Misión y Visión que se requiere cumplir a lo largo de esta administración, la DP tiene como enfoque principal la horizontalización de las áreas sustantivas y básicas con esfuerzos planeados, para limitar la duplicidad y canalizar el ahorro en un crecimiento tecnológico sostenido con un enfoque sistémico, que conceptualicen al INP como un todo integral.

El nuevo enfoque del Proyecto Estratégico del INP establece que la DP deberá encargarse de fortalecer la vinculación de los procesos internos, promoviendo la coordinación e interacción productiva y la alineación de subprogramas, recursos y acciones institucionales.

Objetivo de la Dirección de Planeación

Fortalecer la vinculación entre los procesos internos y gestiones ante terceros, coordinando la toma de decisiones a partir de información gerencial sobre el desempeño institucional, basado en un sistema de gestión de la calidad, costos de atención y la administración del cambio.

Metas

Reingeniería de procesos

Coordinar acciones de reingeniería*¹ para cada uno de los procesos institucionales, asegurando la congruencia y armonía entre todos ellos, informando a los involucrados de los objetivos, ventajas y expectativas que se persiguen, definiendo los indicadores que serán utilizados para su seguimiento y estableciendo los lineamientos para la elaboración de los manuales de organización y procedimientos.

Identificar oportunidades y dar seguimiento a las metas y objetivos establecidos por cada una de las áreas en los documentos institucionales.

Instrumentar procesos continuos de investigación y análisis y proponer la utilización de tecnología de punta, para optimizar los procesos institucionales y el aprovechamiento de la infraestructura y los recursos asignados.

Diseñar y vigilar el orden de los procesos y jerarquizar la estructura del INP y proponer un sistema de costos institucionales para incrementar la capacidad de los gerentes en la toma de decisiones.

Lograr un Sistema de Gestión de la Calidad, donde la seguridad de los servicios, sea prioridad para cumplir con los criterios de evaluación de los procesos de certificación institucional; encaminados a la aplicación de conocimientos interdisciplinarios que impacten en la salud y seguridad.

¹ Reingeniería se utilizará aquí como el diseño de áreas, funciones y acciones de las diferentes áreas.

Desarrollo organizacional

Generación de acciones de seguridad institucional incluidas actividades para protección civil, proyectos en apoyo a la calidad, acciones de control del medio ambiente como, edificio libre de humo de tabaco, 9 claves para el cambio y manejo de residuos sólidos biológico infecciosos.

La cultura organizacional y la calidad son elementos que acompañan al desarrollo organizacional y que serán actividades complementarias al sistema general de gestión de la calidad enmarcadas en un concepto de seguridad hospitalaria.

Tecnologías de la información

Promover la integración en un sistema único de información de todas las aplicaciones existentes, a través de una red de voz y datos, bajo una plataforma de desarrollo común, capaz de solventar en tiempo y forma los requerimientos institucionales.

Establecer estrategias para conformar tableros de decisiones y sistemas de indicadores, a fin de brindar apoyo a las acciones prioritarias, reaccionar con oportunidad ante eventos fortuitos o desviaciones a lo programado, así como a las políticas y programas, en concordancia con lo establecido por las dependencias y entidades fiscalizadoras y globalizadoras; y los que en su caso soliciten otras instancias.

Evaluación del Desempeño

El desempeño se desarrollará bajo la secuencia del diseño organizacional que se hará a la luz de un organigrama orientado a procesos de atención, vinculados con la estructuración de las funciones la reorganización de los comités hospitalarios y administrativos, así como con la departamentalización de la institución, que permita la coordinación, el diseño, la división del

trabajo y la funcionalidad de los diferentes sistemas de información y apoyos tecnológicos existentes.

La medición del desempeño tiene en cuenta la construcción de indicadores de evaluación bajo un enfoque de gestión de la calidad y tiende a ser autogestivo para cada centro de costo.

III. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Normas Reglamentarias.

LEYES: Ley General de Salud y su Reglamento; Ley de los Institutos Nacionales de Salud; Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; Ley Federal de Entidades Paraestatales; Ley Federal para el control de Precursores Químicos Esenciales y Maquinas para elaborar cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos y su Reglamento; Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; Ley Federal de Procedimientos Administrativos; Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de Obras Publicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Ley del Impuesto Sobre la Renta; Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Publico Federal; Ley General de Bienes Nacionales; Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Publica Gubernamental; Ley de Planeación; Ley de Amparo; Ley de Derechos de Autor; Ley General del Equilibrio ecológico y la Protección al ambiente; Ley Ambiental del Distrito Federal; Ley General de Protección Civil; Ley General de Protección Civil Para El Distrito Federal; Ley de Protección a la Salud de los No fumadores en el Distrito Federal; Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; Ley de Fiscalización Superior de la Federación; Ley de Impuesto sobre la Renta; Ley de responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

REGLAMENTOS: Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud; Reglamento General de Seguridad Radiológica; Reglamento de Insumos para la Salud; Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios; Reglamento Interno del Consejo Nacional de Transplantes; Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones; Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General; Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de trabajo. Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Medio Ambiente en materia de Residuos Peligrosos. Reglamento para el Transporte de Materiales y Residuos Peligrosos. Reglamento de la Ley Ambiental del Distrito Federal. Reglamento de La Ley de Protección Civil Para El Distrito Federal. Reglamento Sobre Consumo de Tabaco. Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con la Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Reglamento de la Ley Federal de las entidades paraestatales; Reglamento de la Ley de Adquisiciones, arrendamientos y Servicios del Sector Público; Reglamento de la comisión interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud; Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos; Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

DECRETOS: Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud; Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de desarrollo 2001-2006; Decreto por el que se reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la

Inmunodeficiencia Adquirida; Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2001-2006; Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación;

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.

Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal. Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Decreto por el que los Titulares de las Dependencias y entidades de la Administración Pública hasta nivel de Director General en Sector Centralizado o su equivalente en el Sector Paraestatal, deberán rendir al separarse de sus empleos.

ACUERDOS DEL EJECUTIVO FEDERAL Y DEL SECRETARIO: Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud; Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud; Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos; Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud; Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Transplantes como Comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal; Acuerdo número 43 Comité de Investigación de Salud; Acuerdo número 55 Integración de Patronatos en las Unidades Hospitalarias; Acuerdo número 79 Aplicación del Manual de Referencia y Contrarreferencia; Acuerdo número 130 Creación del Comité Nacional para la vigilancia Epidemiológica; Acuerdo número 140 Creación del Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal; Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que deberán observar las Dependencias y los Organismos Descentralizados de la Administración Pública Federal; para la recepción de promociones que formulen los particulares en los procedimientos administrativos a través de medios electrónicos;

Acuerdo por el que las entidades de la Administración Pública Paraestatal se agruparan por sectores a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Federal se relacionen a través de las Secretarías de Estado o Departamento Administrativo; Acuerdo por el que se fijan criterios

para la aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades en lo referente a Familiares de los Servidores Públicos; Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; Acuerdo de Adscripción de las distintas unidades Administrativas de la Secretaría de Salud; Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención del Envejecimiento; Acuerdo por el que se crea el Comité de Obras Públicas de la Secretaría de Salud; Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia; Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud; Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida; Acuerdo por el que se establecen las normas y lineamientos generales para la aplicación de recursos presupuestales en materia de comunicación social.

NORMAS OFICIALES: Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998; Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994; Norma Oficial Mexicana-NOM-178-SSA1-1998; Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004; Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-2000, Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993; Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994; Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA21994; Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993; Modificada el 21-VI-2000. Norma Oficial Mexicana NOM-052-ECOL-1993. Norma Oficial Mexicana NOM-053-ECOL-1993. Norma Oficial Mexicana NOM-054-ECOL-1993. Norma Oficial Mexicana NOM-104-SSA1-1993.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1993. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SCT2-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2000. Norma Oficial Mexicana NOM-002-SCT2-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SCT2-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SCT2-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-010 STPS-1999. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SCT2-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Norma Oficial Mexicana NOM-NMX-017-SCFI. Norma Oficial Mexicana NOM-012-STPS-1999. Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-1998. Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA1-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000. Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998.

DISPOSICIONES INTERNACIONALES: Decreto por el cual se promulga el Código Sanitario Panamericano; Protocolo Adicional del Código Sanitario Panamericano; Decreto que promulga el Convenio Relativo a las Estadísticas de las Causas de Defunción y Protocolo de Firma; Convenio para la Promulgación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, así como el arreglo concerniente a la Office Internacional de Higiene Publique; Decreto Promulgatorio de la Convención sobre Derechos del Niño; Decreto por el que se aprueba la enmienda al párrafo primero del Artículo 20 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer.

Decreto por el que se aprueba el Retiro de la Declaración Interpretativa que el gobierno de los Estados Unidos Mexicanos formuló al aprobar la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer; Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad; Decreto Promulgatorio de la modificación de los Artículos 24 y 25 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; Decreto Promulgatorio de la Resolución WHA31.18 Adopción del Texto en Árabe y de la Reforma del Artículo 74 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; Decreto por el que se aprueba el protocolo facultativo de la convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los niños en la Pornografía; Decreto por el que se aprueban las enmiendas a los Artículos 17 párrafo 7 y 18 párrafo 5 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes; Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la Participación de Niños en los Conflictos Armados; Decreto por el que se aprueba el Retiro Parcial de las Declaraciones Interpretativas y de la Reserva que el Gobierno de México formuló al párrafo 2 del Artículo 23, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.



PROGRAMAS: Programa Sectorial de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Programa de Infancia y adolescencia, 2007-2012; Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

OTROS ORDENAMIENTOS: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables Actualización 23 III.2004.

Cuadro Básico y Catalogo de Medicamentos Actualización 26 de XII-2005.

IV. PROCEDIMIENTOS

1. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA

1. Propósito

- 1.1 Contar con una Estructura Orgánica debidamente autorizada por las globalizadoras que permita conocer las Unidades Administrativas que integran al Instituto, el establecimiento de niveles jerárquicos a nivel de Subdirección, así como la identificación del sistema formal de la organización.

2. Alcance

- 2.1 Aplica a todas las Direcciones y Subdirecciones de área del Instituto Nacional de Pediatría, así como al Órgano Interno de Control del Instituto.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Diseño y Calidad es responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.
- 3.2 Toda propuesta de modificación a la Estructura Orgánica deberá someterse a la autorización de la H. Junta de Gobierno.
- 3.3 Toda modificación de la Estructura Orgánica deberá pegarse a los lineamientos para la Elaboración de Propuestas de Modificación Estructural emitidos por la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
- 3.4 La Dirección de Planeación, a través del Departamento de Diseño y Calidad, tendrá en custodia la Estructura Orgánica autorizada y deberá difundirla a todas las Direcciones del Instituto cada vez que se actualice o se sufra refrendo; asimismo, su publicación en la página electrónica del Instituto
- 3.5 Derivado de la autorización de la Estructura Orgánica, se deberá actualizar el Manual de Organización Específico, así como el Estatuto Orgánico, cuando así sea necesario.

- 3.6 En caso de que la Estructura Orgánica no sufra actualización alguna en el periodo de un año, deberá solicitarse su refrendo ante la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud y su envío a la Secretaría de la Función Pública.
- 3.7 En los casos en que la Estructura Orgánica sufra modificaciones que impliquen algún tipo de afectación presupuestal, será la Dirección de Administración la responsable de realizar los trámites correspondientes, notificando y entregando una copia del expediente actualizado a la Dirección de Planeación, para que pueda proceder con el procedimiento.
- 3.8 Anualmente la Dirección de Planeación, a través del Departamento de Diseño y Calidad, solicitará a las Direcciones de Área la revisión de las Unidades Administrativas a su cargo, a fin de actualizar el Organigrama Funcional.
- 3.9 La actualización del Organigrama Funcional contemplará los niveles jerárquicos inferiores a Direcciones y Subdirecciones, refiriéndose a los Departamentos y Servicios, así como el resto de áreas que se cuenten adscritas a cada una de ellas. Consistirá en cambios de nombres y de ubicación de las áreas, en cuanto al nivel jerárquico funcional.
- 3.10 Al proceder la actualización del Organigrama Funcional, se deberá enviar a la Dirección de Administración para su conocimiento y gestión correspondiente para la asignación de centros de costo.
- 3.11 La Dirección de Planeación será la responsable de difundir anualmente cualquier modificación realizada al Organigrama Funcional, que derive de la política 2.8.

4. Documentos de Referencia

No Aplica

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de Modificación de la Estructura Orgánica	1.1 Solicita mediante oficio la modificación en la Estructura Orgánica, anexando la propuesta del cambio a realizar. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta 	Área Solicitante (Direcciones de Área)
2 Recepción de Solicitud e instrucción para análisis de propuesta	2.1 Recibe oficio y propuesta en donde solicitan la Modificación en la Estructura Orgánica, e instruye para que se analice la propuesta del cambio solicitado. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación (Departamento de Diseño y Calidad)
3 Recepción de oficio de solicitud con propuesta y analiza	3.1 Recibe oficio y la propuesta de la modificación de la Estructura, analiza y determina. Procede: No: Solicita una entrevista con el área para solicitar información o documentación complementaria Si: Elabora nota informativa sobre el análisis de la propuesta enviada por el área y turna a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta • Nota informativa Nota: La comunicación del Diseño y Calidad hacia la Dirección de Planeación también puede realizarse personal o electrónicamente.	Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Procesos)

<p>4 Recepción de información e instruye para acuerdo</p>	<p>4.1 Recibe comunicación sobre el análisis de la Propuesta del área y la revisa conjuntamente con el Diseño y Calidad.</p> <p>4.2 Instruye a la elaboración del Acuerdo para la H. Junta de Gobierno.</p>	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>5 Elaboración del acuerdo de autorización</p>	<p>5.2 Elabora acuerdo sobre la Estructura Orgánica propuesta para someter a la autorización de la H. Junta de Gobierno, mismo que envía a la Dirección de Planeación (Coordinación de Información).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo • Propuesta <p>Nota: La propuesta puede entregarse de manera física o electrónica.</p>	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Organización de Procesos)</p>
<p>6 Recepción de acuerdo y somete a la autorización de la H. Junta de Gobierno</p>	<p>6.1 Recibe acuerdo y somete a la autorización de la H. Junta de Gobierno junto con la propuesta de la Estructura Orgánica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo • Propuesta 	<p>Dirección de Planeación (Coordinación de Información)</p>
<p>7 Recepción y autorización de la propuesta de Modificación de Estructura Orgánica</p>	<p>7.1 Recibe propuesta de modificación de Estructura Orgánica, autoriza, se toma como acuerdo en el Acta, firma y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta Modificación de Estructura Orgánica • Acta de la H. Junta de Gobierno 	<p>H. Junta de Gobierno</p>

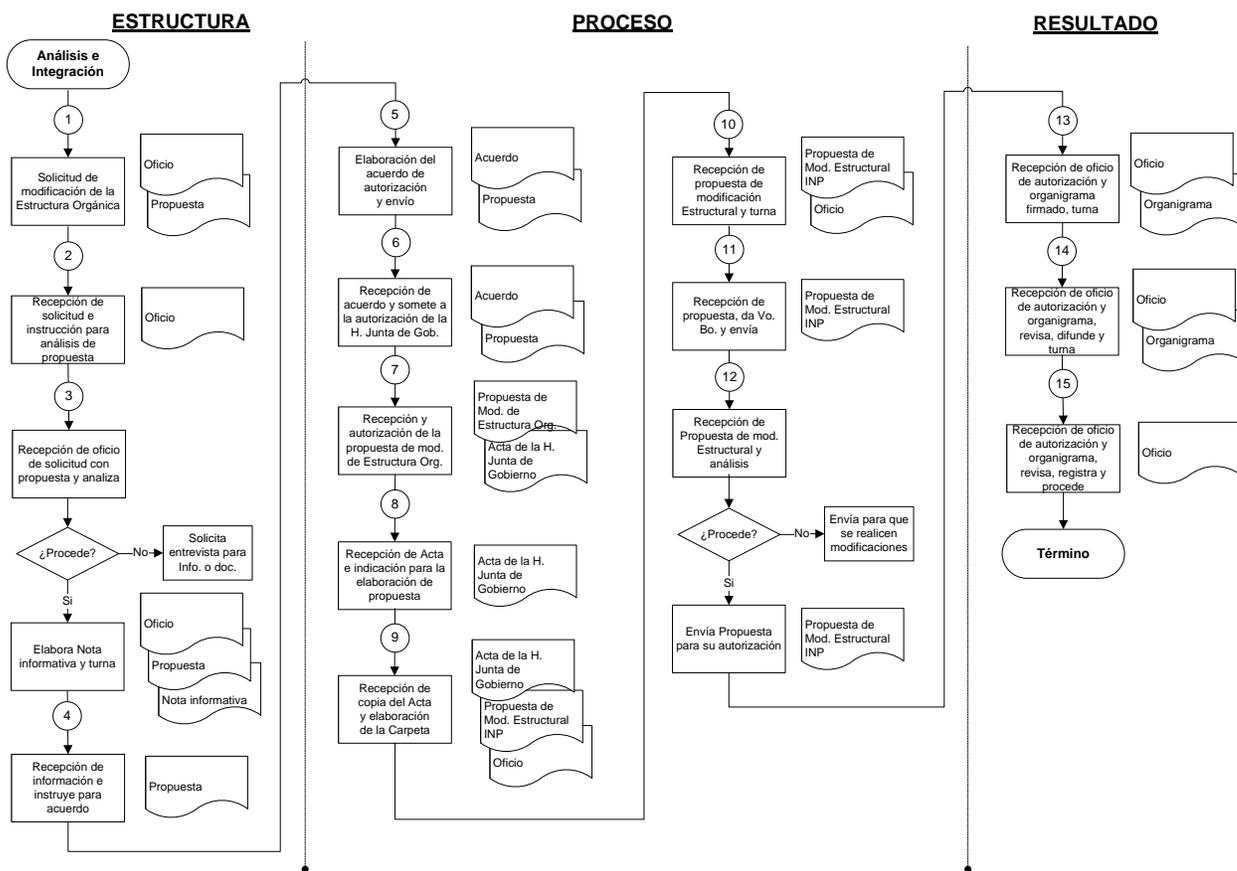
<p>8 Recepción de Acta de la H. Junta de Gobierno e indicación para la elaboración de propuesta</p>	<p>8.1 Recibe Acta de la H. Junta de Gobierno con los acuerdos realizados e indica al Departamento de Diseño y Calidad elabore la Propuesta de acuerdo a la normatividad y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de la H. Junta de Gobierno 	<p>Dirección de Planeación (Coordinación de Información)</p>
<p>9 Recepción de copia del Acta y elaboración de la carpeta</p>	<p>9.1 Recibe copia del Acta de la H. Junta de Gobierno y procede a la elaboración de la carpeta de la Propuesta de Modificación Estructural y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de la H. Junta de Gobierno • Propuesta de Modificación Estructural del INP • Oficio 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
<p>10 Recepción de propuesta de Modificación de Estructural y turna</p>	<p>10.1 Recibe Propuesta de Modificación Estructural, revisa y turna a la Dirección General para Vo. Bo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de Modificación Estructural del INP Oficio 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>11 Recepción de Propuesta, da Vo. Bo. y envía</p>	<p>11.1 Recibe Propuesta de Modificación Estructural del Instituto Nacional de Pediatría, da Vo. Bo. y envía a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de Modificación Estructural del Instituto Nacional de Pediatría 	<p>Dirección General</p>
<p>12 Recepción de propuesta de modificación Estructural y análisis</p>	<p>12.1 Recibe Propuesta de Modificación Estructural del INP, analiza y determina.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Envía la Propuesta para que se realicen modificaciones.</p> <p>Si: Envía propuesta a las instancias globalizadoras correspondientes para su autorización.</p> <p>Propuesta de Modificación Estructural del INP</p>	<p>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.</p>

<p>13 Recepción de oficio de autorización y organigrama firmado, turna</p>	<p>13.1 Recibe oficio de autorización de la Modificación a la Estructura Orgánica del Instituto, así como el Organigrama debidamente firmado, y turna a la Dirección de Planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Organigrama 	<p>Dirección General</p>
<p>14 Recepción de oficio de autorización y organigrama, revisa, difunde y turna</p>	<p>14.1 Recibe oficio de autorización de la Modificación a la Estructura Orgánica del Instituto y Organigrama debidamente firmado y turna al Departamento de Diseño y Calidad para su difusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Organigrama 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>15 Recepción de oficio de autorización y organigrama, revisa, registra y procede</p>	<p>15.1 Recibe oficio de autorización de la Modificación a la Estructura Orgánica del Instituto y Organigrama, revisa y difunde a las Direcciones y Subdirección de Área mediante oficio.</p> <p>(Conecta con el procedimiento para la elaboración y/o actualización de manuales de organización y de procedimientos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>Nota: Procede a la elaboración y/o Actualización del Manual de Organización Específico del Instituto y del Estatuto Orgánico, en los casos que así se requiera.</p>	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Organización de Procesos)</p>
<p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
<p>Área Médica</p> <p>Área Administrativa</p> <p>Globalizadoras</p>	<p>Propuesta de Modificación Estructural</p> <p>Propuesta de Modificación Estructural</p> <p>Normatividad</p>	<p>a) Solicitud de modificación de la Estructura Orgánica.</p> <p>b) Análisis de la propuesta de Estructura Orgánica.</p> <p>c) Presentación de Propuesta ante la H. Junta de Gobierno.</p> <p>d) Autorización de la H. Junta de Gobierno.</p> <p>e) Elaboración de Propuesta de acuerdo a la normatividad.</p> <p>f) Gestión de la Propuesta de Modificación Estructural del INP.</p> <p>g) Autorización y Difusión</p> <p>g) Actualización del Manual de Organización Específico del INP y Est.Org.</p>	<p>Manual de Organización</p> <p>Introducción</p> <p>Objetivo del Manual</p> <p>Antecedentes</p> <p>Históricos</p> <p>Marco Jurídico</p> <p>Atribuciones</p> <p>Misión y Visión de la Unidad</p> <p>Código de Ética de los Servidores Públicos</p> <p>Estructura Orgánica</p> <p>Organograma</p> <p>Descripción de Funciones</p> <p>Glosario de Términos</p> <p>Organigrama del INP</p> <p>Validación de la DGPOP y Autorización de la H. Junta de Gobierno</p>	<p>Área Médica</p> <p>Área Administrativa</p> <p>Globalizadoras</p>

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y DE PROCEDIMIENTOS.

1 Propósito

- 1.1 Apoyar a las Áreas del Instituto para la integración de sus Manuales Administrativos con la finalidad de que definan sus marcos, estructural, funcional y operativo.

2 Alcance

- 2.1 Aplica a todas las áreas médica-administrativas del Instituto.

3 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Diseño y Calidad es responsable de que este procedimiento se lleve a cabo.
- 3.2 Los Manuales Generales de Procedimientos y de Organización del INP deberán apegarse a las Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales emitida por la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
- 3.3 Toda elaboración y/o actualización de Manuales de Procedimientos y de Organización correspondientes a Subdirecciones, Departamentos y Servicios deberán apegarse a la Guía Técnica para la elaboración de Manuales Administrativos. Emitida por la Dirección de Planeación.
- 3.4 La Guía técnica para la elaboración de los Manuales Administrativos está conformada por los requisitos de la Norma ISO 9001-2000 y por los de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).
- 3.5 La autorización de los Manuales Administrativos se llevará a cabo dos veces al año conforme a las fechas en que sesiona la H. Junta de Gobierno.
- 3.6 Al inicio de cada año se solicitará a las áreas médico administrativas la elaboración, revisión y/o actualización de sus Manuales Administrativos, indicándoles la fecha límite para entrega de la última versión y/o en su caso refrendo del mismo para someterlos a la autorización de la H. Junta de Gobierno.

- 3.7 Los Manuales Administrativos sólo se podrán refrendar dos veces de manera consecutiva.
- 3.8 El Departamento de Diseño y Calidad llevará un expediente del seguimiento de elaboración y/o actualización por cada Manual Administrativo hasta la conclusión del mismo.
- 3.9 El Departamento de Diseño y Calidad elaborará los Diagramas de Flujo cuando las áreas hayan dado su Vo. Bo. en la descripción de actividades de cada proceso.
- 3.10 El Departamento de Diseño y Calidad y el Área solicitante deberán trabajar en conjunto para realizar una síntesis de necesidades y/o en su caso complementación de información que deberá quedar por escrito; así mismo, el área usuaria designará el responsable que realizará la elaboración y/o actualización del Manual Administrativo.
- 3.11 El Departamento de Diseño y Calidad llevará una bitácora de las asesorías otorgadas al personal designado para elaborar y/o actualizar el Manual administrativo.
- 3.12 El Departamento de Diseño y Calidad dará asesoría técnica para la elaboración y/o actualización de los Manuales Administrativos, a las diversas Áreas del Instituto.
- 3.13 Los Manuales Generales del INP deberán ser validados por la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud y someterse a la autorización de la H. Junta de Gobierno.
- 3.14 Los Manuales de Procedimientos y de Organización correspondientes a Subdirecciones, Departamentos y Servicios deberán ser sometidos para autorización de la H. Junta de Gobierno.
- 3.15 El resguardo de los Manuales originales estará a cargo de Departamento de Diseño y Calidad y se deberá enviar una copia al Área correspondiente.
- 3.16 La difusión de los Manuales Administrativos autorizados será responsabilidad del área correspondiente.
- 3.17 Toda corrección que se lleve a cabo por el Departamento de Diseño y Calidad y el área usuaria podrá ser mediante vía electrónica (correo electrónico, memoria USB, CD, diskette etc.)

- 3.18 Para las modificaciones o creación de documentos en los Manuales que se encuentren en el Sistema de Gestión de la Calidad, se deberá solicitar a través del formato de Solicitud de Creación o Modificación de Documentos (P-0-05).
- 3.19 El Departamento de Diseño y Calidad será el responsable de actualizar el Catálogo de formatos institucionales impresos y electrónicos.
- 3.20 Para el establecimiento de indicadores en los manuales de procedimientos, se trabajará coordinadamente con el área de información de la Dirección de Planeación durante la elaboración y/o actualización de la información.

