SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

INP

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

MARZO 2021

ÍNDICE

HOJA

INTRODUCCIÓN 3

I. OBJETIVO DEL MANUAL 5

II. MARCO JURÍDICO 6

1. PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA. .....

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS. ..

3. PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA Y ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES EN SUBESPECIALIDADES. .....

4. PROCEDIMIENTO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE. .....

5. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN Y ENTREGA DE ESPECÍMENES PARA ANÁLISIS CLÍNICOS. .....

6. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. .....

7. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DEL SEMESTRE y ANUAL (ENERO A JUNIO Y JULIO A DICIEMBRE). .....

8. PROCEDIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA. .....

9. PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE PROGRAMA ACADÉMICO DE EDUCACIÓN CONTINUA. .....

10. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD .....

11. PROCEDIMIENTO PARA EL SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN (SUG). .....

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

13. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS. .....

14. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS. .....

15. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER LAS DEMANDAS LABORALES, CIVILES, ADMINISTRATIVAS, DENUNCIAS PENALES O DE AMPAROS QUE AFECTEN LOS INTERESES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA. .....

16. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO. .....

17. PROCEDIMIENTO PARA DAR SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO. .....

18. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN EN MATERIA DE TRANSPARENCIA, INTEGRIDAD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA PREVENCIÓN Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN. .....

19. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN EN MATERIA DE AUDITORIA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA. .....

20. PROCEDIMIENTO PARA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE REVISIONES DE AUDITORIA. .....

21. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS OBSERVACIONES DE AUDITORÍA. .....

22. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES E INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE LOS CASOS DE PRESUNTAS RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. .....

23. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN CIUDADANA. .....

24. PROCEDIMIENTO DE IMPOSICIÓN DE SANCIONES. .....

25. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTRUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. .....

26. PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN COMITÉS. .....

INTRODUCCIÓN

En el cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al Artículo 16 fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ha actualizado el presente Manual de Procedimientos del Instituto Nacional de Pediatría, en razón de la importancia de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan desarrollar eficientemente las atribuciones, funciones y actividades asignadas.

El Manual de Procedimientos tiene como finalidad servir como instrumento de consulta para los servidores públicos del Instituto Nacional de Pediatría interesados en los procedimientos que ejecutan cada una de sus áreas.

Su actualización se realizó con base en el registro de la estructura orgánica vigente del 01 de junio de 2019 y con apego en la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Este documento contiene: Portada, Índice, Objetivo del Manual, Marco Jurídico, Procedimientos con su respectiva Denominación del Procedimiento, Propósito, Alcance a nivel interno y externo, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción del Procedimiento, Diagrama de Flujo, Documentos de Referencia, Registros, Glosario del Procedimiento, Cambios de Versión en el Procedimiento y Anexos del Procedimiento.

El presente Manual de Procedimientos se actualizará conforme a los lineamientos administrativos establecidos por la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional y cuando existan modificaciones a la estructura orgánica o normatividad aplicable, la integración y actualización del documento es responsabilidad de la Dirección de Planeación a través del Departamento de Diseño y Calidad en coordinación con las demás áreas, así como su difusión la dará a conocer a través de la página electrónica institucional http://www.pediatria.gob.mx/, el contenido del presente Manual entre los servidores públicos, a fin de vigilar su aplicación y cumplimiento.

Derivado de la aprobación y registro la Estructura Orgánica del Instituto Nacional de Pediatría, con vigencia organizacional 01 de junio del 2019, mediante oficio No. SSFP/408/DGOR/1179/2019 y SSFP/408/DGOR/0856/2019 emitido por la Dirección General de Desarrollo Humano y Organización de la Administración Pública Federal, que incluye un cambio de denominación y de Adscripción, la Subdirección de Información y Documentación Científica (N31), que dependía en el tramo de control de la Dirección de Enseñanza, cambia de denominación a Subdirección de Tecnologías de la Información (N31), y pasa de adscripción al tramo de control de la Dirección de Planeación, por ser un proceso de reorganización en materia de Tecnologías de la Información.

Es necesario la actualización del Manual, de la siguiente manera:

Actualización de las políticas del procedimiento para la Valoración en Consulta Externa

Procedimiento para alta de usuarios del CID, se da de baja por que las actividades pasan a ser responsabilidad de un Departamento y se integrarán en el Manual interno de la Dirección de Enseñanza.

Por lo anterior se integran dos procedimientos correspondientes a la Dirección antes mencionada;

Procedimiento para la elaboración y validación del programa académico de Educación Continua

Procedimiento para la selección y formación de Recursos Humanos en Salud.

Asimismo, se sustituye el procedimiento de buzones de opinión institucionales por el de Procedimiento para el Sistema Unificado de Gestión (SUG)

Cabe mencionar que no se incluyeron procedimientos correspondientes a la Dirección de Administración, derivado de la publicación en el Diario Oficial de la Federación del “Acuerdo por el que se expiden los Manuales Administrativos de Aplicación General”, publicado el 10 de agosto del año 2010, dictaminados por la Secretaría de la Función Pública. Para dar cumplimiento a la normatividad establecida, dichos Manuales Administrativos son los documentos oficiales en estas materias.

Los servidores públicos de las áreas que integran el Instituto Nacional de Pediatría, serán las responsables de garantizar y vigilar la correcta aplicación del presente manual.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Proporcionar un instrumento de consulta y apoyo administrativo para el Instituto Nacional de Pediatría, al concentrar y proveer información de forma detallada, ordenada, sistemática e integral de los procedimientos que se llevan a cabo en el Instituto para orientar e informar a las áreas que participan en cada una de las actividades desarrolladas por el Instituto, servidores públicos de otras dependencias y público en general.

II. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 05-02-1917, Última Reforma D.O.F.24-12-2020.

TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

- Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica
D.O.F. 07-05-1981, Última Reforma D.O.F. 01-09-1998.-

- Convención sobre los Derechos del Niño
D.O.F. 25-01-1991.-

- Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial de los Derechos del Paciente.
Septiembre/Octubre 1981.-

- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
D.O.F. 19-10-2005.-

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
D.O.F. 12-05-1981.-

- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do Pará" de 6 de septiembre de 1994.
D.O.F. 19-01-1999.-

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.-.
D.O.F. 10/12/1948.-

- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con discapacidad suscrita en la Ciudad de Guatemala el 7 de Julio de 1999.-
D.O.F. 12-03-2001.-

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. -
D.O.F. 20-05-01981.-

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 02-05-2008.-

Decreto Promulgatorio de la convención interamericana contra el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia (CIRDI), adoptada en la antigua, Guatemala, el cinco de junio de dos mil trece
D.O.F. 20-02-2020.

Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia (CINDI)
D.O.F. 20-02-2020

LEYES

- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

D.O.F. 04-01-2000, Última Reforma D.O.F. 10-11-2014.-

- Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

D.O.F. 02-04-2013 Última Reforma D.O.F. 19-01-2018.-

- . Ley de Asistencia Social

D.O.F. 02-09-2004, Última Reforma D.O.F. 23-04-2013.-

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia

D.O.F. 1°-02-2007. Última Reforma D.O.F. 11-01-2021

- Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente modificados

D.O.F. 18-03-2005.-

- Ley de Ciencia y Tecnología

D.O.F. 05-06-2002, Última Reforma 06-11-2020.-

- Ley de Coordinación Fiscal

D.O.F. 27-12-1978, Última Reforma D.O.F. 30-01-2018.-

- Ley de Firma Electrónica Avanzada

D.O.F. 11-01-2012.-

- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación

Nueva Ley D.O.F. 18-07-2016.- última Reforma 11-0-2021

- Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2020

D.O.F. 25-11-2019

- Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos

D.O.F. 29-06-1992, Última Reforma D.O.F. 25-06-2018.-

- Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 27-06-1991, Última Reforma D.O.F. 18-05-2018.-

- Ley de los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 26-05-2000, Última Reforma D.O.F. 29-11-2019.-.

- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 04-01-2000, Última Reforma D.O.F. 13-01-2016.-

- Ley de Planeación
D.O.F. 05-01-1983, Última Reforma D.O.F. 16-02-2018.-

- Ley de Premios Estímulos y Recompensas Civiles
D.O.F. 31-12-1975, Última Reforma D.O.F. 06-01-2020.-

- Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales
D.O.F. 24-12-1986, Última Reforma D.O.F. 31-05-2019.-
Fe de erratas en D.O.F. 10-06-2019

- Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 29-12-1978, Última Reforma D.O.F. 09-12-2019.-

- Ley del Impuesto sobre la Renta
D.O.F. 01-01-2002, Última Reforma D.O.F. 09-12-2019.-

- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
D.O.F. 31-03-2007, Última Reforma D.O.F. 04-06-2019

- Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
D.O.F. 23-05-1996, Última Reforma D.O.F. 10-01-2014.-

- Ley de Migración
D.O.F. 25-05-2011, Última Reforma D.O.F. 07.-01-2021
-
- Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
D.O.F. 23-05-1996, última reforma D.O.F. 16-12-2020.

- Ley de Nacionalidad
D.O.F. 23-01-1998, Última Reforma D.O.F. 23-04-2012.-

- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
D.O.F. 04-04-2013, Última Reforma en D.O.F. 22-06-2018.

- Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30-12-2015.

- Ley del Servicio de Administración Tributaria
D.O.F. 15-12-1995, Última Reforma D.O.F. 04-12-2018

- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica
D.O.F. 16-04-2008, Última Reforma D.O.F. 25-06-2018.-

- Ley General de Archivos. -
D.O.F. 15-06-2018 En vigor a partir del 15 de Junio de 2019.

- Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. 23-05-2014, Última Reforma D.O.F. 27-01-2017.-

- Ley Federal de Derechos
D.O.F. 31-12-1981, Última Reforma D.O.F. 06-11-2020.-

- Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14-05-1986, Última Reforma D.O.F. 01-03-2019.-

- Ley Federal de los Derechos del Contribuyente
D.O.F. 23-06-2005.-

- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional
D.O.F. 28-10-1963, Última Reforma D.O.F. 01-05-2019.-

- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 26/03/2006, Última Reforma D.O.F. 06-11-2020.-

- Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 04-08-1994, Última Reforma D.O.F. 18-05-2018.-

- Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
D.O.F. 01-12-2005, Última Reforma D.O.F. 27/01/2017.-

- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
D.O.F. 31-12-2004, Última Reforma D.O.F. 12-06-2009.-

- Ley General de Responsabilidades Administrativas
D.O.F. DEL 18-07-16, Última Reforma D.O.F. 19-11-2019

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
D.O.F. 31-12-1982, Última Reforma D.O.F. 18-07-2016

- Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 25-07-2007, Última Reforma D.O.F. 16-02-2018.-

- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-05-2016, Última Reforma 27-01-2017.

- Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24-12-1996, Última Reforma D.O.F. 24-01-2020

- Ley Federal del Trabajo
D.O.F. 01-04-1970, Última Reforma D.O.F. 11-01-2021.-

- Ley Federal Para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas y tabletas y/o comprimidos. -
D.O.F. 26-12-1997, Última Reforma D.O.F. 09-04-2012.-

- Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 19-12-2002, Última Reforma D.O.F. 22-01-2020

- Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita
D.O.F. 17-10-2012.- Última Reforma D.O.F. 09-03-2018.-

- Ley Federal para prevenir y eliminar la Discriminación
D.O.F. 11-06-2003, Última Reforma D.O.F. 21-06-2018.

- Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 01-07-1992, Última Reforma D.O.F. 15-06-2018-

- Ley de Infraestructura de la Calidad
D.O.F. de 01-07-2020 entrada en vigor el 30-08-2020

- Ley General de Bienes Nacionales
D.O.F. 20-05-2004, Última Reforma D.O.F. 19-01-2018.-

- Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31-12-2008, Última Reforma D.O.F. 19-01-2018.-

- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
D.O.F. 24-10-2011, Última Reforma 25-06-2018.

- Ley Federal de deuda Pública

D.O.F. 31-12-1976, Última Reforma D.O.F. 30-01-2018.-

- Ley General de Desarrollo Social

D.O.F. 20-01-2004, Última Reforma D.O.F. 25-06-2018

- Ley Reglamentaria del Artículo 3°. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en Materia de Mejora Continua de la Educación.

D.O.F. 30-09-2019

- Ley General de Educación

D.O.F. 30-09-2019

- Ley General de Población

D.O.F. 07-01-1974, Última Reforma D.O.F. 12-07-2018.

- Ley General de Protección Civil

D.O.F. 06-06-2012, Última Reforma D.O.F. 06-11-2020.-

- Ley General de Salud

D.O.F. 07-02-1984, Última Reforma D.O.F. 07-01-2021.

- Ley General de Sociedades Mercantiles

D.O.F. 04-08-1934, Última Reforma D.O.F. 14-06-2018.

- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 04-05-2015.

- Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito

D.O.F. 27-08-1932, Última Reforma D.O.F. 22-06-2018.-

- Ley General de Víctimas

D.O.F. 09-01-2013, Última Reforma D.O.F. 06-11-2020.-

- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente

D.O.F. 28-01-1988, Última Reforma D.O.F. 07-01-2021 Nueva Reforma D.O.F. 18-01-2021.-

- Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción

Nueva Ley D.O.F. 18-07-2016.-

- Ley General para el Control del Tabaco

D.O.F. 30-05-2008, Última Reforma D.O.F. 11-06-2018.-

- Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.
D.O.F. 30-04-2015.-

- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 02-08-2006, Última Reforma D.O.F. 14-06-2018.-

- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30-05-2011 Última Reforma D.O.F. 12-07-2018.

- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 08-10-2003.- Última Reforma D.O.F. 07/01/2021 Nueva Reforma D.O.F. 18-01-2021

- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
D.O.F. 24-01-2012.-

- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
D.O.F. 04-12-2014.- Última Reforma D.O.F. 11-01.2021.

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29-12-1976, ÚLTIMA REFORMA D.O.F. 11-01-2021.

- Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa
D.O.F. 18-07-2016.-

- Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación
D.O.F. 26-05-1995, Última Reforma 13-04-2020.

- Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República
D.O.F. 14-12-2018, última reforma 13-04-2020

- Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados
D. O.F. 26-01-2017.-

- Ley de Transición Energética
D.O-F. 24-12-2015.-

Ley Orgánica del Centro Federal de Conciliación y Registro Laboral.
D.O.F. 06-01.2020

- Ley Nacional de Mecanismos alternativos de solución de controversias en materia penal.
D.O.F. 29-12-2014.-

- Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para adolescentes
D.O.F. 16-06-2016.- última reforma D.O.F. 01-12-2020

- Ley General en Materia de Desaparición Forzada de personas, desaparición cometida por particulares y del Sistema Nacional de búsqueda de personas.
D.O.F. 17-11-2017.-

- Ley Nacional de Ejecución Penal
D.O.F. 16-06-2016.- Ultima Reforma Por Sentencia SCJN 09/05/2018

- Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México
D.O.F. 26-05-1945, Última Reforma 19-01-2018.-

- La Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos, Reglamentaria de los Artículos 75 y 127 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 31-08-1928, Última Reforma D.O.F. 03-06-2019.-

- Ley Federal de Austeridad Republicana
D.O.F. 19-11-2019

- Ley de Fomento a la Confianza Ciudadana
D.O.F. 20-01-2020

- La Ley General para la detección oportuna del Cáncer en la infancia y la adolescencia.
D.O. F. 07/01/2021

CODIGOS

- Código de Comercio
D.O.F. 7 AL 13-12-1889, Última Reforma D.O.F. 28-03-2018.-
Cantidades Actualizadas 31/12/2018

- Código Civil Federal
D.O.F. 24 de mayo, 14 de julio, 3 Y 31 de agosto de 1928,
Ultima Reforma D.O.F. 11/01/2021

- Código Federal de Procedimientos Civiles
D.O.F. 24-02-1943, Última Reforma D.O.F. 09-04-2012.

- Código Nacional de Procedimientos Penales
D.O.F. 05-03-2014, Última Reforma 17/06/2016.-

- Código Fiscal de la Federación

D.O.F. 31-12-1981, Última Reforma D.O.F. 09-01-2020.

- Código Penal Federal

D.O.F. 14-08-1931, Última Reforma D.O.F. 01-07-2020.-

REGLAMENTOS

- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios

D.O.F. 09-08-1999, Última Reforma D.O.F. 12-02-2016.-

- Reglamento del Registro Nacional de Cáncer

D.O.F. 17-07-2018

- Reglamento de Insumos para la Salud

D.O.F. 04-02-1998, Última Reforma D.O.F. 19-10-2011.-

- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

D.O.F. 28-07-2010.- Última Reforma D.O.F. 19-10-2011.-

- Reglamento de la ley General de Protección Civil

D.O.F. 13-05-2014, Última Reforma D.O.F. 13-11-2020.-

- Reglamento de la Ley General de Victimas

D.O.F. 28-11-2014.-

- Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.

D.O.F. 27-01-2017 ÚLTIMA REFORMA 21-09-2020

- Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

D.O.F. 19-09-2014.-

- Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

D.O.F. 02-12-2015.-

- Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica

D.O.F. 03-11-1982, Última Reforma D.O.F. 24-03-2004.-

- Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor

D.O.F. 22-05-1998, Última Reforma D.O.F. 14-09-2005.-

- Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 28-07-2010.-

- Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta
D.O.F. 08-10-2015, Última Reforma D.O.F. 06-05-16.-

- Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30-06-02017

- Reglamento de la Ley Federal de Archivos
D.O.F. 13-05-2014.-

- Reglamento de la Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. 12-10-2007.-

- Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 26-01-1990, Última Reforma D.O.F. 23-11-2010.-

- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28-06-2006, Última Reforma D.O.F. 13-11-2020.-

- Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 21-05-2012.-

- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-06-2003

- Reglamento de la Ley Federal para el control de precursores químicos productos químicos esenciales y máquinas para elaborar capsulas tableta y/o comprimidos
D.O.F. 15-09-1999.-

- Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 17-06-2003, Última Reforma D.O.F. 29-11-2006.-

- Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14-01-1999, Última Reforma D.O.F. 15-06-2018.-

- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 18-01-2006, Última Reforma D.O.F. 28-08-2008.-

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica
D.O.F. 14-05-1986, Última Reforma D.O.F. 17-07-2018.-

- Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
D.O.F. 22-08-2012, Última Reforma 10-05-2016.-

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes
D.O.F. 26-03-2014.-

- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
D.O.F. 09-09-1999, Última Reforma D.O.F. 12-02-2016.-

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
D.O.F. 20-02-1985, Última Reforma D.O.F. 27-01-2012.-

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
D.O.F. 06-01-1987, Última Reforma D.O.F. 02-04-2014.-

- Reglamento de la Ley General de Población
D.O.F. 14-04-2000, Última Reforma D.O.F. 28-09-2012.-

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 05-04-2004, Última Reforma D.O.F. 17-12-2014.-

- Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Impacto Ambiental
D.O.F. 30-05-2000, Última Reforma D.O.F. 26-04-2012

- Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 31-05-2009, Última Reforma D.O.F. 09-10-2012.-

- Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F.30-11-2006.-

- Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 23-11-1994, Última Reforma D.O.F. 16-12-2016.-

- Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
D.O.F. 24-08-2009.-Ultima Reforma 25-02-2020

- Reglamento de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal
D.O.F. 01-10-1945.- Última Reforma D.O.F. 05-04-2018

- Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Medicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 21-01-2003, Última Reforma D.O.F. 25-07-2006.-

- Reglamento de la Ley de Nacionalidad
D.O.F. 17-06-2009, Última Reforma D.O.F. 25-11-2013.-

- Reglamento de la Ley del Impuesto al valor agregado
D.O.F. 04-12-2006.- Última Reforma 25-09-2014.-

- Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.
D.O.F. 13-11-2014.-

- Reglamento de los Artículos 121 y 122 de la Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 05-06-2014.-

- Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal
D.O.F. 29-11-2006.-

- Reglamento del Artículo 95 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, para el cobro de Fianzas otorgadas a favor de la Federación, del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, distintas de las que garantizan obligaciones iscales Federales a cargo de Terceros
D.O.F. 15-01-1991.-

- Reglamento del Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 02-04-2014.

- Reglamento de la Ley de Migración
D.O.F. 28-09-2012, última reforma D.O.F. 23-05-2014.-

- Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
D.O.F. 14-05-2012.-

- Reglamento Interior de la Secretaria de Salud
D.O.F. 19-01-2004, Última Reforma D.O.F. 20-02-2016.-

- Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones
D.O.F. 10-01-2011.-

- Reglamento Interior para la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
D.O.F. 31-10-1986, Última Reforma D.O.F. 28-02-1987.-

- Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina
D.O.F. 09-12-1983.-

- Reglamento General de Seguridad Radiológica
D.O.F. 22-11-1988.-

- Reglamento sobre Consumo de Tabaco
D.O.F. 27-07-2000.-

- Reglamento Interior de Consejo de Salubridad General
D.O.F. 30-10-2001.-

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la producción, Investigación y Uso Medicinal de la CANNABIS y sus derivados Farmacológicos
- D.O.F. 12-01-2021

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

- NOM-015-SSA2-2010 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus
D.O.F. 23-11-2010

- NOM-013-SSA2-2015 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
D.O.F. 23-11-2016

- NOM-010-SSA2-2010 Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
D.O.F. 10-11-2010

- NOM-253-SSA1-2012 Para la Disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines Terapéuticos
D.O.F. 26-10-2012

- NOM-009-SSA2-2013 Para promoción de la Salud Escolar
D.O.F 09-12-2013

- NOM-011-SSA2-2011, Para la Prevención y Control de la Rabia Humana y en los perros y gatos
D.O.F. 02-12-2011

- NOM-006-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis
D.O.F. 13-11-2013

- NOM-001-SSA3-2012 En Materia de Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
D.O.F. 04-01-2013

- NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia Epidemiológica
D.O.F. 19-02-2013

- NOM-237-SSA1-2004 Para la Regulación de los Servicios de Salud, Atención Prehospitalaria de las Urgencias Medicas
D.O.F. 15-06-2006

- NOM-016-SSA2-2012 Para la Vigilancia, Prevención, Control, Manejo y Tratamiento del Cólera
D.O.F. 23-10-2012

- NOM-003-SSA3-2010 Para la Practica de Hemodiálisis.
D.O.F. 08-07-2010

- NOM-032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.
D.O.F. 25-02-2011

- NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios.4
- D.O.F. 16-08-2010

- NOM-004-SSA3-2012 En Materia el Expediente Clínico
D.O.F. 15-10-2012

- NOM-015-SSA3-2012 Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad
D.O.F. 14-09-2012

- NOM-008-SSA3-2017 Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad
D.O.F. 18-05-2018

- Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. - Criterios para la Prevención y Atención.
D.O.F. 16-04-1999, Última Reforma D.O.F. 24-03-2016

- NOM-027-SSA2-2007, Para la Prevención y Control de la Lepra
D.O.F. 31-08-2009

- NOM-029-SSA3-2012 En materia de regulación de los Servicios de Salud. para la práctica de la Cirugía Oftalmológica con láser excimer
D.O.F. 02-08-2012

- NOM-027-SSA3-2013 Para la Regulación de los Servicios de Salud. que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la Atención Médica
D.O.F. 04-09-2013

- NOM-036-SSA2-2012 Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el Humano.
D.O.F. 28-09-2012 Aclaración Publicada en D.O.F. DE 12-10-2012

- NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
D.O.F. 09-02-2001 Última Reforma D.O.F. 18-09-2006

- NOM-026-SSA3-2012 Para la práctica de la Cirugía mayor Ambulatoria.
D.O.F. 07-08-2012

- NOM-032-SSA2-2010, Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas
D.O.F. 01-06-2011

- NOM-037-SSA2-2012, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias
DOF. 13-07-2012

- NOM-038-SSA2-2010 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Enfermedades por deficiencia de Yodo.
D.O.F. 21-04-2011

- NOM-039-SSA2-2014 Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.
D.O.F. 01-06-2017, Última Modificación D.O.F. 01-12-2017

- NOM-034-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento
D.O.F. 24-06-2014

- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
D.O.F. 30-11-2012

- NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida
D.O.F. 07-04-2016

- NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología
D.O.F. 23-03-2012

- NOM-011-SSA3-2014 Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a través de Cuidados Paliativos.
D.O.F. 09-12-2014

- NOM-019-SSA3-2013 Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud
D.O.F. 02-09-2013

- NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada
D.O.F. 08-01-2013

- NOM-034-SSA3-2013.- Regulación de los Servicios de Salud. - Atención Médica Prehospitalaria.
D.O.F. 23-09-2014

- NOM-025-SSA3-2013 Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos
D.O.F. 17-09-2013

- NOM-028-SSA3-2012 Para la regulación de los Servicios de Salud. para la práctica de la Ultrasonografía Diagnóstica
D.O.F. 07-01-2013

- NOM-030-SSA3-2013 Que Establece las Características Arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las Personas con Discapacidad en Establecimientos para la Atención Médica Ambulatoria y Hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 12-09-2013

- NOM-229-SSA1-2002.- Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las Instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
D.O.F. 15-09-2006.- Modificada por Publicación en D.O.F. 29/12/2014

- NOM-033-NUCL-2016, Especificaciones técnicas para la Operación de Unidades de Teleterapia: Aceleradores Lineales
D.O.F. 04-08-2016

- NOM-036-NUCL-2001 Relativa a los Requerimientos para Instalaciones de Tratamiento y Acondicionamiento de los Desechos Radiactivos
D.O.F.26-09-2001

- NOM-012-NUCL-2002 Por la que se establecen los Requerimientos y Calibración de Monitores de Radiación Ionizante
D.O.F. 19-06-2002

- NOM-013-NUCL-2009 Por la que se establecen los Requerimientos de Seguridad Radiológica para Egresar a Pacientes a Quienes se les ha Administrado Material Radiactivo
D.O.F. 20-10-2009

- NOM-026-NUCL-2011 Para la Vigilancia Médica del Personal Ocupacionalmente Expuesto a Radiaciones Ionizantes
D.O.F. 26-10-2011.

- NOM-031-NUCL-2011 Que establece los requisitos para el entrenamiento del Personal Ocupacionalmente Expuesto a Radiaciones Ionizantes
D.O.F. 26-10-2011

- NOM-039-NUCL-2011 Relativa las especificaciones para la exención de Prácticas y fuentes adscrita a alguna Práctica, que utilizan fuentes de Radiación Ionizante, de alguna o de todas las Condiciones Reguladoras
D.O.F. 26-10-2011

- NOM-040-NUCL-2016, Requisitos de Seguridad Radiológica para la Práctica de Medicina Nuclear.
D.O.F. 04-08-2016

- NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control, de las Enfermedades Nosocomiales
D.O.F. 20-11-2009

- NOM-052-SEMARNAT-2005 Que establece las características, el Procedimiento de Identificación, Clasificación y los listados de los Residuos Peligrosos
D.O.F.23-06-2006

- NOM-165-SEMARNAT-2013 Que establece la lista de Sustancias sujetas a Reporte para el Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes
D.O.F. 24-01-2014

- NOM-012-SSA3-2012 Que Establece los criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.
D.O.F. 04-12-2013

- NOM-251-SSA1-2009 Relativa a las Prácticas de Higiene para el Proceso de Alimentos, Bebidas o Suplementos Alimenticios
D.O.F. 01-03-2010

- NOM-234-SSA1-2003 Relativa a la utilización de Campos Clínicos para ciclos Clínicos e Internado de Pregrado
D.O.F. 06-01-2005

- NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
D.O.F. 21-04-2011

- NOM-257-SSA1-2014, En Materia de Medicamentos Biotecnológicos
D.O.F.11-11-2014

- Norma Mexicana para la Igualdad laboral entre Mujeres y Hombres NMX-R-025-SCFI-2012.
D.O.F. 23-11-2012

- NOM-161-SEMARNAT-2011 Que Establece los criterios para clasificar a los residuos de manejo especial y determinar y cuales están sujetos a Plan de Manejo: el listado de los mismos, el Procedimiento para la Inclusión o Exclusión a dicho listado, si como los elementos y Procedimientos para la Formulación de los Planes de Manejo.
D.O.F.01-02-2013 Última Reforma D.O.F. DEL 05-11-2014

- NOM-007-SSA3-2011 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.
D.O.F. 27-03-2012

- NOM-035-STPS-2018, Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo-Identificación, Análisis y Prevención.
D.O.F. 23-10-2018

- NOM-018-STPS-2015.- Sistema Armonizado para la Identificación y Comunicación de Peligros y Riesgos por Sustancias Químicas Peligrosas en los Centros de Trabajo.
D.O.F. 09-10-2015 Aclaración D.O.F. 11-11-2015

- NOM-010-STPS-1999 Relativa a las Condiciones de Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo en donde se manejen, transporten, procesen o almacenen Sustancias Químicas capaces de generar Contaminación en el Medio Ambiente Laboral.
D.O.F. 13-03-2000 Última Reforma D.O.F. 26-02-2001

- NOM-047-SSA1-2011 Relativa a la Salud Ambiental-Índices Biológicos de Exposición para el Personal Ocupacionalmente expuesto a Sustancias Químicas
D.O.F. 06-06-2012

- NOM-077-SSA1-1994 Que Establece las Especificaciones Sanitarias de los Materiales de Control (en General) para Laboratorios de Patología Clínica
D.O.F. 01-07-1996

- NOM-078-SSA1-1994 Que Establece las Especificaciones Sanitarias de los Estándares de Calibración Utilizados en las Mediciones Realizadas en los laboratorios de Patología Clínica.
D.O.F. 01-07-1996

- NOM-008-SEGOB-2015, Personas con Discapacidad.- acciones de Prevención y condiciones de Seguridad en materia de Protección Civil en situación de Emergencia o Desastre
D.O.F. 12-08-2016

- Norma Mexicana NMX-SAST-45001-IMNC-2018. Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo-requisitos con orientación para su uso.
D.O.F. 14-11-2018

- NOM-220-SSA1-2016, Instalación y Operación de la Farmacovigilancia.
D.O.F. 19-07-2017.-

- .NOM-024-SSA3-2012 En materia de Sistemas de Información de registro electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
D.O.F. 30-11-2012.

- . NOM-037-SSA3-2016 Para La Organización y Funcionamiento de los Laboratorios de Anatomía Patológica.
D.O.F. 21-02-2017

DECRETOS

- Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad suscrita en la Ciudad de Guatemala el 7 de Julio de 1999
D.O.F. 09-08-2000

- 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 adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de mayo de 2000. Resolución A/RES/54/263
D.O.F. 17-01-2002

- Decreto por el que los titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y Servidores Públicos hasta el nivel de Director General en el Sector Centralizado o su equivalente en el Sector Paraestatal deberán rendir al separarse de sus

empleos cargos o comisiones, un informe de los asuntos de sus competencias y entregar los Recursos Financieros Humanos y Materiales que tengan asignados para el ejercicio de sus Atribuciones Legales, a quienes los sustituyan en sus funciones.
D.O.F. 02-09-1988

- Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
D.O.F. 05-07-2001

- 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 Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de Mayo del 2000
D.O.F. 16-01-2002

- Decreto por el que se aprueba el retiro parcial de las Declaraciones Interpretativas y de la Reserva que el Gobierno de México Formulo al párrafo 3 del Artículo y al párrafo 2 el Articulo 23 Respectivamente de la Convención Americana sobre Derechos Humanos al proceder al Depósito de su Instrumento de Adhesión el 24 de marzo de 1981
D.O.F. 17-01-2002

- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Medico
D.O.F. 03-06-1996

- Decreto por el que se aprueba la Enmienda al párrafo primero del Articulo 20 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
D.O.F. 10-05-1996

- Decreto por el que se aprueba la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia del Comité contra la Tortura de la Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de Diciembre de 1984
D.O.F. 17-01-2002

- Decreto por el que se Reforma el Consejo Nacional de Vacunación
D.O.F. 05-08-2001

- Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
D.O.F. 24-12-2002

- Decreto por el que se Reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y se Abroga el Diverso por el que se crea al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Publicado el 24 de Agosto de 1988.
D.O.F. 05-07-2001

- Decreto Promulgatorio de la Enmienda al párrafo 2 del Artículo 43 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Adoptada por la Conferencia de los Estados Partes el 12 de Diciembre de 1995.
D.O.F. 01-06-1998

- Decreto Promulgatorio de la Modificación de los Artículos 24 y 25 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud Adoptada en la 51 Asamblea Mundial de la Salud durante su Décima Sesión Plenaria celebrada el 16 de Mayo de 1998
D.O.F. 29-08-2001

- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Contra La Mujer Adoptado Por La Asamblea General de las Naciones Unidas el 6 de Octubre de 1999
D.O.F. 18-01-2002

- Decreto por el que se aprueba el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2020
D.O.F. 11-12-2019

- 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 adoptada en la 31 Asamblea Mundial de la Salud durante su Décima Sesión Plenaria celebrada el 18 de mayo de 1978.
D.O.F. 29-08-2001

ACUERDOS

- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 bis y el Título cuarto de dicha Ley.
D.O.F. 25-03-2015

- Acuerdo mediante el cual se Adscriben Orgánicamente las Unidades de la Secretaria de Salud
D.O.F. 11-03-2010

- Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Formatos de Certificados de Defunción y de muerte fetal publicados el 30 de enero de 2009 y da a conocer los Formatos de Certificados de Defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1 de enero de 2012.
D.O.F. 29-12-2011

- Acuerdo por el que se emite el nuevo Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.
D.O.F. 27-01-2017 Última Reforma 16-02-2018

- Acuerdo Numero 130 Por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
D.O.F. 06-09-1995

- Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaria de Salud
D.O.F. 04-12-1996

- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de la Salud
D.O.F. 25-09-1996

- Acuerdo numero 55 por el que se integran patronatos en las unidades Hospitalarias de la Secretaria de Salud y se promueve su creación en los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 17-03-1986

- Acuerdo numero 79 relativo a la aplicación, Instrumentación y Actualización del Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Envío de Muestras y Especímenes
D.O.F. 22-09-1988

- Acuerdo por el que se crea el Comité de Obras Publicas de la Secretaria de Salud
D.O.F. 07-02-2001

- Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud.
D.O.F. 22-09-2003.

- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Trasplantes como una Comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal que tendrá por objeto promover apoyar y coordinar las acciones en materia de Trasplantes que realizan las Instituciones de Salud de los Sectores Público, Social y Privado.
D.O.F. 19-01-1999

- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia.
D.O.F. 25-07-2001

- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud
D.O.F. 19-10-1983

- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
D.O.F. 19-10-1983

- Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo de Aplicación General En Materia de Transparencia
D.O.F. 12-07-2010

- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno
D.O.F. 12-07-2010

- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales
D.O.F. 16-07-2010, Última Reforma D.O.F. 03-10-2012

- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, y se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha Materia
D.O.F. 12-07-2010

- Acuerdo por el que se emiten los criterios Generales y la Metodología a los que deberán sujetarse los Procesos de Clasificación Socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de Atención Médica de la Secretaría de Salud y de las Entidades Coordinadas por dicha Secretaría
D.O.F. 27-05-2013

- Acuerdo por el que se Establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los Insumos Establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de Atención Medica y, para segundo y tercer nivel el Catálogo de Insumo.
D.O.F. 24-12-2002

- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección
D.O.F. 12-07-2010

- Acuerdo por el que se establecen medidas para la elaboración del examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas y para la actualización previa de los pasantes en Servicio Social, de la Carrera de Medicina, en materia de prevención de Enfermedades Crónicas no transmisibles.
D.O.F. 22-06-2012

- Acuerdo que establece la Integración y Objetivos del Consejo Nacional de Salud
D.O.F. 27-01-1995

- 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 de comunicación electrónica, así como para las notificaciones citatorios requerimientos solicitudes de Informes o Documentos y las Resoluciones Administrativas definidas que se emitan por esa misma vía
D.O.F. 17-01-2002

- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
D.O.F. 13-07-2010

- Acuerdo por el que se fija el importe máximo de rentas por zonas y tipos de inmuebles, a que se refiere el párrafo segundo del artículo 146 de la Ley General de Bienes Nacionales.
D.O.F. 26-12-2013

- Acuerdo por el que se fijan criterios para la aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades en lo referente a Familiares se los Servidores Públicos
D.O.F. 11-02-1983

- Acuerdo por el que se expide el Protocolo de Actuación en Materia de Contrataciones Públicas, Otorgamiento y Prórroga de Licencias, Permisos, Autorizaciones y Concesiones
D.O.F. 20-08-2015

- Acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el Protocolo de Actuación en Materia de Contrataciones Públicas, Otorgamiento y Prórroga de Licencias, Permisos, Autorizaciones y Concesiones.
D.O.F. 19-02-2016

- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2019.
D.O.F 28 de febrero de 2019.

- Acuerdo por el que se emiten las reglas de Operación del Programa de atención a personas con Discapacidad para el Ejercicio Fiscal 2019
D.O.F. 26 de febrero de 2019

- Acuerdo por el que se establecen las normas conforme a las cuales se llevarán a cabo los servicios valuatorios regulados por el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.
D.O.F. 25-07-2016

PLANES NACIONALES

- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

D.O.F. 12-07-2019

- Programa Sectorial de Salud

D.O.F. 17-08-2020

OTROS

- Lista de Valores Mínimos para Desechos de Bienes Muebles que generen las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal

D.O.F. 18 de julio de 2019

- Reglas para la Determinación, Acreditación y Verificación del contenido Nacional de los bienes que se ofertan y entregan en los Procedimientos de contratación, así como para la aplicación del requisito de contenido Nacional en la contratación de Obras Públicas, que celebren las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 14 de octubre de 2010

1. PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA.

1. PROPÓSITO

Evaluar de manera oportuna y efectiva a los pacientes que soliciten atención médica, garantizando la calidad en la atención.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista) recibe la documentación del paciente, Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría) valora clínicamente al paciente, Recibe hoja de Transferencia, Subdirección de Enfermería (Enfermera del servicio correspondiente) recibe documentos del paciente y registra datos, Subdirección de Consulta Externa (Jefe de Departamento de Consulta Externa de Pediatría) elabora informe mensual de consultas.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Consulta Externa (Jefe de Departamento de Consulta Externa de Pediatría) es el responsable de cumplir y actualizar este procedimiento, asimismo deberá elaborar el informe mensual.

3.2 La Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Consulta Externa de Pediatría) dará atención a todo paciente en edad pediátrica (recién nacido hasta 18 años) que acuden con patología de 3er. nivel, que no cuenten con servicios médicos oficiales (IMSS, ISSSTE, ISEMYN, etc.).

3..3 Los pacientes derechohabientes, podrán ser atendidos mediante el pago de la clasificación socioeconómica más alta del Instituto previa información por parte de la Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista) y firma de conformidad.

3.4 Todo paciente que solicita atención en el Instituto deberá ser valorado a través de la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría) (excepto pacientes graves que serán atendidos en Urgencias).

3.5 Las Hojas de Transferencia (folio), se requisitarán en el Sistema de Información Hospitalario, por la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría).

3.6 La Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría). determinará si la atención del paciente corresponde a este nivel de atención y a los objetivos del Instituto.

3.7 La solicitud de atención a través de otras Instituciones del Sector Salud, deberá ser por medio del Sistema de Referencia y Contrareferencia

3.8 La solicitud de atención a través de otras Instituciones que tengan convenio con el INP, se realizará a través de la División de desarrollo y Enlace Institucional.

3.9 Todo menor (recién nacido hasta 18 años) deberá ser acompañado por los padres o en su defecto por el responsable, un familiar, y/o cuidador, con autorización escrita y previa identificación oficial.

3.10 Las interconsultas se efectuarán exclusivamente por la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría, y en caso de que se efectué por residentes estos deberán ser supervisados por el especialista adscrito al servicio del que se trate.

3.11 Una vez determinado por la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría). que la patología de este paciente no coincide con los objetivos de la Institución (atención de pacientes con patología de 3er. Nivel, enseñanza de las diferentes especialidades o investigación debidamente protocolizada y autorizada por la subdirección) se canaliza a Trabajo Social para la asignación de centros hospitalarios de salud que deberán resolver la patología de dichos pacientes.

3.12 Se dará atención a los pacientes que cuenten con expediente clínico en esta Institución y que soliciten consulta relacionada con su padecimiento de base u otras patologías que pudieran agravar o incidir en la patología que dio motivo a la apertura de expediente.
Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un "@" en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

3.13 Se dará valoración al donante "seleccionado" mayor de 18 años, exclusivamente para el evento relacionado con la donación a través de la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría) agregándole un número consecutivo de registro clínico de expediente.

3.14 La Subdirección de Enfermería (Enfermera del Servicio Correspondiente) deberá recibir y registrar los documentos en las libretas internas de Enfermería y realiza somatometría al paciente

3.15 Los formatos son integrados en el Expediente Clínico y será resguardado en la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Archivo Clínico)

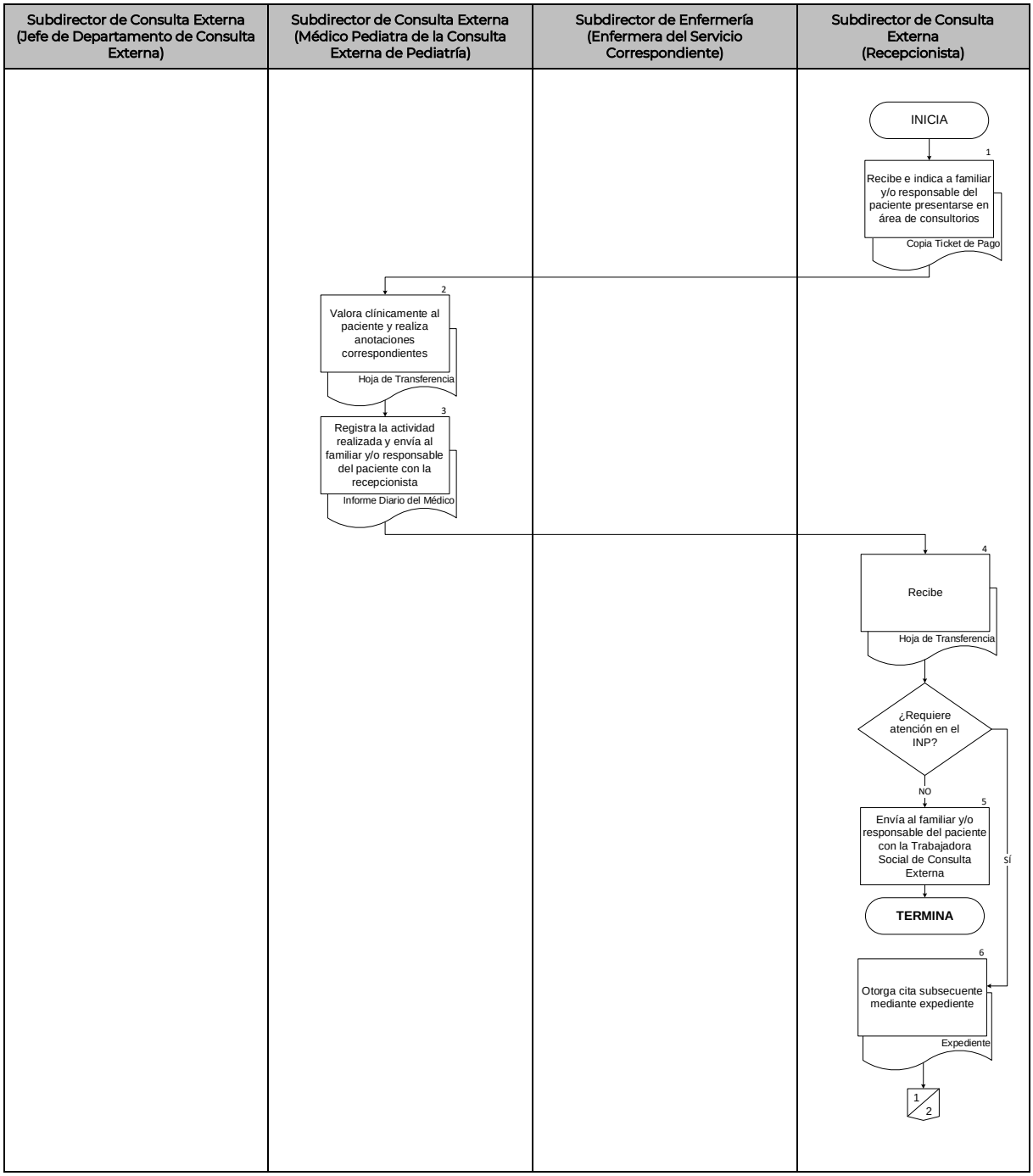
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

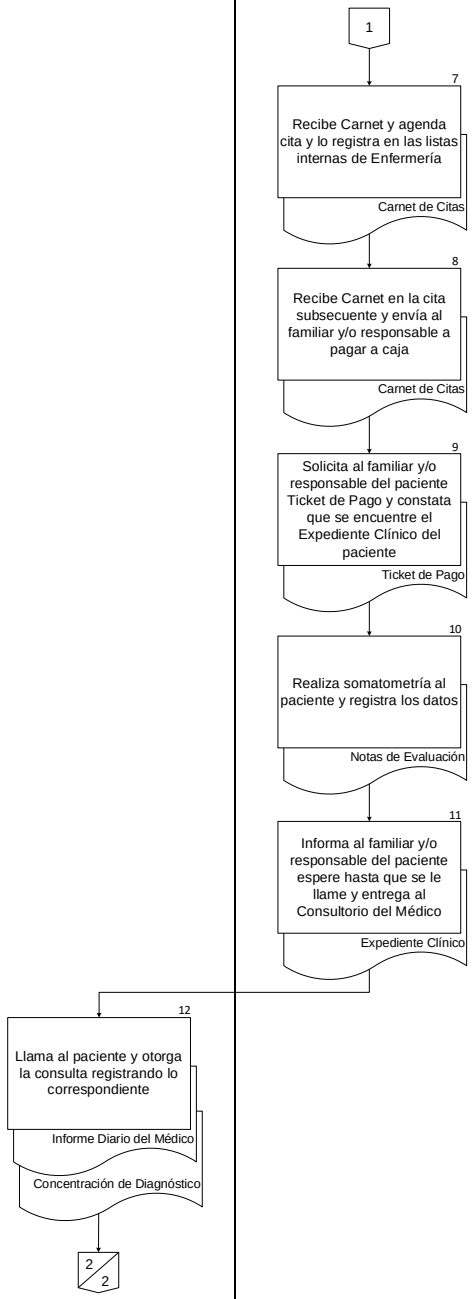
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista)	1	Recibe la copia del Ticket de pago e indica al familiar y/o responsable del paciente, presentarse en el área de consultorios, donde será llamado por la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría) Nota: Ver Procedimiento de Orientación y Registro de Pacientes que Acuden a Consulta Externa de Pediatría (Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Consulta Externa).	Copia Ticket
Subdirector de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría)	2 3	Valora clínicamente al paciente y anota los datos correspondientes en la Hoja de Transferencia, indicando en cada caso el tipo de atención que requiere basándose en la guía para la referencia pediátrica por niveles de atención. Registra la actividad realizada conforme a los datos solicitados en el Informe Diario del Médico y envía al familiar con la Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista del Módulo de Información del Instituto).	Hoja de Transferencia (M-0-29 a-b @) Informe Diario del Médico (M-0-02 @)
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista)	4 5	Recibe Hoja de Transferencia, con base en las indicaciones que el Médico determina. Procede: ¿Requiere atención en el Instituto Nacional de Pediatría? No: Envía al familiar y/o responsable del paciente con la Subdirección de Consulta Externa (Trabajadora Social de la Consulta Externa de Pediatría) para que lo canalice al Centro de Salud correspondiente. Termina.	Hoja de Transferencia (M-0-29 a-b @)

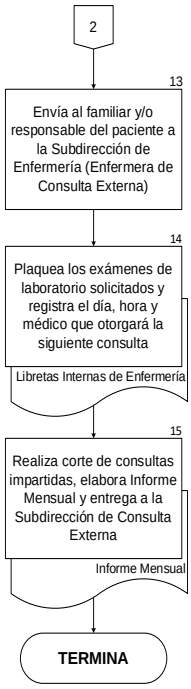
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista)	5	Sí: Otorga cita subsecuente mediante expediente en la Subdirección de Consulta Externa de Pediatría (Departamento de Consulta Externa de Pediatría).	Expediente
	6	Nota: Ver Procedimiento de Apertura de Expediente Clínico (Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Dirección Médica). O bien, le indica al familiar y/o responsable del paciente acudir con la Subdirección de Enfermería (Enfermera del Servicio correspondiente) para concertar cita de Interconsulta.	
Subdirector de Enfermería (Enfermera del Servicio Correspondiente)	7	Recibe Carnet de Citas y agenda día, hora y médico al que se asigna la consulta, registrándolo en las libretas Internas de Enfermería.	Carnet de Citas (M-0-32 a-b) Notas de Evolución (M-0-03-a-b @)
	8	Recibe Carnet de Citas en la Cita Subsecuente y envía al familiar y/o responsable del paciente a pagar a la caja.	
	9	Solicita al familiar y/o responsable del paciente el Ticket de pago y constata que se encuentre el Expediente Clínico del paciente solicitado con anterioridad; así como los exámenes de laboratorio y gabinete, en caso de que estos se hayan solicitado en anteriores consultas.	Expediente Clínico Ticket de pago Exámenes de laboratorio y gabinete
	10	Realiza Somatometría al paciente, y registra los datos en las Notas de Evolución.	
	11	Informa al familiar y/o responsable del paciente espere a que se le llame a consulta y entrega el Expediente Clínico a la Subdirección de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría).	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría)	12	Llama al paciente y otorga la consulta registrando lo correspondiente en el Informe Diario del Médico y Concentración de Diagnóstico. Nota: Ordena en caso necesario los exámenes de laboratorio, solicita nueva cita en el Carnet de Citas o llena Solicitud de Interconsulta y/o da de alta registrándolo en el expediente.	Informe Diario del Médico (M-0-02 @) Concentración de Diagnóstico (M-0-04 a-b) Carnet de Citas (M-0-32 a-b) Solicitud de Interconsulta M-0-05)
	13	Envía al familiar y/o responsable del paciente a la Subdirección de Enfermería (Enfermera del Servicio Correspondiente)	
Subdirector de Enfermería (Enfermera del Servicio Correspondiente)	14	Plaquea los exámenes de laboratorio solicitados y registra el día, hora y médico que otorgará la siguiente consulta en las Libretas Internas de Enfermería. Nota: En caso de solicitarse interconsulta envía a la Especialidad correspondiente, para su seguimiento. Nota: Ver (Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Dirección Médica). Procedimiento Consulta y Atención Médica a pacientes en subespecialidad.	Expediente Clínico Exámenes de Laboratorio Libretas Internas de Enfermería
Subdirector de Consulta Externa (Jefe de Departamento de Consulta Externa)	15	Realiza corte de consultas impartidas, elabora Informe Mensual y entrega a la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Archivo Clínico) y copia para la Subdirección de Consulta Externa, para su trámite correspondiente y archiva copia con acuse de recibido. TERMINA PROCEDIMIENTO	Informe mensual

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Subdirector de Consulta Externa (Jefe de Departamento de Consulta Externa)	Subdirector de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría)	Subdirector de Enfermería (Enfermera del Servicio Correspondiente)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista)
			

Subdirector de Consulta Externa (Jefe de Departamento de Consulta Externa)	Subdirector de Consulta Externa (Médico Pediatra de la Consulta Externa de Pediatría)	Subdirector de Enfermería (Enfermera del Servicio Correspondiente)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Consulta Externa	N/A
6.2 Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Dirección Médica.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carnet de Citas	N/A	Familiar y/o responsable del paciente	M-0-32 (a-b)
7.2 Concentración de Diagnóstico	6 años	Archivo Clínico	(M-0-04 a-b)
7.3 Hoja de Transferencia	6 años	Archivo Clínico	(M-0-29 a-b @)
7.4 Informe Diario del Médico	6 años	Archivo Clínico	(M-0-02 @)
7.5 Notas de Evolución	6 años	Archivo Clínico	(M-0-03-a-b @)
7.6 Solicitud de Interconsulta	6 años	Archivo Clínico	(M-0-05)

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Estudios de gabinete. -** Son los procedimientos que requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente y generalmente, relacionadas con proporcionan imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas.

8.2 Estudios de laboratorio: Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a determinar un diagnóstico, planificar el tratamiento, verificar si el tratamiento es eficaz o vigilar la enfermedad con el transcurso del tiempo.

8.3 Somatometría: Es el conjunto de técnicas con las que se obtienen medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona y proporcionan información sobre talla, peso e índice de masa corporal, entre otros. Estos datos deben ser comparados con una serie de medidas estandarizadas de acuerdo con la edad y si por algún motivo no coinciden, es necesario encontrar la razón.

8.4 Trabajo Social: En este servicio se realiza la identificación de la problemática social del usuario cuando acude a solicitar una consulta a alguna subespecialidad pediátrica.

8.5 Valoración clínica: Es la evaluación del conjunto de síntomas y signos de un paciente, junto con los datos proporcionados por las pruebas complementarias, para hacer una estimación sobre el diagnóstico de la misma y el estado del enfermo; tiene el objetivo de realizar un diagnóstico y establecer un tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet de Citas

10.2 Concentración de Diagnóstico

10.3Hoja de Transferencia

10.4 Informe Diario del Médico

10.5 Notas de Evolución

10.6 Solicitud de Interconsulta

10.1 CARNET DE CITAS

RECOMENDACIONES:

1. Sea Usted puntual.

En el área de Consulta Externa, la puntualidad es indispensable para el correcto funcionamiento del mismo y una mejor atención a su enfermo.

2. Además de la fecha de su cita, en esta tarjeta encontrará anotado el piso al cual tiene(n) Usted(es) que asistir al piso correspondiente, para su consulta.

3. Procure no olvidar nunca esta tarjeta cuando acuda al Hospital; sin ella no podemos atender a su enfermo adecuadamente.

4. Esta tarjeta nos servirá también para llevar un registro de las vacunas que se le aplicarán a su hijo, por lo que le suplicamos la conserve en las mejores condiciones de limpieza posibles.

M-0-32-a

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

"CARNET DE CITAS"

INP

O B S E R V A C I O N E S

M-0-32-b

10.2 CONCENTRACIÓN DE DIAGNÓSTICO (1)

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA

"CONCENTRACION DE DIAGNOSTICOS"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

FECHA: _____ No. HOJA: _____

FECHA DE INICIO	FECHA DE CONSULTA	No.	I. DIAGNOSTICOS ACTIVOS Y RESUELTOS	D. y/o S.	FECHA DE HOSPITALIZACION	RESUELTO NO	RESUELTO SI	FECHA DE SOLUCION

NOTA: AL FINAL DE CADA "CONCENTRACION DE DIAGNOSTICOS" DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL M[illegible]

D. y/o S. = DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO.

M-C-04-a

10.2 CONCENTRACIÓN DE DIAGNÓSTICO (2)

FECHA DE INICIO	FECHA DE CONSULTA	No.	I. DIAGNOSTICOS ACTIVOS Y RESUELTOS	D. y/o S.	FECHA DE OSPITALIZACIO	RESUELTO		FECHA DE SOLUCION
						NO	SI	

<u>NOTA</u>: AL FINAL DE CADA "CONCENTRACION DE DIAGNOSTICOS" DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL M... MC-04-b

D. y/o S. = DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO.

10.3 HOJA DE TRANSFERENCIA (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA

SISTEMA DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA

"HOJA DE TRANSFERENCIA"

DATOS GENERALES:

FECHA: _____ CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: _____ FOLIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR O INFORMANTE: _____

PARENTESCO: _____

DERECHOHABIENTE DE: I.M.S.S. _____ I.S.S.S.T.E. _____ OTRO _____ NINGUNO _____

UNIDAD MEDICA A LA QUE SE ENVIA: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO:

UNIDAD MEDICA QUE REALIZA LA TRANSFERENCIA: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

DATOS CLINICOS: FC _____ FR _____ T. _____ PESO _____ TALLA _____

MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA: _____

RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO: _____

EXPLORACION FISICA: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

TRATAMIENTO ESTABLECIDO: _____

RECOMENDACIONES: _____

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFERENCIA: _____

CLAVE: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA: _____

CLAVE: _____ FIRMA: _____

M-0-29-a

10.3 HOJA DE TRANSFERENCIA (2)

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE: _____

RESUMEN DE LA VALORACION DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE REALIZA LA VALORACION: _____

CLAVE: _____ FIRMA: _____

M-0-29-b

10.4 INFORME DIARIO DEL MÉDICO

Instituto Nacional de Pediatría

INP

DIRECCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO

"INFORME DIARIO DEL MÉDICO"

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ CLAVE: _____ D. ó S.: _____ No. DE CONS.: _____ No. DE HORAS DE CONSULTA: _____

No. PROGRESIVO	No. DE FOLIO O EXPEDIENTE	TIPO			SEXO		EDAD			ENTIDAD FEDERATIVA O DELEGACIÓN POLÍTICA	DIAGNÓSTICO (Motivo de la Consulta)	C. I. E.-10				HORA DE LA PROGRAMACIÓN DE LA CITA	HORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE	* CAUSA DE RETRASO
		PRECONSULTA (VALORACIÓN)	CONSULTA 1a. VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE	MASCULINO	FEMENINO	AÑOS	MESES	DÍAS									
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

FIRMA DEL MÉDICO: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO: _____

Para el llenado del formato no se deberá usar abreviaturas y/o epónimos

D. ó S. = Departamento y/o Servicio.

Rev. 1 * RETRASOS IMPUTABLES: (0) SIN RETRASO, (1) PACIENTE, (2) MÉDICO, (3) CAJAS, (4) ESTUDIOS, (5) ARCHIVO CLÍNICO. M-0-02

10.5 NOTAS DE EVOLUCIÓN (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA
"NOTAS DE EVOLUCION"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

CAMA: _____ **No. HOJA:** _____

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZO (M-0-03-a

10.5 NOTAS DE EVOLUCIÓN (2)

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZ M-0-03-b

10.6 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Instituto Nacional de Pediatría
Dirección Médica
"Solicitud de Interconsulta"

Favor de llenar con máquina o usar letra de molde

Fecha: _____ Urgente: Si ☐ No ☐

Cama: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Departamento y/o Servicio al que solicita la Interconsulta: _____

Departamento y/o Servicio solicitante: _____

Diagnóstico de Base: _____

Motivo de la Interconsulta: _____

Resúmen clínico: _____

_____

_____

Nombre completo del Médico Solicitante: _____ Clave: _____

Firma: _____

Acuse de recibido del Servicio Interconsultado: _____

Nota: Las Interconsultas urgentes deben realizarse a la brevedad posible. Las no urgentes se realizarán durante el transcurso del mismo día en que se solicitó la interconsulta.
La nota de Interconsulta es la evidencia documental en el expediente clínico de su realización en tiempo y forma. Es susceptible de ser evaluada por el Comité de Expediente Clínico.

M-0-05

2. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS.

1. PROPÓSITO

Dar atención inmediata a pacientes que presentan un padecimiento que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, así como aquellos que no presenten un padecimiento de urgencias, pero que requieran atención en ese momento, con el fin de evitar que ese padecimiento pueda evolucionar a una urgencia médica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias), registra datos en el sistema electrónico, Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) Valora al paciente, Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias) Atiende al Paciente de acuerdo a las indicaciones médicas y requisita la documentación correspondiente, Subdirección de Medicina Crítica (Jefe del Departamento de Urgencias) Realiza informe mensual.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Medicina Crítica (Jefe del Departamento de Urgencias) cumplir y actualizar este procedimiento.

3.2 Todos los ingresos que reciba la Subdirección de Medicina Crítica (Departamento de Urgencias) deberán quedar registrados en la fecha que sean recibidos.

3.3 La valoración se deberá otorgar por la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias) en menos de 10 minutos de que el paciente solicita la atención, y esta no tendrá costo alguno.

3.4 Todo paciente que solicita atención de urgencias deberá ser valorado a través de la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) del área de valoración y consulta externa.

3.5 La Subdirección de Medicina Crítica (Departamento de Urgencias) dará atención las 24 horas de todos los días del año.

3.6 La consulta de primer contacto otorgada a los pacientes, generará una receta médica, aunque su seguimiento se deberá hacer dependiendo del padecimiento en una unidad de primer nivel, hospital de segundo nivel, o bien,

se canalizará a la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Consulta Externa de Pediatría).

3.7 En caso de que la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) consideren que el paciente prehospitalizado requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto, se solicitará a través de una interconsulta vía telefónica. Ver Instrucción de Trabajo Interconsulta hospitalaria.

3.8 Los pacientes atendidos en el área de Prehospitalización no podrán estar más de 24 horas, por lo cual se evaluará su egreso dependiendo de su evolución y condiciones clínicas ya sea a su domicilio, ingreso a diferentes Departamentos o Servicios del instituto o bien referencia a hospitales de 2° o 3° nivel de atención, dependiendo de la condición del paciente y la disponibilidad de camas en el hospital.

3.9 En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.

3.10 Todos los estudios de laboratorio y/o gabinete (incluye banco de sangre) deberán estar requisitados debidamente, así como contar con la firma de conformidad de la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente).

3.11 En el caso de las guardias el responsable de firmar será el Médico Residente de mayor jerarquía.

3.12 Cuando se requieran de procedimientos invasivos que puedan alterar la salud del paciente, se deberá de llenar la Carta de consentimiento bajo información (M-0-30 a-b), misma que se entrega al familiar para su firma.

3.13 En caso necesario la Subdirección de Medicina Crítica (Médico adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) y/o tratante del paciente pedirá la participación del familiar y/o responsable del mismo para otorgar tratamiento médico, indicando de manera sencilla en qué consistirá su participación.

3.14 Siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso la Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b) firmada por el familiar o tutor del paciente para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente al familiar o tutor el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye

la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. Ver Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 80.

3.15 En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b) a que se refiere la política anterior, será autorizada por el familiar más cercano en vínculo que acompañe al paciente, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 81.

3.16 Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere la política que antecede, el Médicos Tratante con previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos Médicos Adscritos llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 81.

3.17 En caso de que se solicite la alta voluntaria por responsabilidad tutelar, la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al departamento de Urgencias y/o médico residente) y/o tratante del paciente será el encargado de informar al familiar o tutor que el Instituto y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del paciente, así como de su seguimiento fuera de la Institución. Elaborará el formato del Alta Voluntaria (M-4-1-21) solicitando la firma de conformidad del familiar o tutor. En caso de que el paciente se encuentre en estado crítico o inestable deberá solicitar la responsiva médica correspondiente. En caso de que el familiar o tutor del paciente se niegue a firmar el Alta Voluntaria (M-4-1-21) o se vaya del INP son autorización del Médico tratante se realizará una nota explicatorio en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) con firma del Médico Adscrito, del Médico Residente y del personal de Enfermería.

3.18 La Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al departamento de Urgencias y/o médico residente) será responsable de elaborar la Notificación Médico Legal (M-0-16) cuando se presenten lesiones que pongan en riesgo la vida o la función de un órgano o aparato, o bien si las lesiones son presumiblemente vinculados con un hecho ilícito en coordinación con la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Trabajo Social).

3.19 La Subdirección de Medicina Crítica (Departamento de Urgencias) clasificará las lesiones o padecimiento presumiblemente vinculado con un hecho ilícito en siete tipos:

- Lesiones que tardan en sanar menos de 15 días
- Lesiones que tardan en sanar más de 15 días y menos de 60 días.
- Lesiones que tardan en sanar más de 60 días.
- Cuando dejen cicatriz permanentemente notable en la cara.
- Cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o un miembro.
- Si producen la perdida de cualquier función orgánica, de un miembro, de un órgano o de una facultad, o causen una enfermedad incurable o una deformidad incorregible.
- Cuando pongan en peligro la vida.

3.20 En caso de fallecimiento del paciente:

- La Subdirección de Medicina Crítica (El Médico Adscrito al Departamento de Urgenciasy/o médico residente) y/o tratante da alta por fallecimiento y consigna la nota en Notas de Evolución (M-0-03 a-b), indica a la Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias) que requisite el Aviso de Alta (M-0-1-02) en original y 2 copias y el Aviso de Defunción (M-0-1-01).
- La Subdirección de Medicina Crítica (El Médico Adscrito al Departamento de Urgenciasy/o médico residente) Informa al familiar y/o responsable del fallecimiento del paciente.
- La Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias) recibe Expediente Clínico y requisita Aviso de Alta (M-0-1-02) y Aviso de Defunción (M-0-1-01), que entrega a la recepcionista del área.
- Entrega el cadáver al Departamento de anatomía patológica.
- La Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista) inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

3.21 Cuando el paciente vaya a ser enviado al SEMEFO la Subdirección de Medicina Crítica (Médico adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) será responsable de realizar un resumen clínico con las condiciones del paciente el cual será entregado a la Subdirección de Consulta Externa (Trabajado (a) Social de Urgencias). El personal de la Subdirección de Enfermería (Enfermera en el

Departamento de Urgencias) será el encargado de llevar el cadáver a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Departamento de Anatomía Patológica).

3.22 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un "@" en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

3.23 La Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias, solicita los datos del paciente y registra en el sistema electrónico de urgencias

3.24 El Subdirector de Medicina Crítica (Jefe del Departamento de Urgencias) realiza el informe mensual de prehospitalización y distribuye a la áreas correspondientes.

3.25 La Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) elabora receta médica y recomienda lo siguiente:

- ✓ Domicilio.
- ✓ Informa al familiar o tutor que debe solicitar ficha de primera vez en la Consulta Externa de Pediatría para continuar con la atención médica.
- ✓ Informa que debe acudir a una unidad de primer nivel u Hospital de segundo nivel para continuar con la atención médica.

3.26 En caso de que el paciente no presente mejoría la Subdirección de Medicina Crítica (Medico Adscrito del Departamento de Urgencias y/o Médico residente) determina lo siguiente de acuerdo al estado de salud de cada paciente:

- ✓ Modifica tratamiento médico y registra en Notas de Evolución.
- ✓ Ingreso a hospitalización de subespecialidad: Solicita interconsulta vía telefónica al Departamento o Servicio correspondiente según padecimiento.
  - Ver Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de la Dirección Médica (Instrucción de Trabajo de Interconsulta Intrahospitalaria e Instrucción de Trabajo de Transferencia Hospitalaria.

✓ Ingreso a hospitalización en la Sala de Urgencias: Notifica a la Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias) el ingreso del paciente.

- Ver Manual de Procedimientos de la Subdirección de Medicina Crítica (Procedimiento de Hospitalización de Urgencias).

✓ Traslada a hospital de segundo nivel o tercer nivel siempre y cuando no se comprometa la vida del paciente.

- Ver Manual de la Subdirección de Medicina Crítica (Instrucción de trabajo de Traslado de Pacientes a Hospitales Periféricos).

3.27 Si el paciente presenta mejoría la Subdirección de Medicina Crítica (Medico Adscrito del Departamento de Urgencias y/o Médico residente) determina de acuerdo al seguimiento y/o si se da de alta el paciente:

✓ El paciente es dado de alta y envía a su domicilio, elabora Receta Médica que se entrega al familiar o tutor del paciente e indica recomendaciones.

✓ Consulta Externa Pediatría: Cita al paciente al día siguiente a las 7:00 a.m. en Urgencias, el Médico tratante o la Enfermera de Urgencias lo presenta con el Jefe de Departamento de Consulta Externa o Médicos adscritos.

- Ver Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Consulta Externa (Procedimiento de Valoración en Consulta Externa de Pediatría)

✓ Ingresa a hospitalización de subespecialidad: Solicita interconsulta vía telefónica al Departamento o Servicio correspondiente.

- Ver Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de la Dirección Médica (Instrucción de Trabajo de Interconsulta Intrahospitalaria e Instrucción de Trabajo de Transferencia Hospitalaria.

✓ Traslado al hospital de segundo o tercer nivel siempre y cuando no se comprometa la vida del paciente.

- Ver Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Medicina Crítica (Instrucción de trabajo de Traslado de Pacientes a Hospitales Periféricos).

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)	1	Solicita los datos generales del paciente que requiere atención médica al familiar y/o tutor que solicita atención médica en el área de urgencias y registra en el Sistema Electrónico de Urgencias: y envía información a la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) por sistema electrónico.	Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b)
Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente)	2 3 4	Recibe Registro de pacientes de urgencias, por sistema electrónico, llama al paciente de acuerdo a su turno, valora su condición de gravedad clínica, interroga, explora y llena Hoja de Valoración Inicial por sistema electrónico. Procede: ¿El paciente presenta un padecimiento que amerita atención en la Subdirección de Medicina Crítica (Departamento de Urgencias)? No: Informa al familiar y/o responsable y lo refiere a la unidad médica que le corresponda, egresa al paciente, completa, imprime, firma la Hoja de Valoración Inicial y entrega a la Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias) para su archivo. Termina. Sí: Determina a que área de urgencias será canalizado el paciente de acuerdo a la gravedad del padecimiento se considera el siguiente criterio:	Registro de Pacientes Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d)

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente)		Nota: En caso de ser un padecimiento que no sea de urgencia pero que requiera atención en ese momento se canaliza a la consulta externa de urgencias. En caso de enfermedad infecto-contagiosa se canalizará al paciente al área asignada para la consulta de estos pacientes. En caso de ser un padecimiento que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema del paciente pasa a Prehospitalización.	
	5	Imprime, firma y envía Hoja de Valoración Inicial a la Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de urgencias) e indica a qué área de Urgencias será canalizado el paciente.	
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)	6	Recibe y solicita al familiar y/o responsable del paciente realizar el pago correspondiente en caja de Urgencias y recoge ticket de pago e informa a la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias) Nota: Ver Manual de Procedimientos de la Subdirección de Consulta Externa (Procedimiento de Atención y Orientación en los diferentes Departamentos y Servicios de Relaciones Hospitalarias.)	Ticket de pago

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente)	7	Recibe Hoja de Valoración Inicial, ratifica en el sistema electrónico el pago efectuado por el familiar y/o responsable, llama al paciente de acuerdo a su turno, explora y proporciona consulta médica. Procede: ¿Presenta un padecimiento que ponga en peligro la vida o la función de algún órgano?	Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b)
	8	No: Elabora Receta Médica, la entrega al familiar y/o responsable del paciente, y hace recomendaciones: ver Política 3.25. Termina procedimiento Ver Manual de Procedimientos de la Subdirección de Consulta Externa (Procedimiento de Valoración en Consulta Externa de Pediatría). Nota: Al finalizar la consulta requisita la Hoja de Valoración Inicial, imprime, firma y entrega a la Recepcionista de Urgencias.	Receta Médica (M-0-23)
	9	Sí: Imprime, firma y envía Hoja de Valoración Inicial a la Recepcionista de Urgencias e indica que el paciente será canalizado al área de Urgencias Prehospitalización	
	10	Informa al familiar y/o responsable del paciente que será canalizado al área de Prehospitalización y envía a la Subdiección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias) para solicitar la Evaluación Inicial.	

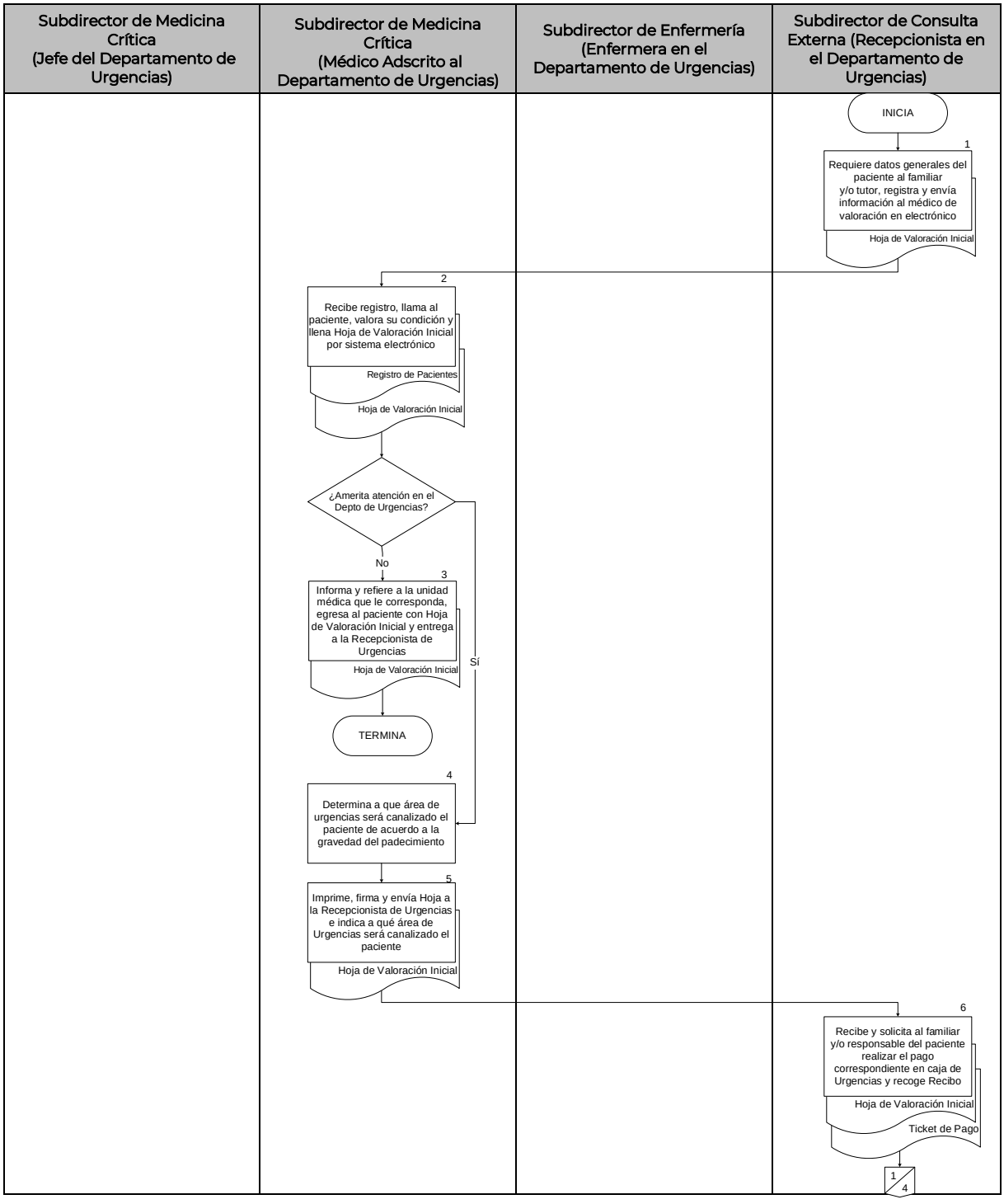
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)	11	Recibe al familiar y/o responsable del paciente y los envía a la caja de Urgencias para realizar el pago correspondiente. Nota: En caso de que el paciente tenga expediente clínico o Evaluación Inicial con una duración menor a tres meses solicita al Archivo Clínico para el envío de los mismos a la Prehospitalización de Urgencias.	Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) Ticket
	12	Recoge del familiar y/o responsable del paciente el Ticket de pago, y entrega la Evaluación Inicial e indica que deberá entregarla a la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de urgencias y/o médico residente)	
Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y / médico residente)	13	Recibe del área médica de Valoración o Consulta Externa de Urgencias al paciente, así como la Evaluación Inicial del familiar o tutor, o en su caso esperan la entrega del Expediente Clínico o la Evaluación Inicial con una duración menor a tres meses del Archivo Clínico.	
	14	Interroga y diagnostica al paciente, registrando las observaciones en Notas de Evolución y captura en el sistema electrónico. Nota: En caso de enfermedad infecto-contagiosa o desastre el paciente será ingresado al área específica. Nota: En caso de requerir estudios de laboratorio y/o gabinete, anota las indicaciones médicas en Notas de Evolución, y captura en el sistema electrónico los estudios a realizar.	
	15	Solicita a la Enfermera la toma de los estudios de laboratorio y/o gabinete o su asistencia para la toma de los mismos.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y / médico residente)	16	Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete y deja constancia en Notas de Evolución e indica a la Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias).	Notas de Evolución (M-0-03 a-b)
Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	17	Requisita la Hoja de Información Clínica de Enfermería o la Hoja de Cuidados Intensivos dependiendo de la gravedad clínica del paciente y archiva en la carpeta porta expediente del paciente. Nota: Dependiendo del padecimiento del paciente y de su condición clínica se requisitarán los siguientes formatos: • Cuidados de Enfermería (M-7-0-08), • Solicitud de Formula y/o Dietas (A-4-1-08), • Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes (M-2-0-11 a-b), • Control de Hemodiálisis (M-1-4-06-a-b), • Hoja de Diálisis Peritoneal (M-7-0-15), • Control de Signos Vitales (M-7-0-12), • Hoja para Control de Peso Diario (A-08-50), • Hoja de Control del Enfermo Diabético (M-7-0-10), • Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico (M-2-0-10 a-b), y • Hoja de Balance Hídrico (M-0-26-a-b).	Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b) Hoja de Información Clínica de Enfermería (M-0-6-1-04 a-b) Libreta de Prehospitalización
Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	18	Atiende al paciente de acuerdo a las indicaciones del Médico tratante, anota en la libreta de Prehospitalización los datos del paciente y reporta a la Subdirección de Medicina Crítica (Médico adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente) las condiciones clínicas. Ver manual de Instrucciones de Trabajo Generales de Cuidados Enfermeros Subdirección de Enfermería.	

