Manual de Procedimientos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla

Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación

Dirección Planeación y Programación

Departamento de Programación, Desarrollo Organización y Transparencia

OCTUBRE 2018

Hoja de Identificación

SSEP/CPEDO/DPP/DPDOT/MP/0001

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018	Raquel Sauceda Amador Coordinadora de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación. RSA (CPEDO) Octubre 2018	Arely Sánchez Negrete Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. ASN (DG) Octubre 2018

Actualizado al mes de octubre de 2018, con fundamento en los artículos 25 y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla; 12 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla; 12 fracción II del Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla"; 23 fracción XIX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla; el Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los Lineamientos que deberán observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal; para el diseño, elaboración, actualización y registro de los manuales de Administración y la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	35
2	ANTECEDENTES	37
3	OBJETIVO DEL MANUAL	39
4	RESPONSABILIDADES	40
5	MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO	41
5.2	LEYES.	41
5.3	REGLAMENTOS.	44
5.4	CÓDIGOS.	45
5.5	DECRETOS.	45
5.6	ACUERDOS.	46
5.7	PLANES Y PROGRAMAS.	51
5.8	NORMAS OFICIALES.	51
5.9	GUÍAS.	63
6	RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	65
7	PROCEDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA	113
7.1	PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DEL TITULAR.	114
7.1.1	PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL.	115
7.1.2	PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE PRENSA.	124
7.2	PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN SOCIAL.	131
7.2.1	PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES, GESTIONES E INCONFORMIDADES RECIBIDAS Y ATENDIDAS POR ESCRITO.	132
7.2.2	PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTO, RECIBIDAS Y ATENDIDAS DE MANERA PERSONAL.	140
7.3	PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO A LA OPERACIÓN.	147
7.3.1	PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE ACTAS DE ENTREGA-RECEPCIÓN.	148

7.3.2 PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN REGISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE CORRESPONDENCIA. 156
7.3.3 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS E INSTRUCCIONES EMITIDA POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL. 163
7.4 PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 169
7.4.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 170
7.4.2 PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN ADDENDUM. 184
7.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA. 193
7.4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES. 203
7.4.5 PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÓN Y VINCULACIÓN DE PROGRAMAS OPERATIVOS. 214
7.5 PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DEL SISTEMA DE URGENCIAS MÉDICAS Y DESASTRES 225
7.5.1 PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR EL TRASLADO AÉREO. 226
7.5.2 PROCEDIMIENTO PARA PREPARACIÓN DEL/LA PACIENTE PARA REALIZAR UN TRASLADO AÉREO. 232
7.5.3 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD MÉDICA PREVIAMENTE REGULADA. 240
7.5.4 PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA. 248
7.5.5 PROCEDIMIENTO PARA REGULAR A UN/UNA PACIENTE QUE NECESITA ATENCIÓN HOSPITALARIA. 259
7.5.6 PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL ESTADO DE FUERZAS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DEL ESTADO DE PUEBLA. 266
7.5.7 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES, PARA LA REGULACIÓN HOSPITALARIA. 271
7.5.8 PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS Y APOYAR EN CASO DE PRESENTARSE UN DESASTRE. 279

7.6 PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL 285
7.6.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN URGENCIAS. 286
7.6.2 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN EL ÁREA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. 299
7.6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS. 312
7.6.4 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA. 324
7.6.5 PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EVENTOS ANESTÉSICO - QUIRÚRGICOS EN QUIRÓFANO. 336
7.6.6 PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN. 350
7.6.7 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. 360
7.6.8 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN. 374
7.6.9 PROCEDIMIENTO DE APOYO PSICOLÓGICO. 380
7.6.10 PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO (FAST) Y RAYOS X PORTÁTIL. 384
7.6.11 PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA Y ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO. 390
7.6.12 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL LABORATORIO CLÍNICO. 406
7.6.13 PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL. 411
7.6.14 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LLAMADAS Y ASISTENCIA VÍA TELEFÓNICA EN LA ZONA DE DESASTRE. 416
7.6.15 PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL 425
7.6.16 PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS. 438
7.6.17 PROCEDIMIENTO PARA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL 444

7.6.18 PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE INSUMOS, EQUIPO MÉDICO Y MATERIAL DE CURACIÓN. 451

7.7 PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE JURISDICCIONES SANITARIAS 458

7.7.1 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN, SOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS EMITIDAS POR LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS Y RECIBIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA 459

7.7.2 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS Y REVISIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD 465

7.7.3 PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A LA PETICIÓN DE INSUMOS E INFRAESTRUCTURA 470

7.7.4 PROCEDIMIENTO PARA COADYUVAR, ASESORAR Y SUPERVISAR LA INTEGRACIÓN DE LA REGIONALIZACIÓN DE PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONCERNIENTE A LAS JURISDICCIONES SANITARIAS. 474

7.7.5 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DERIVADO DE LAS SUPERVISIONES A UNIDADES MÉDICAS 478

7.7.6 PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ENTREGA - RECEPCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y PERSONAL PARA EL INICIO DE OPERACIONES DE UNIDADES MÉDICAS. 484

7.8 PROCEDIMIENTOS DE LAS 10 JURISDICCIONES SANITARIAS 494

7.8.1 PROCEDIMIENTO PARA CONCENTRAR LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTO Y MATERIAL DE CURACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 495

7.8.2 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 500

7.8.3 PROCEDIMIENTO PARA EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 504

7.8.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 508

7.8.5 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 512

7.8.6 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CAPTURA DE INDICAS (INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 516

7.8.7 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 521

7.8.8 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 528

7.8.9 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA DE QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 233

7.8.10 PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES A UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA 538

7.8.11 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ESTOMATOLOGÍA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 548

7.8.12 PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA, PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA 554

7.8.13 PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 559

7.8.14 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA 566

7.8.15 PROCEDIMIENTO SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE LAS CASAS DE SALUD ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 575

7.8.16 PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 579

7.8.17 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COCASEP (COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 590

7.8.18 PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LAS UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 595

7.8.19 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 601

7.8.20 PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 611

7.8.21 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 618

7.8.22 PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE BIOPSIA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LEPRA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 625

7.8.23 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 630

7.8.24 PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE RED NEGATIVA DE CÓLERA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 636

7.8.25 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PROVAC) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 641

7.8.26 PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 649

7.8.27 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 656

7.8.28 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 661

7.8.29 PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 666

7.8.30 PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 673

7.8.31 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VASECTOMÍA SIN BISTURÍ EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 678

7.8.32 PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORES/AS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 682

7.8.33 PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 687

7.8.34 PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 695

7.8.35 PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES PARA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA 702

7.8.36 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA 708

7.8.37 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS. 712

7.8.38 PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA POR OFICIALÍA DE PARTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 717

7.8.39 PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN VIÁTICOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 721

7.8.40 PROCEDIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE GASTOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 726

7.8.41 PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 731

7.8.42 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO Y CONTROL DE EXPEDIENTES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 736

7.8.43 PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y DE HONORARIOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 741

7.8.44 PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS/AS PARA LOS ESTÍMULOS (MENSUALES, TRIMESTRALES Y ANUALES) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 746

7.8.45 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE PLANTILLA DE PERSONAL DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 752

7.8.46 PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 756

7.8.47 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE LA RENUNCIA DE UN/UNA TRABAJADOR/A DE CONTRATO Y/O CONFIANZA EN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS. 760

7.8.48 PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NÓMINA DE LOS/LAS AUXILIARES DE SALUD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 764

7.8.49 PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NÓMINA DEL PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 768

7.8.50 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE ASISTENCIA DE LOS/AS TRABAJADORES/AS ADSCRITOS/AS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 773

7.8.51 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA Y OFICINA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 777

7.8.52 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO Y DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL Y CASAS DE SALUD. 781

7.8.53 PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 787

7.8.54 PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE MANTENIMIENTO PARA EQUIPO MÉDICO Y ELECTROMECÁNICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 791

7.8.55 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO, CLASIFICACIÓN Y ENVÍO DE ARCHIVO HISTÓRICO Y DE CONCENTRACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA. 797

7.9 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD 804

7.9.1 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD. 805

7.9.2 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 812

7.9.3 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 819

7.9.4 PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES PROVENIENTES DEL ÁREA DE SANGRADO DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y/O DONACIÓN ALTRUISTA. 825

7.9.5 PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS PARA UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES PROVENIENTES DE OTROS BANCOS DE SANGRE. 835

7.9.6 PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE. 847

7.9.7 PROCEDIMIENTO PARA CONSERVACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y EQUIPOS UTILIZADOS. 855

7.9.8 PROCEDIMIENTO PARA TRANSPORTE VÍA TERRESTRE. 861

7.9.9 PROCEDIMIENTO PARA LOS PARÁMETROS EN EL PROCESO DE FRACCIONAMIENTO Y SEPARACIÓN DE LA SANGRE EN SUS DIFERENTES COMPONENTES. 866

7.9.10 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE. 871

7.9.11 PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS. 885

7.9.12 PROCEDIMIENTO PARA LA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE. 897

7.9.13 PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR CON LAS INSTANCIAS FEDERALES, ESTATALES Y CIVILES LA DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS. 910

7.9.14 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA RECIBIR ÓRGANOS Y TEJIDOS DE ORIGEN CADAVÉRICO. 917

7.9.15 PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA CREACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS DE TRASPLANTES. 924

7.9.16 PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS DE ORIGEN CADAVÉRICO. 930

7.9.17 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN, PROCURACIÓN Y TRASPLANTES. 935

7.9.18 PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS DEL COMPONENTE TELEMEDICINA. 942

7.9.19 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. 949

7.9.20 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. 960

7.9.21 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA). 966

7.9.22 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD OPERATIVA RESOLUTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. 976

7.9.23 PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA POR VARIABLES. 983

7.9.24 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. 989

7.9.25 PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE LAS NORMAS, LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA. 995

7.9.26 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE ENFERMERÍA. 1001

7.9.27 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FEDERAL DE CALIDAD DE ENFERMERÍA (INDICAS). 1009

7.9.28 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS. 1016

7.9.29 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA. 1023

7.9.30 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE JORNADAS REGIONALES DE ENFERMERÍA. 1029

7.9.31 PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA DIFUSIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PLACE (PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA). 1035

7.9.32 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA. 1042

7.9.33 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL. 1051

7.9.34 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. 1057

7.9.35 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL. 1064

7.9.36 PROCEDIMIENTO EN LA DIVULGACIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN SALUD EN EL ÁMBITO DE TRABAJO SOCIAL. 1069

7.9.37 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS. 1073

7.9.38 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO SOCIAL. 1080

7.9.39 PROCEDIMIENTO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL. 1086

7.9.40 PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS EN UNIDADES MÉDICAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO. 1092

7.9.41 PROCEDIMIENTO PARA LAS JORNADAS QUIRÚRGICAS. 1097

7.9.42 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL GERENCIAL. 1105

7.9.43 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS INDICADORES Y VARIABLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS MÓVILES (ANEXO 7). 1110

7.9.44 PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES/AS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 1117

7.9.45 PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS DE CAPACITACIÓN. 1125

7.9.46 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN. 1131

7.9.47 PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN. 1138

7.9.48 PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN. 1150

7.9.49 PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS. 1159

7.9.50 PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE MÉDICOS RESIDENTES A UNIDADES SEDES DE LOS SSEP. 1170

7.9.51 PROCEDIMIENTO PARA CELEBRACIÓN DE CONVENIOS CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR. 1178

7.9.52 PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE CARRERAS AFINES A LA SALUD EN LAS UNIDADES APLICATIVAS. 1185

7.9.53 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO. 1194

7.9.54 PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE CONSTANCIAS DE TERMINACIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO. 1204

7.9.55 PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAMPOS CLÍNICOS Y AUTORIZACIÓN DE PLAZAS DE SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ESTOMATOLOGÍA. 1211

7.9.56 PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE INTERNADO DE PREGRADO. 1220

7.9.57 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE SEDES RECEPTORAS 1230

7.10 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS. 1236

7.10.1 PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE REQUERIMIENTOS Y JUSTIFICACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS. 1237

7.10.2 PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS CON MODULO DE FARMACIA 1244

7.10.3 PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES. 1252

7.10.4 PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR ABASTO DE MEDICAMENTOS NO CAUSES. 1261

7.10.5 PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS (CPM´S). 1267

7.10.6 PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS. 1273

7.10.7 PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS 1282

7.10.8 PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO. 1296

7.10.9 PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN. 1304

7.11 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 1309

7.11.1 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A DOCUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. 1310

7.11.2 PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR QUE SE APLIQUEN LAS DISPOSICIONES A LAS QUE DEBERÁ SUJETARSE LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, REMODELACIÓN Y REHABILITACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. 1316

7.11.3 PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES QUE SE APLICAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. 1322

7.11.4 PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD. 1330
7.11.5 PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN A LOS CENTROS DE SALUD. 1338
7.11.6 PROCEDIMIENTO PARA LA REQUISICIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL. 1344
7.11.7 PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN A UNIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. 1350
7.11.8 PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ACUERDO A LA TIPOLOGÍA DE UNIDADES OPERATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. 1356
7.11.9 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA A QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS. 1360
7.11.10 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES. 1366
7.11.11 PROCEDIMIENTO DE SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL. 1377
7.11.12 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL. 1388
7.11.13 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. 1404
7.11.14 PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL. 1417
7.11.15 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. 1434
7.11.16 PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. 1448
7.11.17 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE REMEDIOS HERBOLARIOS 1460
7.11.18 PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO Y REHABILITACIÓN DE JARDINES BOTÁNICOS, INVERNADEROS Y PARCELAS DEMOSTRATIVAS DE PLANTAS MEDICINALES DE LA REGIÓN. 1471

7.11.19 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 1480

7.11.20 PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR 1503

7.11.21 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS 1521

7.11.22 PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL. 1530

7.11.23 PROCEDIMIENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS. 1537

7.11.24 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE PROSPERA – PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL. 1545

7.11.25 PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE PROSPERA PROGRAMA INCLUSIÓN SOCIAL A PERSONAL APLICATIVO DE UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 1552

7.11.26 PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO TRIMESTRAL DE PROSPERA – RTP 2017 1560

7.11.27 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES. 1568

7.11.28 PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO A LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL. 1574

7.11.29 PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA Y GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA. 1581

7.11.30 PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ ESTATAL DE PREVENCIÓN, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. 1594

7.11.31 PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVÍO Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL. 1601

7.11.32 PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL. 1612

7.11.33 PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO 1621

7.11.34 PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA 1632

7.11.35 PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA “PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES”. 1640

7.11.36 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO. 1644

7.11.37 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO/A DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VESECTOMÍA SIN BISTURÍ. 1649

7.11.38 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. 1655

7.11.39 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL/LA USUARIO/A DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES. 1664

7.11.40 PROCEDIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS A FIN DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN 1671

7.11.41 PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES/AS DE SALUD 1680

7.11.42 PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS/ES DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA. 1689

7.11.43 PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD. 1698

7.11.44 PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD 1709
7.11.45 PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE MATERIALES IMPRESOS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD 1719
7.11.46 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD. 1726
7.11.47 PROCEDIMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN. 1732
7.11.48 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DEFECTOS DEL TUBO NEURAL. 1739
7.11.49 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL. 1745
7.11.50 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). 1752
7.11.51 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES (SEED) 1761
7.11.52 PROCEDIMIENTO DE TEMPERATURAS EXTREMAS 1771
7.11.53 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES 1779
7.11.54 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SERVICIOS. 1788
7.11.55 PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS 1796
7.11.56 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SUBSISTEMA SOBRE NACIMIENTOS 1805
7.11.57 PROCEDIMIENTO DE LA RED NEGATIVA DE CÓLERA. 1813
7.11.58 PROCEDIMIENTO DE MONITOREO DIARIO 1821
7.11.59 PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y BROTES 1828
7.11.60 PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS Y REPORTE SEMANAL SUIVE. 1836

7.11.61 PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE DIABETES TIPO 2 1845

7.11.62 PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE TUBERCULOSIS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD 1852

7.11.63 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA. 1859

7.11.64 PROCEDIMIENTO DEL NÚCLEO TRAZADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (NUTRAVE). 1866

7.11.65 PROCEDIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE). 1875

7.11.66 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR. 1884

7.11.67 PROCEDIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. 1891

7.11.68 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONSULTA COMPLETA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS/LAS MENORES DE 5 AÑOS. 1898

7.11.69 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CUADROS DE CASOS (MORBILIDAD) Y DEFUNCIONES (MORTALIDAD) POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA 1906

7.11.70 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 1914

7.11.71 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS). 1924

7.11.72 PROCEDIMIENTO PARA LA CALENDARIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS VACUNAS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PVU). 1935

7.11.73 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO ENTOMOLÓGICO 1943
7.11.74 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES RUTINARIOS Y ADICIONALES. 1948
7.11.75 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS. 1952
7.11.76 PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS. 1961
7.11.77 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS. 1972
7.11.78 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS. 1979
7.11.79 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS. 1985
7.11.80 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE TRASMISIÓN VERTICAL. 1991
7.11.81 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA COMORBILIDAD TB-VIH Y DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD. 1997
7.11.82 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 2003
7.11.83 PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 2010
7.11.84 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA SANITARIA 2016
7.11.85 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO VAGINAL. 2023

7.11.86 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS. 2031
7.11.87 PROCEDIMIENTO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL. 2042
7.11.88 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN. 2051
7.11.89 PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES. 2061
7.11.90 PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN. 2067
7.12 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS. 2078
7.12.1 PROCEDIMIENTO DE TRÁMITES Y SERVICIOS. 2079
7.12.2 PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA 2087
7.12.3 PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO. 2110
7.12.4 PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. 2118
7.12.5 PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO. 2129
7.12.6 PROCEDIMIENTO DE DICTAMEN Y/O SEGUIMIENTO JURÍDICO. 2141
7.13 PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN. 2155
7.13.1 PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN. 2156
7.13.2 PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CONVENIOS Y CONTRATOS QUE COMPETAN A LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN. 2162
7.13.3 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS QUE SEAN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN. 2168

7.14 PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS. 2174
7.14.1 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE DELACIONES PRESENTADAS AL COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS. 2175
7.15 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN. 2192
7.15.1 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD. 2193
7.15.2 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS DE NECESIDAD. 2205
7.15.3 PROCEDIMIENTO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 2213
7.15.4 PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD (SINERHIAS). 2221
7.15.5 PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS) DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL. 2228
7.15.6 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS. 2235
7.15.7 PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA-PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT). 2247
7.15.8 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA Y DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN. 2271
7.15.9 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES. 2282
7.15.10 PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE METAS E INDICADORES DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS 2301

7.15.11 PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y REGISTRO DE LOS MANUALES ADMINISTRATIVOS. 2314

7.15.12 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MODIFICACIÓN A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 2336

7.15.13 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. 2349

7.15.14 PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA EN LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA 2381

7.15.15 PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES. 2393

7.15.16 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL 2404

7.15.17 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO 2416

7.15.18 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RED DE VOZ Y DATOS 2428

7.15.19 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES. 2434

7.15.20 PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE ENLACES Y SERVICIOS 2444

7.15.21 PROCEDIMIENTO PARA MANTENIMIENTO A EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES 2451

7.15.22 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE NÚMEROS TELEFÓNICOS AL PLAN DE MARCACIÓN A 4 DÍGITOS GUBERNAMENTAL. 2458

7.15.23 PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO 2467

7.15.24 PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO 2473

INSTITUCIONAL

7.15.25 PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICOS TÉCNICOS PARA BAJA DE ACTIVOS INFORMÁTICOS 2478
7.15.26 PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE UBICACIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO 2484
7.15.27 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL (PORTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA) 2491
7.15.28 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES DE SISTEMAS INSTITUCIONALES 2497
7.15.29 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS 2502
7.15.30 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS. 2507
7.15.31 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CICLO DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DESARROLLADOS POR LOS SSEP. 2512
7.16 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2517
7.16.1 PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO. 2518
7.16.2 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES. 2527
7.16.3 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y CAPTURA DEL INFORME DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN ESTATAL (SEE). 2536
7.16.4 PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA Y REPORTE DE INDICADORES DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA) EN EL SISTEMA DE RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS. 2542

7.16.5 PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN 2548

7.16.6 PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO. 2562

7.16.7 PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS/LAS GESTORES/AS DE CALIDAD JURISDICCIONAL. 2574

7.16.8 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS. 2589

7.17 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL. 2597

7.17.1 PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN DE PLANTILLAS. 2598

7.17.2 PROCEDIMIENTO PARA ATENDER REQUERIMIENTOS DE AUDITORÍA COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL. 2602

7.17.3 PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA LOS SERVICIOS PERSONALES. 2609

7.17.4 PROCEDIMIENTO PARA VALIDACIÓN DE PLAZAS CONTRATACIÓN. 2616

7.17.5 PROCEDIMIENTO PARA LA CREACIÓN DE PLAZAS EN EL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS. 2622

7.17.6 PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA 2627

7.17.7 PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CUENTA DE ACCESO AL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS. 2638

7.17.8 PROCEDIMIENTO PARA LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN. 2644

7.17.9 PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO. 2666

7.17.10 PROCEDIMIENTO DE GURDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL. 2677

7.17.11 PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA. 2691
7.17.12 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN NÓMINA. 2704
7.17.13 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA TITULARIZACIÓN DE PERSONAL. 2712
7.17.14 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE “FONAC” A LOS/LAS TRABAJADORES/AS. 2719
7.17.15 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO NÓMINA EXTRAORDINARIA. 2727
7.17.16 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO POR PENSIÓN ALIMENTICIA. 2734
7.17.17 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO REMUNERACIONES DE NÓMINA. 2742
7.17.18 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL ISSSTE. 2750
7.17.19 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO A FOVISSSTE. 2756
7.17.20 PROCEDIMIENTO PARA PAGAR DEL SAR FOVISSSTE. 2763
7.17.21 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SEGUROS INSTITUCIONALES. 2768
7.17.22 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE TERCEROS NO INSTITUCIONALES. 2773
7.17.23 PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN. 2780
7.17.24 PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES. 2796
7.17.25 PROCEDIMIENTO PARA FIRMA DE NÓMINA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA 2806
7.17.26 PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y REVISIÓN DE VOLANTE DE VALIDACIÓN Y ENTREGA DE FORMATO DE REQUISICIÓN DE PERSONAL. 2813
7.17.27 PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO. 2819
7.17.28 PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO 2841
7.17.29 PROCEDIMIENTO PARA SUPLENCIAS DE PERSONAL 2855

7.17.30 PROCEDIMIENTO PARA GUARDIAS DE PERSONAL 2862
7.17.31 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO. 2869
7.17.32 PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO 2880
7.17.33 PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SUSPENSIONES DE PAGO DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA 2887
7.17.34 PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA 2895
7.17.35 PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMA DE PERIODO VACACIONAL DE BASE, REGULARIZADO, CONFIANZA Y FORMALIZADO 2909
7.17.36 PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE ESTÍMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO. 2915
7.17.37 PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE BASE DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA 2926
7.17.38 PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES) 2934
7.17.39 PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES). 2941
7.17.40 PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR HORARIO ESPECIAL DE GUARDERÍA O LACTANCIA 2948
7.17.41 PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E. 2956
7.17.42 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN 2966
7.17.43 PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL 2978
7.17.44 PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ÁREA ADMINISTRATIVA. 2991

7.17.45 PROCEDIMIENTO DE CANDIDATOS/AS A BOLSA DE TRABAJO. 3001
7.17.46 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS. 3009
7.18 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN. 3019
7.18.1 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD. 3020
7.18.2 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA. 3050
7.18.3 PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA. 3071
7.18.4 PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO DOCUMENTAL DE OBRA PÚBLICA Y MANTENIMIENTO DE OBRA CIVIL, ASÍ COMO PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN. 3094
7.18.5 PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL. 3102
7.18.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL. 3114
7.18.7 PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES. 3121
7.18.8 PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES. 3135
7.18.9 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN. 3150
7.18.10 PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL. 3163
7.18.11 PROCEDIMIENTO PARA EMBARQUES DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL. 3170
7.18.12 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO. 3176
7.18.13 PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE CONTRATOS. 3192

7.18.14 PROCEDIMIENTO PARA GARANTÍAS DE PÓLIZA DE FIANZA O CHEQUE DE CAJA. 3202
7.18.15 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO. 3207
7.18.16 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ALTAS POR DONACIÓN 3217
7.18.17 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO POR TRANSFERENCIAS. 3225
7.18.18 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE VEHÍCULOS. 3232
7.18.19 PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE BIENES MUEBLES. 3240
7.18.20 PROCEDIMIENTO ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE BAJA POR ROBO, EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN ACCIDENTAL. 3247
7.18.21 PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS Y FOTOCOPIADO. 3254
7.18.22 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO DE PRESTADOR DE SERVICIO. 3261
7.18.23 PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CONTRATACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA. 3267
7.18.24 PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES. 3275
7.18.25 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN. 3287
7.18.26 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES. 3299
7.18.27 PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS. 3305
7.18.28 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVO. 3311
7.18.29 PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN. 3318
7.18.30 PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL. 3324

7.18.31 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN SECUNDARIA, ORDENACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ARCHIVO HISTÓRICO. 3333
7.18.32 PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN. 3338
7.18.33 PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL PARQUE VEHICULAR POR LICITACIÓN. 3348
7.18.34 PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA. 3355
7.18.35 PROCEDIMIENTO PARA EROGACIONES BANCARIAS MEDIANTE CHEQUES Y TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS. 3364
7.18.36 PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN BANCARIA. 3373
7.18.37 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN. 3382
7.18.38 PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE. 3402
7.18.39 PROCEDIMIENTO PARA RECURSO SEGURO POPULAR TESOFE SIAFF. 3411
7.18.40 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS. 3417
7.18.41 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE GLOSA 3428
7.18.42 PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL. 3435
7.18.43 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO. 3443
7.18.44 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS 3450
7.19 PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS 3460
7.19.1 PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS/LAS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN. 3461

7.19.2 PROCEDIMIENTO PARA RENDIR INFORMES A LOS A LOS/LAS JUECES CIVILES O FAMILIARES EN LOS JUICIOS RELACIONADOS CON LOS/LAS SERVIDORES/AS PÚBLICOS/AS DEL ORGANISMO. 3484

7.19.3 PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS. 3492

7.19.4 PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO. 3499

7.19.5 PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA JURÍDICA A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORGANISMO Y A LAS ENTIDADES AGRUPADAS AL SECTOR SALUD. 3508

7.19.6 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PREVIOS Y JUSTIFICADOS EN LOS JUICIOS DE AMPARO PROMOVIDOS CONTRA ACTOS DEL ORGANISMO. 3514

7.19.7 PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA. 3522

7.19.8 PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS. 3531

7.19.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS. 3540

7.19.10 PROCEDIMIENTO PARA INSTRUMENTAR LA SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA, SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS. 3551

7.19.11 PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA 3563

7.19.12 PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN. 3577

7.19.13 PROCEDIMIENTO PARA APERSONARSE CON EL FIN DE COADYUVAR O DEFENDER LOS INTERESES DEL ORGANISMO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN Y/O DEL FUERO COMÚN. 3586

7.19.14 PROCEDIMIENTO PARA LA COMPILACIÓN Y DIFUSIÓN LEGISLATIVA Y NORMATIVA. 3593

1. INTRODUCCIÓN

De conformidad con los artículos 25 y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, 12 de Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla y con la finalidad de actualizar las funciones de cada una de las áreas administrativas que conforman al Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla", se expide el Manual de Procedimientos.

Los Manuales de Procedimientos son una herramienta que describen los procesos básicos descritos metódicamente apegados a la normatividad aplicable, y que sirven de apoyo para la comprensión del funcionamiento de cada una de las áreas de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, registrada el 31 de octubre de 2016, con el número GEP1117/10/000611/10/16, por la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado.

El manual de procedimientos es un componente del sistema de control interno, el cual se crea para obtener una información detallada, ordenada, sistemática e integral que contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, funciones, sistemas y procedimientos de las distintas operaciones o actividades que se realizan en una organización.

En este documento técnico administrativo, titulado "Manual de Procedimientos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla", es un componente interno, el cual se creo para obtener una información detallada, ordenada, sistemática e integral que contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, funciones, sistemas y procedimientos de las distintas operaciones o actividades que se realizan en el Organismo. Este es un documento dinámico, el cual se actualizará cuando se realicen modificaciones a la Estructura Orgánica; por asignación o modificación de las funciones o procesos del Organismo o de Unidades que lo conforman, por el establecimiento de nuevos métodos de trabajo, por cambios en la normatividad que rige a la Entidad, como resultado del proceso de simplificación administrativa y mejora regulatoria.

Una vez registrado el manual se realizará la difusión de interna a todo el Organismo y será publicado en la Plataforma Nacional de Transparencia; cabe señalar que los/las responsables de garantizar y vigilar la correcta aplicación del presente documento son los /las servidores/as públicos/as que integran al Organismo

De conformidad con la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos emitida por la Secretaría de Finanzas y Administración del Estado de Puebla; el Manual de Procedimientos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, se

encuentra dividido en siete capítulos, los cuales se señalan a continuación:

1. Introducción.
2. Antecedentes.
3. Objetivo del Manual.
4. Responsabilidades.
5. Marco Jurídico - Administrativo.
6. Relación de Procedimientos.
7. Procedimientos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

2. ANTECEDENTES

El Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla” ha atravesado por distintas etapas en su formación y actuar, bajo la premisa de prevenir y curar los daños a la salud de todos los/las poblanos/as, realizándose esfuerzos para mejorar la calidad de vida y de salud de quienes habitan en nuestra entidad poblana. Las diferentes acciones que se derivaron de la toma de decisiones de diferentes gobiernos, hicieron posible que Puebla goce ahora de espacios importantes.

Para enfocarse sobre cómo nació y se desarrolló en la entidad la prestación de los servicios de salud, es necesario hablar primero sobre los Servicios Coordinados de Salud del Estado de Puebla, quien fue el precursor del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

En la época de la Conquista surge el inicio de alguna forma de organización asistencial, gracias a las donaciones, motivadas por un sentimiento de solidaridad y un impulso de simpatía, realizadas en primer lugar por individuos aislados, que económicamente se encontraban bien dotados en ese periodo de tiempo, esta organización asistencial al pasar de los años fue emprendida a mayor escala, esta vez realizadas por asociaciones de carácter religioso y el poder civil.

Durante la época del México Independiente el Ayuntamiento de Puebla creó la Junta de Sanidad con el fin de emprender acciones para mitigar los estragos de las epidemias que se extendían con gran rapidez y que causaron un alto índice de mortalidad en la entidad.

En año de 1913, en la época revolucionaria se fundó la Oficina Municipal de Salubridad e Higiene, a instancias del H. Ayuntamiento y en abril de 1927 se creó la Delegación Federal de Salubridad, ambas instancias colaboraban, y llevaban a cabo las acciones y trabajos encaminados de atención a la salud.

El 25 de agosto de 1934, se fusionaron las Oficinas Municipales de Salubridad e Higiene y la Delegación Federal de Salubridad, dando como resultado a los Servicios Coordinados Sanitarios del Estado de Puebla, con el objetivo de trazar un plan para hacer más amplio el radio de acción en tema de salud de la población de la entidad.

A partir de este año, se planea la integración de las oficinas Sanitarias en Acatlán, Alatriste, Atlixco, Chalchicomula, Chiautla, Huachinango, Matamoros, Puebla, San Juan de los Llanos, Tecamachalco, Tehuacán, Tepeaca, Teziutlán y Zacatlán.

Dentro de la principales labores encomendadas era Implantar la Tarjeta Sanitaria de Salud en personas que atendían bebidas y comestibles, aplicación de vacunas, adopción de medidas para protección de fuentes de abastecimiento de agua de la Ciudad, visitas domiciliarias y control de casos de enfermedades transmisibles, eliminación de lugares en donde se producen olores, basura y falta de limpieza.

Los Servicios Coordinados Sanitarios del Estado de Puebla en el periodo de 1943 a 1996 tienen un periodo de expansión, inaugurando Hospitales, construyendo Centros de Salud, realizando la verificación sanitaria a establecimientos y fábricas, formando brigadas de vacunación en las Jurisdicciones Sanitarias y lugares de la entidad donde no había servicios de salud pública además reforzar las acciones existentes.

El 20 de agosto de 1996, se firmó en la Ciudad de México el Acuerdo de Coordinación que celebraron la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Estado de Puebla, para la descentralización integral de los Servicios de Salud en la Entidad; en el cual Gobierno del Estado se comprometía a promover la iniciativa de ley que decretara la creación de un organismo descentralizado que ejerciera las funciones transferidas en dicho Acuerdo. Derivado de lo anterior, el 4 de noviembre de 1996, se crea este Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla, con personalidad jurídica y patrimonio propios quedando agrupado al sector salud.

Las transformaciones que ha sufrido la Administración Pública del Estado de Puebla, han tenido implicaciones importantes para la función sustantiva del Sector Salud, mismas que requirieron un ajuste organizacional, administrativo y humano para su adecuado funcionamiento.

Dentro de las más importantes es la desincorporación de la Dirección de Protección Social en Salud en 2015, para transformarse en un Organismo Público Descentralizado, hoy conocido como el Régimen Estatal de Protección Social en Salud;

Actualmente el 5 de agosto de 2016, se publicó en el Periódico Oficial del Estado, el DECRETO de Honorable Congreso del Estado, por el que reforma y adiciona diversas disposiciones del Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla, mismo que dio pie para la modificación de la Estructura Orgánica con número de registro GEP1117/10/0006H/10/16; al Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, publicado el 31 de Octubre de 2016, los cuales establecen las bases para la organización y operación actual del Organismo.

3. OBJETIVO DEL MANUAL

El Manual de Procedimientos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, tiene los siguientes objetivos:

1. Determinar las actividades que se realizan dentro del Organismo para la consecución de los Objetivos, así como la detección de cuales se requieren implementar, modificar o eliminar tomando como base de análisis las normatividad aplicable.

2. Facilitar el proceso de inducción y adiestramiento del personal nuevo y de orientación al personal en servicio, permitiéndoles conocer con claridad las actividades del cargo o puesto de trabajo al que han sido asignados.

3. Coadyuvar en el análisis de la forma en que se realizan las operaciones (actividades), tiempos, necesidades de capacitación o desarrollo de habilidades, buscando incrementar la eficiencia del Organismo.

4. RESPONSABILIDADES

De conformidad con el Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, las responsabilidades en materia de elaboración, actualización, revisión y modificación del Manual de Procedimientos, son las siguientes:

DE LAS COORDINACIONES.

ARTÍCULO 15.

V. Supervisar que las áreas de su adscripción participen en la elaboración y actualización de los proyectos de manuales de organización, de procedimientos, de servicios al público y demás necesarios para su funcionamiento.

DE LAS DIRECCIONES.

ARTÍCULO 16.

XIII. Participar en la elaboración y actualización de los proyectos de manuales de organización, de procedimientos, de servicios y demás necesarios para el funcionamiento de las áreas de su adscripción.

DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

ARTÍCULO 23.

XIX. Validar y someter a la aprobación del Director General para autorización de la Junta de Gobierno, la Estructura Orgánica, los manuales de organización, de procedimientos, de servicios al público y demás necesarios para el funcionamiento del Organismo.

DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN.

ARTÍCULO 24.

XV. Dirigir la integración de los manuales de organización, de procedimientos, de servicios al público y demás necesarios para el adecuado funcionamiento del Organismo.

5. MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

De manera enunciativa, más no limitativa, el marco legal que rige las actividades de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y que se utiliza para atender los asuntos competencia de la Dirección General es el siguiente:

5.1. DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES.

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
  Publicada en el D.O.F. el 05 de febrero de 1917. Vigente.

- **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 02 de octubre de 1917. Vigente.

5.2. LEYES.

- **Ley General de Salud.**
  Publicada en el D.O.F. el 07 de febrero de 1984. Vigente.

- **Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
  Publicada en el D.O.F. el 02 de abril de 2013. Vigente.

- **Ley General para el Control del Tabaco.**
  Publicada en el D.O.F. el 30 de mayo de 2008. Vigente.

- **Ley de Asistencia Social.**
  Publicada en el D.O.F. el 02 de septiembre de 2004. Vigente.

- **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.**
  Publicada en el D.O.F. el 04 de abril de 2013. Vigente.

- **Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.**
  Publicada en el D.O.F. el 01 de diciembre de 2005. Vigente.

- **Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.**
  Publicada en el D.O.F. el 4 de enero de 2000. Vigente.

- **Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.**

Publicada en el D.O.F. el 30 de marzo de 2006. Vigente.

- **Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública**
  Publicada en el D.O.F. el 04 de mayo de 2015. Vigente.

- **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.**
  Publicada en el D.O.F. el 02 de agosto de 2006. Vigente.

- **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.**
  Publicada en el D.O.F. el 01 de febrero de 2007. Vigente.

- **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.**
  Publicada en el D.O.F. el 11 de junio de 2003. Vigente.

- **Ley General de Contabilidad Gubernamental.**
  Publicada en D.O. F. el 31 de diciembre de 2008. Vigente.

- **Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.**
  Publicado en D.O.F. el 27 de abril de 2016. Vigente.

- **Ley General de Responsabilidades Administrativas**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de julio de 2016. Vigente a partir del 19 de julio de 2017.

- **Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 11 de febrero de 2011. Vigente.

- **Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 19 de diciembre de 2003. Vigente.

- **Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 29 de junio de 1984. Vigente.

- **Ley Estatal de Salud.**
  Publicada en el P.O.E. el 15 de noviembre de 1994. Vigente.

- **Ley de Ingresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio Fiscal correspondiente.**
  Esta Ley es de vigencia y expedición anual.

- **Ley de Egresos del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal correspondiente.**
  Esta Ley es de vigencia y expedición anual.

- **Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. 31 de diciembre de 1983. Vigente.

- **Ley de Coordinación Hacendaria del Estado de Puebla y sus Municipios.**
  Publicada en el P.O.E. el 20 marzo de 2009. Vigente.

- **Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.**
  Publicada en el P.O.E. 09 de febrero 2001. Vigente.

- **Ley de Obra Pública y Servicios relacionados con la misma para el Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. 26 de marzo de 2003. Vigente.

- **Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. 04 de mayo de 2016. Vigente.

- **Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 31 de diciembre de 2012. Vigente.

- **Ley de Protección a los no fumadores para el Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 26 de enero de 2005. Vigente.

- **Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social.**
  Publicada en el P.O.E. el 5 de agosto de 1986. Vigente.

- **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 19 de diciembre de 2003. Vigente.

- **Ley de Proyectos para Prestación de Servicios del Estado Libre y Soberano de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 11 febrero de 2011. Vigente.

- **Ley para la Igualdad Entre Mujeres y Hombres del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 22 de agosto de 2008. Vigente.

- **Ley de Rendición de Cuentas y Fiscalización Superior del Estado de Puebla.**
  Publicada en el P.O.E. el 27 de diciembre de 2016. Vigente.

- **Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla**
  Publicada en el P. O. E. el 18 de noviembre 1966. Vigente.

- **Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos**
  Publicada en el D. O. F. el 29 de junio 1992. Vigente.

- **Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla**
  Publicada en el P. O. E. el 24 de marzo de 2000. Vigente.

5.3. REGLAMENTOS.

- **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.**
  Publicado en el D.O.F. el 5 de abril de 2004. Vigente.

- **Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.**
  Publicado en el D.O.F. el 28 de julio de 2010. Vigente.

- **Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.**
  Publicado en el D.O.F. el 11 de marzo de 2008. Vigente.

- **Reglamento de la ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.**
  Publicado en el D.O.F. el 28 de julio de 2010. Vigente.

- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**
  Publicado en el D.O.F. el 5 de abril de 2004. Vigente.

- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.**
  Publicado en el P.O.E. el 13 de mayo de 2011. Vigente.

- **Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla.**
  Publicado en el P.O.E. 11 de septiembre de 2002. Vigente.

- **Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.**
  Publicado en el P.O.E. 08 de febrero de 2013. Vigente.

- **Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos**
  Publicado en el D. O. F. el 29 de septiembre 2003. Vigente.

- **Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla**
  Publicado en el P. O. E. el 28 de febrero de 2014. Vigente.

5.4. CÓDIGOS.

- **Código Nacional de Procedimientos Penales.**
  Publicado en el D.O.F. el 5 de marzo de 2014. Vigente.

- **Código Penal Federal.**
  Publicado en el D.O.F. el 14 de agosto de 1931. Vigente.

- **Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla.**
  Publicado en el P.O.E. el 23 de diciembre de 1986. Vigente.

- **Código de Procedimientos Penales del Estado Libre y Soberano de Puebla.**
  Publicado en el P.O.E. el 21 de febrero de 2011. Vigente.

- **Código de Procedimientos en Materia de Defensa Social del Estado Libre y Soberano de Puebla.**
  Publicado en el P.O.E. el 23 de diciembre de 1986. Vigente.

5.5. DECRETOS.

- **Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.**
  Publicado en el D.O.F. el 30 de agosto de 1983. Vigente.

- **Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa, que asegure el avance en dicho proceso.**
  Publicado en el D.O.F. el 18 de junio de 1984. Vigente.

- **Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los Servicios de Salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR" proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social.**
  Publicado en el D.O.F. el 08 de marzo de 1984. Adicionado con el artículo 12 el 24 de junio de 1985. Vigente.

- **Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla".**
  Publicado en el P.O.E el 4 de noviembre de 1996. Vigente.

- **Decreto por el que se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud.**
  Publicado en el P.O.E. el 8 de septiembre de 2015. Vigente.

5.6. ACUERDOS.

- **Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, y el Ejecutivo del Estado de Puebla, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en la Entidad.**
  Publicado en el D.O.F. el 26 de octubre de 1984. Vigente.

- **Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.**
  Publicado en el D.O.F. el 25 de septiembre de 1996. Vigente.

- **Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Estado de Puebla, para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad.**
  Publicado en el D.O.F. el 11 de febrero de 1997. Vigente.

- **Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) en la Entidad.**
  Publicado en D.O.F. el 17 de octubre de 2006. Vigente.

- **Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.**
  Publicado en el D.O.F. el 28 de julio de 2015. Vigente.

- **Acuerdo Marco de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Puebla para facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general.**
  Publicado en P.O.E. la 11 de julio de 2017. Vigente.

- **Acuerdo que emite la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado, por el que expide el Código de Ética, las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública, y los Lineamientos Generales para Propiciar la Integridad de las Servidoras y los Servidores Públicos y para Implementar Acciones Permanentes que Favorezcan su Comportamiento Ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.**
  Publicado en P.O.E. la 31 de mayo de 2016. Vigente.

- **Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la Autorización, Modificación y Registro de su Estructura Orgánica.**
  Publicado en el P.O.E. el 15 de agosto de 2017. Vigente.

- **Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los Lineamientos que deberán observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para el diseño, elaboración, actualización y registro de los Manuales de Administración**
  Publicado en el P.O.E. el 25 de octubre de 2017. Vigente.

- **Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los Lineamientos que deberán observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para el**

desarrollo administrativo, modernización y mejora de la gestión de los Centros y Unidades Integrales de Servicio.
Publicado en el P.O.E. el 7 de noviembre de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Subsecretaría de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de la Secretaría de Salud y de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, la facultad para suscribir el Oficio de Solicitud de Autorización de Recursos para Obra Pública ante la Secretaría de Finanzas y Administración.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, la facultad en materia financiera para suscribir contratos, aperturar cuentas bancarias, realizar movimientos de firma y cancelación de cuentas con Instituciones del Sector Financiero en el ámbito de su competencia.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, las facultades necesarias para suscribir diversos instrumentos jurídicos en las materias de adquisiciones, arrendamientos y servicios; obra pública y servicios relacionados con la misma; compras intergubernamentales, y arrendamiento de bienes inmuebles.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión de dicho Organismo, la facultad para sustanciar los procedimientos de adjudicación, y contratación en las materias de adquisiciones, arrendamientos y servicios, así como de obra pública y servicios relacionados con las mismas, y su ejecución.**

Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Subsecretaría de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de la Secretaría de Salud y de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, la facultad de suscribir con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla, los convenios, acuerdos, contratos y demás instrumentos jurídicos que resulten para la regularización, organización, administración y operación de los recursos humanos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Atención a la Salud, las facultades necesarias para realizar bajo su más estricta responsabilidad y en representación de este Organismo exclusivamente trámites ante la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Atención a la Salud, las facultades necesarias para realizar bajo su más estricta responsabilidad y en representación de este Organismo convenios de intercambio de Unidades de Sangre y sus componentes sanguíneos, entre todas las instituciones del Sistema Estatal de Salud, vigilando el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas aplicables y demás disposiciones vigentes en la materia.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Atención a la Salud, las facultades necesarias para suscribir bajo su más estricta responsabilidad con instituciones Educativas y de Salud, los convenios en materia de internado médico, prácticas profesionales, servicio social y residencias**

médicas; así como los convenios específicos necesarios en materia de capacitación y enseñanza.
Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Subsecretaría de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de la Secretaría de Salud y Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, la facultad para adjudicar y contratar directamente, prevista en el artículo 19 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, así como la suscripción de los Convenios Modificatorios que con motivo del ejercicio de aquella facultad sea necesario suscribir en términos del artículo 112 de la misma Ley.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que se delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación y del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Operación del Personal, ambos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de forma indistinta, la facultad de remover a los servidores públicos del Organismo, y en su caso, rescindir a los trabajadores de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, emitiendo el correspondiente aviso de rescisión, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que se delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Operación del Personal, la facultad de suscribir Nombramientos del Personal de Base y los Contratos con el Personal por Honorarios.**
  Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

- **Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que se delega a favor del Titular o Encargado de Despacho de la Dirección de Operación del Personal, las facultades necesarias para suscribir convenios, contratos y sus modificaciones, así como diversos instrumentos jurídicos con proveedores**

que otorguen bienes y/o servicios al personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, cuyo objeto será realizar los descuentos vía nómina, por los créditos o adeudos generados por dicha causa, así como realizar las gestiones interinstitucionales pertinentes o ante cualquier instancia pública o privada que se requieran para el otorgamiento de bienes o servicios al personal y la inclusión del descuento en la nómina institucional.
Publicado en el P.O.E. el 03 de febrero de 2017. Vigente.

5.7. PLANES Y PROGRAMAS.

- **Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.**
- **Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018.**
- **Plan Estatal de Desarrollo 2017 – 2018.**
- **Programa Institucional 2017 – 2018.**

5.8. NORMAS OFICIALES.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los estados unidos mexicanos.**
  Publicada en el D.O.F. el 26 de enero de 2011. Vigente.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.**
  Publicada en el D.O.F. el 4 de enero de 2013. Vigente.
- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-002-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.**
  Publicada en el D.O.F. el 20 de enero de 2017. Vigente.
- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-003-SSA3-2016, Para la práctica de hemodiálisis**
  Publicada en el D.O.F. el 11 de junio de 2009. Vigente.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.**

Publicada en el D.O.F. el 15 de octubre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.**
  Publicada en el D.O.F. el 15 de octubre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios.**
  Publicada en el D.O.F. el 16 de agosto de 2010. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.**
  Publicada en el D.O.F. el 13 de noviembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de marzo de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.**
  Publicada en el D.O.F. el 07 de abril de 2016. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología.**
  Publicada en el D.O.F. el 8 de julio de 2010. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.**
  Publicada en el D.O.F. el 27 de marzo de 2012. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.**
  Publicada en el D.O.F. el 20 de enero de 2017. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de mayo de 2018. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.**

Publicada en el D.O.F. el 9 de diciembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.**
  Publicada en el D.O.F. el 10 de noviembre de 2010. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.**
  Publicada en el D.O.F. el 17 de abril de 2018. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA3-2012, Educación en salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería.**
  Publicada en el D.O.F. el 15 de octubre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, para la prevención y control de la rabia en el humano, en los perros y gatos.**
  Publicada en el D.O.F. el 8 de diciembre de 2011. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-012-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención primaria de salud.**
  Publicada en el D.O.F. el 17 de noviembre de 1994. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.**
  Publicada en el D.O.F. el 4 de enero de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de noviembre de 2016. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.**
  Publicada en el D.O.F. el 16 de enero de 1995. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de noviembre de 2010. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.**
  Publicada en el D.O.F. el 3 de mayo de 2018. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de octubre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.**
  Publicada en el D.O.F. el 8 de enero de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.**
  Publicada en el D.O.F. el 19 de febrero de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura y métodos relacionados.**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de septiembre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.**
  Publicada en el D.O.F. el 2 de septiembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo taeniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.**
  Publicada en el D.O.F. el 21 de agosto de 1996. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.**
  Publicada en el D.O.F. el 11 de julio de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de septiembre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.**
  Publicada en el D.O.F. el 30 de noviembre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.**
  Publicada en el D.O.F. el 17 de septiembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.**
  Publicada en el D.O.F. el 7 de agosto de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.**
  Publicada en el D.O.F. el 31 de agosto de 2009. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, 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.**
  Publicada en el D.O.F. el 4 de septiembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.**
  Publicada en el D.O.F. el 4 de septiembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.**
  Publicada en el D.O.F. el 7 de enero de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.**
  Publicada en el D.O.F. el 2 de febrero de 2001. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-029-SSA2-2014, Para la prevención y control de la leptospirosis en el humano.**
  Publicada en el D.O.F. el 7 de enero de 2016. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.**
  Publicada en el D.O.F. el 31 de mayo de 2010. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.**
  Publicada en el D.O.F. el 20 de enero de 2017. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.**
  Publicada en el D.O.F. el 12 de septiembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.**
  Publicada en el D.O.F. el 9 de febrero de 2001. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.**
  Publicada en el D.O.F. el 25 de noviembre de 2015. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.**
  Publicada en el D.O.F. el 16 de abril de 2015. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.**
  Publicada en el D.O.F. el 25 de febrero de 2011. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.**
  Publicada en el D.O.F. el 8 de diciembre de 2011. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.**
  Publicada en el D.O.F. el 13 de noviembre de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control**

de los defectos al nacimiento.
Publicada en el D.O.F. el 24 de junio de 2014. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Atención médica prehospitalaria.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de septiembre de 2014. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en Salud.**
  Publicada en el D.O.F. el 30 de noviembre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, prevención y control de enfermedades. aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.**
  Publicada en el D.O.F. el 28 de septiembre de 2012. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2018, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.**
  Publicada en el D.O.F. el 10 de mayo de 2018. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia.**
  Publicada en el D.O.F. el 25 de noviembre de 2015. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.**
  Publicada en el D.O.F. el 13 de julio de 2012. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-038-SSA3-2016, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería.**
  Publicada en el D.O.F. el 7 de abril de 2016. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.**
  Publicada en el D.O.F. el 1 de junio de 2017. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias.**

Publicada en el D.O.F. el 13 de marzo de 1995. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.**
  Publicada en el D.O.F. el 17 de septiembre de 2003. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-042-SSA2-2017, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de prevención y control de zoonosis relativa a perros y gatos.**
  Publicada en el D.O.F. el 6 de septiembre de 2017. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación. Para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación.**
  Publicada en el D.O.F. el 22 de enero de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.**
  Publicada en el D.O.F. el 20 de noviembre de 2009. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.**
  Publicada en el D.O.F. el 14 de abril de 2009. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-Índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.**
  Publicada en el D.O.F. el 6 de junio de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10-19 años.**
  Publicada en el D.O.F. el 12 de agosto de 2015. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.**
  Publicada en el D.O.F. el 9 de enero de 1996. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción**

de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de da próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).
Publicada en el D.O.F. el 15 de diciembre de 2017. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-049-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de la osteoporosis.**
  Publicada en el D.O.F. el 6 de septiembre de 2017. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.**
  Publicada en el D.O.F. el 2 de mayo de 2018. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria.**
  Publicada en el D.O.F. el 5 de abril de 2010. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.**
  Publicada en el D.O.F. el 5 de febrero de 2016. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.**
  Publicada en el D.O.F. el 17 de febrero de 2003. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de enero de 1996. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-132-SSA1-1995, Que establece las especificaciones sanitarias de las agujas para raquianestesia, agujas espinales y agujas para anestesia epidural.**
  Publicada en el D.O.F. el 4 de agosto de 2010. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de marzo de 2014. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-147-SSA1-1996, Bienes y servicios. Cereales y sus productos. Harinas de cereales, sémolas o semolinas. Alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas. Productos de panificación. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.**
  Publicada en el D.O.F. el 10 de diciembre de 1999. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-154-SSA1-1996, Que establece las especificaciones sanitarias de la cánula para traqueostomía de elastómetro de silicón.**
  Publicada en el D.O.F. el 12 de diciembre de 1999. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-159-SSA1-2016, Productos y servicios. Huevos y sus productos. Disposiciones y sanitarias. Método de prueba.**
  Publicada en el D.O.F. el 16 de enero de 2018. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-179-SSA1-1998, Vigilancia y evaluación del control de calidad del agua para uso y consumo humano, distribuida por sistemas de abastecimiento público.**
  Publicada en el D.O.F. el 24 de septiembre de 2001. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-186-SSA1/SCFI-2013, Cacao, chocolate y productos similares, y derivados del cacao. Especificaciones sanitarias. Denominación comercial. Métodos de prueba.**
  Publicada en el D.O.F. el 8 de abril de 2013. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-187-SSA1/SCFI-2002, Productos y servicios. Masa, tortillas, tostadas y harinas preparadas para su elaboración y establecimientos donde se procesan. Especificaciones sanitarias. Información comercial. Métodos de prueba.**
  Publicada en el D.O.F. el 17 de julio de 2002. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-194-SSA1-2004, Productos y servicios. Especificaciones sanitarias en los establecimientos dedicados al sacrificio y faenado de animales para abasto, almacenamiento, transporte y expendio. Especificaciones sanitarias de productos.**
  Publicada en el D.O.F. el 19 de septiembre de 2004. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-132-SSA1-1995, Que establece las especificaciones sanitarias de las agujas para raquianestesia, agujas espinales y agujas para anestesia epidural.**

Publicada en el D.O.F. el 16 de octubre de 1995. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-154-SSA1-1996, Que establece las especificaciones sanitarias de la cánula para traqueostomía de elastómetro de silicón.**
  Publicada en el D.O.F. el 3 de diciembre de 1998. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-201-SSA1-2002, Productos y servicios. Agua y hielo para consumo humano, envasados y a granel. Especificaciones sanitarias.**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de octubre de 2002. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.**
  Publicada en el D.O.F. el 27 de julio de 2004. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2015, Instalación y operación de la farmacovigilancia.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de septiembre de 2016. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-222-SSA1-2002, Que establece las especificaciones sanitarias de los reactivos: hemoclasificadores para determinar grupos de sistema ABO, Anti RH para identificar el antígeno D y antiglobulina humana para la prueba de Coombs.**
  Publicada en el D.O.F. el 24 de septiembre de 2001. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-223-SSA1-2002, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo foley y sondas para drenaje urinario de silicón modelo foley.**
  Publicada en el D.O.F. el 15 de septiembre de 2003. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-224-SSA1-2002, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje biliar en forma de t modelo kehr y modelo catell, estériles y no estériles.**
  Publicada en el D.O.F. el 28 de agosto de 2003. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-225-SSA1-2002, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) y los estándares de calibración utilizados en las mediciones para laboratorios de patología clínica.**

Publicada en el D.O.F. el 15 de diciembre de 2003. Vigente.

- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-226-SSA1-2002, Que establece las especificaciones sanitarias de los guantes de pvc para exploración (examen) en presentación estéril y no estéril, y de los guantes de hule látex natural para cirugía y exploración en presentación estéril y no estéril.**
  Publicada en el D.O.F. el 18 de agosto de 2003. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección diagnóstico médico con rayos X.**
  Publicada en el D.O.F. el 15 de septiembre de 2006. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002, Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.**
  Publicada en el D.O.F. el 12 de julio 2005. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-231-SSA1-2016, Artículos de alfarería vidriada, cerámica vidriada y porcelana. Límites de plomo y cadmio solubles. Método de ensayo.**
  Publicada en el D.O.F. el 25 de octubre 2016. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.**
  Publicada en el D.O.F. el 6 de enero de 2005. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia.**
  Publicada en el D.O.F. el 30 de octubre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-242-SSA1-2009, Productos y servicios. Productos de la pesca frescos, refrigerados, congelados y procesados. Especificaciones sanitarias y métodos de prueba.**
  Publicada en el D.O.F. el 10 de febrero de 2011. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-243-SSA1-2010, Productos y servicios. Leche, fórmula láctea, producto lácteo combinado y derivados lácteos.**

Disposiciones y especificaciones sanitarias. Método de prueba.
Publicada en el D.O.F. el 27 de septiembre de 2010. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-245-SSA1-2010, Requisitos sanitarios y calidad del agua que deben cumplir las albercas.**
  Publicada en el D.O.F. el 25 de junio de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.**
  Publicada en el D.O.F. el 23 de noviembre de 2010. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.**
  Publicada en el D.O.F. el 26 de octubre de 2012. Vigente.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-256-SSA1-2012, Condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos y personal dedicados a los servicios urbanos de control de plagas mediante plaguicidas.**
  Publicada en el D.O.F. el 29 de enero de 2013. Vigente.

- **Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.**
  15 de noviembre de 2015.

- **Norma Mexicana NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios clínicos-Requisitos particulares para la calidad y la competencia.**
  26 de mayo de 2015.

- **Norma Mexicana NMX-EC-17025-IMNC-2006. Requisitos generales para la competencia de los Laboratorios de ensayo y de calibración.**
  1 de junio de 2007.

- **Norma CWA 15793:2011 "Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio".**
  Septiembre 2011.

5.9. GUÍAS.

- **Guía para la Elaboración de Manuales de Organización.**
  Secretaría de Finanzas y Administración – mayo 2017.

- **Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.** Secretaría de Finanzas y Administración – mayo 2017.

- **Guía para la Elaboración de Manuales de Servicios al Público.** Secretaría de Finanzas y Administración – mayo 2017.

6. RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

OFICINA DEL TITULAR.			
1	Oficina del Titular.	Procedimiento para solicitud de firma de la documentación de carácter oficial por el/la Director/a General.	OT-01
2	Oficina del Titular.	Procedimiento para la elaboración del boletín de prensa.	OT-02

UNIDAD DE GESTIÓN SOCIAL.			
3	Unidad de Gestión Social.	Procedimiento para el seguimiento a peticiones, gestiones e inconformidades recibidas y atendidas por escrito.	UGS-01
4	Unidad de Gestión Social.	Procedimiento para el seguimiento a peticiones de atención médica y medicamento, recibidas y atendidas de manera personal.	UGS-02

UNIDAD DE SEGUIMIENTO A LA OPERACIÓN.			
5	Unidad de Seguimiento a la Operación.	Procedimiento para la integración de Actas de Entrega-Recepción.	USO-01
6	Unidad de Seguimiento a la Operación.	Procedimiento para recepción registro y distribución de correspondencia.	USO-02
7	Unidad de Seguimiento a la Operación.	Procedimiento para el seguimiento de los acuerdos e instrucciones emitida por el/la Director/a General.	USO-03

COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.			
8	Coordinación de Servicios de Salud.	Procedimiento para la Entrega Recepción de Titulares de Unidades Administrativas de la Coordinación de Servicios de Salud.	CSS-01
9	Coordinación de Servicios de Salud.	Procedimiento para la generación addendum.	CSS-02
10	Coordinación de Servicios de Salud.	Procedimiento para la generación de acta administrativa circunstanciada.	CSS-03

11	Coordinación de Servicios de Salud.	Procedimiento para la revisión de documentos legales.	CSS-04
12	Coordinación de Servicios de Salud.	Procedimiento para planificación y vinculación de programas operativos.	CSS-05

UNIDAD DEL SISTEMA DE URGENCIAS MÉDICAS Y DESASTRES			
13	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres	Procedimiento para activar el traslado aéreo.	USUMD-01
14	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para preparación del/la paciente para realizar un traslado aéreo.	USUMD-02
15	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para entrega recepción de pacientes en la unidad médica previamente regulada.	USUMD-03
16	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para activar y realizar un traslado terrestre en ambulancia.	USUMD-04
17	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para regular a un/una paciente que necesita atención hospitalaria.	USUMD-05
18	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para determinar el estado de fuerzas de las unidades hospitalarias del Estado de Puebla.	USUMD-06

19	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para la gestión de ambulancias terrestres, para la regulación hospitalaria.	USUMD-07
20	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Procedimiento para activar y preparar los recursos necesarios y apoyar en caso de presentarse un desastre.	USUMD-08

HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL			
21	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la asistencia médica de pacientes pediátricos en urgencias.	HCM-01
22	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la asistencia médica en el área Hospitalización Pediátrica.	HCM-02
23	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la asistencia médica en área de Hospitalización Adultos.	HCM-03
24	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la asistencia quirúrgica.	HCM-04
25	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la realización de eventos anestésico - quirúrgicos en quirófano.	HCM-05
26	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para atención de pacientes en el área de recuperación.	HCM-06
27	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la asistencia médica en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.	HCM-07
28	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la asistencia en fisioterapia y rehabilitación.	HCM-08

29	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento de apoyo psicológico.	HCM-09
30	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la toma de estudios de ultrasonido (fast) y rayos x portátil.	HCM-10
31	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la toma y análisis de las muestras de laboratorio clínico.	HCM-11
32	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para el control de calidad interno del laboratorio clínico.	HCM-12
33	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento de limpieza y esterilización de material, equipo e instrumental.	HCM-13
34	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la atención de llamadas y asistencia vía telefónica en la zona de desastre.	HCM-14
35	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para el ingreso de pacientes al Hospital de Campaña Móvil	HCM-15
36	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para el tratamiento de los residuos peligrosos biológicos infecciosos.	HCM-16
37	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para limpieza y mantenimiento del Hospital de Campaña Móvil	HCM-17
38	Hospital de Campaña Móvil.	Procedimiento para la distribución y control de insumos, equipo médico y material de curación.	HCM-18

UNIDAD DE COORDINACIÓN DE JURISDICCIONES SANITARIAS			
39	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Procedimiento de atención, solución y seguimiento a las quejas emitidas por los usuarios de los servicios y recibidas en los Servicios de Salud del Estado de Puebla	UCJS-01

40	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Procedimiento de análisis y revisión del comportamiento de los indicadores del Sistema Estatal de Salud	UCJS-02
41	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Procedimiento de gestión y seguimiento a la petición de insumos e infraestructura	UCJS-03
42	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Procedimiento para coadyuvar, asesorar y supervisar la integración de la regionalización de proyectos de salud pública de los servicios estatales de salud, concerniente a las Jurisdicciones Sanitarias.	UCJS-04
43	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Procedimiento para el análisis de información derivado de las supervisiones a Unidades Médicas	UCJS-05
44	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Procedimiento para coordinar la entrega - recepción de infraestructura, mobiliario y personal para el inicio de operaciones de Unidades Médicas.	UCJS-06

10 JURISDICCIONES SANITARIAS			
45	Servicios de Salud	Procedimiento para concentrar las necesidades de medicamento y material de curación de las unidades médicas adscritas a la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-01
46	Servicios de Salud	Procedimiento para la supervisión de la operación de las Normas Oficiales y Guías de Práctica Clínica en las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-02
47	Servicios de Salud	Procedimiento para el desempeño de actividades de Enfermería de la	10JS-03

		Jurisdicción Sanitaria	
48	Servicios de Salud	Procedimiento para la recepción de información de la productividad de Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria	10JS-04
49	Servicios de Salud	Procedimiento para la elaboración de diagnóstico situacional y estratégico de Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-05
50	Servicios de Salud	Procedimiento para el seguimiento y captura de INDICAS (Indicadores de Calidad en Salud) de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-06
51	Servicios de Salud	Procedimiento para el seguimiento de la aplicación del programa federal SIARHE (Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería) de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-07
52	Servicios de Salud	Procedimiento para la supervisión de Enfermería a Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-08
53	Servicios de Salud	Procedimiento de atención y respuesta de quejas generadas en Unidades Médicas de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-09
54	Servicios de Salud	Procedimiento de referencia y contrareferencia de pacientes a Unidades Médicas adscritas a la Jurisdicción Sanitaria	10JS-10
55	Servicios de Salud	Procedimiento para la aplicación y supervisión del programa de estomatología en las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-11
56	Servicios de Salud	Procedimiento para la certificación electrónica de la corresponsabilidad de las familias beneficiarias de PROSPERA, programa de inclusión social en la Jurisdicción Sanitaria	10JS-12
57	Servicios de Salud	Procedimientos de seguimiento para la entrega de suplementos alimenticios en las Unidades Médicas de la Jurisdicción Sanitaria	10JS-13

58	Servicios de Salud	Procedimiento para la supervisión de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención adscritas a la Jurisdicción Sanitaria	10JS-14
59	Servicios de Salud	Procedimiento supervisión de actividades de las Casas de Salud adscritas a la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-15
60	Servicios de Salud	Procedimiento para la acreditación de Unidades Médicas que conforman las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	10JS-16
61	Servicios de Salud	Procedimiento para la integración y seguimiento del COCASEP (Comité de Calidad y Seguridad del Paciente) de la Jurisdicción Sanitaria	10JS-17
62	Epidemiología	Procedimiento para la detección de enfermedades crónicas no transmisibles en las Unidades Médicas que conforman la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-18
63	Epidemiología	Procedimiento para la aplicación de los lineamientos de las Semanas Nacionales de Salud (SENAS) en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-19
64	Epidemiología	Procedimiento del programa de atención a la salud de la infancia y adolescencia en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-20
65	Epidemiología	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las zoonosis en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-21
66	Epidemiología	Procedimiento para la entrega de biopsia para realizar el diagnóstico de lepra en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-22
67	Epidemiología	Procedimiento para la elaboración y operación del programa para la vigilancia epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-23
68	Epidemiología	Procedimiento para la notificación de red negativa de cólera en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-24

69	Epidemiología	Procedimiento para la aplicación de los lineamientos del Programa de Vacunación Universal (PROVAC) en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-25
70	Epidemiología	Procedimiento para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-26
71	Epidemiología	Procedimiento para la atención del usuario de planificación familiar en servicios amigables para adolescentes en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-27
72	Epidemiología	Procedimiento para la operación y seguimiento del programa de planificación familiar en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-28
73	Epidemiología	Procedimiento del programa prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-29
74	Epidemiología	Procedimiento para la exploración clínica de mama en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-30
75	Epidemiología	Procedimiento para la atención del usuario de planificación familiar en vasectomía sin bisturí en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-31
76	Epidemiología	Procedimiento para capacitación de agentes y procuradores/as de salud en temas de salud pública en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-32
77	Epidemiología	Procedimiento para certificación de municipios promotores de la salud en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-33
78	Epidemiología	Procedimiento del programa de alimentación y actividad física en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-34
79	Epidemiología	Procedimiento para la certificación de comunidades saludables y entornos favorables para salud en la Jurisdicción Sanitaria	10JS-35
80	Epidemiología	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad en la Jurisdicción Sanitaria	10JS-36

81	Epidemiología	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica en las Jurisdicciones Sanitarias.	10JS-37
82	Administración	Procedimiento para recepción y entrega de correspondencia por Oficialía de Partes a la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-38
83	Administración	Procedimiento para la concentración viáticos de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-39
84	Administración	Procedimiento para la comprobación de gastos de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-40
85	Administración	Procedimiento para la concentración de las cuotas de recuperación de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-41
86	Administración	Procedimiento para el manejo y control de expedientes del personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-42
87	Administración	Procedimiento para la solicitud de cambio de adscripción del personal de base, regularizado, formalizado y de honorarios de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-43
88	Administración	Procedimiento para la selección de candidatos/as para los estímulos (mensuales, trimestrales y anuales) de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-44
89	Administración	Procedimiento para la actualización de plantilla de personal de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-45
90	Administración	Procedimiento para la selección del personal de nuevo ingreso de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-46
91	Administración	Procedimiento para la recepción de la renuncia de un/una trabajador/a de contrato y/o confianza en las Jurisdicciones Sanitarias.	10JS-47
92	Administración	Procedimiento para control, pago y reporte de nómina de los/las auxiliares de salud adscritos a la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-48
93	Administración	Procedimiento para control, pago y reporte de nómina del personal adscrito a la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-49

94	Administración	Procedimiento para el control de asistencia de los/as trabajadores/as adscritos/as en la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-50
95	Administración	Procedimiento para la recepción, almacenamiento y distribución de insumos de limpieza y oficina de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-51
96	Administración	Procedimiento para la recepción y distribución del medicamento y de material de curación en las Unidades de Primer Nivel y Casas de Salud.	10JS-52
97	Administración	Procedimiento para la concentración de inventarios de activo fijo de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-53
98	Administración	Procedimiento para solicitud de mantenimiento para equipo médico y electromecánico de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-54
99	Administración	Procedimiento para el manejo, clasificación y envío de archivo histórico y de concentración de las Unidades Médicas de la Jurisdicción Sanitaria.	10JS-55

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD			
100	Departamento de Hospitales Generales y de Especialidad	Procedimiento para el análisis evaluación y supervisión de la productividad logro – meta de los Hospitales Generales y de Especialidad.	DAS-01
101	Departamento de Hospitales Comunitarios	Procedimiento para el análisis, evaluación y supervisión de la productividad logro – meta de los Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	DAS-02
102	Departamento de Hospitales Comunitarios	Procedimiento para la supervisión directa de Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	DAS-03
103	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para obtención, estudio y fraccionamiento de sangre y/o hemoderivados para unidades provenientes del área de sangrado del	DAS-04

		centro estatal de transfusión sanguínea y/o donación altruista.	
104	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para obtención, estudio y fraccionamiento de sangre y hemoderivados para unidades de sangre y componentes provenientes de otros bancos de sangre.	DAS-05
105	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para almacenamiento y conservación de unidades de sangre.	DAS-06
106	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para conservación de componentes sanguíneos y equipos utilizados.	DAS-07
107	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para transporte vía terrestre.	DAS-08
108	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para los parámetros en el proceso de fraccionamiento y separación de la sangre en sus diferentes componentes.	DAS-09
109	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para la evaluación clínica del donante de sangre.	DAS-10
110	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para las acciones preventivas y correctivas.	DAS-11
111	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para la colecta externa de donación voluntaria y altruista de sangre.	DAS-12
112	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para coordinar con las instancias federales, estatales y civiles la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células.	DAS-13
113	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para la integración de la base de datos para recibir órganos y tejidos de origen cadavérico.	DAS-14

114	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para apoyar la creación de nuevos programas de trasplantes.	DAS-15
115	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para la distribución y asignación de órganos de origen cadavérico.	DAS-16
116	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para la operación del sistema estatal de información, procuración y trasplantes.	DAS-17
117	Departamento de Servicios Hospitalarios	Procedimiento para la programación de consultas del componente telemedicina.	DAS-18
118	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la elaboración del diagnóstico situacional y estratégico del Departamento de Enfermería.	DAS-19
119	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo del Departamento de Enfermería.	DAS-20
120	Departamento de Enfermería	Procedimiento para el seguimiento de la aplicación de programa federal del SIARHE (Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería).	DAS-21
121	Departamento de Enfermería	Procedimiento para el análisis de la capacidad operativa resolutiva del personal de enfermería.	DAS-22
122	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la presentación de informe de recursos humanos de enfermería por variables.	DAS-23
123	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la operación y control del programa de preselección del personal de enfermería.	DAS-24
124	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la difusión de las normas, los proyectos y programas relacionados con enfermería.	DAS-25
125	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la elaboración, presentación y seguimiento de proyectos estratégicos de enfermería.	DAS-26
126	Departamento de Enfermería	Procedimiento para el seguimiento del programa federal de calidad de enfermería (INDICAS).	DAS-27

127	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la supervisión de los procedimientos técnico administrativos.	DAS-28
128	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la integración del programa de capacitación de enfermería.	DAS-29
129	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la elaboración de jornadas regionales de enfermería.	DAS-30
130	Departamento de Enfermería	Procedimiento para estandarización del cuidado de enfermería a través de la difusión y aplicación de los PLACE (Planes de Cuidado de Enfermería).	DAS-31
131	Departamento de Enfermería	Procedimiento para la elaboración y/o modificación de instrumentos técnico administrativos de enfermería.	DAS-32
132	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para la elaboración del diagnóstico situacional y programa de trabajo del Departamento de Trabajo Social.	DAS-33
133	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para la actualización del manual de referencia y contrareferencia y contrareferencia.	DAS-34
134	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para la operación y control del programa de preselección del personal de trabajo social.	DAS-35
135	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento en la divulgación de la normatividad en salud en el ámbito de trabajo social.	DAS-36
136	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para la supervisión de los procedimientos técnico administrativos.	DAS-37
137	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para la integración del programa de capacitación de trabajo social.	DAS-38
138	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para la estandarización de atención social.	DAS-39
139	Departamento de Trabajo Social	Procedimiento para seguimiento de referencias en unidades médicas y capacitación del personal médico y paramédico.	DAS-40

140	Departamento de Cirugía Extramuros	Procedimiento para las jornadas quirúrgicas.	DAS-41
141	Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica.	Procedimiento para la elaboración del gerencial.	DAS-42
142	Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica.	Procedimiento para la evaluación del desempeño de los indicadores y variables de las unidades médicas móviles (anexo 7).	DAS-43
143	Departamento de Investigación en Salud	Procedimiento para la detección de necesidades, diagnóstico y programa de capacitación para el desempeño de los trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	DAS-44
144	Departamento de Investigación en Salud	Procedimiento para el otorgamiento de créditos de capacitación.	DAS-45
145	Departamento de Investigación en Salud	Procedimiento para la evaluación y supervisión de programas de capacitación.	DAS-46
146	Departamento de Investigación en Salud	Procedimiento para el registro de protocolos de investigación.	DAS-47
147	Departamento de Investigación en Salud	Procedimiento para la instalación y funcionamiento de los comités de ética e investigación.	DAS-48

148	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para realizar rotación de campo en residencias médicas.	DAS-49
149	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para el ingreso de médicos residentes a unidades sedes de los SSEP.	DAS-50
150	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para celebración de convenios con instituciones de educación superior.	DAS-51
151	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para la autorización de servicio social de carreras afines a la salud en las unidades aplicativas.	DAS-52
152	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para supervisión de internado de pregrado.	DAS-53
153	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para la emisión de constancias de terminación de internado de pregrado.	DAS-54
154	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para la detección de necesidades de campos clínicos y autorización de plazas de servicio social de medicina, enfermería y estomatología.	DAS-55

155	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para la asignación de campos clínicos de internado de pregrado.	DAS-56
156	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Procedimiento para la evaluación de Unidades Médicas de sedes receptoras	DAS-57

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS.			
157	Departamento de Control de Abasto.	Procedimiento para la revisión de requerimientos y justificaciones de las diferentes áreas.	DOUM-01
158	Departamento de Control de Abasto.	Procedimiento para administrar el abasto de medicamentos del cuadro básico (causes) en unidades médicas con modulo de farmacia	DOUM-02
159	Departamento de Control de Abasto.	Procedimiento para administrar el abasto de medicamentos del cuadro básico (causes) en unidades médicas sin módulo de farmacia y programas especiales.	DOUM-03
160	Departamento de Control de Abasto.	Procedimiento para administrar abasto de medicamentos no causes.	DOUM-04
161	Departamento de Control de Abasto.	Procedimiento para administrar el abasto de material de curación en las unidades médicas (cpm´s).	DOUM-05
162	Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Procedimiento para el mantenimiento de equipo médico, administrativo, electromecánico y de radiocomunicación dentro de pólizas.	DOUM-06

163	Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Procedimiento para el mantenimiento de equipo médico, administrativo, electromecánico y de radiocomunicación fuera de pólizas	DOUM-07
164	Departamento de Servicios Médicos Integrales.	Procedimiento para el trámite de pago.	DOUM-08
165	Departamento de Servicios Médicos Integrales.	Procedimiento para la solicitud y recepción de información.	DOUM-09

DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA			
166	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Procedimiento de atención a documentos de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	DSPVE-01
167	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para vigilar que se apliquen las disposiciones a las que deberá sujetarse la construcción, ampliación, remodelación y rehabilitación de Centros de Salud y Módulos de Medicina Tradicional.	DSPVE-02
168	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para vigilar la operación de las normas oficiales que se aplican en las Unidades de Atención Primaria a la Salud.	DSPVE-03
169	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la acreditación de Centros de Salud.	DSPVE-04

170	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para el suministro de los medicamentos y material de curación a los Centros de Salud.	DSPVE-05
171	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la requisición de mobiliario, equipo médico e instrumental.	DSPVE-06
172	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento de supervisión a Unidades Médicas de Atención Primaria a la Salud.	DSPVE-07
173	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la validación de los recursos humanos de acuerdo a la tipología de unidades operativas en atención primaria a la salud.	DSPVE-08
174	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento de atención y respuesta a quejas generadas en Unidades Médicas.	DSPVE-09
175	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la gestión y entrega del apoyo económico a terapeutas tradicionales.	DSPVE-10
176	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento de sensibilización intercultural.	DSPVE-11
177	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la gestión de materias primas y consumibles del programa estatal de medicina tradicional.	DSPVE-12
178	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la supervisión de los módulos de medicina tradicional.	DSPVE-13

179	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para el censo e ingreso de terapeutas tradicionales al programa estatal de medicina tradicional.	DSPVE-14
180	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la atención en los módulos de medicina tradicional.	DSPVE-15
181	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la referencia y contrareferencia en los módulos de medicina tradicional.	DSPVE-16
182	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la elaboración de remedios herbolarios	DSPVE-17
183	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para el desarrollo y rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos y parcelas demostrativas de plantas medicinales de la región.	DSPVE-18
184	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la atención intercultural a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio	DSPVE-19
185	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para el baño de temazcal y baño de vapor	DSPVE-20
186	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Procedimiento para la supervisión en las unidades dentales aplicativas de las Jurisdicciones Sanitarias	DSPVE-21
187	Departamento de Prospera	Procedimiento para la certificación electrónica de la corresponsabilidad de las familias beneficiarias de prospera programa de inclusión social.	DSPVE-22
188	Departamento de Prospera	Procedimiento de suplementos alimenticios.	DSPVE-23

189	Departamento de Prospera	Procedimiento para la supervisión y monitoreo de PROSPERA – Programa de Inclusión Social a Unidades Médicas de Primer Nivel.	DSPVE-24
190	Departamento de Prospera	Procedimiento para la capacitación de PROSPERA Programa Inclusión Social a personal aplicativo de Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención	DSPVE-25
191	Departamento de Prospera	Procedimiento del registro trimestral de PROSPERA – rtp 2017	DSPVE-26
192	Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Procedimiento para la evaluación y supervisión de actividades.	DSPVE-27
193	Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Procedimiento para el fomento a la mejora continua de calidad a través de la capacitación y desarrollo del personal.	DSPVE-28
194	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para operar el programa de detección de errores innatos del metabolismo: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística y glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.	DSPVE-29
195	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la participación en el comité estatal de prevención, estudio y seguimiento de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.	DSPVE-30
196	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la detección, envío y seguimiento de mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional a través de la herramienta de tamiz de atención pregestacional.	DSPVE-31
197	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para toma de citología cérvico vaginal.	DSPVE-32

198	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para toma de prueba para detección de Virus de Papiloma Humano	DSPVE-33
199	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la exploración clínica de mama	DSPVE-34
200	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para seguimiento del programa “prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres”.	DSPVE-35
201	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la atención y prevención de la violencia familiar, sexual y de género.	DSPVE-36
202	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la atención del usuario/a de planificación familiar en vesectomía sin bisturí.	DSPVE-37
203	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la operación y seguimiento del programa de planificación familiar.	DSPVE-38
204	Departamento de Salud Reproductiva	Procedimiento para la atención del/la usuario/a de planificación familiar en servicios amigables para adolescentes.	DSPVE-39
205	Departamento de Promoción a la Salud	Procedimiento para realización de eventos educativos a fin de promover estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física de la población	DSPVE-40
206	Departamento de Promoción a la Salud	Procedimiento para desarrollo de capacidades de promotores/as de salud	DSPVE-41
207	Departamento de Promoción a la Salud	Procedimiento para capacitación de agentes y procuradoras/es de salud en temas de salud pública.	DSPVE-42
208	Departamento de Promoción a la Salud	Procedimiento para certificación de municipios promotores de la salud.	DSPVE-43

209	Departamento de Promoción a la Salud	Procedimiento para certificación de comunidades saludables y entornos favorables a la salud	DSPVE-44
210	Departamento de Promoción a la Salud	Procedimiento para el diseño de materiales impresos para promoción de la salud	DSPVE-45
211	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la operación de la vigilancia epidemiológica de mortalidad.	DSPVE-46
212	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento de casos de enfermedades prevenibles por vacunación.	DSPVE-47
213	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural.	DSPVE-48
214	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la elaboración y seguimiento del programa para la vigilancia epidemiológica internacional.	DSPVE-49
215	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la elaboración y operación del programa estatal para la vigilancia epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).	DSPVE-50
216	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la integración de información del Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones (SEED)	DSPVE-51
217	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento de temperaturas extremas	DSPVE-52
218	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las adicciones	DSPVE-53

219	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la integración de información estadística de servicios.	DSPVE-54
220	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la información del sistema automatizado de egresos hospitalarios	DSPVE-55
221	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la integración de información del subsistema sobre nacimientos	DSPVE-56
222	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento de la red negativa de cólera.	DSPVE-57
223	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento de monitoreo diario	DSPVE-58
224	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento de urgencias epidemiológicas y brotes	DSPVE-59
225	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento del análisis y reporte semanal SUIVE.	DSPVE-60
226	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la revisión y validación de información del módulo de diabetes tipo 2	DSPVE-61
227	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para revisión y validación de información del módulo de tuberculosis para dar cumplimiento a la normatividad	DSPVE-62

228	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la elaboración y operación del programa estatal para la vigilancia epidemiológica de muerte materna.	DSPVE-63
229	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento del Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVe).	DSPVE-64
230	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).	DSPVE-65
231	Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vector.	DSPVE-66
232	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para el programa de atención a la salud de la infancia y adolescencia.	DSPVE-67
233	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para supervisar la aplicación de los lineamientos de vigilancia epidemiológica y consulta completa de las infecciones respiratorias agudas en los/las menores de 5 años.	DSPVE-68
234	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la elaboración de cuadros de casos (morbilidad) y defunciones (mortalidad) por deficiencias de la nutrición del programa de atención a la salud de la niñez y la adolescencia	DSPVE-69
235	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la integración del diagnóstico de red de frío del componente de vacunación universal del programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia	DSPVE-70

236	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la aplicación de los lineamientos de Semanas Nacionales de Salud (SENAS).	DSPVE-71
237	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la calendarización de entrega de las vacunas del Programa de Vacunación Universal (PVU).	DSPVE-72
238	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la elaboración del calendario entomológico	DSPVE-73
239	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la elaboración de informes rutinarios y adicionales.	DSPVE-74
240	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las zoonosis.	DSPVE-75
241	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la dictaminación de casos de tuberculosis con resistencia a fármacos.	DSPVE-76
242	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la elaboración e integración del programa estatal de VIH/SIDA e ITS.	DSPVE-77

243	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para la gestión y distribución de los insumos para la operación del programa estatal DE VIH/SIDA e ITS.	DSPVE-78
244	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento de evaluación y seguimiento de las acciones del programa estatal de VIH/SIDA e ITS.	DSPVE-79
245	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para el seguimiento de las acciones para la prevención de trasmisión vertical.	DSPVE-80
246	Departamento de Enfermedades Transmisibles	Procedimiento para el seguimiento de las acciones de la comorbilidad TB-VIH y de la prevención y atención de la infección por VIH en personas privadas de la libertad.	DSPVE-81
247	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la recepción de muestras de la coordinación operativa de vigilancia epidemiológica	DSPVE-82
248	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la toma de muestras de la coordinación operativa de vigilancia epidemiológica	DSPVE-83
249	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la recepción de muestras de la coordinación operativa de vigilancia sanitaria	DSPVE-84

250	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la recepción de muestras de citología exfoliativa cérvico vaginal.	DSPVE-85
251	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la recepción y toma de muestras de análisis clínicos.	DSPVE-86
252	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para actividades de capacitación y desarrollo de personal.	DSPVE-87
253	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la elaboración de trabajos de investigación.	DSPVE-88
254	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para el ingreso de personal de servicio social y prácticas profesionales.	DSPVE-89
255	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública	Procedimiento para la realización del reporte de ingresos por cuotas de recuperación.	DSPVE-90

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.			
256	Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario.	Procedimiento de trámites y servicios.	DPRS-01

257	Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario.	Procedimiento de verificación sanitaria	DPRS-02
258	Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario.	Procedimiento para la determinación de cloro residual libre en agua para uso y consumo humano.	DPRS-03
259	Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario.	Procedimiento para la toma de muestras de alimentos y bebidas.	DPRS-04
260	Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario.	Procedimiento para fomento sanitario.	DPRS-05
261	Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario.	Procedimiento de dictamen y/o seguimiento jurídico.	DPRS-06

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.			
262	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Procedimiento de seguimiento de solicitudes de información competencia de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	CPEDO-01
263	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Procedimiento de revisión de convenios y contratos que competan a la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	CPEDO-02

264	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Procedimiento para el seguimiento de acuerdos que sean competencia de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	CPEDO-03

COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.			
265	Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Procedimiento de atención de delaciones presentadas al Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.	CPEDO-04

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN.			
266	Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Procedimiento para obtener análisis de viabilidad de infraestructura en salud.	DPP-01
267	Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Procedimiento para la gestión de certificados de necesidad.	DPP-02
268	Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Procedimiento para la regionalización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	DPP-03

269	Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Procedimiento para actualizar el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS).	DPP-04
270	Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Procedimiento para gestionar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ante la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud Federal.	DPP-05
271	Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Procedimiento para la elaboración de anteproyectos médico arquitectónicos.	DPP-06
272	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento de integración programática-presupuestaria (Programa Anual de Trabajo PAT).	DPP-07
273	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la integración de los programas de trabajo del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia y de la Dirección de Planeación y Programación.	DPP-08
274	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la integración de la Programación de Metas e Indicadores.	DPP-09

275	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para el alta, baja o modificación de metas e indicadores de programas presupuestarios	DPP-10
276	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los manuales administrativos.	DPP-11
277	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la elaboración de la propuesta de modificación a la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	DPP-12
278	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la recepción y trámite de solicitudes de acceso a la información pública.	DPP-13

279	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la publicación y actualización de las obligaciones de transparencia en la plataforma nacional de transparencia	DPP-14
280	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para el trámite de solicitudes de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos personales.	DPP-15
281	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la integración de la información correspondiente a las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional	DPP-16
282	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Procedimiento para la aplicación de encuestas para la autoevaluación del Control Interno	DPP-17

283	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la atención de los servicios de red de voz y datos	DPP-18
284	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la administración de la red de voz y datos en oficinas centrales.	DPP-19
285	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para el monitoreo de enlaces y servicios	DPP-20
286	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para mantenimiento a equipos de telecomunicaciones	DPP-21
287	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la integración de números telefónicos al plan de marcación a 4 dígitos gubernamental.	DPP-22

288	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la asignación y distribución de equipo tecnológico	DPP-23
289	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para creación y administración de correo electrónico institucional	DPP-24
290	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para diagnósticos técnicos para baja de activos informáticos	DPP-25
291	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para control de ubicación de equipo tecnológico y mantenimiento preventivo y/o correctivo	DPP-26
292	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la actualización de la página web institucional (portal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla)	DPP-27

293	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la administración de servidores de sistemas institucionales	DPP-28
294	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la administración de políticas de seguridad de la Coordinación Operativa de Desarrollo y Administración de Sistemas Informáticos	DPP-29
295	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la administración de proyectos de la Coordinación Operativa de Desarrollo y Administración de Sistemas Informáticos.	DPP-30
296	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Procedimiento para la administración del ciclo de vida de sistemas de información desarrollados por los SSEP.	DPP-31

DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
297	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud	Procedimiento de integración del apartado de salud para informe de gobierno.	DESS-01

298	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud	Procedimiento para el seguimiento y la evaluación de la programación anual de metas e indicadores.	DESS-02
299	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud	Procedimiento para la integración y captura del informe del Sistema de Evaluación Estatal (SEE).	DESS-03
300	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud	Procedimiento para la captura y reporte de indicadores del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) en el sistema de recursos federales transferidos.	DESS-04
301	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Procedimiento para la acreditación de Unidades Médicas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla en el Programa Estatal de Acreditación	DESS-05
302	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Procedimiento para la instalación y evaluación del aval ciudadano.	DESS-06
303	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Procedimiento para las actividades de los/las gestores/as de calidad jurisdiccional.	DESS-07
304	Departamento de Innovación y Proyectos Estratégicos	Procedimiento para la elaboración y autorización de proyectos.	DESS-08

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL.			
305	Dirección de Operación de Personal.	Procedimiento para revisión de plantillas.	DOP-01

306	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para atender requerimientos de auditoría competencia de la Dirección de Operación de Personal.	DOP-02
307	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para solicitar suficiencia presupuestal para los servicios personales.	DOP-03
308	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para validación de plazas contratación.	DOP-04
309	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para la creación de plazas en el sistema profesional de administración de recursos humanos.	DOP-05
310	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para registro de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	DOP-06
311	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para la asignación de cuenta de acceso al sistema profesional de administración de recursos humanos.	DOP-07

312	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para la comisión auxiliar mixta de escalafón.	DOP-08
313	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento para identificar los factores de riesgo en los centros de trabajo y otorgamiento del concepto 30 alto, mediano y bajo riesgo.	DOP-09
314	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Procedimiento de gurda, custodia y conservación de expedientes de personal.	DOP-10
315	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento sistemático para el pago de nómina.	DOP-11
316	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para la aplicación de movimientos en nómina.	DOP-12
317	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para la aplicación de la titularización de personal.	DOP-13
318	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago del Fondo de Ahorro Capitalizable “FONAC” a los/las trabajadores/as.	DOP-14
319	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago nómina extraordinaria.	DOP-15

320	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago por pensión alimenticia.	DOP-16
321	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago remuneraciones de nómina.	DOP-17
322	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago del ISSSTE.	DOP-18
323	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago a FOVISSSTE.	DOP-19
324	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para pagar del SAR FOVISSSTE.	DOP-20
325	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago de seguros institucionales.	DOP-21
326	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para el pago de terceros no institucionales.	DOP-22
327	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para integración, envío de nómina y recepción de comprobación.	DOP-23
328	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para cancelación de pagos improcedentes.	DOP-24

329	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Procedimiento para firma de nómina del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	DOP-25
330	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento de recepción y revisión de volante de validación y entrega de formato de requisición de personal.	DOP-26
331	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para alta de personal federal, regularizado y formalizado.	DOP-27
332	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para la contratación del personal de honorarios asimilables a sueldos y salarios por tiempo determinado	DOP-28
333	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para suplencias de personal	DOP-29
334	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para guardias de personal	DOP-30
335	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para obtener cambio de adscripción para el personal de base, regularizado, formalizado y honorarios asimilables a sueldos y salarios por tiempo determinado.	DOP-31

336	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento de bajas de personal de honorarios asimilables a sueldos y salarios por tiempo determinado	DOP-32
337	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para el trámite de suspensiones de pago del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	DOP-33
338	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para control de asistencia	DOP-34
339	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para programa de periodo vacacional de base, regularizado, confianza y formalizado	DOP-35
340	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para el trámite de pago de estímulo de productividad mensual para el personal de base, regularizado y formalizado.	DOP-36
341	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para la operación del programa estímulos a la calidad del desempeño del personal de base de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	DOP-37
342	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para licencias con goce de sueldo (asuntos particulares)	DOP-38

343	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para licencias sin goce de sueldo (asuntos particulares).	DOP-39
344	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para otorgar horario especial de guardería o lactancia	DOP-40
345	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para altas o bajas ante el I.S.S.S.T.E.	DOP-41
346	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Procedimiento para trámite de jubilación	DOP-42
347	Departamento de Capital Humano.	Procedimiento de reclutamiento y selección de personal	DOP-43
348	Departamento de Capital Humano.	Procedimiento para inscripciones a cursos del programa específico de capacitación área administrativa.	DOP-44
349	Departamento de Capital Humano.	Procedimiento de candidatos/as a bolsa de trabajo.	DOP-45
350	Departamento de Capital Humano.	Procedimiento de evaluaciones psicométricas.	DOP-46

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN.			
351	Departamento de Construcción.	Procedimiento para el seguimiento de actividades en la planeación y contratación de obra en acciones de infraestructura de	DOOBSGPG-01

		salud.	
352	Departamento de Construcción.	Procedimiento para el seguimiento de actividades en la ejecución de obra en acciones de infraestructura.	DOOBSGPG-02
353	Departamento de Construcción.	Procedimiento general para el seguimiento de actividades del cierre administrativo de obra en acciones de infraestructura.	DOOBSGPG-03
354	Departamento de Construcción.	Procedimiento para el archivo documental de obra pública y mantenimiento de obra civil, así como préstamo de documentación.	DOOBSGPG-04
355	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para la toma de inventarios de insumos para la salud en el almacén central.	DOOBSGPG-05
356	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para la recepción de insumos para la salud en el almacén central.	DOOBSGPG-06
357	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para la invitación a cuando menos tres personas del Departamento de Recursos Materiales.	DOOBSGPG-07
358	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para adjudicación directa del Departamento de Recursos Materiales.	DOOBSGPG-08
359	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para la gestión de procedimientos de adjudicación ante la Secretaría de Finanzas y Administración.	DOOBSGPG-09
360	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para almacenamiento de insumos para la salud en el almacén central.	DOOBSGPG-10
361	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para embarques de insumos para la salud en el almacén central.	DOOBSGPG-11
362	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para trámite de pago.	DOOBSGPG-12

363	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para elaboración de contratos.	DOOBSGPG-13
364	Departamento de Recursos Materiales.	Procedimiento para garantías de póliza de fianza o cheque de caja.	DOOBSGPG-14
365	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la actualización de inventarios de activo fijo.	DOOBSGPG-15
366	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la actualización de inventarios de altas por donación	DOOBSGPG-16
367	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la actualización de inventarios de activo fijo por transferencias.	DOOBSGPG-17
368	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la actualización de inventarios por baja de vehículos.	DOOBSGPG-18
369	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para actualización de inventarios por baja de bienes muebles.	DOOBSGPG-19
370	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento actualización de inventarios de baja por robo, extravío o destrucción accidental.	DOOBSGPG-20
371	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para el servicio de impresión de formatos y fotocopiado.	DOOBSGPG-21
372	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para trámite de pago de prestador de servicio.	DOOBSGPG-22
373	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para gestionar la contratación de energía eléctrica.	DOOBSGPG-23
374	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para adjudicación directa del Departamento de Servicios Generales.	DOOBSGPG-24

375	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la gestión de procedimientos de adjudicación ante la Secretaría de Finanzas y Administración.	DOOBSGPG-25
376	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la recepción de transferencias documentales.	DOOBSGPG-26
377	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para capacitación en el manejo de archivos.	DOOBSGPG-27
378	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la supervisión en el manejo de archivo.	DOOBSGPG-28
379	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para el préstamo de documentación.	DOOBSGPG-29
380	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para expurgo y baja documental.	DOOBSGPG-30
381	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la recepción secundaria, ordenación y clasificación de archivo histórico.	DOOBSGPG-31
382	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para el mantenimiento del parque vehicular por concurso o invitación.	DOOBSGPG-32
383	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para el mantenimiento y control del parque vehicular por licitación.	DOOBSGPG-33
384	Departamento de Servicios Generales.	Procedimiento para la reposición por pérdida o robo, alta o baja de placas de circulación, del parque vehicular de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	DOOBSGPG-34
385	Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Procedimiento para erogaciones bancarias mediante cheques y transferencias electrónicas.	DOOBSGPG-35
386	Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Procedimiento para la conciliación bancaria.	DOOBSGPG-36

387	Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Procedimiento para la recepción y análisis de ingresos por concepto de cuotas de recuperación.	DOOBSGPG-37
388	Departamento de Contabilidad	Procedimiento para el archivo y préstamo de documentación contable.	DOOBSGPG-38
389	Departamento de Contabilidad	Procedimiento para recurso Seguro Popular TESOFE SIAFF.	DOOBSGPG-39
390	Departamento de Presupuesto	Procedimiento para trámite de solicitud de comprobación de viáticos.	DOOBSGPG-40
391	Departamento de Presupuesto	Procedimiento para trámite de glosa	DOOBSGPG-41
392	Departamento de Presupuesto	Procedimiento para asignar suficiencia presupuestal.	DOOBSGPG-42
393	Departamento de Presupuesto	Procedimiento para trámite de pago.	DOOBSGPG-43
394	Departamento de Presupuesto	Procedimiento para la elaboración registro y seguimiento del presupuesto de ingresos	DOOBSGPG-44

DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS			
395	Departamento de Asuntos Laborales	Procedimiento para representar al Organismo y a los/las servidores públicos del mismo, en los litigios laborales promovidos en su contra con motivo de su empleo, cargo o comisión.	DAJ-01
396	Departamento de Asuntos Laborales	Procedimiento para rendir informes a los a los/las jueces civiles o familiares en los juicios relacionados con los/las servidores/as públicos/as del organismo.	DAJ-02

397	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para el registro de instrumentos jurídicos.	DAJ-03
398	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para la revisión de anteproyectos de acuerdos, convenios, contratos, circulares, así como iniciativas y reformas de leyes, reglamentos, decretos y demás instrumentos jurídicos competencia del Organismo.	DAJ-04
399	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para la asesoría jurídica a las unidades administrativas del Organismo y a las Entidades agrupadas al sector salud.	DAJ-05
400	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para la elaboración de informes previos y justificados en los juicios de amparo promovidos contra actos del Organismo.	DAJ-06
401	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para elaborar proyectos de contratos o convenios de obra pública y servicios relacionados con la misma.	DAJ-07
402	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para elaborar proyectos de contratos o convenios de adquisiciones, arrendamientos y servicios.	DAJ-08
403	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para la recepción, verificación, remisión y solicitud de devolución, cancelación o ejecución de las fianzas otorgadas derivado de la celebración de contratos o convenios de obra pública y servicios relacionados con la misma y en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios.	DAJ-09
404	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Procedimiento para instrumentar la suspensión, terminación anticipada o rescisión administrativa de los contratos de obra pública, servicios relacionados con la misma y de adquisiciones, arrendamientos y servicios.	DAJ-10

405	Departamento de Asuntos Penales	Procedimiento para el trámite de indemnización ante la compañía aseguradora	DAJ-11
406	Departamento de Asuntos Penales	Procedimiento para la certificación de documentación.	DAJ-12
407	Departamento de Asuntos Penales	Procedimiento para apersonarse con el fin de coadyuvar o defender los intereses del organismo ante el Ministerio Público de la Federación y/o del Fuero Común.	DAJ-13
408	Departamento de Asuntos Penales	Procedimiento para la compilación y difusión legislativa y normativa.	DAJ-14

7. PROCEDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

7.1. PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DEL TITULAR.

7.1.1. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL.

Tiempo Promedio: 3 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Yasmín Méndez Domínguez **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos** **YMD (OT)** **Octubre 2018**	**Yaracel de la Rosa Figueroa** **Jefa de la Oficina del Titular** **YRF (OT)** **Octubre 2018**	**Yaracel de la Rosa Figueroa** **Jefa de la Oficina del Titular** **YRF (OT)** **Octubre 2018**

Objetivo	Presentar para su revisión y en su caso validación, la documentación de carácter oficial que por su naturaleza deba suscribir el/la Director/a General en el ejercicio de sus funciones.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Marco Federal y Estatal que se cita en el Aparatado número 3 de este Manual. Políticas de Operación: 1. Se debe requisitar previamente el Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG, antes de requerirse algún número oficial o firma del titular, adjuntando el proyecto del documento a firmar, así como los anexos respectivos. 2. Los documentos que se sometan a firma del/la Director/a General deberán contar con la rúbrica del Coordinador/a que de acuerdo a su competencia incida en su ámbito. 3. Los acuses originales deberán ser entregados a la Oficina del/la Titular para su archivo respectivo. 4. Se deberá notificar a la Oficina del/la Titular aquellos documentos que sean cancelados o modificados. 5. Los documentos deberán realizarse en el formato señalado por la Oficina del/la Titular.
Responsables	Oficina del Titular.
Áreas Involucradas	Unidades adscritas a los Servicios de Salud de Estado de Puebla.
Recursos	Propuesta de documento, documento acuse.
Glosario	Número de documento: Es aquel número que se asigna dependiendo a quien se dirija, si son Dependencias o Instituciones externas se asignará número de oficio, si se trata de documento interno se asignará número de memorándum y si es para varios destinatarios se asignará un número de oficio circular.

Documento: Es aquel oficio, memorándum u oficio circular por medio del cual se da atención a las actividades prioritarias y que competen de acuerdo a las funciones de la Dirección General.

Área o Unidad solicitante: Son las Unidades Administrativas que se encuentran dentro del Organigrama de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que dan seguimiento a todos los trámites administrativos y que realizan la propuesta de documento que, conforme a sus facultades establecidas en los ordenamientos legales, deba firmar el/la Directora/a General.

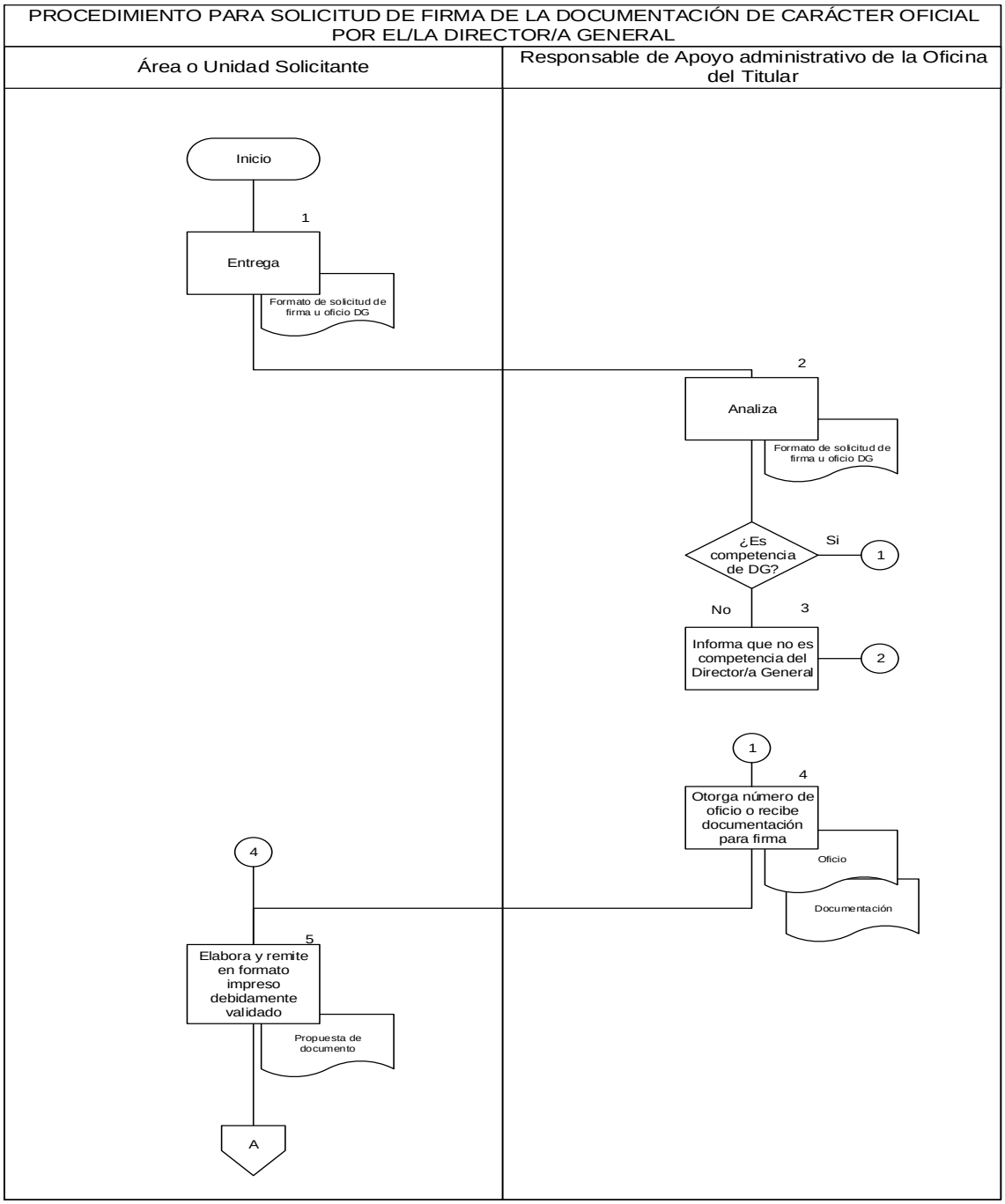
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área o Unidad solicitante	Entrega Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG.	Formato de Solicitud.
2	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Analiza la solicitud. ¿Es competencia del Director/a General? Si: Continúa con la actividad número 4. No: Continúa con la actividad número 3.	N/A.
3	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Informa a el Área o Unidad Solicitante que no es competencia del Director/a General. **Fin del procedimiento.**	N/A.
4	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Otorga el número de oficio o recibe documentación para firma e informa al Área solicitante.	N/A.

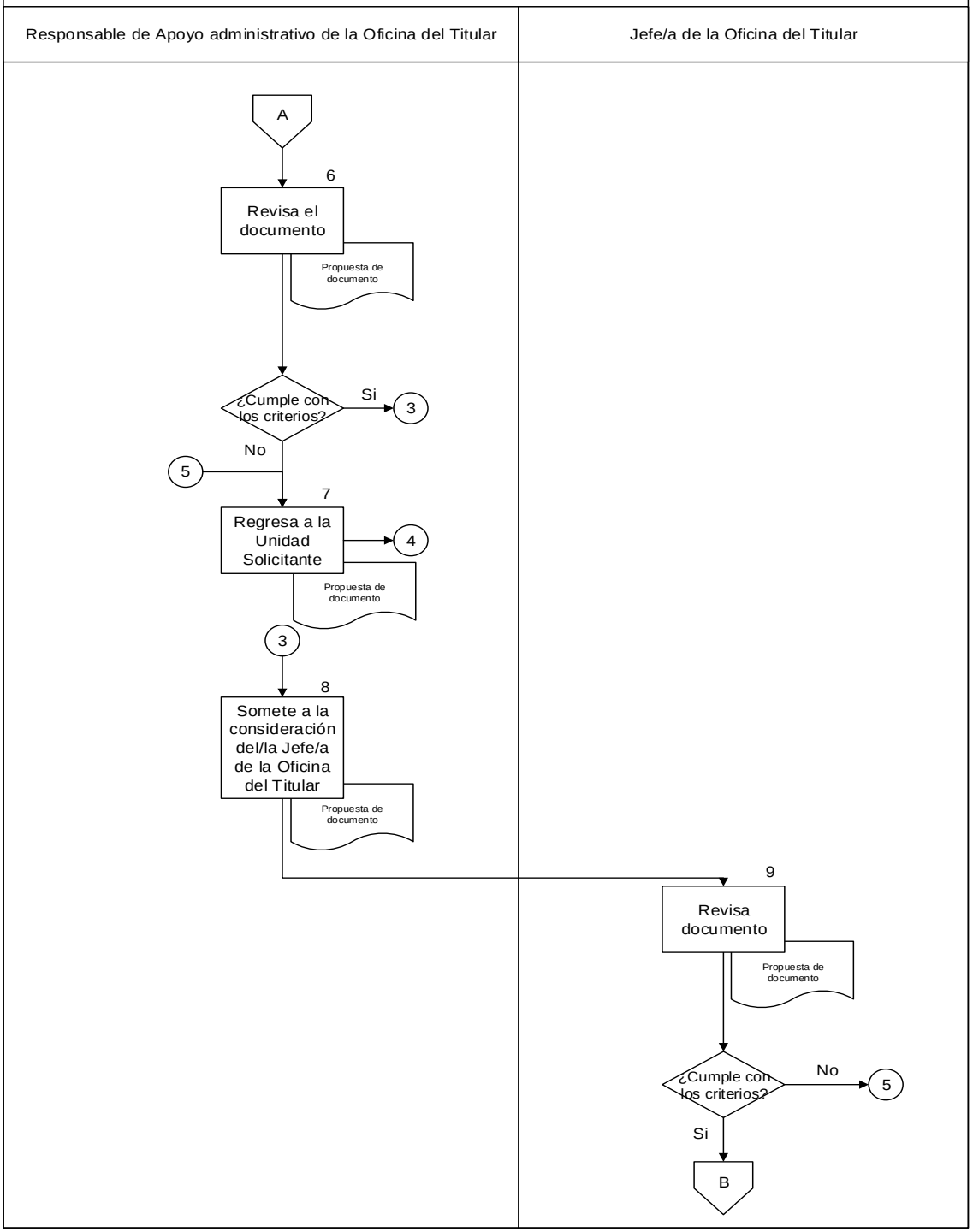
5	Área o Unidad solicitante	Elabora y remite la propuesta de documento en formato impreso físico, debidamente validado.	Propuesta de documento
6	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Revisa el documento. ¿Cumple con los criterios? Si: Continúa con la actividad 8. No: Continúa con la actividad 7.	Propuesta de documento
7	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Regresa al área o unidad solicitante para solventación. Continúa en el paso 5.	Propuesta de documento
8	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Somete la propuesta documento a la consideración del/la Jefe/a de la Oficina del Titular.	Propuesta de documento
9	Jefe/a de la Oficina del Titular	Revisa documento. ¿Cumple con los criterios? Si: Continúa con la actividad 10. No: Retrocede en la actividad 7.	Propuesta de documento
10	Jefe/a de la Oficina del Titular	Somete propuesta de documento a consideración del/la Directora/a General.	Propuesta de documento
11	Director/a General	Autoriza el documento.	Documento.
12	Director/a General	Entrega al/la Jefe/a de Oficina del Titular para su despacho.	Documento.
13	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	Envía al Área o Unidad Solicitante el documento autorizado.	Documento.
14	Área o Unidad solicitante	Entrega el acuse original del documento oficial.	Documento Acuse.
15	Responsable de	Resguarda el acuse del documento	Documento

	Apoyo administrativo de la Oficina del Titular	oficial.	Acuse.
Fin del procedimiento			

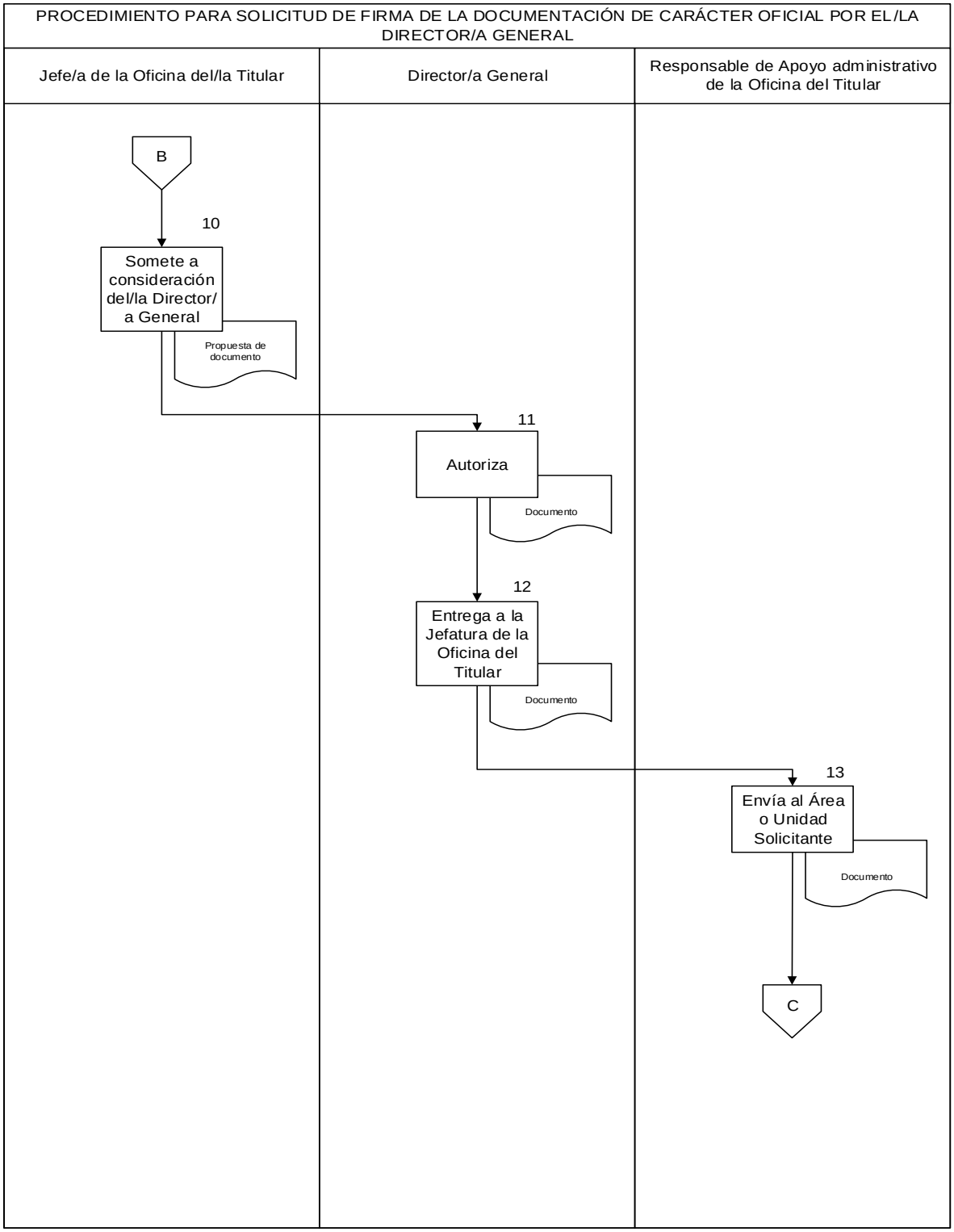
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL



PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL

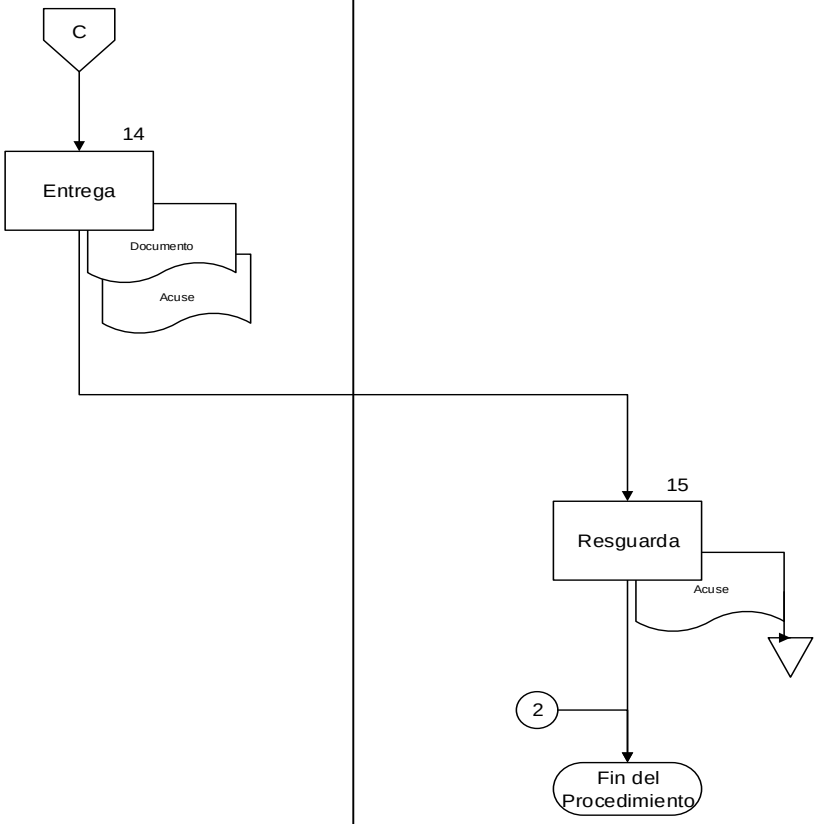


PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL



PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE FIRMA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER OFICIAL POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL

Área o Unidad Solicitante	Responsable de Apoyo administrativo de la Oficina del Titular



7.1.2. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE PRENSA.

Tiempo Promedio: 1 día.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Tonatihu Avelino Morales **Responsable de Comunicación Social** **EIQA (CS)** **Octubre 2018**	**Yaracel de la Rosa Figueroa** **Jefa de la Oficina del Titular** **YRF (OT)** **Octubre 2018**	**Yaracel de la Rosa Figueroa** **Jefa de la Oficina del Titular** **YRF (OT)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer y dar a conocer al personal de la oficina de prensa la metodología del procedimiento para la elaboración de boletines de prensa, para difundir las acciones de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

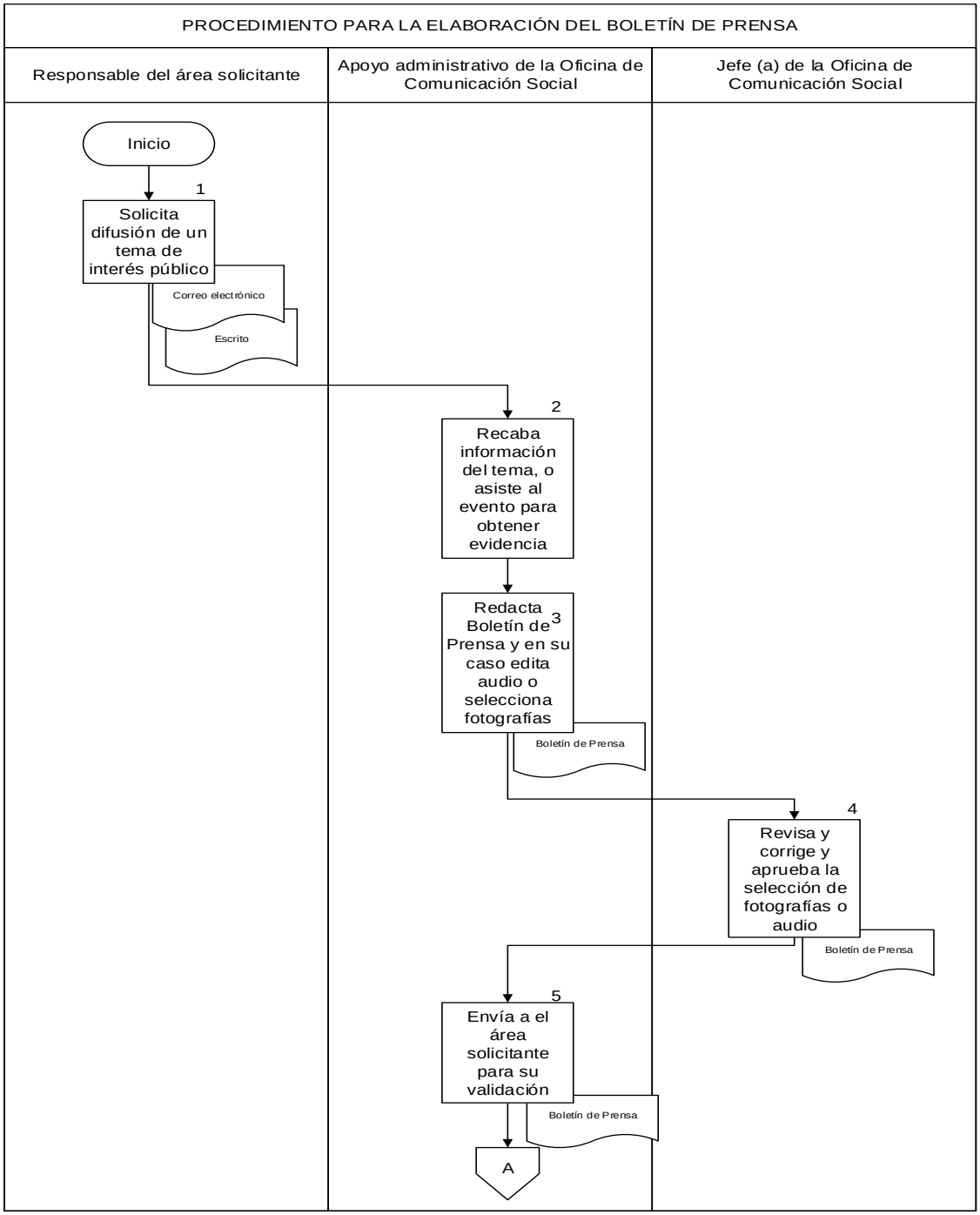
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Políticas de Operación: 1. Se elaboran boletines de prensa de acuerdo a las necesidades e indicaciones de la Oficina del Titular de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. De acuerdo con el calendario anual de fechas conmemorativas elaborara un boletín de prensa destacando las acciones y programas en beneficio de la sociedad. 3. A solicitud de una Dirección o Coordinación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla emitirá un boletín de prensa.
Responsables	Oficina del Titular (Oficina de Comunicación Social).
Áreas Involucradas	Unidades adscritas a los Servicios de Salud de Estado de Puebla.
Recursos	Correo electrónico, Boletín de Prensa, Síntesis informativa.
Glosario	N/A

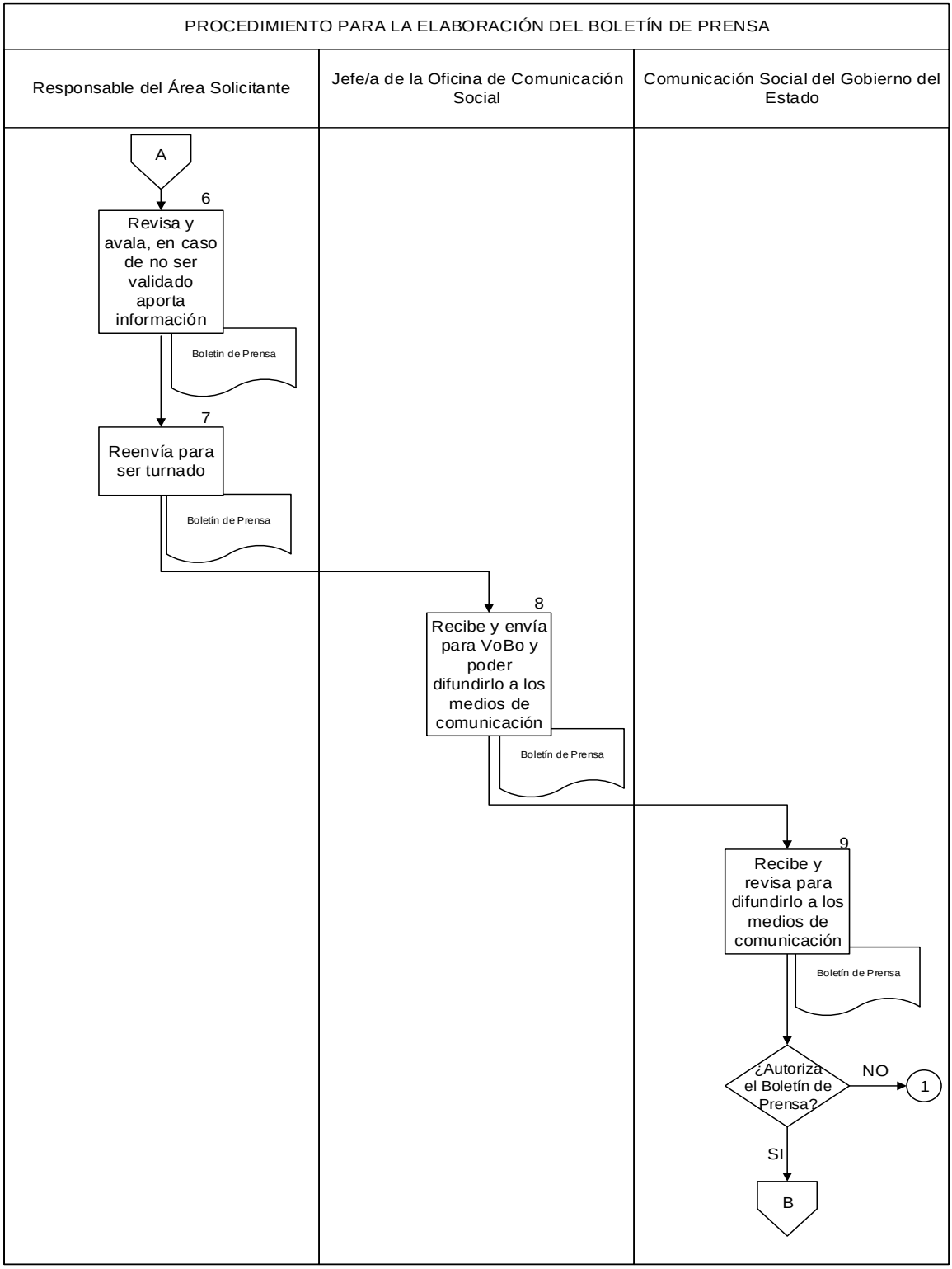
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE PRENSA

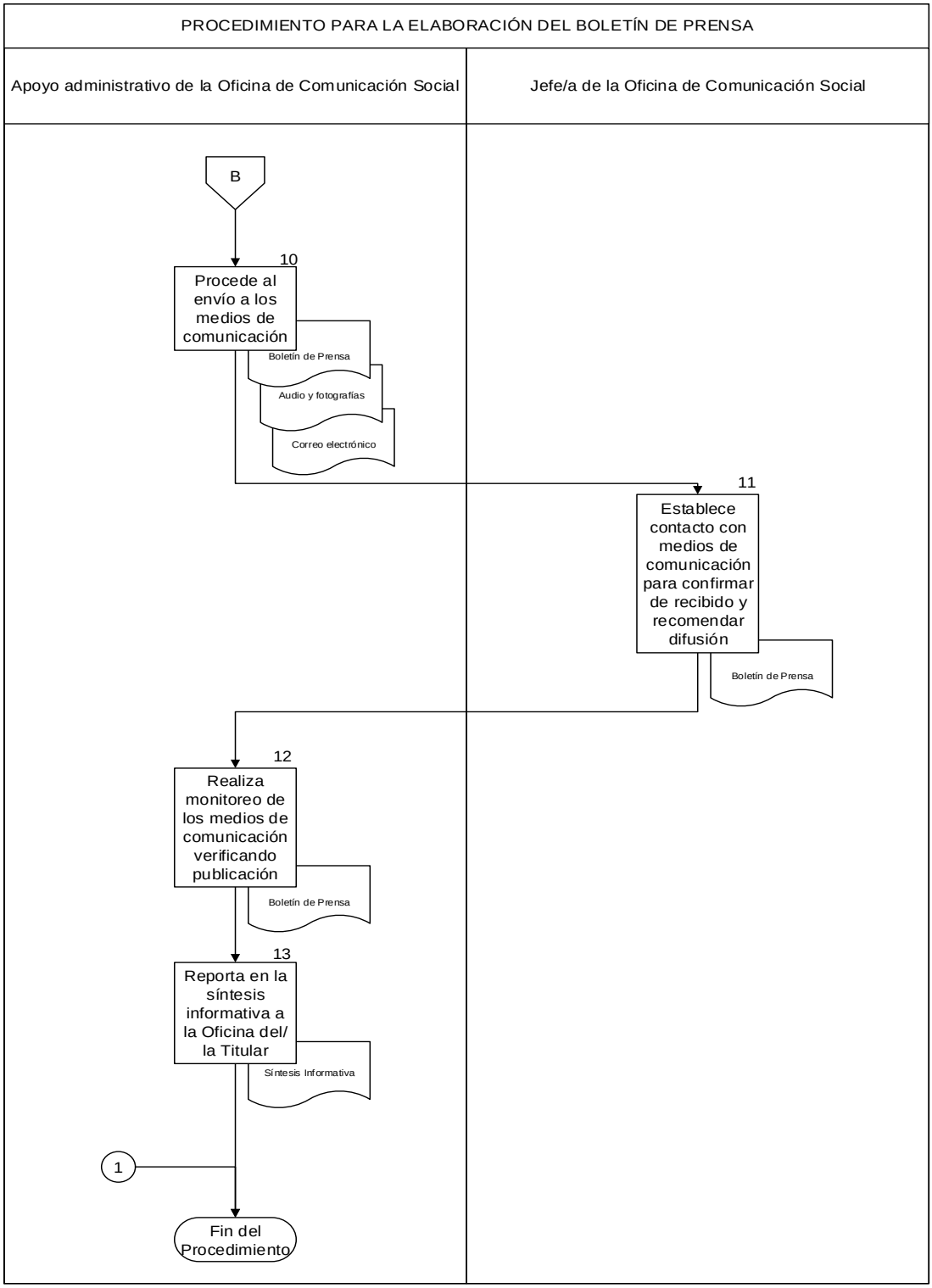
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Área Solicitante	Solicita de manera escrita y/o correo electrónico la elaboración y difusión de un tema de interés público a través de un Boletín de Prensa.	Correo electrónico
2	Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social	Recaba información referente al tema solicitado que se debe difundir o asiste al evento para cubrirlo para obtener evidencia.	S/D
3	Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social	Redacta el Boletín de Prensa donde destacan las acciones de gobierno en temas de salud en beneficio de la sociedad y en su caso edita audio y selecciona fotografías.	Boletín de Prensa
4	Jefe/a de la Oficina de Comunicación Social	Revisa y corrige el Boletín de Prensa y si fuese el caso aprueba la selección de fotografías y audio.	Boletín de Prensa
5	Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social	Envía el Boletín de Prensa para su validación a el área solicitante.	Boletín de Prensa
6	Responsable del Área Solicitante	Revisa y avala Boletín de Prensa, en caso de no ser validado, aporta mayor información para enriquecer la propuesta.	Boletín de Prensa
7	Responsable del Área Solicitante	Reenvía el Boletín a la Oficina del/la Titular, para ser turnado a la Jefatura de la Oficina de Comunicación Social.	Boletín de Prensa
8	Jefe/a de la Oficina de Comunicación Social	Recibe Boletín de Prensa y envía a Comunicación Social del Gobierno del Estado para su Visto Bueno y poder difundirlo a los medios de	Boletín de Prensa

		comunicación.	
9	Comunicación Social del Gobierno del Estado	Recibe y revisa el Boletín de Prensa para difundirlo a los medios de comunicación. ¿Autoriza el Boletín de Prensa? Si: Continúa en la actividad 10. No: Fin del procedimiento.	Boletín de Prensa
10	Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social	Procede al envío del boletín y en su caso audio y fotografías a los medios de comunicación a través de correo electrónico.	Boletín de Prensa Audio, fotografías correo electrónico
11	Jefe/a de la Oficina de Comunicación Social.	Establece contacto con los medios de comunicación para confirmar que se recibió el boletín de prensa y recomendar su difusión.	Boletín de Prensa
12	Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social	Realiza monitoreo de los medios de comunicación verificando la publicación del boletín de prensa.	Boletín de Prensa
13	Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social	Reporta en la síntesis informativa las publicaciones del Boletín de Prensa a la Oficina del/la Titular.	Síntesis informativa
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE PRENSA



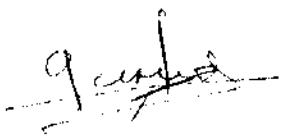

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE PRENSA
Responsable del Área Solicitante
Jefe/a de la Oficina de Comunicación Social
Comunicación Social del Gobierno del Estado
A
6
Revisa y avala, en caso de no ser validado aporta información
Boletín de Prensa
7
Reenvía para ser turnado
Boletín de Prensa
8
Recibe y envía para VoBo y poder difundirlo a los medios de comunicación
Boletín de Prensa
9
Recibe y revisa para difundirlo a los medios de comunicación
Boletín de Prensa
¿Autoriza el Boletín de Prensa?
NO
1
SI
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE PRENSA
Apoyo administrativo de la Oficina de Comunicación Social
Jefe/a de la Oficina de Comunicación Social
B
10
Procede al envío a los medios de comunicación
Boletín de Prensa
Audio y fotografías
Correo electrónico
11
Establece contacto con medios de comunicación para confirmar de recibido y recomendar difusión
Boletín de Prensa
12
Realiza monitoreo de los medios de comunicación verificando publicación
Boletín de Prensa
13
Reporta en la síntesis informativa a la Oficina del/ la Titular
Síntesis Informativa
1
Fin del Procedimiento

7.2. PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN SOCIAL.

7.2.1. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES, GESTIONES E INCONFORMIDADES RECIBIDAS Y ATENDIDAS POR ESCRITO.

Tiempo Promedio: 72 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Isabel Garma Arenas Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos MIGA(UGS) Octubre 2018	**Adriel Vázquez Viveros Titular de la Unidad de Gestión Social AVV (UGS) Octubre 2018**	**Adriel Vázquez Viveros Titular de la Unidad de Gestión Social AVV (UGS) Octubre 2018**

Objetivo	Atender de manera inmediata y oportuna a todas las peticiones, gestiones e inconformidades que presente la población de manera escrita, propiciando la mejora de calidad en los servicios que se brindan en este Organismo, con la finalidad de que los servicios sean acordes a las necesidades de la población.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
3. Ley General de Salud.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
5. Ley Estatal de Salud.
6. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
7. Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
8. Decreto del Honorable Congreso del Estado, por el que se crea el Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado, denominado "RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD", con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud.
9. Decreto del Honorable Congreso del Estado, por el que se reforma y adiciona diversas disposiciones del Decreto del Honorable Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las peticiones, gestiones e inconformidades ciudadanas tendrán un tiempo máximo de respuesta o avance de las mismas de 72 horas, a partir de su recepción; por lo cual las Unidades deberán remitir la información en un lapso de 48 horas a partir del momento en que el área de Oficialía de Partes le haya remitido el escrito mediante el Control de Gestión.
2. Toda petición, gestión o inconformidad deberá contener los siguientes datos del/la interesado/a: nombre completo, firma o huella y domicilio para notificaciones, para su pronta respuesta; en caso contrario, éstas no podrán ser atendidas.
3. La información correspondiente al seguimiento de cada petición, gestión o inconformidad será turnada a la Unidad de Gestión Social, la cual es la unidad

	administrativa facultada para dar respuesta. 4. La Unidad de Gestión Social, es la unidad administrativa encargada de dar respuesta directa al peticionario/a y de hacer del conocimiento de quien sea necesario sobre el seguimiento a cada asunto.
Responsables	Unidad de Gestión Social
Áreas Involucradas	Aplica a la Unidad de Gestión Social atender y dar respuesta a todas aquellas quejas, denuncias y peticiones que sean turnadas o recibidas por la Unidad y que competen a los SSEP, enviadas por particulares o servidores/as públicos/as.
Recursos	Peticiones, gestiones o inconformidades de la ciudadanía, oficio/memorándum.
Glosario	N/A.

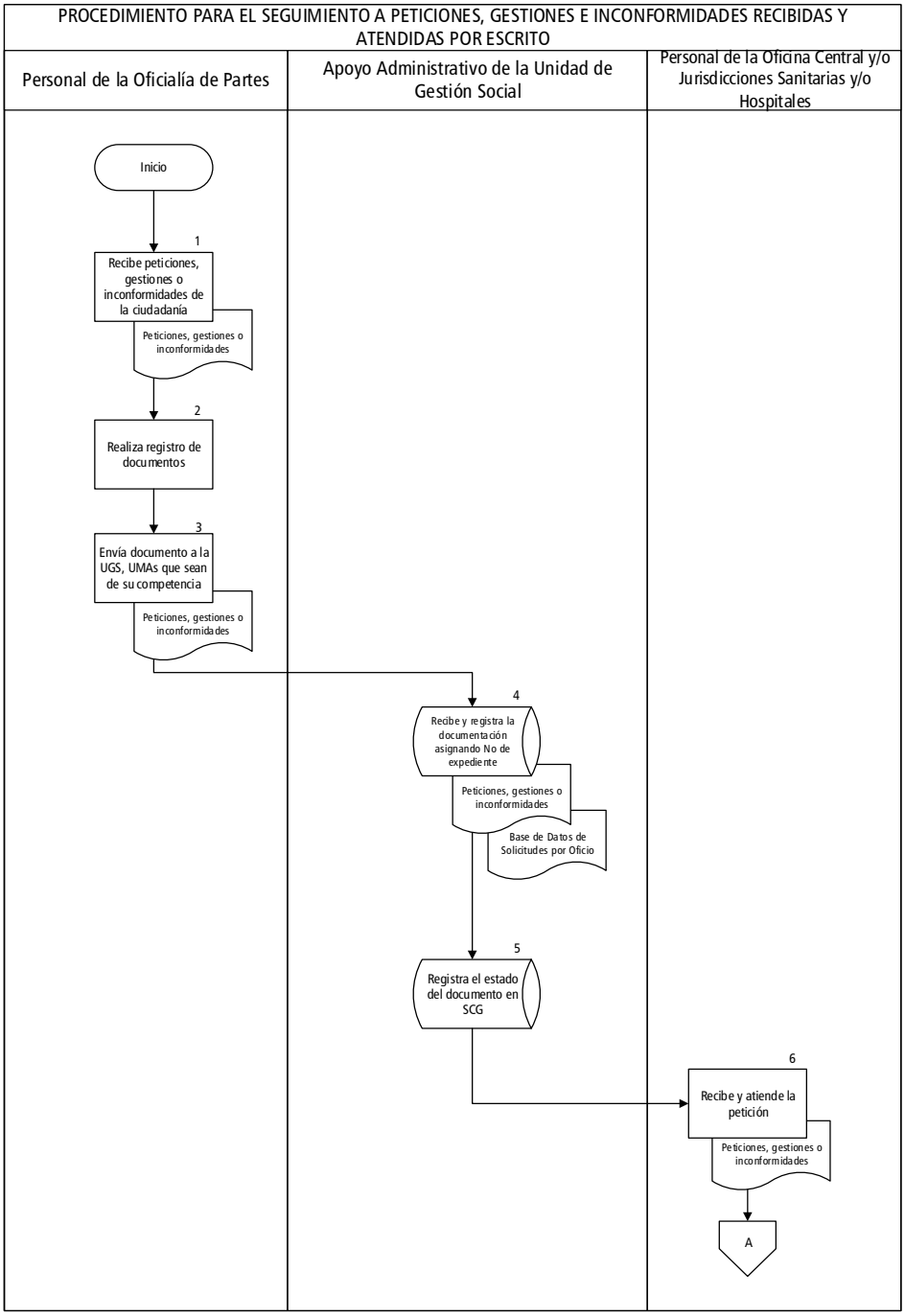
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES, GESTIONES E INCONFORMIDADES RECIBIDAS Y ATENDIDAS POR ESCRITO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Oficialía de Partes	Recibe peticiones, gestiones o inconformidades de la ciudadanía.	Peticiones, gestiones o inconformidades de la ciudadanía
2		Realiza registro de documentos.	
3		Envía documento a la Unidad de Gestión Social, así como a las	Peticiones, gestiones o

		Unidades Médicas o Administrativas que sean de su competencia.	inconformidades de la ciudadanía
4	Apoyo Administrativo de la Unidad de Gestión Social	Recibe y registra la documentación, en la “Base de Datos de Solicitudes por Oficio”, asignando número de expediente.	Peticiones, gestiones o inconformidades de la ciudadanía Base de Datos de Solicitudes por Oficio
5		Registra el estado del documento en el Sistema de Control de Gestión.	Sistema de Control de Gestión.
6	Personal de la Oficina Central y/o Jurisdicciones Sanitarias y/o Hospitales	Recibe y atiende la petición.	Peticiones, gestiones o inconformidades de la ciudadanía
7		Realiza actividades de seguimiento.	
8		Elabora oficio o memorándum de respuesta y lo remite a la Unidad de Gestión Social.	Oficio/Memorándum
9	Apoyo Administrativo de la Unidad de Gestión Social	Recibe respuesta de la atención que dio la Unidad Médica o Administrativa.	Oficio o memorándum.
10		Registra y analiza respuesta. ¿Es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 11. No: Solicita al área involucrada amplíe la información y regresa a la actividad No. 8.	Acta Administrativa.
11		Elabora oficio de respuesta y remite a la Oficialía de Partes.	CD’s
12	Personal de la Oficialía de Partes	Recibe oficio de respuesta.	Acta de Entrega. Recepción. Disco Compacto.

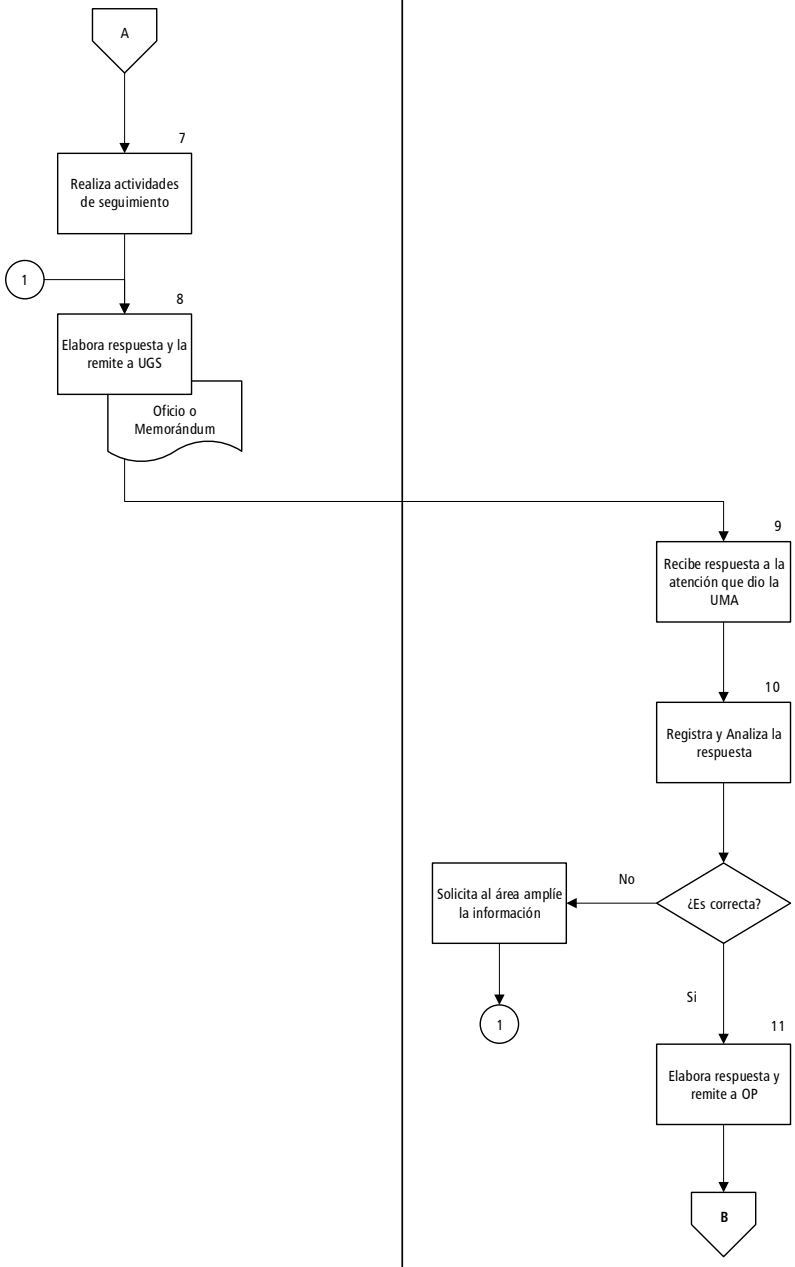
13	Personal de la Oficialía de Partes	Registra y envía el documento al peticionario/a por medio de mensajero o vía correo.	Acta y Disco compacto.
14		Entrega acuse a la Unidad de Gestión Social.	Oficio y/o correo electrónico.
15	Apoyo Administrativo de la Unidad de Gestión Social	Recibe acuse e integra al expediente.	Correo electrónico.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES, GESTIONES E INCONFORMIDADES RECIBIDAS Y ATENDIDAS POR ESCRITO.

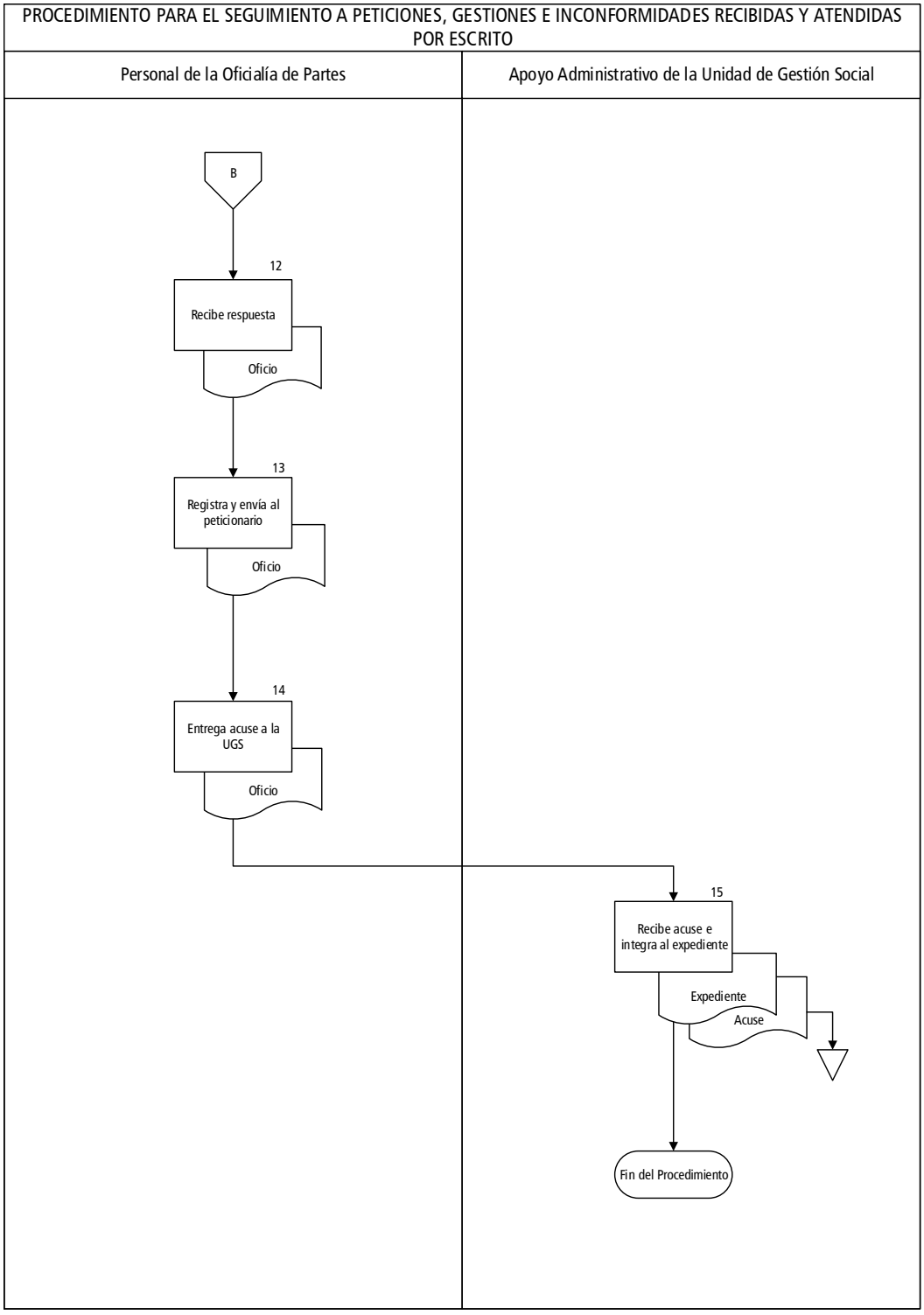


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES, GESTIONES E INCONFORMIDADES RECIBIDAS Y ATENDIDAS POR ESCRITO

Personal de la Oficina Central y/o Jurisdicciones Sanitarias y/o Hospitales	Apoyo Administrativo de la Unidad de Gestión Social

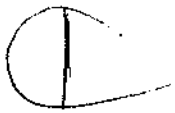


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES, GESTIONES E INCONFORMIDADES RECIBIDAS Y ATENDIDAS POR ESCRITO



7.2.2. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTO, RECIBIDAS Y ATENDIDAS DE MANERA PERSONAL.

Tiempo Promedio: 24 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Isabel Garma Arenas Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos MIGA(UGS) Octubre 2018	**Adriel Vázquez Viveros Titular de la Unidad de Gestión Social AVV (UGS) Octubre 2018**	**Adriel Vázquez Viveros Titular de la Unidad de Gestión Social AVV (UGS) Octubre 2018**

Objetivo	Atender de manera inmediata y oportuna todas las peticiones de atención médica y medicamentos que presente la población de manera personal, propiciando la mejora de calidad en los servicios que se brindan en este Organismo, con la finalidad de que los servicios sean acordes a las necesidades de la población.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
3. Ley General de Salud.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
5. Ley Estatal de Salud.
6. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
7. Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
8. Decreto del Honorable Congreso del Estado, por el que se crea el Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado, denominado "RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD", con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud.
9. Decreto del Honorable Congreso del Estado, por el que se reforma y adiciona diversas disposiciones del Decreto del Honorable Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
10. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).
11. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
12. Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI).

Políticas de Operación:

1. Las peticiones de atención médica y medicamentos serán atendidas en el momento de su recepción, realizando las gestiones necesarias para su cumplimiento, debiendo solicitar como mínimo nombre completo del/la paciente, diagnóstico, domicilio y número telefónico de algún familiar.
2. Toda gestión deberá realizarse con estricto apego a los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable.
3. El trato de toda gestión debe ser de forma directa con

	el/la paciente o familiar y llevarse de principio a fin por el gestor/a. 4. Cada trámite que se realice acerca de la petición, deberá ser informado al/la solicitante en el momento de la gestión. 5. Monitorear vía telefónica con el peticionario/a o paciente, la atención médica o medicamento que se le haya gestionado.
Responsables	Unidad de Gestión Social.
Áreas Involucradas	Aplica a la Unidad de Gestión Social atender y dar respuesta a todas las peticiones de atención médica y medicamentos que sean recibidas por personal de dicha Unidad en giras de trabajo del Ejecutivo del Estado o del Secretario de Salud, así como las recibidas en las oficinas que ocupa el área, presentadas en forma verbal por la ciudadanía o servidores/as públicos/as.
Recursos	Base de Datos “Registro de Peticiones UGS”
Glosario	SEDIF: Sistema Estatal de Desarrollo Integral de la Familia. CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

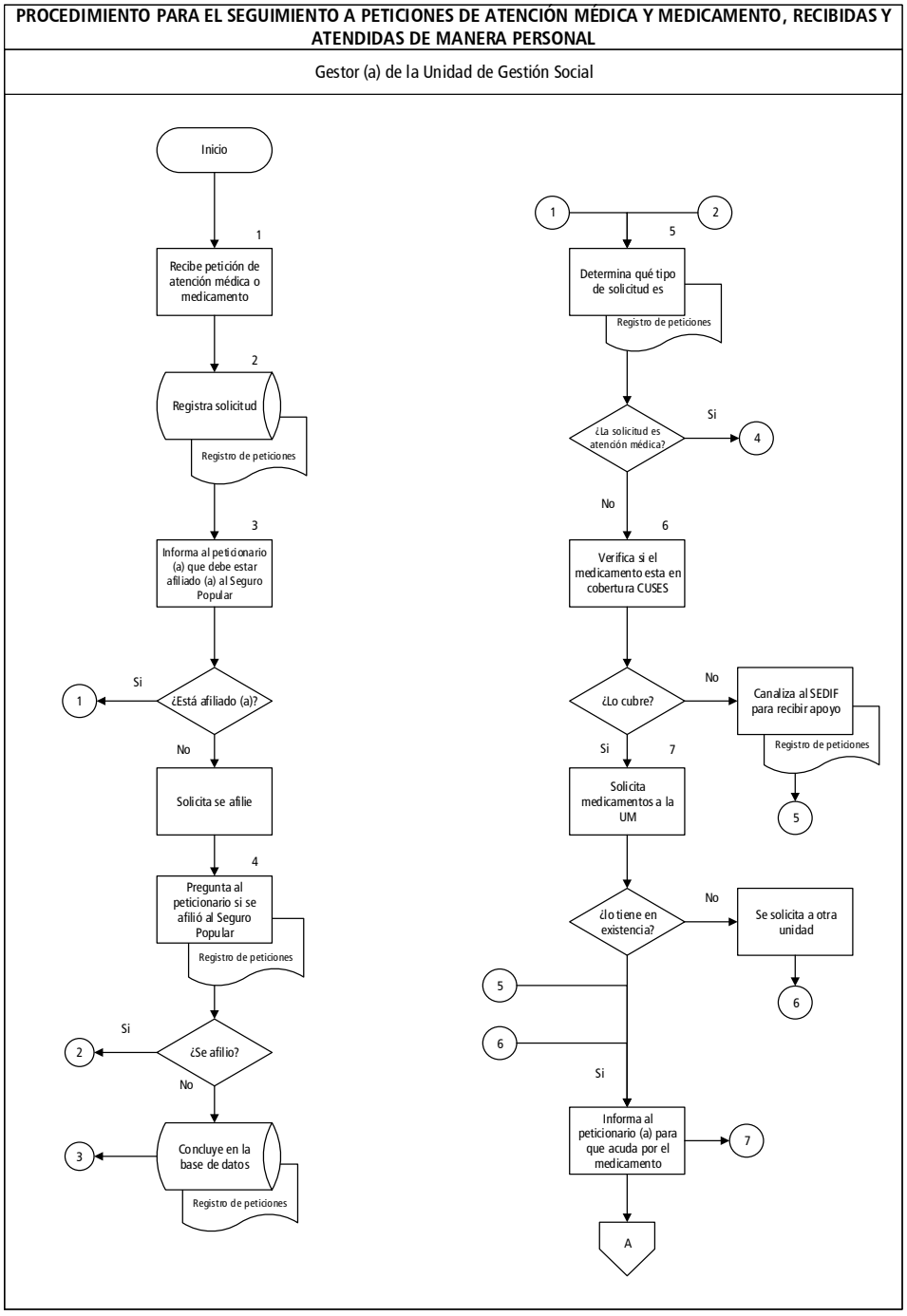
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTO, RECIBIDAS Y ATENDIDAS DE MANERA PERSONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Gestor/a de la Unidad de Gestión Social	Recibe petición verbal de atención médica o medicamento.	

2		Registra la solicitud en Base de Datos denominada “Registro de Peticiones UGS”.	Base de Datos “Registro de Peticiones UGS”
3		Informa al peticionario/a que debe estar afiliado/a al Seguro Popular. ¿Está afiliado/a? Si: Continúa en la actividad No. 5. No: Solicita se afilie.	
4		Pregunta al/la peticionario/a si se afilió al Seguro Popular ¿Se afilió? Si: Continúa en la actividad No.5. No: Se concluye en la Base de Datos. **Fin del procedimiento**	Base de Datos “Registro de Peticiones UGS”
5		Determina qué tipo de solicitud es: atención médica o medicamento. ¿La petición es atención médica? Si: Continúa en la actividad 9. No: Es medicamento continúa en el paso 6	Base de Datos “Registro de Peticiones UGS”
6		Verifica si el medicamento se encuentra en cobertura por el CAUSES. ¿Lo cubre? Si: Continúa en la actividad No. 7. No: Se canaliza al SEDIF para recibir apoyo. **Fin del procedimiento**	
7		Solicita el medicamento a la Unidad Médica que corresponda. ¿Lo tiene en existencia? Si: Se le informa al/la peticionario/a para que acuda por el medicamento. No: Se solicita a otra Unidad. **Fin del procedimiento**	
8	Gestor/a de la Unidad	Gestiona consulta médica en la Unidad	

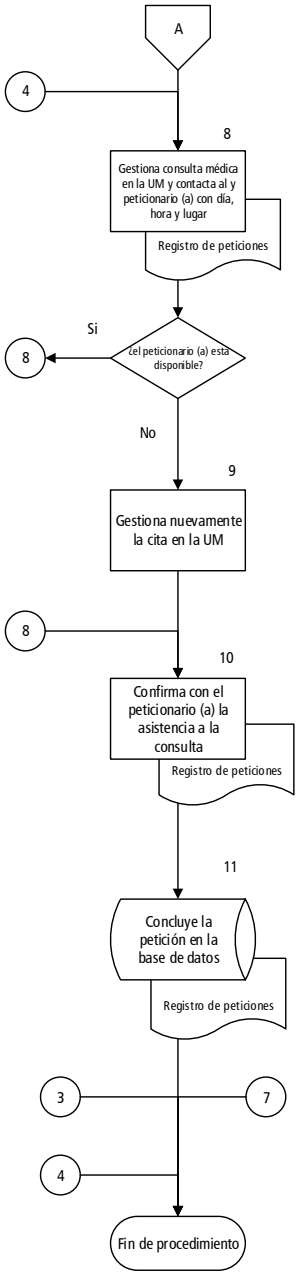
	de Gestión social	Médica correspondiente Contacta al peticionario/a para proporcionarle el día, hora y lugar de su consulta. ¿El peticionario está disponible? Si: Continúa en el paso 10. No, Continúa en la actividad 9.	
9		Gestiona nuevamente la consulta en la Unidad Médica.	Base de Datos "Registro de Peticiones UGS"
10		Confirma con el peticionario/a la asistencia a la consulta.	
11		Concluye petición en la Base de Datos.	Base de Datos "Registro de Peticiones UGS"
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTO, RECIBIDAS Y ATENDIDAS DE MANERA PERSONAL.



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A PETICIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTO, RECIBIDAS Y ATENDIDAS DE MANERA PERSONAL

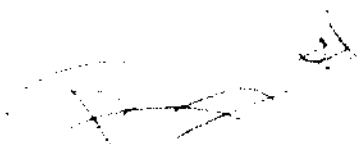
Gestor (a) de la Unidad de Gestión Social



7.3. PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO A LA OPERACIÓN.

7.3.1. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE ACTAS DE ENTREGA-RECEPCIÓN.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Marlene Gardilazo Meza **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos** **MGM (USO)** **Octubre 2018**	**Ingrid S. Salas Ramírez** **Titular de la Unidad de Seguimiento a la Operación** **ISSR (USO)** **Octubre 2018**	**Ingrid S. Salas Ramírez** **Titular de la Unidad de Seguimiento a la Operación** **ISSR (USO)** **Octubre 2018**

Objetivo	Coadyuvar y asesorar en la elaboración e integración de las Actas de Entrega-Recepción de la Unidad de la Oficina del/la Titular; así como de aquellos que determine el/la Director/a General.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. 2. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. 3. Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla. 4. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que establece el Sistema Informático para la Entrega Recepción (SIERE), así como las bases y lineamientos mediante los cuales los servidores públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, deberán entregar a quienes los sustituyan al término de su empleo, cargo o comisión, los recursos patrimoniales, documentos y en general los asuntos que hayan tenido a su disposición. Políticas de Operación: 1. El Acta de Entrega-recepción deberá ser integrada dentro de los cinco días posteriores a la notificación del cambio del/la titular, mediante el SIERE. 2. El acto deberá contener todas y cada una de las firmas de los/las involucrados/as al calce y al margen en todas las hojas que integran el documento. 3. El/la Sujeto que recibe, cuenta con 20 día hábiles contados a partir de la fecha de entrega recepción para notificar cualquier inconsistencia del cotejo de la información, registrando sus observaciones en el apartado de Addendum del SIERE. 4. El Sujeto de entrega deberá solventar en un término de 5 días hábiles la Cédula de resultados elaborada durante la revisión de los anexos.
Responsables	Unidad de Seguimiento a la Operación.
Áreas Involucradas	Aplica a las distintas Unidades Administrativas y Aplicativas de la de la Oficina del/la Titular; así como de aquellos que determine el/la Director/a General.

Recursos	Nombramiento de personal directivo, baja de Personal directivo, oficio o memorándum, cedula de resultados, acta administrativa.
Glosario	N/A

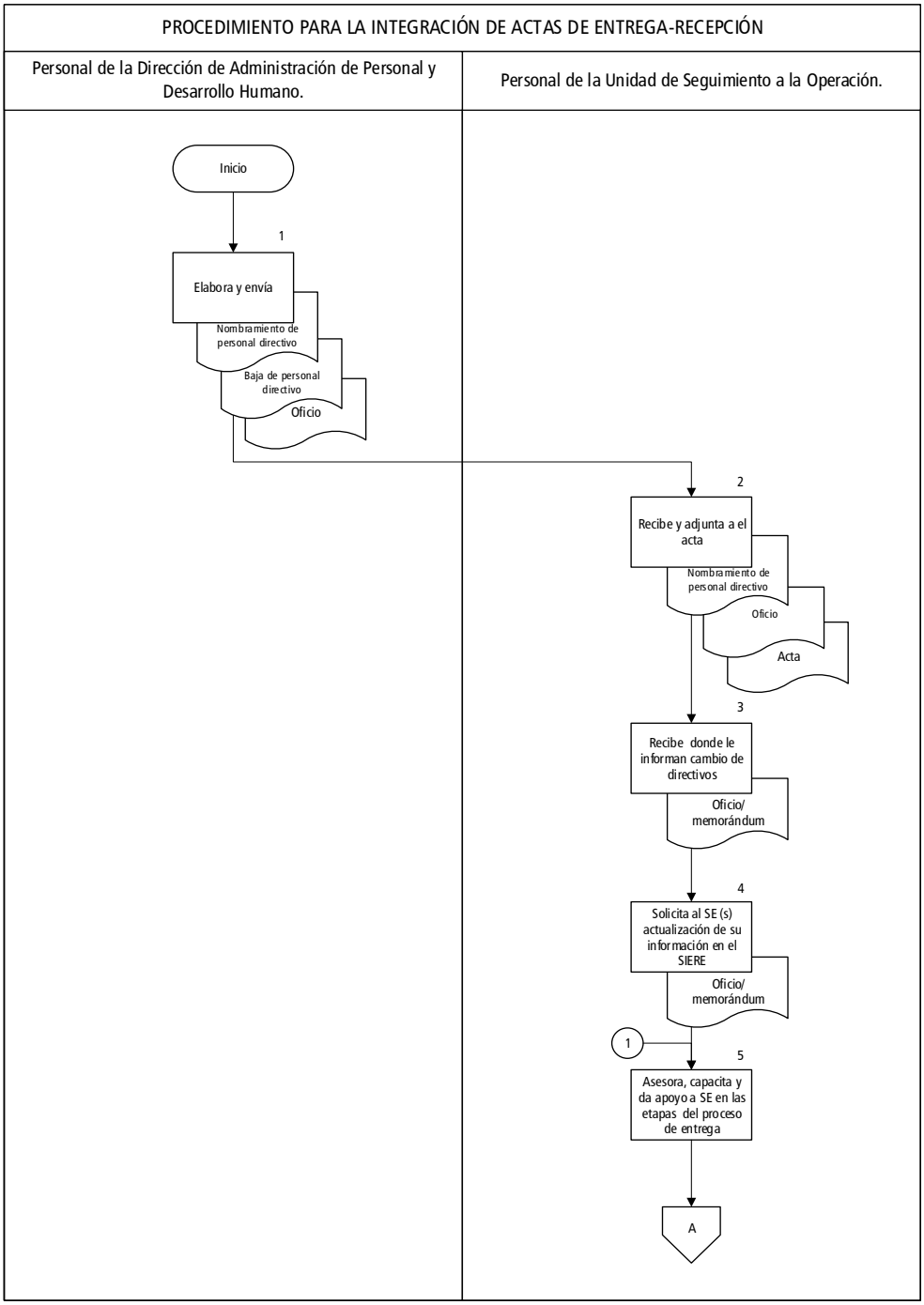
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE ACTAS DE ENTREGA-RECEPCIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Dirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Elabora el nombramiento y baja de personal directivo del Organismo y envía oficio de nombramiento a la Unidad de Seguimiento a la Operación.	Nombramiento de personal directivo. Baja de personal directivo. Oficio.
2	Personal de la Unidad de Seguimiento a la Operación	Recibe vía oficio de la Dirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano oficios de nombramiento del personaly lo se adjunta a el acta.	Nombramiento y/o Oficio. Acta
3		Recibe oficio o memorándum signado por el/la Jefe/a Inmediato /a del/la Sujeto de Entrega ó del Sujeto de Entrega, mediante el cual informan a la Unidad de Seguimiento a la Operación, sobre el cambio de directivos/as o Titular del área.	Oficio o memorándum.
4		Solicita por oficio o memorándum al/la Sujeto de Entrega, la actualización y autorización de su información contenida en los anexos	Oficio o memorándum.

		del SIERE en el tiempo establecido en los lineamientos; así mismo como de los/las Sujetos de Entrega bajo su mando.	
5		Asesora, capacita y da apoyo en cada una de las etapas del proceso de Entrega-Recepción a los Sujetos de Entrega.	
6		Supervisa y verifica de manera cuantitativa la información capturada en SIERE cuando el/la sujeto de entrega deje el empleo cargo o comisión y elabora Cédula de resultados en la revisión de los anexos del Sujeto de Entrega. ¿Es correcta la información? Si: Continua actividad No. 7. No: Se rechaza la entrega y continúa en la actividad No. 5.	SIERE. Cédula de resultados.
7		Acepta la Entrega Recepción en el Sistema.	
8		Realiza invitación vía oficio a la Delegación de la Contraloría en el Sector Salud para que asista al Protocolo de Entrega-Recepción.	Oficio.
9		Convoca por oficio o memorándum a los Servidores Públicos que intervendrán en el acto de Entrega-Recepción.	Oficio o memorándum.
10		Requisita e imprime el Acta Administrativa en el SIERE.	Acta.Administrativa.
11	Personal de la Unidad de Seguimiento a la Operación	Genera respaldos en disco compacto no regrabable de la información del/la Sujeto de Entrega y en su caso de aquellos /as Sujetos de Entrega que dependan de él/ella. (Cuatro CD´s).	CD’s

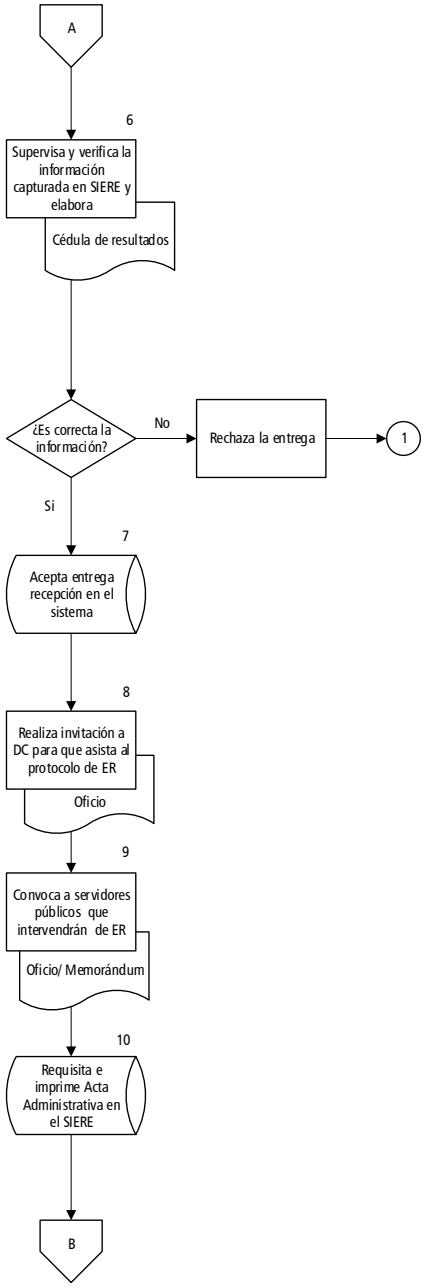
12		Da lectura del acta de Entrega-Recepción y recabando las firmas y rubrica de los involucrados/as en discos compactos y actas.	Acta de Entrega. Recepción. Disco Compacto.
13		Entrega un ejemplar del acta administrativa y disco compacto a cada uno de los/(las participantes en el Acto de Entrega-Recepción con excepción de los/as testigos y designados/as de documentación.	Acta y Disco compacto.
14		Solicita por oficio y/o vía electrónica a la Secretaría de la Contraloría la contraseña para el /la nuevo/a sujeto de entrega.	Oficio y/o correo electrónico.
15		Genera, Clave de Usuario/a y Contraseña en el SIERE al/a nuevo Sujeto de Entrega, misma que se entrega al enlace Institucional para su entrega final.	Correo electrónico.
16		Entrega a través de Vale la Clave de Usuario/a y Contraseña para sesión del SIERE al/la nuevo/a sujeto de entrega.	Clave.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE ACTAS DE ENTREGA-RECEPCIÓN.



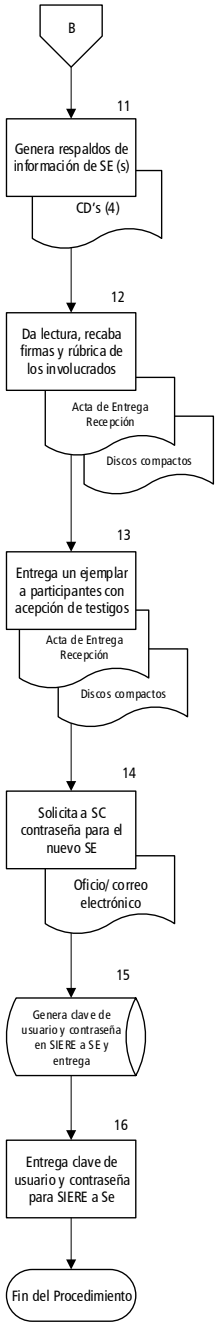
PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE ACTAS DE ENTREGA-RECEPCIÓN

Personal de la Unidad de Seguimiento a la Operación.



PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE ACTAS DE ENTREGA-RECEPCIÓN

Personal de la Unidad de Seguimiento a la Operación



7.3.2. PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN REGISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE CORRESPONDENCIA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Marlene Garcilazo Meza **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos** **MGM (USO)** **Octubre 2018**	**Ingrid S. Salas Ramírez** **Titular de la Unidad de Seguimiento a la Operación** **ISSR (USO)** **Octubre 2018**	**Ingrid S. Salas Ramírez** **Titular de la Unidad de Seguimiento a la Operación** **ISSR (USO)** **Octubre 2018**

Objetivo	Registrar y distribuir la correspondencia recibida, de manera eficiente para coadyuvar en desarrollo oportuno de las actividades encomendadas a la Secretaría de Salud y a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley del Servicio Postal Mexicano Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión Secretaría General Secretaría De Servicios Parlamentarios. 2. Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. 3. Lineamientos Generales Para La Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. 4. ACUERDO por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales. 5. CAPITULO III.- ADMINISTRACIÓN DE CORRESPONDENCIA. - ART. 31 AL 36. 6. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, artículo 14 fracción 7. Manual de Organización de la Unidad de Seguimiento a la Operación. Políticas de Operación: 1. Sistema de Control de Gestión. Todo documento turnado por oficialía de partes deberá ser entregado en original al área correspondiente con su respectivo volante (acuse) emitido por el Sistema de Control de Gestión de Oficialía. 2. El seguimiento de correspondencia turnado por parte de Oficialía a las diferentes unidades aplicativas de los Servicios de salud del Estado de Puebla y a la Secretaría de Salud, se hará directamente vía Sistema de Control de Gestión
Responsables	Unidad de Seguimiento a la Operación.
Áreas Involucradas	Aplica para todas las Unidades Médico y Administrativas de los Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud y los tres poderes del Gobierno del Estado de Puebla, Secretaría de Salud Federal, empresas privadas y públicas en general.

Recursos	Documentación, acuse de Recibido, relación, documentación paquetería.
Glosario	Correspondencia Externa: Cuando se trata de correspondencia entre una unidad administrativa de la Secretaria de Salud o de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y personas o instituciones ajenas a ella. Correspondencia Interna: Documentación proveniente de las Unidades Médico y Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y de la Secretaria de Salud. Acuse de recibo: Es la confirmación (a través de una firma o sello) de que un documento fue recibido correctamente en tiempo y forma. Correspondencia: Documentos o comunicado, primordialmente escrito, a través del cual se transmite información que generan las instancias internas y externas. Documento: Testimonio escrito con que se aprueba o acredita información el cual puede ser oficio, memorándum, notas informativas, fax, circular, invitación etc.

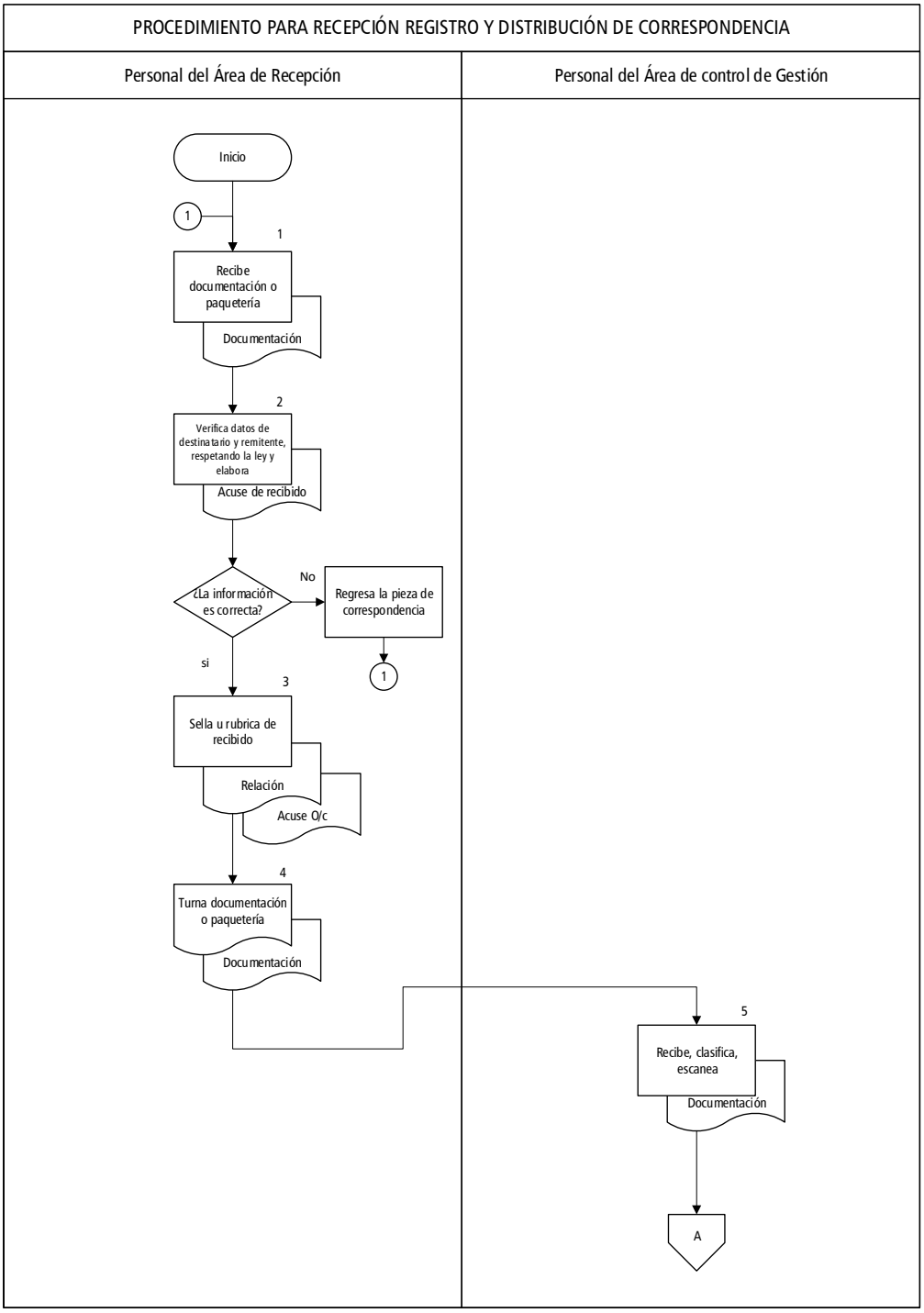
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN REGISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE CORRESPONDENCIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal del Área de Recepción	Recibe de las Unidades Medicó-Administrativas; Entidades Gubernamentales; Privadas o Público en general, la documentación o paquetería para envío.	Documentación.

2		Verifica que los datos del destinatario/a y remitente estén correctos, respetando lo establecido en la Ley del Servicio Postal Mexicano y elabora acuse de recibo y/o relación. ¿La información es correcta? No: Regresa la pieza de correspondencia al/la remitente. Continúa en el paso 1. Si: Continua en la actividad 3.	Acuse de recibo.
3		Sella y rubrica de recibido la relación y/o acuse en original y copia.	Relación. Acuse en original.
4		Turna la documentación y/o paquetería al área de Control de Gestión.	Documentación.
5	Personal del Área de control de Gestión	Recibe documentación y/o paquetería y clasifica de acuerdo al destinatario/a, escanea.	Documentación. Paquetería.
6		Registra documentación y/o paquetería en el Sistema de Control de Gestión.	Documentación.
7		Separa la documentación y/ o paquetería con sus respectivos acuses para su entrega en: ➢ Mensajería interna: Unidades médicas y administrativas de oficinas centrales y a las Jurisdicciones. ➢ Mensajería externa: Servicio de Mexpost , Servicio Postal, correspondencia para juzgados e Interdependencias, Servicio de Valija, para las áreas	Documentación. Acuses.

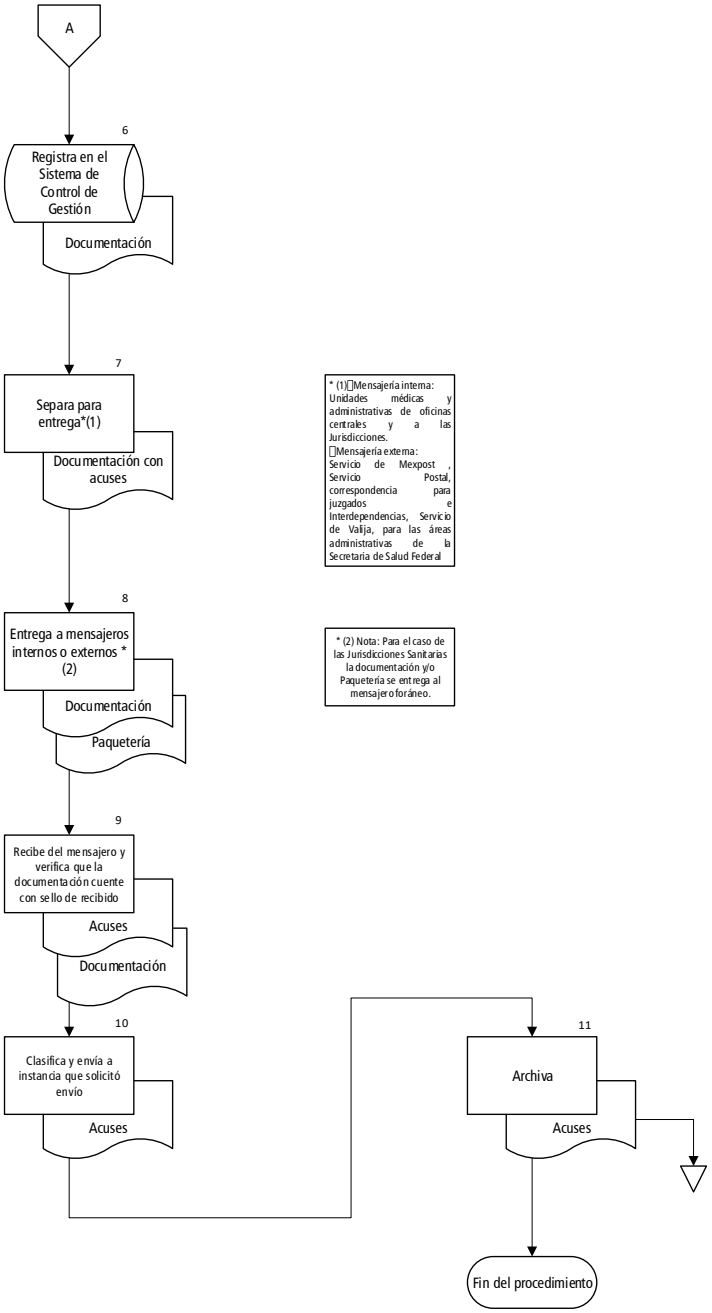
		administrativas de la Secretaria de Salud Federal.	
8		Entrega la documentación y/o paquetería a los mensajeros/as internos/as y/o externos/as. Nota: Para el caso de las Jurisdicciones Sanitarias la documentación y/o Paquetería se entrega al mensajero foráneo.	Documentación Paquetería
9		Recibe del /la mensajero/a acuse de recibo debidamente requisitado y verifica que la documentación cuente con sello de recibido.	Acuses de recibo.
10	Personal del Área de control de Gestión	Clasifica y distribuye los acuses de recibo a la instancia que solicitó el envío de documentación o paquetería.	Acuse de recibo.
11		Archiva acuses.	Acuse de recibo.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN REGISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE CORRESPONDENCIA.



PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN REGISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Personal del Área de control de Gestión



7.3.3. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS E INSTRUCCIONES EMITIDA POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Marlene Garcilazo Meza Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos MGM (USO) Octubre 2018	**Ingrid S. Salas Ramírez Titular de la Unidad de Seguimiento a la Operación ISSR (USO) Octubre 2018**	**Ingrid S. Salas Ramírez Titular de la Unidad de Seguimiento a la Operación ISSR (USO) Octubre 2018**

Objetivo	Dar seguimiento oportuno a los acuerdos e instrucciones y establecidas en reuniones de cuerpo directivo, así como de aquellas que determine el/la Director/a General; promoviendo y coordinando con las áreas involucradas, la atención y cumplimiento de dichos acuerdos.

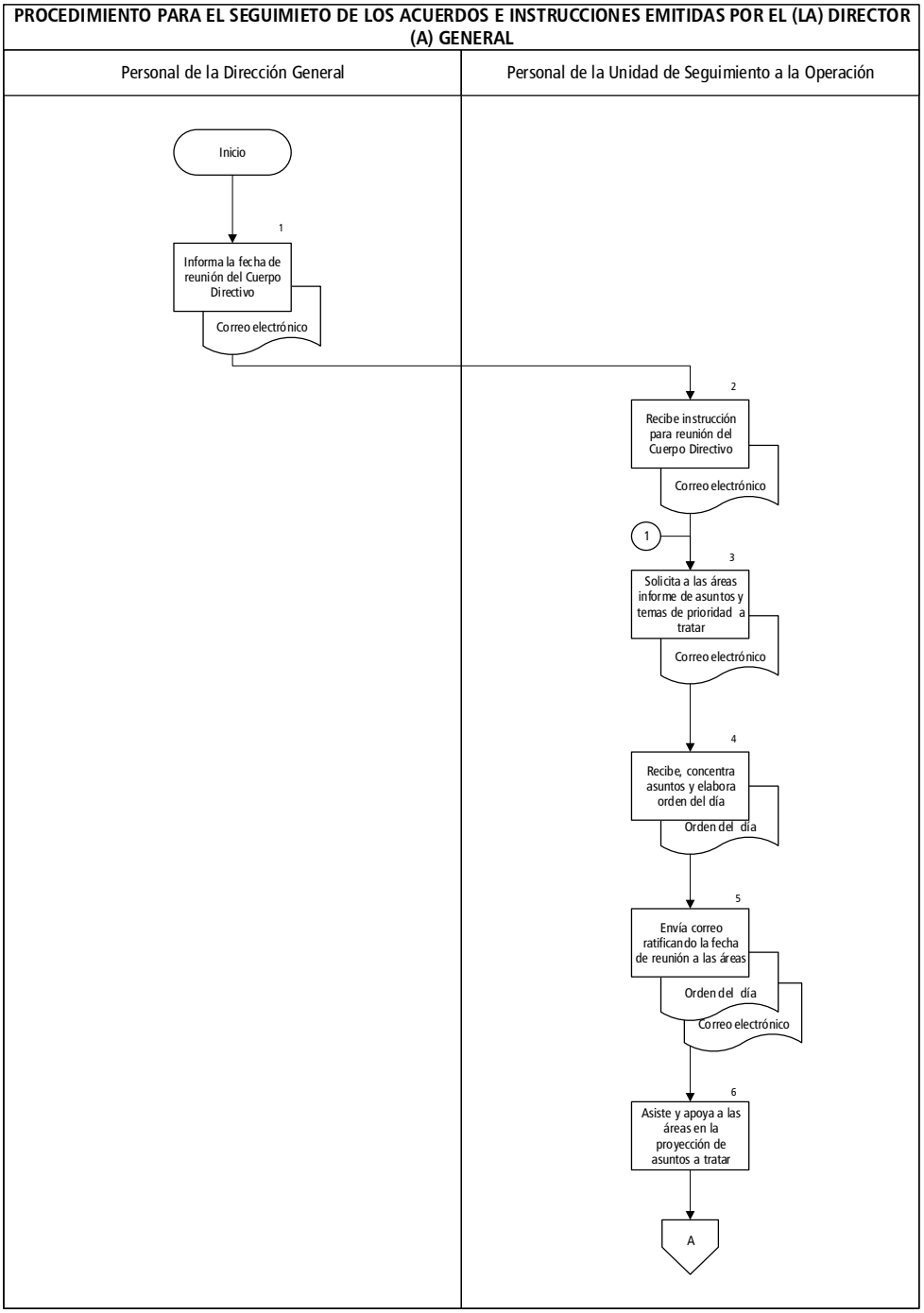
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. 2. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. 3. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Solicitar de manera oportuna (vía electrónica) a las áreas administrativas involucradas, previo acuerdo del/la Director/a General de los SSEP, los asuntos a tratar en junta de cuerpo directivo, así como la información necesaria para desarrollar el tema considerado. 2. Verificar y dar seguimiento a los acuerdos o instrucciones que emanen de las reuniones de cuerpo directivo, así como de las instrucciones directas e informar a su superior jerárquico.
Responsables	Unidad de Seguimiento a la Operación.
Áreas Involucradas	Aplica a las distintas Unidades Administrativas y Aplicativas que conforman el Organismo.
Recursos	Correo electrónico, orden del día, minutas de acuerdos.
Glosario	N/A.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS E INSTRUCCIONES EMITIDA POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL.

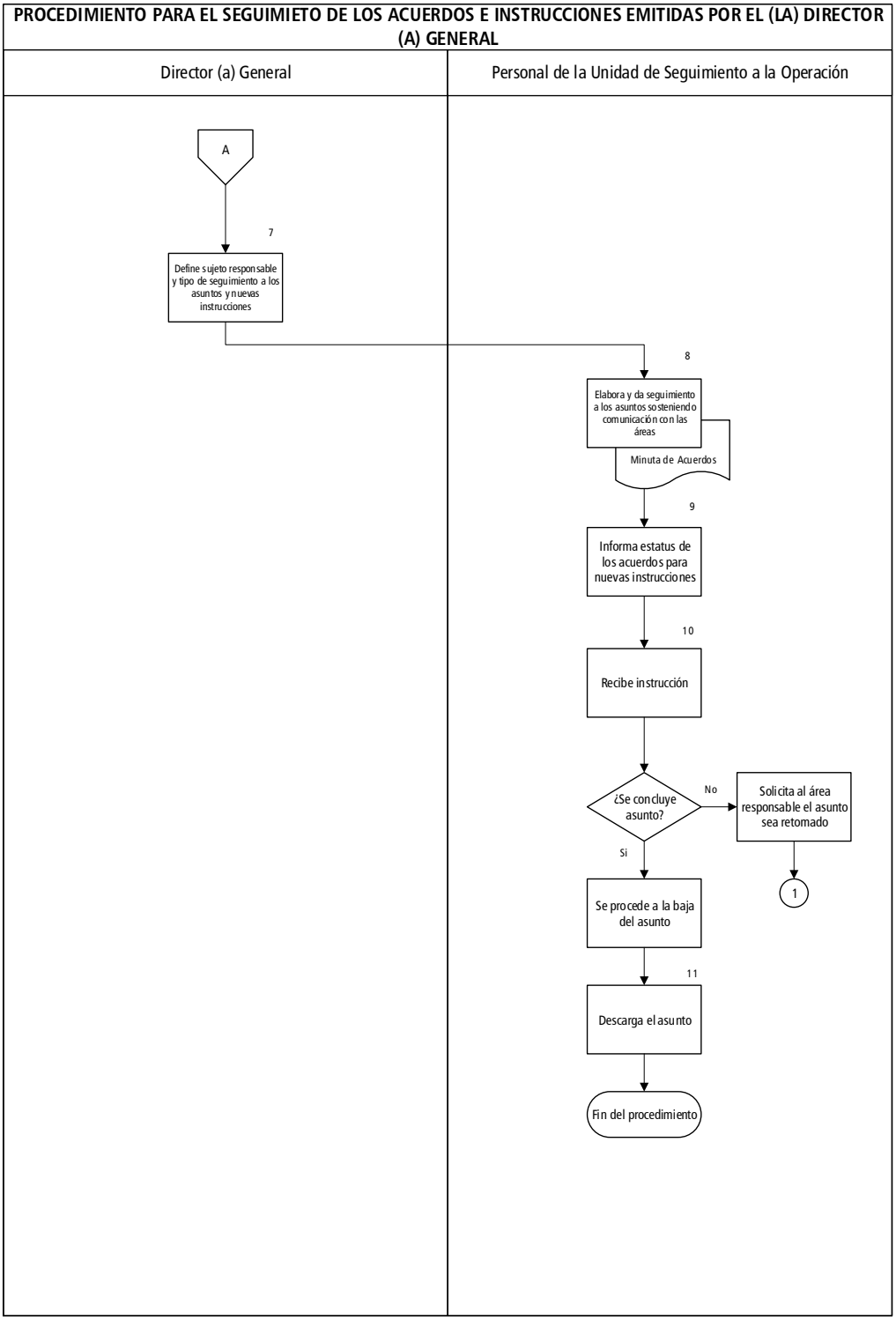
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Dirección General	Informa a la Unidad de Seguimiento a la Operación vía correo electrónico o de forma verbal la fecha para reunión de Cuerpo Directivo.	Nombramiento de personal directivo. Baja de personal directivo. Oficio.
2	Personal de la Unidad de Seguimiento a la Operación	Recibe instrucción para reunión de trabajo de Cuerpo Directivo.	Nombramiento y/o Oficio. Acta
3		Solicita a las áreas involucradas informen vía correo electrónico los asuntos y temas de prioridad a tratar en reunión del Cuerpo Directivo.	Oficio o memorándum.
4		Recibe, concentra los asuntos a tratar y elabora la orden de día.	Oficio o memorándum.
5		Envía por correo electrónico la orden del día, ratificado la fecha de reunión a las áreas que participan.	
6		Asiste, y apoya a las áreas en la proyección de los asuntos a tratar.	SIERE. Cédula de resultados.
7	Director/a General	Define sujeto responsable y tipo de seguimiento de los asuntos tratados en reunión (en mesas de trabajo o acuerdos directos con los/las responsables del tema.); Así como determina nuevas instrucciones.	
8	Personal de la Unidad de Seguimiento a la	Elabora Minuta de Acuerdos derivadas de las instrucciones emitidas por el Director General, se	Oficio.

	Operación	da el seguimiento de los asuntos instruidos sosteniendo comunicación con las áreas involucradas.	
9		Informa al/la director/a General, el status de los acuerdos respectivos, el cual determina su conclusión para su baja o genera nueva instrucción.	N/A
10		Recibe instrucción. ¿Se concluye asunto? Si: Se procede a la baja del asunto. Continúa en el paso 11. No: Se solicita vía electrónica al área responsable del asunto sea retomado para la siguiente reunión, continua en el 3paso No. 3.)	N/A
11		Se descarga el Asunto.	N/A
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS E INSTRUCCIONES EMITIDA POR EL/LA DIRECTOR/A GENERAL.



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIETO DE LOS ACUERDOS E INSTRUCCIONES EMITIDAS POR EL (LA) DIRECTOR (A) GENERAL



7.4. PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

7.4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles contados a partir de la fecha del cambio del Sujeto de Entrega.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Eloisa Razo Arzate **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ERA (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Precisar los pasos a seguir para que los/las Servidores/as Públicos/as al término de su empleo cargo o comisión cumplan en tiempo y forma con el Proceso de Entrega Recepción, establecido por la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría.
2. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece que el Sistema Informático para la Entrega Recepción (SIERE) así como las bases y lineamientos mediante los cuales los servidores públicos de las dependencias y entidades de la administración pública estatal, deberán entregar a quienes los sustituyan al término de su empleo, cargo o comisión los recursos patrimoniales, documentos y en general los asuntos que haya tenido a su disposición.
3. Lineamientos para el Proceso de Entrega-Recepción.
4. Guía de Operación del Sistema Informático para la Entrega-Recepción (SIERE).
5. Lineamientos establecidos en la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.

Políticas de Operación:

1. De acuerdo a lo establecido en la Fracción XIX, Articulo XV del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría, las Delegaciones y Comisarías deberán participar en la Entrega Recepción que realicen los Servidores Públicos (SP) de las Unidades Administrativas (UA) de las dependencias o entidades de la Administración Pública Estatal de su competencia; por lo anterior los asuntos relacionados al PER de los SP de los Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP) se atienden en conjunto con la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud (DSCSS).
2. Todos los/las involucrados/as en el procedimiento deberán sujetarse a los Lineamientos emitidos por la Secretaría de la Contraloría para el PER, para ello deberá apoyarse de la Guía de Operación del Sistema Informático para Entrega Recepción (SIERE).
3. Debido a que el formato oficial establecido para el Acta de Entrega Recepción (AER) solicita que el/la Servidor/a Público/a que Entrega (SPE) designe a un/a Servidor/a Público/a para proporcionar toda la documentación y recursos consignados en el Acta y que el/la Servidor/a

	Público/a que Recibe (SPR) designe a un/una Servidor/a Público/a para recibir la documentación y recursos consignados en el Acta, así como para solicitar la información y documentación que sea pertinente, es por ello que se integran en el presente procedimiento a un/una Servidor/a Público/a Designado/a para Entregar Información (SPDEI) y a un/una Servidor/a Público/a Designado/a para Recibir Información (SPDRI). 4. Para dar cumplimiento al presente procedimiento, se deberá contar con nombramiento oficial o en su caso documento de designación emitido por el/la Jefe/a Inmediato/a (JI) del cual dependa el SPE. 5. En caso de que por fallas técnicas del SIERE debidamente comprobadas el/la Sujeto de Entrega no pueda cumplir con su obligación legal de realizar el Proceso de Entrega Recepción por medio del SIERE, deberá recurrir al Enlace Institucional del Área Médica para proporcionar los formatos establecidos e informar sobre las disposiciones generadas al respecto.
Responsables	Coordinación de Servicios de Salud.
Áreas Involucradas	Titular de la Coordinación de Servicios de Salud. Titular de la Unidad de Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. ➢ Jefe/a de Jurisdicciones Sanitarias. ➢ Directores/as de Hospitales Generales. ➢ Directores/as de Hospitales de Especialidad. ➢ Directores/as de Hospitales Comunitarios. ➢ Directores/as de Hospitales Integrales. Titular de la Unidad de Enlace de Hospitales y Unidades de Especialidad Director/a de Atención a la Salud. ➢ Subdirector/a de Hospitales. ➢ Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad. ➢ Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios.

- Jefe/a del Departamento de Servicios Hospitalarios.
- Jefe/a del Departamento de Enfermería.
- Jefe/a del Departamento de Trabajo Social

- Subdirector/a de Salud Itinerante.
  - Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica.
  - Jefe/a del Departamento de Cirugía Extramuros.
- Subdirector/a de Enseñanza e Investigación.
  - Jefe/a del Departamento de Investigación en Salud.
  - Jefe/a del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas.

Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

- Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera.
  - Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud.
  - Coordinador/a del Centro de Salud Urbano Analco.
  - Jefe/a del Departamento de Prospera.
- Subdirector/a de Salud Pública.
  - Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
  - Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva.
  - Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud.
- Subdirector/a de Vigilancia Epidemiológica.
  - Jefe/a del Departamento de Inteligencia Epidemiológica.
  - Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles.
- Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública.
  - Jefe/a del Departamento de Vigilancia Sanitaria.
  - Jefe/a del Departamento de Vigilancia Epidemiológica.

Director/a de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

- Subdirector/a de Regulación y Fomento Sanitario.
  - Jefe/a del Departamento de Bienes, Servicios y Publicidad.
  - Jefe/a del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional.
  - Jefe/a del Departamento de Insumos para la Salud

	y Servicios de Atención Médica. Director/a de Operación de Unidades Médicas. ➢ Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales. ➢ Jefe/a del Departamento de Control de Abasto. ➢ Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico. ➢ Jefe/a del Departamento de Servicios Médicos Integrales.
Recursos	Oficio o correo electrónico, copia renuncia, SIERE.
Glosario	SIERE: Sistema Informático para la Entrega Recepción. SC: Secretaría de la Contraloría. DSCSS: Delegación Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud. EIAM: Enlace Institucional Área Médica. SPE: Servidor/a Público/a que Entrega. SPR: Servidor/a Público/a que Recibe. RC: Representante de la Secretaría de la Contraloría. SPT: Servidor/a Público/a Testigo. SPDEI: Servidor/a Público/a Designado/a para Entregar Información. SPDRI: Servidor/a Público/a Designado/a para Recibir Información. SP: Servidor (es) Público (s). PER: Proceso de Entrega Recepción. JI: Jefe/a Inmediato/a. AER: Actas de Entrega Recepción. CSS: Coordinación de Servicios de Salud. Unidad Administrativa (UA): Área Médica que realiza actividades específicas e identificables en los procesos administrativos que dependen de la Coordinación de Servicios de Salud y que se encuentran obligados al Proceso de Entrega Recepción a través del Sistema Informático para la Entrega Recepción.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

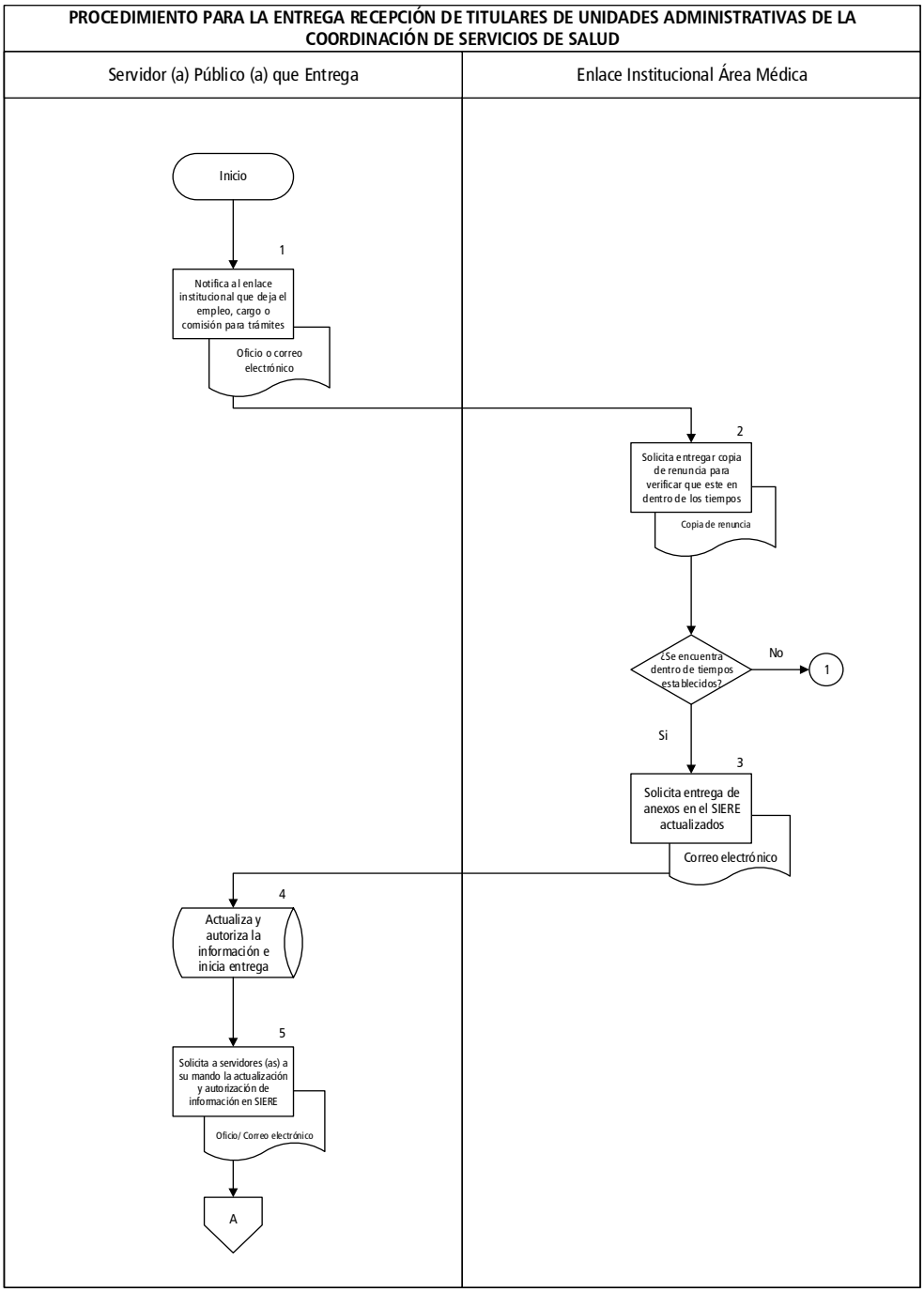
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Servidor/a Público /a que Entrega	Notifica por oficio o correo electrónico al Enlace Institucional Área Médica que deja el empleo cargo o comisión para dar inicio a los trámites correspondientes.	Oficio o correo electrónico.
2	Enlace Institucional Área Médica	Solicita entregar, físicamente o mediante correo electrónico, copia de renuncia para verificar que este dentro de los tiempos establecidos. ¿Se encuentra dentro de los tiempos establecidos? Si: Continúa con actividad número 3. No: **Fin del procedimiento**	Copia de renuncia
3		Solicita mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a que Entregue actualizados los anexos en el SIERE, con información al último día del cargo.	Correo electrónico.
4	Servidor/a Público /a que Entrega	Actualiza y autoriza en el SIERE la información capturada en los anexos que le apliquen e inicia la entrega.	SIERE
5		Solicita por oficio o correo electrónico a los Servidores/as Público/as que tenga bajo su mando y cuenten con sesión en el SIERE, la actualización y autorización de su información.	Oficio o correo electrónico
6		Notifica mediante correo electrónico al EIAM que la entrega ha sido iniciada	Correo electrónico
7	Enlace Institucional Área Médica	Verifica de manera cuantitativa la información capturada por el Servidor/a	SIERE

		Público/a que Entrega en el SIERE. ¿Los anexos contienen lo solicitado? Si: Continúa con actividad 8. No: Continúa con actividad 9.	
8		Acepta la entrega en el SIERE y continúa con la actividad 15	SIERE
9		Rechaza la entrega en el SIERE.	SIERE
10		Genera una cédula en donde se detallen las observaciones generadas de la verificación a los anexos del SIERE.	Cédula de observaciones
11		Envía mediante correo electrónico la cédula de observaciones al Servidor /a Público/a que Entrega para ser solventadas a la brevedad.	Correo electrónico
12	Servidor/a Público/a que Entrega	Recibe cédula de observaciones y solventa en el SIERE las observaciones e inicia entrega nuevamente en el SIERE.	SIERE
13	Enlace Institucional Área Médica	Verifica y acepta la entrega. ¿Existen observaciones? Si: Continúa con actividad 14. No: Continúa con actividad 15.	SIERE
14		Genera una cédula de observaciones que se incluirá en el Acta Entrega Recepción.	Cédula de observación
15		Solicita por oficio o mediante correo electrónico al Jefe/a Inmediato/a del Servidor/a Público/a que Entregue informe por escrito quién es el SPR.	Oficio o correo electrónico
16	Jefe/a Inmediato/a del Servidor/a Público/a que Entrega	Entrega copia del nombramiento oficial o del oficio de designación.	Nombramiento u oficio de designación

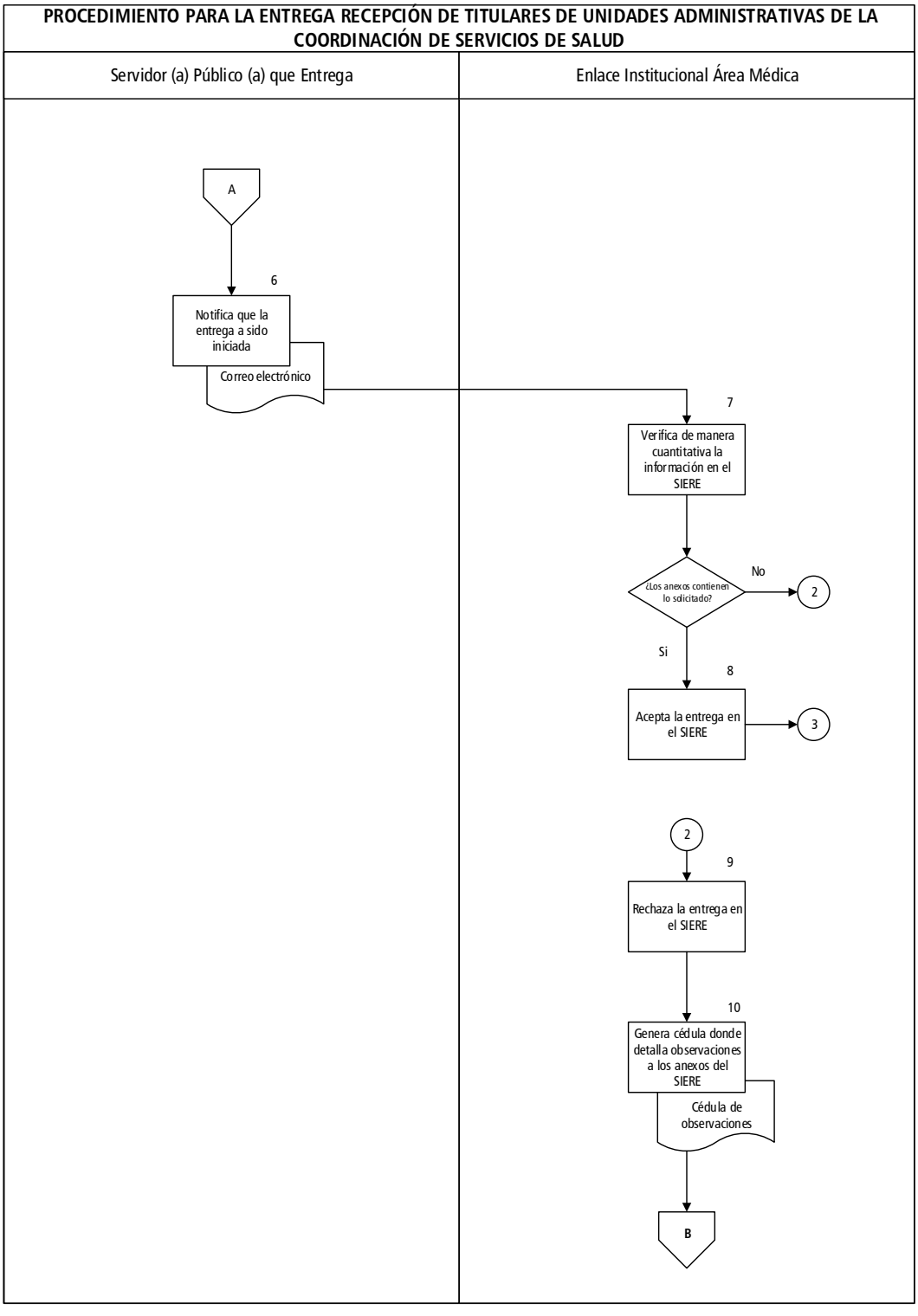
17	Servidor/a Público /a que Entrega	Designa mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a Testigo para dar testimonio de la entrega	Correo electrónico
18		Nombra mediante correo electrónico al SPDEI para el Proceso de Entrega Recepción.	Correo electrónico
19		Entrega físicamente al EIAM 4 copias fotostáticas en blanco y negro, legibles, tamaño carta de las identificaciones oficiales, vigentes del Servidor/a Público/a que Entrega, SPT y SPDEI, 4 sobres manila y 4 discos compactos no regrabables.	Copias de identificación oficial vigente
20	Servidor/a Público/a que recibe	Designa mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a Testigo para dar testimonio de la recepción	Correo electrónico
21		Nombra mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a Designado/a para Recibir Información para el Proceso de Entrega Recepción.	Correo electrónico
22		Entrega físicamente al EIAM 4 copias fotostáticas en blanco y negro, legibles, tamaño carta de las identificaciones oficiales, vigentes del Servidor/a Público/a que Recibe, Servidor/a Público/a Testigo y al Servidor/a Público/a Designado/a para Recibir Información	Copias de identificación oficial vigente
23	Enlace Institucional Área Médica	Solicita por oficio a la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud designe a un Representante y defina fecha y hora para llevar a cabo el Proceso de Entrega Recepción.	Oficio
24		Redacta en el SIERE el Acta Entrega Recepción	SIERE

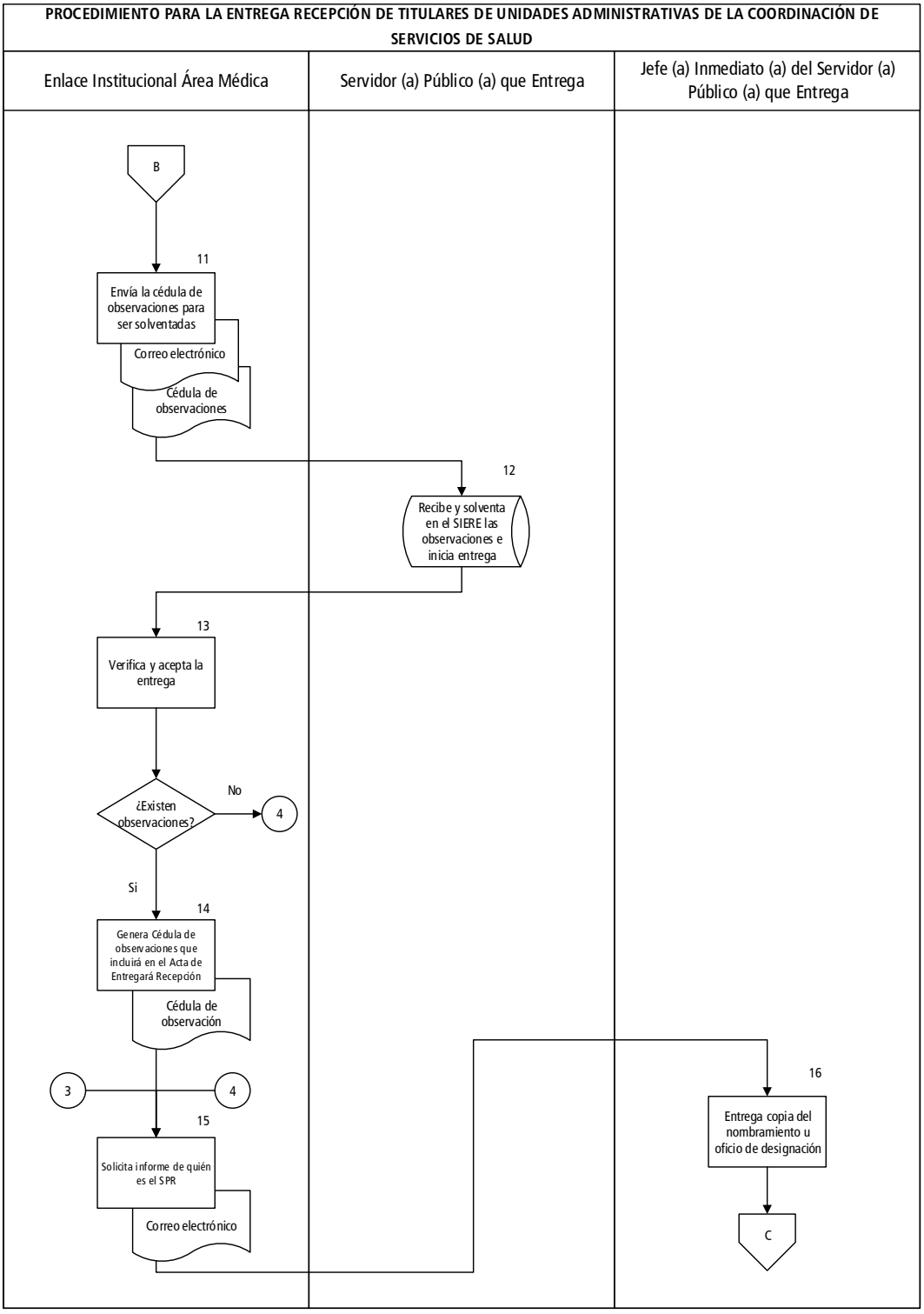
25		Genera en los 04 discos compactos, el respaldo de la información de los anexos que el Servidor/a Público/a que Entrega determinó en el SIERE, así como los respaldos de la información de los Servidores/as Públicos/as que dependen del cargo que se entrega.	Discos compactos
26	Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud	Define por oficio la fecha, hora y designa al Servidor/a Público/a que asiste como Representante de la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud al Proceso de Entrega Recepción.	Oficio
27	Enlace Institucional Área Médica	Convoca mediante correo electrónico a los/las Servidores/as Públicos/as que intervienen en el Acta de Entrega Recepción.	Correo electrónico
28	Todos/as los/las involucrados/as	Participan en el Proceso de Entrega Recepción firmando por cuadruplicado en todas sus fojas los que intervienen en el acto, así como en los discos compactos que forman parte del acta. Las 04 actas y los 04 discos compactos que forman parte del Acta de Entrega Recepción. Se entregan a los siguientes Servidores /as Públicos/as: Servidor/a Público /a que Entrega, Servidor/a Público/a que Recibe, Representante de la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud y Enlace Institucional Área Médica.	Acta de Entrega Recepción y discos compactos.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

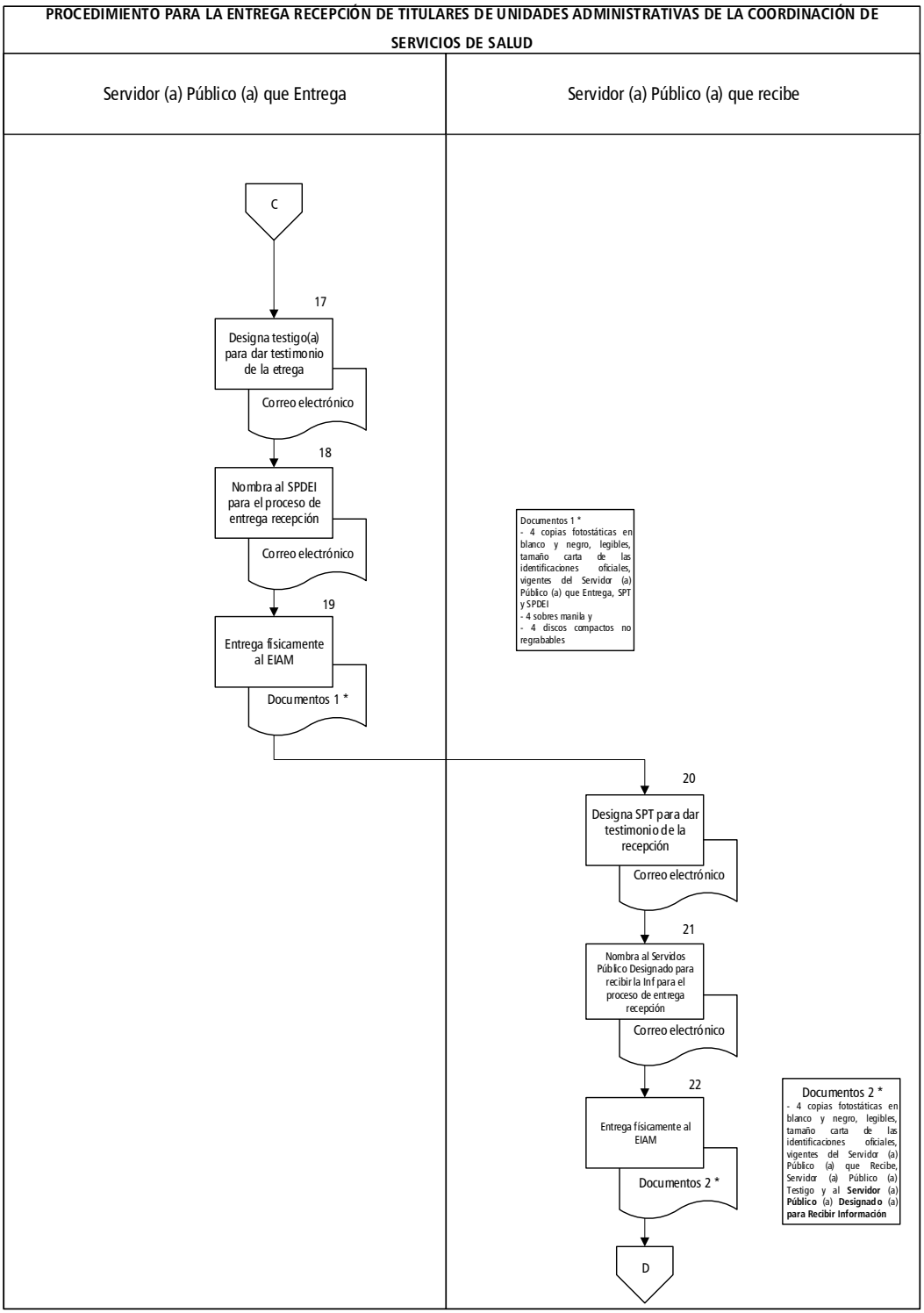


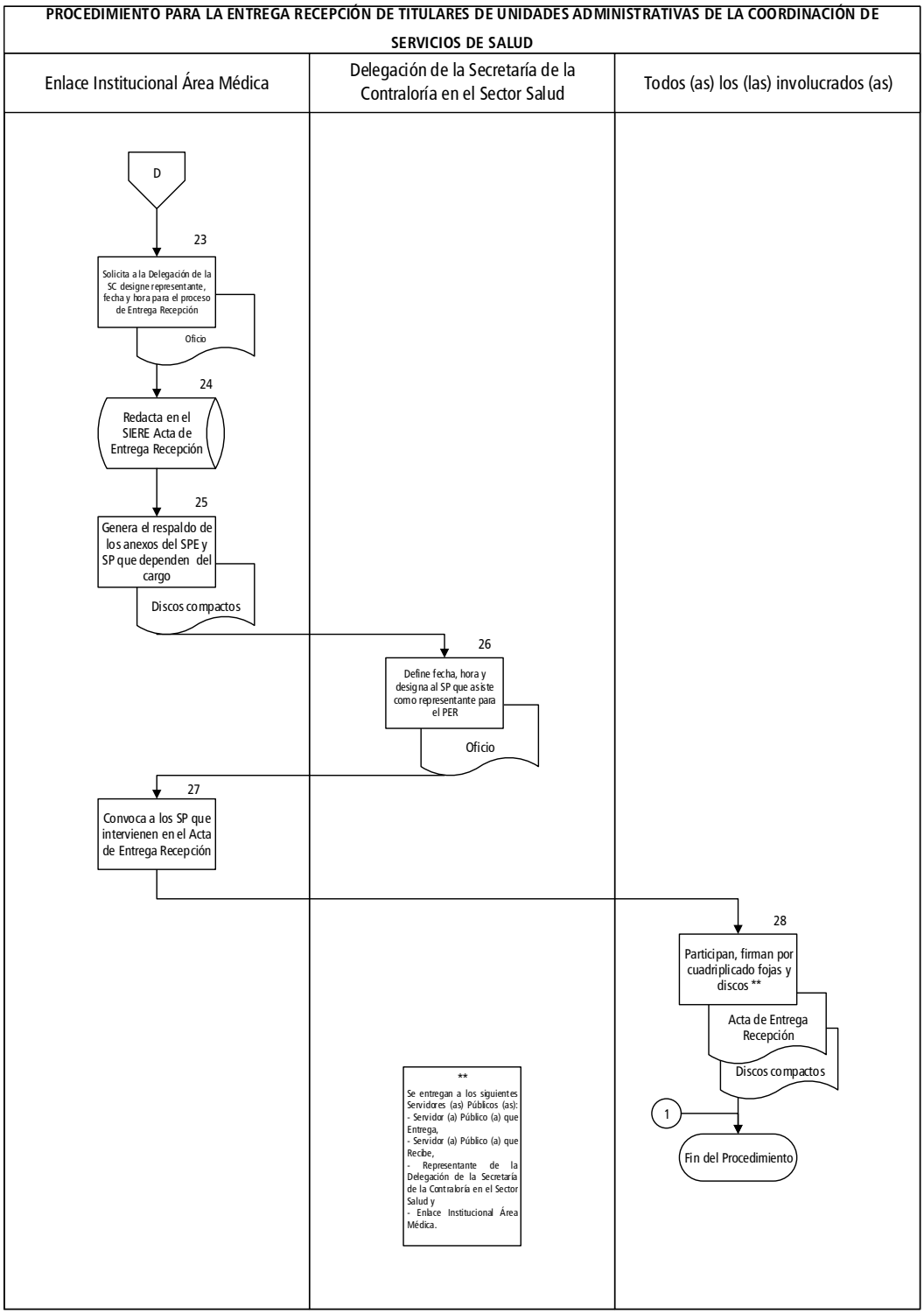
PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD




PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Enlace Institucional Área Médica
Servidor (a) Público (a) que Entrega
Jefe (a) Inmediato (a) del Servidor (a) Público (a) que Entrega
B
11
Envía la cédula de observaciones para ser solventadas
Correo electrónico
Cédula de observaciones
12
Recibe y solventa en el SIERE las observaciones e inicia entrega
13
Verifica y acepta la entrega
¿Existen observaciones?
No
4
Si
14
Genera Cédula de observaciones que incluirá en el Acta de Entregará Recepción
Cédula de observación
3
4
15
Solicita informe de quién es el SPR
Correo electrónico
16
Entrega copia del nombramiento u oficio de designación
C

PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD




PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE TITULARES DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Enlace Institucional Área Médica
Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud
Todos (as) los (las) involucrados (as)
D
23
Solicita a la Delegación de la SC designe representante, fecha y hora para el proceso de Entrega Recepción
Oficio
24
Redacta en el SIERE Acta de Entrega Recepción
25
Genera el respaldo de los anexos del SPE y SP que dependen del cargo
Discos compactos
26
Define fecha, hora y designa al SP que asiste como representante para el PER
Oficio
27
Convoca a los SP que intervienen en el Acta de Entrega Recepción
28
Participan, firman por cuadriplicado fojas y discos **
Acta de Entrega Recepción
Discos compactos
1
Fin del Procedimiento
**
Se entregan a los siguientes Servidores (as) Públicos (as):
- Servidor (a) Público (a) que Entrega,
- Servidor (a) Público (a) que Recibe,
- Representante de la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud y
- Enlace Institucional Área Médica.

7.4.2. PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN ADDENDUM.

Tiempo Promedio: 20 días hábiles contados a partir del día siguiente a la firma del Acta de Entrega Recepción.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Eloísa Razo Arzate **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ERA (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Detallar los pasos a seguir para que el/la Servidor/a Público/a que recibe logre solventar las observaciones que se deriven del Proceso de Entrega Recepción y en su caso, la generación del Addendum correspondiente en el tiempo establecido.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría.
2. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece que el Sistema Informático para la Entrega Recepción (SIERE) así como las bases y lineamientos mediante los cuales los servidores públicos de las dependencias y entidades de la administración pública estatal, deberán entregar a quienes los sustituyan al término de su empleo, cargo o comisión los recursos patrimoniales, documentos y en general los asuntos que haya tenido a su disposición.
3. Lineamientos para el Proceso de Entrega-Recepción.
4. Guía de Operación del Sistema Informático para la Entrega-Recepción (SIERE).
5. Lineamientos establecidos en la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.

Políticas de Operación:

1. De acuerdo a lo establecido en la Fracción XIX, Artículo XV del Reglamento Interior de la secretaría de la Contraloría, las Delegaciones y Comisarías deberán participar en la Entrega Recepción que realicen los/las Servidores/as Públicos/as (SP) de las Unidades Administrativas (UA) de las dependencias o entidades de la Administración Pública Estatal de su competencia; por lo anterior los asuntos relacionados al PER de los SP de los Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP) se atienden en conjunto con la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud (DSCSS).
2. Todos los/las involucrados/as en el procedimiento deberán sujetarse a los Lineamientos emitidos por la Secretaría de la Contraloría para el PER, para ello deberá apoyarse de la Guía de Operación del Sistema Informático para Entrega Recepción (SIERE).
3. El Enlace Institucional Área Médica (EIAM) deberá generar respaldo cuando el proceso ha sido cerrado al término del tiempo establecido, independientemente de la existencia de Addendum. Una vez cerrado el proceso, el/la Servidor/a Público/a que Recibe (SPR) deberá

	continuar, de manera permanente, con la actualización de la información contenida en los anexos del SIERE. 4. Sí como consecuencia de la revisión se generan observaciones, el SPR se apoyará con el/la Servidor/a Público/a designado/a para Entregar Información (SPDEI) para que sean aclaradas; en caso de ser necesario, se podrá solicitar al/la Servidor/a Público/a que Entrega (SPE) se presente para hacer las aclaraciones pertinentes. 5. El SPR deberá aclarar cuál es la finalidad del Addendum: exclusivamente dejar constancia de irregularidades detectadas o turnar el asunto a la DSCSS para los efectos administrativos procedentes.
Responsables	Coordinación de Servicios de Salud.
Áreas Involucradas	Titular de la Coordinación de Servicios de Salud. Titular de la Unidad de Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. ➢ Jefe/a de Jurisdicciones Sanitarias. ➢ Directores/as de Hospitales Generales. ➢ Directores/as de Hospitales de Especialidad. ➢ Directores/as de Hospitales Comunitarios. ➢ Directores/as Hospitales Integrales. Titular de la Unidad de Enlace de Hospitales y Unidades de Especialidad Director/a de Atención a la Salud. ➢ Subdirector/a de Hospitales. ➢ Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad. ➢ Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios. ➢ Jefe/a del Departamento de Servicios Hospitalarios. ➢ Jefe/a del Departamento de Enfermería. ➢ Jefe/a del Departamento de Trabajo Social ➢ Subdirector/a de Salud Itinerante. ➢ Jefe/a del Departamento de Fortalecimiento a la

Atención Médica.
    - Jefe/a del Departamento de Cirugía Extramuros.
- Subdirector/a de Enseñanza e Investigación.
    - Jefe/a del Departamento de Investigación en Salud.
    - Jefe/a del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas.

Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
- Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera.
    - Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud.
    - Coordinador/a del Centro de Salud Urbano Analco.
    - Jefe/a del Departamento de Prospera.
- Subdirector/a de Salud Pública.
    - Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
    - Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva.
    - Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud.
- Subdirector/a de Vigilancia Epidemiológica.
    - Jefe/a del Departamento de Inteligencia Epidemiológica.
    - Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles.
- Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública.
    - Jefe/a del Departamento de Vigilancia Sanitaria.
    - Jefe/a del Departamento de Vigilancia Epidemiológica.

Director/a de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
- Subdirector/a de Regulación y Fomento Sanitario.
    - Jefe/a del Departamento de Bienes, Servicios y Publicidad.
    - Jefe/a del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional.
    - Jefe/a del Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica.

Director/a de Operación de Unidades Médicas.
- Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
    - Jefe/a del Departamento de Control de Abasto.
    - Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de

	Equipo Médico y Electromecánico. ➢ Jefe/a del Departamento de Servicios Médicos Integrales.
Recursos	Documentos de soporte, oficio o correo electrónico, SIERE, discos compactos.
Glosario	SIERE: Sistema Informático para la Entrega Recepción. SC: Secretaría de la Contraloría. DSCSS: Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud. EIAM: Enlace Institucional Área Médica. SPE: Servidor/a Público/a que Entrega. SPR: Servidor/a Público/a que Recibe. RDSCSS: Representante de la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud. SPDEI: Servidor/a Público/a Designado/a para Entregar Información. SPDRI: Servidor/a Público/a Designado/a para Recibir Información. SP: Servidor (es) Público (s). JI: Jefe/a Inmediato/a. Addendum: Al apartado del SIERE en el cual el/la SPR, capturará las observaciones de los anexos en los cuales se detecten probables irregularidades. PER: Proceso de Entrega Recepción

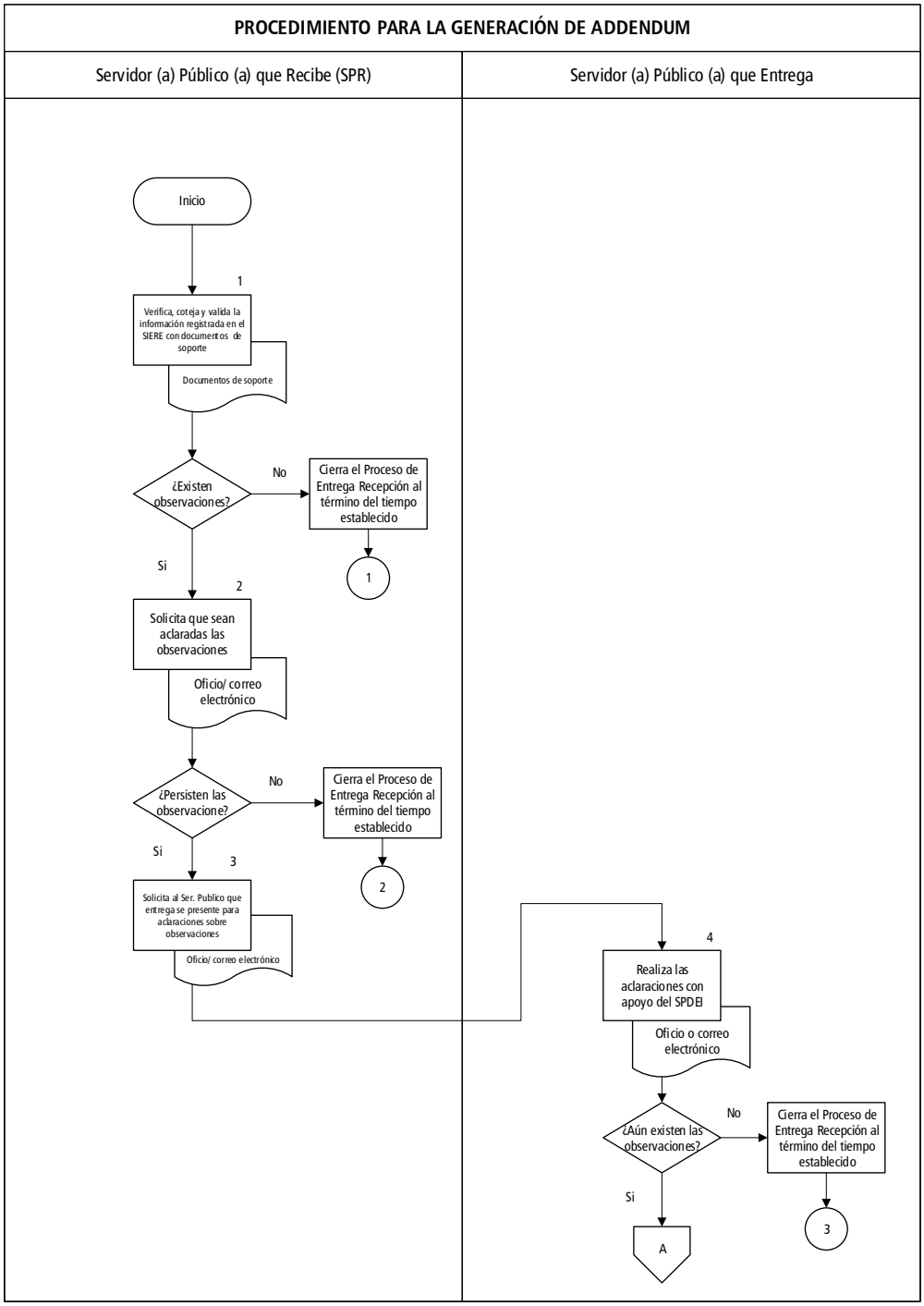
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN ADDENDUM.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Servidor/a Público/a que Recibe (SPR)	Verifica, coteja y valida dentro de los 20 días hábiles posteriores al Proceso de Entrega Recepción, la información registrada en el SIERE con la existencia física de los recursos y	Documentos de soporte

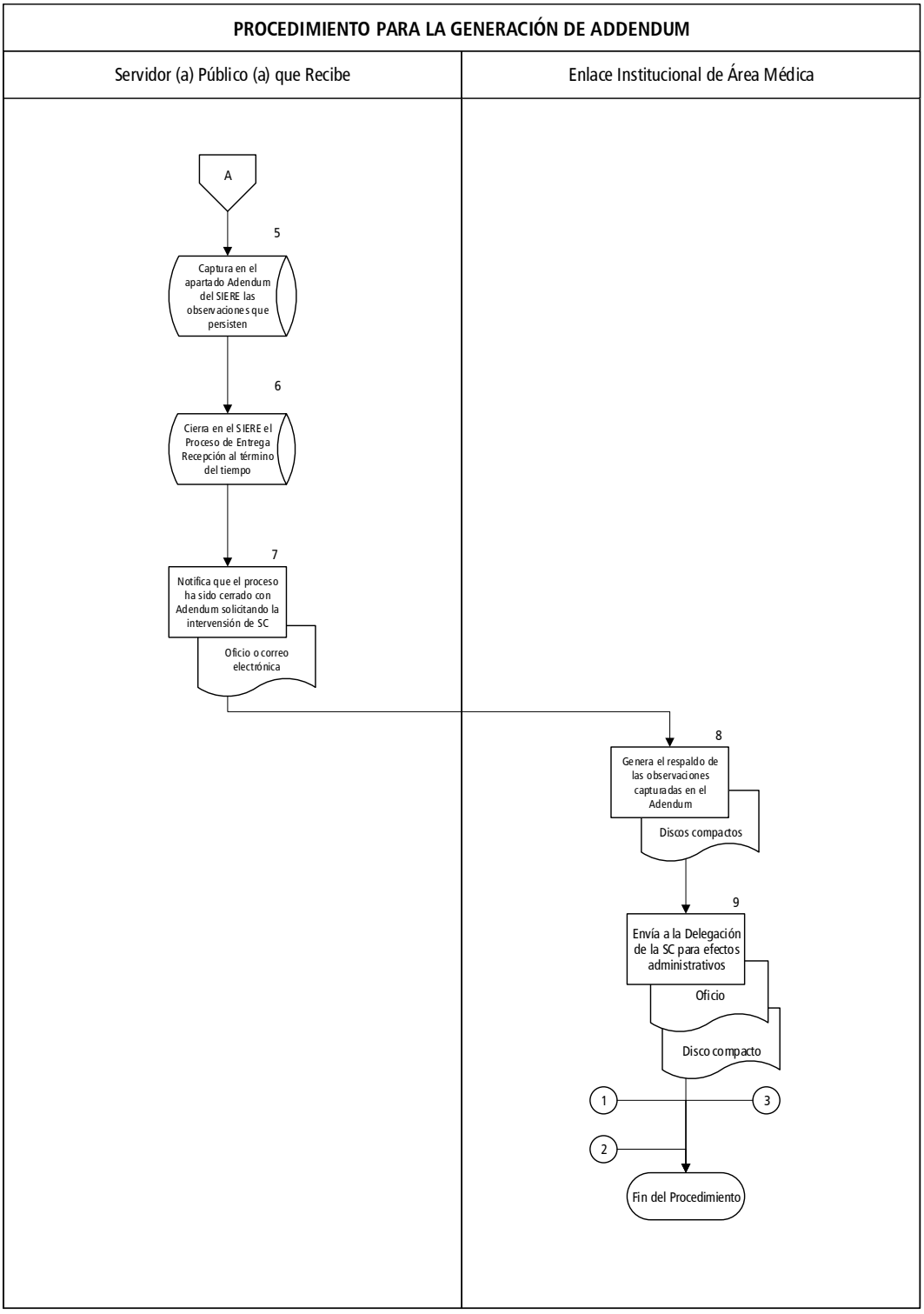
		documentación de soporte. ¿Existen observaciones? Si: Continúa con actividad 2 No: Cierra el Proceso de Entrega Recepción al término del tiempo establecido y **Fin de procedimiento**.	
2		Solicita con ayuda del Servidor/a Público/a Designado/a para Recibir Información por oficio o mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a Designado/a para Entregar Información, que sean aclaradas las observaciones generadas. ¿Persisten observaciones? Si: Continúa con actividad 3 No: Cierra el Proceso de Entrega Recepción al término del tiempo establecido y **Fin de procedimiento**.	Oficio o correo electrónico
3		Solicita por oficio o mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a que Entrega que se presente para hacer las aclaraciones pertinentes sobre las observaciones generadas.	Oficio o correo electrónico
4	Servidor/a Público /a que Entrega	Realiza por oficio o mediante correo electrónico las aclaraciones pertinentes sobre las observaciones generadas con apoyo del Servidor/a Público/a Designado/a para Entregar Información. ¿Aún persisten observaciones? Si: Continúa con actividad 5. No: Cierra el Proceso de Entrega Recepción al término del tiempo establecido y **Fin de procedimiento**.	Oficio o correo electrónico
5	Servidor/a Público /a que Recibe	Captura en el apartado de Addendum del SIERE, las observaciones que aún persisten	SIERE
6		Cierra en el SIERE el Proceso de Entrega Recepción al término del	SIERE

		tiempo establecido.	
7		Notifica por oficio o mediante correo electrónico al Enlace Institucional de Área Médica que el proceso ha sido cerrado con existencia de Addendum solicitando intervención de la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud.	Oficio o correo electrónico
8	Enlace Institucional de Área Médica	Genera en disco(s) compacto(s) el respaldo de las observaciones capturadas en el Addendum.	Discos compactos
9		Envía oficio y disco(s) compacto(s) generado(s) a la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud para los efectos administrativos correspondientes incluyendo el disco compacto.	Oficio y disco compacto
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN ADDENDUM.



PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ADDENDUM



7.4.3. PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles contados a partir de la fecha del nombramiento o designación del Sujeto de Recepción.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Eloísa Razo Arzate **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ERA (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Evidenciar la situación que existe en la Unidad Administrativa que recibe el/la nuevo Servidor/a Público/a, cuando el Servidor/a Público/a que Entrega al término de su empleo, cargo o comisión no realice la entrega de los recursos patrimoniales, documentos y en general los asuntos que haya tenido a su disposición en estricto apego al procedimiento de Entrega Recepción vigente, mediante Acta Administrativa Circunstanciada con la intervención de un/una Representante de la Secretaría de la Contraloría.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría.
2. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece que el Sistema Informático para la Entrega Recepción (SIERE) así como las bases y lineamientos mediante los cuales los servidores públicos de las dependencias y entidades de la administración pública estatal, deberán entregar a quienes los sustituyan al término de su empleo, cargo o comisión los recursos patrimoniales, documentos y en general los asuntos que haya tenido a su disposición.
3. Lineamientos para el Proceso de Entrega-Recepción.
4. Guía de Operación del Sistema Informático para la Entrega-Recepción (SIERE).
5. Lineamientos establecidos en la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.

Políticas de Operación:

1. De acuerdo a lo establecido en la Fracción XIX, Articulo XV del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría, las Delegaciones y Comisarías deberán participar en la Entrega Recepción que realicen los/las Servidores/as Públicos/as (SP) de las Unidades Administrativas (UA) de las dependencias o entidades de la Administración Pública Estatal de su competencia; por lo anterior los asuntos relacionados al PER de los SP de los Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP) se atienden en conjunto con la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud (DSCSS).
2. Todos los/las involucrados/as en el procedimiento deberán sujetarse a los Lineamientos emitidos por la Secretaría de la Contraloría para el PER, para ello deberá apoyarse de la Guía de Operación del Sistema Informático para Entrega Recepción (SIERE).
3. Para dar inicio al presente procedimiento se deberá contar con nombramiento oficial o en su caso documento de designación emitido por el/la Jefe/a Inmediato/a (JI) superior del cual dependa el/la Servidor/a Público/a que Recibe (SPR).

4. El SPR no tendrá responsabilidad sobre la información que no se le entregue.
5. Una vez que se notifica la renuncia del/la Servidor/a Público/a (SP) que dejó el cargo y no entregó conforme al procedimiento Entrega Recepción, el Enlace Institucional Área Médica (EIAM) cierra la sesión del SIERE y genera el respaldo correspondiente para ser incorporado en el disco compacto de respaldo.

Responsables

Coordinación de Servicios de Salud.

Áreas Involucradas

Titular de la Coordinación de Servicios de Salud.
Titular de la Unidad de Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.

- Jefe/a de Jurisdicciones Sanitarias.
- Directores/as de Hospitales Generales.
- Directores/as de Hospitales de Especialidad.
- Directores/as de Hospitales Comunitarios.
- Directores/as Hospitales Integrales.

Titular de la Unidad de Enlace de Hospitales y Unidades de Especialidad
Director/a de Atención a la Salud.

- Subdirector/a de Hospitales.
  - Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad.
  - Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios.
  - Jefe/a del Departamento de Servicios Hospitalarios.
  - Jefe/a del Departamento de Enfermería.
  - Jefe/a del Departamento de Trabajo Social
- Subdirector/a de Salud Itinerante.
  - Jefe/a del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica.
  - Jefe/a del Departamento de Cirugía Extramuros.
- Subdirector/a de Enseñanza e Investigación.
  - Jefe/a del Departamento de Investigación en Salud.

- Jefe/a del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas.

Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

- Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera.
  - Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud.
  - Coordinador/a del Centro de Salud Urbano Analco.
  - Jefe/a del Departamento de Prospera.
- Subdirector/a de Salud Pública.
  - Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
  - Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva.
  - Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud.
- Subdirector/a de Vigilancia Epidemiológica.
  - Jefe/a del Departamento de Inteligencia Epidemiológica.
  - Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles.
- Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública.
  - Jefe/a del Departamento de Vigilancia Sanitaria.
  - Jefe/a del Departamento de Vigilancia Epidemiológica.

Director/a de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

- Subdirector/a de Regulación y Fomento Sanitario.
  - Jefe/a del Departamento de Bienes, Servicios y Publicidad.
  - Jefe/a del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional.
  - Jefe/a del Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica.

Director/a de Operación de Unidades Médicas.

- Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
  - Jefe/a del Departamento de Control de Abasto.
  - Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.
  - Jefe/a del Departamento de Servicios Médicos Integrales.

Recursos	Oficio o correo electrónico, nombramiento u oficio de designación, llamada telefónica, discos compactos, identificación oficial vigente/copias formato interno, acta administrativa circunstanciada.
Glosario	SIERE: Sistema Informático para la Entrega Recepción. SC: Secretaría de la Contraloría. DSCSS: Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud. EIAM: Enlace Institucional Área Médica. SPR: Servidor/a Público/a que Recibe. RC: Representante de la Secretaría de la Contraloría. SPT: Servidor/a Público/a Testigo. SP: Servidor/es /as Público/s/as. JI: Jefe/a inmediato/a. UA: Unidad Administrativa. PER: Proceso de Entrega Recepción. AAC: Acta Administrativa Circunstanciada.

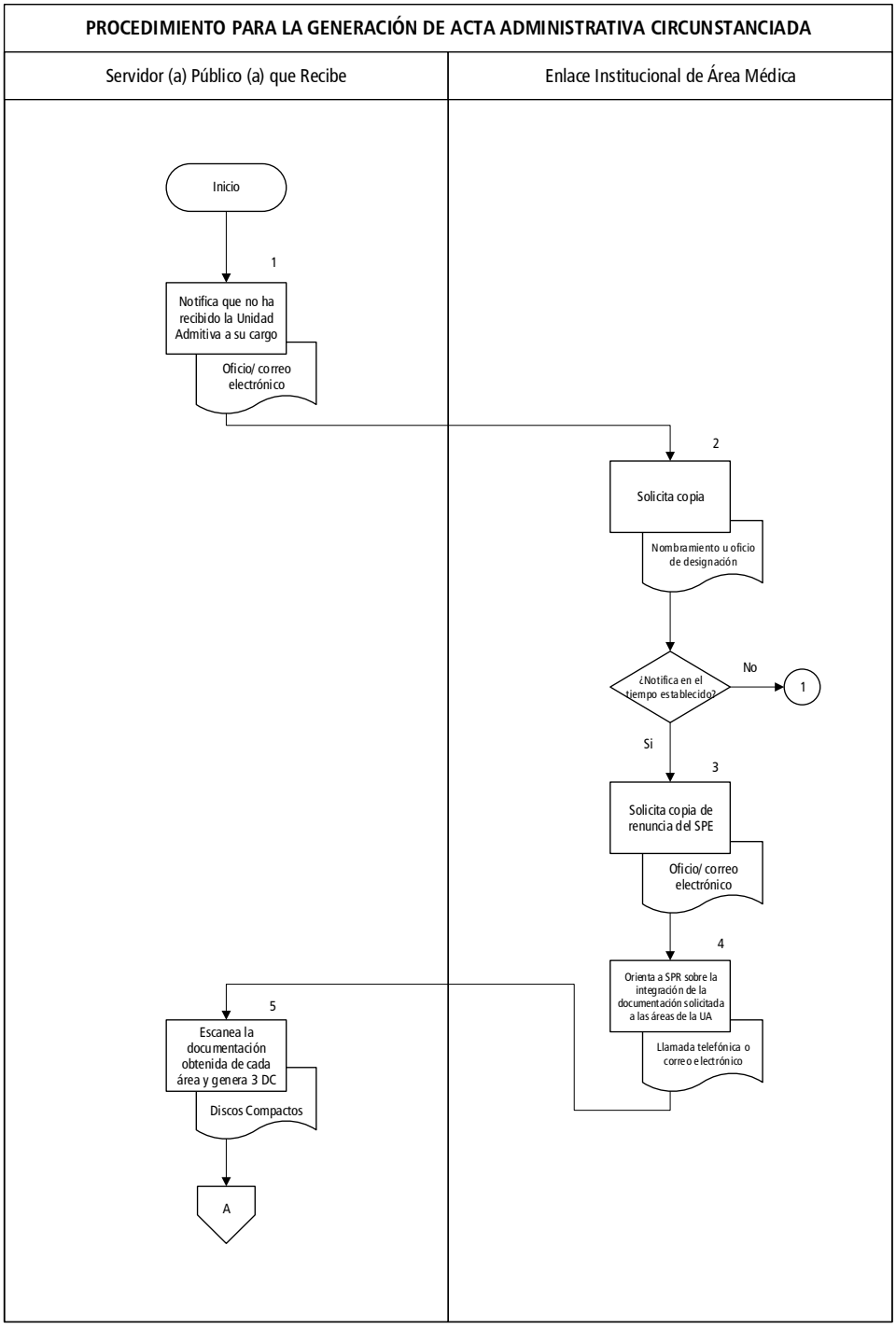
DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA.

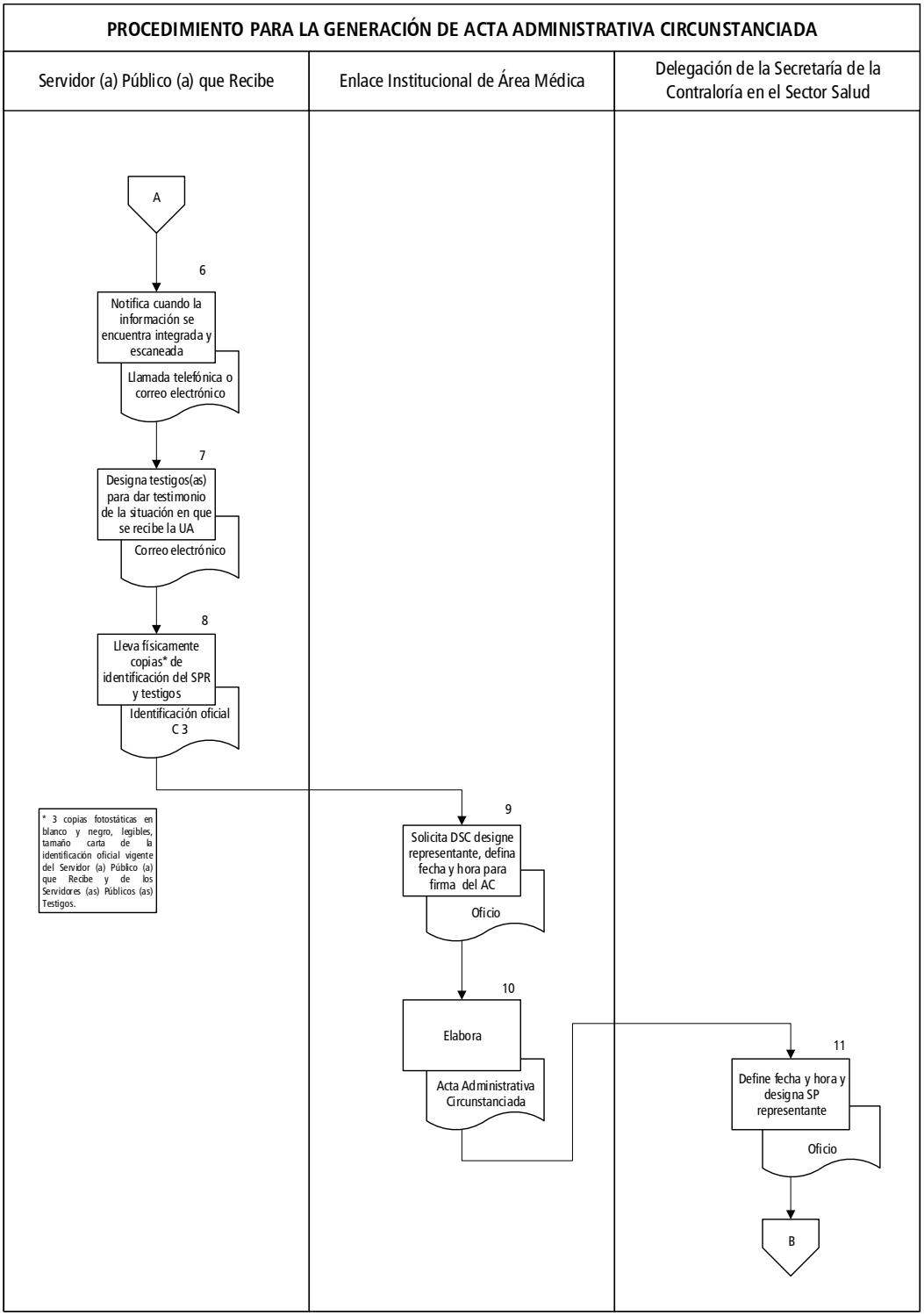
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Servidor/a Público/a que Recibe	Notifica por oficio o mediante correo electrónico al Enlace Institucional de Área Médica que no ha recibido la Unidad Administrativa a su cargo.	Oficio o correo electrónico.
2	Enlace Institucional de Área Médica	Solicita al Servidor/a Público/a que Recibe copia del Nombramiento oficial o del Oficio de designación. ¿Notifica en él tiempo establecido? Si: Continúa en actividad 3. No: **Fin de procedimiento**.	Nombramiento u oficio de designación.
3		Solicita por oficio o mediante correo electrónico al Jefe/a Inmediato/a copia de renuncia al cargo, función o	Oficio o correo electrónico.

		comisión que desempeñaba el/la Servidor/a Público/a que Entrega.	
4		Orienta vía telefónica o mediante correo electrónico al Servidor/a Público/a que Recibe sobre la integración de la documentación solicitándola a todas las áreas de la Unidad Administrativa.	Llamada telefónica o correo electrónico.
5	Servidor/a Público/a que Recibe	Escanea toda la documentación obtenida de cada área y genera 3 discos compactos no regrabables con los archivos obtenidos.	Discos compactos
6		Notifica vía telefónica o mediante correo electrónico al Enlace Institucional de Área Médica cuando la documentación se encuentra integrada y escaneada.	Llamada telefónica o correo electrónico
7		Designa mediante correo electrónico a 2 Servidores/as Públicos/as Testigos para dar testimonio de la situación en que se recibe la Unidad Administrativa.	Correo electrónico
8		Lleva físicamente al Enlace Institucional de Área Médica 3 copias fotostáticas en blanco y negro, legibles, tamaño carta de la identificación oficial vigente del Servidor/a Público/a que Recibe y de los Servidores/as Públicos/as Testigos.	Identificación oficial vigente/Copias
9	Enlace Institucional de Área Médica	Solicita por oficio a la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud designe a un representante y defina fecha y hora para llevar a cabo la firma del Acta Administrativa Circunstanciada.	Oficio
10		Elabora Acta Administrativa Circunstanciada.	Formato interno

11	Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud	Define por oficio la fecha, hora y designa al Servidor/a Público/a que asiste como Representante de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud.	Oficio
12	Enlace Institucional de Área Médica	Convoca mediante correo electrónico a los Servidores/as Públicos/as que intervienen en el Acta Administrativa Circunstanciada.	Correo electrónico
13	Todos/as los/las involucrados/as	Participan en el Acta Administrativa Circunstanciada firmando por triplicado en todas sus fojas los que intervienen en el acto, así como en los discos compactos que forman parte del acta. Las 03 actas y los 03 discos compactos que forman parte del Acta Administrativa Circunstanciada se entregan a los siguientes Servidores/as Públicos /as: Servidor/a Público/a que Recibe, Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud y Enlace Institucional de Área Médica.	Acta Administrativa Circunstanciada y discos compactos.
Fin del procedimiento			

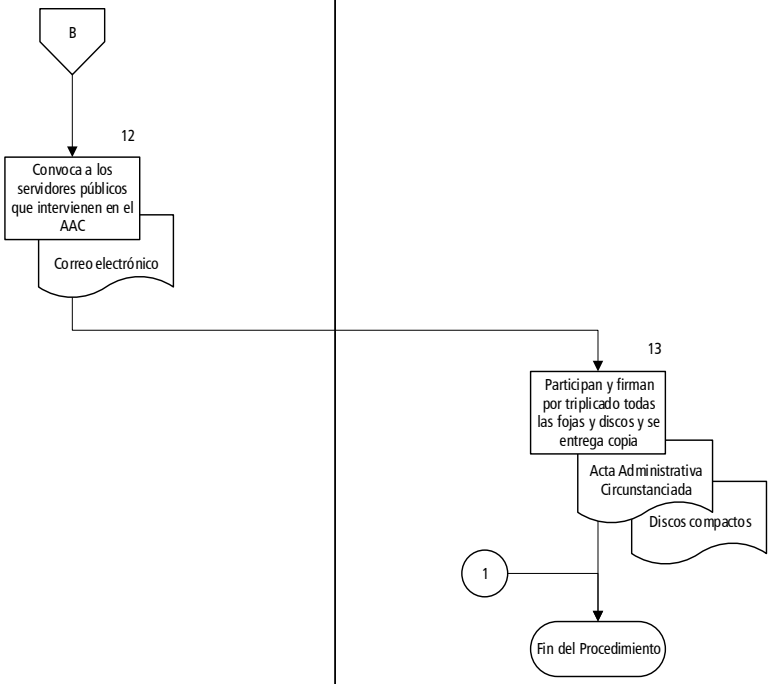
DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA.




PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA
Servidor (a) Público (a) que Recibe
Enlace Institucional de Área Médica
Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud
A
6
Notifica cuando la información se encuentra integrada y escaneada
Llamada telefónica o correo electrónico
7
Designa testigos(as) para dar testimonio de la situación en que se recibe la UA
Correo electrónico
8
Lleva físicamente copias* de identificación del SPR y testigos
Identificación oficial C 3
* 3 copias fotostáticas en blanco y negro, legibles, tamaño carta de la identificación oficial vigente del Servidor (a) Público (a) que Recibe y de los Servidores (as) Públicos (as) Testigos.
9
Solicita DSC designe representante, defina fecha y hora para firma del AC
Oficio
10
Elabora
Acta Administrativa Circunstanciada
11
Define fecha y hora y designa SP representante
Oficio
B

PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA

Enlace Institucional de Área Médica	Todos (as) los (las) involucrados (as)



7.4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Eugenia Hernández Omaña Asesora Jurídica de la Coordinación de Servicios de Salud MEHO (CSS) Octubre 2018	**José Antonio Martínez García Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS) Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García Coordinador de Servicios de Salud JAMG (CSS) Octubre 2018**

Objetivo	Determinar el procedimiento aplicable para la revisión de los anteproyectos de leyes, decretos, acuerdos, reglamentos, así como convenios, contratos, circulares, actas y demás instrumentos jurídicos que sean remitidos por el/la Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, o por las unidades administrativas de la propia Coordinación.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política del Estado Libre y soberano de Puebla. 2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. 3. Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla. 4. Decreto del H. Congreso del Estado que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 6. Lineamientos establecidos en la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos. Políticas de Operación: 1. La Dirección General (DG) o las Unidades, son responsables de enviar la solicitud completa de revisión de un Documento Legal (DL) y en su caso gestionar las firmas de terceros que intervengan en la suscripción del documento y que no formen parte de la estructura de los Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP). 2. La Coordinación de Servicios de Salud (CSS) es la responsable de revisar el DL y gestionar las revisiones, rubricas y firmas de las Unidades Revisoras (UR). 3. Las UR son las responsables de revisar el DL y remitir las opiniones o vistos buenos correspondientes, así como, en los casos que procedan, rubricar y firmar los DL. 4. La Dirección de Asuntos Jurídicos (DAJ), es responsable de realizar la revisión final del DL, llevar a cabo su registro y en su caso, su publicación. 5. El Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud depende directamente de la Coordinación de Servicios de Salud, por ello se utiliza de manera indistinta en el presente procedimiento.
Responsables	Coordinación de Servicios de Salud.

Áreas Involucradas	Coordinación de Servicios de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidad de Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. Dirección de Atención a la Salud. Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios. Dirección de Operación de Unidades Médicas. Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación. Dirección de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorando, proyecto de documento legal.
Glosario	CSS: Coordinación de Servicios de Salud. AJCSS: Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud. DAJ: Dirección de Asuntos Jurídicos. DG: Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Documentos Legales (DL): Los contratos, convenios, actas, circulares y similares, leyes, decretos, acuerdos, reglamentos y similares. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidades: Las Unidades Administrativas que integran la Coordinación de Servicios de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidades Revisoras (UR): Son la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión y la Dirección de Asuntos Jurídicos, todas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES.

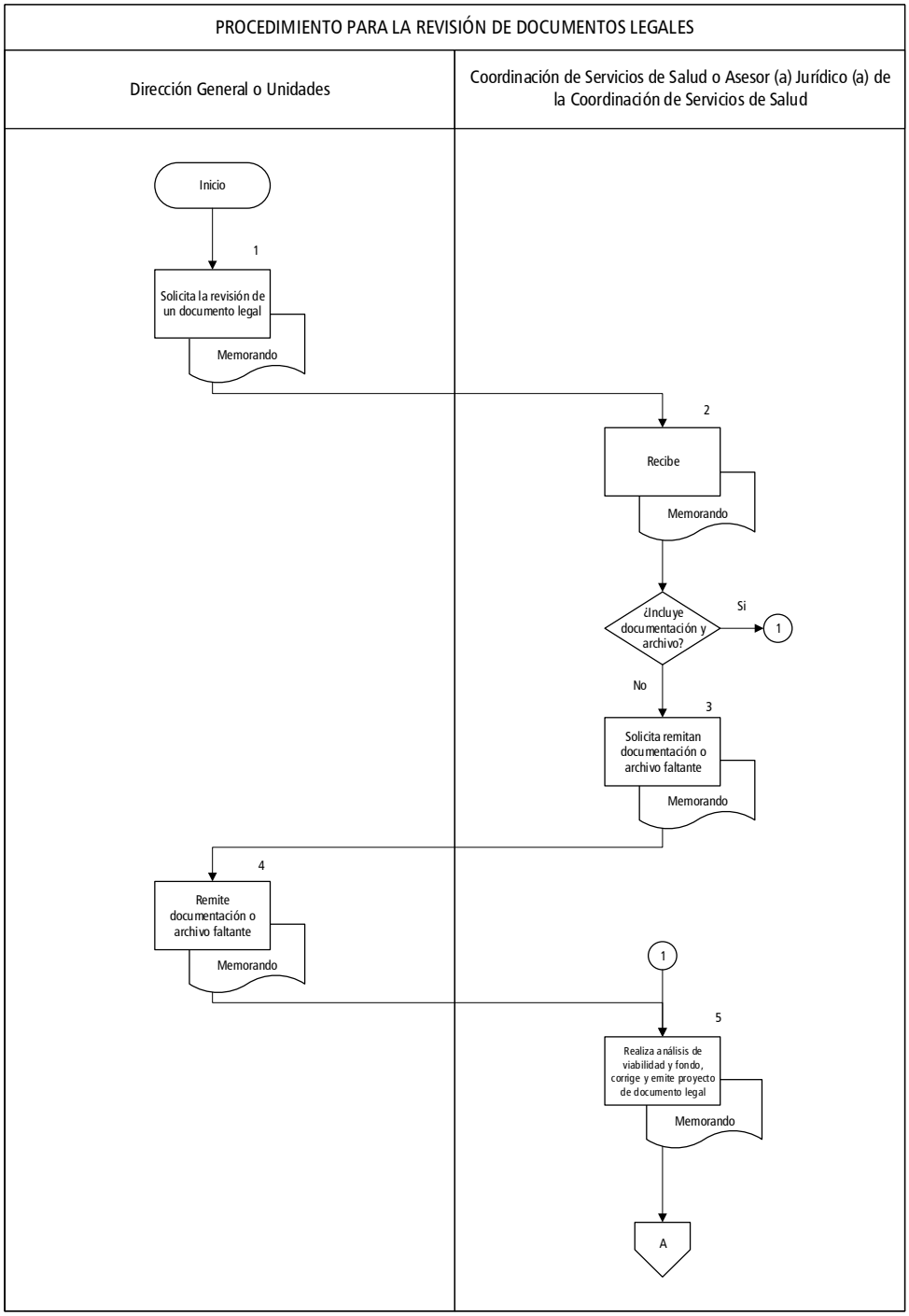
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Dirección General o Unidades	Solicita mediante memorando a la Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud la revisión de un Documento Legal.	Memorando
2	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Recibe mediante memorando la solicitud de revisión de un Documento Legal. ¿Incluye documentación soporte y archivo electrónico? Si: Continúa con actividad 5 No: Continúa con actividad 3	Memorando
3		Solicita mediante memorando a Dirección General o Unidades remitan la documentación o archivo faltante.	Memorando
4	Dirección General o Unidades	Remite vía memorando a la Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud documentación o archivo faltante.	Memorando
5	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Realiza el análisis de viabilidad y fondo del Documento Legal, realiza las correcciones al mismo, emite el proyecto de Documento Legal y lo remite mediante memorando a las Unidades Revisoras.	Memorando

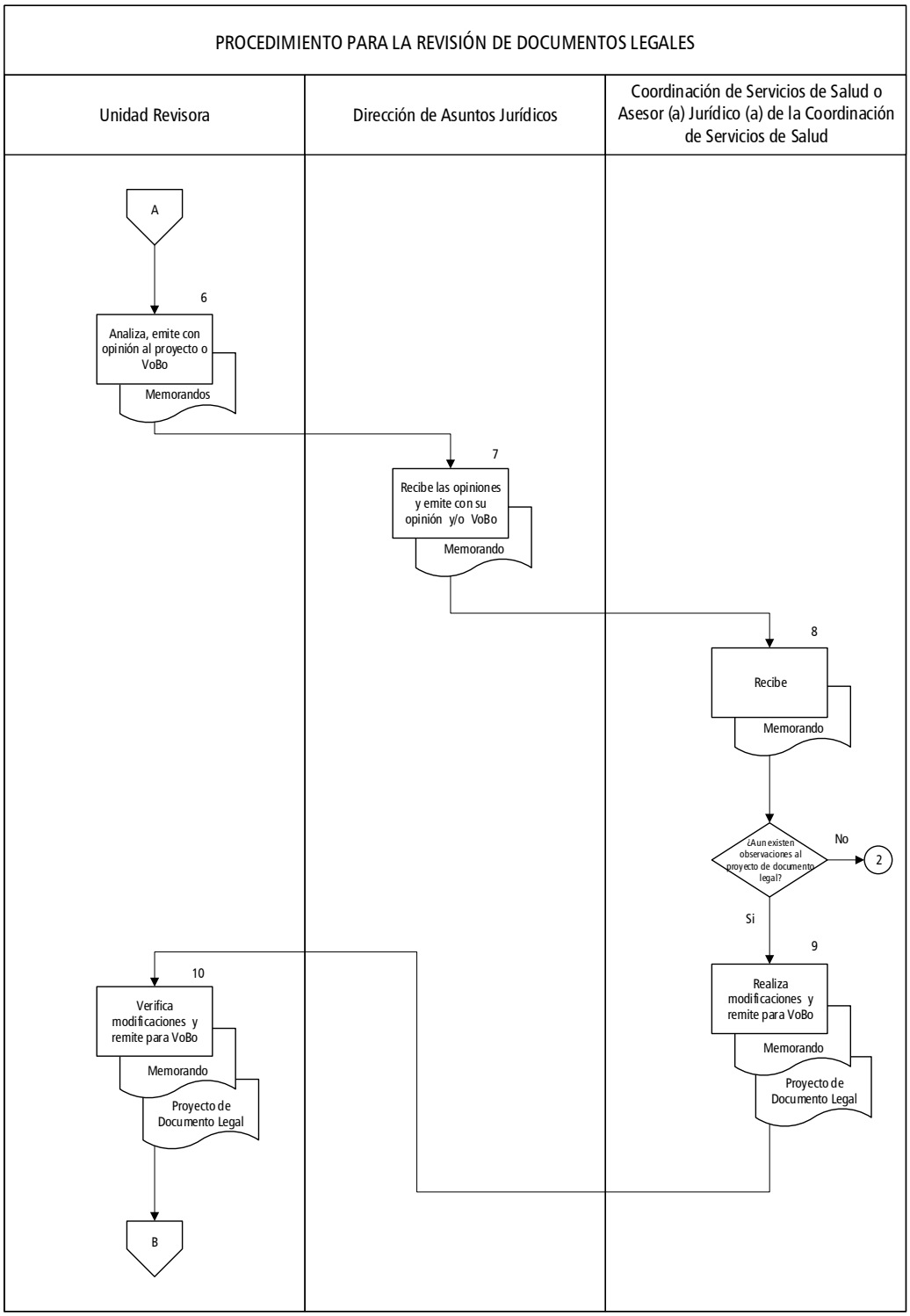
6	Unidad Revisora	Analiza el proyecto de Documento Legal, emiten memorandos a la Dirección de Asuntos Jurídicos con copia a la Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud, que contienen su opinión al proyecto, o en su caso, su visto bueno al mismo.	Memorandos
7	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe las opiniones de las Unidades Revisoras al proyecto de Documento Legal y emite memorando dirigido a la Coordinación de Servicios de Salud, que contiene su opinión al proyecto, así como la opinión emitida por las Unidades Revisoras, o en su caso, el visto bueno al proyecto.	Memorando
8	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Recibe el memorado de la Dirección de Asuntos Jurídicos. ¿Aún existen observaciones al proyecto de Documento Legal? Si: Continúa con actividad 9 No: Continúa con actividad 11	
9		Realiza las modificaciones correspondientes al Proyecto de Documento Legal y remite mediante memorando el proyecto para visto bueno sólo a las Unidades Revisoras que hayan emitido observaciones.	Memorando Proyecto de Documento Legal
10	Unidad Revisora	Verifica el proyecto de Documento Legal y emiten su visto bueno mediante memorandos a la Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud.	Memorandos

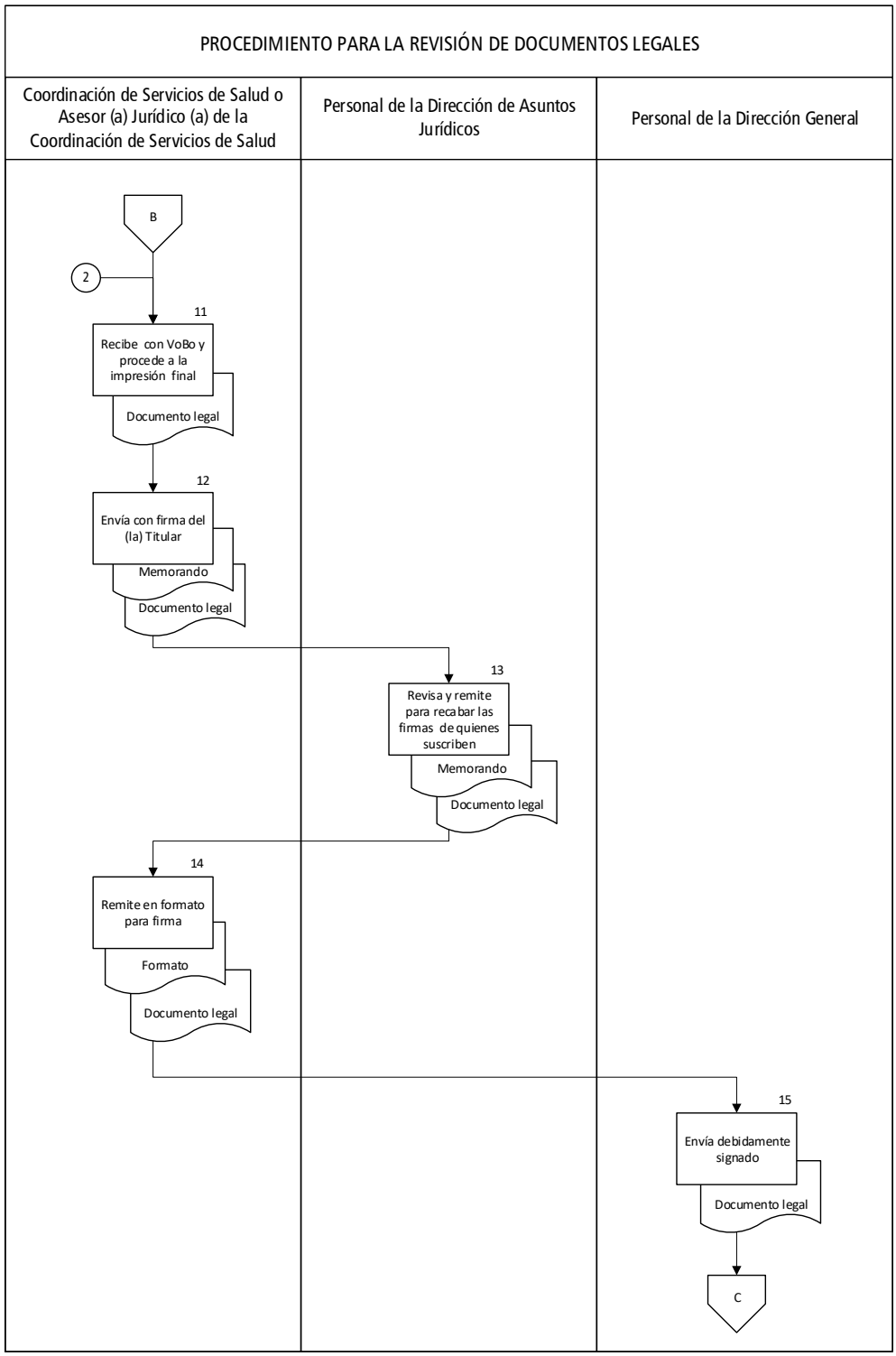
11	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Recibe los memorandos que emiten las Unidades Revisoras con su visto bueno y procede a la impresión final del Documento Legal.	Documento Legal
12		Envía mediante memorando versión final del Documento Legal a la Dirección de Asuntos Jurídicos con la firma del/la Titular de la Coordinación de Servicios de Salud.	Memorando
13	Personal de la Dirección de Asuntos Jurídicos	Revisa el Documento Legal y lo remite mediante memorando a la Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud para recabar las firmas de quienes suscriben el Documento Legal.	Memorando
14	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Remite el Documento Legal ya con las firmas recabadas, a la Dirección General en el formato establecido para la firma del/la Directora/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Formato
15	Personal de la Dirección General	Envía a la Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud el Documento Legal debidamente signado por el/la Directora/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Documento Legal (original)

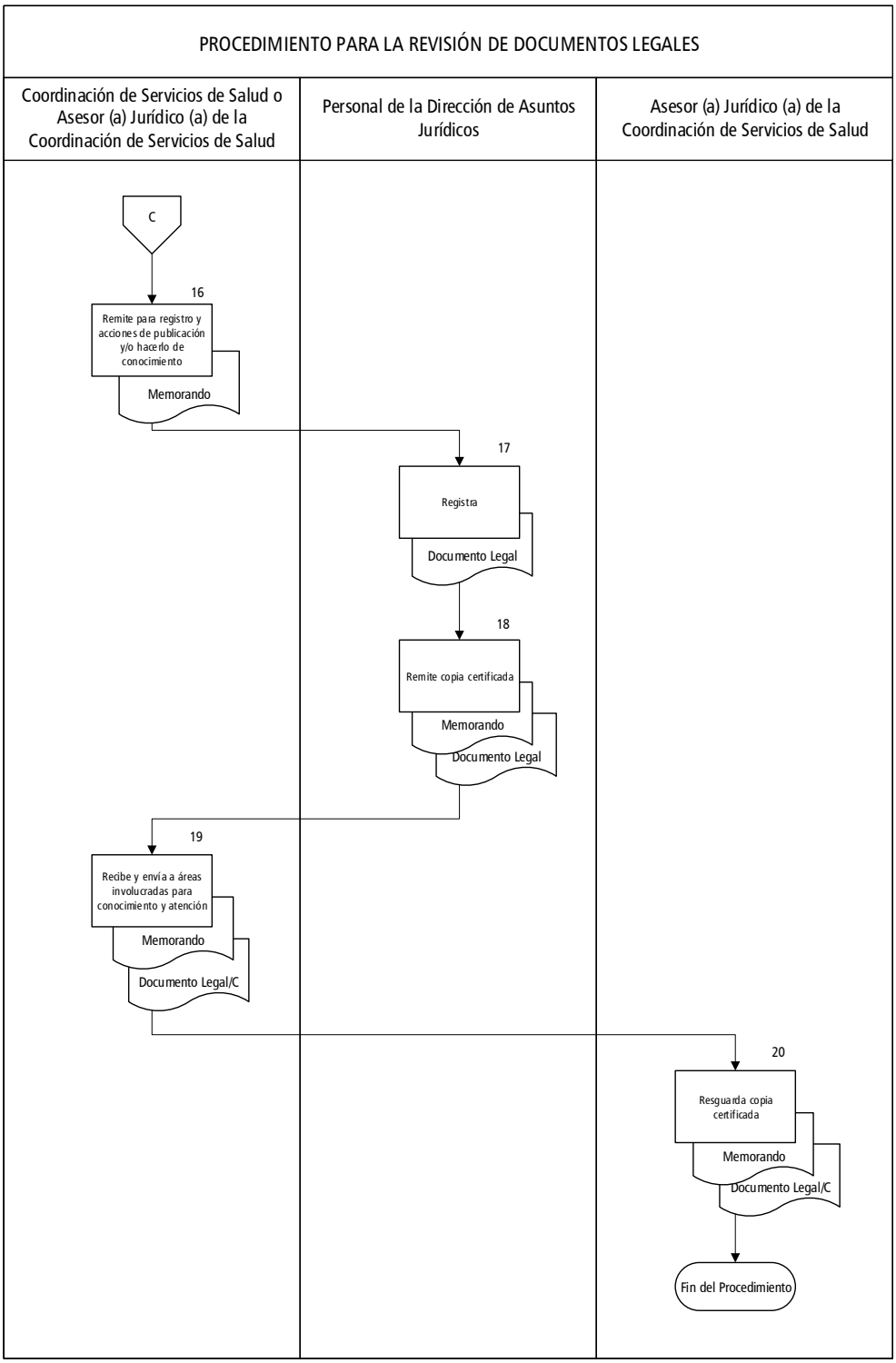
16	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Remite mediante memorando un ejemplar original a la Dirección de Asuntos Jurídicos para su registro y para las acciones de publicación a que hubiera lugar y en los casos que corresponda, hacerlo del conocimiento del Órgano Interno de Control del Congreso Local.	Memorando
17	Personal de la Dirección de Asuntos Jurídicos	Registra el Documento Legal. (original registrado)	Documento Legal
18		Remite mediante memorando a la Coordinación de Servicios de Salud, copia certificada del Documento Legal registrado.	Copia certificada del Documento Legal
19	Coordinación de Servicios de Salud o Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Recibe y envía mediante memorando copia simple del Documento Legal a las áreas involucradas para su conocimiento y atención procedente.	Memorando Documento Legal /C
20	Asesor/a Jurídico/a de la Coordinación de Servicios de Salud	Resguarda la copia certificada del Documento Legal registrado.	Documento Legal.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES.




PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES
Unidad Revisora
Dirección de Asuntos Jurídicos
Coordinación de Servicios de Salud o Asesor (a) Jurídico (a) de la Coordinación de Servicios de Salud
A
6
Analiza, emite con opinión al proyecto o VoBo
Memorandos
7
Recibe las opiniones y emite con su opinión y/o VoBo
Memorando
8
Recibe
Memorando
¿Aun existen observaciones al proyecto de documento legal?
No
2
Si
9
Realiza modificaciones y remite para VoBo
Memorando
Proyecto de Documento Legal
10
Verifica modificaciones y remite para VoBo
Memorando
Proyecto de Documento Legal
B


PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES
Coordinación de Servicios de Salud o Asesor (a) Jurídico (a) de la Coordinación de Servicios de Salud
Personal de la Dirección de Asuntos Jurídicos
Personal de la Dirección General
B
2
11
Recibe con VoBo y procede a la impresión final
Documento legal
12
Envía con firma del (la) Titular
Memorando
Documento legal
13
Revisa y remite para recabar las firmas de quienes suscriben
Memorando
Documento legal
14
Remite en formato para firma
Formato
Documento legal
15
Envía debidamente signado
Documento legal
C


PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES
Coordinación de Servicios de Salud o Asesor (a) Jurídico (a) de la Coordinación de Servicios de Salud
Personal de la Dirección de Asuntos Jurídicos
Asesor (a) Jurídico (a) de la Coordinación de Servicios de Salud
C
16
Remite para registro y acciones de publicación y/o hacerlo de conocimiento
Memorando
17
Registra
Documento Legal
18
Remite copia certificada
Memorando
Documento Legal
19
Recibe y envía a áreas involucradas para conocimiento y atención
Memorando
Documento Legal/C
20
Resguarda copia certificada
Memorando
Documento Legal/C
Fin del Procedimiento

7.4.5. PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÓN Y VINCULACIÓN DE PROGRAMAS OPERATIVOS.

Tiempo Promedio: Sesenta días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Adriana Mancilla Amaro **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos** **AMA (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud** **JAMG (CSS)** **Octubre 2018**	**José Antonio Martínez García** **Coordinador de Servicios de Salud** **JAMG (CSS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Coadyuvar en la planificación eficaz y eficiente de recursos humanos, financieros y materiales con los programas operativos, conforme a la normatividad vigente, alineando y optimizando los recursos asignados a las unidades administrativas adscritas a la Coordinación de Servicios de Salud, para el cumplimiento de las metas e indicadores de los programas de acción específicos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Cuadro Básico y Catalogo de Medicamentos del Consejo de Salubridad General.
3. Cuadro Básico y Catalogo de Material de Curación del Consejo de Salubridad General.
4. Cuadro Básico y Catalogo de Instrumental y Equipo Médico Tomo I y II del Consejo de Salubridad General.
5. Cuadro Básico y Catalogo de Instrumental y Equipo Médico (Osteosíntesis y Endoprótesis) del Consejo de Salubridad General.
6. Cuadro Básico y Catalogo de Auxiliares de Diagnostico del Consejo de Salubridad General.
7. Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Estatal.
8. Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2014.
9. Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de Salud.
10. Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) 2014.
11. Programa del Seguro Médico siglo XXI.
12. Clasificador por Objeto de Gasto para la Integración del Proyecto de PEF 2014.
13. Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud.
14. Normas Oficiales Mexicanas.
15. Guías de Práctica Clínica.
16. Manual del Usuario del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.
17. Lineamientos establecidos en la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.

Políticas de Operación:

1. Para dar inicio al presente procedimiento los/las responsables estatales de programa deberán integrar los insumos con descripción completa y destallada por fuente de financiamiento y partida presupuestal de acuerdo a las metas e indicadores, validado por el Jefe/a inmediato/a (JI) y Director/a de la Unidad Administrativa (DUA) correspondiente en un periodo de 20 días hábiles.
2. Todos los responsables estatales de programa de las diferentes unidades administrativas deberán apegarse: a las funciones autorizadas referentes a su cargo de acuerdo al SIAFFASPE, así como a la normatividad vigente del Clasificador por Objeto de Gasto para la Administración Pública Estatal, Cuadro Básico y Catalogo de Medicamentos del Consejo de Salubridad General, Cuadro Básico y Catalogo de Material de Curación del Consejo de Salubridad General, Cuadro Básico y Catalogo de Instrumental y Equipo Médico Tomo I y II del Consejo de Salubridad General, Cuadro Básico y Catalogo de Instrumental y Equipo Médico (Osteosíntesis y Endoprótesis) del Consejo de Salubridad General, Cuadro Básico y Catalogo de Auxiliares de Diagnostico del Consejo de Salubridad General, Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de Salud, Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) 2014, Programa del Seguro Médico siglo XXI, Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2014, Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud.
3. El/la Enlace Estatal de la CSS no tendrá responsabilidad sobre la información que no se capture y/o se entregue, asimismo será el único autorizado para revisar los requerimientos y enviarlos a la Dirección de Operación de Unidades Médicas (DOUM).

4. Una vez validado por el/la Jefe/a Inmediato/a y Director/a de la Unidad Administrativa, los/las Responsables Estatales de Programa deberán integrar en el formato de requerimiento establecido por la DOOBSGPG de forma electrónica los insumos con descripción completa y detallada, por partida presupuestal y fuente de financiamiento, apegándose a la normatividad vigente y a los convenios establecidos, para revisión del enlace estatal de la Coordinación de Servicios de Salud, en un periodo de 10 días hábiles.
5. Una vez revisado y validado, inicia la recepción de requerimientos de forma impresa y electrónica debidamente resquisitados y firmados por el/la Responsable Estatal de Programa, Jefe/a de Departamento, Subdirector/a del área y Director/a de la Unidad Administrativa para ser entregados a la DOOBSGPG, en un periodo máximo de cinco días hábiles.

Responsables

Coordinación de Servicios de Salud.

Áreas Involucradas

Coordinación de Servicios de Salud.
Unidad de Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.

- Jefaturas de Jurisdicciones Sanitarias.
  - Directores/as de Hospitales Generales.
  - Directores/as de Hospitales de Especialidad.
  - Directores/as de Hospitales Comunitarios.
  - Centros de Salud.
  - Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA).

Unidad de Enlace de Hospitales y Unidades de Especialidad
Dirección de Atención a la Salud.

- Subdirección de Hospitales.
  - Departamento de Hospitales Generales y Especialidad.
  - Departamento de Hospitales Comunitarios.
  - Departamento de Servicios Hospitalarios.
  - Departamento de Enfermería.

	▪ Departamento de Trabajo Social. ➢ Subdirección de Salud Itinerante. ▪ Departamento de Cirugía Extramuros. ▪ Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica. ➢ Subdirección de Enseñanza e Investigación. ▪ Departamento de Investigación en Salud. ▪ Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas. Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. ➢ Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. ▪ Departamento de Atención Primaria a la Salud. ▪ Departamento de Prospera. ➢ Subdirección de Salud Pública. ▪ Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. ▪ Departamento de Salud Reproductiva. ▪ Departamento de Promoción a la Salud. ➢ Subdirección de Vigilancia Epidemiológica. ▪ Departamento de Inteligencia Epidemiológica. ▪ Departamento de Enfermedades Transmisibles. ➢ Subdirección de Laboratorio de Salud Pública. ▪ Departamento de Vigilancia Sanitaria. ▪ Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios. ➢ Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario. ▪ Departamento de Bienes, Servicios y Publicidad. ▪ Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional. ▪ Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica.
Recursos	POA y/o PAT, requerimientos de forma electrónica, correo electrónico, requerimientos impresos y electrónicos.
Glosario	AFASPE: Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas. SIAFFASPE: Sistema de Información para la

Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.
DOSPP: Dirección de Operación de la Subsecretaria de Promoción y Prevención.
DSPYVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
DAS: Dirección de Atención a la Salud.
DPRIS: Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas.
DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
DUA: Director/a de Unidad Administrativa.
EEAFASPE: Enlace Estatal del AFASPE.
REP: Responsable Estatal de Programa.
PO: Programa Operativo.
PAT: Plan Anual de Trabajo.
JI: Jefe/a inmediato/a.
UA: Unidad Administrativa.

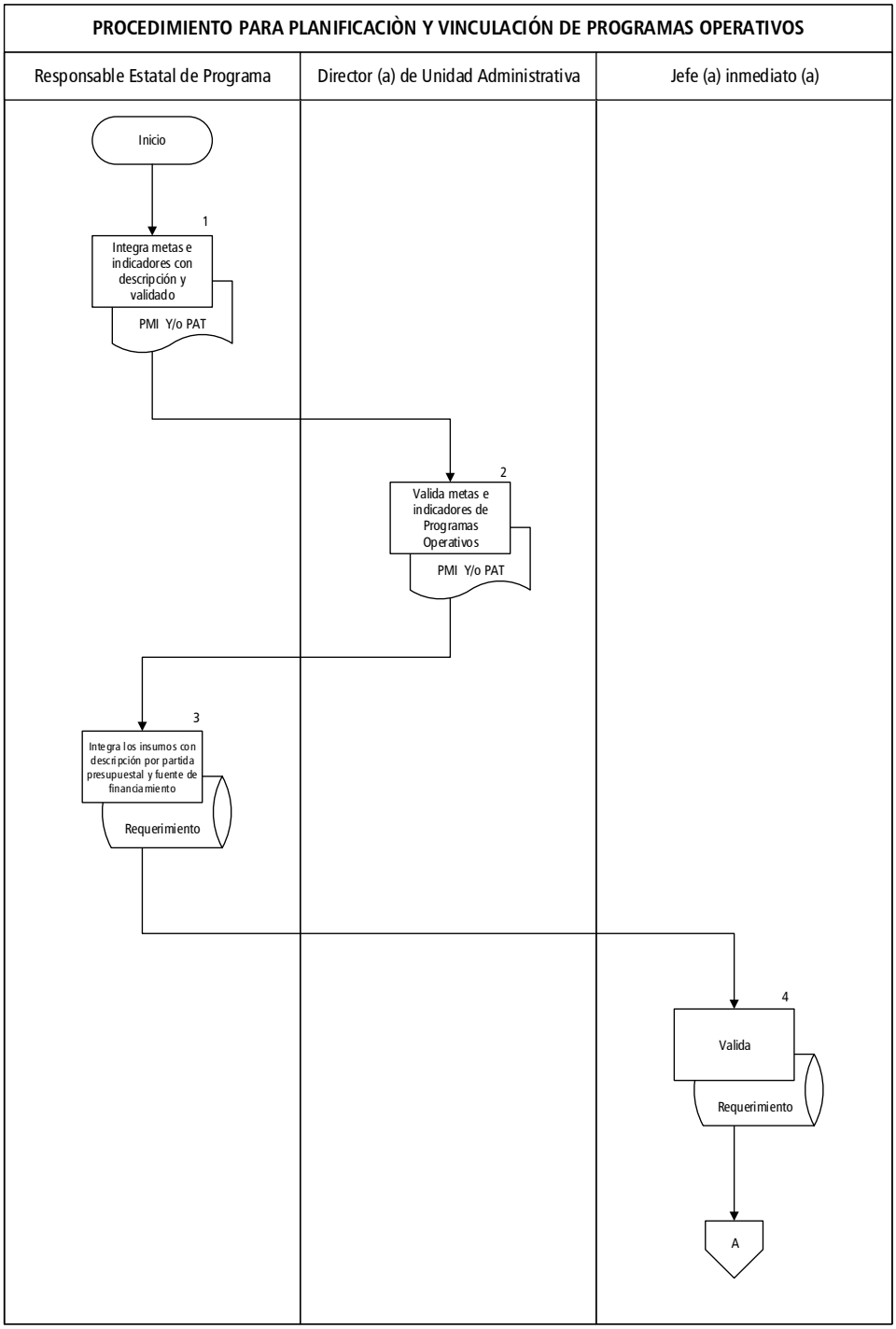
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÓN Y VINCULACIÓN DE PROGRAMAS OPERATIVOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal de Programa	Integra las metas e indicadores en el PMI y/o PAT por fuente de financiamiento, partida presupuestal e insumos con descripción completa y detallada, validado por el/la Jefe /a Inmediato/a y Director/a de la Unidad Administrativa correspondiente en un período de 20 días hábiles.	PMI y/o PAT
2	Director/a de Unidad Administrativa	Valida metas e indicadores de Programas Operativos en el PMI y/o PAT.	PMI y/o PAT
3	Responsable Estatal	Integra en el formato de requerimiento	Requerimientos

	del Programa	establecido por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión de forma electrónica los insumos con descripción completa y detallada, por partida presupuestal y fuente de financiamiento, apegándose a la normatividad vigente y a los convenios establecidos.	de forma electrónica
4	Jefe/a Inmediato/a	Valida requerimientos de forma electrónica integrados por los/las Responsables Estatales de Programa.	Requerimientos de forma electrónica
5	Enlace Estatal de la Coordinación de Servicios de Salud (CSS)	Orienta al REP sobre la integración de la información y documentación, por medio de correo electrónico.	Correo electrónico
6		Revisa en un período de 10 días hábiles. ¿Existen modificaciones? Si: Continúa en la actividad No. 7. No: Continúa en la actividad No. 9.	Requerimientos de forma electrónica Correo electrónico
7		Solicita por correo electrónico modificaciones a los programas operativos para entregar en un período máximo de 5 días previa validación del/la Jefe/a inmediato/a.	Correo electrónico
8		Integra los requerimientos de los programas operativos validados, por programa, partida presupuestal y fuente de financiamiento, para conciliar con el/la director/a de la Unidad Administrativa.	Correo electrónico
9		Recepciona requerimientos de forma impresa y electrónica debidamente requisitados y firmados por el/la Responsable Estatal de Programa, Jefe/a de Departamento, Subdirector	Requerimientos impresos y electrónicos

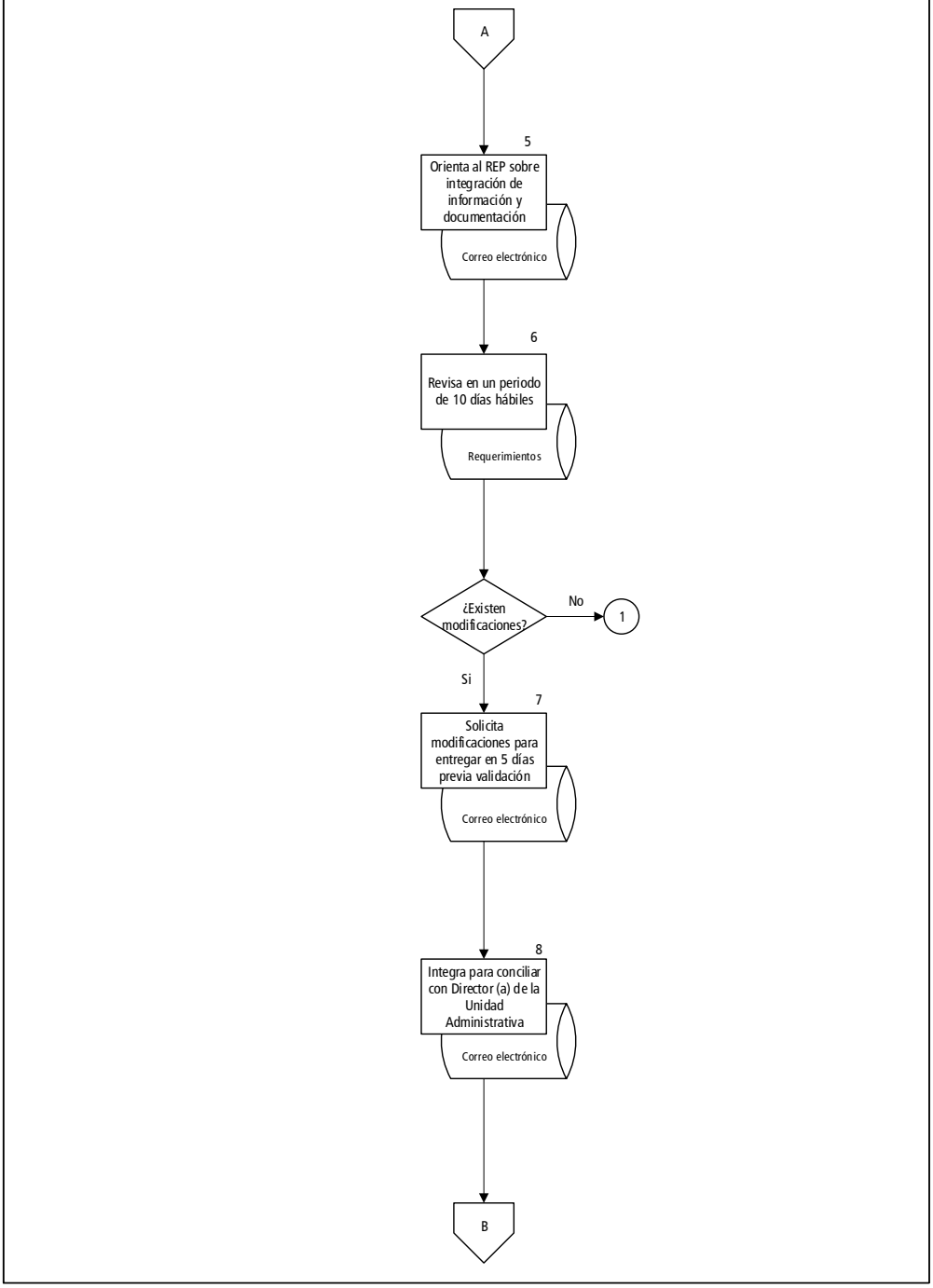
		/a del Área y Director/a del área para ser entregados a la DOOBSGPG, en un período máximo de 5 días hábiles.	
10		Entrega los requerimientos impresos y electrónicos a la DOUM para su adquisición.	Requerimientos impresos y electrónicos Memorándum
11		Coadyuva con el/la directora/a de Unidad Administrativa para el seguimiento, gestión y estatus de los requerimientos entregados a la DOUM y DOOBSGPG para adquisición, por medio de documento firmado por el/la Director/a de Unidad Administrativa.	Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÓN Y VINCULACIÓN DE PROGRAMAS OPERATIVOS.



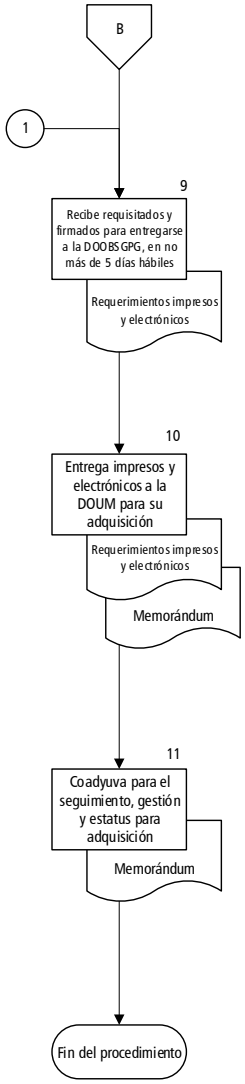
PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÒN Y VINCULACIÓN DE PROGRAMAS OPERATIVOS

Enlace Estatal de la Coordinación de Servicios de Salud



PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÒN Y VINCULACIÓN DE PROGRAMAS OPERATIVOS

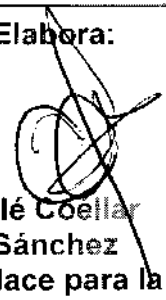
Enlace Estatal de la Coordinación de Servicios de Salud



7.5. PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DEL SISTEMA DE URGENCIAS MÉDICAS Y DESASTRES

7.5.1. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR EL TRASLADO AÉREO.

Tiempo Promedio: 35 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ailé Coellar Sánchez **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodriguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las actividades para solicitar el apoyo de la aeronave a la Dirección de Servicios Logísticos de Apoyo al Ejecutivo, así como verificar que las condiciones meteorológicas para el traslado de pacientes por vía aérea, cumplan con los requisitos.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Operaciones Hangar del Gobierno de Puebla. 2. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Políticas de Operación: 1. El personal sólo podrá utilizar la aeronave si las condiciones climatológicas, de seguridad, riesgo para el personal o fallas mecánicas así lo permitan. 2. La aeronave sólo se podrá utilizar si el Ejecutivo no dispone en ese momento de la misma. 3. Si las condiciones climatológicas son adversas, se considerará la posibilidad de un aterrizaje en un área cercana al punto de contacto. 4. Sólo las autoridades con mayor rango en el SUMA tendrán la capacidad de autorizar los traslados. 5. El personal aeromédico es el único permitido a realizar traslados aéreos.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Personal de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres (SUMA) presente en la unidad aérea. Personal de la Dirección de Servicios Logísticos de Apoyo al Ejecutivo.
Recursos	Formato de Activación de Unidad Aérea, Instructivo de acomodo del equipo médico.
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea,

marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida.
CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, es el encargado de realizar la comunicación y enlace entre hospital emisor y hospital receptor, así como la ubicación y seguimiento de pacientes.
SUMA: Sistema de Urgencias Médicas y Desastres, es el encargado de realizar el traslado de pacientes vía terrestre y aérea del hospital emisor al hospital receptor con apoyo médico y con los cuidados profesionales que requiera.
MATRA: Equipo de Radiofrecuencia.

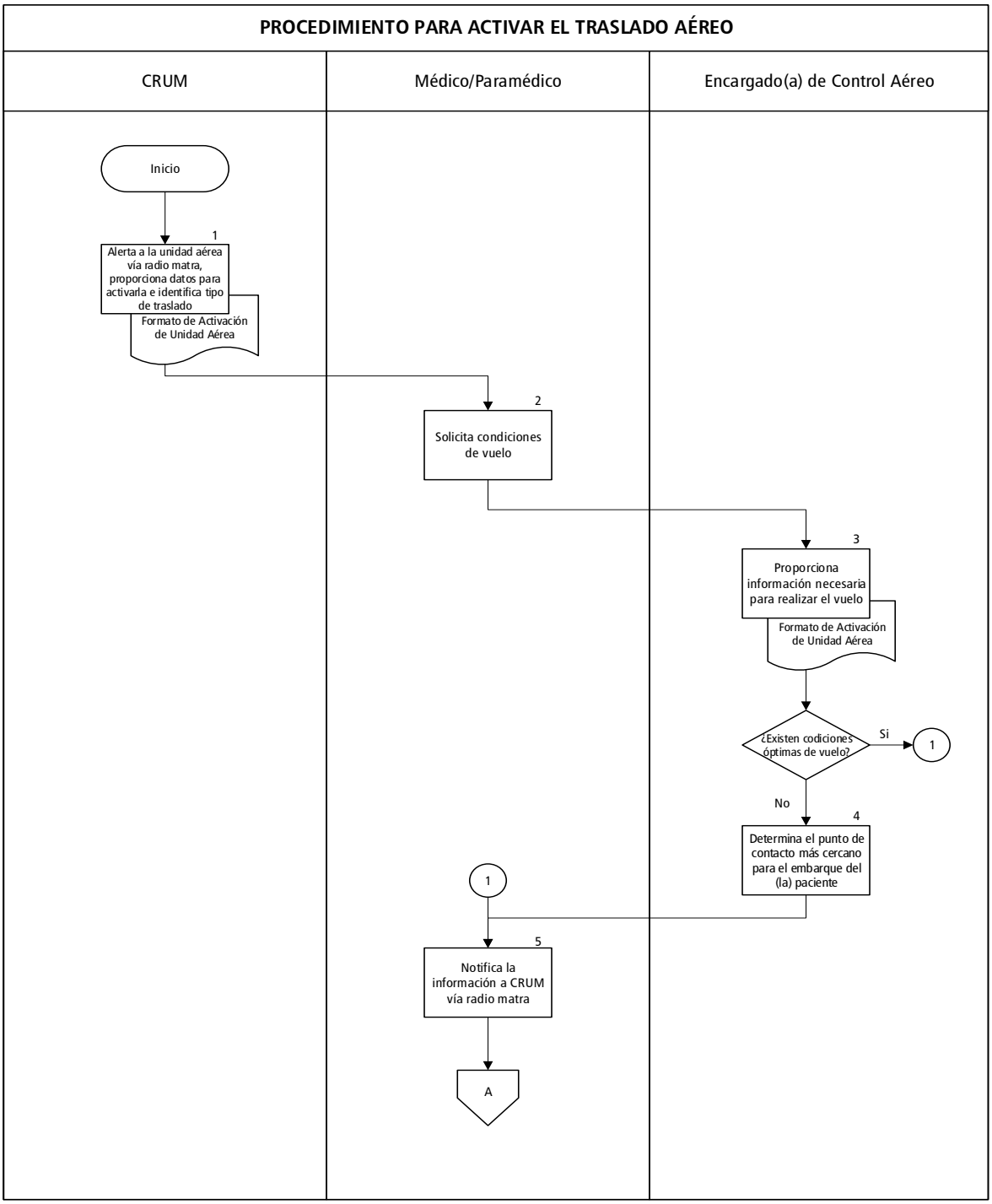
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR EL TRASLADO AÉREO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	CRUM	Alerta a la unidad aérea vía radio matra, proporciona los datos necesarios para activar la unidad aérea e identifica el tipo de traslado a realizar en el formato de Activación de Unidad Aérea: ➢ Lugar del accidente. ➢ Tipo de traslado primario. ➢ Tipo de emergencia secundario. ➢ Número de pacientes. ➢ Tipo de paciente.	Formato de Activación de Unidad Aérea.
2	Médico/a / Paramédico/a	Solicita condiciones de vuelo, con el/la encargado/a en turno de control aéreo de la Dirección de Servicios Logísticos de Apoyo al Ejecutivo.	
3	Encargado/a de Control aéreo	Proporciona información necesaria para realizar el vuelo: ➢ Aeronave disponible: Bell 407 XC HPZ o Agusta Koala 119 XC LNA.	Formato de Activación de Unidad Aérea.

		➢ Capitán o capitanes a cargo de la aeronave. ➢ Tiempo estimado de vuelo. ➢ Lugar de aterrizaje. ➢ Condiciones de vuelo. ¿Existen condiciones óptimas de vuelo? Si: Continúa en el paso 5. No: Continúa en el paso 4.	
4		Determina el punto de contacto más cercano disponible para poder realizar el embarque del/la paciente.	
5	Médico/a / Paramédico/a	Notifica la información proporcionada por despacho aéreo a CRUM, vía radio matra.	
6		Realiza la preparación y colocación del equipo en la aeronave, de acuerdo al Instructivo de acomodo de equipo médico: ➢ Equipo médico. ➢ Equipo electromédico. ➢ Material de curación. ➢ Equipo de protección personal. ➢ Kit de supervivencia.	Formato de Activación de Unidad Aérea. Instructivo de acomodo del equipo médico.
7		Corrobora con CRUM, que las condiciones de aterrizaje son apropiadas solicitando el apoyo que corresponda: ➢ Seguridad pública. ➢ Apoyo de bomberos, cuando aplique.	
8		Aborda la aeronave en espera de la indicación de despegue coordinadamente con el/la piloto a cargo de la aeronave.	
Fin del procedimiento			

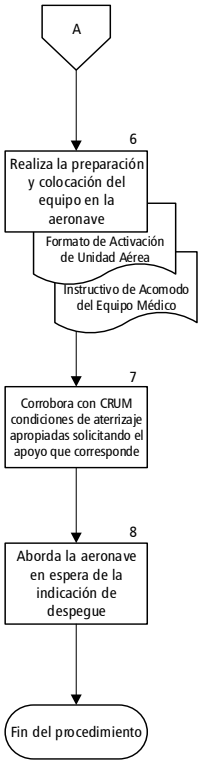
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR EL TRASLADO

AÉREO.


PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR EL TRASLADO AÉREO
CRUM
Médico/Paramédico
Encargado(a) de Control Aéreo
Inicio
1
Alerta a la unidad aérea vía radio matra, proporciona datos para activarla e identifica tipo de traslado
Formato de Activación de Unidad Aérea
2
Solicita condiciones de vuelo
3
Proporciona información necesaria para realizar el vuelo
Formato de Activación de Unidad Aérea
¿Existen codiciones óptimas de vuelo?
Si
1
No
4
Determina el punto de contacto más cercano para el embarque del (la) paciente
1
5
Notifica la información a CRUM vía radio matra
A

PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR EL TRASLADO AÉREO

Médico/Paramédico



7.5.2. PROCEDIMIENTO PARA PREPARACIÓN DEL/LA PACIENTE PARA REALIZAR UN TRASLADO AÉREO

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Allé Coellar Sánchez Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD) Octubre 2018	Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018	Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018

Objetivo	Preparar al (los/las) paciente (s) que es (son) candidato/a (s) a traslado aéreo para poder soportar los cambios de altitud, presión, temperatura, vibración, ruido, aceleración y desaceleración una vez arribado al punto establecido para el embarque de (los/las) paciente (s) en la unidad aérea.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Sólo se podrá utilizar la aeronave si las condiciones climatológicas, de seguridad, riesgo para el personal o fallas mecánicas así lo permitan. 2. La aeronave sólo se podrá utilizar si el Ejecutivo no dispone en ese momento de la misma. 3. Si las condiciones climatológicas son adversas, se considerará la posibilidad de un aterrizaje en un área cercana al punto de contacto. 4. Sólo las autoridades con mayor rango en el SUMA tendrán la capacidad de autorizar los traslados. 5. El personal aeromédico es el único permitido a realizar traslados aéreos. 6. Si las condiciones del/la paciente no son estables ni óptimas para realizar el vuelo, se considerará su estabilización y de no lograrse se cancelará el traslado. Políticas de Operación 7. Sólo se podrá utilizar la aeronave si las condiciones climatológicas, de seguridad, riesgo para el personal o fallas mecánicas así lo permitan. 8. La aeronave sólo se podrá utilizar si el Ejecutivo no dispone en ese momento de la misma. 9. Si las condiciones climatológicas son adversas, se considerará la posibilidad de un aterrizaje en un área cercana al punto de contacto. 10. Sólo las autoridades con mayor rango en el SUMA tendrán la capacidad de autorizar los traslados. 11. El personal aeromédico es el único permitido a realizar traslados aéreos. 12. Si las condiciones del/la paciente no son estables ni óptimas para realizar el vuelo, se considerará su estabilización y de no lograrse se cancelará el traslado.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.

Áreas Involucradas	Personal de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres (SUMA), Especificación de reglas básicas.
Recursos	RAMP. Formato de Activación de Unidad Aérea Protocolos médicos, Manual de Transportación Aeromédica por Helicóptero, Especificación de reglas básicas
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, es el encargado de realizar la comunicación y enlace entre hospital emisor y hospital receptor, así como la ubicación y seguimiento de pacientes. SUMA: Sistema de Urgencias Médicas y Desastres, es el encargado de realizar el traslado de pacientes vía terrestre y aérea del hospital emisor al hospital receptor con apoyo médico y con los cuidados profesionales que requiera. Unidad aérea: Es el equipo profesional encargado de realizar el transporte aéreo del lugar del accidente u hospital emisor al hospital receptor con los cuidados médicos que requiera.

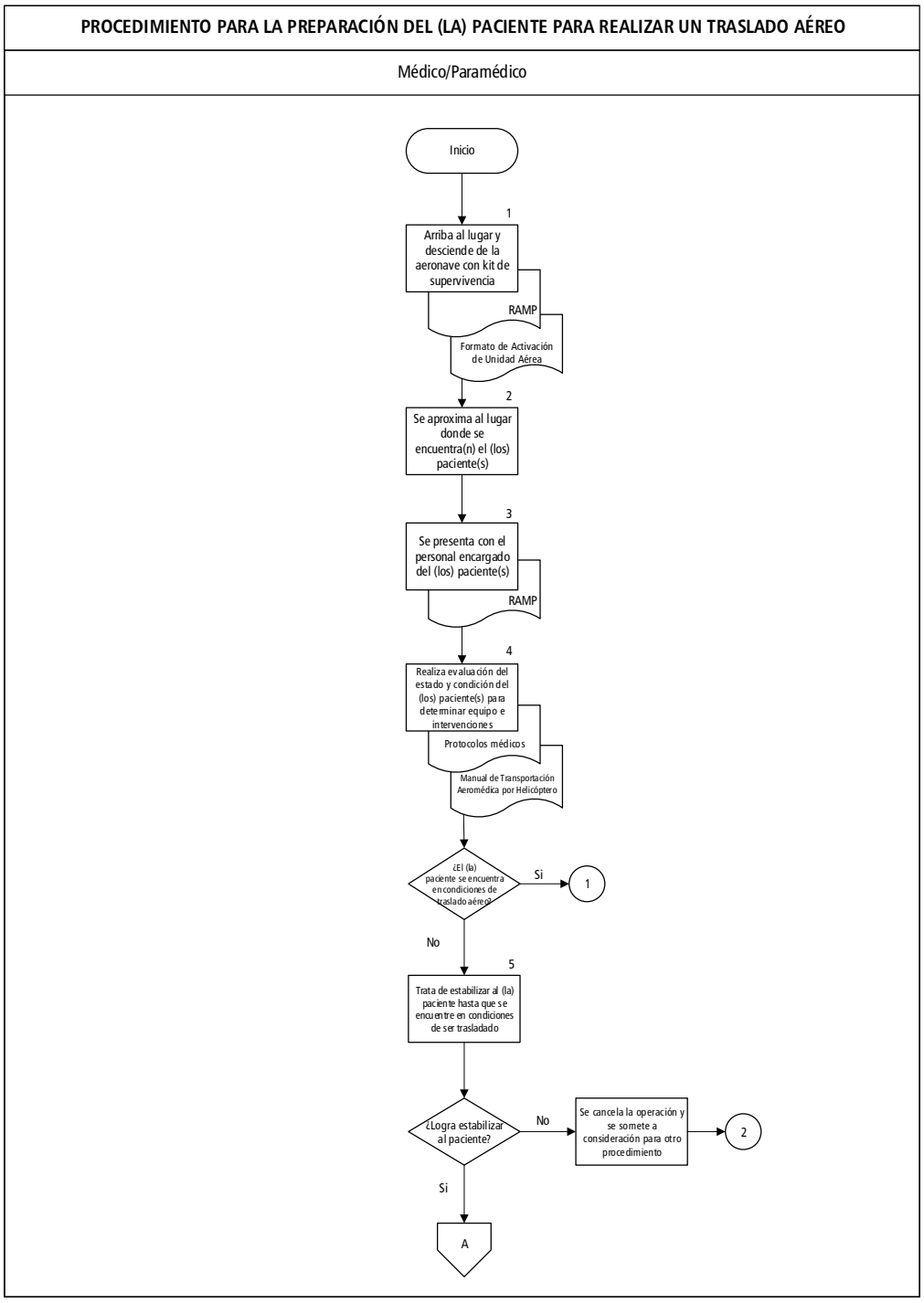
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DEL/LA PACIENTE PARA REALIZAR UN TRASLADO AÉREO

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a / Paramédico/a	Arriba al lugar y desciende de la aeronave con el kit de supervivencia.	RAMP. Formato de Activación de Unidad Aérea.
2		Se aproxima al lugar donde se encuentra el/la paciente.	S/D
3		Se presenta con el personal que se encarga del/la paciente hasta su arribo.	RAMP.
4		Evaluación inicial. Realiza una evaluación rápida del estado y condición actual del/la paciente para determinar el equipo necesario y las intervenciones necesarias para preparar al/la paciente para soportar los cambios de altitud, presión, temperatura, aceleración y desaceleración durante el vuelo. ➢ Manejo de la vía aérea: – Permeable. – Comprometida. – Asegurada. ➢ Ventilación: – Ventilación espontánea. – Frecuencia ventilatoria. – Ventilación asistida. ➢ Circulación: – Frecuencia cardiaca y tensión arterial. – Shock compensado. – Shock no compensado. – No shock. ➢ Déficit neurológico:	Protocolos médicos. Manual de Transportación Aeromédica por Helicóptero.

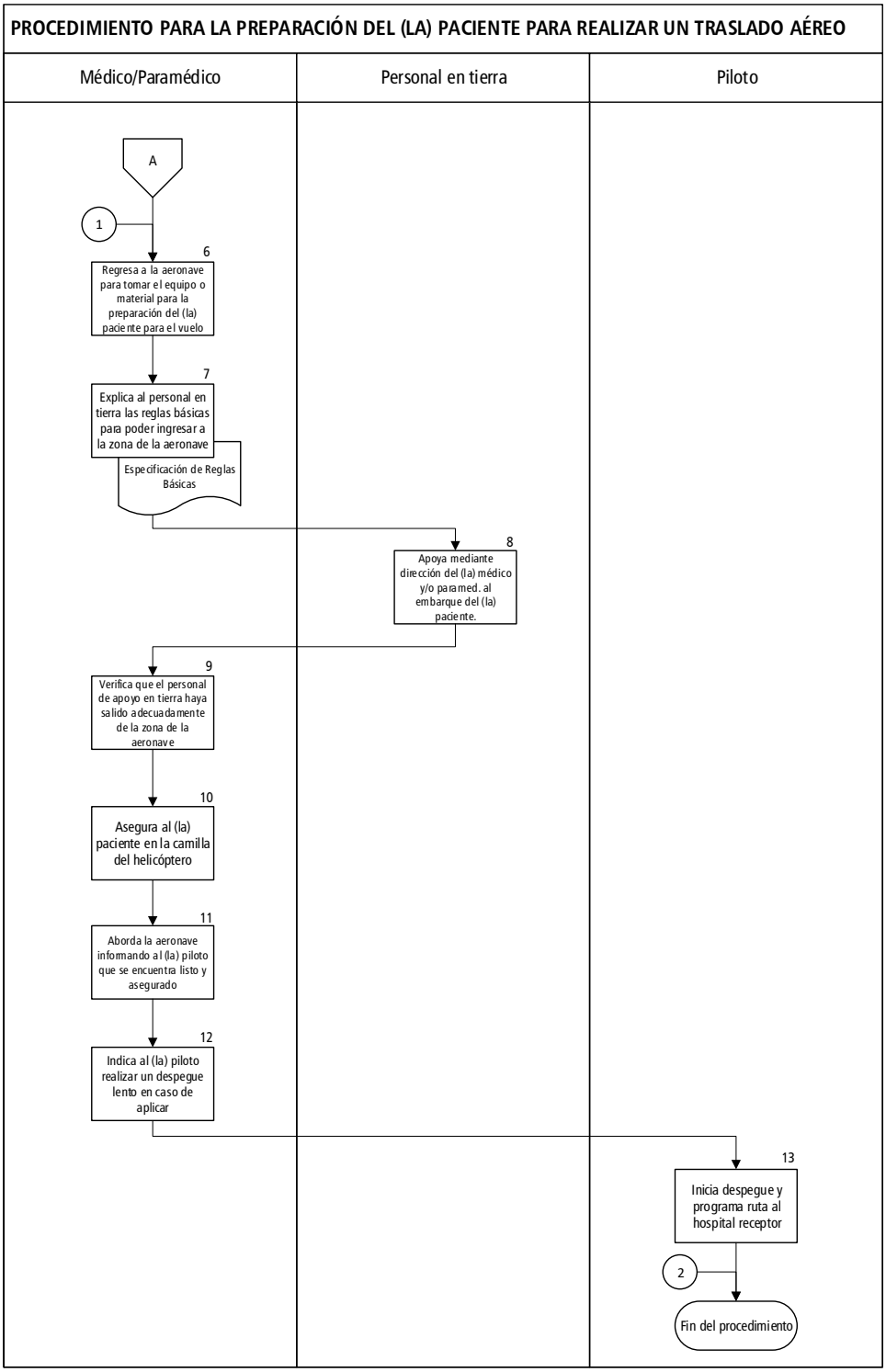
		– Escala de coma de Glasgow. – Pupilas: Iguales, redondas y reactivas a la luz. ➢ Exposición del/la paciente: – Temperatura. – Sangrados. – Lesiones cutáneas. ➢ Oximetría. ➢ Monitoreo Cardíaco. ➢ Electrocardiografía. ➢ Glucosa. ¿El/la paciente se encuentra en condiciones de traslado aéreo? Si: continúa en la actividad 6. No: continúa en la actividad 5.	
5		Trata de estabilizar al/la paciente hasta que se encuentre en condiciones de ser trasladado. Logra estabilizar al/la paciente? continúa en la actividad 6. No: se cancela la operación y se somete a consideración para otro procedimiento. Fin del Procedimiento.	S/D
6		Regresa a la aeronave para tomar el equipo o material necesario para la preparación del/la paciente para el vuelo.	S/D
7		Explica al personal en tierra las reglas básicas para poder ingresar a la zona de la aeronave, con el fin de apoyar en el embarque del/la paciente.	Especificación de reglas básicas.
8	Personal en tierra	Apoya mediante la dirección del/la médico y/o paramédico a cargo de la aeronave, al embarque del/la paciente.	S/D
9	Médico/a / Paramédico/a	Verifica que el personal de apoyo en tierra haya salido adecuadamente de la zona de la aeronave, cerrando las puertas de la misma de manera	S/D

		adecuada.	
10		Asegura al paciente en la camilla del helicóptero.	S/D
11		Aborda la aeronave informando al/la piloto al mando de la aeronave que se encuentra listo y asegurado para iniciar el despegue.	S/D
12		Indica al/la piloto realizar un despegue lento en caso de aplicar.	S/D
13	Piloto	Inicia despegue y programa ruta al hospital receptor.	S/D
Fin del procedimiento			

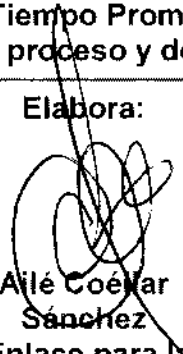
DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DEL/LA PACIENTE PARA REALIZAR UN TRASLADO AÉREO



PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DEL (LA) PACIENTE PARA REALIZAR UN TRASLADO AÉREO



7.5.3. PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD MÉDICA PREVIAMENTE REGULADA

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
Ailé Coéllar Sánchez **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las actividades necesarias para monitorear al/la paciente durante el vuelo y el mecanismo de entrega-recepción del mismo en la unidad médica hospitalaria previamente regulada.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Protocolos del Flight Paramedic. Políticas de Operación: 1. Sólo se podrá utilizar la aeronave si las condiciones climatológicas, de seguridad, riesgo para el personal o fallas mecánicas así lo permitan. 2. La aeronave sólo se podrá utilizar si el Ejecutivo no dispone en ese momento de la misma. 3. Si las condiciones climatológicas son adversas, se considerará la posibilidad de un aterrizaje en un área cercana al punto de contacto. 4. Sólo las autoridades con mayor rango en el SUMA tendrán la capacidad de autorizar los traslados. 5. El personal aeromédico es el único permitido a realizar traslados aéreos. 6. Si las condiciones del/la paciente no son estables ni óptimas para realizar el vuelo, se considerará la estabilización del/la paciente y de no lograrse la estabilización se cancelará el traslado. 7. La Hoja RAMP deberá estar completamente requisitada. 8. El/la Médico responsable del/la paciente en la Unidad Hospitalaria receptora deberá firmar la hoja RAMP. 9. Es responsabilidad del/la Aeromédico entregar la copia blanca del RAMP al hospital destino o receptor. 10. Las copias del RAMP se entregarán de acuerdo a lo siguiente: ➢ Blanca para el Hospital. ➢ Verde para la Autoridad. ➢ Amarilla para la Coordinación Médica. ➢ Rosa para la Farmacia e Insumos.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Personal de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres (SUMA).
Recursos	Hoja de referencia, Documentación del/la paciente, RAMP

Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, es el encargado de realizar la comunicación y enlace entre hospital emisor y hospital receptor, así como la ubicación y seguimiento de pacientes. SUMA: Sistema de Urgencias Médicas y Desastres, es el encargado de realizar el traslado de pacientes vía terrestre y aérea del hospital emisor al hospital receptor con apoyo médico y con los cuidados profesionales que requiera. RAMP: Registro de Atención Médica Prehospitalaria.