4. Documentos de Referencia

No Aplica

5. Descripción de actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
<p>1 Solicitud para la elaboración, revisión y/o actualización de Manuales.</p>	<p>1.1 Solicita a las áreas, mediante oficio en original y copia, la elaboración, revisión y/o actualización de los Manuales Administrativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>Nota: En caso de que las áreas requieran elaborar y/o actualizar su Manual Administrativo podrá solicitarlo en el momento en que lo consideren necesario. (Inicia Procedimiento en la actividad No. 3.1).</p>	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>2 Recepción de Solicitud para elaboración y/o actualización del Manual, revisión y turna</p>	<p>2.1 Recibe mediante oficio la Solicitud para la elaboración, revisión y/o actualización de los Manuales Administrativos, firma de recibido en la copia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>2.2 Revisa, elabora y/o actualiza el Manual Administrativo correspondiente y envía a la Dirección de Planeación mediante oficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta del Manual Administrativo 	<p>Áreas del INP</p>
<p>3 Recepción de oficio, revisión y turna</p>	<p>3.1 Recibe oficio de la Solicitud para la elaboración y/o actualización del Manual, revisa y turna al Departamento de Diseño y Calidad quien a su vez entrega a la Coordinación de Organización de Procesos para dar seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta del Manual Administrativo 	<p>Dirección de Planeación</p>

<p>4. Recepción de oficio y propuesta, revisión y envío de memorandum</p>	<p>4.1 Recibe oficio de solicitud, y propuesta de Manual Administrativo, revisa y solicita mediante memorándum al Área correspondiente una entrevista para información general para la elaboración y/o actualización del Manual, agenda y acude al área el día indicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta • Memorandum 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Organización de Procesos)</p>
<p>5. Revisión y análisis de documentos y realización de síntesis de necesidades</p>	<p>5.1 Revisan y analizan la documentación para la elaboración y/o actualización del Manual de acuerdo a la Guía Técnica para la Elaboración de Manuales correspondiente.</p> <p>5.2 Elabora por escrito síntesis de necesidades en la cual queda registrado el nombre del personal asignado para dar continuidad con el procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis de necesidades 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Organización de Procesos) y Área Solicitante</p>
<p>6 Asesoramiento al personal asignado para la elaboración y/o actualización del Manual</p>	<p>6.1 Asesora al personal asignado para la elaboración y/o actualización del Manual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía Técnica para la Elaboración de Manuales <p>6.2 Registra en la bitácora asunto, nombre del personal, puntos de acuerdo, fecha y firma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Organización de Procesos)</p>

<p>7 Elaboración y/o actualización de la propuesta del Manual y envía</p>	<p>7.1 Elabora y/o actualiza la propuesta del Manual, envía mediante oficio al Departamento de Diseño y Calidad para su revisión y en su caso elaboración de diagramas de flujo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta del Manual 	<p>Área Solicitante</p>
<p>8. Recepción de propuesta del Manual, revisión y turna</p>	<p>8.1 Recibe mediante oficio la propuesta del Manual, revisa y turna a la Coordinación de Organización de Procesos para su análisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta del Manual 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
<p>9. Recepción de Propuesta del Manual y revisión</p>	<p>9.1 Recibe propuesta del Manual, revisa de acuerdo a la Guía Técnica correspondiente, y determina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía Técnica <p>Procede:</p> <p>No: Envía al Área Solicitante la propuesta del Manual para su modificación y/o complementación de información. (Regresa a la actividad No. 6.1).</p> <p>Si: Elabora Diagramas de flujo, integra e imprime los manuales: para el caso de Manuales Generales del INP en los formatos establecidos por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la SSA, y para los de Subdirecciones, Departamentos y Servicios imprime en diseño de libro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagramas • Manual administrativo 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Organización de Procesos)</p>

	<p>9.2 Entrega los Manuales Administrativos al Jefe del Departamento de Diseño y Calidad para su revisión y/o trámite correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual Administrativo 	
10 Recepción, revisión y envío del Manual para firmas	<p>10.1 Recibe el Manual Administrativo debidamente integrado y revisa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual • Oficio 	Departamento de Diseño y Calidad
11 Recepción del Manual firmado y elaboración de oficio para validación	<p>11.1 Elabora acuerdo para la autorización de la H. Junta de Gobierno los Manuales Generales del INP y los de las Subdirecciones, Departamentos y Servicios mismo que envía a la Dirección de Planeación (Coordinación de Información).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Manual • Acuerdo 	Departamento de Diseño y Calidad
12 Recepción de acuerdo y somete a la autorización de la H. Junta de Gobierno	<p>12.1 Recibe acuerdo y somete a la autorización de la H. Junta de Gobierno, los Manuales Generales del INP, los correspondientes a las Subdirecciones, Departamentos y Servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual 	Dirección de Planeación de (Coordinación de Información)
13 Recepción de manuales, autorización, firma y turna	<p>13.1 Recibe Manuales de Organización y Procedimientos, autoriza, se toma como acuerdo en el Acta, firma y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuales • Acta de la H. Junta de Gobierno 	H. Junta de Gobierno

<p>14 Recepción del Acta e indica continuar trámite correspondiente</p>	<p>14.1 Recibe Acta de la H. Junta de Gobierno con los acuerdos realizados e Indica al Departamento de Diseño y Calidad continuar con el trámite correspondiente y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> Acta de la H. Junta de Gobierno 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>15 Recepción de copia del Acta y elaboración de oficio de difusión</p>	<p>15.1 Recibe copia del Acta de la H. Junta de Gobierno y continúa con el trámite correspondiente.</p> <p>En el caso de los Manuales Generales procede a la elaboración de oficio (firmado por la Dirección General) para validación de DGPOP. (Continúa en la actividad 16.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Acta de la H. Junta de Gobierno Oficio <p>Para Manuales internos, imprime los ejemplares necesarios y solicita al servicio de impresiones gráficas el empastado en diseño de libro.</p> <p>(Continúa en la actividad 19.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Manuales 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
<p>16 Recepción y revisión del Manual</p>	<p>16.1 Recibe mediante oficio el Manual, revisa y determina.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Envía el Manual, para que se realicen las observaciones señaladas en el mismo. (Regresa a la actividad No. 9.1).</p> <p>Si: Envía mediante oficio el Manual debidamente validado para su difusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> Oficio Manual 	<p>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de Secretaría de Salud</p>

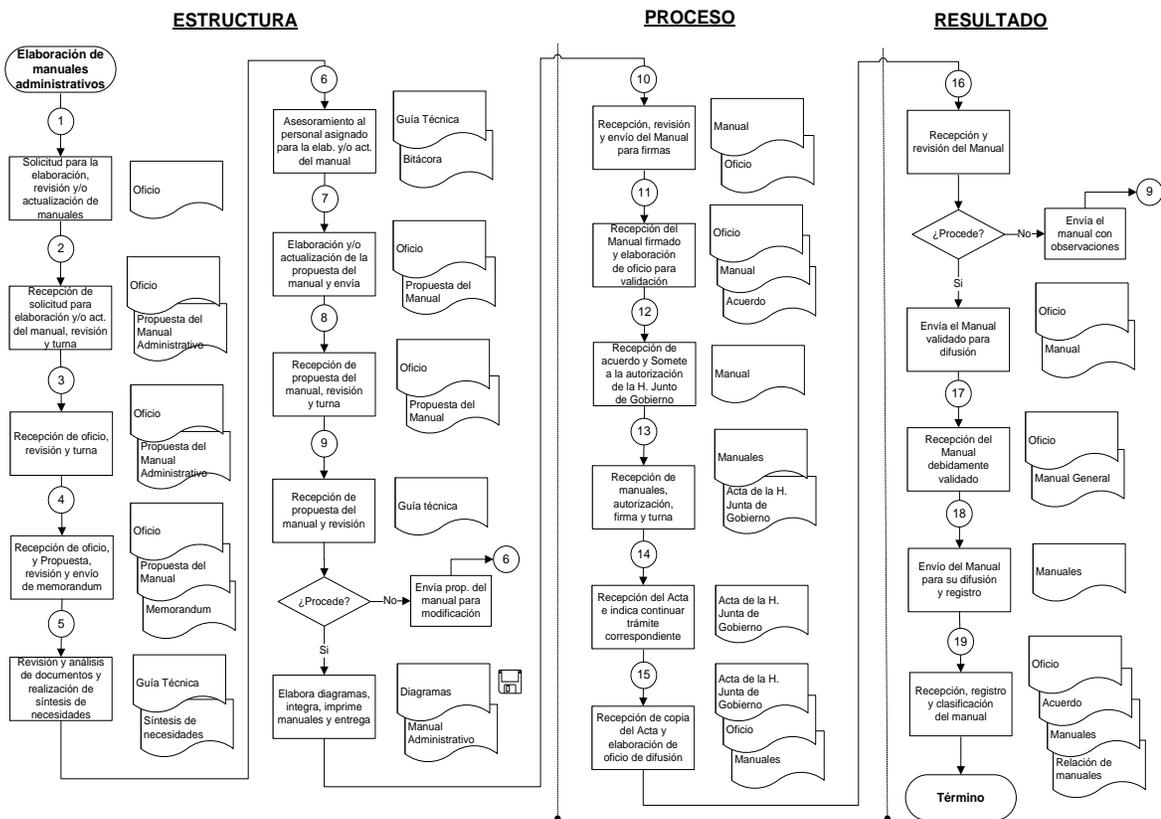
<p>17 Recepción del Manual debidamente validado</p>	<p>17.1 Recibe mediante oficio los Manuales Generales del INP debidamente validados y envía a la Dirección de Planeación para su seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Manuales Generales 	<p>Dirección General</p>
<p>18 Envío del Manual para su difusión y Registro</p>	<p>18.1 Recibe los Manuales validados y turna el original del Manual al Departamento de Diseño y Calidad para continuar trámite correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuales 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>19. Recepción, registro y clasificación del Manual</p>	<p>19.1 Recibe Manuales generales validados y los internos en forma de libro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuales 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
	<p>19.2 Elabora oficio (firmado por la Dirección de Planeación) mismo que turna junto con la copia del manual y copia del acta de acuerdo, para que las áreas realicen la difusión del documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Acuerdo • Manuales <p>19.2 Registra el Manual original y lo clasifica en la relación de Manuales autorizados y procede al resguardo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual • Relación de Manuales 	
<p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Área Médica	Propuesta de Manual	a) Solicitud para elaboración y/o actualización del Manual	Manual de Organización	Área Médica
Área Administrativa	Normatividad	b) Entrevista, Análisis y síntesis de necesidades	Introducción del Manual	Área Administrativa
Globalizadoras	Manual de Organización y Procedimientos	c) Capacitación de acuerdo a la normatividad	Antecedentes Históricos	Globalizadoras
		d) Elaboración y/o actualización de la Propuesta	Marco Jurídico	
		e) Recepción y Revisión de la Propuesta	Atribuciones	
		f) Integración e Impresión del Manual	Misión y Visión de la Unidad	
		g) Gestión del Manual	Estructura Orgánica	
		h) Autorización y Difusión	Organograma	
			Descripción de Funciones	
			Glosario de Terminos	
			Manual de Procedimientos	
			Portada	
			Índice	
			Introducción del Manual	
			Antecedentes Históricos	
			Marco Jurídico	
			Denominación de Proced.	
			Propósito	
			Alcance	
			Políticas y Normas de operación	
			Descripción de	

		<u>No. de procesos identificados</u>	Actividades Diagrama de Flujo	
		Total de Procesos autor.	Documentos de Referencia Registros de Glosario de terminos Cambios en esta versión Anexo	

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

3. PROCEDIMIENTO PARA LA ALTA, BAJA Y/O ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS INSTITUCIONALES.

1. Propósito

- 1.1 Llevar a cabo el alta, baja, y/o actualización de formatos institucionales, del área médico-administrativa, con la finalidad de ser registrados en el Catálogo Institucional de Formatos; así mismo, coadyuvar al Programa de Uso Racional de Papel del INP.

2. Alcance

- 2.1 Todas las áreas médico-administrativas que soliciten y/o requieran dar de alta o baja; así como, actualizar los formatos institucionales que formen parte de sus actividades.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Diseño y Calidad, a través de la Coordinación de Organización de Procesos, será el responsable de que este procedimiento se lleve a cabo.

- 3.2 El área médico-administrativa es quien solicita el alta, baja y/o actualización de formatos institucionales, entregando el formato correspondiente o en su caso, el bosquejo físico con la propuesta o modificaciones debidamente señaladas, así como el archivo electrónico en caso de contar con éste.
- En el caso del Sistema de Gestión de Calidad, deberá requisitar y anexar el formato “Solicitud de Creación o Modificación de Documentos” clave P-0-05 para su trámite correspondiente.
- 3.4 Las áreas médico-administrativas son las responsables de solicitar el alta, baja y/o actualización de formatos institucionales cuando así se requiera, siempre y cuando se encuentre bajo su resguardo; en su caso contrario deberá solicitar el Vo. Bo. del área responsable.
- 3.5 El Departamento de Diseño y Calidad a través de la Coordinación de Organización de Procesos, será el responsable de asignar número de clave a los formatos de acuerdo al Catálogo Institucional de Formatos.
- 3.5 Una vez realizado el formato y/o las modificaciones, la Coordinación de Organización de Procesos solicitará Vo. Bo. al área solicitante, antes de continuar con el trámite correspondiente.
- 3.6 El Departamento de Diseño y Calidad, a través de la Dirección de Planeación enviará la versión final del formato impreso a las áreas involucradas para el tiraje del mismo de acuerdo a la petición del área.
- 3.7 El Departamento de Diseño y Calidad, a través de la Dirección de Planeación, informará a Impresiones Gráficas y Almacén General la baja, alta y/o actualización de los formatos institucionales anexando un ejemplar en físico y electrónico.

- 3.8 La Coordinación de Organización de Procesos actualizará el Catálogo Institucional de Formatos cada vez que haya una alta, baja y/o actualización.
- 3.9 A partir del año 2008 se envía trimestralmente al Departamento de Desarrollo Institucional, el estatus de formatos institucionales, especificando los que se dan de baja, como parte del Programa Uso Racional de Papel. Esta actividad se lleva a cabo coordinadamente con el Departamento de Tecnologías de la Información, a través de la sistematización de formatos institucionales.

4. Documentos de Referencia

No Aplica

5 Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de solicitud, revisión y turna	<p>1.1 Recibe solicitud para el alta, baja y/o actualización del formato institucional mediante oficio, "Solicitud de creación o modificación de documentos" P-0-05 y en su caso, archivo electrónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Solicitud de creación o modificación de documentos. <p>1.2 Revisa y turna al Departamento de Diseño y Calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Solicitud de creación o modificación de documentos. 	Dirección de Planeación

<p>2. Recepción de solicitud, revisa, turna e instruye</p>	<p>2.1 Recibe solicitud mediante oficio y/o "Solicitud de creación o modificación de documentos", revisa y turna a la Coordinación de Organización de Procesos e instruye para que se lleve a cabo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Solicitud de creación o modificación de documentos. 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
<p>3. Recepción de oficio e instrucción, registra y asigna folio</p>	<p>3.1 Recibe oficio e instrucción. (Continúa en la actividad no. 4.1).</p> <p>En caso de "Solicitud de creación o modificación de documentos" P-0-05, revisa que el formato esté correctamente requisitado. ¿Correcto?</p> <p>Procede:</p> <p>No: Informa al área solicitante de manera verbal o telefónica que el formato "Solicitud de creación o modificación de documentos" no está correctamente requisitado e indica la forma correcta.</p> <p>Si: Registra y asigna número de folio a la "Solicitud de creación o modificación de documentos".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Solicitud de creación o modificación de documentos 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Procesos de Atención)</p>
<p>4. Da de alta, baja y/o actualiza el formato, imprime y envía</p>	<p>4.1 Da de alta, baja y/o actualiza el formato institucional, asigna y/o en su caso reclasifica número de clave del formato de acuerdo al Catálogo Institucional de Formatos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catálogo institucional de formatos <p>4.2 Imprime formato y envía al área correspondiente para su revisión y Vo. Bo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato institucional 	

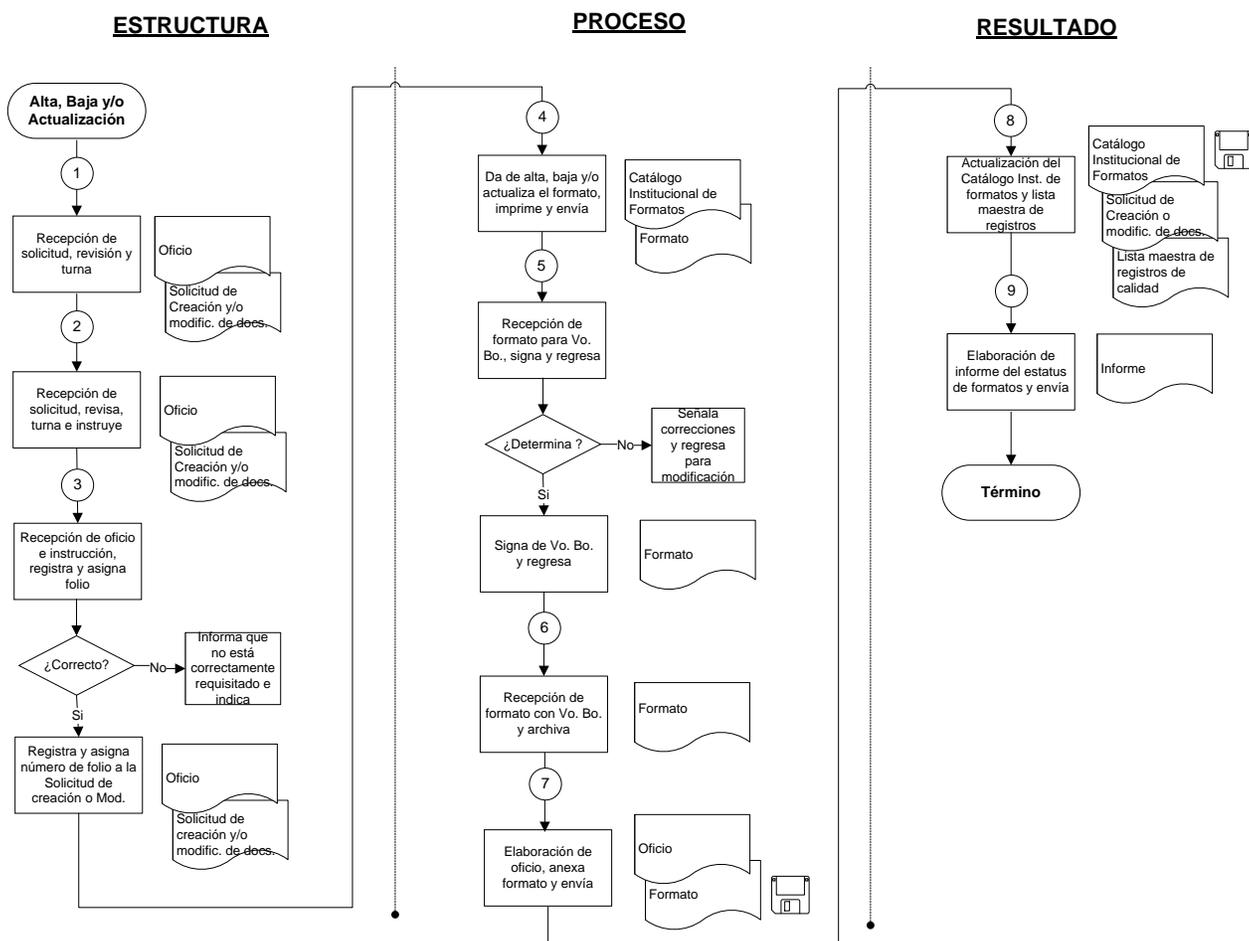
<p>5. Recepción de formato para Vo. Bo., signa y regresa</p>	<p>5.1 Recibe formato impreso para revisión y Vo. Bo. Procede: No: Señala correcciones en el formato impreso y regresa a la Coordinación de Organización de Procesos para su modificación. Si: Signa de Vo. Bo. y regresa a la Coordinación de Organización de Procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato 	<p>Área médico-administrativo solicitante</p>
<p>6. Recepción de formato con Vo. Bo. y archiva</p>	<p>6.1 Recibe formato con signa de Vo. Bo. y archiva para su resguardo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Procesos de Atención)</p>
<p>7. Elaboración de oficio, anexa formato y envía</p>	<p>7.1 Elabora oficio, anexa formato físico y electrónico. 7.2 Envía a través de la Dirección de Planeación, oficio original a la Dir. de Administración con copia para el área solicitante, Depto. de Servicios Generales, Servicio de Impresiones Gráficas y Almacén General para conocimiento y tiraje del mismo de acuerdo a la petición de las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Formato 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
<p>8. Actualización del Catálogo Institucional de formatos y lista maestra de registros</p>	<p>8.1. Actualiza electrónicamente el Catálogo Institucional de Formatos; así mismo, en el caso de los formatos del Sistema de Gestión de la Calidad, actualiza la "Lista maestra de registros de calidad" clave P-0-10 de acuerdo a la "Solicitud de creación o modificación de documentos".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de creación o modificación de documentos • Lista maestra de registros de calidad 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Procesos de Atención)</p>

9. Elaboración de informe del estatus de formatos y envía	9.1 Elabora trimestralmente un informe del estatus de formatos institucionales, especificando los que se dan de baja, como parte del Programa de Uso Racional de Papel y envía al Departamento de Desarrollo Institucional. <ul style="list-style-type: none">• Informe	
	TERMINA PROCEDIMIENTO.	

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

PROVEEDORES	ENTRADAS	PROCESOS	SALIDAS	USUARIO
Áreas Médico-Administrativo del Instituto	Oficio Formato Solicitud de Creación o Modificación de Documentos, P-0-05	1. Recepción de solicitud, revisión y turna 2. Recepción de solicitud, revisa, turna e instruye 3. Recepción de oficio e instrucción, registra y asigna folio 4. Da de alta, baja y/o actualiza el formato, imprime y envía 5. Recepción de formato para Vo. Bo., signa y regresa 6. Recepción de formato con Vo. Bo. y archiva 7. Elaboración de oficio, anexa formato y envía 8. Actualización del Catálogo Institucional de formatos y lista maestra de registros 9. Elaboración de informe del estatus de formatos y envía	Formato Oficio Sistema de Gestión de la Calidad	Área Médico-Administrativa solicitante Dir. de Administración Departamento de Servicios Generales Servicio de Impresiones Gráficas Almacén General

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

Solicitud de Creación o Modificación de Documentos P-0-05

9. Anexos

No Aplica

4. PROCEDIMIENTO PARA BUZONES DE OPINIÓN INSTITUCIONALES.

1. Propósito

Generar un mecanismo de atención ciudadana que permita contar con un sistema de seguimiento a los comentarios y agradecimientos recibidos en los buzones de opinión, tanto de usuarios internos como de externos, que acuden a los diferentes servicios de la institución.

2. Alcance

Aplica a las áreas médicas y administrativas del Instituto que brindan algún tipo de servicio a usuarios internos o externos, a través de los diversos buzones de opinión institucionales colocados en lugares específicos. (Ver anexo 1).

3. Políticas

3.1 El Departamento de Diseño y Calidad, a través de la Coordinación de Calidad, es el responsable de que esta actividad se lleve a cabo.

3.2 Las áreas médicas y administrativas serán las responsables de dar seguimiento resolutivo a los comentarios y agradecimientos turnados, notificando a la Dirección de Planeación sobre las acciones llevadas a cabo.

3.3 Se realizará diariamente un recorrido por los buzones de opinión institucionales a fin de recolectar los comentarios emitidos por los usuarios. Durante cada recorrido se llenará una bitácora de frecuencias, a fin de controlar el número de cédulas recibidas por cada buzón, a fin de determinar los de mayor recurrencia.

- 3.4 Mensualmente se enviará de manera oficial, a las Direcciones de Área involucradas, un concentrado con los comentarios y agradecimientos recibidos en los buzones de opinión institucional, corroborables y no corroborables.
- 3.5 Anualmente se realizará un informe sobre los comentarios y agradecimientos recibidos, corroborables y no corroborables, que se difundirá a las diversas áreas para su conocimiento y toma de decisiones.
- 3.6 Se dará seguimiento telefónico a los comentarios y agradecimientos que se reciban en los diversos buzones de opinión institucionales, siempre y cuando posean los datos suficientes para ello (nombre de la persona que emite el comentario, número telefónico dentro del D.F. o extensión dentro del INP, así como una breve descripción del suceso).
- 3.7 El seguimiento telefónico consiste en corroborar la información escrita por el usuario, así como complementarla, en cuanto al área que se acudió, el prestador del servicio, horario, fecha y situación comentada. En caso de ser necesario y de poseer la información, también se da orientación al usuario, sobre trámites, requisitos y generalidades de los servicios institucionales.
- 3.8 A los comentarios que cuenten con los datos suficientes anteriores, se denominarán corroborables, al resto, como a los que no se pueda localizar al usuario, se les denominará no corroborables.
- 3.9 Existen otros mecanismos de recepción para comentarios y agradecimientos por parte de los usuarios, como la página electrónica institucional, cartas u oficios a la Dirección General, llamadas telefónicas o bien, contacto personal con la Coordinación de Calidad. Para estos, el seguimiento será el mismo que los recibidos en los buzones de opinión institucionales.

3.10 Se cuenta con 28 buzones: 26 para los usuarios y 2 para otras áreas (comedor y Centro de Información y Documentación).

3.11 Los comentarios se clasifican de acuerdo a los siguiente atributos, para el área médica: agradecimiento, falta de información, tardanza, maltrato y para las administrativas (comedor y centro de información y documentación): servicio y opinión.

4. Documentos de Referencia

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos.

Norma NMX-CC-9000-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Fundamentos y Vocabulario (Definiciones).

Norma ISO 19011. Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión de la Calidad

Manual de Gestión de la Calidad de la Dirección Médica.

Manual de Procedimientos Normativos de la Dirección Médica.

Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
<p>1. Recorrido, clasificación, captura de información y contacto con el usuario.</p>	<p>1.1 Realiza recorrido por los diferentes buzones de opinión institucionales, llenando la Bitácora de frecuencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de frecuencias <p>1.2 Asigna número de folio y clasifica las cédulas factibles de corroborar y determina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédula de Opinión para los usuarios • Cédula de Opinión del Comedor • Cédula de Opinión del Centro de Información y Documentación (CID) <p>Procede:</p> <p>No: Captura en el Reporte (Pasa a la actividad 1.4).</p> <p>Sí: Realiza llamadas telefónicas para corroborar y obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte <p>1.3 Registra la información obtenida con el usuario en la bitácora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora <p>Nota: En caso de no localizar al usuario o que el número telefónico no esté disponible, después de dos intentos, se tomará como no corroborable.</p>	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Calidad)</p>

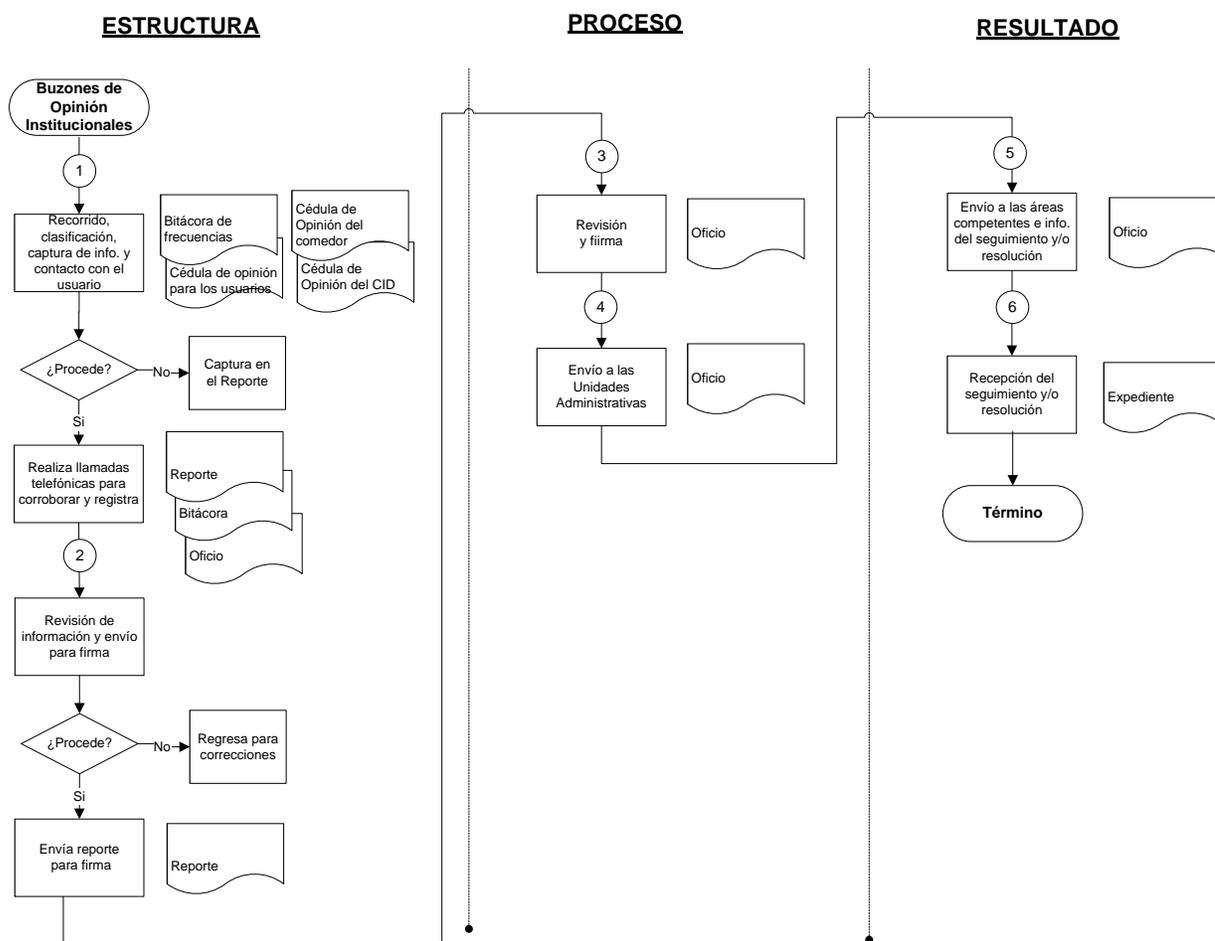
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<p>1.4 Captura en el Reporte, clasificando los comentarios de acuerdo a los atributos y turna para Vo.Bo., junto con oficio a firmar por la Dirección de Planeación, al Departamento de Diseño y Calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte • Oficio <p>Nota: Los comentarios corroborables están identificados en el Reporte por un (*).</p>	
<p>2. Revisión de información y envío para firma</p>	<p>2.1 Revisa el reporte y determina.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación para correcciones (Regresa a la actividad 1.4).</p> <p>Sí: Envía el Reporte a la Dirección de Planeación para su firma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte 	<p>Departamento de Diseño y Calidad</p>
<p>3. Revisión y firma</p>	<p>3.1 Revisa y firma, turnando al Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Calidad) para su distribución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>4. Envío a las Unidades Administrativas</p>	<p>4.1 Envían a las áreas correspondientes, Direcciones de Área.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Calidad)</p>
<p>5. Envío a las áreas competentes e información del seguimiento y/o</p>	<p>5.1 Turnan a las áreas competentes para su seguimiento y/o resolución en caso de ser necesario.</p>	<p>Áreas médicas y administrativas</p>

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
resolución	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>5.2 Informan a la Dirección de Planeación y/o Departamento de Diseño y Calidad (Coordinación de Calidad) sobre las acciones realizadas para el seguimiento y/o resolución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	
6. Recepción del seguimiento y/o resolución	<p>6.1 Recibe seguimiento y/o resolución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente 	<p>Dirección de Planeación (Departamento de Diseño y Calidad, Coordinación de Calidad)</p>
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Usuarios internos y externos	<p>Cédulas de Opinión para los usuarios</p> <p>Cédula de Opinión del Comedor</p> <p>Cédula de Opinión del Centro de Información y documentación (CID)</p>	<p>a) Recorrido, clasificación, captura de información y contacto con el usuario</p> <p>b) Revisión de información y envío para firma</p> <p>c) Revisión y firma</p> <p>d) Envío a las Unidades Administrativas</p> <p>e) Envío a las áreas competentes e información del seguimiento y/o resolución</p> <p>f) Recepción del seguimiento y/o resolución</p>	<p>Bitácora de frecuencias</p> <p>Reporte</p> <p>Oficios</p> <p>Expediente</p>	Áreas médicas y administrativas

Diagrama de Flujo



7. Formatos

Cédula de Opinión para los usuarios	P-2-01
Cédula de Opinión del Comedor	P-2-02
Cédula de Opinión del Centro de Información y Documentación (CID)	P-2-03

8.- Anexos

ANEXO 1		
Ubicación de los Buzones de Opinión Institucionales		
Ubicación	No.	Áreas
P.B	1	Servicio de Urgencias
	2	Servicio de Ortopedia
	3	Servicio de Salud Mental
	4	Banco de Sangre
	5	Servicio de Rehabilitación
	6	Admisión Hospitalaria
	7	Comunicación Humana
	8	Checadores
P.P.	9	Servicio de Estomatología
	10	Consulta Externa Hemato-Oncología
	11	Dirección General
	12	Sala de espera
1°	13	Consulta Externa
	14	Hospitalización
	15	R.X.
	16	Servicio de Cardiología
2ª	17	Consulta Externa
	18	Hospitalización
	19	Recepción
3ª	20	Hospitalización
	21	Recepción
4ª	22	Consulta Externa
	23	Hospitalización
Edificio (Anexo)	24	Consulta Externa(Valoración 1ra vez)
	25	Gastro-Nutrición
	26	Toma de Productos
P.P.	27	Comedor (1)
Torre Investigación	28	Centro de Información y Documentación (CID)
Total	28	

4. PROCEDIMIENTO PARA EL PLAN DE MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS

1 Propósito

- 1.1 El propósito de este procedimiento es permitir a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario implementar un modelo de manejo integral de residuos hospitalarios (que incluya RPBI, de manejo especial, peligrosos de tipo Químico y sólidos urbanos) para eficientar los recursos disponibles de la Institución y lograr mitigar impactos negativos o de vulnerabilidad al medio ambiente y a la salud de la población trabajadora y público usuario.