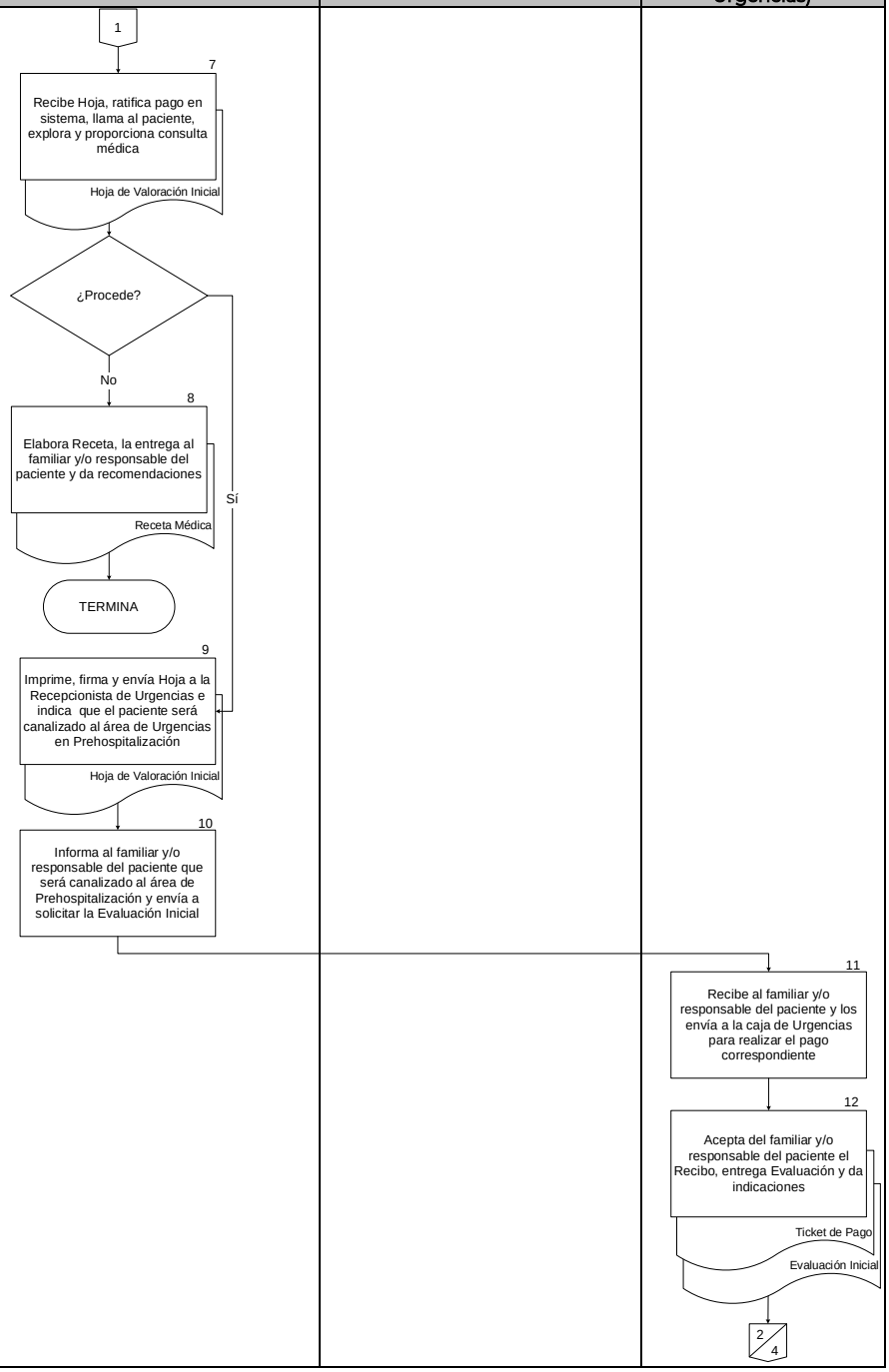
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias y/o médico residente)	19	Realiza monitoreo y determina la condición clínica del paciente que registra en el sistema electrónico. ¿El paciente presenta mejoría?	Notas de Evolución (M-0-03-a-b Receta Médica (M-0-23)
	20	No: Determina la manera en que el paciente puede ser tratado para su mejoría (Política No.3.27), realiza las anotaciones finales en Notas de Evolución, Registra en el sistema electrónico el diagnóstico del paciente de acuerdo al CIE 10, estudios de laboratorio y gabinete, interconsultas, así como procedimientos médicos realizados. Termina Procedimiento	Notas de Evolución
	21	Si: Notifica el alta del paciente, a la Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	
Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	22	Envía al familiar y/o responsable del paciente con la Orden de pago de servicio en original y copia para que realice el pago correspondiente del servicio médico otorgado.	Orden de pago de servicio (A-2-2-11) Copia Orden de pago de servicio (A-2-2-11) Ticket de pago
	23	Recibe el Ticket de pago y anexa en la copia de la Orden de pago de servicio y recibe indicaciones del Médico tratante del destino del paciente. Ver manual de Instrucciones de Trabajo Generales de Cuidados Enfermeros Subdirección de Enfermería	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Medicina Crítica (Jefe del Departamento de Urgencias)	24	Realiza Informe Mensual de Prehospitalización en original y cuatro copias que se distribuyen como sigue: Dirección Médica (Segunda copia) Dirección de Planeación (Tercera Copia) Subdirección de Medicina Crítica (Primera copia) Dpto. de Archivo Clínico (Original) Archivo (cuarta copia y acuse de recibo) TERMINA PROCEDIMIENTO	Informe Mensual Copia Informe Mensual

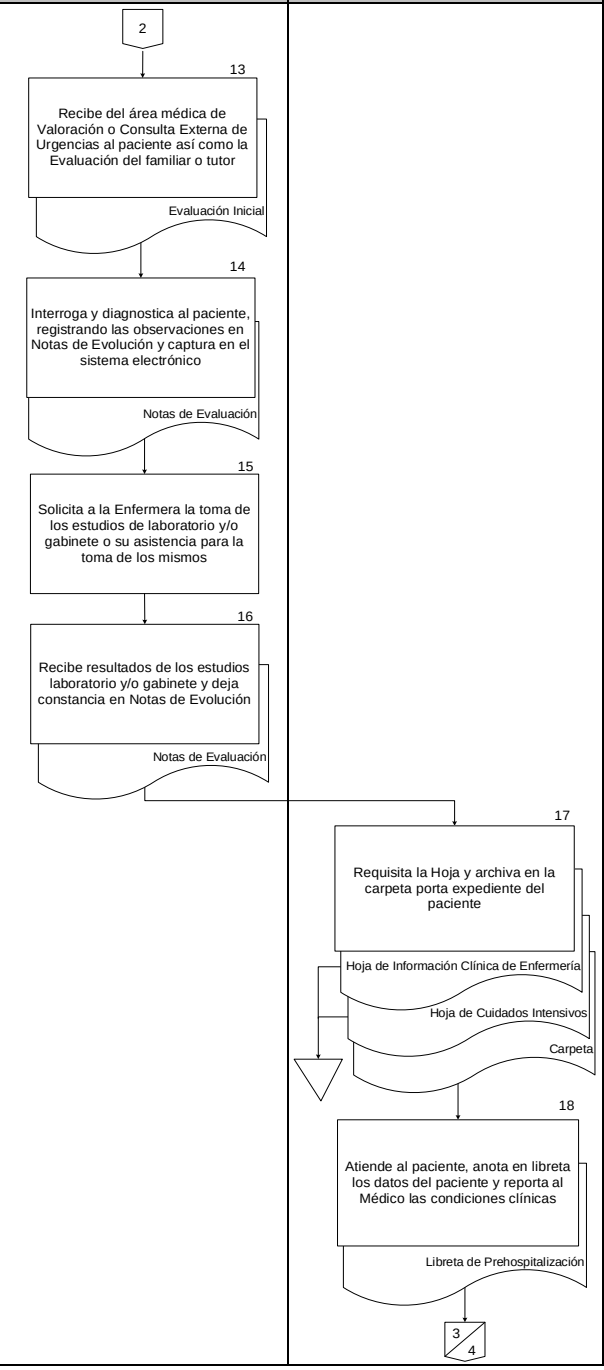
5. DIAGRAMA DE FLUJO



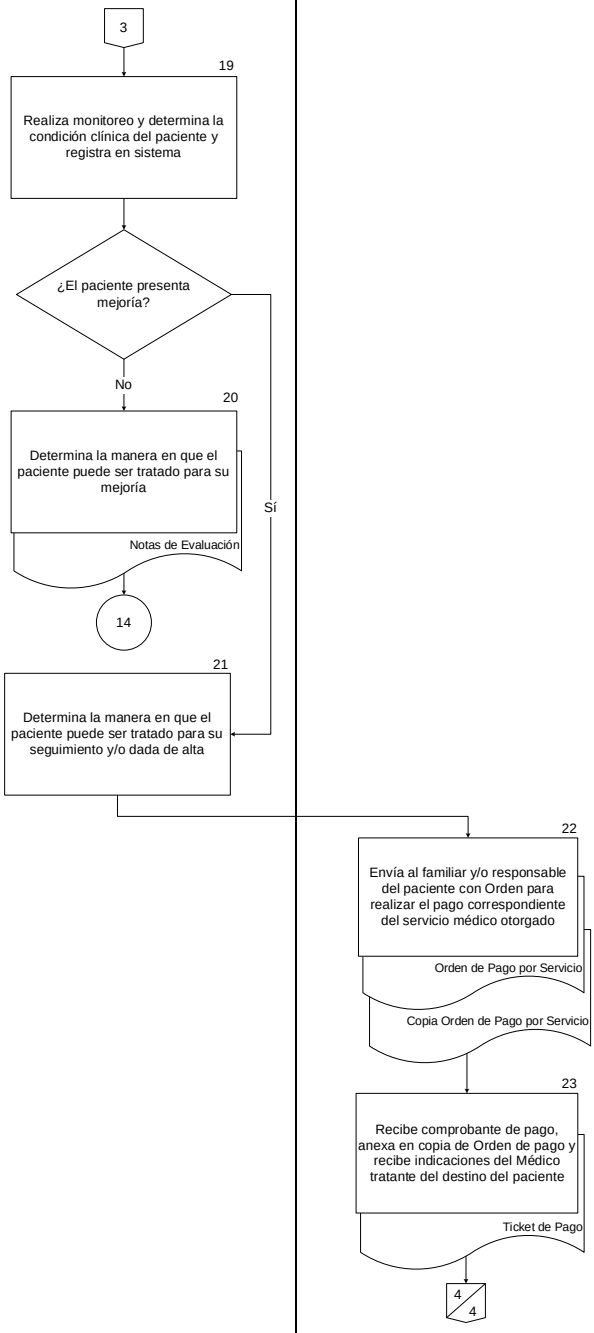
Subdirector de Medicina Crítica (Jefe de Departamento de Urgencias)	Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)

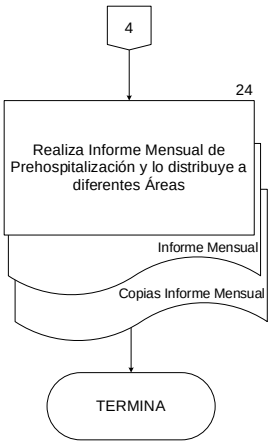


Subdirector de Medicina Crítica (Jefe de Departamento de Urgencias)	Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)



Subdirector de Medicina Crítica (Jefe de Departamento de Urgencias)	Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)



Subdirector de Medicina Crítica (Jefe de Departamento de Urgencias)	Subdirector de Medicina Crítica (Médico Adscrito al Departamento de Urgencias)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Urgencias)	Subdirector de Medicina Crítica (Recepcionista en el Departamento de Urgencias)
			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Dirección Médica	N/A
6.2 Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Consulta Externa	N/A
6.2 Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Medicina Crítica	N/A
6.3 Manual de Instrucciones de Trabajo de Cuidados Enfermeros (Subdirección de Enfermería)	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carnet de Citas	N/A	Familiar y/o responsable del Paciente	M-0-32 (a-b)
7.2 Notas de Evolución	6 años	Archivo Clínico	(M-0-03-a-b)
7.3 Hoja de Cuidados Intensivos	6 años	Archivo Clínico	(M-5-1-05 a-b)
7.4 Hoja de Información Clínica de Enfermería	6 años	Archivo Clínico	(M-0-6-1-04 a-b)
7.5 Evaluación Inicial	6 años	Archivo Clínico	(M-5-2-06 a-d)

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Enfermedades infectocontagiosas:** Son las enfermedades de fácil y rápida transmisión, provocadas por agentes patógenos, generalmente son virus o bacterias.

8.2 **Estudios de gabinete:** Son los procedimientos que requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente y generalmente, relacionadas con proporcionan imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas.

8.3 **Estudios de laboratorio:** Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar

a determinar un diagnóstico, planificar el tratamiento, verificar si el tratamiento es eficaz o vigilar la enfermedad con el transcurso del tiempo.

8.4 **Hospital de primer nivel:** Satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de la atención integral ambulatoria, con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, fomentando la participación ciudadana.

8.5 **Hospital de segundo nivel:** Satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de la atención integral ambulatoria especializada y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que pueden ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría y anestesiología; con acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

8.6 **Hospital de tercer nivel:** Son aquellos que brindan atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles (I y II), que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas y quirúrgicas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet de Citas

10.2 Notas de Evolución

10.3 Hoja de Cuidados Intensivos

10.4 Hoja de Información Clínica de Enfermería

10.5 Evaluación Inicial

10.1 CARNET DE CITAS

RECOMENDACIONES:

1. Sea Usted puntual.

En el área de Consulta Externa, la puntualidad es indispensable para el correcto funcionamiento del mismo y una mejor atención a su enfermo.

2. Además de la fecha de su cita, en esta tarjeta encontrará anotado el piso al cual tiene(n) Usted(es) que asistir al piso correspondiente, para su consulta.

3. Procure no olvidar nunca esta tarjeta cuando acuda al Hospital; sin ella no podemos atender a su enfermo adecuadamente.

4. Esta tarjeta nos servirá también para llevar un registro de las vacunas que se le aplicarán a su hijo, por lo que le suplicamos la conserve en las mejores condiciones de limpieza posibles.

M-0-32-a

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

"CARNET DE CITAS"

INP

O B S E R V A C I O N E S

M-0-32-b

10.2 NOTAS DE EVOLUCIÓN (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA
"NOTAS DE EVOLUCION"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

CAMA: _____ **No. HOJA:** _____

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZO M-0-03-a

10.2 NOTAS DE EVOLUCIÓN (2)

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

IOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZ M-0-03-b

10.3 HOJA DE CUIDADOS INTENSIVOS (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA

"HOJA DE CUIDADOS INTENSIVOS"

INGRESOS

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES:

1.-

2.-

3.-

SOLUCION "A" PERMEABILIZARO PARA REPONER

PERDIDAS CON:

SOLUCION "B" BASE

SOLUCION "C" CARGAS RAPIDAS: 1a. 2a. 3a.

GLUCOSADA

FISIOLOGICA

SOLUCION "D" MEDICAMENTOS EN INFUSION CONTINUA:

SOLUCION "E" ALIMENTACION PARENTERAL:

TIPO:

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO:

FECHA INICIO: CAMA: EDAD: SEXO: PESO ACTUAL: SIC: PESO REAL:

HORA	TEMP. INC.	TEMP.	F.C.	RESP.	P. / ART.	PAM	PVC	OTROS	PER. ABDOM.	MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES Y PROCEDIMIENTOS (FIRME CADA TURNO)	TRANS-FUSION TIPO / Cantidad	PARENTERALES A (Por hora / Acumulada)	PARENTERALES B (Por hora / Acumulada)	PARENTERALES C (Por hora / Acumulada)	PARENTERALES D (Por hora / Acumulada)	ALIMENTACION E (Por hora / Acumulada)	LAVADO DE CATETER	ALIMENTOS VIA ORAL TIPO	ALIMENTOS SONDA CANTIDAD	TOTAL DE INGRESOS X HORA	TOTAL DE INGRESOS TOTAL
08:00																						
09:00																						
10:00																						
11:00																						
12:00																						
13:00																						
14:00																						
15:00																						
16:00																						
17:00																						
18:00																						
19:00																						
20:00																						
21:00																						
22:00																						
23:00																						
24:00																						
01:00																						
02:00																						
03:00																						
04:00																						
05:00																						
06:00																						
07:00																						

M-5-1-05-a

10.3 HOJA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2)

B = BALANCE
D = DIURESIS
X Kg. o M2.
E = EVACUACION
X Kg. o m2.

RESPIRADOR
P = PRESION
AF = ALTA FRECUENCIA
VS = VENTILACION SOPORTE
V = VOLUMEN

VIA AEREA
N = NORMAL
T = TRAQUEOSTOMIA
CC = CAMPANA CEFALICA
OT = OROTRAQUEAL

TIPO DE VENTILACION
E = ESPONTANEA
CPAP = PRESION POSITIVA CONTINUA
IMV = MANDATORIA INTERMITENTE
A = ASISTIDA

C = CONTROLADA
CR = CONTROLADA CON RELAJACION MUSCULAR
PS = PRESION DE SOPORTE
BIPAP = PRESION POSITIVA DE LA VIA AEREA DE DOS NIVELES

HORA	PERDIDAS TOTALES		DRENAJE GASTRICO			EVACUACIONES			DIURESIS				MUESTRAS DIAGNOSTICAS	DRENAJE PLEURAL		OBSERVACIONES MEDICAS BALANCE FRACCIONADO	ASISTENCIA VENTILATORIA								GASOMETRIA					LABORATORIO					
	TOTALES	POR HR.	VOM VOL.	S.N.G. VOL. POR HR.	FISTULA VOL. POR HR.	TIPO	PESO ACUMULATIVO	RN BILIS GLUCOSA	POR HORA	TOTAL	DENSIDAD	RN GLUCOPIA		POR HORA	ACUMULATIVO	BAL.-DIUR.-EVAC.	VENTILACION	VIA AEREA	RESPIRADOR	VOL. CIR.	F.R.	PI PEEP	REL I/E	F102	A V	pH	PaO2 PCO2	HCO3 CO2T	% SAT.	Na K	Hb Hcto	Leuc PLAQ	UR CR	GLIC DEXT	OTROS RX
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
21																																		
22																																		
23																																		
24																																		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		

M-5-1-05-b

10.4 HOJA DE INFORMACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
"INFORMACION CLINICA DE ENFERMERIA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____ **CAMA:** _____
DIAGNOSTICO: _____

FECHA																							
DIAS HOSPITALIZACION																							
TEMPERATURA	**TI**	**TC**	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4			
	34																						
	33	40																					
	32																						
	31	39																					
	30																						
	29	38																					
	28																						
	27	37																					
	26																						
	25	36																					
	24																						
PULSO																							
RESPIRACIÓN																							
TENSIÓN ARTERIAL																							
PESO																							
PERIMETRO																							
MEDICAMENTOS																							
TRATAMIENTO	**LIQUIDOS PARENTERALES**																						
	DIETA																						
	FORMULA																						

M-0-1-04-a

10.4 HOJA DE INFORMACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA (2)

FECHA										
LIQUIDOS ORALES										
URESIS										
EVACUACIONES										
VÓMITO SUCCIONES										
DRENAJES										
LABORATORIO										
ESTUDIO Y/O INTERVENCION QUIRURGICA										
REACTIVOS										
TOTAL INGRESOS										
TOTAL EGRESOS										
BALANCE										
OBSERVACIONES Vo. Bo.										
1er TURNO **SIGNOS Y SÍNTOMAS** / **ACCIONES DE ENFERMERÍA**										
ENFERMERA: NOMBRE:						**CLAVE:**			**FIRMA:**	
2do TURNO **SIGNOS Y SÍNTOMAS** / **ACCIONES DE ENFERMERÍA**										
ENFERMERA: NOMBRE:						**CLAVE:**			**FIRMA:**	
3er TURNO **SIGNOS Y SÍNTOMAS** / **ACCIONES DE ENFERMERÍA**										
ENFERMERA: NOMBRE:						**CLAVE:**			**FIRMA:**	

M-0-1-04-b

10.5 EVALUACIÓN INICIAL (1)

Instituto Nacional de Pediatría
INP
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS
"EVALUACION INICIAL"

No. DE FOLIO O EXPEDIENTE ☐☐☐☐☐☐
NOMBRE: _____
EDAD (A/M/D): _____ SEXO (M/F): ☐
FECHA: ☐☐☐☐☐☐ HORA: ☐☐☐☐

INFORMACION DE TRASLADO

TRANSPORTE:

☐ AUTOMOVIL ☐ AMBULATORIO
☐ AMBULANCIA ☐ REFERIDO/MEDICO
☐ HELICOPTERO ☐ REFERIDO/HOSPITAL
☐ POLICIA

☐ MEDICO QUE ACEPTO:

MECANISMO DE LESION:

☐ ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO
☐ Conductor ☐ Pasajero ☐ Atrás ☐ Adelante
☐ Cinturón puesto ☐ Bolsa aire inflada
☐ ACCIDENTE EN MOTOCICLETA
☐ Conductor ☐ Pasajero
☐ Casco ☐ Aditamentos de protección
Velocidad del vehículo _____ (Km/h)
ACCIDENTE EN BICICLETA
☐ Al frente ☐ Atrás ☐ Casco
☐ ACCIDENTE PEATONAL
☐ CAIDA: _____ (mts.)
☐ HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO
☐ ARMA BLANCA ☐ APLASTAMIENTO
☐ QUEMADURAS ☐ ASALTO

OTROS:

RESPUESTA DEL GRUPO DE ATENCION

SERVICIO	NOMBRE	HORA DE LLAMADA	HORA DE ARRIBO
Alergia			
Cardiología			
Cirugía			
C. Plástica			
Endocrinología			
Estomatología			
Gastro/Nutric.			
Hematología			
Infectología			
Inmunología			
M. Interna			
Nefrología			
Neonatología			
Neumología			
Neurocirugía			
Neurología			
Oftalmología			
Oncología			
Ortopedia			
Otorrino.			
Psiquiatría			
T. Intensiva			
Urología			

PROCEDIMENTOS HOSPITALARIOS

☐ Cánula orofarigea ☐ nasofaringea
☐ Cánula orotraqueal ☐ nasotraqueal No.:
☐ Cricotiroidotomía ☐ traqueostomía
☐ Oxigeno _____ (L/min.)
☐ Acceso venoso: ☐ Perif. ☐ Central ☐ Intraoseo
☐ Líquidos IV (Cantidad y tipo): _____
☐ Sangre (Cantidad y tipo): _____
☐ Reanimación CP: _____ (min.)
☐ Pantalón antichoque
☐ Sonda NG Sonda urinaria
☐ Tubo toráccico: ☐ Izq. ☐ Der. ☐ No.:
☐ Medicamentos: _____

☐ Collar cervical
☐ Inmivilización ☐ T. Corta ☐ T. Larga
☐ Férulas:
☐ Otros:

P A D E C I M I E N T O A C T U A L

M-5-2-06-a

10.5 EVALUACIÓN INICIAL (2)

ANTECEDENTES

PADECIMIENTO DE BASE: _____

_____

FAMILIARES: _____

_____

NEONATALES: _____

_____

ALERGIGOS: _____

INMUNIZACIONES: ☐ BCG ☐ Sabin ☐ DPT ☐ Sarampión ☐ Hib ☐ Tetrainm. ☐ Hepatitis ☐ Tétanos. Fecha última dosis ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Otros:

MEDICAMENTOS: _____

_____

PATOLOGICOS: _____

_____

HORARIO ULTIMO ALIMENTO: _____

F.U.M.: ☐☐☐☐☐☐

EVALUACION INICIAL

VIA AEREA Y VENTILACION:

☐ PERMEABLE ☐ OBSTRUIDA
☐ SIMETRICA ☐ ASIMETRICA
FRECUENCIA RESP.(min.): ☐ ☐ ☐
SILVERMAN ANDERSON: ☐ ☐
TRAQUEA SIMETRICA: ☐ SI ☐ NO

SONIDOS RESP.:	DER.	IZQ.
Presentes	☐	☐
Claros	☐	☐
Disminuídos	☐	☐
Ausentes	☐	☐
Sibilancias	☐	☐
Est. Roncantes	☐	☐
Est. Crepitantes	☐	☐

CIRCULACION

F. CARDIACA (min.) ☐☐☐ T.A.: ☐☐☐ ☐☐☐

COLORACION DE PIEL Y MUCOSAS:
☐ Rosada ☐ Palida
☐ Rubicunda ☐ Icterica
☐ Acrocianosis ☐ Cianosis central

CARACTERISTICAS DEL PULSO
☐ Normal ☐ Intenso ☐ Debil ☐ Ausente
Sitio: _____

Temperatura:
☐ Central(°C): _____ ☐ Periferica(°C): _____

PIEL Y MUCUOSAS:
☐ Normal ☐ Seca ☐ Humeda ☐ Edema

LLENADO CAPILAR (Seg.): ☐☐

NEUROLOGICO

ESCALA DE GLASGOW	
1.Apertura ocular	
Espontanea	4
A la voz	3
Al dolor	2
Negativa	1
2.Respuesta verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inaprp.	3
Incomprensible	2
Nula	1
3.Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Mov. Con objetivo	5
Solo retiro	4
Flexion	3
Extension	2
Ninguna	1
PUNTAJE TOTAL: ☐☐	

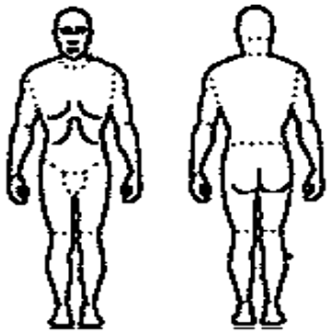
ESCALA DE TRAUMA PEDIATRICA	
1.Peso (Kg)	
<10	1
10-20	1
<.20	2
2.Via aerea	
Intubado	-1
Canula orofaringea	1
Normal	2
3.Presion arterial	
<50mm Hg	-1
50-90 mmHg	1
>90mmHg	2
4.Nivel de conciencia	
Comatoso	-1
Obnubilado	1
Alerta	2
5.Heridas o Fracturas	
Severas o expuestas	0
Multiples	-1
Leves	1
Ninguna	2
PUNTAJE TOTAL: ☐☐	

REACCIONES PUPILARES

	OD Tamaño		OI Tamaño	
Reactivas	☐ ___	mm	☐ ___	mm
Mioticas	☐ ___	mm	☐ ___	mm
Lentas	☐ ___	mm	☐ ___	mm
Dilatadas	☐ ___	mm	☐ ___	mm
No reactivas	☐ ___	mm	☐ ___	mm

IDENTIFICACION DE LAS LESIONES

1	Laceración	6	Fx. Expuesta	11	Edema
2	Abrasión	7	H.P. Arma Fuego	12	Amputación
3	Hematoma	8	H. Penetrante	13	Avulsión
4	Confusión	9	Quemadura	14	Dolor
5	Deformidad	10	Lesión por frio		



M-5-2-06-b

10.5EVALUACIÓN INICIAL (3)

EXPLORACION FISICA PESO(grma): TALLA (cms): P.CEF.(cms):

CABEZA: _____

MAXILO-FACIAL: _____

CUELLO/COLUMNA: _____

TORAX: _____

ABDOMEN/PERINE: _____

MUSCULO/ESQUELETICO: _____

NEUROLOGICO: _____

ESTUDIOS PARACLINICOS Y TRATAMIENTO ESTABLECIDO

HORA	LABORATORIO	HORA	GABINETE	HORA	PROCEDIMIENTOS
	HTO		LAT. CUELLO		OXIGENO (L/min)
	B. HEMATICA		NADADOR		TUBO OROTRAQUEAL
	PLAQUETAS		TORAX		TUBO NASOTRAQUEAL
	TP/TPT		PELVIS		CRICOTIRODOTOMIA
	TIPO SANG.		COLUM. TORACICA		TORACOSTOMIA
	QUIMICA SANG.		COLUM. LUMBAR		COLLAR CERVICAL
	Na, k, Cl.		ODONTOIDES		TABLA: ☐ Corta ☐ Larga
	DROGAS		CRANEO		DRENAJE PLEURAL
	E. G. O.		SERIE FACIAL		* Gasto der.:
	HIV		MANDIBULA		* Gasto izq.:
	P. EMBARAZO		ABDOMEN		ACCESO VENOSO
	OTRAS		EXTREMIDADES		☐ Periférico. Sitio: Calib.
			UROG. EXCRET.		☐ Central. Sitio: Calib.
			CISTOGRAFIA		☐ Intraosea. Sitio Calib.
			URETROGRAMA		Intratraqueal
			ARTERIOGRAMA		PERICARDIOCENTESIS
			AORTOGRAMA		ELECTROCARDIOGRAMA
			TC CRANEO		SONDA NASOGASTRICA
			TC TORAX		*Retorno:
			TC ABDOMEN		* Caract.:
					SONDA URINARIA
					*Retorno:
					* Caract.:
					LAVADO PERITONEAL
					LAVADO GASTRICO
					CARBON ACTIVADO
					SUTURAS
					FERULAS

10.5 EVALUACIÓN INICIAL (4)

INGRESOS Y EGRESOS

I. HOSPITAL
* Sol. Hartman o Fisiológica
Total: _____ ml.
* Sol. R. Calcagneo
Total: _____ ml.
* Sangre total
Total: _____ ml.
* Paquete glob.
Total: _____ ml.
* Plasma fresco
Total: _____ ml.
* Plaquetas
Total: _____ ml.
* Crioprecipit.
Total: _____ ml.
* Factor VIII
Total: _____ ml.
* Albumina 5%
Total: _____ ml.

I. PREHOSPITAL
* Orina _____ ml.
* SNG _____ ml.
* Sangre _____ ml.

TOTAL: _____ ml.

II. HOSPITAL
* Orina _____ ml.
* SNG _____ ml.
* Sangre _____ ml.
* Evacuac. _____ ml.

TOTAL: ml.

GASES SANGUINEOS

HORA	TIPO	Ph	PCO2	PO2	Sat.	HCO3	FiO2	Oxímetro

MEDICAMENTOS

HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	RUTA	OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO(S): _____

EVOLUCION CLINICA Y HEMODINAMICA

HORARIO															
PRES. ART.															
PAM															
F.C.															
RITMO															
PULSOS															
F.RESP.															
TEMP. CTRL.															
TEMP. PERIF.															
OXIMETRIA															
PetCO2															
PVC															
GASTO URINARIO															
LLENADO CAPILAR															
ESCALA DE COMA															
1 Ocular															
2 Verbal															
3 Motora															
Total (1+2+3)															
Pupila Der.															
Pupila Izq.															

EVOLUCION HORA DE EGRESO: ☐☐ ☐☐

☐ HOSPITALIZACION. Servicio: _____ Cama: _____

☐ TRASLADO. Hospital: _____

☐ EGRESO A DOMICILIO

☐ DEFUNCION. Autopsia: ☐

MEDICO:

CLAVE:

FIRMA:

* MODIFICADO DE HOJA DE SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON TRAUMA. ATLS COURSE 1993:361-364.

M-5-2-06-d

3. PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA Y ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES EN SUBESPECIALIDADES.

1. PROPÓSITO

Otorgar atención médica, estableciendo un diagnóstico adecuado a los pacientes que acuden a la consulta de las diferentes subespecialidades del Instituto Nacional de Pediatría, con la finalidad de darles el tratamiento y seguimiento pertinente con eficiencia y calidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Subdirección de Enfermería (Enfermera de la Subespecialidad) Recibe al paciente e indica los trámites a seguir para que se le otorgue la consulta médica, Dirección Médica (Médico adscrito a la subespecialidad) Recibe documentación, valora y establece diagnóstico, Subdirección de Medicina (Servicio de Cardiología) Recibe al familiar y coteja la entrega de medicamentos. Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad) Realiza cada mes corte del número de consultas y elabora informe mensual.

2.2 A nivel externo: Familiar y/o Responsable del Paciente

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Dirección Médica (Jefe de Departamento y/o Servicio de la subespecialidad) supervisar que se lleve a cabo este procedimiento.

3.2 Será responsabilidad del Dirección Médica (Jefe de Departamento y/o Servicio de la subespecialidad) elaborar un Programa de Trabajo que permita atender la demanda del servicio médico.

3.3 En cada subespecialidad se valorará a todo paciente enviado por la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Consulta Externa de Pediatría) y de todo el Instituto.

3.4 Se otorgará consulta externa subsecuente en la Subdirección de Medicina Crítica (Departamento de Neonatología) a pacientes que hayan egresado de las salas de hospitalización.

3.5 Será responsabilidad de la Subdirección de Medicina Crítica (Médico Adscrito del Departamento de Neonatología) que egrese al paciente de hospitalización, programar la primera cita de revisión y las citas subsecuentes por el tiempo que se estime necesario.

3.6 Será responsabilidad de la Dirección Médica (Jefe de Departamento y/o Servicio de la subespecialidad) difundir al personal del procedimiento de lavado de manos y del correcto manejo de los residuos biológicos peligrosos.

3.7 Toda historia clínica deberá ser elaborada por el Residente de la Subespecialidad correspondiente, evitando usar abreviaturas y lenguaje técnico la cual deberá ser supervisada y autorizada por un médico adscrito.

3.8 Será responsabilidad de la Dirección Médica (Jefe de Departamento y/o Servicio de la subespecialidad) vigilar que los diagnósticos y tratamientos instalados en un paciente sean consistentes con los protocolos clínicos, así como las indicaciones de la medicina basada en evidencias o guías clínicas desarrolladas, adaptadas o adoptadas por el Instituto, mismas que deberán plasmarse en el expediente clínico.

3.9 La Dirección Médica (Médico Adscrito a la subespecialidad) determinará si el paciente presenta un padecimiento que requiera de atención inmediata o bien pueda tratarse en la consulta externa subsecuente de la subespecialidad y cumpla con los requisitos para ser aceptado en esta institución.

3.10 La Dirección Médica (Departamento y/o Servicio de la subespecialidad) correspondiente será el responsable de que la conducta de prácticas médicas se lleve a cabo de acuerdo a los criterios de calidad señalados por el "Consejo de Salubridad General" y las buenas prácticas médicas.

3.11 El expediente clínico del paciente deberá ser devuelto por la Subdirección de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad), a la Subdirección de Consulta Externa (Área de Bioestadística y Archivo Clínico), debidamente ordenado al momento de finalizar la consulta para ser archivado.

3.12 En caso de que se requieran Expedientes Clínicos "Extras" para la consulta no programada, éste no deberá exceder a cinco Expedientes Clínicos por Departamento y/o Servicio, y deberán solicitarse únicamente a la Subdirección de Consulta Externa (personal de Archivo Clínico asignado al piso), mediante el "Vale por Expediente Clínico" formato (M-0-17), debidamente requisitado, asimismo se tendrá que anexar la credencial vigente del Instituto Nacional de Pediatría correspondiente al Médico solicitante.

3.13 Cuando la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Archivo Clínico) identifique expedientes faltantes, de acuerdo al número de expedientes prestados, solicitará que el Departamento y/o Servicio de la Consulta Externa de la subespecialidad correspondiente, elabore por cada Expediente Clínico faltante el formato "Vale por Expediente Clínico (M-0-17)" para que se entregue al Área de Ventanilla y se archive junto con la relación de expedientes, para su recuperación.

3.14 Para el caso de la Subdirección de Medicina (Servicio de Cardiología), cuando otorga el medicamento Bosentán se deberá realizar lo siguiente:

- ∠ El Subdirección de Medicina (Médico adscrito de la subespecialidad) deberá supervisar el llenado de los formatos del Informe Diario del Médico para consultas de primera vez y subsecuente del área a la cual se encuentre adscrito.
- ∠ Realizar nota médica en el Expediente Clínico.
- ∠ Enviar al familiar y/o responsable del paciente a realizar el pago con formato Orden de Pago por Servicios (M-2-2-11).

3.15 Para el caso de la Subdirección de Cirugía (Servicio de Estomatología), las siguientes actividades se llevan a cabo de diferente manera:

- ∠ Pago de consulta
- ∠ Recepción de pacientes, Ticket y Carnet de Citas
- ∠ Recepción de pacientes y entrega de documentos
- ∠ Valoración Médica
- ∠ Elaboración del Informe Mensual

3.16 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	1	Recibe al paciente referido por cualquiera de las dos vías: -Por los servicios de la Subdirección de Consulta Externa; -De los servicios de la Dirección Médica.	Hoja de Transferencia (M-0-29 a-b @)
	2	Solicita al familiar y/o responsable del paciente los documentos necesarios. Procede: ¿La interconsulta es urgente?	Solicitud de Interconsulta (M-0-05)
	3	No: Otorga cita, de acuerdo a la agenda del médico	
	4	Sí: Solicita Expediente Clínico al Departamento de Archivo Clínico	Vale por Expediente Clínico (M-0-17)
	5	Indica al familiar y/o responsable del paciente acuda con Hoja de Transferencia a la Caja General a realizar el pago por concepto de consulta.	
	6	Recibe copia de Ticket y Hoja de Transferencia e indica al familiar esperar a que el Médico llame a su paciente.	Copia Ticket
	7	Entrega formatos a la Dirección Médica (Médico Adscrito a la Subespecialidad) para otorgar atención médica en original y copia. Nota: La entrega del Informe Diario del Médico se realiza al iniciar la consulta en la Subespecialidad.	Informe Diario del Médico (M-0-02 @) Copia Informe Diario del Médico (M-0-02 @)
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)	8	Recibe formatos, llama al paciente y valora su estado de salud, registra en la parte de la Hoja de Transferencia y en el Informe Diario del Médico valoración–preconsulta.	Hoja de Transferencia (M-0-29 a-b @) Informe Diario del Médico (M-0-02 @)

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)		Procede: ¿El paciente es candidato para registro a la subespecialidad?	
	9	No: Turna a Enfermera de Consulta Externa de la Subespecialidad para el envío al Servicio o Dpto. de origen. Termina.	
	10	Sí: Turna a la Subdirección de Enfermería (Enfermera de la Subespecialidad) para apertura de Expediente, y se solicita regrese con su carnet de citas para otorgar cita Nota: (Ver Manual del Departamento de Archivo Clínico) Procedimiento para la oficialización de la apertura de la carpeta del Expediente Clínico de Consulta Externa de Pediatría y de Especialidades	Carnet de Citas (M-0-32 a-b)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	11	Solicita los Expedientes Clínicos, de acuerdo a la Agenda de Citas	Relación de Expedientes Solicitados del Informe Diario del Médico (M-0-02 @) Copia de Relación de Expediente
	12	Recibe del Departamento de Archivo Clínico los Expedientes Clínicos de los pacientes citados de acuerdo a la Agenda de Cita, la relación de expedientes solicitados, en original y copia, así como el Informe Diario del Médico en original y copia.	
	13	Verifica que los expedientes estén completos de acuerdo a la relación de expedientes solicitados y la Agenda de Citas, de pacientes subsecuentes. Procede: ¿Los expedientes están completos?	
	14	No: Informa al personal del Departamento de Archivo Clínico los expedientes faltantes, para su entrega posterior. Regresa a la Actividad 11.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	15	Sí: Firma de recibido en la copia de la relación de expedientes y archiva el original.	
	16	Recibe al paciente con su familiar y/o responsable el día de su cita, así como Carnet de Citas y solicita al familiar acudir a la Caja General a realizar el pago por concepto de consulta.	
	17	Recibe Carnet de Citas y copia del Ticket de pago.	
	18	Elabora una tarjeta con el nombre del Médico tratante y realiza Somatometría	
	19	Anota en tarjeta resultados de la somatometría y los entrega a la Dirección Médica (Médico adscrito a la subespecialidad) con el Expediente Clínico, así como el Informe Diario del Médico en original y copia, de acuerdo al número de ficha. Nota: El Informe Diario del Médico, se entrega a la Dirección Médica (Médico adscrito a la subespecialidad) al iniciar la consulta externa en la Subespecialidad.	
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)	20	Recibe y llama al paciente, analiza expediente, estudios de laboratorio y gabinete y/o pruebas especiales (cuando sea el caso).	
	21	Valora estado de salud del paciente y establece diagnóstico, con base al criterio de la subespecialidad y determina si:	

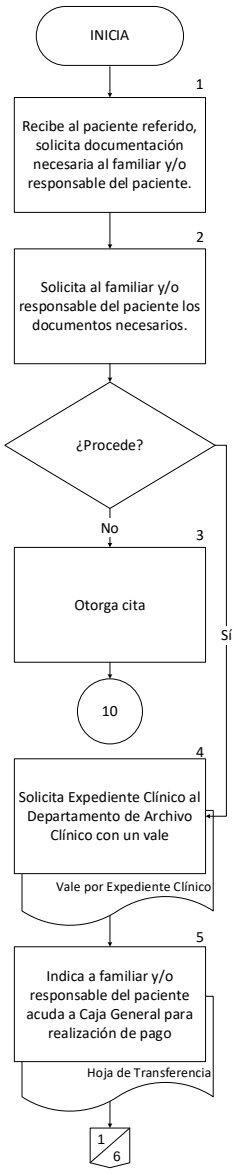
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)		a) Otorga prescripción médica con Receta Médica o Receta Médica del Seguro Popular y anota próxima cita subsecuente, en el Carnet de citas, así como en la Agenda de Citas del Médico. De ser necesario solicita estudios de laboratorio y gabinete y/o pruebas especiales. Elabora solicitud correspondiente y entrega al familiar y/o responsable del paciente para que los obtenga. b) En caso de continuar el tratamiento con Bosentán, se elabora el formato Orden de Pago por Servicios y Receta Médica en original y copia, envía al familiar a la caja a pagar. c) Envía al servicio correspondiente de acuerdo a la valoración del Médico para que se le practiquen los procedimientos necesarios según la subespecialidad o a la aplicación de tratamientos, a través de Solicitud de Interconsulta, Receta Médica, Hoja de Quimioterapia, Hoja de Valoración a candidato de trasplante de médula ósea Nota: Ver documentos de referencia aplicables al servicio o departamento d) Solicita interconsulta a través de la Solicitud de Interconsulta Nota: Ver Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo de la Dirección Médica (Instrucción de Trabajo Interconsulta Intrahospitalaria). e) En caso de requerir intervención quirúrgica, ver el Procedimiento de Programación e Intervención Quirúrgica.	Receta Médica(M-0-23) Receta Médica del Seguro Popular (M-0-38) Carnet de citas (M-0-32 a-b) Estudios de laboratorio Solicitud Orden de Pago por Servicios (A-2-2-11) Solicitud de Interconsulta (M-0-05) Copia Solicitud de Interconsulta (M-0-05) Hoja de Quimioterapia (M-6-0-10) Hoja de Valoración a candidato de trasplante de médula ósea (M-6-0-14 a-b)

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)	22	f) Determina si requiere hospitalización. Elabora Orden de Ingreso Hospitalario y Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario Nota: Ver Manual de la Dirección Médica (Procedimiento Ingreso y Egreso Hospitalario). g) Da de alta al paciente Registra el estado de salud del paciente, así como el tratamiento o indicaciones en la Nota de Evolución y complementa otros formatos que integran el expediente clínico y que el Médico requiera requisitar. Asimismo, registra al paciente en el Informe Diario del Médico, en el apartado consulta subsecuente a) Para el caso de Endocrinología en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus e hipotiroidismo congénito se utilizarán los formatos Hoja del Hoja del paciente diabético y Hoja de Concentración Hipotiroidismo congénito tamiz neonatal. b) Para el resto de las patologías que se atienden en el servicio, en las hojas de evolución se imprimirán mediante sello de goma las variables antropométricas y de composición corporal.	Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24) Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario (M-0-36 a-b) Nota de Evolución (M-0-03 a-b @) Formatos Hoja del paciente diabético (M-1-0-10) Hoja de Concentración Hipotiroidismo congénito tamiz neonatal (M-1-0-11 a-b)

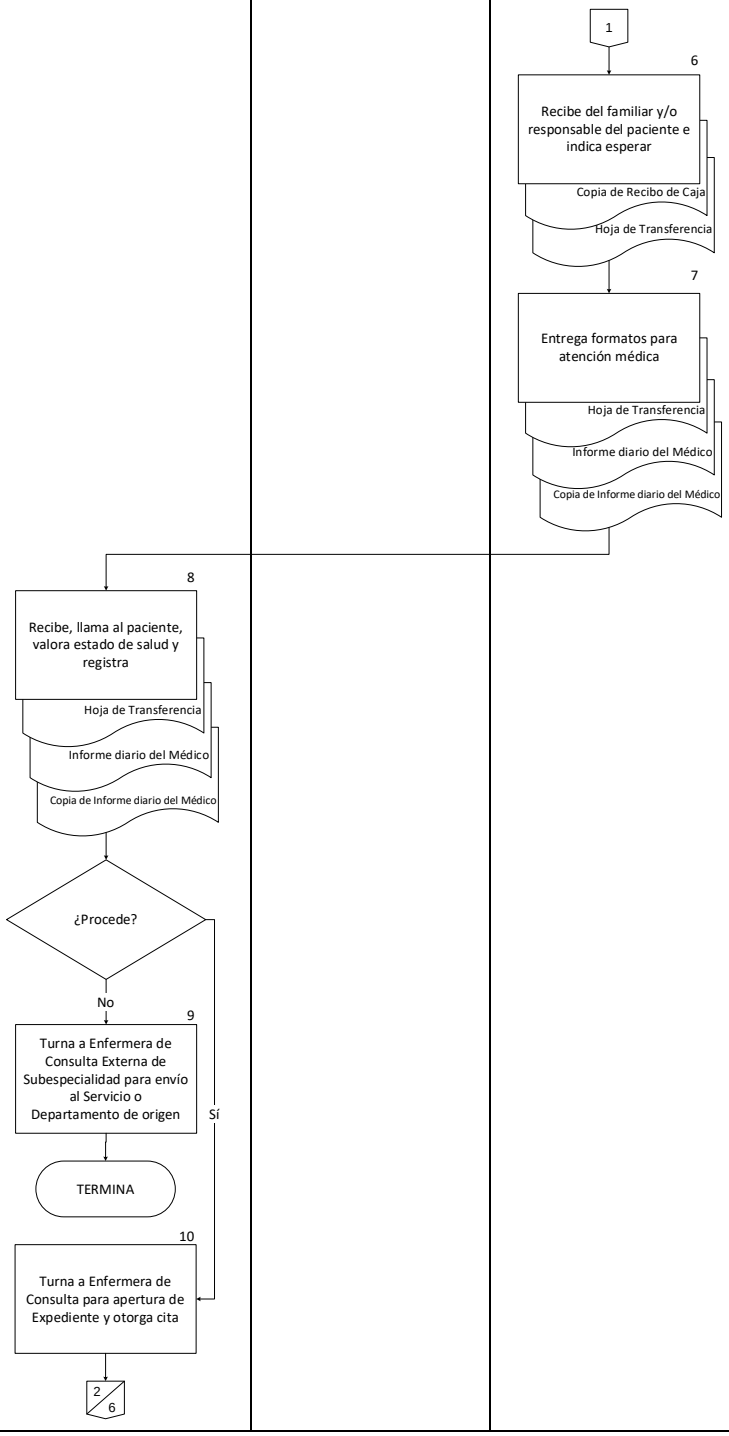
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Familiar y/o responsable del paciente	23	Acude a la caja con formato Orden de Pago por Servicio.	Orden de Pago por Servicio
	24	Realiza pago y recibe el ticket de pago en original y copia	Ticket de Pago Copia Ticket de Pago
	25	Lleva ticket de pago y copia de receta al médico adscrito quien rubrica para la entrega de medicamento.	Receta Médica (M-0-23) Copia Receta Médica (M-0-23)
	26	Entrega en el almacén de farmacia Receta Médica en original y copia acompañada del ticket de pago en original y copia.	
Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)	27	Recibe Receta Médica y Ticket de Pago en original y copia, archiva original de receta y copia del ticket de pago para otorgar medicamento al familiar.	Ticket de pago Copia Ticket de pago Receta Médica (M-0-23)
	28	Recibe al familiar y/o responsable, coteja la entrega de medicamento con la copia de Receta Médica y solicita firma de recibido, archiva una copia de la receta para resguardo.	Copia Receta Médica (M-0-23)
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)	29	Entrega a la Subdirección de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad) el Informe Diario del Médico, así como los expedientes clínicos al término de la consulta.	Informe Diario del Médico (M-0-02 @)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	30	Recibe Informe Diario del Médico y Expedientes Clínicos, mismos que entrega al Departamento de Archivo Clínico, junto con el original de la relación de expedientes	Informe Diario del Médico (M-0-02 @) Expedientes Clínicos Relación de Expedientes
	31	Recibe Informe Diario del Médico y Expedientes Clínicos, mismos que entrega al Departamento de Archivo Clínico, junto con el original de la relación de expedientes	

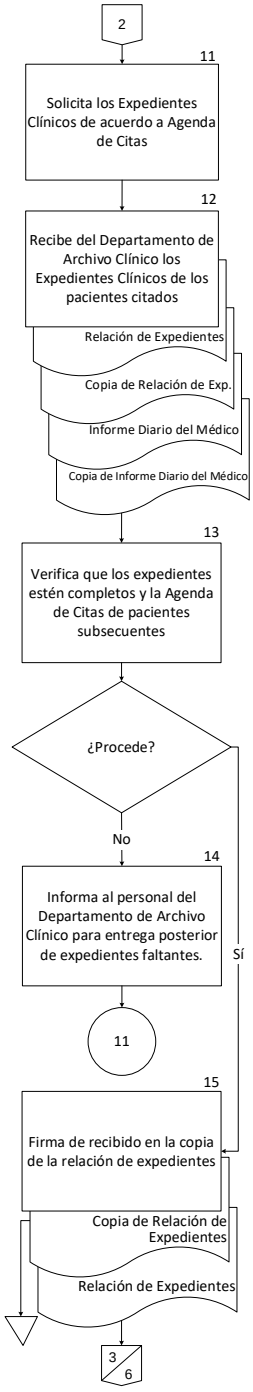
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)	32	Entrega a la Dirección Médica (Jefe de Departamento o Servicio de la Subespecialidad, junto con la copia del Informe Diario del Médico.	Copia Informe Diario del Médico (M-0-02 @)
	33	Recibe original de la relación de expedientes y la copia del Informe Diario del Médico para que el día 25 de cada mes realice corte del número de consultas e interconsultas impartidas.	Relación de expedientes original Copia Informe Diario del Médico (M-0-02 @)
	34	Actualiza indicadores, elabora informe mensual en original, y tres copias que envía por medio de oficio de la siguiente manera: Dirección Médica (1a. copia) Subdirección correspondiente (2ª. Copia) Archivo Clínico (original) Servicio correspondiente (3ª. Copia) TERMINA PROCEDIMIENTO	Informe mensual Copias Informe mensual

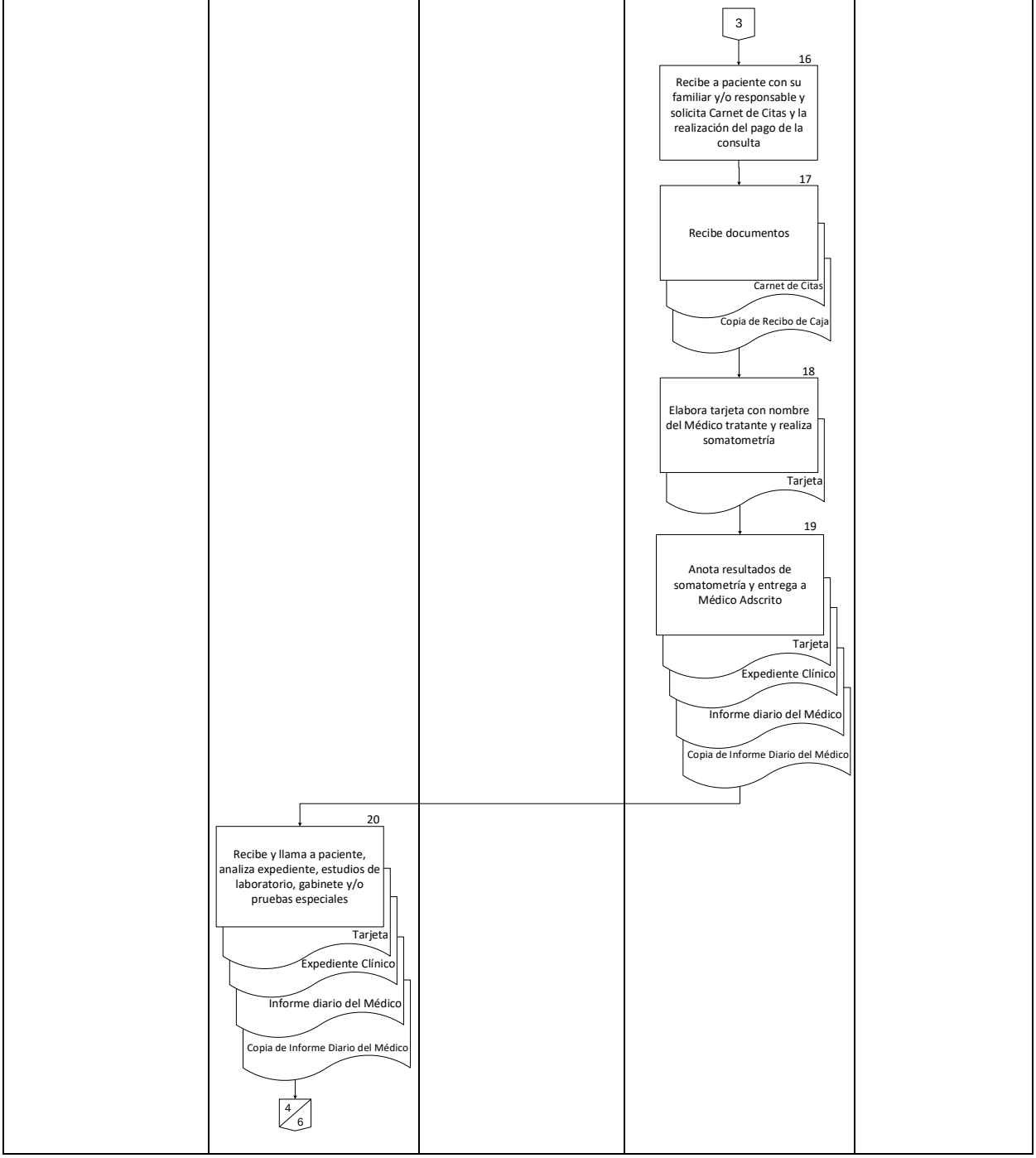
5. DIAGRAMA DE FLUJO

Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)	Director Médico (Médico adscrito a la Subespecialidad)	Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)	Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	Familiar y/o responsable del paciente
				

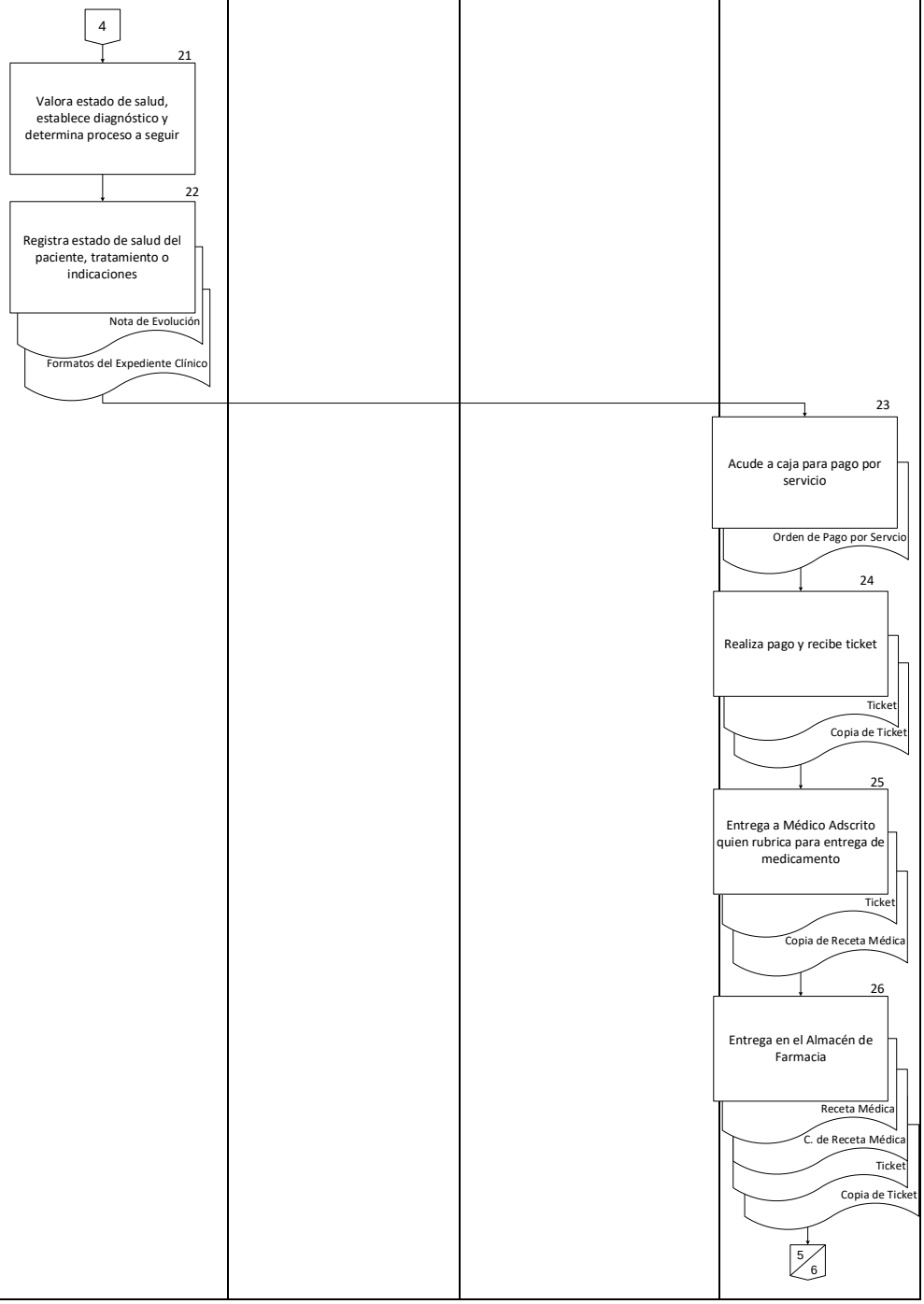
Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)	Director Médico (Médico adscrito a la Subespecialidad)	Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)	Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	Familiar y/o responsable del paciente

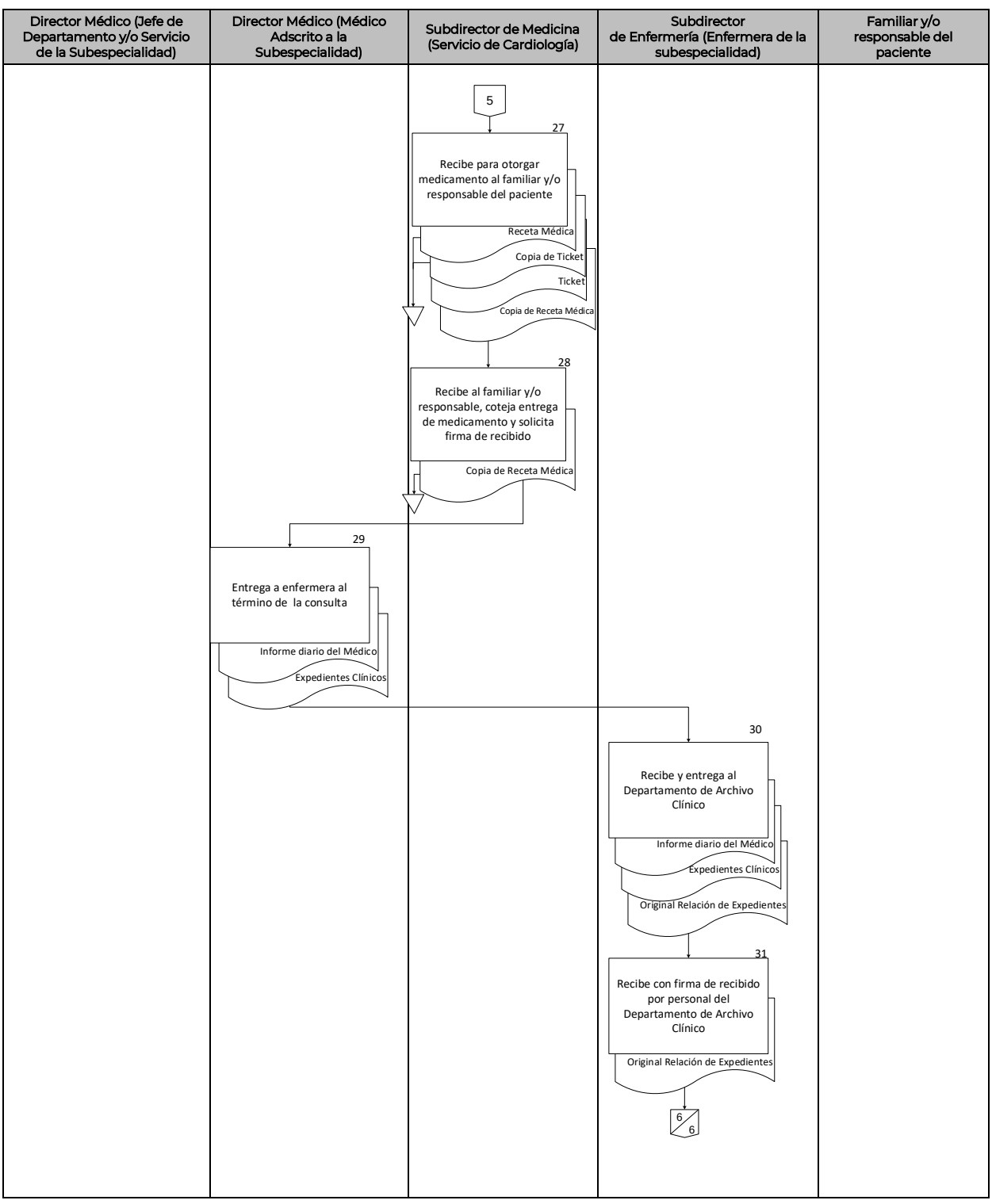


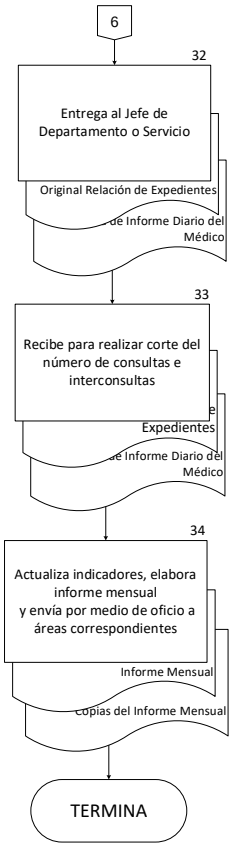
Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)	Director Médico (Médico adscrito a la Subespecialidad)	Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)	Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	Familiar y/o responsable del paciente
				


Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)
Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)
Familiar y/o responsable del paciente
3
16
Recibe a paciente con su familiar y/o responsable y solicita Carnet de Citas y la realización del pago de la consulta
17
Recibe documentos
Carnet de Citas
Copia de Recibo de Caja
18
Elabora tarjeta con nombre del Médico tratante y realiza somatometría
Tarjeta
19
Anota resultados de somatometría y entrega a Médico Adscrito
Tarjeta
Expediente Clínico
Informe diario del Médico
Copia de Informe Diario del Médico
20
Recibe y llama a paciente, analiza expediente, estudios de laboratorio, gabinete y/o pruebas especiales
Tarjeta
Expediente Clínico
Informe diario del Médico
Copia de Informe Diario del Médico
4/6

Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)	Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)	Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)	Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	Familiar y/o responsable del paciente




Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)
Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)
Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)
Familiar y/o responsable del paciente
5
27
Recibe para otorgar medicamento al familiar y/o responsable del paciente
Receta Médica
Copia de Ticket
Ticket
Copia de Receta Médica
28
Recibe al familiar y/o responsable, coteja entrega de medicamento y solicita firma de recibido
Copia de Receta Médica
29
Entrega a enfermera al término de la consulta
Informe diario del Médico
Expedientes Clínicos
30
Recibe y entrega al Departamento de Archivo Clínico
Informe diario del Médico
Expedientes Clínicos
Original Relación de Expedientes
31
Recibe con firma de recibido por personal del Departamento de Archivo Clínico
Original Relación de Expedientes
6/6

Director Médico (Jefe de Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad)	Director Médico (Médico Adscrito a la Subespecialidad)	Subdirector de Medicina (Servicio de Cardiología)	Subdirector de Enfermería (Enfermera de la subespecialidad)	Familiar y/o responsable del paciente
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Procedimiento de Programación e Intervención Quirúrgica.	N/A
6.2 Procedimiento de Ingreso y Egreso Hospitalario.	N/A
6.3 Procedimiento de Apertura de Expedientes.	N/A
6.4 Procedimiento de Atención Integral al Niño Maltratado.	N/A
6.5 Procedimiento de Aplicación de Quimioterapia Ambulatoria.	N/A
6.6 Procedimientos de Atención a Pacientes Ambulatorios que Requieren Inhaloterapia.	N/A
6.7 Procedimiento Aplicación de Radioterapia.	N/A
6.8 Procedimiento Solicitud y Desarrollo de Endoscopias.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carnet de Citas	N/A	Familiar y/o responsable del paciente	M-0-32 (a-b)
7.2 Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario	6 años	Archivo Clínico	M-0-36 (a-b)
7.3 Control Diario de Actividades	6 años	Archivo Clínico	M-2-2-02
7.4 Hoja de Concentración Hipotiroidismo Congénito Tamiz Neonatal	6 años	Archivo Clínico	M-1-0-11 (a-b)
7.5 Hoja del Paciente Diabético	6 años	Archivo Clínico	M-1-0-10
7.6 Hoja de Quimioterapia	6 años	Expediente Clínico	M-6-0-10
7.7 Hoja de Transferencia	6 años	Archivo Clínico	M-0-29 (a-b) @
7.8 Hoja de Valoración a Candidato de Trasplante de Médula Ósea	6 años	Archivo Clínico	M-6-0-14 (a-b)
7.9 Informe Diario del Médico	5 años	Archivo Clínico	M-0-02 @

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.10 Nota de Evolución	6 años	Archivo Clínico	M-0-03 (a-b) @
7.11 Orden de Ingreso Hospitalario	6 años	Archivo Clínico	M-0-24
7.12 Orden de Pago por Servicios	N/A	N/A	A- 2-2-11
7.13 Receta Médica	N/A	Familiar y/o responsable del paciente	M-0-23
7.14 Solicitud de Interconsulta	6 años	N/A	M-0-05
7.15 Vale para Revisión Interna	N/A	N/A	M-0-19
7.16 Vale por Expediente Clínico	Durante el préstamo	Archivo Clínico	M-0-17

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Antropométricas: Es la ciencia de la medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano que permite medir longitudes, anchos, grosores, circunferencias, volúmenes, centros de gravedad y masas de diversas partes del cuerpo, las cuales tienen diversas aplicaciones.

8.2 Bosentán: Es un antagonista dual de los receptores de la endotelina A y B. Se utiliza en el tratamiento de la hipertensión pulmonar.

8.3 Diabetes Mellitus: Es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.

8.4 Endocrinología: Parte de la medicina que estudia la anatomía, las funciones y las alteraciones de las glándulas endocrinas.

8.5 Estomatología: Parte de la medicina que trata de las enfermedades de la boca del hombre.

8.6 Estudios de gabinete: Son los procedimientos que requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente y generalmente, relacionadas con proporcionan imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas.

8.7 Hipertensión arterial pulmonar: Es una presión arterial alta en las arterias de los pulmones. Hace que el lado derecho del corazón se esfuerce más de lo normal.

8.8 Hipotiroidismo congénito: Es la situación resultante de una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas a nivel tisular, ya sea por una producción deficiente o bien por resistencia a la acción en sus órganos blanco, alteración de su transporte, que están presentes al nacimiento.

8.9 Patología: Parte de la medicina que estudia las enfermedades del ser humano.

8.10 Somatometría: Es el conjunto de técnicas con las que se obtienen medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona y proporcionan información sobre talla, peso e índice de masa corporal, entre otros. Estos datos deben ser comparados con una serie de medidas estandarizadas de acuerdo con la edad y si por algún motivo no coinciden, es necesario encontrar la razón.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet de citas

10.2 Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario

10.3 Control Diario de Actividades

10.4 Hoja de Concentración Hipotiroidismo Congénito Tamiz Neonatal

10.5 Hoja del Paciente Diabético

10.6 Hoja de Quimioterapia

10.7 Hoja de Transferencia

10.8 Hoja de Valoración a Candidato de Trasplante de Médula Ósea

10.9 Informe Diario del Médico

10.10 Nota de Evolución

10.11 Orden de Ingreso Hospitalario

10.12 Orden de Pago por Servicios

10.13 Receta Médica

10.14 Solicitud de Interconsulta

10.15 Vale para Revisión Interna

10.16 Vale por Expediente Clínico

10.1 CARNET DE CITAS

RECOMENDACIONES:

1. Sea Usted puntual.

En el área de Consulta Externa, la puntualidad es indispensable para el correcto funcionamiento del mismo y una mejor atención a su enfermo.

2. Además de la fecha de su cita, en esta tarjeta encontrará anotado el piso al cual tiene(n) Usted(es) que asistir al piso correspondiente, para su consulta.

3. Procure no olvidar nunca esta tarjeta cuando acuda al Hospital; sin ella no podemos atender a su enfermo adecuadamente.

4. Esta tarjeta nos servirá también para llevar un registro de las vacunas que se le aplicarán a su hijo, por lo que le suplicamos la conserve en las mejores condiciones de limpieza posibles.

M-0-32-a

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

"CARNET DE CITAS"

INP

O B S E R V A C I O N E S

M-0-32-b

10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO HOSPITALARIO (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA

"CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO"

Por este medio y con apoyo en lo previsto en los artículos 77, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, solicito la hospitalización de mi familiar cuyo nombre y número de registro aparecen en el recuadro superior de este documento, de_____años de edad, con domicilio en:
_____
_____
toda vez que pretendo que sea atendido (a) en este Instituto Nacional de Pediatría, pues padece_____
_____
_____
Existe al efecto indicación por parte del médico:_____
_____
del Departamento y/o Servicio de _____

Al efecto solicito y autorizo al **Instituto Nacional de Pediatría y a su personal**, para llevar a cabo, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que mi paciente requiera. Estoy enterado que dichos procedimientos diagnósticos y terapéuticos se llevarán de acuerdo con los preceptos de la legislación sanitaria vigente y con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Para los efectos legales a que haya lugar proporciono los datos siguientes:

Domicilio: _____
_____
Teléfono:_____, acredito mi parentesco (en su caso, representación legal) mediante:_____
_____
Exhibo como identificación: _____
_____

Se suscribe la presente solicitud, en la Ciudad de México, Distrito Federal a los _____ días del mes de _____ del año _____.