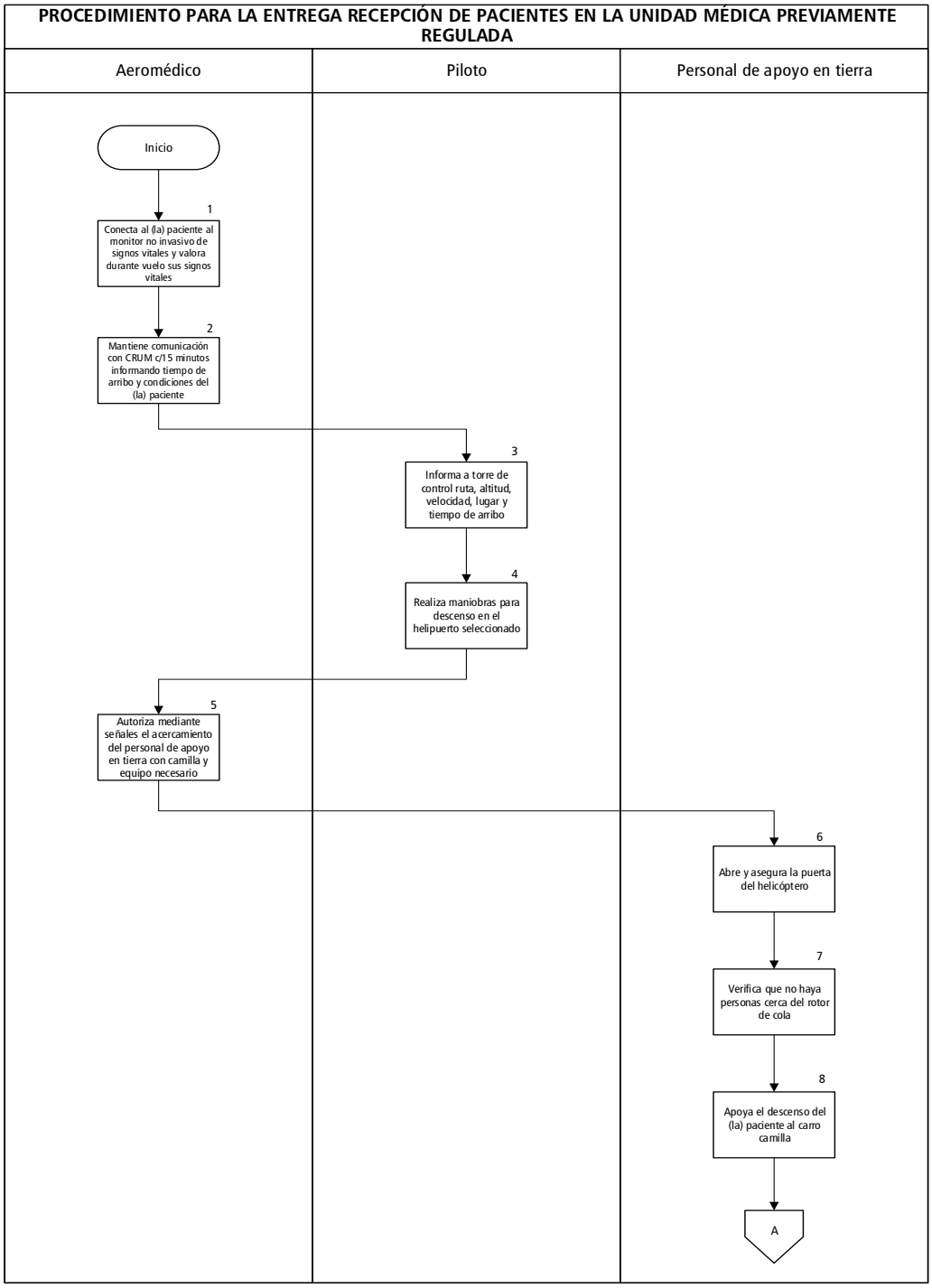
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD MÉDICA PREVIAMENTE REGULADA

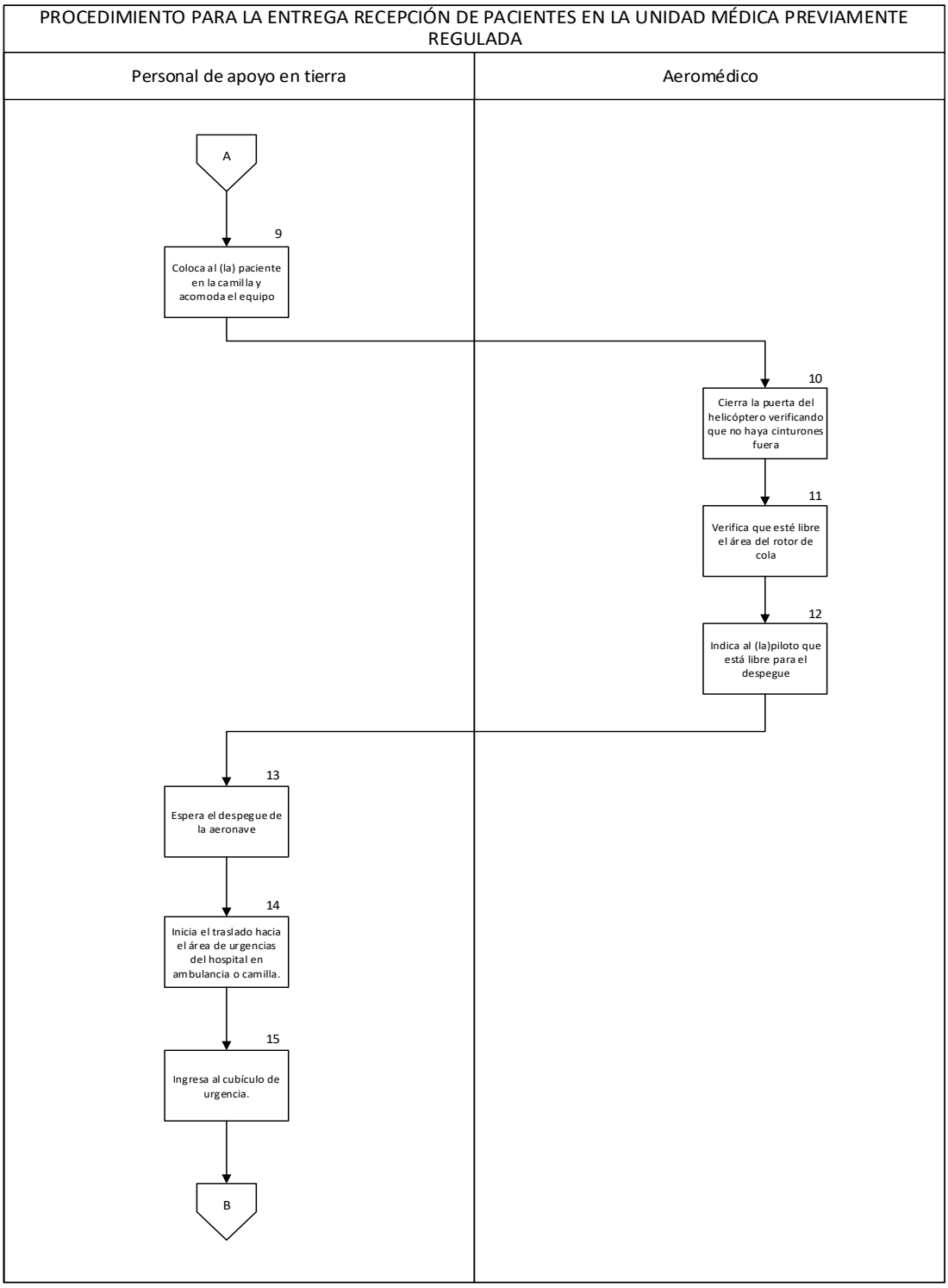
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Aeromédico/a.	Durante el vuelo. Conecta al/la paciente al monitor no invasivo de signos vitales y valora durante el vuelo sus signos vitales, de manera continua según los protocolos del Flight Paramédico.	S/D
2		Mantiene comunicación con CRUM, aproximadamente cada 15 minutos informando tiempo de arribo y condiciones del/la paciente.	S/D

3	Piloto/a	Informa a torre de control ruta, altitud, velocidad, lugar y tiempo de arribo.	S/D
4		Realiza maniobras para descenso en el helipuerto seleccionado.	S/D
5	Aeromédico/a.	Autoriza mediante señales el acercamiento del personal de apoyo en tierra de SUMA con camilla y equipo necesario.	S/D
6	Personal de apoyo en tierra	Abre y asegura la puerta del helicóptero.	S/D
7		Verifica que no haya personas cerca del rotor de cola.	S/D
8		Apoya el descenso del/la paciente al carro camilla.	S/D
9		Coloca al/la paciente en la camilla y acomoda el equipo.	S/D
10	Aeromédico/a.	Cierra la puerta del helicóptero verificando que no haya cinturones fuera.	S/D
11		Verifica que esté libre el área del rotor de cola.	S/D
12		Indica al/la piloto que está libre para el despegue.	S/D
13	Personal de apoyo en tierra	Espera el despegue de la aeronave.	S/D
14		Inicia el traslado hacia el área de urgencias del hospital en ambulancia o camilla.	S/D
15		Ingresa al cubículo de urgencia.	S/D
16	Aeromédico/a.	Proporciona resumen verbal de las condiciones del/la paciente incluyendo diagnóstico, procedimientos realizados y signos vitales.	S/D

17		Entrega Hoja de referencia y documentación del/la paciente.	Hoja de referencia Documentación del/la paciente
18		Coloca al/la paciente en la camilla de la sala de urgencias.	S/D
19		Retira el equipo utilizado en la atención del/la paciente.	S/D
20		Llena el RAMP y recaba firma con el/la médico responsable del/la paciente.	RAMP
21		Entrega copia del RAMP al personal del hospital y resguarda copias para trámites administrativos.	RAMP
Fin del procedimiento			

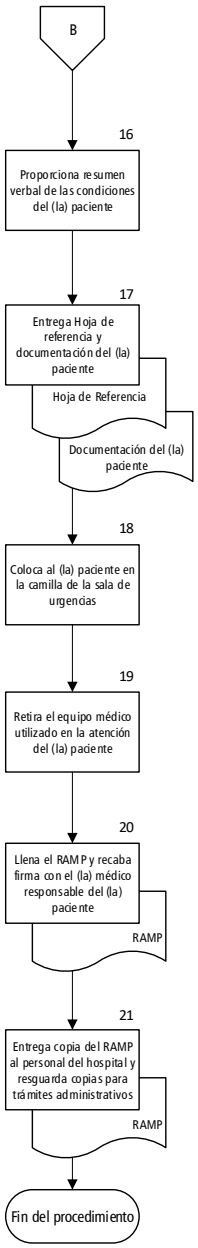
DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD MÉDICA PREVIAMENTE REGULADA




PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD MÉDICA PREVIAMENTE REGULADA
Personal de apoyo en tierra
Aeromédico
A
9
Coloca al (la) paciente en la camilla y acomoda el equipo
10
Cierra la puerta del helicóptero verificando que no haya cinturones fuera
11
Verifica que esté libre el área del rotor de cola
12
Indica al (la)piloto que está libre para el despegue
13
Espera el despegue de la aeronave
14
Inicia el traslado hacia el área de urgencias del hospital en ambulancia o camilla.
15
Ingresa al cubículo de urgencia.
B

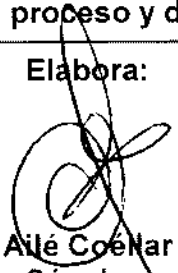
PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD MÉDICA PREVIAMENTE REGULADA

Aeromédico



7.5.4. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ailé Coéllar Sánchez Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD) Octubre 2018	Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018	Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018

Objetivo	Establecer las actividades para solicitar el apoyo de una ambulancia para el traslado de pacientes o atención de urgencias por vía terrestre.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Políticas de Operación: 1. El/la despachador/a del C-5 deberá de proporcionar todos los datos para que la ambulancia se dirija a atender una emergencia. 2. Se deberá de requisitar el formato RAMP en su totalidad. 3. Cuando la ambulancia se dirija a una urgencia deberá de acudir con códigos y sirena encendida. 4. Si al arribo a la zona de ocurrencia de la emergencia el/la paramédico o médico determina que la zona no es segura, no ingresa a la misma hasta que el personal capacitado para mitigar los riesgos arribe. 5. El/la paramédico se deberá de presentar con el/la paciente o con los familiares antes de atender al/la paciente. 6. Si la emergencia rebasa las capacidades del/la paramédico esté solicitará apoyo vía telefónica o radio matra. 7. El/la paramédico deberá de informar continuamente al CRUM todas las situaciones que se lleguen a presentar. 8. Se valorará y revalorará al/la paciente cuantas veces sean necesarias. 9. Al arribo al hospital, se deberá de proporcionar un resumen verbal de las condiciones del/la paciente y de los procedimientos que se realizaron al mismo. 10. Se retirará el equipo propiedad de SUMA una vez que el/la médico responsable del/la paciente se haga cargo del mismo. 11. El/la médico responsable deberá de firmar la hoja RAMP.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Personal del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres (SUMA) presente en ambulancias y que traslada o atiende a pacientes durante alguna emergencia.

Recursos	RAMP.
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. Atención médica prehospitalaria: Atención otorgada a pacientes cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde los primeros auxilios hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias, así como durante el traslado entre diferentes establecimientos a bordo de una ambulancia. CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, es el encargado de realizar la comunicación y enlace entre hospital emisor y hospital receptor, así como la ubicación y seguimiento de pacientes. SUMA: Sistema de Urgencias Médicas y Desastres, es el encargado de realizar el traslado de pacientes vía terrestre y aérea del hospital emisor al hospital receptor con apoyo médico y con los cuidados profesionales que requiera. RAMP: Registro de Atención Médica Prehospitalaria. MATRA: Equipo de Radiofrecuencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA.

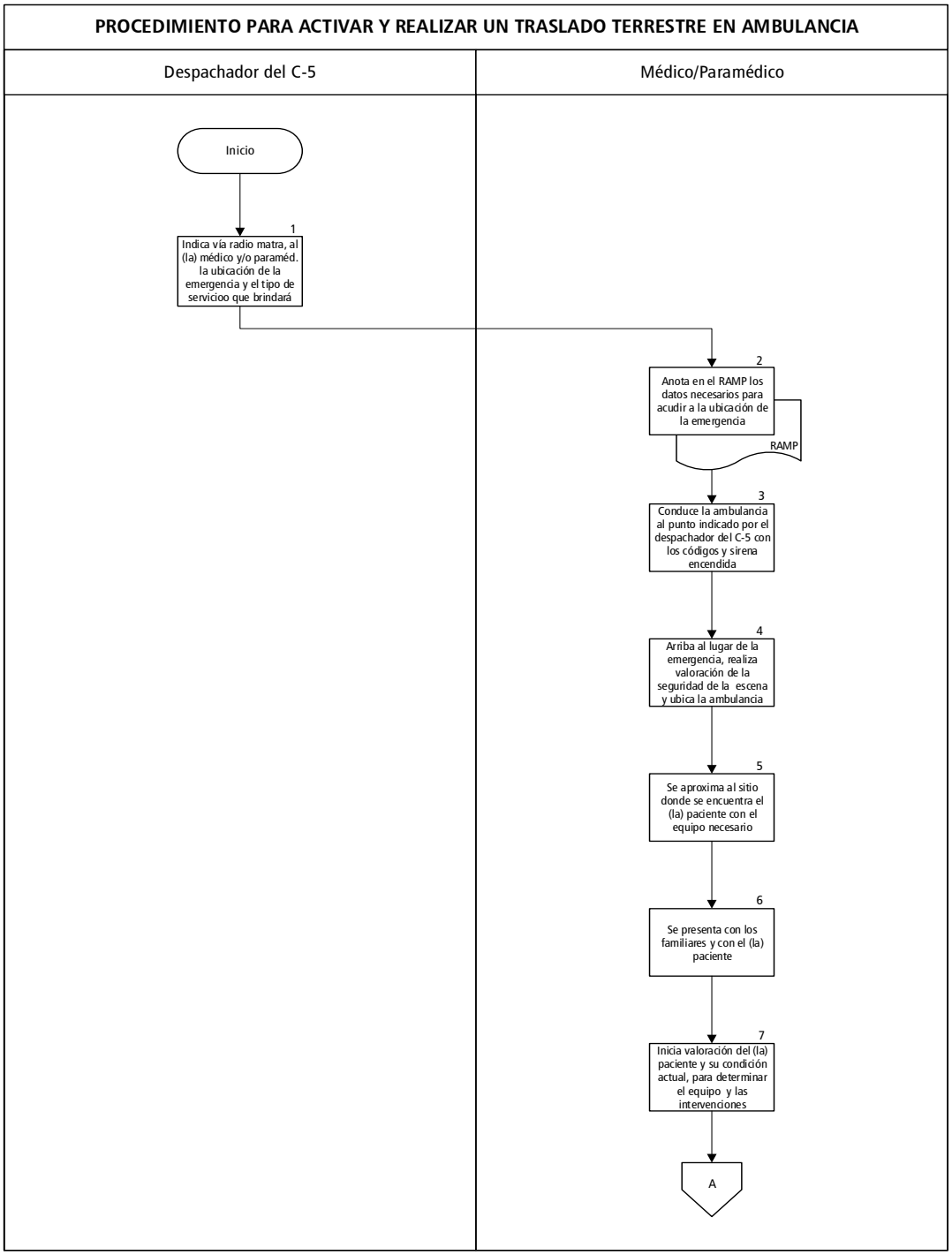
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Despachador/a del C-5	Indica vía radio matra, al/la médico y/o paramédico la ubicación de la emergencia a la que debe dirigirse y el tipo de servicio que brindará (urgencia, traslado o emergencia mayor).	S/D
2	Médico/ Paramédico	Anota en el RAMP los datos necesarios para acudir a la ubicación de la emergencia.	RAMP
3		Conduce la ambulancia al punto indicado por el despachador del C-5 con los códigos y sirena encendida para arribar lo más pronto posible al sitio de la emergencia.	S/D
4		Arriba al lugar de la emergencia, realiza una valoración rápida de la seguridad de la escena y ubica la ambulancia en un sitio seguro.	S/D
5		Se aproxima al sitio donde se encuentra el/la paciente con el equipo necesario para la atención del mismo.	S/D
6		Se presenta con los familiares y con el/la paciente.	S/D
7		Inicia valoración del/la paciente y su condición actual, para determinar el equipo y las intervenciones necesarias. ➢ Manejo de la vía aérea: – Permeable. – Comprometida. – Asegurada.	S/D

		➢ Ventilación: – Ventilación espontanea. – Frecuencia ventilatoria. – Ventilación asistida. ➢ Circulación: – Frecuencia cardiaca y tensión arterial. – Shock compensado. – Shock no compensado. – No shock. ➢ Déficit neurológico: – Escala de coma de Glasgow. – Pupilas: Iguales, redondas y reactivas a la luz. ➢ Exposición del/la paciente: – Temperatura. – Sangrados. – Lesiones cutáneas. ➢ Oximetría. ➢ Monitoreo cardiaco. ➢ Electrocardiografía. ➢ Glucosa.	
8		De ser necesario inicia tratamiento al /la paciente para atender sus lesiones o patologías. ¿El/la paciente requiere tratamiento, traslado y accede a ser atendido/a? Si: continúa en la actividad 9. No: continúa en la actividad 10.	S/D
9		Solicita al/la paciente que firme el RAMP y se retira del sitio. **Fin del procedimiento.**	RAMP
10		Pregunta a su familiar o al/la paciente (en caso de estar consciente o pueda tomar decisiones) si cuenta con algún tipo de servicio de atención médica, seguridad social u hospital de preferencia al cual ser trasladado.	S/D

		¿El/la paciente cuenta con el servicio? Si: continúa en la actividad 11. No: continúa en la actividad 12.	
11		Informa al CRUM vía radio matra o telefónica el servicio de atención médica al que el/la paciente desea ser trasladado/a. Continúa en la actividad 14.	S/D
12		Informa al CRUM para que inicie el proceso de Regulación a algún hospital perteneciente a la Secretaría de Salud.	S/D
13	CRUM	Informa al/la médico/paramédico el hospital destino al cual el/la paciente fue regulado/a.	S/D
14	Médico/a / Paramédico/a	Prepara al/la paciente y lo/la sube a la camilla.	
15		Introduce al/la paciente en la ambulancia.	S/D
16		Se dirige en la ambulancia hacia el hospital indicado con códigos y sirena encendida para arribar en el menor tiempo posible.	S/D
17		Revalora de acuerdo a su estado de estabilidad o gravedad al/la paciente durante el traslado.	S/D
18		Arriba a la unidad hospitalaria y se dirige al área de urgencias donde se presenta con el/la médico adscrito/a a dicha área.	S/D
19		Proporciona resumen verbal de las condiciones del/la paciente incluyendo diagnóstico, procedimientos realizados y signos vitales.	S/D
20		Coloca al/la paciente en la camilla de la sala de urgencias.	S/D

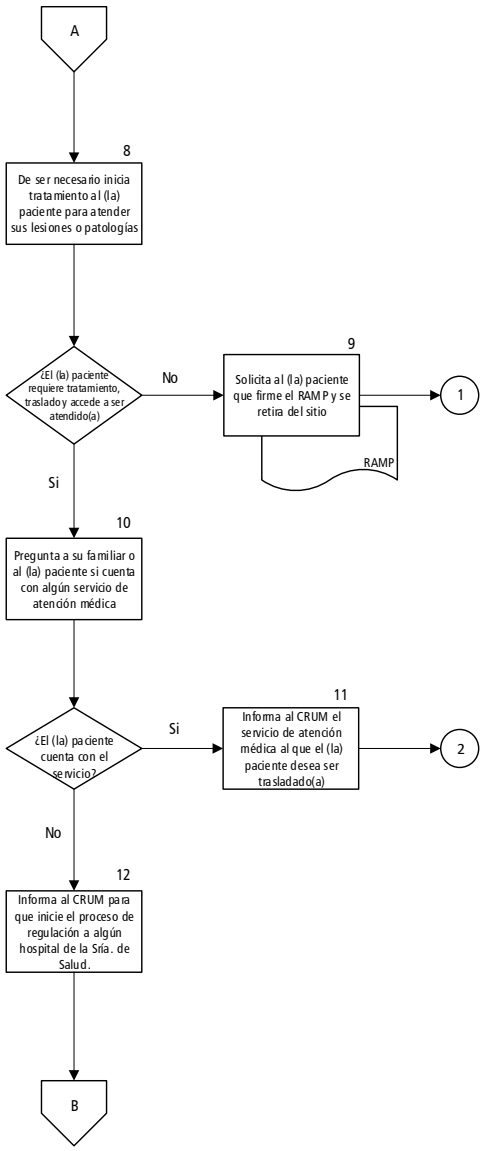
21		Retira el equipo utilizado en la atención del/la paciente.	S/D
22		Llena el RAMP y recaba firma con el/la médico responsable del/la paciente.	RAMP
23		Entrega copia del formato RAMP al personal del hospital y resguarda copias para trámites administrativos.	RAMP
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA.

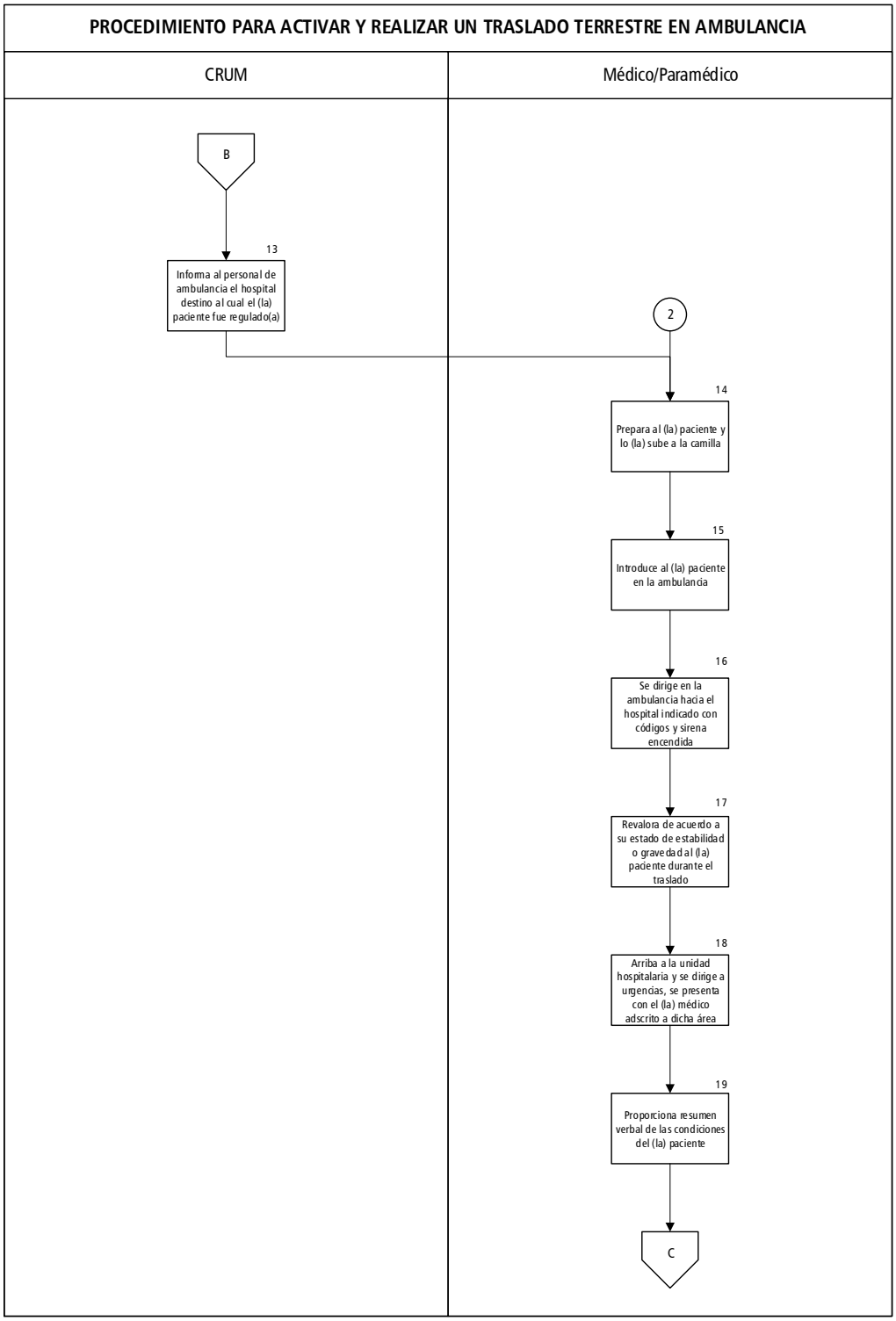


PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA

Médico/Paramédico

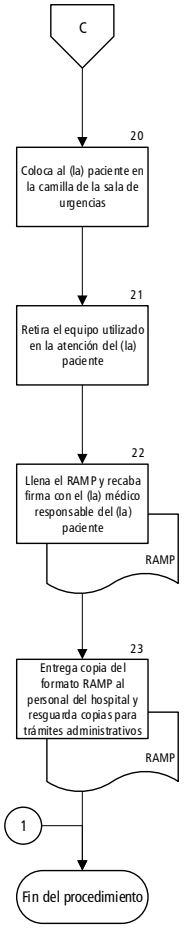


PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA

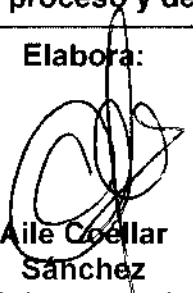


PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y REALIZAR UN TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA

Médico/Paramédico



7.5.5. PROCEDIMIENTO PARA REGULAR A UN/UNA PACIENTE QUE NECESITA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
Aile Coellar Sánchez **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer criterios de referencia del/la paciente crítico/a, apoyar al/la médico solicitante o al/la técnico en urgencias médicas en regulación con asesoría medica en caso de que la requiera, y canalizar al/la paciente a un hospital receptor que cuente con espacio físico, recursos médicos especializados y capacidad resolutiva de la urgencia médica quirúrgica, obstétrica o traumatológica.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Políticas de Operación: 2. Se atenderán todas las peticiones de regulación que así lo ameriten. 3. Se deberá de solicitar y proporcionar toda la información necesaria para realizar un diagnóstico oportuno del motivo de la solicitud de recepción a un hospital. 4. Se confirmará el envío y recepción del/la paciente en las unidades peticionaria y destino. 5. Se deberá de anotar toda la información necesaria en la bitácora correspondiente.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Personal técnico y médico del Centro Regulador de Urgencias Médicas, médico solicitante y médico receptor de la solicitud de recepción del/la paciente crítico.
Recursos	Bitácora diaria.
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. Atención médica prehospitalaria: La atención otorgada a pacientes cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde los primeros auxilios hasta la llegada y entrega a un

establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias, así como durante el traslado entre diferentes establecimientos a bordo de una ambulancia.
CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, es el encargado de realizar la comunicación y enlace entre hospital emisor y hospital receptor, así como la ubicación y seguimiento de pacientes.
SUMA: Sistema de Urgencias Médicas y Desastres, es el encargado de realizar el traslado de pacientes vía terrestre y aérea del hospital emisor al hospital receptor con apoyo médico y con los cuidados profesionales que requiera.
MATRA: Equipo de Radiofrecuencia.

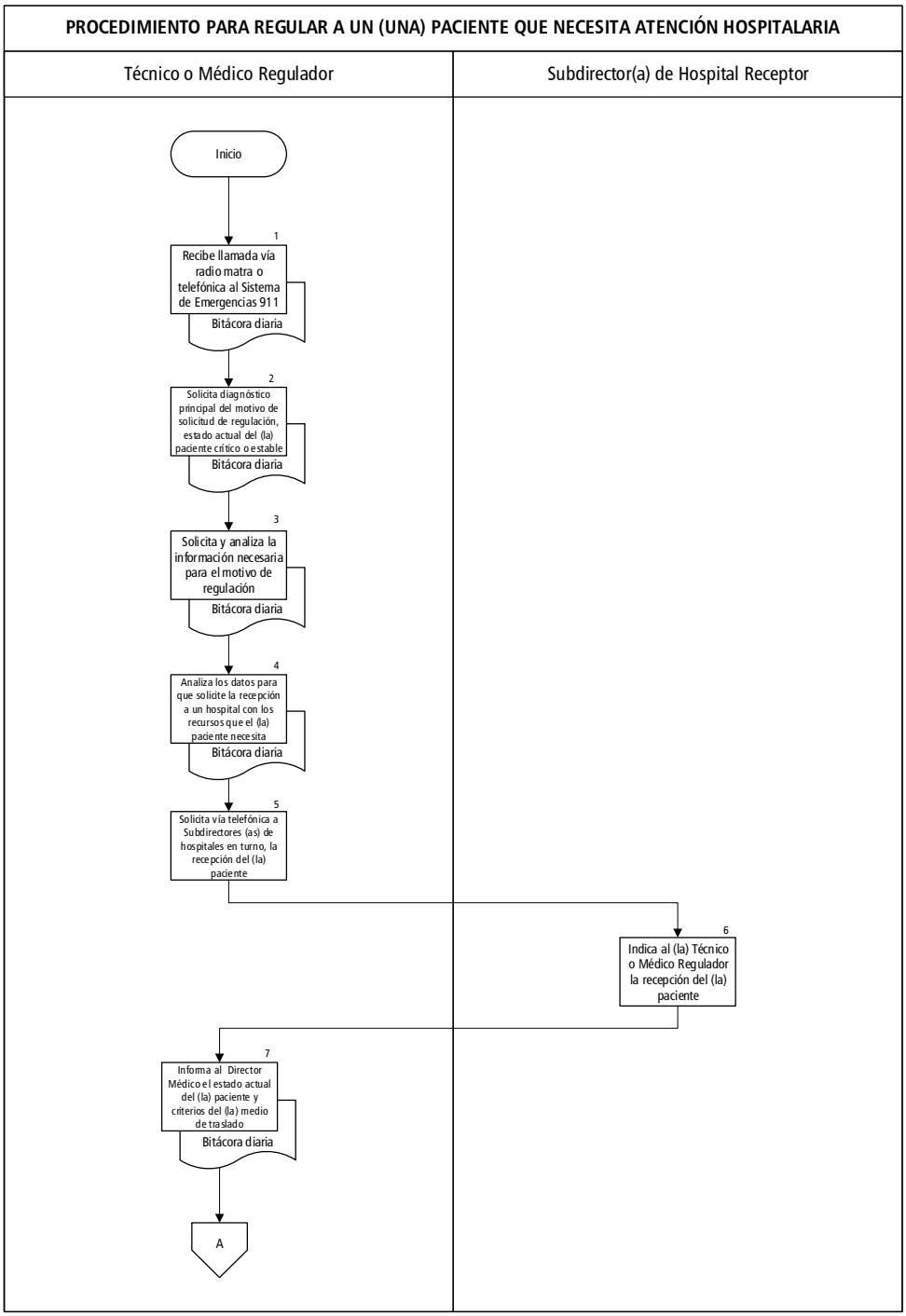
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REGULAR A UN/UNA PACIENTE QUE NECESITA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Técnico/a o Médico/a Regulador/a	Recibe llamada vía radio matra o telefónica al Sistema de Emergencias 911.	Bitácora diaria.
2		Solicita diagnóstico principal del motivo de solicitud de regulación, estado actual del/la paciente crítico o estable.	Bitácora diaria.
3		Solicita y analiza la información necesaria para el motivo de regulación. ➢ Signos vitales: – Presión arterial sistémica. – Frecuencia cardiaca. – Frecuencia respiratoria. – Escala de coma de Glasgow. ➢ Laboratorios principales y estudios de gabinete: – Laboratorios hematológicos, tomografía o rayos X. ➢ Tratamiento proporcionado:	Bitácora diaria.

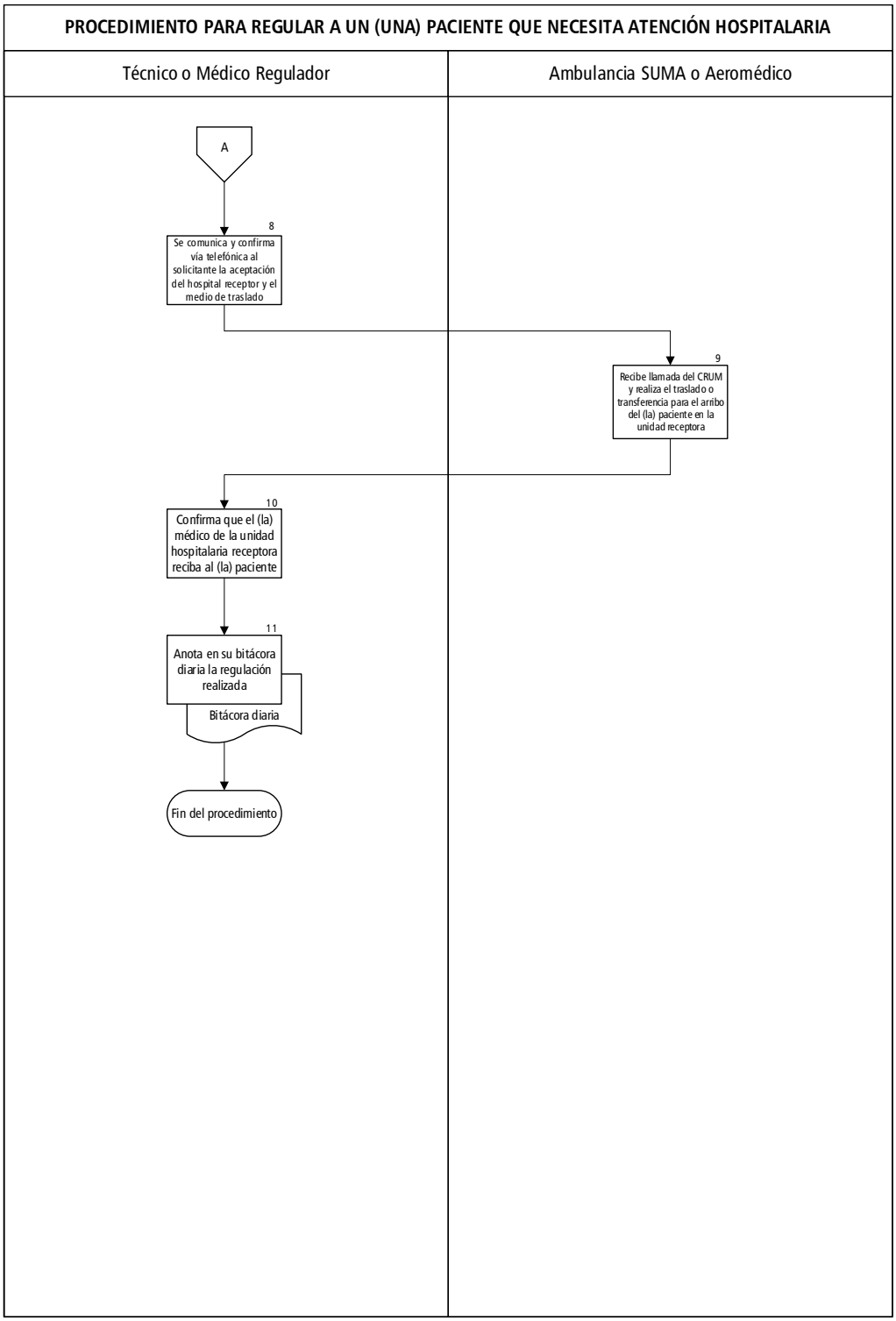
		– Intubado o no intubado. – Tratamiento farmacológico administrado. – Tratamiento quirúrgico realizado. ➢ Oximetría. ➢ Monitoreo Cardíaco. ➢ Electrocardiografía. ➢ Glucosa.	
4		Analiza los datos proporcionados para que de acuerdo a las necesidades del /la paciente, se solicite la recepción a un hospital con los recursos que el /la paciente necesita y pueda ser atendido.	Bitácora diaria.
5		Solicita vía telefónica a Subdirectores /as de hospitales en turno, la recepción del/la paciente.	S/D
6	Subdirector/a de Hospital Receptor	Indica al/la Técnico/a o Médico Regulador la recepción del/la paciente.	S/D
7	Técnico/a o Médico/a Regulador/a.	Informa al Director Médico el estado actual del/la paciente y criterios del medio de traslado: ➢ Ambulancia de traslados del hospital. ➢ Apoyo de ambulancia SUMA. ➢ Aeronave de rescate.	Bitácora diaria.
8		Se comunica y confirma vía telefónica al solicitante de unidad hospitalaria la aceptación del hospital receptor y el medio de traslado.	S/D
9	Ambulancia SUMA o Aeromédico/a	Recibe la llamada del CRUM y realiza el traslado o transferencia necesaria para el arribo del/la paciente en la unidad receptora.	S/D
10	Técnico/a o Médico/a Regulador/a	Confirma que el médico de la unidad hospitalaria receptora reciba al/la paciente.	S/D

11		Anota en su bitácora diaria la regulación realizada.	Bitácora diaria.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA REGULAR A UN/UNA PACIENTE QUE NECESITA ATENCIÓN HOSPITALARIA.



PROCEDIMIENTO PARA REGULAR A UN (UNA) PACIENTE QUE NECESITA ATENCIÓN HOSPITALARIA



7.5.6. PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL ESTADO DE FUERZAS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 120 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Aile Coellar Sánchez **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

Objetivo	Recibir, analizar e integrar la información recibida por parte de las unidades hospitalarias del Estado de Puebla, para tener conocimiento sobre la disponibilidad de espacio, especialidades y servicios con los que se cuenta en cada uno de los turnos.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Políticas de Operación: 1. Las llamadas telefónicas se realizarán cada cambio de turno. 2. Se solicitará la información al/la médico responsable de la unidad. 3. Se registrará la información proporcionada. 4. Se enviará mediante correo electrónico la recopilación de dicha información a los cargos superiores.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención del Estado de Puebla.
Recursos	Formato de Estado de fuerza, Correo electrónico.
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. Ambulancia de cuidados intensivos: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que por su estado de gravedad requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida y cuidados críticos. Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Atención Prehospitalariade las Urgencias Médicas: a la otorgada a pacientes cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el

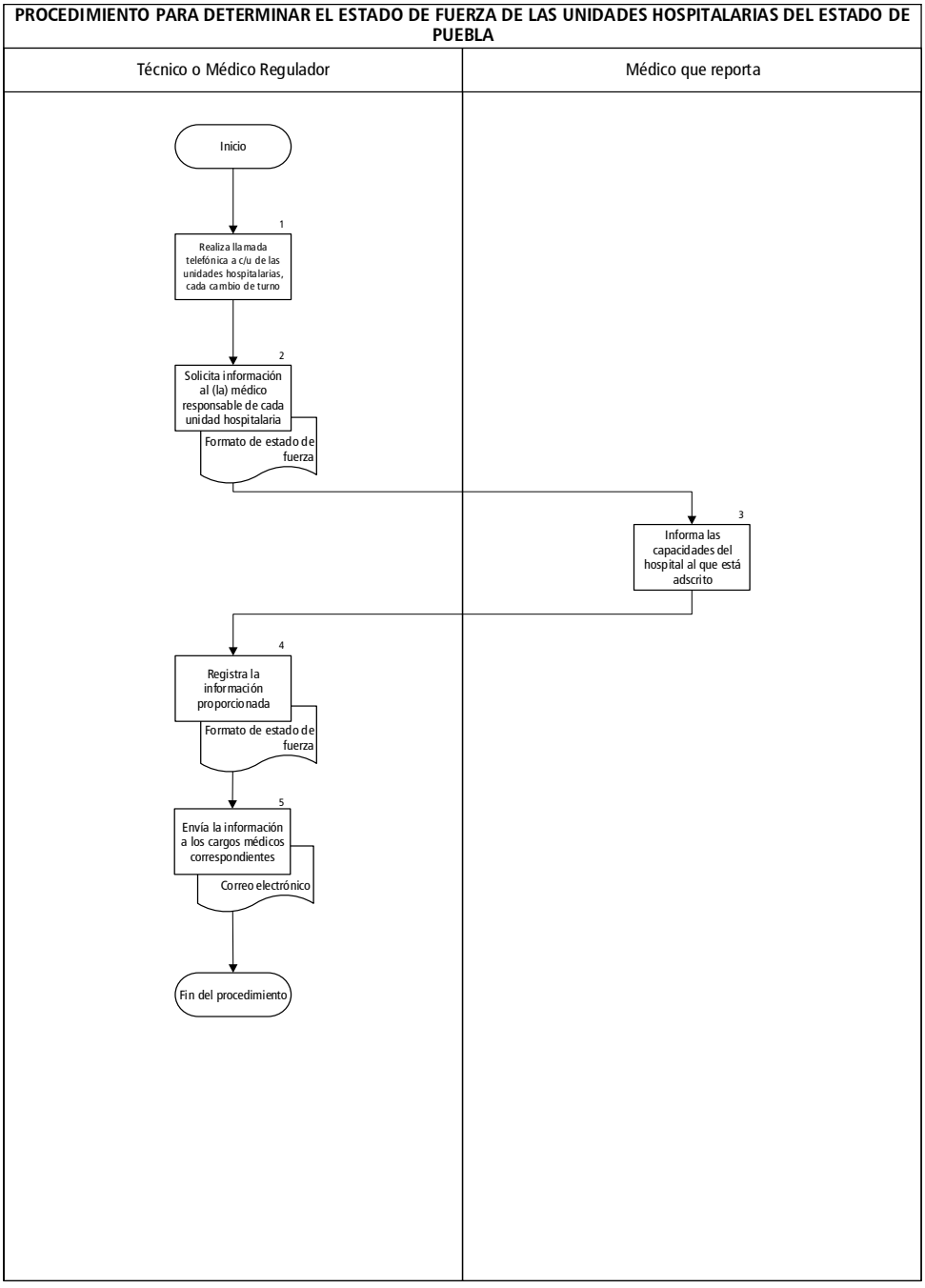
fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias.
CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal o del Gobierno del Distrito Federal, en su caso, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año.
Número económico: Número asignado a una unidad móvil para propósitos de identificación, que es otorgado internamente por la Institución a la que pertenece.
TUM: Técnico/a en Urgencias Médicas o TEM, Técnico/a en Emergencias Médicas, son equivalentes, pueden tener un nivel de formación técnica básica o como técnico superior universitario.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL ESTADO DE FUERZAS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Técnico/a o Médico/a Regulador/a.	Realiza llamada telefónica a cada una de las unidades hospitalarias, cada cambio de turno.	S/D
2		Solicita información al/la médico responsable de cada unidad hospitalaria: ➢ Camas disponibles en el hospital ➢ Camas disponibles en urgencias. ➢ Cubículos de choque. ➢ Ventiladores. ➢ Cirugía General.	Formato de Estado de fuerza.

		➢ Cirugía Plástica. ➢ Maxilofacial. ➢ Ginecología. ➢ Pediatría. ➢ Anestesiología. ➢ Ortopedia. ➢ Cardiología. ➢ Angiología. ➢ Medicina Interna. ➢ Médico General. ➢ Nombre y cargo del médico que reporta.	
3	Médico/a que reporta	Informa las capacidades del hospital al que está adscrito.	S/D
4	Técnico/a o Médico/a Regulador/a	Registra la información proporcionada en el formato de estado de fuerza.	Formato de estado de fuerza.
5		Envía la información mediante correo electrónico a los cargos médicos correspondientes.	Correo electrónico.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL ESTADO DE FUERZAS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DEL ESTADO DE PUEBLA.



7.5.7. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES, PARA LA REGULACIÓN HOSPITALARIA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Ailé Coellar Sánchez **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la correcta gestión de ambulancias terrestres, para la regulación hospitalaria, así como verificar el traslado de pacientes y la entrega-recepción de los mismos.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Políticas de Operación: 1. El/la Técnico/a o Médico Regulador deberá de disponer de la ambulancia más cercana. 2. Se debe de solicitar autorización del/la Responsable de Turno para el uso de alguna ambulancia. 3. La comunicación Técnico/a Regulador/a y Paramédico debe ser constante. 4. Se deberán de registrar los traslados realizados en la bitácora diaria.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención del Estado de Puebla.
Recursos	Bitácora diaria.
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. Ambulancia de cuidados intensivos: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que por su estado de gravedad requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida y cuidados críticos. Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Atención Prehospitalaria de las urgencias médicas: A la

otorgada a pacientes cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias.
CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal o del Gobierno del Distrito Federal, en su caso, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año.
Número económico: Número asignado a una unidad móvil para propósitos de identificación, que es otorgado internamente por la institución a la que pertenece.
TUM: Técnico (a) en Urgencias Médicas o TEM, Técnico/a en Emergencias Médicas, son equivalentes, pueden tener un nivel de formación técnica básica o como técnico superior universitario.
C5: Centro de Comando, Cómputo, Comunicaciones y Control.
MATRA: Equipo de Radiofrecuencia.

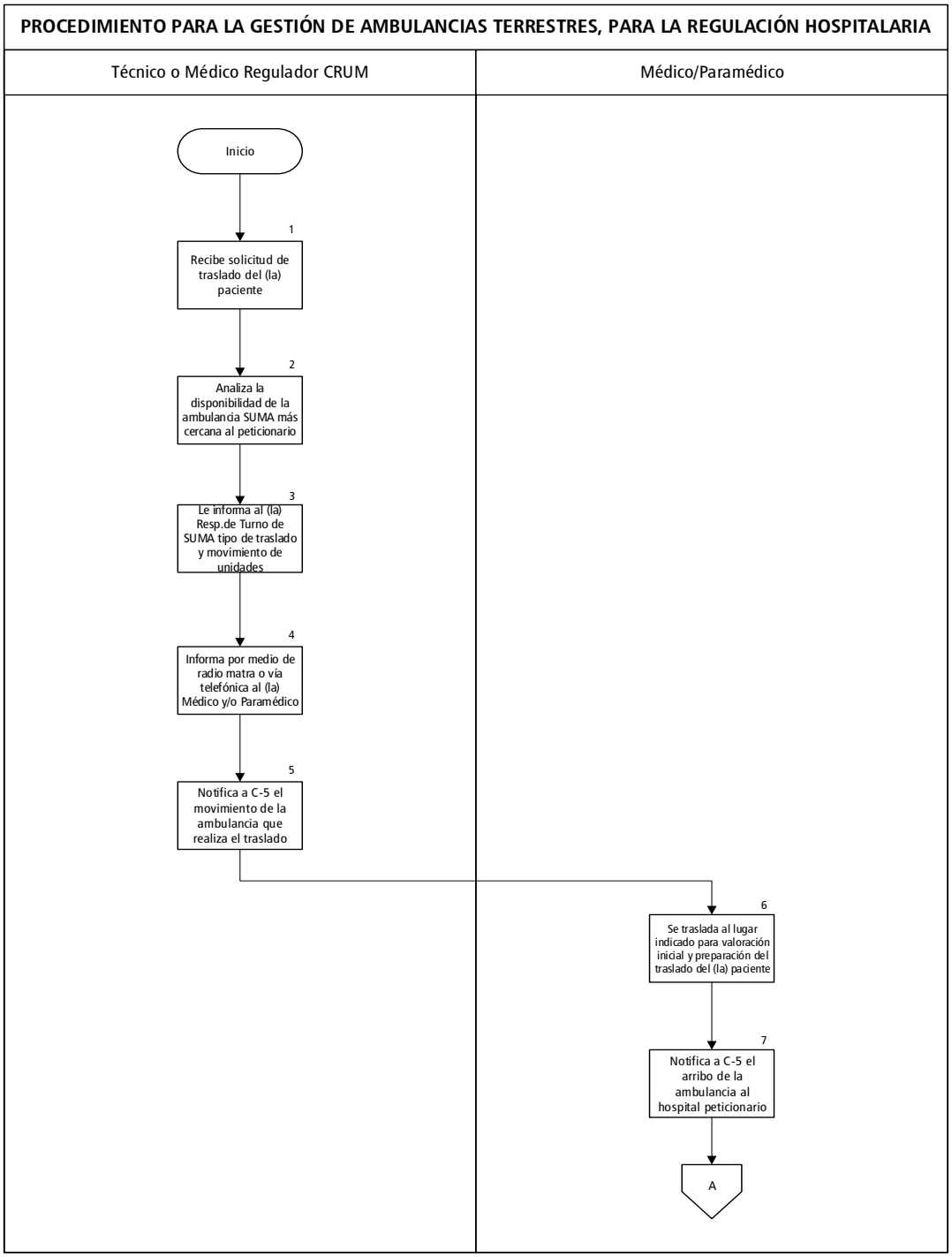
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES, PARA LA REGULACIÓN HOSPITALARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Técnico/a o Médico/a Regulador/a CRUM.	Recibe solicitud de traslado del/la paciente.	S/D
2		Analiza la disponibilidad de la ambulancia SUMA más cercana al peticionario.	S/D

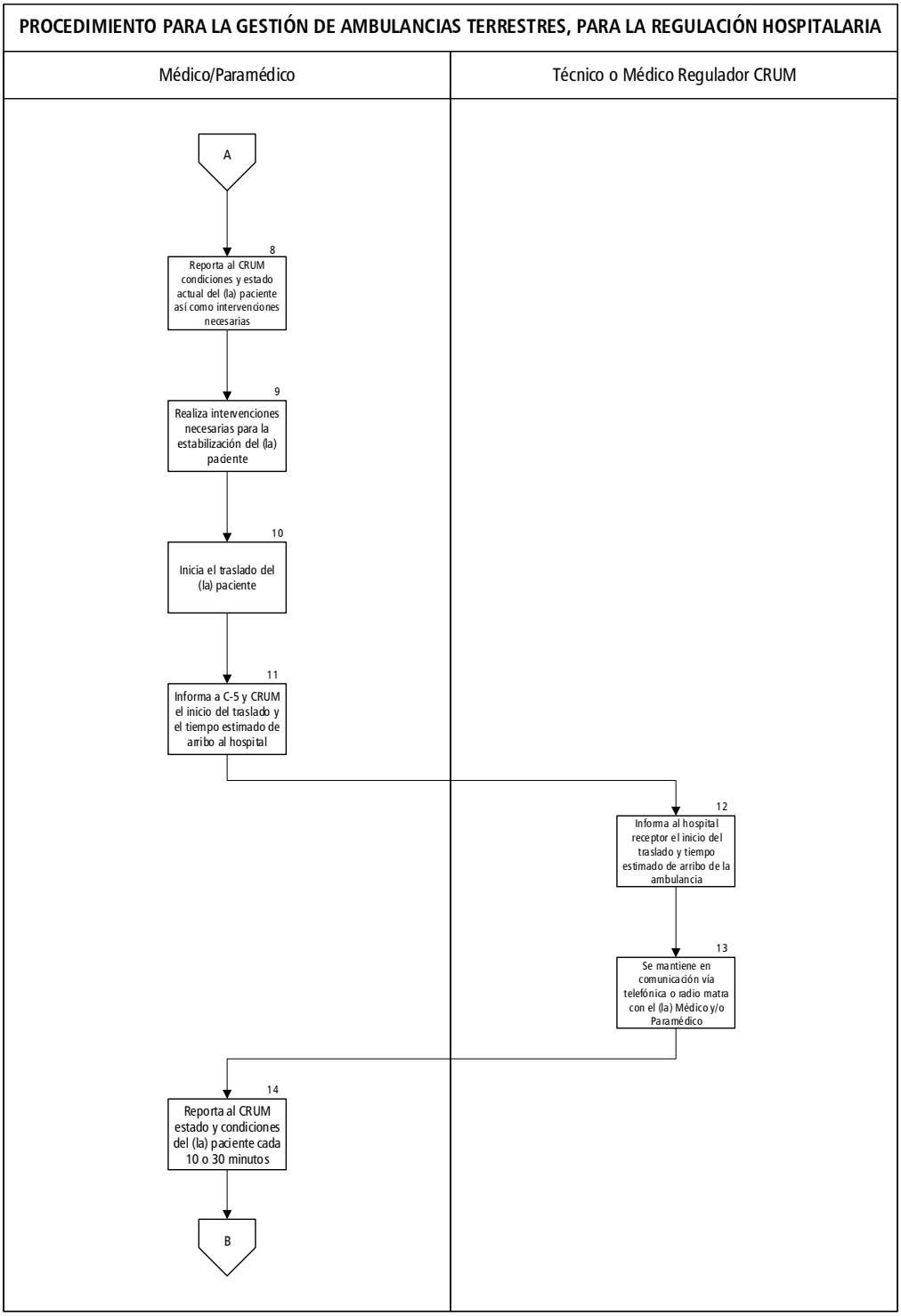
3		Le informa al/la Responsable de Turno de SUMA sobre tipo de traslado y movimiento de unidades.	S/D
4		Informa por medio de radio matra o vía telefónica al/la Médico y/o Paramédico: ➢ Lugar donde se encuentra el/la paciente. ➢ Tipo de paciente. ➢ Estado actual del/la paciente. ➢ Nombre y sexo del/la paciente. ➢ Unidad médica de recepción y médico receptor	S/D
5		Notifica a C-5 el movimiento de la ambulancia que realiza el traslado.	S/D
6	Médico/a / Paramédico/a.	Se traslada al lugar indicado por el CRUM para la valoración inicial y preparación del traslado del/la paciente.	S/D
7		Notifica a C-5 el arribo de la ambulancia al hospital peticionario.	S/D
8		Reporta al CRUM condiciones y estado actual del/la paciente, así como las intervenciones necesarias para la correcta estabilización y preparación del/la paciente para el traslado.	S/D
9		Realiza las intervenciones necesarias para la estabilización del/la paciente.	S/D
10		Inicia el traslado del/la paciente.	S/D
11		Informa a C-5 y CRUM el inicio del traslado, así como el tiempo estimado de arribo al hospital receptor.	S/D
12	Técnico/a o Médico/a Regulador/a CRUM	Informa al hospital receptor el inicio del traslado, así como el tiempo estimado de arribo de la ambulancia.	S/D

13		Se mantiene en comunicación vía telefónica o radio matra con el/la Médico y/o Paramédico durante el traslado para monitorear tiempos de arribo y estado del/la paciente.	S/D
14	Médico/a / Paramédico/a.	Reporta al CRUM estado y condiciones del/la paciente cada 10 o 30 minutos considerando el tiempo de traslado, reportando cambios en el estado neurológico del/la paciente, signos vitales, tratamiento, procedimientos durante el traslado, autorización de uso de fármacos por el/la médico a cargo del CRUM.	S/D
15	Técnico/a o Médico/a Regulador/a CRUM	Reporta al hospital receptor en caso de que se presente deterioro clínico del/la paciente o complicaciones en los procedimientos durante el traslado.	S/D
16	Médico/a y/o Paramédico/a	Reporta al CRUM el arribo al hospital receptor, así como la entrega recepción del/la paciente y/o eventualidades durante este proceso.	S/D
17		Proporciona un informe detallado sobre el traslado del/la paciente al CRUM para su registro en bitácora.	S/D
18	Técnico/a o Médico/a Regulador/a CRUM	Registra en Bitácora diaria el traslado.	Bitácora diaria.
19		Informa al/la Responsable de Turno.	
Fin del procedimiento			

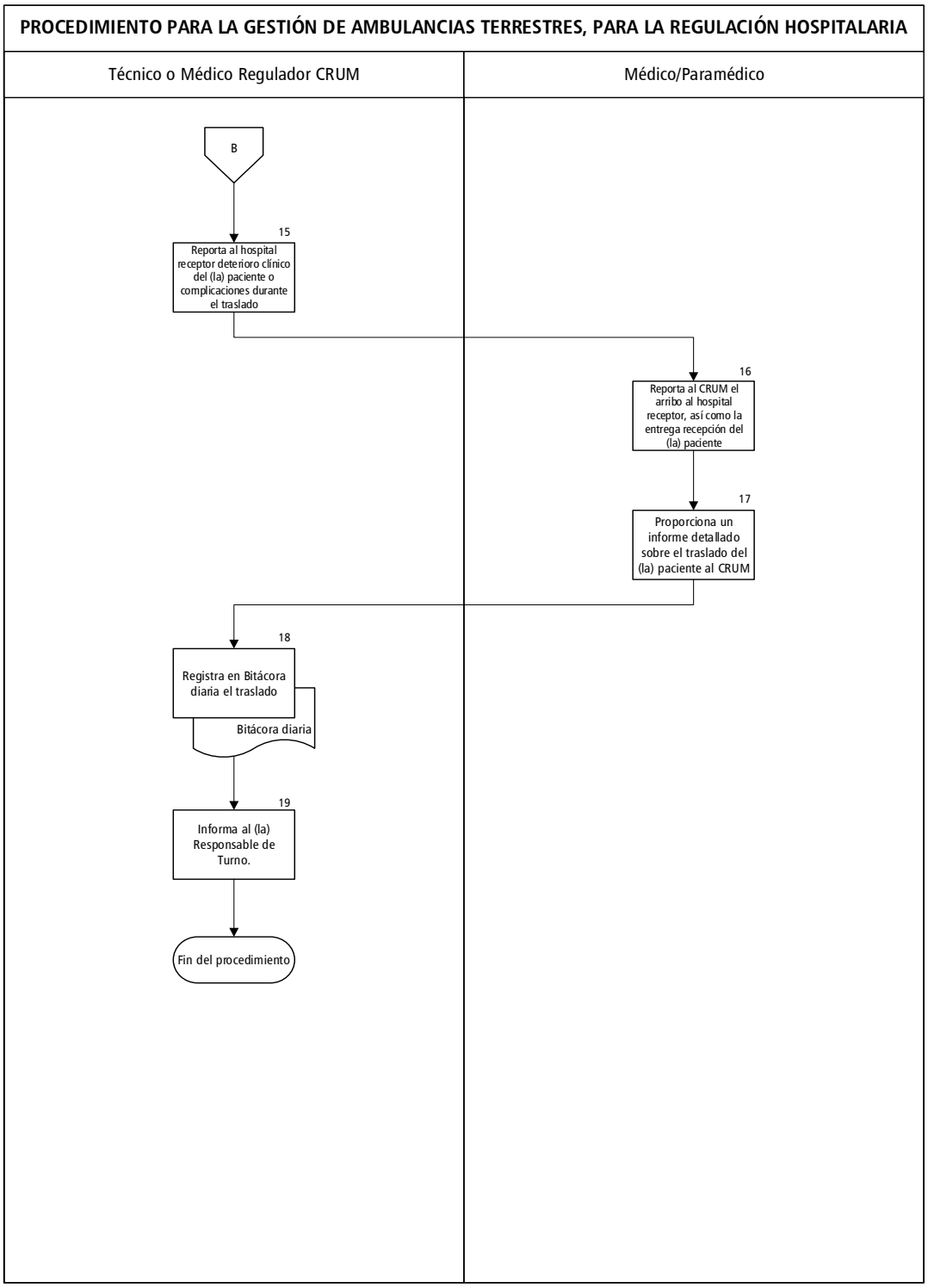
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES, PARA LA REGULACIÓN HOSPITALARIA.



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES, PARA LA REGULACIÓN HOSPITALARIA



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES, PARA LA REGULACIÓN HOSPITALARIA



7.5.8. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS Y APOYAR EN CASO DE PRESENTARSE UN DESASTRE.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:  **Ailé Coéllar Sánchez Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos ACS (USUMD) Octubre 2018**	**Valida:**  **Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Autoriza:**  **Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las actividades necesarias para preparar los recursos necesarios y activar al personal que apoyará y acudirá a prestar atención ante la presencia de un desastre para mitigar y prestar atención médica a la población inmediata.

	Normas: 1. Ley General de Protección Civil
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Sólo se podrán realizar intervenciones en desastres que sean autorizados por el/la Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. La ayuda que se prestará será de atenciones médicas.
Responsables	Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.
Áreas Involucradas	Personal que labora en la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres (SUMA).
Recursos	Los solicitados conforme a la naturaleza del desastre.
Glosario	Ambulancia de traslado o de transporte: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos. Ambulancia de urgencias básicas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida. Ambulancia de urgencias avanzadas: Unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida. CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas, es el encargado de realizar la comunicación y enlace entre hospital emisor y hospital receptor, así como la ubicación y seguimiento de pacientes. SUMA: Sistema de Urgencias Médicas y Desastres, es el encargado de realizar el traslado de pacientes vía terrestre y aérea del hospital emisor al hospital receptor con apoyo médico y con los cuidados profesionales que requiera. Desastre: Resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen

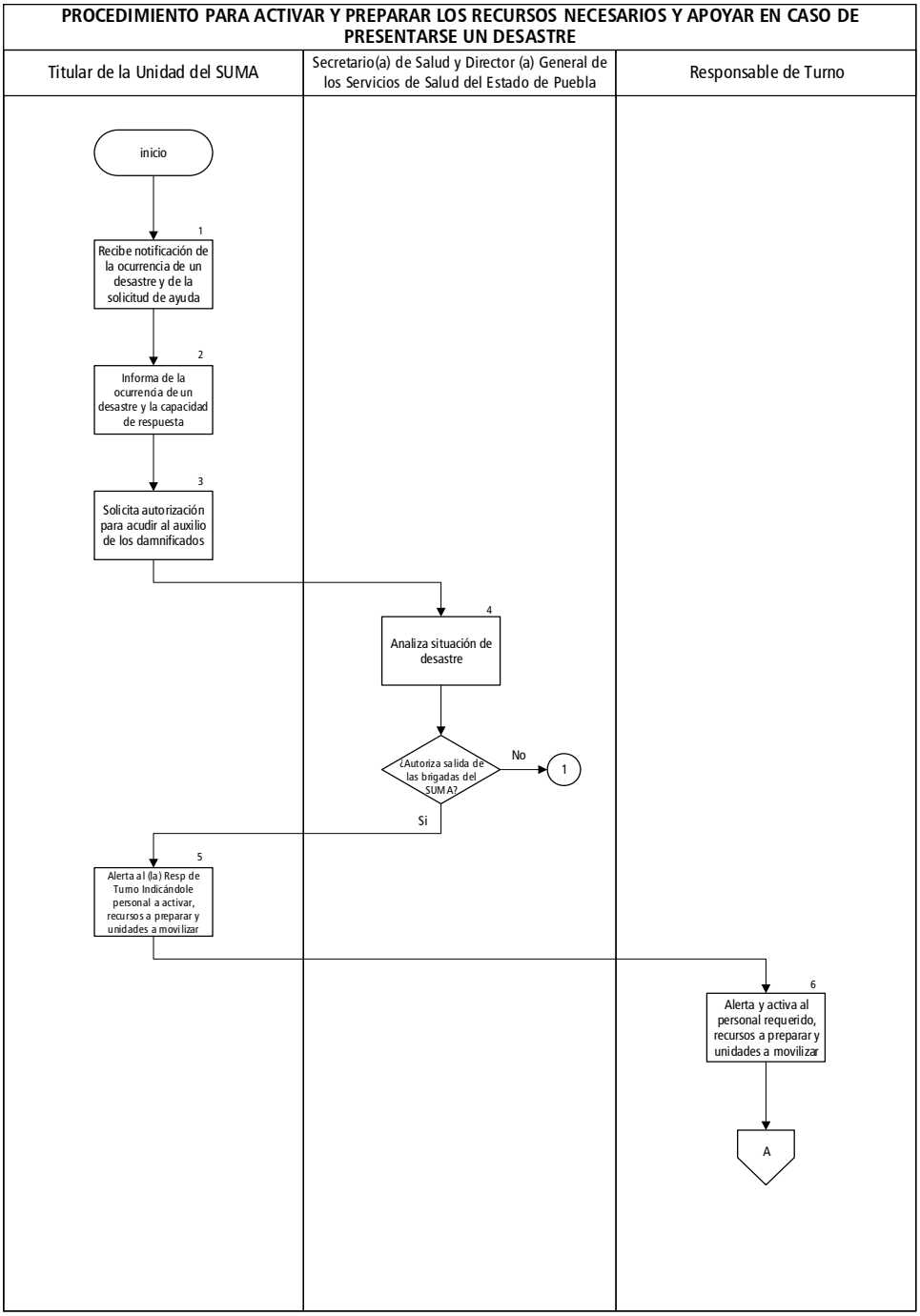
en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.
Damnificado: Persona afectada por un agente perturbador, ya sea que haya sufrido daños en su integridad física o un perjuicio en sus bienes de tal manera que requiere asistencia externa para su subsistencia; considerándose con esa condición en tanto no se concluya la emergencia o se restablezca la situación de normalidad previa al desastre.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS Y APOYAR EN CASO DE PRESENTARSE UN DESASTRE.

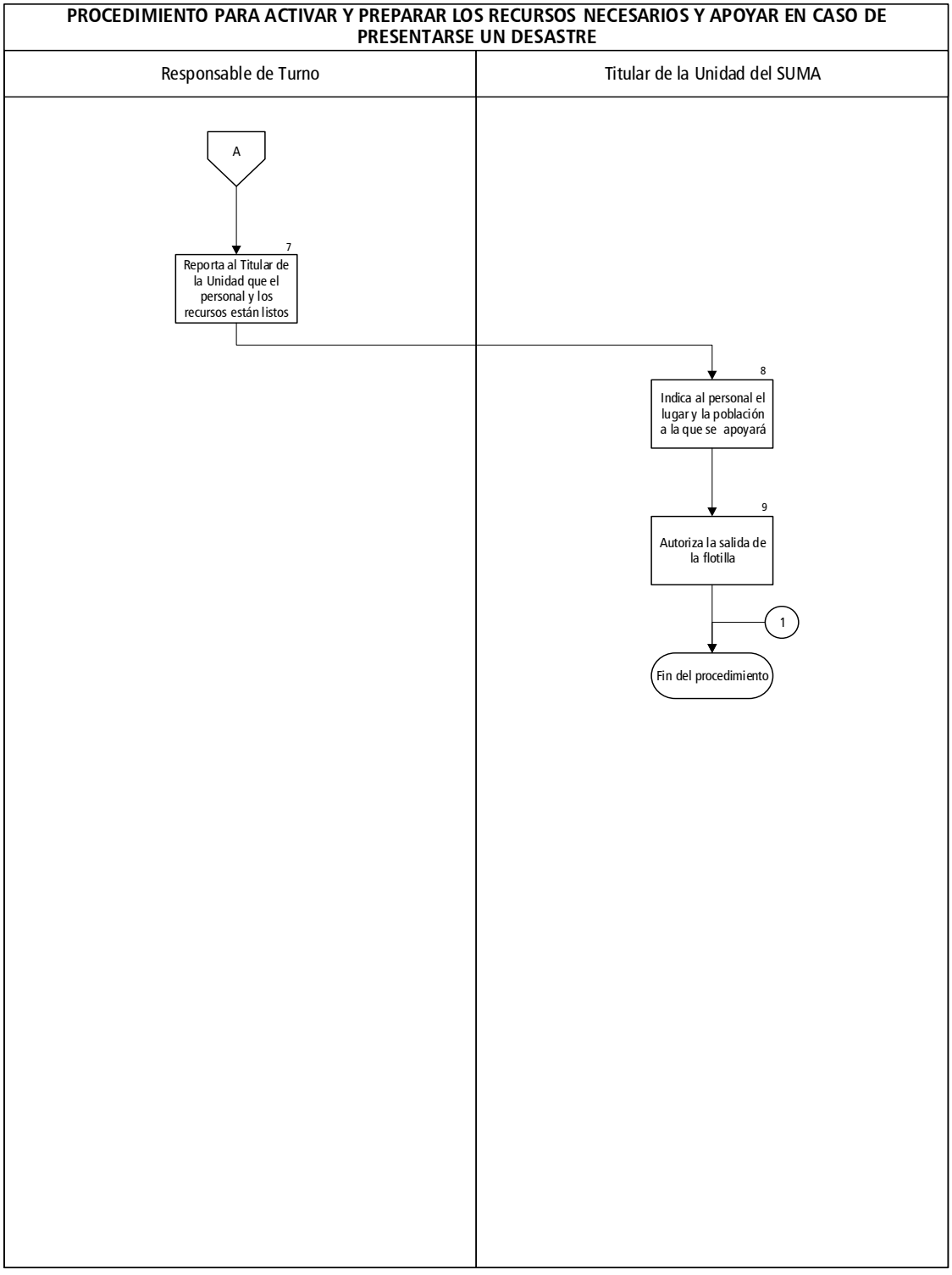
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Titular de la Unidad del SUMA	Recibe notificación de la ocurrencia de un desastre y de la solicitud de ayuda.	
2		Informa al/la Secretario/a de Salud la ocurrencia de un desastre y la capacidad de respuesta que se puede proporcionar.	
3		Solicita autorización al/la Secretario/a de Salud para acudir al auxilio de los damnificados de algún desastre.	
4	Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	Analiza situación de desastre.	
5		¿Autoriza salida de las brigadas del	

		SUMA? Si: Continúa en la actividad 5. No: **Fin del procedimiento.**	
6	Titular de la Unidad del SUMA	Alerta al/la Responsable de Turno indicándole personal a activar, recursos a preparar y unidades a movilizar.	
7	Responsable de turno	Alerta y activa al personal requerido, recursos a preparar y unidades a movilizar.	
8		Reporta al/la Titular de la Unidad que el personal y los recursos están listos.	
9	Titular de la Unidad del SUMA	Indica al personal el lugar y la población que a la que se apoyará.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS Y APOYAR EN CASO DE PRESENTARSE UN DESASTRE.



PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR Y PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS Y APOYAR EN CASO DE PRESENTARSE UN DESASTRE



7.6. PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.

7.6.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN URGENCIAS.

Tiempo Promedio: 12 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Grecia Carolina Taboada Pérez Médica Urgencióloga Pediatra de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. GCTP (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades para prestar la atención médica a los pacientes desde recién nacidos hasta los 18 años, que presentan una condición patológica que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, así como aquéllas situaciones que en el momento no sean potencialmente fatales pero que de no recibir atención pronta e intensiva puedan evolucionar hacia esta situación y ser capaces de mantenerlos en situación estable como para ser trasladados a otro nivel de atención.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
2. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
3. NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
4. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada el 26 de octubre de 2012.
5. NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental - Requisitos Técnicos para las Instalaciones, Responsabilidades Sanitarias, Especificaciones Técnicas para los Equipos y Protección Radiológica en Establecimientos de Diagnostico Medico con Rayos X.
6. NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
7. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
8. NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba
9. NOM-077-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control en general para laboratorio de patología clínica.
10. 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.
11. NOM-139-SSA1–1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para recolectar sangre.

12. NOM-140-SSA1-1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para fraccionar sangre.
13. NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
14. PROY-NOM-222-SSA1-2002. Que establece las especificaciones sanitarias de los reactivos: hemoclasificadores para determinar grupos de sistema ABO, Anti Rh para identificar el antígeno D y antiglobulina humana para la prueba de Coombs.
15. NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
16. NOM-027-SSA3-2013. 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.

Políticas de Operación:

1. Se realizará evaluación, intervención y tratamiento médico en el servicio de Urgencias Pediátricas a todos los/las pacientes que soliciten atención médica en zona de desastre, en edad pediátrica la cual comprende desde recién nacidos/as hasta los 18 años.
2. El/la Responsable en el servicio de Urgencias Pediátricas, así como los/las médicos/ médicas adscritos/adscritas, personal de enfermería y TUM designados al área, son los únicos autorizados para designar ingreso al área de choque o cama de observación en dicha área.
3. Todos los ingresos al Hospital deberán quedar registrados en la fecha y hora que sean recibidos en una base de datos del área de recepción.
4. La valoración se deberá otorgar en un lapso no mayor de 15 minutos de que el/la paciente solicita la atención en el área de Triage.
5. Todo paciente que solicita atención de urgencias deberá ser valorado/a través del personal de salud

asignado al área de Triage del área de Urgencias y Consulta Externa. La atención se dará las 24 horas de todos los días que esté instalado el hospital campaña móvil.

6. La consulta de urgencias puede o no generar una receta médica.
7. La consulta de urgencias, deberá ser acompañada de una nota médica de revisión.
8. El/la Responsable del servicio de Urgencias Pediátricas será el/la responsable de vigilar que los diagnósticos y tratamientos brindados por el/la médico/médica adscrito/adscrita al servicio sean consistentes en base a las Guías de Práctica clínica y con los protocolos clínicos, desarrollados, adaptados y adoptados por el Hospital basados en la evidencia.
9. En caso de que el/la médico/a adscrito/a considere que el/la paciente en observación requiere ser evaluado por otro servicio de atención de pacientes pediátricos; en Urgencias y/o Servicio del Hospital, se solicitará a través de una interconsulta por escrito.
10. Los/las pacientes atendidos en Observación no deberán estar más de 12 horas en dicha área, por lo que se evaluará su egreso a domicilio o a unidades de otro nivel para continuar su manejo, o bien, su ingreso a las diferentes áreas hospitalarias, con documentación correspondiente, dependiendo de la condición del paciente y la disponibilidad de camas en el hospital.
11. Los/las pacientes en Estado Crítico serán evaluados/as y atendidos/as en la sala de choque, donde se llevar un registro de tiempo de atención y estancia en dicha sala, que se estipuló no será mayor a 2 horas, tiempo en el que el/la médico/a adscrito/a al área de urgencias decidirá su tratamiento en las distintas áreas del hospital que así lo amerite.
12. Todos los estudios de laboratorio y/o gabinete deberán estar requisitados debidamente así como contar con la firma de conformidad de el/la médico/a adscrito/adscrita.

13. Cuando se requieran procedimientos invasivos que puedan alterar la salud del paciente, se deberá de llenar la Carta de consentimiento bajo información, misma que se entrega a el/la familiar para su firma con previa explicación del procedimiento a realizar.
14. Al ingreso de el/la paciente al Hospital de Campaña Móvil, siempre y cuando el estado del paciente lo permita, deberá firmar la Carta de Consentimiento Bajo información, (en caso de que el estado del paciente no lo permita debe ser firmado por el por el familiar más cercano en vínculo que acompañe al paciente, o en su caso, por su tutor o representante legal) para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente a los supuestos el tipo de documento que se le presenta para su firma.
15. Una vez que se cuente con un diagnóstico, se expresará de manera clara y precisa el tipo de padecimiento de que se trate y sus posibles tratamientos, riesgos y secuelas.
16. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.
17. En caso de urgencia, minoría de edad o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente la Carta de Consentimiento Bajo Información a que se refiere la política anterior, será autorizada por el familiar más cercano en vínculo que acompañe al/la paciente, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.
18. 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/la médico/a tratante con previa valoración del caso, llevará a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

19. En caso de que se solicite el Egreso voluntario por responsabilidad tutelar, el/la médico/a tratante del paciente será el/la encargado/a de informar a el/la familiar o tutor/a que el Hospital de Campaña Móvil y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta de el/la paciente, así como de su seguimiento fuera de la Institución; se elaborará el formato de Egreso Voluntario solicitando la firma de conformidad de el/la familiar o tutor/a posterior a haber comprendido los riesgos que el alta voluntaria implican. En caso de que el/la paciente se encuentre en estado crítico o inestable, el/la familiar o tutor/a deberá solicitar la responsiva médica correspondiente así como el transporte adecuado para poder trasladar a su paciente. En caso de que el/la familiar o tutor/a del paciente se niegue a firmar el alta voluntaria o se vaya del Hospital Campaña Móvil sin autorización de el/la médico/a tratante se realizará una nota explicatoria en el expediente con firma el/la médico/médica adscrito/adscrita y del personal de enfermería, así como se notificara a las autoridades correspondientes sobre el caso, mismo que no exime a el/la médico/a a cargo de entregar formato de egreso, así como sugerencias de manejo y receta médica por escrito.
20. Todo el personal médico y paramédico deberá llevar a cabo el procedimiento de lavado de manos antes y después del manejo y/o exploración de los/las pacientes. El personal del servicio de Urgencias Pediátricas será el responsable de verificar la existencia y buen uso de los métodos de asepsia y aislamiento (jabón, desinfectantes, alcohol en gel, guantes y mascarillas).
21. En caso de que se presente un fallecimiento en el área, el/la médico/médica tratante se encuentra obligado a realizar la nota de defunción, llenar el formato de egreso hospitalario por defunción así como el certificado de defunción especificando las causas de muerte como se estipula en dichos documentos.

22. Cuando existan casos diagnosticados con muerte encefálica se debe dar aviso inmediato a personal correspondiente del Hospital de Campaña Móvil (las 24hrs del día) y dar soporte hemodinámico necesario mientras se gestionan los trámites para la autorización de la donación y licitación de órganos.

Responsables

Urgencias Pediátricas.

Áreas Involucradas

Urgencias y Consulta Externa; Urgencias Pediátricas; Terapia Intensiva; Unida de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicios Quirúrgicos; Hospitalización Pediátrica; Rehabilitación, Apoyo Psicológico, Centro Regulador de Urgencias Médicas, Laboratorio Clínico, Imagenología.

Recursos

1. Cuna de calor radiante.
2. Cuna con barandal.
3. Cama multiposición.
4. Monitor multiparámetros.
5. Monitor desfibrilador.
6. Bombas de infusión.
7. Tripie.
8. Lámpara.
9. Mesa Pasteur.
10. Banco de altura.
11. Bolsa válvula.
12. Tubos endotraqueales.
13. Mascarillas laríngeas.
14. Sondas nasogástricas.
15. Sondas urinarias y sistema derivación.
16. Sondas pleurales y sistema de derivación.
17. Catéteres centrales.
18. Agujas intraóseas.
19. Estuche diagnóstico
20. Esfingomanómetro
21. Estetoscopio
22. Biombo – cortina
23. Martillo de reflejos
24. Lámpara de exploración
25. Nebulizador

	26. Electrocardiógrafo 27. Carro de yesos 28. Set de sutura 29. Equipo de disección 30. Material de curación 31. Equipo de aspiración 32. Oxígeno 33. Bote de basura 34. Batas estériles 35. Campos estériles 36. Compresas y gasas estériles 37. Equipo de canalización
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias. Célula de atención de pacientes pediátricos en Urgencias: Área de atención de pacientes pediátricos con urgencias. UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. TUM: Técnico de Urgencias Médicas. Triage: Sistema de clasificación de gravedad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Recepcionista	Registra a toda persona que solicita atención médica al área de admisión hospitalaria del servicio de urgencias, anotando los siguientes datos: nombre edad, sexo, domicilio, o ubicación en la hoja de valoración	Bitácora de urgencias

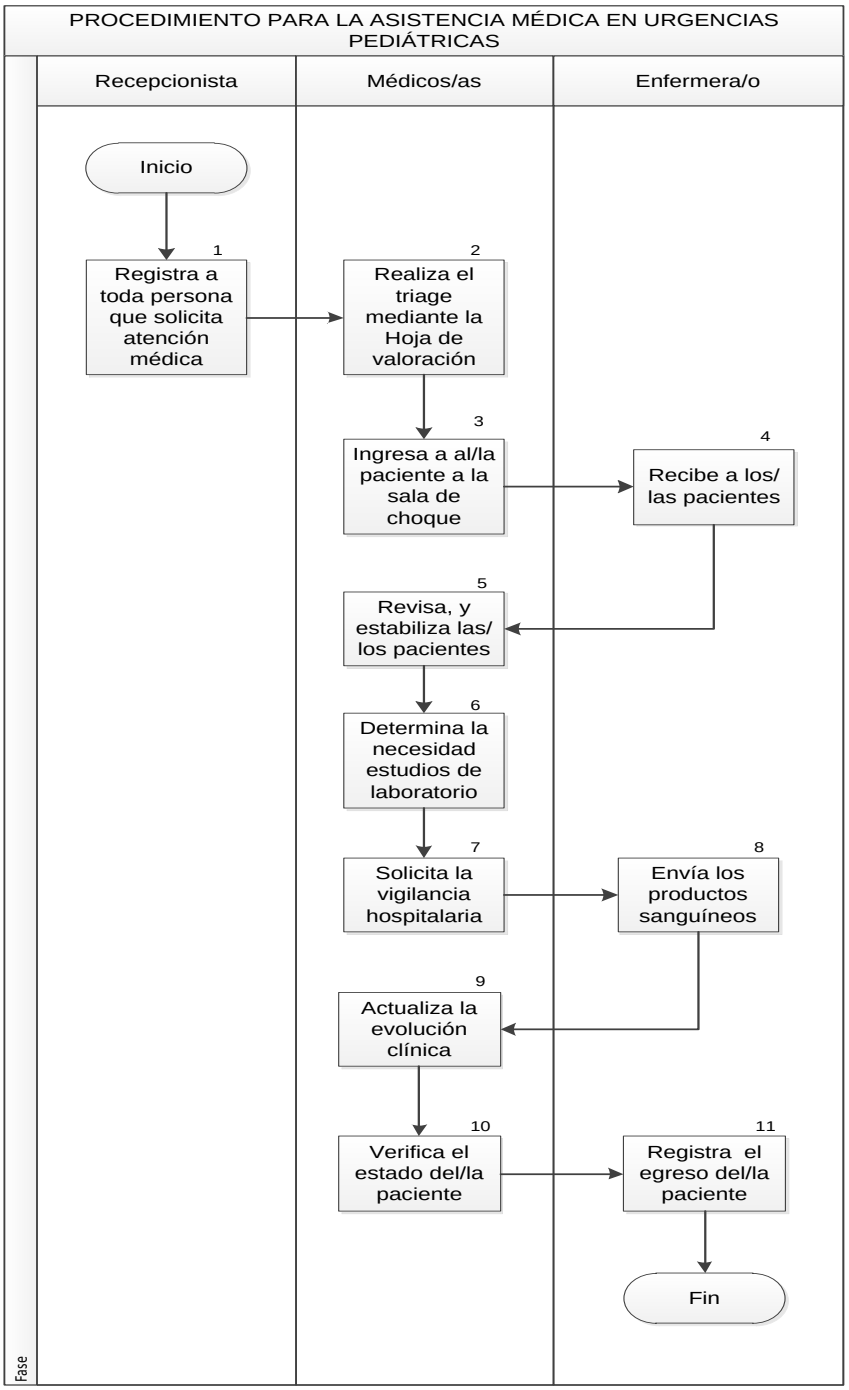
2	Médicos/as	Realiza el triage mediante la Hoja de valoración para identificar situaciones de potencial peligro para la vida y la función de las/los pacientes, en un tiempo no mayor a 15 minutos. En caso de Emergencia se remite al Área de Choque, en caso de urgencia se dará ingreso al Área de Observación, y el/la paciente sin urgencia real se solicitará pasar a una consulta de urgencias. Nota: Para pacientes referidos de otras unidades hospitalarias y ambulancias el enlace se realizará vía telefónica o radio.	Hoja de valoración
3	Médico/a.	Ingresa a al/la paciente a la sala de choque y posteriormente derivar al servicio de atención definitiva. En un tiempo no mayor a 2 horas. Nota 1: Paciente con clasificación amarillo o que requiera una evaluación mayor ingresará a abordaje y observación para que en un tiempo no mayor a 12 horas defina su destino. Nota 2: Pacientes con clasificación verde serán derivados/as a consulta de urgencias para valoración integral, establecer diagnóstico y tratamiento, brindar medidas de alarma.	Nota médica de atención Nota médica de ingreso
4	Enfermera/o	Recibe a los/las pacientes, registra en la libreta de ingresos, y egresos especificando número de cama, hora de ingreso y diagnósticos que motiva su ingreso a urgencias.	Hoja de enfermería. Libreta de ingresos.

		Nota 1: Paciente que cuenta con expediente clínico, se solicita a archivo. Nota 2: Se inicia registro de signos vitales en hoja de Enfermería, así como indicaciones médicas.	
5	Médico/a	Revisa, y estabiliza las/los pacientes, elabora indicaciones, nota de ingreso y, posteriormente, nota de evolución diariamente al menos una por día. Establece diagnósticos y tratamientos oportunos diariamente, registrando las indicaciones médicas.	Nota de ingreso. Hoja de indicaciones médicas.
6		Determina la necesidad estudios de laboratorio y/o gabinete y solicita a la/el enfermera/o y/o TUM que realice la toma de dichos estudios en la cama del paciente si su estado así lo amerita.	Solicitud de estudios de laboratorio. Solicitud de estudios de gabinete.
7		Solicita a los servicios de Terapia Intensiva vigilancia hospitalaria si el/la paciente críticamente enfermo/a lo requiere para paciente Nota: Si el/la paciente requiere vigilancia hospitalaria para un padecimiento que no podrá ser resuelto en lapso menor de 12 horas se solicitará su ingreso a hospitalización o en su defecto se solicitara su traslado a la unidad médica correspondiente.	Solicitud de IC. Solicitud de traslado hospitalario.
8	Enfermería y/o	Envía el personal de enfermería o	Solicitud de

	TUM	TUM, los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas.	estudios de laboratorio.
9	Médico/a	Actualiza la evolución clínica en las Notas de Evolución, y modifica tratamiento según se requiera. Nota: Solicita valoración interdisciplinaria por diversos especialistas según sea el caso mediante la Solicitud de Interconsulta.	Nota de evolución. Solicitud de interconsulta.
10		Verifica el estado del/la paciente y determina el egreso o internamiento hospitalario. Egreso: Realiza el egreso con una nota de egreso, resumen médico y receta con recomendaciones y envío para seguimiento en área correspondiente. Internamiento: Realiza un breve resumen del caso que se anexará al expediente clínico en caso de que el/la paciente requiere internamiento hospitalario se y se solicita el traslado al área hospitalaria correspondiente. Alta por defunción: Realiza la nota de defunción respectiva para los casos de alta por defunción, los papeles de alta hospitalaria y el certificado.	Nota de egreso del servicio de urgencias. Receta médica. Nota de egreso del servicio de urgencias y transferencia a hospitalización pediátrica. Nota de defunción. Papelería de egreso. Certificado por defunción.
11	Enfermería.	Registra en la libreta de ingresos y egresos de Admisión el egreso del/la paciente. Nota 1: Tras indicación de egreso,	Libreta de registro de ingresos y egresos.

		enfermería entrega expediente al área de estadística y recolección de datos. Nota 2: Si se indica traslado a hospitalización o unidad de cuidados intensivos, se informa al personal de enfermería del servicio correspondiente para entrega de paciente con expediente clínico completo.	
12	Responsable del área.	Elabora informe de productividad de la célula de Urgencias Pediátricas.	Reporte de informe de actividades
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS



7.6.2. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ingmar Salvador Contreras Rivera Médico Pediatra de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. ISCR (USMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades en el área de hospitalización para prestar la atención médica a los y las pacientes desde recién nacido hasta los 18 años de edad, que presenten una condición patológica la cual no puede ser atendida fuera del ámbito hospitalario y que por lo tanto puede evolucionar hacia una situación en la que se ponen en riesgo la función de un órgano o sistema e incluso la vida del paciente mismo, asimismo ser capaces del cuidado, abordaje y resolución de condiciones médicas diversas, así como mantenerlos en situación estable como para ser trasladados a otro nivel de atención hospitalaria.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-001-SSA1-2010. Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
2. NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
3. NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de Planificación Familiar.
4. NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
5. NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
6. NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
7. NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
8. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
9. NOM-014-SSA3-2013. Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.
10. NOM-016-SSA2-2012. Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento de cólera.
11. NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
12. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.
13. NOM-022-SSA2-2012. Para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.
14. NOM-022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
15. NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
16. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
17. NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia

epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

18. NOM-033-SSA2-2011. Para la Vigilancia, prevención y control de los defectos al Nacimiento.
19. NOM-036-SSA2-2012. Prevención y control de enfermedades. Aplicaciones de vacunas, toxoides, faboterapicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
20. NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
21. NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
22. NOM-052-SEMARNAT-2005. Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
23. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos – clasificación y especificaciones de manejo.
24. NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba
25. NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
26. Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento enfermedad hemorrágica del recién nacido en primero, segundo y tercer nivel de atención. Secretaría de Salud, México, D.F. 2016.
27. Manejo integral de heridas de alta complejidad en el paciente pediátrico en los tres niveles de atención a la salud. Secretaría de Salud, México, D.F. 2015.
28. Prevención de la neumonía adquirida en la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y el tercer niveles de atención. Secretaría de Salud, México, SS-098-08. Actualización 2012.
29. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo en

Niños con Bronquiolitis en Fase Aguda, México: Secretaría de Salud; 2008.

Políticas de Operación:

1. Ingresarán al área de Hospitalización Pediátrica todos los y las pacientes pediátricos cuya edad comprenda de desde recién nacidos hasta los 18 años, provenientes de áreas distintas como urgencias, Terapia Intensiva Pediátrica o recuperación.
2. El/la coordinador/a general de Hospitalización Pediátrica, así como los médicos adscritos al área de son los únicos autorizados para asignar una cama y se hará en coordinación con el área de enfermería para contar con la preparación adecuada de la cama y los recursos materiales necesarios para brindar la atención adecuada.
3. Para el ingreso a hospitalización el/la paciente deberá estar acompañado/a por el médico tratante del área proveniente, quien deberá informar responsable de Hospitalización la condición clínica, los problemas pendientes y cuidados específicos en caso de requerirlos.
4. El/la paciente en área de Hospitalización Pediátrica deberá estar acompañado/a por al menos uno de los padres, tutor y/o representante legal, previo registro e ingreso en el área de Triage y/o urgencias en el cual en el cual se le asignará un número de registro.
5. Al ingresar el/la paciente a hospitalización deberá contener los documentos necesarios e indispensables, los registros enunciados en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012; el/la médico encargado de recibir al paciente tiene la obligación de revisar que se cumpla la norma oficial en su totalidad.
6. Se realizará pase de visita y entrega de turno en cada cambio de personal. Éstos deberán ser coordinadas por el/la responsable de Hospitalización de pediatría (médicos adscritos correspondientes enfermera responsable. El horario de entrega de turno será ajustado de acuerdo al que se que se

haya formado en base a las necesidades y recursos humanos asignados al servicio de hospitalización pediatría.

7. Todo paciente hospitalizado, deberá tener una nota de evolución por día, acorde a la Norma NOM-004-SSA3-2012, la cual deberá ser supervisada, autorizada y firmada por un médico adscrito al servicio. En caso de tener paciente en estado crítico, deberá realizarse una nota por turno. Si se hace una modificación al tratamiento se debe documentar dicho cambio en una nota de evolución y en el registro de indicaciones médicas, debiéndose realizar cada vez que se haga un cambio.
8. El/la médico adscrito será el responsable de vigilar que los diagnósticos y tratamientos brindados en un paciente sean basados en los protocolos clínicos, así como en las guías de práctica clínica vigentes
9. El/la enfermero/a que recibe al paciente se encargará de entregar reglamento del área a los padres, tutores o representante legal.
10. El/la médico/a adscrito/a responsable del área deberá informar del estado de salud del paciente al menos una vez al día, documentando dicha información en el expediente y asentando la firma del familiar en el mismo. En caso de encontrarse en estado crítico, deberán darse informes y recabar firma por turno.
11. El/la médico/a adscrito/a, enfermero/a o personal paramédico de apoyo, serán los responsables de solicitar al médico especialista en pediatría la autorización para la realización de cualquier estudio paraclínico que requiera el/la paciente en caso de que se considere sea necesario, sin dicha autorización no se realizará el mismo a menos que se trate de una urgencia.
12. En caso de que el médico adscrito considere que el/la paciente requiere ser evaluado por otro servicio de manera indispensable, este será catalogado como un candidato a ser trasladado a otro hospital de tercer nivel y de tipo EMT 3, asimismo se podrá solicitar interconsulta por escrito y/o vía telefónica

según los criterios establecidos en el Manual correspondiente de comunicación del CRUM.

13. En el caso de existir paciente candidato a egreso a otro nivel de atención, se notificará a CRUM y a Coordinador General para realizar gestiones para su salida, el/la paciente será empaquetado(a) y deberá estar en condiciones óptimas para ser trasladado(a).
14. En caso de realizar algún procedimiento invasivo se deberá solicitar la autorización del familiar mediante el formato de consentimiento informado.
15. Todos los estudios de apoyo al diagnóstico deberán ser requisitado debidamente, utilizar formato establecido para el hospital EMT firmado por el médico adscrito. (anexo 3)
16. En caso de que se solicite alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el/la médico tratante del/la paciente será el/la encargado de informar al familiar o tutor que el Hospital de Campaña con Célula EMT 2 de Hospitalización pediátrica, así como su personal médico y paramédico, no tendrán ninguna responsabilidad a partir del alta del/la paciente ni de su seguimiento fuera de la Institución, así mismo, se elaborará el formato de Alta Voluntaria solicitando la firma de conformidad del/la familiar o responsable del paciente además de la responsiva médica correspondiente.
17. En caso de fallecimiento, es responsabilidad del/la médico adscrito a Hospitalización la elaboración de la nota de defunción en Notas de Evolución y las hojas de egreso hospitalario. El departamento de Enfermería será encargado de requisitar el Aviso de Defunción en original y 3 copias, para dar inicio al procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” por apoyo psicológico y aviso al programa de gestión de cadáveres.
18. Al egreso de cada paciente, el/la responsable del servicio de limpieza será quien se encargue de efectuar la limpieza del equipo médico utilizado, el cambio de ropa de cama y aseo de las mismas, así como del área previamente ocupada.

Responsables	Hospitalización Pediátrica.
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa, Urgencias Pediátricas; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Recuperación; Laboratorio Clínico; Imagenología; Almacén; Farmacia; Centro Regulador de Urgencias Médicas, Apoyo Psicológico.
Recursos	38. Cuna de calor radiante. 39. Camas multi-posición. 40. Monitor multiparámetros. 41. Monitor desfibrilador. 42. Parches para electrodos de 5 puntas 43. Parches para desfibrilador adulto y pediátricos 44. Tubos endotraqueales 45. Ventilador mecánico neonatal, pediátrico y adulto 46. Sondas urinarias y nasogástricas 47. Agujas Intraóseas 11,14,18 48. Catéter venoso 4 Fr, 5 Fr, 7 Fr 49. Líneas venosas 24G, 22G, 20G,18G, 16G 50. Soluciones intravenosas 51. Ámpulas de cloruro de sodio Hipertónico al 17.7% 52. Glucómetro y tiras reactivas, 53. Frascos de solución glucosada al 50% 54. Ultrasonido con 2 transductores líneal, y convexo 55. Sabanas térmicas, 56. Báscula con estadímetro, báscula pesa bebés 57. Carro de curaciones 58. Recipientes para RPBI 59. Esfingomanómetro con manguitos pediátricos 60. Estetoscopio (3) 61. Estuche de diagnóstico 62. Incubadora 63. Equipo de curaciones 64. Caja para desinfección de instrumental
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias. CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

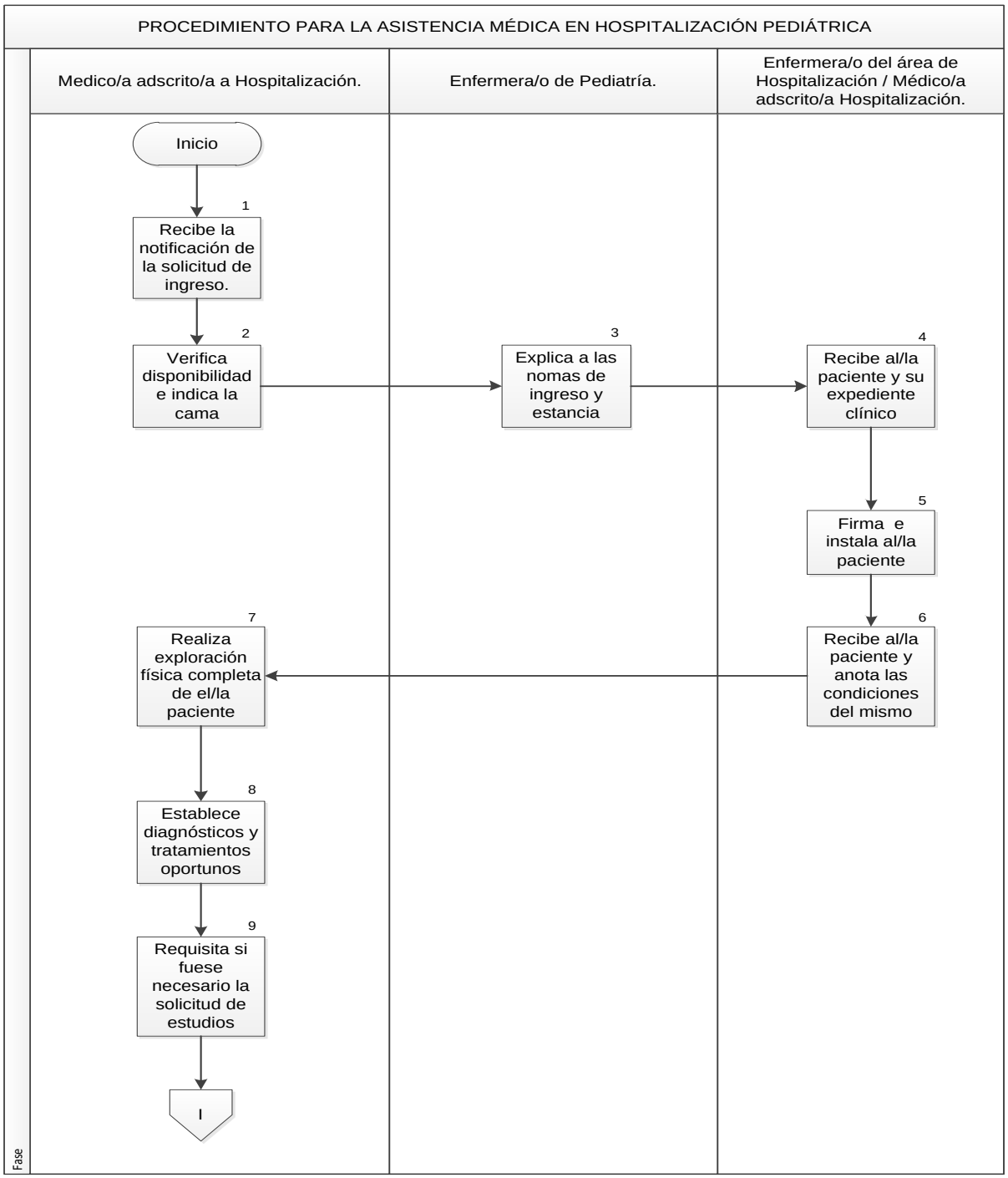
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Medico/a adscrito/a a Hospitalización.	Recibe la notificación por las áreas de Urgencias, Consulta Externa, Urgencias Pediátricas, Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos o Recuperación de la solicitud de ingreso.	
2		Verifica disponibilidad e indica número de cama en la que ingresa el paciente.	
3	Enfermera/o de Pediatría.	Explica a los familiares del/la paciente que será hospitalizado/a, las nomas de ingreso y estancia hospitalaria.	
4	Enfermera/o del área de Hospitalización / Médico/a adscrito/a Hospitalización.	Recibe al/la paciente, su expediente clínico y verifica lo siguiente: • Nombre completo del paciente. • Número de Expediente Clínico. • Edad. • Sexo. • Fecha de ingreso. • Diagnóstico (s).	Expediente Clínico.
5	Enfermera/o del área de Hospitalización.	Firma de recibido en una libreta de ingresos y egresos e instala al/la paciente, da orientación del servicio de hospitalización, registra al paciente en libreta de Ingreso, anotando nombre de el/la paciente, edad, sexo, servicio, número de	Libreta de Ingresos y Egresos.

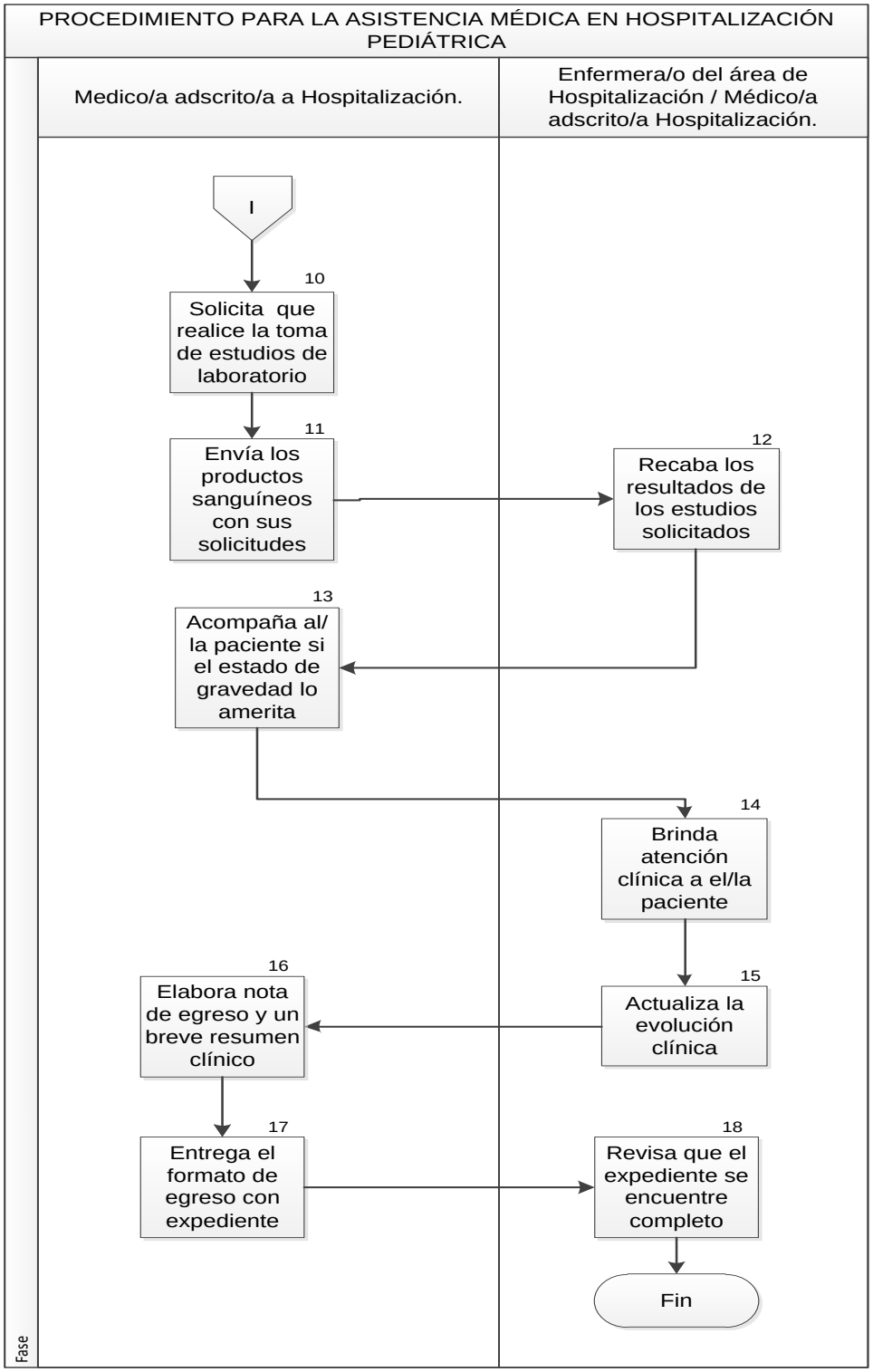
		cama, fecha, hora de ingreso y registro; entrega a el/la paciente a el/la enfermera correspondiente.	
6		Recibe al/la paciente y anota en la hoja de Valoración Inicial de Enfermería las condiciones en que lo/la recibe, así como toma de sus signos vitales.	Hoja de valoración Enfermería
7	Medico/a adscrito/a a Hospitalización.	Realiza exploración física completa de el/la paciente y elabora la nota de ingreso a hospitalización y la integra al expediente clínico.	Nota de ingreso.
8		Establece diagnósticos y tratamientos oportunos diariamente, registrando las indicaciones médicas en el expediente.	Nota de evolución.
9		Requisita si fuese necesario la solicitud de estudios de laboratorio o gabinete requeridos en la “Solicitud de estudios radiológicos y gabinete” o en la “Solicitud de laboratorio clínico” según sea el caso especificando el estudio deseado y los datos de el/la paciente.	Solicitud de laboratorio y/o gabinete.
10		Solicita al área de enfermería que realice la toma de estudios de laboratorio y/o gabinete, o bien, su asistencia para la toma de los mismos.	
11		Envía los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas a través de tubo neumático o mediante mensajería. En el caso de estudios de gabinete lleva el/la paciente al área correspondiente.	
12	Enfermera/o del área de	Recaba los resultados de los estudios solicitados y registra los	

	Hospitalización / Médico/a adscrito/a Hospitalización.	mismos en la Hoja de Cuidados Intensivos de el/la paciente.	
13	Médico/a adscrito/a Hospitalización.	Acompaña al/la paciente si el estado de gravedad lo amerita, al lugar correspondiente donde se realice el estudio de gabinete. En caso de que esto no pueda ser por haber otros pacientes graves o inestables, solicitará apoyo al departamento a cargo para realizar los estudios pertinentes a la cabecera de el/la paciente.	
14	Enfermera/o del área de Hospitalización / Médico/a adscrito/a Hospitalización.	Brinda atención clínica a el/la paciente de acuerdo al plan de manejo establecido en las notas de evolución e indicaciones.	
15		Actualiza la evolución clínica en las Notas de Evolución, y modifica tratamiento según se requiera.	
16	Médico/a adscrito/a Hospitalización.	Elabora nota de egreso que incluye un breve resumen clínico de el/la paciente, asimismo integra todos los documentos al expediente clínico de manera completa y ordenada, especificando si el egreso. hospitalario es por: • Curación o mejoría. • A otro hospital. • Defunción. • Voluntaria. • Otro motivo. • Permiso. a. Por mejoría o curación: realiza la nota de Alta en las Notas de	Expediente Clínico / Nota de Traslado/. Resumes de Egreso/ Certificado de defunción.

		Evolución e integra al Expediente Clínico, realiza resumen clínico. Receta Médica Informa, realiza resumen clínico. Receta Médica informa al familiar que el siguiente será por la consulta externa. b. Traslado a otro hospital: se realiza por medio de Hoja de referencia y Contrareferencia respectivamente. c. Por defunción: Notifica al familiar y apoyo psicológico para los trámites necesarios. d. Por alta Voluntaria: Avisa a apoyo psicológico, notifica claramente que la institución y el médico no tendrá ninguna responsiva sobre el/la paciente a partir de su salida de las instalaciones. Al familiar se le debe informar los riesgos y entregar resumen de egreso, requisita alta en el formato de egreso.	
17		Entrega el formato de egreso junto con expediente completo de acuerdo a la NOM 004 del expediente clínico, al área de enfermería.	
18	Enfermera/o del área de Hospitalización.	Revisa que el expediente se encuentre completo y contenga los documentos estipulados en NOM 004 del expediente clínico, anexa hojas de enfermería y entrega expediente completo a apoyo psicológico.	Libreta de ingresos y egresos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA




PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
Medico/a adscrito/a a Hospitalización.
Enfermera/o del área de Hospitalización / Médico/a adscrito/a Hospitalización.
I
10
Solicita que realice la toma de estudios de laboratorio
11
Envía los productos sanguíneos con sus solicitudes
12
Recaba los resultados de los estudios solicitados
13
Acompaña al/ la paciente si el estado de gravedad lo amerita
14
Brinda atención clínica a el/la paciente
15
Actualiza la evolución clínica
16
Elabora nota de egreso y un breve resumen clínico
17
Entrega el formato de egreso con expediente
18
Revisa que el expediente se encuentre completo
Fin
Fase

7.6.3. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS.

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Válida:	Autoriza:
		
Diana Laura García Conde. Médica General de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. DLGC (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades para prestar atención médica a los/as pacientes mayores de 18, que presentan una condición patológica que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, así como aquéllas situaciones que en el momento no sean potencialmente fatales, pero que de no recibir atención pronta puedan evolucionar hacia esta situación, pero que no requieren una Unidad de Cuidados Intensivos, y ser capaces de mantenerlos en situación estable como para ser dados de alta o transferidos a otro nivel de atención.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
2. NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
3. NOM-039-SSA2-2014. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
4. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
5. NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
6. NOM-053-SEMARNAT-1993, Que establece el procedimiento para llevar a cabo la prueba de extracción para determinar los constituyentes que hacen a un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.
7. NOM-077-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control en general para laboratorio de patología clínica.
8. 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.
9. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
10. PROY-NOM-222-SSA1-2002. De los reactivos hemoclasificadores para determinar grupos del sistema ABO,Anto Rh para identificar antígeno D y antiglobulina humana para la prueba de Coombs.
11. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
12. 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.

13. Segunda edición del Suplemento para Dispositivos Médicos de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, publicado el 20 de mayo de 2011.

Políticas de Operación:

1. Ingresarán al área de Hospitalización Adultos (HA) todos los/as pacientes enfermos/as mayores de 18 años de edad portadores de alguna enfermedad, que no amerita cuidados intensivos.
2. El/la coordinador/a general de HA, así como los/as médicos/as adscritos/as al área son los/as únicos/as autorizados/as para asignar cama en dicha área.
3. En el caso de no contar con espacio físico para ingresar a un/a paciente que amerita, el/la coordinador/a o el/la médico/a adscrito/a al área de Hospitalización Adultos que valoró al paciente deberá establecer un plan de tratamiento que servirá de guía a los/as médicos/as tratantes en el servicio donde se encuentre el/la paciente. Dicho plan se consignará en Notas de Evolución y se anexará al Expediente Clínico.
4. Una vez aceptado el/la paciente en HA, el traslado de el/la paciente se hará con la compañía de el/la médico/a adscrito al servicio que lo transfiere, personal de enfermería y expediente clínico completo y ordenado.
5. Los/as pacientes que ingresen a HA procedentes de quirófano deberán estar acompañados por el/la cirujano/a y anestesiólogo/a responsables, personal de enfermería y expediente clínico completo y ordenado, el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas y cuidados específicos de cada caso.
6. A todo paciente que se ingrese a HA se le deberá registrar en la libreta de control de ingresos a cargo de el/a Coordinador/a de ingresos y egresos por parte del personal de enfermería, así como requisitar la Hoja de Cuidados de Enfermería, misma que se integra al expediente clínico al momento de egresar al paciente.

	14. En caso de que se practiquen procedimientos médico-quirúrgicos, se deberá llenar la Carta de consentimiento bajo información como se señala en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 7. Todo familiar de el/la paciente ingresado/a al área de ha será canalizado/a al Área de asistencia Social para recibir orientación en relación al funcionamiento del área.
Responsables	Hospitalización Adultos.
Áreas Involucradas	Hospitalización; Urgencias Adultos; Hospitalización Adultos; Servicios Quirúrgicos; Laboratorio Clínico; Imagenología.
Recursos:	1. Camas multiposición con barandales (15) 2. Monitor multiparámetros (4) 3. USG Doppler (3) 4. Colchonetas (15) 5. 2 Carro Rojo 6. 2 Tabla rígida para RCP 7. 2 Monitor desfibrilador 8. 2 Electrocardiógrafos 9. 3 cajoneras de plástico 10. 15 Mesas Pasteur 11. 15 Tripies 12. 2 Lámparas de chicote 13. 7 Banquitos de altura 14. 25 Sillas 15. 2 Escritorios 16. 5 Mesas tipo Portafolio 17. 8 Tanques de Oxígeno con Borboteador 18. 1 Lavabo 19. 2 Sillas de ruedas 20. 20 Botes de basura 21. 56 sábanas de cajón 22. 56 sábanas clínicas 23. 56 Fundas para almohada 24. 28 cobertores 25. 20 Almohadas 26. 20 Tablas para expedientes 27. 2 Kleenera 28. 2 Avagard

	29. 6 Estetoscopios 30. 6 Baumanómetros 31. 6 Termómetros 32. 8 Cómodos 33. 8 Patos
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias. HA: Hospitalización Adultos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a adscrito al área de Hospitalización Adultos.	Recibe la Solicitud de Interconsulta forma escrita o verbal por parte del/la médico/a tratante. Nota: En caso de ser un documento original quedará en manos del/la médico/a adscrito/a y la copia se anexará al expediente clínico.	Solicitud de Interconsultas.
2		Acude el servicio solicitante, valora a el/la paciente y revisa el expediente, determinando si amerita o no ingreso a HA. ¿Amerita manejo en HA? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continua en la actividad No. 3	Nota de valoración.
3		Informa que debe de continuar el manejo por el servicio tratante, escribiendo la nota de valoración en Notas de valoración del expediente clínico.	Nota de valoración.

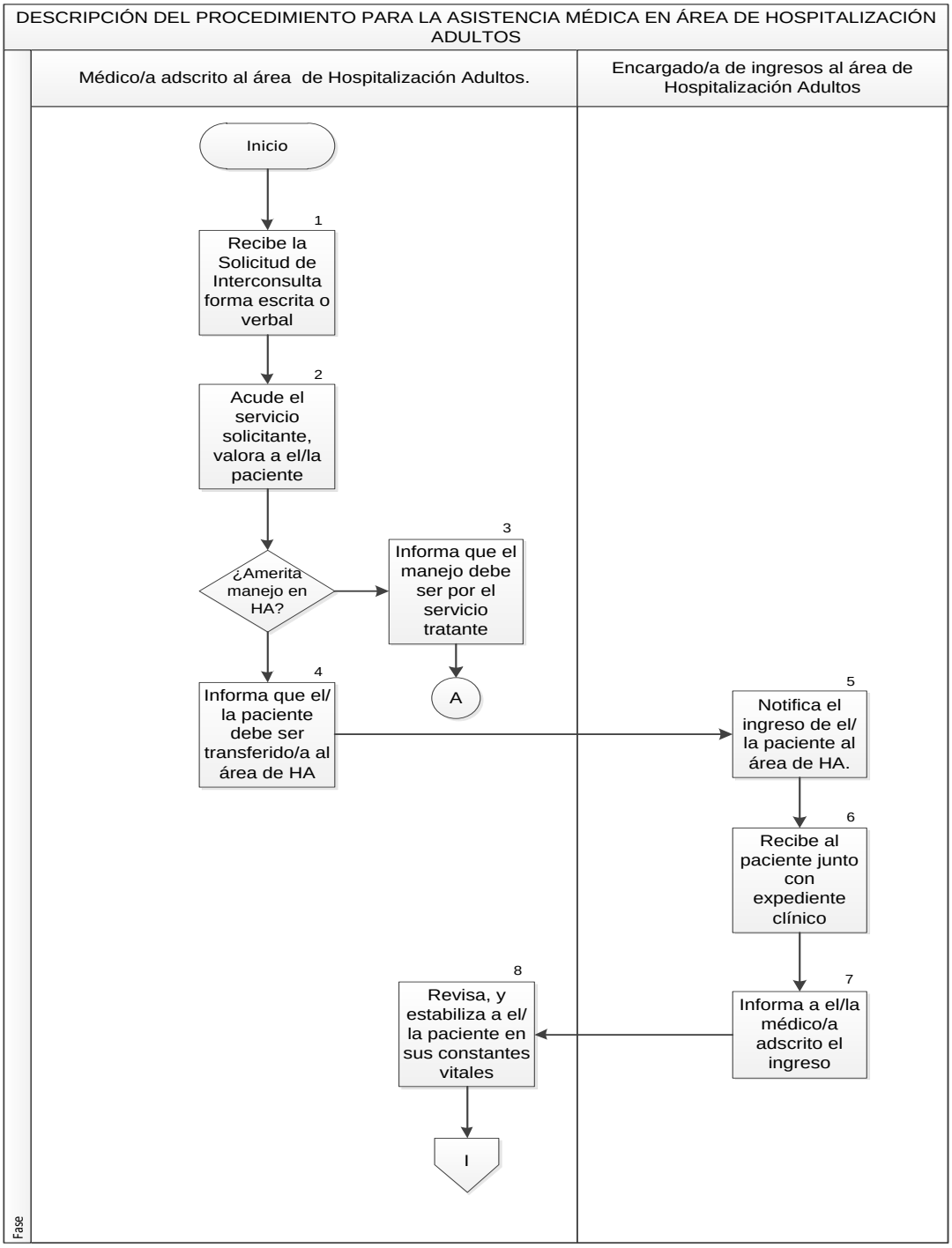
		Fin del Procedimiento	
4		Informa a el/la médico/a tratante que el/la paciente debe ser transferido/a al área de HA, notifica el número de cama y escribe la nota de valoración del expediente clínico.	Nota de valoración.
5	Encargado/a de ingresos al área de Hospitalización Adultos	Notifica el ingreso de el/la paciente al área de HA.	
6		Recibe al paciente junto con expediente clínico completo y ordenado, registrando en la libreta de ingresos y egresos, el número de cama, hora de ingreso y diagnósticos.	Libreta de ingresos y egresos.
7		Informa a el/la médico/a adscrito el ingreso y requisita Hoja de Hospitalización Adultos. Nota: Según sea el caso, requisita Hoja de registro de transfusión de hemoderivados, Hoja de diálisis peritoneal, Hoja de registro de crisis convulsivas, Hoja de enfermería para paciente quirúrgico y/o Hoja de control del paciente diabético.	Hoja de Hospitalización Adultos.
8	Médico/a adscrito/a al área de Hospitalización Adultos	Revisa, y estabiliza a el/la paciente en sus constantes vitales, elabora la nota de ingreso y, posteriormente, nota de evolución diariamente en Notas de Evolución, y los integra al expediente clínico.	Notas de Evolución. Expediente Clínico.

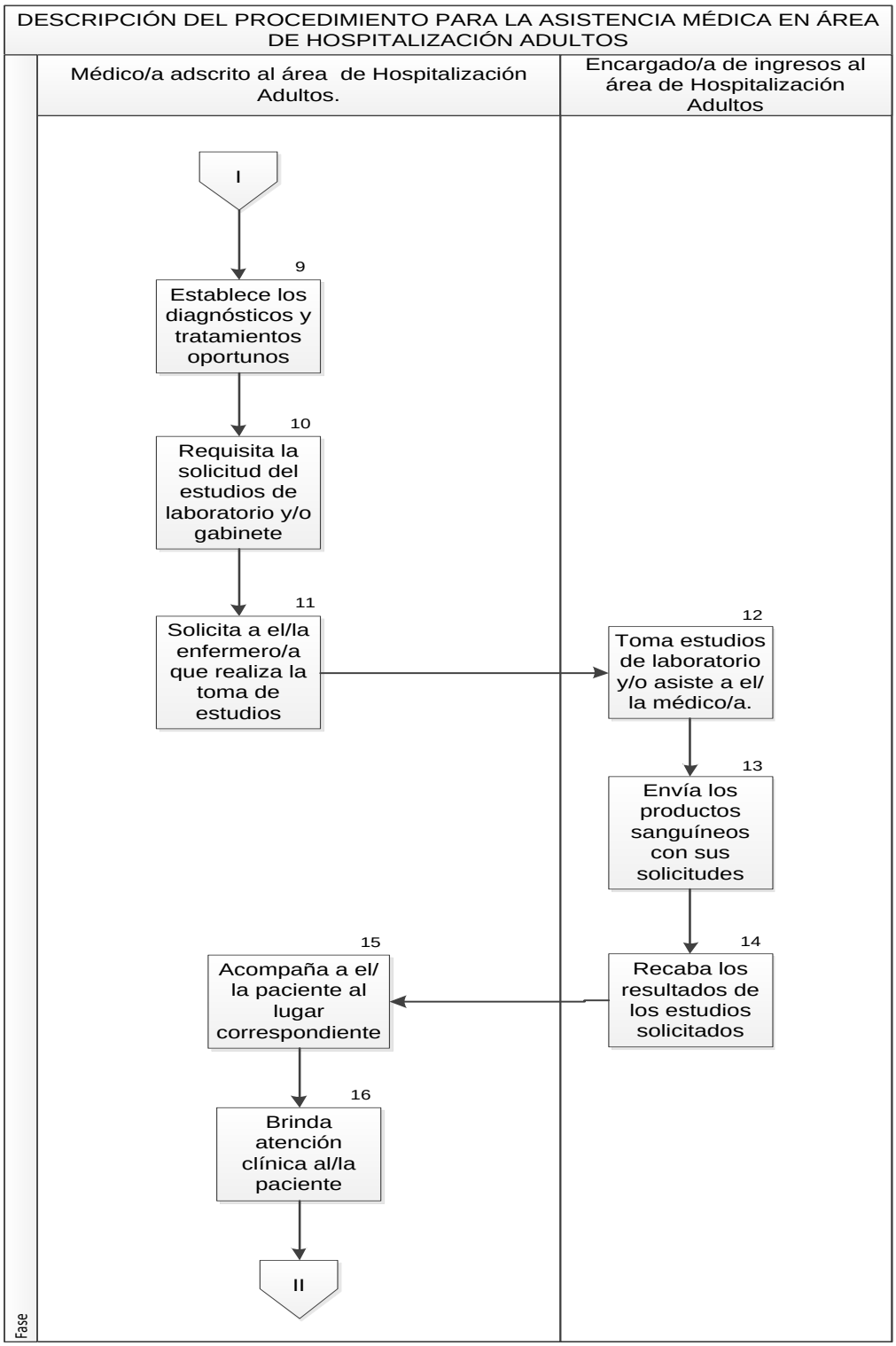
9		Establece los diagnósticos y tratamientos oportunos diariamente, registrando las indicaciones médicas en la Nota de Indicaciones.	Nota de Indicaciones.
10		Requisita si fuese necesario la solicitud del estudios de laboratorio y/o gabinete requeridos en la “Solicitud de estudios radiológicos y gabinete” o en la “Solicitud de laboratorio clínico” según sea el caso especificando el estudio deseado y los datos del paciente.	
11		Solicita a el/la enfermero/a que realiza la toma de estudios de laboratorios y/o gabinete, o bien, su asistencia para la toma de los mismos.	
12	Encargado/a de ingresos al área de Hospitalización Adultos	Toma estudios de laboratorio y/o asiste a el/la médico/a para la toma de los mismos.	
13		Envía los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas mediante un mensajero. En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente.	
14		Recaba los resultados de los estudios solicitados y registra los mismos en la Hoja de Cuidados de Enfermería del Paciente.	
15	Médico/a adscrito/a al área de Hospitalización Adultos	Acompaña a el/la paciente al lugar correspondiente donde se realice el estudio de gabinete, si el estado de gravedad de el/la paciente lo amerita, también. En caso de que	

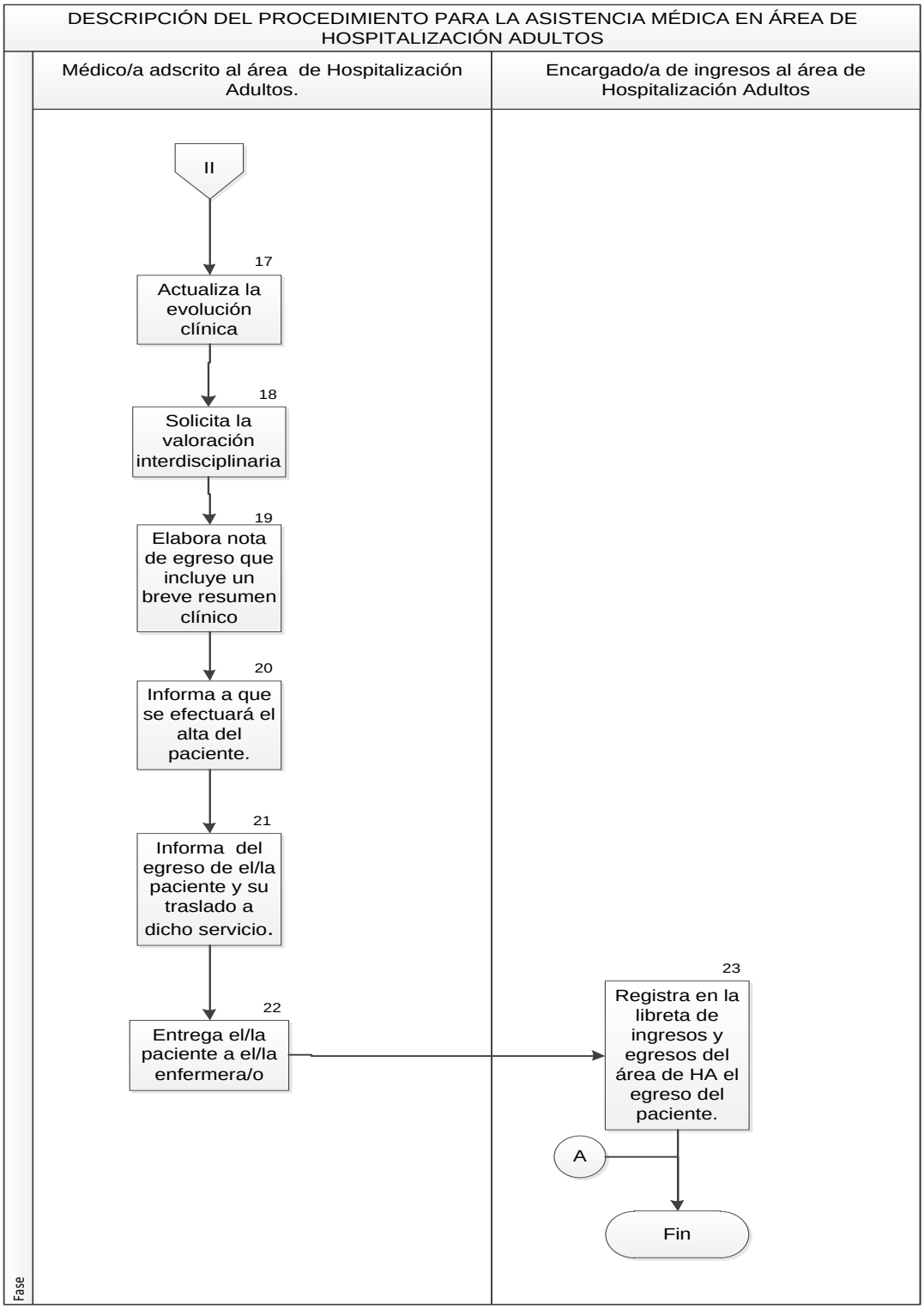
		esto no pueda ser por haber otros pacientes graves o inestables, solicitará apoyo al departamento de Radiología a el/la médico/a a cargo tendrá la capacidad de realizar los estudios pertinentes a la cabecera del paciente.	
16		Brinda atención clínica al/la paciente de acuerdo a las instrucciones del/la médico/a adscrito registradas en las notas de evolución.	
17		Actualiza la evolución clínica en las Notas de Evolución y modifica tratamiento según se requiera.	Nota de Evolución.
18		Solicita la valoración interdisciplinaria por diversos subespecialistas según sea el caso mediante la Solicitud de Interconsulta, en original y copia, siendo el original entregada al subespecialista, y la copia firmada de recibido anexada al expediente.	Solicitud de Interconsulta
19		Elabora nota de egreso que incluye un breve resumen clínico del paciente e integra todos los documentos al expediente clínico de manera completa y ordenada.	
20		Informa a el/la Jefe/a de Enfermeras/os del área de HA que se efectuará el alta del paciente.	
21		Informa a la Jefatura de Enfermería del servicio correspondiente del egreso de el/la paciente y su traslado a dicho servicio.	

22		Entrega a el/la paciente a el/la enfermera/o del departamento correspondiente junto con expediente clínico completo y ordenado.	
23	Encargado/a de ingresos al área de Hospitalización Adultos	Registra en la libreta de ingresos y egresos del área de HA el egreso del paciente.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

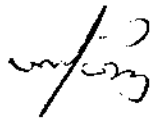



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
Médico/a adscrito al área de Hospitalización Adultos.
Encargado/a de ingresos al área de Hospitalización Adultos
Fase
I
9
Establece los diagnósticos y tratamientos oportunos
10
Requisita la solicitud del estudios de laboratorio y/o gabinete
11
Solicita a el/la enfermero/a que realiza la toma de estudios
12
Toma estudios de laboratorio y/o asiste a el/ la médico/a.
13
Envía los productos sanguíneos con sus solicitudes
14
Recaba los resultados de los estudios solicitados
15
Acompaña a el/ la paciente al lugar correspondiente
16
Brinda atención clínica al/la paciente
II


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
Médico/a adscrito al área de Hospitalización Adultos.
Encargado/a de ingresos al área de Hospitalización Adultos
II
17
Actualiza la evolución clínica
18
Solicita la valoración interdisciplinaria
19
Elabora nota de egreso que incluye un breve resumen clínico
20
Informa a que se efectuará el alta del paciente.
21
Informa del egreso de el/la paciente y su traslado a dicho servicio.
22
Entrega el/la paciente a el/la enfermera/o
23
Registra en la libreta de ingresos y egresos del área de HA el egreso del paciente.
A
Fin
Fase

7.6.4. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA.

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Chistian Ronal Sancho Hernández Cirujano General de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. CRSH (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar la información necesaria sobre la organización; los objetivos, funciones y niveles de autoridad y responsabilidad de los Servicios Quirúrgicos del Sistema de Urgencias Médicas Avanzadas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, a fin de que el personal que labora en las áreas y que conforman el servicio conozcan este documento para su aplicación, así como a otros servicios que lo requieran con un solo fin que corresponda a la atención pronta de aquellos pacientes que presentan una condición patológica que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, así como aquéllas situaciones que en el momento no sean potencialmente fatales pero que de no recibir atención pronta e intensiva

Normas y Políticas de Operación

puedan evolucionar hacia esta situación y ser capaces de mantenerlos en situación estable como para ser trasladados a otro nivel de atención o atención de especialidades.

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico.
2. NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
3. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. . Protección ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
4. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada el 26 de octubre de 2012
5. NOM-229-SSA1-2002. Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos
6. NOM-016-SSA3-2012. Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
7. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
8. NOM-131-SSA1-2012. Bienes y servicios – Alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
9. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
10. NOM-077-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control en general para laboratorio de patología clínica.
11. 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.

12. PROY-NOM-005-SSA3-2016. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
13. NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
14. PROY-NOM-222-SSA1-2002. De los reactivos hemoclasificadores para determinar grupos del sistema ABO,Anto Rh para identificar antígeno Dy antiglobulina humana para la prueba de Coombs.
15. NOM-039-SSA2-2014. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
16. NOM-027-SSA3-2013. 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.

Políticas de Operación:

1. Ingresarán a la Servicios Quirúrgicos todos los pacientes críticamente enfermos de cualquier edad que su padecimiento debe o pueda mejorar posterior a un procedimiento quirúrgico.
2. El/la coordinador/a general de la Unidad Quirúrgica de Desastres, así como los médicos adscritos al área son los únicos autorizados para determinar con base al triage quirúrgico el orden de ingreso a dicha área.
3. En el caso de no contar con espacio físico para ingresar a un paciente que amerite manejo quirúrgico de urgencia, el/la coordinador/a de los Servicios Quirúrgicos que valoró al paciente deberá establecer un plan de tratamiento que servirá de guía a los médicos tratantes en el servicio donde se encuentre el/la paciente en espera de tiempo y espacio disponible en los Servicios Quirúrgicos. Dicho plan se consignará en Notas de Evolución y se anexará al Expediente Clínico.
4. Una vez aceptado el/la paciente en los Servicios

Quirúrgicos, el traslado del paciente se hará con la compañía del médico/a adscrito al servicio que lo transfiere, personal de enfermería y expediente clínico completo y ordenado.

5. Los pacientes que egresen a la UTIP o UCIA, Sala de recuperación procedentes de quirófano deberán estar acompañados por el/la cirujano y el/la anestesiólogo responsables, personal de enfermería y expediente clínico completo y ordenado, el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas y cuidados específicos de cada caso.
6. A todo paciente que se ingrese a los Servicios Quirúrgicos se le deberá registrar en la libreta de control de ingresos a cargo de Coordinador de ingresos y egresos por parte del personal de enfermería, así como requisitar la Hoja de Cirugía Segura, misma que se integra al expediente clínico al momento de ingresar al paciente.
7. En caso de que se practiquen procedimientos médico-quirúrgicos, se deberá llenar la Carta de consentimiento bajo información como se señala en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.
8. El/la familiar del paciente ingresado a los Servicios Quirúrgicos será canalizado al Área de asistencia Social para recibir orientación en relación al funcionamiento del área.
9. El/la Enfermera/o Quirurgica/o deberá apoya la administración de servicios que puede estar constituidos de diferentes jefaturas (cirugía, anestesiología, entre otros) se requiera de la supervisión directa de los cuidados de enfermería dentro de los SERQUI o su participación directa en el acto quirúrgico en los diferentes turnos de trabajo, para garantizar la calidad de la atención y seguridad del paciente.
10. El/la Enfermera/o Quirurgica/o deberá proporcionar orientación al personal de nuevo ingreso y verificar que este personal cuente con entrenamiento debido de técnicas quirúrgicas y procedimientos dentro de los SERQUI.
11. El/la Enfermera/o general debera durante el

	preoperatorio recibir al/la paciente con el Expediente Clínico y verificar su nombre completo con el brazalete de identificación y la solicitud quirúrgica para corroborar la cirugía (programada o de urgencia) así como recibir insumos del paciente y comprobar que estén rotulados con nombre completo, será impornate comprobar que el expediente clínico se encuentre de acuerdo a normatividad: Solicitud de cirugía, hojas de consentimiento informado (cirugía, anestesia y transfusión, etc.) solicitud y disponibilidad de hemoderivados, estudios de laboratorio recientes, entre otros, con la finalidad de cumplir a tiempo con la programación quirúrgica
Responsables	Servicios Quirúrgicos
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa; Hospitalización; Hospitalización Pediátrica; Hospitalización Adultos; Servicios Quirúrgicos; Anestesiología; Terapia Intensiva; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
Recursos	65. Humanos.- 1 Cirujano/a General. 1 Anestesiólogo/a. 1 Médico/a General. 1 Enfermero/a Quirúrgico/a. 1 Enfermero/a General o TUM 66. Materiales Instrumental Quirúrgico. • 1 charola de aluminio • 1 cánula Yankauer. • 2 vasos riñón de 500 ml. • 2 mangos de bisturí #4 • 2 separadores Farabeuf • 2 pinzas de disección C/D y S/D medianas • 4 pinzas Allis medianas • 2 pinzas Allis grandes • 6 pinzas de campo

- 6 Kelly curvas
- 2 pinzas Rochester curva y recta
- 2 pinzas Ochsner curvas
- 2 pinzas Foerster curva y recta grande.
- 2 porta agujas medianas y grandes.
- 2 pinzas Angulo Mixter medianas.
- 2 pinzas Babcock medianas.

El siguiente instrumental aunque complementario es indispensable:

- 2 lámparas frontales luz blanca recargables
- 1 set de separadores Richardson – Eastman (2)
- 1 set de separadores Deaver. (1)
- 1 set de separador Sullivan. (1)
- 1 separador Adson- Beckmann mediano.(1)
- 1 set separador Balfour. (1)
- 4 pinzas Heaney
- 2 pinzas Doyen recta y curva (intestinal)
- 2 pinzas Adson C/D y S/D
- Equipo de amputación: Sierra de Gigli, Curetas de Volkmann, Elevador de periostio.

Mobiliario
1 monitor multiparametro
1 mesa quirúrgica multiposición
1 mesa de anestesia *
1 ventilador * (*consulte especificaciones en el procedimiento del Servicio de Anestesiología)
1 mesa de riñón
1 mesa tipo Mayo con charola metálica
2 mesas plegables rectangulares
1 equipo de succión multicámara
1 equipo de electrocauterio mono y bipolar
2 lámparas quirúrgicas portátiles de emergencia.

Glosario

EMT: Equipo Médico de Emergencias.
SERQUI: Servicios Quirúrgicos.
CEYE: Central de Esterilización y Equipos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA.

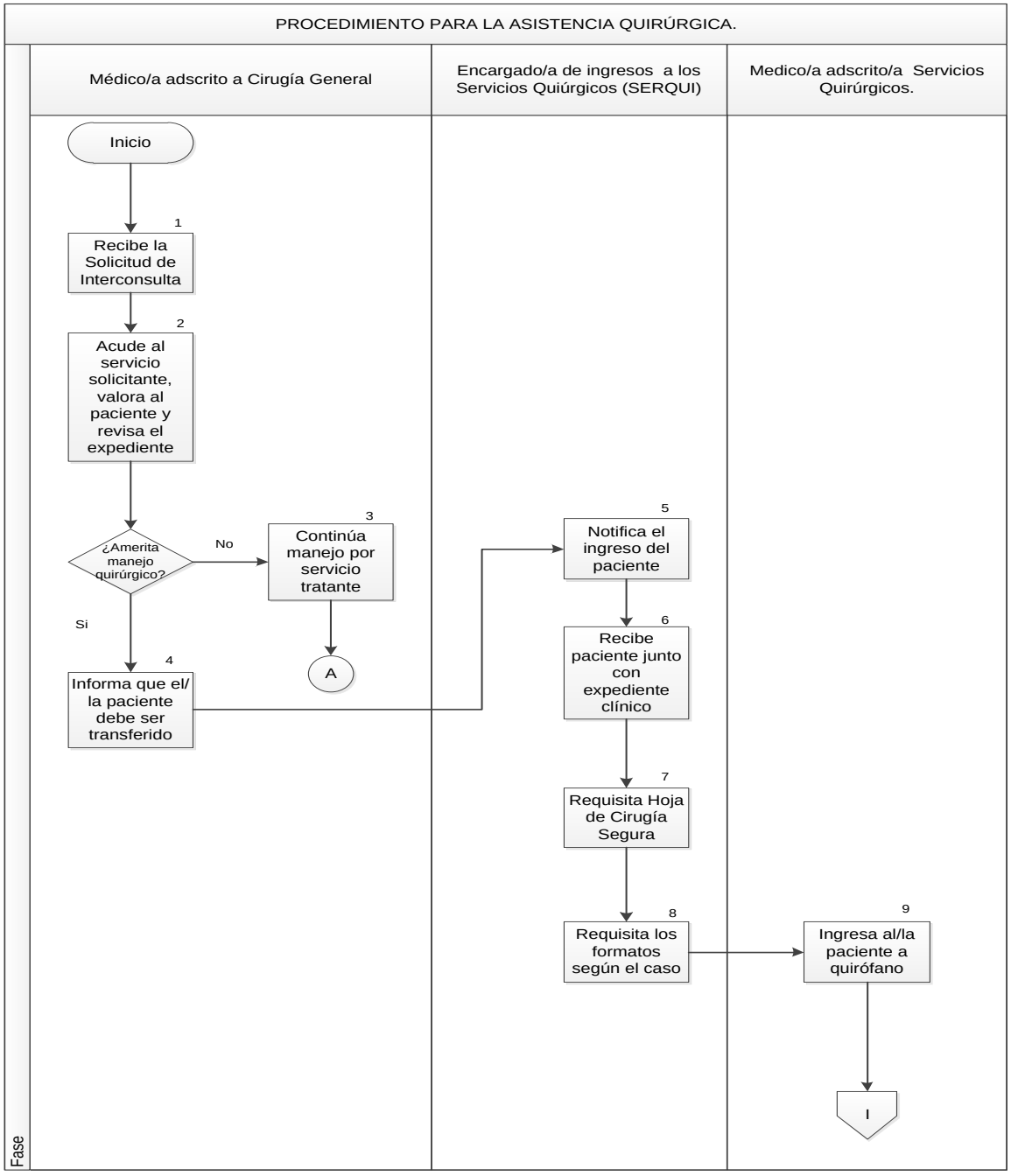
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a adscrito a Cirugía General	Recibe la Solicitud de Interconsulta, esta puede ser verbal o por escrito. En caso de ser un documento original queda en manos del cirujano/a general adscrito a los Servicios Quirúrgicos y la copia se anexa al expediente clínico. Nota: en caso de que el/la paciente se encuentre en sala de choque o derivado de forma externa podrá realizarse la interconsulta vía telefónica y posteriormente se dará la hoja para evitar demorar la atención de urgencia al paciente.	Solicitud de Interconsultas.
2		Acude al servicio solicitante, valora al paciente y revisa el expediente, determinando si amerita o no tratamiento quirúrgico y su ingreso a los Servicios Quirúrgicos. ¿Amerita manejo quirúrgico? Si: Avanza a la actividad No. 4. Nota: Continua en la actividad No. 3	Nota de valoración.
3		Continúa manejo por servicio tratante, escribiendo la nota de valoración en Notas de valoración del expediente clínico. **Fin del Procedimiento.**	Nota de valoración.
4		Informa al médico/a tratante que el/la paciente debe ser transferido a los Servicios Quirúrgicos notificando al	Nota de valoración.

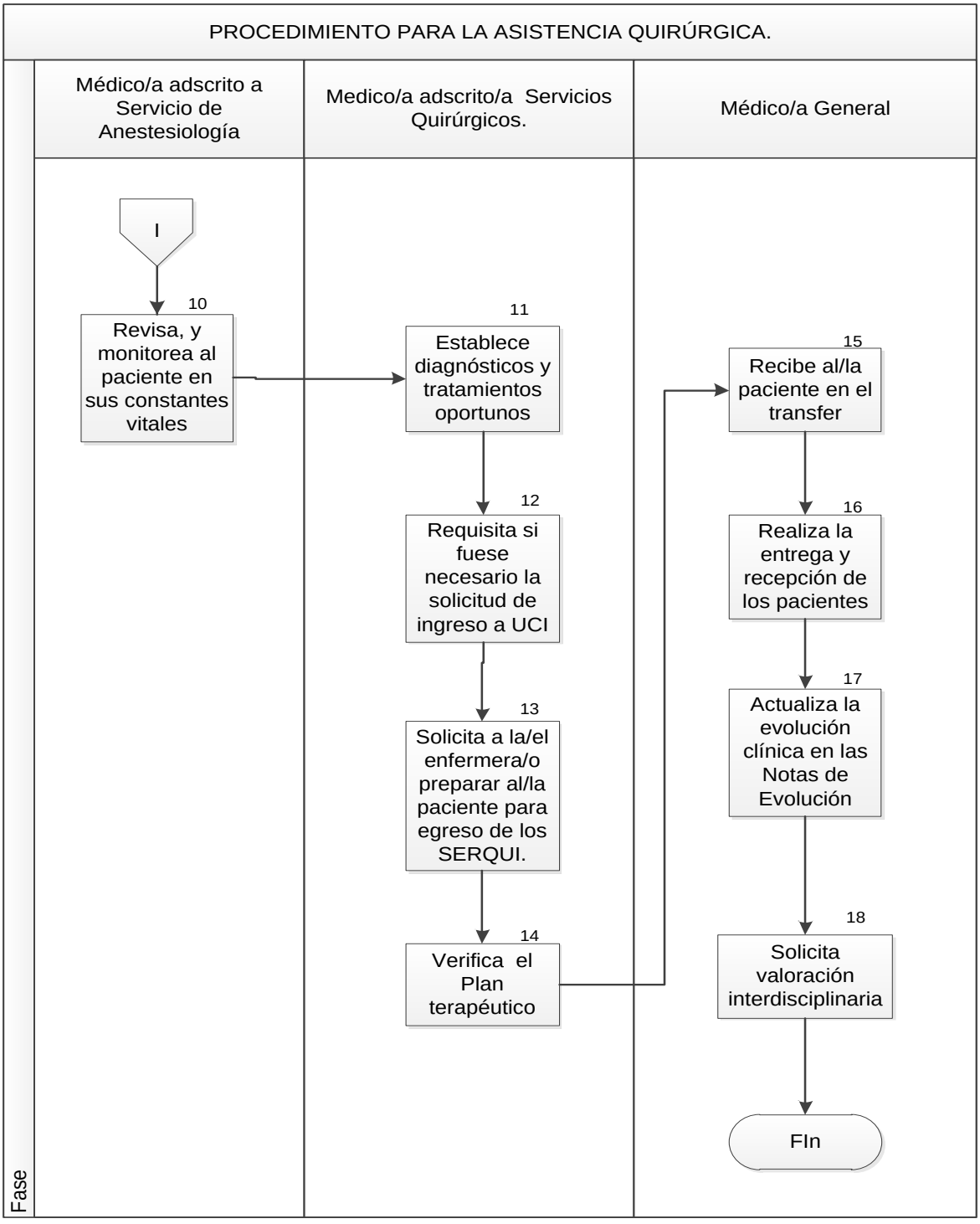
		resto del personal responsable de esta área, y escribe la nota de valoración del expediente clínico.	
5	Encargado/a de ingresos a los Servicios Quiúrgicos (SERQUI)	Notifica al personal de los SERQUI del ingreso del paciente y se inicia la preparación de la misma	
6		Recibe paciente junto con expediente clínico completo y ordenado, registrando en la libreta de ingresos y egresos, impresión diagnostica, hora de ingreso.	Libreta de ingresos y egresos.
7		Informa a los médicos adscritos el ingreso y requisita Hoja de Cirugía Segura	
8		Requisita Hoja de registro de transfusión de hemoderivados, Hoja de diálisis peritoneal, hoja de consentimiento informado, Hoja de enfermería para paciente quirúrgico, Según sea el caso.	
9	Medico/a adscrito/a a Servicios Quirúrgicos.	Ingresa al/la paciente a quirófano, con los cuidados durante el traslado según sea la condicipon de mismo.	
10	Médico/a adscrito a Servicio de Anestesiología	Revisa, y monitorea al paciente en sus constantes vitales, elabora la nota pre anestésica, trans anestésica y, post anestésica, nota de egreso a cuidados post anestésicos y en conjunto con servicio de Cirugía General de egreso a medicina crítica si lo amerita.	
11	Médico/a adscrito a los Servicios Quirúrgicos	Establece diagnósticos y tratamientos oportunos durante el trans operatorio, registrando las	

		indicaciones médicas y el Record Quirúrgico conforme a la Norma del Expediente Clínico.	
12		Requisita si fuese necesario la solicitud de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Adultos o Pediatricos si se considera necesario.	
13.		Solicita a la/el enfermera/o preparar al/la paciente para egreso de los SERQUI.	
14		Verifica durante la entrega-recepción de pacientes el Plan terapéutico y solicitar a la CEYE con conocimiento directo del/la Cirujano/a en turno el material necesario para realizar dicho procedimiento.	
15	Médico/a General	Recibe al/la paciente en el transfer y apoya según la necesidad al servicio de anestesiología o cirugía dentro de la SERQUI.	
16		Realiza la entrega y recepción de los pacientes en las diferentes áreas del Hospital de Campaña	
17		Actualiza la evolución clínica en las Notas de Evolución, y con conocimiento del servicio de Cirugía general o Anestesiología modifica tratamiento según se requiera.	
18		Solicita valoración interdisciplinaria por diversos subespecialistas según sea el caso mediante la Solicitud de Interconsulta, en original y copia, siendo el original entregada al subespecialista, y la copia firmada de recibido anexada al expediente. Recibe y folia las solicitudes de	

		cirugía de los pacientes, para su integración y control y desplegar la información necesaria para llenado del Registro de Atención Médica Prehospitalaria (RAMP´s) en caso de referencia de pacientes a otra unidad.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA.




PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA.
Médico/a adscrito a Servicio de Anestesiología
Medico/a adscrito/a Servicios Quirúrgicos.
Médico/a General
Fase
I
10
Revisa, y monitorea al paciente en sus constantes vitales
11
Establece diagnósticos y tratamientos oportunos
12
Requisita si fuese necesario la solicitud de ingreso a UCI
13
Solicita a la/el enfermera/o preparar al/la paciente para egreso de los SERQUI.
14
Verifica el Plan terapéutico
15
Recibe al/la paciente en el transfer
16
Realiza la entrega y recepción de los pacientes
17
Actualiza la evolución clínica en las Notas de Evolución
18
Solicita valoración interdisciplinaria
FIn

7.6.5. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EVENTOS ANESTÉSICO - QUIRÚRGICOS EN QUIRÓFANO

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
P.A.	P.A	
José Eduardo Sánchez Rodríguez Médico Anestesiólogo del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres JESR (USUMD) Octubre 2018	**José Arturo Rosales Vargas Coordinador Médico de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres JARV (CMUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades necesarias y una atención eficaz por parte del Quirófano del Hospital de Campaña Móvil en el caso de recibir pacientes afectados por una catástrofe para la realización de procedimientos Anestesico-Quirúrgicos a pacientes de cualquier edad que así lo requieran por el tipo de patología o trauma en su atención de urgencia que no puedan ser trasladados a un segundo o tercer nivel debido a su situación crítica o por encontrarse en una área demográfica inaccesible o bien por situaciones climatológicas que impidan dicho traslado aumentando su morbimortalidad de no realizarse este tipo de cirugías.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-001-SSA1-2010. Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. 2. NOM-004-SSA3- 2012. del expediente clínico. 3. NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 4. NOM-006-SSA3-2011. para la práctica de la anestesiología. 5. PROY-NOM-006-SSA3-2017. Para la práctica de la Anestesiología. 6. NOM-006-STP-2000. Manejo y almacenamiento de materiales-Condiciones y procedimientos de seguridad. 7. NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 8. NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. 9. NOM-008-SEGOB-2015. Personas con discapacidad. 10. NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada) 11. NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 12. PROY-NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. 13. NOM-012-STPS-2012. Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante. 14. NOM-017-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los reactivos hemoclasificadores para determinar grupos del sistema ABO.

15. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.
16. NOM-019-STPS-2011. Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.
17. NOM-022-STPS-2008. Electricidad estática en los centros de trabajo-Condiciones de seguridad.
18. NOM-022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.18 de Septiembre de 2012.
19. NOM-026-STPS-2008. Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.
20. NOM-026-SSA3-2012. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
21. NOM-025-STPS-2008. Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.
22. NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
23. NOM-047-SSA1-2011. Salud ambiental - índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.
24. NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
25. NOM-076-SSA1-2002. Salud ambiental.- Que establece los requisitos sanitarios del proceso y uso del etanol (Alcohol etílico).
26. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos – clasificación y especificaciones de manejo.
27. NOM-139-SSA1–1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para recolectar sangre.
28. NOM-140-SSA1-1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para fraccionar sangre.

29. NOM-220-SSA1-2016. Instalación y operación de la farmacovigilancia
30. PROY-NOM-222-SSA1-2002, Que establece las especificaciones sanitarias de los reactivos: hemoclasificadores para determinar grupos de sistema ABO, Anti Rh para identificar el antígeno D y antiglobulina humana para la prueba de Coombs.
31. NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Políticas de Operación:

1. Ingresarán al Quirófano del Hospital de Campaña Móvil todos aquellos pacientes que ameriten un procedimiento quirúrgico para salvaguardar su vida y/o su función teniendo la probabilidad de ser recuperable.
2. El único Médico/a autorizado para realizar este tipo de eventos Anestésicos, desde su valoración hasta el plan a seguir es el Anestesiólogo/a.
3. Todo paciente que las condiciones lo permitan deberá ser valorado, Informado y estabilizado para ingresar a Quirófano en las mejores condiciones posibles
4. Si el caso es de paciente con Urgencia Extrema que ponga en peligro su vida ingresará al Quirófano de manera directa y ahí se tomarán las medidas necesarias para iniciar el evento Anestésico- Qx lo antes posible
5. Los/las pacientes que ingresen a Quirófano procedentes de urgencias deberán estar acompañados por el médico/a y Enfermera/o responsable de esa área, presentando al/la paciente con Expediente Clínico y resultados de estudios preoperatorios tomados
6. Solicitar a la Enfermera/o Quirúrgico/a los materiales quirúrgicos propicios para la cirugía a realizar
7. Todo paciente que ingrese a Quirófano deberá ser registrado en la libreta de control de ingresos y procedimientos, a cargo de la Enfermera circulante

8. Si las condiciones del/la paciente lo permiten se deberá llenar la Carta de consentimiento bajo información como se señala en la NORMA Oficial Mexicana de Anestesiología NOM-006-SSA3-2011.

Responsables

Servicios Quirúrgicos.

Áreas Involucradas

Urgencias y Consulta Externa; Hospitalización; Terapia Intensiva; Servicios Quirúrgicos.

Recursos Necesarios para procedimientos Anestésico-Qx

VIA AÉREA

1. Cánulas orofaríngeas (incluyendo infantiles)
2. Cánulas nasofaríngeas (incluyendo infantiles)
3. Set de cricotiroidotomía
4. Tubos endotraqueales (incluyendo infantiles)
5. Fijadores para tubo endotraqueal de adultos
6. Fiadores para tubo endotraqueal infantil
7. Laringoscopios completos con palas infantiles
8. Pinzas de Magill
9. Máquinas de Anestesia.
10. Monitor multiparámetros.
11. Oxígeno.
12. Monitor desfibrilador.
13. Sondas de aspiración de adultos
14. Sondas de aspiración infantiles

OXIGENOTERAPIA y VENTILACIÓN

15. Mascarillas faciales Adulto y pediátricas
16. Bolsa de ventilación adultos
17. Bolsa de ventilación pediátrica 1,1.5 y 2 lts C/U
18. Máquina de Anestesia con ventilador integrado
19. Circuitos Anestésicos de adulto y pediátrico

ACCESOS VENOSOS

20. Angiocatéteres cortos calibre 14 a 20 G
21. Cateter Venoso Central de 2 o 3 vías
22. Catéteres infantiles 23G, 24G
23. Agujas metálicas para inyección 1M e IV diferentes calibres.
24. Llaves de tres pasos y 4 vías
25. Jeringas de 20 ml

26. Jeringas de 10 ml
27. Jeringas de 5 ml
28. Jeringas de 3 ml.
29. Compresores para venopunción

EQUIPOS DE INFUSIÓN

30. Equipos de infusión con macrogoteo
31. Equipos de infusión con microgoteo
32. Equipos de infusión con dosificador
33. Equipos de infusión de sangre y derivados
34. Bolsas de presurización para infusión de sangre
35. Bombas de Infusión

FLUIDOS

36. Solución Salina 0,9% 1000 c.c
37. Ringer Lactato (Hartmann) 1000 c.c
38. Poligelatina (Haemaccel) 500 c.c.
39. Almidon 500 c.c.
40. Manitol 20% 250 c.c.
41. S. Salino 0,9% para lavado 1 000 c.c

MEDICACIÓN (ÁMPULAS O VIALES)

42. Adrenalina Ampulas:
43. Atropina Ampulas
44. Lidocaina sin epinefrina de 50 ml Ampulas
45. Lidocaina con Epinefrina de 50 ml Ampulas
46. Bupivacaina Hiperbarica 15mg Ampulas
47. Morfina 'Ampulas
48. Fentanil 0.5mg/10 ml Ampulas
49. Rocuronio Ampulas
50. Vecuronio Ampulas
51. Propofol Ampulas
52. Etomidato Ampulas
53. Midazolam 15mg/3ml Ampulas
54. Neostigmine 0.5mg/1ml Ampulas
55. Naloxona Ampulas
56. Difenhidramina Frasco
57. Salbutamol Spray
58. Dexametazona 8 mg
59. Metoclopramida 10mg Ampulas
60. Hidrocortizona 100, 500 mg Frasco

61. Ketorolaco 30mg Ampulas
62. Metamizol
63. Bicarbonato de Sodio 7.5% Frasco
64. Sevofluorano Frasco

SONDAJES y DRENAJES

65. Tubos de drenaje torácico n.Q 14 a 32
66. Válvulas unidireccionales (tipo Heimlich)
67. Sistemas de drenaje (tipo Pleurevac)
68. Set de punción-lavado peritoneal
69. Set de punción-drenaje pericárdico
70. Sondas nasogástricas diferentes tamaños
71. Bolsas colectoras de sonda nasogástrica
72. Sondas vesicales (Varios tamaños)
73. Bolsas colectoras de sonda vesical

MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN

74. Collarines cervicales adultos
75. Collarines cervicales infantiles
76. Férulas de inmovilización de miembro superior
77. Férulas de inmovilización de miembro inferior
78. Vendas elásticas 5,10 y 20 cm

MATERIAL DE CURACIÓN y SUTURAS

79. Guantes estériles de diversos tamaños
80. Guantes no estériles de diversos tamaños
81. Cajas de cura-sutura con porta, pinza de disección con dientes, pinza de disección sin dientes, pinza de Kocher y pinza mosquito
82. Suturas de seda de 1/0 Caja
83. Suturas de seda de 2/0 Caja
84. Suturas de Catgut 1/0 Caja
85. Suturas de Catgut 2/0 Caja
86. Suturas de Catgut 3/0 Caja
87. Suturas de Vicryl 1/0 Caja
88. Suturas de Vicryl 2/0 Caja
89. Suturas de Vicryl 3/0 Caja
90. Suturas de Nylon 2/0 Caja
91. Suturas de Nylon 3/0 Caja
92. Gasas con Raytex 10x10 paquetes de 10
93. Gasas sin Raytex 10x10 paquetes de 10

94. Compresas Quirúrgicas estériles

OTRO MATERIAL

95. Cal Sodada para Canister cubeta
96. Monitor de Multiparámetros funcional para Adulto y Pediatrico
97. Estetoscopio
98. Linternas
99. Tijeras
100. Oftalmoscopios / Otoscopios
101. Equipo Quirúrgico de Cirugia Mayor
102. Equipo Quirúrgico de Cirugia Menor
103. Agujas Whitacre cortas y Largas
104. Agujas de Touhy No. 17 y equipos de bloqueo completos.

Glosario

ASA .-American Society of Anesthesiologists.
Qx.- Quirúrgico y/o Quirúrgica
OMS.-Organización Mundial de la Salud
SPQ.- Sistema de Programación Quirúrgica.
RAQ.- Riesgo Anestésico Quirúrgico

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EVENTOS ANESTÉSICO - QUIRÚRGICOS EN QUIRÓFANO.

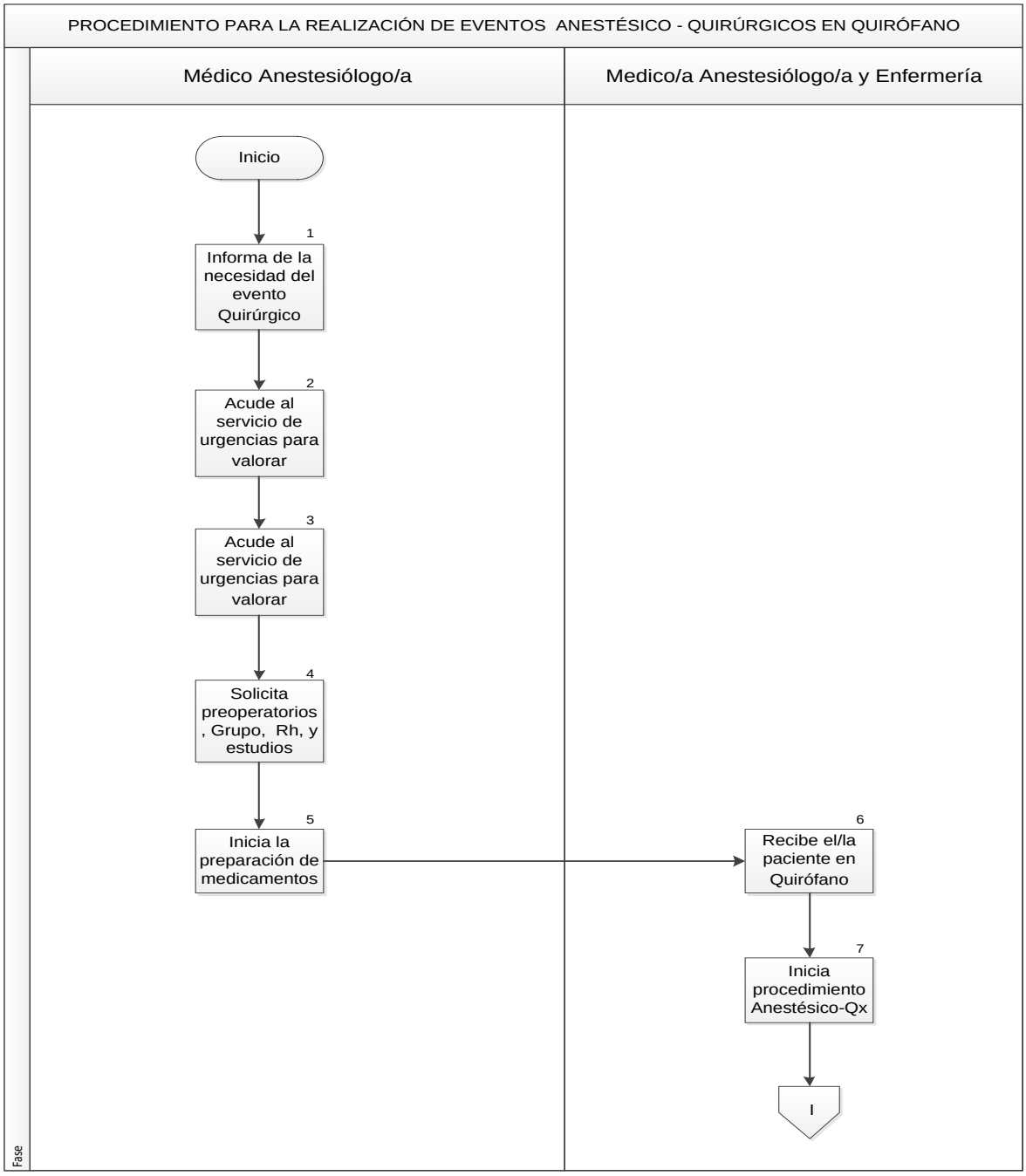
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico Anestesiólogo/a.	Informa de la necesidad del evento Quirúrgico del paciente que así lo amerita por parte del médico/a quirúrgico, esta puede ser verbal o por escrito dependiendo de la urgencia del procedimiento.	Informe de Cirugía

2		Acude al servicio de urgencias para valorar al/la paciente siempre y cuando exista el tiempo suficiente y las condiciones del/la paciente para la realización de dicha valoración.	Valoración Preanestésica
3		Proporciona un R.A.Q., con base a la Valoración preanestésica se traza un plan Anestésico y si las condiciones lo permiten se Informa al/la Paciente y se da a Firmar Hoja de Consentimiento Informado de Anestesiología	Plan Anestésico
4		Solicita preoperatorios, Grupo y Rh, así como, estudios complementarios de urgencia. Nota: En el caso de Extrema urgencia se pasará al/la paciente directo a Quirófano y ahí se tomarán estos Preoperatorios	
5		Inicia la preparación de medicamentos conforme al Plan Anestésico-Qx se necesario, material y soluciones requeridas para el procedimiento	
6	Medico/a Anestesiólogo/a y Enfermería	Recibe el/la paciente en Quirófano se realiza Monitoreo ya sea tipo I o tipo II dependiendo el caso, se verifica permeabilidad del acceso venoso y se decide si son necesarios más incluyendo catéteres centrales	
7		Inicia procedimiento Anestésico-Qx dependiendo el Plan ya sea Anestésia Neuro Axial o Anestesia General Balanceada	

		¿Existe la probabilidad de Estómago Lleno? Si: Continua en la actividad No 8. No: Avanza a la actividad No. 9.	
8		Inicia Inducción de Secuencia Rápida con Rocuronio.	
9		Inicia Inducción, Relajación y Narcosis por técnicas habituales	
10		Coloca al/la paciente en la posición adecuada para el evento Qx, una vez iniciado el procedimiento Anestésico	
11		Inicia el evento Qx, así como, las infusiones de Hemoderivados si el caso lo requiere	
12		Inicia las infusiones de Aminas dependiendo de las condiciones del/la paciente.	
13		Inicia la Hoja de Registro Anestésico y la Nota Transanestésica, si la urgencia lo permite, si no es posible en este momento se iniciará a posterior.	
14		Continúa el monitoreo de signos vitales al menos cada 5 minutos con los ajustes necesarios para la estabilidad del/la paciente.	
15		Cuantifica cantidad de orina en bolsa recolectora, sangrado y otros líquidos libres	
16		Realiza el balance de líquidos estricto por fórmula de Holliday – Segar.	
17	Médico/a adstrito a Terapia Intensiva.	Termina el evento Qx, decide si el/la paciente reúne requisitos indispensables para ser extubado/a. ¿Reúne los requisitos?	

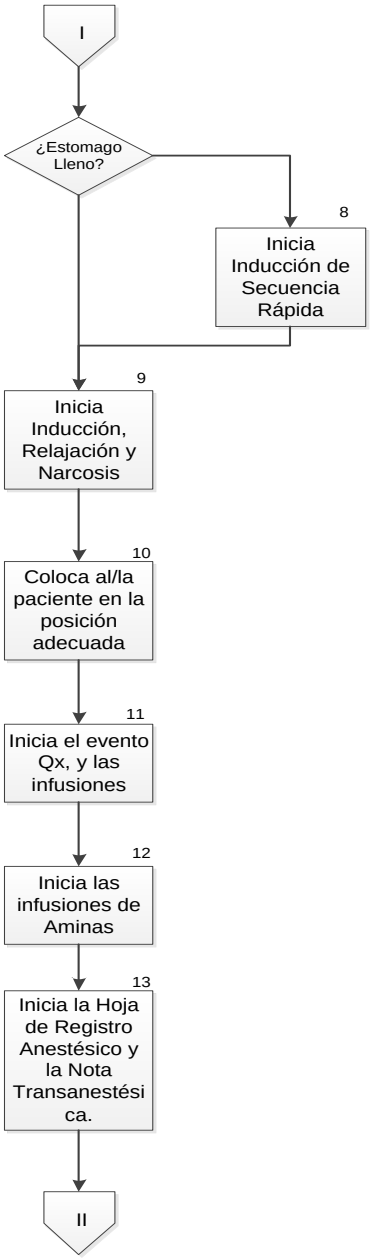
		Si. Avanza a la actividad No. 19 No. Continúa con la actividad No. 18.	
18		Solicita y presenta adecuadamente al/la paciente al/la Medico/a de UCI e Informar la necesidad de Ventilador Automático y el traslado del paciente a este Servicio.	
19		Pasa a recuperación al/la paciente acompañado por el Anestesiólogo/a responsable del evento Anestésico, entregando al/la paciente a Médico/a responsable de este servicio y a Enfermería.	
20		Cierra la Hoja de Registro Anestésico, nota transanestésica y se realiza nota postanestésica	
21		Termina evento Anestésico – Qx.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EVENTOS ANESTÉSICO - QUIRÚRGICOS EN QUIRÓFANO.

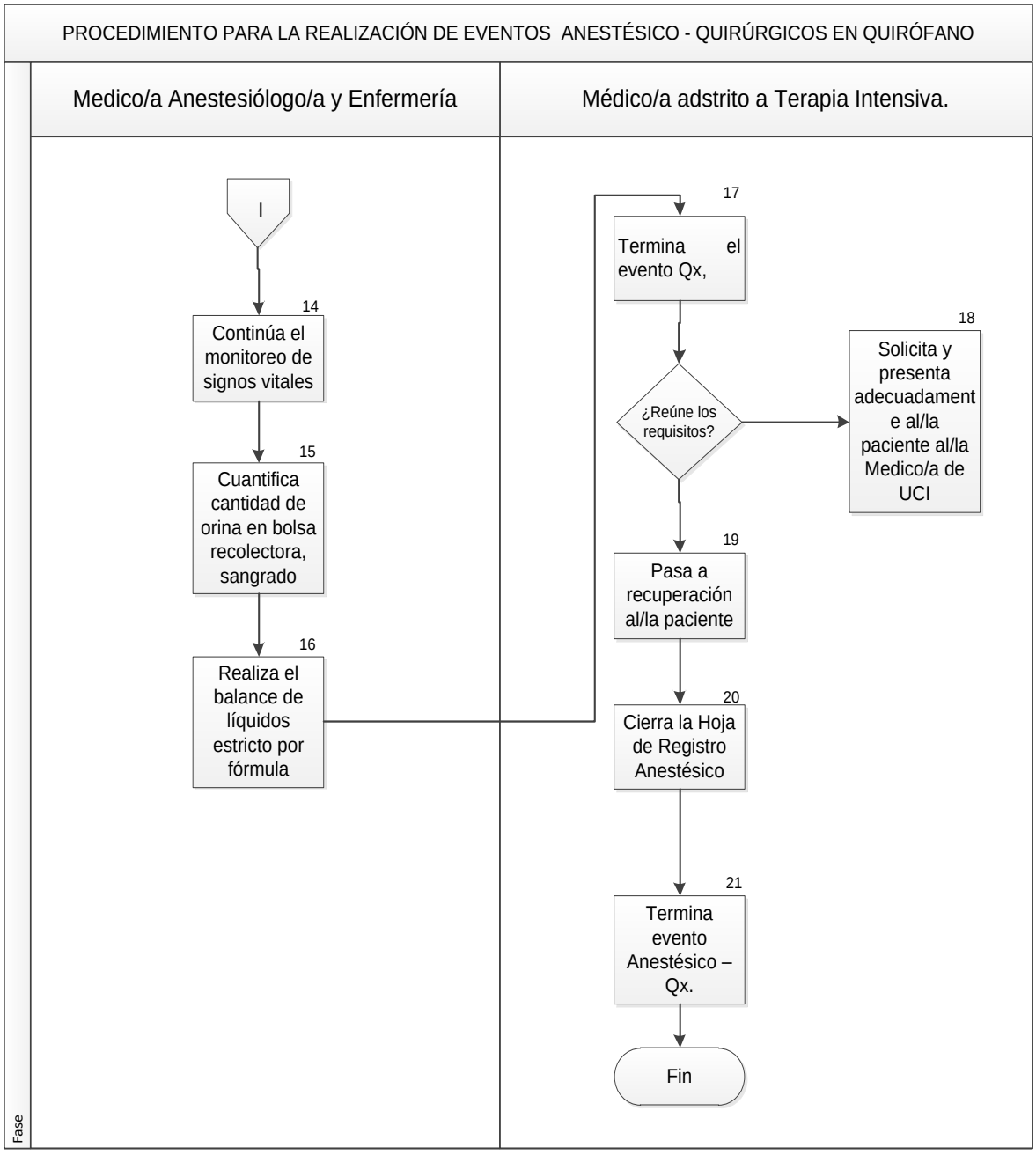


PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EVENTOS ANESTÉSICO - QUIRÚRGICOS EN QUIRÓFANO

Medico/a Anestesiólogo/a y Enfermería



Fase


PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EVENTOS ANESTÉSICO - QUIRÚRGICOS EN QUIRÓFANO
Medico/a Anestesiólogo/a y Enfermería
Médico/a adstrito a Terapia Intensiva.
I
14
Continúa el monitoreo de signos vitales
15
Cuantifica cantidad de orina en bolsa recolectora, sangrado
16
Realiza el balance de líquidos estricto por fórmula
17
Termina el evento Qx,
¿Reúne los requisitos?
18
Solicita y presenta adecuadamente al/la paciente al/la Medico/a de UCI
19
Pasa a recuperación al/la paciente
20
Cierra la Hoja de Registro Anestésico
21
Termina evento Anestésico – Qx.
Fin
Fase

7.6.6. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN.

Tiempo Promedio: 3 horas

Elabora:	Valida:	Valida:
		
Ma. Margarita Hernández Vélez Médica Anestesióloga de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. MMHV (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades a realizar por parte del personal de anestesiología, para la admisión, vigilancia y egresos de pacientes postquirúrgicos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología.
3. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
4. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos
5. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones preventivas para la SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO Evidencias y Recomendaciones.

Políticas de Operación:

DE LOS REQUISITOS DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN :

1. El Hospital de campaña donde se realice la vigilancia postanestésica en el área de recuperación, deberá contar con el equipo mínimo obligatorio para el cuidado del/la paciente en condiciones razonables de seguridad y que se describen en el apéndice A.
2. Todo el equipo médico deberá estar sujeto a mantenimiento preventivo, correctivo y sustituido de acuerdo a los estándares obligatorios.
3. Los cuidados postanestésicos realizados en el área de recuperación deberán ser liderados y supervisados por un médico Anestesiólogo del Equipo de Respuesta Inmediata, y apoyados por dos personas con formación prehospitalaria avalada.
4. Deberá contar con monitores, medicamentos, equipos y personal de enfermería suficiente y entrenado para el manejo de los pacientes en periodo postoperatorio y sus complicaciones

RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN:

5. Examinar el buen funcionamiento del equipo biomédico antes de recibir pacientes en el área
6. Proporcionar al paciente trato respetuoso y digno de

acuerdo a la ética médica.

7. Permanecer en el área de recuperación en todo momento
8. Adoptar las medidas para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente o de éste al médico, utilizando materiales desinfectados o estériles (hoja de laringoscopio, tubos endotraqueales, circuitos, cánulas de Guedel, etc.), independientemente de seguir las técnicas preventivas de infección aceptadas.
9. Las alarmas de los aparatos por ningún motivo deberán ser desactivadas
10. El/la paciente al ingreso y alta de la unidad de recuperación postanestésica deberá ser vigilado/a por un/a anestesiólogo/a.
11. Deberá elaborarse una tabla de signos vitales y de nivel de conciencia.
12. Se deberán registrar los insumos administrados y sus dosis.
13. Cualquier evento inusual deberá consignarse en el expediente y reportarse oportunamente al/la Anestesiólogo/a coordinador del área.
14. Realizar la visita postanestésica 24 y aun 48 horas después del procedimiento, cuando sea necesario y permanezca el/la paciente en las instalaciones del Hospital de campaña.
15. Los/las pacientes que reciban anestesia general, deberán recibir cuidados postanestésicos consistentes en: administración de oxígeno, líquidos parenterales y de medicamentos indicados, así como medición de la oxigenación, temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial, frecuencia respiratoria y valoración del estado de conciencia con el equipo disponible para ello en la sala de recuperación.
16. La unidad de cuidados postanestésicos es un área que debe contar con los mismos estándares de cuidados para el/la paciente del periodo transanestésico y estar anexa al quirófano. La vigilancia del/la paciente en la unidad de recuperación será realizada por personal paramédico y liderada por un médico/a

Anestesiólogo que sea capaz de manejar las complicaciones que se originen y en caso necesario proceder a la reanimación cardiopulmonar.

17. El/la anestesiólogo responsable del/la paciente debe entregar personalmente al/la paciente al personal a cargo de la unidad de cuidado postoperatorio
18. El/la anestesiólogo debe realizar un reporte verbal de la historia clínica prequirúrgica y quirúrgica del/la paciente, incluyendo cualquier evento adverso que se hubiera presentado durante la cirugía
19. Si se presenta alguna complicación anestésica durante la fase intraquirúrgica o en la recuperación anestésica, el/la anestesiólogo a cargo del acto anestésico, el/la anestesiólogo a cargo de la unidad de cuidado postoperatorio o, en su defecto, el/la anestesiólogo al cual se le entregó formalmente el cuidado del paciente debe informar del tipo de complicación y de su manejo al/la paciente o a su representante.

CRITERIOS PARA TRASLADAR A UN/A PACIENTE DE QUIRÓFANO A SALA DE RECUPERACIÓN:

20. Deberá haber concluido el evento quirúrgico anestésico.
21. Deberá verificarse que no haya evidencia de sangrado activo anormal.
22. Deberá haberse extubado al/la paciente, en caso de anestesia general, y no tener datos de insuficiencia respiratoria.
23. Es aceptable el apoyo de la vía aérea con cánula orofaríngea.
24. La oximetría de pulso debe encontrarse en límites normales, de acuerdo a la edad y condiciones previas del paciente.
25. Deberá tener signos vitales estables y en límites normales.
26. Deberá tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis.
27. En caso de tener sondas o drenajes, éstos deberán estar funcionando óptimamente.

DE LOS CUIDADOS POSTANESTÉSICOS EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN:

28. En la unidad de cuidados postanestésicos, el/la paciente deberá ser observado y monitorizado minuciosamente mediante métodos adecuados, para el registro de la oxigenación, la ventilación y la circulación.
29. Durante la recuperación postanestésica deberá emplearse un monitor de signos vitales no invasivos por cada paciente dentro del área
30. El personal de salud debe lavarse las manos antes y después de cada contacto directo con el paciente, después de retirarse los guantes. Las manos visiblemente sucias o potencialmente contaminadas con suciedad o material orgánico deben lavarse con agua y jabón
31. Por conveniencia y eficacia, se prefiere el uso de gel con base alcohol, a no ser que las manos estén visiblemente sucias.
32. Las manos deberán lavarse con agua y jabón después de varias aplicaciones sucesivas de gel con base alcohol.
33. Se considera como medicamento de primera línea al ondansetrón.
34. Los/las pacientes con alto riesgo de presentar Nauseas y Vomito Post Operatorios (NVPO) deben recibir terapia combinada para la prevención del mismo.
35. El flumazenil, la naloxona o los antagonistas del bloqueo neuromuscular deben estar disponibles para ser administrados en caso de ser necesarios.
36. Los antagonistas específicos del bloqueo neuromuscular deben estar disponibles para revertir el bloqueo cuando está indicado.
37. La normotermia debería ser uno de los objetivos durante el cuidado postoperatorio.
38. La temperatura de los dispositivos de aire caliente convectivo debería programarse al máximo y ajustarse posteriormente para mantener una

temperatura mínima en el paciente de 36,5 °C.

39. El/la paciente debería estar cubierto adecuadamente previo, durante y posterior a la intervención para conservar adecuada temperatura corporal.
40. Realizará un reporte por escrito mientras el/la paciente se encuentra en esta unidad y al momento de su alta.
41. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora, deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras
42. Por parte del personal paramédico del área, se aplicará cada 30 minutos la escala de evaluación del paciente post-anestésico ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, colaboración y estado de la conciencia; así como la valoración de la escala Bromage que se utiliza para determinar el grado de movilización de extremidades inferiores posterior a un bloqueo neuroaxial. La escala de Bromage y ALDRETE se encuentran en el apéndice B y C respectivamente de éste documento.

CRITERIOS PARA EL EGRESO DE LA SALA DE RECUPERACIÓN:

43. El/la médico Anestesiólogo responsable del área de recuperación dará de alta a los pacientes de la unidad de cuidados postanestésicos.
44. Los criterios utilizados para dar de alta a los pacientes de esta unidad, serán:
45. Paciente despierto, con condiciones neurológicas de conciencia previas al procedimiento quirúrgico
46. Estabilidad hemodinámica sin requerimiento de medicamentos vasopresores
47. Saturación de oxígeno en límites normales, de acuerdo a la edad y condiciones previas del paciente

	sin requerir apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo 48. Uresis espontánea en límites normales, o en su caso sonda urinaria funcional con uresis en límites normales 49. Calificación de la escala de ALDRETE mayor a 9 y Bromage 0 50. Dolor posquirúrgico controlado, con calificación de la escala verbal análoga de dolor menor o igual a 4 51. No se recomienda un tiempo mínimo en la unidad de cuidado postoperatorio, de manera rutinaria. Este tiempo de estancia debe ser establecido para cada paciente. 52. La nota de egreso del área de recuperación la elaborará el/la médico encargado de la misma y debe contener los datos siguientes: 53. Resumen de la evolución y estado actual del paciente incluyendo signos vitales y escala de dolor 54. Resumen del tratamiento. 55. Diagnósticos finales 56. Motivo del egreso 57. Problemas clínicos pendientes y el plan terapéutico
Responsables	Anestesiología.
Áreas Involucradas	Servicios Quirúrgicos; Terapia Intensiva y Hospitalización.
Recursos	CONCEPTO MÍNIMO OBLIGATORIO Camilla – 2 por área Aspirador - 1 por camilla. Equipo portátil para cardioversión con monitor y electrodos adulto y pediátrico - 1 por área. Carro rojo para paro cardiorrespiratorio - 1 por área. Fuente de oxígeno - 1 por camilla. Monitor de signos vitales no invasivos (PANI, EKG, Oximetría de pulso, Temperatura) - 1 por camilla Equipo de intubación - 1 por área Equipo de ultrasonografía portátil -1 por área.

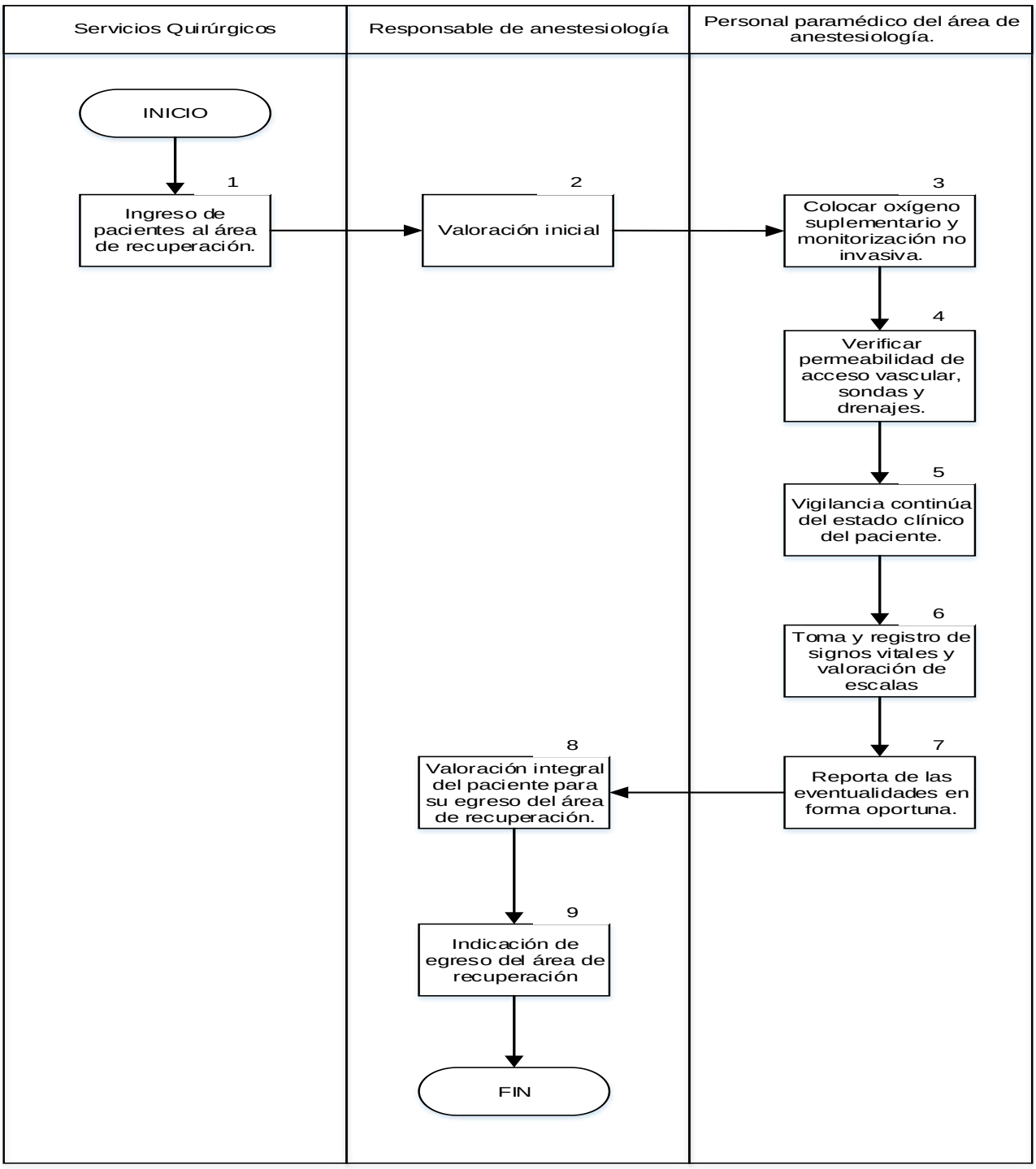
Glosario	Evaluación Preanestésica: Protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico de acuerdo a su análisis. Cuidados Postanestésicos: Serie de conductas tendientes a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia. Monitoreo: Medición y registro de variables biológicas, que pueden ser por métodos no invasivos o invasivos. Usuarios: Persona que requiera y obtenga los servicios de atención médica. Hospital de Campaña: al establecimiento tipo hospital móvil, que tiene como finalidad la atención de pacientes que se presenten ante una situación de desastre. Técnico en Urgencias Médicas: Profesional Técnico de la Salud en la Atención Medica Prehospitalaria competente para identificar, evaluar e intervenir en situaciones de emergencia o urgencia médica para salvaguardar la vida y prevenir lesiones subsecuentes, con base en el conocimiento, habilidades, destrezas y actitudes adquiridas, empleando para ello la tecnología vigente, respetando la dignidad, costumbres y creencias de los usuarios, trabajando con el equipo multi e interdisciplinario de salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Servicios Quirúrgicos	Ingreso de pacientes al área de recuperación.	Censo de Pacientes.
2	Responsable de anestesiología	Valoración inicial y registro escrito de Aldrete, Bromage y signos vitales.	Registro de cuidados postanestésicos.
3	Personal paramédico del área de	Colocar oxígeno suplementario y monitorización no invasiva.	

	anestesiología.		
4		Verificar permeabilidad de acceso vascular, así como funcionalidad de sondas y drenajes.	
5		Vigilancia continua del estado clínico del/la paciente.	
6		Toma y registro de signos vitales y valoración de escalas de Aldrete y Bromage cada 30 minutos.	Registro de cuidados postanestésicos.
7		Reporta al/la responsable de anestesiología de las eventualidades en forma oportuna.	
8	Responsable de anestesiología.	Valoración integral del/la paciente para su egreso del área de recuperación.	
9		Indicación de egreso del área de recuperación, realizando la nota de egreso en el formato de Registro de cuidados postanestésicos.	Registro de cuidados postanestésicos.
Fin del procedimiento			

Diagrama de Flujo



7.6.7. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
León Felipe Mendoza Vega Médico Urgenciólogo Pediatra de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. LFMV (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades para prestar la atención médica a los pacientes desde recién nacidos hasta los 18 años, que presentan una condición patológica que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, así como aquéllas situaciones que en el momento no sean potencialmente fatales pero que de no recibir atención pronta e intensiva puedan evolucionar hacia esta situación y ser capaces de mantenerlos en situación estable como para ser trasladados a otro nivel de atención o atención de especialidades.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico.
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
3. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
4. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada el 26 de octubre de 2012
5. NOM-229-SSA1-2002. Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos
6. NOM-016-SSA3-2012. Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.-
7. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
8. NOM-131-SSA1-2012. Bienes y servicios – Alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
9. NOM-008-SSA2-1993. Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente – Criterios y procedimientos para prestación de servicios.
10. NOM-077-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control en general para laboratorio de patología clínica.
11. 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.
12. NOM- 139- SSA1–1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para recolectar sangre.

13. NOM –140-SSA1-1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para fraccionar sangre.
14. NOM-005-SSA3–2016. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
15. NOM-052-ECOL-1993. Que establece las características de los residuos peligrosos el listado de los mismos y los límites que hacen a un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.
16. Proyecto de Norma Oficial PROY-NOM-222-SSA1-2002. De los reactivos hemoclasificadores para determinar grupos del sistema ABO,Anto Rh para identificar antígeno Dy antiglobulina humana para la prueba de Coombs.
17. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014. Para la infección y control por el virus de la Inmuno Deficiencia Humana.
18. NOM- 206- SSA1- 2002 que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias en los establecimientos de atención médica.

Políticas de Operación:

1. Ingresarán a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UCIP) todos los/las pacientes críticamente enfermos/as de edad pediátrica cuya edad comprenda de desde recién nacidos/as hasta los 18 años, con potencial recuperable con una calificación de pSOFA menor a 12.
2. El coordinador general de la Unidad de Terapia Intensiva, así como los médicos adscritos al área de son los únicos autorizados para asignar cama en dicha área.
3. En el caso de no contar con espacio físico para ingresar a un/una paciente que amerite cuidados intensivos, el médico de la terapia intensiva pediátrica que valoró al/la paciente deberá establecer un plan de tratamiento que servirá de guía a los/las médicos/as tratantes en el servicio

donde se encuentre el/la paciente. Dicho plan se consignará en Notas de Evolución y se anexará al Expediente Clínico.

4. Una vez aceptado el/la paciente en UCIP, el traslado del /la paciente se hará con la compañía del médico/a adscrito/a al servicio que lo transfiere, personal de enfermería y expediente clínico completo y ordenado.
5. Los/las pacientes que ingresen a UCIP procedentes de quirófano deberán estar acompañados por el cirujano/a y anestesiólogo/a responsables, personal de enfermería y expediente clínico completo y ordenado, el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas y cuidados específicos de cada caso.
6. A todo/a paciente que se ingrese a UCIP se le deberá registrar en la libreta de control de ingresos y egresos de la terapia intensiva pediátrica por parte del personal de enfermería, así como requisitar la Hoja de Cuidados Intensivos, misma que se integra al expediente clínico al momento de egresar al/la paciente.
7. En caso de que se practiquen procedimientos médico-quirúrgicos, se deberá llenar la Carta de consentimiento bajo información como se señala en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
8. Todo familiar del/la paciente ingresado a UCIP será canalizado al Área de asistencia Social para recibir orientación en relación al funcionamiento del área.
9. El coordinador médico deberá tener actualizada la lista de pacientes por colores de triage en caso de poder egresar a un/una paciente a otro nivel de atención o a hospitalización.
10. Todos los estudios de laboratorio y gabinete (incluye banco de sangre), deberán estar debidamente requisitados y firmados de conformidad por el médico adscrito de Terapia Intensiva.
11. Todo paciente deberá tener como mínimo una nota diaria en las Notas de evolución consignada en el expediente clínico, elaborada y revisada por el/la médico/a adscrito a UCIP, llevando al final de ella el nombre del/la médico/a en turno, cédula profesional

y firma.

12. En caso de que el/la médico/a adscrito considere que el/la paciente requiere ser evaluado por otro servicio de manera indispensable, este será catalogado como un candidato a ser trasladado a otro hospital tipo EMT 3, y se solicitará la interconsulta por escrito y/o vía telefónica según los criterios establecidos por el CRUM
13. En el caso de existir un/una paciente candidato a egreso a otro nivel de atención, se notificara a CRUM y al/la Director/a del Hospital de Campaña Móvil para realizar gestiones para su salida, el/la paciente será empaquetado y deberá estar en condiciones óptimas para ser trasladado.
14. El egreso hospitalario lo decidirá el/la médico adscrito a UCIP, cuando considere que sus condiciones de estabilidad lo permitan; para lo cual, se solicitará vía telefónica al/la médico/a adscrito de hospitalización espacio físico para el traslado explicando la evolución del/la paciente y las condiciones de salud actual bajo los lineamientos establecidos.
15. En caso de fallecimiento, es responsabilidad del médico adscrito a Terapia Intensiva la elaboración de la nota de defunción en Notas de Evolución y las hojas de egreso hospitalario. El departamento de Enfermería será encargado de requisitar el Aviso de Defunción en originar y 3 copias, para dar inicio al procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” por la recepcionista del área y aviso al programa de gestión de cadáveres.
16. El/la médico/a adscrito a Terapia Intensiva llenará correctamente el Certificado de Defunción siempre y cuando la situación no sea de un caso médico legal, en cuyo caso, dicho procedimiento será realizado por la autoridad legal según sea el caso y en apego a las leyes vigentes del lugar asignado.
17. En caso de que se solicite alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el/la médico/a tratante del paciente será el encargado de informar al/la familiar

	o tutor/a que el Hospital de Campaña Móvil con Célula EMT 2 de terapia intensiva pediátrica y su personal médico y paramédico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del/la paciente ni de su seguimiento fuera de la Institución, así mismo, se elaborará el formato de Alta Voluntaria solicitando la firma de conformidad del familiar o responsable del paciente, así como la responsiva médica correspondiente. 18. Al egreso de cada paciente, el responsable de egresos será quien se encargue de efectuar la limpieza del equipo médico utilizado, el cambio de ropa de cama y solicitar al servicio de limpieza el aseo de las camas y del área previamente ocupada.
Responsables	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa; Hospitalización; Hospitalización Pediátrica; Imagenología; Laboratorio Clínico; Farmacia; Centro Regulador de Urgencias Médicas; Traslados.
Recursos	1. Cunas de calor radiante. 2. Camas multiposción. 3. Monitor multiparametros. 4. Monitor desfibrilador. 5. Parches para electrodos de 5 puntas. 6. Parches para desfibrilador adulto y pediátricos. 7. Tubos endotraqueales. 8. Canulas de Traqueostomia. 9. Ventilador mecánico neonatal, pediátrico y adulto. 10. Sondas de pleurostomias. 11. Sondas urinarias y nasogástricas. 12. Agujas Intraoseas 11,14,18. 13. Cateter venoso 4fr, 5 fr, 7 fr. 14. Líneas venosas 24,G, 22, G, 20G, 18, 16 G. 15. Soluciones intravenosas. 16. Ampulas de cloruro de sodio Hipertónico al 17.7%. 17. Glucómetro y tiras reactivas. 18. Frascos de solución glucosada al 50%. 19. Torniquete tipo CAT.

	20. Ultrasonido con 2 transductores líneal, y convexo. 21. Sabanas térmicas.
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias. UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. pSOFA: Evaluación de falla orgánica secuencial pediátrica Triage: Sistema de clasificación y selección de pacientes CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas IMV: Incidentes Masivo de Victimas

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a adscrito a Terapia Intensiva.	Recibe la Solicitud de Interconsulta forma escrita o verbal por parte del/la médico/a tratante de Urgencias Nota 1: en caso de que el/la paciente se encuentre en sala de choque o derivado de forma externa podrá realizarse la interconsulta vía telefónica y posteriormente se dará la hoja para evitar demorar la atención de urgencia al paciente. Nota 2: En caso de ser un documento original quedará en manos del/la médico/a adscrito/a y la copia se anexará al expediente clínico.	Solicitud de Interconsultas.
2		Acude al servicio solicitante, valora al/la paciente y revisa el expediente, determinando si amerita o no ingreso a UCIP.	Nota de valoración.

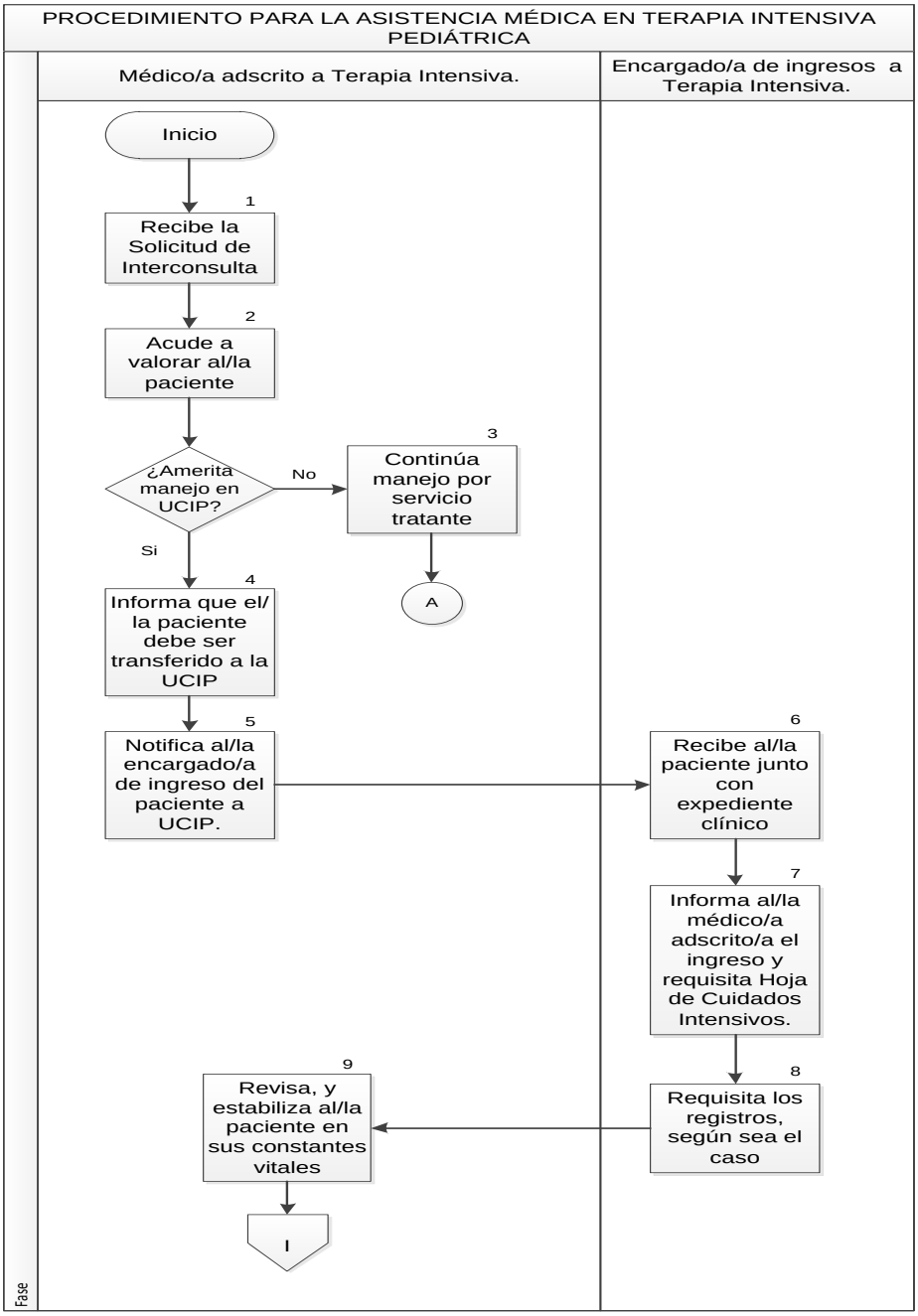
		¿Amerita manejo en UCIP? Si: Avanza a la actividad No. 4. Nota: Continua en la actividad No. 3	
3		Continúa manejo por servicio tratante, escribiendo la nota de valoración en Notas de valoración del expediente clínico. **Fin del Procedimiento**	Nota de valoración.
4		Informa al/la médico/a tratante que el/la paciente debe ser transferido a la UCIP notificando el número de cama, y escribe la nota de valoración del expediente clínico.	Nota de valoración.
5		Notifica al/la encargado/a de ingreso del paciente a UCIP.	
6	Encargado/a de ingresos a Terapia Intensiva.	Recibe al/la paciente junto con expediente clínico completo y ordenado, registrando en la libreta de ingresos y egresos, el número de cama, hora de ingreso y diagnósticos.	Libreta de ingresos y egresos.
7		Informa al/la médico/a adscrito/a el ingreso y requisita Hoja de Cuidados Intensivos.	Hoja de Cuidados Intensivos.
8		Requisita Hoja de registro de transfusión de hemoderivados, Hoja de diálisis peritoneal, Hoja de registro de crisis convulsivas, Hoja de enfermería para paciente quirúrgico y/o Hoja de control del paciente diabético, según sea el caso.	
9	Médico/a adstrito a Terapia Intensiva	Revisa, y estabiliza al/la paciente en sus constantes vitales, elabora la nota de ingreso y, posteriormente,	Nota de evolución. Expediente

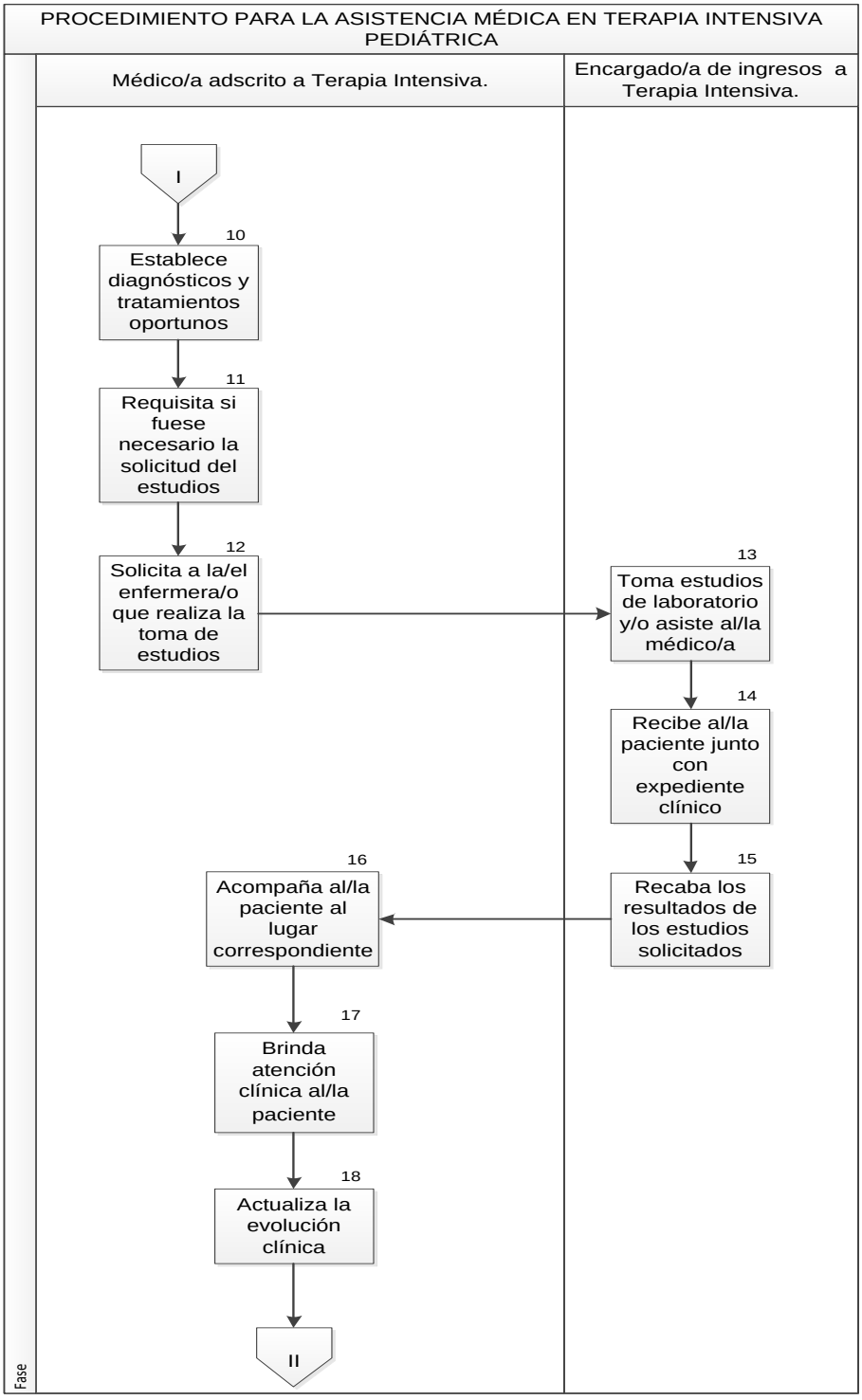
		nota de evolución diariamente e integra al expediente clínico.	Clínico.
10		Establece diagnósticos y tratamientos oportunos diariamente, registrando las indicaciones médicas en la Nota de Evolución	
11		Requisita si fuese necesario la solicitud del estudios de laboratorio o gabinete requeridos en la “Solicitud de estudios radiológicos y gabinete” o en la “Solicitud de laboratorio clínico” según sea el caso especificando el estudio deseado y los datos del/la paciente.	
12		Solicita a la/el enfermera/o que realiza la toma de estudios de laboratorios y/o gabinete, o bien, su asistencia para la toma de los mismos.	
13	Encargado/a de ingresos a Terapia Intensiva	Toma estudios de laboratorio y/o asiste al/la médico/a a la toma de los mismos.	
14		Envía los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas a través de tubo neumático o mediante un mensajero. En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente.	
15		Recaba los resultados de los estudios solicitados y registra los mismos en la Hoja de Cuidados Intensivos del/la Paciente.	Hoja de Cuidados Intensivos.
16	Médico/a adstrito a Terapia Intensiva	Acompaña al/la paciente al lugar correspondiente donde se realice el estudio de gabinete, si el estado de gravedad del paciente lo amerita. En caso de que esto no pueda ser por	

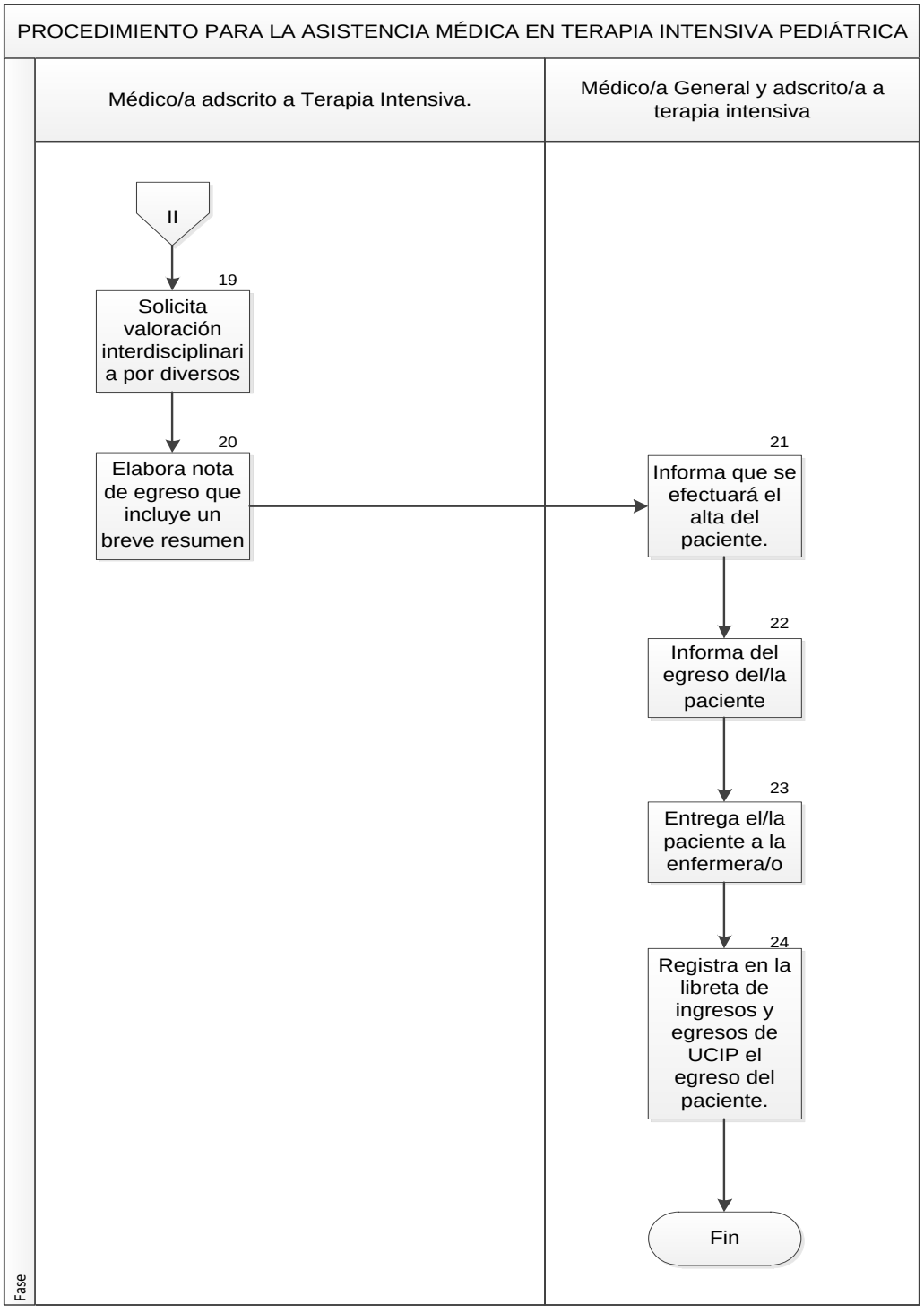
		haber otros pacientes graves o inestables, solicitará apoyo al/la médico/a a cargo tendrá la capacidad de realizar los estudios pertinentes a la cabecera del paciente.	
17		Brinda atención clínica al/la paciente de acuerdo al plan de manejo del médico adscrito registradas en las notas de evolución e indicaciones	
18		Actualiza la evolución clínica en las Notas de Evolución, y modifica tratamiento según se requiera.	Nota de Evolución.
19		Solicita valoración interdisciplinaria por diversos subespecialistas según sea el caso mediante la Solicitud de Interconsulta, en original y copia, siendo el original entregada al/la subespecialista, y la copia firmada de recibido anexada al expediente.	
20		Elabora nota de egreso que incluye un breve resumen clínico del paciente e integra todos los documentos al expediente clínico de manera completa y ordenada.	Nota de egreso.
21	Médico/a General y adscrito/a a terapia intensiva	Informa al/la Jefe/a de Enfermeras/osde UCIP que se efectuará el alta del paciente.	
22		Informa al/la Jefe/a de Enfermeras/os del servicio correspondiente el egreso del/la paciente y su traslado a dicho servicio.	
23		Entrega el/la paciente a la enfermera/o del departamento correspondiente junto con expediente clínico completo y ordenado.	
24		Registra en la libreta de ingresos y	

		egresos de UCIP el egreso del paciente.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

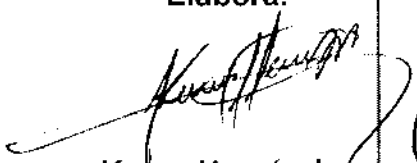



PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA
Médico/a adscrito a Terapia Intensiva.
Encargado/a de ingresos a Terapia Intensiva.
Fase
I
10
Establece diagnósticos y tratamientos oportunos
11
Requisita si fuese necesario la solicitud del estudios
12
Solicita a la/el enfermera/o que realiza la toma de estudios
13
Toma estudios de laboratorio y/o asiste al/la médico/a
14
Recibe al/la paciente junto con expediente clínico
15
Recaba los resultados de los estudios solicitados
16
Acompaña al/la paciente al lugar correspondiente
17
Brinda atención clínica al/la paciente
18
Actualiza la evolución clínica
II


PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA
Médico/a adscrito a Terapia Intensiva.
Médico/a General y adscrito/a a terapia intensiva
II
19
Solicita valoración interdisciplinaria por diversos
20
Elabora nota de egreso que incluye un breve resumen
21
Informa que se efectuará el alta del paciente.
22
Informa del egreso del/la paciente
23
Entrega el/la paciente a la enfermera/o
24
Registra en la libreta de ingresos y egresos de UCIP el egreso del paciente.
Fin
Fase

7.6.8. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Karen Hernández Martínez Fisioterapeuta de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. KHM (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades para prestar atención de fisioterapia y rehabilitación a pacientes de diversas edades con alguna discapacidad con la finalidad de brindar tratamiento de rehabilitación de calidad en base a las necesidades de cada paciente con un enfoque integral, combinando técnicas de terapia manual, agentes físicos, prescripción de ejercicios personalizados y prescripción de auxiliares de la marcha u ortesis.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capitulo VIII Disposiciones para la prestación de servicios de Rehabilitación, Articulo 135: Unidad de Rehabilitación: La unidad que formando parte o no de un hospital, preste servicios de diagnóstico y tratamiento a inválidos, así como recuperación de deficiencias e incapacidades.
2. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Políticas de Operación:

1. Ingresarán al área de Rehabilitación todos los/las pacientes con alguna discapacidad de diversas edades.
2. Los/las médicos/as encargados/as de cada área del Hospital de Campaña Móvil serán los únicos autorizados para asignar al área Rehabilitación o dar la autorización que los/las fisioterapeutas brinden los servicios de rehabilitación a los/las pacientes de reposo prolongado o en las áreas que sea necesario.
3. En caso que el/la paciente sea dado de alta y el medico indicado lo mande al área de rehabilitación se le dará un plan de tratamiento en casa mismo que será anexado a su expediente clínico.
4. Ya que el/la paciente llegue al área de rehabilitación los/las fisioterapeutas elaborarán la historia clínica de fisioterapia y la exploración para detectar su diagnóstico del/las paciente, se le darán un número de sesiones de acuerdo al diagnóstico.
5. Se llevará una libreta de control de los ingresos de pacientes a la unidad de rehabilitación, los/las pacientes que estarán en terapias y a los que se den plan de tratamiento en casa.
6. Antes que el/la paciente entre a terapia se le checaran sus signos vitales, para poder realizar su tratamiento correspondiente, (electroterapia, agentes físicos, terapia manual, kinesiotape, punción seca, acupuntura fisioterapéutica, ejercicio terapéutico personalizado)
7. En caso de que se practiquen procedimientos

	invasivos se deberá llenar la Carta de consentimiento bajo información como se señala en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. 8. Los/las médicos/cas solicitaran el apoyo cuando este sea necesario de la unidad de rehabilitación para pacientes con reposo prolongado, para moverlos, estimularlos y cambiarlos de posición. El/la fisioterapeuta llevaran sus notas clínicas de cada paciente atendido, ya que en un futuro el paciente podrá ser referido a la unidad de rehabilitación. 9. Si los pacientes necesitan apoyo psicológico será referido por la unidad de rehabilitación al área de psicología. 10. Al finalizar las sesiones que le asigno la fisioterapeuta se hará una revaloración, tomando la decisión de asignar más terapias o darlo de alta con un plan de tratamiento en casa. Registrándolo en expediente clínico.
Responsables	Rehabilitación.
Áreas Involucradas	Hospitalización, Hospitalización Pediátrica; Hospitalización Adultos; Terapia Intensiva; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
Recursos	1. Dos mesas para masaje 2. Equipo de electroterapia 3. Ultrasonido 4. Cuñas 5. Colchoneta 6. Poleas 7. Polainas 8. Compresas eléctricas 9. Timón 10. Ligas
Glosario	Terapia manual: Es una técnica específica para el tratamiento del dolor y otros síntomas de disfunción neuromusculo-esqueletica de la columna vertebral y de las extremidades, que se caracterizan por ser aplicadas manualmente y/o de forma instrumental.

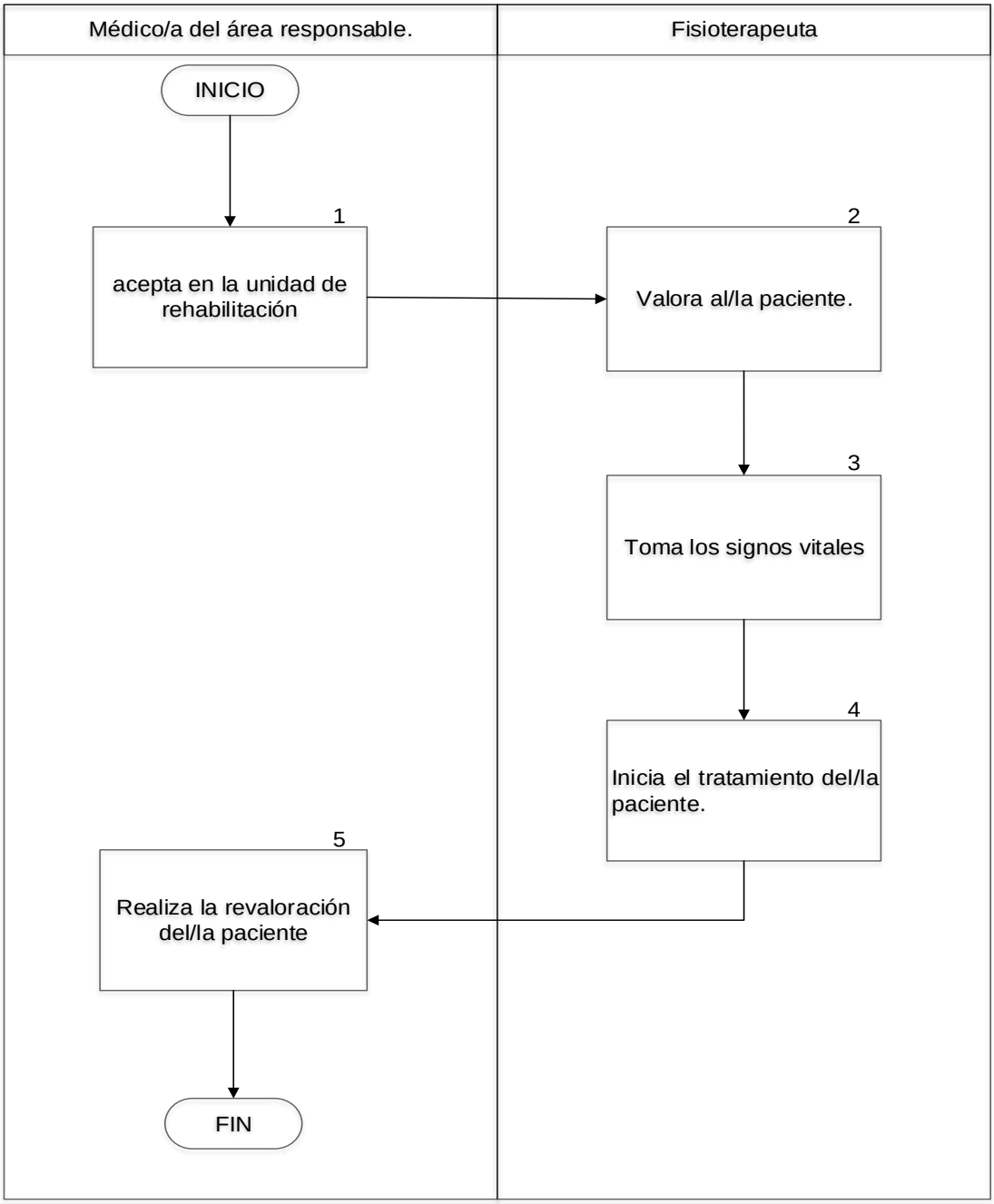
Agentes físicos: son medios utilizados en la profesión de la fisioterapia para sus diversas técnicas de tratamiento, ayudan a mejorar y fortalecer la situación de salud que el paciente presente.
Ortesis: Es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromuscular.
Kinesiotape: son herramientas de la kinesiología, tiene varias funciones, ayuda a reducir la inflamación y mejora la circulación, disminuye el dolor.
Punción seca: es una técnica semiinvasiva que utiliza agujas de acupuntura para el tratamiento del síndrome miofascial producido por los puntos gatillo.
UCI: unidad de cuidados intensivos.
UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a del área responsable.	Acepta al/la paciente en la unidad de rehabilitación.	Nota de remisión
2	Fisioterapeuta	Valora al/la paciente.	Nota de valoración, Historia clínica
3	Fisioterapeuta	Toma los signos vitales, antes de la terapia, según el diagnóstico será el tratamiento del/la paciente.	Nota de valoración, expediente clínico.
4	Fisioterapeuta	Inicia el tratamiento del/la paciente. Nota: Cuando el paciente no presenta dolor, será valorado por el/la fisioterapeuta y se le mandara su tratamiento en casa (Ejercicio terapéutico).	Expediente clínico.

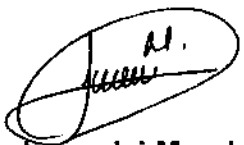
5	Médico/a de interconsulta	Realiza la revaloración del/la paciente, cuando finalice sus terapias indicadas y refiere a interconsulta para valoración, el/la médico/a le dará el alta si lo amerita y deberá anotarlo en el expediente clínico e informar a la unidad de Rehabilitación.	Expediente clínico.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN.



7.6.9. PROCEDIMIENTO DE APOYO PSICOLÓGICO

Tiempo Promedio: 4 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Jameolvi Mendoza Villanueva **Psicóloga de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres** **JMV (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres** **OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres** **OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

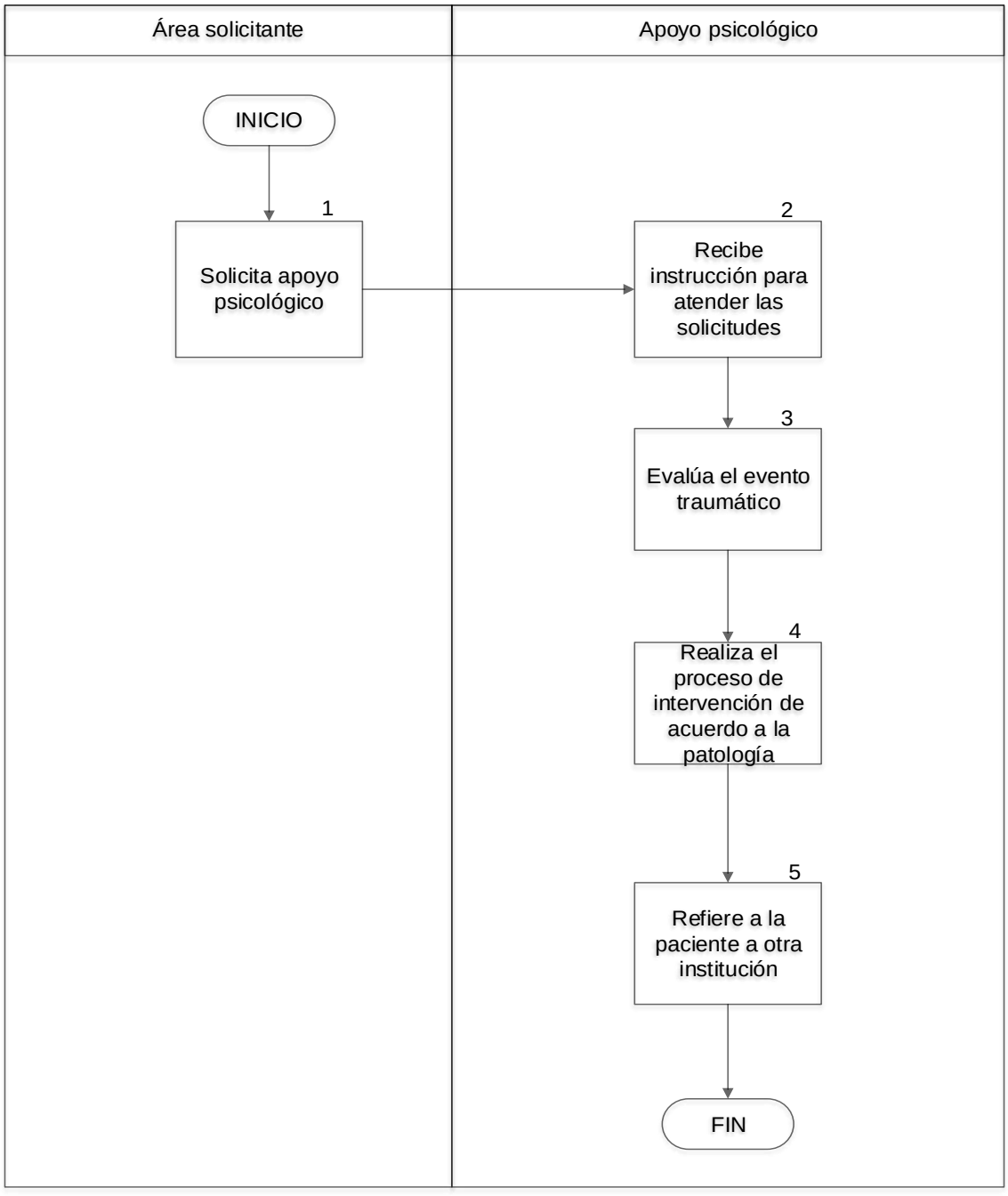
Objetivo	Brindar atención psicosocial, con garantía de una atención humanitaria, y ayudar a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia que padecen muchos de los que sobreviven a los desastres y emergencias; proporcionando alivio al sufrimiento emocional de inmediato, reduciendo el riesgo de que las reacciones llamadas anormales se trasformen en algo más grave.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 2. NOM-025-SSA2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica Políticas de Operación: 1. Brindar atención psicológica a las/los pacientes que se atienden en contingencias y desastres, así como al personal del operativo. 2. Este procedimiento inicia desde que el usuario acude al área de psicología hasta su derivación a otra institución o el alta del/la paciente. 3. La atención deberá ser brindada por un psicólogo o personal entrenado en el área como primer respondiente en psicología. 4. La atención se brindara en un lugar con espacio libre o/y privado en caso de ser requerido.
Responsables	Apoyo Psicológico.
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa; Hospitalización; Terapia Intensiva; Rehabilitación.
Recursos	1. Material de papelería (hojas blancas, lápices, colores) 2. Juegos lúdicos. 3. Juegos de mesa 4. Silla o sillón 5. Espacio físico
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias. PSICOLOGÍA: Ciencia que estudia el comportamiento de los organismos individuales en interacción con su ambiente

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE APOYO PSICOLÓGICO

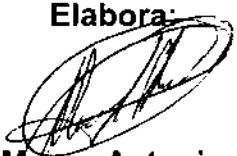
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área solicitante	Solicita apoyo psicológico derivado de una necesidad detectada de cualquier área o por haber pasado por una situación traumática. (Aplica en personal operativo).	
2	Apoyo psicológico	Recibe instrucción para atender las solicitudes de psicología por los servicios de Hospitalización y Urgencias, para la valoración del/la paciente.	Registro de paciente
3	Apoyo psicológico	Evalúa el evento traumático identificando las reacciones psicológicas y así brindar la atención adecuada y oportuna.	
4	Apoyo psicológico	Realiza el proceso de intervención de acuerdo a la patología presentada: • Primeros auxilios psicológicos • Intervención en crisis • Entre otras técnicas	Registro de atención psicológica
5	Apoyo psicológico	Refiere a la paciente a otra institución para su atención. (en caso de aplicar) o da el alta del/la o los/las pacientes.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE APOYO PSICOLÓGICO



7.6.10. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO (FAST) Y RAYOS X PORTÁTIL

Tiempo Promedio: 2 - 3 minutos / 10 - 15 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Marco Antonio Ortiz Jiménez Medico Radiólogo de la Unidad de Sistema de Urgencias Médicas y Desastres MAOJ (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar de una manera oportuna y eficaz los estudios de ultrasonido o rayos x, determinados por los/las diferentes médicos/as tratantes, en caso de que pone en peligro la vida o la función de algún órgano/sistema, así como aquéllas situaciones que en el momento no sean potencialmente fatales para poder clasificar la atención de las especialidades, en el mismo Hospital de Campaña Móvil.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico.
2. NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
3. NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
4. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
5. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
6. NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental - Requisitos Técnicos para las Instalaciones, Responsabilidades Sanitarias, Especificaciones Técnicas para los Equipos y Protección Radiológica en Establecimientos de Diagnostico Medico con Rayos X.
7. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y su s componentes con fines terapéuticos.

Políticas de Operación:

1. Se realizaran y programarán estudios de Ultrasonido o Rayos X Portátil, de acuerdo a las necesidades de los/las pacientes ingresados/as al Hospital de Campaña Móvil.
2. El personal médico o paramédico del Hospital de Campaña Móvil que solicite un estudio de Ultrasonido o Rayos X portátil, deberá de elaborar la solicitud con los siguientes datos:
   - Nombre completo del paciente.
   - Sexo.
   - Edad.
   - Nombre del servicio solicitante.
   - Número de cama.
3. Las solicitudes de estudios podrán realizarse de manera verbal conforme a las situaciones o urgencia

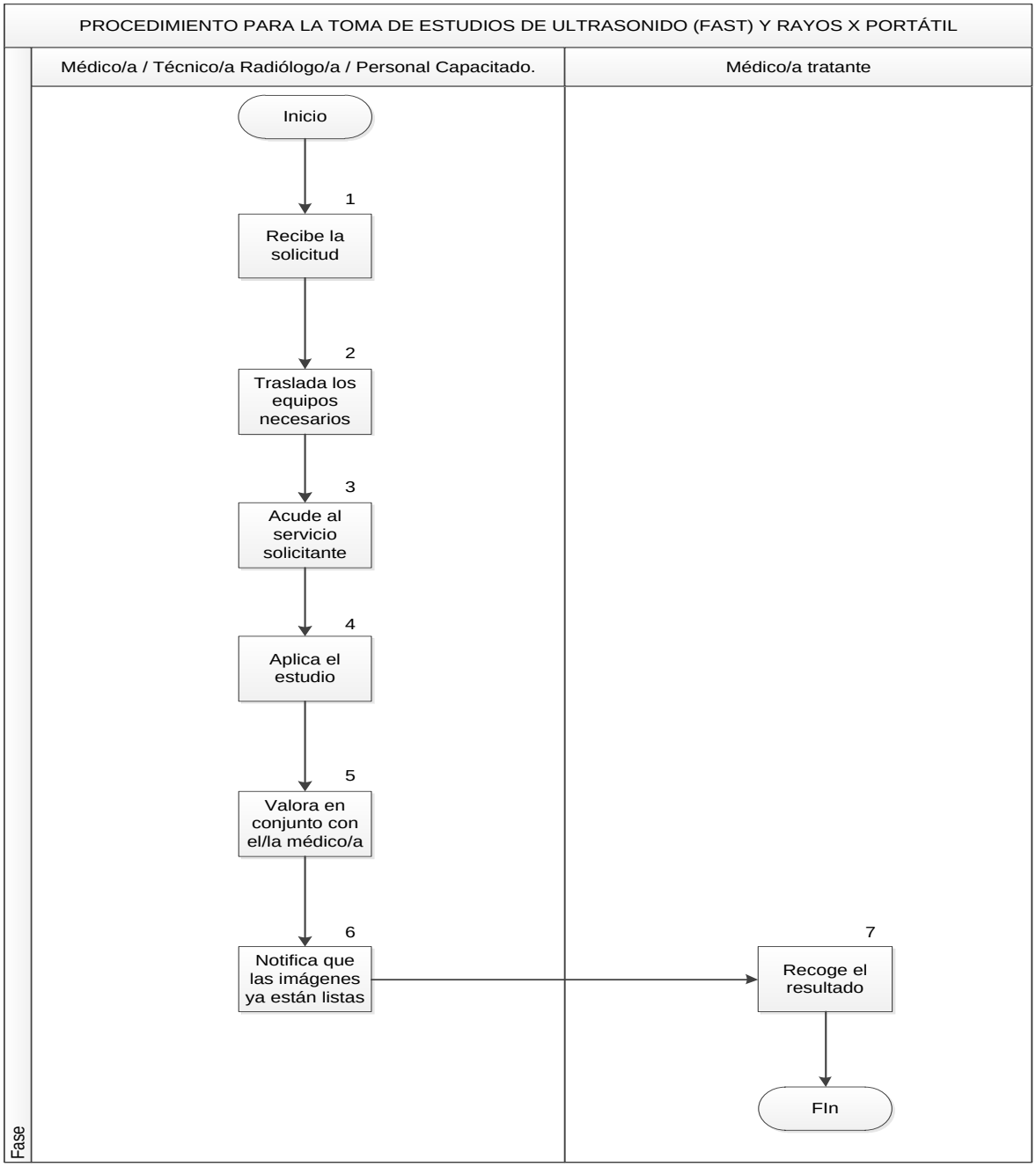
	de los casos atendido o por instrucciones superiores. 4. Los estudios serán efectuados, a través de los equipos de ultrasonidos portátiles / móviles carestream, por el/la médico/a, técnico/a Radiólogo/a o el personal previamente capacitado. 5. Los estudios de Ultrasonido se podrán realizar en cualquier área del Hospital Móvil de Campaña Móvil. 6. Una vez tomado los estudios se revisarán de forma directa en el monitor del equipo, ya que es digitalizado de forma directa. 7. La imagen tomada se analizará de forma conjunta con el/la médico/a tratante. 8. Durante la toma del estudio de Rayos X, se deberá tomar en cuenta las medidas necesarias de protección radiológica, tales como el mandil plomado y de foco - distancia del/la paciente. 9. Al momento de realizar un estudio, se deberá avisar de forma verbal con voz alta a todo el personal que este cerca del área o del campo de trabajo, para que no se exponga de forma innecesaria 10. Antes de la toma de estudios, se deberá preguntar a toda mujer joven o en edad reproductiva o a sus familiares si está en riesgo de embarazo.
Responsables	Imagenología.
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa; Urgencias Adultos; Urgencias Pediátricas; Hospitalización; Hospitalización Pediátrica; Hospitalización Adultos; Servicios Quirúrgicos, Terapia Intensiva; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
Recursos	Equipos de Ultrasonidos portátiles con dos transductores o sondas, el convexo / lineal y equipo de Rayos X Rodable Carestream.
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO (FAST) Y RAYOS X PORTÁTIL

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a / Técnico/a Radiólogo/a / Personal Capacitado.	Recibe la solicitud de forma escrita o verbal por parte del/la médico/a tratante Nota: En caso de ser un documento original quedará en manos del/la médico/a adscrito/a y la copia se anexará al expediente clínico.	Solicitud de Interconsultas.
2		Traslada los equipos necesarios para la toma del estudio al área del Hospital de Campaña Móvil correspondiente, para la atención de urgencia del/la paciente.	Solicitud de Interconsultas.
3		Acude al servicio solicitante, valora al/la paciente y revisa el expediente para corroborar el tipo de estudio o proyección radiológica solicitada.	Nota de valoración.
4		Aplica el estudio correspondiente al/la paciente, avisando de forma verbal con voz alta a todo el personal que este cerca del área o del campo de trabajo. Nota: Cuando el/la paciente es mujer, se le deberá preguntar (o a sus familiares en caso de que no pueda proporcionar información) si está en riesgo de embarazo.	Nota de valoración.
5		Valora en conjunto con el/la médico/a tratante, las diferentes imágenes notificando el número de cama, y nombre correcto del/la paciente.	

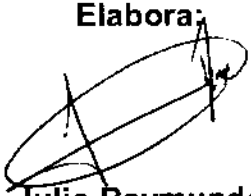
6		Notifica al/la médico/a tratante que las imágenes ya están listas	
7	Médico/a tratante	Recoge el resultado del estudio correspondiente.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO (FAST) Y RAYOS X PORTÁTIL



7.6.11. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA Y ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Tiempo Promedio: 4 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Julio Raymundo Martínez Bolaños. Químico de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres JRMB (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivos	Establecer las actividades necesarias para la toma, análisis y entrega de resultados confiables a los/las médicos/as del Hospital de Campaña Móvil, conforme a la normatividad aplicable en la materia.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-005-STPS-1998, Relativas a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el almacenamiento, transporte, y manejo de sustancias químicas peligrosas.
2. NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
3. NOM-012-STPS-2012, Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante.
4. NOM-018-STPS-2015. Sistema armonizado para la identificación y comunicación peligro y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo.
5. NOM-039-SSA2-2014. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
6. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos – clasificación y especificaciones de manejo.
7. NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Políticas de Operación.

1. El Laboratorio Clínico es responsable de vigilar que se cuente con la infraestructura, equipo y personal suficiente para la adecuada atención de los/las usuarios.
2. El Laboratorio Clínico será responsable de conducir los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento brindados por el Hospital, para sustentar la toma de decisiones clínico – quirúrgicas del/la paciente.
3. Para la toma de muestras biológicas, los/las Químicos/as deberán:
    a) Colocarse guantes, cubrebocas, googles o cubrebocas con mascarilla antes de obtener las muestras biológicas.
    b) Obtener las muestras de acuerdo a las técnicas descritas en las Normas Oficiales Mexicanas o los estándares internacionales aplicables.

c) Usar guantes, cubrebocas, goggles, durante el procedimiento de muestras biológicas
d) Desechar acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

4. En caso de obtener valores críticos en el análisis de laboratorio se procederá a brindar información verbal, conforme a lo siguiente:
   a) Cuando se identifica y verifica un examen con un valor crítico en una muestra procedente de pacientes que son consultados en servicio de quirófano, terapia intensiva, triage, el/la Químico/a notificara inmediatamente al médico de turno que lo solicito, vía telefónica y solicitara repetir verbalmente el resultado para asegurar y confirmar que el valor critico fue entendido correctamente
   b) Cuando se identifica y verifica un examen con un valor crítico en una muestra procedente de un/una paciente hospitalizado/a, el/a Químico/a procederá según punto anterior. Ambos casos se imprimirá en el laboratorio el informe para que sea retirado por funcionarios del servicio de laboratorio correspondiente y sea presentado a la brevedad al médico solicitante
   c) El proceso de notificación para reportar estos valores debe utilizar un sistema de notificación activo (teléfono, e informe escrito) dentro de un periodo de tiempo no mayor a 30 minutos en caso de servicio de urgencias y en hospital 40 minutos.
   d) Se deberá documentar la información proporcionada verbalmente en la libreta para tal fin.

Laboratorio clínico	Tabla de valores críticos	
Paciente adulto		
Glucosa	Alta Baja	> 400 mg/dl < 60 mg/dl
Potasio	Alta	> 6 meg/l

	Bajo	< 2,8 meq/l
Fosforo	Alta Bajo	>6.0 mg/dl < 1,0 mg/dl
Sodio	Alto Bajo	> 160 meq/l < 120 meq/l
Bicarbonato	Bajo	< 15 meq/l
Calcio	Alto Bajo	> 13 mg/dl < 7 mg/dl
Ck-mb	Alto	> 12 mg/dl
Ph en gases	Alto Bajo	> 7,6 < 7,2
Hematocrito	Bajo	< 20%
Hemoglobina	Bajo	< 6 gr

Paciente pediátrico

Glucosa	Alta Baja	> 150 mg/dl < 40 mg/dl
Potasio	Alta Bajo	> 6 meg/l < 2,8 meq/l
Fosforo	Alta Bajo	>6.0 mg/dl < 1,0 mg/dl
Sodio	Alto Bajo	> 150 meq/l < 125 meq/l
Bicarbonato	Bajo	< 15 meq/l
Calcio	Alto Bajo	> 10 mg/dl < 7 mg/dl
Ck-mb	Alto	> 12 mg/dl
Ph en gases	Bajo	> 7,26
Hematocrito	Bajo	< 20%
Hemoglobina	Bajo	< 6 gr
Recuento de leucocitos	Alto Bajo	>30.000 /mm3 <4000 / mm3
Plaquetas	Bajo	<100.000 / mm3
Bilirrubinemia	Cordon	>3 mg / dl
	Venosa	Según horas de vida <24 horas : > 8 mg/dl 36 horas :12-14

		mg/dl 48 horas :13.5-15.5 mg/dl 60 horas :15-17 mg/dl 72 horas :16-18.5 mg/dl 96 hrs y más :17-18.5 mg/dl7.1

5. Protocolo para resguarda las muestras de laboratorio.
    a) Guardar al fin de cada turno los tubos de las muestras procesadas en área de lavado de material.
    b) Desechar en el turno matutino por intendencia, de acuerdo a las normas aplicables en la materia.
6. Protocolo para actuar en caso de contingencias mayores:
    a) En caso de sismo permanecer en su departamento mientras dure el temblor, alejarse de ventanas o cosas que pudieran caer.
    b) Evacuar el departamento una vez terminado el sismo, saliendo por la puerta principal.
    c) Acudir al estacionamiento de urgencias
    d) En caso de obstrucción que impida salir del departamento, esperar la intervención del centro de mando y brigadas correspondientes.
    e) En caso de incendio, accionar extintores de acuerdo a la capacitación recibida
    f) Evacuar el área, por la puerta principal o de acuerdo a la procedencia del incendio.
    g) En caso de amenaza de amenaza de bomba, no dar voz de alarma, no utilizar celulares ni radios.
    h) Llamar a las extensiones de Dirección, vigilancia dar aviso y esperar instrucciones.
7. Para la toma de muestra de paciente referidos por

Consulta Externa, deberán de presentarse de 8:00 a 10:30 horas.

8. Protocolo para el manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos

   Todo el material biológico infeccioso que se utiliza en el departamento se maneja de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

   SANGRE:

a) Contenedor hermético rojo (líquidos): plasma, suero, paquete globular, coágulos.
b) Bolsa roja (solidos): recipientes que contengan sangre o hemoderivados, equipos de venoclisis, material con sangre.

   PUNZOCORTANTES:

a) Contenedor rígido rojo: objetos punzocortantes contaminados lancetas, jeringas, agujas hipodérmicas, agujas eclipse, agujas vacutainer, tubos capilares.

   NO ANATOMICOS:

a) Bolsa roja (solidos): material de curación, gasas, sabanas, campos, guantes de látex, apósitos, hisopos, sondas, cánulas, cajas Petri, espejos vaginales, cepillos vaginales.

   VIDRIO:

a) El material de vidrio reciclable, como porta objetos y cubreobjetos, cuando se degastan y tienen que desecharse, se lava en las mismas condiciones que si fuera a reutilizar y se elimina en los recipientes azules, bolsa transparente.

LAVADO DE MATERIAL RECICLABLE

a) Diariamente previa colocación de guantes, goggles y cubrebocas, al inicio de los turnos matutino y vespertino, la persona encargada del material, coloca en cada area del laboratori, recipientes con hipoclorito de sodio al 6%, diluyendo por cada 4 litros de agua, 250 ml de hipoclorito de sodio.
b) Lleva los recipientes con el material utilizado al area de lavado, al inicio y al final del turno matutino.
c) Realiza lavado del material con agua corriente, utilizando cepillos y material dedicado

exclusivamente a esta area.

d) Sumerge el material en germicida marca comercial Hyclin- plus, en dilución al 15%.
e) Deja remojar 20 minutos.
f) Enjuaga dos veces con agua corriente.
g) Remoja 20 minutos con agua destilada y enjuaga, repite la operación.
h) Coloca material en el escurridor específico.
i) Coloca el material en sus áreas una vez seco.

LAVADO DE MESAS DE TRABAJO.

a) Diariamente, al inicio y al final del turno matutino, la persona encargada de la limpieza, limpia las mesas de trabajo con franela impregnada en agua, jabón, cloro.
b) Cada tercer dia, realiza una limpieza adicional con germicida Hyclin plus en dilución al 15%.

LIMPIEZA EN CASO DE DERRAME.

a) Si el material derramado es RPBI, aplica sobre el área hipoclorito de sodio al 6%, dilución por cada litro de agua 250 ml de cloro, permite la inactivación y retira con la protección cotidiana de sus áreas de trabajo respecto al manejo de RPBI.
b) Si es otro tipo de sustancia abre el kit de para contingencias que se encuentra en el área de séptico, se coloca el overol, goggles, botas, guantes de asbesto y mascarilla y coloca el aserrín encima del derrame. Da aviso a la brigada de RPBI

IDENTIFICACIÓN DE MATERIALES DE LIMPIEZA Y COLORES PARA CADA USO Y ÁREA

MATERIALES
ÁREAS
Cubeta azul chica
Monitores
Fibra verde con esponja
Mesas
Cloro y jabón
Escritorios
Guantes rosados
Teléfono

Franela blanca
Cristales
Limpia vidrios
Tarjas, aluminio
Cubeta chica roja
Guantes rojos
Taza WC
Cloro y jabón
Botes de basura
Fibra negra
Franela roja
Key limpia baños
Cubeta anaranjada
Canceles
Guantes rojos
Paredes
Fibra blanca
Llaves del baño, pisos de baño
Cepillo para paredes
jaboneras
Cloro y jabón
Franela roja
Key desengrasante
Mechudo verde
áreas comunes
Mechudo rojo
baños
Mechudo azul
química clínica, serología, urianalisis, hematología
Cubeta grande azul
primer enjuague
Cubeta grande verde
segundo enjuague

En caso de contacto con materiales peligrosos por:

Ojos	1. Utilice lava ojos 2. Enjuague con abundante agua por los menos 15 minutos 3. Mantenga los ojos abiertos mientras lo hace.

Piel	1. Remuevala ropa contaminada 2. Enjuague con abundante agua y traslade a la unidad de descontaminación en servicio de urgencias. 3. Evite que se disperse el producto por la piel.
Ingestión	1. No induzca el vomito 2. Si la persona esta consiente enjuague la boca con agua 3. Dele a beber agua o leche.
Inhalación	1. Traslade a la víctima a un lugar ventilado. 2. Si tiene dificultad para respirar administre oxígeno.

Responsables

Laboratorio Clínico.

Áreas Involucradas

Urgencias y Consulta Externa; Urgencias Adultos; Urgencias Pediátricas; Hospitalización; Hospitalización Adultos; Hospitalización Pediátrica; Servicios Quirúrgicos; Terapia Intensiva; Unidad de Cuidados Intensivos Adultos; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Recursos

1. Toma de Muestras.
2. Cama pediátrica.
3. Equipos de Química Clínica
4. Equipos de Hematología.
5. Equipos de urianalisis.
6. Centrifugas,
7. Equipos de Gasometrías.
8. Refrigeraradores.

Glosario

EMT: Equipo Médico de Emergencias.
LAC: Laboratorio Análisis Clínico.
Valores críticos: Se define valor crítico de alerta (VA) a un resultado de laboratorio tan alejado de lo normal, que constituye una amenaza para la vida, a menos que inicie acciones correctivas o terapéuticas inmediatas.
RPBI: Riesgos Peligrosos Biológicos Infecciosos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA Y ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO.

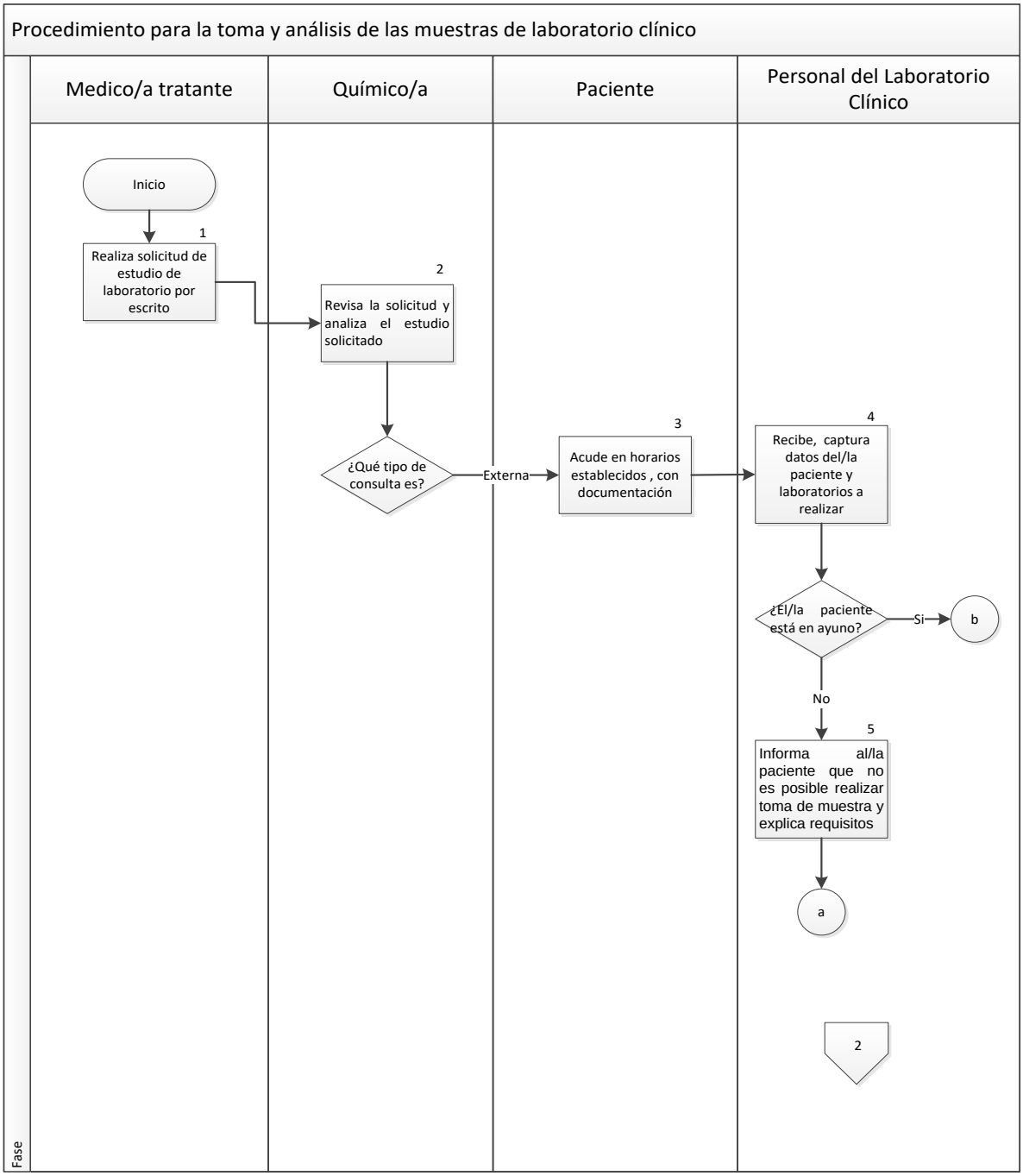
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Medico/a tratante.	Realiza la solicitud de estudio de laboratorio por escrito, especificando los siguiente datos: 1. Nombre completo del/la paciente. 2. Fecha de nacimiento del/la paciente. 3. Edad del/la paciente. 4. Genero, de la paciente. 5. Tipo de estudio solicitado. 6. Nombre y firma del médico/a tratante.	
2	Químico/a	Revisa la solicitud y analiza el estudio solicitado. ¿Qué tipo de solicitud es? Consulta Externa: Continua en la actividad No. 3. Hospitalización: Avanza a la actividad No. 6.	
3	Paciente.	Acude en los horarios establecidos	

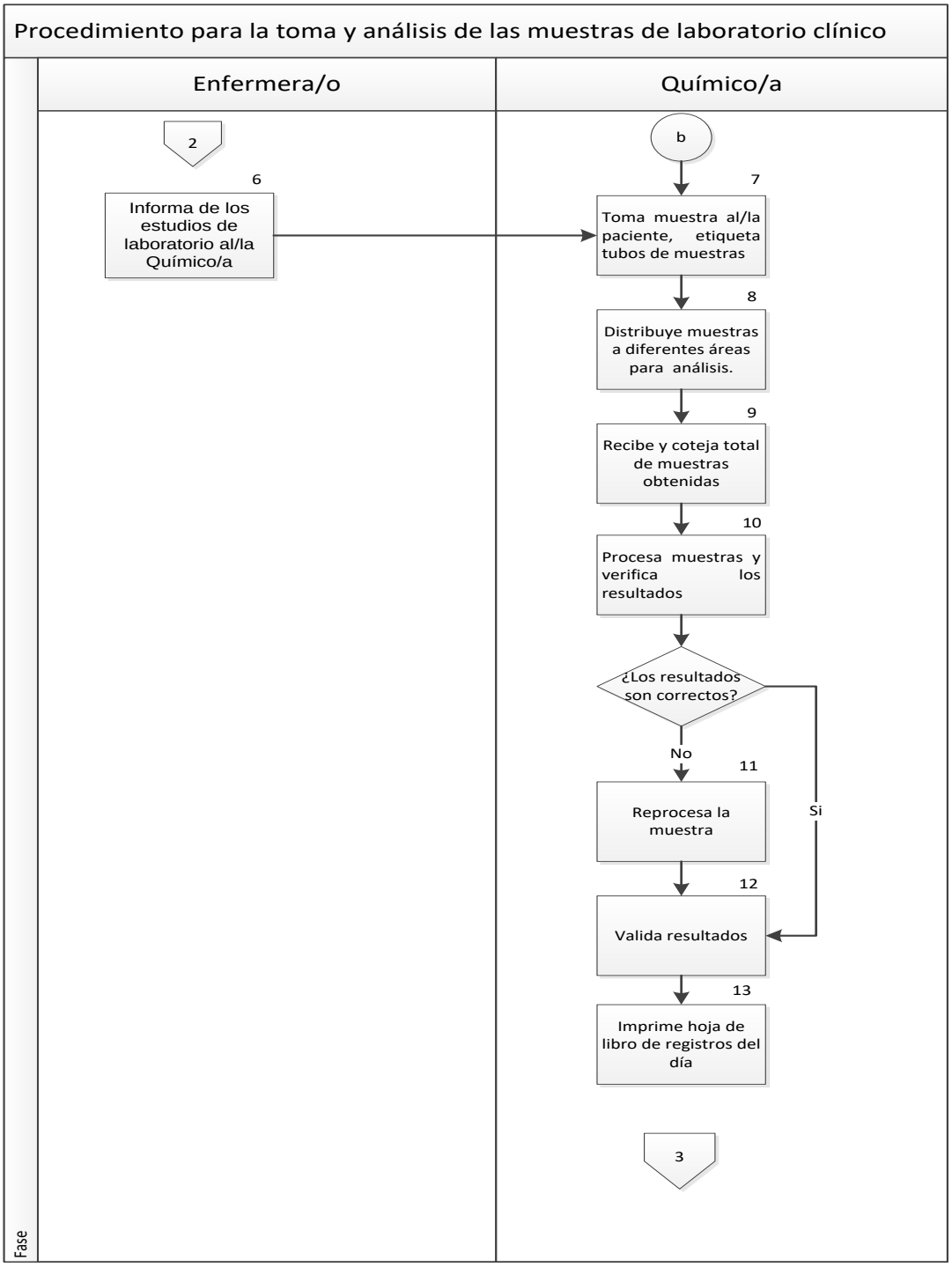
		por el Hospital de Campaña Móvil, con la documentación y requisitos correspondientes dependiendo del tipo de estudio a realizar.	
4	Personal del Laboratorio Clínico.	Recibe documentación captura datos personales del/la paciente y laboratorios a realizar y envía al/la paciente a sala de espera: ¿El/la paciente está en ayuno? Si: Avanza a la actividad No. 7. No: Continua en la actividad No. 5.	
5	Químico/a	Informa al/la paciente que no es posible realizar la toma de muestra y explica los requisitos para que se presente al siguiente día. **Fin del Procedimiento.**	
6	Enfermera/o	Informa de los estudios de laboratorio al/la Químico/a, con base a las prioridades de cada caso.	
7	Químico/a	Toma muestra al/la paciente, etiqueta tubos de las muestras del/la paciente conforme a cada solicitud. Nota 1: Si el/la paciente se encuentra hospitalizado el/la Químico/a realizará la toma de muestra in situ. Nota 2: Si la solicitud es por Consulta Externa, la toma de muestra se realizará en el Laboratorio Clínico en los horarios establecidos.	
8		Distribuye muestras a las diferentes áreas para su análisis.	
9		Recibe y coteja el total de muestras	

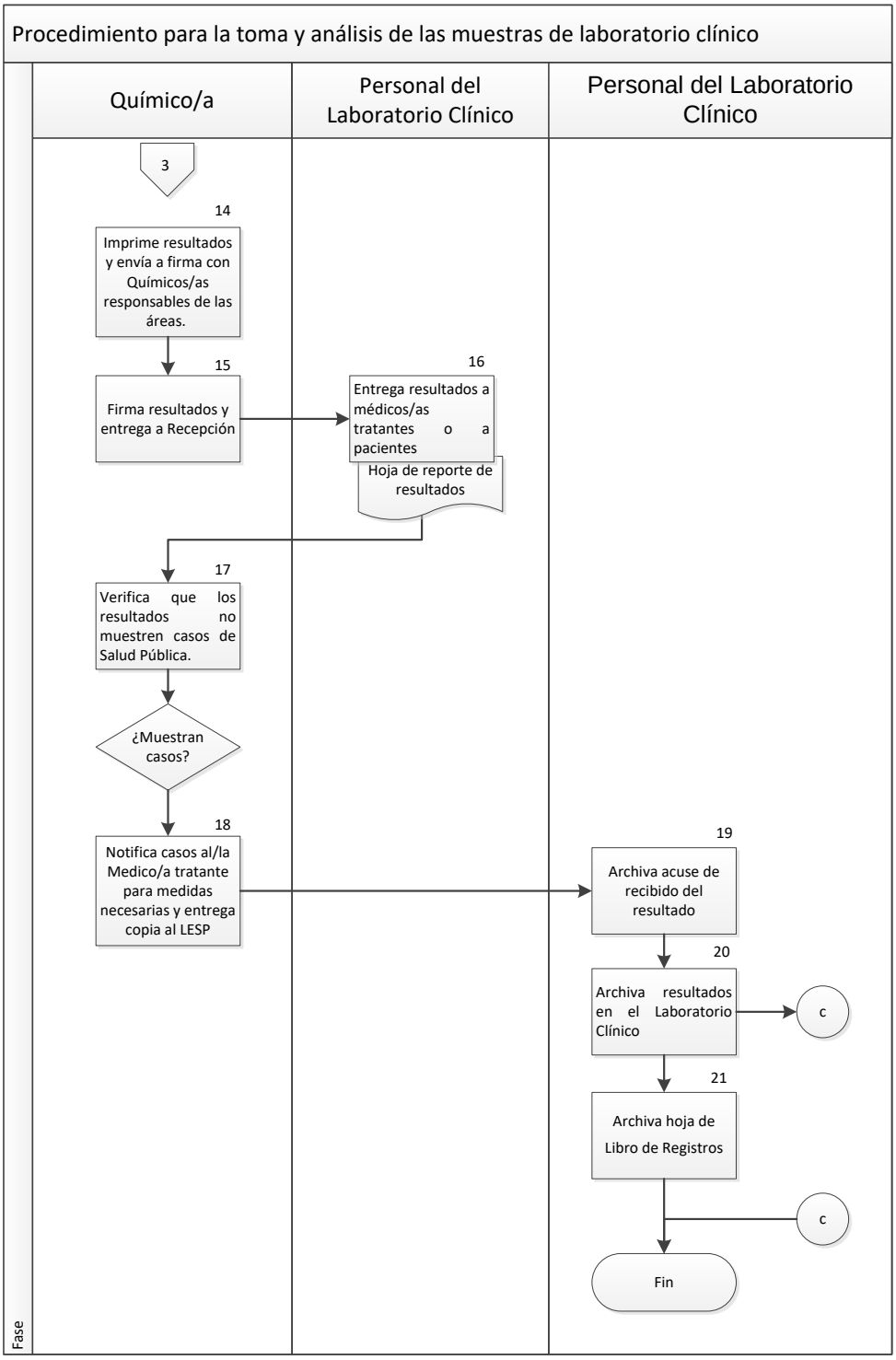
		obtenidas del/la paciente.	
10		Procesa muestras y verifica los resultados ¿Los resultados son correctos? Si: Avanza a la actividad No. 12. No: Continua en la actividad No. 11.	
11		Reprocesa la muestra. Nota: la muestra que marque error tendrá que realizarse por duplicado y se anexa la explicación en los resultados.	
12		Valida resultados.	
13		Imprime hoja de libro de registros del día.	
14		Imprime resultados al día siguiente y envía a firma con los Químicos/as responsables de las áreas.	
15		Firma resultados y entrega a Recepción.	
16	Personal del Laboratorio Clínico.	Entrega resultados a los/las médicos/as tratantes o a los/las pacientes (si fue por Consulta Externa). Nota 1: Si el/la paciente se encuentra hospitalizado el/la médico/a tratante deberá firmar la hoja de reporte de resultados. Nota 2: Si los estudios fueron ordenado por Consulta Externa, el/la paciente deberá firmar la hoja de reporte de resultados.	Hoja de reporte de resultados.

17	Químico/a	Verifica que los resultados de laboratorio no muestren casos de Salud Pública. ¿Muestran casos? Si: Continua en la actividad No. 18. No: Avanza a la actividad No. 21.	
18		Notifica de los casos al/la Medico/a tratante para que se tomen las medidas necesarias y entrega copia de los resultados al Laboratorio Estatal de Salud Pública.	
19	Personal del Laboratorio Clínico.	Archiva acuse de recibido del resultado.	
20		Archiva los resultados en el Laboratorio Clínico por un mínimo de seis meses conforme a la normatividad aplicable. **Fin del Procedimiento**	
21		Archiva hoja de Libro de Registros en lugar correspondiente.	
Fin del Procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA Y ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

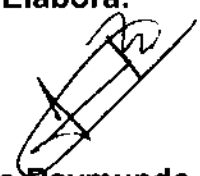



Procedimiento para la toma y análisis de las muestras de laboratorio clínico
Enfermera/o
Químico/a
Fase
2
6
Informa de los estudios de laboratorio al/la Químico/a
b
7
Toma muestra al/la paciente, etiqueta tubos de muestras
8
Distribuye muestras a diferentes áreas para análisis.
9
Recibe y coteja total de muestras obtenidas
10
Procesa muestras y verifica los resultados
¿Los resultados son correctos?
No
Si
11
Reprocesa la muestra
12
Valida resultados
13
Imprime hoja de libro de registros del día
3


Procedimiento para la toma y análisis de las muestras de laboratorio clínico
Químico/a
Personal del Laboratorio Clínico
Personal del Laboratorio Clínico
Fase
3
14
Imprime resultados y envía a firma con Químicos/as responsables de las áreas.
15
Firma resultados y entrega a Recepción
16
Entrega resultados a médicos/as tratantes o a pacientes
Hoja de reporte de resultados
17
Verifica que los resultados no muestren casos de Salud Pública.
¿Muestran casos?
18
Notifica casos al/la Medico/a tratante para medidas necesarias y entrega copia al LESP
19
Archiva acuse de recibido del resultado
20
Archiva resultados en el Laboratorio Clínico
c
21
Archiva hoja de Libro de Registros
c
Fin

7.6.12. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL LABORATORIO CLÍNICO

Tiempo Promedio: 4 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Julio Raymundo Martínez Bolaños. Químico de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres JRMB (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los entandares de calidad que conlleven a un resultado integro para los/las pacientes dentro del Hospital de Campaña Móvil.

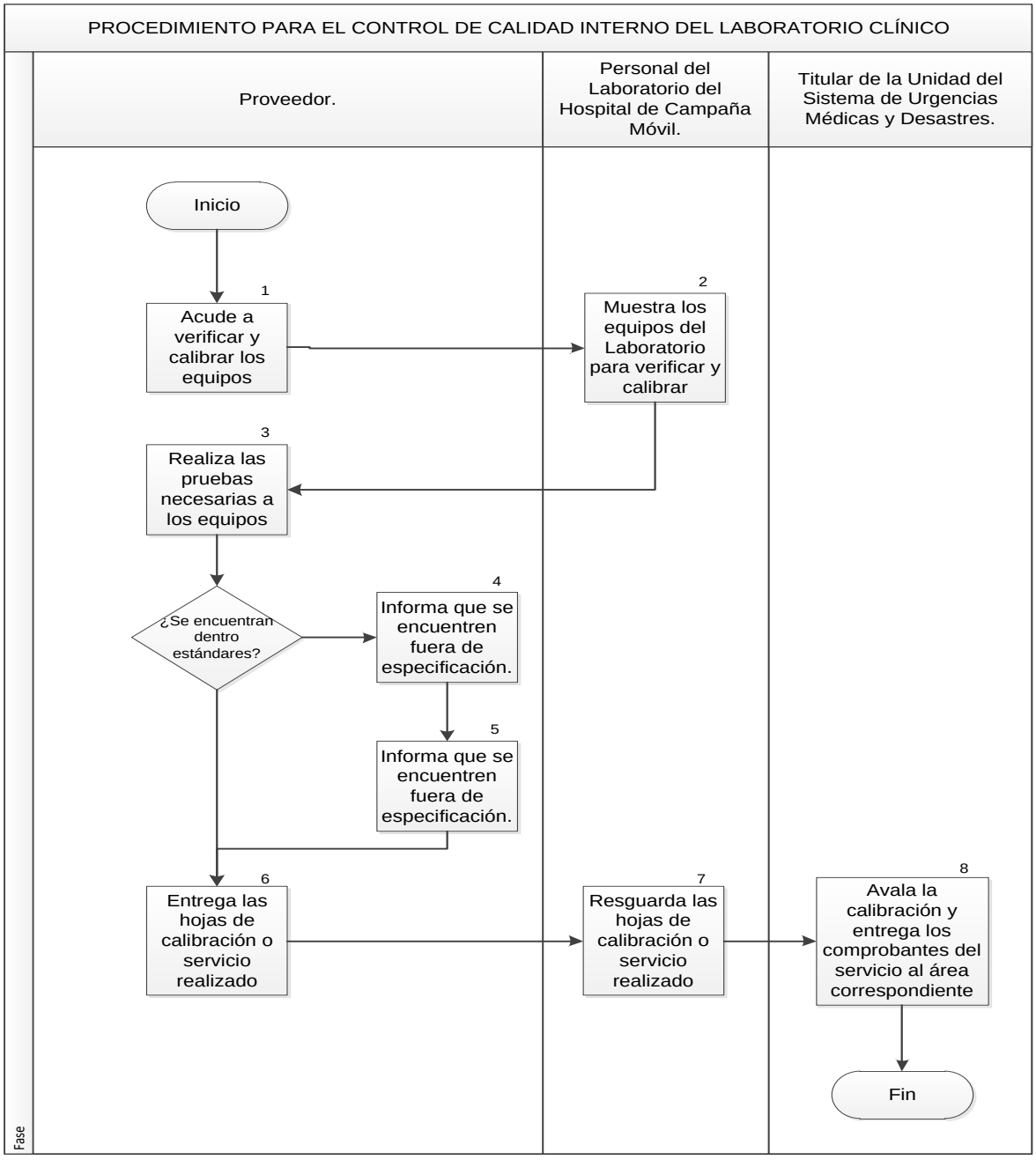
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-005-STPS-1998, Relativas a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el almacenamiento, transporte, y manejo de sustancias químicas peligrosas. 2. NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. 3. NOM-012-STPS-2012, Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante. 4. NOM-018-STPS-2015. Sistema armonizado para la identificación y comunicación peligro y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo. 5. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos – clasificación y especificaciones de manejo. Políticas de Operación: 1. La verificación y servicio de los equipos del Laboratorio Clínico se realizara conforme a los contratos establecidos para la realización de los mismos, preferentemente cuando no se encuentre en operación el Hospital de Campaña Móvil. 2. El proveedor y el/la químico/a del laboratorio serán los/las encargados/as de procesar controles de calidad internos en los diferentes instrumentos de acuerdo a los insertos proporcionados por las casas comerciales autorizadas. 3. El resguardo de los controles de calidad estarán anexados en las carpetas de cada equipo.
Responsables	Laboratorio Clínico.
Áreas Involucradas	Laboratorio Clínico, Proveedor, Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres; Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Recursos	Equipo de Laboratorio Clínico.
Glosario	N/A.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL LABORATORIO CLÍNICO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Proveedor.	Acude a la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres para verificar y calibrar los equipos del Laboratorio Clínico del Hospital de Campaña Móvil.	
2	Personal del Laboratorio del Hospital de Campaña Móvil.	Muestra los equipos del Laboratorio para verificar y calibrar.	
3	Proveedor.	Realiza las pruebas necesarias a los equipos del Laboratorio Clínico, a fin de validar su exactitud. ¿Los equipos se encuentran dentro de los estándares? Si: Avanza a la actividad No. 6. No: Continua en la actividad No. 4.	
4		Informa al personal de los equipos que se encuentren fuera de especificación.	
5		Calibra los equipos que estén fuera de los estándares de calidad.	
6		Entrega las hojas de calibración o servicio realizado al personal del Laboratorio Clínico.	Hojas de calibración o servicio realizado.
7	Personal del Laboratorio del Hospital de	Resguarda las hojas de calibración o servicio realizado e informa del mismo al Titular de la Unidad del	Hojas de calibración o servicio realizado.

	Campaña Móvil.	Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	
8	Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres.	Avala la calibración y entrega los comprobantes del servicio al área correspondiente de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión para su correspondiente trámite.	Hojas de calibración o servicio realizado.
Fin del Procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL LABORATORIO CLÍNICO.



7.6.13. PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL

Tiempo Promedio: 3 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Andrea Vargas Morales **Enfermera de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres** **AVM (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres** **OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi** **Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres** **OFRG (USUMD)** **Octubre 2018**

Objetivo	Garantizar la distribución adecuada de material, equipo e instrumental, al área quirúrgica, hospitalización y urgencias; de forma oportuna y con la optimización de recursos, a través de las funciones específicas como son obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar y distribuir. Permitiendo de esta manera el funcionamiento adecuado de las áreas quirúrgicas de forma ininterrumpida.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-016-SSA3-2012. Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada. 2. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. . Protección ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. 3. NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Políticas de Operación: 1. Todo personal que ingrese a la CEYE deberá usar uniforme quirúrgico y equipo de protección personal. 2. El personal asignado se encargara de mantener el área limpia y ordenada. 3. Será necesario el lavado de manos antes de ingresar al área, y cuantas veces sea necesario durante su trabajo. 4. Quedará estrictamente prohibido el ingreso de alimentos a la CEYE. 5. El material que ingrese o salga del área deberá ser registrado en una bitácora donde quedara anotado el nombre de quien entrego y recibió dicho equipo, para evitar pérdidas. 6. Se deberán respetar las áreas físicas de recepción, lavado, preparación, esterilización y almacenamiento. 7. Se deberá comprobar la eficiencia de las autoclaves con indicadores biológicos. 8. Registrar en la cinta testigo nombre completo de la persona, tipo de equipo, fecha de cuando se procesó. 9. No se permitirá el ingreso de equipo y material que no sea del Hospital de Campaña Móvil, sin previa autorización del responsable del área.
Responsables	Enfermería.

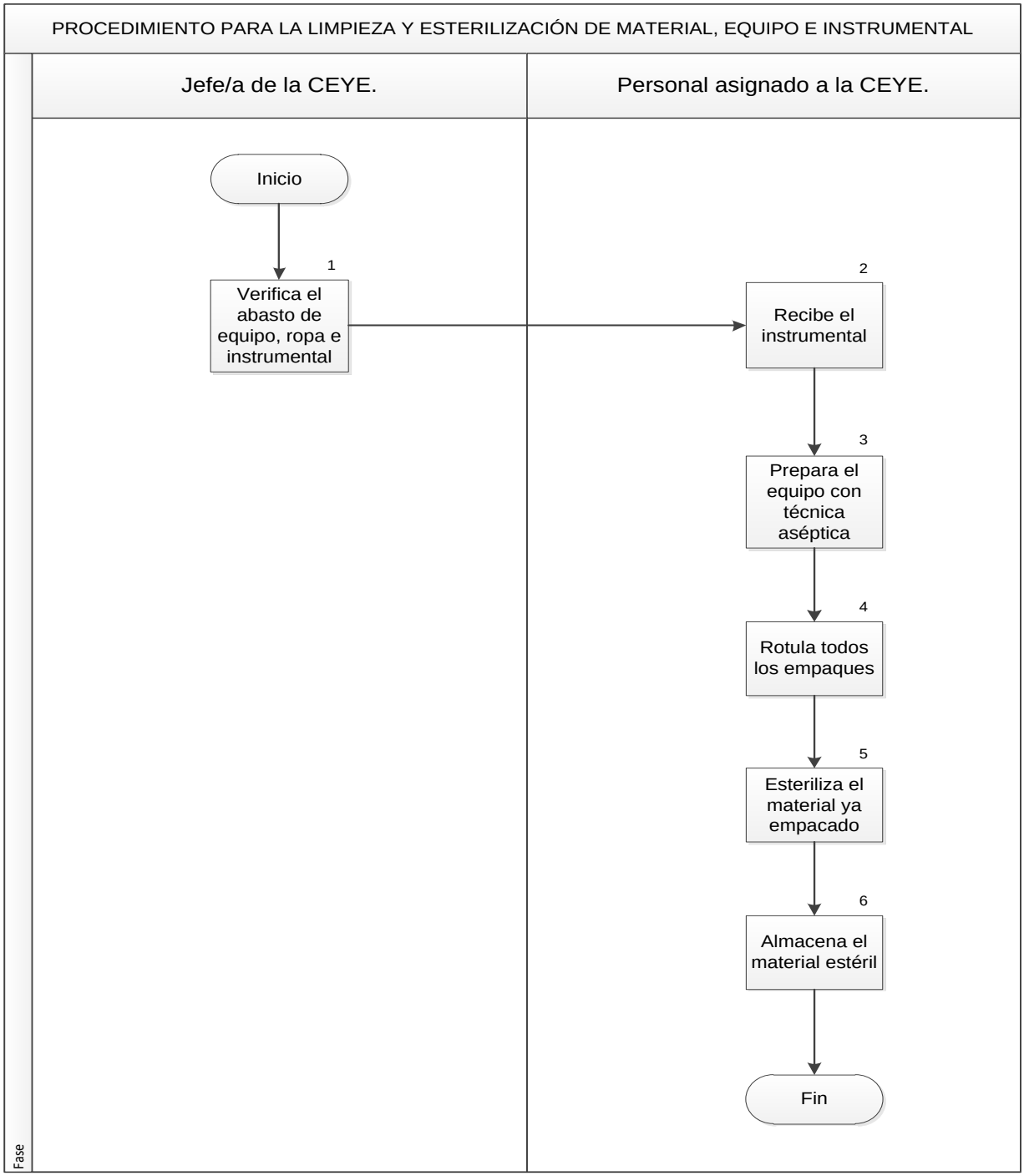
Áreas Involucradas	Servicios Quirúrgicos.
Recursos	1. Mesas de preparación. 2. Estantes. 3. Ropa quirúrgica. 4. Instrumental quirúrgico. 5. Autoclave.
Glosario	CEYE : Central de Equipos y Esterilización

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de la CEYE.	Verifica el abasto de equipo, ropa e instrumental para la utilización de diversos actos quirúrgicos; así como la existencia de material de insumo para abastecer las áreas críticas.	
2	Personal asignado a la CEYE.	Recibe el instrumental y verifica que ingrese prelavado y completo.	
3		Prepara el equipo con técnica aséptica, para eliminar todos los microorganismos.	
4		Rotula todos los empaques con los siguientes datos: 1. Identificación del equipo. 2. Fecha de esterilización y caducidad. 3. Personal responsable del proceso. 4. Tipo de esterilizador en el que fue procesado.	

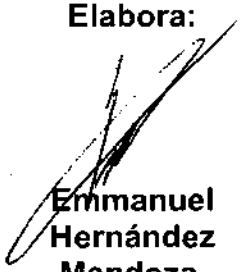
5		Esteriliza el material ya empacado verificando la integridad del equipo, así como el funcionamiento adecuado del autoclave para asegurar de esta manera la eliminación de bacterias y ayudar a la realización de procedimientos quirúrgicos seguros	
6		Almacena el material estéril, conforme a los siguientes criterios: 1. En gavetas que se encuentren entre 90 cm a 100 cm del piso y el techo, el personal asignado deberá verificar que se mantengan las condiciones óptimas para garantizar la esterilización. 2. Deberá acomodar en las gavetas el equipo con menor tiempo de vigencia para ser utilizado primero. 3. El material estéril deberá ser transportado en equipos especiales. 4. Todo material que salga de la CEYE deberá ser anotado en la bitácora con nombre de quien entrega y quien recibe. 5. El material que se encuentre en malas condiciones o roro deberá considerarse como no estéril.	
Fin del Procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL



7.6.14. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LLAMADAS Y ASISTENCIA VÍA TELEFÓNICA EN LA ZONA DE DESASTRE.

Tiempo Promedio: 24 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 **Emmanuel Hernández Mendoza. Responsable de C5 de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres. EHM (USUMD) Octubre 2018**	 **Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	 **Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades para la atención y asistencia vía telefónica en la zona del desastre, estableciendo paso a paso la atención de llamadas de emergencia, para la recopilación y difusión de la información necesaria de las dependencias gubernamentales, y el análisis y canalización de las emergencias hacia el Hospital de Campaña Móvil de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas Avanzadas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-034-SSA3-2013. Regulación de los Servicios de salud. Atención Médica Pre hospitalaria.
2. NOM-001-SEDE-2012. Instalaciones Eléctricas.

Políticas de Operación:

1. El/la radio operador/a telefónico recibirá y atenderá llamadas de urgencias cotidianas cuando los servicios de atención médica pre hospitalaria locales se vean rebasadas con solicitud de las dependencias gubernamentales, seguridad pública y protección civil desplegada en el desastre y autorizadas por el/la responsable del Hospital de Campaña Móvil.
2. El/la radio operador/a telefónico alertará a las ambulancias y comunicará los servicios vía radio principal en llamada de voz. Durante la inoperatividad, el equipo se debe asegurar de estar permanentemente a la escucha del Radio. Los datos de aviso se transmiten por Red principal en llamada de voz, siempre que sea posible.
3. Las claves de operatividad se comunican por Radio en llamada de voz, si es preciso se ampliará la información.
4. Las informaciones sobre la actuación se realizan vía radio en llamada de voz privada. Puede autorizarse el traspaso de información por radio en llamada de voz de grupo, cuando se precise el conocimiento de ésta por terceros o exista imposibilidad por otra vía.
5. El/la radio operador/a telefónico deberá tener registro en bitácora de todo vehículo disponible con que personal asignado, números de contacto de dicho personal, vehículos de apoyo de otras instancias (policía, militar, alguna autoridad gubernamental o de salud).
6. El/la radio operador/a telefónico deberá contar con información sobre las actividades, eventos o visitas que se realizan en la zona de desastre.
7. El/la radio operador/a telefónico deberá formar un directorio con los domicilios y contactos telefónicos de los centros hospitalarios de respaldo,

comandancias de policía y tránsito, ministerio público, servicio médico forense, protección civil, bomberos y cuartel militar de la zona de desastre.

8. El/la radio operador/a telefónico deberá contar con mapas de la zona de desastre incluyendo las rutas de acceso habilitadas, comunidades aledañas y domicilios de las corporaciones de apoyo antes mencionadas.
9. El/la radio operador/a telefónico en caso de personas fallecidas en el desastre o urgencia externa solicitará la intervención de ministerio público; la ambulancia de informar: sexo, edad, causa aparente de fallecimiento y esperar indicaciones del centro de comunicaciones para poderse retirar del lugar.
10. El/la radio operador/a telefónico deberá proporcionar información actualizada a la ambulancia u otro tipo de vehículo de emergencia sobre las incidencias antes y durante el servicio.
11. El/la radio operador/a telefónico deberá tener un constante monitoreo de las ambulancias que se encuentren realizando alguna actividad fuera de la zona de hangares.
12. El/la radio operador/a operador telefónico deberá corroborar la escucha de las comunicaciones en todo momento.
13. El/la radio operador/a telefónico emitirá boletines informativos dirigidos a las dependencias gubernamentales, seguridad pública y protección civil desplegada en el desastre y población en general.
14. El/la radio operador/a telefónico deberá de mantener comunicación en línea con la persona que reporta la emergencia y en caso de que se necesite se brindará asesoría.
15. La clasificación de las emergencias para el envió de vehículos para atenderla es la siguiente:
    - Urgencia no prioritaria: No existe urgencia para establecer la comunicación (avisos).
    - Urgencia prioritaria: Cuando la información que se quiere dar tiene mayor importancia

que la que se está realizando (reporte de novedades sobre el desastre).

- Notificación de ambulancia (urgente): Cuando la información que se quiere transmitir es importante, no precisando que exista comunicación en curso. Su uso implica máxima prioridad en el establecimiento de la comunicación por parte del CRUM, debiendo ésta cortar cualquier comunicación en curso o en espera de comienzo. (Comunicación entre vehículo de emergencia, terrestre o aéreo con CRUM o central de comunicaciones).

16. El uso del lenguaje radiotelefónico uniforme es garantía de eficacia, seguridad e inteligibilidad, por lo que es una obligación para cualquier miembro del SUMA-CRUM (Sistema de Urgencias Médicas y Desastres - Centro Regulador de Urgencias Médicas), conforme a las siguientes normas generales:
    - El lenguaje debe ser claro, conciso, concreto y uniforme.
    - Escuchar antes de hablar para asegurar que nadie ocupa la frecuencia.
    - Hablar clara y lentamente con el micrófono a unos 5 cm de la boca, con un tono de voz amable, sin alteraciones, sin faltas de respeto, apodos o palabras altisonantes.
    - Comenzar a hablar transcurrido al menos 1 segundo desde que se efectúa la presión sobre el PTT, para asegurar que no se pierda parte del mensaje.
    - Emitir mensajes completos y concisos, confirmando su recepción y comprensión.
    - Está prohibido dar datos personales por radio, salvo que el/la Responsable de Guardia, Coordinador/a Médico o el Titular del Hospital lo autorice.
    - Se deberá utilizar al referirse a una persona como “usted” en caso de no tener clave de radio o número de económico de vehículo.
    - Se utilizará el horario de 24 horas y el cifrado

	en 6 números para las fechas. ➢ En caso de discrepancia, prevalece el criterio del responsable del evento o desastre sobre las ambulancias del operativo, centro de comunicaciones y CRUM.
Responsables	Centro Regulador de Urgencias Médicas.
Áreas Involucradas	Áreas adscritas al Hospital de Campaña Móvil.
Recursos	En base a las normas de Instalaciones Eléctricas. 1. Computadora portátil o de escritorio. 2. Mesa para 6 personas. 3. Sillas (3). 4. Lámparas de escritorio. 5. Radios portátil o de base. 6. Radios matra. 7. Teléfono satelital. 8. Repetidor 9. Línea telefónica (móvil o fija). 10. Hojas bond tamaño carta. 11. Lapiceros. 12. Mapas de la zona de desastre. 13. Directorio telefónico. 14. Guía materiales peligrosos. 15. Conexiones eléctricas.
Glosario	R.O.: Radio operador/a. CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LLAMADAS Y ASISTENCIA VÍA TELEFÓNICA EN LA ZONA DE DESASTRE

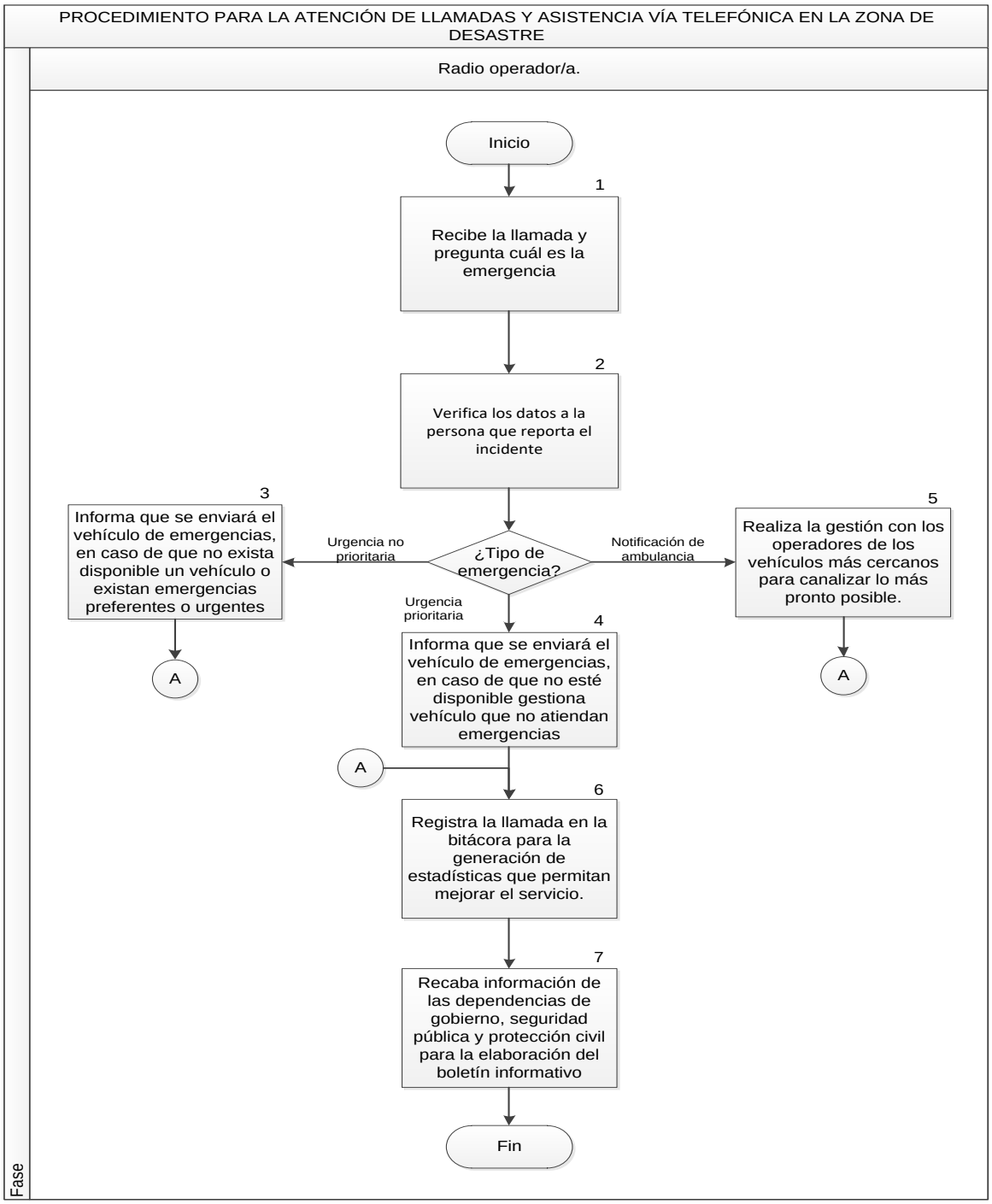
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Radio operador/a.	Recibe la llamada utilizando el lenguaje apropiado, pregunta cuál es la emergencia y solicita información como: domicilio del auxilio, quien solicita el apoyo (público en general o autoridades gubernamentales), tipo de urgencia (trauma, clínico o ginecológica); hace cuánto tiempo ocurrió el incidente, sexo, edad, antecedentes clínicos de importancia primeros auxilios brindados vía telefónica, y demás información necesaria. Nota 1: Solicita el nombre y número telefónico de la persona que llama, (la persona que solicita la ambulancia debe proporcionar dichos datos para corroborar la veracidad de la emergencia, también en caso necesario en una siguiente llamada obtener más datos para acortar el tiempo de respuesta del vehículo de emergencia). Nota 2: En caso de que el tono de voz de la persona que llame se note alterado o inaudible solicítale que guarde la calma o hable con claridad o busque un lugar en el exterior para poder mejorar la calidad de la llamada o como último recurso que trasfiera con otra persona que esté más tranquila.	Llamada de emergencia.

2		Verifica los datos a la persona que reporta el incidente durante la llamada y clasifica la emergencia para el envío de vehículos. ¿Tipo de emergencia? Urgencia no prioritaria: Continua en la actividad no. 3. Urgencia prioritaria: Avanza a la actividad no. 4. Notificación de ambulancia: Avanza a la actividad no. 5.	
3		Urgencia no prioritaria: Informa a la persona que reporta que se enviará el vehículo de emergencias, en caso de que no exista disponible un vehículo o existan emergencias preferentes o urgentes informan que por el momento no existen vehículos para dar atención inmediata, por lo que habrá que esperar. Continúa en la actividad No. 6.	
4		Urgencia prioritaria. Informa a la persona que reporta que se enviará el vehículo de emergencias, en caso de que no esté disponible gestiona con los operadores del vehículo que no atiendan emergencias urgentes si se pueden presentar. Continúa en la actividad No. 6.	
5		Notificación de ambulancia. Realiza la gestión con los operadores de los vehículos más cercanos para canalizar lo más pronto posible la emergencia. Todos los vehículos de emergencia salen de los angares del hospital de campaña.	

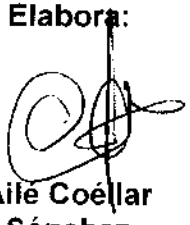
6		Registra la llamada en la bitácora para la generación de estadísticas que permitan mejorar el servicio.	
7		Recaba información de las dependencias de gobierno, seguridad pública y protección civil para la elaboración del boletín informativo para el Sistema de Urgencias Médicas Avanzadas para registrarlos en la bitácora.	Boletines informativos.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LLAMADAS Y ASISTENCIA VÍA TELEFÓNICA EN LA ZONA DE DESASTRE



7.6.15. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ailé Coéllar Sánchez Responsable de Calidad y Vehículos del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres ACS (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guriді Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guriді Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades para el ingreso de pacientes al Hospital de Campaña Móvil, ya sea por el Urgencias o por Consulta Externa.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
2. NOM-015-SSA3-2012. Para la atención integral a personas con discapacidad.
3. NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada).
4. NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
5. NOM-025-STPS-2008. Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.
6. NOM-178-SSA1–1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Políticas de Operación:

1. El personal del área de Admisión Hospitalaria realizará los trámites administrativos para el ingreso del/la paciente y lo trasladará al servicio correspondiente.
2. Cuando el ingreso sea por el área de urgencias, el personal del servicio, deberá notificar sobre el ingreso y las condiciones del/la paciente.
3. El área de Admisión Hospitalaria, deberá de elaborar el Informe de pacientes internados (ubicación, fecha de ingreso, fecha de egresos, etc.).
4. El área de Admisión Hospitalaria, deberá elaborar y actualizar el censo diario de pacientes internados, trasladados internos o externos y egresos.
5. En caso de que el/la usuario/a llegue por lesiones traumáticas con implicaciones médico legales. Se hace de conocimiento a ministerio Público para los trámites conducentes.
6. El Hospital y siempre que el estado del usuario lo permita, debe recabar a su ingreso la autorización escrita y firmada del/la paciente para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de

	documento que se le presenta para su firma. 7. Una vez que el usuario cuente con un diagnóstico, se expresará de manera clara y precisa el tipo de padecimiento de que se trate y sus posibles tratamientos, riesgos y secuelas. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. En caso de urgencia o cuando el/la paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización escrita y firmada, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.
Responsables	Admisión Hospitalaria.
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa; Hospitalización.
Recursos	Formatos o documentos de: 6. Consentimiento Informado.
Glosario	**Triage**: Método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente, que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Paciente.	Ingresa al área de Urgencias y Consulta Externa del Hospital por ambulancia, deambulando y/o en vehículo propio.	
2	Médico/a Urgencias.	Realiza el Triage: Verde Ingresa al área verde e inicia el registro de pacientes. Amarillo Ingresa al área amarilla e inicia el registro de pacientes. Rojo Ingresa al área de choque atención de urgencias e inicia el registro de pacientes. Negro No se permite el ingreso al Hospital, se traslada a la morgue previa toma de datos generales y media filiación o nombre, edad, sexo e impresión diagnóstica o causa de muerte.	
3	Personal de Recepción.	Inicia el registro de pacientes, verificando si el/la paciente llego solo o con acompañante: ¿Cómo llego el/la paciente? Acompañado: Continua en la actividad no. 4. Solo: Avanza a la actividad no. 10.	
4		Solicita al acompañante los datos	

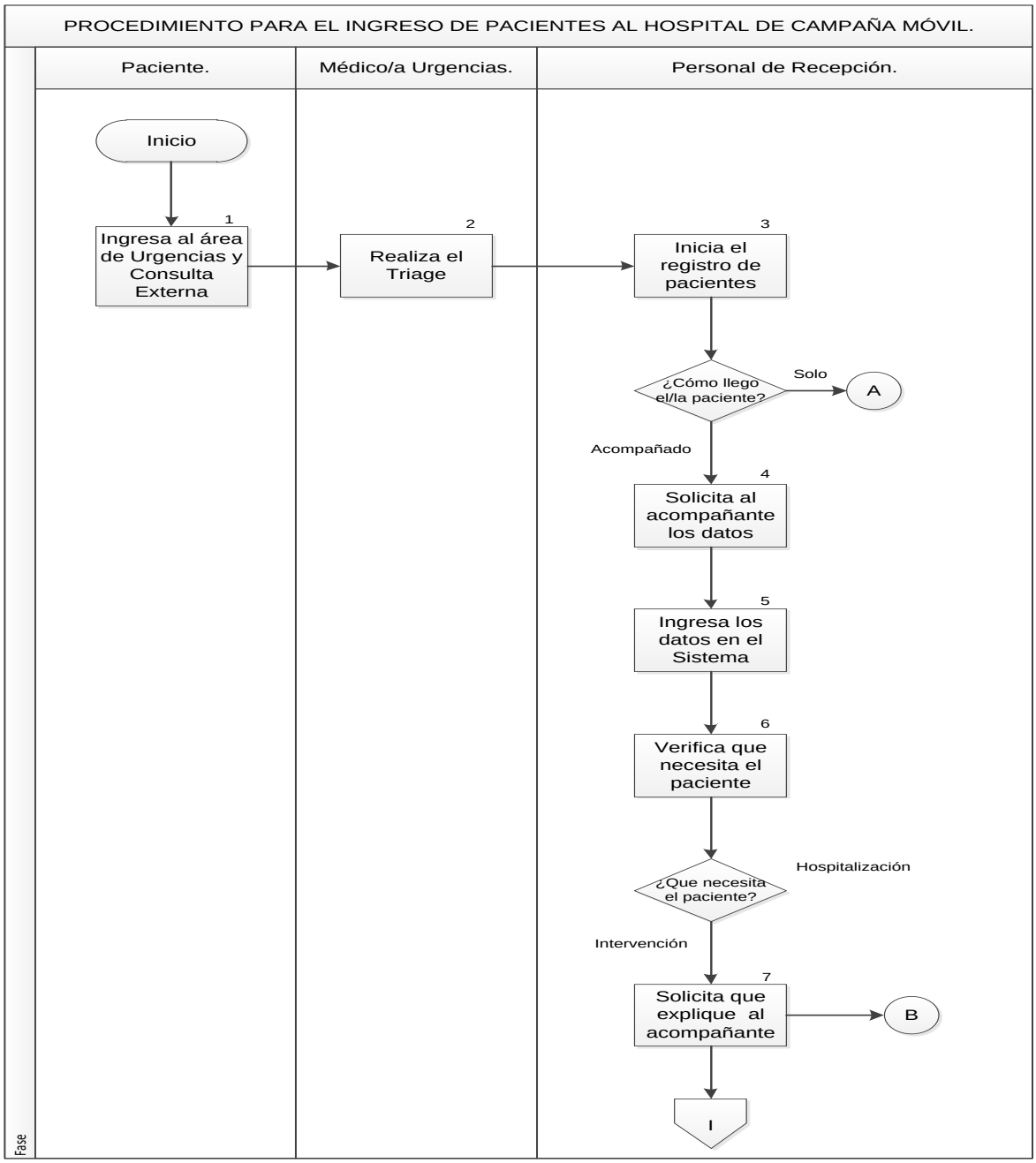
		que se registran en la Hoja de registro.	
5		Ingresa los datos en el Sistema.	
6		Verifica si el paciente necesita intervención quirúrgica u Hospitalización. ¿Que necesita el paciente? Intervención: Continua en la actividad no. 7. Hospitalización: Avanza a la Actividad no. 9.	
7		Solicita al/la Médico/a que explique al acompañante el procedimiento a realizar.	
8	Médico/a Tratante.	Llena el consentimiento informado y solicita la firma del/la paciente o el/la acompañante según proceda. Continúa en la actividad No. 31.	Consentimiento Informado.
9	Personal de Recepción.	Inicia proceso de Hospitalización. Continúa en la actividad No. 31.	
10		Verifica si el estado en el que llego el/la paciente y si puede proporcionar sus datos. ¿En qué estado llego? Consciente: Continua en la actividad no. 11. Inconsciente: Avanza a la actividad No. 17.	
11		Solicita los datos del/la paciente.	

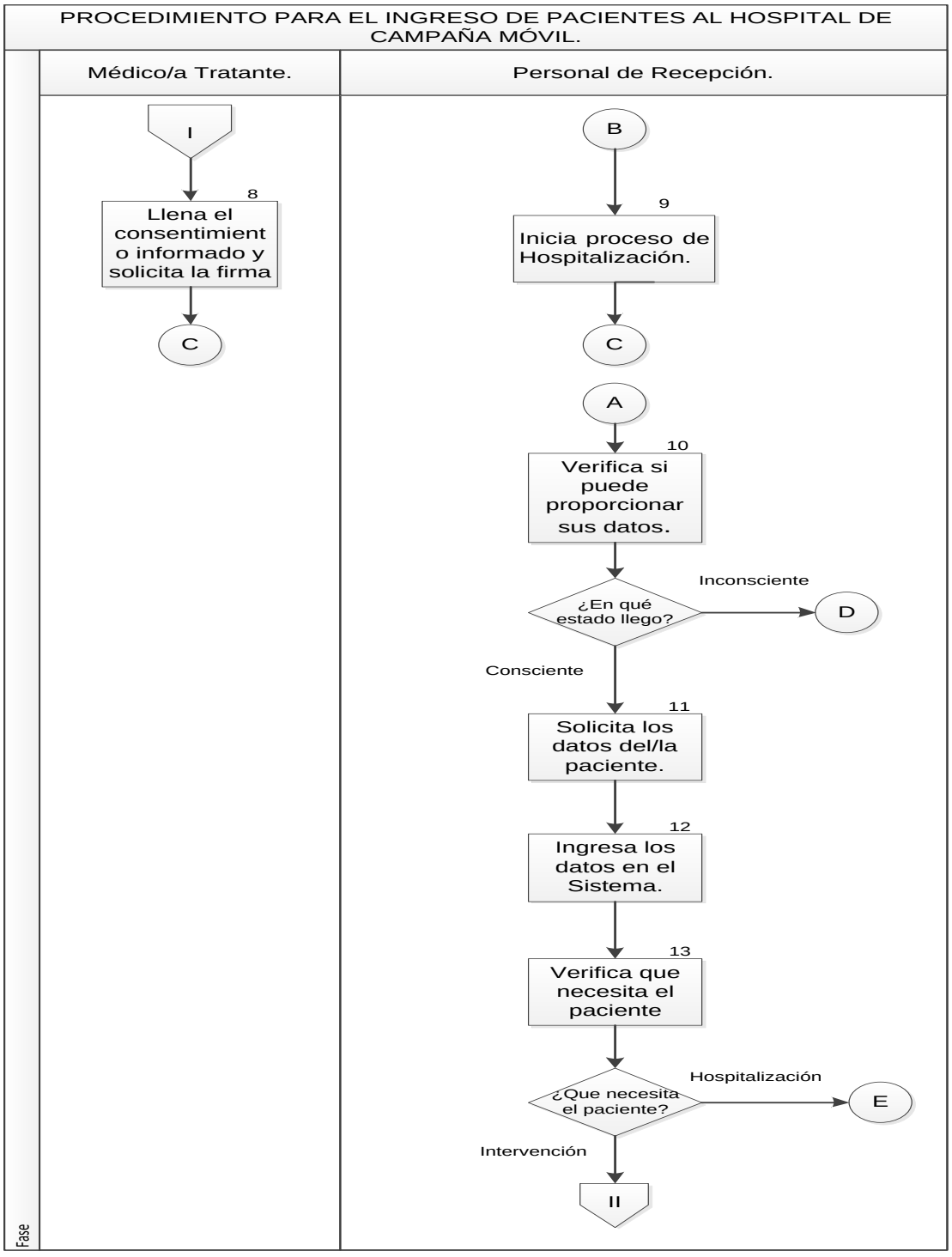
12		Ingresa los datos en el Sistema.	
13		Verifica si el paciente necesita intervención quirúrgica u Hospitalización. ¿Que necesita el paciente? Intervención: Continua en la actividad no. 14. Hospitalización: Avanza a la Actividad no. 16.	
14		Solicita al/la Médico/a que le explique el procedimiento a realizar.	
15	Médico/a Tratante.	Llena el consentimiento informado y solicita la firma del/la paciente. Continúa en la actividad No. 31.	Consentimiento Informado.
16	Personal de Recepción.	Inicia proceso de Hospitalización. Continúa en la actividad No. 31.	
17		Busca en sus pertenencias una identificación o algún contacto de algún familiar, padre, madre o tutor/a. ¿Se logró contactar con algún familiar? Si: Continua en la actividad No. 18. No: Avanza a la actividad No. 25.	
18		Contacta a los familiares para que acudan al hospital.	
19		Solicita a los familiares los datos que se registran en la Hoja de registro.	
20		Ingresa los datos en el Sistema.	
21		Verifica si el paciente necesita intervención quirúrgica u Hospitalización.	

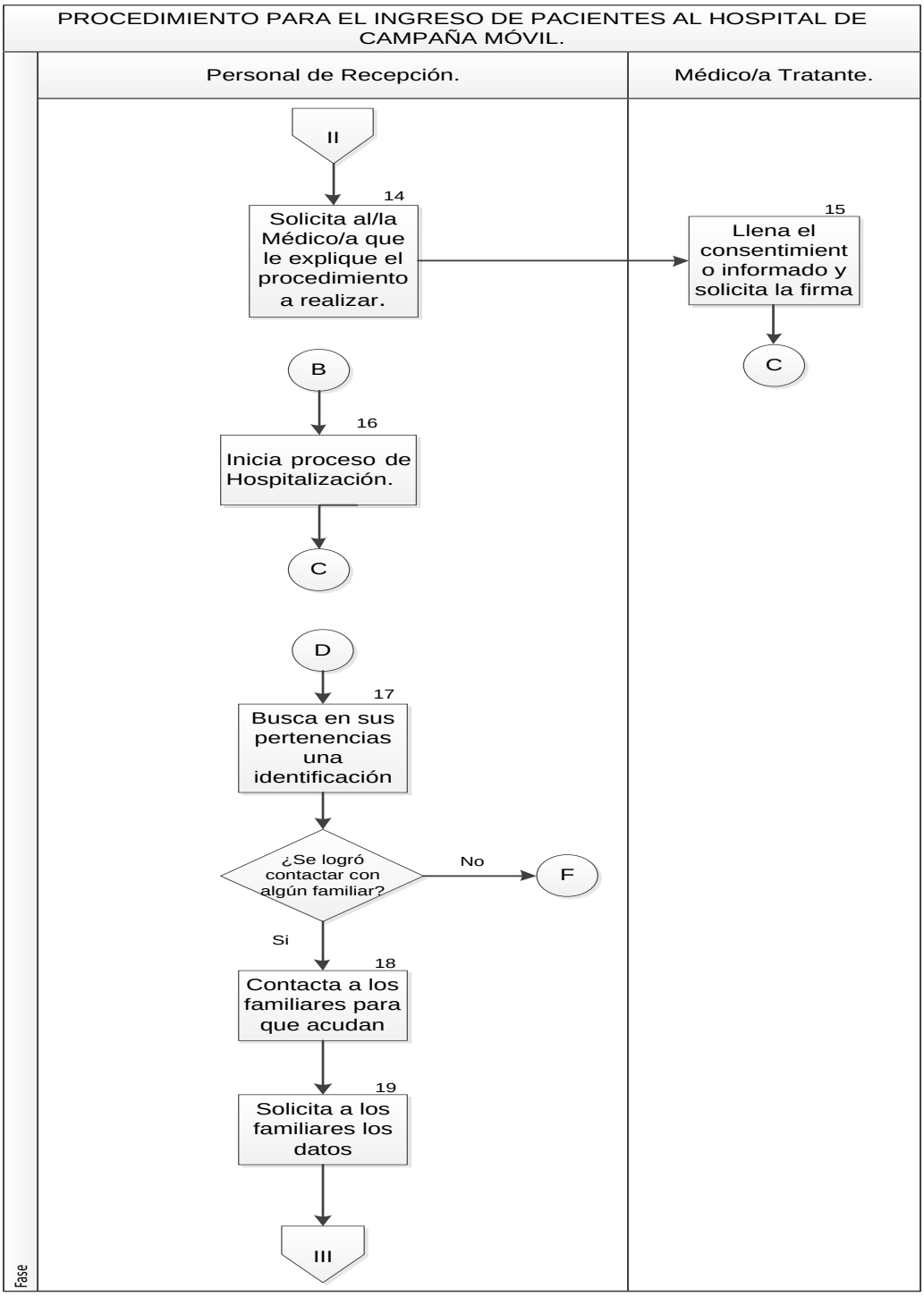
		¿Que necesita el paciente? Intervención: Continua en la actividad no. 22. Hospitalización: Avanza a la Actividad no. 24.	
22		Solicita al/la Médico/a que explique al acompañante el procedimiento a realizar.	
23	Médico/a Tratante.	Llena el consentimiento informado y solicita la del acompañante según proceda. Continúa en la actividad No. 30.	Consentimiento Informado.
24	Personal de Recepción.	Inicia proceso de Hospitalización. Continúa en la actividad No. 30.	
25		Cataloga al/la paciente como Desconocido/a.	
26		Ingresa los datos del paciente como: Nombre: Desconocido. Apellido Paterno: fecha en que ingresa. Apellido Materno: (.)	
27		Verifica si el paciente necesita intervención quirúrgica u Hospitalización. ¿Que necesita el paciente? Intervención: Continua en la actividad no. 28. Hospitalización: Avanza a la Actividad no. 29.	
28	Medico/s Tratante	Consigue al menos 2 médicos como testigos, previa valoración para llevar a cabo el procedimiento terapéutico, dejando constancia por escrito, en el	

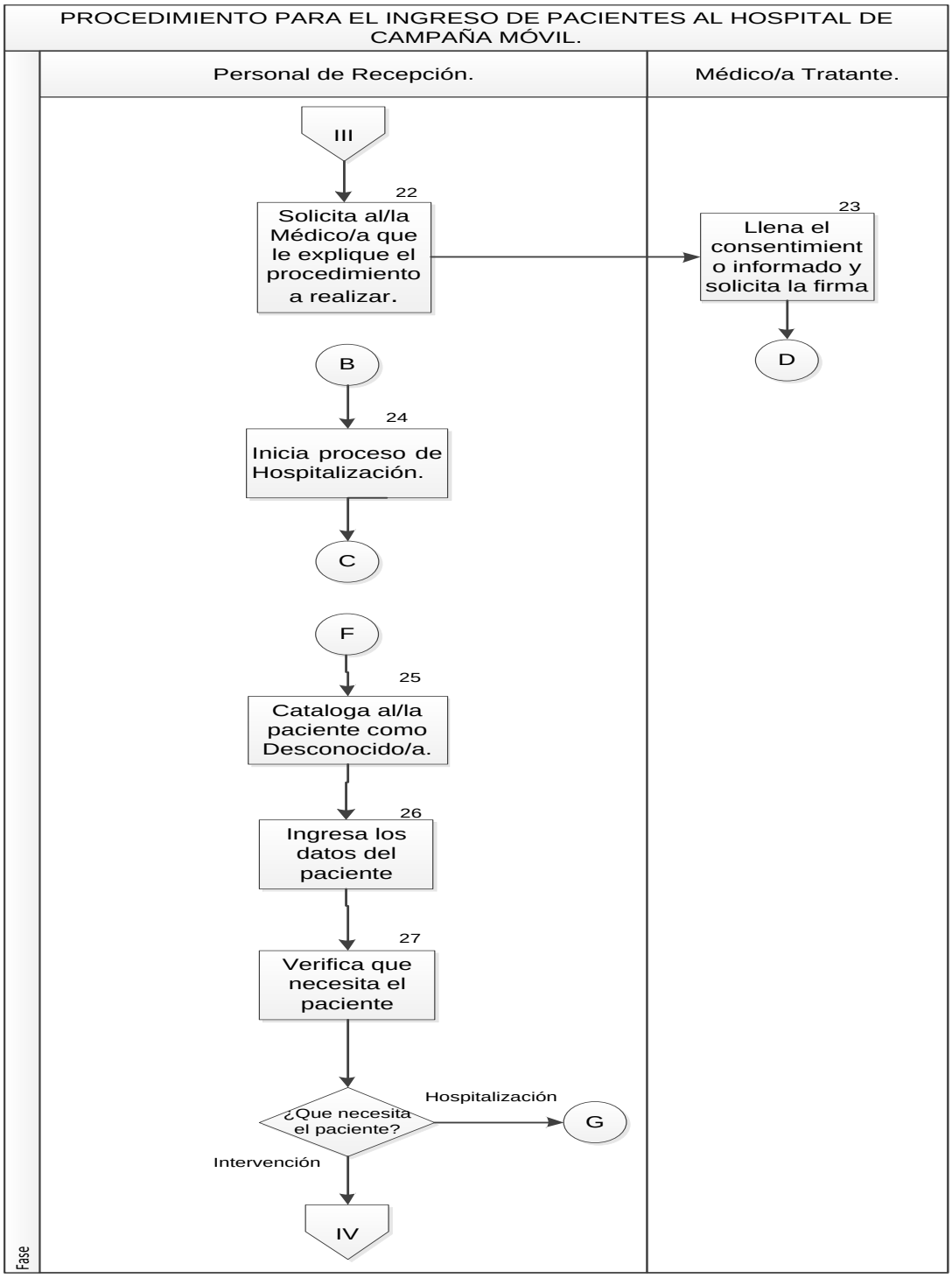
		expediente clínico. Continúa en la actividad No 29.	
29	Personal de Recepción.	Inicia proceso de Hospitalización.	Personal de Recepción.
30		Notifica a la Dirección que el/la paciente está en calidad de desconocido.	
31		Refiere al servicio correspondiente.	
Fin del procedimiento			

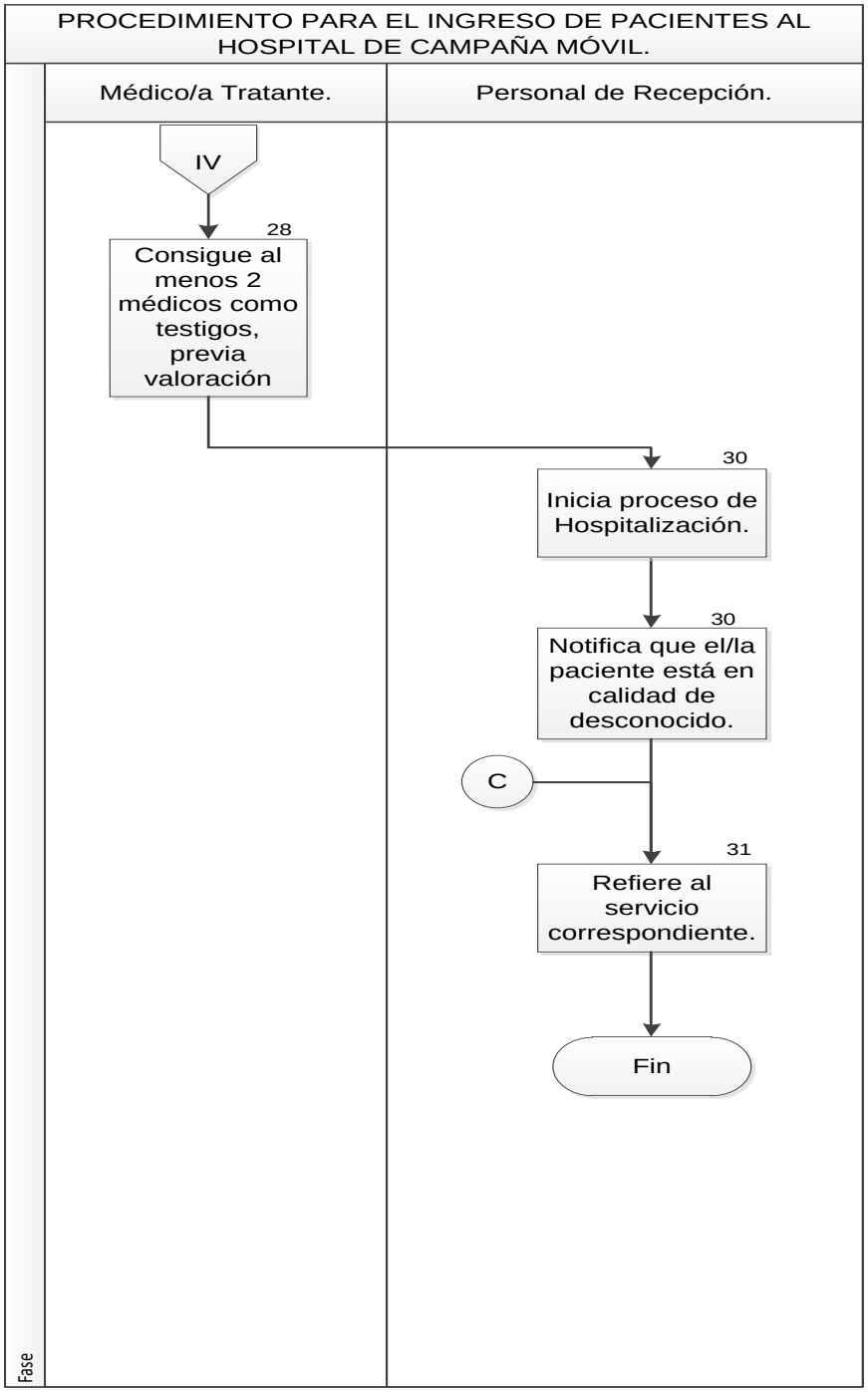
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.




PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.
Médico/a Tratante.
Personal de Recepción.
Fase
I
8
Llena el consentimiento informado y solicita la firma
C
B
9
Inicia proceso de Hospitalización.
C
A
10
Verifica si puede proporcionar sus datos.
¿En qué estado llego?
Inconsciente
D
Consciente
11
Solicita los datos del/la paciente.
12
Ingresa los datos en el Sistema.
13
Verifica que necesita el paciente
¿Que necesita el paciente?
Hospitalización
E
Intervención
II


PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.
Personal de Recepción.
Médico/a Tratante.
II
14
Solicita al/la Médico/a que le explique el procedimiento a realizar.
15
Llena el consentimiento informado y solicita la firma
C
B
16
Inicia proceso de Hospitalización.
C
D
17
Busca en sus pertenencias una identificación
¿Se logró contactar con algún familiar?
No
F
Si
18
Contacta a los familiares para que acudan
19
Solicita a los familiares los datos
III
Fase


PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.
Personal de Recepción.
Médico/a Tratante.
III
22
Solicita al/la Médico/a que le explique el procedimiento a realizar.
23
Llena el consentimiento informado y solicita la firma
D
B
24
Inicia proceso de Hospitalización.
C
F
25
Cataloga al/la paciente como Desconocido/a.
26
Ingresa los datos del paciente
27
Verifica que necesita el paciente
¿Que necesita el paciente?
Hospitalización
G
Intervención
IV
Fase


PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.
Médico/a Tratante.
Personal de Recepción.
IV
28
Consigue al menos 2 médicos como testigos, previa valoración
30
Inicia proceso de Hospitalización.
30
Notifica que el/la paciente está en calidad de desconocido.
C
31
Refiere al servicio correspondiente.
Fin
Fase

7.6.16. PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS.

Tiempo Promedio: 4 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Adriana Cevada Cortes Personal del Almacén de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres ACC (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Identificar, separar y disponer de forma adecuada los residuos peligrosos biológicos infecciosos, a efectos de cumplir lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
2. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos – clasificación y especificaciones de manejo.
3. Guía de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005.