2 Alcance

- 2.1 Se aplica al personal directivo, operativo y público usuario que concurre a las instalaciones del INP, mediante la aplicación de acciones que coadyuven a lograr un manejo adecuado de residuos generados en la institución.

3 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional será el responsable de llevar a cabo este procedimiento.
- 3.2 Los trabajadores del Instituto, así como usuarios y visitantes están obligados a acatar en todo momento las disposiciones emitidas por el Plan de Manejo Integral de Residuos.
- 3.3 Fomentar el aprovechamiento, reciclamiento de materiales y compras de bajo impacto ambiental, con la subsecuente disminución de pérdidas económicas.
- 3.4 Garantizar el desarrollo como hospital ambientalmente sustentable.
- 3.5 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización del Comité de Medio Ambiente Hospitalario y Dirección de Planeación.

4 Documentos de Referencia

- Ley General de Salud
Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) 3 de febrero de 1983
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
D.O.F. 28 de enero de 1988

- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
D.O.F. 3 de octubre de 2003.
- Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Residuos Peligrosos.
D.O.F. 23 de noviembre de 1988
- Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
D.O.F. 30 de noviembre de 2004
- Decreto por el que se adiciona y reforma la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
D.O.F. 19 de junio de 2007
- Decreto por el que se expide el Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al ambiente en materia de registros de emisiones y transferencia de cada contaminante y transferencia de contaminantes.
D.O.F. 3 de junio de 2004
- Ley General de Residuos Sólidos del Distrito Federal.
Gaceta Oficial del Distrito Federal (G.O.D.F.) 22 de abril de 2003.
- Reglamento para el transporte terrestre de materiales y residuos peligrosos
D.O.F. 29 de marzo 1993
- NOM-052-ECOL-1993 Que establece las Características de los Residuos Peligrosos, el Listado de los Mismos y los Límites que Hacen a un Residuo Peligroso por su Toxicidad al Ambiente.
D.O.F. 22 de octubre de 1993
- NOM-053-ECOL-1993 Que establece el procedimiento para llevar a cabo la prueba de extracción para determinar los constituyentes que hacen a un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.
D.O.F. 22 de octubre de 1993
- NOM-054-ECOL-1993 Que establece el procedimiento para determinar la incompatibilidad entre dos o más residuos considerados como peligrosos.
D.O.F. 22 de octubre de 1993
- NOM-087-ECOL-1995 Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
D.O.F. 7 de noviembre de 1995. Aclaración: 12 de junio de 1996
- NOM-004-NUCL-1994, clasificación de los desechos radiactivos D.O.F. 27 de noviembre de 1995
- NOM-009-STPS-1993, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias corrosivas, irritantes y tóxicas en los centros de trabajo
D.O.F. 13-06-94

- NOM-010-STPS-1994, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, almacenen o manejen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral
D.O.F. 08-07-94

5.0 Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad y/o solicitud e instruye	1.1 Recibe normatividad y/o solicitud de la Dirección General y gira instrucciones. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 	Dirección de Planeación
2. Recepción, análisis y envío	2.1 Recibe normatividad y/o solicitud, analiza y envía a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su atención. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 	Departamento de Desarrollo Institucional
3. Recepción y análisis de normatividad	3.1 Recibe normatividad y analiza requerimientos. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario
4. Elaboración de Plan de Manejo y envío para revisión	4.1 Elabora Plan de Manejo Integral de Residuos y envía para revisión al Departamento de Desarrollo Institucional. <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Manejo 	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario

<p>5. Recepción de Plan de Manejo y envía para conocimiento</p>	<p>5.1 Recibe el Plan de Manejo Integral de Residuos, revisa.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su modificación.</p> <p>Si: Revisa, acepta y envía para su Vo. Bo. al pleno del Comité de Medio Ambiente Hospitalario.</p> <p>5.2 Envía documento a las Direcciones de Planeación y Administración para su conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de manejo • Oficio 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>6. Recepción de plan de manejo e instrucción</p>	<p>6.1 Reciben Plan de Manejo Integral de Residuos y dan instrucciones para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Plan de manejo 	<p>Dirección de Planeación y Administración</p>
<p>7. Implementación de plan y solicitud de apoyos externos</p>	<p>7.1 Implementa el Plan de Manejo Integral de Residuos y asigna responsabilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de manejo <p>7.2 Solicita mediante oficio apoyos externos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>

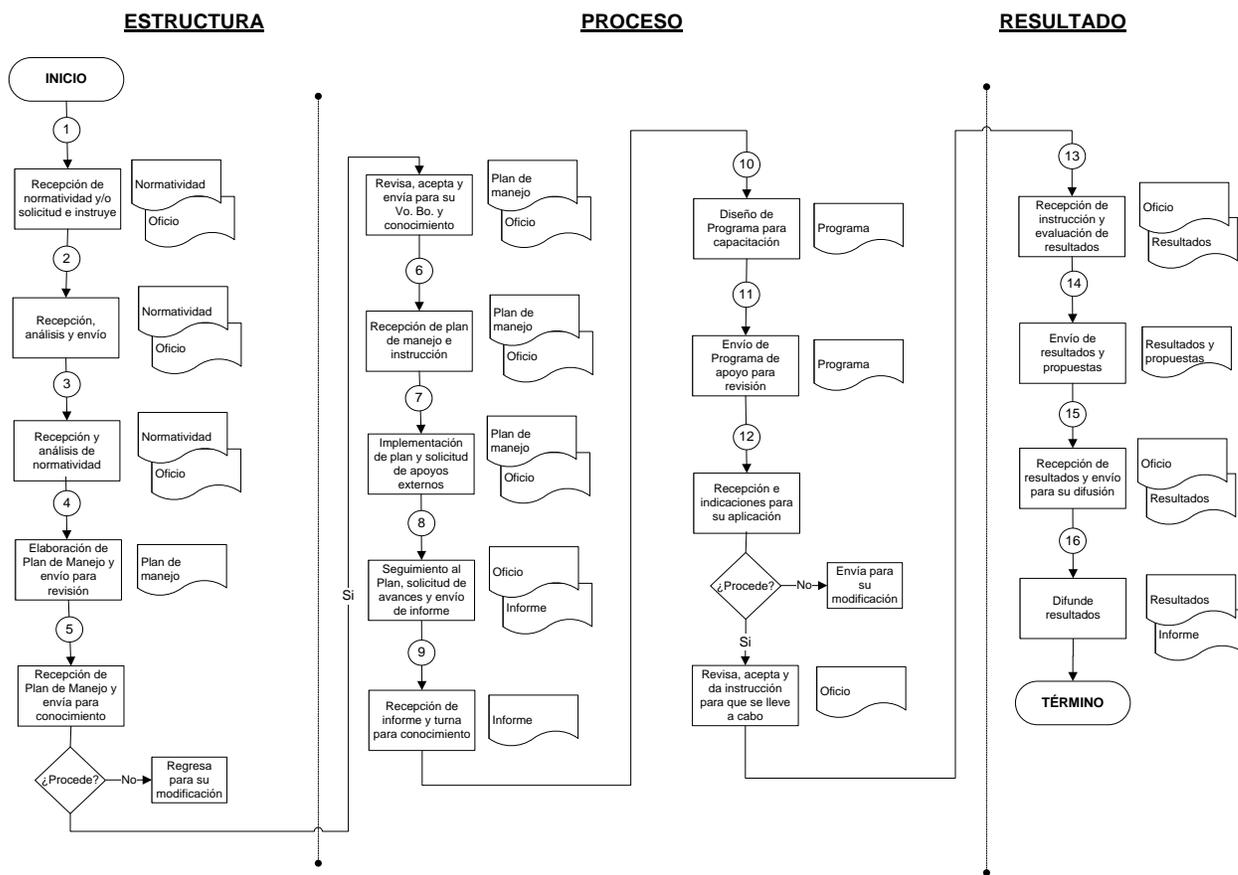
<p>8. Seguimiento al plan, solicitud de avances y envío de informe</p>	<p>8.1 Da seguimiento integral al Plan de Manejo, solicitando avances a las áreas involucradas mediante oficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>8.2 Envía informe de seguimiento al DSH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>9. Recepción de informe y turna para conocimiento</p>	<p>9.1 Recibe informe de seguimiento y turna a las Direcciones de Planeación y Administración para su conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>10. Diseño de programa para capacitación</p>	<p>10.1 Diseña programa de apoyo para la capacitación sobre Manejo Integral de Residuos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>11. Envío de programa de apoyo para revisión</p>	<p>11.1 Envía programa de apoyo para la capacitación sobre Manejo Integral de Residuos al Departamento de Desarrollo Institucional para revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>12. Recepción e indicaciones para su aplicación</p>	<p>12.1 Recibe programa de apoyo y da indicaciones a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Envía a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su modificación.</p> <p>Si: Revisa, acepta y da instrucciones para que se lleva a cabo su aplicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>

<p>13. Recepción de instrucción y de evaluación de resultados</p>	<p>13.1 Recibe instrucción, solicita apoyos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio. <p>13.2 Aplica programa de capacitación y difusión, y evalúa resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>14. Envío de resultados y propuestas</p>	<p>14.1 Envía resultados y propuestas de mejora al Departamento de Desarrollo Institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados y propuestas 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>15. Recepción de resultados y envío para su difusión</p>	<p>15.1 Recibe resultados, analiza y envía a la Dirección de Planeación para su difusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Resultados 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>16. Difunde resultados</p>	<p>16.1 Dirección de Planeación difunde resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados • Informe 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>TERMINO DEL PROCEDIMIENTO.</p>		

Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
SEMARNAT. SMADF. Dirección General de Riesgos Sanitarios. Áreas Médico-Administrativas SUTINPed. Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal. Dirección de Planeación.	Ley General para la Prevención y Gestión Integral de Residuos. Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. Manual General de la Organización. Normas Oficiales Mexicanas. Personal calificado. Aulas. Sillas. Equipo audiovisual y de computo	1. Recepción de normatividad y/o solicitud e instruye 2. Recepción, análisis y envío 3. Recepción y análisis de normatividad 4. Elaboración de Plan de Manejo y envío para revisión 5. Recepción de Plan de Manejo y envía para conocimiento 6. Recepción de plan de manejo e instrucción 7. Implementación de plan y solicitud de apoyos externos 8. Seguimiento al plan, solicitud de avances y envío de informe 9. Recepción de informe y turna para conocimiento 10. Diseño de programa para capacitación 11. Envío de programa de apoyo para revisión 12. Recepción e indicaciones para su aplicación 13. Recepción de instrucción y evaluación de resultados 14. Envío de resultados y propuestas 15. Recepción de resultados y envío para su difusión 16. Difunde resultados	Personal Capacitado Disminución de residuos Equipos de Trabajo. Valores Establecidos, Cambio de Actitud Comunicación Que cumpla con las Normatividad y Políticas interna y externas	Trabajadores y usuarios. SEMARNAT. Secretaría del Medio Ambiente del Distrito Federal

7.0 Diagrama de flujo



8.0 Formatos

No Aplica

9.0 Anexos

No Aplica

6. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL REGLAMENTO SOBRE CONSUMO DE TABACO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

1. Propósito

- 1.1 El propósito de este procedimiento es sensibilizar a la población trabajadora y usuaria del INP sobre las repercusiones sanitarias y sociales del consumo del tabaco, asimismo de la importancia de vivir en un ambiente sano exento de las sustancias tóxicas emanadas del humo de cigarro; dando alternativas a los fumadores mediante las Clínicas Contra el Tabaquismo instaladas en el INP para abandonar esta dependencia; siendo responsabilidad de la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario llevar a cabo estas actividades.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica a trabajadores y público usuario que concurre a las instalaciones del INP, mediante la aplicación de un programa que fomente la participación activa y responsable, contribuyendo a mitigar daños a la salud.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional será el responsable de llevar a cabo este procedimiento.
- 3.2 Los trabajadores del Instituto, así como usuarios y visitantes están obligados a acatar en todo momento las disposiciones emitidas por la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario.
- 3.3 Se llevará un registro de los recorridos de supervisión visual y olfativa.
- 3.4 A los trabajadores interesados en dejar de fumar, se les brindará las facilidades necesarias para asistir a la Clínica Contra el Tabaquismo instalada en el INP.
- 3.5 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización del Comité de Medio Ambiente Hospitalario y Dirección de Planeación.

4. Documentos de Referencia

- Ley General de Salud
Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) 3 de febrero de 1983
- Decreto por el que se Reforma y Adiciona la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal, 1 de noviembre de 2007.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividades	Responsable
1. Recibe normatividad y gira instrucción	1.1 Recibe normatividad y/o solicitud de la Dirección General y gira instrucciones al Departamento de Desarrollo Institucional. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 	Dirección de Planeación
2. Recepción, análisis y envío para su atención	2.1 Recibe y analiza la normatividad y envía para su atención a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 	Departamento de Desarrollo Institucional
3. Recepción de normatividad e instrucción y elaboración de programa	3.1 Recibe normatividad y/o solicitud del Departamento de Desarrollo Institucional e instrucción. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 3.2 Elabora programa y envía al Departamento de Desarrollo Institucional para revisión. <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario

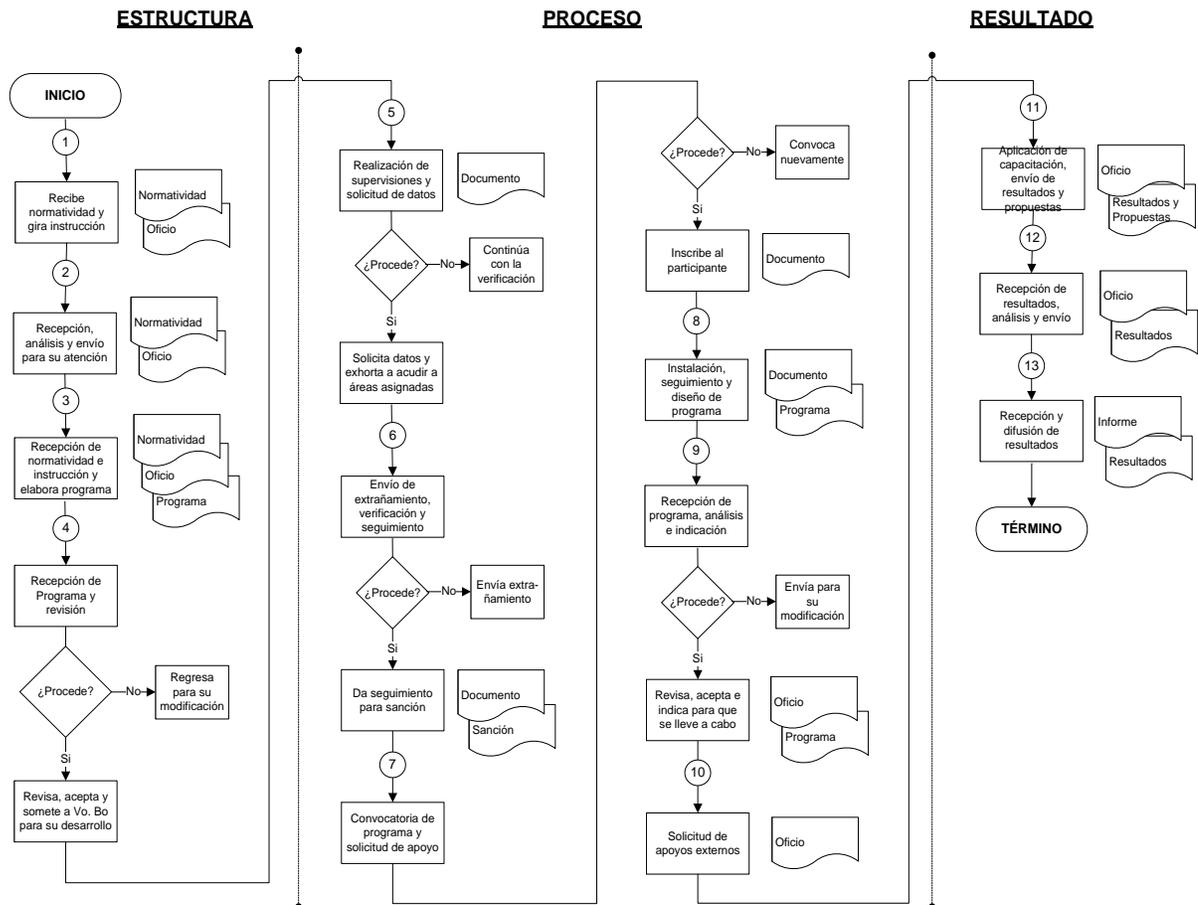
<p>4. Recepción de programa y revisión</p>	<p>4.1 Recibe programa para revisión.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su modificación.</p> <p>Sí: Revisa, acepta y somete a Vo. Bo. al pleno del Comité de Medio Ambiente Hospitalario para su desarrollo.</p>	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>5. Realización de supervisiones y solicitud de datos</p>	<p>5.1 Realiza supervisiones visuales y olfativas en áreas Administrativas y de Atención Médica, a fin de validar el cumplimiento de la normatividad en la materia. ¿Sorprende a fumador?</p> <p>Procede:</p> <p>No: Continúa con la verificación.</p> <p>Si: Solicita datos y exhorta a acudir a áreas asignadas para fumar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento. 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>6. Envío de extrañamiento, verificación y seguimiento</p>	<p>6.1 Envía extrañamiento a trabajador por violar el Reglamento sobre Consumo de Tabaco y verifica si el trabajador es reincidente. ¿Es reincidente?.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Envía extrañamiento.</p> <p>Si: Da seguimiento para sanción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento <p>6.2 Gestiona la sanción con la autoridad de competencia (COFEPRIS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanción 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>

7. Convocatoria de programa y solicitud de apoyo.	7.1 Convoca, programa y solicita apoyos externos para la Clínica Contra el Tabaquismo. ¿Hay interesados?. Programa: No: Convoca nuevamente. Si: Inscribe al participante <ul style="list-style-type: none">• Documento	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario
---	---	---

<p>8. Instalación, seguimiento y diseño de programa</p>	<p>8.1 Instala y da seguimiento a la Clínica contra el tabaquismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento <p>8.2 Diseña programa de apoyo a la capacitación y difusión contra el tabaquismo y envía programa al Departamento de Desarrollo Institucional para revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>9. Recepción de programa, análisis e indicación</p>	<p>9.1 Recibe programa y analiza e indica para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa <p>Procede: No: Envía a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su modificación. Si: Revisa, acepta e indica para que se lleve a cabo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Desarrollo Seguridad Hospitalaria</p>
<p>10. Solicitud de apoyos externos</p>	<p>10.1 Solicita apoyos externos para dar capacitación y difusión sobre tabaquismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio. 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>11. Aplicación de capacitación, envío de resultados y propuestas</p>	<p>11.1 Aplica capacitación, difusión y evalúa.</p> <p>11.2 Envía resultados y propuestas de mejora al Departamento de Desarrollo Institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Resultados y propuestas 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>

12. Recepción de resultados, análisis y envío	12.1 Recibe resultados, analiza y envía a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none">• Oficio• Resultados	Departamento de Desarrollo Institucional
13. Recepción y difusión de resultados	13.1 Recibe resultados y los difunde. <ul style="list-style-type: none">• Informe• Resultados	Dirección de Planeación
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

7. PROCEDIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE REDUCCIÓN Y SUSTITUCIÓN DE MERCURIO

1. Propósito

- 1.1 El propósito de este procedimiento es establecer estrategias que permitan Reducir y sustituir el uso de mercurio en áreas de atención Médica, Paramédica y de Investigación, mediante una política de sensibilización, capacitación y adquisición de insumos y equipo alternativo libre de Hg, con la finalidad de mitigar impactos negativos a la salud pública y al medio ambiente.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica al personal directivo, operativo y público usuario que concurre a las instalaciones del INP, mediante la aplicación de acciones que coadyuven a lograr la eliminación de Hg en la Institución.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Los trabajadores del Instituto, así como usuarios y visitantes están obligados a acatar en todo momento las disposiciones emitidas por el Programa de Reducción y Sustitución de Hg.
- 3.2 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento.
- 3.3 Fomentar una cultura de no utilización de Hg, indicando los daños a la salud y medio ambiente.
- 3.4 Programar y ejecutar una política de compras verdes libres de Hg.
- 3.5 Garantizar un ambiente sano y propiciar el desarrollo de hospital sustentable, a través de programas ambientales como el de Reducción y Sustitución de Hg.
- 3.6 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización del Comité de Medio Ambiente Hospitalario y Dirección de Planeación.

4. Documentos de Referencia

- Ley General de Salud
Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) 3 de febrero de 1983

- Diagnostico del Mercurio en México. SEMARNAP. Junio 2000
- Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes. 22 de mayo de 2001.
- Evaluación Mundial sobre el Mercurio. Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Ginebra Suiza Diciembre de 2002, publicado en español en junio de 2005.
- 1ra. Conferencia Latinoamericana Sobre la Eliminación del Mercurio en el Cuidado de la Salud. 4 de agosto de 2006.

5.0 Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad y gira instrucciones	1.1 Recibe normatividad y/o solicitud de la Dirección General y gira instrucciones al Departamento de Desarrollo Institucional. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad • Oficio 	Dirección de Planeación
2. Análisis y envío para su atención	2.1 Analiza y envía a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su atención. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Departamento de Desarrollo Institucional
3. Recepción y análisis de normatividad y elabora Programa	3.1 Recibe y analiza requerimientos. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 3.2 Elabora el Programa de Reducción y Sustitución de Hg y envía para revisión. <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario
4. Recepción de programa, aceptación y envío	4.1 Recibe el Programa de Reducción y Sustitución de Hg y revisa. <p>Procede: No: Regresa a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su</p>	Departamento de Desarrollo Institucional

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<p>modificación.</p> <p>Si: Revisa, acepta y envía a la Dirección de planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	
5. Envío de documento para consideración	<p>5.1 Envía documento a la Dirección de Planeación y a su vez lo pone a consideración del Comité de Medio Ambiente Hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	Departamento de Desarrollo Institucional
6. Recepción de programa, revisión y sugerencias	<p>6.1 Reciben Programa de Reducción y Sustitución de Hg y dan sugerencias para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación y Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario
7. Implementación de Programa y solicitud de apoyos externos	<p>7.1 Implementa el Programa de Reducción y Sustitución de Hg y asigna responsabilidades y solicita apoyos externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario
8. Seguimiento del programa y envío del informe	<p>8.1 Da seguimiento al Programa de Reducción y Sustitución de Hg, solicitando avances a las áreas involucradas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>11.2 Envía informe de seguimiento al Departamento de Desarrollo Institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe 	Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario
9. Recepción de informe y turna para conocimiento	<p>9.1 Recibe informe y turna a la Dirección de Planeación, Médica y de Administración para su conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe 	Departamento de Desarrollo Institucional

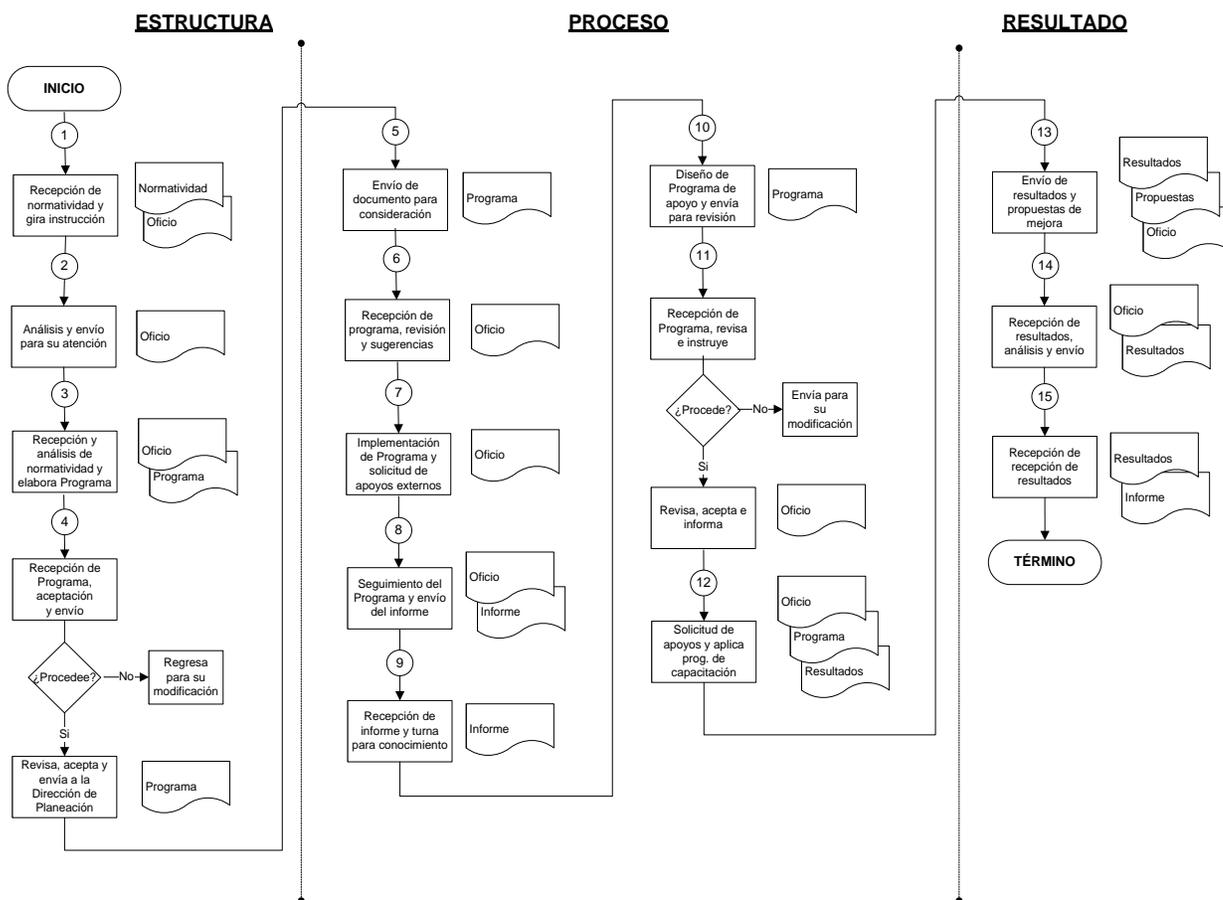
<p>10 Diseño de programa de apoyo y envía para revisión</p>	<p>10.1 Diseña programa de apoyo a la capacitación sobre el Programa de Reducción y Sustitución de Hg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa <p>10.2 Envía programa al Departamento de Desarrollo Institucional para revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>11. Recepción de programa, revisa e instruye</p>	<p>11.1 Recibe programa, revisa e indica a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario.</p> <p>Procede: No: Envía a la Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario para su modificación. Si: Revisa, acepta e informa a la Dirección de Planeación para dar instrucciones para su aplicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>12. Solicitud de apoyos y aplicación de programa de capacitación</p>	<p>12.1 Recibe instrucción y solicita apoyos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio. <p>12.2 Aplica programa de capacitación, difusión y evalúa resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa • Resultados 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>
<p>13. Envío de resultados y propuestas de mejora</p>	<p>13.1 Envía resultados y propuestas de mejora al Departamento de Desarrollo Institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados • Propuestas • Oficio 	<p>Coordinación de Medio Ambiente Hospitalario</p>

14. Recepción de resultados, análisis y envío	14.1 Recibe resultados, analiza y envía a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none">• Oficio• Resultados	Departamento de Desarrollo Institucional
15. Recepción y difusión de resultados	15.1 Recibe y difunde resultados. <ul style="list-style-type: none">• Resultados• Informe	Dirección de Planeación
TERMINA EL PROCEDIMIENTO.		