M-0-36-a

10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO HOSPITALARIO (2)

PROTESTO LO NECESARIO

Firma:_____

Nombre completo:_____

TESTIGOS:

Nombre completo:_____

_____

Domicilio:_____

_____

Firma:_____

Nombre completo:_____

_____

Domicilio:_____

_____

Firma:_____

ELABORO:

Nombre:_____**Clave:**_____**Firma:**_____

M-0-36-b

10.3 CONTROL DIARIO DE ACTIVIDADES

Instituto Nacional de Pediatría

INP

Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Del. Coyoacán, C.P. 04530, Tel. 10-84-09-00 Ext. 1226

Subdirección de Cirugía

Servicio de Estomatología

"CONTROL DIARIO DE ACTIVIDADES"

Fecha _____

CITA	CONSULTA	EXPEDIENTE	EDAD	SEXO	NOMBRE	DIAGNÓSTICO DE BASE	DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO	1a. Vez	Subsecuente	Interconsulta	Urgencia	Valoración	TRATAMIENTO	Cont. Orto.	Prof. Antib.	Altas	No. H.C.	CAMA	SERVICIO	RECIBO
08:00	:																			
08:30	:																			
09:00	:																			
09:30	:																			
10:00	:																			
10:30	:																			
11:00	:																			
11:30	:																			
15:00	:																			
15:30	:																			
16:00	:																			
16:30	:																			
17:00	:																			
17:30	:																			

Totales				Pacientes		Actividades especiales		R I	
1a. Vez		No se presentaron		Sanos		Rehabilitación Bucal / Sedación			
Subsecuentes		Altas integrales		Hospitalizados		Rehab. Bucal / Anestesia General		R II	
Interconsultas				Dx. Base		Cirugía / Anestesia Local			
Urgencias				L.P.H.		Cirugía Anestesia General		Adscrito	
Valoraciones				Total		Consultas Ortodoncia			
Total de Consultas									

Rev. 1 M-2-2-02

10.4HOJA DE CONCENTRACIÓN HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO TAMIZ NEONATAL (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

HOJA DE CONCENTRACIÓN
HIPOTIROIDISMO CONGENITO TAMIZ NEONATAL

	Unidad de referencia:
	Fecha de nacimiento:
	Fecha de captación: Edad:

Antecedentes heredofamiliares	
Padre: Edad: Talla:	Madre: Edad: Talla:
Procedencia:	
Zona bociógena:	Ingesta bociógenos:
Enf. Tiroidea:	
Otros:	

Antecedentes personales		
Gestación/ SEG		Radiación madre pregestacional:
Tipo de parto:		Radiación madre gestacional:
Peso/talla al nacimiento:		Estudios medio contraste:
Apgar 0 y 5 min.		Medicamentos:
Sepsis/hipoxia neonatal:		

Etapa neonatal					
F. Posterior abierta		Hernia umbilical		Ictericia prolongada	
F. Anterior amplia		Constipación		Edema	
Hipotermia		Dificultad respiratoria		Llanto ronco	
Letargia/hipoactividad		Distensión abdominal		Macroglosia	
Piel fría o seca		Dificultad alimentar		Defectos línea media	
Cianósis periférica				Dismorfias	

Perfil Hormonal

Tamiz neonatal : TSH		
T3T:	T3L:	Gammagrama:
T4T:	T4L:	Edad ósea:
TSH:	Tiroglobulina:	Dosis inicial:
Observaciones:		

Rev. 0 M-1-0-11 a

10.4 HOJA DE CONCENTRACIÓN HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO TAMIZ NEONATAL (2)

Fecha									
Edad									
Peso / PC									
Talla / PC									
P. cefálico / PC									
SS									
SI									
SS/SI									
Brazada									
Fontanela anterior									
FC									
TA									
Num. dientes									
Edad ósea									
T3 T3L									
T4 T4L									
TSH Tg									
Dosis (µgr/kg/día)									
Suspende Tratamiento									
Programa estimulación									
Valoración Psicol.									
No acude a consulta									
Enfermedades									
Observaciones									
Sostiene cabeza									
Sonríe espontáneamente									
Se rueda sobre si mismo									
Se sienta solo									
Dentición									
Se para solo									
Inicia monosílabos									
Agarra pulgar-índice									
Camina solo									
Toma en taza solo									
Sube escalones									
Patea una pelota									
Controla esfínteres									
Usa plurales									
Se viste solo									
Copia dibujos									
Camina punta talón									

Rev. 0 M-1-0-11 b

10.5 HOJA DEL PACIENTE DIABÉTICO (1)

Instituto Nacional de Pediatría
Subdirección de Medicina
Servicio de Endocrinología
HOJA DEL PACIENTE DIABETICO

Domicilio		Teléfono	
Lugar nacimiento		Domicilio	
Fecha nacimiento		Residencia	
Lugar diagnóstico		Edad al Dx	
Estación del año			

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Patología	Parentesco	Fecha	Edad al dx						
DMID									
DMNID									
HTA									
Hiperlipidemia									
IAM									
Obesidad									
Gota									
EAI									

Hermanos #		Afectados	(si) (no)	Cuántos		Edades	

REGISTRO DE TALLAS					Talla blanco familiar		
Parentesco	Edad	Talla	Peso	Menarca/pub	Edo. salud	Escolaridad	Ocupación
Paciente							
Padre							
Madre							
Hermano 1							
Hermano 2							
Hermano 3							
Hermano 4							
Hermano 5							
Abuelo materno							
Abuela materna							
Abuelo paterno							
Abuela paterna							

ANTECEDENTES PERINATALES

Gesta		SDG		Peso nac.		Seno materno	
Para		Tipo parto		Talla nac.		Inicio lactancia materna	
Abortos		Lugar atención		Apgar		Ablactación	
Cesárea		Hospitalización		S/A		Dieta familiar	
Complicaciones en el embarazo							

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enf. exantemáticas		Varicela		Rubeola		Enf. Autoin.	
Obesidad		Alergias		Cirugías		Otros	

SINTOMAS INICIALES				Tiempo evolución en meses			
Poliuria		Cetosis		Obesidad		IVU	
Polidipsia		Cetoacidosis		Acantosis		IVAS	
Polifagia		Estado hiperosmolar		Hiperqueratosis		Gepi	
Pérdida peso		Hospitalización				Vulvovaginitis	

Rev. 0 **M-1-0-10a**

10.6HOJA DEL PACIENTE DIABÉTICO (2)

SINTOMAS INICIALES							
Tiempo de evolución en meses							
Poliuria		Cetosis		Obesidad		IVU	
Polidipsia		Cetoacidosis		Acantosis		IVAS	
Polifegia		Edo.Hiperosmolar		Hiperquerat		GEPI	
Pérdida de peso		Hospitalizaciones		Balanoprep		Vulvovagin	

SOMATOMETRIA								
Fecha								
Edad/evolución (meses)								
Peso/pc/Pz								
Talla/Pc/Pz								
PC/TD/SI								
Rel SS/SI								
Brazada/IMC								
Long/circunf.pene								
Volumen pene/Pz								
Test..Derecho/pZ								
Test..Izquierdo/pZ								
Cintura/Cadera								
Brazo/Pierna/Muslo								
Tobillo/Codo/Muñeca/Rodilla								
Mano/Pie								
Biacromial/Bicrestal								
Biciptal/tricipal								
Subscapular/suprai-ante/Pos								
Recisistencia/reactancia								
VC/EO								

Menarca/FUR								
Ritmo								
Pubarca/Telarca								
Erecciones/eyaculaciones								
IVSA/MPF								
Tabaquismo/Alcoholismo								
Escolaridad								
Dismenorrea								

SINTOMAS								
Hipoglucemias								
Cetosis/CA								
Hospitalización								
Infecciones								
Dolor/parestesias/disest								
Distensión/diarrea/Const								
Agudeza Visual								
Edema								
Disuria/leucorrea								
Poliuria/polidipsia/polifagia								
Hospitalización								

Rev. 0 **M-1-0-10b**

10.6 HOJA DEL PACIENTE DIABÉTICO (3)

RETINOPATIA						
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Movimientos oculares						
Agudeza visual						
Medios transparentes						
Fondo de ojo						
Fluorangiografía						
Tratamiento						

NEUROPATIA						
Periférica						
Táctil/térmica						
Vibratoria						
EMG						
Vc						
Autonómica						
Dr.						
Mv						
15/30						
Vol. Residual urinario						
Urocultivo						

Control Nutricional	1 excelente		2 muy bien		3 bien	4 malo
Calorías indicadas						
Calorías consumidas						
%CHO totales simples						
Lipídos totales						
Poliinsaturados						
Monosaturados						
Saturados						
Proteinas totales						
POA						
POV						
Colesterol total						
Fibra						
Calcio total						
Cadmio total						
Fósforo total						

OBSERVACIONES	
Fecha:	

10.5 HOJA DEL PACIENTE DIABÉTICO (4)

TRATAMIENTO								
Dieta	**Fecha**	**Fecha**	**Fecha**	**Fecha**	**Fecha**	**Fecha**	**Fecha**	**Fecha**
Colaciones								
Ejercicio								
Tipo duración								
Insulina uk/día								
Otra patología								
Tratamiento								

EXPLORACION FISICA								
FC								
Pie/acostada								
TA sentado/al min.								
Cabeza								
FO								
Oídos								
Bica								
Tiroidex								
Torax								
Abdomen								
Genitales								
Tanner MP								
Extremidades								
Reflejos								
Sensibilidad térmica								
Tactil/vibratoria								
Pies/pulsos								
Piel/lipodistrofia								
Acantosis								
Hiperquwratosis								
Sitios de aplicación								
SMD								

CONTROLES								
AD/DD								
AC/DC								
Ace/Dce								
AE/DE								
Madrug/colación								

10.5 HOJA DEL PACIENTE DIABÉTICO (5)

ESTUDIOS DE LABORATORIO						
Peptido C/GAD						
AC. Antiinsulina						
MODY						
Gliadina						
Hb A1c						
Glucosa						
Colesterol						
Triglicéridos						
Acido urico						
aa ramificados						
HDL						
VLDL						
NEFROPATIA						
Cr serica						
Dep. creatinina						
Microalbuminuria						
B2 globulina						
Gammagrama						
tratamiento						
METABOLISMO MINERAL						
CA/PO4/Mg						
CA/CR						
FA/OC						
DPD/FAFO						
DMO						
L1-L4-z%						
Cuello z %						
Total						
Tratamiento						
TIROIDES						
Bocio 1 = si 2 = no						
T3T/T3L						
T4/T4L						
TSH/Tg						
Ac. Microsomales						
Ac. Tiroglobulina						
US/BAAF						
Tratamiento						

OBSERVACIONES	
Fecha:	

10.6 HOJA DE QUIMIOTERAPIA

Instituto Nacional de Pediatría

SUBDIRECCIÓN DE HEMATO-ONCOLOGÍA

SERVICIO DE ONCOLOGÍA

"HOJA DE QUIMIOTERAPIA"

NOMBRE: _____ CAMA: _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DIAGNÓSTICO: _____ BIOPSIA: _____

DATOS CLÍNICOS (PARAMETROS):

FECHA	DROG	DOSIS	PESO	LEUCOCITOS	EMOGLOBINA	BLASTOS	TOXICIDAD	ANÁLISIS POR SOLICITAR

M-6-0-10

10.7 HOJA DE TRANSFERENCIA (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA

SISTEMA DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA

"HOJA DE TRANSFERENCIA"

DATOS GENERALES:

FECHA: _____ CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: _____ FOLIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR O INFORMANTE: _____

PARENTESCO: _____

DERECHOHABIENTE DE: I.M.S.S. _____ I.S.S.S.T.E. _____ OTRO _____ NINGUNO _____

UNIDAD MEDICA A LA QUE SE ENVIA: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO:

UNIDAD MEDICA QUE REALIZA LA TRANSFERENCIA: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

DATOS CLINICOS: FC _____ FR _____ T. _____ PESO _____ TALLA _____

MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA: _____

RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO: _____

EXPLORACION FISICA: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

TRATAMIENTO ESTABLECIDO: _____

RECOMENDACIONES: _____

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFERENCIA: _____

CLAVE: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA: _____

CLAVE: _____ FIRMA: _____

M-0-29-a

10.7 HOJA DE TRANSFERENCIA (2)

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE: _____

RESUMEN DE LA VALORACION DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE REALIZA LA VALORACION: _____

CLAVE: _____ FIRMA: _____

M-0-29-b

10.8 HOJA DE VALORACIÓN A CANDIDATO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SUBDIRECCIÓN DE HEMATO-ONCOLOGÍA
SERVICIO DE ONCOLOGÍA

"HOJA DE VALORACIÓN A CANDIDATO PARA TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA"

REGISTRO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

HLA: _____

DIAGNÓSTICO: _____ SERVICIO: _____

NOMBRE DEL DONADOR: _____

HLA: _____

EVALUACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS (Marque con una X)

Aparato o Sistema	Alterado	Normal	Especifique
Hepático	( )	( )	
Renal	( )	( )	
Gastrointestinal y Nutricional	( )	( )	
Cardiovascular	( )	( )	
Respiratorio	( )	( )	
ONG	( )	( )	
Estomatología	( )	( )	
SNC Y SNP	( )	( )	
Endocrino	( )	( )	

M-6-0-14 a

10.9 INFORME DIARIO DEL MÉDICO

Instituto Nacional de Pediatría

INP

DIRECCIÓN MÉDICA

"INFORME DIARIO DEL MÉDICO"

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ CLAVE: _____ D. ó S.: _____ No. DE CONS.: _____ No. DE HORAS DE CONSULTA: _____

No. PROGRESIVO	No. DE FOLIO O EXPEDIENTE	TIPO			SEXO		EDAD			ENTIDAD FEDERATIVA O DELEGACIÓN POLÍTICA	DIAGNÓSTICO (Motivo de la Consulta)	C. I. E.-10				HORA DE LA PROGRAMACIÓN DE LA CITA	HORA DE ATENCION AL PACIENTE	* CAUSA DE RETRASO
		PRECONSULTA (VALORACION)	CONSULTA 1a. VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE	MASCULINO	FEMENINO	AÑOS	MESES	DÍAS									
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

FIRMA DEL MÉDICO: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO: _____

Para el llenado del formato no se deberá usar abreviaturas y/o epónimos

D. ó S. = Departamento y/o Servicio.

Rev. 1

* RETRASOS IMPUTABLES: (0) SIN RETRASO, (1) PACIENTE, (2) MÉDICO, (3) CAJAS, (4) ESTUDIOS, (5) ARCHIVO CLÍNICO.

M-0-02

10.10 NOTAS DE EVOLUCIÓN (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA
"NOTAS DE EVOLUCION"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

CAMA: _____ No. HOJA: _____

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZO (M-0-03-a

10.10 NOTAS DE EVOLUCIÓN (2)

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZO

10.11 ORDEN DE INGRESO HOSPITALARIO

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA

"ORDEN DE INGRESO HOSPITALARIO"

FECHA HOSPITALIZACION: _____

HORA: _____ **EDAD:** _____ **CAMA:** _____

PROCEDENTE DE: CONSULTA EXTERN ☐ URGENCIAS ☐

FAMILIAR RESPONSABLE: _____ **PARENTESCO:** _____

DOMICILIO: _____

Calle y No. Colonia Delegación ó Municipio Estado Código Postal Teléfono

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

MOTIVO DE INTERNAMIE IMPRESION DIAGNOS ☐ TRATAMIENTO MED ☐ CIRUGIA ☐ _____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

SUBDIRECCION: _____ **DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO:** _____ **ESTANCIA ESTIMADA:** ____ DIAS

NOMBRE DEL MEDICO QUE INDICA LA HOSPITALIZACION: _____

FIRMA: _____ **CLAVE:** _____ **FECHA DE ELABORACION:** _____

TRANSFERENCIAS INTRAHOSPITALARIAS

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	CAMA	FECHA	DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	CAMA	FECHA

FECHA DE EGRESO: _____ **MOTIVO:** _____

Original: Archivo Clínico **1a. Copia** Expediente clínico **2a. Copia** Epidemiología **3a. Copia** Relaciones Hospitalarias **4a. Copia** Tesorería (Cuentas Corriente

NOTA: ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE. **M-0-24**

10.12 ORDEN DE PAGO POR SERVICIOS

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DEPARTAMENTO DE TESORERIA

"ORDEN DE PAGO POR SERVICIOS"

FECHA:

CLAVE	CONCEPTO	IMPORTE

DEPTO. Y/O SERVICIO

CAMA

A-2-2-11

10.13 RECETA MÉDICA

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S): _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

Insurgentes Sur No. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Delegación Coyoacán, C.P. 04530, México D.F.
Tel. (55) 1084-0900

SALUD

RECETA MÉDICA

FECHA: _____ HORA: _____ EXT. _____

DIAGNÓSTICO: _____ TÍTULO EXPEDIDO POR: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. EMPLEADO: _____

ESPECIALIDAD: _____ CED. PROFESIONAL: _____

RX

1

2

3

4

FIRMA

SELLO INSTITUCIONAL

Rev. 2 M-0-23

10.14 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Instituto Nacional de Pediatría

Dirección Médica

"Solicitud de Interconsulta"

Favor de llenar con máquina o usar letra de molde

Fecha: _____ Urgente: Si ☐ No ☐

Cama: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Departamento y/o Servicio al que solicita la Interconsulta: _____

Departamento y/o Servicio solicitante: _____

Diagnóstico de Base: _____

Motivo de la Interconsulta: _____

Resúmen clínico: _____

Nombre completo del Médico Solicitante: _____ Clave: _____

Firma: _____

Acuse de recibido del Servicio Interconsultado: _____

Nota: Las Interconsultas urgentes deben realizarse a la brevedad posible. Las no urgentes se realizarán durante el transcurso del mismo día en que se solicitó la interconsulta.
La nota de Interconsulta es la evidencia documental en el expediente clínico de su realización en tiempo y forma. Es susceptible de ser evaluada por el Comité de Expediente Clínico.

M-0-05

10.15 VALE PARA REVISIÓN INTERNA

Instituto Nacional de Pediatría

DEPARTAMENTO DE ARCHIVO CLINICO

REVISION INTERNA

"ARCHIVO CLINICO Y MICROFILMACION"

FECHA: _____ **EXTENSION:** _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE Y CLAVE: _____

SERVICIO: _____

1. _____ **2.** _____

3. _____ **4.** _____

5. _____ **6.** _____

7. _____ **8.** _____

9. _____ **10.** _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA Y PROPORCIONA LOS EXPED. **CLAVE** **FIRMA**

M-0-19

10.16 VALE POR EXPEDIENTE CLÍNICO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

DEPARTAMENTO DE ARCHIVO CLÍNICO

"VALE POR EXPEDIENTE CLÍNICO"

FECHA: 1 **No. EXPEDIENTE:** 2

NOMBRE DEL PACIENTE: 3

NOMBRE DEL SOLICITANTE: 4

CLAVE: 5 **EXTENSION:** 6

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: 7

AREA: 8 **CONSULTA EXTERNA** ☐ **HOSPITALIZACION** ☐

FIRMA DEL SOLICITANTE: 9

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA: 10

CLAVE: 11

M-0-17

4. PROCEDIMIENTO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE.

1. PROPÓSITO

Obtener sangre alogénica o autóloga con la finalidad de transfundir y cubrir la demanda de hemocomponentes que se requieren para el tratamiento de los pacientes del Instituto.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Subdirección de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social. Informa los trámites y Requisitos para los candidatos para la donación de sangre. Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre). Ingresa datos del donador en el sistema Informático y recolecta documentos. Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre). Evalúa clínicamente al candidato a donar, para la toma de muestra y la extracción. Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal del Laboratorio de Banco de Sangre) Toma y Procesa la muestra, para realizar el reporte impreso de los resultados-Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de Sangre). Evalúa y valida resultados de laboratorio.

2.2 A nivel externo: los Donantes familiares o donantes altruistas y voluntarios, en los procesos de Extracción de sangre total (flebotomía) y Extracción de componentes por el método de aféresis.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Jefe del Departamento de Banco de Sangre) que se lleve a cabo este procedimiento.

3.2 El Banco de Sangre cumple con los requisitos definidos en la norma NOM-253-SSA1-2012, “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”.

3.3 Los familiares de los pacientes deberán presentarse al área de Selección de donadores del Banco de Sangre con el folleto ¿Cómo solicitar una cita para donar sangre?

3.4 La cita será otorgada únicamente por la Subdirección de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social) bajo los siguientes criterios:

a) El horario de atención a familiares para programar citas es de:

1) Lunes a Viernes
2) Con un horario de 11:30 hrs a 12:30 hrs p.m.

b) Para brindar un servicio idóneo, se tienen tres criterios para dar citas:

i. Cita Programada, se dará con base a la situación social del paciente, diagnóstico y servicio de procedencia, con el siguiente horario:

a) Se programan 10 citas para que se presenten a las 7:30 a.m.;
b) Se programan 10 citas para que se presenten a las 8:00 a.m.;
c) Se programan 10 citas para que se presenten a las 8:30 a.m.;
d) Se programan 10 citas para que se presenten a las 9:00 a.m.;

ii. Cita abierta: Es aquella que se programa a partir de las 9:30- 10:30 a.m., en los casos en que viva en provincia, si ha sido diferido en 2 o más ocasiones o en el caso de que no tengan redes de apoyo en la Ciudad de México.

iii. Cita urgente: Se proporciona en el caso de los pacientes hospitalizados que requieren de gran consumo de hemocomponentes.

iv. Reprogramación de citas: En caso de candidatos a donar que fueron excluidos, se reprograma cita con base a la valoración médica y a los criterios que apliquen para el Trabajo Social, si es excluido permanentemente, se solicita a otro candidato a donar, en caso de ser temporal o indefinido, se toma en cuenta el tiempo que indica el médico y los criterios que apliquen.

v. Las particularidades como los pacientes que son Testigos de Jehová, no son atendidos en el Banco de Sangre, el trámite se realiza en Hospitalización y/o la Consulta Externa de Especialidades a través del personal de Trabajo Social.

3.5 No se aceptará ningún candidato a donador que no presente identificación oficial con fotografía.

3.6 El proceso de donación tendrá una duración aproximada de 3 horas.

3.7 Es importante considerar el número de donadores que se necesitan según el servicio en el que este el paciente, por lo que a continuación en la Tabla 1 se especifica el número de donadores necesarios y consideraciones importantes.

Tabla 1

SERVICIO QUE ATIENDE AL PACIENTE	DONACIONES SOLICITADAS	OBSERVACIONES
Cirugía ambulatoria y Cateterismo cardiaco	Un donador	1. La donación de sangre debe realizarse antes de la cirugía. 2. La donación podrá ser el mismo día o dependiendo de las indicaciones del médico tratante. 3. En caso de que sea una cirugía urgente, se solicita que la donación la realice en un tiempo no mayor a una semana.
Cirugía cardiovascular	Dos donaciones de sangre total Donación de plaquetas	1. Estas donaciones podrán realizarse desde el momento de la programación de la cirugía, hasta el día en que se realiza la misma. 2. En caso necesario será solicitado un mayor número de donadores, según lo requiera el paciente.
SERVICIO QUE ATIENDE AL PACIENTE	DONACIONES SOLICITADAS	OBSERVACIONES
Cirugía programada	2 donadores	Se solicitan dos donaciones o más según necesidades.
Hospitalización	2 donadores	Se solicitan dos donaciones o más según necesidades.
Estancia en áreas críticas	2 o más donadores	1) Se solicitan dos donaciones 2) O según las necesidades de acuerdo a los requerimientos del paciente.
Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas	10 o más donadores	1) Se solicitan 10 donadores aptos para donar plaquetas. 2) Deben iniciar el proceso de donación antes del trasplante. 3) Serán programados según las necesidades del paciente. 4) Podrán haber modificaciones de acuerdo a los requerimientos transfusionales del paciente.

3.8 La condonación de sangre será cuando quedan exentos de donar sangre y son considerados casos especiales los que presenten algunos de los siguientes criterios:

a) Pacientes bajo protección Institucional

b) Paciente con diagnóstico conocido y/o de los padres

c) Pacientes en Protocolo de Investigación

d) Familiares que presenten alguna (as) barreras del lenguaje (sordo mudos, que hablen español), previa valoración de Trabajo social del servicio tratante.

e) Por autorización de la Jefatura del Banco de sangre y con base en el estudio social y oficios que correspondan con autorización del área correspondiente, dirigido al Banco de Sangre.

3.9 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Departamento de Banco de Sangre) no está obligado a entregar resultados de laboratorio a los donadores, sólo en caso que lo solicite el donador.

3.10 Como una atención a nuestros donadores sólo serán entregados por la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (personal de Recepción de Selección de donadores) los resultados con serología negativa, se entregan resultados negativos 5 días hábiles posteriores a su donación, de lunes a viernes, en un horario de 12:00 a 12:30, presentando una identificación oficial.

3.11 Los resultados con serología reactiva (HEPATITIS B, HEPATITIS C, HIV, SIFILIS, CHAGAS) serán retenidos y el médico de banco de sangre indicará a Trabajo Social que sea localizado el donador para la toma de una 2da.muestra.

3.12 Los resultados obtenidos en la 2da. Muestra se consideran de la siguiente manera:

a) SEROLOGÍA REACTIVA. - Cuando la prueba es reactiva a uno o más analitos medidos.

b) Si la prueba confirmatoria está dentro de los valores definidos por el laboratorio como positivo, entonces la muestra es determinada como SEROLOGÍA POSITIVA.

c) SEROLOGÍA NEGATIVA: Cuando el análisis de pruebas de rutina o tamizado de la 2da. Muestra, es no reactiva dentro del intervalo esperado, la muestra será determinada o considerada como NEGATIVA.

d) SEROLOGÍA INDETERMINADA: Cuando el intervalo esperado de la prueba confirmatoria no cumple los criterios para ser positiva o negativa está considerada en zona gris, se citará al donador un lapso de 3 meses para la toma de una nueva muestra y realizar las pruebas nuevamente.

3.13 Si el donador es seropositivo la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de

Sangre) notificará al Servicio de Epidemiología del Instituto a través de un oficio y es remitido el donador a la Subdirección de Consulta Externa (Servicio de Epidemiología).

3.14 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un "@" en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

3.15 La Subdirección de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre) deberá solicitar al candidato a donar, identificación oficial, folleto de solicitud, para poder ingresar los datos al sistema informático.

3.16 Por parte de la Subdirección de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre) evaluará el acceso vascular para determinar si cumple con los requisitos para la muestra y extracción.

3.17 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio de Banco de Sangre) deberá comparar los resultados con los criterios especificados en la NOM-253.SSA1-2012 oficial vigente

3.18 Los resultados deberán ser evaluados y rubricados por la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de Sangre)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

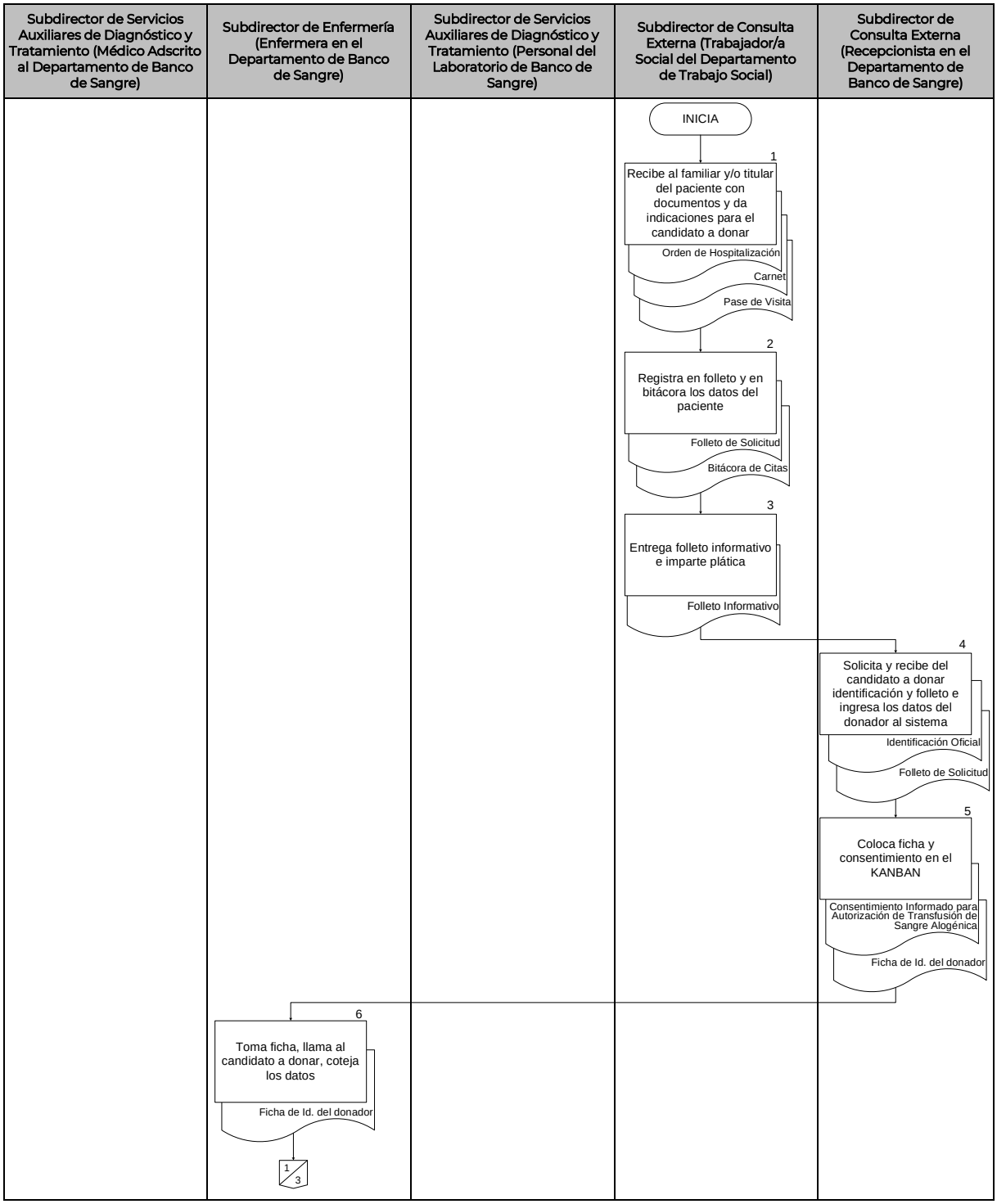
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social)	1	Recibe al familiar y/o titular del paciente el cual presenta orden de hospitalización, carnet, pase de visita o adesógrafo y le da indicaciones para el candidato a donar.	Orden de hospitalización Carnet Pase de visita
	2	Registra en el folleto de solicitud: "¿Cómo Solicitar una Cita para donar sangre?" y en la Bitácora de Citas los datos del paciente.	Folleto de Solicitud Bitácora de Citas
	3	Entrega el folleto informativo "Información importante para la donación sanguínea" e imparte plática con el siguiente contenido: ✓ Presentación ✓ Documentación necesaria para solicitar cita ✓ Importancia de la donación de sangre ✓ Horarios de citas ✓ Requisitos y documentos que necesita cubrir el donador ✓ Ventajas de donar sangre ✓ Aclaración de dudas ✓ Asignación personalizada de las citas	Folleto Informativo
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre)	4	Solicita y recibe del candidato a donar identificación oficial y el folleto de solicitud e ingresa los datos del donador al sistema informático de Banco de Sangre.	Folleto de Solicitud Identificación oficial Ficha de Identificación del Donador (M-3-0-23)
Subdirector de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social)	5	Coloca la Ficha de identificación del Donador y el Consentimiento Informado para Autorización de Transfusión de Sangre Alogénica en el KANBAN, ubicado en la Recepción de Selección de donadores.	Consentimiento Informado para Autorización de Transfusión de Sangre Alogénica (M-3-4-16 a-c) @

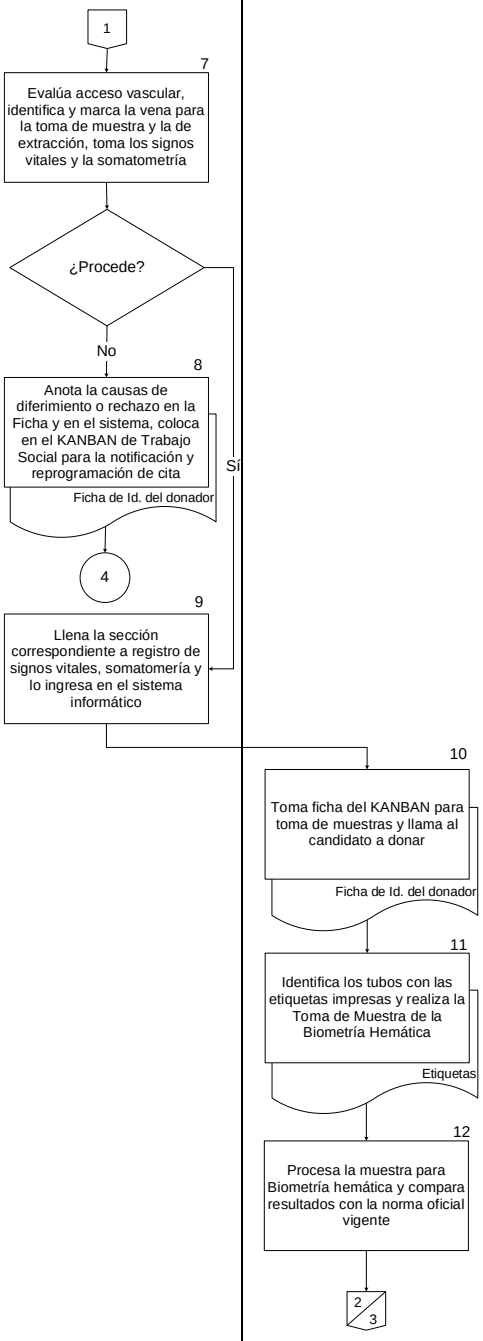
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre)	6	Toma la Ficha de identificación del Donador del KANBAN, llama al candidato a donar y coteja con la ficha de identificación oficial los datos.	Ficha de identificación del Donador (M-3-0-23) Identificación del Donador (M-3-0-23)
	7	Evalúa acceso vascular, identifica y marca la vena para la toma de muestra y la de extracción, toma los signos vitales y la Somatometría. Procede: ¿Cumple con los requisitos?	
	8	No: Anota las causas de diferimiento o rechazo en el espacio correspondiente, en la Ficha de identificación y en el sistema informático, coloca en el KANBAN de Trabajo Social para la notificación y reprogramación de cita, si aplica. Regresa a la Actividad 4.	
	9	Sí: Llena la sección correspondiente a registro de signos vitales, somatomería y lo ingresa en el sistema informático.	
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal del Laboratorio de Banco de Sangre)	10	Toma la Ficha de identificación del Donador del KANBAN para Toma de muestras y llama por su nombre completo al candidato a donar.	Ficha de identificación del Donador (M-3-0-23) Etiquetas Reporte de resultados
	11	Identifica los tubos con las etiquetas impresas y realiza la Toma de Muestra de la Biometría Hemática.	
	12	Procesa la muestra para Biometría hemática, los resultados son comparados con los criterios especificados por norma oficial vigente NOM-253-SSA1- 2012. Procede: ¿Cumple con los requisitos por norma?	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal del Laboratorio de Banco de Sangre)	13	No: Anexa el reporte impreso a la ficha de identificación y define el motivo del incumplimiento y/o exclusión; y coloca en el KANBAN de trabajo social para la notificación y reprogramación de cita, si aplica. Termina.	
	14	Sí: Anexa el reporte impreso de los resultados a la Ficha de Identificación del Donador y coloca en el KANBAN de Valoración Médica, quedando: ✓ Ficha de Identificación del Donador. ✓ Carta de consentimiento informado. ✓ Impreso de biometría hemática.	
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de Sangre)	15	Evalúa los resultados del impreso de laboratorio y registra su rúbrica para validación.	Ficha de identificación del Donador (M-3-0-23) @ Formato Historia Clínica
	16	Interroga, explora y captura la información en el formato electrónico de la Historia Clínica, del Banco de Sangre. Procede: ¿El candidato a donar es apto para donación?	
	17	No: Detalla causa de diferimiento o rechazo, notifica causa e indica al disponente pase a Trabajo Social para reprogramar cita, para sí mismo/a o para otro/a donador. Termina.	
	18	Sí: Imprime formato de historia clínica, firman de consentimiento el donador y el médico evaluador.	
Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre)	19	Realiza asepsia en el sitio de punción para flebotomía o aféresis según sea el caso.	
	20	Identifica los tubos y realiza la toma de las muestras para serología y NAT.	
	21	Da indicaciones post-donación al donador: indica acudir a comedor a ingerir refrigerio y recoger el comprobante de donación al área de Trabajo Social.	

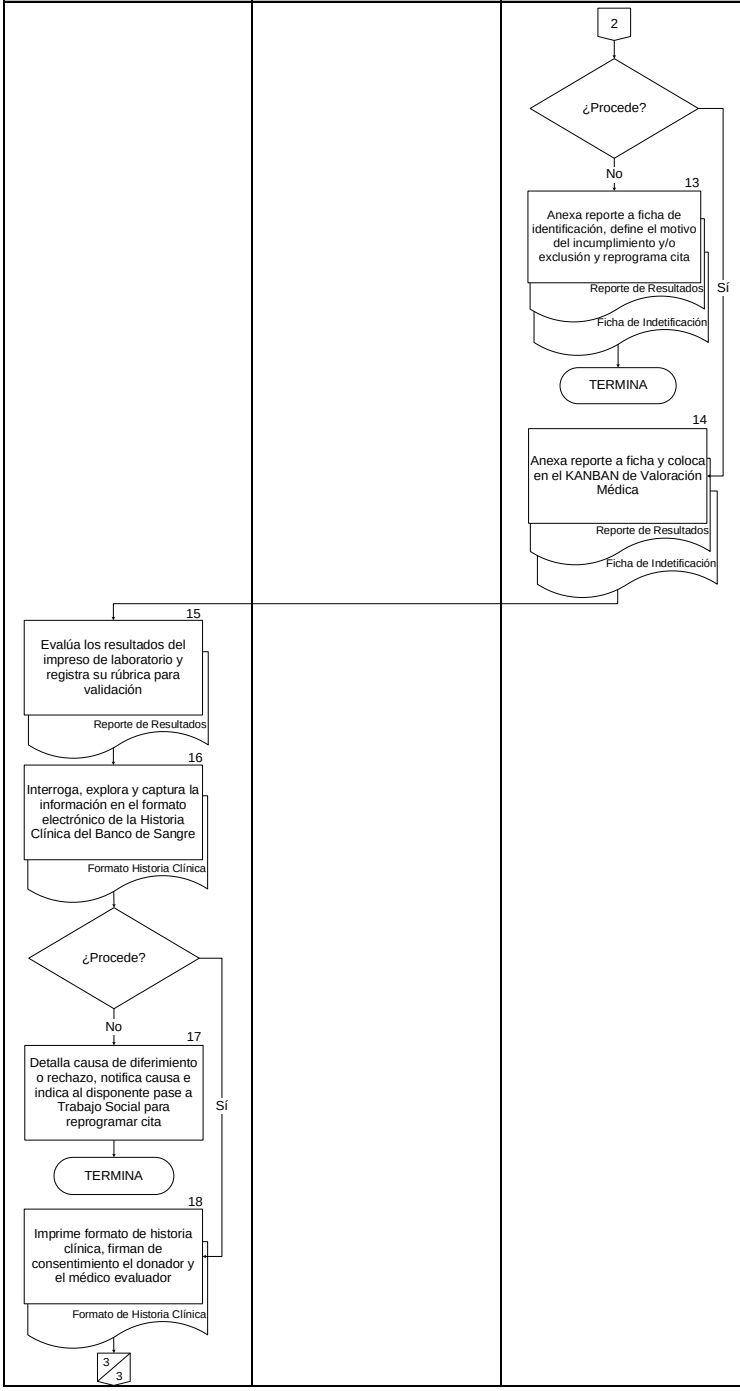
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre)	22	Verifica que los resultados estén reportados como negativos.	Resultados
	23	Imprime y solicita los Jefes de los Laboratorios firmen los resultados, se entregan al donador.	
	24	Solicita firma de recibido del donador.	
		Nota: Si no puede ver resultados en el sistema, le informa al médico adscrito de Banco de Sangre quien se encarga de llevar a cabo el protocolo de muestras reactivas.	
		TERMINA POCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

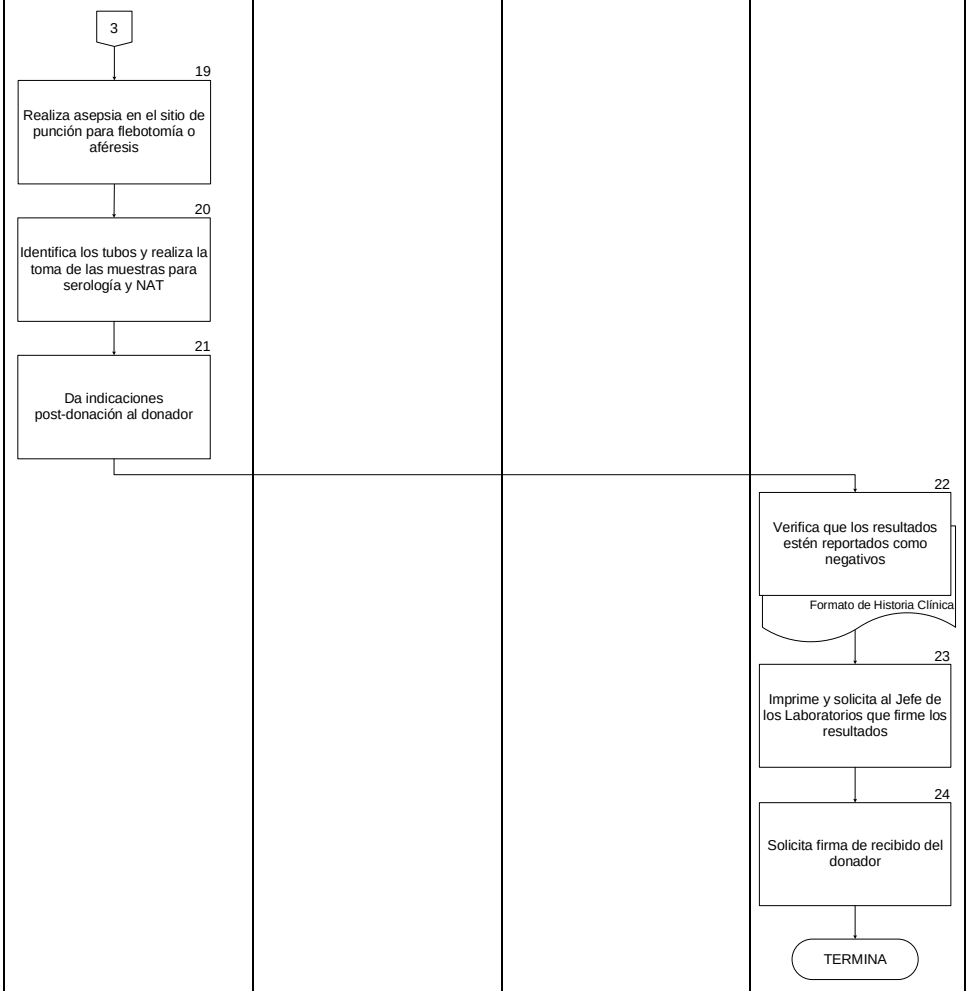


Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de Sangre)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal del Laboratorio de Banco de Sangre)	Subdirector de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre)
				

Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de Sangre)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal del Laboratorio de Banco de Sangre)	Subdirector de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre)



Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Médico Adscrito al Departamento de Banco de Sangre)	Subdirector de Enfermería (Enfermera en el Departamento de Banco de Sangre)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal del Laboratorio de Banco de Sangre)	Subdirector de Consulta Externa (Trabajador/a Social del Departamento de Trabajo Social)	Subdirector de Consulta Externa (Recepcionista en el Departamento de Banco de Sangre)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Instrucciones de Trabajo Estándar del Área de Selección de Donadores: ∠ Citas para donación de sangre ∠ Recepción de donadores ∠ Extracción de sangre total y aféresis ∠ Resultados y seguimiento epidemiológico.	N/A
6.2 Manual de Gestión de Calidad (ISO 9001-2008) del Banco de Sangre del Instituto Nacional de Pediatría.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Cirugía Ambulatoria	N/A	N/A	(M-2-0-05)
7.2 Ficha de identificación del Donador	N/A	N/A	(M-3-0-23) @

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Adesógrafo:** Herramienta que suele tener una parte de tinta y un calcador.

8.2 **Aféresis:** Técnica mediante la cual se separan los componentes de la sangre, siendo seleccionados los necesarios para su aplicación en medicina y devueltos al torrente sanguíneo el resto de componentes.

8.3 **Asepsia:** Método o procedimiento para evitar que los gérmenes infecten una cosa o un lugar.

8.4 **Biometría Hemática:** Es una prueba de laboratorio que busca enfermedades, a través de una muestra de sangre. Con este estudio se pueden detectar la anemia, infecciones, leucemia, enfermedades inflamatorias, incluso algunos tipos de cáncer.

8.5 **Esterilidad:** Eliminación de los gérmenes que infectan o que pueden provocar una infección en un cuerpo o un lugar.

8.6 Flebotomía: Procedimiento de extracción de sangre desde una vena periférica. A través de sistema estéril con aguja, equipo y bolsa de colecta, semejante al procedimiento para la transfusión de sangre.

8.7 KANBAN: Sistema que se utiliza para el flujo de la documentación en la selección del donador.

8.8 NAT: Prueba Nucléica de la ácido-amplificación, que puede detectar infecciones del VIH y de HCV en donantes de sangre, detecta genes virales.

8.9 Serología: Estudio que permite comprobar la presencia de anticuerpos en la sangre.

8.10 Transfusión de sangre autóloga: es la colección y re-infusión de sangre o componentes sanguíneos del mismo paciente.

8.11 Transfusión de sangre alogénica: la sangre que proviene de otro paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Cirugía Ambulatoria

10.2 Ficha de identificación del Donador

10.1 SOLICITUD DE CIRUGÍA AMBULATORIA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
"SOLICITUD DE CIRUGÍA AMBULATORIA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____ **EDAD:** _____

FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: _____ **DURACIÓN ESTIMADA:** _____ **HORAS.**

DIAGNÓSTICO: _____ **SOLICITUD DE SANGRE:** **SI** ☐ **NO** ☐

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: _____

FECHA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA: _____ **HORA:** _____ **EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SEGUNDO PISO.**

SOLICITUD DE EQUIPO O INSTRUMENTAL ESPECIAL: _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE INDICA LA INTERVENCIÓN	CLAVE	FIRMA

NOMBRE DE QUIEN REQUISITA LA SOLICITUD	CLAVE	FIRMA

NOTA: Es necesario haber cumplido con la donación de sangre y el pago de la intervención quirúrgica, antes de la fecha de la valoración anestésica.

M-2-0-05

10.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL DONADOR

Instituto Nacional de Pediatría

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

"FICHA DE IDENTIFICACION DEL DONADOR"

Insurgentes Sur 3700 "C", Col. Insurgentes Cuicuilco,
Del. Coyoacán, C.P. 04530, Tel.: 56 06 63 56.

FECHA: _____ No. DE UNIDAD: _____

IDENTIFICACION DEL DONANTE:

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ (DIA / MES / AÑO) SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

DOMICILIO: _____
(CALLE / No. EXT. / INT. / COLONIA / CODIGO POSTAL)

_____
(DELEGACION / MUNICIPIO / ESTADO / TELEFONO)

ORIGINARIO DE: _____ RESIDENCIA ACTUAL: _____ RESIDENCIA EN LOS ULT. 5 AÑOS: _____

TIPO DE DONACION: FAMILIAR _____ ALTRUISTA _____ AUTOLOGA _____ DIRIGIDA _____ AFERESIS _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ No. DE CAMA: _____

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____ No. DE REGISTRO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE: Dono voluntariamente (mi sangre/plaquetas/plasma) al Servicio de Banco de Sangre del **Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.)** Concediendo la autorización para que el personal obtenga la cantidad necesaria y adecuada de sangre **para ser examinada y utilizada tal y como se considere apropiado.** Se me ha explicado este procedimiento, de qué se trata, cuáles son sus riesgos, **y entiendo que durante o después de la donación de sangre, ocasionalmente puedo sufrir una reacción inesperada, como por ejemplo: moretón alrededor del sitio de entrada de la aguja, mareos, vómito, desmayo; mismas que serán atendidas en su oportunidad por el Médico del Servicio de Banco de Sangre,** también se me informó de la oportunidad que tengo de rechazarlo. He leído y entendido la información que me dieron en lo referente a la transmisión del virus del SIDA y otras enfermedades a través de la transfusión de sangre, plaquetas o plasma; por lo tanto, si yo me considerara una persona con riesgo de propagar estas enfermedades, estaría de acuerdo en "no" donar mi sangre o sus productos para su transfusión a otra persona. Se que mi sangre será examinada para detectar los anticuerpos del SIDA y otras enfermedades infecciosas. Si alguno de estos exámenes fuera positivo, mi nombre se anotará en una lista de donantes rechazados indefinidamente y seré notificado personalmente.

Certifico que la información proporcionada es verdadera.

_____
FIRMA DEL DONANTE

FAVOR DE NO LLENAR ESTOS DATOS (USO EXCLUSIVO DE ENFERMERIA)

PESO: _____ T / A: _____ F.R. X MINUTO: _____

F.C. X MINUTO: _____ TALLA: _____ TEMPERATURA: _____

CAUSA DE RECHAZO: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ **CLAVE:** _____ **FIRMA:** _____

M-3-0-23

5. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN Y ENTREGA DE ESPECÍMENES PARA ANÁLISIS CLÍNICOS.

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para la obtención y entrega de especímenes a los Laboratorios, de acuerdo a los requisitos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales (DACEE) dándole atención a las solicitudes de estudios requeridos por las diferentes áreas médicas del Instituto Nacional de Pediatría.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales), Recibe solicitud de examen de laboratorio, asigna fecha de cita para la toma proporciona indicaciones en las que se tiene que presentar para la toma, recibe y verifica que las muestras recolectadas por el paciente cumplan con los requisitos establecidos por el laboratorio; Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)Toma la muestra al Paciente e indica al responsable las recomendaciones que debe tomar en cuenta después de la obtención de la muestra; Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) Verifica que las muestras cumplan lo establecido en las tablas de criterios, entrega o envía las muestras ; Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entregas de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) Recibe muestras de las áreas de Hospitalización; Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) Verifica que las solicitudes correspondan con las muestras recibidas y firma de conformidad.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales), Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales), Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales), Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales), Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del

Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) supervisar que se lleve a cabo el presente procedimiento.

3.2 Todo el personal involucrado debe llevar a cabo el presente procedimiento.

3.3 Se les dará atención a los pacientes en los siguientes casos particulares: extravío de documentos, no acudieron a la cita en la fecha indicada por causas de fuerza mayor, estudios urgentes y muestras pendientes (coaguladas o no tomadas).

3.4 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Jefes de Laboratorio) deben entregar a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) mensualmente el roll del personal que participará en la toma y recepción de muestras.

3.5 El personal programado para asistir a la toma y recepción de muestras debe cumplir con puntualidad el horario establecido y de no ser posible, debe notificar a su jefe inmediato para que éste cubra su lugar.

3.6 El personal que asiste a la toma y recepción de muestras debe llevar a cabo las actividades apegadas a las instrucciones de trabajo establecidas.

3.7 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) que asiste a la toma y recepción de muestras debe respetar las reglas y normas de seguridad.

3.8 El personal que asiste a la toma y recepción de muestras debe mantener el área de trabajo limpia y ordenada.

3.9 Los pacientes que requieran información o no cumplan con los requisitos en las recolecciones de orina deben enviarse al cubículo de pre-examen (nefrología).

3.10 Todo el personal debe respetar el horario establecido para la toma y/o recepción de muestras en las áreas de Toma de Productos y Recepción de Muestras y Entrega de Resultados.

3.11 Los laboratorios son responsables de la autorización de las muestras fuera de horario, firmando las Solicitudes de Estudios.

3.12 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

3.13 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) deberá verificar que cada una de las muestras cumplan con lo establecido en la tabla de criterios de Recepción de Muestras como: Nombre completo del paciente, Número de Registro o folio, Número de Código de Admisión, Analitos correspondientes y color de tubo adecuado.

3.14 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) deberá recibir las muestras de las áreas de hospitalización (Especialidades y áreas críticas debe revisar que cumplan con lo establecido en la tabla de criterios de recepción de muestra y la solicitud de estudio de laboratorio ver anexo 10.1.

3.15 La Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales) verificará que las solicitudes correspondan con las muestras recibidas.

4. DESCRIPCÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	1	Recibe al familiar y/o responsable del paciente en la ventanilla, requiere Solicitud de Examen de Laboratorio correspondiente y verifica que esté completamente requisitada Nota: Ver anexo 10.1.	Solicitud de Examen de Laboratorio
	2	Captura los datos del paciente, así como la clave del o los estudios a realizar en el sistema electrónico, de acuerdo al catálogo de exámenes de laboratorio.	Sistema (Winlab)
	3	Asigna fecha de cita para la toma y/o entrega de muestra de acuerdo a la fecha de consulta establecida por el médico.	
	4	Imprime el Comprobante de Cita, entrega al familiar y/o responsable del paciente y proporciona indicaciones necesarias respecto a las condiciones en las que se tiene que presentar para la toma, recolección o entrega de la muestra. Nota: Las indicaciones se encuentran impresas en el comprobante de la cita y para la recolección de muestras microbiológicas y toma de muestras para glucosa e insulina, preprandial y postprandial se entrega de manera impresa a través de los folletos de indicaciones.	Comprobante de Cita
	5	Llama al familiar y/o responsable del paciente, de acuerdo a la ficha o turno asignado y solicita Comprobante de Cita, Solicitud de Examen de Laboratorio y Ticket de pago	Ticket de Pago

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	6	Registra en el sistema electrónico el número de cita y verifica que los datos del paciente y estudio a realizar sean correctos de acuerdo con la Solicitud de Examen de Laboratorio.	
	7	Recibe y verifica que la(s) muestra(s) recolectadas por el paciente cumplan con los requisitos, establecidos por los Laboratorios. Nota: Ver Tabla de Criterios de Recepción de Muestras. Procede: ¿Las muestras cumplen?	
	8	No: Rechaza las muestras e indica al familiar y/o responsable del paciente entregue nuevamente la muestra. Regresa a la Actividad 7.	
	9	No: Rechaza las muestras e indica al familiar y/o responsable del paciente entregue nuevamente la muestra. Regresa a la Actividad 7.	
	10	Imprime etiquetas de código de barras, agrega a la Solicitud de Examen de Laboratorio y entrega al familiar y/o responsable del paciente. Asimismo, informa que debe esperar en la sala hasta que le llamen de acuerdo a su turno, o bien, pasar al área de urocultivos.	Etiquetas de código de barras Solicitud de Examen de Laboratorio

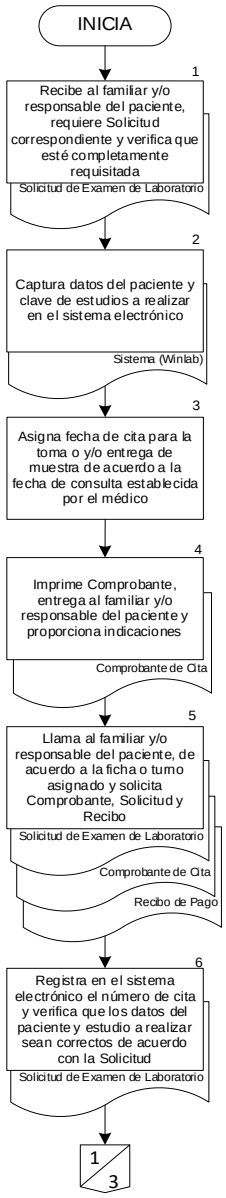
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	11	Llama al consultorio correspondiente, al familiar y/o responsable del paciente y al paciente, de acuerdo a la ficha o turno y le pide la Solicitud de Examen de Laboratorio.	
	12	Identifica qué tipo de estudio es requerido.	
	13	Toma la muestra al paciente de acuerdo a la Instrucción de trabajo correspondiente a la toma de muestra.	
	14	Indica al familiar y/o responsable del paciente el término de la obtención de la muestra, así como las recomendaciones o cuidados que debe tomar en cuenta después de la obtención de la muestra. Nota: Si el paciente tiene una toma de urocultivo se envía a la sala de espera de Urocultivos.	
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	15	Verifica que cada una de las muestras cumplan con lo establecido en las Tablas de Criterios de Recepción de Muestra y que las etiquetas estén libres de manchas o rotas y contengan los siguientes datos: a) Nombre completo del paciente. b) Número de registro o folio. c) Número de código de admisión. d) Analitos correspondientes a los indicados en la solicitud. e) Color de tubo adecuado al estudio solicitado. Procede: ¿Las muestras cumplen?	Etiquetas Reporte de Producto No Conforme Formatos de Validación Solicitudes de Estudios

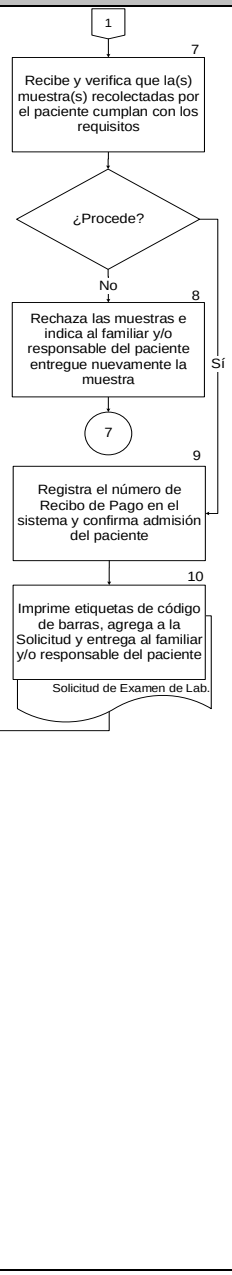
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	16	No: Notifica al módulo de recepción, para registrar el incumplimiento en el Reporte de Producto No Conforme y para asegurar que la muestra se vuelva a obtener. Termina. Nota: Dichas muestras se resguardan en el lugar asignado para el producto no conforme.	
	17	Sí: Registra en los formatos correspondientes, Validación de Muestras de Sangre, Validación de Muestras Laboratorio de Parasitología, Validación de Muestras de Urocultivos, Validación de Muestras de Bacteriología y Validación de Muestras de Banco de Sangre.	
	18	Entrega o envía las muestras de acuerdo al medio de transporte indicado en la Tabla de Criterios de Recepción de Muestra, junto con las Solicitudes de Estudios y solicita firma de recibido y de conformidad en el formato de Validación de muestras correspondiente. Nota: Las muestras se entregan a través del tubo neumático o directamente al personal del laboratorio cuando las muestras no pueden enviarse a través de éste medio. Para el envío de muestras a través del tubo neumático, deberán colocarse de 10 en 10 muestras, asegurando que vayan bien tapadas, en contenedores especiales según corresponda para su transporte, agregando las solicitudes correspondientes a cada muestra.	

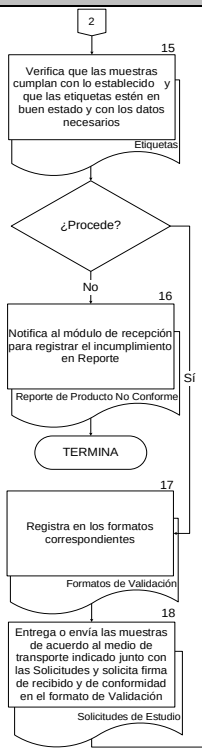
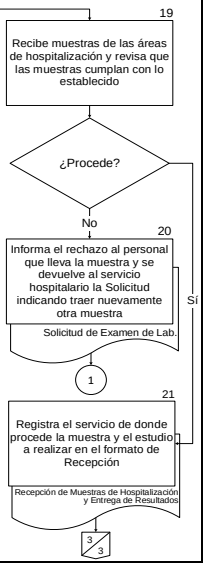
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento(Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	19	Recibe muestras de las áreas de hospitalización (especialidades y áreas críticas) y revisa que las muestras cumplan con lo establecido en la Tabla de Criterios de Recepción de Muestra y la Solicitud de Estudio de Laboratorio con el Anexo 10.1. Procede: ¿La muestra cumple?	Solicitud de Examen de Laboratorio Recepción de Muestras de Hospitalización y Entrega de Resultados Etiqueta de código de barras
	20	No: Informa el rechazo al personal que lleva la muestra y se devuelve al servicio hospitalario la Solicitud de Examen de Laboratorio indicando traer nuevamente otra muestra. Regresa a la Actividad 1.	
	21	Sí: Registra el servicio de donde procede la muestra y el estudio a realizar en el formato Recepción de Muestras de Hospitalización y Entrega de Resultados.	
	22	Ingresa los datos de los estudios solicitados al sistema electrónico.	
	23	Imprime la etiqueta de código de barras y pega a un costado de la Solicitud de los Estudios de Laboratorio requeridos por las áreas de Hospitalización.	
	24	Coloca las muestras y solicitudes en las gradillas por laboratorio, según corresponda.	

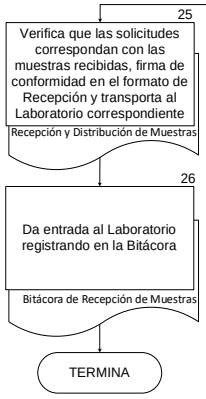
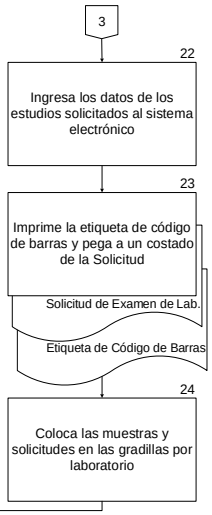
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	25	Verifica que las solicitudes correspondan con las muestras recibidas, firma de conformidad en el formato de Recepción y Distribución de Muestras y transporta al Laboratorio correspondiente.	Solicitudes Recepción y Distribución de Muestras
	26	Da entrada al Laboratorio registrando en la Bitácora de Recepción de Muestras, solo los estudios de especialidad. TERMINA PROCEDIMIENTO	Bitácora de Recepción de Muestras

5. DIAGRAMA DE FLUJO

Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)
				

Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)
				

Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)
				

Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Laboratorio del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorista Químico del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Técnico Laboratorista del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Toma de Productos del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)	Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (Personal de Recepción de Muestras y Entrega de Resultados del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales)
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Examen de Laboratorio	6 años	Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Archivo Clínico)	M-3-1-28 (a-b)

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Analito: Es una sustancia, la cual puede ser un ion, un elemento, o incluso un compuesto determinado, que posee un interés en una muestra, pues es la parte que se desea analizar.

8.2 Bacteriología: Parte de la microbiología que estudia las bacterias, sus clases, formas de reproducción y métodos para controlarlas o destruirlas.

8.3 Glucosa postprandial: Son los niveles de azúcar en la sangre a las 2 horas de comer. Una concentración de glucosa postprandial de 200 mg/dl es un indicador de diabetes u otras enfermedades del metabolismo de la glucosa.

8.4 Glucosa preprandial: Son concentraciones de glucosa antes de comer, es decir, en ayuna.

8.5 Parasitología: Parte de la biología que estudia los parásitos y su relación con el hospedante, especialmente con el ser humano.

8.6 Urocultivo: Es un estudio llevado a cabo por el laboratorio de microbiología, consiste en realizar un cultivo de orina con la finalidad de identificar el germen causal de una infección urinaria.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Requisitos para la Solicitud de Examen de Laboratorio.

10.2 Información contenida en las etiquetas de código de barras.

10.3 Solicitud de Examen de Laboratorio

10.1 REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO

Relativos al paciente:		
∠ Nombre	∠ Peso y Talla	∠ Edad
∠ Número de registro o folio	∠ Sexo	∠ Probable diagnóstico

Relativos al Departamento y/o Servicio de consulta: nombre del servicio en que se trata al paciente y cama si es que el paciente está hospitalizado.

Relativos al médico: nombre, firma y clave del médico.

Otros datos complementarios, necesarios en algunos casos para Toma de productos:

- Medicamento que ingiere el paciente.
- Fecha de la última regla.
- Fecha de la última transfusión.
- Hematocrito.
- Hemoglobina.
- Parasitosis que se sospecha.
- Si es donador.

Otros datos complementarios, necesarios en algunos casos para Recepción de Muestras y Entrega de Resultados.

- Nombre del medicamento que ingiere el paciente, dosis y hora de la última dosis.
- La paciente está menstruando
- Fecha de la última transfusión.
- Hora de la toma de muestra.
- Si es donador.

10.2 INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS ETIQUETAS DE CÓDIGO DE BARRAS

El código constituye la identificación numérica única del paciente y de sus muestras que serán analizadas en el laboratorio, siendo imposible que se duplique dicho código mientras las muestras aún se siguen procesando.

10.3SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO (1)

INP

Instituto Nacional de Pediatría

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ESTUDIOS ESPECIALES

"SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO"

Nombre del paciente: _____

Registro no.: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Diagnóstico: _____

Medicamentos administrados: _____

QUÍMICA CLÍNICA EN SANGRE							
CLAVE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	NOMBRE DEL ESTUDIO	CLAVE WINLAB		CLAVE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	NOMBRE DEL ESTUDIO	CLAVE WINLAB
500165	GLUCOSA	28		500243	AST (ASPARTATO AMINOTRANSFERASA)	17
500134	NITRÓGENO UREICO	25		500243	ALT (ALANINO AMINO TRANSFERASA)	18
500133	CREATININA	27		500244	ALP (FOSFATASA ALCALINA)	15
500008	ACIDO URICO	4		500136	LDH (DESHIDROGENASA LÁCTICA)	16
500091	BILIRRUBINAS	60, 61		500162	GGT (GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA)	19
500145	SODIO	6		500122	CK (CREATINA CINASA)	20
500145	POTASIO	7		500018	AMILASA	21
500145	CLORO	8		500194	LIPASA	165
500257	CO2 TOTAL (BICARBONATO).	12		Cálculo	UREA	52
500098	CALCIO	44		Cálculo	RELACIÓN UREA/CREATININA	54
500157	FÓSFORO	10		Cálculo	BILIRRUBINA INDIRECTA	62
500197	MAGNESIO	11		Cálculo	ANIÓN GAP	53
500216	PROTEINAS TOTALES	45		Cálculo	GLOBULINA	51
500203	ALBÚMINA	46		Cálculo	RELACIÓN ALBÚMINA/GLOBULINA	55
500113	COLESTEROL	5		Cálculo	LDL COLESTEROL	26
500245	TRIGLICÉRIDOS	22		Cálculo	VLDL COLESTEROL	26
500328	HDL COLESTEROL	13		Cálculo	OSMOLARIDAD SERICA	56
DROGAS TERAPEÚTICAS						
500006	AC. VALPROICO	63		500100	CARBAMAZEPINA	64
500151	FENOBARBITAL	65		500232	TEOFILINA	68
500139	FENITOINA (DFH)	66		500140	DIGOXINA	69

M-3-1-28 a

10.3 SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO (2)

CLAVE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	NOMBRE DEL ESTUDIO	CLAVE WINLAB	CLAVE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	NOMBRE DEL ESTUDIO	CLAVE WINLAB
FISIOLOGÍA ACIDO - BASE					
500163	GASES, ELECTROLITOS, METABOLITOS, COOXIMETRIA	*85*	*500005*	LACTATO	*38*
LÍQUIDOS CORPORALES					
500110	CITOQUÍMICO DE LCR	*164*		CITOLÓGICO DE LCR	*174*

HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN

CLAVE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	NOMBRE DEL ESTUDIO	CLAVE WINLAB	CLAVE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	NOMBRE DEL ESTUDIO	CLAVE WINLAB
500092	BIOMETRÍA HEMÁTICA	*100*	*500234*	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	*114*
500316	RETICULOCITOS	*126*	*500236*	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTPa)	*115*
500327	ERITROSEDIMENTACIÓN (VSG)	*104*	*500153*	FIBRINÓGENO	*116*

Médico solicitante:

Nombre y firma

Servicio solicitante: _____ Fecha de solicitud: _____

Servicio de destino del informe: _____

Personal que realizó la toma de muestra

Nombre y clave

Fecha de recolección de muestra: _____ Hora de recolección de muestra: _____

Sitio anatómico de donde proviene la muestra: _____ Tipo de muestra primaria: _____

Recepción de la muestra de laboratorio

Nombre y firma del responsable

Fecha de recepción de muestra: _____ Hora de recepción de muestra: _____

Identificación dada a la muestra por el laboratorio: _____

M-3-1-28 b

6. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

1. PROPÓSITO

Establecer lineamientos para la programación y ejecución de las intervenciones quirúrgicas, con base al tipo de patología, nivel de urgencia y capacidad del Departamento o Servicio, con la finalidad de optimizar la realización de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos que requiera el paciente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Dirección Médica (Médico Adscrito a Subespecialidades), Identifica el tipo de cirugía a desarrollar, revisa en el Expediente clínico el diagnóstico, menciona al paciente especificaciones y condiciones en la cual deberá presentarse el día de la cirugía, Realiza intervención Quirúrgica Subdirección de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidades) recibe y revisa documentación que contenga datos completos y firmas de autorización del médico adscrito. Subdirección de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades), Solicita expedientes clínicos de acuerdo al tipo de cirugía. y prepara la salida del paciente. Subdirección de enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidad) Requisita formato de consumo de material de curación y suturas de acuerdo a lo utilizado en la intervención quirúrgica. Dirección Médica (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades) Realiza Valoración de Evolución Postanestésica del paciente para autorizar el egreso de la Sala de Recuperación.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de Dirección Médica (Médico Adscrito a Subespecialidad), Subdirección de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidades, (Subdirección de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades), Subdirección de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades), Dirección Médica (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades) llevar a cabo este procedimiento.

3.2 A todo paciente que se le practique procedimientos médico-quirúrgicos, con fines diagnósticos y terapéuticos, se le deberá requisitar la Carta de Consentimiento Bajo Información General (M-0-30 a-b) en los eventos que señala la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

3.3 Los Departamentos y Servicios de la Subdirección de Cirugía serán los responsables de que las conductas prácticas médicas se lleven a cabo de acuerdo a los criterios de calidad señalados por el “Consejo de Salubridad General”. (Criterios de Evaluación, Capítulos de Procesos y Resultados, abril 2003).

3.4 La Dirección Médica (Médico Adscrito a Subespecialidad), Subdirección de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidades, (Subdirección de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades), Subdirección de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades), Dirección Médica (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades)serán los responsables de vigilar que los cuidados y tratamiento instalados en un paciente, sean consistentes con los protocolos clínicos y criterios particulares del servicio, así como las indicaciones de la medicina basada en evidencias o guías clínicas desarrolladas, adaptadas o adoptadas por el Instituto.

3.5 Para el internamiento del paciente, éste deberá estar acompañado por el familiar y/o responsable legal del mismo.

3.6 La Dirección Médica (Médico Adscrito a Subespecialidades) y/o Residente, será el responsable de recabar los datos en la Carta de Consentimiento Bajo Información General (M-0-30 a-b) y recabar la firma del familiar y/o responsable del paciente en la misma, antes de que se proceda a realizar el procedimiento médico-quirúrgico, así como la firma de dos testigos.

3.7 La Dirección Médica (Médico Adscrito a Subespecialidades) es el responsable de revisar y autorizar la documentación emitida en el Departamento o Servicio.

3.8 Todo paciente grave que amerite estudios de gabinete deberá ser acompañado además de la Enfermera, por un Médico residente.

3.9 En casos urgentes, se localizará al familiar y/o responsable a través de la Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Trabajo Social) para notificarle el estado de salud de su paciente, de no localizarlo se procederá conforme a lo estipulado en la normatividad del Expediente Clínico.

3.10 En caso de fallecimiento del paciente dentro del área de quirófano, el médico responsable, deberá solicitar al familiar y/o responsable la autorización para realizarle la autopsia.

3.11 El incumplimiento de las actividades de este procedimiento, se sancionará de acuerdo con la legislación vigente que competa a cada caso específico, ya que este procedimiento es de observancia general para todo el personal involucrado.

3.12 Todo el personal involucrado en la entrega-recepción de expedientes clínicos deberá verificar que el número de los mismos, corresponda con el número asignado en los controles administrativos establecidos, debiendo existir siempre un responsable tanto de la guarda y custodia como de que estén con la debida oportunidad para el área que lo requiera.

3.13 El horario de atención para cirugías programadas es de lunes a jueves de 8:15 a 14:30 horas, y viernes de 10:00 a 14:30 horas.

3.14 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un "@" en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

3.15 El Subdirector de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidades) será responsable de recibir y revisar la documentación que contenga los datos completos y firmas de autorización del médico adscrito, familiar y/o responsable.

3.16 El Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades), Solicitará expedientes clínicos de acuerdo al tipo y programación de cirugía, anexará al expediente clínico la documentación para su ingreso de acuerdo al tipo de cirugía.

3.17 La Subdirección de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades) deberá requisitar el formato de Consumo de Material de Curación y Suturas de acuerdo a lo utilizado en la intervención quirúrgica.

3.18 La Dirección Médica (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades) será el responsable de la realizar la valoración de evolución Postanestésica del paciente para autorizar el egreso de la Sala de Recuperación y determina transferencia.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)	1	Identifica el tipo de cirugía a desarrollar, con base en la valoración realizada en el proceso de Consulta de: Subespecialidades Programadas ∠ Ambulatoria ∠ Hospitalaria No Programadas ∠ Urgencias Relativas ∠ Urgencias Absolutas Considerando las condiciones clínicas del paciente, posibilidades de egreso al termino del procedimiento y/o necesidades del servicio.	Formatos Copia Formatos Libreta de Programación de Cirugías y Turnos Quirúrgicos Solicitud de Cirugía Ambulatoria (M-2-0-05) Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b) Orden de Pago por Servicios (A-2-2-11) Solicitud de Intervención Quirúrgica (M-2-0-06)
	2	Requisita formatos en original y copia según tipo de cirugía: Ambulatoria: Solicitud de Cirugía Ambulatoria, Carta de Consentimiento Bajo Información, y Orden de Pago por Servicios. Hospitalaria: Solicitud de Intervención Quirúrgica y Carta de Consentimiento Bajo Información. Urgencias: Solicitud de Intervención Quirúrgica y Carta de Consentimiento Bajo Información.	
	3	Informa al área de Valoración Preanestésica de la Coordinación de Quirófano para su preparación.	
	4	Programa intervención quirúrgica en libreta de programación de cirugías y turnos quirúrgicos.	
	5	Turna al paciente y al familiar y/o responsable al control de enfermería de consulta externa con los formatos anteriormente requisitados.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidades)	6	Recibe y revisa documentación que contenga: datos completos y firmas de autorización del médico adscrito, familiar y/o responsable y testigos, entrega al familiar y/o responsable Carnet de Citas y Solicitud de Intervención de Cirugía, según el tipo de cirugía. Nota: En caso de Cirugía Ambulatoria se entrega Orden de Pago por Servicios que deberá ser cubierto antes de la Valoración Preanestésica y el familiar acude al banco de sangre por comprobante de donación.	Documentación Carnet de Citas (M-0-32 a-b) Solicitud de Intervención Quirúrgica (M-2-0-06)
	7	Turna a Dirección Médica (Médico Adscrito a Subespecialidad) para programar la cita de la Valoración Preanestésica.	
	8	Entrega al familiar y/o responsable la Carta de Consentimiento Bajo Información para que comiencen a leerla en lo que llega su turno de pasar.	Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b)
Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)	9	Revisa en el expediente clínico el diagnóstico, historia médica y exámenes de laboratorio y valora, a través de un interrogatorio, así como de una revisión del paciente, el estado físico actual del paciente conforme a la Lista de Verificación Valoración Preanestésica y determina si procede la intervención quirúrgica. Procede: ¿El estado del paciente es viable para realizar la Intervención Quirúrgica?	Expediente Clínico Lista de Verificación Valoración Preanestésica (M-2-6-06 a-b) Hoja de Captación de Valoración Preanestésica (M-2-0-13)

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)	10	No: Regresa al paciente y familiar y/o responsable legal al Departamento o Servicio correspondiente informando la causa por la cual no procede la intervención quirúrgica y recomienda los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes.	
	11	Registra en el formato de Hoja de Captación de Valoración Preanestésica y anexa al expediente clínico los resultados de la Lista de Verificación Valoración Preanestésica. Termina.	
	12	Sí: Determina tipo de anestesia, programa cirugía, anexa al expediente clínico los resultados de la Lista de Verificación Valoración Preanestésica.	
	13	Turna Hoja de Captación de Valoración Preanestésica y solicitud de cirugía según el tipo de cirugía al área de Estadística e Informática de Quirófano para realizar la captura de la programación de la misma de acuerdo a la instrucción de trabajo de Programación de Cirugías.	
	14	Menciona al paciente y a su familiar las especificaciones y condiciones en las cuales deberá de presentarse el paciente el día de la cirugía. Nota: En caso de cirugías no programadas la valoración anestésica se realiza en el área de urgencias, área hospitalaria o quirófano. Nota: En caso de requerir valoraciones especiales ver Anexo 10.1.	

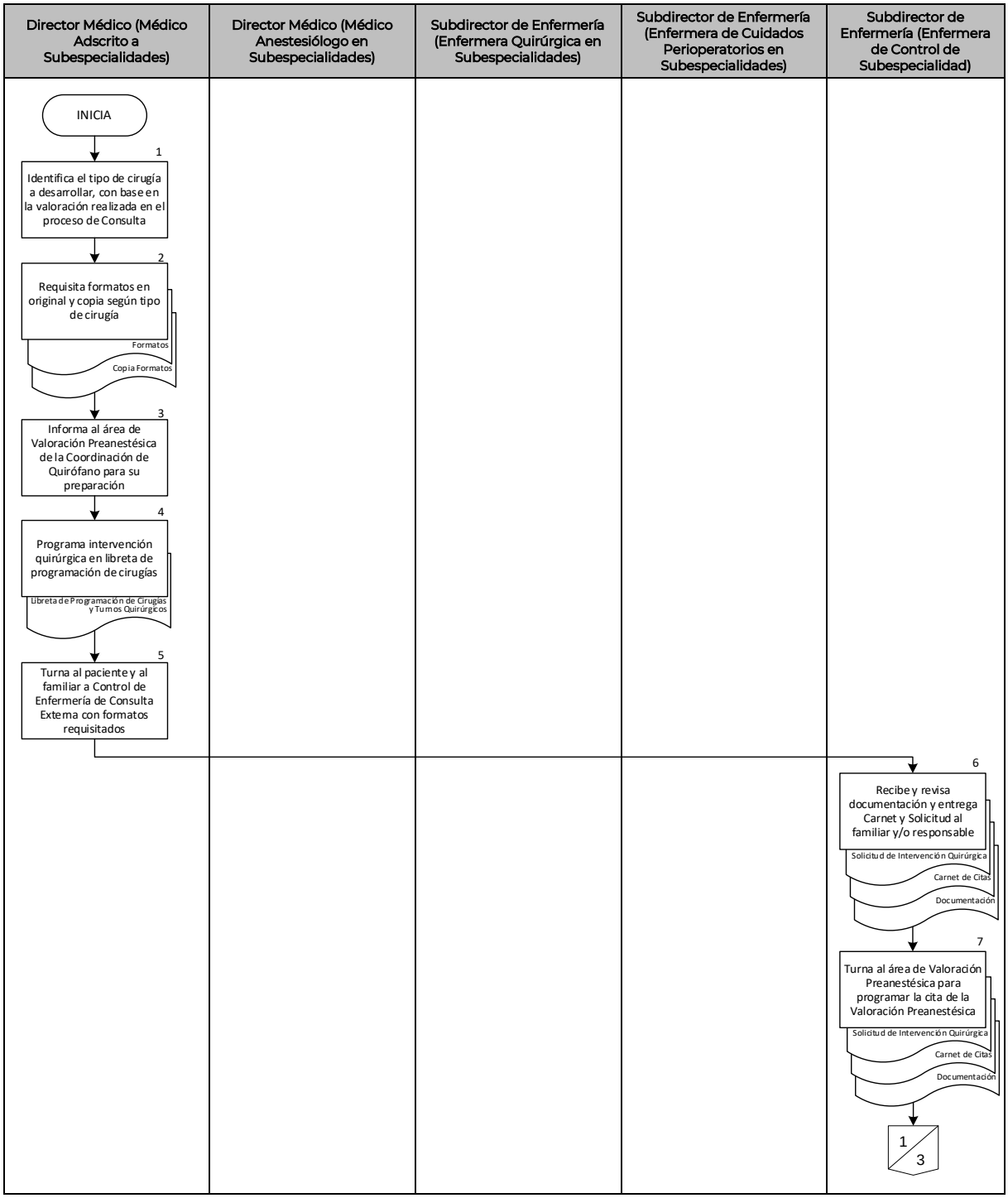
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades)	15	Solicita expedientes clínicos de acuerdo al tipo de cirugía y la programación de cirugías: Programada: Solicita expediente al archivo clínico. No programadas: ∠ Paciente Hospitalizado: El Departamento o Servicio tratante envía el expediente clínico junto con el paciente. ∠ Urgencias: El área crítica envía el expediente clínico junto con el paciente o en su caso por número de Folio Nota: En caso de que existan eventos que impidan el procedimiento quirúrgico en coordinación con el Cirujano, Anestesiólogo y Jefa de enfermería se establece la causa de suspensión y se registra en la Cédula de Suspensión Quirúrgica y se entrega a Control de Quirófano para que sea revisada y entregada a la ventanilla de Programación Quirúrgica para que llamen al familiar del paciente y acudan por la reprogramación de la cirugía.	Expedientes Clínicos Programación de Cirugías Índice Quirúrgico (M-2-0-07) Resumen de Intervención Quirúrgica (M-2-0-12) Registro Anestésico (M-2-6-01 a-b) Autorización para el Marcaje del Sitio Quirúrgico (M-2-0-25) Lista de Verificación para la Seguridad en el Quirófano (M-2-0-26)

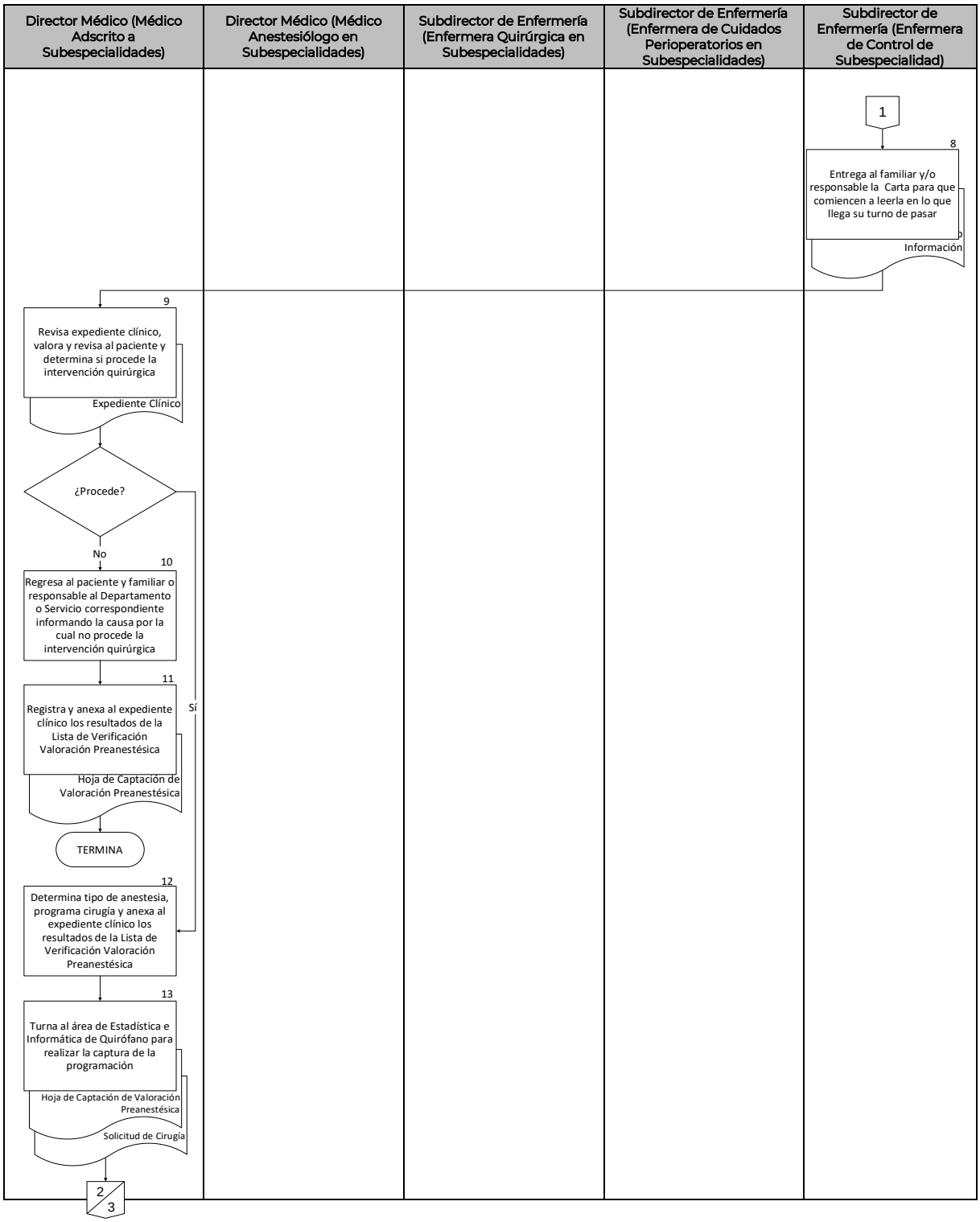
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades)	16	Anexa al expediente clínico la documentación para su ingreso de acuerdo al tipo de cirugía: a) Ambulatoria: Índice Quirúrgico, Resumen de Intervención Quirúrgica, Registro Anestésico, Autorización para el Marcaje del Sitio Quirúrgico, Lista de Verificación para la Seguridad en el Quirófano, Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico y Consumo de Material de Curación y Suturas, Receta Médica y coloca identificación del paciente en muñeca. b) Hospitalaria / Urgencias: Índice Quirúrgico, Resumen de Intervención Quirúrgica, Registro Anestésico, Autorización para el Marcaje del Sitio Quirúrgico, Lista de Verificación para la Seguridad en el Quirófano, Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico y Consumo de Material de Curación y Suturas.	Receta Médica (M-0-23) Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico (M-2-0-10 a-b) Consumo de Material de Curación y Suturas (M-2-0-15 a-b).
Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)	17 18	Realiza intervención quirúrgica. Concluye cirugía -En caso de requerir estudios histopatológicos transoperatorios turna a la Enfermera quirúrgica para su envío al departamento de patología -En caso de defunción se comunica a Relaciones Hospitalarias y la Enfermera quirúrgica prepara al paciente y requisita documentación correspondiente. Continúa en procedimiento Trámite Administrativo para el Egreso Hospitalario por Mejoría o Defunción.	