Políticas de Operación:

1. Los Servicios de Salud del Estado de Puebla realizará el convenio de recolección y disposición final de los RPBI.
2. La empresa encargada dotará al personal de limpieza de los contenedores y bolsas necesarias para la disposición a nivel hospitalario.
3. El/la personal de limpieza colocará los contenedores a solicitud del personal médico.
4. La empresa de limpieza dotará al personal del equipo de protección personal necesario para la recolección de los RPBI.
5. El/la personal encargado del área realizará capacitación semestral y al personal de nuevo ingreso en el manejo de los RPBI.
6. Para efectos de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos – clasificación y especificaciones de manejo se consideran residuos peligrosos biológico-infecciosos los siguientes:
    a. La sangre
    b. La sangre y los componentes de ésta, sólo en su forma líquida, así como los derivados no comerciales, incluyendo las células progenitoras, hematopoyéticas y las fracciones celulares o acelulares de la sangre resultante (hemoderivados).
    c. Los cultivos y cepas de agentes biológico-infecciosos

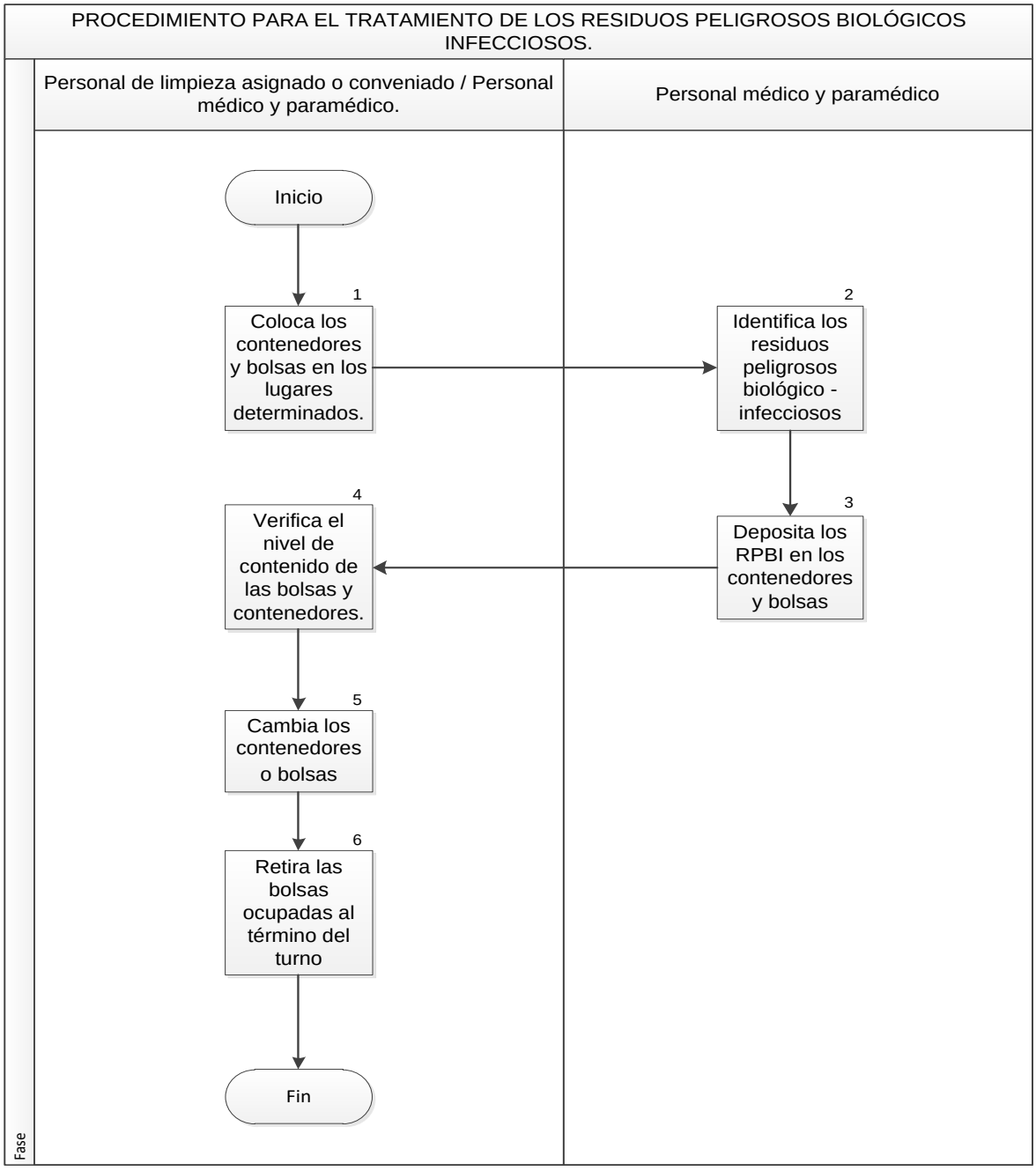
d. Los cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico e investigación, así como los generados en la producción y control de agentes biológico-infecciosos.
e. Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infecciosos.
f. Los patológicos
g. Los tejidos, órganos y partes que se extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica, que no se encuentren en formol.
h. Las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento.
i. Los cadáveres y partes de animales que fueron inoculados con agentes enteropatógenos en centros de investigación y bioterios.
j. Los residuos no anatómicos. Son residuos no anatómicos los siguientes:
k. Los recipientes desechables que contengan sangre líquida.
l. Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfalo-Raquídeo o líquido peritoneal.
m. Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.
n. Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas

	emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico. o. Materiales absorbentes utilizados en las jaulas de animales que hayan sido expuestos a agentes enteropatógenos. p. Los objetos punzocortantes q. Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.
Responsables	Servicios Generales y Logística
Áreas Involucradas	Urgencias y Consulta Externa; Hospitalización; Hospitalización Pediátrica; Hospitalización Adultos; Hospitalización Pediátrica; Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Servicios Quirúrgicos; Imagenología; Laboratorio Clínico.
Recursos	1. Bolsas rojas 2. Bolsas Amarillas 3. Contenedores 4. Bolsas negras
Glosario	RPBI: Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de limpieza asignado o conveniado / Personal médico y paramédico.	Coloca los contenedores y bolsas en los lugares previamente determinados.	Lista de verificación
2	Personal médico y paramédico	Identifica los residuos peligrosos biológico - infecciosos producidos de cualquier acto médico (Consultar la Norma Oficial Mexicana NOM-87-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo).	
3		Deposita los RPBI en los contenedores y bolsas correspondientes de acuerdo a sus características físicas	
4	Personal de limpieza asignado o conveniado / Personal médico y paramédico.	Verifica el nivel de contenido de las bolsas y contenedores.	
5		Cambia los contenedores o bolsas que sean necesarios por llegar al límite recomendado.	Lista de verificación
6		Retira las bolsas ocupadas al término del turno y colocarlas en séptico del área.	
Fin del Procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS.



7.6.17. PROCEDIMIENTO PARA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL.

Tiempo Promedio: 1 hora.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Araceli Zayas Jiménez Encargada de servicios Generales y Logística MAZJ (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Supervisar el mantenimiento y limpieza de los espacios que conforman al Hospital de Campaña Móvil, cada vez que estos sean utilizados para brindar atención a los usuarios, con el propósito de brindar una atención de calidad conforme a la normatividad aplicable.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-048-SSA1-1993. Que establece el método normalizado.
2. NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.

Políticas de Operación:

1. El área de Servicios Generales y Logística será la encargada de la limpieza en general a todos los espacios, así como la dotación de servicios en áreas comunes y específicas, la conservación de los recursos materiales para su optimización, distribución y acomodo de mobiliario, ubicación de zonas de limpieza general.
2. La limpieza en general del o los espacios serán conforme a las necesidades, así como estará provisto de los implementos necesarios para este trabajo.
3. El requerimiento, solicitud se hará por escrito mediante solicitud y mediante un chat telefónico solicitando el servicio y disposición: para darse de manera inmediata.
4. La limpieza será realizada por el personal asignado o conveniado para tal fin, solo en caso de no contar con este personal, el personal médico y paramédico del Hospital de Campaña Móvil realizara esta actividad.
5. El área de Servicios Generales y Logística será la responsable de elaborar el programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y el equipo que permita su desarrollo, a fin de realizar los servicios de mantenimiento generales de bombas de agua, gas medicinal, o gas que sirva de combustibles para calentamiento de agua y/o alimentos, y determinar desalojo de aguas y pendientes ideales. Así como la conservación de agua potable para usos propios. Todo ello apegado a normas y servicios.
6. El área de Servicios Generales y Logística será la responsable de elaborar proyectos de remodelación

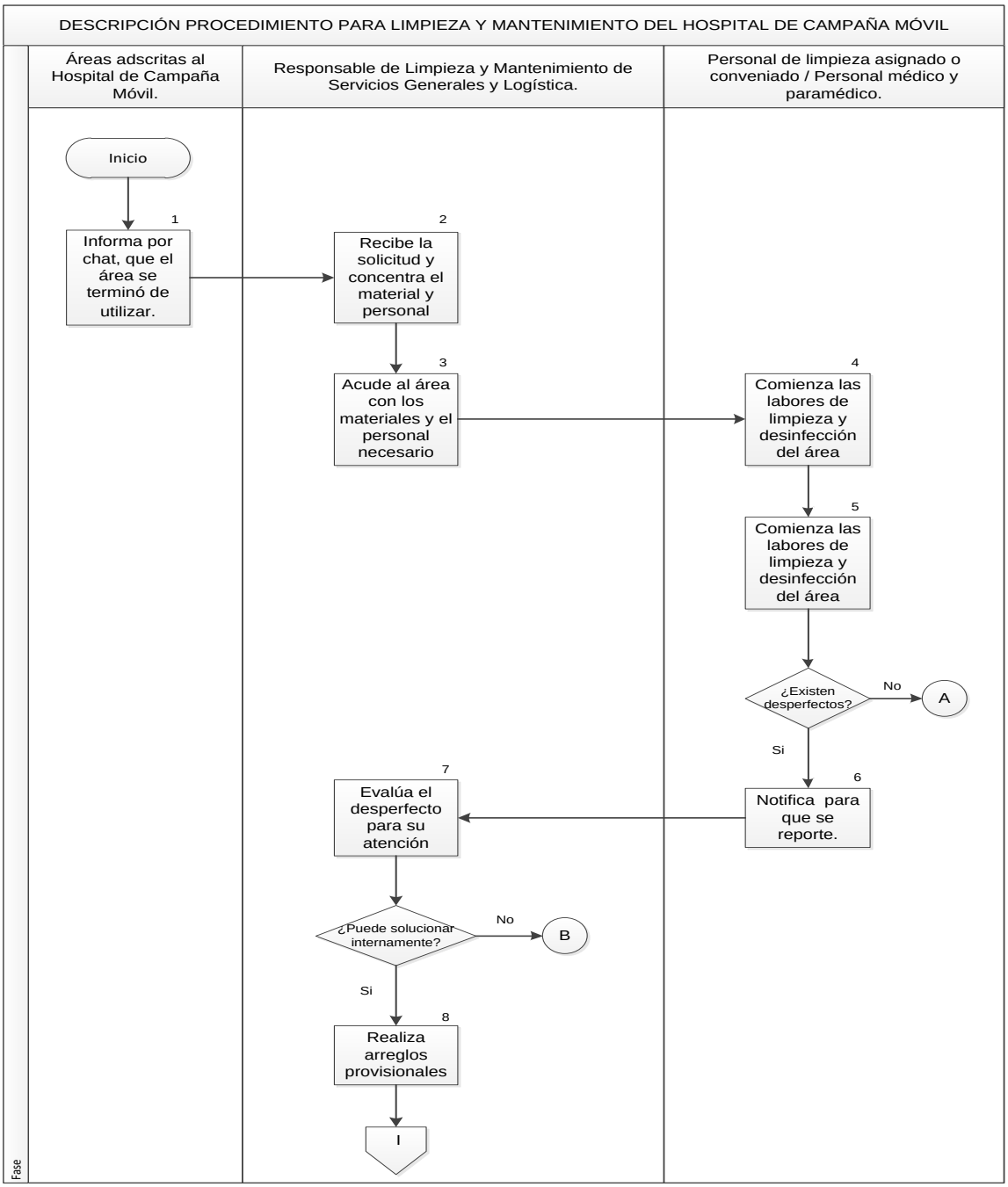
	y adaptación, reparación y mantenimiento de las áreas. 7. El área de Servicios Generales y Logística será la responsable Coordinar orientar y apoyar las actividades del personal adscrito al área de su competencia.
Responsables	Servicios Generales y Mantenimiento
Áreas Involucradas	Áreas adscritas al Hospital de Campaña Móvil.
Recursos	7. Recipiente de contenidos diversos como lo son cloro, pino, gel desinfectantes, sarricida, sanitizante, franelas, jergas, jaladores, escobas, cepillos largos y cortos, mechudos, jabón en polvo y shampoo para manos, y trastos de cocina, esponjas y fibras entre otros. 8. Cubetas medianas y grandes, bolsas para disposición de basura medias y grandes 9. Rollos de papel higiénico 10. Servilletas de papel, y manteles para mesa. 11. Trastos grandes para cocinar, en insumos básicos para comer (frios) 12. Cafeteras 2 pzas 13. Vasos y platos algunos (desechables) jarras y cubiertos de metal para lavar y reusar posteriormente, utensilios de cocina para preparar alimentos
Glosario	N/A.

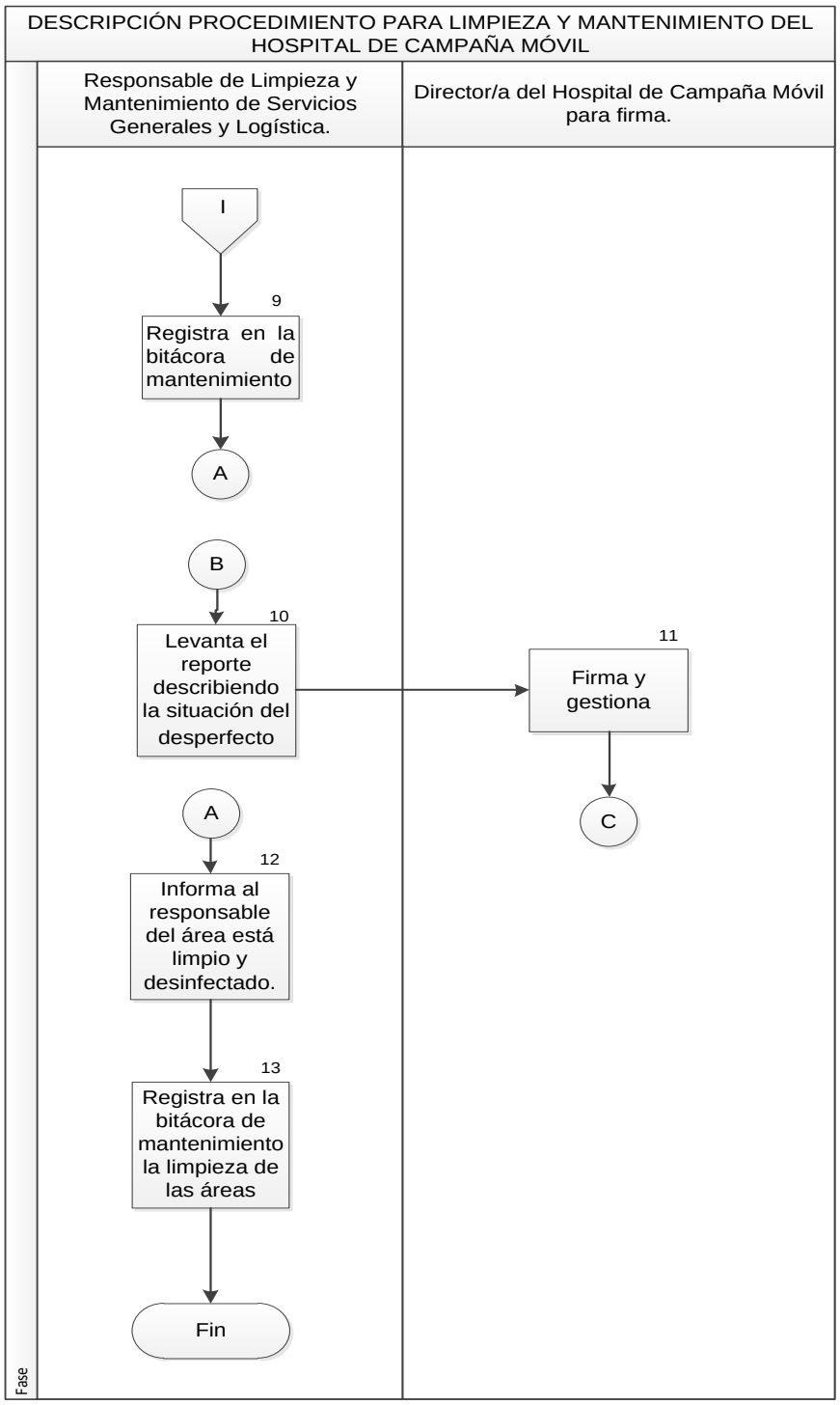
DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO PARA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Áreas adscritas al Hospital de Campaña Móvil.	Informa al área de Servicios Generales y Logística por medio del servicio de chat, que el área se terminó de utilizar.	
2	Responsable de Limpieza y Mantenimiento de Servicios Generales y Logística.	Recibe la solicitud por escrito y/o el mensaje de texto por chat telefónico y concentra el material y personal necesario para la limpieza y desinfección del área en cuestión.	
3		Acude al área con los materiales y el personal necesario.	
4	Personal de limpieza asignado o conveniado / Personal médico y paramédico.	Comienza las labores de limpieza y desinfección del área en cuestión.	
5		Verifica si existen desperfectos de infraestructura en el área atendida. ¿Existen desperfectos? Si: Continua en la actividad No. 6. No: Avanza a la actividad No. 12.	
6		Notifica al/la Responsable de Limpieza y Mantenimiento de Servicios Generales y Logística, para que lo reporte.	
7	Responsable de Limpieza y Mantenimiento de	Evalúa el desperfecto para su atención.	

	Servicios Generales y Logística.	¿El desperfecto se puede solucionar internamente? Si: Continua en la actividad No. 8. No: Avanza a la actividad No. 9.	
8		Realiza arreglos provisionales para que se continúe con la operatividad del Hospital de Campaña Móvil.	
9		Registra en la bitácora de mantenimiento los casos atendidos o por atender. Continúa en la actividad No. 12.	
10		Levanta el reporte describiendo la situación del desperfecto para gestionar la reparación y remite al/la Director/a del Hospital de Campaña Móvil para firma.	
11	Director/a del Hospital de Campaña Móvil para firma.	Firma y gestiona ante las áreas responsables de los Servicios de Salud del Estado de Puebla o las autoridades locales correspondientes. **Fin del Procedimiento.**	
12	Responsable de Limpieza y Mantenimiento de Servicios Generales y Logística.	Informa al responsable del área que el espacio está limpio y desinfectado.	
13		Registra en la bitácora de mantenimiento la limpieza de las áreas.	
Fin del Procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL




DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO PARA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL DE CAMPAÑA MÓVIL
Responsable de Limpieza y Mantenimiento de Servicios Generales y Logística.
Director/a del Hospital de Campaña Móvil para firma.
I
9
Registra en la bitácora de mantenimiento
A
B
10
Levanta el reporte describiendo la situación del desperfecto
11
Firma y gestiona
C
A
12
Informa al responsable del área está limpio y desinfectado.
13
Registra en la bitácora de mantenimiento la limpieza de las áreas
Fin
Fase

7.6.18. PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE INSUMOS, EQUIPO MÉDICO Y MATERIAL DE CURACIÓN.

Tiempo Promedio: 3 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Iván Gerardo Rodríguez Hernández Responsable del Almacén de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres IGRH (USUMD) Octubre 2018	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**	**Omar Felipe Rodríguez Guridi Titular de la Unidad del Sistema de Urgencias Médicas y Desastres OFRG (USUMD) Octubre 2018**

Objetivo	Describir los pasos necesarios para la entrega y recepción al personal médico y paramédico de los insumos, equipo médico y materia de curación necesarios para la operación del Hospital de Campaña Móvil.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM-005-STPS-1998. Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas. 2. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Políticas de Operación: 1. El personal del almacén que reciba el material deberá verificar que la caducidad de los bienes sea dentro de lo establecido a partir de la recepción de los bienes, salvo los casos en que por el tipo de material el área requirente justifique que ésta pueda ser inferior o no aplique. Las excepciones deberán estar amparadas con carta compromiso de canje de los bienes por parte del proveedor.
Responsables	Almacén.
Áreas Involucradas	Áreas adscritas al Hospital de Campaña Móvil.
Recursos	14. Insumos 15. Medicamento 16. Equipo Medico 17. Equipo Quirúrgico 18. Espacio físico
Glosario	EMT: Equipo Médico de Emergencias. ALMACEN El presente manual contiene los procedimientos que realiza el Departamento, así como las normas y políticas a seguir para el mejor desempeño

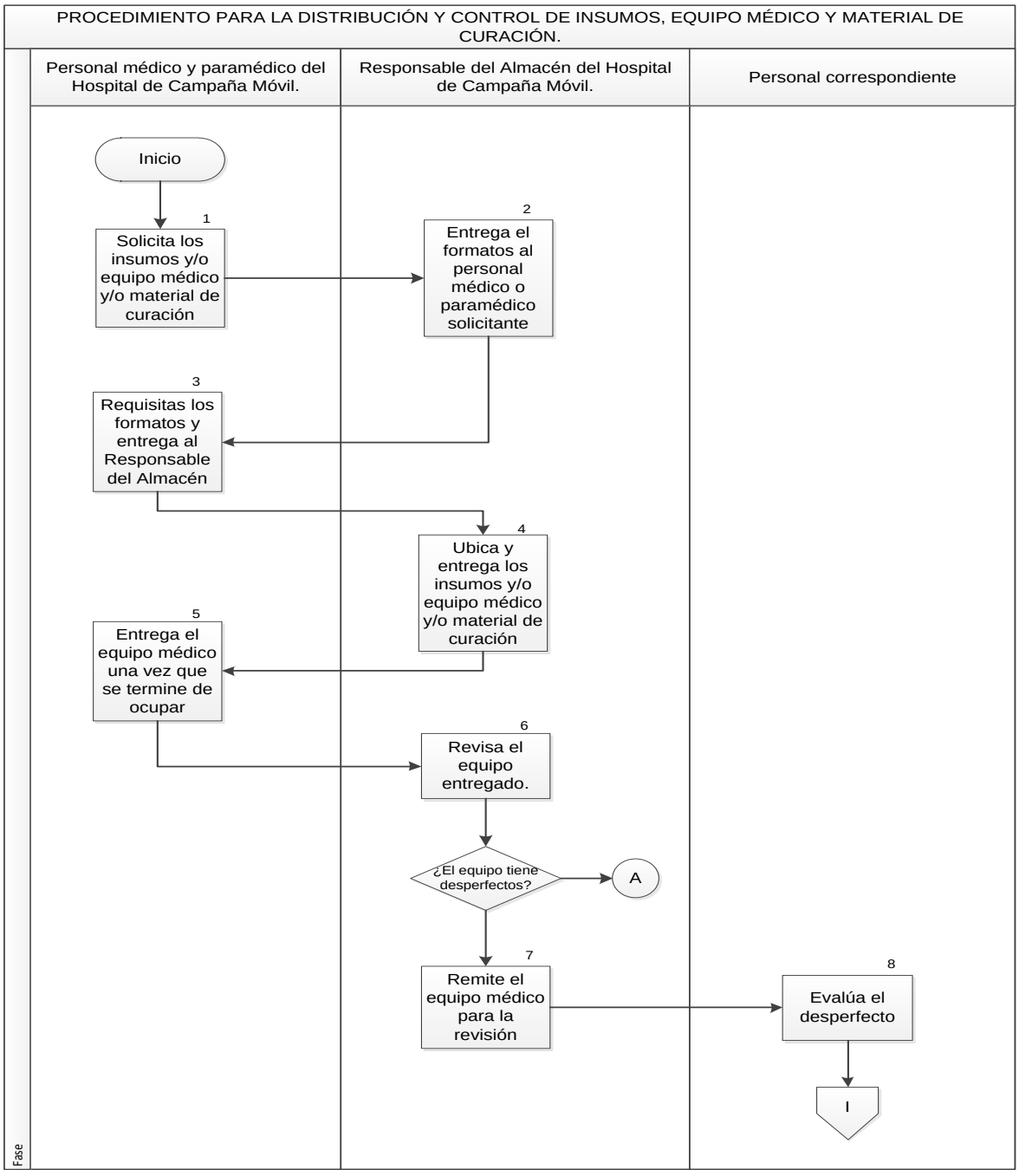
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE INSUMOS, EQUIPO MÉDICO Y MATERIAL DE CURACIÓN.

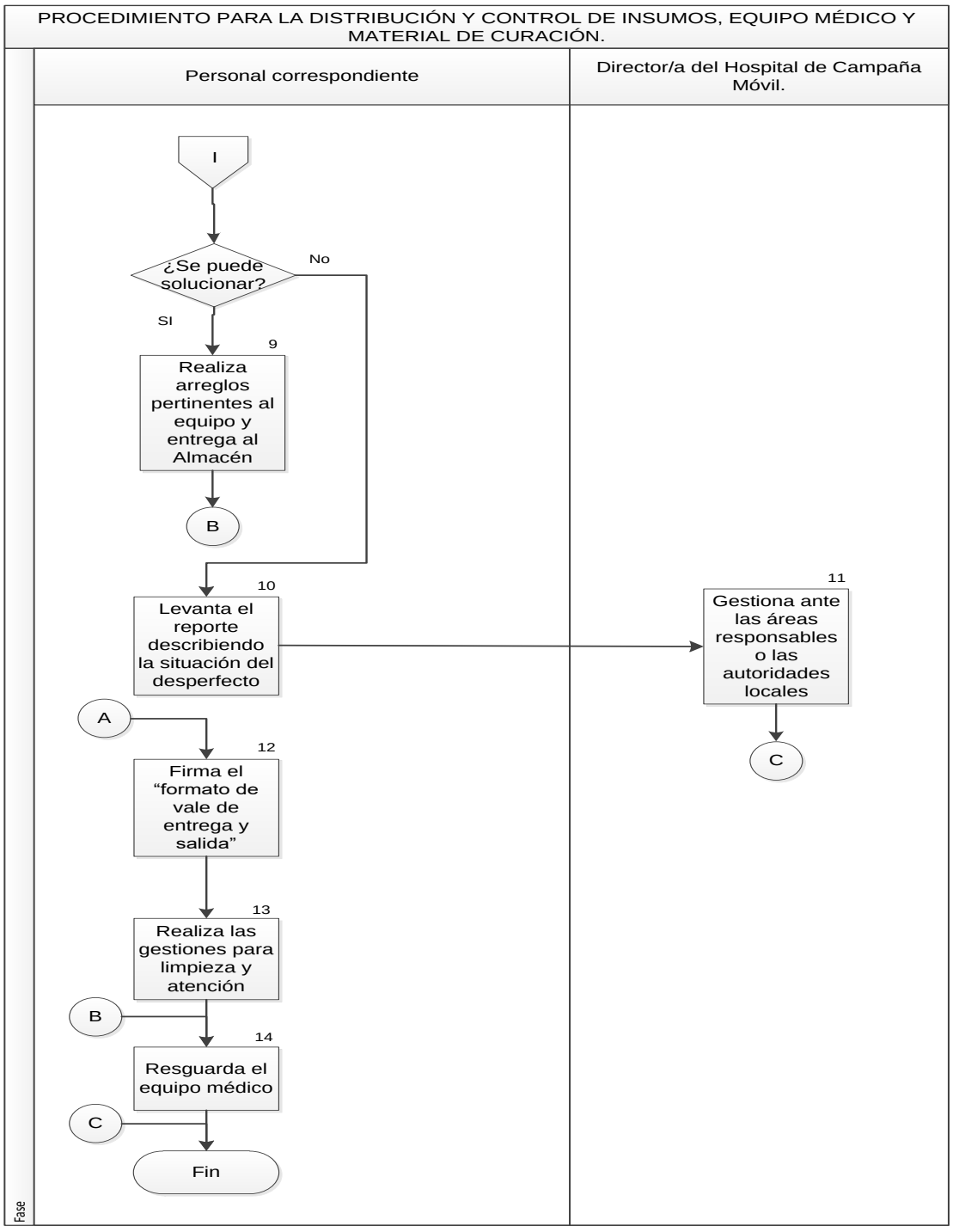
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento.			
1	Personal médico y paramédico del Hospital de Campaña Móvil.	Solicita los insumos y/o equipo médico y/o material de curación necesario para la operación de las áreas del Hospital de Campaña Móvil.	
2	Responsable del Almacén del Hospital de Campaña Móvil.	Entrega el "formato de solicitud de insumos y material de curación" y si fuese el caso el "formato de vale de entrega y salida" (para equipo médico) al personal médico o paramédico solicitante.	Formato de solicitud de insumos y material de curación. Formato de vale de entrega y salida.
3	Personal médico y paramédico del Hospital de Campaña Móvil.	Requisita el "formato de solicitud de insumos y material de curación" y si fuese el caso el "formato de vale de entrega y salida" colocando la descripción de los insumos y/o equipo médico y/o material de curación necesario, y entrega al Responsable del Almacén del Hospital de Campaña Móvil.	Formato de solicitud de insumos y material de curación. Formato de vale de entrega y salida.
4	Responsable del Almacén del Hospital de Campaña Móvil.	Ubica y entrega los insumos y/o equipo médico y/o material de curación solicitado. Nota: en caso del equipo médico deberá de firmase el formato de vale de entrega y salida por el personal médico y/o paramédico, ya que estos serán los responsables de dicho equipo.	

5	Personal médico y paramédico del Hospital de Campaña Móvil.	Entrega el equipo médico una vez que se termine de ocupar al Responsable del Almacén del Hospital de Campaña Móvil.	
6	Responsable del Almacén del Hospital de Campaña Móvil.	Revisa el equipo entregado. ¿El equipo tiene desperfectos? Si: Continua en la actividad No. 7 No: Avanza a la actividad No. 12.	
7		Remite el equipo médico para la revisión correspondiente por parte del personal correspondiente.	
8	Personal correspondiente.	Evalúa el desperfecto para su atención. ¿El desperfecto se puede solucionar internamente? Si: Continua en la actividad No. 9. No: Avanza a la actividad No. 10.	
9		Realiza arreglos pertinentes al equipo y entrega al Almacén para su resguardo. Continúa en la actividad No. 14.	
10		Levanta el reporte describiendo la situación del desperfecto para gestionar la reparación y remite al/la Director/a del Hospital de Campaña Móvil para firma.	
11	Director/a del Hospital de Campaña Móvil.	Firma y gestiona ante las áreas responsables de los Servicios de Salud del Estado de Puebla o las autoridades locales correspondientes. **Fin del Procedimiento.**	

12	Responsable del Almacén del Hospital de Campaña Móvil.	Firma el “formato de vale de entrega y salida”, para asegurar que el equipo fue entregado de manera correcta.	Formato de vale de entrega y salida.
13		Realiza las gestiones correspondientes para limpieza y atención del equipo médico.	
14		Resguarda el equipo médico.	
Fin del Procedimiento.			

DIAGRAMA FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE INSUMOS, EQUIPO MÉDICO Y MATERIAL DE CURACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE INSUMOS, EQUIPO MÉDICO Y MATERIAL DE CURACIÓN.
Personal correspondiente
Director/a del Hospital de Campaña Móvil.
I
¿Se puede solucionar?
No
SI
9
Realiza arreglos pertinentes al equipo y entrega al Almacén
B
10
Levanta el reporte describiendo la situación del desperfecto
11
Gestiona ante las áreas responsables o las autoridades locales
C
A
12
Firma el "formato de vale de entrega y salida"
13
Realiza las gestiones para limpieza y atención
B
14
Resguarda el equipo médico
C
Fin
Fase

7.7. PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE JURISDICCIONES SANITARIAS

7.7.1. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN, SOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS EMITIDAS POR LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS Y RECIBIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Tiempo Promedio: 5 días		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
 **Yalina Nizarindani Girón Herrera Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos YNGH (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Dar solución a todas las inconformidades emitidas por los usuarios de los servicios a la Secretaria de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Plan Nacional de Salud.
2. Plan Estatal de Salud.
3. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Políticas de Operación:

1. El tiempo de respuesta a las quejas enviadas a las áreas, serán cinco días hábiles.
2. Toda respuesta recibida por parte de las áreas, deben contener una propuesta de mejora.
3. Se deberán establecer las bases para corregir o perfeccionar actitudes o prácticas en la prestación de los servicios por medio de estadísticas.
4. Se deberá tener una visión integral de la percepción de los/las usuarios/as.
5. Los/las Directores/as de los Hospitales Generales, Comunitarios CIS, CESSA y Centros de Salud, serán responsables una vez notificada la queja, sugerencia o felicitación.
6. Los motivos de las quejas, específicamente los de carácter especial, serán tratados con discreción durante proceso de seguimiento y en las instancias correspondientes.
7. Se deberá mantener contacto con los/las quejosos/as excepto en la entrada de Atención Ciudadana de la Oficina del Ejecutivo del Estado, para la procuración de la satisfacción de los/las derechohabientes.
8. Dar seguimiento a todas las quejas, por medio de llamadas a los/las quejosos/s.
9. Se deberán dar de alta todas las quejas, sugerencias o felicitaciones en la base de datos de la Unidad de Vinculación.
10. Los/las Titulares de las 10 Jurisdicciones deberán informar inmediatamente algún riesgo a los Servicios de Salud.
11. Los/las Supervisores/as de Equipos Zonales deberán informar de aquellas zonas geográficas que pongan en riesgo a las Unidades de Salud.
12. La Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias deberá contar con un enlace de orientación

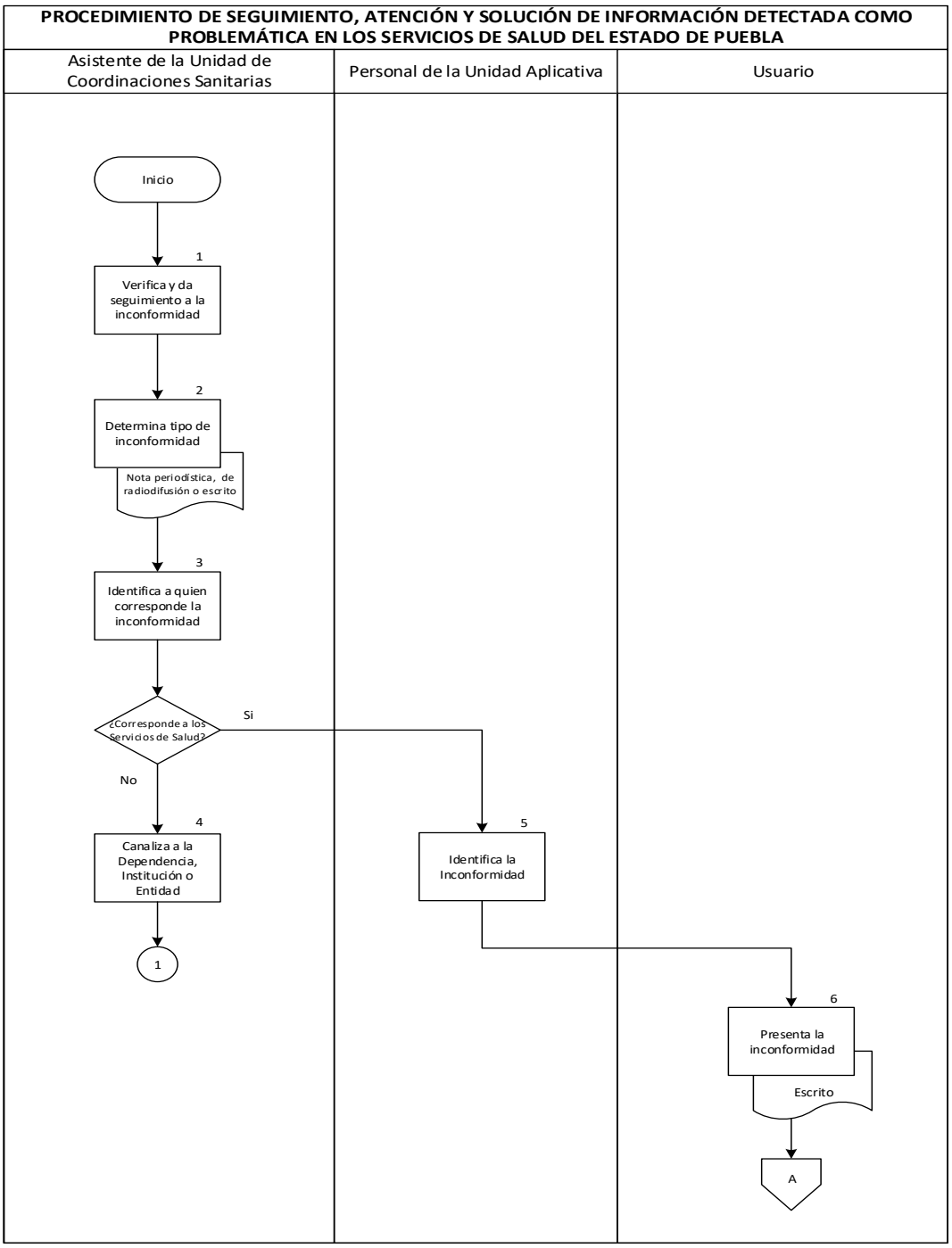
	a través del cual se canalice a los/las solicitantes con el departamento correspondiente.
Responsables	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. 10 Jurisdicciones Sanitarias|
Áreas Involucradas	Unidad de Gestión Ciudadana. 10 Jurisdicciones Sanitarias. Unidades de primer y segundo nivel.
Recursos	Nota periodística, de radiodifusión o escrito, Tarjeta informativa
Glosario	**Usuario/a:** Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. **Inconformidad:** Manifestación de una queja que presenta el/la usuario/a del servicio subrogado de botica, ante los módulos previamente establecidos para ello. **CIS:** Centro Integral de Servicios **CESSA**: Centros de Salud con Servicios Ampliados

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN, SOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS EMITIDAS POR LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS Y RECIBIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

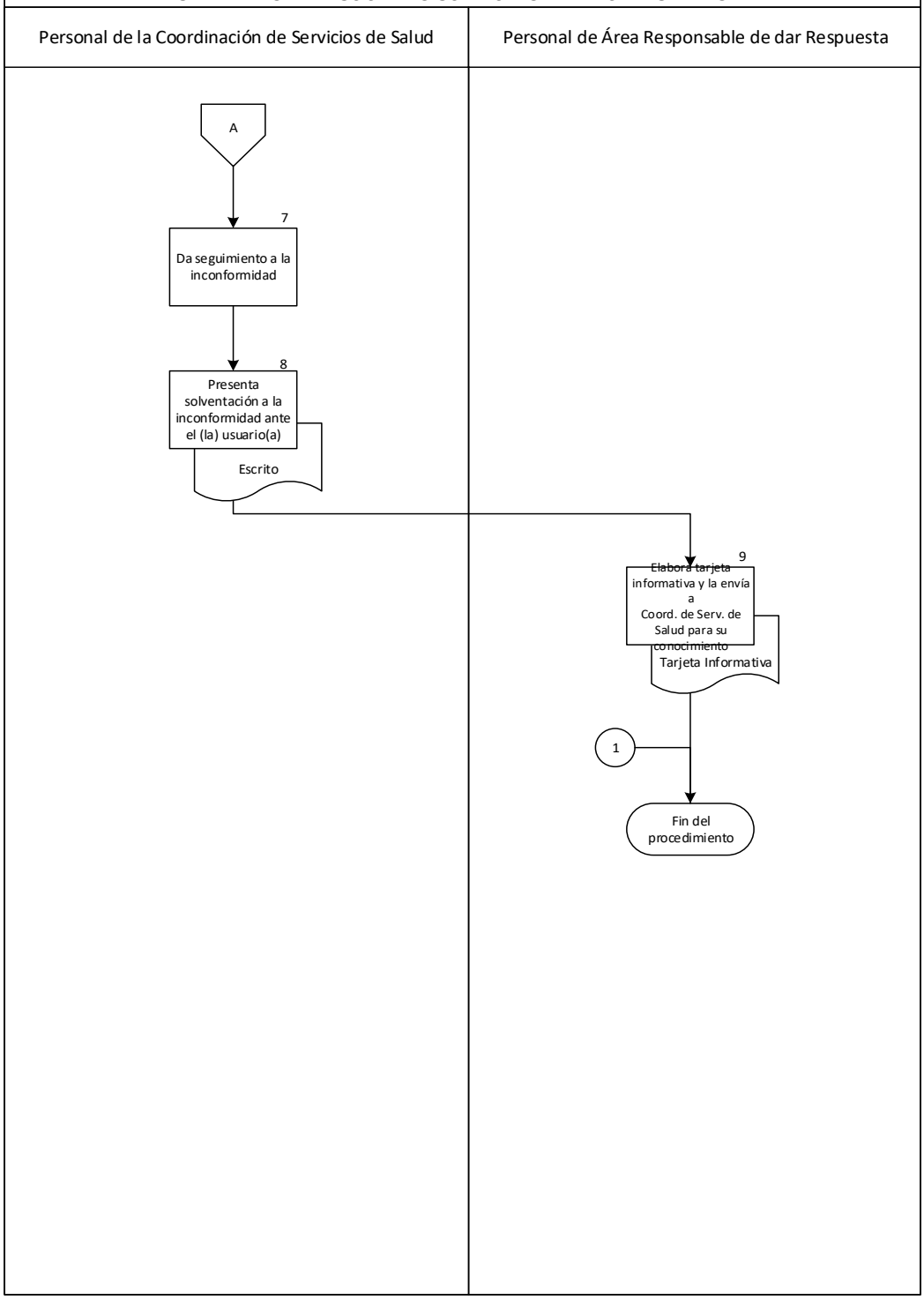
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Asistente de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Verifica y da seguimiento a la inconformidad.	Informe
2		Determina tipo de inconformidad, puede ser por: Teléfono. (Call Center).	Nota periodística, de radiodifusión o escrito

		Nota periodística o de radiodifusión.	
3		Identifica a quien corresponde la inconformidad. ¿Corresponde a los Servicios de Salud? Si: Continúa en la actividad No. 5. No: Continúa en la actividad No. 4.	S/D
4		Canaliza a la Dependencia, Institución o Entidad correspondiente. **Fin del procedimiento.**	S/D
5	Personal de la Unidad Aplicativa	Identifica la inconformidad.	S/D
6	Usuario/a	Presenta la inconformidad por escrito.	Escrito
7	Asistente de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Da seguimiento a la inconformidad.	S/D
8		Presenta solventación a la inconformidad ante el/la usuario/a.	Escrito
9	Personal del área responsable de dar respuesta	Elabora tarjeta informativa de los acontecimientos y se envía a la Coordinación de Servicios de Salud, para su conocimiento.	Tarjeta informativa
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN, SOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS EMITIDAS POR LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS Y RECIBIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

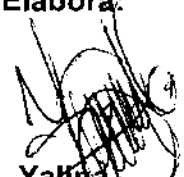


PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO, ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE INFORMACIÓN DETECTADA COMO PROBLEMÁTICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



7.7.2. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS Y REVISIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD

Tiempo Promedio: 90 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 **Yalina Nizarindani Girón Herrera Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos YNGH (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Cumplir con la evaluación, análisis e implementación de estrategias de mejora de los 27 Indicadores Jurisdiccionales, en relación con las metas realizadas por cada una de las Jurisdicciones Sanitarias.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programa Institucional. 2. Plan Estatal de Salud. 3. Modelo Integrador en Salud. 4. Indicadores Caminando a la Excelencia. Programación Anual de Metas e Indicadores. Políticas de Operación: 1. La Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, es responsable de evaluar y dar los resultados a las Unidades Médicas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla a través de la información establecida en el Sistema de Salud. 2. La Subdirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, es responsable de analizar los indicadores de acuerdo a los programas y a los 33 indicadores establecidos. 3. Las Jurisdicciones Sanitarias, son responsables de verificar, coordinar y aplicar estrategias para la mejora de los indicadores jurisdiccionales así como la captura de los indicadores en el Sistema de Información Estatal en Salud. 4. La Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias, responsable de vigilar y dar seguimiento a las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas de primer y segundo nivel de atención.
Responsables	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
Áreas Involucradas	Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. Subdirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. 10 Jurisdicciones Sanitarias. Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. Unidades Médicas de primer y segundo nivel de atención.
Recursos	Oficio, Correo electrónico, Plataforma de información, Correo electrónico.

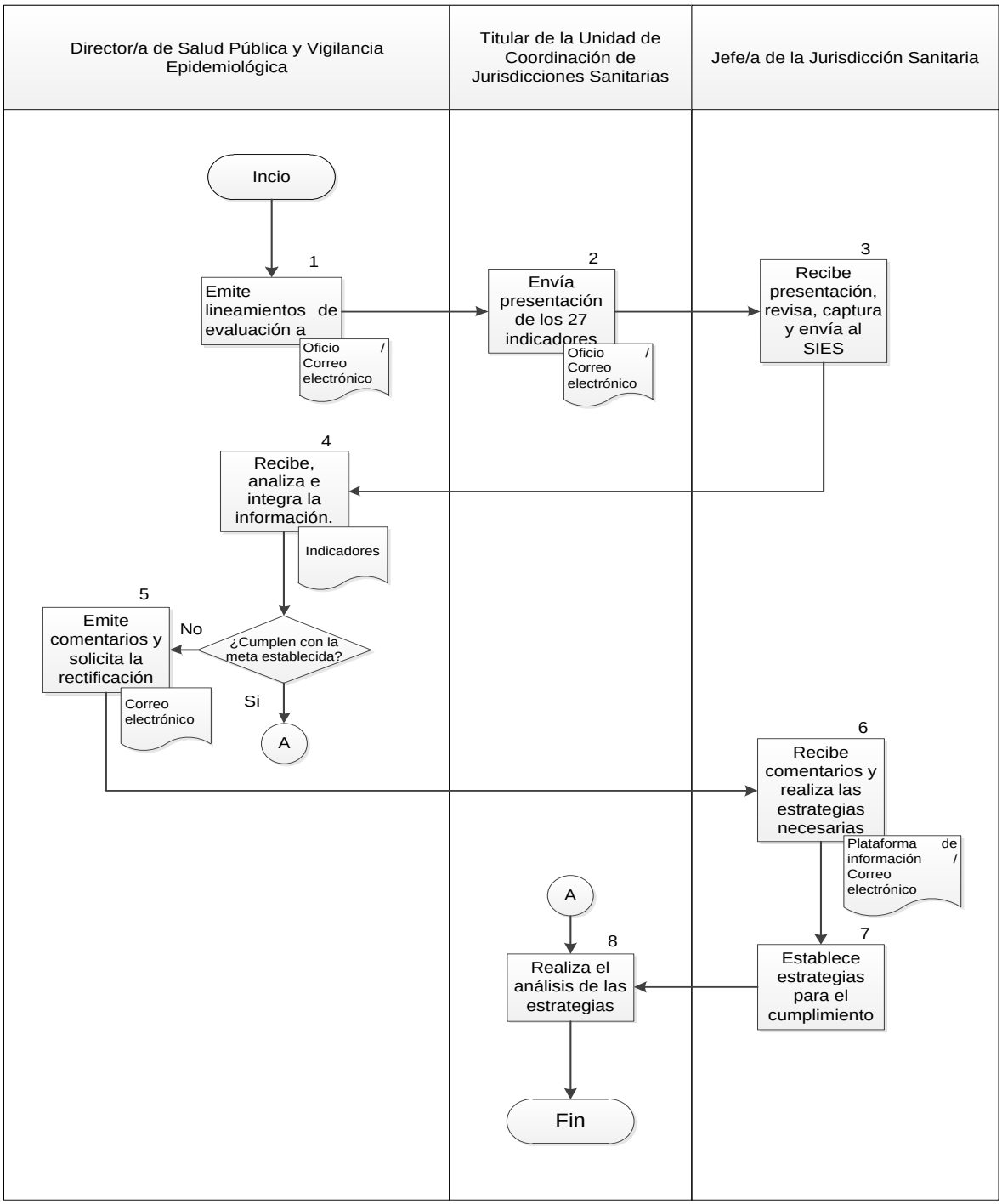
Glosario	Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficiencia y eficacia, con que han llevado a cabo los procedimientos. Proceso: Una serie de cosas que siguen una a otra y que marcha hacia adelante (progreso), desarrollo o marcha de alguna cosa. Estrategia: Principios y rutas fundamentales que orientan el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar. Indicador: Un indicador es, fundamentalmente, un cuantificador que permite asignarle un valor específico a una variable conceptual a fin de que ésta sea valorada. Jurisdicción Sanitaria: Unidad técnico-administrativa desconcentrada por región, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia. POA: Programa Operativo Anual, es un instrumento de planeación que propicia la optimización del uso de recursos de la Institución. SIES: Sistema de Información Estatal en Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS Y REVISIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Emite lineamientos de evaluación a los departamentos de los programas, a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias y a las 10 Jurisdicciones Sanitarias, a través de oficio y correo electrónico. Solicita información con periodicidad mensual.	Oficio Correo electrónico

2	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Envía presentación de los 27 indicadores jurisdiccionales, mediante correo electrónico.	Oficio Correo electrónico
3	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe presentación, revisa, captura y envía al SIES y la turna por correo electrónico al Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Plataforma de información Correo electrónico
4	Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe, analiza e integra la información. ¿Los indicadores cumplen con la meta establecida? Si: Continúa en la actividad No. 8. No: Continúa en la actividad No. 5.	Indicadores
5		Emite comentarios y solicita la rectificación de la información al/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, vía correo electrónico.	Correo electrónico
6	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe comentarios y realiza las estrategias necesarias para lograr los objetivos del/los programa(s) correspondiente(s), captura en la plataforma de información y envía por correo electrónico.	Plataforma de información Correo electrónico
7		Establece estrategias para el cumplimiento y mantenimiento de la meta correspondiente.	Plataforma de información
8	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Realiza el análisis de las estrategias establecidas por cada Jurisdicción y da seguimiento mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS Y REVISIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD



7.7.3. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A LA PETICIÓN DE INSUMOS E INFRAESTRUCTURA.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 **Yalina Nizarindani Girón Herrera Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos YNGH(UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar las peticiones de las Unidades de Salud de Primero y Segundo Nivel de atención a las áreas correspondientes para el beneficio de los/las usuarios/as de los programas, con la finalidad de contribuir en la mejora de la atención.

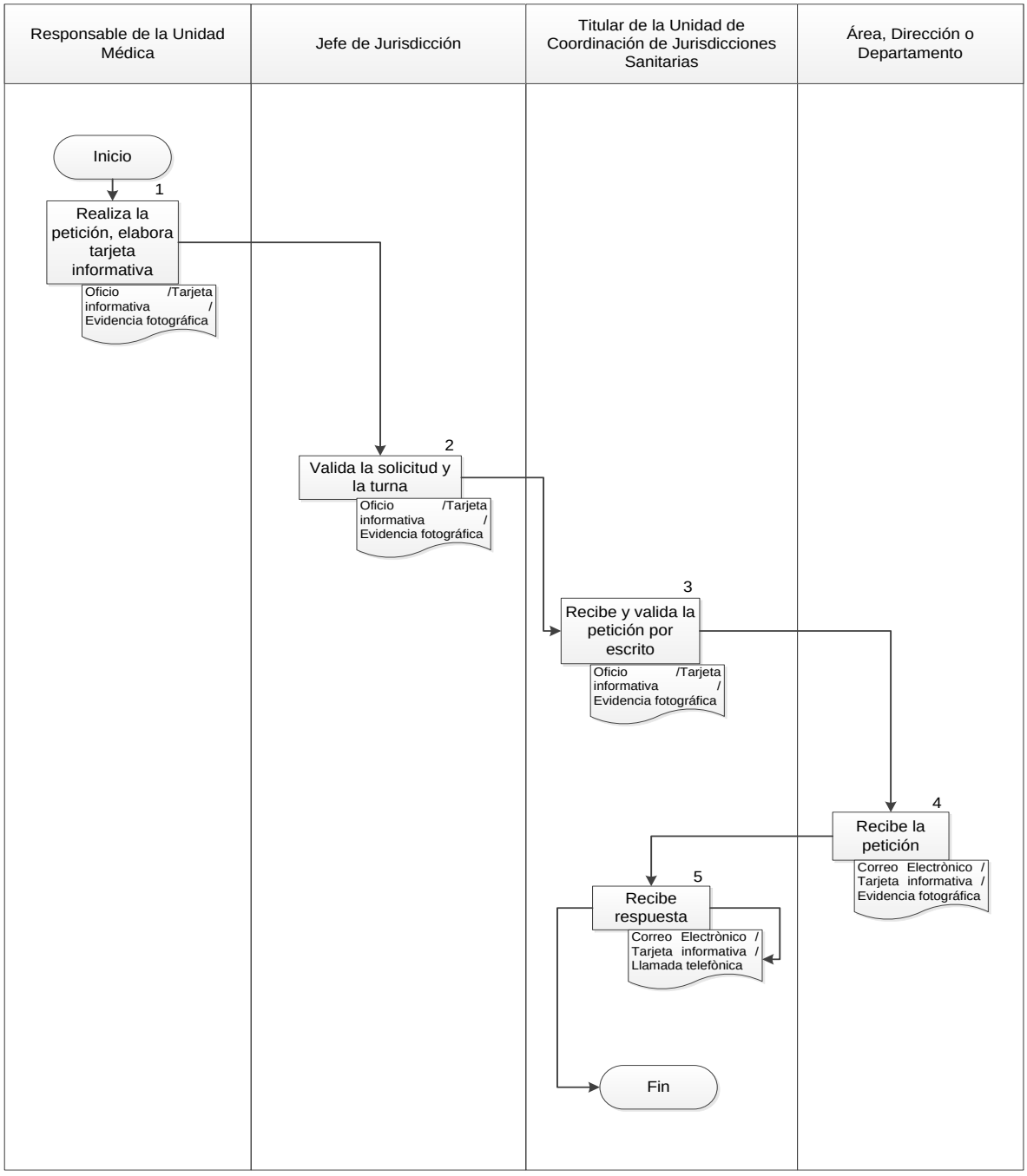
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programa Institucional. 2. Plan Estatal de Salud. 3. Modelo Integrador en Salud. 4. Reglamento Interior. 5. Condiciones Generales de Trabajo. 6. Reglamento de Insumos para la Salud. Políticas de Operación: 1. La Jurisdicción Sanitaria debe Informar oportunamente las necesidades de las unidades a través de oficio. 2. La Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias coadyuvará a la gestión emitiendo a las áreas correspondientes las diferentes peticiones.
Responsables	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias. Centros de Salud. Centro Integrador de Servicios. Centros de Salud con Servicios Ampliados. Hospitales Generales. Hospitales Comunitarios. Unidades de Atención.
Recursos	Escrito y/o llamada telefónica, Evidencia fotográfica, Oficio, Tarjeta informativa, Correo electrónico.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A LA PETICIÓN DE INSUMOS E INFRAESTRUCTURA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Responsable de la Unidad Médica	Realiza la petición, elabora tarjeta informativa y oficio de las necesidades de insumos, y estatus de la infraestructura y turna al Jefe de la Jurisdicción.	Oficio Tarjeta informativa Evidencia fotográfica
2	Jefe de Jurisdicción	Valida la solicitud de la Unidad Médica y la turna a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Oficio Tarjeta informativa Evidencia fotográfica
3	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Recibe y valida la petición por escrito y/o llamada telefónica, fundamentada y con evidencia fotográfica y gestiona en el área correspondiente.	Oficio Tarjeta informativa Evidencia fotográfica
4	Área, Dirección o Departamento	Recibe la petición, para su atención.	Correo electrónico Tarjeta informativa Evidencia fotográfica
5	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Recibe respuesta de las diferentes áreas y/o solicita respuesta para dar seguimiento oportuno hasta su resolución a la petición gestionada.	Tarjeta informativa Llamada telefónica Correo electrónico
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A LA PETICIÓN DE INSUMOS E INFRAESTRUCTURA



7.7.4.PROCEDIMIENTO PARA COADYUVAR, ASESORAR Y SUPERVISAR LA INTEGRACIÓN DE LA REGIONALIZACIÓN DE PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONCERNIENTE A LAS JURISDICCIONES SANITARIAS.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 **Yajira Nizarindani Girón Herrera Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos YNGH(UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Impulsar y fortalecer los proyectos de salud en los 217 Municipios del Estado de Puebla.

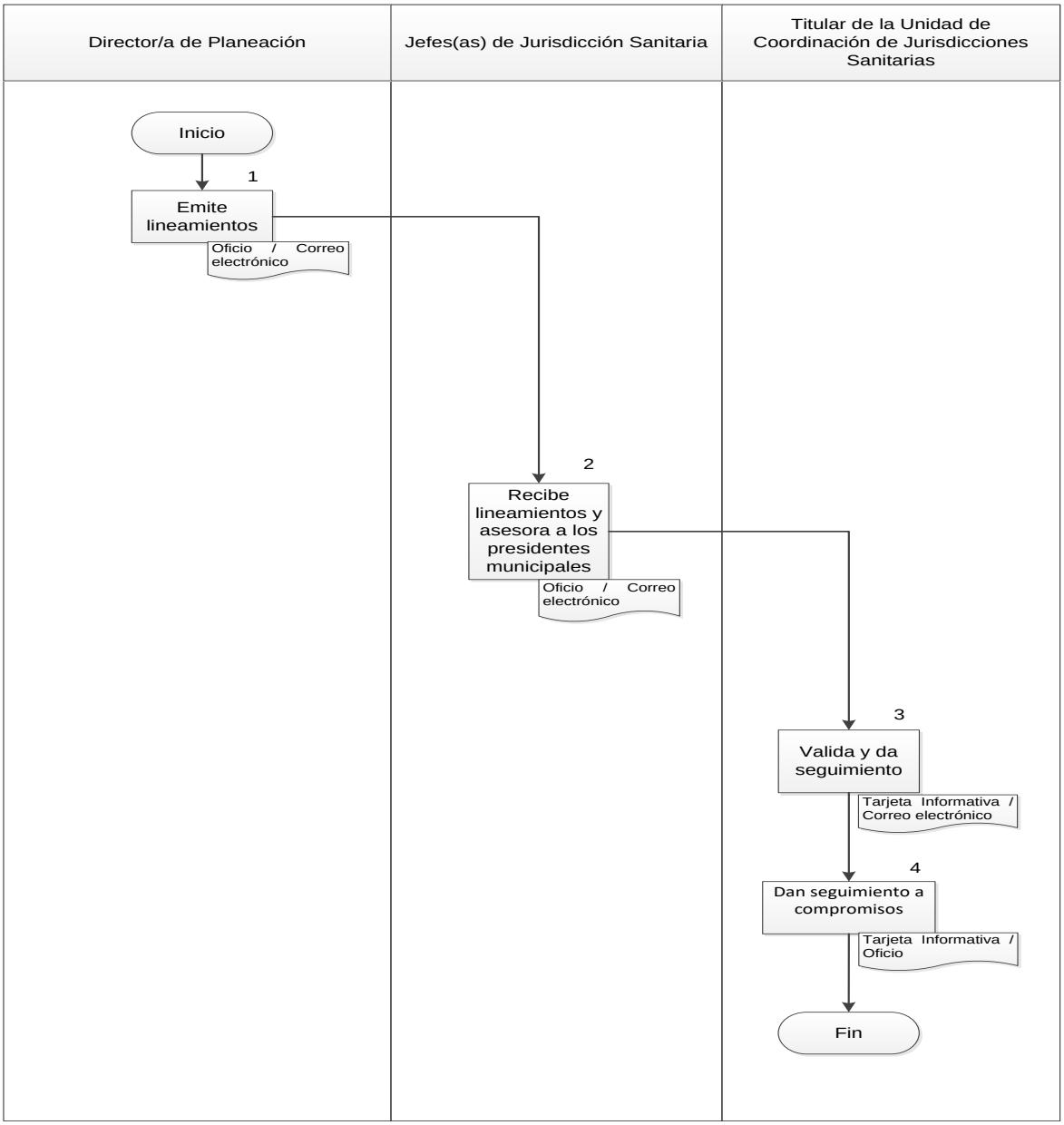
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programa Institucional. 2. Plan Estatal de Salud. 3. Promoción una Nueva Cultura. Políticas de Operación: 1. La Dirección de Planeación y Programación, es responsable de programar los proyectos de las unidades. 2. El Departamento de Promoción a la Salud, es responsable de dar a conocer los lineamientos para la participación de los municipios. 3. Las Jurisdicciones Sanitarias, son responsables de mantener la Distribución de la Población de Responsabilidad Institucional, de mantener actualizada la regionalización por zonas y de impulsar los proyectos en coordinación con los municipios. 4. La Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias, responsable de vigilar y dar seguimiento a las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, y que las Jurisdicciones Sanitarias, se involucren en los proyectos municipales.
Responsables	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
Áreas Involucradas	Subdirección Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. 10 Jurisdicciones Sanitarias. Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. Municipios.
Recursos	Oficio, Correo electrónico, Tarjeta informativa.
Glosario	**Jurisdicción Sanitaria:** Unidad técnico-administrativa desconcentrada por región, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia.

Usuario/a: Toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA COADYUVAR, ASESORAR Y SUPERVISAR LA INTEGRACIÓN DE LA REGIONALIZACIÓN DE PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONCERNIENTE A LAS JURISDICCIONES SANITARIAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Planeación	Emite lineamientos a los municipios, a las Jurisdicciones Sanitarias vía oficio y correo electrónico.	Oficio Correo electrónico
2	Jefes(as) de Jurisdicción Sanitaria	Recibe lineamientos y asesora a los presidentes municipales sobre la elaboración de los proyectos de salud o al personal de su jurisdicción vía oficio y correo electrónico e informa a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones sanitarias.	Oficio Correo electrónico
3	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Valida y da seguimiento a los proyectos en salud e instruye al/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria para su participación en el seguimiento de los proyectos de salud que se hayan enviado a la Dirección de Planeación.	Correo electrónico Tarjeta informativa
4	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Dan seguimiento a compromisos municipales o jurisdiccionales hasta su conclusión.	Tarjeta informativa Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA COADYUVAR, ASESORAR Y SUPERVISAR LA INTEGRACIÓN DE LA REGIONALIZACIÓN DE PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONCERNIENTE A LAS JURISDICCIONES SANITARIAS.



7.7.5. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DERIVADO DE LAS SUPERVISIONES A UNIDADES MÉDICAS.

Tiempo Promedio: 7 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Yalina Nizarindani Girón Herrera Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos YNGH(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar supervisión, asesoría y capacitación a las Jurisdicciones y Unidades Médicas proporcionando los elementos técnicos y normativos que favorezcan su desempeño, con la finalidad de mejorar en forma permanente los servicios que se otorgan a la población en los Centros de Salud, a través de los equipos de zonales de Supervisión.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Salud. 2. Ley de Servidores Públicos. 3. Manual de Funciones y Actividades de los Equipos de Asesoría y Supervisión Zonal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, 2012. 4. Cédulas de Supervisión de Acreditación y Oportunidades. 5. Modelo Integrador de Atención a la Salud. Políticas de Operación: 1. Se deberá aplicar la normatividad establecida en las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Médicas de Salud. 2. Se capacitará a los integrantes de los equipos de supervisión sobre la correcta aplicación de políticas, normas y procedimientos, técnicos, médicos y administrativos.
Responsables	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
Áreas Involucradas	Equipos de Supervisión. 10 Jurisdicciones Sanitarias.
Recursos	Programa Anual de Trabajo, Cronograma anual, Cronograma mensual, Información SIES.
Glosario	Equipo Zonal: Es la parte sustantiva de los equipos de Asesoría y Supervisión de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Supervisión: Es un instrumento de control, que permite implementar las actividades de un programa. Ley General de Salud: Sustento jurídico que tiene por objeto, definir, reglamentar y regular sistemáticamente el derecho a la protección de la salud, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a la prestación de los servicios y precisando la concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas de Salubridad General. Atención médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Usuario: Toda aquella persona, de sexo masculino o femenino que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
Asesoría: Es una función de consejo y ayuda al personal supervisado, para corregir las condiciones de incumplimiento identificadas durante la supervisión.
Atención Primaria a la Salud: Es la asistencia sanitaria, basada en los métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con el espíritu de responsabilidad y autodeterminación.
Ejecución: Es la aplicación de los procedimientos y las técnicas para vigilar las acciones que se realicen de acuerdo a lo programado.
Evaluación: Es la medición cuantitativa y cualitativa de los resultados de la supervisión, de acuerdo a los objetivos, metas y normas establecidas.
Metas: Cuantificación de los objetivos a lograr en los ámbitos temporal y espacial, sus componentes son la descripción, la unidad de medida y el monto.
Referencia: Es la solicitud de valoración por otro servicio o unidad hospitalaria distinta a la que envía, en estos casos se llenará la hoja correspondiente con copia, la cual deberá constar en el expediente clínico.
Insumos: Cronograma Anual de Supervisión, Oficio de solicitud de la Jurisdicción, Cédulas de Supervisión.
UCJS: Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
SIES: Sistema de Información Estatal en Salud.

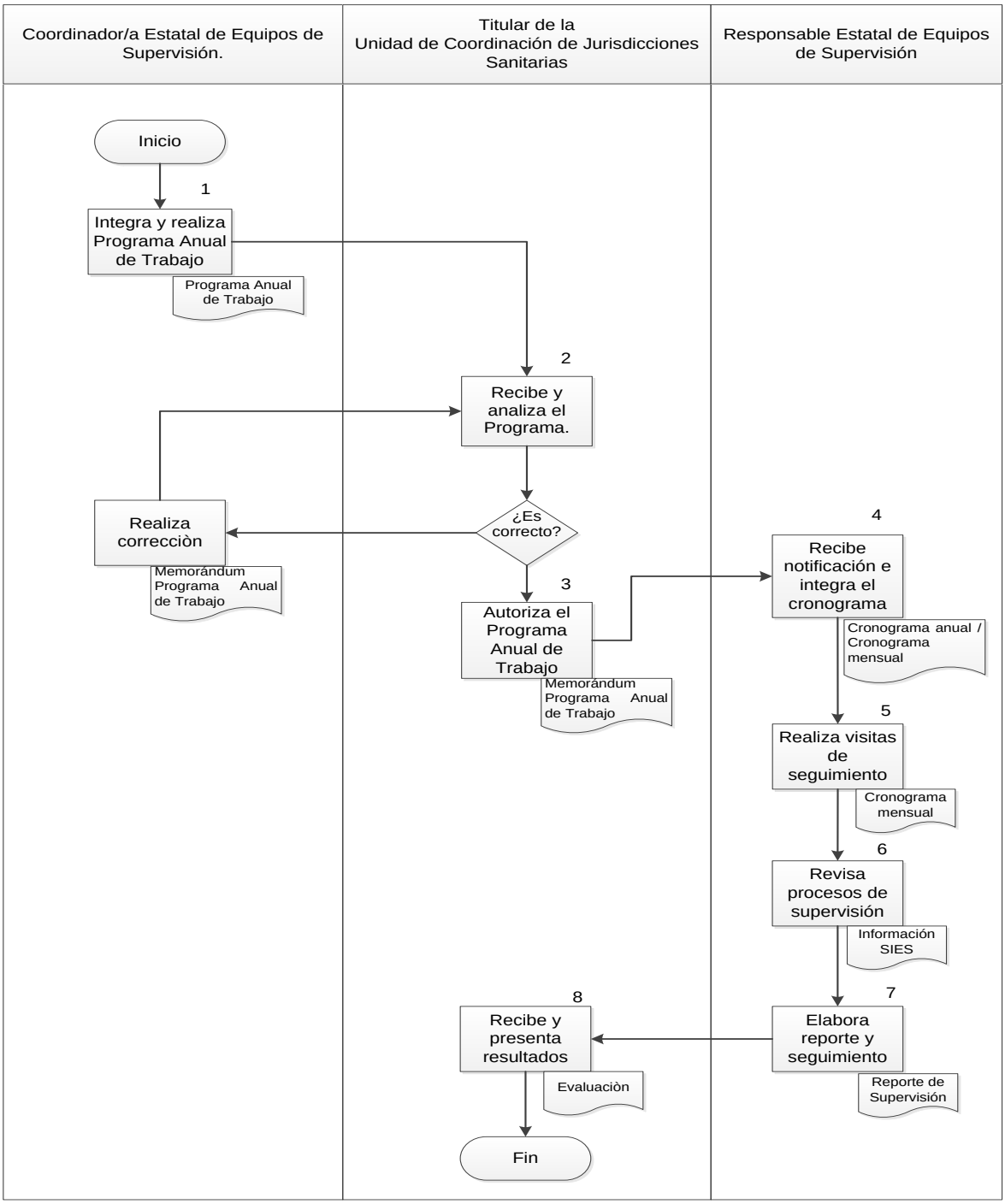
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DERIVADO DE LAS SUPERVISIONES A UNIDADES MÉDICAS

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Coordinador/a Estatal de Equipos de Supervisión.	Integra y realiza el Programa Anual de Trabajo y envía al Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias vía memorándum.	Programa Anual de Trabajo
2	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Recibe y analiza el Programa. ¿Es correcto? Si: Continúa en la actividad No. 4. No: Envía al Coordinador de Equipos Zonales para su corrección a través de memorándum.	Memorándum Programa Anual de Trabajo
3	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Autoriza el Programa Anual de Trabajo y notifica mediante memorándum al Coordinador/a Estatal de Equipos de supervisión.	Memorándum Programa Anual de Trabajo
5	Responsable Estatal de Equipos de Supervisión	Recibe notificación e integra el cronograma anual y mensual de visitas de supervisión, de acuerdo a cobertura de supervisión de los equipos zonales, número de problemas identificados y panorama epidemiológico.	Cronograma anual Cronograma mensual
6		Realiza visitas de seguimiento a las Unidades supervisadas	Cronograma mensual
7		Revisa los procesos de supervisión, cobertura e integración de la información.	Información SIES
8		Elabora el reporte y seguimiento de las visitas a los Centros de Salud y envía resultados al Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.	Reporte de Supervisión
9	Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones	Recibe y presenta los resultados de Equipos Zonales en reunión con los jefes de jurisdicción para su conocimiento, elaboración de	Evaluación

	Sanitarias	estrategias para la corrección de la problemática encontrada y seguimiento.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DERIVADO DE LAS SUPERVISIONES A UNIDADES MÉDICAS



7.7.6.PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ENTREGA - RECEPCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y PERSONAL PARA EL INICIO DE OPERACIONES DE UNIDADES MÉDICAS.

Tiempo Promedio: 90 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Yalina Nizarindani Girón Herrera **Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos YNGH(UCJS)** **Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara** **Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS)** **Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara** **Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Coordinar las actividades correspondientes a la entrega – recepción de la infraestructura, mobiliario y personal para iniciar operaciones en unidades médicas nuevas, remodeladas o ampliadas, con la finalidad optimizar dicho el proceso.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Norma Oficial Mexicana 005-SSA3-2010 Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
3. Norma Oficial Mexicana 016-SSA3-2012 Características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
4. Normas aplicables para el funcionamiento y acreditación de unidades médicas.
5. Procedimiento para el análisis de viabilidad de obra pública para ampliación de la infraestructura en salud.
6. Procedimiento para el análisis de viabilidad de obra pública nueva de infraestructura en salud.
7. Procedimiento para el análisis de viabilidad de obra pública para sustitución de la infraestructura en salud.
8. Procedimientos para la elaboración de anteproyectos médicos arquitectónicos.

Políticas de Operación:

1. Las actividades de entrega realizadas por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión se deberán realizar paralelamente a los procesos de reclutamiento, selección, contratación y capacitación de la Dirección de Operación de Personal.
2. Únicamente podrá recibir las unidades médicas de nueva creación, o aquellas sujetas a obra civil de ampliación o modificación estructural de cualquier tipo, el/la servidor/a público/a designado/a por autoridad competente.
3. Se deberá elaborar y remitir por parte de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias, el citatorio a los/las participantes del proceso de entrega-recepción con una anticipación mínima de 48 horas

	hábiles. 4. Los/las participantes de los actos de entrega - recepción serán los siguientes: a) El/la Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente. b) La Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias. c) El/la servidor/a público/a designado/a para recibir. d) Un representante de la DAS cuando la unidad médica objeto de entrega sea una unidad de segundo o tercer nivel de atención. e) Un representante de la DSPyVE cuando la unidad médica objeto de la entre sea del primer nivel de atención. f) Un representante de la Contraloría. g) Un representante de la DESS. 5. Los actos de entrega-recepción quedarán asentados en un Acta de Entrega – Recepción. 6. Los documentos que se deberán entregar en estos actos serán como mínimo los siguientes: a) Copia de los planos arquitectónicos, de instalaciones hidrosanitarias, eléctricas, gases, etc. b) Manuales de operación de los equipos instalados. c) Pólizas de garantía de los equipos instalados. d) Permiso de construcción. e) Relación de inmobiliario, equipamiento e insumos. f) Documento que ampare la capacitación al personal de mantenimiento en relación al uso y operación de los equipos y las instalaciones. 7. Será responsabilidad total del Departamento de Construcción la reparación de los vicios ocultos o de solicitar la aplicación de la fianza.
Responsables	Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
Áreas Involucradas	Unidades Médicas que se definen en el Modelo MIDAS (Centro de Salud, Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), Hospital Comunitario, Unidad de Especialidades Médicas (UNEME), Hospital General, Hospital de

	Especialidad. Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. Dirección de Atención a la Salud. Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. 10 Jurisdicciones Sanitarias.
Recursos	Memorándum u Oficio, Acta de entrega – recepción, Reporte de observaciones, Reporte BM01, Notificación
Glosario	Unidad Médica: Establecimiento físico que cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y destinado a proporcionar atención médica integral a la población. Área Médica: Referencia a conjunto o grupo de áreas adscritas a la Coordinación de Servicios de Salud del Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Inicio de Operaciones: Actividades de Gestión y Coordinación de los elementos, tales como Recursos Humanos, Infraestructura, Equipo, Capacitación; los cuales intervienen en la puesta en marcha de Unidades Médicas. MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud. DAS: Dirección de Atención a la Salud. DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. DESS: Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. UCJS: Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.

DESCRIPCIÓN DEL PARA COORDINAR LA ENTREGA - RECEPCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y PERSONAL PARA EL INICIO DE OPERACIONES DE UNIDADES MÉDICAS

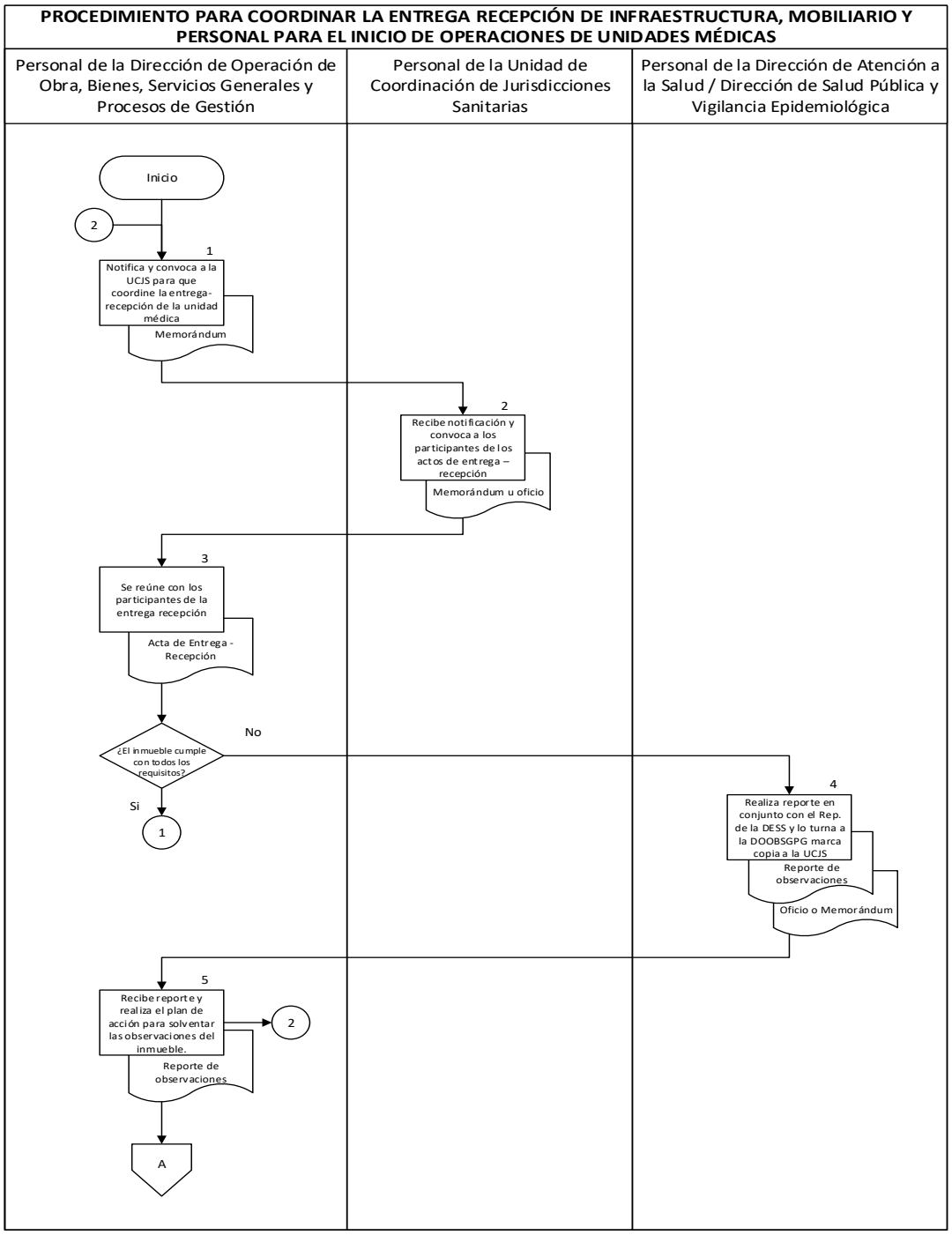
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Notifica y convoca vía memorándum a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias para que coordine la entrega-recepción de la unidad médica.	Memorándum
2	Personal de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Recibe notificación y convoca vía memorándum u oficio a los participantes de los actos de entrega – recepción.	Memorándum u Oficio
3	Personal de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Se reúne con los participantes de la entrega recepción, mediante un acta que formalice el acto. ¿El inmueble cumple con todos los requisitos conforme a la planeación del mismo? Si: Continúa con actividad No. 6. No: Continúa con actividad No. 4.	Acta de entrega - recepción.
4	Personal de la Dirección de Atención a la Salud / Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Realiza un reporte en conjunto con el representante de la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud de las observaciones del inmueble y lo turna mediante oficio o memorándum a la DOOBSGPG para su correspondiente atención, marca copia a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.	Reporte de observaciones Oficio o Memorándum
5	Personal de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y	Recibe reporte y realiza el plan de acción correspondiente para solventar las observaciones del inmueble. Regresa a la actividad 1.	Reporte de observaciones

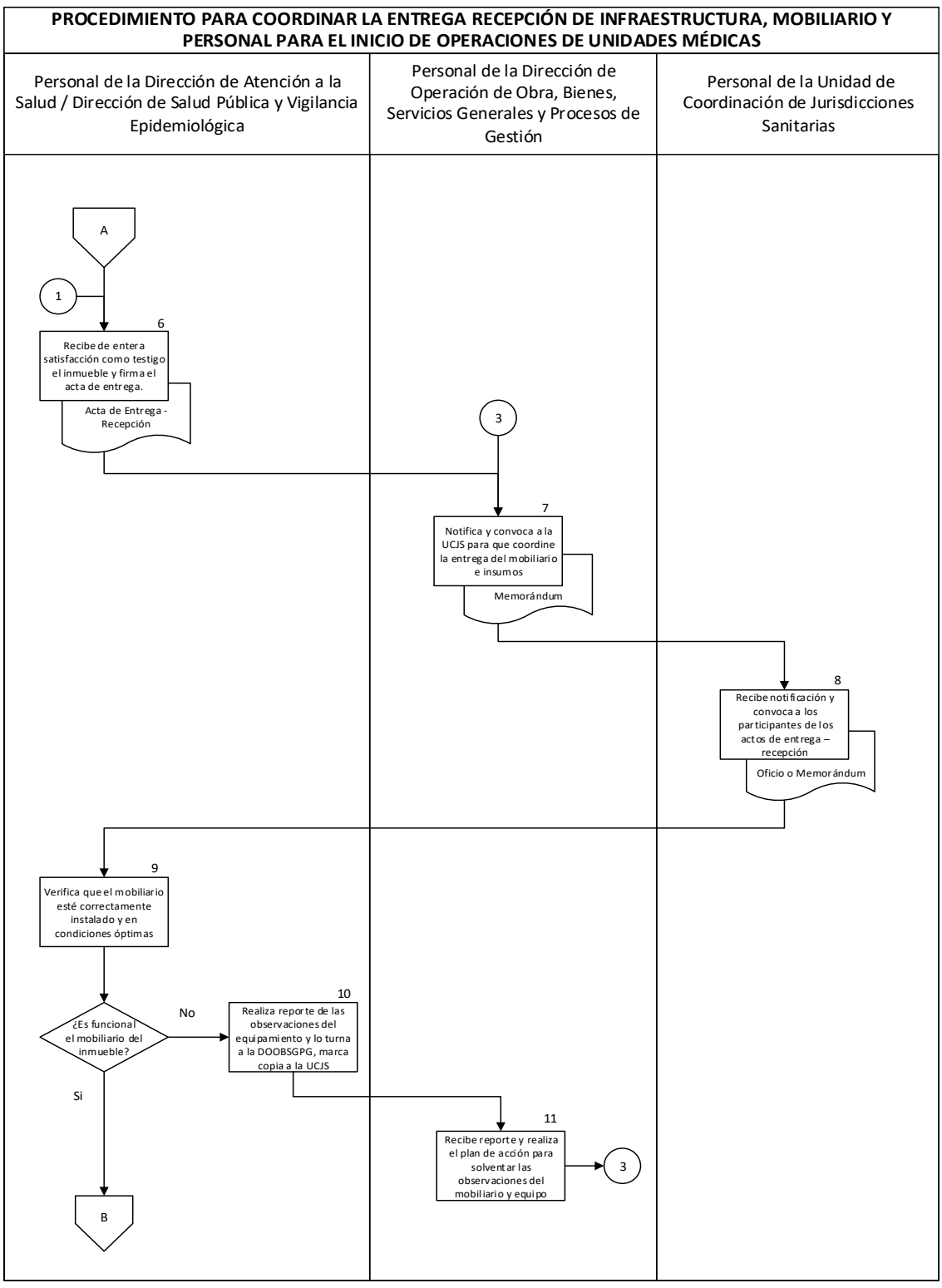
	Procesos de Gestión		
6	Personal de la Dirección de Atención a la Salud / Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe de entera satisfacción como testigo el inmueble y firma el acta de entrega.	Acta de entrega - recepción
7	Personal de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Notifica y convoca vía memorándum a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias para que coordine la entrega del mobiliario e insumos.	Memorándum
8	Personal de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias	Recibe notificación y convoca vía memorándum u oficio a los participantes de los actos de entrega – recepción.	Oficio o Memorándum
9	Personal de la Dirección de Atención a la Salud / Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Verifica que el mobiliario esté correctamente instalado y en condiciones óptimas para iniciar su operación de acuerdo a normas aplicables, además de observar la existencia de los insumos. ¿Es funcional el mobiliario del inmueble? Si: Continúa con actividad No. 12. No: Continúa con actividad No. 10.	S/D
10		Realiza un reporte de las observaciones del equipamiento y lo turna a la DOOBSGPG para su correspondiente atención, marca copia a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.	Reporte de observaciones Oficio/memorándum

11	Personal de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe reporte y realiza el plan de acción correspondiente para solventar las observaciones del mobiliario y equipo. Regresa a la actividad No. 7.	Reporte de observaciones
12	Personal de la Dirección de Atención a la Salud / Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe de entera satisfacción el mobiliario, equipo e insumos y elabora reporte BM01.	Reporte BM01
13	Servidor/a Público/a designado/a para recibir o Director/a de la Unidad	Inicia operaciones de la Unidad Médica y notifica a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente y a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias de las acciones relevantes de la operación de la unidad.	Notificación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PARA COORDINAR LA ENTREGA - RECEPCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y PERSONAL PARA EL INICIO DE OPERACIONES DE UNIDADES MÉDICAS

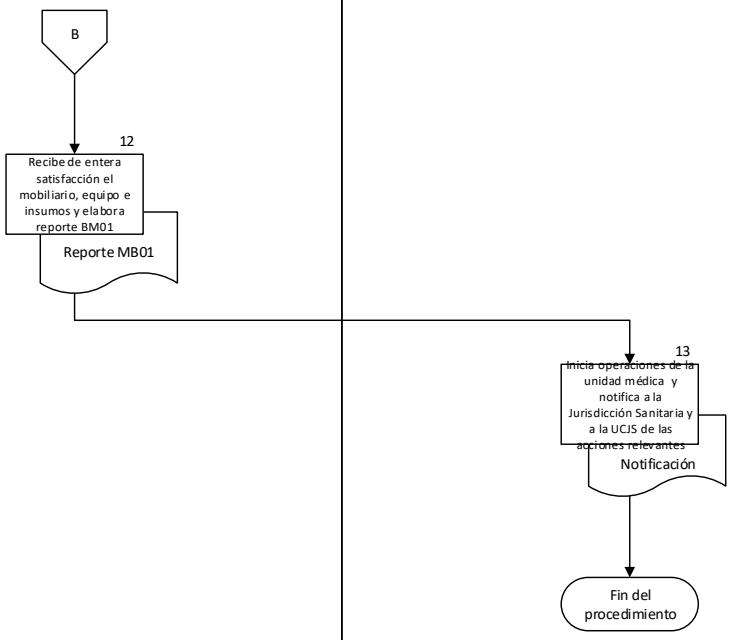


PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ENTREGA RECEPCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y PERSONAL PARA EL INICIO DE OPERACIONES DE UNIDADES MÉDICAS



PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ENTREGA RECEPCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y PERSONAL PARA EL INICIO DE OPERACIONES DE UNIDADES MÉDICAS

Personal de la Dirección de Atención a la Salud / Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Servidor(a) Público(a) designado(a) para recibir o Director(a) de la Unidad



7.8. PROCEDIMIENTOS DE LAS 10 JURISDICCIONES SANITARIAS

7.8.1. PROCEDIMIENTO PARA CONCENTRAR LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTO Y MATERIAL DE CURACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 30 a 60 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Concentrar la información de las necesidades de medicamento y material de curación de las Unidades de Primer Nivel adscritas a las 10 Jurisdicciones Sanitarias, con la finalidad de garantizar a los pacientes los insumos necesarios para su atención médica.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Políticas de Operación: 1. La programación de insumos debe ajustarse a los cuadros básicos de medicamento y material de curación vigentes para los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Las Unidades de Primer Nivel deberán cumplir con la fecha señalada, para entrega del formato de existencias conforme al calendario de entrega.
Responsables	Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Casas de Salud; Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles.
Recursos	Tablero de necesidades. Formato de existencia. Internet. Consumibles de oficina.
Glosario	**CAUSES:** Catálogo Universal de Servicios de Salud.

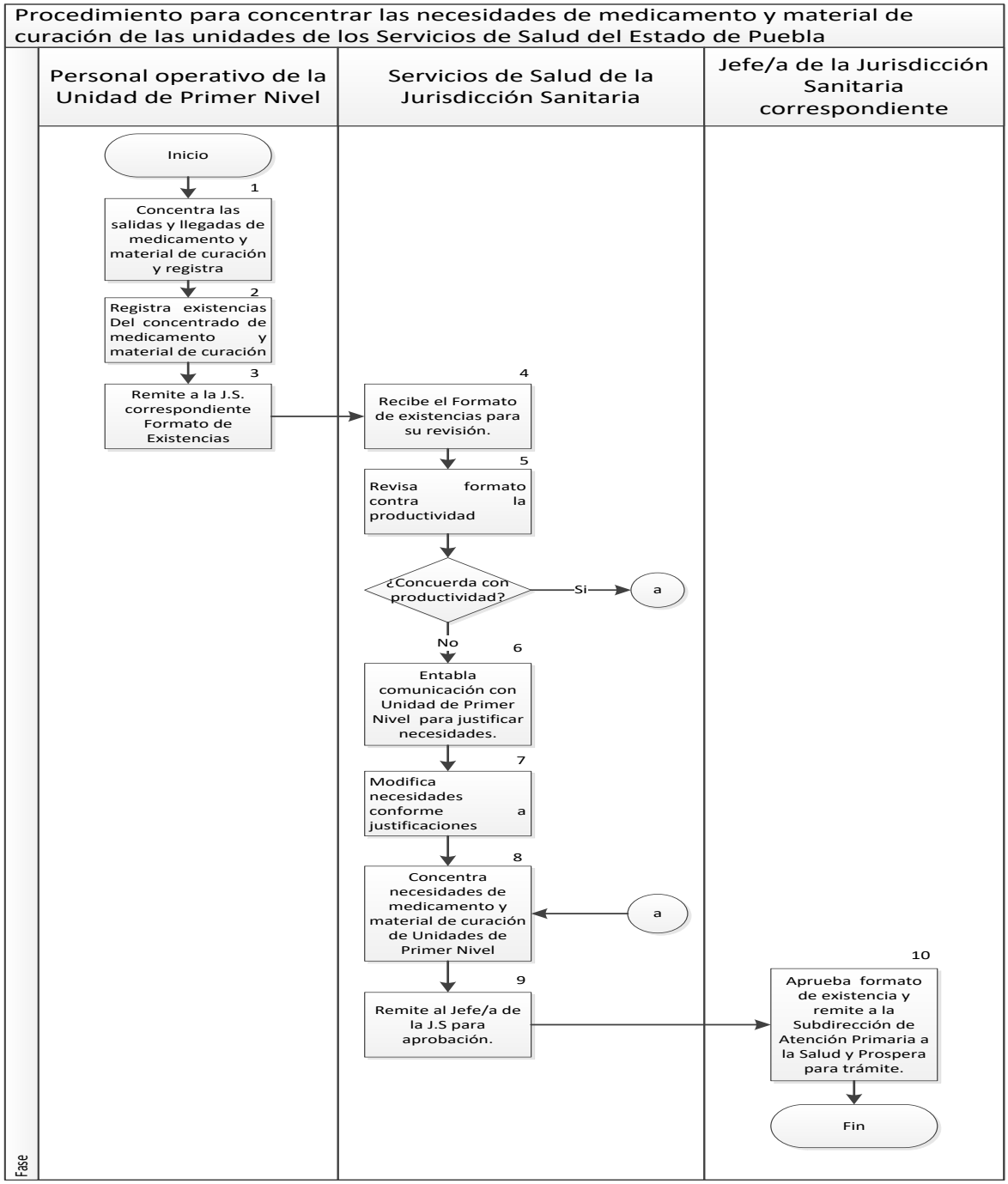
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CONCENTRAR LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTO Y MATERIAL DE CURACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal operativo de la Unidad de	Concentra diariamente las salidas y llegadas de medicamento y material	Tablero de necesidades.

	Primer Nivel.	de curación y las registra en el tablero de necesidades.	
2		Registra bimestralmente en el formato de existencias el concentrado de medicamento y material de curación. Nota: en los Centros Integrales de Servicios; Centros de Salud con Servicios Ampliados y Centros de Salud Urbanos este formato se requisita mensualmente.	Formato de Existencias.
3		Remite electrónicamente a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente el Formato de Existencias.	
4	Servicios de Salud de la Jurisdicciones Sanitarias.	Recibe el Formato de existencias para su revisión.	Formato de Existencias.
5		Revisa el formato de existencias contra la productividad de cada Unidad de Primer Nivel. ¿La solicitud concuerda con la productividad? Si: Avanza a la actividad No. 8. No: Continua en la actividad No. 6.	
6		Entabla comunicación con la Unidad de Primer Nivel correspondiente para justificar las necesidades.	
7		Modifica las necesidades conforme a las justificaciones pertinentes. Continua en la actividad No. 8	
8		Concentra las necesidades de	Formato de

		medicamento y material de curación de cada una de las Unidades de Primer Nivel adscritas a la Jurisdicción Sanitaria conforme a su circunscripción geográfica.	existencia concentrado.
9		Remite al Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente para su aprobación.	Formato de existencia concentrado.
10	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente	Aprueba el formato de existencia concentrado y lo remite a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera para su trámite.	Formato de existencia concentrado. Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONCENTRAR LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTO Y MATERIAL DE CURACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.2. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

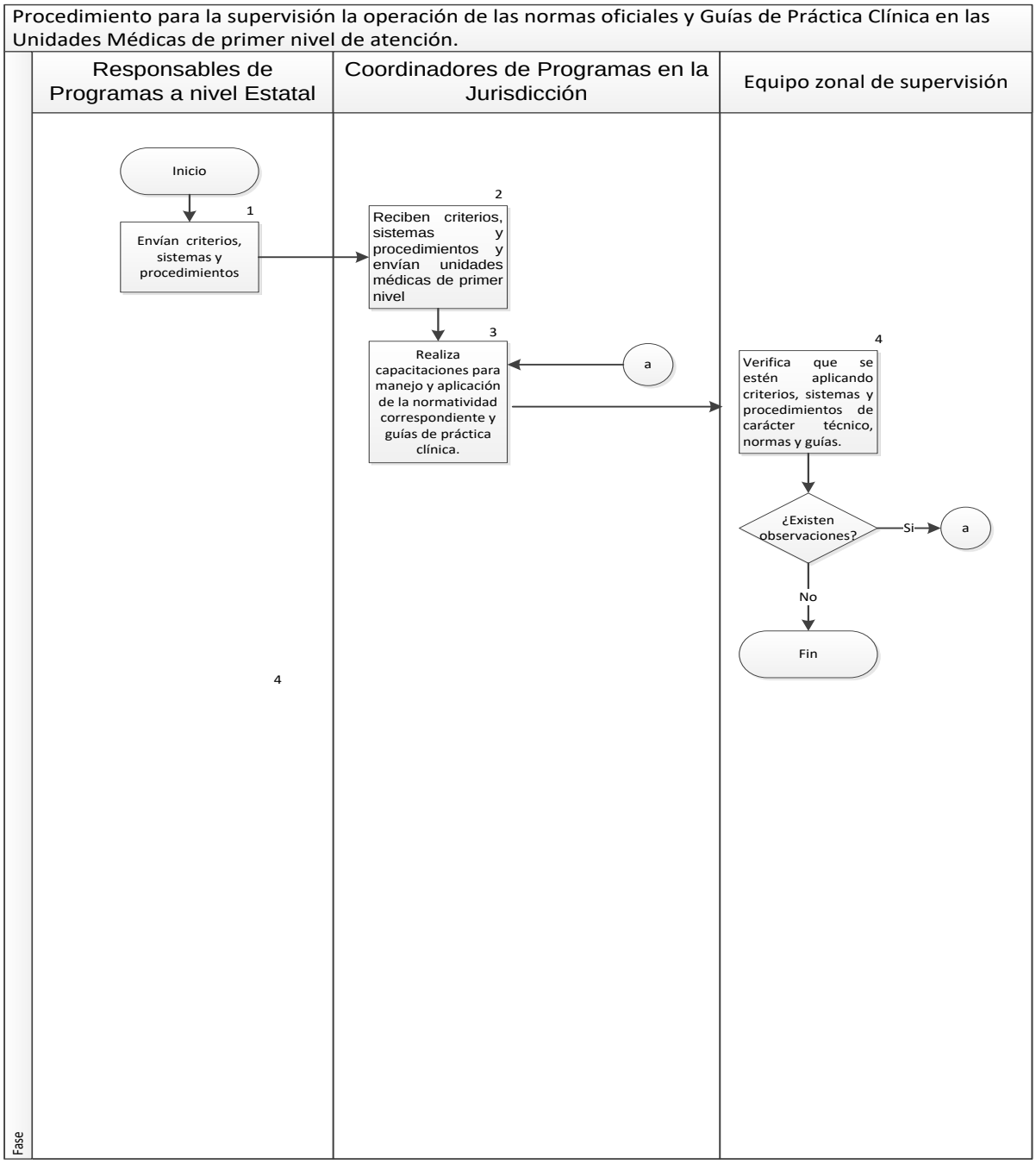
Objetivo	Vigilar la aplicación de criterios y sistemas de carácter técnico- normativo vigentes que deben operar en las unidades de primer nivel de atención de la jurisdicción sanitaria, para el adecuado desempeño de la actividad profesional mejorando con ello la prestación de los servicios de salud que se otorgan.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley federal sobre metrología y normalización. 2. Constitución Política de Estado de Puebla. 3. Ley de Planeación Federal. 4. Ley Orgánica de la administración Pública Federal. 5. Ley Orgánica de la administración Pública de estado de Puebla. 6. Ley de Salud del Estado de Puebla. 7. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos Federales. 8. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos de Estado de Puebla. 9. Reglamento de la ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Medica. 10. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación. 1. Las unidades médicas de la jurisdicción sanitaria aplicaran criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-vigentes, así como el programa de trabajo y diagnóstico de salud solicitado por servicios de salud. 2. La Norma se aplicará durante el otorgamiento de los servicios de consulta externa general, salud bucal, medicina preventiva, y de promoción a la salud, con base en las causas de morbilidad de mayor frecuencia de las unidades de primer nivel de atención médica de esta jurisdicción sanitaria. 3. Las unidades médicas deberán aplicar como referencia bibliográfica en los servicios de consulta externa a las guías prácticas clínicas.
Responsables	Servicios de Salud
Áreas Involucradas	Servicios de salud Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención.
Recursos	Normas y Políticas de los Servicios de Salud, Guías de Práctica Clínica.
Glosario	DOF: Diario Oficial de la Federación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsables de Programas a nivel Estatal.	Envían los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico normativo vigentes de cada Programa a las Jurisdicciones Sanitarias	Oficio Criterios, Sistemas, Procedimientos Normas Oficiales Guías de Práctica Clínica
2	Coordinadores de Programas en la Jurisdicción.	Reciben los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo vigentes y la envían a cada una de las unidades médicas de primer nivel para su aplicación y manejo.	
3		Realiza capacitaciones para el manejo y aplicación de la normatividad correspondiente y guías de práctica clínica.	
4	Equipo zonal de supervisión	Verifica mediante visita de supervisión que se estén aplicando los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica en las unidades ¿Existen observaciones? Si: regresa a la actividad 3 No: concluye actividad	Cédula de Supervisión
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.3. PROCEDIMIENTO PARA EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS

Tiempo Promedio: 60 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

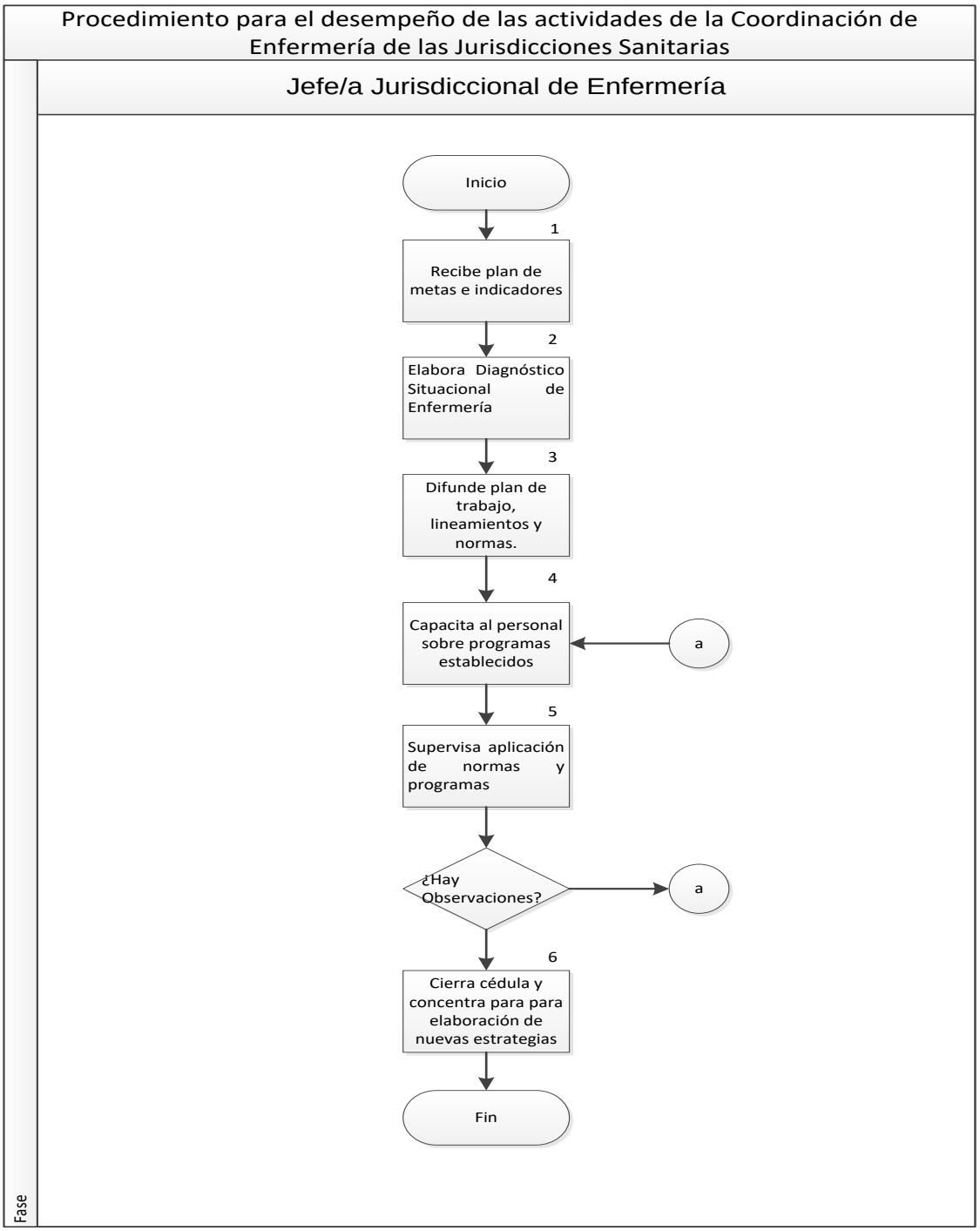
Objetivo	Priorizar la problemática encontrada en los centros de salud y hospitales en donde el recurso humano de enfermería desarrolla los cuidados, a través del análisis de estrategias aplicables que conlleven a la planificación de las actividades, programando la capacitación continua, asesoría en servicio y evaluación de las actividades, gestión oportuna de los recursos físicos, materiales y de recurso humano para proponer alternativas de solución que incrementen la organización y productividad de los programas que corresponden a la Estructura Programática de los Servicios de Salud Normas:

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 2. Plan a Estatal de Desarrollo 2017-2018 3. Programa institucional 2017-2018 4. Normas Oficiales Mexicanas Vigentes y aplicables a los diferentes programas de la estructura Programática de los servicios de Salud Políticas de Operación: 1. La jefa de enfermeras deberá participar en los diferentes comités con la finalidad de asegurar que los acuerdos y compromisos se realicen en las unidades médicas. 2. La jefa de enfermeras deberá participar en las supervisiones a las unidades médicas 3. La jefa de enfermeras deberá elaborar un programa de trabajo incluyente de capacitación , supervisión y asesoría al personal de las unidades médicas
Responsables	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas, Departamento de Enfermería de la Dirección de Atención a la Salud.
Recursos	Humanos, Técnicos, Materiales y Financieros
Glosario	CARPETA GERENCIAL: Documento técnico administrativo que se elabora y actualiza de forma anual que incluye, diagnostico situacional de enfermería, plan de trabajo de enfermería, plan de capacitación de enfermería, plan estratégico y de supervisión SIARHE: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería RPBI: Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos Plan Anual de Metas e Indicadores

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a Jurisdiccional de Enfermería	Recibe plan de metas e indicadores del Departamento de Enfermería de la Dirección de Atención a la Salud	Archivo digital en formato WORD
2	Jefe/a Jurisdiccional de Enfermería	Elabora Diagnóstico Situacional de Enfermería • Plan de Trabajo • Plan Estratégico de Supervisión y cronograma • Integra a los diferentes Comités Jurisdiccionales	Archivo digital en formato WORD
3	Jefe/a Jurisdiccional de Enfermería	Difunde entre el personal de Enfermería de las Unidades Médicas el plan de trabajo, lineamientos y normas.	
4		Capacita al personal sobre los programas establecidos en primer Nivel de Atención.	Actas de conformación y sesión de comités.
5		Supervisa la aplicación de las normas y programas de acuerdo al cronograma establecido. ¿Hay Observaciones? Si. Regresa a actividad No. 4 No: Ir a paso 6	Cédula de Supervisión
6		Cierra cédula y concentra para evidencia de los comités jurisdiccionales para la elaboración de nuevas estrategias.	Cédula de Supervisión
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS



7.8.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Tiempo Promedio: 30 a 60 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Dra. María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

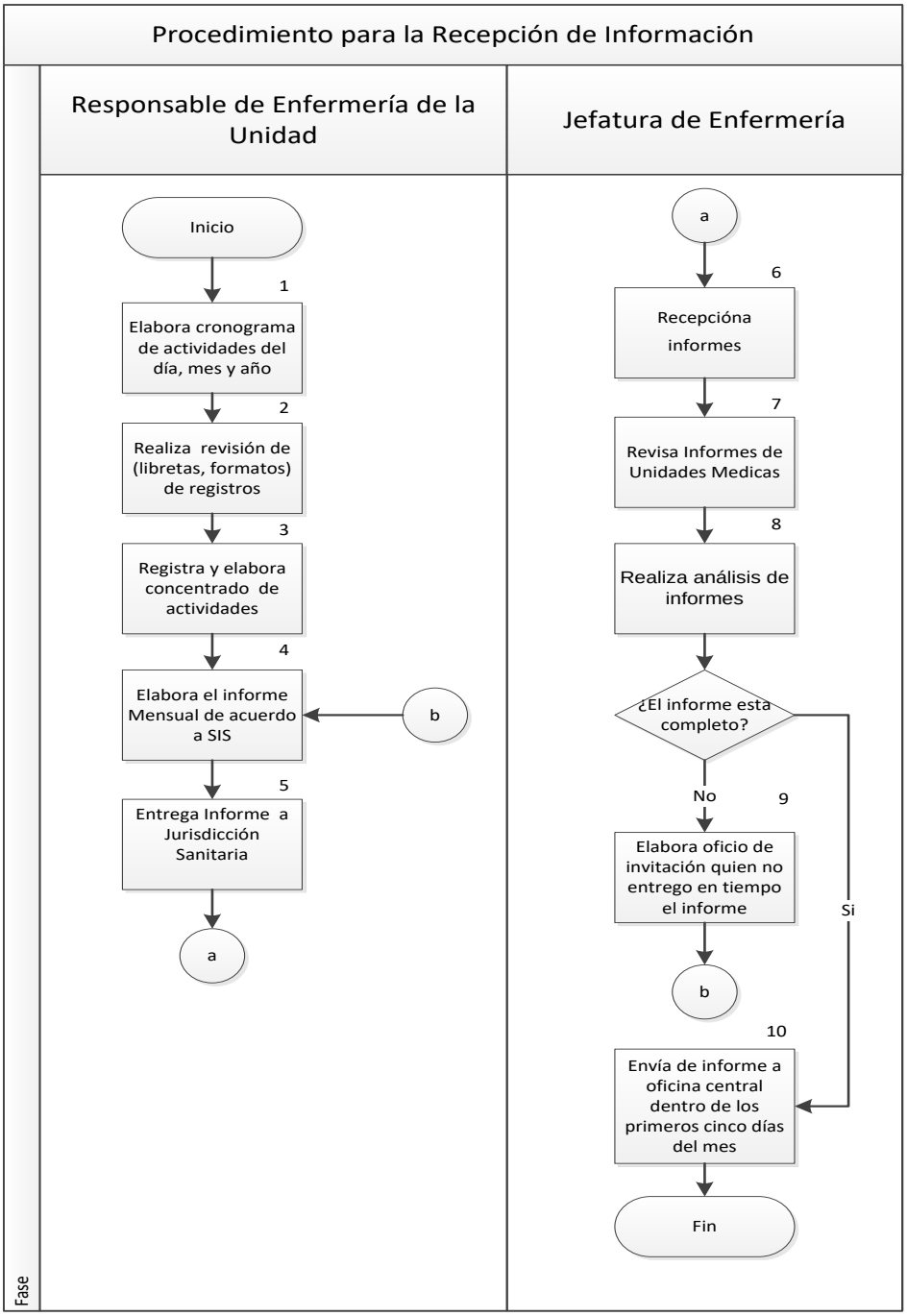
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de la información de la Productividad de Enfermería de las Unidades Médicas de Primer y segundo Nivel de atención

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley general de Salud 2. Plan Nacional de Salud 2013-2018 3. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla 5. Programa Anual de Metas e Indicadores. 6. Publicaciones, programas y proyectos de la Comisión permanente de enfermería. 7. Manual de Operación del Sistema nacional de Información en Salud. 8. SIS. 9. SIMBA. Políticas de Operación: 1. Todas las unidades médicas deberán registrar todas las atenciones médicas en las hojas de registro establecidas para cada tipo de atención otorgada diariamente 2. Se deberá concentrar la información mensual en las unidades médicas. 3. Se deberá entregar en el área de estadística de forma mensual las atenciones otorgadas en cada unidad.
Responsables	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas; Departamento de Enfermería de la Dirección de Atención a la Salud.
Recursos	Papelería y tones Formatos de registro Computadoras Internet.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Enfermería de la Unidad	Elabora cronograma de actividades del día, mes y año	Cronograma
2		Realiza la revisión de las (libretas, formatos) de registros elaborados por el personal a su cargo	Formatos.
3		Registra y elabora el concentrado en hoja de productividad de las actividades generadas por servicios	Formato de concentración
4		Elabora el informe Mensual de acuerdo a SIS	Formato de Informe Mensual
5		Entrega Informe vía electrónica e impreso a Jurisdicción Sanitaria	Correo electrónico Formato Impreso
6	Jefatura de Enfermería	Recepciona informes	Formato
7		Revisa Informes de Unidades Médicas	Formato
8		Realiza el análisis de los informes de acuerdo con cada apartado ¿Están completos? Si: Ir a actividad No 10 No: Ir a actividad No. 9	Formato
9		Elabora oficio de invitación quien no entrego en tiempo el informe y pasa a actividad No. 4	
10		Envía informe a oficina central dentro de los primeros cinco días del mes	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.5. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 año.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un instrumento de trabajo que permita conocer la situación de los recursos humanos, técnico y materiales de los servicios de enfermería para proponer y/o aplicar alternativas de solución a la problemática detectada en el equipo de enfermería.

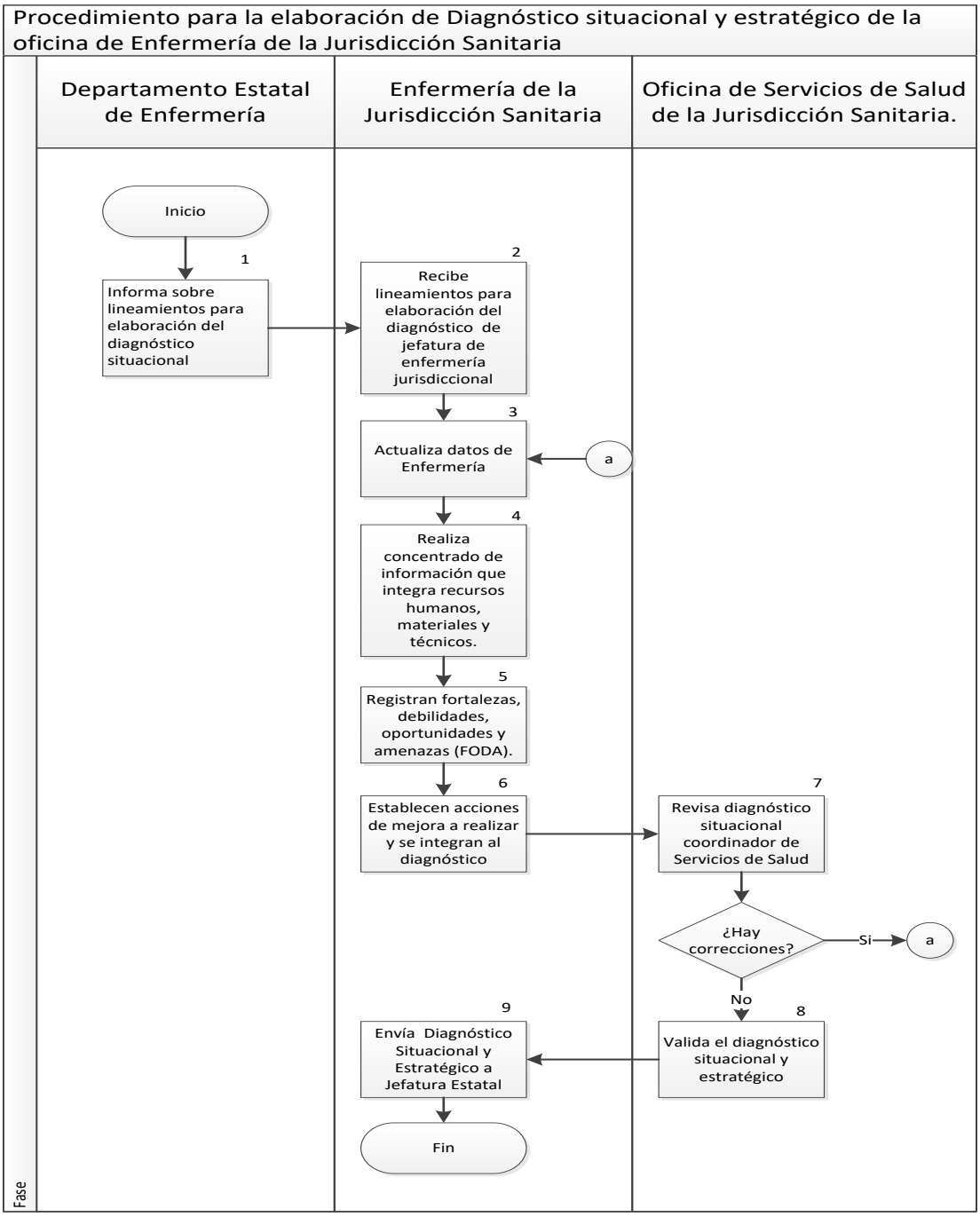
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla” 8-02-2013 Sección I De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. Políticas de Operación: 1. El diagnóstico situacional y estratégico será integrado con los datos de los hospitales pertenecientes a esta jurisdicción más los propios de la jefatura de enfermería.
Responsables	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas, Departamento de Enfermería de la Dirección de Atención.
Recursos	Computadora. Internet Consumibles de oficina
Glosario:	N/A.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Departamento Estatal de Enfermería	Informa sobre lineamientos para la elaboración del diagnóstico situacional	Correo electrónico Oficio
2	Enfermería de	Recibe los lineamientos para la elaboración	Lineamientos

	la Jurisdicción Sanitaria.	del diagnóstico situacional y estratégico de jefatura de enfermería jurisdiccional.	para la elaboración de plan de trabajo.
3		Actualiza datos del personal de enfermería adscritas a las unidades de salud de jurisdicción sanitaria.	Base de datos de recursos de enfermería.
4	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria y Hospitales	Realiza concentrado de la información que integra recursos humanos, materiales y técnicos.	F-40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 59.
5		Registran fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA).	
6		Establecen acciones de mejora a realizar y se integran al diagnóstico	Diagnóstico situacional y estratégico de jefatura de enfermería.
7	Oficina de Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Revisa diagnóstico situacional coordinador de Servicios de Salud, ¿hay correcciones por hacer? Sí. Regresa a la actividad No. 3 No. Continua actividad No. 8	Diagnóstico situacional y estratégico de jefatura de enfermería.
8	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria	Valida el diagnóstico situacional y estratégico.	Diagnóstico situacional y estratégico de jefatura de enfermería.
9	Oficina de Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria. Y Hospitales	Envía en forma electrónica e impresa el Diagnóstico Situacional y Estratégico a Jefatura Estatal	Diagnóstico situacional y estratégico de jefatura de enfermería.
Fin del procedimiento.			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.6. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CAPTURA DE INDICAS (INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: de 60 a 120 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Recabar y concentrar la información; capturarla en la plataforma INDICAS de manera cuatrimestral para que el sistema genere los indicadores correspondientes. Y de éstos deriven la toma de decisiones en aquellos que pudieran resultar por abajo del estándar establecido.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Indicadores del Sistema de salud 2. Acuerdo por el que emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de calidad en Salud para el ejercicio fiscal 2014 emitido el 29 de diciembre 2013. Políticas de Operación: 1. Todas las Unidades fijas de primer nivel, hospitales Integrales, Comunitarios y Generales deberán realizar monitoreo cuatrimestral INDICAS. 2. Deberán apegarse al calendario que establece la plataforma INDICAS 3. El departamento de Calidad jurisdiccional tiene la responsabilidad de la captura en plataforma de la información generada por las unidades médicas.
Responsable	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios, Hospitales Comunitarios, Integrales y Generales, Administración de la jurisdicción Sanitaria.
Recursos	1. Formatos de la encuesta INDICAS. 2. Internet. 3. Consumibles de oficina.
Glosario	INDICAS: Indicadores de Calidad en Salud.

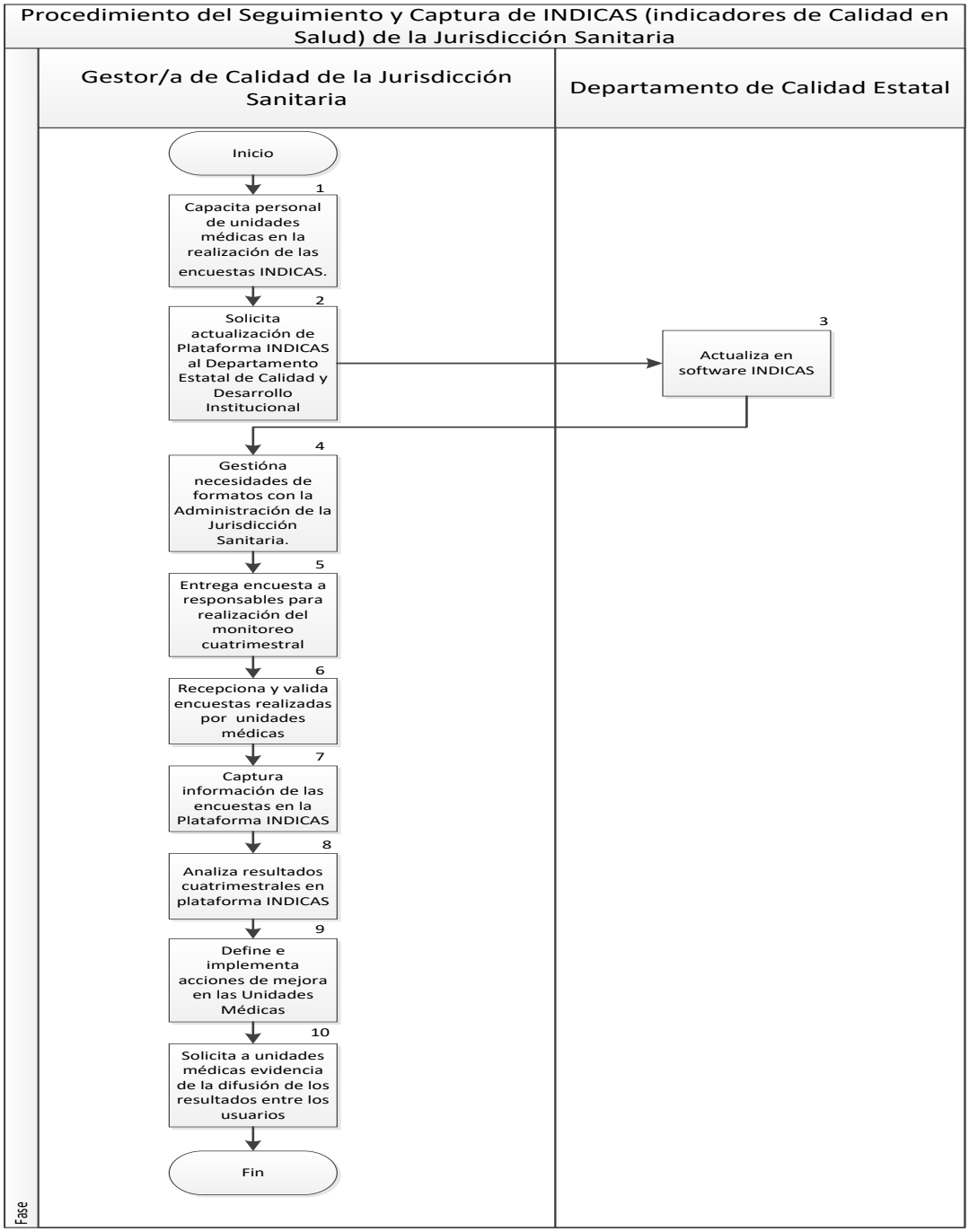
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CAPTURA DE INDICAS (INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Gestor/a de Calidad de la Jurisdicción Sanitaria.	Capacita al personal de las unidades médicas involucrado en la realización de las encuestas INDICAS.	Cuadernillo INDICAS
2		Solicita la actualización de Plataforma INDICAS al Departamento Estatal de Calidad y Desarrollo Institucional	Solicitud de Registro de Unidad en el Sistema INDICAS ENCCESAM-012018
3	Departamento de Calidad Estatal	Actualiza software INDICAS	Departamento de Calidad Estatal
4	Gestor de Calidad de la Jurisdicción Sanitaria.	Gestiona necesidades de formatos de la encuesta INDICAS con la Administración de la Jurisdicción Sanitaria.	F1-SM/02, F2-SM/02, F1-TE/02, F2-TE/02, F1-HTA/02, F2-HTA/02, F1-AP/02, F2-AP/02 F1-EDA/02, F2-EDA/02, F1-IRA/02, F2-IRA/02, F1-DM/02, F2-DM/02.
5		Entrega encuesta a los responsables de Unidad Médica para la realización del monitoreo cuatrimestral.	Formatos arriba mencionados
6		Recepciona y valida encuestas realizadas por las unidades médicas	S/D
7		Captura información de las encuestas en la Plataforma INDICAS	Plataforma INDICAS
8		Analiza los resultados cuatrimestrales publicados en la plataforma INDICAS.	Plataforma INDICAS
9		Define e implementa las acciones de mejora en las Unidades Médicas	Evidencia Documental.
10		Solicita a las unidades médicas	Evidencia

		evidencia de la difusión de los resultados entre los usuarios	fotográfica
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CAPTURA DE INDICAS (INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.7. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: Actualización cada 6 meses		
Elabora: **Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales Dra. María Esther García Castillo. MEGC** **OCTUBRE 2018**	**Valida:** **Dra. I. Lucia Ojeda Lara Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Autoriza:** **Dra. I. Lucia Ojeda Lara Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Efectuar monitoreo de la aplicación y cumplimiento del Programa Federal del SIARHE (Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería), para contar con información fidedigna para la consulta de cualquier institución de la secretaria de salud, a nivel Estatal/Nacional.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Ley general de Salud 2. Plan Nacional de Salud 2013-2018 3. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla". 5. Programación de Metas e Indicadores. 6. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Políticas de operación: 1. El/la Jefa/a de enfermeras deberá realizar los registros de todo el personal de enfermería cada seis meses para actualizar los datos generales del personal adscrito a cada jurisdicción 2. La jefa de Enfermería deberá contar con el informe del análisis de los resultados de la aplicación del Programa Federal del SIARHE
Responsables	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios, Hospitales Comunitarios, Integrales y Generales, Administración de la Jurisdicción Sanitaria.
Recursos	Equipo de cómputo, impresora, formatos, cedulas, encuestas, formularios, mapas, Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43.
Glosario	SIARHE: Sistema de información administrativa de recursos humanos de enfermería CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados

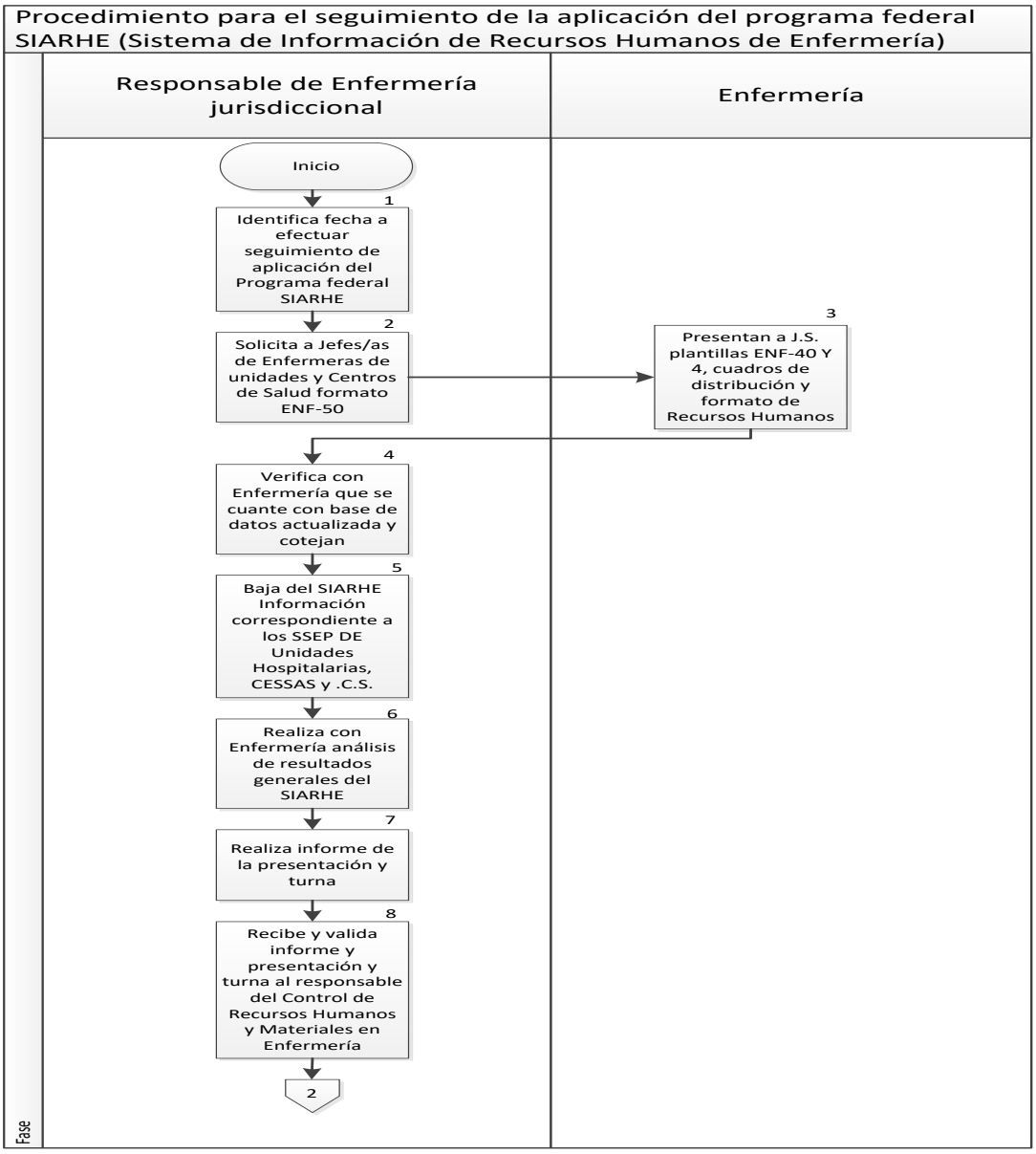
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

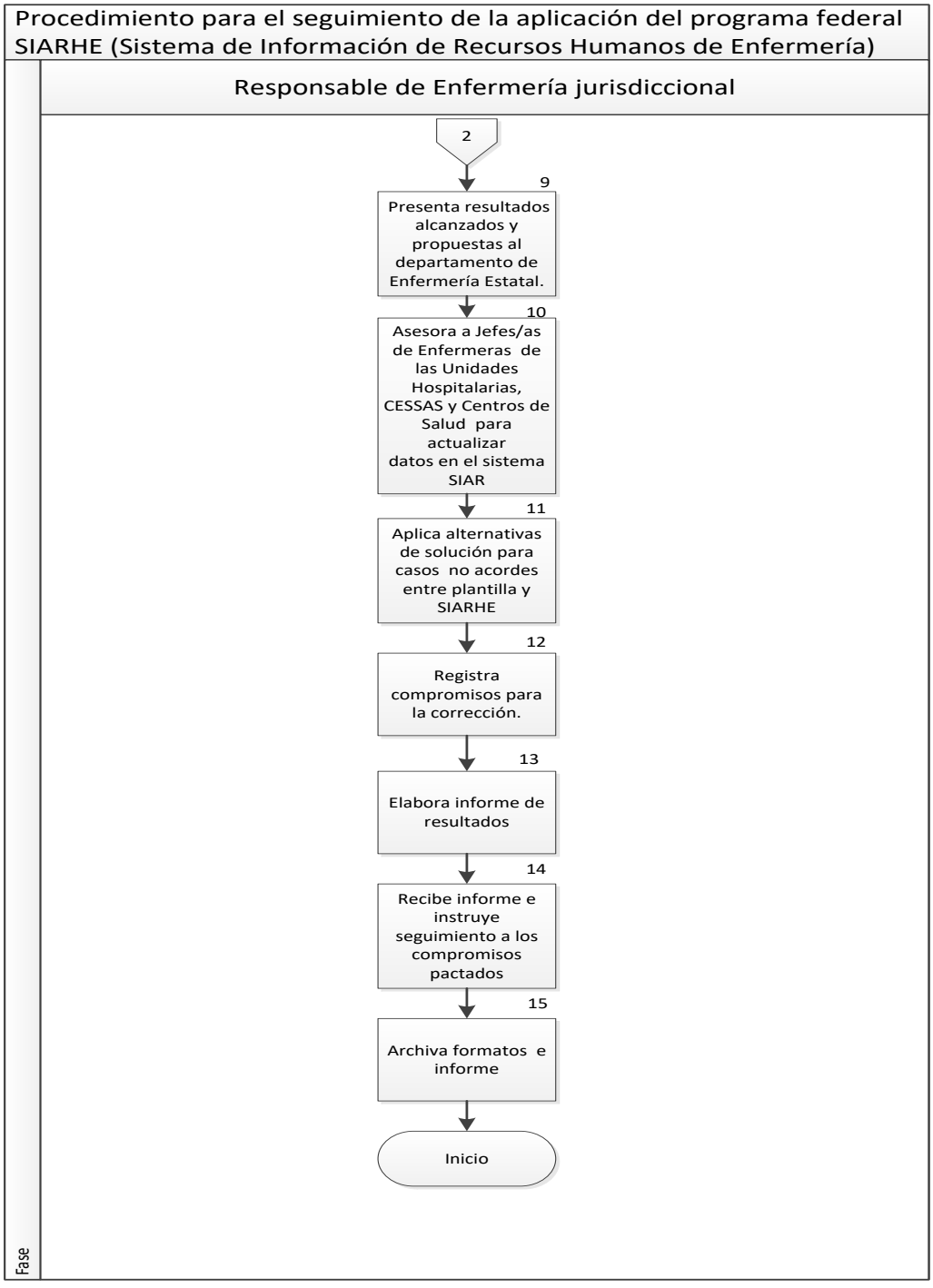
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de enfermería Jurisdiccional	Identifica la fecha en que se debe efectuar el seguimiento de la aplicación del Programa Federal del SIARHE.	
2	Jefe/a de enfermería Jurisdiccional	Solicita a los Jefes/as) de Enfermeras de Unidades Hospitalarias, CESSAS Y Centros de Salud vía internet el formato ENF-50 (Recursos Humanos en Municipios y Localidades) cotejado con las plantillas de enfermería (ENF-40 y ENF-41) y cuadros de distribución (ENF-43).	Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43.
3	Jefe/a de Enfermeras en Unidad Médica	Presenta a la Jurisdicción plantillas solicitadas (ENF-40 y 41), cuadros de distribución (ENF-43) y formato de recursos humanos en municipios y localidades (ENF- 50)	Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43
4	Jefatura de enfermería Jurisdiccional Jefes/as de Enfermeras Unidades Hospitalarias, CESSAS Y Centros de Salud	Verifica que se cuente con la base de datos de enfermería actualizada hasta el momento y la cotejan con los formatos ENF- 40, 41, 43 y ENF-50 que presentan Jefes/a de enfermeras/os de Unidades Hospitalarias, CESSAS Y Centros de Salud	Base de datos y Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43
5	Oficina de Enfermería Jurisdiccional	Baja del sistema SIARHE la información correspondiente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de cada una de las	

		Unidades Hospitalarias, CESSAS Y Centros de Salud	
6	Jefatura de enfermería Jurisdiccional Jefes/as de Enfermeras de Unidades Hospitalarias, CESSAS Y Centros de Salud.	Realizan análisis de los resultados generales del SIARHE comparándolos con la plantilla autorizada de enfermería y los formatos ENF-50.	Formato ENF-50
7	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Realiza informe de la presentación y turna a la jefa/e de oficina de enfermería Jurisdiccional	Informe
8	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Recibe y valida el informe y la presentación, turna al responsable del Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería.	Informe
9	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Presenta los resultados alcanzados y las propuestas al departamento de Enfermería Estatal.	Informe
10	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Asesora a las Jefes/as de Enfermeras de las Unidades Hospitalarias, CESSAS y Centros de Salud para que actualicen sus datos en el sistema SIARHE	
11	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Aplica alternativas de solución para los casos en que los registros no sean acordes entre plantilla y SIARHE	Minuta
12	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Registra compromisos para la corrección.	Minuta
13	Jefatura de	Elabora informe de resultados	Informe

	enfermería Jurisdiccional		
14	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Recibe informe e instruye se le dé seguimiento a los compromisos pactados	Informe
15	Jefatura de enfermería Jurisdiccional	Archiva formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43 e informe.	Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41, ENF-43 e informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Procedimiento para el seguimiento de la aplicación del programa federal SIARHE (Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería)
Responsable de Enfermería jurisdiccional
Fase
2
9
Presenta resultados alcanzados y propuestas al departamento de Enfermería Estatal.
10
Asesora a Jefes/as de Enfermeras de las Unidades Hospitalarias, CESSAS y Centros de Salud para actualizar datos en el sistema SIAR
11
Aplica alternativas de solución para casos no acordes entre plantilla y SIARHE
12
Registra compromisos para la corrección.
13
Elabora informe de resultados
14
Recibe informe e instruye seguimiento a los compromisos pactados
15
Archiva formatos e informe
Inicio

7.8.8. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Tiempo Promedio: 60 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la visita de supervisión a unidades médicas para verificar procesos en la atención a la población

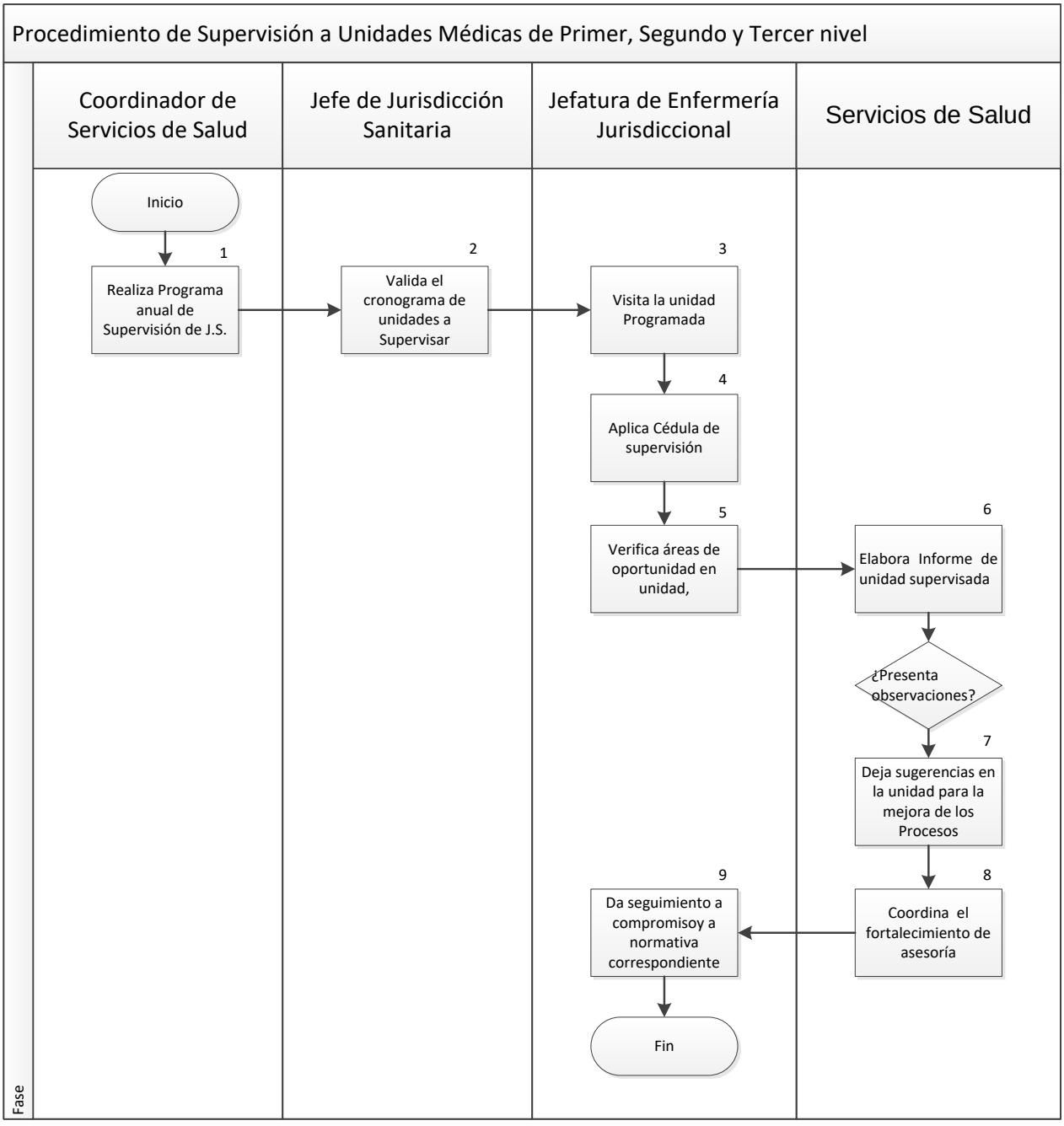
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. 2. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 4. Modelo Integrador de Atención a la Salud 2015. 5. NOM-005-SSA3-2016. 6. NOM 016-SSA3-2012. 7. NOM -087-SEMARNAT-SSA1-2002. 8. Programa anual de acreditación de unidades. 9. Cédula de acreditación de unidades. 10. Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaria de Salud. Políticas de Operación 1. Todas las coordinaciones y responsables de programas deberán establecer un cronograma de supervisión semanal. 2. Todo el personal deberá llevar la cedula de supervisión unificada para aplicarla en las unidades médicas. 3. Se supervisara con enfoque de riesgo, priorizando la problemática de cada unidad.
Responsables	Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Hospitales, Centros de Salud de Servicios ampliados, Centro Integrales de Salud, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rurales, Unidades Móviles, Casas de Salud.
Recursos	Infraestructura en Salud Cedula de supervisión Gasolina Gastos de camino computadoras
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador de Servicios de Salud	Realiza Programa anual de Supervisión de la Jurisdicción Sanitaria	Oficio
2	Jefe de Jurisdicción Sanitaria	Valida el cronograma de unidades a Supervisar.	Cronograma
3	Jefatura de Enfermería Jurisdiccional	Visita la unidad Programada	Cronograma
4	Jefatura de Enfermería Jurisdiccional	Aplica Cédula de supervisión	Cédula de Supervisión
5	Jefatura de Enfermería Jurisdiccional	Verifica áreas de oportunidad en la unidad, con asesoría y capacitación en el momento de la supervisión	
6	Servicios de Salud	Elabora el Informe de la unidad supervisada. ¿Presenta observaciones? Si: Pasa al paso número 7 No: Pasa al paso número 8	Informe Narrativo
7		Dejar sugerencias en la unidad para la mejora de los Procesos	Bitácora de Supervisión
8		Coordinar con los programas el fortalecimiento de asesoría en Normatividad para no decaer en los Procedimientos.	Formato de supervisión
9	Jefatura de	Da seguimiento a los compromisos	

	Enfermería Jurisdiccional	establecidos y a la normativa correspondiente.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA



7.8.9. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA DE QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Dra. María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos que norma el proceso desde la recepción hasta el cierre de las solicitudes de quejas que presentan las y los Afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, así como de la población en general en términos de lo dispuesto en el Artículo 77 Bis 37 fracción XV de la Ley General de Salud 56 y 59 del Reglamento de la Ley General en Salud en materia de Protección Social en Salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Gubernamental y a su Reglamento.
3. Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado.
4. Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas De Operación:

1. Para la atención de la demanda ciudadana se utiliza el sistema de atención a la población que es operado por el órgano de control de Coordinación Estatal Contac-Center con la participación del primer nivel de atención en el ámbito Estatal.
2. Las/los) usuarios/as de los Servicios de Salud podrán depositar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos en los siguientes medios e instancias: Programas Salud.

a) Por escrito: libre a través de buzones fijos, ubicados en las unidades médicas de manera permanente.
b) Vía telefónica a través del número sin costo 01 800 582 4444.
c) Teléfonos rojos ubicados en las unidades médicas con línea directa al Sistema Estatal del Contac-Center.
d) Correo electrónico : centro.contacto.ssep@gmail.com
e) Página web: ss.pue.gob.mx
f) Personalmente en las oficinas del órgano de control (oficina central de los SSEP) o en los módulos de gestión.
g) Buzón de voz: mecanismo de conmutador

3. Una vez que se recibe la queja se investiga los motivos que generan la inconformidad, maltrato o negación de la atención, para dar seguimiento hasta dar respuesta al quejoso.

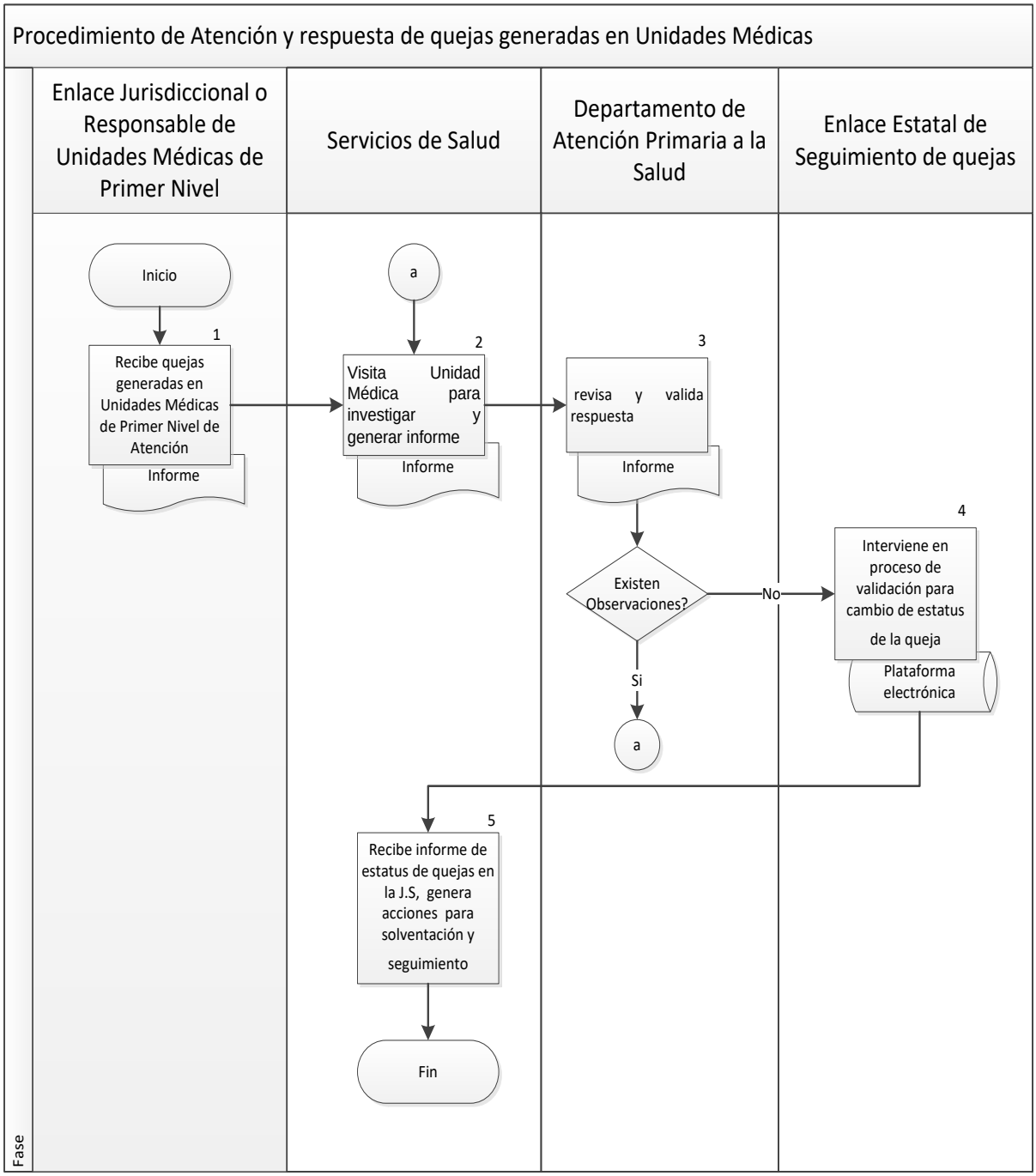
Responsables	Trabajo Social de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas, Departamento de Trabajo Social de la Dirección de Atención a la Salud.
Recursos	Teléfonos rojos de las Unidades Médicas de Primer Nivel. Formatos de quejas. Internet Computadora Papelería de escritorio
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA DE QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enlace para la atención de quejas en Jurisdicción.	Recibe las quejas generadas en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención semanalmente a través de la Plataforma electrónica del sistema de quejas.	Informe de Estatus.
2	Servicios de Salud.	Se visita la Unidad Médica donde se generó la queja para investigar el motivo de la misma y generar un informe de solventación primaria, el cual se envía al enlace estatal de seguimiento de quejas.	Informe de solventaciones.

3	Departamento de Atención Primaria a la Salud.	Revisa y valida la respuesta de la solventación de las quejas que fueron atendidas por la Jurisdicción Sanitaria para dar seguimiento a las mismas hasta su cierre: ¿Existen observaciones? Si: Regresa a actividad No. 2. No: continúa en la actividad No. 4.	Informe de solventaciones.
4	Enlace estatal de seguimiento de quejas.	Interviene en el proceso de validación para el cambio de estatus de la queja en la plataforma electrónica con el fin de dar continuidad al proceso de cierre de las mismas.	Plataforma Electrónica
5	Servicios de Salud	Se recibe informe de estatus de quejas en la Jurisdicción sanitaria del enlace estatal para generar las acciones necesarias para su solventación y seguimiento hasta su cierre total de las quejas generadas.	Oficio/Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA DE QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.10. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES A UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Tiempo: 1 semana.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
Dra. María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC Octubre 2018	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Fortalecer la atención médica oportuna integral y de calidad en las unidades médicas en las Jurisdicciones Sanitarias mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrarreferidos en los diferentes niveles de atención médica.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Manual de referencia y contrareferencia Estatal
2. Manual de Referencia y contrareferencia Nacional

Políticas de operación

1. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia se constituye como un mecanismo de coordinación que permite dar respuesta efectiva al modelo de atención de Salud en el Estado de Puebla.
2. Integrar un Grupo de Trabajo Estatal, Jurisdiccional y local con el propósito de realizar seguimiento, coordinación y control del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
3. El Departamento de Trabajo Social es la instancia responsable de regular el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia.
4. La responsabilidad de la adecuada operación del Sistema de Referencia recae en los Directores/as de los Hospitales y Jefes/as de las Jurisdicciones Sanitarias.
5. En toda Referencia y Contrarreferencia de pacientes se deberá requisitar la forma “SRC” (Solicitud de Referencia y Contrarreferencia).
6. Deberá existir constancia escrita de la Referencia o Contrarreferencia en el expediente clínico, detallando los aspectos médicos.
7. Toda unidad médica deberá disponer de un directorio de unidades de acuerdo a su ámbito de influencia, para que el personal de salud pueda referir al paciente a la unidad que resuelva su problema, dependiendo del caso que presente. El directorio comprenderá: el nombre de la unidad, domicilio, número telefónico, el nombre del responsable, los servicios que brinda y el horario de estos.
8. En el caso que se tenga que referir a un paciente y no se cuente con servicio de Trabajo Social será el Jefe/a de guardia quien se encargue de coordinar o realizar el registro, información y gestión del trámite.
9. En la referencia cuando se presente alguna problemática social y/o caso médico legal; se

anexará a la forma (S.R.C.) la nota de Trabajo Social correspondiente a fin de proporcionar información del caso y dar seguimiento en la unidad receptora, (si cuenta con recurso de trabajo social).

10. Trabajo social y /o personal designado de las Unidades Hospitalarias, mensualmente cuantificarán las Referencias y Contrarreferencias realizadas en el servicio a su cargo, en base a los sistemas de registro de pacientes referidos y contrarreferidos, mismas que serán entregadas para el informe mensual.
11. Trabajo Social debe participar en las reuniones mensuales del cuerpo de gobierno de la unidad hospitalaria, donde se analizaran las Referencias y Contrarreferencias realizadas por la unidad.
12. Los Directores/a o Responsable de la Unidad Hospitalaria, deberá observar que el trato proporcionado a los usuarios por el equipo de salud en general, sea en todo momento, profesional, cortes, respetuoso, oportuno y resolutivo.
13. Los formatos e instrumentos de registro del sistema de referencia y contrarreferencia deberán llenarse con claridad, mantenerse actualizados y estar disponibles en todos los turnos.

Responsable

Trabajo Social de la Jurisdicción Sanitaria.

Áreas Responsables

10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas y Departamento de Trabajo Social de la Dirección de Atención a la Salud.

Glosario

Admisión de urgencias.-Es el ingreso de un paciente al hospital en estado delicado, que puede fallecer o quedar incapacitado si no recibe atención médica inmediata.
Altas.- Es el trámite de egreso del paciente hospitalizado.
Caso médico legal.-Son las lesiones y daños a la salud tipificados en el código penal, y que deben ser notificados a las autoridades correspondientes por el médico que tiene conocimiento del caso.
Contrarreferencia: es el procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención, motivo de

referencia se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.

Consulta externa.- Área que otorga atención médica integral a pacientes ambulatorios.

Consulta de urgencias.-Es la atención médica prestada a un paciente en el servicio de urgencias del hospital.

Diagnóstico.- Análisis y determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente.

Diagrama de flujo ó flujograma.- Es la expresión gráfica de las operaciones de un procedimiento en el que se establece su secuencia cronológica según su propósito.

Egreso por mejoría.- El médico tratante determina el egreso del paciente por sus condiciones favorables y que ya no requiere tratamiento hospitalario.

Instrumento -formato.- Son elementos que facilitan o perfeccionan la tarea de observación en investigación, siendo seleccionados y aplicados por el investigador o entrevistador.

Manual de procedimientos.- El manual de procedimientos es el documento informativo, en el que se incluyen dos o más instructivos de procedimientos pertenecientes a un mismo subsistema, a través de los cuales se precisan detalladamente las actividades a desarrollar para dar cumplimiento a una función específica.

Primer Nivel de Atención.- Lo integran las unidades que proporcionan atención médica de tipo integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, apoyada en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción a la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigaciones orientada principalmente a los problemas de salud más frecuentes.

Población abierta.- Población que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social.

Referencia.- Es el procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente a una unidad médica de apoyo

Regionalización operativa.- Instrumento técnico administrativo de planeación estatal y nacional que dimensiona la capacidad instalada de los servicios de salud dirigidos a la población abierta.

Segundo Nivel de Atención.- Se conforma de unidades que proporcionan atención médica en las cuatro especialidades básicas: Cirugía General, Medicina Interna, gineco-obstetricia y Pediatría, así como en cinco complementarias: otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, dermatología y psiquiatría y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia.- Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de Atención Medica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Tercer nivel de atención.- La función primordial en este nivel es de investigación y docencia y la prestación de los servicios será de apoyo a la atención médica de alta especialidad con el auxilio de recursos de alta tecnología, para resolver problemas de diagnóstico y tratamiento que requiere la participación de las especialidades de las cuatro ramas básicas de la medicina.

Traslado de pacientes.- Transportar a un paciente en el menor tiempo posible de una unidad médica a otra de mayor capacidad resolutiva.

Tratamiento médico.- Se denomina así al proceso tendiente a solucionar los problemas de salud del necesitado, mediante el cambio de actitud y situaciones, así como el uso de recursos que él posee, su grupo y su comunidad, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social.

Visita domiciliaria.- Es la técnica que permite conocer a través de la observación, el hábitat del sujeto o familia en estudio, con el propósito de verificar los datos proporcionados en la entrevista, profundizar el conocimiento de factores familiares y medio ambiente que interfieren en la salud del individuo o familia.

Admisión de urgencias.-Es el ingreso de un paciente al hospital en estado delicado, que puede fallecer o quedar incapacitado si no recibe atención médica inmediata.

Altas.- Es el trámite de egreso del paciente hospitalizado.

Caso médico legal.-Son las lesiones y daños a la salud tipificados en el código penal, y que deben ser notificados a

las autoridades correspondientes por el médico que tiene conocimiento del caso.

Contrarreferencia: es el procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención, motivo de referencia se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.

Consulta externa.- Área que otorga atención médica integral a pacientes ambulatorios.

Consulta de urgencias.-Es la atención médica prestada a un paciente en el servicio de urgencias del hospital.

Diagnostico.- Análisis y determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente.

Diagrama de flujo ó flujograma.- Es la expresión gráfica de las operaciones de un procedimiento en el que se establece su secuencia cronológica según su propósito.

Egreso por mejoría.- El médico tratante determina el egreso del paciente por sus condiciones favorables y que ya no requiere tratamiento hospitalario.

Instrumento formato.- Son elementos que facilitan o perfeccionan la tarea de observación en investigación, siendo seleccionados y aplicados por el investigador o entrevistador.

Manual de procedimientos.- El manual de procedimientos es el documento informativo, en el que se incluyen dos o más instructivos de procedimientos pertenecientes a un mismo subsistema, a través de los cuales se precisan detalladamente las actividades a desarrollar para dar cumplimiento a una función específica.

Primer Nivel de Atención.- Lo integran las unidades que proporcionan atención médica de tipo integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, apoyada en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción a la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigaciones orientada principalmente a los problemas de salud más frecuentes.

Población abierta.- Población que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social.

Referencia.- Es el procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente a una unidad médica de apoyo

Regionalización operativa.- Instrumento técnico administrativo de planeación estatal y nacional que dimensiona la capacidad instalada de los servicios de salud dirigidos a la población abierta.

Segundo Nivel de Atención.- Se conforma de unidades que proporcionan atención médica en las cuatro especialidades básicas: Cirugía General, Medicina Interna, gineco-obstetricia y Pediatría, así como en cinco complementarias: otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, dermatología y psiquiatría y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia.- Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de Atención Médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Tercer nivel de atención.- La función primordial en este nivel es de investigación y docencia y la prestación de los servicios será de apoyo a la atención médica de alta especialidad con el auxilio de recursos de alta tecnología, para resolver problemas de diagnóstico y tratamiento que requiere la participación de las especialidades de las cuatro ramas básicas de la medicina.

Traslado de pacientes.- Transportar a un paciente en el menor tiempo posible de una unidad médica a otra de mayor capacidad resolutiva.

Tratamiento médico.- Se denomina así al proceso tendiente a solucionar los problemas de salud del necesitado, mediante el cambio de actitud y situaciones, así como el uso de recursos que él posee, su grupo y su comunidad, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social.

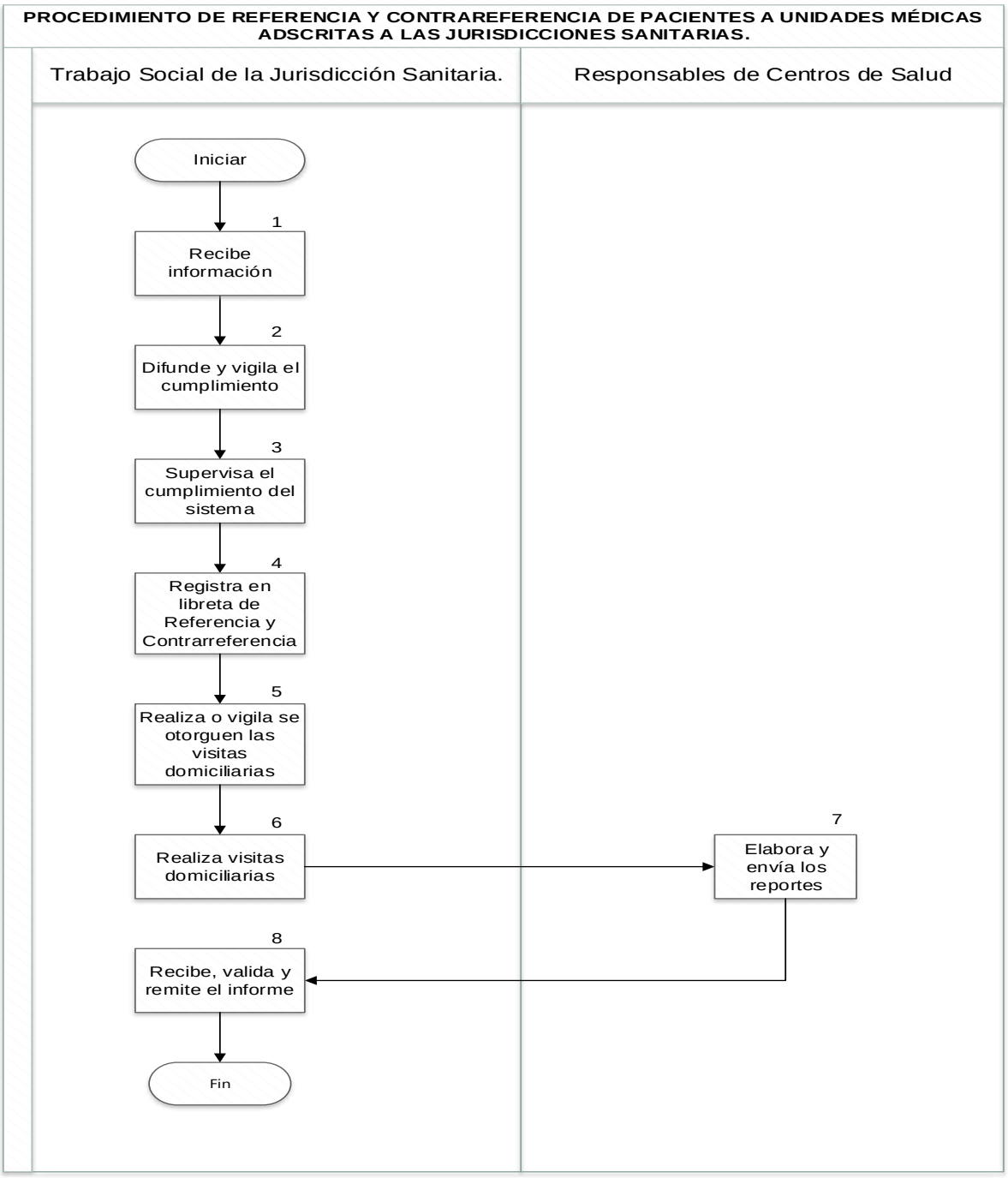
Visita domiciliaria.- Es la técnica que permite conocer a través de la observación, el hábitat del sujeto o familia en estudio, con el propósito de verificar los datos proporcionados en la entrevista, profundizar el conocimiento de factores familiares y medio ambiente que interfieren en la salud del individuo o familia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES A UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Trabajo Social de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe información, normas, manuales y lineamientos del Departamento de Trabajo Social de la Dirección de Atención a la Salud.	Manuales y lineamientos.
2		Difunde y vigila en todas las Unidades médicas de primero y segundo nivel, el cumplimiento de la normatividad en términos de la evaluación socioeconómica aplicable a la región.	
3		Supervisa el cumplimiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia entre las unidades operativas de los tres niveles de Atención Médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad a todos los pacientes. Nota: cuando sea necesario agiliza el traslado de pacientes en el menor tiempo posible de una unidad médica a otra de mayor capacidad resolutiva.	Formato de referencia y contrarreferencia
4		Registra en libreta de Referencia y Contrarreferencia los pacientes referidos de las unidades médicas con la finalidad de asegurar el	Bitácora de referencia y

		seguimiento en el manejo de todos los pacientes.	Contrarreferencia
5		Realiza o vigila se otorguen las visitas domiciliarias a pacientes que requieren un seguimiento en su tratamiento. Así como pacientes de Programas prioritarios como embarazo, Ca de Mama, CaCu entre otros.	Bitácora de visitas domiciliarias
6		Realiza visitas domiciliarias con la finalidad de conocer a través de la observación, el hábitat del sujeto o familia en estudio, con el propósito de verificar los datos proporcionados en la entrevista, profundizar el conocimiento de factores familiares y medio ambiente que interfieren en la salud del individuo o familia.	Ficha socioeconómica
7		Notifica y da seguimiento a los casos médico legales.	Nota de Trabajo Social
8	Responsables de Centros de Salud	Elabora y envía el reporte de referencia y contrareferencia, reporte de pacientes por cada programa que requieren ser referidos a unidades de segundo y tercer nivel, reportes de los diferentes programas.	Reportes
9	Trabajo Social de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe, valida y remite del informe de referencia y contrareferencia, y de los diferentes programas al Departamento de Trabajo Social de la Dirección de Atención a la Salud.	Reportes
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES A UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA



7.8.11. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ESTOMATOLOGÍA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 30 a 60 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Dra. María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Coordinar y dirigir los Programas de Estomatología de acuerdo a la metodología y diversos procedimientos establecidos con estricto apego a la normatividad oficial, mejorando la calidad de los servicios existentes en beneficio de la población.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Modelo Integrador de Atención a la Salud; primera Edición 2006 2. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaria de Salud 2010. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 4. Cédula estatal de Supervisión de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud. 5. Cédula de Acreditación para primer nivel de atención 2018. 6. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales. Políticas de Operación: 1. Diagnóstico de Salud jurisdiccional del programa de Salud Bucal. 2. Diagnóstico de salud de cada unidad médica con el programa de salud bucal. 3. Programación de metas anuales a cada unidad con servicio de estomatología. 4. Validación de Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS) 5. Sistema Estatal de Información para la Salud. 6. Indicadores Caminando a la Excelencia (CENAPRECE). 7. Odontología de la jurisdicción Sanitaria será la encargada de distribuir los insumos correspondientes para la operación del Programa de Estomatología. 8. Odontología de la jurisdicción Sanitaria será la encargada de vigilar y evaluar el cumplimiento de los Indicadores Caminando a la Excelencia de las diferentes unidades de salud que cuentan con servicio dental de la Jurisdicción Sanitaria.
Responsables	Odontología de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Unidades Médicas que cuentan con servicio dental.

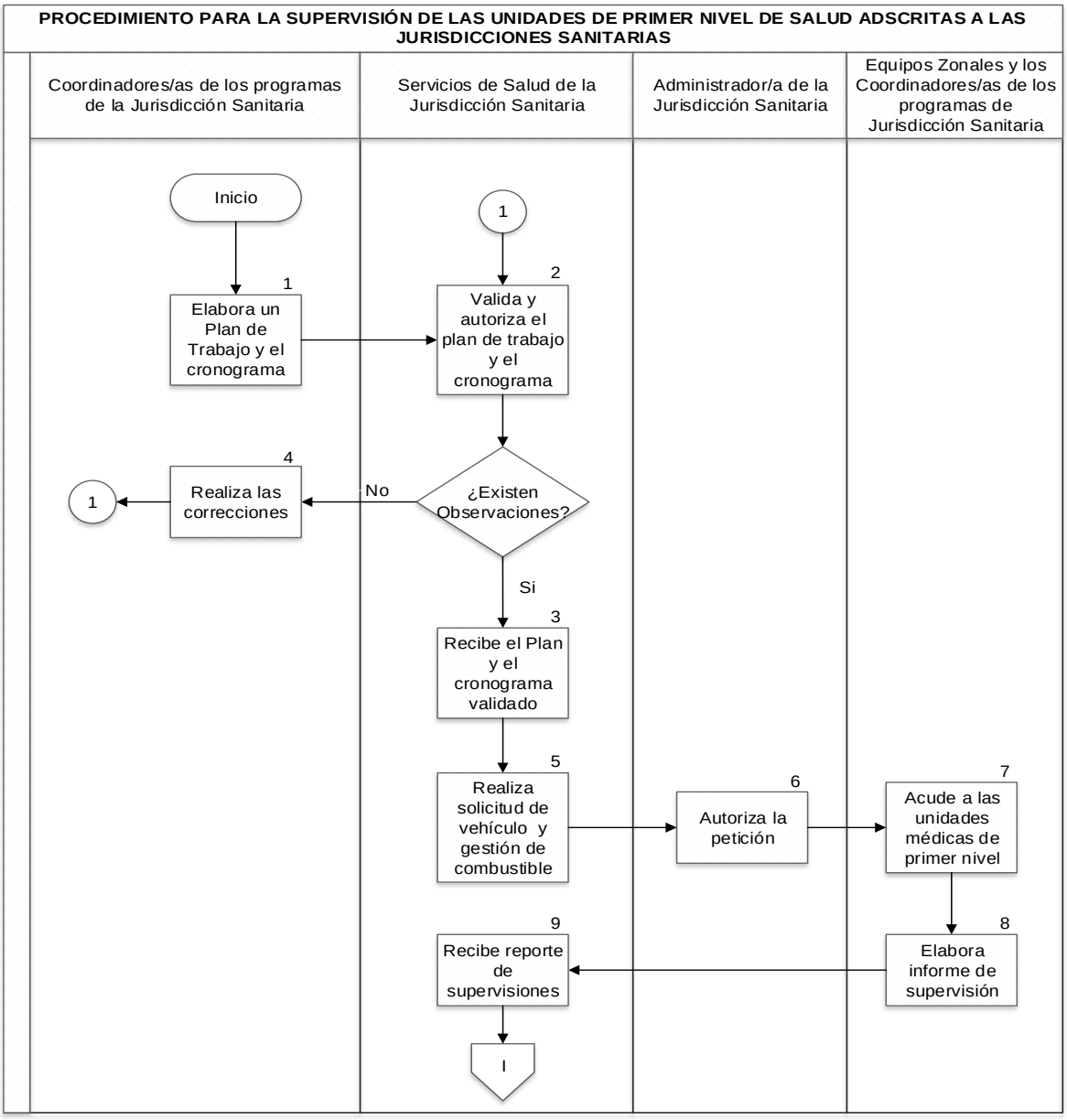
Recursos	1. Tablero de necesidades de mantenimiento. 2. Formato de salud bucal (SIS-SS-SNSB, SIS-SS-CE-H, SINBA-SIS-02-B) 3. Internet. 4. Consumibles de oficina. 5. Vehículo oficial. 6. Cedula de supervisión.
Glosario	DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ESTOMATOLOGÍA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

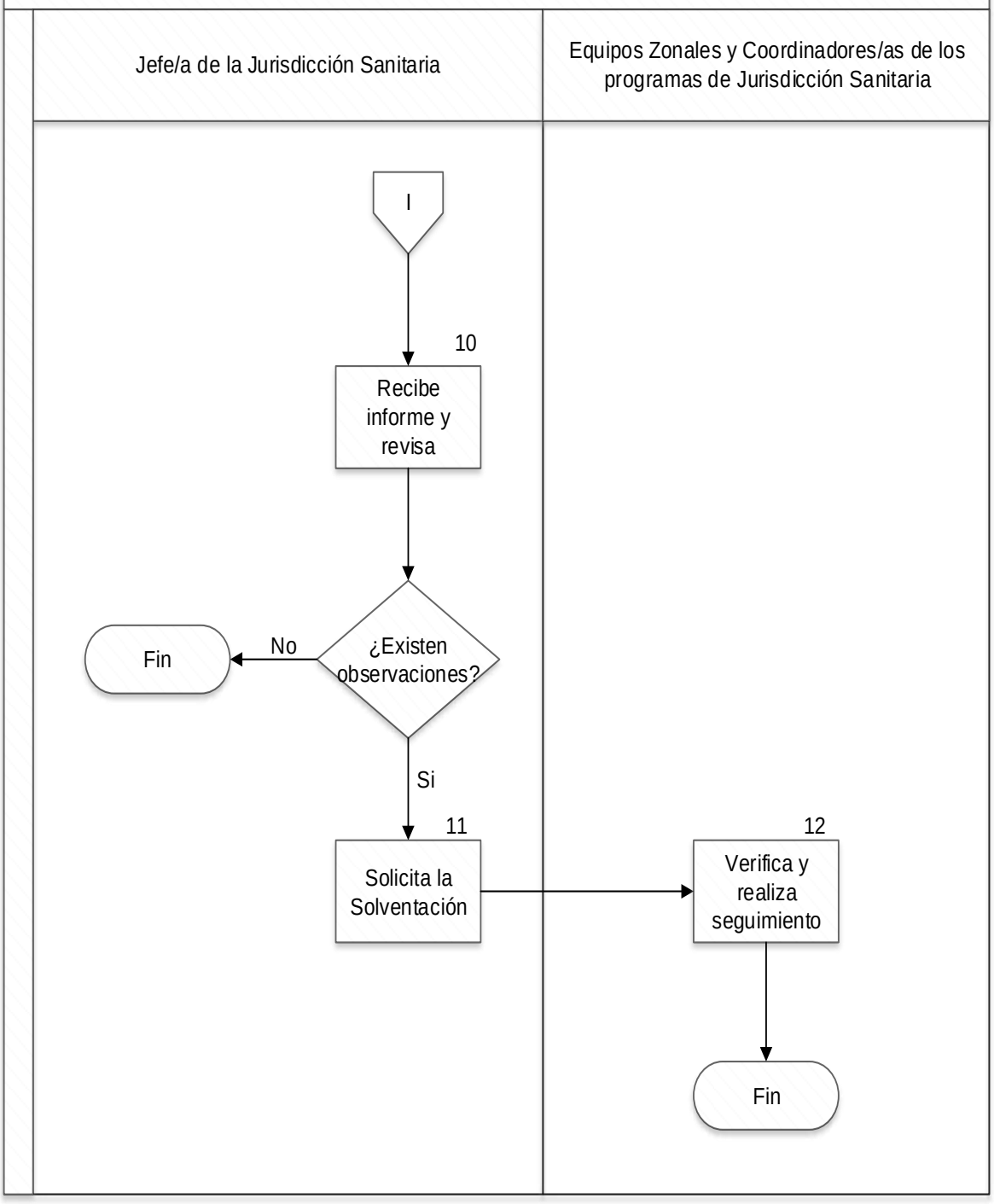
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinadores/as de los programas de la Jurisdicción Sanitaria.	Elabora un Plan de Trabajo y cronograma de supervisión de las unidades de salud del primer nivel de atención correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria.	Plan de trabajo Cronograma
2	Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe y revisa el plan de trabajo y el cronograma de supervisión para su validación y autorización. ¿Existen Observaciones? Si: Avanza a la actividad 3. No: Continua en la actividad 4.	
3	Coordinadores/as de los programas de la Jurisdicción Sanitaria.	Realiza las correcciones al plan de trabajo y el cronograma de supervisión. Continúa en la actividad No. 2.	

4		Recibe Plan de Trabajo y el cronograma de supervisión validado.	
5		Realiza solicitud de vehículo y gestión de combustible para la ruta programada.	Oficio
6	Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Autoriza la petición de vehículo combustible y chofer.	Oficio
7	Equipos Zonales y los Coordinadores/as de los programas de Jurisdicción Sanitaria.	Acude a las unidades médicas de primer nivel de atención, aplica los instrumentos de supervisión en forma completa, supervisa procesos médicos, evalúa al personal de las unidades médicas, capacita y asesora en caso de encontrar desviaciones en la aplicación de la normatividad vigente de los programas.	Cédula de supervisión correspondiente a cada coordinación.
8		Elabora informe de supervisión por unidad de salud para reportar de forma inmediata los hallazgos y desviaciones que dificulten la operación de los servicios.	
9	Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe reporte de supervisiones de los hallazgos encontrados con mayor importancia para su solución.	Reporte de supervisión
10	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe informe y revisa ¿Existen observaciones? Si: Continúa con la actividad 11. No: Fin del Procedimiento.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ESTOMATOLOGÍA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE SALUD ADSCRITAS A LAS JURISDICCIONES SANITARIAS



7.8.12. PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA, PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Tiempo Promedio: 30 a 60 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la Certificación Electrónica de la Corresponsabilidad de las Familias Beneficiarias del Programa de Inclusión Social PROSPERA en la Jurisdicción Sanitaria.

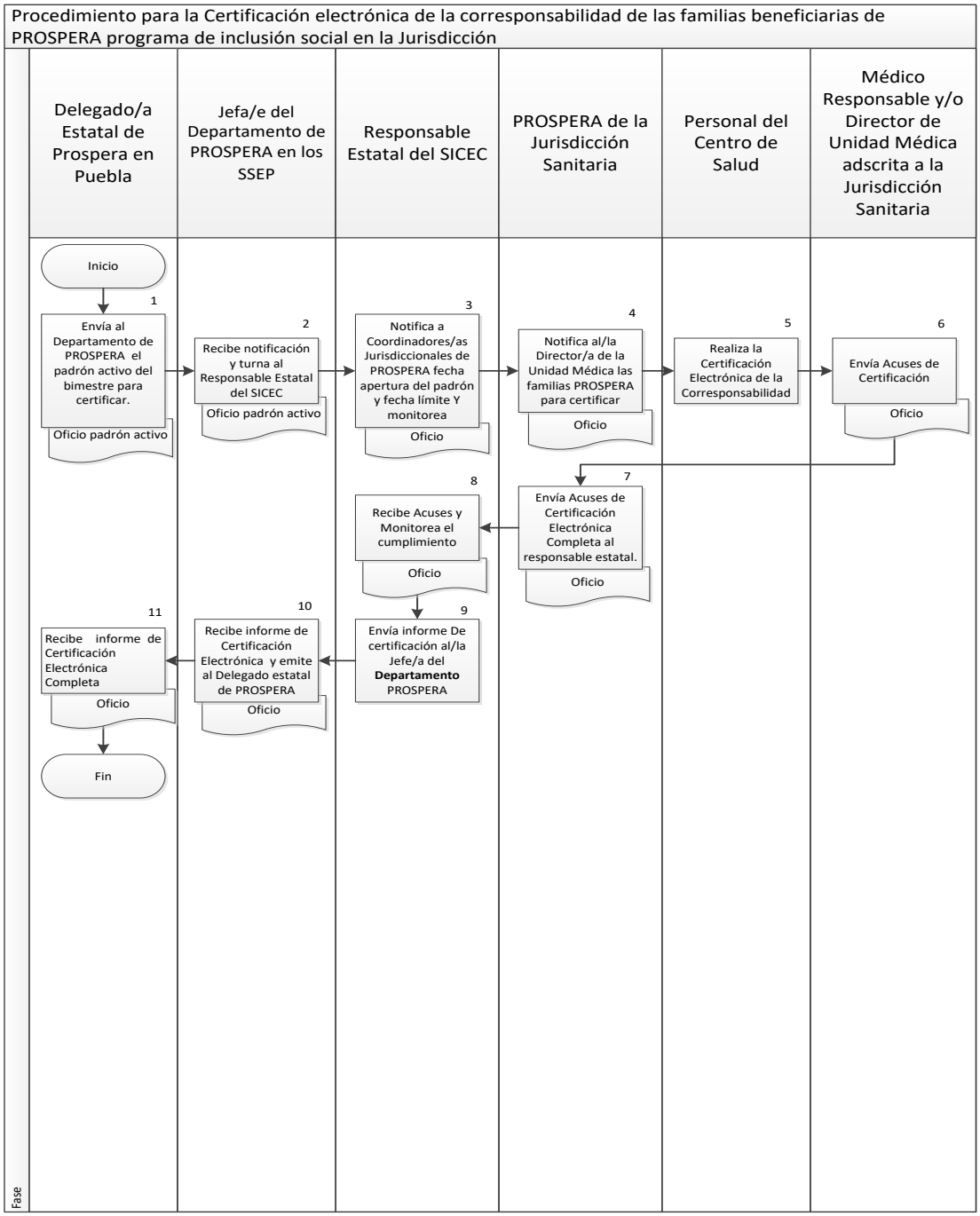
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglas de Operación de Prospera- Programa de Inclusión Social Vigente. Políticas de Operación: 1. La Subdirección de Atención Primaria a la Salud y prospera, es responsable de diseñar y definir los lineamientos para el proceso para la Certificación Electrónica de la Corresponsabilidad de las Familias Beneficiarias de PROSPERA. 2. La Jefatura Estatal de PROSPERA conjuntamente con las coordinaciones jurisdiccionales del Programa se encuentran en constante comunicación para lograr una alta efectividad en el procedimiento.
Responsables	Prospera de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas, Departamento de Prospera de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Recursos	Computadora. Internet Responsable de la certificación electrónica.
Glosario	PROSPERA: Programa de Inclusión Social. SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SICEC: Sistema Integral de Certificación Electrónica de Corresponsabilidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA, PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Delegado/a Estatal de PROSPERA en Puebla.	Envía a el/la Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP el padrón activo del bimestre para certificar.	Oficio Padrón activo.
2	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Recibe la notificación y turna al Responsable Estatal del SICEC	Oficio Padrón activo.
3	Responsable Estatal del SICEC	Notifica a los/las Coordinadores/as Jurisdiccionales de PROSPERA la fecha de apertura del padrón, así como la fecha límite para esta actividad, y monitorea el cumplimiento en tiempo y forma.	Oficio Correo Electrónico.
4	PROSPERA de la Jurisdicción Sanitaria.	Notifica vía oficio o circular al/la director/a de la Unidad Médica las familias PROSPERA registradas para certificar cumplimiento de corresponsabilidad en salud.	Oficio Circular.
5	Médico Responsable de Unidad Médica adscrita a la Jurisdicción Sanitaria	Realiza la Certificación Electrónica de la Corresponsabilidad de las Familias Beneficiarias del Programa de Inclusión Social PROSPERA de su área de responsabilidad	
6	Médico Responsable y/o Director de Unidad Médica adscrita a	Envía Acuses de Certificación Completa.	Acuse de Certificación.

	la Jurisdicción Sanitaria		
7	PROSPERA de la Jurisdicción Sanitaria.	Envía Acuses de Certificación Electrónica Completa al responsable estatal.	Correo Electrónico Acuse de Certificación.
8	Responsable Estatal del SICEC	Recibe Acuses de Certificación Electrónica Completa y Monitorea el cumplimiento en tiempo y forma.	Acuse de Certificación.
9	Responsable Estatal del SICEC	Envía informe de Certificación Electrónica Completa al/la Jefe/a del Departamento PROSPERA.	Correo Electrónico.
10	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Recibe vía oficio el informe de Certificación Electrónica Completa y emite la información por oficio al Delegado estatal de PROSPERA.	Oficio Acuse de Certificación.
11	Delegado/a Estatal de PROSPERA en Puebla.	Recibe vía oficio el informe de Certificación Electrónica Completa del/de la Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP Nota: La delegación Estatal de PROSPERA es ajena a los SSEP.	Oficio Acuse de Certificación.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA, PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA



7.8.13. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Tiempo Promedio: 30 a 60 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar al personal directivo y operativo las reglas de operación y lineamientos en la programación, determinación de necesidades, recepción, almacenamiento, entrega, registro, preparación y consumo de los suplementos alimenticios PROSPERA en los modelos urbano y rural, con el fin de reforzar la alimentación y nutrición de las niñas y niños menores de 5 años de edad y de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia del programa.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglas de Operación de Prospera- Programa de Inclusión Social Vigente.
2. Manual para el suministro y control del suplemento alimenticio 2018.
3. Manual de Nutrición 2012- CENSIA.

Políticas de Operación:

1. El numeral 3.6.2.2 “Prevención y atención a la mala nutrición” de las Reglas de Operación PROSPERA 2018, establece que mediante la vigilancia sistemática del crecimiento y desarrollo infantil se corroboran los cambios en el estado de nutrición y se identifican tempranamente a la mala nutrición por exceso o deficiencia en la ingesta de nutrimentos. Se informa a las madres y padres o responsables del niño o niña sobre el desarrollo, brindándoles orientación y capacitación sobre los beneficios de una alimentación correcta y del consumo adecuado del suplemento alimenticio que el Sector Salud defina.
2. La valoración del estado de nutrición se realizará conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas e Internacionales aplicables.
3. Los grupos blanco recibirán gratuitamente el suplemento alimenticio, considerando el área geográfica, la edad de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, estas últimas hasta por un año.
4. Suplementos alimenticios rurales.
   Nutrisano y Vitaniño: para todos los niños y niñas de 06 a 11 meses, sin distinción de su diagnóstico de nutrición.
   Bebida Láctea Nutrisano y Vitaniño: para todos los niños y niñas de 12 a 23 meses, sin distinción de su diagnóstico de nutrición.
   Vitaniño: para todos los niños y niñas de 24 a 59 meses, sin distinción de su diagnóstico de nutrición.
   Nutrivida tabletas: para todas las mujeres embarazadas y mujeres en lactancia (hasta por un año posterior al parto).

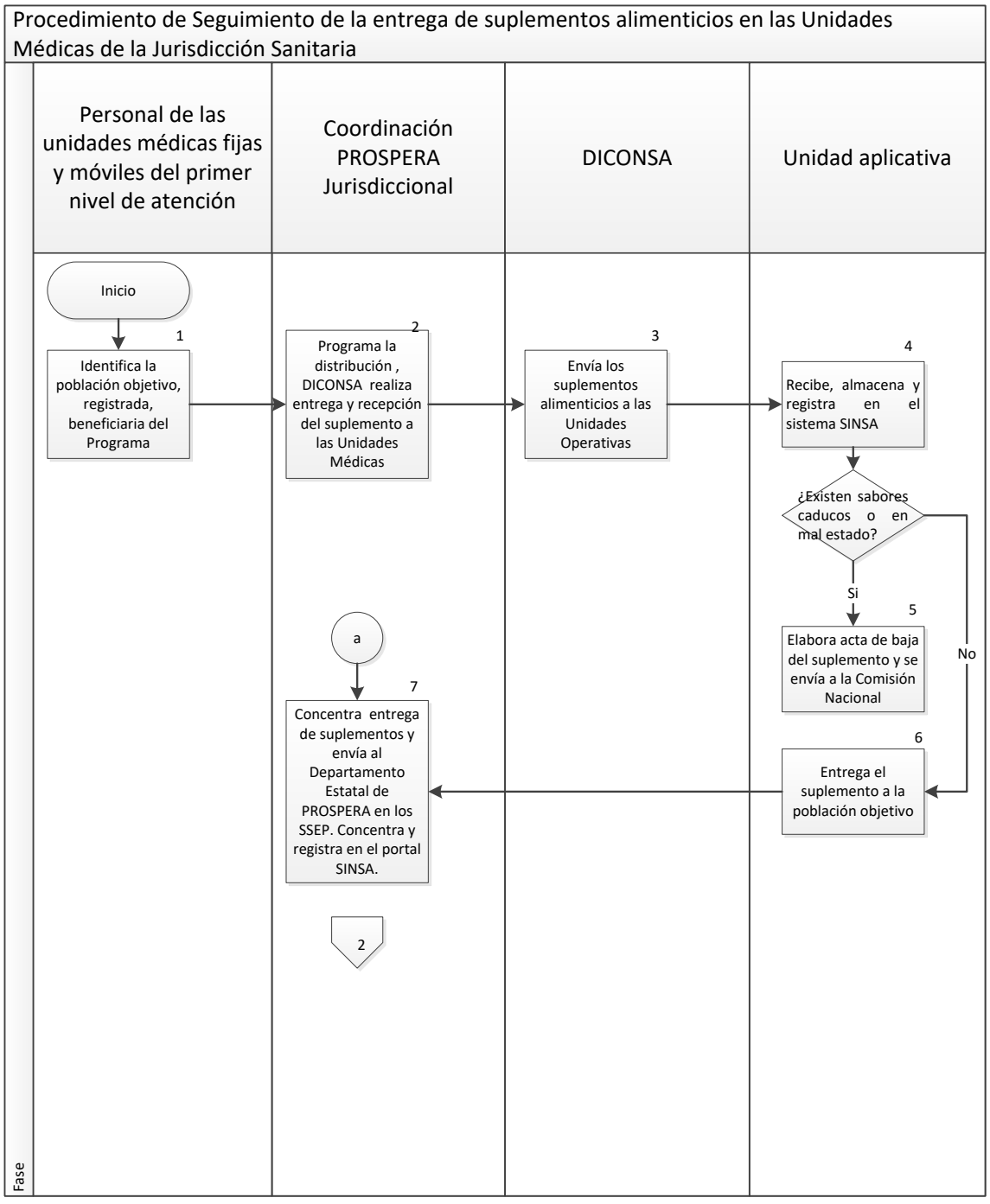
	5. Suplemento alimenticio Urbano. Vitaniño: para todos los niños y niñas de 24 a 59 meses, sin distinción de su diagnóstico de nutrición. Nutrivida tabletas: para todas las mujeres embarazadas y mujeres en lactancia (hasta por un año posterior al parto).
Responsables	Prospera de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Comisión Nacional de Protección Social en Salud, LICONSA, DICONSA, Coordinación PROSPERA Jurisdiccional, Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA, Unidad aplicativa.
Recursos	Anexos de necesidades Formatos 10 “A”, 10 “B”, 7 “A”. Plataforma de SINSA.
Glosario	CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. DGP: Dirección General de PROSPERA. PROSPERA: PROSPERA- Programa de Inclusión Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SEDESO: Secretaría de Desarrollo Social. DICONSA: Sistema de Distribución de CONASUPO S.A. de C.V. Suplementos alimenticios: Micro y macro-nutrimentos que aportan los requerimientos mínimos necesarios para coadyuvar a un estado de nutrición adecuado en la población objetivo. SIP: Sistema de Información PROSPERA. SINSA: Sistemas de Inventarios de Suplementos Alimenticios. DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. DGIS: Dirección General de Información en Salud. SIS: Sistema de Información en Salud.

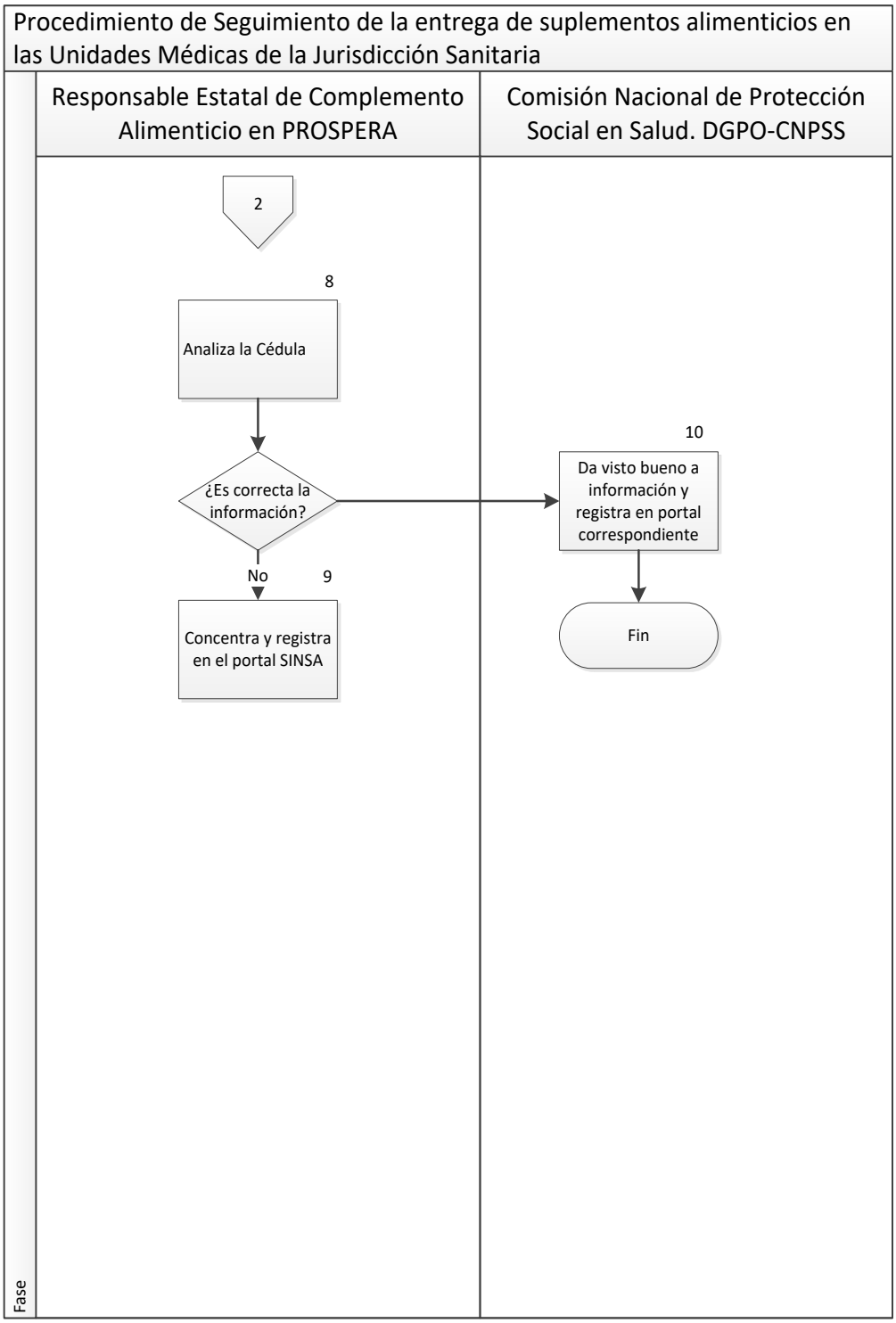
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de las unidades médicas fijas y móviles del primer nivel de atención	Identifica la población objetivo, registrada, beneficiaria del Programa en el área de su responsabilidad. NOTA: Niñas y niños de entre 6 meses y 23 meses de edad, Niñas y niñas de entre 2 y 5 años que presentan algún grado de desnutrición (leve, moderada o severa). Mujeres Embarazadas y en periodo de lactancia hasta por un año.	Registro de Necesidades Bimestrales.
2	Coordinación PROSPERA Jurisdiccional.	Programa la distribución por puntos de destino, detallada por cantidad, mezcla y sabor, y a través de almacenes regionales, por parte de DICONSA, se realiza la entrega y recepción del suplemento a las Unidades Médicas	Requerimiento por Puntos de Destino Final.
3	DICONSA.	Envía los suplementos alimenticios a las Unidades Operativas.	Recibo de entrega.
4	Unidad aplicativa	Recibe, almacena y registra en el sistema SINSA. ¿Existen sabores caducos o en mal estado? Sí, continúa en la actividad 5. No, continúa en la actividad 6.	Recibo de entrega. Portal SINSA
5	Unidad aplicativa	Elabora acta de baja del suplemento y se envía a la Comisión Nacional.	Acta de Baja
6	Unidad aplicativa	Entrega el suplemento a la población objetivo.	Tarjetas de control 18-P y 38-

			P.
7	Coordinación PROSPERA Jurisdiccional	Concentra la información de la entrega de los suplementos de manera bimestral y envía al Departamento Estatal de PROSPERA en los SSEP.	Cédula para el control por Unidad Médica. Portal SINSA
	Departamento Estatal de PROSPERA en los SSEP.	Recibe la cédula de entrega de los suplementos.	
8	Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA.	Analiza la Cédula ¿Es correcta la información? Sí. Continúa con la actividad 10. No, continúa en la actividad 9.	Cédula para el control por Unidad Médica.
	Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA.	Realiza observaciones para corrección de información. Regresa a actividad No.7	Oficio
10	Departamento Estatal de PROSPERA en los SSEP.	Concentra y registra en el portal SINSA.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA




Procedimiento de Seguimiento de la entrega de suplementos alimenticios en las Unidades Médicas de la Jurisdicción Sanitaria
Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA
Comisión Nacional de Protección Social en Salud. DGPO-CNPSS
Fase
2
8
Analiza la Cédula
¿Es correcta la información?
No
9
Concentra y registra en el portal SINSA
10
Da visto bueno a información y registra en portal correspondiente
Fin

7.8.14. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 30 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Realiza la supervisión técnico-administrativo para el control, y evaluación del modelo de atención en salud en las unidades médicas del primer nivel de atención de la jurisdicción; para fortalecer la comunicación, el liderazgo, el desarrollo humano y el trabajo en equipo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla
2. Ley General de Salud
3. Ley Estatal de Salud
4. Normas oficiales mexicanas
5. Guías de práctica clínica.
6. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaria de Salud.
7. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
8. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud:
9. Decreto por el que ejecutivo federal establece la base para el programa de descentralización, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1983.
10. Decreto por el que se ordena la descentralización de los Servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los denominados IMSS-COPLAMAR y su integración orgánica a un Sistema Estatal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de marzo de 1984.
11. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
12. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
13. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
14. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
15. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
16. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
17. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010,

Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

18. NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
20. NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
21. NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
22. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
23. NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
24. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
25. NORMA Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo taeniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
26. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
27. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la lepra.
28. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
29. NORMA Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
30. NORMA Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
31. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013,

Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

32. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la pre menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
33. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
34. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
35. NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
36. NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
37. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
38. NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
39. MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención atención.

Políticas de Operación:

1. La Jurisdicción Sanitaria recabará los datos conforme lo estipulado por el Departamento de Atención Primaria a la Salud.

Responsables

Equipos Zonales / Servicios de Salud / Epidemiología.

Áreas Involucradas	Casas de Salud; Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles.
Recursos	1. Cédula de Acreditación 2018. 2. Indicadores de evaluación. 3. Transporte 4. Consumibles de oficina.
Glosario	N/A.

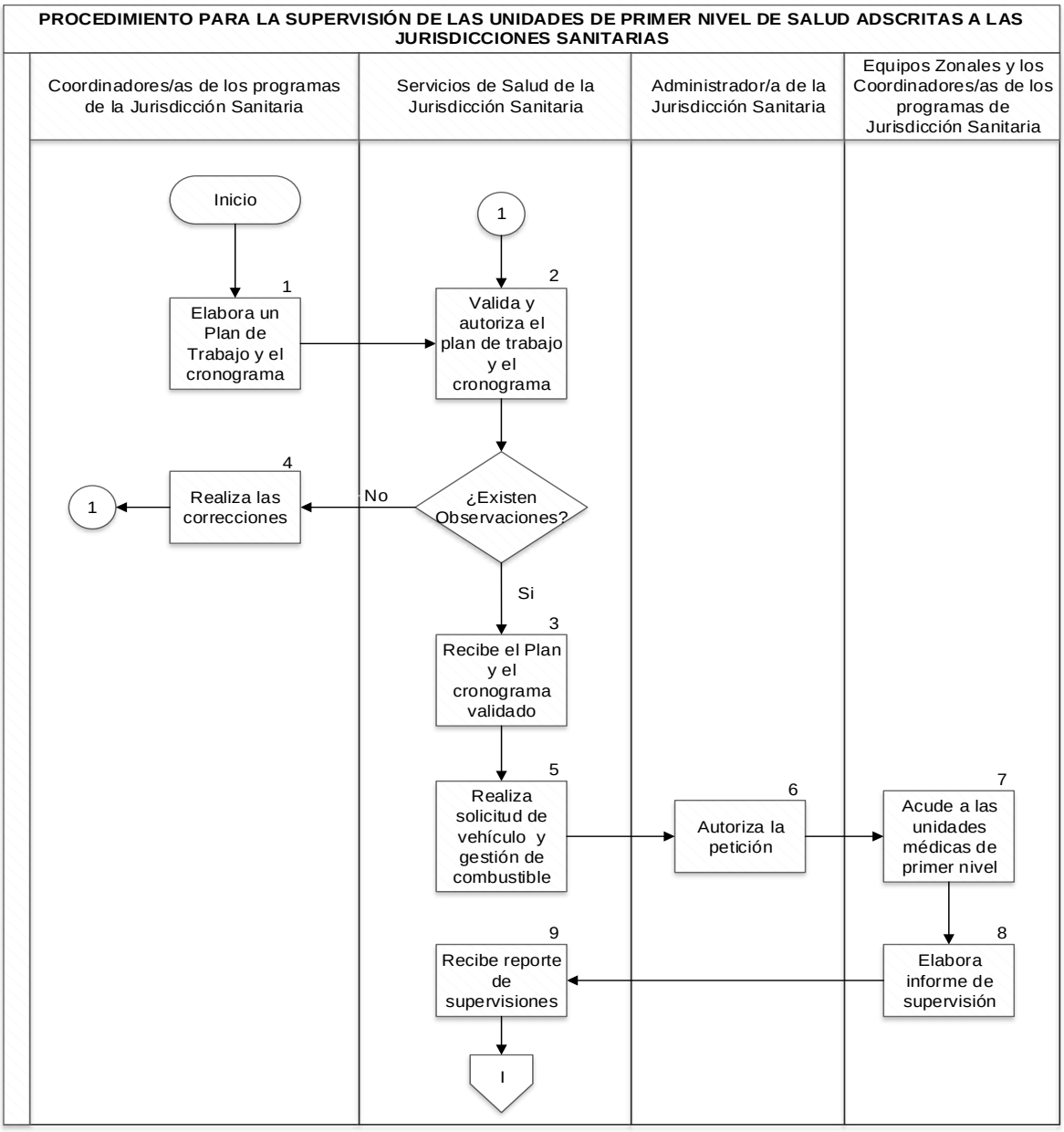
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinadores/as de los programas de la Jurisdicción Sanitaria.	Elabora un Plan de Trabajo y cronograma de supervisión de las unidades de salud del primer nivel de atención correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria.	Plan de trabajo Cronograma
2	Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe y revisa el plan de trabajo y el cronograma de supervisión para su validación y autorización. ¿Existen Observaciones? Si: Avanza a la actividad 3. No: Continua en la actividad 4.	
3	Coordinadores/as de los programas de la Jurisdicción Sanitaria.	Realiza las correcciones al plan de trabajo y el cronograma de supervisión. Continúa en la actividad No. 2.	
4		Recibe Plan de Trabajo y el	

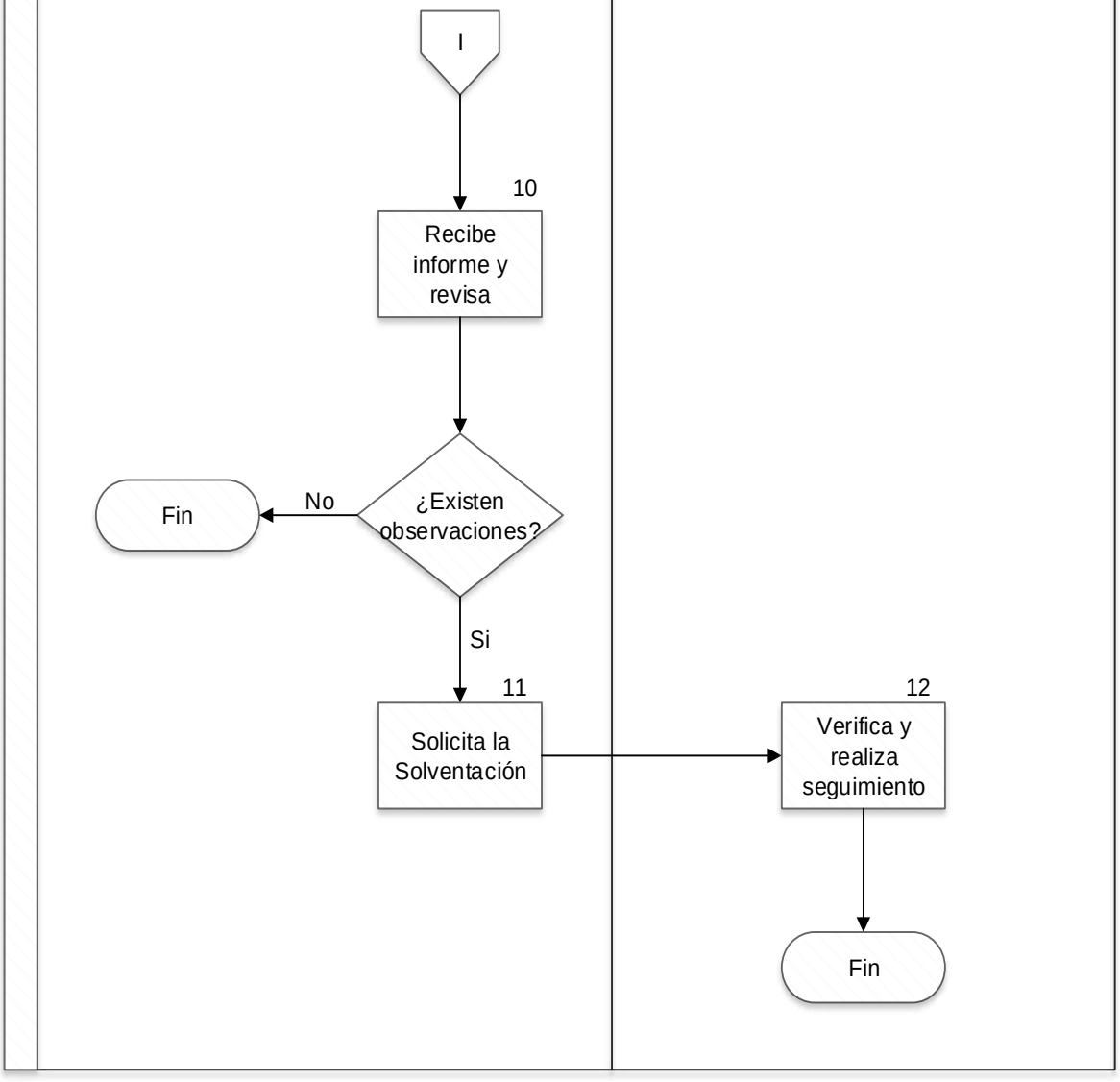
		cronograma de supervisión validado.	
5		Realiza solicitud de vehículo y gestión de combustible para la ruta programada.	Oficio
6	Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Autoriza la petición de vehículo combustible y chofer.	Oficio
7	Equipos Zonales y los Coordinadores/as de los programas de Jurisdicción Sanitaria.	Acude a las unidades médicas de primer nivel de atención, aplica los instrumentos de supervisión en forma completa, supervisa procesos médicos, evalúa al personal de las unidades médicas, capacita y asesora en caso de encontrar desviaciones en la aplicación de la normatividad vigente de los programas.	Cédula de supervisión correspondiente a cada coordinación.
8		Elabora informe de supervisión por unidad de salud para reportar de forma inmediata los hallazgos y desviaciones que dificulten la operación de los servicios.	
9	Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe reporte de supervisiones de los hallazgos encontrados con mayor importancia para su solución.	Reporte de supervisión
10	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe informe y revisa ¿Existen observaciones? Si: Continúa con la actividad 11. No: Fin del Procedimiento.	
11		Solicita la Solventación de problemáticas existentes.	Oficio.
12	Equipos Zonales y Coordinadores/as	Verifica la solventación de problemas existentes y realiza seguimiento de	Actividad

	de los programas de Jurisdicción Sanitaria.	manera mensual sobre el cumplimiento de las observaciones realizadas en supervisiones anteriores de acuerdo a Plan de Trabajo.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA



PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE SALUD ADSCRITAS A LAS JURISDICCIONES SANITARIAS



7.8.15. PROCEDIMIENTO SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE CASAS DE SALUD ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: Mensual.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Supervisar las actividades de casas de salud adscritas a la jurisdicción, utilizando la cédula de supervisión que aplique para asegurar que se otorgan los servicios médicos a la comunidad

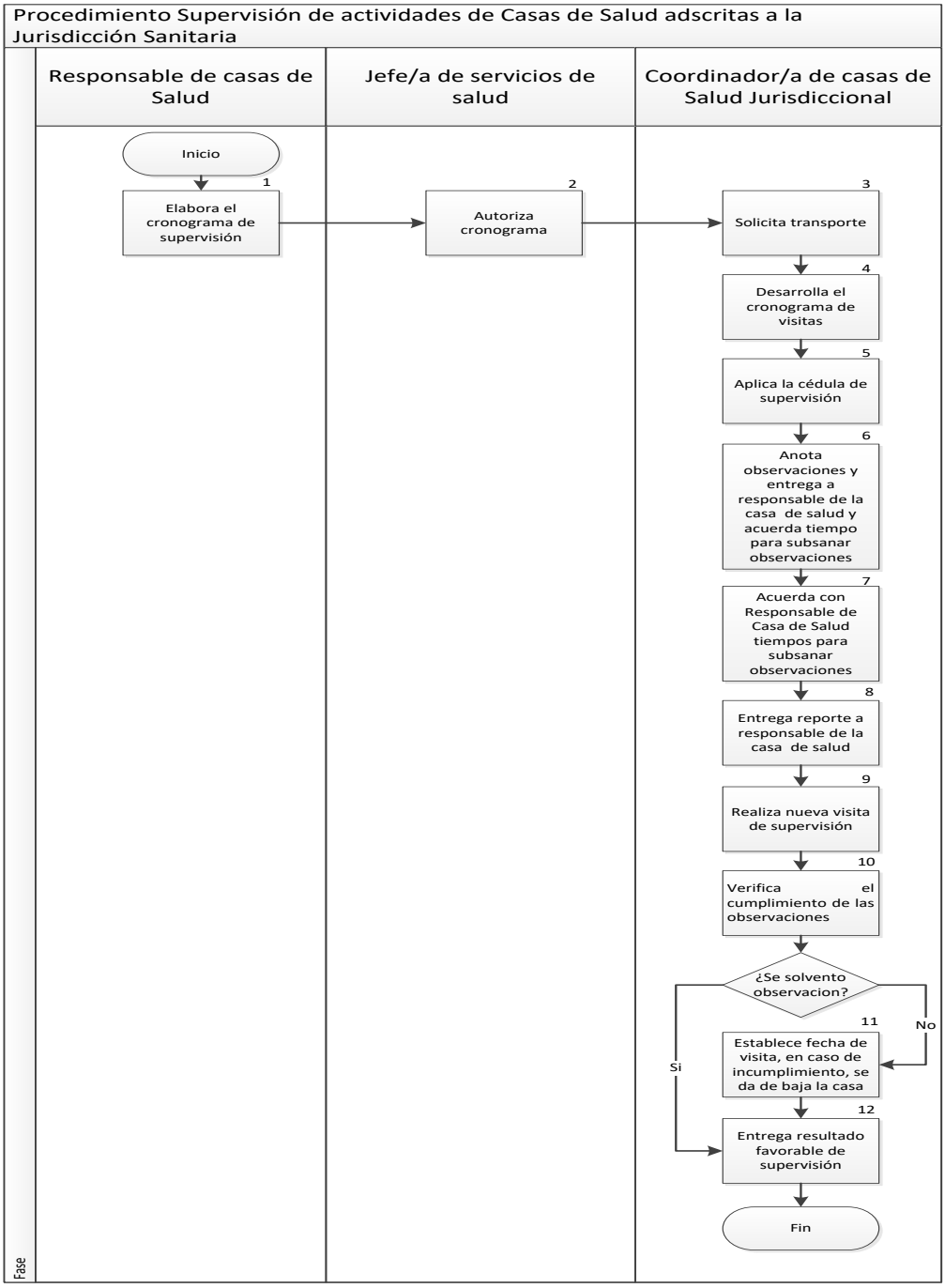
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Manual de operación de casas de salud 2. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 4. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 Políticas de Operación: 1. Asegurar que la casa de salud otorga sus servicios por cuatro horas diariamente 2. Que todas las actividades realizadas por las auxiliares de salud se registren en los formatos establecido 3. Visitar por lo menos cada mes a una casa de salud
Responsables	Casas de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Casas de Salud.
Recursos	Vehículo y papelería
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE CASAS DE SALUD ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de casas de Salud	Elabora el cronograma de supervisión	cronograma
2	Jefe/a de servicios de salud	autoriza cronograma	
3	Coordinador/a de casas de Salud Jurisdiccional	Solicita transporte	
4		Desarrolla el cronograma de visitas	

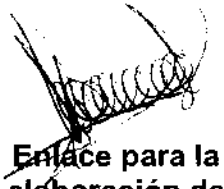
5		Aplica la cédula de supervisión	Cédula de supervisión
6		Anota observaciones y se entrega a responsable de la casa de salud	Minuta de Supervisión
7		Acuerda con el responsable de la casa de salud los tiempos para subsanar observaciones	
8		Entrega reporte a responsable de la casa de salud	Reporte de Supervisión
9		Realiza nueva visita de supervisión	
10		Verifica el cumplimiento de las observaciones ¿Se solvento observación? Si. paso No. 12 No. paso 11	
11		No hay cumplimiento de observaciones, se establece fecha de visita, en caso de incumplimiento, se da de baja la casa	
12		Se entrega resultado favorable de supervisión	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE CASAS DE SALUD ADSCRITAS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.


Procedimiento Supervisión de actividades de Casas de Salud adscritas a la Jurisdicción Sanitaria
Responsable de casas de Salud
Jefe/a de servicios de salud
Coordinador/a de casas de Salud Jurisdiccional
Inicio
1
Elabora el cronograma de supervisión
2
Autoriza cronograma
3
Solicita transporte
4
Desarrolla el cronograma de visitas
5
Aplica la cédula de supervisión
6
Anota observaciones y entrega a responsable de la casa de salud y acuerda tiempo para subsanar observaciones
7
Acuerda con Responsable de Casa de Salud tiempos para subsanar observaciones
8
Entrega reporte a responsable de la casa de salud
9
Realiza nueva visita de supervisión
10
Verifica el cumplimiento de las observaciones
¿Se solvento observacion?
No
11
Establece fecha de visita, en caso de incumplimiento, se da de baja la casa
Si
12
Entrega resultado favorable de supervisión
Fin
Fase

7.8.16. PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales Dra. María Esther García Castillo. MEGC OCTUBRE 2018	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Revisar los procesos operativos a través de la cédula de acreditación en las unidades médicas, y realizar la notificación de los resultados del cumplimiento de los requisitos para la prestación de los servicios de salud a la población beneficiaria del sistema de Protección Social en Salud.

Normas y Políticas de Operación	Marco Normativo: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

3. Ley General de Salud.
4. Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
5. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
6. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
9. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
10. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
11. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
12. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
13. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
14. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
15. Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
16. NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
17. NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
18. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
20. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
21. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

22. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
23. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
24. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
25. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
26. NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
27. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. • NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
28. MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
29. NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
30. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
31. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
32. NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
33. NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

34. NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
35. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
36. NORMA Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo taeniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
37. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
38. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
39. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. 38. NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
40. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, 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.
41. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la lepra.
42. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
43. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
44. NORMA Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
45. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica

ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

46. NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
47. NORMA Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
48. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
49. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
50. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la pre menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
51. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
52. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
53. NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
54. NORMA Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
55. NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
56. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
57. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 56. NORMA Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que

establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para laboratorios de patología clínica.

58. NORMA Oficial Mexicana 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.
59. NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
60. MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención atención.
61. NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
62. NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
63. NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
64. NORMA Oficial Mexicana NOM-256-SSA1-2012, Condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos y personal dedicados a los servicios urbanos de control de plagas mediante plaguicidas.

Políticas de Operación:

1. La jurisdicción propondrá las unidades a acreditar
2. Los Servicios de Salud estatales decidirá que unidades médicas integrarán el programa anual de acreditación.
3. Será responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria

	garantizar los procesos que permitan obtener la acreditación.
Responsables	Calidad de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Hospitales Comunitarios, Integrales y Generales; Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional de la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.
Recursos	1. Cédula de acreditación 2. Acceso a Internet. 3. Consumibles de oficina.
Glosario	CAUSES: Catálogo universal de Servicios de Salud.

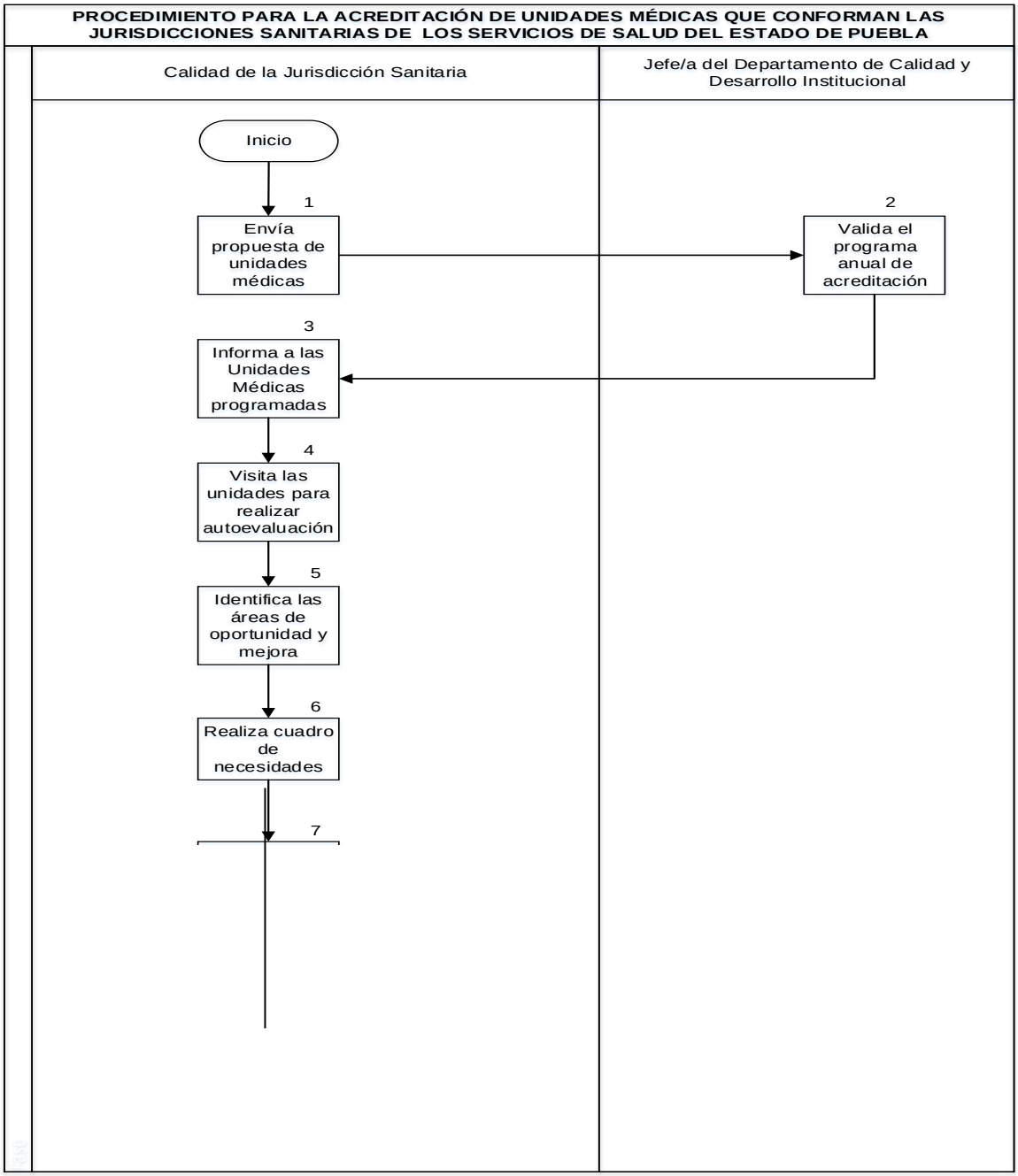
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Calidad de la Jurisdicción Sanitaria.	Se envía propuesta de unidades médicas de Primer y Segundo Nivel pendientes.	Notificación electrónica
2	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	Valida el programa anual estatal de acreditación.	Notificación
3	Calidad de la Jurisdicción Sanitaria.	Informa a las Unidades Médicas programadas.	Oficio de Notificación

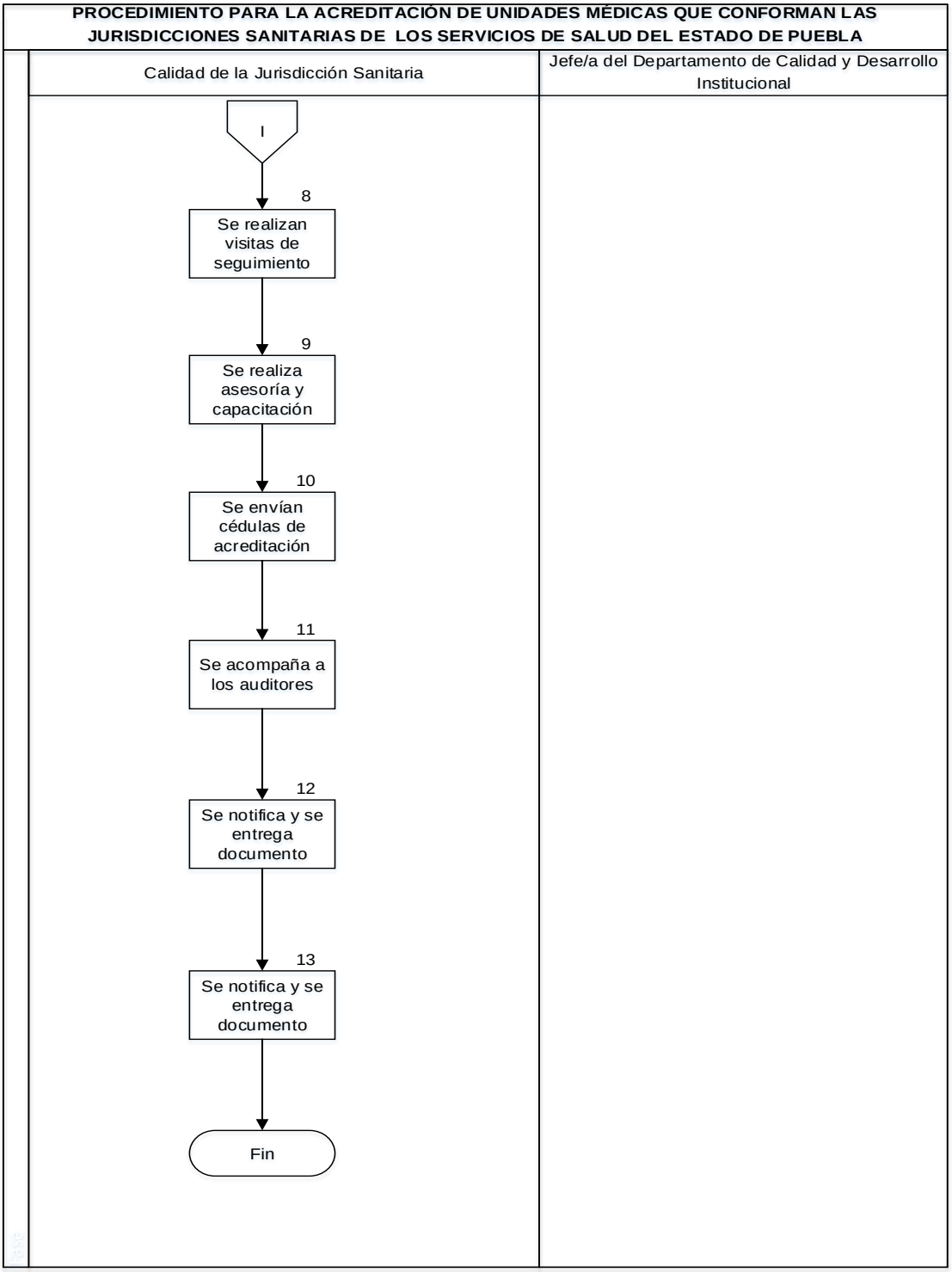
4		Visita las unidades médicas para realizar autoevaluación con la cédula de acreditación vigente.	Cédula de Acreditación CAUSES
5		Identifica las áreas de oportunidad y mejora, se informa los resultados al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional de la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.	Oficio
6		Realiza cuadro de necesidades identificando y clasificando infraestructura, equipo, mobiliario, insumos e instrumental médico.	Formato de Requisición de Necesidades de Unidades Médicas
7		Envía al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional el informe	Informe de necesidades
8		Se realizan visitas de seguimiento a las unidades consideradas para verificar avances que garanticen el cumplimiento de los criterios a través de la actualización de la cédula de acreditación.	Cédula de Acreditación
9		Se realiza la asesoría y capacitación al personal de las unidades médicas sobre los procesos de atención con base en las Normas Oficiales Mexicanas Vigentes y las Guías de Práctica Clínica.	Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica
10		Se envían cédulas de acreditación evaluadas con calificación aprobatoria para su validación al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Cédula de Acreditación.
11		Se acompaña a los auditores durante el proceso de evaluación federal.	S/D
12		Al recibir Dictamen de Acreditación, se notifica a las Unidades Médicas y	Oficio de Notificación

		se hace entrega de documento oficial.	Dictamen de Acreditación.
13		Al recibir Dictamen de Acreditación, se notifica a las Unidades Médicas y se hace entrega de documento oficial.	Oficio de Notificación Dictamen de Acreditación.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.



PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



7.8.17. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COCASEP (COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Tiempo Promedio: 120 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Dra. María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. Inocencia. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar un foro de gestión en donde se permitan la toma de decisiones enfocadas a la mejora de la calidad de la atención a la persona, la seguridad del paciente y de los profesionales de la salud, mediante la articulación de Políticas de calidad y seguridad.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Ley General de Salud. 3. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 4. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Artículo 18 fracción II). 5. Reglas de operación del Sistema Integral de Calidad en Salud 2014. 6. NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud (numeral 30). 7. NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Políticas de Operación: 1. Todas las unidades de primer nivel con 5 núcleos básicos y más; y todos los hospitales comunitarios, integrales y generales deberán contar con COCASEP 2. Las Unidades de Primer Nivel fijas deberán pertenecer a un COCASEP Jurisdiccional, donde el Gestor de Calidad Jurisdiccional será el Secretario técnico. 3. Los COCASEP deberán reunirse al menos 3 veces al año y genera una minuta con los acuerdos tomados.
Responsables	Calidad de la Jurisdicción Sanitaria
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional de la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

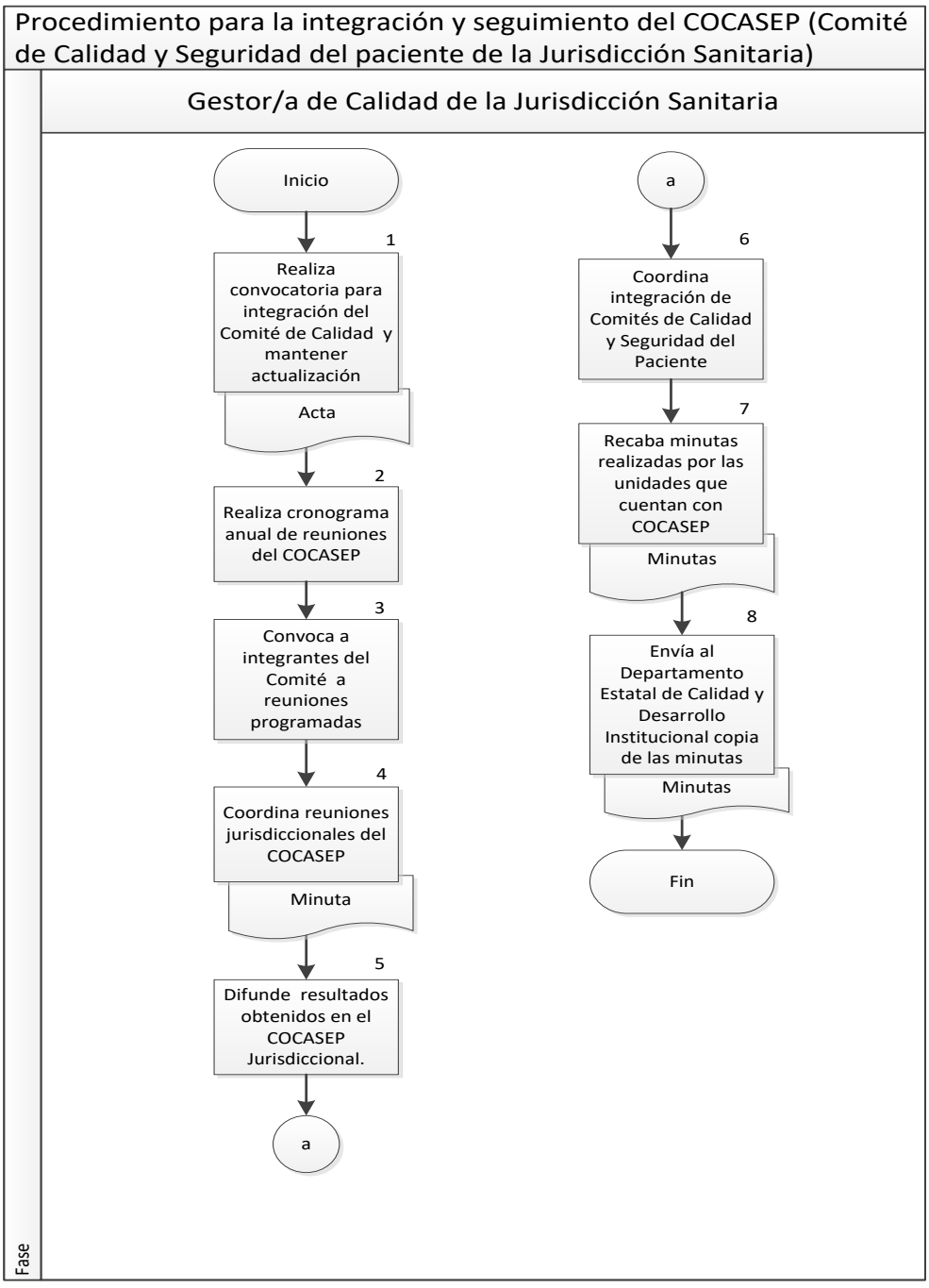
Recursos	Aula jurisdiccional Acta de instalación del COCASEP Formato de minuta de sesión de COCASEP Internet. Consumibles de oficina.
Glosario	**COCASEP**: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COCASEP (COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Gestor/a de Calidad de la Jurisdicción Sanitaria	Realiza la convocatoria para la integración del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Jurisdiccional y mantener su actualización, en caso de cambio de autoridades.	Acta de instalación del COCASEP
2		Realiza cronograma anual de reuniones del COCASEP	Cronograma anual
3		Convoca a los integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Jurisdiccional, a las reuniones programadas de acuerdo al cronograma anual.	Oficios de notificación
4		Coordina las reuniones jurisdiccionales del COCASEP y da el seguimiento correspondiente a los acuerdos tomados.	Minuta de COCASEP
5		Difunde los resultados obtenidos en el COCASEP Jurisdiccional.	S/D
6		Coordina la integración de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente, junto con directivos de las	Lineamientos del Comité de Calidad y Seguridad del

		unidades de 5 núcleos y más, y de los hospitales generales, comunitarios e integrales de esta Jurisdicción.	Paciente.
7		Recaba las minutas realizadas por las unidades que cuentan con COCASEP	Minutas de sesión.
8		Envía al Departamento Estatal de Calidad y Desarrollo Institucional copia de las minutas de COCASEP.	Minutas de sesión.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COCASEP (COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE) DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA



7.8.18. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo promedio: 30 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Detectar a través de la evaluación y supervisión de actividades dirigidas a la población, áreas de oportunidad que permitan detectar o evitar con oportunidad padecimientos a través de la mejora del servicio que se proporciona en los Centros de Salud.

Normas y políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 3. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente. Políticas de Operación: 1. Que toda la población que demanda el servicio médico se apliquen medidas de detección de padecimientos propios del grupo de edad como diabetes, hipertensión, hiperplasia prostática, etc. 2. Que todas las acciones de detección sean registradas en los formatos establecidos. 3. Todos los casos detectados serán reportados inmediatamente a jurisdicción y se incluirán a tratamiento.
Responsables	Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas involucradas	Centros de Salud. Centros de Salud con Servicios Ampliados, Unidades Móviles; Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Recursos	Tiras reactivas Guías de supervisión Baumanometros Estetoscopio

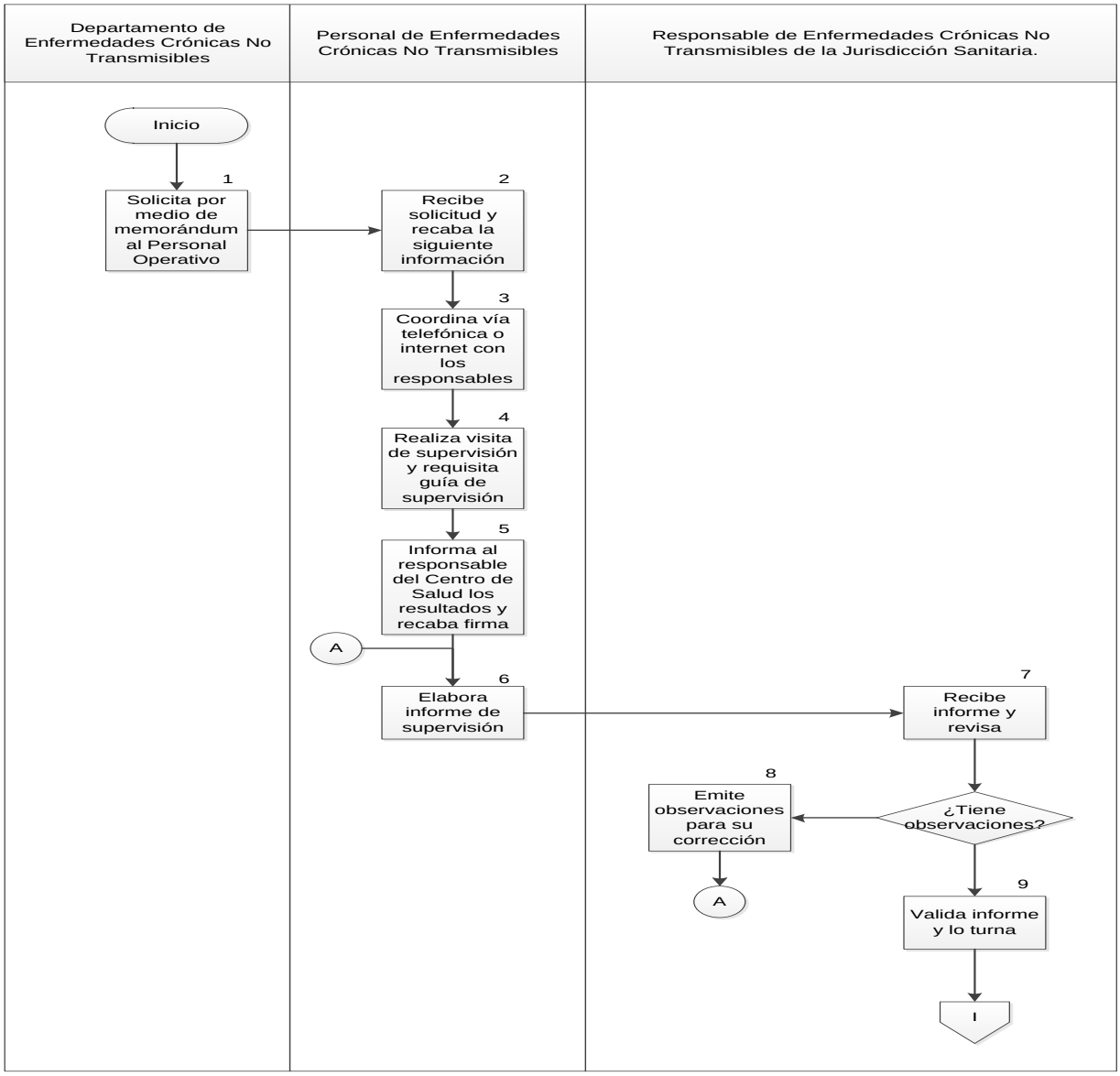
	Papelería Computadora
Glosario	DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

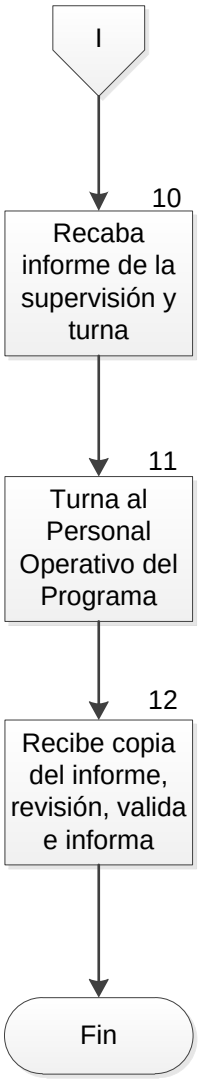
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio			
1	Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Solicita por medio de memorándum al Personal Operativo del programa en la Jurisdicción efectuar evaluaciones y supervisión de los programas adheridos al Programa de Enfermedades Crónico No Transmisibles con la finalidad de asegurar las detecciones.	Memorándum
2	Personal de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe solicitud y recaba la siguiente información: 1. Información enviada por los Centros de Salud de las detecciones realizadas y antecedentes de las supervisiones previas. 2. Análisis de las detecciones realizadas contra lo previsto o programado. 3. Avances y puntos a supervisar.	Oficios/ Evidencia fotográfica
3		Coordina vía telefónica o internet con los responsables de los Centros de Salud visita de supervisión para llevar a cabo la revisión y análisis de las detecciones realizadas.	S/D
4		Realiza visita de supervisión y requisita guía	Guía para la

		de supervisión enfatizando en las detecciones realizadas a la población que demanda los servicios médicos..	supervisión
5		Informa al responsable del Centro de Salud los resultados y recaba firma en la guía para la supervisión.	Guía para la supervisión
6		Elabora informe de supervisión y presenta al/la Responsable de Enfermedades Crónico No Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.	Informe de supervisión
7	Responsable de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe informe y revisa ¿Tiene observaciones? Si: continua en la actividad No. 8. No: Avanza a la actividad No. 9.	Informe de supervisión
8		Emite observaciones para su corrección. Regresa a la actividad No. 6.	Informe de supervisión
9		Valida informe y lo turna a Epidemiologia de la Jurisdicción Sanitaria para su conocimiento.	Informe de supervisión
10		Recaba informe de la supervisión y turna al/la Responsable de Centro de Salud.	Informe de supervisión
11		Turna al Personal Operativo del Programa copia de informe.	Informe de supervisión
12		Recibe copia del informe, revisión, valida e informa a nivel Estatal del mismo para dar seguimiento a observaciones y archiva junto con la guía de supervisión.	Informe de supervisión / Guía para la supervisión
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

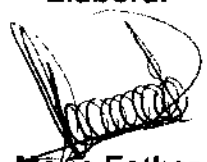


Responsable de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.



7.8.19. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 3 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos establecidos por el Centro Nacional de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) para que lleven a cabo con precisión la operación, funciones, recursos, estrategias operativas y acciones que se realizaran durante las Semanas Nacionales de Salud, con la finalidad de que se logren las Metas Programadas.

Normas y Políticas de Operación

Normas

1. Ley General de Salud.
2. Ley Estatal de Salud.
3. Reglamento de la ley General de Salud en materia de protección social en salud.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
5. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Puebla para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud.
6. NOM-036-SSA-2-2012, Prevención y control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
7. NOM 031-SSA-2-1999, para la atención a la Salud del Niño.
8. NOM-087 SEMARNAT-SSAT-2002, Protección ambiental- Salud Ambiental- Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.
9. NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.
10. Manual de vacunación 2008-2009
11. Manual de Procedimientos Técnicos de Eventos Temporalmente Asociados a vacunación 2002.
12. Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud.
13. Lineamientos Generales de Regionalización Operativa.
14. Regionalización Operativa vigente.

Políticas de Operación:

1. Para la ejecución de la Semana Nacional de Salud, las metas deben ser enviadas por nivel estatal para que el responsable de vacunación Jurisdiccional realice las metas por unidad médica.
2. Se sesionara la COJUVA previo a cada Semana Nacional de Salud
3. Se deberá contar con la participación de todo el

personal de Salud en las actividades de las Semanas Nacionales de Salud (personal de enfermería, promotores de salud, becarios, brigadistas y auxiliares de salud)

4. En la Primera Semana Nacional de Salud la actividad principal es la administración oral de vacuna SABIN contra la poliomielitis en niños menores de 5 años de edad, aplicación de vacuna contra poliomielitis en niños menores de 5 años de edad.
5. En la Segunda Semana Nacional de Salud las actividades principales son la administración oral de la vacuna SABIN contra la poliomielitis en menores de 5 años de edad, aplicación de la vacuna contra el VPH a niñas de 5° año de primaria y adolescentes de 11 años de edad no escolarizadas.
6. En la Tercera Semana Nacional de Salud las actividades principales son: Aplicación de la vacuna Triple viral a: Las (los) niños (as) de nuevo ingreso a la instrucción primeria, que no han recibido la segunda dosis de este biológico, a los niños y niñas de 6 y 7 años de edad no inscritos en el Sistema Educativo Nacional que no han recibido la segunda dosis de este biológico, a las niñas de 5to año de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas, a los alumnos de 5to año de primaria se aplicara un refuerzo con toxoide tetánico diftérico, así como iniciar o completar esquemas de vacunación contra Hepatitis B Y sr (Sarampión y Rubeola).
7. En las tres Semanas Nacionales de Salud como reforzamiento a las actividades permanentes se aplican todas las vacunas para iniciar o completas esquemas de vacunación en los menores de 8 años de edad, mujeres en edad fértil y grupos poblacionales específicos, también se promueve la distribución de sobres para preparar soluciones hidratantes (Vida Suero Oral) y se proporciona información a los responsables de los niños menores de 5 años para su uso adecuado en el tratamiento de cuadros diarreicos
8. Tanto en la Segunda como en la Tercera Semana

Nacional de Salud de cada año, se llevan a cabo dos intervenciones en toda la Jurisdicción Sanitaria, la primera es de tipo nutricional en niños de 6 meses a 4 años de edad a quienes se aplica una mega dosis de vitamina “A” para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, particularmente la causada por diarreas e Infecciones Respiratorias. La Segunda intervención se lleva a cabo en niño y adolescentes (de 2 a 14 años de edad) que consisten en la administración de Albendazol para reducir la tasa de infestación por parásitos intestinales y el impacto negativo de esta enfermedad en el crecimiento y desarrollo infantil, así como en el rendimiento escolar.

9. A partir del 2004 el consejo nacional de vacunación (CONAVA) estableció el suplemento con ácido fólico a mujeres en edad fértil como una política para el fortalecimiento de su estado nutricio a fin de prevenir los defectos congénitos del tubo neural y abatir su alta prevalencia en el país por lo que en las unidades de salud se lleva a cabo la distribución de forma permanente del ácido fólico y se promueve durante las tres Semanas Nacionales de Salud.

Responsables	Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas; Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Recursos	1. Enseres de Oficina 2. Equipo de Cómputo con Internet. 3. Vacunas 4. Refrigeradores 5. Censo nominal

Glosario	SENAS**:** Semana Nacional de Salud. CeNSIA: Centro Nacional para la Salud a la Infancia y Adolescencia COJUVA: Comité Jurisdiccional de vacunación PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia PROVAC: Sistema de Información computarizado utilizado para llevar el control de la vacunación y el estado nutricional de la población. SENAS: Semanas Nacionales de Salud UNIVERSO DE TRABAJO: En vacunación se llama al total de individuos a quienes están dirigidas las actividades de vacunación. VACUNA: Suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o sus fracciones, que son aplicados a individuos con el objetivo de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente. VACUNACIÓN: Aplicación de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada. VACUNACIÓN UNIVERSAL: La política Sanitaria que tiene como objetivo lograr la protección de toda la población del país, mediante la aplicación del esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades evitables por vacunación.

DESCRIPCIÓN DEL PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

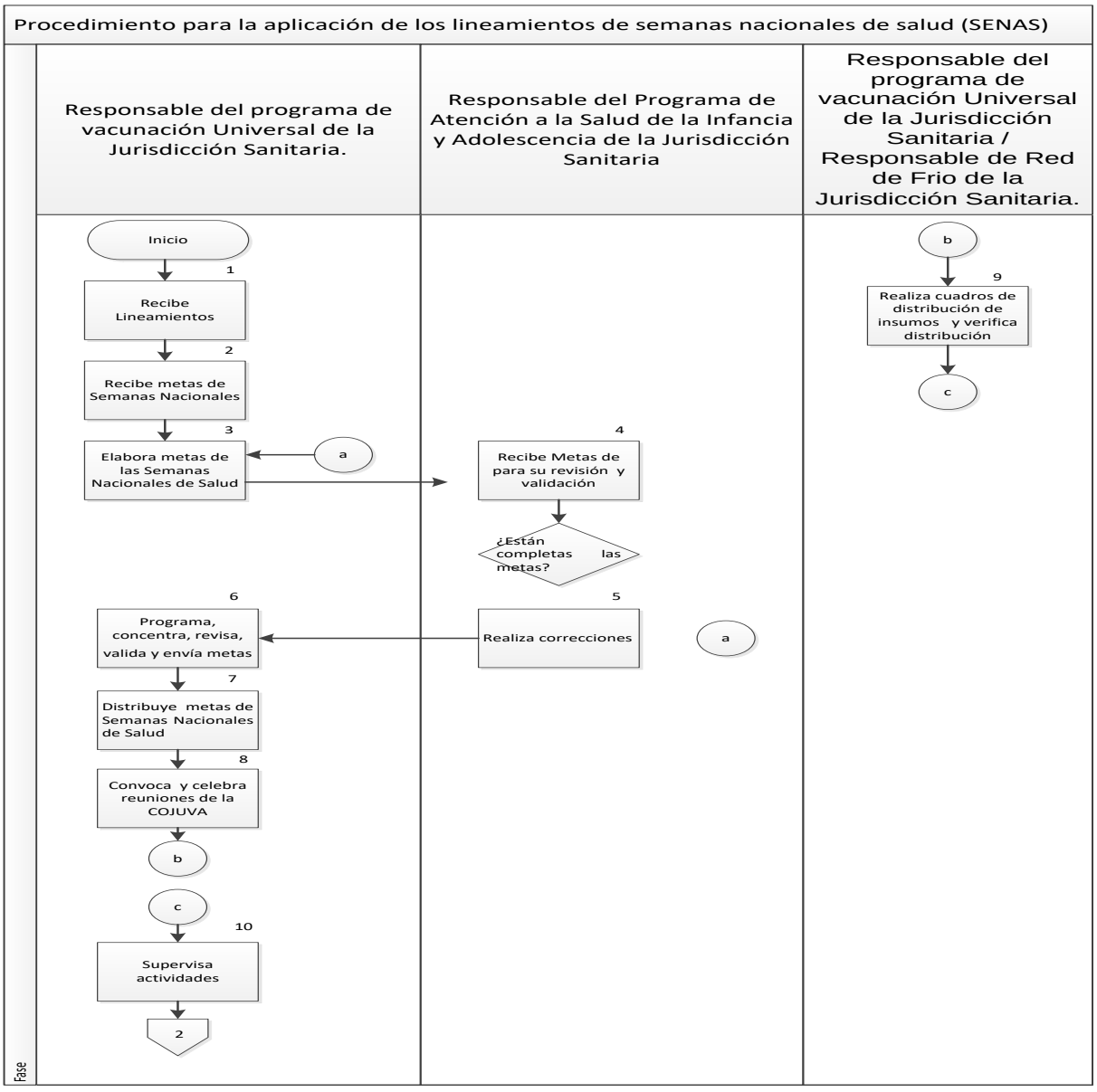
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del programa de vacunación	Recibe Lineamientos Generales del Programa de vacunación Universal y	Manual de Lineamientos Generales

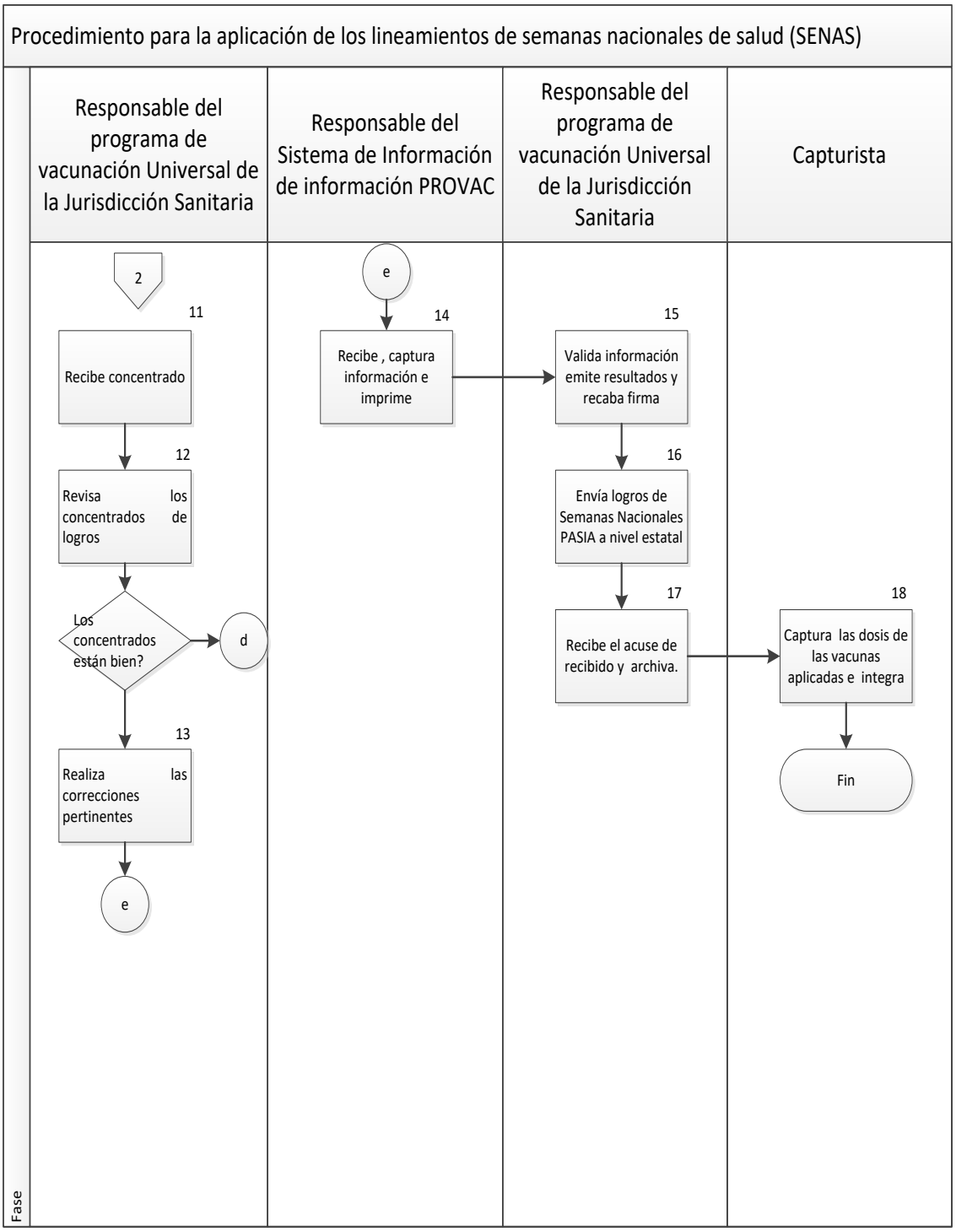
	Universal de la Jurisdicción Sanitaria.	Semanas Nacionales de Salud.	
2		Recibe las metas de Semanas Nacionales del responsable de Vacunación Universal de nivel estatal	Metas de Semanas Nacionales de Salud
3		Elabora metas de las Semanas Nacionales de Salud de acuerdo a características y necesidades de la Jurisdicción.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
4	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe las Metas de Semanas Nacionales de Salud para su revisión y validación. ¿Están completas las metas? No, Continua en la actividad No. 5. Si, Continua en la actividad No. 6	Metas de Semanas Nacionales de Salud
5		Realiza las correcciones pertinentes. Continua en la actividad No. 3	
6	Responsable del programa de vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria.	Programa, concentra, revisa, valida y envía metas a las unidades de salud	Metas de Semanas Nacionales de Salud
7		Distribuye las metas de Semanas Nacionales de Salud a la Unidades de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Nota: se distribuye el desglose de las metas a las unidades de salud de la Jurisdicción	Metas de Semanas Nacionales de Salud

		Sanitaria	
8		Convoca y celebra reuniones de la COJUVA	Minuta de trabajo
9	Responsable del programa de vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria / Responsable de Red de Frio de la Jurisdicción Sanitaria.	Realiza cuadros de distribución de insumos por Unidad Médica para las Semanas Nacionales de Salud en coordinación con la responsable de Red de Frio y responsable de cámaras frías y verifica la distribución de estos insumos a las unidades médicas.	Cuadro de distribución
10	Responsable del programa de vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria	Supervisa las actividades a través de cédulas de supervisión. NOTA: se realizaran durante las Semanas Nacionales de Salud	Cedula de supervisión
11		Recibe los concentrados de las Semanas Nacionales de Salud de las Unidades de Salud	Concentrado de logros
12		Revisa los concentrados de logros de las Semanas Nacionales de Salud. ¿Los concentrados están bien? No, Continua en la actividad 13 Si, continua en la actividad No. 14.	Concentrado de logros
13		Realiza las correcciones pertinentes. Continúa en la actividad No. 12.	Concentrado de logros

14	Responsable del Sistema de Información de información PROVAC	Recibe concentrados, captura la información e imprime, entregando impresos al responsable del Programa de Vacunación Universal para su validación	Concentrado de logros
15	Responsable del programa de vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria	Valida la información de logros, emite resultados y recaba firma del epidemiólogo Jurisdiccional y de la Jefa de Jurisdicción.	Concentrado de logros
16		Envía logros de Semanas Nacionales de Salud al PASIA a nivel estatal por oficio.	Oficio concentrado de logros
17		Recibe el acuse de recibido y se archiva.	Acuse
18	Capturista	Captura las dosis de las vacunas aplicadas en las Semanas Nacionales de Salud y las integra al sistema computarizado	Captura de información
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Procedimiento para la aplicación de los lineamientos de semanas nacionales de salud (SENAS)
Responsable del programa de vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria
Responsable del Sistema de Información de información PROVAC
Responsable del programa de vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria
Capturista
Fase
2
11
Recibe concentrado
12
Revisa los concentrados de logros
Los concentrados están bien?
d
13
Realiza las correcciones pertinentes
e
e
14
Recibe , captura información e imprime
15
Valida información emite resultados y recaba firma
16
Envía logros de Semanas Nacionales PASIA a nivel estatal
17
Recibe el acuse de recibido y archiva.
18
Captura las dosis de las vacunas aplicadas e integra
Fin

7.8.20. PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Conocer las acciones que deben realizarse para asegurar la atención médica integrada, considerando: la prevención, el diagnóstico, la atención oportuna, el control y vigilancia de las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias, la nutrición y el desarrollo infantil temprano, la prevención de accidentes en el hogar, la atención de urgencias pediátricas y el diagnóstico oportuno de cáncer en las niñas y niños y adolescentes de 10 a 19 años.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley general de salud 2013.
2. Ley estatal de salud del estado de Puebla 2010
3. Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud2011.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SCF1-2002, Sistema General de Unidades de Medida
8. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica
14. Norma Oficial Mexicana NOM 031 Para la salud del niño.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e

inmunoglobulinas en el humano.

16. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación
17. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, Salud ambiental, agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
18. Manual de vacunación 2017.

Políticas de Operación

1. Las unidades médicas realizaran las detecciones o atención médica del infante o adolescente según proceda y realizara su registro en los formatos establecidos para ello.
2. Realizara su reporte mensual a la jurisdicción en las fechas que establezcan.
3. La jurisdicción realizara los reportes a nivel Estatal

Responsables

Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.

Áreas Involucradas

10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas; Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Recursos

1. Equipo de Cómputo.
2. Conexión a Internet

Glosario

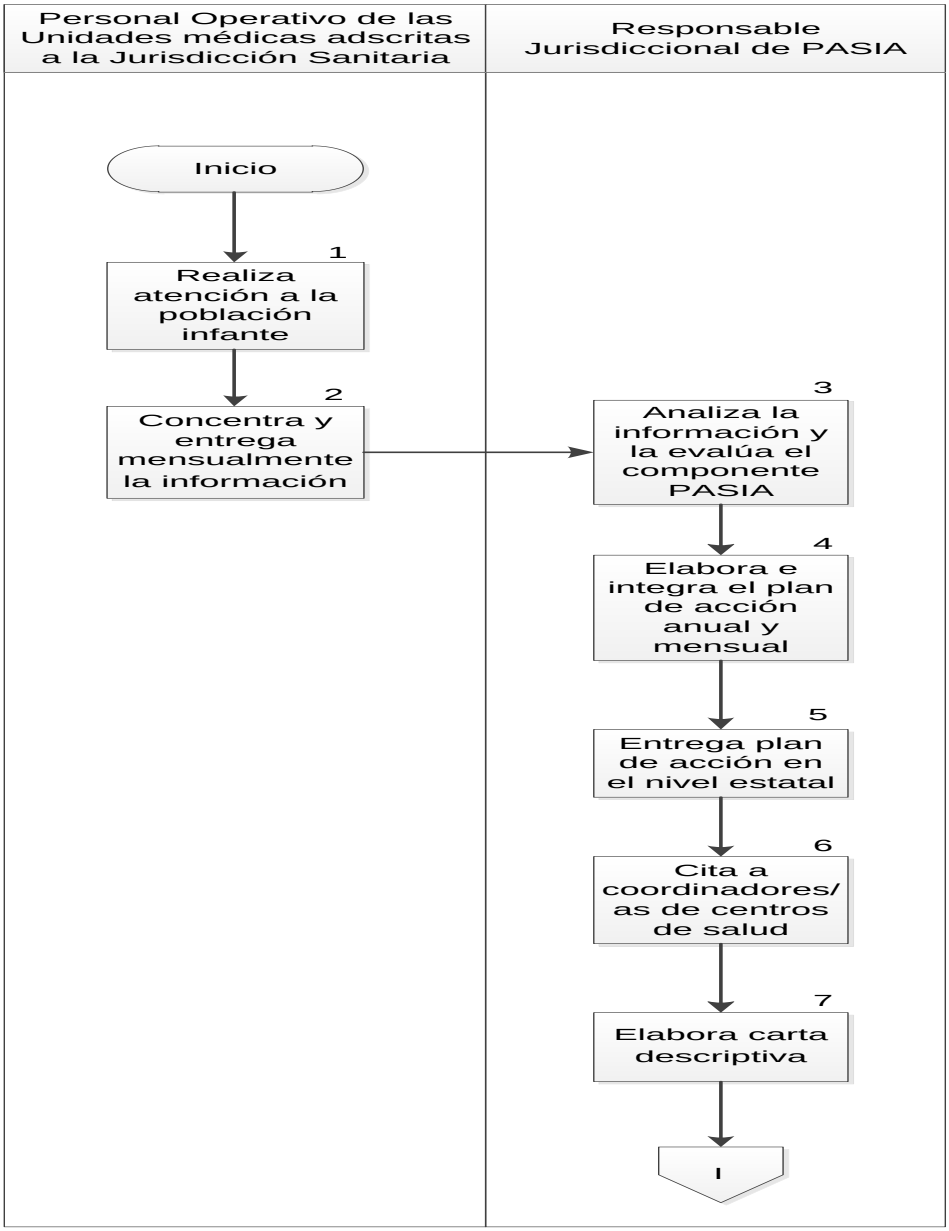
CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
IRA´s: Infecciones respiratorias agudas.
EDA’s: Enfermedad diarreica aguda.

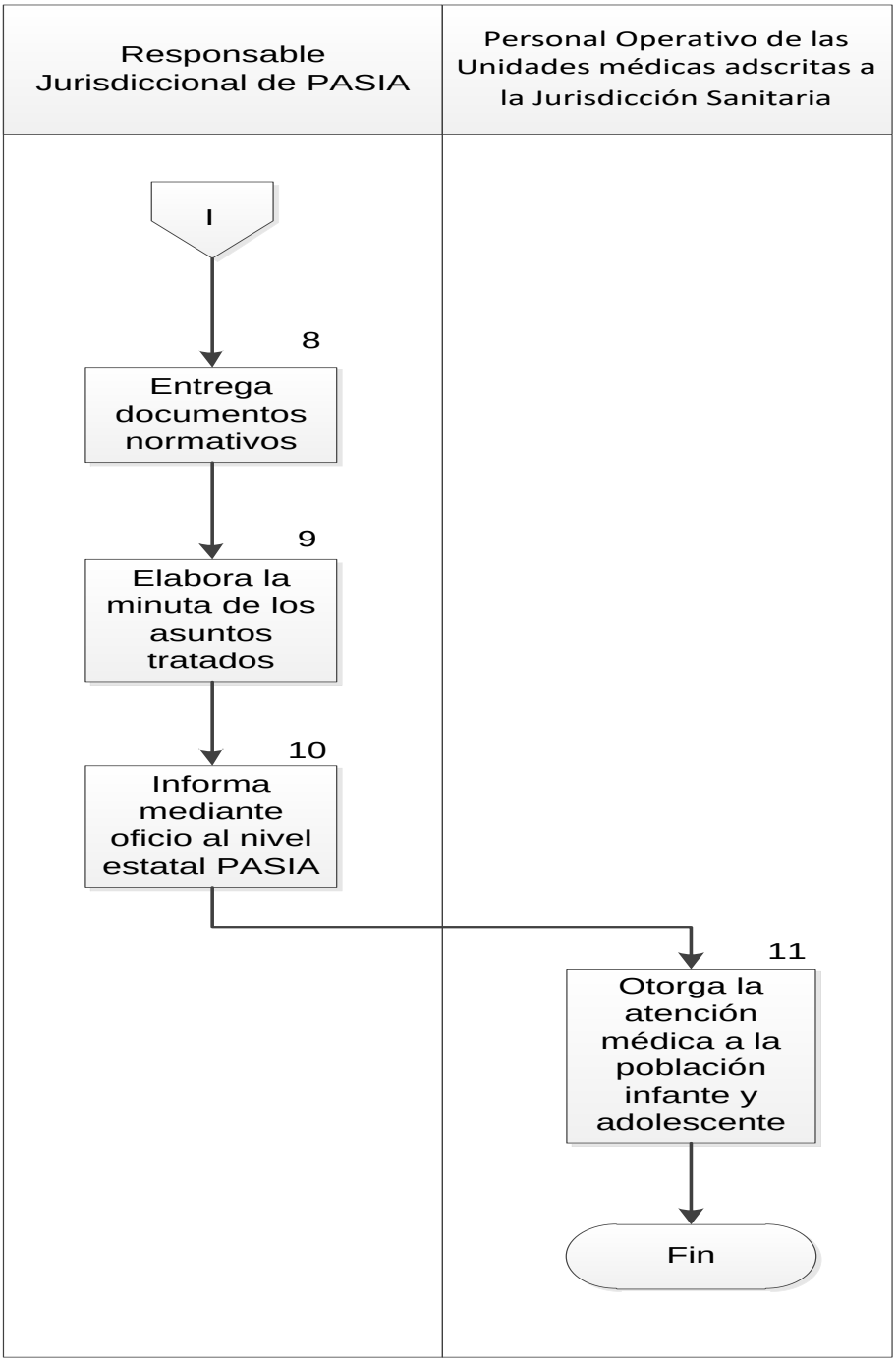
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal Operativo de las Unidades médicas adscritas a la Jurisdicción sanitaria	Realiza atención a la población infante o adolescente para prevenir o atender los padecimientos propios de la edad y registra en formatos específicos	Hoja diaria / Expediente clínico
2		Concentra y entrega mensualmente de manera electrónico la información en referencia al responsable Jurisdiccional del programa de PASIA	CD/ Internet
3	Responsable Jurisdiccional de PASIA	Analiza la información y la evalúa mediante indicadores de cada componente PASIA	SIS , CUBOS
4		Elabora e integra el plan de acción anual y mensual para corregir las desviaciones encontradas para el cumplimiento de metas	Plan de acción de la Jurisdicción Sanitaria.
5		Entrega plan de acción en el nivel estatal, mediante oficio.	Oficio
6		Una vez validado por el nivel Estatal se cita a coordinadores de centros de salud, mediante una circular,	
7		Elabora carta descriptiva con los temas a tratar en la reunión de coordinadores y el personal jurisdiccional del PASIA.	
		Se entregaran, documentos normativos, cronogramas, lineamientos, formatos, posters,	

		trípticos, tarjetas, oficios, los cuales se entregan al final de la reunión a los 33 coordinadores de los centros de salud, firmando de recibido en el formato correspondiente.	
		Elabora la minuta de los asuntos tratados, anexando los acuerdos y compromisos, emanados de la reunión. Entrega a los responsables de los Centros de Salud para su conocimiento y aplicación en sus unidades.	
		Informa mediante oficio al nivel estatal PASIA, la capacitación efectuada, los acuerdos y compromisos, se integra la lista de asistencia, fotografías de la reunión y se archivan evidencias.	
	Personal Operativo de las Unidades médicas adscritas a la Jurisdicción Sanitaria	Se otorga la atención médica a la población infante y adolescente de acuerdo a los lineamientos establecidos	Formatos específicos y hoja diaria.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Responsable Jurisdiccional de PASIA
Personal Operativo de las Unidades médicas adscritas a la Jurisdicción Sanitaria
I
8
Entrega documentos normativos
9
Elabora la minuta de los asuntos tratados
10
Informa mediante oficio al nivel estatal PASIA
11
Otorga la atención médica a la población infante y adolescente
Fin

7.8.21. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Evitar la transmisión de las enfermedades Zoonóticas al hombre, actualizando y difundiendo las normas de atención de rabia y de las diferentes zoonosis para lograr una óptima vigilancia epidemiológica del Programa y pueda ser manejado en todos los niveles de atención de los servicios de salud y así cortar con la circulación del virus rábico y otros parásitos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Ley Estatal de Salud.
3. Ley Estatal de Protección a los animales.
4. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, para la prevención y control de la rabia humana en los perros y gatos.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. especificaciones sanitarias, para los centros de atención canina.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, para la prevención y control de la brucelosis en el humano.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en humanos.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo taeniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

Políticas de Operación

1. Realizar 2 Semanas Nacionales y de Reforzamiento de la Vacunación Antirrábica Canina y Felina con base a los lineamientos de la federación y vacunación permanente en todas las jurisdicciones.
2. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las personas agredidas o en contacto con perros, murciélago hematófago y otras especies silvestres, como segundos transmisores de la enfermedad con el propósito de disminuir el riesgo de transmisión de la rabia.
3. Gestión para la adquisición y distribución de biológicos antirrábicos de uso humano, así como de los medicamentos necesarios para el tratamiento de la mordedura por animal sospechosos de rabia, de forma coordinada con el Seguro Popular.

	4. Empleo y uso racional de los biológicos antirrábicos en personas agredidas con apego a la guía para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia. 5. Apoyar el diagnóstico de rabia mediante él envió de muestras de las jurisdicciones sanitarias al laboratorio Estatal de Salud Pública. 6. Coordinación con autoridades municipales, a través de sus Centros de Control Canino y Sociedades Protectoras de animales, para realizar acciones para el retiro de animales de la vía pública, de donación voluntaria y al sacrificio selectivo y humanitario de perros y gatos. 7. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de brucelosis, teniosis-cisticercosis y leptospirosis.
Responsables	Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Epidemiología, Responsable de Zoonosis Jurisdiccional y Estatal, responsables de la Unidad Aplicativa.
Recursos	Equipo de cómputo, impresora, internet, médicos veterinarios, personal de unidades médicas y formatos.
Glosario	SIS: Sistema de Información en Salud. M.V.Z. Médico Veterinario Zootecnista.

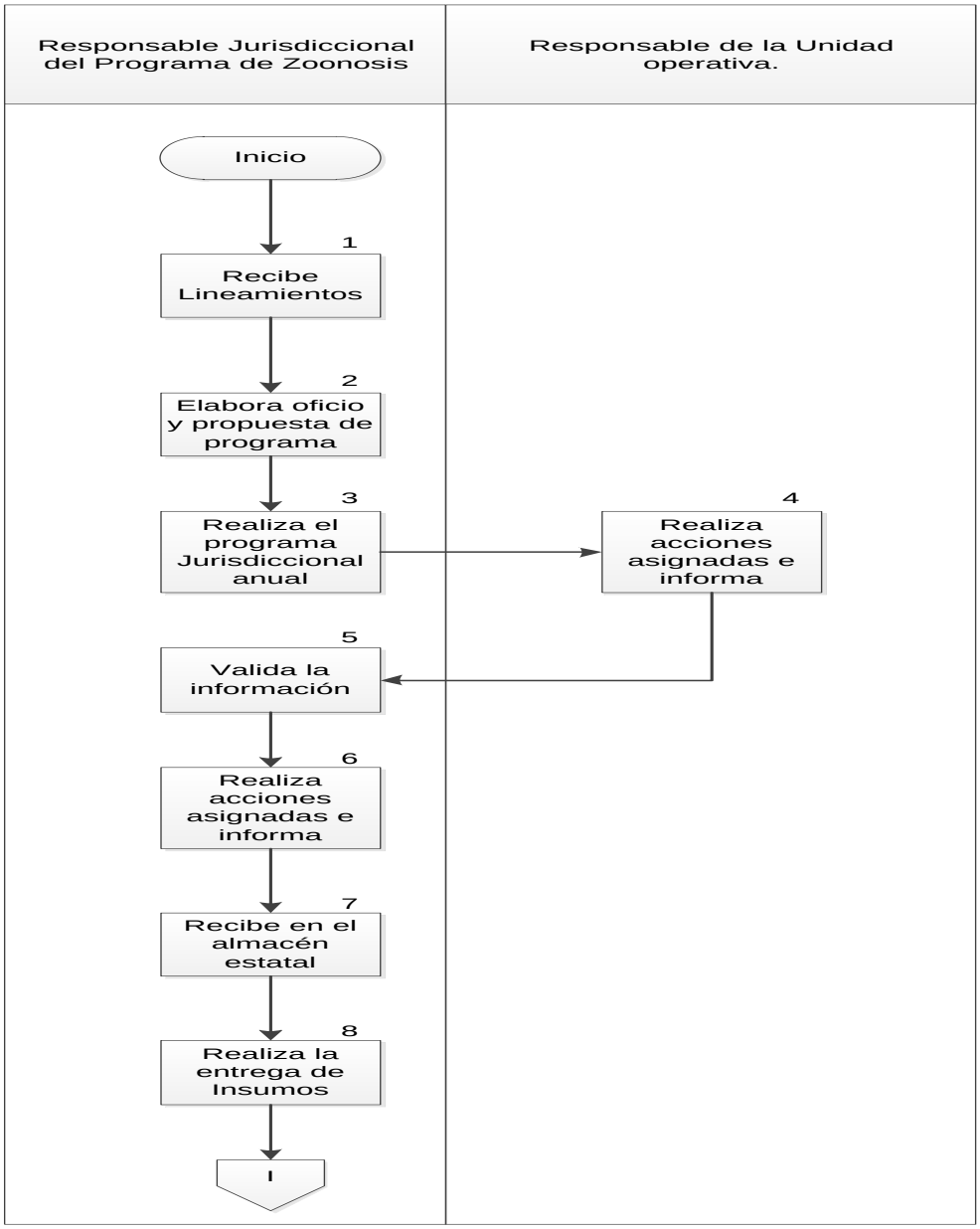
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

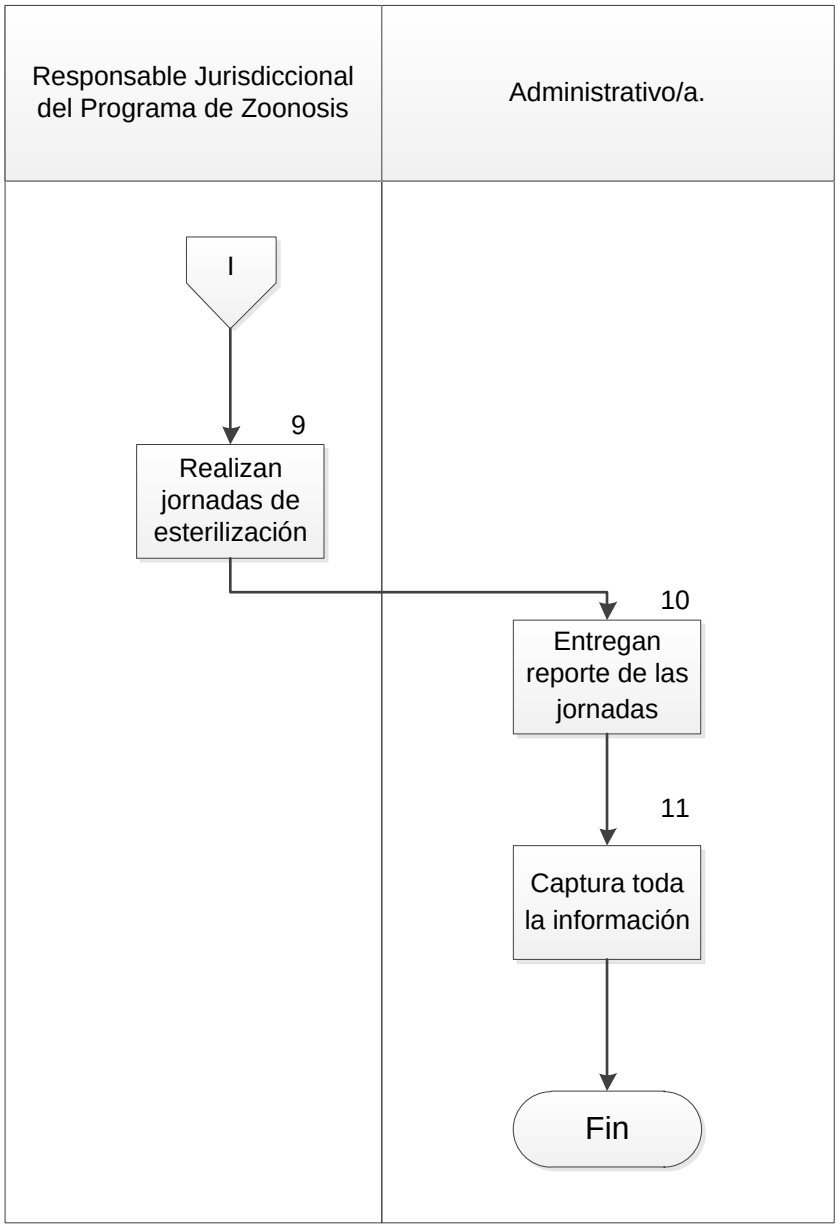
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis	Recibe Lineamientos, Metas e Indicadores del Programa Estatal de Zoonosis y acorde a su panorama epidemiológico, elabora propuestas	Preliminar del programa de Zoonosis

		de programa anual de zoonosis.	
2		Elabora oficio y propuesta de programa jurisdiccional anual de zoonosis y envía al responsable del programa Estatal de Zoonosis.	Oficio preliminar de programa jurisdiccional
3		Realiza programa jurisdiccional anual de zoonosis validado por las autoridades Jurisdiccionales y asigna actividades a cada una de sus unidades aplicativas y M.V.Z.´s jurisdiccionales distribuyendo los insumos necesarios para su ejecución.	Oficio con asignación de metas
4	Responsable de la Unidad operativa.	Realiza acciones asignadas e informa los resultados obtenidos mediante formatos oficiales entregados a la Jurisdicción Sanitaria.	Registro en formatos oficiales
5	Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis	Valida la información recibida de cada una de las unidades aplicativas y envía un concentrado al programa estatal de zoonosis.	Registro validado en formatos oficiales
6		Realiza acciones asignadas e informa mediante formatos oficiales entregados al responsable del programa Estatal de zoonosis, los resultados obtenidos.	Formatos oficiales
7		Recibe en el almacén estatal de los Servicios de Salud del Estado, los insumos asignados a su Jurisdicción Sanitaria.	Formato de salida del almacén, basado en el cuadro de distribución realizado por el Programa Estatal de Zoonosis.
8		Realiza la entrega de Insumos a los M.V.Z. coordinadores/as regionales	Formato de salida de almacén

		para llevar a cabo jornadas de esterilización para perros y gatos	basado en el cuadro de distribución jurisdiccional.
9	Médicos/as Veterinarios operativos de la Jurisdicción	Realizan jornadas de esterilización canina y felina	
10		Entregan reporte de las jornadas de esterilización para perro y gatos.	Formato oficial responsivas
11	Administrativo/a.	Captura toda la información del programa para el envió del mismo a Programa Estatal de Zoonosis	Formatos Oficiales
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis
Administrativo/a.
I
9
Realizan jornadas de esterilización
10
Entregan reporte de las jornadas
11
Captura toda la información
Fin

7.8.22. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE BIOPSIA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LEPRA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 5 días naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la recepción y envío de muestras biológicas humanas relacionadas con enfermedad infecciosa sujeta a Vigilancia Epidemiológica como lepra que afecta o ponen en riesgo la salud humana, cumpliendo con Procedimientos aplicables en la materia.

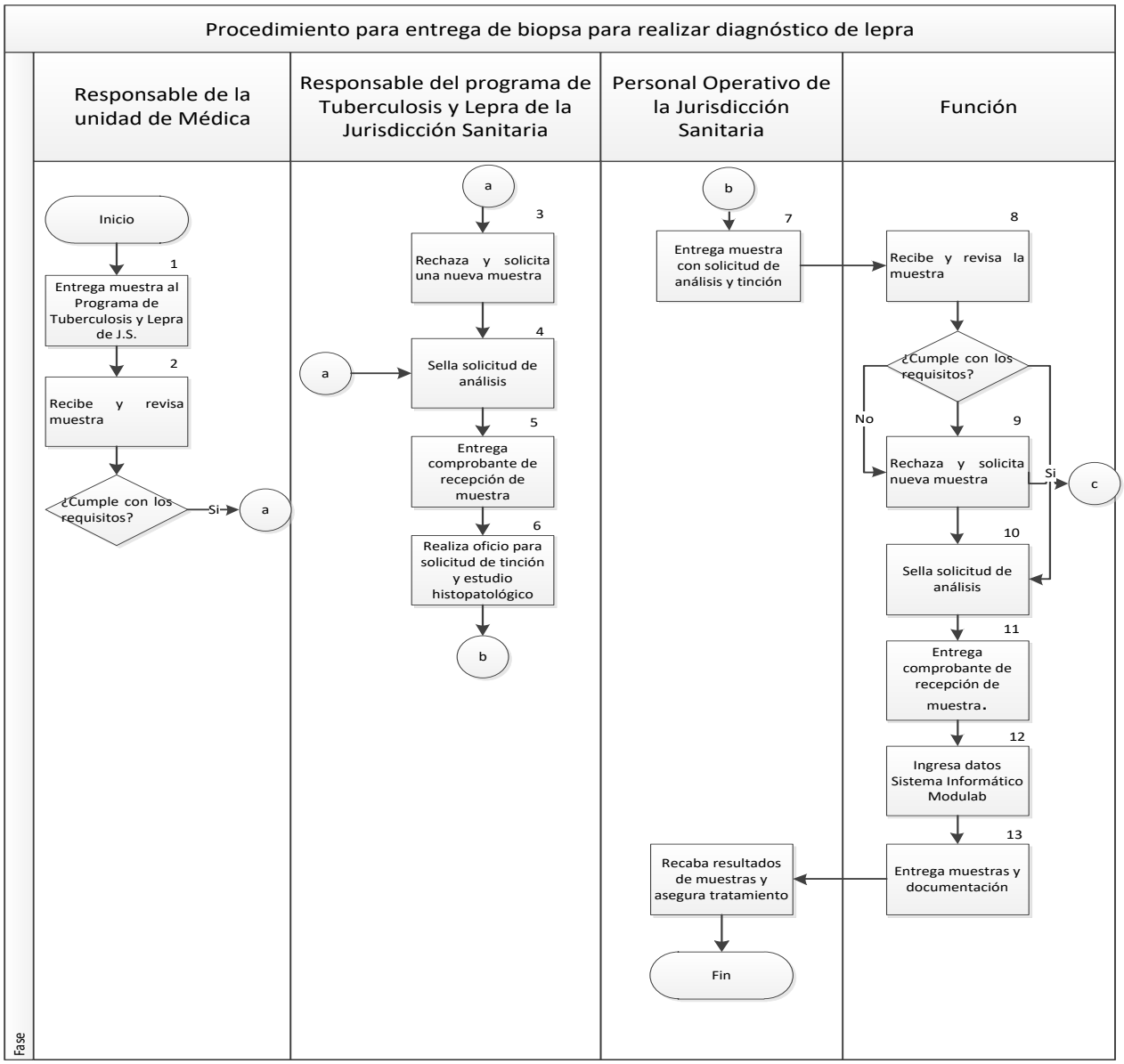
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra Políticas de operación: 1. La identificación de enfermos de lepra se realiza a través de la búsqueda (pesquisa) constante y sistemática de lesiones incipientes de lepra, en personas con mayor exposición a la infección por Mycobacterium leprae. 2. El personal de las Unidades de Atención Primaria de la Secretaría de Salud, así como sus equivalentes de otras instituciones, tienen la responsabilidad de realizar la búsqueda, es decir, sin esperar a que los posibles enfermos existentes en el área de influencia acudan espontáneamente para atención. 3. Para realizar un diagnóstico se requiere identificar, dentro del área de responsabilidad de las Unidades, las localidades que han sido foco de la enfermedad, ya que son en las que existe mayor probabilidad de descubrir casos nuevos de lepra. El personal de los Centros de Salud realizará periódicamente (en fechas definidas) las actividades de pesquisa de casos de lepra en localidades del área de influencia, con casos o contactos registrados.
Responsables	Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles.
Recursos	1. Material para tomar la muestra del tejido. 2. Equipo para procesar el tejido. 3. Consumibles de oficina.
Glosario	N/A.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE BIOPSIA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LEPRA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de la unidad de Médica.	Entrega la muestra al Programa de Tuberculosis y Lepra de la Jurisdicción Sanitaria con solicitud de análisis, así como la historia clínica dermatológica del/la paciente.	Solicitud de análisis, historia clínica dermatológica.
2		Recibe y revisa que la muestra cumpla con los criterios para su recepción. ¿Cumple con los requisitos? Si, Avanza a la actividad No. 4. No, Continua actividad No. 3.	Hoja de rechazo
3	Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra de la Jurisdicción Sanitaria.	Rechaza y solicita una nueva muestra. Regresa a la actividad No. 1.	Hoja de rechazo
4		Sella la solicitud de análisis.	Solicitud de análisis.
5		Entrega al/la responsable de la unidad médica comprobante de recepción de muestra.	Comprobante de recepción de muestra.
6		Realiza oficio para solicitud de tinción de Fite-Faraco y solicitud para estudio histopatológico para lepra.	Oficio y solicitud para estudio histopatológico para lepra.
7	Personal Operativo de la Jurisdicción Sanitaria.	Entrega la muestra en el Laboratorio Estatal de Salud Pública con solicitud de análisis y tinción de Fite-Faraco, historia	Oficio de solicitud, historia clínica dermatológica y solicitud para

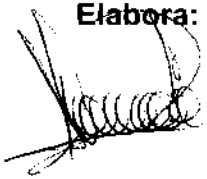
		clínica dermatológica y solicitud para estudio histopatológico para lepra.	estudio histopatológico para lepra.
8	Responsable de área de recepción de laboratorio Estatal.	Recibe y revisa que la muestra cumpla con los requisitos para su ingreso. ¿Cumple con los requisitos? Si, Avanza a la actividad No. 10 No, Continua en la actividad No. 9.	Hoja de rechazo (FR/VE/TME/01)
9		Rechaza y solicita nueva muestra al mensajero de jurisdicción sanitaria. Regresa a la actividad No. 1.	Hoja de rechazo
10		Sella solicitud de análisis.	Solicitud de análisis u oficio.
11		Entrega al personal operativo de la Jurisdicción Sanitaria comprobante de recepción de muestra.	Comprobante de recepción de la muestra: solicitud de análisis/ y/u oficio (acuse).
12		Ingresa datos de la muestra en el Sistema Informático Modulab de recepción de muestras.	Archivo electrónico en Sistema Informático Modulab.
13		Entrega muestras y documentación que la acompaña a las áreas analíticas para su proceso.	Solicitud de análisis y/u oficio.
14	Personal Operativo de la Jurisdicción Sanitaria.	Recaba resultados de muestras y asegura tratamiento en caso necesario.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE BIOPSIA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LEPRA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.23. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 3 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Dra. María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Integrar y analizar la información del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o Seropositivos a VIH, que se detectan en el Sistema Estatal de Salud, con la finalidad de mantener actualizado el registro Nominal de casos y el panorama epidemiológico.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2. NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia epidemiológica. 3. NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Políticas de Operación: 1. Manual para la Operación del Programa de Acceso a los Antirretrovirales en Unidades de la Secretará de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y SIDA, marzo de 2018. 2. Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH. 3. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de tratamiento antirretroviral, así como los procesos señalados en la guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH.
Responsables	Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles; Hospitales Integrales y Generales, e instituciones que realizan vigilancia epidemiológica VIH-SIDA.
Recursos	Formatos. Internet Consumibles de oficina Vehículo
Glosario	Grupos en situación de vulnerabilidad y desigualdad: grupos que por sus condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas pueden sufrir maltratos contra sus derechos humanos (niñas, niños y adolescentes, mujeres, mujeres que sufren violencia, personas adultas mayores, indígenas, afrodescendientes, poblaciones móviles, en situación de calle, con discapacidad, personas privadas de

su libertad, grupos de la diversidad sexual y de género, y niñas, niños y adolescentes vulnerables a causa del sida.
PREVENMOVIHL: Unidad Móvil que acerca y ejecuta las Acciones de Prevención de Vigilancia Epidemiológica en los Población Clave.
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida

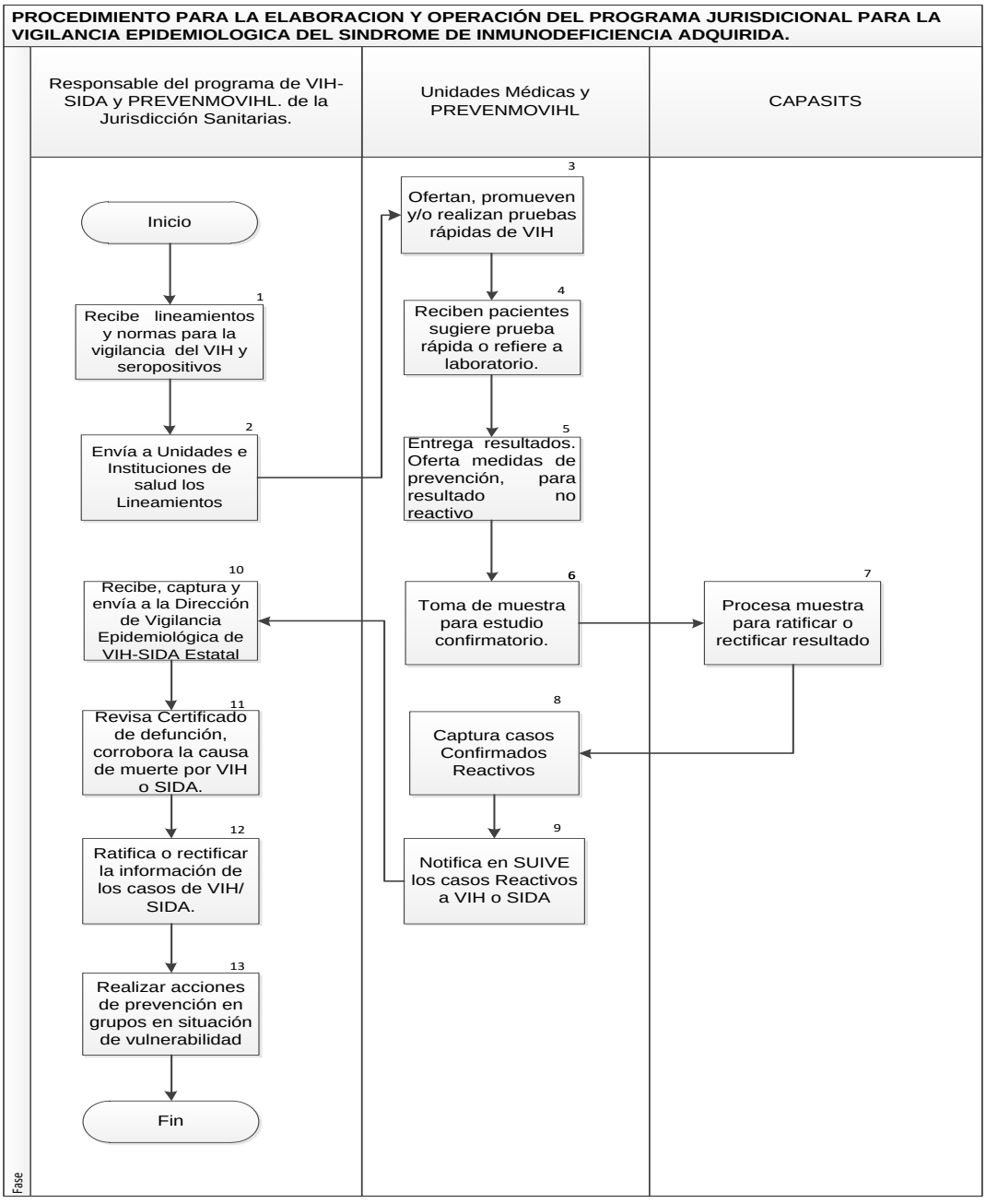
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del programa de VIH-SIDA y PREVENMOVIHL. de la Jurisdicción Sanitarias.	Recibe de la Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica los lineamientos y documentos técnico normativos para la vigilancia epidemiológica del VIH y seropositivos de VIH-SIDA para su llenado correspondiente.	Lineamientos de operación y/o Manual, Formatos de Notificación Estudios epidemiológicos VIH/SIDA.
2		Envía a las Unidades Médicas de primer nivel, segundo y tercer nivel; y a Instituciones de salud responsables de Vigilancia Epidemiológica los Lineamientos y/o Manuales.	Lineamientos de operación y/o Manual, Formatos de Notificación Estudios epidemiológicos VIH/SIDA.
3	Unidades Médicas y PREVENMOVIHL	Ofertan, promueven y/o realzan pruebas rápidas a las /los usuarios/as que soliciten un resultado de VIH.	Lineamientos de operación y/o Manual
4		Reciben pacientes con	Lineamientos de

		sintomatología apegada a la normatividad, sugiere a realizar prueba rápida o los refieren a prueba por laboratorio.	operación y/o Manual
5		Entrega de resultados Reactivo continuar con el proceso. Resultado no reactivo ofertar medidas de prevención	Lineamientos de operación y/o Manual
6		Toma de muestra para estudio confirmatorio.	Formato para el envió de muestras biológicas.
7	CAPASITS.	Procesar muestras para ratifica o rectifica el resultado de VIH-SIDA o seropositivos.	Formato para el envió de muestras biológicas
8	Unidades Médicas y PREVENMOVIHL	Captura de los casos Confirmados Reactivos en el Formato VIH-SIDA-2013-1. (Estudio de caso).	Formato de casos de VIH-SIDA-2013-1.
9		Notifica en SUIVE los casos Reactivos a VIH o SIDA en la semana epidemiológica correspondiente.	Formato de seguimiento de casos. Formatos SUIVE.
10	Responsable del programa de VIH-SIDA y PREVENMOVIHL. de la Jurisdicción Sanitarias.	Recibe, captura y envía a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA Estatal los formatos VIH-SIDA-2013-1	Formato de casos de VIH-SIDA-2013-1.
11		Revisa Certificados de defunción para corroborar la causa de muerte por VIH o SIDA.	Base de datos.
12		Ratificar o rectificar la información de los casos de VIH/SIDA.	Base de datos
13	Responsable del programa de VIH-	Realizar acción de prevención en grupos de situación de	

	SIDA y PREVENMOVIHL. de la Jurisdicción Sanitarias.	vulnerabilidad y desigualdad para ofertar, promover y realizar pruebas de detección de VIH, así mismo distribuir preservativos.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.24. PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE RED NEGATIVA DE CÓLERA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
Dra. María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las acciones necesarias para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiologia de brotes por diarrea en las jurisdicciones con la finalidad de identificar con oportunidad casos de cólera.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Manual de Procedimientos para la atención de Enfermedades Diarreicas y Cólera 3. Manual de procedimientos del centro nacional de programas preventivos y control de enfermedades 2012 4. Programa de Acción Específico Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera 2013-2018 5. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Cólera, Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de laDirección General de Epidemiología. 6. NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Políticas de operación 1. Realizar el monitoreo de V. cholerae en casos de enfermedad diarreica aguda en unidades de salud de las instituciones del sector a la población que demanda servicios médicos. 2. Realizar Hisopo rectal al 10% de los casos de diarrea que se atienden en la consulta.
Responsables	Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Unidades Médicas de primero y segundo nivel de atención.
Recursos	1. Medio de transporte Cary Blair. 2. Formatos de brote.
Glosario	BROTE: Es la presencia de 2 o más casos confirmados, relacionados epidemiológica mente entre sí o la aparición de un caso donde no sea demostrado la existencia previa de cólera. Caso confirmado: Es todo enfermo en el que se aisló o demuestre la presencia de vibrio cholerae 01 en materia

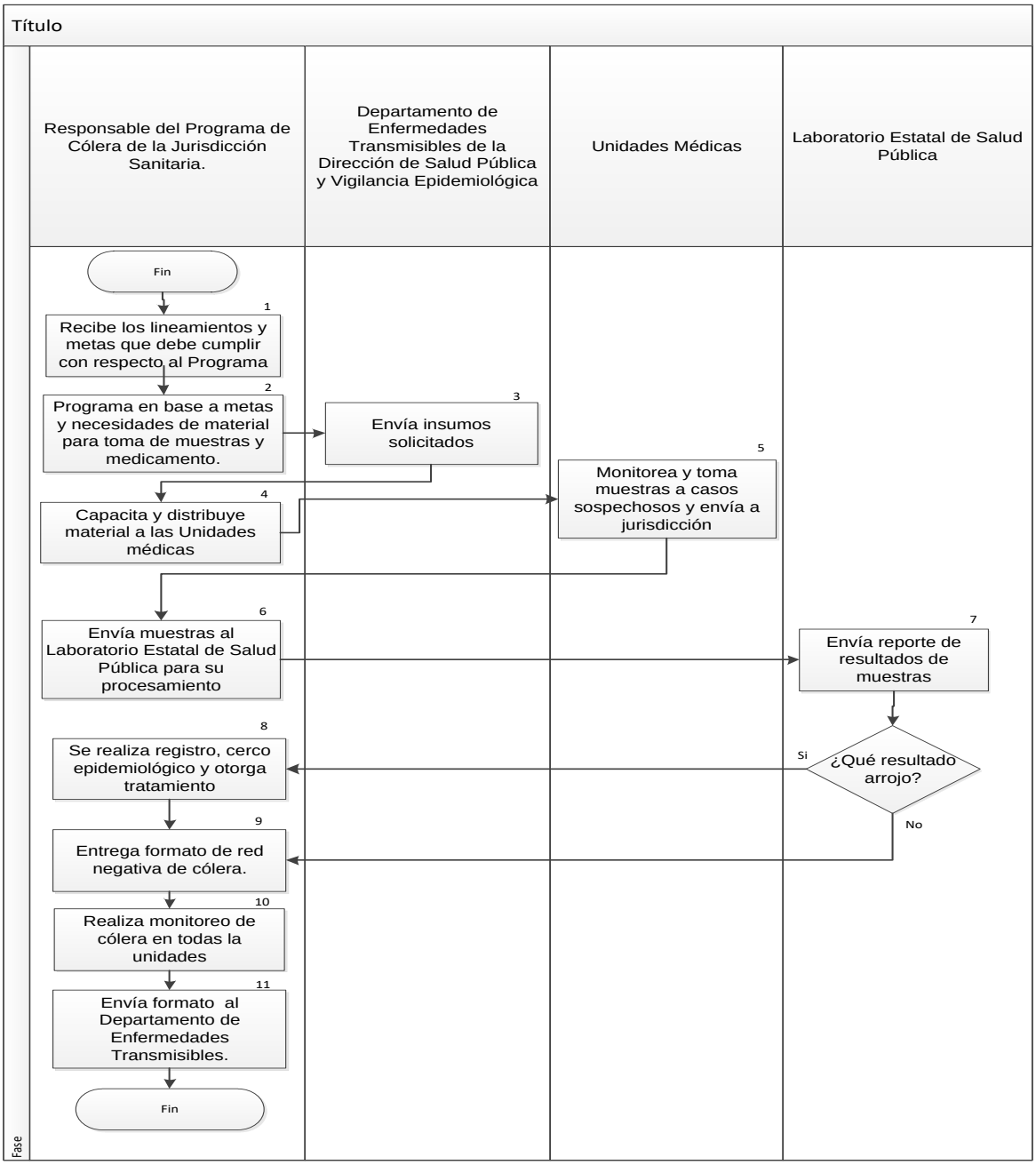
fecal o contenido gastrointestinal o a quien se compruebe sero conversión vidriosidad o antitoxina antitoxina colérica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE RED NEGATIVA DE CÓLERA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Cólera de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe del Responsable estatal los lineamientos y metas que debe cumplir con respecto al Programa.	oficio
2		Programa en base a sus metas y unidades médicas del área de responsabilidad las necesidades de material para toma de muestras y medicamento y solicita a nivel Estatal	
3	Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Envía insumos solicitados.	
4	Responsable del Programa de Cólera de la Jurisdicción Sanitaria.	Capacita y distribuye material a las Unidades médicas	
5	Unidades Médicas.	Monitorea y toma muestras a casos sospechosos y envía a jurisdicción.	
6	Responsable del Programa de Cólera de la	Envía muestras al Laboratorio Estatal de Salud Pública para su procesamiento.	

	Jurisdicción Sanitaria.		
7	Laboratorio Estatal de Salud Pública	Envía reporte de resultados de muestras procesadas a la Jurisdicción Sanitaria. ¿Qué resultado arrojo? Positivo: Continua en la actividad No. 8 Negativo: Avanza a la actividad No. 9,	Formato de reporte
8	Responsable del Programa de Cólera de la Jurisdicción Sanitaria.	Se realiza registro, cerco epidemiológico y otorga tratamiento.	Formato de registro.
9		Entrega a la Jurisdicción el formato de red negativa de cólera, diariamente	Formato alterno de la jurisdicción
10		Realiza el monitoreo de la red negativa de cólera en todas la unidades del sector Nota: En caso de existir un caso de deberá continuar en el la actividad No. 3.	Vía email diario a la coordinación de urgencias epidemiológicas
11		Envía al Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica el formato de red negativa.	Formato red negativa de cólera
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE RED NEGATIVA DE CÓLERA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.25. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PROVAC) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Dra. María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Dra. I. Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos establecidos por el Centro Nacional de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) para que lleven a cabo con precisión la operación, funciones, recursos, estrategias operativas y acciones que se realizaran durante la ejecución del Programa Permanente de Vacunación Universal, con la finalidad de que se logren las Metas Programadas.

Normas y Políticas de Operación

Normas

1. Ley General de Salud.
2. Ley Estatal de Salud.
3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
4. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Puebla para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES).
5. NOM-036-SSA-2-2012, Prevención y control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
6. NOM 031-SSA-2-1999, para la atención a la Salud del Niño.
7. NOM-087 SEMARNAT-SSAT-2002, Protección ambiental- Salud Ambiental- Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.
8. NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.

Políticas de Operación:

1. Para la ejecución del Programa Permanente de vacunación Universal, las metas deben ser enviadas por nivel estatal para que el responsable de vacunación Jurisdiccional realice las metas por unidad médica.
2. Se sesionara la COJUVA
3. Se deberá contar con la participación de todo el personal de Salud en las actividades que se realizan para la ejecución del programa permanente de vacunación universal (personal de enfermería, promotores de salud, becarios, brigadistas y auxiliares de salud)
4. Se aplican todas las vacunas para iniciar o completas esquemas de vacunación en los menores de 8 años de edad, mujeres en edad fértil y grupos poblacionales específicos

Responsables	Enfermedades Transmisibles de la Jurisdicción Sanitarias
Áreas Involucradas	Unidades Médicas de primero y segundo nivel de atención.
Recursos	1. Enseres de Oficina 2. Equipo de Cómputo con Internet. 3. Vacuna 4. Refrigeradores
Glosario	CeNSIA: Centro Nacional para la Salud a la Infancia y Adolescencia COJUVA: Comité Jurisdiccional de vacunación PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia PROVAC: Sistema de Información computarizado utilizado para llevar el control de la vacunación y el estado nutricional de la población. SENAS: Semanas Nacionales de Salud UNIVERSO DE TRABAJO: En vacunación se llama al total de individuos a quienes están dirigidas las actividades de vacunación. VACUNA: Suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o sus fracciones, que son aplicados a individuos con el objetivo de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente. VACUNACIÓN: Aplicación de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada. VACUNACIÓN UNIVERSAL: La política Sanitaria que tiene como objetivo lograr la protección de toda la población del país, mediante la aplicación del esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades evitables por vacunación.

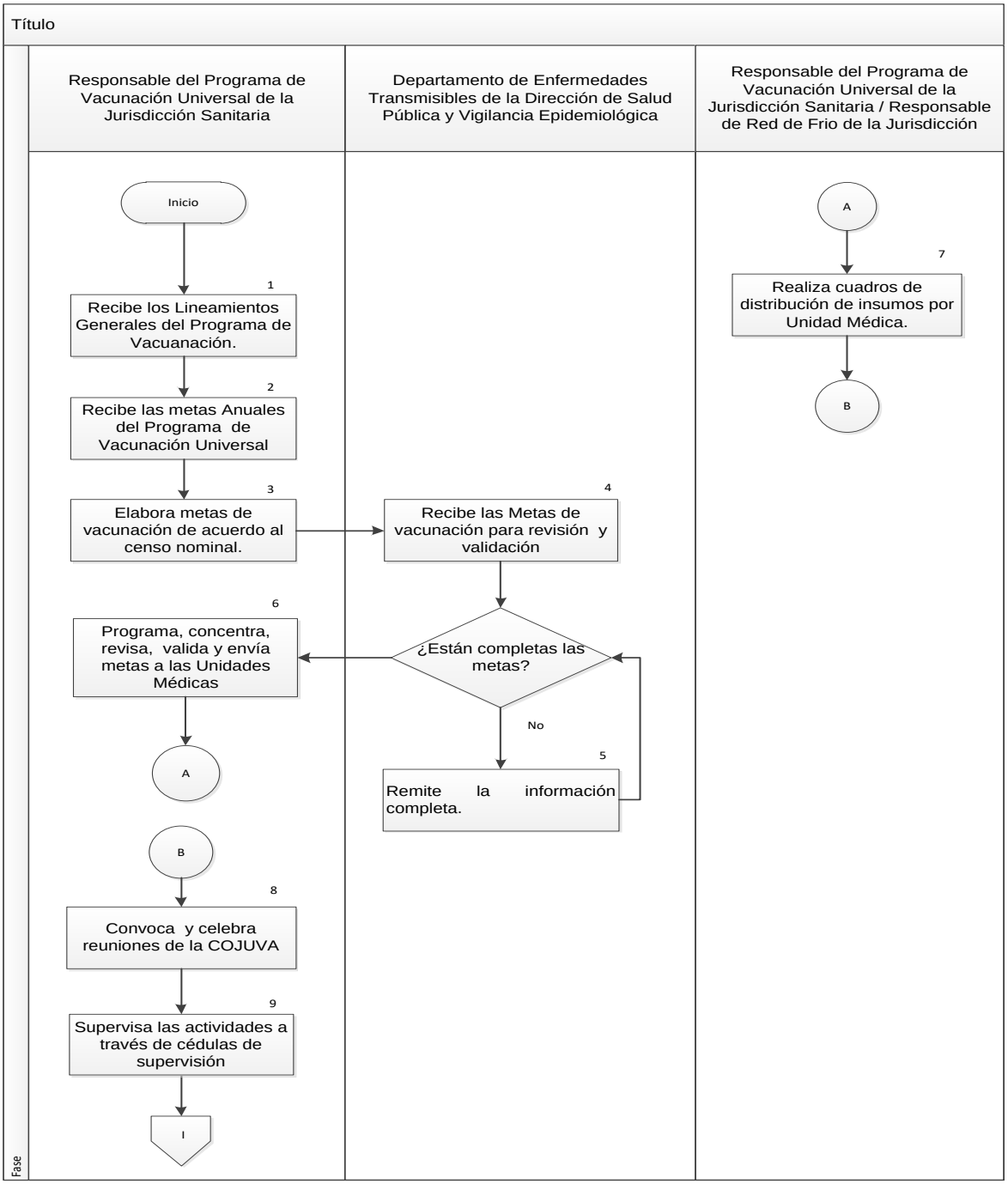
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PROVAC) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

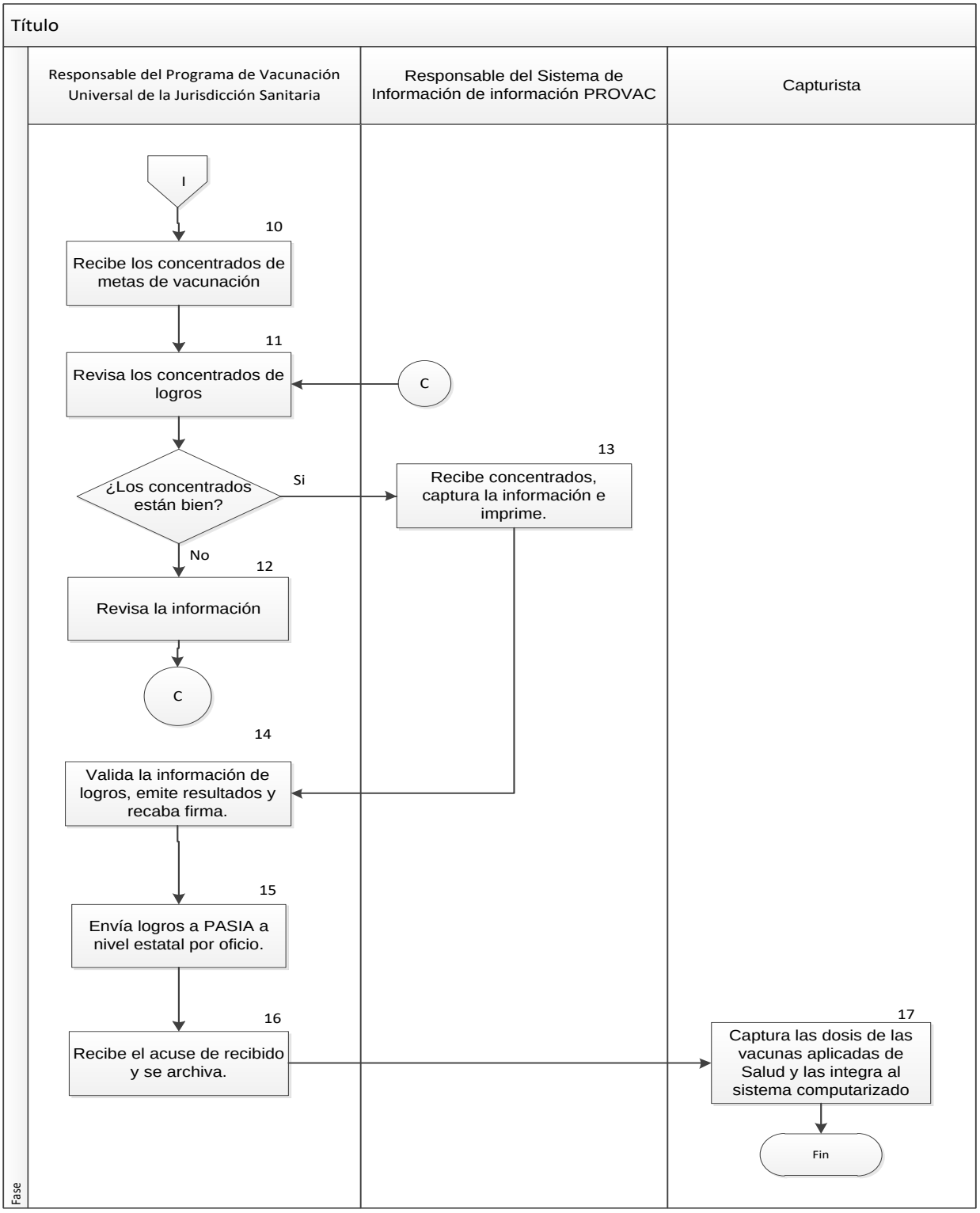
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe los Lineamientos Generales del Programa de vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Manual de Lineamientos Generales
2		Recibe las metas Anuales del Programa Permanente de Vacunación Universal.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
3		Elabora metas de vacunación de acuerdo al censo nominal y la regionalización operativa de la Jurisdicción y se envían al Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica para su validación.	Oficio (metas de vacunación universal)
4	Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe las Metas de vacunación para su revisión y validación. ¿Están completas las metas? No, continua en la actividad No. 5 Si, Avanza a la actividad 6.	
5		Remite la información	

		completa Continua con la actividad No. 4.	
6	Responsable del Programa de Vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria.	Programa, concentra, revisa, valida y envía metas a las Unidades Médicas.	
7	Responsable del Programa de Vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria / Responsable de Red de Frio de la Jurisdicción	Realiza cuadros de distribución de insumos por Unidad Médica en coordinación con la responsable de Red de Frio y responsable de cámaras frías y verifica la distribución de estos insumos a las unidades médicas.	Registros Cuadro de distribución
8	Responsable del Programa de Vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria	Convoca y celebra reuniones de la COJUVA	Minuta de trabajo
9		Supervisa las actividades a través de cédulas de supervisión.	Cedula de supervisión
10		Recibe los concentrados de metas de vacunación	Concentrado de logros
11		Revisa los concentrados de logros ¿Los concentrados están bien? No, Continua en la actividad	Concentrado de logros

		12. Si, Avanza a la actividad 13.	
12		Revisa la información. Regresa la actividad No. 11	Concentrado de logros
13	Responsable del Sistema de Información de información PROVAC	Recibe concentrados, captura la información e imprime, entregando impresos al responsable del Programa de Vacunación Universal para su validación	Concentrado de logros
14	Responsable del Programa de Vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria	Valida la información de logros, emite resultados y recaba firma del Epidemiólogo/a Jurisdiccional y Jefe/a de Jurisdicción.	Concentrado de logros
15		Envía logros a PASIA a nivel estatal por oficio.	Oficio concentrado de vacunas aplicadas por tipo de biológico
16		Recibe el acuse de recibido y se archiva.	Acuse
17	Capturista	Captura las dosis de las vacunas aplicadas de Salud y las integra al sistema computarizado	Captura de información
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PROVAC) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Título
Responsable del Programa de Vacunación Universal de la Jurisdicción Sanitaria
Responsable del Sistema de Información de información PROVAC
Capturista
I
10
Recibe los concentrados de metas de vacunación
11
Revisa los concentrados de logros
C
¿Los concentrados están bien?
Si
13
Recibe concentrados, captura la información e imprime.
No
12
Revisa la información
C
14
Valida la información de logros, emite resultados y recaba firma.
15
Envía logros a PASIA a nivel estatal por oficio.
16
Recibe el acuse de recibido y se archiva.
17
Captura las dosis de las vacunas aplicadas de Salud y las integra al sistema computarizado
Fin
Fase

7.8.26. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones de las lesiones precursoras de cáncer y cáncer in situ.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Puebla. 3. NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cervico Uterino. 4. NOM-014-SSA2-1994. Para la Prevención, detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cervico Uterino. Políticas de Operación: 1. Los responsables de las Unidades Médicas serán deberán de vigilar el cumplimiento del programa. 2. Los Médicos/as tratantes deberán de tomar la muestra conforme a la normatividad aplicable. 3. El Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, será la el responsable de gestionar los insumos para la detección del VPH de acuerdo a la población objetivo. 4. La prueba será realizada a las pacientes de 35 a 64 años de edad de primera vez, subsecuentes o que nunca se hayan realizado el estudio. 5. Las Unidades de Primer Nivel deberán cumplir con la fecha señala para la entrega de las muestras (citología / PCR), los días de entrega semanal a la jurisdicción en el horario establecido. 6. La programación de metas debe ajustarse conforme a la población asignada a los Servicios de Salud del estado de Puebla de cada una de las Unidades de Primer Nivel de Atención.
Responsables	Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud, Centros de salud con Servicios ampliados, Hospitales generales y Hospitales integrales

Recursos	1. Espejos vaginales 2. Espátulas de ayre 3. Tubo colector con medio de transporte 4. Formatos 5. computadoras
Glosario	VPH-AR: Virus del papiloma Humano SICAM: Sistema de Información de cáncer de la MUjer

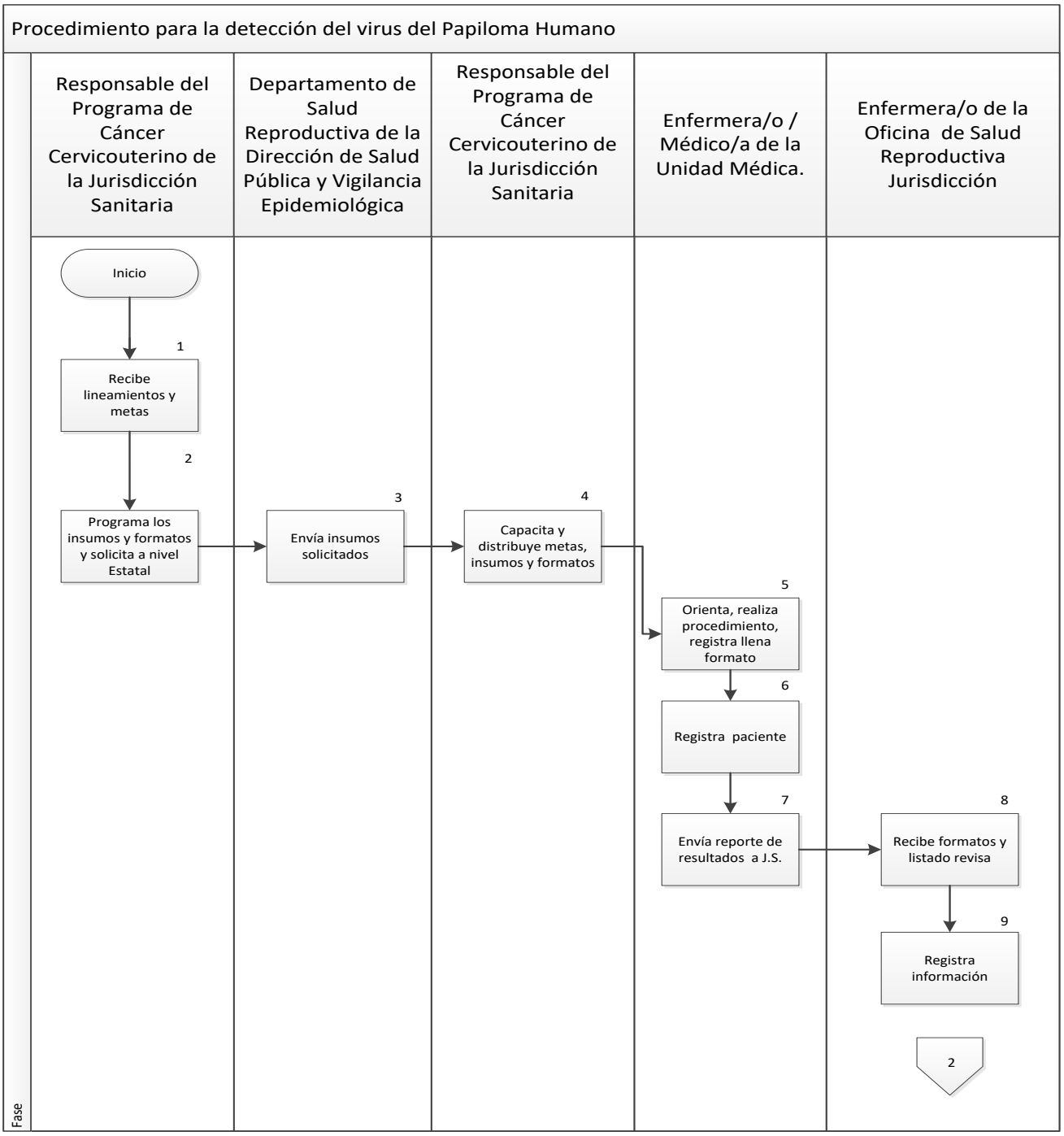
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

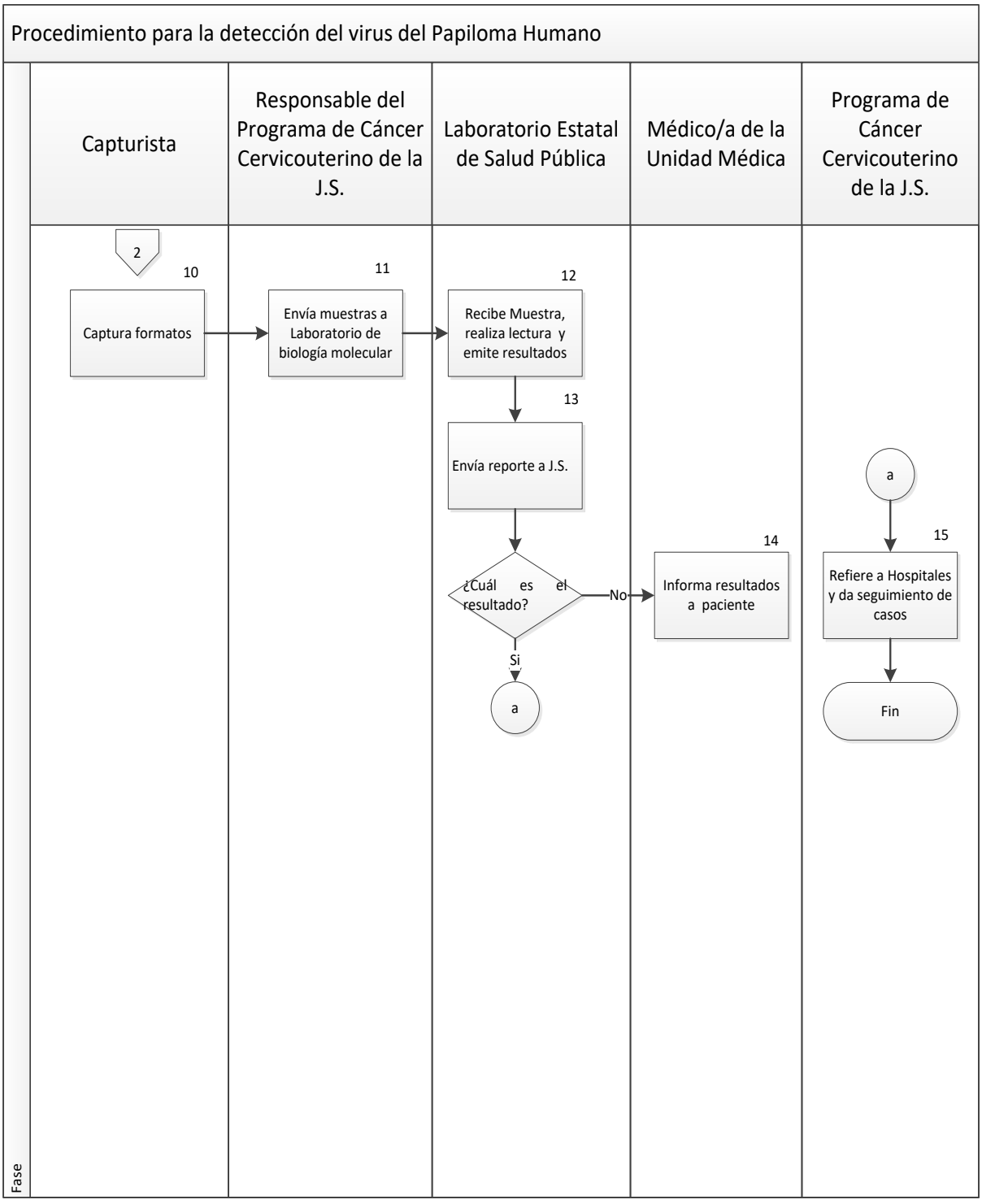
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Cáncer Cervicouterino de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe del Responsable estatal los lineamientos y metas que debe cumplir con respecto al Programa.	Oficio.
2		Programa en base a sus metas y unidades médicas del área de responsabilidad los insumos y formatos y solicita a nivel Estatal.	
3	Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Envía insumos solicitados.	
4	Responsable del Programa de Cáncer	Capacita y distribuye metas, insumos y formatos a las Unidades médicas.	