6.0 Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
SEMARNAT. SMADF. Salud sin Daño	Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	1. Recepción de normatividad y gira instrucciones 2. Análisis y envío para su atención 3. Recepción y análisis de normatividad y elabora Programa	Personal Capacitado Disminución utilización de Hg	Trabajadores y usuarios. SEMARNAT.
Centro de Análisis y Acción Sobre Tóxicos y sus Alternativas (CAATA) Áreas Médico-Administrativas Dirección de Planeación.	Ley General de Salud Ley General para la Prevención y Gestión Integral de Residuos. Manual General de la Organización. Normas Oficiales Mexicanas. Personal calificado. Aulas. Sillas. Equipo audiovisual y de computo	4. Recepción de programa, aceptación y envío 5. Envío de documento para consideración 6. Recepción de programa, revisión y sugerencias 7. Implementación de Programa y solicitud de apoyos externos 8. Seguimiento del programa y envío del informe 9. Recepción de informe y turna para conocimiento 10.0 Diseño de programa de apoyo y envía para revisión 11. Recepción de programa, revisa e instruye 12. Solicitud de apoyos y aplicación de programa de capacitación 13. Envío de resultados y propuestas de mejora 14. Recepción de resultados, análisis y envío 15. Recepción y difusión de resultados	Equipos de Trabajo. Cambio de Actitud Mitigación de daños a la salud pública Protección al medio ambiente Que cumpla con las Normatividad y Políticas interna y externas	Secretaría del Medio Ambiente del Distrito Federal Salud sin Daño Centro de Análisis y Acción Sobre Tóxicos y sus Alternativas (CAATA)

7.0 Diagrama de flujo



8.0 Formatos

No Aplica

9.0 Anexos



No Aplica

8. PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN CIVIL

1. Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la normatividad vigente que permita al Comité de Protección Civil mediante su Coordinación específica organizar, implementar y dirigir acciones con el fin de salvaguardar la integridad de los trabajadores de la institución y de las personas que concurren a ella, mediante acciones de adiestramiento que prevengan la ocurrencia de una emergencia, siniestro o desastre.

2. Alcance

- 2.1 Lograr que el personal trabajador así como visitantes y público usuario que asiste a las instalaciones de la institución, encuentre en caso de una contingencia un sistema articulado y funcionando de prevención, mitigación, preparación y respuesta para salvaguardar la vida y los bienes institucionales.
Asimismo, integrarse en forma sistémica con otros organismos similares para formar una red de apoyo en caso de su requerimiento.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento.
- 3.2 Los trabajadores del Instituto, así como usuarios y visitantes están obligados a acatar en todo momento las disposiciones emitidas por el Comité Interno de Protección Civil.
- 3.3 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización en pleno del Comité de Protección Civil.
- 3.4 El Comité Interno de Protección Civil estará integrado por un Comité Central y uno Operativo.
- 3.5 Los resultados obtenidos deberán ser difundidos oficialmente a las áreas involucradas.

4. Documentos de Referencia

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Ley General de Protección Civil.

D.O.F. 12 de mayo de 2000.

Ley General de Protección Civil para el Distrito Federal.

D.O.F. 2 de febrero de 1996 Y G.O.D.F. 10 de enero de 1996.

Reglamento de la Ley de Protección Civil para el Distrito Federal.

D.O.F. 21 de octubre de 1996 Y G.O.D.F. 18 de octubre de 1996.

Decreto por el que se aprueban las Bases para el Establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil.

D.O.F. 6 de mayo de 1986.

Decreto por el que se crea el Centro Nacional de Prevención de Desastres.

D.O.F. 20 de septiembre de 1988.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Protección Civil.

D.O.F. 11 de mayo de 1990.

Convenio De Coordinación Por El Que Se Crea La Comisión Metropolitana De Protección Civil.

G.O.D.F. 15 de junio de 2000.

Ley Orgánica De La Administración Pública Del Distrito Federal.

Ley De Procedimiento Administrativo Del Distrito Federal.

NOM-NMX-017-SCFI, Señales y Avisos para Protección Civil, colores, formas y símbolos a utilizar, Secretaría de Gobernación- Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.

NOM-S-PC-1-1992, Señales y avisos para Protección Civil, colores, formas y símbolos a utilizar.

NOM-002-STPS-1994, Relativa a las condiciones de seguridad para la prevención y protección contra incendio en los centros de trabajo.

NOM-012-STPS-1999, Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, usen, manejen, almacenen o transporten fuentes de radiación ionizante.

NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los Centros de Trabajo.

NOM- 028-STPS-1998, Colores y señales de seguridad, higiene e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad, solicitud y gira instrucción	1.1 Recibe normatividad, solicitud y/o detecta necesidad del área solicitante y gira instrucciones. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación
2. Análisis de solicitud y envió para su atención	2.1 Analiza normatividad, solicitud y/o necesidad y envía a la Coordinación de Protección Civil para su atención. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Departamento de Desarrollo Institucional
3. Recepción de instrucción y elaboración de Programa y envió	3.1 Recibe instrucción de gestión. Elabora programa y envía al Departamento de Desarrollo Institucional para su revisión. <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	Coordinación de Protección Civil

<p>4. Recepción de programa, revisión y desarrollo</p>	<p>4.1 Recibe programa para su revisión.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su revisión.</p> <p>Sí: Revisa, acepta y envía a Comité Interno de Protección Civil para su revisión y visto bueno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>5. Recepción de programa, revisión y desarrollo</p>	<p>5.1 Recibe programa para su revisión.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su revisión.</p> <p>Sí: Revisa, acepta y procede a su desarrollo.</p>	<p>Comité Interno de Protección Civil</p>
<p>6. Coordinación y elaboración de análisis de vulnerabilidad y riesgo</p>	<p>6.1 Coordinación para elaborar tareas. Elaboran análisis de vulnerabilidad y riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis 	<p>Coordinación de Protección Civil y Comité Interno de Protección Civil</p>
<p>7. Envío para revisión de análisis de vulnerabilidad y riesgo</p>	<p>7.1 Envía al Departamento de Desarrollo Institucional para revisión de análisis de vulnerabilidad y riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>8. Recepción de análisis, revisión y envío</p>	<p>8.1 Recibe análisis de vulnerabilidad y riesgo, revisa y determina.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa análisis de vulnerabilidad y riesgo a la Coordinación de Protección Civil para su revisión.</p>	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>

	<p>Si: Revisa, acepta y envía a la Dirección de Planeación y Administración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Análisis 	
9. Recepción de análisis y proposición de plan estratégico	<p>9.1 Reciben análisis de vulnerabilidad y riesgo, se coordinan y proponen un plan estratégico de disminución de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico 	Dirección de Planeación y Dirección de Administración
10.0 Diseño de plan estratégico	<p>10.1 Diseñan plan estratégico de mitigación, respuesta y recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico 	Coordinación de Protección Civil y Comité Interno de Protección Civil
11. Recepción de plan estratégico, recepción y envío	<p>11.1 Recibe para análisis el Plan estratégico de mitigación, respuesta y recuperación para su revisión.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su modificación.</p> <p>Si: Revisa, acepta y envía al pleno del Comité de Protección Civil y a las Direcciones de Planeación y Administración, para su aceptación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico 	Departamento de Desarrollo Institucional

<p>12. Envío de plan estratégico para conocimiento</p>	<p>12.1 Envía Plan estratégico a las Direcciones de Planeación y Administración para su conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>13. Recepción e indicación</p>	<p>13.1 Reciben y dan instrucciones para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Dirección de Planeación y Dirección de Administración</p>
<p>14. Indicación para su atención</p>	<p>14.1 Indica a la Coordinación de Protección Civil para su atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>15. Implementación del plan y asignación de responsabilidades</p>	<p>15.1 Implementan el plan estratégico y asignan responsabilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico <p>15.2 Solicitan apoyos externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Coordinación de Protección Civil y Comité Interno de Protección Civil</p>
<p>16. Seguimiento al plan estratégico y envío del informe</p>	<p>16.1 Da seguimiento al plan estratégico.</p> <p>16.2 Envía al Departamento de Desarrollo Institucional el Informe de seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Informe 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>17. Diseño de programa de capacitación, difusión y escenarios</p>	<p>17.1 Diseña en apego al plan estratégico, un programa de capacitación, difusión y escenarios de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>



	<ul style="list-style-type: none">• Programa de capacitación	
--	--	--

<p>18. Envío de Programa de capacitación para Vo. Bo.</p>	<p>18.1 Envía al Departamento de Desarrollo Institucional y al Comité Interno de Protección Civil el Programa de Capacitación para visto bueno.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a Coordinación de Protección Civil para su modificación.</p> <p>Si: Revisa, acepta y envía a la Dirección de Planeación y Administración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>19. Solicitud de apoyos externos</p>	<p>19.1 Solicitan apoyos externos mediante oficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Coordinación de Protección Civil y Comité Interno de Protección Civil.</p>
<p>20.0 Análisis de documento e instrucción</p>	<p>20.1 Analizan documento y dan instrucciones para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional y Comité Interno de Protección Civil</p>
<p>21. Implementación y evaluación de capacitación, difusión y escenarios</p>	<p>21.1 Implementa y evalúa capacitación, difusión y escenarios de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>22. Envío de resultados y propuesta de mejora</p>	<p>22.1 Envía resultados y propuestas de mejora al Departamento de Seguridad Hospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados y propuestas 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>

23. Análisis y envío de resultados	23.1 Analiza y envía a las Direcciones de Planeación y Administración, así como al Comité Interno de Protección Civil los resultados. <ul style="list-style-type: none">• Oficio• Resultados	Departamento de Desarrollo Institucional
24. Difusión de resultados	24.1 Difunde resultados. <ul style="list-style-type: none">• Resultados	Comité Interno de Protección Civil
	TERMINA PROCESO.	

6.0 Diagrama de Bloque (PEPSU)

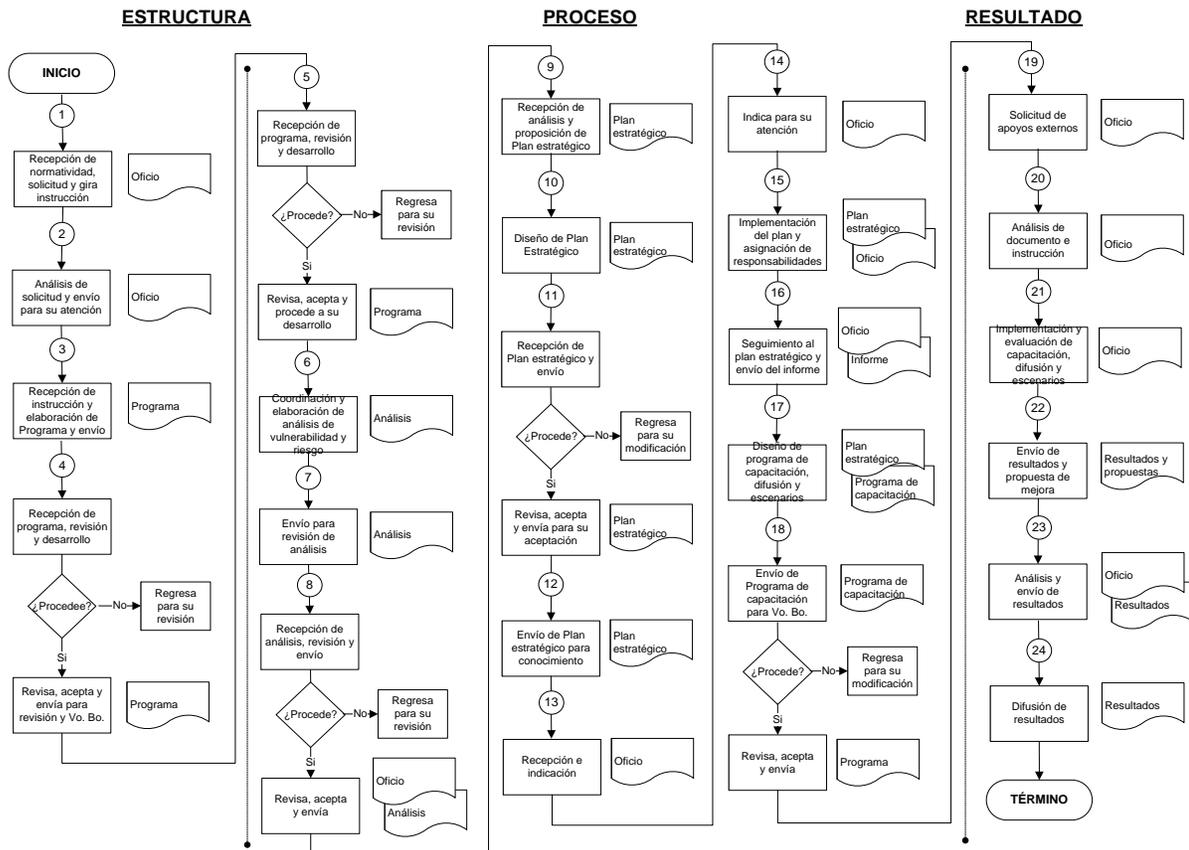
Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
--------------------	----------------	----------------	---------------	----------------

Ley General de Protección Civil	Normatividad.	1. Recepción de normatividad, solicitud y gira instrucción	Personal Capacitado.	Trabajadores y usuarios.
Ley General de Protección Civil para el Distrito Federal	Manual General de la Organización.	2. Análisis de solicitud y envió para su atención	Disminución de Riesgos.	Dirección General de Protección Civil del D. F.
Reglamento de la Ley de Protección civil	Personal calificado	3. Recepción de instrucción y elaboración de Programa y envió	Equipos de Trabajo.	Dirección General de Protección Civil de la Delegación Coyoacán
Normas Nacionales e Internacionales SUTINPed	Aulas	4. Recepción de programa, revisión y reenvió al Comité	Valores Establecidos.	
Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal	Sillas	5. Recepción de programa, revisión y procede a su desarrollo.	Cambio de Actitud.	
Subdirección de Asuntos Jurídicos	Equipo audiovisual y de computo	6. Coordinación y elaboración de análisis de vulnerabilidad y riesgo	Comunicación.	
Dirección de Planeación		7. Envió para revisión de análisis de vulnerabilidad y riesgo	Que cumpla con las Normatividad y Políticas interna y externas	
		8. Recepción de análisis, revisión y envió.		
		9. Recepción de análisis y proposición de plan estratégico		
		8. Diseño de plan estratégico		

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
		<p>11. Recepción de plan estratégico, recepción y envío.</p> <p>12. Envío de plan estratégico para conocimiento.</p> <p>13. Recepción e indicación.</p> <p>14. Indicación para su atención.</p> <p>15. Implementación del plan y asignación de responsabilidades</p> <p>16. Seguimiento al plan estratégico y envío del informe</p> <p>17. Diseño de programa de capacitación, difusión y escenarios</p> <p>18. Envío de Programa de capacitación para Vo. Bo.</p> <p>19. Solicitud de apoyos externos</p> <p>20. Análisis de documento e instrucción</p>		

		21. Implementación y evaluación de capacitación, difusión y escenarios		
		22. Envío de resultados y propuesta de mejora		
		23. Análisis y envío de resultados		
		24. Difusión de Resultados		

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

9. PROCEDIMIENTO DE PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA

1. Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la normatividad internacional que permita a la Coordinación de Protección Civil en acuerdo con el Comité de Hospital Seguro establecer los mecanismos de organización y respuesta que garantice la accesibilidad, funcionamiento y atención a víctimas, así como a pacientes ingresados en la Institución después de una contingencia masiva.

2. Alcance

- 2.1 Establecer bases de cooperación institucional entre la Coordinación de Protección Civil y el Comité de Hospital Seguro, donde se apliquen políticas en materia hospitalaria y de sustentabilidad en general, para garantizar una respuesta adecuada ante contingencias que vulneren la integridad de respuesta institucional.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento.
- 3.2 Los trabajadores del Instituto, así como usuarios y visitantes están obligados a acatar en todo momento las disposiciones emitidas por el Comité de Hospital Seguro a través de la Coordinación de Protección Civil.
- 3.3 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización en pleno de los Comités de Hospital Seguro y Protección Civil.
- 3.3 El Equipo de Trabajo estará integrado por el Comité de Hospital Seguro y Protección Civil a través de su Coordinación.

3.4 Los resultados obtenidos deberán ser difundidos oficialmente a las áreas involucradas.

4. Documentos de Referencia

Conferencia Mundial sobre Reducción de Desastres 18-22 de Enero 2005, Kobe Japón.

Resolución CD 45.R8, aprobada por los Ministerios de Salud de las Américas. OMS. 2005.

Constitución del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro. Febrero de 2007.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad, solicitud y/o detección de necesidad	1.1 Reciben normatividad, solicitan y/o detectan necesidades y gestionan su atención. Oficio	Direcciones de Planeación, Administración y Médica
2. Recepción de solicitud e indicación	2.1 Recibe normatividad, solicitan y/o detección de necesidades y gira instrucciones. • Oficio	Dirección de Planeación
3. Análisis de solicitud y envió	3.1 Analiza normatividad, solicitan y/o detección de necesidades y envía para su atención. • Oficio	Departamento de Desarrollo Institucional (DDI)
4. Recepción de instrucción y elaboración de	4.1 Recibe instrucciones de gestión y elabora programa y envía al DDI para su revisión.	Coordinación de Protección Civil

Programa y envió	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	
5. Recepción de programa y revisión	<p>5.1 Recibe programa para su revisión. Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su revisión.</p> <p>Sí: Revisa, acepta y envía a Comité de Hospital Seguro para su Vo.Bo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	Departamento de Desarrollo Institucional
6. Recepción de programa y revisión	<p>6.1 Recibe programa para su revisión. Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su revisión.</p> <p>Sí: Revisa, acepta y procede a su desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	Comité de Hospital Seguro
7. Instalación del equipo de trabajo y elaboración de Plan hospitalario	<p>7.1 Convoca a las áreas involucradas para la instalación de un equipo de trabajo y elabora un Plan Hospitalario de Emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Plan Hospitalario de emergencia 	Coordinación de Protección Civil

<p>8. Envío del Plan Hospitalario de Emergencia.</p>	<p>8.1 Envía el Plan Hospitalario de Emergencia al Departamento de Desarrollo Institucional para revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Hospitalario de emergencia 	<p>Coordinación de Protección Civil.</p>
<p>9. Recepción del Plan Hospitalario de Emergencia y envío</p>	<p>9.1 Recibe el Plan Hospitalario de Emergencia y analiza.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su revisión.</p> <p>Si: Revisa, acepta y envía a la Dirección de Planeación para su conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Hospitalario de Emergencia 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>10. Recepción de Plan Hospitalario de Emergencia</p>	<p>10.1 Recibe el Plan Hospitalario de Emergencia y pone a consideración de la Dirección General y gira instrucciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Hospitalario de Emergencia 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>11. Recepción de instrucción</p>	<p>11.1 Recibe instrucciones de gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Hospitalario de Emergencia. 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>12. Diseño de Programa estratégico y envío para revisión</p>	<p>12.1 Diseña programa estratégico de preparación y respuesta. Entrega al Departamento de Desarrollo Institucional para su revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa estratégico 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>13. Recepción de programa estratégico para revisión y respuesta.</p>	<p>13.1 Recibe el Programa estratégico de preparación y respuesta para revisión y análisis.</p>	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>

	<p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su modificación.</p> <p>Si: Revisa, acepta y envía a Dirección de Planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa estratégico 	
14. Recepción de programa estratégico e instruye	<p>14.1 Recibe Programa estratégico y envía al Comité de Hospital Seguro para anuencia de implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa estratégico 	Dirección de Planeación
15. Indicación para su atención	<p>15.1 Indica a la Coordinación de Protección Civil para su atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa estratégico 	Departamento de Desarrollo Institucional
16. Implementación del plan y asignación de responsabilidades	<p>16.1 Implementa el Programa estratégico y asigna responsabilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa estratégico 	Coordinación de Protección Civil
17. Solicitud de apoyos externos, seguimiento al plan y envío del informe	<p>17.1 Solicita apoyos externos por medio de oficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio <p>17.2 Da seguimiento al programa estratégico y envía al Departamento de Desarrollo Institucional informe de seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa estratégico • Informe 	Coordinación de Protección Civil

<p>18. Diseño de Programa de capacitación</p>	<p>18.1 Diseña un programa de capacitación (difusión y escenarios de emergencia) en apego al Programa estratégico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Estratégico • Programa de capacitación <p>18.2 Solicita apoyos externos mediante oficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>19. Envío de Programa de capacitación y solicitud de apoyos</p>	<p>19.1 Envía al Departamento de Desarrollo Institucional Programa de capacitación para su revisión.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Protección Civil para su modificación.</p> <p>Si: Se envía a la Dirección de Planeación para su Vo.Bo. y posteriormente se envía a los Comités de Hospital Seguro, Protección Civil y Direcciones de Administración y Médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Capacitación • Oficio 	<p>Coordinación de Protección Civil</p>
<p>20. Análisis de documento e instrucción</p>	<p>201 Se somete a consideración del pleno del Comité Interno de Protección Civil para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional y Comité Interno de Protección Civil</p>

21. Implementación y evaluación de capacitación	<p>21.1 Implementa y evalúa el Programa de capacitación (difusión y escenarios de emergencia).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Capacitación 	Coordinación de Protección Civil
22. Envío de resultados y propuesta de mejora	<p>22.1 Envía resultados y propuestas de mejora al Departamento de Desarrollo Institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados y Propuestas 	Coordinación de Protección Civil
23. Análisis de resultados y envío	<p>23.1 Analiza resultados y envía a las Direcciones de Planeación, Administración y Médica; así como, al Comité Interno de Protección Civil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Resultados 	Departamento de Desarrollo Institucional
24. Difusión de resultados	<p>24.1 Difunde resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados 	Coordinación de Protección Civil
TERMINA EL PROCEDIMIENTO.		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

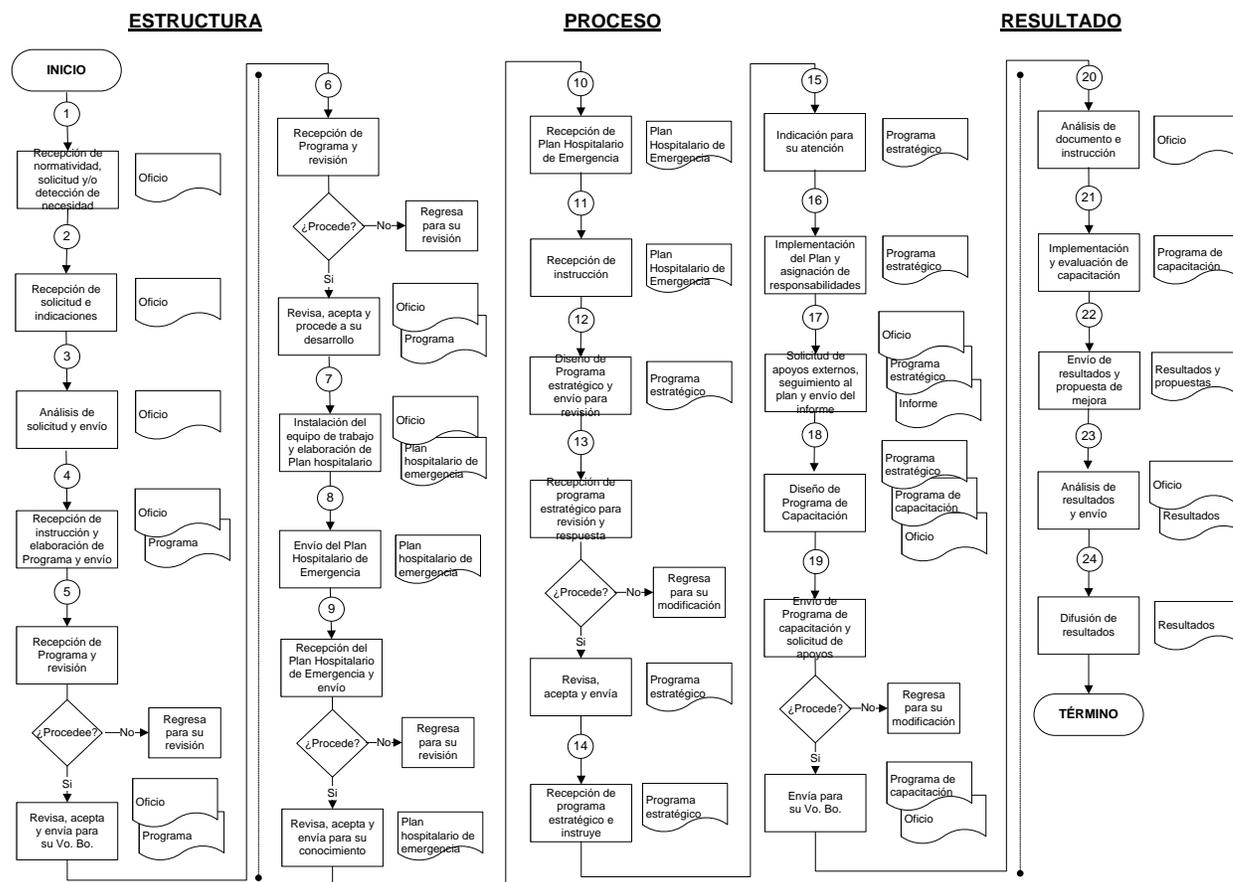
Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Secretaría de Salud	Normatividad.	1. Recepción de normatividad, solicitud y/o detección de necesidad	Personal Capacitado.	Trabajadores y usuarios.
OPS/OMS SEGOB	Manual General de la Organización.	2. Recepción de solicitud e indicación	Respuesta Eficiente y Oportuna.	Secretaría de Salud.
Sistema Nacional de Protección Civil	Personal calificado	3. Análisis de solicitud y envío	Equipos de Trabajo.	SEGOB Usuario Trabajadores y usuarios.
Normas Nacionales e Internacionales	Aulas	4. Recepción de instrucción y elaboración de Programa y envío	Valores Establecidos.	Secretaría de Salud.
Subdirección de	Sillas	5. Recepción de programa y revisión	Cambio de Actitud.	
		6. Envío y recepción		SEGOB

<p>Administración y Desarrollo de Personal</p> <p>Subdirección de Asuntos Jurídicos</p> <p>Dirección de Planeación</p>	<p>Equipo audiovisual y de computo</p>	<p>de programa para su implementación.</p> <p>7. Instalación del equipo de trabajo y elaboración de Plan hospitalario.</p> <p>8. Envío del Plan Hospitalario de Emergencia.</p> <p>9. Recepción del Plan Hospitalario de Emergencia y envío</p> <p>10.0 Recepción de Plan Hospitalario de Emergencia</p> <p>11.Recepción de instrucción.</p> <p>12. Diseño de Programa estratégico y envío para revisión</p>	<p>Comunicación</p>	
--	--	--	---------------------	--

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
		<p>13. Recepción de programa estratégico para revisión y respuesta</p> <p>14. Recepción de programa estratégico e instruye.</p> <p>15. Indicación para su atención</p> <p>16. Implementación del plan y asignación de responsabilidades</p> <p>17. Solicitud de apoyos externos, seguimiento al plan y envío del informe</p> <p>18. Diseño de</p>	<p>Que cumpla con las Normatividad y Políticas interna y externas</p>	

		Programa de capacitación 19. Envío de Programa de capacitación y solicitud de apoyos 20.0 Análisis de documento e instrucción 21. Implementación y evaluación de capacitación 22. Envío de resultados y propuesta de mejora 23. Análisis de resultados y envío 24. Difusión de resultados		
--	--	---	--	--

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

10. PROCEDIMIENTO DE “9 CLAVES PARA EL CAMBIO”

1. Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la filosofía de Gestión de Calidad y Mejora Continua, que permita establecer ambientes de trabajo dignos donde exista armonía entre los espacios de trabajo y el bienestar de los trabajadores.

2. Alcance

- 2.1 Lograr a mediano plazo un cambio cultural de participación social que permita mantener áreas de trabajo dignas, para laborar en ambientes agradables y seguros; asimismo procurar el bienestar personal y de la institución.
Se aplica al personal trabajador que asiste a las instalaciones de la institución, mediante intervenciones educativas que fomenten la participación proactiva y responsable.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento.
- 3.2 Los trabajadores del Instituto, participantes se comprometerán a acatar en todo momento las disposiciones emitidas por el Programa “9 Claves para el Cambio”
- 3.3 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización de la Dirección de Planeación.
- 3.4 El Equipo de Trabajo estará integrado por facilitadores acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- 3.5 Los resultados obtenidos deberán ser difundidos oficialmente a las áreas involucradas.