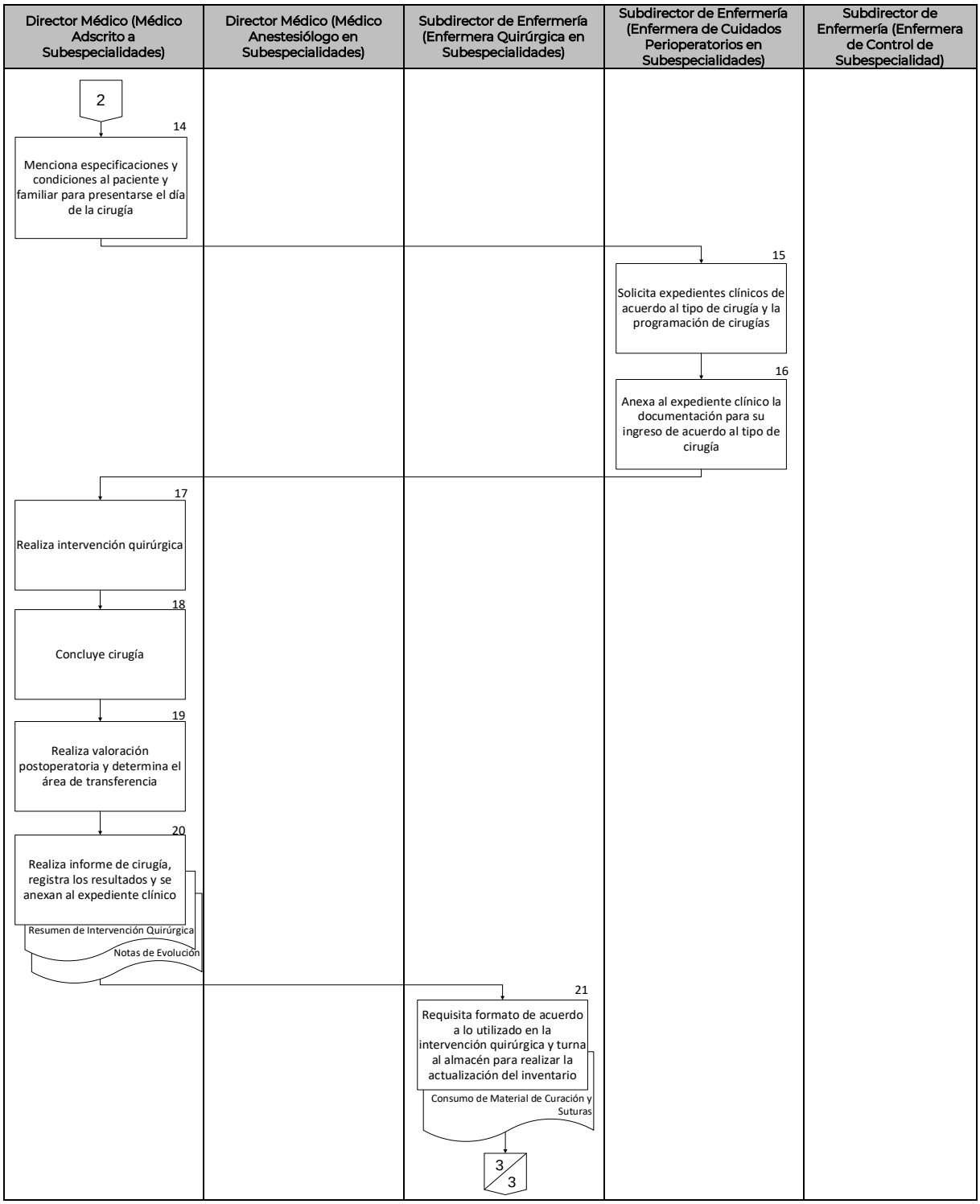
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)	19	Realiza valoración postoperatoria y determina el área de transferencia. a) Sala de Recuperación. b) Medicina Crítica (Terapia Intensiva, Neonatología o Urgencias). --- Nota: Continúa en los procedimientos de Medicina Crítica. Nota: En caso de requerir estudios postoperatorios específicos, se realiza solicitud de acuerdo al estudio.	
	20	Realiza informe de cirugía y registra los resultados, Nota Médica de la intervención quirúrgica e indicaciones médicas en Notas de Evolución y Resumen de Intervención Quirúrgica y se anexan al expediente clínico.	
Subdirector de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades)	21	Requisita el formato de Consumo de Material de Curación y Suturas de acuerdo a lo utilizado en la intervención quirúrgica y turna al almacén para realizar la actualización del inventario, de acuerdo al procedimiento Control de Subalmacén de Quirófano.	
	22	Registra resultados postoperatorios en el formato Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico y turna a Enfermera de Cuidados Perioperatorios para su seguimiento	
Director Médico (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades)	23	Realiza Valoración de Evolución Postanestésica del paciente para autorizar el egreso de la Sala de Recuperación y determina transferencia.	Notas de Evolución M-0-03 (a-b)
	24	Indica a la Enfermera Quirúrgica el egreso del paciente, determina transferencia y registra la autorización del alta de la sala de recuperación en las Notas de Evolución. a) Alta b) Ingreso a hospitalización	

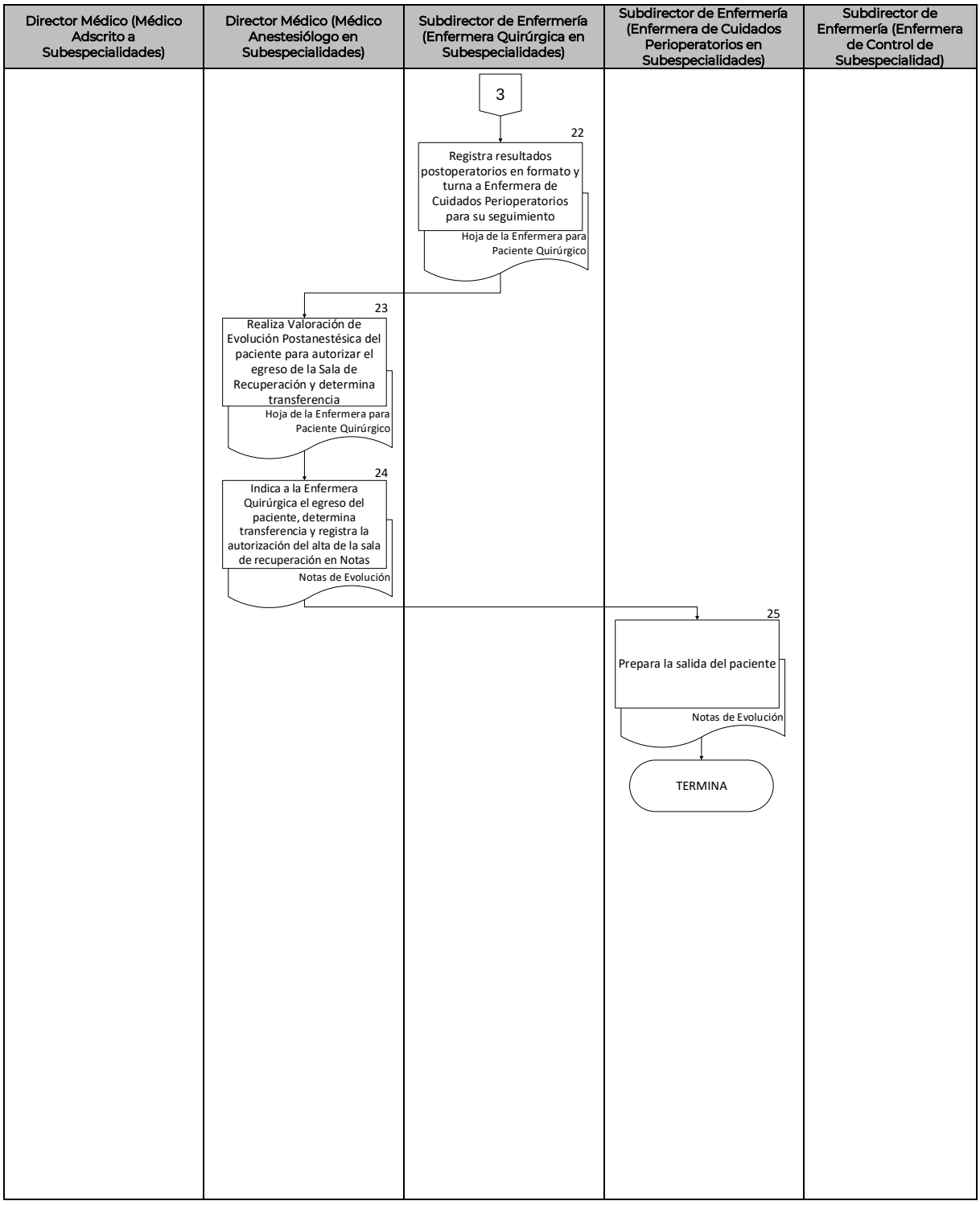
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades)	25	Prepara la salida del paciente a) Alta: Transfiere al paciente al vestidor y lo entrega al familiar y/o responsable para su salida. Continúa en el Procedimiento de Consulta y Atención Médica a Pacientes en Subespecialidad. b) Ingreso a hospitalización: Avisa a la Enfermera de hospitalización de la subespecialidad correspondiente el alta de piso para realizar el traslado del paciente y proporciona informes de los resultados y eventos registrados durante la intervención quirúrgica. Continúa en el Procedimiento de Ingreso y Egreso Hospitalario. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)
Director Médico (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidad)
1
8
Entrega al familiar y/o responsable la Carta para que comiencen a leerla en lo que llega su turno de pasar
Información
9
Revisa expediente clínico, valora y revisa al paciente y determina si procede la intervención quirúrgica
Expediente Clínico
¿Procede?
No
Sí
10
Regresa al paciente y familiar o responsable al Departamento o Servicio correspondiente informando la causa por la cual no procede la intervención quirúrgica
11
Registra y anexa al expediente clínico los resultados de la Lista de Verificación Valoración Preanestésica
Hoja de Captación de Valoración Preanestésica
TERMINA
12
Determina tipo de anestesia, programa cirugía y anexa al expediente clínico los resultados de la Lista de Verificación Valoración Preanestésica
13
Turna al área de Estadística e Informática de Quirófano para realizar la captura de la programación
Hoja de Captación de Valoración Preanestésica
Solicitud de Cirugía
2/3


Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)
Director Médico (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidad)
2
14
Menciona especificaciones y condiciones al paciente y familiar para presentarse el día de la cirugía
15
Solicita expedientes clínicos de acuerdo al tipo de cirugía y la programación de cirugías
16
Anexa al expediente clínico la documentación para su ingreso de acuerdo al tipo de cirugía
17
Realiza intervención quirúrgica
18
Concluye cirugía
19
Realiza valoración postoperatoria y determina el área de transferencia
20
Realiza informe de cirugía, registra los resultados y se anexan al expediente clínico
Resumen de Intervención Quirúrgica
Notas de Evolución
21
Requisita formato de acuerdo a lo utilizado en la intervención quirúrgica y turna al almacén para realizar la actualización del inventario
Consumo de Material de Curación y Suturas
3/3


Director Médico (Médico Adscrito a Subespecialidades)
Director Médico (Médico Anestesiólogo en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera Quirúrgica en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Cuidados Perioperatorios en Subespecialidades)
Subdirector de Enfermería (Enfermera de Control de Subespecialidad)
3
22
Registra resultados postoperatorios en formato y turna a Enfermera de Cuidados Perioperatorios para su seguimiento
Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico
23
Realiza Valoración de Evolución Postanestésica del paciente para autorizar el egreso de la Sala de Recuperación y determina transferencia
Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico
24
Indica a la Enfermera Quirúrgica el egreso del paciente, determina transferencia y registra la autorización del alta de la sala de recuperación en Notas
Notas de Evolución
25
Prepara la salida del paciente
Notas de Evolución
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Procedimiento de Programación e Intervención Quirúrgica.	N/A
6.2 Procedimiento "Consulta y Atención Médica a Pacientes en Subespecialidad".	N/A
6.3 Procedimiento "Ingreso y Egreso Hospitalario".	N/A
6.4 Procedimiento "Medicina Crítica" (Medicina Critica).	N/A
6.5 Procedimiento "Trámite Administrativo para el Egreso Hospitalario por Mejoría o Defunción" (Relaciones Hospitalarias).	N/A
6.6 Procedimiento "Control de Subalmacén de Quirófano".	N/A
6.7 Instrucción de Trabajo "Programación de Cirugía".	N/A
6.8 Instrucción de Trabajo "Circulación de Quirófano".	N/A
6.9 Instrucción de Trabajo "Preparación de Mesas Quirúrgicas".	N/A
6.10 Instrucción de Trabajo "Cuidados Postoperatorios".	N/A
6.11 Manual de Instrucciones de Trabajo (Cuidados Enfermeros).	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Autorización para el Marcaje del Sitio Quirúrgico	N/A	N/A	M-2-0-25
7.2 Carnet de Citas	N/A	Familiar y/o responsable del paciente	M-0-32 (a-b)
7.3 Carta de Consentimiento Bajo Información General	6 años	Expediente Clínico	M-0-30 (a-b)
7.4 Cédula de Suspensión Quirúrgica	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-18
7.5 Comprobante de Donación de Sangre	6 años	Expediente Clínico	M-3-0-25
7.6 Consumo de Material de Curación y Suturas	N/A	N/A	M-2-0-15 (a-b)
7.7 Control de Medicamentos	N/A	N/A	M-2-0-14 (a-b)
7.8 Hoja de Captación de Valoración Preanestésica	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-13

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.9 Hoja de Control de Pérdidas (Sangrado y Líquidos) en la Sala de Operaciones	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-19
7.10 Hoja de Enfermera para Paciente Quirúrgico	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-10 (a-b)
7.11 Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-11 (a-b)
7.12 Índice Quirúrgico	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-07
7.13 Lista de Verificación para la Seguridad en el Quirófano	N/A	N/A	M-2-0-26
7.14 Lista de Verificación Valoración Preanestésica y Preoperatoria	N/A	N/A	M-2-6-06 (a-b)
7.15 Notas de Evolución	6 años	Expediente Clínico	M-0-03 (a-b)
7.16 Orden de Pago por Servicios	N/A	N/A	A-2-2-11
7.17 Receta Médica	N/A	Familiar y/o responsable del paciente	M-0-23
7.18 Registro Anestésico	6 años	Expediente Clínico	M-2-6-01 (a-b)
7.19 Resumen de Intervención Quirúrgica	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-12
7.20 Solicitud de Cirugía Ambulatoria	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-05
7.21 Solicitud de Intervención Quirúrgica	6 años	Expediente Clínico	M-2-0-06

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Bulto quirúrgico:** Es un paquete que contiene material que ha sido esterilizado que se utiliza para impedir o disminuir el riesgo de la transmisión de microorganismos desde el equipo quirúrgico o el propio del paciente hasta la herida quirúrgica abierta.

8.2 **Cirugía Ambulatoria:** Procedimiento quirúrgico que se lleve a cabo sin internación, independientemente se trate de una cirugía mayor o menor, o se practique con anestesia general, regional o local.

8.3 Cirugía Hospitalaria: Procedimiento quirúrgico que requiere que el paciente sea ingresado al establecimiento para su realización, es decir, debe pernoctar, tanto por una condición inherente al procedimiento como también por condiciones propias del paciente.

8.4 Neonatología: Rama de la pediatría que se ocupa de los recién nacidos.

8.5 Urgencia Absoluta: Debe atenderse en el plazo de unas horas.

8.6 Radioterapia: Tratamiento de las enfermedades, especialmente del cáncer, mediante radiaciones.

8.7 Urgencia Relativa: Es aquella en la que se trata de una urgencia que precisa únicamente la atención preferente; es posible la programación, pero no debe demorarse mucho tiempo puesto que, si se retrasa, se produce el agravamiento de la enfermedad.

8.8 Valoración Preanestésica: Acto médico con el cual el anestesiólogo evalúa antes del procedimiento quirúrgico, el riesgo al que se someterá al paciente de realizársele la cirugía, estos riesgos pueden ser inherentes al paciente (enfermedades existentes, alergias, historial familiar, etc.) o inherentes al procedimiento a realizar (sangrado esperado, afectación a sistema respiratorio o cardiovascular, etc.)

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
03	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Autorización para el Marcaje del Sitio Quirúrgico

10.2 Carnet de Citas

10.3Carta de Consentimiento Bajo Información General

10.4 Cédula de Suspensión Quirúrgica

10.5 Comprobante de Donación de Sangre

10.6 Consumo de Material de Curación y Suturas

10.7 Control de Medicamentos

10.8 Hoja de Captación de Valoración Preanestésica

10.9 Hoja de Control de Pérdidas (Sangrado y Líquidos) en la Sala de Operaciones

10.10 Hoja de Enfermera para Paciente Quirúrgico

10.11 Índice Quirúrgico

10.12 Lista de Verificación para la Seguridad en el Quirófano

10.13 Lista de Verificación Valoración Preanestésica y Preoperatoria

10.14 Notas de Evolución

10.15 Orden de Pago por Servicios

10.16 Receta Médica

10.17 Registro Anestésico

10.18 Resumen de Intervención Quirúrgica

10.19 Solicitud de Cirugía Ambulatoria

10.20 Solicitud de Intervención Quirúrgica

10.1 AUTORIZACIÓN PARA EL MARCAJE DEL SITIO QUIRÚRGICO

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

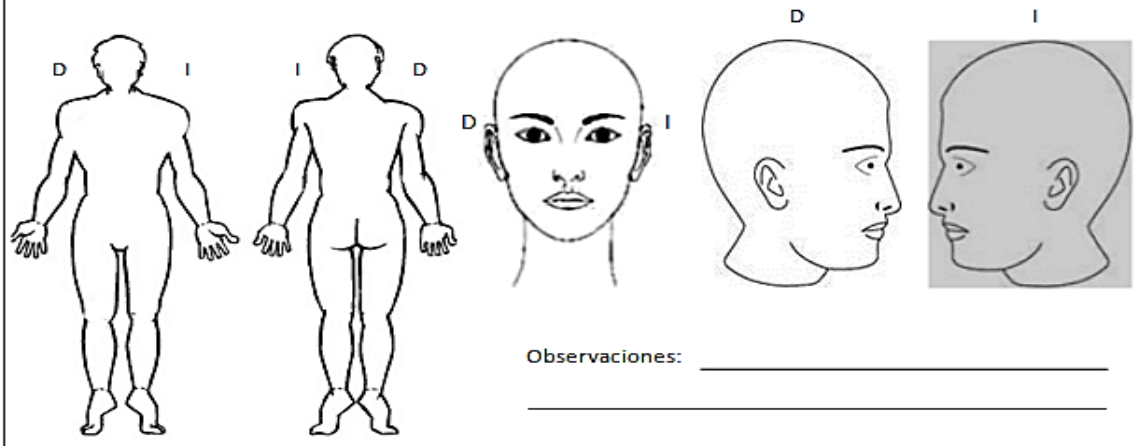
AUTORIZACIÓN PARA EL MARCAJE DEL SITIO QUIRÚRGICO

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Yo _____ representante del paciente. Me identifico con: _____ y manifiesto que doy mí autorización para que el Dr. (a) _____ realice en mí representando, el marcaje del sitio para la realización de la cirugía: _____. Así mismo, que he sido informado en qué consiste el procedimiento de marcaje y que es conveniente para la mayor seguridad. Corroboro que coincide la marca de cuerpo con la del esquema: Aplica ☐ No aplica ☐

Favor de marcar en la piel:
Incisión cutánea =negro
Despegamiento =azul
Área o zona operatoria =rojo



Observaciones: _____

_____

	Nombres completos	Firmas
Paciente ó responsable:	_____	_____
Médico cirujano:	_____	_____
Testigo:	_____	_____
Testigo:	_____	_____

10.2 CARNET DE CITAS

RECOMENDACIONES:

1. Sea Usted puntual.

En el área de Consulta Externa, la puntualidad es indispensable para el correcto funcionamiento del mismo y una mejor atención a su enfermo.

2. Además de la fecha de su cita, en esta tarjeta encontrará anotado el piso al cual tiene(n) Usted(es) que asistir al piso correspondiente, para su consulta.

3. Procure no olvidar nunca esta tarjeta cuando acuda al Hospital; sin ella no podemos atender a su enfermo adecuadamente.

4. Esta tarjeta nos servirá también para llevar un registro de las vacunas que se le aplicarán a su hijo, por lo que le suplicamos la conserve en las mejores condiciones de limpieza posibles.

M-0-32-a

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

"CARNET DE CITAS"

INP

OBSERVACIONES

M-0-32-b

10.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL (1)

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S) DEL PACIENTE: _____

_____

REGISTRO: _____ EDAD: _____

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MEDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL

En _____ a _____ de _____ del 201_____.

El (La) que suscribe Sr. (a) _____

En mi carácter de Paciente ☐ Familiar ☐ Representante legal ☐

Manifiesto que el Dr. _____
me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi padecimiento en: _____

_____

Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento(s):

_____

_____

_____

_____

Los beneficios esperados son:

_____

_____

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:

_____

_____

Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

El (La) que suscribe _____ en pleno uso de mis Facultades, manifiesto estar debidamente enterado (a) del contenido del presente documento, para lo cual firmo para constancia y efectos legales a que haya lugar.

Rev. 1 **M-0-30 a**

10.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL (2)

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

_____

Identificación: _____

TESTIGO 1 **TESTIGO 2**

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

_____ _____ _____

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

Rev. 1 **M-0-30 b**

10.4 CÉDULA DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

"CEDULA DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICA"

FECHA DE SUSPENSIÓN |__|__|__|__|__|__| NUMERO DE EXPEDIENTE |__|__|__|__|__|__| SALA PROGRAMADA |_____|

|_____|_____|_____| Servicio Quirúrgico |_____|
Nombre (s) 1er Apellido 2° Apellido

Procedimiento Quirúrgico	**PRINCIPAL CAUSA DE SUSPENSIÓN**

IDENTIFIQUE POSIBLES CAUSAS:

FALTA DE CAMA UTI		MALA PROGRAMACION		MALA PREPARACION DEL PACIENTE	
FALTA DE MEDICAMENTOS		MAL DIAGNOSTICO		RETARDO EN TRASLADO DEL PACIENTE	
FALTA DE MATERIAL		FALTA DE ESTUDIO DE LABORATORIO		FALTA DE AYUNO DEL PACIENTE EN EL AREA DE HOSPITALIZACION	
FALTA DE ROPA QUIRURGICA		FALTA DE VALORACION ANESTESICA			
FALTA DE TURNO QUIRURGICO		FALTA DE VALORACION POR SUBESPECIALISTA			
FALTA DE PERSONAL		FALTA DE CARTA DE CONSENTIMIENTO			
URGENCIA QUIRURGICA		DIFICULTAD PARA ENTUBAR			
PROCESO INFECCIOSO AGREGADO		EL PACIENTE NO SE PRESENTO		FALLECIMIENTO	
INESTABILIDAD HEMODINAMICA		FALTA DE PAGO			
		DESACUERDO EN LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR PARTE DE LOS PADRES O PACIENTE			

ACCION REALIZADA:

TRATAMIENTO MEDICO:	SI	NO	TIPO:
REPROGRAMACION:	SI	NO	NUEVA FECHA:
OTRAS ACCIONES:	SI	NO	

AUTORIZA LA CEDULA:

NOMBRE Y CLAVE DEL CIRUJANO RESPONSABLE	NOMBRE Y CLAVE DEL ANESTESIOLOGO RESPONSABLE	SUPERVISORA Y/O JEFA DE ENFERMERIA

M-2-0-18

10.5 COMPROBANTE DE DONACIÓN DE SANGRE

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

"COMPROBANTE DE DONACION DE SANGRE"

Comprobante de DONACION para el Servicio Social y para la Oficina de Contabilidad (Cuentas Corrientes).

ACREDITESE a la cuenta del enfermo cuyo nombre y registro se anotaran en los renglones inferiores, la donación de una unidad de sangre.

Nombre:_____ Registro:_____

Departamento y/o Servicio:_____ Cama:_____

Fecha:_____

AUTORIZO:

Nombre:_____ **Clave:**_____ **Firma:**_____

M-3-0-25

10.6 CONSUMO DE MATERIAL DE CURACIÓN Y SUTURAS (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA Y QUIRÓFANO

CONSUMO DE MATERIAL DE CURACIÓN Y SUTURAS

FECHA:_____ CAMA

SALA:_____ **CAMA:**_____ **PESO:**_____ **EDAD:**_____

	CLAVE	DESCRIPCION	CANT.
1	C1440511	CROMICO 0 SH G 124 T	
2	C1440656	CROMICO 0 MH G128	
3	C1440282	CROMICO 1 MH G 129 T	
4	C1440265	CROMICO 2/0 SH G 123 T	
5	C1440264	CROMICO 3/0 SH G 122 T	
6	C1440065	CROMICO 4/0 SH G 121 T	
7	C1440263	CROMICO 5/0 U 202 T	
8	C1440258	DERMABOND A D 6	
9	C1440249	ETHIBOND 0 CT2 B 412 H	
10	C1440312	ETHIBOND 2/0 SH B 523 T	
11	C1440321	ETIBOND # 2 MX 696	
12	C1440323	ETHIBOND 3/0 RB-1 B 522 T	
13	C1440068	ETHIBOND 3/0 SH B 522 T	
14	C1440973	ETHIBOND 4/0 RB-1 B 557 T	
15	C1440250	ETHIBOND 5/0 RB1 B 556 T	
16	C1440322	ETHIBOND # 5 MB 46 G	
17	C1440259	ETHILON 8/0 W 2808	
18	C1440283	ETHILON 9/0 W 2813	
19	C1440849	ETHILON 10/0 W 2814	
20	C1440313	ETHILON 10/0 G - 7719 G OFTALMO	
21	C1440260	ETHILON 11/0 W 2881	
22	C1440517	PDS 5/0 Z126 H	
23	C1440516	PDS 6/0 Z127 H	
24	C1440779	PROLENE 0 CT-1 8424 T	
25	C1440957	PROLENE 2/0 SH CARDIO 8523 T	
		OTROS	

	CLAVE	DESCRIPCION	CANT.
26	C1440974	PROLENE 2/0 SC-26 8185-T	
27	C1440318	PROLENE 3/0 SH CARDIO 8522	
28	C1440277	PROLENE 3/0 RB1 CARDIO 9558 T	
29	C1440069	PROLENE 3/0 SC-24 8184 T	
30	C 1440278	PROLENE 4/0 CARDIO 9557 T	
31	C 1440694	PROLENE 4/0 SC-20 8183 T	
32	C1440247	PROLENE 5/0 RB1 CARDIO 9556T	
33	C1440696	PROLENE 5/0 SC-16 8114 T	
34	C1440244	PROLENE 6/0 CARDIO H 8306 T	
35	C1440279	PROLENE 6/0 SC-16 8160 T	
36	C1440280	PROLENE 7/0 CARDIO M 8304 T	
37	C1440320	PROLENE 8/0 8730 H	
38	C1440270	SEDA 0 SH K 834 T	
39	C1440251	SEDA 1 SH K 835 H	
40	C1440271	SEDA 2/0 SH K 833 T	
41	C1440505	SEDA 3/0 SC 24 184 T	
42	C1440317	SEDA 3/0 SH K 832 H	
43	C1440361	SEDA 4/0 OFTALMO W816	
44	C1440075	SEDA 4/0 RB1 K 871 T	
45	C1440311	SEDA 4/0 SH K 831 H	
46	C1440269	SEDA 5/0 RB1 K 870 T	
47	C1440305	SEDA 6/ 0 OFTALMO W 815	
48	C-1440359	SEDA 6/0 SC-16 181 T	
49	C1440507	SEDA 7/0 OFT. 7733 G	
50	C1440510	VICRYL 8/0 OFTALMO J 547	
		OTROS	

	CLAVE	DESCRIPCION	CANT.
51	C1440509	SIMPLE 2/0 CA G 323 T	
52	C1440237	SIMPLE 2/0 S/A S 103 S H	
53	C1440266	SIMPLE 3/0 SH G 122 T	
54	C1440267	SIMPLE 3/0 S/A S 102S HS	
55	C1440080	SIMPLE 4/0 SC-20 H 121 T	
56	C1440268	SIMPLE 4/0 S/A S 101S H	
57	C1440240	SUTUPACK 0 SS 1031	
58	C1440239	SUTUPACK 1 SS 1038	
59	C1440241	SUTUPACK 2/0 SS 1032	
60	C1440076	SUTUPACK 3/0 SS 1033	
61	C1440256	SUTUPACK 4/0 SS 1034	
62	C-1440518	VICRYL 0 MH J 324	
63	C1440243	VICRYL 0 SH J 318	
64	C1440275	VICRYL 1 CT-1 J 341 H	
65	C1440242	VICRYL 1 CT2 J 335 H	
66	C1440272	VICRYL 2/0 SH J 317 H	
67	C1440273	VICRYL 3/0 SH J 316 H	
68	C1440274	VICRYL 4/0 RB1 J- 304 H	
69	C1440309	VICRYL 4/0 CORT. JP 496 G	
70	C1440023	VICRYL 4/0 SH J 310 H	
71	C1440078	VICRYL 5/0 RB1 J 303	
72	C1440356	VICRYL 5/0 OFTALMO J 571	
73	C1440276	VICRYL 6/0 OFT J 570 G	
74	C1441183	VICRYL 6/0 UROLOGIA	
75	C1440654	VICRYL 7/0 546 G	
		OTROS	

M-2-0-15 s

10.6 CONSUMO DE MATERIAL DE CURACIÓN Y SUTURAS (2)

CLAVE	DESCRIPCION	CANT
C1140623	ADAPTIC	
0600403711	AGUJAS CAL. 20	
0600403745	AGUJAS CAL. 21	
0600403786	AGUJAS CAL. 22	
0600403760	AGUJAS CAL. 25	
0600580153	ALGODÓN	
C1440183	BATAS ESTERILES	
0601250483	BOL. P/ASPIRACION 1000ML.	
0601250491	BOL. P/ASPIRACION 1500ML.	
0601250533	BOL. P/ASPIRACION 3000ML.	
0601250228	BOLSA REC. ORINA NIÑO	
0601250244	BOLSA REC. ORINA NIÑA	
C1440770	CEPILLOS DESECH.	
0601960057	CERA P/HUESO	
0602030165	CINTA DE LINO	
0602330052	CONECTOR GRUESO	
0602330037	CONECTOR EN `" Y "	
0602330011	CONECTOR DELGADO	
C1441567	ELECTRODOS DESECHABLES	
0605320175	FILTERSET	
C1440371	GEL FOAM	
0604560300	GUANTES EST. 6 1/2	
0604560318	GUANTES EST. 7.0	
0604560334	GUANTES EST. 7.5	
0604560359	GUANTES EST. 8	
0604560391	GUANTES P/ASPIRACION	
0609530147	GUATA 5CM	
0609530154	GUATA 10 CM	
0604610162	GUATA 15 CM	
0604830091	HOJAS P/BISTURI N° 10	
0604830117	HOJAS P/BISTURI N° 12	
0604830141	HOJAS P/BISTURI N° 15	

CLAVE	DESCRIPCION	CANT
0601686629	JELCOS CAL. 16	
0601686645	JELCOS CAL. 18	
0601686660	JELCOS CAL. 20	
0601686686	JELCOS CAL. 22	
0601660103	JELCOS CAL. 24	
0605502186	JERINGAS DE 1 ML.	
0605500222	JERINGAS DE 3 ML.	
0605500438	JERINGAS DE 5 ML.	
0605500446	JERINGAS DE 10ML.	
0605500453	JERINGAS DE 20ML.	
0605980036	LLAVE DE TRES VIAS C/ EXT.	
C1440758	LLAVE DE TRES VIAS S/ EXT.	
0605320167	MACROGOTERO	
0605320084	MICROGOTERO	
0603450503	METRISET	
0602030397	MICROPORE ANCHO	
0602030306	MICROPORE ANGOSTO	
C1440995	PLACAS TAMAÑO NEONATAL	
C1440198	PLACAS TAMAÑO PEDIATRICO	
0601689243	SONDA ALIMENTACION N° 5	
0601678089	SONDA ALIMENTACION N° 8	
0601683311	SONDAS FOLEY N° 8	
0601689482	SONDAS FOLEY N° 10	
0601689615	SONDAS FOLEY N° 12	
0601684277	SONDAS LEVIN N° 12	
0601689896	SONDAS LEVIN N° 14	
C1441010	SONDA NELATON N 8	
C1441011	SONDAS NELATON N° 10	
C1441012	SONDAS NELATON N° 12	
C1441013	SONDAS NELATON N° 14	
C1441185	SONDAS PEZZER N° 8	
C1441100	SONDAS PEZZER N° 10	

CLAVE	DESCRIPCION	CANT
0601550304	STERIDRAPE 1040_	
C1441098	STERIDRAPE 1050	
C1440079	SURGICEL	
0608690202	TELA ADHESIVA	
C1440307	TEGADERM 10 X 12 CM.	
C1441033	TEGADERM 6 X 7 CM.	
C1440664	TEGADERM 4 X 4 CM	
0609533278	V. FIBRA DE VIDRIO 10 CM.	
0609533260	V. FIBRA DE VIDRIO 7.6 CM.	
0609532858	V.ELASTICAS 5CM.	
0609532866	V.ELASTICAS 10 CM	
0609532874	V.ELASTICAS 15 CM	
C1440650	VEN.HUATA SINTETICA 5CM.	
C1440652	VEN.HUATA SINTETICA 15CM.	
0609530456	VENDA DE YESO 5 CM.	
C1441501	VENDA DE YESO 7.5 CM	
0609530555	VENDA DE YESO 10.0 CM	
0603452152	EQUIPO DE BLOQUEO	

SOLUCIONES

3601	Sol.Glucosada al 5% 250 ml.	
3630	Sol.Glucosada al 5% 500 ml.	
3603	Sol.Glucosada al 5% 1000 ml.	
3608	Sol.Fisiologica 250 ml	
3609	Sol.Fisiologica 500 ml	
3610	Sol.Fisiologica 1000 ml	
3675	Sol.Irrigacion 500 ml.	
3614	Sol.Hartman 250 ml	
3615	Sol.Hartman 500 ml	
3616	Sol.Hartman 1000 ml	
M-1460024	Sol.Rubin Calcagno 500 ml.	

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
ENFERMERA CIRCULANTE

SERVICIO

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
CIRUJANO

M-2-0-15 b

10.7 CONTROL DE MEDICAMENTOS (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

"CONTROL DE MEDICAMENTOS"

MEDICAMENTOS

clave	Nombre Genérico	Cantidad
4237	Ácido Aminocaproico 5g./20ml.	
611	Adrenalina	
3674	Agua Inyectable 10 mi.	
1957	Amikacina 1OO mg./2ml	
1931	Ampicilina 500 mg.	
204	Atropina 1mg./ml	
3619	Bicarbonato de Sodio 0.75 g.	
4059	Bromuro de Rocuronio 50mg./5ml.	
254	Bromuro de Vecuronio 4mg/2ml.	
271	Bupivacaina 5mg./ml.	
4026	Buprenorfina 0.30mg/ml	
5256	Cefalotina 1 g.	
242	Citrato de Fentanilo 0.5 mg/ml.	
1973	Clindamicina 300 mg./2ml	
1992	Cloramfenicol sol. Iny 1g.	
2822	Cloranfen. Ung. Oft. Tubo 5 mg./g.	
2821	Cloranfenicol Sol. Oft.. 5 mg../ml	
226	Clorhidrato de Ketamina 500 mg/10ml.	
524	Cloruro de Potasio 1.49g.	
5386	Cloruro de Sodio al (17.7)	
252	Cloruro de Suxametonio 40mg./2ml.	
4241	Dexametasona 4 mg./ml	
1928	Dicloxacilina 250mg.	
615	Dobutamina 250 mg.	
614	Dopamina 200gm/5ml.	

MEDICAMENTOS

Clave	Nombre Genérico	Cantidad
3617	Fosfato de Potasio	
3664	Gelatina Blanca al 4%	
1955	Gentamicina 20mg/2ml.	
1954	Gentamicina 80 mg./2ml	
621	Heparina 1000 UI	
622	Heparina 5000UI	
474	Hidrocortisona 100 mg./2ml.	
M1430045	Ketorolaco 30mg./ml.	
262	Lidocaina al 2% 50ml.	
265	Lidoc. al 2% C/Epin. 1g./0.25mg.	
109	Metamizol Sódico (Dipirona) 1g.	
476	Metilprednizolona 500 mg./8ml.	
1241	Metoclopramida 10 mg./2ml.	
1311	Metronidazol 500 mg./ml.	
4057	Midazolam 15mg./ml	
2108	Midazolam 5mg./ml.	
132	Nalbufina 10mg/ml	
M1430276	Nitroglicerina 10ml.	
612	Norepinefrina 4mg./4ml.	
5428	Ondansetron 8 mg./4ml	
2199	Oximetazolina Sol.25 mg.	
3663	Pentalmidonal10%	
244	Propofol Emulsion 200mg.	
1234	Ranitidina50mg./2ml.	
221	Tiopental SodicoX).5g/20ml.	

	MEDICAMENTOS ADICIONALES :	
3626	SOL. FISIOLOGICA 50 ML.	
3627	SOL. FISIOLOGICA 100 ML.	
3624	SOL. GLUCOSA 50ML.	

OTROS		
C1440818	EQUIPO P/BOMBA MEDEX	
C1440166	EQ. P/ PRESION INVASIVA	
0603452152	EQUIPO DE BLOQUEO	
C1441024	CIRCUITO PEDIATRICO	
C1440145	CIRCUITO ADULTO	

NOTA:
INDISPENSABLE LLENAR LOS DATOS AL REVERSO DE LA HOJA

M-2-0-14 a

10.7 CONTROL DE MEDICAMENTOS (2)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA (QUIRÓFANO)
CONTROL DE MEDICAMENTOS

PACIENTES

Nº EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD	ANEST. INICIA	ANEST TERM	TIPO ANESTESIA	PESO	SONDA UTILIZADA	SONDAS DESECHADAS			EST. ESF. #

FECHA DE CONSUMO | SALA | NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO

CONSUMO DE MATERIAL DE CURACION

CLAVE	DESCRIPCION	TAMAÑO	CANT.	TAMAÑO	CANT.	TAMAÑO	CANT.	CLAVE
	BOLSAS DE REHINALACION							
	CANULAS DE GUEDEL							
	ESTETOSCOPIO ESOFAGICO							
	MASCARILLAS							

OBSERVACIONES

M-2-0-14 b

10.8 HOJA DE CAPTACIÓN DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
HOJA DE CAPTACIÓN DE VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA

EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDIMIENTO QX.	AUTORIZADA		OBSERVACIONES O CAUSA DE SUSPENSIÓN
					SI	NO	

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
REALIZO VALORACIÓN

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
RESPONSABLE DE VALORACIÓN

M-2-0-13

10.9 HOJA DE CONTROL DE PÉRDIDAS (SANGRADO Y LÍQUIDOS) EN LA SALA DE OPERACIONES

Instituto Nacional de Pediatría
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
COORDINACIÓN DE QUIRÓFANO

"HOJA DE CONTROL DE PÉRDIDAS (SANGRADO Y LÍQUIDOS) EN LA SALA DE OPERACIONES"

SALA: _____ **FECHA:** _____

GASAS	
COMPRESAS	
SOLUCIONES	
PESO DE GASA SECA	**PESO COMPRESA SECA**
PESO DE GASA HUMEDA	**PESO COMPRESA HUMEDA**
SANGRADO	**DIÚRESIS**

GASA	COMPRESA	ASPIRADOR	TOTAL	

TOTAL DE PÉRDIDAS _____

_____
FIRMA

M-2-0-19

10.10 HOJA DE ENFERMERA PARA PACIENTE QUIRÚRGICO (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
HOJA DE ENFERMERA PARA PACIENTE QUIRURGICO

DEPENDENCIA: _____

SERVICIO: _____ CAMA: _____

INTERVENCION QUIRURGICA: _____ HORA: _____ FECHA: _____

PRE-OPERATORIO: _____ TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ RESPIRACION: _____ TENSION ARTERIAL: _____

MEDICACION PRE-ANESTESICA: _____ HORA DE APLICACIÓN: _____

LIQUIDOS POR VENOCLISIS: _____

CONDICIONES GENERALES DEL NIÑO: _____ HORA DE TRASLADO AL QUIROFANO: _____

HORA DE LLEGADA AL QUIROFANO: _____ TEMP: _____ CONDICIONES DEL NIÑO: _____

HORA	OBSERVACIONES DEL TRANS-OPERATORIO	TEMP.	MEDICAMENTOS	LIQUIDOS POR VENOCLISIS	SANGRE ☐ DONADORES	PLASMA ☐ GRUPO SANGRE	RH

Cuenta de gasas y compresas: _____

Sangrado Total: _____

Diuresis: _____

TRASLADADO A: ☐ RECUPERACION ☐ MEDICINA CRITICA ☐ DEFUNCIÓN HORA: _____

FIRMA Y CLAVE: _____

M-2-0-10 a

10.10 HOJA DE ENFERMERA PARA PACIENTE QUIRÚRGICO (2)

POST-OPERATORIO

Hora de Ingrerso: _____ Hora de Egreso: _____ Intervención Quirúrgica Realizada: _____

	Ingreso a Recuperación	Primer Turno	Segundo Turno	Tercer Turno
Temperatura				
Pulso o frecuencia Card.				
Respiración				
Tensión Arterial				
Líquidos por vía endovenosa				
Sitio y condiciones de la venoclisis				
Líquidos por vía oral				
Herida quirúrgica, apositos y vendajes				
Orina				
Evacuaciones				
Vómitos				
Medicamentos				
Observaciones				
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre

M-2-0-10 b

10.11 ÍNDICE QUIRÚRGICO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

INDICE QUIRURGICO

FECHA DE INTERVENCIÓN DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL PACIENTE	REGISTRO	SEXO M	F	EDAD AÑOS	MESES	DIAS

CIRUGIA PROGRAMADA SI / NO
CIRUGIA AMBULATORIA SI / NO
CIRUGIA SUSPENDIDA SI / NO
CIRUGIA SEPTICA SI / NO
CIRUGIA LAPAROSCOPICA SI / NO
TRANSFUSIÓN SI / NO
DEFUNCIÓN SI / NO

NUMERO DE CAMA	SERVICIO RESPONSABLE DE CIRUGIA	NO. QUIROFANO

PROCEDIMIENTO PRINCIPAL

1° PROCEDIMIENTO AGREGADO

2° PROCEDIMIENTO AGREGADO

DIAGNOSTICO FINAL

TIEMPOS DE ESTANCIA EN QUIRÓFANO	HORA DE INGRESO / INICIO	HORA DE EGRESO / TERMINO
QUIROFANO		
SALA		
ANESTESIA		
CIRUGIA		
RECUPERACIÓN		

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA DURANTE EL

GENERAL REGIONAL LOCAL SEDACION ENDOVENOSA COMBINADA OTRAS

MOTIVO DE SUSPENSION

PROSECTOR	CLAVE	ADSCRITO DE ANESTESIA	CLAVE
CIRUJANO	CLAVE	1° RESIDENTE DE ANESTESIA	CLAVE
1° AYUDANTE	CLAVE	2° RESIDENTE DE ANESTESIA	CLAVE
2° AYUDANTE	CLAVE	3° RESIDENTE DE ANESTESIA	CLAVE
3° AYUDANTE	CLAVE	INSTRUMENTISTA	CLAVE
4° AYUDANTE	CLAVE	CIRCULANTE	CLAVE

M-2-0-07

10.12 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD EN EL QUIRÓFANO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD EN EL QUIRÓFANO

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

ANTES DE QUE EL PACIENTE INGRESE A LA SALA QUIRÚRGICA

1. ¿Está presente todo el equipo de salud? ○SI ○NO
2. ¿Es el grupo médico el programado? ○ SI ○NO
3. ¿Es necesario apoyo de otros profesionales ó técnicos? ○ SI ○NO Especificar: _____
4. Están los materiales y/o equipos especiales solicitados por el médico? ○ SI ○NO Especificar: _____
5. ¿Máquina de anestesia funcionando? ○ SI ○NO
6. ¿Medicamentos anestésicos completos? ○ SI ○NO
7. ¿Equipo de monitoreo funcionando? ○ SI ○NO
8. ¿Indicadores de esterilización, de instrumental y materiales correctos? ○ SI ○NO

ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA

1. ¿Es el paciente y procedimiento quirúrgico programado? ○ SI ○NO
2. ¿Marcaje correcto del sitio quirúrgico? ○ SI ○ NO ○ No aplica
3. ¿Consentimiento Informado? ○ SI ○NO
4. ¿Alergias conocidas? ○ SI ○NO Especificar: _____
5. ¿Dificultad en la vía aérea? ○ SI ○NO ○ No aplica Especificar requerimientos: _____
6. ¿Acceso venoso? ○ SI ○NO
7. ¿Riesgo de pérdida de sangre? ○ SI ○NO Especificar requerimientos: _____
8. ¿Algún otro riesgo identificado? ○ SI ○NO Especificar: _____

ANTES DE LA INCISION DE LA PIEL "Y TODO EL EQUIPO"

1. ¿El equipo de salud confirma verbalmente el nombre del paciente, edad, sexo? ○ SI ○NO
2. Se confirma verbalmente procedimiento correcto ○ SI ○ NO
3. ¿Se confirma verbalmente el sitio quirúrgico? ○SI ○NO
4. ¿El cirujano menciona posibles eventos críticos o inesperados que puedan presentarse durante la intervención? ○ SI ○NO
5. ¿El anestesiólogo menciona algún riesgo específico respecto al paciente? ○ SI ○NO
6. ¿Administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? ○ SI ○NO ○ No aplica
7. ¿Están disponibles los estudios de Imagenologia? ○ SI ○NO ○ No aplica

ANTES DEL CIERRE DE LA HERIDA Y ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE LA SALA QUIRURGICA

1. ¿El conteo de textiles, agujas e instrumental es correcto? ○ SI ○NO Explicar: _____
2. ¿Hubo muestras biológicas? ○ SI ○NO Especificar: _____
3. ¿Hubo algún evento crítico intraopertorio? ○ SI ○NO Especificar: _____
4. ¿Existe alguna indicación especial, clave para la recuperación y cuidado del paciente? ○ SI ○NO
5. ¿Es de posición? ○ SI ○NO
6. ¿De componentes sanguíneos? ○ SI ○NO Otros: _____
7. Se realizó, en presencia de todos, el desecho de los medicamentos sobrantes? ○ SI ○ NO Especificar: _____

COMENTARIOS: _____

Nombre Clave y Firma	Nombre Clave y Firma	Nombre Clave y Firma	Nombre Clave y Firma
Cirujano	Anestesiólogo	Instrumentista	Circulante

Rev. 1 M-2-0-26

10.13 LISTA DE VERIFICACIÓN VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y PREOPERATORIA (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA

VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y PREOPERATORIA

A) FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. |_____|_____|_____| (Nombre (s) / 1er Apellido / 2do Apellido)
2. Número de expediente |_|_|_|_|_|_|_|
3.- Fecha de valoración |_|_| |_|_| |_|_| (Día Mes Año)
4. Hora de valoración |_|_| |_|_| (Hr. Min.)
5.- Fecha inmediata de Cirugía |_|_| |_|_| |_|_| (Día Mes Año)
6. Género |_| 1= Masculino 2 =Femenino
7. Edad |_____| |_____| |_____| (Días Meses Años)
8. Religión |_____|
9. Padre, Madre o Tutor |_____|
10. Teléfono |_____|
11. Tipo de Cirugía |_____| |_____| |_____| |_____| (Ambulatoria Hospitalizada Urgencia Relativa Urgencia Real)
12. Diagnóstico Preoperatorio |_____|
13. Cirugía Proyectada |_____|

1) ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES		SI	NO		2) ANTECEDENTES PERINATALES		SI	NO
HERENCIA					NEONATALES			
Diabetes					Apnea			
Distrofia Muscular					Sufrimiento fetal			
Hipertermia Maligna					Ictericia			
Alteraciones Hematológicas					Prematurez			
					Hipoxia			
3) TOXICOMANIA		SI	NO		Aspiración			
Tabaquismo								
Alcoholismo					4) ANESTESICOS		COMPLICACIONES	
Otros:					PROCEDIMIENTO:	FECHA	SI	NO
						/ /		
						/ /		
						/ /		
						/ /		
5) ANTECEDENTES PATOLOGICOS								
ALERGICOS		SI	NO		6) TRAUMATICOS:		SI	NO
Alergeno								
Transfusionales								

E) INTERROGATORIO POR APARATOS O SISTEMAS

ENDOCRINOS		SI	NO		RESPIRATORIOS		SI	NO
Diabetes					Asma			
Controlada		SI	NO		Controlada			
Hipotiroidismo					Fibrosis Quística			
Hipertiroidismo					Estridor Laringeo			
HEMATOLÓGICOS		SI	NO		Tos Crónica			
Alteraciones de la coagulación					Estenosis Laringotraqueal			
Anemia					GASTRO HEPATICO		SI	NO
INFECCIOSO		SI	NO		Reflujo Gastroesofágico			
VIH					Hepatitis			
Infección Crónica					Ictericia			
					GENITOURINARIO			
ALTERACIONES CRANEOFACIALES		SI	NO			Prune Bell	SI	NO
Labio y Paladar Hendido					Transplante Renal			
Sx. Craneofacial					Hipertensión Arterial Sistémica			
Microsomias Faciales					CARDIOVASCULAR			
Micrognatia					Alteraciones del Ritmo		SI	NO
Otros:					Cardiopatía Conocida			
					Cianógena			
MÚSCULO ESQUELÉTICO		SI	NO		NEUROLOGICO		SI	NO
Distrofia Muscular					Crisis convulsivas			
Ostegenesis Imperfecta					Controladas			
Artrogriposis					Ultima crisis			
Escoliosis					Medicamentos en los últimos días (Medicina alternativa)			
INMUNOLOGIA		SI	NO		Medicamentos los últimos 15 días y dosis:			
Púrpura								
Lupus								
Esclerodermia								
Otros								

Rev. 2 M-2-6-06 a

10.13 LISTA DE VERIFICACIÓN VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y PREOPERATORIA (2)

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso_____ Talla_____ T°_____ TA._____ R.A.Q. _____
FC _____ FR _____ Oximetría Capilar_____
Distancia Tiromentoniana _____ Mallampati _____ ASA_____

A) CONDICIONES GENERALES		SI	NO		B) Adecuado Aparato Oral		SI	NO
Palidez					Cánula traqueal			
Discapacidad evidente					Traqueostomía			
Daño Neurológico					Hipertrofia amigdalina			
Adecuada					Piezas dentales integras			
C) CABEZA Y CUELLO					**D) TORAX**			
Malformación Craneal					Simetría Ventilatoria			
Permeabilidad de coanas					Campos Pulmonares Limpios			
Anquilosis Mandibular					Ruidos Cardiacos Normales			
Traquea Central					**F) REGION LUMBAR**			
Cuello Corto					Piel Normal			
E) ABDOMEN					Panículo adiposo grueso			
Alteraciones de pared					Deformidad de Vértebras			
Visceromegalias					Sacro palpable			
					G) EXTREMIDADES			
					Adecuado tono muscular			

Exámenes de Laboratorio:			Exámenes de Gabinete (ECO, TAC, RMN Y EKG)
HB:	Hto:	Plaq:	
Tp:	%	Tpt:	

INR:

Resultado de Interconsulta

_____
_____

Plan:

_____
_____

Medico Anestesiólogo Adscrito:
Nombre, Clave y Firma _____
_____

Medico Anestesiólogo Residente:
Nombre, Clave y Firma _____
_____

Indicaciones:_____
_____
_____
_____
_____

SE DAN INDICACIONES PREANESTESICAS Y SE ENTREGA TRIPTICO DE TRAMITE PARA INTERVENCION QUIRURGICA.

VERIFICACION PREOPERATORIA

	SI	NO	NO APLICA
Brazalete de identificación			
Ayuno ¿Cuántas horas? _____			
Ultima uresis (hora) _____			
Hoja de consentimiento informado			
Preparación área quirúrgica			
Formato de autorización de marcaje quirúrgico			
Sitio quirúrgico marcado			

Nombre Enfermera: _____

Clave y Firma: _____

Rev. 2 **M-2-6-06 b**

10.14 NOTAS DE EVOLUCIÓN (1)

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA
"NOTAS DE EVOLUCION"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

CAMA: _____ **No. HOJA:** _____

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZO **M-0-03-a**

10.14 NOTAS DE EVOLUCIÓN (2)

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P. S: SUBJETIVO O: OBJETIVO A: ANALISIS P: PLANES	Planes: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo

IOTA: AL FINAL DE CADA NOTA DE EVOLUCION, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZ(**M-0-03-b**

10.15 ORDEN DE PAGO POR SERVICIOS

INP NSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE TESORERIA
"ORDEN DE PAGO POR SERVICIOS"

FECHA:

CLAVE	CONCEPTO	IMPORTE

DEPTO. Y/O SERVICIO

CAMA

A-2-2-11

10.16 RECETA MÉDICA

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S): _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

Insurgentes Sur No. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Delegación Coyoacán, C.P. 04530, México D.F.
Tel. (55) 1084-0900

SALUD

RECETA MÉDICA

FECHA: _____ HORA: _____ EXT. _____

DIAGNÓSTICO: _____ TÍTULO EXPEDIDO POR: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. EMPLEADO: _____

ESPECIALIDAD: _____ CED. PROFESIONAL: _____

RX

1

2

3

4

FIRMA

SELLO INSTITUCIONAL

Rev. 2 **M-0-23**

10.17 REGISTRO ANESTÉSICO (1)

Instituto Nacional de Pediatría
INP
SUBDIRECCION DE CIRUGIA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA
REGISTRO ANESTESICO
(TRANS Y POSTOPERATORIO)

FECHA: _____
NO. DE SALA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ No. EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____
PESO: _____ CIRUGIA PROGRAMADA: _____ CIRUGIA REALIZADA: _____
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO RESIDENTE: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____
NOMBRE DEL CIRUJANO: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____

TRANSOPERATORIO

PREMEDICACION (Fármacos, dosis, hora, vía y efecto)

TIEMPOS

	Spo2 EtCo2	°C	##	##
P.A.		38		180
Pulso		36		160
Resp.		34		140
Temp.		32		120
Anest.		30		100
SPO2		28		80

Ventilación:
Modo: E A C/Man. C/Mec.
Vol. Corriente: _____
Frecuencia: _____
Paw: _____
Relación I : E _____

5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 TOTAL

60 40 20 10 0

SÍMBOLOS: P.A.: v ^ Pulso: • Temperatura: Δ Inicio de anestesia: x Inicio de cirugía: ⊙ Termina Cx: ⌀ Fin de la anestesia: ⊗ Aspiración: S Sala

Monitoreo: _____
PPSE: _____ VSC: _____ Hto inicial _____ Hto permisible _____

a) O2 _____ c) Aire _____
b) N2O _____ d) Halogenado _____
Agentes y Fármacos:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. - 20. OTROS _____

5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 TOTAL

a b c d
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

HORA					TOTALES	GASOMETRIAS	1	2	3	4	5
Requerimiento Basal						pH					
Ayuno						PCO2					
Exposición						PO2					
Sangrado						HCO3					
Diuresis						CO2T					
Otros						E.B.					
Solución 1						Hb					
Solución 2						Na					
Expansor						K					
Sangre						Cl.					
Plasma						Hora:					

Rev. 2 M-2-6-01 a

10.17 REGISTRO ANESTÉSICO (2)

ANESTESIA

ANESTESIA: INHALATORIA ☐ ENDOVENOSA ☐
BALANCEADA ☐ TIVA ☐
COMBINADA ☐ REGIONAL ☐
INDUCCION: I.V. ☐ I.M. ☐ INHALADA ☐
DIFICULTADES TECNICAS: SI ☐ NO ☐
INCIDENCIAS: _____
INTUBACION:
Oral ☐ Nasal ☐ M. Laringea ☐ Traqueostomia ☐
CALIBRE: _____ mm. O Fr.
GLOBO _____ cc. PRESION normal ☐ baja ☐
Traumática: SI ☐ NO ☐
INCIDENCIAS: _____
ANESTESIA REGIONAL: _____
Agentes: _____
Nivel de: _____ a _____
Técnica: _____
Dificultades técnicas: _____
ANESTESIA LOCAL/INFILTRACION: _____
Agentes: _____
Analgesia del paciente al cerrar: _____
Aplicada por: _____

ACCESOS: VENOSOS Y/O ARTERIAL
Periféricas:
Sitio: _____
Línea arterial
Sitio: _____
Catéter Central
Sitio: _____
Posición del paciente:
Fowler ☐ Litotomia ☐ Trendelemb. ☐
Supinación ☐ Pronación ☐ Lateral ☐
Sentado ☐ Nav. Sevillana ☐ Sincipital ☐
Otra: _____
POSICIÓN DE LOS BRAZOS: Abd. ☐ Ad. ☐
SITIOS DE PRESIÓN: _____
TORNIQUETE:
Inicia: _____ Termina: _____
EFECTOS ADVERSOS:
Bradicardia ☐ Alergia Anestésica ☐

☐ Paro Hemodinámico
☐ Apnea
☐ Transtorno de Ritmo
☐ Trauma en vía aérea
☐ Ninguno

ÁREA DE RECUPERACIÓN

Hora de Ingreso: _____

A) E. VISUAL ANALOGA	B) ALDRETE
0 min.	
15 min.	
30 min.	
45 min.	
60 min.	
90 min.	
120 min.	

CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO:
Aines:
Agonistas antagonista: _____
Narcótico: _____
Infusión por cateter, medicamentos y dosis: _____
Volúmen: _____ Tasa de infusión: _____

EL PACIENTE PASA DE RECUPERACIÓN A:
Hora de Egreso: _____
Cuarto ☐ UTI ☐ Neonatos ☐ Domicilio ☐
Otro: _____
Observaciones: _____

A HORA DE INGRESO

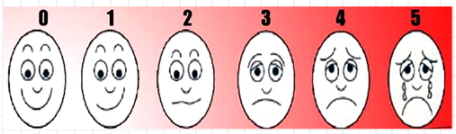
Nivel de Conciencia	Despierto y orientado	2
	Se despierta con mínima estimulación	1
	Responde sólo a estímulos táctiles	0
Actividad	Mueve todas las extremidades ante órdenes	2
Física	Cierta debilidad al mover las extremidades	1
	extremidades	0
Estabilidad Hemodinamica	Presión arterial media < 15% de la basal	2
	Presión arterial media 15 – 30% de la basal	1
	Presión arterial media > 30% X debajo de la basal	0
Estabilidad Respiratoria	Capaz de respirar profundamente	2
	Taquipnea con tos eficaz	1
	Disnea con tos débil	0

Saturación Arterial (SaO2)	SaO2> 90% con aire ambiente	2
	Precisa oxígeno suplementario para SaO2 > 90%	1
	SaO2< 90% c/oxígeno suplementario	0
Dolor Post Operatorio	Ninguno o pequeña molestia	2
	Dolor moderado o grave controlado con analgésicos i.v.	1
	Dolor grave persistente	0
Síntomas Eméticos Post-Operatorios	Náuseas ausentes o leves sin vómitos	2
	Vómitos transitorios	1
	Náuseas y vómitos moderados o graves	0

Ingreso a Recuperación

B ESCALA VISUAL ANALOGA

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



MUY CONTENTO PORQUE NO LE DUELE NADA	TIENE UN POQUITO DE DOLOR	LE DUELE UN POCO MÁS	LE DUELE MÁS	LE DUELE MUCHO	MAXIMO DOLOR

HORA DE ALTA: _____ _____

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
ANESTESIÓLOGO RESPONSABLE

Rev. 2 M-2-6-01 b

10.18 RESUMEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
SUBDIRECCION DE CIRUGIA
"RESUMEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA"

DEPENDENCIA:
SERVICIO:
CAMA: **FECHA:**

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

CIRUJANO: **1er. AYUD.** **2o. AYUD.**

CONDICIÓN DEL PACIENTE: **RIESGO QUIRÚRGICO:**

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN:

ANESTESIA EMPLEADA:

DURACIÓN: MINUTOS **ANESTESISTA:**

DESCRIPCIÓN Y HALLAZGOS DE LA INTERVENCIÓN:

ACCIDENTES O COMPLICACIONES: (1) SI (2) NO **DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:** MIN.

DIAGNÓSTIOCO POSTOPERATORIO: 1º)

2º) **3º)**

OTROS: (1) SI (2) NO

CONDICIÓN DEL PACIENTE AL TERMINAR LA INTERVENCIÓN:

BIOPSIA TRANSOPERATORIA: (1) SI (2) NO **No.** **POSTOPERATORIA:** **No.**

TIPO DE TEJIDO ENVIADO:

MÉDICO:

M-2-0-12

10.19 SOLICITUD DE CIRUGÍA AMBULATORIA

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

"SOLICITUD DE CIRUGÍA AMBULATORIA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____ EDAD: _____

FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: _____ DURACIÓN ESTIMADA: _____ HORAS.

DIAGNÓSTICO: _____ SOLICITUD DE SANGRE: SI ☐ NO ☐

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: _____

FECHA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA: _____ HORA: _____ EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SEGUNDO PISO.

SOLICITUD DE EQUIPO O INSTRUMENTAL ESPECIAL: _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE INDICA LA INTERVENCIÓN	CLAVE	FIRMA
NOMBRE DE QUIEN REQUISITA LA SOLICITUD	CLAVE	FIRMA

NOTA: Es necesario haber cumplido con la donación de sangre y el pago de la intervención quirúrgica, antes de la fecha de la valoración anestésica.

M-2-0-05

10.20 SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
SUBDIRECCION DE CIRUGIA
"SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____ **CAMA:** _____

☐ **ENDOSCOPIA** ☐ **URG. REAL** ☐ **URG. RELATIVA** ☐ **CIR. HOSPIT.**

TALLA: _____ **PESO:** _____ **EDAD:** _____

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: _____

TIEMPO ESTIMADO DE DURACIÓN: _____

INSTRUMENTAL ESPECIAL: _____

NIVEL DE HEMOGLOBINA: _____ (g x 100 ml.) **CANTIDAD DE SANGRE SOLICITADA:** _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DEL CIRUJANO	**CLAVE**	**FIRMA**
NOMBRE DE QUIEN REQUISITA LA SOLICITUD	**CLAVE**	**FIRMA**

M-2-0-06

7. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DEL SEMESTRE y ANUAL (ENERO A JUNIO Y JULIO A DICIEMBRE).

1. PROPÓSITO

Informar a la Dirección de área, sobre el estado que guarda las actividades semestrales y anuales de investigación realizadas por las diferentes áreas del Instituto para mantener vigente el inventario de proyectos de investigación, así como los productos científicos derivados de los mismos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Dirección de Investigación, Solicita vía oficio a las áreas del Instituto y/o correo electrónico para informar a través del SEI las actividades de investigación; Director de Investigación (Investigador Responsable), Ingresa al "Sistema Electrónico de Investigación" (SEI) con su clave y cargan la información de las actividades realizadas en el periodo correspondiente; Director de Investigación (Jefe de Área) Revisa la información cargada por el personal a su cargo en el SEI.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Se solicita a Laboratorios adscritos a la Dirección de Investigación, servicios del área médica que tienen proyectos de investigación registrados, así como al personal de la Dirección de Planeación y Administración que realicen investigación dentro del INP, vía oficio informar a través del Sistema Electrónico de Investigación (SEI) la información de sus actividades de investigación efectuadas durante el Primer y Segundo Semestre.

Todo el personal del Instituto que realice investigación deberá reportar su productividad científica al SEI avalada por documentos probatorios, es decir, el pdf del artículo, libro, capítulo de libro, diploma de ponencia, constancia de premio o distinción obtenida.

Dicha información deberá ser validada por el jefe de departamento en los periodos solicitados.

3.2 Los lineamientos a seguir para la información proporcionada por las áreas del Instituto, deberán contener los siguientes puntos:

- Seguimiento de los Proyectos de Investigación Registrados
- Trabajos publicados Publicaciones Libros y capítulos de libros
- Tesis concluidas
- Presentación de trabajos en Congresos
- Premios y distinciones

- ∠ Alumnos cursando maestrías y/o doctorados
- ∠ Investigaciones en colaboración
- ∠ Intercambio académico y vinculación internacional
- ∠ Donativos a proyectos de investigación
- ∠ Otras actividades de investigación relevantes, no incluidas en los apartados anteriores. (ejemplo., reuniones del Comité de Investigación, etc.).

3.3 Si el SEI llegara a fallar se utilizarán los formatos mencionados en la descripción de las actividades como documento fuente para la elaboración del informe.

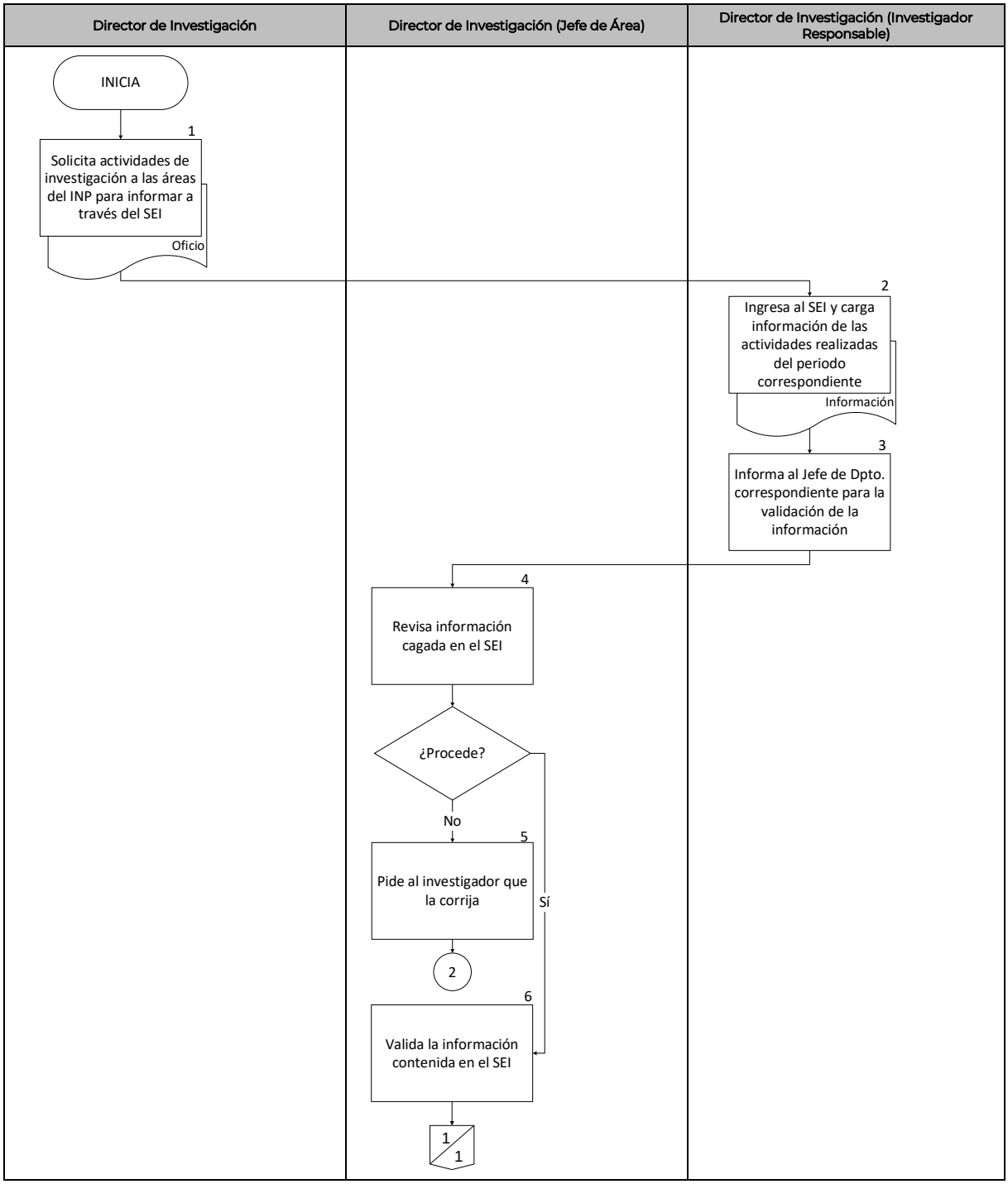
3.4 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

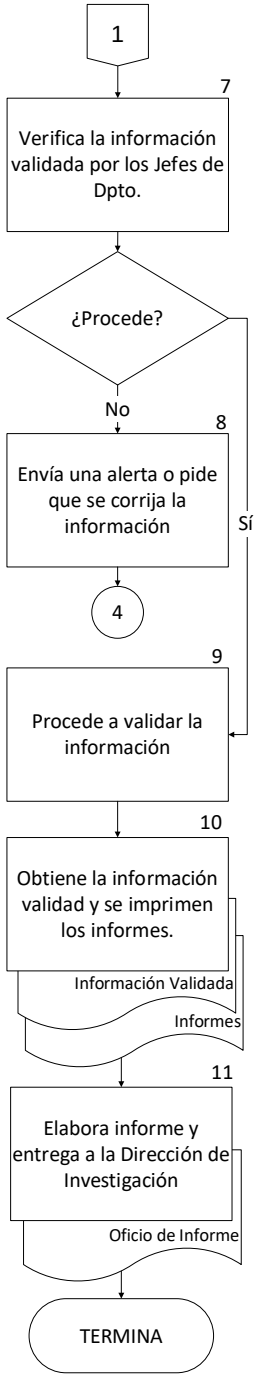
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Investigación	1	Solicita vía oficio a las áreas del Instituto y/o correo electrónico para informar a través del SEI las actividades de investigación. ∠ Artículos publicados ∠ Publicación de libros ∠ Capítulos de libros ∠ Tesis concluidas ∠ Presentación de trabajo en Congresos ∠ Premios Distinciones ∠ Maestrías y Doctorados ∠ Intercambio Académico Nota: Estos formatos se han sustituido por el SEI, sin embargo, de fallar este último se utilizarán para la elaboración del informe.	Oficio Artículos publicados Financiamientos y donativos
Director de Investigación (Investigador Responsable)	2 3	Ingresa al SEI con su clave y cargan la información de las actividades realizadas en el periodo correspondiente. Informa al Departamento correspondiente para la validación de la información.	Información
Director de Investigación (Jefe de Área)	4 5 6	Revisa la información cargada por el personal a su cargo en el SEI. ¿La información es correcta? No: Pide al investigador que la corrija. Regresa a la Actividad 2. Sí: Valida la información contenida en el SEI.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Investigación	7	Verifica la información validada por los Jefes de Departamento. ¿La información es correcta?	Información Validada
	8	No: Envía una alerta o pide se corrija la información. Regresa a la Actividad 4.	
	9	Sí: Procede a validar la información.	
	10	Obtiene la Información Validada, se imprimen los informes.	Informes
	11	Elabora el informe y se entrega por oficio a la Dirección de Investigación. TERMINA PROCEDIMIENTO	Oficio de Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director de Investigación (Subdirecciones de Investigación Médica y de Medicina Experimental)	Subdirecciones de Investigación (Jefe de Área)	Subdirecciones de Investigación Médica y de Medicina Experimental (Responsable de Laboratorio)
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **SEI:** Siglas del "Sistema Electrónico de Investigación" del INP.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
03	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

8. PROCEDIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA.

1. PROPÓSITO

Desarrollar protocolos y líneas de investigación en Salud Pediátrica con la finalidad de aportar a la generación de nuevos conocimientos y tecnología que contribuya al desarrollo de la ciencia para beneficiar la calidad de vida de la población infantil y adolescente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno Dirección de Investigación (Investigador Responsable), Recaba Solicitud de Autorización de Proyectos de Investigación, Llena el formato con la información necesaria y firmas de los participantes internos y externos, Entrega la Solicitud de Autorización de Proyectos de Investigación en la oficina de la Comisión de Investigación, Lleva a cabo procedimientos del protocolo; Subdirección de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana) Recibe formatos debidamente llenados por cada área, Recibe captura en base de datos y archiva las publicaciones y tesis.