	Cervicouterino de la Jurisdicción Sanitaria.		
5	Enfermera/o / Médico/a de la Unidad Médica.	Orienta, realiza procedimiento, registra en expediente, llena formato oficial y cartilla.	Formato: Solicitud y reporte de resultados VPH-AR Listado Nominal
6		Registra a la paciente a la que se le realiza la toma en la Libreta de Registro y control	Libreta de Registro y Control de VPH-AR
7		Envía reporte de resultados de muestras procesadas a la Jurisdicción Sanitaria.	
8	Enfermera/o de la Oficina de Salud Reproductiva Jurisdicción.	Recibe formatos de VPH-AR, viales recolectores y listado nominal, revisa que los datos de la paciente concuerden con el vial recolector de la muestra.	Formatos: solicitud y reporte de resultado de VPH-AR Listado Nomina
9		Registra información en la libreta de VPH Jurisdiccional, etiqueta 2 formatos y tubo recolector.	Formatos: solicitud y reporte de resultado de VPH-AR Listado Nomina Libreta de registro jurisdiccional
10	Capturista	Captura los formatos en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM)	Formatos: solicitud y reporte de resultado de VPH-AR Listado Nomina Libreta de registro jurisdiccional Plataforma de Información

			SICAM
11	Responsable del Programa de Cáncer Cervicouterino de la Jurisdicción Sanitaria.	Envía muestras a Laboratorio de biología molecular para su procesamiento.	
12	Laboratorio Estatal de Salud Pública.	Recibe la Muestra, realiza lectura a través del robot de biología molecular y emite resultados de las muestras mientras proceso automatizado.	Resultados.
13		Envía reporte de resultados de muestras procesadas a la Jurisdicción Sanitaria. ¿Cuál es el resultado? Positivo: Avanza a la actividad No. 15. Negativo: Continua en la actividad No. 14.	Formato de reporte
14	Médico/a de la Unidad Médica.	Informa resultados a la paciente.	
15	Programa de Cáncer Cervicouterino de la Jurisdicción Sanitaria.	Refiere a Hospitales de segundo o tercer nivel de atención y da seguimiento de casos.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Procedimiento para la detección del virus del Papiloma Humano
Capturista
Responsable del Programa de Cáncer Cervicouterino de la J.S.
Laboratorio Estatal de Salud Pública
Médico/a de la Unidad Médica
Programa de Cáncer Cervicouterino de la J.S.
Fase
2
10
Captura formatos
11
Envía muestras a Laboratorio de biología molecular
12
Recibe Muestra, realiza lectura y emite resultados
13
Envía reporte a J.S.
¿Cuál es el resultado?
No
Si
14
Informa resultados a paciente
a
a
15
Refiere a Hospitales y da seguimiento de casos
Fin

7.8.27. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Unificar criterios normativos de operación para contribuir al desarrollo y bienestar de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.

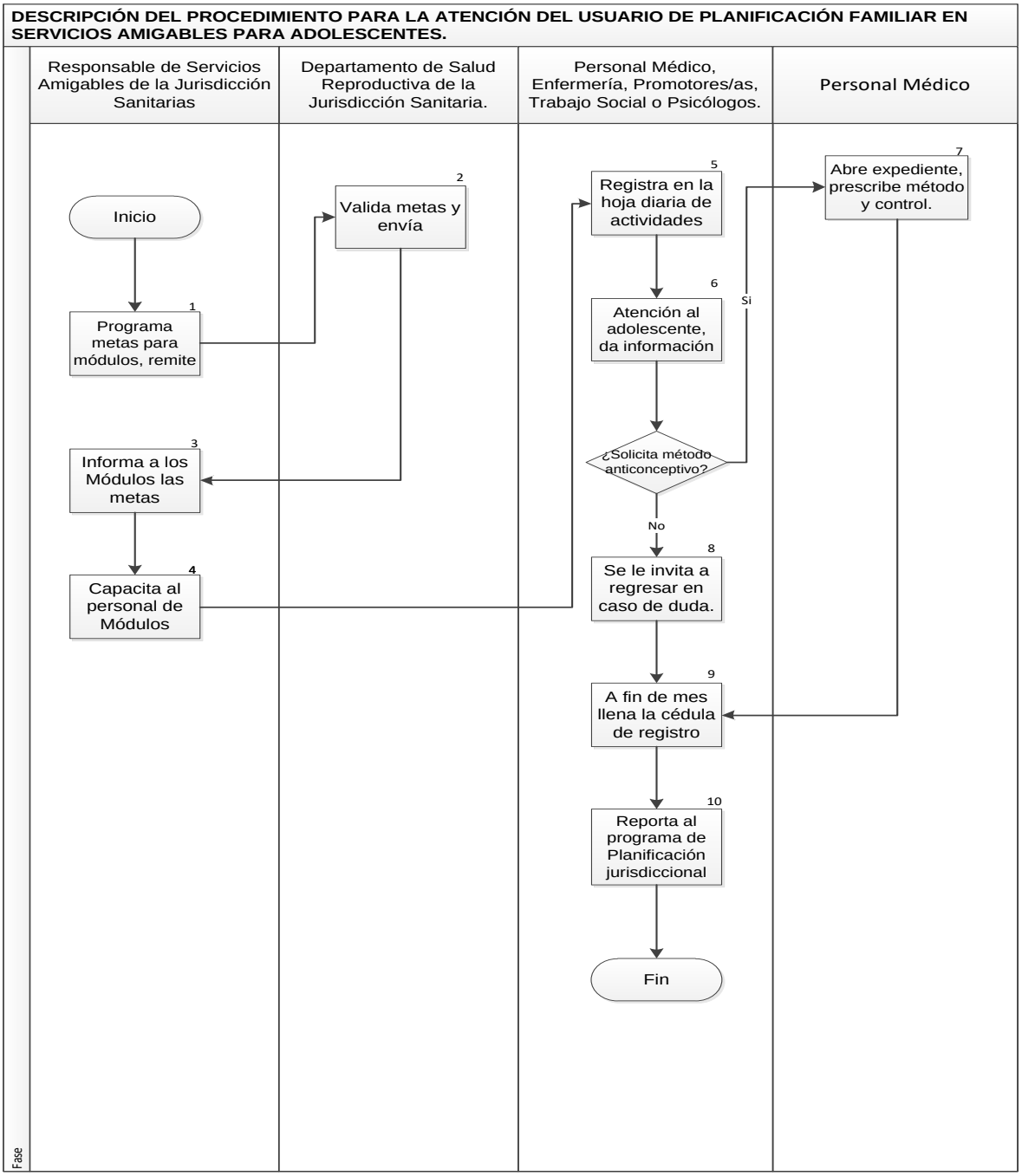
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar 2. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico 3. NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. 4. NOM-007-SSA2-2016. para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 5. Criterios Médicos de Elegibilidad 2015. Políticas de Operación: 1. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Secretaria de Salud. 2016 2. Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2013-2018 alineado con el PROSESA 2013-2018. 3. PAESSRA 2013-2018, Estrategia 2.2 orientado a mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles, Hospitales.
Recursos	Equipo médico, material de curación, instrumental, mobiliario. Documentos normativos, métodos anticonceptivos, material informativo, expediente clínico.
Glosario	No Aplica

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Servicios Amigables de la Jurisdicción Sanitarias.	Programa metas para implementación de módulos y atención al adolescente para la jurisdicción y se envían al Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.	
2	Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.	Valida metas y envía nuevamente al responsable del Programa Jurisdiccional.	Oficio
3	Responsable de Servicios Amigables de la Jurisdicción Sanitarias.	Informa a los responsables de Módulos amigables las metas de atención que les corresponden	
4		Capacita al personal de Módulos amigables sobre el Programa y las actividades que deberán realizar	
5	Personal Médico, Enfermería, Promotores/as, Trabajo Social o Psicólogos.	Registra en la hoja diaria de actividades.	Hoja diaria de actividades de Planificación Familiar.
6		Atención al adolescente, brindando información sobre el módulo amigable, salud sexual y reproductiva, utiliza los materiales necesarios y corrobora que la	

		información haya sido asimilada por el/la usuario. ¿Solicita método anticonceptivo? Si. Continua en la actividad No. 7 No. Avanza a la actividad No. 8	
7	Personal médico	Abre expediente y se inicia prescripción de método anticonceptivo y control. Turna, va a la actividad 9	Expediente.
8	Personal médico, Enfermería, Promotores, Trabajo Social o Psicólogos capacitados.	Se le invita a regresar en caso de duda.	S/D
9		Al final del mes se llena la cédula de registro en servicios amigables.	Cédula de Registro.
10		Reporta al programa de Planificación Familiar jurisdiccional.	Cédula de Registro.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.28. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Unificar criterios de operación para el Programa de planificación familiar Contribuir a que la población disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar
2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico
3. NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
5. Criterios médicos de elegibilidad 2015.

Políticas de Operación

1. Cualquier persona que solicite un servicio de salud reproductiva tiene derecho a:
   INFORMACIÓN: Ser enterado/a con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.
   ACCESO: Recibir atención y servicios de calidad con calidez.
   ELECCIÓN: Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.
   SEGURIDAD: Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.
   PRIVACIDAD: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.
   CONFIDENCIALIDAD: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.
   DIGNIDAD: Ser tratado/a con respeto, consideración y atención.
   CONTINUIDAD: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.
   OPINIÓN: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos por el Departamento de Salud Reproductiva, y el Programa de Planificación Familiar.

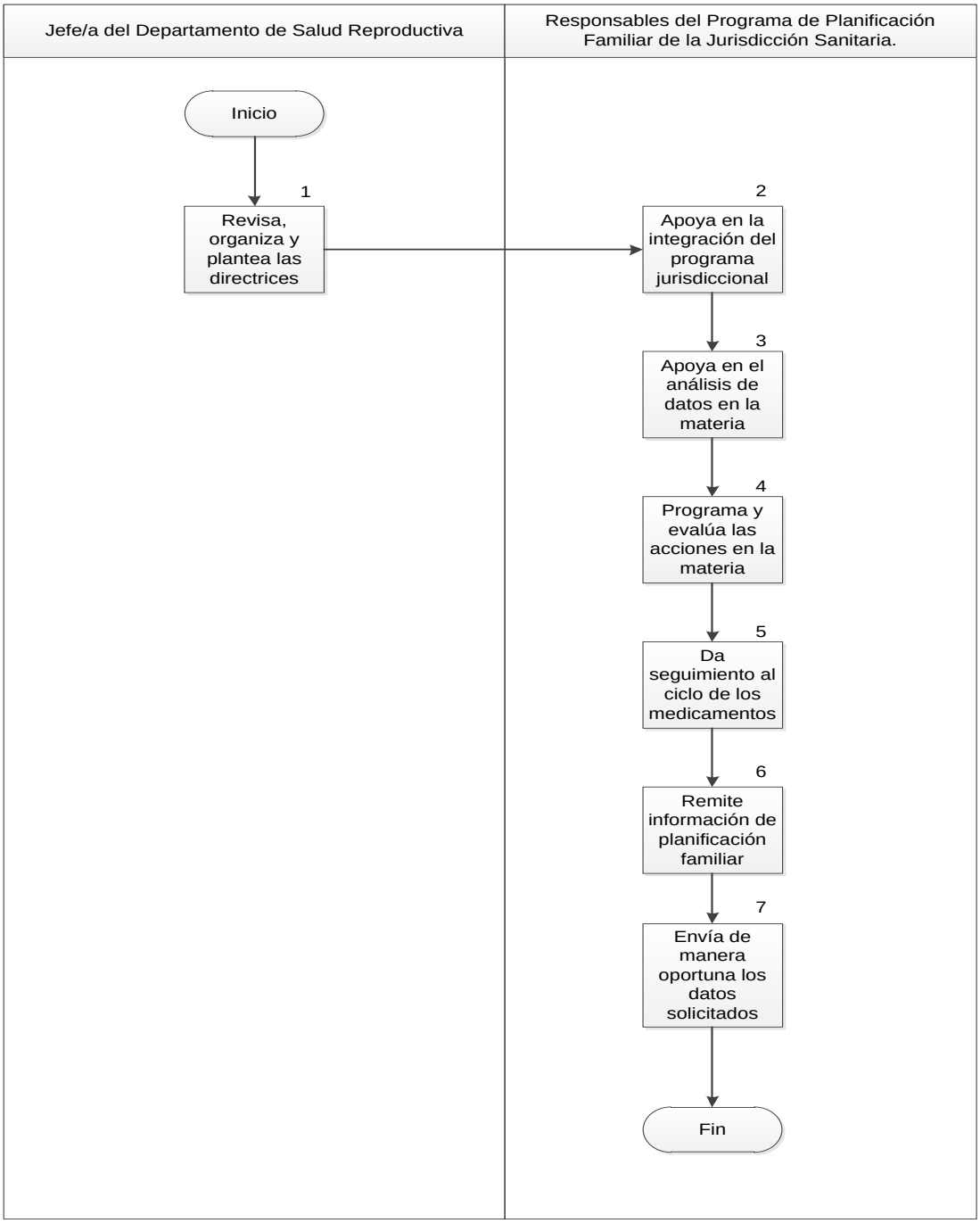
Responsables	Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles, Hospitales, Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Recursos	2. Métodos de planificación familiar 3. Insumos 4. Instrumental 5. Formatos de registro, historia clínica y consentimiento informado 6. Documentos de captura y concentrados 7. Papelería.
Glosario	SIS Sistema de Información en salud. ICE Indicadores caminando a la excelencia. DSPyVE; Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

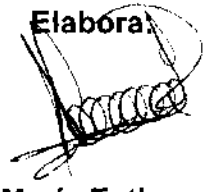
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Revisa, organiza y plantea las directrices de la operación del programa y envía acciones y metas a la Jurisdicción.	
2	Responsables de del Programa de	Apoya en la integración del programa jurisdiccional en materia de	

	Planificación Familiar de la Jurisdicción Sanitaria.	Planificación Familiar conforme a las instrucciones y metas recibidas.	
3		Apoya en el análisis de datos en materia de Planificación Familiar para aplicar medidas de intervención.	SIS
4		Programa y evalúa las acciones en materia de planificación familiar en el primer nivel de atención de acuerdo a la normatividad.	ICE
5		Da seguimiento al ciclo logístico de los medicamentos de planificación familiar de la jurisdicción y de las unidades aplicativas (distribución).	Informe de movimiento y solicitud de insumos de Planificación Familiar 1 y 2
6		Remite información de planificación familiar al Responsable de Epidemiologia de la Jurisdicción Sanitaria.	Memorándum.
7		Envía de manera oportuna los datos solicitados y necesidades al Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.29. PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.		
Elabora: 	**Valida:**	**Autoriza:**
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, con particular énfasis entre aquéllas que se encuentran en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Norma Oficial Mexicana número NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la prevención y Atención. Políticas de operación 1. Garantizar durante la consulta mediante el uso de la herramienta la detección de violencia que las mujeres tengan acceso oportuno a servicios de atención médica y psicológica especializada de las consecuencias de la violencia familiar o de género. 2. Que las mujeres que viven en violencia extrema atención médica, psicológica una vez detectada como víctima de violencia. 3. Promover la atención integral, solidaria, con perspectiva de género, respetuosa, multidisciplinaria e interinstitucional, que evite la revictimización de las personas afectadas por la violencia familiar y de género. 4. Contestar nuestra encuesta de satisfacción.
Responsables	Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Epidemiologia, Unidades Médicas, Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Recursos	1. Enseres de Oficina 2. Equipo de Computo 3. Conexión a Internet
Glosario	CESSAS: Centro de Salud con Servicios Ampliados. IGA: Informe General de Avances DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

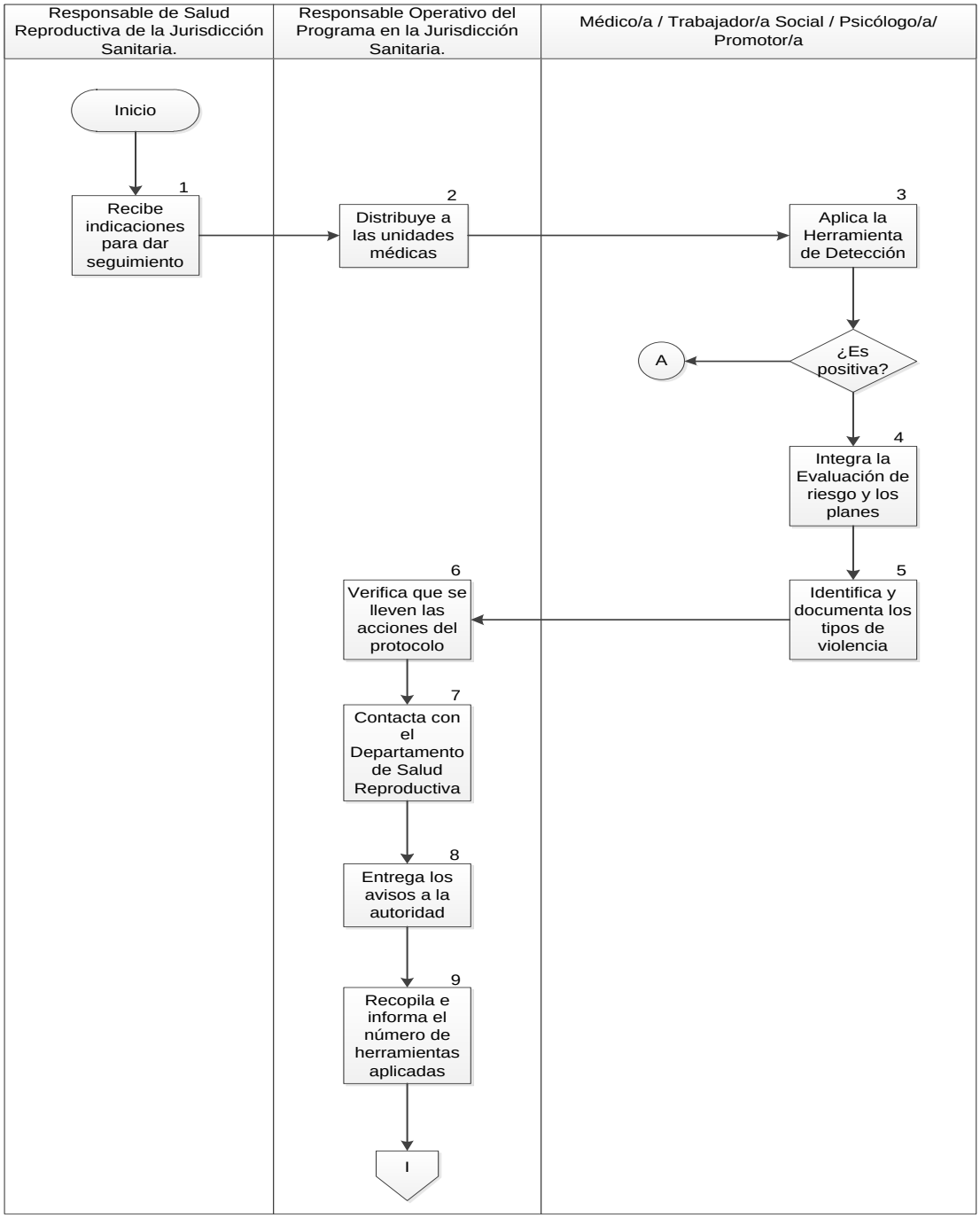
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

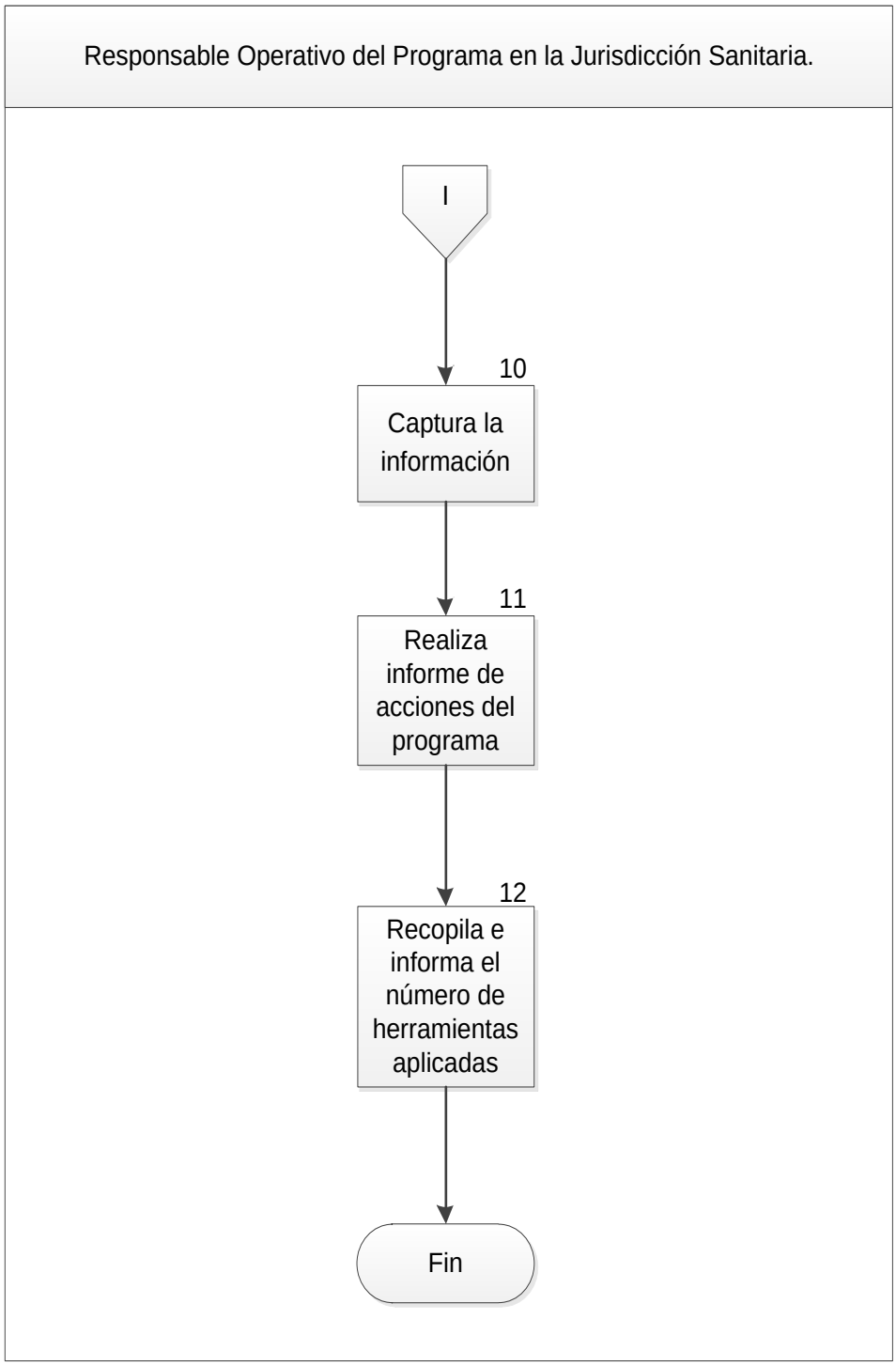
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe indicaciones del Jefe/a de Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, para dar seguimiento al programa.	Memorándum/Oficio
2	Responsable Operativo del Programa en la Jurisdicción Sanitaria.	Distribuye a las unidades médicas la herramienta para su aplicación y detección de violencia en mujeres.	Herramienta
3	Médico/a / Trabajador/a Social / Psicólogo/a/ Promotor/a	Aplica la Herramienta de Detección ¿Es positiva? Si: Continua con la actividad 4. No: Avanza a la actividad No. 10.	Formato de Herramienta de Detección. Formato Evaluación de Riesgo.
4		Integra la Evaluación de riesgo, plan de Seguridad, plan de Referencia y seguimiento que corresponda a la paciente.	Formato de Herramienta de Detección. Formato Evaluación de Riesgo.
5		Identifica y documenta los tipos de violencia que se han ejercido a la paciente, registra e informa con el formato al/la responsable de la unidad médica el seguimiento dado.	Expediente, Formato de registro Clínico (SIS-17P), Hist. Clínica y Aviso al Ministerio Publico.
6	Responsable Operativo del Programa en la Jurisdicción	Verifica que se lleven a cabo las acciones contempladas en el protocolo de atención esencial o especializada.	Protocolo.

	Sanitaria.		
7		Contacta con el Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, para dar seguimiento al programa si detecta a una mujer candidata a un albergue o refugio por ser víctima de violencia extrema.	
8		Entrega los avisos a la autoridad correspondiente, en los casos de violencia psicológica extrema, física y/o sexual.	Formato de aviso al Ministerio Público. Oficio.
9		Recopila e informa el número de herramientas aplicadas al Responsable de Salud reproductiva de la Jurisdicción sanitaria y Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica el número de personas atendidas, así como el tipo de atención.	Informe General de Avances (IGA).
10		Captura la información perteneciente a los Centros de Salud, CESSAS y Hospitales pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria.	Captura Mensual, Informe General de Avances (IGA).
11		Realiza informe de acciones del programa.	Informe General de Avances (IGA).
12		Envía informe de acciones del programa a responsable de Salud Reproductiva y Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Informe General de Avances (IGA).

		Nota: En caso de que la información no este correcta se deberán de realizar las correcciones necesarias.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Responsable Operativo del Programa en la Jurisdicción Sanitaria.
I
10
Captura la información
11
Realiza informe de acciones del programa
12
Recopila e informa el número de herramientas aplicadas
Fin

7.8.30. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 3 meses		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la exploración clínica de mama, para la adecuada interpretación y diagnóstico de patología mamaria benigna y cáncer.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Puebla. 3. NOM-041-SSA2-2002. Para la Prevención, detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica de Cáncer Mamario. 4. NOM-041-SSA2-2002, Para la Prevención, detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y vigilancia Epidemiológica de Cáncer Mamario. Políticas de operación 1. Las Unidades Médicas deberán capacitar a las mujeres en la autoexploración de mama.
Responsables	Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Hospitales Generales e Integrales, Unidades Móviles.
Recursos	1. Formatos de registro 2. Computadora
Glosario	N/A.

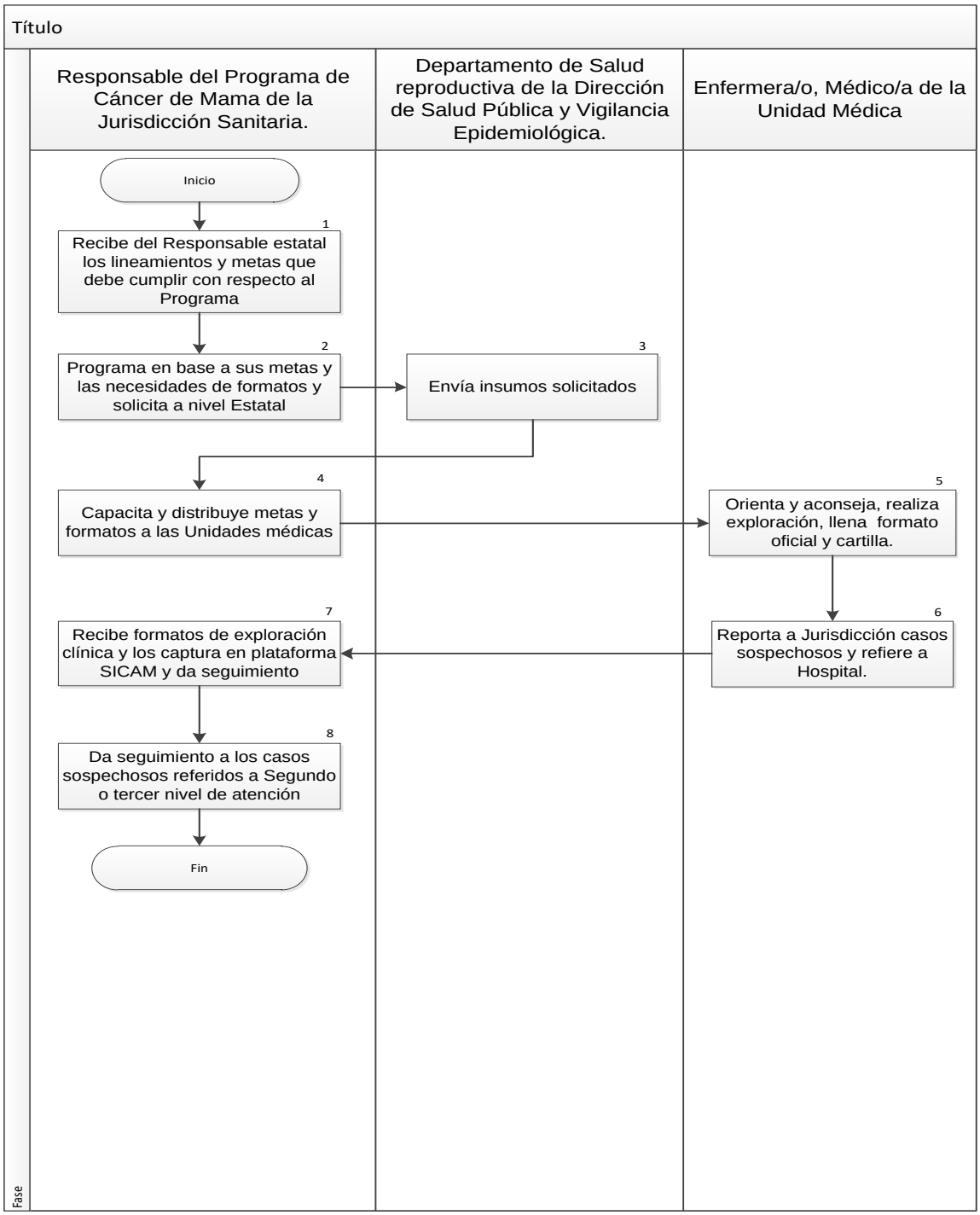
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de	Recibe del Responsable estatal los lineamientos y metas que debe	oficio

	Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria.	cumplir con respecto al Programa.	
2		Programa en base a sus metas y unidades médicas del área de responsabilidad las necesidades de formatos y solicita a nivel Estatal.	
3	Departamento de Salud reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Envía insumos solicitados.	
4	Responsable del Programa de Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria.	Capacita y distribuye metas y formatos a las Unidades médicas	
5	Enfermera/o, Médico/a de la Unidad Médica	Orienta y aconseja a la usuaria sobre el procedimiento de la exploración clínica de mama, realiza exploración, llena formato oficial y cartilla.	Formato exploración física de mama
6		Reporta a Jurisdicción Sanitaria casos sospechosos y refiere a Hospital a la especialidad correspondiente	
7	Responsable del Programa de Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe formatos de exploración clínica de mama en mujeres de 25 a 39 años y los captura en plataforma SICAM y da seguimiento a casos.	Formato: Exploración clínica de mama Plataforma Sicam

8		Da seguimiento a los casos sospechosos referidos a Segundo o tercer nivel de atención	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.31. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VASECTOMÍA SIN BISTURÍ EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 2 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Dra. María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) OCTUBRE 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Dar a conocer a la población el método eficaz que es la vasectomía, analizar las complicaciones y efectos segundarios, dar a conocer las ventajas y desventajas, asi como los efectos psicológicos que produce la vasectomía en el hombre.

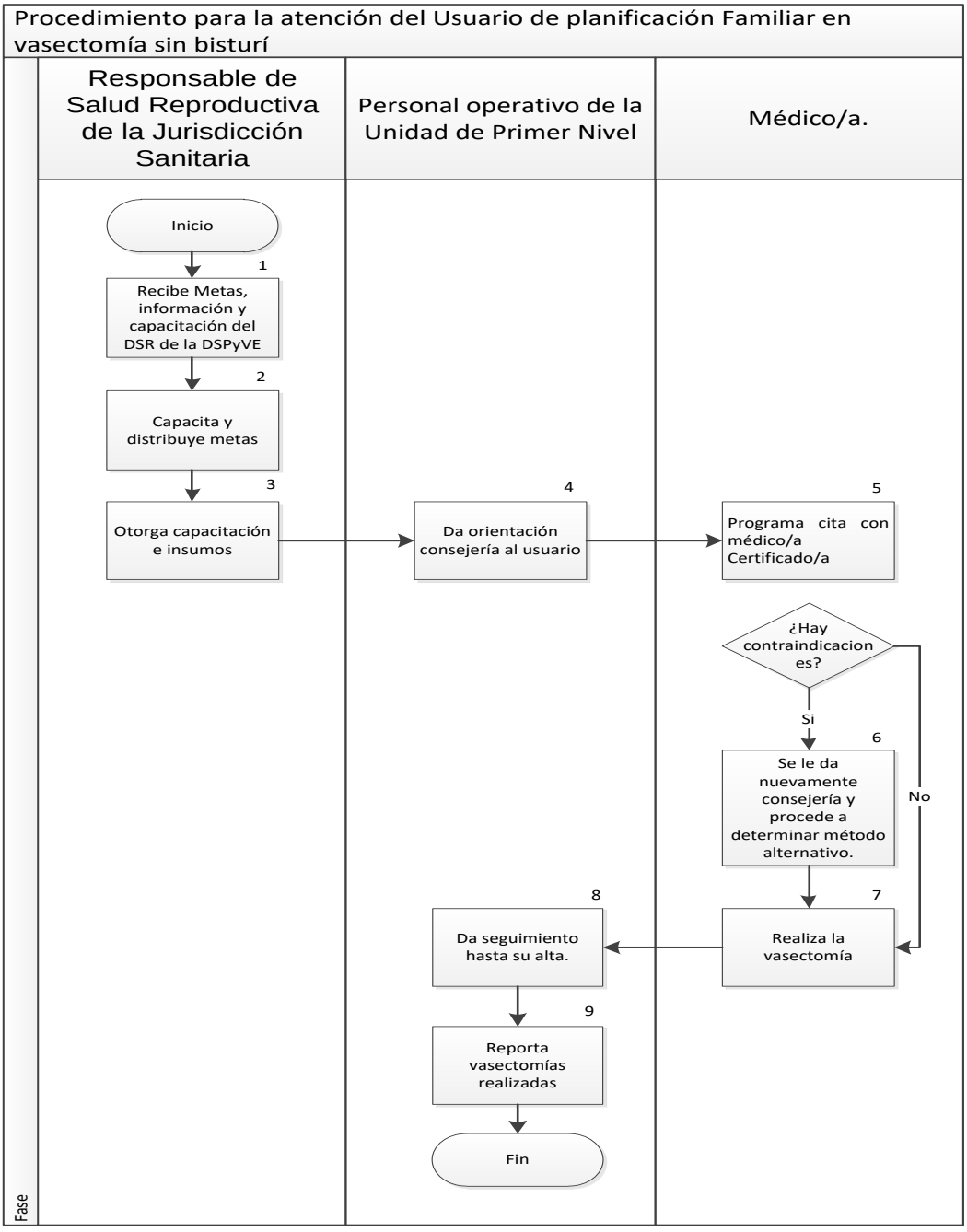
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar 2. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico 3. Manual Técnico de Vasectomía sin Bisturí. Secretaria de Salud. 2000. Políticas de operación 1. Realizar a todo hombre con paternidad satisfecha la vasectomía sin bisturí cuando él lo solicite. 2. Informar a la población masculina los beneficios que este método otorga
Responsables	Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicios, Unidades Móviles, Hospitales.
Recursos	Instrumental quirúrgico Material de curación Formatos de registro y expediente clínico Formatos de consentimiento informado
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VASECTOMÍA SIN BISTURÍ EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Salud Reproductiva de la Jurisdicción	Recibe Metas, información y capacitación del Departamento de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia	

	Sanitaria.	Epidemiológica.	
2		Capacita y distribuye metas para las Unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria.	
3		Otorga capacitación e insumos al personal de las Unidades Médicas que realizarán los Procedimientos.	
4	Personal operativo de la Unidad de Primer Nivel.	Da orientación consejería al usuario.	
5	Médico/a.	Programa cita con el médico/a Certificado/a. ¿Hay contraindicaciones? No. Avanza a la actividad No. 7. Si. Continua en la actividad No. 6.	Libreta de Citas Expediente clínico.
6		Se le da nuevamente la consejería y se procede a determinar método alternativo.	
7		Realiza la vasectomía.	
8	Personal operativo de la Unidad de Primer Nivel.	Da el seguimiento hasta su alta.	Expediente clínico.
9		Reporta a Responsable de Jurisdicción Sanitaria mensualmente vasectomías realizadas conforme a sus metas.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VASECTOMÍA SIN BISTURÍ EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.32. PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORES/AS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 3 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Fortalecer las competencias en salud de la población, con la finalidad de otorgar atención primaria de forma oportuna y adecuada.

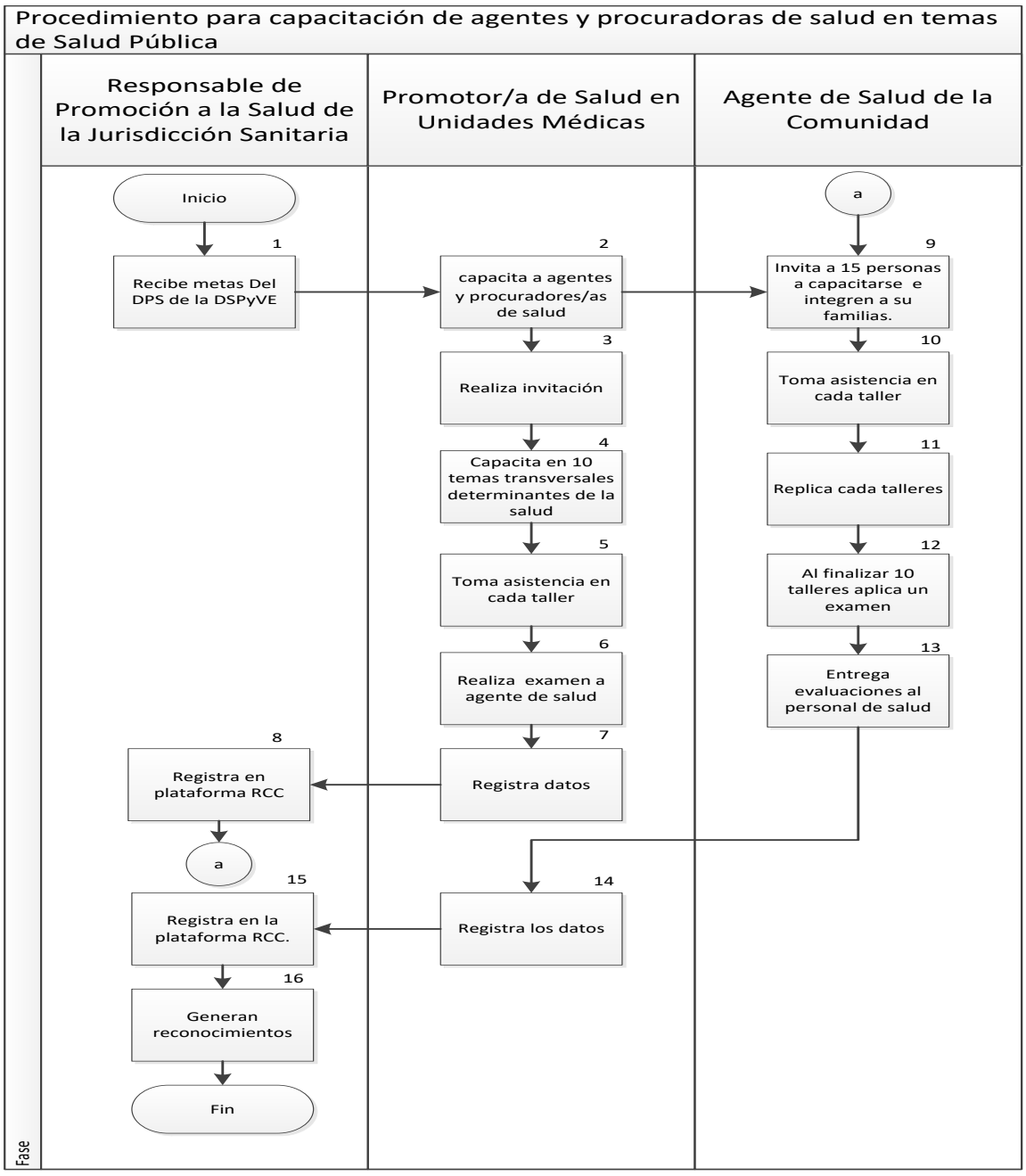
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programa de acción especifico de entornos y comunidades saludables. 2. Modelo Operativo de Promoción a la Salud. 3. Manual Operativo del Programa de Entornos y Comunidades Saludables. Políticas de Operación: 1. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Comunidades Saludables, para el ejercicio fiscal 2015. 2. Programa de acción: Comunidades Saludables, Secretaria de salud. Primera Edición 2002. 3. Reforma al artículo 115 constitucional en el que se amplían y diversifican las funciones y los servicios públicos a cargo del ayuntamiento, lo cual se complementa con el reconocimiento del "asociacionismo municipal interestatal", mecanismo que permitirá mejorar la prestación de servicios públicos, intercambiar experiencias y obtener apoyos y recursos mutuos.
Responsables	Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles.
Recursos	1. Paquete didáctico para el desarrollo de talleres. 2. Manta o lona para los diferentes talleres. 3. Tarjeteros para agentes y para procuradoras. 4. Lista de asistencia. 5. Cuestionario de evaluación.
Glosario	SIS-ORG-COM-CAP: Sistema de organización de comunidades y capacitación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORES/AS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe metas del Departamento de Promoción a la Salud de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio
2	Promotor/a de Salud en Unidades Médicas.	Recibe indicación de capacitar a agentes y procuradores/as de salud.	Oficio
3		Realiza invitación a personas más participativas de la comunidad.	
4		Capacita en 10 temas. 3 transversales y 7 sobre determinantes de la salud.	
5		Toma asistencia en cada taller.	Lista de asistencia
6		Realiza un examen a la agente de salud al finalizar los talleres.	Formato de evaluación
7		Registra los datos en el formato SIS-ORG-COM-CAP.	Formato SIS-ORG-COM-CAP
8	Responsable de Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Registra en la plataforma RCC.	
9	Agente de Salud de la Comunidad.	Invita a 15 personas a capacitarse e integren a su familias.	
10		Toma asistencia en cada taller.	Lista de asistencia
11		Replica cada talleres	S/D

12		Al finalizar 10 talleres aplica un examen	Formato de evaluación
13		Entrega las evaluaciones al personal de salud.	
14	Promotor/a de Salud en Unidades Médicas.	Registran los datos en el formato SIS-ORG-COM-CAP.	Formato SIS-ORG-COM-CAP
15	Responsable de Promoción a la Salud de la Jurisdicción	Registra en la plataforma RCC.	
16		Generan reconocimientos que al finalizar el proceso de certificación de una localidad serán entregados.	Reconocimiento.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORES/AS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.33. PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 6 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo. Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucia Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Operar esquemas establecidos para obtener resultados de participación municipal en promoción de la salud.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Ley de Salud del Estado de Puebla 3. Ley Orgánica Municipal. 4. Programa de acción especifico de entornos y comunidades saludables. 5. Manual Operativo de promoción a la Salud. 6. Manual para la Certificación de Unidades Promotoras de la salud. Subsecretaria de Prevención y Promoción, 1ª edición, junio 2016. Políticas de Operación: 1. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Comunidades Saludables, para el ejercicio fiscal 2015. 2. Programa de acción: Comunidades Saludables, Secretaria de salud. Primera Edición 2002. 3. Reforma al artículo 115 constitucional Se amplían y diversifican las funciones y los servicios públicos a cargo del ayuntamiento, lo cual se complementa con el reconocimiento del “asociacionismo municipal interestatal”, mecanismo que permitirá mejorar la prestación de servicios públicos, intercambiar experiencias y obtener apoyos y recursos mutuos.
Responsables	Promoción a la salud de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Municipios del Área de Responsabilidad.
Recursos	Papelería, equipo de cómputo, impresora, tóner, material de difusión (trípticos, carteles).
Glosario	SIS-SS-PAR-MUN: Formato de Participación de Municipios. SIS-SS-SOC-MUN: Formato de Capacitación Municipal.

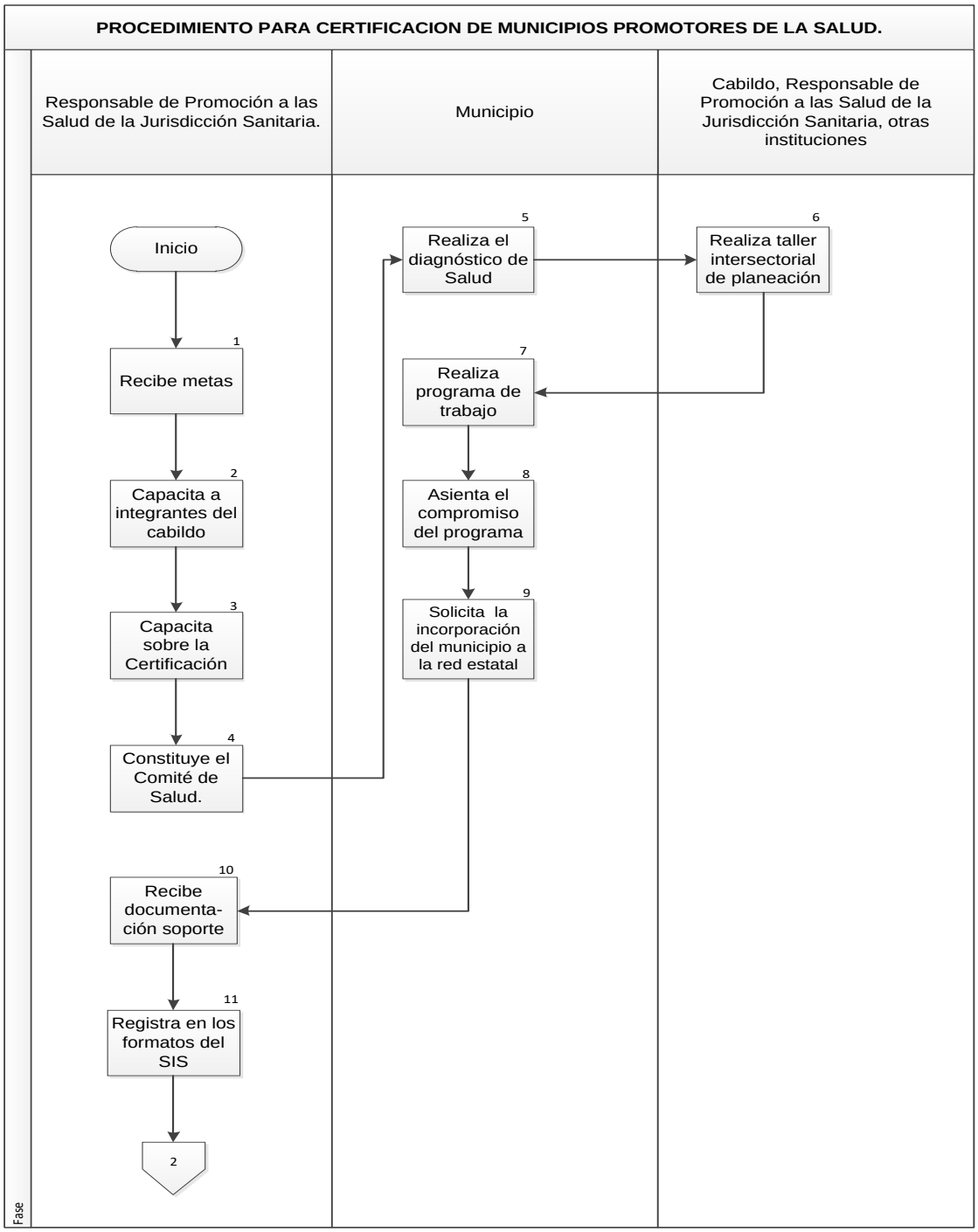
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

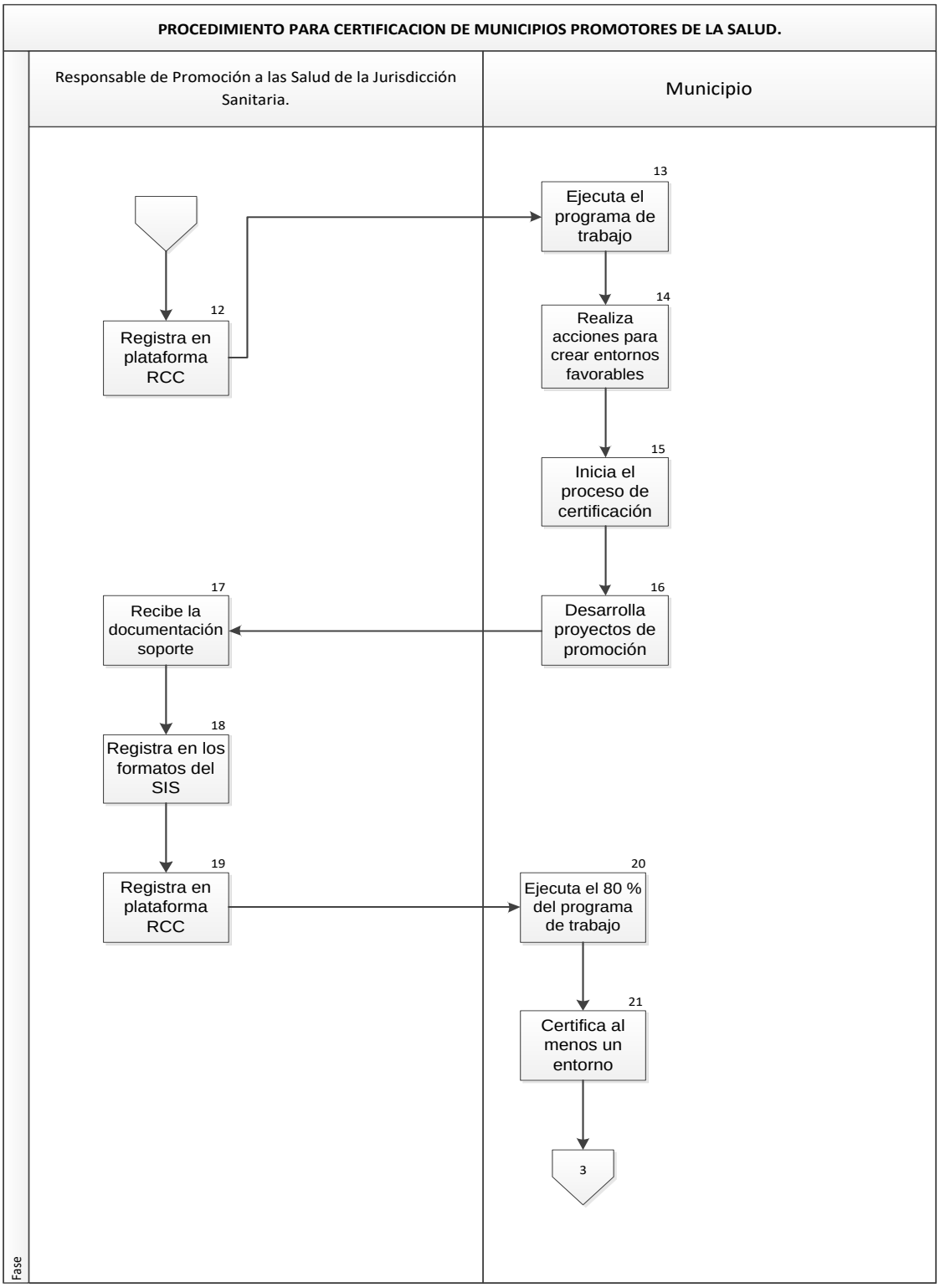
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe metas por parte del Departamento de Promoción a la Salud de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio
2		Capacita a los integrantes del cabildo sobre el Programa de Entornos y Comunidades Saludables	Carta programática
3		Capacita sobre el proceso de Certificación del municipio.	Carta programática
4		Constituye formalmente el comité municipal de salud.	Acta de comité de Salud
5	Municipio	Realiza el diagnóstico de Salud.	Formato Diagnóstico de Salud
6	Cabildo, Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria, otras instituciones participantes.	Realiza un taller intersectorial de planeación	
7	Municipio	Realiza programa de trabajo municipal.	
8		Asentar en acta de cabildo el compromiso de implementar y desarrollar el programa municipal de Promoción a la Salud.	Acta de cabildo

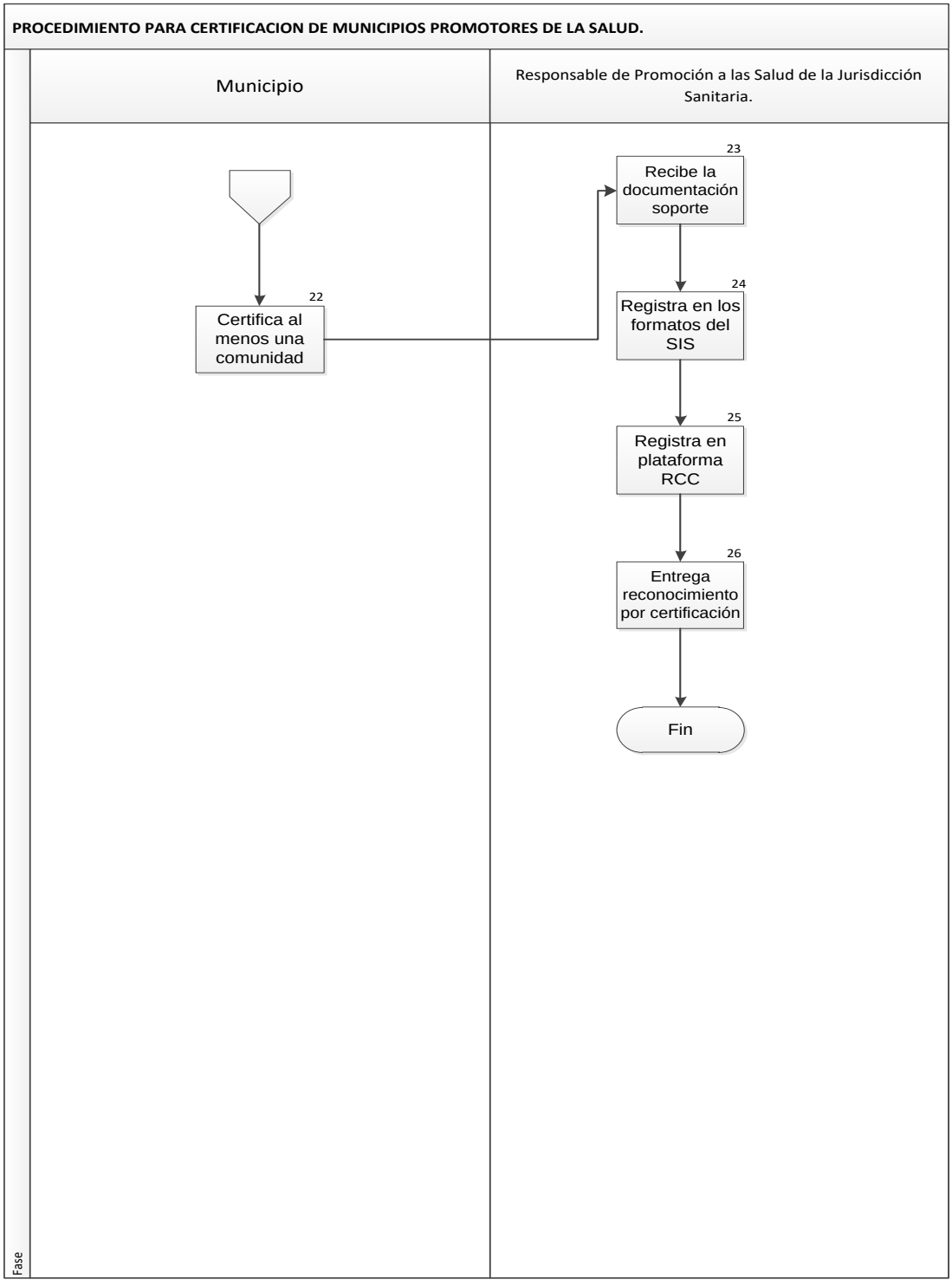
9		Solicita a los Servicios de salud la incorporación de del municipio a la red estatal de municipios por la salud.	
10	Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe toda la documentación que soporta estas actividades.	
11		Registra en los formatos SIS-SS-PAR-MUN. SIS-SS-SOC:MUN.	SIS-SS-PAR-MUN. SIS-SS-SOC:MUN
12		Registra en plataforma RCC.	
13	Municipio	Ejecuta el programa de trabajo de promoción a la salud	
14		Realiza acciones específicas en los diferentes ámbitos a fin de crear entornos y ambientes favorables.	
15		Inicia el proceso de certificación de al menos una localidad.	Cedula de Certificación de comunidad
16		Desarrolla proyectos enfocados en promoción a la salud.	
17	Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe toda la documentación que soporta estas actividades.	
18		Registra en los formatos SIS-SS-PAR-MUN. SIS-SS-SOC:MUN.	SIS-SS-PAR-MUN. SIS-SS-SOC:MUN
19		Registra en plataforma RCC.	
20	Municipio	Ejecuta el 80 % del programa de trabajo de promoción a la salud.	

21		Certifica al menos un entorno.	Cedula de certificación de entorno
22		Certifica al menos una comunidad.	Cedula de certificación de comunidad.
23	Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe toda la documentación que soporta estas actividades.	
24		Registra en los formatos SIS-SS-PAR-MUN. SIS-SS-SOC:MUN.	SIS-SS-PAR-MUN. SIS-SS-SOC-MUN.
25		Registra en plataforma RCC.	
26		Entrega reconocimiento por la certificación del municipio.	Certificado
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACION DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD.
Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria.
Municipio
12
Registra en plataforma RCC
13
Ejecuta el programa de trabajo
14
Realiza acciones para crear entornos favorables
15
Inicia el proceso de certificación
16
Desarrolla proyectos de promoción
17
Recibe la documentación soporte
18
Registra en los formatos del SIS
19
Registra en plataforma RCC
20
Ejecuta el 80 % del programa de trabajo
21
Certifica al menos un entorno
3
Fase


PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACION DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD.
Municipio
Responsable de Promoción a las Salud de la Jurisdicción Sanitaria.
22
Certifica al menos una comunidad
23
Recibe la documentación soporte
24
Registra en los formatos del SIS
25
Registra en plataforma RCC
26
Entrega reconocimiento por certificación
Fin
Fase

7.8.34. PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Contribuir al mejoramiento de los hábitos alimentarios y de actividad física de la población por medio de la promoción y fomento de estilos de vida saludables, además del rescate de la cultura alimentaria

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Constitución política de los Estados Unidos mexicanos. (Artículo cuarto derecho a la salud párrafo tercero, derecho a la alimentación: "toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El estado lo garantiza). 2. Ley general de salud. 3. Ley general de educación. 4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal 5. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. 6. NOM 043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar información. 7. NOM-009-SSA2-2013 Promociona la salud escolar. 8. NOM-251-SSA1-2009 Practicas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. 9. NOM-051-SSA1-2009, Practicas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios 10. NOM-051-SCFI-SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasadas. Información comercial y sanitaria. 11. NOM-015-SSA2- 2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 12. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Políticas de operación 1. Otorgar consulta a la población que permita contribuir al mejoramiento de los hábitos alimentarios y de actividad física por medio de la promoción y fomento de estilos de vida saludables en los diferentes entornos, impartidas en las unidades médicas
Responsables	Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.

Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas, Departamento de Promoción a la Salud de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Recursos	1. Material impreso: carteles, folletos, guías, rotafolios, juegos de mesa y juegos didácticos. 2. Material promocional: playeras, plumas, cintas, pulseras, cilindros. 3. Material audiovisual: capsulas de video o audio.
Glosario	SIS Sistema de Información en Salud SINBA Sistema nacional de Información Básica en Salud Ecolls: Red de comunicación colaborativa DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

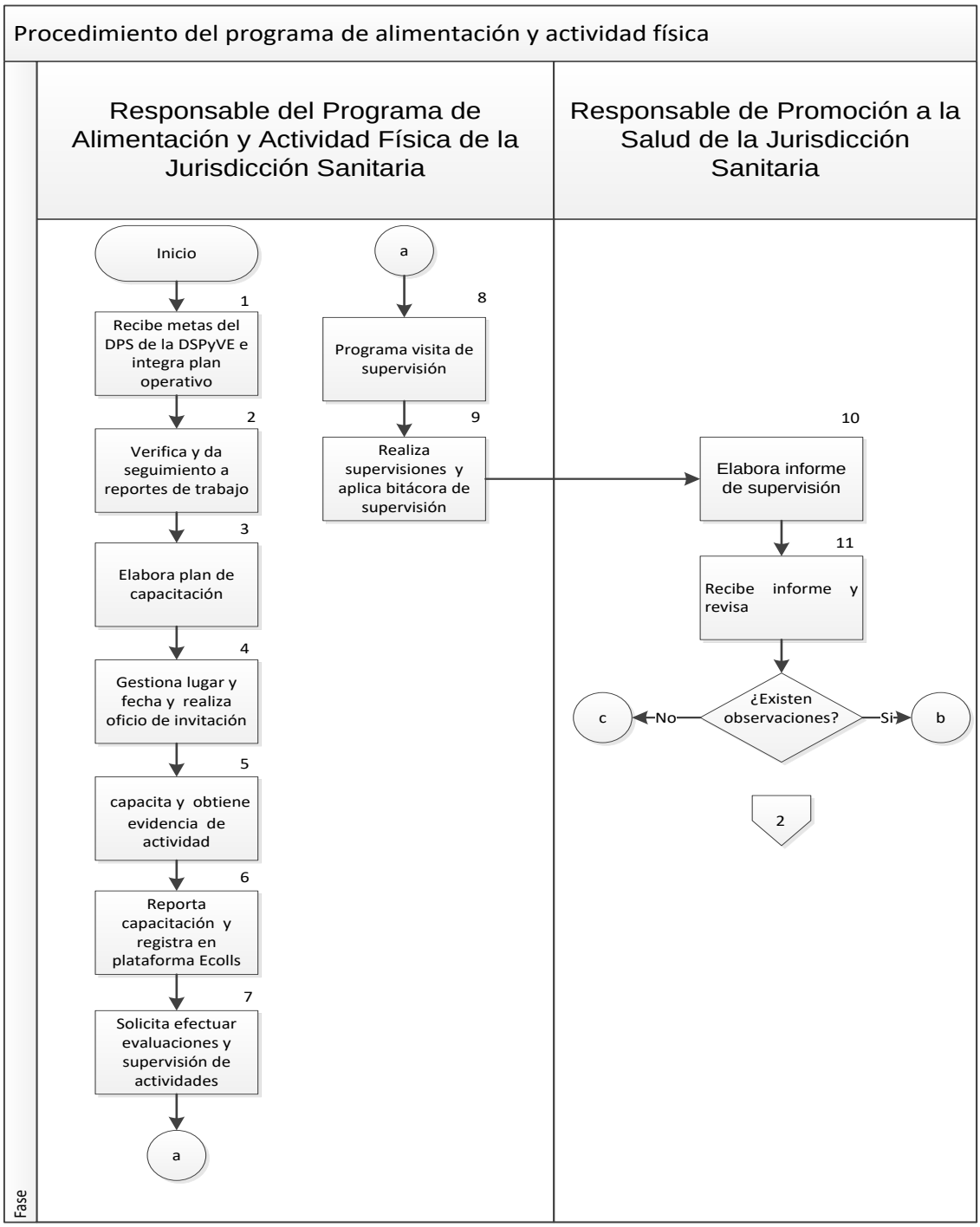
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

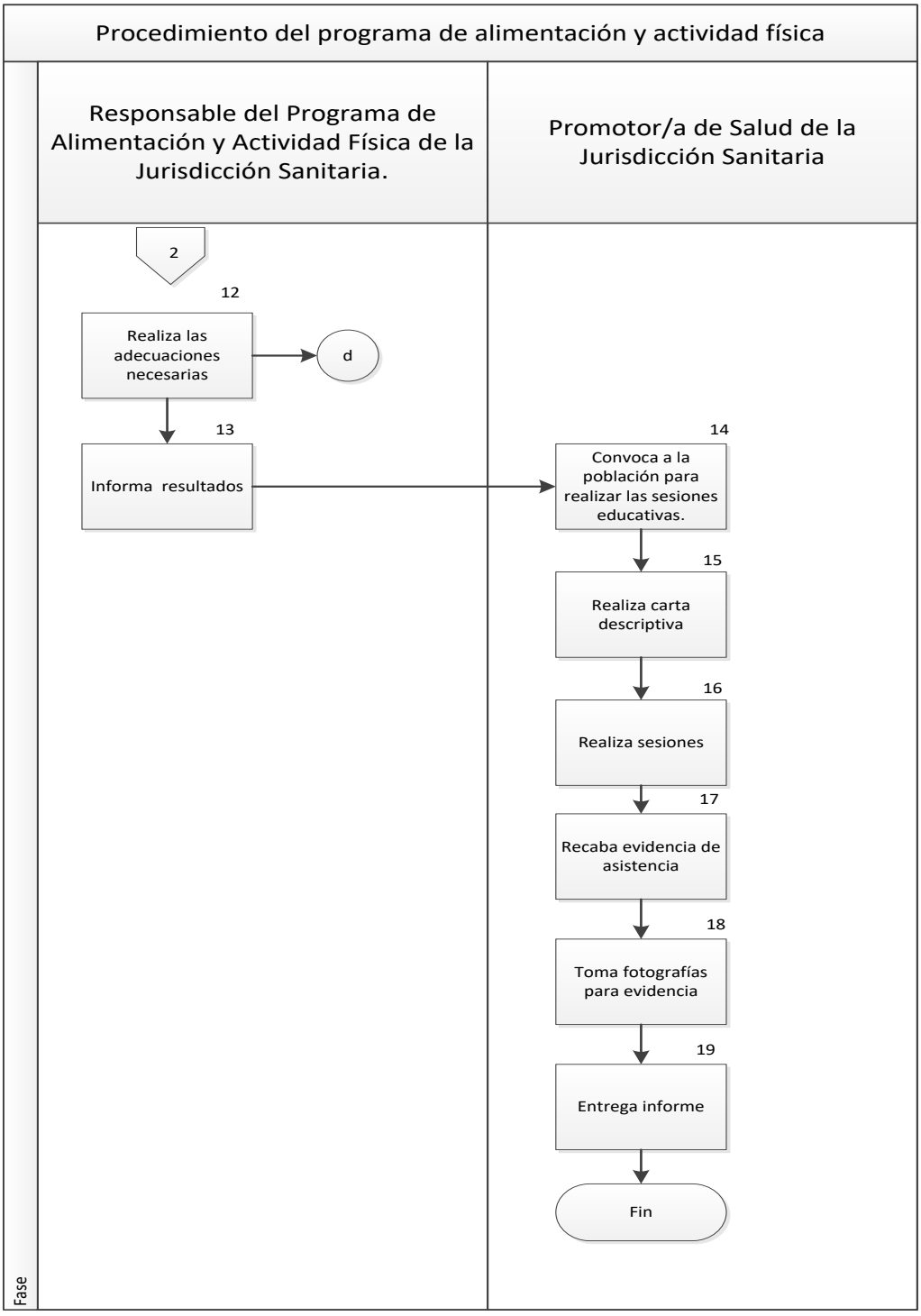
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Alimentación y Actividad Física de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe metas del Departamento de Promoción a la Salud de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, e integra el plan operativo del de Promoción a la Salud en el rubro del programa de alimentación y actividad física para el desarrollo de actividades.	Formato establecido por la oficina jurisdiccional de Promoción a la Salud
2		Verifica y da seguimiento a los reportes de trabajo de los eventos educativos de cada línea de acción en la plataforma de sistema de información en salud SIS.	SIS/SINBA
3		Elabora plan de capacitación (carta descriptiva), para capacitar al personal de salud, solicitud de requerimientos y recaba firmas de	Formato establecido por la oficina jurisdiccional de

		asistencia.	Promoción a la Salud
4		Gestiona lugar y fecha de capacitación y se realiza oficio de invitación al personal involucrado.	Oficio de invitación
5		Acude al lugar programado y capacita en los diferentes eventos educativos, se obtiene evidencia fotográfica y documental de la actividad.	Evidencia fotográfica y documental.
6		Reporta la capacitación realizada al Departamento de Promoción a la Salud de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica y registra en plataforma Ecolls carta descriptiva, lista de asistencia y evidencia fotográfica.	Evidencia fotográfica y documental.
7		Solicita al personal Responsable del Programa a efectuar evaluaciones y supervisión de las actividades del programa en las Unidades médicas.	Lineamientos 2018
8		Programa la visita de supervisión con el personal de salud.	
9		Realiza supervisiones al personal operativo (promotor de salud) y aplica bitácora de supervisión.	Bitácora de supervisión
10		Elabora informe de supervisión y se presenta al Responsable de Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Formato establecido por la oficina jurisdiccional de Promoción a la Salud Bitácora de supervisión
11	Responsable de Promoción a la	Recibe informe y revisa.	Formato establecido por la

	Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	¿Existen observaciones? NO: Avanza a la actividad 13. Si: Continua en la actividad No. 12.	oficina jurisdiccional de Promoción a la Salud Bitácora de supervisión
12	Responsable del Programa de Alimentación y Actividad Física de la Jurisdicción Sanitaria.	Realiza las adecuaciones necesarias. Regresa a actividad 11.	Oficio SIS/SINBA
13		Informe de los resultados al Departamento de Promoción a la Salud de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Oficio SIS/SINBA
14	Promotor/a de Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Convoca a la población para realizar las sesiones educativas.	N/A
15		Realiza carta descriptiva.	Formato de carta descriptiva.
16		Realiza las sesiones de Alimentación correcta y consumo de agua potable, Lactancia Materna y Alimentación complementaria, Actividad física y Rescate de la cultura alimentaria.	
17		Recaba la evidencia de la asistencia de la población.	Lista de asistencia.
18		Toma fotografías para evidenciar las actividades.	Fotografías
20		Entrega informe al final del mes en al Responsable Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.	Carta descriptiva, Lista de asistencia y fotografías digitales.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Procedimiento del programa de alimentación y actividad física
Responsable del Programa de Alimentación y Actividad Física de la Jurisdicción Sanitaria.
Promotor/a de Salud de la Jurisdicción Sanitaria
Fase
2
12
Realiza las adecuaciones necesarias
d
13
Informa resultados
14
Convoca a la población para realizar las sesiones educativas.
15
Realiza carta descriptiva
16
Realiza sesiones
17
Recaba evidencia de asistencia
18
Toma fotografías para evidencia
19
Entrega informe
Fin

7.8.35. PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES PARA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 6 meses.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo **Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS)** **Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara** **Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias** **ILOL (UCJS)** **Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara** **Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias** **ILOL (UCJS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores social y privado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, a fin de lograr un manejo adecuado de los determinantes de salud y generar así entornos favorables.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos artículo 4º y 115. 2. Ley de salud del Estado de Puebla 3. Ley Orgánica Municipal. 4. Programa de acción especifico de entornos y comunidades saludables. Políticas de operación 1. La Unidad Médica deberá realizar la instalación del comité local de salud 2. La Unidad Médica deberá realizar el diagnóstico local de salud 3. La Unidad Médica deberá realizar el Plan de Trabajo Participativo 4. La Unidad Médica deberá realizar capacitación a todo el personal de la unidad de salud, a los integrantes del Comité Local de Salud, los/las Agentes de Salud y Procuradoras/es de Salud. 5. La Unidad Médica deberá realizar Realización de sesiones del Comité Local de Salud para dar seguimiento al Plan de Trabajo Participativo en ejecución. 6. La Unidad Médica deberá la modificación favorable de los entornos. 7. La unidad Médica deberá realizar el manejo adecuado de los determinantes de la salud cruciales en la comunidad. 8. La unidad Médica Coopera activamente con los diferentes programas de salud pública. El Nivel Estatal realiza el Izamiento de bandera blanca. 9. El Nivel Estatal otorga la Certificación de la comunidad como promotora de la salud.
Responsables	Promoción a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios; Unidades Móviles, Hospitales; Localidad a certificar.

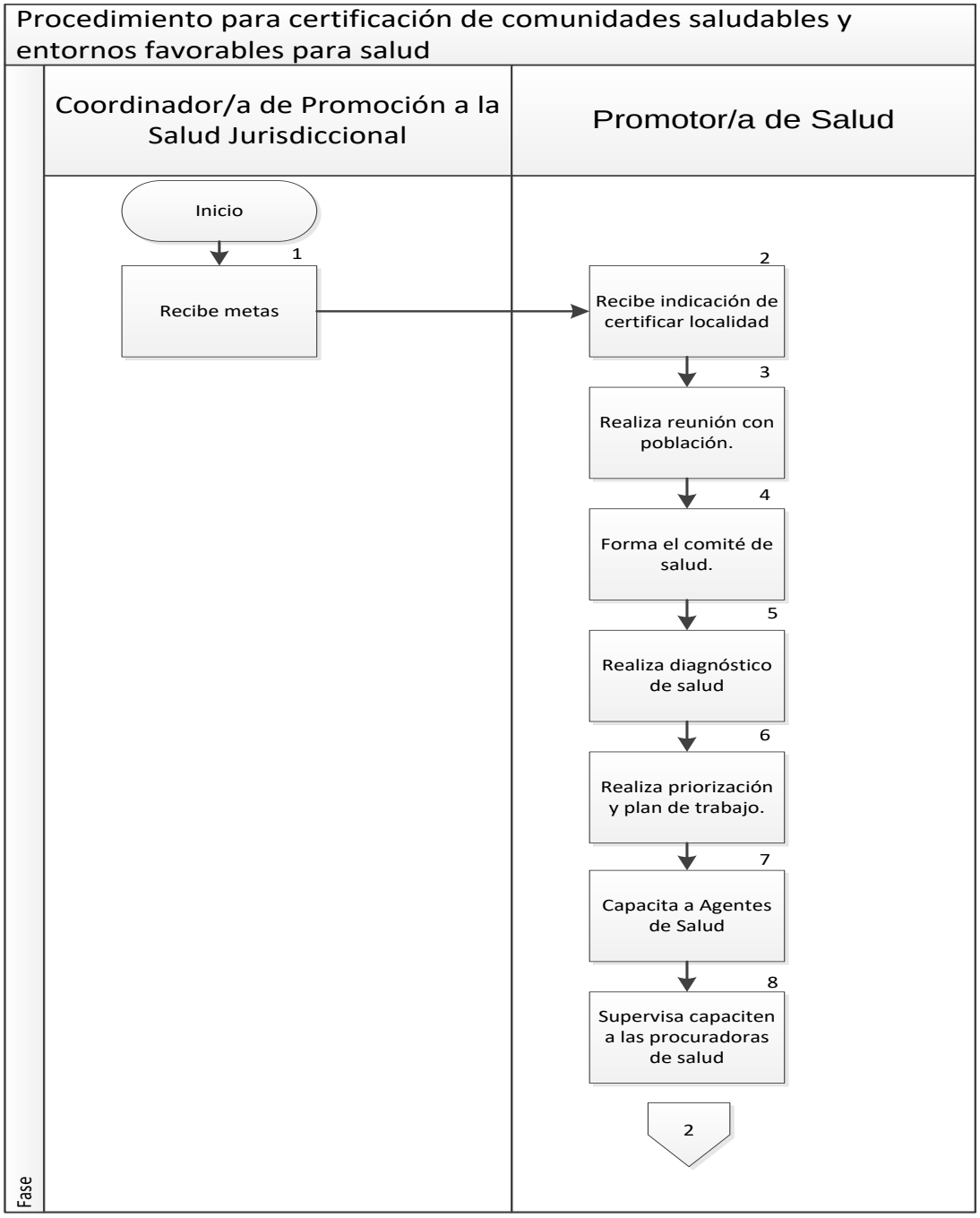
Recursos	1. Paquete didáctico para el desarrollo de talleres. 2. Manta o lona para los diferentes talleres. 3. Tarjeteros para agentes y para procuradoras. 4. Lista de asistencia. 5. Cedula de certificación de entornos. 6. Cedula de certificación de localidad. 7. Bandera blanca. 8. Placa de certificación.
Glosario	SIS: Sistema de Información en Salud.

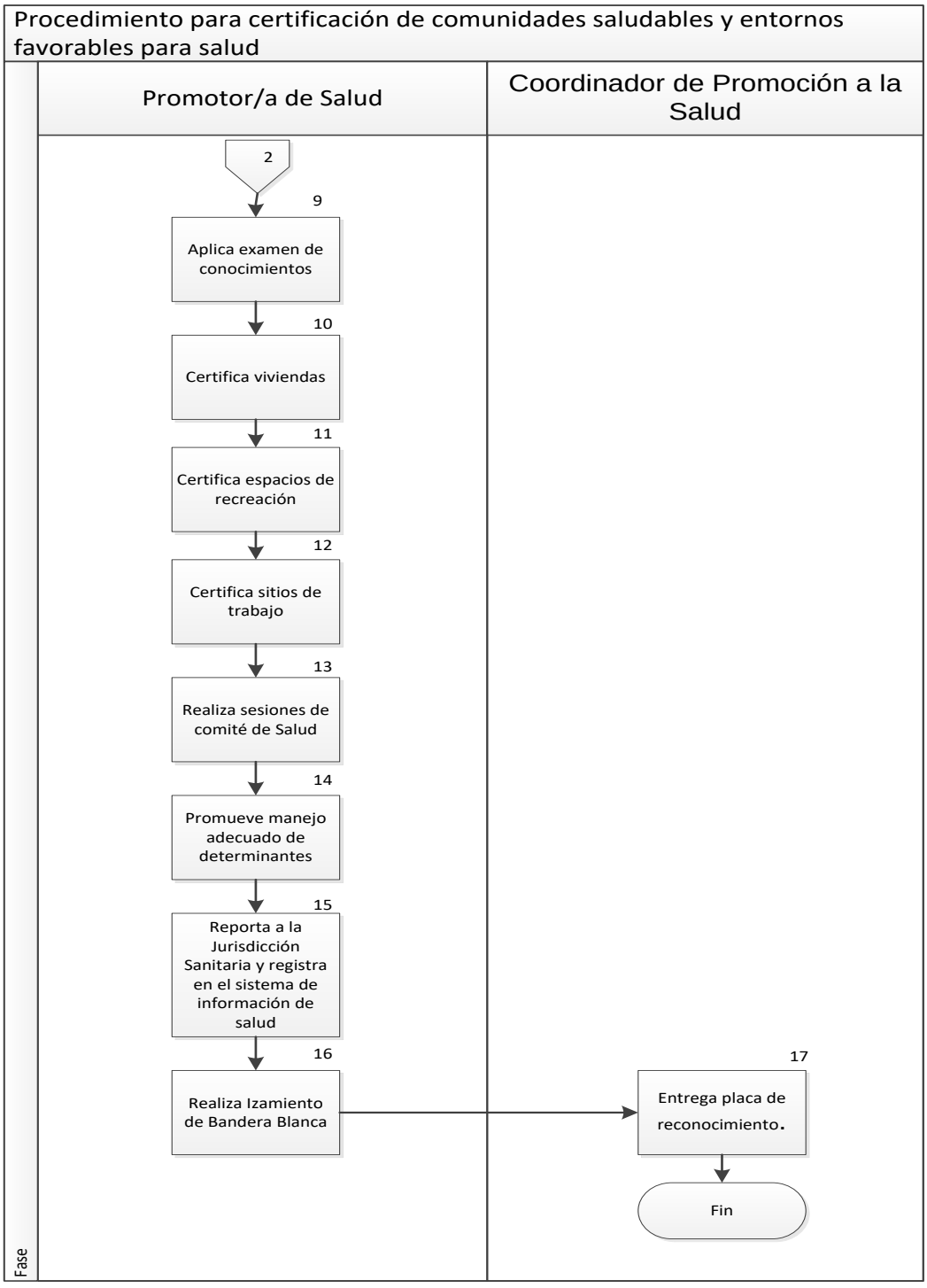
PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES PARA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a de Promoción a la Salud Jurisdiccional	Recibe metas del Departamento de Promoción a la Salud del Departamento de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio
2	Promotor/a de Salud.	Recibe indicación de certificar localidad.	Oficio
3		Realiza reunión con la población.	
4		Forma el comité de salud.	Acta de Comité de Salud
5		Realiza diagnóstico de salud.	Formato de Diagnostico de Salud
6		Realiza priorización y plan de trabajo.	Formato de Plan de Trabajo.
7		Capacita a Agentes de Salud en temas de salud.	Formato de Registro de Actividad.
8		Supervisa que las agentes de salud	Formato de

		capaciten a las procuradoras de salud en temas de salud.	Registro de Actividad.
9		Aplica examen de conocimientos a agentes y procuradoras.	
10		Certifica viviendas.	Cedula de certificación de entornos.
11		Certifica espacios de recreación.	Cedula de certificación de entornos.
12		Certifica sitios de trabajo.	Cedula de certificación de entornos.
13		Realiza sesiones de comité de Salud.	Acta de Sesión
14		Promueve el manejo adecuado de los determinantes.	
15		Reporta a la Jurisdicción Sanitaria y registra en el sistema de información de salud.	
16		Realiza Izamiento de Bandera Blanca.	
17	Coordinación de Promoción a la Salud.	Entrega placa de reconocimiento.	Placa de reconocimiento.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES PARA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Procedimiento para certificación de comunidades saludables y entornos favorables para salud
Promotor/a de Salud
Coordinador de Promoción a la Salud
Fase
2
9
Aplica examen de conocimientos
10
Certifica viviendas
11
Certifica espacios de recreación
12
Certifica sitios de trabajo
13
Realiza sesiones de comité de Salud
14
Promueve manejo adecuado de determinantes
15
Reporta a la Jurisdicción Sanitaria y registra en el sistema de información de salud
16
Realiza Izamiento de Bandera Blanca
17
Entrega placa de reconocimiento.
Fin

7.8.36. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

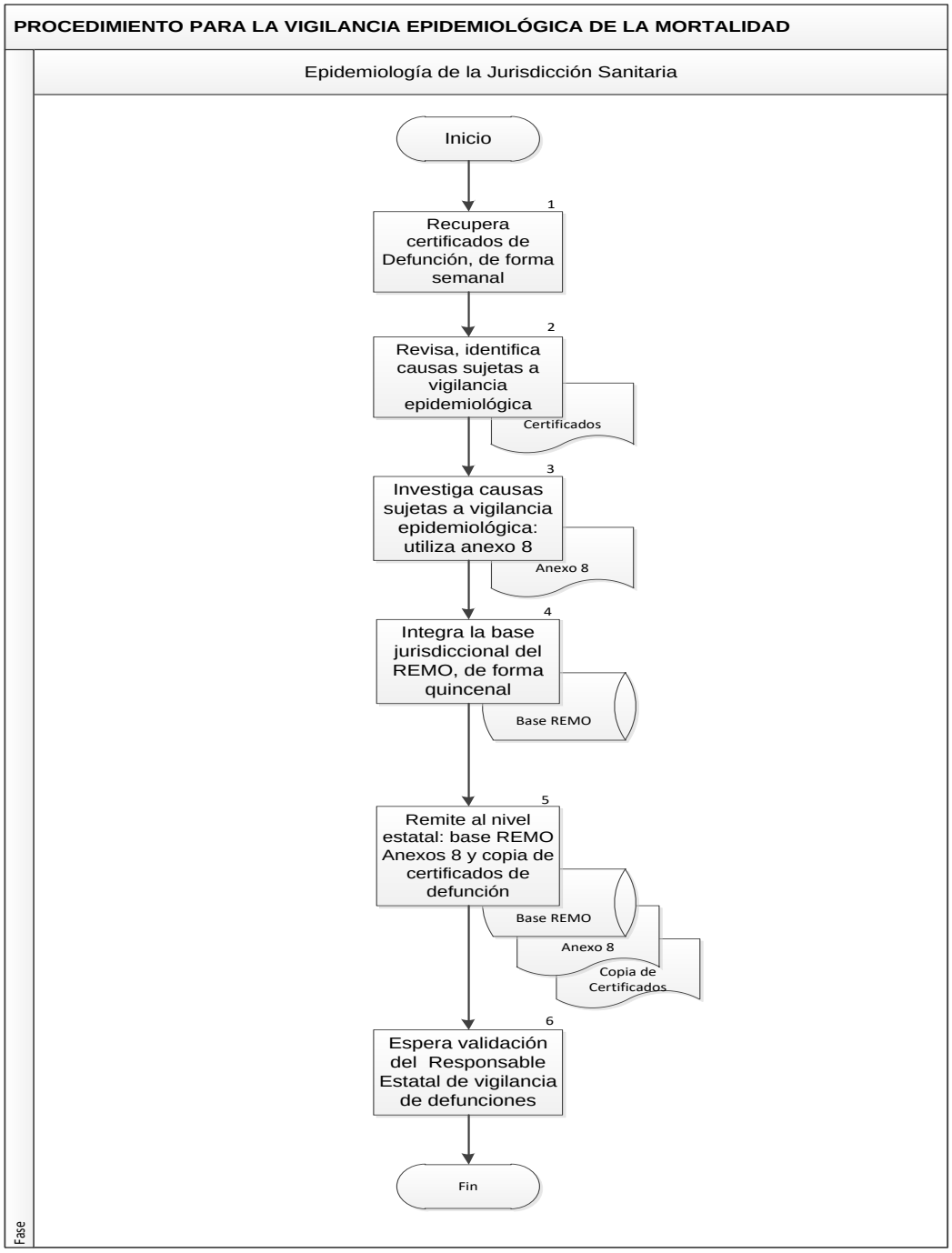
Objetivo	Conocer mediante la información de las defunciones que se registran en el área de responsabilidad de la jurisdicción sanitaria, que permita: identificar las causas sujetas a vigilancia epidemiológica, ratificación o rectificación, las causas de programas prioritarios; elaborar la información para su análisis y actualización del panorama Epidemiológico Estatal de Mortalidad General y Específica.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, 2. Manual de procedimientos estandarizados para el Sistema Estadístico Epidemiológico de las defunciones (SEED). 3. Manual del usuario del Registro Electrónico de Mortalidad (REMO). Políticas de operación: 1. Semanalmente recupera los certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica y ratifica o rectifica las causas, utilizando para el efecto el anexo 8. 2. Quincenalmente integra la base jurisdiccional del REMO, remite a nivel estatal la base REMO jurisdiccional, los anexos 8 y copia de los certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica.
Responsables	Estadística e Informática de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Hospitales Generales y Hospitales Integrales.
Recursos	Equipo de Computo Enseres de Oficina SUIVE SUAVE Libro florete.
Glosario	SEED: Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. REMO: Sistema de Reporte Electrónico de Mortalidad

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria	Recupera los certificados de Defunción de forma semanal	Oficialía del registro civil
2		Revisa los certificados de defunción, identifica las causas sujetas a vigilancia epidemiológica por programa	Certificado de defunción
3		Investiga las causas sujetas a vigilancia epidemiológica: ratifica o rectifica las causas utilizando el anexo 8	Anexo 8
4		Quincenalmente se integra la base jurisdiccional del REMO.	Base REMO,
5		Se remite al nivel estatal la base REMO jurisdiccional, los anexos 8 y copia de los certificados de defunción con causas sujetas a vigilancia epidemiológica.	anexo 8, base REMO, copia del certificado de defunción
6		Se espera validación por la Responsable Estatal de la vigilancia de las Defunciones	Archivo excel
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.37. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 día.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las acciones necesarias para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiologia de todos los padecimientos, para detección de aquellos sujetos a vigilancia epidemiológica que se presentan en la población.

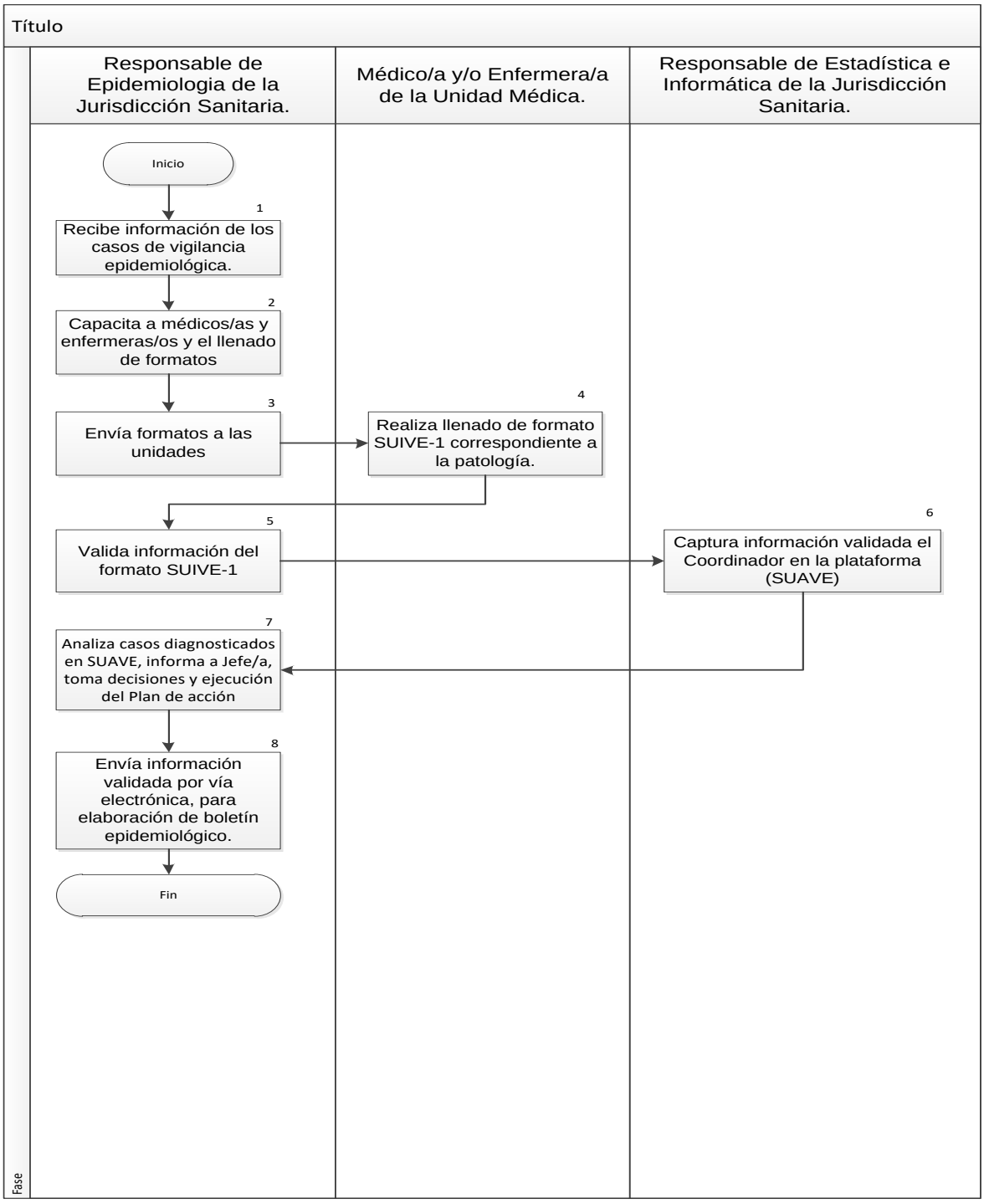
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. NOM-017- SSA2- 2012 para la Vigilancia Epidemiológica. Políticas de operación: 1. El médico responsable de la Unidad deberá reunir semanalmente los registros diarios de la consulta externa, revisar diagnósticos y anotar en el formato SUIVE la enfermedad por grupo de enfermedad y sexo según corresponda. Únicamente los casos nuevos de enfermedad sujeta vigilancia epidemiológica deberán ser notificados. 2. En el Hospital se deberá realizar la notificación convencional con el informe diario de consulta externa o en el servicio de urgencias. 3. El epidemiólogo Jurisdiccional deberá recibir todos los formatos SUIVE de manera oportuna de todas las unidades médicas y hospitales del sector salud de su ámbito de responsabilidad. 4. El responsable jurisdiccional y las instituciones de salud deberán usar el SUAVE Web para la captura y el análisis de la información. 5. Vigilancia Epidemiológica Estatal validara la información procesada en las jurisdicciones 6. Epidemiólogo 7. Personal operativo de las unidades Adscritas a la jurisdicción Sanitaria.
Responsables	Estadística e Informática.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas.
Recursos	1. Formatos SUIVE-1 2. Computadora 3. Internet.
Glosario	**SUIVE:** Sistema único automatizado para la vigilancia epidemiológica

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Epidemiologia de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe del Departamento de Inteligencia Epidemiológica de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica la información relacionada a los casos sujetos a vigilancia epidemiológica, hoja diaria y formato SUIVE-1.	Oficio
2		Capacita a los médicos/as y enfermeras/os de las Unidades Médicas sobre la identificación de casos, llenado de formatos y notificación inmediata.	
3		Envía formatos a las unidades	
4	Médico/a y/o Enfermera/a de la Unidad Médica.	Realiza llenado de formato SUIVE-1 o formato de estudio de caso correspondiente a la patología en estudio de forma semanal y entrega al Responsable de Epidemiologia de manera semanal	FORMATO SUIVE-1
5	Responsable de Epidemiologia de la Jurisdicción Sanitaria.	Valida información del formato SUIVE-1 con el seguimiento de diagnósticos sujetos a vigilancia	
6	Responsable de Estadística e Informática de la Jurisdicción Sanitaria.	Captura información validada por el Coordinador de Epidemiologia a la plataforma de sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica (SUAVE)	PLATAFORMA SUAVE

7	Responsable de Epidemiologia de la Jurisdicción Sanitaria.	Analiza casos diagnosticados en SUAVE, informa a Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria para toma de decisiones y ejecución del Plan de acción.	
8		Envía la información validada por vía electrónica al Departamento de Inteligencia Epidemiológica de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, para elaboración de boletín epidemiológico.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.38. PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA POR OFICIALÍA DE PARTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 día.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Recibir correspondencia turnada por las diferentes áreas tanto de la Jurisdicción Sanitaria como de oficina Central, con la finalidad de dar cumplimiento a lo indicado y/o solicitado y dar respuesta a cada uno de los oficios recibidos y con ello dar respuesta al gestor jurisdiccional y las personas que realizan alguna solicitud o gestión.

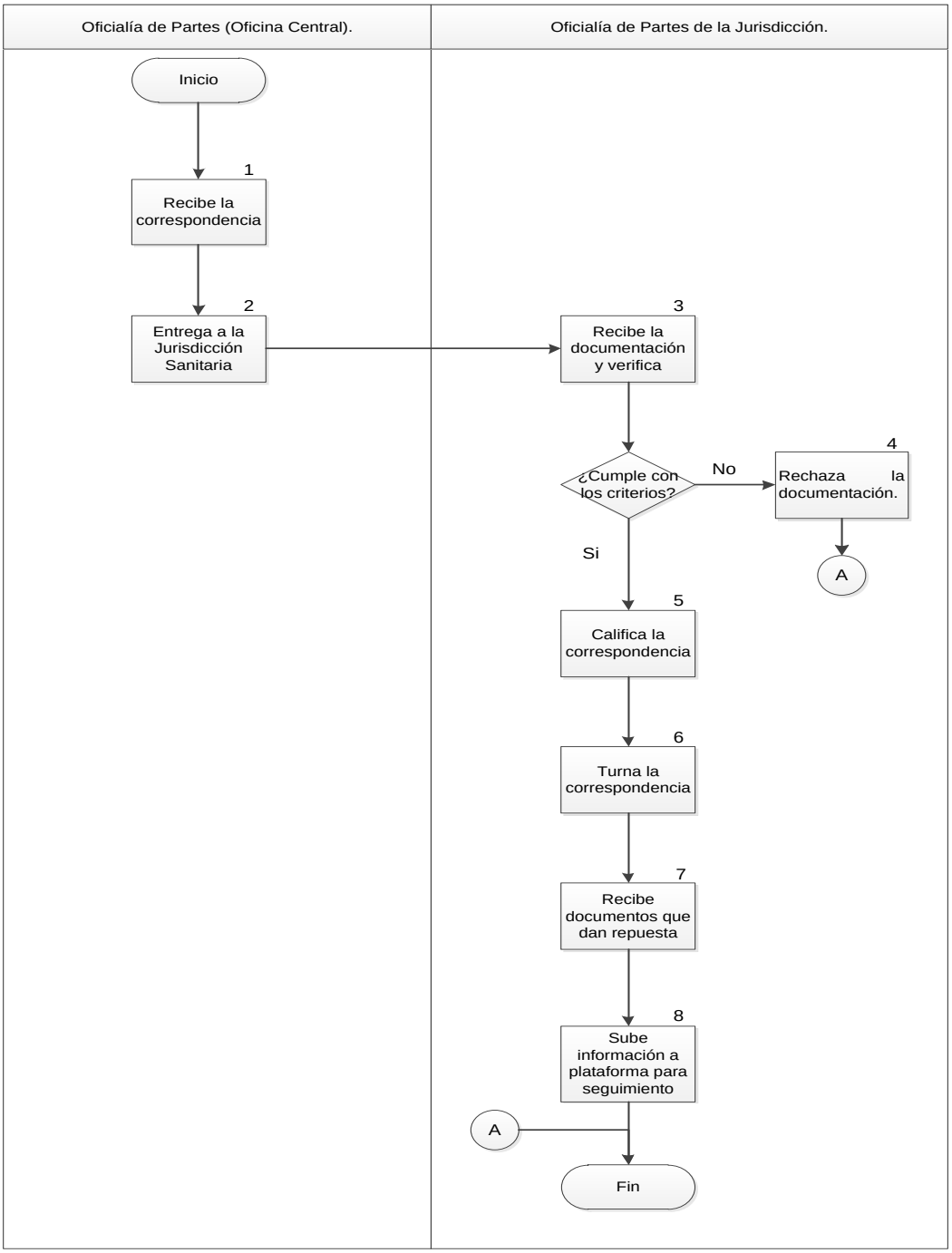
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Sistema de gestión 2. Lineamientos de oficialía de partes Políticas de Operación 1. Se deberá revisar que el documento recibido este dirigido al/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria, con fecha reciente, firmada y sellada por la Dependencia que lo solicita. 2. Se recibe documentación todos los días hábiles laborables de 9:00 a 15:00 horas. 3. la documentación se entregará a las áreas de la Jurisdicción Sanitarias en los horarios laborables, las cuales firmaran de recibido.
Responsables	Administración / Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Administración, Epidemiología, Atención a la Salud, Servicios de Salud, Enfermería, Estomatología, Promoción, Enseñanza, Prospera, Calidad, Trabajo Social, Casas de Salud
Recursos	Equipo de cómputo. Papelería. Sellos Oficiales.
Glosario	N/A.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA POR OFICIALÍA DE PARTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Oficialía de Partes	Recibe la correspondencia en	Oficio.

	(Oficina Central).	Oficialía dirigida a las Jurisdicciones Sanitarias.	
2		Entrega a Oficialía de partes de la Jurisdicción Sanitaria los documentos recibidos para la Jurisdicción Sanitaria.	Oficio.
3	Oficialía de Partes de la Jurisdicción.	Recibe la documentación y verifica que este dirigida al/la Titular de la Jurisdicción Sanitaria, tenga fecha reciente y este sellada por Oficialía de Partes (Oficina Central). ¿Cumple con los criterios? Si: Avanza a la actividad No. 5. No: Continua en la actividad No. 4.	Oficio.
4		Rechaza la documentación. **Fin del procedimiento**	
5		Califica la correspondencia para ser entregada a las áreas de la Jurisdicción Sanitaria que le darán el seguimiento a dichos documentos.	Reporte de entrega
6		Turna la correspondencia a las diferentes áreas de la Jurisdicción Sanitaria.	
7		Recibe documentos que dan repuesta a la correspondencia antes entregada.	Oficio.
8		Sube información a plataforma para dar seguimiento a la Gestión de Oficialía de partes.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA POR OFICIALÍA DE PARTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.39. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN VIÁTICOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Validar al personal sus comisiones en la Jurisdicción Sanitarias mediante la recepción de los oficios de comisión, realizar su gestión a nivel central y entregar el pago de viáticos a aquellas personas que justificaron de forma correcta sus salidas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual de Normas y lineamientos para el ejercicio del presupuesto. Políticas de Operación: 1. Cumplir con el kilometraje de su lugar de adscripción establecidos en el Manual de Normas y lineamientos para el ejercicio del presupuesto. 2. Facturar sus consumos. 3. Sellar el oficio de comisión o la hoja de no infraestructura con la Autoridad del lugar. 4. Se autoriza ocho sellos por quincena por oficio de comisión. 5. En caso de cursos, talleres o capacitación deben anexar al expediente oficio, circular o memorándum de invitación al evento de la Coordinación correspondiente. 6. Monto Máximo de facturación en viático es de 170.00, en hoja de no infraestructura el monto máximo de viático es de 135.00, Monto de pasajes sin límite, depende del recorrido al lugar de comisión. 7. En caso de utilizar vehículo particular sólo se considera pago de viático y peajes. 8. Para viáticos fuera del estado, solicitar la autorización de la comisión con 10 días de anticipación.
Responsables	Administración de la Jurisdicción Sanitaria / Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles; Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

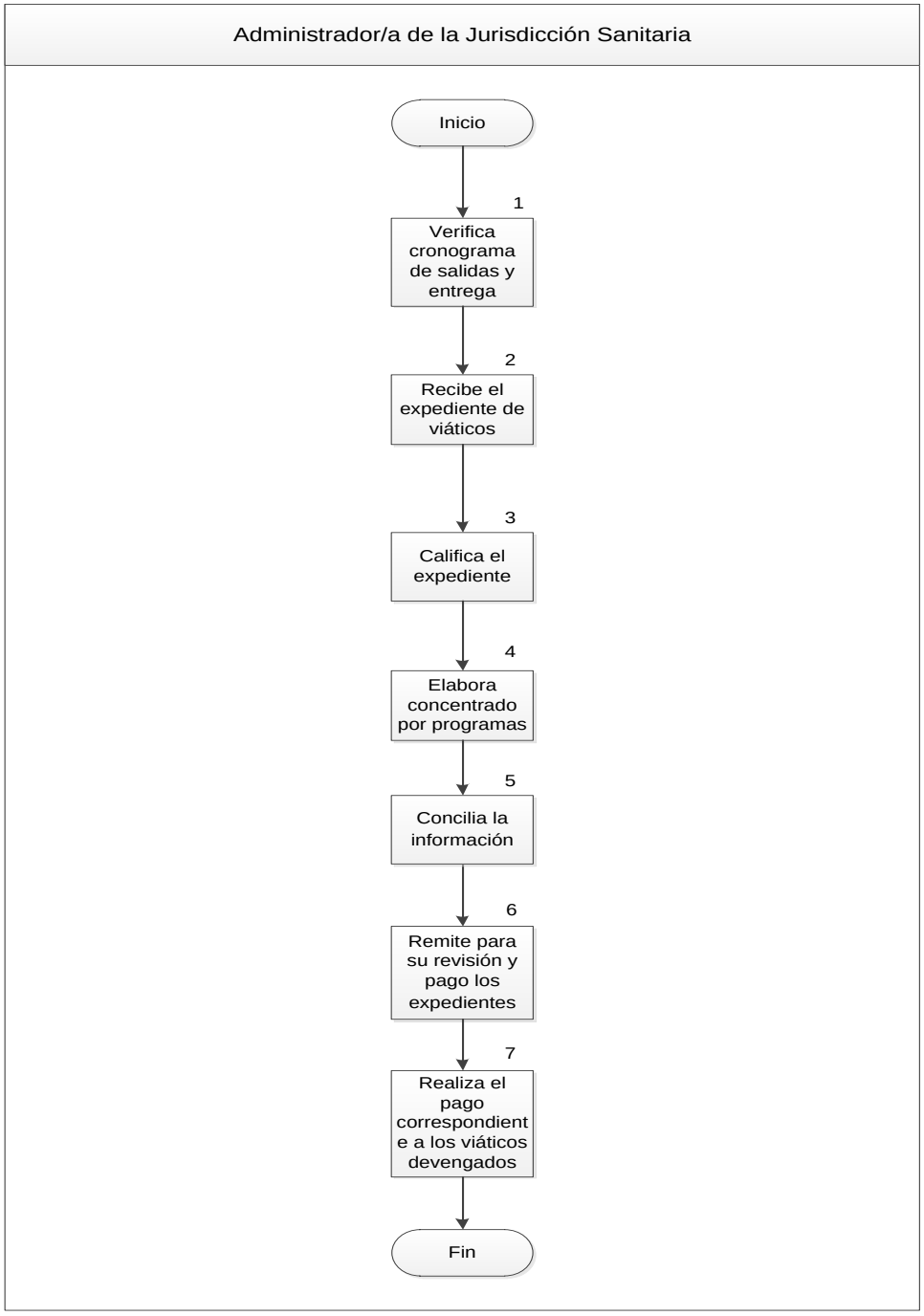
Recursos	1. Equipo de cómputo. 2. Conexión a Internet. 3. Consumibles de oficina. 4. Viáticos.
Glosario	DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN VIÁTICOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Verifica cronograma de salidas y entrega oficio de comisión.	Oficio de comisión
2		Recibe del personal comisionado el expediente de viáticos (concentrado de personal, Oficio de Comisión, Narrativo, Hoja de trabajo, comprobantes por día y por trabajador) del personal de las Oficinas Jurisdiccionales, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles.	Expediente de viáticos
3		Califica el expediente de acuerdo al Manual de Normas y lineamientos para el ejercicio del presupuesto Laboral.	Expediente de viáticos
4		Elabora concentrado por programas.	Expediente de viáticos
5		Concilia la información del concentrado y ratifica total general.	Expediente de viáticos

6		Previa concertación para fecha de entrega, remite para su revisión y pago los expedientes Jurisdiccionales, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles al Área de viáticos del Departamento de Presupuesto de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión (DOOBSGPG). Nota: En caso de no proceder algún expediente, se realiza la observación, para ejercer la corrección en caso de proceder, de no ser procedente se devuelve el viático al trabajador.	Expediente de viáticos
7		Realiza el pago correspondiente a los viáticos devengados	Expediente de viáticos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTOS PARA LA CONCENTRACIÓN VIÁTICOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.40. PROCEDIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE GASTOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer el procedimiento para la aplicación y comprobación de los gastos de operación, agua, gas L.P., combustibles de los diferentes programas federales y/o estatales.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Clasificador por Objeto del Gasto (Vigente). Políticas de Operación: 1. En caso de que no se compruebe el gasto la Jurisdicción Sanitaria debe realizar el reintegro del recurso no comprobado a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. 2. La Jurisdicción Sanitaria debe de aplicar y ejecutar los gastos de los Hospitales que la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión determine. 3. Los gastos de camino de vectores deben de gestionarse con un mes de anticipación ante el Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. 4. Para los recursos etiquetados, la ejecución de los mismos, deberá de cumplir con lo establecido en las reglas, acuerdos y políticas de cada programa perteneciente a la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Responsables	Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, Hospitales (solo los marcados por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión); Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, y la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

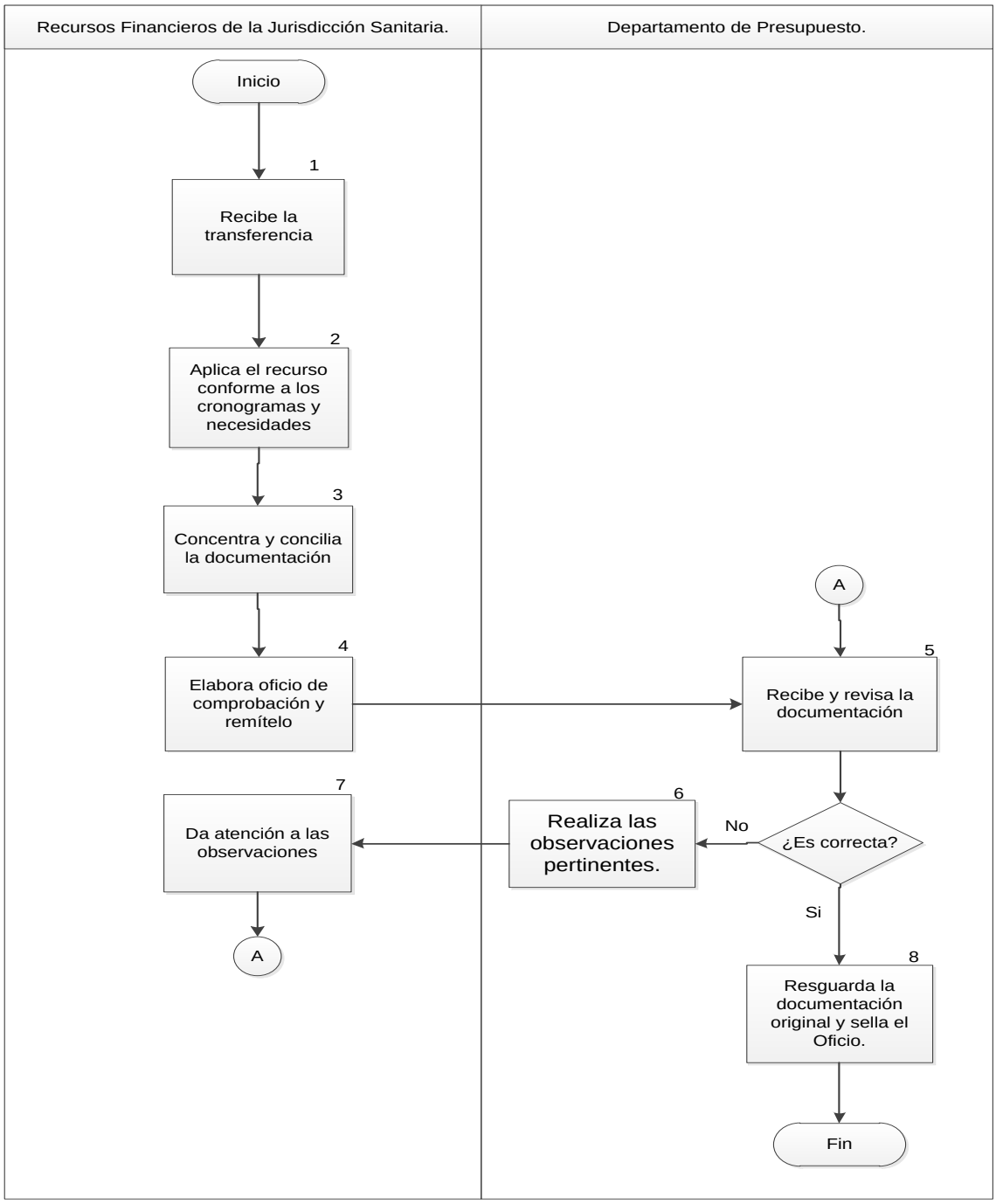
Recursos	5. Equipo de cómputo. 6. Conexión a Internet. 7. Consumibles de oficina. 8. Viáticos.
Glosario	DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE GASTOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe la transferencia por parte del Departamento de Tesorería y Patrimonio de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	
2		Aplica el recurso conforme a los cronogramas y necesidades de las unidades de primer nivel, Hospitales (marcados por la DOOBSGPG) y de la Jurisdicción Sanitaria	
3		Concentra y concilia la documentación necesaria para la comprobación del gasto y remite a validación del Administrador/a y aprobación del Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Documentación comprobatoria.
4		Elabora oficio de comprobación y remítelo al Departamento de Presupuesto de la DOOBSGPG, para su revisión y aprobación del gasto.	Oficio / Documentación comprobatoria.
5	Departamento de Presupuesto.	Recibe y revisa la documentación.	

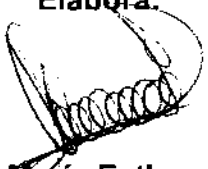
		¿La documentación es correcta? SI: Avanza a la actividad No. 8. No. Continúa en la actividad No. 6.	
6		Realiza las observaciones pertinentes.	
7	Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.	Da atención a las observaciones correspondientes y entrega al Departamento de Control Presupuestal de la DOOBSGPG. Regresa a la actividad No. 5.	
8	Departamento de Presupuesto.	Resguarda la documentación original y sella el Oficio.	Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE GASTOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.41. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 28 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo **Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS)** **Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara** **Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias** **ILOL (UCJS)** **Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara** **Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias** **ILOL (UCJS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Describir el procedimiento para la concentración de las Cuotas de Recuperación recabadas en las Unidades Médicas competencia de las Jurisdicciones Sanitarias.

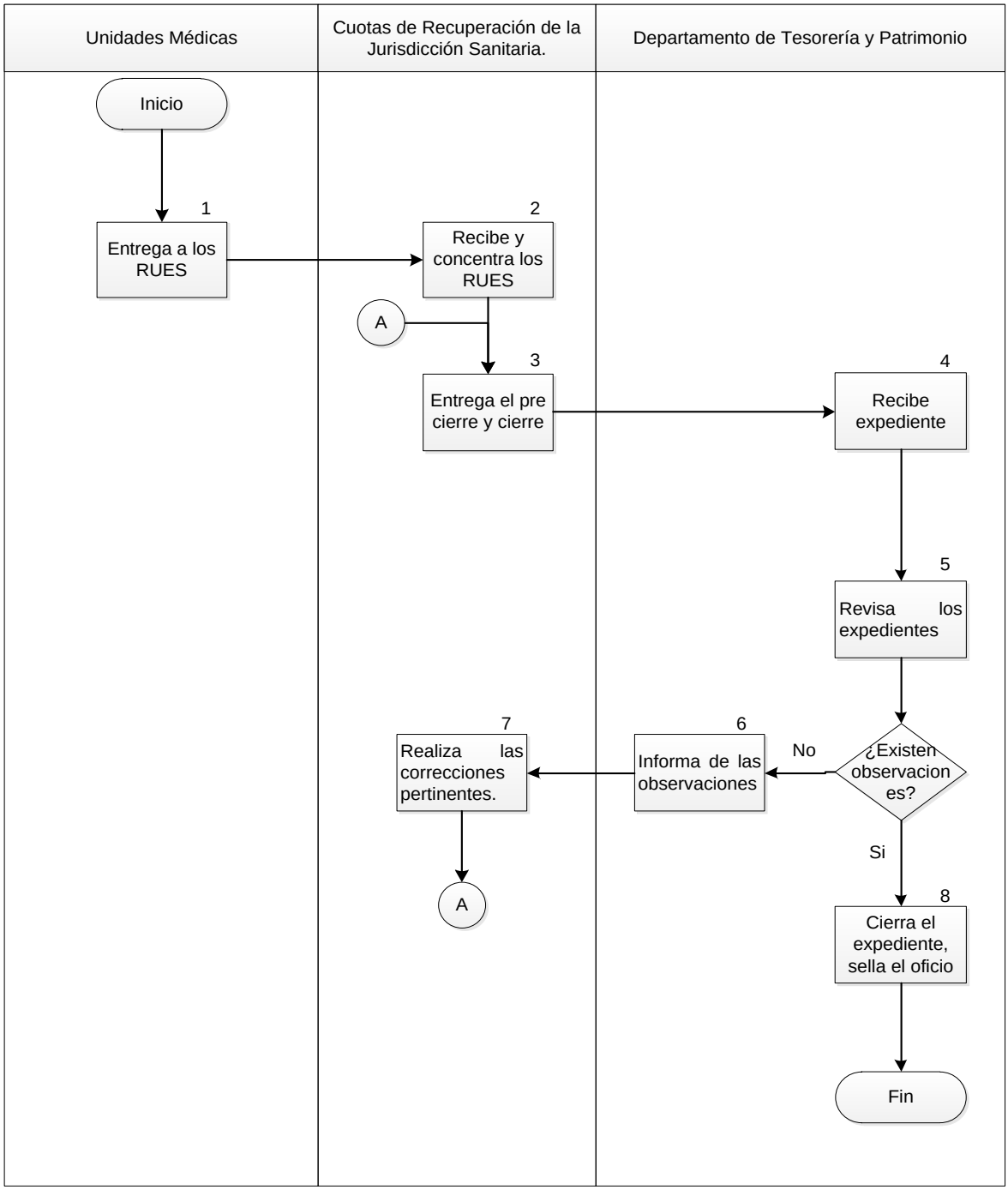
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual de Cuotas de Recuperación. 3. Tabulador de Cuotas de Recuperación. Políticas de Operación: 1. Las Unidades Médicas deberán entregar a la Jurisdicción Sanitaria de los RUES utilizados por cobros de cuotas de recuperación cada cinco días naturales del mes inmediato que termina. 2. Las Unidades Médicas deberán aplicar las cuotas de recuperación al tabulador vigentes. 3. Las Unidades Médicas deberán evitar los errores en el manejo de las claves del tabulador establecido y las alteraciones a los documentos que integran el expediente de Cuotas de Recuperación implica atraso en la entrega recepción del mismo.
Responsables	Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Hospitales Integrales (marcados por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión), Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados.
Recursos	1. Equipo de cómputo. 2. Conexión a Internet. 3. Consumibles de oficina. 4. Viáticos.
Glosario	DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. RUES: Recibo Único Estatal de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades Médicas	Entrega a la Jurisdicción Sanitaria los RUES utilizados por cobros de cuotas de recuperación. Nota: Se entregarán 2 veces al mes, conforme lo determine el área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.	
2	Cuotas de Recuperación de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe y concentra los RUES conforme lo establecido por el Departamento de Tesorería y Patrimonio de la Dirección de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión, Nota se entregará dos cierres conforme al el ejercicio correspondiente, los cuales son: Primer Corte llamado Pre-cierre (con fecha de entrega establecida mediante oficio por el Departamento de Tesorería y Patrimonio). Segundo Corte llamado cierre (con fecha de entrega establecida mediante oficio por el Departamento de Tesorería y Patrimonio).	Expediente de Cuotas de Recuperación.
3		Entrega al Departamento de Tesorería y Patrimonio el pre cierre y cierre; así como los documentos relacionados a los mismos.	
4	Departamento de Tesorería y Patrimonio	Recibe expediente de documentación comprobatoria de las Cuotas de Recuperación para su	

		revisión y conciliación (Informe detallado de recibos, Formato F4 de servicio médico y dental, Formatos de Recibos de cobro utilizados y cancelados, fichas de depósitos realizados)	
5		Revisa los expedientes. ¿Existen observaciones? Si: Avanza a la actividad No. 8 No: Continua en la actividad No. 6.	
6		Informa de manera personal o mediante correo electrónico, las observaciones.	
7	Cuotas de Recuperación de la Jurisdicción Sanitaria.	Realiza las correcciones pertinentes. Continua en la actividad No. 3	
8		Cierra el expediente, sella el oficio de documentación recibida e integra el Estado de Cuenta del mes finalizado.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.42. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO Y CONTROL DE EXPEDIENTES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un control de expedientes del personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria y/o Unidades Médicas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Condiciones Generales de Trabajador 2. Ley Federal del Trabajo. 3. Cedula de acreditación de Unidades Médicas vigente Políticas de Operación: 1. El personal contara con un mes posterior al ingreso a la Jurisdicción para entregar la documentación que integrara la copia del expediente. 2. El personal deberá proporcionar cada año los documentos actualizados de su expediente. 3. El área de Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria, dará seguimiento a la integración y actualización de los expedientes. 4. Los expedientes se depuraran cada 5 años o conforme con lo establecido con la normatividad aplicable.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, Hospitales.
Recursos	1. Equipos de cómputo. 2. Acceso a Internet. 3. Enseres de oficina.
Glosario	INE: Instituto Nacional Electoral.

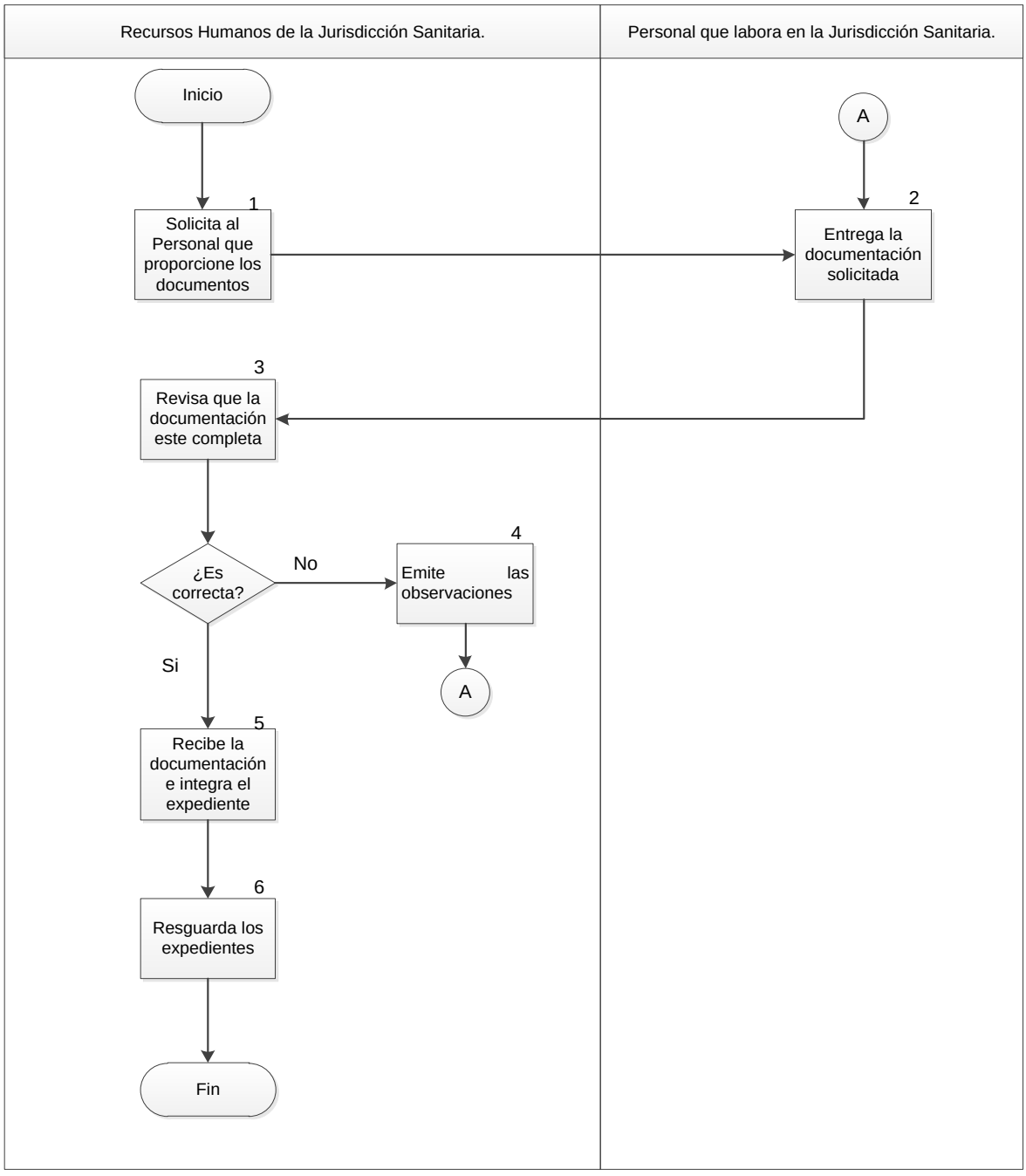
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO Y CONTROL DE EXPEDIENTES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

Inicio del Procedimiento			
1	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Solicita al Personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria, proporcione los siguientes documentos en copia para la integración de su expediente: 1. Oficio de presentación y/o Primer nombramiento. 2. Ultima Promoción a Plaza. 3. Talón de pago. 4. Comprobante de Domicilio. 5. Identificación Oficial (INE). 6. Ultimo Grado de Estudios. 7. Currículo. Nota 1: El Currículo deberá contener información no menor a 5 años y deberá ser actualizado cada año.	Oficio de presentación y/o Primer nombramiento. Ultima Promoción a Plaza. Talón de pago. Comprobante de Domicilio. Identificación Oficial (INE). Ultimo Grado de Estudios. Currículo.
2	Personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria.	Entrega la documentación solicitada	Oficio de presentación y/o Primer nombramiento. Ultima Promoción a Plaza. Talón de pago. Comprobante de Domicilio. Identificación Oficial (INE). Ultimo Grado de Estudios. Currículo.
3	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Revisa que la documentación entregada por el personal este completa, legible y coincida con la información de la persona (únicamente para los documentos que aplique).	

		¿La documentación es correcta? Si: Avanza a la actividad No. 5. No: Continua en la actividad No. 4.	
4		Emite las observaciones a la documentación y solicita que regrese con la información correcta. Regresa a la actividad No. 2.	
5		Recibe la documentación e integra el expediente del personal. Nota: Informa al personal de nuevo ingreso que es necesario actualizar los expedientes cada año.	
6		Resguarda los expedientes. Nota: cada 5 años depura si así procede.	Control de Expedientes.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO Y CONTROL DE EXPEDIENTES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.43. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y DE HONORARIOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 15 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar el trámite de solicitud del cambio de adscripción del personal de base, regularizado, formalizado o de honorarios, solicitado por el propio trabajador o bien por necesidades del servicio ante la dirección de personal.

	Normas 1. Condiciones Generales de Trabajo 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación 1. Presentar la solicitud de Cambio de Adscripción la cual deberá de ser llenada al 100% por el trabajador y entregada en la dirección de personal. 2. Recabar en el formato de cambio de adscripción las firmas de los directamente involucrados tanto el que cede como el que acepta la plaza con el visto bueno del Titular de cada área.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria
Áreas Involucradas	Unidades Médicas, 10 Jurisdicciones Sanitarias; Dirección de Operación de Personal.
Recursos	1. Formato de cambio de adscripción 2. Oficio Solicitud de Cambio de Adscripción.
Glosario	DOP: Dirección de Operación de Personal.

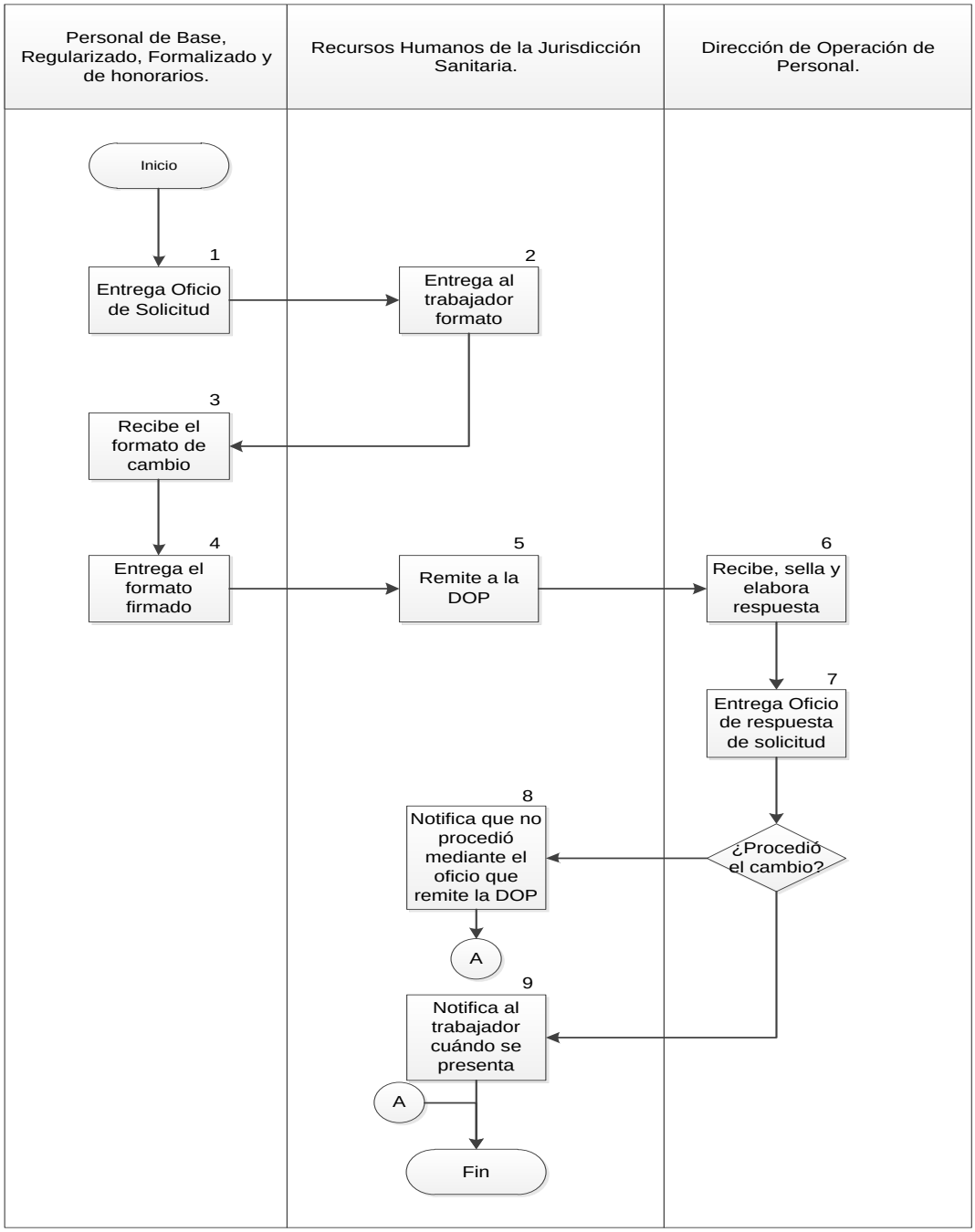
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y DE HONORARIOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de Base, Regularizado, Formalizado y de honorarios.	Entrega Oficio de Solicitud de Cambio de Adscripción, debidamente validado por su Jefe/a Inmediato y/o Coordinador/a de Programa a	Oficio de Solicitud de Cambio de Adscripción

		Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	
2	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Entrega al trabajador sindicalizado formato de cambio de adscripción para su llenado.	Formato de cambio de adscripción
3	Personal de Base, Regularizado, Formalizado y de honorarios.	Recibe el formato de cambio de adscripción, requisita y gestiona la firma de su Jefe/a inmediato.	Formato de cambio de adscripción Carta de no Adeudo
4		Entrega el formato firmado a Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Oficio Solicitud de cambio de Adscripción
5	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Remite a la DOP, mediante Oficio la Solicitud de Cambio de Adscripción, acompañado documento oficial de cambio de adscripción firmado por el Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria, quienes liberan la plaza y el Jefe/a inmediato y Jefe/ Jurisdicción Sanitaria a donde se realizará el cambio, firma del/la trabajador/a y el/la representante sindical.	Oficio Solicitud de cambio de Adscripción
6	Dirección de Operación de Personal.	Recibe, sella y elabora respuesta	Oficio de Cambio de Adscripción.
7		Entrega Oficio de respuesta de solicitud de cambio de adscripción. ¿Procedió el cambio de Adscripción? Si: Avanza a la actividad No. 8. No: Continua en la actividad No. 9.	
8	Recursos Humanos de la	Notifica al trabajador a partir de cuándo se presenta en su nueva	Oficio de respuesta.

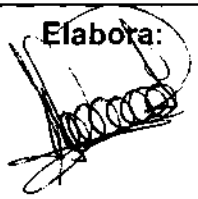
	Jurisdicción Sanitaria	unidad de adscripción a través de la respuesta que entrega la DOP, se entrega carta de no adeudo. **Fin del procedimiento**	Carta de no adeudo.
9		Notifica que no procedió mediante el oficio que remite la DOP.	Oficio de respuesta
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y DE HONORARIOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.44. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS/AS PARA LOS ESTÍMULOS (MENSUALES, TRIMESTRALES Y ANUALES).

Tiempo Promedio: 5 días por cada tipo de estímulo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Describir el proceso para la selección del personal sindicalizado, merecedor a los estímulos mensuales, trimestrales y anuales.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación. 1. Para el estímulo mensual el Sindicato en función, selecciona el 50% de las cédulas de estímulo. 2. La Jurisdicción Sanitaria reportará lo correspondiente a los estímulos de los Hospitales que le indique la Dirección de Operación de Personal. 3. El tiempo límite para la entrega de listados de personal o tarjetas es de 5 días hábiles posteriores a la cada quincena. 4. Los requisitos para ser merecedor de los estímulos son los siguientes: a. Ser personal sindicalizado. b. Para el estímulo mensual: No tener más de 5 incidencias en el mes. c. Para el estímulo trimestral. Contar con asistencia perfecta en el trimestre. d. Para el estímulo anual modalidad 9205: No tener más de 12 incidencias en el año. e. Para el estímulo anual modalidad 9207: Contar con asistencia perfecta en el año.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, Hospitales (solo los marcados por la Dirección de Operación de Personal).

Recursos	5. Equipo de cómputo. 6. Conexión a Internet. 7. Consumibles de oficina. 8. Viáticos.
Glosario	Incidencias: Retardos, comisiones, vacaciones, tolerancias, días económicos, falta injustificada, licencia médica, cuidados maternos, licencias con goce y sin goce de sueldo. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de los Recursos Humanos.

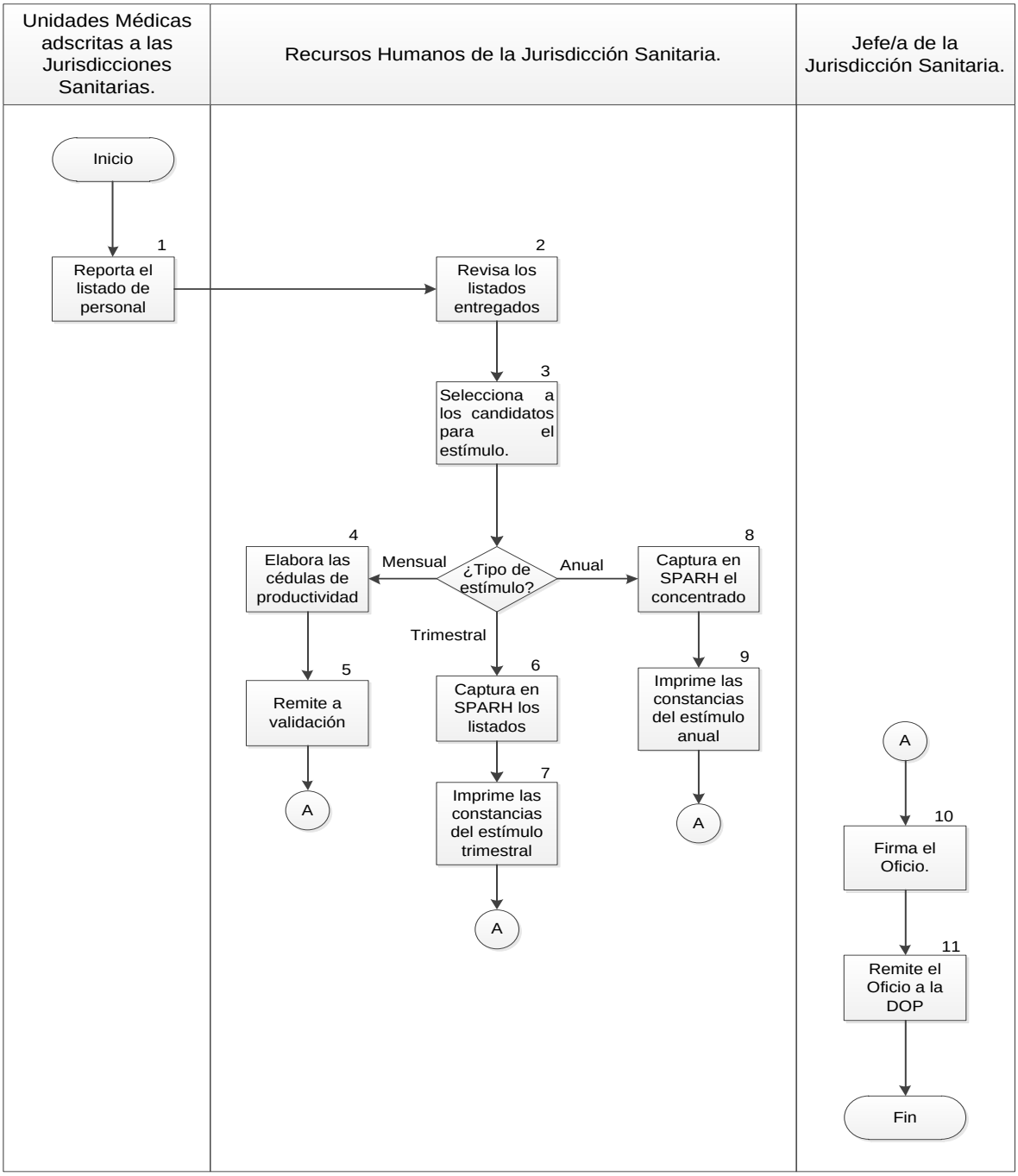
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS/AS PARA LOS ESTÍMULOS (MENSUALES, TRIMESTRALES Y ANUALES).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades Médicas adscritas a las Jurisdicciones Sanitarias.	Reporta el listado de personal (Tarjeta, Listas de Asistencia y SPARH) a la Jurisdicción Sanitaria en tiempo y forma.	Tarjeta / Listas de Asistencia / SPARH.
2	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Revisa los listados entregados en tiempo y forma, para ver quien es merecedor al estímulo.	
3		Selecciona a los candidatos para el estímulo. ¿Tipo de estímulo? Mensual: Continua en la actividad No. 4. Trimestral: Avanza a la actividad No. 6.	

		Anual: Avanza a la actividad No. 8	
4		Elabora las cédulas de productividad de cada uno de los trabajadores y el oficio de la relación de los mismos.	
5		Remite a validación del Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria y el Delegado Sindical. Continúa en la actividad No. 10.	
6	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Captura en SPARH los listados del personal con asistencia perfecta.	
7		Imprime las constancias del estímulo trimestral para su validación y autorización por las autoridades jurisdiccionales y elabora el oficio correspondiente, adjuntando el listado del personal acreedor a nota buena. Continúa en la actividad No. 10.	Constancias / Oficio / Listado de Personal.
8	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Captura en SPARH el concentrado del personal acreedor a los estímulos 9205 y/o 9207.	
9		Imprime las constancias del estímulo anual (9205 y/o 9207) para su validación y autorización por las autoridades jurisdiccionales y elabora el oficio correspondiente. Continua en la actividad No. 10	
10	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Firma el Oficio.	

11		Remite el Oficio a la Dirección de Operación de Personal con atención para la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, conforme al calendario de entrega por cada modalidad de estímulo.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PARA LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS/AS PARA LOS ESTÍMULOS (MENSUALES, TRIMESTRALES Y ANUALES)



7.8.45. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE PLANTILLA DE PERSONAL DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles.		
Elabora:  **María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018**	**Valida:** **Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Autoriza:** **Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Mantener el control del personal que labora en la Jurisdicción y que se encuentra laborando físicamente en los servicios de Salud del estado de Puebla.

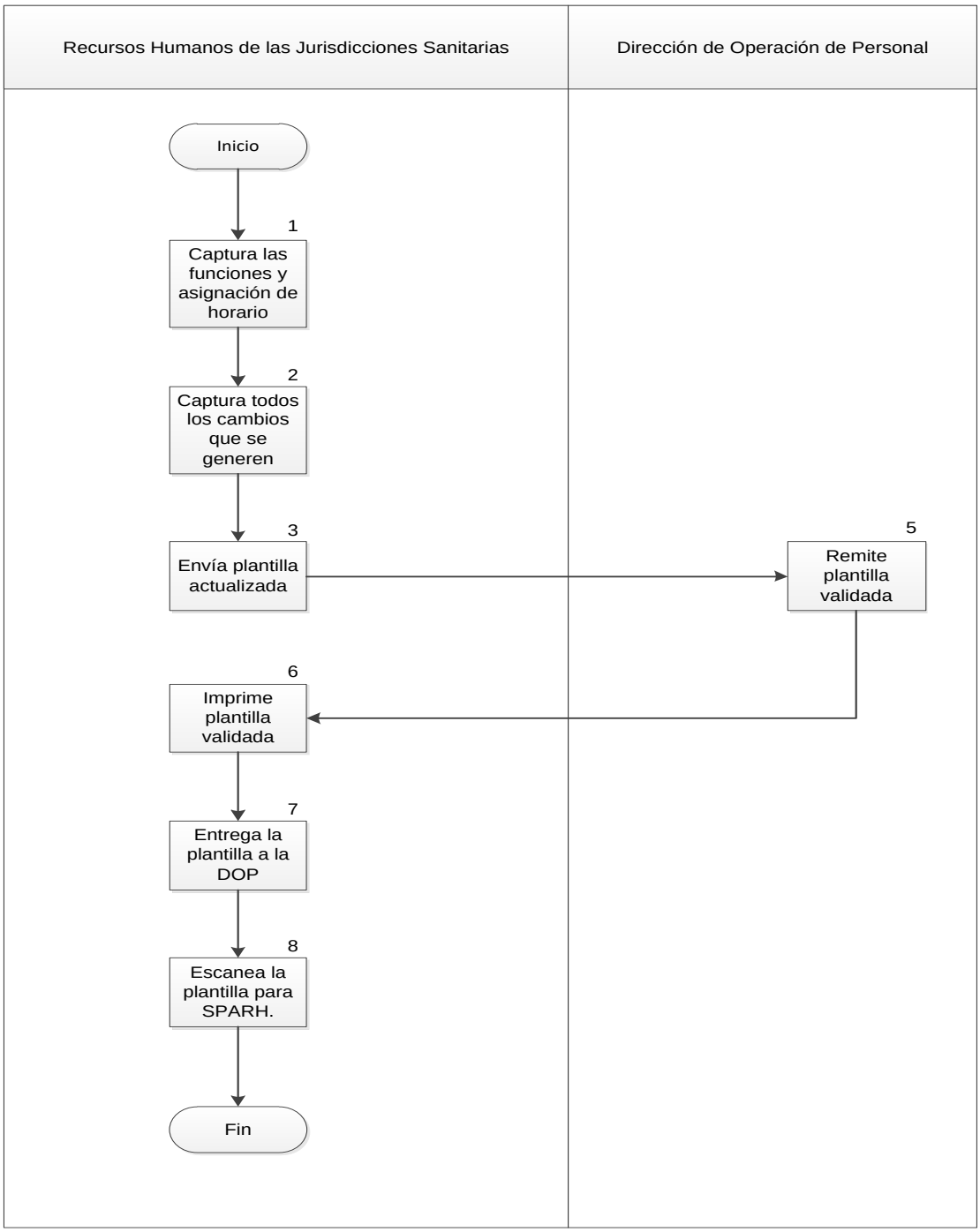
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. La plantilla se enviara de manera mensual para su actualización por parte de la Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas (las señaladas por la Dirección de Operación de Personal), Dirección de Operación de Personal.
Recursos	2. Equipo de Cómputo. 3. Enseres de Oficina. 4. Conexión de Internet.
Glosario	SPARH: Sistema de Profesional para la administración de Recursos Humanos. DOP: dirección de Operación de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE PLANTILLA DE PERSONAL DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Recursos Humanos de las Jurisdicciones Sanitarias.	Captura las funciones y asignación de horario al personal de nuevo ingreso de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que previamente incorporó la Dirección de Operación	

		de Personal.	
2		Captura todos los cambios que se generen en relación a horario, renuncias, jornada o lugar de adscripción en el transcurso del mes en la Jurisdicción Sanitaria.	
3		Envía plantilla actualizada por correo para su validación en el Departamento de Plantillas de la DOP.	
4	Dirección de Operación de Personal.	Remite plantilla validada.	Plantilla
5	Recursos Humanos de las Jurisdicciones Sanitarias	Imprime plantilla validada y se pasa a firma del Jefe/a de Jurisdicción y/o Encargado/a del Despacho de la Jurisdicción Sanitaria y, el/la Administrador/a de la Jurisdicción.	Plantilla
6		Entrega la plantilla actualizada y firmada a la Dirección de Operación de Personal de manera física.	Plantilla validada Impresa y firmada
7		Escanea la plantilla para incorporarla a la plataforma de plantillas SPARH.	Plantilla validada, firmada y sellada.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE PLANTILLA DE PERSONAL DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.46. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

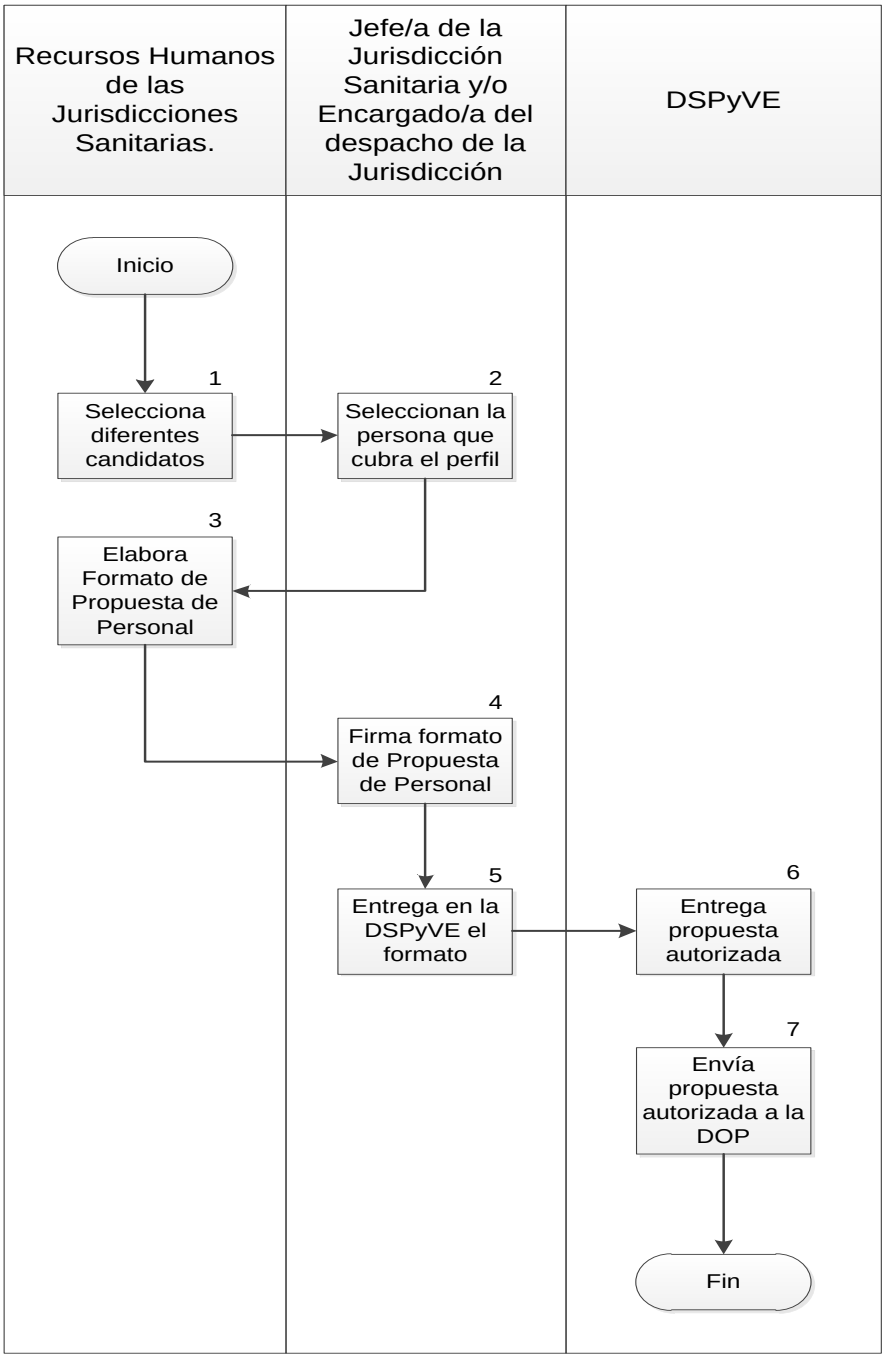
Objetivo	Describir el proceso para cubrir las necesidades de personal de las diferentes Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención y de las Jurisdicciones Sanitarias.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Ley Federal de los trabajadores al Servicio del Estado. 4. Código Civil para el Estado libre y Soberano de Puebla. 5. Plan Estatal de Desarrollo. 6. Profesiograma. Políticas de Operación 1. Verificar que exista una vacante 2. Recibir documentación de personal interesado para verificar que cubra el perfil. 3. Solicitar autorización para ocupar la plaza proponiendo al candidato que cubre el perfil 4. Realizar la propuesta para ocupar la plaza con el candidato que cubra el perfil
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas de primer Nivel de Atención; Dirección de Operación de Personal; Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano; Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo Humano.
Recursos	1. Computadora 2. Internet
Glosario	DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica DOP: Dirección de Operación de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Recursos Humanos de las Jurisdicciones Sanitarias.	Selecciona diferentes candidatos a ocupar la vacante de acuerdo al profesiograma vigente.	Síntesis curricular
2	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria y/o Encargado/a del despacho de la Jurisdicción.	Seleccionan la persona que cubra el perfil para ocupar el puesto vacante.	Síntesis curricular
3	Recursos Humanos de las Jurisdicciones Sanitarias.	Elabora Formato de Propuesta de Personal, de acuerdo a las políticas establecidas por la Dirección de Operación de Personal.	Formato de Propuesta de Personal
4	Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria y/o Encargado/a del despacho de la Jurisdicción.	Firma formato de Propuesta de Personal.	Formato de Propuesta de Personal
5	Recursos Humanos de la Jurisdicciones Sanitarias.	Entrega en la DSPyVE el formato de Requisición de Personal para su validación y firma.	Formato de Propuesta de Personal
6	DSPyVE	Entrega propuesta autorizada a Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Propuesta de Personal autorizada
7	Recursos Humanos de la Jurisdicciones Sanitarias.	Envía propuesta autorizada a la DOP para su contratación.	Propuesta de Personal autorizada.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.47. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE LA RENUNCIA DE UN/UNA TRABAJADOR/A DE CONTRATO Y/O CONFIANZA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Conocer y controlar las renuncias de los trabajadores con la finalidad de dar trámite para su baja y buscar candidatos para ocupar la vacante y evitar que se lesione la prestación de los servicios médicos o bien la suspensión de alguna actividad administrativa.

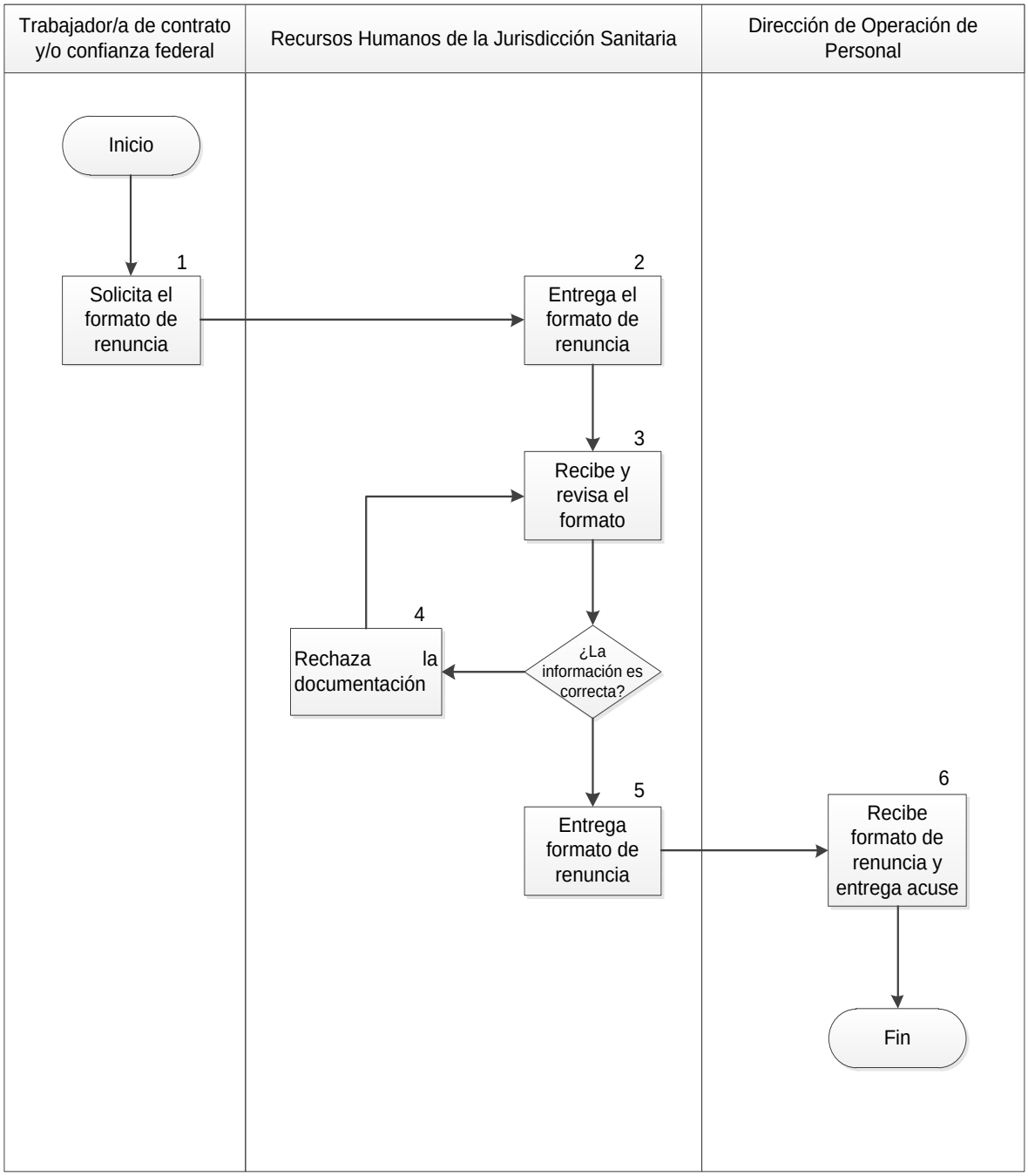
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación 1. El trabajador de contrato y/o confianza federal de los SSEP, para renunciar deberá entregar carta de no adeudo emitido por el/la Jefe/a inmediato. 2. El trabajador podrá ser dado de baja a causa del algún procedimiento jurídico o administrativo, cuando se informe por la Dirección de Operación de Personal. 3. Toda renuncia deberá ser enviada a más tardar en cinco días naturales posteriores a su recepción a la Dirección de Operación de Personal. 4. Las renuncias se recibirán en el cierre de la quincena.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas; Dirección de Operación de Personal.
Recursos	1. Computadora. 2. Sello oficial. 3. Enseres de oficina.
Glosario	SSEP.- Servicios de Salud del Estado de Puebla

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE LA RENUNCIA DE UN/UNA TRABAJADOR/A DE CONTRATO Y/O CONFIANZA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

Inicio del Procedimiento			
1	Trabajador/a de contrato y/o confianza federal.	Solicita el formato de renuncia en Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Formato de renuncia
2	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Entrega el formato de renuncia al trabajador de contrato y/o confianza federal de los SSEP e informa que deberá ser requisitado en 7 juegos y que debe de entregarse a fin de quincena.	Formato de renuncia en blanco
3		Recibe y revisa el formato de renuncia del trabajador de contrato y/o confianza Federal de los SSEP. ¿La información es correcta? Si. Avanza a la actividad No. 5. No Continua en la actividad No. 4.	Formato de renuncia
4		Rechaza la documentación e informa los requisitos y criterios para la entrega. Regresa a la actividad No. 3	Formato de renuncia
5		Entrega formato de renuncia en la Dirección de Operación de Personal.	Formato de renuncia
6	Dirección de Operación de Personal.	Recibe formato de renuncia y entrega acuse a la oficina de Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Acuse de Formato Renuncia
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE LA RENUNCIA DE UN/UNA TRABAJADOR/A DE CONTRATO Y/O CONFIANZA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.48. PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NOMINA DE LOS/LAS AUXILIARES DE SALUD ADSCRITOS/AS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

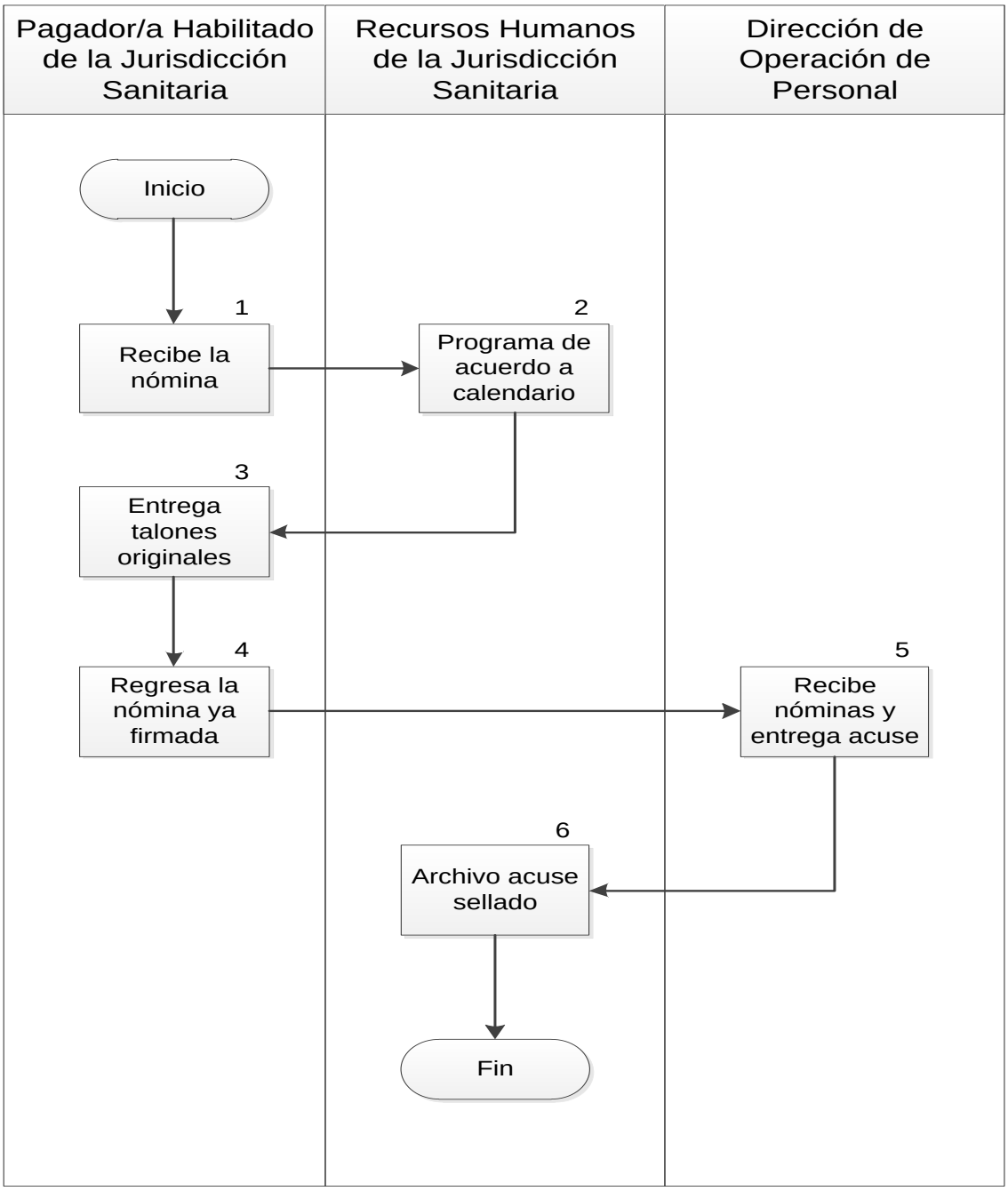
Objetivo	Controlar el pago y firma de nómina de las auxiliares de salud adscritas a la Jurisdicción Sanitaria de forma mensual cumpliendo con la remuneración como compensación al trabajo desempeñado.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manuales Administrativos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. El pagador habilitado deberá ser nombrado por el/la Jefe/a y/o Encargado de la Jurisdicción Sanitaria a través de un oficio y/o el/la Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria realice el pago a las auxiliares de salud cada mes de acuerdo a su calendario. 2. El pagador habilitado y/o el Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria deberá recabar la firma de la nómina que constate el pago realizado a las auxiliares de salud.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas; Dirección de Operación de Personal.
Recursos	1. Equipo de Cómputo. 2. Enseres de Oficina.
Glosario	DOP: Dirección de Operación de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NOMINA DE LOS/LAS AUXILIARES DE SALUD ADSCRITOS/AS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Pagador/a Habilitado de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe la nómina por parte del Departamento de Prospera.	Nomina
2	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Programa de acuerdo a calendario los días en los que se pagará nómina, tres días posteriores a la recepción de la nómina.	Nomina
3	Pagador Habilitado de la Jurisdicción Sanitaria	Entrega talones originales del pago de nómina según el mes que corresponda	Nomina
4		Regresa la nómina ya firmada por las auxiliares de salud en forma física a la Dirección de Operación de Personal, con un oficio firmado por el Jefe y/o Encargado del Despacho de la Jurisdicción Sanitaria	Nomina
5	Dirección de Operación de Personal	Recibe nóminas y entrega acuse sellado.	Oficio de entrega de Nomina
6	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Archivo acuse sellado.	Acuse de oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NOMINA DE LOS/LAS AUXILIARES DE SALUD ADSCRITOS/AS A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.49. PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NÓMINA DEL PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 7 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Asegurar que los trabajadores reciban su pago mediante la firma de la nómina y entrega de talón de pago en los casos que proceda.

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Condiciones generales de trabajo 2. Ley Federal del trabajo Políticas de Operación: 1. El pagador Habilitado es nombrado por el Jefe y/o Encargado de la Jurisdicción Sanitaria a través de un oficio. 2. La nómina de personal deberá ser elaborada en forma quincenal, aplicando a la misma todos los registros autorizados que afecten al personal operativo, de mandos medios y superiores. 3. Departamento de Nomina y Prestaciones Laborales (Coordinación de Nómina) será el responsable de proporcionar la información que debe ser procesada en el sistema de nómina. 4. Los movimientos de personal tales como altas, cambios, bajas, licencias, se realizarán con base en el Reporte de Movimientos de Personal autorizado que envíe la Jurisdicción a la Departamento de Nomina y Prestaciones Laborales (Coordinación de Nómina). 5. Se aplicaran en la nómina los movimientos de acuerdo a las fechas del calendario emitido por la Departamento de Nomina y Prestaciones Laborales (Coordinación de Nómina) y acatadas por la Jurisdicción Sanitaria.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Dirección de Operación de Personal.
Recursos	1. Equipo de Computo 2. Enseres de Oficina

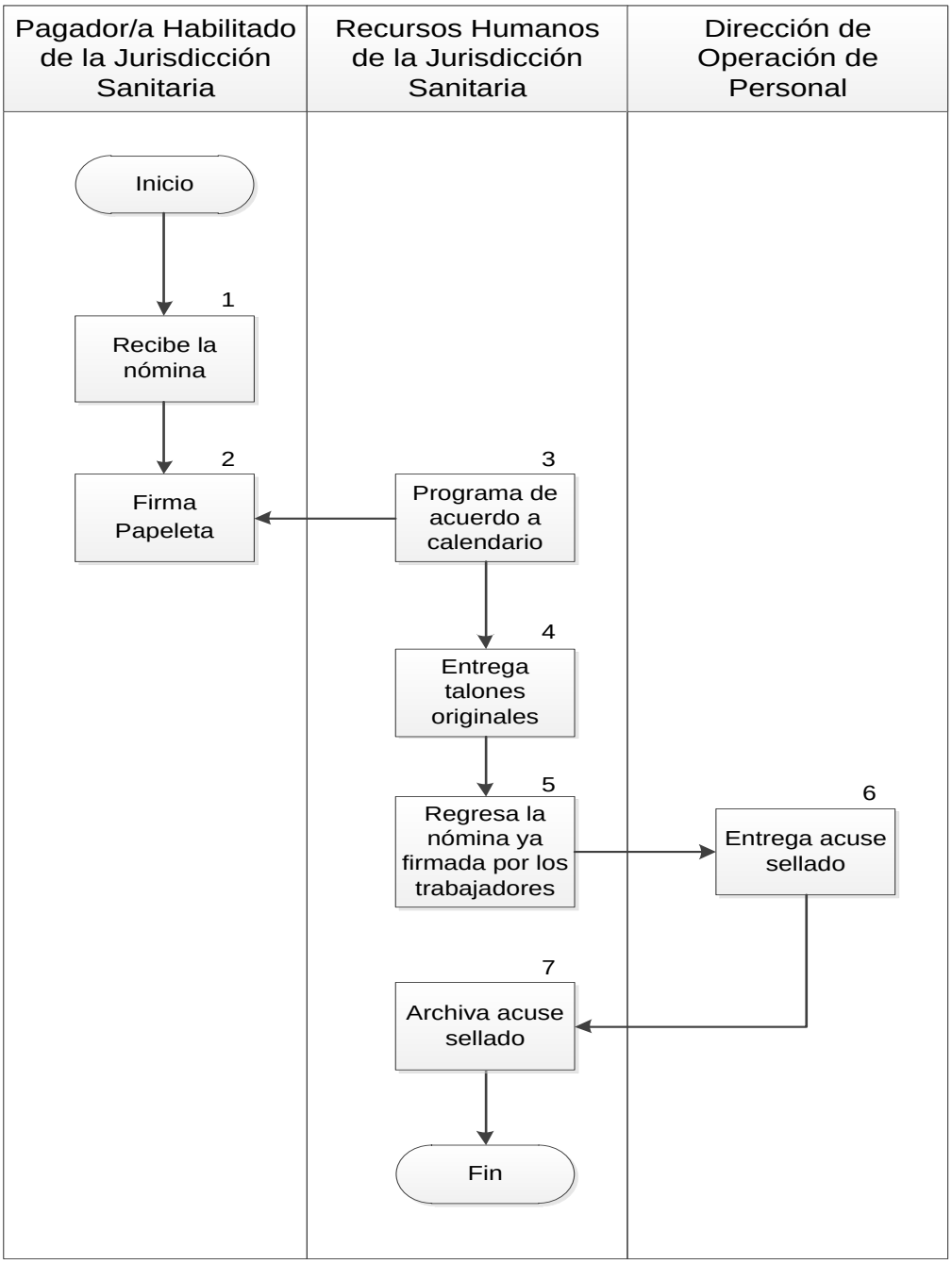
Glosario | DOP: Dirección de Operación de Personal.

PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NÓMINA DEL PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

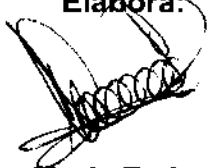
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Pagador/a Habilitado de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe la nómina de la Empresa de Traslado y verifica que la bolsa no venga, dañada, violada o con algún desperfecto.	Nomina en bolsa Sellada.
2		Firma Papeleta a la Empresa de Traslado en 3 tantos.	
3	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Programa de acuerdo a calendario los días en los que se pagará nómina. NOTA: Dicho calendario se realiza de forma mensual una vez teniendo la nómina físicamente.	Nómina.
4		Entrega talones originales del pago de nómina según al quincena correspondiente.	Talones de los trabajadores adscritos a la Jurisdicción Sanitaria.
5		Regresa la nómina ya firmada por los trabajadores de forma física a la Dirección de Operación de Personal, con un oficio firmado por el/la Jefe/a y/o Encargado/a del Despacho de la Jurisdicción Sanitaria	Listado de Talones
6	Dirección de Operación de Personal.	Entrega acuse sellado.	Oficio de entrega de listado de talones

7	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.	Archiva acuse sellado.	Acuse de oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL, PAGO Y REPORTE DE NÓMINA DEL PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.50. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE ASISTENCIA DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS ADSCRITOS/AS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 20 días		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Controlar de la Asistencia del personal en los diferentes Centros de Trabajo de la Jurisdicción Sanitaria.

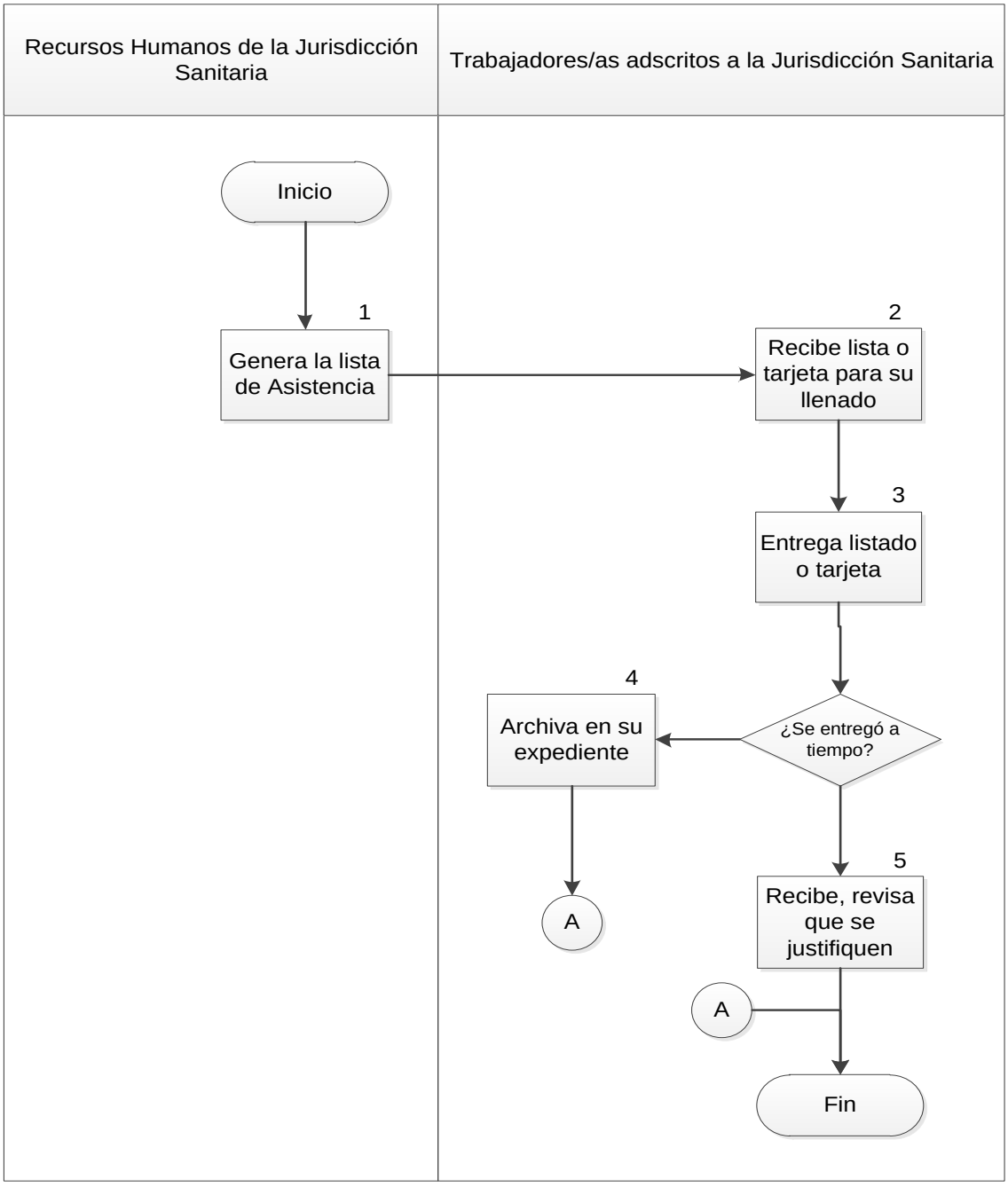
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manuales Administrativos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Entregar listados de control de asistencia máximo 5 2. Días naturales, posteriores a término dela quincena. 3. Entrega de incidencias administrativas de cada uno de los recursos humanos cinco días posteriores al término de la quincena.
Responsables	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias; Unidades Médicas; Dirección de Operación de Personal.
Recursos	Formato de Lista de Asistencias del Personal, tarjetas o checador biométrico para control de asistencia.
Glosario	N.A.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE ASISTENCIA DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS ADSCRITOS/AS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Genera la lista de Asistencia, tarjetas de checado o checador de acuerdo a los lineamientos establecidos en la oficina de Recursos humanos de la	Formato de Lista o tarjeta de Asistencias del Personal Adscrito

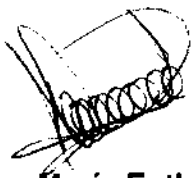
		jurisdicción sanitaria, en dos juegos cuando son impresos y se entregan a los trabajadores de forma mensual.	a la Jurisdicción Sanitaria.
2	Trabajadores/as adscritos a la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe lista o tarjeta para su llenado diario, si existe checador se da de alta al trabajador para registro de sus checadas.	Formato de Lista de Asistencias, tarjeta o checador para el Personal Adscrito a la Jurisdicción Sanitaria.
3		Entrega listado o tarjeta de control de asistencia en las fechas indicadas a Recursos Humanos. ¿Se entregó a tiempo? Si: Avanza a la actividad No. 5. No: Continua en la actividad No. 4	Formato de Lista de Asistencias, tarjeta o checador para el Personal Adscrito a la Jurisdicción Sanitaria.
4	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Si no la entrega a tiempo, solo se archiva en su expediente. **Fin del procedimiento**	Formato de Lista de Asistencias, tarjeta o checador para el Personal Adscrito a la Jurisdicción Sanitaria.
5	Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe, revisa que estén correctamente llenados y que se justifiquen con oficios las incidencias si fuera el caso.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE ASISTENCIA DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS ADSCRITOS/AS EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.51. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA Y OFICINA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 día hábil.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Describir el procedimiento para la recepción, almacenamiento y distribución de insumos de limpieza y oficina.

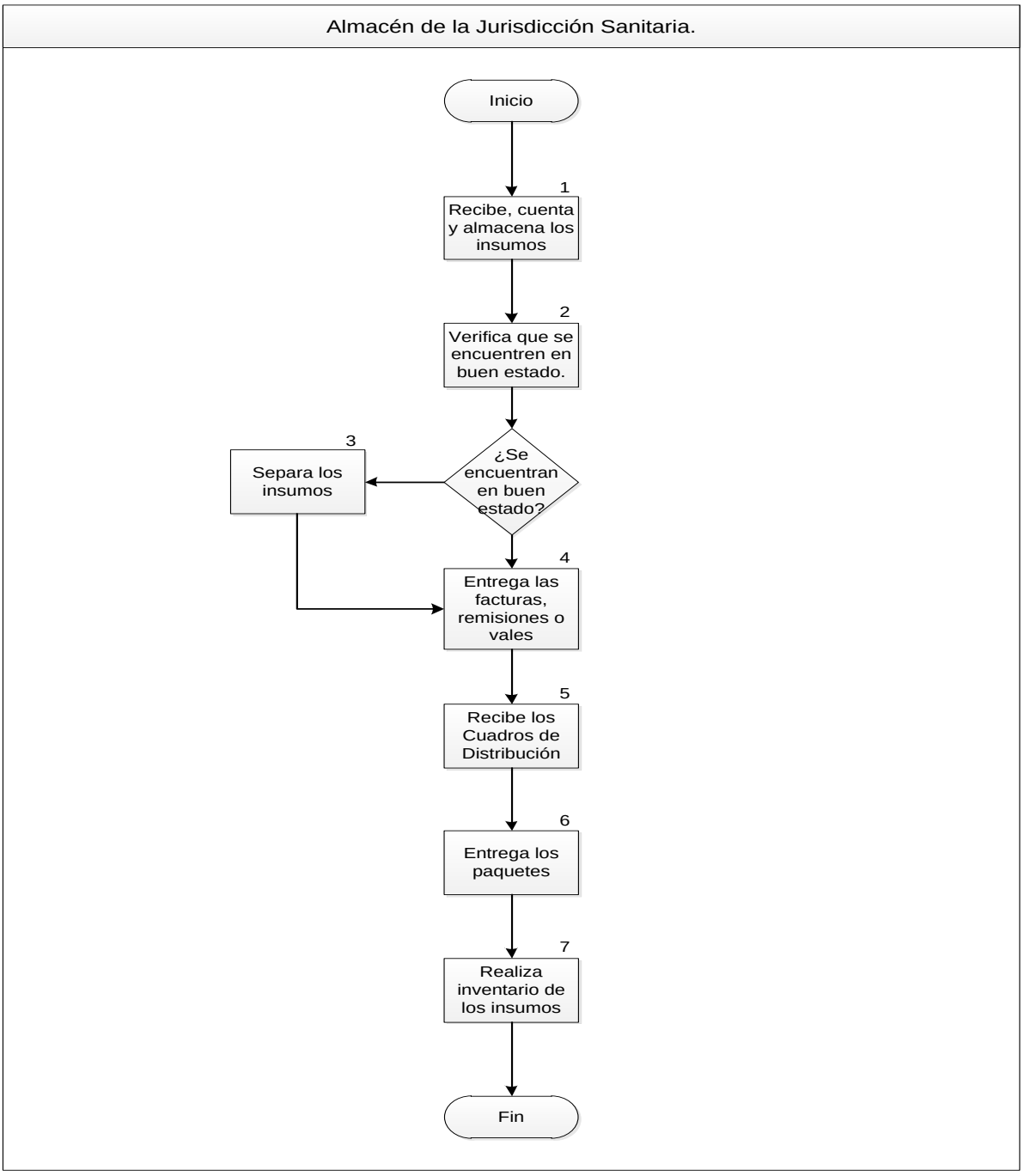
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Conservar la integridad de los insumos de limpieza y oficina durante el tiempo que permanezca en el almacén. 2. Verificar que estén completos los insumos que ingresan al Almacén Jurisdiccional y entregar completo a Oficinas Jurisdiccionales, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, Casas de Salud.
Responsables	Almacén (Recursos Materiales Jurisdicción Sanitaria).
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, Casas de Salud.
Recursos	1. Equipo de cómputo. 2. Conexión a Internet. 3. Consumibles de oficina. 4. Viáticos.
Glosario	DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA Y OFICINA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Almacén de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe, cuenta y almacena los insumos de limpieza y oficina que llegan al Almacén Jurisdiccional por parte de los proveedores internos.	Facturas, Remisiones o Vales
2		Verifica que los insumos de limpieza y oficina se encuentren en buen estado. ¿Se encuentran en buen estado? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continua en la actividad No. 3.	
3		Separa los insumos de limpieza u oficina, e informa a la Coordinación de Almacenamiento y Distribución de la DOOBSGPG.	
4		Entrega las facturas, remisiones o vales a las áreas de la Jurisdicción Sanitaria para su conocimiento y distribución; solicita la firma de conocimiento.	
5		Recibe de las Coordinaciones de la Jurisdicción Sanitaria los Cuadros de Distribución para su surtimiento en tiempo y forma.	Cuadros de Distribución
6		Entrega los paquetes a Oficinas Jurisdiccionales, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, Casas de Salud.	Facturas, Remisiones o vales
7		Realiza inventario de los insumos de Oficina y limpieza (abril, agosto, diciembre).	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA Y OFICINA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.52. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO Y DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL Y CASAS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Verificar la recepción y distribución del medicamento y material de curación en las Unidades de Primer Nivel adscritas a las Jurisdicciones Sanitarias.

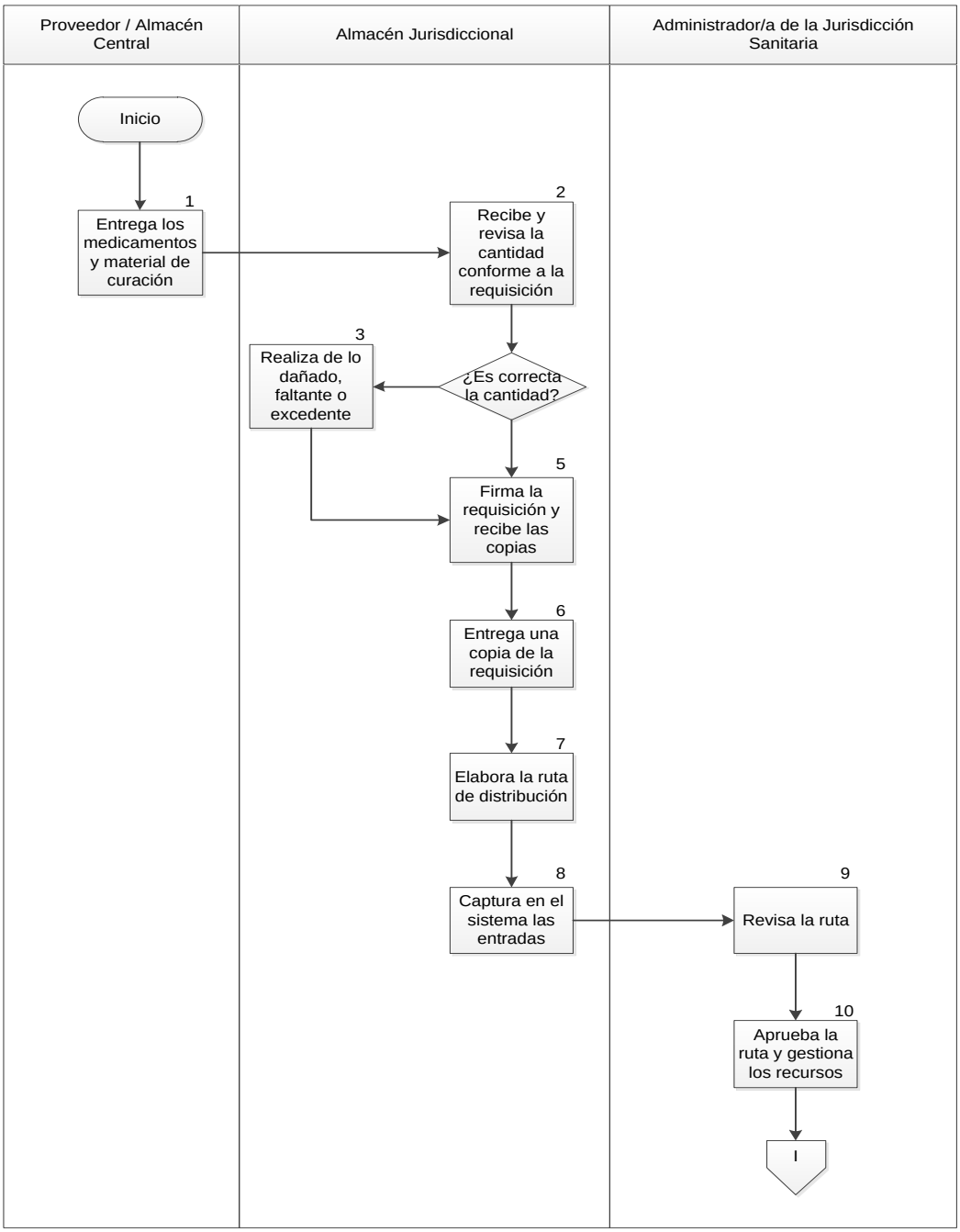
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Los medicamentos los entrega directamente el proveedor a Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicios, los cuales deben de revisar los medicamentos dañados, caducidad, faltantes y excedentes y remiten una copia de la requisición a Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria para su trámite ante Oficina Central. 2. Se reciben los medicamentos para casas de salud 3. Los paquetes de medicamentos y/o material de curación que entregue el proveedor deben de venir caja sellada o bolsa de seguridad, seccionados e identificados para cada Unidad de Primer Nivel.
Responsables	Almacén (Recursos Materiales de la Jurisdicción Sanitaria).
Áreas Involucradas	Almacén Central, almacén jurisdiccional, Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicio; Casas de Salud; Unidades Móviles, Proveedor.
Recursos	Vehículo. Equipo para traslado y carga de material. Consumibles de papelería.
Glosario	No aplica.

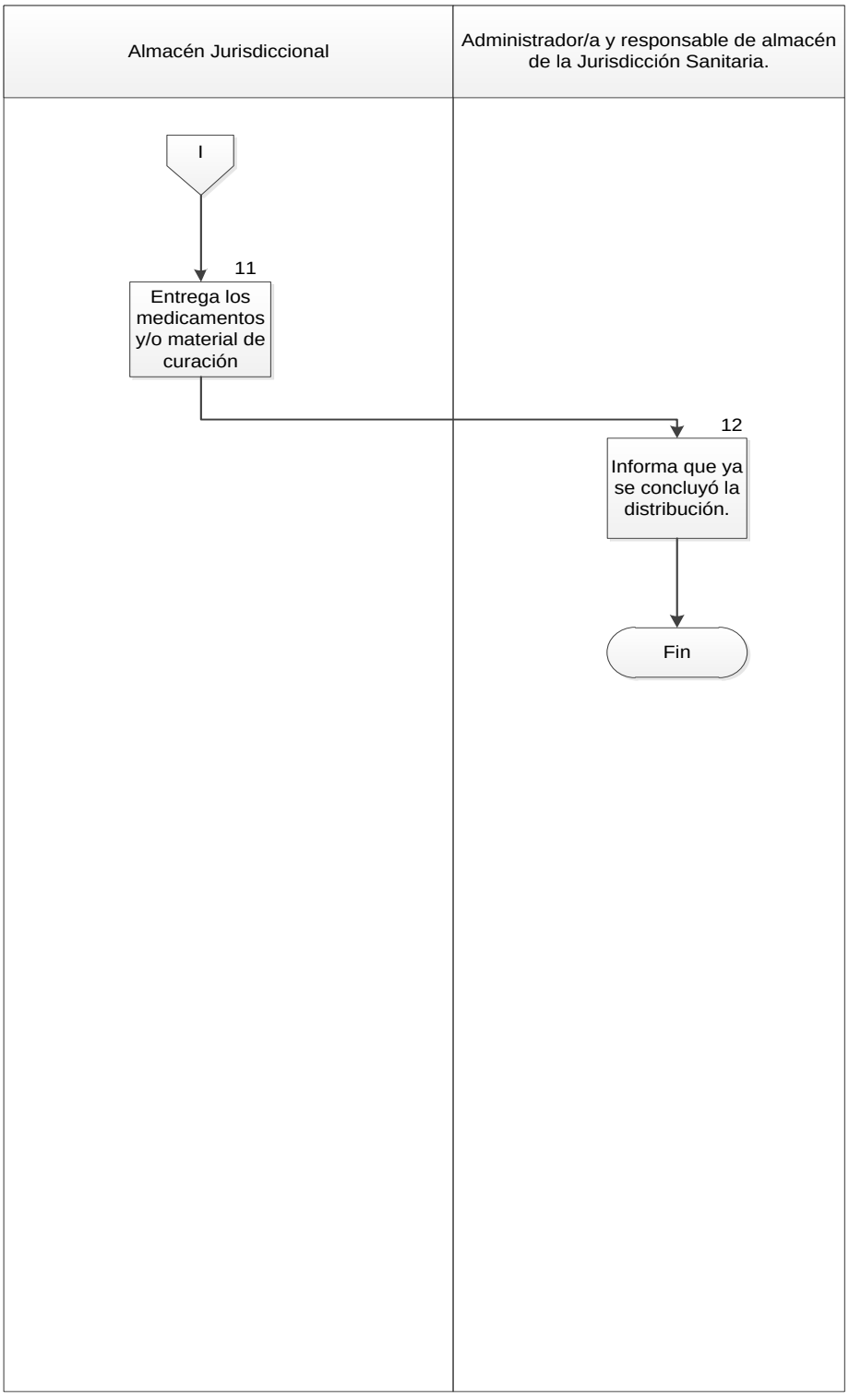
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO Y DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL Y CASAS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Proveedor / Almacén Central.	Entrega los medicamentos y material de curación, seccionado por cada Casa de Salud y/o Unidad Médica Móvil al Almacén Jurisdiccional.	Medicamento y material de curación
2	Almacén Jurisdiccional.	Recibe y revisa la cantidad del medicamento y/o material de curación conforme a la requisición. ¿Es correcta la cantidad entregada? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continua en la actividad No.3.	Requisición.
3		Realiza la nota del medicamento y/o material de curación dañado, faltante o excedente en la requisición.	Requisición.
4		Firma la requisición original al proveedor y recibe 2 copias de la misma.	Requisición.
5		Entrega una copia de la requisición a Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria para el trámite ante Oficina Central.	Copia de la Requisición.
6		Elabora la ruta de distribución y remítela al/la Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria.	
7		Captura en el sistema las entradas del medicamento y/o materia de curación.	
8	Administrador/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Revisa la ruta en conjunto con Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria para definir prioridades de entrega.	Ruta de distribución.

9		Aprueba la ruta y gestiona los recursos para la entrega del medicamento y/o material de curación. Nota: entrega una copia a Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria	Ruta de distribución.
10	Almacén Jurisdiccional.	Prepara los medicamentos y/o material de curación para entregar a las Unidades de Primer Nivel, casa de salud y da salida de los mismos en el sistema.	Copia de la Requisición.
11		Entrega los medicamentos y/o material de curación a las Unidades de Primer Nivel, conforme a la ruta de entrega. Nota: Las Unidades de Primer Nivel deben de firmar la copia de la Requisición.	Copia de la Requisición.
12	Administrador/a y responsable de almacén de la Jurisdicción Sanitaria.	Informa al/la Administrador/a y Servicios de Salud que ya se concluyó la distribución. Resguarda las copias de la requisición.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO Y DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL Y CASAS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Almacén Jurisdiccional
Administrador/a y responsable de almacén de la Jurisdicción Sanitaria.
I
11
Entrega los medicamentos y/o material de curación
12
Informa que ya se concluyó la distribución.
Fin

7.8.53. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 7 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Describir el procedimiento para la concentración de los Inventarios de activo fijo.

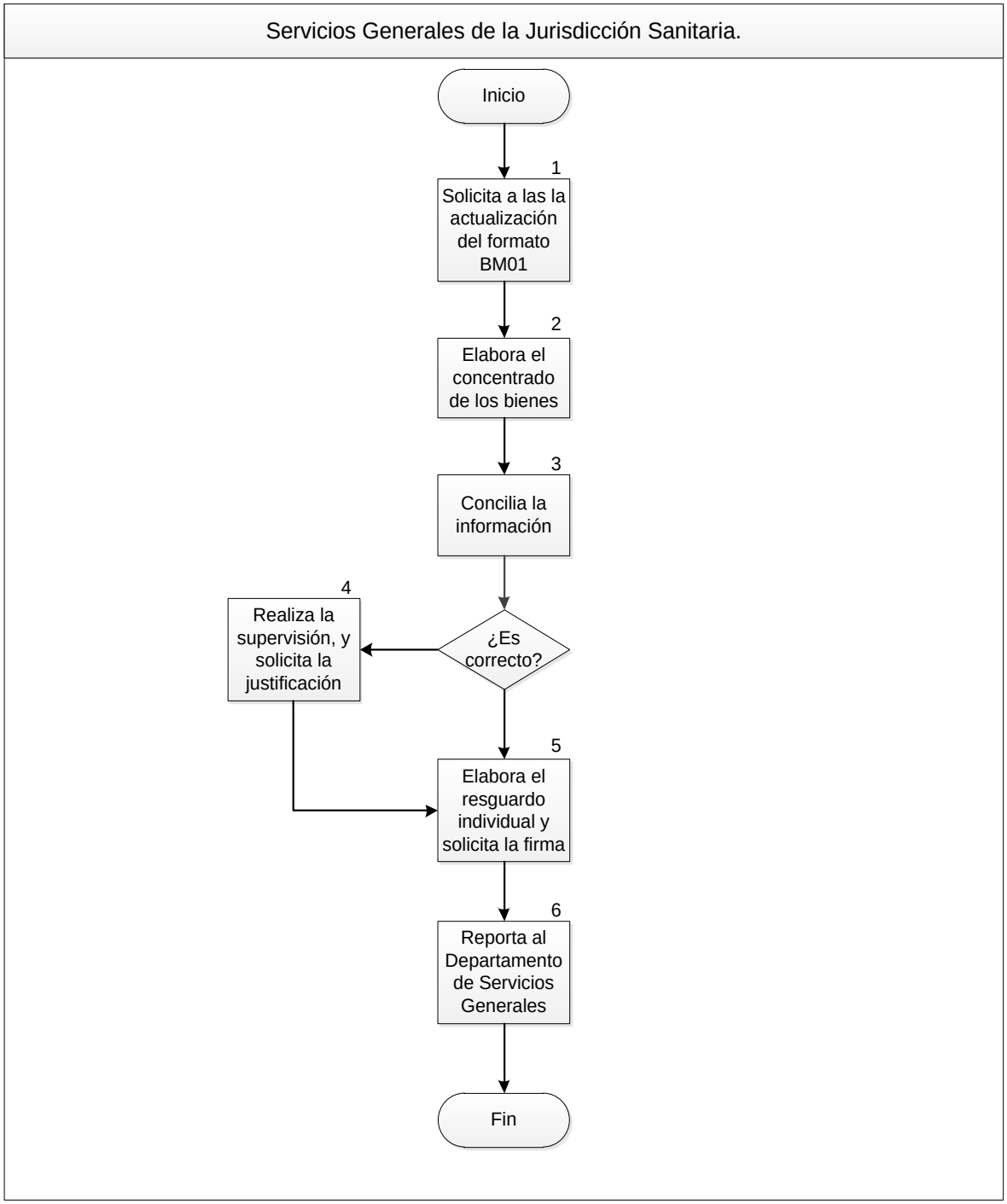
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Las altas y bajas de los activos fijos debe de realizarse conforme las políticas y procedimientos en la materia, establecidos por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. 2. La actualización del inventario se realizará conforme a los tiempos establecidos por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Responsables	Servicios Generales de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	10 Jurisdicciones Sanitarias, Centros de Salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros Integrales de Servicio, Caravanas de la Salud, Unidades Médico Móviles, casas de salud y Hospitales (solo los marcados por la (DOOBSGPG); Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Recursos	5. Equipo de cómputo. 6. Conexión a Internet. 7. Consumibles de oficina. 8. Viáticos.
Glosario	DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

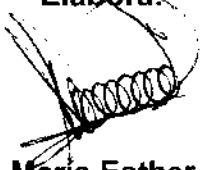
1	Servicios Generales de la Jurisdicción Sanitaria.	Solicitar a las unidades de primer nivel la actualización del formato BM01, el cual debe de incluir las adquisidores de bienes y/o las bajas (Formato BM04) de los mismos.	BM01 y BM04.
2		Elabora el concentrado de los bienes de las Unidades de Primer Nivel y de la Jurisdicción Sanitaria.	
3		Concilia la información reportada contra las supervisiones aleatorias. ¿El inventario reportado es correcto? SI: Avanza a la actividad No. 5 NO: Continua en la actividad No. 4.	
4		Realiza la supervisión, y solicita la justificación del por qué no coincide el inventario en la Unidad.	
5		Elabora el resguardo individual y solicita la firma del mismo por parte de resguardatario.	Resguardo Individual.
6		Reporta al Departamento de Servicios Generales de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión,	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.



7.8.54. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE MANTENIMIENTO PARA EQUIPO MÉDICO Y ELECTROMECÁNICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 7 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC (UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Recibir y gestionar las solicitudes de mantenimiento del equipo médico y electromecánico que las Unidades Médicas de la Jurisdicción Sanitaria solicitan con la finalidad de contar con lo necesario para otorgar atención médica de forma adecuada.

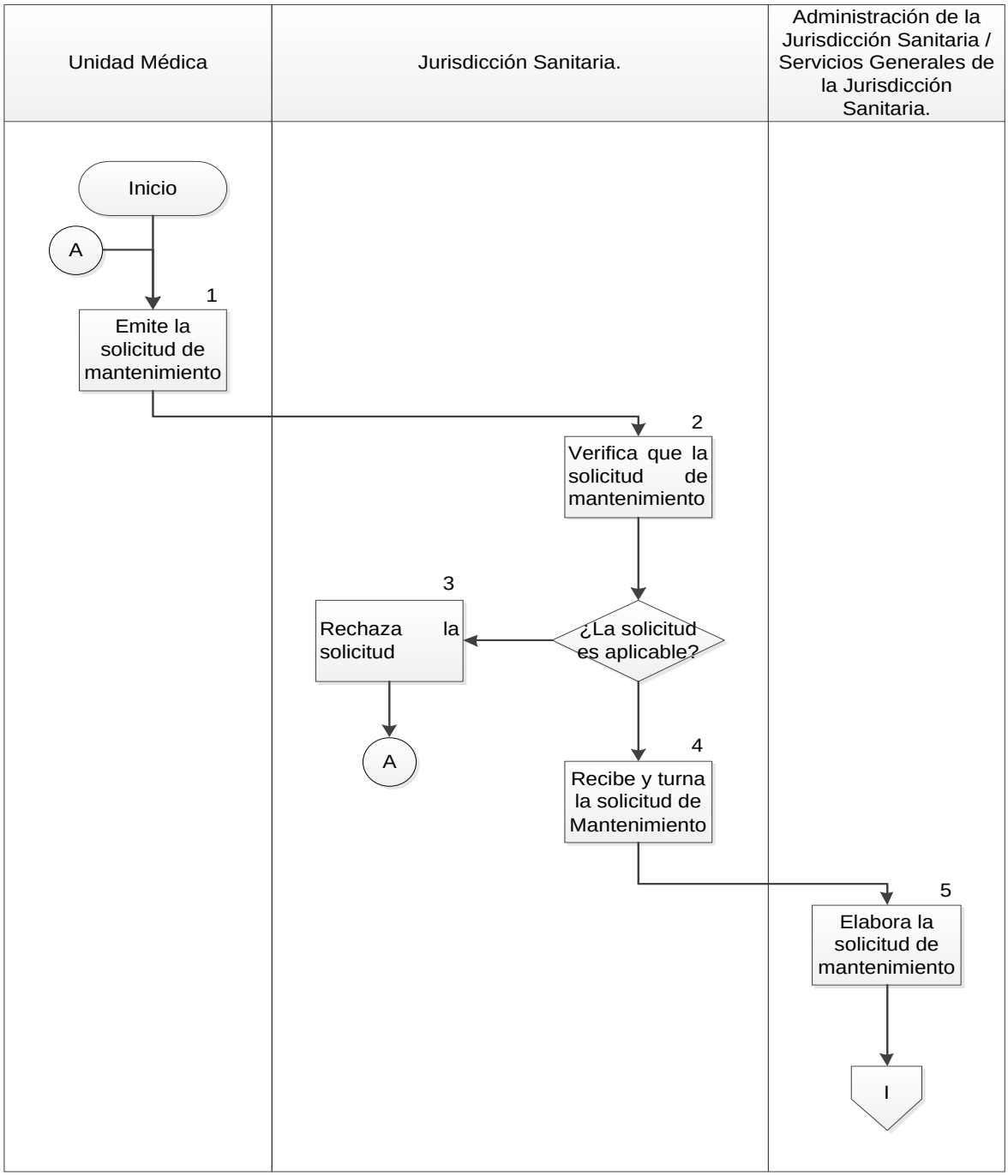
Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Condiciones generales de trabajo 2. NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 3. Cedula de acreditación vigente. Políticas de Operación: 1. El Oficio que emite el Responsable de unidad adscrita a la Jurisdicción Sanitaria debe ir dirigido a nombre del Jefe/a y/o Encargado del Despacho de la Jurisdicción Sanitaria, con fecha reciente, firmada y sellada. 2. La solicitud de mantenimiento deberá de contener el IME, descripción de bien , marca, No. se serie y la justificación del mantenimiento requerido. 3. Reporte de equipos de supervisión 4. Solicitud del Staff de la Jurisdicción Sanitarias y/o Jefe/a de Jurisdicción Sanitaria.
Responsables	Administración de la Jurisdicción Sanitaria. / Servicios Generales de la Jurisdicción Sanitaria.
Áreas Involucradas	Centros de Salud; Centros de Salud con Servicios Ampliados; Centros Integrales de Servicio; Casas de Salud; Unidades Móviles, Hospitales.
Recursos	Enseres de Oficina Equipo de Computo
Glosario	N/A.

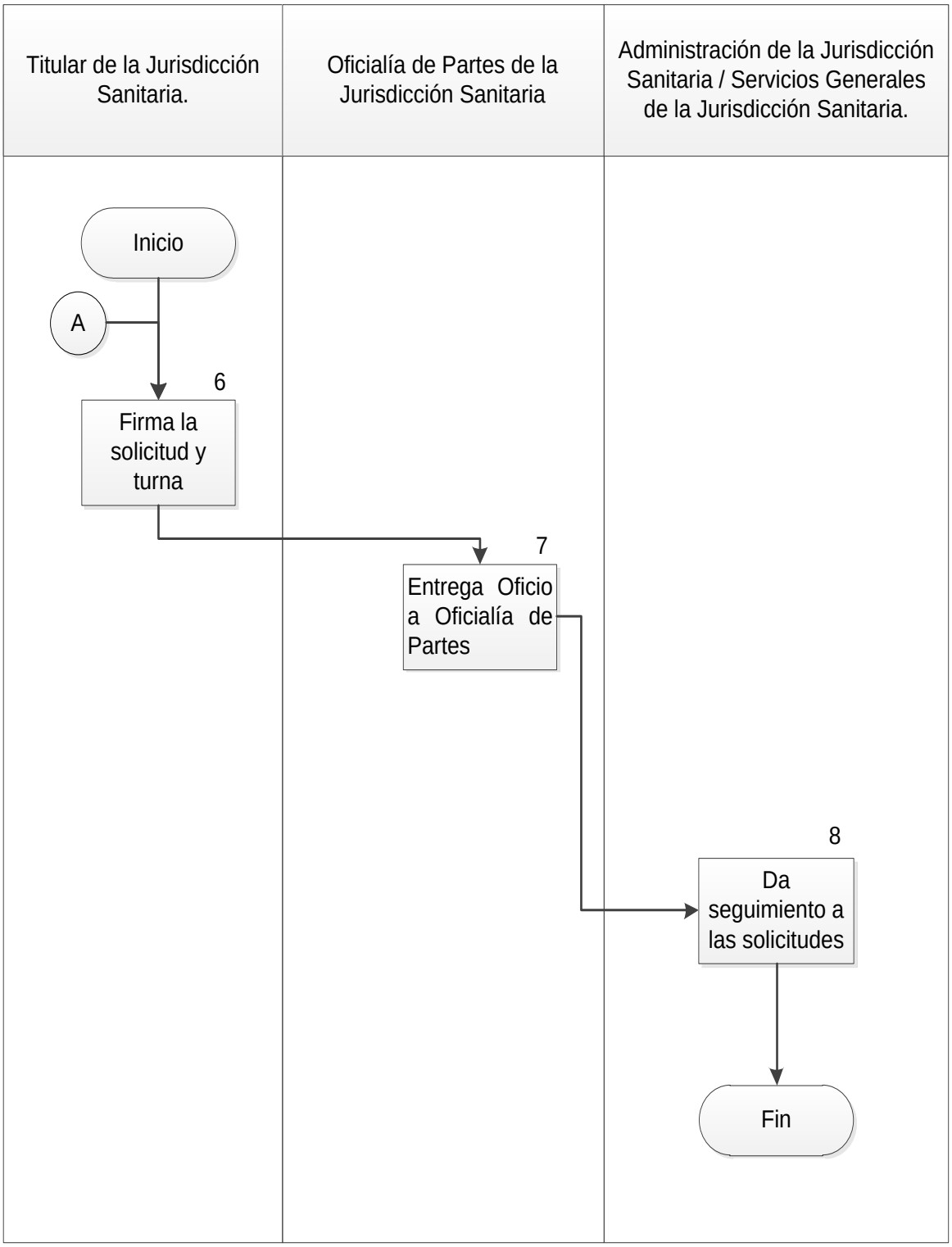
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE MANTENIMIENTO PARA EQUIPO MÉDICO Y ELECTROMECÁNICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Médica	Emite la solicitud de mantenimiento al Titular de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.	Oficio.
2	Jurisdicción Sanitaria.	Verifica que la solicitud de mantenimiento este dirigida al responsable de la jurisdicción sanitaria, cuente con fecha reciente, y este firmada por el responsable de la Unidad Médica que solicita el mantenimiento. ¿La solicitud es aplicable? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continua en la actividad No. 3.	Oficio.
3		Rechaza la solicitud informando los motivos de la misma. Regresa a la actividad No. 1.	Oficio.
4		Recibe y turna la solicitud de Mantenimiento.	Oficio.
5	Administración de la Jurisdicción Sanitaria / Servicios Generales de la Jurisdicción Sanitaria.	Elabora la solicitud de servicio de mantenimiento de acuerdo a los oficios recibidos y remítela para firma del Titular de la Jurisdicción Sanitaria. Nota: Turna copia de conocimiento a la Unidad Médica solicitante.	Oficio.
6	Titular de la	Firma la solicitud y turna a Oficialía	Oficio.

	Jurisdicción Sanitaria.	de Partes de la Jurisdicción Sanitaria para su entrega en Oficina Central.	
7	Oficialía de Partes de la Jurisdicción Sanitaria	Entrega Oficio a Oficialía de Partes de Oficina Central.	Oficio.
8	Administración de la Jurisdicción Sanitaria / Servicios generales de la Jurisdicción Sanitaria.	Da seguimiento en tiempo y forma a las solicitudes de mantenimiento y verifica que se cumplan.	Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE MANTENIMIENTO PARA EQUIPO MÉDICO Y ELECTROMECÁNICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Titular de la Jurisdicción Sanitaria.
Oficialía de Partes de la Jurisdicción Sanitaria
Administración de la Jurisdicción Sanitaria / Servicios Generales de la Jurisdicción Sanitaria.
Inicio
A
6
Firma la solicitud y turna
7
Entrega Oficio a Oficialía de Partes
8
Da seguimiento a las solicitudes
Fin

7.8.55. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO, CLASIFICACIÓN Y ENVÍO DE ARCHIVO HISTÓRICO Y DE CONCENTRACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 1 mes		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
		
María Esther García Castillo Enlace para la elaboración de los Manuales de Procedimientos Jurisdiccionales MEGC(UCJS) Octubre 2018	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**	**Inocencia Lucía Ojeda Lara Titular de la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias ILOL (UCJS) Octubre 2018**

Objetivo	Describir el procedimiento para contar con el archivo de concentración y/o histórico clasificado correctamente para su envió de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Dirección de Operación de Obra, Bienes, servicios Generales y Procesos de Gestión

Normas y Políticas de Operación	Normas 1. Ley General de Archivos 2. Ley de Archivos del Estado de Puebla 3. Catálogo de clasificación y disposición documental. 4. Procedimiento para la recepción secundaria, ordenación y clasificación de archivo histórico. Políticas de Operación 1. El Responsable de inventarios de la Jurisdicción sanitaria es el encargado de recibirl, registrar, controlar y preparar el archivo para su envío al archivo histórico. 2. En tanto no se envía al archivo histórico el responsable de inventarios organiza y conserva los expedientes activos de sus áreas correspondientes durante 5 años cumpliendo con la normatividad.
Responsables	Archivo Histórico y/o de Concentración de la Jurisdicción Sanitaria (Servicios Generales de la Jurisdicción Sanitaria).
Áreas Involucradas	Servicios Generales; Administración; Unidades Médicas; Departamento de Servicios Generales de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Recursos	1. Equipos de cómputo. 2. Acceso a Internet. 3. Enseres de oficina.
Glosario	SIARES: Sistema de Archivo Estatal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO, CLASIFICACIÓN Y ENVÍO DE ARCHIVO HISTÓRICO Y DE CONCENTRACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.

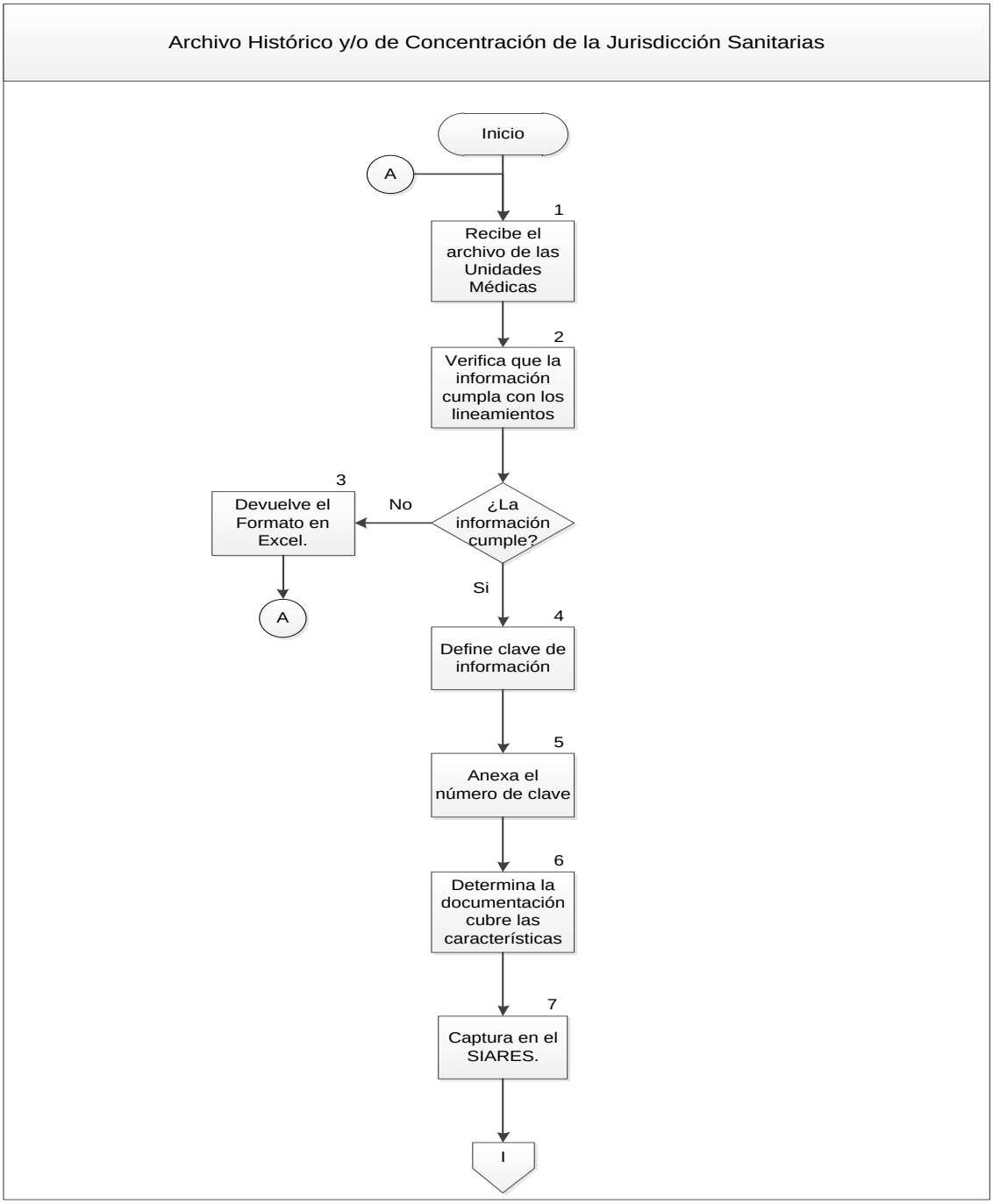
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

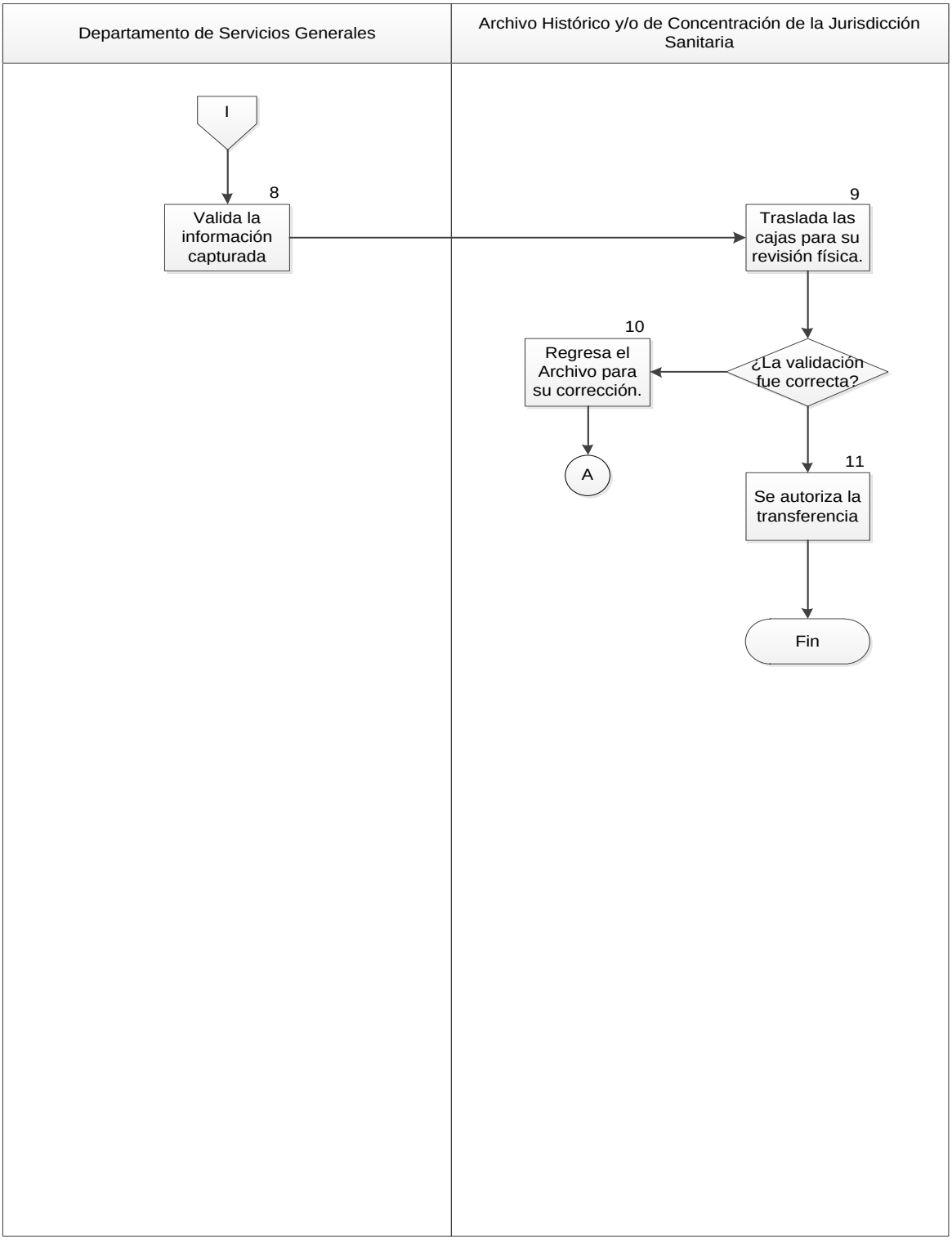
1	Archivo Histórico y/o de Concentración de la Jurisdicción Sanitaria.	Recibe el archivo de las Unidades Médicas Adscritas a la Jurisdicción Sanitaria. NOTA: dicho archivo debe entregarse de manera electrónica y de manera impresa.	Formato en Excel, electrónico e impreso
2		Verifica que la información correspondiente cumpla con los lineamientos establecidos por el Departamento de Servicios Generales de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. ¿La información cumple con los requisitos? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continua en la actividad No. 3.	Formato en Excel, electrónico e impreso
3		Devuelve Formato en Excel, electrónico e impreso a la Unidad Médica correspondiente. Regresa a la actividad No. 1.	Formato en Excel, electrónico e impreso
4		Define clave de información de acuerdo al cuadro general de clasificación archivista y el catálogo de clasificación y disposición documental.	Cuadro general de clasificación archivista y el Catalogo de clasificación y disposición documental.
5		Anexa al archivo electrónico el número de clave otorgado de acuerdo al Catálogo de clasificación y disposición documental (Administrativo, Financiero o Legal).	Formato en Excel, electrónico e impreso Catalogo de clasificación y disposición documental.

6		Determina de acuerdo a los lineamientos Departamento de Servicios Generales de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión que documentación recibida de las unidades adscritas a la jurisdicción sanitaria ya cubren las características definidas para su envió.	
7		Captura en el SIARES.	Formato en Excel, electrónico Sistema de Archivo Estatal.
8	Departamento de Servicios Generales.	Valida la información capturada de manera electrónica y emite oficio de transferencia documental con los datos de la jurisdicción sanitaria.	Formato en Excel, electrónico.
9	Archivo Histórico y/o de Concentración de la Jurisdicción Sanitaria.	Traslada cajas al Departamento de Servicios Generales de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, para su revisión física. ¿La validación fue correcta? Si: Avanza a la actividad No. 11. No: Continua en la actividad No. 10.	Cajas de Archivo Físico
10		Regresa el Archivo físico a la jurisdicción sanitaria para su corrección. Regresa a la actividad No. 1.	Cajas de Archivo Físico Formato en Excel, electrónico Oficio Transferencia documental
11		Se autoriza la transferencia, dejando el Archivo físico en el Departamento de Servicios Generales de la Dirección de Operación de Obra,	Cajas de Archivo Físico Formato en Excel, electrónico Oficio

		Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Transferencia documental.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO, CLASIFICACIÓN Y ENVÍO DE ARCHIVO HISTÓRICO Y DE CONCENTRACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA.




Departamento de Servicios Generales
Archivo Histórico y/o de Concentración de la Jurisdicción Sanitaria
I
8
Valida la información capturada
9
Traslada las cajas para su revisión física.
10
Regresa el Archivo para su corrección.
¿La validación fue correcta?
A
11
Se autoriza la transferencia
Fin

7.9. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.

7.9.1. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD.

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Gloria Ramos Álvarez Jefa del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad GRA (DHGyE) Octubre 2018	**Víctor Morales González Subdirector de Hospitales VMG (SH) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Analizar la productividad mensual en relación a meta – logro de los Hospitales Comunitarios mediante indicadores de productividad.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programación de Anual de Metas e Indicadores para los Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Indicadores Hospitalarios de la Dirección General de Evaluación de Desempeño. 3. Reporte de plataforma de cubos de DGIS Federal http://pda.salud.gob.mx/cubos/. 4. Subsistema de Egresos Hospitalarios (SAEH). Políticas de Operación: 1. La productividad de los Hospitales Comunitarios es analizada y evaluada en relación a la meta programada (Programa Anual de Metas e Indicadores).
Responsables	Departamento de Hospitales Generales y de Especialidad, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Todos los Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	SIS, SAEH, Tablero de indicadores, Resultado de productividad, Informe.
Glosario	PMI: Programa Anual de Metas e Indicadores. DGIS: Dirección General de Información en Salud. SAEH: Subsistema de Información de Egresos Hospitalarios.

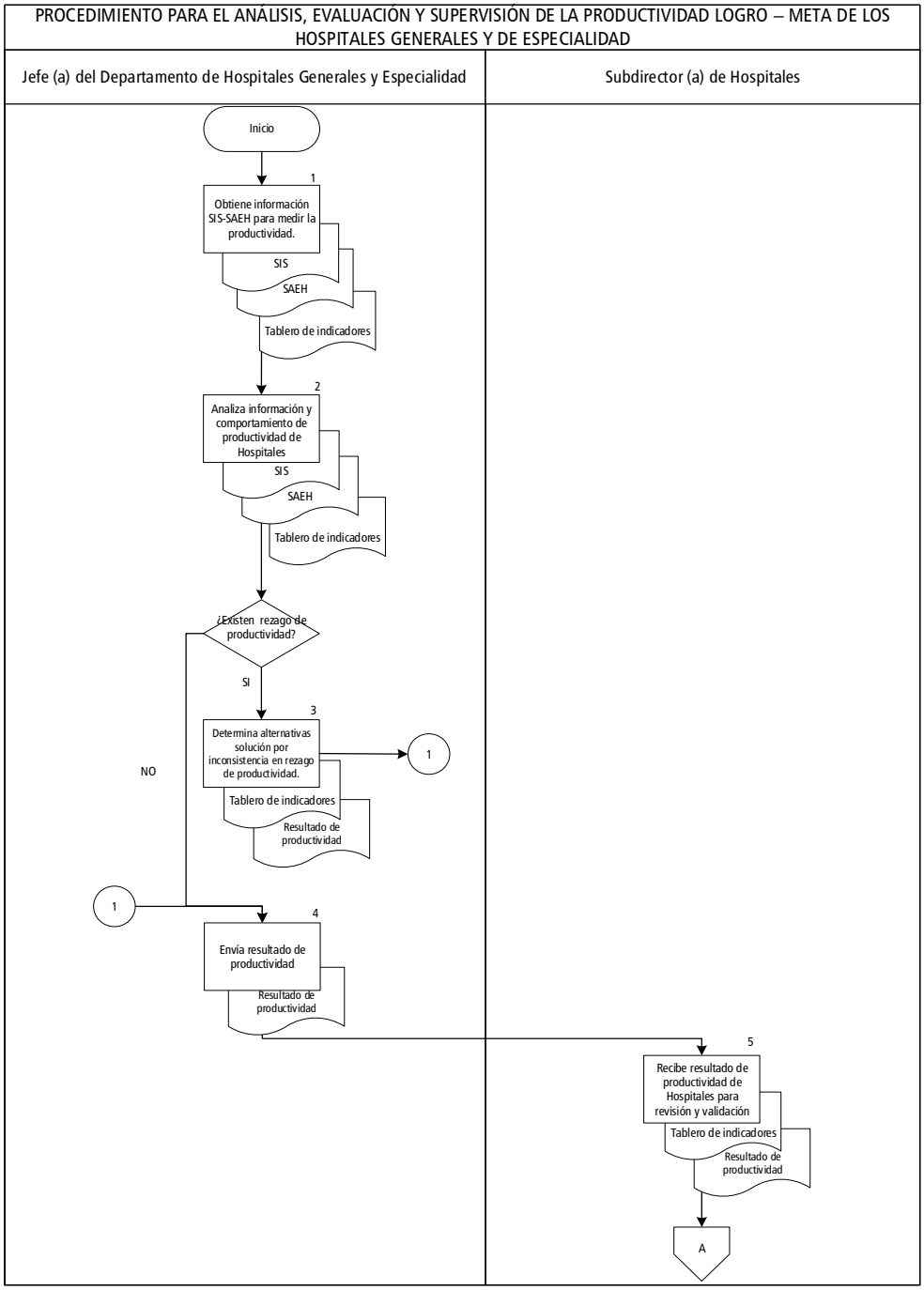
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

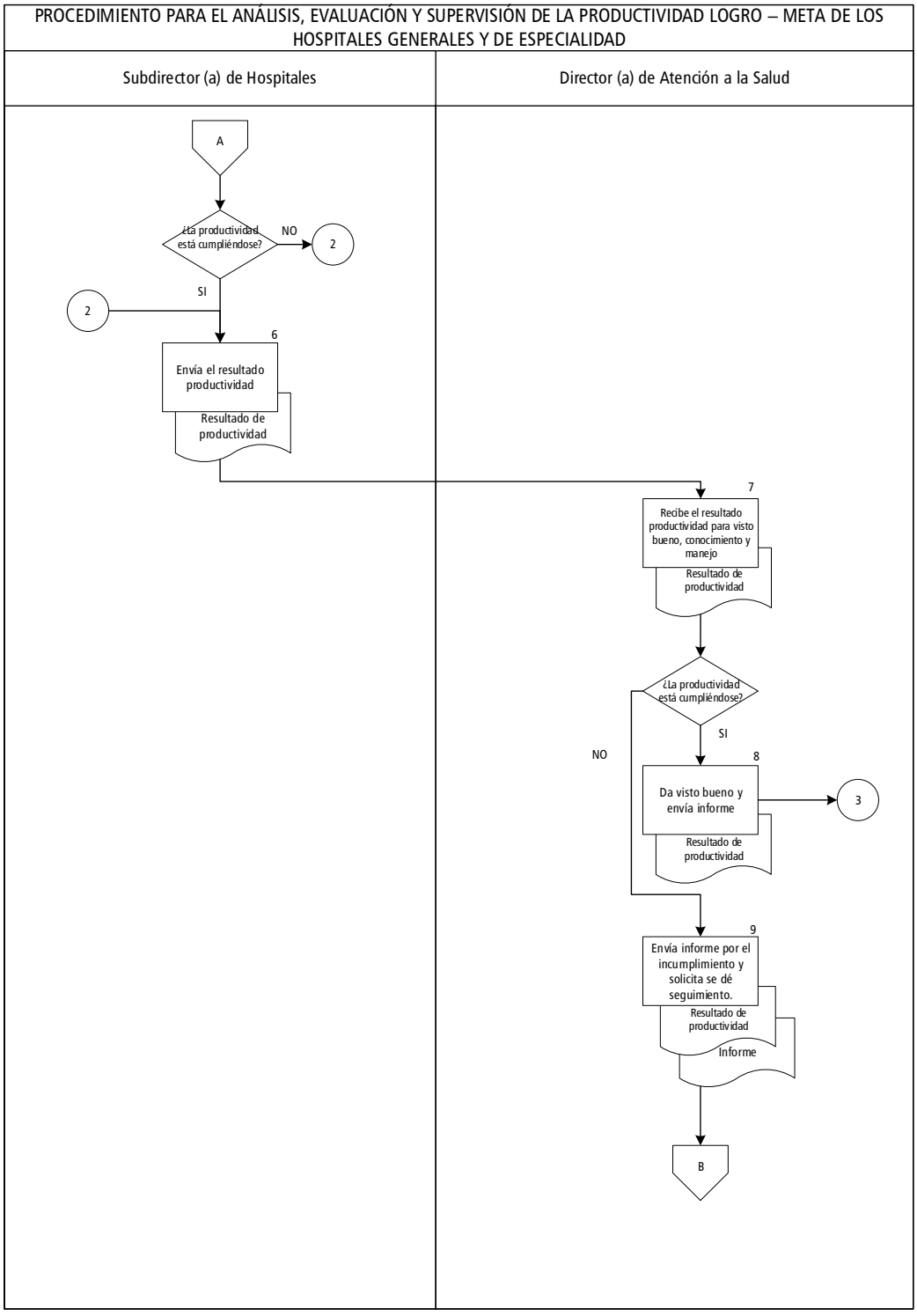
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad	Obtiene información SIS y SAEH de la plataforma DGIS para medir la productividad de Hospitales Generales y de Especialidad. Nota: Dicha información se concentra en el tablero de indicadores.	SIS SAEH Tablero de indicadores
2	Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad	Analiza la información y comportamiento de productividad de los Hospitales Generales y de Especialidad. ¿Existen inconsistencias en rezago de la productividad? Si: Continúa en actividad 3. No: Continúa en actividad 4.	SIS SAEH Tablero de indicadores
3	Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad	Determina la alternativas solución por inconsistencia en rezago de la productividad de los Hospitales Generales y de Especialidad y envía. Nota: Programa aplicar dichas soluciones para el siguiente periodo de medición.	Tablero de indicadores Resultado de productividad
4	Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad	Envía el resultado de productividad a la Subdirección de Hospitales. Nota: Lo envía en medio físico y en electrónico.	Resultado de productividad
5	SubDirector/a de Hospitales	Recibe el resultado de productividad de Hospitales Generales y de Especialidad para revisión y validación. ¿La productividad está cumpliéndose? Si: Continúa en actividad 6. No: Continúa en actividad 6.	Tablero de indicadores. Resultado de productividad.
6	SubDirector/a de Hospitales	Envía el resultado de la información de la productividad a la Dirección de Atención a la Salud. Nota: Si la productividad no está cumpliéndose, Dirección De atención a	Resultado de productividad

		la Salud debe estar enterado de la situación.	
7	Director/a de Atención a la Salud	Recibe el resultado de la información de la productividad para visto bueno, conocimiento y manejo. ¿La productividad está cumpliéndose? SI: Continúa en actividad 9. No: Continúa en actividad 10.	Resultado de productividad
8	Director/a de Atención a la Salud	Da visto bueno y envía informe. **Fin de procedimiento.**	Resultado de productividad
9	Director/a de Atención a la Salud	Envía informe por el incumplimiento y solicita se dé seguimiento.	Resultado de productividad Informe.
10	SubDirector/a de Hospitales	Recibe informe y lo remite al Departamento de Hospitales Generales y de Especialidad para su aplicación y cumplimiento de las alternativas.	Resultado de productividad Informe.
11	Jefe/a del Departamento de Hospitales Generales y Especialidad	Recibe informe de resultados para su aplicación.	Resultado de productividad Informe
Fin del procedimiento			

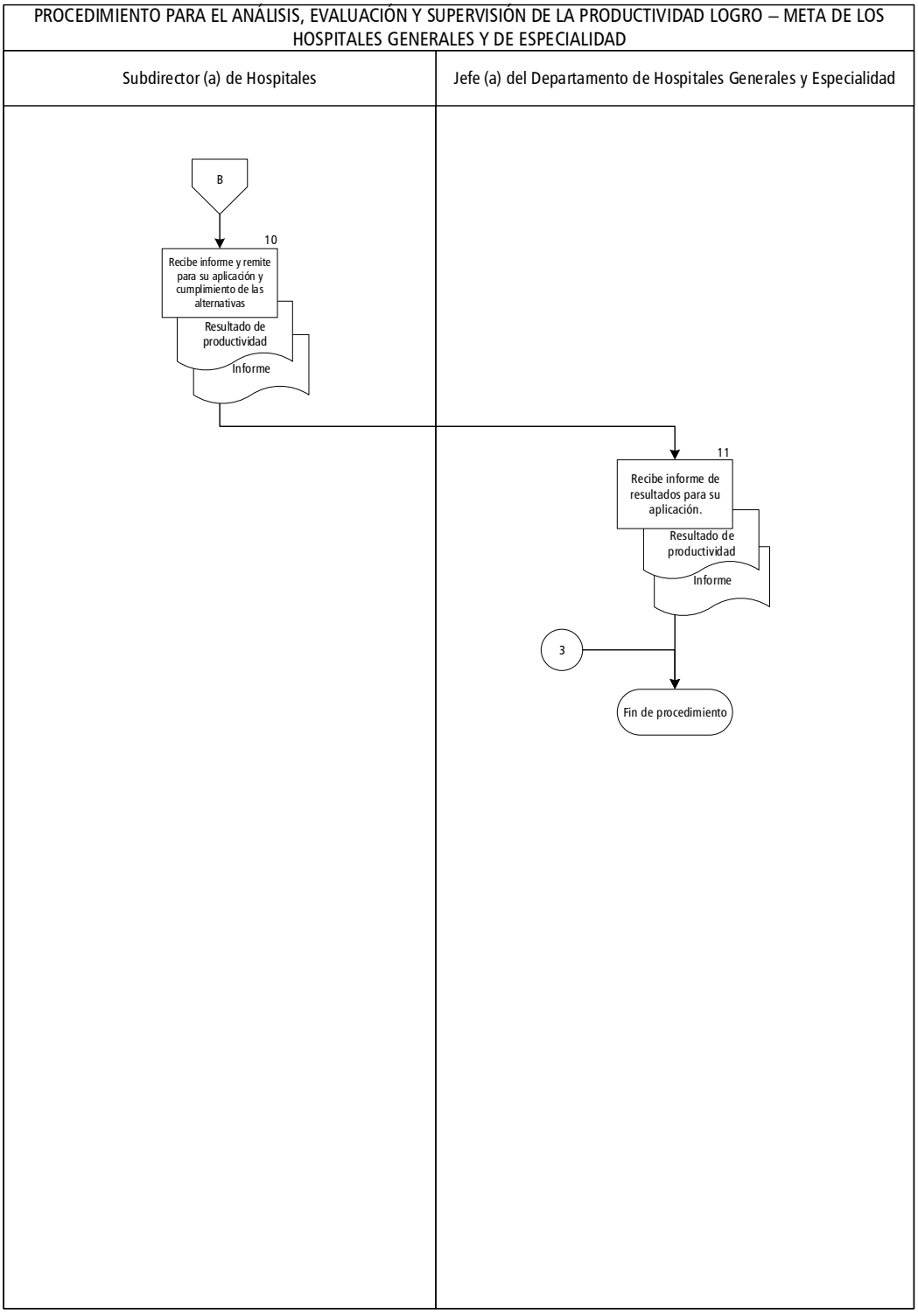
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD.



PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD



PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD



7.9.2. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alfonso Tepanecatl García **Jefe del Departamento de Hospitales Comunitarios** **ATG (DHC)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Analizar la productividad mensual en relación a meta – logro de los Hospitales Comunitarios mediante indicadores de productividad.

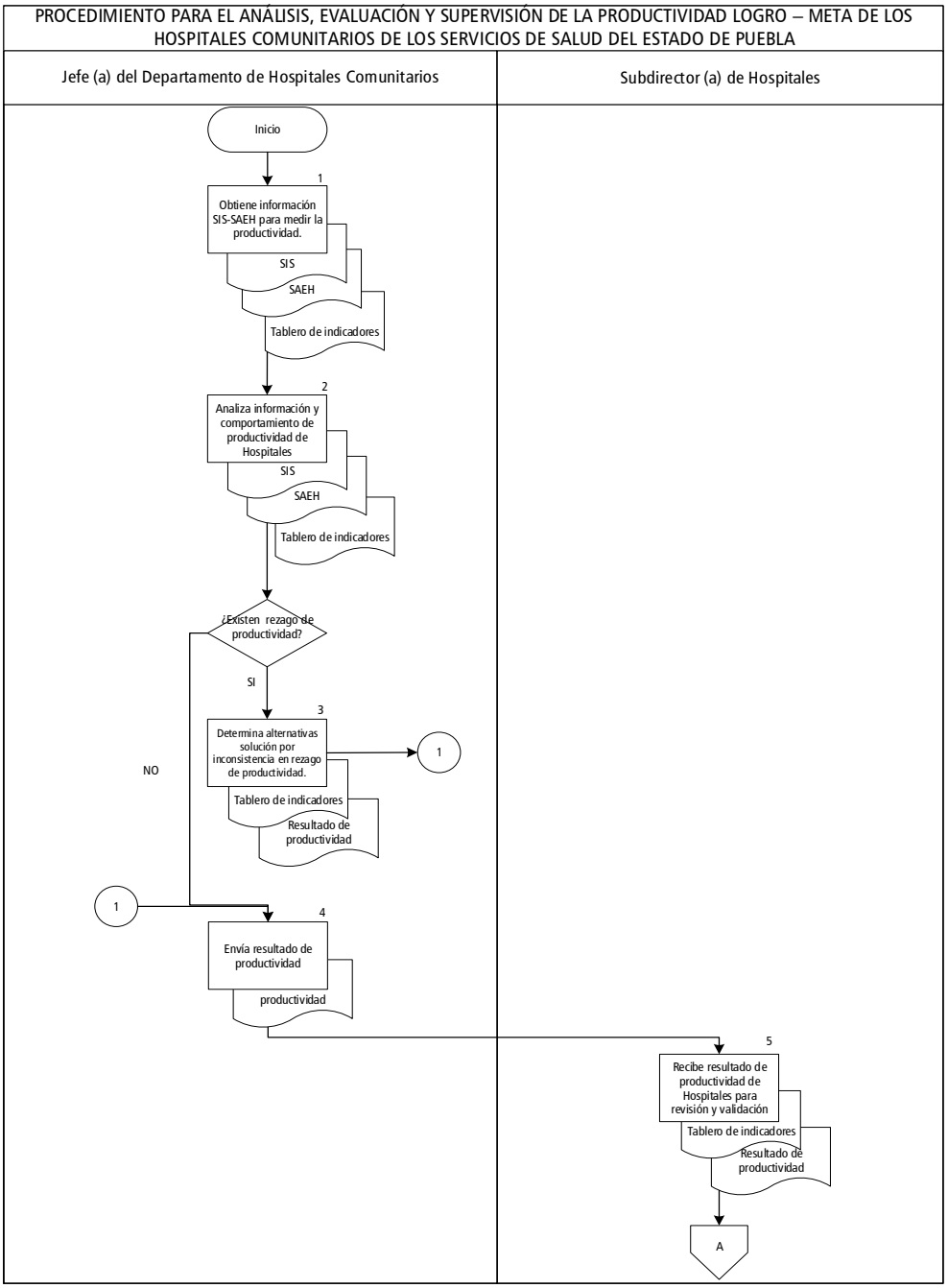
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programa Anual de Metas e Indicadores para los Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Indicadores Hospitalarios de la Dirección General de Evaluación de Desempeño. 3. Reporte de plataforma de cubos de DGIS Federal http://pda.salud.gob.mx/cubos/. 4. Subsistema de Egresos Hospitalarios (SAEH). Políticas de Operación: La productividad de los Hospitales Comunitarios es analizada y evaluada en relación a la meta programada (Programa Anual de Metas e Indicadores).
Responsables	Departamento de Hospitales Comunitarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Todos los Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	SIS, SAEH, Tablero de indicadores, Resultado de productividad, informe
Glosario	PMI: Programa Anual de Metas e Indicadores. DGIS: Dirección General de Información en Salud. SAEH: Subsistema de Información de Egresos Hospitalarios.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

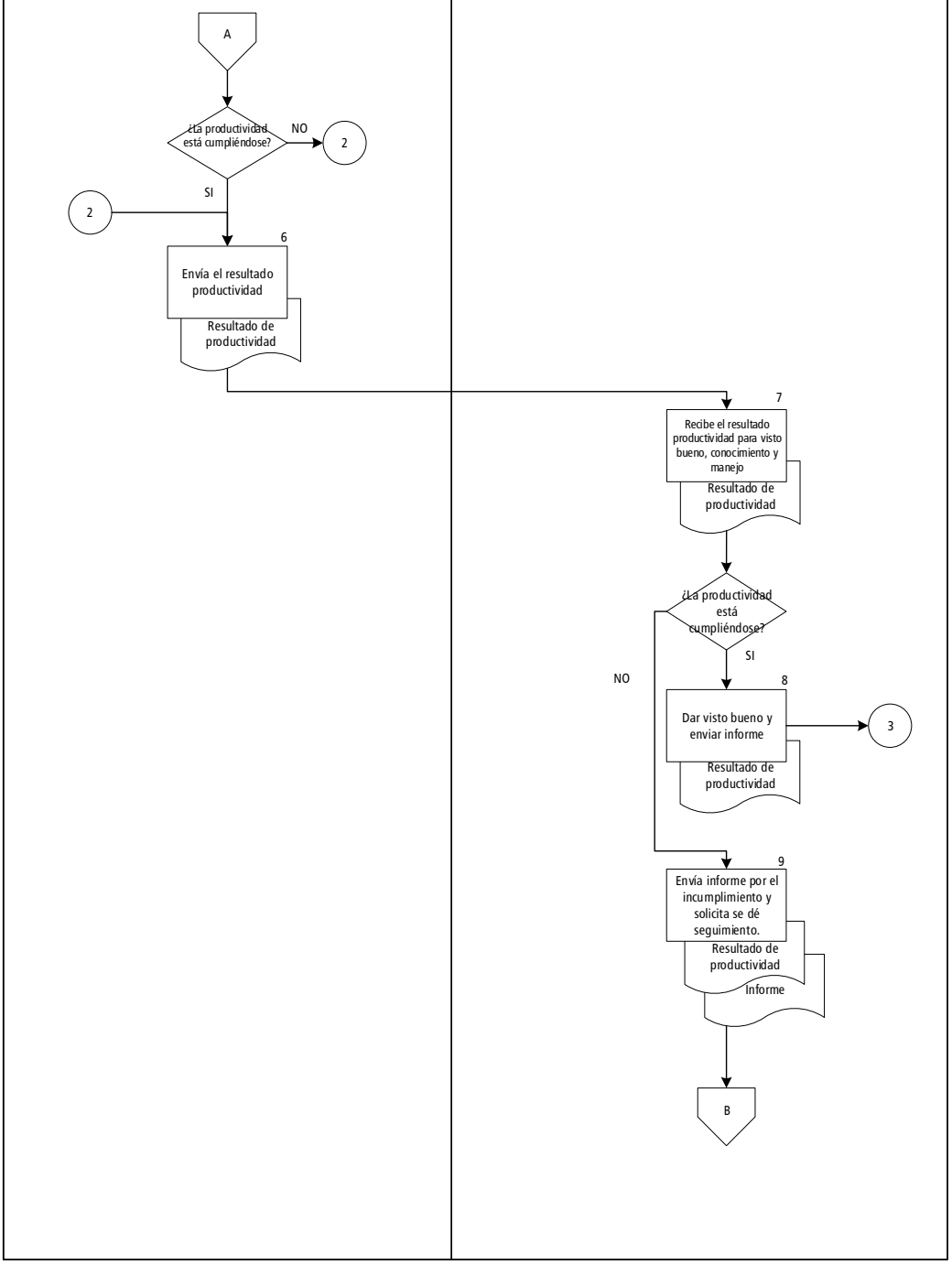
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Obtiene información SIS y SAEH de la plataforma DGIS para medir la productividad de Hospitales Generales y de Especialidad. **Nota:** Dicha información se concentra en el tablero de indicadores.	SIS SAEH Tablero de indicadores
2	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Analiza la información y comportamiento de la productividad de los Hospitales Generales y de Especialidad.	SIS SAEH Tablero de indicadores
3	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	¿Existen inconsistencias en rezago de la productividad? Si: Continúa en el paso 4. No: Continúa en el paso 5.	Tablero de indicadores
4	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Determina la alternativa solución por inconsistencia en rezago de la productividad de los Hospitales Generales y de Especialidad, posteriormente envía.	SIS SAEH Tablero de indicadores
5	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Envía el resultado de la productividad a la Subdirección de Hospitales.	Resultado de productividad
6	Subdirector/a de Hospitales.	Recibe el resultado de la productividad de Hospitales Generales y de Especialidad para revisión y validación. ¿La productividad está cumpliéndose? Si: Continúa en actividad 7. No: Continúa en actividad 7.	Tablero de indicadores Resultado de productividad

	Subdirector/a de Hospitales.	Envía el resultado de la información de la productividad a la Dirección de Atención a la Salud.	Resultado de productividad
8	Director/a de Atención a la Salud.	Recibe el resultado de la información de la productividad para visto bueno, conocimiento y manejo. ¿La productividad está cumpliéndose? SI: Continúa en actividad 9. No: Continúa en actividad 10.	Resultado de productividad
9	Director/a de Atención a la Salud.	Dar visto bueno y enviar informe. **Fin de procedimiento.**	Resultado de productividad
10	Director/a de Atención a la Salud.	Envía informe por el incumplimiento y solicita se dé seguimiento.	Resultado de productividad. Informe.
11	Subdirector/a de Hospitales.	Recibe informe y lo remite al Departamento de Hospitales Generales y de Especialidad para su aplicación y cumplimiento de las alternativas.	Resultado de productividad. Informe.
12	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Recibe informe de resultados para su aplicación.	Resultado de productividad. Informe.
Fin del procedimiento			

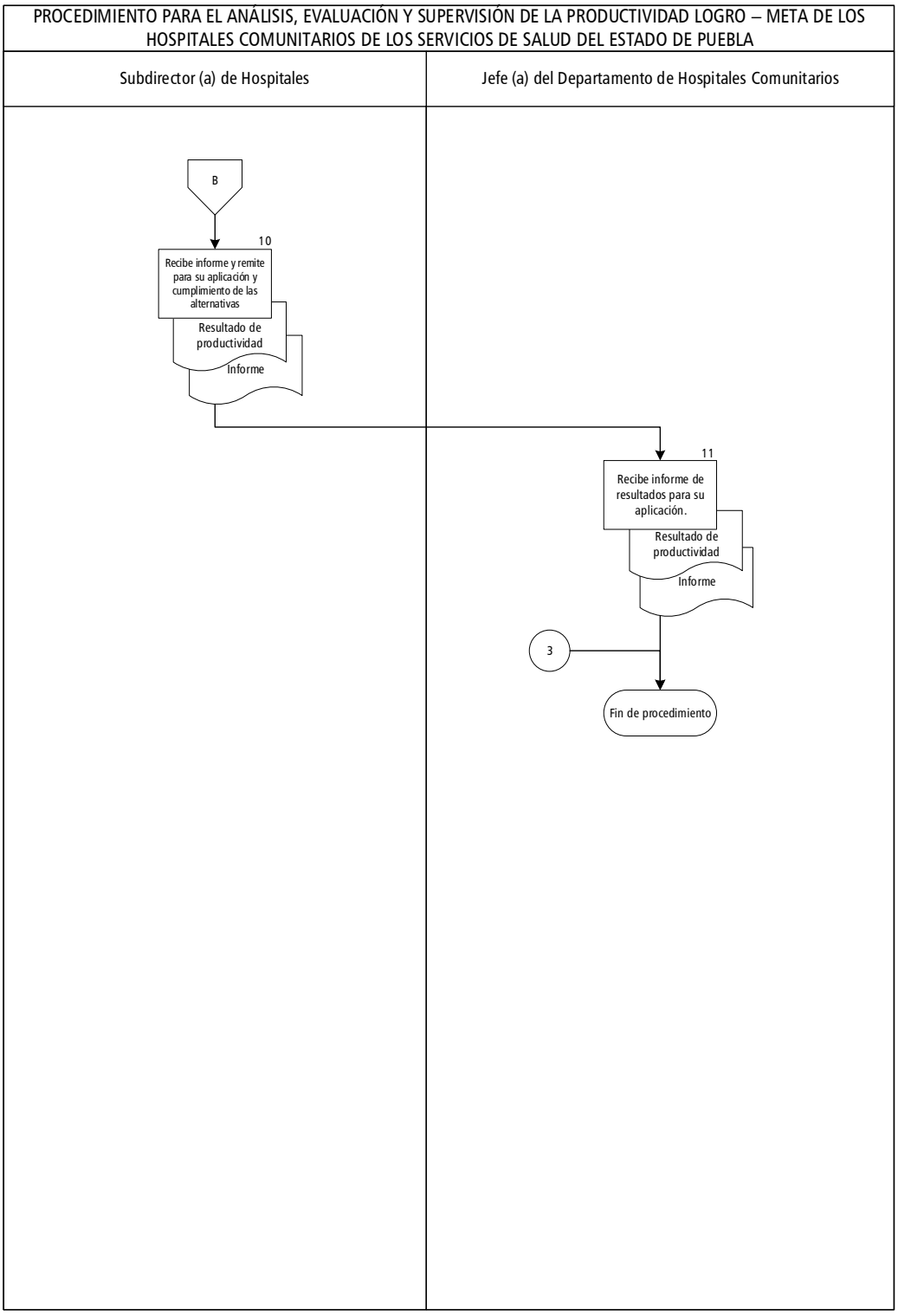
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.



PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LOGRO – META DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



7.9.3. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 2 días por unidad

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alfonso Tepanecatl García **Jefe del Departamento de Hospitales Comunitarios** **ATG (DHC)** **Octubre 2018**	**Victor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar acciones de supervisión directa de los procedimientos de atención medica basados en la aplicación de las normas oficiales de salud y manuales de procedimientos en relación al desempeño de los Hospitales Comunitarios.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Indicadores Hospitalarios de la Dirección General de Evaluación de Desempeño. 2. Reporte de plataforma de cubos de DGIS Federal http://pda.salud.gob.mx/cubos/. 3. Subsistema de Egresos Hospitalarios (SAEH). Políticas de Operación: 1. Supervisión directa de los procedimientos de atención medica basados en la aplicación de las normas oficiales de salud y manuales de procedimientos de hospitales.
Responsables	Departamento de Hospitales Comunitarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Todos los Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Cédula de acreditación, Tablero de indicadores, Normas Oficiales Mexicanas, Manuales de Procedimientos y protocolos de manejo, Minuta de Reunión, Informe.
Glosario	DGIS: Dirección General de Información en Salud. SAEH: Sub sistema de Información de Egresos Hospitalarios. NOM: Norma Oficial Mexicana.

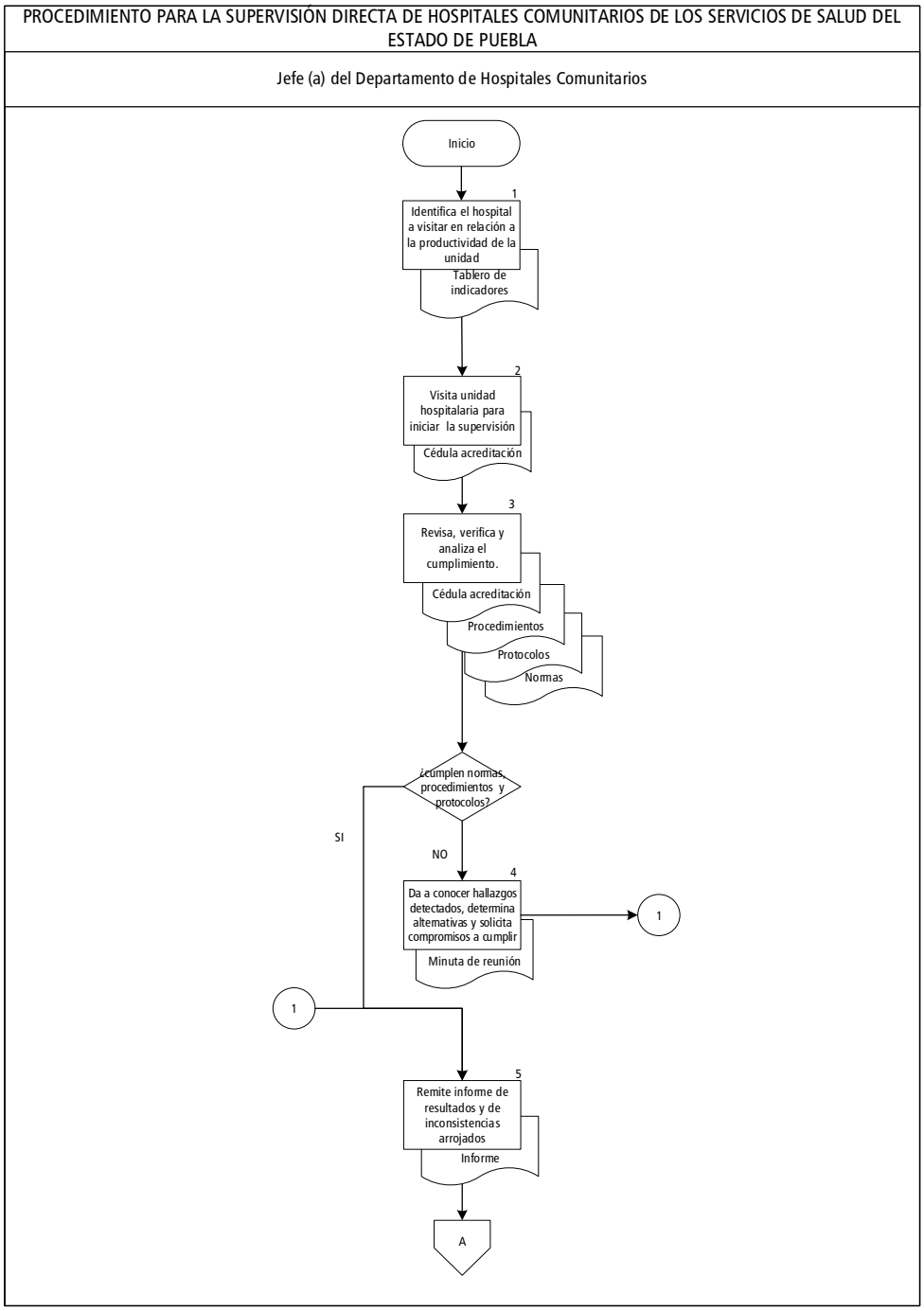
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Identifica el hospital a visitar en relación a incidencias en el comportamiento del desempeño administrativo y/o productivo de la unidad.	Tablero de indicadores
2	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Visita la unidad hospitalaria y se presenta con el cuerpo directivo para dar inicio de la supervisión. **Nota:** Deberá documentar sus hallazgos en la cédula de acreditación.	Cédula de acreditación.
3	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Revisa, verifica y analiza el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas junto con los respectivos Manuales de procedimientos y protocolos de manejo. ¿Cumplen las normas, procedimientos y protocolos? Si: Continuar en actividad 5. No: Continuar en actividad 4. **Nota:** Deberá documentar todos los hallazgos en la cédula de acreditación.	Cédula de acreditación. Normas Oficiales Mexicanas. Manuales de Procedimientos. Protocolos de manejo.
4	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Da a conocer los hallazgos detectados (inconsistencias) en la supervisión, determina alternativas de solución y solicita compromisos a cumplir en tiempo y forma por la unidad hospitalaria. **Nota:** Dicho acuerdos y compromisos se documentan por medio de una minuta de reunión. **Nota**: Deberá remitir a Subdirección de Hospitales.	Minuta de Reunión. Informe.
5	Jefe/a del Departamento de Hospitales Comunitarios	Remite informe de resultados y de inconsistencias arrojados de la supervisión para conocimiento a la Subdirección de Hospitales.	Informe.
6	Subdirección de Hospitales	Recibe informe de resultados, así como el de inconsistencias y lo remite	Informe. Minuta de

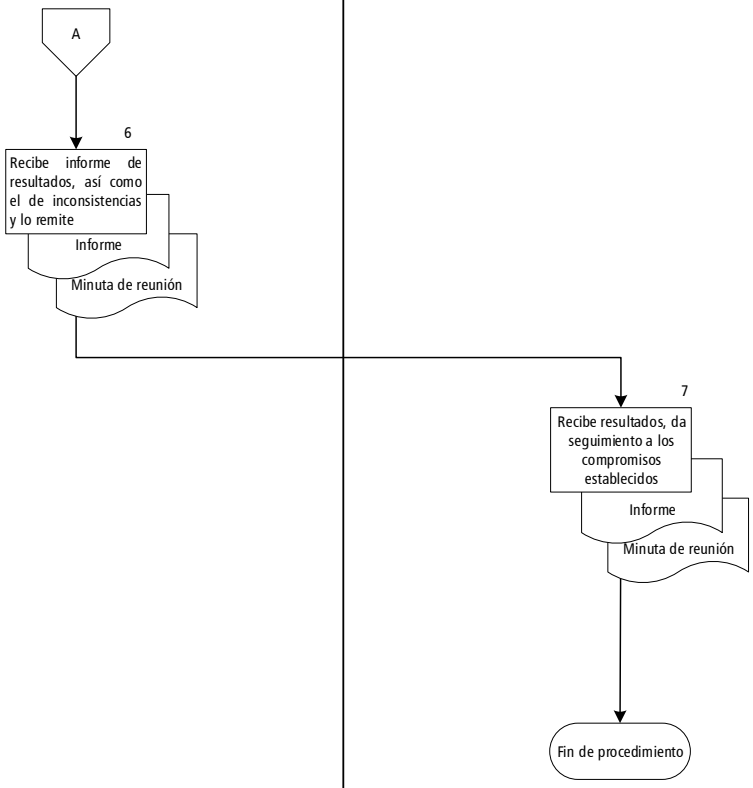
		a la Dirección de Atención a la Salud. **Nota:** el cumplimiento (acuerdos y compromisos) de las inconsistencias encontradas quedan establecidos en la minuta re reunión.	Reunión.
7	Dirección de Atención a la Salud.	Recibe informe de resultados para su pleno conocimiento y da seguimiento al cumplimiento de los acuerdos y compromisos establecidos.	Informe. Minuta de Reunión.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.



PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE HOSPITALES COMUNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Subdirección de Hospitales	Dirección de Atención a la Salud.



7.9.4. PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES PROVENIENTES DEL ÁREA DE SANGRADO DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y/O DONACIÓN ALTRUISTA.

Tiempo Promedio: 180 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Victor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Unificar los criterios técnicos para la realización de todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro Estatal de Medicina Transfusional para minimizar los errores, que son responsabilidad del personal que labora en él, logrando con ello garantizar la calidad de los productos y/o servicios que se brinda a la población en general.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero 2013.
2. NOM-253-SSA1-2012 con fundamento en los artículos 3° Fracción XXXVI, 13 apartado a Fracción 1;313, 330, 331, 332 y 335 de la Ley General de Salud. Artículos 38 Fracción II, 40 Fracción XI, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4°, 20, 42, 43, 48 Fracción VI, 53 y 54 del
3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
4. ISO 9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
2. El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
   a. No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
   b. Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
   c. Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
   d. Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
   e. No mezclar ácidos con el cloro.
   f. No lavar trastes en cualquier tarja.
   g. Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
   h. Quitarse la bata al salir del área de laboratorio.
   i. Mantener el área limpia y ordenada.

Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	Sangre total: Unidad entre 410-480 ml de sangre obtenida de donadores a través de una flebotomía. Sangre segura o estudiada: Sangre o hemocomponente cuyo resultado es negativo para las pruebas serológicas que exige la norma: Hepatitis C, Hepatitis B, VIH, Sífilis, Brucilla y Chagas. CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES PROVENIENTES DEL ÁREA DE SANGRADO DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y/O DONACIÓN ALTRUISTA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal del Área de Sangrado	Transfiere y coloca en condiciones adecuadas y de manera ordenada las unidades de sangre fresca recolectadas en el área de sangrado del CETS, al área de fraccionamiento y conservación. **Nota:** Las unidades servirán para la obtención de los diferentes	S/D

		componentes sanguíneos.	
2	Personal del Área de Fraccionamiento	Verifica que las unidades de sangre a fraccionar cumplan con los requisitos. ¿Las unidades cumplen con los requisitos? Si: Continuar en la actividad 3. No: Continuar con actividad 4.	S/D
3	Personal del Área de Fraccionamiento	Anota la fecha en la libreta de fraccionamiento y llena los datos de las unidades de sangre. **Nota**: La unidad de sangre debe contener los siguientes datos con letra clara y legible: ➢ Nombre completo del donador. ➢ Fecha de extracción. ➢ No. de unidad. ➢ Grupo sanguíneo. ➢ Volumen de la sangre obtenida. ➢ Hb y Hto. ➢ Hora de inicio y final de sangrado, y nombre del flebotomista. ¿Se identificó todas las unidades de sangre? Si: Continuar con actividad 6. No: Continuar con actividad 5.	Libreta de fraccionamiento
4	Personal del Área de Fraccionamiento	Acude al flebotomista en caso de duda o ilegibilidad para solicitar la aclaración y así identificar adecuadamente la unidad de sangre, posteriormente anota los correspondientes datos.	S/D
5	Personal del Área de Fraccionamiento	Corrobora el volumen de cada unidad recibida. **Nota:** Para ello es necesario: ➢ Pesar la unidad en la balanza digital del área de fraccionamiento.	S/D

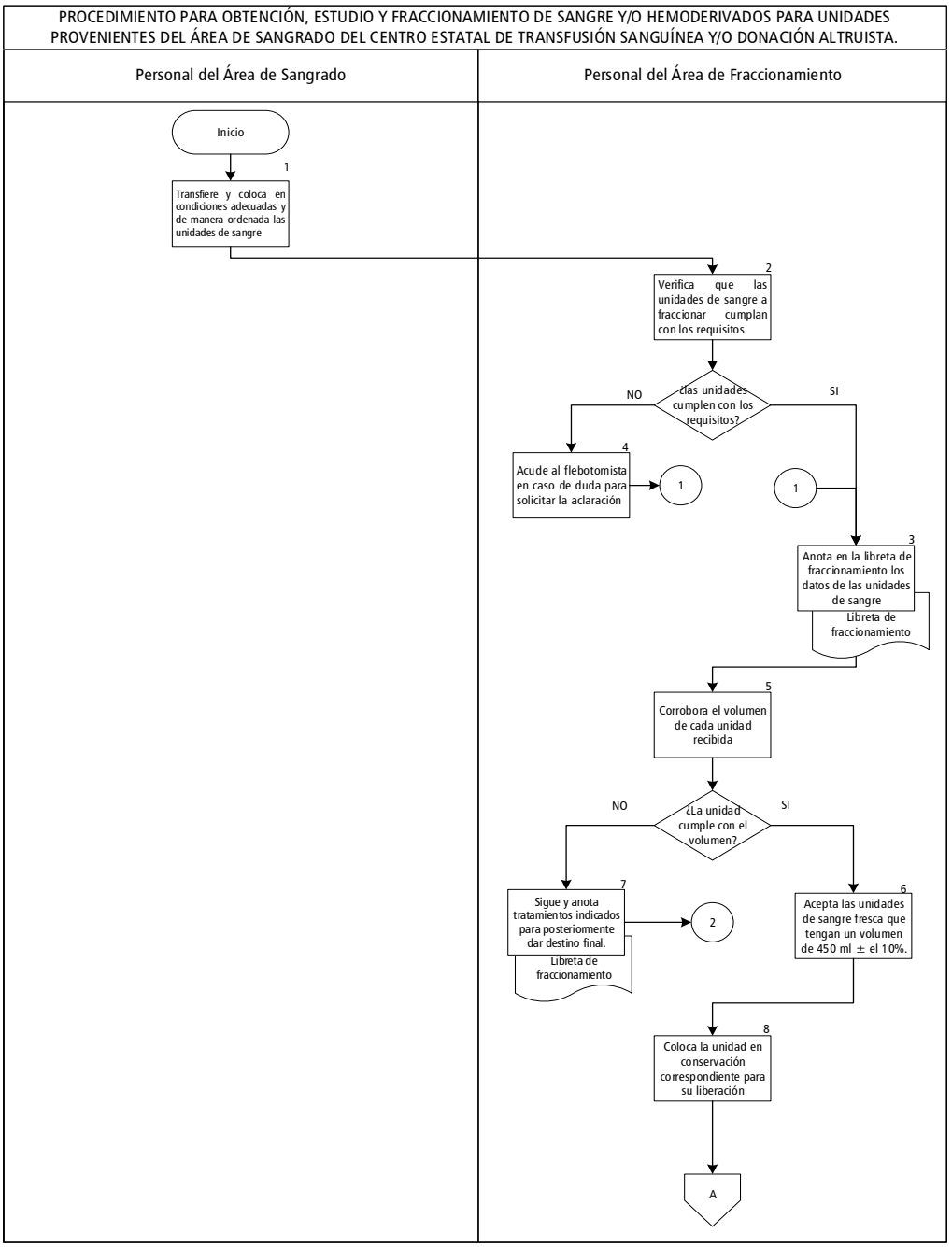
		➢ Auxiliarse de la Especificación de Peso-Volumen para Unidades de Sangre y Componentes. ➢ Relacionar el valor del peso obtenido con el volumen sanguíneo correspondiente a cada valor. ➢ Tomar en cuenta para este cálculo, el tipo de bolsa y anticoagulante de las unidades enviadas. ¿La unidad de sangre cumple con el volumen requerido? Si: Continuar con actividad 6. No: Continuar con actividad 7.	
6	Personal del Área de Fraccionamiento	Acepta las unidades de sangre fresca que tengan un volumen de 450 ml ± el 10%. Nota**:** Los requisitos para la aceptación del volumen son los siguientes: ▪ Para C. E. en SAG-M debe tener un volumen mínimo de 250ml. y máximo de 350 ml. y estar libre de coágulos. ▪ Para C.E. en CPDA-1 debe tener un volumen mínimo de 230mL y máximo de 330mL y estar libre de coágulos. ▪ Para P.F. y P.E. o PFD6H, tener un volumen de ≥140mL si se obtienen plaquetas y si no se procesan las plaquetas el volumen debe ser ≥200mL. ▪ Para validación de C.P., tener un volumen ≥40mL. ▪ Para CRIÓ, tener un volumen ≤10 ml.	S/D
7	Personal del Área de Fraccionamiento	Seguir el tratamiento indicado.	Libreta de fraccionamiento

		Nota: Aplica para la unidad de sangre que no reúne un volumen dentro del intervalo de 405 - 495 ml, realizar lo siguiente: ➢ Anota en el registro de Fraccionamiento como "Producto no Conforme" ➢ Para las unidades que tengan volumen de 300 a 404 ml: fracciona el concentrado eritrocitario, y a los demás componentes les da destino final. ➢ Para las unidades de sangre menor a 300 ml de igual manera se da destino final. **Fin de procedimiento**	de unidades
8	Personal del Área de Fraccionamiento	Coloca la unidad en el sitio de conservación correspondiente para su posterior liberación. **Nota:** Las unidades de sangre liberadas deberán estar libres de coágulos y ser sistema cerrado con el tubo colector bien purgado. **Nota:** Para su temporal conservación se colocan en el apartado "sangre total para fraccionar", si éstas no se fraccionan de manera inmediata.	S/D
9	Personal del Área de Fraccionamiento	Prepara las unidades a temperatura ambiente, de 40 min a 1 hora o más, con el fin de atemperar la unidad evitando la hemolisis al momento de fraccionar y obtiene un plasma limpio. **Nota:** En caso de unidades con cpda-1 el reposo ayuda a obtener un buen rendimiento plaquetario. **Nota:** esto se realiza en aquellas unidades de sangre recolectadas en bolsas triples o cuádruples CPDA-1 y	S/D

		SAGM destinadas para la obtención de plaquetas.	
10	Personal del Área de Fraccionamiento	Coloca las unidades en las camisas nivelándolas con la ayuda de la balanza de doble plato, posteriormente somete las unidades al proceso de centrifugación de acuerdo a las condiciones establecidas por el área de control de la calidad.	S/D
11	Personal del Área de Fraccionamiento	Fracciona la unidad sin exceder preferentemente más de 6 horas a partir de su recolección. **Nota:** Fracciona las unidades con la ayuda de los fraccionadores automatizados ya verificados. **Nota**: Para la separación de sangre y obtención de sus componentes se deben ejecutar los siguientes instructivos: ▪ Instructivo para la Obtención de Concentrado Eritrocitario y Plasma Envejecido. ▪ Instructivo para la Obtención de Concentrado Eritrocitario y Plasma Rico en Plaquetas a partir de Sangre Completamente Fresca. ▪ Instructivo para la Obtención de Concentrado Plaquetario a partir de Plasma Rico en Plaquetas. ▪ Instructivo para la Obtención de Factor VIII a partir de Plasma Fresco. ▪ Instructivo para la Preparación de Fracciones Pediátricas de Concentrado Eritrocitario y Plasma Fresco Congelado. ▪ Instructivo para la Preparación de Pool de Factor VIII. Instructivo para la Reconstitución de	S/D

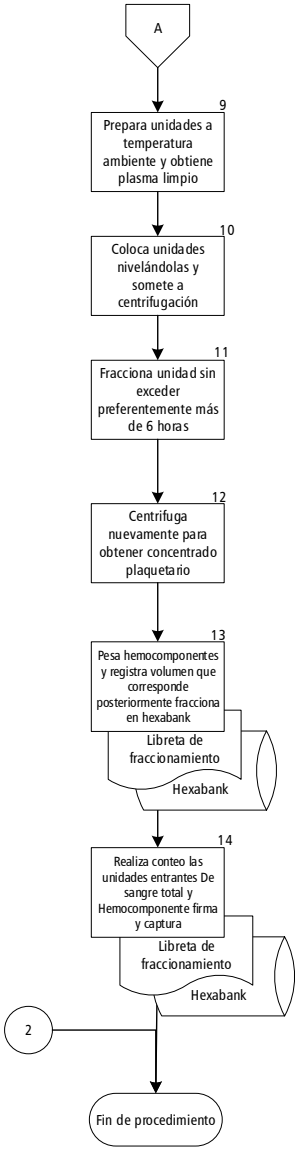
		Sangre Fresca.	
12	Personal del Área de Fraccionamiento	Centrifuga nuevamente para obtener el concentrado plaquetario. **Nota:** Para el caso de bolsas en SAG-M después de la primera centrifugación el buffy coat se deja reposar mínimo 2 horas.	S/D
13	Personal del Área de Fraccionamiento	Pesa cada uno de los hemocomponentes y anota en la libreta de fraccionamiento el volumen que corresponde y fracciona en el sistema hexabank todos los hemocomponentes, ingresando el volumen correspondiente.	Libreta de fraccionamiento de unidades. Hexabank
14	Personal del Área de Fraccionamiento	Realiza el conteo de todas las unidades entrantes como sangre total y como hemocomponentes y firma en la parte inferior el personal que fracciona e ingresa los datos en el sistema de cómputo.	Libreta de fraccionamiento de unidades. Hexabank
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES PROVENIENTES DEL ÁREA DE SANGRADO DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y/O DONACIÓN ALTRUISTA.



PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES PROVENIENTES DEL ÁREA DE SANGRADO DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y/O DONACIÓN ALTRUISTA.

Personal del Área de Fraccionamiento



7.9.5. PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS PARA UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES PROVENIENTES DE OTROS BANCOS DE SANGRE.

Tiempo Promedio: 180 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Victor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Unificar los criterios técnicos para la realización de todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro Estatal de Medicina Transfusional para minimizar los errores, que son responsabilidad del personal que labora en él, logrando con ello garantizar la calidad de los productos y/o servicios que se brinda a la población en general.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero 2013.
2. NOM-253-SSA1-2012 con fundamento en los artículos 3° Fracción XXXVI, 13 apartado a Fracción 1;313, 330, 331, 332 y 335 de la Ley General de Salud. Artículos 38 Fracción II, 40 Fracción XI, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4°, 20, 42, 43, 48 Fracción VI, 53 y 54 del
3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
4. ISO 9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
2. El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
    a. No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
    b. Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
    c. Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
    d. Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
    e. No mezclar ácidos con el cloro.
    f. No lavar trastes en cualquier tarja.
    g. Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
    h. Quitarse la bata al salir del área de laboratorio.
    i. Mantener el área limpia y ordenada.

Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Formato de recepción y evaluación de unidades y/o muestras de sangre y suero.
Glosario	Sangre total: Unidad entre 410-480 ml de sangre obtenida de donadores a través de una flebotomía. Sangre segura o estudiada: Sangre o hemocomponente cuyo resultado es negativo para las pruebas serológicas que exige la norma: Hepatitis C, Hepatitis B, VIH, Sífilis, Brucilla y Chagas. CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES PROVENIENTES DE OTROS BANCOS DE SANGRE.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de Puestos de Sangrado	Identifica adecuadamente las unidades provenientes de puestos de sangrado de otros bancos de sangre, agrega la fecha de caducidad, la prueba de pre-donación de *brucella*, excluyendo el No. de ID y el nombre del flebotomista.	N/A
2	Personal de	Selecciona un equipo	Formato de Recepción y

	Puestos de Sangrado	transportador con termómetro de mercurio, que permita monitorear la temperatura de las unidades durante el traslado. Mantener a temperatura de 2°C a 10 °C durante el traslado de S.T. y/o fresca y las muestras. Nota: Se utiliza refrigerantes para su conservación.	Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero
3	Personal de Puestos de Sangrado	Verifica se envíen las muestras (de suero) y unidades de sangre a biología molecular y al CETS (para el área de fraccionamiento). Nota: En el caso de Tehuacán, Teziutlán y Hospital General del Norte, sólo enviaran muestras de suero y muestras para biología molecular en el formato de recepción y evaluación de muestras Nota: Toda unidad de sangre o muestra se debe registrar adecuadamente y con letra legible.	Formato de recepción. Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero.
4	Personal del Área de Fraccionamiento	Recibe e inspecciona de forma visual las unidades y verifica que el etiquetado sea completo e incluya lo siguiente: • La razón social de la institución. • Número de unidad. • Nombre completo del disponente. • Fecha de extracción y caducidad. • Identificación del grupo ABO y factor Rh. • Resultado de las pruebas de detección de los diferentes	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero

		marcadores vírales que marca la NOM-253-SSA1-2012. • Tipo de componente. • Volumen real. • Temperatura de conservación. • Hb y Hto, si se trata de un CE.	
5	Personal del Área de Fraccionamiento	Registra y anota la temperatura del termómetro laser, el nombre de quién recibe, la fecha y la hora en el Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o de muestras. **Nota:** Hacer incidir la luz del láser entre las unidades de sangre y/o componentes sanguíneos a una distancia aproximada de 10 a 20 cm.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero
6	Personal del Área de Fraccionamiento	Ordena las unidades de sangre por número de unidad de menor a mayor y de acuerdo al orden relacionado en el formato.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y Suero
7	Personal del Área de Fraccionamiento	Corrobora que los datos de cada unidad coincidan con lo descrito en el formato de Recepción. ¿Los datos coinciden correctamente? Si: Continúa en la actividad 9. No: Continúa en la actividad 8.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y Suero
8	Personal del Área de Fraccionamiento	Comunicarse (vía telefónica) con el responsable del envío del puesto de sangrado para solicitar la información pertinente y realizar las correcciones que correspondan y así anotar las observaciones en el Formato de	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y Suero

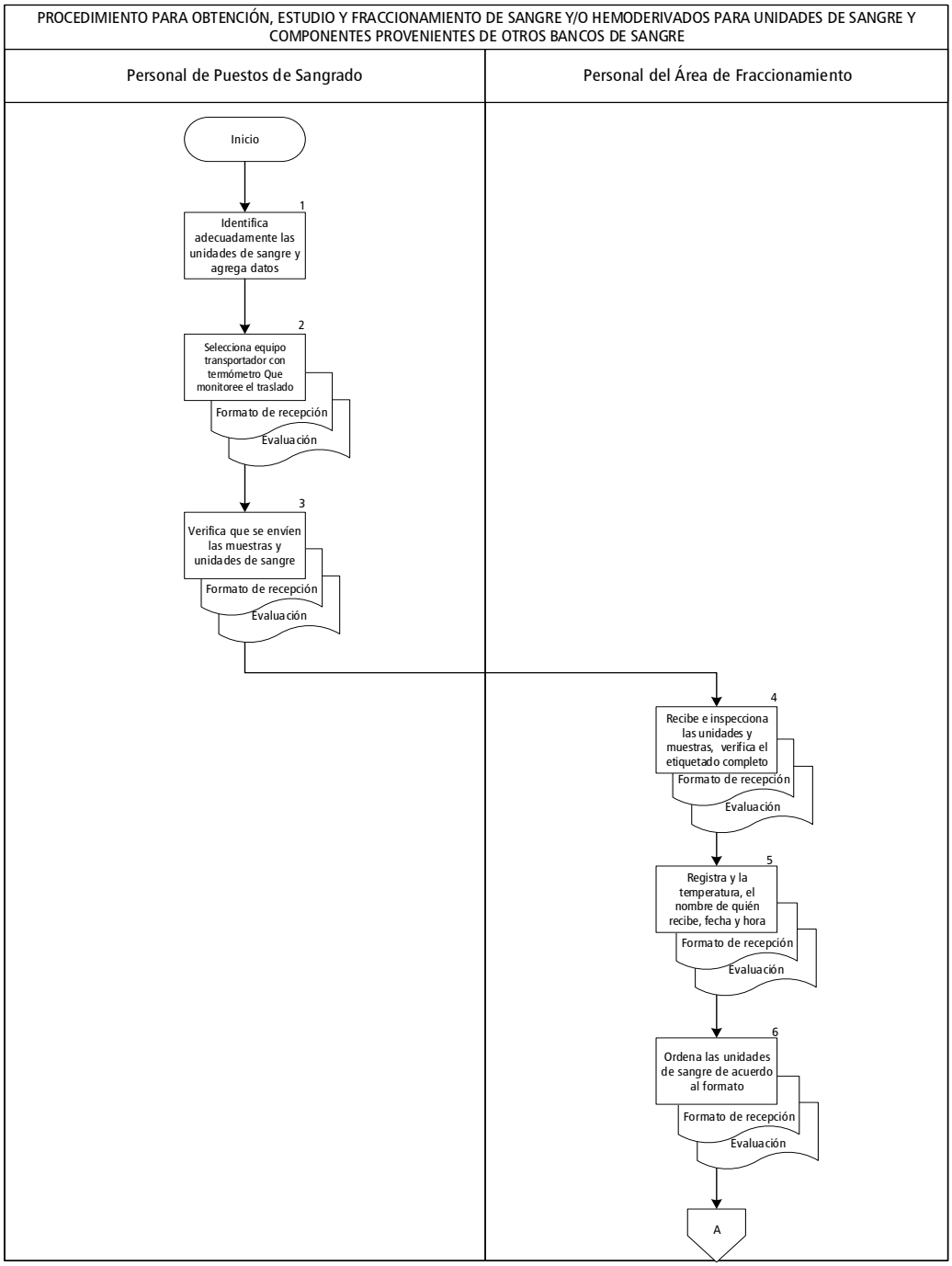
		Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre (en original y copia) para finalmente hacer la firma de recibido.	
9	Personal del Área de Fraccionamiento	Firma de recibido.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y Suero
10	Personal del Área de Fraccionamiento	Calcula nuevamente la fecha de caducidad para cada una de ellas, de acuerdo al tipo de anticoagulante utilizado y referido en la bolsa recolectora, con base a la fecha de extracción de la unidad o unidades enviadas. ¿Coincide con lo registrado en el formato? Si: Continúa en la actividad 12. No: Continúa en actividad 11.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y Suero
11	Personal del Área de Fraccionamiento	Realiza la corrección de la unidad al formato y anota en el rubro de observaciones del Formato de Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre y de muestras (en original y copia), posteriormente determina el volumen.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y Suero
12	Personal del Área de Fraccionamiento	Determina el volumen sanguíneo e inspección física de las unidades. **Nota:** Cuando se trate de una unidad autóloga, dirigida, o de grupo poco frecuente con volumen ≥300 ml, fracciona con previa autorización del/la Coordinador/a de Laboratorio de Banco de Sangre. **Nota:** Utiliza el Concentrado	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero

		Eritrocitario, sólo si éste cuenta con un volumen ≥230 en CPDA y ≥250 ml si es de SANG-M. **Nota:** Da destino final al plasma remanente. Anota el volumen en el Formato de Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre, así como el tiempo de inicio y final de sangrado de cada unidad. **Nota:** Separa y coloca aquellas unidades que no cumplan con los requisitos de volumen y características físicas en el recipiente "Unidades No Conformes", para su destino final. Anota en el Formato de Recepción y Evaluación de unidades de sangre.	
13	Personal del Área de Fraccionamiento	Corrobora el grupo sanguíneo y el factor Rh de cada unidad enviada al CETS como sigue: ▪ Obtiene del tubo piloto de la unidad, un segmento de aproximadamente 3 a 5 cm con ayuda del sellador eléctrico. ▪ Realiza la determinación e interpretación del grupo sanguíneo de la unidad, siguiendo los Métodos para la Determinación del Sistema ABO y para la Determinación del Sistema Rh respectivamente. ▪ Verifica que el grupo determinado sea el grupo registrado en la unidad y el Formato de Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre. En caso contrario,	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero

		corregir la unidad anotando el grupo sanguíneo correcto. En el rubro de observaciones del Formato de Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre, anotar el hallazgo, tratando de prevenir futuros errores.	
14		Anota en el Formato de Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre la fecha, hora de llegada del envió al CETS y nombre del químico responsable de la recepción.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero
15		Entrega el equipo termo aislante y la copia del Formato de Recepción y Evaluación de Unidades de Sangre al personal encargado del transporte.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero
16		Rotula la unidad de sangre o componente con el número de unidad consecutivo asignado por el CETS, anota dicho número en Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero a cada unidad registrada según corresponda. Una vez revisado cada una de las unidades y las muestras.	Formato de Recepción y Evaluación de Unidades y/o muestras de Sangre y suero/Libro de Ingresos y Egresos del Banco de Sangre
17		Ingresa las unidades de sangre total y/o fresca en el libro de ingresos y egresos del banco de sangre, en el sistema de cómputo del banco y en el registro de fraccionamiento. **Nota:** Etiqueta las unidades colocándolas en la parte superior	Libro de Ingresos y Egresos del banco de sangre/Hexabank/Libreta de Fraccionamiento de Unidades

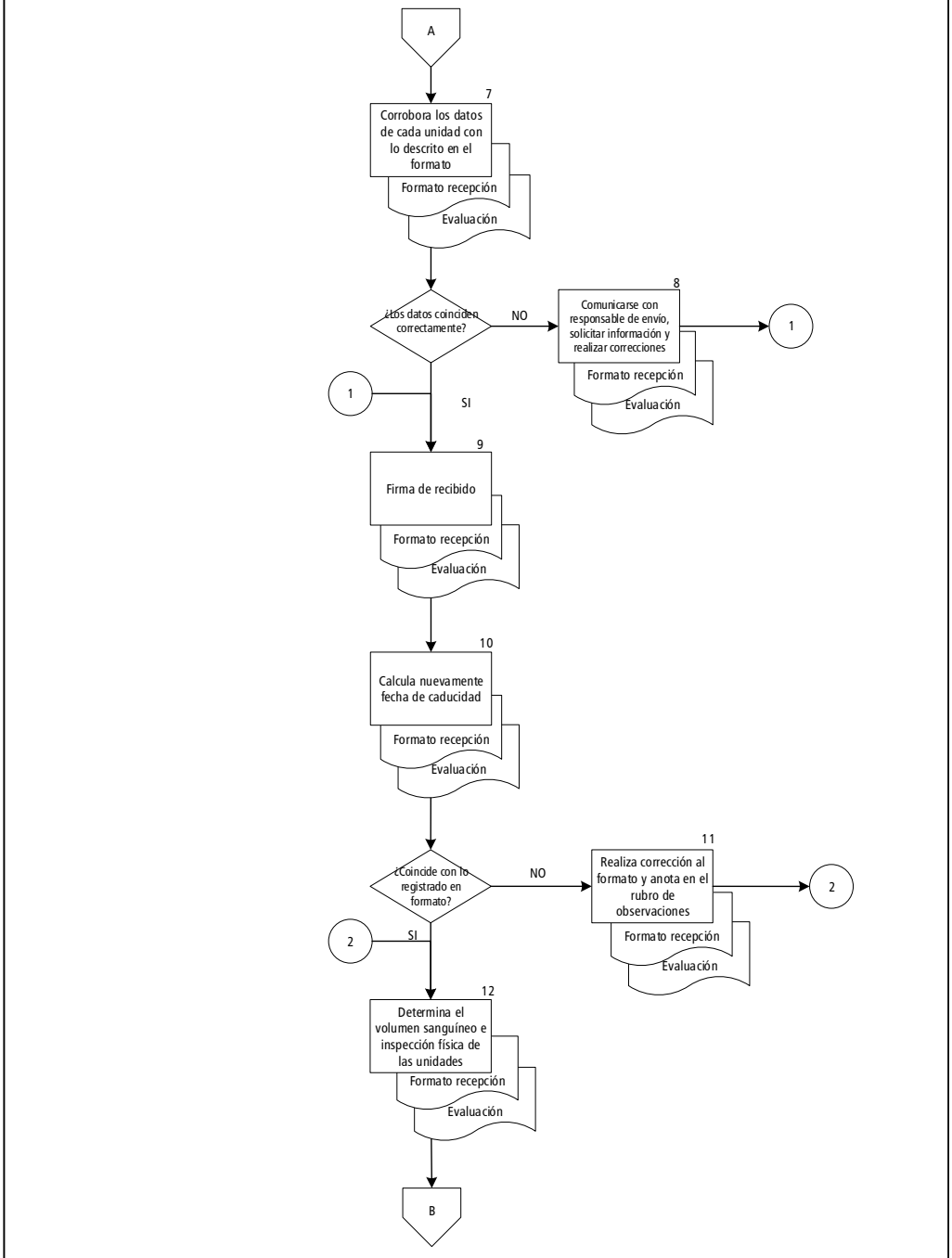
		derecha de cada hemocomponente y pasar al área de serología. **Nota:** Se debe llenar correctamente los rubros solicitados en cada registro. **Nota**: Si se trata de una unidad para un receptor determinado, rotular con el nombre del receptor y colocar en el apartado de unidades reservadas o cruzadas.	
18		Conserva unidad en equipo de liberación para su disposición posterior, en caso de que no egrese inmediatamente del CETS.	N/A
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES PROVENIENTES DE OTROS BANCOS DE SANGRE.



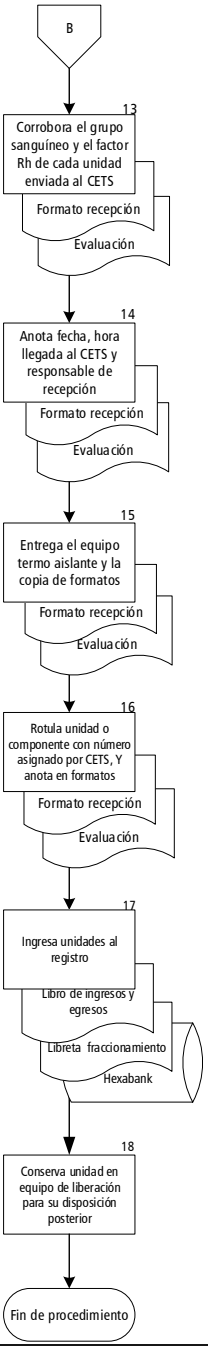
PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES PROVENIENTES DE OTROS BANCOS DE SANGRE

Personal del Área de Fraccionamiento



PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN, ESTUDIO Y FRACCIONAMIENTO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS PARA UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES PROVENIENTES DE OTROS BANCOS DE SANGRE

Personal del Área de Fraccionamiento



7.9.6. PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE.

Tiempo Promedio: 120 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Unificar los criterios técnicos para la realización de todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro Estatal de Medicina Transfusional para minimizar los errores, que son responsabilidad del personal que labora en él, logrando con ello garantizar la calidad de los productos y/o servicios que se brinda a la población en general.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero 2013.
2. NOM-253-SSA1-2012 con fundamento en los artículos 3° Fracción XXXVI, 13 apartado a Fracción 1;313, 330, 331, 332 y 335 de la Ley General de Salud. Artículos 38 Fracción II, 40 Fracción XI, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4°, 20, 42, 43, 48 Fracción VI, 53 y 54 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
3. ISO 9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El químico resguarda las unidades de sangre y componentes, con fines transfusionales y/o de investigación, bajo estricta custodia en condiciones adecuadas de conservación.
2. El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
3. El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
    - No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
    - Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
    - Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
    - Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
    - No mezclar ácidos con el cloro.
    - No lavar trastes en cualquier tarja.
    - Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
    - Quitarse la bata al salir del área de laboratorio.

	• Mantener el área limpia y ordenada.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Hexabank, Formato baja de unidades y hemocomponentes. Libreta de ingresos y egresos.
Glosario	Sangre total: Unidad entre 410-480 ml de sangre obtenida de donadores a través de una flebotomía. Sangre segura o estudiada: Sangre o hemocomponente cuyo resultado es negativo para las pruebas serológicas que exige la norma: Hepatitis C, Hepatitis B, VIH, Sífilis, Brucilla y Chagas. CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE.

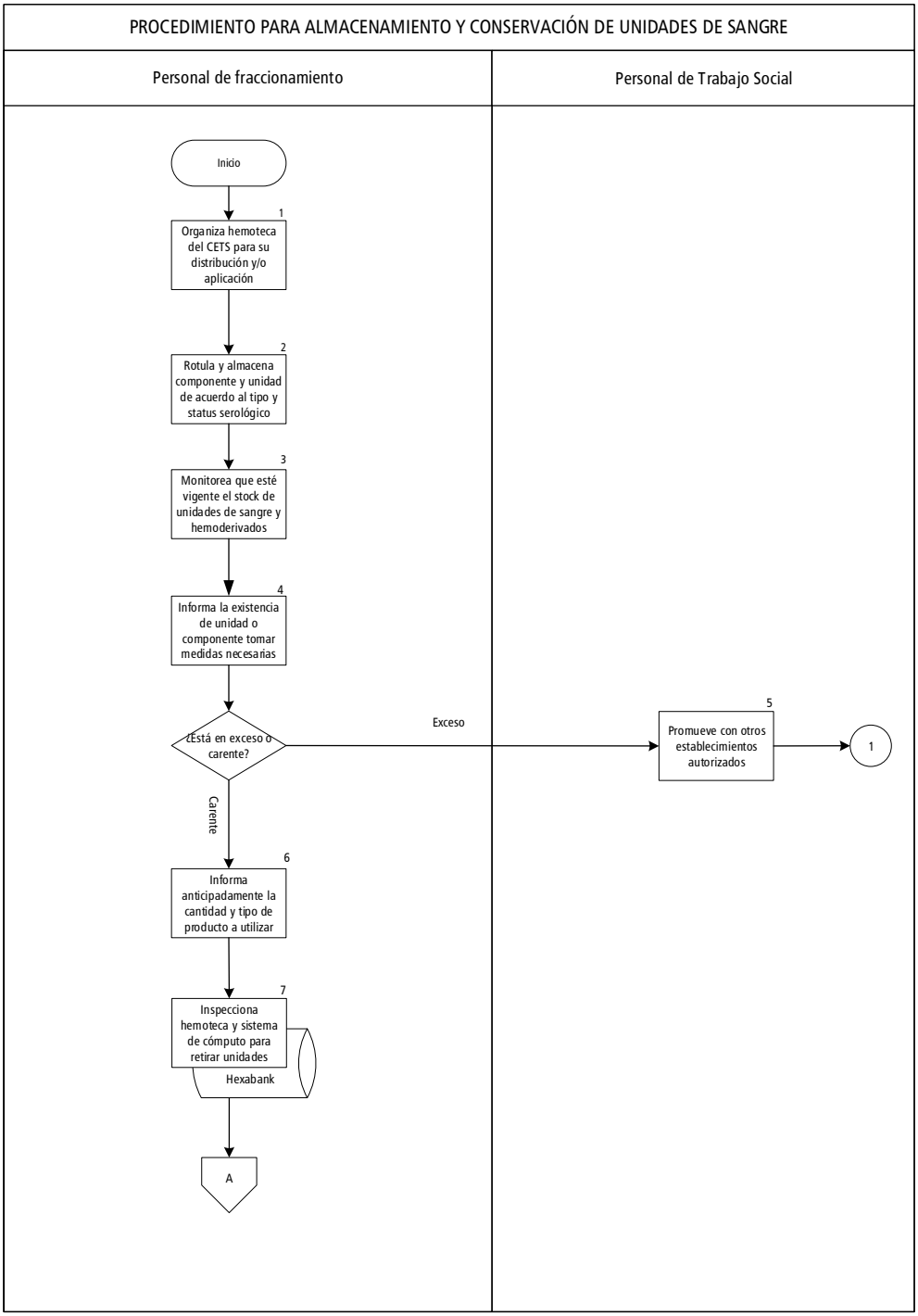
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de fraccionamiento	Organiza la hemoteca del CETS separando las unidades de sangre o componente como; ya estudiados, con serología negativa, pendientes de estudio o liberados para su distribución y/o aplicación. **Nota:** También separa los materiales	S/D

		no relacionados.	
2	Personal de fraccionamiento	Rotula los equipos de refrigeración y congelación y almacena la unidad o componente de acuerdo al tipo y status serológico como se indica a continuación: ▪ Para los CE, debe ser “Concentrados Eritrocitarios liberados” por grupo sanguíneo y número consecutivo de unidad, en columnas de menor a mayor número. ▪ Para los PFC, debe ser “Plasmas frescos liberados”, por grupo sanguíneo, de menor a mayor fecha de caducidad en columnas. ▪ Para los CRIOPRECIPITADOS, debe ser “Crios liberados” ordenados por grupo en columnas. ▪ Para los CP, debe ser “CP liberados” del incubador de plaquetas, por grupo y numero consecutivo de unidad. ▪ Para los PFC, PF fraccionados después de seis horas (PFD6HRS), se deben almacenar, después de su liberación, en el congelador destinado para tal fin de acuerdo a la relación de envío para la obtención de albúmina o refrigerarlos hasta su liberación para su posterior desecho. **Nota:** Los hemoderivados con serología negativa, para su disposición, deberán contar en sus datos de identificación con la leyenda unidad negativa a: VIH, VHC, AgSHB, CHAGAS, SIFILIS Y *BRUCELLA*, además de la etiqueta de sangre segura.	S/D

		Nota: La selección de hemoderivados liberados debe realizarse dando prioridad a la unidad o unidades con fecha de caducidad más próxima, con el fin de minimizar el porcentaje de unidades desechadas por caducidad. **Nota**: Deberá elegir la temperatura adecuada de conservación y almacenamiento.	
3	Personal de fraccionamiento	Monitorea que esté vigente el stock de unidades de sangre y hemoderivados. **Nota:** Debe hacer una planeación al día de la cantidad y tipo de producto a obtener por fraccionamiento.	
4	Personal de fraccionamiento	Informa la existencia de la unidad o componente sanguíneo para tomar las medidas necesarias. ¿Está en exceso o carente? En exceso: Continúa en actividad 5. Carente: Continúa en actividad 6.	S/D
5	Personal de Trabajo Social	Promueve con otros establecimientos autorizados el número de unidades o hemoderivados sanguíneos Continúa actividad 9.	
6	Personal de fraccionamiento	Informa anticipadamente la cantidad y tipo de producto a utilizar. **Nota:** Aplica si el stock está carente.	S/D
7	Personal de fraccionamiento.	Inspecciona diariamente al inicio de la jornada, en la hemoteca y sistema de cómputo del banco de sangre. ¿Existe unidades de sangre o hemoderivados con pérdida de vigencia? SI: Continúa en actividad 8. NO: Continúa actividad 9 **Nota**: Utiliza el sistema de cómputo	Hexabank

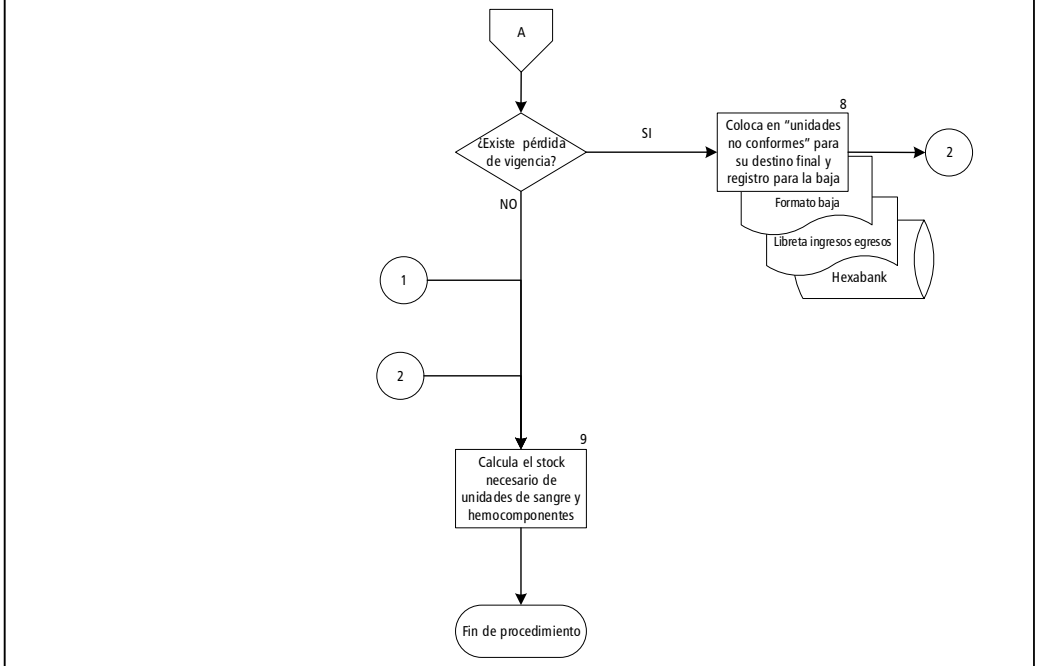
		como herramienta de ayuda en la detección de productos ya caducados.	
8	Personal de fraccionamiento.	Coloca en el apartado de “unidades no conformes” para su posterior destino final y registra las unidades de sangre o hemoderivados caducados en el sistema de cómputo para imprimir en el formato baja de unidades y hemocomponentes y da de baja en la libreta de “ingresos y egresos”.	Hexabank. Formato baja de unidades y hemocomponentes. Libreta de ingresos y egresos.
9	Personal de fraccionamiento.	Calcula el stock necesario de unidades de sangre y hemocomponentes liberados y disponibles para su utilización, de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión institucionales y privados con los que el CETS realiza intercambio. **Nota:** El stock se especifica por tipo de hemoderivado y grupo sanguíneo.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE.



PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE

Personal de fraccionamiento



7.9.7. PROCEDIMIENTO PARA CONSERVACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y EQUIPOS UTILIZADOS.

Tiempo Promedio: 2 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Unificar los criterios técnicos para la realización de todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro Estatal de Medicina Transfusional para minimizar los errores, que son responsabilidad del personal que labora en él, logrando con ello garantizar la calidad de los productos y/o servicios que se brinda a la población en general.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero 2013.
2. NOM-253-SSA1-2012 con fundamento en los artículos 3° Fracción XXXVI, 13 apartado a Fracción 1;313, 330, 331, 332 y 335 de la Ley General de Salud. Artículos 38 Fracción II, 40 Fracción XI, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4°, 20, 42, 43, 48 Fracción VI, 53 y 54 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
3. ISO 9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
2. El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
   - No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
   - Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
   - Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
   - Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
   - No mezclar ácidos con el cloro.
   - No lavar trastes en cualquier tarja.
   - Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.

Responsables

Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Formato para el Registro de Temperatura, Procedimientos para el control de calidad de Equipos e Instrumentos.
Glosario	Sangre total: Unidad entre 410-480 ml de sangre obtenida de donadores a través de una flebotomía. Sangre segura o estudiada: Sangre o hemocomponente cuyo resultado es negativo para las pruebas serológicas que exige la norma: Hepatitis C, Hepatitis B, VIH, Sífilis, Brucilla y Chagas. CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

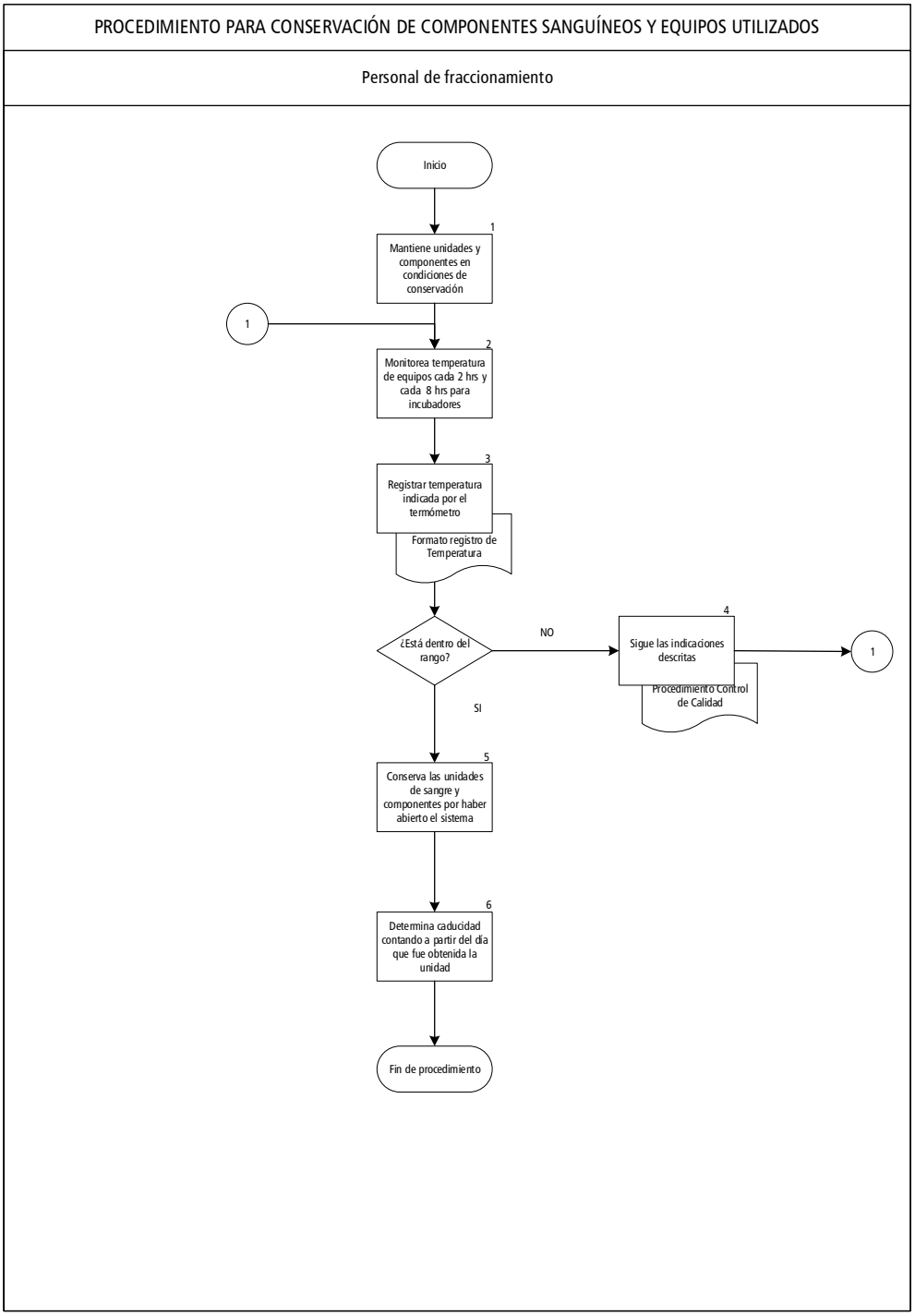
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CONSERVACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y EQUIPOS UTILIZADOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de fraccionamiento	Mantiene el concentrado plaquetario, las unidades de sangre y componentes para uso en transfusión alogénica bajo estricta custodia y bajo condiciones adecuadas de conservación Dichas unidades deben estar previamente autorizadas por el área de control de calidad. **Nota:** El concentrado plaquetario se almacena en bolsa satélite. **Nota:** Los equipos de refrigeración y congelación deben estar equipados con termómetro de bulbo de mercurio.	S/D

2	Personal de fraccionamiento	Monitorea diariamente la temperatura de cada uno de los equipos utilizados para el almacenamiento y conservación de sangre y/o hemoderivados cada 2 horas y cada 8 horas para incubadores. **Nota:** En el caso de refrigeradores, sumerge el termómetro en un tubo con glicerol al 10%, verifica que el intervalo de temperatura se encuentre oscilando entre 2 a 6 °C. **Nota:** En el caso de congeladores, colocar el termómetro en un tubo con glicerol al 50% (la concentración es más alta debido a que en temperaturas menores de -30 °C, el glicerol se puede congelar y no registrar la temperatura real), verificar que el intervalo de temperatura se encuentre oscilando a temperaturas ≤–18 °C. **Nota:** Los Refrigeradores o congeladores que no cuentan con este instrumento, podrá monitorearse con un termómetro láser calibrado.	S/D
3	Personal de fraccionamiento	Registrar la temperatura indicada por el termómetro de mercurio en el Formato para el Registro de Temperatura. Y coloca el Formato para el Registro de Temperatura en un extremo de cada uno de los refrigeradores, congeladores e incubadores según corresponda. ¿La temperatura está dentro del rango permitido? SI: Continúa en actividad 5. NO: Continúa en actividad 4.	Formato para el Registro de Temperatura.
4	Personal de fraccionamiento	Sigue las indicaciones descritas en el Procedimiento para el Control de	Procedimientos para el control

		Calidad de Equipos e Instrumentos. Regresa a actividad 2.	de calidad de Equipos e Instrumentos
5	Personal de fraccionamiento	Conserva las unidades de sangre y componentes a las que se les ha dado un tratamiento especial por haber abierto el sistema. **Nota:** La caducidad va a cambiar y va a estar en función de la temperatura de conservación.	S/D
6	Personal de fraccionamiento	Determina la caducidad contando a partir del día que fue obtenida la unidad. **Nota:** En los componentes sanguíneos PF; PDFL, CP, la caducidad depende de la temperatura y condiciones de conservación en que se almacene cada hemoderivado.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONSERVACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y EQUIPOS UTILIZADOS.



7.9.8. PROCEDIMIENTO PARA TRANSPORTE VÍA TERRESTRE.

Tiempo Promedio: dependiente de la ruta y distancia

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios NEBT (DSH) Octubre 2018	**Víctor Morales González Subdirector de Hospitales VMG (SH) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Unificar los criterios técnicos para la realización de todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro Estatal de Medicina Transfusional para minimizar los errores, que son responsabilidad del personal que labora en él, logrando con ello garantizar la calidad de los productos y/o servicios que se brinda a la población en general.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero 2013.
2. NOM-253-SSA1-2012 con fundamento en los artículos 3° Fracción XXXVI, 13 apartado a Fracción 1;313, 330, 331, 332 y 335 de la Ley General de Salud. Artículos 38 Fracción II, 40 Fracción XI, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4°, 20, 42, 43, 48 Fracción VI, 53 y 54 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
3. ISO 9001-2008.

Políticas de Operación:

- El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
- El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
- No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
- Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
- Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
- Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
- No mezclar ácidos con el cloro.
- No lavar trastes en cualquier tarja.
- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Quitarse la bata al salir del área de laboratorio.
- Mantener el área limpia y ordenada.

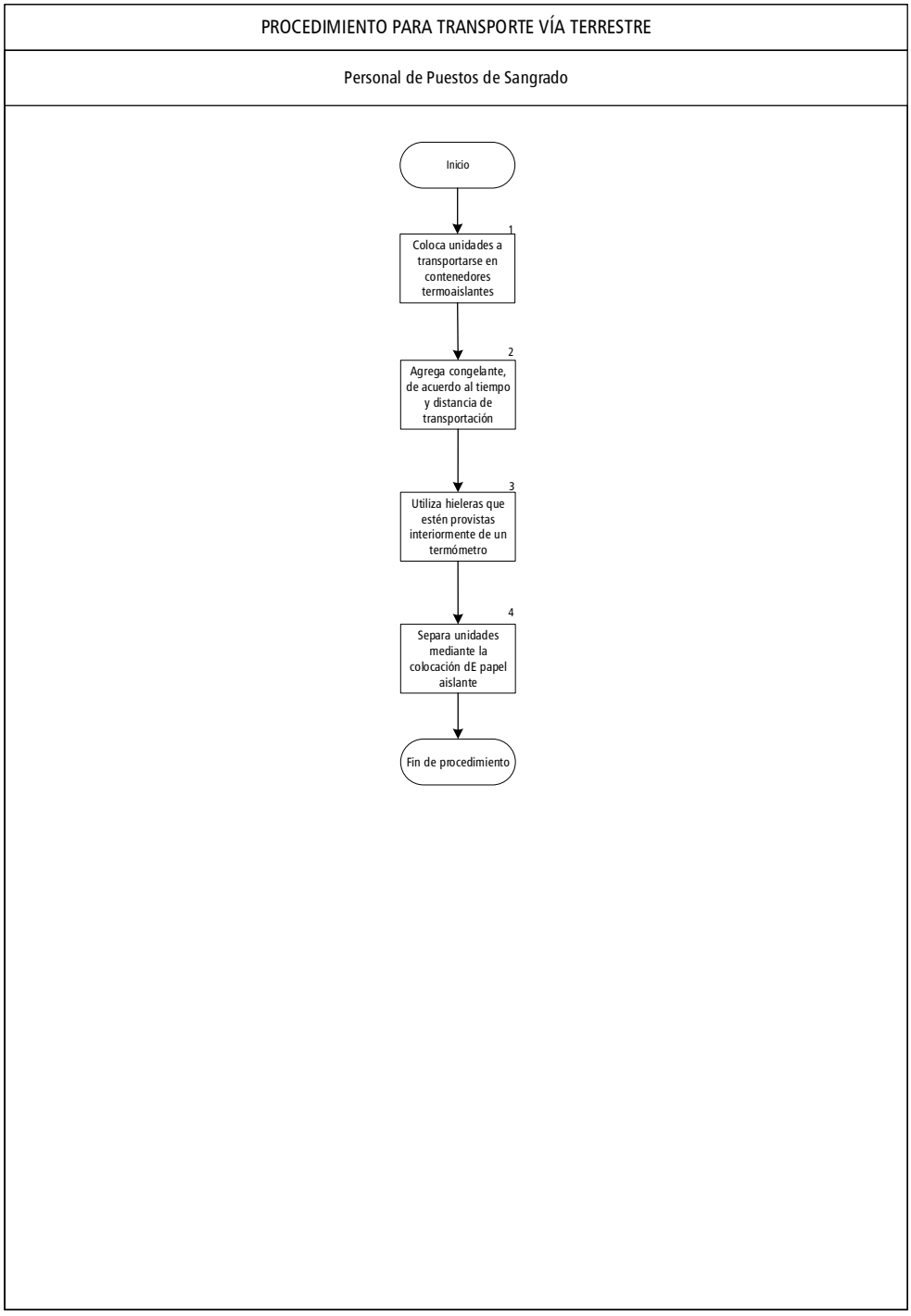
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	N/A
Glosario	Sangre total: Unidad entre 410-480 ml de sangre obtenida de donadores a través de una flebotomía. Sangre segura o estudiada: Sangre o hemocomponente cuyo resultado es negativo para las pruebas serológicas que exige la norma: Hepatitis C, Hepatitis B, VIH, Sífilis, Brucilla y Chagas. CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRANSPORTE VÍA TERRESTRE

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de Puestos de Sangrado	Coloca las unidades a transportarse en el interior de contenedores termoaislantes (hieleras), de tal forma que no sufran movimientos violentos, especialmente cuando se trate de unidades de sangre total, concentrado eritrocitario y/o unidades celulares en estado líquido.	S/D

2	Personal de Puestos de Sangrado	Agrega al contenedor suficiente congelante, de acuerdo al tiempo y distancia de transportación que permita conservar temporalmente los hemoderivados a temperaturas de 2 a 10 °C.	S/D
3	Personal de Puestos de Sangrado	Utiliza hieleras que estén provistas interiormente de un termómetro de mercurio, que permita monitorear frecuentemente al transportista la temperatura. **Nota:** en caso de la hielera no cuente con un termómetro incluido, monitorear temperatura con	S/D
4	Personal de Puestos de Sangrado	Separa las unidades de sangre del congelante, en el interior de la hielera, mediante la colocación de suficiente papel aislante, que permita obtener temperaturas de 2 a 8 °C. **Nota**: en caso de que sea transportación vía área, resguarda las unidades de sangre y componentes sanguíneos en cabinas presurizadas, salvo aquellas que se conservan en congelación.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRANSPORTE VÍA TERRESTRE.



7.9.9. PROCEDIMIENTO PARA LOS PARÁMETROS EN EL PROCESO DE FRACCIONAMIENTO Y SEPARACIÓN DE LA SANGRE EN SUS DIFERENTES COMPONENTES.

Tiempo Promedio: 120 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Unificar los criterios técnicos para la realización de todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro Estatal de Medicina Transfusional para minimizar los errores, que son responsabilidad del personal que labora en él, logrando con ello garantizar la calidad de los productos y/o servicios que se brinda a la población en general.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero 2013.
2. NOM-253-SSA1-2012 con fundamento en los artículos 3° Fracción XXXVI, 13 apartado a Fracción 1;313, 330, 331, 332 y 335 de la Ley General de Salud. Artículos 38 Fracción II, 40 Fracción XI, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4°, 20, 42, 43, 48 Fracción VI, 53 y 54 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
3. ISO 9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
2. El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
   - No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
   - Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
   - Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
   - Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
   - No mezclar ácidos con el cloro.
   - No lavar trastes en cualquier tarja.
   - Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
   - Quitarse la bata al salir del área de laboratorio.
   - Mantener el área limpia y ordenada.

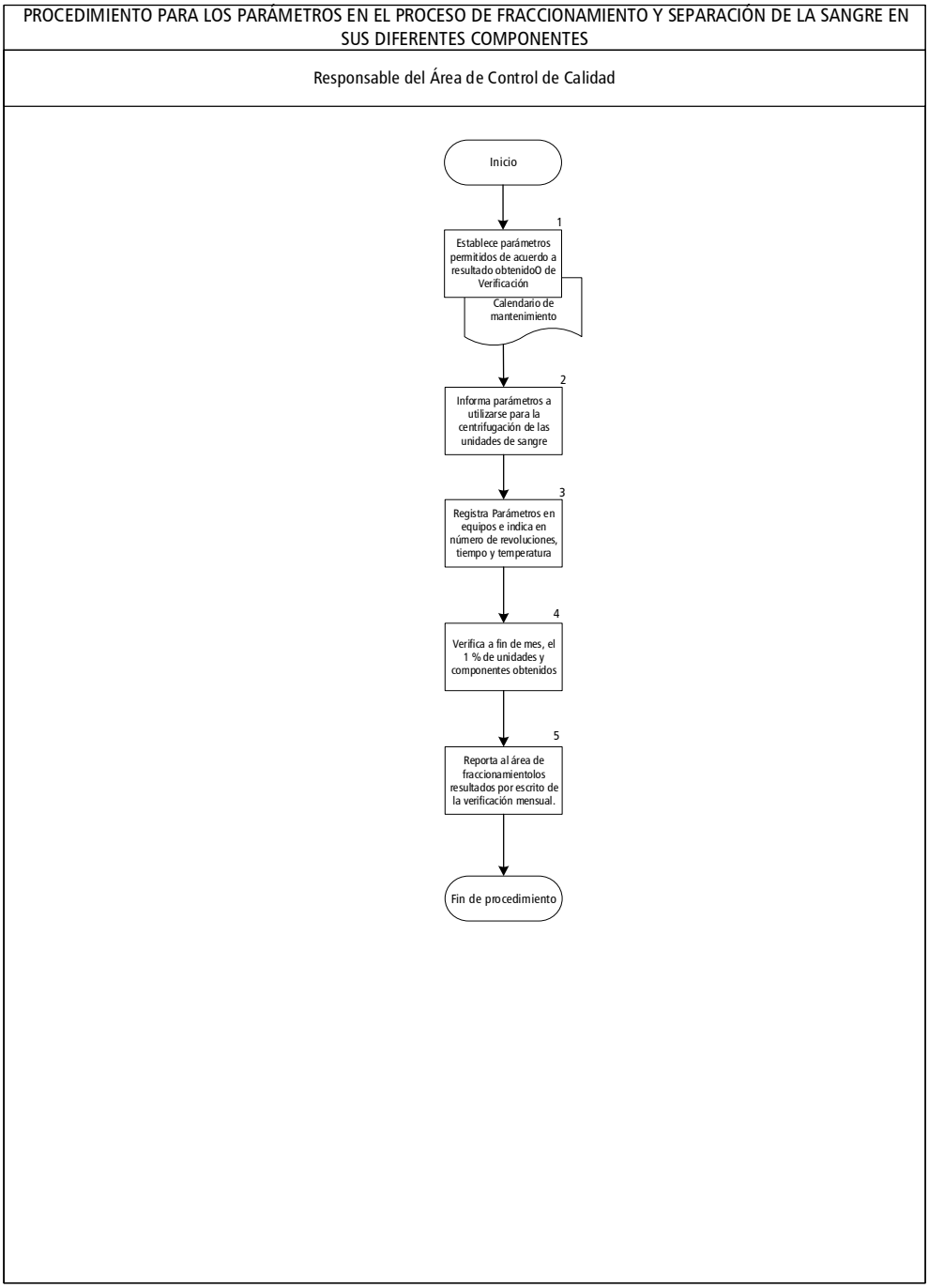
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	Sangre total: Unidad entre 410-480 ml de sangre obtenida de donadores a través de una flebotomía. Sangre segura o estudiada: Sangre o hemocomponente cuyo resultado es negativo para las pruebas serológicas que exige la norma: Hepatitis C, Hepatitis B, VIH, Sífilis, Brucilla y Chagas. CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LOS PARÁMETROS EN EL PROCESO DE FRACCIONAMIENTO Y SEPARACIÓN DE LA SANGRE EN SUS DIFERENTES COMPONENTES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Área de Control de Calidad	Establece los parámetros permitidos de acuerdo al resultado obtenido por la verificación funcional de las centrífugas refrigeradas cuyas se lleva a cabo de acuerdo al Calendario de Mantenimiento correctivo y preventivo y al Procedimiento para el Control de Calidad de Equipos e Instrumentos.	S/D
2	Responsable del	Informa los parámetros que van a	S/D

	Área de Control de Calidad	utilizarse para la centrifugación de las unidades de sangre, al personal del Área de Fraccionamiento.	
3	Responsable del Área de Control de Calidad	Registra los parámetros establecidos en los equipos e indica en dichos registros el número de revoluciones por minuto, tiempo de centrifugación y temperatura en la que se deben centrifugar cada uno de los componentes. **Nota**: Es importante señalar al personal del área de Fraccionamiento que no se debe utilizar los frenos manuales para la desaceleración, ya que causan vibraciones pudiendo dañar el cabezal, además de que se obtendría la contaminación de las plaquetas por la resuspensión de eritrocitos.	Libreta de fraccionamiento
4	Responsable del Área de Control de Calidad	Verifica a fin de mes, el 1 % de unidades y componentes obtenidos por fraccionamiento.	S/D
5	Responsable del Área de Control de Calidad	Reporta al área de fraccionamiento, los resultados por escrito de la verificación mensual.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LOS PARÁMETROS EN EL PROCESO DE FRACCIONAMIENTO Y SEPARACIÓN DE LA SANGRE EN SUS DIFERENTES COMPONENTES.



7.9.10. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE.

Tiempo Promedio: 10 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios NEBT (DSH) Octubre 2018	**Victor Morales González Subdirector de Hospitales VMG (SH) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los criterios y describir las actividades que deben realizarse antes, durante y después de llevar a cabo una campaña de donación altruista de sangre por parte del Centro Estatal de la Transfusión Sanguinea (CETS), considerando que nuestra organización es el órgano rector para realizar este tipo de campañas.