4. Documentos de Referencia

Manual de Procedimiento “9 Claves para el Cambio” de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud”. Julio 2006.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad, solicitud y/o de detección de necesidades	1.1 Reciben normatividad, solicitud y/o detectan necesidades y gestionan su atención <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Área solicitante, Dirección de Planeación
2. Recepción de solicitud y envío de instrucciones	2.1 Recibe normatividad, solicitud y/o detección de necesidades y gira instrucciones. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación
3. Recepción de de solicitud e instrucción	3.1 Reciben normatividad, solicitud y/o detección de necesidades e instrucción de gestión. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Departamento de Desarrollo Institucional y Programa “9 Claves para el Cambio”
4. Gestión para la implementación	4.1 Gestiona la implementación de la metodología para el área elegida.	Programa “9 Claves para el Cambio”
5. Recepción de Informe de gestión	5.1 Recibe informe de gestión. <ul style="list-style-type: none"> • Informe 	Departamento de Desarrollo Institucional
6. Integración de equipo líder del servicio	6.1 Convocan al personal elegido como líder del servicio. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Programa “9 Claves para el Cambio” y facilitadores
7. Información de integración del equipo líder.	7.1 Informa al Departamento de Desarrollo y la integración de equipo líder. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Programa “9 Claves para el Cambio”

8. Establecimiento de compromiso directivo	8.1 Gestionan con equipo líder el establecimiento del Compromiso Directivo (anuencia).	Programa “9 Claves para el Cambio” y facilitadores
9. Informe de establecimiento del compromiso directivo	9.1 Informa al Departamento de Desarrollo Institucional para su atención al establecerse el compromiso directivo del servicio. <ul style="list-style-type: none">• Oficio	Programa “9 Claves para el Cambio”
10. Proposición de sensibilización y apoyo del establecimiento y priorización de metas	10.1 Proponen la sensibilización del equipo líder. Apoyan en el establecimiento y priorización de metas y coordinan la distribución de responsabilidades. <ul style="list-style-type: none">• Oficio• Formato de priorización de metas• Matriz de codificación de espacios• Mapa de zona	Programa “9 Claves para el Cambio” y facilitadores
11. Apoyo en el diagnóstico del servicio	11.1 Apoyan en la elaboración del diagnóstico del servicio. <ul style="list-style-type: none">• Memoria fotográfica (antes)• Encuesta de evaluación (1era aplicación)• Gráfica de radar (con análisis).	Programa “9 Claves para el Cambio” y facilitadores
12. Recepción de informe de seguimiento	12.1 Recibe informe de seguimiento del servicio. <ul style="list-style-type: none">• Informe	Departamento de Desarrollo Institucional

<p>13. Supervisión de la clasificación de objetos del servicio</p>	<p>13.1 Supervisan la clasificación de objetos del servicio y reúnen a equipo para orientar e identificar generadores de afectaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapas de zona y servicio • Formato de identificación y control de generadores de afectación 	<p>Programa “9 Claves para el Cambio” y facilitadores</p>
<p>14. Coordinación de la verificación del seguimiento a acuerdos y supervisión del equipo líder</p>	<p>14.1 Coordinan la verificación, el seguimiento y acuerdos realizados por las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Formato de acuerdos <p>14.2 Supervisan junto con el equipo líder la estandarización de la metodología.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carpeta Archivo de 9 Claves para el Cambio 	<p>Programa “9 Claves para el Cambio” y facilitadores</p>
<p>15. Coordinación de la medición y análisis de impacto de las acciones</p>	<p>15.1 Coordinan al equipo líder en la aplicación de medición y análisis de impacto de las acciones mediante la aplicación de encuesta y memoria fotográfica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas (2da. Aplicación) • Memoria fotográfica (después) • Gráfica de radar (con análisis comparativo) 	<p>Programa “9 Claves para el Cambio”, facilitadores y equipo líder</p>
<p>16. Establecimiento de acciones de mejora continua</p>	<p>16.1 Establecen acciones de mejora continua.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minuta 	<p>Programa “9 Claves para el Cambio”, facilitadores y equipo líder</p>

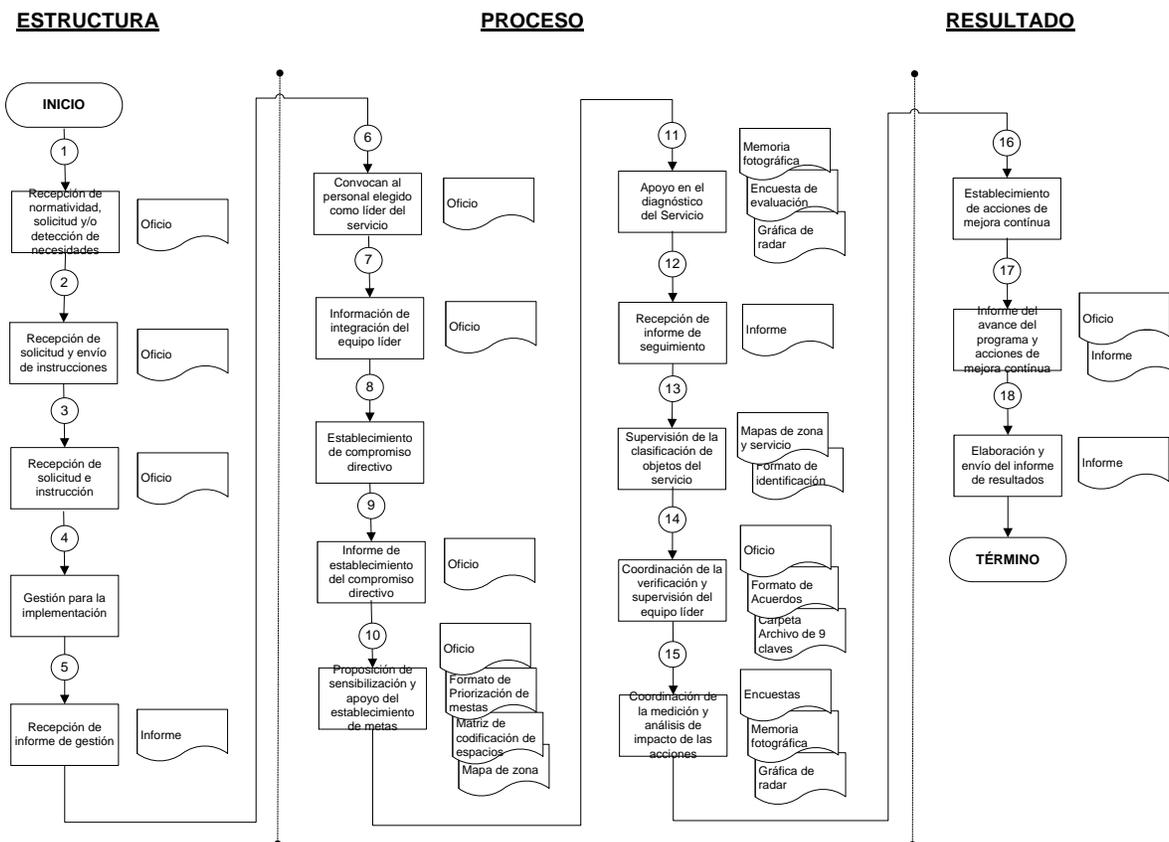
<p>17. Informe del avance del programa y acciones de mejora continua</p>	<p>17.1 Informa al Departamento de Desarrollo Institucional el avance del Programa en el Servicio y las acciones de mejora continua establecidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Informe 	<p>Programa “9 Claves para el Cambio”</p>
<p>18. Elaboración y envío del informe de resultados</p>	<p>18.1 Elabora y envía un informe de resultados a la Dirección de Planeación para su conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe 	<p>Departamento de Desarrollo Institucional</p>
<p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>		

6.0 Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Dirección General y Direcciones de Área (trabajadores)	Normatividad.	1. Recepción de normatividad, solicitud y/o detección de necesidades	Personal Capacitado.	Trabajadores y usuarios.
	Manual 9 Claves para el Cambio	2. Recepción de solicitud y envío de instrucciones	Disminución de Riesgos.	Dirección General de Protección Civil del D. F.
	Personal calificado (facilitadores)	3. Recepción de de solicitud e instrucción	Equipos de Trabajo.	Dirección General de Protección Civil de la Delegación Coyoacán
		4. Gestión para la implementación	Valores Establecidos. Cambio de Actitud.	
	Equipo audiovisual y de computo	5. Recepción de Informe de gestión	Comunicación.	
		6. Integración de equipo líder del servicio	Entornos productivos que cumpla con la Normatividad y Políticas interna y externas	
		7. Información de integración del equipo líder.		
		8. Establecimiento de compromiso directivo		
		9. Informe de establecimiento del compromiso directivo		
		10. Proposición de sensibilización y apoyo del establecimiento y priorización de metas		
		11. Apoyo en el diagnóstico del servicio		

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
		<p>12. Recepción de informe de seguimiento</p> <p>13. Supervisión de la clasificación de objetos del servicio</p> <p>14. Coordinación de la verificación del seguimiento a acuerdos y supervisión del equipo líder</p> <p>15. Coordinación de la medición y análisis de impacto de las acciones</p> <p>16. Establecimiento de acciones de mejora continua</p> <p>17. Informe del avance del programa y acciones de mejora continua</p> <p>18. Elaboración y envío del informe de resultados</p>		

7. Diagrama de flujo



8.0 Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

11. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN

1 Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la normatividad vigente que permita la transparencia de la gestión gubernamental, el buen funcionamiento de la institución y la protección del derecho a la vida privada.

Que la información gubernamental es pública y que se deberá disponer mediante métodos sencillos y expeditos lo necesario para atender y garantizar el acceso de toda persona solicitante a la información en poder del Instituto Nacional de Pediatría, a excepción de la Reservada o Confidencial previstas en la Ley.

2 Alcance

- 2.1 Los titulares de las diferentes áreas administrativas de la institución, serán responsables de otorgar la información pública que posean, verificando la fuente de acceso y la forma en que se encuentra disponible.

3 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento en conjunto con el Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación), y Comité de Información.
- 3.2 Las Direcciones del INP serán responsables de otorgar información de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento.
- 3.3 Cualquier persona o su representante podrán presentar ante la Unidad de Enlace del Instituto, una solicitud de acceso a la información mediante escrito libre o en la dirección electrónica del Instituto.
- 3.4 El Comité de Información estará integrado por un Presidente a cargo del Subdirector de Asuntos Jurídicos, Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación) y Titular del Órgano de Control Interno en el INP.
- 3.5 Los resultados obtenidos deberán ser difundidos oficialmente a las áreas de competencia.
- 3.6 La Unidad de Enlace está conformada por la Dirección de Planeación, Departamento de Desarrollo Institucional y Comité de Información.

4 Documentos de Referencia

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Decreto de Creación del Instituto Federal de acceso a la Información Pública.

5 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Detección de necesidades.	1.1 Detecta necesidades y gestiona la atención.	Unidad de Enlace
2. Ingreso al sistema y al submódulo de (INFOMEX).	2.1 Ingresa al sistema Mediante código de acceso, otorgado por el IFAI, se para detectar solicitudes de información.	Unidad de Enlace
3. Impresión de la copia de la solicitud	3.1 Imprime copia de solicitud de información. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Información 	Unidad de Enlace
4. Análisis de la solicitud.	4.1 Analiza la solicitud de información si es competencia del INP. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Información 	Unidad de enlace
5. Orientación al solicitante.	5.1 Orienta al solicitante sobre la dependencia que puede otorgar la información. En caso de que la solicitud no sea de competencia para la institución, mediante el sistema.	Unidad de Enlace

6. Requerimiento de mayor información.	6.1 Solicita ampliar la información, si la solicitud no es clara o falta elementos para su gestión, mediante sistema.	Unidad de Enlace.
7. Envío de solicitud a la unidad administrativa correspondiente.	7.1 Envía al área correspondiente Si la solicitud es de competencia de la institución, mediante oficio y se otorga un plazo no mayor de cinco días hábiles para que la unidad correspondiente, informe si la información solicitada es pública o si se requiere ampliar información. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Solicitud 	Unidad de Enlace
8. Preparación de respuesta de la unidad administrativa	8.1 Prepara respuesta en un lapso, no mayor de veinte días hábiles. Si es de competencia de la unidad administrativa.	Unidad de Enlace
9 Recepción, análisis y emisión de la información	9.1 Recibe oficialmente la respuesta se somete a un análisis y de proceder se emite mediante el sistema IFAI, la respuesta al interesado.	Unidad de Enlace
10 Gestión de respuestas improcedentes.	10.1 Envía oficialmente un comunicado al comité de información para someter a consideración del pleno la respuesta. Si la respuesta de la unidad administrativa, no es procedente de acuerdo a la solicitud de información. <ul style="list-style-type: none"> • Comunicado 	Unidad de Enlace

<p>11 Reunión de Comité de Información.</p>	<p>11.1 Convoca a los titulares de unidad de enlace y Órgano de Interno de Control, para dictaminar si es procedente la respuesta otorgada por la unidad administrativa.</p>	<p>Comité de información (Presidente)</p>
<p>12. Envío de la solicitud a la Unidad Administrativa.</p>	<p>12.1 Turna nuevamente la solicitud a la unidad administrativa correspondiente Si la información no es procedente, indicando la resolución del comité de información para elaborar nueva respuesta, para evitar Recursos de Revisión por parte de los particulares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud 	<p>Comité de información</p>
<p>13. Recepción de información por la unidad administrativa.</p>	<p>13.1 Recibe respuesta en un lapso no mayor a diez días hábiles de acuerdo a la solicitud de prórroga que procede, para recabar nuevamente la información.</p>	<p>Comité de información</p>
<p>14. Envío de respuesta aceptada por el Comité de Información.</p>	<p>14.1 Envía respuesta al comité de información, Si es procedente se envía a la unidad de enlace para ser transmitida vía electrónica al solicitante.</p>	<p>Unidad de Enlace</p>
<p>15. Generación de acuse de recibo.</p>	<p>15.1 Transmite la respuesta, el sistema INFOMEX y se genera acuse.</p>	<p>Unidad de Enlace</p>
<p>16. Envío de información de actividades al IFAI</p>	<p>16.1 Envía de acuerdo a la ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los informes de actividades al IFAI, y de acuerdo a los lineamientos establecidos por este organismo (Formatos FIC).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de actividades 	<p>Dirección General el INP</p>



	TERMINA PROCEDIMIENTO.	

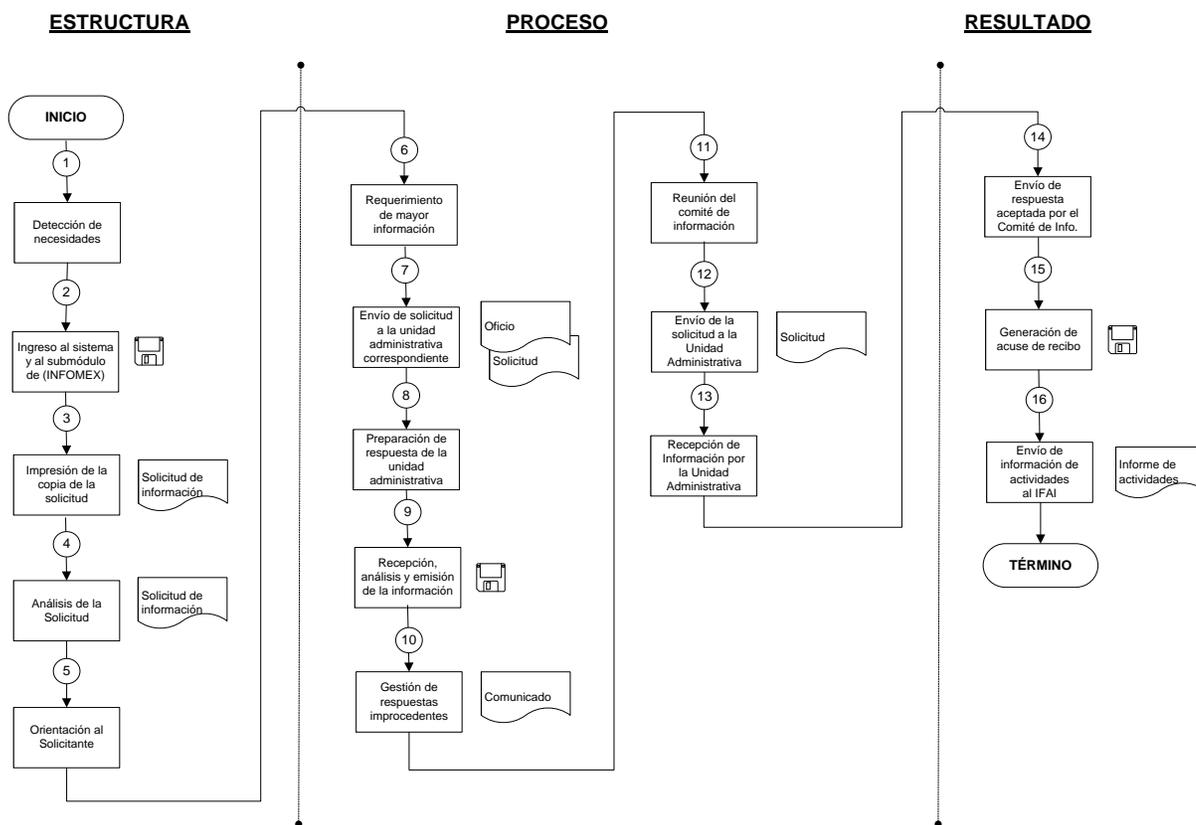
6. Diagrama de Bloque PEPSU

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
--------------------	----------------	----------------	---------------	----------------

<p>Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Marco Normativo</p>	<p>1. Detección de necesidades.</p>	<p>Garantizar el acceso de toda persona solicitante a la información en poder del INP, a excepción de la reservada o confidencial previstas en la Ley.</p>	<p>Direcciones: Medica Investigación Enfermería Administración Planeación</p>
<p>Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Lineamientos</p>	<p>2. Ingreso al sistema y al submódulo de (INFOMEX).</p>	<p>3. Impresión de la copia de la solicitud</p>	<p>Subdirección de Asuntos Jurídicos Órgano Interno de Control Comité de Información</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Manual General de Organización del INP.</p>	<p>3. Impresión de la copia de la solicitud</p>	<p>4. Análisis de la solicitud.</p>	<p>5. Orientación al solicitante.</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Manuales de procedimientos</p>	<p>4. Análisis de la solicitud.</p>	<p>5. Orientación al solicitante.</p>	<p>6. Requerimiento de mayor información.</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Instrucciones de Trabajo</p>	<p>5. Orientación al solicitante.</p>	<p>6. Requerimiento de mayor información.</p>	<p>7. Envío de solicitud a la unidad administrativa correspondiente.</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Equipo de computo</p>	<p>6. Requerimiento de mayor información.</p>	<p>7. Envío de solicitud a la unidad administrativa correspondiente.</p>	<p>8. Preparación de respuesta de la unidad administrativa</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Equipo de computo</p>	<p>7. Envío de solicitud a la unidad administrativa correspondiente.</p>	<p>8. Preparación de respuesta de la unidad administrativa</p>	<p>9. Recepción, análisis y emisión de la información</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Equipo de computo</p>	<p>8. Preparación de respuesta de la unidad administrativa</p>	<p>9. Recepción, análisis y emisión de la información</p>	<p>10. Gestión de respuestas improcedentes.</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Equipo de computo</p>	<p>9. Recepción, análisis y emisión de la información</p>	<p>10. Gestión de respuestas improcedentes.</p>	<p>11. Reunión de Comité de Información.</p>

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
		<p>12. Envío de la solicitud a la Unidad Administrativa</p> <p>13. Recepción de información por la unidad administrativa.</p> <p>14. Envío de respuesta aceptada por el Comité de Información.</p> <p>15. Generación de acuse de recibo</p> <p>16. Envío información de actividades al IFAI</p>		

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No aplica

9. Anexos

No aplica

12. PROCEDIMIENTO PARA INDICES RESERVADOS

1. Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la normatividad vigente que permita la transparencia de la gestión gubernamental, el buen funcionamiento del Estado y la protección del derecho a la vida privada.

Que la información gubernamental es pública y la clasificación de la misma se justifica estrictamente por excepción, por lo que la autoridad institucional deberá determinar su periodo de reserva, fundando y motivando las negativas a las solicitudes de acceso; para proteger el orden público limitando de acuerdo al derecho a la información, intereses sociales.

2. Alcance

- 2.1 Los titulares de las diferentes áreas administrativas de la institución, clasificarán como reservada o confidencial la información que posean, la desclasificarán y generarán, en su caso, versiones públicas de expedientes o documentos que contengan partes o secciones reservadas o confidenciales.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento en conjunto con el Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación), y Comité de Información.
- 3.2 Las Direcciones del INP están obligadas a clasificar su información de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento.
- 3.3 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización en pleno del Comité de Información.
- 3.4 El Comité de Información estará integrado por un Presidente a cargo del Subdirector de Asuntos Jurídicos, Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación) y Titular del Órgano de Control Interno en el INP.
- 3.5 Los resultados obtenidos deberán ser difundidos oficialmente a las áreas de competencia.
- 3.6 La Unidad de Enlace estará conformada por la Dirección de Planeación, el



Departamento de Desarrollo Institucional y el Comité de Información.

4. Documentos de Referencia

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Decreto de Creación del Instituto Federal de acceso a la Información Pública.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad, y detección de necesidades.	1.1 Recibe normatividad, solicitud y/o detecta necesidades y gestiona su atención.	Unidad de Enlace,
2. Registro de unidades administrativas.	2.1 Habilita las unidades administrativas para que puedan acceder al sistema de Índices Reservados.	Unidad de Enlace
3. Habilitación de Certificado Electrónico.	3.1 Solicita al titular de cada unidad administrativa su certificado electrónico.	Unidad de Enlace
4. Solicitud de Información reservada a las áreas administrativas.	4.1 Solicita a las diferentes áreas administrativas, vía oficial la actualización de los Índices de Expedientes Clasificados semestralmente.	Comité de Información
5. Análisis de la información recibida.	5.1, Somete a consideración del Comité de Información, la Información recibida <ul style="list-style-type: none"> • Información 	Unidad de Enlace

<p>6. Envío de Información a la Unidad de Enlace.</p>	<p>6.1 Envía, vía oficial a la Unidad de Enlace para su registro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Información 	<p>Comité de Información</p>
<p>7. Envío al Comité de Información, vía electrónica.</p>	<p>7.1 Realiza la captura de información y la envía al Comité de Información (IFAI) mediante el sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información 	<p>Unidad de Enlace</p>
<p>8. Envío de información al IFAI.</p>	<p>8.1 Envían, los Índices de Expedientes Reservados al IFA, ya aceptado por el Comité de Información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índices de Expedientes Reservados 	<p>Unidad de Enlace</p>
<p>9. Recepción de acuse del IFAI.</p>	<p>9.1 Recibe acuse de recibo por parte del IFAI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	<p>Unidad de Enlace</p>
<p>10 Publicación de la información en el POT.</p>	<p>10.1 Publica durante los siguientes cuatro días hábiles la información, en el POT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información 	<p>Unidad de Enlace</p>
<p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>		

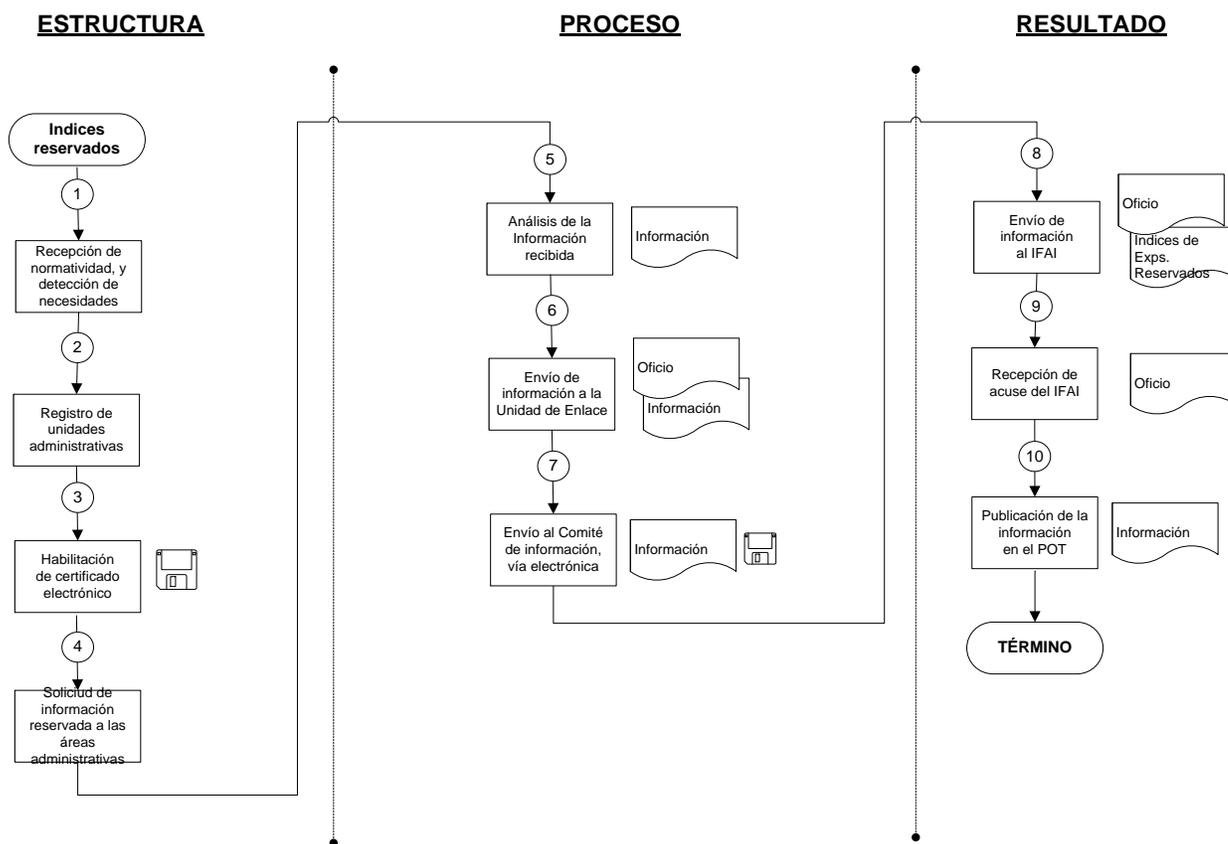
6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
<p>Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Reglamento y Lineamientos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Marco Normativo</p> <p>Lineamientos</p> <p>Manual General de Organización del INP</p> <p>Manuales de procedimientos</p> <p>Instrucciones de Trabajo</p> <p>Equipo de computo</p>	<p>1. Recepción de normatividad, y detección de necesidades</p> <p>2. Registro de Unidades Administrativas</p> <p>3. Habilitación de Certificado Electrónico</p> <p>4. Solicitud de Información reservada a las áreas administrativas</p> <p>5. Análisis de la información recibida</p> <p>6. Envío de Información a la Unidad de Enlace</p> <p>7. Envío al Comité de Información, vía electrónica</p> <p>8. Envío de Información al IFAI</p> <p>9. Recepción de acuse del IFAI</p> <p>10. Publicación en</p>	<p>Registro de Unidades Administrativas</p> <p>Actualizaciones de Índices de Expedientes Reservados</p> <p>Desclasificación de Índices Reservados por vencimiento de plazo</p>	<p>Direcciones: Medica Investigación Enfermería Administración Planeación</p> <p>Subdirección de Asuntos Jurídicos Órgano Interno de Control. Comité de Información</p>



		el POT		
--	--	--------	--	--

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

13. PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES

1. Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, que permita garantizar la protección de los derechos de los individuos, en particular, así como el acceso y corrección de sus datos personales que estén en posesión de la institución, asimismo mantenerlos actualizados por cada unidad administrativa, para ser Actualizados el Sistema de Datos Personales de la Institución.

2. Alcance

- 2.1 Contar con un Sistema de Datos Personales, listado de datos confidenciales, para actualizarlo en el SDP de la institución.

Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento en conjunto con el Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación).
- 3.2 Para acceder a la aplicación informática del listado para su actualización, se requerirá la clave y contraseña del titular de la Unidad de Enlace, utilizando para estos efectos el mismo certificado que el utilizado para acceder al Sistema de Solicitudes de Información (Infomex).
- 3.3 La Unidad de Enlace será la responsable de registrar y actualizar los sistemas de datos personales de la dependencia, a través de la aplicación informática que el IFAI tiene disponible en su sitio de Internet: www.ifai.org.mx (en el vínculo de “usuarios del gobierno federal”).
- 3.4 El sistema contiene el uso que se les da a los datos personales, la unidad administrativa que lo administra y el nombre del responsable.
- 3.5 El IFAI mantendrá un listado público actualizado de los sistemas de datos personales que sean hechos de su conocimiento.
- 3.6 La Unidad de Enlace estará conformada por la Dirección de Planeación, el Departamento de Desarrollo Institucional y el Comité de Información.

4 Documentos de Referencia

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Decreto de Creación del Instituto Federal de acceso a la Información Publica.