2.2 A nivel externo: Organismo Correspondiente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para todo protocolo se preparará la documentación necesaria requisitada por la Dirección de Investigación.

3.2 El protocolo se someterá a revisión por la Comisión de Investigación. En proyectos con seres humanos se requerirá también la aprobación de la Comisión de Ética para su registro y aprobación.

3.3 En el caso de apoyos externos, la solicitud se realizará vía electrónica y se requerirá currículum de todos los participantes, junto con la Solicitud de Autorización de Proyectos de Investigación y Solicitud.

3.4 Una vez aprobado el protocolo, el investigador principal será el responsable de llevarlo a cabo de acuerdo a los procedimientos descritos.

3.5 El investigador principal solicitará el recurso financiero interno o externo que se requiera para el desarrollo de su protocolo y será responsable del uso adecuado de acuerdo al procedimiento.

3.6 Los avances y productos del protocolo deberán reportarse periódicamente a la Subdirección de Investigación Médica y a las instancias de apoyo externo.

3.7 Los investigadores deberán difundir los resultados del trabajo realizado, tanto en diversos foros científicos y académicos con presentación de trabajos, conferencias, simposios, etc., como a través de memorias, tesis, artículos, capítulos de libros y generación de bases de datos.

3.8 En financiamientos externos, el organismo que otorga el fondo firma un convenio con el Instituto y deposita el recurso económico en una cuenta bancaria. Las vías para poderlo utilizar son los la Unidad Contable de Proyectos dependiente de la Subdirección de Finanzas y del Departamento de Adquisiciones, pero siempre con la revisión y aprobación de la Dirección de Investigación y en ocasiones hasta de la Dirección General.

3.9 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

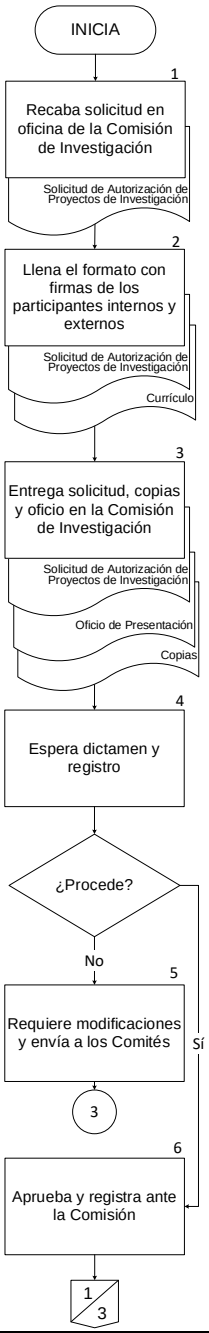
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Investigación (Investigador Responsable)	1	Recaba Solicitud de Autorización de Proyectos de Investigación en la oficina de la Comisión de Investigación de la Dirección de Investigación.	Solicitud de Autorización de Proyectos de Investigación
	2	Llena el formato con la información necesaria y firmas de los participantes internos y externos. Con éstos últimos se anexa currículo.	Currículo
		Nota: En caso de apoyo externo, se realiza solicitud vía electrónica y se anexan currículos de los participantes.	Solicitud de apoyo externo vía electrónica
	3	Entrega la Solicitud de Autorización de Proyectos de Investigación en la oficina de la Comisión de Investigación con las copias solicitadas y con oficio de presentación.	Copias solicitadas Oficio de presentación
	4	Espera dictamen y registro. ¿Cumple el protocolo los requisitos de los Comités de Investigación y Ética?	
	5	No: Requiere modificaciones y envía nuevamente a los Comités. Regresa a la Actividad 3.	
	6	Sí: Aprueba y registra ante la Comisión.	
	7	Recibe cartas de la Comisión de Investigación y de la de Ética y Oficios.	Cartas
	8	Solicita los recursos para llevar a cabo la investigación a la Dirección de Investigación mediante Solicitud de Requisición Interna y Solicitud de Recetario Colectivo.	Solicitud de Requisición Interna Solicitud de Recetario Colectivo
	9	Participa en las licitaciones coordinadas por el Departamento de Adquisiciones de reactivos, equipo y material de laboratorio.	

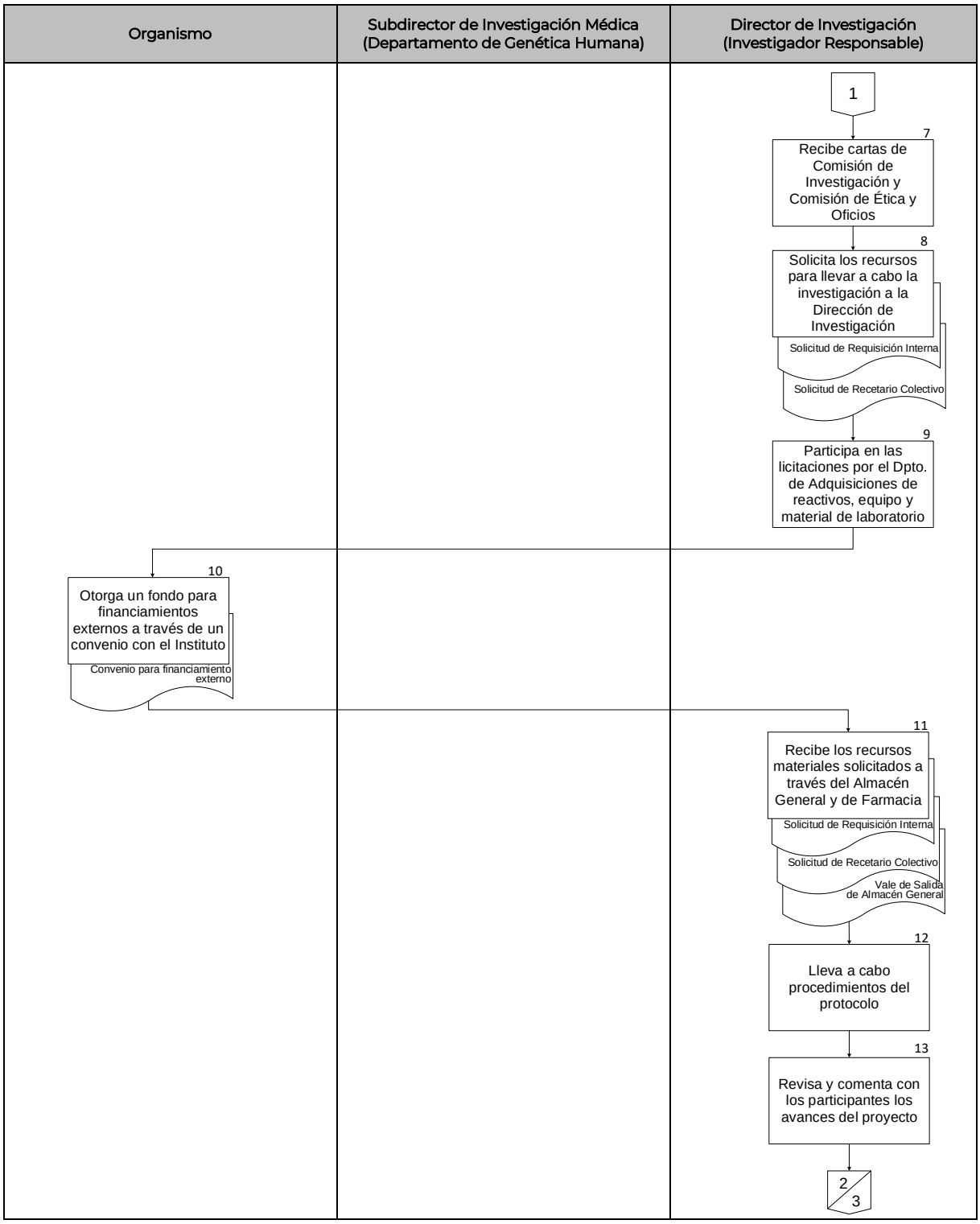
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Organismo	10	Otorga un fondo para financiamientos externos a través de un convenio con el Instituto.	Convenio para financiamiento externo
Director de Investigación (Investigador Responsable)	11 12 13	Recibe los recursos materiales solicitados a través del Almacén General con formato Solicitud de Requisición Interna y Solicitud de Recetario Colectivo y de la Farmacia mediante el mismo formato. Lleva a cabo procedimientos del protocolo. Revisa y comenta con los participantes los avances del proyecto. Nota: En caso de requerirse, solicita prórroga para la investigación con oficio a la Comisión de Investigación.	Solicitud de Requisición Interna Solicitud de Recetario Colectivo (M-0-20) Vale de Salida de Almacén General (A-3-0-06) Oficio
Director de Investigación (Investigador Responsable)	14 15	Recibe vía electrónica formatos de informe semestral por parte de la Subdirección de Investigación Médica. Llena los formatos en conjunto con el Jefe de cada Área y los envían al Departamento.	Formatos de informe semestral
Subdirector de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana)	16	Recibe formatos debidamente llenados por cada área y los turna a la Subdirección de Investigación Médica mediante oficio en original y copia para acuse de recibo, la cual se archiva junto con los anexos.	Formatos de informe semestral Oficio Copia Oficio
Director de Investigación (Investigador Responsable)	17 18 19	Difunde los resultados en diversos congresos y foros con resúmenes en memorias del evento. Prepara, revisa y envía manuscrito para publicación en revistas científicas, para capítulos de libro y para tesis. Espera resolución. ¿El trabajo se acepta para publicación?	Manuscrito Publicaciones

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Investigación (Investigador Responsable)	20	No: Intenta hacer publicación en otras revistas. Regresa a la Actividad 18. Nota: En caso de necesitar correcciones, se realizan y envía nuevamente.	
	21	Sí: Realiza revisión de pruebas, notifica aceptación y espera de publicación.	
	22	Envía copia de publicaciones y carátula de tesis al Departamento y a la Subdirección de Investigación Médica. Nota: En caso de tesis, las copias se turnan a la Dirección de Enseñanza.	Copia Publicación Copia Carátula de Tesis
Subdirector de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana)	23	Recibe captura en base de datos y archiva las publicaciones y tesis. TERMINA PROCEDIMIENTO	Publicaciones y tesis

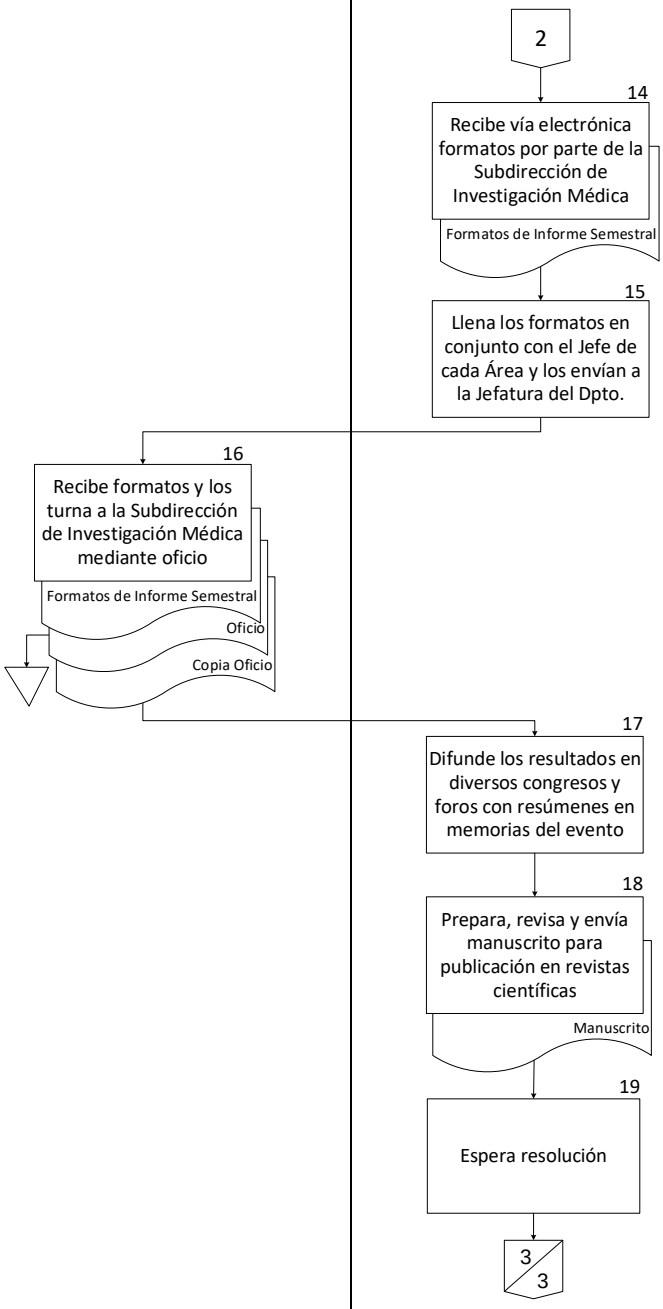
5. DIAGRAMA DE FLUJO

Organismo	Subdirector de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana)	Director de Investigación (Investigador Responsable)

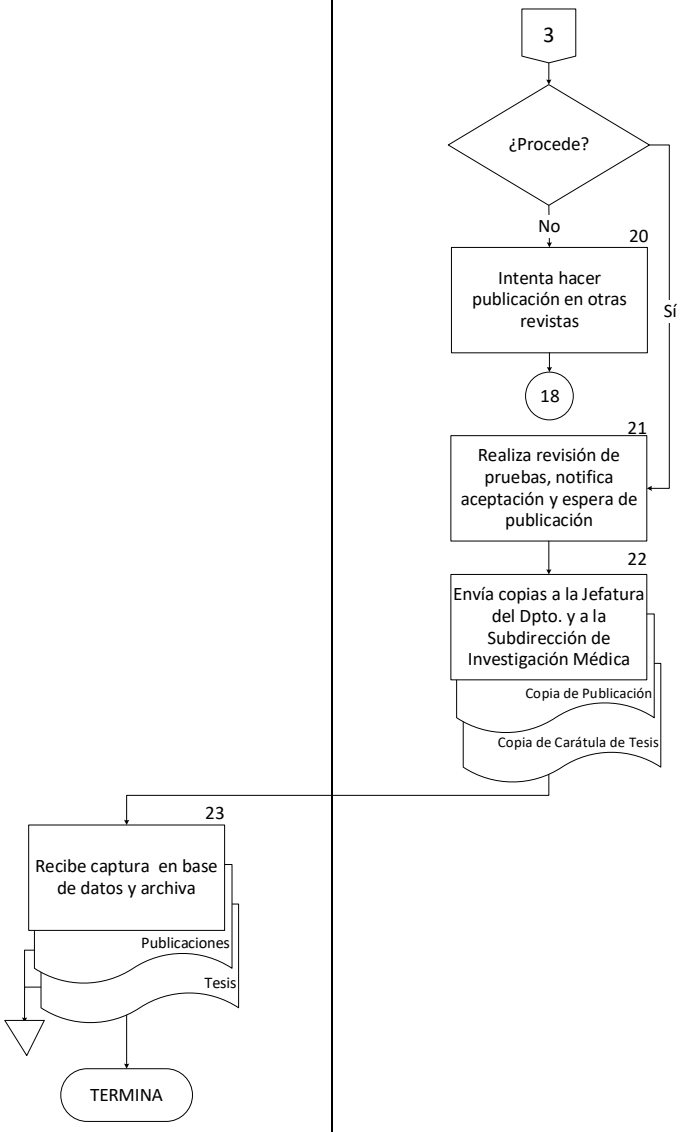



Organismo
Subdirector de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana)
Director de Investigación (Investigador Responsable)
1
7
Recibe cartas de Comisión de Investigación y Comisión de Ética y Oficios
8
Solicita los recursos para llevar a cabo la investigación a la Dirección de Investigación
Solicitud de Requisición Interna
Solicitud de Recetario Colectivo
9
Participa en las licitaciones por el Dpto. de Adquisiciones de reactivos, equipo y material de laboratorio
10
Otorga un fondo para financiamientos externos a través de un convenio con el Instituto
Convenio para financiamiento externo
11
Recibe los recursos materiales solicitados a través del Almacén General y de Farmacia
Solicitud de Requisición Interna
Solicitud de Recetario Colectivo
Vale de Salida de Almacén General
12
Lleva a cabo procedimientos del protocolo
13
Revisa y comenta con los participantes los avances del proyecto
2/3

Organismo	Subdirector de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana)	Director de Investigación (Investigador Responsable)



Organismo	Subdirector de Investigación Médica (Departamento de Genética Humana)	Director de Investigación (Investigador Responsable)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Requisición Interna	N/A	N/A	A-3-0-04
7.2 Solicitud de Recetario Colectivo	N/A	N/A	M-0-20
7.3 Vale de Salida de Almacén General	5 años	N/A	A-3-0-06

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Protocolo de investigación:** Documento que describe una aproximación metodológica a un problema para su resolución conceptual.

8.2 **Línea de Investigación:** Problema de salud sustancial, definido institucionalmente, que permite la organización del ejercicio médico y de investigación.

8.3 Sublínea de investigación: Aspecto particular de un problema de salud sustancial, definido por el investigador a través de su praxis.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
03	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Requisición Interna

10.2 Solicitud de Recetario Colectivo

10.3 Vale de Salida de Almacén General

10.1 SOLICITUD DE REQUISICIÓN INTERNA

Instituto Nacional de Pediatría

SUBDIRECCION DE RECURSOS MATERIALES

"SOLICITUD DE REQUISICION INTERNA"

AREA SOLICITANTE	CLAVE	No. DE FOLIO	FECHA	PARA ACLARACIONES COMUNICARSE:
				CON: TEL. O EXT.:

ESCRIBA SE EXCLUSIVAMENTE EN ESTAS COLUMNAS CLARAMENTE CON DATOS REQUERIDOS				COTIZACIONES			PRECIOS		CONTROL	
No.	CONCEPTO, DESCRIPCION Y ESPECIFICACIONES	UNIDAD	CANTIDAD	1	2	3	UNITARIO	TOTAL	PARTIDA	No. PEDIDO

PROVEEDORES:
1.-
2.-
3.-

OBSERVACIONES:

TOTAL

SOLICITANTE			AUTORIZACION	
DEPARTAMENTO	SUBDIRECCION	DIRECCION		

A-3-0-04

10.2 SOLICITUD DE RECETARIO COLECTIVO

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA

"RECETARIO COLECTIVO"	FECHA DIA	FECHA MES	FECHA AÑO	FOLIO

AREA SOLICITANTE:	CENTRO DE COSTOS

PACIENTE		ARTICULO		CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA	MOTIVO DE NO SURTIMIENTO
FOLIO O EXPEDIENTE	CAMA	NOMBRE GENERICO Y PRESENTACION FARMACEUTICA	CLAVE			

Vivir Mejor

AREA SOLICITANTE:		EL QUE SURTE EL MEDICAMENTO	RECIBIDO POR:
ELABORO	AUTORIZO		
NOMBRE, CLAVE Y FIRMA	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA

M-0-20

10.3 VALE DE SALIDA DE ALMACÉN GENERAL

INP

Instituto Nacional de Pediatría

SUBDIRECCION DE RECURSOS MATERIALES

"VALE DE SALIDA DE ALMACEN"

AREA SOLICITANTE:	FECHA			FOLIO
	DIA	MES	AÑO	

PARA APLICAR EN:	CENTRO DE COSTO

CLAVE	LOTE	CADUCIDAD	CANTIDAD SOLICITADA	PRESENTACION	CANTIDAD SURTIDA	DESCRIPCION

AREA SOLICITANTE	UNIDAD ADMINISTRATIVA	SURTIDO POR	RECIBIDO POR
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

9. PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE PROGRAMA ACADÉMICO DE EDUCACIÓN CONTINUA.

1. PROPÓSITO

Integrar el Programa Anual de Educación Continua con la finalidad de actualizar, capacitar y reforzar conocimientos en el área de pediatría a los profesionales de la salud y otras áreas afines.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Enseñanza, Instruye para dar inicio al Programa Anual de Educación Médica Continua. La Subdirección de Programación y Evaluación Educativa. Recibe instrucción y da indicación para iniciar el proceso para elaborar el Programa Anual, Subdirección de Programación y Evaluación Educativa (Jefe de Departamento de Educación Médica Continúa). Lleva el proceso de invitación para la propuesta de actividades académicas de educación continua. Subdirección de Áreas (Jefes de Departamento y Servicio) Analiza las necesidades de educación continua y capacitación. Subdirectores de Áreas. Define actividades, fechas y objetivos para la capacitación.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Enseñanza a través de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa, será la responsable de coordinar la elaboración, validación y supervisión de su cumplimiento

3.2 Será responsabilidad de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa supervisar el cumplimiento de la normatividad institucional y universitaria para en materia de programas académicos de los cursos de Educación Continua con reconocimiento universitario.

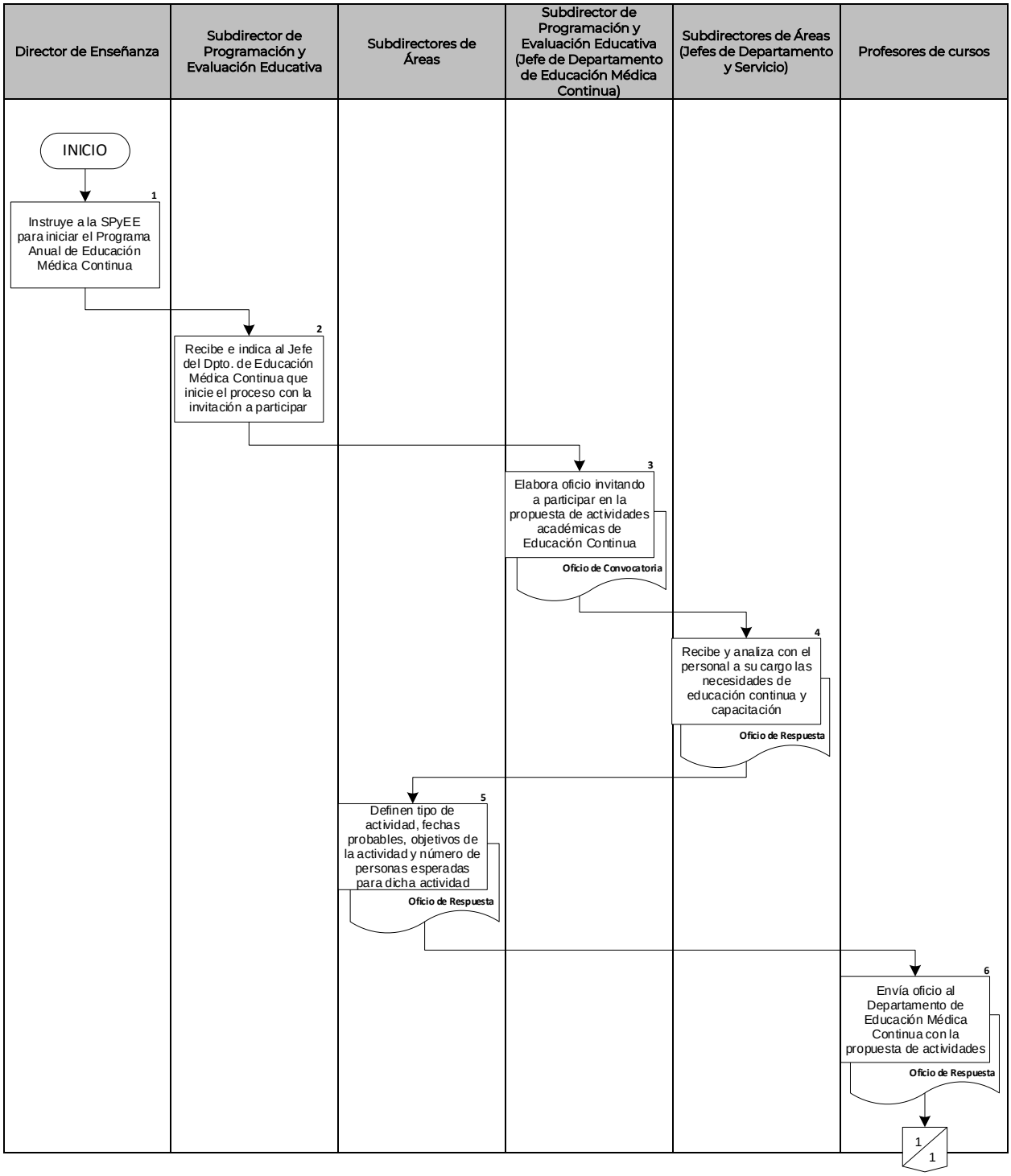
3.3 Sera responsabilidad de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa, (Departamento de Educación Médica Continua) establecer y actualizar los lineamientos para llevar a cabo las actividades de EMC y vigilar su aplicación

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

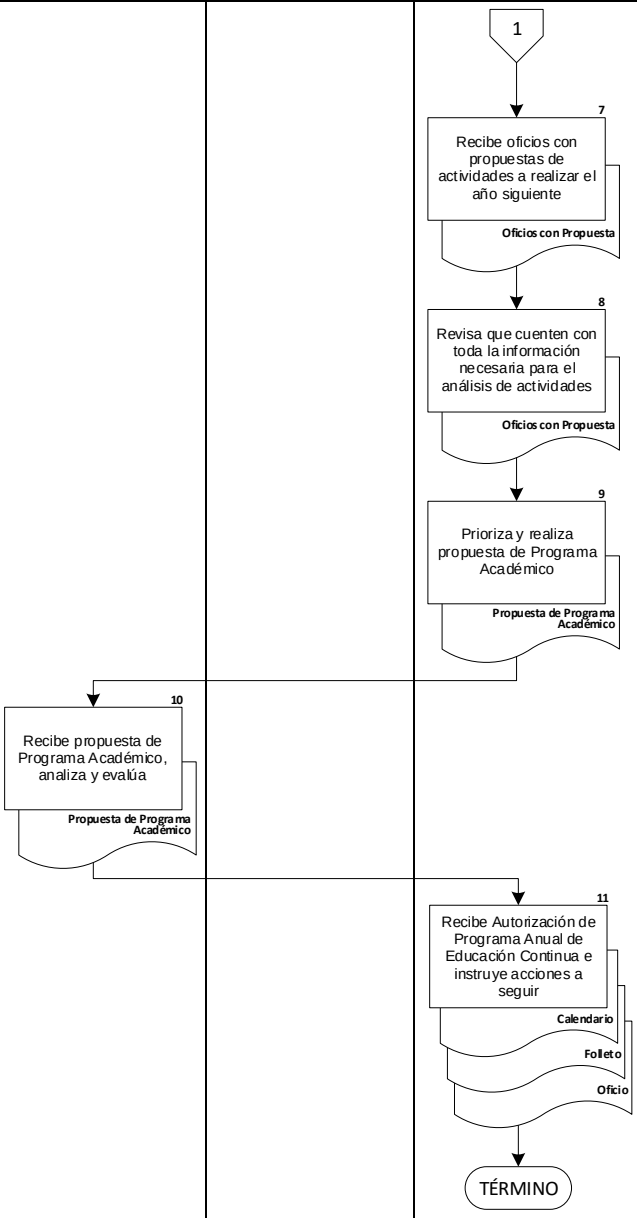
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Enseñanza	1	Instruye a la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa para iniciar el Programa Anual de Educación Médica Continua conforme a los lineamientos Institucionales	Instrucción verbal
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	2	Recibe instrucciones e indica al Jefe del Departamento de Educación Medica Continua que inicie el proceso con la invitación a participar con las propuestas de Actividades de Educación Continua.	Instrucción verbal
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Jefe de Departamento de Educación Médica Continua)	3	Recibe indicaciones y elabora oficio para Subdirectores de Áreas (Jefes de Servicio, Jefes de Departamento, Subdirectores y profesores) de cursos invitándoles a participar en la propuesta de actividades académicas de Educación Continua para la elaboración del Programa Anual.	Oficio de convocatoria
Subdirectores de Áreas (Jefes de Departamento y Servicio)	4	Recibe oficio invitación, analiza con el personal a su cargo las necesidades de educación continua y capacitación	Oficio
Subdirectores de Áreas	5	Define tipo de actividad, fechas probables, objetivos de la actividad y número de personas esperadas para dicha actividad	
Profesores de cursos	6	Envía oficio al Departamento de Educación Médica Continua con la propuesta de actividades a realizar el año siguiente, especificando tipo y nombre de la actividad, objetivo, fechas probables, número de alumnos esperado	Oficio

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Jefe de Departamento de Educación Médica Continua)	7 8 9	Recibe oficios con propuestas de actividades a realizar el año siguiente. Revisa que cuenten con toda la información necesaria para el análisis de actividades. Prioriza y realiza propuesta de Programa Académico	Oficio con propuesta de las áreas
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	10	Recibe propuesta de Programa Académico anual, analiza, evalúa, da Vo.Bo. y turna a Dirección de Enseñanza para su Vo.bo, una vez que este autorizado se envía al Jefe de Departamento de Educación Médica Continua.	Programa Académico anual preliminar para Vo. Bo.
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Jefe de Departamento de Educación Médica Continua)	11	Recibe Programa Académico anual de Educación Continua e instrucciones para elaborar folleto (programa digital), calendario y oficios notificación de actividad académica aceptada y cronograma de trabajo para dicha actividad TERMINA PROCEDIMIENTO	Folleto (programa digital Calendario Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Director de Enseñanza	Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	Subdirectores de Áreas	Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Jefe de Departamento de Educación Médica Continua)	Subdirectores de Áreas (Jefes de Departamento y Servicio)	Profesores de cursos



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Norma para la Capacitación de los Servidores Públicos, así como su anexo.	N/A
6.2 Lineamientos de Educación Continua, INP	N/A
6.3 Carta de los Derechos Generales de los Médicos	N/A
6.4 Lineamientos para el otorgamiento del aval en eventos de capacitación de Recursos Humanos en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud Organización de una Actividad Académica	N/A	N/A	N/A
7.2 Identificación para una actividad académica	N/A	N/A	N/A
7.3 Programa Académico	N/A	N/A	N/A
7.4 Solicitud Becas	N/A	N/A	N/A
7.5 Carta Compromiso	N/A	N/A	N/A
7.6 laboratorios y Casas Comerciales	N/A	N/A	N/A
7.7 Autorización Firma Digital a Cursos y Congresos	N/A	N/A	N/A
7.8 Encuestas de opinión	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **EMC:** Educación Médica Continua

8.2 **CONGRESO:** Reunión, normalmente periódica, en la que, durante uno o varios días, personas de distintos lugares que comparten la misma profesión o actividad presentan conferencias o exposiciones sobre temas relacionados con su trabajo o actividad para intercambiarse informaciones y discutir sobre ellas.

8.3 **CURSO:** Conjunto de lecciones o clases sobre una materia que está estructurada y sigue un programa, especialmente dentro de un plan de estudios.

8.4 **SIMPOSIO**: Reunión de especialistas en una materia para tratar y discutir sobre algo concreto relacionado con su especialidad.

8.5 **REUNION:** Reunión es el acto y el resultado de reunir (agrupar, asociar, aglutinar, acoplar o acumular). El uso más habitual del concepto está asociado al grupo de individuos que se junta, ya sea de manera espontánea u organizada, por algún motivo.

8.6 **ENCUENTRO:** Grupo de personas reunidas en un lugar con el fin de compartir conocimientos académicos en común para los participantes.

8.7 **TALLER:** Curso, generalmente breve, en el que se enseña una determinada actividad práctica.

8.8 **FORO:** Reunión de personas para tratar un asunto de interés, a menudo expertos ante un público que también puede expresar su opinión.

8.9 **JORNADAS:** Conjunto de días dedicados a una serie de actos, reuniones o conferencia

8.10 **SEMINARIO:** Conjunto de actividades que realizan en común profesores y alumnos, y que tiene la finalidad de encaminarlos a la práctica y la investigación de alguna disciplina.

8.11 **CONCILIO:** El término concilio, cuyo origen se encuentra en el vocablo latino concilium, alude a una reunión que se lleva a cabo con el objetivo del tratamiento de algún asunto de interés. También se llama concilio a los documentos que surgen de dicho encuentro.

8.12 **CUMBRE:** Encuentro de líderes de alto nivel de organizaciones académicas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud para la organización de una actividad académica

10.2 Identificación para una actividad académica

10.3 Programa académico

10.4 Solicitud de becas

10.5 Carta compromiso

10.6 Laboratorios y casa comerciales

10.7 Autorización firma digital a cursos y congresos

10.8 Encuesta de opinión

10.1 Solicitud para la organización de una actividad académica

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | 2020 LEONA VICARIO

Instituto Nacional de Pediatría
Departamento de Educación Médica Continua

INP

SOLICITUD PARA LA ORGANIZACIÓN DE UNA ACTIVIDAD ACADEMICA

Ciudad de México, a.,**(1)**

Nombre de la Reunión: (2)
Fecha Programada para la reunión:(3)
Horario: (4)
Duración en No. de horas:(5)
Sede:(6)
Objetivo:(7)
Coordinador General:(8)
Cargo: (9)
E-Mail: (10)
Población a la que está dirigido el evento:(14)
Número de Asistentes esperados:(15)
Profesores Participantes

Nombre(16)	Institución donde labora (17)	País de procedencia(18)	E-Mail (19)

Otros organismo o Instituciones Participantes: (20)	COSTO: (22)
Propuesta de cuota de Inscripción:(21)	

Fecha de la junta previa a la reunión: (23)

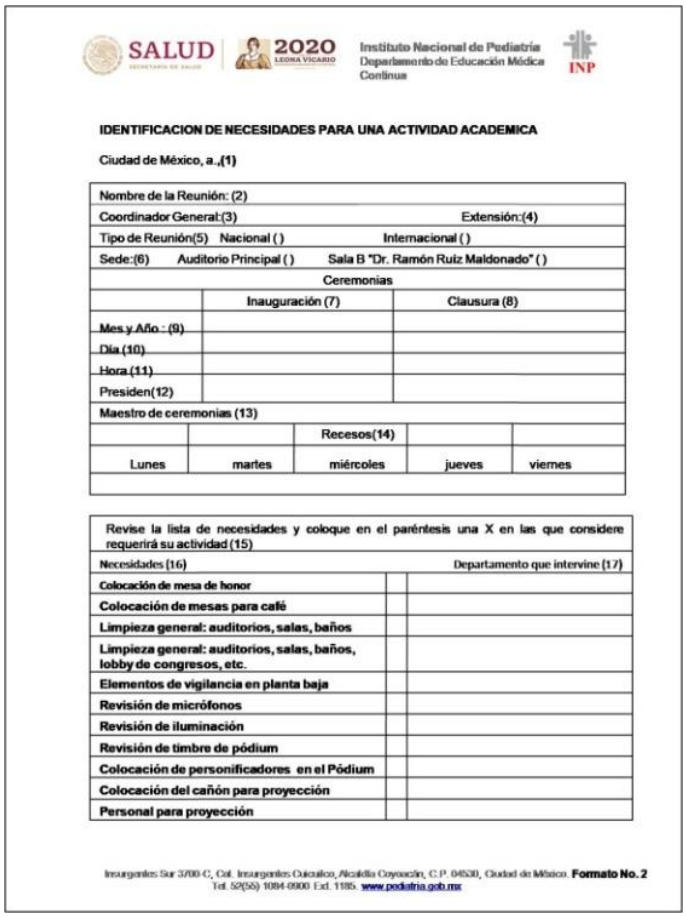
Nombre y Firma del Coordinador (23)

Vo.Bo. (24)

DR. JOSÉ N. REYNÉS MANZUR
Director de Enseñanza

Formato No. 1

10.2 Identificación para una actividad académica



SALUD 2020 LEONA VICARIO Instituto Nacional de Pediatría Departamento de Educación Médica Continua INP

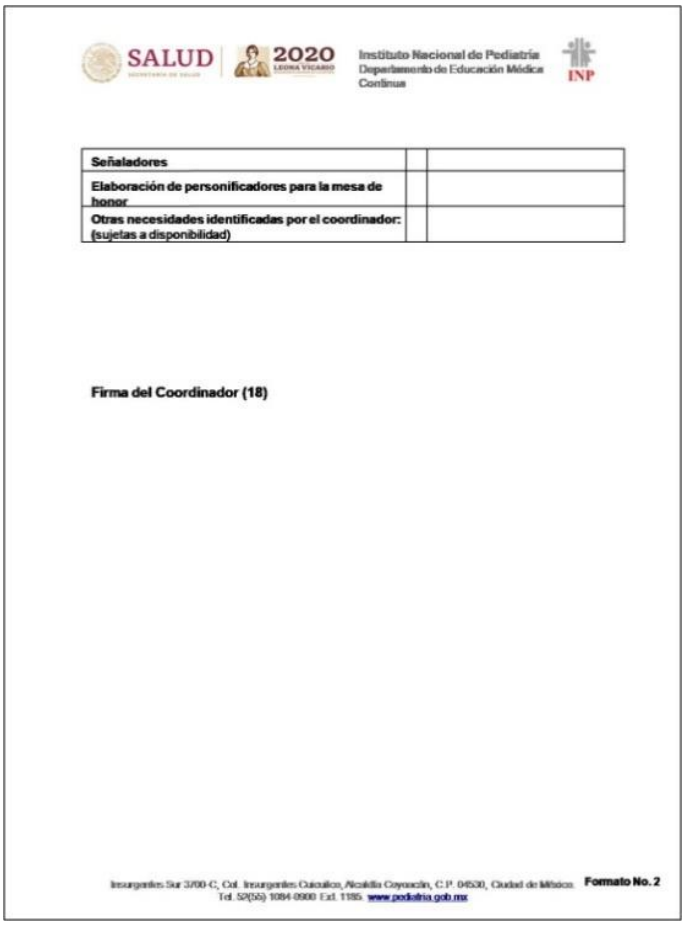
IDENTIFICACION DE NECESIDADES PARA UNA ACTIVIDAD ACADEMICA

Ciudad de México, a.,**(1)**

Nombre de la Reunión: (2)				
Coordinador General:(3)			Extensión:(4)	
Tipo de Reunión(5) Nacional ( )			Internacional ( )	
Sede:(6) Auditorio Principal ( )			Sala B "Dr. Ramón Ruiz Maldonado" ( )	
Ceremonias				
	Inauguración (7)		Clausura (8)	
Mes y Año : (9)				
Día (10)				
Hora (11)				
Presiden(12)				
Maestro de ceremonias (13)				
		Recesos(14)		
Lunes	martes	miércoles	jueves	viernes

Revise la lista de necesidades y coloque en el paréntesis una X en las que considere requerirá su actividad (15)		
Necesidades (16)		Departamento que intervine (17)
Colocación de mesa de honor		
Colocación de mesas para café		
Limpieza general: auditorios, salas, baños		
Limpieza general: auditorios, salas, baños, lobby de congresos, etc.		
Elementos de vigilancia en planta baja		
Revisión de micrófonos		
Revisión de iluminación		
Revisión de timbre de pódium		
Colocación de personificadores en el Pódium		
Colocación del cañón para proyección		
Personal para proyección		

Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04530, Ciudad de México. **Formato No. 2**
Tel. 52(55) 1084-0900 Ext. 1185. www.pediatria.gob.mx



SALUD 2020 LEONA VICARIO Instituto Nacional de Pediatría Departamento de Educación Médica Continua INP

Señaladores		
Elaboración de personificadores para la mesa de honor		
Otras necesidades identificadas por el coordinador: (sujetas a disponibilidad)		

Firma del Coordinador (18)

Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04530, Ciudad de México. **Formato No. 2**
Tel. 52(55) 1084-0900 Ext. 1185. www.pediatria.gob.mx

10.3 Programa académico

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | 2020 LEONA VICARIO

Instituto Nacional de Pediatría
Departamento de Educación Médica Continua

INP

FORMATO PARA PROGRAMA ACADEMICO

Nombre de la Actividad Académica: (1)			
Fecha Programada para la actividad académica: (2)			
Horario: (3)			
Duración en No. De horas: (4)			
Sede: (5)			
Objetivo: (6)			
Fecha (7)	**Hora (8)**	**Tema (9)**	**Profesor(es)/ponentes(es) (10)**

Coordinador General/Profesor (11)

Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04530, Ciudad de México.
Tel. 52(55) 1084-0900 Ext. 1185. www.pediatria.gob.mx

Formato No. 3

10.4 Solicitud de becas

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | 2020 LEONA VICARIO | Instituto Nacional de Pediatría Departamento de Educación Médica Continua | INP

SOLICITUD DE BECAS

Ciudad de México, a., **(1)**

Dr. José N. Reynés Manzur (2)
Director de Enseñanza
Presente:

Me permito solicitar a usted la autorización de Beca para las personas que a continuación se enlistan:

Nombre de la Actividad Académica:**(3)**
Fecha de la Actividad Académica:**(4)**
Nombre del Coordinador General:**(5)**

No. **(6)**	Apellido paterno. Apellido Materno Nombre(s) **(7)** (agregar más filas si es necesario	Profesión **(8)**	RFC **(9)**	Institución en la que labora **(10)**

Coordinador General (11) **Vo.Bo. (12)**

DR. JOSÉ N. REYNÉS MANZUR
Director de Enseñanza

10.5 Carta compromiso

(1)Ciudad de México a., de 2020

CARTA COMPROMISO

Por medio de la presente; yo: (2)_____representante de la Casa Comercial(3)

_____ me comprometo al cumplimiento de los lineamientos

generales y particulares del REGLAMENTO DE PARTICIPACION DE FABRICANTES Y DISTRIBUIDORES DE

MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS PARA LA SALUD, EN LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION MEDICA

CONTINUA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA (INP), así como en la cuota $ (4)_____

designada por mi participación en la actividad de educación médica continua

(5)_____ durante los días (6) _____del mes de

(7)_____ del año(8)_____ propuesta de acuerdo a los mismos lineamientos; en cumplimiento

de los mismos se efectuará el pago el día de inicio del evento en sus diversas Modalidades.

Adjunto a esta carta compromiso se incluye copia de mi identificación oficial

Atentamente

_____
(9)

C.c.p. Coordinador General del evento
Interesado

10.6 Laboratorios y casa comerciales

LABORATORIOS Y/O CASAS COMERCIALES PARTICIPANTES EN LAS REUNIONES CIENTÍFICAS

Ciudad de México, a

Nombre de la Reunión:
Fecha de la Reunión:
Coordinador General:

DONATIVOS

Nombre del Laboratorio o Casa Comercial	Efectivo: Indicar monto	ESPECIE		No. de días
		Artículo	Costo aproximado	

Nombre y firma del Coordinador

10.7 Autorización firma digital a cursos y congresos

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION DE ENSEÑANZA
UNIDAD DE CONGRESOS

AUTORIZACION FIRMA DIGITAL A CURSOS Y CONGRESOS

Ciudad de México, a _____.

COORDINADOR (A) GENERAL
P r e s e n t e

Por este medio nos dirigimos a usted con el fin de que nos proporcione su firma digital para que sea integrada a las Constancias de Asistentes y Profesores en el nuevo Sistema de Registro de Educación Continua ("SIREC"), la cual será utilizada conforme al Aviso de Privacidad Integral del Departamento de Educación Continua y de la Unidad de Congresos.

Nombre del Evento: _____

Fecha a realizarse: _____

Atentamente,

Firma Digital

Jefe del Departamento de Educación Continua

Coordinador (a) General

10.8 Encuesta de opinión

INP

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION DE ENSEÑANZA

Información para el registro en el directorio de reuniones científicas

(Favor de utilizar letra de molde)

Datos Personales:

Nombre: _____

Profesión o Especialidad: _____

Institución: _____

(Indique en donde brinda sus servicios o estudia)

Teléfono Celular: _____

Datos para recibir información:

e-mail: _____

ENCUESTA DE OPINION

Fecha _____

Nombre de la reunión: _____

I. En su opinión, considera que el evento fue:

Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

II. ¿A través de que medio se entero usted de esta reunión?:

Cartel ☐ tríptico ☐ pagina web ☐ correo ☐ otro _____

III. ¿Cuál es su lugar de residencia actualmente?

CDMX ☐ Interior de la republica ☐ Código Postal _____

Estado _____

Extranjero _____

País

Ver a la vuelta

IV. → Institución en la que presta sus servicios o estudia

(Marque con una x, si son varias, agregue un numero en orden de importancia)

S.S.A. → ☐ → D.I.F. → ☐ → → → I.P.N. ☐

I.M.S.S. → ☐ → I.N.P. → ☐ → → → U.A.M. ☐

SEDESAGCDMX. ☐ → → U.N. ☐ → → → → PEME ☐

I.S.S.S.T.E. → ☐ → I.S.E.M. → ☐ → → → I.S.E.M.Y.M. ☐

Otros: _____

V. → ¿Qué profesión tiene?

Medicina General → ☐ → → → Estudiante de Medicina ☐

Medicina Familiar → ☐ → → → Residente de Pediatría ☐

Pediatra → → ☐ → → → Enfermera ☐

Técnico en → → ☐ → indique: _____

En caso de tener otra profesión o ser estudiante indique aquí:

_____

VI. → Los temas que más despertaron su interés::

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Comentarios y sugerencias

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

10. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

1. PROPÓSITO

Planear, dirigir y vigilar, el proceso para la formación, capacitación y actualización de recursos humanos del propio Instituto y de instituciones afines, con oportunidad, eficiencia y calidad, en las diferentes disciplinas de la pediatría, congruente con las necesidades de salud de la población infantil.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Dirección de Enseñanza (Grupo Directivo) Instruye para que se inicie el trámite de selección para el ingreso a cursos. La Subdirección de Programación y Evaluación Educativa Elabora Convocatoria, asesora a los profesores en el proceso de evaluación y entrega carta de aceptación oficial. Aspirante Registra sus datos y comprobantes académicos. Subdirección de Programación y Evaluación Educativa (Área de Control y Evaluación Escolar). Dirección de Enseñanza (Subdirección de Programación y Evaluación Educativa) Realiza listado de aspirantes para la programación de entrevistas. Subdirección de Programación y Evaluación Educativa (Profesores) Elabora programación de entrevistas.

2.2 A nivel externo: Aspirante

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será la Dirección de Enseñanza quien lleve a cabo este procedimiento.

3.2 Será obligación de la Dirección de Enseñanza conocer la Normatividad y a su vez darla a conocer al personal a su cargo, así como al personal docente de la Institución

3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Enseñanza determinar las necesidades y prioridades nacionales e institucionales en materia de formación de Recursos Humanos y proponer las medidas para satisfacerlas.

3.4 Será responsabilidad de la Dirección de Enseñanza eestablecer los criterios generales de selección, distribución y evaluación de los alumnos del Instituto

3.5 Será responsabilidad de la Dirección de Enseñanza integrar y proponer a la Dirección General del Instituto Nacional de Pediatría los programas operativos en enseñanza, así como vigilar y supervisar su cumplimiento a fin de garantizar su eficiencia.

3.6 Será responsabilidad de la Dirección de Enseñanza a través de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa establecer y aplicar criterios de evaluación y medidas pertinentes para corregir posibles desviaciones de las actividades en enseñanza, así como para el otorgamiento de diplomas, la expedición de certificados de estudio, grado y títulos.

3.7 Será responsabilidad de la Dirección de Enseñanza a través de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa establecer, difundir, coordinar y supervisar la normatividad para las actividades de selección, propuestas y profesionalización del profesorado calificado para las actividades docentes.

3.8 Será obligatorio para todos los Aspirantes realizar la solicitud ante el INP mediante el registro de sus datos académicos en la Plataforma SICA, así como cumplir con los requisitos establecidos.

3.9 Será obligatorio para los Aspirantes extranjeros presentar la Forma Migratoria de acuerdo al Servicio Exterior Mexicano.

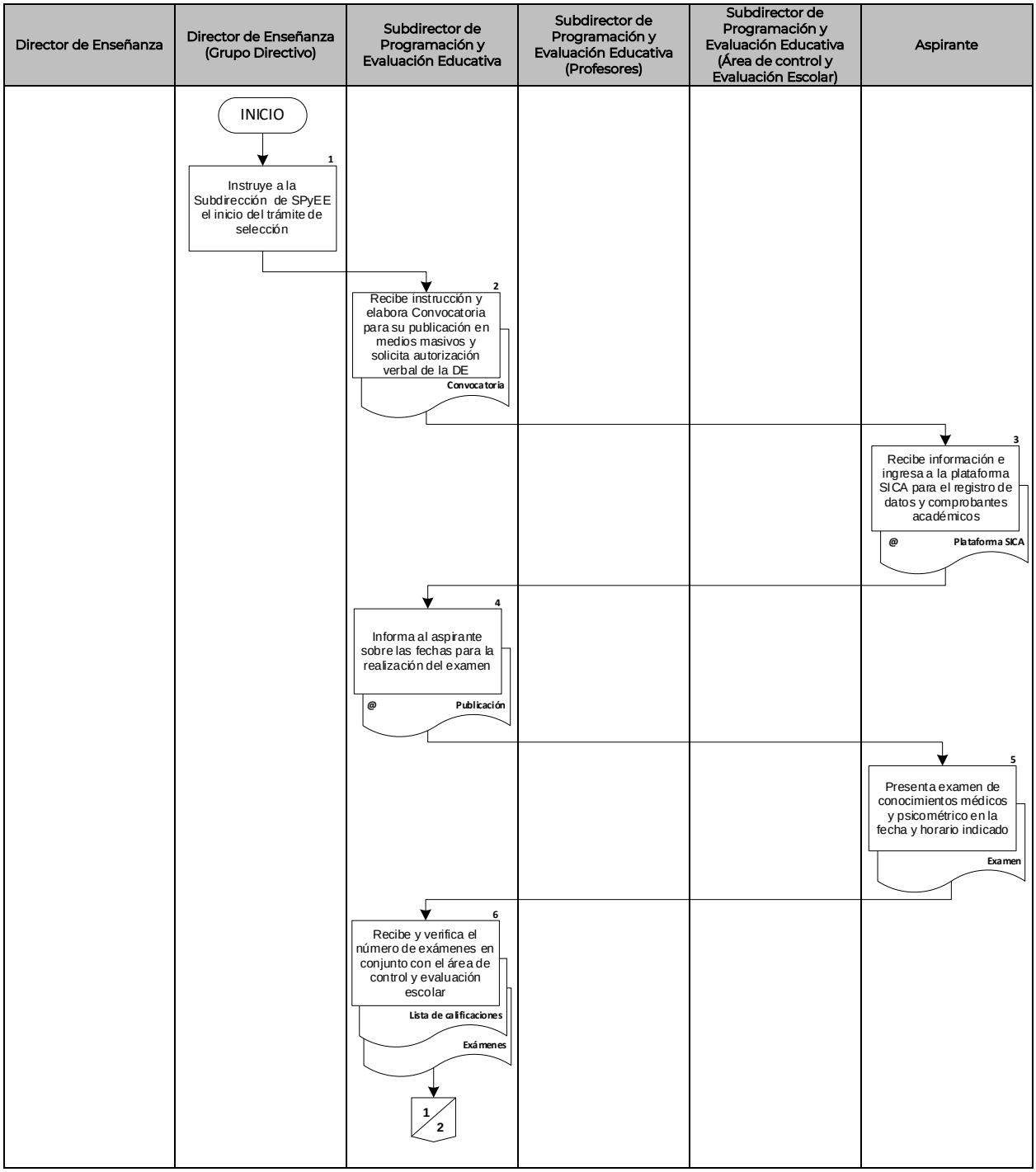
3.10 Será responsabilidad de la Dirección de Enseñanza a través de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa el control de los expedientes académicos a través del Archivo Académico.

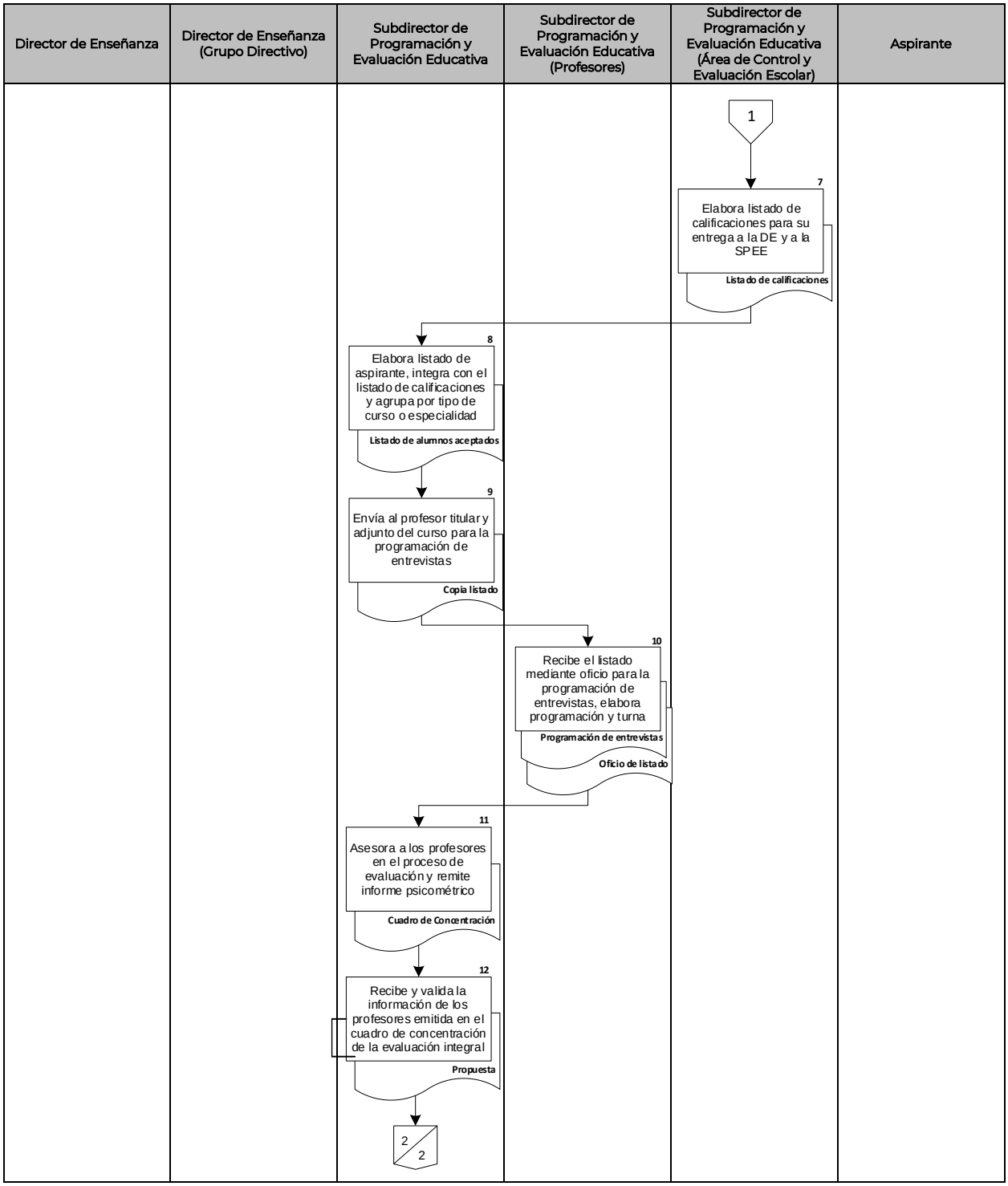
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

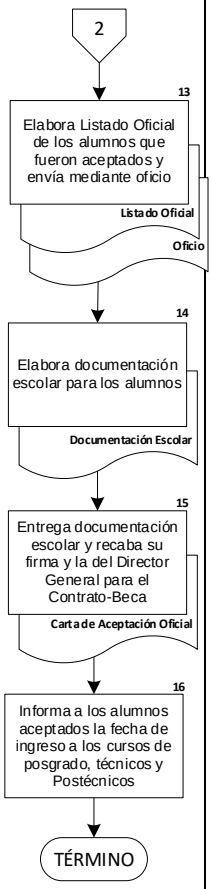
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Enseñanza (Grupo Directivo)	1	Instruye a la Subdirección Programación y Evaluación Educativa para el inicio del trámite de selección para el ingreso a cursos de posgrado, técnicos y Postécnicos en base a criterios establecidos	
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	2	Recibe instrucción y elabora Convocatoria para su publicación en medios masivos, así como en la página web del INP y solicita autorización verbal de la Dirección de Enseñanza para su difusión a los aspirantes.	Convocatoria
Aspirante	3	Recibe información e ingresa a la aplicación SICA para el registro de sus datos y comprobantes académicos en la misma	Plataforma SICA
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	4	Informa al aspirante sobre las fechas para la realización del examen médico y psicométrico	Publicación web
Aspirante	5	Presenta examen de conocimientos médicos y psicométrico en la fecha y horario indicado	Examen
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	6	Recibe exámenes, verifica el número de exámenes recibidos en conjunto con la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa (Área de Control y Evaluación Escolar). NOTA: La Subdirección de Programación y Evaluación Educativa (Área de Control y Evaluación Escolar) recibe y resguarda para su evaluación (calificación)	Exámenes Lista de calificaciones
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Área de Control y Evaluación Escolar)	7	Elabora listado de calificaciones para su entrega a la Dirección de Enseñanza y a la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa	Listado de calificaciones

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	8	Elabora listado de aspirantes que se integra con el listado de calificaciones para agrupar por tipo de curso o especialidad	Listado de alumnos aceptados
	9	Envía al profesor titular y adjunto del curso para la programación de entrevistas	Copia listado
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Profesores)	10	Recibe el listado mediante oficio para la programación de entrevistas; elabora programación y turna el original a la Dirección de Enseñanza y la copia a la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa	Oficio de listado Programación de Entrevistas
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	11	Asesora a los profesores en el proceso de evaluación y remite informe psicométrico	Cuadro de concentración
	12	Recibe y valida la información de los profesores emitida en el cuadro de concentración de la evaluación integral	Propuesta
	13	Elabora Listado Oficial de los alumnos que fueron aceptados para los cursos de posgrado, técnicos y Postécnicos y lo envía mediante oficio a las instancias correspondientes	Listado oficial Oficio Credencial provisional
	14	Elabora para los alumnos credencial provisional. Carta de aceptación, carta de propuesta para inscripción universitaria y en su caso Contrato-Beca de la Secretaría de Salud	Carta de aceptación Carta Propuesta Beca
	15	Entrega al alumno su Carta de Aceptación oficial, credencial provisional, recaba su firma y la del Director General para el Contrato-Beca para posgrado de la Secretaria de Salud.	Carta de Aceptación oficial
	16	Informa a los alumnos aceptados la fecha de ingreso a los cursos de posgrado, técnicos y Postécnicos para que se presenten el servicio correspondiente. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director de Enseñanza
Director de Enseñanza (Grupo Directivo)
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Profesores)
Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Área de Control y Evaluación Escolar)
Aspirante
1
7
Elabora listado de calificaciones para su entrega a la DE y a la SPEE
Listado de calificaciones
8
Elabora listado de aspirante, integra con el listado de calificaciones y agrupa por tipo de curso o especialidad
Listado de alumnos aceptados
9
Envía al profesor titular y adjunto del curso para la programación de entrevistas
Copia listado
10
Recibe el listado mediante oficio para la programación de entrevistas, elabora programación y turna
Programación de entrevistas
Oficio de listado
11
Asesora a los profesores en el proceso de evaluación y remite informe psicométrico
Cuadro de Concentración
12
Recibe y valida la información de los profesores emitida en el cuadro de concentración de la evaluación integral
Propuesta
2
2

Director de Enseñanza	Director de Enseñanza (Grupo Directivo)	Subdirector de Programación y Evaluación Educativa	Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Profesores)	Subdirector de Programación y Evaluación Educativa (Área de Control y Evaluación Escolar)	Aspirante
					

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento de Residentes INP Reglamento de Residentes INP	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Informe Psicométrico: Es un resumen de toda la información que se desprende de la prueba realizada.

8.2 Postgrado: Estudios universitarios posteriores a la Licenciatura.

8.3 Postécnico: Formación que se realiza tras el periodo de formación de estudios técnicos.

8.4 Técnico: Persona que posee conocimientos o habilidades especializadas en relación a una ciencia o actividad determinada.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

11. PROCEDIMIENTO PARA EL SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN (SUG).

1. PROPÓSITO

Generar un mecanismo de atención ciudadana a través del Sistema Unificado de Gestión (SUG), que permita atender las solicitudes (sugerencias, felicitaciones, quejas y/o solicitudes de gestión), de usuarios y familiares que acuden a los diferentes servicios del INP y que son recibidas en los buzones SUG o en el Módulo de Atención al Usuario.

2. ALCANCE

2.1 Aplica a: Dirección de Planeación (Jefe del Departamento de Diseño y Calidad/ Gestor de Calidad, realiza anualmente calendario de apertura de Buzones, convoca al grupo representante del Sistema Unificado de gestión (SUG), envía resoluciones para el personal de apoyo para seguimiento; Dirección General, Dirección de Planeación, Aval Ciudadano (Grupo Representante del SUG) Realiza recorrido por los diferentes Buzones del SUG, Recolecta las solicitudes; Dirección de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG) Registra en la Plataforma; Dirección de Planeación Revisa reporte mensual, turna al Gestor de Calidad para su distribución; Dirección de Administración, Investigación, Enseñanza, Médica y Planeación Recibe oficio y reporte mensual turna a las áreas correspondientes para resolución de las solicitudes de atención. Dirección Médica (Áreas Médica y Administrativas), Resuelve las solicitudes de atención correspondiente a su Depto. y/o Servicio

2.2 A nivel Externo aplica a: usuarios y familiares, a través de las solicitudes de atención depositadas en los diversos buzones del SUG o en el Módulo de Atención al Usuario.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General, Dirección de Planeación y Aval Ciudadano (Grupo Representante del Sistema Unificado de Gestión) estará constituido por el Director General (o representante), Gestor de Calidad, Gestor del Seguro Popular, Vicepresidente del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y el Aval Ciudadano.

3.2 La Dirección General, Dirección de Planeación, Aval Ciudadano (Grupo Representante) realizará de manera quincenal recorrido por los buzones SUG, a fin de recolectar las solicitudes de atención emitidas por los usuarios, así como el análisis y clasificación de las solicitudes.

3.3 La Dirección de Planeación (Gestor de Calidad) será el responsable de resguardar las llaves de los buzones SUG.

3.4 Las solicitudes se clasificarán de acuerdo a los Lineamientos para el Uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG), Atención y Orientación al Usuario

de los Servicios de Salud, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (Ver anexo 1).

3.5 La Dirección de Planeación (Gestor de Calidad) será el responsable de convocar a recorrido de apertura de buzones SUG, conforme al calendario establecido y autorizado por el Grupo Representante.

3.6 La Dirección de Planeación (Personal de apoyo del Módulo del SUG) será el responsable de capturar y registrar las solicitudes de atención en la base de datos y en la plataforma del Sistema Unificado de Gestión.

3.7 La Dirección de Planeación enviará mensualmente a las Direcciones de área correspondiente, un reporte vía oficio de los comentarios de las solicitudes recibidos en los buzones SUG o en el Módulo de Atención al Usuario.

3.8 Las áreas médicas o administrativas serán las responsables de atender las solicitudes y de enviar las resoluciones o acciones de mejora, en su caso, a su Dirección correspondiente.

3.9 Las Direcciones de Administración y Enseñanza notificarán vía oficio a la Dirección de Planeación las resoluciones o acciones de mejora, en su caso, llevadas a cabo por sus áreas correspondientes.

3.10 La Dirección Médica enviará vía electrónica las resoluciones o acciones de mejora, en su caso, de las solicitudes de atención, de los diferentes departamentos y/o servicios correspondientes.

3.11 La Dirección de Planeación (Departamento de Diseño y Calidad) será el responsable de ver que se cumpla y actualice este procedimiento.

3.12 Se contará con, al menos, un buzón en cada piso del edificio de Hospitalización, así como en los edificios de Consulta Externa, Urgencias y Banco de Sangre. (Ver anexo)

3.13 En caso de recibirse escritos de usuario o familiares en la Dirección General, el procedimiento será el mismo que los recibidos en los buzones SUG o en el Módulo de Atención al Usuario

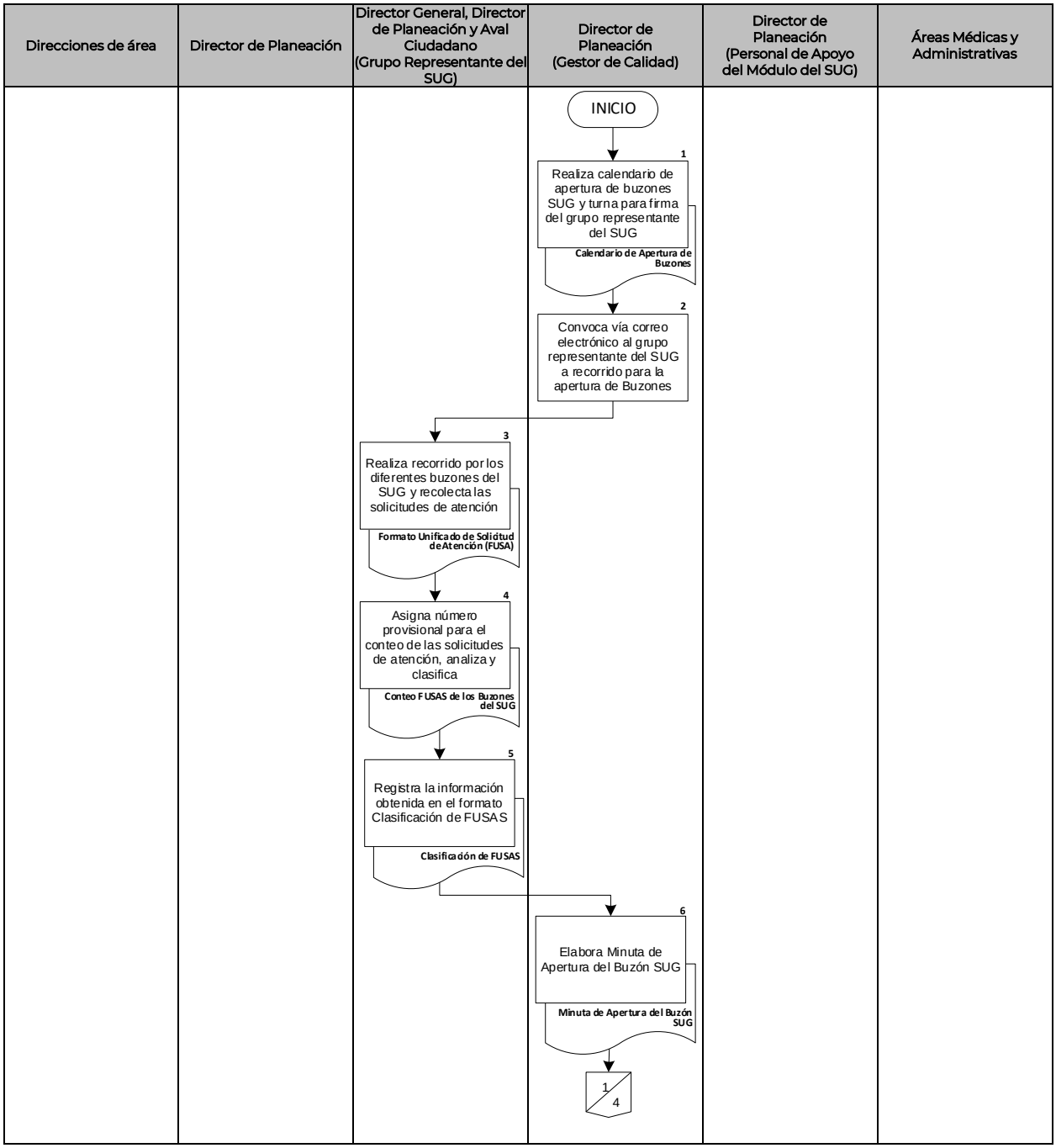
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Planeación (Gestor de Calidad)	1	Realiza anualmente el calendario de apertura de buzones SUG y turna para firma del grupo representante del Sistema Unificado de Gestión (ver anexo 3)	Calendario de Apertura de Buzones
	2	Convoca vía correo electrónico al grupo representante del SUG, a recorrido para la apertura de Buzones Nota: En caso de que no se lleve a cabo conforme al calendario, reprogramará la fecha.	
Director General, Director de Planeación y Aval Ciudadano (Grupo Representante del SUG)	3	Realiza recorrido por los diferentes buzones del SUG, recolecta las solicitudes de atención, a través del Formato Unificado de solicitud de Atención (FUSA) (ver anexo 4), y registra en el conteo FUSAS de los Buzones del SUG (Ver anexo 5).	Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) Conteo FUSAS de los Buzones del SUG
	4	Asigna número provisional para el conteo de las solicitudes de atención recolectadas y posteriormente analiza y clasifica de acuerdo a los lineamientos para el uso de la herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG)	Clasificación de FUSAS
	5	Registra la información obtenida en el formato Clasificación de FUSAS. (Ver anexo 6)	
Director de Planeación (Gestor de Calidad)	6	Elabora Minuta de Apertura del Buzón SUG (Ver anexo 7)	Minuta de Apertura del Buzón SUG
	7	Turna para firma del grupo representante del SUG	

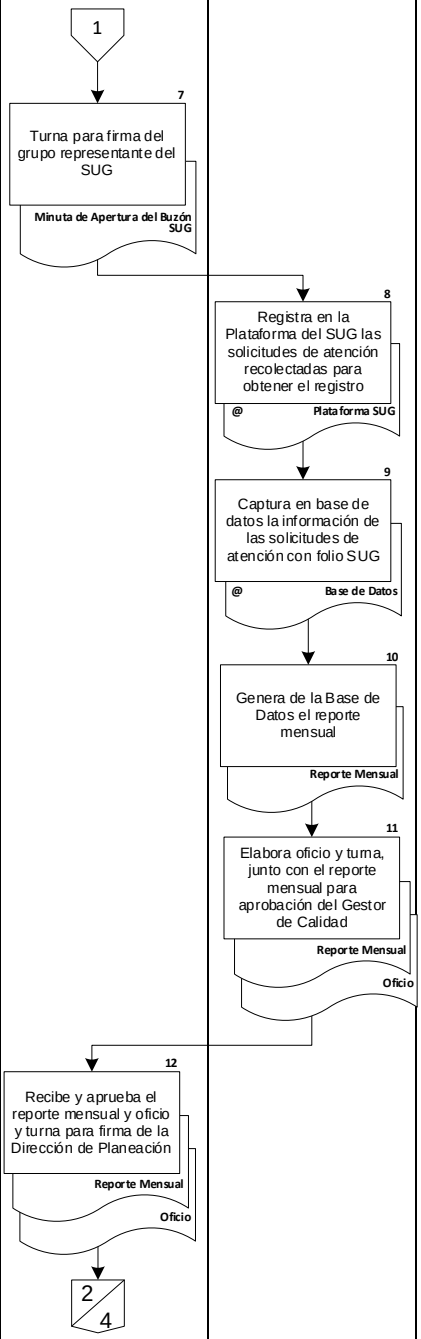
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG)	8	Registra en la Plataforma del SUG las solicitudes de atención recolectadas para obtener número de registro del SUG	Plataforma SUG
	9	Captura en base de datos la información de las solicitudes de atención, ya con folio SUG Genera de la Base de Datos el reporte mensual	Base de datos
	10	Elabora oficio y turna, junto con el reporte mensual, para aprobación del Gestor de Calidad.	Reporte Mensual
	11		Oficio y reporte mensual.
Gestor de Director de Planeación (Gestor de Calidad)	12	Recibe y aprueba el reporte mensual y oficio y turna para oficio y turna para firma de la Dirección de Planeación	Reporte Mensual Oficio
Director de Planeación	13	Revisa el reporte mensual y firma oficio	Oficio y reporte mensual.
	14	Turna al Gestor de Calidad para su distribución por parte del personal de apoyo del Módulo del SUG	
Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo SUG)	15	Entrega oficios y reportes mensuales a las Direcciones de área Correspondientes	Oficio y reporte mensual.
Direcciones de área	16	Recibe oficio y reporte mensual y turna a las áreas correspondientes para la resolución de las solicitudes de atención	Oficio y reporte mensual.