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
2. Art. 327 de la Ley General de Salud; está prohibido el comercio de órganos tejidos y células. la donación de éstos con fines de trasplantes, se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su utilización será estrictamente a título gratuito.
3. Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013.
4. Norma ISO-9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El/la Coordinador/a de Promoción y Capacitación del CETS realiza el calendario de campañas de donación voluntaria de sangre no remunerada en el mes de enero de cada año, definiendo las instituciones y fechas; lo da a conocer en la primera reunión del Comité Estatal de Medicina Transfusional (mes de febrero), invitando a participar a los hospitales del sector salud.
2. Cuando se programan las campañas, se establece una coordinación oficial con las autoridades de las instituciones educativas que tengan población mayor de 18 años, con la finalidad de programar las actividades que se llevarán a cabo durante la promoción y captación de unidades de sangre; las coordinaciones posteriores se realizarán en forma verbal.
3. La promoción se realiza 1 ó 2 semanas antes de la captación, visitando cada uno de los salones de clases y/o lugares estratégicos designados por la institución para informar e invitar a la población a que participe en la campaña, se colocan mantas y carteles alusivos al tema, reforzando la información con folletos.
4. La jefatura del CETS elabora y distribuye los oficios correspondientes hacia las diversas instituciones, en caso de que el establecimiento no contara con espacio cerrado para llevar a cabo la campaña, se solicitan 2

	unidades móviles a la jurisdicción sanitaria No. 6, informando al Departamento de Promoción Social de los Servicios de Salud: la fecha, lugar y hora de la campaña para citar a la prensa; así como a las diferentes coordinaciones del CETS para organizar el personal, material y equipo. 5. El material y equipo necesario es trasladado en el vehículo oficial por quien esté desempeñando la función de chofer, bajo la supervisión de trabajo social, mientras que el personal llegará al lugar de la campaña por sus propios medios si es dentro de la ciudad, de no ser así se pedirá apoyo a los compañeros que participen en la campaña y que cuenten con vehículo para transportarse. 6. El personal que participa en la campaña, instala el banco de sangre móvil en el lugar indicado por la institución, facilitando el flujo del donador de sangre. 7. El/la Jefe/a del CETS realiza un informe final escrito de la campaña dirigido al/la Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, turnando copia a las autoridades de la institución.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Toda la población abierta y todas las actividades y áreas del CETS involucradas en la realización de una campaña de donación altruista de sangre.
Recursos	Calendario de Colecta externa, Oficio de apertura, Calendario de Colecta Externa, Formatos la Gestión de Viáticos, Oficio, Memorándum, Check List de Equipamiento, Procedimientos, Informe final, **Reporte de Resultados de Donantes Voluntarios de Sangre en Campaña,** Carnet de donantes.

Glosario	Campaña: Conjunto de actividades o esfuerzos de tipo político, social o económico aplicados a un fin determinado. Altruismo: Cuidado desinteresado del bien ajeno aún a costa del propio y fundado en una moral puramente natural. Donador Voluntario: persona que dona sangre, plasma u otros componentes sanguíneos por su propia voluntad, sin recibir pago alguno por este concepto. Voluntario: Hecho por propia voluntad y no por obligación o deber. Persona que se presta a hacer o realizar algo por su propia voluntad. Promover: Iniciar o activar cierta acción. Población Cautiva: Se refiere a la población que pertenece a una Institución ya sea educativa o laboral y fácil de localizar. Población Abierta: Se refiere a la población que no se puede localizar en un lugar específico, pero al ser convocada puede asistir a donar sangre. Captación: Actividad encaminada para la obtención de unidades de sangre procedentes de donadores altruistas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Realiza el calendario de colecta externa en el mes de enero de cada año y define las instituciones y fechas tentativas.	Calendario de Colecta externa
2	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Difunde el calendario de colectas externas a las diferentes coordinaciones del CETS y responsables del servicio de transfusión y puestos de sangrado del interior del Estado.	Calendario de Colecta Externa

3	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación/Responsable de Colecta Externa en el Interior del Estado	Envía en el mes de enero un oficio para solicitar la apertura o continuación de la actividad, mencionando la fecha propuesta para su aprobación. **Nota**: Al documento se le debe anexar el récord de resultados de los últimos tres años de las colectas externas anteriores. **Nota:** Envía con el chofer dentro de los primeros 20 días del mes. **Nota:** En caso de colecta externa en el interior del Estado, el responsable de la misma es quien realiza esta actividad.	Oficio de apertura
4	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Confirma vía telefónica a las instituciones para corroborar fechas y elaborar el calendario de colecta externa definitivo.	Calendario de Colecta Externa
5	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación/Personal de Gestión de Viáticos	Entrega el calendario de Colecta externa a las Coordinaciones y Jefatura máximo el día 31 de enero. **Nota:** Para las colectas externas en el interior del estado, lleva a cabo la gestión de viáticos de acuerdo al procedimiento para este fin.	Calendario de Colecta Externa Formatos la Gestión de Viáticos
6	Secretario/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Elabora y distribuye los oficios necesarios para informar a los coordinadores sobre la realización de las colectas mensuales, dentro de los primeros 5 días del mes. **Nota:** En caso de reprogramación de la colecta se informará mediante memorándum.	Oficio. Memorándum.

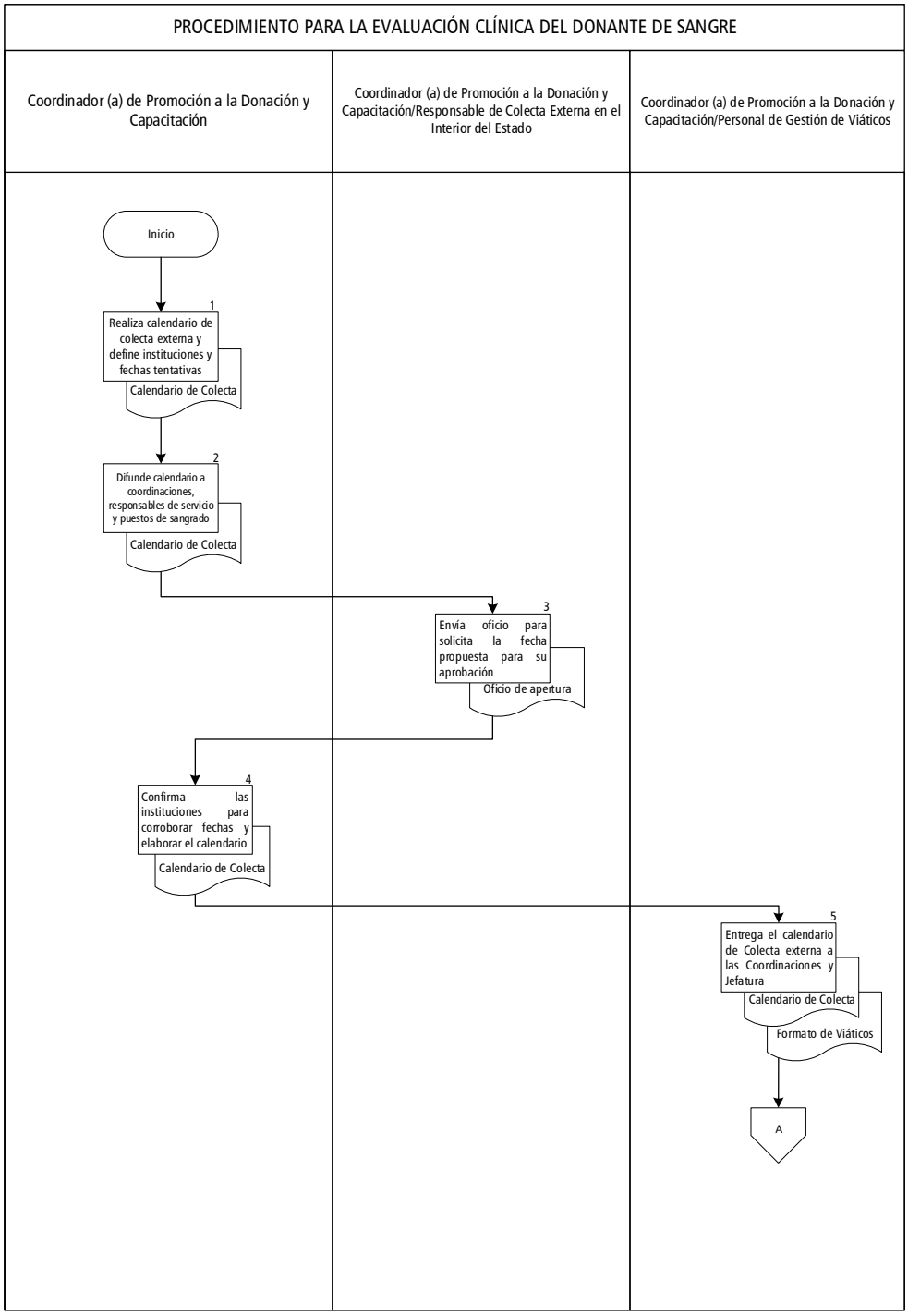
7	Personal de Promoción a la Donación	Realiza la promoción 2 a 3 días antes de la captación, visitando cada uno de los salones de clases y/o lugares estratégicos designados por la institución, informa e invita a la población a que participe en la colecta externa. **Nota:** Coloca mantas y carteles alusivos al tema, reforzando la información con volantes y/o folletos.	S/D
8	Coordinadores/as de Selección y Sangrado del Donante/Laboratorio de banco de sangre	Prepara recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la colecta.	S/D
9	Coordinadores/as de las áreas que participan en la colecta externa	Verifica un día anterior a la colecta que el Check List de Equipamiento se encuentre completo y lo entrega al personal responsable de la Colecta Externa.	Check List de Equipamiento
10	Chofer	Traslada los recursos materiales y humanos necesarios en el vehículo oficial, este último recurso sólo en el caso de una colecta externa en el interior del Estado.	S/D
11	Personal que participa en la colecta externa	Instala el equipamiento para llevar a cabo la colecta, en el lugar gestionado por la institución. **Nota:** Se debe considerar que el área designada para llevar a cabo la evaluación médica del donante debe tener condiciones adecuadas de acceso,	S/D

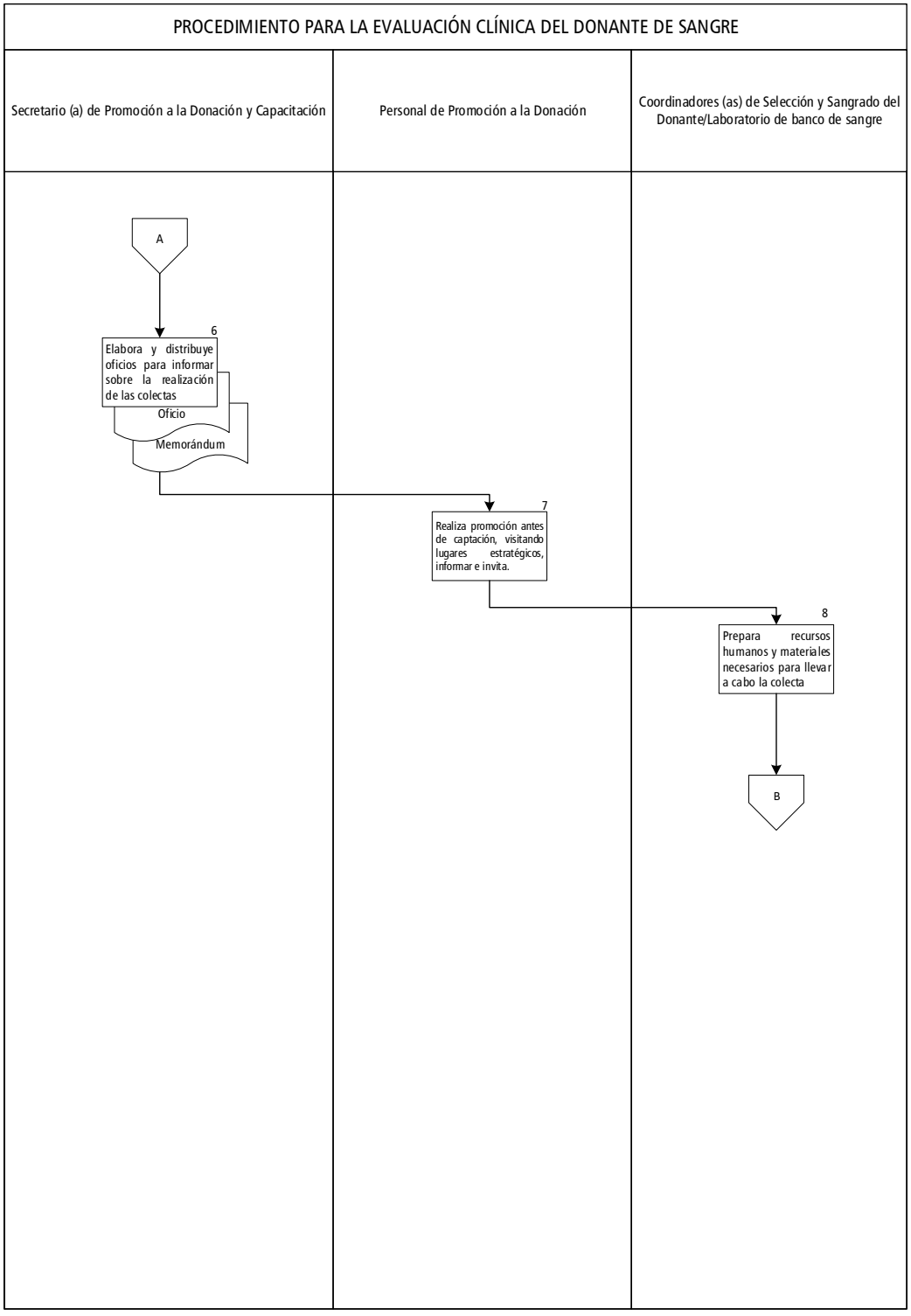
		iluminación, ventilación, temperatura y asegurar la confidencialidad.	
12	Personal que participa en la colecta externa	Procede a realizar la selección del donador de acuerdo a los lineamientos de los documentos descritos a continuación: ▪ Procedimiento para la Información y Registro de los Candidatos que acuden a donar sangre. ▪ Procedimiento para la Evaluación clínica del disponente de sangre. ▪ Procedimiento para la Toma de Muestras. ▪ Método de Determinación del Sistema ABO. ▪ Método de Determinación del Sistema Rh. ▪ Método de Determinación de Citometría Hemática. ▪ Procedimiento para la Flebotomía.	Procedimientos
13	Chofer/Trabajo Social/Médico/a de Selección del Donante	Traslada al CETS, los tubos de sangre al concluir la captación de las unidades de sangre, para que el personal del laboratorio lleve a cabo la realización de las pruebas serológicas, así como el fraccionamiento y conservación adecuada de las unidades de acuerdo a los procedimientos de su área.	S/D
14	Personal en turno del CETS	Registra en el sistema de cómputo la información recabada durante la colecta externa. **Nota:** Se captura en el sistema	S/D

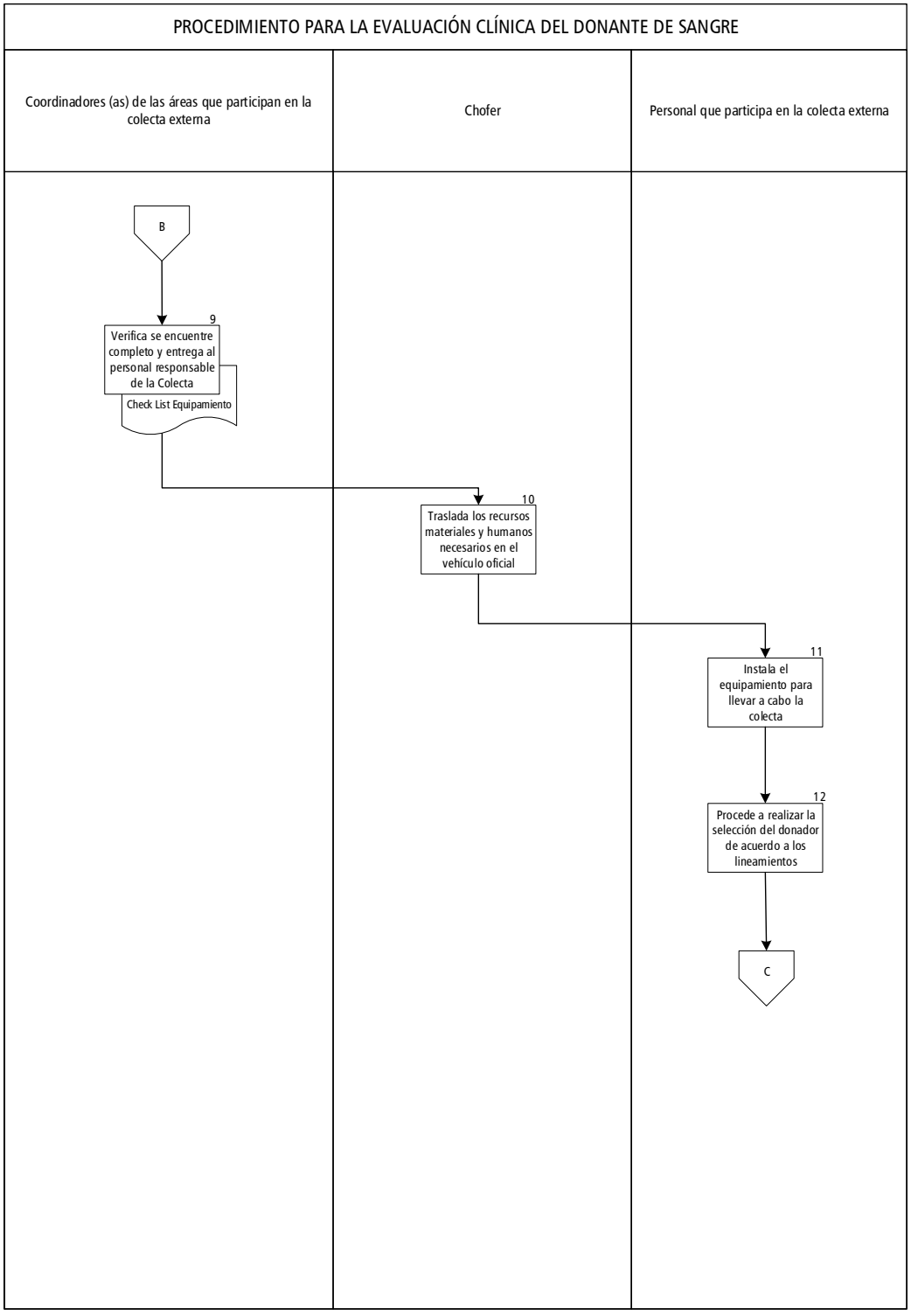
		de cómputo del CETS por personal en turno.	
15	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Realiza informe final escrito de la campaña dirigida al/la Director/a de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, turnando copia a las autoridades correspondientes. El informe incluye una gráfica de resultados de las causas de rechazo respetando la confidencialidad de los donantes. **Nota**: El informe debe incluir las actividades que se realizaron durante la promoción (número de mantas colocadas, folletos repartidos, carteles colocados, salones visitados, medios de comunicación en los que se realiza la difusión) y el resultado de la misma (número de donantes de sangre aceptados, rechazados y valorados).	Informe final
16	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Anexa los nombres de los donantes al Reporte de resultados de donantes voluntarios. Entrega a la Coordinación de Laboratorio de Banco de Sangre.	**Reporte de Resultados de Donantes Voluntarios de Sangre en Campaña**
17	Coordinador/a de Laboratorio de Banco de Sangre	Reporta los resultados de las pruebas serológicas de los donantes a la Coordinación de Promoción a la Donación y Capacitación, en un tiempo máximo de 5 días hábiles.	S/D
18	Secretario/a de Promoción	Elabora y enmica el carnet de	Carnet de

	a la Donación y Capacitación/Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación.	donante voluntario, la cual lo hace acreedor a un seguro de sangre.	donantes
19	Secretario/a de Promoción a la Donación y Capacitación/Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación.	Entrega al chofer las copias del informe final y carnet de donantes voluntarios (con los resultados de pruebas serológicas de quien lo solicitó al momento de donar), para que a su vez las entregue al servicio médico o persona con la que se tuvo la coordinación de la institución y a las autoridades correspondientes, para que sean distribuidos a los donantes en forma oportuna (dentro de los 15 días después de la donación).	Informe final Carnet de donantes
20	Secretario/a de Promoción a la Donación y Capacitación/Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación.	Realiza el seguimiento de las unidades de sangre que fueron captadas en la colecta externa.	S/D
Fin del procedimiento			

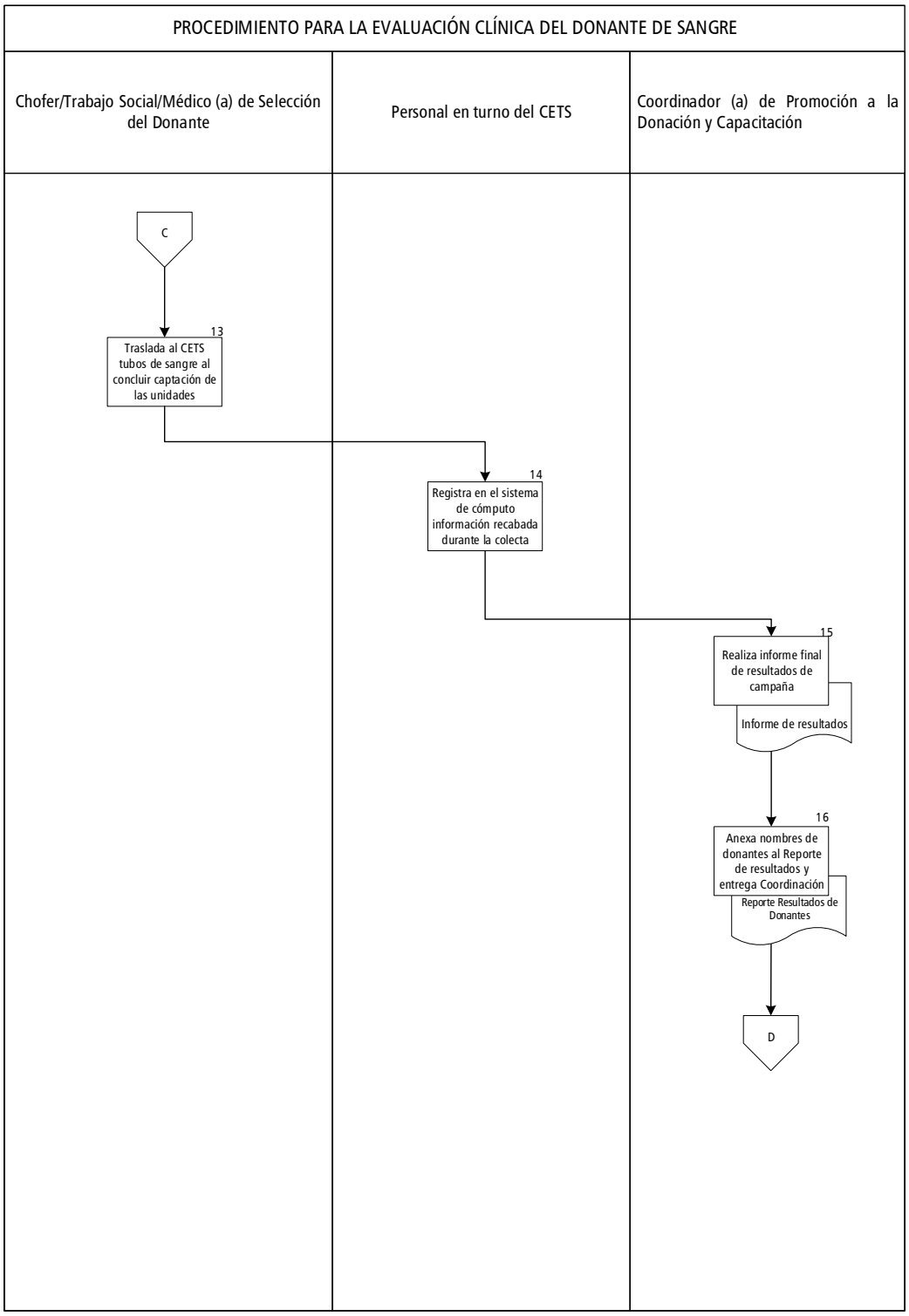
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE.




PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE
Secretario (a) de Promoción a la Donación y Capacitación
Personal de Promoción a la Donación
Coordinadores (as) de Selección y Sangrado del Donante/Laboratorio de banco de sangre
A
6
Elabora y distribuye oficios para informar sobre la realización de las colectas
Oficio
Memorándum
7
Realiza promoción antes de captación, visitando lugares estratégicos, informar e invita.
8
Prepara recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la colecta
B

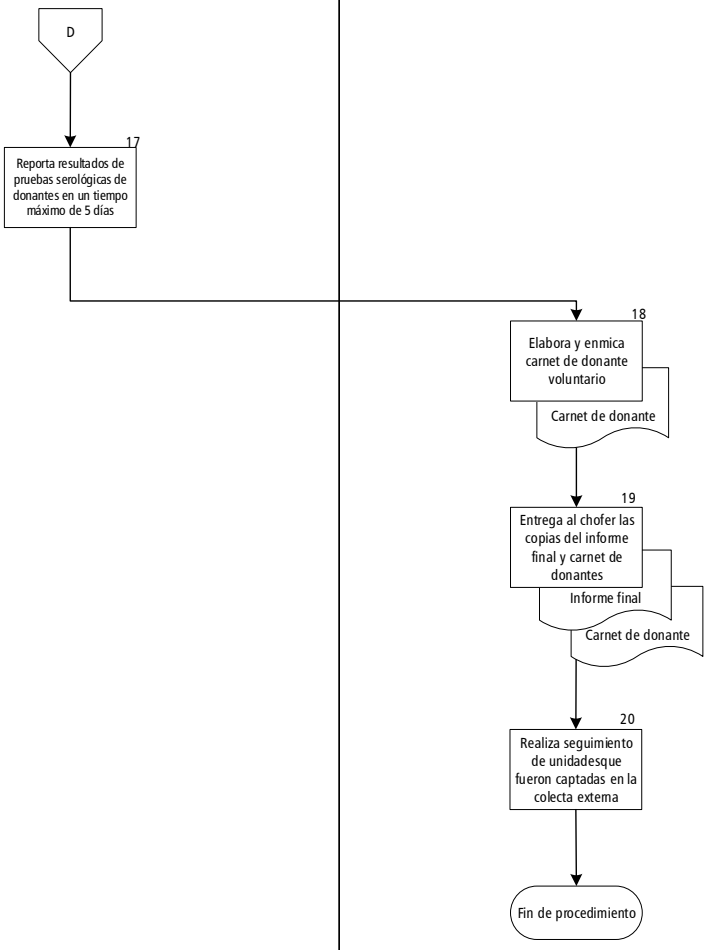

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE
Coordinadores (as) de las áreas que participan en la colecta externa
Chofer
Personal que participa en la colecta externa
B
9
Verifica se encuentre completo y entrega al personal responsable de la Colecta
Check List Equipamiento
10
Traslada los recursos materiales y humanos necesarios en el vehículo oficial
11
Instala el equipamiento para llevar a cabo la colecta
12
Procede a realizar la selección del donador de acuerdo a los lineamientos
C

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE



PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE

Coordinador (a) de Laboratorio de Banco de Sangre	Secretario (a) de Promoción a la Donación y Capacitación/ Coordinador (a) de Promoción a la Donación y Capacitación



7.9.11. PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.

Tiempo Promedio: 30 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Asegurar que las No Conformidades o No Conformidades Potenciales, sean corregidas adecuadamente para evitar su ocurrencia y/o recurrencia posterior; así como contar con un mecanismo para proponer - y preventivas eficaces y eficientes en el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos.
2. Art. 327 de la Ley General de Salud; Está prohibido el comercio de órganos tejidos y células. La donación de éstos con fines de trasplantes, se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su utilización será estrictamente a título gratuito.
3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013.
4. Norma ISO-9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El auditor deberá realizar un reporte de auditoría.
2. Se presentará un Producto/Trabajo No Conforme.
3. Se deberá determinar en una Revisión por la Dirección.
4. Cuando un indicador de resultados presente una tendencia negativa y/o potencial, deberá cumplirse con lo siguiente:
   - Para el caso de No Conformidades o No Conformidades Potenciales derivadas de Auditoría Interna, el responsable de generar las Solicitudes de Mejora es el Auditor Interno que las detectó (ver Procedimiento de Auditorías Internas). Las No Conformidades o No Conformidades Potenciales identificadas por los auditores externos serán registradas por quien designe el Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad.
   - Para el caso de Revisión por la Dirección, quien podrá registrar las solicitudes de mejora en el sistema Q es el/la Jefe(a) del CETS.
   - Para el caso de Indicadores de Resultados que muestren tendencia negativa y/o potencial, el responsable de generar la Solicitud de Mejora son los/las Coordinadores/as de Área. Aplica para la medición de satisfacción de cliente.

- Para el caso de Producto/Trabajo No Conforme, el/la responsable es el/la Coordinador/a del Sistema de Gestión de Calidad.

5. El Reporte de Solicitudes de Mejora se genera y actualiza en automático al momento de dar de alta las Solicitudes de Mejora o al momento de incluir las fechas de corrección, fechas de autorización y/o fechas de cierre. (Ver Manual de Usuario del Sistema Q).
6. En el sistema se podrá anexar un archivo electrónico con el análisis de causa realizado.
7. Al registrar el Plan de Acción se deberá especificar, previo a la redacción de cada actividad, si se trata de una corrección o una acción correctiva. En automático al momento de tener el plan de acción concluido, este le aparecerá a su jefe inmediato en su sesión del sistema q para ser revisado y autorizado.
8. El Responsable de la No Conformidad o No Conformidad Potencial autorizará el Plan de Acción solo en caso de considerar que el análisis de causa es adecuado y las acciones propuestas solucionan de raíz la No Conformidad o No Conformidad Potencial.
9. Las actividades descritas en las actividades 3 a 7 deberán de completarse en un plazo no mayor o igual a 10 días hábiles posterior a la fecha de registro de la Solicitud de Mejora.
10. El Auditor Interno designado deberá ser el responsable de darle seguimiento a la revisión de la Solicitud de Mejora hasta el cierre.

Responsables

Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas

Personal del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea que debe de implementar Acciones Correctivas y/o Acciones Preventivas derivadas de:

- Auditorías Internas, de Segunda Parte y de Tercera Parte.

	▪ Quejas. ▪ Encuestas de Satisfacción de los Clientes. ▪ Tendencias negativas y/o potenciales en los Indicadores de Resultados de los Objetivos de Calidad. ▪ Productos/Trabajos No Conformes. ▪ Resultados de la Revisión por la Dirección. ▪ Aplica a todas y cada una de las Unidades Administrativas.
Recursos	Solicitud de Mejora, Indicadores de Resultados, Plan de Acción, Solicitud de Mejora, Reporte de Solicitudes de Mejora, Reporte, Memorándum, Formato Seguimiento de Eficacia de Acciones Preventivas y/o Correctivas, Registros correspondientes al Procedimiento para la Revisión por la Dirección, Listas de Verificación, Instructivo de análisis y solución de problemas.
Glosario	CETS: Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea. ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para prevenir y eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para corregir y eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito. CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito. NO CONFORMIDAD POTENCIAL: Posible incumplimiento de un requisito. QUEJA: Se consideran como los reclamos de los clientes y/o consumidores. TENDENCIA DE INDICADOR: Secuencia de datos obtenidos de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador cuyo análisis permite pronosticar que el siguiente dato puede tener un resultado predeterminado con un grado de confiabilidad elevado para implementar una acción.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.

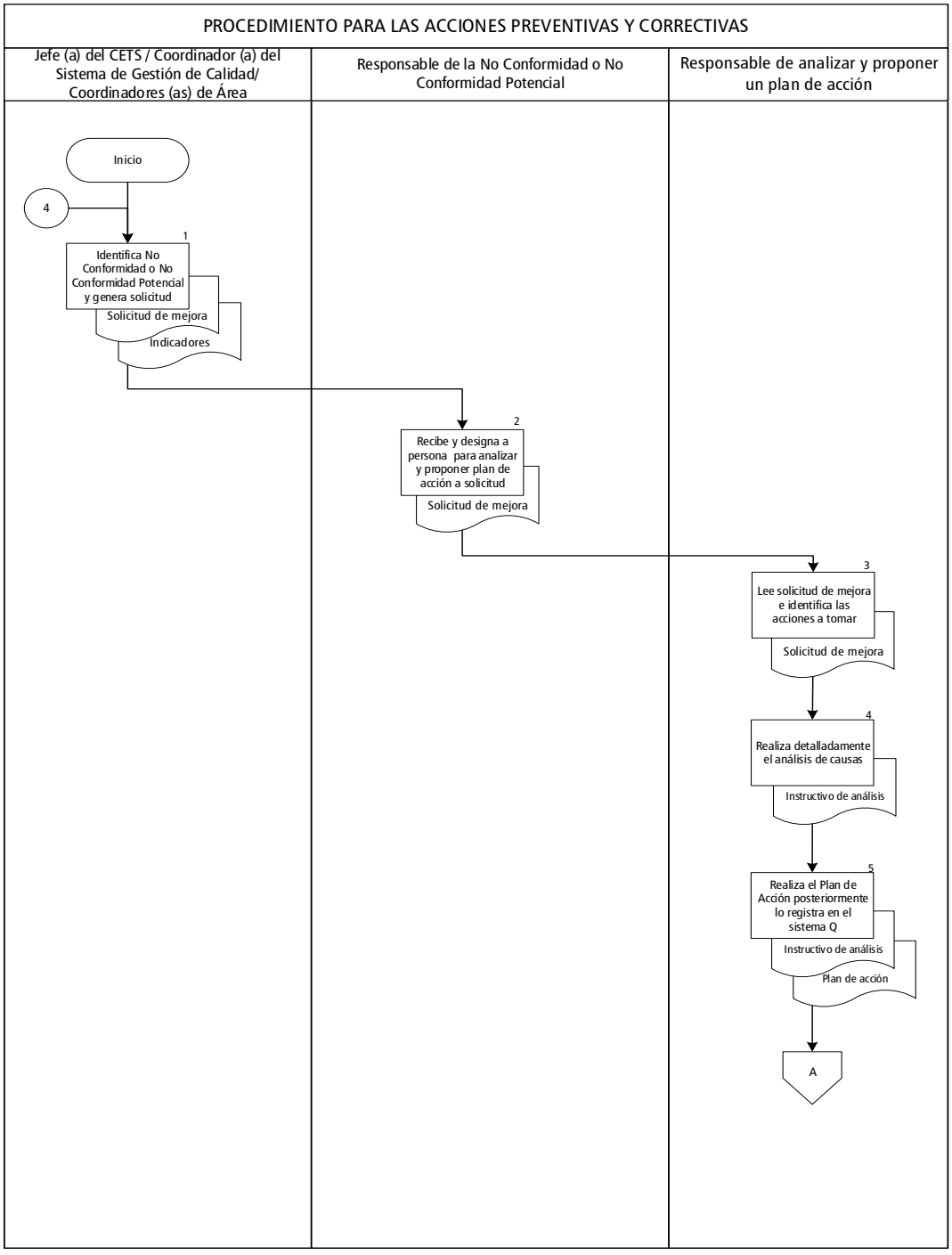
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del CETS / Coordinador/a del Sistema de Gestión de Calidad/Coordinadores/as de Área	Identifica una No Conformidad o No Conformidad Potencial y genera una solicitud de mejora en el sistema Q. **Nota:** De acuerdo al porcentaje de cumplimiento de los indicadores de resultados realiza esta actividad.	Solicitud de Mejora. Indicadores de Resultados.
2	Responsable de la No Conformidad o No Conformidad Potencial.	Recibe las solicitudes de mejora a través del sistema Q y designa a una persona responsable para analizar y proponer un plan de acción de la solicitud.	Solicitud de Mejora.
3	Responsable de analizar y proponer un plan de acción	Lee la solicitud de mejora para conocer el motivo de las No Conformidades o No Conformidades Potenciales e identifica las acciones a tomar.	Solicitud de mejora.
4	Responsable de analizar y proponer un plan de acción	Realiza detalladamente el análisis de causas de las solicitudes de mejora apoyándose en el instructivo de análisis y solución de problemas y lo registra en el sistema Q.	Instructivo de análisis y solución de problemas.
5	Responsable de analizar y proponer un plan de acción	Realiza el Plan de Acción de las solicitudes de mejora apoyándose en el instructivo de análisis y solución de problemas posteriormente lo registra en el sistema Q.	Instructivo de análisis y solución de problemas. Plan de Acción.
6	Responsable de analizar y proponer un plan de acción	Determina y envía las fechas en que se deben solucionar las actividades del plan de acción	Plan de acción.

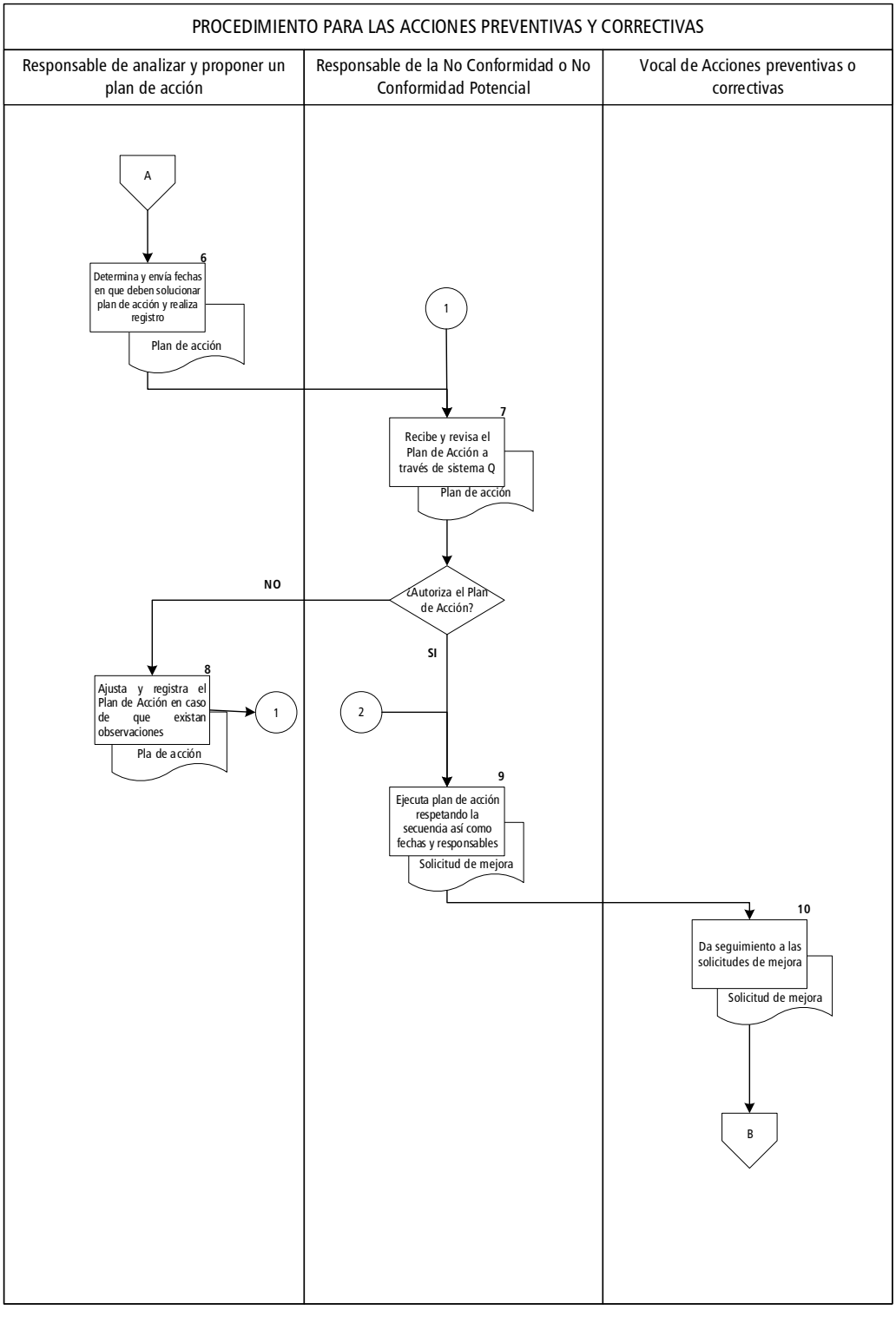
		en función del análisis previo, realiza el registro de las solicitudes de mejora.	
7	Responsable de la No Conformidad o No Conformidad Potencial	Recibe y revisa el Plan de Acción a través de sistema Q. ¿Autoriza el Plan de Acción? SI: Continúa en la actividad 9. NO: Continúa en la actividad 8.	Plan de acción.
8	Responsable de analizar y proponer un plan de acción	Ajusta y registra el Plan de Acción en caso de que existan observaciones y lo registra en el sistema Q. Ir a la actividad 7.	Plan de acción.
9	Responsable de la No Conformidad o No Conformidad Potencial	Ejecuta el plan de acción respetando la secuencia de actividades, así como fechas y responsables de ejecución.	Plan de Acción
10	Vocal de Acciones preventivas o correctivas	Da seguimiento a las solicitudes de mejora por medio del reporte de solicitud de mejora. ¿La solicitud de mejora está cerrada? SI: Continúa en actividad 12. NO: Continúa en actividad 11.	Solicitud de Mejora. .
11	Vocal de Acciones preventivas o correctivas	Programa en el sistema Q un auditor interno para la revisión y cierre de las solicitudes de mejora. **Nota**: Debe asegurar que la revisión de las solicitudes se efectúe a más tardar el quinto día hábil posterior a la última fecha límite compromiso del plan de acciones correspondiente. Regresar a la actividad 9.	Solicitud de Mejora.
12	Auditor/a Interno/a /	Abre la solicitud de mejora que	Solicitud de

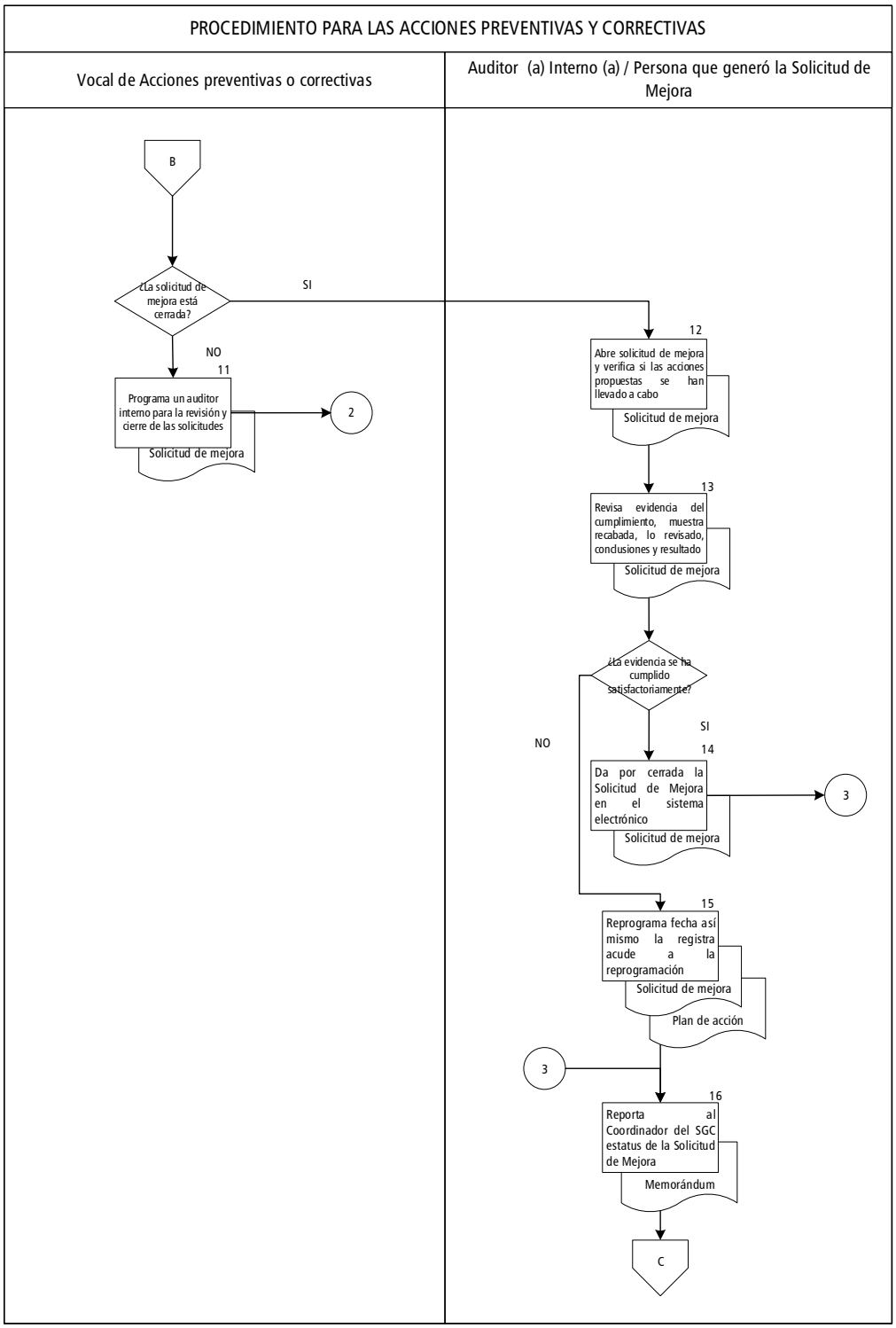
	Persona que generó la Solicitud de Mejora	le corresponda verificar, una vez aprobada por el/la Jefe/a inmediato, y llegada la fecha compromiso para su solución. Verifica si las acciones propuestas se han llevado a cabo conforme lo planeado.	Mejora.
13	Auditor/a Interno/a / Persona que generó la Solicitud de Mejora	Revisa evidencia objetiva del cumplimiento de las actividades planeadas y registra en la revisión de la solicitud de mejora la muestra recabada, lo que se le revisó a la muestra, las conclusiones y el resultado. ¿La evidencia se ha cumplido satisfactoriamente? SI: Continúa en la actividad 14. NO: Continúa en la actividad 15.	Solicitud de Mejora.
14	Auditor/a Interno/a / Persona que generó la Solicitud de Mejora	Da por cerrada la Solicitud de Mejora en el sistema electrónico. Continúa en la actividad 16.	Solicitud de Mejora.
15	Auditor/a Interno/a / Persona que generó la Solicitud de Mejora	Reprograma fecha en caso de que el responsable de la No Conformidad no haya dado cumplimiento al Plan de Acción así mismo la registra en la Solicitud de Mejora y acude a la fecha reprogramada.	Solicitud de Mejora. Plan de acción.
16	Auditor/a Interno/a	Reporta mediante memorándum o reporte a Coordinador/a del Sistema de Gestión de Calidad el estatus de la Solicitud de Mejora, copiando al responsable de la No Conformidad.	Memorándum o Reporte.
17	Vocal de Acciones Preventivas o Correctivas	Evalúa de forma semanal, la eficacia de las acciones correctivas o preventivas	Formato Seguimiento de Eficacia de

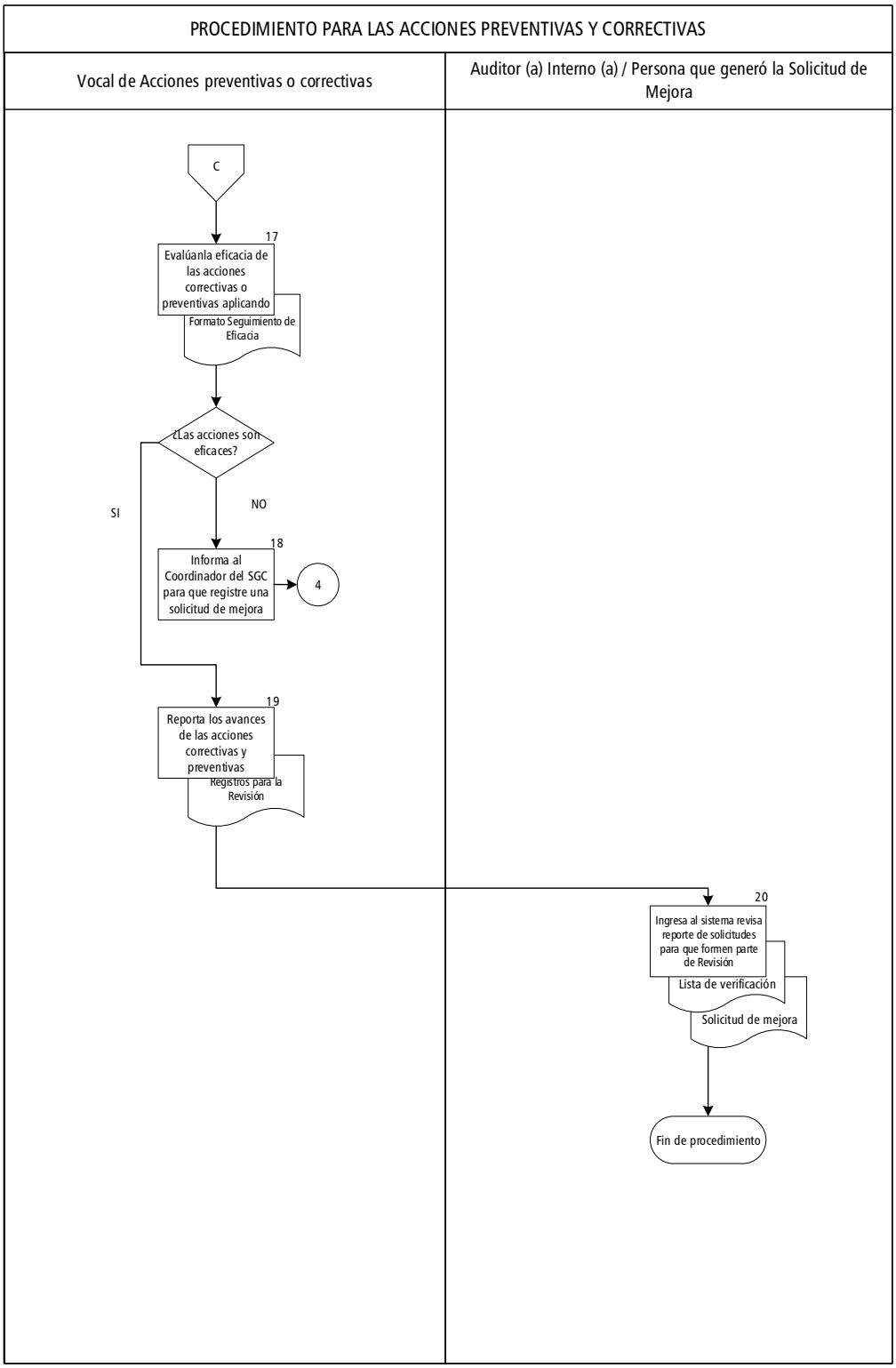
		aplicando el Formato Seguimiento de Eficacia de Acciones Preventivas y/o Correctivas. ¿Las acciones son eficaces? SI: Continúa en la actividad 19. NO: Continúa en la actividad 18.	Acciones Preventivas y/o Correctivas
18	Vocal de Acciones Preventivas o Correctivas	Informa a Coordinador/a del Sistema de Gestión de Calidad para que registre una solicitud de mejora. **Nota:** Se podrá agrupar las solicitudes que no son eficaces en una solicitud de mejora, si corresponde. Regresar a la actividad 1.	
19	Vocal de Acciones Preventivas o Correctivas	Reporta en la Revisión por la Dirección siguiente los avances de las acciones correctivas y preventivas.	Registros correspondientes al Procedimiento para la Revisión por la Dirección
20	Auditor/a Interno/a	Ingresa al sistema Q en la siguiente auditoría interna y revisa el reporte de solicitudes de mejora para que formen parte de la Revisión al Sistema de Gestión y le sirvan para preparar las Listas de verificación.	Listas de Verificación. Solicitud de Mejora.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.




PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS
Responsable de analizar y proponer un plan de acción
Responsable de la No Conformidad o No Conformidad Potencial
Vocal de Acciones preventivas o correctivas
A
6
Determina y envía fechas en que deben solucionar plan de acción y realiza registro
Plan de acción
1
7
Recibe y revisa el Plan de Acción a través de sistema Q
Plan de acción
¿Autoriza el Plan de Acción?
NO
SI
8
Ajusta y registra el Plan de Acción en caso de que existan observaciones
Pla de acción
1
2
9
Ejecuta plan de acción respetando la secuencia así como fechas y responsables
Solicitud de mejora
10
Da seguimiento a las solicitudes de mejora
Solicitud de mejora
B


PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS
Vocal de Acciones preventivas o correctivas
Auditor (a) Interno (a) / Persona que generó la Solicitud de Mejora
B
¿La solicitud de mejora está cerrada?
SI
NO
11
Programa un auditor interno para la revisión y cierre de las solicitudes
Solicitud de mejora
2
12
Abre solicitud de mejora y verifica si las acciones propuestas se han llevado a cabo
Solicitud de mejora
13
Revisa evidencia del cumplimiento, muestra recabada, lo revisado, conclusiones y resultado
Solicitud de mejora
¿La evidencia se ha cumplido satisfactoriamente?
SI
NO
14
Da por cerrada la Solicitud de Mejora en el sistema electrónico
Solicitud de mejora
3
15
Reprograma fecha así mismo la registra acude a la reprogramación
Solicitud de mejora
Plan de acción
3
16
Reporta al Coordinador del SGC estatus de la Solicitud de Mejora
Memorándum
C


PROCEDIMIENTO PARA LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS
Vocal de Acciones preventivas o correctivas
Auditor (a) Interno (a) / Persona que generó la Solicitud de Mejora
C
17
Evalúanla eficacia de las acciones correctivas o preventivas aplicando
Formato Seguimiento de Eficacia
¿Las acciones son eficaces?
SI
NO
18
Informa al Coordinador del SGC para que registre una solicitud de mejora
4
19
Reporta los avances de las acciones correctivas y preventivas
Registros para la Revisión
20
Ingresa al sistema revisa reporte de solicitudes para que formen parte de Revisión
Lista de verificación
Solicitud de mejora
Fin de procedimiento

7.9.12. PROCEDIMIENTO PARA LA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE.

Tiempo Promedio: 45 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Victor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los criterios y describir las actividades que deben realizarse antes, durante y después de llevar a cabo una campaña de donación altruista de sangre por parte del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS), considerando que nuestra organización es el órgano rector para realizar este tipo de campañas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma oficial mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
2. Art. 327 de la Ley General de Salud; está prohibido el comercio de órganos tejidos y células. La donación de éstos con fines de trasplantes, se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su utilización será estrictamente a título gratuito.
3. Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013.
4. NORMA ISO-9001-2008.

Políticas de Operación:

1. El/la Coordinador/a de Promoción y Capacitación del CETS realiza el calendario de campañas de donación voluntaria de sangre no remunerada en el mes de enero de cada año, definiendo las instituciones y fechas; lo da a conocer en la primera reunión del Comité Estatal de Medicina Transfusional (mes de febrero), invitando a participar a los hospitales del sector salud.
2. Cuando se programan las campañas, se establece una coordinación oficial con las autoridades de las instituciones educativas que tengan población mayor de 18 años, con la finalidad de programar las actividades que se llevarán a cabo durante la promoción y captación de unidades de sangre; las coordinaciones posteriores se realizarán en forma verbal.
3. La promoción se realiza 1 o 2 semanas antes de la captación, visitando cada uno de los salones de clases y/o lugares estratégicos designados por la institución para informar e invitar a la población a que participe en la campaña, se colocan mantas y carteles alusivos al tema, reforzando la información con folletos.
4. La jefatura del CETS elabora y distribuye los oficios correspondientes hacia las diversas instituciones, en caso de que el establecimiento no contara con espacio cerrado para llevar a cabo la campaña, se solicitan 2

unidades móviles a la jurisdicción sanitaria No. 6, informando al Departamento de Promoción Social de los Servicios de Salud la fecha, lugar y hora de la campaña para citar a la prensa; así como a las diferentes Coordinaciones del CETS para organizar el personal, material y equipo.

5. El material y equipo necesario es trasladado en el vehículo oficial por quien esté desempeñando la función de chofer bajo la supervisión de trabajo social, mientras que el personal llegará al lugar de la campaña por sus propios medios si es dentro de la ciudad, de no ser así se pedirá apoyo a los compañeros que participen en la campaña y que cuenten con vehículo para transportarse.
6. El personal que participa en la campaña, instala el banco de sangre móvil en el lugar indicado por la institución, facilitando el flujo al donador de sangre.
7. El/la Jefe/a del CETS realiza un informe final escrito de la campaña dirigido al/la Secretario/a y Director/a de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, turnando copia a las autoridades de la institución.
8. Al oficio de solicitud de apertura o continuación de la colecta, se le deberá anexar el récord de resultados de los últimos tres años de las colectas externas anteriores y se deberá enviar con el chofer dentro de los primeros 20 días del mes de enero.
9. En caso de colecta externa en el interior del Estado, el responsable de la misma es quien realiza esta actividad.
10. En caso de reprogramación de la colecta se deberá informar a los Coordinadores mediante memorándum.
11. El área designada para llevar a cabo la evaluación médica del donante debe tener condiciones adecuadas de acceso, iluminación, ventilación, temperatura y asegurar la confidencialidad.
12. La selección y sangrado del donador se realizará de acuerdo a los lineamientos de los documentos descritos a continuación:

- Procedimiento para la información y registro de los candidatos que acuden a donar sangre.
- Procedimiento para la evaluación clínica del

	disponente de sangre. ▪ Procedimiento para la toma de muestras. ▪ Método de determinación del sistema ABO. ▪ Método de determinación del sistema Rh. ▪ Método de determinación de citometría hemática. ▪ Procedimiento para la flebotomía.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Población abierta y todas las actividades y áreas del CETS involucradas en la realización de una campaña de donación altruista de sangre.
Recursos	Calendario de colecta externa, Oficio de apertura, Formatos correspondientes para gestión de viáticos, Check list de equipamiento, Reporte de resultados de donantes voluntarios de sangre en campaña, Informe final.
Glosario	Campaña: Conjunto de actividades o esfuerzos de tipo político, social o económico aplicados a un fin determinado. Altruismo: Cuidado desinteresado del bien ajeno aún a costa del propio y fundado en una moral puramente natural. Donador Voluntario: Persona que dona sangre, plasma u otros componentes sanguíneos por su propia voluntad, sin recibir pago alguno por este concepto. Voluntario: Hecho por propia voluntad y no por obligación o deber. Persona que se presta a hacer o realizar algo por su propia voluntad. Promover: Iniciar o activar cierta acción. Población Cautiva: Se refiere a la población que pertenece a una institución ya sea educativa o laboral y fácil de localizar. Población Abierta: Se refiere a la población que no se puede localizar en un lugar específico, pero al ser convocada puede asistir a donar sangre. Captación: Actividad encaminada para la obtención de unidades de sangre procedentes de donadores altruistas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Realiza el calendario de colecta externa en el mes de enero de cada año, definiendo las instituciones y fechas tentativas.	Calendario de colecta externa
2	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Difunde el calendario de colectas externas a las diferentes Coordinaciones del CETS y responsables del servicio de transfusión y puestos de sangrado del interior del Estado.	Calendario de colecta externa
3	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación/Responsable de Colecta Externa en el Interior del Estado	Envía en el mes de enero un oficio para solicitar la apertura o continuación de la actividad, mencionando la fecha propuesta para su aprobación.	Oficio de apertura
4	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Confirma vía telefónica a las instituciones para corroborar fechas y elaborar el calendario de colecta externa definitivo.	Calendario de colecta externa
5	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Entrega el calendario de colecta externa a las Coordinaciones y Jefaturas máximo el día 31 de enero.	Calendario de colecta externa
6	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación/Personal de Gestión de Viáticos	Lleva a cabo la gestión de viáticos de acuerdo al procedimiento para este fin, para las colectas externas en el interior del Estado.	Formatos correspondientes del procedimiento para la gestión de viáticos

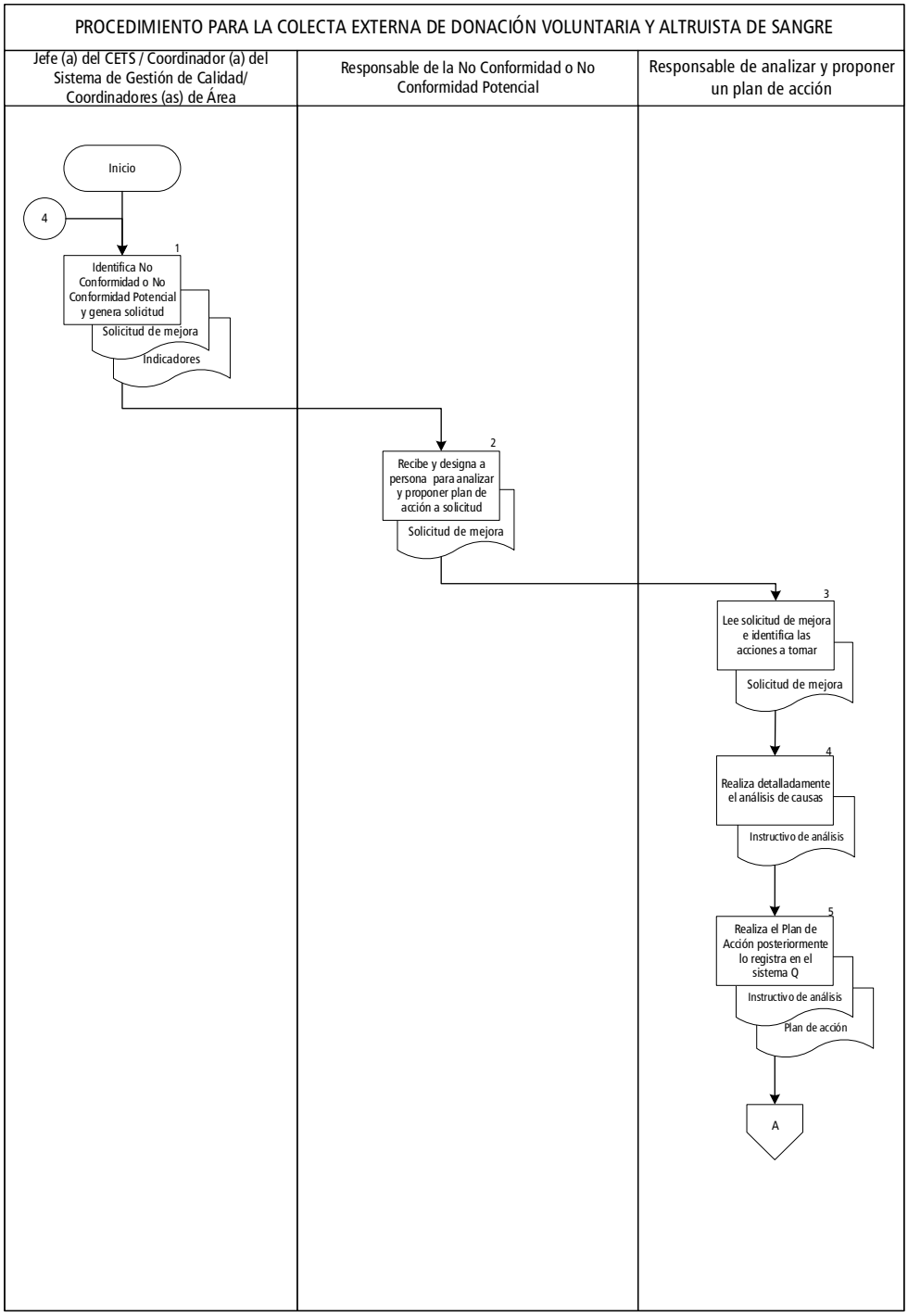
7	Secretario/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Elabora y distribuye los oficios necesarios para informar a los Coordinadores sobre la realización de las colectas mensuales, dentro de los primeros 5 días del mes.	Oficio
8	Personal de Promoción a la Donación	Realiza la promoción 2 a 3 días antes de la captación, visitando cada uno de los salones de clases y/o lugares estratégicos designados por la institución para informar e invitar a la población a que participe en la colecta externa. **Nota:** Coloca mantas y carteles alusivos al tema, reforzando la información con volantes y/o folletos.	S/D
9	Coordinadores/as de Selección y Sangrado del Donante/Laboratorio de banco de sangre	Preparan recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la colecta.	S/D
10	Coordinadores/as de las áreas que participan en la colecta externa	Verifican un día anterior a la colecta que el check list de equipamiento se encuentre completo y lo entregan al personal responsable de la colecta externa.	Check List de Equipamiento
11	Chofer	Traslada los recursos materiales y humanos necesarios en el vehículo oficial, este último recurso sólo en el caso de una colecta externa en el interior del Estado.	S/D
12	Personal que participa en la colecta externa	Instala el equipamiento para llevar a cabo la colecta, en el	S/D

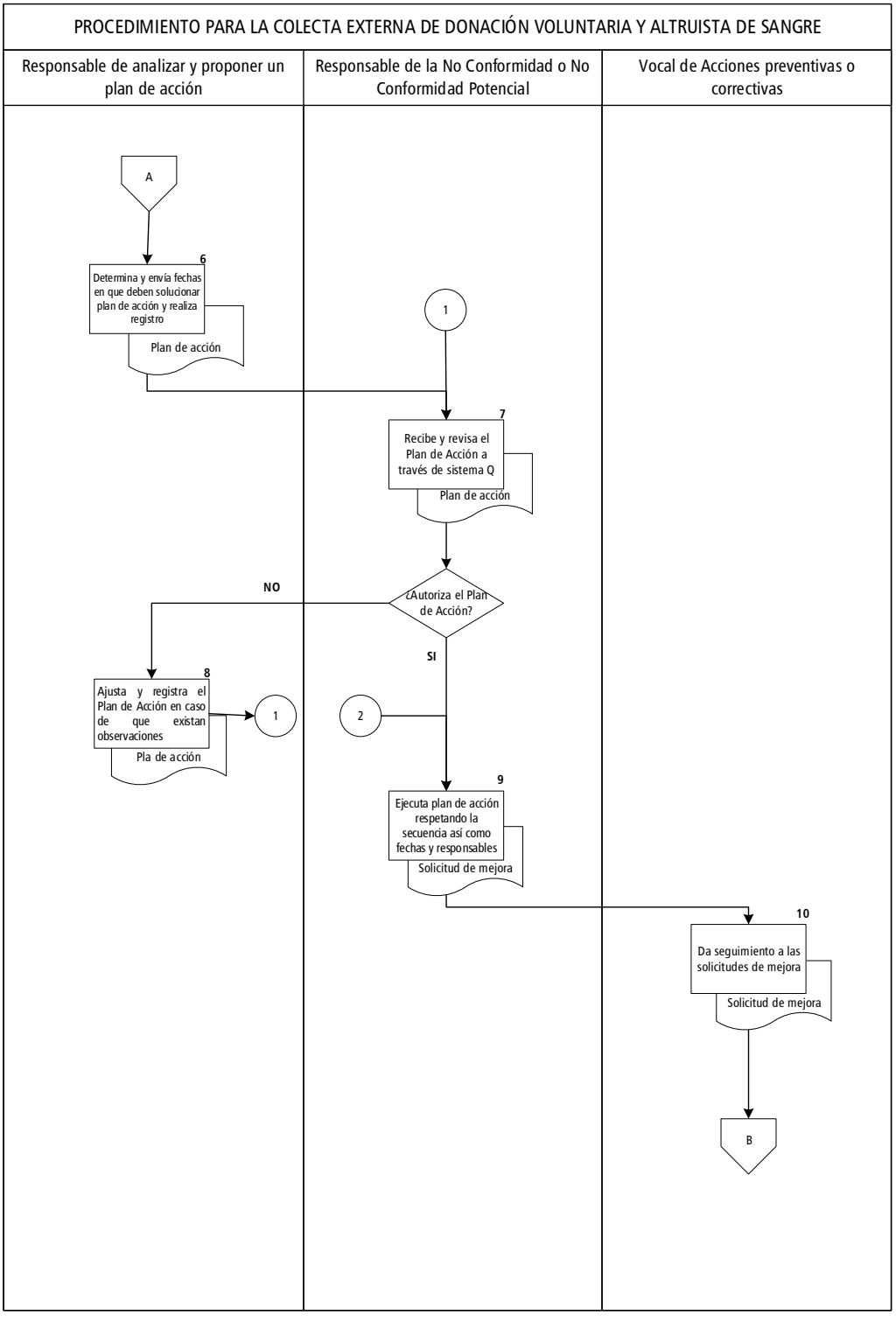
		lugar gestionado con la institución.	
13	Personal de Colecta Externa	Procede a realizar la selección y sangrado del donador.	S/D
14	Chofer/Trabajo Social/Médico/a de Selección del Donante	Traslada al CETS, los tubos de sangre al concluir la captación de las unidades de sangre; para que el personal del laboratorio lleve a cabo la realización de las pruebas serológicas, así como el fraccionamiento y conservación adecuada de las unidades de acuerdo a los procedimientos de su área.	S/D
15	Personal en turno del CETS	Registra en el sistema de cómputo la información recabada durante la colecta externa.	S/D
16	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Realiza informe final escrito de la campaña dirigida al/la directora/a de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, turnando copia a las autoridades correspondientes. El informe incluye una gráfica de resultados de las causas de rechazo respetando la confidencialidad de los donantes. **Nota**: El informe debe incluir las actividades que se realizaron durante la promoción (número de mantas colocadas, folletos repartidos, carteles colocados, salones visitados, medios de comunicación en los que se	Informe final

		realiza la difusión) y el resultado de la misma (número de donantes de sangre aceptados, rechazados y valorados).	
17	Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Llena con los nombres de los donantes el Reporte de resultados de donantes voluntarios de sangre en campaña y lo entrega a la Coordinación de laboratorio de banco de sangre.	**Reporte de resultados de donantes voluntarios de sangre en campaña**
18	Coordinador/a de Laboratorio de Banco de Sangre	Reporta los resultados de las pruebas serológicas de los donantes a la Coordinación de Promoción a la Donación y Capacitación, en un tiempo máximo de 5 días hábiles.	S/D
19	Secretaria/o de Promoción a la Donación y Capacitación/Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Elabora y enmica el carnet de donante voluntario, el cual lo hace acreedor a un seguro de sangre.	S/D
20	Secretaria/o de Promoción a la Donación y Capacitación/Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Entrega al chofer las copias del informe final y carnet de donantes voluntarios (con los resultados de pruebas serológicas de quien lo solicitó al momento de donar).	S/D
21	Chofer	Entrega las copias del informe final y carnet de donantes voluntarios, al servicio médico o persona con la que se tuvo la coordinación de la institución y a las autoridades correspondientes, para que sean distribuidos a los donantes en forma oportuna	

		(dentro de los 15 días después de la donación).	
22	Secretaria/o de Promoción a la Donación y Capacitación/Coordinador/a de Promoción a la Donación y Capacitación	Realiza el seguimiento de las unidades de sangre que fueron captadas en la colecta externa.	S/D
Fin del procedimiento			

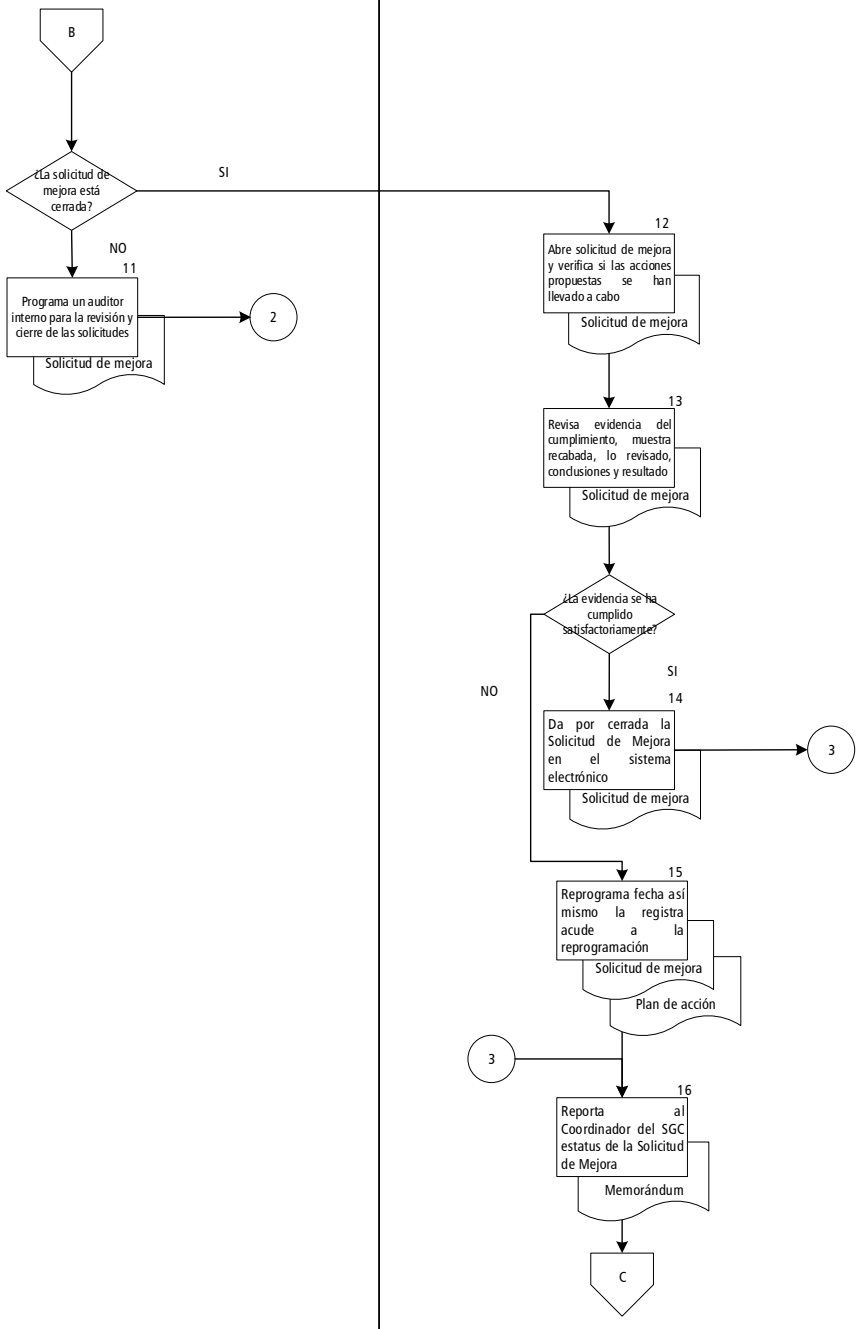
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE.

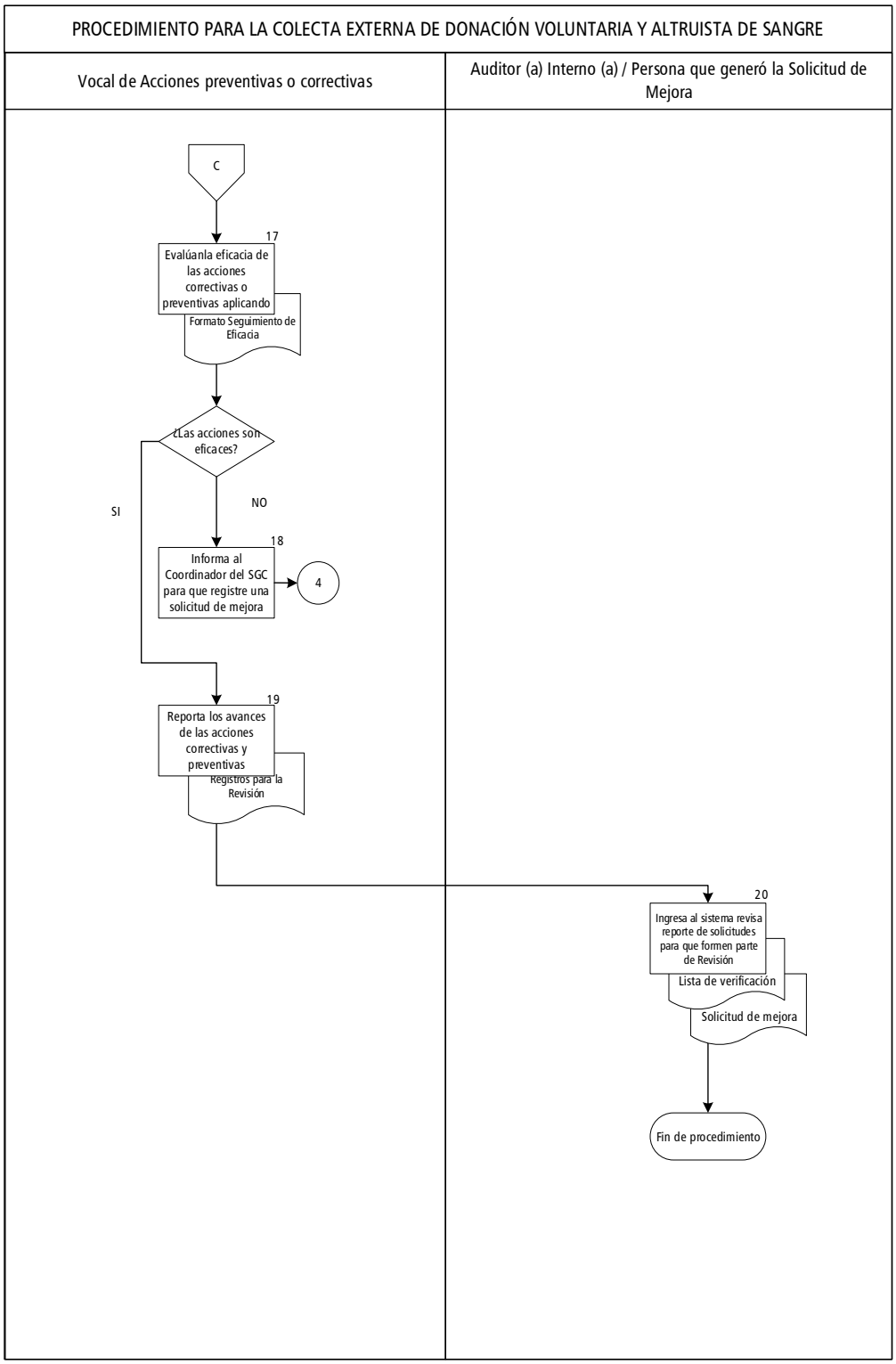



PROCEDIMIENTO PARA LA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE
Responsable de analizar y proponer un plan de acción
Responsable de la No Conformidad o No Conformidad Potencial
Vocal de Acciones preventivas o correctivas
A
6
Determina y envía fechas en que deben solucionar plan de acción y realiza registro
Plan de acción
1
7
Recibe y revisa el Plan de Acción a través de sistema Q
Plan de acción
¿Autoriza el Plan de Acción?
NO
SI
8
Ajusta y registra el Plan de Acción en caso de que existan observaciones
Pla de acción
1
2
9
Ejecuta plan de acción respetando la secuencia así como fechas y responsables
Solicitud de mejora
10
Da seguimiento a las solicitudes de mejora
Solicitud de mejora
B

PROCEDIMIENTO PARA LA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE

Vocal de Acciones preventivas o correctivas	Auditor (a) Interno (a) / Persona que generó la Solicitud de Mejora




PROCEDIMIENTO PARA LA COLECTA EXTERNA DE DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE
Vocal de Acciones preventivas o correctivas
Auditor (a) Interno (a) / Persona que generó la Solicitud de Mejora
C
17
Evalúanla eficacia de las acciones correctivas o preventivas aplicando
Formato Seguimiento de Eficacia
¿Las acciones son eficaces?
SI
NO
18
Informa al Coordinador del SGC para que registre una solicitud de mejora
4
19
Reporta los avances de las acciones correctivas y preventivas
Registros para la Revisión
20
Ingresa al sistema revisa reporte de solicitudes para que formen parte de Revisión
Lista de verificación
Solicitud de mejora
Fin de procedimiento

7.9.13. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR CON LAS INSTANCIAS FEDERALES, ESTATALES Y CIVILES LA DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.

Tiempo Promedio: inmediato (de 0 a 10 minutos)

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Breton Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Coordinar con las instancias federales y estatales, las actividades para la donación de órganos tejidos y células de seres humanos que hayan perdido la vida por causas naturales, violentas o accidentales y vigilar la correcta aplicación de los instrumentos legales relacionados.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud, Título 14, Capítulo I Artículo 313, 314, 317, 318, 320, 322, 337 y 341 bis. Última actualización del D.O.F. del 12 de junio del 2009. 2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia del Control Sanitario para la Disposición de órganos, tejidos, células y cadáveres en seres humanos 1998. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. 4. Ley Estatal de Salud del Estado de Puebla, última reforma P.O. del 28 de septiembre de 2012. Políticas de Operación: 1. Se integrarán las instancias federales, estatales y civiles en la notificación y conocimiento de los casos de pacientes con pérdida de la vida por causas naturales, violentas o accidentales. 2. Unificar criterios con la Procuraduría General de Justicia del Estado, para el manejo oportuno del paciente con muerte encefálica, con el propósito de incrementar la donación de órganos, tejidos y células.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Establecimientos con licencia para procurar y trasplantar. Pacientes con probable diagnóstico de muerte encefálica. Familiares de pacientes con el diagnóstico arriba señalado. Comités internos de trasplantes. Procuraduría General de Justicia del Estado. Departamento de Trasplantes de Órganos. Centro Nacional de Trasplantes.
Recursos	Registro de casos, Base de datos, Protocolo, Datos clínicos, Registro nacional.

Glosario

L.G.S: Ley General de Salud.
Muerte encefálica: Es el cese irreversible de todas las funciones del tallo y los hemisferios cerebrales.
Base de datos de receptores (Lista de Espera). El registro constituido con los datos de los pacientes que requieren de un trasplante de órganos o tejidos, previsto en el artículo 336 de la L.G.S.
CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes.
COETRA: Consejo Estatal de Trasplantes.
D. E. T.: Departamento Estatal de Trasplantes.
PGJE: Procuraduría General de Justicia del Estado.
Establecimiento de salud: Los establecimientos de salud autorizados para la donación procuración, conservación, distribución y trasplante de órganos, tejidos y células.

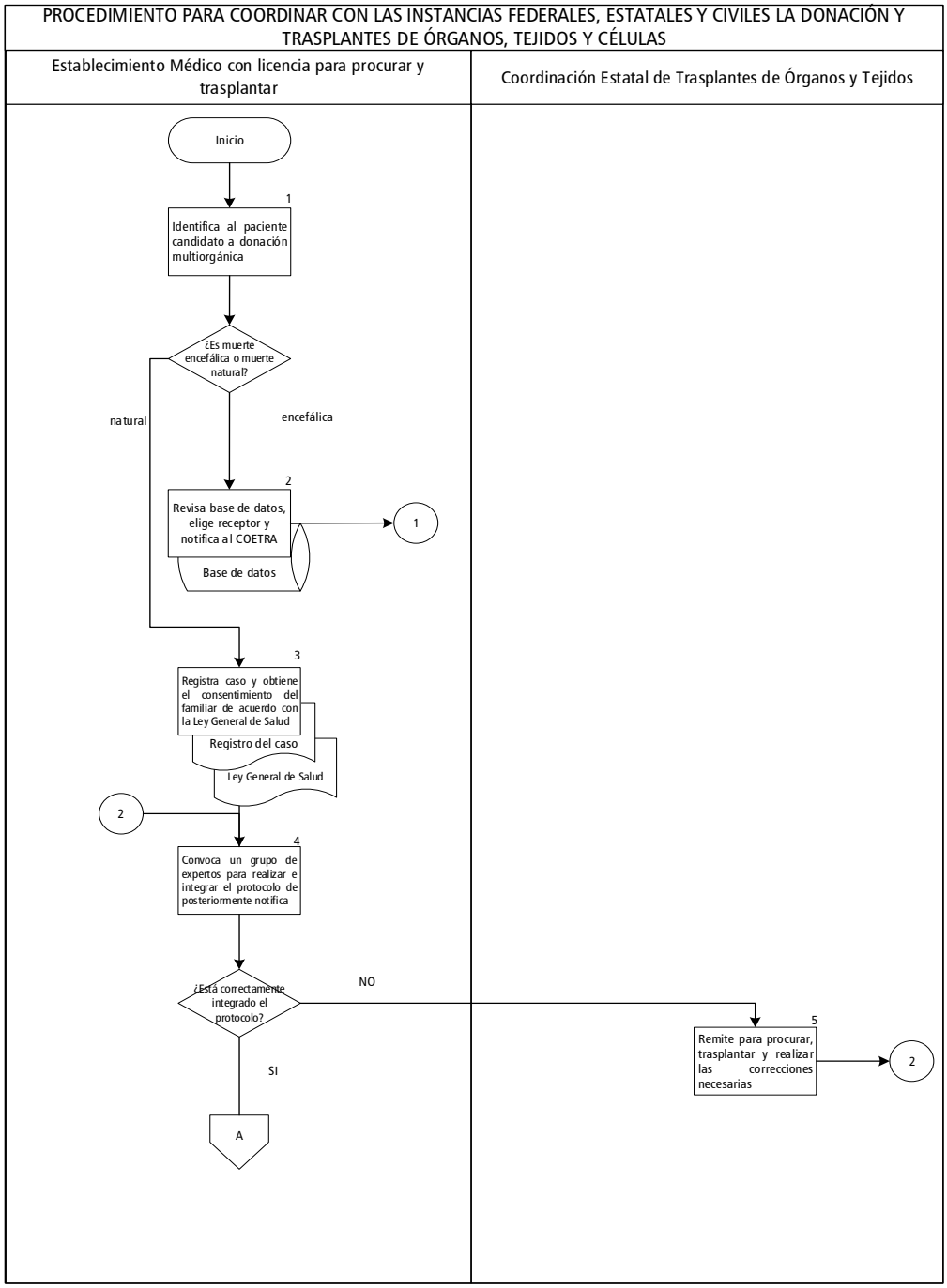
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR CON LAS INSTANCIAS FEDERALES, ESTATALES Y CIVILES LA DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Establecimiento Médico con licencia para procurar y trasplantar	Identifica al paciente candidato a donación multiorgánica. ¿Es muerte encefálica o muerte natural? Muerte encefálica: Continúa con actividad 2. Muerte natural: Continúa con actividad3	S/D
2	Establecimiento Médico con licencia para procurar y trasplantar	Revisa la base de datos y elige al receptor idóneo de acuerdo a los criterios establecidos y notifica al COETRA.	Base de datos.
3	Establecimiento Médico con licencia	Registra caso y obtiene el consentimiento del familiar de acuerdo	Registro de caso.

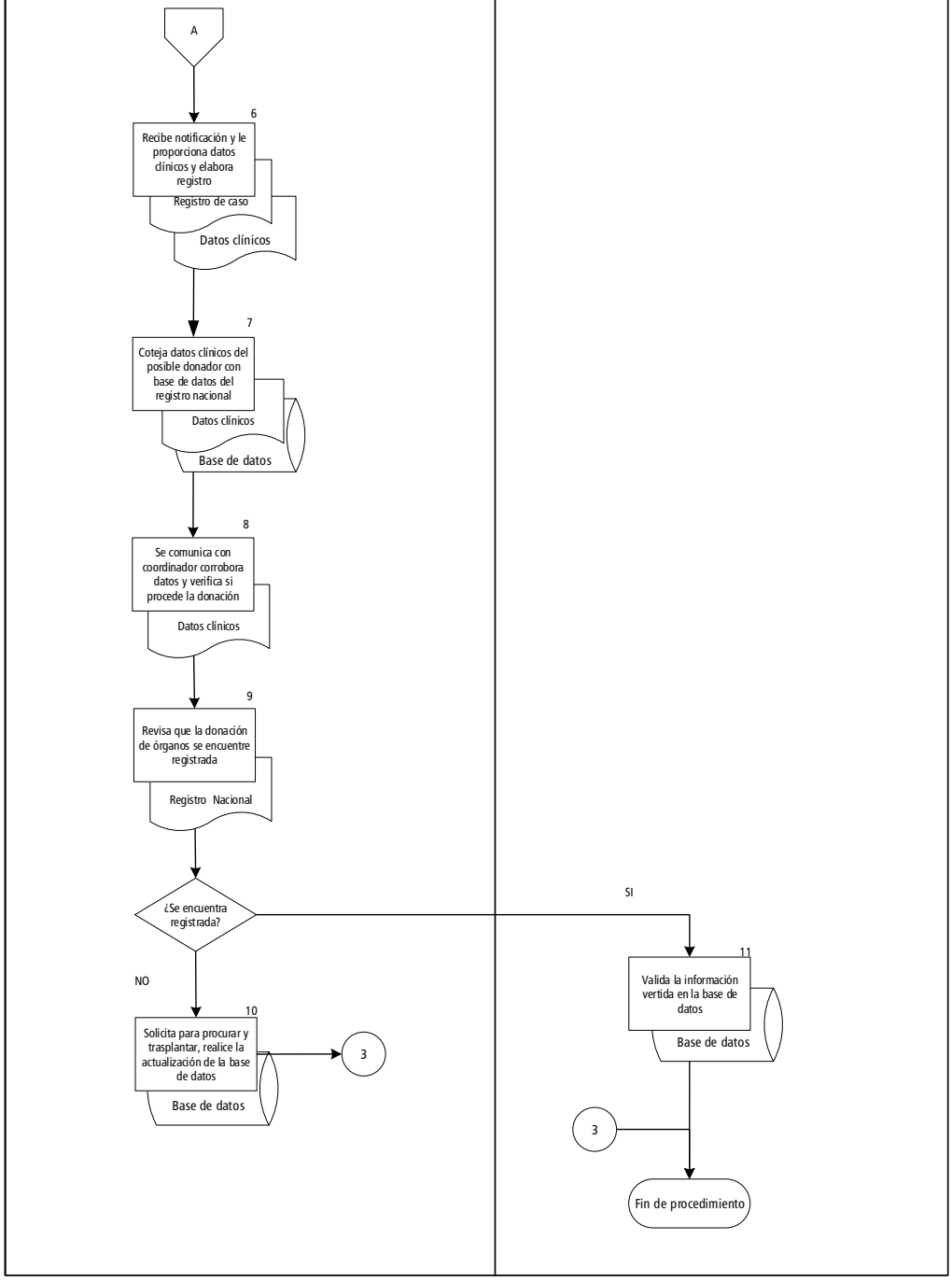
	para procurar y trasplantar	con la Ley General de Salud. **Nota**: Si se trata de muerte por causa natural (historia natural de la enfermedad) seguirá su proceso normal para la procuración.	Ley General de Salud.
4	Establecimiento Médico con licencia para procurar y trasplantar	Convoca a un grupo multidisciplinario de expertos en la materia para realizar e integrar el protocolo. de evaluación, posteriormente notifica. ¿Está correctamente integrado el protocolo? SI: Continúa en la actividad 6. NO: Continúa en la actividad 5.	Registro de caso. Protocolo.
5	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Remite al Establecimiento Médico con licencia para procurar, trasplantar y realizar las correcciones necesarias. Regresa a actividad 4.	
6	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Recibe notificación vía telefónica por parte del establecimiento y le proporciona los datos clínicos del posible donador, elabora registro de casos.	Registro de casos. Datos clínicos.
7	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Coteja los datos clínicos del posible donador con la base de datos del registro nacional.	Base de datos. Datos clínicos.
8	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Se comunica con el coordinador hospitalario de la donación, se corrobora los datos del donador y verifica si procede la donación.	Datos clínicos.
9	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Revisa en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplante, que la donación de órganos se encuentre registrada. ¿Se encuentra registrada? Sí: Continúa actividad 11. No: Continúe actividad 10.	Registro Nacional.

10	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Solicita al Establecimiento Médico con Licencia para procurar y trasplantar, realice la actualización de la base de datos. **Nota:** Se tiene un plazo de 5 días hábiles para actualizar la base de datos a nivel nacional a partir de que se realice la donación.	Base de datos.
11	Centro Nacional de Trasplantes	Valida la información vertida en la base de datos del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.	Base de datos.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR CON LAS INSTANCIAS FEDERALES, ESTATALES Y CIVILES LA DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.



PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR CON LAS INSTANCIAS FEDERALES, ESTATALES Y CIVILES LA DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS



7.9.14. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA RECIBIR ÓRGANOS Y TEJIDOS DE ORIGEN CADAVÉRICO.

Tiempo Promedio: 48 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Conocer el número de pacientes que requieren de un trasplante de un órgano de donador cadavérico, con la finalidad de asignarlo al receptor de acuerdo a los criterios establecidos de la manera más justa y equitativa.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud, Título XIV, Capítulo I, Artículos 313, 336, 337,338, Frac. IV y Artículo 339. Última actualización del D.O.F. del 12 de junio del 2009. 2. Artículo 34 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, del 8 de febrero de 2013. 4. Ley Estatal de Salud del Estado de Puebla, última reforma P.O. 28 de septiembre de 2012. Políticas de Operación: 1. La información vertida en la base de datos del Registro Nacional de Receptores será de carácter confidencial y solamente tendrán acceso a ella, el CENATRA, el COETRA y los responsables de los Comités Internos de Trasplantes de los establecimientos con licencia.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Establecimiento con licencia para procurar y trasplantar, Consejo Estatal de Trasplantes y Centro Nacional de Trasplantes con aplicación en todo el país en forma obligatoria.
Recursos	Registro de protocolo, Cronograma de supervisión, Reporte, Minuta de supervisión
Glosario	Comité Interno de Trasplantes: Grupo colegiado multidisciplinario que se integra en cada establecimiento con las funciones que establece el artículo 34 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia del Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Muerte encefálica: Es el cese irreversible de todas las funciones del tallo y los hemisferios cerebrales
Base de datos de receptores. El registro constituido con los datos de los pacientes que requieren de un trasplante de órganos o tejidos, previsto en el artículo 336 de la L.G.S.
CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes.
COETRA: Consejo Estatal de Trasplantes.
Establecimiento de salud: Los establecimientos de salud autorizados para la donación procuración, conservación, distribución y trasplante de órganos, tejidos y células.
Protocolo: Documento técnico en el que se definen los pasos a seguir para el manejo intrahospitalario de un potencial receptor.

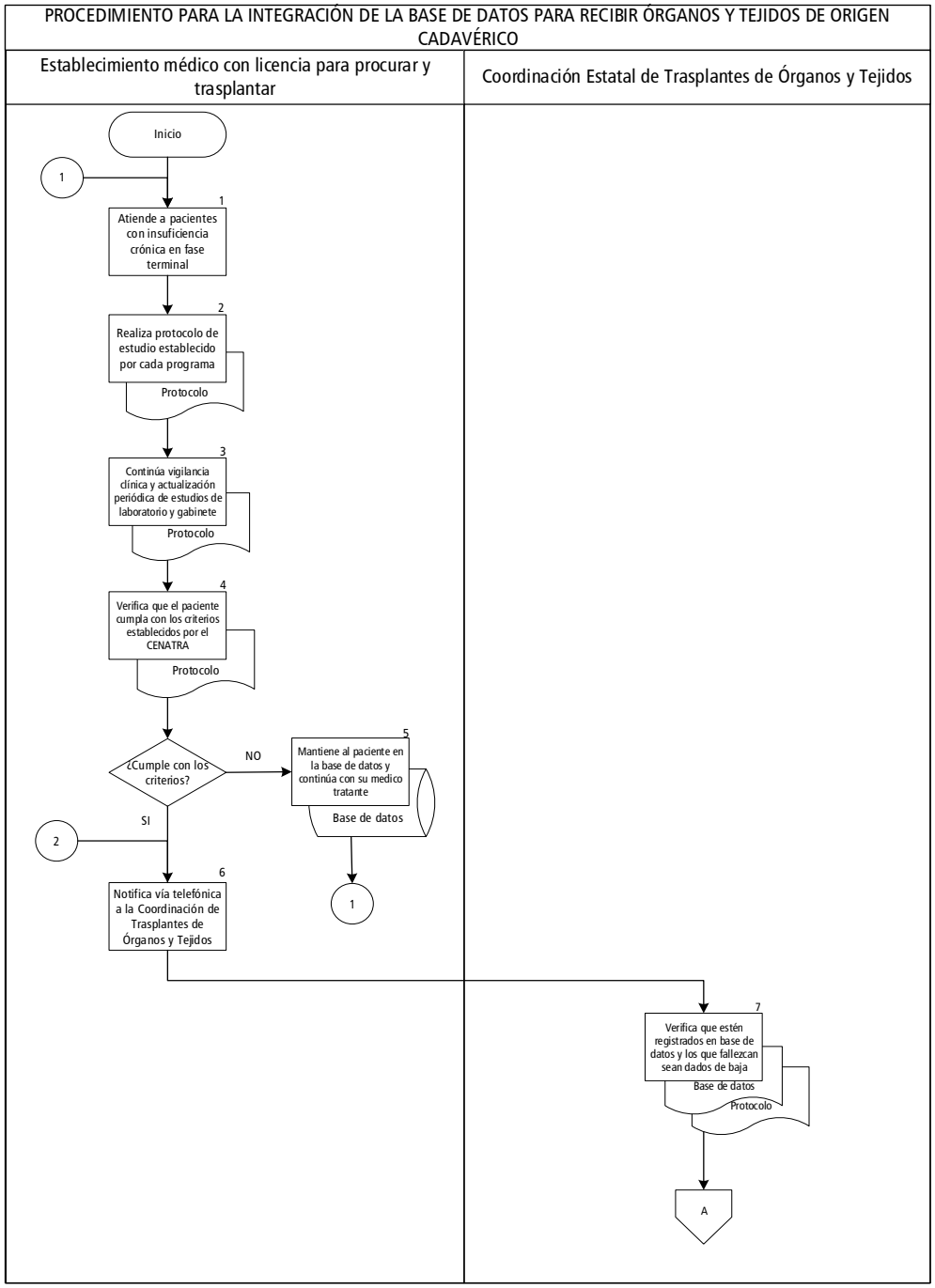
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA RECIBIR ÓRGANOS Y TEJIDOS DE ORIGEN CADAVÉRICO.

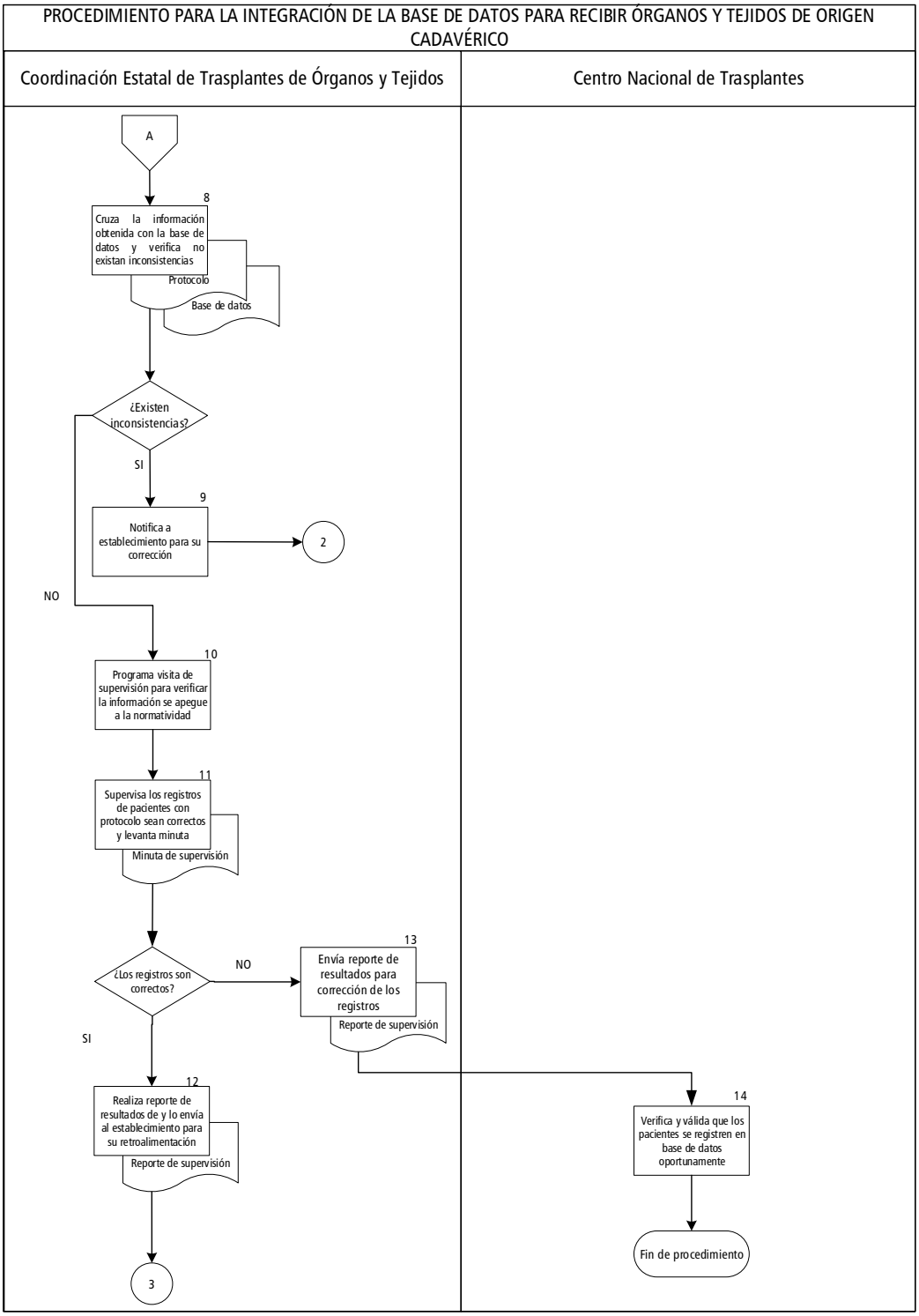
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Atiende a pacientes con insuficiencia crónica en fase terminal (riñón, hígado, corazón, etc.). **Nota:** Atiende el/la Médico/a especialista correspondiente al caso.	S/D
2	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Realiza protocolo de estudio establecido por cada programa.	Protocolo
3	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Continúa su vigilancia clínica y actualización periódica de estudios de laboratorio y gabinete, en la etapa de espera.	Protocolo
4	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Verifica que el paciente cumpla con los criterios establecidos por el CENATRA, en cuanto se presente una donación multiorgánica.	Protocolo

		¿Cumple con los criterios? Sí: Continua actividad 6. No: Continúa en la actividad 5.	
5	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Mantiene al paciente en la base de datos hasta que se presente otra oportunidad y continúa con su médico tratante Regresa con actividad 1.	Base de datos.
6	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Notifica vía telefónica a la Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos.	S/D
7	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Verifica que los pacientes a los que se ha completado sus estudios estén registrados en la base de datos oportunamente y los que fallezcan en ese periodo sean dados de baja de inmediato.	Base de Datos. Protocolo.
8	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Cruza la información obtenida por los establecimientos autorizados con la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes y verifica que no existan inconsistencias. ¿Existen inconsistencias? SI: Continúa con actividad 9. No: Continúa actividad 10.	Base de datos Protocolo
9	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Notifica a establecimiento para su corrección. Y regresar a la actividad 6.	
10	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Programa visita de supervisión al establecimiento médico para verificar que la información vertida se apegue a la normatividad establecida.	Cronograma de supervisión
11	Coordinación Estatal de Trasplantes de	Supervisa que los registros de los pacientes con el protocolo sean los correctos y levanta minuta de	Minuta de supervisión

	Órganos y Tejidos	supervisión. ¿Los registros son correctos? SI: Continúa en la actividad 12. NO: Continúa en la actividad 13.	
12	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Realiza reporte de los resultados de la supervisión y lo envía al establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar órganos, para su retroalimentación. Regresar a la actividad 6.	Reporte de supervisión
13	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Envía reporte de resultados de la supervisión para corrección de los registros. Regresa a la actividad 6.	Reporte de supervisión
14	Centro Nacional de Trasplantes	Verifica y válida que los pacientes se registren en la base de datos de receptores oportunamente y los que fallezcan sean dados de baja del sistema de inmediato a nivel nacional.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA RECIBIR ÓRGANOS Y TEJIDOS DE ORIGEN CADAVÉRICO.




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA RECIBIR ÓRGANOS Y TEJIDOS DE ORIGEN CADAVÉRICO
Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos
Centro Nacional de Trasplantes
A
8
Cruza la información obtenida con la base de datos y verifica no existan inconsistencias
Protocolo
Base de datos
¿Existen inconsistencias?
SI
9
Notifica a establecimiento para su corrección
2
NO
10
Programa visita de supervisión para verificar la información se apegue a la normatividad
11
Supervisa los registros de pacientes con protocolo sean correctos y levanta minuta
Minuta de supervisión
¿Los registros son correctos?
NO
13
Envía reporte de resultados para corrección de los registros
Reporte de supervisión
SI
12
Realiza reporte de resultados de y lo envía al establecimiento para su retroalimentación
Reporte de supervisión
3
14
Verifica y válida que los pacientes se registren en base de datos oportunamente
Fin de procedimiento

7.9.15. PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA CREACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS DE TRASPLANTES.

Tiempo Promedio: 6 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Ampliar los programas específicos referentes a trasplantes de otros órganos y tejidos, con el propósito de beneficiar a pacientes en etapa terminal por insuficiencia de órganos o tejidos que aún no se trasplantan en nuestro Estado.

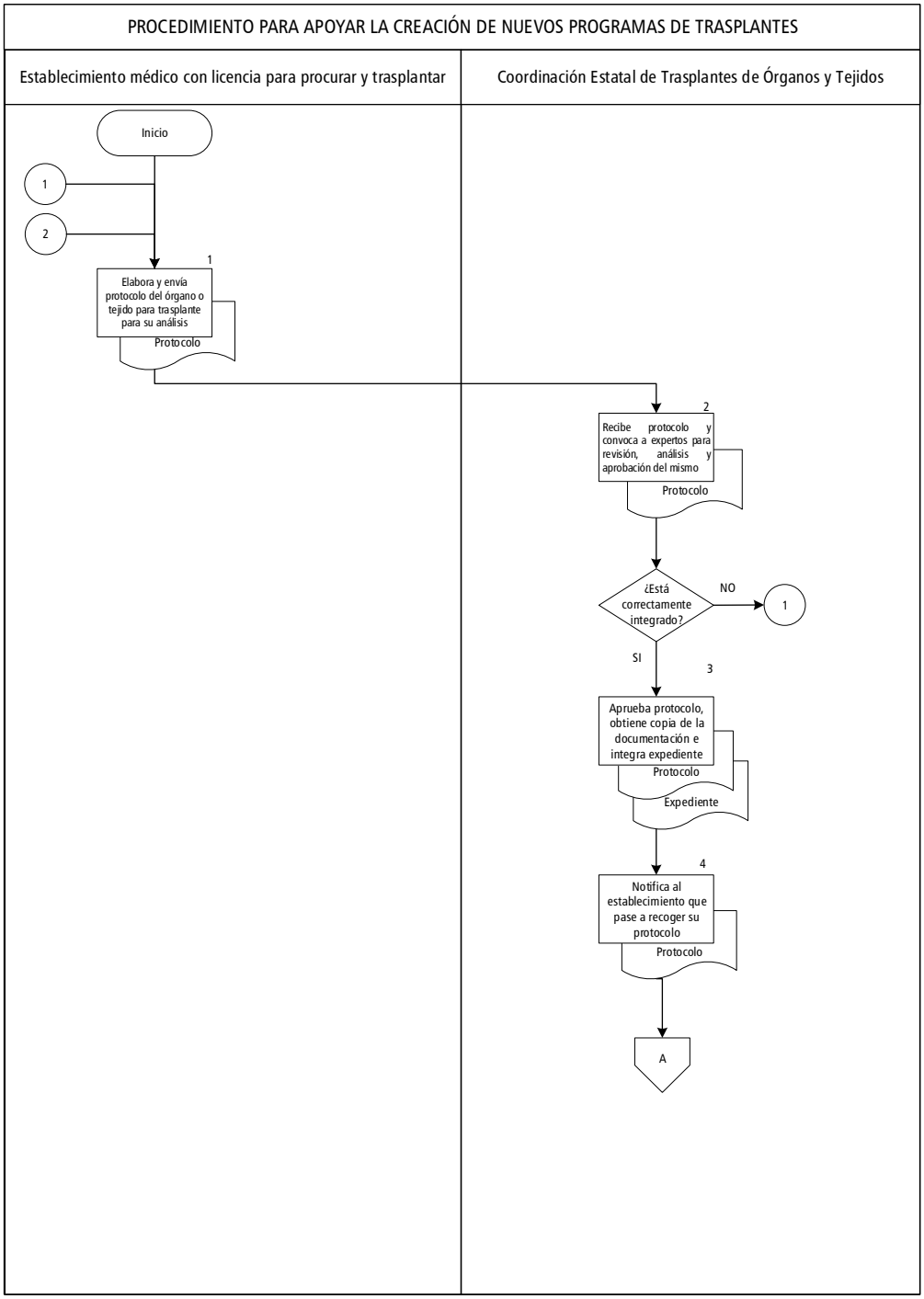
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud, Capítulo I, Artículos 315, 316, Capítulo III, Artículos 330,332, 335, 336, 337, 338, y 342. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, P.O.E. 8 de febrero de 2013. 3. Ley Estatal de Salud del Estado de Puebla, última reforma P.O. 28 de septiembre de 2012. 4. Reglamento Interior de los SSEP de fecha 8 de febrero de 2013. Políticas de Operación: 1. La creación de nuevos programas de trasplantes se ajustará a los criterios y principios médicos, éticos y legales vigentes. 2. La existencia de nuevos programas de trasplantes de órganos y tejidos permitirá que se utilicen la totalidad de los órganos procurados en nuestro Estado. 3. La COFEPIRS es la responsable de autorizar los programas de trasplantes de nueva creación.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Establecimientos con licencia para procurar y trasplantar, Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos y COFEPRIS, con aplicación en todo el país en forma obligatoria.
Recursos	Protocolo, Licencia, Oficio, Expediente.
Glosario	Establecimiento de salud: El establecimiento de salud autorizado para la donación procuración, conservación, distribución y trasplante de órganos, tejidos y células. COFEPRIS: Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios. P.O.E: Periódico Oficial de Estado.

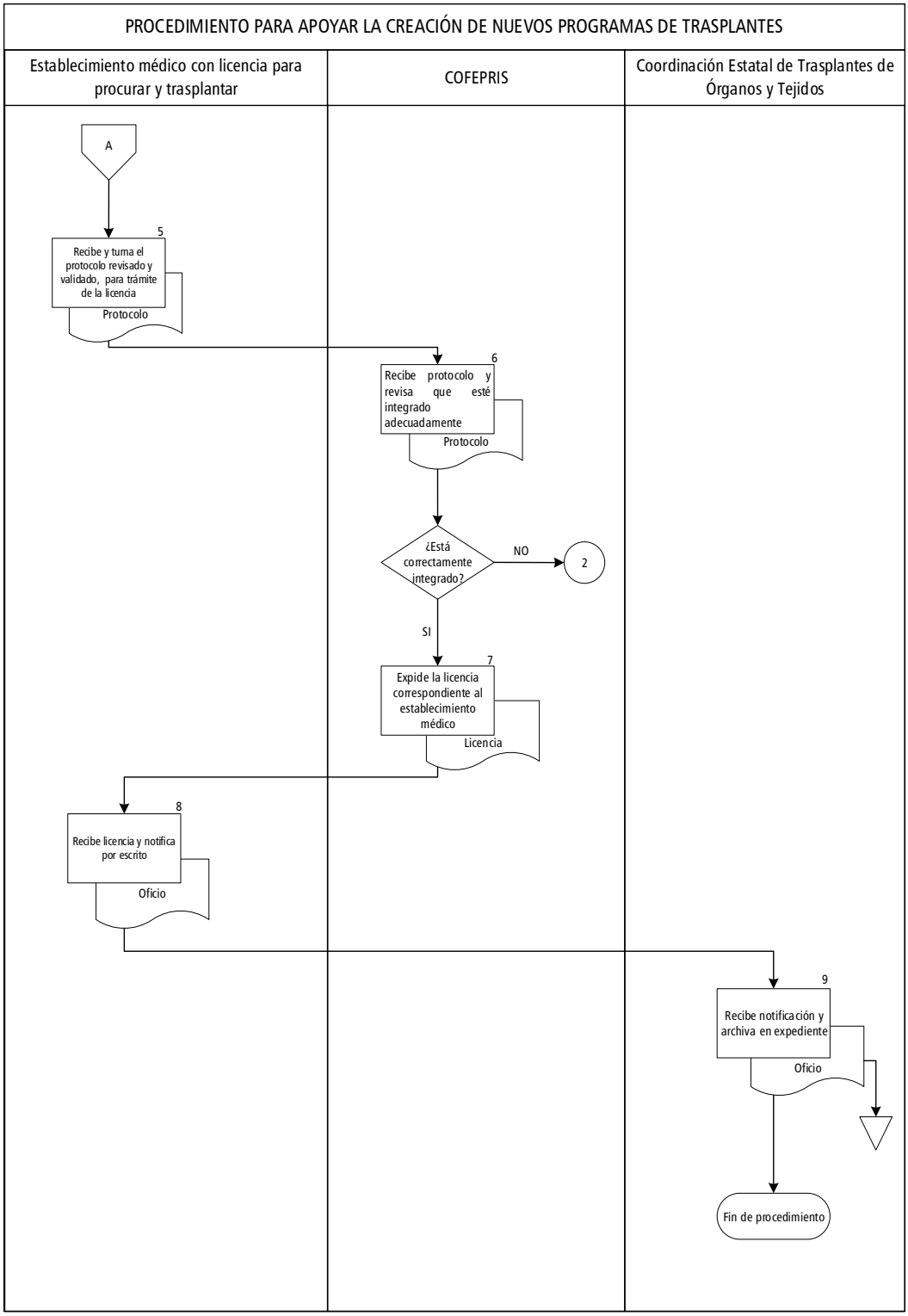
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA CREACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS DE TRASPLANTES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Elabora y envía protocolo del nuevo órgano o tejido para trasplante, a la Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos para su análisis. **Nota:** Realizar correcciones si son necesarias.	Protocolo
2	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Recibe protocolo y convoca a expertos para revisión, análisis y aprobación de mismo, el cual deberá estar correctamente integrado y bajo los principios médico científicos, éticos, legales y con la normatividad exigido por COFEPRIS. ¿Está correctamente integrado? Sí: Continúa en la actividad 3. No: Regresa a la actividad 1 para su corrección.	Protocolo
3	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Aprueba protocolo, obtiene copia de la documentación e integra expediente.	Protocolo Expediente
4	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Notifica al establecimiento que pase a recoger su protocolo y lo entrega.	Protocolo
5	Establecimiento médico con licencia para procurar	Recibe y turna el protocolo revisado y validado, a la COFEPRIS, para trámite de la licencia correspondiente.	Protocolo
6	COFEPRIS	Recibe protocolo y revisa que esté integrado adecuadamente. ¿Está correctamente integrado?	Protocolo

		Sí: continúa actividad 7. No: Regresa a la actividad 1.	
7	COFEPRIS	Expide la licencia correspondiente al establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar.	Licencia
8	Establecimiento médico con Licencia para procurar	Recibe licencia y notifica por escrito a la Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos.	Oficio
9	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Recibe notificación y archiva en expediente.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA CREACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS DE TRASPLANTES




PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA CREACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS DE TRASPLANTES
Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar
COFEPRIS
Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos
A
5
Recibe y turna el protocolo revisado y validado, para trámite de la licencia
Protocolo
6
Recibe protocolo y revisa que esté integrado adecuadamente
Protocolo
¿Está correctamente integrado?
NO
2
SI
7
Expide la licencia correspondiente al establecimiento médico
Licencia
8
Recibe licencia y notifica por escrito
Oficio
9
Recibe notificación y archiva en expediente
Oficio
Fin de procedimiento

7.9.16. PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS DE ORIGEN CADAVÉRICO.

Tiempo Promedio: 24 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios NEBT (DSH) Octubre 2018	**Víctor Morales González Subdirector de Hospitales VMG (SH) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Asignar los órganos provenientes de paciente con muerte encefálica en estricto apego a la base de datos del registro nacional de receptores, de acuerdo a los criterios médicos aceptados y a la normatividad establecida en la materia para propiciar su justa y equitativa distribución.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud, Título XIV, Capítulo I, Artículos 313, Inciso I, 314,316, 319, 332, 336, 337 y 338. Última actualización del D.O.F. del 12 de junio del 2009. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del 8 de febrero de 2013. 3. Ley Estatal de Salud del Estado de Puebla, última reforma P.O. 28 de septiembre de 2012. Políticas de Operación: 1. La Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos será el encargado de asignar los órganos que no se vayan a trasplantar en la unidad que los procuró de acuerdo a la normatividad establecida. 2. La Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos deberá de considerar los siguientes aspectos para la donación de órganos y tejidos: 3. Si la donación se genera en un hospital público, se deberán de agotar todas las posibilidades para que los órganos o tejidos se destinen a hospitales de este sector, en caso de que no existan donadores se procederá a realizar el mismo procedimiento con hospitales del sector privado. 4. Si la donación se genera en un hospital privado, se deberá de agotar todas las posibilidades para que los órganos o tejidos se destinen a hospitales de este sector, en caso de que no existan donadores se procederá a realizar el mismo procedimiento con hospitales del sector púbico.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Establecimiento con licencia para procurar y trasplantar, Consejo Estatal de Trasplantes y Centro Nacional de Trasplantes con aplicación en todo el país en forma obligatoria.

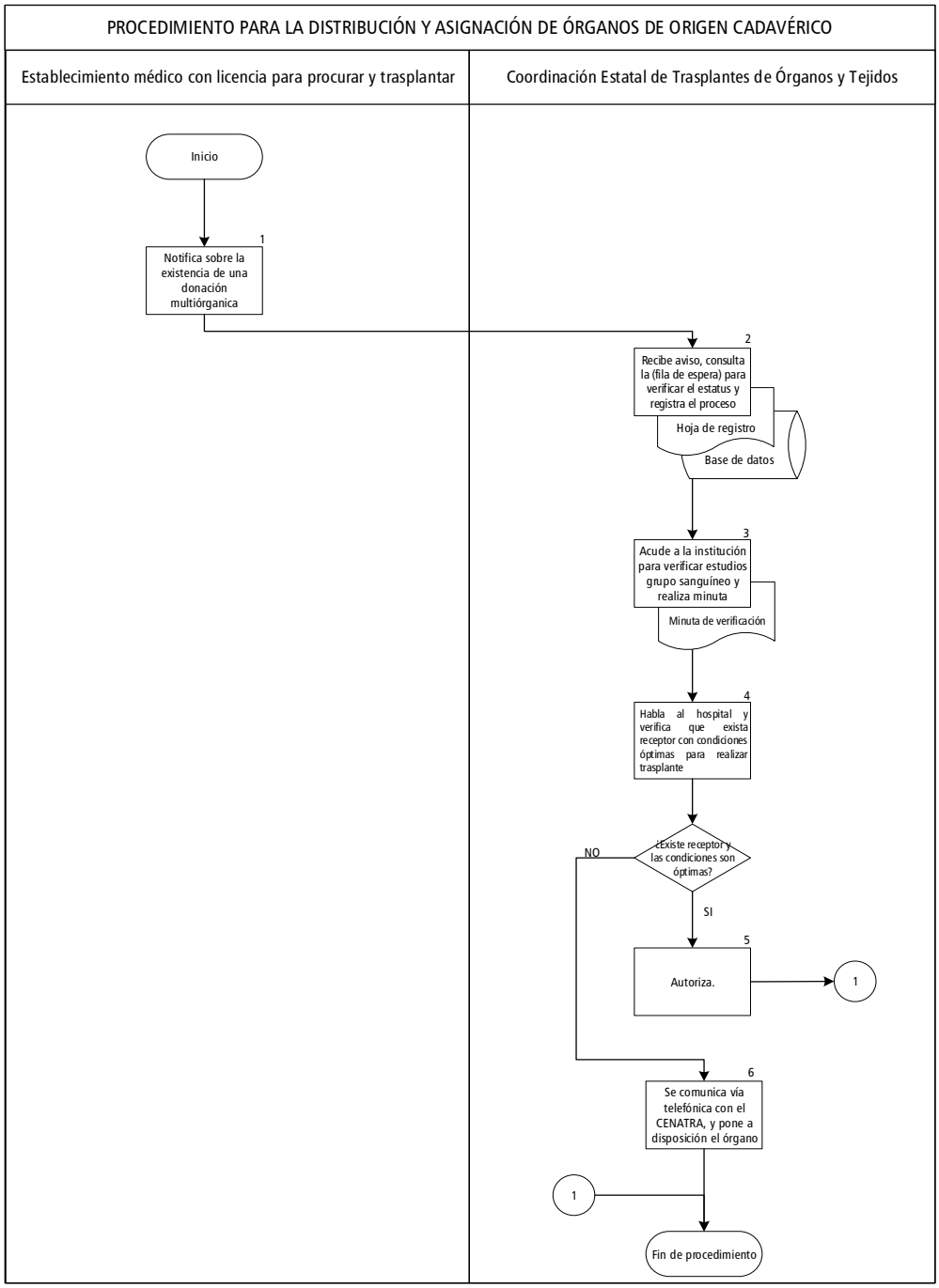
Recursos	Hoja de registro, Minuta de verificación.
Glosario	Muerte encefálica: Es el cese irreversible de todas las funciones del tallo y los hemisferios cerebrales. Base de datos de receptores (Lista de Espera). El registro constituido con los datos de los pacientes que requieren de un trasplante de órganos o tejidos, previsto en el artículo 336 de la L.G.S. CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes. COETRA: Consejo Estatal de Trasplantes. D.E.T.: Departamento Estatal de Trasplantes. Establecimiento de salud: Los establecimientos de salud autorizados para la donación procuración, conservación, distribución y trasplante de órganos, tejidos y células. Comité Interno De Trasplantes: Cuerpo Colegiado Multidisciplinario que se integra en cada establecimiento, con las funciones que establece el artículo 34 del reglamento de L.G.S., en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Donación Cadavérica Concretada: Es aquellaen la cual ya aceptaron los familiares y el paciente va a pasar a quirófano.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS DE ORIGEN CADAVÉRICO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar	Notifica vía telefónica a la Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos, sobre la existencia de una donación multiorgánica.	S/D

2	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Recibe el aviso, consulta la base de datos de receptores (fila de espera) para verificar el estatus de los pacientes en espera de un órgano por institución y registra el proceso.	Hoja de registro Base de datos
3	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Acude a la institución que procuro el órgano para verificar estudios de laboratorio y grupo sanguíneo y realiza minuta de verificación.	Minuta de verificación
4	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Habla vía telefónica al hospital del sector público y verifica con el coordinador hospitalario de trasplantes que exista receptor con condiciones óptimas para realizar el trasplante. ¿Existe receptor y las condiciones son óptimas? Sí: Continúa actividad 5. No: Continúa actividad 6.	S/D
5	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Autoriza. **Fin del procedimiento.**	
6	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Se comunica vía telefónica con el CENATRA, y pone a disposición el órgano.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS DE ORIGEN CADAVÉRICO.



7.9.17. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN, PROCURACIÓN Y TRASPLANTES.

Tiempo Promedio: N/A

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar **Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios** **NEBT (DSH)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Implantar un sistema informático confiable referente a la obtención, distribución y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes del CENATRA, lo que nos permitirá el seguimiento y la evaluación de los programas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8/02/13 2. Ley General de Salud, título XIV, capítulo I, artículos 313, inciso1 314, 316, 319, 332, 336,337y 338, última actualización del Diario Oficial de la Federación del 12 de junio de 2009. 3. Ley Estatal de Salud del Estado de Puebla, última reforma P.O. 28 de septiembre de 2012. Políticas de Operación: 1. Implementar una base de datos que incluya una lista de pacientes en espera de un órgano de paciente con muerte encefálica; así como la procuración de órganos, tejidos, y células, de los trasplantes realizados. 2. El Departamento de Trasplantes de Órganos, recibirá la información periódicamente de los diferentes centros de trasplantes que operan en el Estado. 3. Mensualmente la Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos deberá verificar la información que generan los establecimientos médicos autorizados.
Responsables	Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a establecimientos con licencia para procurar y trasplantar, Consejo Estatal de Trasplantes y Centro Nacional de Trasplantes, con aplicación en todo el país en forma obligatoria.
Recursos	Registro de solicitud, Cronograma de supervisión, Minuta de supervisión e informe.
Glosario	Coordinador/a de Donación de Órganos y Tejidos: Es el profesional de la salud cuya función es identificar, validar y concretar el proceso de la donación y coordinar la procuración de órganos y tejidos con fines de trasplante, dentro de un establecimiento autorizado para estos fines. Base de Datos de Receptores (Lista de Espera). El registro

constituido con los datos de los pacientes que requieren de un trasplante de órganos o tejidos, previsto en el artículo 336 de la L.G.S.
CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes.
COETRA: Consejo Estatal de Trasplantes.
Establecimiento de Salud: Los establecimientos de salud autorizados para la donación procuración, conservación, distribución y trasplante de órganos, tejidos y células.
Programa de Trasplantes: Conjunto de servicios que proporciona un establecimiento de salud en forma integral a los pacientes que requieren de un trasplante de órgano o tejido, el cual es coordinado por el comité in terno de trasplantes.
T.C.P.H.: Trasplante de Células Hematopoyéticas (médula ósea).
S.I.R.N.T.: Sistema de Información del Registro Nacional de Trasplantes.

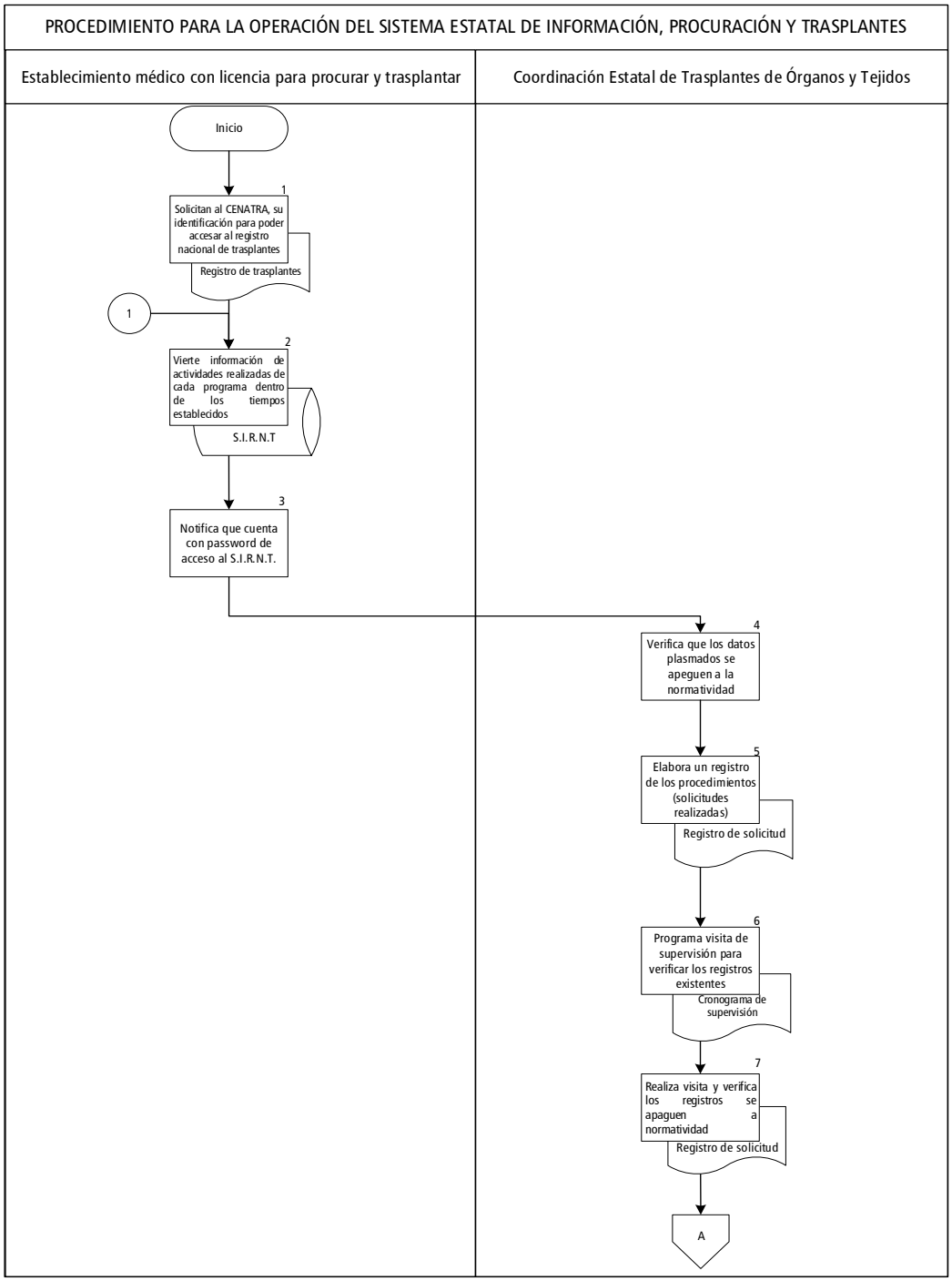
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN, PROCURACIÓN Y TRASPLANTES.

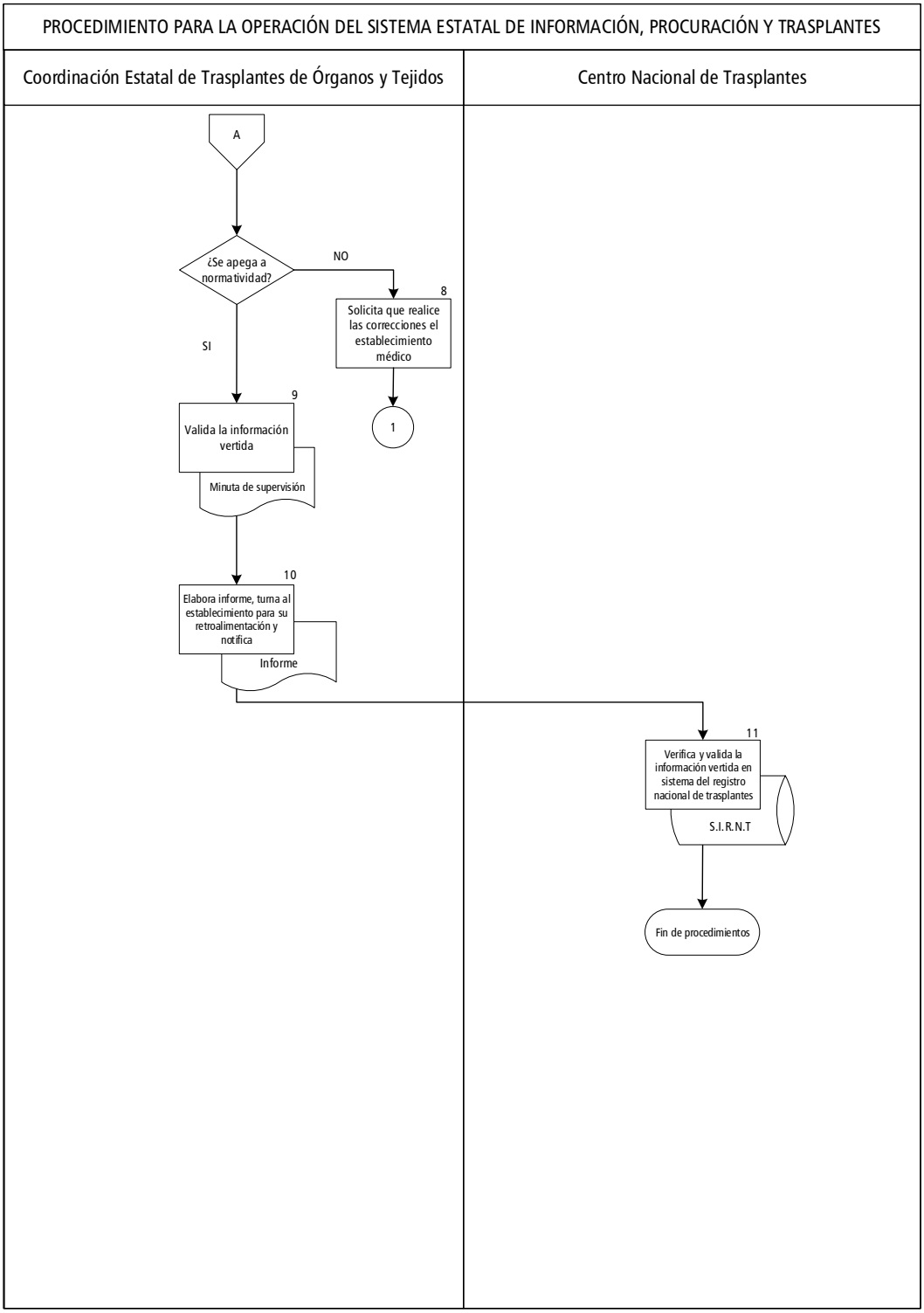
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Establecimiento Médico con licencia para procurar y trasplantar	Solicitan vía correo electrónico al CENATRA, su identificación de usuario y password para poder accesar al sistema informático del registro nacional de trasplantes. **Nota:** Lo solicitan el/la Director/a del hospital y los responsables de los programas de trasplantes (riñón, córnea, TCPH, Etc.).	Registro nacional de trasplantes
2	Establecimiento Médico con licencia para procurar y trasplantar	Vierte la información de las actividades realizadas de cada programa de trasplantes en la base de datos del S.I.R.N.T., dentro de los tiempos establecidos (cinco días para	Base de datos S.I.R.N.T

		la donación y quince días para los trasplantes). **Nota:** El/la Director/a de la unidad hospitalaria valida la información vertida en el sistema.	
3	Establecimiento Médico con licencia para procurar y trasplantar	Notifica vía correo electrónico a la coordinación estatal de trasplantes de órganos y tejidos, que cuenta con password de acceso al S.I.R.N.T.	
4	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Verifica que los datos plasmados por establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar, en el registro nacional de trasplantes se apeguen a la normatividad establecida.	
5	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Elabora un registro de los procedimientos (solicitudes realizadas).	Registro de solicitud
6	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Programa visita de supervisión para verificar que los registros existentes se apeguen a la normatividad.	Cronograma de supervisión
7	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Realiza visita de supervisión y verifica que los registros se apaguen a la normatividad. ¿Se apega a normatividad? Sí: Continúa actividad 9. No: Continúa actividad 8.	Registro de solicitud
8	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Solicita que realice las correcciones pertinentes el establecimiento médico y regresa a actividad 2.	
9	Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos	Valida la información vertida por el establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar, en minuta de supervisión.	Minuta de supervisión

10	Coordinación Estatal de Trasplantes de órganos y Tejidos	Elabora informe de visita de supervisión y turna al establecimiento médico con licencia para procurar y trasplantar para su retroalimentación posteriormente notifica al CENATRA.	Informe
11	Centro Nacional de Trasplantes	Verifica y valida la información vertida en la base de datos del sistema del registro nacional de trasplantes.	Base de datos S.I.R.N. T
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN, PROCURACIÓN Y TRASPLANTES.




PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN, PROCURACIÓN Y TRASPLANTES
Coordinación Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos
Centro Nacional de Trasplantes
A
¿Se apega a normatividad?
NO
SI
8
Solicita que realice las correcciones el establecimiento médico
1
9
Valida la información vertida
Minuta de supervisión
10
Elabora informe, turna al establecimiento para su retroalimentación y notifica
Informe
11
Verifica y valida la información vertida en sistema del registro nacional de trasplantes
S.I.R.N.T
Fin de procedimientos

7.9.18. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS DEL COMPONENTE TELEMEDICINA.

Tiempo Promedio: 1 Semana

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Edith Bretón Tovar Jefa del Departamento de Servicios Hospitalarios NEBT (DSH) Octubre 2018	**Víctor Morales González Subdirector de Hospitales VMG (SH) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la programación para otorgar consulta médica de especialidad de calidad y en línea, para hospitales situados en localidades distantes con carencia de especialistas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud. Vigente.
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Vigente.

Políticas de Operación:

1. Las consultas de especialidad que se brindan por el programa son las siguientes:

- Medicina Interna.
- Cardiología.
- Reumatología.
- Ginecología.
- Otorrinolaringología.
- Radiología.

2. La programación de tele-salud dependerá principalmente de las condiciones clínicas del paciente, por lo que se tendrá que dar prioridad a los pacientes hemo dinámicamente estables.
3. Para un horario efectivo, también debe ser accesible a dos distintos grupos de usuarios.
4. El primer grupo consiste en médicos de referencia, los médicos de hospitales generales en zonas rurales que determinan si un paciente requiere una consulta de tele-salud y que realizan los estudios de gabinete pertinentes en esas zonas remotas.
5. El segundo grupo consiste en los médicos especialistas de hospitales de alta especialidad quiénes imparten la tele-salud.
6. Los médicos que refieren de hospitales generales y/o su equipo de trabajo necesitan acceso a un sistema de horarios para poder realizar citas para sus pacientes y éstas deben poder encontrarse fácilmente.
7. Además del horario también debe proveer información de contactos para los individuos en cada grupo; así como para los pacientes.
8. Los servicios adicionales que el sistema de horarios debe tener, incluyen la facilidad para llamar

automáticamente a los pacientes uno o dos días previos a su examen o cita, la facilidad y disponibilidad de los encargados de los equipos de videoconferencia cuando esté a punto de recibir información electrónica y de los especialistas de acuerdo a su disponibilidad de horarios establecidos previamente.

9. Solicitud de cita previa: El personal autorizado del centro consultante podrá solicitar por lo menos con 24 horas de anticipación la atención en el centro de diagnóstico de manera remota, suministrando información del expediente clínico electrónico.
10. Agenda: El personal autorizado del centro de diagnóstico deberá acceder a la lista de pacientes (solicitudes de interconsulta) por especialidad médica que se tiene que atender cualquier día y estarán capturados los datos del paciente y del médico que solicita la cita; así como el lugar donde se requiere la interconsulta.
11. Acceso a la historia clínica en formato electrónico de cada paciente: Tendrá acceso el personal autorizado al reporte electrónico de los pacientes que han sido atendidos en el servicio de tele-salud, el manejo siempre será ético y confidencial cumpliendo la normatividad vigente. (NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico).
12. El paciente deberá estar presente en el consultorio consultante con al menos 30 minutos de anterioridad para la toma de signos vitales.
13. Durante el desarrollo de la consulta de atención especializada, se realizara una historia clínica detallada y una exploración física integral, y habiendo practicado y analizado los exámenes de laboratorio y gabinete que amerite el paciente, el médico de consulta especializada determina que el paciente requiere una interconsulta con un sub-especialista u otra especialidad por medio de tele-medicina.
14. Deberá explicar el proceso de tele-salud. Al finalizar la historia clínica se deberá explicar al paciente el proceso que se seguirá para su atención en tele-salud.

15. Al estar de acuerdo el paciente sobre el envío de información diferida o en tiempo real deberá firmar el formato de consentimiento informado.
16. Los estudios de gabinete o laboratorio del paciente, deberán estar disponibles para el día de la interconsulta a distancia.
17. Esta consulta se realizará en tiempo real, si así lo amerita el caso por lo que es importante aclarar al paciente la importancia de asistir puntualmente a su cita.
18. El día de la cita, el paciente deberá llegar puntualmente, de igual manera tanto el médico de primer nivel como el médico especialista que impartirá la tele-salud.
19. Durante la tele-consulta, el médico del hospital podrá comentar de manera más extensa los antecedentes y el padecimiento actual del paciente; así como el tratamiento empleado anteriormente con el especialista y las impresiones diagnósticas.
20. Una vez que el médico especialista integre el diagnóstico, se decidirá el tratamiento indicado que será explicado al médico local.
21. A continuación, se le informará al paciente sobre el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento que se le dará, según indicaciones del médico especialista.
22. Una vez finalizada la sesión de interconsulta, tanto el médico local como el médico especialista elaborarán una nota médica (NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico) que se archivará en el expediente clínico del paciente.
23. Se programará la siguiente cita y se le informará al paciente.

Responsables

Departamento de Servicios Hospitalarios, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas

Total de población beneficiada en los 9 hospitales: 2’953,330

- Hospital General de Tehuacán.
- Hospital General de Acatlán de Osorio.

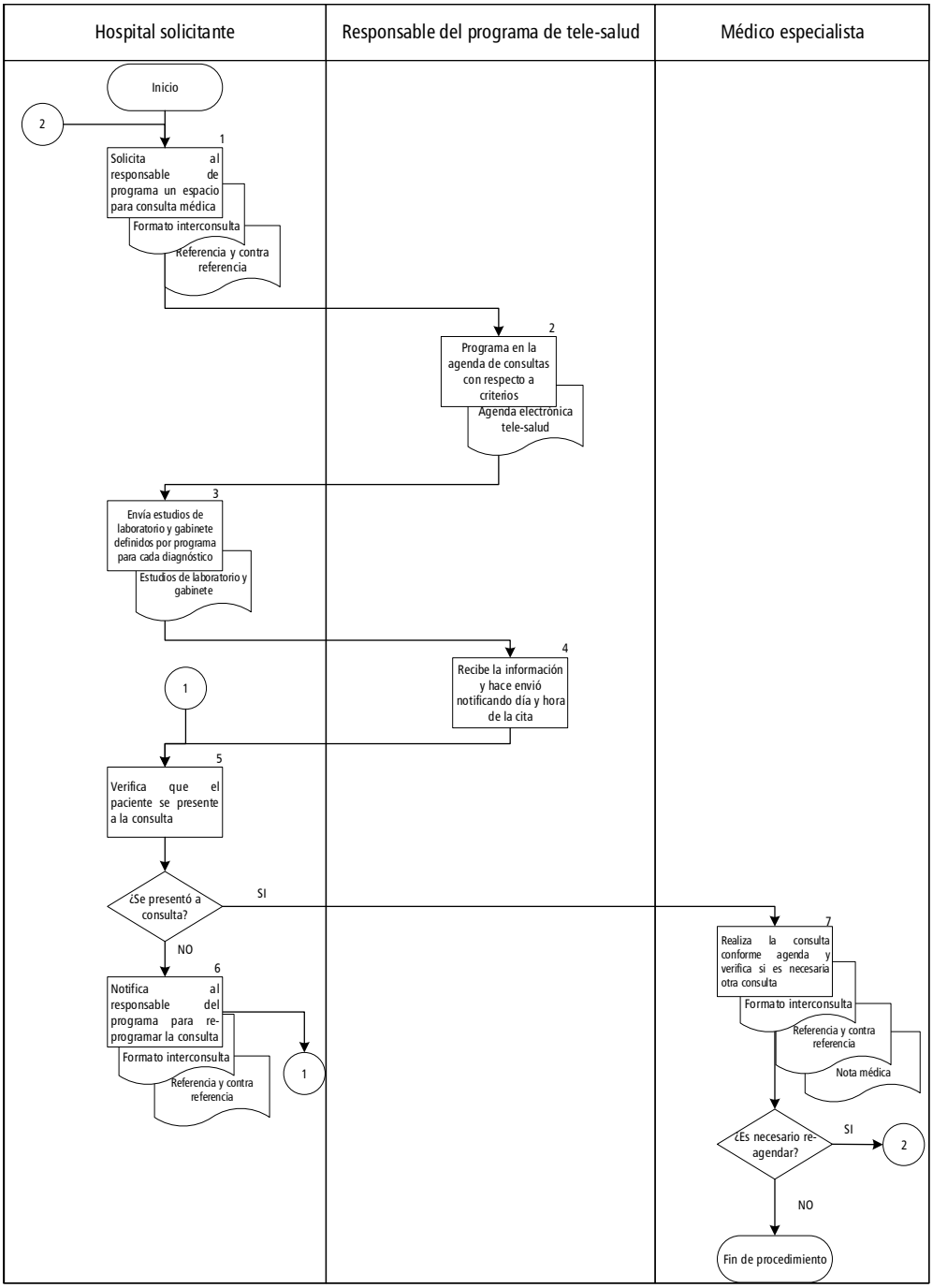
	➢ Hospital General de Izúcar de Matamoros. ➢ Hospital General de Huejotzingo. ➢ Hospital General de Libres. ➢ Hospital General de Zacatlán. ➢ Hospital General de Tepeaca. ➢ Hospital Eduardo Vázquez Navarro Sur. ➢ Hospital General de Zona Norte Bicentenario. Total de población en unidades móviles médicas: 9,938 ➢ Ruta Huitzilan de Serdán - Chagchaloyan de Zapata. ➢ Ruta Hueytlalpan. ➢ Ruta Eloxochitlán.
Recursos	Formato de interconsulta., Formato de referencia y contra referencia, Agenda electrónica de tele-salud, Estudios de laboratorio y gabinete.
Glosario	Tele-medicina: Es “la tele-salud orientada hacia la prestación de asistencia médica al paciente”. En este caso se está introduciendo la tele-medicina como parte de un conjunto más amplio que sería la tele-salud. Estudios de Laboratorio: Pruebas de laboratorio que puedan ayudar a determinar un diagnóstico, planificar le tratamiento y verificar si el tratamiento es eficaz, o vigilar la enfermedad con el transcurso de tiempo. Estudios de Gabinete: Son estudios que no están relacionados con el análisis de muestras biológicas de los pacientes, sino con imágenes o monitoreo y registro del funcionamiento de los órganos o sistemas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS DEL COMPONENTE TELEMEDICINA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Hospital solicitante	Solicita al responsable de programa de tele-salud un espacio para consulta médica de especialidad.	Formato de interconsulta Formato de

		Nota: Requisita los formatos de interconsulta, referencia y contra referencia.	referencia y contra referencia
2	Responsable del programa de tele-salud	Programa en la agenda de consultas de tele-salud, con respecto a los criterios definidos para el programa.	Agenda electrónica de tele-salud
3	Hospital solicitante	Envía al responsable de programa de tele-salud por correo electrónico, los estudios de laboratorio y gabinete definidos por el programa para cada diagnóstico.	Estudios de laboratorio y gabinete
4	Responsable de programa de tele-salud	Recibe la información y hace envió por correo electrónico al/la médico/a especialista notificando día y hora de la cita.	Estudios de laboratorio y gabinete
5	Hospital solicitante	Verifica que el paciente se presente a la consulta. ¿Se presentó a consulta? SI: Continúa en la actividad No. 7. No: Continúa en la actividad No. 6	S/D
6	Hospital solicitante	Notifica al responsable del programa para re-programar la consulta con respecto a los criterios definidos para el programa. Continúa actividad 5.	Formato de interconsulta. Formato de referencia y contra referencia
7	Médico especialista	Realiza la consulta conforme agenda y verifica si es necesaria otra consulta. ¿Es necesario re-agendar? Si: Regresar a la actividad 1. No: **Fin del procedimiento.**	Formato de referencia y contra referencia Receta médica. Nota médica
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS DEL COMPONENTE TELEMEDICINA.



7.9.19. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 1 semana

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un instrumento de trabajo que permita conocer la situación de los recursos humanos, técnicos y materiales de los servicios de enfermería, para proponer y/o aplicar alternativas de solución a la problemática detectada en el grupo de enfermería.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. 4. Publicaciones, Programas y Proyectos de la Comisión Permanente de Enfermería. Políticas de Operación: 1. El diagnóstico situacional y estratégico debe cumplir con la normatividad y con las características establecidas por el departamento de enfermería. 2. El equipo de trabajo será el responsable de recopilar, analizar e interpretar los datos; así como las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que se presenten. 3. El diagnóstico situacional y estratégico será integrado con los datos de las 10 jurisdicciones más los propios del departamento de enfermería. 4. El diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería, será la base para la elaboración del programa de trabajo.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para el Departamento de enfermería.
Recursos	Plantilla global por códigos, Plantilla global por preparación, Necesidades de ropa hospitalaria para un semestre, Cuadro de distribución del personal de enfermería, Concentrado de instrumental por pieza (RIN), Concentrado de equipo básico para curaciones y vacunación (RIN),

	Censo de recursos físicos, Concentrado de uniformes, Fuerza de trabajo, Recursos humanos en municipios y localidades, Base de datos, Diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería, Oficio, Lineamientos para el desarrollo del diagnóstico situacional y estratégico.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Informa oficialmente a la Dirección de Atención a la Salud la fecha y objetivo de la reunión para elaboración del diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería.	Oficio
2	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Programa reunión con los/las coordinadores/as operativos/as adscritos al departamento de enfermería y con las/los Jefes/as de enfermeras jurisdiccionales.	Oficio
3	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Elabora los oficios dirigidos a los jefes/as de las jurisdicciones sanitarias con atención a las/los Jefes/as de enfermeras jurisdiccionales para que asistan a la reunión, solicitándoles la documentación correspondiente.	Oficio
4	Coordinador/a Operativo/a de	Recaba firma de Jefe/a de departamento y envía el vía internet el	Oficio

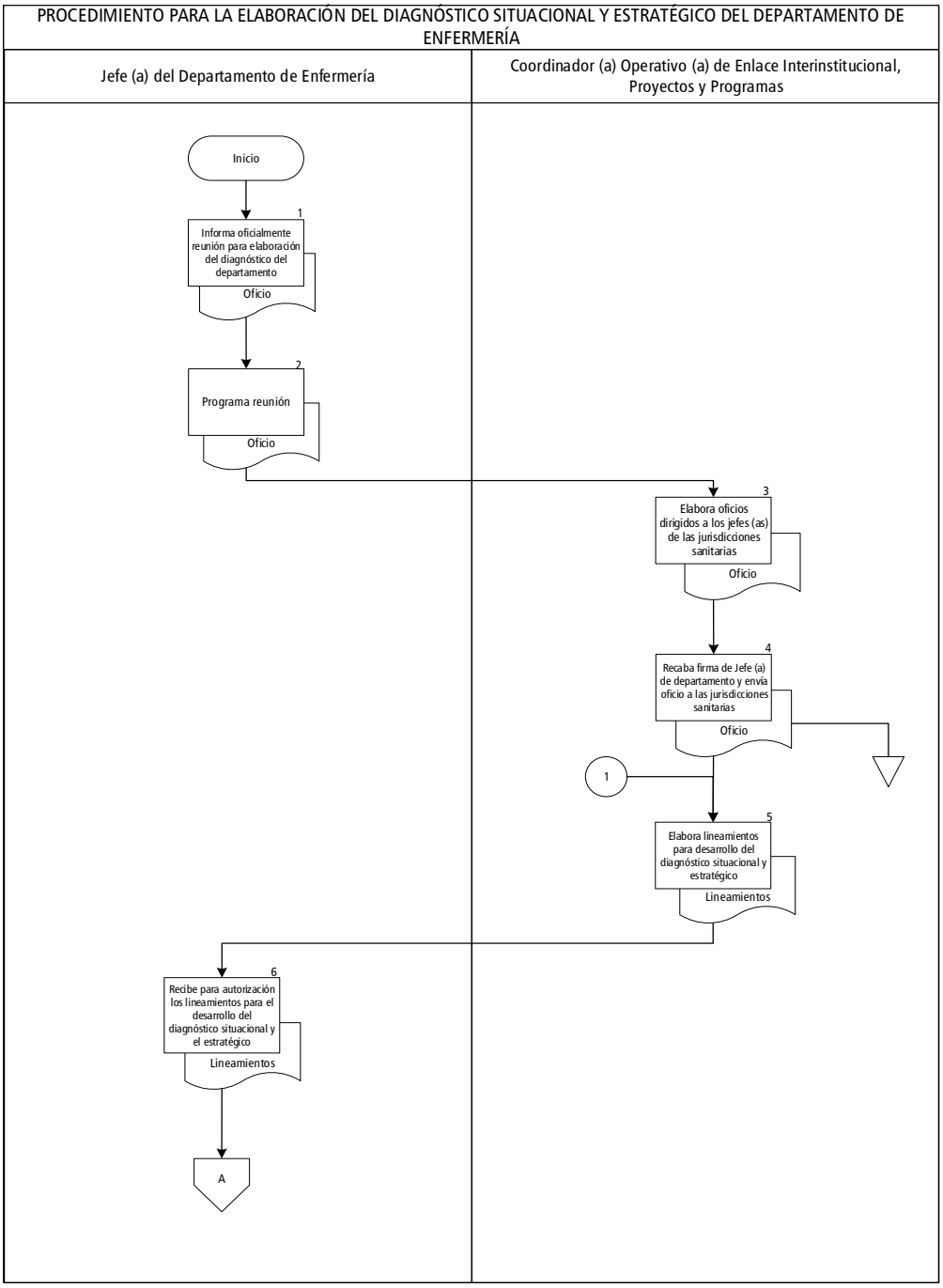
	Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	oficio a las jurisdicciones sanitarias. **Nota:** Recaba firma de recibido y lo archiva.	
5	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Elabora lineamientos para el desarrollo del diagnóstico situacional y estratégico del departamento estatal de enfermería, turna al jefe/a de departamento. **Nota:** En caso de no ser autorizado el diagnóstico, se deberán de hacer las correcciones pertinentes.	Lineamientos para el desarrollo del diagnóstico situacional y estratégico.
6	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe para autorización los lineamientos para el desarrollo del diagnóstico situacional y el estratégico del departamento estatal de enfermería. ¿Autoriza lineamientos? Si: Continúa en el paso 7. No: Regresa a la actividad 5.	Lineamientos para el desarrollo del diagnóstico situacional y estratégico.
7	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Realiza la reunión y da bienvenida a los/las asistentes.	N/A
8	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Entrega a jefes/as de enfermeras jurisdiccionales copia de los lineamientos para la elaboración del diagnóstico situacional y estratégico del departamento estatal de enfermería.	Lineamientos para el desarrollo del diagnóstico situacional y estratégico
9	Coordinadores/as Operativos/as del Departamento de Enfermería, Jefes/as de Enfermeras de Jurisdicción	Analizan la información de las unidades y de enfermería a nivel estatal, actualizando los datos y aclarando las dudas que resulten.	N/A
10	Jefes/as de	Presentan el análisis de la información	Enf-40, 41, 42,

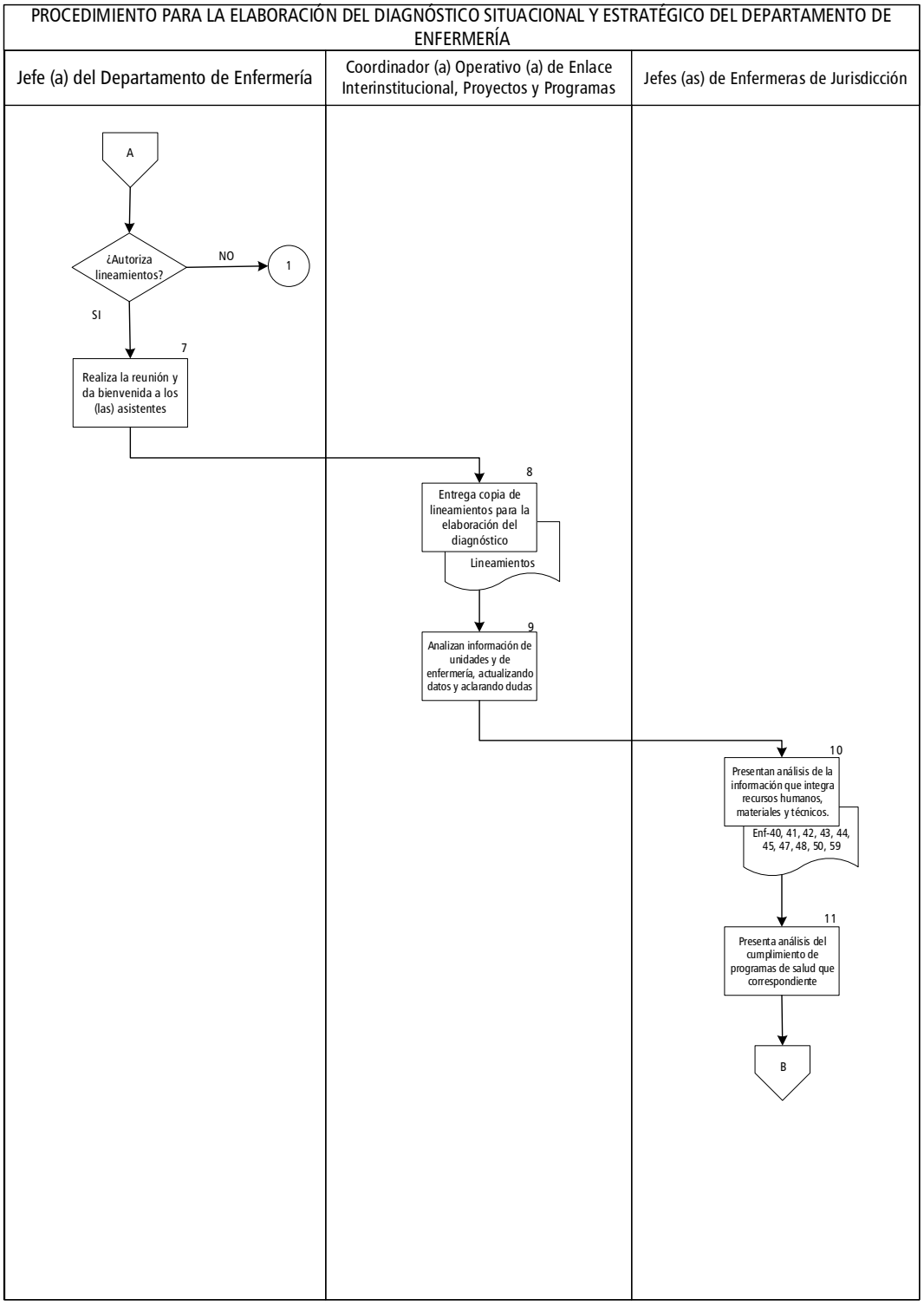
	Enfermeras de Jurisdicción	que integra recursos humanos, materiales y técnicos. **Recursos Humanos:** Plantilla global por códigos (ENF-40), plantilla global por preparación (ENF-41), cuadros de distribución (ENF-43), recursos humanos por municipios y localidades, necesidades (ENF-50), plantilla de personal (ENF-59). Registros en el SIARHE. **Recursos Materiales:** Ropa clínica y hospitalaria (ENF-42) existencia ideal, real y necesaria en cuanto a: instrumental; material y mobiliario médico, recursos físicos existentes (ENF-44. 45 y 47); uniformes (ENF-48), inventarios, almacenamiento, suficiencia, etc. **Recursos Técnicos:** Dotación y uso de formatos, existencia de manuales, instructivos, normas oficiales, reglamentos, programa de trabajo, de capacitación, programa y guía de supervisión, expedientes personales, croquis de las unidades, etc. Resultados de indicadores de calidad (INDICAS).	43, 44, 45, 47, 48, 50, 59
11	Jefes/as de Enfermeras de Jurisdicción	Presenta al grupo de coordinadores/as operativos/as el análisis del cumplimiento de los programas de salud que correspondiente.	N/A
12	Coordinadores/as Operativos/as y Jefes de Enfermeras de Jurisdicción	Analizan y registran fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA**)** derivadas de la información de los jefes/as jurisdiccionales de enfermería.	FODA
13	Jefe/a del Departamento de Enfermería,	Establecen las estrategias y proyectos de mejora a realizar y se integra el diagnóstico.	Diagnóstico situacional y estratégico del

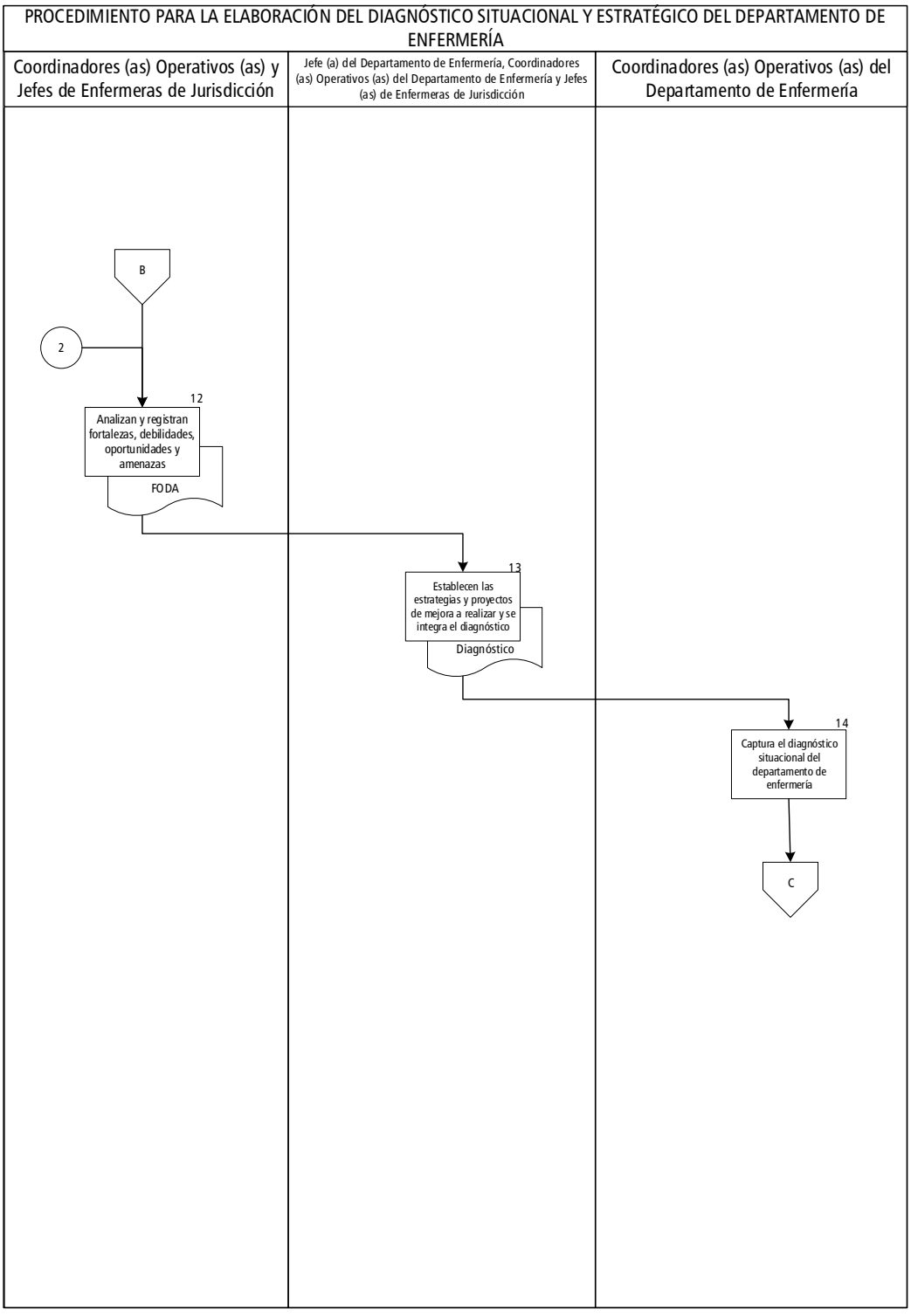
	Coordinadores/as Operativos/as del Departamento de Enfermería y Jefes/as de Enfermeras de Jurisdicción		departamento de enfermería.
14	Coordinadores/as Operativos/as del Departamento de Enfermería	Captura el diagnóstico situacional del departamento de enfermería.	N/A
15	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Aprueba y presenta a la Dirección de Atención a la Salud el diagnóstico situacional y estratégico.	Diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería.
16	Dirección de Atención a la Salud	Revisa conjuntamente con el Jefe/a del Departamento el Diagnóstico Situacional y Estratégico. ¿Hay correcciones por hacer? Si: Regresa a la actividad 12. No: Continúa en actividad 17.	Diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería.
17	Dirección de Atención a la Salud	Valida el diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería para su difusión.	Diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería.
18	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Entrega vía electrónica el diagnóstico situacional a las 10 jurisdicciones para su conocimiento difusión y recaba firma de recibido.	Diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería.
19	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional,	Deposita el documento original en la normateca del departamento de enfermería	Diagnóstico situacional y estratégico del departamento

	Proyectos y Programas		de enfermería.
20	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Recaba y archiva oficio de recibido en recopilador correspondiente. **Nota:** En la siguiente reunión de jefes/as de enfermeras jurisdiccionales se realiza dicha actividad.	Oficio.
Fin del procedimiento			

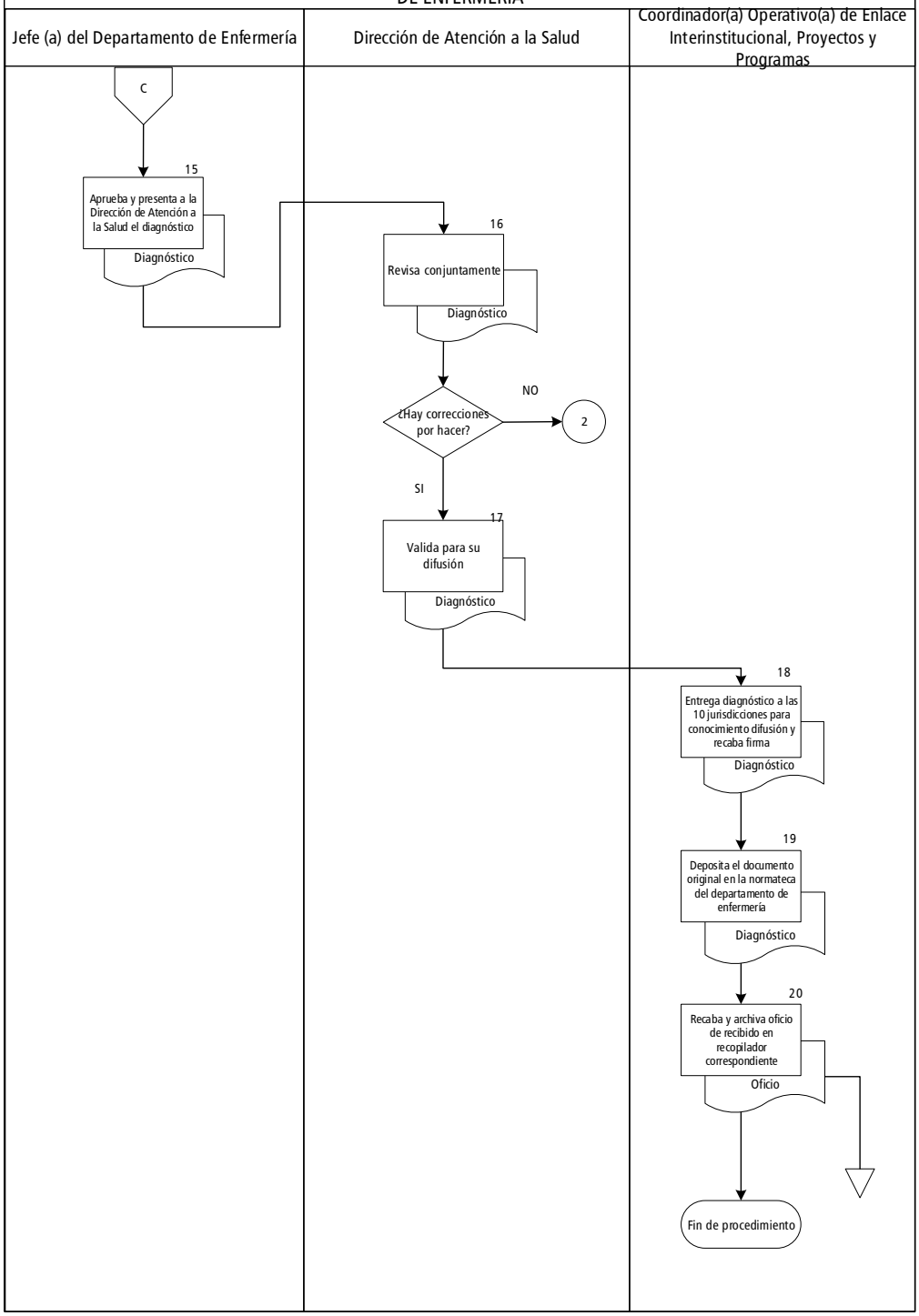
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
Coordinador (a) Operativo (a) de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas
Jefes (as) de Enfermeras de Jurisdicción
A
¿Autoriza lineamientos?
NO
1
SI
7
Realiza la reunión y da bienvenida a los (las) asistentes
8
Entrega copia de lineamientos para la elaboración del diagnóstico
Lineamientos
9
Analizan información de unidades y de enfermería, actualizando datos y aclarando dudas
10
Presentan análisis de la información que integra recursos humanos, materiales y técnicos.
Enf-40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 59
11
Presenta análisis del cumplimiento de programas de salud que correspondiente
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Coordinadores (as) Operativos (as) y Jefes de Enfermeras de Jurisdicción
Jefe (a) del Departamento de Enfermería, Coordinadores (as) Operativos (as) del Departamento de Enfermería y Jefes (as) de Enfermeras de Jurisdicción
Coordinadores (as) Operativos (as) del Departamento de Enfermería
B
2
12
Analizan y registran fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas
FODA
13
Establecen las estrategias y proyectos de mejora a realizar y se integra el diagnóstico
Diagnóstico
14
Captura el diagnóstico situacional del departamento de enfermería
C

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



7.9.20. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un instrumento de trabajo que permita aportar y/o sugerir de forma organizada, alternativas de solución a los problemas detectados en el diagnóstico estratégico en relación con el desempeño y la calidad del cuidado prestada por el personal de enfermería a los usuarios de los Servicios de Salud del Estado.

	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores que corresponda al ejercicio. 4. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. 5. Publicaciones, Programas y Proyectos de la Comisión Permanente de Enfermería.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. El programa de trabajo debe cumplir con la normatividad y con las características establecidas por el departamento de enfermería. 2. El programa de trabajo debe ser revisado y actualizado anualmente. 3. El equipo de trabajo analizará e interpretará los datos; así como las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del diagnóstico estratégico. 4. El programa de trabajo estará basado en la problemática presentada en el diagnóstico situacional y estratégico del departamento de enfermería. 5. Trimestralmente, el/la Jefe/a del departamento de enfermería informará a la subdirección de servicios médicos los avances del programa.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para el Departamento de Enfermería.
Recursos	Programa de trabajo.

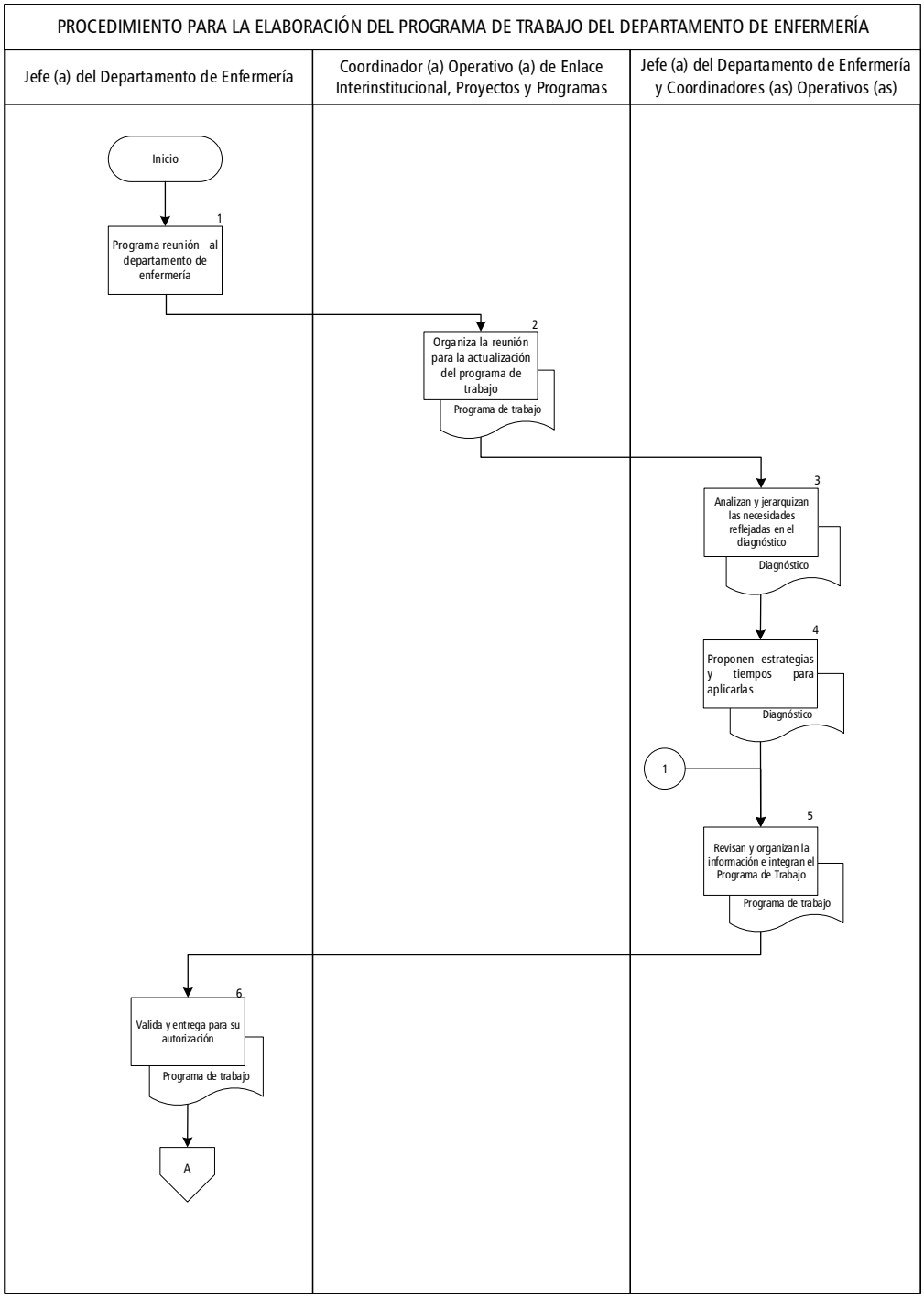
Glosario | N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

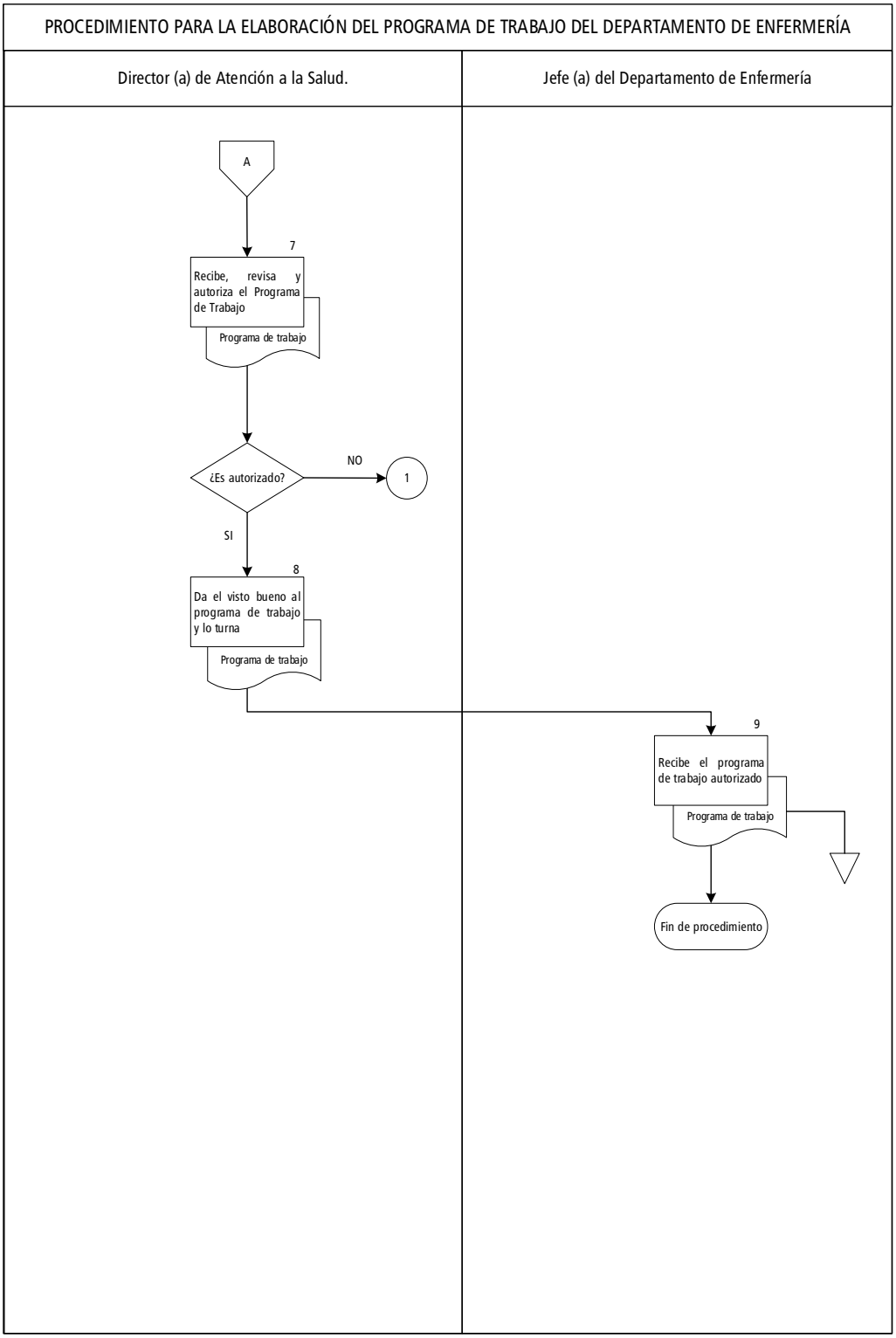
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Programa reunión con los coordinadores/as operativos/as adscritos al departamento de enfermería.	N/A
2	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Organiza la reunión para la actualización del programa de trabajo del departamento de enfermería.	Programa de trabajo
3	Jefe/a del Departamento de Enfermería y Coordinadores/as Operativos/as	Analizan y jerarquizan las necesidades reflejadas en la esquematización del diagnóstico situacional y estratégico.	Diagnóstico situacional y estratégico
4	Jefe/a del Departamento de Enfermería y Coordinadores/as Operativos/as	Proponen estrategias y tiempos para aplicarlas.	Diagnóstico situacional y estratégico
5		Revisan y organizan la información e integran el Programa de Trabajo.	Programa de Trabajo
6	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Valida y entrega el Programa de Trabajo a la dirección de atención a la salud para su autorización.	Programa de Trabajo

7	Director/a de Atención a la Salud.	Recibe, revisa y autoriza el Programa de Trabajo. ¿Es autorizado? NO: Regresa a la actividad No. 5. SI: Continúa en la actividad No. 7.	Programa de Trabajo
8	Director/a de Atención a la Salud.	Da el visto bueno al programa de trabajo y lo turna al departamento de enfermería.	Programa de Trabajo
9	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe el programa de trabajo autorizado y lo archiva.	Programa de Trabajo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



7.9.21. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA).

Tiempo Promedio: 1 Semana

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Efectuar monitoreo de la aplicación y cumplimiento del Programa Federal del SIARHE (Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería), para contar con información fidedigna para la consulta de cualquier institución, a nivel estatal/nacional.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18.
3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda.
4. Lineamiento Normativo del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).
5. Boletín Estadístico 2012. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería.
6. Manual del Usuario SIARHE (2ª. Versión).

Políticas de Operación:

1. El Programa Federal del Sistema de Información Administrativa de los Recursos Humanos de Enfermería es aplicativo para todas las unidades de salud asistenciales y educativas, públicas y privadas del Estado de Puebla.
2. La revisión del cumplimiento del SIHARE se debe hacer comparando los resultados con la plantilla de personal de enfermería de los servicios de salud autorizada.
3. El departamento de enfermería deberá contar con el análisis de los resultados de la aplicación del programa federal del SIARHE.
4. El Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería será el responsable de realizar el análisis de los resultados, el informe y el seguimiento al cumplimiento del SIARHE.

Responsables

Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para el personal de enfermería de todas las unidades aplicativas de los servicios de salud del Estado y a las de las instituciones de salud públicas y privadas del mismo.
Recursos	Plantilla por códigos, Plantilla por preparación, Cuadros de distribución, Recursos humanos en municipios y localidades, Informe, Minuta.
Glosario	SIARHE.- Sistema de Información Administrativa de los Recursos Humanos de Enfermería. GTIE.- Grupo de Trabajo Interinstitucional de Enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA).

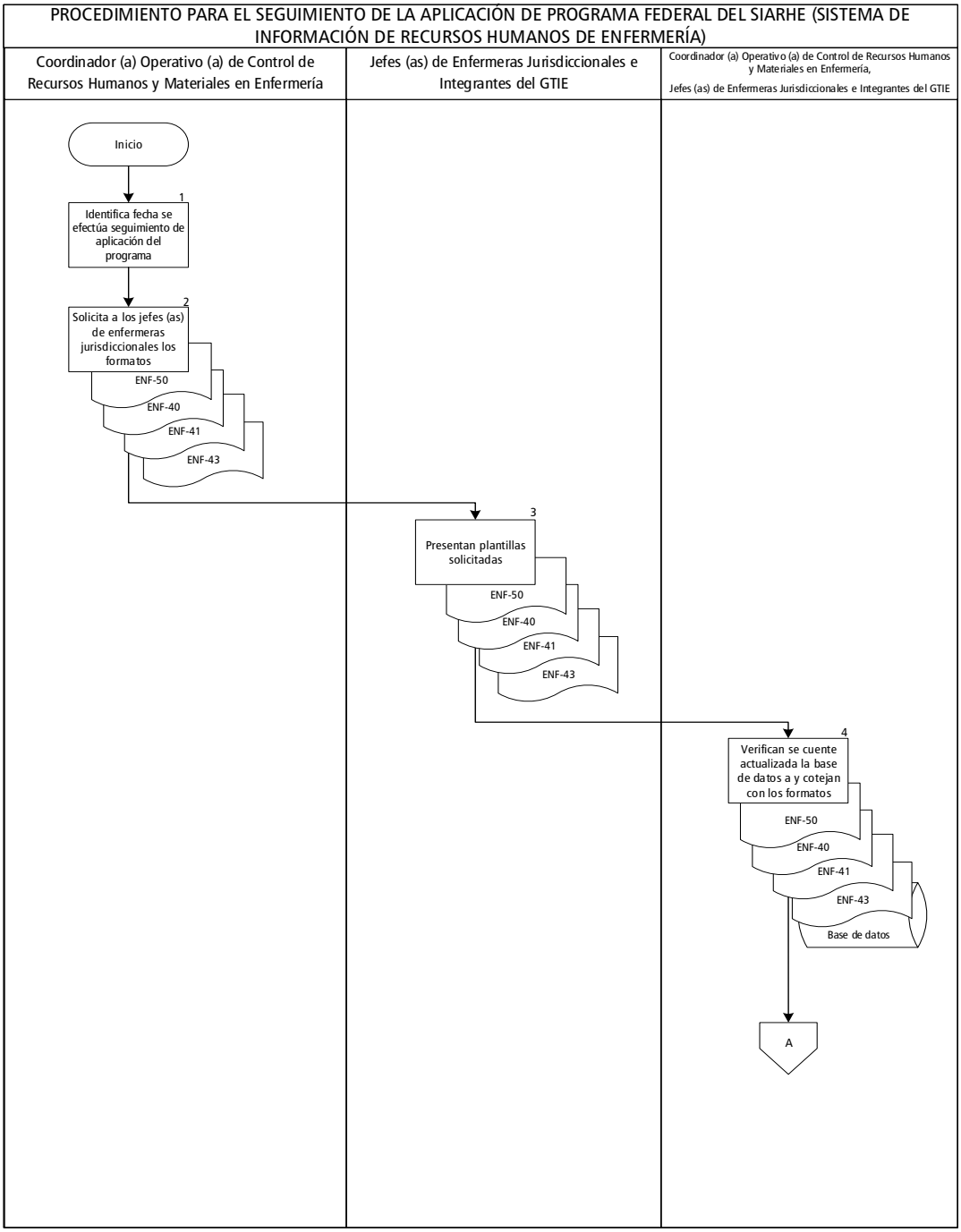
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Identifica la fecha en que se debe efectúa el seguimiento de aplicación del programa federal SIARHE.	N/A
2		Solicita a los jefes/as de enfermeras jurisdiccionales vía internet los formatos ENF-50 (Recursos humanos en municipios y localidades) cotejado con las plantillas de enfermería (ENF-40 y ENF-41) y cuadros de distribución (ENF-43).	Formatos: ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43
3	Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales e Integrantes del	Presentan plantillas solicitadas (ENF-40 y 41), cuadros de distribución (ENF-43) y formato de recursos humanos en municipios y localidades	Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43

	GTIE	(ENF-50).	
4	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería, Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales e Integrantes del GTIE	Verifican se cuente actualizada hasta el momento la base de datos de enfermería y cotejan con los formatos ENF-40, 41, 43 y ENF-50.	Base de datos Formatos, ENF-40, ENF-41 ENF-43 y ENF-50
5	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Baja del programa SIARHE la información correspondiente a los servicios de salud del Estado de Puebla de cada una de las jurisdicciones.	N/A
6	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería, Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales e Integrantes del GTIE	Realizan análisis de los resultados generales del SIARHE comparándolos con la plantilla autorizada de enfermería y los formatos ENF-50.	Formato ENF-50
7	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Realiza informe, la presentación y turna al Jefe/a del departamento.	Informe Presentación
8	Jefe/a del	Recibe presentación e informe para	Informe

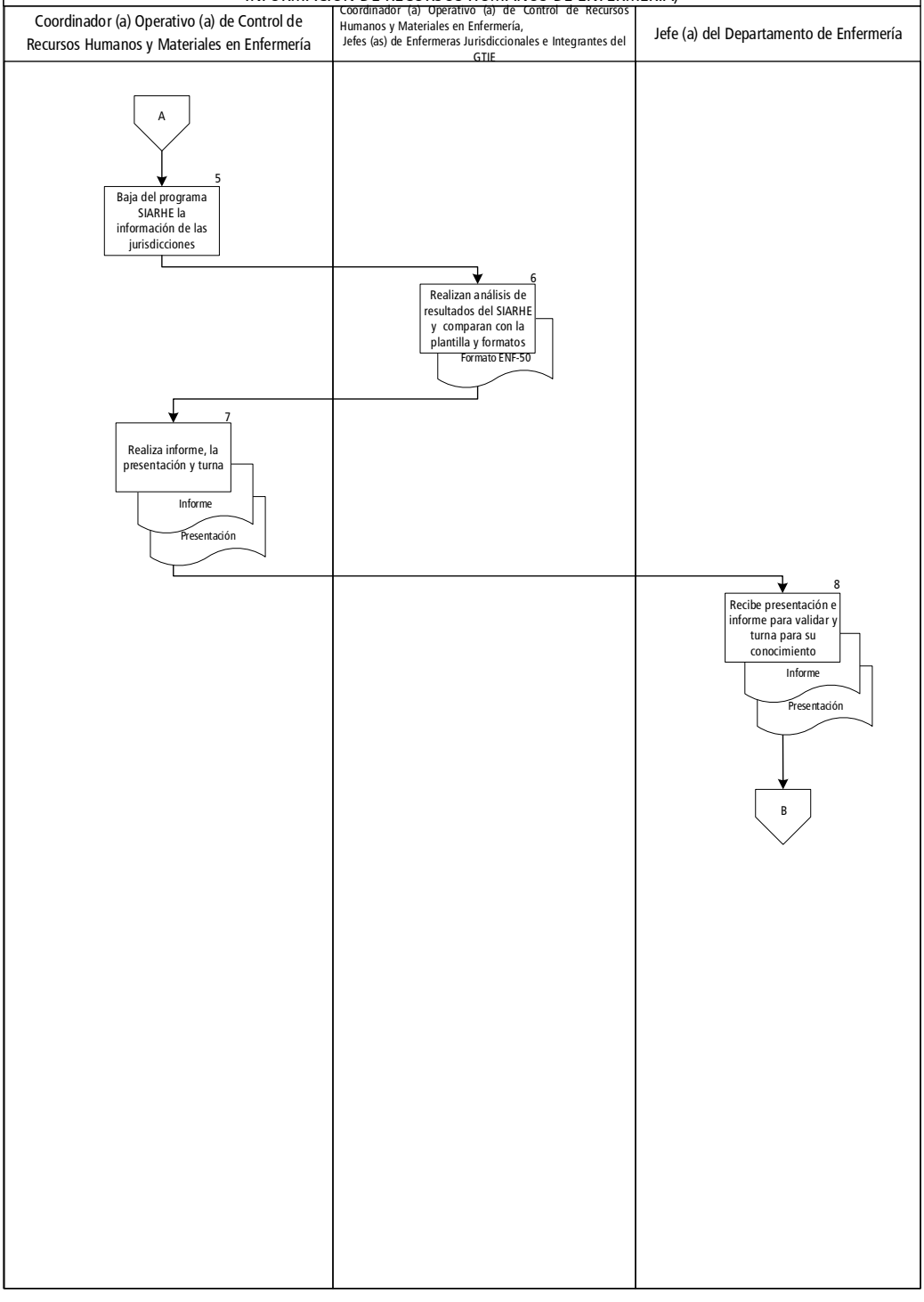
	Departamento de Enfermería	validar y turna para su conocimiento a coordinador/a operativo/a de control de recursos humanos y materiales en enfermería.	
9	Jefe/a del Departamento de Enfermería. Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Convocan, presentan los resultados alcanzados y las propuestas a los jefes/as de enfermeras jurisdiccionales y ante los integrantes del Grupo de Trabajo Interinstitucional de Enfermería (GTIE).	N/A
10	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Asesora a los/las jefes/as de enfermeras jurisdiccionales y a los integrantes del grupo de trabajo interinstitucional de enfermería (GTIE) para que actualicen sus datos en el sistema.	N/A
11	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería, Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales GTIE	Aplican alternativas de solución para cuando los registros de plantilla y SIARHE no concuerden.	Minuta
12	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Registra compromisos para la corrección.	Minuta
13	Coordinador/a Operativo/a de	Elabora informe de resultados y turna al Jefe/a del departamento de	Informe.

	Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	enfermería.	
14	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe informe e instruye se dé seguimiento a los compromisos pactados.	Informe.
15	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Archiva formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41 y ENF-43 e informe.	Formatos ENF-50, ENF-40, ENF-41, ENF-43 e informe.
Fin del procedimiento			

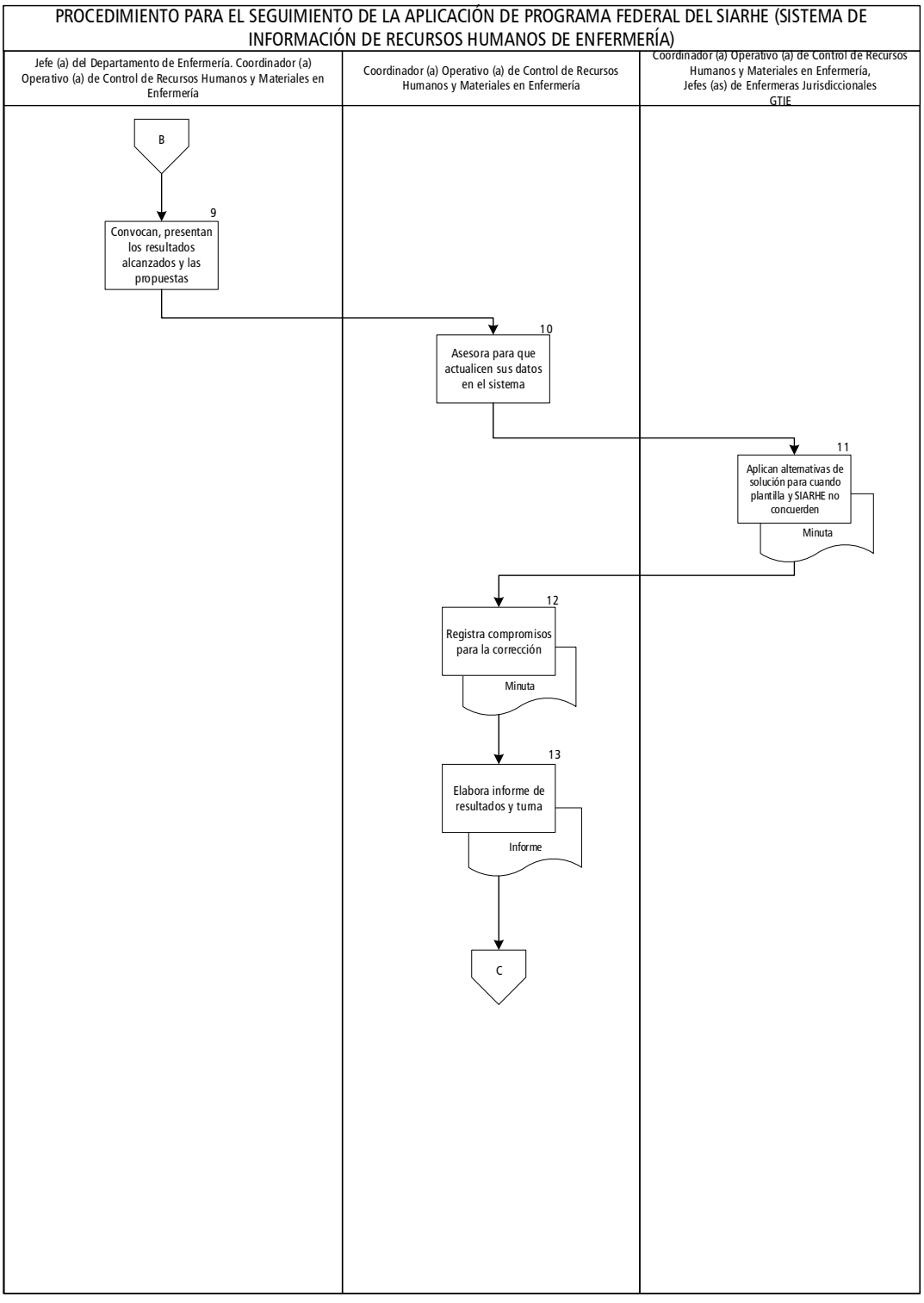
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA).



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA)

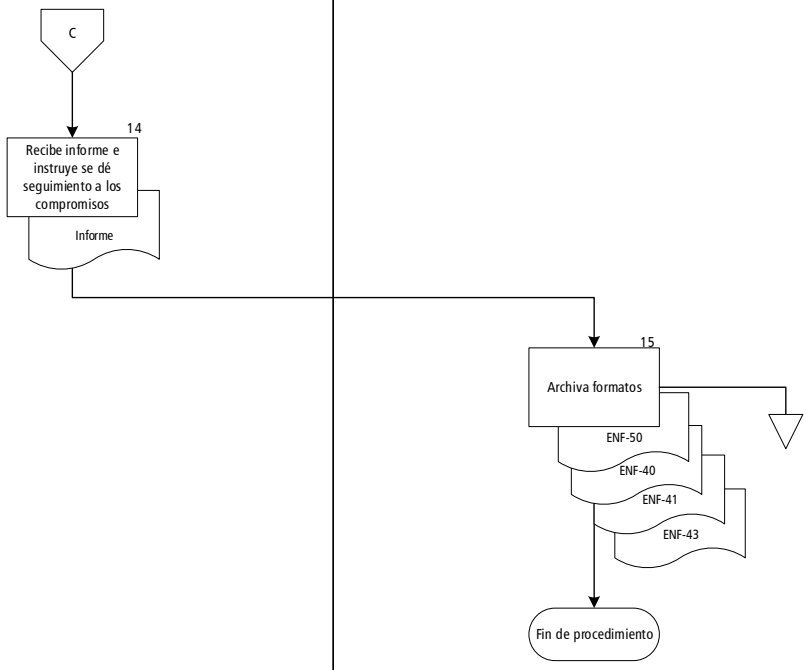


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA)



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMA FEDERAL DEL SIARHE (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA)

Jefe (a) del Departamento de Enfermería	Coordinador(a) Operativo(a) de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería



7.9.22. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD OPERATIVA RESOLUTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (DAS)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar un análisis de la capacidad operativa-resolutiva del personal de enfermería comparándola con las necesidades del mismo para justificarlas para las unidades operativas de los servicios de salud con base en un diagnóstico de existencias, la productividad y la normatividad establecida para el cálculo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal de Trabajo DOF 1º de abril de 1970, última reforma publicada DOF 17 de enero de 2006.
2. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud.
3. Plan Estatal de Desarrollo2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos.
4. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18.
5. Guía Técnica para la Dotación de Recursos Humanos de Enfermería. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, 2003.
6. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda.
7. Condiciones Generales de Trabajo. DOF 2 de febrero de 2011.

Políticas de Operación:

1. El análisis de la capacidad operativa-resolutiva del personal de enfermería será efectuado cuando menos dos veces al año (febrero y octubre).
2. El análisis de la capacidad operativa-resolutiva del personal de enfermería deberá ser efectuado en coordinación con el departamento de relaciones laborales, cuando exista la petición de las autoridades de la institución.
3. El análisis se realizará aplicando los indicadores de la guía técnica para la dotación de recursos humanos de enfermería, considerando también otros factores como: plazas vacantes, jornada, especialidad, productividad, porcentajes de ocupación, promedio de estancia hospitalaria, población, tipo de usuario, etc.
4. El análisis se realizará de forma individual para unidades en las cuales se generen cambios en los procesos de trabajo o se modifique la estructura.
5. Para el cálculo de personal se deberán tomar en cuenta la Ley Federal de Trabajo, las condiciones generales de trabajo y los lineamientos institucionales

	en cuanto a descansos y jornadas del personal.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para el Departamento de Enfermería y las Unidades Operativas de los Servicios de Salud en cuanto a enfermería se refiere.
Recursos	Plantilla por códigos, Cuadros de distribución, Recursos humanos en municipios y localidades, Cuadro de concentración, Oficio.
Glosario	ENF-No.- Formato de enfermería.

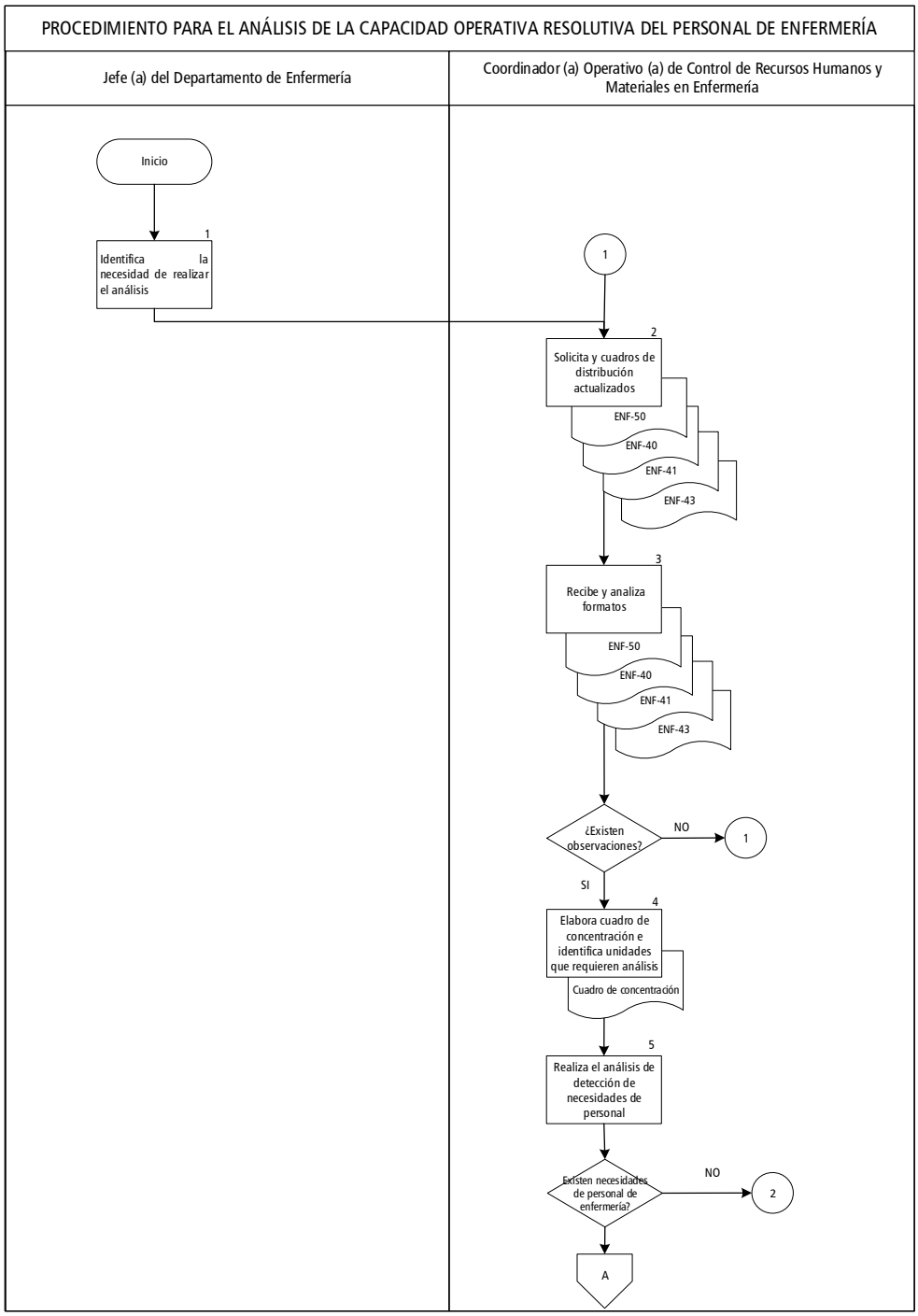
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD OPERATIVA RESOLUTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

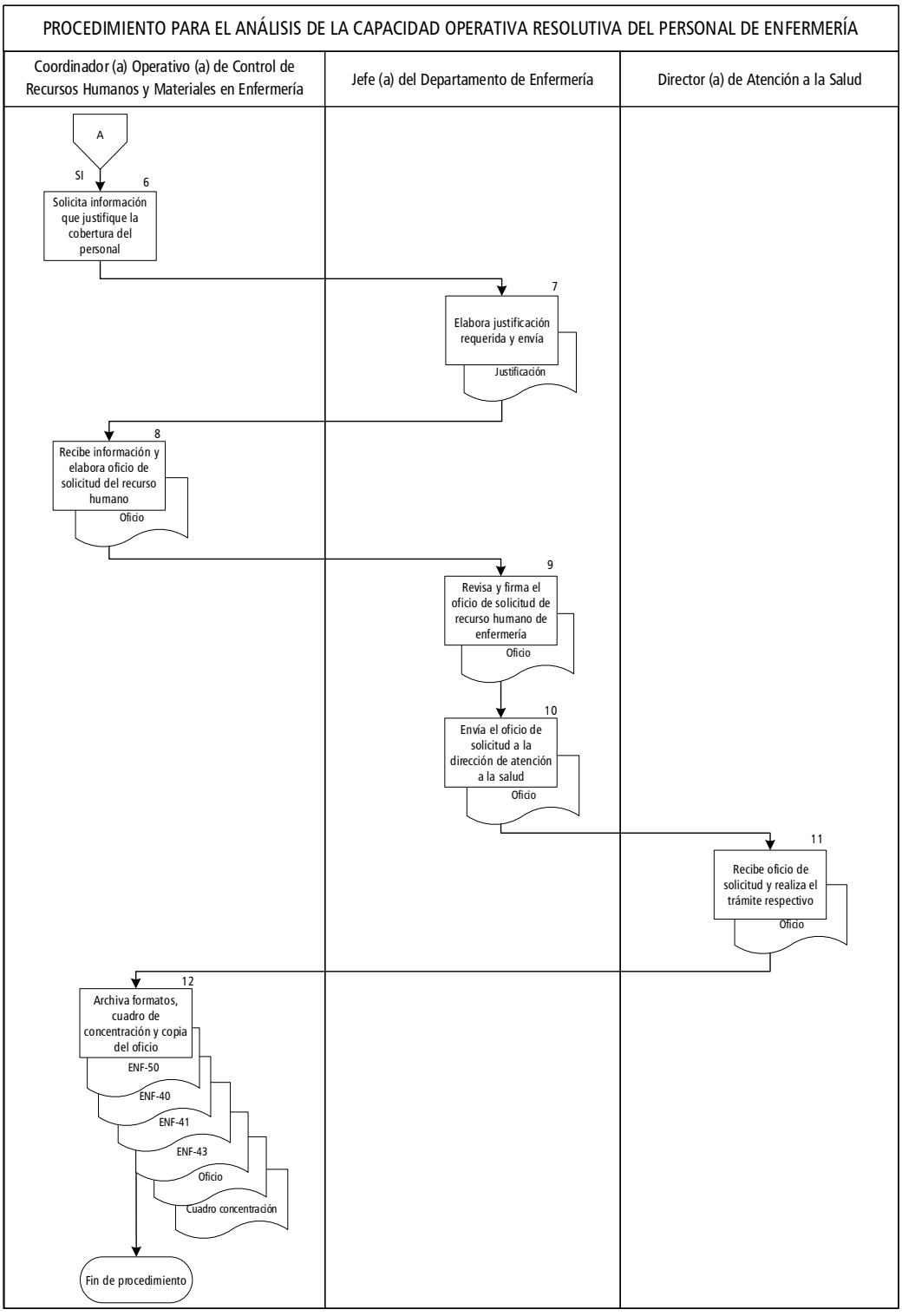
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Identifica la necesidad de realizar el análisis de la capacidad operativa-resolutiva de personal de enfermería, solicita al coordinador/a operativo/a de control de recursos humanos y materiales en enfermería realice el análisis respectivo. **Nota:** El análisis corresponde a la fecha y/o por creación o ampliación de las unidades operativas	N/A
2	Coordinador/a	Solicita a las/los jefas/es de	ENF-40,

	Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	enfermeras/os jurisdiccionales vía internet los formatos de recursos humanos en municipios y localidades (ENF-50), plantillas (ENF-40, 41) y cuadros de distribución actualizados (ENF-43).	ENF-41 ENF-43 F-50
3	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Recibe y analiza formatos ENF-40, ENF-43 y ENF-50. ¿Existen observaciones? NO: Continúa actividad No. 4. SI: Se regresa a la actividad 2.	ENF-40, ENF-43 y ENF-50
4	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Elabora cuadro de concentración e identifica unidades operativas que requieren del análisis para la detección de faltantes y justificación de personal de enfermería.	Cuadro de concentración
5	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Realiza el análisis de detección de necesidades de personal. ¿Existen necesidades de personal de enfermería? SÍ: Continúa con la actividad No.6. No: Continúa con la Actividad No. 10	N/A
6	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Solicita a las/los jefas/es de enfermeras/os jurisdiccionales vía internet información que justifique la cobertura del personal de enfermería.	N/A
7	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Elabora oficio con justificación requerida y envía.	Justificación
8	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos	Recibe información y elabora oficio de solicitud del recurso humano de enfermería indispensable para el cuidado del usuario.	Oficio

	y Materiales en Enfermería		
9	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Revisa y firma el oficio de solicitud de recurso humano de enfermería.	Oficio
10	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Envía el oficio de solicitud a la dirección de atención a la salud.	Oficio
11	Director/a de Atención a la Salud	Recibe oficio de solicitud y realiza el trámite respectivo.	Oficio
12	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Archiva formatos ENF-40, ENF-43 y ENF-50, cuadro de concentración y copia del oficio.	Formatos ENF-40, ENF-43 y ENF-50, Cuadro de concentración y copia del oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD OPERATIVA RESOLUTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.




PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD OPERATIVA RESOLUTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
Coordinador (a) Operativo (a) de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
Director (a) de Atención a la Salud
A
SI
6
Solicita información que justifique la cobertura del personal
7
Elabora justificación requerida y envía
Justificación
8
Recibe información y elabora oficio de solicitud del recurso humano
Oficio
9
Revisa y firma el oficio de solicitud de recurso humano de enfermería
Oficio
10
Envía el oficio de solicitud a la dirección de atención a la salud
Oficio
11
Recibe oficio de solicitud y realiza el trámite respectivo
Oficio
12
Archiva formatos, cuadro de concentración y copia del oficio
ENF-50
ENF-40
ENF-41
ENF-43
Oficio
Cuadro concentración
Fin de procedimiento

7.9.23. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA POR VARIABLES.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega Jefa del Departamento de Enfermería FCO (DE) Octubre 2018	**Víctor Morales González Subdirector de Hospitales VMG (DAS) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Generar un documento para conocer la situación de los recursos humanos según edad, género, estado civil, nivel de preparación, cursos, de acuerdo a las necesidades de información que tenga el departamento de enfermería.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. Políticas de Operación: 1. El Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería presentará los resultados del análisis del personal de enfermería de acuerdo a las que se pueden extraer de la base de datos de enfermería. 2. El informe por variables se apegará a la información real que se tiene en la base de datos. 3. La base de datos deberá actualizarse dos veces al año (enero y julio). 4. El Departamento de Enfermería deberá solicitar a jefes/as de enfermeras jurisdiccionales, mantengan actualizada la base de datos de enfermería y envíen mensualmente las modificaciones que se hayan realizado durante el mes en curso.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para el Departamento de Enfermería.
Recursos	Plantilla Global por Códigos, Plantilla global por preparación, Cuadro de distribución del personal de enfermería, Recursos humanos en municipios y localidades, Base de datos, Informe.

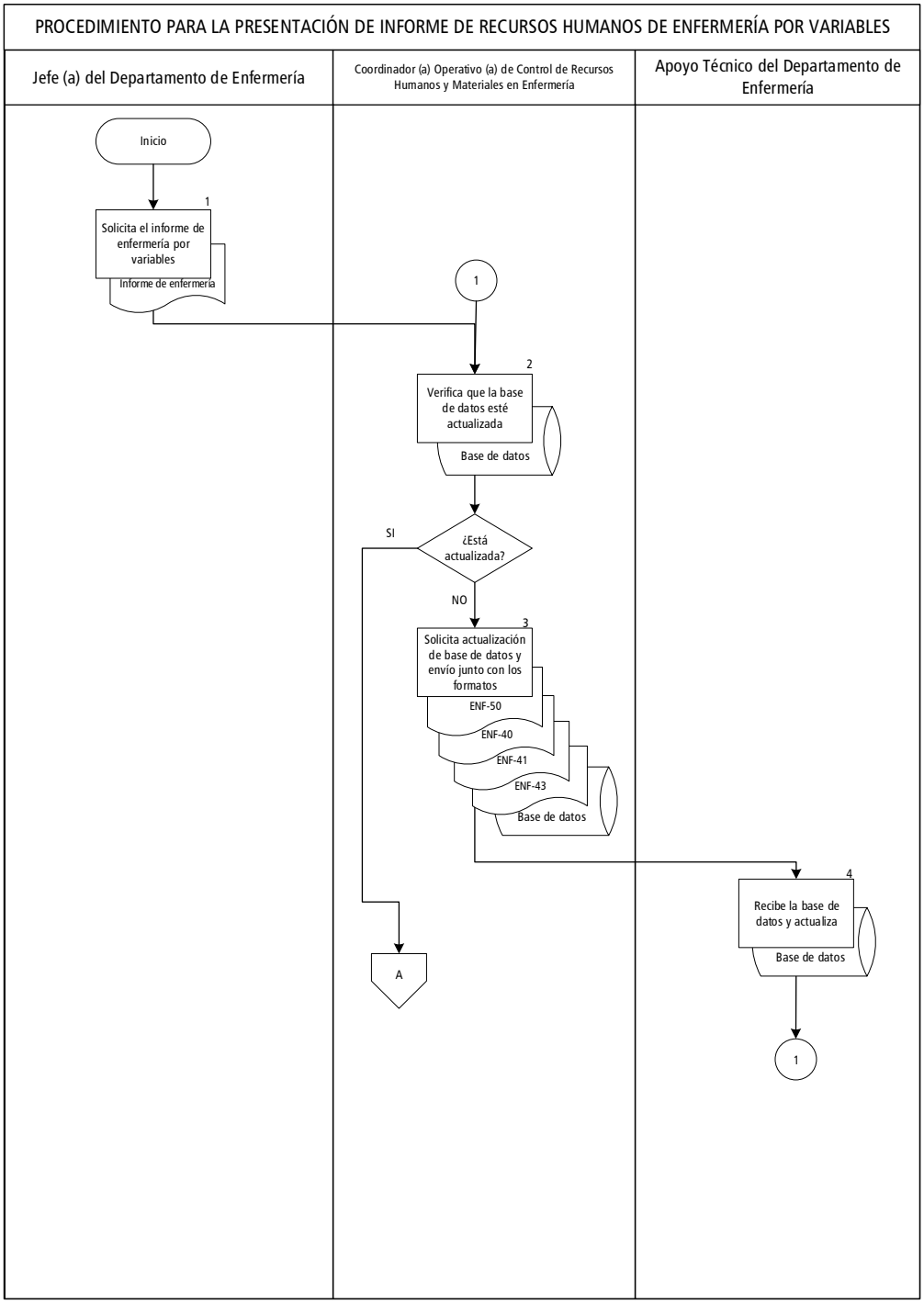
Glosario | ENF-No. Formato de Enfermería.

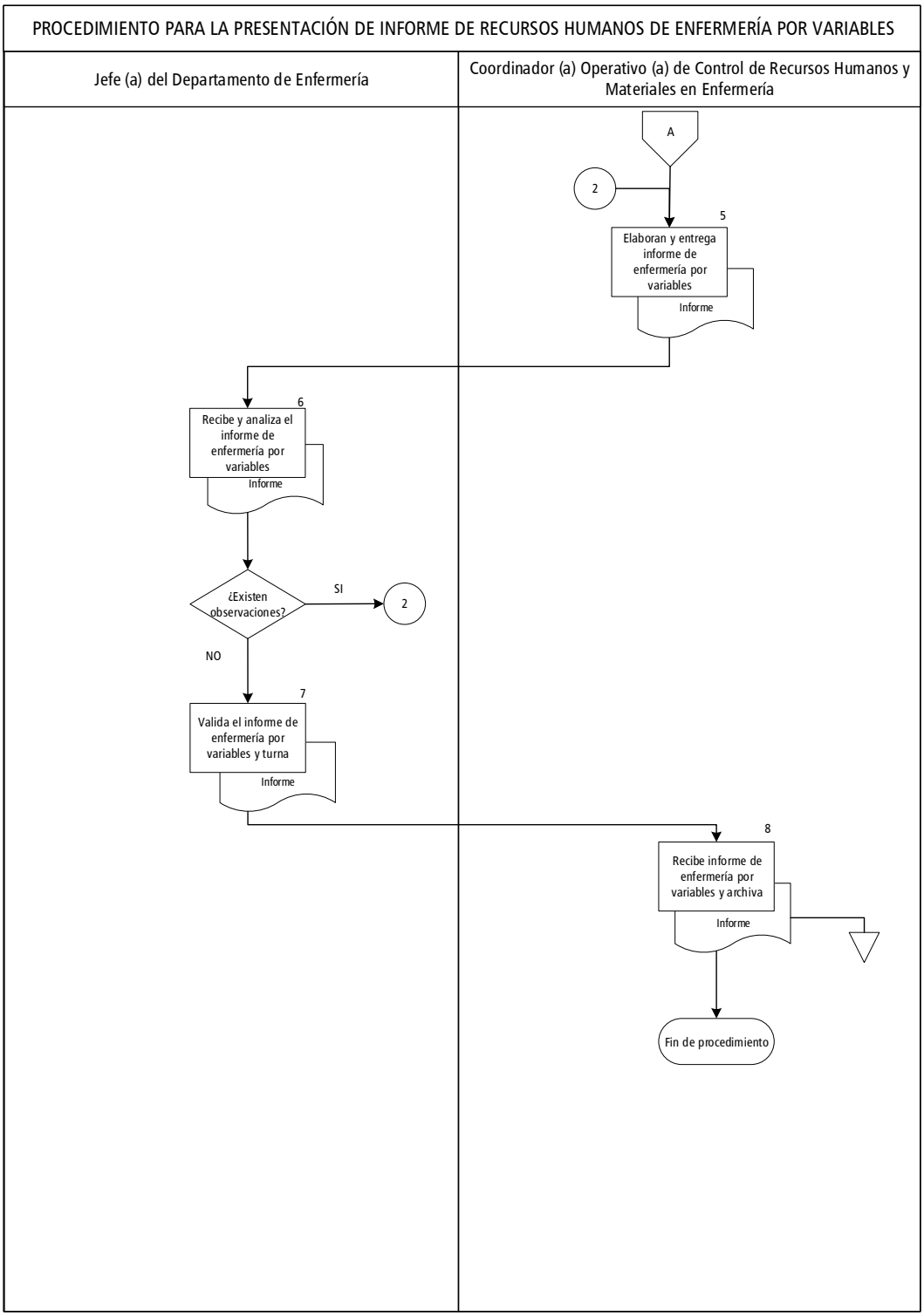
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA POR VARIABLES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Solicita el informe de enfermería por variables a él/la Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería.	Informe de enfermería
2	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Verifica que la base de datos esté actualizada. ¿Está actualizada? Si: Continúa la actividad No. 5. No**:** Continúa la actividad No. 3.	Base de datos
3	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Solicita a las/los Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales, vía e-mail y telefónica la actualización de su base de datos y el envío de la misma, junto con los formatos Enf-43, 40, 41 y 50 al Apoyo Técnico del Departamento de Enfermería.	Base de datos y formatos Enf-43, 40, 41 y 50
4	Apoyo Técnico del Departamento de Enfermería	Recibe vía e-mail la base de datos y actualiza con el Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería del Departamento de Enfermería. Regresa a la actividad 2.	Base de datos
5	Coordinador/a Operativo/a de	Elabora y entrega informe de enfermería por variables a la Jefatura	Informe

	Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	del Departamento de Enfermería.	
6	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe y analiza el informe de enfermería por variables. ¿Existen observaciones? Si: Regresar a la actividad 5. No: Continúa con el procedimiento.	Informe
7	Jefe/a del Departamento de Enfermería.	Valida el informe de enfermería por variables y turna al Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería.	Informe
8	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Recibe informe de enfermería por variables y archiva.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA POR VARIABLES.




PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA POR VARIABLES
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
Coordinador (a) Operativo (a) de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería
A
2
5
Elaboran y entrega informe de enfermería por variables
Informe
6
Recibe y analiza el informe de enfermería por variables
Informe
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
7
Valida el informe de enfermería por variables y turna
Informe
8
Recibe informe de enfermería por variables y archiva
Informe
Fin de procedimiento

7.9.24. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar el proceso de preselección de personal de enfermería idóneo para cubrir las necesidades de las Unidades Aplicativas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA”. 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio vigente. 4. Guía Técnica para la Dotación de Recursos Humanos de Enfermería. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, 2003. 5. Condiciones Generales de Trabajo. DOF 2 de febrero de 2010-2013. Políticas de Operación: 1. Todo el personal de enfermería que se presente a solicitar trabajo, si cumple con el perfil solicitado, el Departamento deberá de registrarla en la base de datos existente. 2. Cuando exista la solicitud para cubrir una plaza de enfermera/o por parte del Departamento de Capital Humano, se deberá consultar la base de datos respetando el orden de registro de la enfermera/o que se presentó a solicitar trabajo. 3. El Departamento de Enfermería deberá aplicar un examen de conocimientos técnicos en la materia; en caso de no ser aprobado el aspirante no será considerado.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.

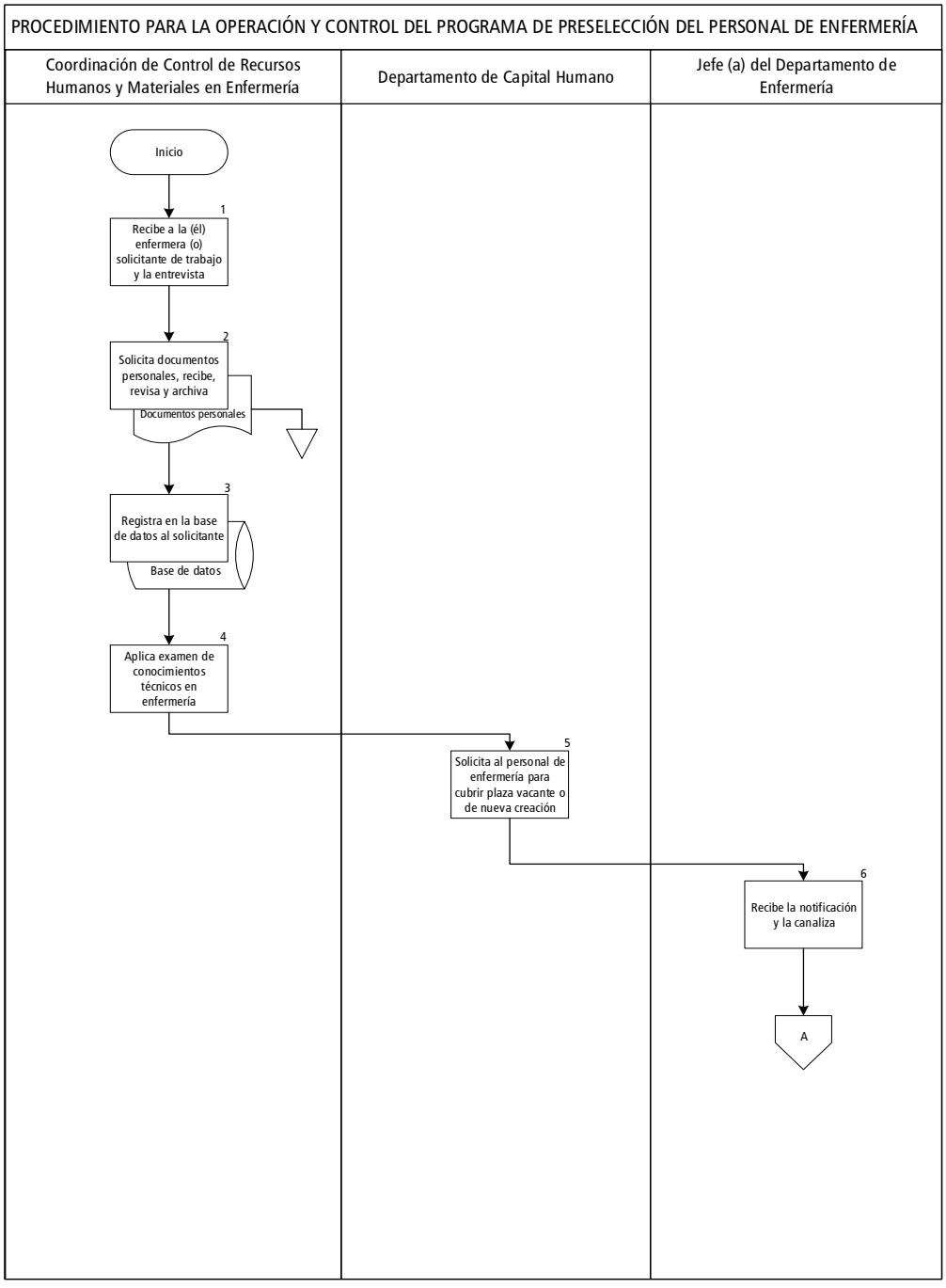
Áreas Involucradas	Aplica a todos/as aspirantes de Enfermería que cuenten con título y cédula y que soliciten ingresar a los Servicios de Salud.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

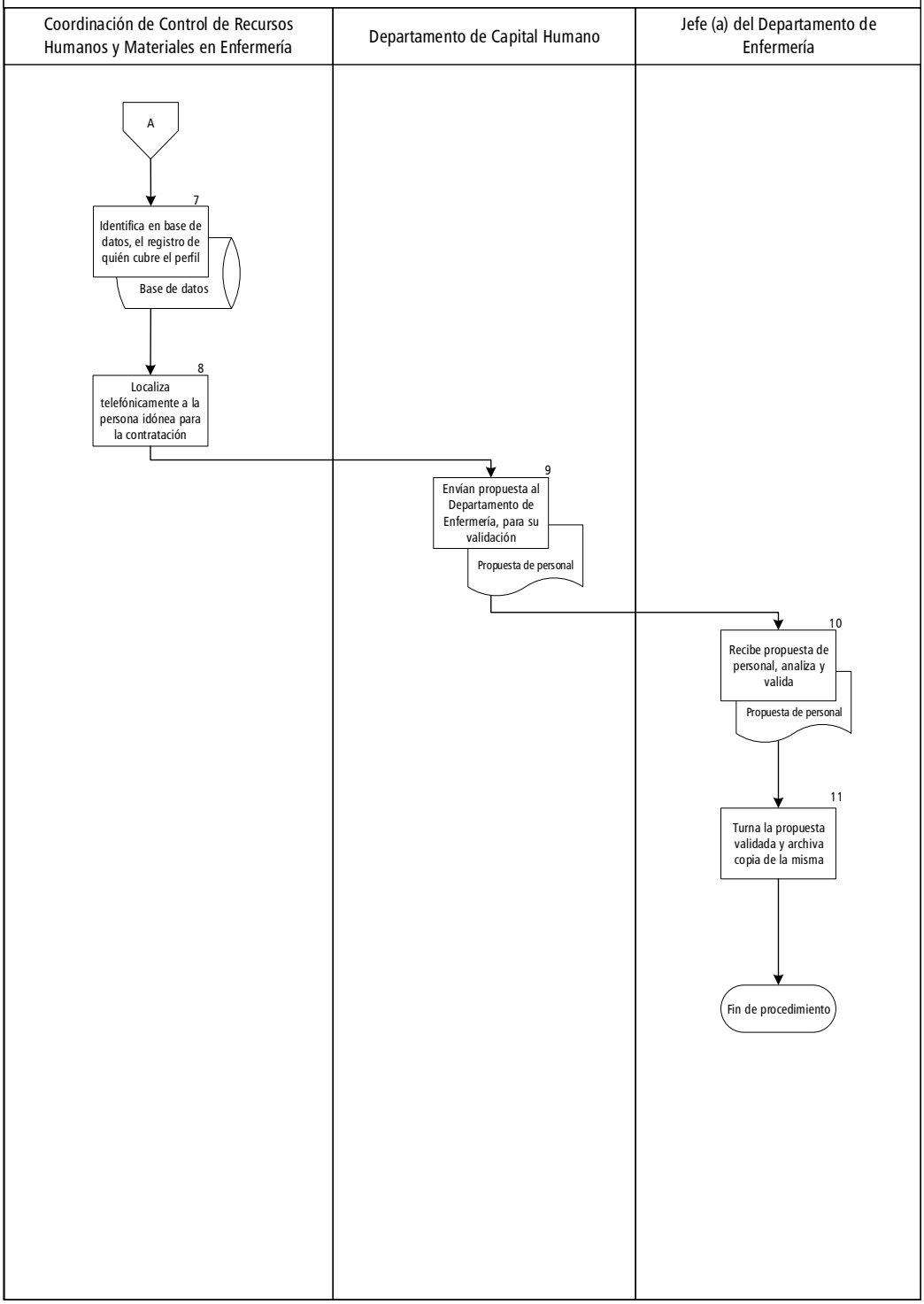
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinación de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Recibe a la enfermera/o solicitante de trabajo y la entrevista.	N/A
2		Solicita documentos personales (fotocopias del título, cédula que la acrediten como Licenciada en Enfermería, Enfermera/o General, documentación oficial con fotografía y CURP) y recibe, revisa y archiva. **Nota:** El/la solicitante puede proporcionar otros documentos como lo es pos técnico o especialidad.	Documentos personales
3		Registra en la base de datos al solicitante. **Nota:** Debe registrar en riguroso orden de llegada con los datos generales,	N/A

		teléfono local o celular dónde localizar y la preparación adquirida.	
4		Aplica examen de conocimientos técnicos en enfermería. **Nota:** Debe considerar apta solamente a la que califique como mínimo 7.	Examen
5	Departamento de Capital Humano	Solicita al personal de enfermería para cubrir plaza vacante o de nueva creación, identificando la unidad para la cual se requiere.	N/A
6	Jefe/a del Departamento de Enfermería.	Recibe la notificación y la canaliza Coordinación de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	N/A
7	Coordinación de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Identifica en base de datos, el registro de quién cubre el perfil así como calificación que obtuvo en evaluación.	Base de datos
8		Localiza telefónicamente a la persona idónea para la contratación y le indica se presente al Departamento de Capital Humano.	N/A
9	Departamento de Capital Humano	Envían propuesta al Departamento de Enfermería, para su validación.	Propuesta de personal
10	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe propuesta de personal, analiza y valida.	Propuesta de personal
11	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Turna la propuesta validada al Departamento de Capital Humano y archiva copia de la misma.	Propuesta de personal
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.



PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



7.9.25. PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE LAS NORMAS, LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Difundir las normas, proyectos y programas relacionados con Enfermería, a las Jefas/es de Enfermeras/os de las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Hospitalarias de los Servicios de Salud.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018, 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. 4. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. 5. Publicaciones, Proyectos y Programas de la Comisión Permanente de Enfermería. Políticas de Operación: 1. La difusión de las normas, proyectos y programas de enfermería la realiza el Departamento de Enfermería. 2. Las/los Jefas/es de Enfermeras deberán consultar en Internet las modificaciones que se den a las normas, proyectos y programas que se encuentren en la página de las mismas. 3. El Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas es responsables de establecer la o las estrategias necesarias para la difusión de las normas, proyectos y programas relacionados con enfermería.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal de Enfermería del Departamento de Enfermería, Jefes/as de Enfermeras/os Jurisdiccionales y de Hospitales de los Servicios de Salud.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank

Glosario

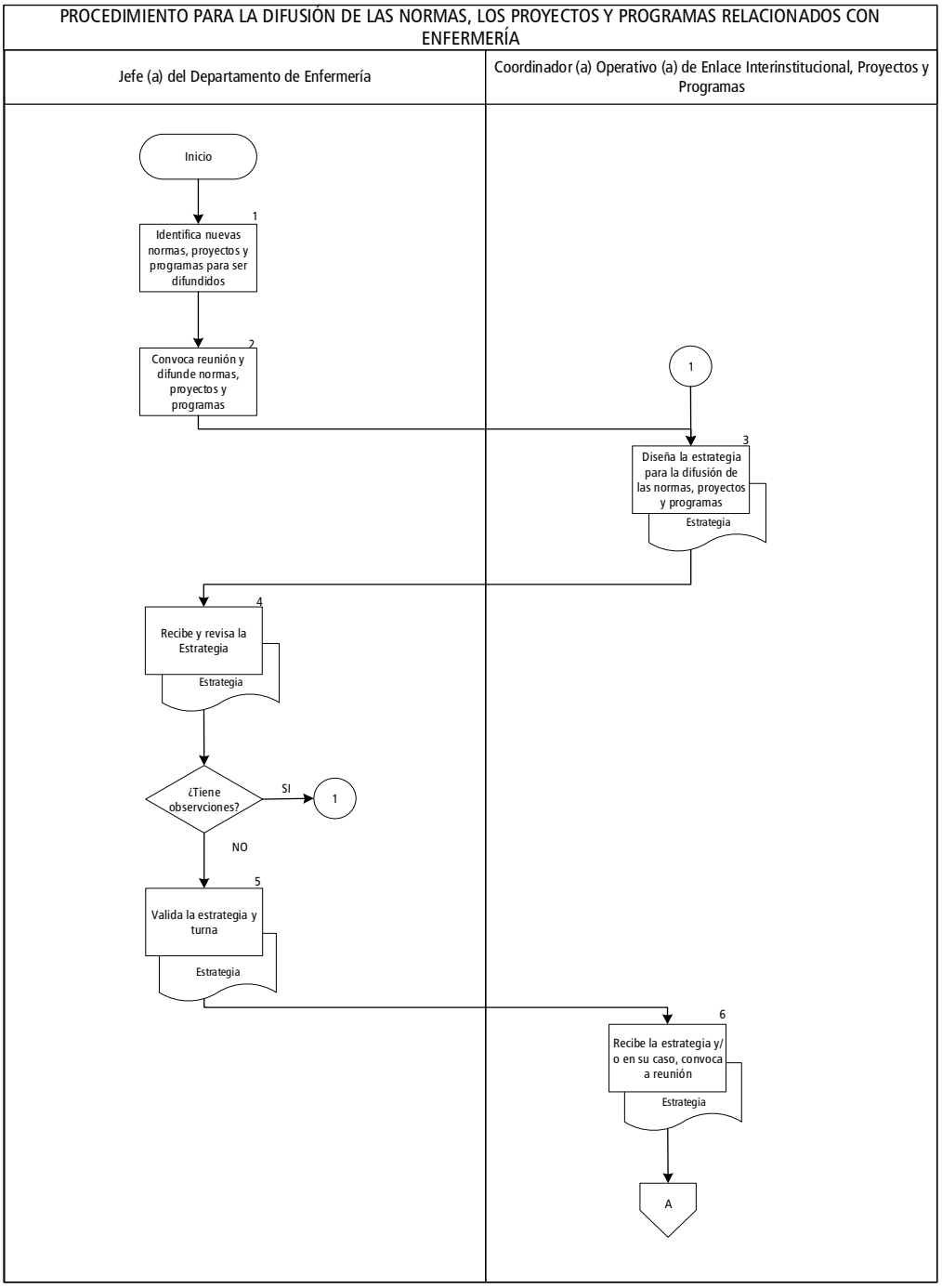
SICalidad.- Sistema Integral de Calidad.
INDICASII.- Sistema de registro de indicadores de calidad.
SIARHE.- Sistema de Información Administrativa de los Recursos Humanos de Enfermería.
PLACE.- Planes de Cuidados de Enfermería.
GPCE.- Guías de Práctica Clínica de Enfermería.
PROCESS.- Programa de Calidad Efectiva en los Servicios de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE LAS NORMAS, LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA.

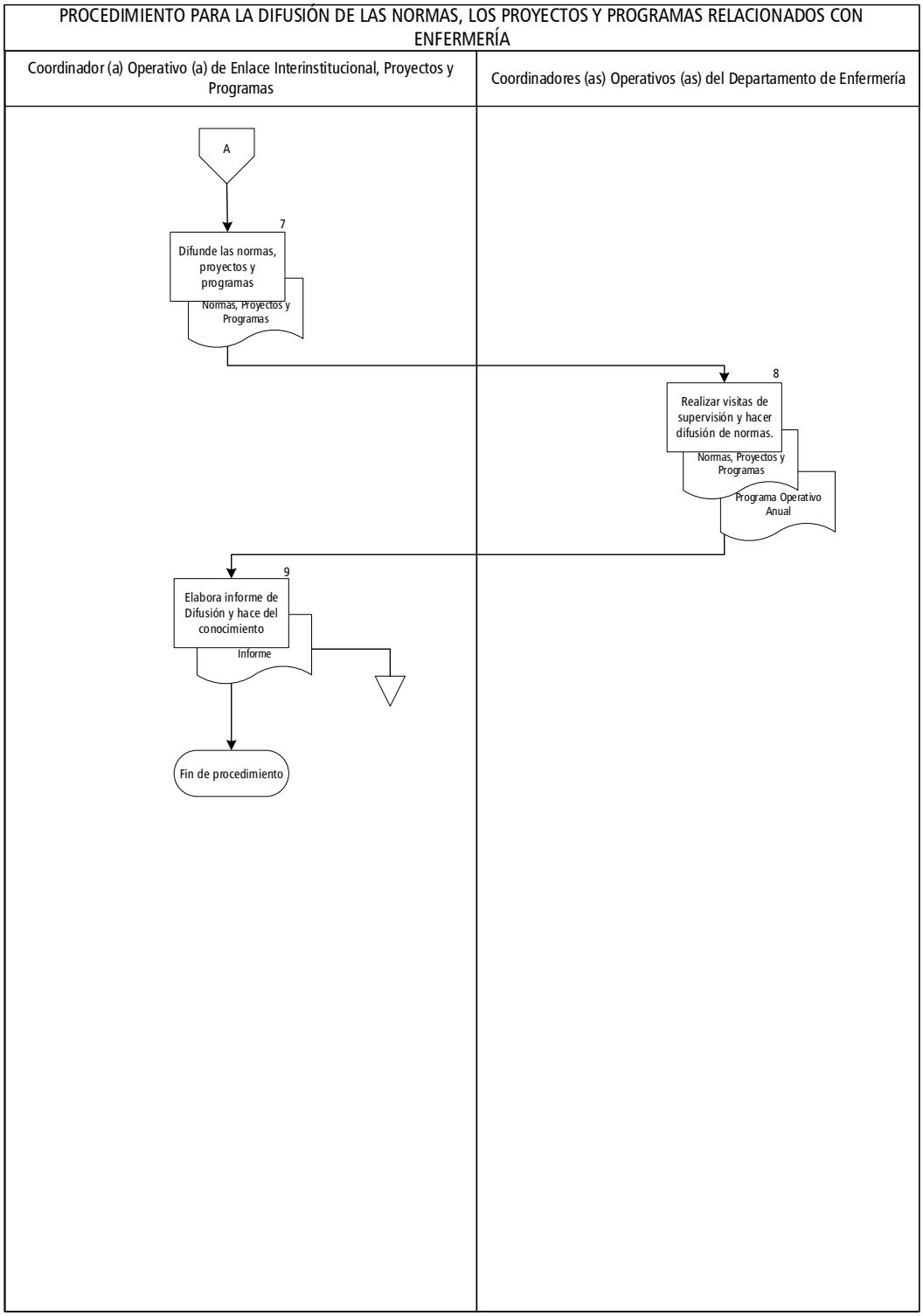
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Identifica nuevas normas, proyectos y programas para ser difundidos al personal de enfermería del Estado.	N/A
2		Convoca reunión y difunde las nuevas normas, proyectos y programas relacionados con enfermería, entre los Coordinadores/as Operativos/as del Departamento de Enfermería.	N/A
3	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Diseña la estrategia para la difusión de las normas, proyectos y programas a los/las Jefes/as Jurisdiccionales. **Nota:** La estrategia depende de la infraestructura con la que cuenta el Departamento, puede ser capacitación, talleres o envío por medios electrónicos.	Estrategia
4	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe y revisa la Estrategia. ¿Tiene observaciones? **Si**: Regresa a la actividad 3. **No**: Continúa con actividad 5.	N/A

5		Valida la estrategia y turna al/la Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas.	Estrategia
6	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Recibe la estrategia y/o en su caso, convoca a reunión.	Estrategia
7		Difunde las normas, proyectos y programas a las/los Jefes/as de Enfermeras/os Jurisdiccionales y Jefas/es de Hospitales.	Normas, Proyectos y Programas
8	Coordinadores/as Operativos/as del Departamento de Enfermería	Realizar visitas de supervisión o asesoría y hacer difusión de las normas, proyectos y programas relacionados con Enfermería. **Nota:** Las visitas de supervisión están contempladas en el Programa Operativo Anual.	Normas, Proyectos y Programas. Programa Operativo Anual.
9	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Elabora informe de la difusión de las normas, proyectos y programas, lo hace del conocimiento de la Jefa/e de Departamento y lo archiva.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE LAS NORMAS, LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA.



PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE LAS NORMAS, LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA



7.9.26. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Diseñar, presentar y participar en la operación y conclusión de proyectos estratégicos que representen un beneficio específico a los usuarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y como consecuencia a los profesionales de enfermería de los mismos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
2. Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018.
3. Dirección de Enfermería de Nivel Federal, Comisión Permanente de Enfermería Proyecto de PLACE 2010.
4. Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la Competitividad, adaptado al Sector Salud. 2011.
5. Primero y Segundo Catálogo de Planes de Cuidados de Enfermería.
6. Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería 2010.
7. Lineamientos para la Mejora Continua de los Servicios de Salud, 2004.
8. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres Indicadores, 2003.
9. Tres nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente, 2006.

Políticas de Operación:

1. Todo proyecto estará fundamentado en la normatividad Institucional.
2. Los proyectos estarán acordes con las necesidades de los/las pacientes y del personal de enfermería que los/las atiende.
3. Se privilegiará cualquier proyecto que tenga relación con la calidad y seguridad del/la paciente.
4. Un proyecto estratégico derivará de un análisis cuali-cuantitativo de la realidad, como una propuesta para la solución de uno o varios problemas derivados de la atención a los/las usuarios/as o del ejercicio de ésta.

Responsables

Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas

Este procedimiento es aplicable para el personal de enfermería de las 10 Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de 1º, 2º y 3 er. nivel de atención.

Recursos	Diagnóstico Situacional y Estratégico del Departamento de Enfermería, Proyecto.
Glosario	C.P.E. Comisión Permanente de Enfermería. S.S.E.P. Servicios de Salud del Estado de Puebla. DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. PLACE. Planes de Cuidados de Enfermería. GPCE. Guías de Práctica Clínica en Enfermería. SIARHE. Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería. INDICAS. Sistema de Registro de Indicadores de Calidad.

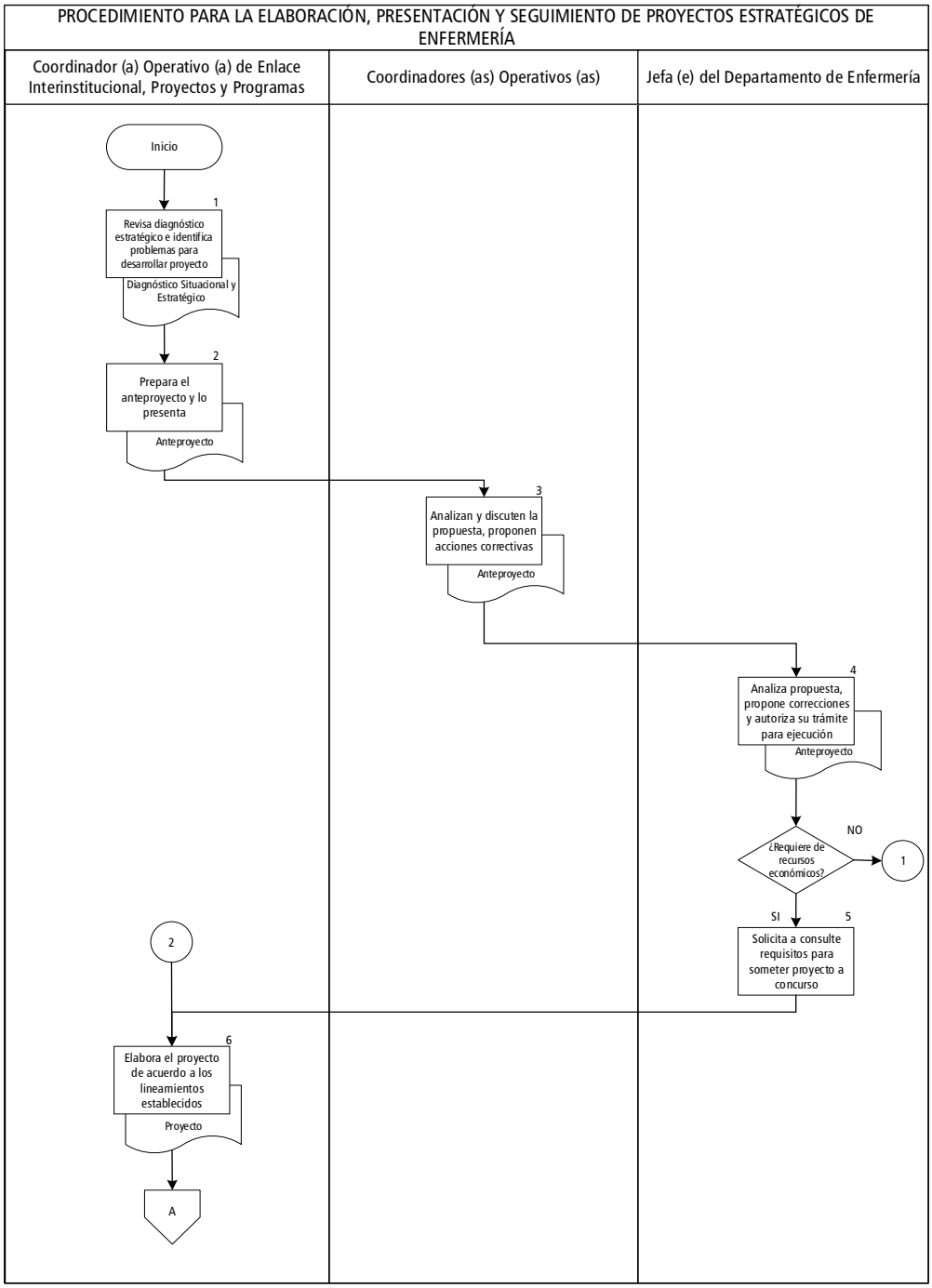
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE ENFERMERÍA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Revisa el diagnóstico estratégico e identifica problemas para desarrollar un proyecto estratégico o de mejora continua.	Diagnóstico Situacional y Estratégico del Departamento de Enfermería
2		Prepara el anteproyecto y lo presenta a los/as Coordinadores/as Operativos/as.	Anteproyecto
3	Coordinadores/as Operativos/as	Analizan y discuten la propuesta, proponen acciones correctivas	Anteproyecto
4	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Analiza la propuesta, la discute, propone correcciones y autoriza su trámite para ejecución.	Anteproyecto

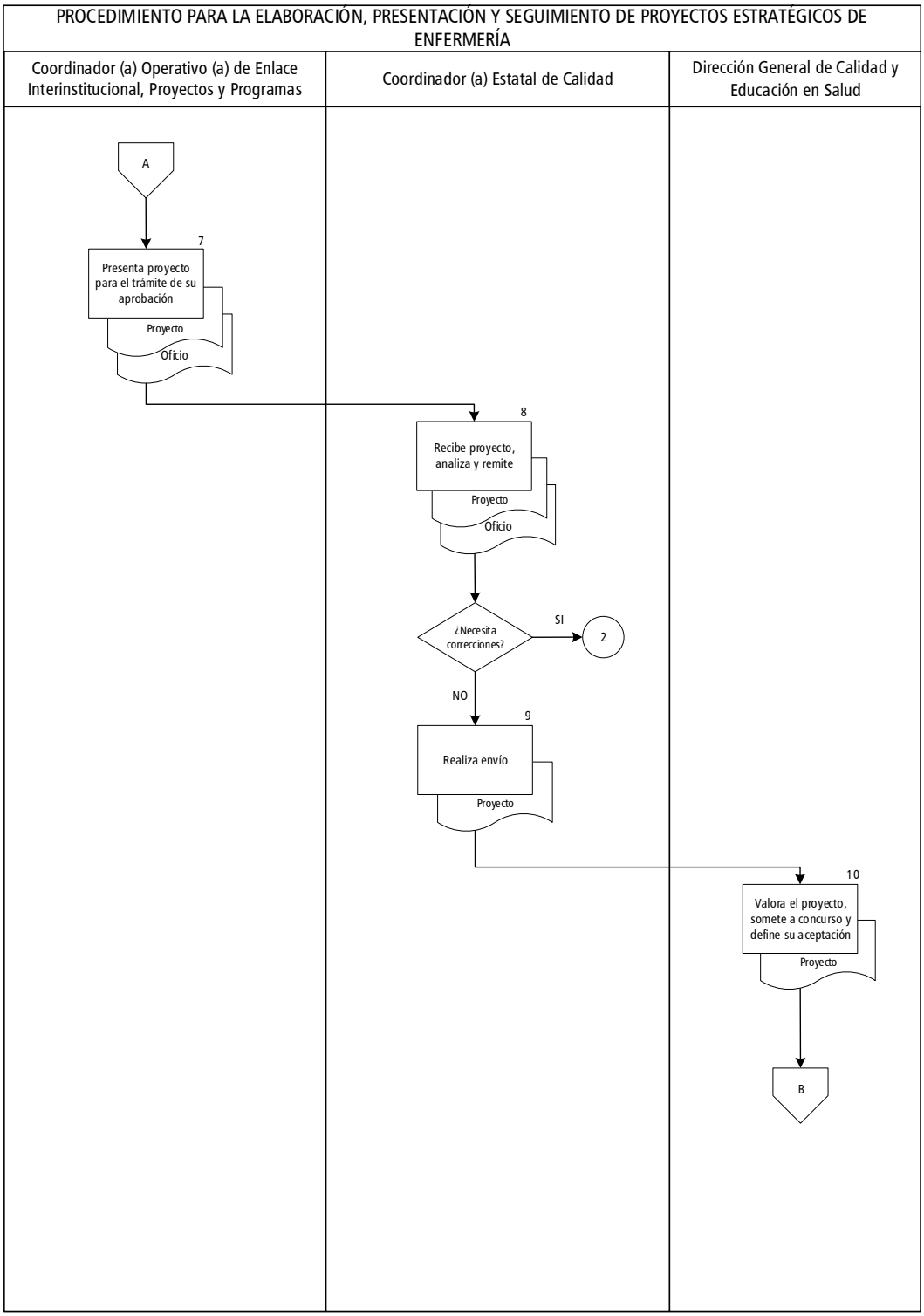
		¿Requiere de recursos económicos para su autorización? Si: Continúa con la actividad No. 5. No: Continúa con la actividad No. 12.	
5	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Solicita a Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas consulte en Internet los requisitos para someter proyecto a concurso www.calidad.salud.gob.mx	N/A
6	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Elabora el proyecto de acuerdo a los lineamientos establecidos en la convocatoria de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Proyecto
7		Presenta proyecto mediante oficio ante la Coordinación Estatal de Calidad para el trámite de su aprobación.	Oficio. Proyecto.
8	Coordinador/a Estatal de Calidad	Recibe proyecto y oficio, analiza. ¿Necesita correcciones? Si: Regresa a la actividad 6. No: Continúa en la actividad 9.	Oficio. Proyecto.
9		Realiza el envío para autorización a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Proyecto
10	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Valora el proyecto, somete a concurso y define su aceptación. ¿Está autorizado? Si: Continúa en actividad No. 13. No: Continúa con la actividad No. 11.	Proyecto
11	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Notifica su respuesta.	
12	Coordinador/a	Archiva el proyecto no autorizado	Proyecto

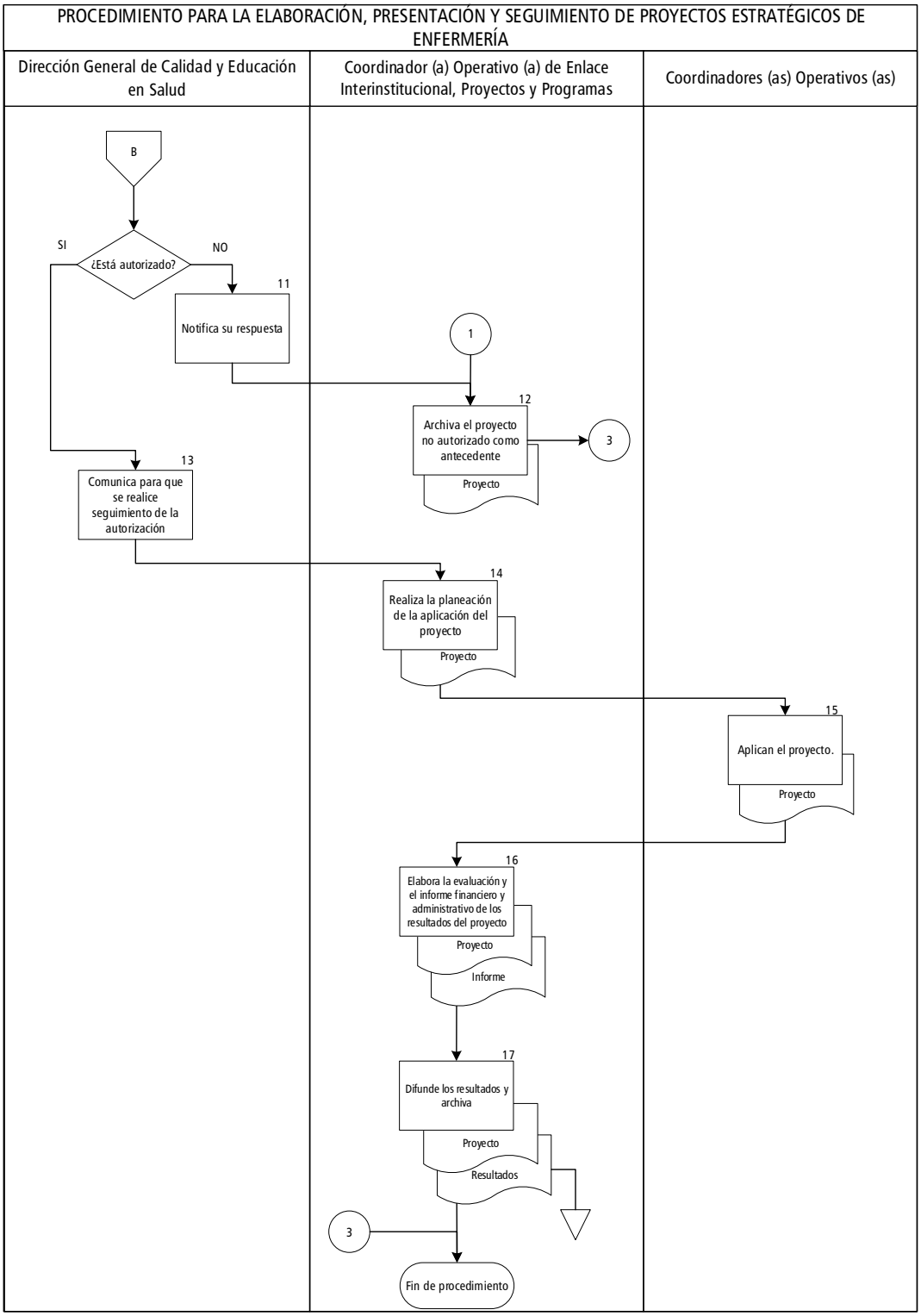
	Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	como antecedente. **Fin del procedimiento**	
13	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Comunica para que se realice seguimiento de la autorización de la propuesta a través de la Coordinación Estatal de Calidad.	Proyecto
14	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Realiza la planeación de la aplicación del proyecto.	Proyecto
15	Coordinadores (as) Operativos (as)	Aplican el proyecto.	Proyecto
16	Coordinador/a Operativo/a de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas	Elabora la evaluación y el informe financiero y administrativo de los resultados del proyecto.	Proyecto Informe
17		Difunde los resultados y archiva.	Proyecto
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE ENFERMERÍA.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE ENFERMERÍA




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE ENFERMERÍA
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Coordinador (a) Operativo (a) de Enlace Interinstitucional, Proyectos y Programas
Coordinadores (as) Operativos (as)
B
SI
¿Está autorizado?
NO
11
Notifica su respuesta
1
12
Archiva el proyecto no autorizado como antecedente
3
Proyecto
13
Comunica para que se realice seguimiento de la autorización
14
Realiza la planeación de la aplicación del proyecto
Proyecto
15
Aplican el proyecto.
Proyecto
16
Elabora la evaluación y el informe financiero y administrativo de los resultados del proyecto
Proyecto
Informe
17
Difunde los resultados y archiva
Proyecto
Resultados
3
Fin de procedimiento

7.9.27. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FEDERAL DE CALIDAD DE ENFERMERÍA (INDICAS).

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (DAS)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Efectuar seguimiento de la aplicación de los indicadores de calidad, para dar cumplimiento del Programa Federal de Calidad de Enfermería (INDICAS).

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18.
3. Programa Operativo Anual del ejercicio que corresponda.
4. Lineamientos para la Mejora Continua de los Servicios de Salud (2004).
5. SICALIDAD. Subsecretaría de Innovación y Calidad.
6. Evaluación de la Calidad de los Servicios de enfermería (2003).
7. Tres nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente (2006).
8. Sistema INDICAS II. Subsecretaría de Innovación y Calidad (2009).

Políticas de Operación:

1. El Departamento de Enfermería deberá de informa a las Jurisdicciones Sanitarias, el resultado del análisis de los indicadores de calidad de enfermería.
2. El Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales será el responsable de realizar el análisis de los resultados y solicitar a las Jefas/es de Enfermeras Jurisdiccionales proyectos de mejora.
3. El Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales será el responsable del seguimiento a los proyectos de mejora que propongan las Jefes/as Jurisdiccionales.

Responsables

Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas

Este procedimiento es aplicable para el Departamento de Enfermería, Jefes/as de enfermería Jurisdiccionales y de Hospitales de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Recursos	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Cumplimiento de los Criterios Básicos en la Ministración de Medicamentos Vía Oral por Enfermería. Formato de concentración de datos, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Prevención de Infecciones Nosocomiales por Enfermería. Vigilancia y Control de Venoclisis Instaladas. Formato de concentración de datos, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Trato Digno. Formato de concentración de datos, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Cumplimiento de los Criterios Básicos en la Prevención de Caídas a Pacientes Hospitalizados. Formato de concentración de datos, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Cumplimiento de los Criterios Básicos EN LA Prevención de Úlceras por Presión a Pacientes Hospitalizados. Formato de concentración de datos, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Cumplimiento de los Criterios Básicos en la Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en Pacientes con Sonda Vesical Instalada. Formato de concentración de datos, Proyecto de Mejora, Reporte, Informe.
Glosario	INDICASII.- Sistema de Registro de Indicadores de Calidad. SICALIDAD.- Sistema Integral de Calidad. PROCESS (Programa de Calidad Efectiva en los Servicios de Salud).

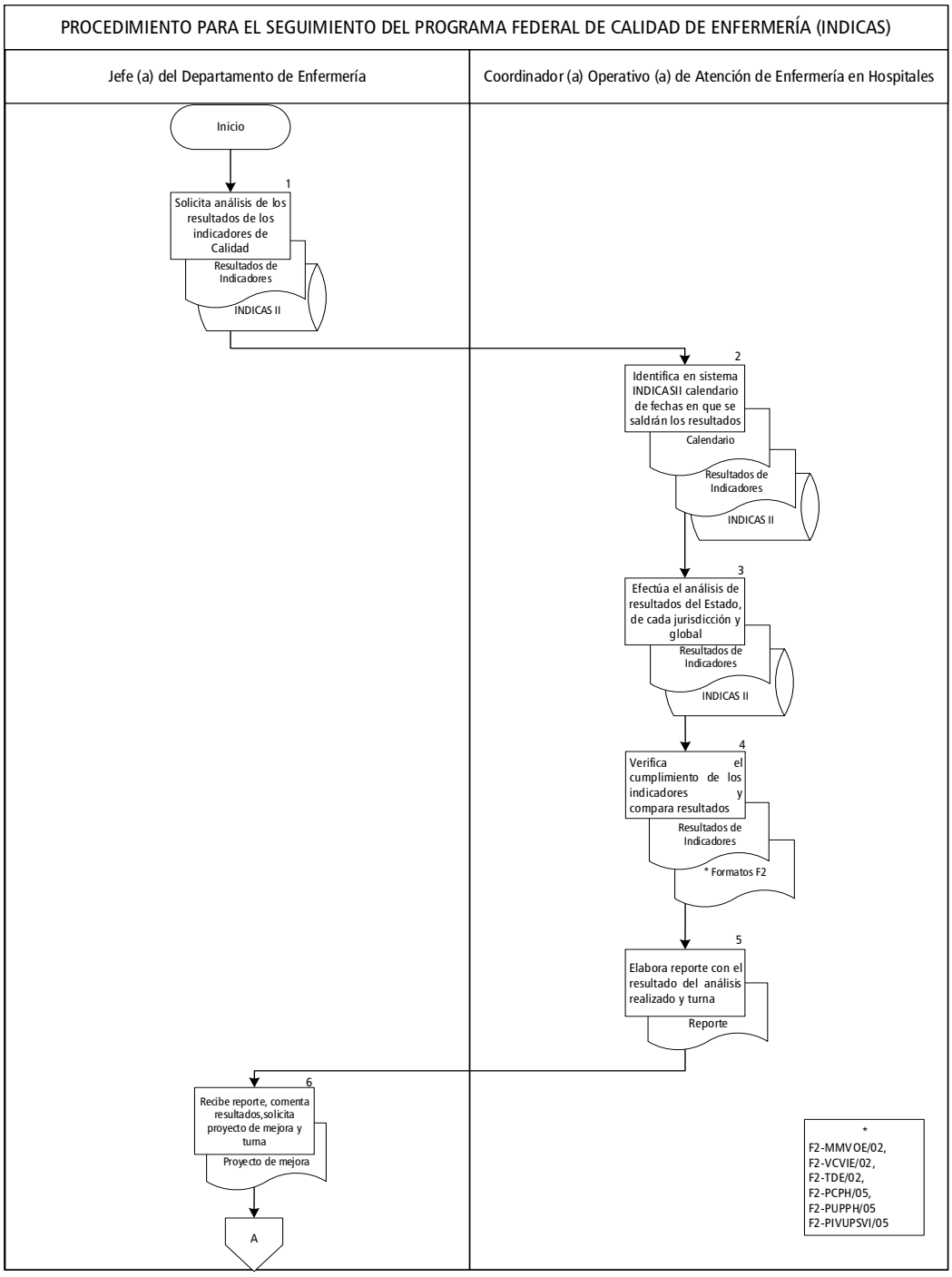
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FEDERAL DE CALIDAD DE ENFERMERÍA (INDICAS).

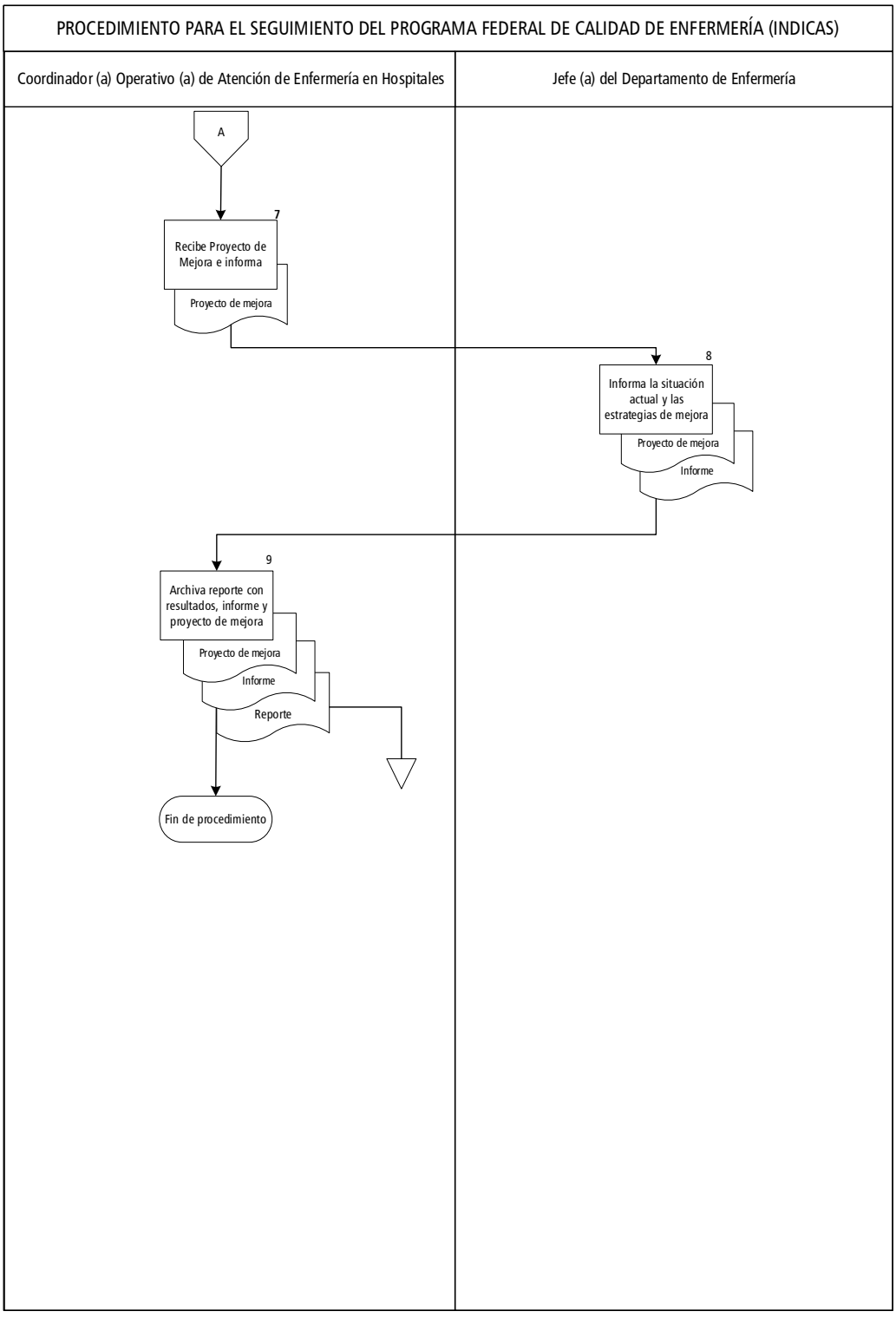
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Solicita cuatrimestralmente a Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales, el análisis de los resultados de los	Resultados de los indicadores de Calidad de Enfermería.

		indicadores de Calidad de Enfermería en el Sistema INDICAS II.	INDICAS II.
2	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Identifica en el sistema INDICASII el calendario de las fechas en que se saldrán los resultados de los indicadores de calidad de enfermería.	INDICAS II Calendario Resultados de los indicadores de Calidad de Enfermería
3		Efectúa del sistema INDICAS II el análisis de resultados de indicadores, del Estado, de cada jurisdicción y global.	INDICAS II Resultados de los indicadores de Calidad de Enfermería
4	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Verifica el cumplimiento de los indicadores y compara resultados con los que aparecen en el sistema de las unidades de atención a la salud (formatos F2). **Nota**: la verificación se realiza en las visitas de supervisión contempladas Programa Anual Operativo.	Formatos F2: F2-MMVOE/02, F2-VCVIE/02, F2-TDE/02, F2-PCPH/05, F2-PUPPH/05 F2-PIVUPSVI/05
5		Elabora reporte con el resultado del análisis realizado y turna a Jefe/a del Departamento de Enfermería.	Reporte
6	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe reporte y comenta los resultados con cada Jefe/a de Enfermeras Jurisdiccional, solicita proyecto de mejora y turna al Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales.	Proyecto de mejora
7	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Recibe Proyecto de Mejora de los/las Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales e informa al a/la Jefe/a del Departamento de Enfermería.	Proyecto de mejora
8	Jefe/a del Departamento de	Informa a Dirección de Atención a la Salud la situación actual y las	Informe. Proyecto de

	Enfermería	estrategias de mejora.	mejora.
9	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Archiva reporte con resultados, informe y proyecto de mejora.	Reporte, informe y proyecto de mejora
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FEDERAL DE CALIDAD DE ENFERMERÍA (INDICAS).




PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FEDERAL DE CALIDAD DE ENFERMERÍA (INDICAS)
Coordinador (a) Operativo (a) de Atención de Enfermería en Hospitales
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
A
7
Recibe Proyecto de Mejora e informa
Proyecto de mejora
8
Informa la situación actual y las estrategias de mejora
Proyecto de mejora
Informe
9
Archiva reporte con resultados, informe y proyecto de mejora
Proyecto de mejora
Informe
Reporte
Fin de procedimiento

7.9.28. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS.

Tiempo Promedio: 3 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Evaluar el trabajo técnico-administrativo de los Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales y de Hospitales, a través de la aplicación de las Guías de Supervisión a las Unidades aplicativas en los tiempos establecidos en el cronograma anual de supervisión.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada en el D.O.F. el 11-06-2013. Artículo 4º.
2. Ley General de Salud (D.O.F., 7-ll-84, última Reforma 24-04-2013.
3. Estándares para la Certificación de Hospitales. 1º de abril del 2012. Sección I Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
4. Cédula de Autoevaluación 2012. Consejo de Salubridad General.
5. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos.
6. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA”. 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18.
7. Condiciones Generales de Trabajo 2010 – 2013 de la Secretaría de Salud. Capítulo V, XII, XIII, XVII.
8. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda.
9. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud.
10. Publicaciones, Programas y Proyectos de la Comisión Permanente de Enfermería.

Políticas de Operación:

1. El Programa de Supervisión debe cumplir con la normatividad y las características establecidas por el Departamento de Enfermería.
2. Las Guías de Supervisión deben ser revisadas y actualizadas anualmente.
3. Las Guías de Supervisión se aplicarán de acuerdo al nivel de atención supervisado.
4. Las supervisiones se realizarán de acuerdo al cronograma anual establecido en el Programa de Trabajo Anual y al Programa Anual de Metas e Indicadores.
5. Las Supervisiones a las unidades aplicativas se realizarán en compañía de los Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales.

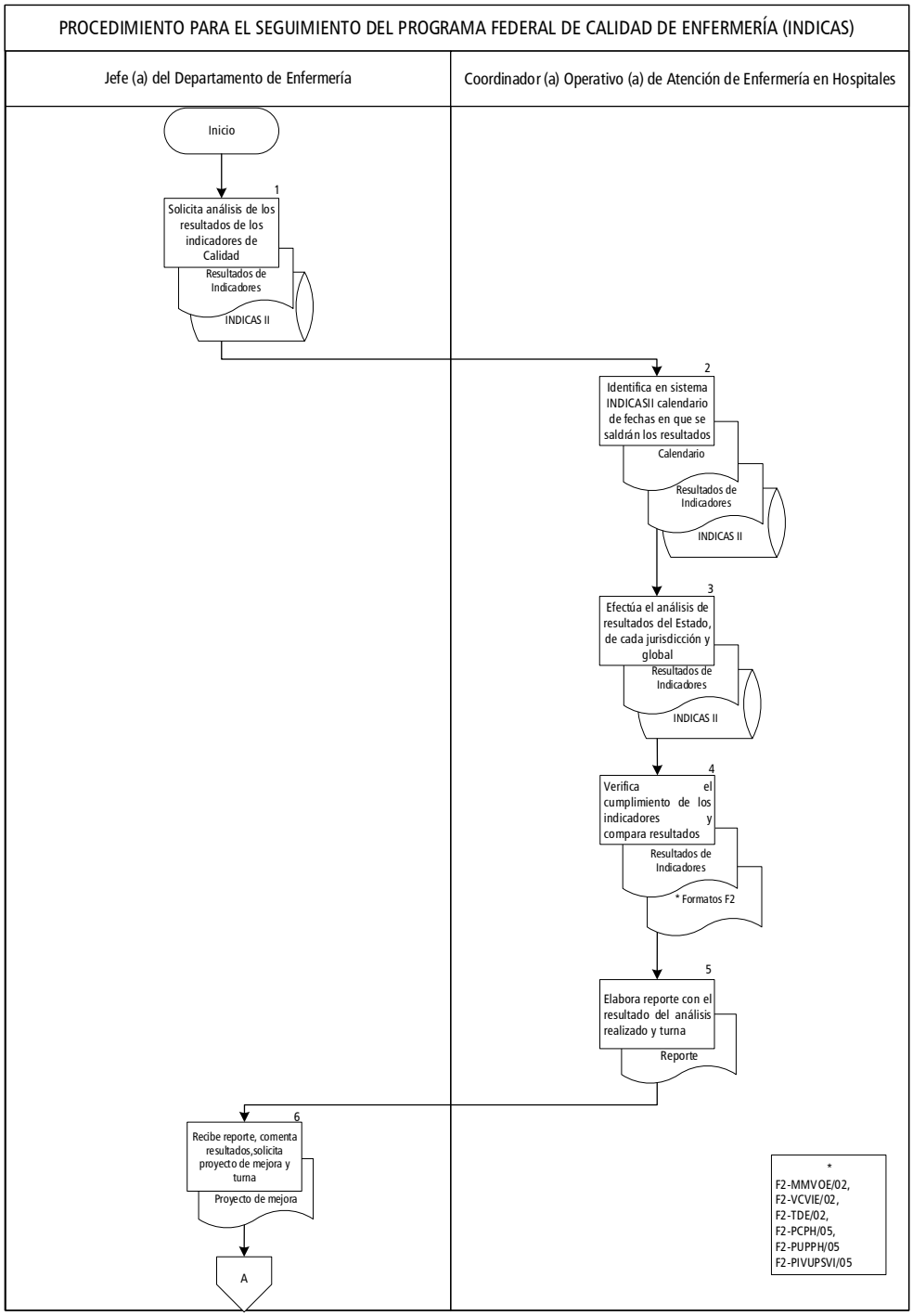
	6. Mensualmente la Coordinación Operativa de Atención de Enfermería en Hospitales entregará un concentrado de las actividades, así como los informes de cada supervisión realizada. 7. Existirá un recopilador donde se llevará el control de las supervisiones de manera mensual. Serán aplicables al trabajo técnico-administrativo como carpeta de trabajo conteniendo plantillas, cuadros de distribución, diagnóstico situacional y estratégico, programa de trabajo, de supervisión, de enseñanza, requisiciones, entre otros. Al trabajo administrativo como informes mensuales, realización de la capacitación, cumplimiento de los Programas Federales como el SIARHE, SICALIDAD, INDICASII y al trabajo de gestión en la Jurisdicción y con el Nivel Estatal. 8. Se aplicará a Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales, de Hospitales Generales e Integrales a través de Guías de Supervisión elaboradas por el Departamento de Enfermería.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Jefe/a de Enfermeras Jurisdiccional y de Hospitales de 2° y 3er. Nivel de Atención.
Recursos	Guía de Supervisión para el Primer Nivel de Atención, Guía de Supervisión de Segundo Nivel de Atención, Guía de Supervisión a Jefes/as de enfermeras Jurisdiccionales, Cédula de Supervisión, Informe
Glosario	D.E.E.- Departamento Estatal de Enfermería. S.S.E.P.- Servicios de Salud del Estado de Puebla. SIARHE.- Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería. INDICASII.- Sistema de Registro de Indicadores de Calidad.

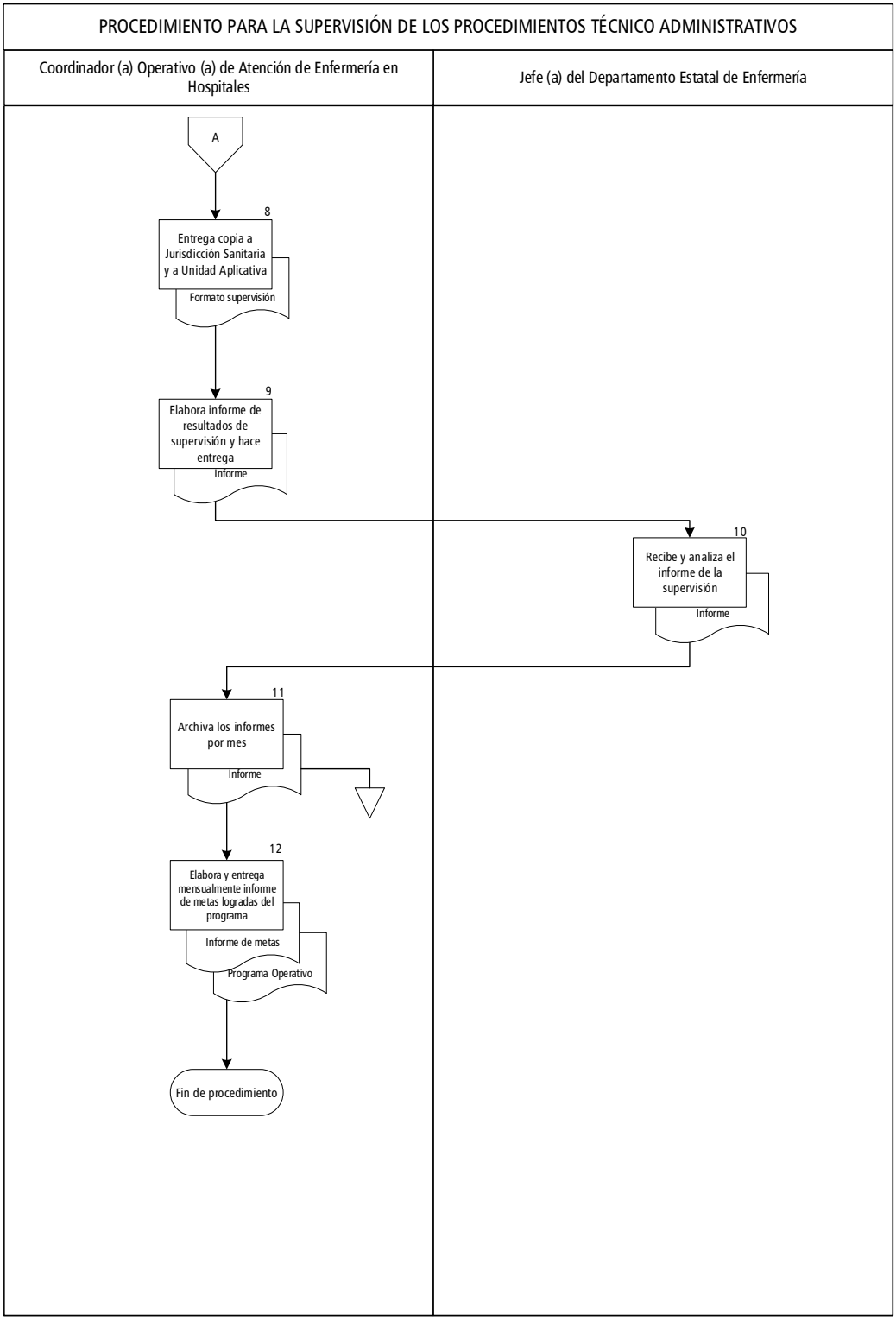
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento Estatal de Enfermería y Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Verifica las fechas programadas para las visitas de supervisión contempladas en el programa operativo anual.	Programa Operativo Anual
2	Jefe/a del Departamento Estatal de Enfermería	Solicita se realicen los trámites; oficio de comisión y solicitud de gasolina.	Oficio de comisión Solicitud de gasolina
3	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Coordina junto con el/la Jefe/a de Enfermeras Jurisdiccional, realizar la supervisión, según programa operativo anual.	Programa Operativo Anual
4		Notifica el inicio de la supervisión a autoridades de la unidad, así mismo como motivo y metodología a realizar.	Oficio
5		Realiza la supervisión en las áreas de enfermería.	N/A
6		Efectúa recomendaciones verbales y por escrito al Jefe/a de Enfermeras de la Unidad y Jefe/a Jurisdiccional.	N/A
7		Registra en el formato de supervisión todas y cada una de las observaciones, así como los compromisos y seguimiento a los	Formato Supervisión

		mismos; el formato deberá estar firmados por la autoridad estatal jurisdiccional y de la unidad y además se deberá tener formato original con dos copias.	
8		Entrega una copia a la Jurisdicción Sanitaria y otra a la Unidad Aplicativa.	Formato Supervisión
9		Elabora informe de resultados de supervisión y hace entrega a la Jefe/a del Departamento de Enfermería.	Informe
10	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe y analiza el informe de la supervisión	Informe
11	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Archiva los informes por mes de las supervisiones en un recopilador.	Informe
12	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Elabora y entrega mensualmente el/la Titular del Departamento un informe de las metas logradas del programa de supervisión de enfermería.	Informe de metas Programa Operativo anual.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS.




PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS
Coordinador (a) Operativo (a) de Atención de Enfermería en Hospitales
Jefe (a) del Departamento Estatal de Enfermería
A
8
Entrega copia a Jurisdicción Sanitaria y a Unidad Aplicativa
Formato supervisión
9
Elabora informe de resultados de supervisión y hace entrega
Informe
10
Recibe y analiza el informe de la supervisión
Informe
11
Archiva los informes por mes
Informe
12
Elabora y entrega mensualmente informe de metas logradas del programa
Informe de metas
Programa Operativo
Fin de procedimiento

7.9.29. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Victor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un Programa de Capacitación Estatal Anual para el Personal de Enfermería en el Estado de Puebla, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios e impulsar la superación y el desarrollo Profesional de Enfermería, en los tres Niveles de Atención.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. 4. Publicaciones, Proyectos y Programas de la Comisión Permanente de Enfermería. 5. Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud. Políticas de Operación: 1. El programa de capacitación será elaborado con base en la problemática detectada en el diagnóstico situacional. 2. El programa de capacitación deberá contener temática relacionada con las normas, proyectos y programas Federales y Estatales de Salud. 3. La carta descriptiva del programa de capacitación deberá cubrir los lineamientos que establece la Subdirección de Investigación y Enseñanza. 4. La temática del programa de capacitación debe abarcar tanto al personal operativo como al directivo. 5. El programa de capacitación estatal deberá estar autorizado por el Subdirector de Investigación y Enseñanza. 6. La Coordinación Operativa de Capacitación e Investigación en Enfermería deberá informar mensualmente a Jefe/a del Departamento Estatal de Enfermería de los avances que se llevan en cuanto al programa de capacitación.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.

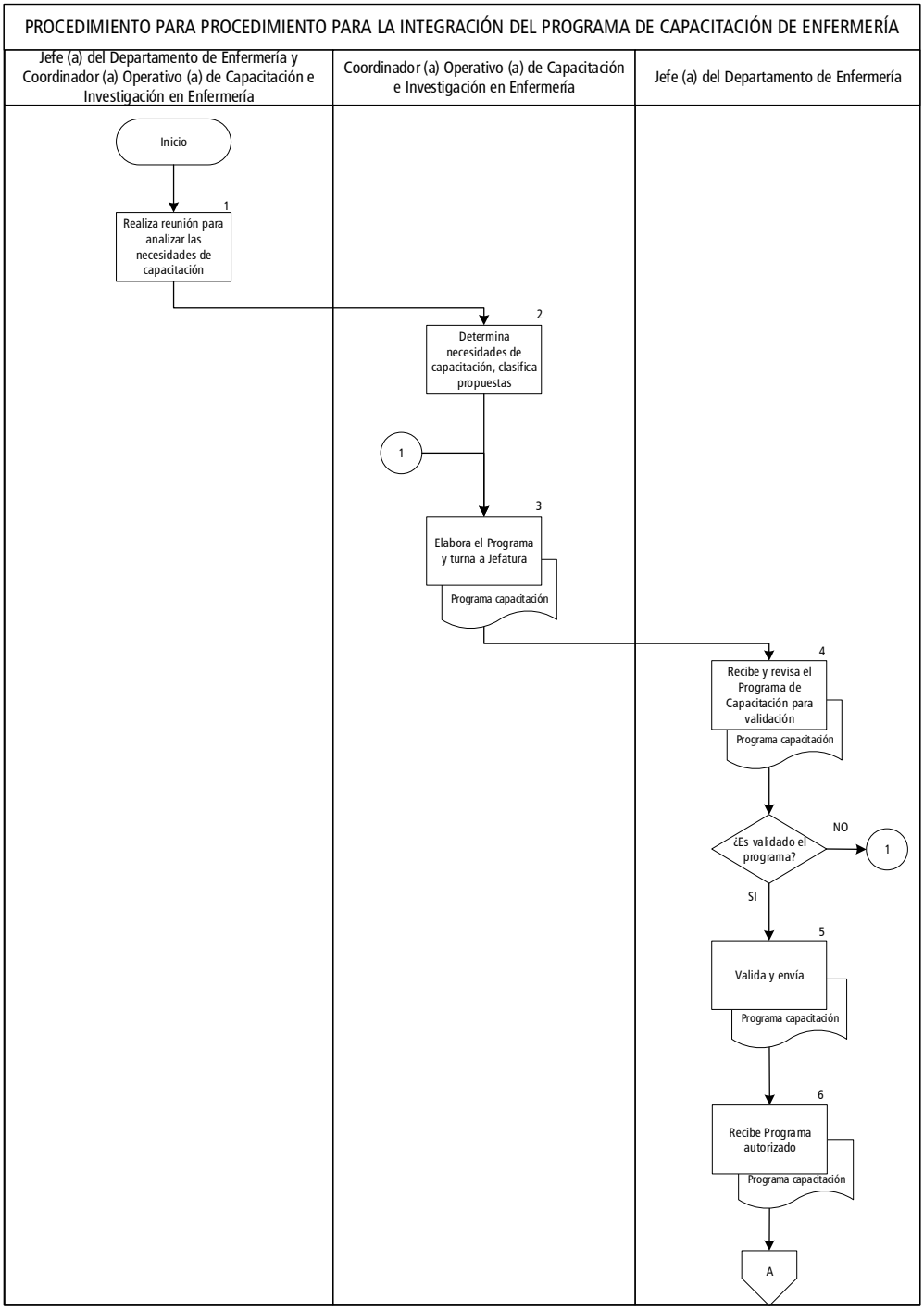
Áreas Involucradas	A las 10 Jefes/as de Jurisdicción Sanitaria, Jefes (as)) de Hospitales Generales, Coordinador/as de Enfermería de Hospitales Integrales, de Unidades de Especialidad, Enfermeras/os Operativas/os de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Programa de Capacitación
Glosario	N/A

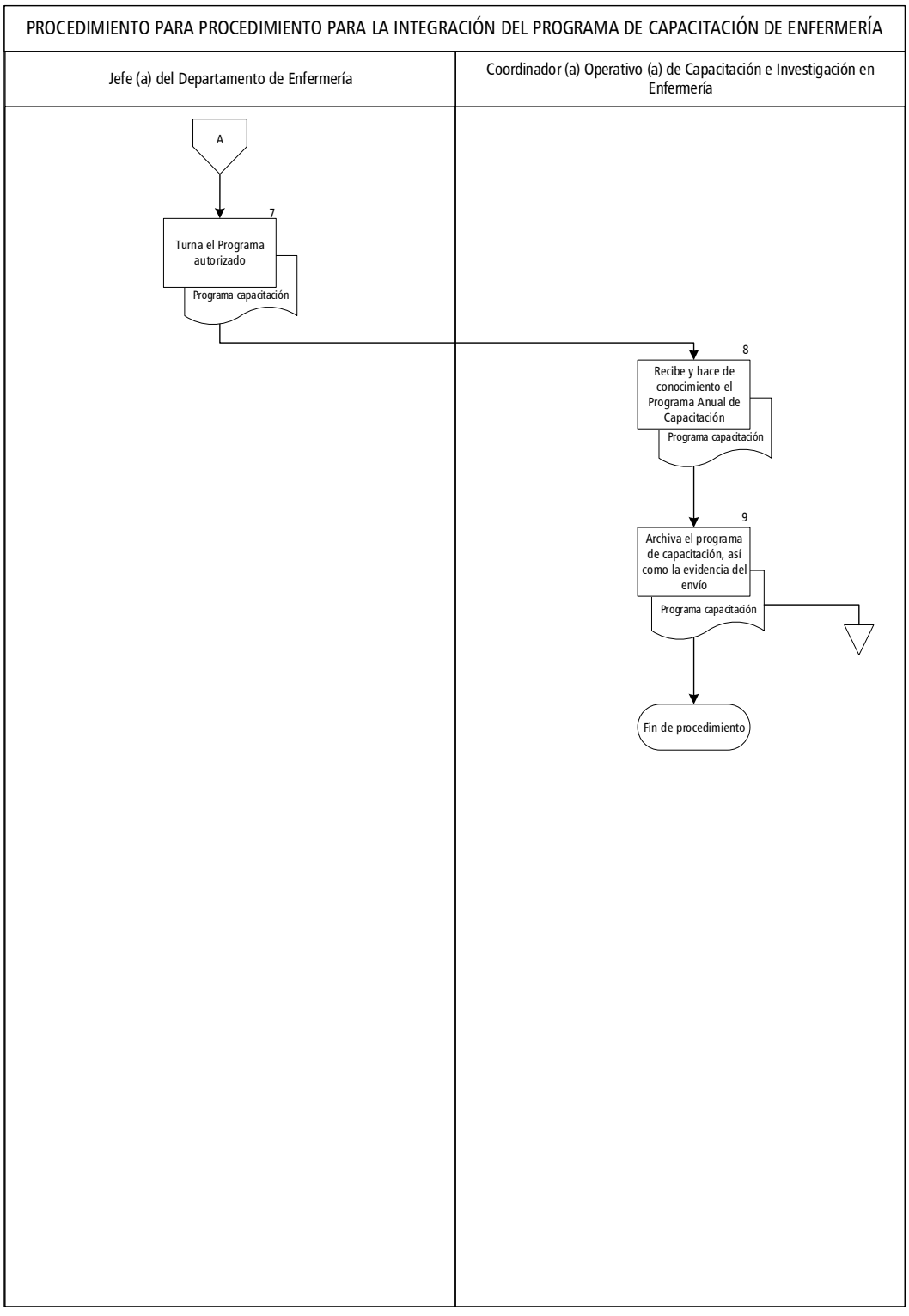
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería y Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Realiza reunión para analizar las necesidades de capacitación del personal directivo y operativo con él/la Jefes/as de Enfermeras y Coordinadoras/es de Enseñanza de las 10 Jurisdicciones Sanitarias.	N/A
2	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Determina las necesidades de capacitación, clasifica y jerarquiza las propuestas de las Jurisdicciones Sanitarias.	N/A
3		Elabora el Programa Anual de Capacitación del Departamento Estatal de Enfermería y turna a la	Programa de Capacitación

		Jefatura del Departamento de Enfermería. **Nota**: Deberá realizar correcciones si el programa no es validado.	
4	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe y revisa el Programa de Capacitación para validación. ¿Es validado el programa? **Sí**: Se regresa a la actividad No. 3. **No**: Continúa con el procedimiento.	Programa de Capacitación
5	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Valida y envía el Programa de Capacitación a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Programa de Capacitación
6		Recibe de la Subdirección de Enseñanza e Investigación Programa de Capacitación autorizado.	Programa de Capacitación
7		Turna el Programa Anual de Capacitación de enfermería autorizado a Coordinador/a Operativo de Capacitación e Investigación en Enfermería.	Programa de Capacitación
8	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Recibe y hace de conocimiento vía correo electrónico el Programa Anual de Capacitación a las Jurisdicciones Sanitarias.	Programa de Capacitación
9	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Archiva el programa de capacitación, así como la evidencia del envío.	N/A
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA.




PROCEDIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
Coordinador (a) Operativo (a) de Capacitación e Investigación en Enfermería
A
7
Turna el Programa autorizado
Programa capacitación
8
Recibe y hace de conocimiento el Programa Anual de Capacitación
Programa capacitación
9
Archiva el programa de capacitación, así como la evidencia del envío
Programa capacitación
Fin de procedimiento

7.9.30. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE JORNADAS REGIONALES DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 10 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Apoyar en la realización de las jornadas regionales de enfermería, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios e impulsar la superación y el desarrollo profesional del personal de enfermería, en los tres niveles de atención.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores correspondiente al ejercicio. 4. Publicaciones, Programas y Proyectos de la Comisión Permanente de Enfermería. 5. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. Políticas de Operación: 1. La programación de la Jornada Regional de cada una de las 10 Jurisdicciones Sanitarias se realizará en coordinación con el Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería, de tal forma que se realicen en fechas diferentes. 2. La programación de las Jornadas Regionales será a partir del mes de mayo de cada año. 3. El tema y el programa de cada Jornada Regional será comentado con el/la Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería y la/él Jefa/e del Departamento Estatal de Enfermería, para su asesoría, revisión y aval.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	A las 10 Jefas/es de Jurisdicción Sanitaria, Jefas/es de Hospitales Generales, Coordinadoras/es de Enfermería de Hospitales Integrales, de Unidades de Especialidad, Enfermeras/os Operativas/os de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención y Pasantes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Carta Descriptiva, Tríptico, invitación, Reporte, Expediente

Glosario

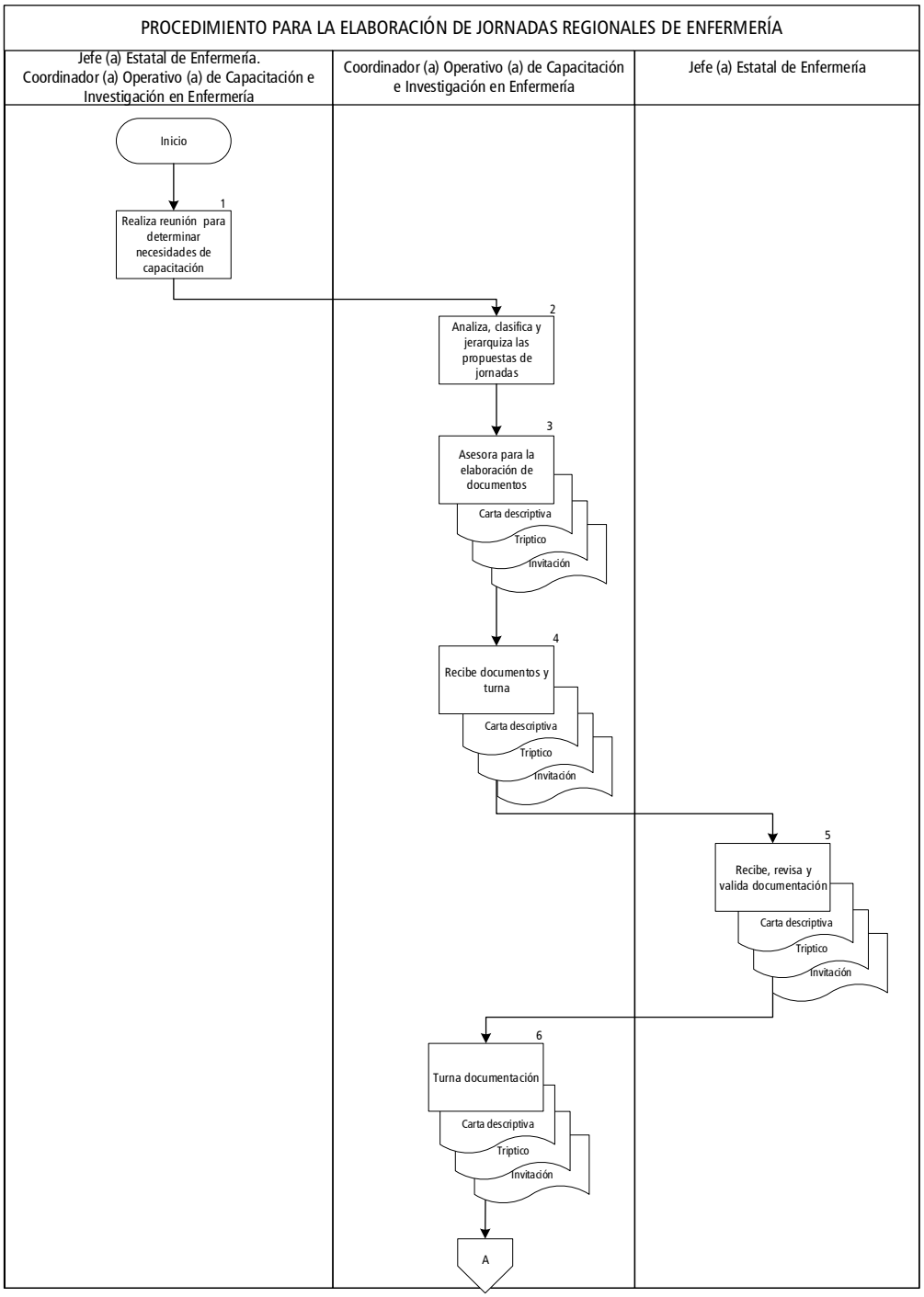
PLACE: Planes de Cuidados de Enfermería.
Taxonomía: Clasificación de diagnósticos.
NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification).
NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Cassification).
NANDA: Diagnósticos de Enfermería (Nursing Diagnoses Definitions and Clasification 2012-2014).

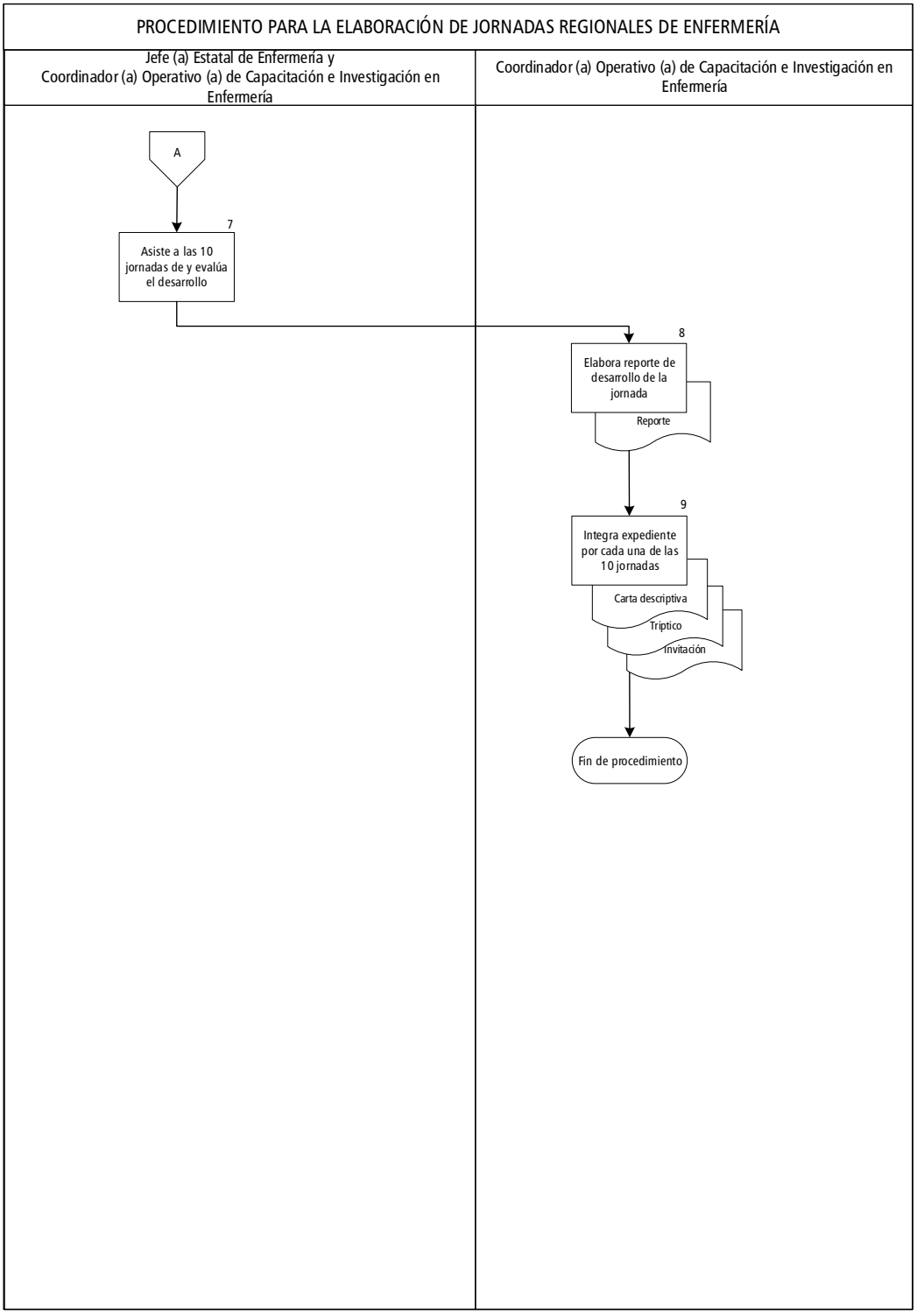
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE JORNADAS REGIONALES DE ENFERMERÍA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a Estatal de Enfermería y Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Realiza reunión con los Jefes/as de Enfermeras y Coordinadores/as de Enseñanza de las 10 Jurisdicciones Sanitarias, para determinar las necesidades de capacitación del personal Directivo/a y Operativo/a.	N/A
2	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Analiza, clasifica y jerarquiza las propuestas de temas de jornadas de acuerdo a necesidades de capacitación.	N/A
3		Asesora a los/las Coordinadores/as de Enseñanza de Enfermería de las Jurisdicciones, para la elaboración de documentos: carta descriptiva, tríptico e invitación.	Carta descriptiva. Tríptico e Invitación
4		Recibe documentos: carta descriptiva, el tríptico y la invitación, de los/las Coordinadores/as de Enseñanza de Enfermería de las Jurisdicciones y	Carta descriptiva. Tríptico e Invitación

		turna a Jefe/a del Departamento.	
5	Jefe/a Estatal de Enfermería	Recibe, revisa y valida documentación: carta descriptiva, tríptico y la invitación.	Carta descriptiva. Tríptico e Invitación
6	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería.	Turna documentación: Carta Descriptiva, el tríptico y la invitación a los/las Coordinadores/as de Enseñanza de Enfermería de las Jurisdicciones o Jefes/as de Enfermeras Jurisdiccionales.	Carta descriptiva. Tríptico e Invitación
7	Jefe/a Estatal de Enfermería y Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Asiste a las 10 jornadas regionales de las Jurisdicciones Sanitarias y evalúa el desarrollo.	N/A
8	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Elabora reporte de desarrollo de la jornada.	Reporte
9		Integra un expediente por cada una de las 10 jornadas regionales de enfermería de las Jurisdicciones en la carpeta correspondiente. Nota: La documentación que se debe de integrar es: carta descriptiva, trípticos (elaborados por la Jurisdicción), invitación (elaborada por la Jurisdicción) y el reporte.	Carta descriptiva. Tríptico e Invitación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE JORNADAS REGIONALES DE ENFERMERÍA.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE JORNADAS REGIONALES DE ENFERMERÍA
Jefe (a) Estatal de Enfermería y Coordinador (a) Operativo (a) de Capacitación e Investigación en Enfermería
Coordinador (a) Operativo (a) de Capacitación e Investigación en Enfermería
A
7
Asiste a las 10 jornadas de y evalúa el desarrollo
8
Elabora reporte de desarrollo de la jornada
Reporte
9
Integra expediente por cada una de las 10 jornadas
Carta descriptiva
Triptico
Invitación
Fin de procedimiento

7.9.31. PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA DIFUSIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PLACE (PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA).

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Estandarizar el cuidado de enfermería a través de la difusión de los Planes y Cuidados de Enfermería (PLACE), y la asesoría para su aplicación. de atención.

	Normas: 1. Dirección de Enfermería, Comisión Permanente de Enfermería Proyecto de PLACE 2010. 2. Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la Competitividad, adaptado al Sector Salud. 2011. 3. Primero y Segundo Catálogo de Planes de Cuidados de Enfermería. 4. Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería 2010. 5. Lineamientos para la Mejora Continua de los Servicios de Salud. 2004. 6. Tres nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente. 2006. 7. Taxonomías NANDA 2012-2014. 8. Guías de Certificación de Hospitales.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. El personal de Enfermería debe tomar como base para el Cuidado los catálogos de los Planes de Cuidados de Enfermería. 2. Para elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería se deberá tomar como base el documento de “Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería” de la Comisión Permanente de Enfermería, 2011 3. Los formatos de Registros Clínicos de Enfermería deben guiar la aplicación de los Planes de Cuidados de Enfermería. 4. Posterior a la aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería deberá ser implementado el documento de “Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los Planes de Cuidados de Enfermería” Comisión Permanente de Enfermería 2013.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas	Personal de enfermería de las 10 Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla 1º, 2º y 3er. Nivel de Atención.
Recursos	Carta Descriptiva, Carta compromiso, Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los Planes de Cuidados de Enfermería, Oficio, Formato para informe/plataforma, Informe
Glosario	PLACE: Planes de Cuidados de Enfermería. Taxonomía: Clasificación de diagnósticos. NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification). NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Cassification). NANDA: Diagnósticos de Enfermería (Nursing Diagnoses Definitions and Clasification 2012-2014).

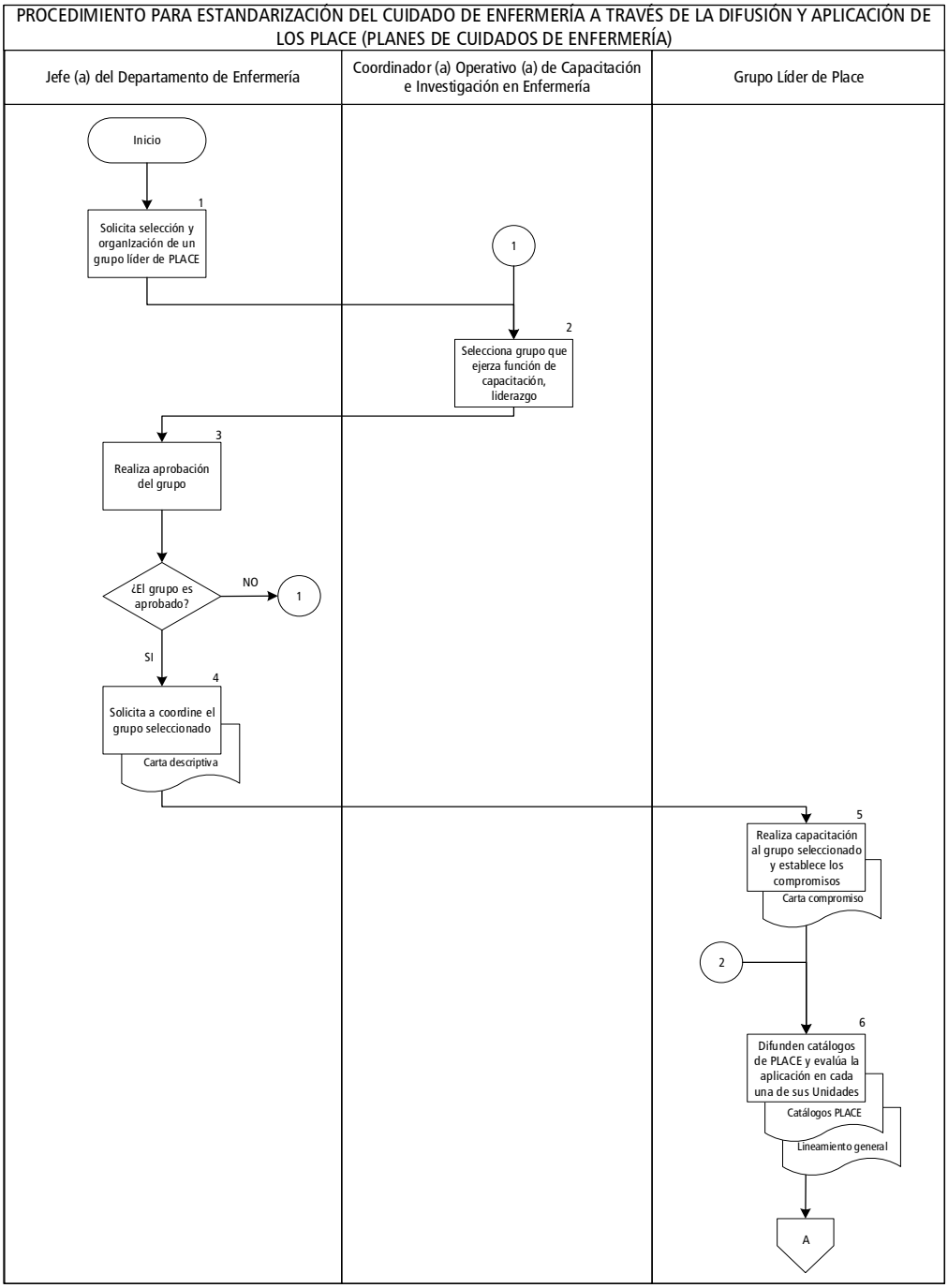
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA DIFUSIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PLACE (PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Solicita a él/la Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería selección y organización de un grupo líder de PLACE.	N/A
2	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería	Selecciona un grupo que ejerza la función de capacitación, liderazgo y seguimiento del proyecto.	N/A
3	Jefe/a del Departamento de	Realiza aprobación del grupo con función de capacitación y liderazgo	

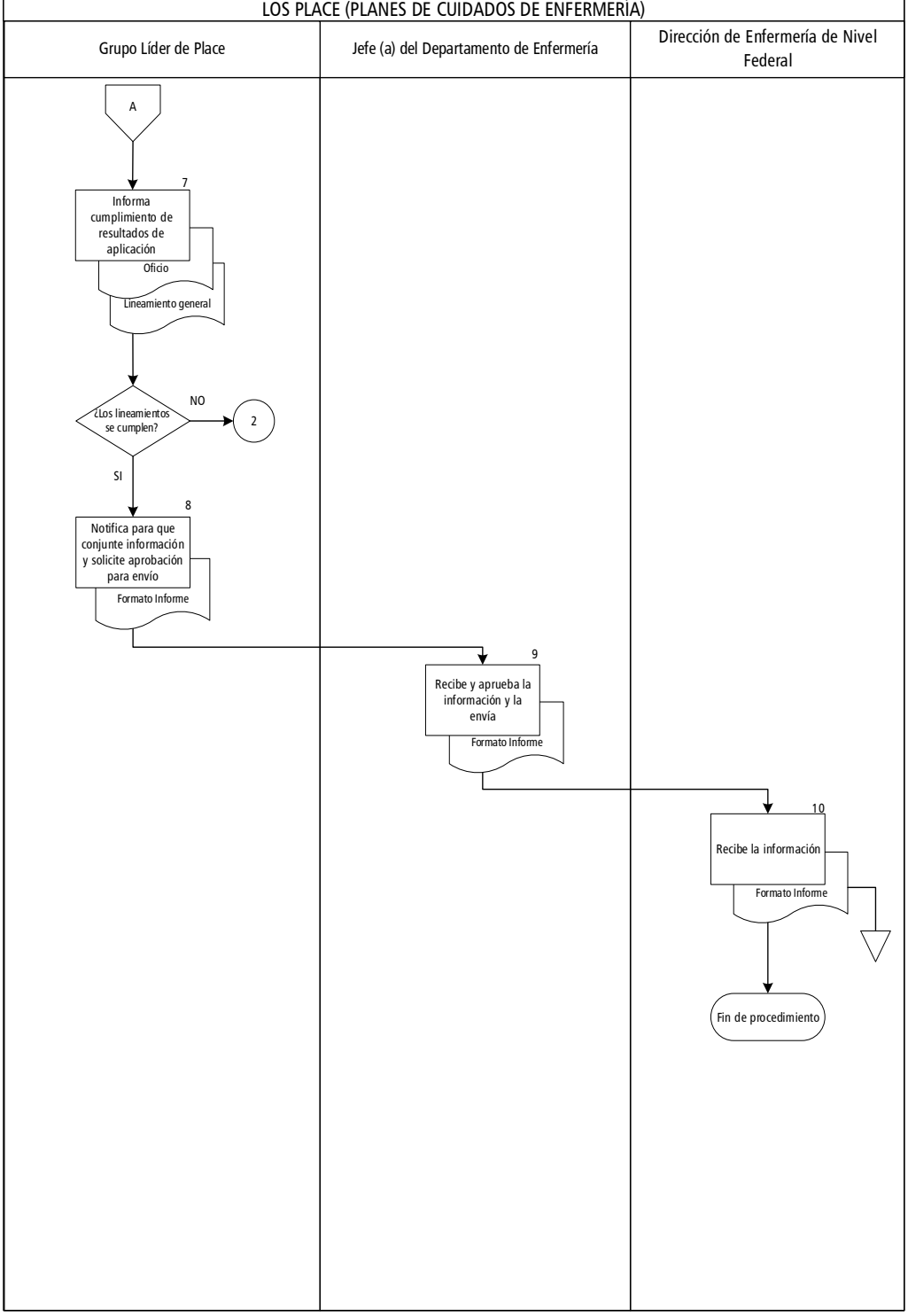
	Enfermería	para seguimiento del proyecto. ¿El grupo es aprobado? SI: Continúa actividad 4. No: Regresa a la actividad 2.	
4	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Solicita a Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería coordine con carta descriptiva a el grupo seleccionado para la organización de la capacitación de personal de las Unidades.	Carta descriptiva.
5	Grupo Líder de Place	Realiza la capacitación al grupo seleccionado y establece los compromisos para la difusión y aplicación de los PLACE	Carta compromiso
6	Grupo Seleccionado	Difunden los catálogos de PLACE y evalúa la aplicación de 35 PLACE´s en cada una de sus Unidades. **Nota:** Si existe error en aplicación de el lineamiento general, se deberá realizar las correcciones pertinentes.	Catálogos PLACE. 35 PLACE´s: Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los Planes de Cuidados de Enfermería.
7	Grupo Seleccionado	Informa el cumplimiento los resultados de aplicación por medio de un oficio a él/la Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación y al Departamento Estatal de Enfermería. ¿Los lineamientos se cumplen? **No:** Regresa a la actividad No. 6. **Si:** Continúa con actividad No. 8.	Oficio. Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los Planes de Cuidados de Enfermería.

8	Grupo Seleccionado	Notifica a Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Enfermería para que Conjunte la información y solicite la aprobación por medio del formato informe y posterior envío a Jefe/a del Departamento de Enfermería.	Formato informe
9	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe y aprueba la información y la envía a la Dirección de Enfermería de nivel federal.	Formato informe
10	Dirección de Enfermería de Nivel Federal	Recibe la información y la archiva.	Formato informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA DIFUSIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PLACE (PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA).



PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA DIFUSIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PLACE (PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA)



7.9.32. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA.

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Camacho Ortega **Jefa del Departamento de Enfermería** **FCO (DE)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar y/o modificar los instrumentos técnico-administrativos necesarios para los registros de las funciones del personal de enfermería.

	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores que corresponda al ejercicio. 4. Publicaciones, Normas, Programas y Proyectos de la Comisión Permanente de Enfermería.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Los documentos técnicos-administrativos que se generen en el Departamento de Enfermería serán para uso de todo el personal de enfermería de las Unidades de los Servicios de Salud. 2. Los documentos técnico-administrativos no oficiales que se generen en las unidades operativas, para uso del personal de enfermería, deberán pasar por la revisión y aprobación del Departamento de Enfermería. 3. Todo formato nuevo deberá estar codificado. 4. La aprobación y gestión de la dotación de los formatos de enfermería deberá tramitarse ante la Dirección de Atención a la Salud.
Responsables	Departamento de Enfermería, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal de enfermería en las unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado.
Recursos	Formato, Informe

Glosario | ENF-No.- Formato de enfermería

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICO - ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA.