5 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Recepción de normatividad y de detección de necesidades.	1.1 Recibe normatividad se detectan necesidades y se gestiona, su atención. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad 	Unidad de Enlace
2 Solicitud de Intervención del Comité de Información.	2.1 Solicita mediante comunicado al Comité de Información la actualización del Sistema Persona. <ul style="list-style-type: none"> • Comunicado 	Unidad de Enlace
3 Solicitud de actualización de datos personales.	3.1 Envía un comunicado a las diferentes unidades administrativas para que envíen la actualización de datos personales. <ul style="list-style-type: none"> • Comunicado 	Comité de Información
4 Recepción y envío de Información.	4.1 Recibe respuesta y envía a la Unidad de Enlace la información <ul style="list-style-type: none"> • Comunicado 	Comité de Información

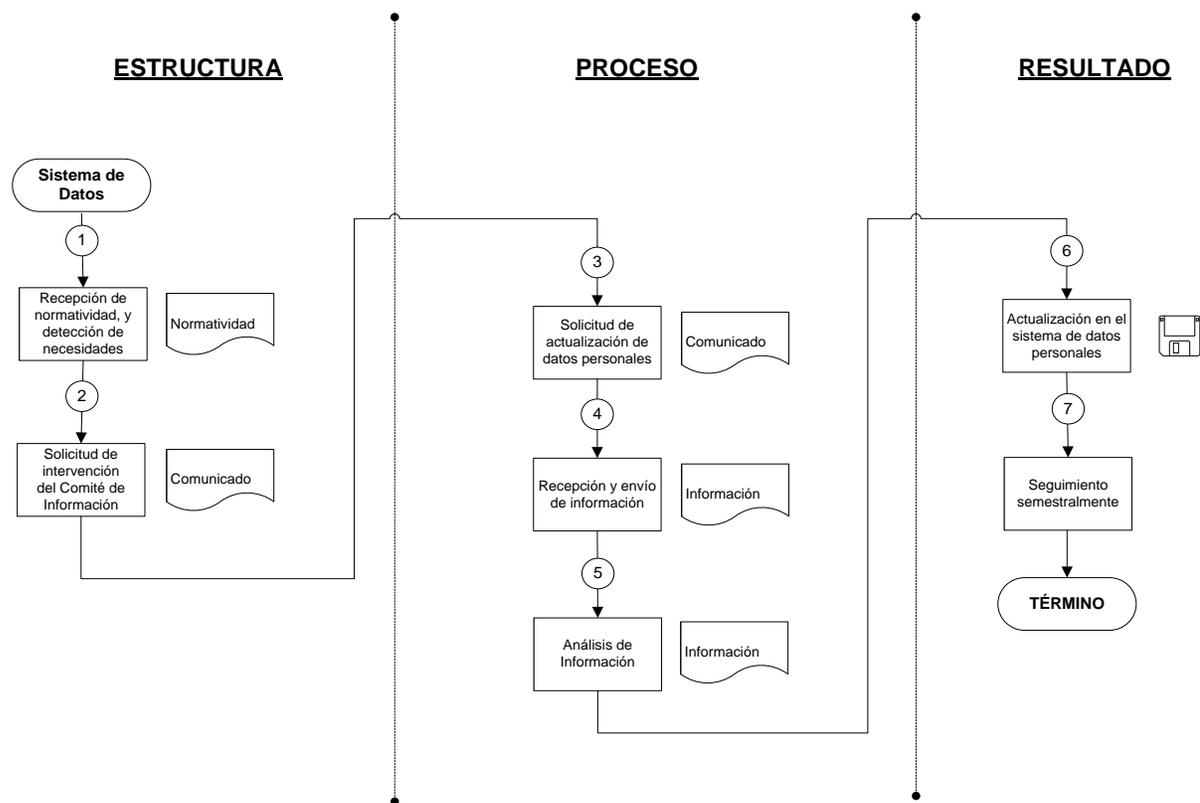
5 Análisis de Información.	5.1 Recibe y analiza la información. <ul style="list-style-type: none">• Comunicado	Unidad de Enlace.
6 Actualización en el Sistema de Datos Personales.	6.1 Transmite mediante el sistema persona la actualización de datos personales.	Unidad de Enlace
7 Seguimiento semestral	7.1 Da seguimiento a la actividad en forma semestral.	Departamento de Desarrollo Institucional
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

Proveedores	Entrada	Procesos	Salida	Usuario
--------------------	----------------	-----------------	---------------	----------------

6. Diagrama en Bloque PEPSU

<p>Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Reglamento y Lineamientos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Marco Normativo</p> <p>Lineamientos</p> <p>Manual General de Organización del INP.</p> <p>Manuales de procedimientos</p> <p>Instrucciones de Trabajo</p> <p>Equipo de computo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de normatividad y detección de necesidades. 2. Solicitud de Intervención del Comité de Información. 3. Solicitud de Actualización de datos Personales. 4. Recepción de Información. 5. Análisis de Información. 6. Actualización en el Sistema de Datos Personales 7. Seguimiento 	<p>Garantizar la Protección de los derechos de los individuos, en particular en la vida privada, así como el acceso y corrección de sus datos personales en poder de la institución</p> <p>Notificar al IFAI el listado de sus sistemas de datos personales y publicarlo en la pagina Web institucional</p>	<p>Direcciones: Medica Investigación Enfermería Administración Planeación</p> <p>Subdirección de Asuntos Jurídicos Órgano Interno de Control Comité de Información</p>
---	--	--	---	--

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No aplica

9. Anexos

No aplica

14. PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE COMUNICACIÓN

1.0 Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, que permita una comunicación dinámica con el IFAI, para mantener actualizadas las políticas, normas y lineamientos que éste organismo emite. Asimismo para el desahogo de Recursos de Revisión de solicitudes de información.

2.0 Alcance

- 2.1 El Sistema de Comunicación permite acceder a diferentes procesos que lleva el IFAI como: Comunicado a la Administración Pública Federal; Recursos de Revisión; Acuerdo de Trámite; Requerimiento de Alcances; Cumplimiento a Resoluciones del Pleno; Subprocesos de Inconformidad.

3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento en conjunto con el Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación).
- 3.2 El acceso de los distintos usuarios se realizará ingresando el “certificado electrónico” y el “Pass Word” (contraseña) que han sido asignadas.
- 3.3 El sistema validará la vigencia del certificado electrónico. Por lo tanto, se recomienda verificar que el archivo (*cer*) otorgado al IFAI se encuentre vigente. En caso de que el certificado haya perdido su vigencia, se deberá generar un nuevo certificado en el sitio para que el IFAI habilite el acceso mediante el uso de este nuevo.
- 3.4 El ingreso al Sistema de Comunicación podrá realizarse directamente en <http://herrcom.ifai.org.mx>; o bien, a través del sitio www.ifai.org.mx mediante la liga Sistema de Comunicación.
- 3.5 La Unidad de Enlace estará conformada por la Dirección de Planeación, Departamento de Desarrollo Institucional y el Comité de Información.

4.0 Documentos de Referencia

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Decreto de Creación del Instituto Federal de acceso a la Información Publica.

Manual de usuario para las Unidades de Enlace (Sistema de Comunicación) IFAI.

5. Descripción del Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad y detección de necesidades.	1.1 Recibe normatividad y se detectan necesidades y se gestiona, su atención. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad 	Unidad de Enlace
2. Habilitación del sistema.	2.1 Gestiona ante el IFAI, la habilitación del sistema mediante el uso de un certificado electrónico y una contraseña asignada para ingresar al sistema.	Unidad de Enlace
3. Verificación de la Vigencia de certificado.	3.1 Verifica ante el IFAI, la vigencia del certificado electrónico, en caso del que el certificado haya perdido su vigencia se gestionara la habilitación de uno nuevo.	Unidad de Enlace
4. Verificación de información en el sistema de comunicación.	4.1 Verifica Diariamente en el sistema de comunicación si existe información para la institución.	Unidad de Enlace

5. Obtención de información.	5.1 Obtiene una copia que el sistema otorga, en caso de existir información para la institución. • Información	Unidad de Enlace
6. Envío de información a la Dirección de Planeación.	6.1 Envía los comunicados recibidos y se someten a consideración de la Dirección de Planeación. • Información	Unidad de Enlace
7. Gestionamiento del Recurso de revisión.	7.1 Gestiona mediante el sistema las resoluciones sobre Recursos de Revisión, que tenga la institución.	Comité de Información
8.0 Informe al Comité de Información.	8.1 Somete a consideración del Comité de Información, en caso de existir un recurso de revisión. • Información	Unidad de Enlace
9. Seguimiento a recursos de revisión.	9.1 Lleva acabo el desahogo de los Recursos de Revisión, en coordinación con el Comité de Información y el IFAI.	Unidad de Enlace
10. Notificación en el Sistema de Comunicación del término del procedimiento.	10.1 Notifica mediante el sistema de comunicación a la unidad de enlace el término del procedimiento de resoluciones, sobre recursos de revisión.	Unidad de Enlace
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

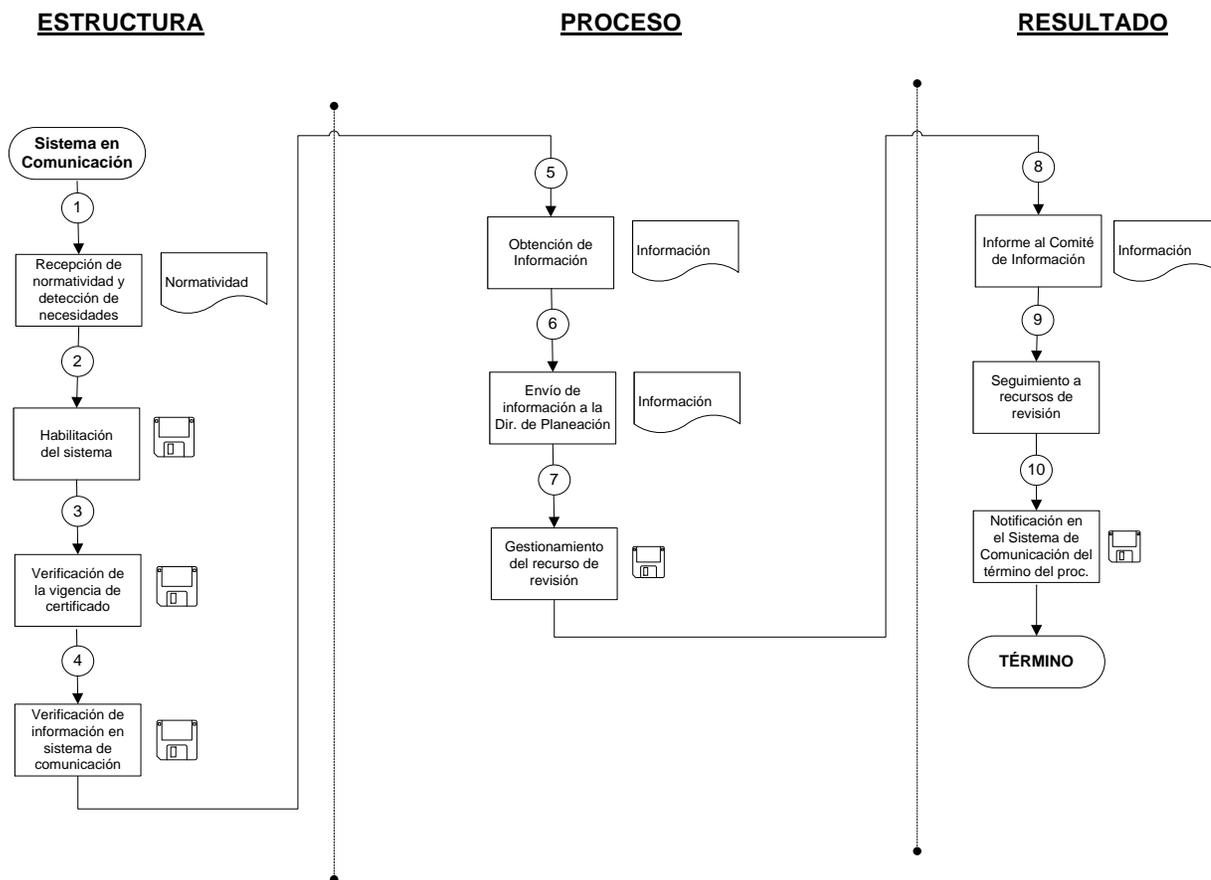


Proveedores	Entrada	Procesos	Salida	Usuario
--------------------	----------------	-----------------	---------------	----------------

<p>Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Reglamento Lineamientos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p> <p>Manual de usuario para las unidades de enlace IFAI (Sistema de Comunicación)</p>	<p>Marco Normativo</p> <p>Lineamientos</p> <p>Manual General de Organización del INP</p> <p>Manuales de procedimientos</p> <p>Instrucciones de Trabajo</p> <p>Equipo de computo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de normatividad y detección de necesidades. 2. Habilitación del sistema. 3. Verificación de la Vigencia de certificado. 4. Verificación de Información en el sistema 5. Obtención Información. 6. Envío de información a la Dirección de Planeación. 7. Gestionamiento del Recurso de revisión. 8. Informe al Comité de Información. 9. Seguimiento a Recursos de Revisión. 10. Notificación en el Sistema de Comunicación del termino de procedimiento 	<p>Comunicación con el IFAI para acceder a diferentes procesos :</p> <p>Comunicado a la Administración Pública Federal</p> <p>Recursos de Revisión</p> <p>Acuerdo de Tramite</p> <p>Requerimiento de Alcances</p> <p>Cumplimiento a Resoluciones del Pleno</p> <p>Subprocesos de Inconformidad</p>	<p>Direcciones: Medica Investigación Enfermería Administración Planeación</p> <p>Subdirección de Asuntos Jurídicos</p> <p>Órgano Interno de Control</p> <p>Comité de Información</p>
---	---	---	--	--

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No aplica

9. Anexos

No aplica

15. PROCEDIMIENTO PARA EL PORTAL DE OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

1. Propósito

- 1.1 Contar con una herramienta de trabajo basada en la normatividad vigente, que permita transparentar la gestión gubernamental, de acuerdo al artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, donde establece que las instituciones de gobierno deberán poner a disposición de la sociedad la información que generen de acuerdo a las XVII fracciones de dicho artículo.

2. Alcance

- 2.1 Los titulares de las diferentes áreas administrativas de la institución estarán obligados a emitir como máximo trimestralmente la información de su competencia, de acuerdo con el Artículo 7 de la Ley de Transparencia, donde menciona XVII fracciones:
- I. Estructura orgánica; II. Facultades de cada unidad administrativa; III. Directorio de Servidores Públicos; IV. Remuneración mensual por puesto; V. Domicilio de la unidad de enlace; VI. Metas y Objetivos de las unidades administrativas; VII. Servicios que se ofrecen; VIII. Los trámites, requisitos y formatos; IX. Información sobre presupuesto asignado, así como los Informes sobre su ejecución; X. Los Resultados de las Auditorias; XI. El Diseño, Ejecución, Montos Asignados y criterios de acceso a los Programas de Subsidio; XII. Las concesiones, permisos o autorizaciones otorgados, especificando los titulares de aquéllos; XIII. Las Contrataciones que se hayan celebrado; XIV. El Marco Normativo aplicable a cada sujeto obligado; XV. Los Informes que, por disposición legal, generen los sujetos obligados; XVI. En su caso, los Mecanismos de Participación Ciudadana, y; XVII. Cualquier otra información que sea de utilidad o se considere relevante, además de la que con base a la información estadística, responda a las preguntas hechas con más frecuencia por el público.

3 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desarrollo Institucional es responsable de llevar a cabo este procedimiento en conjunto con el Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación), y Comité de Información.
- 3.2 Toda propuesta de intervención será sometida a la autorización en Pleno del Comité de Información.
- 3.3 El Comité de Información estará integrado por un Presidente a cargo del Subdirector de Asuntos Jurídicos, Titular de la Unidad de Enlace (Director de Planeación) y Titular del Órgano de Control Interno en el INP.
- 3.4 Los resultados obtenidos deberán ser difundidos en el portal correspondiente, que se ubica en la página Web de la institución.
- 3.5 La Unidad de Enlace estará conformada por la Dirección de Planeación, El Departamento de Desarrollo Institucional y el Comité de Información

4. Documentos de Referencia

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Decreto de Creación del Instituto Federal de acceso a la Información Pública.

5. Descripción de Actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de normatividad y detección de necesidades.	1.1 Recibe normatividad y se detectan necesidades y se gestiona, su atención. <ul style="list-style-type: none"> • Normatividad 	Unidad de Enlace
2. Solicitud de Información	2.1 Solicita oficialmente, de acuerdo al Art. 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso de Información Pública Gubernamental, a las diferentes áreas administrativas, enviar la actualización correspondiente al área a su cargo.	Unidad de Enlace
3. Recepción de Información.	3.1 Somete a un análisis la información recibida, en conjunto con las áreas que emiten las actualizaciones para el Portal de Obligaciones de Transparencia. <ul style="list-style-type: none"> • Información 	Unidad de Enlace
4. Solicitud de ampliación o modificación de información.	4.1 Solicita, al área generadora, en caso que la información sea incompleta mayor detalle o modificación de la información proporcionada.	Unidad de Enlace
5. Envío del Portal de Obligaciones de Transparencia.	5.1 Envía al Portal de Obligaciones de Transparencia de la Institución, con Visto Bueno de la información solicitada. <ul style="list-style-type: none"> • Información 	Unidad de Enlace
6. Ingreso al portal de Obligaciones para realizar cambios	6.1 Ingresa en cualquier periodo del año al Portal de Obligaciones de Transparencia, para realizar los cambios que sean necesarios para su actualización.	Unidad de Enlace



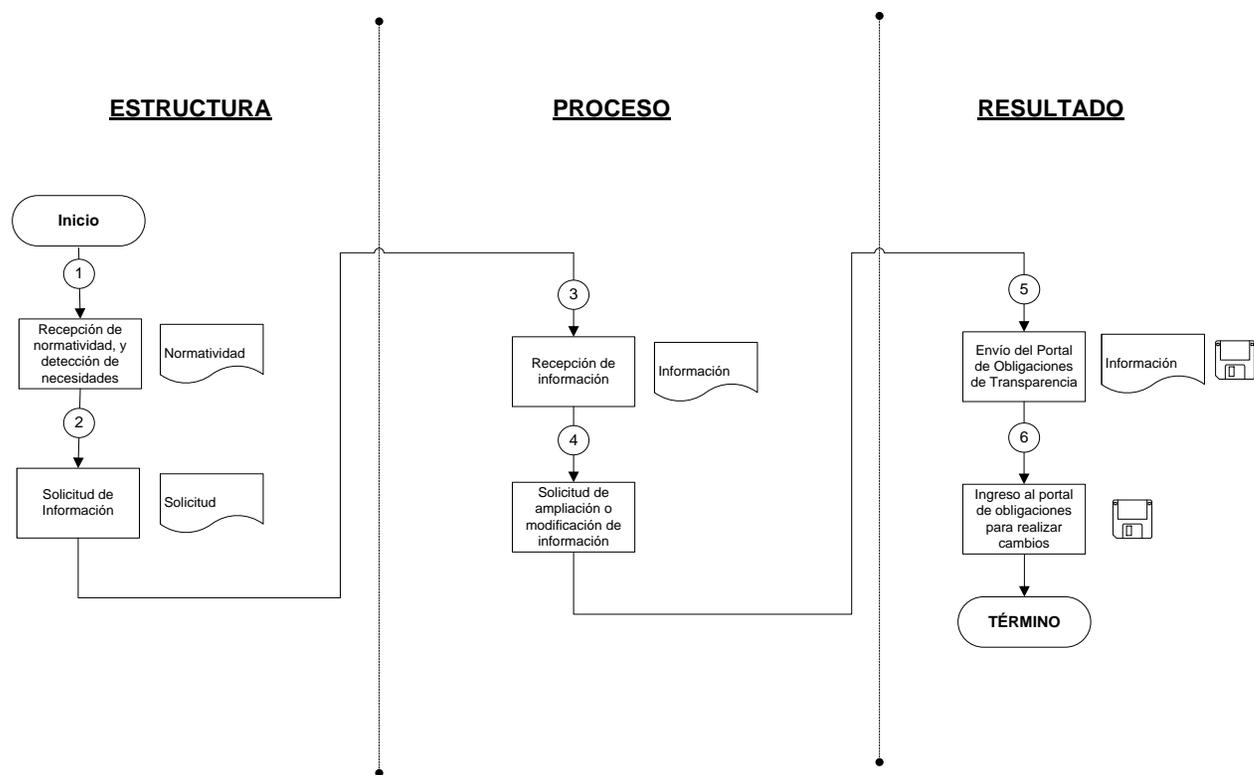
	TERMINA PROCEDIMIENTO.	
--	-------------------------------	--

6.0 Diagrama en Bloque PEPSU

Proveedor	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
------------------	----------------	----------------	---------------	----------------

<p>Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Marco Normativo</p>	<p>Recepción de normatividad y de detección de necesidades.</p>	<p>Disposición a la sociedad de información pública, generada en el INP, mediante el Portal de</p>	<p>Direcciones: Medica Investigación Enfermería Administración Planeación</p>
<p>Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Lineamientos</p> <p>Manual General de Organización del INP.</p>	<p>Solicitud de Información.</p> <p>Recepción de Información.</p>	<p>Obligaciones de Transparencia ubicado en la página Web de la institución</p>	<p>Subdirección de Asuntos Jurídicos</p>
<p>Decreto de Creación del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental</p>	<p>Manuales de procedimientos</p> <p>Instrucciones de Trabajo</p> <p>Equipo de computo</p>	<p>Solicitud de ampliación o modificación de información.</p> <p>Envío del Portal de Obligaciones de Transparencia.</p> <p>Ingreso al Portal de Obligaciones</p>		<p>Órgano Interno de Control</p> <p>Comité de Información</p>

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No aplica

9 Anexos

No aplica

16. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE RIESGOS

1. Propósito

- 1.1 Establecer un control interno para la evaluación, administración y control de los riesgos o factores (internos y externos), con la finalidad de evitar que se materialicen y afecten el cumplimiento de sus metas, objetivos y gestión.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica en todas las áreas del INP, cuyas áreas críticas, procedimientos, trámites, servicios, recursos, programas, procesos, transacciones u operaciones que requieran de fortalecer su control interno.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos.

- 3.1 El Departamento de Desempeño Organizacional (DDO) es el responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.
- 3.2 Los titulares de las Unidades Administrativas deberán establecer controles internos, a fin de minimizar los riesgos que afecten el cumplimiento de sus metas, objetivos y gestión.
- 3.3 Se utilizará la Guía para la Elaboración de la Matriz de Riesgos del Instituto Nacional de Pediatría, cuyo producto final será el mapa de riesgos.
- 3.4 Las áreas serán responsables de la identificación de procedimientos, actividades y objetivos específicos en los procesos relevantes y de administrar los riesgos.
- 3.5 La Dirección de Planeación evaluará la información y alimentará la matriz de riesgos.
- 3.6 Las Unidades Administrativas elaborarán sus programas anuales considerando los riesgos identificados e informarán de manera semestral a la Alta Dirección.

4. Documentos de Referencia.

- a) Marco Normativo
- b) Guía para la elaboración de la Matriz de Riesgos del INP



5 Descripción de actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Convocatoria para capacitación	1.1 Convoca mediante oficio a reunión a las áreas sustantivas y de apoyo para capacitación sobre la implantación del control interno. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 1.2 Indica al Departamento de Desempeño Organizacional impartir el Curso-Taller.	Dirección de Planeación
2. Impartición del Curso-Taller.	2.1 Imparte Curso-Taller para detectar factores y riesgos y elaboran lista de asistencia. <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia • Factores 	Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación de Control de Riesgos)
3. Identificación de factores y riesgos.	3.1 Identifican factores y riesgos de acuerdo a la Guía para la Elaboración de la Matriz de Riesgos del Instituto Nacional de Pediatría <ul style="list-style-type: none"> • Lista de factores y riesgos por área • Guía 3.2 Elaboran lista de factores y riesgos por área y la entregan al Departamento de Desempeño Organizacional.	Áreas del INP.

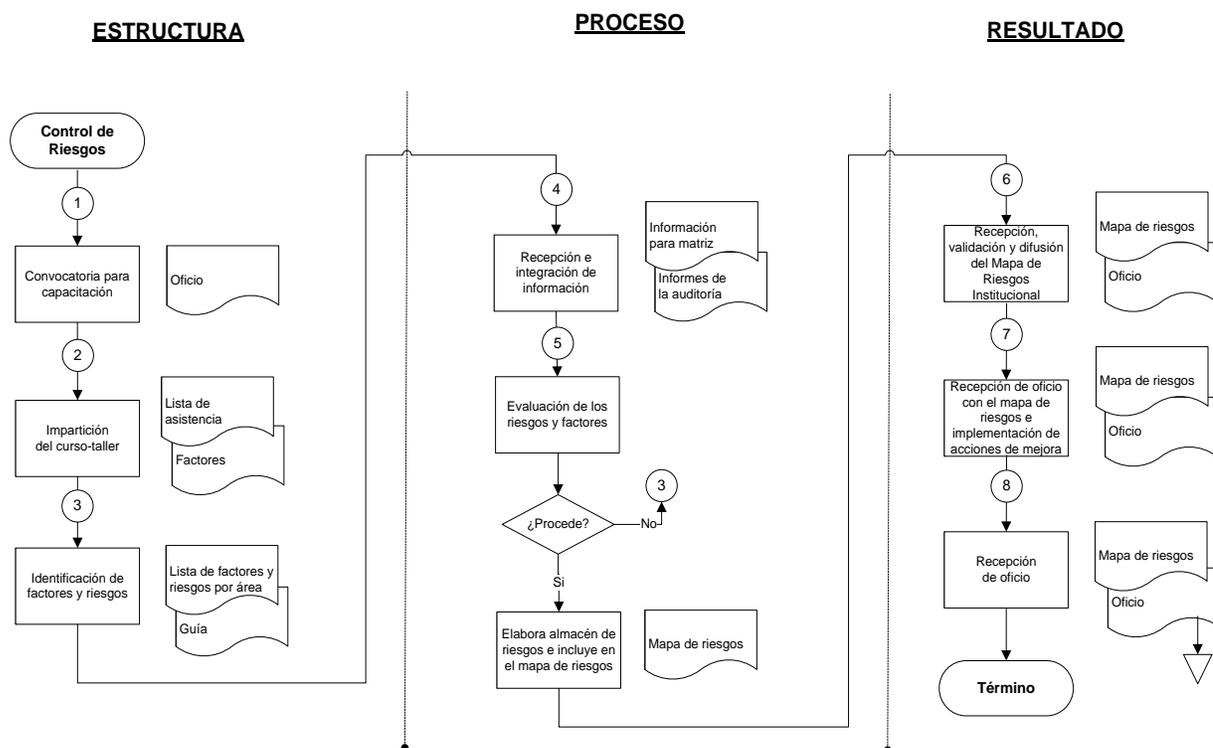
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4. Recepción e integración de información.	<p>4.1 Reciben e integran información para la matriz del Curso-Taller.</p> <p>4.2 Solicitan mediante oficio al Departamento de Diseño y Calidad los informes de Auditorías Internas realizadas en el periodo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información para matriz. • Informes de la auditoria. 	Departamento de Desempeño Organizacional
5. Evaluación de los riesgos y factores.	<p>5.1 Se captura la información en matriz, y se evalúan los riesgos y factores:</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la actividad 3.1.</p> <p>Si: Elabora almacén de riesgos e incluye en el mapa de riesgos, para presentar a la Dirección de Planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapa de riesgos 	Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación Control de Riesgos)
6. Recepción, validación y difusión del Mapa de Riesgos Institucional.	<p>6.1 Recibe y valida Mapa de Riesgos y difunde mediante oficio para las áreas del INP.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapa de riesgos • Oficio 	Dirección de Planeación
7. Recepción de oficio con el Mapa de Riesgos e implementación de acciones de mejora.	<p>7.1 Reciben oficio con el Mapa de Riesgos para implementar acciones de mejora en los casos necesarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapa de Riesgos. • Oficio 	Áreas del INP

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
8. Recepción de oficio.	8.1 Recibe de la Dirección de Planeación copia del oficio y lo archiva. <ul style="list-style-type: none">• Copia del oficio con el Mapa de Riegos.	Departamento de Desempeño Organizacional
	TERMINA PROCEDIMIENTO.	

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Procesos	Salida	Usuario
Unidades Administrativas Departamento de Diseño y Calidad Secretaría de la Función Pública	Auditoría interna realizada para el Sistema de Gestión de Calidad. Definición de factores y riesgos en el curso taller.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convocatoria para capacitación 2. Impartición del Curso-Taller. 3. Identificación de factores y riesgos. 4. Recepción e integración de información. 5. Evaluación de los riesgos y factores. 6. Recepción, validación y difusión del Mapa de Riesgos Institucional. 7. Recepción de oficio con el Mapa de Riesgos e implementación de acciones de mejora. 8. Recepción de oficio. 	Mapa de Riesgos	Alta Dirección Comité de Calidad. OIC

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

Guía para la elaboración de la matriz de riesgos del Instituto Nacional de Pediatría



17. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (PAT)

1. Propósito

- 1.1 Integrar, revisar y validar el Programa Anual de Trabajo, en lo referente a los elementos programáticos, que proporcione una visión de conjunto articulado, congruente y justificado, sobre las actividades y programas sustantivos a realizar por el INP. Con el propósito de cumplir en tiempo y forma con los requerimientos de información establecidos por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica en los Departamentos de Desempeño Organizacional y Control del Presupuesto, quienes integran y envían a la DGPOP la información correspondiente al Programa Anual de Trabajo del Instituto Nacional de Pediatría.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Desempeño Organizacional (DDO) es el responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.
- 3.2 El Departamento de Desempeño Organizacional deberá integrar los elementos programáticos.
- 3.3 Integrará y revisará la parte programática del Programa Anual de Trabajo (PAT), considerando los lineamientos emitidos por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
- 3.4 Las Direcciones de Planeación y Administración deberán dar el visto bueno a la información propuesta y definitiva en el Programa Anual de Trabajo (PAT), de acuerdo a lineamientos establecidos por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- 3.5 Los formatos o Sistema de Integración Programática y Presupuestal de la Secretaría de Salud (SIPPSS) que se utilizarán para éste procedimiento son enviados por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuestos (DGPOP) de la Secretaría de Salud, mismos que cambian cada año y se requisitarán de acuerdo a los lineamientos establecidos para éste fin.
- 3.6 El Departamento de Desempeño Organizacional integrará la parte programática y el

Departamento de Control del Presupuesto la parte financiera.