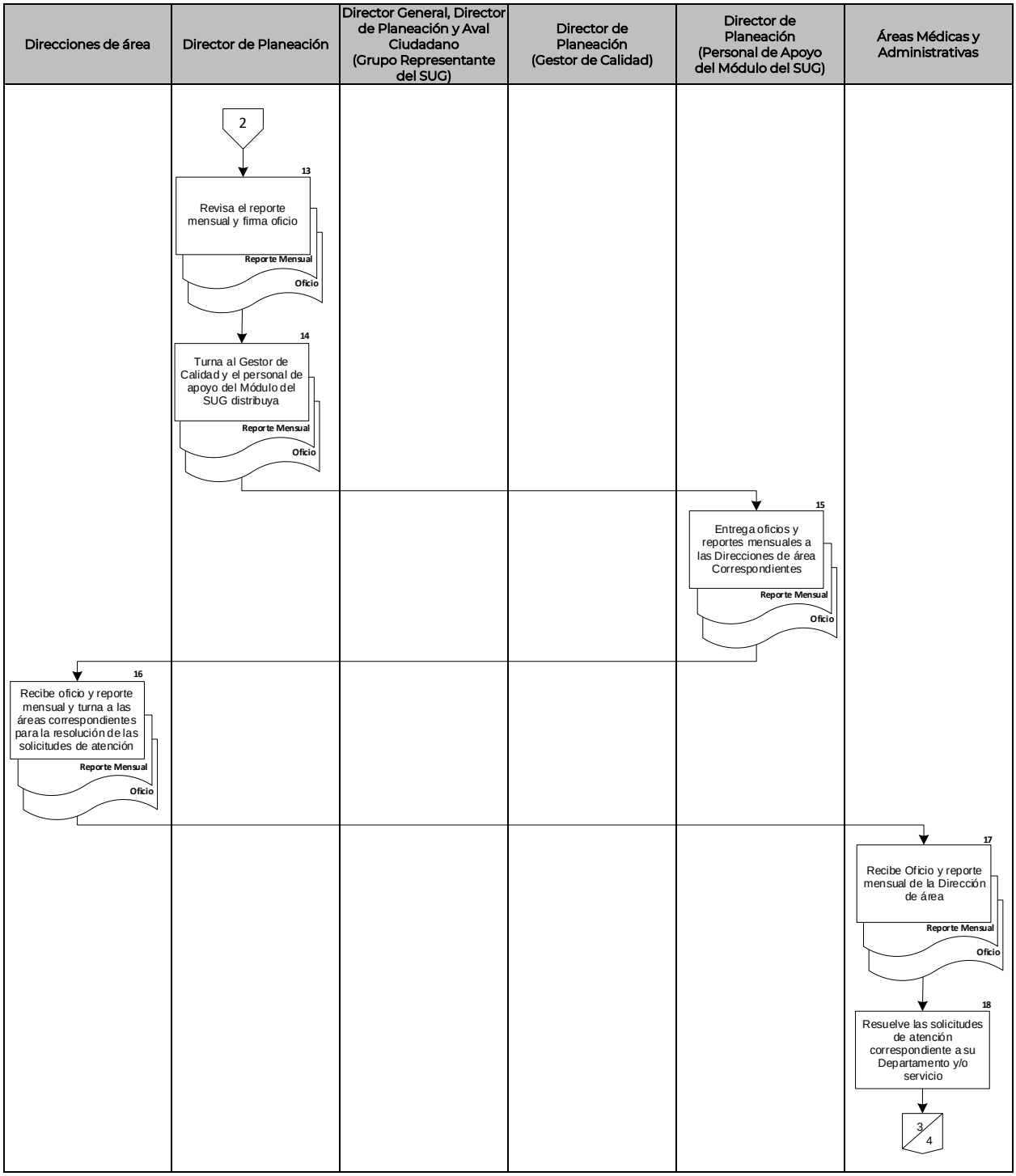
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director Médico (Áreas Médicas y Administrativas)	17	Recibe Oficio y reporte mensual de la Dirección de área	Reporte Mensual
	18	Resuelve las solicitudes de atención correspondiente a su Departamento y/o servicio, en su caso	
	19	Envía por oficio a la Dirección de su competencia las acciones de mejora establecidas, en su caso	Oficio de respuesta
Direcciones de Área	20	Recibe por oficio las resoluciones o acciones de mejora, en su caso de los Departamentos y/o servicios, y turna a la Dirección de Planeación.	Oficio con resoluciones
Director de Planeación	21	Recibe resoluciones de las Direcciones correspondientes y turna al Gestor de calidad para seguimiento.	Oficio con resoluciones
Director de Planeación (Gestor de Calidad)	22	Envía resoluciones al personal de apoyo del módulo del SUG para seguimiento.	Oficio con resoluciones
Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG)	23	Recibe las resoluciones y captura en base de datos	Oficio con resoluciones Base de datos
	24	Actualiza en la Plataforma del SUG las solicitudes del SUG	Plataforma del SUG
Director de Planeación Personal de Apoyo del Módulo del SUG	25	Realiza mensualmente el tablero informativo SUG	Tablero Informativo
	26	Publica afuera del Módulo de Atención del Usuario (ver anexo 8) TERMINA PROCEDIMIENTO	Tablero Informativo SUG

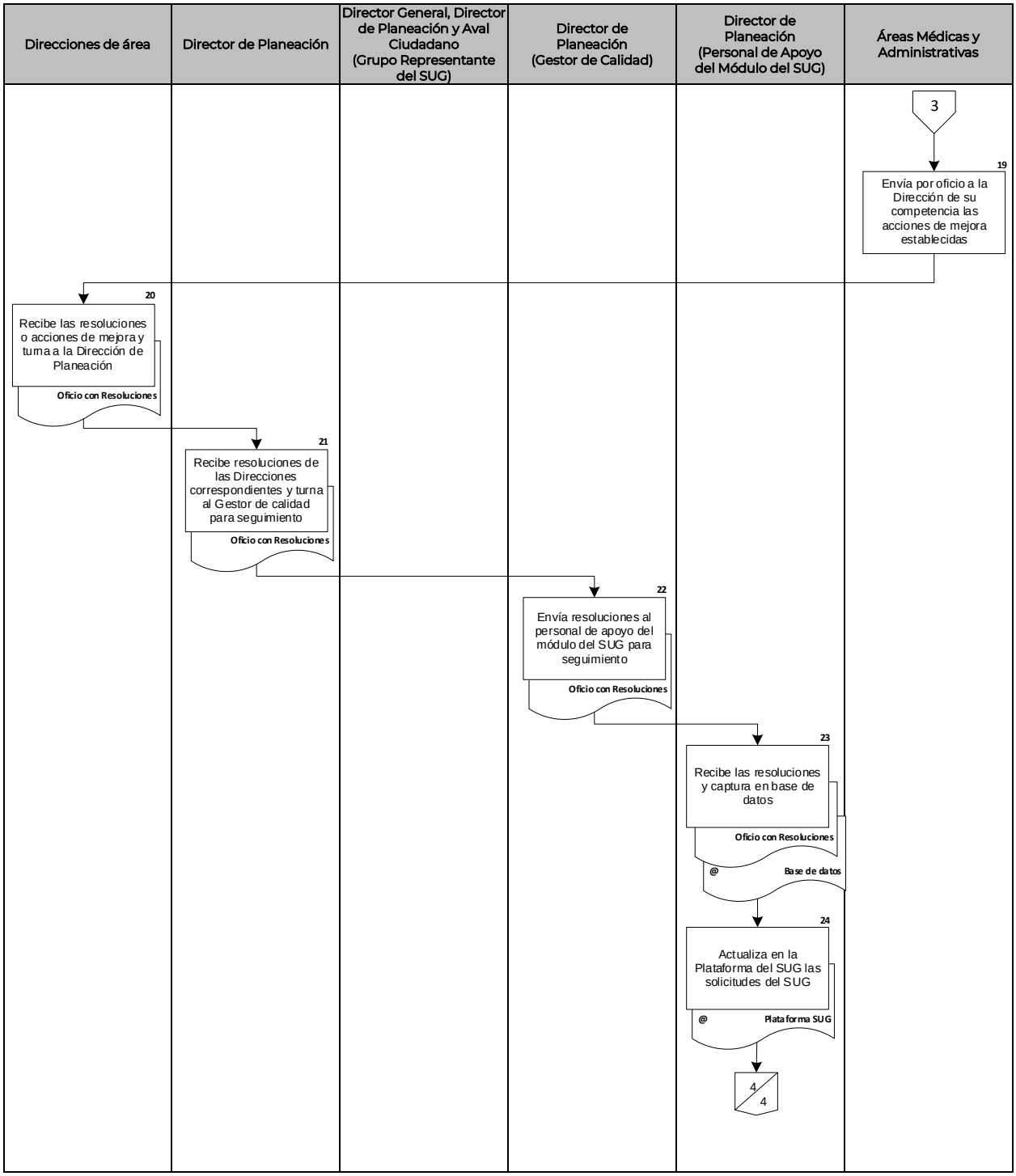
5. DIAGRAMA DE FLUJO

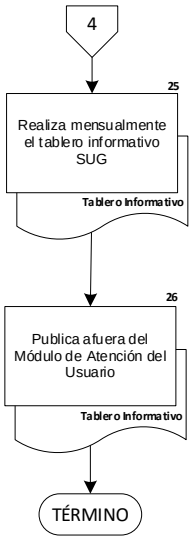


Direcciones de área	Director de Planeación	Director General, Director de Planeación y Aval Ciudadano (Grupo Representante del SUG)	Director de Planeación (Gestor de Calidad)	Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG)	Áreas Médicas y Administrativas




Direcciones de área
Director de Planeación
Director General, Director de Planeación y Aval Ciudadano (Grupo Representante del SUG)
Director de Planeación (Gestor de Calidad)
Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG)
Áreas Médicas y Administrativas
2
13
Revisa el reporte mensual y firma oficio
Reporte Mensual
Oficio
14
Turna al Gestor de Calidad y el personal de apoyo del Módulo del SUG distribuya
Reporte Mensual
Oficio
15
Entrega oficios y reportes mensuales a las Direcciones de área Correspondientes
Reporte Mensual
Oficio
16
Recibe oficio y reporte mensual y turna a las áreas correspondientes para la resolución de las solicitudes de atención
Reporte Mensual
Oficio
17
Recibe Oficio y reporte mensual de la Dirección de área
Reporte Mensual
Oficio
18
Resuelve las solicitudes de atención correspondiente a su Departamento y/o servicio
3
4


Direcciones de área
Director de Planeación
Director General, Director de Planeación y Aval Ciudadano (Grupo Representante del SUG)
Director de Planeación (Gestor de Calidad)
Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG)
Áreas Médicas y Administrativas
3
19
Envía por oficio a la Dirección de su competencia las acciones de mejora establecidas
20
Recibe las resoluciones o acciones de mejora y turna a la Dirección de Planeación
Oficio con Resoluciones
21
Recibe resoluciones de las Direcciones correspondientes y turna al Gestor de calidad para seguimiento
Oficio con Resoluciones
22
Envía resoluciones al personal de apoyo del módulo del SUG para seguimiento
Oficio con Resoluciones
23
Recibe las resoluciones y captura en base de datos
Oficio con Resoluciones
@
Base de datos
24
Actualiza en la Plataforma del SUG las solicitudes del SUG
@
Plataforma SUG
4/4

Direcciones de área	Director de Planeación	Director General, Director de Planeación y Aval Ciudadano (Grupo Representante del SUG)	Director de Planeación (Gestor de Calidad)	Director de Planeación (Personal de Apoyo del Módulo del SUG)	Áreas Médicas y Administrativas
					

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Lineamientos para el Uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG), Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Atributos: Son las propiedades y/o las características de algo.

8.2 Buzón de opinión: Puede ser una caja, un ánfora o bien, un medio a través del cual los empleados formulan opiniones, quejas o ideas y las explican.

8.3 Resolución: Es un decreto, una decisión o un fallo que emite una determinada autoridad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
0	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Calendario de Apertura de Buzones

10.2 Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA)

10.3 Conteo FUSAS de los Buzones del SUG

10.4 Clasificación de FUSAS

10.5 Minuta de Apertura del Buzón SUG

10.6 Tablero Informativo SUG

10.7 Clasificación de las Solicitudes

10.8 Ubicación de Buzones

10.1 Calendario de Apertura de Buzones

SALUD SECRETARÍA DE SALUD — 2020 LEONA VICARIO — SEGURO POPULAR

SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Calendario de Apertura del Buzón del SUG

Fecha:____dd _____mm_____aa ____
Entidad Federativa: Ciudad de México Ciudad o Municipio: Alc. Tlalpan

Nombre del establecimiento: Instituto Nacional de Pediatría

Clave CLUES: CLUES DFSSA004014

Año: 2020	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Enero																															
Febrero																															
Marzo																															
Abril																															
Mayo																															
Junio																															
Julio																															
Agosto																															
Septiembre																															
Octubre																															
Noviembre																															
Diciembre																															

Observaciones:	

Firman de conocimiento, para participar en el proceso periódico de apertura del Buzón de Atención del SUG los siguientes responsables:

Cargo o puesto	Nombre completo	Firma	Observaciones
Director y/o responsable del establecimiento de salud			
Gestor de Calidad			
Gestor del Seguro Popular			
Aval Ciudadano o Usuario de los Servicios de Salud			

10.2Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) (1)

SALUD | SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) | Seguro Popular

Espacio para registro del personal del Sistema Unificado de Gestión

Fecha registro en plataforma SUG: día ___ mes ___ año ___ **Folio generado por la plataforma SUG:** ___

Para otorgarle una mejor atención proporcione los siguientes datos y al reverso describa su solicitud.

Datos de Identificación

Indique si tiene Seguro Popular Si ☐ No ☐ **Género:** Femenino ☐ Masculino ☐ **Fecha:** día ___ mes ___ año ___

Nombre (s) ___ **Apellido paterno** ___ **Apellido materno** ___

Domicilio: ___

Calle ___ **Número exterior** ___ **Número interior** ___ **Colonia** ___

Delegación o municipio ___ **Entidad federativa** ___

Teléfono: ___ **Correo electrónico:** ___

ANVERSO

SALUD | SISTEMA UNIFICADO DE GESTION PARA LA ATENCION Y ORIENTACION AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) | Seguro Popular

Espacio para registro del personal del Sistema Unificado de Gestión

Fecha registro en plataforma SUG: día ___ mes ___ año ___ **Folio generado por la plataforma SUG:** ___

Para otorgarle una mejor atención proporcione los siguientes datos y al reverso describa su solicitud.

Datos de Identificación

Indique si tiene Seguro Popular Si ☐ No ☐ **Género:** Femenino ☐ Masculino ☐ **Fecha:** día ___ mes ___ año ___

Nombre (s) ___ **Apellido paterno** ___ **Apellido materno** ___

Domicilio: ___

Calle ___ **Número exterior** ___ **Número interior** ___ **Colonia** ___

Delegación o municipio ___ **Entidad federativa** ___

Teléfono: ___ **Correo electrónico:** ___

ANVERSO

10.2Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) (2)

Solicitud de Atención

En el siguiente espacio describa de forma clara y precisa su solicitud incluyendo datos importantes como fechas, personas involucradas, lugares y hechos.

Firma o huella digital

Aviso de Privacidad

Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley en los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

REVERSO

Solicitud de Atención

En el siguiente espacio describa de forma clara y precisa su solicitud incluyendo datos importantes como fechas, personas involucradas, lugares y hechos.

Firma o huella digital

Aviso de Privacidad

Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley en los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

REVERSO

10.3 Conteo FUSAS de los Buzones del SUG

Instituto Nacional de Pediatría
Dirección de Planeación

CONTEO DE FUSAS EN LOS BUZONES DEL SUG

Fecha de apertura: Hora:

Ubicación	No.	Área	No. Consecutivo	Categorización					Subtotal
				Queja	Sugerencia	Felicitación	Propuesta de mejora	Propuesta de mejora	
4to. Piso	1	Gastronutrición (Recepción)							
3er. Piso	2	Oncología (Recepción)							
	3	Hematología (Recepción)							
	4	Hospitalización (Sala de espera)							
	5	DACEE							
2do. Piso	6	Consulta Externa (Recepción)							
	7	Cirugía General (Recepción)							
	8	Quirófano (Sala de espera)							
1er. Piso	9	Consulta Externa (Sala de espera)							
	10	Hospitalización (Pensionados)							
	11	Medicina Nuclear							
	12	Rayos X (Sala de espera)							
	13	Aqua (Sala de espera)							
Planta Principal (P.P.)	14	Dirección Médica							
	15	Sala de espera (Entrada principal)							
	16	Consulta Externa (Oncología)							
	17	Asesoría en Gestión del Cambio Organizacional							
	18	Trabajo Social							
	19	Toma de Producto (Sala de espera 1)							
	20	Toma de Producto (Sala de espera 2)							
Planta Baja (P.B)	21	Otorrino							
	22	Rehabilitación (Sala de espera)							
	23	Medicina Comunitaria							
	24	Edif. Consulta Externa (Sala de espera 1)							
	25	Edif. Consulta Externa (Sala de espera 2)							
	26	Urgencias							
	27	Banco de Sangre							
Seguro Popular	28	Seguro Popular							
								TOTAL	

10.4 Clasificación de FUSAS

CLASIFICACIÓN DE FUSAS

Periodo a clasificar: Fecha de apertura de buzones:

No. Consecutivo del mes	No. Buzón	No. SUG	Origen (Buzón o Dir. Médica)	Dirección (Médica o Admon.)	Área	Menor de 5 años	No. Expediente	Procede		Categorización			Priorización			Clasificación				Subclasificación									
								Si	No	Queja	Sugerencia	Felicitación	Urgente	Ordinaria	Emisión de	Atención al usuario	Capacidad instalada	Medicamentos	Gasto de bolsillo	Trato digno	Comunicación	Oportunidad en	Seguridad	Equidad	Trabajo Social	Áreas	Cobros	Afiliación

Clasificación

10.5Minuta de Apertura del Buzón SUG

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SISTEMA·UNIFICADO·DE·GESTIÓN·PARA·LA·ATENCIÓN·Y¶
ORIENTACIÓN·AL·USUARIO·DE·LOS·SERVICIOS·DE·SALUD¶
Minuta·de·Apertura·del·Buzón·del·SUG¶

SEGURO POPULAR

¶

__Ciudad·de·México,·a·_____de·_____·de:__¶
Entidad·Federativa → Ciudad·o·Municipio → día → mes → año → ¶

Siendo·las·_____·horas,·en·las·instalaciones·del·Instituto·Nacional·de·Pediatría,·con·clave·CLUES·DFSSA004014,·en·el·área·de·Hospitalización·están·presentes·los·que·firman·al·calce,·para·proceder·a·la·apertura·del·Buzón·de·Atención·del·SUG,·dentro·del·cual·se·encontraron·las·siguientes·solicitudes.¶

Categoría·de·la·Solicitud·de·Atención¤	Número·de·solicitudes¤	Responsable·del·seguimiento¤		Folios·generados·por·la·plataforma·SUG¤	Observaciones¤
		Gestor·de·Calidad¤	Gestor·de·Seguro·Popular¤		
Queja¤	¤	¤	¤	¤	¤
Sugerencia¤	¤	¤	¤	¤	¤
Felicitación¤	¤	¤	¤	¤	¤
Gestión¤	¤	¤	¤	¤	¤
TOTAL¤	¤	¤	¤	¤	¤

Total·de·Solicitudes·de·Atención·recolectadas:·_____.→ → Rango·de·folios·asignados·a·las·solicitudes:·_____·al·_____.¶

Firman·de·conformidad,·como·participantes·en·el·proceso·de·apertura·de·Buzón·del·SUG·presentes·en·la·apertura·las·siguientes·personas:¶

Cargo·o·puesto¤	Nombre·completo¤	Firma¤	Observaciones¤
Director·y/o·responsable·del·establecimiento·de·salud¤	¤	¤	¤
Gestor·de·Calidad¤	¤	¤	¤
Gestor·del·Seguro·Popular¤	¤	¤	¤
Aval·ciudadano·o·Usuario·de·los·Servicios·de·Salud¤	¤	¤	¤

¶

10.6 Tablero Informativo SUG

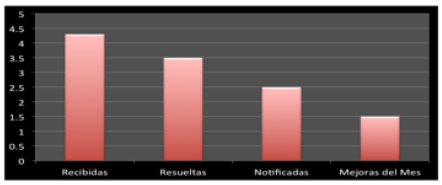
SALUD | SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD | SEGURO POPULAR

Tablero Informativo SUG

¡CON TU OPINIÓN MEJORAMOS!

Nombre del establecimiento	Mes	Año	Número de consultas durante el mes	Fecha de publicación
				/ /
	Número de Solicitudes de Atención:			
	Recibidas		Resueltas	Notificadas al usuario
	%		%	%
Mejoras realizadas derivadas de las opiniones recibidas.				

ATENCIÓN A TU OPINIÓN



10.7Clasificación de las Solicitudes de Atención (1)

CLASIFICACIÓN·DE·SOLICITUDES·DE·ATENCIÓN¶

Tabla·1.·Categorización·de·las·Solicitudes·de·Atención¶

Categoría¤	¤	Clasificación¤	¤
Queja¤	¤	Atención·al·usuario¤	¤
Sugerencia¤	¤	Capacidad·instalada¤	¤
Felicitación¤	¤	Medicamentos¤	¤
Solicitud·de·Gestión¤	¤	Gasto·de·bolsillo¤	¤

¶

Tabla·2.·Sub-clasificación·de·las·Solicitudes·de·Atención·que·competen·al·Gestor·de·Calidad·y·su·relación·con·cada·subcategoría¶

#¤	SUB-CAGTEGORÍA¤	RELACIONADAS·CON¤	¤
01¤	Trato·digno¤	Mal·trato,·fallas·en·la·atención,·negación·del·servicio,·falta·de·respeto·a·los·derechos·generales·de·los·pacientes.¶ Confort:· Infraestructura· física.· Limpieza· en· general,· alimentación·y·todo·aquello·que·ponga·en·riesgo·la·seguridad·en·la·atención·del·paciente.¶ Privacidad:·Falta·de·respeto·a·la·privacidad·(datos·personales,·diagnóstico,· evaluación· clínica,· tratamiento· o· cualquier· otro·que·vulnere·la·privacidad·del·paciente)·durante·y·posterior·a·la·atención.¤	¤
02¤	Comunicación·efectiva¤	Información·insuficiente·al·paciente·y/o·sus·familiares·respecto·a· cualquier· acción· que· se· realice· en· el· proceso· de· atención·médica.¤	¤
03¤	Oportunidad·en·la·Atención¤	Tiempos· de· espera· prolongados· para· la· atención· en· los·diferentes·servicios·o·áreas.¶ Diferimiento· de· consulta· de· primera· vez· y· Diferimiento·quirúrgico:·Aplazamiento·de·consulta·de·primera·vez·a·partir·de·que·es·solicitada,·a·su·fecha·de·atención.·Aplazamiento·de·cirugía·programada·por·cualquier·motivo.¤	¤
04¤	Surtimiento·de·insumos·(incluye·medicamentos)¤	Desabasto,· insuficiencia,· entrega· incompleta· de· insumos·(incluye·medicamentos)·o·equipo·para·las·atenciones·médico-quirúrgicas·inadecuadas·o·insuficientes·para·el·paciente.¤	¤
05¤	Seguridad¤	Los·problemas·en·este·rubro·se·considerarán·como·el·conjunto·de·condiciones·que·pongan·en·riesgo·a·cualquier·persona,·que·solicita·o·recibe·atención·médica·por·un·problema·de·salud,·y·se· vea· reflejado· en· que· pueda· presentar· daños· o· riesgos·innecesarios·durante·el·proceso·de·atención·a·la·salud.¤	¤
06¤	Equidad¤	Dar·trato·diferente·a·una·persona·por·causa·de·su·raza,·origen·étnico,·género,·discapacidad,·edad,·preferencias·sexuales·y/o·por·enfermedad.¶ Incluye· Equidad· de· Género:· Inconformidades· o· sugerencias·vinculadas· específicamente· con· la· atención· a· la· mujer· en·cualquier·área·de·la·unidad·de·atención.¤	¤
07¤	Trabajo·Social¤	Atención· proporcionada· por· el· personal· de· Trabajo· Social· al·paciente· y· sus· familiares· en· cualquier· área· de· la· unidad· de·atención.¤	¤
08¤	Áreas·	Atención· proporcionada· por· las· diferentes· áreas·	¤

10.7Clasificación de las Solicitudes de Atención (2)

#¤	SUB-CAGTEGORÍA¤	RELACIONADAS-CON¤
	administrativas (archivo, admisión, caja)¤	administrativas, al paciente y sus familiares en cualquier área de la unidad de atención.¤
09¤	Cobros injustificados¤	Cobros improcedentes a los usuarios de los servicios de salud en las unidades médicas.¤

¶

Tabla 3.- Sub-clasificación de las Solicitudes de Atención que competen al Gestor del Seguro Popular y su relación con cada subcategoría¶

¶

#¤	SUB-CAGTEGORÍA¤	RELACIONADAS-CON¤
10¤	Tutela de Derechos¤	Transgresión de alguno de los Derechos de los Beneficiarios del SPSS enunciados en el Artículo 77-BIS 36 y 37 de la Ley General de Salud.¤
11¤	Cobertura del SPSS¤	Desconocimiento o incumplimiento de la cobertura de las carteras de servicios del SPSS Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), etc.¤
12¤	Afiliación¤	Problemática en el proceso de afiliación o re-afiliación al SPSS.¤

¶

10.8 Ubicación de Buzones (1)

Instituto Nacional de Pediatría
Dirección de Planeación

UBICACIÓN DE LOS BUZONES DEL SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN

UBICACIÓN	NO. BUZÓN	ÁREA
4to. Piso	1	Gastronutrición (Recepción)
3er. Piso	2	Oncología (Recepción)
	3	Hematología (Recepción)
	4	Hospitalización (Sala de espera)
	5	DACEE
2do. Piso	6	Consulta Externa (Recepción)
	7	Cirugía General (Recepción)
	8	Quirófano (Sala de espera)
1er. Piso	9	Consulta Externa (Sala de espera)
	10	Hospitalización (Pensionados)
	11	Medicina Nuclear
	12	Rayos X (Sala de espera)
	13	Aqua (Sala de espera)
Planta Principal (P.P.)	14	Dirección Médica
	15	Sala de espera (Entrada principal)
	16	Consulta Externa (Oncología)
	17	Asesoría en Gestión del Cambio Organizacional
	18	Trabajo Social
	19	Toma de Producto (Sala de espera 1)
	20	Toma de Producto (Sala de espera 2)
Planta Baja (P.B.)	21	Otorrino
	22	Rehabilitación (Sala de espera)
	23	Medicina Comunitaria
	24	Edif. Consulta Externa (Sala de espera 1)

10.8 Ubicación de Buzones (2)

¶

Instituto Nacional de Pediatría
Dirección de Planeación
INP

UBICACIÓN	NO. BUZÓN	ÁREA
	25	Edif. Consulta Externa (Sala de espera 2)
	26	Urgencias
	27	Banco de Sangre
Seguro Popular	28	Seguro Popular

¶

OTROS BUZONES

¶

UBICACIÓN	NO. BUZÓN	ÁREA
PP	30	Comedor
Torre de Investigación	31	CID
	32	CID
	33	Dirección de Investigación

¶

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

1. PROPÓSITO

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 A nivel interno: Dirección de Planeación solicita las propuestas de programas y Proyectos de inversión. Dirección de Planeación (Departamento de Desempeño Organizacional). Dirección de Administración instruye para trabajar en conjunto con otra área. Dirección de Planeación (Área de Proyectos y Programas) Recaba información y clasifica los proyectos de acuerdo a su tipo.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación (Departamento de Desempeño Organizacional) llevar a cabo este procedimiento.

3.2 Será responsabilidad de las áreas sustantivas y de apoyo 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 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.

3.6 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

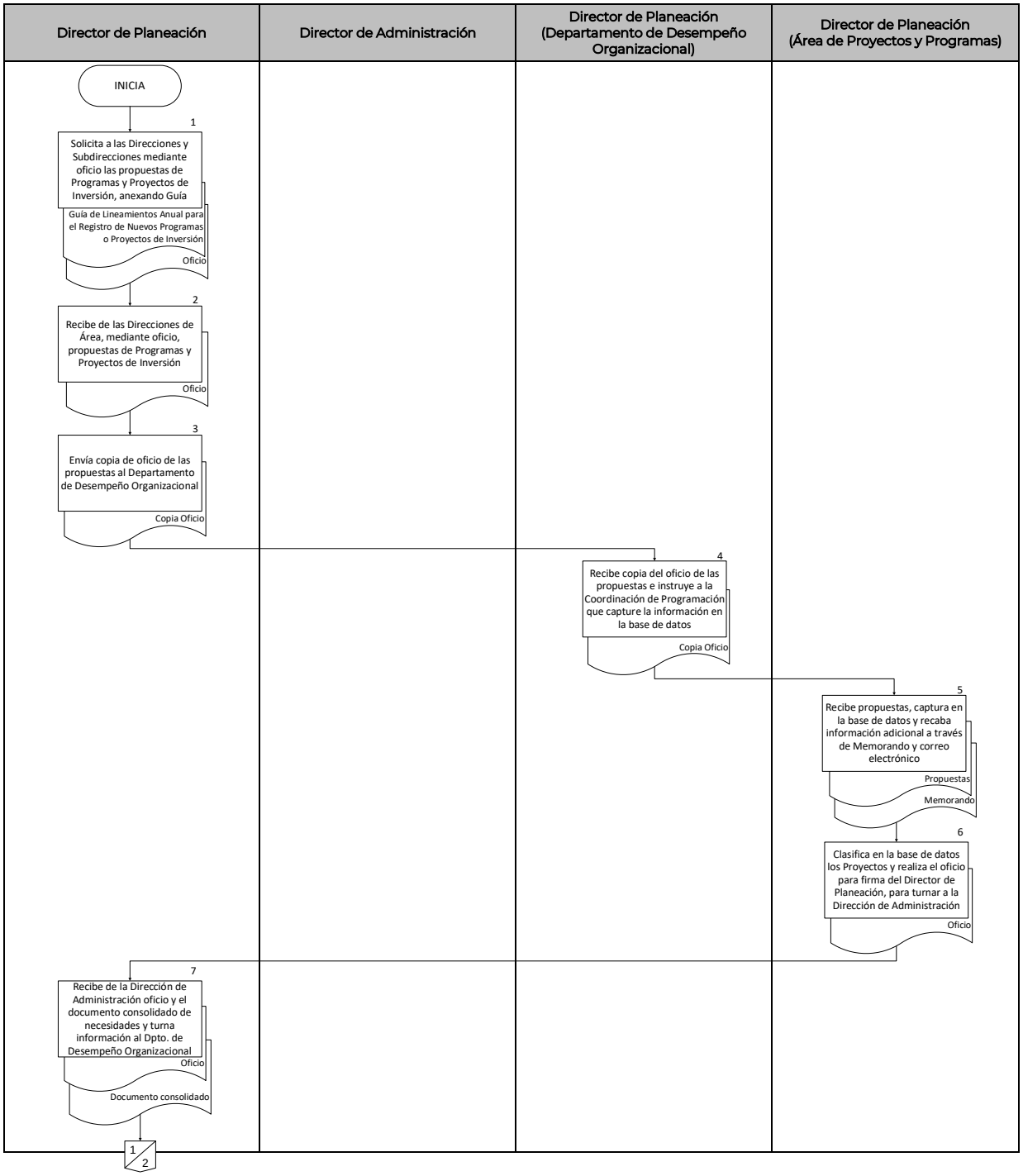
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

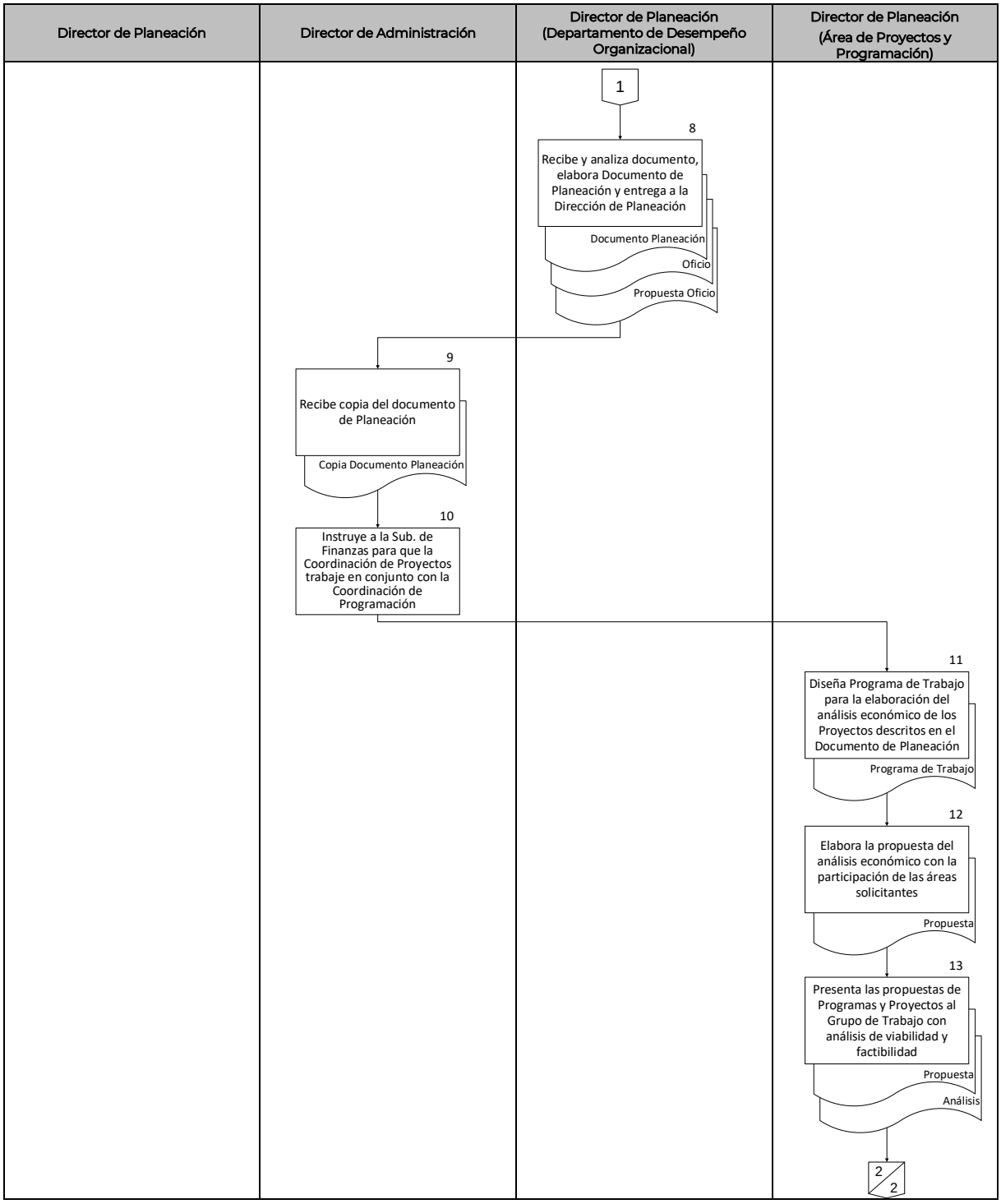
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Planeación	1	Solicita a las Direcciones y Subdirecciones mediante oficio las propuestas de Programas y Proyectos de Inversión, anexando la Guía de Lineamientos Anual para el Registro de Nuevos Programas o Proyectos de Inversión.	Oficio Copia Oficio Guía de Lineamientos Anual para el Registro de Nuevos Programas o Proyectos de Inversión
	2	Recibe de las Direcciones de Área, mediante oficio, propuestas de Programas y Proyectos de Inversión.	
	3	Envía copia de oficio de las propuestas al Departamento de Desempeño Organizacional.	
Director de Planeación (Departamento de Desempeño Organizacional)	4	Recibe copia del oficio de las propuestas e instruye al área de Proyectos y Programas que capture la información en la base de datos.	Oficio Propuestas
Director de Planeación (Área de Proyectos y Programas)	5	Recibe propuestas, captura en la base de datos y recaba información adicional a través de Memorando y correo electrónico.	Propuestas Memorando Correo electrónico
	6	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.	
Director de Planeación	7	Recibe de la Dirección de Administración oficio y el documento consolidado de necesidades y turna información al Departamento de Desempeño Organizacional.	Oficio Documento consolidado
Director de Planeación (Departamento de Desempeño Organizacional)	8	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.	Documento consolidado Documento de Planeación Propuesta Oficio

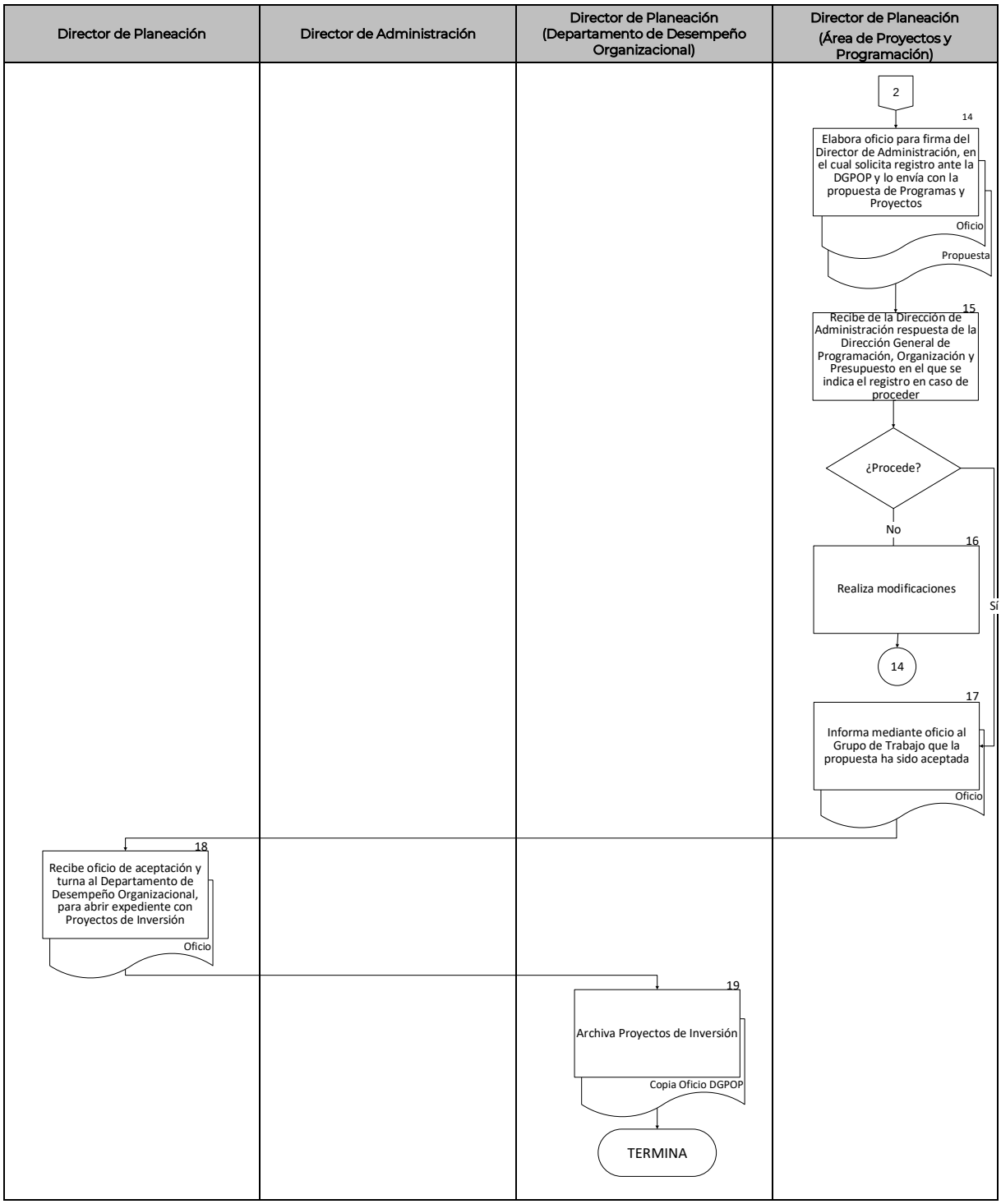
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Administración	9	Recibe copia del documento de Planeación.	Copia Documento de Planeación
	10	Instruye a la Subdirección de Finanzas para que el área de Proyectos y Programas trabaje en conjunto con la Coordinación de Programación.	
Director de Planeación (Coordinación de Proyectos y Programación)	11	Diseña Programa de Trabajo para la elaboración del análisis económico de los Proyectos descritos en el Documento de Planeación.	Programa de Trabajo Propuesta Análisis Oficio
	12	Elabora la propuesta del análisis económico con la participación de las áreas solicitantes.	
	13	Presenta las propuestas de Programas y Proyectos al Grupo de Trabajo con análisis de viabilidad y factibilidad.	
	14	Elabora oficio para firma del Director de Administración, en el cual solicita registro ante la Dirección General de Programación y Presupuesto y lo envía con la propuesta de Programas y Proyectos.	
Director de Planeación (Coordinación de Proyectos y Programación)	15	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. ¿Procede?	Memorando Correo Electrónico
	16	No: Realiza modificaciones. Regresa a la actividad 14	
	17	Sí: Informa mediante oficio al Grupo de Trabajo que la propuesta ha sido aceptada.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Planeación	18	Recibe oficio de aceptación y turna al Departamento de Desempeño Organizacional, para abrir expediente con Proyectos de Inversión.	Oficio
Director de Planeación (Departamento de Desempeño de Organizacional)	19	Archiva Proyectos de Inversión. TERMINA PROCEDIMIENTO	Copia Oficio Dirección General de Programación y Presupuesto

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Director de Planeación
Director de Administración
Director de Planeación (Departamento de Desempeño Organizacional)
Director de Planeación (Área de Proyectos y Programación)
1
8
Recibe y analiza documento, elabora Documento de Planeación y entrega a la Dirección de Planeación
Documento Planeación
Oficio
Propuesta Oficio
9
Recibe copia del documento de Planeación
Copia Documento Planeación
10
Instruye a la Sub. de Finanzas para que la Coordinación de Proyectos trabaje en conjunto con la Coordinación de Programación
11
Diseña Programa de Trabajo para la elaboración del análisis económico de los Proyectos descritos en el Documento de Planeación
Programa de Trabajo
12
Elabora la propuesta del análisis económico con la participación de las áreas solicitantes
Propuesta
13
Presenta las propuestas de Programas y Proyectos al Grupo de Trabajo con análisis de viabilidad y factibilidad
Propuesta
Análisis
2/2


Director de Planeación
Director de Administración
Director de Planeación (Departamento de Desempeño Organizacional)
Director de Planeación (Área de Proyectos y Programación)
2
14
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
Oficio
Propuesta
15
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
¿Procede?
No
Sí
16
Realiza modificaciones
14
17
Informa mediante oficio al Grupo de Trabajo que la propuesta ha sido aceptada
Oficio
18
Recibe oficio de aceptación y turna al Departamento de Desempeño Organizacional, para abrir expediente con Proyectos de Inversión
Oficio
19
Archiva Proyectos de Inversión
Copia Oficio DGPOP
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía de Lineamientos Anual para el Registro de Nuevos Programas o Proyectos de Inversión	N/A

7 REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/A

9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

13. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS.

1. PROPÓSITO

Elaborar los instrumentos jurídicos que celebre el Instituto con personas físicas y/o morales, los cuales deben contar con las formalidades y requisitos que establece el área requirente y la ley de la materia de que se trate.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Asuntos Jurídicos, Recibe oficio por parte del área usuaria para elaboración de contrato y/o convenio. La subdirección de Asuntos jurídicos (Departamento de lo Consultivo), Analiza la información y documentación técnica y legal remitida.

2.2 A nivel externo: Contratista

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo) que este procedimiento se lleve a cabo.

3.2 El Instituto Nacional de Pediatría, a través de la Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo) elabora convenios y/o contratos que le soliciten las áreas del Instituto Nacional de Pediatría quienes proveerán de los requisitos técnicos, documentación legal y demás documentos necesarios, para que se plasmen en los mismos y con ello se cumplan los fines del Instituto Nacional de Pediatría; ; así mismo solicita las firmas de validación de la Subdirección de Asuntos Jurídicos y de las áreas correspondientes

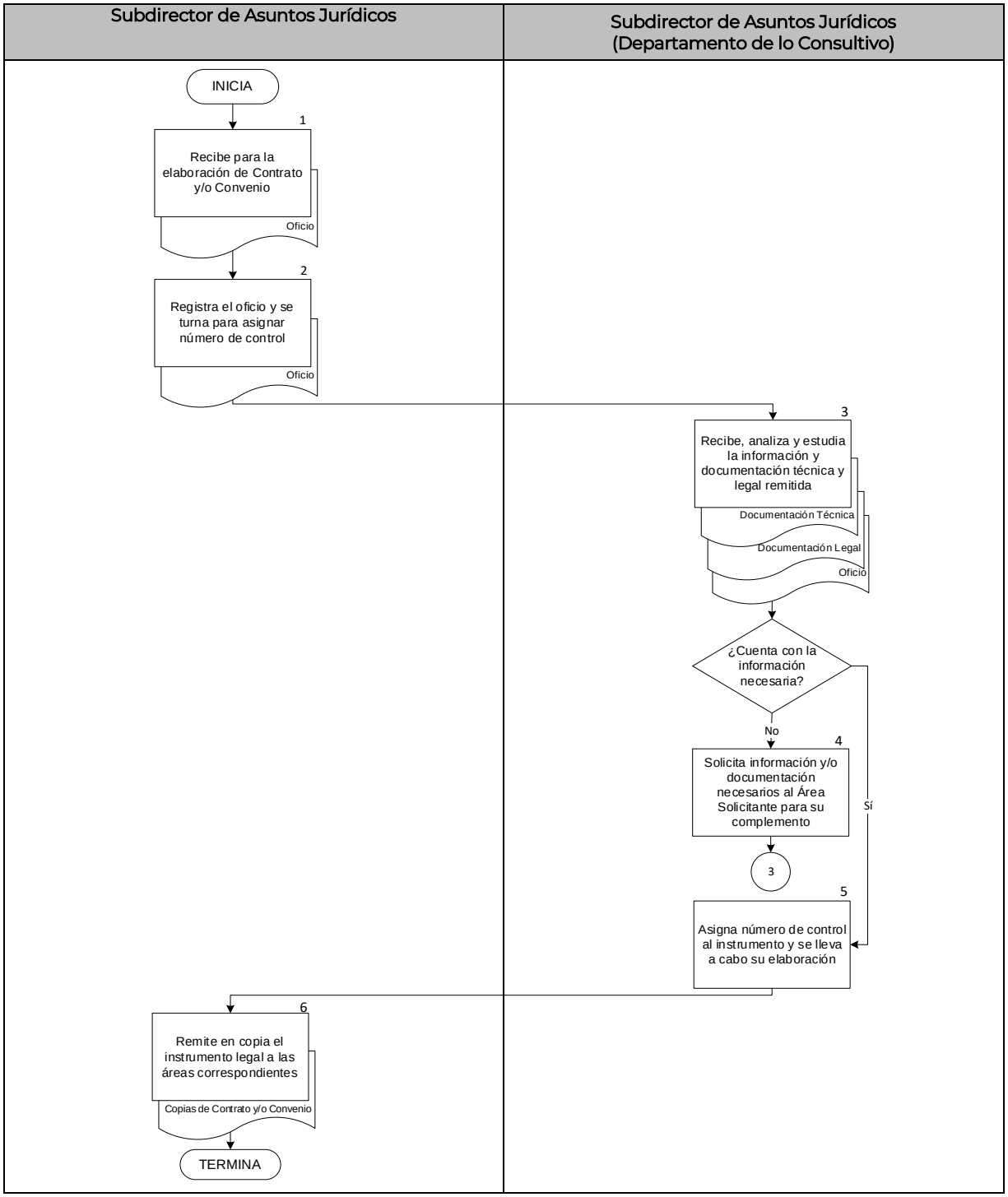
3.3 La Subdirección de Asuntos Jurídicos Deberá remitir los instrumentos legales en cuatro tantos originales para su firma, un ejemplar al área solicitante.

3.4 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Asuntos Jurídicos	1 2	Recibe oficio por parte del Área Usuaria para la elaboración de Contrato y/o Convenio dependiendo de la naturaleza del objeto. Registra el oficio y se turna al Departamento de lo Consultivo para análisis y elaboración.	Oficio
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo)	3 4 5	Recibe, analiza y estudia la información y documentación técnica y legal remitida en la que se especifica la naturaleza del objeto del instrumento Legal, así como la documentación con la que acredita facultad para celebrar el instrumento de la persona física o moral. Procede: ¿Cuenta con la información necesaria? No: Solicita la información técnica y/o documentación legal y demás documentos necesarios al Área Solicitante para su complemento. Regresa a la Actividad 3. Sí: Elabora Contrato y/o Convenio apegándose a lo requerido por el área y a las leyes aplicables al caso concreto, vigilando el cumplimiento de los requisitos que debe tener el instrumento.	Oficio Documentación Información y Documentación técnica y legal .Contrato y/o Convenio
Subdirector de Asuntos Jurídicos	6	Remite en copia el instrumento legal en cuatro tantos que se distribuyen de la siguiente manera: ∠ 1ª. copia Contratista ∠ 2ª. copia Área Solicitante ∠ 3ª. copia Subdirección de Finanzas ∠ 4ª. copia Subdirección de Asuntos Jurídicos **TERMINA PROCEDIMIENTOS**	.Contrato y/o Convenio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Decreto Orgánico del Instituto Nacional de Pediatría.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Amparo: Acción o efecto de adquirir el derecho de protegerse. Protección y tutela del derecho; acción y efecto de dispensar justicia por parte de los órganos de la jurisdicción. En México, juicio destinado a impugnar los actos de autoridad violatorios de los derechos reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a nacionales y extranjeros y a mantener el respeto a la legalidad, mediante la garantía de la exacta aplicación del derecho.

8.2. Contrato: Documento que acredita el pacto entre dos personas. De acuerdo al Art. 1793 del Código Civil del D.F., es un convenio en virtud del cual se produce o se transfiere una obligación o un derecho.

8.3 Convenio: De acuerdo al Art. 1792 del Código Civil del D.F., es un acuerdo de dos o más personas (acreedores o proveedores, o pacientes o autoridades competentes) destinado a crear, transferir, modificar o extinguir una obligación a través de un documento.

8.4 Demanda: Petición a un tribunal para el reconocimiento de un derecho. Acto procesal, verbal o escrito ordinariamente inicial del proceso en el que se plantea el juez una cuestión (o varias no incompatibles entre sí) para que la resuelva, previos los trámites legales establecidos, dictando la sentencia que proceda, según lo alegado y probado.

8.5 Denuncia: Acto de acusar a alguien ante una autoridad a través de un documento. Acto mediante el cual se pone en conocimiento de la autoridad la comisión de algún delito o infracción legal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
03	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

14. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS.

1. PROPÓSITO

Cumplir con la normatividad aplicable para el funcionamiento de una Institución de Salud, Enseñanza e Investigación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Subdirección de Asuntos Jurídicos, Recibe solicitud vía oficio de cualquier área del INP para realizar trámite ante la autoridad administrativa; Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo) Recibe oficio, información y documentación de parte de la asistencia técnica del área solicitante se hace el llenado de los formatos, se anexan los documentos necesarios y se recaban las firmas del personal autorizado del Instituto.

2.2 A nivel externo: Contratistas

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del La Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo) que este procedimiento se lleve a cabo y de su actualización.

3.2 Se solicitará la intervención del área requirente para que coadyuve al llenado de los formatos y proporcione la información y documentos técnicos, para llenar los requisitos y así obtener las Licencias, Autorizaciones, Certificados, etc.

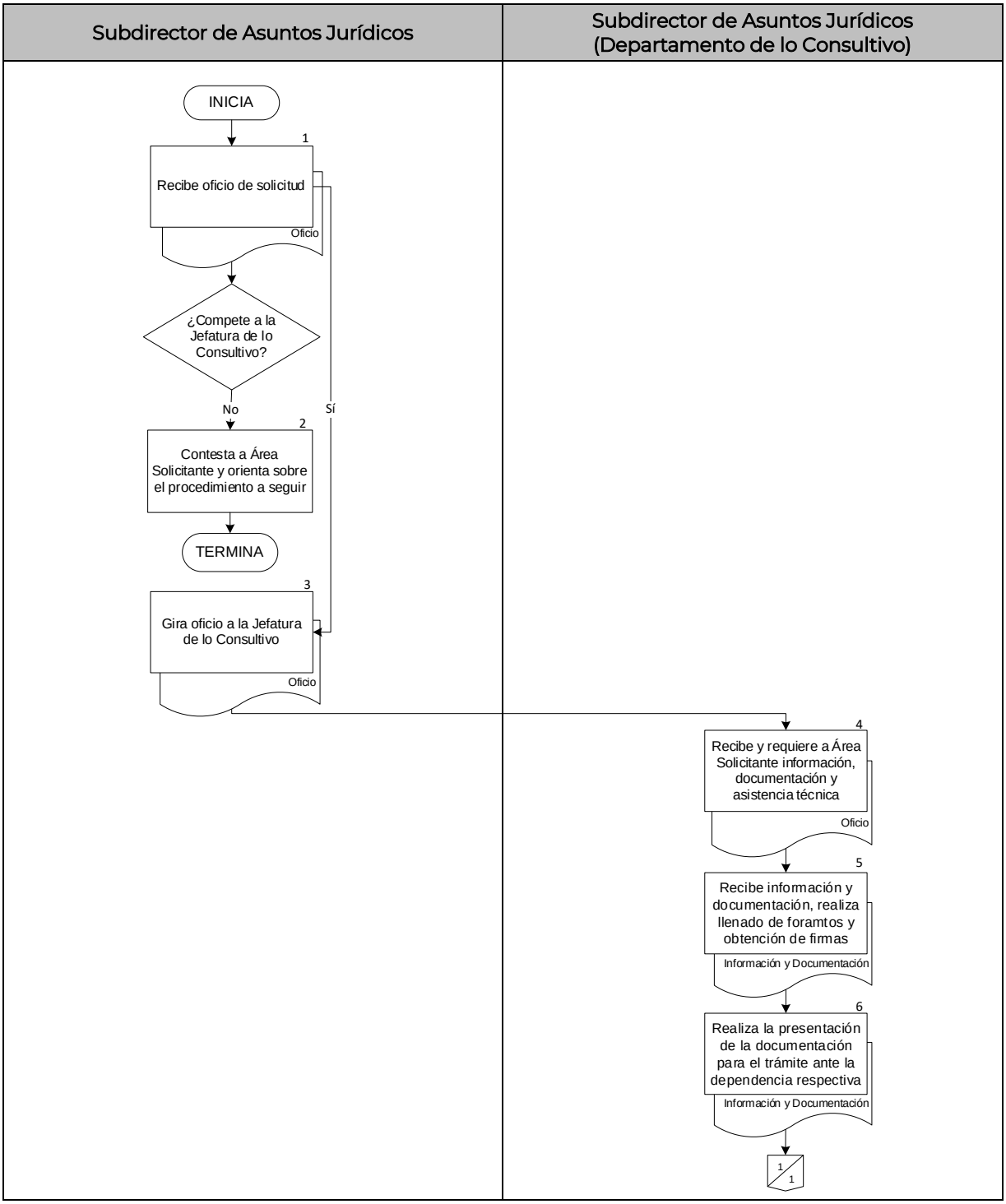
3.3 Se dará atención y seguimiento a toda solicitud de las áreas que necesiten la obtención de Licencias, Autorizaciones, Certificados, a favor del Instituto Nacional de Pediatría. Turnándose el resultado del trámite al área que lo solicito.

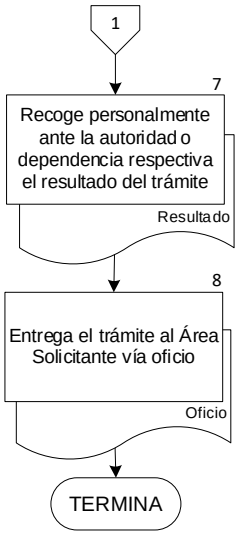
3.4 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Asuntos Jurídicos	1	Recibe la solicitud vía oficio de cualquier Área del Instituto para realizar el trámite ante la Autoridad Administrativa correspondiente para la obtención del documento requerido. Procede: ¿Es competencia del Departamento de lo Consultivo?	Oficio
	2	No: Contesta al Área usuaria solicitante y se orienta sobre el procedimiento a seguir. Termina.	
	3	Sí: Gira oficio al Departamento de lo Consultivo.	
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo)	4	Recibe oficio y requiere por escrito y/o verbal al Área Solicitante del trámite, la información, documentación y asistencia técnica respectiva para el llenado de los formatos que cada dependencia establece como requisito para dicho trámite.	Solicitud escrita y/o verbal
	5	Recibe la información y documentación de parte de la asistencia técnica del Área Solicitante, se hace el llenado de los formatos, se anexan los documentos necesarios y se recaban las firmas del personal autorizado del Instituto.	Información y Documentación .
	6	Realiza la presentación de la documentación para el trámite ante la dependencia respectiva	
	7	Recoge de manera personal ante la autoridad o dependencia respectiva el resultado del trámite.	Resultado Oficio
	8	Entrega el trámite al área solicitante vía oficio. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Subdirector de Asuntos Jurídicos	Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Consultivo)
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Autorización: Documento escrito que contiene un permiso que faculta a alguien para que pueda desplegar una determinada acción.

8.2 Certificado: Documento de garantía que se entrega o extiende sobre algo y que tiene la misión de afirmar la autenticidad o la certeza de algo.

8.3 Licencia: Documento o contrato en que consta la aprobación, en el cual se da cuenta o consta el permiso en cuestión.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
03	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

15. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER LAS DEMANDAS LABORALES, CIVILES, ADMINISTRATIVAS, DENUNCIAS PENALES O DE AMPAROS QUE AFECTEN LOS INTERESES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

1. PROPÓSITO

Atender, dar seguimiento y resolución a todos los asuntos jurídicos y legales relacionados con demandas, denuncias y/o amparos que afecten los intereses del Instituto Nacional de Pediatría.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Subdirección de Asuntos jurídicos Recibe por la autoridad judicial la notificación correspondiente a emplazamiento a juicio al Instituto, quien entrega la demanda ya sea en materia laboral, civil, mercantil, administrativa, denuncia penal o amparo; Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso), Solicita por escrito y/o verbal dependiendo de la naturaleza del juicio, al área correspondiente para que remita la documentación necesaria para la defensa de los intereses del Instituto.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso) que este procedimiento se lleve a cabo.

3.2 Solo se atenderán las demandas, denuncias o amparos en donde se afecten los intereses del Instituto Nacional de Pediatría.

3.3 El área involucrada deberá remitir la documentación solicitada por la Subdirección de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso) para la defensa de los intereses.

3.4 Los formatos que se manejan en este procedimiento están actualizados y vigentes, cada uno de éstos cuenta con una denominación específica, la cual está registrada de manera oficial en el Instituto. Asimismo, se incluye un “@” en dicha denominación para denotar un formato electrónico.

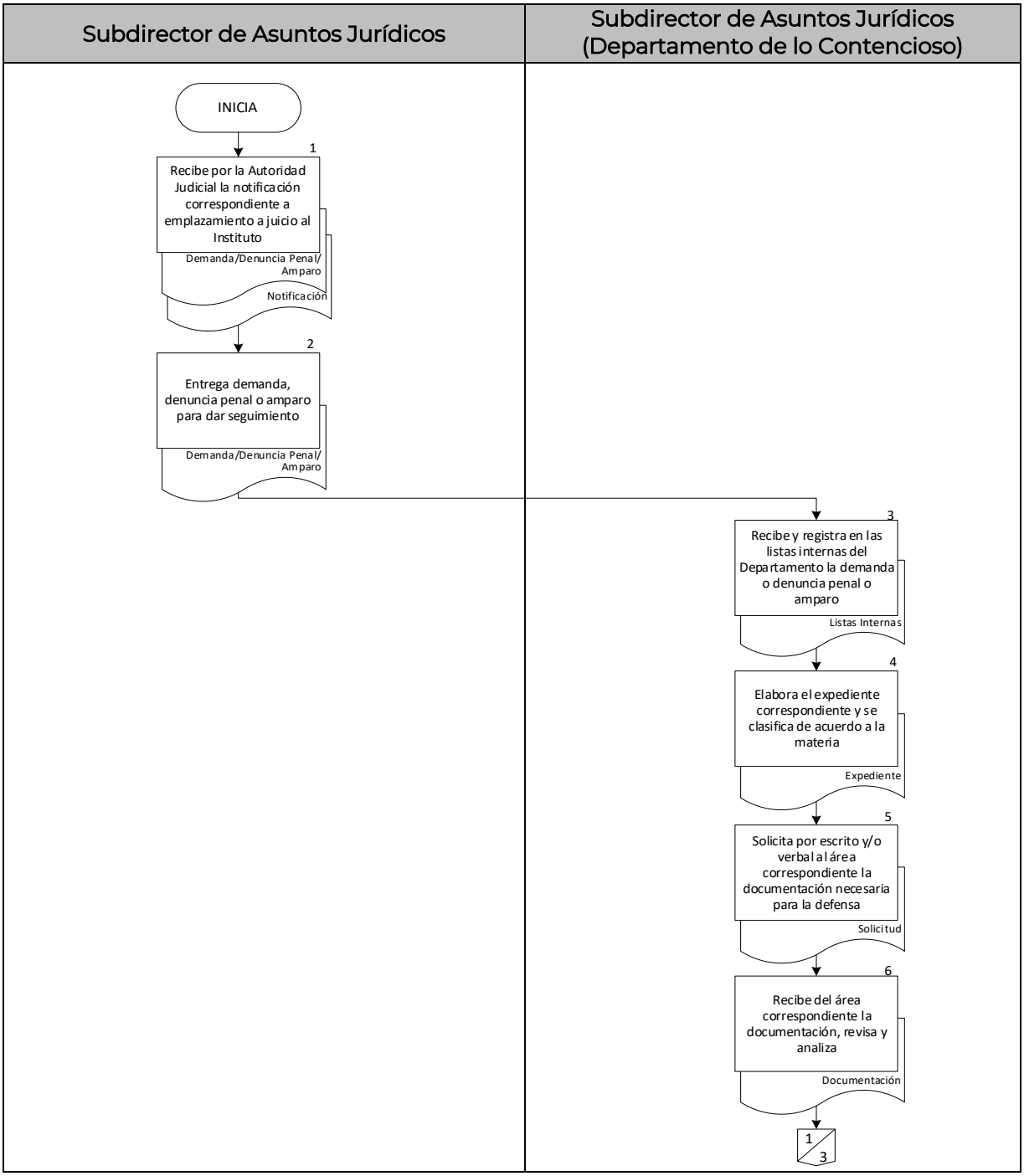
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

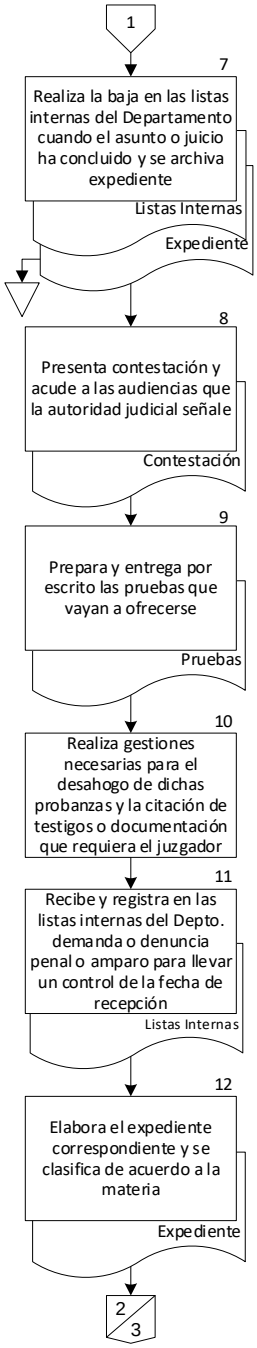
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Asuntos Jurídicos	1	Recibe por la autoridad judicial la notificación correspondiente a emplazamiento a juicio al Instituto, quien entrega la demanda ya sea en materia laboral, civil, mercantil, administrativa, denuncia penal o amparo.	Notificación Demanda/ Denuncia Penal/ Amparo
	2	Entrega demanda o denuncia penal o amparo para dar seguimiento al Departamento de lo Contencioso. Nota: En caso de afectar los intereses del Instituto se elabora y se interpone demanda de carácter civil, administrativa, laboral o penal se recaba la documentación que soporte la acción a realizar.	
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)	3	Recibe y registra en las listas internas del Departamento demanda o denuncia penal o amparo para llevar un control de la fecha de recepción.	Demanda/ Denuncia Penal/ Amparo Listas Internas
	4	Elabora el expediente correspondiente y se clasifica de acuerdo a la materia.	Expediente Solicitud
	5	Solicita por escrito y/o verbal dependiendo de la naturaleza del juicio, al área correspondiente para que remita la documentación necesaria para la defensa de los intereses del Instituto.	Documentación Contestación Pruebas Notificación
	6	Recibe del área correspondiente la documentación, revisa y analiza.	Listados de los estatus de los juicios
	7	Realiza la baja en las listas internas del Departamento cuando el asunto o juicio ha concluido y se archiva expediente.	

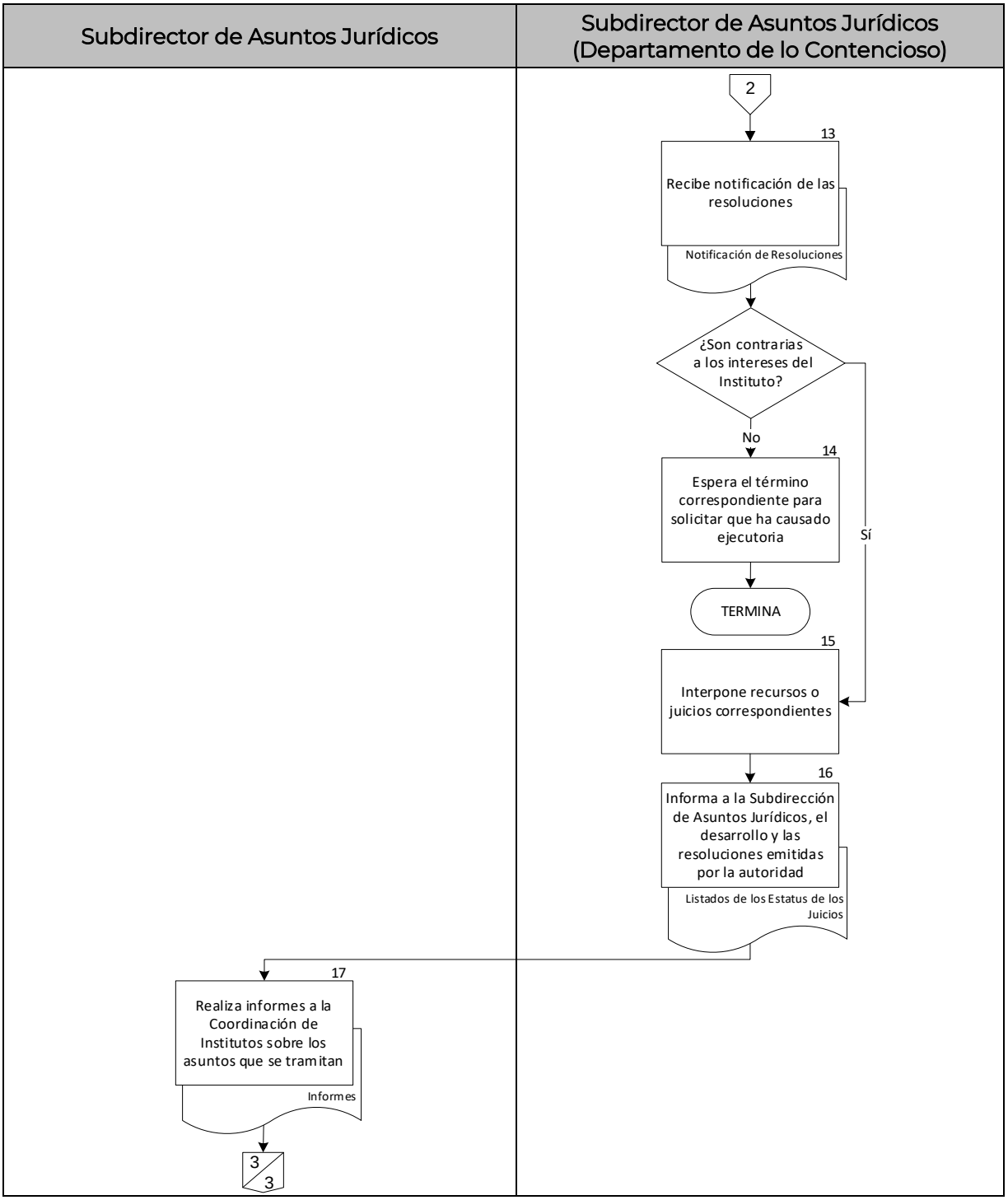
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)	8	Presenta por escrito la contestación de la demanda o denuncia según sea el caso, dependiendo de la materia y las circunstancias del juicio, y acude a las audiencias que la autoridad judicial señale.	
	9	Prepara y entrega por escrito las pruebas que vayan a ofrecerse según las circunstancias del caso.	
	10	Realiza las gestiones necesarias para el desahogo de dichas probanzas, incluyendo gestiones ante las autoridades judiciales y en su caso ante las autoridades del Instituto, para la citación de testigos o documentación que requiera el juzgador.	
	11	Recibe y registra en las listas internas del Departamento demanda o denuncia penal para llevar un control de la fecha de recepción.	
	12	Elabora el expediente correspondiente y se clasifica de acuerdo a la materia.	
	13	Recibe notificación de las resoluciones. ¿Son contrarias a los intereses del Instituto?	
	14	No: Espera el término correspondiente para solicitar que ha causado ejecutoria. Termina.	
	15	Sí: Interpone recursos o juicios correspondientes.	
	16	Informa mediante listados de los estatus de los juicios, a la Subdirección de Asuntos Jurídicos, el desarrollo y las resoluciones emitidas por la autoridad ya sea favorable o desfavorable para los intereses del Instituto.	

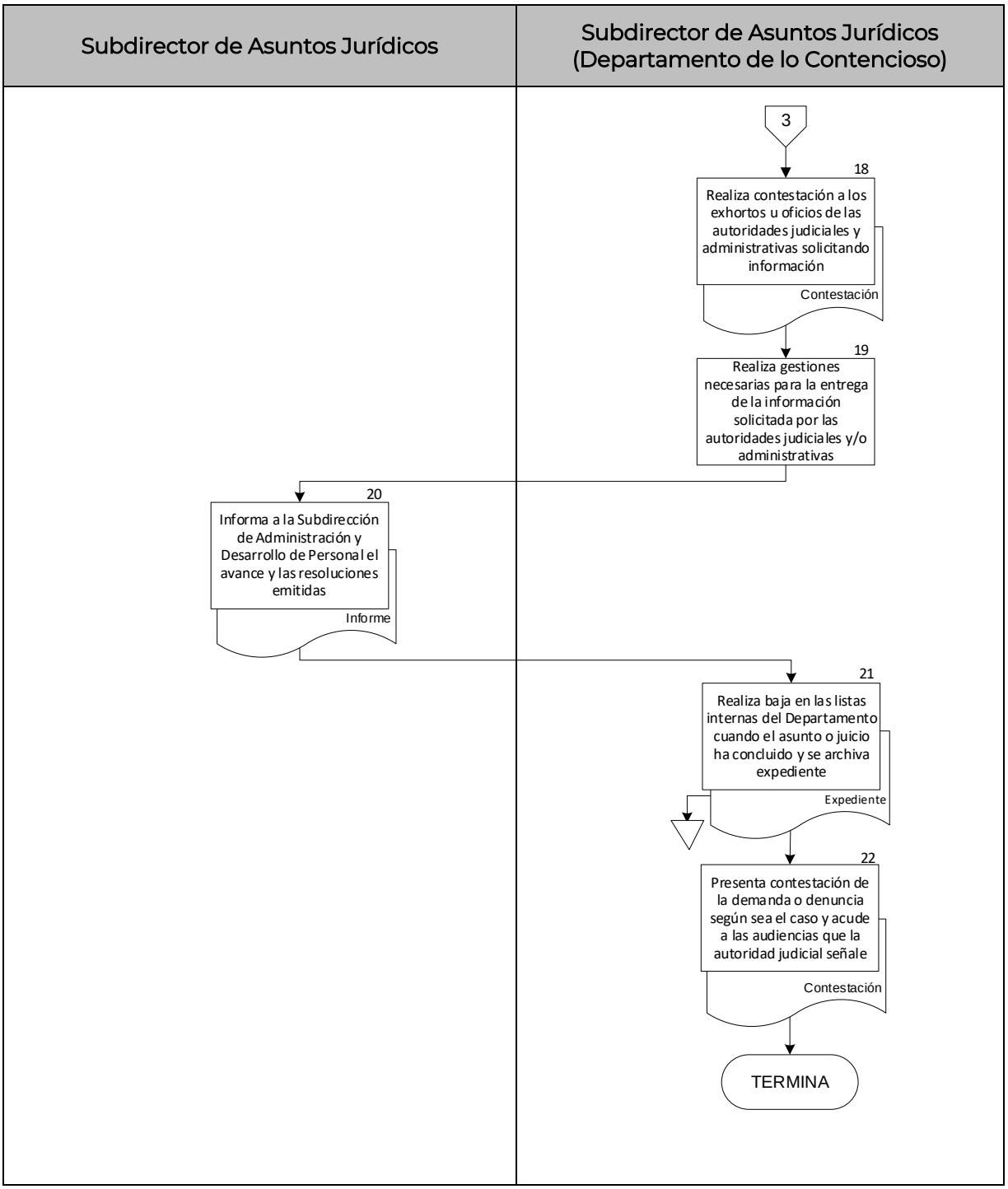
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector de Asuntos Jurídicos	17	Realiza informes a la Coordinación de Institutos sobre los asuntos que se tramitan.	Informes
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)	18 19	Realiza contestación a los exhortos u oficios de las autoridades judiciales y administrativas en donde solicitan información de trabajadores o pacientes del Instituto. Realiza gestiones necesarias para la entrega de la información solicitada por las autoridades judiciales y/o administrativas.	Contestación
Subdirector de Asuntos Jurídicos	20	Informa mediante escrito a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal el avance y las resoluciones emitidas ya sean favorables o desfavorables para los intereses del instituto.	Informe
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)	21 22	Realiza la baja en las listas internas del Departamento cuando el asunto o juicio ha concluido y se archiva expediente. Presenta por escrito la contestación de la demanda o denuncia según sea el caso, dependiendo de la materia y las circunstancias del juicio, y acude a las audiencias que la autoridad judicial señale. TERMINA PROCEDIMIENTO	Expediente Contestación

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Subdirector de Asuntos Jurídicos	Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)
	


Subdirector de Asuntos Jurídicos
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)
2
13
Recibe notificación de las resoluciones
Notificación de Resoluciones
¿Son contrarias a los intereses del Instituto?
No
Sí
14
Espera el término correspondiente para solicitar que ha causado ejecutoria
TERMINA
15
Interpone recursos o juicios correspondientes
16
Informa a la Subdirección de Asuntos Jurídicos, el desarrollo y las resoluciones emitidas por la autoridad
Listados de los Estatus de los Juicios
17
Realiza informes a la Coordinación de Institutos sobre los asuntos que se tramitan
Informes
3/3


Subdirector de Asuntos Jurídicos
Subdirector de Asuntos Jurídicos (Departamento de lo Contencioso)
3
18
Realiza contestación a los exhortos u oficios de las autoridades judiciales y administrativas solicitando información
Contestación
19
Realiza gestiones necesarias para la entrega de la información solicitada por las autoridades judiciales y/o administrativas
20
Informa a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal el avance y las resoluciones emitidas
Informe
21
Realiza baja en las listas internas del Departamento cuando el asunto o juicio ha concluido y se archiva expediente
Expediente
22
Presenta contestación de la demanda o denuncia según sea el caso y acude a las audiencias que la autoridad judicial señale
Contestación
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Amparo: Acción o efecto de adquirir el derecho de protegerse. Protección y tutela del derecho; acción y efecto de dispensar justicia por parte de los órganos de la jurisdicción. En México, juicio destinado a impugnar los actos de autoridad violatorios de los derechos reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a nacionales y extranjeros y a mantener el respeto a la legalidad, mediante la garantía de la exacta aplicación del derecho.

8.2 Demanda: Petición a un tribunal para el reconocimiento de un derecho. Acto procesal, verbal o escrito ordinariamente inicial del proceso en el que se plantea el juez una cuestión (o varias no incompatibles entre sí) para que la resuelva, previos los trámites legales establecidos, dictando la sentencia que proceda, según lo alegado y probado.

8.3 Denuncia: Acto de acusar a alguien ante una autoridad a través de un documento. Acto mediante el cual se pone en conocimiento de la autoridad la comisión de algún delito o infracción legal.

8.4 Resolución: Es un decreto, una decisión o un fallo que emite una determinada autoridad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
03	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

16. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.

1. PROPÓSITO

Contar con los elementos necesarios para concentrar en forma ordenada y esquematizada las actividades a realizar durante el ejercicio fiscal por las áreas de integran el Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría para efectuar las auditorías, actividades de mejora, revisiones de control interno, participación en comités, quejas, denuncias e inconformidades. Comisario del Sector Salud

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Órgano Interno de Control y Titulares de Área del Órgano Interno de Control actualiza e identifica el Inventario de Riesgos. Titular del Órgano Interno de Control y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública identifica y selecciona áreas con base en el Modelo de Administración de Riesgos. Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades identifica y selecciona áreas para la inclusión de estrategias relacionadas con quejas, denuncias o inconformidades.

2.2 A nivel externo: Comisario del Sector Salud en la Secretaría de la Función Pública (Unidad de Control y Evaluación) registra el Programa Anual de Trabajo para su aplicación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría la supervisión en la ejecución de este procedimiento, de acuerdo a los lineamientos establecidos.

3.2 La elaboración del Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría se encuentra sujeta a la publicación de los Lineamientos que para tal efecto emita la Secretaría de la Función Pública.

3.3 La programación de las actividades, se encontrará sujeta al resultado de la integración del mapa de riesgos y a la aprobación por parte de la Coordinación de Órganos de Vigilancia y Control de la Secretaría de la Función Pública a través del Comisario del Sector Salud en la Secretaría de la Función Pública (Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública)

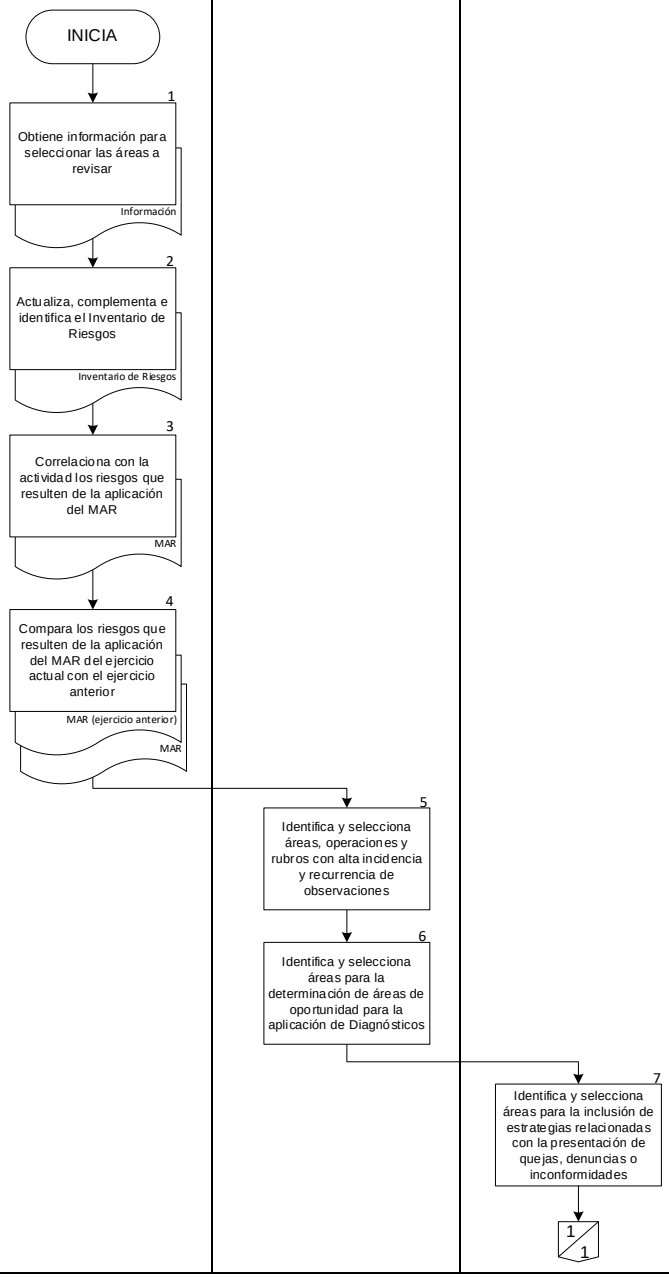
4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control y Titulares de Área del Órgano Interno de Control	1	Obtiene información que sirva como base para seleccionar las áreas a revisar.	Información
	2	Actualiza, complementa e identifica el Inventario de Riesgos.	Inventario de Riesgos
	3	Correlaciona con la actividad los riesgos que resulten de la aplicación del Mapa de Administración de Riesgos (MAR).	Mapa de Administración de Riesgos
	4	Compara los riesgos que resulten de la aplicación del Mapa de Administración de Riesgos (MAR) del ejercicio actual con el ejercicio anterior.	Mapa de Administración de Riesgos (ejercicio anterior)
Titular del Órgano Interno de Control (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora Gestión Pública)	5	Identifica y selecciona áreas, operaciones y rubros con alta incidencia y recurrencia de observaciones con base a la investigación previa y Modelo de Administración de Riesgos.	
	6	Identifica y selecciona áreas para la determinación de áreas de oportunidad para la aplicación de Diagnósticos.	
Titular del Órgano Interno de Control (Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades)	7	Identifica y selecciona áreas para la inclusión de estrategias relacionadas con la presentación de quejas, denuncias o inconformidades.	