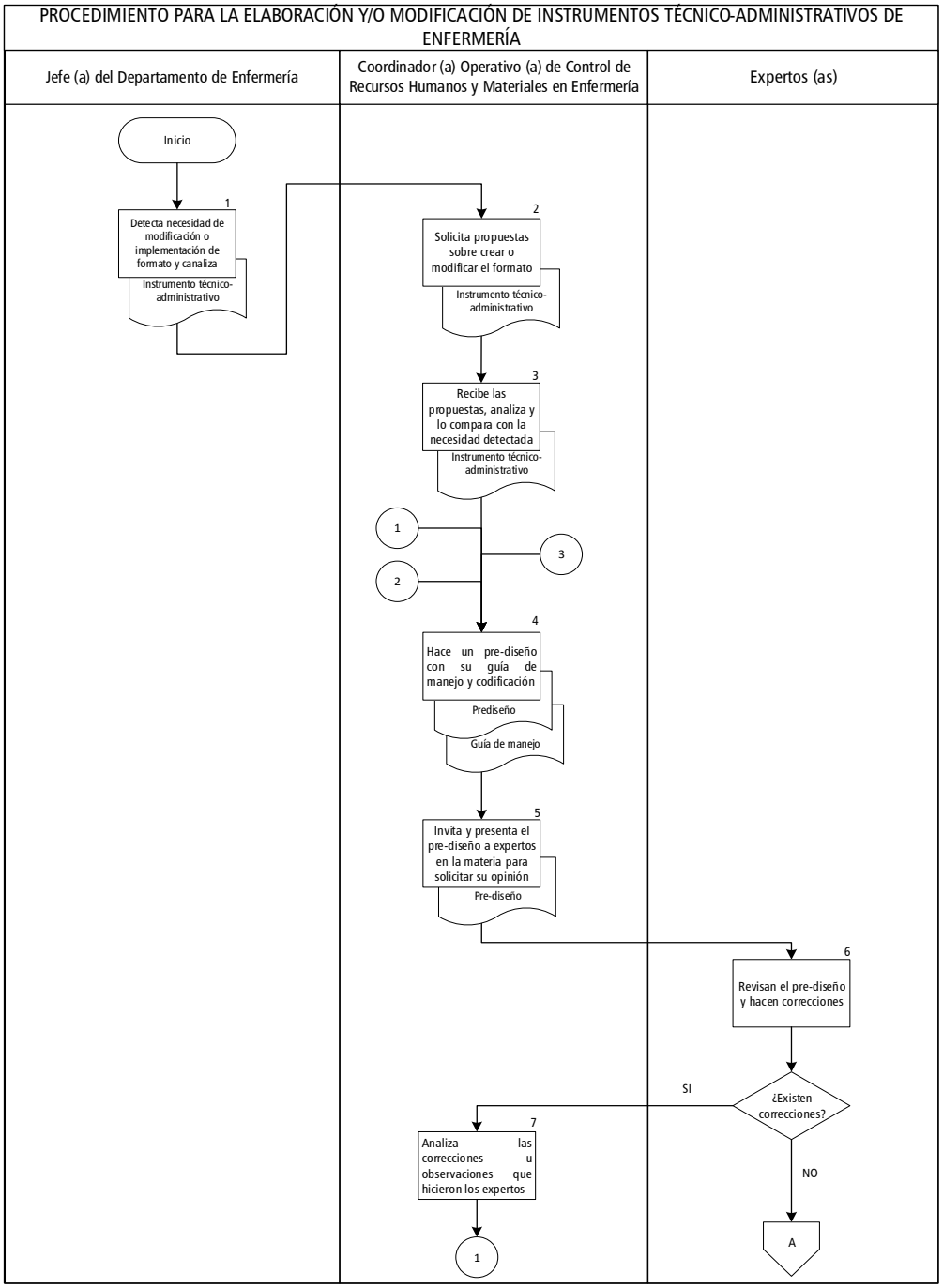
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Detecta durante las visitas de supervisión la necesidad de modificación o implementación de algún formato-instrumento técnico-administrativo de uso de enfermería y lo canaliza a Coordinador/a Operativo/a, Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería.	Formato-instrumento técnico-administrativo
2	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Solicita vía correo electrónico propuestas a los/las Jefes/as Jurisdiccionales y de Hospitales sobre la necesidad de creación o modificación del formato-instrumento técnico-administrativo.	Formato-instrumento técnico-administrativo
3		Recibe propuestas, analiza el formato-instrumento-técnico-administrativo y lo compara con la necesidad detectada.	Formato-instrumento técnico-administrativo
4		Hace un pre-diseño con su guía de manejo y codificación. Nota: En caso de existir correcciones, realizar modificaciones pertinentes al diseño.	Pre-diseño Guía de manejo y codificación

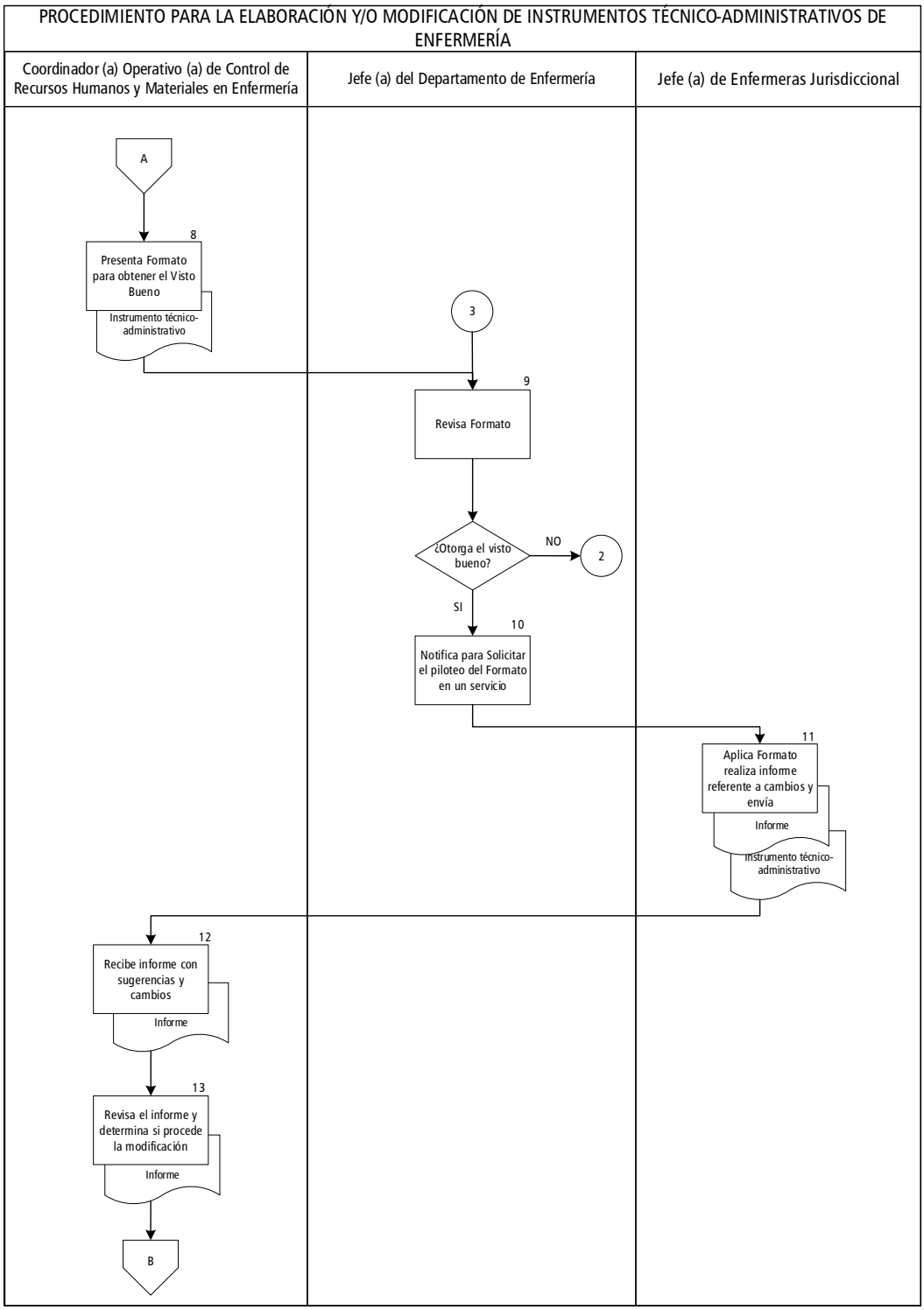
5		Invita y presenta el pre-diseño a expertos en la materia (enfermeras/os operativas/os, Licenciadas/os y/o especialistas) para solicitar su opinión al respecto.	Pre-diseño
6	Expertos/as	Revisan el pre-diseño y hacen correcciones. ¿Existen correcciones? Si: Continúa en actividad 7. No: Continúa con la actividad 8.	Pre-diseño
7	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Analiza las correcciones u observaciones que hicieron los expertos. Regresar a la actividad 4	
8		Presenta Formato-instrumento técnico-administrativo a Jefe/a del Departamento de Enfermería para obtener el Visto Bueno.	Formato-instrumento técnico-administrativo
9	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Revisa Formato-instrumento técnico-administrativo. ¿Otorga el visto bueno? Si: Continúa con la actividad No. 10. No: Regresa a la actividad No. 4.	Formato-instrumento técnico-administrativo
10	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Notifica a Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería para que sea responsable de Solicitar a un/a Jefe/a de Enfermeras Jurisdiccional el piloteo del Formato-instrumento técnico-administrativo en un servicio en el que potencialmente será usado.	Formato-instrumento técnico-administrativo
11	Jefe/a de Enfermeras Jurisdiccional	Aplica el piloteo del Formato-instrumento técnico-administrativo, realiza informe referente a sugerencias de cambios y envía al	Informe Formato-instrumento técnico-

		Coordinador Operativo de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería.	administrativo
12	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Recibe informe con sugerencias y cambios.	Informe
13		Revisa el informe y determina si procede la modificación. ¿Requiere modificaciones? No: Continúa en actividad 14. SI: Regresar a la actividad 4.	Formato-instrumento técnico-administrativo
14		Envía Formato-instrumento técnico-administrativo a Jefe/a del Departamento de Enfermería para que verifique y valide documento.	Formato-instrumento técnico-administrativo
15	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Valida y envía a Dirección de Atención a la Salud para su aprobación.	Formato-instrumento técnico-administrativo
16	Director/a de Atención a la Salud	Revisa, aprueba y envía Formato-instrumento técnico-administrativo al Departamento de Enfermería.	Formato-instrumento técnico-administrativo
17	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe Formato-instrumento-técnico-administrativo aprobado y turna al Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería.	Formato-instrumento técnico-administrativo
18	Coordinador/a Operativo/a de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería	Recibe Formato instrumento-técnico-administrativo y lo incluye en el catálogo y en la solicitud de dotación en el momento adecuado.	Formato-instrumento técnico-administrativo, Catálogo, Solicitud de

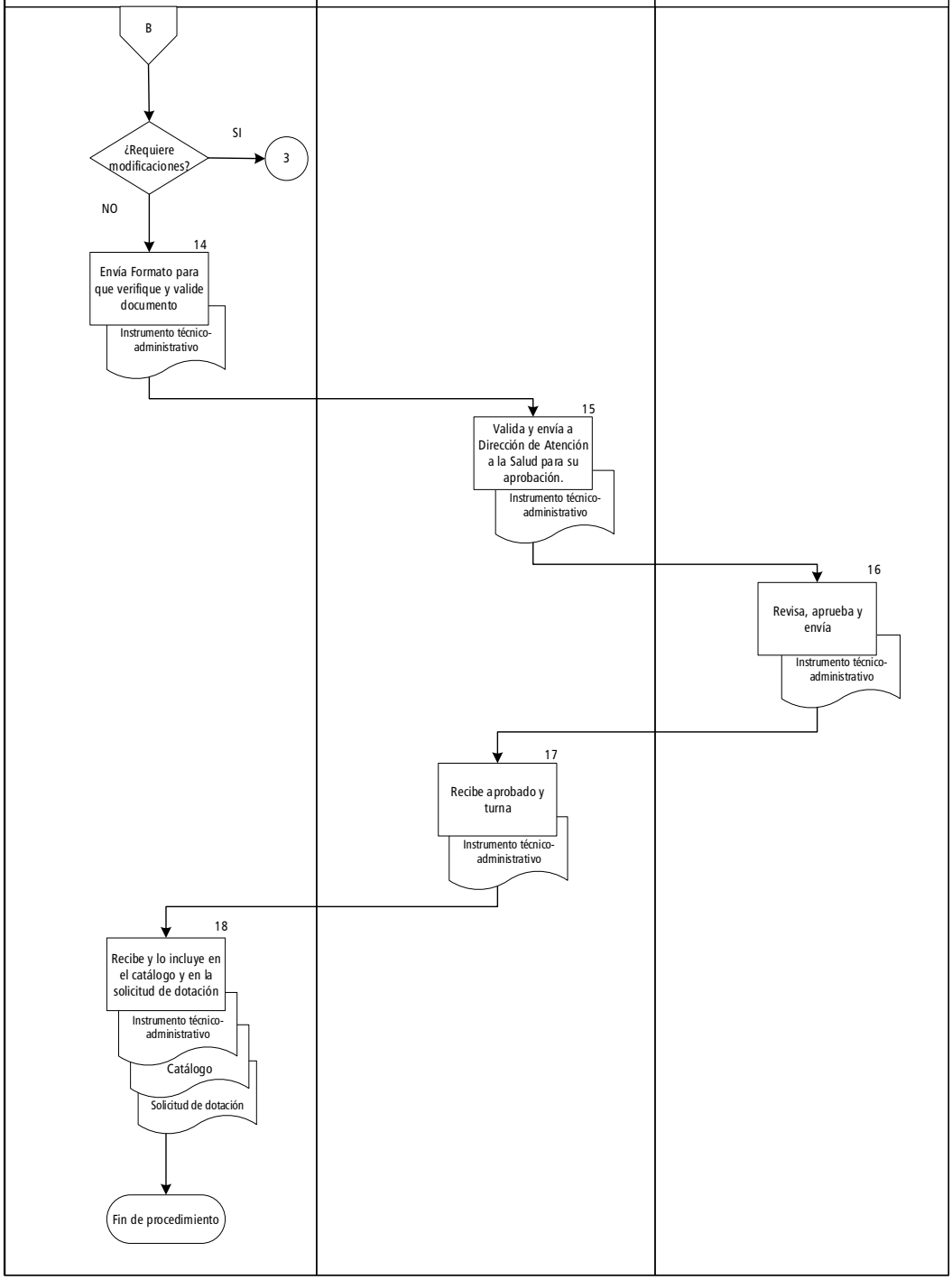
			dotación.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICO - ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA
Coordinador (a) Operativo (a) de Control de Recursos Humanos y Materiales en Enfermería
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
Jefe (a) de Enfermeras Jurisdiccional
A
8
Presenta Formato para obtener el Visto Bueno
Instrumento técnico-administrativo
3
9
Revisa Formato
¿Otorga el visto bueno?
NO
2
SI
10
Notifica para Solicitar el piloteo del Formato en un servicio
11
Aplica Formato realiza informe referente a cambios y envía
Informe
Instrumento técnico-administrativo
12
Recibe informe con sugerencias y cambios
Informe
13
Revisa el informe y determina si procede la modificación
Informe
B

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA



7.9.33. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social** **ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un instrumento de trabajo que permita aportar y/o sugerir de forma organizada, alternativas de solución a los problemas detectados en el diagnóstico estratégico en relación con el desempeño y la calidad de la Atención Social, por el personal de Trabajo Social.

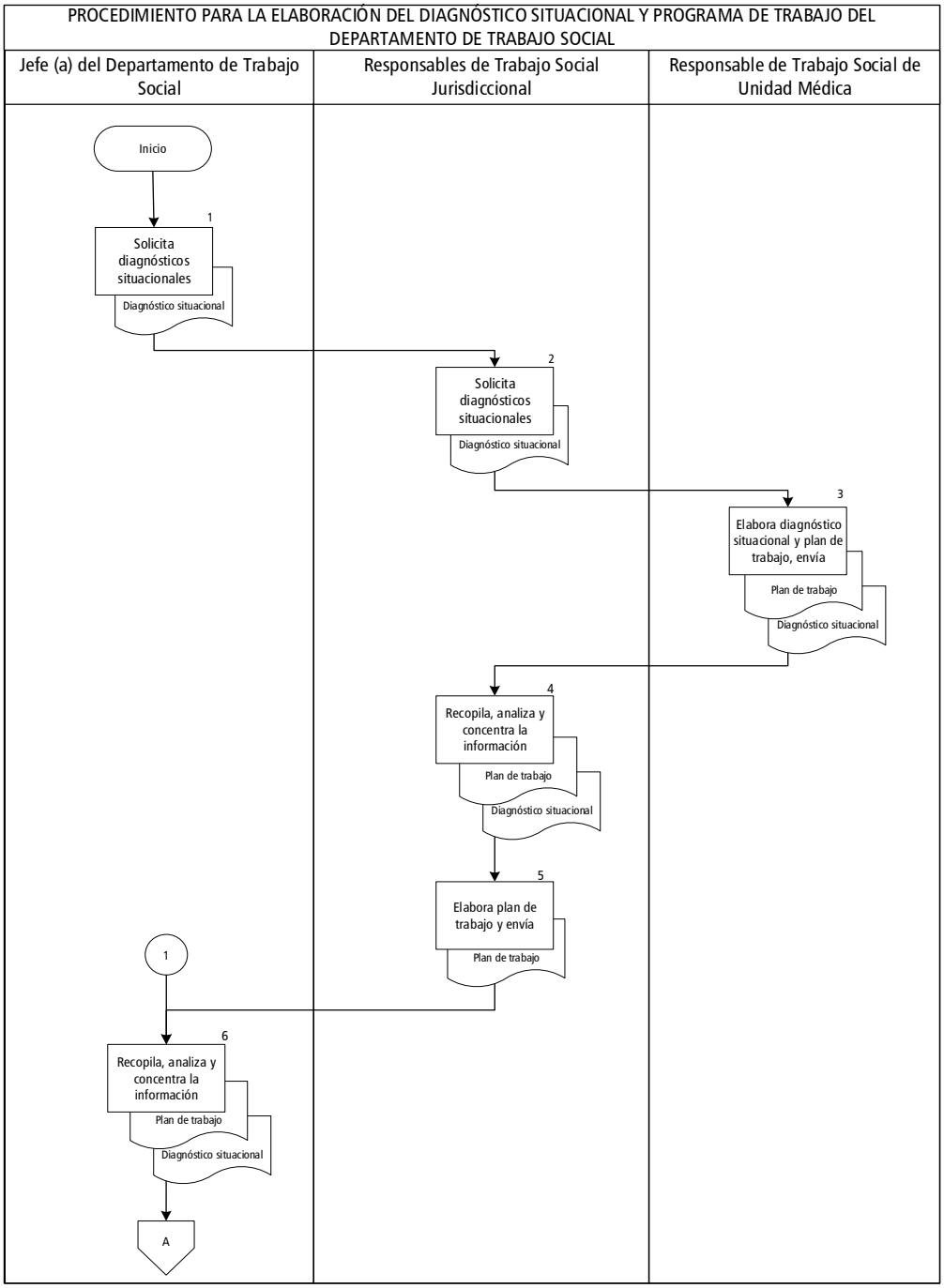
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. Políticas de Operación: 1. El diagnóstico situacional y estratégico debe cumplir con la normatividad y con las características establecidas por el Departamento de Trabajo Social. 2. El equipo de trabajo será el responsable de recopilar, analizar e interpretar los datos, así como las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que se presenten. 3. El diagnóstico situacional y estratégico será integrado con los datos de las 10 Jurisdicciones más los propios del Departamento.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para las áreas de Trabajo Social Jurisdiccional y Unidades Médicas.
Recursos	Diagnóstico situacional, plan de trabajo.
Glosario	N/A

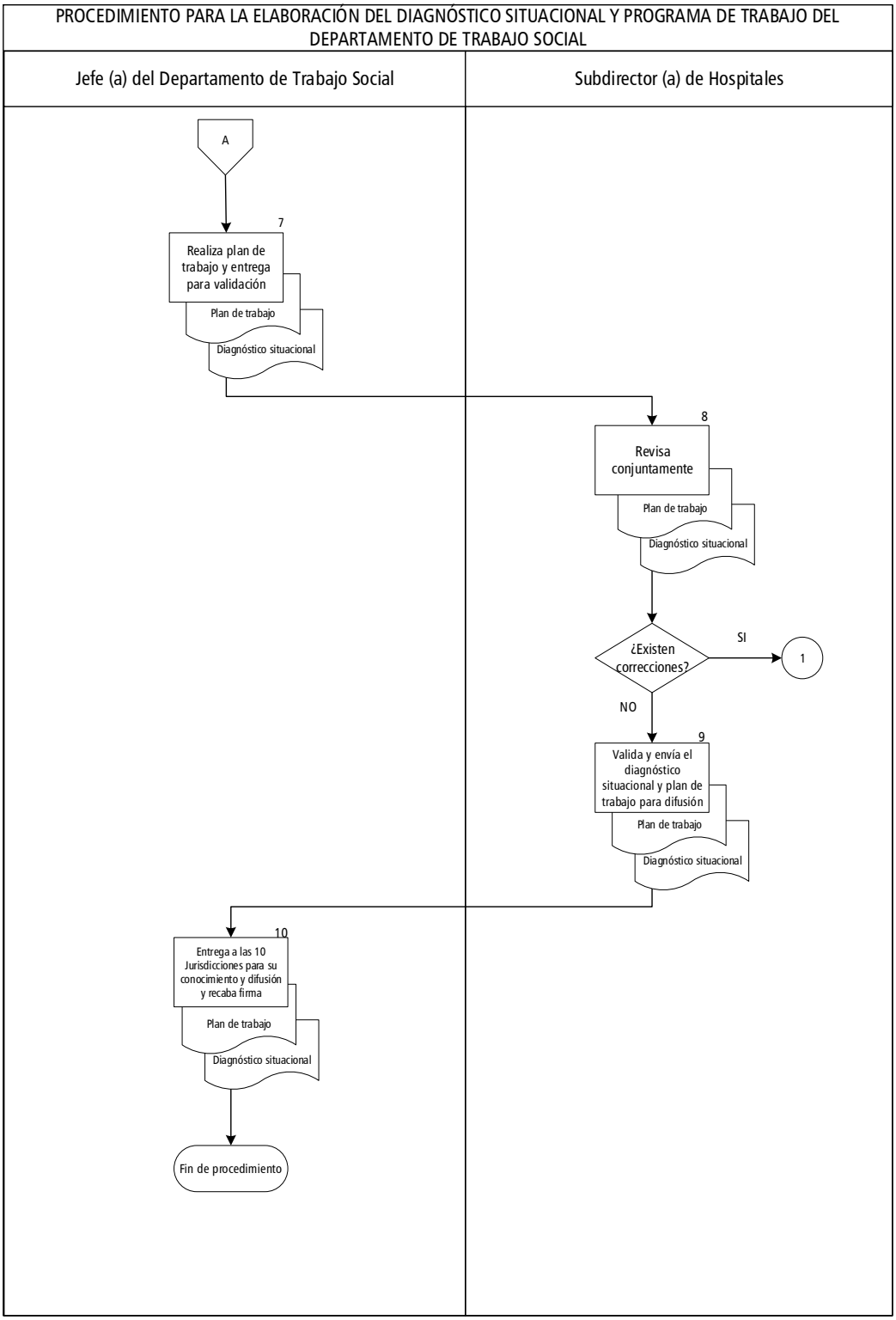
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Solicita vía correo electrónico a las 10 responsables de trabajo social Jurisdiccional diagnósticos situacionales.	Diagnóstico situacional
2	Responsables de Trabajo Social Jurisdiccional	Solicitan vía correo electrónico diagnóstico situacional a las responsables de trabajo social de unidades médicas correspondientes a su ámbito laboral.	Diagnóstico situacional
3	Responsable de Trabajo Social de Unidad Médica	Elabora diagnóstico situacional y plan de trabajo, envía a responsable de trabajo social.	Diagnóstico situacional Plan de trabajo
4	Responsables de Trabajo Social Jurisdiccional	Recopila, analiza y concentra la información.	Diagnóstico situacional Plan de trabajo
5		Elabora plan de trabajo y envía a jefatura estatal de trabajo social.	Plan de de trabajo
6	Jefe/a delDepartamento de Trabajo Social	Recopila, analiza y concentra la información.	Diagnóstico situacional Plan de trabajo
7		Realiza plan de trabajo del departamento y entrega para validación a la Subdirección de Hospitales.	Plan de trabajo del Departamento
8	Subdirector/a de Hospitales	Revisa conjuntamente con Jefe/a del Departamento el diagnóstico situacional y plan de trabajo. ¿Existen correcciones? Si: Regresa a la actividad No. 6	Diagnóstico situacional Plan de trabajo

		No: continúa el procedimiento.	
9	SubDirector/a de Hospitales	Valida y envía el diagnóstico situacional y plan de trabajo para su difusión.	Diagnóstico situacional Plan de trabajo
10	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Entrega vía electrónica el diagnóstico situacional y plan de trabajo a las 10 Jurisdicciones para su conocimiento y difusión y recaba firma de recibido.	Diagnóstico situacional Plan de trabajo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y PROGRAMA DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social
Subdirector (a) de Hospitales
A
7
Realiza plan de trabajo y entrega para validación
Plan de trabajo
Diagnóstico situacional
8
Revisa conjuntamente
Plan de trabajo
Diagnóstico situacional
¿Existen correcciones?
SI
1
NO
9
Valida y envía el diagnóstico situacional y plan de trabajo para difusión
Plan de trabajo
Diagnóstico situacional
10
Entrega a las 10 Jurisdicciones para su conocimiento y difusión y recaba firma
Plan de trabajo
Diagnóstico situacional
Fin de procedimiento

7.9.34. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Tiempo Promedio: 1 semana

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un instrumento de trabajo que permita aportar y/o sugerir de forma organizada, una guía para el adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra-referencia.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores que corresponda al ejercicio. 4. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. Políticas de Operación: 1. Las establecidas en el propio manual.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para las áreas de Trabajo Social de Unidades Médicas.
Recursos	Diagnóstico situacional, Lineamientos de sistema, Directorio General, Catálogo General, Manual referencia y contra-referencia
Glosario	N/A

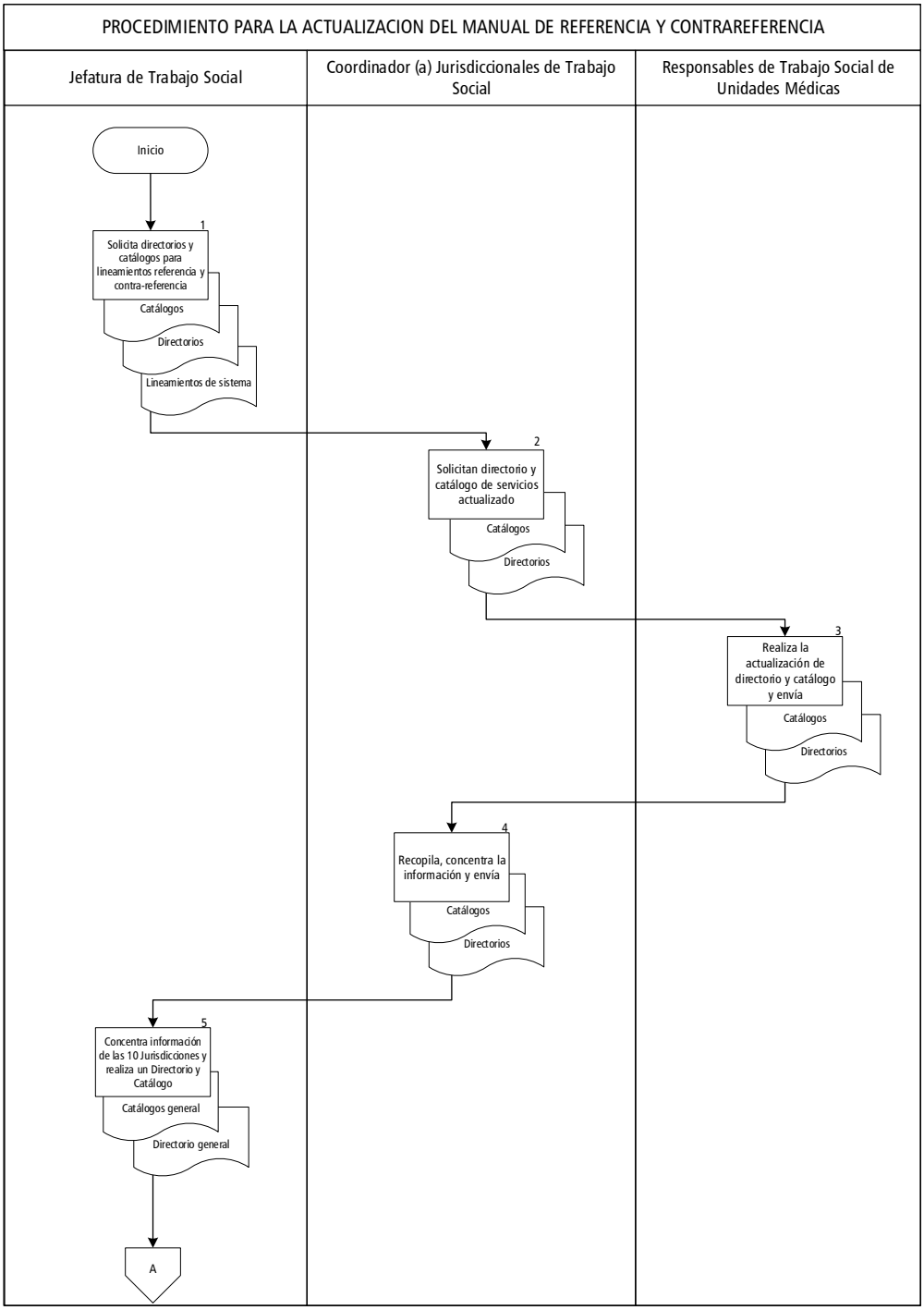
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

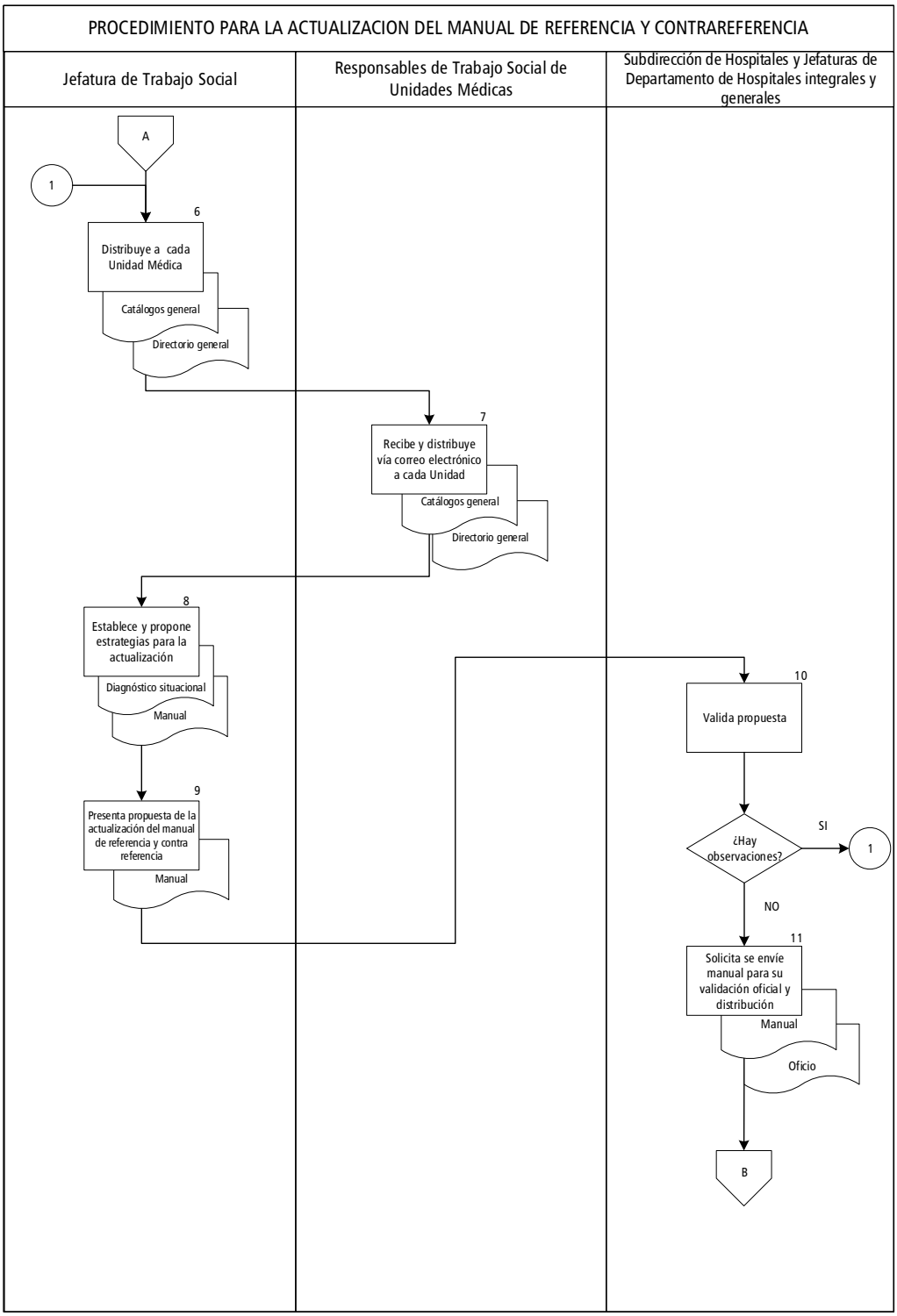
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefatura de Trabajo Social	Solicita a Coordinador/a Jurisdiccionales de Trabajo Social, directorios y catálogos de servicio de	Directorios, Catálogos y Lineamientos de

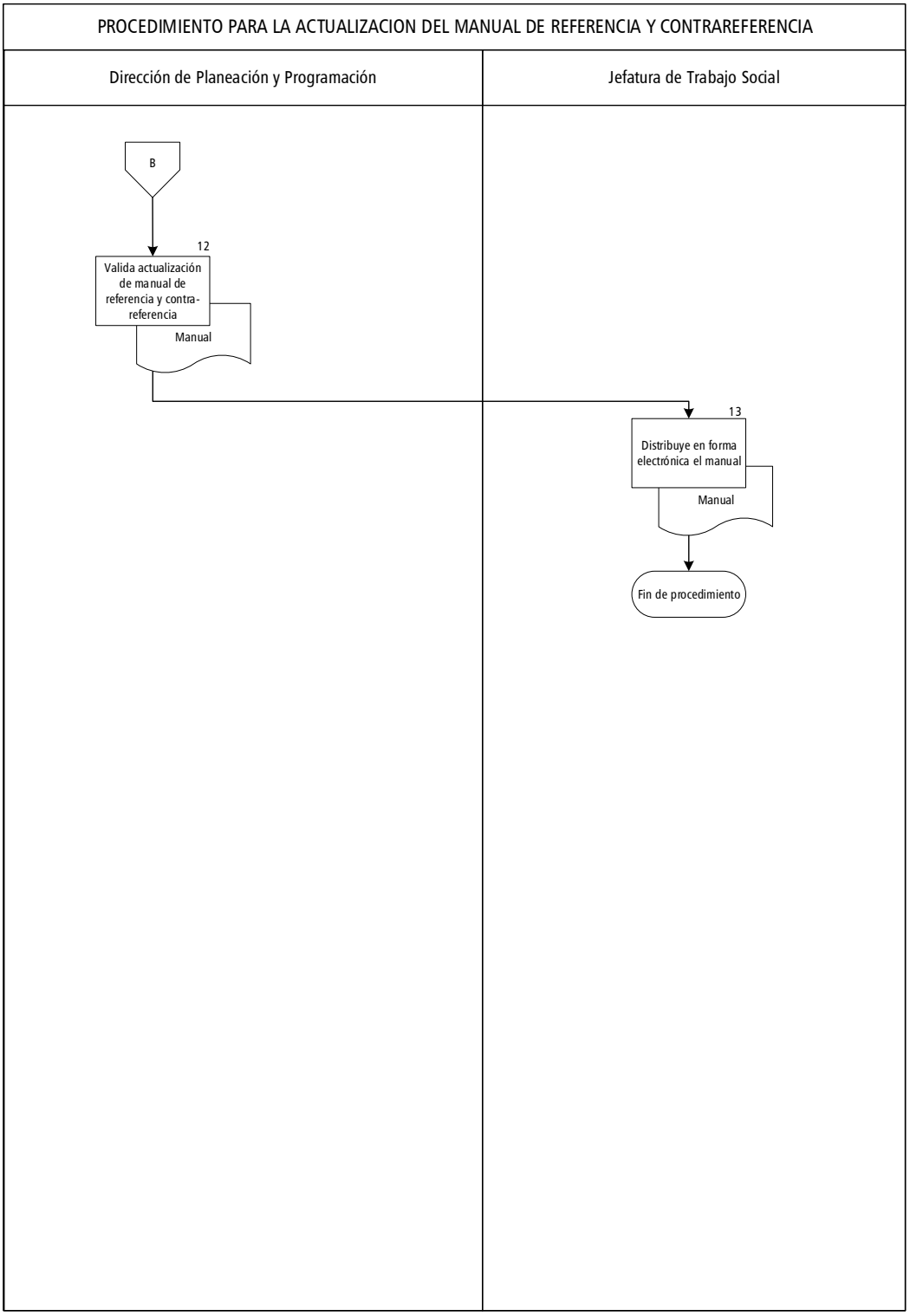
		las Unidades Médicas con la finalidad de proponer estrategias para establecer los lineamientos del sistema de referencia y contra-referencia de acuerdo a capacidad resolutiva.	sistema
2	Coordinador/a Jurisdiccionales de Trabajo Social	Solicitan vía correo electrónico a responsables de Trabajo Social de Unidades Médicas, directorio y catálogo de servicios actualizado en sus Unidades Médicas.	Directorio, Catálogo
3	Responsables de Trabajo Social de Unidades Médicas	Realiza la actualización de directorio y catálogo de Unidad Médica y envía a responsable jurisdiccional.	Directorio, Catálogo
4	Coordinador/a Jurisdiccionales de Trabajo Social	Recopila, concentra la información y envía a Jefatura Estatal de Trabajo Social.	Directorio, Catálogo
5	Jefatura Estatal de Trabajo Social	Concentra información de las 10 Jurisdicciones y realiza un Directorio General con Catálogo general de servicios para el Estado	Catálogo general Directorio general
6	Jefatura de Trabajo Social	Distribuye a cada Responsable de Trabajo Social Jurisdiccional.	Catálogo general Directorio general
7	Responsable de Trabajo Social Jurisdiccional	Recibe y distribuye vía correo electrónico a cada Unidad Médica directorio y catálogo de servicios actualizado.	Catálogo general Directorio general
8	Jefatura de Trabajo Social	Establece y propone estrategias para la actualización del manual de referencia y contra-referencia. Nota: Establece de acuerdo a diagnostico a cada Unidad Médica	Diagnostico situacional Manual referencia-contra referencia
9	Jefatura de Trabajo Social	Presenta propuesta de la actualización del manual de referencia	Manual referencia contra

		y contra-referencia impreso y electrónico a la Subdirección de Atención a la Salud, y a las Jefaturas de Departamento de Hospitales generales e integrales.	referencia
10	Subdirección de Hospitales y Jefaturas de Departamento de Hospitales integrales y generales	Validan la propuesta. ¿Hay observaciones? Si: regresa a la actividad 8. No: continúa con actividad 11.	Manual referencia - contra-referencia
11	Subdirección de Hospitales y Jefaturas de Departamento de Hospitales integrales y generales	Solicita a Jefatura de Trabajo Social envíe a la Dirección de Planeación y Programación por oficio el manual de referencia y contra-referencia para su validación oficial y así mismo su distribución.	Oficio, Manual referencia contra-referencia.
12	Dirección de Planeación y Programación	Valida actualización de manual de referencia y contra-referencia.	Manual referencia contra-referencia.
13	Jefatura de Trabajo Social	Distribuye en forma electrónica el manual de referencia y contra referencia actualizado a través de jurisdicciones sanitarias.	Manual referencia contra-referencia.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.




PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Jefatura de Trabajo Social
Responsables de Trabajo Social de Unidades Médicas
Subdirección de Hospitales y Jefaturas de Departamento de Hospitales integrales y generales
A
1
6
Distribuye a cada Unidad Médica
Catálogos general
Directorio general
7
Recibe y distribuye vía correo electrónico a cada Unidad
Catálogos general
Directorio general
8
Establece y propone estrategias para la actualización
Diagnóstico situacional
Manual
9
Presenta propuesta de la actualización del manual de referencia y contra referencia
Manual
10
Valida propuesta
¿Hay observaciones?
SI
1
NO
11
Solicita se envíe manual para su validación oficial y distribución
Manual
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Dirección de Planeación y Programación
Jefatura de Trabajo Social
B
12
Valida actualización de manual de referencia y contra-referencia
Manual
13
Distribuye en forma electrónica el manual
Manual
Fin de procedimiento

7.9.35. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar el proceso de preselección de personal de trabajo social idóneo para cubrir las necesidades de las Unidades Aplicativas.

	Normas: 1. Ley Federal de Trabajo DOF 1º de abril de 1970, última reforma publicada DOF 17 de enero de 2006. 2. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. 3. Condiciones Generales de Trabajo. DOF 2 de febrero de 2011. 4. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 6. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio vigente.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Todo el personal de trabajo social que se presente a solicitar trabajo, si cumple con el perfil solicitado, el Departamento deberá de registrarla/lo en la base de datos existente. 2. Cuando exista la solicitud para cubrir una plaza por parte del Departamento de Capital Humano, se deberá consultar la base de datos respetando el orden de registro de las curriculas existentes en bolsa de trabajo. 3. Él/la Jefe/a de Departamento de Trabajo Social deberá aplicar un examen de conocimientos técnicos en la materia; en caso de no ser aprobado el/la aspirante no será considerado/a. 4. En caso de que la propuesta llegue directo del Departamento de Capital Humano. Este deberá enviar al/la postulante a la Jefatura de Trabajo Social con la finalidad de proporcionar una introducción al puesto.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a todos/as aspirantes de trabajo social que cuenten con título y cédula y que soliciten ingresar a los Servicios de Salud.

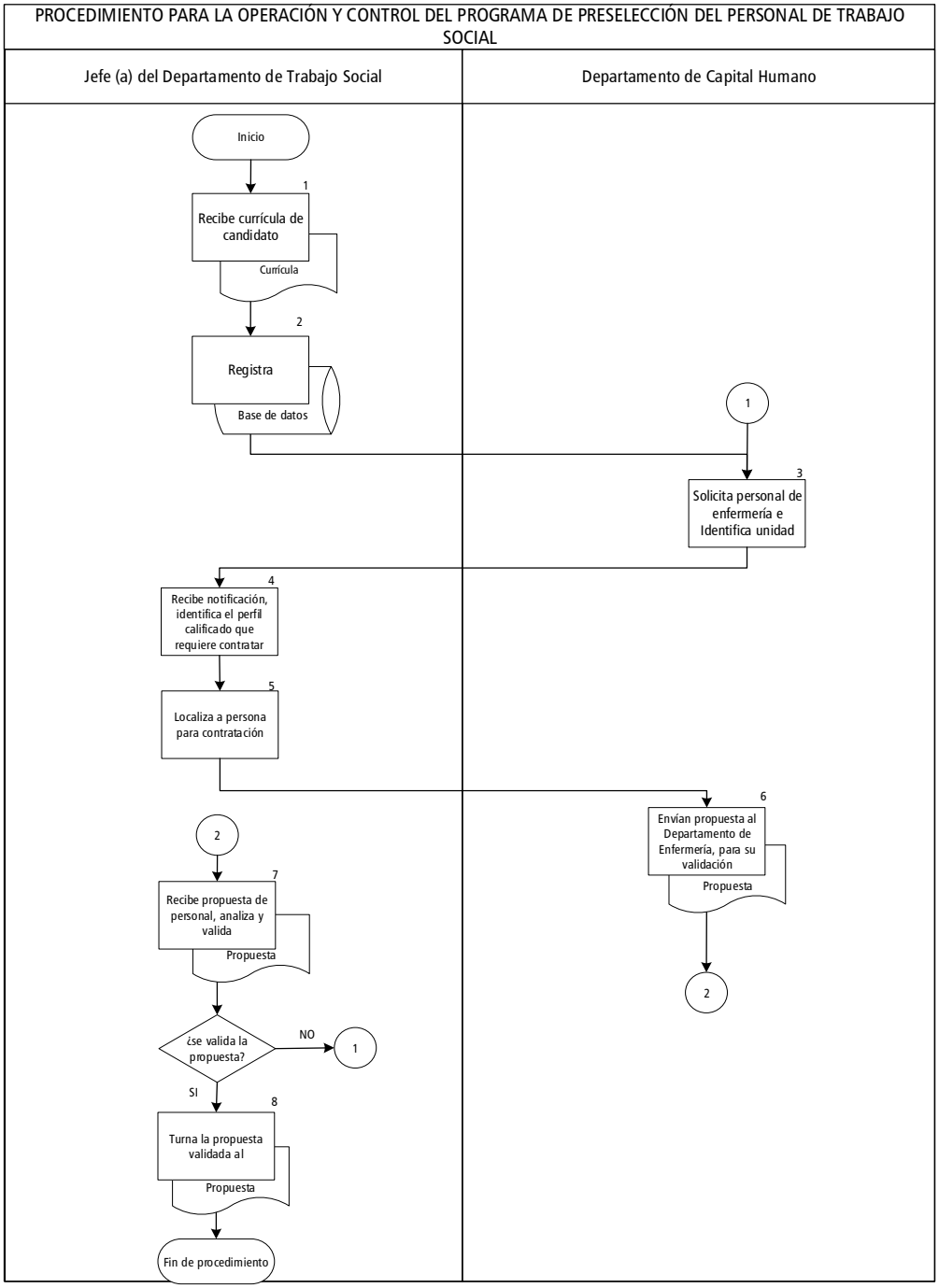
Recursos	Documentos personales, Examen, Propuesta de Personal.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Recibe la currícula del personal candidato para ocupar alguna plaza disponible de trabajo social.	Currícula
2	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Registra en una base de datos.	Base de datos
3	Departamento de Capital Humano	Solicita personal de enfermería para cubrir plaza vacante o de nueva creación, identificando la unidad para la cual se requiere.	N/A
4	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Recibe la notificación, identifica en la base de datos el registro de quien cubre el perfil calificado que se requiere contratar.	Base de datos
5	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Localiza telefónicamente a la persona idónea para la contratación y le indica se presente al Departamento de Capital Humano.	N/A
6	Departamento de Capital Humano	Envían propuesta al Departamento de Enfermería, para su validación.	Propuesta de personal

7	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Recibe propuesta de personal, analiza y valida. ¿se valida la propuesta? Si: Continúa actividad 8. No: Regresa a actividad 3.	Propuesta de personal
8	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Turna la propuesta validada al Departamento de Capital Humano y archiva copia de la misma.	Propuesta de personal
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA DE PRESELECCIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL.



7.9.36. PROCEDIMIENTO EN LA DIVULGACIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN SALUD EN EL ÁMBITO DE TRABAJO SOCIAL.

Tiempo Promedio: 10 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social** **ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales** **VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Difundir las normas, proyectos y programas relacionados con trabajo social, a las Jefas/es de trabajo social de las Jurisdicciones y Unidades Médicas de los Servicios de Salud.

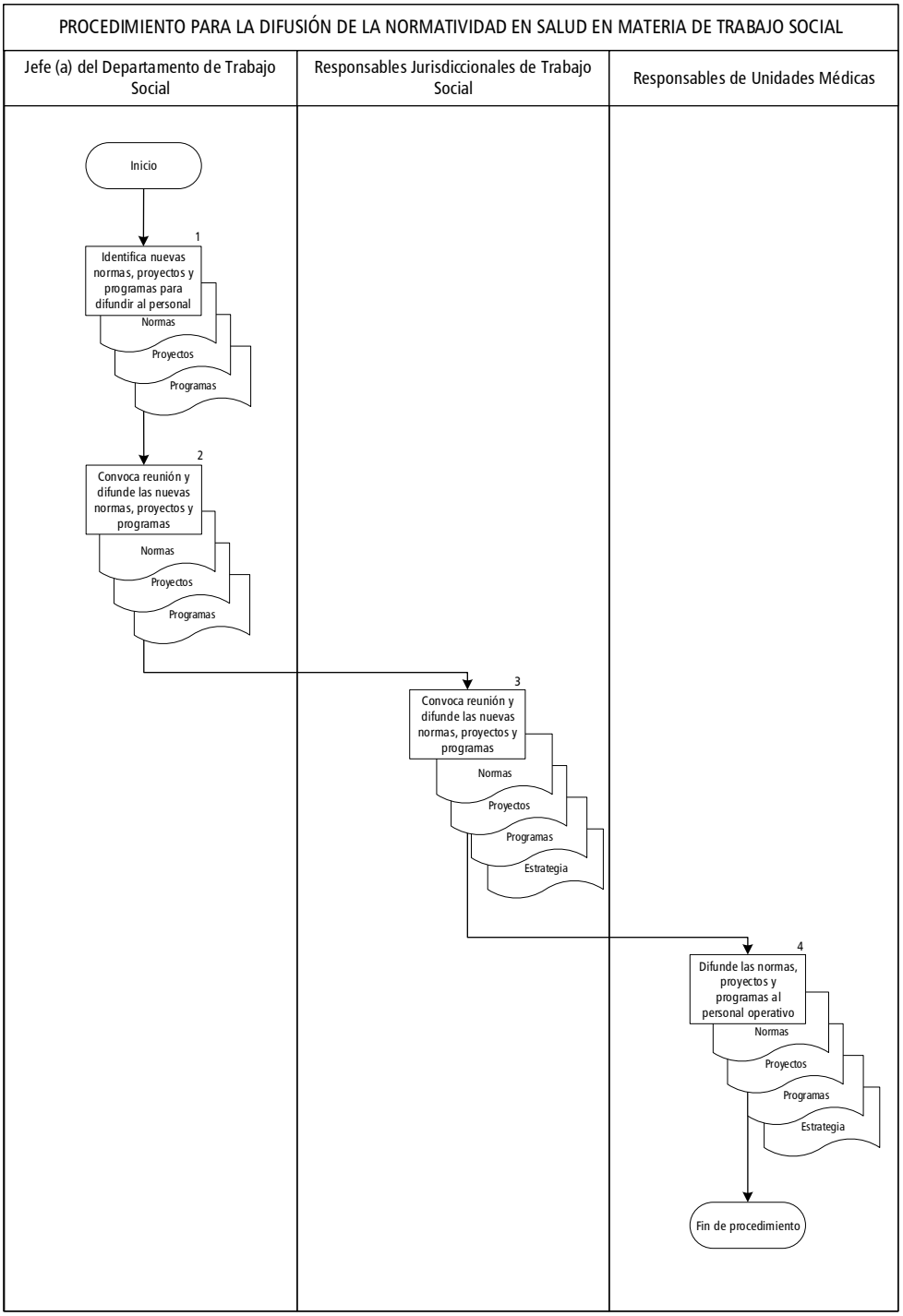
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, de la Dirección de Atención a la Salud, artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. 4. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. Políticas de Operación: 1. Cumplir con el presente procedimiento.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para el personal de Trabajo Social de Jurisdicciones y de Hospitales de los Servicios de Salud
Recursos	Estrategia, Normas, Proyectos, Programas, Informe.
Glosario	SICalidad.- Sistema Integral de Calidad. INDICASII.- Sistema de Registro de Indicadores de Calidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN LA DIVULGACIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN SALUD EN EL ÁMBITO DE TRABAJO SOCIAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de	Identifica nuevas normas, proyectos y programas para difundir al personal de	Normas, Proyectos y

	Trabajo Social	enfermería del Estado.	Programas
2	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Convoca reunión con Coordinadores/as Jurisdiccionales y difunde las nuevas normas, proyectos y programas relacionados con el ámbito de su competencia.	Normas, Proyectos y Programas
3	Responsables Jurisdiccionales de Trabajo Social	Convoca reunión a las responsables de Unidades Médicas y difunde las nuevas normas, proyectos y programas relacionados con el ámbito de su competencia. NOTA: La estrategia depende de la infraestructura con la que cuenta el Departamento, puede ser capacitación, talleres o envío por medios electrónicos.	Estrategia Normas, Proyectos y Programas
4	Responsables de Unidades Médicas	Difunde las normas, proyectos y programas al personal operativo.	Normas, Proyectos y Programas
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO EN LA DIVULGACIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN SALUD EN EL ÁMBITO DE TRABAJO SOCIAL.



7.9.37. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS.

Tiempo Promedio: 7 días

Elabora:	Valida;	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Evaluar el trabajo técnico-administrativo de los Jefes/as) de Trabajo Social Jurisdiccionales y de Hospitales, a través de la aplicación de las guías de supervisión a las Unidades Aplicativas en los tiempos establecidos en el cronograma anual de supervisión.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada en el DOF el 11-06-2013. Artículo 4º.
2. Ley General de Salud (D.O.F., 7-ll-84, última reforma 24-04-2013.
3. Estándares para la Certificación de Hospitales. 1º de abril del 2012. Sección I Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
4. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18.
6. Condiciones Generales de Trabajo vigente de la Secretaría de Salud. Capítulo V, XII, XIII, XVII.
7. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda.
8. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud.
9. Publicaciones, Programas y Proyectos de la Comisión Permanente de Enfermería.

Políticas de Operación:

1. El Programa de Supervisión debe cumplir con la normatividad y las características establecidas por el Departamento de Trabajo Social.
2. Las Guías de Supervisión deben ser revisadas y actualizadas anualmente.
3. Las Guías de Supervisión se aplicarán de acuerdo al nivel de atención supervisado.
4. Las supervisiones se realizarán de acuerdo al cronograma anual establecido en el Programa de Trabajo Anual y al Programa Anual de Metas e Indicadores.
5. Las supervisiones a las Unidades Aplicativas se realizarán en compañía de las (los) responsables de Trabajo Social Jurisdiccionales.
6. Mensualmente el Departamento de Trabajo Social entregará un concentrado de las actividades, así como los informes de cada supervisión realizada.

	7. Existirá un recopilador donde se llevará el control de las supervisiones de manera mensual. Serán aplicables al trabajo técnico-administrativo como carpeta de trabajo conteniendo plantillas, cuadros de distribución, diagnóstico situacional y estratégico, programa de trabajo, de supervisión, de enseñanza, entre otros. Al trabajo administrativo como informes mensuales, realización de la capacitación, cumplimiento de los Programas Federales como y al trabajo de gestión en la Jurisdicción y con el Nivel Estatal. 8. Se aplicará a responsables de trabajo social Jurisdiccionales, de Hospitales Generales e Integrales a través de Guías de Supervisión elaboradas por el Departamento.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Responsables Jurisdiccionales, responsables de Unidades Médicas y personal operativo del área de trabajo social.
Recursos	Informe, Programa Anual de supervisión, Oficio de comisión, Solicitud de gasolina, Formato de supervisión.
Glosario	N/A

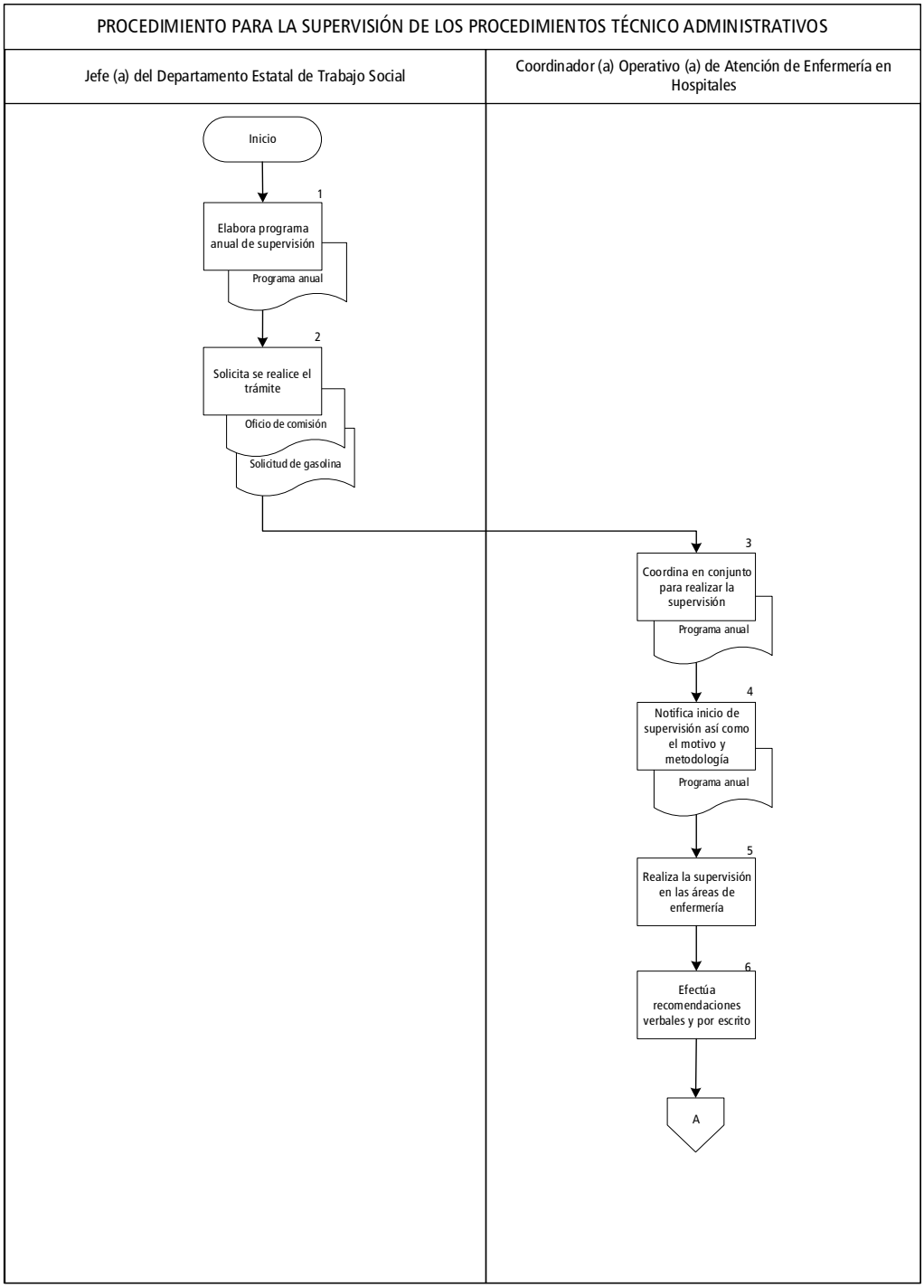
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS.

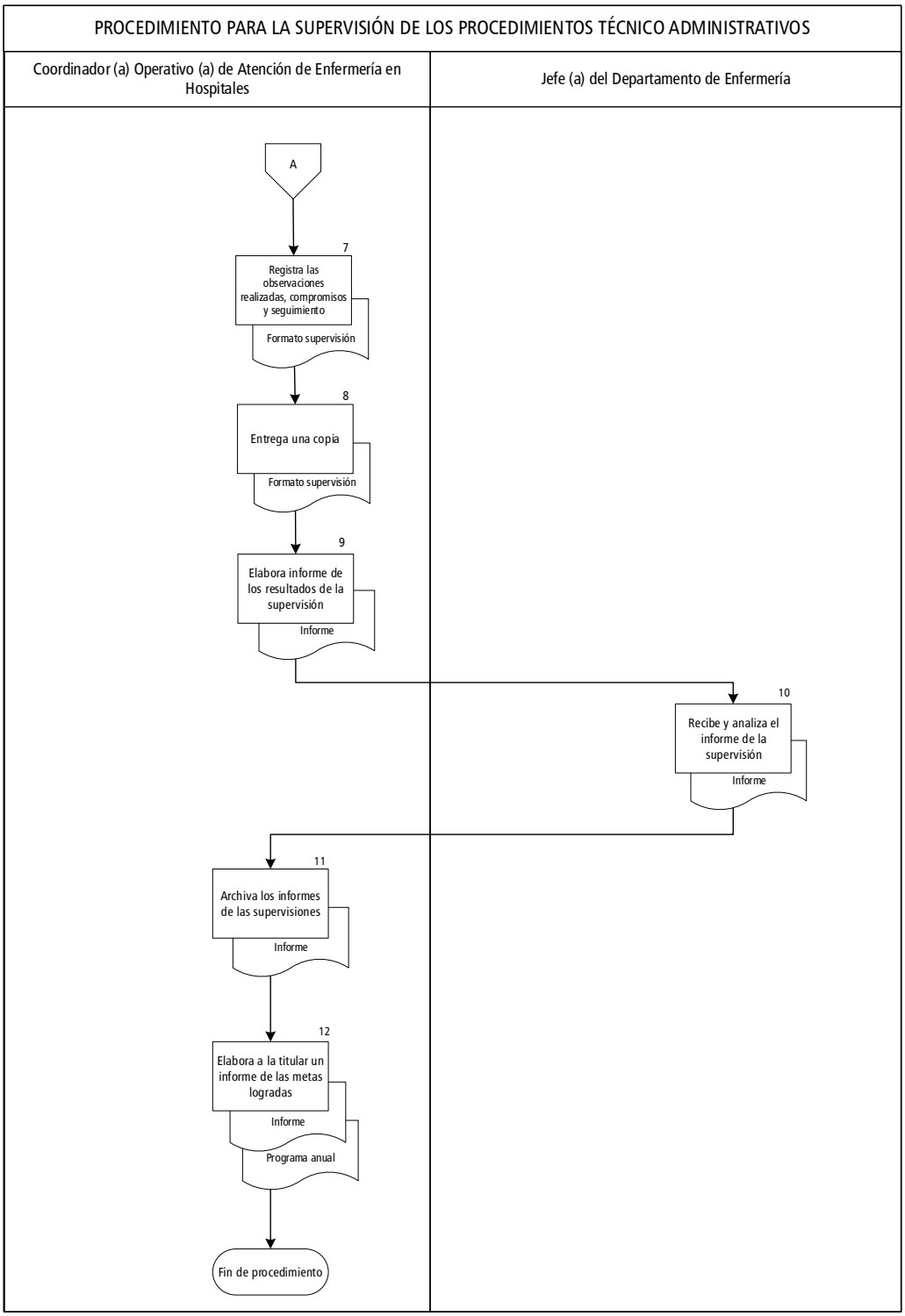
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Jefe/a del Departamento Estatal de Trabajo Social	Elabora programa anual de supervisión.	Programa Anual de Supervisión
2		Solicita se realice el trámite de oficio de comisión y solicitud de gasolina.	Oficio de comisión Solicitud de Gasolina
3	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Coordina en conjunto con el Jefe/a de Enfermeras Jurisdiccional para realizar la supervisión, según el programa anual.	Programa Anual de Supervisión
4		Notifica el inicio de la supervisión a autoridades de la unidad así como el motivo y metodología de la supervisión.	Programa Anual de Supervisión
5		Realiza la supervisión en las áreas de enfermería.	N/A
6		Efectúa recomendaciones verbales y por escrito al Jefe/a de enfermeras de la Unidad y Jefe/a Jurisdiccional.	N/A
7		Registra en el formato de supervisión cada una de las observaciones realizadas en la actividad; así como los compromisos y seguimiento a los mismos. Nota: Deberá tener el formato original con dos copias así mismo deberá contar con la firma de la autoridad estatal.	Formato de supervisión
8		Entrega una copia a la Jurisdicción Sanitaria y otra a la Unidad Aplicativa.	Formato de supervisión
9		Elabora informe de los resultados de la supervisión y entrega a Jefe/a del	Informe

		Departamento de Enfermería.	
10	Jefe/a del Departamento de Enfermería	Recibe y analiza el informe de la supervisión.	Informe
11	Coordinador/a Operativo/a de Atención de Enfermería en Hospitales	Archiva los informes de las supervisiones en un recopilador ex profeso, por mes.	Informe
12		Elabora y entrega mensualmente a él/la titular del Departamento un informe de las metas logradas del Programa de Supervisión de Enfermería.	Informe Programa Anual de Supervisión
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS.




PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS
Coordinador (a) Operativo (a) de Atención de Enfermería en Hospitales
Jefe (a) del Departamento de Enfermería
A
7
Registra las observaciones realizadas, compromisos y seguimiento
Formato supervisión
8
Entrega una copia
Formato supervisión
9
Elabora informe de los resultados de la supervisión
Informe
10
Recibe y analiza el informe de la supervisión
Informe
11
Archiva los informes de las supervisiones
Informe
12
Elabora a la titular un informe de las metas logradas
Informe
Programa anual
Fin de procedimiento

7.9.38. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un Programa de Capacitación Estatal Anual para el Personal de Trabajo Social en el Estado de Puebla, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios e impulsar la superación y el desarrollo Profesional, en los tres Niveles de Atención.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores del ejercicio que corresponda. 4. Publicaciones, Proyectos y Programas. 5. Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud. Políticas de Operación: 1. El programa de capacitación será elaborado con base en la problemática detectada en el diagnóstico situacional. 2. El programa de capacitación deberá contener temática relacionada con las Normas, Proyectos y Programas Federales y Estatales de salud. 3. La carta descriptiva del programa de capacitación deberá cubrir los lineamientos que establece la Subdirección de Investigación y Enseñanza. 4. La temática del programa de capacitación debe abarcar tanto al personal operativo como al directivo. 5. El programa de capacitación estatal deberá estar autorizado por el Subdirector de Investigación y Enseñanza. 6. La Coordinación Operativa de Capacitación e Investigación en Trabajo Social deberá informar mensualmente al/ a la Jefe/a del Departamento Estatal de Trabajo Social de los avances que se llevan en cuanto al programa de capacitación.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	A las 10 Jefas/es de Jurisdicción Sanitaria, Jefas/es de Hospitales Generales, Coordinador (as) Trabajo Social de Hospitales Integrales, de Unidades de Especialidad, Operativas/os de Primero, Segundo y Tercer Nivel de

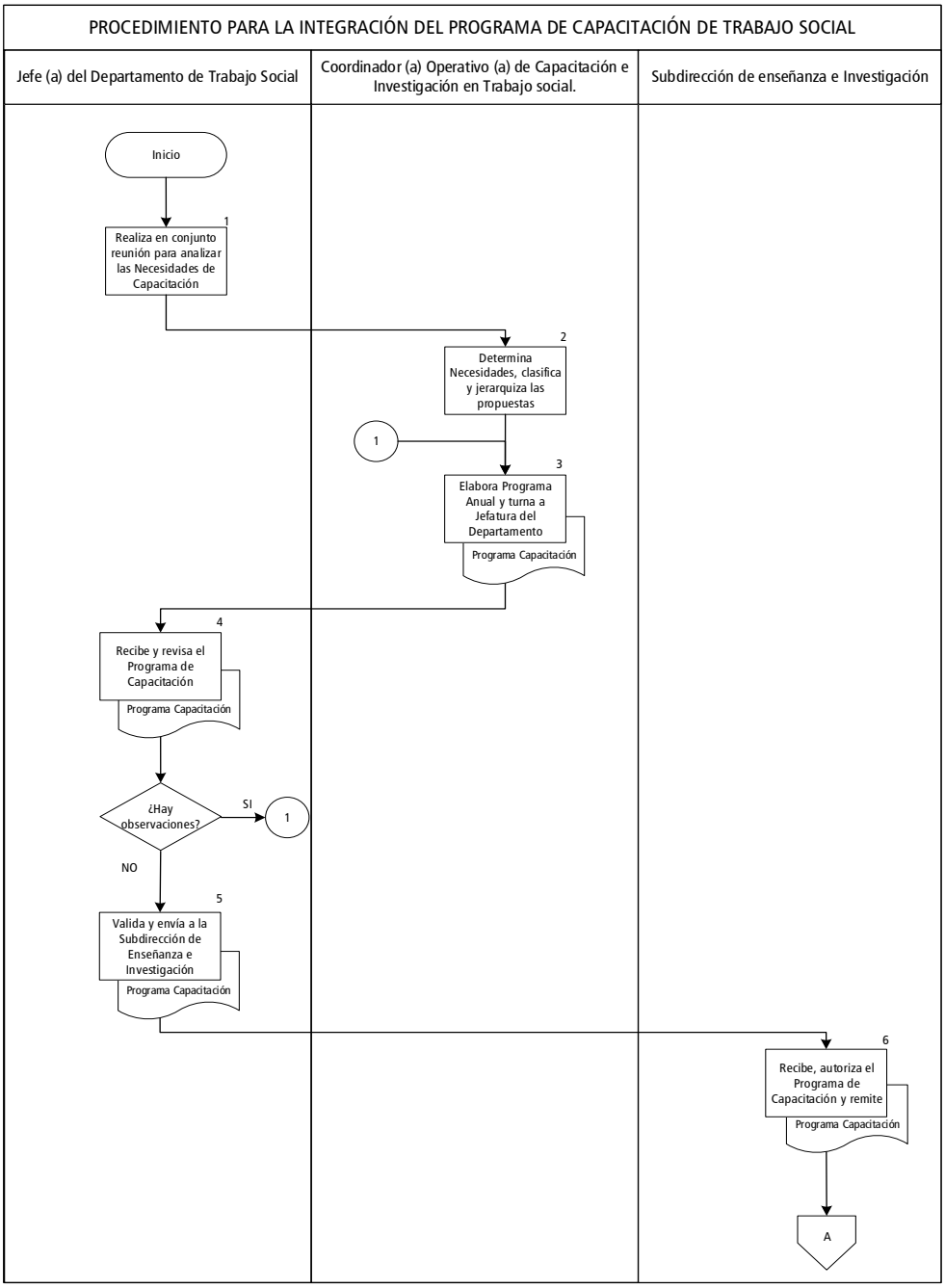
	Atención de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

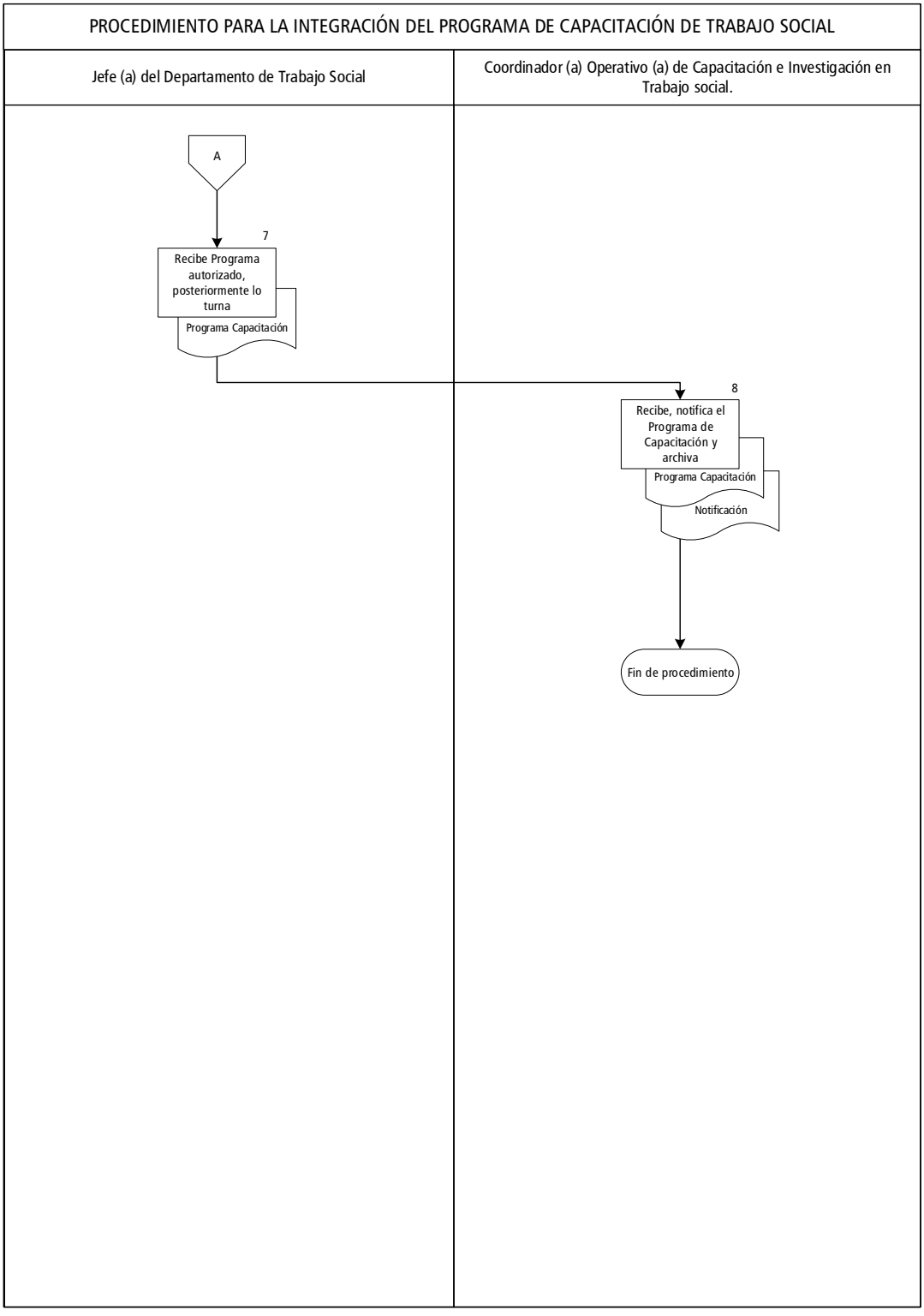
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Realiza en conjunto (Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Trabajo Social) reunión con las Jefes/as) de trabajo social y Coordinadores/as) de las 10 Jurisdicciones Sanitarias, para analizar las Necesidades de Capacitación del Personal Directivo y Operativo.	N/A
2	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Trabajo social.	Determina las necesidades de capacitación, clasifica y jerarquiza las propuestas de las Jurisdicciones Sanitarias.	N/A
3	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en	Elabora el Programa Anual de Capacitación del Departamento Estatal de Trabajo Social y turna a la Jefatura del Departamento.	Programa de Capacitación

	Trabajo social		
4	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Recibe y revisa el Programa de Capacitación ¿Tiene observaciones? Si: Se regresa a la actividad 3. No: Continúa con el procedimiento.	Programa de Capacitación
5	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Valida y envía el Programa de Capacitación a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Programa de Capacitación
6	Subdirección de enseñanza e Investigación	Recibe y autoriza el Programa de Capacitación, posteriormente remite a Departamento de Trabajo Social.	Programa de Capacitación
7	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Recibe de la Subdirección de Enseñanza e Investigación Programa de Capacitación autorizado, posteriormente turna a Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Trabajo Social.	Programa de Capacitación
8	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Trabajo Social	Recibe y notifica vía correo electrónico el Programa Anual de Capacitación a las Jurisdicciones Sanitarias. Archiva Programa de capacitación, así como la evidencia de la notificación.	Programa de capacitación y Notificación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO SOCIAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO SOCIAL



7.9.39. PROCEDIMIENTO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL.

Tiempo Promedio: 3 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Victor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Estandarizar la atención medico social en Unidades médicas de los tres niveles de atención.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la Competitividad, adaptado al Sector Salud. 2011. 2. Lineamientos generales para la atención medico social de pacientes 3. Lineamientos para la Mejora Continua de los Servicios de Salud. 4. Guías de Certificación y acreditación de Hospitales en relación a la atención medico social. Políticas de Operación: 1. El personal Trabajo social debe tomar como base la atención medico social de acuerdo a la problemática detectada. 2. Deberá apegarse a las normas políticas de atención medico social para pacientes. 3. Deberá plasmar las gestiones realizadas en su nota de trabajo medico social. 4. Tendrá en cuenta la situación social, económica y vulnerabilidad de cada uno de los pacientes. 5. Deberá detectar de manera oportuna las necesidades primarias del paciente, referente a ideología, capacidades diferentes, etc.
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	A las 10 Jefas/es de Jurisdicción Sanitaria, Jefas(es) de Hospitales Generales, Coordinadores/as Trabajo Social de Hospitales Integrales, de Unidades de Especialidad, Operativas/os de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Compromisos, Herramientas de detección, Oficio, Informe.

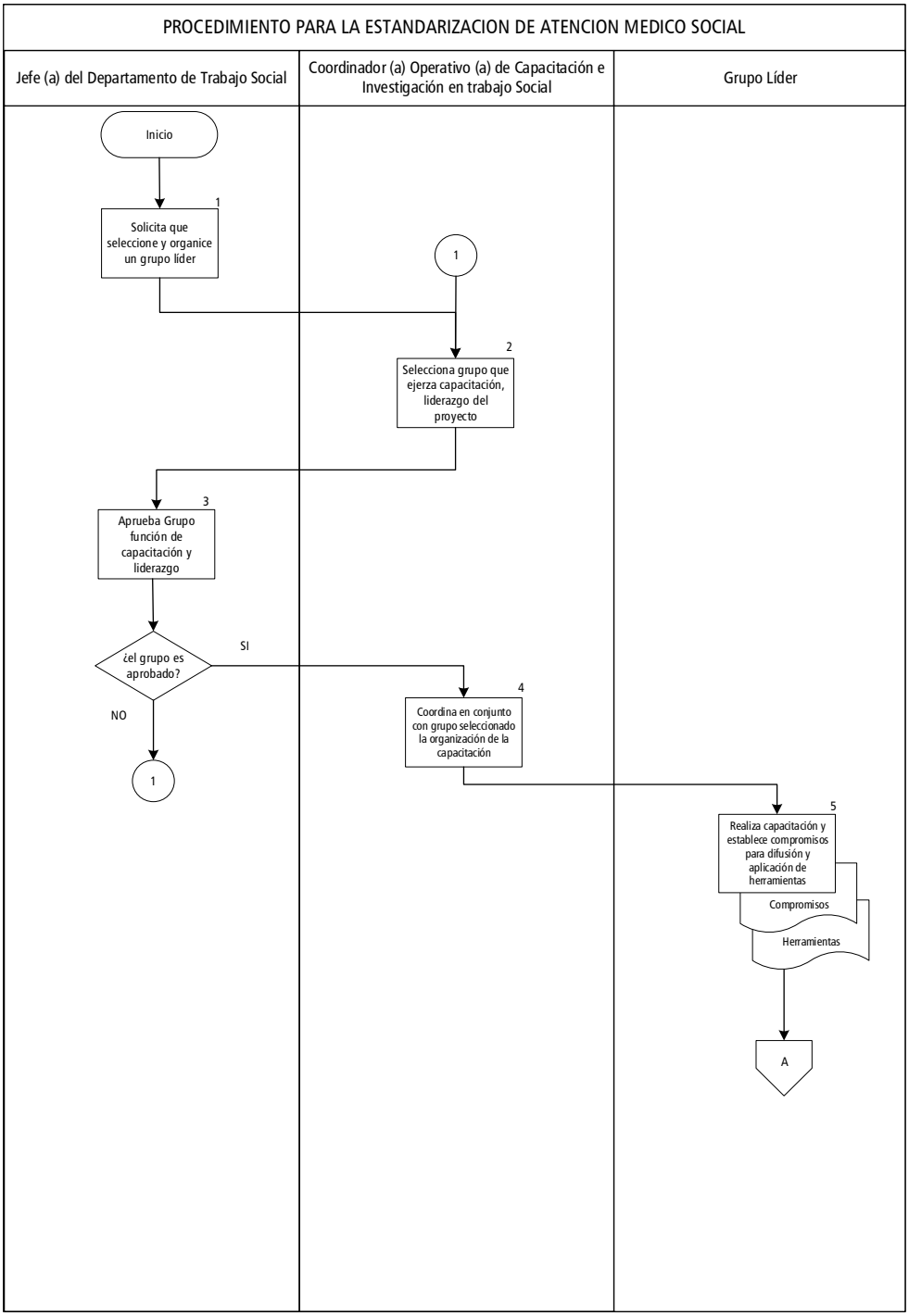
Glosario	N/A

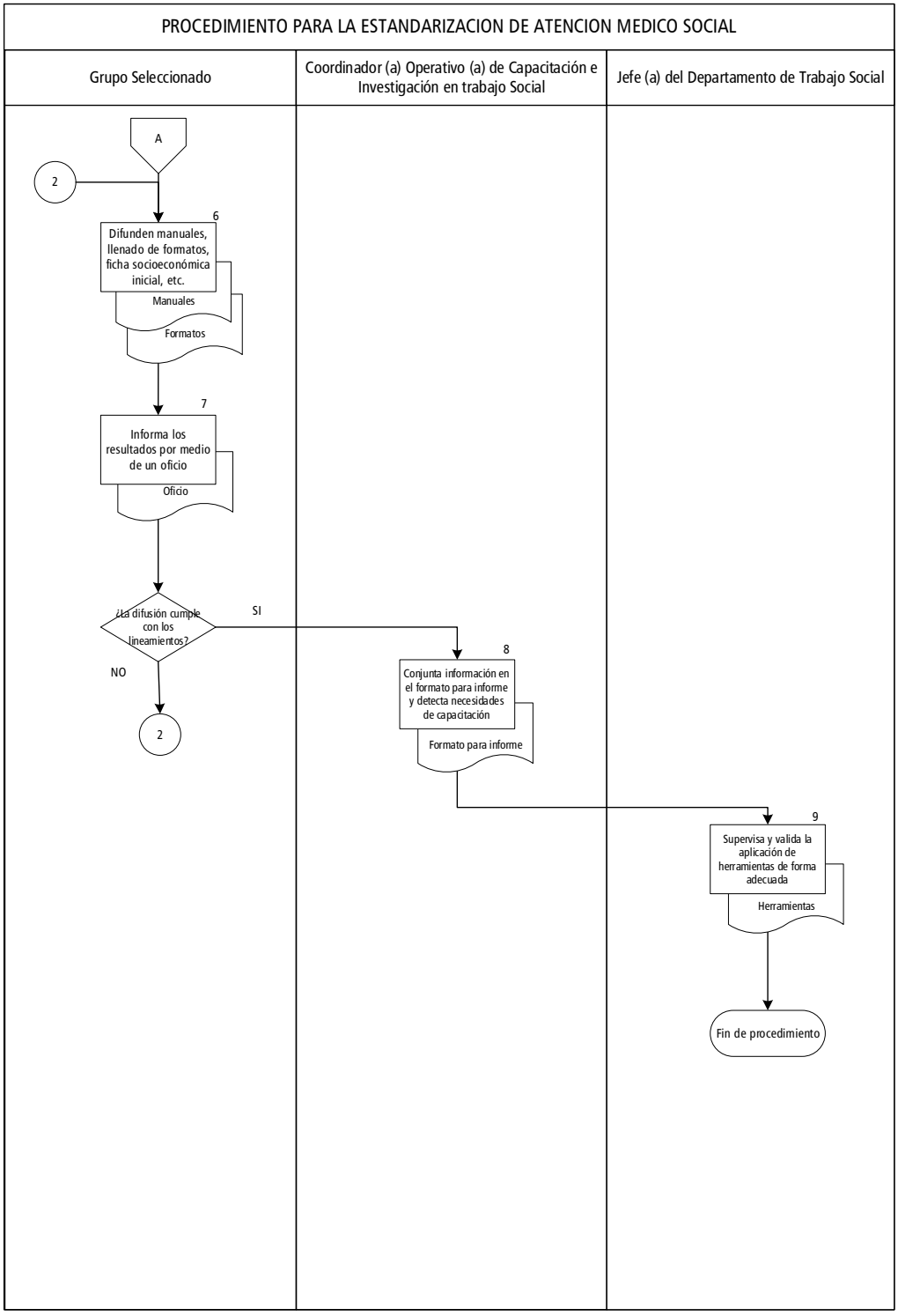
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Solicita a la Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en Trabajo Social que seleccione y organice un grupo líder	N/A
2	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en trabajo Social	Selecciona un grupo que ejerza la función de capacitación, liderazgo y seguimiento del proyecto.	N/A
3	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Aprueba el grupo con función de capacitación y liderazgo para seguimiento del proyecto. ¿El grupo es aprobado? SI: Continúa con actividad 4. No: Regresa a actividad 2.	
4	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en trabajo Social	Coordina en conjunto con el grupo seleccionado la organización de la capacitación de personal de las Unidades.	N/A
5	Grupo Líder	Realiza capacitación al grupo seleccionado y establece los compromisos para la difusión y aplicación de las herramientas de detección de necesidades.	Compromisos Herramientas de detección

6	Grupo Seleccionado	Difunden manuales, llenado de formatos, ficha socioeconómica inicial, nota de trabajo medico social, estudio médico social, visita domiciliaria etc.	Manuales y formatos
7	Grupo Seleccionado	Informa a Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación y al Departamento Estatal de Trabajo Social los resultados por medio de un oficio. ¿La difusión cumple con los lineamientos? **NO:** Regresa a la actividad 6, para la correspondiente corrección. **SI:** Continúa con actividad 8.	Oficio
8	Coordinador/a Operativo/a de Capacitación e Investigación en trabajo Social	Conjunta la información en el formato para informe y detecta necesidades de capacitación en relación a la atención medico social. Registra en la plataforma correspondiente.	Formato para informe
9	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Supervisa y valida la aplicación de herramientas de forma adecuada y estandarizada de acuerdo a los criterios federales de seguimiento y atención de pacientes con problemática social	Herramientas de detección
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA ESTANDARIZACION DE ATENCION MEDICO SOCIAL
Grupo Seleccionado
Coordinador (a) Operativo (a) de Capacitación e Investigación en trabajo Social
Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social
A
2
6
Difunden manuales, llenado de formatos, ficha socioeconómica inicial, etc.
Manuales
Formatos
7
Informa los resultados por medio de un oficio
Oficio
¿La difusión cumple con los lineamientos?
SI
NO
2
8
Conjunta información en el formato para informe y detecta necesidades de capacitación
Formato para informe
9
Supervisa y valida la aplicación de herramientas de forma adecuada
Herramientas
Fin de procedimiento

7.9.40. PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS EN UNIDADES MÉDICAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.

Tiempo Promedio: 3 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Trejo Vargas **Jefa del Departamento de Trabajo Social ETV (DTS)** **Octubre 2018**	**Víctor Morales González** **Subdirector de Hospitales VMG (SH)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un proceso adecuado y estandarizado para el seguimiento de pacientes referidos.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018, Eje 2, 2.2 Acceso a la Salud de Todos los Poblanos. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA". 8 – 02 – 2013. Sección I, De la Dirección de Atención a la Salud, Artículo 18. 3. Programa Anual de Metas e Indicadores que corresponda al ejercicio. 4. Publicaciones, Normas, Programas y Proyectos en materia de trabajo social. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad del personal de Trabajo Social de la unidad médica realizar el seguimiento de cada uno de los pacientes referidos 2. 2.- Deberá llevar un registro diario de pacientes referidos y contrareferidos 3. 3.- Elaborar informe mensual respecto a pacientes referidos por unidad médica y registrar el seguimiento 4. 4.- Para el caso de pacientes embarazadas o puérperas de riesgo tendrá el registro actualizado con su debido seguimiento
Responsables	Departamento de Trabajo Social, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal de Trabajo Social en las unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank

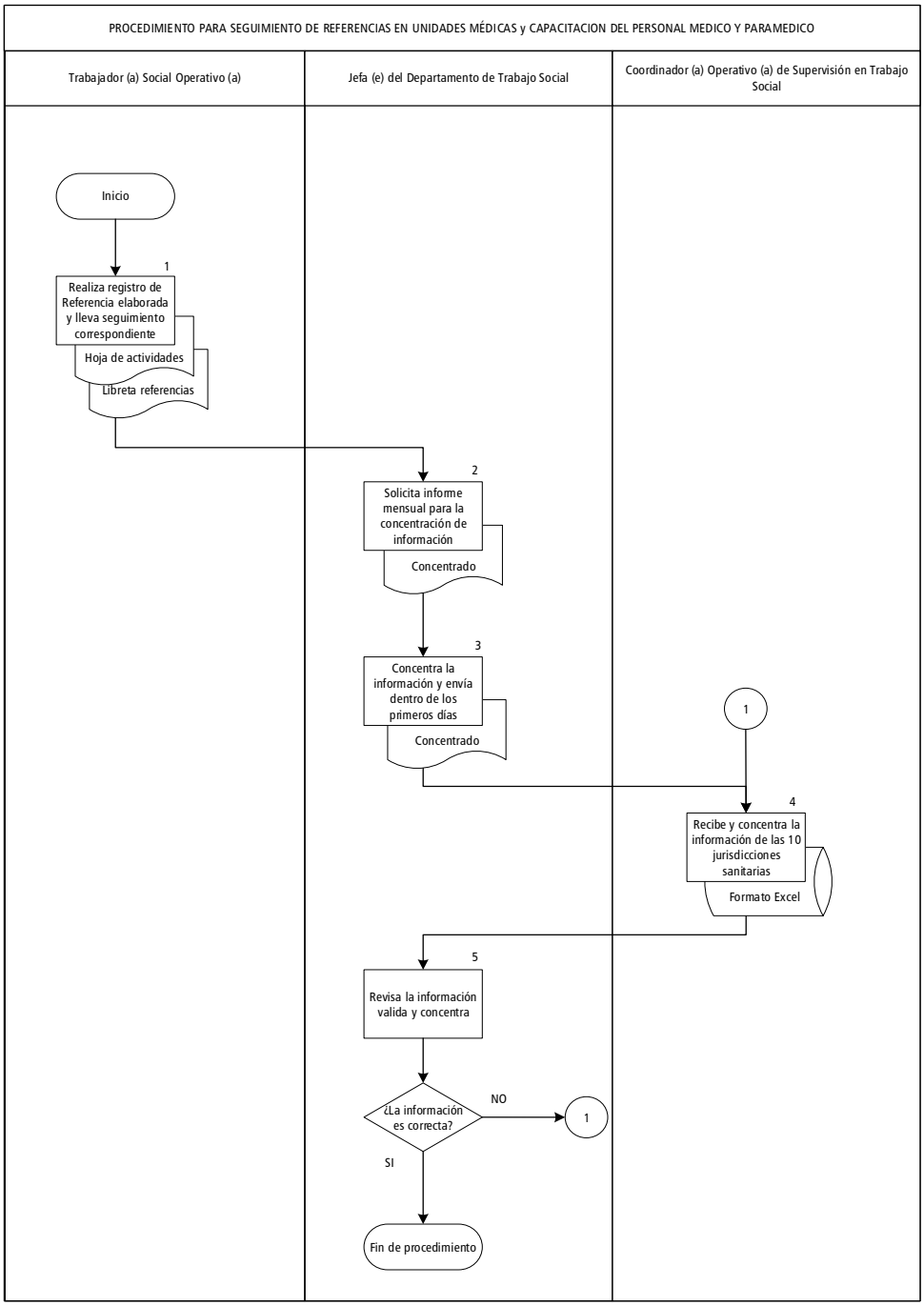
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS EN UNIDADES MÉDICAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Trabajador/a Social Operativo/a	Realiza registro de Referencia elaborada de la Unidad Médica y lleva a cabo el seguimiento correspondiente. Todo registro lo lleva a cabo en la Hoja diaria de actividades y Libreta de registro de referencias.	S/D
2	Jefe/a Jurisdiccional de trabajo Social	Solicita informe mensual a personal Operativo/a para la adecuada concentración de información. El concentrado deberá contar número y diagnóstico correspondiente.	S/D
3	Jefe/a Jurisdiccional de trabajo Social	Concentra la información y envía dentro de los primeros días el corte mensual.	Libreta de fraccionamiento
4	Coordinador/a Operativo/a de Supervisión en Trabajo Social	Recibe y concentra la información de las 10 jurisdicciones sanitarias.	S/D
5	Jefe/a del Departamento de Trabajo Social	Revisa la información valida y concentra. ¿La información es correcta? SI: Fin de procedimiento. NO: Regresa a la actividad 4 para	S/D

		rectificar información y realizar las correcciones correspondientes.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS EN UNIDADES MÉDICAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.



7.9.41. PROCEDIMIENTO PARA LAS JORNADAS QUIRÚRGICAS.

Tiempo Promedio: 1 día

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María del Carmen Barradas Guevara **Jefa del Departamento de Cirugía Extramuros** **MCBG (DCI)** **Octubre 2018**	**Rafaél Antonio Aceves Ramírez** **Subdirector de Salud Itinerante** **RAAR (SSI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Brindar atención médico quirúrgica especializada a la población del área rural de mayor vulnerabilidad en el Estado, mediante un grupo itinerante multidisciplinario de médicos especialistas, optimización de recursos y aprovechamiento de la infraestructura hospitalaria existente; lo que contribuye a elevar los niveles de bienestar y calidad de vida de la población.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. INEGI. 2. Vázquez VE, Aceves LE, López VM, Rivas JA, Vázquez BA, Barradas GC. Práctica quirúrgica especializada en el medio rural en un Estado de la República Mexicana. Cirujano General 2000; 22:18-23. Políticas de Operación: 1. Pacientes de escasos recursos, afiliados al Seguro Popular y que no cuenten con seguridad social, sin importar grupo de edad y que requieran para su tratamiento de una cirugía. Todos los pacientes deberán contar con su expediente clínico integrado (NOM-004-SSA3-2012 y NOM-006-SSA3-2011), acompañado de exámenes de laboratorio y gabinete acorde al diagnóstico clínico. 2. Los pacientes deberán contar con evaluación preoperatoria anestésica y cuando sea posible evaluación cardiológica u otras (medicina interna, pediatría, etc.), realizadas con anticipación en los centros de salud, hospitales cercanos al sitio de origen del paciente o en el hospital sede. 3. En el hospital sede se elaborará una lista de registro de pacientes para su evaluación preoperatoria la que deberá enviarse al Departamento una semana previa a la jornada programada acorde a calendarización anual.
Responsables	Departamento de Cirugía Extramuros, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Ampliación de la cobertura universal de servicios en salud con la disposición de atención médico quirúrgica especializada.
Recursos	Informe Gerencial, Informe, Oficio.

Glosario	Jornadas quirúrgicas: periodo transitorio en el que se realizan consultas e intervenciones quirúrgicas de diferentes especialidades en un Hospital Rural en el interior del Estado. Procedimientos quirúrgicos: atención médico quirúrgica especializada proporcionada mediante una operación o intervención (cirugía).

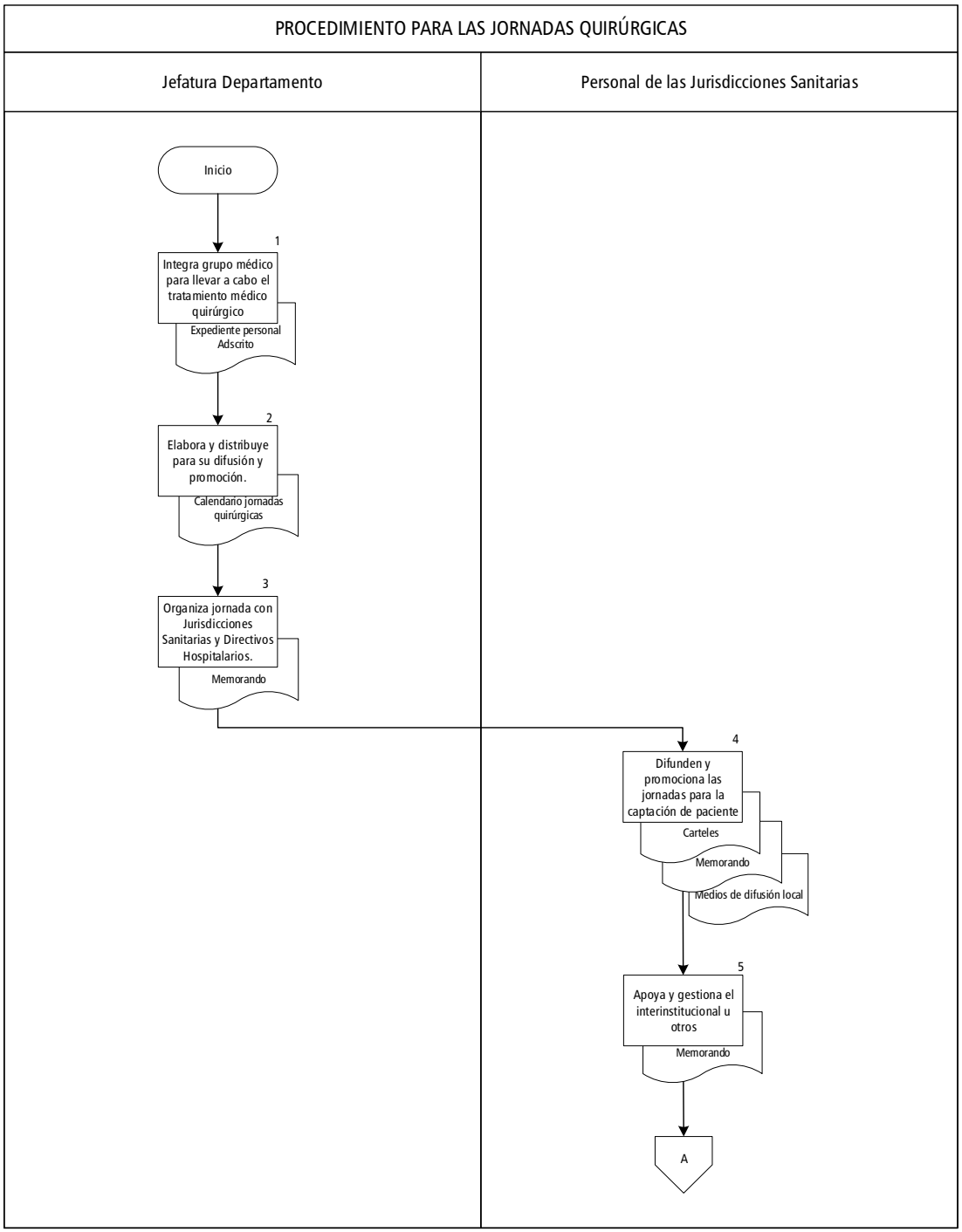
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS JORNADAS QUIRÚRGICAS.

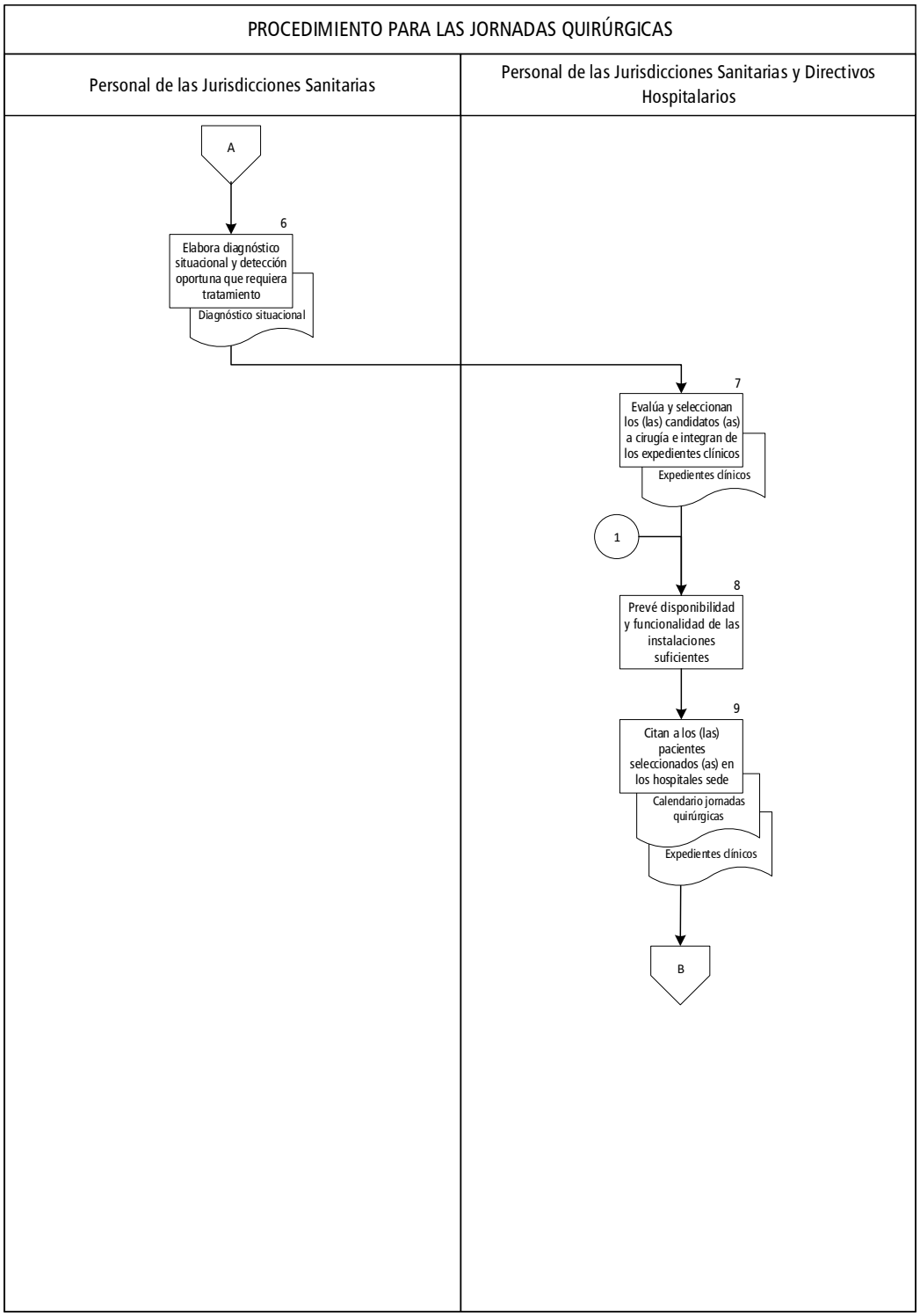
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefatura Departamento	Integra un grupo médico itinerante permanente certificado por el consejo de su especialidad. (Anestesiología, Oftalmología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Maxilofacial, Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Bucal y Odontopediatría), responsable para llevar a cabo el tratamiento médico quirúrgico de los/las pacientes que serán trasladados/as desde la capital del Estado a unidades sedes donde tendrán lugar las jornadas quirúrgicas. Nota: Integra por medio del expediente del personal adscrito.	Expediente del Adscrito
2	Jefatura Departamento	Elabora Calendario anual de la programación de jornadas y distribuye para su difusión y promoción al institucional.	Calendario anual de programación de jornadas quirúrgicas
3	Jefatura Departamento	Organiza vía memorando jornada quirúrgica con Jurisdicciones Sanitarias y Directivos Hospitalarios.	Memorando

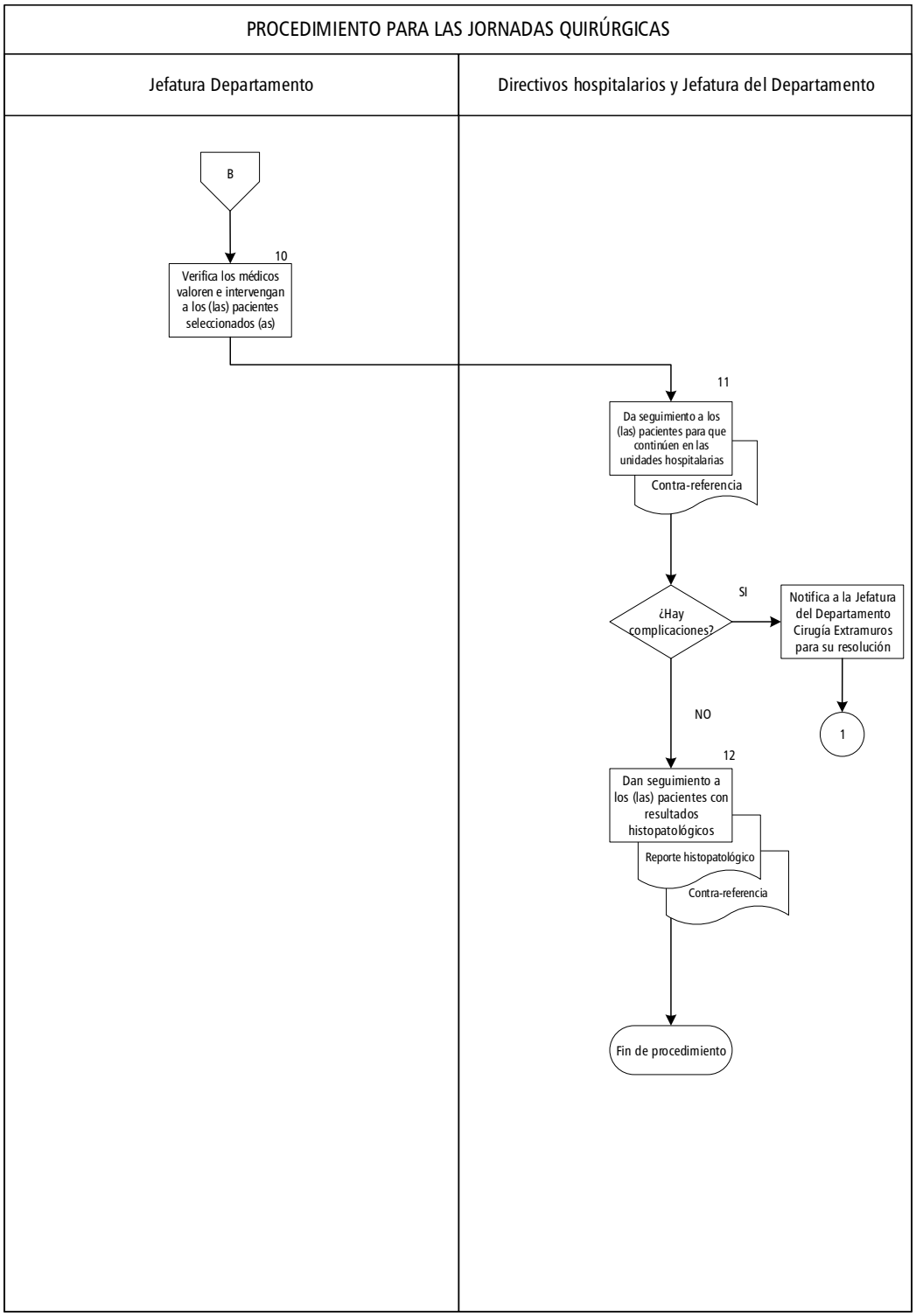
4	Personal de las Jurisdicciones Sanitarias	Difunden y promociona las jornadas para la captación de paciente a través de carteles, memorándums, medios de difusión locales.	Carteles Memorando Medios de difusión local
5	Personal de las Jurisdicciones Sanitarias	Apoya y gestiona a través de memorando el interinstitucional u otros (DIF Estatal y Municipal).	Memorando
6	Personal de las Jurisdicciones Sanitarias	Elabora diagnóstico situacional y detección oportuna de patología con rezago quirúrgico o que requiera tratamiento quirúrgico no disponible.	Diagnóstico situacional
7	Personal de las Jurisdicciones Sanitarias y Directivos Hospitalarios	Evalúa y seleccionan los/las candidatos/as a cirugía e integran de los expedientes clínicos. Elabora lista de registro preliminar de pacientes captados, lista de toma de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete preoperatorios, los que serán presentados el día de las evaluaciones para seleccionar los/las candidatos (as) a cirugía.	Expedientes clínicos (Registro preliminar pacientes captados, lista de toma de exámenes de laboratorio y estudio de gabinete preoperatorios)
8		Prevén la disponibilidad y funcionalidad de las instalaciones seleccionadas para las jornadas; así como la existencia de recursos materiales, medicamentos, existencia de equipo médico, instrumental y personal suficiente en apego a las normas oficiales mexicanas; albergues y alimentos para los pacientes y personal de apoyo durante las jornadas.	Memorando
9	Personal de las Jurisdicciones	Citan a los/las pacientes seleccionados/as en los hospitales	Calendario anual de

	Sanitarias y directivos hospitalarios	sede de acuerdo a la programación anual en donde serán valorados/as y tratados/as por el equipo itinerante de médicos de especialistas. Nota Los documentos que se deben solicitar a los pacientes son: Referencia, expediente clínico, póliza de afiliación Seguro Popular, IFE.	programación de jornadas quirúrgicas, Expediente clínico
10	Jefatura Departamento	Verifica qué en la fecha establecida para la jornada, los médicos especialistas valoren e intervengan los/las pacientes seleccionados/as para este fin. Nota: El manejo pre, trans y post operatorio de los pacientes será responsabilidad de los médicos tratantes.	
11	Directivos hospitalarios y Jefatura del Departamento	Da seguimiento a los/las pacientes para que continúen en las unidades hospitalarias sede. ¿Hay complicaciones? Si: Notifica a la Jefatura del Departamento Cirugía Extramuros para su resolución y continúa en actividad 8. No: Continúa el procedimiento	Contra-referencia
12	Directivos Hospitalarios y Jefatura del Departamento	Dan seguimiento a los/las pacientes con resultados histopatológicos que necesiten un tratamiento complementario (quimioterapia, radiación, etc.) en tercer nivel de atención, bajo la gestión administrativa de las unidades hospitalarias.	Reporte histopatológico y contra-referencia
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS JORNADAS QUIRÚRGICAS.




PROCEDIMIENTO PARA LAS JORNADAS QUIRÚRGICAS
Personal de las Jurisdicciones Sanitarias
Personal de las Jurisdicciones Sanitarias y Directivos Hospitalarios
A
6
Elabora diagnóstico situacional y detección oportuna que requiera tratamiento
Diagnóstico situacional
7
Evalúa y seleccionan los (las) candidatos (as) a cirugía e integran de los expedientes clínicos
Expedientes clínicos
1
8
Prevé disponibilidad y funcionalidad de las instalaciones suficientes
9
Citan a los (las) pacientes seleccionados (as) en los hospitales sede
Calendario jornadas quirúrgicas
Expedientes clínicos
B


PROCEDIMIENTO PARA LAS JORNADAS QUIRÚRGICAS
Jefatura Departamento
Directivos hospitalarios y Jefatura del Departamento
B
10
Verifica los médicos valoren e intervengan a los (las) pacientes seleccionados (as)
11
Da seguimiento a los (las) pacientes para que continúen en las unidades hospitalarias
Contra-referencia
¿Hay complicaciones?
SI
Notifica a la Jefatura del Departamento Cirugía Extramuros para su resolución
1
NO
12
Dan seguimiento a los (las) pacientes con resultados histopatológicos
Reporte histopatológico
Contra-referencia
Fin de procedimiento

7.9.42. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL GERENCIAL.

Tiempo Promedio: 1 mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
P.A. **Lis Rosales Báez** **Jefa del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica** **LRB (DFAM)** **Octubre 2018**	**Rafaél Antonio Aceves Ramírez** **Subdirector de Salud Itinerante** **RAAR (SSI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Integrar la información definida y estructurada para monitorear características de Atención Primaria a la Salud otorgada a la población objetivo del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.

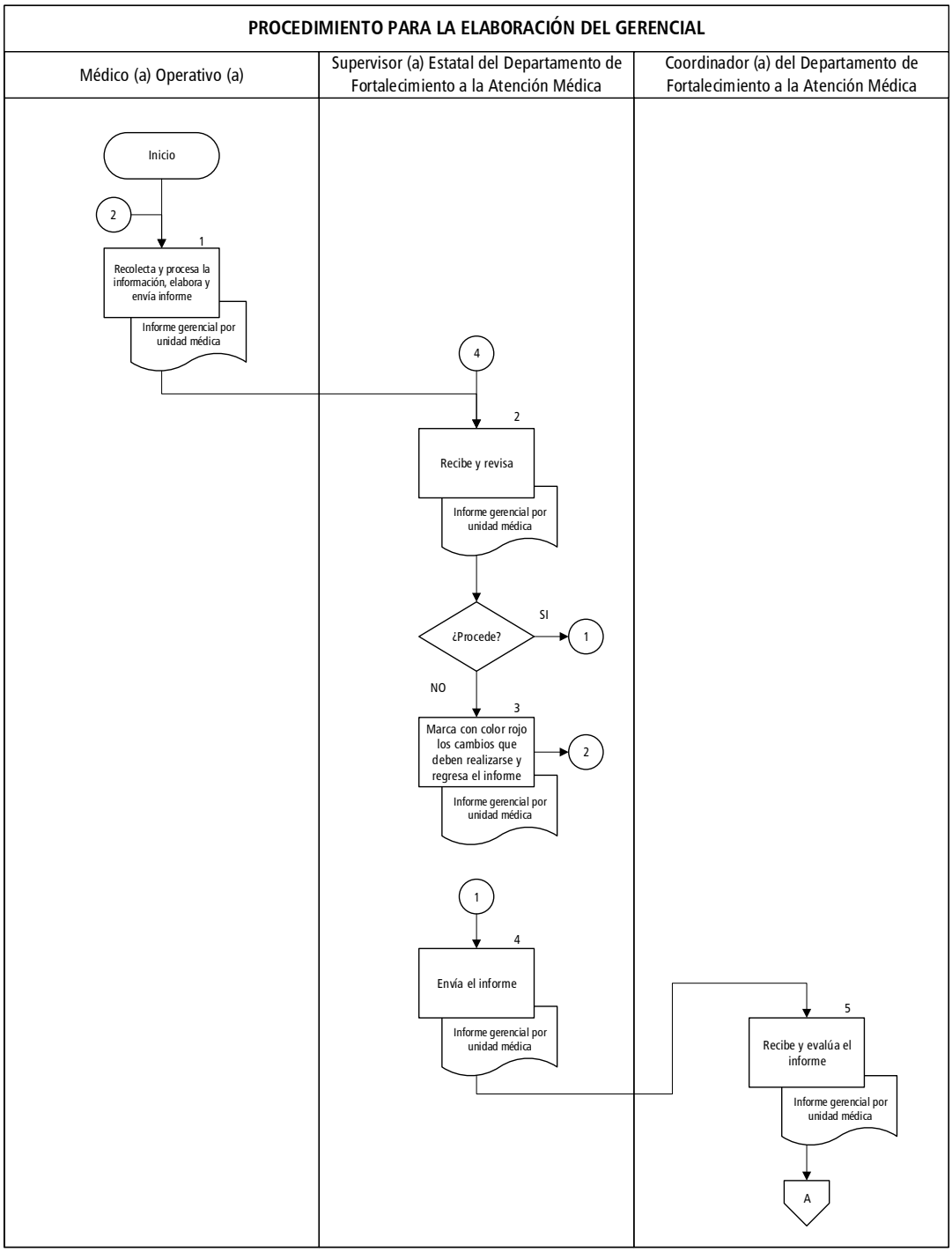
	Normas: 1. Reglas de operación Fortalecimiento a la Atención Médica vigentes al 2016.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Cumplir con las reglas de operación vigentes, debido a que es un Programa Federal. 2. Cumplir en tiempo y forma con la entrega de la información de Fortalecimiento a la Atención Médica, ante la instancia correspondiente.
Responsables	Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL GERENCIAL.

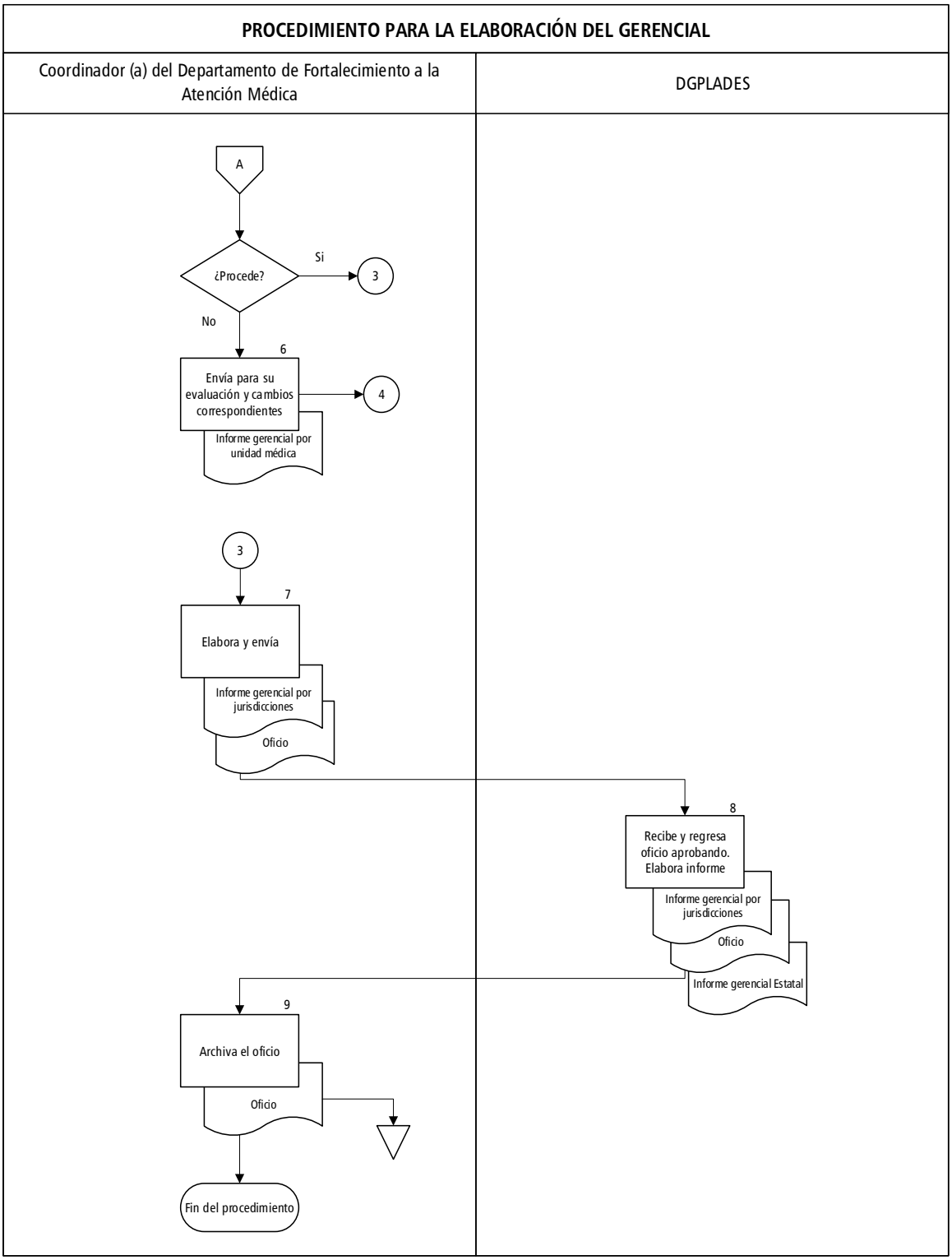
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Médico/a Operativo/a	Recolecta y procesa la información de acciones y personas atendidas durante el mes, elabora y envía el informe gerencial por unidad médica al/la Supervisor/a Estatal.	Informe gerencial por unidad médica

2	Supervisor/a Estatal del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica	Recibe y revisa el informe. ¿Procede? Si: Continúa en el paso 4. No: Continúa en el paso 3.	Informe gerencial por unidad médica
3		Marca con color rojo los cambios que deben realizarse y regresa el informe al/la Médico Operativo. Retrocede al paso 1.	Informe gerencial por unidad médica
4		Envía el informe al/la Coordinador/a del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica.	Informe gerencial por unidad médica
5	Coordinador/a del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica	Recibe y evalúa el informe. ¿Procede? Si: Continúa en el paso 7. No: Continúa en el paso 6.	Informe gerencial por unidad médica Oficio
6		Envía al/la Supervisor/a Estatal hará su evaluación y cambios correspondientes, regresa al paso 2.	
7		Elabora informe gerencial por jurisdicciones y lo envía a DGPLADES a través de oficio.	Informe gerencial por jurisdicciones Oficio
8	DGPLADES	Recibe informe gerencial por jurisdicciones y regresa el oficio de recepción, aprobando la información. Elabora informe gerencial Estatal.	Informe gerencial por jurisdicciones Informe gerencial Estatal Oficio
9	Coordinador/a del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica	Archiva el oficio de aceptación de la información.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL GERENCIAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL GERENCIAL



7.9.43. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS INDICADORES Y VARIABLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS MÓVILES (ANEXO 7).

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
P.A. **Lis Rosales Báez** **Jefa del Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica** **LRB (DFAM)** **Octubre 2018**	**Rafaél Antonio Aceves Ramírez** **Subdirector de Salud Itinerante** **RAAR (SSI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Evaluar el desempeño y el cumplimiento de los indicadores y variables de las Unidades Médicas Móviles del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica para el ejercicio fiscal 2017. Políticas de Operación: 1. Los indicadores de desempeño en la prestación de servicios (Anexo 7) concentrarán la productividad por trimestre en el año a nivel estatal con base en la productividad de cada Unidad Médica Móvil del Programa Fortalecimiento a la atención Médica.
Responsables	Departamento de Fortalecimiento a la Atención Médica, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Unidades Médicas Móviles del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.
Recursos	Cédula de microdiagnóstico, Pirámide Poblacional, Cobertura Operativa por Trimestre, Anexo 7 Grupo de Indicadores, Correo electrónico, Oficio.
Glosario	Cédula de Microdiagnóstico: Instrumento en el cual se recaba la información sociodemográfica por cada familia de la localidad responsabilidad de la Unidad Médica. Pirámide Poblacional: Instrumento en el que se concentra la población de las localidades subsede y áreas de influencia de su ruta con base en las cédulas de microdiagnóstico familiar. SIS: Sistema de Información en Salud, del cual forma parte el Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica y que puede consultarse en: http://www.dgis.salud.mx/contenidos/basesdedatos/servicios.html. Cobertura Operativa: Reporte donde se registran las Consultas de primera vez por padecimiento o diagnóstico, las Acciones de promoción y prevención, las muertes maternas por origen en el periodo. Se registra el total acumulado por trimestre.

Grupo de Indicadores**:** Cada indicador es un instrumento que provee información de una determinada condición o el logro de ciertos resultados, en su conjunto, el grupo de indicadores cubre aspectos cualitativos y cuantitativos sobre los objetivos del Programa. Comprende quince grupos: Control nutricional, Enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años, Enfermedades infecciosas respiratorias agudas en menores de cinco años, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Dislipidemia, Síndrome metabólico, Cáncer cervicouterino, Cáncer de mama, Control prenatal y puerperio, Prevención de defectos del nacimiento, Planificación familiar, Atención odontológica, y Vacunación.
DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

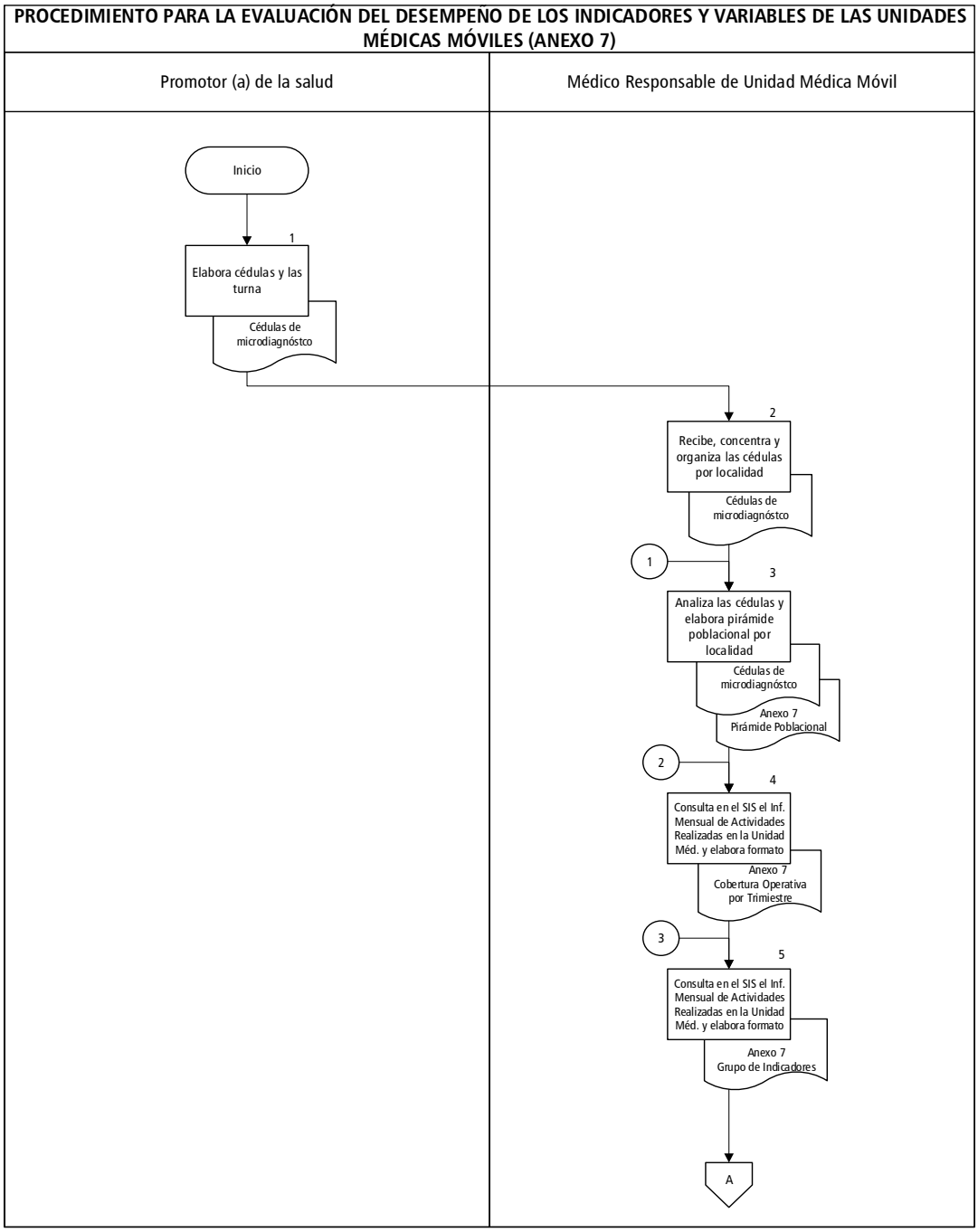
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS INDICADORES Y VARIABLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS MÓVILES (ANEXO 7).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Promotor/a de la salud	Elabora cédulas de microdiagnóstico y las turna al/la Médico Responsable de la Unidad Médica Móvil.	Cédula de micro diagnostico
2	Médico Responsable de Unidad Médica Móvil	Recibe, concentra y organiza las cédulas de microdiagnóstico por localidad.	Cédula de micro diagnostico
3		Analiza las cédulas de microdiagnóstico y elabora anexo 7 iniciando con la pirámide poblacional por localidad, resguarda ambos documentos.	Cédula de micro diagnostico Pirámide Poblacional (Anexo 7)
4		Consulta en el SIS el Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica y elabora el formato	Cobertura Operativa por Trimestre

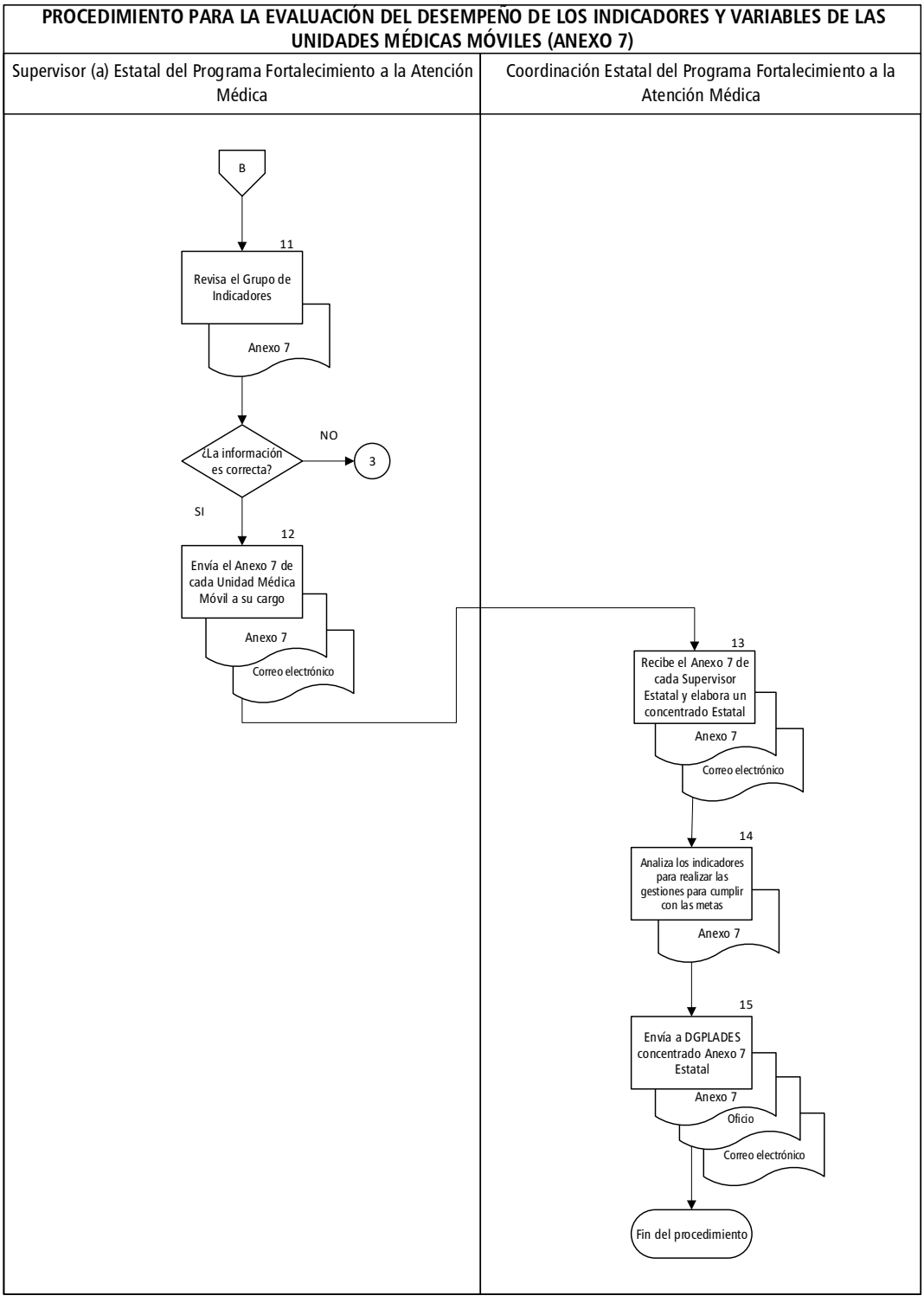
		Cobertura Operativa por Trimestre.	(Anexo 7)
5		Consulta en el SIS el Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica y elabora formato Grupo de Indicadores.	Grupo de indicadores (Anexo 7)
6		Realiza análisis cualitativo del Grupo de Indicadores y registra observaciones de cada indicador.	Grupo de indicadores (Anexo 7)
7		Envía por correo electrónico el Anexo 7 una vez concluido (Pirámide Poblacional, Cobertura Operativa por Trimestre y Grupo de indicadores) al Supervisor Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.	Anexo 7 Correo electrónico
8	Supervisor Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica	Recibe por correo electrónico el Anexo 7 (Pirámide Poblacional, Cobertura Operativa por Trimestre y Grupo de indicadores) de cada Unidad Médica Móvil a su cargo.	Anexo 7 Correo electrónico
9		Revisa la Pirámide Poblacional. ¿La información es correcta? Sí: Continúa en actividad 10. No: Regresa a la actividad 3 para su corrección.	Anexo 7
10		Revisa la Cobertura Operativa por Trimestre. ¿La información es correcta? Sí: Continúa en actividad 11. No: Regresa a la actividad 4 para su corrección.	Anexo 7
11		Revisa el Grupo de Indicadores. ¿La información es correcta? Sí: continúa en actividad 12. No: Regresa a la actividad 5 para su corrección.	Anexo 7

12		Envía por correo electrónico a la Coordinación Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, el Anexo 7 de cada Unidad Médica Móvil a su cargo.	Anexo 7 Correo electrónico
13	Coordinación Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica	Recibe por correo electrónico el Anexo 7 de cada Supervisor Estatal y elabora un concentrado Estatal.	Anexo 7 Correo electrónico
14		Analiza los indicadores para realizar las gestiones necesarias para cumplir con las metas por unidad y a nivel Estado.	Anexo 7
15		Envía a DGPLADES concentrado Anexo 7 Estatal en formato físico mediante oficio y en electrónico.	Anexo 7 Oficio Correo electrónico
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS INDICADORES Y VARIABLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS MÓVILES (ANEXO 7).



PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS INDICADORES Y VARIABLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS MÓVILES (ANEXO 7)



7.9.44. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES/AS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Antonio Marín Sotomayor **Jefe del Departamento del de Investigación en Salud** **AMS (DIS)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Detectar las necesidades de capacitación, elaborar el diagnóstico y programa de capacitación para el desempeño de los/las trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado, en todos sus niveles y áreas para poder satisfacer dichas necesidades de capacitación marcadas por norma.

	Normas: 1 Condiciones Generales de Trabajo. 2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud. 3 Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación para el Desempeño. 4 Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013.
Objetivo	Detectar las necesidades de capacitación, elaborar el diagnóstico y programa de capacitación para el desempeño de los/las trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado, en todos sus niveles y áreas para poder satisfacer dichas necesidades de capacitación marcadas por norma.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. El Departamento de Investigación en Salud conjuntamente con la Coordinación de Capacitación y Desarrollo de la Subdirección de Enseñanza e Investigación deberá realizar anualmente la detección y diagnóstico de necesidades de capacitación para el desempeño, en coordinación con la Comisión Central y Comisiones Auxiliares Mixtas de Capacitación, en el mes de octubre, de acuerdo a las normas, políticas, guía técnica, formatos e instructivos por la DGCES. 2. El Departamento de Investigación en Salud integrará el diagnóstico de necesidades de capacitación para el desempeño, en el ámbito de su competencia, en coordinación con la Comisión Central y Comisiones Auxiliares Mixtas de Capacitación y enviar la información a la DGCES, a más tardar el 1º de diciembre de cada año.
Responsables	Departamento de Investigación en Salud, Dirección de Atención a la Salud.

Áreas Involucradas	Subdirección de Enseñanza e Investigación, Departamento de Investigación en Salud, Jefes/as de Jurisdicciones Sanitarias, Directores/as de Hospitales, Jefes/as de enseñanza de Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales.
Recursos	Oficio, Memorándum, Formato para la Detección de Necesidades de Capacitación, Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, Programa de Capacitación.
Glosario	N/A

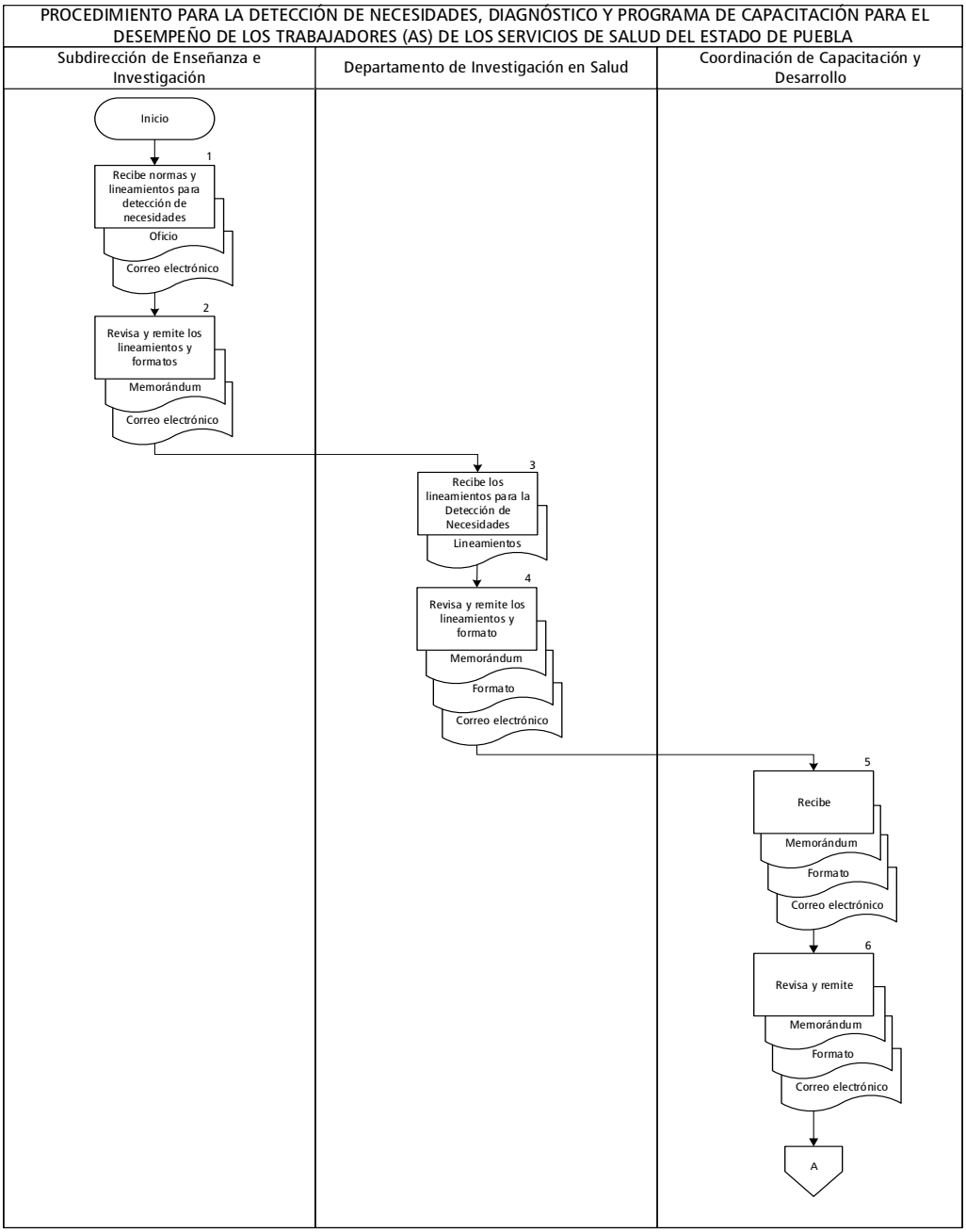
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES/AS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PUEBLA.

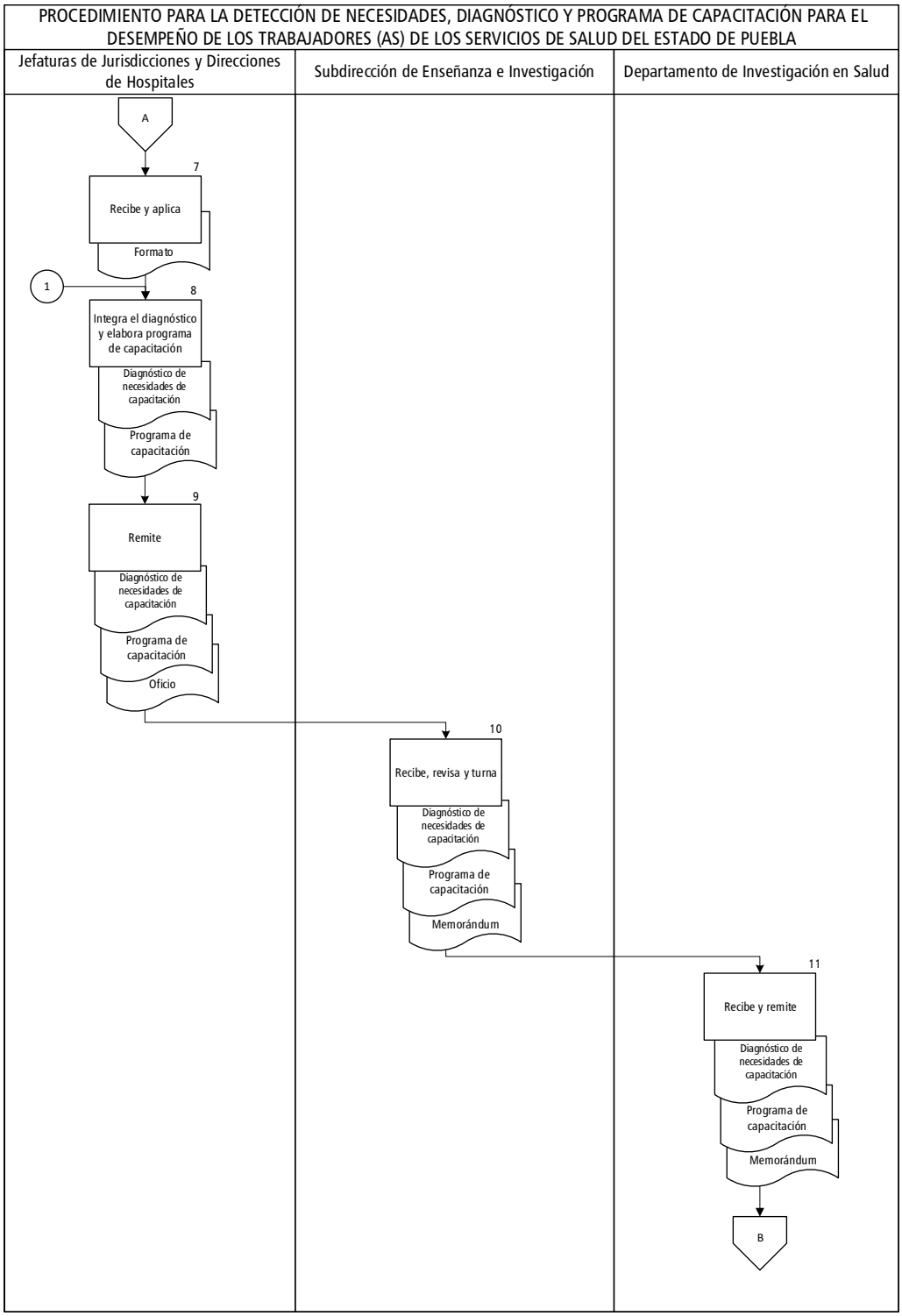
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe vía oficio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud normas y lineamientos para la detección de necesidades de capacitación.	Oficio Correo electrónico
2		Revisa información y remite vía memorándum al Departamento de Investigación en Salud, los lineamientos y formato para la Detección de Necesidades de Capacitación.	Memorándum Correo electrónico
3	Departamento de Investigación en Salud	Recibe de la Subdirección de Enseñanza memorándum de los lineamientos para la Detección de Necesidades de Capacitación.	Memorándum Lineamientos para la Detección de Necesidades de

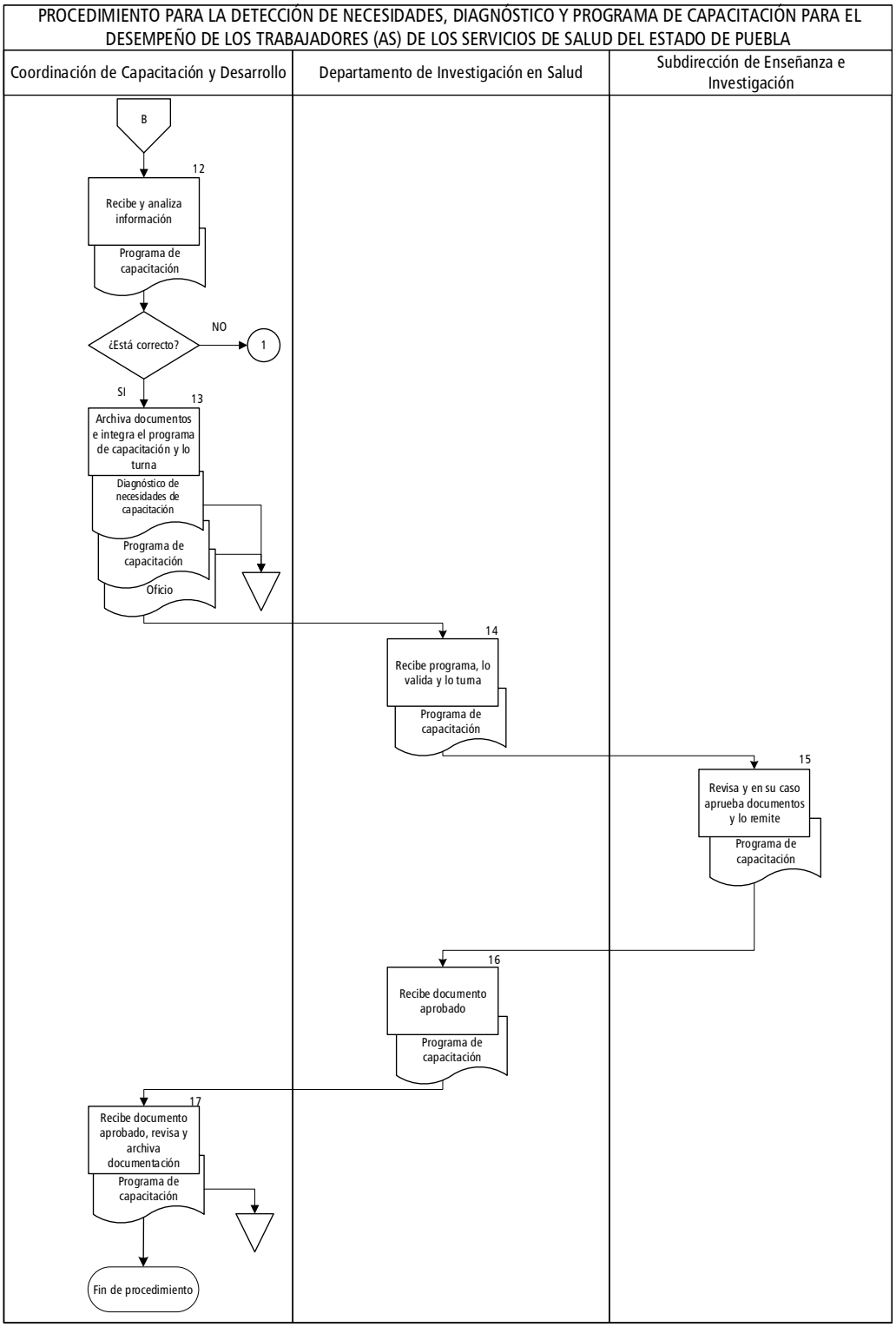
			Capacitación
4		Revisa y remite vía memorándum enviado por correo electrónico, a la Coordinación de Capacitación los lineamientos y formato para la Detección de Necesidades de Capacitación.	Memorándum Formato Correo electrónico
5	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe oficio a través de correo electrónico los lineamientos y formato para la Detección de Necesidades de Capacitación.	Oficio, Formato Correo electrónico
6		Revisa y remite vía correo electrónico a las Jefaturas Jurisdiccionales y Directores/as de Hospitales los lineamientos y formato para la Detección de Necesidades de Capacitación.	Oficio Formato Correo electrónico
7	Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales	Recibe y aplica los lineamientos y formato para la Detección de Necesidades de Capacitación.	Formato
8		Integra el diagnóstico de necesidades de capacitación en su ámbito de responsabilidad y elabora programa de capacitación.	Diagnóstico de necesidades de capacitación Programa de capacitación
9		Remiten vía oficio a la Subdirección de Enseñanza e Investigación el diagnóstico de necesidades de capacitación y programa de capacitación.	Oficio Diagnóstico de necesidades de capacitación Programa de capacitación
10	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe diagnóstico de necesidades de capacitación y programa de capacitación de Jurisdicciones y Hospitales, revisa y turna al	Memorándum Diagnóstico de necesidades de capacitación

		Departamento de Investigación en Salud.	Programa de capacitación
11	Departamento de Investigación en Salud	Recibe memorándum y diagnóstico de necesidades de capacitación y programa de capacitación de Jurisdicciones y Hospitales y remite a la Coordinación de Capacitación y Desarrollo.	Diagnóstico de necesidades de capacitación Programa de capacitación Memorándum
12	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe y analiza información. ¿Está correcto? Sí, continúa en la actividad 13 No, continúa en la actividad 8	Programa de capacitación
13		Archiva la documentación e integra el programa de capacitación y lo turna al Departamento de Investigación en Salud para su validación.	Memorándum Diagnóstico de necesidades de capacitación Programa de capacitación
14	Departamento de Investigación en Salud	Recibe programa, lo valida y lo turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para su aprobación.	Programa de capacitación
15	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Revisa y en su caso aprueba documentos y lo remite al Departamento de Investigación en Salud.	Programa de capacitación
16	Departamento de Investigación en Salud	Recibe documento aprobado.	Programa estatal de capacitación
17	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe documento aprobado, revisa y archiva documentación.	Programa estatal de capacitación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES/AS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PUEBLA.




PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES (AS) DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación en Salud
A
7
Recibe y aplica
Formato
1
8
Integra el diagnóstico y elabora programa de capacitación
Diagnóstico de necesidades de capacitación
Programa de capacitación
9
Remite
Diagnóstico de necesidades de capacitación
Programa de capacitación
Oficio
10
Recibe, revisa y turna
Diagnóstico de necesidades de capacitación
Programa de capacitación
Memorándum
11
Recibe y remite
Diagnóstico de necesidades de capacitación
Programa de capacitación
Memorándum
B


PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES (AS) DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
Coordinación de Capacitación y Desarrollo
Departamento de Investigación en Salud
Subdirección de Enseñanza e Investigación
B
12
Recibe y analiza información
Programa de capacitación
¿Está correcto?
NO
1
SI
13
Archiva documentos e integra el programa de capacitación y lo turna
Diagnóstico de necesidades de capacitación
Programa de capacitación
Oficio
14
Recibe programa, lo valida y lo turna
Programa de capacitación
15
Revisa y en su caso aprueba documentos y lo remite
Programa de capacitación
16
Recibe documento aprobado
Programa de capacitación
17
Recibe documento aprobado, revisa y archiva documentación
Programa de capacitación
Fin de procedimiento

7.9.45. PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS DE CAPACITACIÓN.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Antonio Marín Sotomayor Jefe del Departamento del de Investigación en Salud AMS (DIS) Octubre 2018	**Rodolfo Gines Martínez Fernández Subdirector de Enseñanza e Investigación RGMF (SEI) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un registro de los créditos autorizados por la Subdirección de Enseñanza e Investigación.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1 Condiciones Generales de Trabajo 2011 – 2013. 2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud 2012. 3 Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. Políticas de Operación: 1. El registro de las actividades de capacitación será de acuerdo al Reglamento de Capacitación y se efectuará un reporte trimestral a la SEI. 2. El Departamento de Investigación en Salud supervisará mensualmente la correcta ejecución del programa de otorgamiento de créditos.
Responsables	Departamento de Investigación en Salud, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Oficio, Memorándum, Formato, Programa de registro de créditos de capacitación, Constancias, Carta descriptiva, Informe.
Glosario	N/A

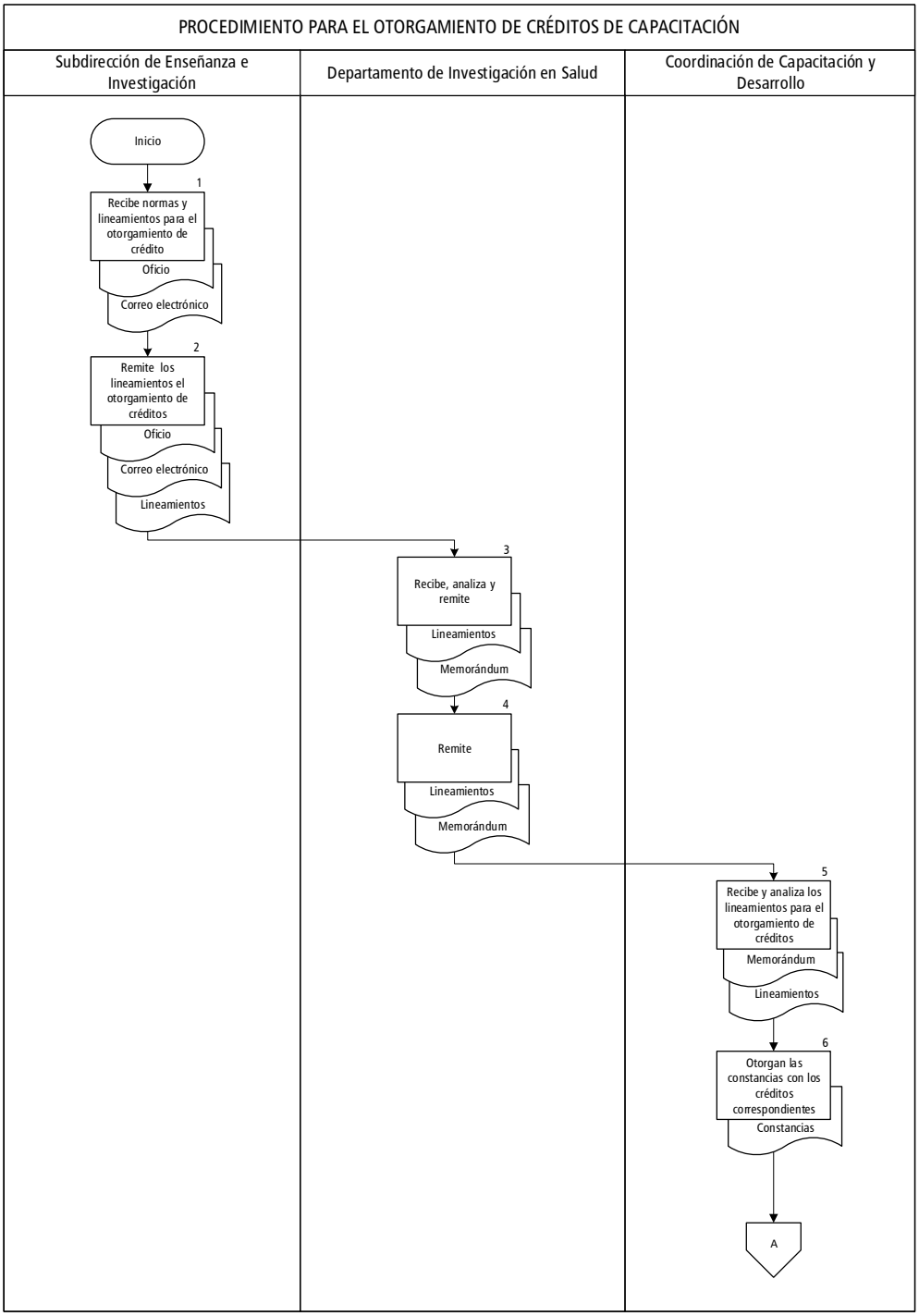
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS DE CAPACITACIÓN.

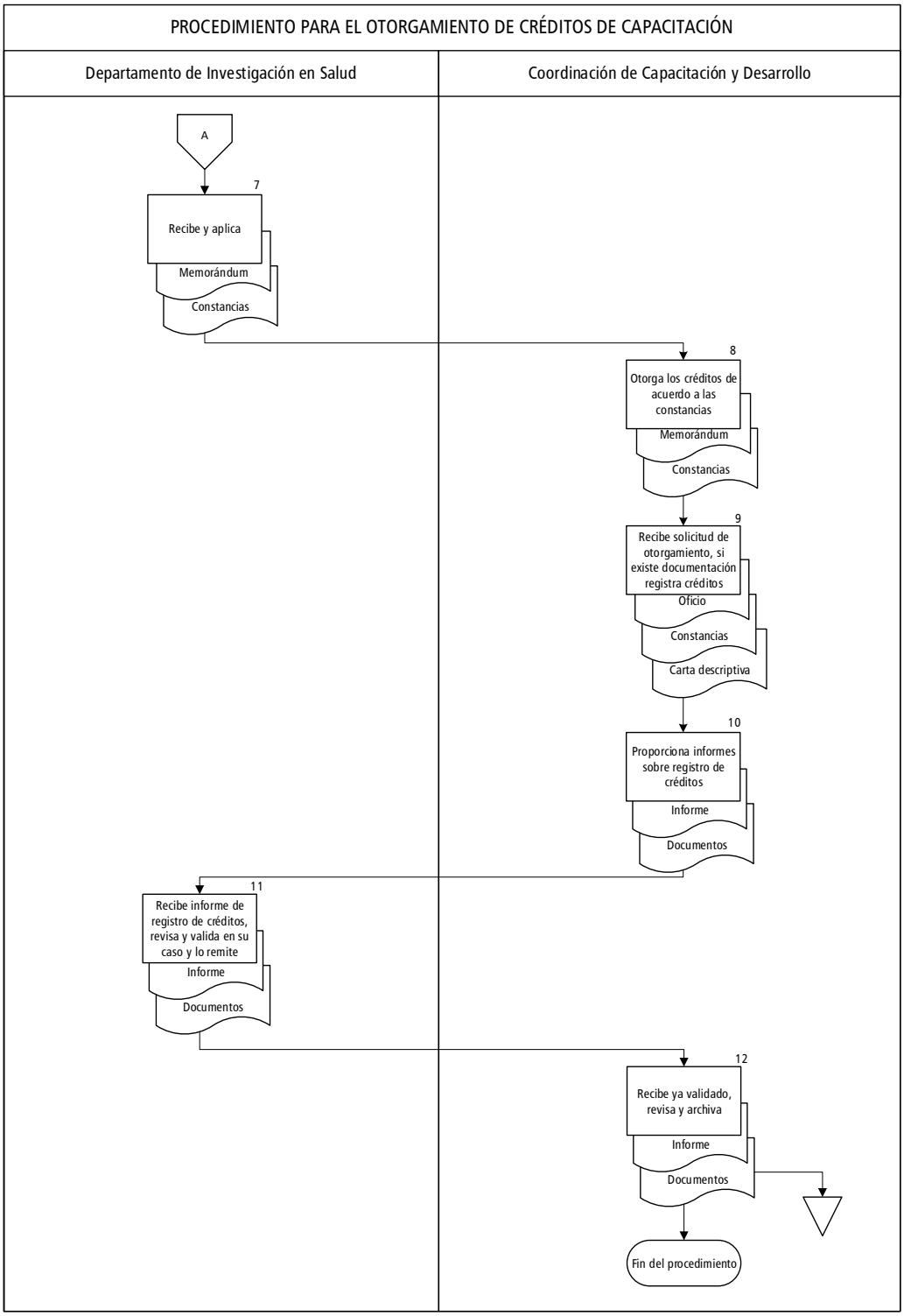
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe oficio vía correo electrónico de la DGES normas y lineamientos para el otorgamiento de créditos de capacitación.	Oficio Correo electrónico
2		Remite oficio vía correo electrónico al Departamento de Investigación en Salud, los lineamientos el otorgamiento de créditos de capacitación.	Oficio Correo electrónico Lineamientos el otorgamiento de créditos de capacitación
3	Departamento de Investigación en Salud	Recibe de la Subdirección de Enseñanza memorándum de los lineamientos el otorgamiento de créditos de capacitación, los analiza y remite.	Memorándum Lineamientos el otorgamiento de créditos de capacitación
4		Remite memorándum a la Coordinación de Capacitación los lineamientos para el otorgamiento de créditos de capacitación.	Memorándum Lineamientos el otorgamiento de créditos de capacitación
5	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe memorándum y analiza los lineamientos para el otorgamiento de créditos de capacitación.	Memorándum Lineamientos el otorgamiento de créditos de capacitación
6	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Otorgan las constancias con los créditos correspondientes	Constancias
7	Departamento de Investigación en Salud	Recibe memorándum y constancias para acreditación.	Memorándum Constancias
8	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Otorga los créditos de acuerdo a las constancias.	Memorándum Constancias

9		Recibe solicitud de otorgamiento y registro de créditos por actividades de capacitación, si existe documentación adecuada (carta descriptiva, oficio y constancias) registra créditos.	Oficio Constancias Carta descriptiva
10		Proporciona informes sobre registro de créditos al Departamento de Investigación en salud.	Informe Documentos
11	Departamento de Investigación en Salud	Recibe informe de registro de créditos, revisa y valida en su caso y lo remite a la Coordinación de Capacitación y Desarrollo.	Informe Documentos
12	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe informe de registro de créditos ya validado por el Departamento de Investigación en Salud, lo revisa y lo archiva.	Informe Documentos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS DE CAPACITACIÓN




PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS DE CAPACITACIÓN
Departamento de Investigación en Salud
Coordinación de Capacitación y Desarrollo
A
7
Recibe y aplica
Memorándum
Constancias
8
Otorga los créditos de acuerdo a las constancias
Memorándum
Constancias
9
Recibe solicitud de otorgamiento, si existe documentación registra créditos
Oficio
Constancias
Carta descriptiva
10
Proporciona informes sobre registro de créditos
Informe
Documentos
11
Recibe informe de registro de créditos, revisa y valida en su caso y lo remite
Informe
Documentos
12
Recibe ya validado, revisa y archiva
Informe
Documentos
Fin del procedimiento

7.9.46. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN.

Tiempo Promedio: 1 mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Antonio Marín Sotomayor **Jefe del Departamento del de Investigación en Salud** **AMS (DIS)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Evaluar y verificar los programas de capacitación que se llevan a cabo en las Unidades Administrativas con el fin de conocer los resultados obtenidos, el impacto en el personal y hacer las correcciones necesarias a las desviaciones detectadas

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1 Condiciones Generales de Trabajo 2011 – 2013. 2 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud 2012. 3 Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación para el Desempeño. 4 Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013 Políticas de Operación: 1. El Departamento de Investigación en Salud conjuntamente con la Coordinación de Capacitación y Desarrollo de la Subdirección de Enseñanza e Investigación deberá realizar trimestralmente la evaluación y supervisión de la aplicación y desarrollo de los programas de capacitación. 2. El Departamento de Investigación en Salud evaluará y supervisará mensualmente la correcta ejecución del programa de capacitación por parte de la Coordinación de Investigación. 3. El Departamento de Investigación en Salud integra el programa de supervisión y evaluación de programas de capacitación e informa de sus resultados al/la SubDirector/a de Enseñanza e Investigación.
Responsables	Departamento de Investigación en Salud, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Coordinación de Investigación, Jefes/as de Jurisdicciones Sanitarias, Directores/as de Hospitales, Jefes/as de Enseñanza de Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales.

Recursos	Oficio, Memorándum, Formato, Informe.
Glosario	N/A

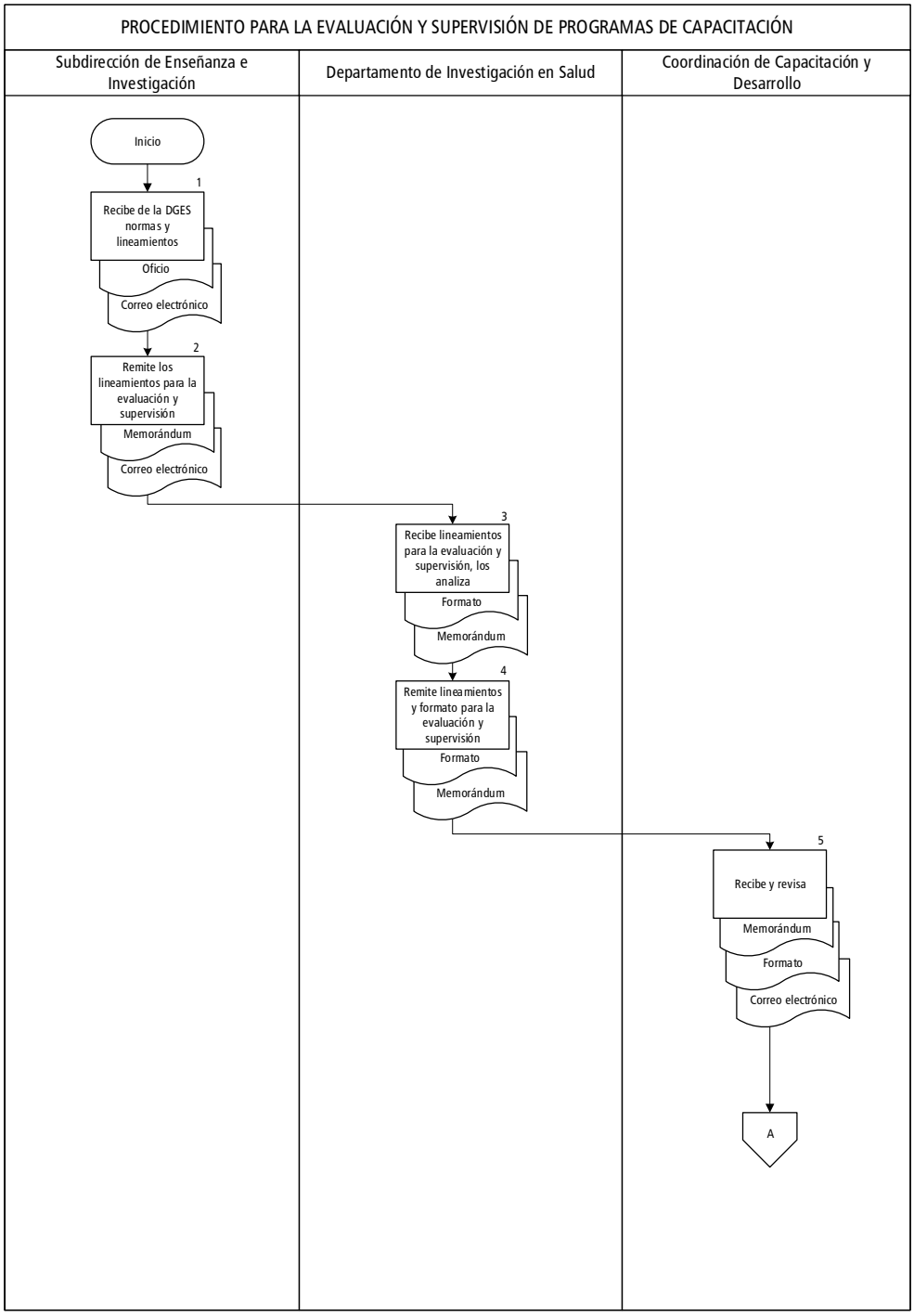
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN.

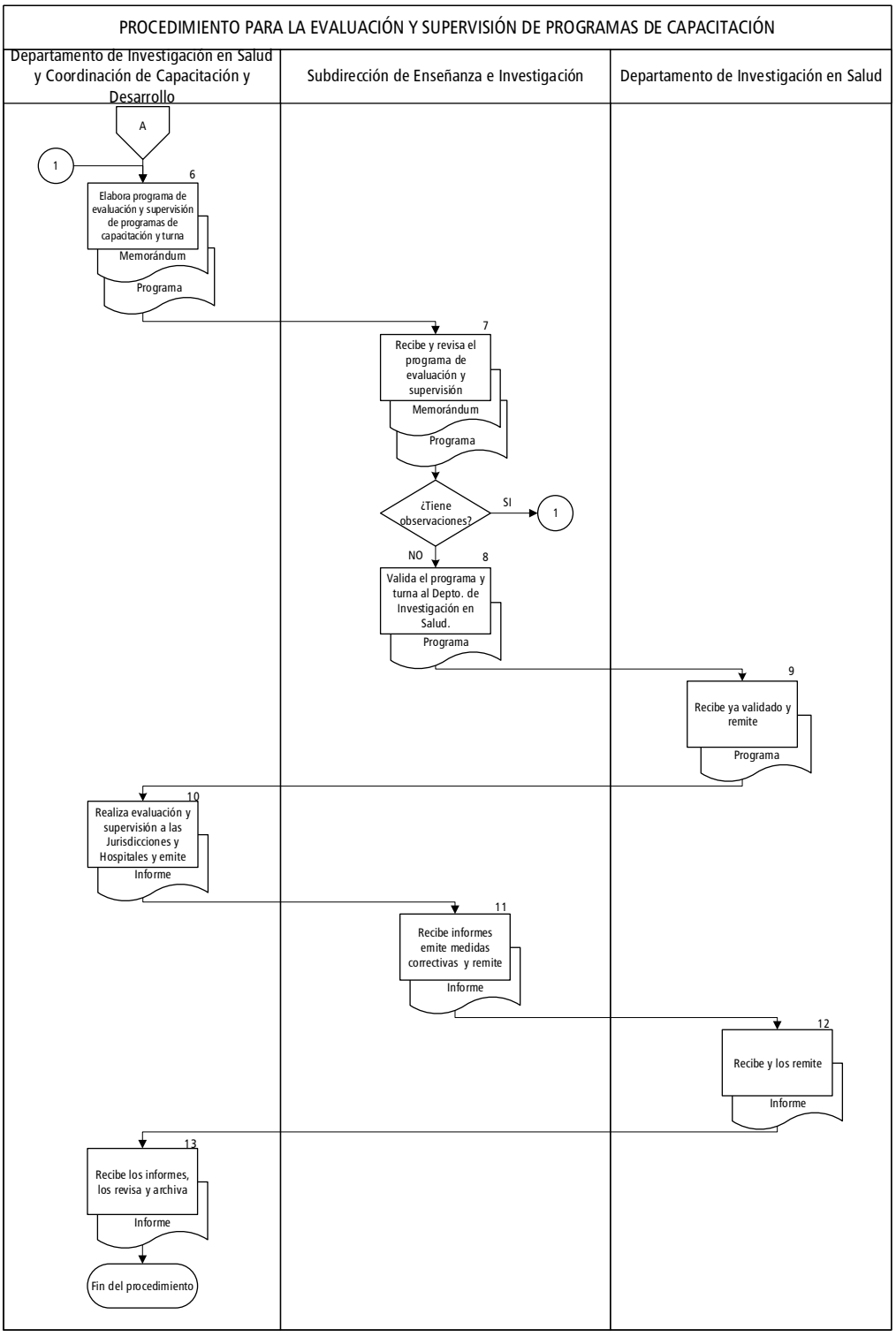
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe oficio vía correo electrónico de la Dirección General de Educación en Salud normas y lineamientos para la evaluación y supervisión de programas de capacitación.	Oficio Correo electrónico
2		Remite memorándum vía correo electrónico al Departamento de Investigación en Salud, con los lineamientos para la evaluación y supervisión de programas de capacitación.	Memorándum Correo electrónico
3	Departamento de Investigación en Salud	Recibe de la Subdirección de Enseñanza memorándum de los lineamientos para la evaluación y supervisión de programas de capacitación, los analiza.	Memorándum Formato
4		Remite memorándum vía correo electrónico a la Coordinación de Capacitación con los lineamientos y formato para la evaluación y supervisión de programas de capacitación.	Memorándum, Formato para la evaluación y supervisión de programas de capacitación

			Correo electrónico
5	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe memorándum vía correo electrónico con los lineamientos para la evaluación y supervisión de programas de capacitación y los revisa.	Memorándum, Formato Correo electrónico
6	Departamento de Investigación en Salud y Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Elabora programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación y solicita vía memorándum su validación a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Memorándum Programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación
7	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe y revisa el programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación. ¿Tiene observaciones? Sí, continúa en la actividad 6 No, continúa en la actividad 8	Memorándum Programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación
8		Valida el programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación y turna al Departamento de Investigación en Salud.	Programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación
9	Departamento de Investigación en Salud	Recibe el programa de evaluación y supervisión ya validado y remite a la Coordinación de Capacitación y Desarrollo.	Programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación
10	Departamento de Investigación en Salud y Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Realiza evaluación y supervisión del programa de capacitación a las Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales y emiten informe a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Informe

11	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe informes de evaluación y supervisión de programas de capacitación a las Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales y emiten medidas correctivas en caso necesario y remite informes al Departamento de Investigación en Salud.	Informe
12	Departamento de Investigación en Salud	Recibe informes de supervisión ya revisados por la Subdirección de Enseñanza e Investigación y los remite a la Coordinación de Capacitación y Desarrollo.	Informe
13	Coordinación de Capacitación y Desarrollo	Recibe los informes de la supervisión ya revisados por el Departamento de Investigación en Salud, los revisa y archiva.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN
Departamento de Investigación en Salud y Coordinación de Capacitación y Desarrollo
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación en Salud
A
1
6
Elabora programa de evaluación y supervisión de programas de capacitación y turna
Memorándum
Programa
7
Recibe y revisa el programa de evaluación y supervisión
Memorándum
Programa
¿Tiene observaciones?
SI
1
NO
8
Valida el programa y turna al Depto. de Investigación en Salud.
Programa
9
Recibe ya validado y remite
Programa
10
Realiza evaluación y supervisión a las Jurisdicciones y Hospitales y emite
Informe
11
Recibe informes emite medidas correctivas y remite
Informe
12
Recibe y los remite
Informe
13
Recibe los informes, los revisa y archiva
Informe
Fin del procedimiento

7.9.47. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Tiempo Promedio: 1 mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Antonio Marín Sotomayor **Jefe del Departamento del de Investigación en Salud** **AMS (DIS)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un registro de los protocolos de investigación autorizados por la Subdirección de Enseñanza e Investigación.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud D.O.F.7 II 1984. Última reforma publicada D. O. F. 30 x 2012
2. Ley Estatal de Salud P.O. 15/11/1994. Última reforma publicada P.O.E 30/01/2010.
3. Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el Art. 98 de la Ley General de Salud; publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14-12-2011.
4. Decreto por el que se reforma, adicionan y derogan diversas disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 02-04-2014.
5. Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación 2012.
6. Norma técnicas 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las
7. Instituciones de atención a la salud
8. Norma técnica 314 para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud
9. Norma técnica no. 315 para el funcionamiento de comisiones de investigación en las instituciones de atención a la salud Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud 1998-2000.
10. Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación para el Desempeño.
11. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
12. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
13. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
14. P.O. 13 V 2011 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.

Políticas de Operación:

1. Los protocolos de investigación se registrarán de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Comisión

	Nacional de Bioética, de manera mensual. 2. Toda investigación realizada en las instalaciones de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, debe contar con un protocolo de investigación debidamente registrado y autorizado por la Dirección de la Unidad Aplicativa y la Subdirección de Enseñanza e Investigación y reportarse mensualmente. 3. Todo protocolo de investigación debe contar con una autorización del Comité de Ética en Investigación y Bioseguridad, cuando así lo requiera y reportarse mensualmente a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 4. Los investigadores cuyos protocolos hayan sido autorizados, están obligados a emitir los reportes de avances de acuerdo a la normatividad establecida, cada seis meses o cuando así se requiera a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 5. El Departamento de Investigación en Salud vigilará el correcto funcionamiento del procedimiento de registro de protocolos de investigación e integrará mensualmente un informe al Subdirector de Enseñanza e Investigación.
Responsables	Departamento de Investigación en Salud, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Subdirección de Enseñanza e Investigación, Departamento de Investigación en Salud, Coordinación de Investigación, Jefes de Jurisdicciones Sanitarias, Directores/as de Hospitales, Jefes/as de Enseñanza de Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales.
Recursos	Memorándum, Oficio, Protocolo.

Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

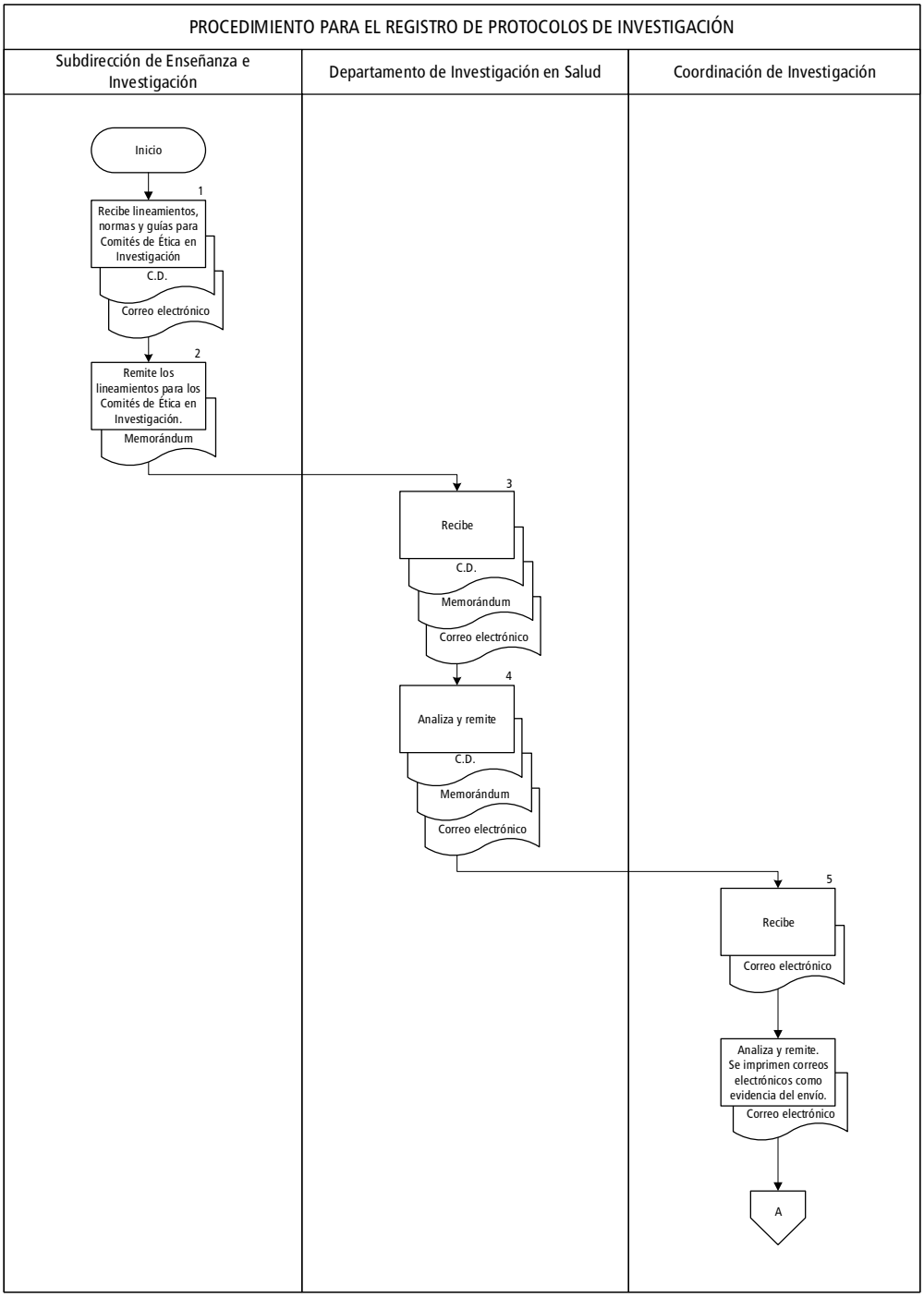
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe vía CD y/o correo electrónico los lineamientos, normas y guías para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	CD Correo electrónico
2		Remite memorándum al Departamento de Investigación en Salud, los lineamientos para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Memorándum
3	Departamento de Investigación en Salud	Recibe de la Subdirección de Enseñanza memorándum y CD, los lineamientos de la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Memorándum CD Correo electrónico
4		Analiza y remite a la Coordinación de Investigación memorándum y los lineamientos de la Integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Memorándum CD Correo electrónico
5	Coordinación de Investigación	Recibe del Departamento de Investigación en Salud vía correo electrónico los lineamientos de la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Correo electrónico

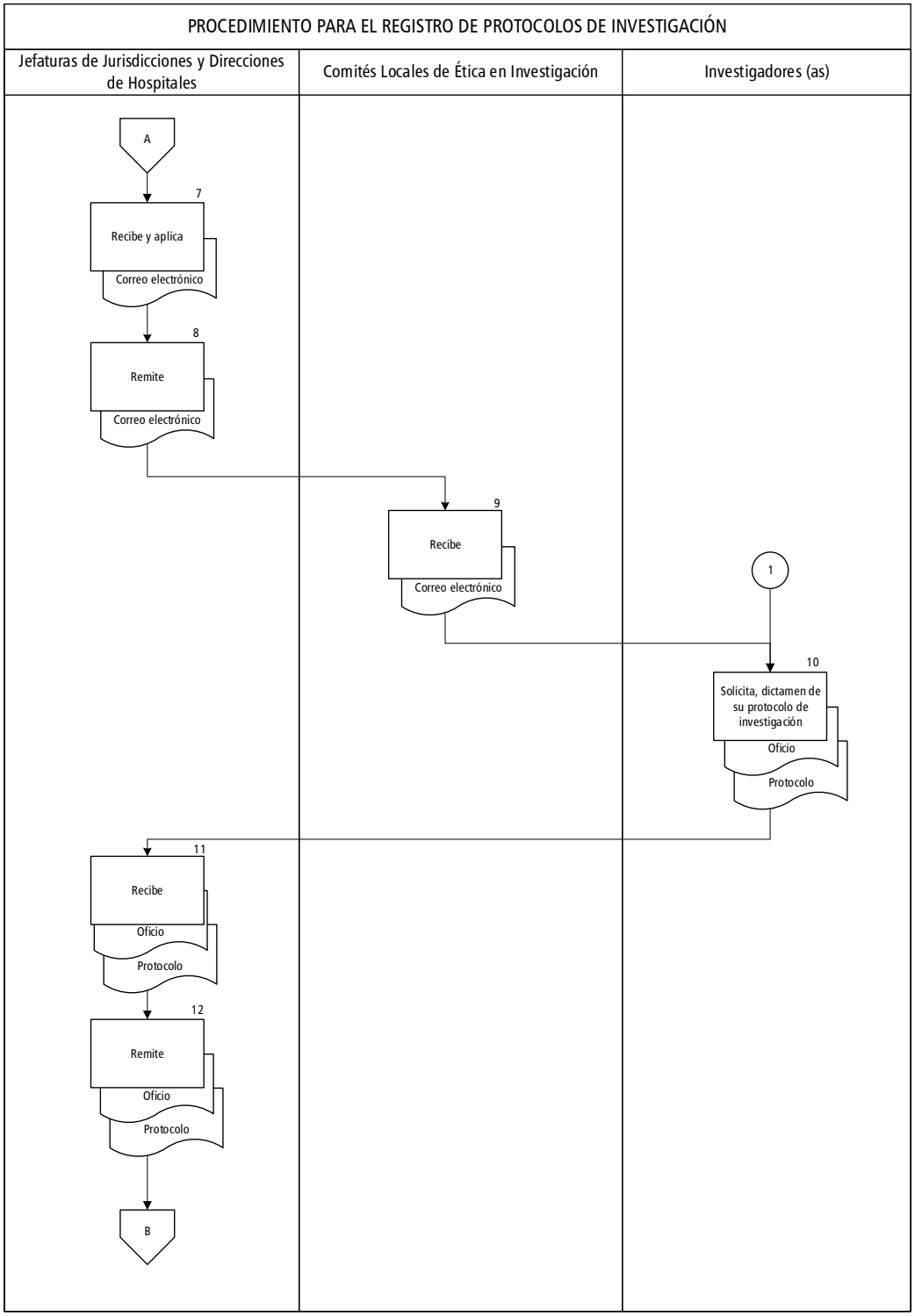
6		Analiza y remite a las Jefaturas Jurisdiccionales y Directores/as de Hospitales, correo electrónico con los lineamientos de la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. Se imprimen correos electrónicos como evidencia del envío.	Correo electrónico
7	Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales	Recibe y aplican los lineamientos de la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Correo electrónico
8	Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales	Remite a los Comités Locales de Ética en Investigación correo electrónico con los lineamientos de la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Correo electrónico
9	Comités Locales de Ética en Investigación	Recibe los lineamientos de la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.	Correo electrónico
10	Investigadores/as	Solicita vía oficio, dictamen de su protocolo de investigación al/la directora/a del Hospital o Jefe/a de Jurisdicción. El protocolo debe entregarse en formato impreso y electrónico.	Oficio Protocolo
11	Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales	Recibe oficio y protocolo impreso y en magnético.	Oficio Protocolo
12		Remite oficio y protocolo impreso y en magnético al/la Jefe/a de Enseñanza Jurisdiccional o del Hospital, Comité Local de Ética en Investigación.	Oficio Protocolo
13	Jefe/a de Enseñanza Jurisdiccional o del	Recibe oficio y protocolo impreso y en magnético y convoca al Comité Local de Ética en Investigación evalúa	Oficio Protocolo

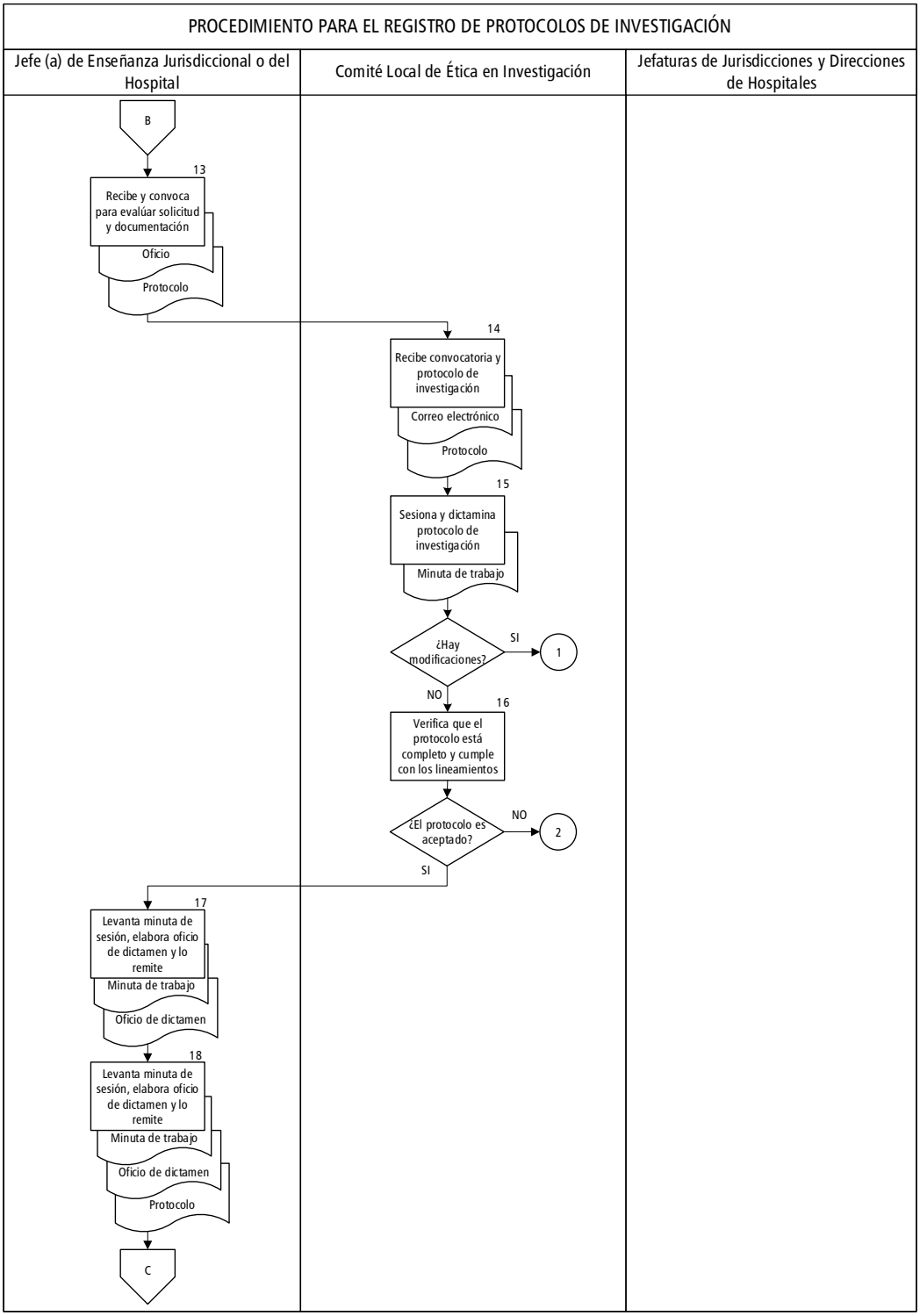
	Hospital	solicitud y documentación.	
14	Comité Local de Ética en Investigación	Recibe convocatoria de cita de reunión y protocolo de investigación vía correo electrónico.	Correo electrónico Protocolo
15		Sesiona y dictamina protocolo de investigación ¿Hay modificaciones? Si, continúa en la actividad 10 No, continúa en la actividad 16	Minuta de trabajo
16		Verifica que el protocolo está completo y cumple con los lineamientos. ¿El protocolo es aceptado? Si: continúa en la actividad 17 No, **Fin del procedimiento.**	
17	Jefe/a de Enseñanza Jurisdiccional o de Hospital	Levanta minuta de sesión, elabora oficio de dictamen y lo remite al/la investigador/a.	Minuta de trabajo Oficio de dictamen
18	Jefe/a de Enseñanza Jurisdiccional o de Hospital	Registra protocolo de investigación, archiva oficio de dictamen y protocolo y remite a la Dirección del Hospital o Jefatura Jurisdiccional.	Minuta de trabajo Oficio de dictamen Protocolo
19	Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales	Recibe oficio de dictamen, minuta de trabajo y protocolo de investigación y elabora oficio de registro de protocolo de investigación remitiéndolo a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Minuta de trabajo Oficio de dictamen Protocolo
20	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe oficio, minuta de trabajo y dictamen de protocolo de investigación y lo remite al Departamento de Investigación en Salud.	Minuta de trabajo Oficio de dictamen Protocolo

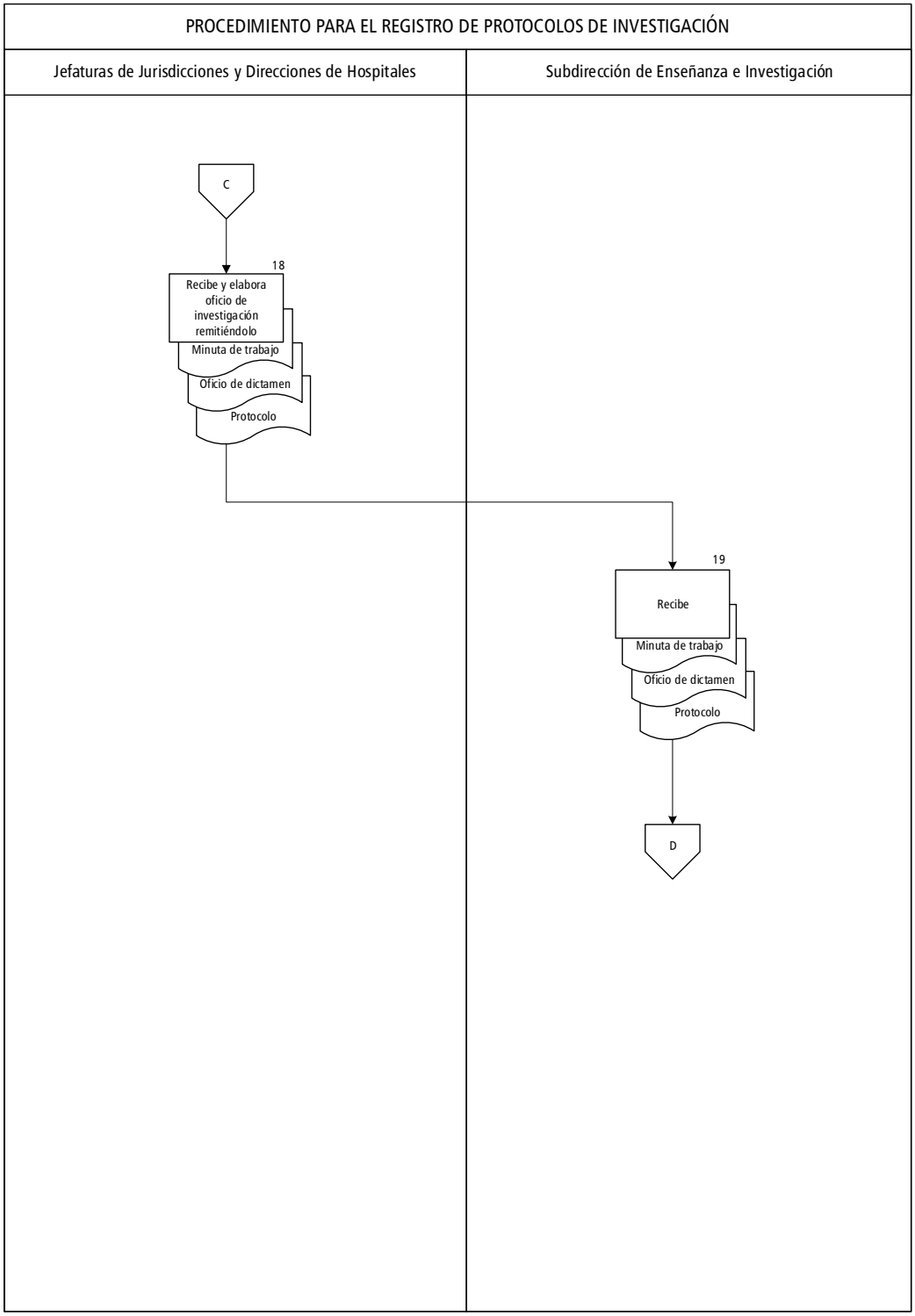
21	Departamento de Investigación a la Salud	Recibe documentación de SEI, revisa, valida y la remite a la Coordinación de Investigación.	Minuta de trabajo Oficio de dictamen Protocolo
22	Coordinación de Investigación	Recibe oficio, minuta de trabajo y dictamen de protocolo de investigación, archiva documentos y registra en base de datos estatal.	Minuta de trabajo Oficio de dictamen Protocolo
Fin del procedimiento			

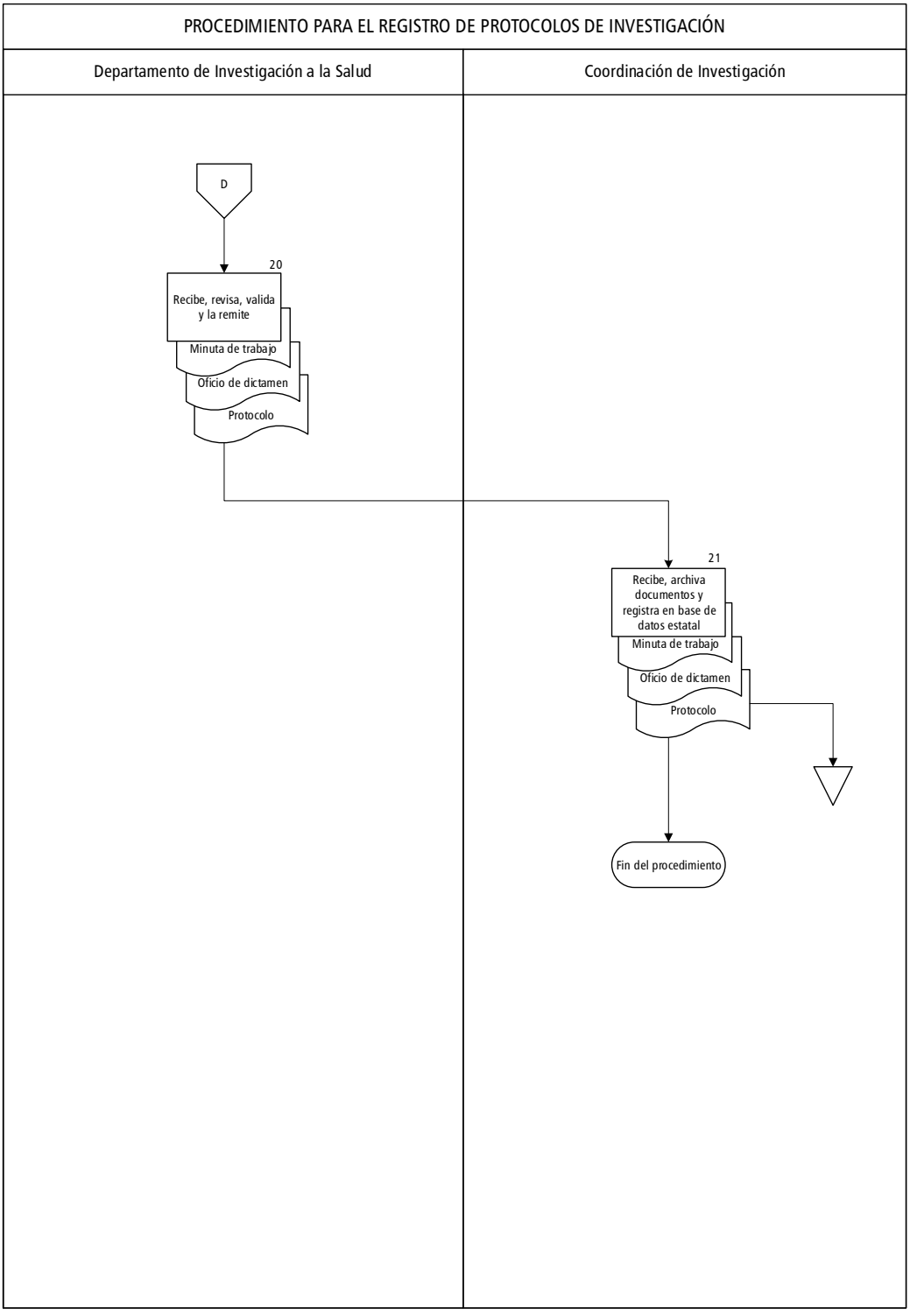
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales
Comités Locales de Ética en Investigación
Investigadores (as)
A
7
Recibe y aplica
Correo electrónico
8
Remite
Correo electrónico
9
Recibe
Correo electrónico
1
10
Solicita, dictamen de su protocolo de investigación
Oficio
Protocolo
11
Recibe
Oficio
Protocolo
12
Remite
Oficio
Protocolo
B


PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Jefe (a) de Enseñanza Jurisdiccional o del Hospital
Comité Local de Ética en Investigación
Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales
B
13
Recibe y convoca para evalúar solicitud y documentación
Oficio
Protocolo
14
Recibe convocatoria y protocolo de investigación
Correo electrónico
Protocolo
15
Sesiona y dictamina protocolo de investigación
Minuta de trabajo
¿Hay modificaciones?
SI
1
NO
16
Verifica que el protocolo está completo y cumple con los lineamientos
¿El protocolo es aceptado?
NO
2
SI
17
Levanta minuta de sesión, elabora oficio de dictamen y lo remite
Minuta de trabajo
Oficio de dictamen
18
Levanta minuta de sesión, elabora oficio de dictamen y lo remite
Minuta de trabajo
Oficio de dictamen
Protocolo
C


PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Jefaturas de Jurisdicciones y Direcciones de Hospitales
Subdirección de Enseñanza e Investigación
C
18
Recibe y elabora oficio de investigación remitiéndolo
Minuta de trabajo
Oficio de dictamen
Protocolo
19
Recibe
Minuta de trabajo
Oficio de dictamen
Protocolo
D


PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Departamento de Investigación a la Salud
Coordinación de Investigación
D
20
Recibe, revisa, valida y la remite
Minuta de trabajo
Oficio de dictamen
Protocolo
21
Recibe, archiva documentos y registra en base de datos estatal
Minuta de trabajo
Oficio de dictamen
Protocolo
Fin del procedimiento

7.9.48. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Antonio Marín Sotomayor **Jefe del Departamento del de Investigación en Salud** **AMS (DIS)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con una instancia normativa que regule la instalación y el funcionamiento de los Comités de Ética e Investigación.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud D.O.F.7 II 1984. Última Reforma Publicada D. O. F. 30 x 2012
2. Ley Estatal de Salud P.O. 15/11/1994. Última Reforma Publicada P.O. 30/01/2010.
3. Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el Art. 98 de la Ley General de Salud; publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14-12-2011.
4. Decreto por el que se reforma, adicionan y derogan diversas disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 02-04-2014
5. Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación 2012
6. Norma técnicas 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las
7. Instituciones de atención a la salud
8. Norma técnica 314 para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud
9. Norma técnica no. 315 para el funcionamiento de comisiones de investigación en las instituciones de atención a la salud Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud 1998-2000.
10. Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación para el Desempeño.
11. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
12. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
13. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
14. P.O. 13 V 2011 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.

Políticas de Operación:

1. Los Comités de Ética en Investigación se instalarán de acuerdo a los lineamientos de la Comisión Nacional de

	Bioética y ante esta Comisión quien emitirá un oficio de dictamen favorable con una vigencia de tres años. 2. Los Comités de Ética en Investigación se registrarán de acuerdo a los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética y la Comisión Federal de Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ante esta Comisión quien emitirá un oficio de número de registro con una vigencia de tres años. 3. Los Comités de Ética en Investigación emitirán informes semestrales ante COFEPRIS y ante la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 4. Los Comités de Ética en Investigación emitirán informes mensuales de sus actividades ante la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 5. Los Comités de Ética en Investigación emitirán una respuesta de su dictamen a los/las investigadores/as que soliciten su revisión y aprobación de aplicación de estudios de investigación.
Responsables	Departamento de Investigación en Salud, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Subdirección de Enseñanza e Investigación, Departamento de Investigación en Salud, Coordinación de Investigación, Jefes de Jurisdicciones Sanitarias, Directores de Hospitales, Jefes/as de Enseñanza de Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales.
Recursos	Memorándum, Oficio, Formato.
Glosario	N/A

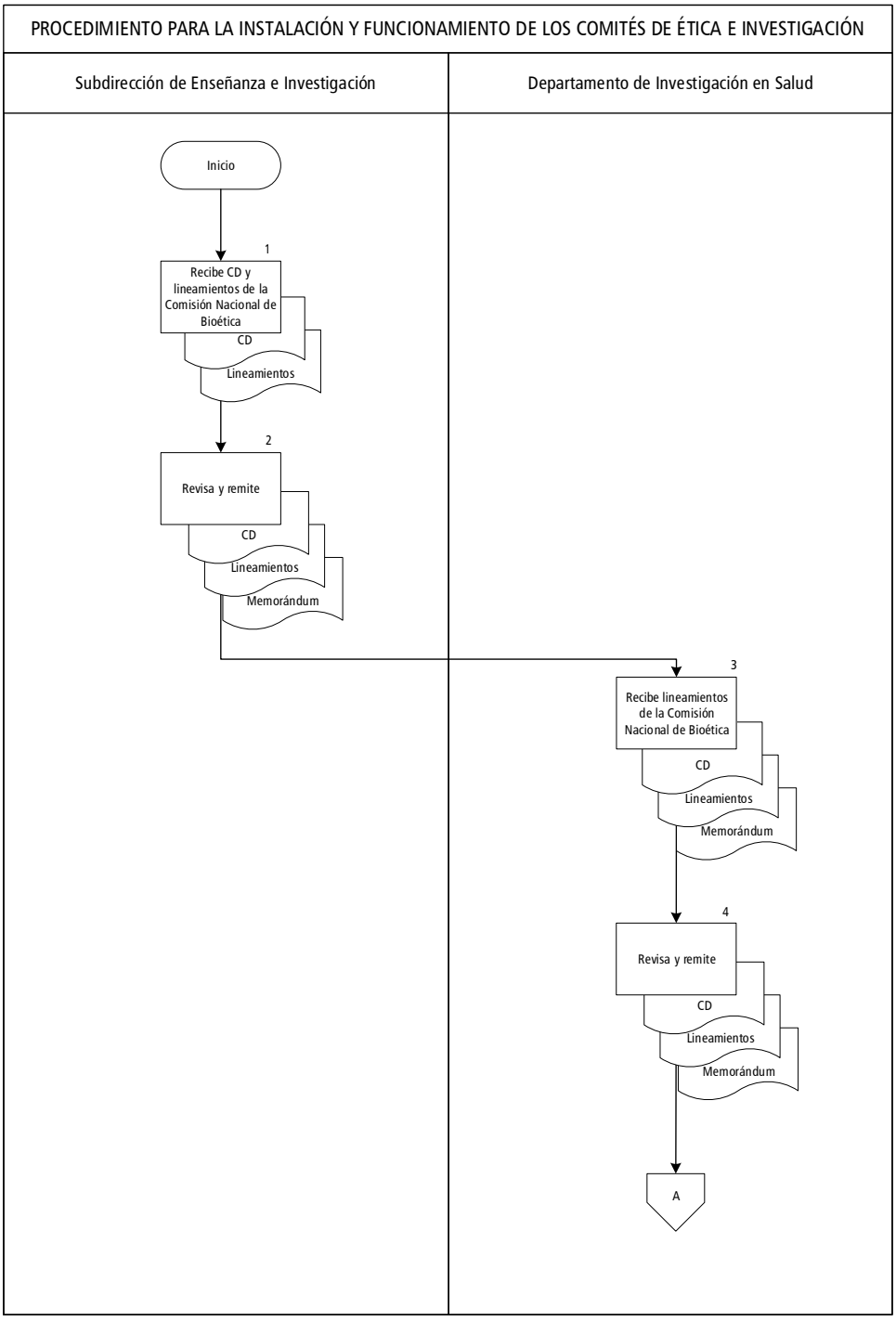
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

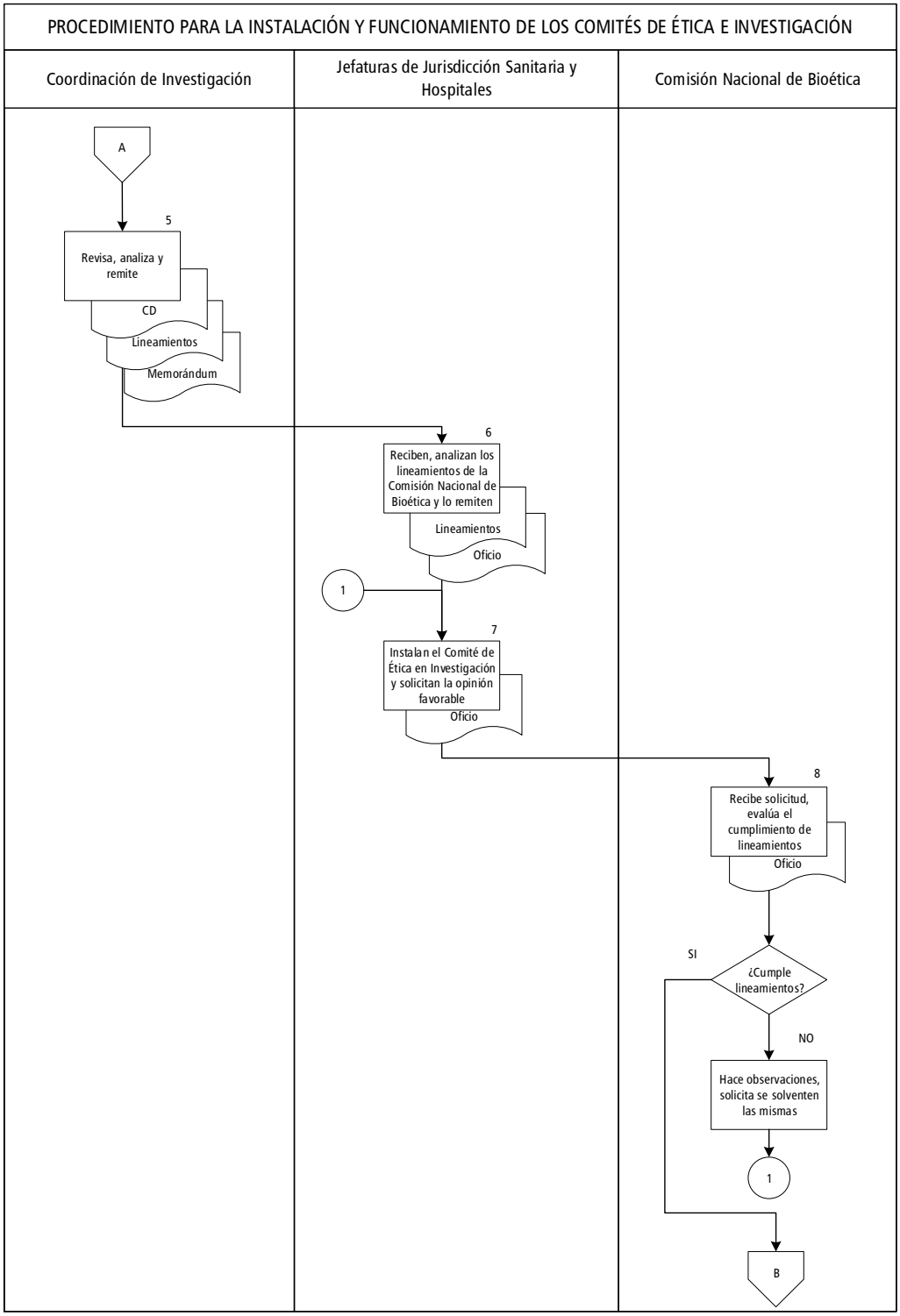
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe CD y lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética vía correo electrónico.	CD Lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética
2		Revisa y remite vía correo electrónico y por memorándum con CD los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética al Departamento de Investigación en Salud	Memorándum CD Lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética
3	Departamento de Investigación en Salud	Recibe lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética.	Memorándum CD Lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética
4		Revisa y remite por memorándum los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética.	Memorándum CD Lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética Correo electrónico
5	Coordinación de Investigación	Recibe y analiza lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética y lo remite a las Jefaturas de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales.	Memorándum CD Lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética

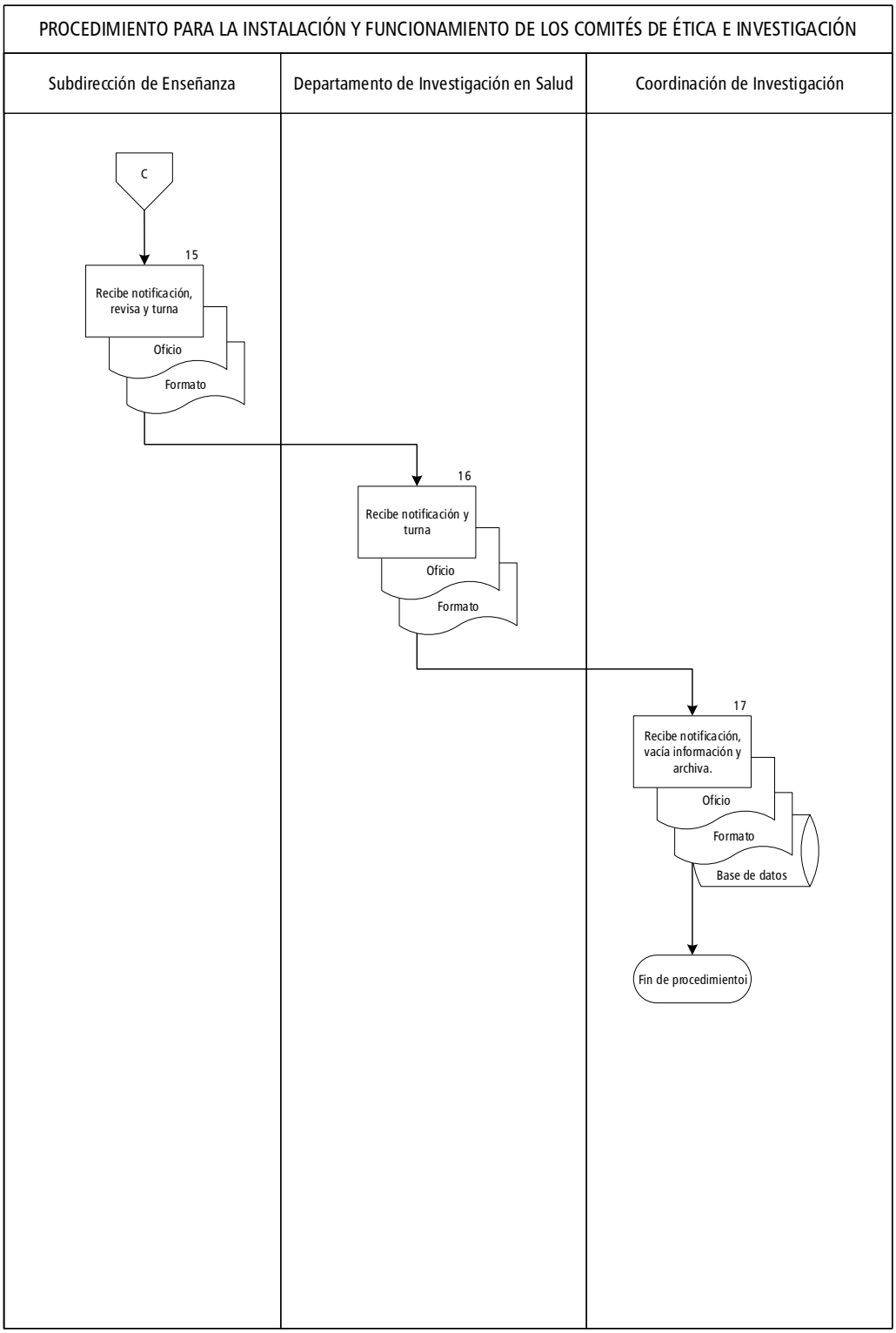
6	Jefaturas de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales	Reciben, analizan los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética y lo remite con oficio mediante correo electrónico.	Oficio Lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética
7	Jefaturas de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales	Instalan el Comité de Ética en Investigación y solicitan la opinión favorable ante la Comisión Nacional de Bioética vía oficio a través de correo electrónico.	Oficio
8	Comisión Nacional de Bioética	Recibe solicitud de opinión favorable, evalúa el cumplimiento de lineamientos de Instalación y funcionamiento del Comité de Ética en Investigación. ¿Cumple lineamientos? No: Hace observaciones, solicita se solventen las mismas y regresa al paso 7. Si: continúa actividad 9	Oficio
9	Comisión Nacional de Bioética	Otorga oficio con la opinión favorable con número y vigencia por 3 años, vía correo electrónico.	Oficio
10	Jefaturas de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales	Recibe oficio de opinión favorable con número y vigencia por 3 años vía correo electrónico.	Oficio
11		Solicita ante COFEPRIS el registro del Comité de Ética en Investigación, y anexa oficio de opinión favorable otorgada por CONBIOETICA.	Oficio
12	COFEPRIS	Recibe oficio y evalúa opinión favorable, así como documentación de registro del Comité de Ética en Investigación. ¿Es correcta? SI: Continúa con actividad 13.	Oficio

		NO: Regresa a actividad 11.	
13		Otorga el Registro del Comité de Ética en Investigación con número y vigencia por 3 años	Oficio
14	Jefaturas de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales	Recibe el registro del Comité de Ética en Investigación con número y vigencia por 3 años y notifica a la Subdirección de Enseñanza.	
15	Subdirección de Enseñanza	Recibe notificación del Registro del Comité de Ética en Investigación con número y vigencia por 3 años, revisa y turna al Departamento de Investigación en Salud.	Oficio y formato
16	Departamento de Investigación en Salud	Recibe notificación del registro del Comité de Ética en Investigación, revisa documento y turna a la Coordinación de Investigación.	Oficio y formato
17	Coordinación de Investigación	Recibe notificación del registro de Comité de Investigación, vacía información en base de datos estatal de registro de Comités de Ética en Investigación y archiva documentos.	Oficio y formato
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
Coordinación de Investigación
Jefaturas de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales
Comisión Nacional de Bioética
A
5
Revisa, analiza y remite
CD
Lineamientos
Memorándum
6
Reciben, analizan los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética y lo remiten
Lineamientos
Oficio
1
7
Instalan el Comité de Ética en Investigación y solicitan la opinión favorable
Oficio
8
Recibe solicitud, evalúa el cumplimiento de lineamientos
Oficio
SI
¿Cumple lineamientos?
NO
Hace observaciones, solicita se solventen las mismas
1
B


PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
Subdirección de Enseñanza
Departamento de Investigación en Salud
Coordinación de Investigación
C
15
Recibe notificación, revisa y turna
Oficio
Formato
16
Recibe notificación y turna
Oficio
Formato
17
Recibe notificación, vacía información y archiva.
Oficio
Formato
Base de datos
Fin de procedimientoi

7.9.49. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para médicos interesados/as en realzar una especialidad, cubriendo las actividades desde su ingreso hasta su egreso, con el fin de emitir constancias que avalen la terminación exitosa de la rotación de campo y residencia médica.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM -001-SSA3-2012, Educación en Salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas. 2. Documentos técnicos-normativos para el funcionamiento de las residencias médicas, vigentes. 3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal) vigente. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. Políticas de Operación: 1. El período de rotación no podrá ser menor de tres meses ininterrumpidos. 2. No se programará rotación en unidades hospitalarias que no hayan sido incorporadas al programa con base al procedimiento establecido. 3. La elaboración de este procedimiento se apegará a la normatividad establecida por la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud y a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos y su extensión en los Estados, Comité Estatal Interinstitucional para la formación y capacitación de recursos humanos e investigación en salud. 4. El encargado de la Unidad Médica y Jefe de Enseñanza será el responsable de vigilar el estricto apego a este procedimiento. 5. Se brindará asesoría a todas las unidades y áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento.
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	N/A

Recursos	Oficio, Carta de presentación, Acta de aprobación de protocolo, Informe de procedimiento del alumno de posgrado (según especialidad), Encuesta de opinión del alumno de posgrado, Formato de Evaluación (según especialidad), Constancia de Liberación, Carta de no adeudo, Calificaciones, Protocolos, Informes, Carta de liberación, Listado de médicos residentes que concluyeron servicio social del cuatrimestre, Constancia de término de Servicio Social Profesional
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Solicita el listado de los/las médicos que cursen especialidad (anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría), para asignar unidad médica receptora de residentes en rotación rural o de servicio social profesional de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Nota 1: El listado debe contener: nombre completo, RFC, especialidad y grado. Nota 2: Las unidades médicas receptoras de residentes (donde el médico cursa la especialidad) a las que se les solicita el listado son: • Hospital General de Puebla Sur. • Hospital General de Puebla Zona Norte.	Listado

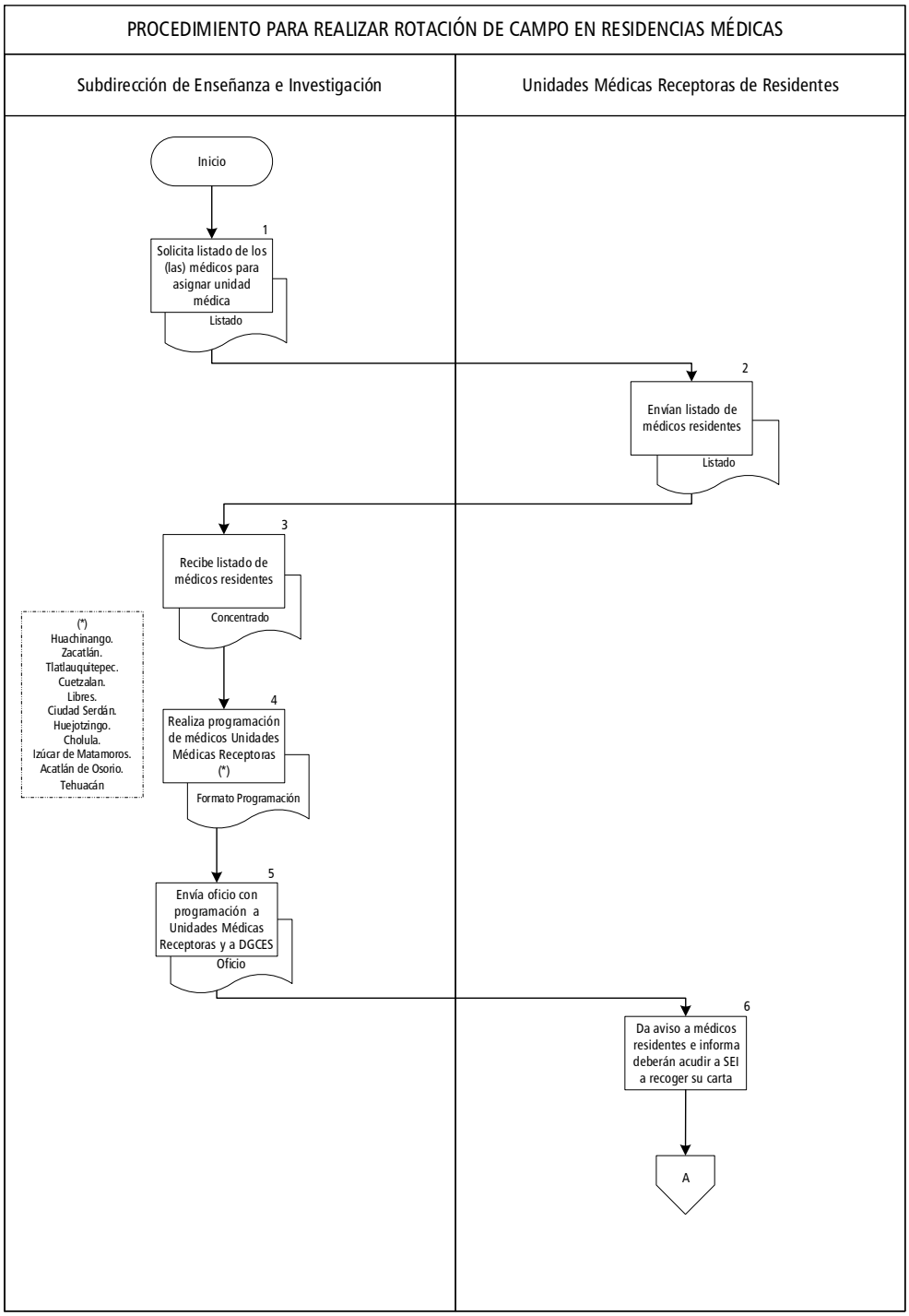
		• Hospital de la Mujer. • Hospital Universitario de Puebla. • ISSSTEP. • Hospital para el Niño Poblano. Nota 3: Los médicos deberán estar cursando el último año.	
2	Unidades Médicas Receptoras de Residentes	Envían listado de médicos residentes para realizar servicio social profesional a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Listado
3	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe listado mediante un concentrado de distribución de médicos residentes para realizar servicio social profesional, de las Unidades Médicas Receptoras de Residentes.	Concentrado de distribución
4		Realiza programación (por cuatrimestre como lo establece el Reglamento para Médicos Residentes en Servicio Social y Profesional) de médicos residentes para realizar servicio social profesional. La programación se hace conforme se reciben los listados, cubriendo los requerimientos y necesidades de cada unidad y preferentemente evitando duplicar médicos residentes de una misma especialidad. Nota: Las Unidades Médicas Receptoras de Residentes en rotación rural o de servicio social profesional (para realizar servicio social profesional) son los Hospitales Generales de: • Huachinango. • Zacatlán. • Tatlauquitepec.	Formato de Programación

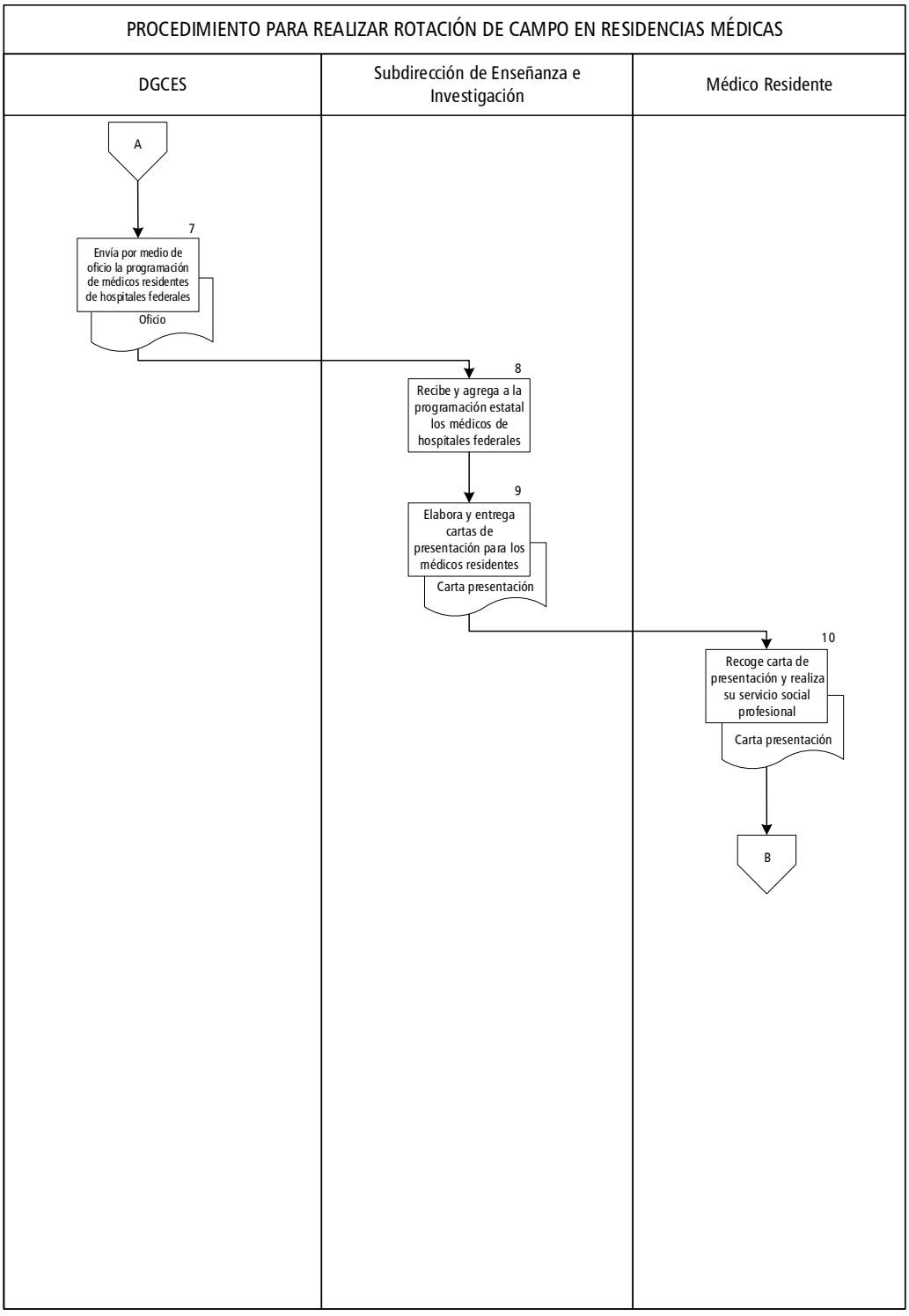
		• Cuetzalan. • Libres. • Ciudad Serdán. • Huejotzingo. • Cholula. • Izúcar de Matamoros. • Acatlán de Osorio. • Tehuacán.	
5		Envía oficio con programación de médicos residentes que realizarán servicio social profesional a: las Unidades Médicas Receptoras de Residentes en rotación rural o de servicio social Profesional y a la DGCES.	Oficio
6	Unidades Médicas Receptoras de Residentes	Da aviso a los médicos residentes del cuatrimestre y hospital asignado para realizar su servicio social profesional y al mismo tiempo informan que deberán acudir a la Subdirección de Enseñanza e Investigación a recoger su carta de presentación cinco días antes de iniciar su servicio social profesional.	N/A
7	DGCES	Envía a la Subdirección de Enseñanza e Investigación la programación de médicos residentes de hospitales federales para que realicen su servicio social profesional en las Unidades Médicas Receptoras de Residentes en rotación rural o de servicio social profesional.	Oficio
8	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe y agrega a la programación estatal los médicos de hospitales federales.	N/A
9	Subdirección de	Elabora y entrega cartas de	Carta de

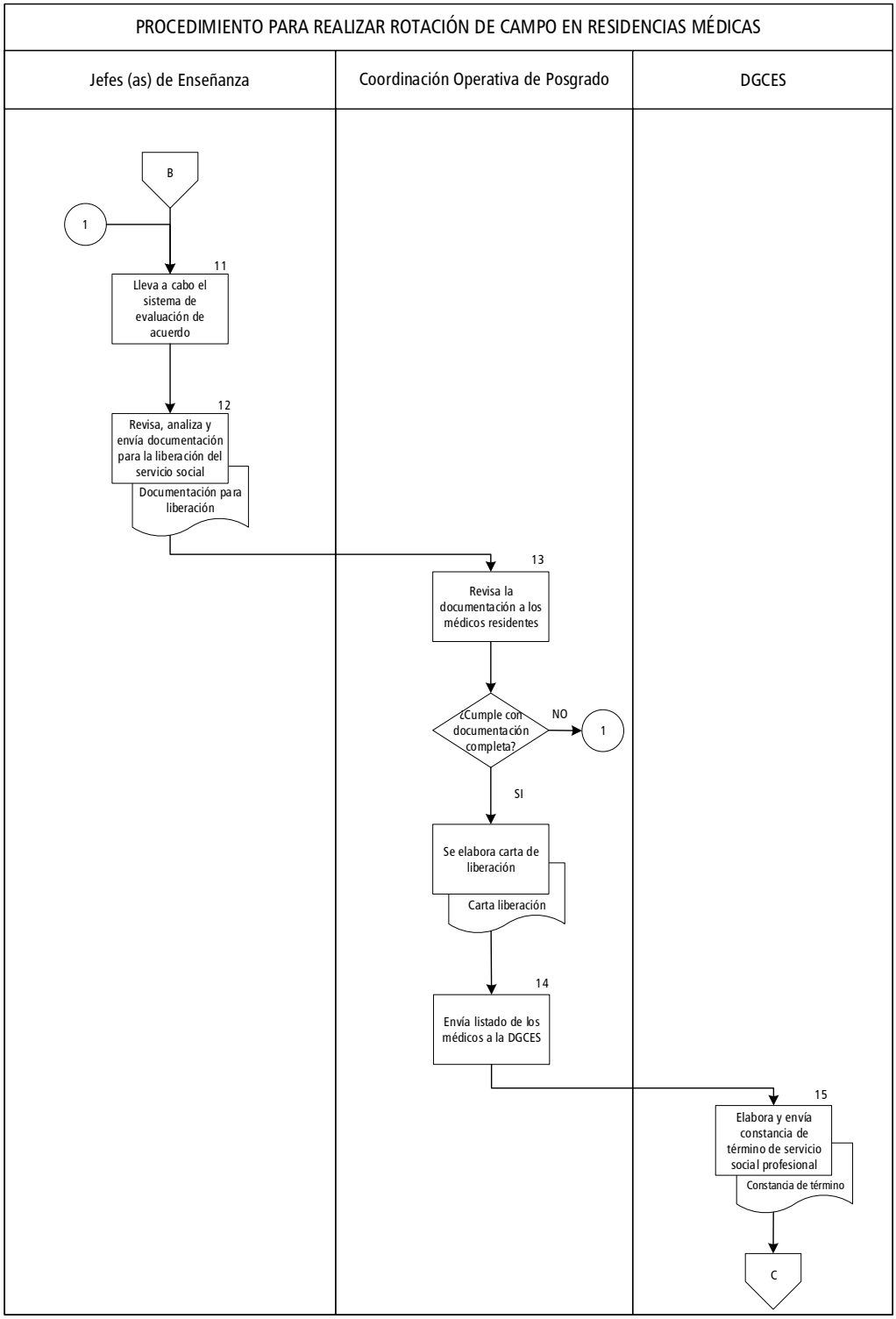
	Enseñanza e Investigación	presentación para los médicos residentes.	presentación
10	Médico Residente	Recoge su carta de presentación y se presenta a realizar su servicio social profesional en las Unidades Médicas Receptoras de residentes en rotación rural o de servicio social profesional.	Carta de presentación
11	Jefes/as de Enseñanza	Lleva a cabo el sistema de evaluación de acuerdo al Reglamento para Médicos Residentes en servicio social profesional, donde se toma en cuenta: • Participación en actividades (asistenciales, académicas e investigación). • Trabajo de investigación. • Estudio epidemiológico de la patología más frecuente y de acuerdo a la especialidad.	
12	Jefes/as de Enseñanza	Revisa, analiza y envía documentación para la liberación del servicio social al médico residente. • Acta de aprobación de protocolo. • Informe de procedimiento del alumno de posgrado (según especialidad). • Encuesta de Opinión del alumno de posgrado. • Formato de Evaluación (según especialidad). • Constancia de Liberación. • Carta de no adeudo. • Calificaciones. • Protocolos. • Informes.	Documentación para liberación: Acta de aprobación de protocolo / Informe de procedimiento del alumno de posgrado (según especialidad) / Encuesta de opinión del alumno de posgrado / Formato de Evaluación (según especialidad) /

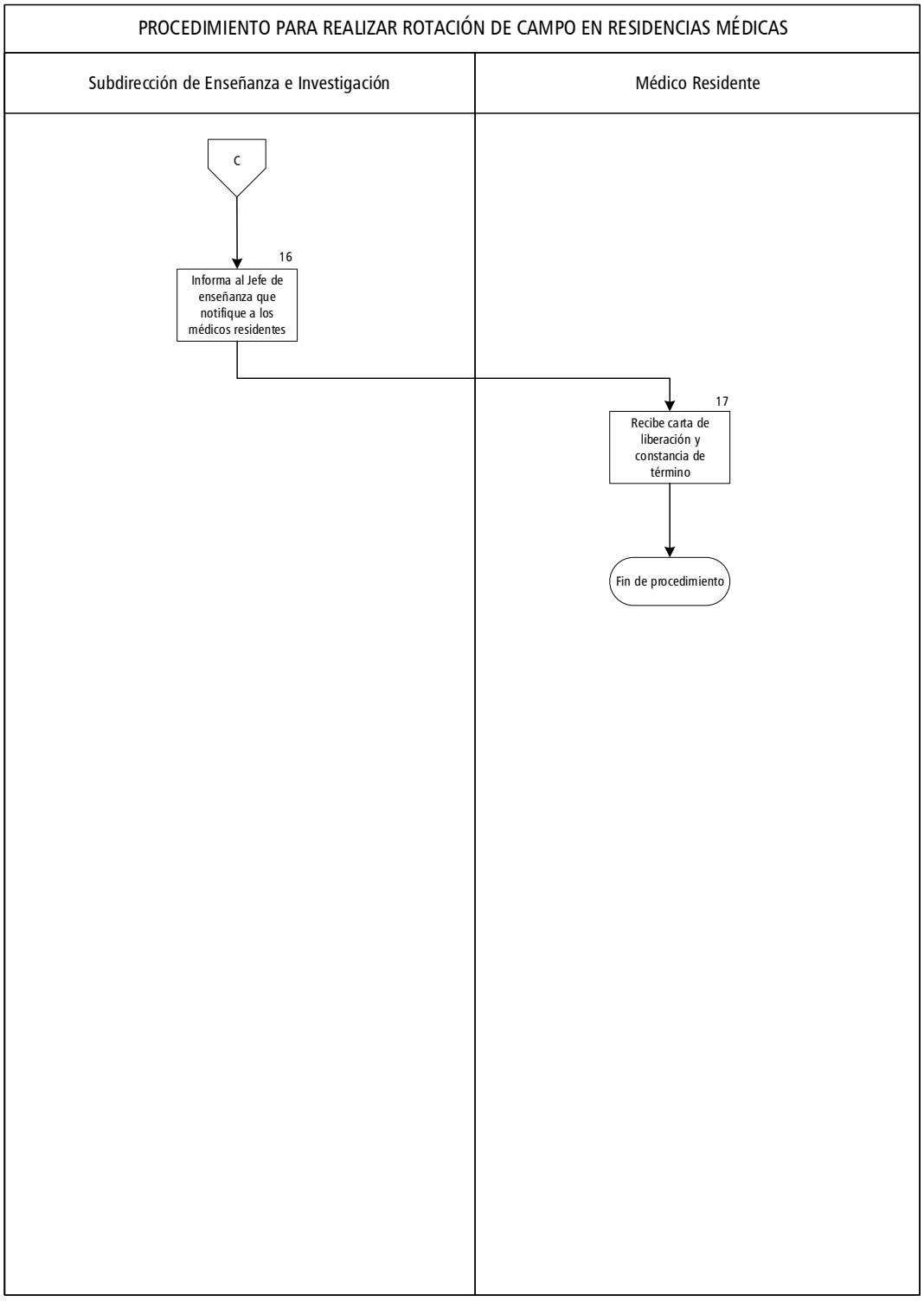
			Constancia de Liberación / Carta de no adeudo / Calificaciones / Protocolos / Informes.
13	Coordinación Operativa de Posgrado	Revisa la documentación a los médicos residentes. ¿Cumple con documentación completa? SI: Se elabora carta de liberación. NO: Regresa a la actividad 11.	Carta de liberación
14	Coordinación Operativa de Posgrado	Envía listado de los médicos que han cursado el servicio social profesional del cuatrimestre correspondiente a la DGCES.	Listado de médicos residentes que concluyeron servicio social del cuatrimestre
15	DGCES	Elabora y envía constancia de término de servicio social profesional a la Subdirección de Enseñanza e Investigación de médicos que terminaron su servicio social.	Constancia de término de servicio social profesional
16	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Informa al Jefe de enseñanza que notifique a los médicos residentes acudir a recoger su constancia de término de servicio social profesional.	N/A
17	Médico Residente	Recibe carta de liberación y constancia de término de servicio social profesional de liberación de la DGCES.	N/A
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS.




PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS
DGCES
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Médico Residente
A
7
Envía por medio de oficio la programación de médicos residentes de hospitales federales
Oficio
8
Recibe y agrega a la programación estatal los médicos de hospitales federales
9
Elabora y entrega cartas de presentación para los médicos residentes
Carta presentación
10
Recoge carta de presentación y realiza su servicio social profesional
Carta presentación
B


PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS
Jefes (as) de Enseñanza
Coordinación Operativa de Posgrado
DGCES
B
1
11
Lleva a cabo el sistema de evaluación de acuerdo
12
Revisa, analiza y envía documentación para la liberación del servicio social
Documentación para liberación
13
Revisa la documentación a los médicos residentes
¿Cumple con documentación completa?
NO
1
SI
Se elabora carta de liberación
Carta liberación
14
Envía listado de los médicos a la DGCES
15
Elabora y envía constancia de término de servicio social profesional
Constancia de término
C


PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ROTACIÓN DE CAMPO EN RESIDENCIAS MÉDICAS
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Médico Residente
C
16
Informa al Jefe de enseñanza que notifique a los médicos residentes
17
Recibe carta de liberación y constancia de término
Fin de procedimiento

7.9.50. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE MÉDICOS RESIDENTES A UNIDADES SEDES DE LOS SSEP.

Tiempo Promedio: 4 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Autorizar las plazas para residencias médicas para hacer especialidad dentro de la norma y en el Sistema Nacional de Salud

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NOM 001 SSA3/2012/ para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Medicas. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. Políticas de Operación: 1. La elaboración de este procedimiento se apegará a la normatividad establecida por la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud y a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos y su extensión en los Estados, Comité Estatal Interinstitucional para la formación y capacitación de recursos humanos e investigación en salud. 2. Cualquier cambio sugerido será revisado por el Comité en pleno, discutido y en caso de aprobarse se dará aviso a la SEDECAP para su validación y registro correspondiente. 3. Se brindará asesoría a todas las Unidades y áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento. 4. El encargado responsable del Área Residencias Médicas de la Subdirección de Enseñanza e Investigación.
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a la Coordinación de Residencias Médicas de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, Jefes de Enseñanza, médicos titulados, médicos residentes y unidades médicas receptoras de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Correo electrónico, Memorándum, Formato para la Detección de Necesidades de Capacitación, Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, Programa de Capacitación, Oficio

Glosario

DGCES: Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE MÉDICOS RESIDENTES A UNIDADES SEDES DE LOS SSEP.

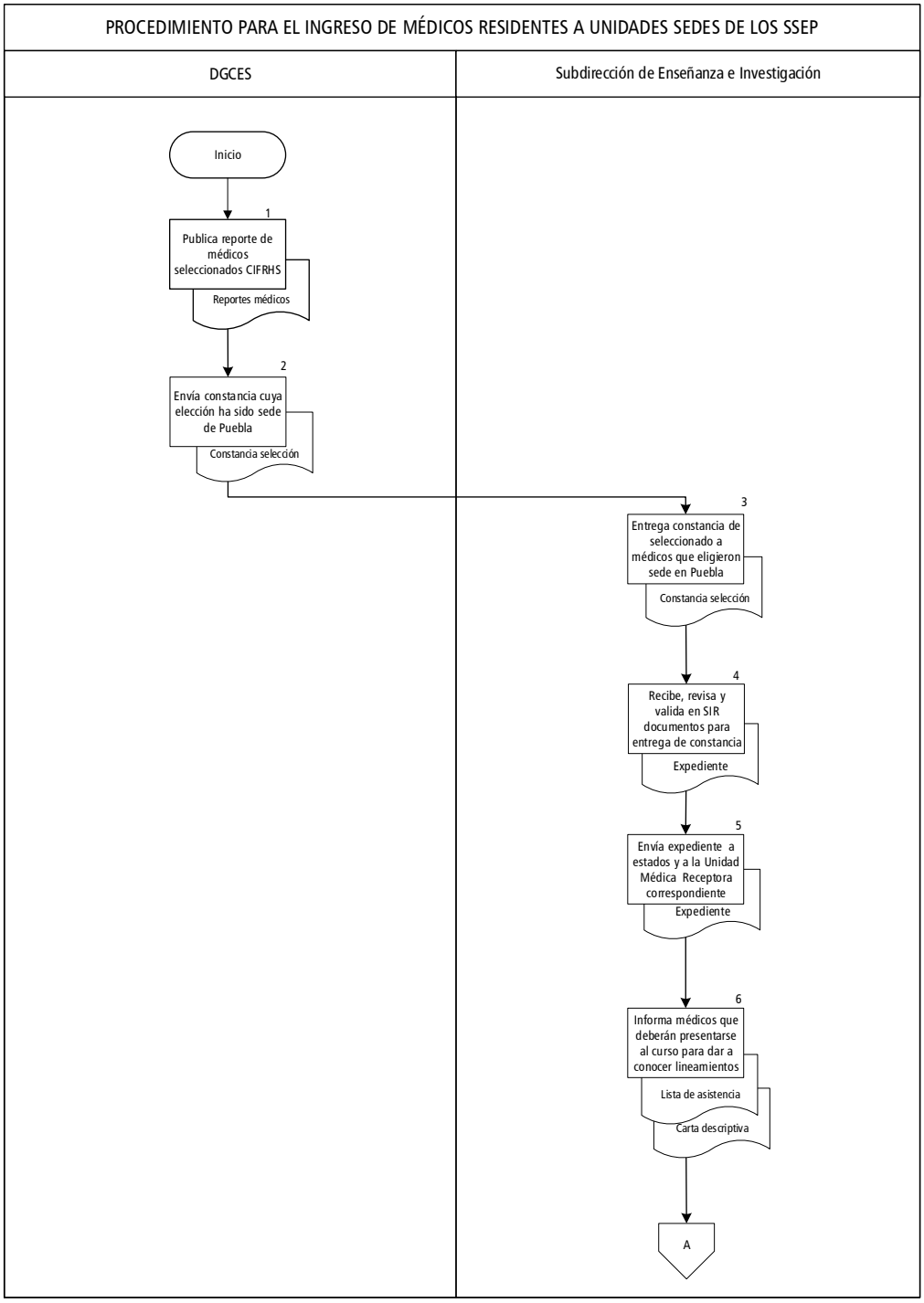
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	DGCES	Publica reporte de médicos seleccionados en la página web de la CIFRHS.	Reportes médicos
2	DGCES	Envía constancia cuya elección ha sido la sede de Puebla, a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Constancias de seleccionado
3	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Entrega constancia de seleccionado a los/las médicos que eligieron sede en el Estado de Puebla.	Constancias de seleccionado
4	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe, revisa y valida en SIR documentos de médicos que eligieron la sede de Puebla para entrega de constancia y con estos se generar un expediente; los documentos a entregar son los siguientes: • Constancia de seleccionado. • Carta de adscripción y aceptación. • Acta de nacimiento. • CURP. • RFC. • Título. • Cédula profesional. • IFE.	Expediente

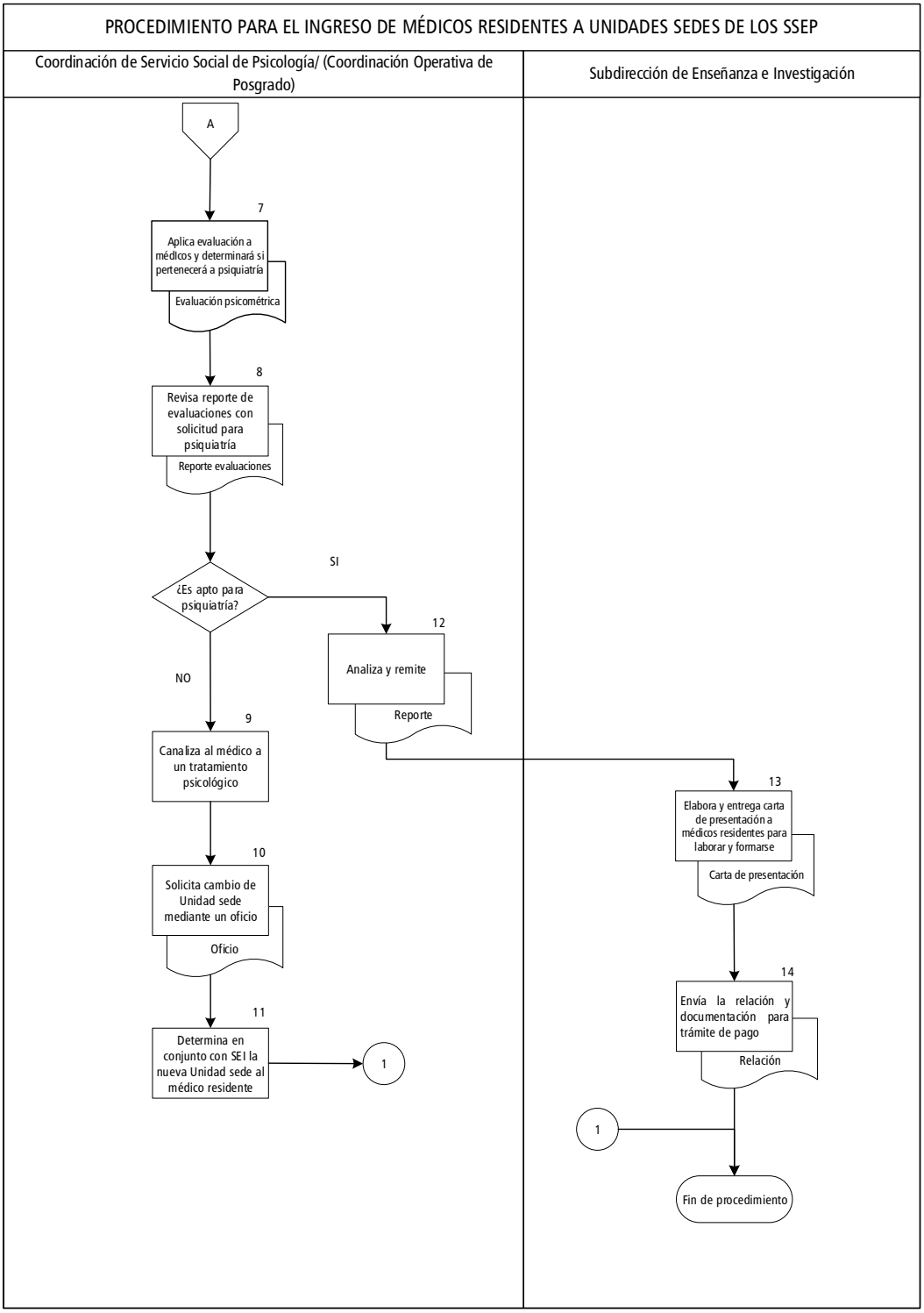
		• Comprobante de domicilio. • Examen médico. • Fotografía reciente. • Cartilla militar.	
5	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Envía expediente y por paquetería a estados correspondientes y a la Unidad Médica Receptora correspondiente cuya residencia se realizará en ese lugar.	Expediente
6	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Informa a médicos que deberán presentarse al curso de inducción en coordinación con los/las Jefes/as de Enseñanza de las Unidades Sedes, Unidad de Asuntos Jurídicos, Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas, Departamento de Relaciones Laborales y Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la salud BUAP, para dar a conocer la normatividad y lineamientos. Nota: la persona responsable de impartir la inducción se encargará de obtener una lista de asistencia.	Lista de asistencia
7	Coordinación de Servicio Social de Psicología/ (Coordinación Operativa de Posgrado)	Aplica evaluaciones psicométricas a los/las médicos de nuevo ingreso y así mismo se determinará si deberá pertenecer al área de psiquiatría.	Evaluación psicométrica /
8		Revisa reporte de evaluaciones de los/las médicos con solicitud para el área de psiquiatría ¿Es apto para el área de psiquiatría? No: continúa con actividad 9. Si: continua en el paso 12.	Reporte de evaluaciones
9	Personal del Área de Fraccionamiento	Prepara las unidades a temperatura ambiente, de 40min a 1 hora o más,	S/D

		con el fin de atemperar la unidad evitando la hemolisis al momento de fraccionar y obtiene un plasma limpio. **Nota:** En caso de unidades con cpda-1 el reposo ayuda a obtener un buen rendimiento plaquetario. **Nota:** esto se realiza en aquellas unidades de sangre recolectadas en bolsas triples o cuádruples CPDA-1 y SAGM destinadas para la obtención de plaquetas.	
10	Personal del Área de Fraccionamiento	Coloca las unidades en las camisas nivelándolas con la ayuda de la balanza de doble plato, posteriormente somete las unidades al proceso de centrifugación de acuerdo a las condiciones establecidas por el área de control de la calidad.	S/D
11	Personal del Área de Fraccionamiento	Fracciona la unidad sin exceder preferentemente más de 6 horas a partir de su recolección. **Nota:** Fracciona las unidades con la ayuda de los fraccionadores automatizados ya verificados. **Nota**: Para la separación de sangre y obtención de sus componentes se deben ejecutar los siguientes instructivos: ▪ Instructivo para la Obtención de Concentrado Eritrocitario y Plasma Envejecido. ▪ Instructivo para la Obtención de Concentrado Eritrocitario y Plasma Rico en Plaquetas a partir de Sangre Completamente Fresca. ▪ Instructivo para la Obtención de Concentrado Plaquetario a partir de Plasma Rico en Plaquetas.	S/D

		▪ Instructivo para la Obtención de Factor VIII a partir de Plasma Fresco. ▪ Instructivo para la Preparación de Fracciones Pediátricas de Concentrado Eritrocitario y Plasma Fresco Congelado. ▪ Instructivo para la Preparación de Pool de Factor VIII. Instructivo para la Reconstitución de Sangre Fresca.	
12		Analiza y emite reporte a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Reporte
13	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Elabora y entrega carta de presentación a médicos residentes para laborar y formarse en las Unidades Médicas Receptoras de Residentes de los SSEP.	Carta de presentación
14	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Envía al Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas la relación y documentación para trámite de pago: • Carta de adscripción y aceptación. • Acta de Nacimiento. • CURP. • RFC. • IFE. • Comprobante de domicilio. • Cartilla Militar.	Relación de médicos residentes
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE MÉDICOS RESIDENTES A UNIDADES SEDES DE LOS SSEP.




PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE MÉDICOS RESIDENTES A UNIDADES SEDES DE LOS SSEP
Coordinación de Servicio Social de Psicología/ (Coordinación Operativa de Posgrado)
Subdirección de Enseñanza e Investigación
A
7
Aplica evaluación a médlcos y determinará si pertenecerá a psiquiatría
Evaluación psicométrica
8
Revisa reporte de evaluaciones con solicitud para psiquiatría
Reporte evaluaciones
¿Es apto para psiquiatría?
SI
NO
12
Analiza y remite
Reporte
9
Canaliza al médico a un tratamiento psicológico
10
Solicita cambio de Unidad sede mediante un oficio
Oficio
11
Determina en conjunto con SEI la nueva Unidad sede al médico residente
1
13
Elabora y entrega carta de presentación a médicos residentes para laborar y formarse
Carta de presentación
14
Envía la relación y documentación para trámite de pago
Relación
1
Fin de procedimiento

7.9.51. PROCEDIMIENTO PARA CELEBRACIÓN DE CONVENIOS CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Regular la celebración de convenios académicos con Instituciones de Educación Superior con el fin de que se realicen prácticas en campos clínicos y administrativos.

Normas:

1. NOM 001-SSA3-2012 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Medicas
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado
3. Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud 1998-2000.
4. Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación para el Desempeño.
5. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
6. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
7. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
8. Artículo 10, fracción XIV.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. La elaboración de este procedimiento se apegará a la normatividad establecida por la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud y a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos y su extensión en los Estados, Comité Estatal Interinstitucional para la formación y capacitación de recursos humanos e investigación en salud.
2. El encargado de la Unidad Médica y Jefe/a de Enseñanza será el responsable de vigilar el estricto apego a este procedimiento.
3. Cualquier cambio sugerido será revisado por el Comité en pleno, discutido y en caso de aprobarse se dará aviso a la SEDECAP para su validación y registro correspondiente.
4. Se brindará asesoría a todas las Unidades y áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento.
5. El encargado responsable del Área de Posgrado de la Unidad de Investigación y Enseñanza en Posgrado se coordinará con el resto del grupo en la operación

	habitual.
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Tiene aplicación en la, Subdirección de Enseñanza e Investigación e Instituciones educativas de Educación Superior.
Recursos	Oficio, Convenio.
Glosario	N/A

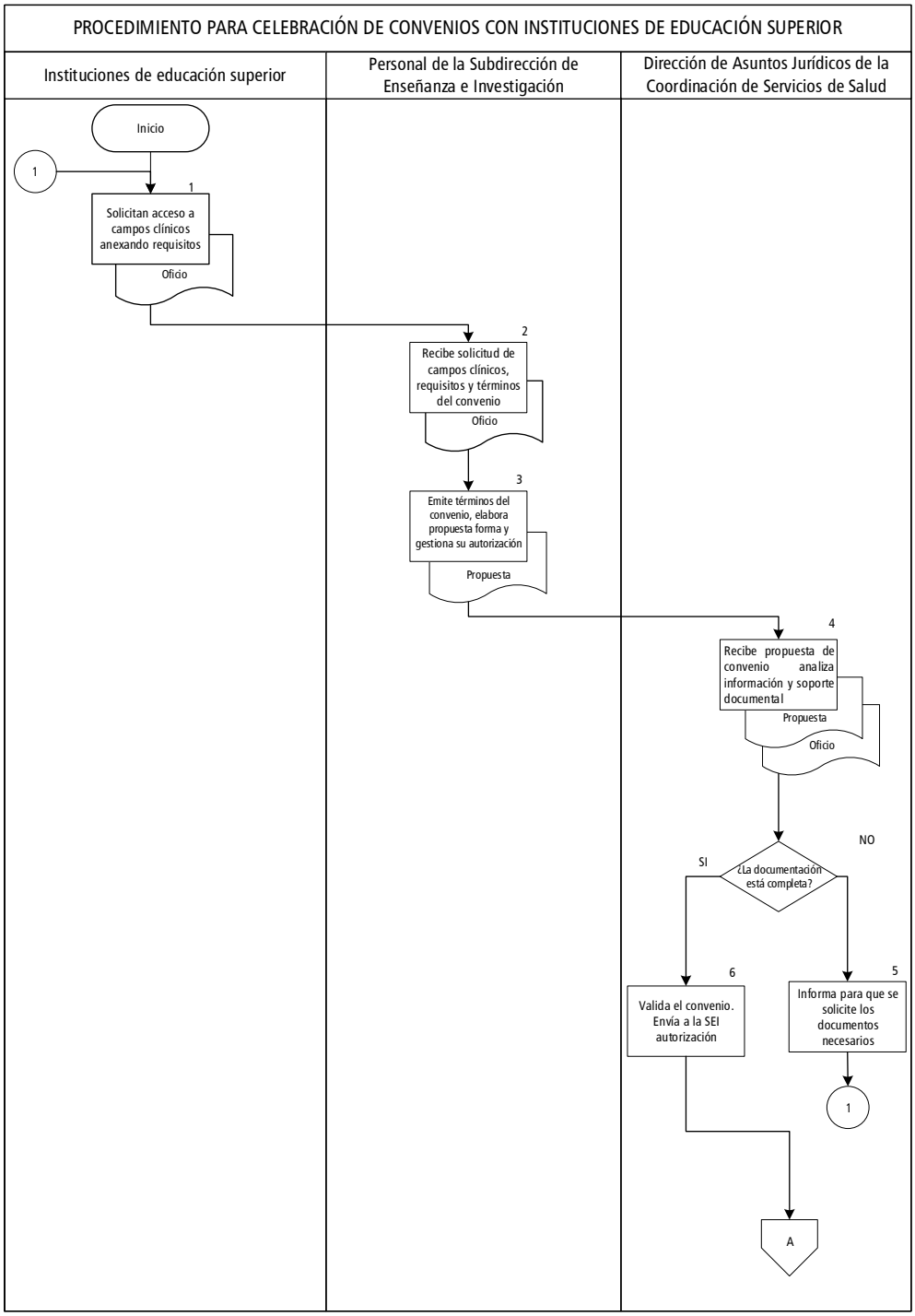
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CELEBRACIÓN DE CONVENIOS CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

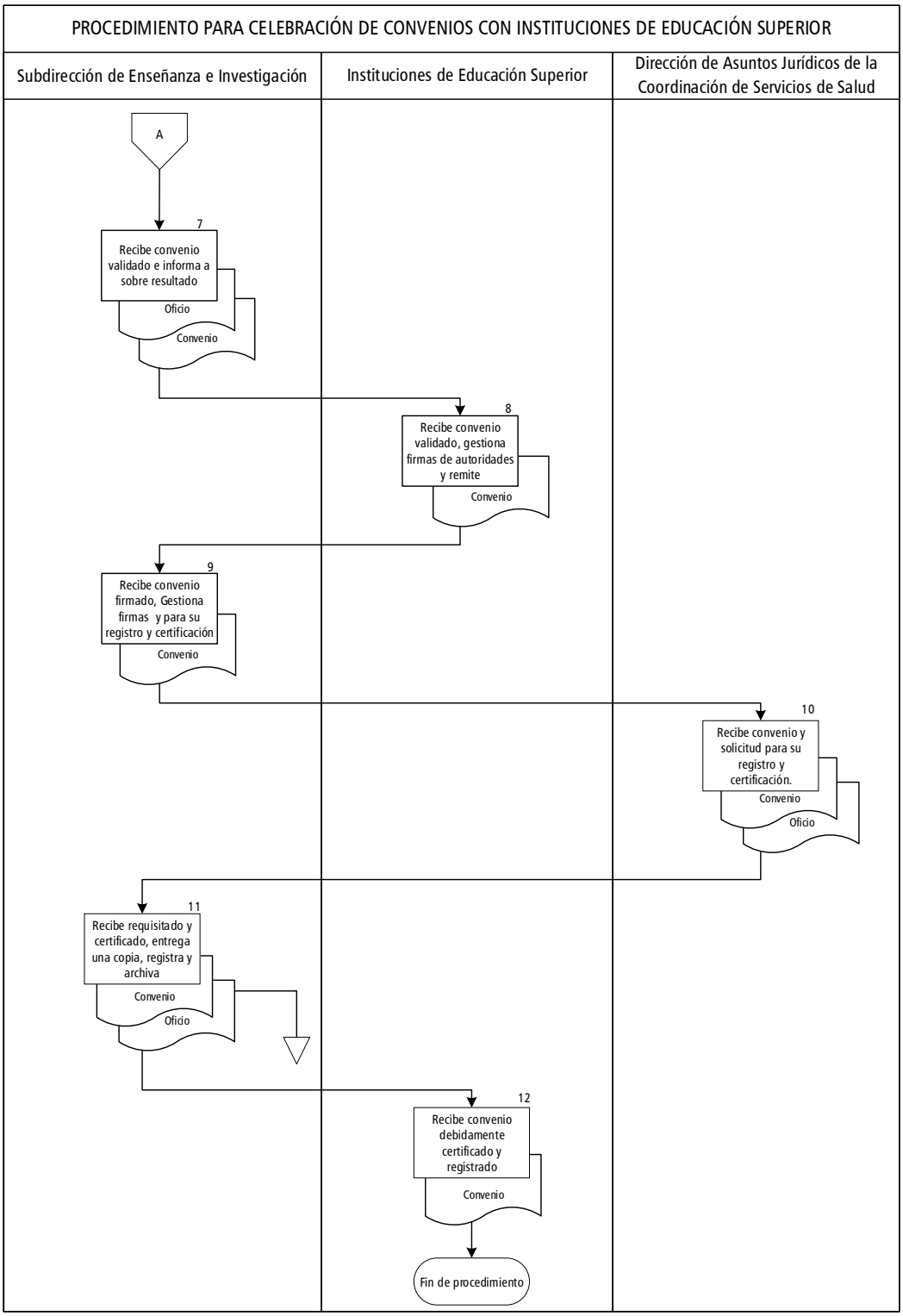
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Instituciones de educación superior	Solicitan acceso a campos clínicos para internado de medicina o servicios social anexando documentación que avala el cumplimiento de requisitos solicitados y conjuntamente participa en la definición de los términos del convenio.	Oficio
2	Personal de la Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe solicitud de campos clínicos, documentación que avala los requisitos y términos del convenio académico.	Oficio

3		Emite términos del convenio en la parte institucional, elabora propuesta formal del convenio entre la Secretaría de Salud y la Institución Educativa y gestiona ante la Dirección de Asuntos Jurídicos su autorización.	Propuesta
4	Dirección de Asuntos Jurídicos de la Coordinación de Servicios de Salud	Recibe propuesta de convenio entre la secretaria de salud y la Institución Educativa solicitante. Analiza la información y soporte documental. ¿La documentación está completa? Si: continúa en actividad 6. No: continúa en actividad 5.	Oficio y Propuesta
5		Informa a la subdirección de enseñanza para que se solicite a la institución educativa los documentos necesarios. Regresa a la actividad 1.	
6		Valida el convenio. Envía a la SEI autorización	
7	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe convenio validado e informa a la Institución de educación superior sobre su resultado con el fin de imprimir en 4 juegos y la firma respectiva de los mismos	Oficio y Convenio
8	Instituciones de Educación Superior	Recibe convenio validado entre la Secretaria de Salud y la institución de educación superior. Gestiona las firmas y remite los 3 juegos originales para firma de las Autoridades de la Secretaria de Salud.	Convenio
9	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe convenio firmado en 3 tantos, Gestiona firmas de las Autoridades de la Secretaría de salud, y se envía la Dirección de Asuntos Jurídicos para su registro y certificación.	Convenio

10	Dirección de Asuntos Jurídicos de la Coordinación de Servicios de Salud	Recibe convenio y solicitud para su registro y certificación. Analiza la información en su caso registra y certifica. Envía a la SEI dos copias del convenio debidamente requisitado.	Oficio Convenio
11	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe dos copias del convenio requisitado y certificado por la Dirección de asuntos jurídicos de la Coordinación de Servicios de Salud. Se entrega una copia del convenio debidamente certificado y registrado.	Oficio y Convenio
12	Instituciones de Educación Superior	Recibe copia del convenio debidamente certificado y registrado.	Convenio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CELEBRACIÓN DE CONVENIOS CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.




PROCEDIMIENTO PARA CELEBRACIÓN DE CONVENIOS CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Instituciones de Educación Superior
Dirección de Asuntos Jurídicos de la Coordinación de Servicios de Salud
A
7
Recibe convenio validado e informa a sobre resultado
Oficio
Convenio
8
Recibe convenio validado, gestiona firmas de autoridades y remite
Convenio
9
Recibe convenio firmado, Gestiona firmas y para su registro y certificación
Convenio
10
Recibe convenio y solicitud para su registro y certificación.
Convenio
Oficio
11
Recibe requisitado y certificado, entrega una copia, registra y archiva
Convenio
Oficio
12
Recibe convenio debidamente certificado y registrado
Convenio
Fin de procedimiento

7.9.52. PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE CARRERAS AFINES A LA SALUD EN LAS UNIDADES APLICATIVAS.

Tiempo Promedio: 5 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Autorizar la realización del servicio social de carreras afines a la salud y administrativas en las Unidades aplicativas de salud y administrativas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Normas, Políticas y Lineamientos para la Utilización de las Instalaciones y Servicios de Salud Estatales en la Formación de Recursos Humanos para la Salud en Medicina 2000.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
3. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
5. P.O. 13 X 2006 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Políticas de Operación:

1. Se operará conforme a lo normado y dentro de los lineamientos marcados por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud a través de su órgano estatal que es el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud.
2. Se brindará asesoría a todas las Unidades y Áreas involucradas dentro del alcance de estos procedimientos.
3. El Comité se encargará de aplicar las sanciones en caso de violación de estos procedimientos.
4. Los documentos rectores serán los emitidos federalmente como es la Norma Utilización de campos clínicos para ciclos, Clínicos e internado de pregrado.
5. Se asignarán internos de pregrado a los alumnos de las instituciones educativas que cuenten con convenio entre esta y los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Tiene aplicación en las Jefaturas de Enseñanza de Hospitales Privados, Coordinación Jurisdiccional de Enseñanza Jefaturas de Enseñanza de Instituciones Oficiales, Unidad de Investigación y Enseñanza en Posgrado, Dirección General de Enseñanza en Salud, áreas que intervienen en el proceso
Recursos	Nombramientos Federales de Servicio Social
Glosario	Carreras afines a la salud: químicos farmacobiólogos, psicología, medicina veterinaria, trabajo social y nutrición. Carreas administrativas: secretarias, técnicos en informática y auxiliares administrativos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE CARRERAS AFINES A LA SALUD EN LAS UNIDADES APLICATIVAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Instituciones educativas	Transfiere y coloca en condiciones adecuadas y de manera ordenada las unidades de sangre fresca recolectadas en el área de sangrado del CETS, al área de fraccionamiento y conservación. **Nota:** Las unidades servirán para la obtención de los diferentes componentes sanguíneos.	S/D
2	Subdirección de Enseñanza e	Verifica que las unidades de sangre a fraccionar cumplan con los requisitos.	S/D

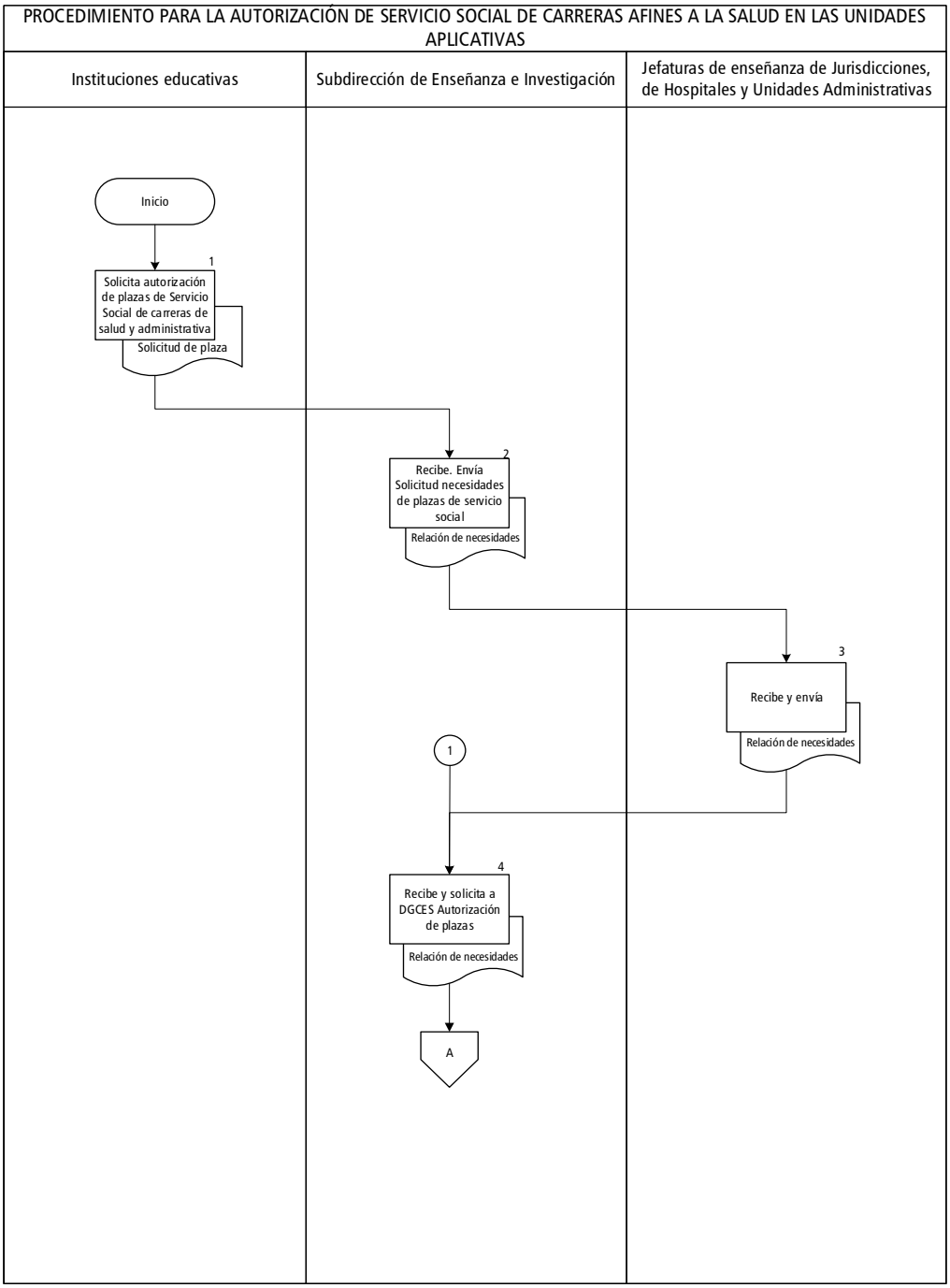
	Investigación	¿las unidades cumplen con los requisitos? Si: Continuar en la actividad 3. No: Continuar con actividad 4.	
3	Jefaturas de enseñanza de Jurisdicciones, de Hospitales y Unidades Administrativas	Anota la fecha en la libreta de fraccionamiento y llena los datos de las unidades de sangre. **Nota**: La unidad de sangre debe contener los siguientes datos con letra clara y legible: ➢ Nombre completo del donador. ➢ Fecha de extracción. ➢ No. de unidad. ➢ Grupo sanguíneo. ➢ Volumen de la sangre obtenida. ➢ Hb y Hto. ➢ Hora de inicio y final de sangrado, y nombre del flebotomista. ¿Se identificó todas las unidades de sangre? Si: Continuar con actividad 6. No: Continuar con actividad 5.	Libreta de fraccionamiento
4	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Acude al flebotomista en caso de duda o ilegibilidad para solicitar la aclaración y así identificar adecuadamente la unidad de sangre, posteriormente anota los correspondientes datos.	S/D
5	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Corrobora el volumen de cada unidad recibida. **Nota:** Para ello es necesario: ➢ Pesar la unidad en la balanza digital del área de fraccionamiento. ➢ Auxiliarse de la Especificación de Peso-Volumen para Unidades de Sangre y Componentes. ➢ Relacionar el valor del peso	S/D

		obtenido con el volumen sanguíneo correspondiente a cada valor. ➢ Tomar en cuenta para este cálculo, el tipo de bolsa y anticoagulante de las unidades enviadas. ¿La unidad de sangre cumple con el volumen requerido? Si: Continuar con actividad 6. No: Continuar con actividad 7.	
6		Acepta las unidades de sangre fresca que tengan un volumen de 450 ml ± el 10%. Nota**:** Los requisitos para la aceptación del volumen son los siguientes: ▪ Para C. E. en SAG-M debe tener un volumen mínimo de 250ml. y máximo de 350 ml. y estar libre de coágulos. ▪ Para C.E. en CPDA-1 debe tener un volumen mínimo de 230mL y máximo de 330mL y estar libre de coágulos. ▪ Para P.F. y P.E. o PFD6H, tener un volumen de ≥140mL si se obtienen plaquetas y si no se procesan las plaquetas el volumen debe ser ≥200mL. ▪ Para validación de C.P., tener un volumen ≥40mL. ▪ Para CRIÓ, tener un volumen ≤10 ml.	S/D
7	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Seguir el tratamiento indicado. **Nota:** Aplica para la unidad de sangre que no reúne un volumen dentro del intervalo de 405 - 495 ml, realizar lo siguiente:	Libreta de fraccionamiento de unidades

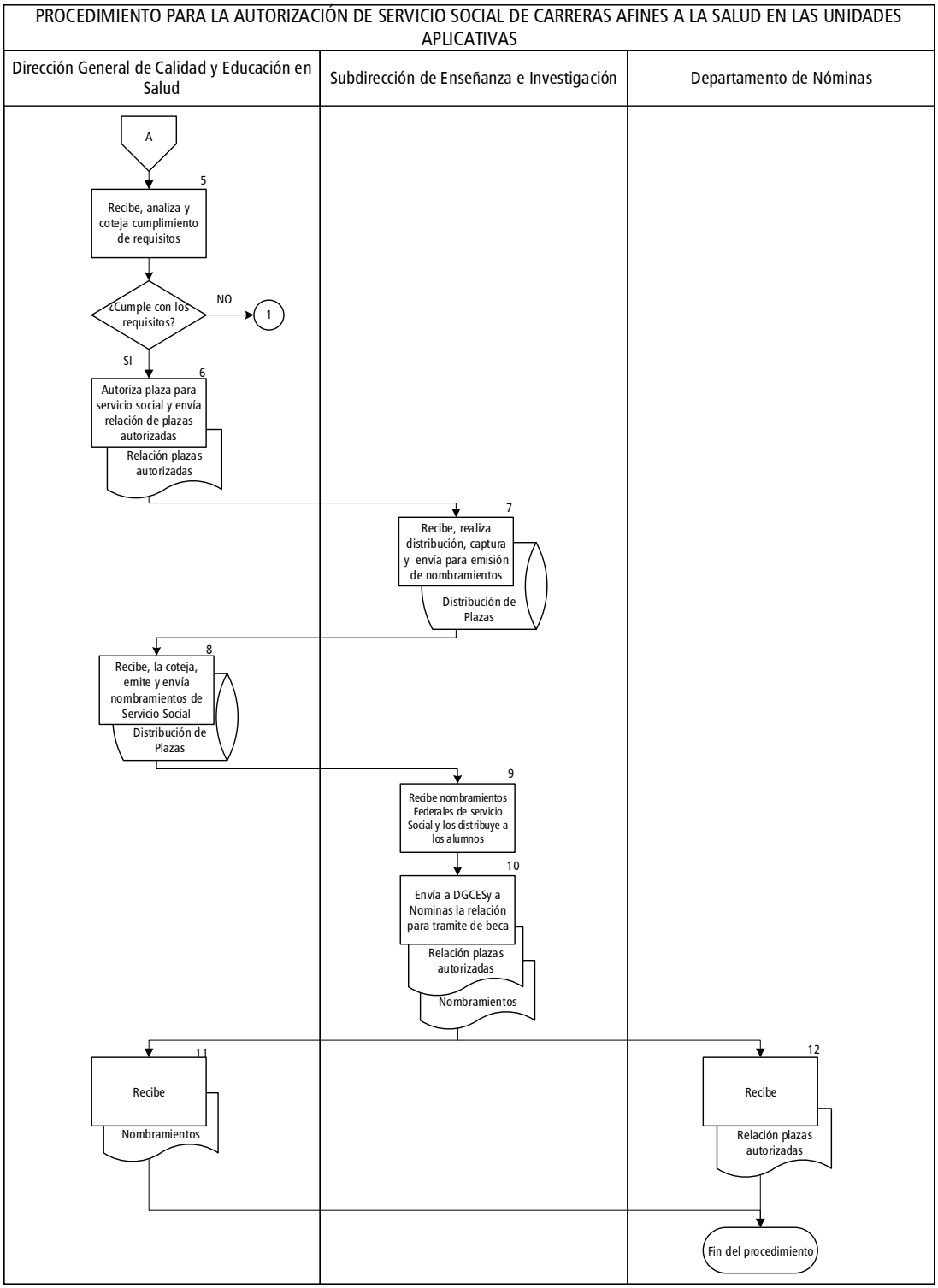
		➢ Anota en el registro de Fraccionamiento como “Producto no Conforme” ➢ Para las unidades que tengan volumen de 300 a 404 ml: fracciona el concentrado eritrocitario, y a los demás componentes les da destino final. ➢ Para las unidades de sangre menor a 300 ml de igual manera se da destino final. **Fin de procedimiento**	
8	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Coloca la unidad en el sitio de conservación correspondiente para su posterior liberación. **Nota:** Las unidades de sangre liberadas deberán estar libres de coágulos y ser sistema cerrado con el tubo colector bien purgado. **Nota:** Para su temporal conservación se colocan en el apartado “sangre total para fraccionar”, si éstas no se fraccionan de manera inmediata.	S/D
9	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Prepara las unidades a temperatura ambiente, de 40min a 1 hora o más, con el fin de atemperar la unidad evitando la hemolisis al momento de fraccionar y obtiene un plasma limpio. **Nota:** En caso de unidades con cpda-1 el reposo ayuda a obtener un buen rendimiento plaquetario. **Nota:** esto se realiza en aquellas unidades de sangre recolectadas en bolsas triples o cuádruples CPDA-1 y SAGM destinadas para la obtención de plaquetas.	S/D
10		Coloca las unidades en las camisas	S/D

		nivelándolas con la ayuda de la balanza de doble plato, posteriormente somete las unidades al proceso de centrifugación de acuerdo a las condiciones establecidas por el área de control de la calidad.	
11	Dirección General de Calidad y Educación en salud	Recibe relación y copia de nombramientos de servicio social.	Nombramientos
12	Departamento de Nóminas	Recibe relación de plazas autorizadas para trámite de beca.	Relación de plazas autorizadas
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE CARRERAS AFINES A LA SALUD EN LAS UNIDADES APLICATIVAS.



PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE CARRERAS AFINES A LA SALUD EN LAS UNIDADES APLICATIVAS



7.9.53. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO.

Tiempo Promedio: 1 día por unidad de manera continua

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Supervisar el desarrollo de las actividades de los internos de pregrado de acuerdo al programa académico y programa operativo con el fin de garantizar que se efectúen las actividades de acuerdo a lo programado en el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas con el fin de lograr la formación adecuada del alumno.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Normas, Políticas y Lineamientos para la Utilización de las Instalaciones y Servicios de Salud Estatales en la Formación de Recursos Humanos para la Salud en Medicina 2000.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
3. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
5. P.O. 13 X 2006 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.
6. Reglamento de internado de pregrado.
7. PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

Políticas de Operación:

1. Se operará conforme a lo normado y dentro de los lineamientos emitidos por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud a través de su órgano estatal que es el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud.
2. Cualquier cambio sugerido será revisado por el Comité en pleno, discutido y en caso de ser aprobado se comunicará a la SEDECAP para su proceso de trámite correspondiente.
3. Se brindará asesoría a todas las Unidades y Áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento.
4. El Comité se encargará de aplicar las sanciones en caso de violación de este procedimiento.
5. Los documentos rectores serán los emitidos federalmente como es el PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención

	médica como campos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. 6. Se asignarán internos de pregrado a los alumnos de las instituciones educativas que cuenten con RVOE y Convenio entre esta y los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como contar con la Opinión Técnica favorable por parte de la CIFRHUS
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a las Jefaturas de Enseñanza de Hospitales, Jefaturas de Enseñanza de Instituciones Oficiales, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Instituciones Educativas, médicos internos de pregrado y áreas que intervienen en el proceso
Recursos	Oficio, Memorándum, Calendario de supervisión, Reporte de supervisión.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Solicita vía oficio a los Hospitales Sede de Internado Médico en los meses de enero y julio: Programa Operativo que debe incluir lo siguiente: • Horarios de las actividades	Oficio Programa operativo

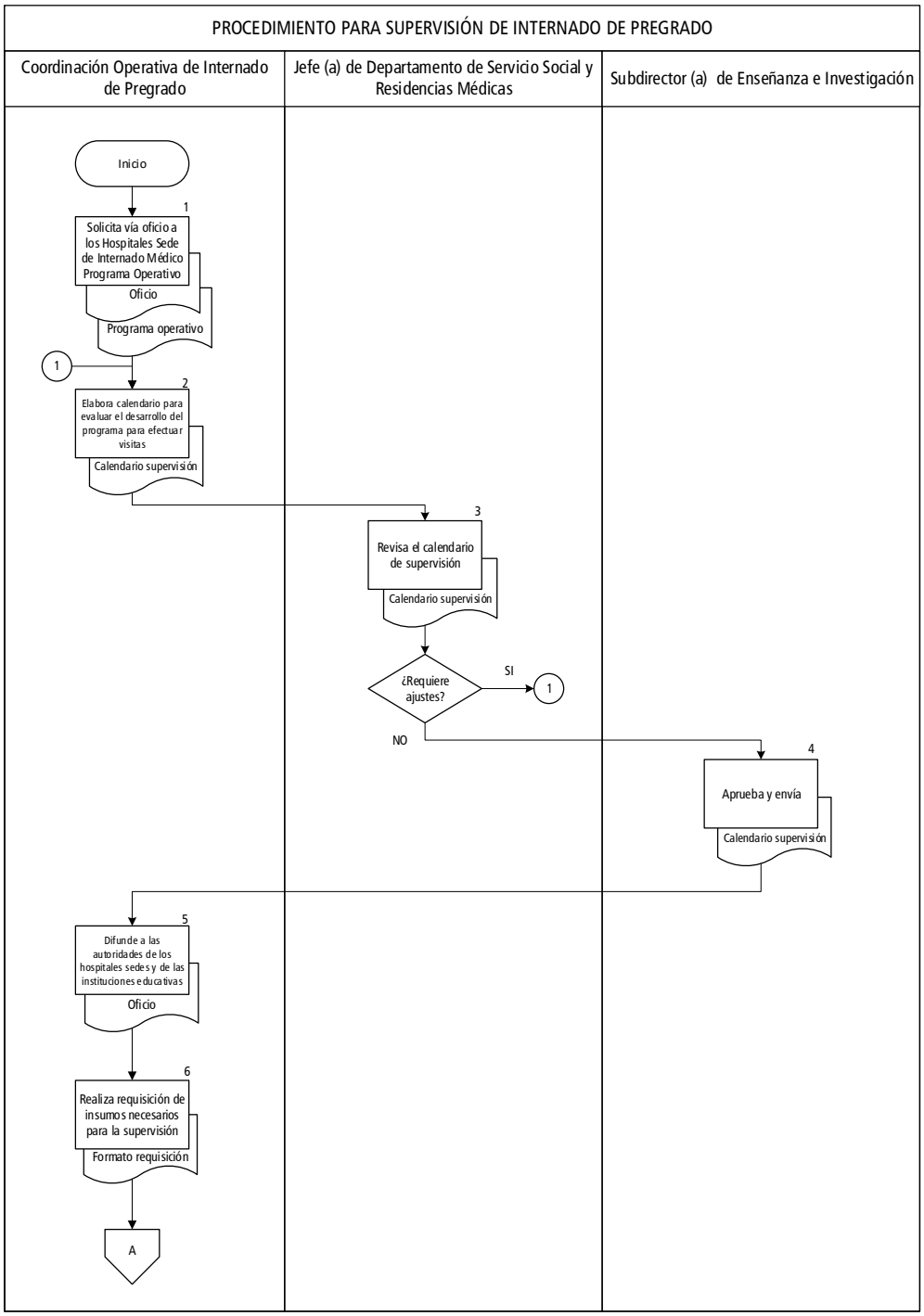
		teóricas y de las prácticas clínicas. • Nombre del profesor o tutor responsable de cada una de las rotaciones, módulos o asignaturas. • Los mecanismos de supervisión y evaluación. • Diagnóstico Situacional • Reglamento Interno El Programa Operativo se utilizará como insumo para la Supervisión de las sedes hospitalarias.	
2	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Elabora calendario de supervisión para evaluar el desarrollo del programa de internado de Pregrado para efectuar las visitas de asesoría a las sedes hospitalarias al menos una vez al semestre **Nota:** El calendario de supervisión debe considerar la semana en la que se hará la supervisión al hospital sede y los integrantes del comité de Enseñanza de Pregrado.	Calendario supervisión
3	Jefe/a de Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas	Revisa el calendario de supervisión de la Coordinación Operativa de internado de Pregrado. ¿Requiere ajustes? Sí, continúa en la actividad 2 No, continúa en la actividad 4	Calendario supervisión
4	Subdirector/a de Enseñanza e Investigación	Aprueba y envía el calendario de supervisión de la coordinación operativa de internado de pregrado.	Calendario supervisión
5	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Difunde vía oficio a las autoridades de los hospitales sedes y de las instituciones educativas el calendario de supervisión.	Oficio

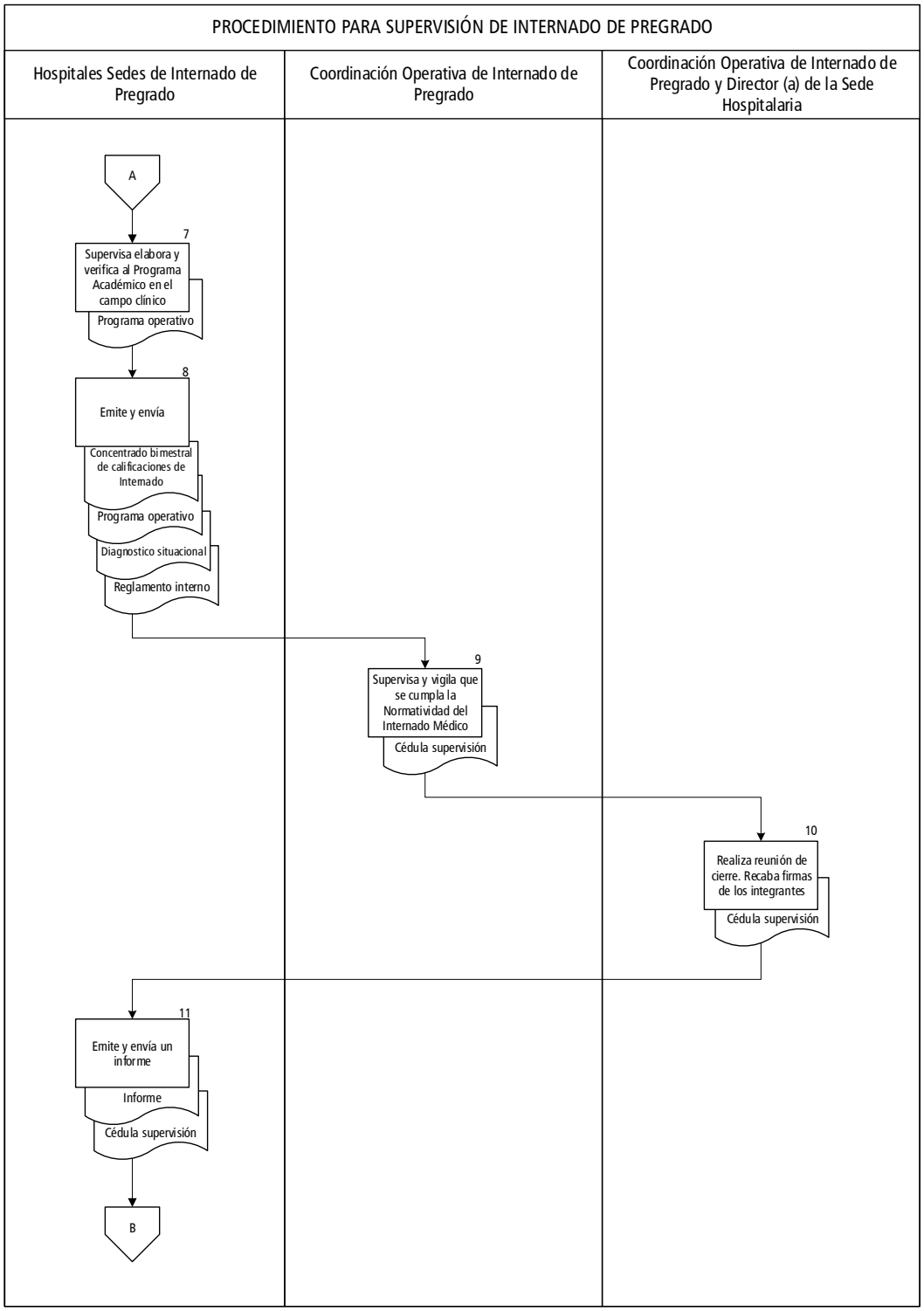
6	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Realiza requisición de insumos necesarios para la supervisión a la asistente de la Subdirección, donde se solicitan: • Viáticos • Vehículo • Papelería	Formato requisición
7	Hospitales Sedes de Internado de Pregrado	Supervisa y verifica que se dé cumplimiento al Programa Académico en el campo clínico a través del Programa Operativo, el cual elabora el hospital sede con la participación de los profesores titulares.	Programa Operativo
8	Hospitales Sedes de Internado de Pregrado	Emite y envía en los meses de enero y julio: • Programa Operativo • Diagnóstico Situacional • Reglamento Interno En forma bimestral, envía: • Concentrado Bimestral de Calificaciones de Internado de Pregrado (Una copia de este documento la coloca en un lugar visible para información de los alumnos) ¿Cuál es la relación con los pasos anteriores y posteriores? Se recomienda redactar de manera que se dé una secuencia • O bien se puede hacer pasos donde se recibe los documentos que los hospitales elaboran.	Programa operativo Diagnostico situacional Reglamento Interno Concentrado bimestral de calificaciones de Internado
9	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Supervisa y vigila que se cumpla con la Normatividad del Internado Médico a sedes hospitalarias (realizando una vez por semestre la visita, abarcando las dos promociones que están vigentes en el año):	Cédula supervisión

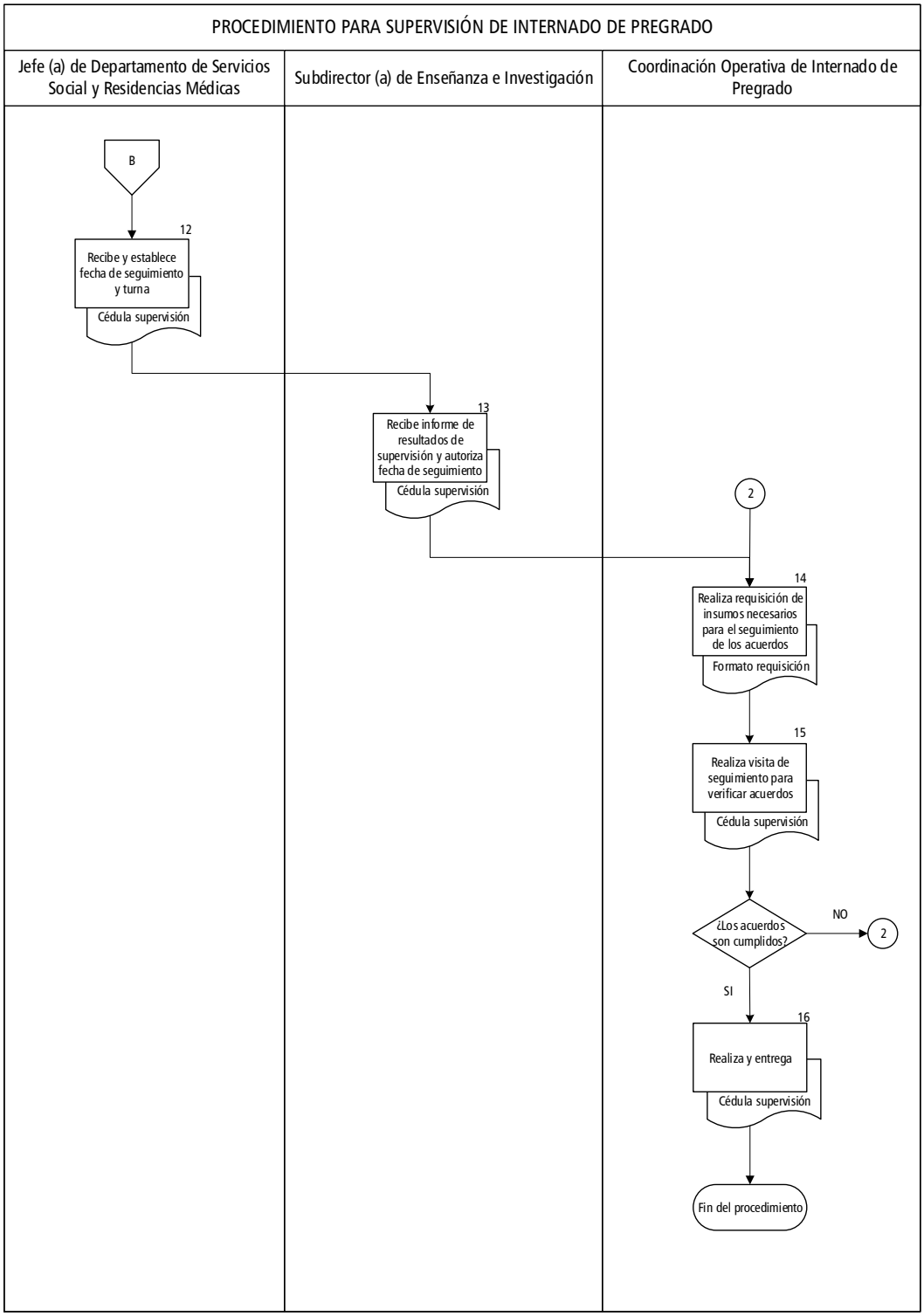
		• Plantilla de Profesores titulares. • Programa Operativo de Internado de Pregrado. • Sesiones académicas: tipo, frecuencia. • Necesidades detectadas. • Problemática detectada. • Rotaciones establecidas. • Vacaciones programadas. • Calificaciones al término de cada rotación en el que conste la calificación obtenida y que es la misma que se informa al alumno, a la Institución Educativa y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. • Expedientes de los médicos internos.	
10	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado, Director/a de la Sede Hospitalaria	Realiza reunión de cierre de la visita de asesoría y supervisión donde se establecen los acuerdos y compromisos, así como las propuestas de solución. Recaba firmas de los integrantes y se genera copia original de la Cédula de supervisión para cada institución que participa.	Cédula supervisión
11	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Emite y envía un informe de resultados de la supervisión con acuerdos y compromisos establecidos entregándolo al/la Jefe/a de Departamento de Servicios Social y Residencias Médicas y al Subdirector/a de Enseñanza e Investigación.	Cédula supervisión Informe
12	Jefe/a de Departamento de Servicios Social y Residencias Médicas	Recibe informe de resultados de supervisión y establece fecha de seguimiento y turna.	Cédula supervisión

13	Subdirector/a de Enseñanza e Investigación	Recibe informe de resultados de supervisión y autoriza fecha de seguimiento.	Cédula supervisión
	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Realiza requisición de insumos necesarios para el seguimiento de los acuerdos generados en la supervisión a la asistente de la Subdirección donde se solicitan: • Viáticos • Vehículo • Papelería	Formato requisición
14	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Realiza requisición de insumos necesarios para el seguimiento de los acuerdos generados en la supervisión a la asistente de la Subdirección donde se solicitan: • Viáticos • Vehículo • Papelería	Formato requisición
15	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Realiza visita de seguimiento para verificar cumplimiento de acuerdos establecidos. ¿Los acuerdos son cumplidos? Sí, continúa en la actividad 16 No, continúa en la actividad 14, para segunda visita.	Cédula Supervisión
16	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Realiza y entrega Cédula de supervisión al/la Jefe/a de Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas y a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Cédula supervisión
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO.




PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO
Hospitales Sedes de Internado de Pregrado
Coordinación Operativa de Internado de Pregrado
Coordinación Operativa de Internado de Pregrado y Director (a) de la Sede Hospitalaria
A
7
Supervisa elabora y verifica al Programa Académico en el campo clínico
Programa operativo
8
Emite y envía
Concentrado bimestral de calificaciones de Internado
Programa operativo
Diagnostico situacional
Reglamento interno
9
Supervisa y vigila que se cumpla la Normatividad del Internado Médico
Cédula supervisión
10
Realiza reunión de cierre. Recaba firmas de los integrantes
Cédula supervisión
11
Emite y envía un informe
Informe
Cédula supervisión
B


PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO
Jefe (a) de Departamento de Servicios Social y Residencias Médicas
Subdirector (a) de Enseñanza e Investigación
Coordinación Operativa de Internado de Pregrado
B
12
Recibe y establece fecha de seguimiento y turna
Cédula supervisión
13
Recibe informe de resultados de supervisión y autoriza fecha de seguimiento
Cédula supervisión
2
14
Realiza requisición de insumos necesarios para el seguimiento de los acuerdos
Formato requisición
15
Realiza visita de seguimiento para verificar acuerdos
Cédula supervisión
¿Los acuerdos son cumplidos?
NO
2
SI
16
Realiza y entrega
Cédula supervisión
Fin del procedimiento

7.9.54. PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE CONSTANCIAS DE TERMINACIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO.

Tiempo Promedio: 3 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Faviola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Emitir la Constancia que avala la terminación de internado de pregrado de acuerdo al programa académico y programa operativo con el fin de otorgar oficialmente la terminación de internado de pregrado de acuerdo al programa académico y programa operativo de internado de pregrado.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Normas, Políticas y Lineamientos para la Utilización de las Instalaciones y Servicios de Salud Estatales en la Formación de Recursos Humanos para la Salud en Medicina 2000.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
3. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
5. P.O. 13 X 2006 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.
6. Reglamento de internado de pregrado
7. PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

Políticas de Operación:

1. Se operará conforme a lo normado y dentro de los lineamientos emitidos por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud a través de su órgano estatal que es el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud.
2. Cualquier cambio sugerido será revisado por el Comité en pleno, discutido y en caso de ser aprobado se comunicará a la SEDECAP para su proceso de trámite correspondiente.
3. Se brindará asesoría a todas las Unidades y Áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento.
4. El Comité se encargará de aplicar las sanciones en caso de violación de este procedimiento.
5. Los documentos rectores serán los emitidos federalmente como es la Norma Utilización de campos clínicos para ciclos Clínicos e internado de

	pregrado. 6. Se otorgarán constancias de terminación de internado de pregrado a los médicos internos que cumplan con los lineamientos normativos y programa académico y operativo.
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a las Jefaturas de Enseñanza de Hospitales, Jefaturas de Enseñanza de Instituciones Oficiales, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Instituciones Educativas, médicos internos de pregrado y áreas que intervienen en el proceso.
Recursos	Oficio, Memorándum y Constancias de terminación de internado.
Glosario	N/A

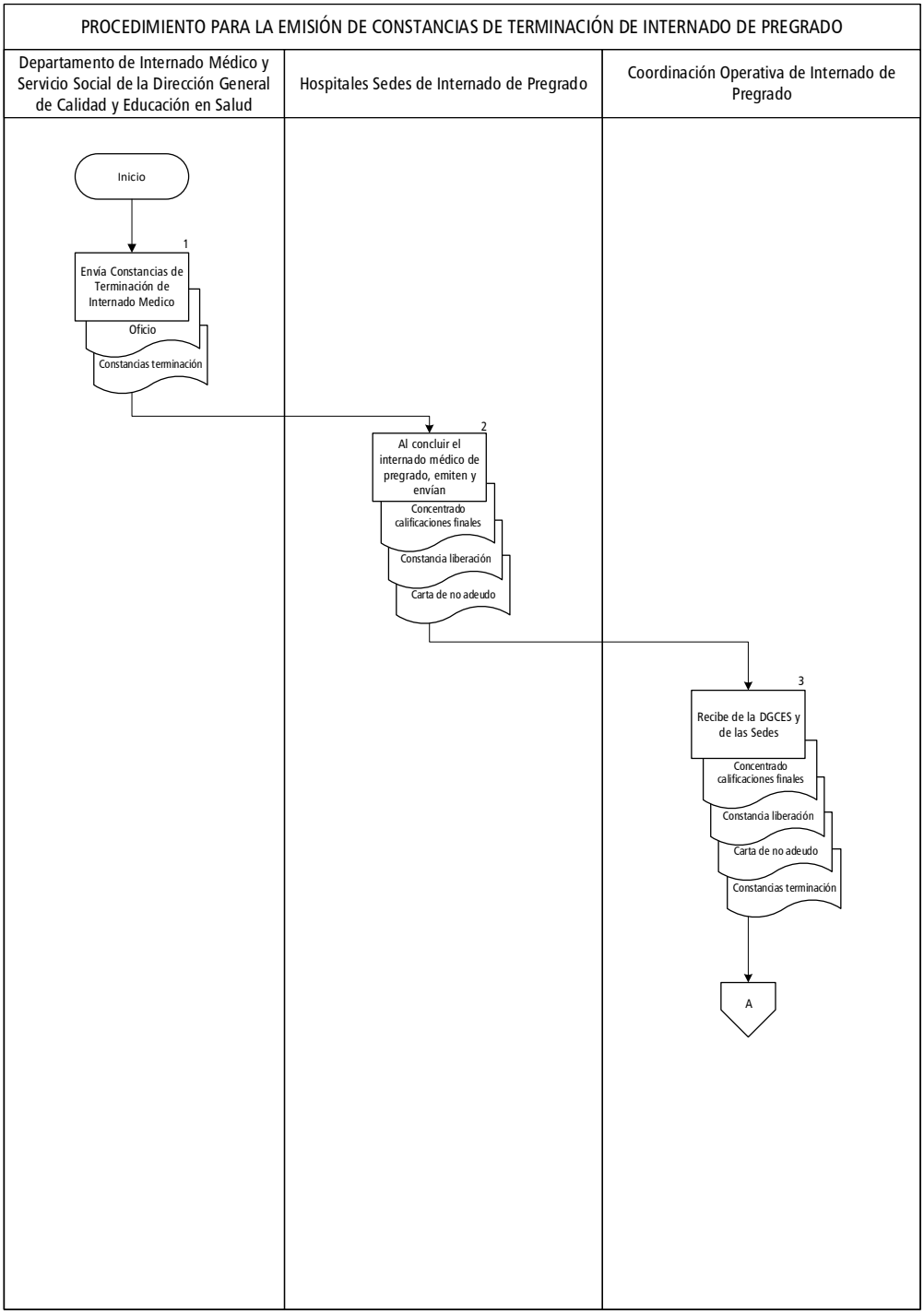
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE CONSTANCIAS DE INTERNADO DE PREGRADO.

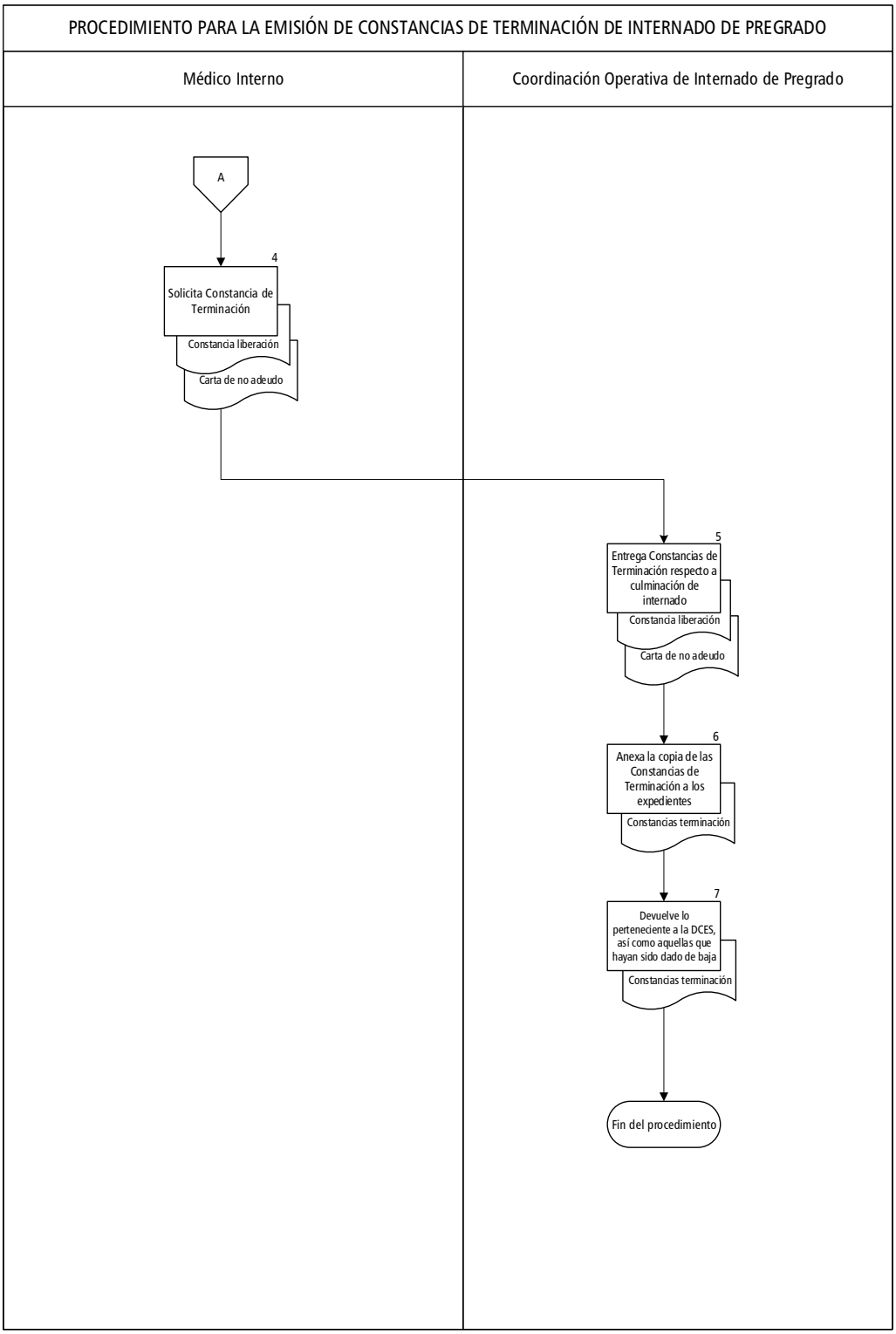
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Departamento de Internado Médico y Servicio Social de la Dirección General de Calidad	Envía las Constancias de Terminación de Internado Medico a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Oficio Constancias terminación

	y Educación en Salud		
2	Hospitales Sedes de Internado de Pregrado	Al concluir el internado médico de pregrado, emiten y envían: • Concentrado de calificaciones Finales de los Médicos Internos de Pregrado. • Constancia de Liberación de Internado de Pregrado, consignando la calificación final y calificación de las rotaciones bimestrales (Medicina Interna, Pediatría, Urgencias, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Consulta Externa (Primer Nivel de Atención), con copia para la Institución Educativa de procedencia y para el interesado) • Carta de No Adeudo.	Concentrado de calificaciones finales Constancia liberación Carta de no adeudo
3	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Recibe de la DGCES y de las Sedes: Constancias de Terminación de Internado Medico, Concentrado de Calificaciones Finales Constancia de Liberación y Carta de No Adeudo de Internado Medico Para su entrega a los Médicos Internos de Pregrado. 3.1 Solo se entregarán a quien cumpla con la calificación mínima establecida en el convenio.	Constancias terminación Concentrado de calificaciones finales Constancia liberación Carta de no adeudo
4	Médico Interno	Solicita a la Coordinación Operativa de Internado de Pregrado la Constancia de Terminación de Internado Médico presentando su Constancia de Liberación y Carta de No Adeudo.	Constancia liberación Carta de no adeudo.
5	Coordinación	Entrega en los meses de enero y julio	Constancia

	Operativa de Internado de Pregrado	las Constancias de Terminación de Internado Médico a los médicos internos que presentan Constancia de Liberación y Carta de No Adeudo correspondiente a la culminación del internado de pregrado en su sede hospitalaria.	liberación Carta de no adeudo.
6	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Anexa la copia (institución de salud) de las Constancias de Terminación de Internado Médico a los expedientes de los médicos internos.	Constancias terminación
7	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Devuelve la copia perteneciente a la Dirección de Calidad y Educación en Salud, así como aquellas en las que el/la alumno (a) haya sido dado de baja.	Constancias terminación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE CONSTANCIAS DE INTERNADO DE PREGRADO.




PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE CONSTANCIAS DE TERMINACIÓN DE INTERNADO DE PREGRADO
Médico Interno
Coordinación Operativa de Internado de Pregrado
A
4
Solicita Constancia de Terminación
Constancia liberación
Carta de no adeudo
5
Entrega Constancias de Terminación respecto a culminación de internado
Constancia liberación
Carta de no adeudo
6
Anexa la copia de las Constancias de Terminación a los expedientes
Constancias terminación
7
Devuelve lo perteneciente a la DCES, así como aquellas que hayan sido dado de baja
Constancias terminación
Fin del procedimiento

7.9.55. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAMPOS CLÍNICOS Y AUTORIZACIÓN DE PLAZAS DE SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ESTOMATOLOGÍA.

Tiempo Promedio: 2 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martinez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Identificar las necesidades de campos clínicos de la Institución Educativa e Institución de salud, para asignar los campos clínicos autorizados por la DGCES a alumnos/as de medicina, enfermería y estomatología, regulación sanitaria y carreras afines y realican su servicio social. Además, establecer los lineamientos para la emisión de constancia de terminación a los/las alumnos/asque hayan culminado exitosamente su servicio social.

Objetivo

Normas:

1. Normas, Políticas y Lineamientos para la Utilización de las Instalaciones y Servicios de Salud Estatales en la Formación de Recursos Humanos para la Salud en Medicina 2000.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
3. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
5. P.O. 13 X 2006 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.
6. Reglamento de internado de pregrado
7. NORMA Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. Se operará conforme a lo normado y dentro de los lineamientos emitidos por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud a través de su órgano estatal que es el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud.
2. Se brindará asesoría a todas las Unidades y Áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento.
3. Se aplicarán las sanciones en caso de violación de este procedimiento.
4. Se asignarán internos de pregrado y Servicio Social a los alumnos de las instituciones educativas que cuenten con RVOE y Convenio entre esta y los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como contar con la Opinión Técnica favorable por parte de la CEIFCRHIS.

Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a las Jefaturas de Enseñanza de Hospitales, Jefaturas de Enseñanza de Instituciones Oficiales, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Instituciones Educativas, alumnos/as de medicina, enfermería, estomatología y carreras afines a la salud y áreas que intervienen en el proceso
Recursos	Oficio, Acta de reunión, Listado de egreso, Oficio de Invitación, Lista de asistencia, Acta Estatal Interinstitucional, Formato detección de necesidades
Glosario	DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud RVOE: Registro de validez oficial y estudios CIFRHUS: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud SEI: Subdirección de Enseñanza e Investigación

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAMPOS CLÍNICOS Y AUTORIZACIÓN DE PLAZAS DE SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ESTOMATOLOGÍA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe solicitud vía oficio de la DGCES y solicita a las Jefaturas de Enseñanza de Jurisdicciones lo siguiente: • Necesidades de pasantes en servicio social de medicina, enfermería, estomatología y	Oficio

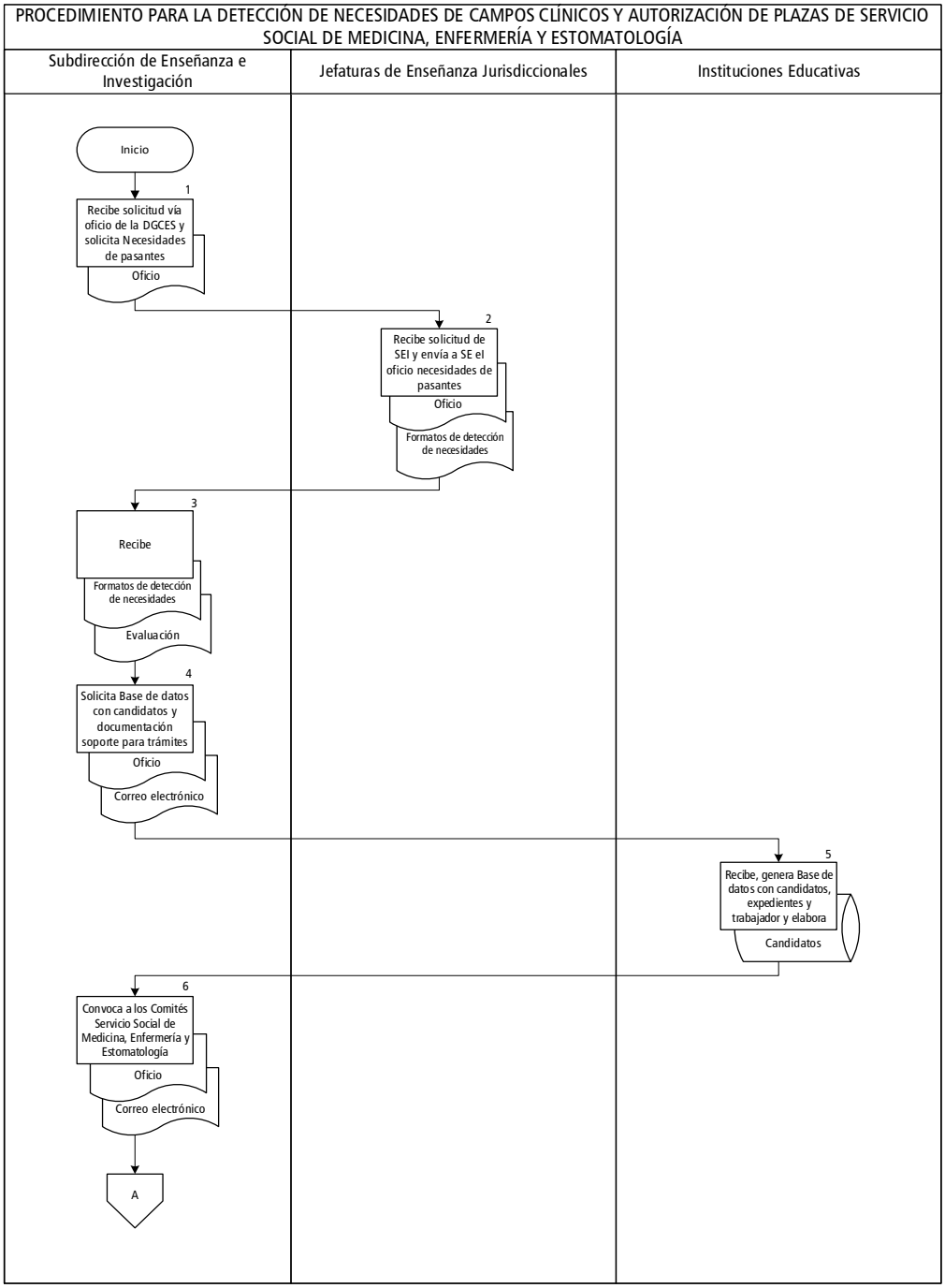
		regulación sanitaria y carreras afines a la salud. La evaluación de las localidades para el servicio social donde se documenta que la institución de salud tiene las condiciones necesarias (proyecto de norma SSA NOM-009)	
2	Jefaturas de Enseñanza Jurisdiccionales	Recibe solicitud de SEI y envían a la SE eI oficio con las necesidades de pasantes en servicio social de medicina, enfermería, estomatología y regulación sanitaria y carreras afines a la salud. La evaluación de las localidades para realizar servicio social	Oficio Formatos de detección de necesidades
3	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe: • Necesidades de pasantes de servicio social de medicina, enfermería estomatología y regulación sanitaria y carreras afines a la salud* • La evaluación de las localidades para realizar el servicio social. Nota: Para Regulación Sanitaria y Carreras Afines a la salud la detección de necesidades llega directamente de los Hospitales y de Oficina Central	Formatos de detección de necesidades Evaluación
4	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Solicita a las Instituciones Educativas Base de datos con candidatos para Servicio Social y documentación soporte para los siguientes trámites: *** Plazas foráneas**: carta de motivos del pasante; carta de no inconveniente de la Institución Educativa; carta de no inconveniente del estado receptor y emisor. * **Plazas por enfermedad:** solicitud del alumno, expediente clínico.	Oficio Correo electrónico

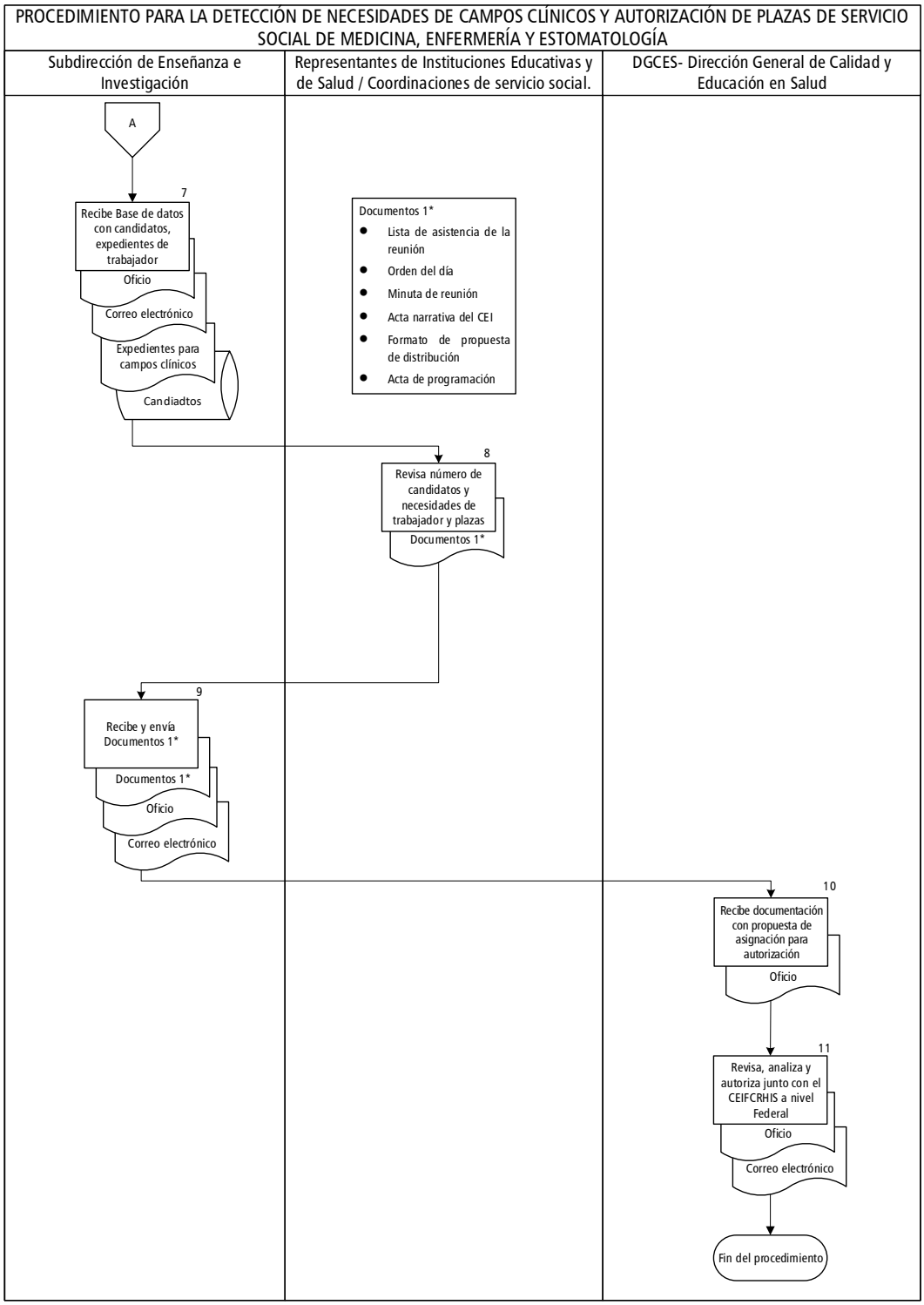
		* **Plaza de trabajador**: nombramiento de base y talón de pago, solicitud del alumno y autorización de la Institución de salud. Nota 1: El listado deberá estar por: apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y por promedio en orden descendente. Nota 2: Para el caso de enfermería se envía fecha de recepción de casos especiales.	
5	Instituciones Educativas	Recibe solicitud para generar: Base de datos con candidatos para Servicio Social, expedientes para campos clínicos foráneos, por enfermedad y de trabajador de servicio social y elabora base de datos de asignación de plazas de servicio social.	Base de datos: Candidatos
6	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Convoca a reunión a los Comités Estatales de Servicio Social de Medicina, de Servicio Social de Enfermería y de Servicio Social de Estomatología. Nota: Para el caso de Enfermería se convoca a dos reuniones una con el CEI (Comité Estatal Interinstitucional) y otra con Instituciones Educativas.	Oficio Correo Electrónico,
7	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe Base de datos con candidatos para Servicio Social, expedientes para campos clínicos foráneos, por enfermedad y de trabajador.	Oficio Correo electrónico Base de datos: Candidatos Expedientes para campos clínicos
8	Representantes de	Revisa el número de candidatos para	Lista de

	Instituciones Educativas y de Salud / Coordinaciones de servicio social.	Servicio Social de Instituciones Educativas y necesidades de pasantes por las Instituciones de Salud para la elaboración de la Propuesta de Distribución de Campos Clínicos, así como los expedientes de plazas fuera del estado, por enfermedad, de trabajador y plazas para servicio social en programa de investigación. Nota: Para regulación sanitaria y carreras afines a la salud la propuesta se hace por medio del Acta de Programación Estatal.	asistencia de la reunión Orden del día Minuta de reunión Acta narrativa del CEI Formato de propuesta de distribución Acta de programación
9	Subdirección de Enseñanza e Investigación	Recibe y envía a DGCES: minuta de reunión de Comités de Servicio Social, lista de asistencia de la reunión, orden del día, acta narrativa, el formato de propuesta de distribución y expedientes soporte para plazas fuera del estado, por enfermedad y de trabajador. Nota: Para el caso de regulación sanitaria y carreras afines a la salud, solo se manda la mini acta con la propuesta de distribución debidamente rubricada.	Lista de asistencia de la reunión Orden del día Minuta de reunión Acta narrativa del CEI Formato de propuesta de distribución Acta de programación Oficio Correo electrónico
10	DGCES- Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Recibe documentación de reunión de Comités Estatales de Servicio Social con la propuesta de asignación de campos clínicos para su autorización.	Oficio
11	DGCES- Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Revisa, analiza y autoriza junto con el CEIFCRHIS a nivel Federal la asignación de campos clínicos por carrera e institución educativa y de salud. Nota: en caso de que la propuesta no	Oficio Correo electrónico

		sea autorizada se regresa a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para realizarle los ajustes pertinentes. La respuesta se enviará por correo electrónico y oficio.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAMPOS CLÍNICOS Y AUTORIZACIÓN DE PLAZAS DE SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ESTOMATOLOGÍA.




PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAMPOS CLÍNICOS Y AUTORIZACIÓN DE PLAZAS DE SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ESTOMATOLOGÍA
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Representantes de Instituciones Educativas y de Salud / Coordinaciones de servicio social.
DGCES- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
A
7
Recibe Base de datos con candidatos, expedientes de trabajador
Oficio
Correo electrónico
Expedientes para campos clínicos
Candiadtos
Documentos 1*
Lista de asistencia de la reunión
Orden del día
Minuta de reunión
Acta narrativa del CEI
Formato de propuesta de distribución
Acta de programación
8
Revisa número de candidatos y necesidades de trabajador y plazas
Documentos 1*
9
Recibe y envía Documentos 1*
Documentos 1*
Oficio
Correo electrónico
10
Recibe documentación con propuesta de asignación para autorización
Oficio
11
Revisa, analiza y autoriza junto con el CEIFCRHIS a nivel Federal
Oficio
Correo electrónico
Fin del procedimiento

7.9.56. PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE INTERNADO DE PREGRADO.

Tiempo Promedio: 3 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios **Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas** **FTP (DSSyRM)** **Octubre 2018**	**Rodolfo Gines Martínez Fernández** **Subdirector de Enseñanza e Investigación** **RGMF (SEI)** **Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández** **Director de Atención a la Salud** **MAGH (DAS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Asignar campos previamente autorizados por los servicios de salud del estado de Puebla a alumnos de medicina. Además, con el fin de lograr la formación adecuada del alumno.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Normas, Políticas y Lineamientos para la Utilización de las Instalaciones y Servicios de Salud Estatales en la Formación de Recursos Humanos para la Salud en Medicina 2000.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Federal)
3. D.O.F. 14 IX 2000. Artículo 17, Fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X y XI.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
5. P.O. 13 X 2006 Artículo 68, Fracciones I, II, III, IV, V, VII y VIII.
6. Reglamento de internado de pregrado
7. PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

Políticas de Operación:

1. Se operará conforme a lo normado y dentro de los lineamientos emitidos por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud a través de su órgano estatal que es el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud.
2. Cualquier cambio sugerido será revisado por el Comité en pleno, discutido y en caso de ser aprobado se comunicará a la Secretaria de Finanzas para su proceso de trámite correspondiente.
3. Se brindará asesoría a todas las Unidades y Áreas involucradas dentro del alcance de este procedimiento.
4. El Comité se encargará de aplicar las sanciones en caso de violación de este procedimiento.
5. Los documentos rectores serán los emitidos federalmente como es la Norma Utilización de campos clínicos para ciclos Clínicos e internado de pregrado.

	6. Se asignarán internos de pregrado y Servicio Social a los alumnos de las instituciones educativas que cuenten con RVOE y Convenio entre esta y los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como contar con la Opinión Técnica favorable por parte de la CEIFCRHIS.
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a las Jefaturas de Enseñanza de Hospitales, Jefaturas de Enseñanza de Instituciones Oficiales, Subdireccion de Enseñanza e Investigación, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Instituciones Educativas, médicos internos de pregrado y áreas que intervienen en el proceso.
Recursos	Oficio, Orden del Día, Listas de asistencia, Acta de Reunión, Acta de Evento Público, Constancia de Adscripción y Aceptación, Carta de traslado, Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios, Acta de Evento Público, Listado Nominal, Constancia de Adscripción y Aceptación, Concentrado de internado.
Glosario	**DGCES**: Dirección General de Calidad y Educación en Salud **SESA**: Se refiere al campo de base de datos de Secretaria de Salud **RVOE**: Registro de Validez Oficial de Estudios **SSEP:** Servicios de Salud del Estado de Puebla

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE PREGRADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

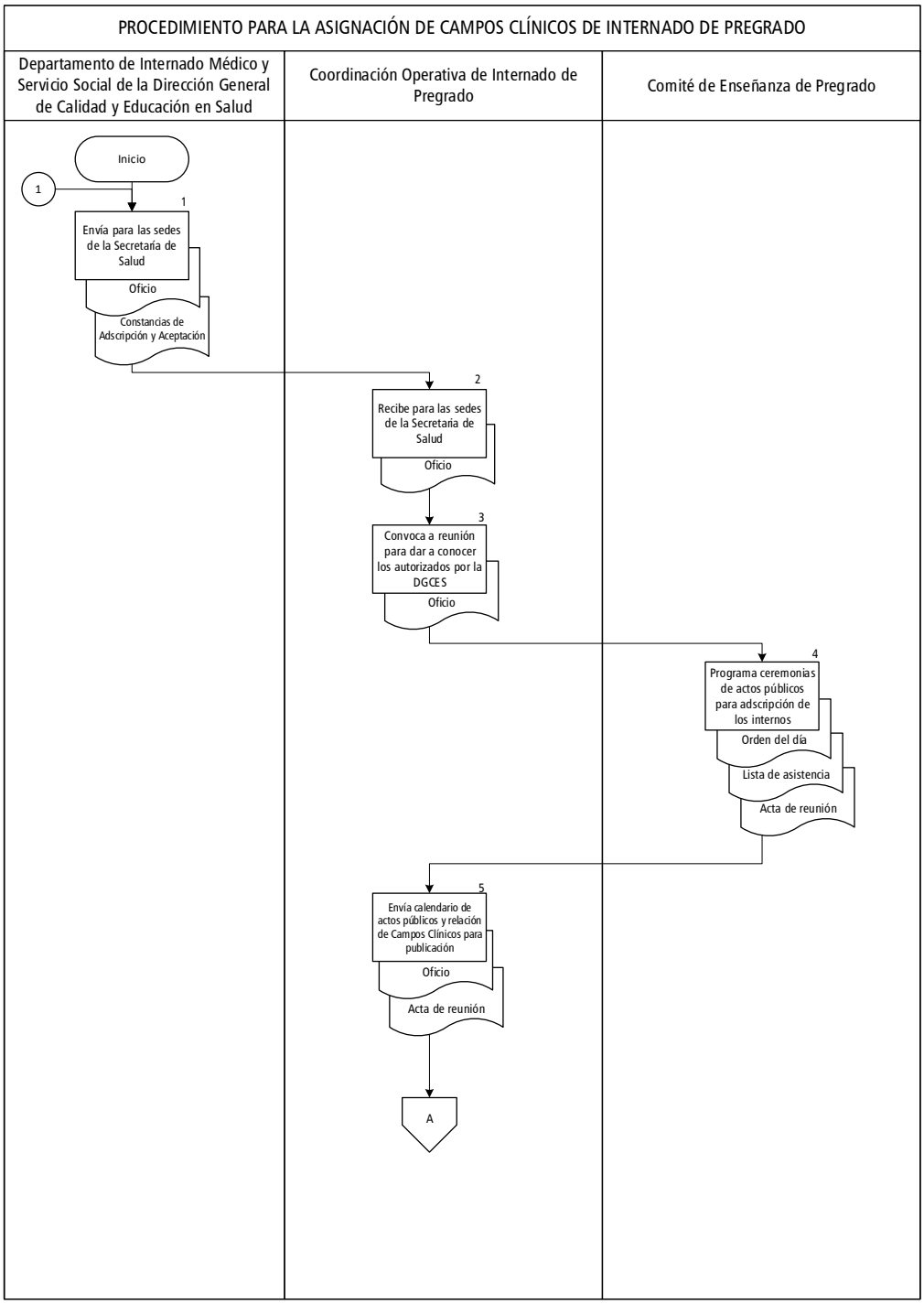
Inicio del Procedimiento			
1	Departamento de Internado Médico y Servicio Social de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Envía oficio a la Coordinación Operativa de Internado de Pregrado con las Constancias de Adscripción y Aceptación de Internado Médico para las sedes de la Secretaría de Salud.	Oficio Constancias de Adscripción y Aceptación
2	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Recibe las Constancias de Adscripción y Aceptación de los Campos Clínicos para las sedes de la Secretaria de Salud.	Oficio
3	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Convoca a reunión a los/las integrantes del Comité de Enseñanza de Pregrado para dar a conocer los campos clínicos autorizados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Oficio
4	Comité de Enseñanza de Pregrado	Programa ceremonias de los actos públicos para la adscripción de los internos a las plazas.	Orden del Día Listas de asistencia Acta de reunión
5	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Envía a las instituciones educativas e instituciones de salud calendario de actos públicos y relación de Campos Clínicos para su publicación en un lugar visible a los alumnos.	Oficio Acta de Reunión
6	Escuelas y Facultades de Medicina, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Jefe de Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Coordinación	Realizan los actos públicos de selección de plazas de Internado con base en el promedio decreciente de los/las alumnos.	Acta de Evento Público Constancia de Adscripción y Aceptación Carta de traslado Consentimiento para ser asegurado y designación de

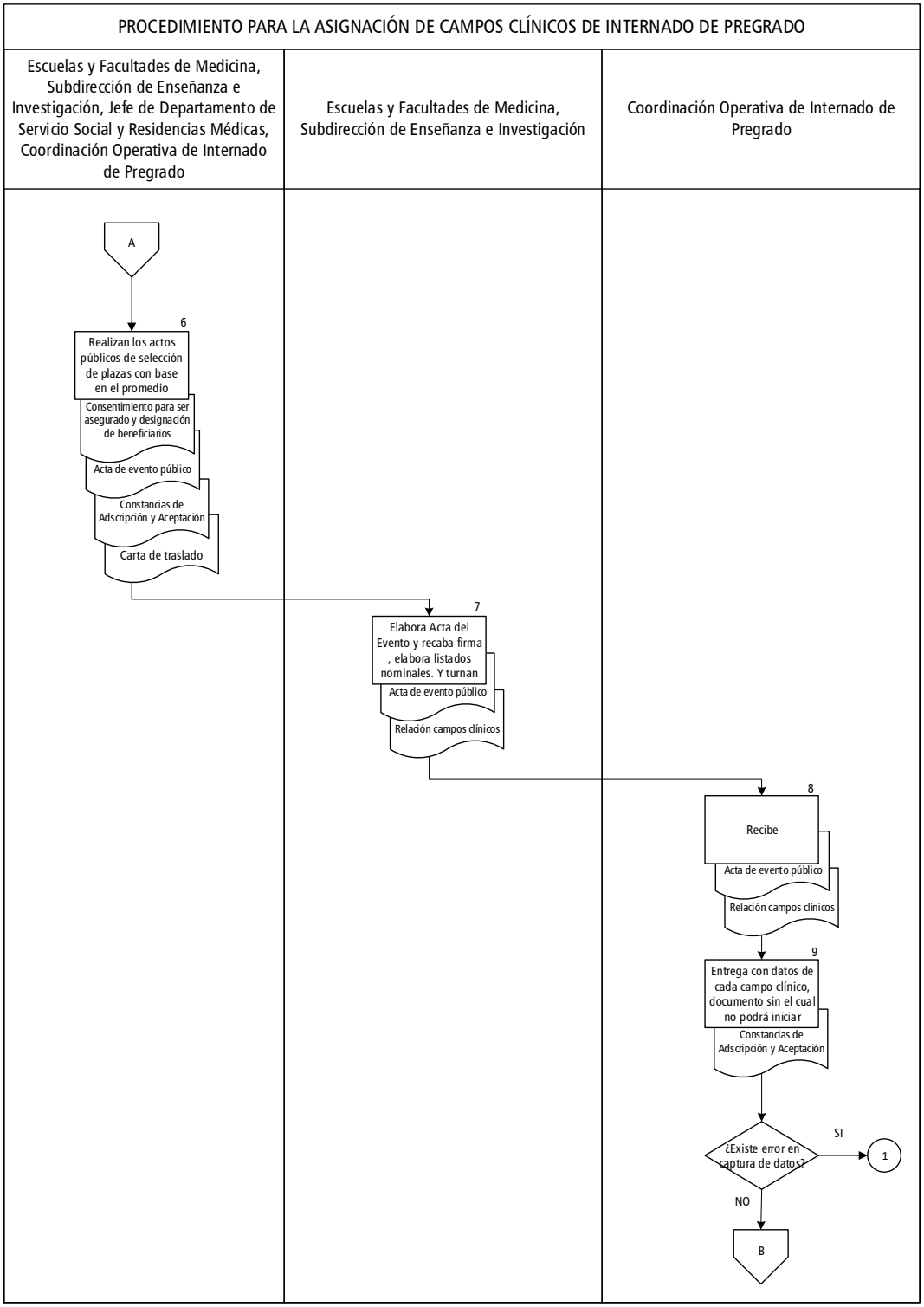
	Operativa de Internado de Pregrado		beneficiarios.
7	Escuelas y Facultades de Medicina, Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Elabora Acta del Evento Público y recaba la firma de los representantes de las instituciones presentes, elabora listados nominales considerando el nombre del alumno que selecciona plaza por orden alfabético, la sede y a que institución de salud pertenece. Y turnan.	Acta de Evento Público Relación campos clínicos
8	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Recibe las Actas de los Eventos Públicos de las Instituciones Educativas y Relación de campos clínicos.	Acta de Evento Público Relación campos clínicos
9	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Entrega al alumno el original de la Constancia de Adscripción y Aceptación de Internado Médico, de las plazas autorizadas de la Secretaría de Salud, con los datos de cada campo clínico, (nombre, edad, sexo, nacionalidad, CURP, domicilio, código postal, teléfono) documento sin el cual no podrá iniciar el internado en la unidad hospitalaria. ¿Existe error en captura de datos? Sí, continúa en la actividad 1 No, continúa en la actividad 10	Constancia de Adscripción y Aceptación
10	Alumno	Entrega su expediente conformado de los siguientes documentos: • Folder tamaño carta • Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios • Carta de traslado • Carta de adscripción y aceptación (Institución de	Expediente del Médico Interno

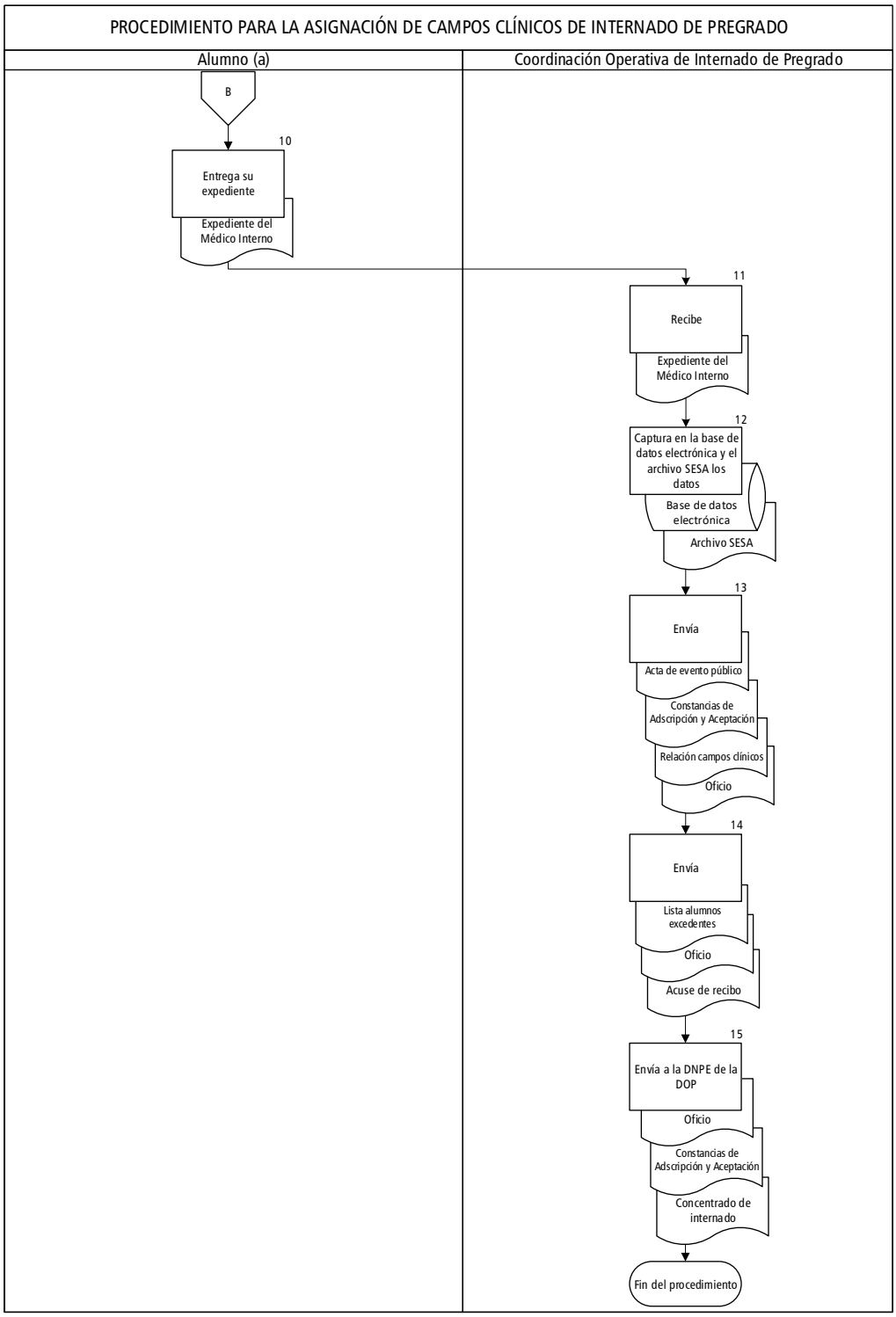
		salud) • Acta de nacimiento (2 copias) • CURP (2 copias) • RFC con Homoclave (2 copias) • IFE (2 copias) • Comprobante de domicilio (2 copias) • Cartilla militar solo varones • Cardéx • Carta promedio • Certificado médico (Original y copia) • 3 Fotos tamaño infantil adheribles	
11	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Recibe el expediente de médico interno con la copia (institución de salud) de la Constancia de Adscripción y Aceptación del interno.	Expediente del Interno
12	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Captura en la base de datos electrónica y el archivo SESA los datos que se enuncian, de los campos clínicos programados y autorizados para la Secretaria de Salud: • RFC • Nombre • Edad • Nacionalidad • Sexo • Teléfono • Institución Educativa • Folio	Base de datos electrónica Archivo SESA
13	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Envía a la DGCES la copia correspondiente de las Constancias de Adscripción y Aceptación de los/las alumnos/as que eligieron plaza en la Secretaria de Salud, el Acta del evento público, la relación de alumno que selecciona plaza por orden alfabético,	Oficio Constancias de Adscripción y Aceptación Acta de Evento Público Relación de

		sede y a la institución a la que pertenece y las constancias que no hayan sido utilizadas y/o estén deterioradas.	campos clínicos
14	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Envía por oficio y vía correo electrónico a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las plazas ocupadas, las vacantes y si fuera el caso las listas de alumnos excedentes para considerarlos en algún campo clínico vacante y recaba acuse de recibo.	Oficio Listas alumnos excedentes Acuse de recibo
15	Coordinación Operativa de Internado de Pregrado	Envía a la Departamento de Nóminas y prestaciones económicas de la Dirección de Operación de Personal. la copia correspondiente de la Constancia de Adscripción y Aceptación de los Campos Clínicos, Concentrado de Internado y copia de los documentos del médico interno. • Acta de nacimiento • RFC con Homoclave • CURP • IFE • Comprobante de domicilio	Oficio Constancia de Adscripción y Aceptación Concentrado de internado
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE PREGRADO.




PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE INTERNADO DE PREGRADO
Escuelas y Facultades de Medicina, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Jefe de Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Coordinación Operativa de Internado de Pregrado
Escuelas y Facultades de Medicina, Subdirección de Enseñanza e Investigación
Coordinación Operativa de Internado de Pregrado
A
6
Realizan los actos públicos de selección de plazas con base en el promedio
Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios
Acta de evento público
Constancias de Adscripción y Aceptación
Carta de traslado
7
Elabora Acta del Evento y recaba firma , elabora listados nominales. Y turnan
Acta de evento público
Relación campos clínicos
8
Recibe
Acta de evento público
Relación campos clínicos
9
Entrega con datos de cada campo clínico, documento sin el cual no podrá iniciar
Constancias de Adscripción y Aceptación
¿Existe error en captura de datos?
SI
1
NO
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE INTERNADO DE PREGRADO
Alumno (a)
Coordinación Operativa de Internado de Pregrado
B
10
Entrega su expediente
Expediente del Médico Interno
11
Recibe
Expediente del Médico Interno
12
Captura en la base de datos electrónica y el archivo SESA los datos
Base de datos electrónica
Archivo SESA
13
Envía
Acta de evento público
Constancias de Adscripción y Aceptación
Relación campos clínicos
Oficio
14
Envía
Lista alumnos excedentes
Oficio
Acuse de recibo
15
Envía a la DNPE de la DOP
Oficio
Constancias de Adscripción y Aceptación
Concentrado de internado
Fin del procedimiento

7.9.57. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE SEDES RECEPTORAS

Tiempo Promedio: 1 mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fabiola Trujeque Palacios Jefa del Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas FTP (DSSyRM) Octubre 2018	**Rodolfo Gines Martinez Fernández Subdirector de Enseñanza e Investigación RGMF (SEI) Octubre 2018**	**Miguel Ángel Garrido Hernández Director de Atención a la Salud MAGH (DAS) Octubre 2018**

Objetivo	Mejorar la operación de las áreas de Trabajo de Social en las unidades de 1er. y 2do y 3er nivel de atención a través de la supervisión y seguimiento continuo de las acciones, de acuerdo a los lineamientos normativos establecidos.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla 2. Manual de Organización Funcional del Depto. de Desarrollo Social 3. Modelo de Organización y Funcionamiento de Trabajo Social en las unidades de 2do. Nivel de Atención Médica de Población Abierta. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud 1986. 4. Manual de Procedimientos del Servicio de Trabajo Social para Hospitales Generales de los Servicios de Salud del Estado. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud; Dirección de Normas de Atención Hospitalaria 1993. Políticas de Operación: 1. Los programas de trabajo jurisdiccionales deberán sujetarse a los lineamientos establecidos por el área normativa estatal. 2. Los programas de trabajo jurisdiccionales deberán entregarse en los tiempos establecidos previamente. 3. El Departamento de Desarrollo Social será el responsable de validar los programas jurisdiccionales en el ámbito de su competencia. 4. El Departamento de Desarrollo Social asesorara, a las Jurisdicciones Sanitarias y unidades aplicativas en el desarrollo del programa de trabajo de su responsabilidad.
Responsables	Departamento de Servicio Social y Residencias Médicas, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica al Personal de Trabajo Social adscrito a los Servicios de Salud el Estado de Puebla
Recursos	Oficio

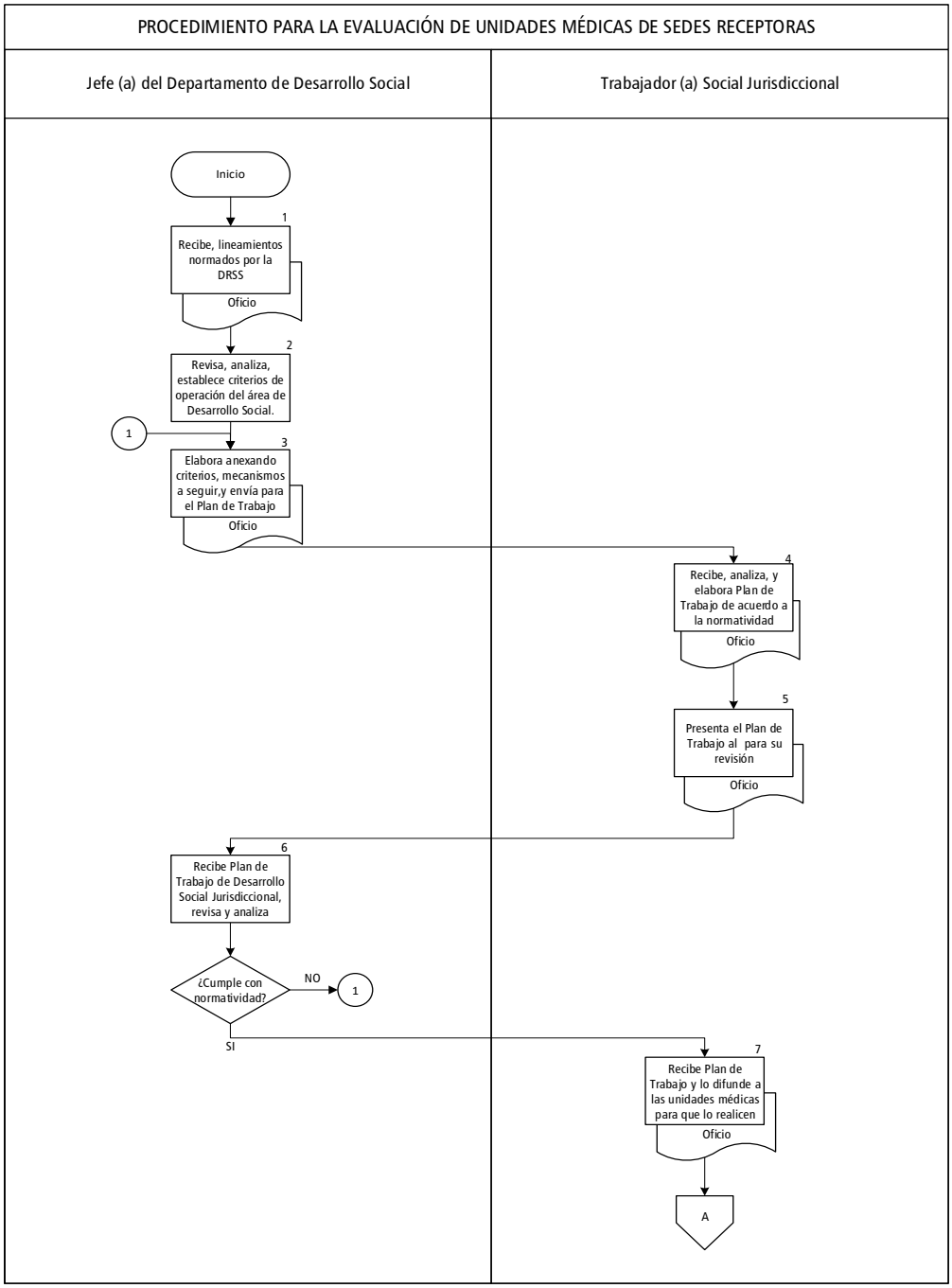
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla Unidad Médica de Primer Nivel de Atención: Unidad Aplicativa en la que se da consulta de medicina en general Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención: Unidad Aplicativa en la que se da consulta especializada Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención: Unidad Aplicativa en la que se atención especializada y cirugía

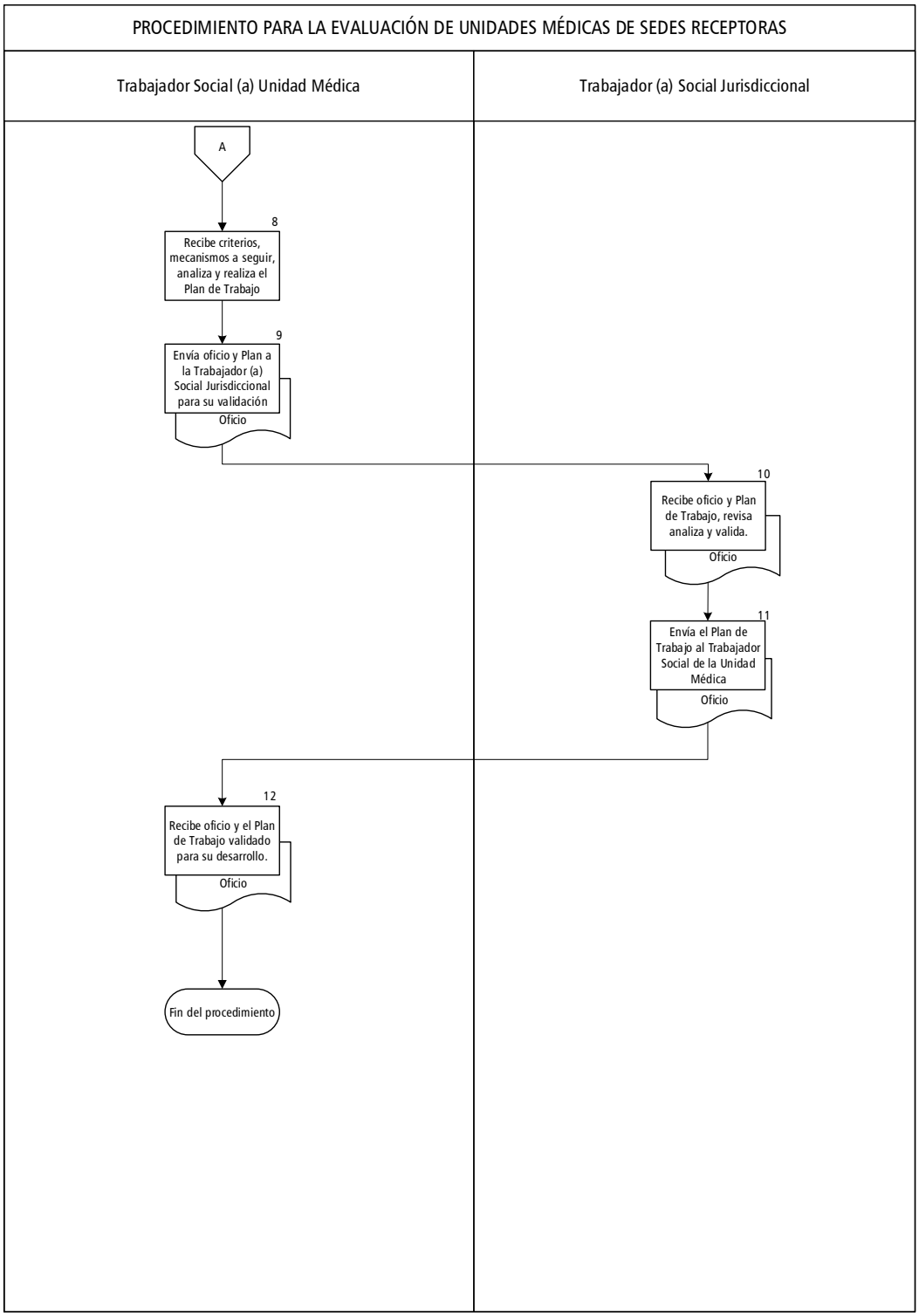
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE SEDES RECEPTORAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Desarrollo Social.	Recibe, lineamientos normados por la Dirección de Regulación de Servicios de Salud mediante oficio, enviados por la Subdirección de Servicios Médicos.	Oficio
2	Jefe/a del Departamento de Desarrollo Social.	Revisa, analiza, establece criterios de operación del área de Desarrollo Social.	
3	Jefe/a del Departamento de Desarrollo Social.	Elabora oficio anexando criterios de operación, mecanismos a seguir, y los envía a los/las Trabajadores/as Sociales Jurisdiccionales para que realicen el Plan de Trabajo Jurisdiccional.	Oficio
4	Trabajador/a Social Jurisdiccional	Recibe oficio, lo analiza, y elabora el Plan de Trabajo Jurisdiccional de acuerdo a la normatividad recibida.	Oficio
5	Trabajador/a Social Jurisdiccional	Presenta el Plan de Trabajo al/la Jefe/a del Departamento de Desarrollo Social para su revisión mediante oficio.	Oficio
6	Jefe/a Del	Recibe Plan de Trabajo de Desarrollo	

	Departamento de Desarrollo Social.	Social Jurisdiccional, revisa y analiza el documento. ¿Cumple con normatividad? Si: Continúa en la actividad 7. No: Regresa en la actividad 3.	
7	Trabajador/a Social Jurisdiccional.	Recibe Plan de Trabajo y lo difunde mediante oficio a las unidades médicas para que realicen su Plan de Trabajo.	Oficio
8	Trabajador/a Social Unidad Médica	Recibe criterios de operación, mecanismos a seguir, analiza y realiza el Plan de Trabajo.	
9	Trabajador/a Social Unidad Médica	Envía oficio y Plan a la Trabajador (a) Social Jurisdiccional para su validación.	Oficio
10	Trabajador/a Social Jurisdiccional	Recibe oficio y Plan de Trabajo del trabajador social de la unidad médica, revisa analiza y valida.	Oficio
11	Trabajador/a Social Jurisdiccional	Envía el Plan de Trabajo al/ a la Trabajador/a Social de la Unidad Médica	Oficio
12	Trabajador/a Social Unidad Médica.	Recibe oficio y el Plan de Trabajo validado para su desarrollo.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE SEDES RECEPTORAS.

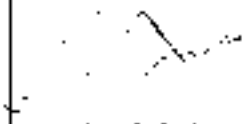



PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE SEDES RECEPTORAS
Trabajador Social (a) Unidad Médica
Trabajador (a) Social Jurisdiccional
A
8
Recibe criterios, mecanismos a seguir, analiza y realiza el Plan de Trabajo
9
Envía oficio y Plan a la Trabajador (a) Social Jurisdiccional para su validación
Oficio
10
Recibe oficio y Plan de Trabajo, revisa analiza y valida.
Oficio
11
Envía el Plan de Trabajo al Trabajador Social de la Unidad Médica
Oficio
12
Recibe oficio y el Plan de Trabajo validado para su desarrollo.
Oficio
Fin del procedimiento

7.10. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS.

7.10.1. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE REQUERIMIENTOS Y JUSTIFICACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO(DCA) Octubre 2018	José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018	Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018

Objetivo	Revisar los requerimientos y justificaciones de Medicamentos, materiales de curación y Material Radiológico, enviados por las diferentes áreas de los SSEP, para verificar que las Claves del Sector Salud y los CUCOPAS correspondan con lo solicitado de acuerdo a las necesidades de las Unidades Médicas

	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 5. Ley de Egresos vigente. 6. Clasificador de objeto de gasto vigente. 7. Reglamento Interior de los SSEP.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad de los/las Directores/as de las áreas que los requerimientos sean acompañados con documentación soporte. 2. Todos los requerimientos deben contener: ▪ Claves del Sector Salud. ▪ CUCOPAS. ▪ Verificar que las descripciones coincidan con los catálogos. 3. Una vez concluida la revisión de la solicitud por parte de los/las Coordinadores/as, y en caso de ser correcta, el/la JDCA la turna a su similar de Recursos Materiales para llevar a cabo el proceso de adquisición o fincamiento de pedidos, según sea el caso.
Responsables	Departamento de Control de Abasto, Dirección de Operación de Unidades Médicas y Subdirección de Administración de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
Áreas Involucradas	Departamento de Control de Abasto, así como todas las áreas que requieren insumos para su adecuada operación.
Recursos	Oficio/ Memorándum, Requerimiento

Glosario

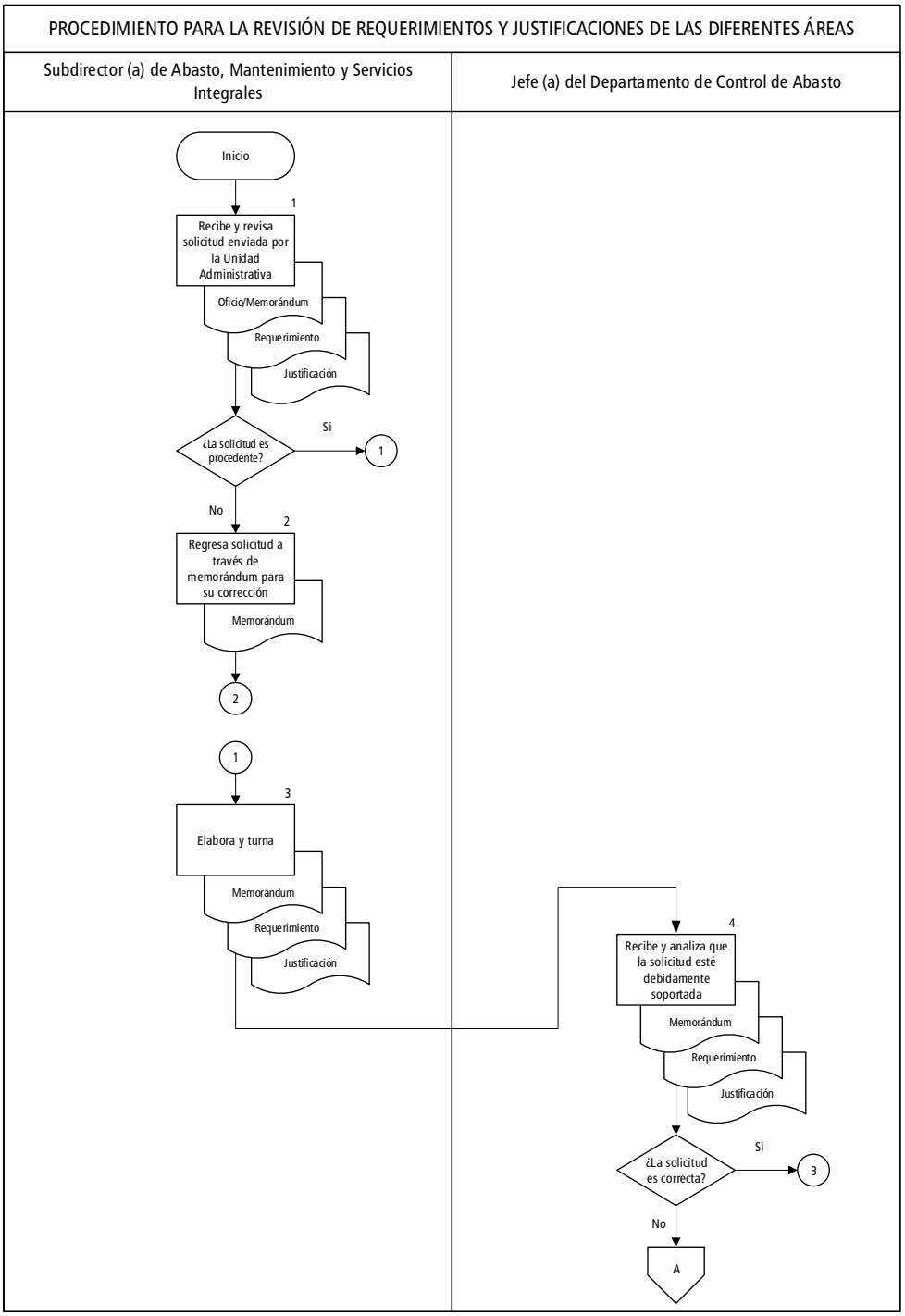
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas.
SAMSI: Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
JDCA: Jefe/a del Departamento de Control de Abasto.
CO: Coordinador/a Operativo/a.
Unidad Administrativa: Área perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que requiere insumos para su operación.
CUCOPAS: Clasificador Único de las Contrataciones Públicas Armonizadas pasa Salud.

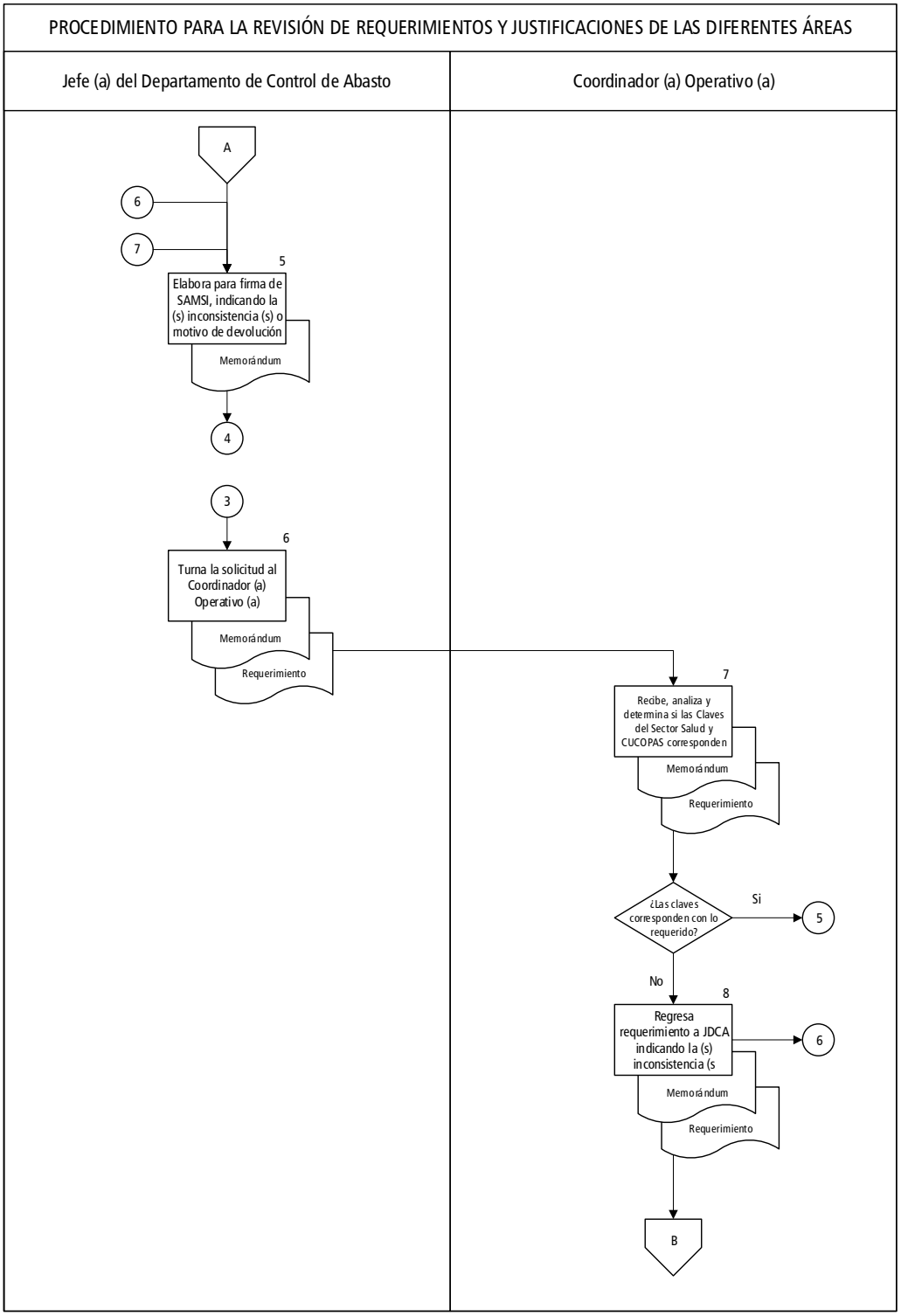
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE REQUERIMIENTOS Y JUSTIFICACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS.

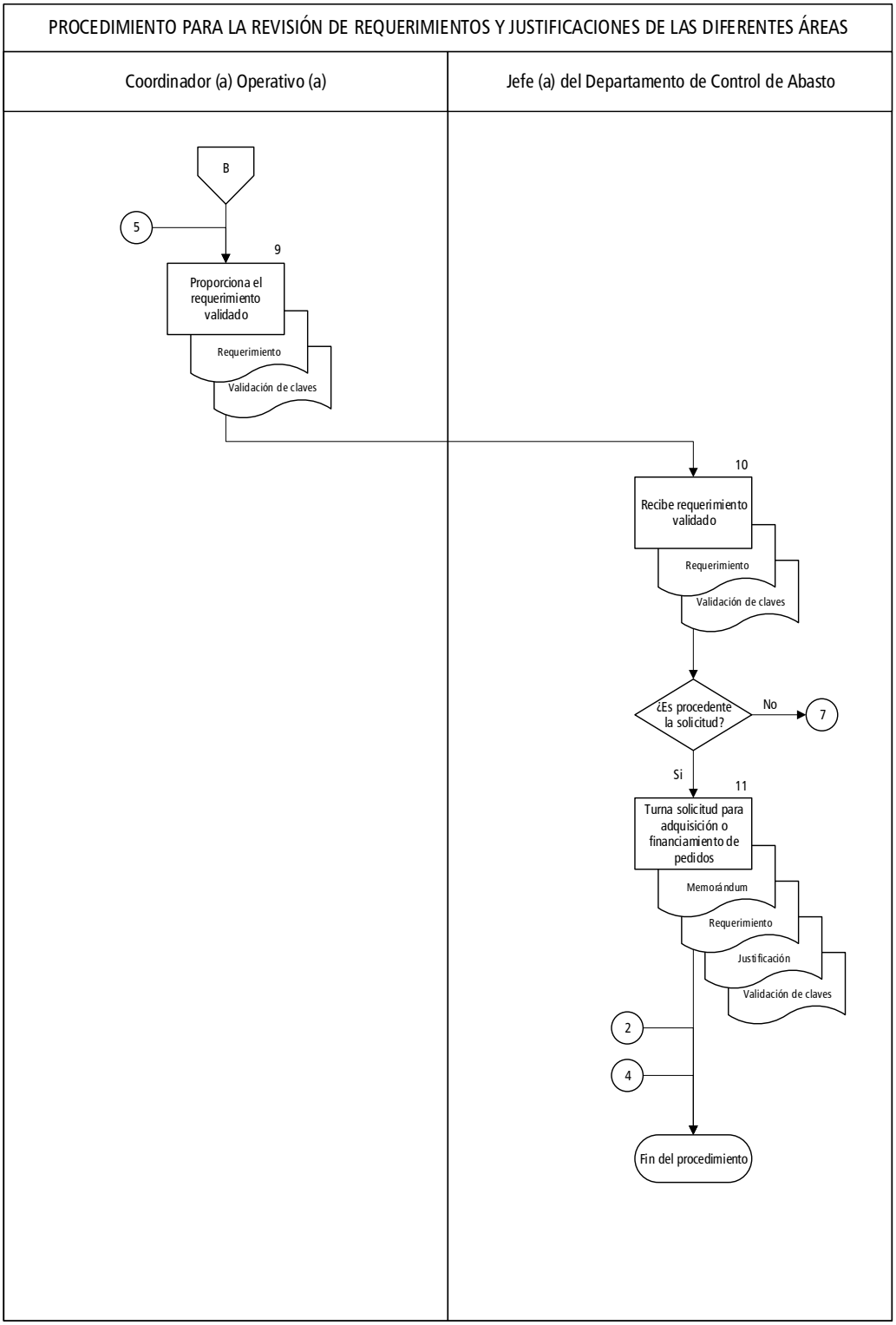
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales	Recibe y revisa solicitud enviada por la Unidad Administrativa a través de memorándum. ¿La solicitud es procedente? Sí: Continúa en actividad 3. No: Continúa en actividad 2.	Oficio/Memorándum, Requerimiento, Justificación
2		Regresa solicitud a la Unidad Administrativa a través de memorándum para su corrección. Fin del procedimiento.	
3		Elabora Memorándum y turna al/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto.	Memorándum, Requerimiento, Justificación
4	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Recibe y analiza la solicitud, que debe estar debidamente soportada, con justificación y requerimiento. ¿La solicitud es correcta?	Memorándum, Requerimiento, Justificación

		Sí: Continúa en actividad 6. No: Continúa en actividad 5.	
5		Elabora memorándum para firma del/la SAMSI, indicando la (s) inconsistencia (s) o motivo de devolución. Fin del Procedimiento.	Memorándum
6		Turna la solicitud al/la Coordinador/a Operativo/a.	Memorándum, Requerimiento
7	Coordinador/a Operativo/a	Recibe solicitud y analiza el requerimiento de acuerdo a catálogos para determinar si las Claves del Sector Salud, así como los CUCOPAS, corresponden con lo requerido. ¿Las claves corresponden con lo requerido? Sí: Continúa con actividad 9. No: Continúa en actividad 8.	Memorándum, Requerimiento
8		Regresa el requerimiento a JDCA indicando la (s) inconsistencia (s), y retrocede al paso 5.	Memorándum, Requerimiento
9		Proporciona el requerimiento validado al JDCA.	Requerimiento, Validación de claves
10	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Recibe requerimiento validado. ¿Es procedente la solicitud? Sí. Continúa en actividad 11. No. Regresa a actividad 5.	Requerimiento, Validación de claves
11		Turna la solicitud vía memorándum a su similar de Recursos Materiales para llevar a cabo el proceso de adquisición o financiamiento de pedidos, según sea el caso.	Memorándum, Requerimiento, Justificación, Validación de claves
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE REQUERIMIENTOS Y JUSTIFICACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS.




PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE REQUERIMIENTOS Y JUSTIFICACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS
Jefe (a) del Departamento de Control de Abasto
Coordinador (a) Operativo (a)
A
6
7
5
Elabora para firma de SAMSI, indicando la (s) inconsistencia (s) o motivo de devolución
Memorándum
4
3
6
Turna la solicitud al Coordinador (a) Operativo (a)
Memorándum
Requerimiento
7
Recibe, analiza y determina si las Claves del Sector Salud y CUCOPAS corresponden
Memorándum
Requerimiento
¿Las claves corresponden con lo requerido?
Si
5
No
8
Regresa requerimiento a JDCA indicando la (s) inconsistencia (s
6
Memorándum
Requerimiento
B


PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE REQUERIMIENTOS Y JUSTIFICACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS
Coordinador (a) Operativo (a)
Jefe (a) del Departamento de Control de Abasto
B
5
9
Proporciona el requerimiento validado
Requerimiento
Validación de claves
10
Recibe requerimiento validado
Requerimiento
Validación de claves
¿Es procedente la solicitud?
No
7
Si
11
Turna solicitud para adquisición o financiamiento de pedidos
Memorándum
Requerimiento
Justificación
Validación de claves
2
4
Fin del procedimiento

7.10.2. PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS CON MODULO DE FARMACIA

Tiempo Promedio: 1 dia (365 días del año).

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO(DCA) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	Administrar el abasto oportuno de medicamentos CAUSES en Unidades con módulo de farmacia, mediante la vigilancia del cumplimiento del contrato

Normas y Políticas de Operación	Normas: 4. Ley General de Salud. 5. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 6. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 7. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 8. Ley de Egresos. 9. Clasificador de objeto de gasto. Políticas de Operación: 1. Debido a que se trata de un sistema de reposición de inventarios en medicamentos CAUSES, el/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto solicita al Proveedor la información inherente al surtimiento de recetas a las diferentes Unidades Médicas con Módulo, como son: % de abasto, recetas, vales, cartas de agote o descontinuado, reportes de existencias, análisis de movimientos, presupuesto ejercido; y mantiene constante comunicación con personal administrativo de la Dirección de Atención a la Salud y la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica así como con los hospitales de mayor movimiento en el Estado, para garantizar el abasto oportuno de todas las claves licitadas. 2. Una vez que se cuenta con el fallo de la licitación, el/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto verifica que se encuentre el total de las claves requeridas por el Área Médica. 3. Cuando el medicamento fue entregado al/la paciente, él/ella deberá firmar de recibido en el FUCE y/o tiket si se trata de VALE que entrega la empresa el cual se acompaña de copia del FUCE. 4. Las facturas deberán de incluir sello, firma y leyenda de conformidad de parte del/la responsable de la Unidad Médica y/o Jurisdicciones Sanitarias.
Responsables	Departamento de Control de Abasto, Dirección de Operación de Unidades Médicas y SAMSI

Áreas Involucradas	Departamento de Control de Abasto, así como todas las Unidades Médicas de los tres niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel), con módulo de farmacia.
Recursos	Contrato, Requerimiento y Factura.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas. SAMSI: Subdirección de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales. DAS: Dirección de Atención a la Salud. DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. JDCA: Jefe/a del Departamento de Control de Abasto. CO: Coordinador/a Operativo/a. U.M.: Unidad Médica. CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud. Carta de Agote: Oficio emitido por el laboratorio mediante el cual informa al proveedor que ya no se está elaborando cierto medicamento. FUCE: Formato Único de Consulta Externa

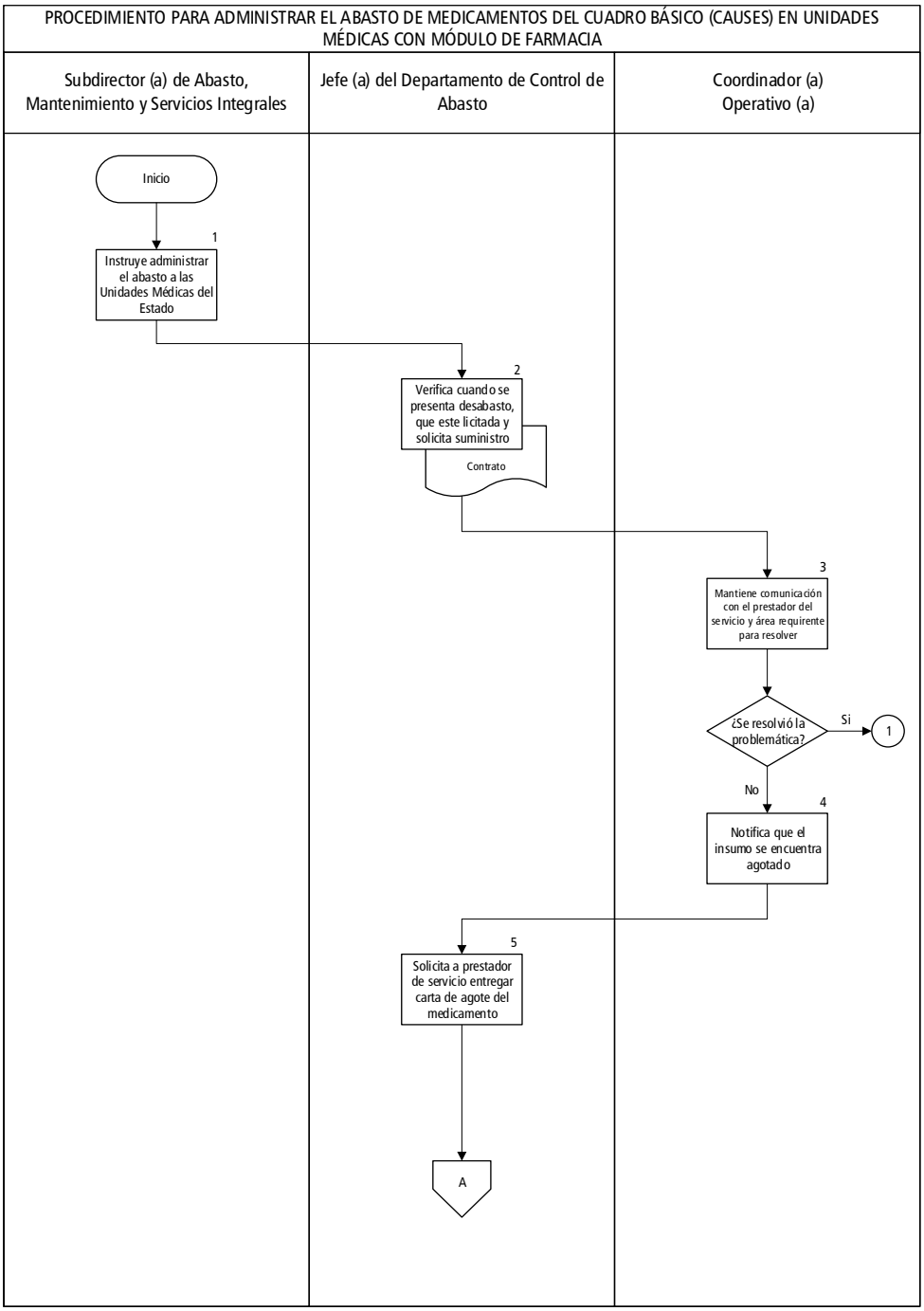
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS CON MÓDULO DE FARMACIA.

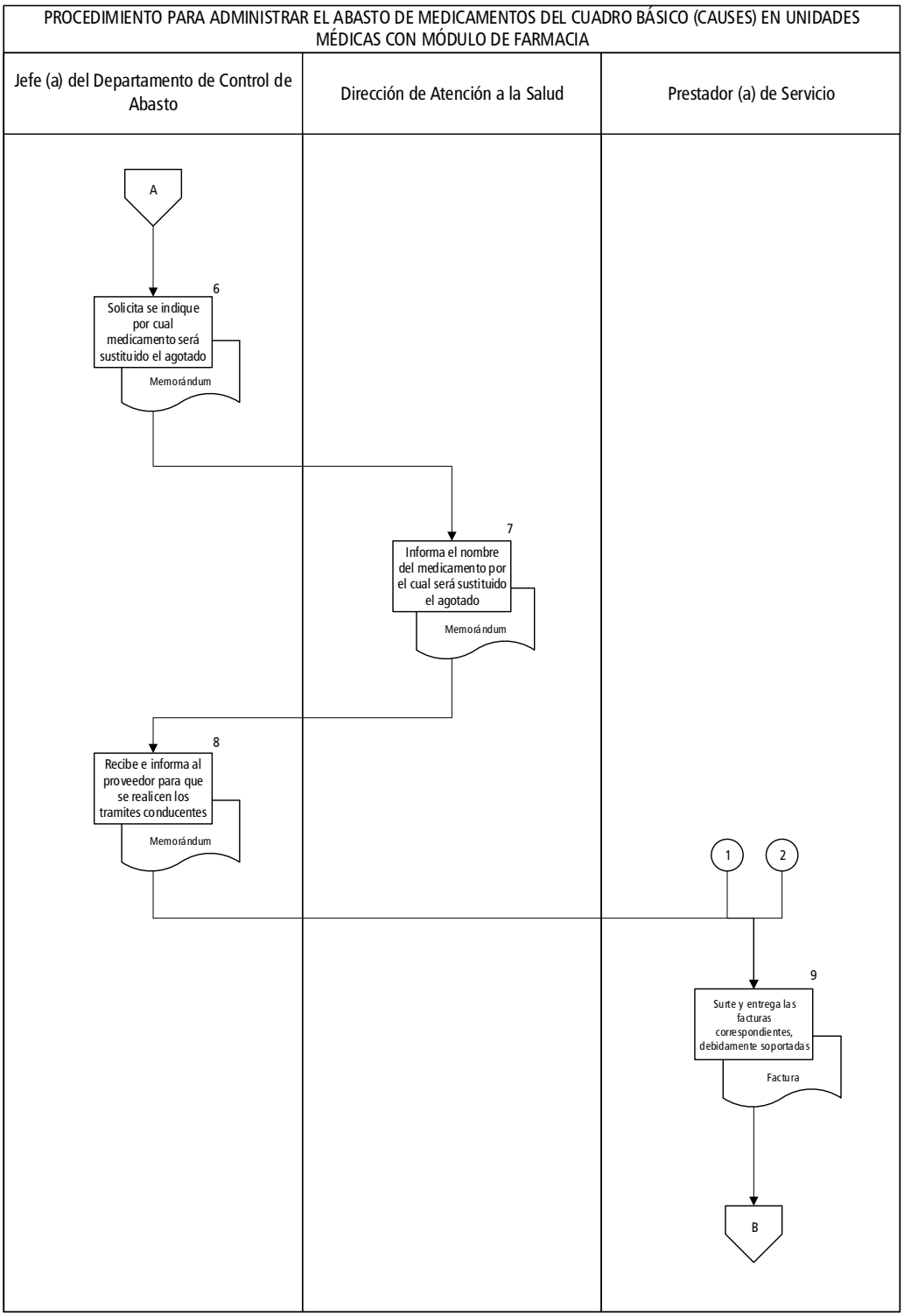
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales	Instruye al/la Jefe/a de Departamento de Control de Abasto (JDCA) para que lleve a cabo las acciones necesarias ante el proveedor con la finalidad de administrar el abasto oportuno de medicamentos del cuadro básico (CAUSES) en unidades médicas con	S/D

		módulo de farmacia.	
2	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Verifica cuando se presente desabasto de alguna (s) clave (s), que se encuentre licitada y solicita al prestador de servicio que suministre de manera inmediata a la Unidad, instruyendo al/la Coordinador/a Operativo/a (CO) dar seguimiento hasta la conclusión del asunto.	Contrato
3	Coordinador/a Operativo/a	Mantiene comunicación constante con el prestador del servicio y el área requirente para resolver la problemática presentada por clave (s) con desabasto hasta la conclusión de la misma. ¿Se resolvió la problemática? Sí: Continúa en paso 9. No: Continúa en la actividad 4.	S/D
4		Notifica al/la JDCA que el insumo se encuentra agotado.	S/D
5	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Solicita al prestador de servicio que entregue la (s) carta (s) de agote del (los) medicamento (s) que, por diferentes circunstancias, está fuera del mercado.	S/D
6		Solicita a la Dirección de Atención a la Salud indique por cual medicamento será sustituido el agotado.	Memorándum
7	Dirección de Atención a la Salud	Informa el nombre del medicamento por el cual será sustituido el agotado.	Memorándum
8	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Recibe nombre del nuevo medicamento e informa al proveedor para que se realicen los trámites conducentes.	Memorándum

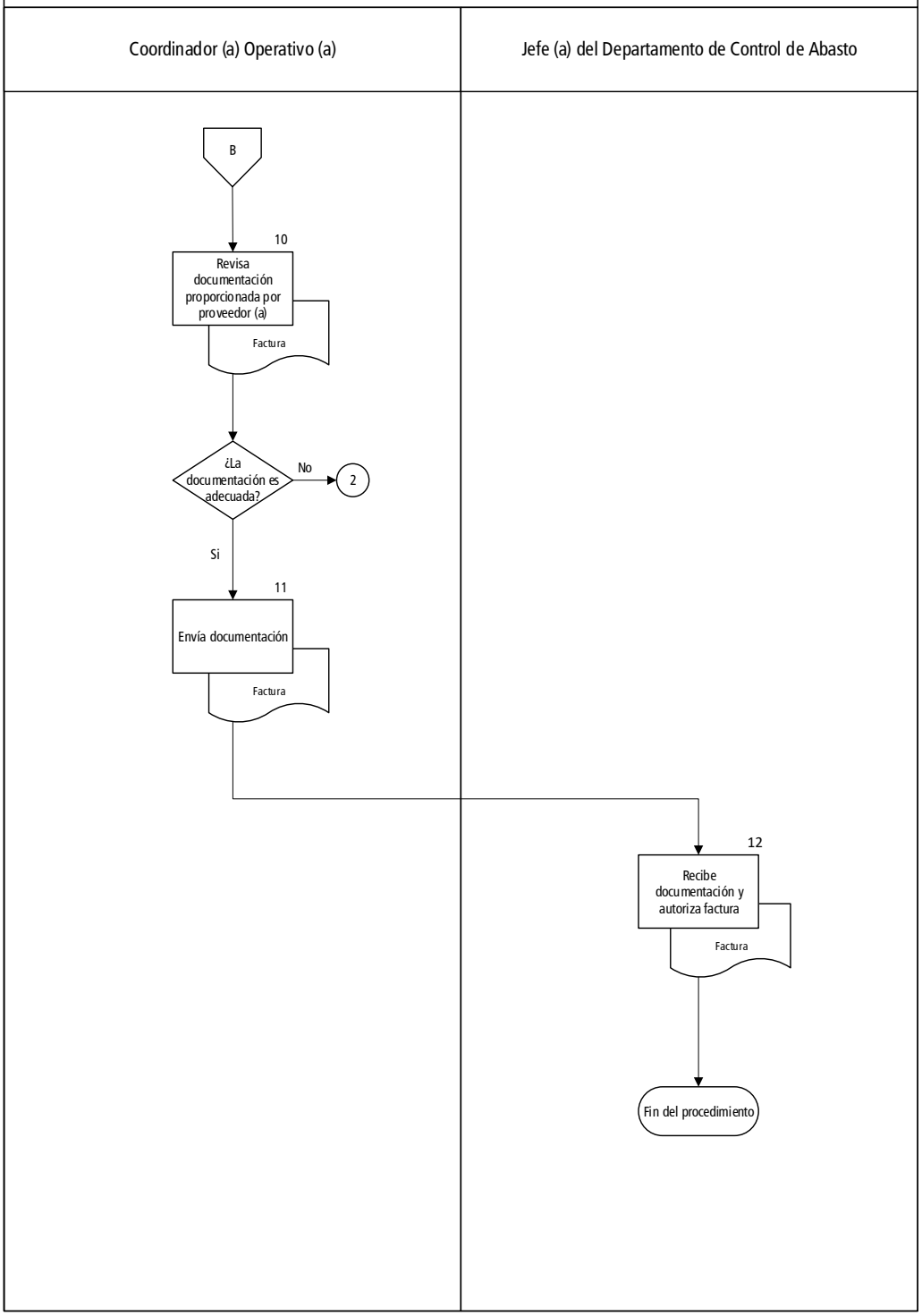
9	Prestador de Servicio	Surte lo solicitado y entrega al/la CO las facturas correspondientes, y el proveedor recaba las facturas debidamente soportadas con sello, firma de recibido y leyenda de que se recibe a entera satisfacción de la persona responsable de cada Hospital, misma que es designada por el/la Director/a del Hospital para que cuando se tramiten en el DCA el Devengo y el Trámite de pago que el proveedor proporciona en CD, sean entregados en Glosa para su revisión.	Factura
10	Coordinador/a Operativo/a	Revisa documentación proporcionada por parte del proveedor. ¿La documentación es adecuada? Sí: Continúa en actividad 11. No: Regresa a actividad 9 para corrección de facturas.	Factura
11		Envía documentación al/la JDCA.	Factura
12	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Envía documentación y autoriza factura. Memorándum con cuadros de Devengo y Trámites de pago para al Departamento de Presupuesto para el trámite correspondiente.	Factura Devengos y Trámites de pago
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS CON MÓDULO DE FARMACIA.




PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS CON MÓDULO DE FARMACIA
Jefe (a) del Departamento de Control de Abasto
Dirección de Atención a la Salud
Prestador (a) de Servicio
A
6
Solicita se indique por cual medicamento será sustituido el agotado
Memorándum
7
Informa el nombre del medicamento por el cual será sustituido el agotado
Memorándum
8
Recibe e informa al proveedor para que se realicen los tramites conducentes
Memorándum
1
2
9
Surte y entrega las facturas correspondientes, debidamente soportadas
Factura
B

PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS CON MÓDULO DE FARMACIA



7.10.3. PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES.

Tiempo Promedio: 20 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO(DCA) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	Administrar el abasto oportuno de medicamentos CAUSES en Centros de Salud sin módulo de farmacia y Programas Especiales

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 5. Ley de Egresos. 6. Clasificador de objeto de gasto. Políticas de Operación: 1. Una vez que se cuenta con el fallo de la licitación, el/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto verifica que se encuentre el total de las claves requeridas por el Área Médica. 2. Para los Centros de Salud Sin Módulo y Programas Especiales, las áreas envían mensualmente o bimestralmente sus necesidades a la DOUM, ésta los envía a la Subdirección de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales, siendo el/la titular quien turna al/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto. 3. Una vez que el medicamento fue entregado a la Jurisdicción, Unidad Médica o al Programa según sea el caso al/la paciente, él/ella deberá firmar de recibido en la copia de la receta médica., le sellan en las remisiones y Facturas de recibido a la entera satisfacción con el nombre, firma y fecha de quien recibió. 4. Las facturas deberán de incluir sello, firma y leyenda de conformidad de parte del/la responsable de la Unidad Médica.
Responsables	Departamento de Control de Abasto, Dirección de Operación de Unidades Médicas y Subdirección de Administración de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
Áreas Involucradas	Departamento de Control de Abasto, así como Centros de Salud sin módulo de farmacia y Programas Especiales.

Recursos	Oficio, Memorándum, Requerimiento, Factura.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas. SAMSI: Subdirección de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales. JDCA: Jefe/a del Departamento de Control de Abasto. CO: Coordinador/a Operativo/a. U.M.: Unidad Médica. CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

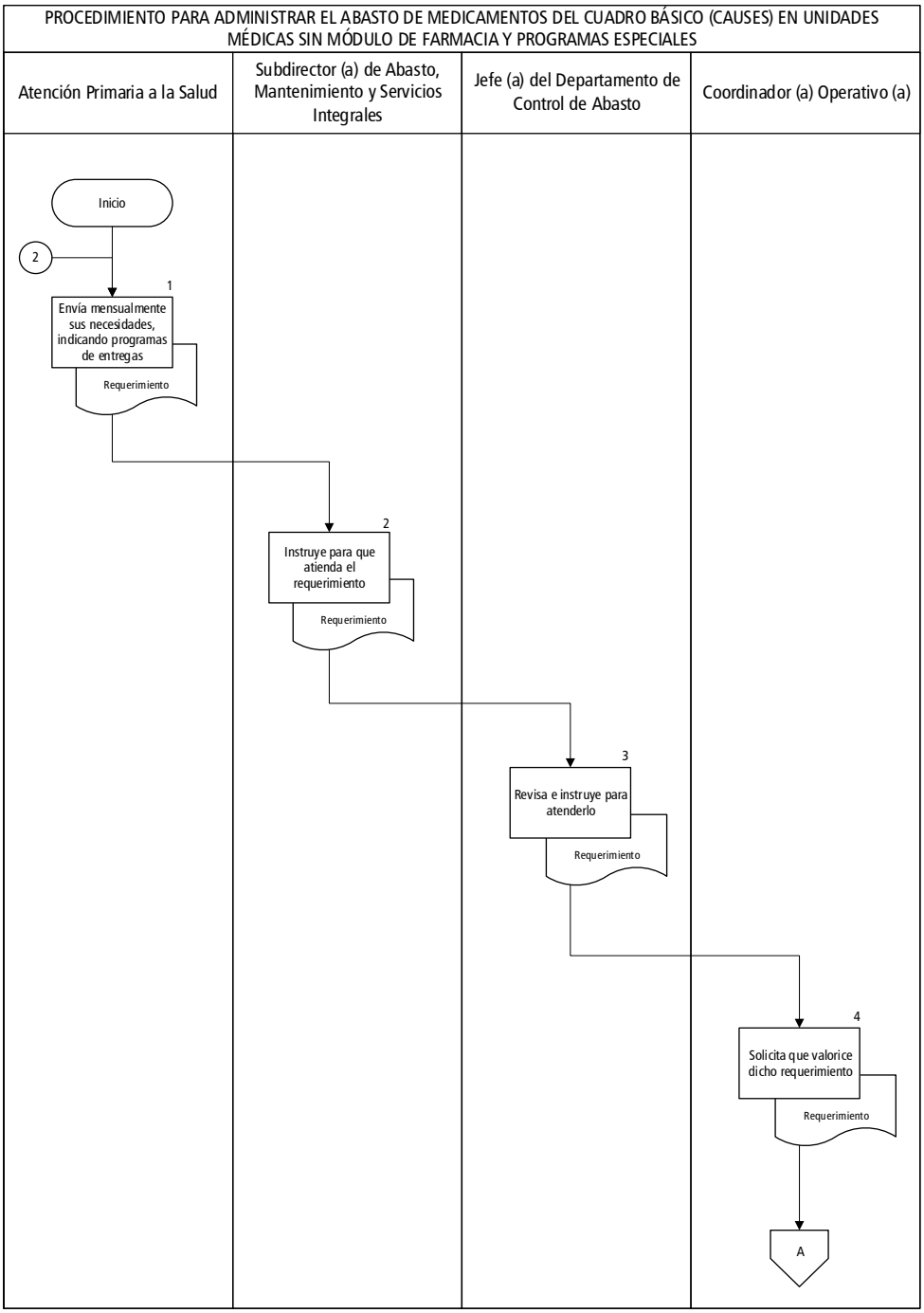
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Atención Primaria a la Salud	Envía mensualmente a la DOUM sus necesidades y ésta a su vez turna al/la Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales (SAMSI), indicando los programas de entregas.	Requerimiento
2	Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales	Instruye al/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto (JDCA) para que atienda el requerimiento.	Requerimiento
3	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Revisa el requerimiento y solicita al prestador de servicio que valorice dicho requerimiento.	Requerimiento
4	Prestador/a de servicio	Regresa requerimiento valorado al JDCA	Requerimiento

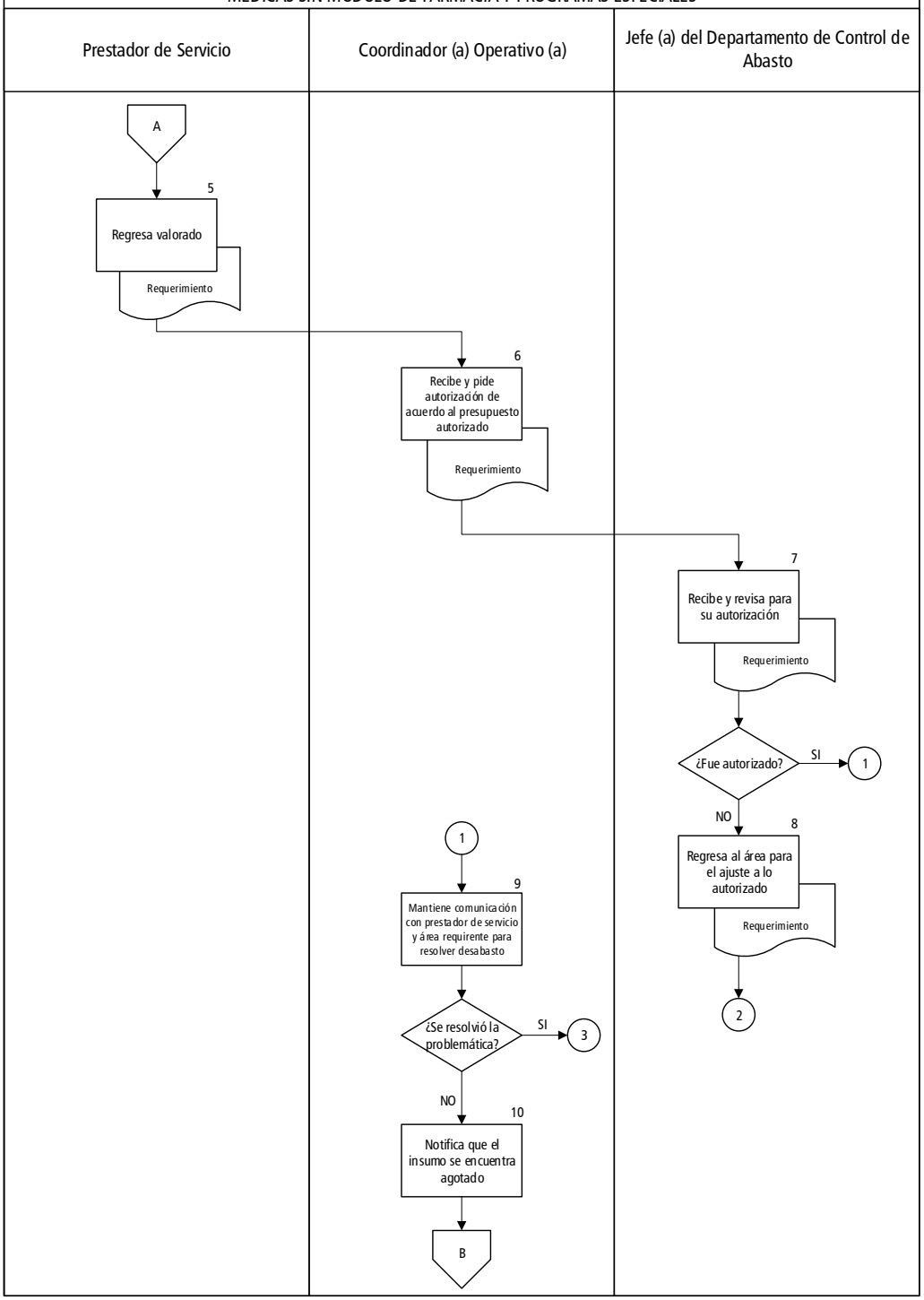
5	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Recibe y revisa requerimiento y solicita Autorización al Jefe/a SAMSI para su autorización. ¿Fue autorizado? Sí: Continúa en actividad 9. No: Continúa en actividad 8.	Requerimiento
6		Regresa al área para el ajuste a lo autorizado y regresa en el paso 5.	Requerimiento
7	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Instruye al CO dé seguimiento y cumpla con el calendario de surtimiento del prestador de servicio y si se presenta alguna problemática ¿Se resolvió la problemática? Sí: Continúa en paso 15. No: Continúa en la actividad 10.	S/D
8		Notifica al/la JDCA cuales insumos se encuentran agotados.	S/D
9	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Solicita al prestador de servicio que entregue la (s) carta (s) de agote del (los) medicamento (s) que, por diferentes circunstancias, está fuera del mercado.	S/D
10		Solicita a la Dirección de Atención a la Salud indique por cuál medicamento será sustituido el agotado.	Memorándum
11	Dirección de Atención a la Salud	Informa el nombre del medicamento por el cuál será sustituido el agotado.	Memorándum
12	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Informa al prestador de servicio para que se realicen los trámites conducentes.	Oficio
13		Indica al prestador de servicio surtir lo solicitado.	S/D
14	Prestador de Servicio	Entrega pedido al responsable de la Unidad Médica o en caso de programas especiales a las Jurisdicciones Sanitarias.	S/D

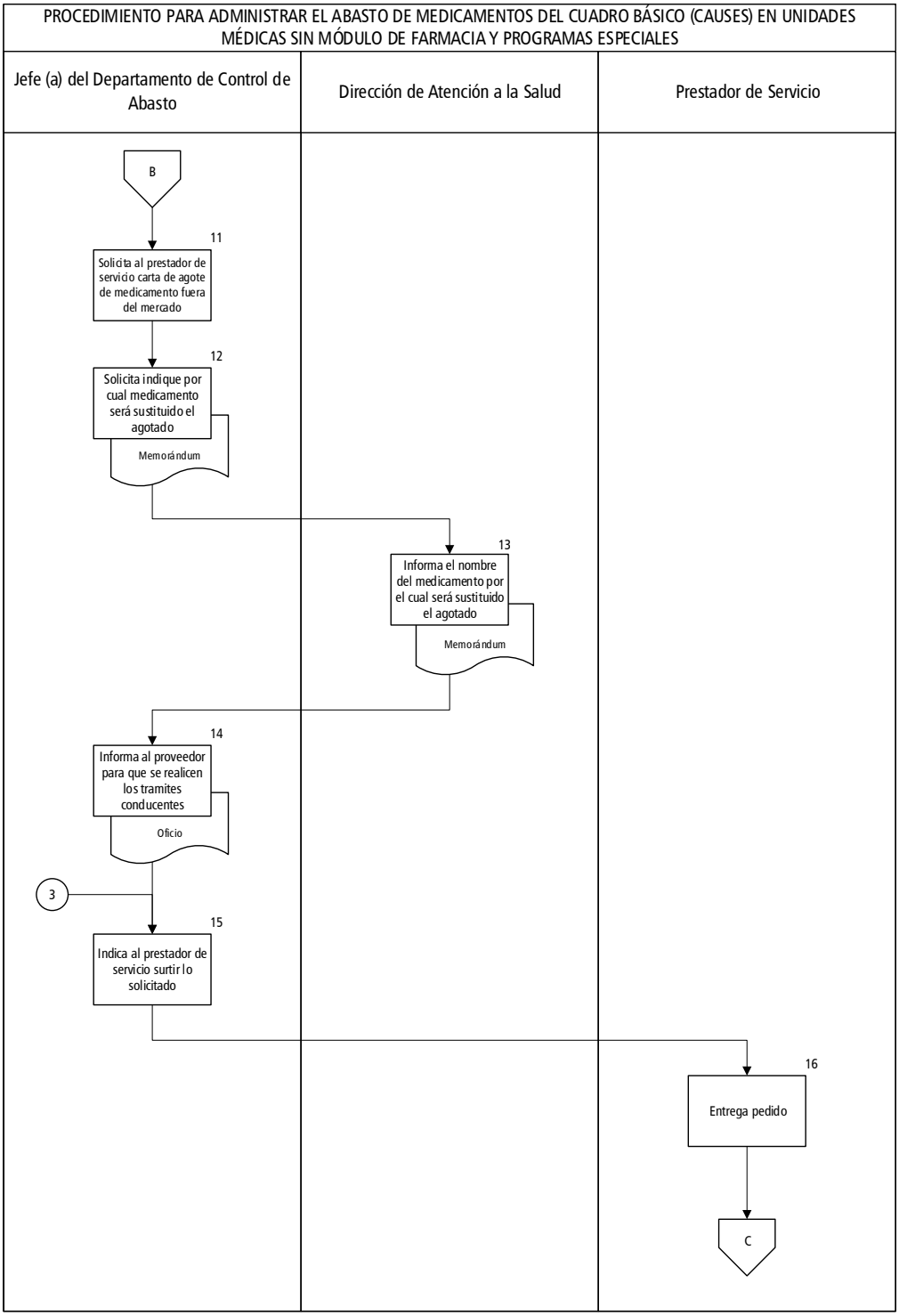
15		Entrega al/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto las facturas correspondientes, debidamente soportadas con sello, firma de recibido y con la leyenda de que se recibe a entera satisfacción. Surte lo solicitado y entrega al Jefe/a del Departamento de Control de Abasto las facturas correspondientes, y el Prestador de Servicio recaba las facturas debidamente soportadas con sello, firma de recibido y leyenda de que se recibe a entera satisfacción de la persona responsable de cada Programa y/o Jurisdicción Sanitaria para que cuando se tramiten en el DCA el Devengo y el Trámite de pago que el proveedor proporciona en CD, sean entregados en Glosa para su revisión.	Factura
18	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Revisa documentación proporcionada por parte del proveedor. ¿La documentación es adecuada? Si: Continúa en actividad 20. No: Continúa en actividad 19.	Factura
19		Regresa factura a actividad 10 para su corrección.	S/D
20		Envía documentación al/la JDCA.	Factura
21	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Recibe documentación y autoriza factura. Envía Memorándum con cuadros de Devengo y Trámites de pago al Departamento de Presupuesto para el trámite correspondiente.	Factura Devengos y Trámites de pago
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES.

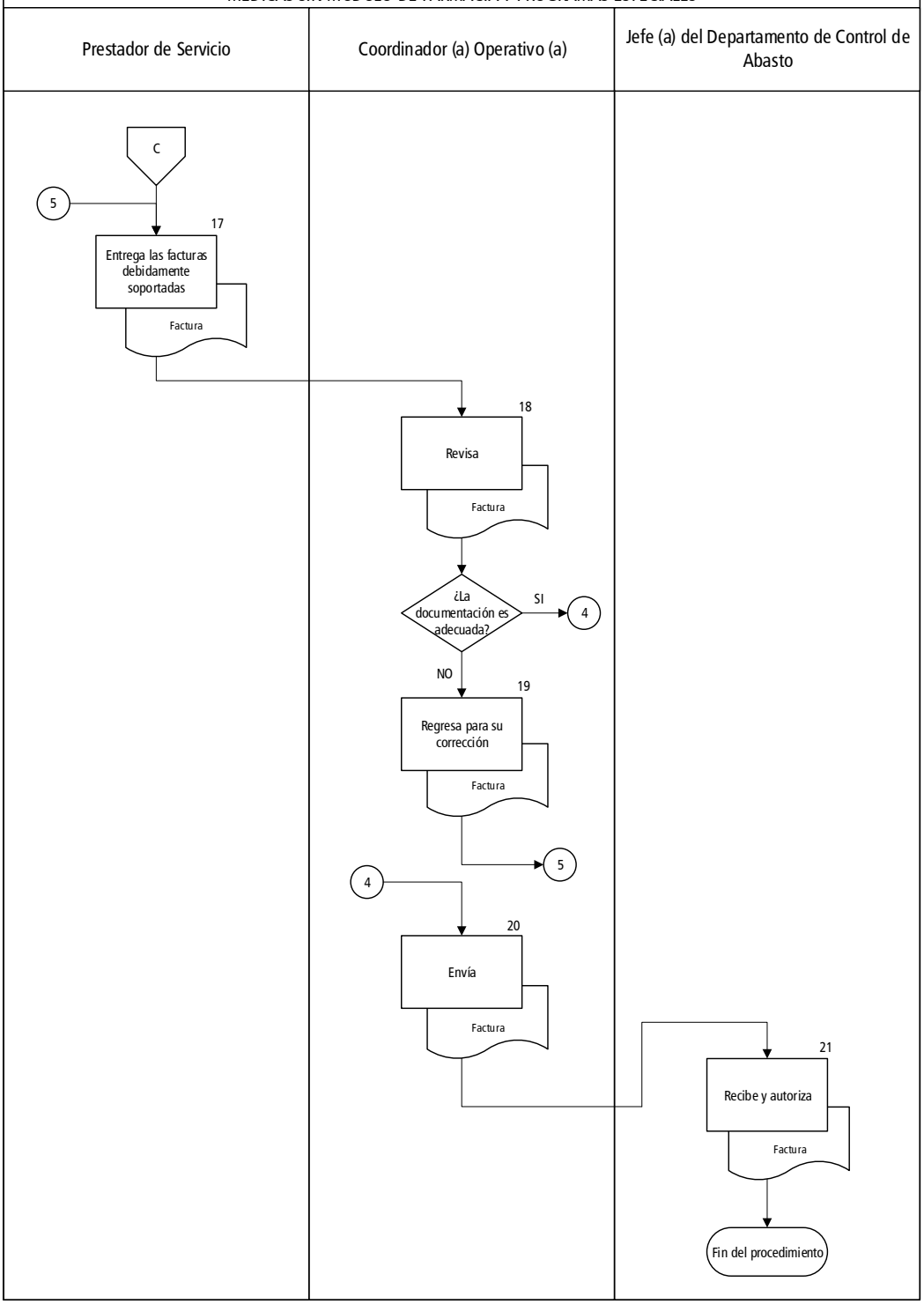


PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES



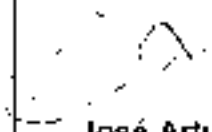
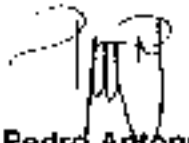

PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES
Jefe (a) del Departamento de Control de Abasto
Dirección de Atención a la Salud
Prestador de Servicio
B
11
Solicita al prestador de servicio carta de agote de medicamento fuera del mercado
12
Solicita indique por cual medicamento será sustituido el agotado
Memorándum
13
Informa el nombre del medicamento por el cual será sustituido el agotado
Memorándum
14
Informa al proveedor para que se realicen los tramites conducentes
Oficio
3
15
Indica al prestador de servicio surtir lo solicitado
16
Entrega pedido
C

PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO (CAUSES) EN UNIDADES MÉDICAS SIN MÓDULO DE FARMACIA Y PROGRAMAS ESPECIALES



7.10.4. PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR ABASTO DE MEDICAMENTOS NO CAUSES.

Tiempo Promedio: 20 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO(DCA) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	Administrar el abasto oportuno de medicamentos NO CAUSES en las Unidades Médicas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 5. Ley de Egresos. 6. Clasificador de objeto de gasto. Políticas de Operación: 1. En el caso de medicamentos NO CAUSES, al ser por demanda hospitalaria, se determina mensualmente de acuerdo a existencias, claves y cantidades a solicitar al proveedor, ajustándose al presupuesto autorizado. 2. Una vez que se cuenta con el fallo de la licitación, el/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto verifica que se encuentre el total de las claves requeridas por el Área Médica.
Responsables	Departamento de Control de Abasto, Dirección de Operación de Unidades Médicas y Subdirección de Administración de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
Áreas Involucradas	Departamento de Control de Abasto y Unidades Médicas.
Recursos	Requerimiento
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas. SAMSI: Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales. JDCA: Jefe/a del Departamento de Control de Abasto. CO: Coordinador/a Operativo/a. U.M.: Unidad Médica. CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

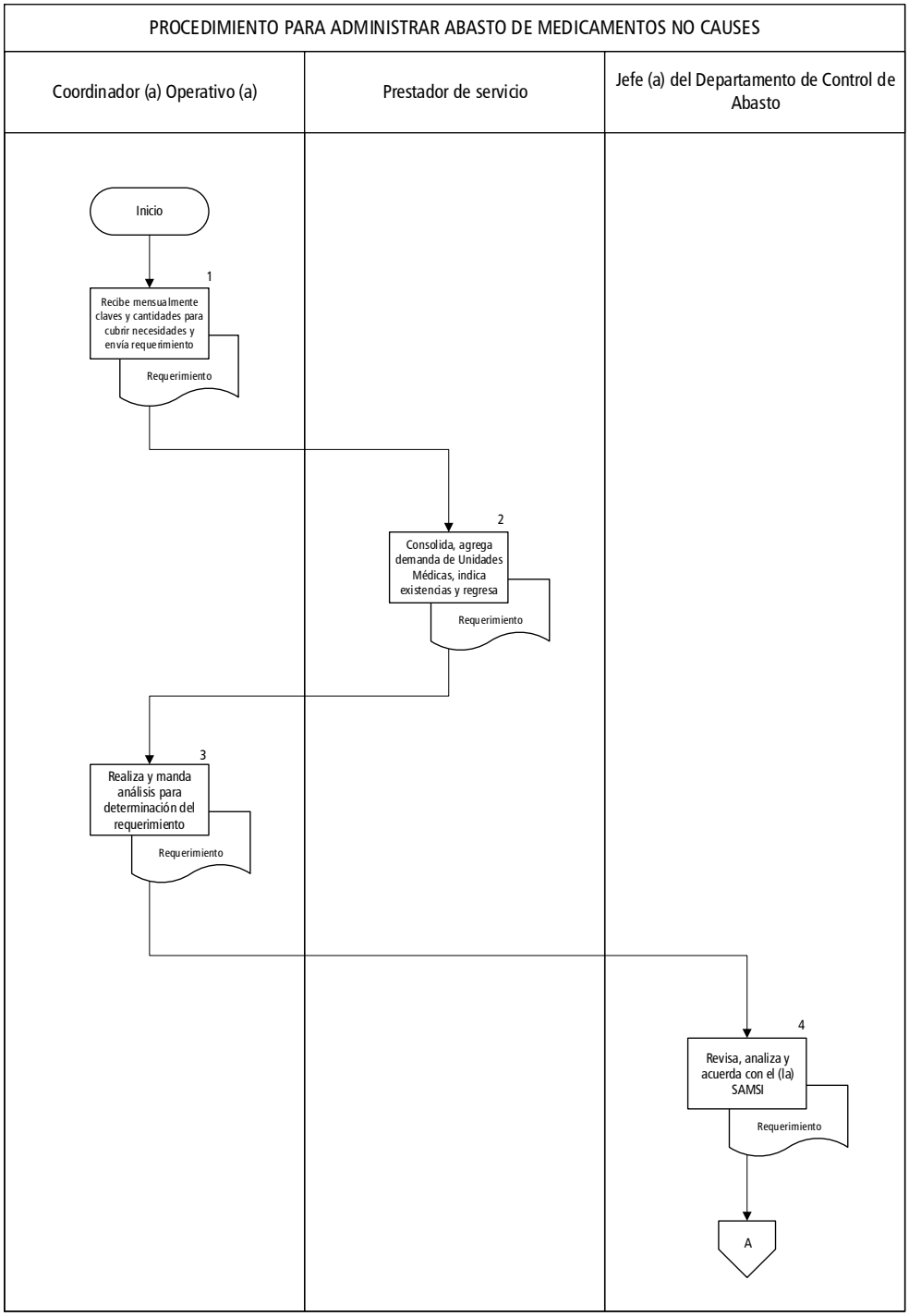
NO CAUSES: Claves de medicamentos que no se encuentran en el CAUSES

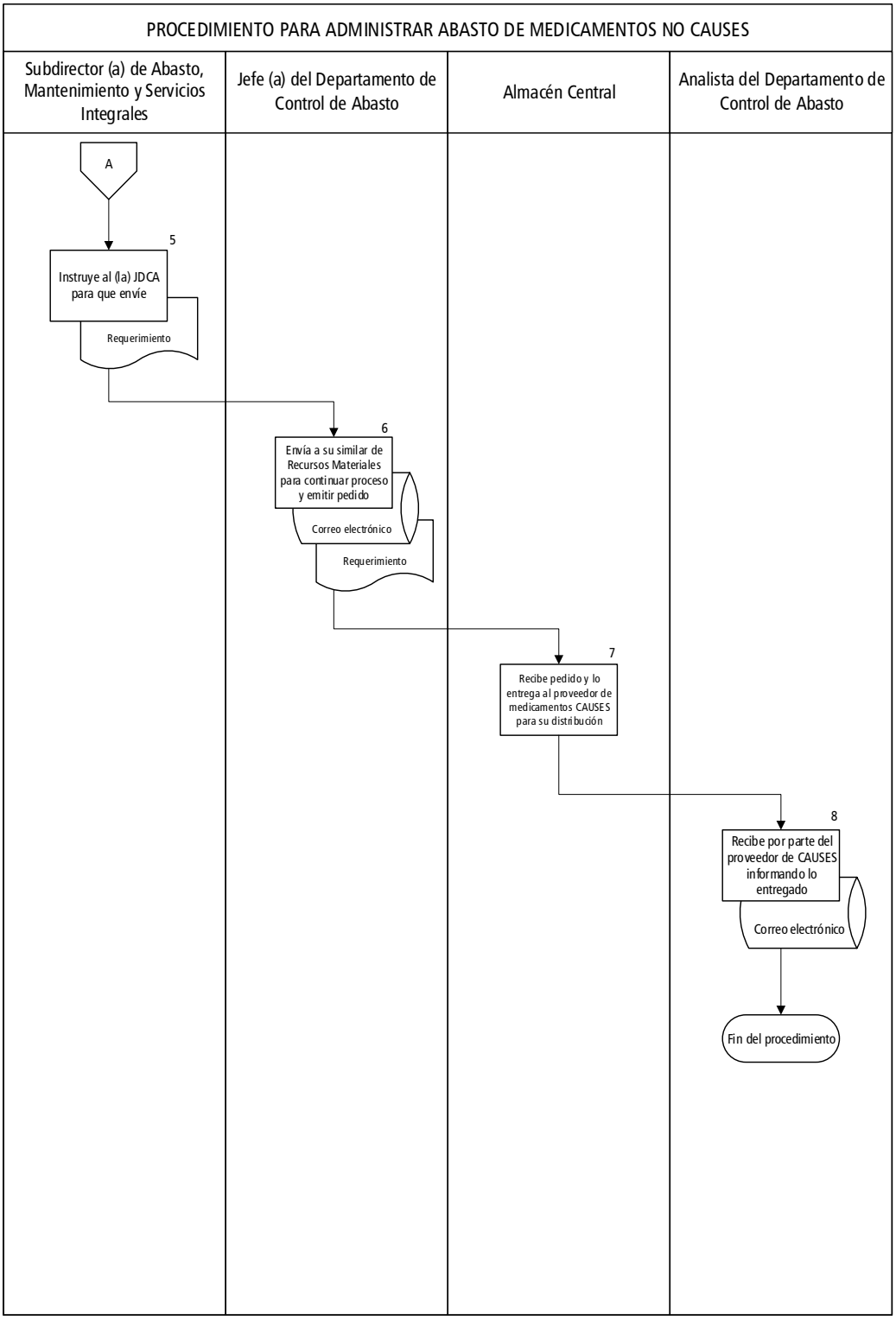
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR ABASTO DE MEDICAMENTOS NO CAUSES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a	Recibe requerimientos mensuales por parte de los hospitales rojos (generales y de alta especialidad), con claves y cantidades para cubrir necesidades. Envía los requerimientos al prestador de servicio.	Requerimiento
2	Prestador de servicio	Consolida la solicitud, agregando la demanda del resto de Unidades Médicas autorizadas, indica existencias y lo regresa al CO.	Requerimiento
3	Coordinador/a Operativo/a	Realiza análisis para determinación del requerimiento, ajustándose al presupuesto autorizado y lo manda al/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto (JDCA).	Requerimiento
4	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Revisa, analiza y acuerda el requerimiento con el/la Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales (SAMSI).	Requerimiento
5	Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales	Autoriza e Instruye al/la JDCA para que envíe el requerimiento.	Requerimiento

6	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Envía el requerimiento a su similar de Recursos Materiales a través de correo electrónico, para continuar con el proceso y emitir el pedido correspondiente.	Correo electrónico Requerimiento
7	Almacén Central	Recibe pedido y lo entrega al proveedor de medicamentos CAUSES quien se encarga de la distribución.	S/D
8	Coordinador/a Operativo/a	Recibe correo electrónico por parte del proveedor de CAUSES en donde informa diariamente lo entregado por el proveedor de No CAUSES y da seguimiento hasta que concluye la entrega del pedido.	Correo electrónico
Fin del procedimiento			

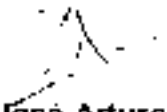
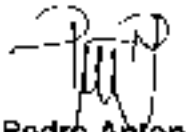
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR ABASTO DE MEDICAMENTOS NO CAUSES.




PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR ABASTO DE MEDICAMENTOS NO CAUSES
Subdirector (a) de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales
Jefe (a) del Departamento de Control de Abasto
Almacén Central
Analista del Departamento de Control de Abasto
A
5
Instruye al (la) JDCA para que envíe
Requerimiento
6
Envía a su similar de Recursos Materiales para continuar proceso y emitir pedido
Correo electrónico
Requerimiento
7
Recibe pedido y lo entrega al proveedor de medicamentos CAUSES para su distribución
8
Recibe por parte del proveedor de CAUSES informando lo entregado
Correo electrónico
Fin del procedimiento

7.10.5. PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS (CPM´S).

Tiempo Promedio: 10 dias hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO(DCA) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	Administrar el abasto de material de curación en las Unidades Médicas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 5. Ley de Egresos. 6. Clasificador de objeto de gasto. Políticas de Operación: 1. Con la finalidad de garantizar el abasto de material de curación a las diferentes U.M., se llevan a cabo acciones coordinadas con la DAS y la DSPyVE, así como con la Coordinación de Almacenes de los SSEP. 2. En el caso de primer nivel de atención, se solicita el requerimiento mensual para el respectivo surtimiento. 3. 15 días antes del surtimiento ordinario a Hospitales, se envía a Almacén Central la tabla de CPM vigente, con la finalidad de que AC reporte las existencias disponibles en ese momento y cargue en el sistema la tabla de CPM vigente y con ello elaborar el requerimiento estatal. 4. El Almacén Central, debe de informar diariamente por correo electrónico al Departamento de Control de Abasto, las entregas que hizo la proveeduría a través de un control de pedidos en donde vacían las claves y cantidades que ya tienen número de alta previa revisión de la coordinación de control de calidad.
Responsables	Departamento de Control de Abasto, Dirección de Operación de Unidades Médicas y Subdirección de Administración de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.
Áreas Involucradas	Departamento de Control de Abasto, todas las Unidades Médicas de los tres niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel), así como Unidades Administrativas de estos SSEP.

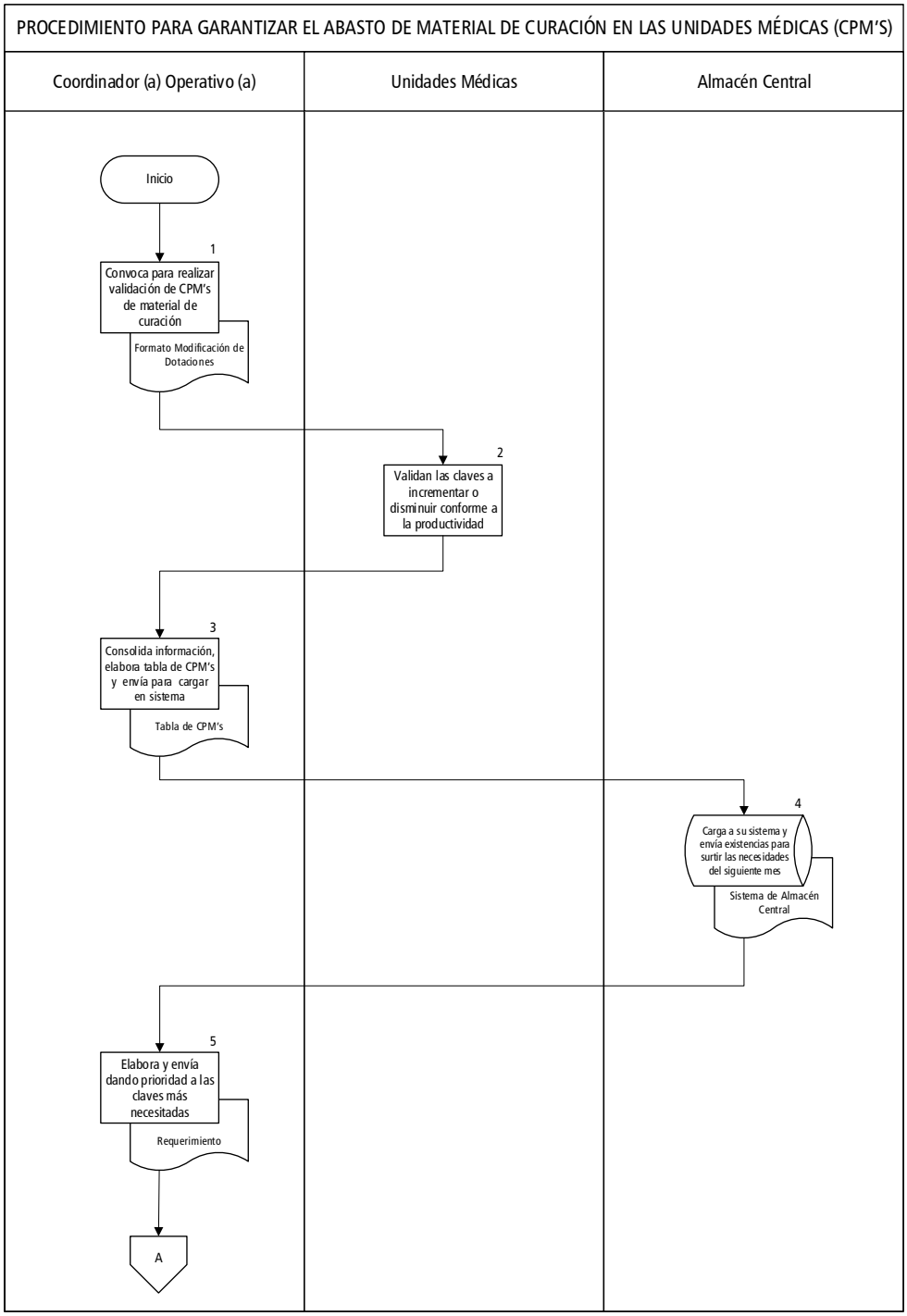
Recursos	Requerimiento
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas. SAMSI: Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales. DAS: Dirección de Atención a la Salud. DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. JDCA: Jefe/a del Departamento de Control de Abasto. CO: Coordinador/a Operativo/a. U.M.: Unidad Médica. AC: Almacén Central. CPM: Consumo Promedio Mensual.

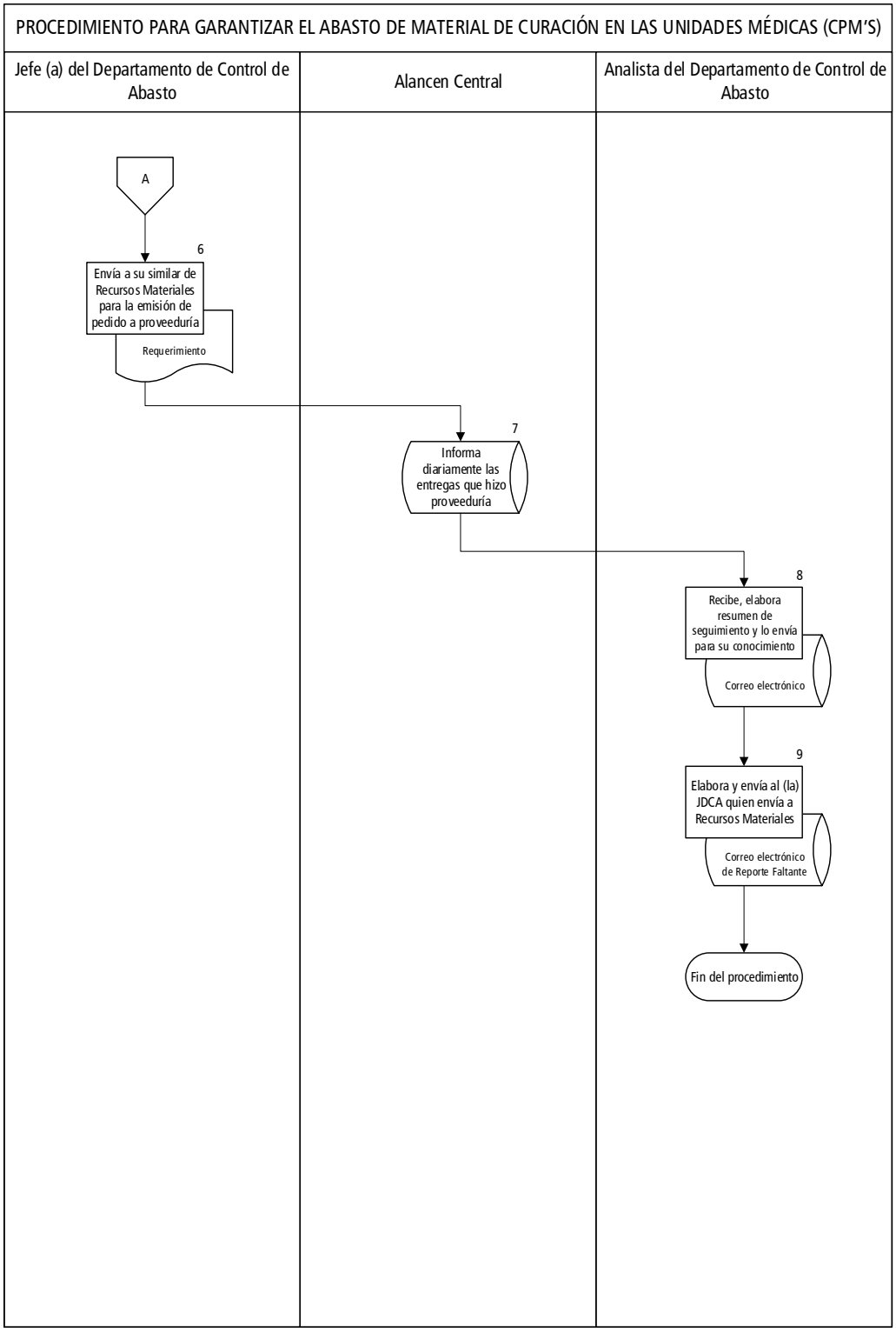
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS (CPM´S).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a	Convoca a las Unidades Médicas (Hospitales) para realizar validación de CPM de material de curación, mediante el formato “Modificación de Dotaciones”.	Formato Modificación de Dotaciones
2	Unidades Médicas	Validan las claves a incrementar o disminuir conforme a la productividad (nuevos servicios, número de consultas) en colaboración con el área médica.	S/D
3	Coordinador/a Operativo/a	Consolida la información de las Unidades Médicas, elabora tabla de CPM y la envía a Almacén Central para que sean cargados a su sistema.	Tabla de CPM
4	Almacén Central	Carga los CPM a su sistema para que sean surtidas las Unidades por procedimiento de reposición y envía	S/D

		al/la CO las existencias de material de curación de las claves contenidas en la tabla de CPMV y de acuerdo al catálogo licitado para surtir las necesidades del siguiente mes.	
5	Coordinador/a Operativo/a	Elabora requerimiento con base en el presupuesto autorizado, considerando el CPMV menos las existencias reportadas por almacén, dando prioridad a las claves de alta rotación y lo envía al/la JDCA.	Requerimiento
6	Jefe/a del Departamento de Control de Abasto	Envía requerimiento a SAMSI para su Vo. Bo y ya autorizado lo envía a su similar de Recursos Materiales para la emisión de pedido a la proveeduría.	Requerimiento
7	Almacén Central	Informa diariamente por correo electrónico al Departamento de Control de Abasto, las entregas que hizo la proveeduría.	Correo electrónico
8	Coordinador/a Operativo/a	Recibe correo electrónico de parte del Almacén Central, elabora Reporte de seguimiento a Pedidos y lo informa por correo electrónico al/la Director/a de Operación de Unidades Médicas y al/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales para su conocimiento.	Correo electrónico
9		Elabora un reporte de pedidos atrasados o faltantes que envía por correo electrónico al/la Jefe/a del Departamento de Control de Abasto quien a su vez lo envía al/la Jefe/a de Recursos Materiales para los trámites que haya a lugar.	Correo electrónico de Reporte Faltante
Fin del procedimiento			

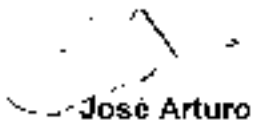
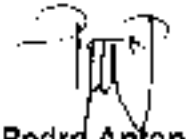
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR EL ABASTO DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS (CPM´S).




PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ABASTO DE MATERIAL DE CURACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS (CPM'S)
Jefe (a) del Departamento de Control de Abasto
Alancen Central
Analista del Departamento de Control de Abasto
A
6
Envía a su similar de Recursos Materiales para la emisión de pedido a proveeduría
Requerimiento
7
Informa diariamente las entregas que hizo proveeduría
8
Recibe, elabora resumen de seguimiento y lo envía para su conocimiento
Correo electrónico
9
Elabora y envía al (la) JDCA quien envía a Recursos Materiales
Correo electrónico de Reporte Faltante
Fin del procedimiento

7.10.6. PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO (DMEMYE) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar ante las empresas contratadas los servicios de mantenimiento de Equipo Médico, Administrativo, Electromecánico y de Radiocomunicación solicitado por las Unidades adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 3. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública Gubernamental. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 5. Ley de Egresos vigente. 6. Clasificador de objeto de gasto vigente. 7. Reglamento Interior de los SSEP. Políticas de Operación: 1. Para el servicio de mantenimiento a equipo electromecánico, radiocomunicación y administrativo, la solicitud deberá ser autorizado por el/la Jefe/a Jurisdiccional y/o Administrador/a, Director/a y/o Subdirector/a y/o Jefe/a de Departamento. 2. El proveedor una vez realizado el servicio de mantenimiento deberá presentar en la hoja de servicio los siguientes datos y leyenda: nombre, cargo, sello y firma, así como la leyenda “recibí a mi entera satisfacción”, del/la responsable de la Unidad. 3. Respetar las recomendaciones y características técnicas del (los) fabricante (s), en el procedimiento a realizar el servicio de mantenimiento. 4. El/la proveedor/a deberá estar inscrito/a en el padrón de proveedores correspondiente y estar al corriente en sus declaraciones fiscales.
Responsables	Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, Dirección de Operación de Unidades Médicas.
Áreas Involucradas	Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, así como áreas que solicitan el servicio.
Recursos	Oficio, Memorándum, Cotización, Sustitución Refacción, Hoja de servicio, Factura

Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. CO: Coordinador/a Operativo/a. JDEME: Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico. DOOBSGPG: Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Unidad Administrativa: Área perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que requiera mantenimiento de Electromecánico y Radiocomunicación y/o administrativo.

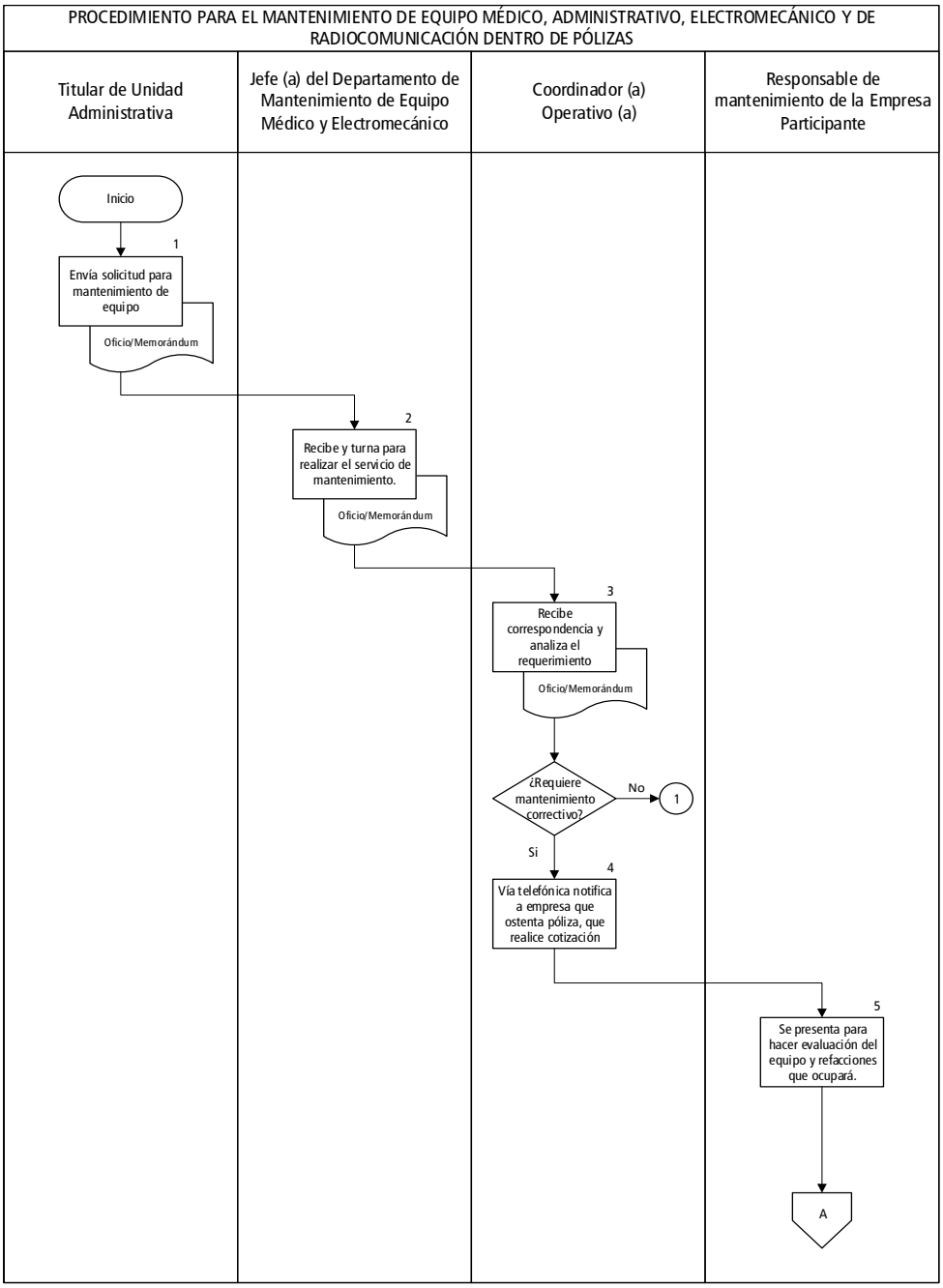
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS.

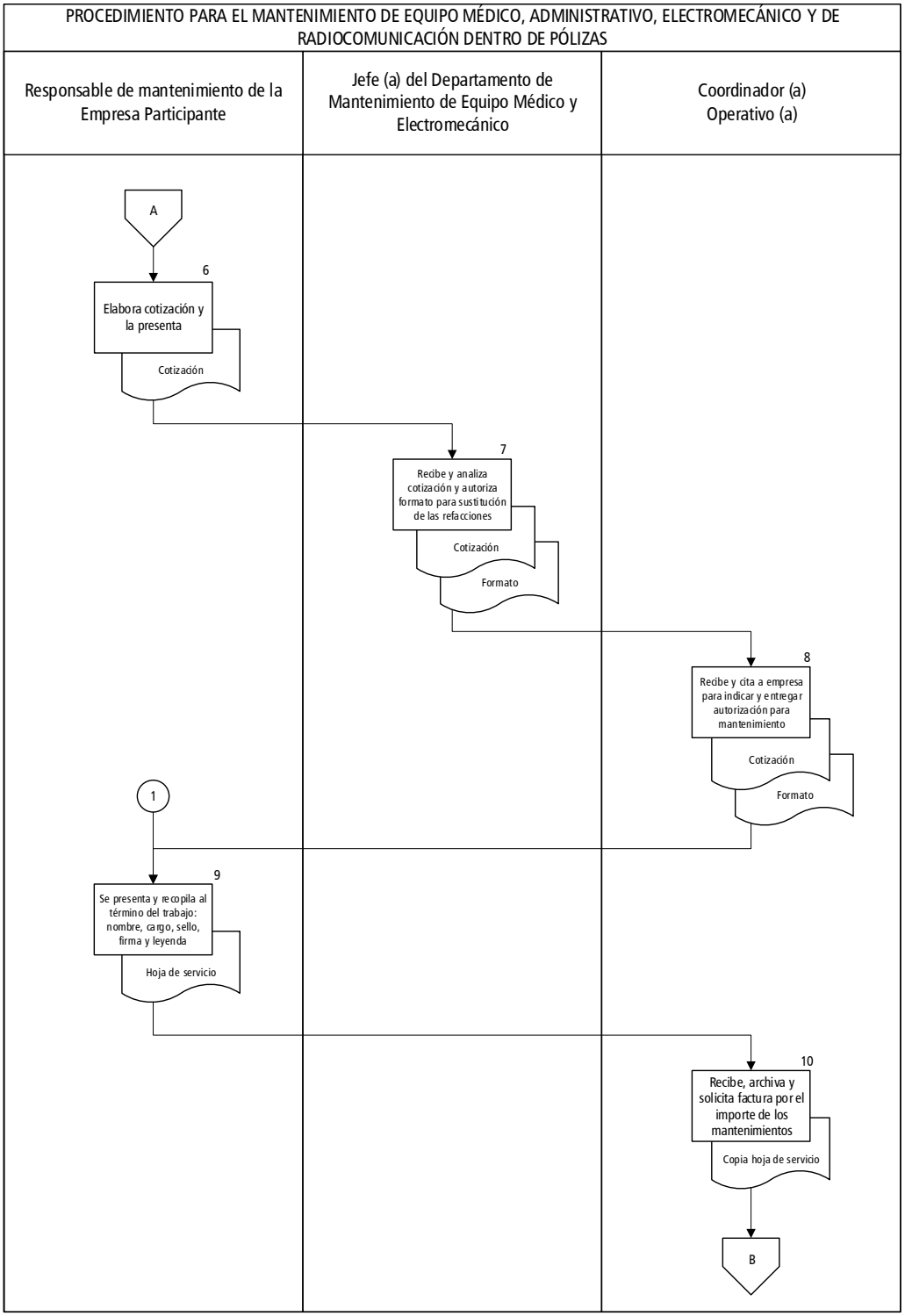
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Titular de Unidad Administrativa	Envía solicitud de mantenimiento para mantenimiento de equipo médico, administrativo, electromecánico y de radiocomunicación al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Oficio/Memorándum
2	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe correspondencia y turna al/la Coordinador/a Operativo/a correspondiente para realizar el servicio de mantenimiento.	Oficio/Memorándum
3	Coordinador/a Operativo/a	Recibe correspondencia y analiza el requerimiento: ¿Requiere mantenimiento correctivo? Sí. Continúa en paso 4. No. Continua paso 9.	Oficio/Memorándum

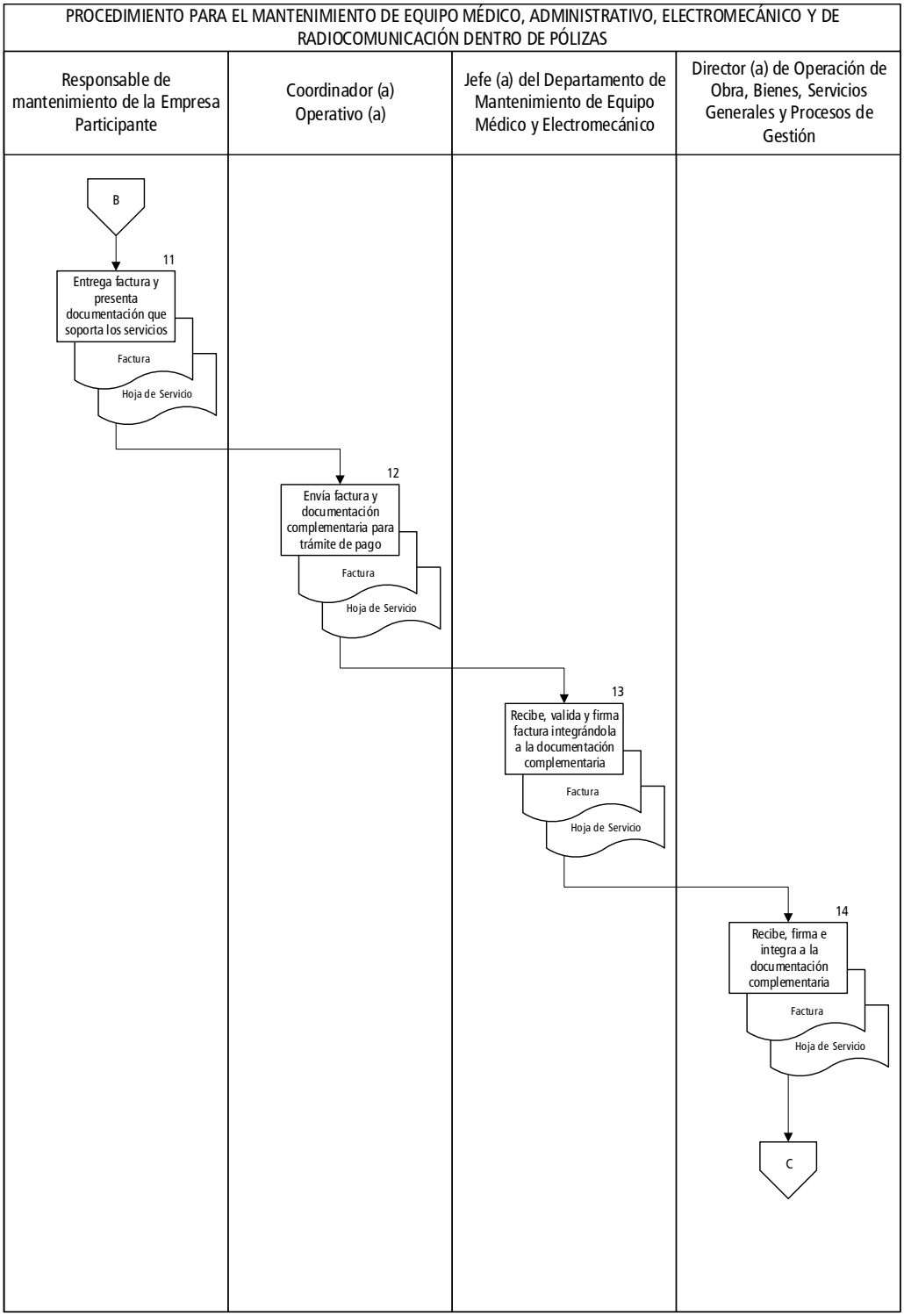
4		Vía telefónica notifica a la empresa que ostenta la póliza, para que realice la cotización de las refacciones.	S/D
5	Responsable de mantenimiento de la Empresa Participante	Se presenta en la unidad administrativa donde se efectuará el trabajo para hacer una evaluación del equipo y las refacciones que ocupará.	S/D
6		Elabora cotización y la presenta al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Cotización
7	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe cotización, analiza y autoriza formato para la sustitución de refacciones, entregándolo al/la Coordinador/a Operativo/a.	Formato Cotización
8	Coordinador/a Operativo/a	Recibe cotización y formato de autorización, cita a la empresa correspondiente para indicar y entregar autorización para la ejecución del mantenimiento.	Formato Cotización
9	Responsable de mantenimiento de la Empresa Participante	Se presenta en la unidad administrativa donde efectuará el servicio, recopilando al término del trabajo en la hoja de servicio nombre, cargo, sello y firma, así como la leyenda “recibí a mi entera satisfacción”, del/la responsable de la Unidad, entregando una copia al/la Coordinador/a Operativo/a.	Hoja de servicio
10	Coordinador/a Operativo/a	Recibe y archiva hoja de servicio, así mismo, solicita a la empresa la factura por el importe de los mantenimientos realizados.	Copia hoja de servicio

11	Responsable de mantenimiento de la Empresa Participante	Entrega factura y presenta documentación complementaria que soporta los servicios, al/la Coordinador/a Operativo/a para su revisión.	Factura Hoja de Servicio
12	Coordinador/a Operativo/a	Envía factura y documentación complementaria para trámite de pago, al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Factura Hoja de Servicio
13	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe valida y firma factura integrándola a la documentación complementaria enviándola para su autorización a la Dirección de Operación de Unidades Médicas.	Factura Hoja de Servicio
14	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe factura, firma de autorización integrándola a la documentación complementaria enviándola al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Factura Hoja de Servicio
15	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe factura autorizada y documentación complementaria, elabora memorándum para trámite de pago y envía al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto.	Factura Hoja de Servicio Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS.

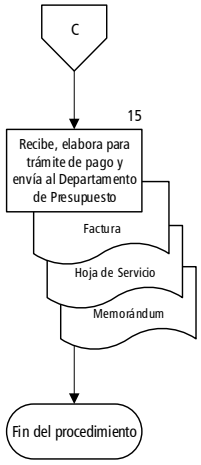



PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS
Responsable de mantenimiento de la Empresa Participante
Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico
Coordinador (a) Operativo (a)
A
6
Elabora cotización y la presenta
Cotización
7
Recibe y analiza cotización y autoriza formato para sustitución de las refacciones
Cotización
Formato
8
Recibe y cita a empresa para indicar y entregar autorización para mantenimiento
Cotización
Formato
1
9
Se presenta y recopila al término del trabajo: nombre, cargo, sello, firma y leyenda
Hoja de servicio
10
Recibe, archiva y solicita factura por el importe de los mantenimientos
Copia hoja de servicio
B


PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS
Responsable de mantenimiento de la Empresa Participante
Coordinador (a) Operativo (a)
Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico
Director (a) de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión
B
11
Entrega factura y presenta documentación que soporta los servicios
Factura
Hoja de Servicio
12
Envía factura y documentación complementaria para trámite de pago
Factura
Hoja de Servicio
13
Recibe, valida y firma factura integrándola a la documentación complementaria
Factura
Hoja de Servicio
14
Recibe, firma e integra a la documentación complementaria
Factura
Hoja de Servicio
C

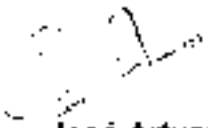
PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN DENTRO DE PÓLIZAS

Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico



7.10.7. PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS

Tiempo Promedio: 15 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO (DMEMYE) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar ante las empresas contratadas los servicios de mantenimiento de Equipo Médico, Administrativo, Electromecánico y de Radiocomunicación solicitado por las Unidades adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. 3. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública Gubernamental. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal. 5. Ley de Egresos. 6. Clasificador de objeto de gasto. Políticas de Operación: 1. Para el servicio de mantenimiento a equipo electromecánico, radiocomunicación y administrativo, la solicitud deberá ser autorizado por el/la Jefe/a Jurisdiccional y/o Administrador/a, Director/a y/o Subdirector/a y/o Jefe/a de Departamento. 2. El proveedor una vez realizado el servicio de mantenimiento deberá presentar en la hoja de servicio los siguientes datos y leyenda: nombre, cargo, sello y firma, así como la leyenda “recibí a mi entera satisfacción”, del/la responsable de la Unidad. 3. Respetar las recomendaciones y características técnicas del (los) fabricante (s), en el procedimiento a realizar el servicio de mantenimiento. 4. El/la proveedor/a deberá estar inscrito/a en el padrón de proveedores correspondiente y estar al corriente en sus declaraciones fiscales.
Responsables	Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, Dirección de Operación de Unidades Médicas.
Áreas Involucradas	Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, así como áreas que solicitan el servicio.
Recursos	Solicitud de servicio, Cotización, Cuadro de precios, Contrato/pedido, Hoja de servicio, Factura, Memorándum, Oficio, Compromiso presupuestal.

Glosario

SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
CO: Coordinador/a Operativo/a.
DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Proceso de Gestión.
JDEME: Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.
DOUM: Dirección de Operación de Unidades Médicas.
Unidad Administrativa: Área perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que requiera mantenimiento de Electromecánico y Radiocomunicación y/o administrativo.
JDP: Jefe/a de Departamento de Presupuesto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Titular de Unidad Administrativa	Envía solicitud para mantenimiento de equipo médico, administrativo, electromecánico, radiocomunicación al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Oficio/Memorándum
2	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe correspondencia y turna al/la Coordinador/a Operativo/a correspondiente para realizar el servicio de mantenimiento.	Oficio/Memorándum
3	Coordinador/a Operativo/a	Recibe correspondencia y analiza si se encuentra el servicio de mantenimiento dentro de póliza. ¿Está dentro de póliza? Si: Continúa en paso 4.	Oficio/Memorándum

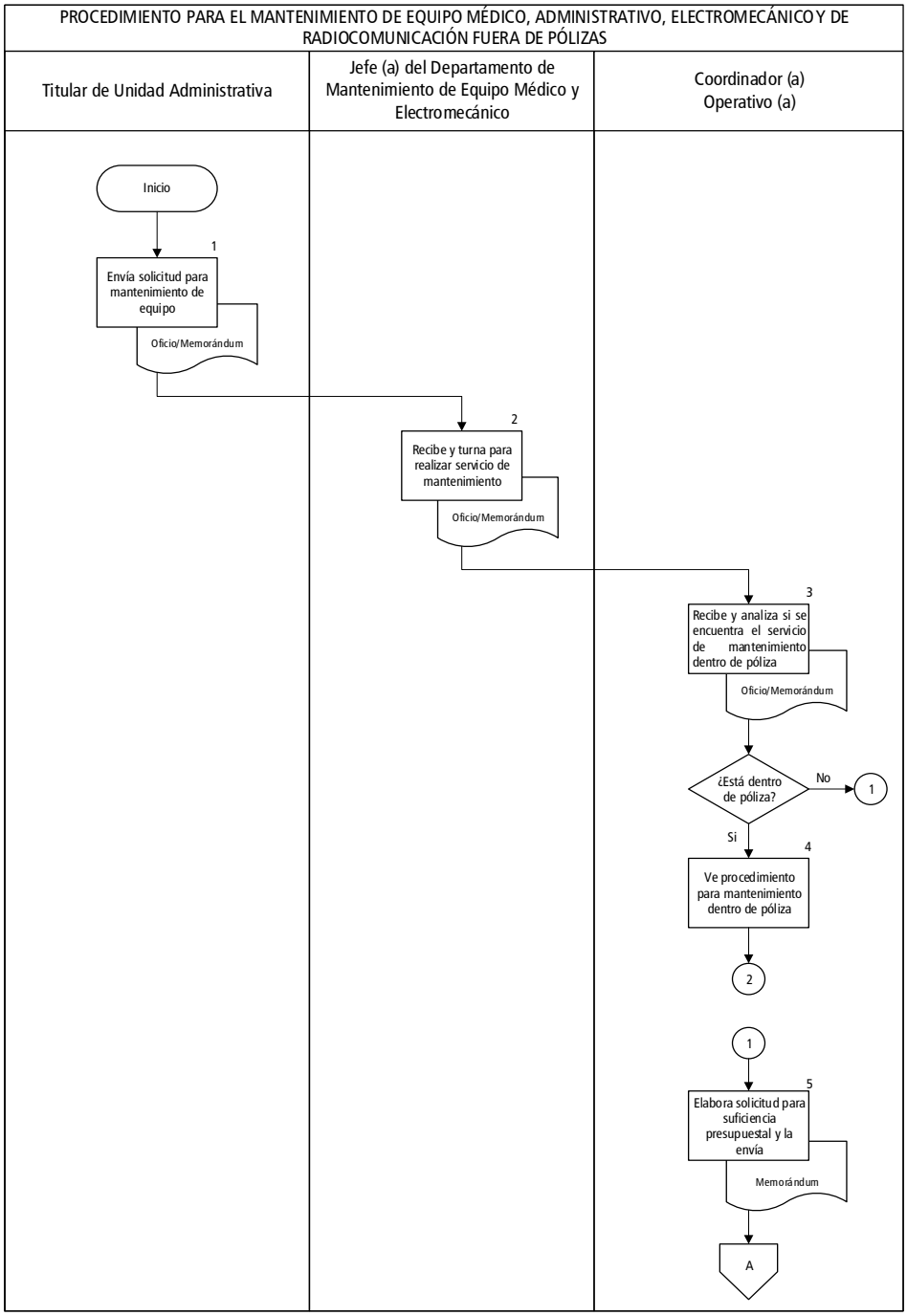
		No: Continúa en paso. 5.	
4		Ve el Procedimiento para el mantenimiento de equipo médico, administrativo, electromecánico y de radiocomunicación dentro de pólizas Fin del procedimiento.	
5		Elabora solicitud para suficiencia presupuestal y la envía a lo envía para autorización al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Memorándum
6	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Solicita autorización y suficiencia presupuestal y envía al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto.	Memorándum
7	Jefe/a del Departamento de Presupuesto	Recibe y elabora compromiso para la suficiencia presupuestal.	Memorándum Compromiso presupuestal
8		Envía compromiso presupuestal al/la Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales.	Compromiso presupuestal
9	Subdirector/a de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales	Recibe compromiso presupuestal y turna al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Compromiso presupuestal
10	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe Compromiso presupuestal, turna al/la Coordinador/a Operativo/a.	Compromiso presupuestal
11	Coordinador/a Operativo/a	Recibe compromiso presupuestal.	Compromiso presupuestal

12		Invita vía telefónica a la (s) empresa (s) factible (s) para que realice (n) el trabajo de mantenimiento y elabora solicitud de servicio.	Solicitud de servicio
13	Responsable de mantenimiento de la Empresa	Recibe solicitud de servicios de mantenimiento.	Solicitud de servicio
14		Se presenta en la unidad administrativa donde se efectuará el trabajo para hacer una evaluación del equipo, formula la cotización y la presenta al/la Coordinador/a Operativo/a.	Solicitud de servicio Cotización
15	Coordinador/a Operativo/a	Recibe cotización(es) para su evaluación.	Cotización
16		Elabora cuadros de precios, solicitud de servicio y Contrato/Pedido.	Cuadros de precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido
17		Entrega cuadros de precios, solicitud de servicio y Contrato/Pedido al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, anexando cotización, para su validación.	Cuadros de precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido Cotización
18	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe documentación, cuadros de precios, solicitud de servicio y Contrato/Pedido. ¿Existen observaciones? Si: Regresa actividad 16. No: Continúa actividad 19.	Cuadros de precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido Cotización
19		Valida y envía documentación a la Dirección de Operación de Unidades Médicas para su autorización.	Cuadros de precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido Cotización
20	Director/a de	Firma de autorización: cuadros de	Cuadros de precios,

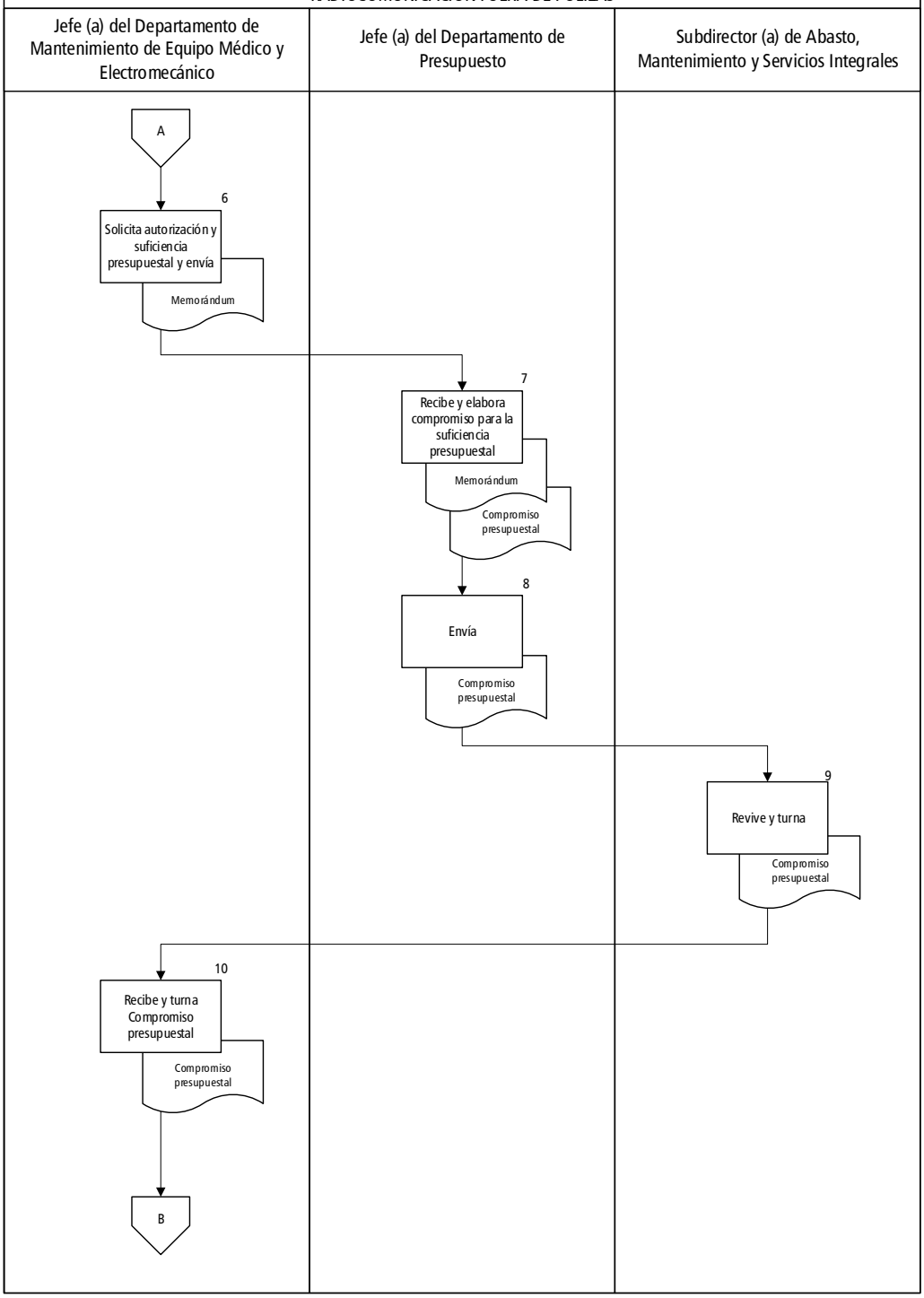
	Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido y turna al Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Solicitud de servicio y Contrato/Pedido
21	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe y turna cuadros de precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido autorizados al/la Coordinador/a Operativo.	Cuadros de precios, Solicitud de servicio y Contrato/Pedido
22	Coordinador/a Operativo/a	Recibe documentación y cita a la empresa correspondiente para indicar y entregar solicitud de servicio y Contrato/Pedido para la ejecución de trabajos.	Solicitud de servicio y Contrato/Pedido
23	Responsable de mantenimiento de la Empresa	Se presenta en la unidad administrativa donde efectuará el servicio, recopilando al término del trabajo en la hoja de servicio nombre, cargo, sello y firma del/la responsable de la Unidad, entregando una copia al/la Coordinador/a Operativo/a.	Solicitud de servicio Contrato/Pedido y Hoja de Servicio
24	Coordinador/a Operativo/a	Recibe y archiva copia de hoja de servicio, así mismo, solicita a la empresa la factura por el importe de los trabajos realizados.	Copia de hoja de Servicio
25	Responsable de mantenimiento de la Empresa	Elabora y presenta factura y documentación correspondiente para trámite de pago, al/la Coordinador/a Operativo.	Factura
26	Coordinador/a Operativo/a	Recibe y revisa factura, integrando la documentación completaría que soporta el servicio para trámite de pago. ¿Factura debidamente requisitada? Si: Continúa en la actividad 27.	Factura Documentación completaría

		No: Regresa actividad 25.	
27		Envía factura y documentación complementaria para trámite de pago, al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Factura Documentación completaría
28	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe factura y firma integrándola a la documentación complementaria enviándola para su autorización a la Dirección de Operación de Unidades Médicas.	Factura Documentación completaría
29	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe factura y firma de autorización integrándola a la documentación complementaria enviándola al/la Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.	Factura Documentación completaría
30	Jefe/a del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico	Recibe factura autorizada y documentación complementaria, elabora memorándum para tramite de pago y envía al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto.	Factura Documentación completaría Memorándum
Fin del procedimiento			

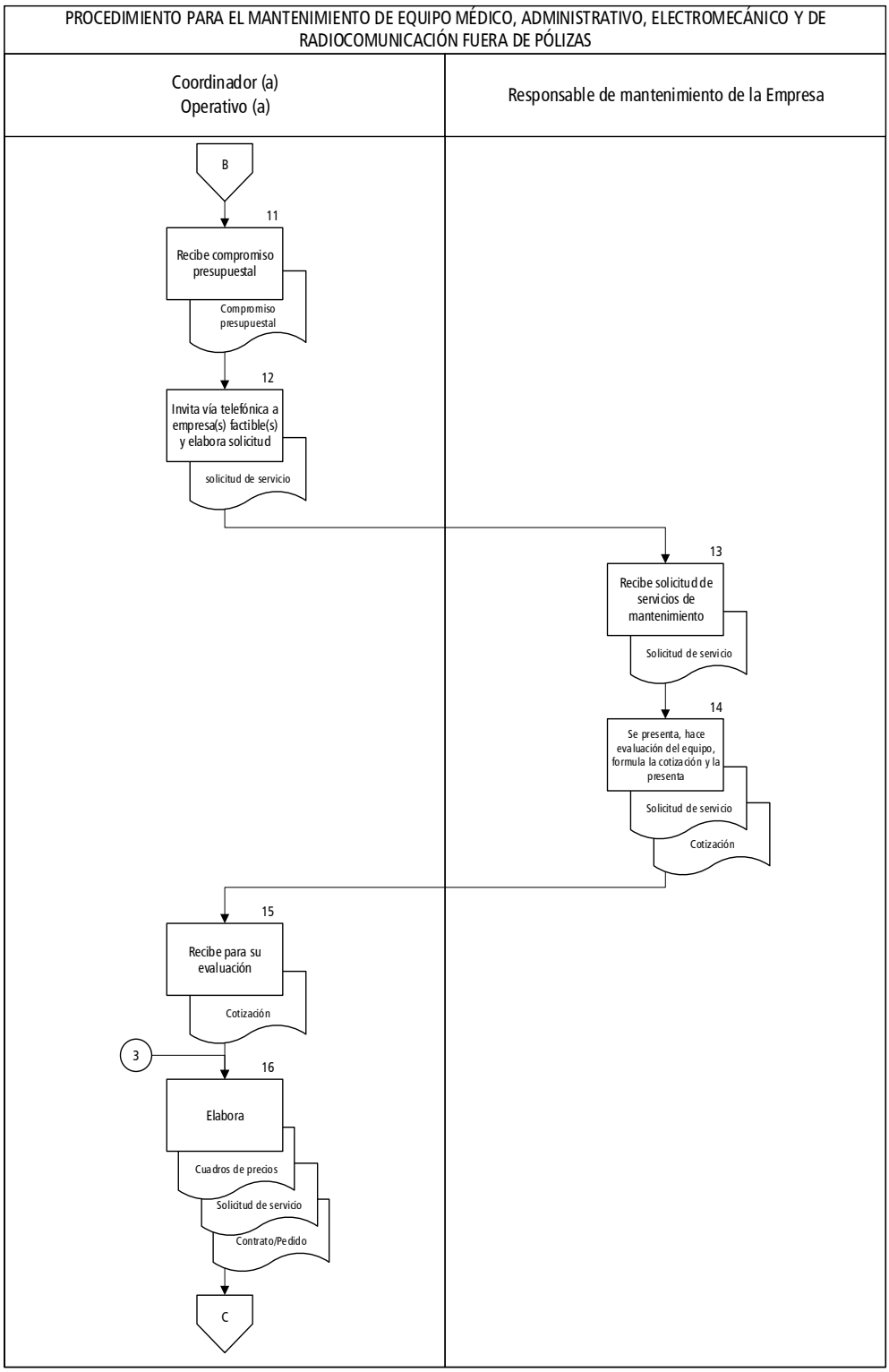
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS.

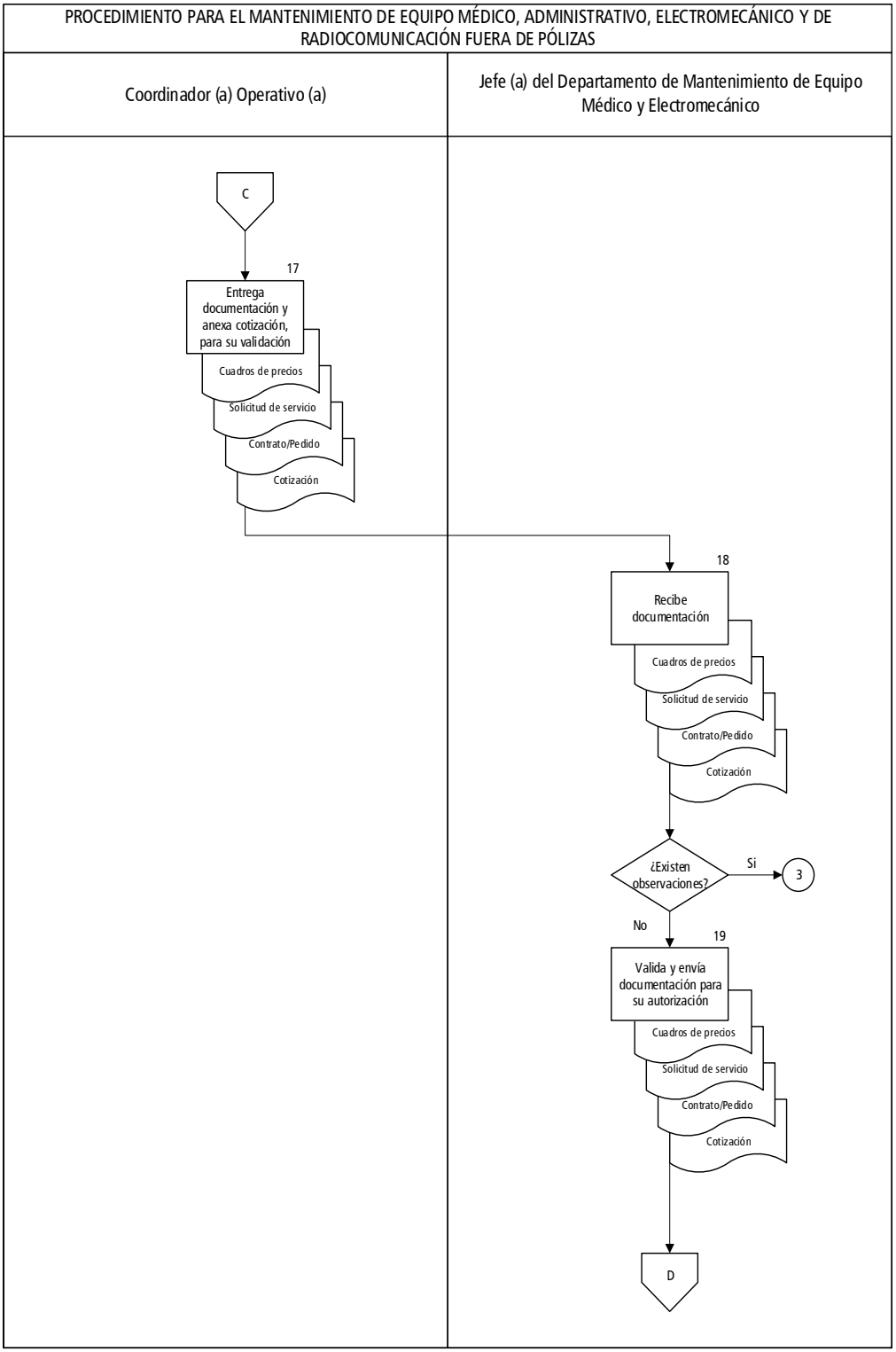


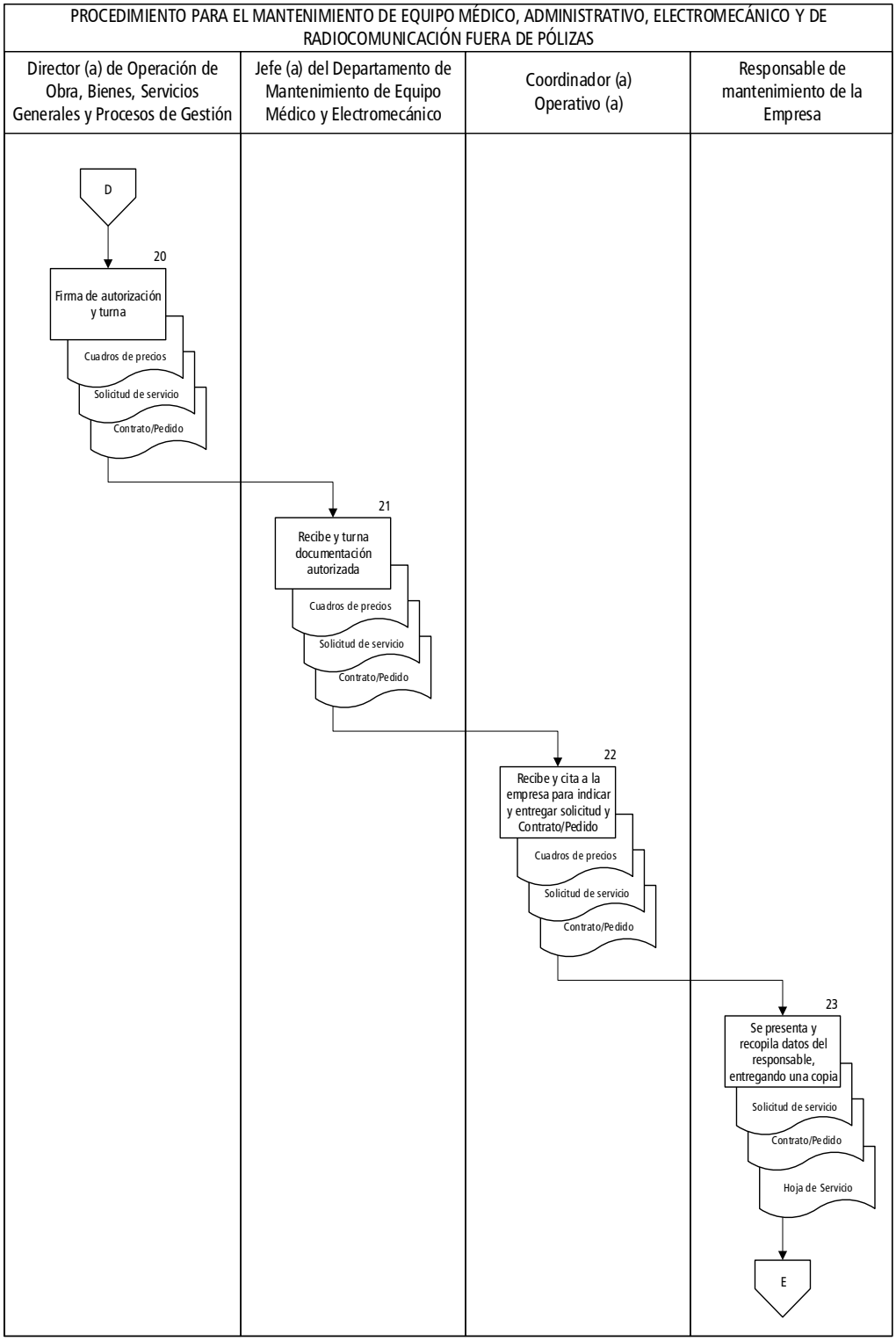
PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS

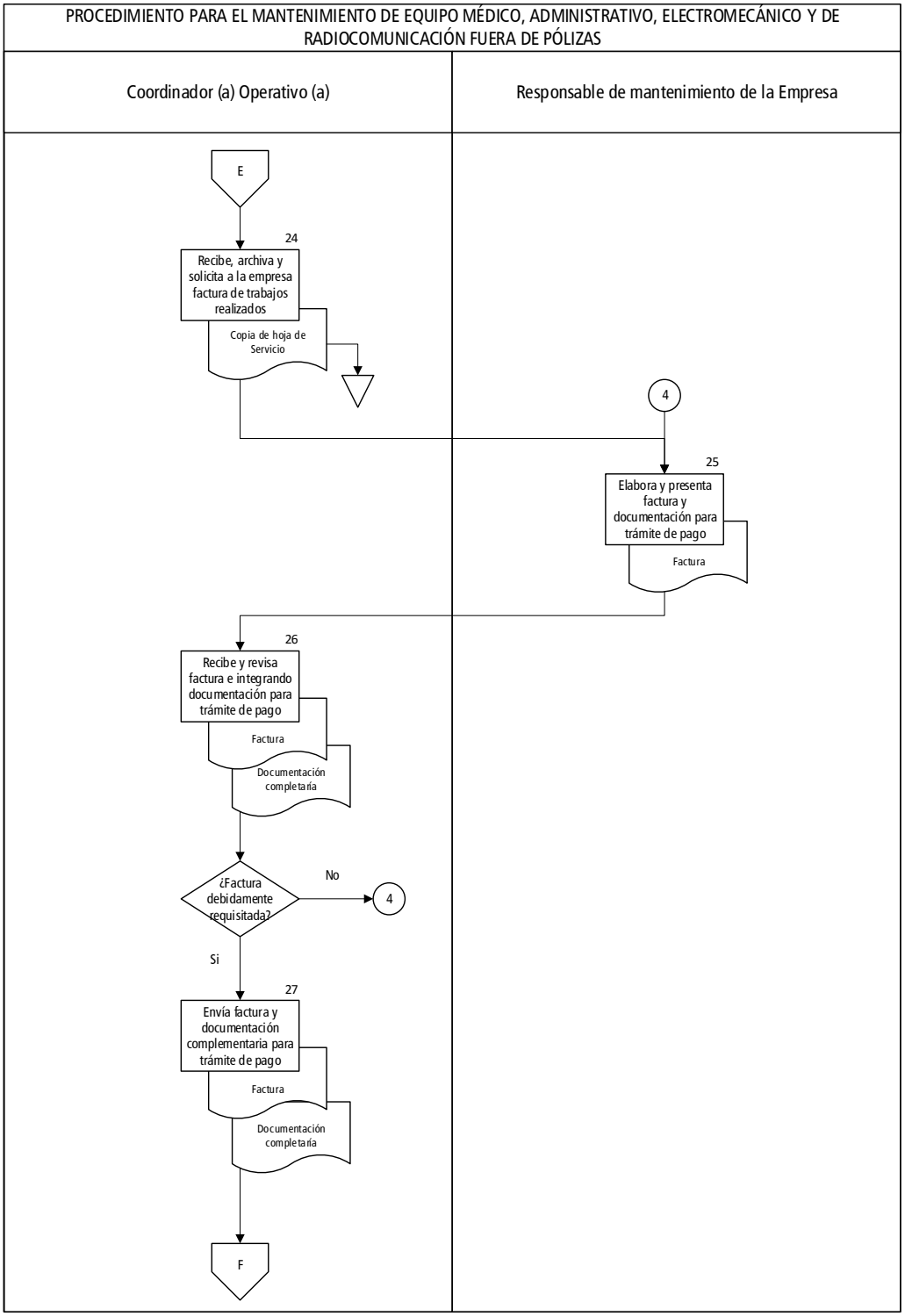


PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS

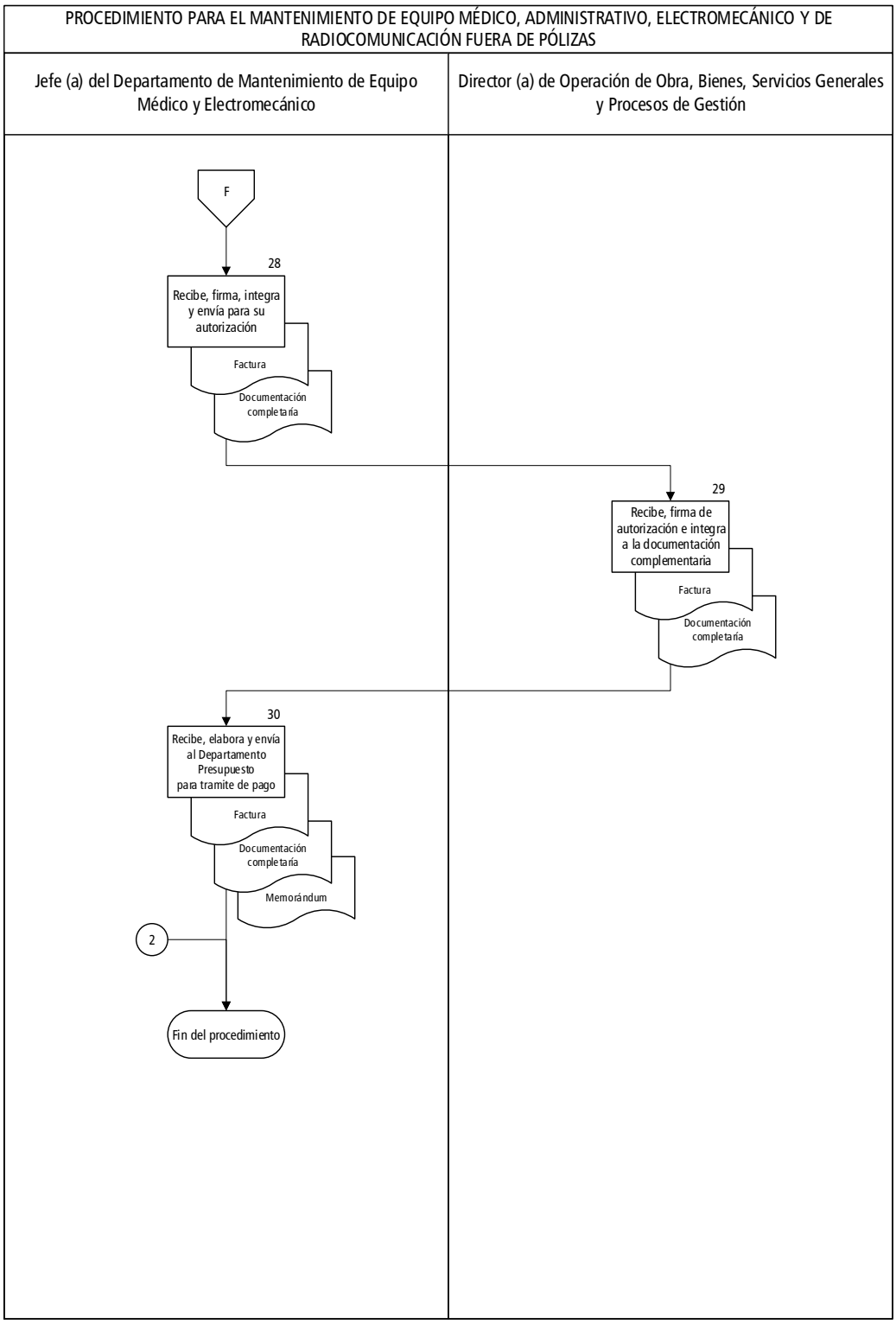



PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS
Coordinador (a) Operativo (a)
Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico
C
17
Entrega documentación y anexa cotización, para su validación
Cuadros de precios
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
Cotización
18
Recibe documentación
Cuadros de precios
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
Cotización
¿Existen observaciones?
Si
3
No
19
Valida y envía documentación para su autorización
Cuadros de precios
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
Cotización
D


PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS
Director (a) de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión
Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico
Coordinador (a) Operativo (a)
Responsable de mantenimiento de la Empresa
D
20
Firma de autorización y turna
Cuadros de precios
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
21
Recibe y turna documentación autorizada
Cuadros de precios
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
22
Recibe y cita a la empresa para indicar y entregar solicitud y Contrato/Pedido
Cuadros de precios
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
23
Se presenta y recopila datos del responsable, entregando una copia
Solicitud de servicio
Contrato/Pedido
Hoja de Servicio
E


PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS
Coordinador (a) Operativo (a)
Responsable de mantenimiento de la Empresa
E
24
Recibe, archiva y solicita a la empresa factura de trabajos realizados
Copia de hoja de Servicio
4
25
Elabora y presenta factura y documentación para trámite de pago
Factura
26
Recibe y revisa factura e integrando documentación para trámite de pago
Factura
Documentación completaria
¿Factura debidamente requisitada?
No
4
Si
27
Envía factura y documentación complementaria para trámite de pago
Factura
Documentación completaria
F

PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO, ADMINISTRATIVO, ELECTROMECÁNICO Y DE RADIOCOMUNICACIÓN FUERA DE PÓLIZAS



PROCEDIMIENTO 7.10.8.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO.

10 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Zabdiel Jesahias Marín Ortega (ZJMO) (DSMI) Octubre, 2022	**Janeth Alonso Torres (JAT) (SAMSI) Octubre, 2022**	**Ilse Ileana Tarango Gómez (IITG) (DOUM) Octubre, 2022**

Objetivo	Constituir un instrumento que permita elevar la calidad en el desempeño de cada una de las etapas que internamente conlleva realizar la gestión del trámite de pago a personas físicas o morales por la prestación de servicios integrales que son brindados a los hospitales generales, hospitales integrales y centros de salud de los **S**ervicios de **S**alud del Estado de Puebla.
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley Estatal de Salud. 3. Ley de Egresos del Estado de Puebla. 4. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y **S**ervicios del **S**ector Público Estatal y Municipal. 5. Ley General de Responsabilidades Administrativas. 6. Ley **G**eneral de Contabilidad **G**ubernamental 7. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. 8. Código Fiscal de la Federación

	9. Ley del Impuesto al Valor Agregado 10. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Toda solicitud de pago se remitirá de manera oficial. 2. Todo documento tendrá que estar cargado en Sistema Magnitus. 3. Todo pago y documento tendrá que estar amparado por un contrato. 4. Todo pago deberá contar con suficiencia presupuestal.
Responsable	Departamento de Servicios Médicos Integrales de la Dirección de Operación de Unidades Médicas.
Áreas Involucradas	Departamento de Servicios Médicos Integrales, Departamento de Presupuesto y Proveedor.
Elementos de Entrada	Factura firmada, en formato XML y CFDI, Concentrado de Servicio, Soporte que ampara el servicio prestado con firma y sello, Requisición de pago, Copia de Suficiencia Presupuestal, Contrato, Anexo Técnico, Póliza de Fianza, Fallo de la Licitación, Devengo, Formato de Trámite de Pago, Memorándum, Fotocopia de Expediente.
Elementos de Salida	Acuse Memorándum.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO.

No.	Responsable	Descripción de Actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	DSMI	Recibir por parte del proveedor de manera presencial la siguiente documentación física en original: Factura firmada, en Formato XML y CFDI, Concentrado de servicio validado por la Unidad Médica y soporte que ampara el servicio prestado en las diferentes Unidades Médicas, debidamente firmado y sellado por el personal competente.	Factura firmada Concentrado de servicio Soporte
2	DSMI	Revisar la documentación entregada. ¿Está completa y sin observaciones? SI: Continúa con la actividad 3. NO: El proveedor corrige la documentación y regresa a la actividad 1.	Factura firmada Concentrado de servicio Soporte
3	DSMI	Cargar en el sistema los datos del contrato, y una vez que se da el devengo, elaborar e imprimir el mismo por el CECO y por factura, así como capturar toda la información y el trámite del pago en el sistema Magnitus.	Requisición de pago Copias de suficiencia presupuestal Contrato Anexo técnico Póliza de fianza

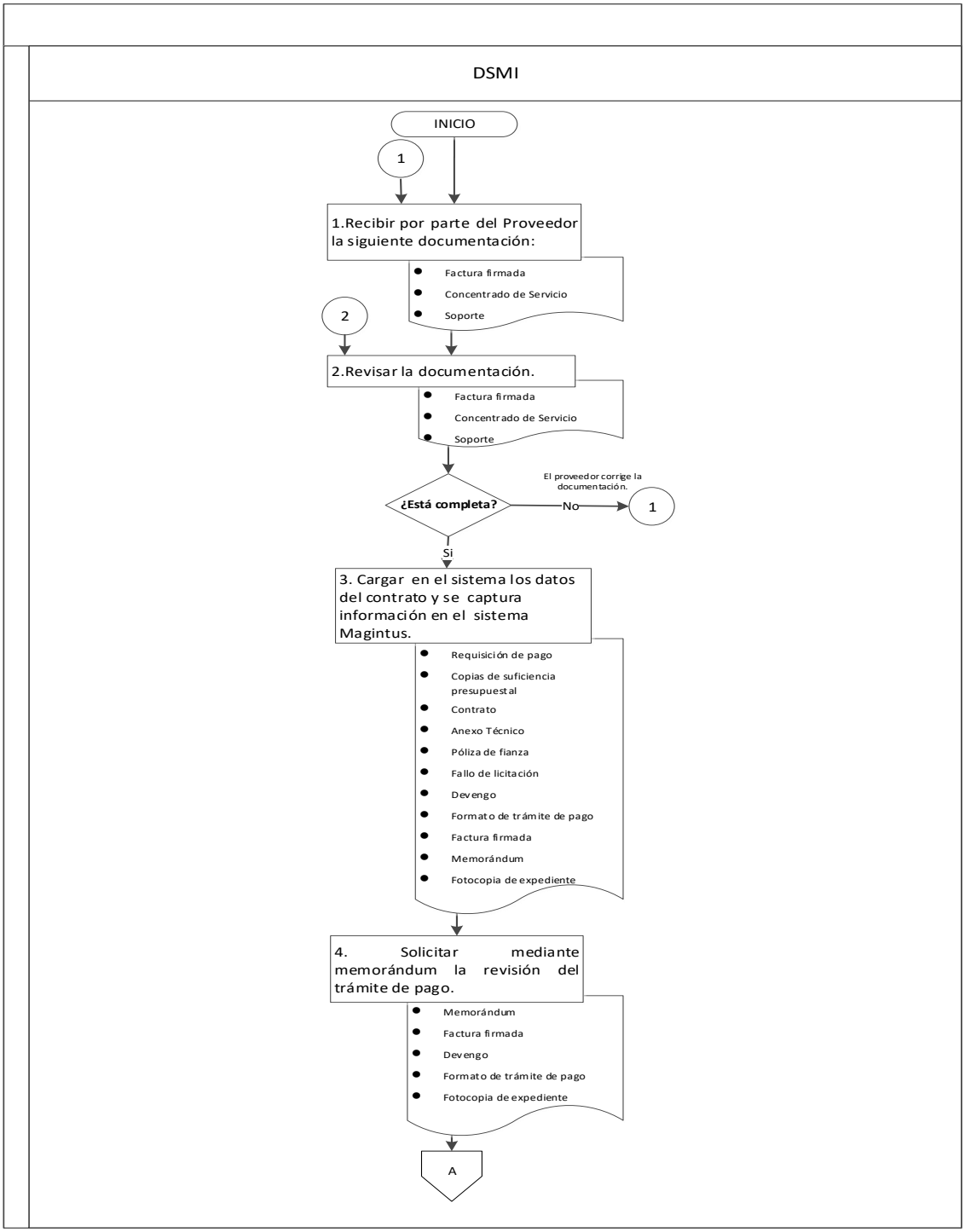
			Fallo de licitación Devengo Formato de trámite de pago Factura firmada Memorándum Fotocopia de expediente
4	DSMI	Solicitar mediante memorándum la revisión del trámite de pago al Departamento de Presupuesto, recabando firmas y acompañando factura, devengo, Formato de trámite de pago y fotocopia del expediente.	Memorándum Factura firmada Devengo Formato de trámite de pago Fotocopia de expediente
5	DP	Recibir memorándum acusando de recibido y revisar la documentación para su seguimiento. ¿Está completa y sin observaciones? SI: Procede al pago correspondiente. NO: Regresa a la actividad 2, (el Departamento de	Memorándum Factura firmada Devengo

		Presupuesto devuelve el trámite al Departamento de Servicios Médicos Integrales en el término de cuarenta y ocho horas como máximo). **Nota:** el presente procedimiento no podrá exceder del plazo señalado en el artículo 108 fracción VII de la Ley de Adquisiciones y Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, salvo causa debidamente justificada y según sea el caso.	Formato de trámite de pago Fotocopia de expediente Acuse de Memorándum

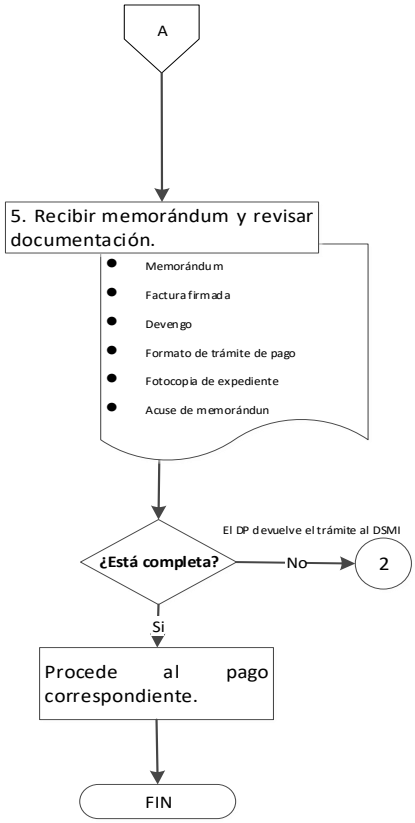
GLOSARIO DE TÉRMINOS

DOUM:	Dirección de Operación de Unidades Médicas.
DSMI:	Departamento de Servicios Médicos Integrales.
DP:	Departamento de Presupuesto.
Soporte	Documentación firmada que comprueban que el servicio fue realizado. Nota: Esta documentación será conforme a cada servicio, se cuentan con 19 servicios (Reporte de servicios, listado de pacientes, copia de INE, CURP, etc.).
Sistema Magnitus:	Process Magnitus, GRP Government Resourses Planning (sistema planificador de recursos gubernamentales), Sistema armonizado de generación de estados financieros que establece la Ley General de Contabilidad Gubernamental.
CECO:	Centro de Costo.

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE PAGO 7.10.8.



DP


A
5. Recibir memorándum y revisar documentación.
Memorándum
Factura firmada
Devengo
Formato de trámite de pago
Fotocopia de expediente
Acuse de memorándun
El DP devuelve el trámite al DSMI
¿Está completa?
No
2
Si
Procede al pago correspondiente.
FIN

7.10.9. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
José Arturo Aguilera Ortega Enlace para la actualización del Manual de Procedimientos JAAO(DCA) Octubre 2018	**José Arturo Aguilera Ortega Subdirector de Abasto, Mantenimiento y Servicios Integrales JAAO (DAMSI) Octubre 2018**	**Pedro Antonio Dávalos Navarro Director de Operación de Unidades Médicas PADN (DOUM) Octubre 2018**

Objetivo	El objetivo es explicar detalladamente el proceso para la solicitud y recepción de información requerida para el trámite de pago de facturas de los servicios prestados por los proveedores de servicios integrales, los cuales tengan contrato vigente o tengan pendientes facturas por cobrar (aunque ya no cuenten con contrato), esto con la finalidad de que el proceso sea más ágil tanto para el Departamento de Servicios Médicos Integrales como para el prestador del servicio.

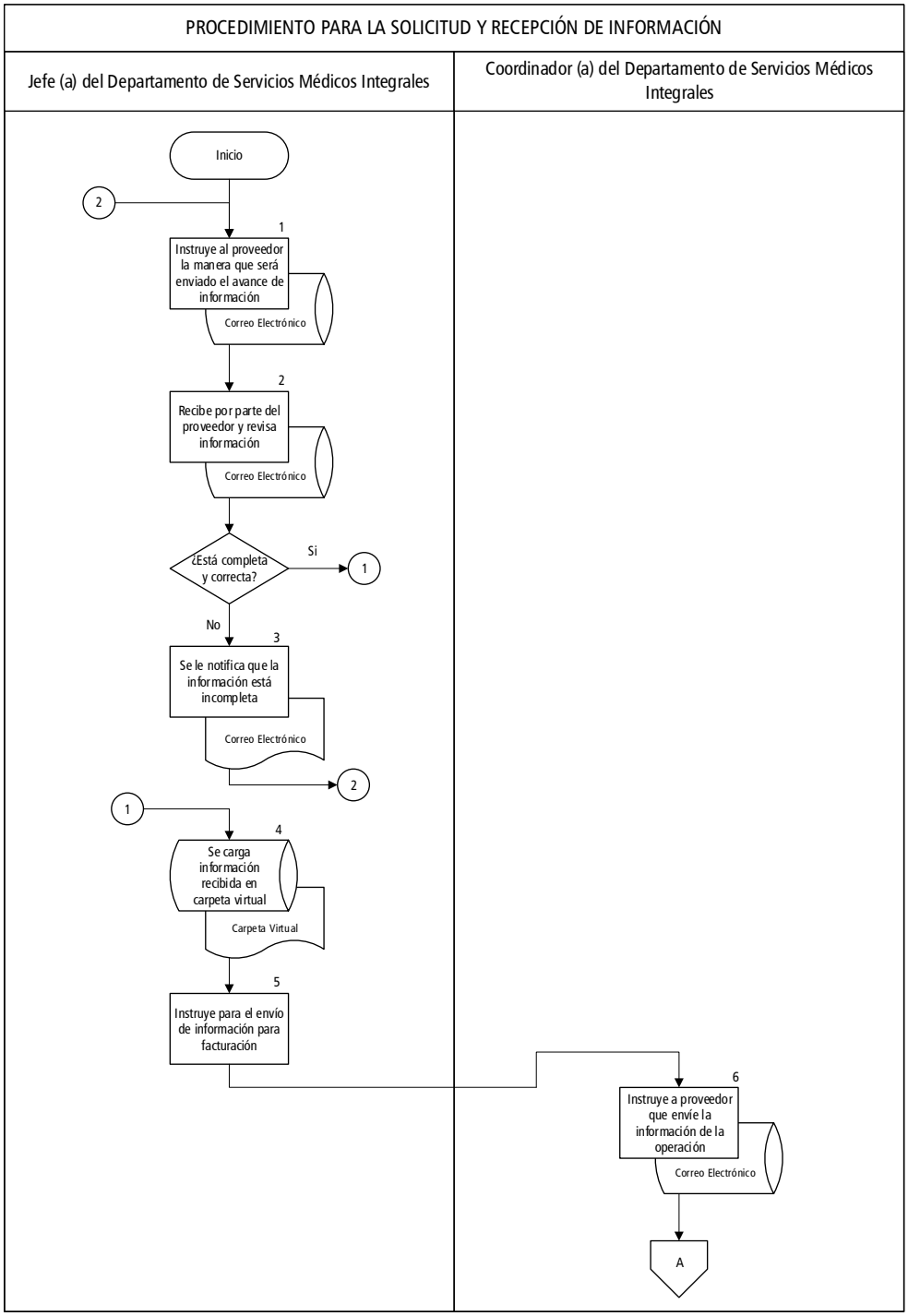
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley de Egresos del Estado de Puebla. 3. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal. 4. Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla. 5. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Todo documento tiene que estar cargado en sistema. 2. Todo pago y documento tiene que estar amparado por un contrato 3. Todo pago debe contar con suficiencia presupuestal.
Responsables	Departamento de Servicios Médicos Integrales, Dirección de Operación de Unidades Médicas
Áreas Involucradas	Informar a los/las funcionarios/as Públicos/as de los Servicios de Salud, el proceso de solicitud y recepción de información para el pago de facturas.
Recursos	N/A
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Servicios Médicos	Instruye al proveedor vía correo electrónico la manera en la que será enviado el avance de la información	Correo Electrónico

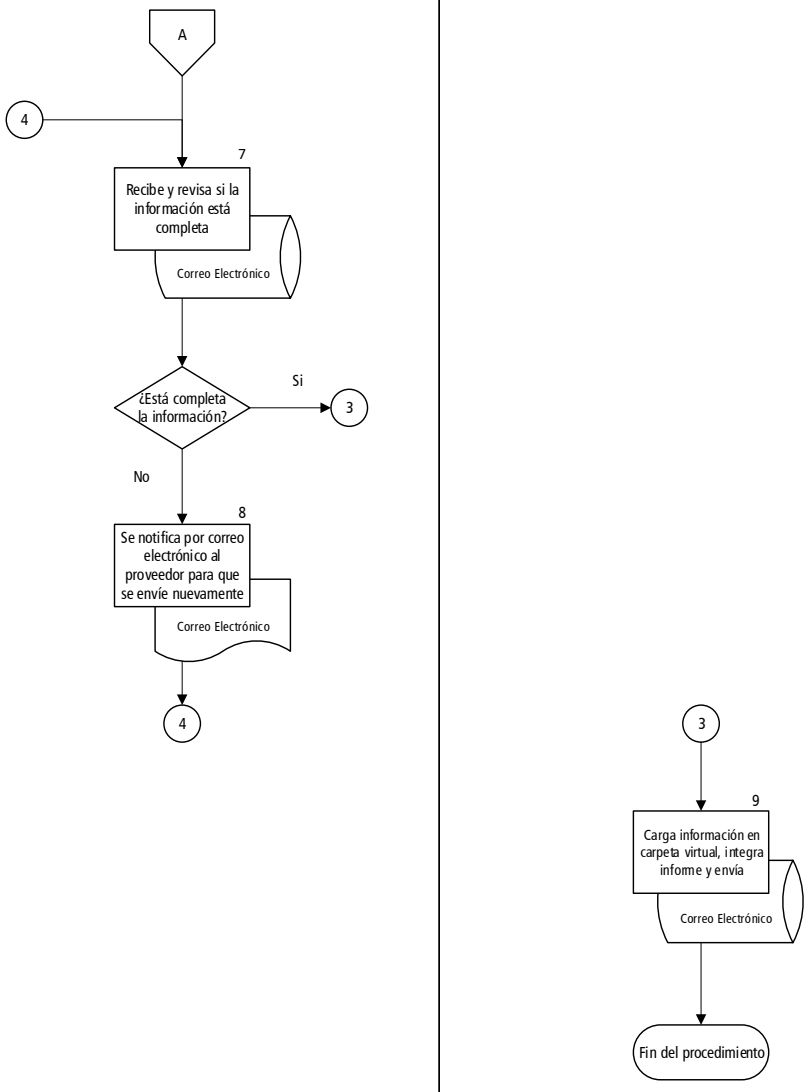
	Integrales	con datos básicos de operación previo a la facturación.	
2		Recibe correo electrónico por parte del proveedor y revisa información. ¿Está completa y correcta? Si: continúa en actividad 4. No: continúa con actividad 3.	Correo Electrónico
3		Se le notifica vía correo electrónico al proveedor que la información está incompleta y regresa a actividad 1.	Correo Electrónico
4		Se carga la información recibida en carpeta virtual.	Carpeta Virtual
5		Instruye para el envío de información para facturación.	S/D
6	Coordinador/a del Departamento de Servicios Médicos Integrales	Instruye al proveedor que envíe la información de la operación que amparará la facturación.	Correo Electrónico
7		Recibe y revisa si la información está completa. ¿Está completa la información? Si: continúa en actividad 9. No: continúa en actividad 8.	Correo Electrónico
8		Se notifica por correo electrónico al proveedor para que se envíe nuevamente completa y regresa a actividad 7.	Correo Electrónico
9	Departamento de Servicios Médicos Integrales	Carga información en la carpeta virtual, integra el informe y se envía al área que lo solicite vía correo electrónico.	Correo Electrónico Carpeta Virtual
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN.



PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

Coordinador (a) del Departamento de Servicios Médicos Integrales	Departamento de Servicios Médicos Integrales



7.11. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

7.11.1. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A DOCUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Tiempo Promedio: 8 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Jacqueline Navarro González Responsable Estatal de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica JNG (SVE) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Gestionar. elaborar y dar respuesta a las solicitudes de información que recibe esta Dirección de las diversas áreas de este Organismo.

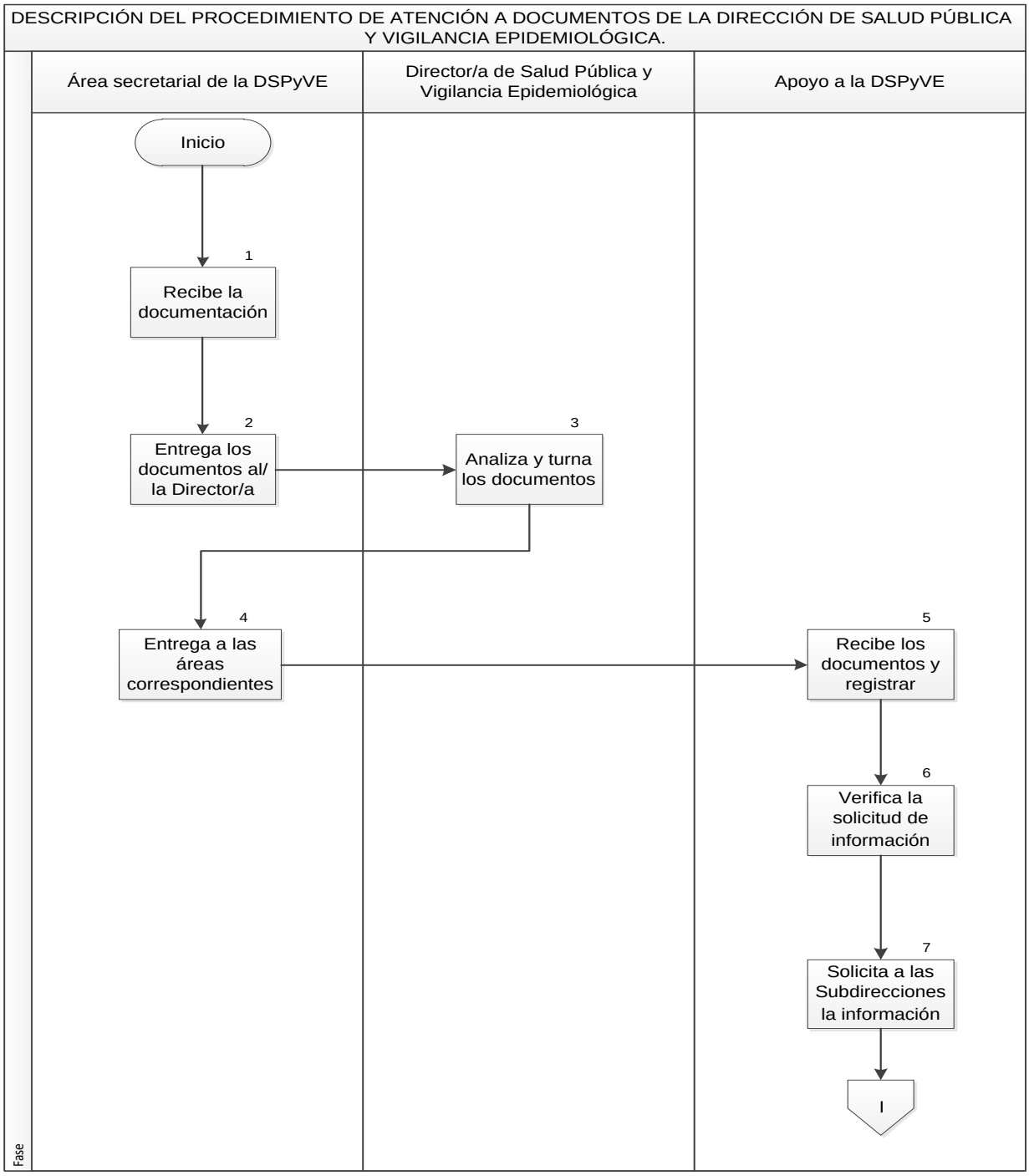
	Normas: 1. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. La información debe cumplir con lo establecido en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. 2. La información debe cumplir con lo establecido en la NOM-017-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica.
Responsables	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para todas las áreas que integran la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Recursos	Sistema de Control de Firmas y Oficio.
Glosario	DSPyVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. DGE: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. SNS: Sistema Nacional de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A DOCUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

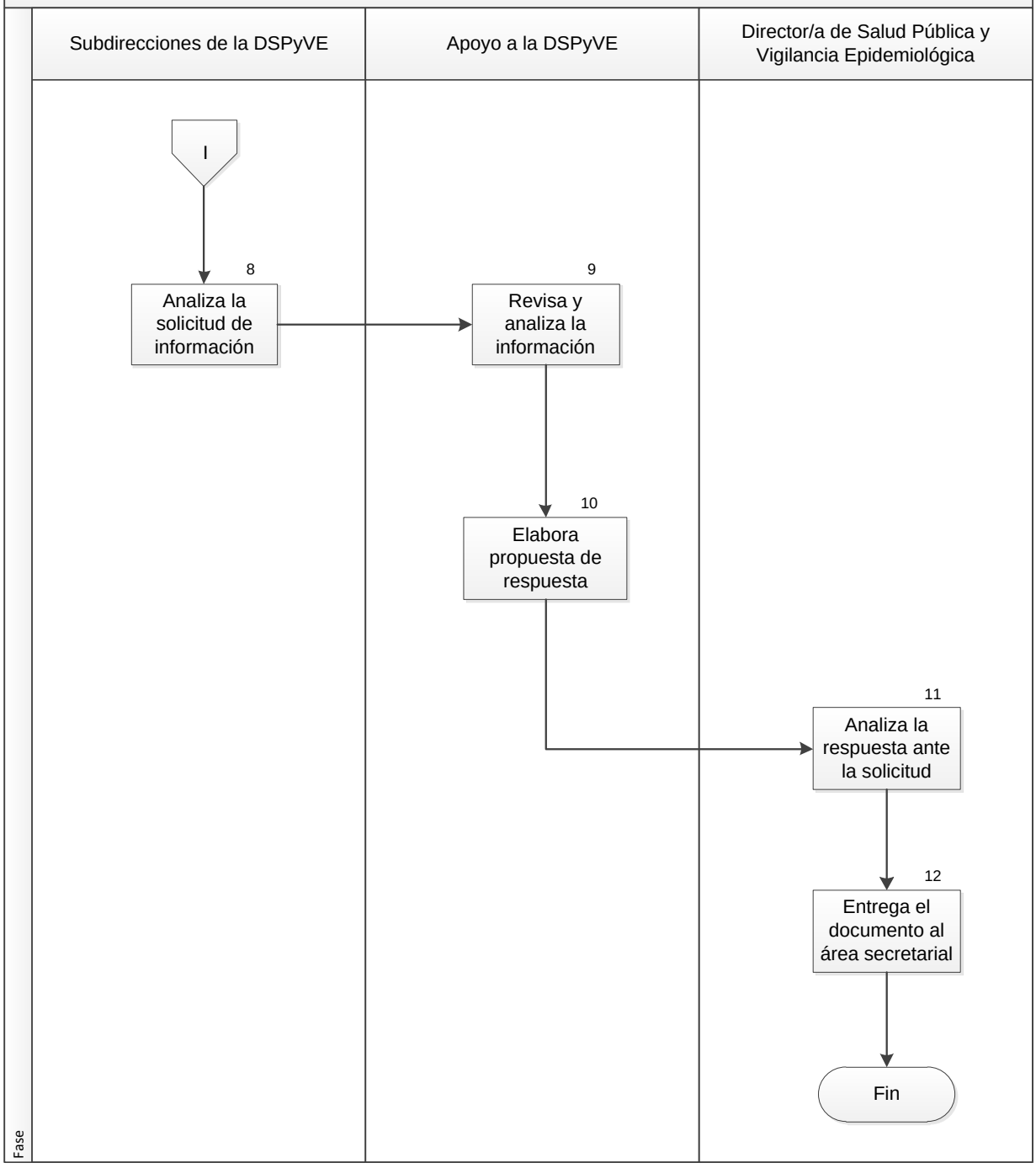
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área secretarial de la DSPyVE	Recibe la documentación dirigida a esta Dirección de diversas áreas de este Organismo así como de dependencias externas.	Oficios. Memorándums.
2		Entrega los documentos al/la Director/a del área.	Oficios. Memorándums.
3	Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Analiza y turna los documentos que el área secretarial entrega acorde a las funciones y estructura de la Dirección. Entrega al área secretarial para su distribución ordenada y documentada de los documentos.	Oficios. Memorándums.
4	Área secretarial de la DSPyVE	Entrega a las áreas correspondientes los documentos atender, registrando recepción en formato de control.	Formato de control de documentos.
5	Apoyo a la DSPyVE	Recibe los documentos y registrar su recepción en el formato de control de documentos.	Formato de control de documentos.
6		Verifica la solicitud de información así como las indicaciones registradas por el Director.	Oficios. Memorándums.
7		Solicita a las Subdirecciones la información correspondiente a cada solicitud, colocando plazos de entrega.	Correo electrónico. Oficios. Memorándums.
8	Subdirecciones de la DSPyVE	Analiza la solicitud de información y canalizar al área correspondiente para generar la respuesta. Al	Correo electrónico.

		generarse la respuesta remite por correo electrónico la información al Apoyo de la DSPyVE.	
9	Apoyo a la DSPyVE	Revisa y analiza la información que procede de las Subdirecciones si esta es: a) Incorrecta, se solicita corrección y se da un plazo de entrega. b) Correcta, se elabora documento de respuesta para el área correspondiente que solicito la información.	Correo electrónico. Oficios. Memorándums.
10		Elabora propuesta de respuesta y entregar al/la directora/a para su validación y envío al área correspondiente.	Oficios. Memorándums.
11	Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Analiza la respuesta ante la solicitud del área solicitante si es: a) Correcta firma y entrega para su envío. b) Incorrecta: solicita ajustes en la información, realiza anotaciones.	Oficios. Memorándums.
12	Apoyo a la DSPyVE	Entrega el documento al área secretarial de la DSPyVE para su envío y dar respuesta al área solicitante.	Oficios. Memorándums.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A DOCUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A DOCUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.



7.11.2. PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR QUE SE APLIQUEN LAS DISPOSICIONES A LAS QUE DEBERÁ SUJETARSE LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, REMODELACIÓN Y REHABILITACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

Tiempo Promedio: 120 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migner Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Morapin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Vigilar que se apliquen las disposiciones a las que deberá sujetarse la construcción, ampliación, remodelación y rehabilitación de centros de salud casas de salud, y módulos de medicina tradicional, para que se cumplan de acuerdo al modelo integral de atención a la salud y los modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Servicios de Salud del Estado de Puebla.

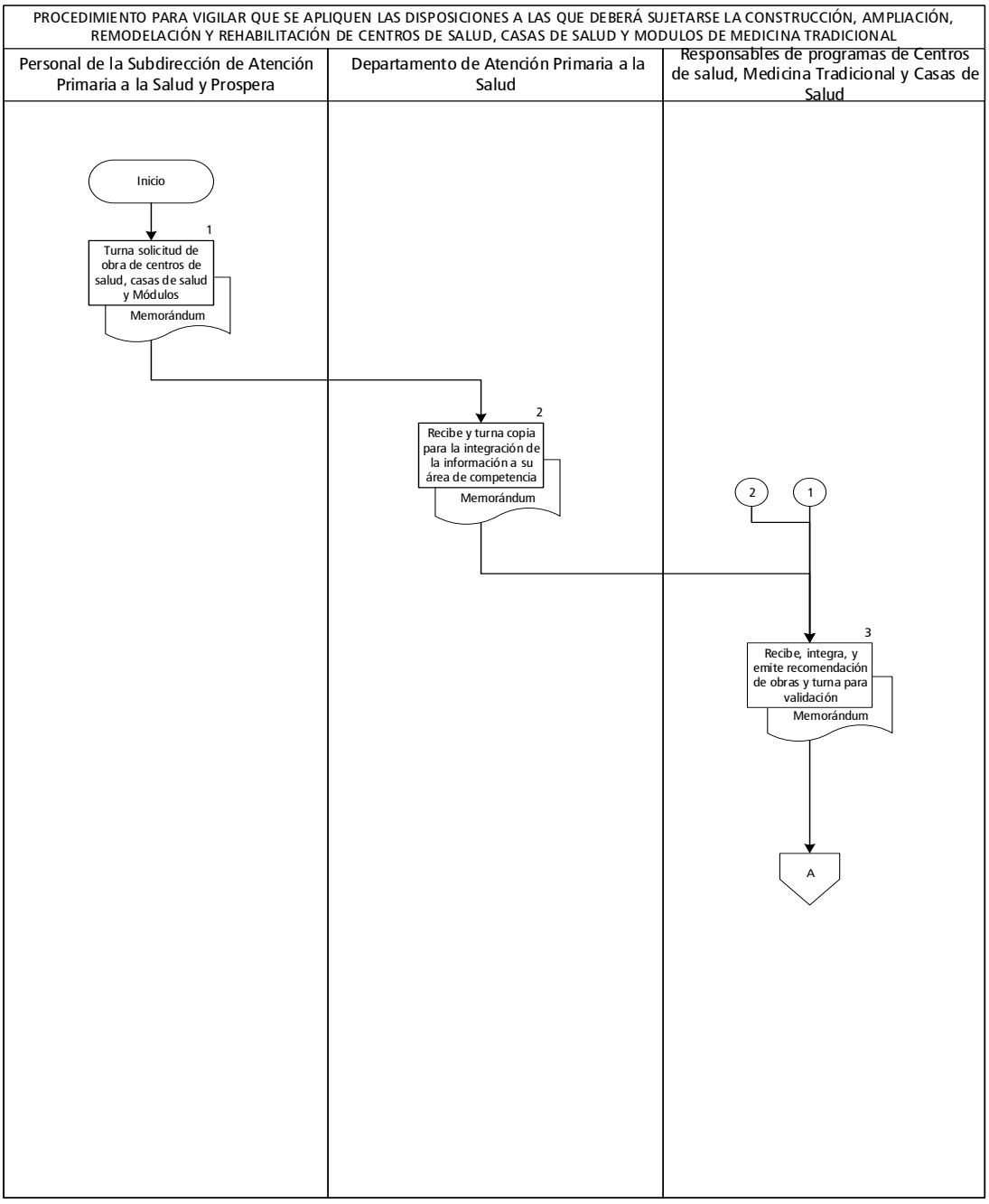
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Modelo Integrador de Atención a la Salud; Primera Edición 2006. 2. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaria de Salud 2010. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. El Departamento de Atención Primaria a la Salud obtendrá datos sólo de las fuentes Oficiales: Diagnóstico de Salud Estatal, Diagnóstico de Salud de cada una de las Jurisdicciones, Programa de Metas e Indicadores, Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la salud. (SINERHIAS).
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Dicho procedimiento abarca a Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rurales, Casas de Salud, Módulos Medicina Tradicional, así como a las 10 Jurisdicciones Sanitarias en el Estado.
Recursos	Memorándum, Oficio.
Glosario	MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud. SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud.

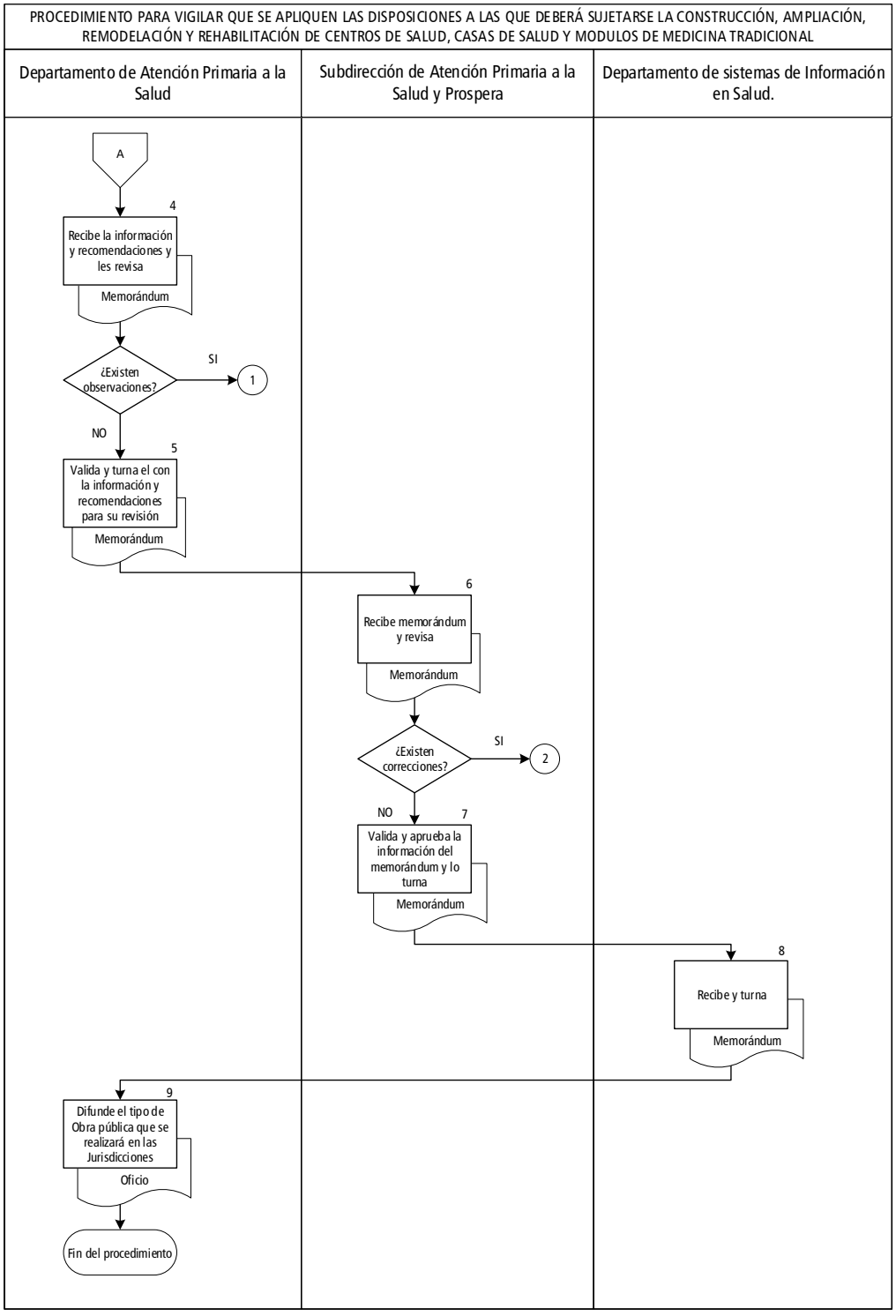
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR QUE SE APLIQUEN LAS DISPOSICIONES A LAS QUE DEBERÁ SUJETARSE LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, REMODELACIÓN Y REHABILITACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Turna vía memorándum al Departamento de Atención Primaria a la Salud las solicitudes de intervención de obra para centros de salud, casas de salud y Módulos de Medicina Tradicional.	Memorándum
2	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe memorándum, y turna copia a los responsables de programas para la integración de la información correspondiente a su área de competencia.	Memorándum
3	Responsables de programas de Centros de salud, Medicina Tradicional y Casas de Salud	Recibe Memorándum, integra la información necesaria, observando las necesidades y emitiendo recomendaciones a sus superiores con las correcciones o validaciones de las intervenciones de las obras señaladas y turna al Departamento de Atención Primaria a la Salud para su validación.	Memorándum
4	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe el memorándum, la información y recomendaciones y les revisa. ¿Existen observaciones? Sí, continúa en la actividad 3. No, continúa en la actividad 5.	Memorándum
5	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Valida y turna el memorándum con la información y recomendaciones a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera para su revisión.	Memorándum

6	Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe memorándum y revisa. ¿Existen correcciones? Si: regresa a la actividad No. 3. No: continúa en la actividad No. 7.	Memorándum
7	Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Valida y aprueba la información contenida en el memorándum y lo turna al Departamento de sistemas de Información en Salud.	Memorándum
8	Departamento de sistemas de Información en Salud.	Recibe para realizar el trámite ante las instancias correspondientes para su validación; una vez realizado el tramite turna al departamento de atención primaria a la salud."	Memorándum
9	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Difunde vía oficio el tipo de Obra pública que se realizará a los Centros de Salud de las Jurisdicciones Sanitarias especificando los espacios físicos y los servicios que se ofertarán a la población.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR QUE SE APLIQUEN LAS DISPOSICIONES A LAS QUE DEBERÁ SUJETARSE LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, REMODELACIÓN Y REHABILITACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.




PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR QUE SE APLIQUEN LAS DISPOSICIONES A LAS QUE DEBERÁ SUJETARSE LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, REMODELACIÓN Y REHABILITACIÓN DE CENTROS DE SALUD, CASAS DE SALUD Y MODULOS DE MEDICINA TRADICIONAL
Departamento de Atención Primaria a la Salud
Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera
Departamento de sistemas de Información en Salud.
A
4
Recibe la información y recomendaciones y les revisa
Memorándum
¿Existen observaciones?
SI
1
NO
5
Valida y turna el con la información y recomendaciones para su revisión
Memorándum
6
Recibe memorándum y revisa
Memorándum
¿Existen correcciones?
SI
2
NO
7
Valida y aprueba la información del memorándum y lo turna
Memorándum
8
Recibe y turna
Memorándum
9
Difunde el tipo de Obra pública que se realizará en las Jurisdicciones
Oficio
Fin del procedimiento

7.11.3. PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES QUE SE APLICAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

Tiempo Promedio: 45 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Mighel Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Vigilar la aplicación de criterios y sistemas de carácter técnico-normativo vigentes que deben operar en las Unidades de Atención Primaria a la Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para el adecuado desempeño de la actividad profesional mejorando con ello la prestación de los servicios de salud que se otorgan.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
2. Publicada en DOF el 1 de julio de 1992.
3. Constitución Política del Estado de Puebla. Artículo 121.
4. Publicada en DOF el 5 de febrero de 1917.
5. Ley de Planeación Federal. Artículo 3º.
6. Publicada en el DOF el 5 de enero de 1983.
7. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Artículo 39.
8. Publicada en el DOF el 29 de diciembre de 1976.
9. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. Artículo 37.
10. Publicada el 1º de febrero de 2011.
11. Ley de Salud del Estado de Puebla. Artículo 1º.
12. Publicada el 15 de noviembre de 1994.
13. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos Federales. Artículo 47.
14. Publicada en el DOF 13 de marzo de 2002.
15. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. Artículo 50.
16. Publicada el 29 junio de 1984.
17. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 4º.
18. Publicado en el DOF el 3 de febrero de 1983.
19. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Artículo 1.
20. Publicado el 8 de febrero de 2013.

Políticas de Operación:

1. Las Unidades Médicas de las Jurisdicciones de los Servicios de Salud del Estado de Puebla aplicaran criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo vigente, así como el Programa de Trabajo, y Diagnóstico de Salud solicitados por el Departamento de Atención Primaria a la Salud.
2. Las N.O.M. se aplicarán durante el otorgamiento de los servicios de consulta externa general, de salud bucal, de medicina preventiva y de promoción a la

	salud, con base a las causas de morbilidad de mayor frecuencia en las unidades aplicativas del Primer Nivel de Atención Médica. 3. Las Unidades médicas deberán aplicar como referencia
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	A todas las Unidades de Atención Primaria a la Salud, de las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Oficio, Criterios, Procedimientos de carácter técnico-normativos, Normas Oficiales, Guías de práctica clínica
Glosario	N.O.M: Norma Oficial Mexicana: la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación. GPC: Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los/las pacientes. SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. DAPS: Departamento de Atención Primaria a la Salud.

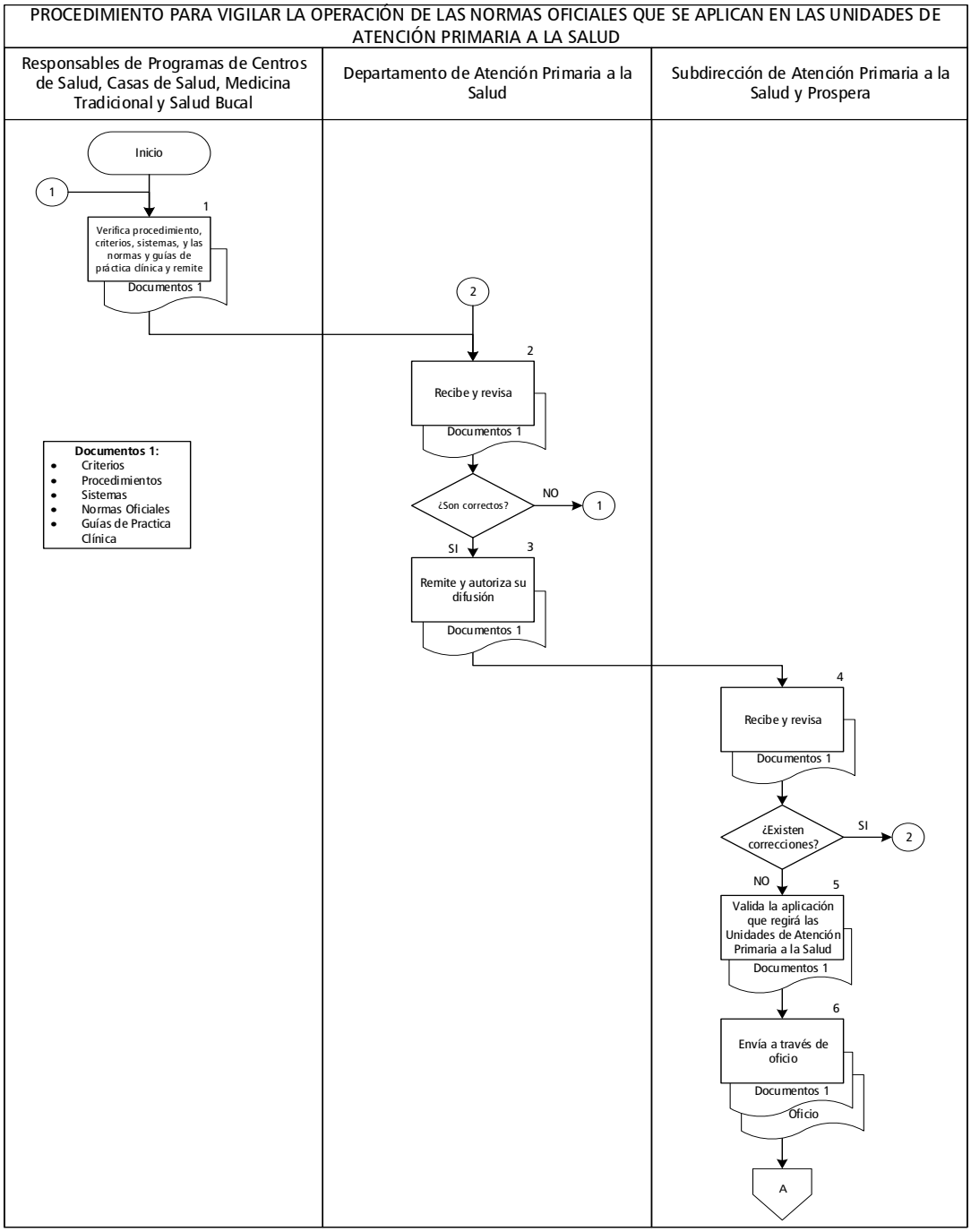
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES QUE SE APLICAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsables de Programas de Centros de Salud, Casas de Salud, Medicina Tradicional y Salud Bucal.	Verifica los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo vigentes a través del documento que giran a las Unidades de Atención Primaria a la Salud al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes que apliquen para la atención médica y remite al Departamento de Atención Primaria a la Salud para su validación.	Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
2	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo vigentes y revisa. ¿Son correctos? Sí, continúa en la actividad 3. No, continúa en la actividad 1.	Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
3		Remite a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera para su conocimiento los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo vigentes al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica que regirán en las Unidades de Atención Primaria a la Salud y autoriza su difusión a las Jurisdicciones Sanitarias.	Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
4	Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo vigentes y revisa.	Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales

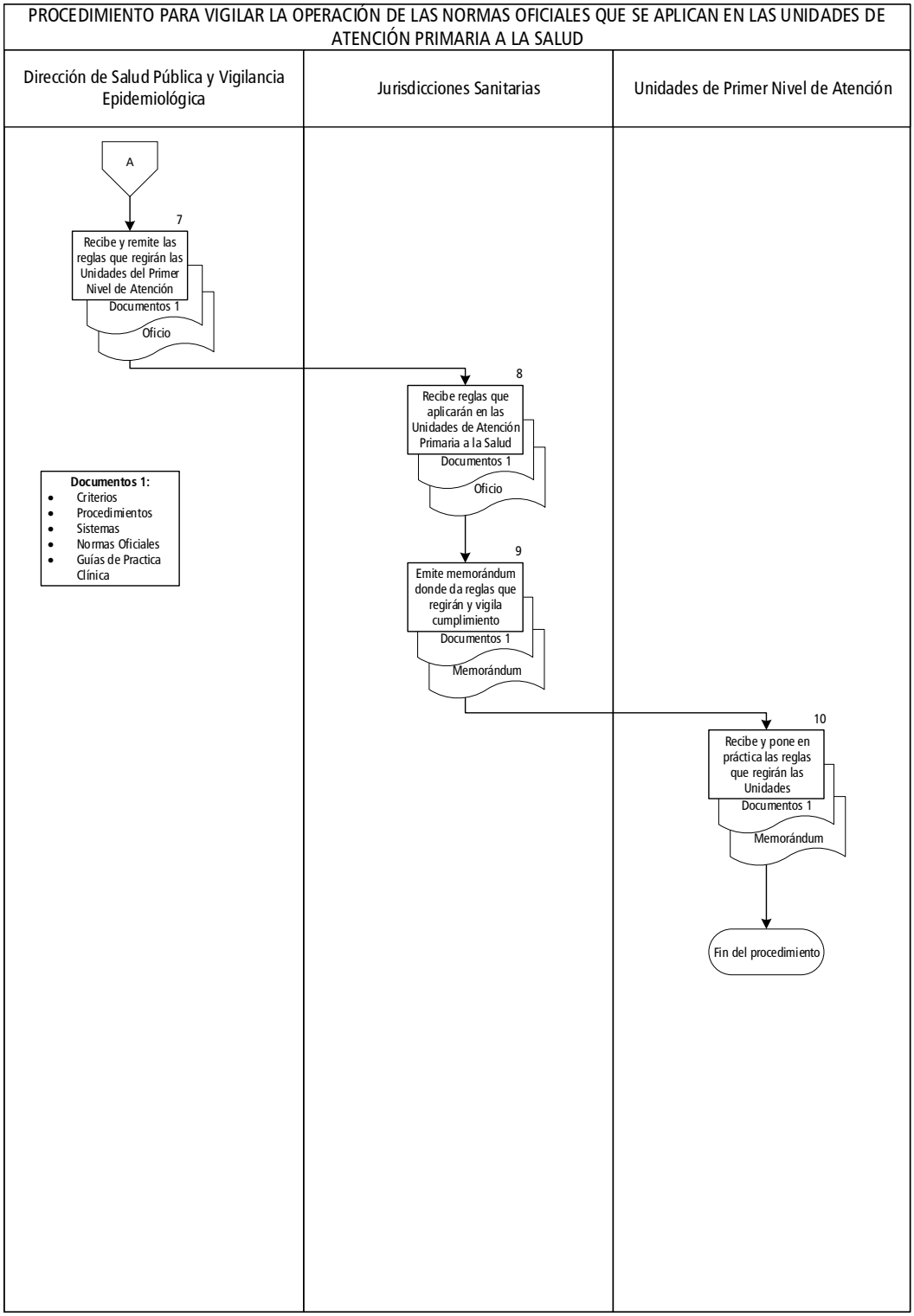
		¿Existen correcciones? Sí, continúa en la actividad 2 para las correcciones pertinentes. No, continúa en la actividad 5.	Guías de práctica clínica
5		Valida la aplicación de los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes que regirán en las Unidades de Atención Primaria a la Salud del Organismo.	Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
6		Envía a través de oficio los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnicos-normativos autorizados al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes a la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
7	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe y remite vía oficio a las Jurisdicciones Sanitarias del Organismo los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnicos-normativos autorizados al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes que regirán en las Unidades del Primer Nivel de Atención.	Oficio Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
8	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe vía oficio los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico-normativo al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes que aplicarán y regirán en las Unidades de Atención Primaria a la Salud a su cargo.	Oficio Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica
9		Emite memorándum a las unidades de Atención Primaria a la Salud a su cargo donde les da a conocer los criterios, sistemas y procedimientos de	Memorándum Criterios Sistemas Procedimientos

		carácter técnicos-normativos autorizados al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes que regirán en las Unidades del Primer Nivel de Atención y vigila su cumplimiento.	Normas oficiales Guías de práctica clínica
10	Unidades de Primer Nivel de Atención	Recibe memorándum y pone en práctica los criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnicos-normativos autorizados al igual que las normas oficiales y guías de práctica clínica vigentes que regirán en las Unidades del Primer Nivel de Atención.	Memorándum Criterios Sistemas Procedimientos Normas oficiales Guías de práctica clínica.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES QUE SE APLICAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.



PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES QUE SE APLICAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD



7.11.4. PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD.

Tiempo Promedio: 75 dias.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Mignar Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Garantizar mediante la gestión ante las áreas correspondientes, que las unidades de Atención Primaria a la Salud cuenten con el equipamiento infraestructura y los insumos básicos necesarios en salud para que brinden un servicio de calidad a la comunidad y se dé cumplimiento a los procesos de los servicios, asegurando el financiamiento por el Seguro Popular.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. Políticas de Operación: 1. Las Jurisdicciones Sanitarias determinan los centros de salud que se encuentren en condiciones para realizar el proceso de acreditación. 2. Deberán incluirse aquellos Centros de Salud con cambio de CLUES o asignación de CLUES en Obras de nueva creación, sustitución o cambio de domicilio. 3. La Subdirección de Atención Primaria a la Salud valida la propuesta de los centros de salud a participar en este proceso de acreditación. 4. Departamento de Calidad de los Servicios de Salud del Estado de Puebla emite la propuesta de centros de salud a presentar el proceso de acreditación a la Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla para su validación y autorización y posterior a ello realiza el envío a Nivel federal.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Centros de salud de las 10 Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Memorándum, Propuesta y Pre evaluación de la Cédula de Acreditación, Informe, Reporte de avances, Certificado de Acreditación, Cronograma de seguimiento a las unidades a acreditar.
Glosario	Acreditación: Es un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de

Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primer nivel de atención en salud.
DAPS: Departamento de Atención Primaria a la Salud.
JS: Jurisdicciones Sanitarias.
SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera.

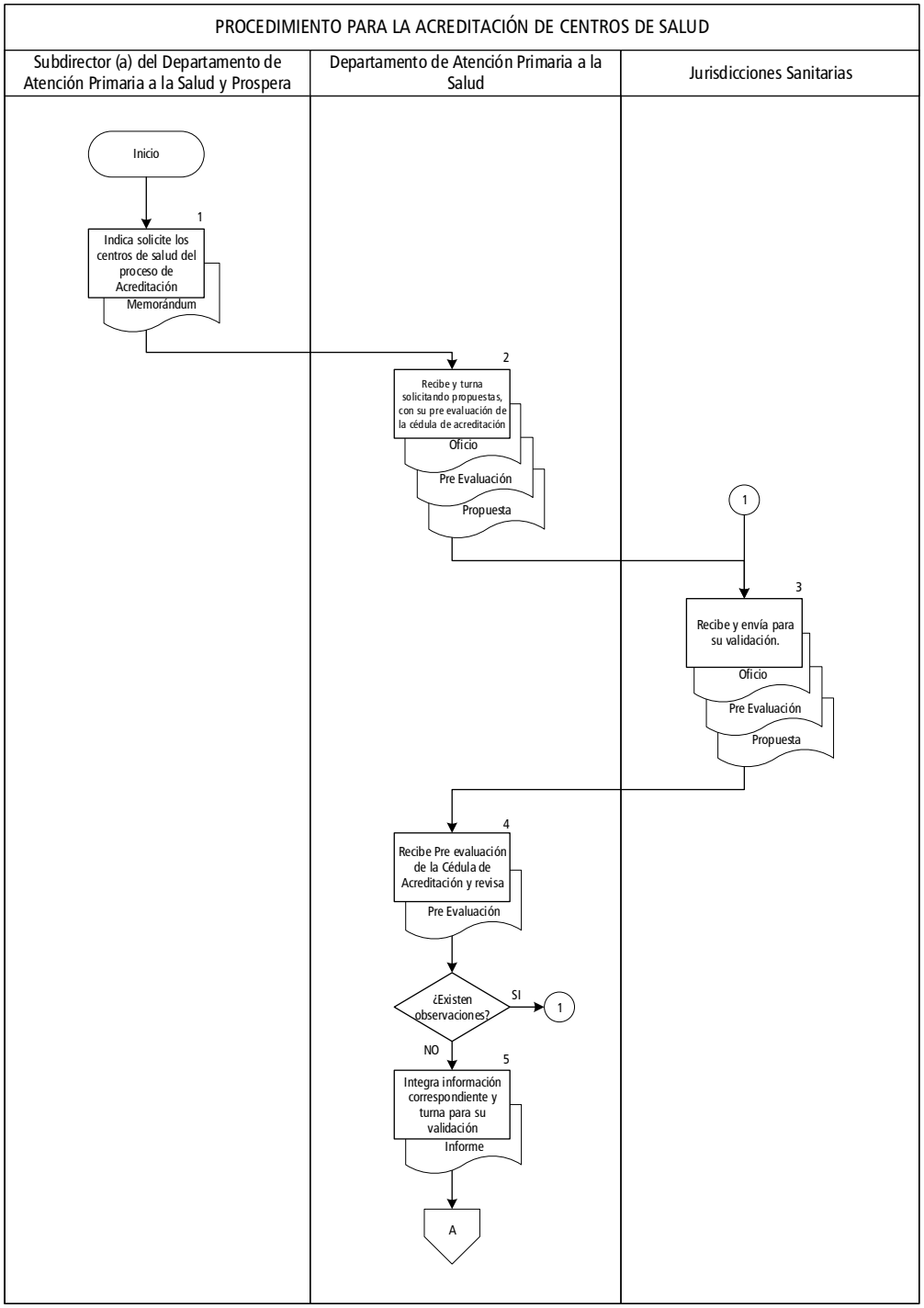
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD.

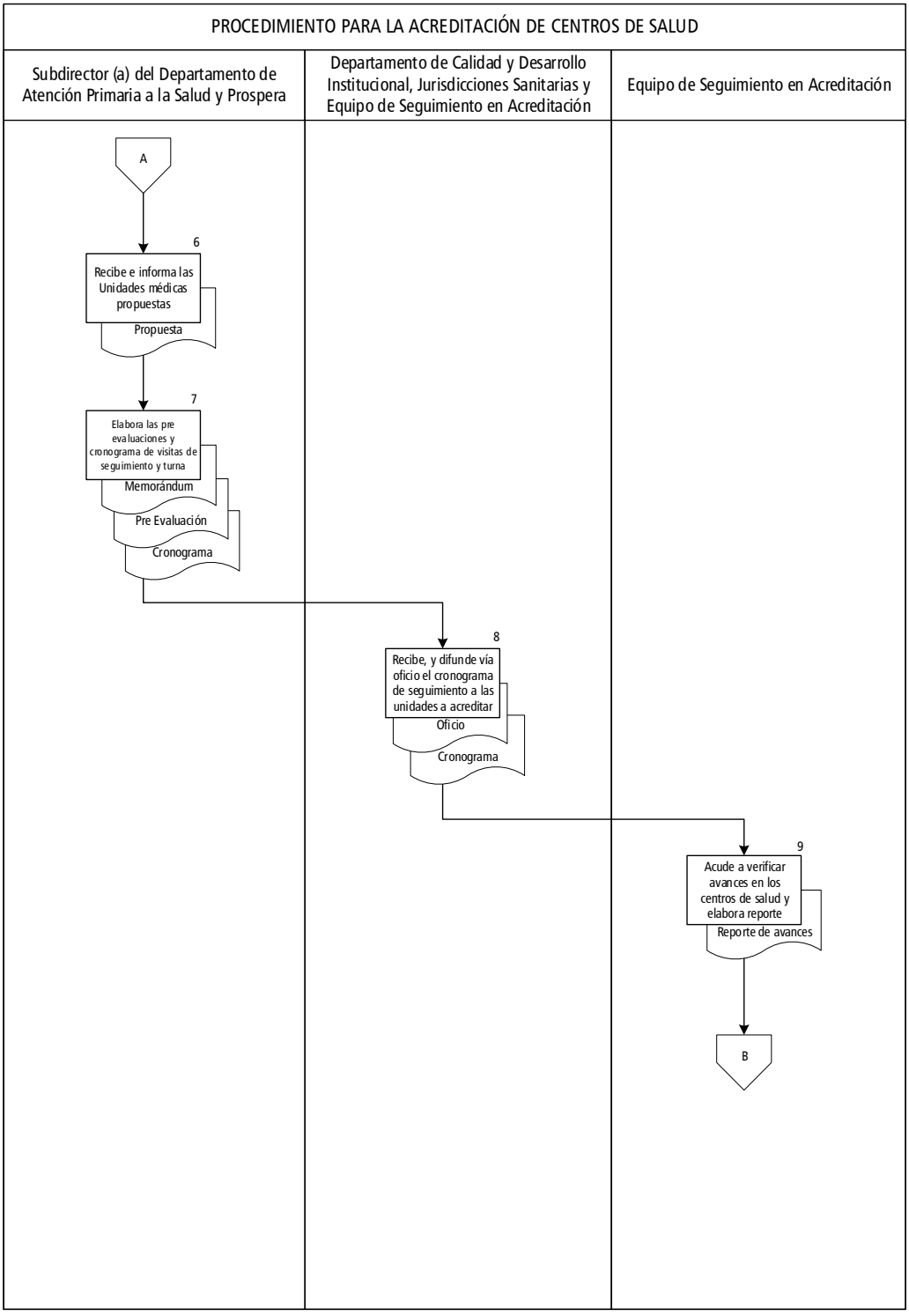
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Indica al personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud vía memorándum que se solicite a las Jurisdicciones Sanitarias los centros de salud que participan en el proceso de Acreditación.	Memorándum
2	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe memorándum, y turna Oficio a las Jurisdicciones Sanitarias solicitando las propuestas de centros de salud, con su pre evaluación de la cédula de acreditación.	Oficio Propuesta Pre evaluación de la Cédula de Acreditación
3	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe Oficio y envía propuesta con pre evaluación de centros de salud a participar, al Departamento de Atención Primaria a la Salud para su validación.	Oficio Propuesta Pre evaluación de la Cédula de Acreditación
4	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe Pre evaluación de la Cédula de Acreditación y revisa. ¿Existen observaciones? Sí, continúa en la actividad 3. No, continúa en la actividad 5.	Propuesta Pre evaluación de la Cédula de Acreditación

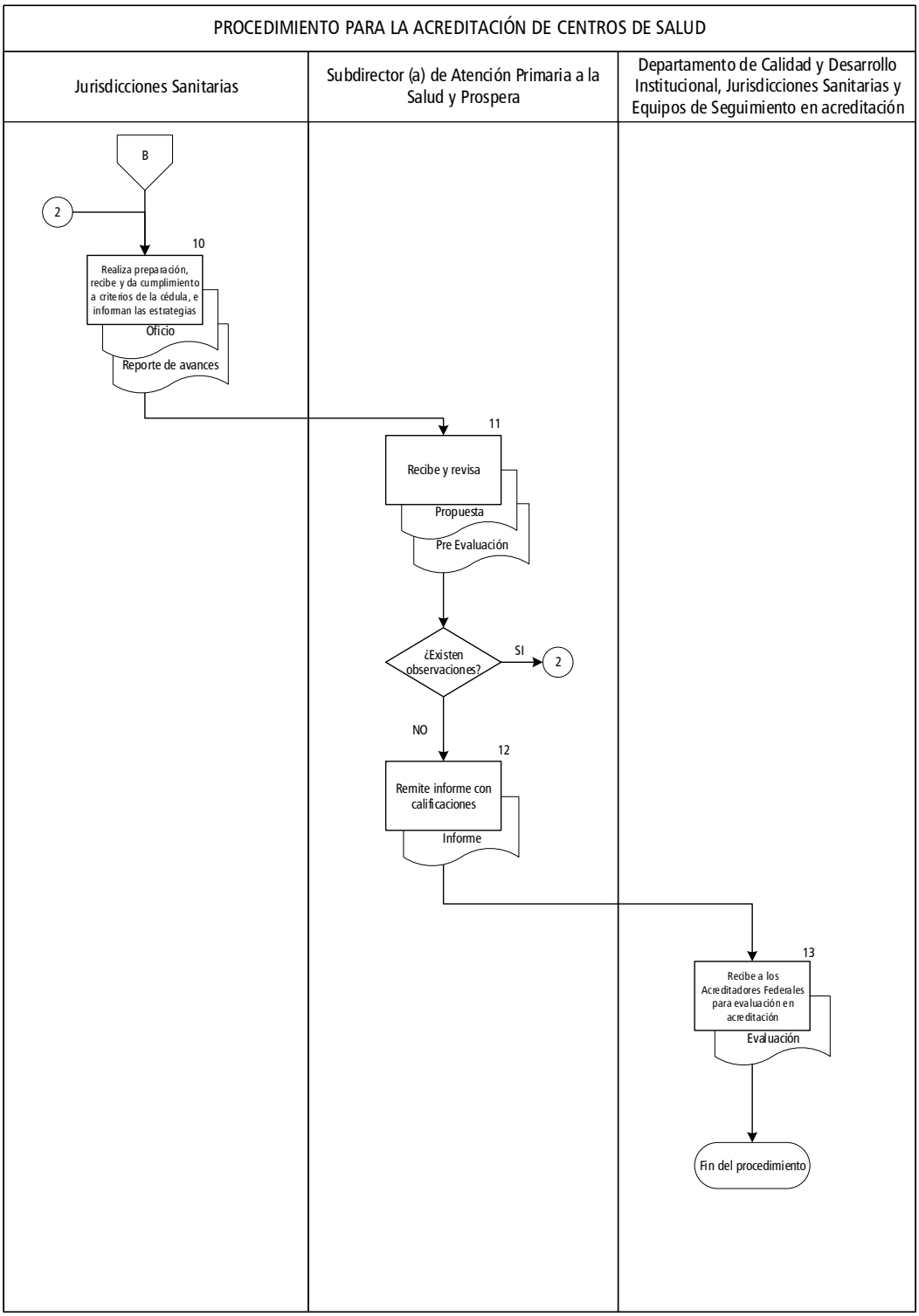
5	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Integra la información correspondiente y turna a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera para su validación.	Informe
6	Subdirector/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe e informa al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional las Unidades médicas propuestas.	Propuesta
7		Elabora las pre evaluaciones y cronograma de visitas de seguimiento y turna. al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, a las Jurisdicciones Sanitarias y a los equipos de acreditación	Memorándum Pre evaluación de la Cédula de Acreditación Cronograma de seguimiento a las unidades a acreditar
8	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Jurisdicciones Sanitarias y Equipo de Seguimiento en Acreditación	Recibe, y difunde vía oficio el cronograma de seguimiento a las unidades a acreditar.	Oficio Cronograma de seguimiento a las unidades a acreditar
9	Equipo de Seguimiento en Acreditación	Acude a las Jurisdicciones Sanitarias a verificar avances del proceso en los centros de salud y elabora reporte.	Reporte de avances
10	Jurisdicciones Sanitarias	Realiza el trabajo de preparación de las unidades médicas para su acreditación y recibe reporte de avances y da cumplimiento a los criterios faltantes que indica la cédula de acreditación, e informa a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera, las estrategias para su corrección.	Oficio Reporte de avances
11	Subdirector/a de	Recibe Propuesta y Pre evaluación de	Propuesta

	Atención Primaria a la Salud y Prospera	la Cédula de Acreditación y revisa. ¿Existen observaciones? Sí, continúa en la actividad 10. No, continúa en la actividad 12.	Pre evaluación de la Cédula de Acreditación
12		Remite informe con calificaciones al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	Informe
13	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Jurisdicciones Sanitarias y Equipos de Seguimiento en acreditación	Recibe a los Acreditadores Federales para realizar el proceso de evaluación en acreditación.	Evaluación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD.




PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD
Subdirector (a) del Departamento de Atención Primaria a la Salud y Prospera
Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Jurisdicciones Sanitarias y Equipo de Seguimiento en Acreditación
Equipo de Seguimiento en Acreditación
A
6
Recibe e informa las Unidades médicas propuestas
Propuesta
7
Elabora las pre evaluaciones y cronograma de visitas de seguimiento y turna
Memorándum
Pre Evaluación
Cronograma
8
Recibe, y difunde vía oficio el cronograma de seguimiento a las unidades a acreditar
Oficio
Cronograma
9
Acude a verificar avances en los centros de salud y elabora reporte
Reporte de avances
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD
Jurisdicciones Sanitarias
Subdirector (a) de Atención Primaria a la Salud y Prospera
Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Jurisdicciones Sanitarias y Equipos de Seguimiento en acreditación
B
2
10
Realiza preparación, recibe y da cumplimiento a criterios de la cédula, e informan las estrategias
Oficio
Reporte de avances
11
Recibe y revisa
Propuesta
Pre Evaluación
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
12
Remite informe con calificaciones
Informe
13
Recibe a los Acreditadores Federales para evaluación en acreditación
Evaluación
Fin del procedimiento

7.11.5. PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN A LOS CENTROS DE SALUD.

Tiempo Promedio: 60 dias.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migner Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Junio 2018**

Objetivo	Garantizar mediante la gestión ante las áreas correspondientes el suministro de medicamentos y material de curación necesarios, para brindar un servicio de calidad a la población que demanda el servicio médico en los centros de salud.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Organización de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Políticas de Operación: 1. Las Jurisdicciones Sanitarias programarán y realizarán la validación de medicamentos con los responsables de cada uno de los programas vigentes por unidad médica. 2. Los Centros de Salud deben programar sus insumos con la periodicidad señalada con base a sus consumos promedio, existencias y Productividad. 3. La programación de insumos debe ajustarse a los cuadros básicos de medicamentos y material de curación vigentes para los Servicios de Salud del Estado de Puebla. (Tableros de Control de Medicamento y Material de Curación). 4. El/la responsable de la concentración de estas programaciones debe ser él (la) Coordinador/a de Servicios de Salud de cada una de las Jurisdicciones Sanitarias. 5. La coordinación de control de abasto de medicamentos y material de curación de Atención Primaria a la Salud es el enlace entre las Jurisdicciones Sanitarias y el Departamento de Control de Abasto de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los programas Centros de Salud, Salud Bucal, Casas de Salud y Medicina Tradicional que conforman los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Oficio, Informe, Tablero de necesidades
Glosario	Material de curación: Todo aquel insumo indispensable para limpiar, desinfectar y cubrir y suturar heridas mayores y menores, cortaduras, quemaduras y picaduras de insectos, etc.

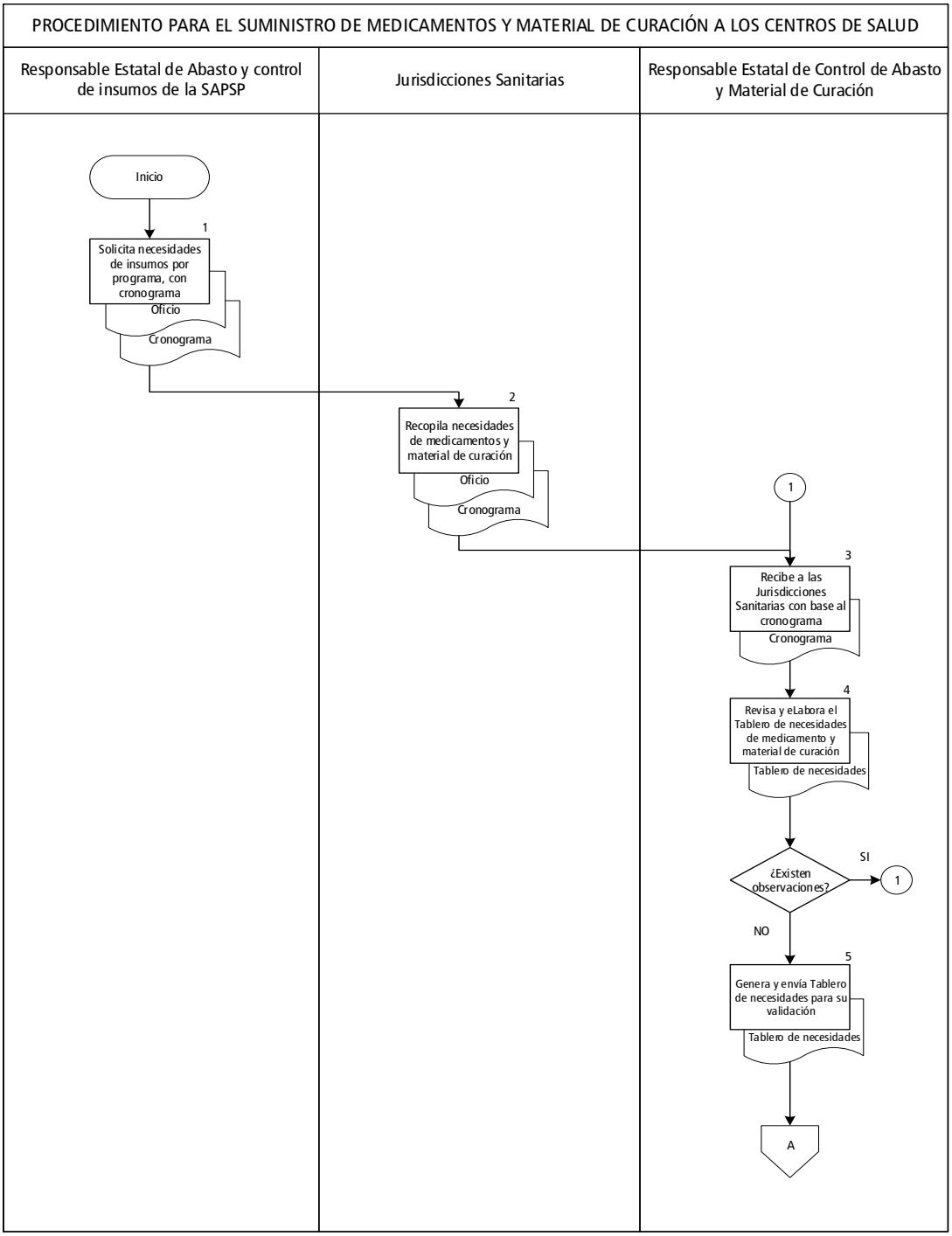
Medicamento: Sustancia de composición e información definidas, de forma farmacéutica y dosificación determinadas, preparado para su uso medicinal inmediato, dispuesto y acondicionado para su dispensación al público, con denominación, embalaje, envase y etiquetado uniformes según lo dispongan las autoridades sanitarias.
SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera.
Tablero de Necesidades: herramienta electrónica en donde cada unidad médica reporta consumo de los insumos y en donde se refleja una necesidad mensual o bimestral.
SSEP: Servicios de Salud del estado de Puebla.

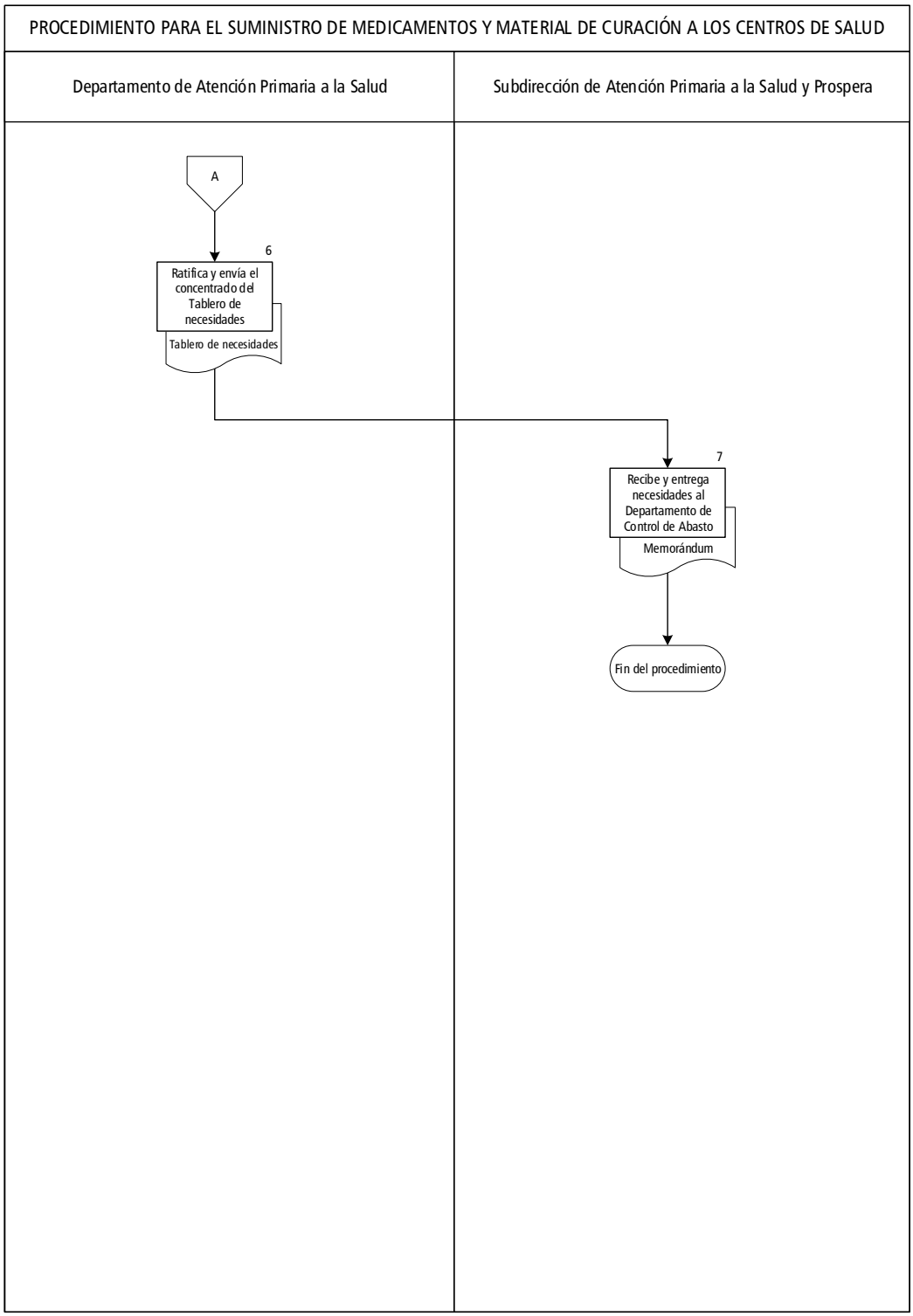
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN A LOS CENTROS DE SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal de Abasto y control de insumos de la SAPSP	Solicita a las Jurisdicciones Sanitarias las necesidades de insumos por cada programa: Centros de Salud, Salud Bucal, Casas de Salud y Medicina Tradicional, mediante oficio autorizado con cronograma de entrega según periodicidad definida.	Oficio Cronograma
2	Jurisdicciones Sanitarias	Recopila las necesidades de medicamentos y material de curación de cada centro de salud, con base a cronograma definido.	Oficio Cronograma
3	Responsable Estatal de Control de Abasto y Material de Curación.	Recibe a las Jurisdicciones Sanitarias con base al cronograma definido en Oficina Central.	Cronograma
4		Revisa y elabora junto con los Coordinadores/as de Servicios el	Tablero de Necesidades

		Tablero de necesidades de medicamento y material de curación de cada unidad médica en las 10 Jurisdicciones Sanitarias. ¿Existen observaciones? Sí, continúa en la actividad 3 (Reprogramación). No, continúa en la actividad 5.	
5		Genera y envía Tablero de necesidades al Departamento de Atención Primaria a la Salud para su validación.	Tablero de Necesidades
6	Departamento de Atención Primaria a la Salud	Ratifica y envía el concentrado del Tablero de necesidades de insumos a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera.	Tablero de Necesidades
7	Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe y Entrega vía memorándum necesidades de estos insumos al Departamento de Control de Abasto de los SSEP.	Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN A LOS CENTROS DE SALUD.




PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN A LOS CENTROS DE SALUD
Departamento de Atención Primaria a la Salud
Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera
A
6
Ratifica y envía el concentrado del Tablero de necesidades
Tablero de necesidades
7
Recibe y entrega necesidades al Departamento de Control de Abasto
Memorándum
Fin del procedimiento

7.11.6. PROCEDIMIENTO PARA LA REQUISICIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL.

Tiempo Promedio: 15 dias.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Miguel Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martinez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Morquin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Garantizar mediante la gestión a las áreas correspondientes que las Unidades de Primer Nivel cuenten con el mobiliario, equipo médico e instrumental necesario, para brindar un servicio de calidad a la población que demanda el servicio médico y atenciones en el Primer Nivel de Salud (Centros de Salud, Casas de Salud y Módulos de Medicina Tradicional)

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Organización de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Políticas de Operación: 1. Cumplir con la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2016, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 2. La programación de equipo médico, instrumental o mobiliario de oficina debe ser requerida solo por los siguientes conceptos: 1.-Baja en inventario. 2.-Amplicación de Servicio médico. 3.-Obra nueva. 3. Las Jurisdicciones Sanitarias son responsables de solicitar vía oficio a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera sus necesidades. 4. Las requisiciones estarán sujetas a los catálogos vigentes en los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 5. Las requisiciones se realizarán por partida presupuestal con base al clasificador del Gasto vigente en los Servicios de Salud del Estado de Puebla. La Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera valida y gestiona este tipo de requisiciones ante la Dirección de Operación de Unidades Médicas (DOUM).
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los Centros de Salud, Casas de Salud y Módulos de Medicina Tradicional que conforman los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Documento, Memorándum, Concentrado, Cuadro de distribución.

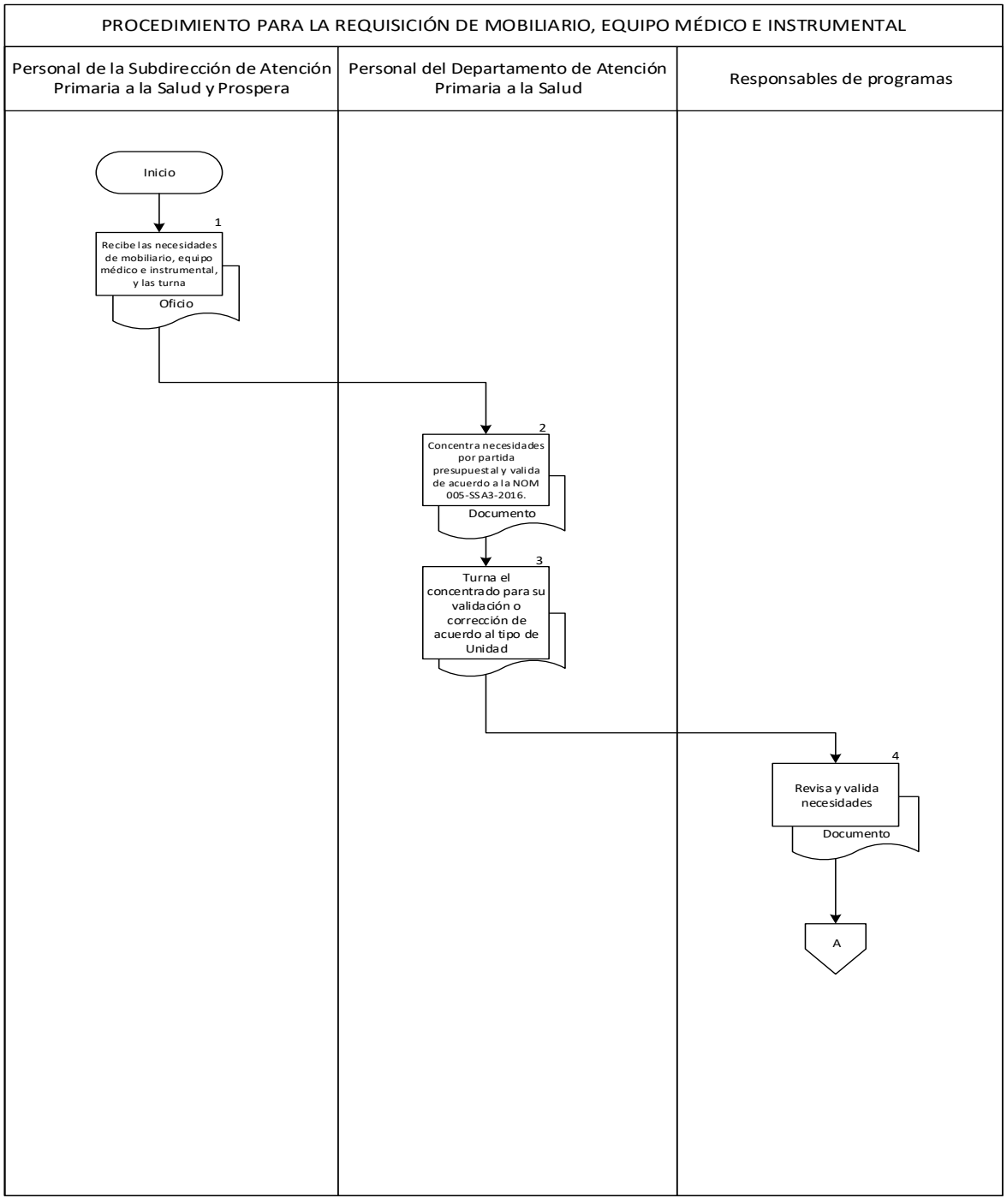
Glosario	EQUIPO MÉDICO: Dispositivo operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren o no una fuente de energía. INSTRUMENTAL MÉDICO: Instrumento destinado al uso quirúrgico, para cortar, legrar, sujetar, retirar, inmovilizar sin ninguna conexión con otro dispositivo médico activo. MOBILIARIO: Es el conjunto de muebles; son objetos que sirven para facilitar los usos y actividades habituales en casas, oficinas y otro tipo de locales. DOUM. Dirección de Operación de Unidades Médicas de los SSEP. SAPSP. Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. DAPS. Departamento de Atención Primaria a la Salud. JS. Jurisdicciones Sanitarias. SSEP. Servicios de Salud del Estado de Puebla.

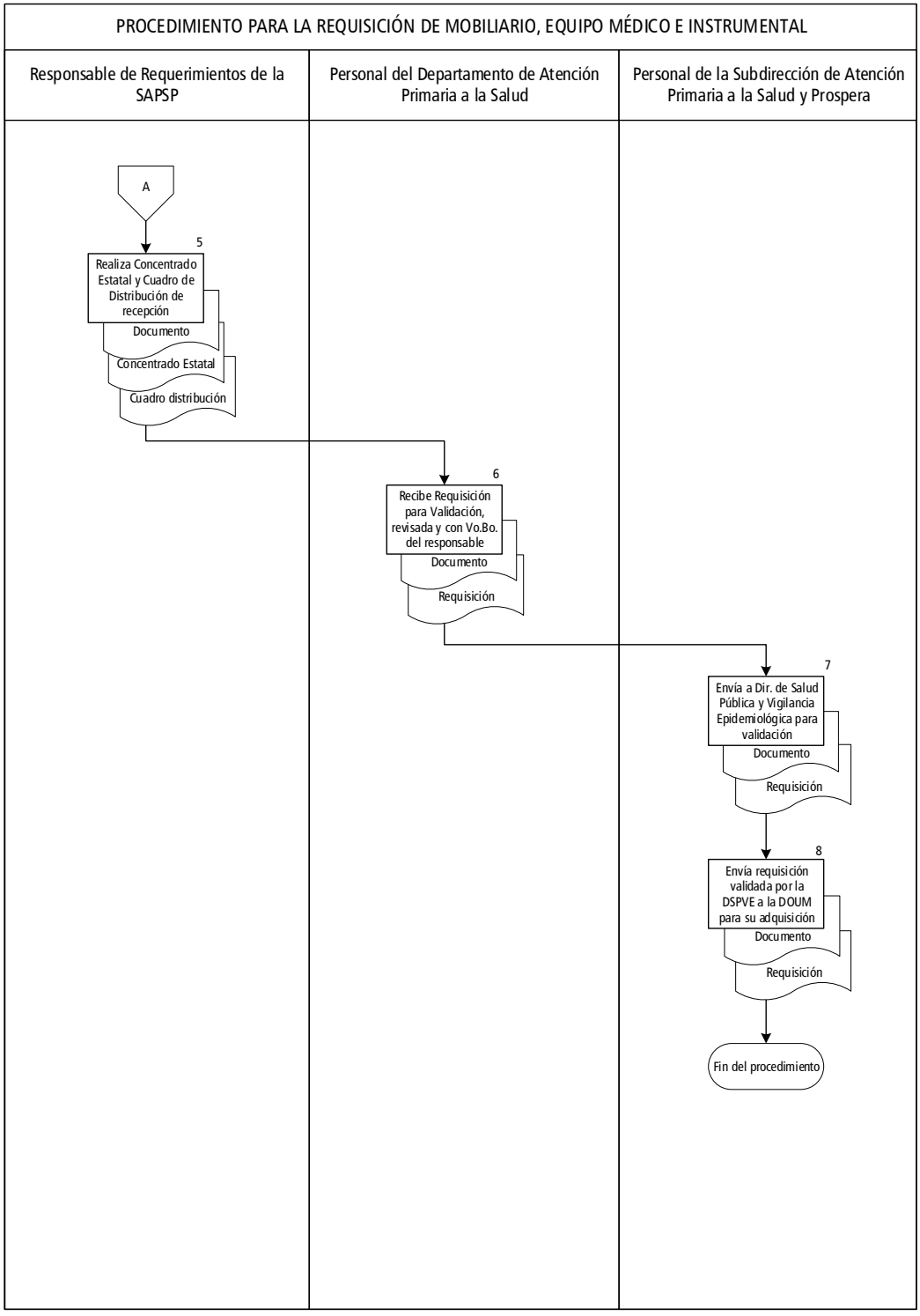
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REQUISICIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe por oficio las necesidades de mobiliario equipo médico e instrumental de las Jurisdicciones sanitarias, correspondientes a los programas de Centros de Salud, Salud Bucal, Casas de Salud, Medicina Tradicional y los turna al DAPS.	Oficio
2		Concentra las necesidades por partida presupuestal de mobiliario, equipo médico e instrumental que envían las Jurisdicciones Sanitarias y valida de acuerdo a la NOM 005-SSA3-2016.	Documento
3		Turna a responsables de programas de Centros de Salud, Salud Bucal,	Documento

		Casas de Salud y Medicina Tradicional el concentrado para su validación o corrección de acuerdo al tipo de Unidad que se trate y cumplimiento a la NOM 005-SSA3-2016.	
4	Responsables de programas	Revisa y valida necesidades de mobiliario, equipo médico e instrumental y lo entrega a Responsable de los requerimientos de la SAPSP.	Documento
5	Responsable de Requerimientos de la SAPSP	Realiza concentrado Estatal y cuadro de distribución por jurisdicción y unidad operativa de la recepción de necesidades de mobiliario, equipo médico e instrumental.	Documento Concentrado Estatal Cuadro de distribución
6	Personal de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe Requisición final para su validación ya revisada y con el visto bueno del responsable de requerimientos.	Documento Requisición
7		Envía la requisición a la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica para su validación.	Documento Requisición
8		Envía la requisición validada por la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica a la Dirección de Operación de Unidades Médicas para su adquisición.	Documento Requisición
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REQUISICIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA REQUISICIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL
Responsable de Requerimientos de la SAPSP
Personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud
Personal de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera
A
5
Realiza Concentrado Estatal y Cuadro de Distribución de recepción
Documento
Concentrado Estatal
Cuadro distribución
6
Recibe Requisición para Validación, revisada y con Vo.Bo. del responsable
Documento
Requisición
7
Envía a Dir. de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica para validación
Documento
Requisición
8
Envía requisición validada por la DSPVE a la DOUM para su adquisición
Documento
Requisición
Fin del procedimiento

7.11.7. PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN A UNIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

Tiempo Promedio: 5 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migner Jefté Huerta Martínez **Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud** **MJHM (DAPS)** **Junio 2018**	**Erika Bérenice Davis Martínez** **Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera** **EBDM (SAPSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Hompin Ramírez** **Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Determinar a través de la supervisión si el desempeño del personal operativo concuerda con su descripción de trabajo, con el fin de mejorar la calidad de los servicios ofertados en las unidades aplicativas del primer nivel de atención médica.

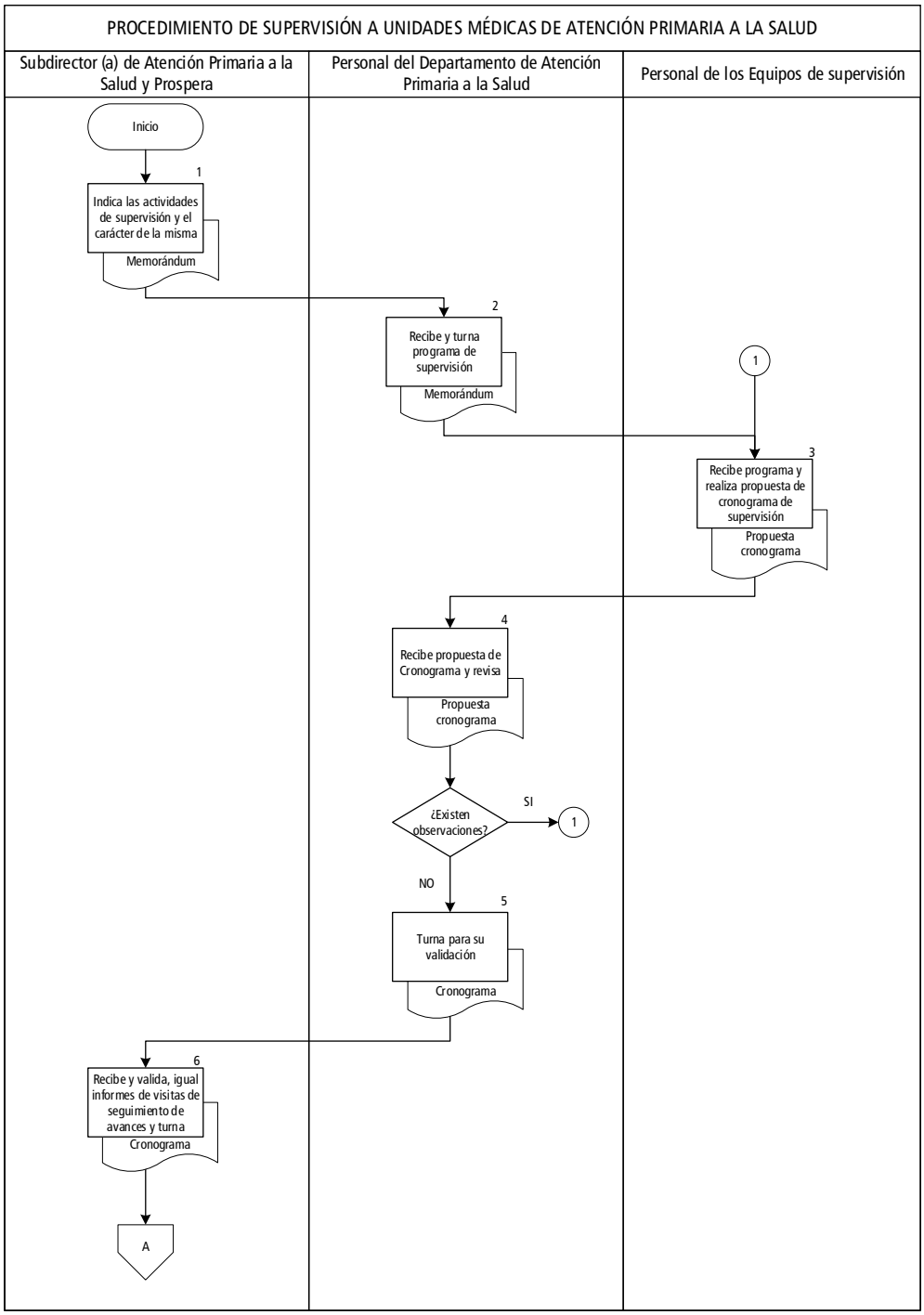
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Modelo Integrador de Atención a la Salud; Primera Edición 2006. 3. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaria de Salud 2010. 4. Cédula Estatal de Supervisión de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud. Políticas de Operación: 1. El Departamento de Atención Primaria a la Salud obtendrá datos sólo de las fuentes Oficiales: Diagnóstico de Salud Estatal, Diagnóstico de Salud de cada una de las Jurisdicciones, Programa de Metas e Indicadores, Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la salud. (SINERHIAS), Sistema Estatal de Información en Salud.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Dicho procedimiento abarca a Centros de Salud Rurales, Urbanos, con Servicios ampliados, Casas de Salud, Módulos Medicina Tradicional, así como a las 10 Jurisdicciones Sanitarias en el Estado.
Recursos	Oficio, Memorándum, Propuesta de cronograma de supervisión, Informe, Reporte de observaciones y recomendaciones
Glosario	MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud. SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. DAPS: Departamento de Atención Primaria a la Salud. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

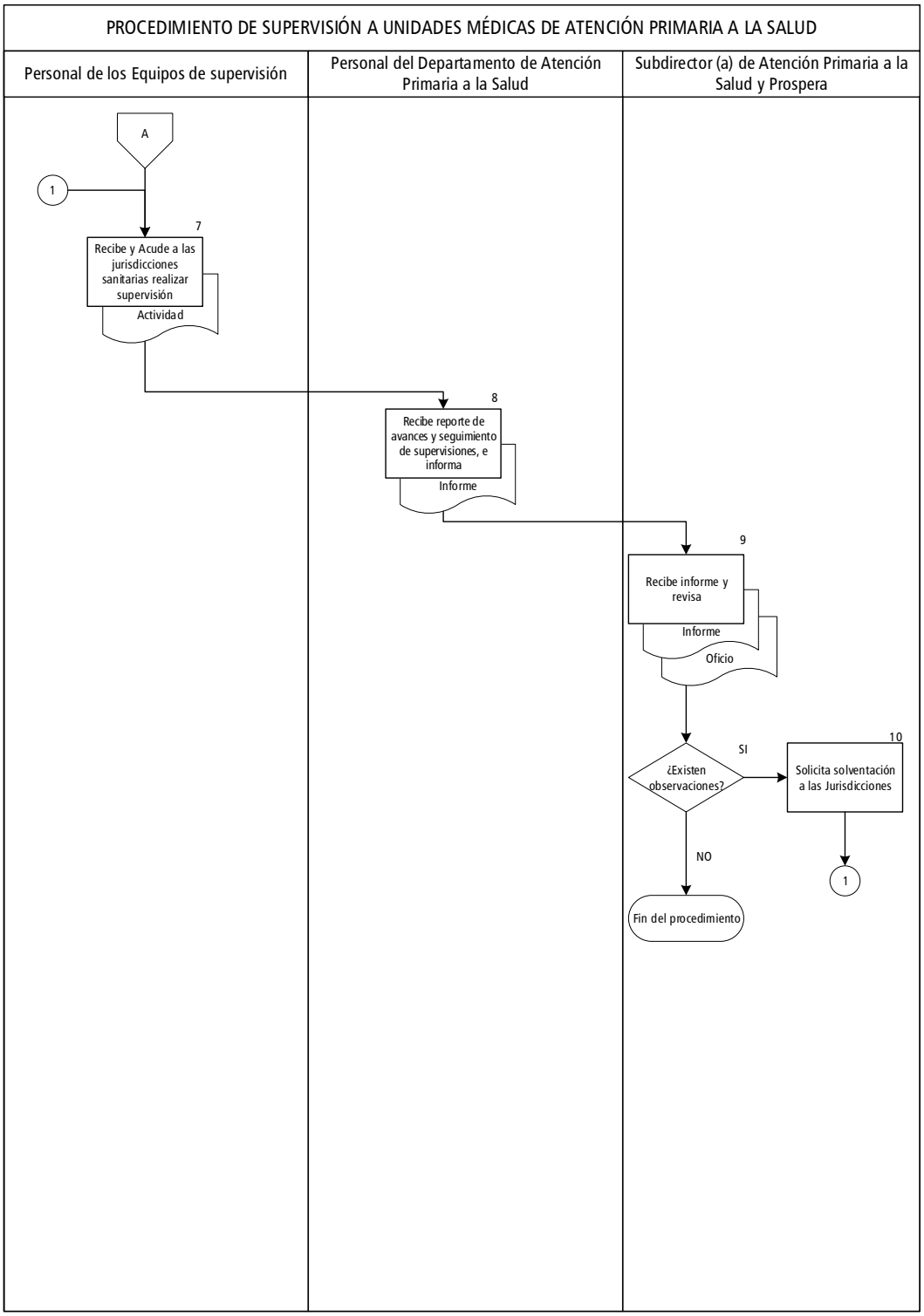
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN A UNIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Indica al Departamento de Atención Primaria a la Salud vía memorándum las actividades de supervisión y el carácter de la misma.	Memorándum
2	Personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe memorándum, y turna programa de supervisión a los equipos de supervisión.	Memorándum
3	Personal de los Equipos de supervisión	Recibe programa y realiza propuesta de cronograma de supervisión al interior de las jurisdicciones sanitarias.	Propuesta de Cronograma
4	Personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe propuesta de Cronograma y revisa. ¿Existen observaciones? Sí, continúa en la actividad 3 No, continúa en la actividad 5	Propuesta de cronograma
5		Turna a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera para su validación.	Cronograma
6	Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe y valida cronograma e informes de visitas de seguimiento de avances y turna al equipo de supervisión.	Cronograma
7	Personal de los Equipos de supervisión	Recibe y acude a las Jurisdicciones Sanitarias a realizar supervisión de Centros de Salud, Casas de Salud y Módulos de Medicina Tradicional. Solventa observaciones y recomendaciones si aplica.	Actividad

8	Personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe reporte de avances y seguimiento de supervisiones, e informan a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud.	Informe
9	Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe informe y revisa ¿Existen observaciones? Si, continúa en la actividad 10 No, Fin del procedimiento.	Informe Oficio
10		Solicita solventación a las Jurisdicciones. Continúa en la actividad 7	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN A UNIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.




PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN A UNIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD
Personal de los Equipos de supervisión
Personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud
Subdirector (a) de Atención Primaria a la Salud y Prospera
A
1
7
Recibe y Acude a las jurisdicciones sanitarias realizar supervisión
Actividad
8
Recibe reporte de avances y seguimiento de supervisiones, e informa
Informe
9
Recibe informe y revisa
Informe
Oficio
¿Existen observaciones?
SI
10
Solicita solventación a las Jurisdicciones
1
NO
Fin del procedimiento

7.11.8. PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ACUERDO A LA TIPOLOGÍA DE UNIDADES OPERATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

Tiempo Promedio: 3 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migner Jeté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Junio 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

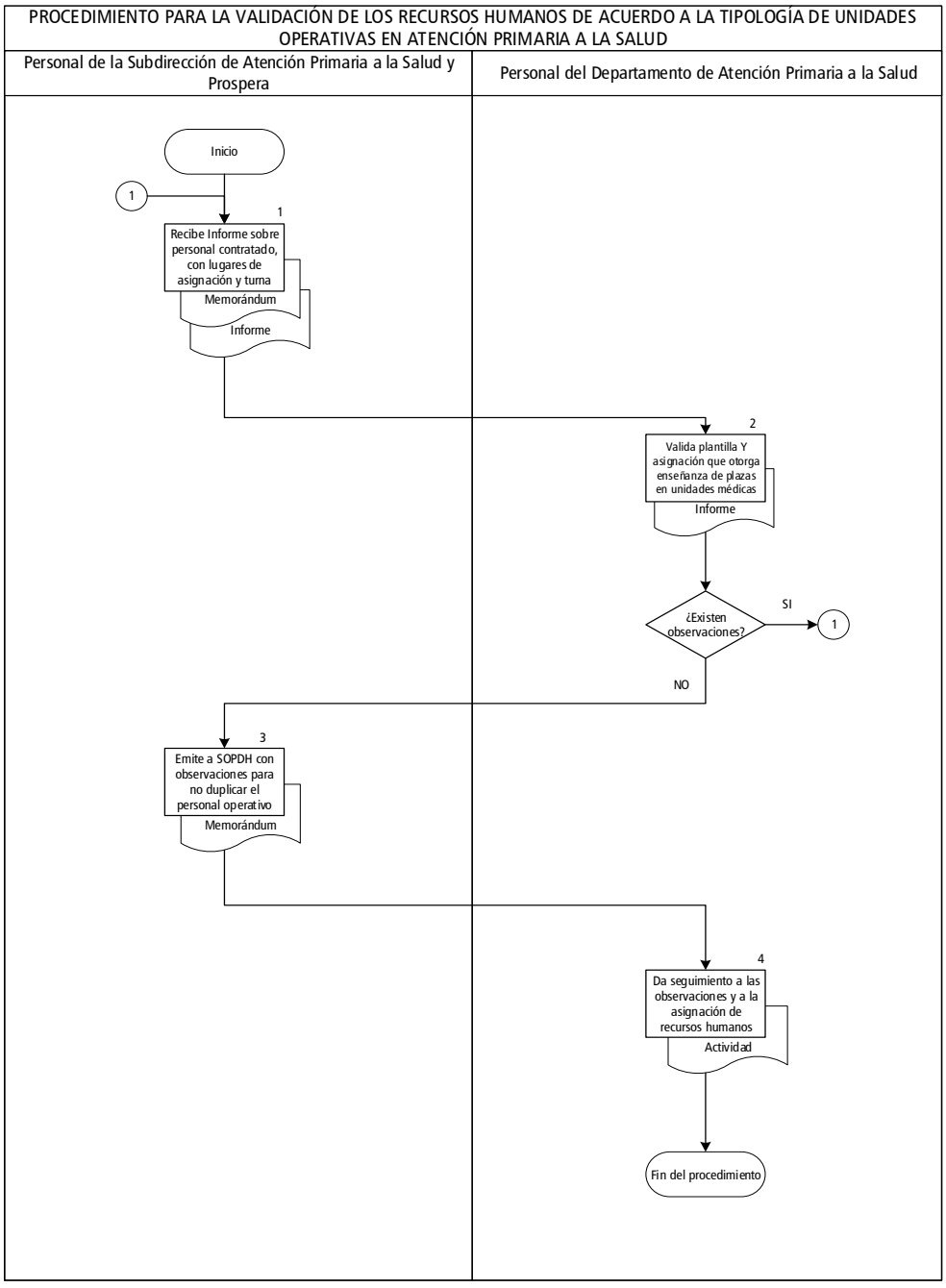
Objetivo	Validar las plantillas básicas del personal operativo mínimo necesario, para la operación de los servicios médicos, de promoción y medicina tradicional en las unidades aplicativas del Primer Nivel de Atención Médica.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Organización de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. 2. Manual de Nuevos Modelos de Recursos para la Salud. 2010. Políticas de Operación: 1. Los programas Centros de Salud, Salud Bucal y Medicina Tradicional deben verificar las necesidades de sus recursos humanos, de acuerdo a su tipología de las unidades a través de la Jurisdicción Sanitaria.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los Centros de Salud Rurales, Urbanos, con Servicios Ampliados y Módulos de Medicina Tradicional que conforman los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Informe.
Glosario	Núcleo Básico: integrado por un médico, dos enfermeras y un promotor. Auxiliar de Salud: promotor de salud comunitario. Médico/a Tradicional: figura comunitaria que aplica medicina alternativa basada en usos y costumbres de la población. SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. SAPDH: Subdirección de Adminitración de Personal y Desarrollo Humano

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ACUERDO A LA TIPOLOGÍA DE UNIDADES OPERATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe Informe de la Subdirección de Administración del Personal y Desarrollo Humano sobre el personal contratado, con lugares de asignación y turna vía memorándum al Departamento de Atención Primaria a la Salud.	Memorándum Informe
2	Personal del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Valida la plantilla anexa al informe que debe existir y la asignación que otorga enseñanza de plazas para médicos, enfermeras y estomatólogos pasantes en cada una de las unidades médicas. ¿Existen observaciones? Sí: Continúa en la actividad 1. No: Continúa en la actividad 3.	Informe
3	Personal de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Emite Memorándum a la Subdirección de Operación del Personal y Desarrollo Humano con observaciones para no duplicar el personal operativo según servicio médico y horario de atención de acuerdo al reporte del Departamento de Atención Primaria a la Salud y Prospera.	Memorándum
4	Personal de la Departamento de Atención Primaria a la Salud	Da seguimiento a las observaciones que emite la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y da seguimiento a la asignación de recursos humanos.	Actividad
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR LA OPERACIÓN DE LAS NORMAS OFICIALES QUE SE APLICAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.



7.11.9. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA A QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS.

Tiempo Promedio: 30 dias		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Miguel Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Junio 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos que norma el proceso desde la recepción hasta el cierre de las solicitudes de quejas que presentan las y los Afiliados al Sistema de Prolección Social en Salud, asi como de la poblacion en general en términos de los dispuesto en el Articulo 77 bis 37 fracción XV de la Ley General en Salud 56 y 59 del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Prolección Social en Salud

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública, Gubernamental y su Reglamento.
3. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado.
4. Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Para la atención de la demanda ciudadana se utiliza el sistema de atención a la población, que es operado por órgano de control Coordinación Estatal Contac-Center, con la participación del Primer Nivel de Atención en el ámbito Estatal.
2. Los/las usuarios/as de los Servicios de Salud podrán depositar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos en los siguientes medios e instancias:
   - Por escrito: libre a través de Buzones fijos ubicados en los Unidades médicas de manera permanentemente.
   - Vía telefónica: a través del Número sin costo 01 800 581 4444.
   - Teléfonos rojos: ubicados en Unidades de Salud con línea directa al Sistema Estatal del Contac Center
   - Correo electrónico: centro.contacto.ssep@gmail.com
   - Página web: ss.pue.gob.mx
   - Personalmente: Personalmente en las oficinas del órgano de control (oficina Central de los SSEP) o en los módulos de gestión.
   - Buzón de voz: Mecanismo de conmutador.
3. En cualquiera de sus componentes o personalmente los quejosos deberán proporcionar la información indispensable que permita dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre del

	peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, relación sucinta de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca. 4. Una vez que se recibe la queja se investiga los motivos que generan la inconformidad, maltrato o negación de la atención para dar seguimiento hasta dar respuesta al quejoso.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todas las unidades operativas del Primer Nivel de Atención Médica y Módulos de Medicina Tradicional que conforman los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Informe, Plataforma electrónica, Análisis, Oficio.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

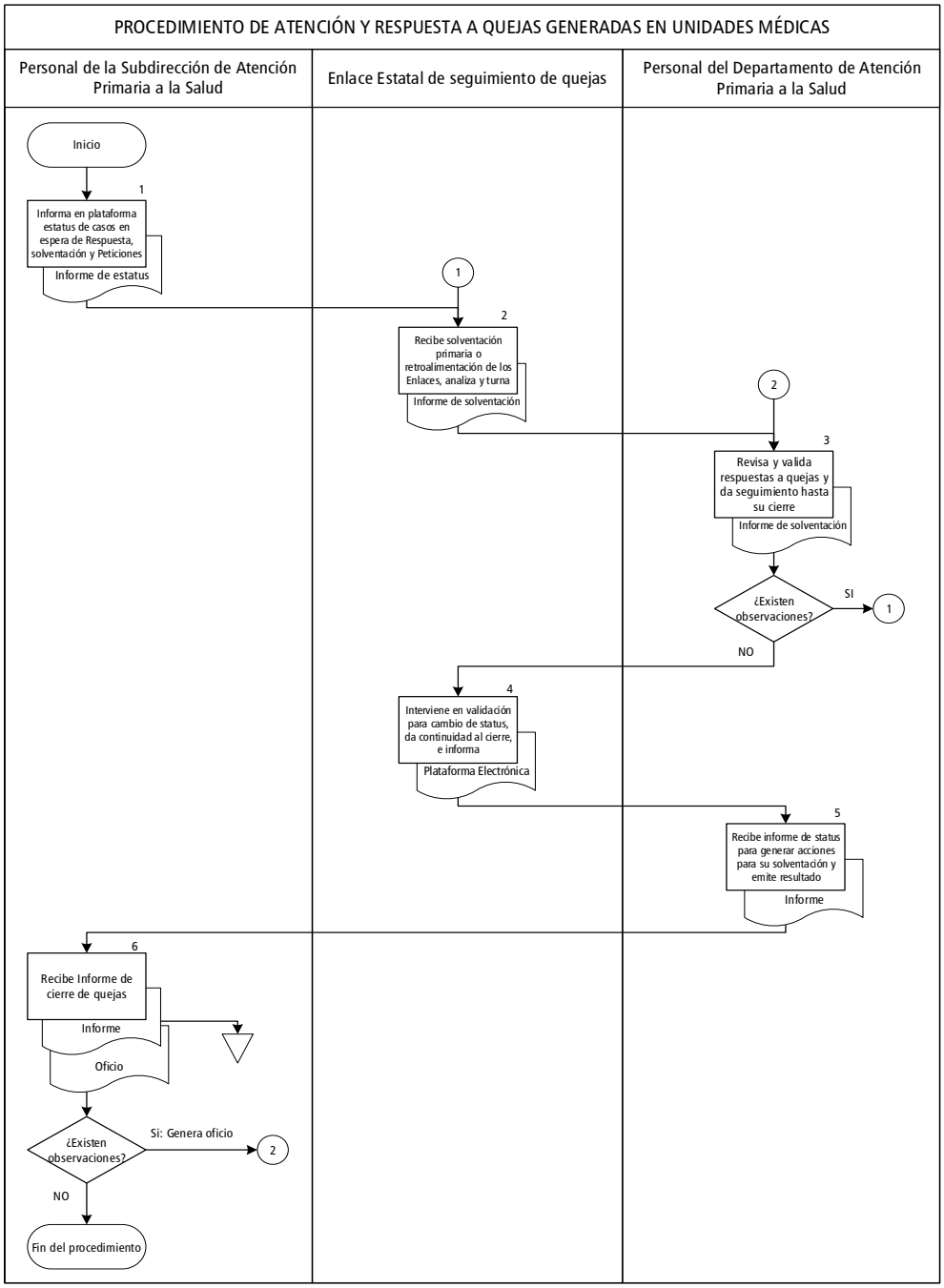
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA A QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enlace Estatal Contact- Center Primer Nivel de Atención	Se recepciona diariamente a través de correo electrónico las peticiones, quejas, sugerencias y reconocimientos de nuevo ingreso al sistema Contact - Center y se hace de conocimiento al mismo tiempo a los Enlaces Jurisdiccionales y a Responsables de Centros de Salud Urbanos y CESSAS (con acceso a plataforma),	Informe de recepción de casos

		reflejándose en el sistema el detalle de cada caso.	
2	Enlace Jurisdiccional Contact-Center	Se solicita a los responsables de unidades involucradas información necesaria que permitan conocer los por menores del caso, para ratificar o rectificar el suceso y dar inicio a generar o recopilar la documentación soporte que de respuesta específica a cada solicitud.	Recopilación de documentación soporte de seguimiento.
3	Enlace Estatal Contact- Center Primer Nivel de Atención	Análisis y Validación de respuestas de seguimiento a peticiones, quejas, sugerencias y reconocimientos, realizados por parte de las Unidades Médicas y Jurisdicciones Sanitarias, que fueron atendidas semanalmente, generando informe, para identificación y reconocimiento de los casos que permanecerán como pendientes por no cumplir con la respuesta satisfactoria para pasarla a otro status para su cierre. Los casos que son aprobados continúan con su proceso habitual de cierre.	Informe de casos resepcionados en status de solventación
4	Enlace Estatal Contact- Center Primer Nivel de Atención	Se genera informe oficial de los resultados obtenidos del análisis a las respuestas a la Jefatura Estatal del Primer Nivel de Atención, Enlaces Jurisdiccionales Contact-Center y Responsables de Unidades Médicas, con la solicitud de retroalimentación de documentos específicos que otorguen una adecuada y satisfactoria respuesta.	Plataforma electrónica Documento oficial de notificación (oficio)
5	Enlace Estatal Contact- Center Primer Nivel de	Interviene en el proceso de capacitación y asesoramiento para las posibles respuesta de seguimiento a	Visita Telefónicamente

	Atención	Enlaces Jurisdiccionales Contact-Center y Responsables de Unidades Médicas involucradas, para agilizar el cambio del status de Solventación de las quejas, peticiones y sugerencias para aminorar el tiempo de respuesta y cierre de las mismas.	
6	Departamento Estatal Contact-Center	Emite informe del status de quejas a la Jefatura del Primer Nivel de Atención, para análisis, actualización y respuesta.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y RESPUESTA A QUEJAS GENERADAS EN UNIDADES MÉDICAS.



7.11.10. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES.

Tiempo Promedio: 105 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migher Jefté Huerta Martínez **Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud** **MJHM (DAPS)** **Octubre 2018**	**Erika Berenice Davis Martinez** **Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera** **EBDM (SAPSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las actividades necesarias para la entrega bimestral del apoyo económico en tiempo y forma a los Terapeutas Tradicionales, de acuerdo a las atenciones otorgadas a los usuarios durante este periodo y previamente registradas en el Sistema Estadístico de Medicina Tradicional (SEMETRA).

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional.
2. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional.
3. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
4. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional.

Políticas de Operación:

1. Los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional entregarán mensualmente a la PEMT el SEMETRA y el formato de apoyo económico a Terapeutas Tradicionales, firmados por él/la Coordinador/a y/o él/la responsable del Módulos de Medicina Tradicional, Director/a y Administrador/a de la unidad médica.
2. Los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional se apegarán a los formatos establecidos por el PEMT y no modificarán su estructura o contenido.
3. El área administrativa del PEMT validará la información entregada por los/las Coordinadores/as y/o responsables.
4. En caso de existir algún error se hará de conocimiento para su corrección inmediata.
5. El área administrativa del PEMT, realizará memorándum para solicitar el apoyo económico para los/las Terapeutas Tradicionales.
6. Para que él/la Terapeuta Tradicional pueda recibir el apoyo económico, deberá de presentar la credencial del IFE o INE en el momento de la entrega, en caso de no contar con dicha identificación tendrá que presentar su acta de nacimiento, acompañada de otra identificación que acredite su personalidad.
7. En caso de fallecimiento o enfermedad que impida que él/la Terapeuta Tradicional se presente a recibir su apoyo económico correspondiente al periodo de pago, este se podrá otorgar a un familiar directo

	presentando el acta de defunción o comprobante médico según sea el caso, así como la documentación que acredite su parentesco y la identificación oficial de la persona que recibirá el apoyo.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. Departamento de Atención Primaria a la Salud. Departamento de Presupuesto. Programa Estatal de Medicina Tradicional. Directores/as y Administradores/as de los Hospitales Generales, Integrales, Jurisdicciones Sanitarias y Centros de Salud. Personal de los Módulos de Medicina Tradicional (Coordinador/a, Enlace Comunitario y Estadígrafo/a) y Terapeutas Tradicionales.
Recursos	Libreta de Registro, Hoja diaria, Expediente, Reporte del SEMETRA, Formato de apoyo económico, Memorándum, Convenio de mutuo propio, Sobres de apoyo económico, Depósito, Póliza cheque.
Glosario	Módulo de Medicina Tradicional: Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (Coordinador/a, Enlace Comunitario, Estadígrafo/a y la participación voluntaria de Terapeutas Tradicionales, destinado a otorgar atenciones de curanderos, hueseros y parteras bajo la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres. Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras

tradicionales, los/las yerbateros/as, sobadores/as, hueseros/as, rezanderos/as, graniceros/as y curanderos/as.
Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional: Personal responsable o encargado de despacho del Módulo de Medicina Tradicional.
MMT: Módulo de Medicina Tradicional
PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional.
INE: Instituto Nacional Electoral.
IFE: Instituto Federal Electoral.
PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional.
SEMETRA: Sistema Estadístico de Medicina Tradicional.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES

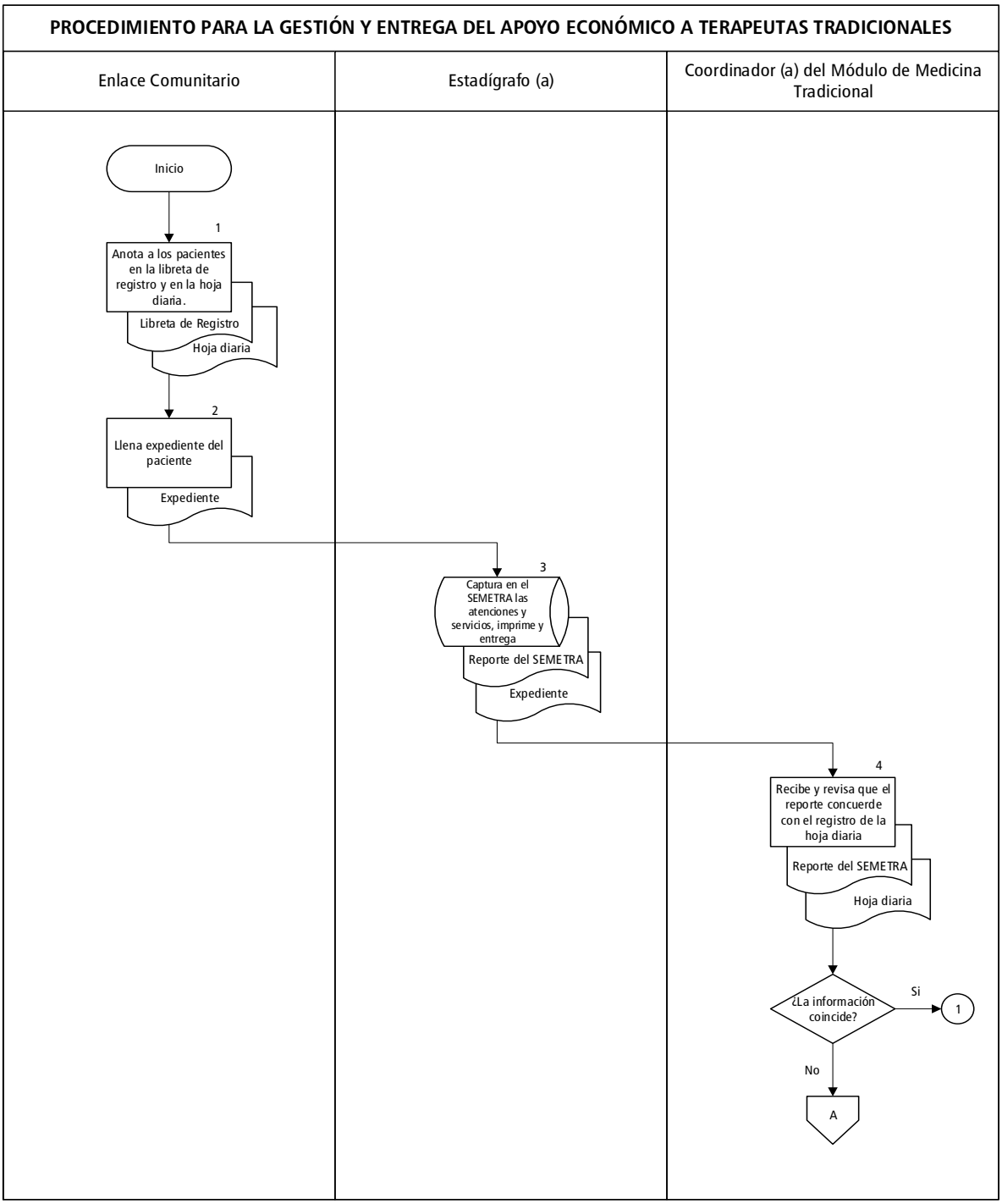
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enlace Comunitario	Anota a los pacientes en la libreta de registro y en la hoja diaria.	Libreta de registro Hoja diaria
2	Enlace Comunitario	Llena expediente del paciente.	Expediente
3	Estadígrafo/a	Captura en el SEMETRA las atenciones y servicios que se realizan en el Módulo de Medicina Tradicional con base a los expedientes de los pacientes, imprime reporte y entrega al/la Coordinador/a de Módulo para su revisión.	Reporte del SEMETRA Expediente
4	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Recibe y revisa que el reporte del SEMETRA concuerde con el registro de la hoja diaria. ¿La información coincide? Si: Continúa en la actividad No. 6. No: Continúa en la actividad No. 5.	Reporte del SEMETRA Hoja diaria

5		Analiza en conjunto con el Estadígrafo/a donde se encuentra la discrepancia de información y corrige.	Reporte del SEMETRA Hoja diaria
6		Elabora y remite al PEMT el formato de apoyo económico.	Formato de apoyo económico
7	Personal del Área administrativa del PEMT	Recibe y analiza el reporte del SEMETRA contra el formato de apoyo económico. ¿La información es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 8. No: Regresa a la actividad No. 5.	Reporte del SEMETRA Formato de apoyo económico
8		Remite el formato de apoyo económico al/la Coordinador/a en zonas indígenas.	Formato de apoyo económico
9	Coordinador/a en zonas indígenas	Recibe el formato de apoyo económico, elabora el memorándum de solicitud de apoyo económico a Terapeutas Tradicionales de los MMT para el Departamento de Presupuesto, especificando el recurso necesario por Módulo y el total de los mismos; y anexa los formatos de solicitud de cada MMT.	Memorándum Formato de apoyo económico
10		Recaba las rúbricas del Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional, el/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud y del/la Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera; y por último la firma del Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Nota: En caso de haber observaciones al Memorándum por algunas de las partes, se deberán de corregir.	Memorándum
11		Remite al Departamento de	Memorándum

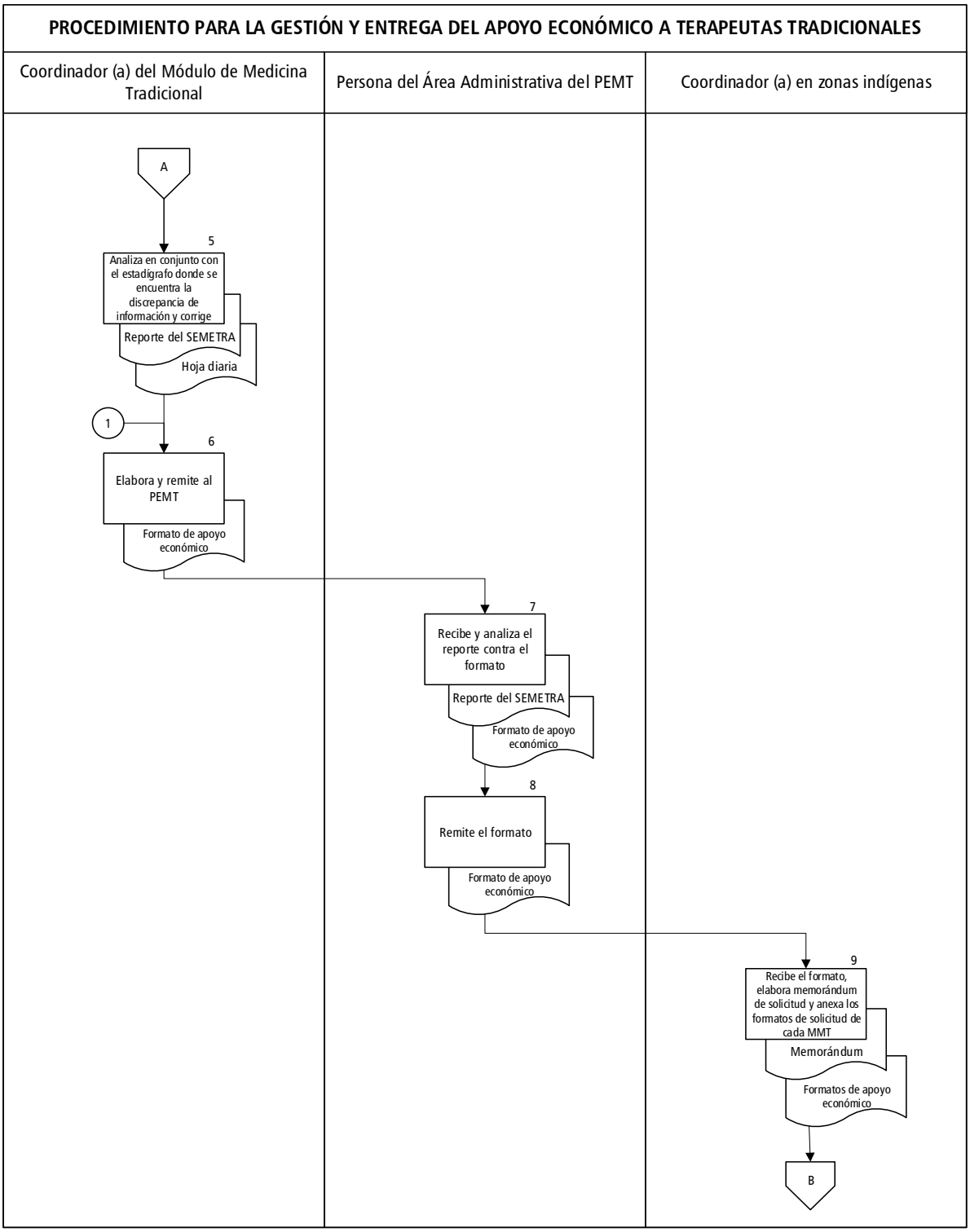
		Presupuesto para su atención.	
12	Departamento de Presupuesto	Recibe memorándum de solicitud de apoyo y da seguimiento para la liberación del recurso.	Memorándum
13	Coordinador/a en zonas indígenas	Remite vía electrónica a los/as Coordinadores/as de los MMT, el: • Formato de apoyo económico. • Convenio de mutuo propio. • Sobres de apoyo económico.	Formato de apoyo económico Convenio de mutuo propio Sobres de apoyo económico
14		Notifica a los/las Coordinadores/as para que los/las administradores/as de las Jurisdicciones Sanitarias y/o hospitales correspondientes, verifiquen el depósito del recurso.	S/D
15	Coordinador/a de Módulo de Medicina Tradicional	Solicita el recurso a los/las Administradores/as de las Jurisdicciones Sanitarias y/o hospitales.	S/D
16		Recibe el recurso e integra los documentos para la entrega del apoyo económico.	Formato de apoyo económico Convenio de mutuo propio Sobres de apoyo económico
17		Fija la fecha y hora para la entrega del apoyo, y convoca a los/las Terapeutas Tradicionales para la entrega del mismo.	S/D
18		Entrega los sobres de apoyo económico a los/las Terapeutas Tradicionales y recaba, su firma, la	Sobres de apoyo económico

		huella y el folio de su credencial del IFE o INE en el formato de apoyo económico y en el convenio de mutuo propio.	Formato de apoyo económico Convenio de mutuo propio
19		Entrega a el original del formato de apoyo económico a los/las Administradores/as de las Jurisdicciones Sanitarias y/o hospitales correspondientes.	Formato de apoyo económico
20		Entrega al PEMT, la comprobación de la entrega del apoyo económico que incluye: • Copia del formato de apoyo económico (por cada MMT). • Original del convenio de mutuo propio (por cada Terapeuta). • Copia del depósito. • Copia de la Póliza cheque.	Copia del formato de apoyo económico (por cada MMT) Original del convenio de mutuo propio (por cada Terapeuta) Copia del depósito Copia de la Póliza cheque
Fin del procedimiento			

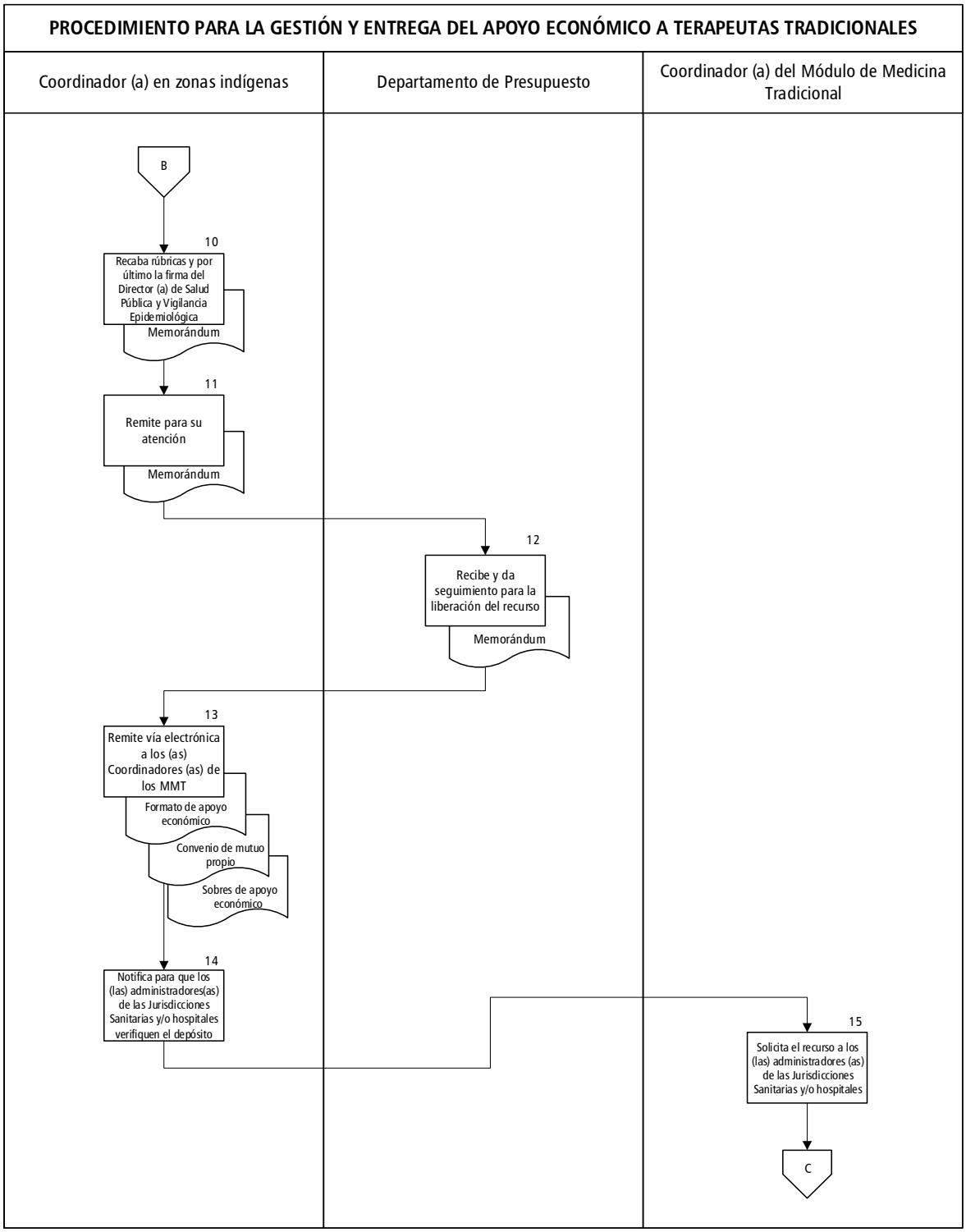
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES.



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES

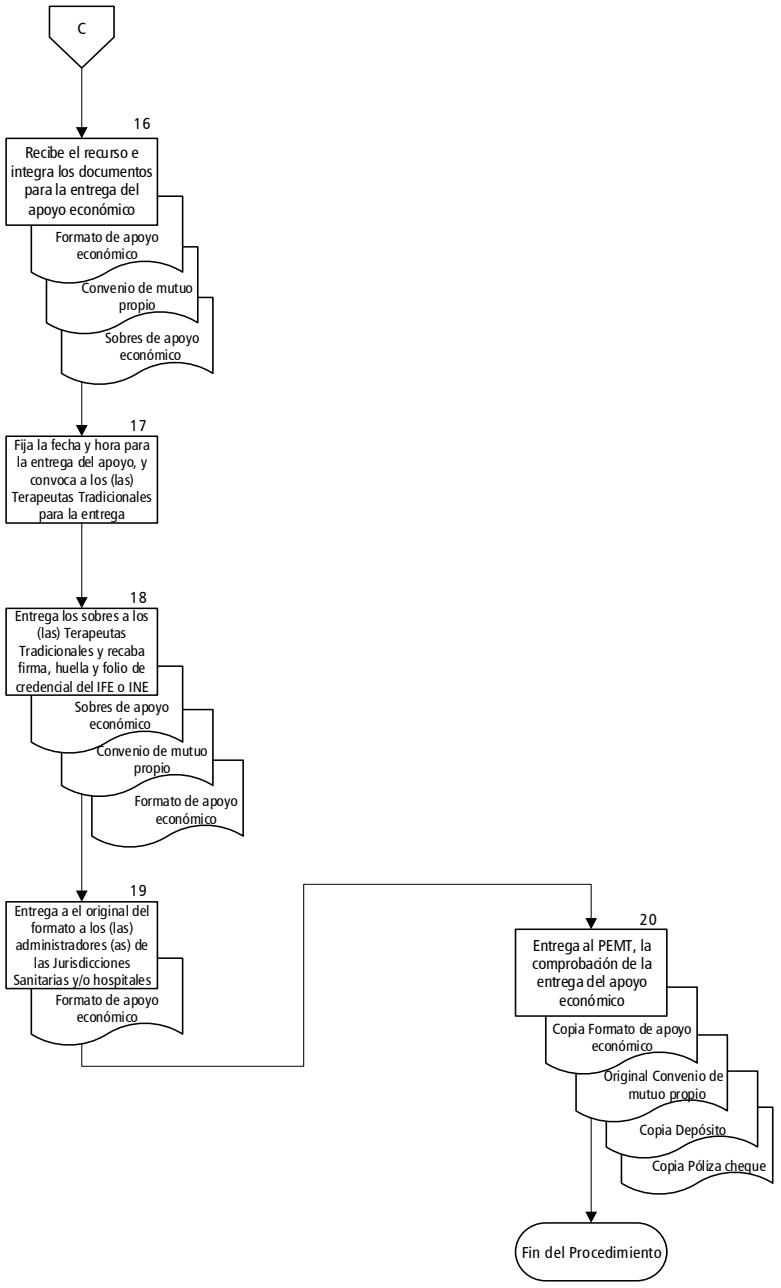


PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y ENTREGA DEL APOYO ECONÓMICO A TERAPEUTAS TRADICIONALES

Coordinador (a) del Módulo de Medicina Tradicional



7.11.11. PROCEDIMIENTO DESENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL.

Tiempo Promedio: 30 dias.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migner Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Sensibilizar en interculturalidad a través de cursos, al personal adscrito a las unidades médicas pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla y demás instituciones que lo soliciten.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Vigente.
2. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-052-08. Guía de práctica clínica. Vigente.
3. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Dr. José Alejandro, Almaguer González., Enf. Vicente, Vargas Vite., Dr. Hernán José, García Ramírez. 3ª. Edición México: Secretaria de Salud 2014 pp. 265.
4. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaria de Salud. Vigente.
5. Pistas metodológicas para la sensibilización intercultural. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Dirección General de Integración de los Inmigrantes España: Cruz roja española 2006.

Políticas de Operación:

1. Las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno que requieran capacitación en sensibilización intercultural, deberán de enviar por oficio la solicitud, fechas tentativas de capacitación, lugar y listado del personal que se capacitará al PEMT.
2. El PEMT dará respuesta en tiempo y forma a la solicitud enviada por las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno.
3. El PEMT es el responsable de establecer los pasos a seguir para la capacitación, designando la fecha, hora y personal que impartirá la misma.
4. Los/las responsables de capacitación realizarán la carta descriptiva correspondiente.

5. El PEMT, revisará y rubricará la carta descriptiva; posteriormente enviará a firma de autorización al Departamento de Atención Primaria a la Salud, Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
6. Las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno, que soliciten capacitación en sensibilización intercultural, se apegaran a los procedimientos que establezca el PEMT.
7. Las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno, que soliciten capacitación en sensibilización intercultural, se comprometerán a tener todo el material didáctico que solicite el PEMT para llevar a cabo la capacitación.
8. El personal designado para llevar a cabo la capacitación, deberá acudir en la fecha, hora y lugar establecido.
9. Para obtener la constancia en sensibilización intercultural, el personal deberá de asistir las 8 horas que dura la capacitación.
10. Al término de la capacitación, los/las capacitadores (as) deberán de recabar y entregar la lista de asistencia al personal administrativo del PEMT, que son los encargados de elaborar las constancias de acuerdo a las listas de asistencia.
11. El PEMT, enviará las constancias acreditadas a las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno.

Responsables

Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

Unidades Médicas pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Instituciones o dependencias de gobierno que lo soliciten.

Recursos	Oficio, Carta descriptiva, Lista de asistencia de capacitación, Constancias.
Glosario	Calidad de la atención: Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los/las pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados. Calidez en la atención: Trato cordial, positivo y respetuoso de/de la prestador/a de servicios de salud con los/las usuarios/as de los mismos, que toma en cuenta su diversidad cultural, necesidades y expectativas, donde los/las usuarios/as son sujetos/as de la atención. Interculturalidad: Modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. Sensibilización intercultural: Proceso de influencia comunicativa a distintos niveles, individual, grupal y social, donde el objetivo general sea promover o ajustar actitudes o percepciones, que faciliten una reflexión generadora de cambios comportamentales, los cuales se conviertan en actitudes favorables a la diversidad cultural, y por ende a las personas y colectivos que la conforman. Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional: Personal responsable o encargado de despacho del Módulo de Medicina Tradicional. PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional. DAPS: Departamento de Atención Primaria a la Salud. SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. SEI: Subdirección de Enseñanza e Investigación. DSPVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

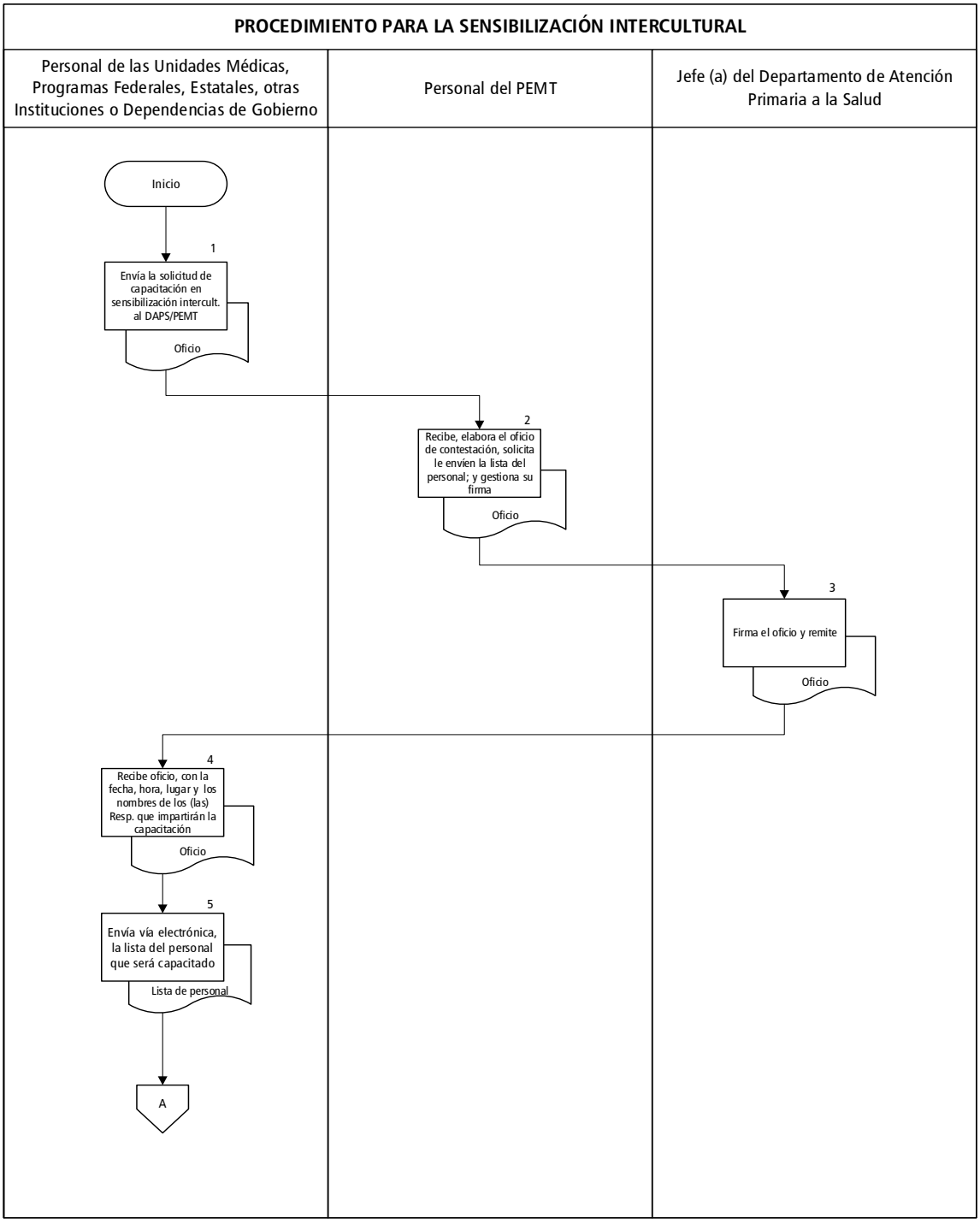
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de las Unidades Médicas, Programas Federales, Estatales, otras Instituciones o Dependencias de Gobierno	Envía la solicitud de capacitación en sensibilización intercultural al DAPS / PEMT, vía oficio.	Oficio
2	Personal del PEMT	Recibe solicitud de capacitación en sensibilización intercultural y elabora el oficio de contestación a las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno, especificando la fecha, hora, el lugar y los nombres de los/las responsables que impartirán la capacitación, así mismo solicita le envíen por vía electrónica la lista del personal que será capacitado; y gestiona su firma. Nota: En caso de haber observaciones al Oficio por el/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud, se deberá de corregir.	Oficio
3	Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Firma el oficio y remite a las unidades médicas, programas federales, estatales, otras instituciones o dependencias de gobierno, según corresponda.	Oficio
4	Personal de las Unidades Médicas, Programas Federales,	Recibe oficio de respuesta, con la confirmación de la fecha, hora, el lugar y los nombres de los/las responsables que impartirán la capacitación.	Oficio

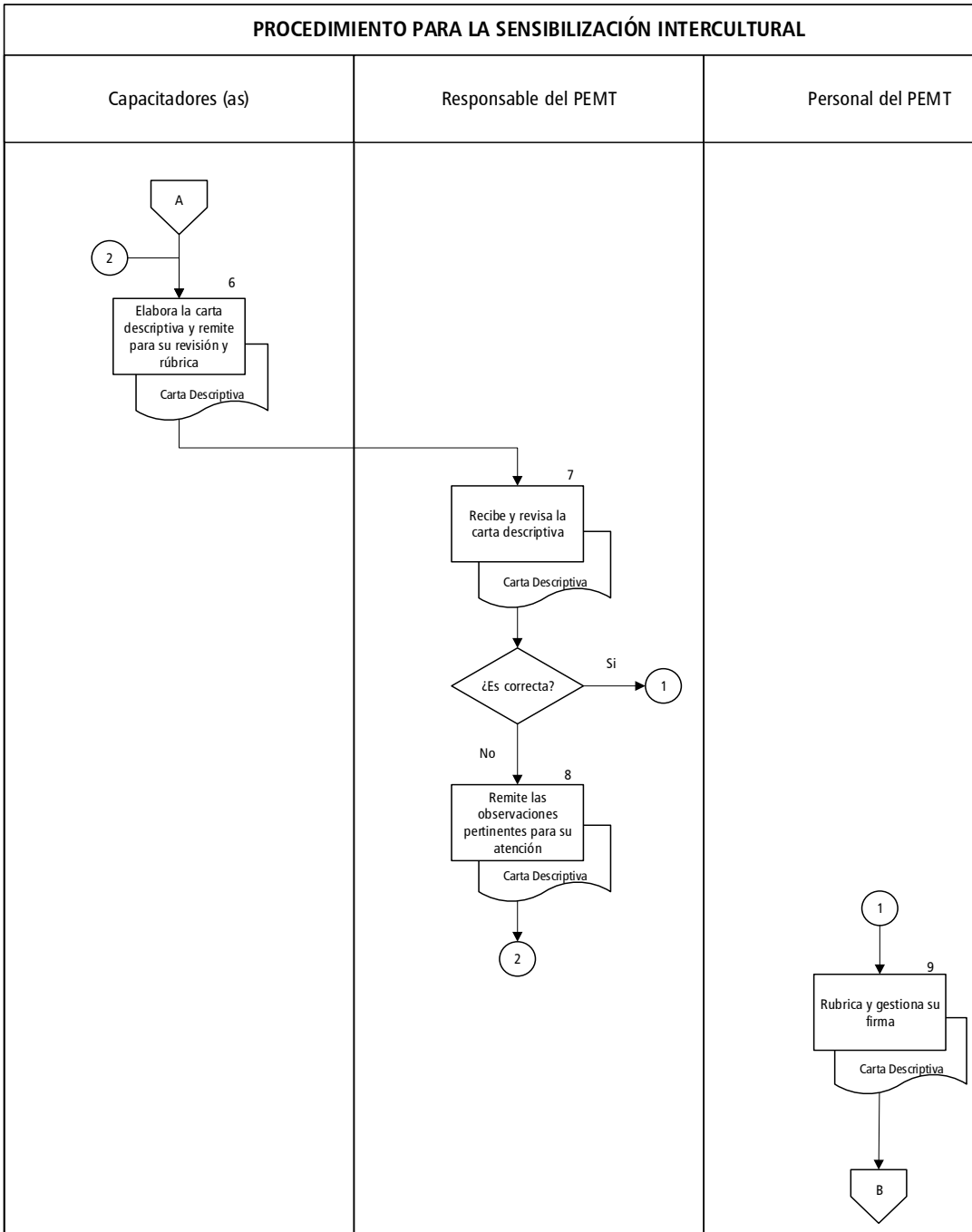
	Estatales, otras Instituciones o Dependencias de Gobierno		
5		Envía vía electrónica, la lista del personal que será capacitado.	Lista de personal
6	Capacitadores/as	Elabora la carta descriptiva y remite al/la Responsable del PEMT para su revisión y rúbrica.	Carta descriptiva
7	Responsable del PEMT	Recibe y revisa la carta descriptiva. ¿Es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 9. No: Continúa en la actividad No. 8.	Carta descriptiva
8		Remite las observaciones pertinentes para su atención. Continúa en la actividad No. 6.	Carta descriptiva
9	Personal del PEMT	Rubrica y gestiona su firma ante el Departamento de Atención Primaria a la Salud, la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera, la Subdirección de Enseñanza e Investigación, y la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Carta descriptiva
10	DAPS / SAPSP / SEI / DSPVE	Reciben y firma la carta descriptiva, una vez firmada la remiten al PEMT.	Carta descriptiva
11	Personal del PEMT	Recibe la carta descriptiva firmada, e indica a los/las capacitadores/as acerca de la fecha, hora y lugar de sesión de capacitación.	Carta descriptiva.
12	Capacitadores/as	Imparte la capacitación en la fecha, hora y lugar que quedó establecido.	S/D
13		Recaba la lista de asistencia y la entrega al personal administrativo del PEMT, para que realice las constancias.	Lista de asistencia

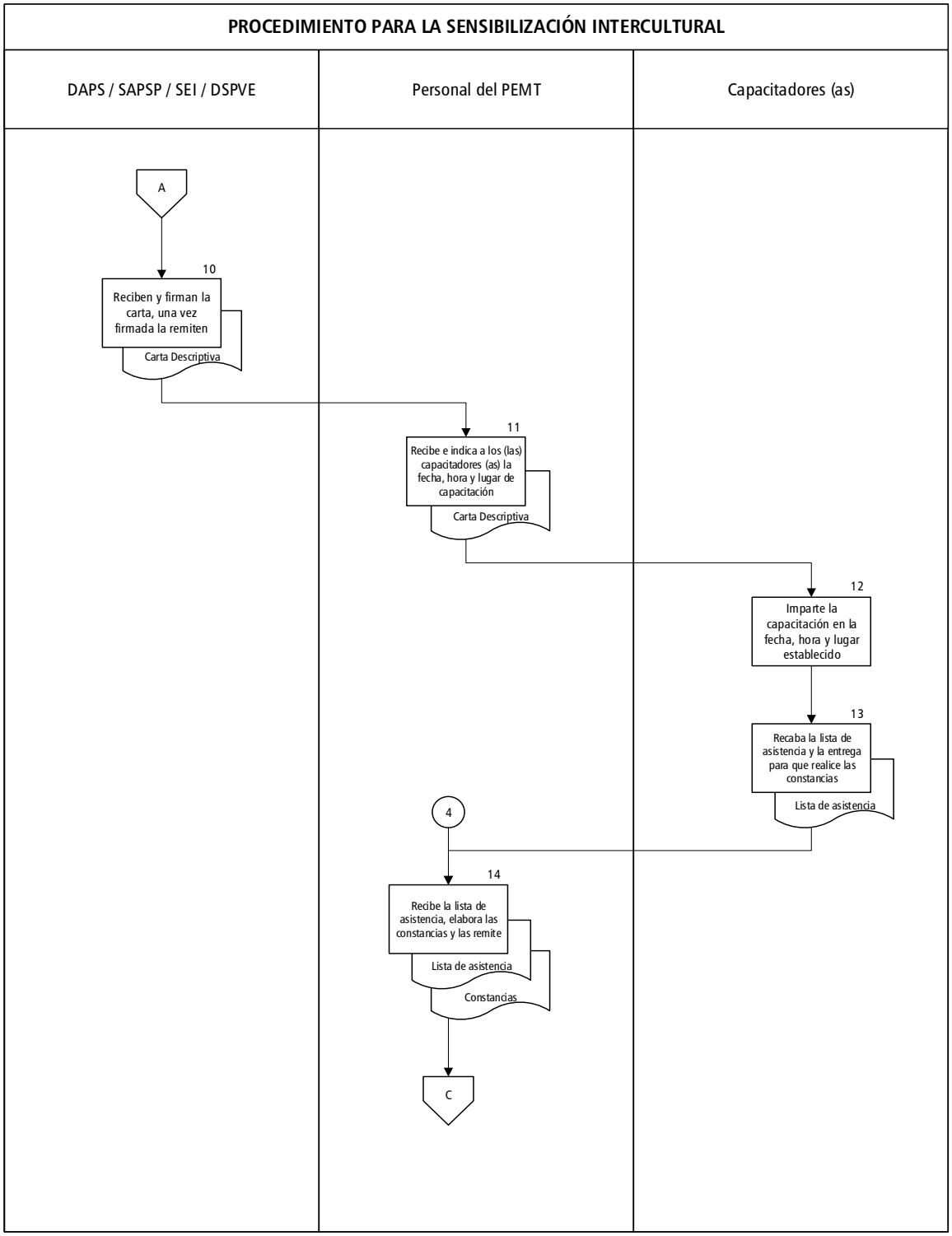
14	Personal del PEMT	Recibe la lista de asistencia, y con base a la misma elabora las constancias y las remite al/la Responsable del PEMT.	Lista de asistencia Constancias
15	Responsable del PEMT	Recibe y revisa las constancias. ¿La información de las constancias es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 17. No: Continúa en la actividad No. 16.	Constancias
16		Remite las observaciones pertinentes para su atención. Regresa a la actividad No. 14.	
17		Gestiona la firma de las constancias ante el Departamento de Atención Primaria a la Salud, la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera, la Subdirección de Enseñanza e Investigación, y la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Constancias
18	DAPS / SAPSP / SEI / DSPVE	Recibe y firma las constancias, y remite al PEMT.	Constancias
19	Personal del PEMT	Recibe las constancias y remite a las unidades médicas, programas federales u otras instituciones o dependencias de gobierno que fueron capacitadas.	Constancias
Fin del procedimiento			

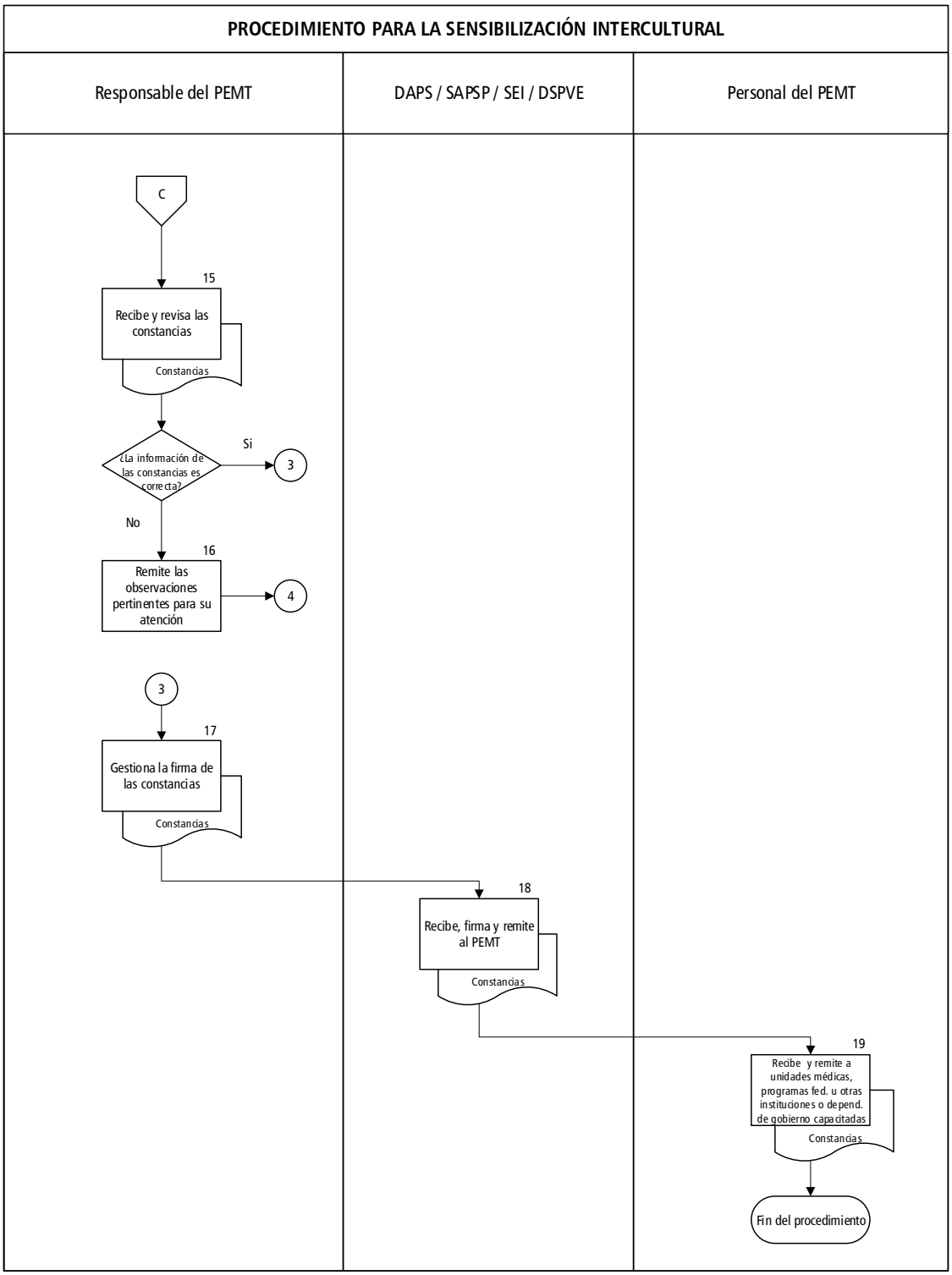
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL




PROCEDIMIENTO PARA LA SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL
DAPS / SAPSP / SEI / DSPVE
Personal del PEMT
Capacitadores (as)
A
10
Reciben y firman la carta, una vez firmada la remiten
Carta Descriptiva
11
Recibe e indica a los (las) capacitadores (as) la fecha, hora y lugar de capacitación
Carta Descriptiva
12
Imparte la capacitación en la fecha, hora y lugar establecido
13
Recaba la lista de asistencia y la entrega para que realice las constancias
Lista de asistencia
4
14
Recibe la lista de asistencia, elabora las constancias y las remite
Lista de asistencia
Constancias
C


PROCEDIMIENTO PARA LA SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL
Responsable del PEMT
DAPS / SAPSP / SEI / DSPVE
Personal del PEMT
C
15
Recibe y revisa las constancias
Constancias
¿La información de las constancias es correcta?
Si
3
No
16
Remite las observaciones pertinentes para su atención
4
3
17
Gestiona la firma de las constancias
Constancias
18
Recibe, firma y remite al PEMT
Constancias
19
Recibe y remite a unidades médicas, programas fed. u otras instituciones o depend. de gobierno capacitadas
Constancias
Fin del procedimiento

7.11.12. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL.