4. Documentos de Referencia

a) Marco Normativo

5 Descripción de actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Recepción de lineamientos y entrega	1.1 Recibe de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) los lineamientos y formatos, para elaborar la concertación de la estructura programática (primera etapa). 1.2 Entrega los lineamientos y formatos e instruye al Departamento de Desempeño Organizacional (DDO) para elaborar la parte programática del Programa Anual de Trabajo. <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos y formatos 	Dirección de Planeación
2 Elaboración y entrega de estructura para validación.	2.1 Recibe lineamientos y formatos y elabora estructura programática. 2.2 Entrega Estructura Programática a la Dirección de Planeación para su validación. <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos, formatos • Estructura Programática 	Departamento de Desempeño Organizacional (DDO)

<p>3 Recepción de estructura, valida o rechaza.</p>	<p>3.1 Recibe Estructura Programática y valida o rechaza. Procede:</p> <p>No: Regresa (actividad 2).</p> <p>Si: Realiza oficio, lo envía con medio magnético con la Estructura Programática a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (Fin primera etapa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Estructura Programática 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>4 Recepción de lineamientos y formatos del SIPSS.</p>	<p>4.1 Recibe de la DGPOP Estructura Programática lineamientos y formatos y/o (SIPSS) validada, para continuar el proceso de integración programática presupuestal (Segunda etapa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos y/o SIPSS 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>5 Instrucción para elaborar la parte programática.</p>	<p>5.1 Entrega los lineamientos y formatos e instruye al (DDO), para elaborar la parte programática del Programa Anual de Trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos y formatos 	<p>Dirección de Planeación</p>

<p>6 Recepción y elaboración de la parte programática.</p>	<p>6.1 Recibe lineamientos y formatos para elaborar la parte programática del Programa Anual de Trabajo, revisa la documentación y en su caso aclara dudas, mediante medio electrónico, en DGPOP para el correcto llenado de los formatos y/o sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos, formatos y/o sistema <p>6.2 Elabora la parte programática del Programa Anual de Trabajo y se registra la información adicional requerida en los formatos del sistema electrónico (SIPSS), tomando en cuenta las metas que se esperan alcanzar en el próximo año, con base en un análisis del presupuesto basado en resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos y/ SIPSS <p>6.3 Realiza una impresión de los formatos referentes a programación y se presenta para visto bueno y firma del Director de Planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos y/ SIPSS 	<p>Departamento de Desempeño Organizacional (DDO)</p>
<p>7 Recepción de formatos y validación.</p>	<p>7.1 Recibe formatos referentes a la programación del PAT, revisa y determina.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa al (DDO) para que se realicen los cambios de las observaciones emitidas.</p> <p>Sí: Firma formatos e instruye al (DDO) para que integre con la parte presupuestal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos SIPSS <p>7.2 Integra en Coordinación con el Departamento de Presupuesto y envía a la Dirección de Administración para continuar con el trámite correspondiente.</p>	<p>Dirección de Planeación</p>

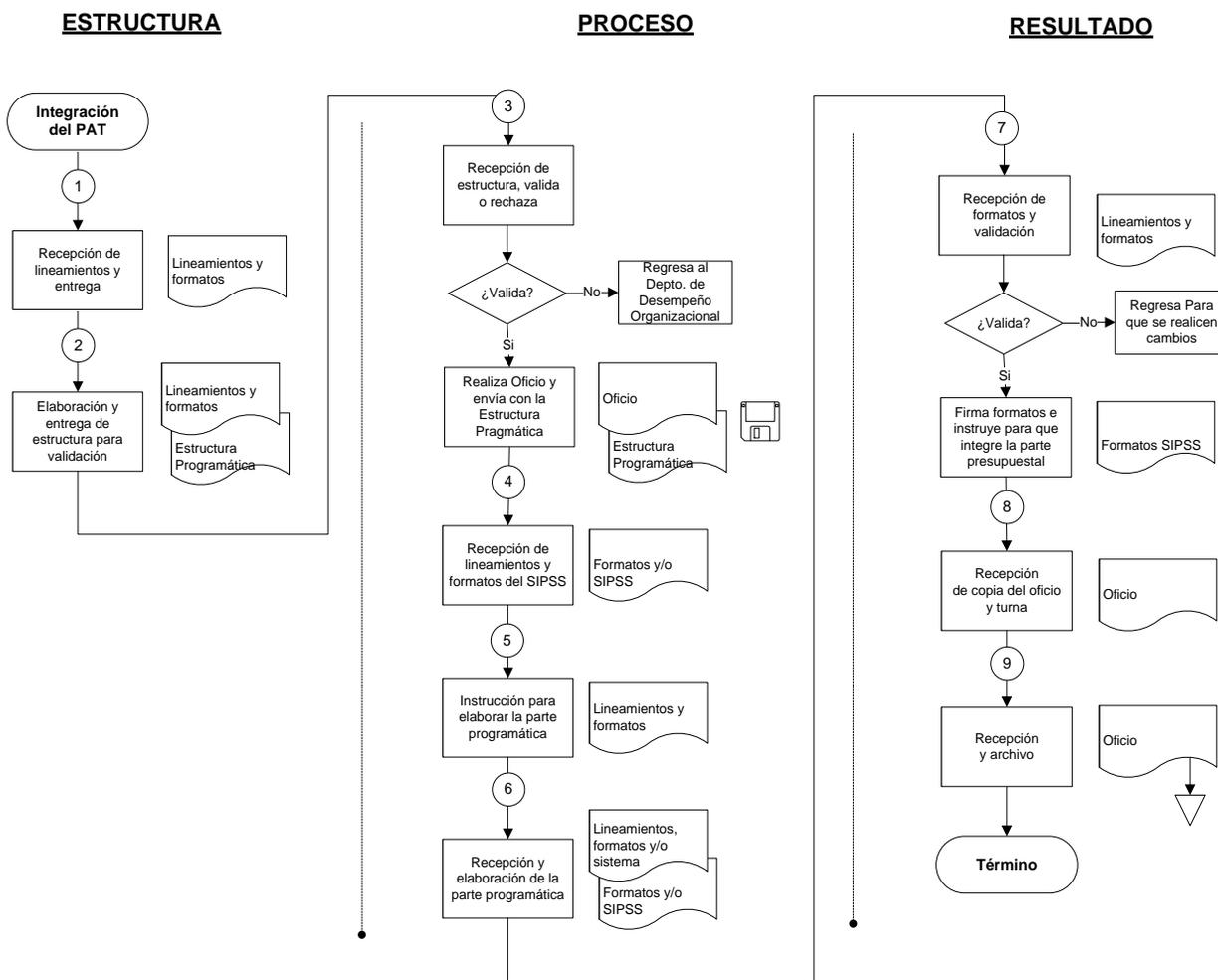
8 Recepción de copia.	8. Recibe de la Dirección de Administración copia del oficio de entrega del PAT a la DGPOP y turna copia al DDO. <ul style="list-style-type: none">• Oficio	Dirección de Planeación
9 Recepción	9.1 Recibe copia y archiva. <ul style="list-style-type: none">• Oficio	Departamento de Desempeño Organizacional (DDO)
	TERMINA PROCEDIMIENTO.	

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
<p>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.</p> <p>Direcciones del Instituto Nacional de Pediatría</p>	<p>Lineamientos de información.</p> <p>Metas de las actividades sustantivas del Instituto.</p> <p>Indicadores de las actividades sustantivas del Instituto.</p>	1 Recepción de lineamientos y entrega	Programa Anual de Trabajo	<p>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.</p> <p>Dirección de Planeación</p> <p>Área Médica</p> <p>Área Administrativa</p>
		2 Elaboración y entrega de estructura para validación.		
		3 Recepción de estructura, valida o rechaza.		
		4 Recepción de lineamientos y formatos del SIPSS.		
		5 Instrucción para elaborar la parte programática.		
		6 Recepción y elaboración de la parte programática.		
		7 Recepción de formatos y validación.		
		8 Recepción de copia.		
		9 Recepción		



7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

No Aplica

18. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.

1. Propósito

- 1.1 Identificar e integrar las necesidades que presenta el INP en materia de infraestructura y equipamiento, para apoyar en registrar la cartera de Inversión ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica en todas las Áreas del Instituto, que requieran Programas y Proyectos de Inversión de infraestructura y equipamiento para registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.

- 3.1 El Departamento de Desempeño Organizacional es responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.
- 3.2 Las áreas sustantivas y de apoyo son responsables de definir sus necesidades de infraestructura y equipamiento.
- 3.3 Se utilizará la Guía para el Registro de Nuevos Programas o Proyectos de Inversión, cuyo producto final serán los Programas o Proyectos de Inversión.
- 3.4 La Dirección de Administración y Planeación en coordinación con las áreas sustantivas y de apoyo, elaborarán el análisis costo beneficio de acuerdo a la normatividad emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.5 La Dirección de Administración, será la encargada de registrar en la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y dar seguimiento a los Programas y Proyectos de Inversión registrados en la cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

4. Documentos de Referencia

- a) Marco Normativo

5 Descripción de actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Identificación de los Programas y Proyectos de Inversión (Planeación)	1.1 Solicita a las Direcciones y Subdirecciones mediante oficio las propuestas de Programas y Proyectos de Inversión, anexando la Guía para el Registro de Nuevos Programas o Proyectos de Inversión. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Guía para el Registro de Nuevos Programas o Proyectos de Inversión 1.2 Recibe de las Direcciones de Área, mediante oficio, propuestas de Programas y Proyectos de Inversión <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 1.3 Envía copia de oficio de las propuestas al Departamento de Desempeño Organizacional <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación
2 Recepción de propuestas de Programas y Proyectos de Inversión.	2.1 Recibe copia del oficio de las propuestas e instruye a la Coordinación de Programación que capture la información en la base de datos. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuestas 	Departamento de Desempeño Organizacional

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
3 Captura de propuestas de Programas y Proyectos de Inversión.	3.1 Recibe propuestas, captura en la base de datos y recaba información adicional a través de Memorando y correo electrónico. <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos • Memorando • Correo electrónico 	Coordinación de Programación
	3.2 Clasifica en la base de datos los Proyectos de acuerdo al tipo de programa o proyecto y realiza el oficio para firma del Director de Planeación, para turnar a la Dirección de Administración. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio. 	
4 Recepción de Documento consolidado de necesidades complementado	4.1 Recibe de la Dirección de Administración oficio y el documento consolidado de necesidades y turna información al Departamento de Desempeño Organizacional. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio con documento consolidado de necesidades complementado. 	Dirección de Planeación.
5 Elaboración y envío del Documento de Planeación	5.1 Recibe y analiza documento consolidado de necesidades, para elaborar Documento de Planeación y entrega a la Dirección de Planeación con propuesta de oficio para firma y posterior envío a DGPLADES y copia a la Dirección de Administración. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Documento de Planeación. 	Departamento de Desempeño Organizacional

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6 Diseño de Programas y Proyectos de Inversión de infraestructura y equipamiento	6.1 Recibe copia del documento de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Documento de Planeación 6.2 Instruye a la Subdirección de Finanzas para que la Coordinación de Proyectos trabaje en conjunto con la Coordinación de Programación.	Dirección de Administración.
7 Elaboración de Propuestas del análisis económico	7.1 Diseña Programa de Trabajo para la elaboración del análisis económico de los Proyectos descritos en el Documento de Planeación <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Trabajo 7.2 Elabora la propuesta del análisis económico con la participación de las áreas solicitantes <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de Programas y Proyectos de Inversión de Infraestructura y Equipamiento 	Coordinación de Programación y Coordinación de Proyectos

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<p>7.3 Presenta las propuestas de Programas y Proyectos al Grupo de Trabajo con análisis de viabilidad y factibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de Programas y Proyectos de Inversión de Infraestructura y Equipamiento <p>7.4 Elabora oficio para firma del Director de Administración, en el cual solicita registro ante la DGPOP y lo envía con la propuesta de Programas y Proyectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de Programas y Proyectos de Inversión de Infraestructura y Equipamiento • Oficio 	
<p>8 Recepción de oficio de respuesta de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.</p>	<p>8.1 Recibe de la Dirección de Administración respuesta de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto en el que se indica el registro en caso de proceder.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Realiza modificaciones Si: Informa mediante oficio al Grupo de Trabajo que la propuesta ha sido aceptada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memorando • Correo electrónico 	<p>Coordinación de Proyectos</p>

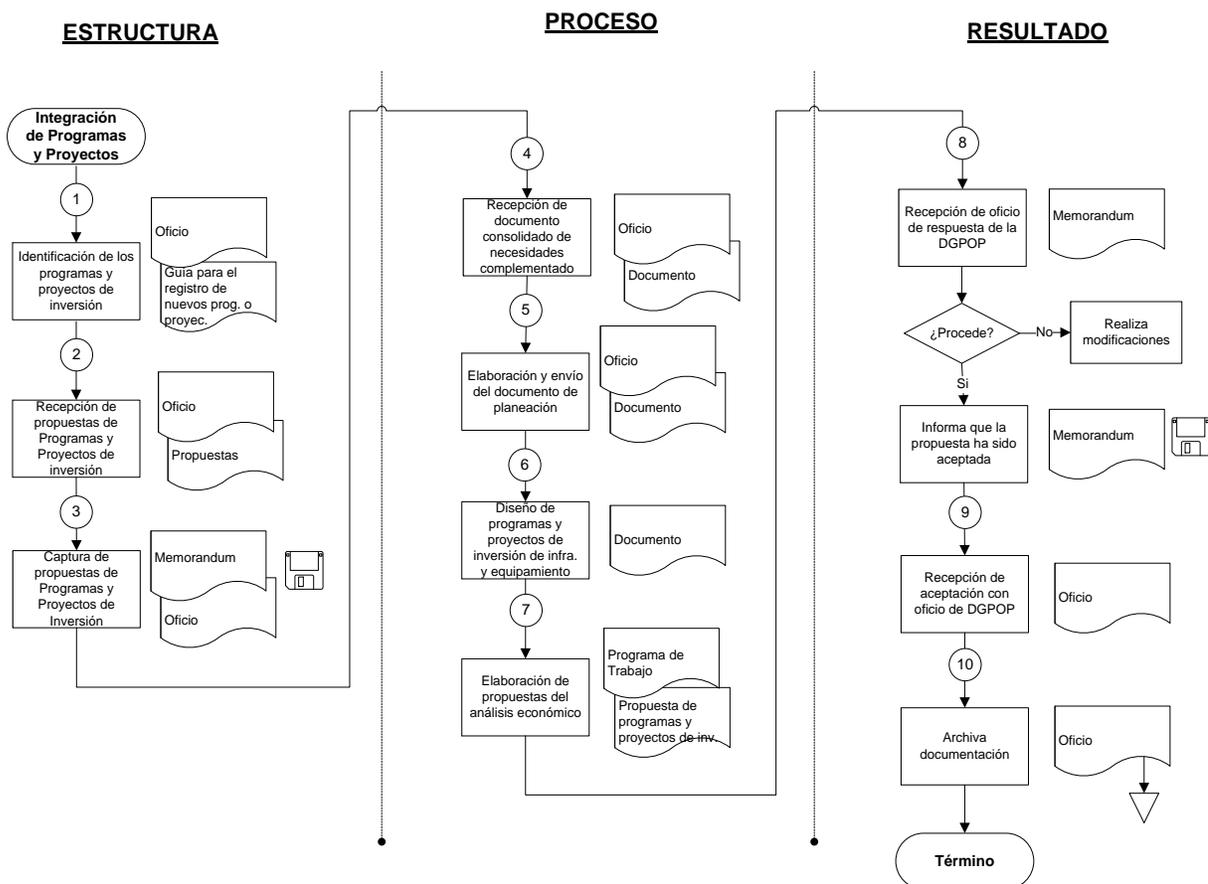
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
9 Recepción de aceptación con oficio de DGPOP	9.1 Recibe oficio de aceptación y turna al Departamento de Desempeño Organizacional, para abrir expediente con Proyectos de Inversión. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación
10 Archiva documentación.	10.1 Archiva Proyectos de Inversión. <ul style="list-style-type: none"> • Copia del oficio DGPOP 	Departamento de Desempeño de Organizacional
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuarios
--------------------	----------------	----------------	---------------	-----------------

<p>Direcciones y Subdirecciones</p> <p>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto</p> <p>Secretaría de Hacienda y Crédito Público</p>	<p>Propuestas de Programas y Proyectos de Inversión</p>	<p>1 Identificación de los Programas y Proyectos de Inversión (Planeación)</p> <p>2 Recepción de propuestas de Programas y Proyectos de Inversión.</p> <p>3 Captura de propuestas de Programas y Proyectos de Inversión.</p> <p>4 Recepción Documento consolidado de necesidades complementado</p> <p>5 Elaboración y envío del Documento de Planeación</p> <p>6 Diseño de Programas y Proyectos de Inversión de infraestructura y equipamiento</p> <p>7 Elaboración de Propuestas del análisis económico</p> <p>8 Recepción de oficio de respuesta de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.</p> <p>9 Recepción de aceptación con oficio de DGPOP</p> <p>10 Archiva documentación.</p>	<p>Documento de Planeación</p> <p>Registro de Programas y Proyectos de Inversión de Infraestructura y Equipamiento</p> <p>Avance físico financiero de Programas y Proyectos de Inversión de Infraestructura y Equipamiento</p>	<p>DGPLADES</p> <p>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto</p> <p>Dirección de administración y Planeación</p>
--	---	--	--	--

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

Guía para el registro de nuevos programas o proyectos de inversión

9. Anexos

No Aplica

19. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DEL REPORTE CORRESPONDIENTE A LOS INDICADORES DE GESTIÓN

1. Propósito

- 1.1 Revisar, evaluar e integrar mensualmente los resultados de los Indicadores de Gestión con el propósito de reportar a la Secretaría de la Función Pública, las actividades sustantivas que realiza el Instituto.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica en las Unidades Administrativas del Instituto Nacional de Pediatría que definen e informa los indicadores de gestión y en la Dirección de Planeación que gestiona el alta y envió de la información a la Secretaría de Función Pública.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos.

- 3.1 El Departamento de Desempeño Organizacional (DDO) es el responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.
- 3.2 El Departamento de Desempeño Organizacional revisará los indicadores de las actividades institucionales en apego a las instrucciones de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 El Departamento de Desempeño Organizacional recibirá mensualmente por parte del área médica, los informes de las actividades institucionales y semestralmente por parte de las Direcciones de Enseñanza e Investigación.
- 3.4 El Departamento de Desempeño Organizacional concentrará la información referente a Indicadores de Gestión y en caso de que exista una variación significativa solicitará información adicional al área responsable de la información o archivo clínico, para justificar las desviaciones programáticas que se presenten considerando los rangos establecidos.
- 3.5 El Departamento de Desempeño Organizacional entregará a la Dirección de Planeación la información procesada para su revisión y autorización dentro de los once primeros días hábiles de cada mes.

- 3.6 Entregará mediante oficio al Órgano Interno de Control del Instituto Nacional de Pediatría, los Indicadores de Gestión tanto en medio magnético como impresos.
- 3.7 Enviará en los meses de junio y diciembre copia de los Indicadores de Gestión a las Direcciones de Enseñanza y de Investigación. Mientras que a la Dirección Médica mensualmente.
- 3.8 Los indicadores serán revisados y redefinidos a petición de las áreas sustantivas, en tanto la Dirección de Planeación gestionará ante la Secretaría de la Función Pública los cambios.

4. Documentos de Referencia

- a) Marco Normativo

5 Descripción de actividades

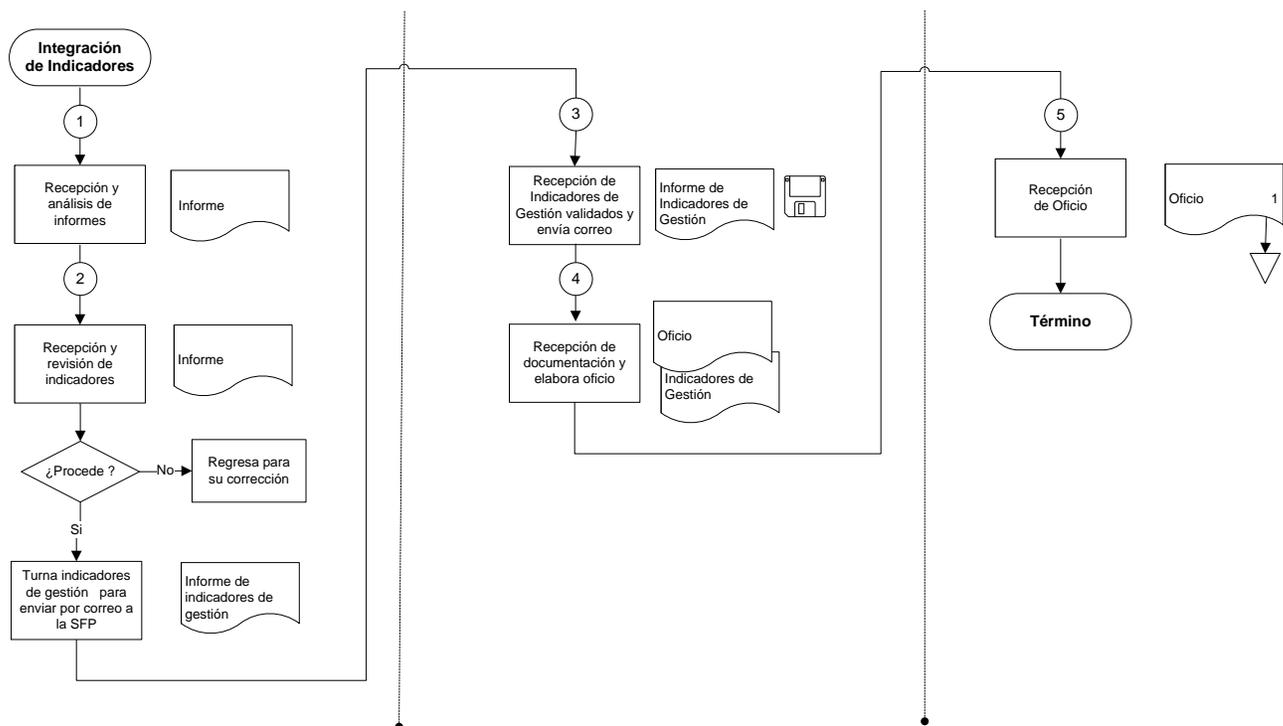
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Recepción y análisis de informes.	1.1 Recibe los informes de las actividades institucionales, para que se lleve a cabo el análisis del reporte correspondiente a los indicadores de gestión. <ul style="list-style-type: none"> • Informe. 1.2 Analiza Indicadores de Gestión. 1.3 Elabora informe de indicadores de gestión realizados y entrega directamente a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Informe. 	Departamento de Desempeño Organizacional
2 Recepción y revisión de indicadores.	2.1 Recibe informe de indicadores de gestión para su validación y determina: Procede: No: Regresa al DDO para su corrección. (regresa a la actividad no. 1.2). Si: Turna los Indicadores de Gestión al DDO, para que éste envíe por correo a la Secretaría de la Función Pública. <ul style="list-style-type: none"> • Informe Indicadores de Gestión 	Dirección de Planeación
3 Recepción de Indicadores de Gestión validados y envía correo.	3.1 Recibe Indicadores de Gestión validados. 3.2 Envía mediante correo a la Secretaría de la Función Pública (SFP), y se integra impresión del correo en el documentación y lo entrega a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Informe Indicadores de Gestión. • Correo enviado a la SFP. 	Departamento de Desempeño Organizacional.

<p>4 Recepción de documentación y elabora oficio.</p>	<p>4.1 Recibe documentación con el correo impreso y envía mediante oficio en original y cuatro copias que distribuye de la siguiente manera: original y medio magnético al Órgano Interno de Control, 1ª copia a la Dirección Médica, 2ª copia al Departamento de Desempeño Organizacional y la 3ª copia se archiva después de recabar los sellos de recibido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio de entrega con Indicadores de Gestión 	<p>Dirección de Planeación</p>
<p>5 Recepción de oficio.</p>	<p>5.1 Recibe copia del oficio y lo archiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia del oficio de Indicadores de Gestión. 	<p>Departamento de Desempeño Organizacional</p>
<p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Área Médica Dirección de Enseñanza. Dirección de Investigación.	Indicadores de las actividades Institucionales Lineamientos de la Secretaría de la Función Pública Indicadores de las actividades Institucionales	1 Recepción y análisis de informes.	Indicadores de Gestión	Área Médica
		2 Recepción y revisión de indicadores.		Dirección de Enseñanza
		3 Recepción de Indicadores de Gestión validados y envía correo.		Dirección de Investigación.
		4 Recepción de documentación y elabora oficio.		Instancia Globalizadora (Secretaría de la Función Pública)
		5 Recepción de oficio.		Dirección General

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos

No Aplica

9. Anexos

Catálogo de indicadores concertados ante la secretaría de función pública

20. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR Y EVALUAR LAS METAS INSTITUCIONALES EN LOS FORMATOS SP2 Y SP3 O SISTEMA ELECTRÓNICO QUE DETERMINEN LAS GLOBALIZADORAS

1. Propósito

- 1.1 Revisar, evaluar e integrar mensualmente los resultados de las metas institucionales (Estratégicas), con el propósito de reportar en tiempo y forma, a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), de acuerdo con los registrados en el Programa Anual de Trabajo y lo aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica en las Unidades Administrativas sustantivas que informan indicadores de resultados y la Dirección de Planeación que gestiona su envío a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.

- 3.1 El Departamento de Desempeño Organizacional (DDO) es el responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.
- 3.2 Revisará y dará seguimiento a las metas institucionales en apego a los lineamientos autorizados por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- 3.3 Realizará el planteamiento de las modificaciones en el formato autorizado por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, a las metas estratégicas de acuerdo a los resultados históricos.
- 3.4 La Coordinación de Programación analizará y justificará (con base a la información que las áreas envían) el comportamiento programático, estimado y alcanzado de las metas estratégicas reportadas por las Direcciones de Enseñanza, Administración, Investigación y Médica.
- 3.5 Presentará al Departamento de Desempeño Organizacional para su visto bueno, los formatos con la información de metas estratégicas, que deberán entregarse a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

- 3.6 Se deberá considerar como base el formato SP1 (Calendario aprobado), para el reporte de metas programadas en el mes y acumulado en los formatos SP2 y SP3.