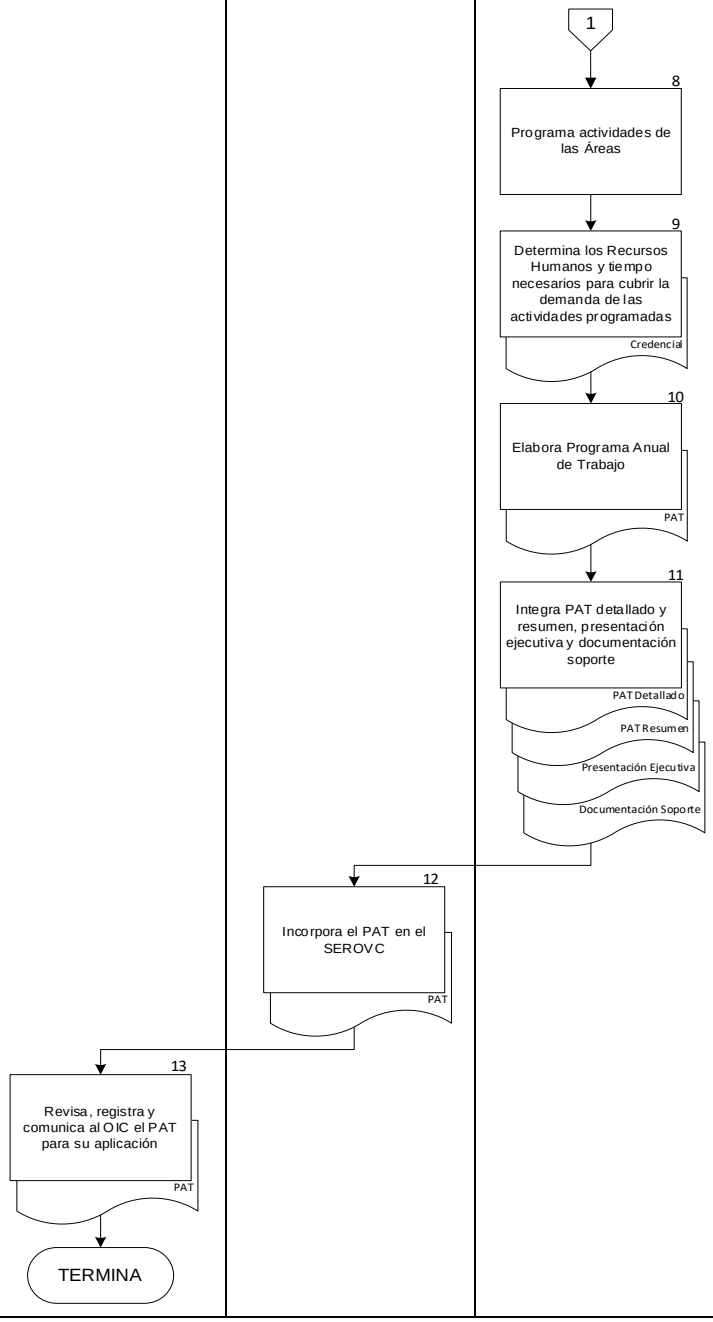
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control y Titulares de Área del Órgano Interno de Control	8	Programa actividades de las Áreas.	Programa Anual de Trabajo
	9	Determina los Recursos Humanos necesarios, así como el tiempo para cubrir la demanda de las actividades programadas.	Programa Anual de Trabajo Detallado
	10	Elabora el Programa Anual de Trabajo (PAT) de acuerdo a los Lineamientos establecidos.	
	11	Integra el Programa Anual de Trabajo detallado y el PAT resumen, así como la presentación ejecutiva de acuerdo a los lineamientos y formatos establecidos, con su documentación soporte.	Programa Anual de Trabajo Resumen Presentación Ejecutiva Documentación soporte
Titular del Órgano Interno de Control	12	Incorpora el Programa Anual de Trabajo (PAT) en el Sistema para la Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (SEROVC).	Programa Anual Trabajo
Comisario del Sector Salud en la Secretaría de la Función Pública, (Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública)	13	Revisa, registra y comunica al Órgano Interno de Control el Programa Anual de Trabajo (PAT) para su aplicación. TERMINA PROCEDIMIENTO	Programa Anual de Trabajo

5. DIAGRAMA DE FLUJO

Comisario del Sector Salud en la Secretaría de la Función Pública, (Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública)	Titular del Órgano Interno de Control	Titular del Órgano Interno de Control y Titulares de Área del Órgano Interno de Control	Titular del Órgano Interno de Control (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública)	Titular del Órgano Interno de Control (Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades)



Comisario del Sector Salud en la Secretaría de la Función Pública, (Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública)	Titular del Órgano Interno de Control	Titular del Órgano Interno de Control y Titulares de Área del Órgano Interno de Control	Titular del Órgano Interno de Control (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública)	Titular del Órgano Interno de Control (Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Denuncia: Acto de acusar a alguien ante una autoridad a través de un documento. Acto mediante el cual se pone en conocimiento de la autoridad la comisión de algún delito o infracción legal.

8.2 Diagnóstico: Son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto.

8.3 Queja: Reclamación o protesta que se hace ante una autoridad a causa de un desacuerdo o inconformidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cédula de Identificación y Evaluación de Riesgos

10.2 Codificación de Auditorias y Seguimiento

10.3 Programa anual detallado

10.4 Programa anual resumen

10.5 Mapa de Riesgos

10.6 Gráfico del Mapa de Riesgos

10.1 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (1)

SFP

Cédula de identificación y evaluación de riesgos 2014

Instrucciones: Llene los datos respectivos a cada riesgo conforme se solicita. Elabore este formato para ***cada uno de los riesgos*** que se disponga para ser analizado por el Grupo Directivo de Atención a Riesgos, al finalizar la reunión de trabajo, deberá contar con una cédula firmada para cada riesgo identificado del Inventario de Riesgos 2014. Podrá encontrar una versión disponible en formato electrónico en la plataforma **ser**OVC (http://serovc.funcionpublica.gob.mx).

Datos del Grupo Directivo de Atención a Riesgos (Captura previa a la reunión de trabajo)	
Siglas y nombre de la Institución Pública de adscripción del OIC:	
Siglas y nombre de las Instituciones Públicas en las que el OIC tiene atribuciones (casos de OIC con multipertenencia):	
Año del Inventario de Riesgos:	2014
Nombre del Titular del OIC:	
Nombre y cargo del servidor público designado como Facilitador:	
Lugar o sede donde se llevó a cabo el Taller de Enfoque Estratégico:	
Número de participantes:	
Nombre del Comisario Propietario del Sector (CGOVC):	
Nombre del Comisario Suplente del Sector (CGOVC):	
Fecha de la reunión de trabajo:	

Revisión de riesgos del Inventario 2013 (captura previa a la reunión de trabajo)			
Retome la información general de cada riesgo del Inventario de Riesgos 2013 y escríbala en los recuadros a continuación (cada riesgo en una cédula). En el caso de riesgos nuevos, es decir, que no estaban incluidos en el inventario 2013 este apartado no se llenará, cancélelo con una línea y continúe el llenado en el apartado "B. Formulación o reformulación del riesgo para inventario 2014". Considere la vinculación con algún objetivo institucional (alineación).			
Sustantivo:	Verbo en participio:	Adjetivo, adverbio o complemento circunstancial negativo:	
Ver ejemplos en Presentación de la herramienta de Administración de Riesgos.	*Ver ejemplos en Presentación de la herramienta de Administración de Riesgos.*	*Ver ejemplos en Presentación de la herramienta de Administración de Riesgos.*	
Impacto		Probabilidad	Ranking

10.1 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (2)

Jerarquía del factor (consecutivo anterior)	Descripción del factor	Tipo de factor
1	*Solo los tres principales factores que estaban asociados al riesgo*	*El tipo de factor que había sido detectado.*
2		
3		

A) Identificación, selección y descripción de riesgos
Inventario de Riesgos 2014.

Describa el nuevo riesgo o el riesgo reformulado propuesto por el grupo directivo conforme a las especificaciones establecidas en cada celda (Máximo 10 palabras para el riesgo completo). En el caso de que el riesgo 2013 no requiera una reformulación capture la misma redacción del apartado A.

Riesgo que se incluirá en Inventario de Riesgos 2014:	Numero identificador consecutivo	Sustantivo:	Verbo en participio:	Adjetivo, adverbio o complemento circunstancial negativo:

B) Clasificación de los riesgos
Identificación de las Dimensiones

Señale para cada riesgo hasta ***dos*** de las cuatro dimensiones pertenecientes a los objetivos de la Secretaría de la Función Pública (SFP) con las cuales se relaciona, marcando con un ***1*** la dimensión con la que mantiene la ***relación primaria*** y con un ***2***, la dimensión con la mantiene la ***relación secundaria***. Cabe mencionar que en la plataforma serOVC únicamente se registrará la dimensión correspondiente a la relación primaria.

Reducir los niveles de corrupción en la Administración Pública Federal.	
Mejorar la efectividad de la Administración Pública Federal.	
Consolidar la transparencia y la rendición de cuentas en los asuntos públicos.	
Vigilar que la actuación de la Administración Pública Federal se apegue a la legalidad.	

C) Identificación de factores de riesgo.

Describa en orden de importancia (siendo ***uno*** el ***más importante***) los factores que puedan contribuir a la materialización del riesgo identificado para el Inventario 2014 (descritos en apartado B), conforme a las especificaciones requeridas por cada celda. Es recomendable utilizar un máximo de 25 palabras para el factor completo. Puede considerar, en su caso, los mismos factores identificados para los riesgos reformulados del Inventario 2013. Señale el tipo de factor utilizando la clasificación de la Tabla 1 que se muestra a continuación. Identifique al menos un factor por cada riesgo.

Factores de riesgo

Jerarquización del factor	Descripción del factor	Tipo de factor
1	*Ver ejemplos en Presentación de Herramienta de Administración de Riesgos. Establecer mínimo uno y preferentemente hasta 5 factores. Máximo 25 palabras para cada factor. (Ver Tabla 1)*	*Llenar de acuerdo a las opciones (Ver Tabla 1)*
2		
3		
4		
5		

10.1 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (3)

Tabla 1. Clasificación de los factores de riesgo

Tipo de factor de riesgo	Descripción
Recursos humanos	Conjunto de personas internas o externas que participan directa o indirectamente en la consecución del objetivo o meta.
Financiero-presupuestal	Recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de los objetivos o metas.
Material-infraestructura	Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de los objetivos o metas.
Procesos-operativo	Conjunto de operaciones necesarias para alcanzar los objetivos o metas.
Administrativo-gestión	Actividades adjetivas relacionadas con la planificación, organización, dirección y control de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos o metas.
Tecnologías de la información y comunicación	Sistemas requeridos por la Institución Pública para administrar la información.
Normativo	Conjunto de leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la Institución Pública para la consecución de sus objetivos o metas.
Entorno	Conjunto de condiciones externas a la Institución Pública que inciden en el logro de los objetivos o metas y sobre los cuales no se tiene influencia.

D) Identificación de los posibles efectos de los riesgos

Especifique de forma sucinta y jerarquizada (siendo ***uno*** el ***más importante***) los tres principales efectos negativos (consecuencias) que tendría la Institución Pública si llegara a materializarse el Riesgo que se está evaluando. Clasifíquelos con dos impactos genéricos que observe le correspondan según lo especificado de la **Tabla 2** (si aplica sólo uno, cancele el segundo espacio). Cabe mencionar que en la plataforma serOVC únicamente se registrará la "relación" correspondiente al efecto negativo descrito.

Efectos negativos (consecuencias)en caso de materializarse el riesgo:	Impacto genérico principal	Impacto genérico secundario
1 *Texto libre, claro y breve que describa el efecto o consecuencias en la Institución Pública si se materializa el Riesgo.*	*Anote la "relación" especificada en la tabla por ejemplo: Incrementa costos*	*Anote la "relación" especificada en la tabla por ejemplo: Disminuye los ingresos*
2		
3		

Tabla. 2 Impactos genéricos de los riesgos

Tipo	Relación
Costos	Incrementa costos
Ingresos	Disminuye los ingresos
Metas físicas	Impide el cumplimiento de metas físicas
Metas financieras	Impide el cumplimiento de metas financieras
Calidad de los bienes y servicios	Reduce la calidad de los bienes/servicios que entrega/presta la Institución Pública
Satisfacción de los beneficiarios o usuarios	Reduce la satisfacción de los beneficiarios/usuarios
Imagen pública	Afecta negativamente la imagen pública de la Institución Pública.
Objetivos y/ funciones sustantivas	Dificulta el logro de los objetivos o el desempeño de las funciones sustantivas definidas en los programas sectoriales/institucionales
Mejora de procesos	Demerita el desarrollo de los procesos sustantivos de la Institución Pública.

10.1 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (4)

F) Valoración del Grado de Impacto	
Considerando los efectos negativos (consecuencias) que tendría la Institución Pública si llegara a materializarse el Riesgo identificado, el Grupo Directivo debe **VALORAR** el Grado de Impacto que este reflejaría sobre el desempeño de la Institución Pública conforme a lo especificado en la **Tabla 3**.	*Por ejemplo:* ***"7, Alto"***

Tabla 3: Grado asociado al impacto.

Grado de impacto	
1	Muy bajo
2	
3	Bajo
4	
5	Regular
6	
7	Alto
8	
9	Muy alto
10	

F) Valoración de la Probabilidad de Ocurrencia (Pre capturar)

Para determinar la probabilidad de ocurrencia del riesgo se deberán de tomar en cuenta los elementos ***cuantitativos*** y ***cualitativos*** que los afectan. Generalmente, cuanto mayor es la ocurrencia de las siguientes situaciones, mayor probabilidad existe, de que se materialice el riesgo. Los dos listados propuestos a continuación, son enunciativos pero no limitativos por lo que únicamente se recomienda no eliminar renglones o alguno de los temas.

En el caso de los elementos ***cuantitativos*** en los que no se tenga información señale en la celda "No aplica" o "No se cuenta con información". En los elementos ***cualitativos*** si la respuesta es N/A, no tache ninguna de las opciones propuestas.

Conceptos de elementos cuantitativos	Cantidad total (dato general derivado de la IP)	Cantidad asociada al tema del riesgo que se está valorando
a. Número de quejas	*Por ejemplo:* *2012: 4 quejas recibidas* *2013. 0 quejas recibidas*	*Por ejemplo:* *2012: 0 (ninguna queja está asociada al tema del riesgo)* *2013: 0 (ninguna queja asociada al tema del riesgo)*
b. Número de denuncias		
c. Procedimientos de sanciones administrativa		
d. Auditorías efectuadas (con o sin observaciones determinadas)	*2012: 8 auditorías* *2013: 9 auditorías*	*2012: 1 auditoría asociada* *2013: 0 auditorías asociadas.*
e. Observaciones determinadas con base en los resultados de las auditorías (internas o externas)	*2012: 215 observaciones* *2013: 201 observaciones*	*2012: 25 observaciones asociadas* *2013: 0 observaciones asociadas*
f. Número de Visitas de Inspección y breve comentario de los resultados obtenidos		

10.1 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (5)

Conceptos de elementos cuantitativos	**Cantidad total (dato general derivado de la IP)**	**Cantidad asociada al tema del riesgo que se está valorando**
g. Acciones de mejora determinadas con base en los resultados de las revisiones de control (internas o externas)		
h. Recomendaciones derivadas de diagnósticos de mejora no atendidas		
i. Indicadores de proyectos de mejora que no alcanzaron la meta		
j. Número de Diagnósticos mandatados y propios realizados y breve descripción de los resultados obtenidos.	*2012:1 diag. propio* *2013:3 diag. propios* *1 diag. mandatado*	*2012: 1 diagnóstico asociado al tema del riesgo.* *2013: 1 diagnóstico mandatado asociado.*
k. Hallazgos de evaluaciones externas		
l. Recomendaciones en los informes de autoevaluación		
m. Comentarios o menciones en los reportes de instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales u organismos internacionales.	*Ejemplo:* *No aplica*	*Ejemplo:* *No aplica*

Conceptos de elementos cualitativos	**Marque la respuesta:** (Si su respuesta es N/A, no tachar ninguna opción)	
a. En aspectos presupuestales relacionados directamente con este riesgo ¿existen desviaciones importantes en el ejercicio del gasto?	Sí	No
b. ¿Existen casos relevantes asociados a este riesgo identificado?	Sí	No
c. Los trámites, servicios, programas y procesos relacionados con este riesgo, ¿se consideran susceptibles de actos de corrupción?	Sí	No
d. Los proyectos de inversión o adquisición de bienes y servicios relacionados con este riesgo, ¿se consideran susceptibles a fallas, retrasos, incumplimientos normativos o actos de corrupción?	Sí	No
e. En los principales indicadores de gestión, resultados, entre otros, relacionados con el riesgo, ¿tuvieron desviaciones importantes?	Sí	No
f. En los resultados de las evaluaciones y estudios a los programas con reglas de operación realizados por instituciones externas relacionados con este riesgo, ¿se tuvieron comentarios o menciones negativas o sugerencias importantes?	Sí	No
g. ¿Existe información relevante publicada en medios masivos de comunicación relacionada con el tema de este riesgo?	Sí	No
h. ¿Se tiene información relevante sobre este riesgo a partir de estudios realizados por externos?	Sí	No
i. En su caso, este riesgo ¿está relacionado directamente con alguna de las actividades del proceso de desincorporación de las Entidades Paraestatales?	Sí	No
Cantidad total de respuestas Sí y No		

10.1 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (6)

Por último, la existencia de ***controles internos*** establecidos en la Institución Pública disminuye la probabilidad de que el riesgo se materialice, ya que se considera que está siendo ***administrado*:**			
Conceptos de control interno			
¿La Institución Pública cuenta con controles para administrar este riesgo?	Sí	No	*Si la respuesta es afirmativa describa brevemente en este espacio de 1 a 3 de ellos para referencia.*

Derivado de la recurrencia de los elementos ***cuantitativos***, la tendencia de respuestas afirmativas y negativas de los elementos ***cualitativos*** y la existencia de ***controles internos***, el Grupo Directivo deberá **VALORAR** el grado asociado a la probabilidad de ocurrencia del riesgo, conforme a lo especificado en la **Tabla 4**.

ejemplo:

"7, Alto"

Tabla 4. Grado asociado a la probabilidad

Frecuencia con que se materializa el riesgo	Grado asociado a la probabilidad de ocurrencia del riesgo	
menor a 10%	1	Muy bajo
	2	
entre 11 y 15%	3	Bajo
	4	
entre 16 y 20%	5	Regular
	6	
entre 21 y 25%	7	Alto
	8	
mayor que 25%	9	Muy alto
	10	

G. Firma del responsable del TEE

Titular del Órgano Interno de Control

10.2 CODIFICACIÓN DE AUDITORIAS Y SEGUIMIENTO

Codificación de las Auditorías y del Seguimiento de Observaciones

Clave de Programa	Tipo de Auditorías
100	Recursos Humanos
110	Servicio Profesional de Carrera
210	Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios
220	Almacenes e Inventarios de Bienes de Consumo
230	Obra Pública
240	Inventarios y Activos Fijos
260	Producción
310	Presupuesto-Gasto de Inversión
320	Ingresos
330	Disponibilidades
340	Pasivos
350	Presupuesto-Gasto Corriente
370	Fideicomisos Públicos no Entidades Paraestatales, Mandatos y Análogos
400	Sistema de Información y Registro
610	Créditos Externos
700	Actividades Específicas Institucionales
710	Proceso de Desincorporación de la Entidad Paraestatal
800	Al Desempeño
810	Unidades administrativas, Sucursales, Regionales o Delegaciones y Programas Interinstitucionales

Clave de Programa	Tipo de Seguimiento
500	Seguimiento de Observaciones

10.3 PROGRAMA ANUAL DETALLADO

PAA - Detallado

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO

AÑO (1) JJA (4)

INSTITUCIÓN: (2)

No. REGISTRO SH (3)

DÍA XX MES XX AÑO XX (5)

No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	CLAVE DE PROGRAMA	JUSTIFICACIÓN	ÁREA A REVISAR	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS	
						INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	HOMBRE
				(10)	(11)				(15)

(16)

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

10.4 PROGRAMA ANUAL RESUMEN

PAA – Resumen

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - RESUMEN AÑO: 2(

INSTITUCIÓN: _____ No. REGISTRO SHCP: _____

HOJA _____ DÍA XX MES XX AÑO XX

No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN	CLAVE DE PROGRAMA	LUGAR, ÁREA O RUBRO A REVISAR	PROGRAMACIÓN: PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL SEMANAS REVISIÓN	TOTAL SEMANAS HOMBRE
								1	2

PLANTILLA AUTORIZADA DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL ___	AUDITORÍAS	7
	SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES	
	TRANSPARENCIA, INTEGRIDAD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	
	DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	
	QUEJAS Y DENUNCIAS	
	RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS	0
	CONTROVERSIAS Y SANCIONES EN CONTRATACIONES PÚBLICAS	
	ACTIVIDADES QUE NO REÚNEN LOS REQUISITOS DE UNA AUDITORÍA	
PLANTILLA REAL DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL ___	PLANEACIÓN, DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN	3
	INFORMES A LA SFP Y OTRAS INSTANCIAS	
	COMITÉS	
	JUNTAS Y CONSEJOS	6
	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
	CAPACITACIÓN	
	PLAZAS VACANTES	9
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	VACACIONES E INCAPACIDADES DEL PERSONAL	
	TOTAL DE LA FUERZA DE TRABAJO DEL OIC	

10.5 MAPA DE RIESGOS (1)

SFP

MAPA DE RIESGOS: CUADRANTES, RANKING Y COBERTURA CON EL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS 2014

Institución: _____

Cuadrante I: Mayor impacto y mayor probabilidad de ocurrencia

No. de Riesgo	Descripción del riesgo	Impacto	Probabilidad	Suma ponderada	Ranking	Cobertura de los Riesgos	
						En PAA 2014 con Auditorías	Con otra Intervención Específica

Cuadrante II: Menor impacto y mayor probabilidad de ocurrencia

No. de Riesgo	Descripción del riesgo	Impacto	Probabilidad	Suma ponderada	Ranking	Cobertura de los Riesgos	
						En PAA 2014 con Auditorías	Con otra Intervención Específica

Cuadrante III: Menor impacto y menor probabilidad de ocurrencia

No. de Riesgo	Descripción del riesgo	Impacto	Probabilidad	Suma ponderada	Ranking	Cobertura de los Riesgos	
						En PAA 2014 con Auditorías	Con otra Intervención Específica

10.5 MAPA DE RIESGOS (2)

MAPA DE RIESGOS: CUADRANTES, RANKING Y COBERTURA CON EL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS 2014

Institución: _____

Cuadrante IV: Mayor impacto y menor probabilidad de ocurrencia

No. de Riesgo	Descripción del riesgo	Impacto	Probabilidad	Suma ponderada	Ranking	Cobertura de los Riesgos	
						En PAA 2014 con Auditorías	Con otra Intervención Específica

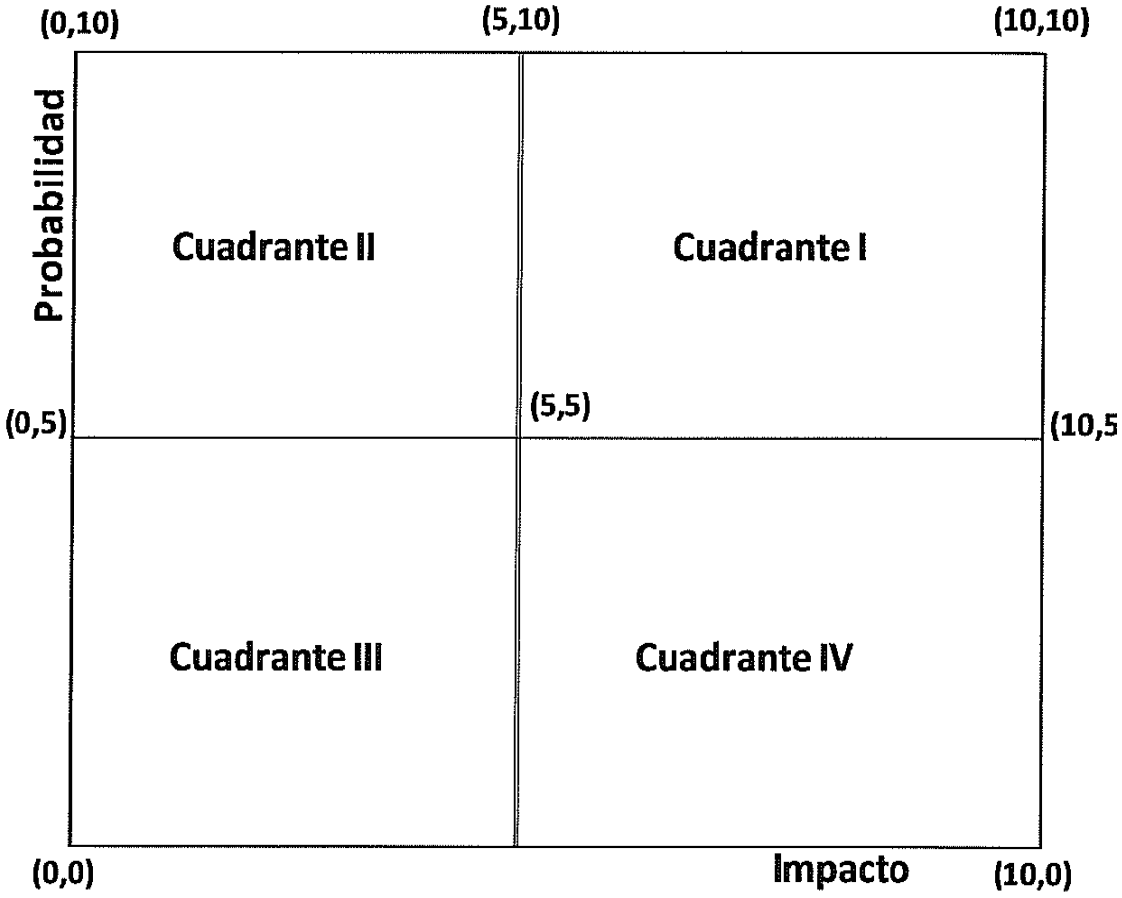
Resumen			
Riesgos identificados		Cobertura de los Riesgos	
Cuadrante	Total	En PAA 2014 con Auditorías	Con otra Intervención Específica
I: Mayor impacto y mayor probabilidad de ocurrencia			
II: Menor impacto y mayor probabilidad de ocurrencia			
III: Menor impacto y menor probabilidad de ocurrencia			
IV: Mayor impacto y menor probabilidad de ocurrencia			
Total de Riesgos			

10.6 GRÁFICO DEL MAPA DE RIESGOS

Gráfico del Mapa de Riesgos Institucional para la Formulación del PAA 2014

GRÁFICO DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL PARA LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS 2014

Institución: _____



17. PROCEDIMIENTO PARA DAR SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO.

1. PROPÓSITO

Establecer los criterios específicos y las actividades que orienten al personal del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría en la ejecución y seguimiento de las acciones del Sistema de Control Interno, enfocadas a emitir opiniones relativas a la programación de las actividades en el Programa de Trabajo de Control Interno y verificar la veracidad y confiabilidad de los avances reportados por la institución.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores) revisa las actividades programadas y el programa de Control Interno. Enlace SCII elabora listado de servidores públicos e informa sobre la aplicación de encuestas. Servidores Públicos realiza encuesta. Enlace SCII (Titular de la Institución) elabora Programa de Trabajo de control Interno e informa a las entidades correspondientes Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública revisa el Programa de Trabajo de Control Interno conforme a los criterios para la Evaluación.
Titular del Órgano Interno de Control. Elabora informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno. Institución presenta el Informe Anual del estado que guarda en Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo. Institución (Titular del Órgano Interno de Control) Realiza reporte de avances trimestrales y el reporte de actividades.

2.2 A nivel externo: Secretaría de la Función Pública (Unidad de Control de la Gestión Pública UCGP) Informa sobre las actividades de autoevaluación del Sistema de Control Interno

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, y el personal de esta área deberán observar lo dispuesto en el ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, emitido por la Secretaría de la Función Pública, así como la normatividad aplicable que deriva de éste.

3.2 El Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública revisará el desarrollo, avances y resultados de la aplicación del Sistema de Control Interno Institucional a efecto de reportar resultados relevantes, confiables y oportunos en materia de Control Interno.

3.3 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública dará seguimiento trimestralmente al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), a través del Reporte de Avance Trimestral dentro de los 20 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre y verificará con la evidencia que sustente el avance de las acciones de mejora, las cuales se concluirán a más tardar en la fecha de corte del siguiente año

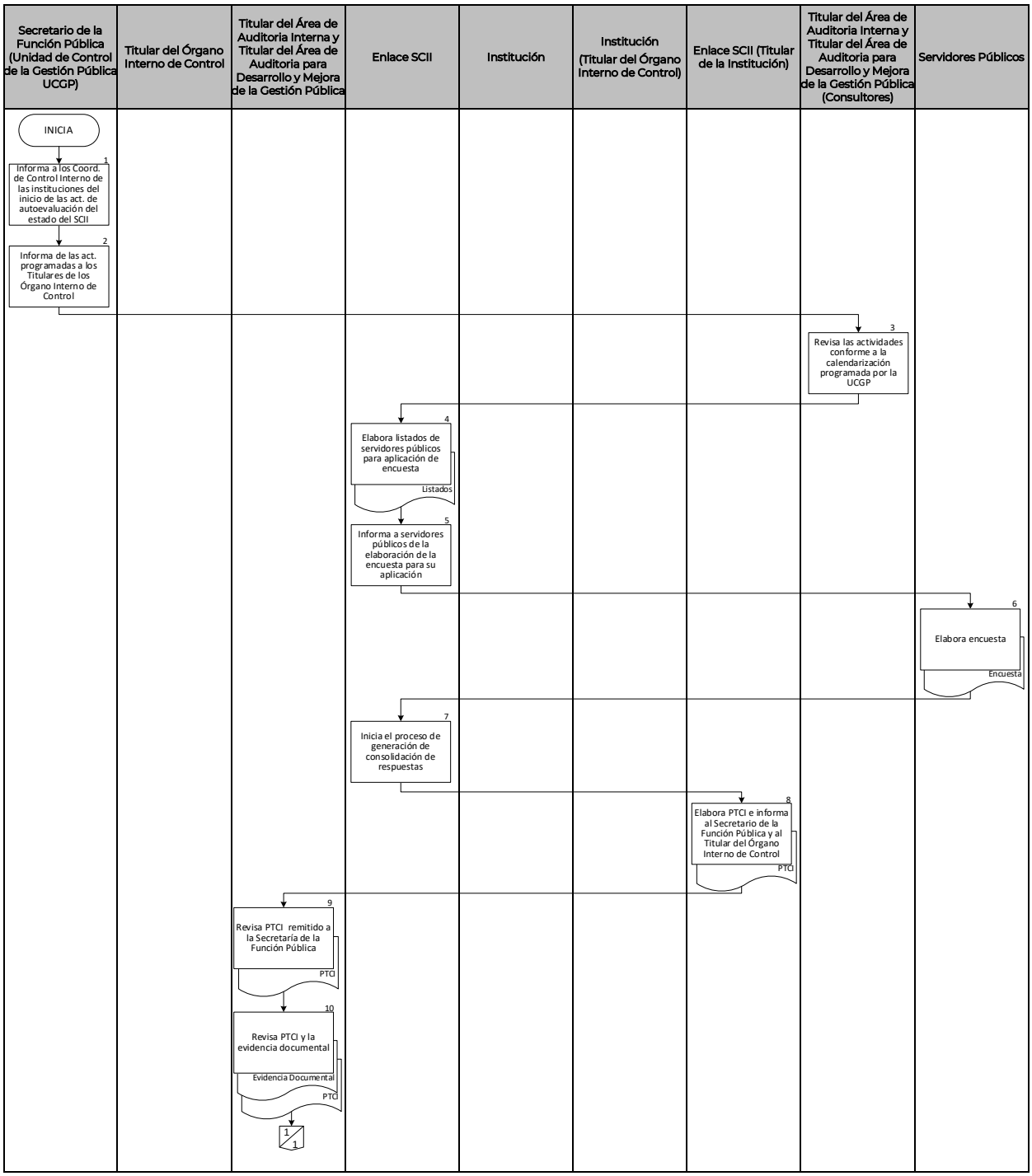
3.4 Los resultados de la evaluación del Informe de Resultados a la Evaluación del Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional, se presentarán al Titular de la Institución y al Secretario de la Función Pública conforme a lo señalado en el ACUERDO.

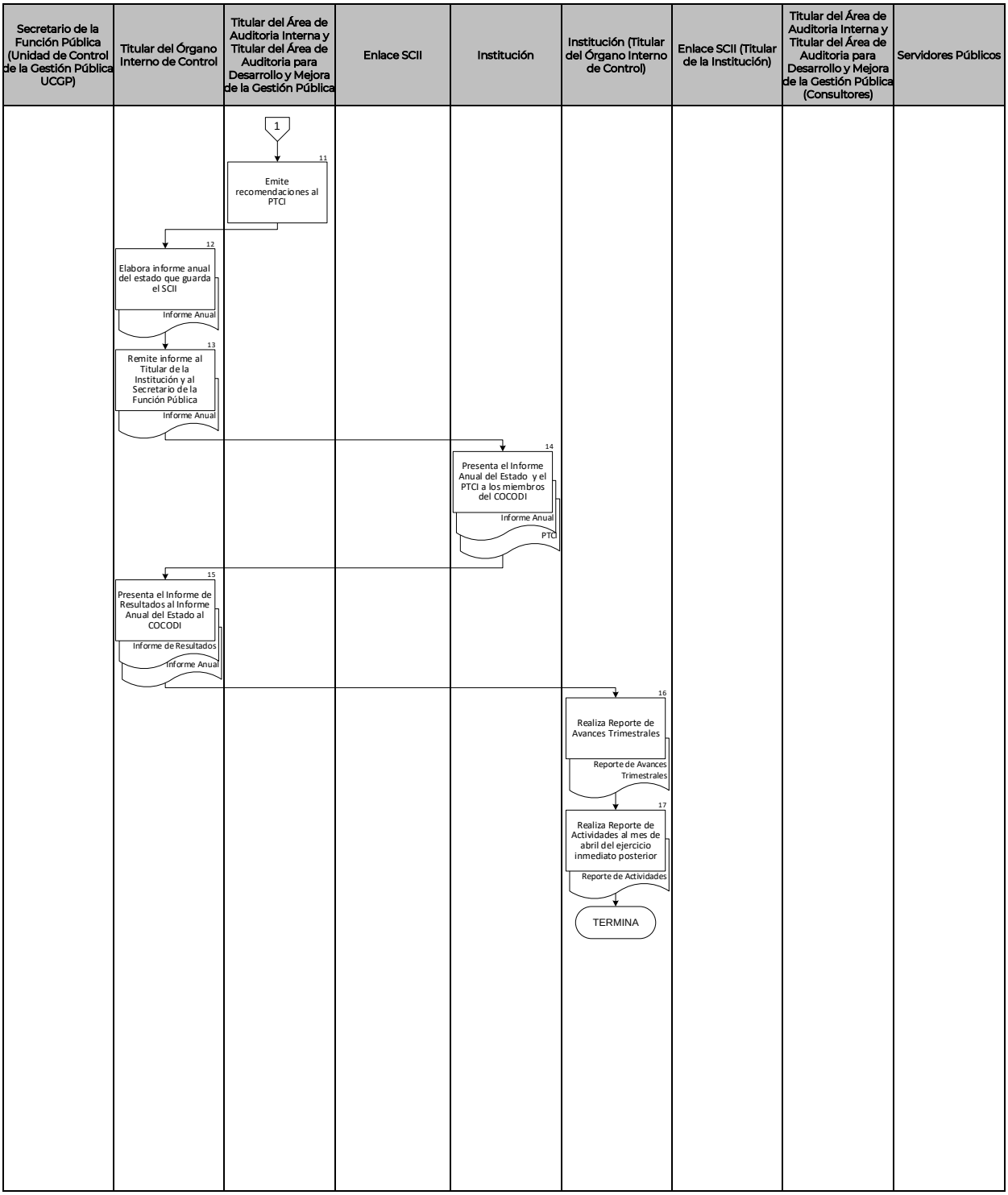
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Secretario de la Función Pública (Unidad de Control de la Gestión Pública UCGP)	1 2	Informa a los Coordinadores de Control Interno de las instituciones del inicio de las actividades de autoevaluación del estado del Sistema de Control Interno (SCII). Informa de las actividades programadas a los Titulares de los Órgano Interno de Control.	
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)	3	Revisa las actividades conforme a la calendarización programada por la Unidad de Control de la Gestión Pública (UCGP).	
Enlace SCII	4 5	Elabora listados de servidores públicos para aplicación de encuesta. Informa a servidores públicos de la elaboración de la encuesta para su aplicación.	Listados
Servidores Públicos	6	Elabora encuesta.	Encuesta
Enlace SCII	7	Inicia el proceso de generación de consolidación de respuestas.	
Enlace SCII (Titular de la Institución)	8	Elabora Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) e informa al Secretario de la Función Pública y al Titular del Órgano Interno de Control.	PTCI
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	9 10	Revisa el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) remitido a la Secretaría de la Función Pública, conforme a los Criterios para la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual que guarda el Sistema de Control Interno (SCII). Revisa el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y la evidencia documental.	PTCI PTCI Evidencia Documental

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	11	Emite recomendaciones al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).	
Titular del Órgano Interno de Control	12 13	Elabora informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno (SCII). Remite informe al Titular de la Institución y al Secretario de la Función Pública.	Informe Anual
Institución	14	Presenta el Informe Anual del Estado que guarda el CII y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) a los miembros del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	Informe Anual PTCI
Titular del Órgano Interno de Control	15	Presenta el Informe de Resultados al informe anual del Estado que guarda el CII al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	Informe de Resultados Informe Anual
Institución (Titular del Órgano Interno de Control)	16 17	Realiza Reporte de Avances Trimestrales. Realiza Reporte de Actividades al mes de abril del ejercicio inmediato posterior. TERMINA PROCEDIMIENTO	Reporte de Avances Trimestrales Reporte de Actividades

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Secretario de la Función Pública (Unidad de Control de la Gestión Pública UCGP)
Titular del Órgano Interno de Control
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública
Enlace SCII
Institución
Institución (Titular del Órgano Interno de Control)
Enlace SCII (Titular de la Institución)
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)
Servidores Públicos
1
11
Emite recomendaciones al PTCI
12
Elabora informe anual del estado que guarda el SCII
Informe Anual
13
Remite informe al Titular de la Institución y al Secretario de la Función Pública
Informe Anual
14
Presenta el Informe Anual del Estado y el PTCI a los miembros del COCODI
Informe Anual
PTCI
15
Presenta el Informe de Resultados al Informe Anual del Estado al COCODI
Informe de Resultados
Informe Anual
16
Realiza Reporte de Avances Trimestrales
Reporte de Avances Trimestrales
17
Realiza Reporte de Actividades al mes de abril del ejercicio inmediato posterior
Reporte de Actividades
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Criterios para la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual del estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional. Junio, 2014.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Control Interno:** Es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan a una entidad pública.

8.2 **Encuesta:** Es un método de investigación y recopilación de datos, utilizado para obtener información de personas sobre diversos temas a través de conjunto de preguntas especialmente diseñadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

18. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN EN MATERIA DE TRANSPARENCIA, INTEGRIDAD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA PREVENCIÓN Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN.

1. PROPÓSITO

Establecer los criterios específicos y las actividades que orienten al personal del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría en la ejecución y seguimiento de la evaluación en las materias correspondientes a la Transparencia, integridad y participación ciudadana, así como en el combate a la corrupción.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. Emite oficio para la revisión y solicitud de información. Área revisada remite información requerida.

2.2 A nivel externo: Secretaría de la Función Pública (Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional) emite lineamientos para el cumplimiento de las políticas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, efectuar la supervisión de las actividades descritas en este procedimiento.

3.2 El Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y el personal de esta área, deberán observar lo dispuesto en las Guías específicas y normatividad emitida por la Secretaría de la Función Pública en la materia respectiva.

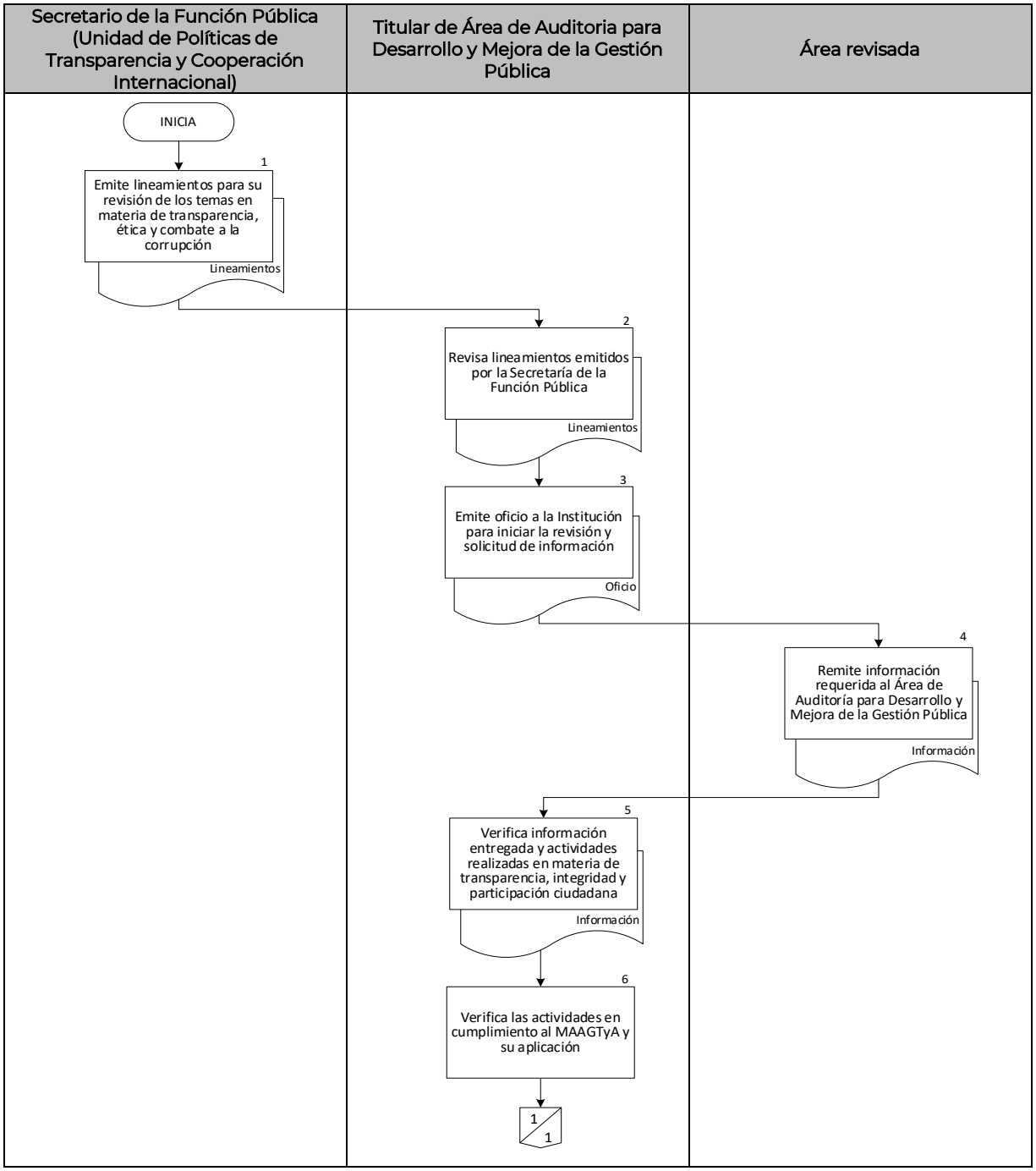
3.3 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública revisará el desarrollo, avances y resultados de la aplicación de las actividades reportadas por el Instituto Nacional de Pediatría y registrará los avances en las herramientas que para tal efecto norme la Secretaría de la Función Pública.

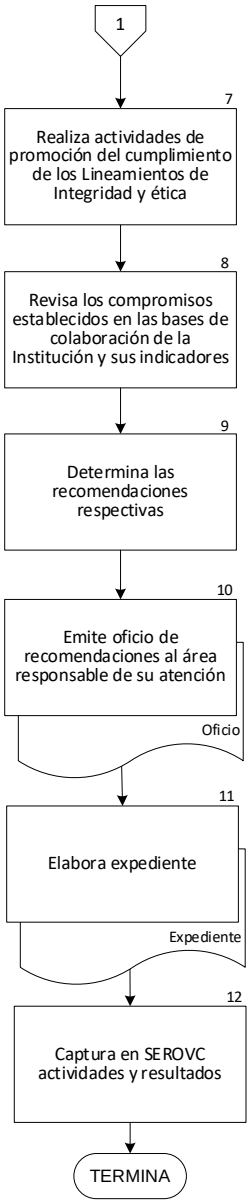
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Secretario de la Función Pública (Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional)	1	Emite lineamientos específicos para la revisión de los temas relacionados con el cumplimiento de las políticas en materia de transparencia, ética y combate a la corrupción.	Lineamientos
Titular de Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	2 3	Revisa lineamientos emitidos por la Secretaría de la Función Pública. Emite oficio a la Institución para iniciar la revisión y solicitud de información.	Lineamientos Oficio
Área revisada	4	Remite información requerida al Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	Información
Titular de Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	5 6 7 8	Verifica la información entregada y verifica en medios electrónicos, cuando aplique, las actividades realizadas en materia de transparencia, integridad y participación ciudadana. Verifica las actividades en cumplimiento al Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Transparencia (MAAGTyA) y su aplicación. Realiza actividades de promoción del cumplimiento de los Lineamientos de Integridad y ética. Revisa los compromisos establecidos en las bases de colaboración de la Institución, así como sus indicadores.	Oficio Expediente

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular de Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	9	Determina las recomendaciones respectivas.	Lineamientos
	10	Emite oficio de recomendaciones al área responsable de su atención.	
	11	Elabora expediente.	
	12	Captura en el Sistema para la Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (SEROVC) actividades y resultados. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Secretario de la Función Pública (Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional)	Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Área revisada
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Corrupción: Es la acción humana que transgrede las normas legales y los principios éticos.
8.2 Ética: Es la obligación efectiva del ser humano que lo debe llevar a su perfeccionamiento personal, el compromiso que se adquiere con uno mismo de ser siempre más persona; refiriéndose a una decisión interna y libre que no representa una simple aceptación de lo que otros piensan, dicen y hacen.

8.3 Prever: Preparar o disponer con antelación los medios necesarios para disminuir los efectos negativos de una acción.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

19. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN EN MATERIA DE AUDITORIA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA.

1. PROPÓSITO

Promover el desarrollo administrativo, la modernización y/o la mejora de la gestión de las unidades que integran el Instituto Nacional de Pediatría, a través del análisis y mejora de procesos, con la finalidad de eficientar su operación y fortalecer la cultura de calidad, en beneficio de la ciudadanía.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Secretaría de la Función Pública (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública) emite el Marco Teórico de Referencia. Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores) revisa Marco Teórico de Referencia. Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. Consultor registra datos y analiza información.

2.2 A nivel externo: Secretaría de la Función Pública capacita para la ejecución del Marco Técnico de Referencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública efectuar la supervisión de las actividades descritas en este procedimiento.

3.2 El Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y el personal de esa área deberán observar lo dispuesto en las Guías específicas y normatividad emitida por la Secretaría de la Función Pública en la materia respectiva.

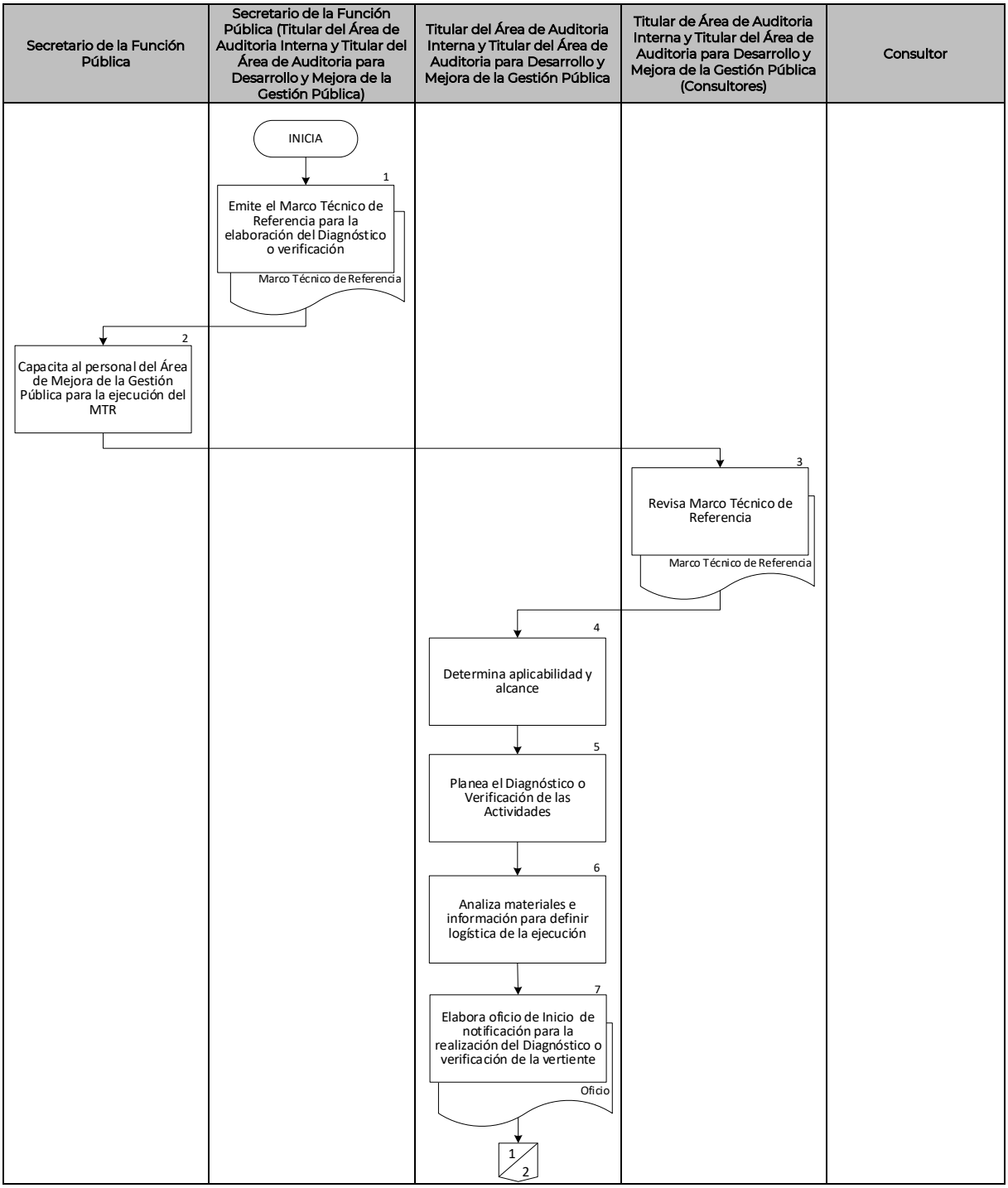
3.3 El Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y el personal revisará el desarrollo, avances y resultados de la aplicación de las actividades reportadas en materia de desarrollo administrativo, modernización y/o mejora por el Instituto Nacional de Pediatría y registrará los avances en las herramientas que para tal efecto norme la Secretaría de la Función Pública.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

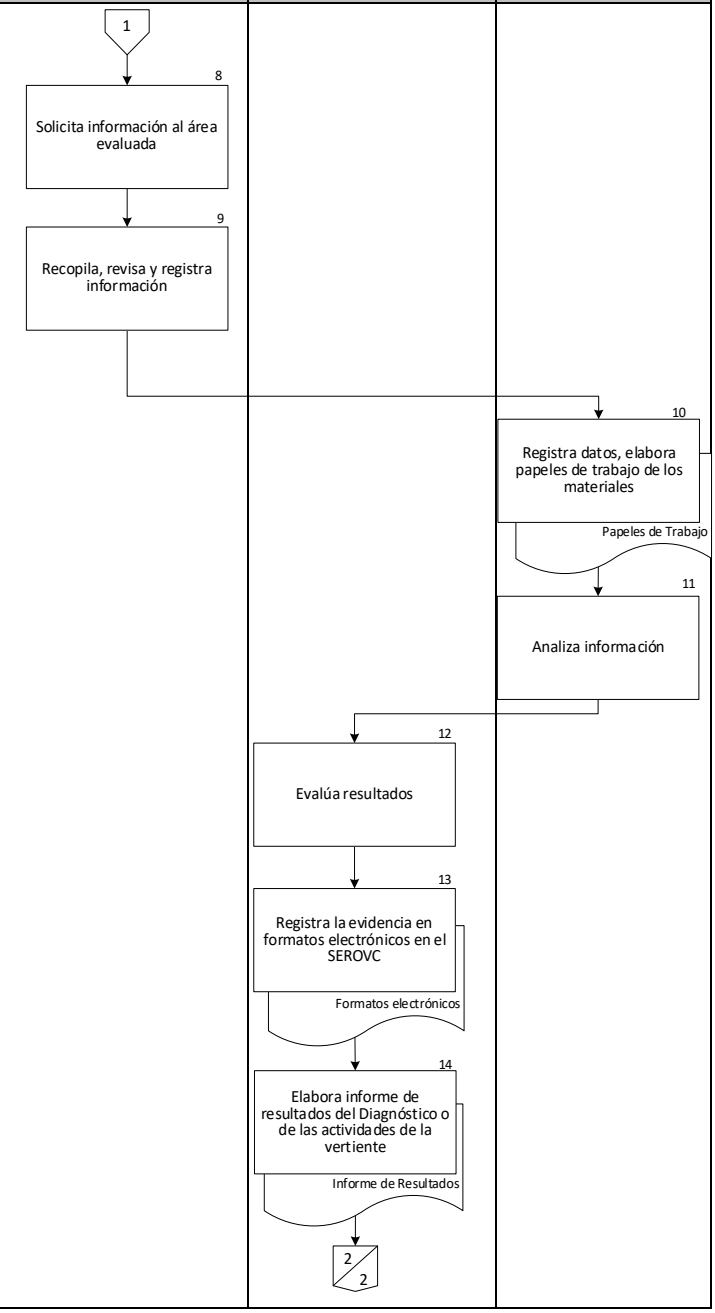
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Secretario de la Función Pública (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública)	1	Emite el Marco Técnico de Referencia para la elaboración del Diagnóstico o verificación de la vertiente correspondiente.	Marco Técnico de Referencia
Secretario de la Función Pública	2	Capacita al personal del Área de Auditoria Interna y Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para la ejecución del Marco Técnico de Referencia.	
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)	3	Revisa Marco Técnico de Referencia.	Marco Técnico de Referencia
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	4 5 6 7 8	Determina aplicabilidad y alcance. Planea el Diagnóstico o verificación de las actividades. Analiza materiales e información para definir logística de la ejecución. Elabora oficio de Inicio de notificación para la realización del Diagnóstico o verificación de la vertiente. Solicita información al área evaluada conforme a los materiales del Marco Técnico de Referencia.	Oficio

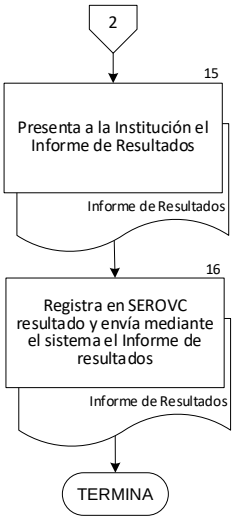
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)	9	Recopila, revisa y registra información.	
Consultor	10	Registra datos, elabora papeles de trabajo de los materiales conforme al Marco Técnico de Referencia.	Papeles de Trabajo
	11	Analiza información.	
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)	12	Evalúa resultados.	
Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	13	Registra la evidencia en formatos electrónicos en el Sistema para la Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (SEROVC) conforme a los señalamientos del Marco Técnico de Referencia.	Formatos electrónicos Informe de Resultados
	14	Elabora informe de resultados del Diagnóstico o de las actividades de la vertiente.	
	15	Presenta a la Institución el Informe de Resultados.	
	16	Registra en el Sistema para la Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (SEROVC) resultado y envía mediante el sistema el Informe de resultados. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Secretario de la Función Pública	Secretario de la Función Pública (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública)	Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Titular de Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)	Consultor



Secretario de la Función Pública	Secretario de la Función Pública (Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública)	Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Titular de Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública (Consultores)	Consultor
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Desarrollo: Es el proceso de evolución, cambio y crecimiento relacionado con un objeto, una persona o una situación determinada.

8.2 Gestión Pública: La aplicación de todos los procesos e instrumentos propios de la administración pública para lograr los objetivos de desarrollo y de bienestar de la población.

8.3 Mejora de la Gestión Pública: Desempeñar un mejor aprovechamiento de procesos para maximizar la calidad de los trámites y servicios que presta la Administración Pública Federal, a fin de satisfacer las expectativas de los ciudadanos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de Inicio

10.2 Informe de Resultados

10.1 OFICIO DE INICIO

SFP

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN:

_____)

Lugar y fec (2)

Ref (3)

Asunto: Diagnóstico de Proyectos de Mejora de la Gestión Gubernamental.

N((4)
Cargo
P r e s e n t e.

De acuerdo con el enfoque de prevención y de mejora del Órgano Interno de Control (OIC) y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 61 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; artículo 37 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, vigente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de dicho ordenamiento legal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el dos de enero de dos mil trece; Artículo 79 del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública, le participo que el Área de Mejora de la Gestión Pública de este OIC en apego al artículo 80, Fracción II, inciso b) numeral 12) del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública, al capítulo 6, apartado 6.1.10 de los Lineamientos para la formulación de los programas de trabajo de los Órganos Internos de Control 2014, del Programa de Trabajo del Órgano Interno de Control 2014 de este OIC, se llevará a cabo en esa Institución a su cargo, el diagnóstico denominado **"Aseguramiento de Proyectos de Mejora de la Gestión Gubernamental y Mejora de Trámites y Servicios"**, durante el periodo comprendido del 17 de octubre al 18 de diciembre del 2014, que tiene por objetivos:

- Impulsar políticas y estrategias de mejora de la gestión gubernamental en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, a través de la ejecución de proyectos de mejora, a fin de incrementar la eficiencia en la operación de las instituciones.

Asimismo, le agradeceré instruir a quien corresponda, a efecto de que se facilite el acceso y la información necesaria a los CC. _____) para el mejor desempeño de sus funciones.

De la misma forma, y como lo marcan los procedimientos emitidos en la materia, le solicito designar al personal de la institución que participará en el diagnóstico con la finalidad de formar un equipo colegiado integrado por personal del área o unidad administrativa y este OIC.

A T E N T A M E N T E.

_____
TOIC

C.c.p (7)

10.2 INFORME DE RESULTADOS (1)

SFP
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Informe de resultados del Diagnóstico Aseguramiento de Proyectos de Mejora de la Gestión Gubernamental y Mejora de trámites y Servicios correspondiente al Cuarto Trimestre de 2014

Desarrollado por el Órgano Interno de Control ads institución)

Insertar logotipo de la institución

Diciembre de 2014

10.2 INFORME DE RESULTADOS (2)

Informe de resultados del Diagnóstico Aseguramiento de Proyectos de Mejora de la Gestión Gubernamental

(El informe se dirige al Oficial Mayor o equivalente)

INDICE

(Agregar temas y números de página)

I. Resumen Ejecutivo

(Esta sección sintetiza los puntos más importantes del informe, por lo que se recomienda redactarla después de haber culminado las demás secciones. El objetivo del resumen ejecutivo es que el lector tenga una visión general y que pueda comprender en una sola lectura en qué consiste el informe, las principales actividades realizadas, su relevancia y los principales resultados y logros obtenidos. Esta sección debe tener un enfoque claro, breve y ejecutivo que despierte interés en el lector por profundizar en las demás partes del informe.)

Este Informe refleja los principales resultados del diagnóstico realizado por este Órgano Interno de Control respecto al seguimiento y adecuado desarrollo de acciones relacionadas con la captura de proyectos de mejora aprobados por la SFP y la retroalimentación por parte de la UPMGP respecto de las acciones realizadas en el 2014.

Lo anterior en cumplimiento a las vertientes de actuación de los Lineamientos Generales para la Formulación de los Programas de Trabajo de los Órganos Internos de Control 2014: 6.1.1., primera, tercera y quinta viñetas; 6.1.2.1; 6.1.2.2; 6.1.3.1, tercera y cuarta viñetas; así como 6.1.10 y 6.1.11.

⇒ **Avances y resultados obtenidos referentes a la captura de proyectos en el SIPMG**

II. Asegurar los proyectos de Mejora Gubernamentales

A continuación se informa la situación actual y hallazgos encontrados por este OIC respecto al registro de proyectos de mejora gubernamentales en el SIPMG:

(Describir hallazgos en los avances respecto al registro de proyectos en sus fases 1, 2 y 3, así como los avances y principales beneficios y resultados de aquellos proyectos que ya hayan iniciados desde enero y/o que culminen en diciembre. Para ello se debe cerciorar que todos los entregables sean subidos al SIPMGP).

10.2 INFORME DE RESULTADOS (3)

⇒ **Avances y resultados obtenidos referentes a la Reunión sectorial con Órganos Internos de Control e Instituciones"**

Este Órgano Interno de Control trabajó acordó conjuntamente con el Enlace Institucional para llevar a cabo un reunión sectorial:

(Es necesario que a estas reuniones asistan los enlaces instituciones, Órganos Internos de Control, Responsables de Proyectos, Equipo de trabajo y Asesor de la Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión Pública. La logística de la reunión será responsabilidad del OIC coordinador del sector.)

III. Reunión sectorial.

A continuación se informa la situación actual y hallazgos encontrados por este OIC en la Reunión Sectorial:

(Describir un informe ejecutivo de los principales puntos presentados en la Reunión Sectorial)

IV. Mejora de trámites y Servicios.

Se debe señalar un informe ejecutivo de las mejoras que la institución ha realizado como parte de los compromisos de simplificación regulatoria y reducción de cargas administrativas.

Titular del Órgano Interno de Control

(Nombre y firma)

LIC. _____

Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública

(Nombre y firma)

LIC. _____

20. PROCEDIMIENTO PARA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE REVISIONES DE AUDITORIA.

1. PROPÓSITO

Contar con un instrumento que defina las actividades y responsabilidades del personal del Área de Auditoría Interna en el proceso de auditoría, norme y estandarice el trabajo de auditoría que ejecuta el personal de dicha área, respecto del desarrollo de una auditoría, desde su planeación hasta la presentación del informe.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública Planea, ejecuta y supervisa las revisiones de Auditoria. Auditores. Auditores evalúa la suficiencia o insuficiencia del control interno

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública, supervisar que se efectúen las actividades señaladas conforme a los presentes procedimientos.

3.2 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública y todo el personal del área observarán la Guía General de Auditoría Pública, realizando únicamente las adecuaciones necesarias en el texto de los registros para casos particulares, respetando su estructura.

3.3 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública y todo el personal conocerán y aplicarán el ACUERDO por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.

3.4 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública Planea y todo el personal del área deberán conocer y observar el presente procedimiento y requisitarán los registros establecidos en cada una de sus etapas.

3.5 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública Planea y todo el personal conocerán el objetivo de la revisión y el plan de trabajo, especialmente de las actividades de revisión que se les encomiende.

3.6 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública Planea y todo el personal del área se conducirán con apego a los valores contemplados en el Código de Conducta de los Servidores Públicos de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

3.7 Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora del Gestión Pública Planea y todo el personal cuidará la información obtenida y los papeles de trabajo realizados, impidiendo el extravío, la sustracción, la destrucción, el ocultamiento y la utilización indebida de los mismos.

3.8 Los Auditores evaluará la suficiencia o insuficiencia del control interno en el procedimiento a revisar mediante la aplicación de cuestionarios de control interno al que se refiere este procedimiento, se formulará de acuerdo con las características particulares de cada auditoría.

3.9 La documentación requerida para el desarrollo de la auditoría y que es propiedad del cliente, será solicitada y devuelta mediante Oficio de Información y/o Documentación para el Desarrollo de la Auditoría, en donde se identificará y verificará dicha documentación, misma que será salvaguardada en las instalaciones del área auditada y/o del Órgano Interno de Control por los auditores en tanto se concluye la auditoría o el informe de presunta responsabilidad, respectivamente.

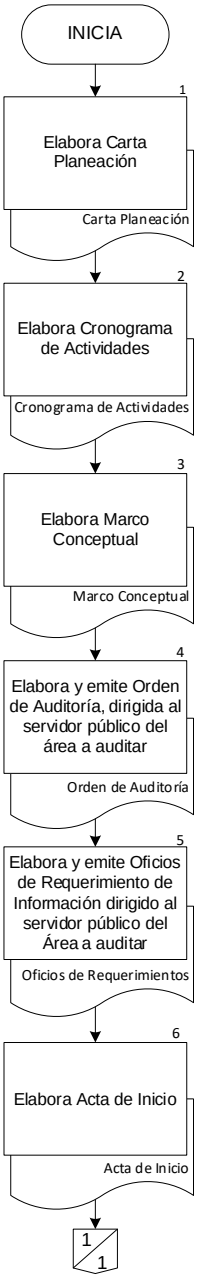
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

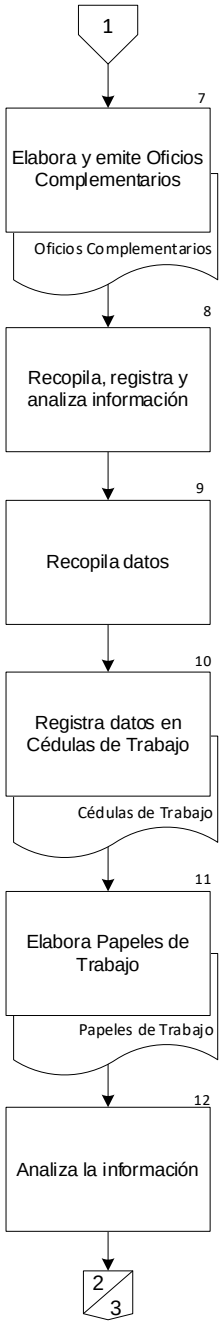
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	1	Elabora Carta Planeación. Nota: Ver Anexo 10.1.	Carta Planeación
	2	Elabora Cronograma de Actividades. Nota: Ver Anexo 10.2.	Cronograma de Actividades
	3	Elabora Marco Conceptual.	Marco Conceptual
	4	Elabora y emite Orden de Auditoría, dirigida al servidor público del área a auditar. Nota: Ver Anexo 10.3.	Orden de Auditoría
	5	Elabora y emite Oficios de Requerimiento de Información dirigido al servidor público del Área a auditar.	Oficios de Requerimiento de Información
	6	Elabora Acta de Inicio. Nota: Ver Anexo 10.4	Acta de Inicio Oficios Complementarios
	7	Elabora y emite Oficios Complementarios, si se requiere ampliar, reducir o sustituir al grupo de auditores, así como, ampliar o modificar el período y/o el alcance de la revisión.	
	8	Recopila, registra y analiza información.	
	9	Recopila datos.	
	10	Registra datos en Cédulas de Trabajo Nota: Ver Anexo 10.5	Cédulas de Trabajo
	11	Elabora Papeles de Trabajo	Papeles de Trabajo

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	12	Analiza la información.	
	13	Evalúa los resultados.	
	14	Elabora Cédulas de Observaciones y firman con el responsable del Área Auditada. Nota: Ver Anexo 10.6	Cédulas de Observaciones
	15	Elabora y emite Informe de Resultados de Auditoria al Titular de la Institución. Nota: Ver Anexos 10.7 y 10.8	Informe de Resultados de Auditoria
	16	Elabora Acta de Cierre de Auditoria en su caso.	Acta de Cierre de Auditoria
	17	Integra papeles de trabajo por Marco Conceptual.	
	18	Elabora Cédulas de Supervisión de Auditoría. Nota: Ver Anexo 10.9	Cédulas de Supervisión de Auditoría
	19	Elabora Cédula Única de Auditoría. Nota: Ver Anexo 10.10.	Cédula Única de Auditoría
Auditores (elaboración) y Titular del Área de Auditoria Interna (supervisión)	20	Registra la información generada en Revisiones de Auditoria en el Sistema de Información Periódica. TERMINA PROCEDIMIENTO	Revisiones

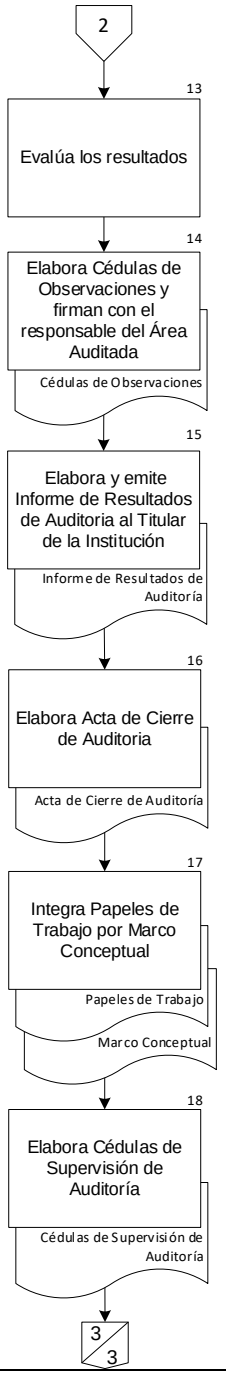
5. DIAGRAMA DE FLUJO

Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Auditores (elaboración) y Titular del Área de Auditoria Interna (supervisión)

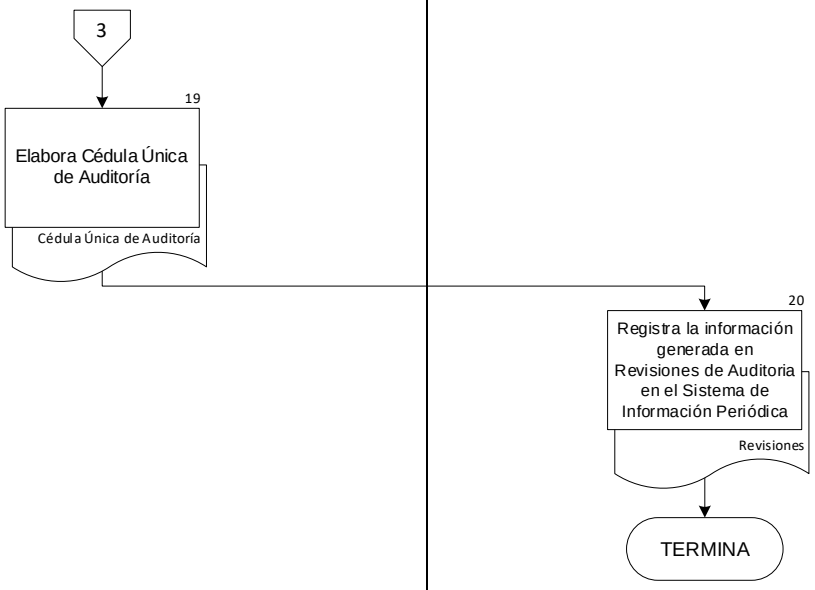


Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Auditores (elaboración) y Titular del Área de Auditoria Interna (supervisión)
	

Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Auditores (elaboración) y Titular del Área de Auditoria Interna (supervisión)



Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	Auditores (elaboración) y Titular del Área de Auditoria Interna (supervisión)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Auditoría: Es la revisión y examen de una función, cifra, proceso o reporte, efectuados por personal independiente a la operación, para apoyar la función ejecutiva.

8.2 Planeación: Es la acción de la elaboración de estrategias que permiten alcanzar una meta ya establecida.

8.3 Supervisión: Es la acción de inspeccionar, controlar, ya sea un trabajo o un tipo de actividad y siempre es ejercida por parte de un profesional superior ampliamente capacitado para tal efecto

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carta de Planeación

10.2 Cronograma de Actividades a Desarrollar

10.3 Orden de Auditoría

10.4 Acta de Inicio de Auditoría

10.5 Cédula de Trabajo

10.6 Cédula de Observaciones

10.7 Oficio de Envío de Auditoría

10.8 Informe de Auditoría

10.9 Cédula de Supervisión de Auditoría

10.10 Cédula Única de Auditoría

10.1 CARTA DE PLANEACIÓN

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP.

CARTA DE PLANEACIÓN

Ente: (1) No. de auditoría (2) Unidad Auditada (3) Fecha (4) Clave de programa y descripción de la auditoría (5)
Antecedentes (6)
Objetivo (7)
Alcances (8)
Problemática (9)
Estrategia (10)
Personal Comisionado (11)

Nombre	Iniciales	Firma	Rúbrica

Elaboró (12)	Visto Bueno (13)	Autorizó (14)
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

10.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR

OIC, UAGI ó Contraloría Interna de la SFP

1

Cronograma de Actividades a Desarrollar

Área por Auditar: (2) No. de auditoría: (3)

Clave del programa y descripción de la auditoría (4)

Mes: (5)

No.	Actividad	Aud.	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Días
(6)	(7)	(8)	R	(9)																															(10)
			R	(9)																															(10)
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																
			B																																
			R																																

Sábados y Domingos (11) Realizado: (12)

Ausente (11) Real: (12)

Realizado

Real

Aud: Iniciales del auditor que realiza la actividad

T: Tiempo

B: Realizado

R: Real

(13) Elaboró

(14) Vo.Bo.

(15) Autorizó

10.3 ORDEN DE AUDITORÍA

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP

ORDEN DE AUDITORÍA NÚMERO

(3)

Asunto: Se ordena la práctica de auditoría

(4)

Presente

Con objeto de verificar y promover en esa unidad administrativa el cumplimiento de s amas sustantivos y de la normatividad aplicable, y con fundamento en lo dispuesto por **(5)** , se le notifica que se auditará esa unidad administrativa en sus áreas o cualquier otra instalación.

Para tal efecto se servirá proporcionar a los CC. Auditores Públicos: **(6)** , a quienes se servirá proporcionar los libros principales y auxiliares, registros, reportes, correspondencia y demás efectos relativos a sus operaciones financieras, presupuestales y de consecución de metas que estimen necesarios, así como suministrarles los datos e informes qu citen para la ejecución de la auditoría, la cual se practicará a: y abarcará el periodo (7).

Atentamente,

c.c.p.

10.4 ACTA DE INICIO DE AUDITORÍA

Acta de Inicio de Auditoria

Aspectos a considerar en su elaboración

El Acta de Inicio de Auditoria es un documento de carácter oficial que narra las circunstancias especificas del inicio de una auditoria, por lo que en su elaboración deben guardarse las formalidades que se mencionan a continuación:

1. Contiene los datos a detalle de las circunstancias, documentos y personas que intervienen en el acto.
2. Inicia ubicando el lugar y fecha del acto.
3. Menciona quiénes intervienen en el acto y el objetivo del mismo.
4. Describe, en su apartado de hechos, las situaciones bajo las cuales se levanta el acta y finalmente incluye su cierre.
5. El acta se transcribe a renglón continuo y, en caso de que el texto quede a la mitad del renglón, el resto de éste se testa con guiones hasta el margen derecho de la hoja.
6. Siempre debe darse un folio a cada foja del acta. Se recomienda un folio de 8 dígitos que identifiquen los siguientes datos de izquierda a derecha:

   Primeros 3 dígitos: número de la orden de auditoria.

   Dos dígitos siguientes los dos últimos dígitos del año.

   Últimos 3 dígitos: un número consecutivo de tres dígitos, el que corresponderá al folio, iniciando siempre con el número 001.

Ejemplo	Orden	Año	Consecutivo	Folio
	200	03	001	20003001

7. Al finalizar una hoja, el último renglón deberá hacer referencia a la foja que continúa, con la leyenda Pasa al folio..., incluyendo el folio de la foja siguiente.