4. Documentos de Referencia

a) Marco Normativo

5 Descripción de actividades

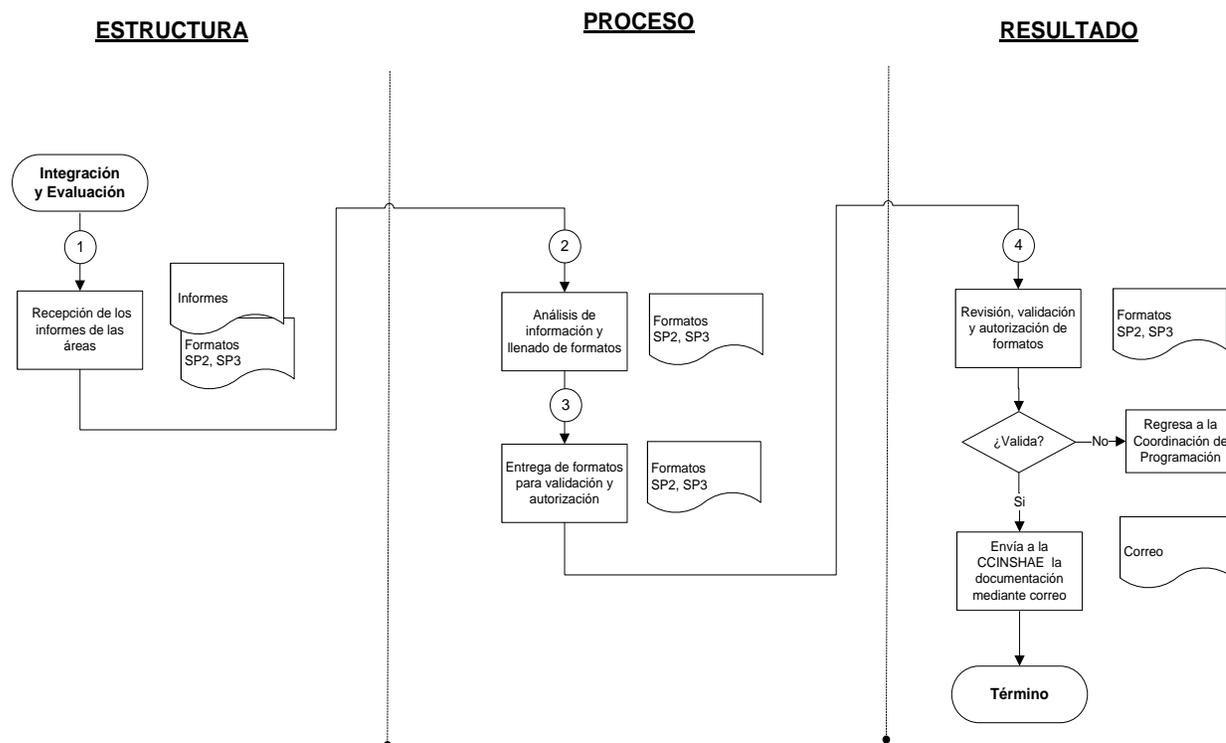
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Recepción de los informes de las áreas.	1.1 Recibe los informes de las diversas áreas, para que se lleve a cabo la integración- evaluación de las metas institucionales en los formatos SP2 y SP3, basándose en el formato SP1 y turna a la Coordinación de Programación. <ul style="list-style-type: none"> • Informes • Formatos SP2, SP3 	Departamento de Desempeño Organizacional
2 Análisis de información y llenado de formatos.	2.1 Analiza la información de acuerdo con las metas establecidas programadas y alcanzadas 2.2 Llena los formatos SP2 seguimiento de metas de indicadores estratégicos y SP3 explicación a las metas estratégicas. <ul style="list-style-type: none"> • Formatos SP2 y SP3 	Coordinación de Programación
3 Entrega de formatos para validación y autorización.	3.1 Entrega al Departamento de Desempeño Organizacional, los formatos SP2 y SP3 para su validación y autorización. <ul style="list-style-type: none"> • Formatos SP2 y SP 3 	Coordinación de Programación

<p>4 Revisión, validación y autorización de formatos</p>	<p>4.1 Recibe los formatos SP2 y SP3, revisa, valida y autoriza.</p> <p>Procede:</p> <p>No: Regresa a la Coordinación de Programación (regresa a la actividad No.2).</p> <p>Si: Envía mediante correo a la CCINSHAE, y se integra impresión del correo, documentación para entregarla a la Dirección de Planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impresión del correo enviado a CCINSHAE <p>4.2 Archiva copia del correo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia del correo 	<p>Departamento de Desempeño Organizacional</p>
<p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud. Direcciones de Área	Lineamientos autorizados.	1 Recepción de los informes de las áreas.	Informe de metas estratégicas	Dirección General
	Metas estratégicas de las actividades sustantivas del Instituto.	2 Análisis de información y llenado de formatos.		Globalizadota
		3 Entrega de formatos para validación y autorización.		Secretaría de Hacienda y Crédito Público
		4 Revisión, validación y autorización de formatos		DGPOP CCINSHAE

7. Diagrama de Flujo



8. Formatos (Externos)

Informe Mensual de Metas de Indicadores de Desempeño SP2

Explicación a la Variación de Metas SP3

9. Anexos

No Aplica

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

1. Propósito.

- 1.1 Coadyuvar a la captación de cuotas de recuperación y simplificación administrativa de los cobros a través de la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación y mediante el desarrollo de una metodología de costos que fortalezca la toma de decisiones a nivel gerencial.

2. Alcance

- 2.1 Se aplica en las cajas que realizan el cobro y en las áreas médicas y administrativas que actualizan el Tabulador de Cuotas de Recuperación, así como en el Departamento de Tecnologías de la Información que actualiza el Sistema Electrónico.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos.

- 3.1 Todas las áreas asistenciales que propongan cambios en los procedimientos que brindan, deberán notificar por escrito a la Dirección de Planeación durante el último trimestre del año en curso.
- 3.2 Las áreas médicas solicitantes serán las responsables de determinar qué procedimientos se actualizarán, contando con las siguientes modalidades: bajas; cambios de nombre, clave y servicio (se generará un control de cambios); altas, construcción de paquetes y cambios de precio (se generarán hojas desagregadas por cada uno de los procedimientos). En éstos el área médica deberá enlistar todos los recursos que se utilizan para la realización de sus procedimientos en cuanto a costos directos.
- 3.3 El Departamento de Desempeño Organizacional en Coordinación con el área administrativa serán las responsables de determinar los costos indirectos.
- 3.4 El Departamento de Desempeño Organizacional proveerá la metodología a seguir por medio de una Guía Específica, así como la asesoría necesaria para la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación (La Guía Específica se incluirá como anexo a este procedimiento).

- 3.5 El Tabulador de Cuotas de Recuperación será actualizado conforme a las disposiciones de la Ley de Ingresos de la Federación, en apego a lo dispuesto por la Ley General de Salud y se tomará como base de los incrementos, las políticas que señale la Dirección General de Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- 3.6 Las propuestas de modificación al Tabulador de Cuotas de Recuperación antes de ser enviadas al Patrimonio de la Beneficencia Pública para su registro y ante la SHCP, serán revisadas y aprobadas por un equipo institucional conformado por la Dirección Médica, Dirección de Administración, Departamento de Trabajo Social, Subdirección de Finanzas, Subdirección de Asuntos Jurídicos, Dirección de Planeación y el Departamento de Desempeño Organizacional.
- 3.7 Una vez aprobada la propuesta de cuotas por el equipo institucional, será presentada para su autorización ante la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Pediatría.
- 3.8 El Grupo de Trabajo Evaluador del Tabulador de Cuotas de Recuperación, podrá hacer las combinaciones pertinentes con el fin de garantizar el acceso a los servicios institucionales y dar cumplimiento a la política de protección institucional, a las familias de escasos recursos con base en la salud del usuario y las repercusiones de la enfermedad en el entorno familiar.
- 3.9 El costo de los medicamentos, material de curación y el porciento de subsidio, utilizados en procedimientos quirúrgicos y de hospitalización, será cobrado de acuerdo con los porcentajes de subsidios correspondientes a cada nivel socioeconómico con base en los acuerdos del grupo de trabajo, la validación del Director General y la Junta de Gobierno del INP.
- 3.10 La incorporación de nuevos procedimientos dentro del Tabulador de Cuotas de Recuperación, se sujetará a autorización de la SHCP. Cuando la incorporación de dichos procedimientos no haya sido contemplada en el Tabulador de Cuotas de Recuperación en la propuesta inicial enviada en los meses de febrero o marzo del nuevo ejercicio, se enviará propuesta adicional complementaria con justificación de la inclusión del nuevo servicio o procedimiento, previa autorización de la Dirección Médica o Dirección de Planeación.

- 3.11 En caso de existir un procedimiento nuevo dentro de algún departamento durante el transcurso de autorización del Tabulador de Cuotas de Recuperación, se tomará un costo semejante, de acuerdo con el criterio del médico responsable de su realización, para poder efectuar su cobro o bien se considerara el precio del servicio con base en el estudio de costos realizado. En ambos casos, para la incorporación expedita del servicio y poder prestarlos a la población institucional serán incorporados los servicios mediante autorización de la Dirección Médica o la Dirección de Planeación.
- 3.12 La cuota de recuperación del nivel 6 incluirá el 100% del costo del servicio. En todo caso, el costo del nivel 6, no corresponderá al 100% sobre la base de los estudios de costos realizados de acuerdo a lo mencionado anteriormente, cuando exista acuerdo y autorización del grupo institucional de costos del INP o, bien mediante autorización de la Dirección Médica o Dirección General.
- 3.13 Cuando se requiera la modificación de precios de algún servicio por la modificación de algún procedimiento institucional, en periodos de trámite de registro del Tabulador la (s) modificación (es) será (n) autorizada (s) únicamente por la Dirección Médica o la Dirección de Planeación.
- 3.14 De acuerdo con el artículo 15, fracción XV de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, no se cobrará este impuesto
- 3.15 La propuesta del Tabulador de Cuotas de Recuperación será enviada al Patrimonio de la Beneficencia Pública en los meses de febrero y/o marzo, o en la fecha que sea solicitada. La propuesta será presentada de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Ingresos de la Federación y los criterios establecidos por la SHCP.
- 3.16 El Tabulador de Cuotas de Recuperación será enviado de acuerdo con las propuestas y modificaciones acordadas por el grupo de trabajo.
- 3.17 La Dirección de Planeación enviará el Tabulador de Cuotas de Recuperación al Patrimonio de la Beneficencia Pública mediante oficio (firmado por el Director General del INP) dirigido al titular de dicha Institución, acompañado de disco magnético flexible con los anexos de altas, bajas, paquetes, cambios y notas aclaratorias a los movimientos realizados.
- 3.18 El número de aclaraciones depende de los requerimientos de información por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que es variable.
- 3.19 Las aclaraciones a los movimientos de altas, bajas y cambios de los servicios médico-asistenciales de la propuesta del Tabulador de Cuotas de Recuperación, requeridas

por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través del Patrimonio de la Beneficencia Pública serán efectuadas por el Departamento de Desempeño Organizacional y serán enviadas al Patrimonio de la Beneficencia Pública por medio de notas aclaratorias e incorporación al anexo de altas, bajas y cambios por correo electrónico o fax, para su presentación ante la SHCP.

- 3.20 Una vez terminado el proceso de aclaración de los movimientos de modificación al Tabulador de Cuotas de Recuperación, se enviará a través de oficio dirigido al Patrimonio de la Beneficencia Pública, el concentrado de las mismas.
- 3.21 La aplicación del Tabulador de Cuotas de Recuperación se realizará en el INP, una vez que se reciba el oficio de la Coordinación General de Institutos Nacionales de salud, acompañado del oficio de autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y se realice revisión de los procedimientos y claves del mismo por parte del Departamento de Desempeño Organizacional y el Departamento de Tecnologías de la Información para su incorporación al sistema de cobro.
- 3.22 El Tabulador de Cuotas de Recuperación será recibido en documento y en disco magnético flexible por la Dirección General del INP, quien a su vez lo turnará a la Dirección de Planeación para distribuir las copias necesarias a las áreas involucradas como son: la Dirección Médica, Departamento de Trabajo Social, Dirección de Administración, Subdirección de Finanzas y el Departamento de Desempeño Organizacional.
- 3.23 El Departamento de Desempeño Organizacional entregará copia del archivo del Tabulador de Cuotas de Recuperación al Departamento de Tecnologías de la Información para su incorporación al sistema de cobro en Cuentas Corrientes y al sistema MedSyS.
- 3.24 El Departamento de Diseño y Calidad es el responsable de actualizar los formatos de solicitud de servicios, para lo cual deberá apegarse a los lineamientos de los procedimientos, "Elaboración y actualización de formatos institucionales" dentro del Manual de Procedimientos de la Dirección de Planeación.
- 3.25 Por las modificaciones anuales en los costos del Tabulador de Cuotas de Recuperación, el Departamento de Tesorería, deberá colocar aviso a los usuarios en forma previa a la aplicación del Tabulador.
- 3.26 Las áreas médicas y administrativas serán las responsables de utilizar el Tabulador de Cuotas de Recuperación para el registro y cobro de los procedimientos.

4. Documentos de Referencia

a) Marco Normativo

5 Descripción de actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de información a las áreas sobre procedimientos a actualizar.	1.1 Solicita mediante oficio información a las áreas médicas sobre los procedimientos a actualizarse, conceptos no incluidos y paquetes a añadirse (altas) y bajas en el Tabulador de Cuotas de Recuperación, de manera anual durante el último trimestre del año. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación
2 Solicitud de cambios a los procedimientos del Tabulador.	2.1 Recibe oficio de solicitud, considera modificaciones y envía a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Área Médica
3 Recepción cambios y turna para elaboración.	3.1 Recibe mediante oficio las solicitudes de las áreas médicas con los cambios requeridos en el Tabulador y turna al Departamento de Desempeño Organizacional, quien a su vez turna a la Coordinación de Programación. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Planeación
4 Recepción, revisión y solicitud de reunión con el área.	4.1 Recibe oficio con las solicitudes de cambio, revisa la información y solicita vía telefónica una reunión con el área para especificar los cambios señalados e integrar la información necesaria. Agenda y acude al área el día indicado. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación de Programación)

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5 Revisión, análisis y elaboración de documentos necesarios.	<p>5.1 Revisa y analiza en conjunto con el área médica correspondiente los formatos para la actualización del Tabulador y determinan si se requieren elaborar hojas desagregadas:</p> <p>Procede:</p> <p>No: Registra las modificaciones en el control de cambios.</p> <p>Si: Explica al área cómo elaborarlas de acuerdo a la guía para la actualización de Tabulador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos • Hojas desagregadas • Control de cambios <p>5.2 Recibe hojas desagregadas y solicita información al área administrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas desagregadas • Formatos 	Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación de Programación)
6 Solicitud de información al área administrativa.	<p>6.1 Solicita mediante oficio a las Unidades Administrativas información para completar el llenado de los formatos de acuerdo a la guía para la actualización de Tabulador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos • Oficio 	Dirección de Planeación
7 Recepción y llenado de formatos.	<p>7.1 Mediante oficio recibe y requisita los formatos en medio electrónico y envía a la Dirección de Planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formatos • Oficio 	Dirección de Administración

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
8 Recepción de formatos requisitados y turna.	8.1 Recibe mediante oficio los formatos requisitados y turna al Departamento de Desempeño Organizacional, quien a su vez los turna a la Coordinación de Programación. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Formatos 	Dirección de Planeación
9 Recepción e integración de información y validación.	9.1 Recibe formatos e integra la información para que el área médica correspondiente revise y valide. <ul style="list-style-type: none"> • Formatos • Hoja desagregada 9.2. Recibe del área médica correspondiente hojas desagregadas validadas e integra expedientes para revisión del Departamento de Desempeño Organizacional, éste a su vez presentará a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Expediente 	Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación de Programación)
10 Recepción, revisión y autorización del expediente.	10.1 Recibe y revisa expediente, ¿autoriza la presentación ante el grupo de trabajo?. Procede: No: Regresa a la actividad No 5.1 o 9.1 según sea el caso. Si: Convoca al grupo de trabajo e instruye al Departamento de Desempeño Organizacional para que ante éste presente los cambios para revisión. <ul style="list-style-type: none"> • Expediente 	Dirección de Planeación

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
11 Presentación del expediente.	11.1 Presenta ante el grupo evaluador cambios propuestos por las áreas, así como el expediente que incluye el análisis de costos por procedimiento. <ul style="list-style-type: none"> • Expediente 	Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación de Programación)
12 Evaluación de información y aceptación.	12.1 Evalúa la información presentada y determina Procede: No: Propone cambios y adecuaciones a la información presentada y regresa a la actividad No. 5.1 ó 9.1 según sea el caso. Sí: Acepta los cambios propuestos e informa a la Dirección de Planeación, mediante minuta, para que se presente ante la H. Junta de Gobierno. <ul style="list-style-type: none"> • Minuta • Expediente 	Grupo de Trabajo Evaluador del Catálogo de Cuotas de Recuperación
13 Presentación de acuerdo para la H. Junta de Gobierno.	13.1 Presenta a la Dirección de Planeación acuerdo para la H. Junta de Gobierno para la autorización del Tabulador de Cuotas de Recuperación para su posterior aplicación. <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo 	Departamento de Desempeño Organizacional
14 Recepción de acuerdo.	14.1 Recibe acuerdo y somete para la autorización de la H. Junta de Gobierno. <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo 	Dirección de Planeación

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
15 Elaboración de oficio y envío.	15.1 Elabora oficio de entrega del Tabulador de Cuotas de Recuperación para el Patrimonio de la Beneficencia Pública y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con copia para la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud, mismo que rubrica y turna a la Dirección General para firma. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Propuesta del Tabulador de Cuotas de Recuperación. 	Departamento de Desempeño Organizacional
16 Recepción de oficio y autorización del tabulador.	16.1 Recibe oficio con documentación soporte y determina. Procede: No: Envía por correo electrónico o fax al INP la relación de procedimientos con observaciones o aclaraciones. Si: Autoriza mediante oficio el Tabulador de Cuotas de Recuperación (Autorizado por la SHCP), y lo envía a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales regionales de alta especialidad quien a su vez lo envía al INP. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio Nota: De manera paralela al trámite del Patrimonio de la Beneficencia Pública, hay comunicación electrónica con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para modificaciones en la integración del costo.	Patrimonio de la Beneficencia Pública y Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
17 Recepción, revisión y autorización.	17.1 Recibe el oficio con autorización del Tabulador de Cuotas de Recuperación. 17.2 Entrega documento de recepción del Tabulador de Cuotas de Recuperación a la Dirección de Planeación. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección General
18 Recepción de documentación y turna.	18.1 Recibe documentación y turna ejemplares del tabulador a los Departamentos de la Dirección Médica, Dirección de Administración, Departamentos de Desempeño Organizacional, Tecnologías de la Información y Diseño y Calidad quienes firman de recibido. <ul style="list-style-type: none"> • Tabulador • Oficio • Lista de recepción 	Dirección de Planeación
19 Recepción y carga en sistemas.	19.1 Recibe los cambios del Tabulador de Cuotas de Recuperación en electrónico para su incorporación a los sistemas de manera conjunta con el Departamento de Desempeño Organizacional. <ul style="list-style-type: none"> • Tabulador electrónico 	Departamento de Tecnologías de la Información y Departamento de Desempeño Organizacional (Coordinación de Programación)
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

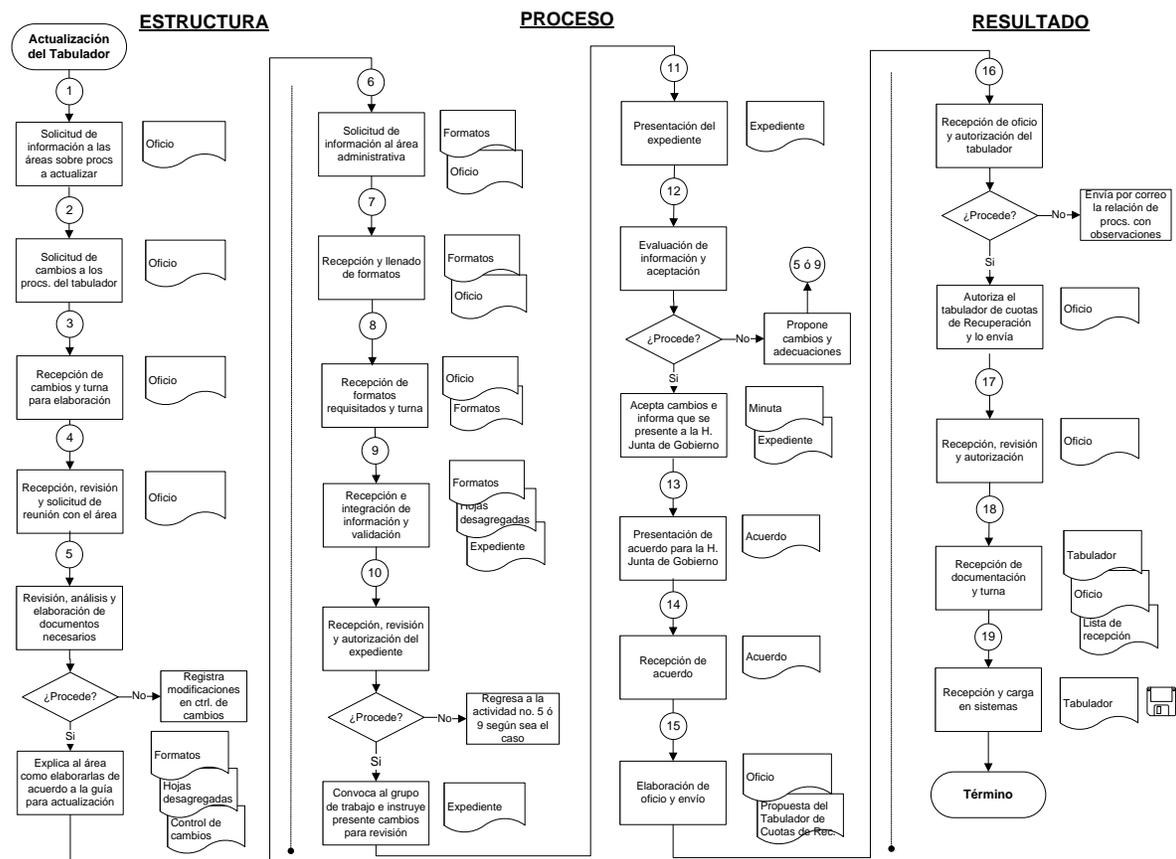
Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
--------------------	----------------	----------------	---------------	----------------

<p>Áreas Médicas</p> <p>Dirección de Planeación</p> <p>Dirección General</p> <p>H. Junta de Gobierno</p> <p>Secretaría de Hacienda y Crédito Público</p> <p>Departamento de Diseño de Tecnologías de la Información</p> <p>Departamento de Contabilidad y Costos</p>	<p>Necesidades de actualización de tabulador</p>	<p>1 Solicitud de información a las áreas sobre procedimientos a actualizar.</p> <p>2 Solicitud de cambios a los procedimientos del Tabulador.</p> <p>3 Recepción cambios y turna para elaboración.</p> <p>4 Recepción, revisión y solicitud de reunión con el área.</p> <p>5 Revisión, análisis y elaboración de documentos necesarios.</p> <p>6 Solicitud de información al área administrativa.</p> <p>7.Recepción y llenado de formatos.</p> <p>8 Recepción de formatos requisitados y turna.</p>	<p>Tabulador actualizado</p> <p>Acuerdo para presentar Autorizado</p> <p>Tabulador aprobado</p> <p>Tabulador Registrado</p> <p>Tabulador en sistema electrónico</p> <p>Notificación de actualización</p>	<p>Áreas Médicas Cajeros</p>
--	--	---	--	------------------------------

		<p>9. Recepción e integración de información y validación.</p> <p>10 Recepción, revisión y autorización del expediente.</p> <p>11 Presentación del expediente.</p> <p>12 Evaluación de información y aceptación.</p> <p>13 Presentación de acuerdo para la H. Junta de Gobierno.</p> <p>14 Recepción de acuerdo.</p> <p>15 Elaboración de oficio y envío.</p> <p>16 Recepción de oficio y autorización del tabulador.</p> <p>17 Recepción, revisión y autorización.</p> <p>18 Recepción de documentación y turna.</p> <p>19 Recepción y carga en sistemas.</p>		
--	--	--	--	--



7. Diagrama de Flujo



8. Formatos (Externos de la SSA)

Formato 1
Listado de Servicios por los que se cobran derechos

Formato 2
Activos Directos.

Formato 3.
Gastos directos (para cada servicio debe llenar este formato)

Formato 4.

Resumen de los costos incrementados directos

Formato 5.

Cantidad de servicios que se proporcionaron en años anteriores y que se estima proporcionar en el año en que se cobren los derechos

Formato 6.

Costos incrementales indirectos

Formato 7.

Porcentaje del tiempo de la unidad administrativa dedicado a cada actividad

Formato 8.

Cálculo de las cuotas

9. Anexos

Guía para la elaboración del tabulador de cuotas de recuperación en el INP.

V. INDICADORES

- **Procedimiento para buzones de opinión institucionales.**
 - Número de cédulas corroboradas / Número total de cédulas recibidas
 - Número de seguimientos realizados por las áreas / Número total de cédulas recibidas

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Seguimiento:	Es la información turnada por las áreas de competencia respecto a las estrategias llevadas a cabo para la solución de los comentarios, sugerencias y agradecimientos.
Comentarios recibidos:	Es el número de comentarios corroborables, no corroborables, sugerencias y agradecimientos recibidos en el total de la Institución o bien, mediante cualquier otro medio que sirva para dicho fin (entrevista personal, vía telefónica, correo electrónico, CALISALUD, comprende la recolección, análisis y envío de todos los comentarios a las áreas de competencia.
Comentarios corroborados:	Son todos aquellos comentarios corroborables que fueron confirmadas por diferentes métodos (vía telefónica, entrevista personal, correo, vía electrónica y fax), por contar con los datos necesarios para ello, tales como fecha, nombre del familiar y/o del paciente, teléfono, dirección y servicio donde se presentó el comentario.
Comentarios no corroborables:	Son aquellos que no tienen información necesaria para establecer contacto con el usuario. Se incluyen los comentarios que aún poseyendo número telefónico, no fue posible entablar contacto por diferentes causas (número suspendido, ocupado o bien no se conoce al usuario mencionado).

MECANISMOS DE CAPTACIÓN

Atención directa: Se encargan de proporcionar orientación, información y atención personalizada a los pacientes y su familia y canalizarlos a las áreas de atención, así como asesorarlos en la prestación de sus quejas, denuncias, sugerencias o solicitudes de información. (Formato Cédula de Opinión).

Atención telefónica: A través de este mecanismo se reciben las quejas, opiniones, sugerencias y solicitudes de información de los pacientes y sus familiares.

Buzones: Es la recepción través de este medio de las quejas, inconformidades, opiniones y agradecimientos, son recogidas por la Coordinación de Calidad.

Correspondencia: De recibirse en las diferentes direcciones y subdirecciones, deberá ser remitida a la Coordinación de Calidad, (Dirección de Planeación).

Medios Electrónicos: Es la recepción de las quejas, opiniones, sugerencias por internet o cualquier otro medio de esta naturaleza.

ATRIBUTOS

Tardanza (T): Cuando no se da cumplimiento a los estándares establecidos para tiempos de espera (45 minutos para consultas de especialidad y 10 minutos para urgencias) o bien, se refiere a una espera prolongada para brindar atención.

Maltrato y Prepotencia (M): No se proporciona atención con respeto, amabilidad y comprensión.

Falta de Información (FI): Carencia de datos en forma clara, oportuna y completa sobre los servicios de atención médica.

Agradecimientos (A):	Engloba las felicitaciones recibidas por área específica, siendo también corroborables y no corroborables, tomando en cuenta si cuentan o no con datos suficientes para establecer contacto con el usuario. Felicitación extensiva a una o varias personas pertenecientes a un área específica.
Opinión/Sugerencia (O)-(S):	También denominada sugerencia, es la propuesta presentada para corregir, agilizar y mejorar la calidad de los procesos y servicios que ofrece la Institución.
Queja:	Manifestación con relación a deficiencias, anomalías presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores públicos en la prestación de procesos y servicios de la Institución, que afectan los derechos de una persona, que requieren la instrumentación de acciones correctivas o preventivas y de mejora continua, con la cual nos permite reforzar y madurar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).
Información:	Son las solicitudes o peticiones que presenta el usuario (ciudadano) de conformidad con el artículo 61 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, así como las relacionadas con la ampliación de cobertura de un servicio o alguna necesidad en particular.
Reconocimiento:	(Agradecimiento), Es la expresión del cliente respecto a la actuación de uno o varios servidores públicos o de una unidad administrativa de la Institución por la calidad de la atención brindada o del servicio prestado.
Denuncia:	Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se

encuentran involucrados servidores públicos en ejercicio de sus funciones, que afectan los derechos de una persona y que se hacen del conocimiento de la autoridad, mediante un tercero. Dentro de la institución no se incluye porque no se inicia ningún procedimiento penal.

Inconformidad: Es el derecho que tienen las personas interesadas para manifestarse para cualquier acto del procedimiento de contratación que contravenga las disposiciones que rigen la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

VII. BIBLIOGRAFÍA Y/O REFERENCIAS

- Manual General de Organización del Instituto Nacional de Pediatría. INP. 2005.
- Guía Técnica para la elaboración de Manuales Administrativos 2006-2007. INP. Dirección de Planeación, Departamento de Diseño Organizacional.
- Taller para la elaboración de Manuales Administrativos. INP. Dirección de Planeación, Departamento de Diseño Organizacional. 2007.
- Libro del Instituto Nacional de Pediatría. 1970-2000. INP. Primer Edición, México, DF, 2000.
- Carrier J. Kendall L. Medical negligence: Complaints and procedures. Aldershot: Gower, 1990. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. *International Journal of Health Services* 1996; 26(4):752.
- Lifshitz A. La decisión terapéutica. *Rev. Med IMSS* 1995; 33: 439-444.

- Declaración de derechos del paciente (Asociación Americana de Hospitales); Declaración de Lisboa (Derechos del paciente); Fundamento y marco jurídico de los derechos humanos del paciente hospitalizado. En Lifshitz A (ed). La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM/IMSS, 1997:119,126.
- Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM/IMSS, 1997: 104.
- Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry* 1985;22:282-292.
- Infante C. El enfoque sociológico de la prevención de los problemas de salud. *Acta Sociológica* 1994;11:203-226.
- Parsons T. Definiciones de salud y enfermedad a la luz de los valores y la estructura social de los Estados Unidos. En: Jaco EG (comp). *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982:205-242.
- Ruelas E. Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud (México). Fundación Mexicana para la Salud. *Documentos para el Análisis y la Convergencia* 1994;8:11.
- Márquez PR. La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos de los pacientes. En : *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos/Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM/Academia Nacional de Medicina, 1995:31-53.
- Zepeda U. Sistema de Atención de quejas médicas, SAQMED. *Revista CONAMED* 2000;4(3):32-35.

VIII. CONTROL DE CAMBIOS

Se eliminaron los procedimientos correspondientes al Departamento de Tecnologías de la Información derivado del acuerdo publicado en el DOF el 13 de julio del 2010 que da entrada en vigor al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información.