   La leyenda quedará al centro del último renglón y, tanto a la izquierda como a la derecha, se utilizarán guiones. Ejemplo:

   ——————————pasa al folio 20003002——————————

   De la misma manera, el primer renglón del folio siguiente, contendrá la leyenda "Viene del folio"... centrado y, tanto a la izquierda como a la derecha, se utilizarán guiones. Ejemplo:

   ——————————viene del folio 20003001——————————

   -

8. El acta de inicio se levanta en dos ejemplares, con firmas autógrafas al final y se rubricarán cada una de las fojas que la constituyen, con la siguiente distribución:

   Primer ejemplar: Se entrega al servidor público con quien se entendió la diligencia.

   Segundo ejemplar: Se integrará al expediente de auditoria.

9. El formato anexo indica el modelo que se utilizará como acta y los datos que contendrá. Con objeto de hacer ilustrativa el Acta de Inicio de Auditoria, se incluyen los aspectos por describir.

10.5 CÉDULA DE TRABAJO

Nombre del ente:

Unidad Auditada:

Número de auditoria:

Concepto a revisar:

Tipo de cédula:

Elaboró
Fecha

Revisó
Fecha

Cuerpo de la Cédula

Notas:

Marcas:

Fuentes:

Conclusiones

10.6 CÉDULA DE OBSERVACIONES

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP. Cédula de Observaciones	hojas No._____de_____ Número de auditoría: Número de observación: Monto fiscalizable: Monto fiscalizado: Monto por aclarar: Monto por recuperar: Riesgo:

Ente:	Sector:	Clave:
Unidad Auditada:		Clave de programa y descripción de la auditoría

Observación	Recomendaciones
Título **Observación** **Fundamento legal:**	**Correctiva:** **Preventiva:** **Fecha compromiso**

Auditor Nombre, cargo y firma	Fecha de elaboración	Jefe de Grupo Nombre, cargo y firma

10.7 OFICIO DE ENVÍO DE AUDITORÍA

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP.	Hoja No.: de No. de auditoría:
Ente:	Sector:	Clave:
Unidad auditada:		Clave de programa y descripción de auditoría

Oficio No. (anotar el número que corresponda).
Fecha: (anotar la fecha de envío del informe).

(Anotar el nombre del servidor público a quien se dirigió la orden de auditoría)
(Cargo del destinatario)
(Domicilio oficial del destinatario)

En relación con la orden de auditoría No. (anotar el número de la orden de auditoría) de fecha (mencionar la fecha de emisión de la orden de auditoría), y de conformidad con los artículos (anotar el fundamento legal), se adjunta el informe de la auditoría practicada a (indicar la unidad auditada).

En el informe adjunto se presentan con detalle las observaciones determinadas, que previamente fueron comentadas y aceptadas por los responsables de su atención, de las cuales sobresalen las siguientes:

(Redactar brevemente las observaciones que se consideren más importantes).

Al respecto, le solicito girar las instrucciones que considere pertinentes, a fin de que se implementen las medidas correctivas y preventivas acordadas conforme a los términos y plazos establecidos con la unidad auditada en las cédulas de observaciones correspondientes. Informo a usted que a partir de la fecha comprometida para su atención, realizaremos el seguimiento de las observaciones determinadas hasta constatar su solución definitiva.

Atentamente

Nombre y firma del Titular del OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP

c.p. (Nombre, cargo y adscripción de los servidores públicos a los que se enviará copia del informe).

10.8 INFORME DE AUDITORÍA (1)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP.	Hoja No. de No. de auditoría:
Ente:	Sector:	Clave:
Unidad auditada:		Clave de programa y descripción de auditoría

ÍNDICE

Hoja

(anotar el número de hoja donde se ubica cada capítulo)

I. Antecedentes de la auditoría

II. Objeto y período revisado

III. Resultado de los Trabajos Desarrollados

IV. Conclusión

V. Cédulas de Observaciones

10.8 INFORME DE AUDITORÍA (2)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP.	Hoja No.: de No. de auditoría:
Ente:	Sector:	Clave:
Unidad auditada:		Clave de programa y descripción de auditoría

I. Antecedentes de la auditoría

Indicar la causa que dio origen a la auditoría, así como el número y fecha de la orden de auditoría, fecha de notificación y los datos de quien la recibió.

Mencionar los nombres de los auditores comisionados conforme la orden de auditoría y en caso de sustitución o incorporación de personal asignado; esto se mencionará conforme al oficio respectivo.

Indicar la fecha de inicio y conclusión de la auditoría (esta última deberá coincidir con la fecha del oficio de envío del informe).

Señalar la unidad que se auditó, así como su objetivo primordial.

II. Objeto y periodo revisado

II.1 Objeto

Mencionar de manera clara y concisa los propósitos que se persiguieron con la auditoría, determinados desde su planeación.

II.2 Periodo revisado

Señalar de manera clara y precisa los alcances de la auditoría, las áreas o conceptos evaluados, el periodo revisado (lapso en el que se realizaron las operaciones revisadas), cantidad e importe de las actividades u operaciones revisadas y su proporción porcentual respecto de sus universos particulares.

Incluir la declaración de haber desarrollado el trabajo de conformidad con las Normas Generales de Auditoría Pública, y aplicando los procedimientos de auditoría necesarios en cada caso; e indicar los principales procedimientos utilizados.

III. Resultados de los Trabajos Desarrollados

Resumir las deficiencias u omisiones detectadas en la auditoría con la finalidad de captar la atención e interés hacia aquellos aspectos relevantes que requieren mayor cuidado y celeridad para su resolución, sin que sea una transcripción de las observaciones determinadas.

El objetivo del informe va más allá de evidenciar los errores o deficiencias, también podrá destacar aquellos aciertos que fueron identificados. En este sentido, debe hacerse referencia a los elementos de éxito que permitieron la consecución de los objetivos.

10.8 INFORME DE AUDITORÍA (3)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP.	Hoja No.: de No. de auditoría:
Ente:	Sector:	Clave:
Unidad auditada:		Clave de programa y descripción de auditoría

IV. Conclusión

Expresar la opinión que el auditor público se forma sobre la situación de los Conceptos revisados, en su caso, indicar los logros alcanzados, el cumplimiento de objetivos y metas, apego a la normatividad aplicable y confiabilidad de los sistemas de control e información de la unidad auditada.

La recomendación general consiste en un planteamiento objetivo, aplicable y concreto para la solución de las áreas de oportunidad detectadas en la auditoría y para promover la eficiencia de operación.

V. Cédulas de Observaciones

En este apartado se incluyen todas las cédulas de observaciones comentadas y firmadas por los servidores públicos responsables de las unidades auditadas, las cuales también deben estar firmadas por los auditores públicos que intervinieron en la auditoría.

10.9 CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE AUDITORÍA (1)

OIC, UAG ó Contraloría Interna en la SFP

CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE AUDITORÍA

Ente:
No. de auditoría:
Unidad auditada:

No.	Concepto	rev.
1	La orden de auditoría contiene el fundamento legal correcto e incluye a los auditores públicos comisionados, el objetivo, alcances, conceptos y periodo a revisar	
2	El Acta de Inicio de Auditoría se encuentra suscrita por todos los participantes.	
3	El Cronograma de Actividades a Desarrollar es congruente con la Carta de Planeación e incluye los tiempos programados y reales de las actividades.	
4	El universo de cada uno de los conceptos a revisar incluye todos los elementos que lo conforman.	
5	La muestra seleccionada para su revisión fue representativa, de acuerdo con el objetivo de la auditoría.	
6	Se encuentran claramente definidos los criterios empleados para determinar la muestra seleccionada para su revisión.	
7	El alcance, oportunidad, técnicas y procedimientos de auditoría, pruebas y objetivos específicos de cada uno de los conceptos a revisar se llevaron a cabo conforme se estableció en la planeación detallada.	
8	La ampliación, reducción o sustitución del grupo de auditores fue notificada al auditado mediante oficio debidamente fundamentado.	
9	Los oficios de solicitud de información se fundamentaron legalmente.	
10	Las cédulas de trabajo muestran el análisis de la información, con base en el desarrollo de los procedimientos registrados en el programa de trabajo.	
11	Los papeles de trabajo cubren las características de suficiencia, competencia, pertinencia y relevancia, sin que haya evidencia documental en exceso.	
12	Los papeles de trabajo se encuentran ordenados, con índices, cruces y marcas de auditoría, enlazando las cédulas de trabajo con la evidencia documental.	
13	Todos los hallazgos determinados por los auditores públicos se encuentran incluidos en las Cédulas de Observaciones.	
14	Las Cédulas de Observaciones se encuentran sustentadas con cédulas de trabajo y evidencia documental suficiente, competente, pertinente y relevante.	
15	Las Cédulas de Observaciones se encuentran enlazadas con las cédulas de trabajo mediante cruces de auditoría.	
16	Las Cédulas de Observaciones contienen los hallazgos detectados, así como la normatividad transgredida, incumplida u omitida.	
17	Las Cédulas de Observaciones incluyen fecha compromiso de atención, así como el nombre, cargo y firma de los responsables de atenderlas.	
18	Las observaciones fueron concertadas con la unidad auditada.	
19	El contenido del informe incluye la problemática general acorde con las observaciones, antecedentes, objetivo y alcances de la auditoría, resultados, conclusión y recomendación general.	
20	La ampliación, reducción o sustitución del grupo de auditores se mencionó en el informe.	

10.9 CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE AUDITORÍA (2)

No.	Concepto	rev.
21	El informe fue oportuno, completo, exacto objetivo, convincente, claro, conciso y útil.	
22	Los resultados de la auditoria fueron notificados a la unidad auditada y a las instancias correspondientes.	
23	El informe se encuentra firmado por los Titulares del OIC, UAG ó Contraloria Interna de la SFP, según sea el caso y dentro del ámbito de sus respectivas competencias.	
24	Se integró el expediente de la auditoria de manera ordenada, con cédulas, informes, anexos y papeles de trabajo generados en cada una de las etapas.	
25	Los hallazgos que conllevan a presuntas responsabilidades administrativas fueron comentados con el Área de Responsabilidades y se están atendiendo sus recomendaciones para la correcta integración de los informes y expedientes correspondientes.	

Aclaraciones o comentarios:

Elaboró Jefe de Grupo	Revisó	Fecha

10.10 CÉDULA ÚNICA DE AUDITORÍA

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP

CÉDULA ÚNICA DE AUDITORÍA

Ente auditado: _____

Unidad auditada: _____

Clave de programa y descripción de la auditoría: _____

Número de auditoría: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Tiempo real empleado: _____ Periodo auditado: _____

Nombre del Jefe de Grupo: _____

Cantidad de auditores asignados: _____

Observaciones determinadas

Rubro	cantidad
Total:	

Seguimiento

Concepto	cantidad
Observaciones originales	
Solventadas	
No solventadas	
Saldo por aclarar	
Saldo por recuperar	

Montos	
concepto	**miles de pesos**
Fiscalizable	
Fiscalizado	
Monto por aclarar	
Monto por Recuperar	

Elaboró: _____ Autorizó _____

nombre y firma nombre y firma

21. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS OBSERVACIONES DE AUDITORÍA.

1. PROPÓSITO

Contar con un instrumento que defina las actividades y responsabilidades del personal del Área de Auditoría Interna en el proceso de seguimiento a las observaciones determinadas en las auditorías, norme y estandarice el trabajo de auditoría que ejecuta el personal de dicha área.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública lleva la Gestión de las actividades a realizar para dar seguimiento a las observaciones de auditoria.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular de Auditoria Interna y Titular del Área de Mejora de la Gestión Pública y del personal del área, supervisar que se efectúen las actividades señaladas conforme a los presentes procedimientos.

3.2 El Titular de Auditoria Interna y Titular del Área de Mejora de la Gestión Pública y el personal del área observarán la Guía General de Auditoría Pública, realizando únicamente las adecuaciones necesarias en el texto de los registros para casos particulares, respetando su estructura.

3.3 Titular de Auditoria Interna y Titular del Área de Mejora de la Gestión Pública y del personal del área conocerán y aplicarán el ACUERDO por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.

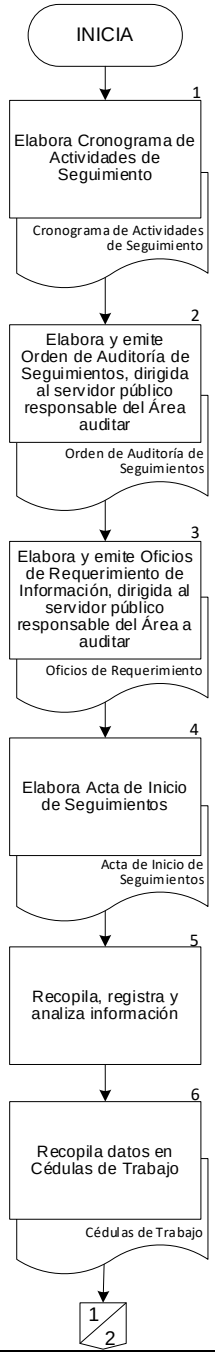
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	1	Elabora Cronograma de Actividades de Seguimiento. Nota: Ver Anexo 10.1	Cronograma de Actividades de Seguimiento
	2	Elabora y emite Orden de Auditoría de Seguimientos, dirigida al servidor público responsable del Área a auditar. Nota: Ver Anexo 10.2.	Orden de Auditoría de Seguimientos
	3	Elabora y emite Oficios de Requerimiento de Información, dirigida al servidor público responsable del Área a auditar.	Oficios de Requerimiento
	4	Elabora Acta de Inicio de Seguimientos. Nota: Ver Anexo 10.3.	Acta de Inicio de Seguimientos
	5	Recopila, registra y analiza información.	
	6	Recopila datos en Cédulas de Trabajo.	Cédulas de Trabajo
	7	Analiza datos.	
	8	Elabora Cédulas de Seguimientos. Nota: Ver Anexo 10.4.	Cédulas de Seguimientos
	9	Elabora y entrega Oficio de Resultados de Seguimiento, al Titular de la Institución. Nota: Ver Anexo 10.5.	Oficio de Resultados
	10	Registra datos en Cédulas de Trabajo. Nota: Ver Anexo 10.6.	

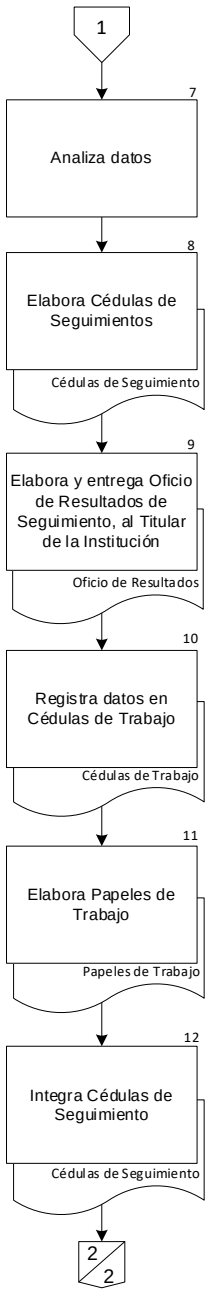
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	11	Elabora Papeles de Trabajo.	Papeles de Trabajo
	12	Integra Cédulas de Seguimiento	
	13	Elabora la Cédula de Supervisión de Seguimiento Nota: Ver Anexo 10.7.	Cédula de Supervisión de Seguimiento
	14	Elabora la Cédula Única de Auditoría. Nota: Ver Anexo 10.8 TERMINA PROCEDIMIENTO	Cédula Única de Auditoría

5. DIAGRAMA DE FLUJO

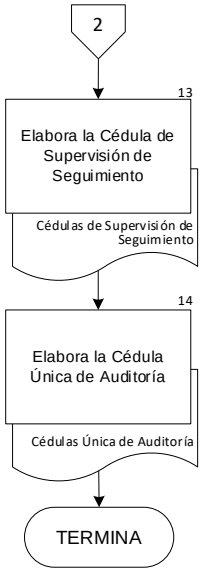
Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública



Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública



Auditor y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Auditoría: Es la revisión y examen de una función, cifra, proceso o reporte, efectuados por personal independiente a la operación, para apoyar la función ejecutiva.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cronograma de Actividades a Desarrollar

10.2 Orden de Auditoría

10.3 Acta de Inicio de Auditoría

10.4 Cédula de Seguimiento

10.5 Oficio de Resultados

10.6 Cédula de Trabajo

10.7 Cédula de Supervisión de Seguimiento

10.8 Cédula Única de Auditoría

10.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SPP
1
Cronograma de Actividades a Desarrollar

Área por Auditar: (2) No. de auditoría: (3)
Clave del programa y descripción de la auditoría (4)

No.	Actividad	Aud.	T	Mes (5)																												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Días
(6)	(7)	(8)	R	(9)																													(10)
			P	(9)																													(10)
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														
			P																														
			R																														

	Sábados y Domingos	(11)	Realizado: (12)
	Asueto	(11)	Real: (12)
	Realizado		
	Real		

Aud. Iniciales del auditor que realiza la actividad

T: Tiempo
R: Realizado
R: Real

(13) Elaboró

(14) Vo.Bo.

(15) Autorizó

10.2 ORDEN DE AUDITORÍA

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP

ORDEN DE AUDITORÍA NÚMERO

Asunto: Se ordena la práctica de auditoría

Presente

Con objeto de verificar y promover en esa unidad administrativa el cumplimiento de sus programas sustantivos y de la normatividad aplicable, y con fundamento en lo dispuesto por _____ , se le notifica que se auditará esa unidad administrativa en sus áreas o cualquier otra instalación.

Para tal efecto se servirá proporcionar a los CC. Auditores Públicos: _____ , a quienes se servirá proporcionar los libros principales y auxiliares, registros, reportes, correspondencia y demás efectos relativos a sus operaciones financieras, presupuestales y de consecución de metas que estimen necesarios, así como suministrarles todos los datos e informes que soliciten para la ejecución de la auditoría, la cual se practicará a: _____ y abarcará el periodo _____

Atentamente,

c.c.p.

10.3 ACTA DE INICIO DE AUDITORÍA

Acta de Inicio de Auditoria

Aspectos a considerar en su elaboración

El Acta de Inicio de Auditoria es un documento de carácter oficial que narra las circunstancias especificas del inicio de una auditoria, por lo que en su elaboración deben guardarse las formalidades que se mencionan a continuación:

1. Contiene los datos a detalle de las circunstancias, documentos y personas que intervienen en el acto.
2. Inicia ubicando el lugar y fecha del acto.
3. Menciona quiénes intervienen en el acto y el objetivo del mismo.
4. Describe, en su apartado de hechos, las situaciones bajo las cuales se levanta el acta y finalmente incluye su cierre.
5. El acta se transcribe a renglón continuo y, en caso de que el texto quede a la mitad del renglón, el resto de éste se testa con guiones hasta el margen derecho de la hoja.
6. Siempre debe darse un folio a cada foja del acta. Se recomienda un folio de 8 dígitos que identifiquen los siguientes datos de izquierda a derecha:

   Primeros 3 dígitos: número de la orden de auditoria.

   Dos dígitos siguientes los dos últimos dígitos del año.

   Últimos 3 dígitos: un número consecutivo de tres dígitos, el que corresponderá al folio, iniciando siempre con el número 001.

Ejemplo	Orden	Año	Consecutivo	Folio
	200	03	001	20003001

7. Al finalizar una hoja, el último renglón deberá hacer referencia a la foja que continúa, con la leyenda Pasa al folio..., incluyendo el folio de la foja siguiente.

   La leyenda quedará al centro del último renglón y, tanto a la izquierda como a la derecha, se utilizarán guiones. Ejemplo:

   ——————————pasa al folio 20003002——————————

   De la misma manera, el primer renglón del folio siguiente, contendrá la leyenda "Viene del folio"... centrado y, tanto a la izquierda como a la derecha, se utilizarán guiones. Ejemplo:

   ——————————viene del folio 20003001——————————

   -

8. El acta de inicio se levanta en dos ejemplares, con firmas autógrafas al final y se rubricarán cada una de las fojas que la constituyen, con la siguiente distribución:

   Primer ejemplar: Se entrega al servidor público con quien se entendió la diligencia.

   Segundo ejemplar: Se integrará al expediente de auditoria.

9. El formato anexo indica el modelo que se utilizará como acta y los datos que contendrá. Con objeto de hacer ilustrativa el Acta de Inicio de Auditoria, se incluyen los aspectos por describir.

10.4 CÉDULA DE SEGUIMIENTO

Hoja No. de

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP Cédula de Seguimiento	DATOS ORIGINALES Número de Auditoría: Número de Observación: Instancia fiscalizadora: Monto por aclarar: Monto por recuperar:	DATOS DEL SEGUIMIENTO Número de Seguimiento: Saldo por aclarar: Saldo por recuperar: Avance:

Ente:	Sector:	Clave:
Unidad Auditada:	Clave de programa y descripción de la auditoría:	

Observación	Situación Actual
Observación Original	
Recomendaciones Originales	

Auditor

Jefe de Grupo

10.5 OFICIO DE RESULTADOS DE SEGUIMIENTO (1)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

OIC, UAG ó CONTRALORÍA INTERNA DE LA SFP

OFICIO DE RESULTADOS DE SEGUIMIENTO

ENTE:			HOJA No. __ DE __
SECTOR		No. de Seguimiento:	TRIMESTRE:

TITULAR DEL ENTE AL
QUE SE PRACTICÓ EL SEGUIMIENTO
Y DOMICILIO OFICIAL

OFICIO No

Informo a usted que en el trimestre de este ejercicio se dio seguimiento a las recomendaciones de observaciones, cuyos avances fueron comentados y aceptados por los servidores públicos de mandos medios y superiores responsables de atenderlas. Del análisis a la documentación e información que fue proporcionada al personal auditor, se constató que fueron atendidas; en este mismo periodo se determinaron observaciones, por lo que el saldo a la fecha del presente informe es de observaciones integradas de la siguiente forma:

Instancia fiscalizadora	Saldo inicial	Atendidas	Determinadas	Saldo final
Auditor externo				
Auditoría Superior de la Federación				
Órgano Interno de Control				
Unidad de Auditoría Gubernamental				
Otras instancias				
Total				

Clasificación: **Alto Riesgo** ☐ **Mediano Riesgo:** ☐ **Bajo Riesgo** ☐ **total** ☐.

Antigüedad: **Mayor a 18 meses** ☐ **de 6 a 18 meses:** ☐ **Menor a 6 meses** ☐ **total** ☐.

10.5 OFICIO DE RESULTADOS DE SEGUIMIENTO (2)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

OIC, UAG ó CONTRALORÍA INTERNA DE LA SFP

OFICIO DE RESULTADOS DE SEGUIMIENTO

ENTE:			HOJA No. __ DE __
SECTOR		No. de Seguimiento:	TRIMESTRE

Del saldo destaca **(n)** por su importancia la **(s)** que a continuación se menciona **(n)**:

DÍAS TRANSCURRIDOS DESDE LA OBSERVACIÓN	ASPECTOS RELEVANTES	IMPORTE EN MILES
	Instancia fiscalizadora: **Unidad auditada:** **N° de observación:** **Breve descripción:**	

Asimismo, existen **(16)** observaciones cuya atención depende de otras instancias, registradas en el Sistema Auxiliar de Control (SAC).

Al respecto agradeceré gire sus instrucciones a fin de que se instrumenten las medidas correctivas y preventivas pendientes; sobre las cuales realizaremos el seguimiento correspondiente, a fin de constatar la atención de las mismas, así como promover el fortalecimiento de los sistemas de control y la eficiencia de las operaciones.

A T E N T A M E N T E

TITULAR DEL OIC, UAG ó CONTRALORÍA INTERNA DE LA SFP

c.c.p. Las instancias que correspondan

10.6 CÉDULA DE TRABAJO

Nombre del ente:

Unidad Auditada:

Número de auditoria:

Concepto a revisar:

Tipo de cédula:

Elaboró
Fecha

Revisó
Fecha

Cuerpo de la Cédula

Notas:

Marcas:

Fuentes:

Conclusiones

10.7 CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE SEGUIMIENTO

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP

(1)

CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE SEGUIMIENTO

Ente: (1)
No. de auditoría: (2)
Unidad auditada: (3)

No.	concepto	rev. (4)
1	Se dio seguimiento a la totalidad de observaciones pendientes a la fecha del seguimiento, incluyendo las determinadas por diversas instancias fiscalizadoras (AE, ASF, OIC, UAG, etc.).	
2	Se elaboraron las Cédulas de Seguimiento correspondientes en las que se asentaron las acciones realizadas por las unidades auditadas para atender las recomendaciones.	
3	El seguimiento se encuentra sustentado con evidencia documental suficiente, competente, pertinente y relevante.	
4	Las cédulas de seguimiento y su evidencia documental se encuentran enlazadas mediante índices y cruces de auditoría.	
5	Las cédulas de seguimiento fueron comentadas con la unidad auditada y se obtuvo la firma del responsable de atender las recomendaciones.	
6	El oficio de resultados de seguimiento fue oportuno, objetivo, claro y conciso.	

Aclaraciones o comentarios:

10.8 CÉDULA ÚNICA DE AUDITORÍA

OIC, UAG ó Contraloría Interna de la SFP

CÉDULA ÚNICA DE AUDITORÍA

Ente auditado: _____

Unidad auditada: _____

Clave de programa y descripción de la auditoría: _____

Número de auditoría: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Tiempo real empleado: _____ Periodo auditado: _____

Nombre del Jefe de Grupo: _____

Cantidad de auditores asignados: _____

Observaciones determinadas

Rubro	cantidad
Total:	

Seguimiento

Concepto	cantidad
Observaciones originales	
Solventadas	
No solventadas	
Saldo por aclarar	
Saldo por recuperar	

Montos	
concepto	**miles de pesos**
Fiscalizable	
Fiscalizado	
Monto por aclarar	
Monto por Recuperar	

Elaboró: _____ Autorizó _____

nombre y firma nombre y firma

22. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES E INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE LOS CASOS DE PRESUNTAS RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

1. PROPÓSITO

Contar con un instrumento que defina las actividades y responsabilidades del personal del Área de Auditoría Interna en el proceso de integración de expedientes de presunta responsabilidad de servidores públicos y la elaboración de los informes correspondientes.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Auditores y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. Analiza y fundamenta las irregularidades detectadas. Auditor Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública describe los hechos que configura la irregularidad. Titular del Órgano Interno de Control Remite el informe al Área de Responsabilidades.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública supervisar que se efectúen las actividades señaladas conforme a los presentes procedimientos.

3.2 El Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y personal del Área observarán la Guía General de Auditoría Pública, realizando únicamente las adecuaciones necesarias en el texto de los registros para casos particulares, respetando su estructura.

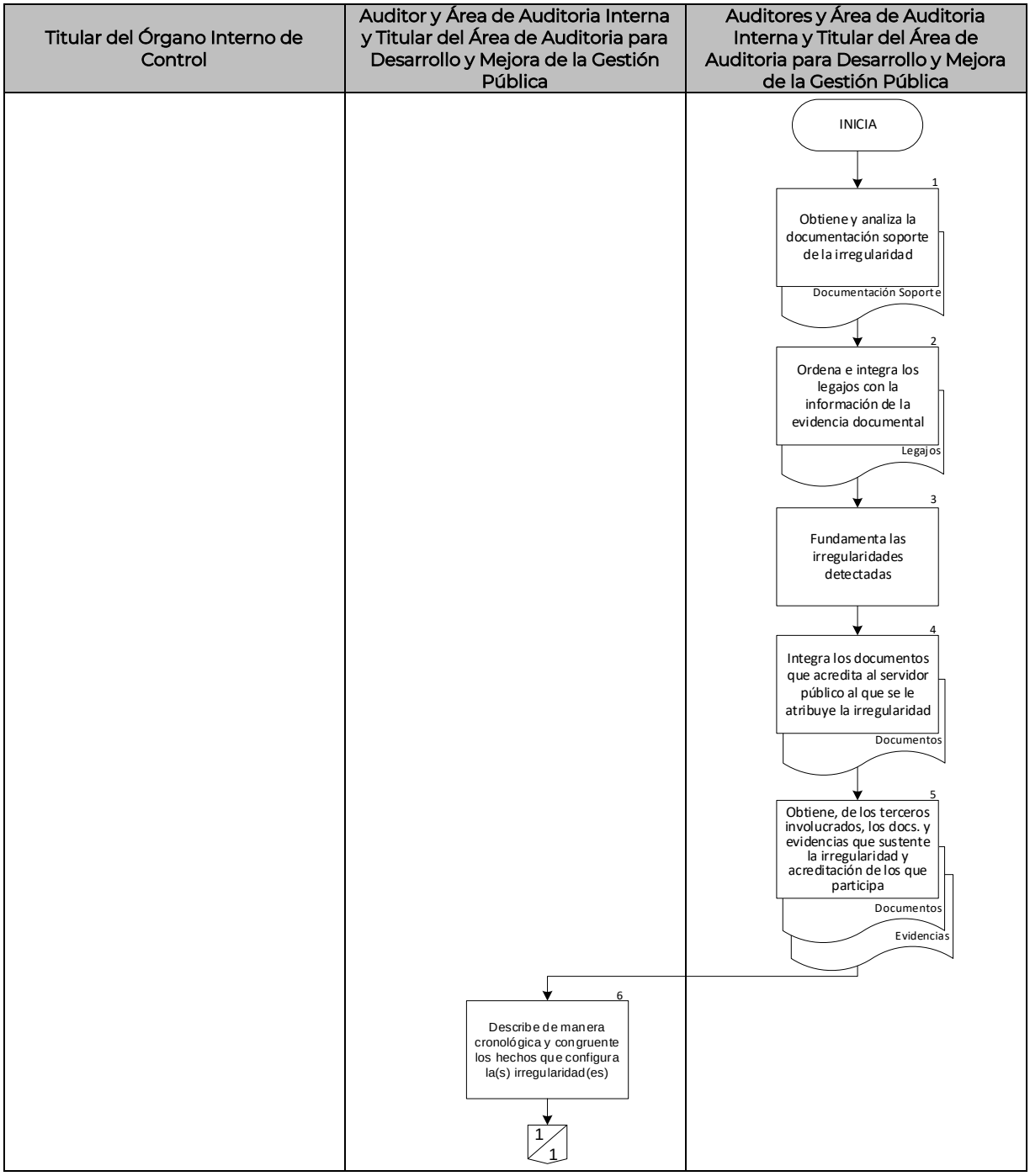
3.3 El Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y personal del Área conocerán y aplicarán el ACUERDO por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.

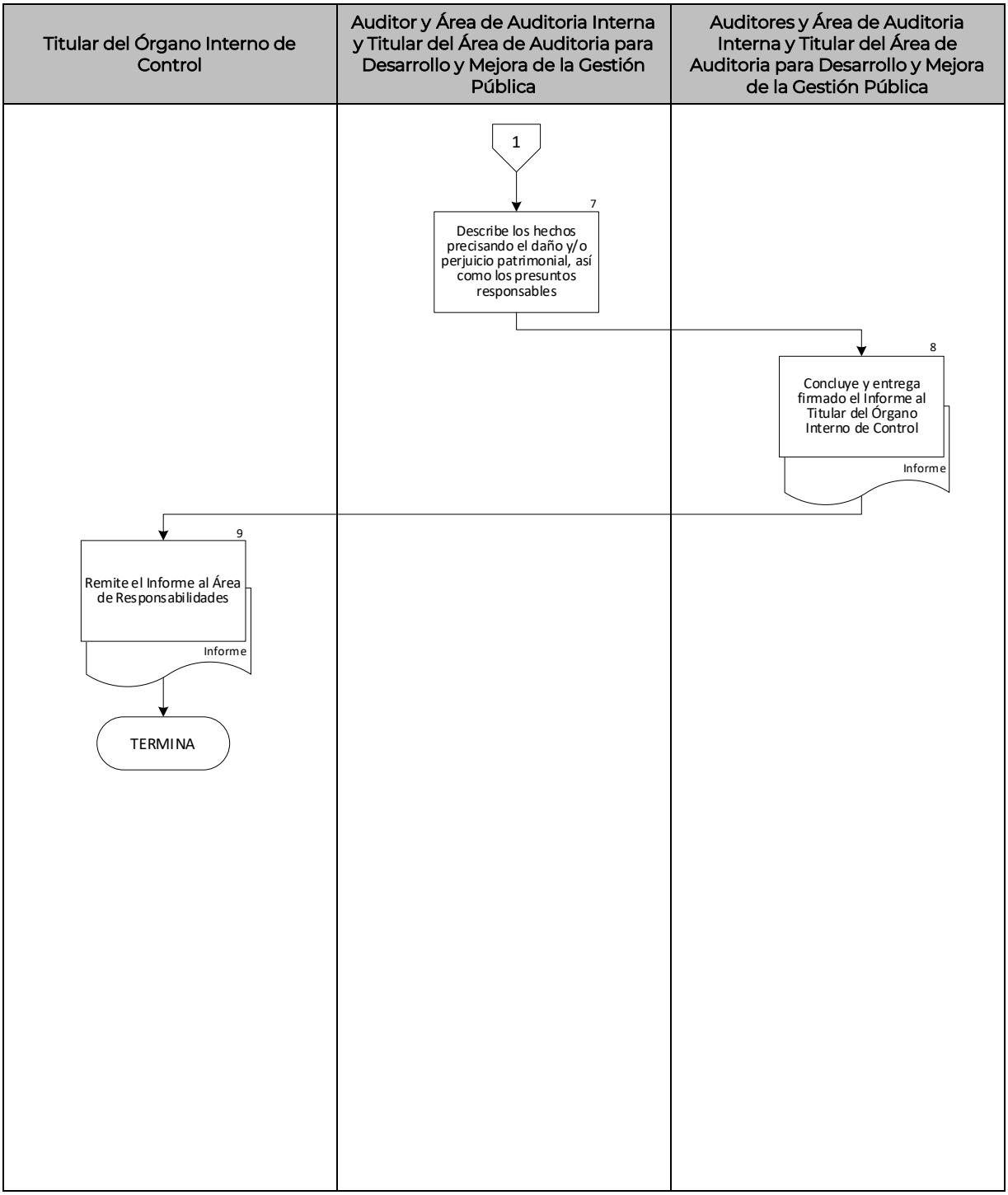
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Auditores y Titular del Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	1	Obtiene y analiza la documentación soporte de la irregularidad.	Documentación Soporte
	2	Ordena e integra los legajos con la información de la evidencia documental de manera, cronológica, foliado y clasificado conforme a las Normas Generales de Auditoria.	Legajos
	3	Fundamenta las irregularidades detectadas.	
	4	Integra los documentos que acredita al servidor público al que se le atribuye la irregularidad.	
	5	Obtiene de los terceros involucrados los documentos y evidencias que sustente la irregularidad y acreditación de los que participa.	Documentos Evidencias
Auditor y Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	6	Describe de manera cronológica y congruente los hechos que configura la (s) irregularidad (es) Nota: Ver la Guía para la elaboración de informes e integración de Expedientes de los casos de Presuntas Responsabilidades de Servidores Públicos.	
	7	Describe de manera cronológica y congruente los hechos que configura la (s) irregularidad (es), precisando en el caso el daño y/o perjuicio patrimonial, así como los presuntos responsables.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Auditores y Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	8	Concluye y entrega firmado el Informe al Titular del Órgano Interno de Control.	Informe
Titular del Órgano Interno de Control	9	Remite el Informe al Área de Responsabilidades TERMINA PROCEDIMIENTO	Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO




Titular del Órgano Interno de Control
Auditor y Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública
Auditores y Área de Auditoria Interna y Titular del Área de Auditoria para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública
1
7
Describe los hechos precisando el daño y/o perjuicio patrimonial, así como los presuntos responsables
8
Concluye y entrega firmado el Informe al Titular del Órgano Interno de Control
Informe
9
Remite el Informe al Área de Responsabilidades
Informe
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Legajo: Conjunto de información, documentos o papeles recopilados, referentes a una persona o un asunto.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Modelo de Informe para Casos de Presunta Responsabilidad Administrativa aplicable a los Órganos Internos de Control, Unidad de Auditoría Gubernamental y Controlaría Interna de la SFP

10.1 Modelo de informe para casos de presunta responsabilidad administrativa aplicable a los órganos internos de control, unidad de auditoría gubernamental y controlaría interna de la SFP (1)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE CONTROL Y AUDITORÍA DE LA GESTIÓN PÚBLICA

UNIDAD DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL

Anexo 15
Modelo de Informe para Casos de Presunta Responsabilidad Administrativa aplicable a los Órganos Internos de Control, Unidad de Auditoría Gubernamental y Contraloría Interna de la SFP.

Nota: Las situaciones, datos y cifras reportados en el informe anexo son ficticios.

Asunto: Se envía Informe de
Presunta Responsabilidad Administrativa.

C._____
(Nombre del OIC, UAG ó
Contraloría Interna de la SFP)

Los que suscribimos (nombre completo de los auditores comisionados a la auditoría que suscriben el informe) Auditores adscritos al Área de Auditoría Interna de los Órganos Internos de Control, Unidad de Auditoría Gubernamental ó Contraloría Interna de la SFP, nos permitimos someter a su atenta consideración el Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa derivado de la auditoría 000/00 practicada a (Unidad auditada) en relación a (breve descripción de la irregularidad, por ejemplo: el contrato de compraventa derivado de la licitación pública 123/ABC-02 celebrado entre la entidad y la empresa "Abastecedora automotriz , S.A. de C.V.").

Por lo anterior, se considera la existencia de un presunto daño patrimonial a la entidad por $(monto determinado debidamente integrado y acorde al soporte documental y papeles de trabajo) y un posible perjuicio por (especificar la causa que sea).

I. Antecedentes

1. (Según decreto de creación, acta constitutiva, etc.) (La entidad) es un _____(organismo descentralizado del Gobierno Federal, empresa de participación estatal mayoritaria, etc.) con personalidad jurídica y patrimonio propio ...(Anexo 1 fojas a)
2. El ___ de _____ de 20__ el C. _____, Titular del Órgano Interno de Control, Unidad de Auditoría Gubernamental ó Contraloría Interna de la SFP, emitió la orden de auditoría No. 000/00 a nombre del C. (nombre), titular de __(cargo) de __ (unidad auditada)____, con el objeto de verificar y promover el cumplimiento de sus programas sustantivos y de la normatividad aplicable durante el(los) ejercicio(s) _____(alcance de la auditoría). La orden fue recibida el _____ de _____ de 20__ por _____(especificar el nombre y cargo del servidor público a quien se entregó el documento), según consta con la firma autógrafa del mencionado servidor público y sello de acuse de recibo que aparece en dicha orden (Anexo 2, Fojas a)

10.1 Modelo de informe para casos de presunta responsabilidad administrativa aplicable a los órganos internos de control, unidad de auditoría gubernamental y controlaría interna de la SFP (2)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE CONTROL Y AUDITORÍA DE LA GESTIÓN PÚBLICA

UNIDAD DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL

3. El mismo día, _____ de _____ de 200___, se formuló el acta de inicio de la auditoría con folios 06402001 al 06402002 ante la presencia del C (nombre completo y cargo del servidor público con quien se atendió la diligencia) (Anexo 3, Fojas a .)
4. Mediante oficio No._____ de fecha ___ de _____ de 20___, el Titular del Órgano Interno de Control Unidad de Auditoría Gubernamental ó Contraloría Interna de la SFP, informó al C. ___(nombre completo y cargo del servidor público a quien se dirigió el oficio)_, de _(unidad auditada)___, la (incorporación o sustitución de personal al equipo de trabajo de la auditoría). El oficio fue recibido el ____ de _____ de 20__ por __(nombre completo y cargo del servidor público con quien se atendió la diligencia) según consta en el sello de acuse de recibo que aparece en dicho oficio. Asimismo, mencionar los datos del acta respectiva o del informe en donde se hizo constar la sustitución o ampliación de personal.

Del análisis a la documentación proporcionada por la entidad, se precisan los siguientes:

II. Hechos

1. El __ de _____ de 20__ se publicó en el Diario Oficial de la Federación y otros medios, la convocatoria para participar en la licitación pública... (describir breve y claramente la primera situación o acto que da origen a la irregularidad) (Anexo 5, Fojas a).
2. El __ de _____ de 20__ se celebró la junta de aclaración de las bases de licitación, elaborándose el acta respectiva. (Anexo 6, Fojas a)
3. El __ de _____ de 20__ el Comité de Adquisiciones, adjudicó el contrato de compraventa de ... a la empresa proveedora de vehículos empresa "Abastecedora Automotriz , S.A. de C.V.").... (Anexo 7, Fojas a).
4. El __ de _____ de 20__ se celebró el contrato de compraventa de refacciones... (continuar con la descripción detallada del contrato, indicando objeto contractual, vigencia, monto de la operación, periodicidad, etc; y la narración sucinta de todos y cada uno de los hechos de que se tenga conocimiento, los cuales deberán relatarse en forma cronológica y confirmando que de todos y cada uno de los hechos, obren en el expediente las documentales que los sustenten, teniendo especial cuidado al citar nombres, fechas, montos y conductas, considerando en todo momento las funciones y atribuciones que corresponden a cada uno de los presuntos responsables de conformidad con la normatividad aplicable al momento de acontecer el hecho narrado). (Anexo 8, Fojas a)
5. La adquisición de las refacciones se realizó con cargo a la cuenta número ___(agregar número y denominación de la cuenta)__ por el importe contratado de $8,100,000.00, que fue pagado al proveedor con el cheque No. _____, de fecha _____. Dicho importe resulta ser mayor en $800,000.00 al monto ofertado por este proveedor de $7,300,000.00, y que resultó ganador en la

10.1 Modelo de informe para casos de presunta responsabilidad administrativa aplicable a los órganos internos de control, unidad de auditoría gubernamental y controlaría interna de la SFP (3)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE CONTROL Y AUDITORÍA DE LA GESTIÓN PÚBLICA

UNIDAD DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL

licitación (aclarar cómo se acredita la irregularidad), por lo que esta diferencia constituye el monto del daño patrimonial. (Anexo 9 fojas ____ a ____)

III. Presunto Daño Patrimonial y/o Perjuicio

Con las conductas y omisiones de los servidores públicos y terceros involucrados (en caso de existir), se generó un daño patrimonial por $800,000.00 determinado por la diferencia entre el importe de la adquisición contratada y pagada al proveedor "Abastecedora Automotriz , S.A. de C.V.", y el importe ofertado por el cual ganó la licitación.

Lo anterior, en concordancia con la documentación soporte y los papeles de trabajo que conforman el expediente de presunta responsabilidad administrativa.

Expresar por separado, si es que existió algún perjuicio, especificando lo que la entidad dejó de percibir a consecuencia de las conductas de los servidores públicos.

IV. Presuntos Responsables

Servidor Público	Conducta
Mencionar nombre completo, cargo, área de adscripción (en base a la documentación que lo acredita con ese carácter) y periodo en que se cometió la irregularidad. Iniciar con aquel servidor público a quien directamente se atribuye la conducta contraria a la ley. Dar especial atención al periodo en que aconteció la irregularidad, el cual deberá corresponder con el alcance de la auditoría y el rubro revisado en la misma.	Describir la conducta (acción u omisión) atribuible al servidor público, perfectamente confirmada y soportada en documentos. Las conductas de omisión deberán redactarse de manera afirmativa. Por ejemplo: "El servidor público omitió conducirse con imparcialidad en…etc." Precisar el daño patrimonial y cómo se registró, así como indicar el perjuicio debidamente confirmado y cuantificado por año, y por presunto responsable. Detallar en base a la normatividad aplicable transgredida las funciones y atribuciones que el servidor público tenía asignadas. Narrar la relación lógica existente entre los hechos, la conducta irregular y la norma específica transgredida (se sugiere agregar una síntesis de los preceptos legales infringidos, con la intención de evidenciar claramente la irregularidad). Posteriormente, deberá mencionarse la relación directa con la(s) fracción(es) del artículo 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, siendo minuciosos al valorar su aplicabilidad a cada caso concreto.
Incluir a todos y cada uno de los presuntos responsables,	Incluir las irregularidades detectadas para cada servidor público, atendiendo los aspectos mencionados.

10.1 Modelo de informe para casos de presunta responsabilidad administrativa aplicable a los órganos internos de control, unidad de auditoría gubernamental y controlaría interna de la SFP (4)

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE CONTROL Y AUDITORÍA DE LA GESTIÓN PÚBLICA

UNIDAD DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL

Servidor Público	Conducta
atendiendo al orden definido por el grado de participación en la comisión de la irregularidad, y considerando los datos de identificación señalados en el cuadro anterior.	

V. Precisión de las Irregularidades

1. Existió disposición de recursos presupuestales a cargo de__(la entidad)__ con objeto de (destino de los recursos de acuerdo con el contrato o documento que le dio origen). Sin embargo, esos recursos fueron aplicados __(destino final y real de los recursos, precisando con claridad las conductas u omisiones de los presuntos responsables, que constituyan la inobservancia de la normatividad).
2. Con la suscripción del contrato se originó... (precisar en que consistió la irregularidad, el incumplimiento o conducta contraria a lo dispuesto en la normatividad aplicable, cuidando que exista una relación lógica entre la conducta u omisión y el daño y/o perjuicio causado o la consecuencia final que lesione el actuar de la función pública).
3. Continuar con la narración de las irregularidades indicando en todo momento la conducta que debió ser observada de acuerdo con la normatividad aplicable y precisando con base en los hechos y documentos que los soportan la manera en que ésta se transgredió.

En el anexo (especificar el número del anexo) de este informe, se localiza la fotocopia simple de los preceptos legales infringidos, así como la documentación relativa a la confirmación de la calidad de los presuntos responsables como servidores públicos en el momento en que aconteció la irregularidad.

VI. Conclusión

(Incluir una sinopsis del contenido del informe)
Con las conductas (acción u omisión) de los servidores públicos mencionados, se infringieron los siguientes preceptos legales: (especificar los artículos de la ley o normatividad interna transgredidos, así como una breve explicación de la relación lógica existente entre la conducta irregular y cada precepto legal).

A T E N T A M E N T E

Nombre del auditor comisionado, profesión número de cédula profesional y firma	Nombre del auditor comisionado, profesión número de cédula profesional y firma

23. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN CIUDADANA.

1. PROPÓSITO

Informar e inducir al personal del Área de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría respecto de la atención, trámite, investigación y conclusión de las quejas y denuncias, con el propósito de atender y brindar un mejor servicio a los ciudadanos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado dan seguimiento a todo el proceso de Atención ciudadana desde la recepción del oficio hasta el Registro de las acciones preventivas y mejora del servicio en el Sistema Electrónico.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Titular del Área de Quejas y el Titular de Responsabilidades junto con el personal de cada área observará el ACUERDO por el que se establece el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas observando las etapas de registro, análisis, información al ciudadano, radicación y acuerdo conforme a los plazos establecidos.

3.2 El Titular del Área de Quejas y el Titular de Responsabilidades junto con el personal de cada área conducirán con apego a los valores contemplados en el Código de Conducta de los Servidores Públicos de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado	1	Recibe los escritos presentados por los ciudadanos, el medio de capacitación puede ser directa, buzones, telefónica, medios electrónicos.	Escritos
	2	Clasifica los escritos.	
	3	Asesora y brinda al ciudadano con la finalidad de atender una consulta, proporcionar una asesoría o realizar una gestión, de manera personal, telefónica o medio electrónico.	
	4	Registra en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC) dentro del término de 2 días hábiles, el trámite de atención no deberá exceder de 10 días hábiles, incluyéndose la comunicación al ciudadano.	
	5	Realiza análisis General de la Queja o Denuncia para conocer el asunto y plantear líneas de investigación, debiendo registrarse en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC) dentro del término de 2 días hábiles posteriores a su recepción.	Queja o Denuncia
	6	Elabora acuerdo de Inicio dentro de los 2 días hábiles a partir de su registro en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC), conforme a los lineamientos de Atención Ciudadana establecidos por la Secretaría de la Función Pública.	Acuerdo de Inicio
	7	Instrumenta la acumulación de expedientes conforme al Código Federal de Procedimientos Civiles, en caso de que existan causas conexas, (cuando existan varios procedimientos de investigación que puedan ser resueltos en solo acto relacionados con un mismo servidor o grupo de Servidores Públicos).	Expedientes

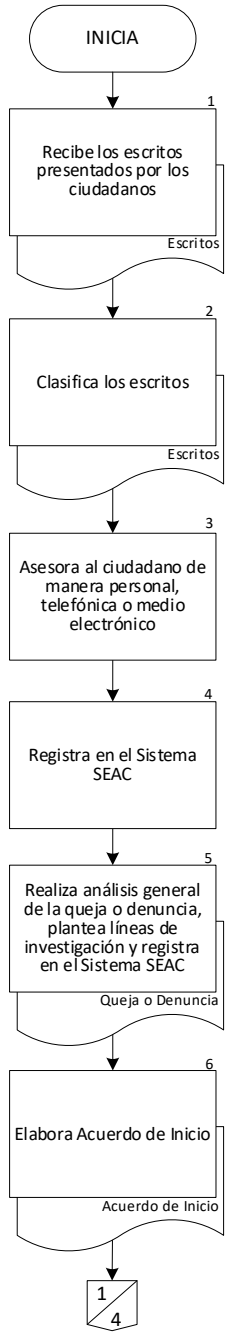
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado	8	Integra el expediente conforme a los Lineamientos y Criterios Técnicos y Operativos de Atención Ciudadana.	Expediente
	9	Elabora notificación al interesado dentro del plazo de 10 días hábiles, del Acuerdo de Inicio y cualquier otro acuerdo que a juicio del Órgano Interno de Control (OIC) deba hacer de su conocimiento, conforme a los Lineamientos y Criterios Técnicos y Operativos de Atención Ciudadana.	Notificación
	10	Desahoga comparecencias, solicitan información, documentación de acuerdo a los Lineamientos y Criterios Técnicos y Operativos de Atención Ciudadana.	Documentación
	11	Elabora acuerdo de traslado al Área de Responsabilidades, en el supuesto de que existan elementos que acrediten probable responsabilidad a cargo de servidores públicos, a efecto de que se instrumente el procedimiento administrativo disciplinario.	Acuerdo de Traslado
	12	Registra en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC), dentro del término de 2 días hábiles a partir de su recepción, se realiza acuerdo de inicio	
	13	Elabora el requerimiento al área competente para la solventación.	Requerimiento
	14	Valora las acciones de solventación por parte del área responsable, y mediante el acuerdo correspondiente: solventada parcialmente o no solventada.	
	15	Comunica al interesado de las acciones de solventación dentro del plazo de 10 días hábiles.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	16	Eleva queja en el supuesto de no haberse llevado a cabo las acciones a que se comprometió el área responsable o competente, y que sea imputable a servidor público, procediéndose al traslado al Área de Responsabilidades para instrumentar el Procedimiento Administrativo Disciplinario (PAD).	Queja
	17	Registra el escrito en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC), dentro del término de 2 días hábiles a partir de su recepción.	Escrito
	18	Remite mediante oficio, la solicitud o sugerencia al área responsable, a fin de que dictamine las acciones a seguir.	
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado	19	Informa a la unidad administrativa que corresponda las medidas adoptadas o, en su caso, la atención que le hubieren brindado.	
	20	Registra las acciones solventadas en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC), a fin de conocer sobre las medidas adoptadas por el área responsable.	
	21	Comunica al interesado las acciones de solventación.	
	22	Lleva a cabo los trámites que se requieran para hacerle llegar al Servidor Público correspondiente dicho reconocimiento. (Al tratarse de reconocimiento)	
	23	Informa al solicitante el resultado de la gestión, dentro del término de 10 días hábiles	

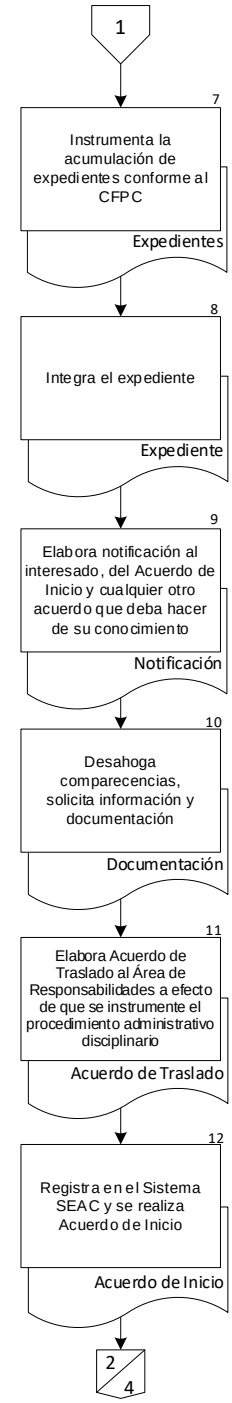
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado	24	Emite un acuerdo que puede ser en alguno de los siguientes sentidos:	
	25	Registra en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC).	
	26	Determina si el seguimiento de irregularidad ha sido solventado, y si se considera que se ha dado fin a la gestión, lo registran en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC).	
	27	Considera si el área competente manifieste que algunos de los seguimientos de irregularidad que se enviaron en el oficio ya fueron solventados y señala que otros quedan pendientes de solventación.	
	28	Envía para que inicie el Procedimiento Administrativo Disciplinario (PAD) al Área de Responsabilidades, en el supuesto de no haberse llevado a cabo las acciones a que se comprometió el área responsable o competente.	
	29	Registra en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC) las acciones preventivas y mejora del servicio implementadas por el área responsable. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

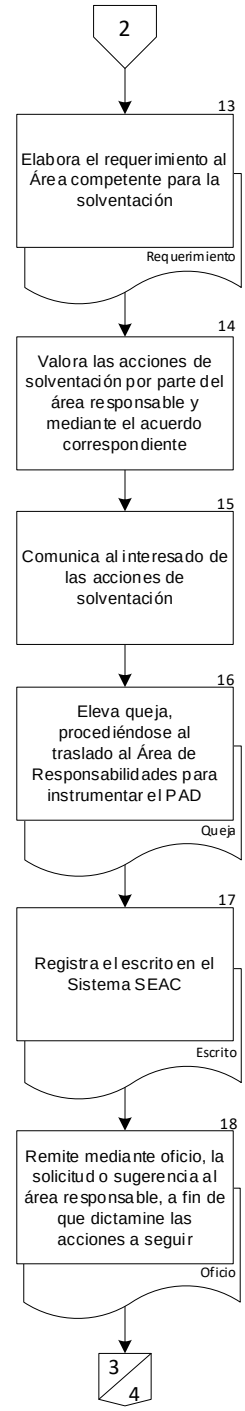
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado



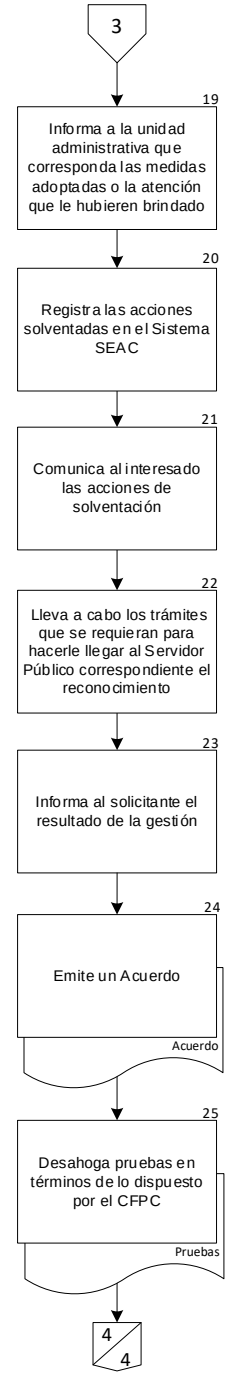
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado



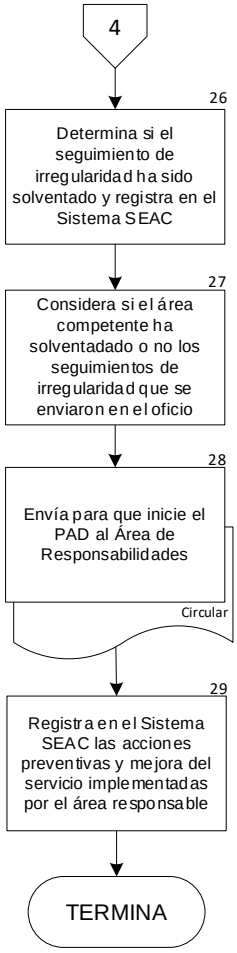
Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado



Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado



Titular del Área de Responsabilidades, Titular del Área de Quejas y Abogado



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Comparecer: Es una presentación personal o a través de un poder ante un organismo público o el acto de dar explicaciones ante aquel que las solicita.

8.2 Solventar: Dar solución a algo pagando la deuda a que se refieren.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

24. PROCEDIMIENTO DE IMPOSICIÓN DE SANCIONES.

1. PROPÓSITO

Informar e inducir al personal del Área de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría respecto de las actividades a realizar para la imposición de sanciones.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado solicita elementos documentales para iniciar previa investigación y determinar los elementos de prueba hasta la emisión de resolución.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Área de Quejas, Titular del Área de Responsabilidades y Abogado supervisar que se ejecute este procedimiento conforme a lo señalado en el presente documento.

3.2 Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y el personal de cada área observará la normatividad aplicable que le permita contribuir a abatir la impunidad y combatir las prácticas corruptas en el Instituto Nacional de Pediatría, mediante la imposición de sanciones administrativas en materia de responsabilidades administrativas

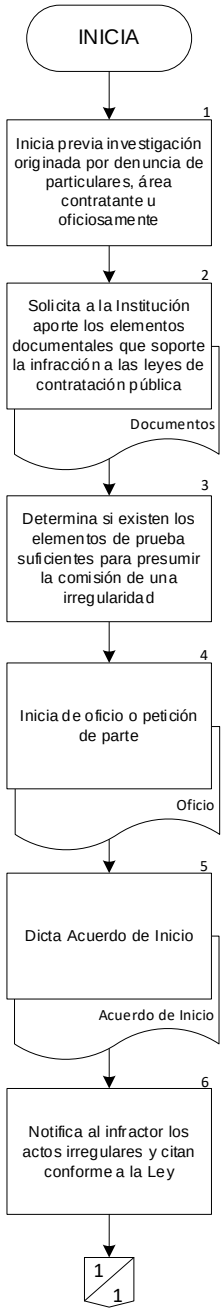
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado	1	Inicia previa investigación originada por denuncia de particulares, área contratante u oficiosamente, algunas causas: ∠ No formalizar contratos. ∠ Más de dos rescisiones de contratos. ∠ Cause daños o perjuicios a la APF. ∠ Proporcione información falsa, actúa con dolo o mala fe.	
	2	Solicita a la Institución aporte los elementos documentales que soporte la infracción a las leyes de contratación pública.	Documentos
	3	Determina si existen los elementos de prueba suficientes para presumir la comisión de una irregularidad.	
	4	Inicia por oficio o petición de parte. Antes de que prescriban facultades sancionadoras.	Oficio
	5	Dicta Acuerdo de Inicio.	Acuerdo de Inicio
	6	Notifica al infractor los actos irregulares y citan conforme a la Ley.	
	7	Admite las pruebas ofrecidas por el afectado, reconocidas por Ley.	Pruebas
	8	Desahoga pruebas en términos de lo dispuesto por el Código Federal de Procedimientos Civiles.	

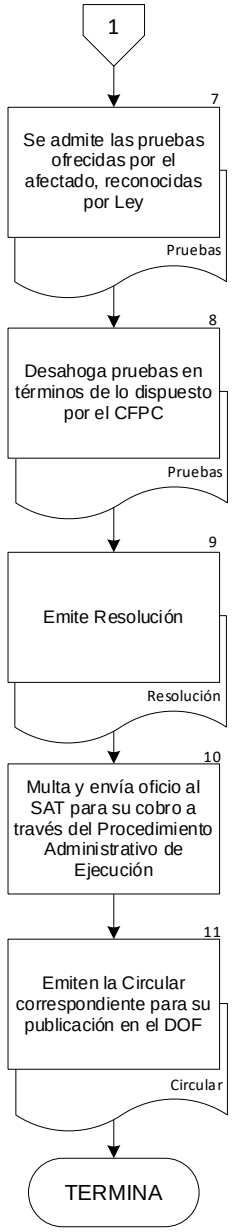
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado	9	Emite Resolución: Antes de 90 días. Imposición de sanción: Inhabilitación temporalmente a los licitantes o proveedores y contratistas que infrinjan las disposiciones de la LAASSP o de la LOPSRM y/o multa. Absolutoria. Comunican la resolución respectiva (dentro del término de 10 días hábiles).	Resolución
	10	Multa, envía oficio al Servicio de Administración Tributaria (SAT) para su cobro, a través del Procedimiento Administrativo de Ejecución.	
	11	Emite la Circular correspondiente para su publicación en el Diario Oficial de la Federación (DOF) dirigida a las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal en caso de inhabilitación temporal. TERMINA PROCEDIMIENTO	Circular

5. DIAGRAMA DE FLUJO

Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado



Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	N/A
6.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	N/A
6.3 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Sanción: Es el efecto que produce una acción que infringe una ley u otra norma jurídica.

8.2 LAASSP: Siglas de Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

8.3 LOPSRM: Siglas de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

25. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTRUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

1. PROPÓSITO

Establecer las etapas, actividades y responsables de las acciones generales para instruir el Procedimiento Administrativo de Responsabilidades a los Servidores Públicos que incumplan con las obligaciones que tienen conferidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Área de Quejas, Titular del Área de Responsabilidades y Abogado analiza la documentación, celebra la audiencia y notifica resolución.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Titular del Área de Quejas, Titular del Área de Responsabilidades y Abogado que se lleve a cabo el análisis correspondiente de los expedientes remitidos por el área de Quejas a efecto de que los mismos estén debidamente integrados para que las resoluciones sean emitidas debidamente fundadas y motivadas.

3.2 Mantener debidamente actualizado los Sistemas Implementados por la Secretaría de la Función Pública en materia de Responsabilidades Administrativas.

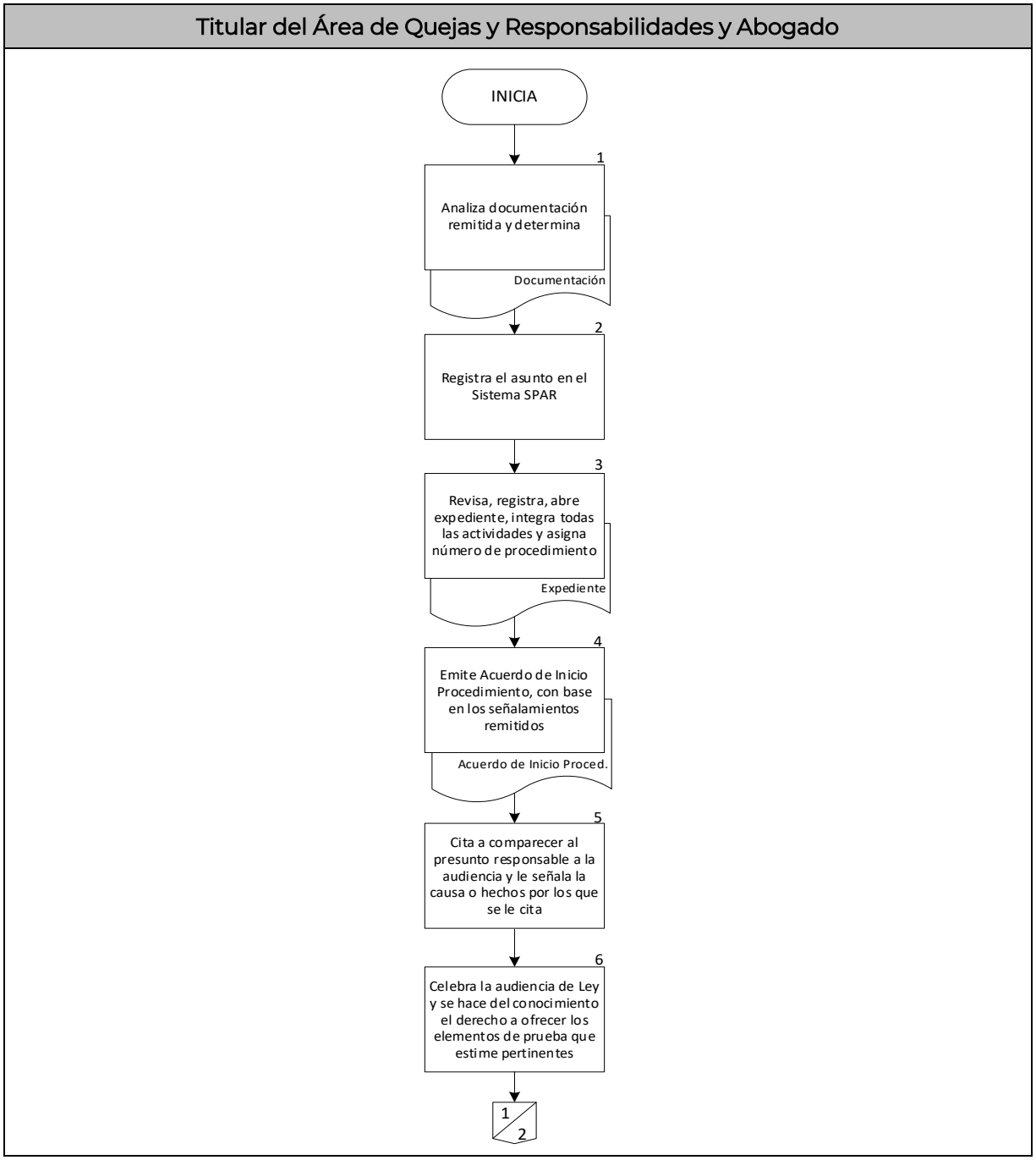
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado	1	Analiza de la documentación remitida, previo al inicio del procedimiento de responsabilidad, determina: ∠ No aceptar. ∠ Aceptar. ∠ Devolver: para su debida integración. ∠ Aceptación parcial: Se seguirá el presente procedimiento.	Documentación
	2	Registra el asunto en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades (SPAR).	
	3	Revisa, registra y abre expediente, en el que se integrará todas las actividades y se asigna número de procedimiento.	Expediente
	4	Emite Acuerdo de Inicio Procedimiento, con base en los señalamientos remitidos.	Acuerdo de Inicio Procedimiento
	5	Cita a comparecer al presunto responsable a la audiencia de Ley en los términos del Art. 21 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas del Sector Público (LFRASP), señalándosele la causa o hechos por los que se le cita.	
	6	Celebra la audiencia de Ley, para que manifieste lo que a su derecho convenga y se hace del conocimiento el derecho a ofrecer los elementos de prueba que estime pertinentes dentro del término de cinco días hábiles.	
	7	Desahoga las pruebas que hubiere ofrecido de conformidad con lo establecido en el Código Federal de Procedimientos Civiles (CFPC).	Pruebas

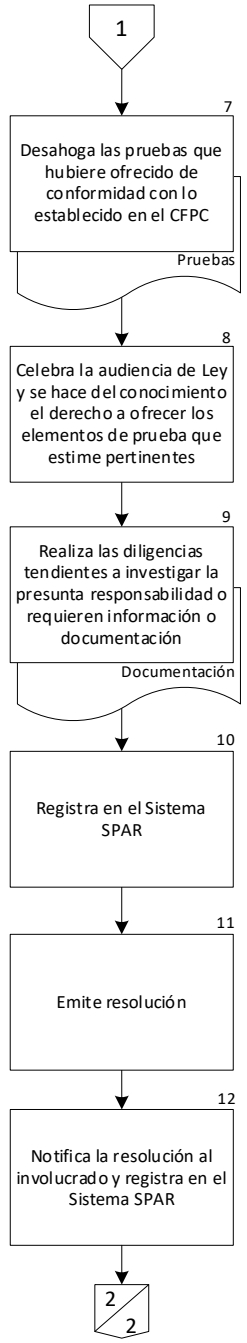
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado	8	Celebra la audiencia de Ley, para que manifieste lo que a su derecho convenga y se hace del conocimiento el derecho a ofrecer los elementos de prueba que estime pertinentes dentro del término de cinco días hábiles.	
	9	Realiza las diligencias tendientes a investigar la presunta responsabilidad, o requieren información o documentación, que se relacione.	
	10	Registra en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades (SPAR).	
	11	Emite resolución en dos sentidos: ∠ Notifica Resolución. ∠ Registra actividades en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades (SPAR). Dentro del plazo de 45 días hábiles posteriores al cierre de instrucción. Notifica la resolución al involucrado en los términos de los artículos 310, 311 y 312 del Código Federal de Procedimiento Civiles de aplicación supletoria a la materia administrativa.	
	12	Registra en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades (SPAR), dentro del término de 10 días hábiles.	
	13	Notifica a las autoridades competentes para que ejecuten la sanción.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Quejas y Titular del Área de Responsabilidades y Abogado	14	Registra en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades (SPAR). Dentro del plazo de 5 días hábiles a que surta efectos la notificación, captura y envía a través de la página de Internet la Cédula de Inscripción de Sanciones al Registro de Servidores Públicos Sancionados de la Secretaría de la Función Pública.	Cédula de Inscripción de Sanciones al Registro de Servidores Públicos Sancionados
	15	Solicita a las autoridades competentes las constancias de ejecución de la sanción.	Constancias de Ejecución de la Sanción
	16	Registra las actividades en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades (SPAR). TERMINA PROCEDIMIENTO	

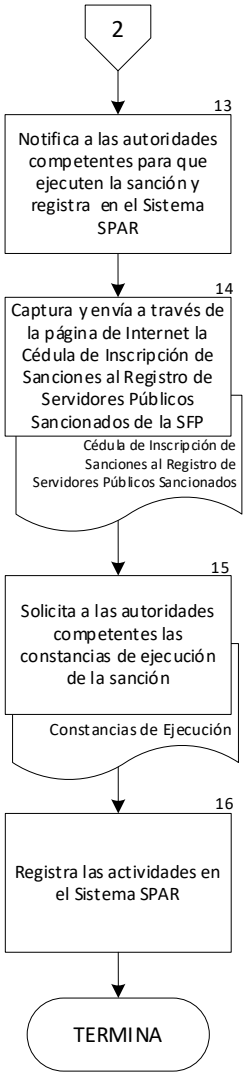
5. DIAGRAMA DE FLUJO



Titular del Área de Quejas y Responsabilidades y Abogado



Titular del Área de Quejas y Responsabilidades y Abogado



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Diligencia: Trámite o gestión, generalmente administrativa, que se tiene que realizar para resolver un asunto.

8.2 Resolución: Es un decreto, una decisión o un fallo que emite una determinada autoridad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A

26. PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN COMITÉS.

1. PROPÓSITO

Proporcionar asesoría a los miembros de los Comités y Subcomités del Instituto Nacional de Pediatría en materia de Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios y Bienes Muebles, Transparencia, etc., así como, asistir a los actos de los procedimientos de contratación y enajenación, coadyuvando a que se cumplan las disposiciones legales, administrativas y reglamentarias.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Titular del Órgano Interno de Control revisa documentación soporte del comité. Titular del Órgano Interno de Control (Titular del área designado) lleva a cabo la revisión detallada de los casos y aprueba y firma acta de aprobación.

2.2 A nivel externo: N/A

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Titular del Órgano Interno de Control, asiste o en su caso designa por oficio al personal, que fungirá como asesor en las sesiones de los Comités y Subcomités en las materias de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y Bienes Muebles, Transparencia, etc. del Instituto Nacional de Pediatría y en los actos de los procedimientos de contratación y enajenación.

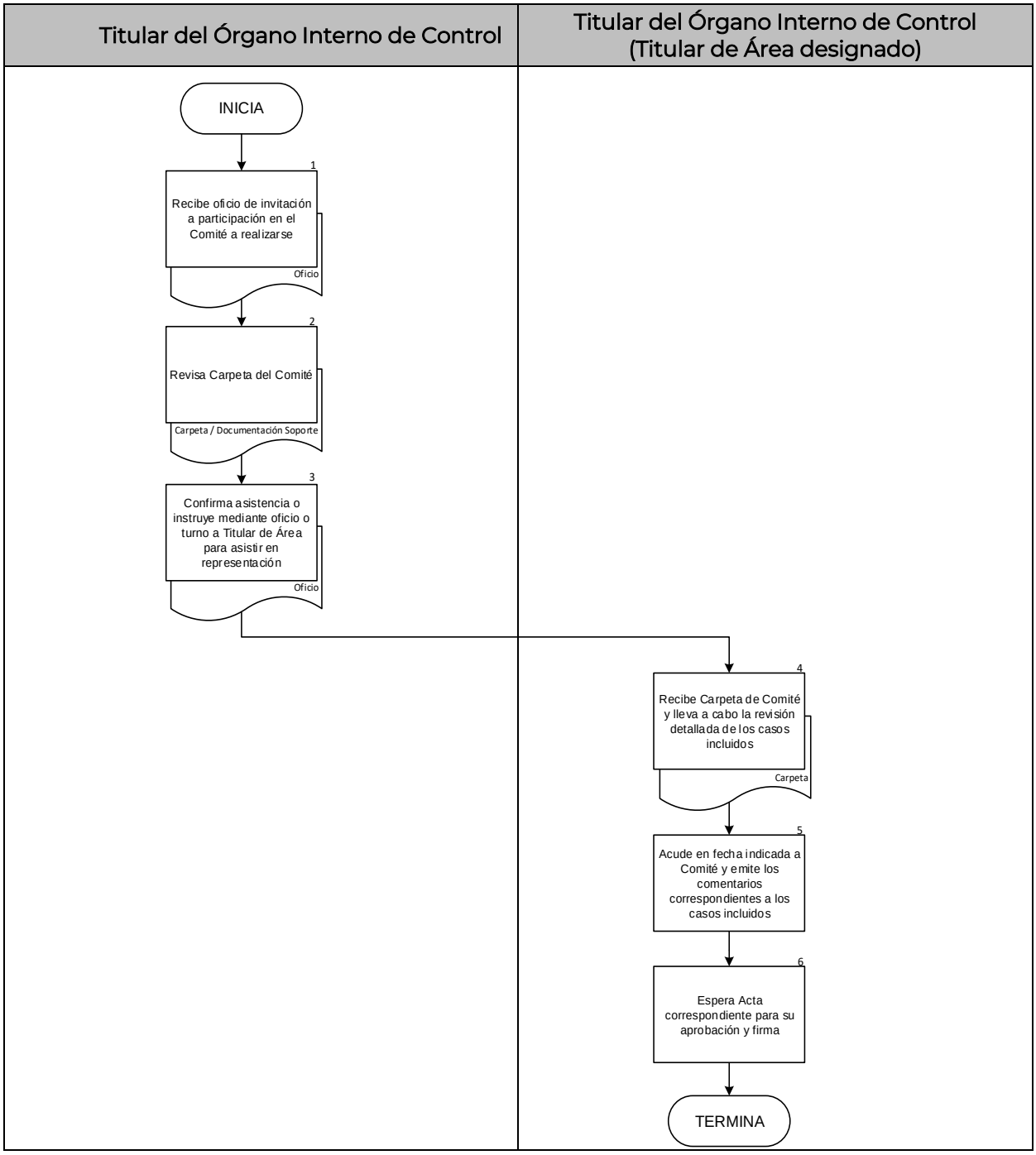
3.2 El Titular del Órgano Interno de Control (Titular del área designado), debe emitir de manera razonada sus opiniones, en caso de que exista normatividad aplicable, fundamentar dichas opiniones; asimismo, debe verificar que las opiniones queden asentadas en las actas respectivas.

3.3 La documentación correspondiente a las diferentes sesiones de los Comités, Subcomités y procedimientos de contratación contemplados en el alcance de este procedimiento, debe archivarse en un expediente, en el cual se identifique la unidad administrativa u órgano desconcentrado responsable, así como la sesión o procedimiento correspondiente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control	1	Recibe oficio de invitación a participación en el Comité a realizarse. ∠ Comité de Adquisiciones ∠ Comité de Obra Pública ∠ Comité de Información. ∠ Comité de Ética ∠ Subcomité Revisor de Convocatorias	Oficio
	2	Revisa Carpeta / Documentación soporte del Comité.	Carpeta / Documentación Soporte
	3	Confirma Asistencia o instruye mediante oficio o turno a Titular de Área para asistir en representación.	
Titular del Órgano Interno de Control (Titular de Área designado)	4	Recibe carpeta de Comité y lleva a cabo la revisión detallada de los casos incluidos.	Carpeta
	5	Acude en fecha indicada a Comité y emite los comentarios correspondientes a los casos incluidos.	
	6	Espera acta correspondiente para su aprobación y firma. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 N/A	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 N/A	N/A	N/A	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Comité: Grupo de individuos que trabajan en conjunto para resolver alguna problemática o llevar a cabo un proyecto.

8.2 Instruir: Comunicar sistemáticamente ideas y/o conocimientos o informar sobre algo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2021	Actualización de Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción de Actividades y Diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/A