Tiempo Promedio: 365 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migher Jefté Huerta Martínez **Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud** **MJHM (DAPS)** **Octubre 2018**	**Erika Berenice Davis Martínez** **Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera** **EBDM (SAPSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar el requerimiento para la adquisición y distribución de la materia prima (hierbas medicinales, azúcar, glicerina, sal, miel, polen cera de abeja, aceite de uva natural etc.). y consumibles (frascos y productos químicos). que se utilizan en los Módulos de Medicina Tradicional, para la elaboración de remedios herbolarios del cuadro básico y extras de cada región.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud. Titulo décimo segundo. Control sanitario de productos y servicios de su importación y exportación. Capítulo IV. Medicamentos. Artículo 221. Vigente.
2. Reglamento de insumos para la salud. Título tercero. Remedios herbolarios. Capítulo único artículo 88. Vigente.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-248-SSA1-2011, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios. Vigente.
4. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
5. Directrices de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre Buenas Prácticas Agrícolas y de Recolección (BPAR) de plantas medicinales. Vigente.
6. Guía de buenas prácticas de recolección y manufactura de plantas medicinales. Proyecto de asistencia sanitaria de base con remedios a partir de plantas medicinales en las provincias de Santa Fe, Misiones y Buenos Aires. Vigente.
7. Fundamentos de tecnología de productos fitoterapéuticos, NikolaiSharapin, CYTED, Santafé de Bogotá, D.C., Colombia. Vigente.
8. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Políticas de Operación:

1. El formato oficial de requerimiento de materia prima, frascos y productos químicos, enviados por la Programa Estatal de Medicina Tradicional, no debe ser cambiado o alterado por ninguna circunstancia.
2. Los insumos y productos en sus diferentes etapas deben comprarse a proveedores/as aprobados/as, de conformidad con el sistema de calidad interno (Norma Oficial Mexicana NOM-248-SSA1-2011, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos

dedicados a la fabricación de remedios herbolarios, apartado 9.2.1.1).

3. Las plantas utilizadas como materia prima para elaborar remedios herbolarios, deberán someterse a tratamientos para abatir la flora microbiana que las acompaña, de acuerdo con las normas que se emitan al respecto o con las especificaciones internacionales correspondientes (Reglamento de insumos para la salud. Título tercero. Remedios herbolarios. Capítulo único artículo 89).
4. El/la proveedor/a deberá presentar un certificado de análisis de cada lote entregado en preparaciones de material vegetal (Norma Oficial Mexicana NOM-248-SSA1-2011, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios, apartado 9.2.2.1).
5. Todo mal uso de la materia prima por parte del personal del módulo: Coordinadores/as, Enlace Comunitario, Estadígrafos/as y Terapeutas Tradicionales, será sancionado por el Programa Estatal de Medicina Tradicional.
6. Para asegurar la calidad de las materias primas vegetales, el proveedor deberá incluir en las especificaciones farmacopélicas para el material vegetal, las recomendaciones de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), que son las siguientes:

   Normas para una monografía farmacopélica:

   - El nombre botánico con referencia de los/las autores (as).
   - Especificación de la parte usada.
   - Descripción morfológica, macro y microscópica.
   - Determinación de cenizas totales o cenizas sulfatadas (residuo de la incineración) y de cenizas insolubles en ácido.
   - Determinación de las sustancias que van a ser extraídas de la planta.
   - Determinación de humedad y pérdida por secado.
   - Determinación de aceites esenciales.
   - Identificación por cromatografía en capa fina.
   - Determinación cuantitativa de los principios

activos.
- Ensayo límite para metales pesados.
- Determinación de los residuos de pesticidas.
- Fundamentos de tecnología de productos fitoterapéuticos, NikolaiSharapin, CYTED, Santafé de Bogotá, D.C., Colombia.

Otras especificaciones que se deberán de tomar en cuenta para asegurar la calidad de las materias primas vegetales son:
- Nombre vulgar.
- Detalles de la procedencia de la planta (país o región de origen, y si corresponden métodos de cultivo, época de la cosecha o de recolección, procedimientos de recolección, posibles plaguicidas utilizados).
- Indicación del sistema de secado utilizado, cuando se adquiere materia prima vegetal seca.
- Valoración si corresponde de los constituyentes de actividad terapéutica o marcadores conocidos.
- Métodos adecuados para la determinación de una posible contaminación con plaguicidas, y los límites aceptables de dicha contaminación.
- Límites de contenido de metales tóxicos y para probables contaminantes, sustancias extrañas y adulterantes.
- Límites de contaminación microbiana y aflatoxinas.
- Certificado de autenticidad botánica emitido por una universidad.

Guía de buenas prácticas de recolección y manufactura de plantas medicinales. Proyecto de asistencia sanitaria de base con remedios a partir de plantas medicinales en las provincias de Santa Fe, Misiones y Buenos Aires.

7. Todos los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional, al momento de la recepción de materia prima o de material de envase/empaque deberá inspeccionar visualmente, y comprobar que los envases o recipientes se encuentren debidamente identificados, cerrados, que no presenten deterioro o daño evidente, así como documentarse la cantidad

recibida.

8. En relación al punto anterior en la Norma Oficial Mexicana NOM-248-SSA1-2011, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios, apartado 9.2.2.1 dice: En la recepción de insumos y producto en sus diferentes etapas, se debe revisar que los recipientes se encuentren identificados (nombre, cantidad y número de lote o equivalente), cerrados, que no presenten deterioro o daños de cualquier tipo que puedan afectar las características de calidad del material que contiene y que concuerde con lo indicado en la orden de compra y factura.
9. Cada lote de materia prima o material de envase/empaque, estará siempre debidamente identificado con una etiqueta que incluya como mínimo:
   - Nombre y código del material. (*En caso de ser material vegetal, este deberá contener nombre común, nombre científico, parte de la planta, fecha de cosecha o recolección, lugar de recolección o cultivo).
   - Cantidad de material ingresado.
   - Número de lote asignado por el establecimiento receptor para cada lote en cada entrega recibida.
   - Situación del material o materia prima: aprobado o rechazado.
   - Número de lote del proveedor.
   - Nombre del proveedor.
   - Fecha de vencimiento.
   - Condiciones de almacenamiento.
   - Advertencias y precauciones.
   - Fecha de análisis.
   - Firma del analista.
   - Observaciones.

   (Guía de buenas prácticas de recolección y manufactura de plantas medicinales. Proyecto de asistencia sanitaria de base con remedios a partir de plantas medicinales en las provincias de Santa Fe, Misiones y Buenos Aires).

Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Coordinación de Servicios de Salud. Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. Departamento de Atención Primaria a la Salud. Programa Estatal de Medicina Tradicional. Módulos de Medicina Tradicional.
Recursos	Formato de requerimiento de materia prima, Correo electrónico, Memorándum, Formato de requerimiento, Cuadro de distribución, Justificación, Informe.
Glosario	Calidad: Cumplimiento de especificaciones establecidas para garantizar la aptitud de uso. La calidad de un remedio herbolario está determinada por su identidad, pureza, contenido o potencia y cualesquiera otras propiedades químicas, físicas, biológicas o del proceso de fabricación que influyen en su aptitud para producir el efecto para el cual se destina. Especificación: Descripción de un material, sustancia o producto, que incluye los parámetros de calidad, sus límites de aceptación y la referencia de los métodos a utilizar para su determinación. Etiqueta: Cualquier marbete, rótulo, marca o imagen gráfica escrita, impresa, estarcida, marcada, marcada en relieve o en hueco grabado, adherido o precintado en cualquier material susceptible a contener el remedio herbolario incluyendo el envase mismo, en caracteres legibles e indelebles. Hierbas medicinales: Engloban las materias vegetales brutas, como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas u otras partes vegetales, que pueden estar enteras, fragmentadas o en polvo. Insumos: Todas aquellas materias primas, material de envase primario, material de acondicionamiento y producto que se reciben en una planta.

Lote: Cantidad de cualquier materia prima o remedio herbolario, que se produce en un ciclo de fabricación y cuya característica esencial es su homogeneidad.
Materia Prima: Substancia de cualquier origen que se use para la elaboración de medicamentos o fármacos naturales o sintéticos.
Número de lote: Combinación numérica o alfanumérica que identifica específicamente un lote.
Planta medicinal: Planta (silvestre o cultivada) utilizada con fines medicinales.
Remedio Herbolario: Preparado de plantas medicinales, o sus partes, individuales o combinadas y sus derivados, presentado en forma farmacéutica, al cual se le atribuye por conocimiento popular o tradicional, el alivio para algunos síntomas participantes o aislados de una enfermedad. Los remedios herbolarios no contendrán en su formulación substancias estupefacientes o psicotrópicas ni ningún otro tipo de fármaco alopático u otras sustancias que generen actividad hormonal, antihormonal o cualquier otra sustancia en concentraciones que representen riesgos para la salud.
Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional: Personal responsable o encargado de despacho del Módulo de Medicina Tradicional.
Sanitización: Acción de eliminar o reducir los niveles de partículas viables por medio de agentes físicos o químicos posterior a la actividad de limpieza.
MMT: Módulo de Medicina Tradicional.
PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional.
DAPS: Departamento de Atención Primaria a la Salud.
SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera.
DSPVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a en Zonas Indígenas	Envía los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional, el formato de requerimiento de materia prima vía electrónica y solicita que lo llenen adecuadamente de acuerdo a sus necesidades.	Formato de requerimiento de materia prima Correo electrónico
2	Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional	Reciben, llenan y envían vía correo electrónico el formato de requerimiento de materia prima al Coordinador/a en Zonas Indígenas del Programa Estatal de Medicina Tradicional para su análisis.	Formato de requerimiento de materia prima Correo electrónico
3	Coordinador/a en Zonas Indígenas	Recibe y analiza el formato de requerimiento de materia prima de cada Módulo de Medicina Tradicional. ¿Esta adecuadamente llenado? Si: Continúa en la actividad No. 5. No: Continúa a la actividad No. 4.	Formato de requerimiento de materia prima Correo electrónico
4		Emite las observaciones a los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional correspondientes para su solventación. Regresa a la actividad No. 2.	Formato de requerimiento de materia prima
5		Integra los requerimientos de los Módulos de Medicina Tradicional, en un solo formato (concentrado).	Formato de requerimiento de materia prima concentrado
6		Elabora los siguientes documentos: ➢ Memorándum (dirigido a Dirección de Operación de Unidades	Memorándum Formato de requerimiento

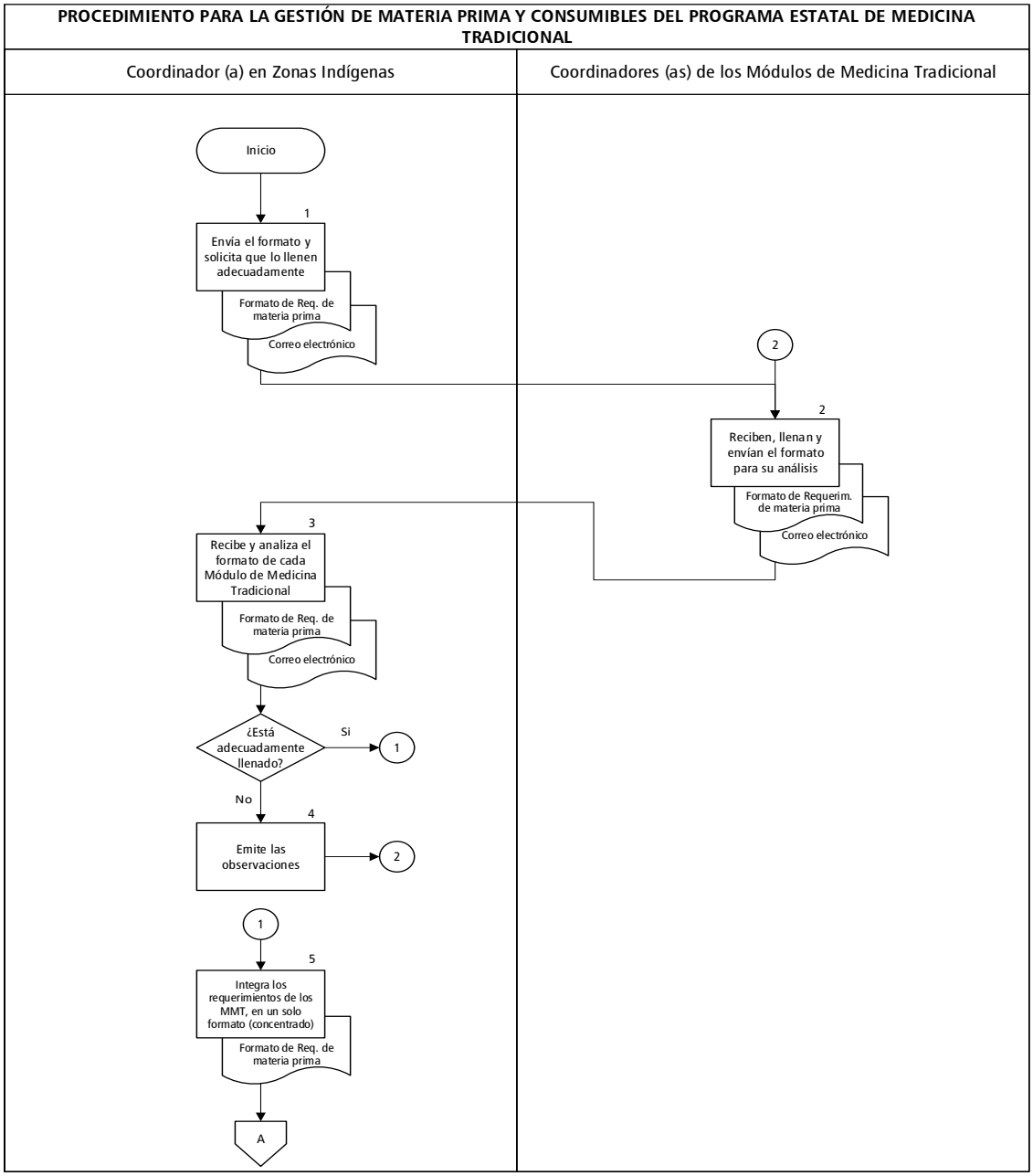
		Médicas). ➢ Formato de requerimiento. ➢ Cuadro de distribución. ➢ Justificación. Gestiona la firma y rúbrica de cada uno de ellos según corresponda.	Cuadro de distribución Justificación
7	SAPSP, DAPS y PEMT	Firman y rubrican los documentos: ➢ Memorándum (rubrican responsables de SAPSP, DAPS y PEMT). ➢ Formato de requerimiento (firman DSPVE**,** SAPSP, DAPS y PEMT). ➢ Cuadro de distribución. (firman SAPSP, DAPS y PEMT). ➢ Justificación. (Firma titular de SAPSP, rubrican responsables de DAPS y PEMT). Remiten los documentos al Coordinador/a en Zonas Indígenas. Nota: En caso de haber observaciones a los documentos, corrigen.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
8	Coordinador/a en Zonas Indígenas	Recibe los documentos y remite al Enlace Operativo de la Subsecretaria Médica para su revisión y Vo. Bo.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
9	Enlace Operativo/a de la Subsecretaria Médica	Recibe y revisa los documentos. ¿Los documentos están correctos? Si: Continúa a la actividad No. 11. No: Continúa en la actividad No. 10.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
10		Remite las observaciones a él/la Coordinador/a en Zonas Indígenas. Regresa a la actividad No. 6.	

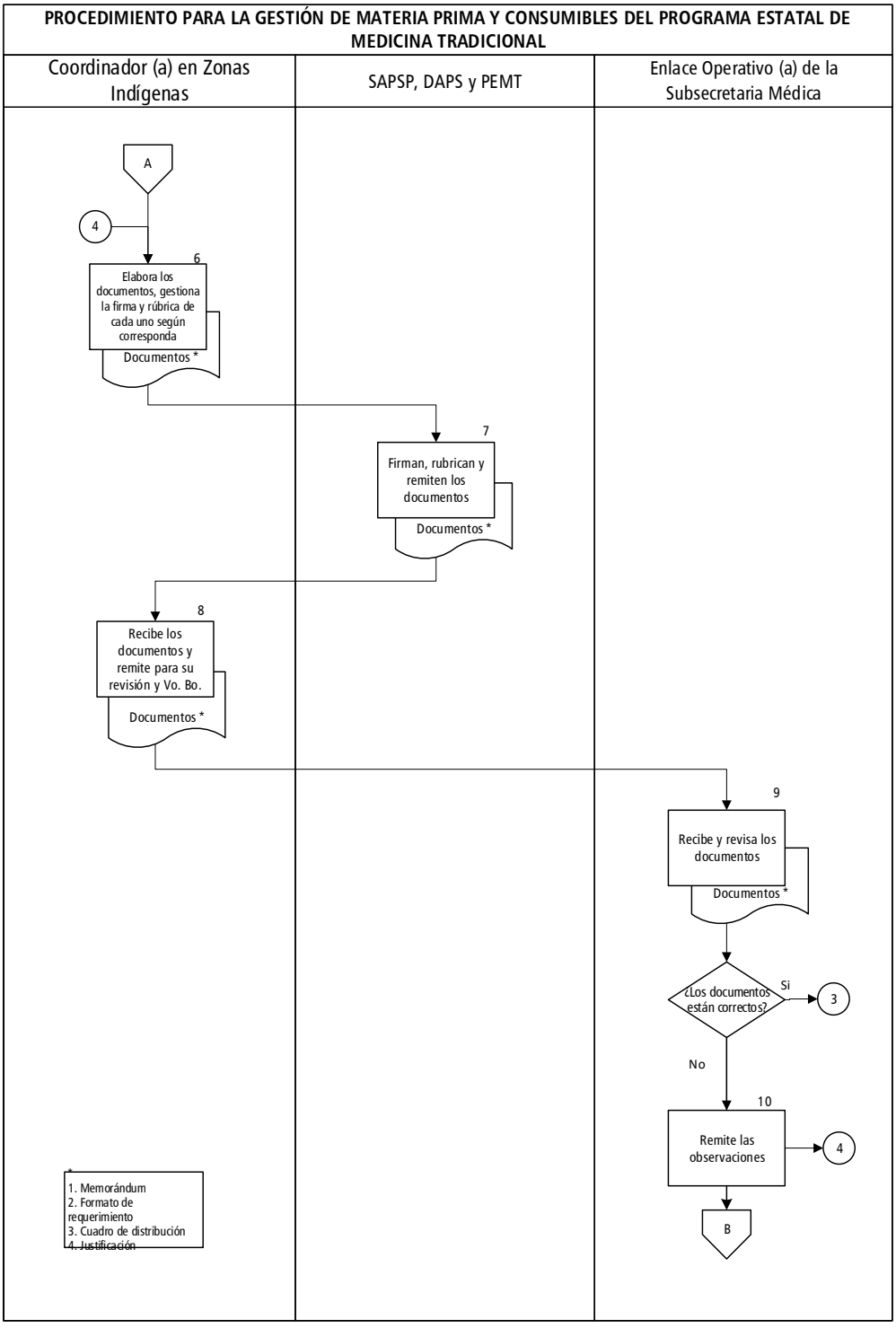
11		Turna a la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica para su firma.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
12	Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Firma y regresa los documentos al Enlace Operativo de la Subsecretaria Médica.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
13	Enlace Operativo/a de la Subsecretaria Médica	Recibe y turna los documentos a la Dirección de Operación de Unidades Médicas.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
14	Personal de la Dirección de Operación de Unidades Médicas	Recibe los documentos y gestiona ante el área correspondiente su adquisición.	Memorándum Formato de requerimiento Cuadro de distribución Justificación
15	Proveedor	Entrega a almacén estatal, la materia prima solicitada por el Programa Estatal de Medicina Tradicional.	
16	Personal del Almacén Estatal	Recibe la materia prima entregada por el proveedor y de acuerdo al cuadro de distribución del Programa Estatal de Medicina Tradicional, realiza la entrega a los Módulos de Medicina Tradicional.	Cuadro de distribución
17	Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional	Reciben y revisan la materia prima y material consumible. ¿La materia prima está en buenas condiciones?	

		Si: Continúa a la actividad No. 23. No: Continúa en la actividad No. 18.	
18		Notifica al Coordinador/a en Zonas Indígenas del Programa Estatal de Medicina Tradicional por medio de un informe de la condición de calidad en el cual se encontró la materia prima.	Informe
19	Coordinador/a en Zonas Indígenas	Recibe el informe de los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional, donde reportan la mala calidad de la materia prima y elabora Memorándum para la Dirección de Operación de Unidades Médicas, informando de la mala calidad de materia prima que se entregó a los Módulos de Medicina Tradicional y que no se está entregando de acuerdo a las características establecidas en el requerimiento (certificado de sanitización, certificado de identificación taxonómica emitida por una universidad, estudios bromatológicos etc.). Gestiona la firma y rúbrica del Memorándum.	Informe Memorándum
20	Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Firma el Memorándum y regresa al PEMT. Nota: En caso de haber observaciones en el Memorándum, se deberá de corregir.	Memorándum
21	Personal de PEMT	Recibe Memorándum y remite a la Dirección de Operación de Unidades Médicas.	Memorándum
22	Personal de la Dirección de Operación de	Recibe Memorándum y da trámite ante el área correspondiente. **Fin del procedimiento**.	Memorándum

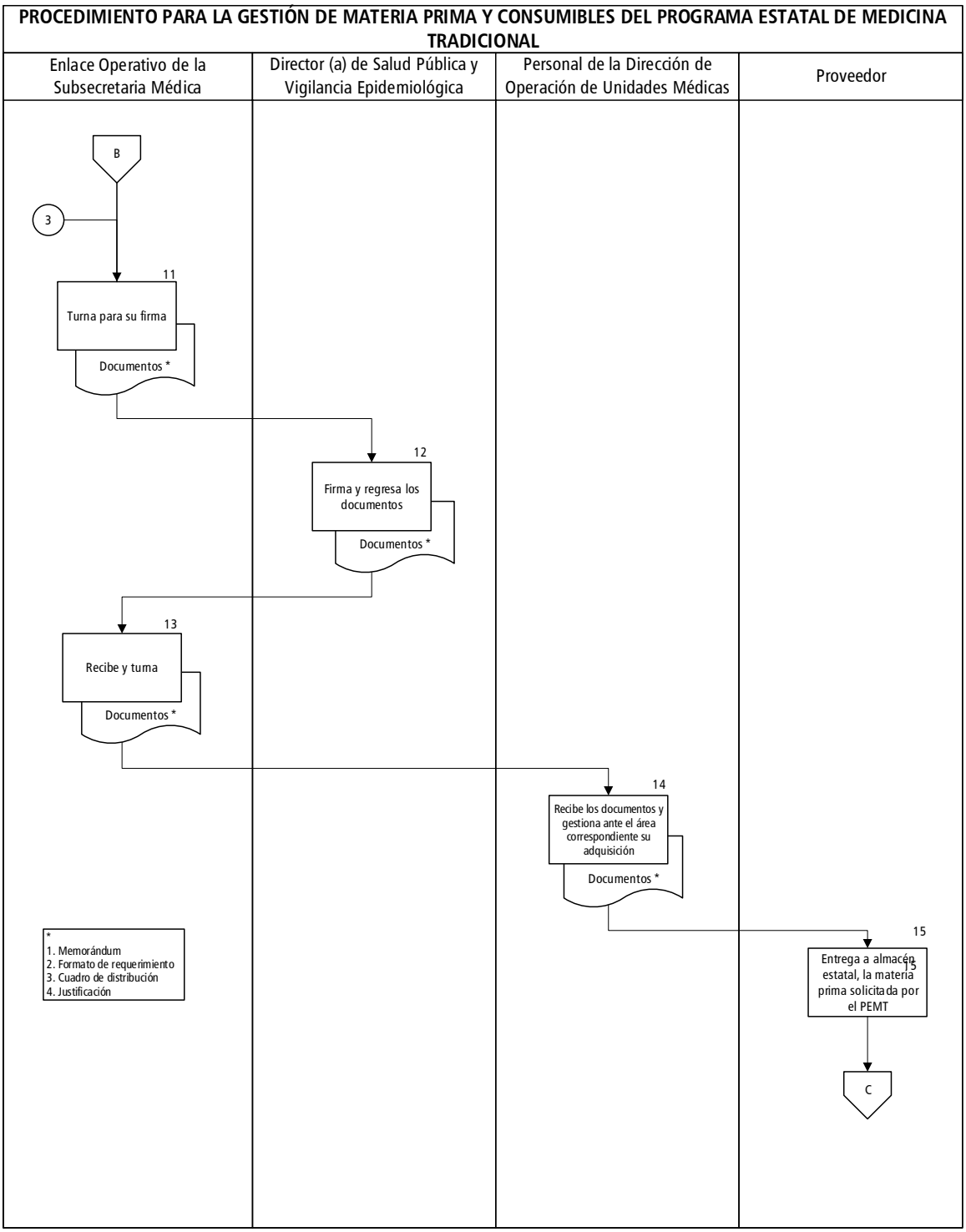
	Unidades Médicas		
23	Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional	Notifica al PEMT que no existen inconvenientes con el material entregado.	Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL.

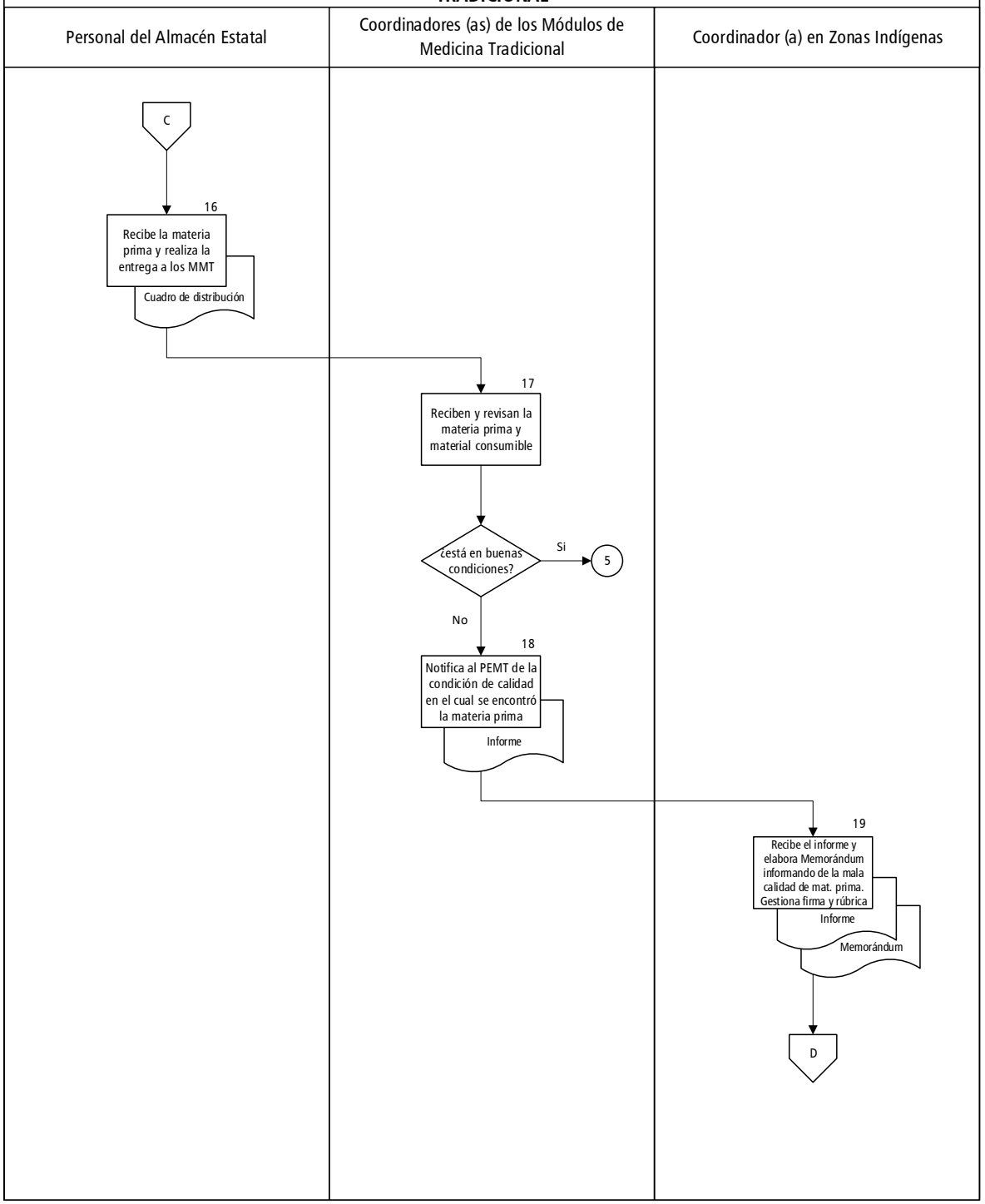



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIA PRIMA Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL
Coordinador (a) en Zonas Indígenas
SAPSP, DAPS y PEMT
Enlace Operativo (a) de la Subsecretaria Médica
A
4
6
Elabora los documentos, gestiona la firma y rúbrica de cada uno según corresponda
Documentos *
7
Firman, rubrican y remiten los documentos
Documentos *
8
Recibe los documentos y remite para su revisión y Vo. Bo.
Documentos *
9
Recibe y revisa los documentos
Documentos *
¿Los documentos están correctos?
Si
3
No
10
Remite las observaciones
4
B
* 1. Memorándum 2. Formato de requerimiento 3. Cuadro de distribución 4. Justificación

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIA PRIMA Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE MATERIA PRIMA Y CONSUMIBLES DEL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL



7.11.13. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

Tiempo Promedio: 120 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Miguel Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera. EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Morlpin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Supervisar que la operación y la prestación de los servicios otorgados en los Módulos de Medicina Tradicional pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, sea conforme a los lineamientos (reglas de operación, procedimientos y guía de supervisión) y las políticas establecidas por el programa Estatal de Medicina Tradicional.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
2. Lineamientos del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
3. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaria de Salud. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La supervisión debe ser realizada, por personal del Programa Estatal de Medicina Tradicional.
2. Los/las supervisores/as se apegarán a la normatividad establecida por el Programa Estatal de Medicina Tradicional (reglas de operación, lineamientos, procesos y guía de supervisión).
3. La supervisión de los Módulos de Medicina Tradicional se realizará de acuerdo al cronograma trimestral, mismo que estará sujeto a cambios por disposiciones emitidas por los superiores jerárquicos, Departamento de Atención Primaria a la Salud, Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
4. Los/las supervisores/as orientarán y asesorarán al personal de los Módulos de Medicina Tradicional en las actividades y procesos que se realizan dentro del Módulo.

VI. Al término de la supervisión, los/las supervisores/as describirán en la cédula de supervisión de manera objetiva y precisa, la problemática detectada; así mismo anotarán las observaciones, recomendaciones, compromisos adquiridos y fechas de cumplimiento.

5. En la cédula de supervisión se anotará el nombre completo de todo el personal que participó en la supervisión, firmando de enterado y de acuerdo todo lo escrito en la misma.

Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Personal de oficina central: Coordinadores/as de Zonas Indígenas, Personal Administrativo. Personal de los Módulos de Medicina Tradicional: Coordinadores/as, Enlaces Comunitarios/as, Estadígrafos/as y Terapeutas Tradicionales.
Recursos	Cronograma trimestral de supervisiones, Cédula de supervisión, Oficios de comisión
Glosario	PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional. SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. DSPVE: Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Módulo de Medicina Tradicional (MMT): Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (Coordinador/a del Módulo, Enlace Comunitario, Estadígrafo/a y Terapeutas Tradicionales de participación voluntaria de la localidad), que está destinado a proporcionar atención y servicios de Medicina Tradicional, para prevenir y auxiliar en el tratamiento de enfermedades, mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, enmarcada dentro de su práctica y conocimiento en la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres. Procedimiento: Es la documentación formal del cómo se ejecuta a detalle y específicamente un proceso, paso a paso. Proceso: Actividad vinculada con el propósito de generar un producto o servicio. Es la serie de acciones interrelacionadas para convertir insumos en resultados. Los procesos involucran personas, máquinas, herramientas, técnicas y material en una serie sistemática de pasos o acciones. (Conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes (input) en

elementos salientes (output).
Reglas de Operación: Son un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.
Supervisión: Actividad que tiene por objetivo asesorar y verificar que las acciones de prestadores/as de servicio social se lleven a cabo de acuerdo a los programas operativos y académicos. La realizan instituciones de salud y educativas en sus respectivos ámbitos.
Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional: Personal responsable o encargado de despacho del Módulo de Medicina Tradicional.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional	Elabora cronograma trimestral de supervisiones de los Módulos de Medicina Tradicional.	Cronograma trimestral de supervisiones
2		Remite al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud el cronograma trimestral de supervisiones a los Módulos de Medicina Tradicional y la propuesta del Equipo de Supervisión, para su autorización.	Cronograma trimestral de supervisiones
3	Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe y revisa el cronograma trimestral de supervisiones a los Módulos de Medicina Tradicional y la propuesta del Equipo de Supervisión. ¿Está de acuerdo con el cronograma y	Cronograma trimestral de supervisiones

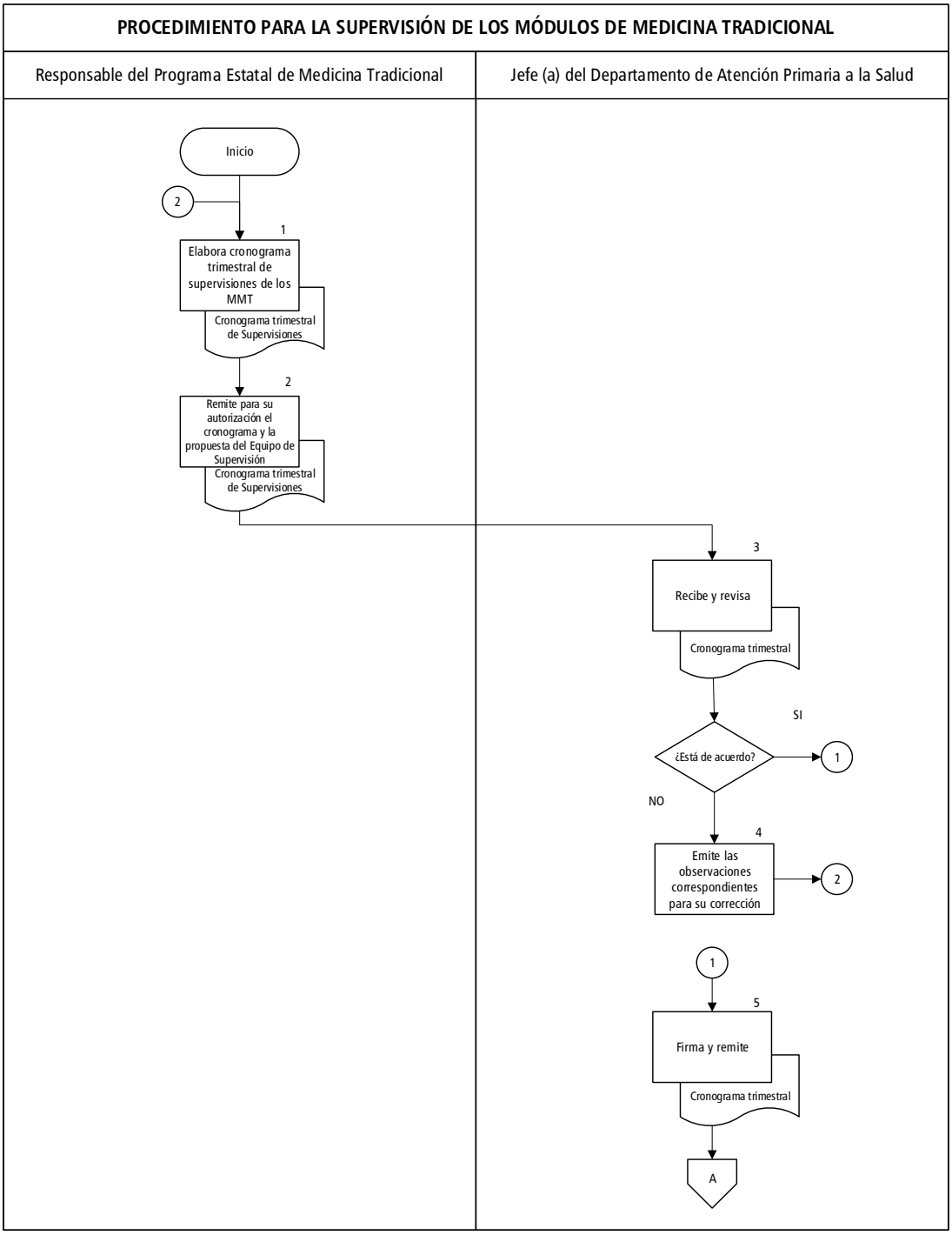
		el equipo propuesto de supervisión? Si: Continúa en la actividad No 5. No: Continúa en la actividad No 4.	
4		Emite las observaciones correspondientes para su corrección Regresa a la actividad No 1.	Cronograma trimestral de supervisiones
5		Firma el cronograma y remite al Programa Estatal de Medicina Tradicional.	Cronograma trimestral de supervisiones
6	Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional	Recibe cronograma trimestral autorizado e informa al equipo de supervisión que elaboren los oficios de comisión	Cronograma trimestral de supervisiones
7	Equipo de supervisión	Elabora, firma y entrega oficios de comisión al/la Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional para su rúbrica.	Oficios de comisión
8	Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional	Recibe oficios de comisión firmados por el equipo de supervisión, rubrica los mismos y gestiona su firma ante la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera, y la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficios de comisión
9	SAPSP / DSPVE	Recibe los oficios de comisión para su firma de autorización. Nota: En caso de haber observaciones a los oficios, se deberán de corregir.	Oficios de comisión
10		Remite los oficios de comisión firmados al Programa Estatal de Medicina Tradicional.	Oficios de comisión
11	Responsable del Programa Estatal de Medicina	Recibe oficios de comisión firmados y los entrega al equipo de supervisión.	Oficios de comisión

	Tradicional		
12		Notifica al equipo de supervisión horario y el objetivo de la supervisión.	S/D
13	Equipo de supervisión	Se presenta en el Módulo de Medicina Tradicional para llevar a cabo la supervisión.	S/D
14	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Recibe al equipo de supervisión y los acompaña a presentarse con el/la Director/a del Centro de Salud, Hospital Integral o General.	S/D
15	Equipo de supervisión	Informan los objetivos de la supervisión a él (la) Director/a del Centro de Salud, Hospital Integral o General.	S/D
16		Indica al/la Coordinador/a del Módulo que reúna al personal para explicarle los objetivos de la supervisión y que será llevada a cabo de conformidad con la normatividad establecida por el Programa Estatal de Medicina Tradicional (reglas de operación, lineamientos, procedimientos y guía de supervisión), así como que se facilite la información requerida.	S/D
17		Realiza la supervisión del Módulo de Medicina Tradicional.	S/D
18	Personal del Módulo de Medicina Tradicional	Proporciona la información solicitada por los/las supervisores/as.	S/D
19	Equipo de supervisión	Analiza la información proporcionada. ¿Se detectan irregularidades en los procesos? Si: Continúa en el paso 20. No: Continúa en el paso 21.	S/D

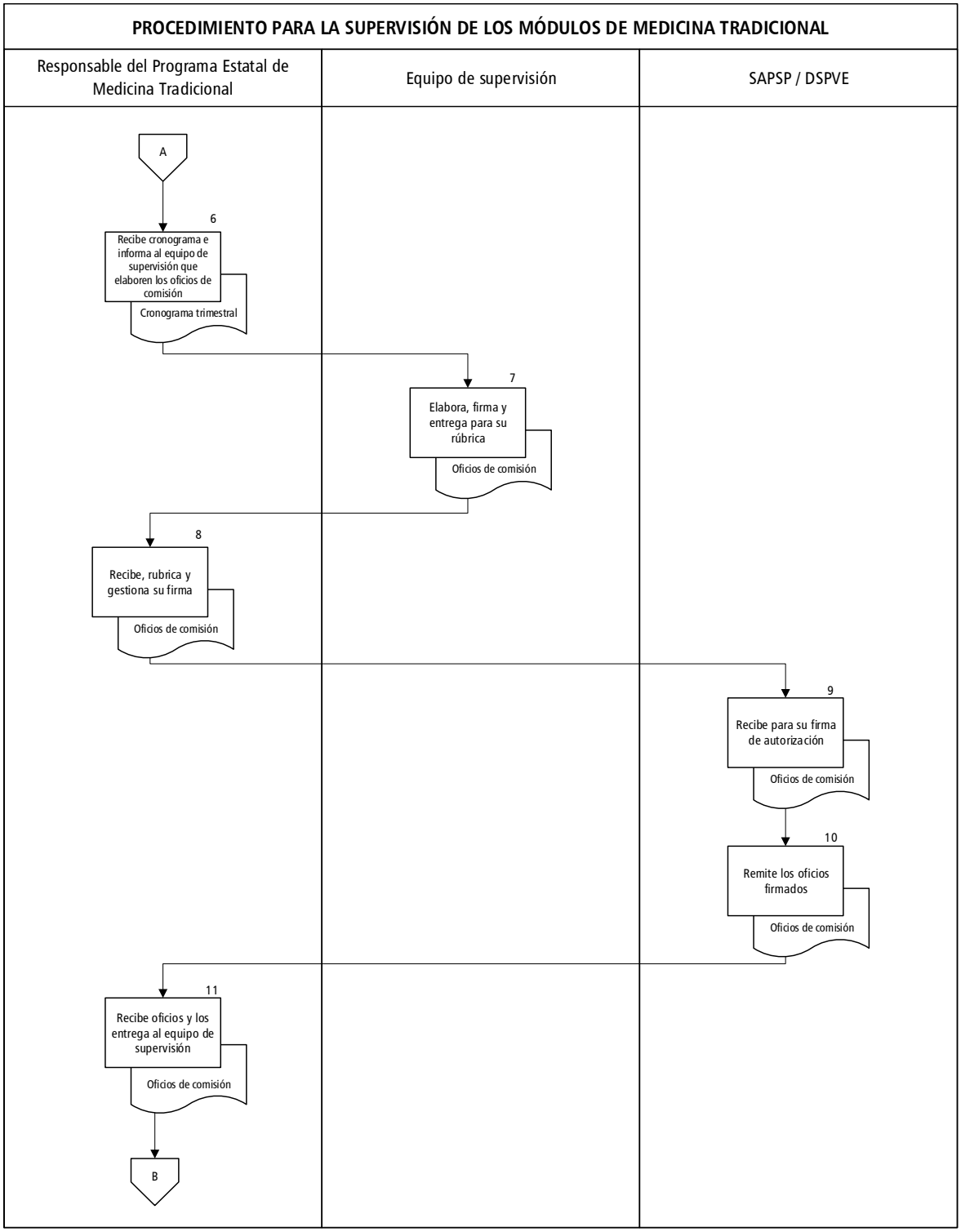
20		Realiza las observaciones y acuerdos pertinentes.	S/D
21		Requisita la cédula de supervisión al término de la misma. Nota: Deberá ser requisitada describiendo de manera objetiva y precisa la problemática detectada; así mismo anotaran las recomendaciones, compromisos adquiridos y fecha de cumplimiento para resolverla.	Cédula de supervisión
22		Reúne al personal del módulo, para leer los resultados, así como la problemática detectada, las oportunidades de mejora, las recomendaciones, compromisos adquiridos y fechas de cumplimiento.	S/D
23	Equipo de supervisión/ Personal del Módulo de Medicina Tradicional	Firman de conformidad la cédula de supervisión.	Cédula de Supervisión
24	Equipo de supervisión	Informa al/el Director/a de la Unidad Médica que se ha concluido la supervisión.	S/D
25		Recaba nombre, cargo, firma, fecha y sello de la Unidad Médica en el oficio de comisión.	Oficio de Comisión
26		Informa verbalmente de la problemática encontrada durante la supervisión y entrega la cédula de supervisión el/la Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional.	Cédula de Supervisión
27	Responsable del	Recibe y da seguimiento a la problemática encontrada en la	Cédula de Supervisión

	Programa Estatal de Medicina Tradicional	supervisión, compromisos adquiridos y fechas de cumplimiento que se establecieron.	
28		Informa al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud los resultados de la supervisión, a través de la cedula de supervisión.	Cédula de Supervisión
29	Equipo de supervisión	Realiza comprobación de los viáticos conforme al procedimiento correspondiente (operación de obra).	S/D
Fin del procedimiento			

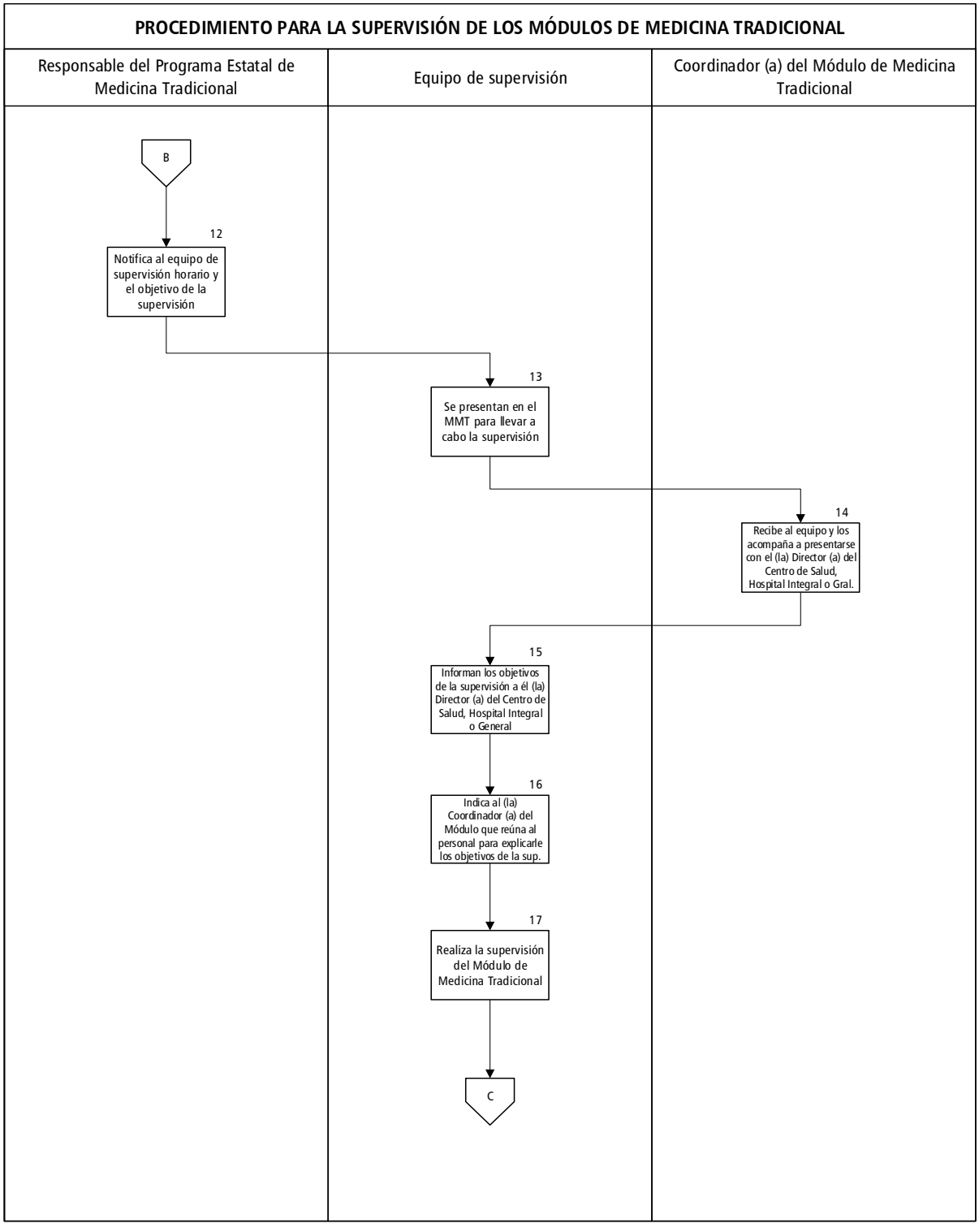
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICINA TRADICIONAL.



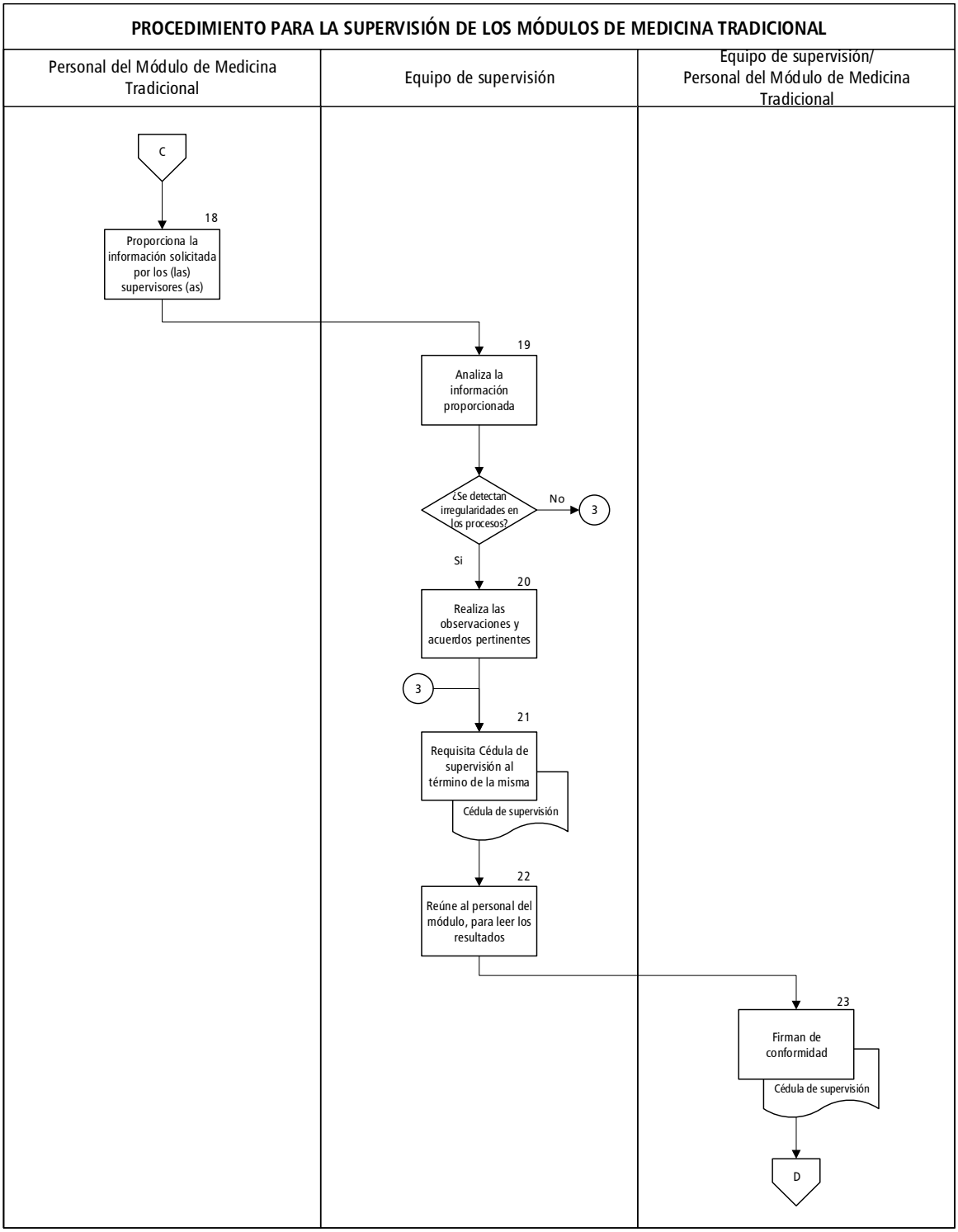
PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL



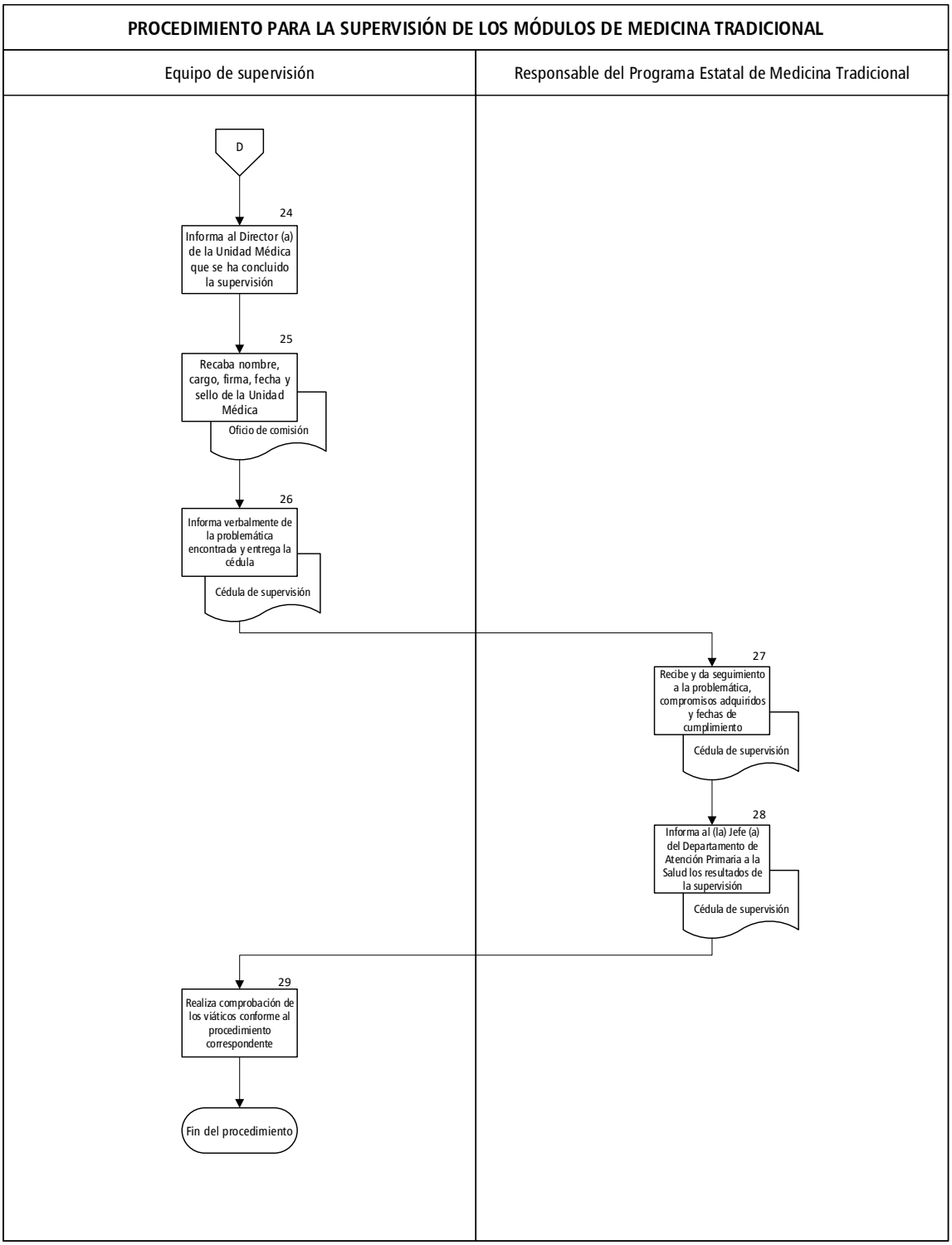
PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL



PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL



PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL



7.11.14. PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL.

Tiempo Promedio: 120 días.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
MignerJefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospeta EBDM (SAPSP), Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un registro de los/las Terapeutas Tradicionales (hueseros/as curanderos/as, parteros/as que existen dentro de los municipios donde se encuentren operando Módulos de Medicina Tradicional adscritos a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, con el propósito de captar nuevos/as Terapeutas Tradicionales y autorizar su ingreso

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. Vigente.
2. Guía de implantación intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Gobierno Federal Salud. Vigente.
3. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
4. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Políticas de Operación:

1. El PEMT autoriza los formatos (Cronograma de visitas a municipios y localidades, identificación de Terapeutas Tradicionales, encuesta a Terapeutas Tradicionales, encuesta a pacientes, lista de pacientes y concentrado general), y designa al equipo de trabajo para realizar el censo de Terapeutas Tradicionales.
2. El equipo de trabajo designado para el censo de Terapeutas Tradicionales deberá de presentarse con las autoridades municipales y locales, informando de las actividades que van a realizar en las comunidades.
3. El/la responsable del equipo de trabajo del censo de Terapeutas Tradicionales, elaborará un avance semanal de las actividades realizadas, así mismo capturará la información obtenida en el concentrado general de Terapeutas Tradicionales.
4. Todo terapeuta tradicional que desee participar voluntariamente en el Programa Estatal de Medicina Tradicional, deberá de presentar los siguientes requisitos:
   a) Constancia expedida por la autoridad municipal o local, donde se les reconozca como terapeuta tradicional y que lleva más de 5 años dando atención y servicio a la gente de la región, municipio o localidad.
   b) Copia de acta de nacimiento.
   c) Copia de credencial de elector o carta de identidad expedida por la autoridad municipal o

	local. d) Copia del C.U.R.P. (Clave Única de Registro de Población). e) Copia de comprobante domiciliario (luz, agua, teléfono). f) Lista de 30 pacientes atendidos por el terapeuta tradicional. 5. En caso de que un (una) Terapeuta Tradicional desee participar voluntariamente en los Módulos de Medicina Tradicional, los/las Coordinadores/as de los Módulos, enviaran toda la documentación requerida al PEMT, para que autorice su ingreso al programa. 6. El PEMT autorizará el ingreso de los/las Terapeutas Tradicionales que deseen participar voluntariamente en los Módulos de Medicina Tradicional. 7. No podrán ingresar en los Módulos de Medicina Tradicional ningún (a) Terapeuta Tradicional, ni darle una clave en el SEMETRA (Sistema Estadístico de Medicina Tradicional), si no ha sido autorizado por parte del PEMT.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Coordinadores/as de zonas indígenas, Coordinadores/as de Módulo, Auxiliares de salud y Regidores/as de salud.
Recursos	Cronograma de Visitas a Municipios y localidades, Identificación de Terapeutas Tradicionales, Encuesta a Terapeutas Tradicionales, Encuesta a pacientes, Lista de pacientes, Concentrado general, Oficio de comisión, Documentos de ingreso, Oficio de comisión.
Glosario	Censo: Conjunto de actividades destinadas a recoger, recopilar, el padrón o lista de la población de una nación o pueblo en un momento determinado, la información demográfica social y económica, para luego evaluar, analizar y publicar o divulgar. Encuesta: Es un método estadístico que se emplea para estudiar una población objetivo. Su población objetivo

(informantes), así como su periodicidad, dependen de la naturaleza de cada encuesta y de la información que pretende recabar. Pueden levantarse de manera mensual, trimestral, anual, bienal, quinquenal, o bien, levantarse en ocasiones especiales a petición de dependencias oficiales u otras instancias.

Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros/as, sobadores/as, hueseros/as, rezanderos/as, graniceros/as y curanderos/as.

Curandero/a: Denominación genérica que reciben todos los/las terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación, quedan incluidos/as aquellos/las curadores/as que cumplen la función del médico general; es decir, los que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos. También son llamados/as así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los/las que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero/a, culebrero/a, partera, levanta sombras, curandero/a de aire, curandero/a de brujería, etcétera, así como los que dominan un método, técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador/a, cantor/a, ensalmador/a, rezandero/a, sobador/a, pulsador/a, ventosero/a, hierbero/a, peyotero/a, rosero/a, pelotillera (o), polvero/a, etc.

Huesero/a: Especialista de la medicina tradicional que domina las técnicas encaminadas al tratamiento de diversos trastornos del sistema músculo-esquelético. Aunque generalmente la función de los/las hueseros/as está enfocada a la atención de fracturas (quebraduras), luxaciones (zafaduras, torceduras) y otros trastornos del sistema músculo-esquelético (tales como dolores musculares, golpes, hinchazones, calambres, tendones encogidos, órganos desplazados, hernias o relajadas, etc.),

existen particularidades regionales en cuanto a la gama de padecimientos que atienden.
Sinónimo (s): Componedor/a de huesos (Pue.), componedor/a del cuerpo (Hgo.), compositor/a o amarrador/a de huesos (Yuc.), Curandero/a de huesos (Edo. Mex.), sobador/a (Son.) (Tab.) (Ver.), tallador (Ver.).
Partera/o: Especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al/la recién nacido/a durante el puerperio. La actividad de estas/os especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al/la recién nacido/a, como susto, mal de ojo y caída de mollera.
Sinónimo (s): Abuela, abuelita (Chis., Pue., Ver.), comadrona o matrona en áreas rurales y urbanas de México; facultativa (Pue.), madrina o madín (Yuc.), sacadora (Pue.).
Lengua indígena: Mamchich, abuela. Maya x-alanzah. Mixe u'unixpo. Mochó yoq'loman. Náhuatl (SLP.) teitskijketl. Otomí (Hgo.) bâdi, sabia; horpate, aquella que da la vida. Tepehuadakunú. Totonaco (Pue.) laqcaqeni, la que lava la ropa de la parturienta y recién nacido; na'natsiit, pacukunu, la que corta el cordón umbilical; ta'qo'un'. Zapoteco weletgrbidao, la que baja los niños. Zoque oko.
Medicina Tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.
PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional.
Módulo de Medicina Tradicional (MMT): Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (Coordinador/a de Módulo, Enlace Comunitario, Estadígrafo/a) y participación voluntaria de Terapeutas Tradicionales de la localidad. Está destinado a proporcionar atención y servicios que ofrecen los Terapeutas

Tradicionales, para prevenir y auxiliar en el tratamiento de enfermedades, mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, enmarcada dentro de su práctica y conocimiento en la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres.
.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional	Revisa la modalidad de ingreso de los/las Terapeutas Tradicionales, que puede ser por: Censo: Continúa en la actividad No. 2. Ingreso voluntario: Continúa a la actividad No. 21.	
2		Elabora y remite los formatos para el censo de Terapeutas Tradicionales y los envía al/la Jefe/a de Departamento para su revisión y autorización. ➢ Cronograma de Visitas a Municipios y localidades. ➢ Identificación de Terapeutas Tradicionales. ➢ Encuesta a Terapeutas Tradicionales. ➢ Encuesta a pacientes. ➢ Lista de pacientes y concentrado general.	Cronograma de Visitas a Municipios y localidades Identificación de Terapeutas Tradicionales Encuesta a Terapeutas Tradicionales Encuesta a pacientes Lista de pacientes y concentrado general
3	Jefe/a del	Recibe y revisa los formatos para el	Cronograma de

	Departamento de Atención Primaria a la Salud	censo de Terapeutas Tradicionales. ¿Los formatos están correctos? Si: continúa en la actividad No. 4. No: Regresa a la actividad No. 2.	Visitas a Municipios y localidades Identificación de Terapeutas Tradicionales Encuesta a Terapeutas Tradicionales Encuesta a pacientes Lista de pacientes y concentrado general
4		Designa la fecha, lugar y al personal para llevar a cabo el censo de Terapeutas Tradicionales.	
5	Equipo para el levantamiento del censo de terapeutas	Elabora los oficios de comisión y recaba las firmas del Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera, así como del Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficios de comisión
6	Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera / Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Firman los oficios de comisión del personal asignado.	Oficios de comisión
7	Equipo para el levantamiento del censo de terapeutas	Recibe oficios de comisión y se presenta ante la autoridad municipal.	Oficios de comisión

8		Explica a la autoridad municipal correspondiente, las actividades que se realizarán en las comunidades, para el levantamiento del censo de Terapeutas Tradicionales.	S/D
9	Autoridad municipal	Designa al personal del municipio que acompañará al equipo de trabajo de oficina central para la realización del censo de Terapeutas Tradicionales.	S/D
10	Equipo para el levantamiento del censo de terapeutas	Se coordina con el regidor/a de salud para realizar el censo en las comunidades que conforman el municipio.	S/D
11	Autoridad municipal	Convoca a los/las auxiliares de salud, para la identificación de los Terapeutas Tradicionales de su comunidad.	S/D
12	Equipo para el levantamiento del censo de terapeutas	Aplica los formatos con los/las auxiliares de salud para identificar a los/las Terapeutas Tradicionales de su comunidad.	Identificación de Terapeutas Tradicionales Encuesta a Terapeutas Tradicionales Encuesta a pacientes Lista de pacientes Concentrado general
13		Visita las comunidades junto con las autoridades municipales, para aplicar la encuesta a los/las Terapeutas Tradicionales identificados.	Encuesta a Terapeutas Tradicionales
14		Solicita a los/las Terapeutas Tradicionales considerados/as a participar voluntariamente y deseen ingresar en los Módulos de Medicina	Documentos de ingreso

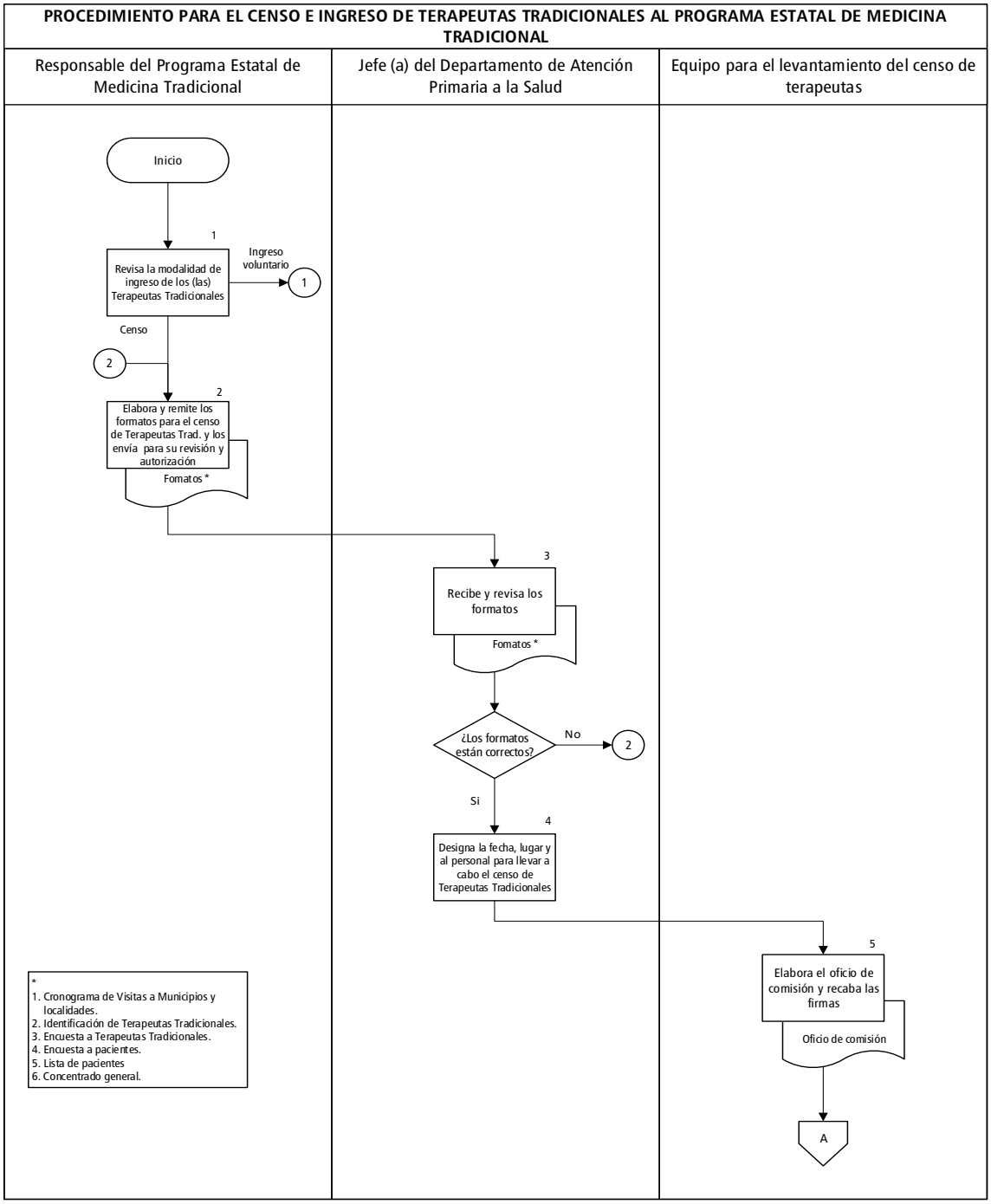
		Tradicional, copia de los siguientes documentos: ➢ Constancia expedida por la autoridad municipal o local, donde se les reconozca como terapeuta tradicional y que lleva más de 5 años dando atención y servicio a la gente de la región, municipio o localidad. ➢ Acta de nacimiento. ➢ Credencial de elector o carta de identidad expedida por la autoridad municipal o local. ➢ CURP (Clave Única de Registro de Población). ➢ Comprobante domiciliario (luz, agua, teléfono). ➢ Lista de 30 pacientes atendidos por el terapeuta tradicional. Nota: En caso de que el/la Terapeuta cumpla con los requisitos, selecciona a 5 pacientes de la lista, para una entrevista en relación a la atención otorgada por el/la Terapeuta Tradicional e informa al PEMT que es un candidato viable para ingresar al programa.	
15		Analiza y captura toda la información obtenida de las encuestas realizadas a los/las Terapeutas Tradicionales y remite los documentos de los/las Terapeutas seleccionados al PEMT.	Encuesta a Terapeutas Tradicionales Documentos de ingreso
16		Entrega semanalmente a/a la Responsable del PEMT, un informe del avance del censo de Terapeutas Tradicionales.	Informe del avance del censo de Terapeutas Tradicionales
17		Elabora el informe final al terminar el censo y entrega al PEMT para su	Informe y concentrado

		revisión y validación; así como propone a los/las Terapeutas considerados para su inclusión al Programa Estatal de Medicina Tradicional.	general del censo de Terapeutas Tradicionales
18	Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional	Recibe y revisa la información del censo de Terapeutas Tradicionales y la propuesta de los que serán considerados para su inclusión al Programa Estatal de Medicina Tradicional. ¿La información es congruente con los informes semanales? Si: Continúa en la actividad No. 20. No: Regresa a la actividad No. 18. Nota: En caso de que un/a Terapeuta Tradicional no cumpla con los requisitos, no será considerado para el ingreso al Programa.	Informe y concentrado general del censo de Terapeutas Tradicionales
19		Entrega información del censo de Terapeutas Tradicionales al/la Jefe/a del Departamento para su validación y las propuestas de los/las Terapeutas considerados para su inclusión al Programa Estatal de Medicina Tradicional.	Informe y concentrado general del censo de Terapeutas Tradicionales
20	Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Recibe, revisa y valida la información del censo de Terapeutas Tradicionales y autoriza a los/las Terapeutas Tradicionales considerados/as que cumplan con los requisitos, para ingresar a los Módulos de Medicina Tradicional. Continúa en la actividad No. 26.	Informe y concentrado general del censo de Terapeutas Tradicionales
21	Coordinador/a del Módulo de	Solicita a los/las Terapeutas Tradicionales considerados/as a	Documentos de ingreso

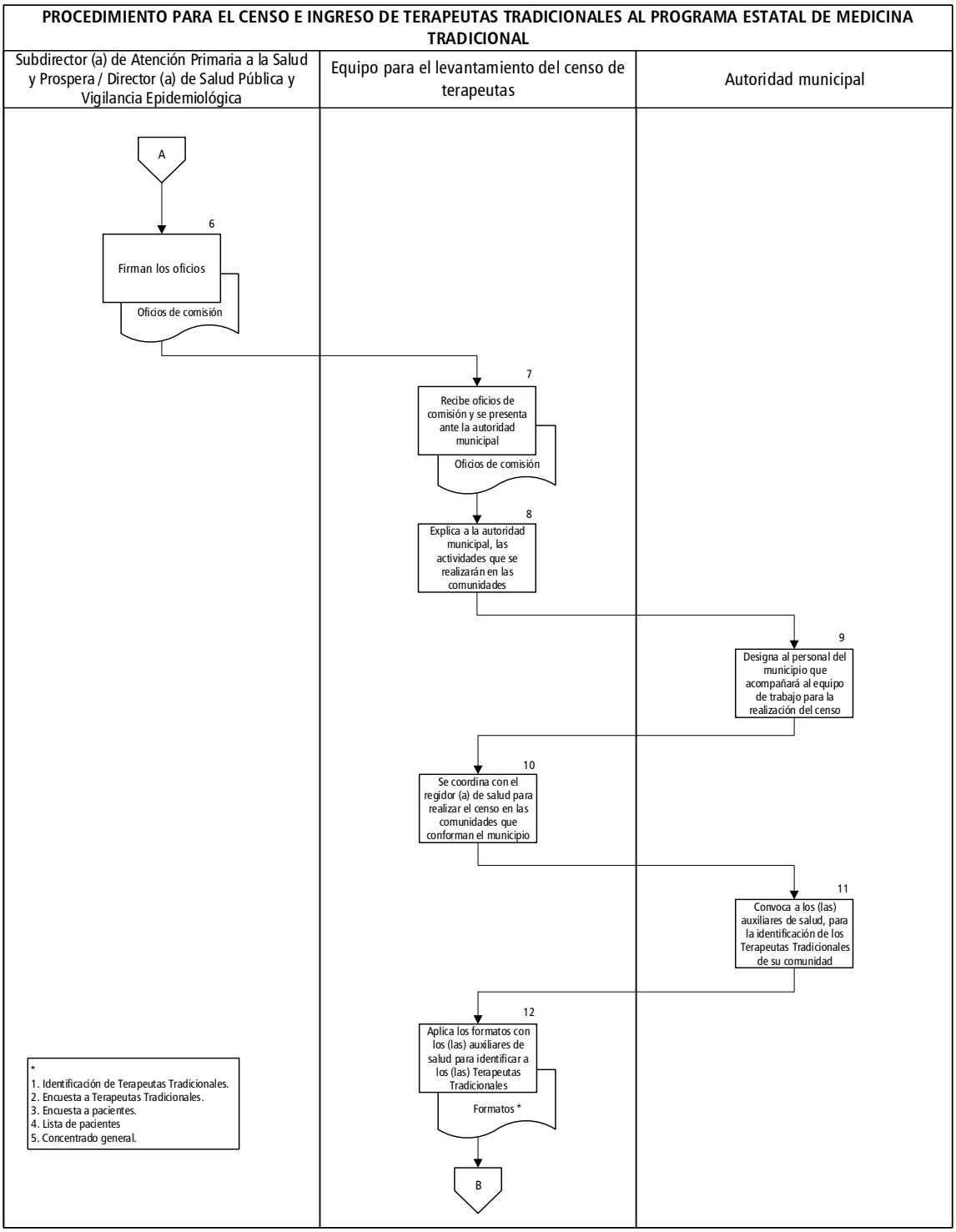
	Medicina Tradicional	participar por iniciativa propia y que deseen ingresar en los Módulos de Medicina Tradicional, copia de los siguientes requisitos: ➢ Constancia expedida por la autoridad municipal o local, donde se les reconozca como terapeuta tradicional y que lleva más de 5 años dando atención y servicio a la gente de la región, municipio o localidad. ➢ Acta de Nacimiento. ➢ Credencial de elector o carta de identidad expedida por la autoridad municipal o local. ➢ CURP (Clave Única de Registro de Población). ➢ Comprobante domicilio (luz, agua, teléfono). ➢ Lista de 30 pacientes atendidos por el terapeuta tradicional. Nota: En caso de que el/la Terapeuta cumpla con los requisitos, selecciona a 5 pacientes de la lista, para una entrevista en relación a la atención otorgada por el/la Terapeuta Tradicional e informa al PEMT que es un candidato viable para ingresar al programa.	
22		Elabora un reporte del/la Terapeuta Tradicional conforme a la información obtenida en la entrevista de sus pacientes y remite copia de los documentos al PEMT para su aprobación.	Reporte Documentos de ingreso
23	Programa Estatal de Medicina Tradicional	Recibe la información y solicita la autorización del ingreso del/la Terapeuta Tradicional al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud.	Reporte Documentos de ingreso

24	Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud	Autoriza a los/las Terapeutas Tradicionales considerados/as que cumplan con los requisitos, para ingresar a los Módulos de Medicina Tradicional.	S/D
25	Programa Estatal de Medicina Tradicional	Informa al Módulo de Medicina Tradicional correspondiente de la autorización del ingreso del/la Terapeuta, vía correo electrónico.	Correo electrónico
26	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Ingresa en el SEMETRA la información correspondiente al nuevo terapeuta.	SEMETRA
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL.

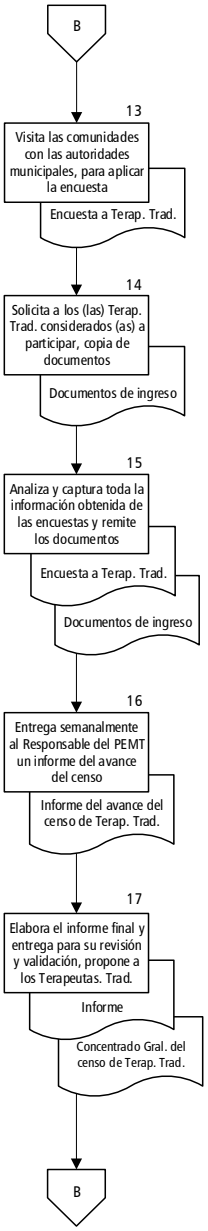


PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL

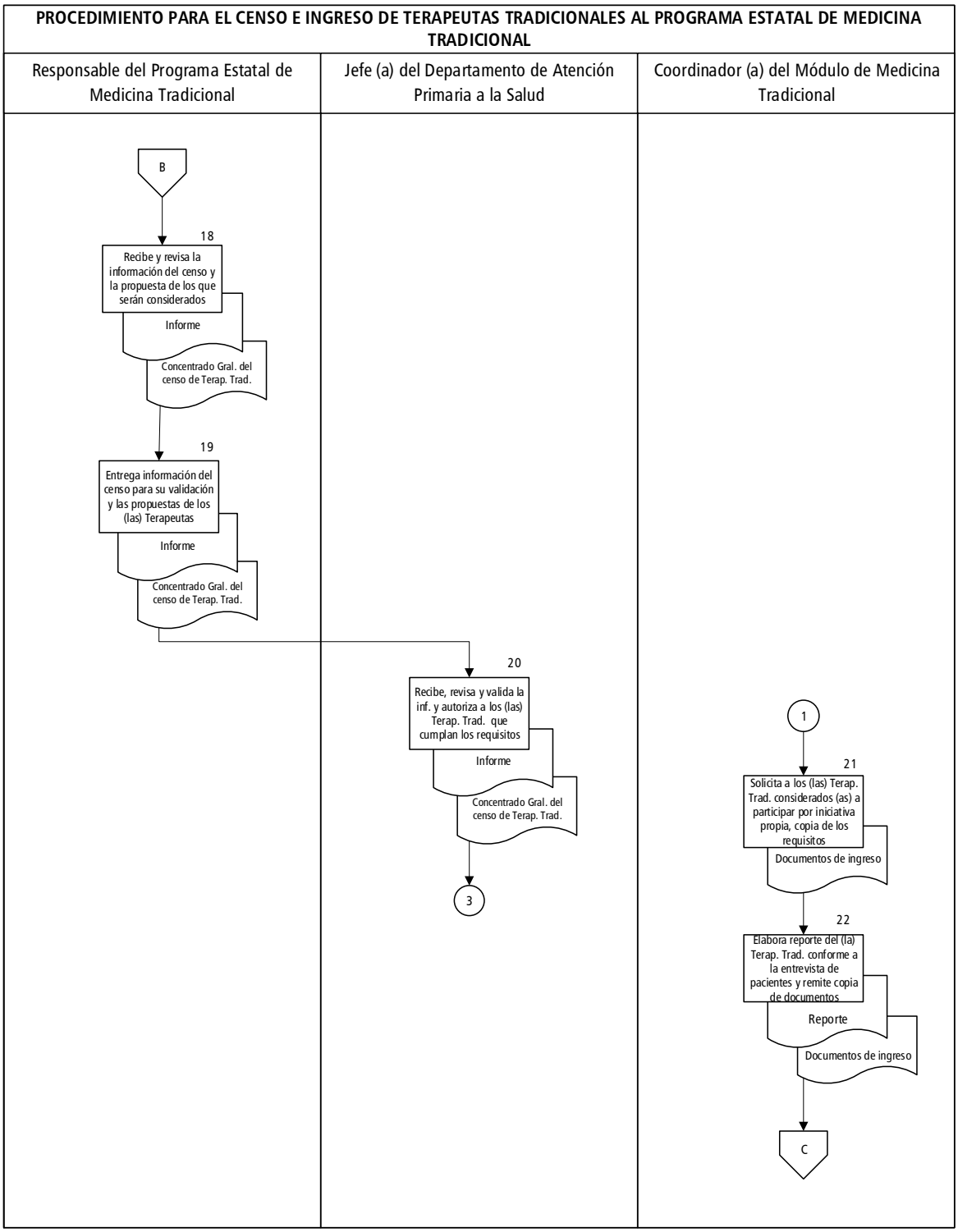


PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL

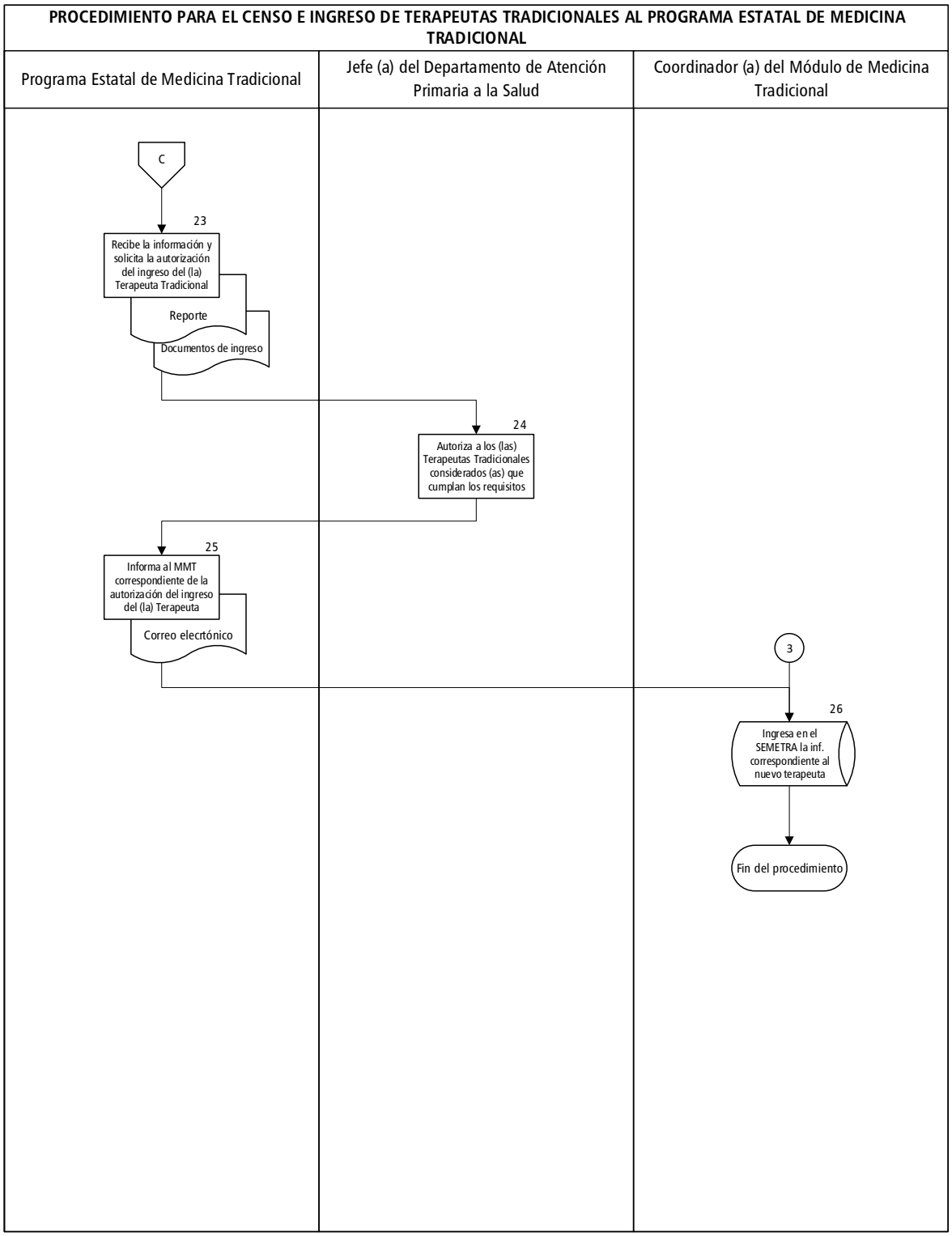
Equipo para el levantamiento del censo de terapeutas



PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL



PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO E INGRESO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES AL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICINA TRADICIONAL



7.11.15. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

Tiempo Promedio: 90 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migner Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud Y prospera EBDM(SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Estandarizar los procesos de atención y servicios otorgados por los/las terapeutas tradicionales (hueseros/as, curanderos/as y parteras) con el propósito de brindar un servicio de calidad y calidez humana, respetando los usos y costumbres de los/las usuarios/as.

Objetivo

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Vigente.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud. Vigente.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Vigente.
4. Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Vigente.
5. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. Vigente.
6. Guía de implantación intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Gobierno Federal Salud. Vigente.
7. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
8. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Políticas de Operación:

1. El/la usuario/a que requiera atención y/o servicio en el Módulo de Medicina Tradicional , deberá de presentar y entregar copia de uno de los documentos oficiales:
   - I. Acta de nacimiento.
   - II. Credencial vigente del INE (Instituto Nacional Electoral).
   - III. En caso de recién nacido/a presentar certificado de nacimiento de la Unidad Médica.
   - IV. En caso de que el/la usuario/a no tenga los documentos oficiales por extravió o estén en trámite, presentar constancia de identidad o vecindad de la comunidad, expedida por la autoridad competente.
   - V. Póliza de afiliación al Seguro Popular.

2. El/la usuario/a que requiera atención en el Módulo de Medicina Tradicional, que no traiga un documento oficial, se le otorgará con el compromiso de entregar una copia en la siguiente visita.
3. Los/las terapeutas tradicionales (hueseros/as, curanderos/as y parteras/os darán un máximo de 17 atenciones en los Módulos de Medicina Tradicional y en las jornadas comunitarias y/o ferias de salud; en caso de que la demanda del servicio exceda a la capacidad operativa del Módulo, el coordinador aplica su criterio y autorizara las atenciones extras con su firma:

   Para el Módulo de Medicina Tradicional.

   I. Que en el rol de guardias sean 4 terapeutas en lugar de 3.

   Para las jornadas comunitarias y/o ferias de salud.

   I. Gestionar la posibilidad de llevar un mayor número de terapeutas a la próxima jornada comunitaria y/o feria de salud.
   II. En el caso de que el punto anterior no sea posible, que un terapeuta tradicional otorgue 8 atenciones más, siendo 25 atenciones máximo por terapeuta.
4. Cuando una familia con más de 2 integrantes requieren pasar con un mismo terapeuta, o que un una usuario/a requiera pasar el mismo día a más de una atención, sólo en casos específicos el/la Coordinador/a autoriza con su firma en la libreta de atenciones y con la anotación respectiva en el expediente.
5. Las atenciones otorgadas en el Módulo de Medicina Tradicional y en las jornadas comunitarias, se registran en la libreta de atenciones o libreta de jornadas comunitarias, en la hoja diaria y en el expediente por especialidad.
6. Todas las atenciones otorgadas en los Módulos de Medicina Tradicional y en las jornadas comunitarias, se registran diariamente en el SEMETRA (Sistema Estadístico de Medicina Tradicional) y se reporta mensualmente, de acuerdo a los cortes establecidos.
7. Las atenciones otorgadas en jornadas comunitarias,

son validadas por la autoridad de la comunidad, anotando su nombre completo, cargo, firma o huella, fecha y sello.

8. Todos los/las usuarios/as con más de tres atenciones en el Módulo de Medicina Tradicional por el mismo padecimiento durante un mes, y que no presente mejoría, son referidos a la Unidad Médica correspondiente para su seguimiento.
9. En caso de que un/una terapeuta tradicional determine que un/una usuario/a necesita más de tres atenciones y/o servicios para mejorar su estado de salud de acuerdo a su cosmovisión, el/la Coordinador/a utiliza su criterio, autorizara las atenciones pertinentes y dará seguimiento a la evolución del/la paciente, anotando y firmando en el expediente el motivo y el tratamiento por el cual se autorizan las atenciones.
10. Todas las atenciones otorgadas en los Módulos de Medicina Tradicional y en las jornadas comunitarias son totalmente gratuitas.

Responsables

Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

Coordinador/a.
Traductor/a o Enlace Comunitario/a.
Estadígrafo/a.
Terapeutas tradicionales.

Recursos

Documentos de identificación, Libreta de atención por especialidad, Expediente, Libreta de donación de remedios herbolarios, Hoja Diaria, Reporte del SEMETRA, Hoja de Referencia.

Glosario

PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional.
Medicina Tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.

Módulo de Medicina Tradicional: Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (Coordinador/a de Módulo, Traductores/as o Enlace Comunitario/a, Estadígrafo/a y participación voluntaria de terapeutas tradicionales de la localidad. Está destinado a proporcionar atención y servicios que ofrecen los terapeutas tradicionales, para prevenir y auxiliar en el tratamiento de enfermedades, mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, enmarcada dentro de su práctica y conocimiento en la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres.

Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros/as sobadores/as, hueseros/as, rezanderos/as, graniceros/as y curanderos/as/.

Curandero/a: Denominación genérica que reciben todos los/las terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación, quedan incluidos/as aquellos/as curadores/as que cumplen la función del médico general; es decir, los/las que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos de diagnóstico y curativos. También son llamados/as así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los/las que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero/a, culebrero/a, partera/o, levanta sombras, curandero/a de aire, curandero/a de brujería, etcétera, así como los que dominan un método, técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador/a, cantor/a, ensalmador/a, rezandero/a, sobador/a, pulsador/a, ventosero/a, hierbero/a, peyotero/a, rosero/a, pelotillera/o, polvero/a, etc.

Huesero/a: Especialista de la medicina tradicional que domina las técnicas encaminadas al tratamiento de diversos trastornos del sistema músculo-esquelético.

Aunque generalmente la función de los/las hueseros/as está enfocada a la atención de fracturas (quebraduras), luxaciones (zafaduras, torceduras) y otros trastornos del sistema músculo-esquelético (tales como dolores musculares, golpes, hinchazones, calambres, tendones encogidos, órganos desplazados, hernias o relajadas, etc.), existen particularidades regionales en cuanto a la gama de padecimientos que atienden.

Partera/o: Especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al recién nacido, como susto, mal de ojo y caída de mollera.

Usuario/a de medicina tradicional: A toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención terapéutica tradicional.

Atención de medicina tradicional: Atención otorgada a una persona, por terapeutas tradicionales (hueseros/as, curanderos/as y parteras) cuando acude por una enfermedad al Módulo de Medicina Tradicional.

Atención terapéutica tradicional: Conjunto de servicios de medicina tradicional que se proporcionan a la persona, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud corporal y espiritual.

Atención de primera vez: Atención otorgada a una persona, por terapeutas tradicionales, cuando acude a la primera atención por una enfermedad al Módulo de Medicina Tradicional.

Atención subsecuente: Atención otorgada al/la usuario/a por terapeutas tradicionales, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo, por el que ya se le otorgó una atención en el Módulo de Medicina Tradicional.

Expediente de medicina tradicional: Conjunto único de información y datos personales de un/una usuario/a, que se integra dentro de los Módulos de Medicina Tradicional, para la atención terapéutica, el cual consta de documentos

escritos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud que pertenecen a estos módulos, deberá hacer los registros y anotaciones correspondientes de la atención terapéutica tradicional del/la usuario/a, con apego a las reglas y lineamientos del Programa Estatal de Medicina Tradicional.
Referencia-contrarreferencia: Al procedimiento médico-administrativo, terapeutas tradicionales-administrativo, entre establecimientos para la atención médica y/o de medicina tradicional del primer y segundo niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
SEMETRA: Sistema Estadístico de Medicina Tradicional.
SIS / SIMBA: Sistema de Información en Salud / Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL

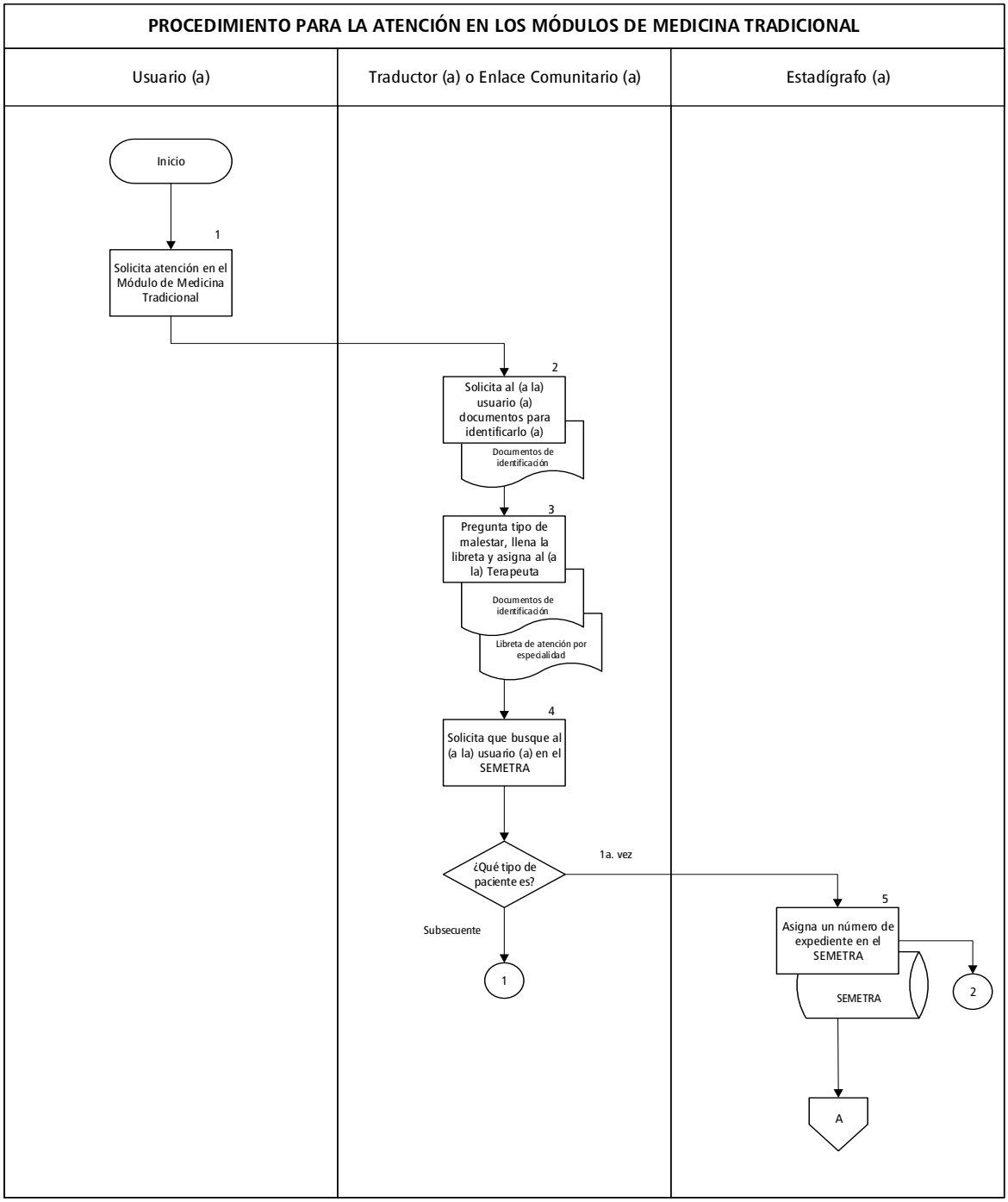
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Usuario/a	Solicita la atención en el Módulo de Medicina Tradicional.	
2	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Solicita al/a la usuario/a el o los documentos descritos en la políticas del procedimiento, que sirvan para identificarlo.	Documentos de identificación.
3		Pregunta al/la usuario/a que tipo de malestar o dolencias tiene, llena la libreta de atención por especialidad de acuerdo al tipo de padecimiento que presenta y con la información contenida en los documentos presentados por	Documentos de identificación. Libreta de atención por especialidad.

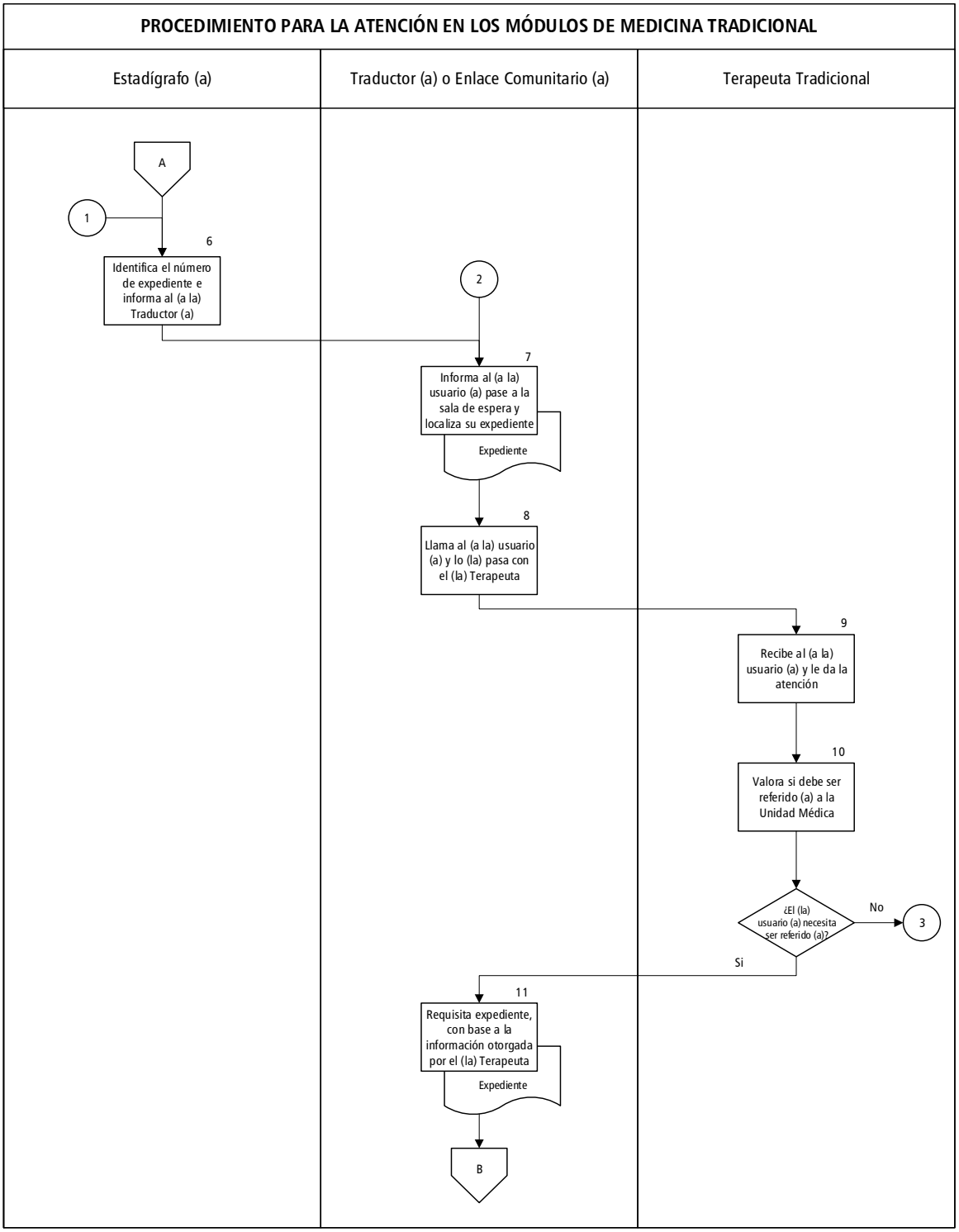
		el/la usuario/ay asigna al/la terapeuta correspondiente.	
4		Solicita al estadígrafo que busque al/a la usuario/a en el SEMTRA. ¿Qué tipo de paciente es? **Primera vez:** Continúa en la actividad No. 5. **Subsecuente:** Avanza a la actividad No. 4.	
5	Estadígrafo/a	Asigna un número de expediente en el SEMETRA. Continua en la actividad No. 7	SEMETRA.
6		Identifica el número de expediente e informa al traductor.	SEMETRA.
7	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Informa al/a la usuario/a pase a la sala de espera, hasta su llamado y localiza su expediente físico.	
8		Llama al/a la usuario/a por su nombre completo y lo pasa con el/la terapeuta tradicional para su valoración y atención.	
9	Terapeuta tradicional	Recibe al/la usuario/a y da la atención, con base a su conocimiento, experiencia y cosmovisión.	Expediente.
10		Valora una vez realizada la atención si debe ser referido a la Unidad Médica correspondiente: ¿El/la paciente necesita ser referido? Si: Continua en la actividad No. 11. No: Avanza a la actividad No. 14. Nota: Cabe señalar que el/la usuario/a con más de tres consultas por la misma causa en un mes es motivo de referencia a la Unidad Médica	

		correspondiente.	
11	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Requisita el expediente, con base a la información otorgada por el/la terapeuta.	Expediente.
12		Acompaña al/a la usuario/a con el Coordinador/a del Módulo.	
13	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Realiza la Referencia a la Unidad Médica correspondiente conforme al Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia. **Fin del Procedimiento.**	Hoja de Referencia.
14	Terapeuta tradicional	Informa al/a la usuario/a del tratamiento a seguir de acuerdo a su padecimiento y el remedio herbolario necesario.	
15		Acompaña al/a la usuario/a con el Traductor/a para describir el padecimiento y tratamiento.	Expediente.
16	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Registra con apoyo del/la terapeuta tradicional, en forma sencilla el padecimiento, diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a la cosmovisión del terapeuta tradicional en el expediente, anotando la fecha y hora en que se atendió y los datos solicitados en el formato. Nota: En caso de entregar productos, estos se deberán de registrar en la libreta de donación de remedios herbolarios.	Expediente. Libreta de donación de remedios herbolarios.
17	Usuario/a	Coloca la firma o huella de conformidad en la libreta de atención por especialidad y en la libreta de donación de remedios herbolarios.	Libreta de atención por especialidad. Libreta de donación de

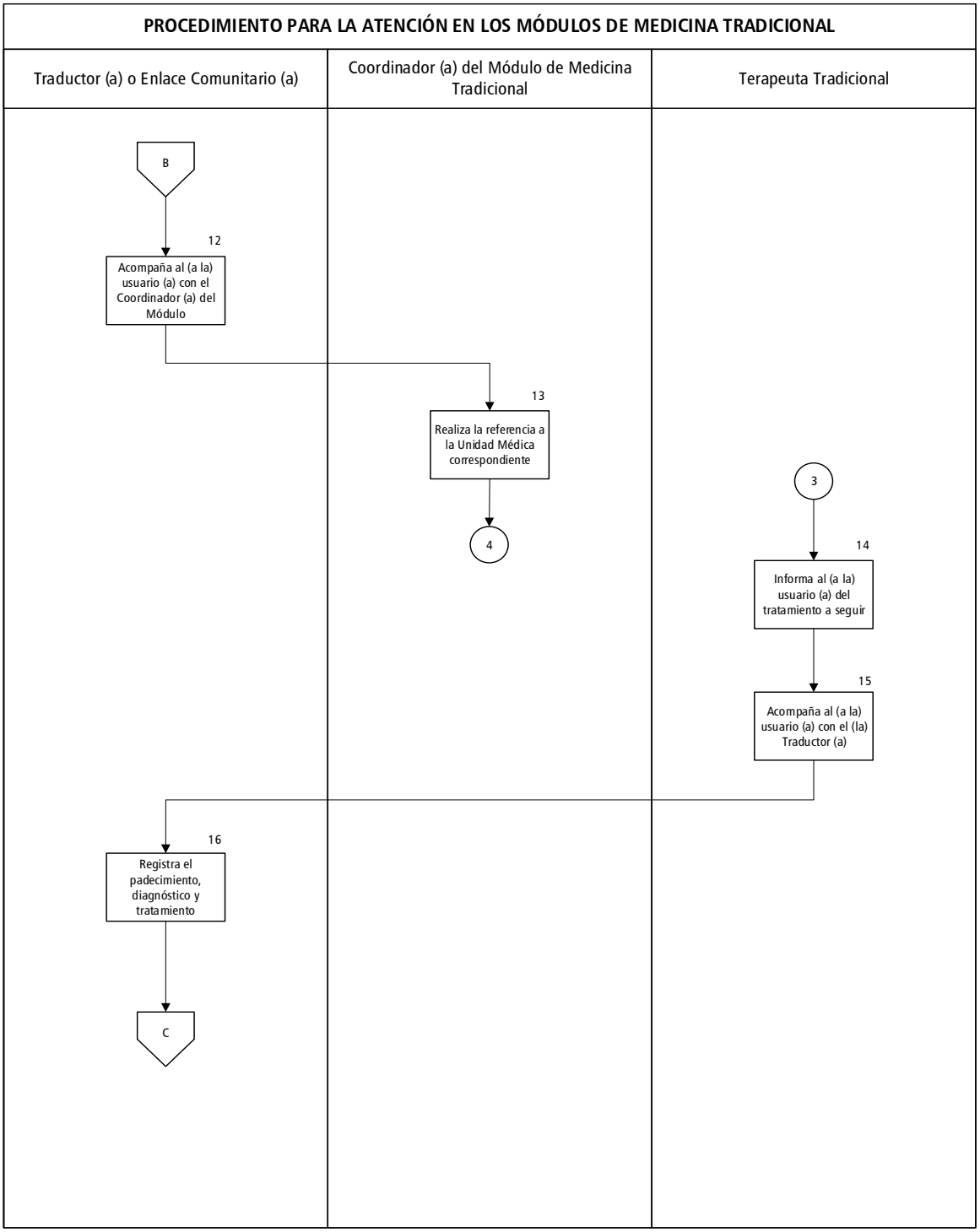
		Nota: En caso de entregar productos, se deberá de firmar de recibido en la libreta de donación de remedios herbolarios.	remedios herbolarios.
18	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Remite al estadígrafo los expedientes generados del día y requisita la hoja diaria conforme a la libreta de atenciones.	Expedientes. Hoja Diaria. Libreta de atenciones.
19	Estadígrafo/a	Registra diariamente los expedientes en el SEMETRA y remite el reporte al/la Coordinador/a del Módulo mensualmente.	Expedientes. Reporte del SEMETRA.
20	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Compara y valida las hojas diarias con el Reporte del SEMETRA.	Hoja Diaria. Reporte del SEMETRA.
Fin del procedimiento			

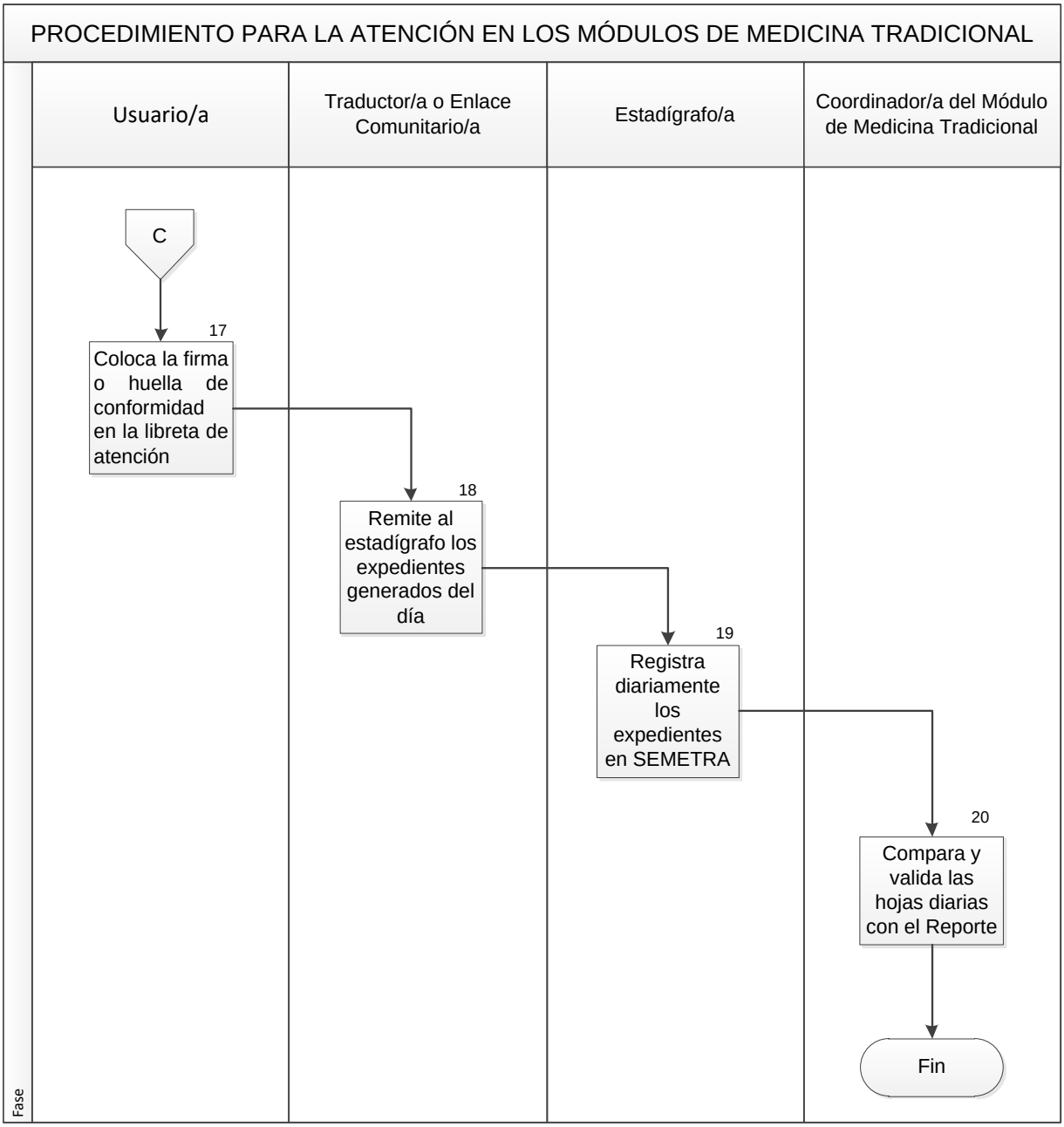
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL
Estadígrafo (a)
Traductor (a) o Enlace Comunitario (a)
Terapeuta Tradicional
A
1
6
Identifica el número de expediente e informa al (a la) Traductor (a)
2
7
Informa al (a la) usuario (a) pase a la sala de espera y localiza su expediente
Expediente
8
Llama al (a la) usuario (a) y lo (la) pasa con el (la) Terapeuta
9
Recibe al (a la) usuario (a) y le da la atención
10
Valora si debe ser referido (a) a la Unidad Médica
¿El (la) usuario (a) necesita ser referido (a)?
No
3
Si
11
Requisita expediente, con base a la información otorgada por el (la) Terapeuta
Expediente
B

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL




PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL
Usuario/a
Traductor/a o Enlace Comunitario/a
Estadígrafo/a
Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional
Fase
C
17
Coloca la firma o huella de conformidad en la libreta de atención
18
Remite al estadígrafo los expedientes generados del día
19
Registra diariamente los expedientes en SEMETRA
20
Compara y valida las hojas diarias con el Reporte
Fin

7.11.16. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

Tiempo Promedio: 15 dias.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Mignet Jafté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud Y prospera EBDM(SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Estandarizar el proceso de referencia y contrarreferencia realizados en los Módulos de Medicina Tradicional a las Unidades Médicas de primer nivel de atención y segundo nivel de atención a la salud. con el propósito de proporcionar la atención médica oportuna e integral, con calidad y calidez humana.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Vigente.
2. Ley Estatal de Salud. Vigente.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Vigente.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Vigente.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud. Vigente.
6. Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Vigente.
7. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. Vigente.
8. Guía de implantación intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Gobierno Federal Salud. Vigente.
9. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente
10. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La referencia de usuarios/as del Módulo de Medicina Tradicional a la Unidad, se efectuará de acuerdo al estado de salud que presenta el/la usuario/a y el/la médico proporcionará atención profesional, oportuna, con calidad y calidez humana, así mismo todo el personal de salud dará un trato respetuoso.

2. Con respecto al punto anterior en el Capítulo II de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios/as y Participación de la Comunidad, en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en la Ley Estatal de Salud capítulo IV Usuarios/as de los Servicios de Salud y Participación de la

Comunidad artículo 44 dice: Los Usuarios/as tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

3. Toda urgencia que llegue a los Módulos de Medicina Tradicional, será referida inmediatamente a la Unidad Médica para su atención inmediata.

4. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en el capítulo IV Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales, artículo 71 dice: Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

5. Del mismo capítulo anterior artículo 73 dice: El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del/la usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

6. Todo usuario/a que requiera detección oportuna y seguimiento médico (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas), EDAS (Enfermedades Diarreicas Agudas), niños/as desnutridos/as menores de 5 años, obesidad etc.), así mismo la captación de mujeres embarazadas de alto riesgo (sin control prenatal, primigestas etc.), niños/as menores de 5 años sin o con esquema de vacunación incompleto y Usuarios/as con más de tres atenciones por la misma enfermedad durante un mes, que no haya sido resuelta en los Módulos de Medicina Tradicional, serán referidos a la Unidad

Médica para su atención, establecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del/la usuario/a.

7. Así mismo en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en el capítulo IV Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales, artículo 74 dice: Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al/la usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

8. El personal autorizado para realizar la referencia y contrarrefencia en el Módulo de Medicina Tradicional son el/la Coordinador/a y el/la Traductor/a o Enlace Comunitario/a, quienes en conjunto con el terapeuta tradicional, orientaran y acompañaran al/la usuario/a a la Unidad Médica, para el seguimiento de su enfermedad.

9. En el Capítulo II de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios/as y Participación de la Comunidad en el artículo 46 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de atención Médica dice: Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los demandantes y Usuarios/as sobre el uso de los servicios que requieran.

10. Todo usuario/a referido deberá ser respetuoso con el personal de salud y seguir todas las indicaciones que le den, así mismo deberán asistir en la fecha y hora que les indiquen para su atención.

11. En el capítulo IX Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios en el artículo 77 bis 38 no. V de la Ley General de Salud en la última reforma en el DOF 04-06-2015 dice: Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general

	al que haya aceptado someterse. 12. Del mismo capítulo y artículo anterior de la Ley General de Salud no. VIII dice: Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros Usuarios/as y sus acompañantes.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Coordinador/a. Traductor/a o Enlace Comunitario/a. Terapeutas tradicionales.
Recursos	Libreta de atenciones, Expediente, Hoja de referencia.
Glosario	PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional. Medicina Tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. Módulo de Medicina Tradicional: Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (Coordinador/a de Módulo, Traductores/as o Enlace Comunitario/a, Estadígrafo/a) y participación voluntaria de terapeutas tradicionales de la localidad. Está destinado a proporcionar atención y servicios que ofrecen los terapeutas tradicionales, para prevenir y auxiliar en el tratamiento de enfermedades, mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, enmarcada dentro de su práctica y conocimiento en la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres. Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a

las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros/as sobadores/as, hueseros/as, rezanderos/as, graniceros/as y curanderos/as.

Curandero/a: Denominación genérica que reciben todos los/las terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación, quedan incluidos/as aquellos/as curadores/as que cumplen la función del médico general; es decir, los/las que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos de diagnóstico y curativos. También son llamados/as así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los/las que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero/a, culebrero/a, partera/o, levanta sombras, curandero/a de aire, curandero/a de brujería, etcétera, así como los que dominan un método, técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador/a, cantor/a, ensalmador/a, rezandero/a, sobador/a, pulsador/a, ventosero/a, hierbero/a, peyotero/a, rosero/a, pelotillera/o, polvero/a, etc.

Huesero/a: Especialista de la medicina tradicional que domina las técnicas encaminadas al tratamiento de diversos trastornos del sistema músculo-esquelético. Aunque generalmente la función de los/las hueseros/as(as) está enfocada a la atención de fracturas (quebraduras), luxaciones (zafaduras, torceduras) y otros trastornos del sistema músculo-esquelético (tales como dolores musculares, golpes, hinchazones, calambres, tendones encogidos, órganos desplazados, hernias o relajadas, etc.), existen particularidades regionales en cuanto a la gama de padecimientos que atienden.

Partera/o: Especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia

materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al recién nacido, como susto, mal de ojo y caída de mollera.

Usuario/a de medicina tradicional: A toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención terapéutica tradicional.

Atención de medicina tradicional: Atención otorgada a una persona, por terapeutas tradicionales (hueseros/as, curanderos/as y parteras) cuando acude por una enfermedad al Módulo de Medicina Tradicional.

Atención terapéutica tradicional: Conjunto de servicios de medicina tradicional que se proporcionan a la persona, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud corporal y espiritual.

Atención de primera vez: Atención otorgada a una persona, por terapeutas tradicionales, cuando acude a la primera atención por una enfermedad al Módulo de Medicina Tradicional.

Atención subsecuente: Atención otorgada al/la usuario/a por terapeutas tradicionales, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo, por el que ya se le otorgó una atención en el Módulo de Medicina Tradicional.

Expediente de medicina tradicional: Conjunto único de información y datos personales de un/una usuario/a, que se integra dentro de los Módulos de Medicina Tradicional, para la atención terapéutica, el cual consta de documentos escritos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud que pertenecen a estos módulos, deberá hacer los registros y anotaciones correspondientes de la atención terapéutica tradicional del/la usuario/a, con apego a las reglas y lineamientos del Programa Estatal de Medicina Tradicional.

Unidades Médicas de primer nivel de atención a la salud: A las unidades de primer contacto del/la usuario/a con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente; sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades (Centros de Salud y

Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) adscritos a los Servicios de Salud del Estado de Puebla).
Unidades Médicas de segundo nivel de atención a la salud: A las unidades que atienden los problemas de salud que, a causa de su complejidad, no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención (Hospitales Integrales / Comunitarios y Generales adscritos a los Servicios de Salud del Estado de Puebla).
Urgencia: A todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.
Referencia-contrarreferencia: Al procedimiento médico-administrativo, terapeutas tradicionales-administrativo, entre establecimientos para la atención médica y/o de medicina tradicional del primer y segundo niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
SEMETRA: Sistema Estadístico de Medicina Tradicional.
SIS / SIMBA: Sistema de Información en Salud / Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

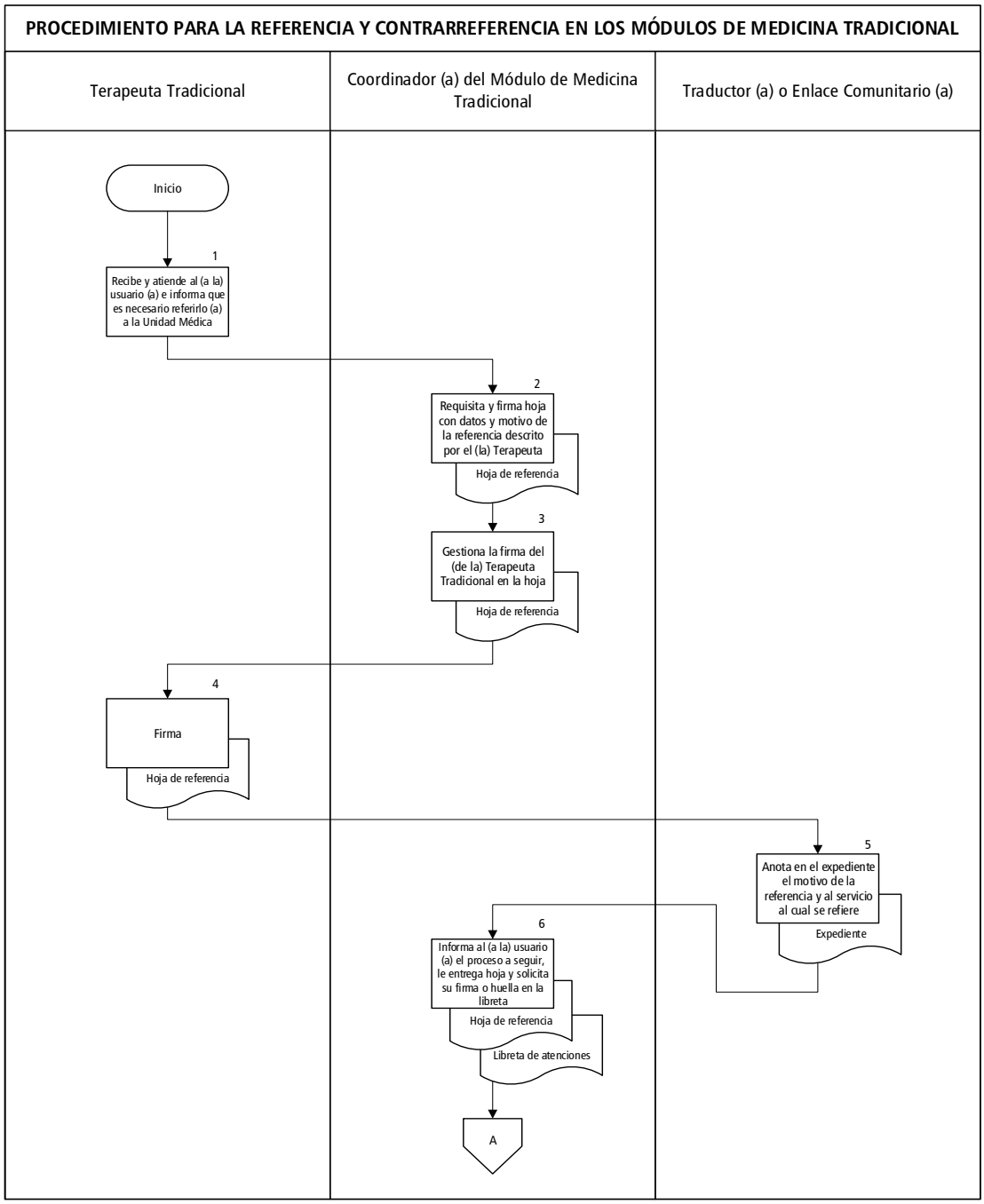
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Terapeuta Tradicional	Recibe y atiende al/la usuario/a conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL, para su valoración y atención, con base a su conocimiento y experiencia, e informa al/la Traductor/a o Enlace Comunitario/a y/o al Coordinador/a del Módulo que es necesario referirlo/a a la Unidad Médica.	

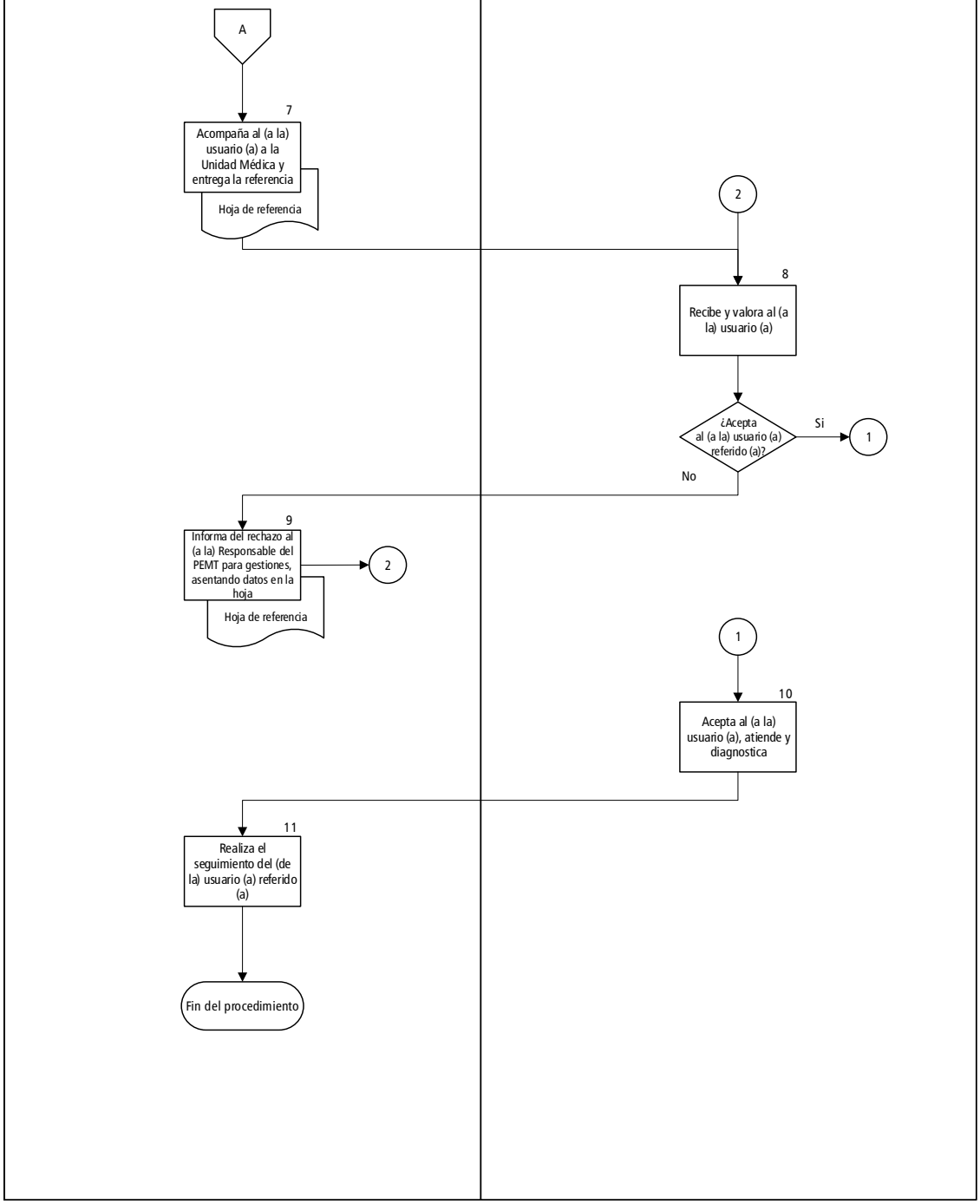
2	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Requisita y firma la hoja de referencia con los datos solicitados en el formato y el motivo de la referencia descrito por el Terapeuta Tradicional. Nota: En caso de que el Coordinador/a del Módulo no se encontrará, esta actividad puede ser realizada por el/la Traductor/a o Enlace Comunitario/a.	Hoja de referencia.
3		Gestiona la firma del Terapeuta Tradicional en la hoja de referencia. Nota: En caso de que el Coordinador/a del Módulo no se encontrará, esta actividad puede ser realizada por el/la Traductor/a o Enlace Comunitario.	Hoja de referencia.
4	Terapeuta Tradicional	Firma la hoja de referencia.	Hoja de referencia.
5	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Anota en el expediente el motivo de la referencia a la Unidad Médica y al servicio al cual se refiere, de acuerdo a su cosmovisión del Terapeuta Tradicional.	Expediente.
6	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Informa al/la usuario/a el proceso a seguir con la referencia en la Unidad Médica y la importancia del seguimiento; le entrega la hoja de referencia en original y 2 copias y solicita su firma o huella en la libreta de atenciones.	Hoja de referencia. Libreta de atenciones.
7		Acompaña al/la usuario/a a la Unidad Médica referida, para su atención y entrega la referencia al área correspondiente. Nota: En caso de que el Coordinador/a del Módulo no se encontrará, esta actividad puede ser realizada por el/la Traductor/a o Enlace Comunitario/a.	

8	Unidad Médica	Recibe y valora al/la usuario/a. ¿Acepta al/la usuario/a referido? Si: Avanza a la actividad No.10. No: Continua en la actividad No. 9.	
9	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Informa del rechazo del/de la usuario/a referido/a, al Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional para que se realicen las gestiones necesarias para la atención del/la usuario/a, asentado en la hoja de referencia el motivo del rechazo, la fecha, hora, nombre y firma del médico, enfermera o personal de salud que rechazo. Regresa a la actividad 8.	
10	Unidad Médica	Acepta al/la usuario/a, atiende y diagnostica.	
11	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Realiza el seguimiento del/de la usuario/a referido.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJODEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A DOCUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.



PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL



7.11.17. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE REMEDIOS HERBOLARIOS

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan Alberto Carrasco Villanueva Responsable del Programa estatal de Medicina Tradicional JACV (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud Y prospera EBDM(SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer el procedimiento de preparación y buenas prácticas para la elaboración de los 20 remedios herbolarios del cuadro básico y los 10 remedios herbolarios extras de cada región. con la finalidad de asegurar la calidad e inocuidad de los mismos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-248-SSA1-2011, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios. Vigente.
2. Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana U.N.A.M. (Universidad Nacional Autónoma de México). Vigente.
3. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. Vigente.
4. Reglamento de insumos para la salud. Título tercero. Remedios herbolarios. Capítulo único artículo 88. Vigente.
5. Guía de implantación intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Gobierno Federal Salud. Vigente.
6. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
7. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Políticas de Operación:

1. Personal de los Módulos de Medicina Tradicional (Coordinador/a, Traductor/a o Enlace Comunitario/a y Terapeuta Tradicional), deberán de seguir los procedimientos de producción (fórmulas de remedios herbolarios del cuadro básico) y las buenas prácticas de fabricación (Guía de buenas prácticas de elaboración de remedios herbolarios).
2. Cuando se elaboren los remedios herbolarios del cuadro básico o extras de la región, deberá de estar presente el Coordinador/a o el/la Traductor/a o Enlace Comunitario, con el propósito de garantizar la correcta aplicación de los procedimientos y las buenas prácticas de fabricación.
3. Antes de proceder a elaborar remedios herbolarios, todos los involucrados en el proceso deberán de:
   a) Utilizar bata, chazarilla o mandil limpio.

b) Utilizar gorro, cofia o protector de cabello.
c) Utilizar cubre bocas o tapa bocas.
d) Lavarse las manos hasta la parte inferior del brazo (codo).
e) Utilizar guantes estériles (cambiarlos cada media hora).
f) En caso de no utilizar guantes, cada media hora aplicarse alcohol en las manos.

4. La fabricación de los remedios herbolarios deberá realizarse en condiciones que eviten la contaminación microbiológica de sus ingredientes (Reglamento de insumos para la salud. Vigente).
5. En caso de que un/una Terapeuta Tradicional que sea requerido para la elaboración de remedios herbolarios se encuentre enfermo, este debe de ser remplazado por otro, con el propósito de asegurar la calidad de los remedios.
6. La elaboración de los remedios herbolarios en los Módulos de Medicina Tradicional, se realizará una vez al mes o conforme a la demanda de los mismos.
7. Se registraran las entradas en la bitácora de elaboración de remedios herbolarios y las salidas en la libreta de donación de remedios herbolarios.
8. Se registraran los insumos utilizados durante el proceso de elaboración en el Formato de Insumos.
9. Antes de elaborar un remedio herbolario extra de la región y utilizarlo en los Módulos de Medicina Tradicional, los/as coordinadores/as deberán de enviar al Programa Estatal de Medicina Tradicional la justificación y ficha técnica de la planta o plantas a utilizar, respaldándola con bibliografía científica.
10. El Programa Estatal de Medicina Tradicional analizará y autorizará las propuestas de los remedios herbolarios extras, que serán utilizados en los Módulos de Medicina Tradicional.
11. Los 20 remedios herbolarios del cuadro básico y los 10 remedios herbolarios extras de cada región, se entregarán a los/as Usuarios/as de manera gratuita.

Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Coordinador/a. Traductor/a o Enlace Comunitario/a. Terapeutas tradicionales.
Recursos	Roll de elaboración de remedios herbolarios, Formato de insumos, Bitácora de elaboración de remedios herbolarios, Formato de control de remedios herbolarios, Formato de bajas de plantas medicinales- materia prima- frascos y envases, Apoyo económico terapeutas.
Glosario	Medicina Tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros/as, sobadores/as, hueseros/as, rezanderos/as, graniceros/as y curanderos/as. Curandero/a: Denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación, quedan incluidos aquellos curadores/as que cumplen la función del médico general; es decir, los que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos. Huesero/a: Especialista de la medicina tradicional que domina las técnicas encaminadas al tratamiento de diversos trastornos del sistema músculo-esquelético. Aunque generalmente la función de los/las hueseros/as está enfocada a la atención de fracturas (quebraduras),

luxaciones (zafaduras, torceduras) y otros trastornos del sistema músculo-esquelético (tales como dolores musculares, golpes, hinchazones, calambres, tendones encogidos, órganos desplazados, hernias o relajadas, etc.), existen particularidades regionales en cuanto a la gama de padecimientos que atienden.

Partera: Especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al/la recién nacido/a, como susto, mal de ojo y caída de mollera

Laboratorio de Medicina Tradicional: Área o espacio diseñado y construido bajo especificaciones definidas para la elaboración de remedios herbolarios.

Remedio herbolario: Preparado de plantas medicinales, o sus partes, individuales o combinadas y sus derivados, presentado de forma farmacéutica, al cual se le atribuye por conocimiento popular o tradicional, al alivio para algunos síntomas participantes o aislados de una enfermedad. Los remedios herbolarios no contendrán en su formulación substancias estupefacientes o psicotrópicas ni ningún otro tipo de fármaco alopático u otras sustancias que generen actividad hormonal, antihormonal o cualquier otra sustancia en concentraciones que representen riesgos para la salud.

Calidad: Al cumplimiento de especificaciones establecidas para garantizar la aptitud de uso. La calidad de un remedio herbolario está determinada por su identidad, pureza, contenido o potencia y cualesquiera otras propiedades químicas, físicas, biológicas o del proceso de fabricación que influyen en su aptitud para producir el efecto para el cual se destina.

Contaminación: A la presencia de entidades físicas, químicas o biológicas indeseables.

Buenas prácticas de fabricación: Al conjunto de lineamientos y actividades relacionadas entre sí, destinadas a asegurar que los remedios herbolarios elaborados tengan

y mantengan la identidad, pureza, concentración, potencia e inocuidad, requeridas para su uso.
Envase primario: A los elementos del sistema contenedor-cierre que están en contacto directo con el fármaco o el remedio herbolario.
Etiqueta: A cualquier marbete, rótulo, marca o imagen gráfica escrita, impresa, estarcida, marcada, marcada en relieve o en hueco grabado, adherido o precintado en cualquier material susceptible a contener el remedio herbolario incluyendo el envase mismo, en caracteres legibles e indelebles.
Inocuidad: A la característica de un remedio herbolario de poder usarse sin causar efectos tóxicos injustificables.
Lote: A la cantidad de cualquier materia prima o remedio herbolario, que se produce en un ciclo de fabricación y cuya característica esencial es su homogeneidad.
Número de lote: A la combinación numérica o alfanumérica que identifica específicamente un lote.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE REMEDIOS HERBOLARIOS

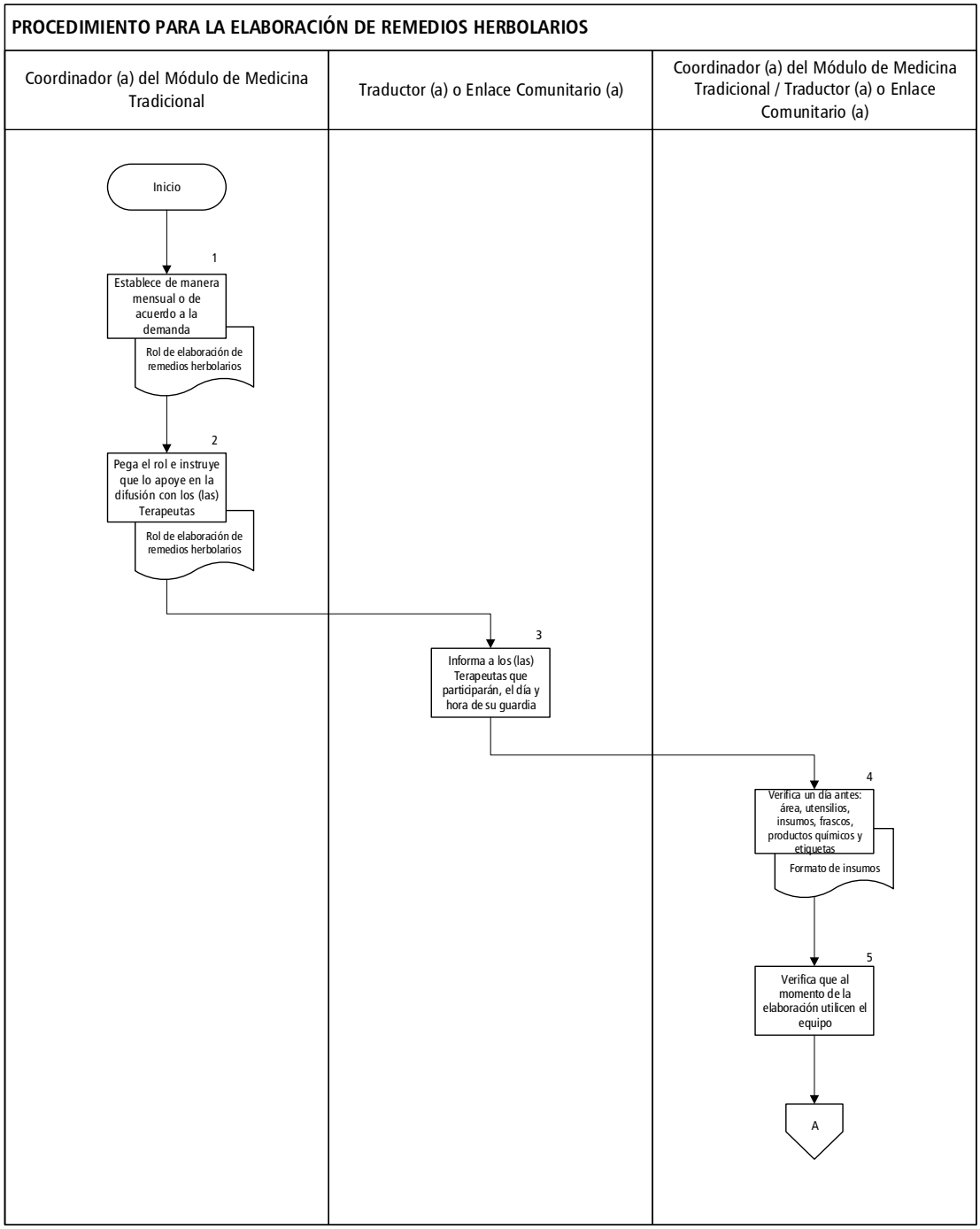
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Establece de manera mensual el roll de elaboración de remedios herbolarios o extras de cada región o de acuerdo a la demanda de los mismos.	Roll de elaboración de remedios herbolarios.
2		Pega el roll de elaboración de remedios herbolarios o extras de cada región, en un lugar visible e instruye al/la Traductor/a o Enlace Comunitario/a que lo apoye en la difusión con los/las Terapeutas Tradicionales.	Roll de elaboración de remedios herbolarios.
3	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Informa a los/las Terapeutas Tradicionales que participaran en la	Roll de elaboración

		elaboración de remedios herbolarios o extras de cada región, el día y hora de su guardia.	de remedios herbolarios.
4	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional /Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Verifica un día antes de la elaboración de los remedios herbolarios, que: ➢ El área de laboratorio este limpio, desinfectado (cloro al 2% en 20 litros de agua) y ordenado. ➢ Los utensilios o recipientes a utilizar estén limpios y desinfectados con alcohol y sean suficientes. ➢ Prepara los insumos a utilizar y los registra en el Formato de Insumos. ➢ Los frascos y productos químicos sean los adecuados. ➢ Las etiquetas estén impresas.	Manual de buenas prácticas de fabricación de remedios herbolarios. Formato de insumos.
5		Verifica que al momento de la elaboración de los remedios herbolarios, los/las involucrados/as en el proceso utilicen el siguiente quipo: ➢ Bata, chazarilla o mandil limpio. ➢ Gorro, cofia o protector de cabello. ➢ Cubre bocas o tapa bocas. ➢ Se Lavarse las manos hasta la parte inferior del brazo (codo). ➢ Utilice guantes estériles (cambiarlos cada media hora). Nota: En caso de no utilizar guantes, cada media hora aplicarse alcohol en las manos.	Manual de buenas prácticas de fabricación de remedios herbolarios.
6	Coordinador/a de Módulo de Medicina Tradicional/	Elabora los remedios herbolarios teniendo en cuenta algunas recomendaciones:	Manual de buenas prácticas de

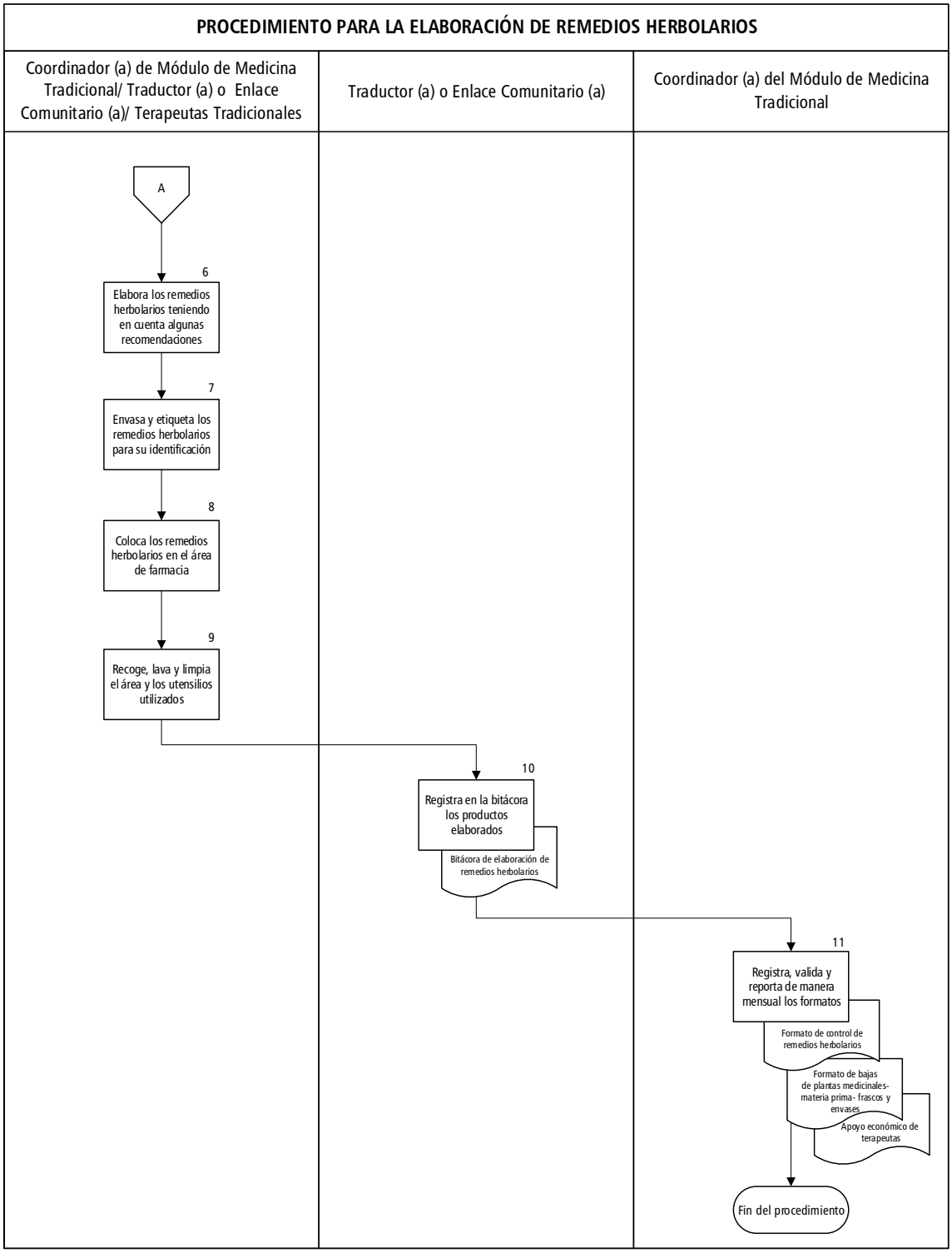
	Traductor/a o Enlace Comunitario/a/ Terapeutas Tradicionales	➢ El agua a utilizar deberá ser de garrafón. ➢ Pesar y dosificar la materia prima (plantas medicinales, base de shampoo, miel de abeja jabón neutro etc.) seleccionada ya sea usando gramos o mililitros. Todo esto de acuerdo con la fórmula del remedio herbolario. ➢ Esparcir la planta medicinal o hierbas medicinales, posteriormente con un atomizador con alcohol se rocía la planta, después se deja que se evapore durante 10 a 15 minutos, con la finalidad de proporcionar una mejor inocuidad durante el proceso de elaboración. ➢ Todo envasé primario que se use deberá ser desinfectado con alcohol, usando un atomizador y rociándolo perfectamente, dejando que se evapore la impregnación de alcohol. Seguir el manual del proceso de elaboración de remedios herbolarios (Formulario).	fabricación de remedios herbolarios. Proceso de elaboración (formulario).
7		Envasar y etiquetar los remedios herbolarios para su identificación.	Manual de buenas prácticas de fabricación de remedios herbolarios. Proceso de elaboración (formulario).
8		Coloca los remedios herbolarios en el área de farmacia.	

9		Recoge, lava y limpia el área y los utensilios utilizados.	
10	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Registra en la bitácora de elaboración de remedios herbolarios los productos elaborados.	Bitácora de elaboración de remedios herbolarios.
11	Coordinador/a de Módulo de Medicina Tradicional	Registra, valida y reporta de manera mensual los siguiente formatos: ➢ Valida el formato de control de remedios herbolarios. ➢ Valida el formato de bajas de plantas medicinales-materia prima- frascos y envases. ➢ Registra en el Apoyo económico como elaboración de productos herbolarios a los/las Terapeutas Tradicionales que participaron.	Formato de control de remedios herbolarios. Formato de bajas de plantas medicinales-materia prima-frascos y envases. Apoyo económico de terapeutas.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE REMEDIOS HERBOLARIOS.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE REMEDIOS HERBOLARIOS



7.11.18. PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO Y REHABILITACIÓN DE JARDINES BOTÁNICOS, INVERNADEROS Y PARCELAS DEMOSTRATIVAS DE PLANTAS MEDICINALES DE LA REGIÓN.

Tiempo Promedio: 365 días		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Mignen Jetté Huerta Martínez **Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud** **MJHM (DAPS)** **Octubre 2018**	**Erika Berenice Davis Martínez** **Subdirectora de Atención Primaria a la Salud Y prospera** **EBDM(SAPSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mehpin Ramírez** **Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar con las autoridades institucionales, municipales, estatales y otras dependencias de gobierno la adquisición de un espacio, para el desarrollo o rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos y parcelas demostrativas de plantas medicinales, con la finalidad de conservar, reproducir, educar y difundir el conocimiento de las plantas medicinales de la región

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural Pesca y Alimentación. Subsecretaria de Desarrollo Rural. Invernaderos rústicos. Vigente.
2. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Vigente.

Políticas de Operación:

1. Los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional adscritos a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, deberán realizar y enviar al Programa Estatal de Medicina Tradicional el Plan de Trabajo del Módulo para su revisión y autorización, mismo que incluye el rubro de desarrollo o rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos o parcelas demostrativas.
2. El Programa Estatal de Medicina Tradicional revisara, analizara y autorizara el Plan de Trabajo que contemple el desarrollo o rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos o parcelas demostrativas.
3. Los/las Coordinadores/as de los Módulos de Medicina Tradicional gestionaran con las autoridades institucionales, municipales, estatales y otras dependencias de gobierno, un espacio para el desarrollo o rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos o parcelas demostrativas.

Responsables

Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

Coordinador/a.
Traductor/a o Enlace Comunitario/a.
Estadígrafo
Terapeuta tradicional.

Recursos	Plan de trabajo, Solicitud, Roll de Faenas, Apoyo económico terapeutas.
Glosario	PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional. Invernadero: Es una instalación dentro de la cual se suministran de manera racional todos los factores que intervienen en el desarrollo de las plantas (luz, agua, temperatura y nutrimentos), proporcionando buenas condiciones para el logro de resultados económicos favorables. Jardín Botánico: Tienen colecciones de plantas con algún propósito y otras características que incrementan el valor de éstas como colecciones científicas. Las plantas usualmente son de origen silvestre regional, nacional o de otras partes del mundo, a veces también pueden ser cultivadas. Estos jardines tienen una misión u objetivo, dentro del cual se cuentan 4 puntos claves: Investigación científica, conservación, educación y difusión (Thompson, 1972). Parcela demostrativa: Son áreas de cultivos que se establecen para observar el funcionamiento de nuevas prácticas de producción y sus resultados.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO Y REHABILITACIÓN DE JARDINES BOTÁNICOS, INVERNADEROS Y PARCELAS DEMOSTRATIVAS DE PLANTAS MEDICINALES DE LA REGIÓN.

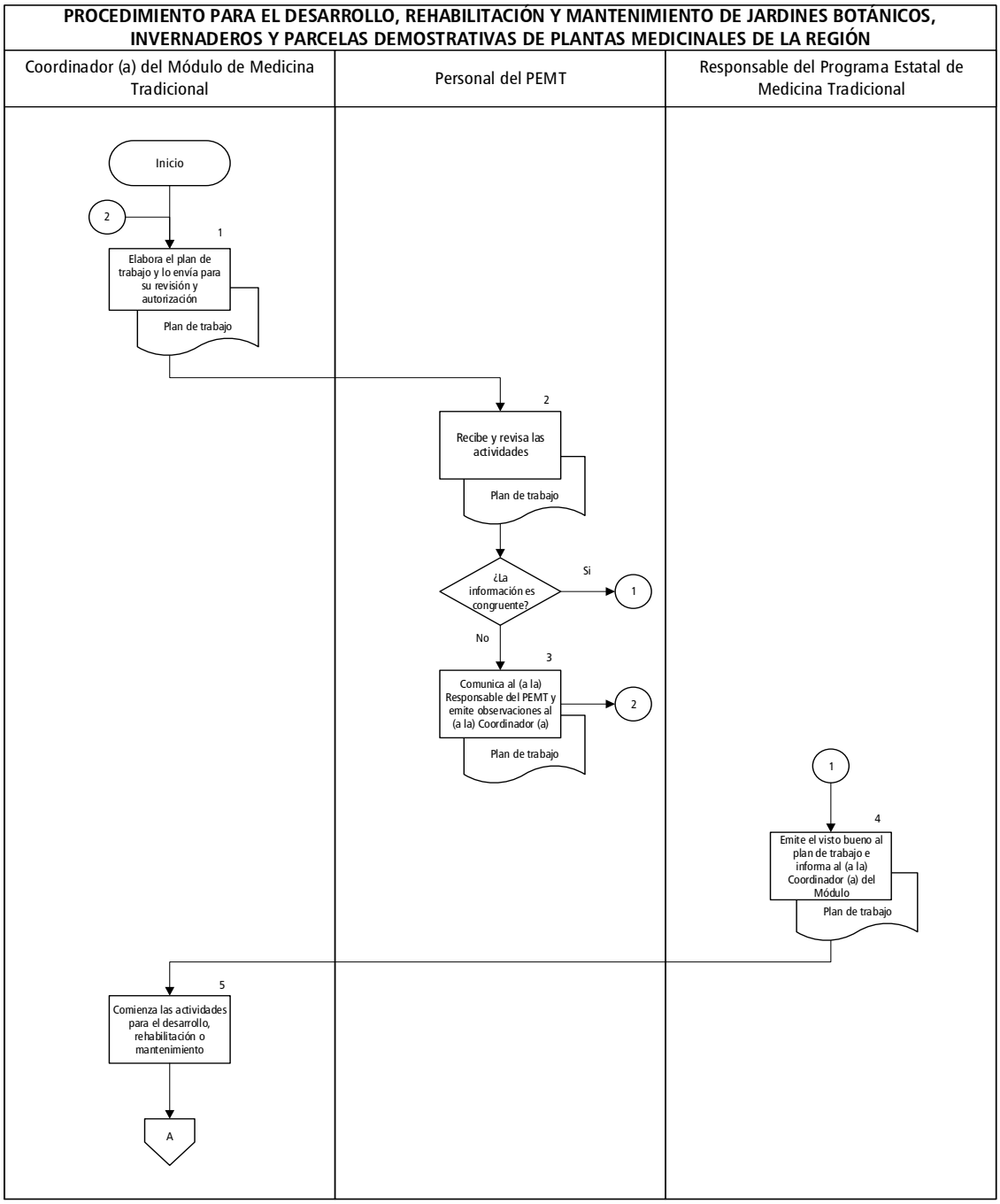
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Incluye en el plan de trabajo, las actividades para el desarrollo o rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos y/o parcelas demostrativas de plantas medicinales de la región y envía al PEMT para su	Plan de trabajo.

		revisión y autorización.	
2	Personal del PEMT	Recibe y revisa las actividades para el desarrollo o rehabilitación de jardines botánicos, invernaderos y/o parcelas demostrativas de plantas medicinales de la región incluidas en el plan de trabajo. ¿La información es congruente? Si: Continúa con la actividad No. 3. No: Avanza a la actividad No 4.	Plan de trabajo.
3		Informa al Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional que la información no es congruente y emite las observaciones al (a la) Coordinador/a del Módulo, para su corrección.	Plan de trabajo.
4	Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional	Emite el Visto Bueno al Plan de Trabajo, e informa al/a la Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional.	Plan de trabajo.
5	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Comienza las actividades para el desarrollo, rehabilitación y mantenimiento de ljardín botánico, invernadero y/o parcela demostrativa de plantas medicinales de la región. ¿Tipo de actividad? Desarrollo o Rehabilitación: Continúa en la actividad No. 6. Mantenimiento: Avanza a la actividad No. 12.	Solicitud.
6	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Elabora y entrega la solicitud a las autoridades institucionales, o municipales, estatales y otras dependencias de gobierno para el desarrollo o rehabilitación del jardín botánico, invernadero y/o parcela	Solicitud.

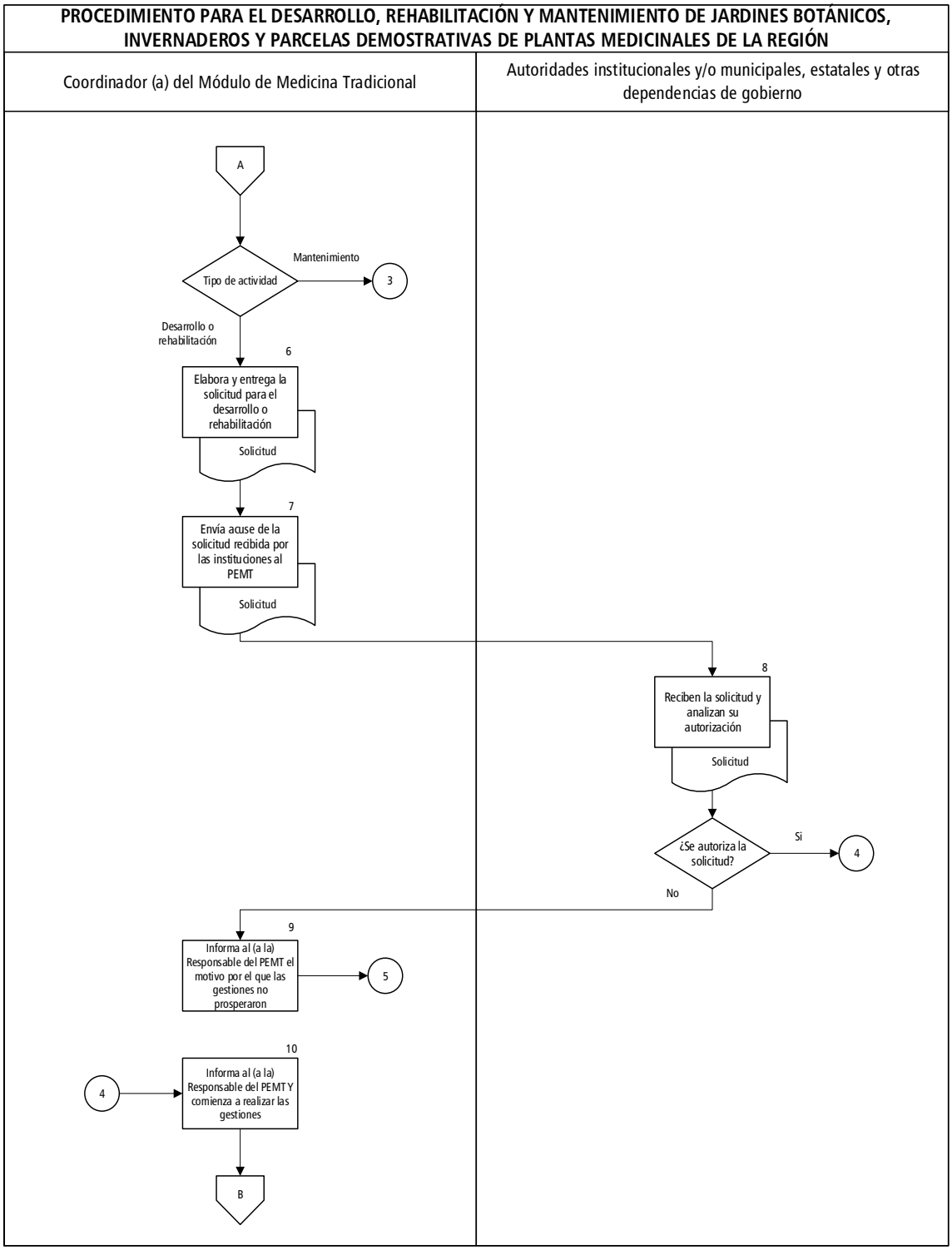
		demostrativa de plantas medicinales de la región.	
7	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Envía acuse de la solicitud recibida por las instituciones, al PEMT.	Solicitud.
8	Autoridades institucionales y/o municipales, estatales y otras dependencias de gobierno	Reciben la solicitud y analizan su autorización. ¿Se autoriza la solicitud? Si: Avanza a la actividad No. 10. No: Continúa en la actividad No. 9.	Solicitud.
9	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Informa al Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional el motivo por el que las gestiones no prosperaron. **Fin del procedimiento.**	
10		Informa al Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional y comienza a realizar las gestiones correspondientes para el desarrollo o rehabilitación del jardín botánico, invernadero y/o parcela demostrativa de plantas medicinales de la región.	
11		Realiza el seguimiento necesario e informa al Responsable del Programa Estatal de Medicina Tradicional de los avances. **Fin del procedimiento.**	
12	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Elabora el roll de faenas de los Terapeutas Tradicionales para el mantenimiento del jardín botánico, invernadero y/o parcela demostrativa.	Roll de Faenas.
13	Traductor/a o Enlace Comunitario/a	Informan a los/las Terapeutas Tradicionales sobre las actividades a realizar y las guardias que les corresponden, para el desarrollo o rehabilitación del jardín botánico,	Roll de Faenas.

		invernadero y/o parcela demostrativa.	
14	Terapeuta Tradicional	Acude el día que le corresponde faena en el jardín botánico, invernadero y/o parcela demostrativa.	
15	Coordinador/a del Módulo de Medicina Tradicional	Apoya a los Terapeutas Tradicionales en el mantenimiento del jardín botánico, invernadero y/o parcela demostrativa.	
16		Registra en el apoyo económico como elaboración de productos herbolarios a los/las Terapeutas Tradicionales que participaron en faena en el jardín botánico, invernadero y/o parcela demostrativa.	Apoyo económico terapeutas.
Fin del procedimiento			

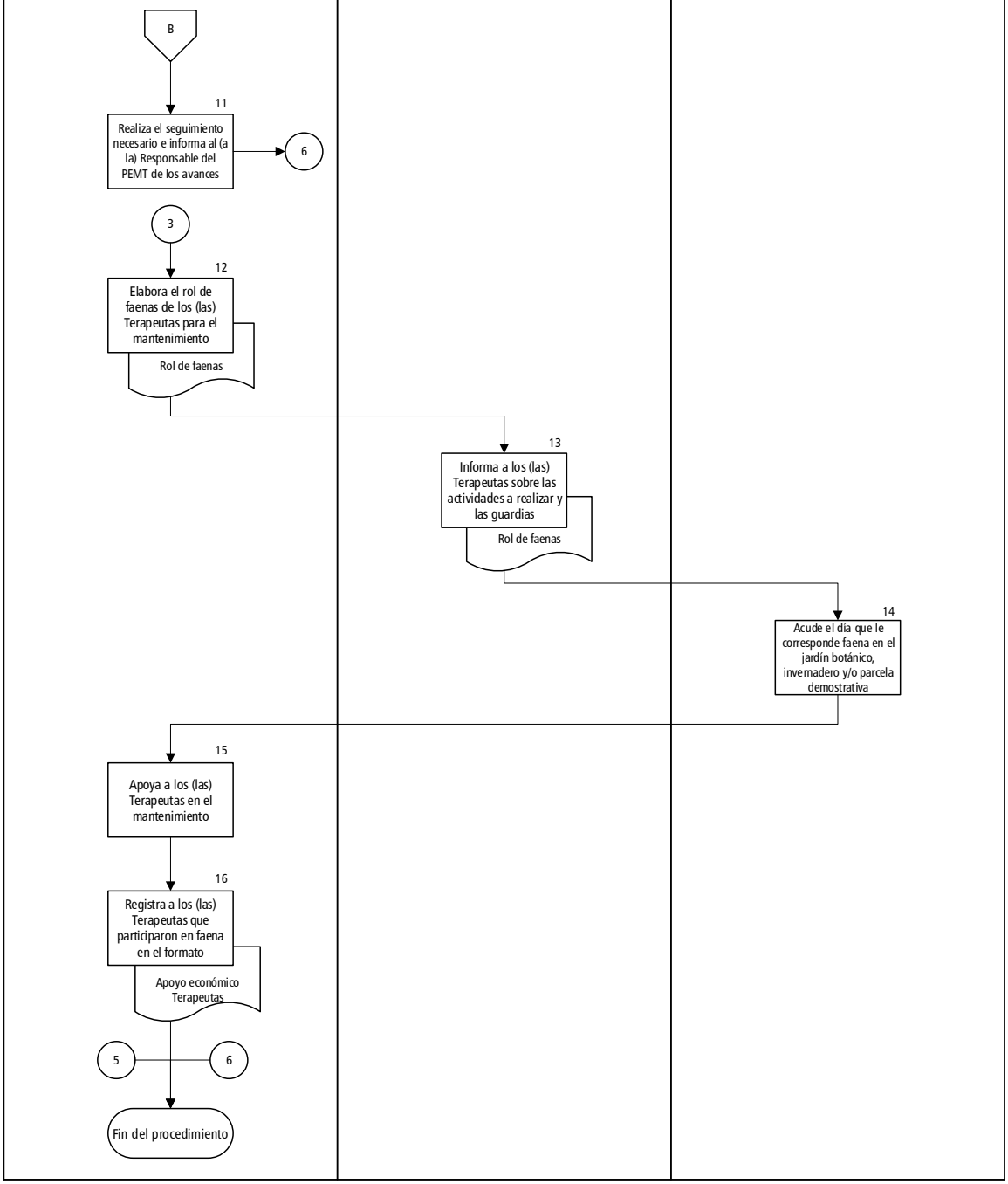
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO Y REHABILITACIÓN DE JARDINES BOTÁNICOS, INVERNADEROS Y PARCELAS DEMOSTRATIVAS DE PLANTAS MEDICINALES DE LA REGIÓN.



PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO, REHABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO DE JARDINES BOTÁNICOS, INVERNADEROS Y PARCELAS DEMOSTRATIVAS DE PLANTAS MEDICINALES DE LA REGIÓN



PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO, REHABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO DE JARDINES BOTÁNICOS, INVERNADEROS Y PARCELAS DEMOSTRATIVAS DE PLANTAS MEDICINALES DE LA REGIÓN



7.11.19. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Tiempo Promedio: 2 dias.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Mignet Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud Y prospera EBDM(SAPSP) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Proporcionar a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio una atención oportuna e intercultural, con calidad y calidez humana, respetando sus usos y costumbres, por parte del personal del Módulo de Medicina Tradicional, de esta manera prevenir mortalidad materna fetal y perinatal

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Vigente.
2. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-052-08. Guía de práctica clínica. Vigente
3. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud. Vigente.
4. Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Vigente.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Vigente.
6. Guía de implantación. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Secretaria de Salud. Vigente.
7. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
8. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La usuaria que solicite atención y servicio en los Módulos de Medicina Tradicional, durante el embarazo, parto y puerperio, deberá de presentar y entregar de los siguientes documentos oficiales:
    a) Acta de nacimiento.
    b) Credencial vigente del INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de que la usuaria no tenga los documentos oficiales por extravió o estén en trámite, deberá presentar constancia de identidad o vecindad de la comunidad, expedida por la autoridad competente.
    c) Copia del carnet perinatal.
2. En caso de que la usuaria no presente los documentos solicitados, se le dará la atención, con el compromiso de que posteriormente presente copia de los documentos

mencionados en el punto No. 1.

3. La atención a la usuaria durante el embarazo, parto y puerperio debe ser impartida de manera intercultural, y con los estándares de calidad y calidez.
4. En caso de que la usuaria necesite atención fuera del horario establecido de los Módulos estos tendrán que ser otorgados por su Unidad Médica.
5. En la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en el numeral 5 disposiciones generales, apartado 5.1.11 se establece que: "*La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.*

   Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas."
6. La/el partera/o tradicional promoverá que las mujeres embarazadas reciban como mínimo cinco atenciones en el Módulo de Medicina Tradicional y cinco consultas prenatales en la unidad médica, iniciando preferentemente en las primeras semanas de gestación.
   Con respecto a este punto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en el numeral 5, apartado 5.2.1.15, se establece lo siguiente "*Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:*

   1a consulta: entre las 6 - 8 semanas;

   2a consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3a consulta: entre 16 - 18 semanas;
4a consulta: 22 semanas;
5a consulta: 28 semanas;
6a consulta: 32 semanas;
7a consulta: 36 semanas; y
8a consulta: entre 38 – 41 semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia."

7. Toda mujer embarazada de primera vez en el Módulo de Medicina Tradicional, deberá ser referida a la unidad médica para su control prenatal.
8. El personal del Módulo de Medicina Tradicional y de la unidad médica, deberá de respetar las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre y cuando no haya riesgo de morbilidad y mortalidad para el binomio madre e hijo/a.

   En la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en el numeral 5 disposiciones generales, apartado 5.5.5 se establece que: 5.5.5 que "*Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.*"

   En el mismo numeral, apartado 5.1.12 se establece que: "*Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en*

forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio."

9. Las mujeres embarazadas deberán de seguir las indicaciones que la/el partera/o tradicional y médico alópata les den con respecto a los cuidados de su salud, para identificar los signos y síntomas de alarma y buscar la atención oportuna.
10. Los partos atendidos fuera del Módulo de Medicina Tradicional, no serán registrados en el SEMETRA como productividad, ni se les contara para el apoyo económico de terapeutas.
11. En caso de que una partera atienda fuera del módulo de medicina tradicional, deberá de informar al Coordinador/a el estado de salud de la paciente y del/la recién nacido; así mismo deberá de presentar en la unidad médica más cercana donde atendió el parto, el formato de notificación de parto para que le extiendan el certificado de nacimiento.
12. La/el partera/o deberá de informar inmediatamente al/la Traductor/a o Enlace Comunitario/a y Coordinador/a del Módulo si detecta que una mujer embarazada tiene alguno de los signos y síntomas de alarma, con la finalidad de referirla oportunamente a la unidad médica y prevenir mortalidad materna fetal.

    Con respecto a este punto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en el numeral 5 disposiciones generales, apartado 5.1.12 se establece que: "*Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio."*
13. La/el partera/o tradicional y el/la Traductor/a o Enlace

	Comunitario/a informaran a la madre, la importancia de acudir a atención, después del parto (puerperio), para dar seguimiento a su evolución y del recién nacido; así mismo le notificaran y registraran el día y la hora que debe acudir para su revisión. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en el numeral 5 disposiciones generales, apartado 5.6.1.8establece que: "*Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos*." Así como en el apartado 5.6.2.1, se establece que "*Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio*."
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Coordinador/a. Traductor/a o Enlace Comunitario/a. Estadígrafo/a Parteras/os Tradicionales.
Recursos	Hoja de referencia, Expedientes, Reporte del SEMETRA.
Glosario	PEMT: Programa Estatal de Medicina Tradicional. Unidad médica: Establecimiento público, social o privado cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a pacientes, sea que se internen o no para fines de consulta, diagnósticos, tratamiento y/o rehabilitación. Módulo de Medicina Tradicional: Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (Coordinador/a de módulo, Traductor/a o Enlace Comunitario/a, Estadígrafo/a) y participación voluntaria de terapeutas tradicionales de la localidad. Está destinado a

proporcionar atención y servicios que ofrecen los terapeutas tradicionales, para prevenir y auxiliar en el tratamiento de enfermedades, mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, enmarcada dentro de su práctica y conocimiento en la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres.

Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros/as, sobadores/as, hueseros/as, rezanderos/as, graniceros/as y curanderos/as.

Partera/o: Especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al/la recién nacido/a, como susto, mal de ojo y caída de mollera.

Usuario/a de medicina tradicional: A toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención terapéutica tradicional.

Embarazo: Al periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Embarazo de alto riesgo: Al embarazo con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbimortalidad de la mujer, del feto o del/la recién nacido/a.

Atención prenatal: A la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico.

Atención de primera vez: Atención otorgada a una persona, por terapeutas tradicionales, cuando acude a la primera atención por una enfermedad al Módulo de Medicina Tradicional.
Atención subsecuente: Atención otorgada al/la usuario/a por terapeutas tradicionales, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo, por el que ya se le otorgó una atención en el Módulo de Medicina Tradicional.
Oportunidad de la atención: A la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.
Parto: Al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y de sus anexos. El nacimiento puede ser también por cesárea, e indicación médica u obstétrica.
Parto normal: Nacimiento por vía vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras.
Parto complicado: Nacimiento por vía vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: aplicación de fórceps o maniobras como versión y extracción podálica.
Parto vertical: A la atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en el cual su dorso y canal pelviano se encuentra en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal, correspondiendo a las posiciones de sentada, sentada acuclillada, en cuclillas, hincada y de pie.
Recién nacido/a: Al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
Certificado de nacimiento: Al documento oficial de carácter individual e intransferible que certifica el nacimiento de un recién nacido vivo en el momento mismo de su ocurrencia, proporcionando a la madre el comprobante original de este hecho.
Lactancia materna: A la proporcionada al/la recién nacido/a, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.
Puerperio normal: Al periodo que sigue a la expulsión del

producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
Calidad de la atención: Al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para las pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.
Calidez en la atención: Al trato cordial, positivo y respetuoso del prestador de servicios de salud con las usuarias de los mismos, que toma en cuenta su diversidad cultural, necesidades y expectativas, donde las usuarias son sujetas de la atención.
Referencia-contrarreferencia: Al procedimiento médico-administrativo, terapeutas tradicionales-administrativo, entre establecimientos para la atención médica y/o de medicina tradicional del primer y segundo niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Usuaria	Solicita la atención dentro del Módulo de Medicina Tradicional y presenta los documentos solicitados en el punto 1 de las políticas de operación de este procedimiento.	Documentos personales.
2	Enlace Comunitario/a	Identifica el tipo de atención solicitada.	

		¿Atención solicitada? Atención del embarazo: Continúa en la actividad No. 3. Atención del parto: Avanza a la actividad No. 11. Nota 1: Para la atención del parto se debe de contar un control prenatal en el Módulo, de conformidad con la norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en caso de que no cuente con uno será referida a la Unidad Médica. Nota 2: En caso de que la usuaria presente síntomas y signos de alarma visibles o que informe la usuaria será referida a la Unidad Médica.	
3		La usaría cuenta con un control prenatal. ¿Cuenta con control prenatal? Con control Prenatal: Avanza a la actividad No 5. Sin control prenatal: Continúa en la actividad No. 4.	
4		Notifica a la Usuaria que posterior a la atención deberá ser referida a la Unidad médica más cercana, en cumplimiento con la norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para	

		la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	
5	Partera (o) tradicional	Recibe, atiende y valora a la usuaria con base en su conocimiento, experiencia conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. ¿Se identifica signos y síntomas de alarma y/o un embarazo de alto riesgo? Si: Continua a la actividad No. 6. No: Avanza en la actividad No. 9.	
6		Informa al/a la Traductor/a de que presenta signos y síntomas de alarma y/o un embarazo de alto riesgo.	
7	Enlace Comunitario/a	Informa al Coordinador/a del Módulo para que se realice la referencia a la Usuaria, sin control prenatal y/o que tenga signos y síntomas de alarma y/o tenga un embarazo de alto riesgo, para que sea valorada por el médico, en cumplimiento con la norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	
8	Coordinador/a del Módulo.	Realiza la referencia y continúa conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LOS	Hoja de referencia.

		MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. **Fin del procedimiento**	
9	Partera/o tradicional	Informa al traductor el motivo de la atención y el remedio herbolario que le sugirió conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	
10	Enlace Comunitario/a	Informa a usuaria la fecha y la hora que debe acudir para su control prenatal, anotándolo en la libreta de citas en cumplimiento con la norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. **Fin del procedimiento**	
11	Coordinador/a del Módulo.	Realiza la referencia para de la usuaria para su valoración y continua conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	
12	Unidad Médica	Valora a la mujer embarazada. ¿Existe contraindicación médica para que sea atendida en el Módulo? Si: Continua a la actividad No. 13. No: Avanza en la actividad No. 16.	

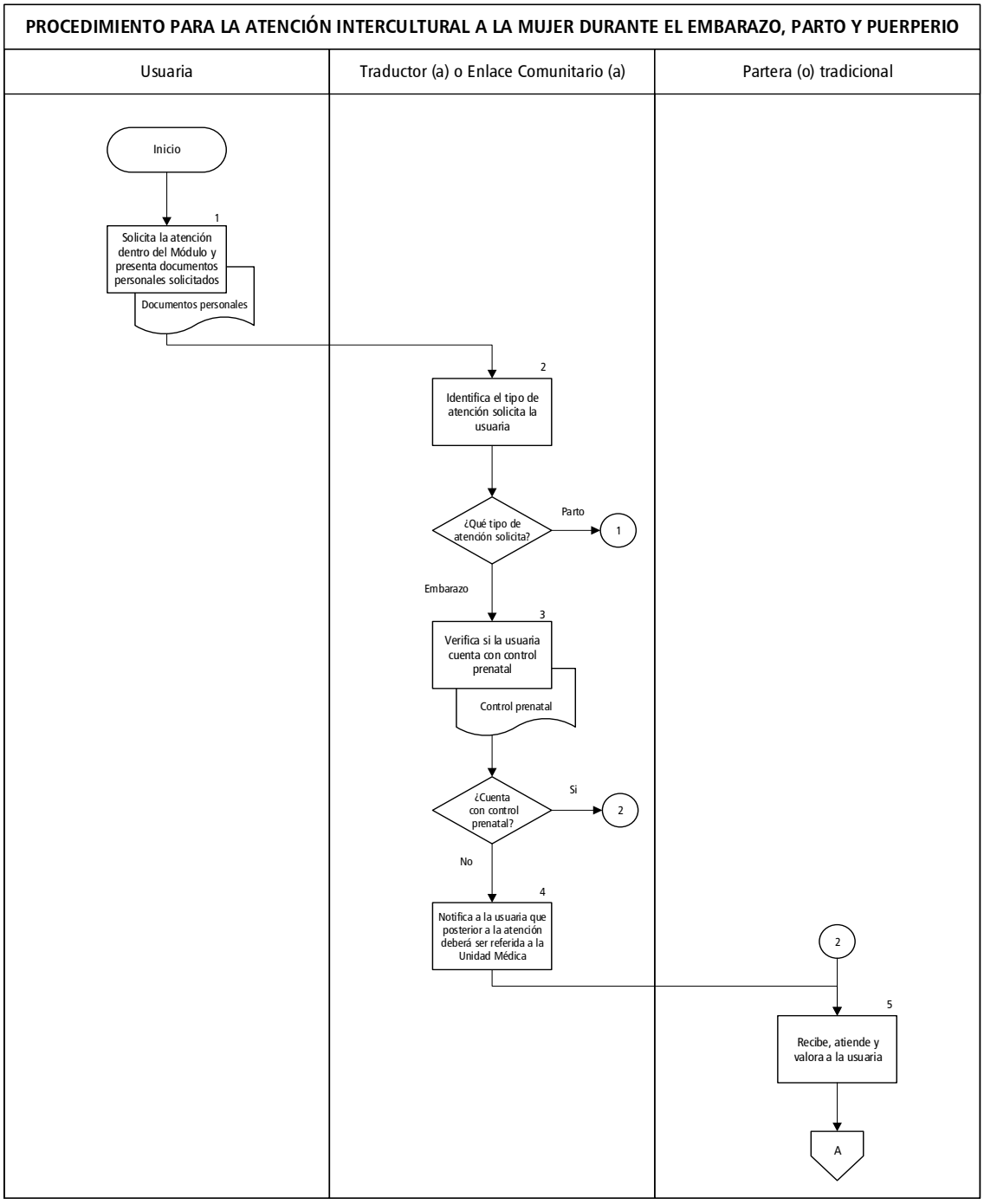
13		Notifica a la usuaria que su parto es de alto riesgo, y que debe de ser atendida en la Unidad Médica.	
14		Informa al/la Coordinador/a del Módulo que es un parto de alto riesgo, y que debe de ser atendida en la Unidad Médica.	
15	Coordinador (a) del Módulo.	Realiza el seguimiento necesario a la usuaria. **Fin del procedimiento**	
16	Unidad Médica	Diagnostica que es un embarazo de bajo riesgo y determina que no hay ninguna contraindicación médica.	
17		Informa al/a la Coordinador/a del Módulo de la autorización de la atención del parto en el Módulo y en la posición más cómoda que la usuaria desee utilizar.	
18	Coordinador/a del Módulo.	Informa al/a la Partera/o que prepare el material para la atención del parto.	
19	Partera/o tradicional	Prepara todo lo necesario para la atención del parto, solicita el apoyo y presencia del Enlace Comunitario/a y el/la Coordinadora del Módulo durante la atención del parto.	
20		Atiende el parto con base en su conocimiento, experiencia, así como la posición en que la usuaria decida (posición sentada, en cuclillas, de pie, hincada) posición vertical. ¿Existen complicaciones durante el	

		parto, post-parto o del recién nacido? Si: Continua a la actividad No. 21. No: Avanza en la actividad No. 23.	
21	Coordinador/a del Módulo.	Realiza la referencia y continúa conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	
22		Realiza el seguimiento necesario a la usuaria y o el/la recién nacido/a. **Fin del procedimiento**	
23	Coordinador/a del Módulo.	Indica a la usuaria y a sus familiares que se quedara en observación unas horas, para ver su evolución y evitar complicaciones en ella y el/la recién nacido/a.	
24	Partera/o tradicional	Orienta a la madre sobre los cuidados del recién nacido y lactancia materna exclusiva.	
25		Recoge todo el material que utilizo durante el parto.	
26	Personal de limpieza.	Limpia el área de parto.	
27	Coordinador/a del Módulo.	Verifica en conjunto con el/la Enlace Comunitario/a que el área de parto quede limpia y ordenada.	
28	Enlace Comunitario/a	Con ayuda de la/de) Partera/o llena el formato de notificación del parto y entrégala al/a la Coordinador/a del Módulo.	

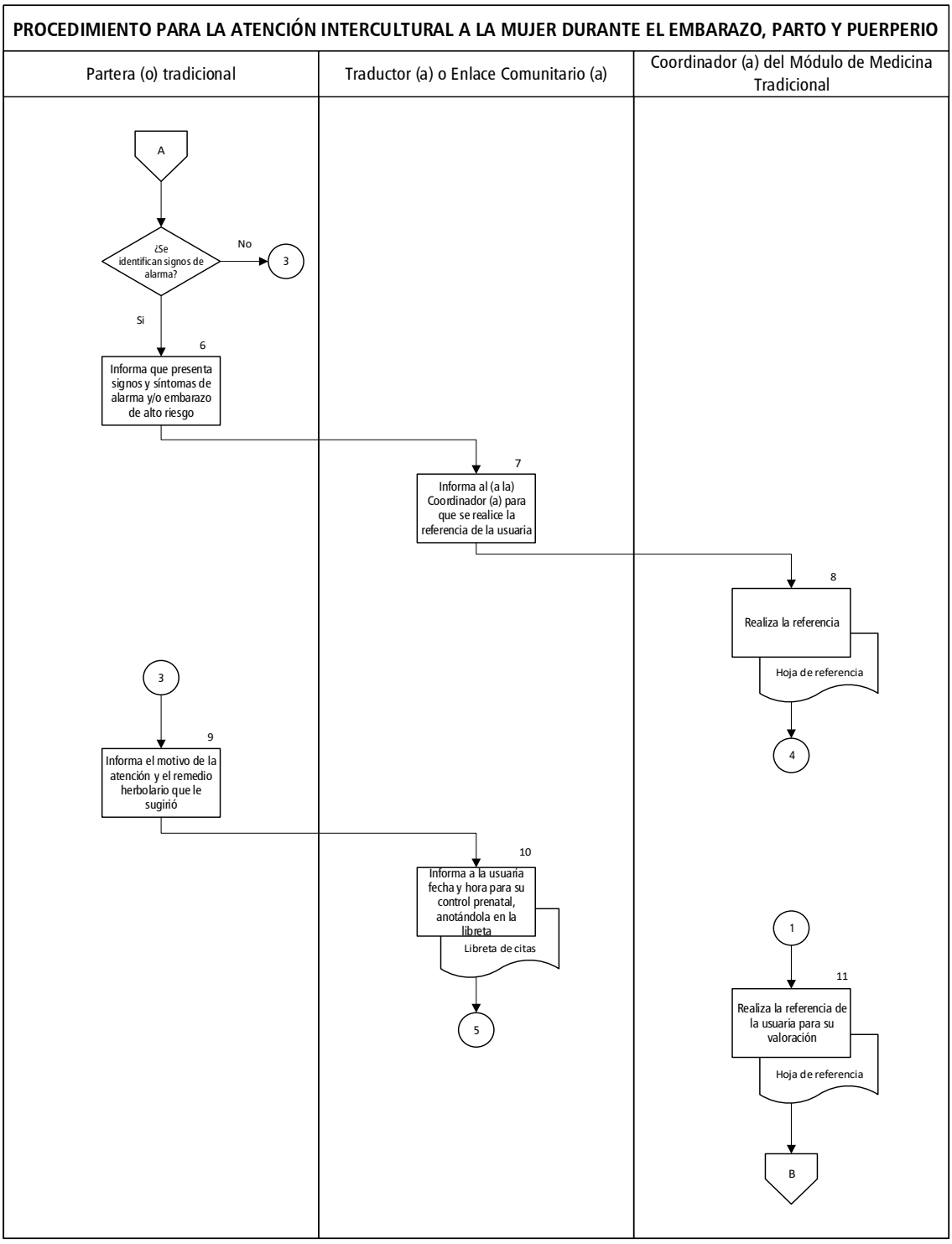
29	Coordinador/a del Módulo.	Presenta a la unidad médica el formato de notificación del parto para que le extiendan el certificado de nacimiento y solicita la valoración de la Unidad Médica para que la madre y el recién nacido ya se puedan ir a su casa.	
30		Elabora el certificado de nacimiento del/de la recién nacido/a y entrégala al Coordinador del Módulo.	
31	Coordinador/a del Módulo.	Entrega a la puérpera el certificado de nacimiento de su hijo/a.	
32	Unidad Médica	Valora a la madre y recién nacido/a. ¿La condición de la madre y recién nacido /a es óptima? Si: Avanza a la actividad No. 35. No: Continua en la actividad No. 33.	
33	Coordinador/a del Módulo.	En caso de que se detecte a la madre un puerperio patológico o al/a la recién nacido/a algún signo de alarma, se referirá a la unidad médica conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	
34		Realiza el seguimiento necesario a la usuaria y o el/la recién nacido/a. **Fin del procedimiento**	
35	Unidad Médica	Da recomendaciones a la madre de los cuidados del recién nacido, signos de	

		alarma, lactancia materna exclusiva, alimentación materna, signos y síntomas de alarma después del parto y cita a la usuaria con el recién nacido al 7mo. día, 15 días y al mes para su revisión, e indica que si tiene alguno de los signos y síntomas de alarma después del parto, debe acudir de inmediato al módulo de medicina tradicional y a la unidad médica para su revisión.	
36		Informa al/a la Coordinador/a que la madre y el recién nacido ya se pueden ir a su casa.	
37	Enlace Comunitario/a	Registra en los documentos internos la información necesaria de la atención del parto, conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	
38		Notifica el día y la hora que debe acudir la usuaria y su hijo (a) para su revisión.	
39	Estadígrafo/a	Registra en el SEMETRA la atención del parto y remite el reporte al/a la Coordinador/a del Módulo mensualmente.	Expedientes. Reporte del SEMETRA.
Fin del procedimiento			

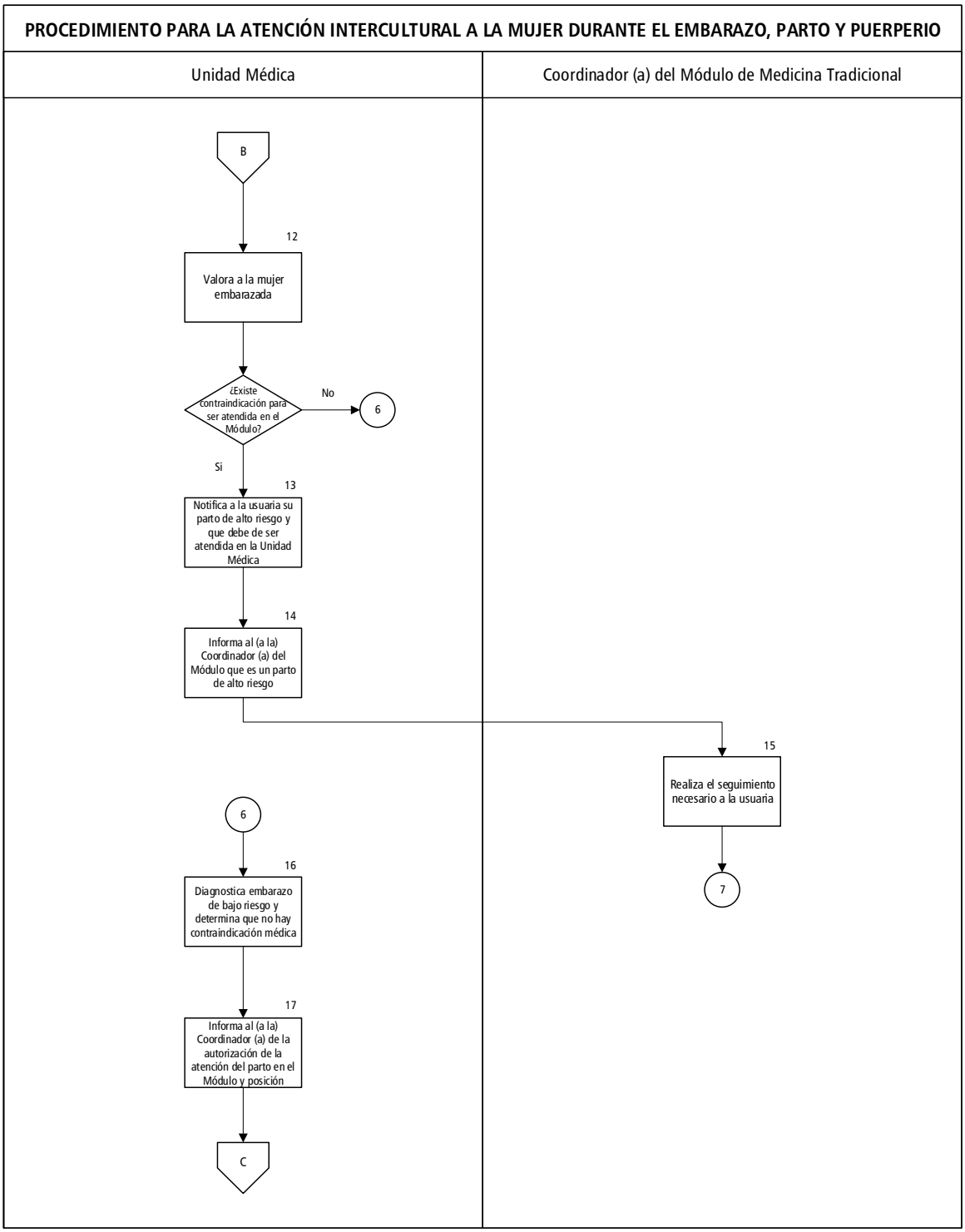
DIAGRAMA DE FLUJO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.



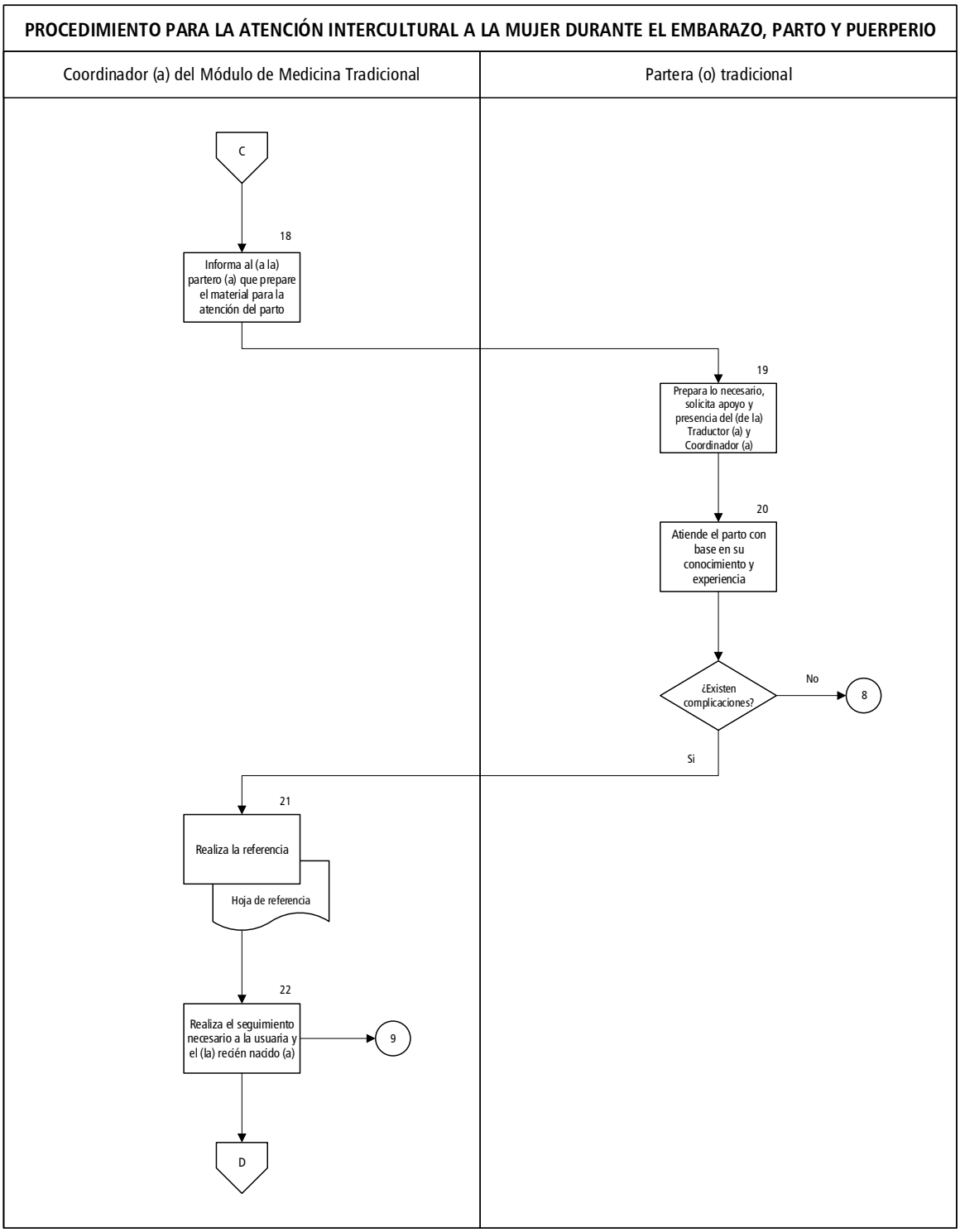
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



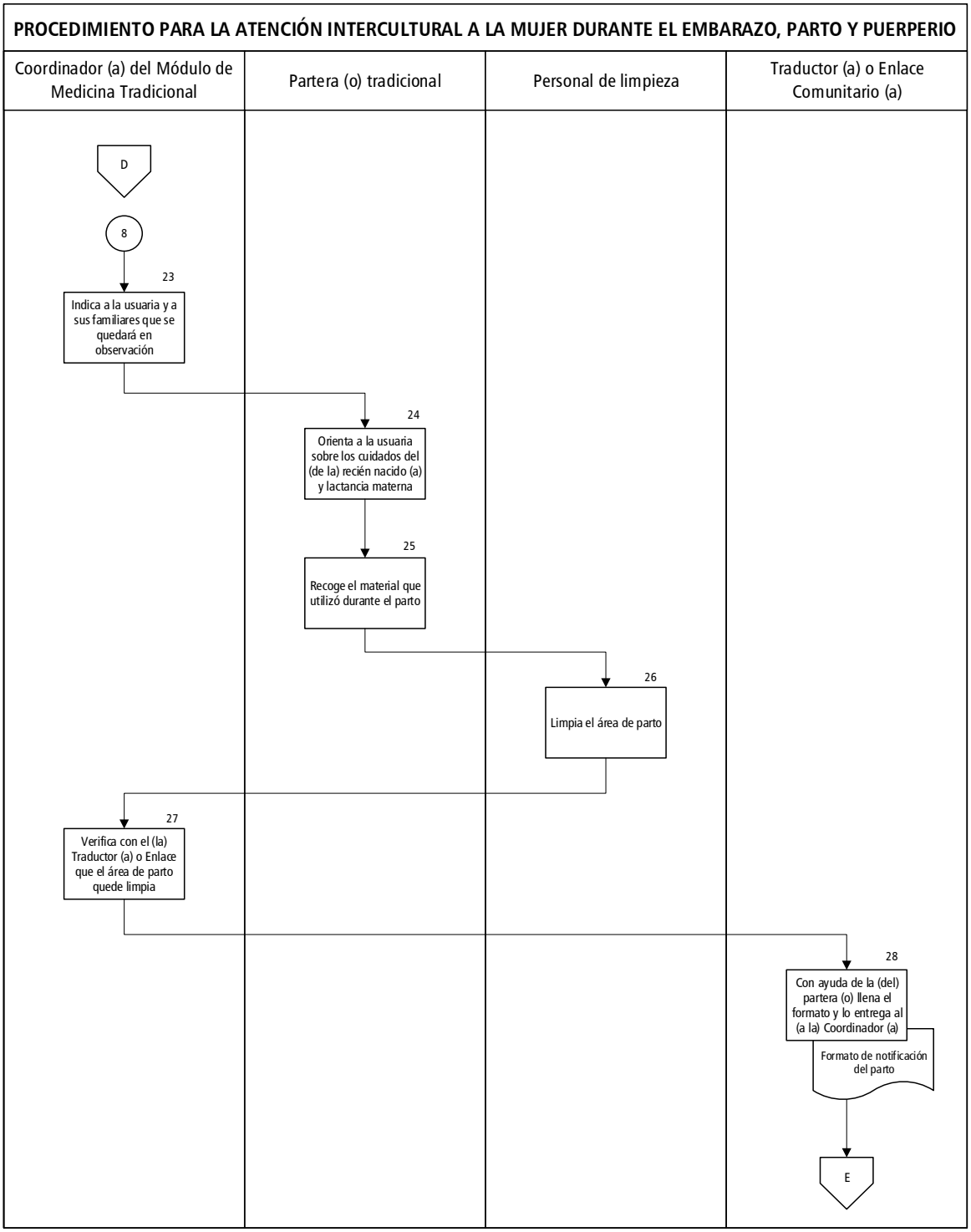
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



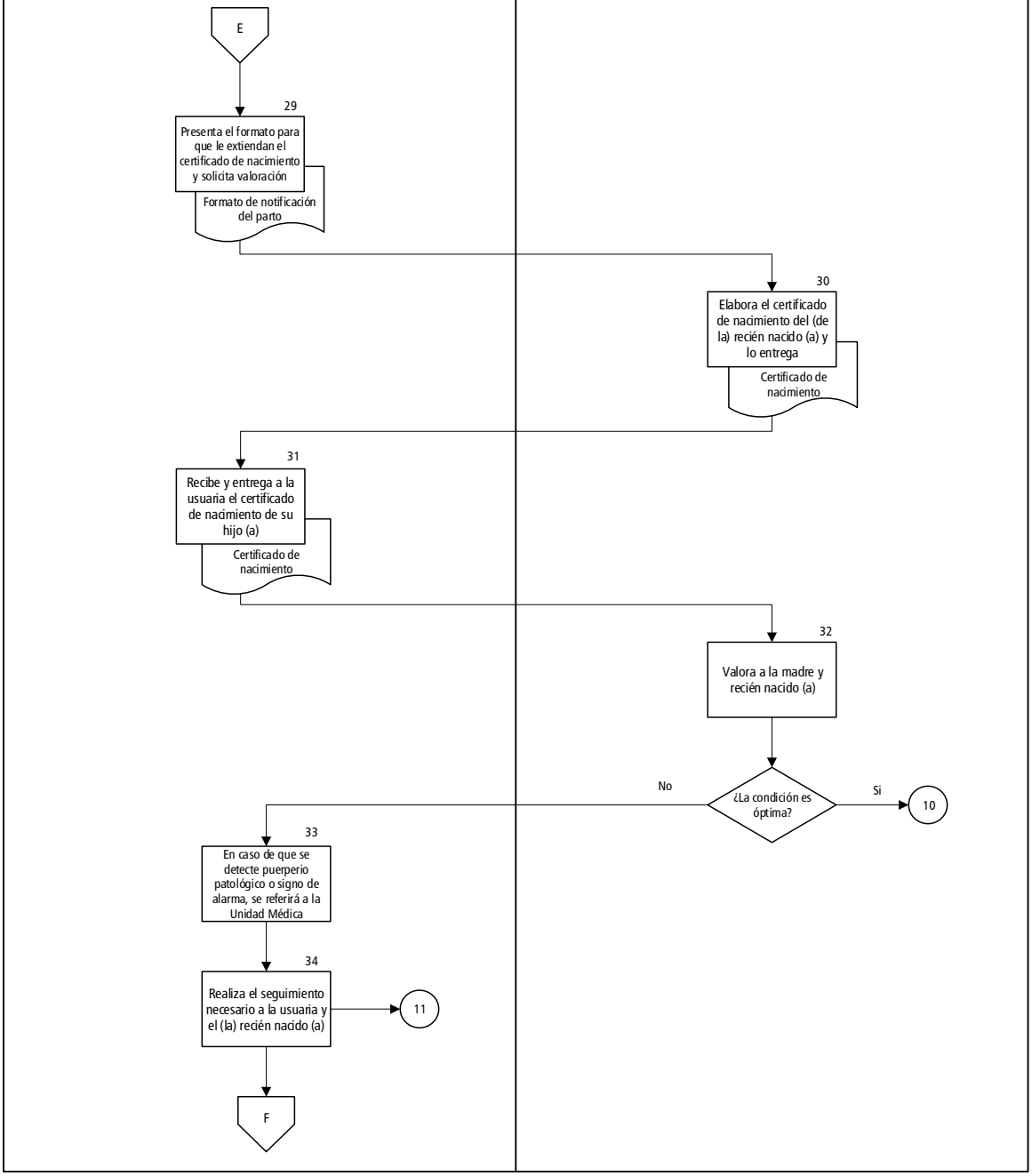
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



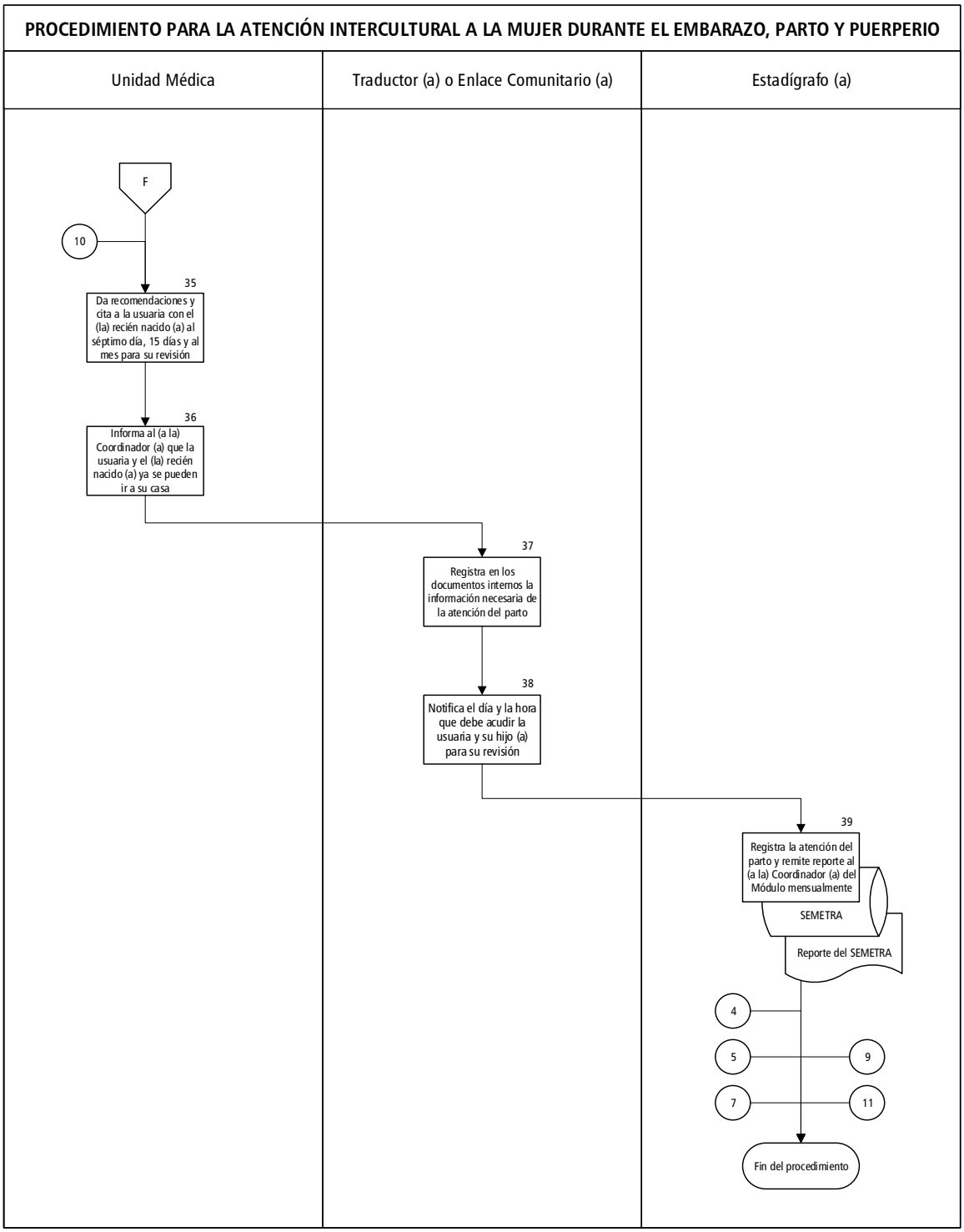
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



7.11.20. PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR

Tiempo Promedio: 8 días		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Migner Jefté Huerta Martínez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud Y prospera EBDM(SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Montiel Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las actividades para otorgar el baño de temazcal o baño de vapor con el propósito de que el/la usuario/a cuente con otras opciones de salud, con fines curativos, preventivos, higiénicos y religiosos de acuerdo a los usos y costumbres de cada región.

Normas:

1. Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana U.N.A.M. (Universidad Nacional Autónoma de México). Vigente.
2. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. Vigente.
3. Guía de implantación intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Vigente.
4. Reglas de Operación del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
5. Lineamientos Generales del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.
6. Reglamento del uso del baño de temazcal y del baño de vapor del Programa Estatal de Medicina Tradicional. Vigente.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. El/la usuaria/o que solicite atención y servicio en los Módulos de Medicina Tradicional, deberá de presentar y entregar de los siguientes documentos oficiales:
    a. Acta de nacimiento.
    b. Credencial vigente del INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de que la usuaria no tenga los documentos oficiales por extravió o estén en trámite, deberá presentar constancia de identidad o vecindad de la comunidad, expedida por la autoridad competente.
2. El usuario que solicite un baño de temazcal o baño de vapor deberá de respetar el reglamento deluso del baño de temazcal y del baño de vapor; así mismo deberá seguir todas las indicaciones del personal del Módulo de Medicina Tradicional y el terapeuta tradicional, para prevenir algún incidente.
3. El/la Coordinador/a del Módulo de medicina Tradicional deberá programar y autorizar los baños de temazcal o baño de vapor, considerando la condición de salud del/de la usuario/a.

	4. Los servicios otorgados en el Módulo de Medicina Tradicional son gratuititos, sin embargo para el baño de temazcal y baño de vapor, el/la usuaria deberá proporcionar la leña para el servicio o en caso contrario deberá de aportar una cantidad de $50.00 pesos ($100.00 en el Módulo de Medicina Tradicional de Tulcingo de Valle) como cuota de recuperación por el concepto de carga de leña. 5. Los/las Usuarios/as que soliciten el servicios de baño de temazcal o baño de vapor deberán firma el formato de consentimiento informado.
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Módulos de Medicina Tradicional y Unidades Médicas adjuntas a los Módulos de Medicina Tradicional.
Recursos	Hoja diaria, Expediente, Libreta de programaciones, Reglamento del baño de temazcal y baño de vapor, Libreta de atenciones, Cuestionario de salud, Hoja de consentimiento informado, Reglamento y Hoja de consentimiento informado, Reglamento y Hoja de consentimiento informado,
Glosario	Baño de temazcal: Baño de vapor de origen prehispánico que se emplea con fines curativos, preventivos, higiénicos y religiosos. Se realiza en una habitación pequeña, previamente calentada, donde se introducen el o los/la o las pacientes y el terapeuta, Reporte del SEMETRA. Baño de vapor: Baños calientes que actúan por medio de aire saturado o sobresaturado con vapor de agua. En este tipo de baños se alcanzan temperaturas de 37.5 a 50°c mediante piedras calentadas al rojo vivo y arrojadas en un recipiente con agua, o bien, calentando un cuarto con una fogata y salpicando con agua las paredes. En estos casos, el terapeuta se encarga de regular tanto la temperatura del baño como el suministro de infusiones medicinales al usuario/a, para complementar la función terapéutica del baño.

Cartas de consentimiento informado: Documentos escritos, signados por el/la Usuario/a o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Curandero/a: Denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación, quedan incluidos aquellos curadores que cumplen la función del médico general; es decir, los que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos. También son llamados así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero/a, culebrero/a, partera/o, levanta sombras, curandero/a de aire, curandero/a de brujería, etcétera, así como los que dominan un método, técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador/a, cantor/a, ensalmador/a, rezandero/a, sobador/a, pulsador/a, ventosero/a, hierbero/a, peyotero/a, rosero/a, pelotillera/o, polvero, etc.

Enfermedad: Malestar o dolencia, por lo regular contagiosa, cuya causalidad es variada, pero en la que destacan dos procesos fundamentales: la sustracción de elementos vitales del individuo y la penetración en el cuerpo del sujeto de sustancias comunes a su entorno. Dichos procesos pueden ser motivados por: a) las deidades propias de las cosmovisiones de las diversas etnias del país; b) seres humanos con poderes extraordinarios; c) elementos de la naturaleza carentes de voluntad y d) una combinación de estas tres categorías. Las manifestaciones más patentes de una enfermedad son el dolor y/o el desgano.

Huesero: Especialista de la medicina tradicional que domina las técnicas encaminadas al tratamiento de diversos trastornos del sistema músculo-esquelético. Aunque generalmente la función de los hueseros/asestá enfocada a la atención de fracturas (quebraduras), luxaciones (zafaduras, torceduras) y otros trastornos del

sistema músculo-esquelético (tales como dolores musculares, golpes, hinchazones, calambres, tendones encogidos, órganos desplazados, hernias o relajadas, etc.), existen particularidades regionales en cuanto a la gama de padecimientos que atienden.

Medicina Tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.

Módulo de Medicina Tradicional: Espacio físico proporcionado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cuenta con los recursos materiales y humanos (coordinador/a de modulo, traductores/as, estadígrafo/a) y participación voluntaria de Terapeutas Tradicionales de la localidad. Está destinado a proporcionar atención y servicios que ofrecen los Terapeutas Tradicionales, para prevenir y auxiliar en el tratamiento de enfermedades, mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, enmarcada dentro de su práctica y conocimiento en la cosmovisión de la población indígena, respetando sus usos y costumbres.

Partera: Especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al recién nacido, como susto, mal de ojo y caída de mollera.

Terapeutas Tradicionales: Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros, sobadores, hueseros,

rezanderos, graniceros y curanderos/as.
Usuario de medicina tradicional: A toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención terapéutica tradicional.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE VAPOR.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Usuario	Solicita el servicio y presenta los documentos solicitados en el numeral 1 de las políticas de operación del presente procedimiento.	Documentos personales.
2	Enlace Comunitario/a	Recibe y canaliza al paciente, y registra conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	Hoja diaria de atenciones y Expediente.
3	Terapeuta tradicional	Brinda la atención conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL, y determina si es una alternativa para su tratamiento el baño de temazcal o baño de vapor	
4		Notifica al paciente que es recomendable el baño de temazcal o vapor: ¿El paciente acepta? Si: Avanza a la actividad No. 6 No: Continua en la actividad No. 5.	
5		Brinda otras alternativas para su tratamiento y sigueel PROCEDIMIENTO PARA LA	

		ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL **Fin del procedimiento**	
6		Informa al Enlace Comunitario y al/a la Coordinador/a del Módulo que se aplique al/a la usuario/a una entrevista para conocer si es viable la aplicación del baño de temazcal o de vapor.	
7	Enlace Comunitario/a	Realiza la entrevista en conjunto con el Coordinador/a del Módulo.	
8	Coordinador/a del Módulo	Evalúa en conjunto con el terapeuta y conforme a la dada por el usuario/a y la viabilidad de la aplicación del baño de vapor o temazcal. ¿Es viable la aplicación del baño de temazcal o de vapor? Si: Avanza a la actividad No. 10. No: Continua en la actividad No. 9.	
9		Informa al/a la usuario/a que no es viable la aplicación del baño de temazcal o de vapor y canalízalo con el Terapeuta para que le brinda otras alternativas para su tratamiento y sigue el PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL. **Fin del procedimiento**	
10		Autoriza la programación y realización del baño de temazcal o baño de vapor.	
11	Enlace Comunitario/a	Registra al paciente en la libreta de programaciones para el baño de temazcal o baño de vapor, anotando la fecha y hora.	Libreta de programaciones.

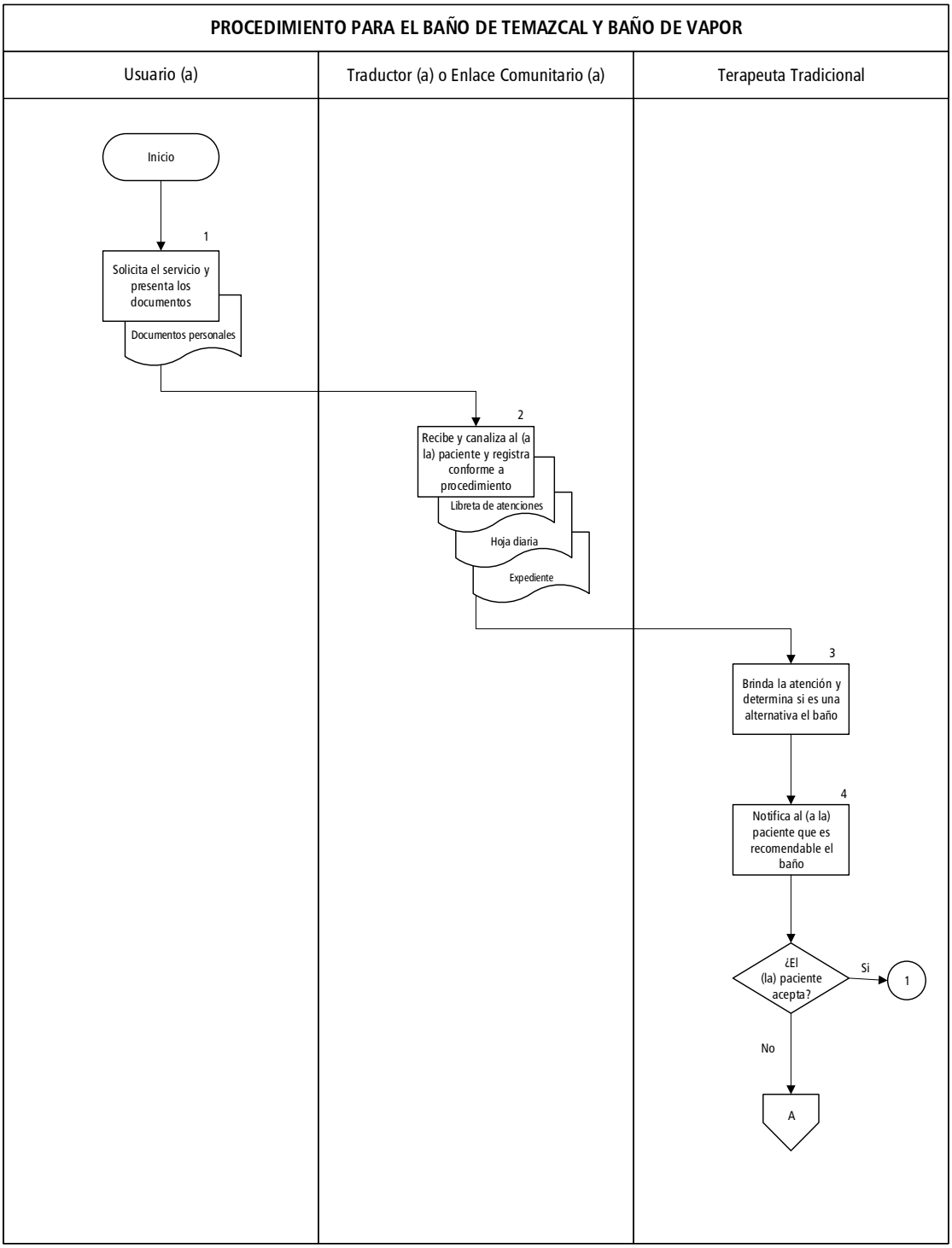
12		Informa al/a la usuario/a la fecha y hora en la que se debe de presentar (especificando que se recomienda llegar con 30 minutos de anticipación de la hora programada) y explica el reglamento del baño de temazcal y baño de vapor, emite las indicaciones generales al usuario sobre los artículos personales que debe de traer.	Reglamento del baño de temazcal y baño de vapor
13	Terapeuta tradicional	Prepara los utensilios a utilizar y calienta el baño de con una hora de anticipación; en el caso del baño de vapor, se prepara con 30 minutos de anticipación.	
14	Enlace Comunitario/a	El/la usuario/a acudió a la cita programada. ¿El usuario se presentó? Si: Avanza a la actividad No. 16. No: Continua en la actividad No. 15	Libreta de programaciones y expediente
15	Enlace Comunitario/a	Notifica al coordinador y terapeuta tradicional que el paciente no acudió a la cita programada, registrándolo en la libreta de programaciones y expediente, anotando la hora y fecha. **Fin del procedimiento**	Libreta de programaciones y expediente
16	Enlace Comunitario/a	Registra en libreta de atenciones los datos del usuario/a y busca el número de expediente.	Libreta de atenciones.
17		Aplica el cuestionario de salud.	Cuestionario de salud
18		Acompaña al/a la usuario/a a la Unidad Médica, para la toma de signos vitales.	Cuestionario de salud

19		Registra el resultado en el cuestionario de salud y en el expediente. Realizando anotaciones o comentarios acerca del resultado.	Cuestionario de salud
20	Coordinador/a del Módulo	Corrobora el estado de salud del paciente. ¿Es viable la aplicación del baño de temazcal o de vapor? Si: Avanza a la actividad No. 22. No: Continua en la actividad No. 21.	
21		Si hay alteraciones en los signos vitales, explica al usuario/a por qué no puede realizarse el baño de temazcal o baño de vapor y recomienda que consulte a un médico para que lo/la valore y posteriormente se puede volver a programar. **Fin del procedimiento**	
22		Con apoyo del traductor, lee el reglamento y la carta de consentimiento informado del baño de temazcal y baño de vapor para que firme de conformidad.	Reglamento y Hoja de consentimiento informado del baño de temazcal y baño de vapor.
23	Usuario/a	Lee y firma la hoja de consentimiento informado.	Hoja de consentimiento informado.
24	Enlace Comunitario/a	Pasa al paciente con el terapeuta tradicional al área de baño de temazcal o baño de vapor. ➢ Asigna un lugar para guardar sus artículos personales y le indica que esperara de 15 a 30 minutos antes de pasar al baño	

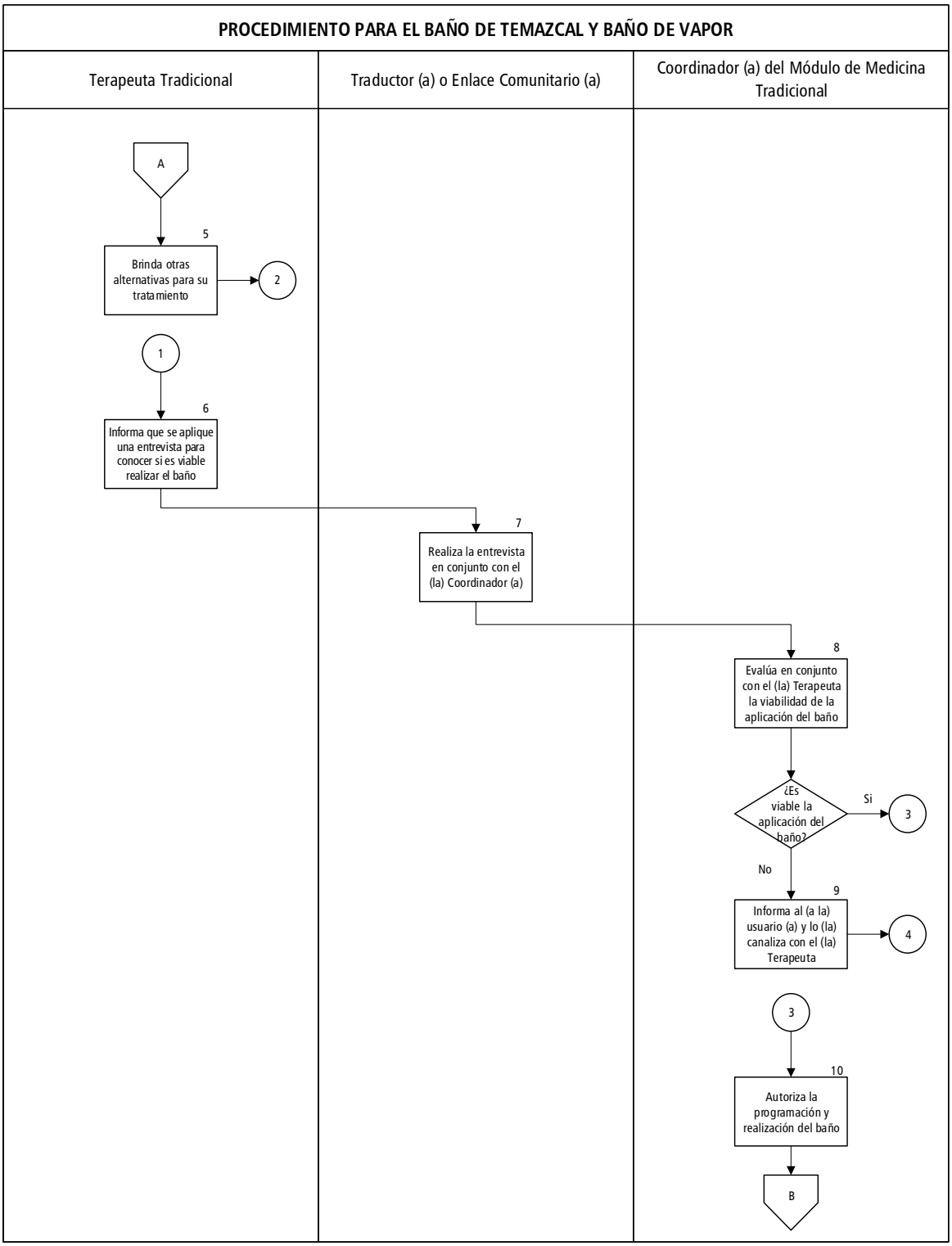
		de temazcal o baño de vapor. ➢ Entrega una bata para que se cubra.	
25	Terapeuta tradicional	Da indicaciones al paciente, indicando lo que las medidas de seguridad y recomendaciones, antes, durante y después del baño de temazcal o baño de vapor.	
26	Usuario/a	Toma al baño de temazcal o baño de vapor.	
27	Terapeuta tradicional	Realiza el baño de temazcal o baño de vapor, cuidando los siguientes aspectos: ➢ El tiempo máximo que el paciente debe estar dentro del baño de temazcal o baño de vapor (20 minutos). ➢ Verifica el estado de Hidratación del usuario/a. ➢ Indica al paciente que debe de salir al área de reposo, totalmente cubierto por cobijas, después de cumplir con el tiempo establecido.	
28		Indica al/a la usuario/a que ➢ Permanezca en el área de reposo para normalizar su temperatura corporal (de 40 minutos a 2 horas). ➢ Hidrata al paciente con infusión (té), vigila su evolución y su estado de salud. ➢ Indica al paciente que se vista y se tape bien, para que se pueda ir a su casa.	
29		Notifica al Enlace Comunitarios y al Coordinador/a del módulo que ya terminó el baño de temazcal o baño	

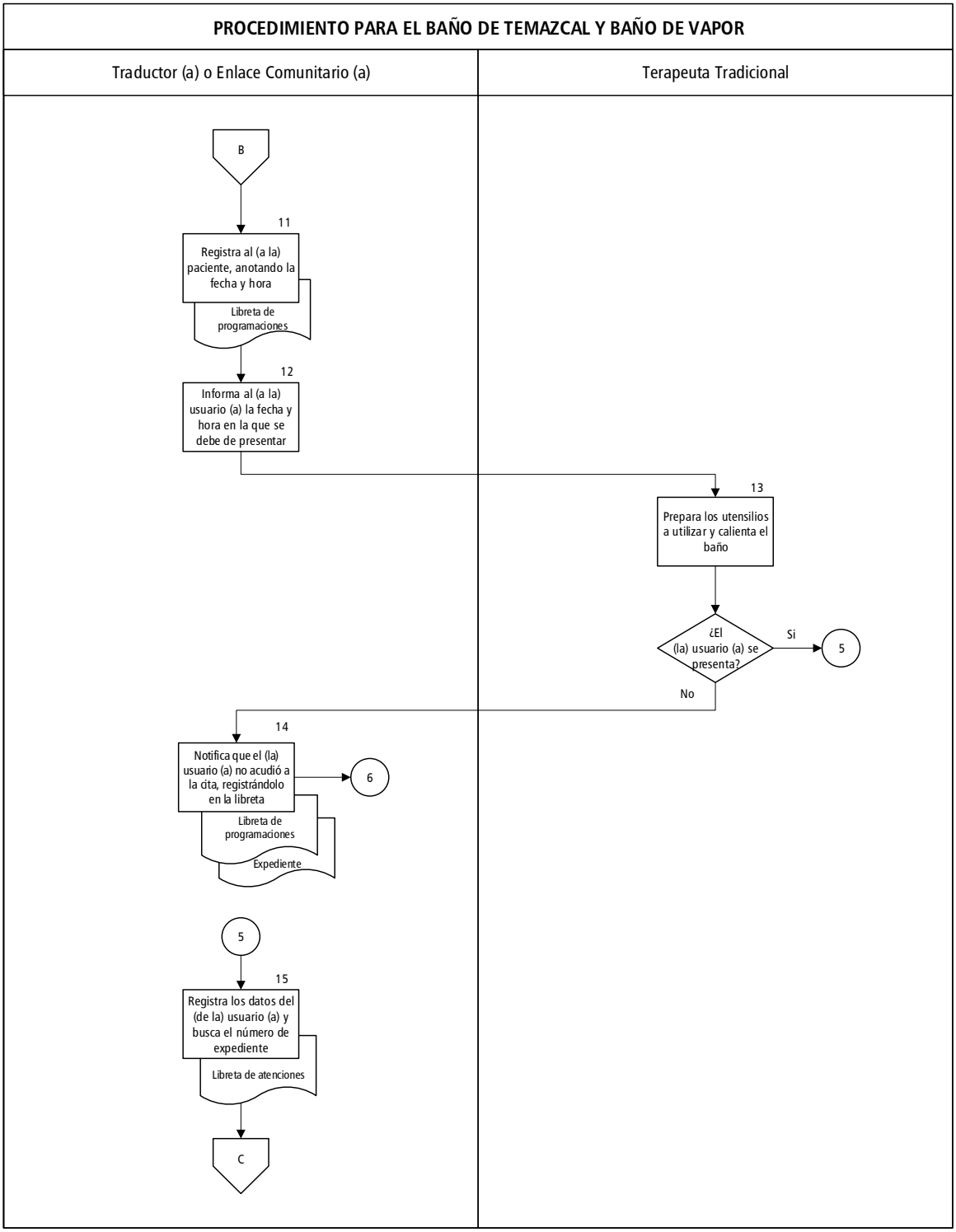
		de vapor.	
30	Coordinador/a del Módulo	Verifica el estado de salud del usuario/a, además de preguntar si se presentó alguna eventualidad durante el baño de temazcal o baño de vapor.	
31	Usuario/a	Después de haberse hidratado y reposado el tiempo necesario (de 40 minutos a 2 horas), se retira a su hogar.	
32	Enlace Comunitario/a	Registra en los documentos internos la información necesaria, conforme al PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LOS MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL.	
33	Terapeuta tradicional	Limpia y deja ordenado el área del baño de temazcal o baño de vapor, área de reposo y utensilios que se utilizaron.	
34	Enlace Comunitario/a	Verifica que las áreas y utensilios del baño de temazcal o baño de vapor, área de reposo queden limpios y ordenados.	
35	Estadígrafo/a	Registra en el SEMETRA la atención y remite el reporte al/a la Coordinador/a del Módulo mensualmente.	Expedientes. Reporte del SEMETRA.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE VAPOR.

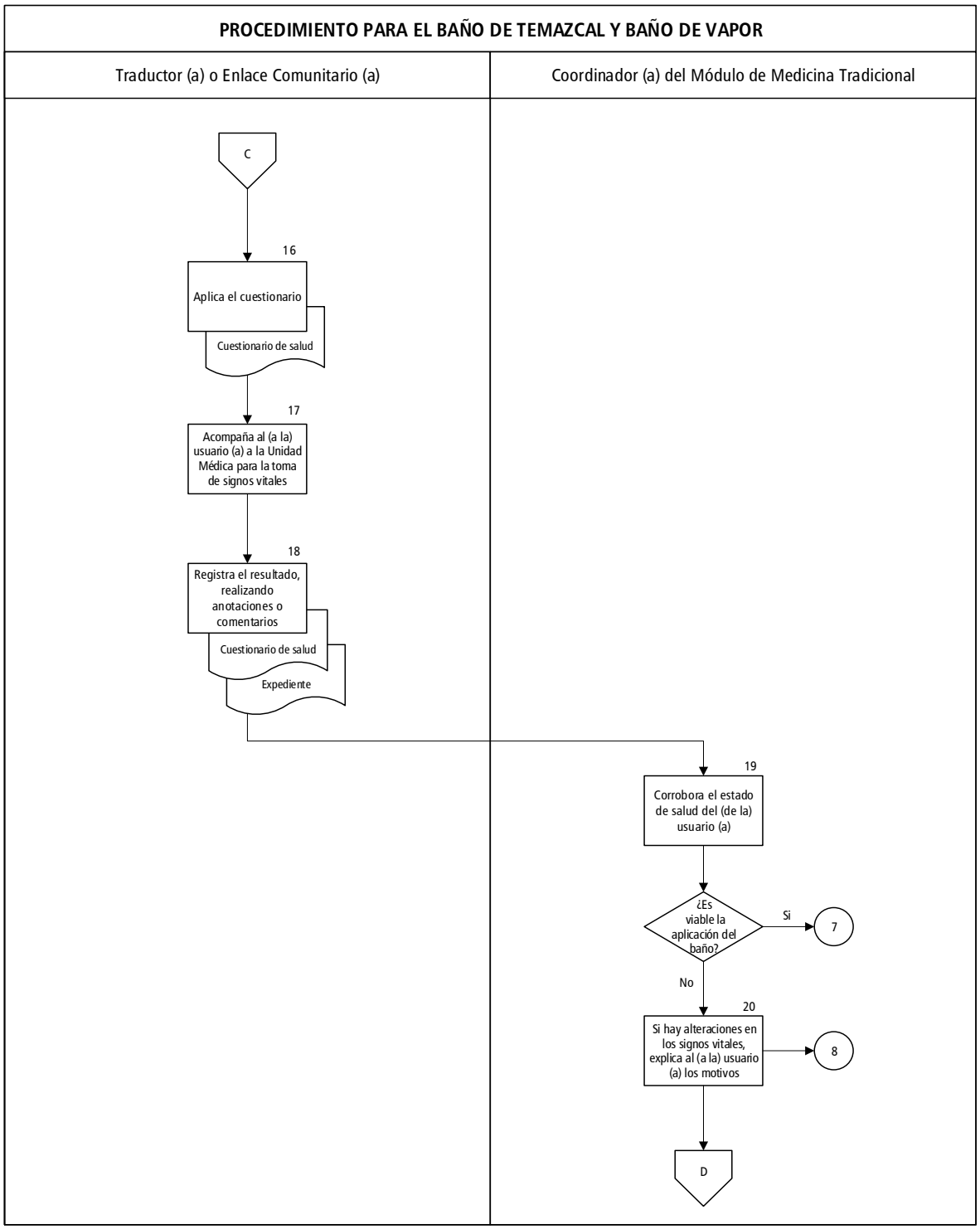


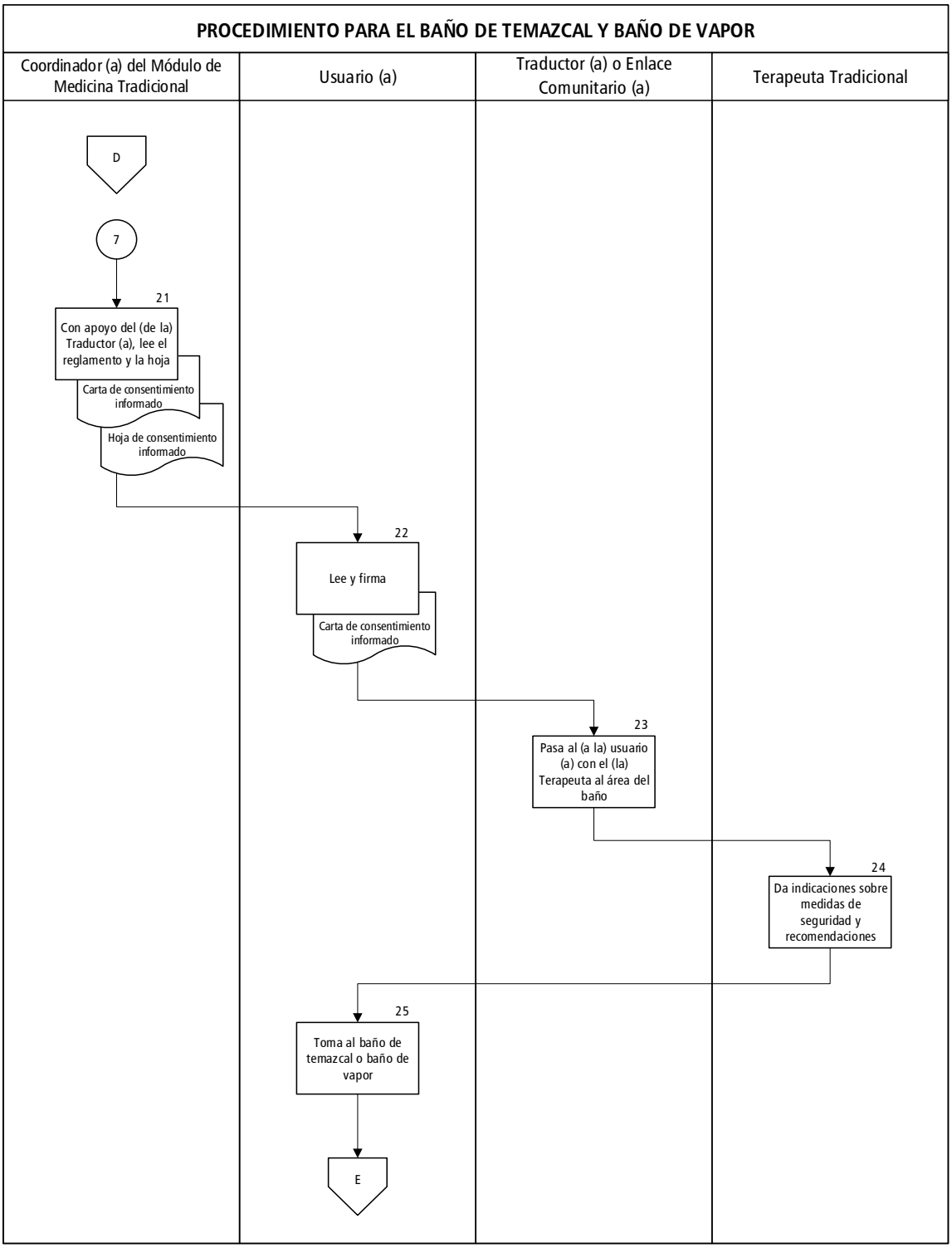
PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR

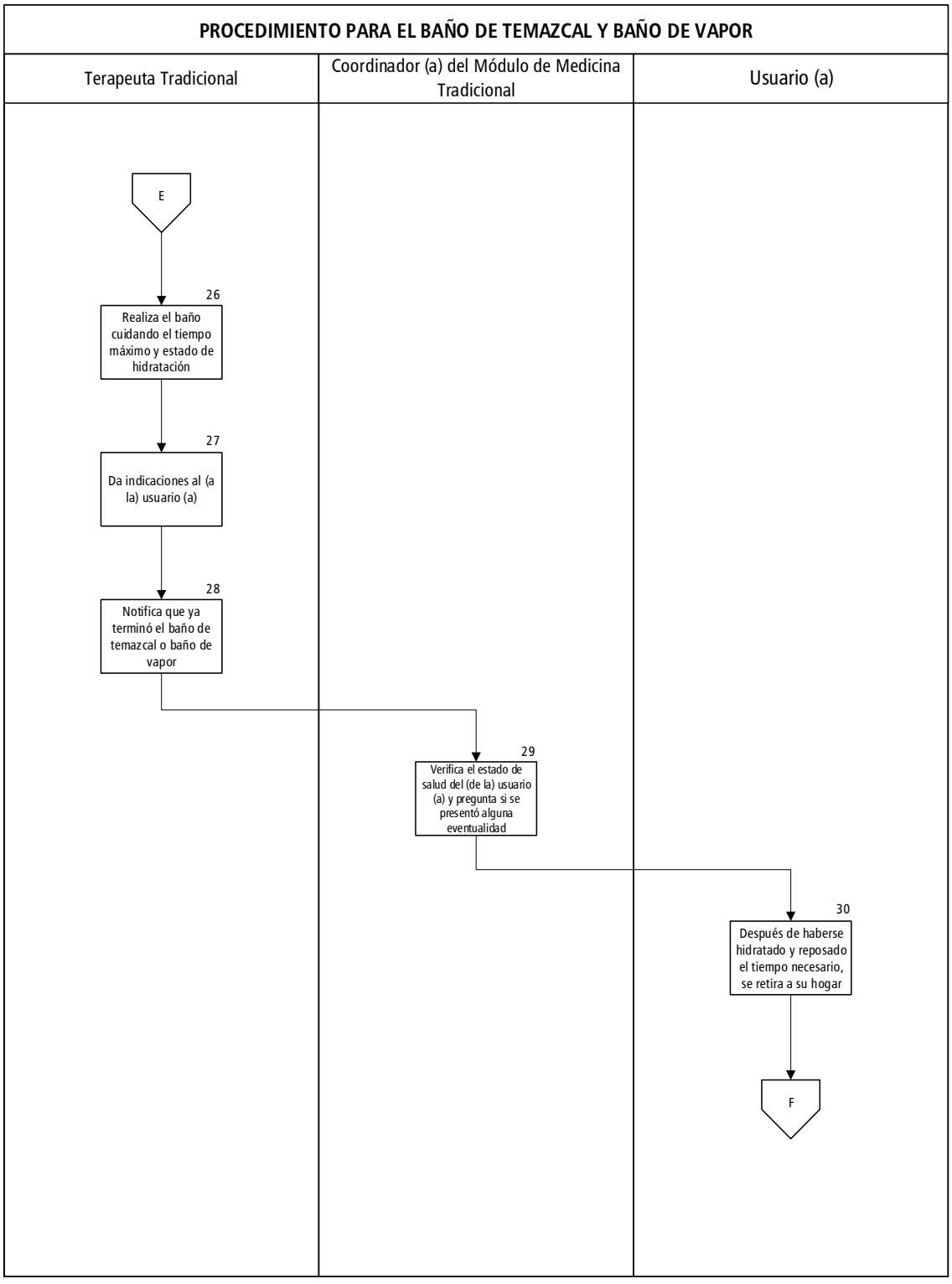


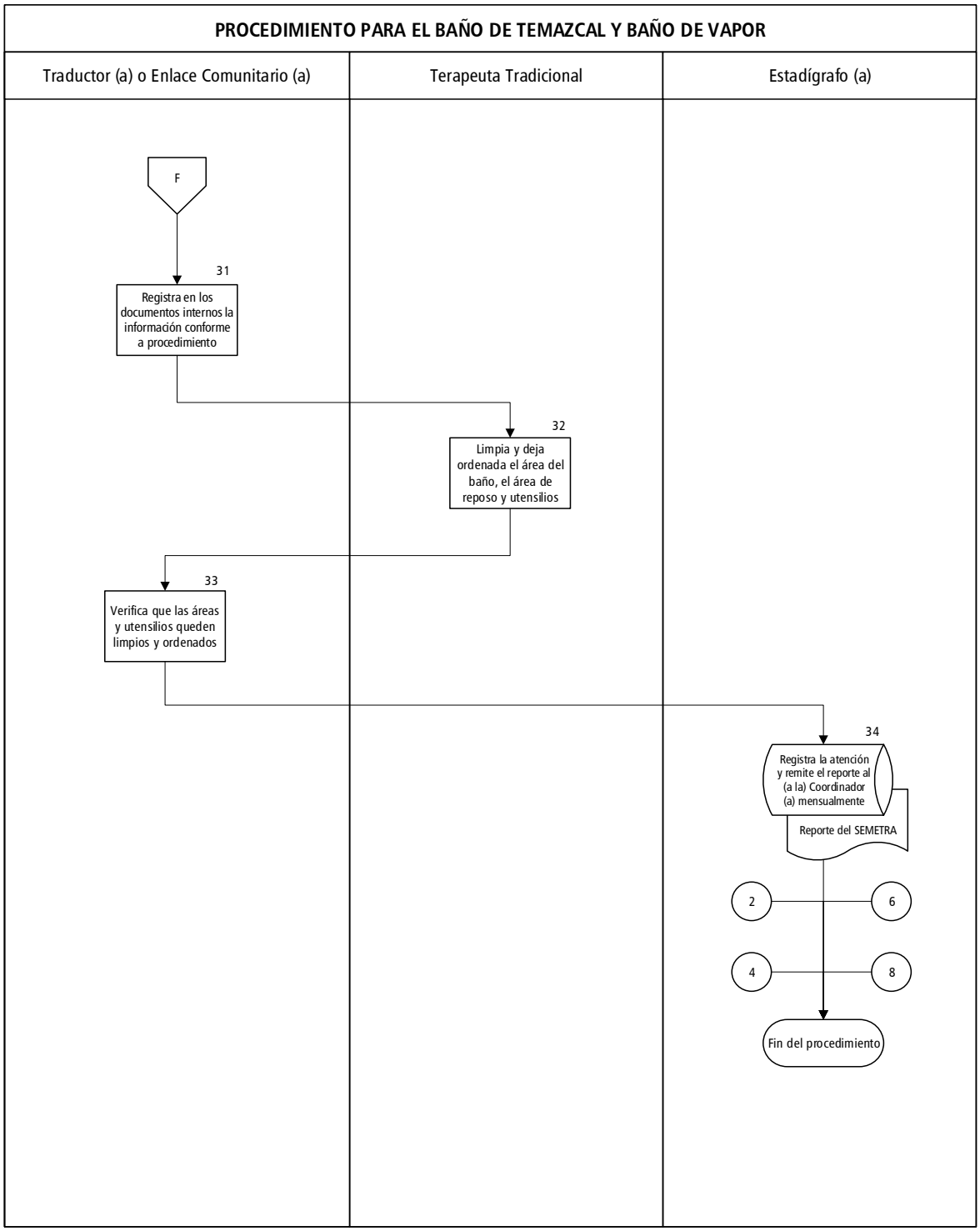

PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR
Traductor (a) o Enlace Comunitario (a)
Terapeuta Tradicional
B
11
Registra al (a la) paciente, anotando la fecha y hora
Libreta de programaciones
12
Informa al (a la) usuario (a) la fecha y hora en la que se debe de presentar
13
Prepara los utensilios a utilizar y calienta el baño
¿El (la) usuario (a) se presenta?
Si
5
No
14
Notifica que el (la) usuario (a) no acudió a la cita, registrándolo en la libreta
6
Libreta de programaciones
Expediente
5
15
Registra los datos del (de la) usuario (a) y busca el número de expediente
Libreta de atenciones
C

PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR




PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR
Coordinador (a) del Módulo de Medicina Tradicional
Usuario (a)
Traductor (a) o Enlace Comunitario (a)
Terapeuta Tradicional
D
7
21
Con apoyo del (de la) Traductor (a), lee el reglamento y la hoja
Carta de consentimiento informado
Hoja de consentimiento informado
22
Lee y firma
Carta de consentimiento informado
23
Pasa al (a la) usuario (a) con el (la) Terapeuta al área del baño
24
Da indicaciones sobre medidas de seguridad y recomendaciones
25
Toma al baño de temazcal o baño de vapor
E


PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR
Terapeuta Tradicional
Coordinador (a) del Módulo de Medicina Tradicional
Usuario (a)
E
26
Realiza el baño cuidando el tiempo máximo y estado de hidratación
27
Da indicaciones al (a la) usuario (a)
28
Notifica que ya terminó el baño de temazcal o baño de vapor
29
Verifica el estado de salud del (de la) usuario (a) y pregunta si se presentó alguna eventualidad
30
Después de haberse hidratado y reposado el tiempo necesario, se retira a su hogar
F


PROCEDIMIENTO PARA EL BAÑO DE TEMAZCAL Y BAÑO DE VAPOR
Traductor (a) o Enlace Comunitario (a)
Terapeuta Tradicional
Estadígrafo (a)
F
31
Registra en los documentos internos la información conforme a procedimiento
32
Limpia y deja ordenada el área del baño, el área de reposo y utensilios
33
Verifica que las áreas y utensilios queden limpios y ordenados
34
Registra la atención y remite el reporte al (a la) Coordinador (a) mensualmente
Reporte del SEMETRA
2
6
4
8
Fin del procedimiento

7.11.21. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS

Tiempo Promedio: 5 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Migher Jefté Huerta Martinez Jefe del Departamento de Atención Primaria a la Salud MJHM (DAPS) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martinez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramirez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Coadyuvar a mejorar las actividades del Programa de Salud Bucal en los centros de salud de las Jurisdicciones Sanitarias para tomar decisiones y eficientar la atención odontológica integral, y de esta forma prevenir las enfermedades bucales de mayor prevalencia brindando un servicio de calidad y mejorando la calidad de vida de la población que demanda el servicio.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Modelo Integrador de Atención a la Salud; Primera Edición 2006. 2. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaria de Salud 2010. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 4. Cédula Estatal de Supervisión de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud Políticas de Operación: 1. El Departamento de Atención Primaria a la Salud obtendrá datos sólo de las fuentes oficiales. 2. Diagnóstico de Salud Estatal. 3. Diagnóstico de Salud de cada una de las Jurisdicciones. 4. Programación anual de metas e indicadores. 5. Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS). 6. Subsistema de Información de Equipamiento. 7. Recursos Humanos e Infraestructura para la salud. (SINERHIAS). 8. Sistema Estatal de Información en Salud. 9. Indicadores Camino a la Excelencia (CENAPRECE).
Responsables	Departamento de Atención Primaria a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Programa Estatal de Salud Bucal y Unidades Dentales aplicativas de las Jurisdicciones Sanitarias.
Recursos	Cédula, Notas de actividades, Oficio, Oficio de Comisión, Reporte.
Glosario	MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud. SAPSP: Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. DAPS: Departamento de Atención Primaria a la Salud.

SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

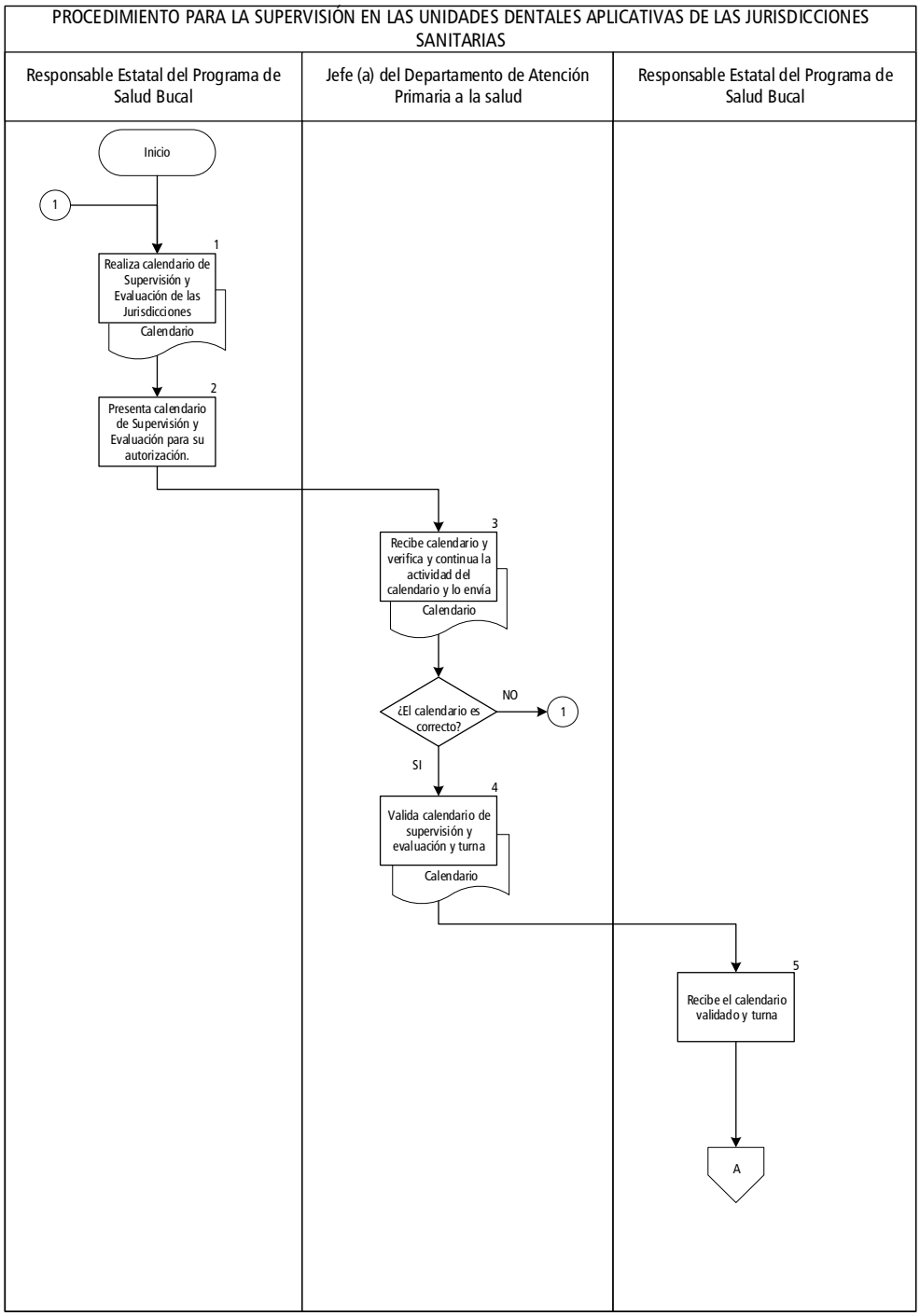
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS.

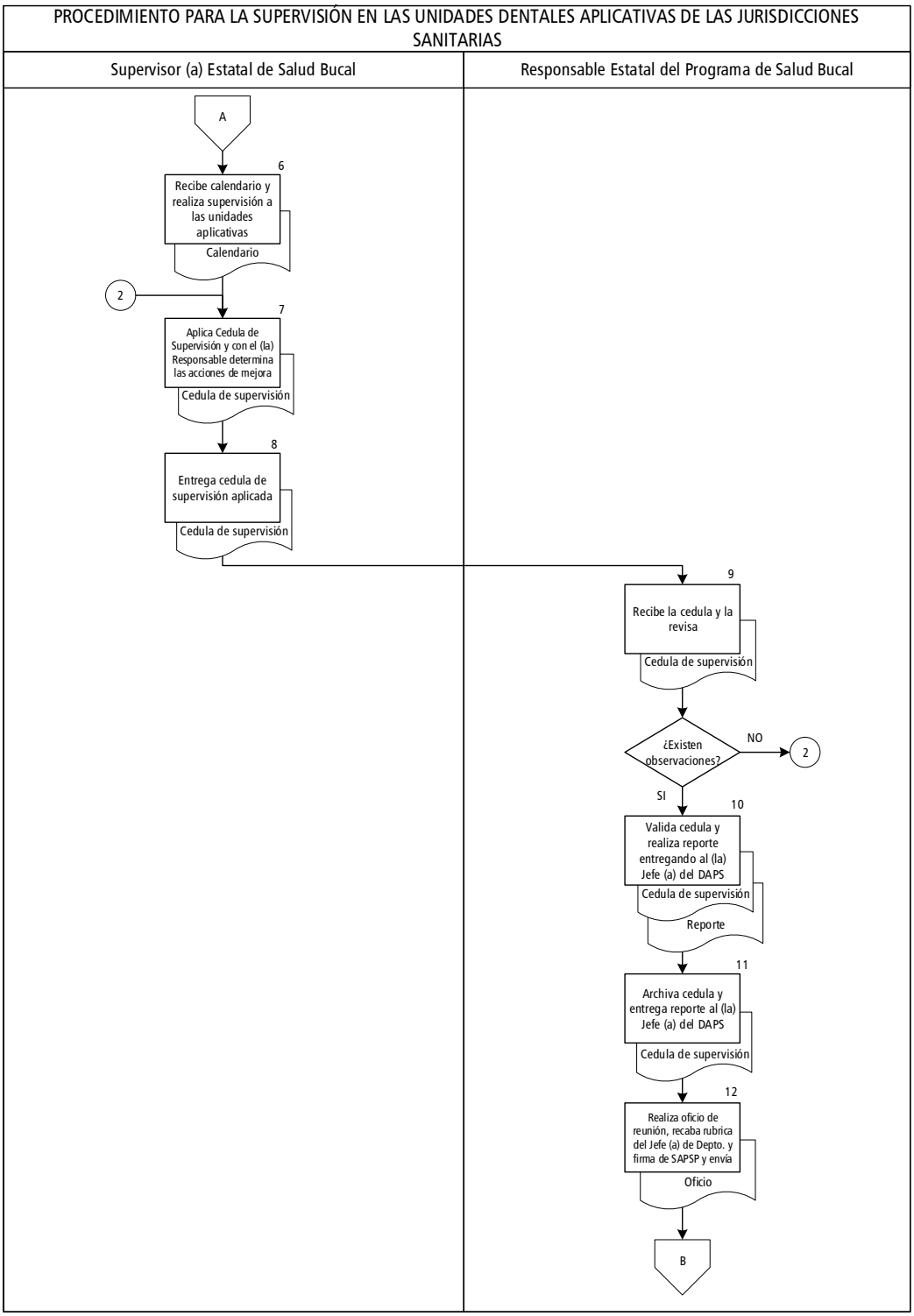
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Realiza calendario de Supervisión y Evaluación de las diez diferentes Jurisdicciones Sanitarias.	Calendario
2		Presenta calendario de Supervisión y Evaluación al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud para su autorización.	
3	Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la salud	Recibe calendario de Supervisión y Evaluación y verifica y continua la actividad del calendario y lo envía a la Subdirección de Atención primaria a la Salud y Prospera. ¿El calendario es correcto? Sí continúa en la actividad 4. No, continúa en la actividad 1.	Calendario
4		Valida calendario de supervisión y evaluación y turna al responsable estatal del programa de salud bucal.	Calendario
5	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Recibe el calendario validado y turna al Supervisor Estatal del Programa de Salud Bucal.	Calendario
6	Supervisor/a Estatal de Salud Bucal	Recibe el calendario y realiza la supervisión a las unidades aplicativas de las 10 diferentes Jurisdicciones Sanitarias.	Calendario

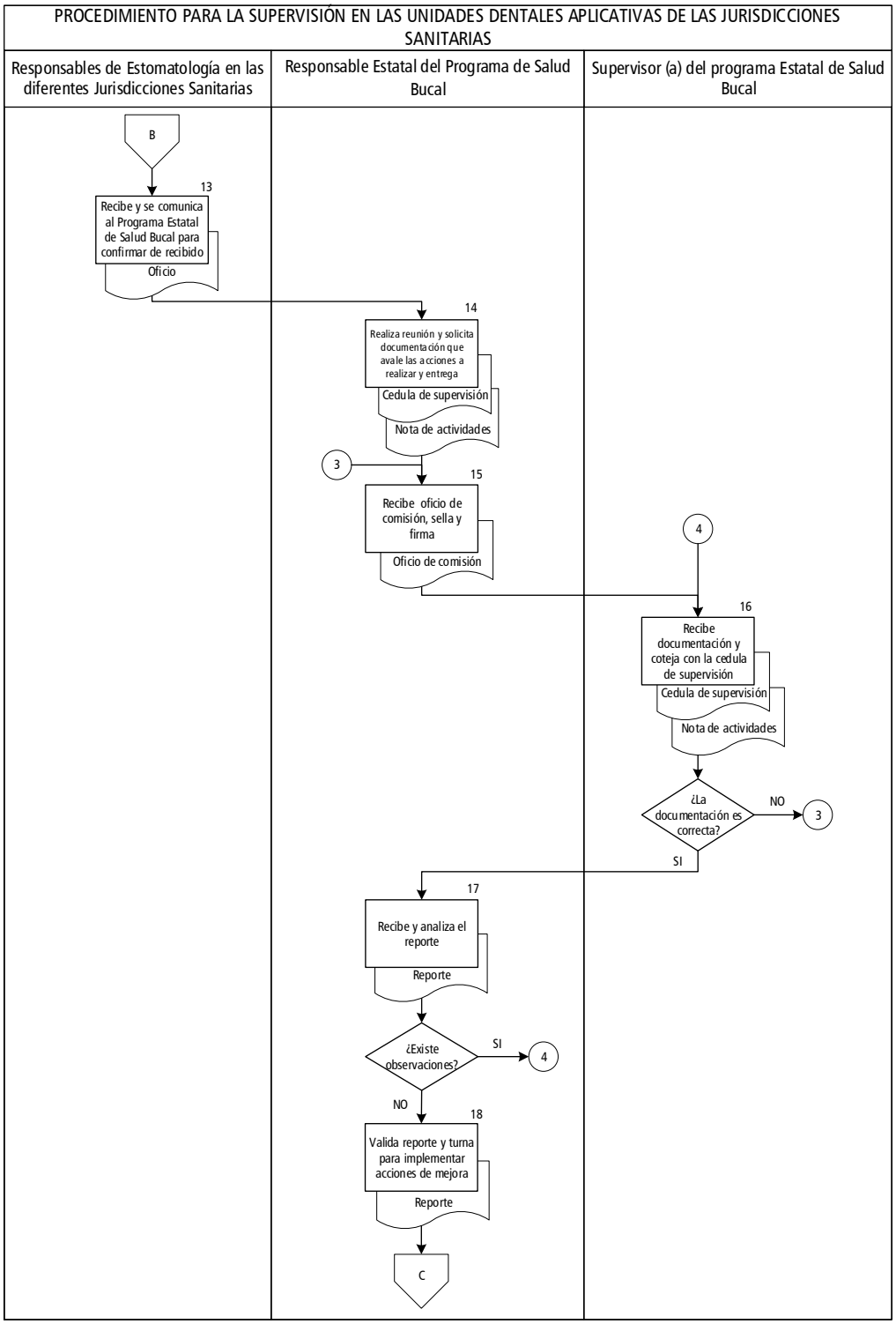
7		Aplica la Cédula de Supervisión y en coordinación con el/la Responsable del programa de la Jurisdicción Sanitaria determina las acciones de mejora a aplicar.	Cédula de Supervisión
8		Entrega al responsable del programa estatal de salud bucal cedula de supervisión aplicada.	Cédula de supervisión
9	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Recibe la cedula y la revisa. ¿Existen observaciones? Sí, continúa en la actividad 7. Solicita rectificación de la cédula. No, Continúa en la actividad 10.	S/D
10	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Valida la cedula y realiza reporte entregando al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud.	Cédula de supervisión Reporte
11	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Archiva cedula de supervisión en la carpeta correspondiente de la jurisdicción correspondiente y entrega reporte al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud.	Cédula de supervisión
12	Responsable del Programa de Salud Bucal	Realiza oficio de reunión con los/las responsables a nivel jurisdiccional, recaba rubrica del/la Jefe/a del Departamento y firma del/la Subdirector/a Atención Primaria a la Salud y Prospera y envía a las jurisdicciones.	Oficio
13	Responsables de Estomatología en las diferentes Jurisdicciones Sanitarias	Recibe oficio y se comunica al Programa Estatal de Salud Bucal para confirmar de recibido.	Oficio
14	Responsable Estatal del Programa de Salud	Realiza reunión y solicita la documentación soporte que avale las acciones a realizar de acuerdo a la	Cédula de supervisión Nota de

	Bucal	supervisión realizada en la actividad No. 6 y entrega al/la supervisor/a del Programa de Salud Bucal.	actividades
15	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Recibe por parte de los/las responsables del programa de salud bucal a nivel jurisdiccional el oficio de comisión, sella y firma.	Oficio de comisión
16	Supervisor/a del programa Estatal de Salud Bucal	Recibe la documentación soporte y coteja con la cedula de supervisión. ¿La documentación es correcta? Sí, continúa en la actividad 17 No, continúa en la actividad 15. Solicita al responsable del programa de salud bucal a nivel jurisdiccional complemente la documentación.	Cédula de supervisión Notas de actividades
17	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Recibe y analiza el reporte. ¿Existe observaciones? Sí, continúa en la actividad 16. No, continúa en la actividad 18.	Reporte
18	Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal	Valida reporte y turna al/la Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la Salud y al Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera para implementar acciones de mejora.	Reporte
19	Jefe/a del Departamento de Atención Primaria a la salud	Recibe y valida información para la implementación de acciones de mejora, se envía vía oficio al/la Coordinador/a Estatal de Salud Bucal.	Oficio
20	Coordinador/a Estatal de Salud Bucal	Envía vía oficio a los/las Coordinadores/as Jurisdiccionales del Programa de Salud Bucal, para la aplicación de las acciones de mejora en las Unidades Dentales Aplicativas.	Oficio
Fin del procedimiento			

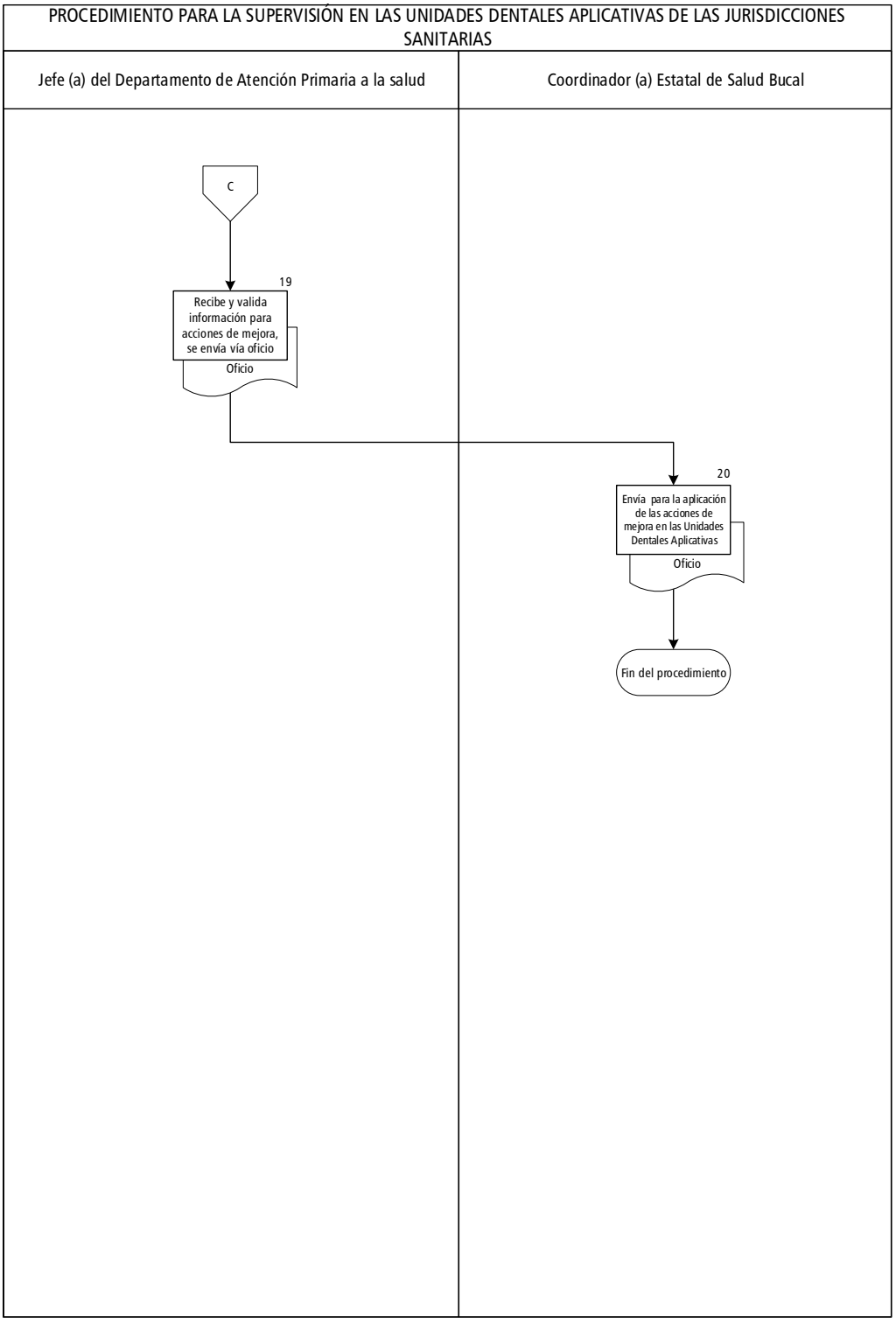
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS.




PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS
Supervisor (a) Estatal de Salud Bucal
Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal
A
6
Recibe calendario y realiza supervisión a las unidades aplicativas
Calendario
2
7
Aplica Cedula de Supervisión y con el (la) Responsable determina las acciones de mejora
Cedula de supervisión
8
Entrega cedula de supervisión aplicada
Cedula de supervisión
9
Recibe la cedula y la revisa
Cedula de supervisión
¿Existen observaciones?
NO
2
SI
10
Valida cedula y realiza reporte entregando al (la) Jefe (a) del DAPS
Cedula de supervisión
Reporte
11
Archiva cedula y entrega reporte al (la) Jefe (a) del DAPS
Cedula de supervisión
12
Realiza oficio de reunión, recaba rubrica del Jefe (a) de Depto. y firma de SAPSP y envía
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS
Responsables de Estomatología en las diferentes Jurisdicciones Sanitarias
Responsable Estatal del Programa de Salud Bucal
Supervisor (a) del programa Estatal de Salud Bucal
B
13
Recibe y se comunica al Programa Estatal de Salud Bucal para confirmar de recibido
Oficio
14
Realiza reunión y solicita documentación que avale las acciones a realizar y entrega
Cedula de supervisión
Nota de actividades
3
15
Recibe oficio de comisión, sella y firma
Oficio de comisión
4
16
Recibe documentación y coteja con la cedula de supervisión
Cedula de supervisión
Nota de actividades
¿La documentación es correcta?
NO
3
SI
17
Recibe y analiza el reporte
Reporte
¿Existe observaciones?
SI
4
NO
18
Valida reporte y turna para implementar acciones de mejora
Reporte
C

PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DENTALES APLICATIVAS DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS



7.11.22. PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL.

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Romy Victoria Huerta Jefa del Departamento de Prospera RVH (DP) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martinez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramirez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Mostrar la metodologia para llevar a cabo el Procedimiento para la Certificación Electrónica de la Corresponsabilidad de las Familias Beneficiarias del PROSPERA Programa de Inclusión Social

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social. Vigente. Políticas de Operación: 1. La Subdirección de Atención Primaria a la Salud y PROSPERA, es responsable de diseñar y definir los lineamientos para el proceso para la Certificación Electrónica de la Corresponsabilidad de las Familias Beneficiarias de PROSPERA. 2. La Jefatura Estatal de PROSPERA conjuntamente con las coordinaciones jurisdiccionales del Programa, se encuentran en constante comunicación para lograr una alta efectividad en el procedimiento.
Responsables	Departamento de Prospera, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Oficio / Circular, Acuse de Certificación Completada, Padrón activo.
Glosario	PROSPERA: Programa de Inclusión Social. SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SICEC: Sistema Integral de Certificación Electrónica de Corresponsabilidad

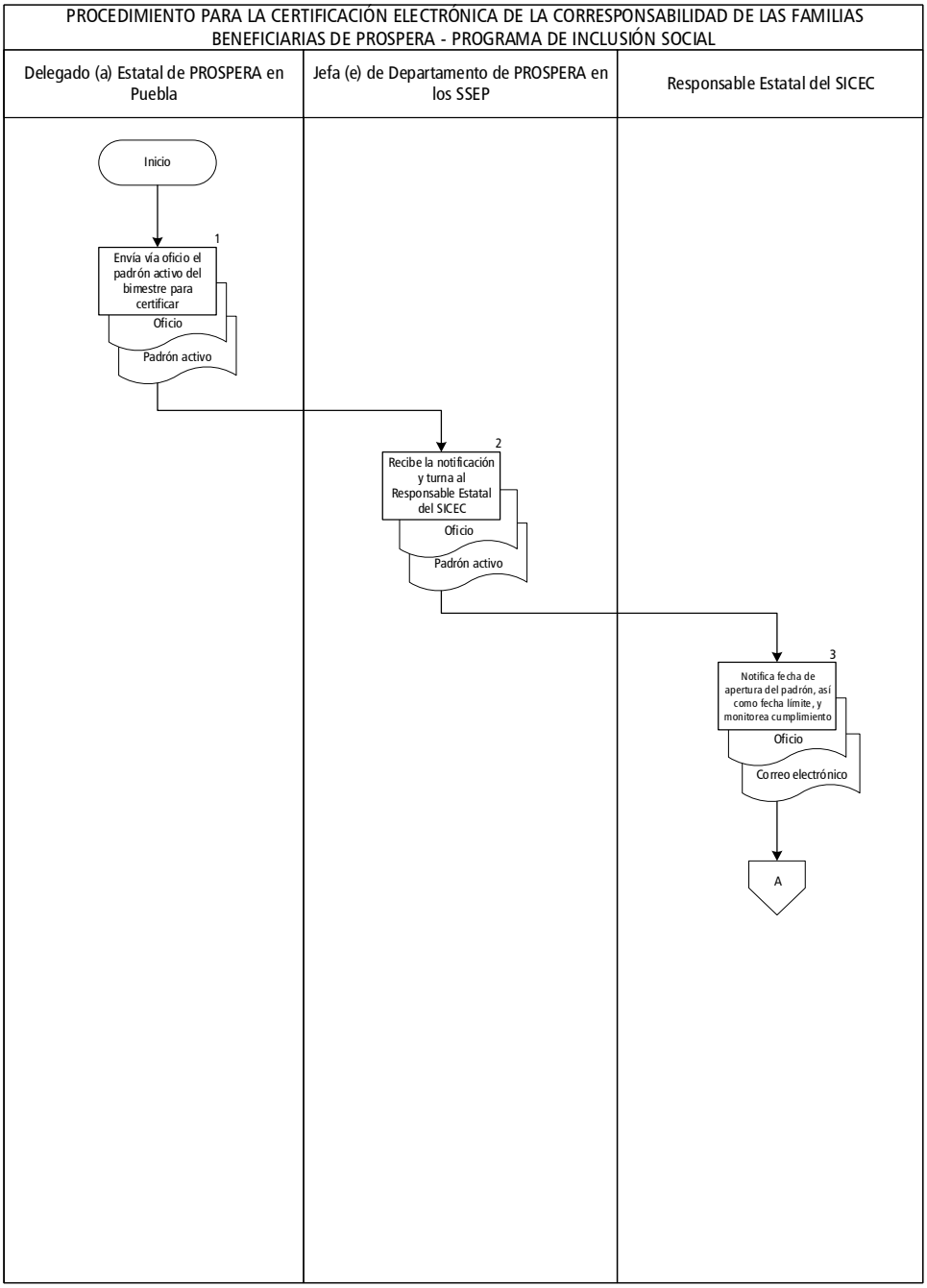
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

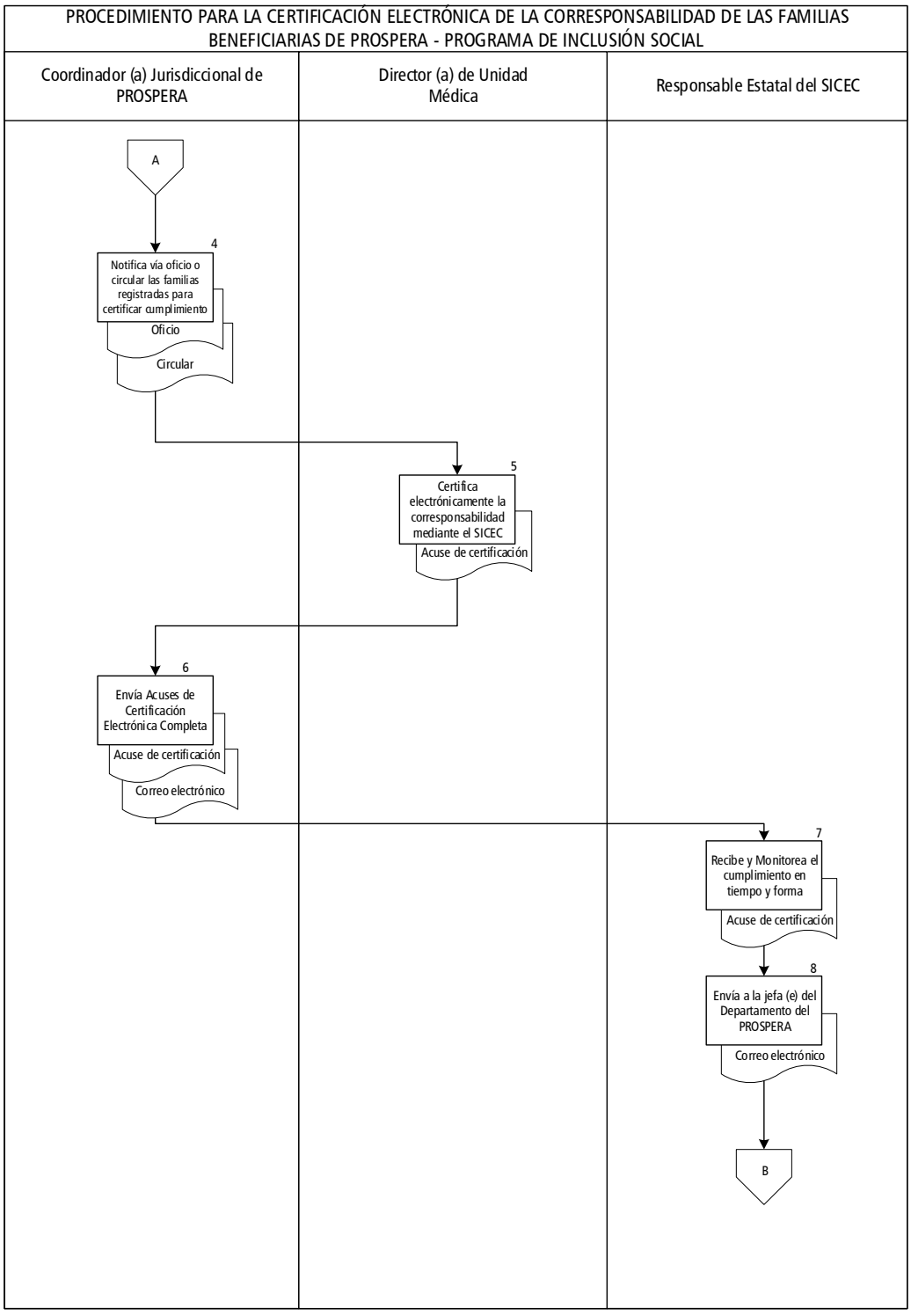
Inicio del Procedimiento			
1	Delegado/a Estatal de PROSPERA en Puebla	Envía a el/la Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP vía oficio el padrón activo del bimestre para certificar.	Oficio Padrón activo
2	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Recibe la notificación y turna al Responsable Estatal del SICEC.	Oficio Padrón activo
3	Responsable Estatal del SICEC	Notifica a los/las Coordinadores/as Jurisdiccionales de PROSPERA la fecha de apertura del padrón, así como la fecha límite para esta actividad, y monitorea el cumplimiento en tiempo y forma.	Oficio Correo Electrónico
4	Coordinador/a Jurisdiccional de PROSPERA	Notifica vía oficio o circular al/la Director/a de Unidad Médica las familias PROSPERA registradas para certificar cumplimiento de corresponsabilidad en salud.	Oficio Circular
5	Director/a de Unidad Médica	Certifica electrónicamente la corresponsabilidad mediante el SICEC (Sistema Integral de Certificación Electrónica de Corresponsabilidad), vía internet.	Acuse de Certificación
6	Coordinador/a Jurisdiccional de PROSPERA	Envía Acuses de Certificación Electrónica Completa.	Correo Electrónico Acuse de Certificación
7	Responsable Estatal del SICEC	Recibe Acuses de Certificación Electrónica Completa y Monitorea el cumplimiento en tiempo y forma.	Acuse de Certificación
8		Envía Informe de Certificación Electrónica Completa a la Jefe/a del Departamento del PROSPERA.	Correo Electrónico

9	Jefe/a del/la Departamento de PROSPERA en los SSEP	Recibe vía oficio el Informe de Certificación Electrónica Completa e Informa al/la Delegado/a Estatal de PROSPERA en Puebla.	Oficio Acuse de Certificación
10	Delegado/a Estatal de PROSPERA en Puebla	Recibe vía oficio el Informe de Certificación Electrónica Completa de la Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP. Nota: La Delegación Estatal de PROSPERA es ajena a los SSEP.	Oficio Acuse de Certificación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL.

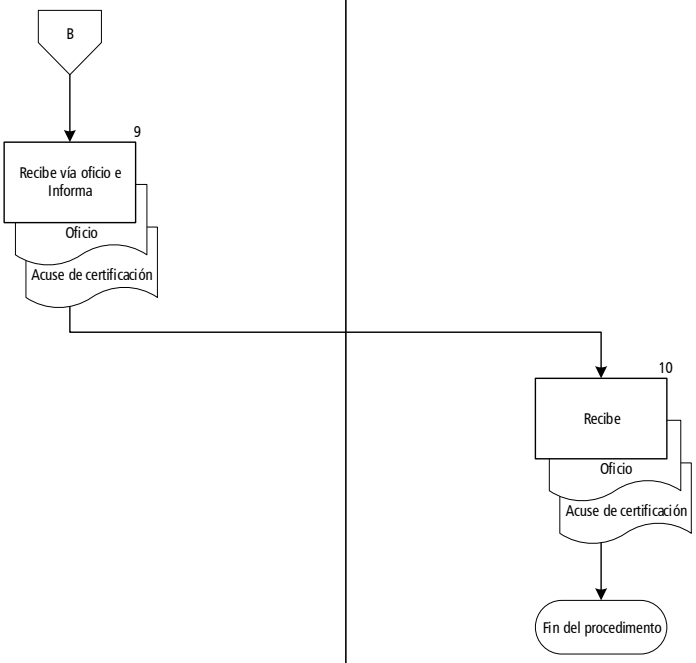


PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA - PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL



PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA - PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL

Jefa (e) del (la) Departamento de PROSPERA en los SSEP	Delegada (o) Estatal de PROSPERA en Puebla



7.11.23. PROCEDIMIENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS.

Tiempo Promedio: 60 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Romy Victoria Huerta Jefa del Departamento de Prospera RVH (DP) Octubre 2018	**Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018**	**Arturo Meraz Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar al personal directivo y operativo las reglas de operación y lineamientos en la programación, determinación de necesidades. recepción, almacenamiento, entrega, registro. preparación y consumo de los suplementos alimenticios de PROSPERA en los modelos urbano y rural, con el fin de reforzar la alimentación y nutrición de los/las niños/as menores de 5 años de edad y de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia del Programa

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglas de Operación de PROSPERA – Programa de Inclusión Social. Vigente. 2. Manual para el suministro y control del suplemento alimenticio 2017. 3. Manual de nutrición 2012 – CENSIA. Políticas de Operación: 1. El numeral 3.6.2.2. “Prevención y atención a la mala nutrición” de las Reglas de Operación PROSPERA 2017, establece que mediante la vigilancia sistemática del crecimiento y desarrollo infantil se corroboran los cambios en el estado de nutrición y se identifica tempranamente la mala nutrición por exceso o deficiencia en la ingesta de nutrimentos. Se informa a las madres y padres o responsables del niño o niña sobre el desarrollo, brindándoles orientación y capacitación sobre los beneficios de una alimentación correcta y del consumo adecuado del suplemento alimenticio que el Sector Salud defina. 2. La valoración del estado de nutrición se realizará conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas e Internacionales aplicables. 3. Los grupos blanco recibirán gratuita y oportunamente el suplemento alimenticio, considerando el área geográfica, la edad de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, estas últimas hasta por un año. 4. Suplementos alimenticios rurales.
Responsables	Departamento de Prospera, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Niños/as menores de cinco años de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia beneficiarias de PROSPERA.

Recursos	"Determinación de Necesidades Bimestrales de Suplemento Alimenticio "Anexo 1, "Requerimientos de Suplemento Alimenticio por Puntos de Destino Final", "Anexo 10 A Control y registro por cada niño que se otorgan los Suplementos Alimenticios", "Anexo 10 B Control y Registro por cada Embarazada o en periodo de lactancia que se le otorgan los Suplementos Alimenticios", "Cedula para el Control de Suplemento Alimenticio por Unidad Médica "Anexo 7ª, 7B, Y 7C., "Manual para el Suministro y Control del Complemento Alimenticio", Manual del Usuario del Sistema de Inventarios Nacional de Suplementos Alimenticios (SINSA), "Políticas de SINSA".
Glosario	CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. DGP: Dirección General de PROSPERA. PROSPERA: PROSPERA – Programa de Inclusión Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social. DICONSA: Sistema de Distribución de CONASUPO S.A. de C.V. Suplementos Alimenticios: Micro y macro-nutrimentos que aportan los requerimientos mínimos necesarios para coadyuvar a un estado de nutrición adecuado en la población objetivo. SIP: Sistema de Información PROSPERA. SINSA: Sistema de Inventarios de Suplementos Alimenticios. DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. DGIS: Dirección General de Información en Salud. SIS: Sistema de Información en Salud.

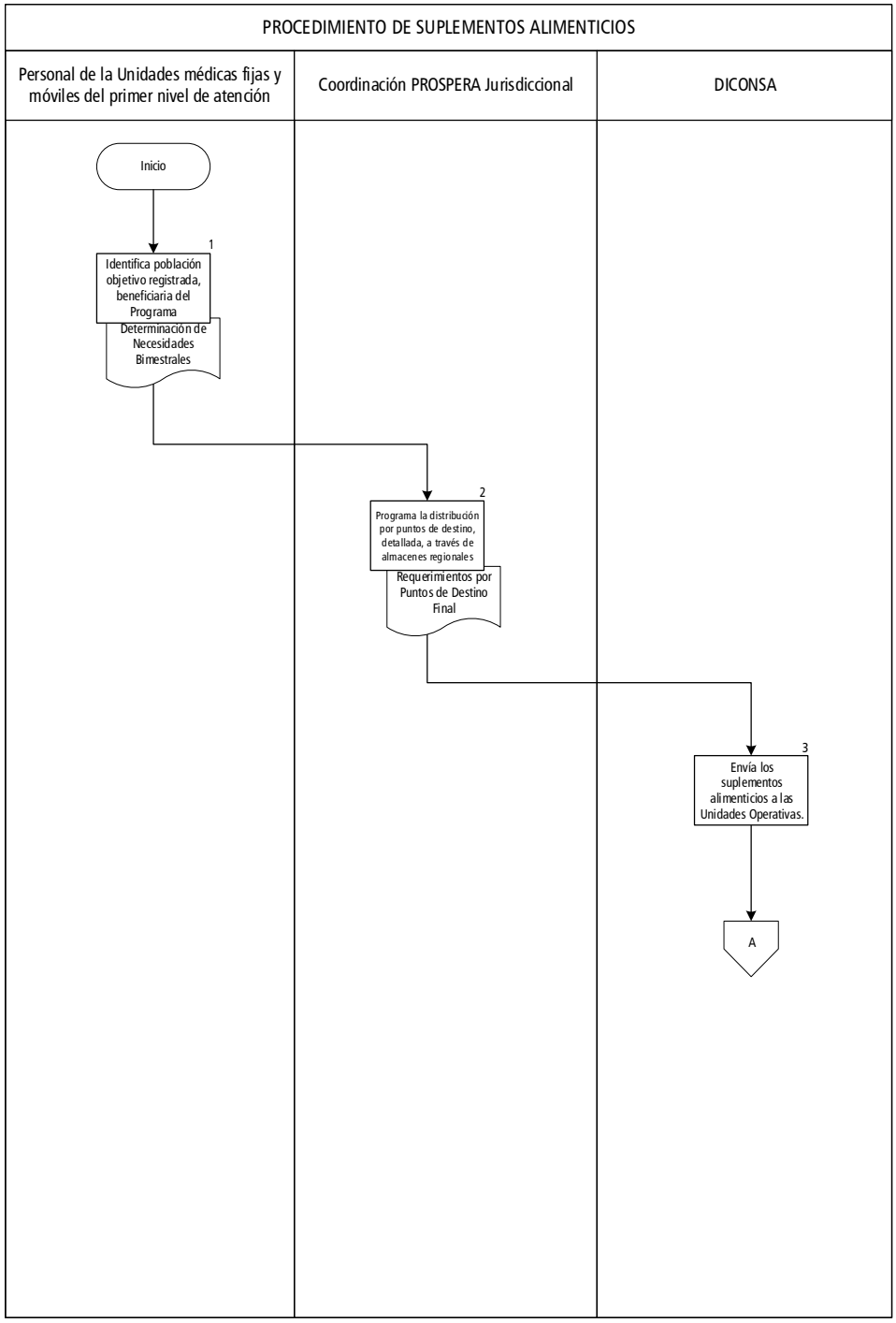
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS.

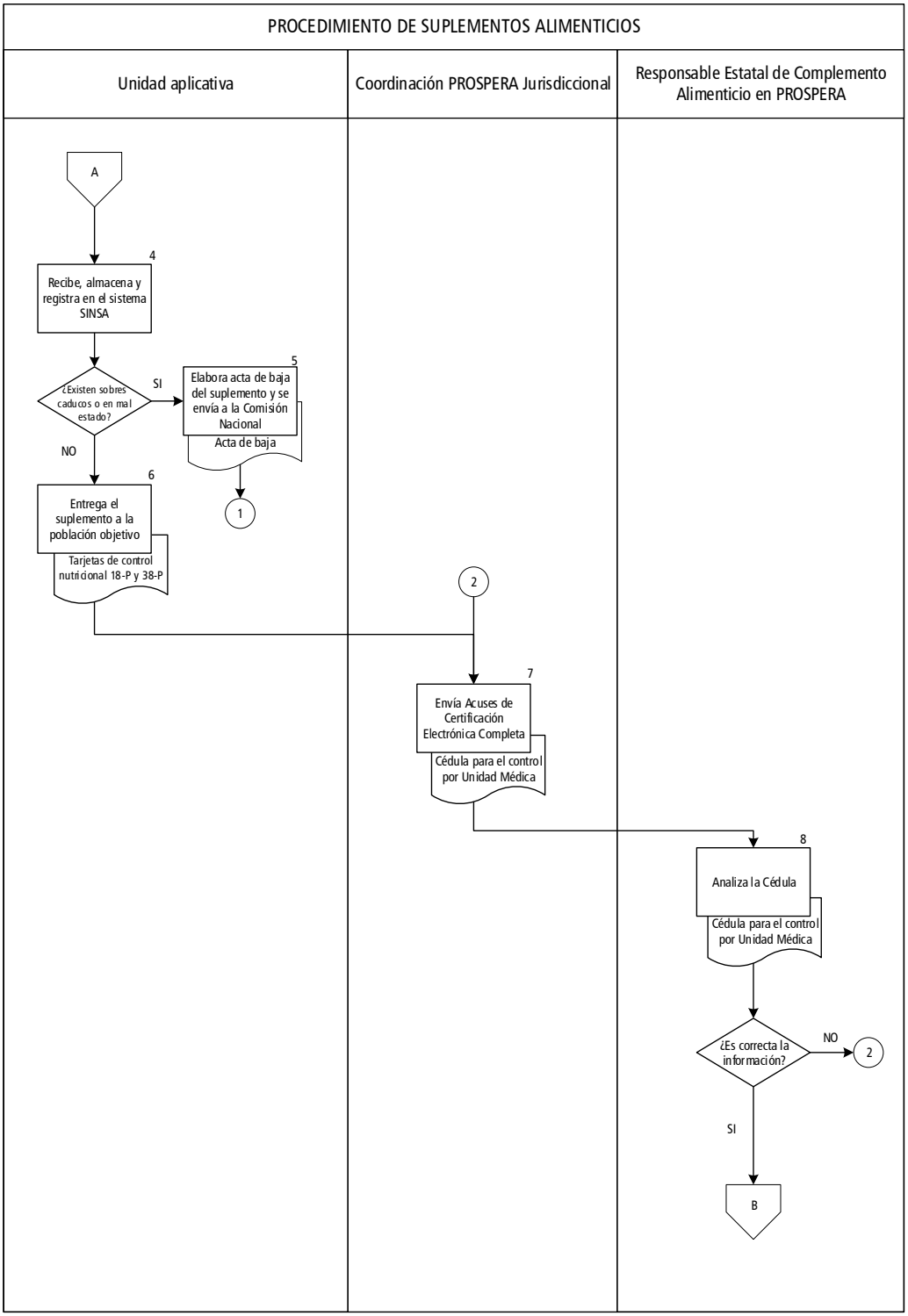
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Unidades médicas	Identifica la población objetivo, registrada, beneficiaria del Programa	Determinación de Necesidades

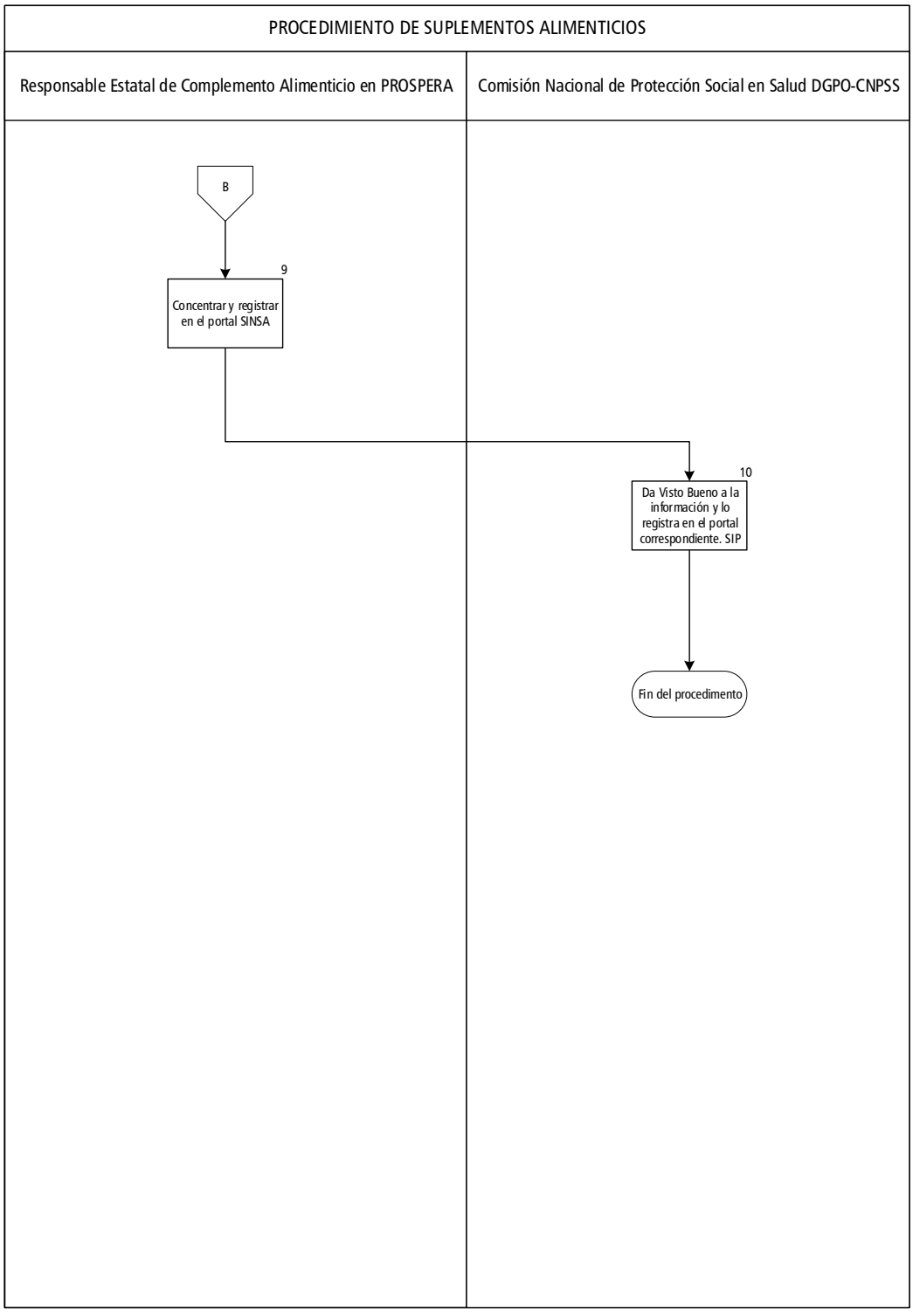
	fijas y móviles del primer nivel de atención	en el área de su responsabilidad. NOTA: Niños y niñas de entre 6 meses y 23 meses de edad. Niños y niñas de entre 2 y 5 años que presenten algún grado de desnutrición (leve, moderada o severa). Mujeres Embarazadas y en periodo de lactancia hasta por un año.	Bimestrales
2	Coordinación PROSPERA Jurisdiccional	Programa la distribución por puntos de destino, detallada por cantidad, mezcla y sabor, y a través de almacenes regionales, por parte de DICONSA, se realiza la entrega y recepción del suplemento a las Unidades médicas.	Requerimientos por Puntos de Destino Final
3	DICONSA	Envía los suplementos alimenticios a las Unidades Operativas.	S/D
4	Unidad aplicativa	Recibe, almacena y registra en el sistema SINSA. ¿Existen sobres caducos o en mal estado? Sí continúa en la actividad 5. No, continúa en la actividad 6.	S/D
5		Elabora acta de baja del suplemento y se envía a la Comisión Nacional. **Fin del procedimiento**	Acta de baja
6		Entrega el suplemento a la población objetivo.	Tarjetas de control nutricional 18-P y 38-P
7	Coordinación PROSPERA Jurisdiccional	Concentrar la entrega de los suplementos de manera bimestral y envía al Departamento estatal de PROSPERA en los SSEP.	Cédula para el control por Unidad Médica
8	Responsable Estatal de Complemento	Analiza la Cédula. ¿Es correcta la información? Sí, continúa en la actividad 9	Cédula para el control por Unidad Médica

	Alimenticio en PROSPERA	No, continúa en la actividad 7	
9	Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA	Concentrar y registrar en el portal SINSA.	S/D
10	Comisión Nacional de Protección Social en Salud DGPO-CNPSS	Da Visto Bueno a la información y lo registra en el portal correspondiente. SIP.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS.




PROCEDIMIENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS
Unidad aplicativa
Coordinación PROSPERA Jurisdiccional
Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA
A
4
Recibe, almacena y registra en el sistema SINSA
¿Existen sobres caducos o en mal estado?
SI
5
Elabora acta de baja del suplemento y se envía a la Comisión Nacional
Acta de baja
1
NO
6
Entrega el suplemento a la población objetivo
Tarjetas de control nutricional 18-P y 38-P
2
7
Envía Acuses de Certificación Electrónica Completa
Cédula para el control por Unidad Médica
8
Analiza la Cédula
Cédula para el control por Unidad Médica
¿Es correcta la información?
NO
2
SI
B


PROCEDIMIENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS
Responsable Estatal de Complemento Alimenticio en PROSPERA
Comisión Nacional de Protección Social en Salud DGPO-CNPSS
B
9
Concentrar y registrar en el portal SINSA
10
Da Visto Bueno a la información y lo registra en el portal correspondiente. SIP
Fin del procedimento

7.11.24. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE PROSPERA – PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL.

Tiempo Promedio: 350 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Romy Victoria Huerta Jefa del Departamento de Prospera RVH (DP) Octubre 2018	Erika Berenice Davis Martínez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018	Arturo Morelpin Ramírez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Establecer los lineamientos para la supervisión y monitoreo de las reglas de operación y normatividad de PROSPERA en unidades médicas de primer nivel de atención.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglas de Operación de PROSPERA – Programa de Inclusión Social. Vigente. Políticas de Operación: 1. La Jefatura de PROSPERA en los SSEP., parte de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y PROSPERA, es la responsable de diseñar y definir los lineamientos para el proceso de supervisión y monitoreo de PROSPERA y sus estrategias vigentes (Modelos operativos urbano y rural; “ESIAN” Estrategia Integral de Atención a la Nutrición; “PECI” Plan Estatal de Comunicación Indígena; Fortalecimiento de los Talleres Comunitarios, “EDI” Estrategia de Desarrollo Infantil; Salud por Mí y “SINOS” Sistema Nominal de Salud – Consulta Segura) en la parte médico-operativa que le corresponde; y su parte financiera depende directamente de las áreas financieras de los “SSEP” Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. La Jefatura Estatal de PROSPERA conjuntamente con las coordinaciones jurisdiccionales del Programa, deberán establecer el programa anual de supervisión y monitoreo jurisdiccional. 3. Los/las Coordinadores/as Médicos (as) Jurisdiccionales del PROSPERA, deberán participar activamente en el proceso de monitoreo, capacitación, orientación y asesoría hacia las unidades médicas y comunitarias que operan PROSPERA y sus estrategias operativas, de acuerdo a su nivel de competencia y adscripción.
Responsables	Departamento de Prospera, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los/las funcionarios/as del sector salud administrativos y operativos, ubicados en unidades de salud del primer nivel de atención e involucrados en la operación de PROSPERA – Programa de Inclusión Social.

Recursos	Plan Anual de Monitoreo y Supervisión, Cronograma Anual de Supervisión, Cédulas de Supervisión, Reportes de Monitoreo y Supervisión.
Glosario	CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. DGP: Dirección General de PROSPERA. PROSPERA: PROSPERA – Programa de Inclusión Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social.

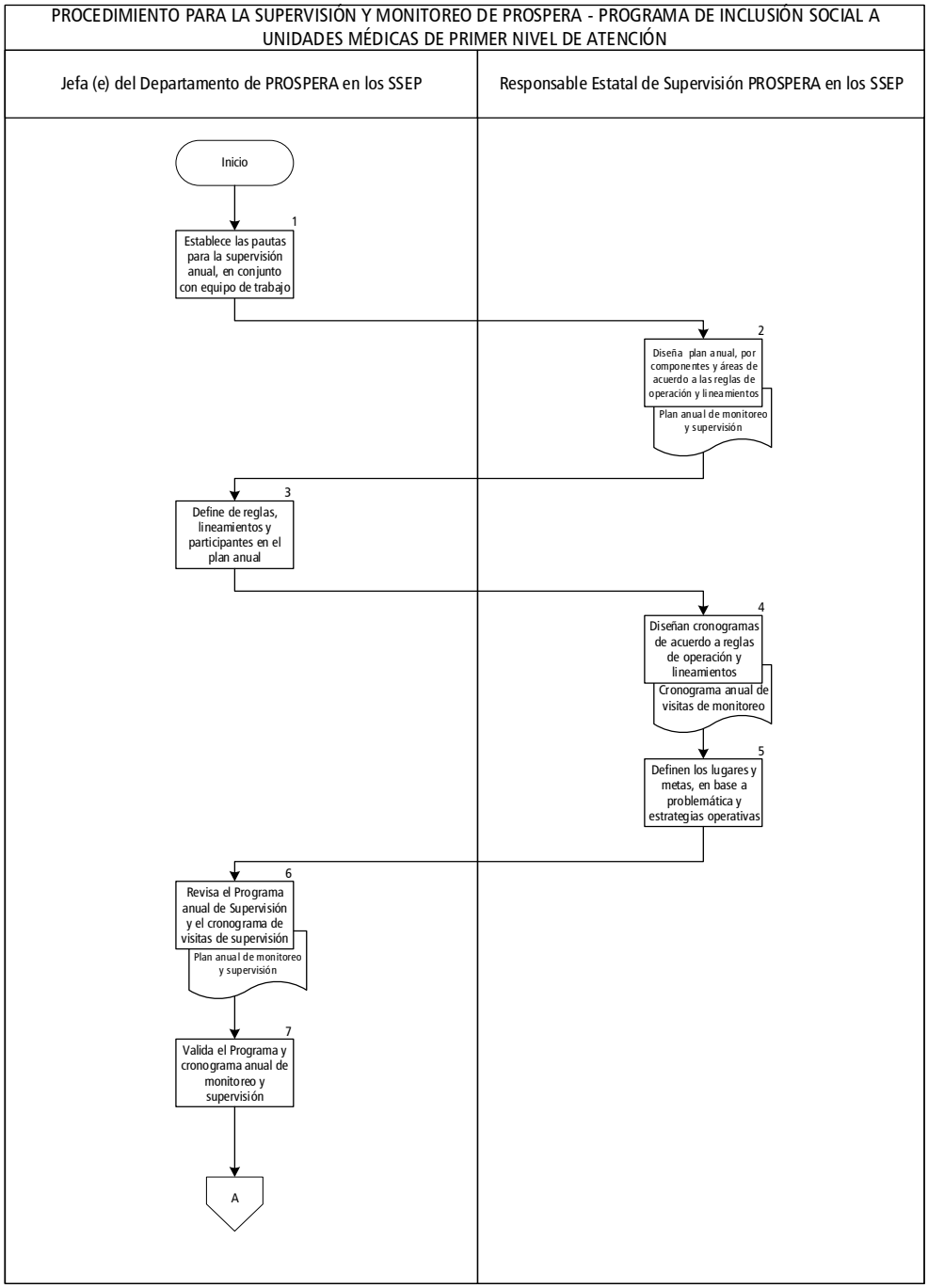
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE PROSPERA – PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

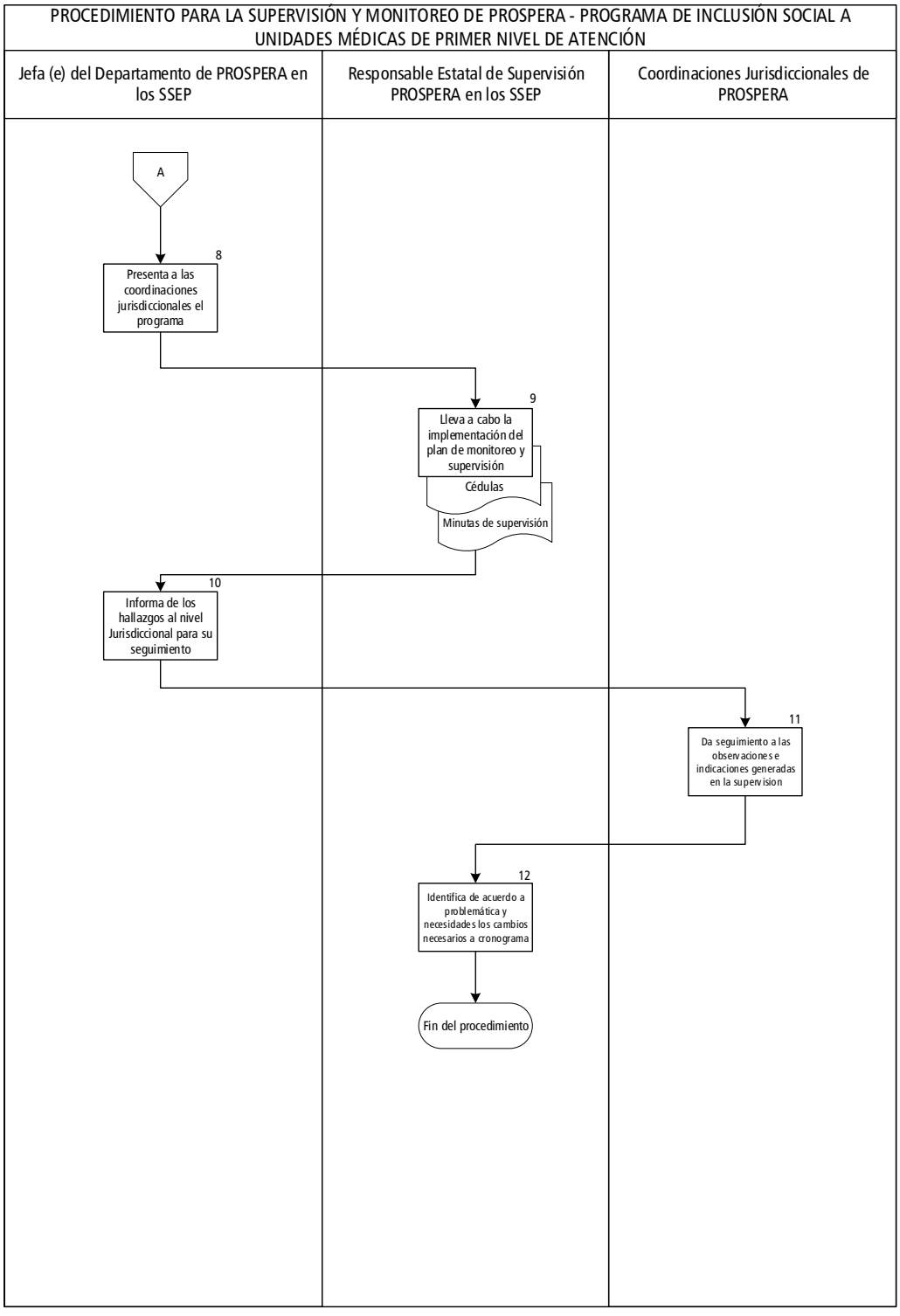
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Establece las pautas para la supervisión anual, en conjunto con su equipo de trabajo.	S/D
2	Responsable Estatal de Supervisión PROSPERA en los SSEP	Diseña el plan anual de supervisión, por componentes y áreas del programa de acuerdo a las reglas de operación y lineamientos normativos de PROSPERA y los lineamientos de las estrategias vigentes (Modelos urbano y rural; ESIAN; PECI y Fortalecimiento de los Talleres Comunitarios).	Plan anual de monitoreo y supervisión
3	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Define de reglas, lineamientos y participantes en el plan anual de supervisión.	S/D
4	Responsable Estatal de	Diseñan los cronogramas de visitas de supervisión a Jurisdicciones	Cronograma anual de visitas

	Supervisión PROSPERA en los SSEP	Sanitarias, unidades médicas y comunitarias de acuerdo a las reglas de operación y lineamientos normativos de PROSPERA.	de monitoreo
5		Definen los lugares y metas, en base a problemática y estrategias operativas vigentes.	S/D
6	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Revisa el Programa anual de Supervisión y el cronograma de visitas de supervisión.	Plan anual de monitoreo y supervisión
7		Valida el Programa y cronograma anual de monitoreo y supervisión.	S/D
8	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Presenta a las coordinaciones jurisdiccionales el programa.	S/D
9	Responsable Estatal de Supervisión PROSPERA en los SSEP	Lleva a cabo la implementación del plan de monitoreo y supervisión, bajo la autorización y vigilancia de la coordinación estatal del Programa.	Cédulas Minutas de supervisión
10	Jefe/a del Departamento de PROSPERA en los SSEP	Informa de los hallazgos al nivel Jurisdiccional para su seguimiento.	S/D
11	Coordinaciones Jurisdiccionales de PROSPERA	Da seguimiento a los hallazgos, observaciones e indicaciones generadas en las supervisiones realizadas, bajo el monitoreo de la Coordinación Estatal junto con sus áreas integrantes.	S/D
12	Responsable Estatal de Supervisión PROSPERA en los	Identifica de acuerdo a problemática y necesidades sentidas los cambios necesarios a cronograma, se recalendariza y se verifican las visitas	S/D

	SSEP	de supervisión.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE PROSPERA – PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE PROSPERA - PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Jefa (e) del Departamento de PROSPERA en los SSEP
Responsable Estatal de Supervisión PROSPERA en los SSEP
Coordinaciones Jurisdiccionales de PROSPERA
A
8
Presenta a las coordinaciones jurisdiccionales el programa
9
Lleva a cabo la implementación del plan de monitoreo y supervisión
Cédulas
Minutas de supervisión
10
Informa de los hallazgos al nivel Jurisdiccional para su seguimiento
11
Da seguimiento a las observaciones e indicaciones generadas en la supervision
12
Identifica de acuerdo a problemática y necesidades los cambios necesarios a cronograma
Fin del procedimiento

7.11.25. PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE PROSPERA PROGRAMA INCLUSIÓN SOCIAL A PERSONAL APLICATIVO DE UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Tiempo Promedio: 350 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Romy Victoria Huerta **Jefa del Departamento de Prospera** **RVH (DP)** **Octubre 2018**	**Erika Berenice Davis Martínez** **Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera** **EBDM (SAPSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez** **Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para la capacitación de PROSPERA - Programa de Inclusión Social para el personal aplicativo ubicado en unidades médicas del primer nivel de atención: (médicos, enfermeras/os, promotores/as de salud, apoyos administrativos); personal médico-administrativo ubicado en oficinas jurisdiccionales: (equipos zonales de supervisión y staff jurisdiccional), así como personal comunitario ubicado en casas de salud del componente comunitario de los SSEP

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglas de Operación de PROSPERA – Programa de Inclusión Social. Vigente. Políticas de Operación: 1. La Jefatura de PROSPERA – Programa de Inclusión Social, parte integrante de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y PROSPERA, es la responsable de diseñar y definir los lineamientos para el proceso de CAPACITACIÓN de PROSPERA y sus estrategias vigentes. 2. La Jefatura Estatal del PROSPERA conjuntamente con las coordinaciones jurisdiccionales del programa, deberán establecer el programa anual de capacitación jurisdiccional y estatal. 3. Los/las Coordinadores/as Médicos Jurisdiccionales de PROSPERA, deberán participar activamente en el proceso de capacitación, orientación y asesoría hacia las unidades médicas y comunitarias que operan el Programa, de acuerdo a su nivel de competencia y adscripción.
Responsables	Departamento de Prospera, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los/las funcionarios/as del sector salud administrativos y operativos, ubicados en unidades de salud del primer nivel de atención e involucrados/as en la operación de PROSPERA – Programa de Inclusión Social.
Recursos	Plan Anual de Capacitación, Cartas descriptivas y Listas de asistencia
Glosario	CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. DGP: Dirección General de PROSPERA. PROSPERA: Programa de Inclusión Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social.

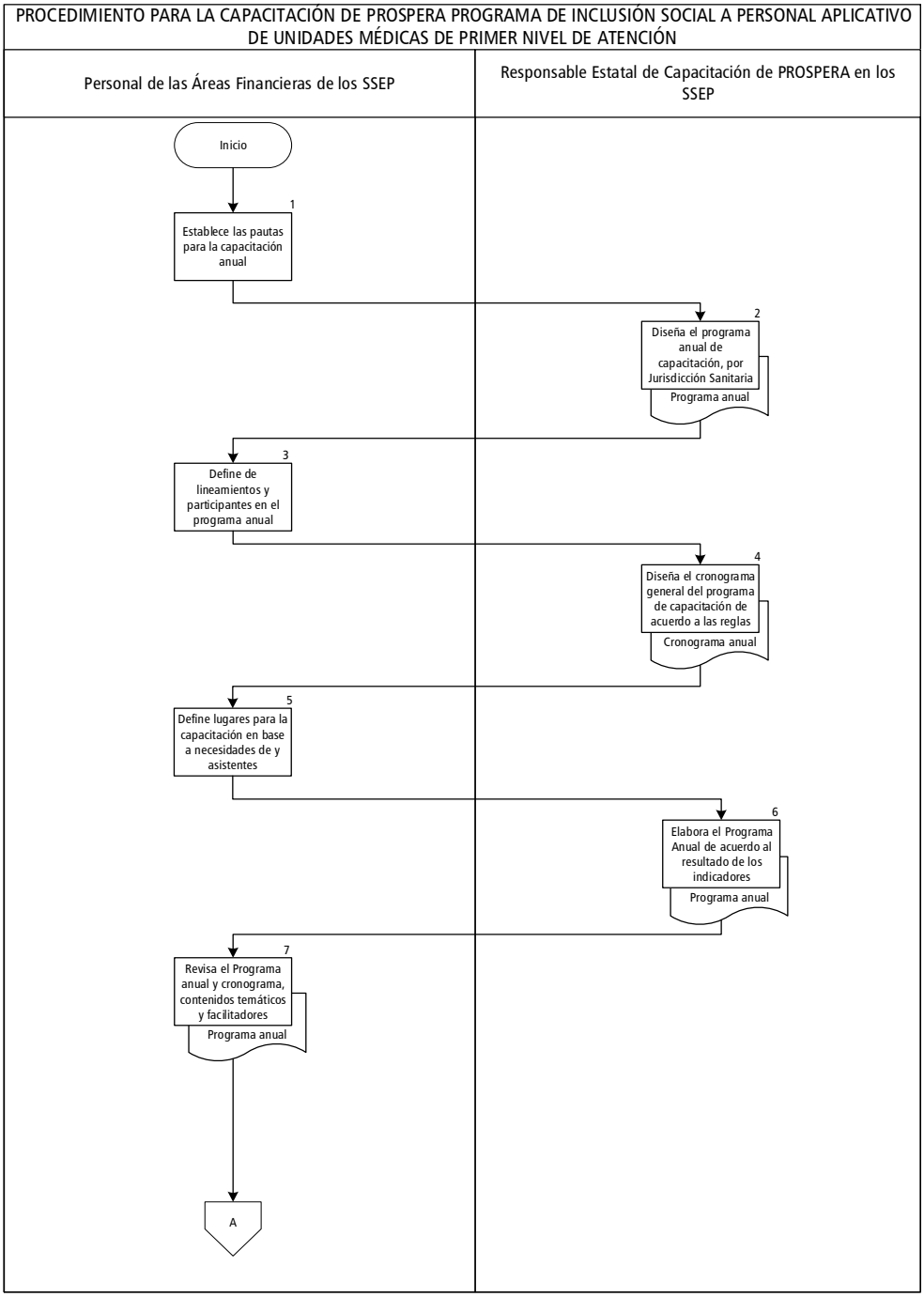
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A PERSONAL APLICATIVO DE UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

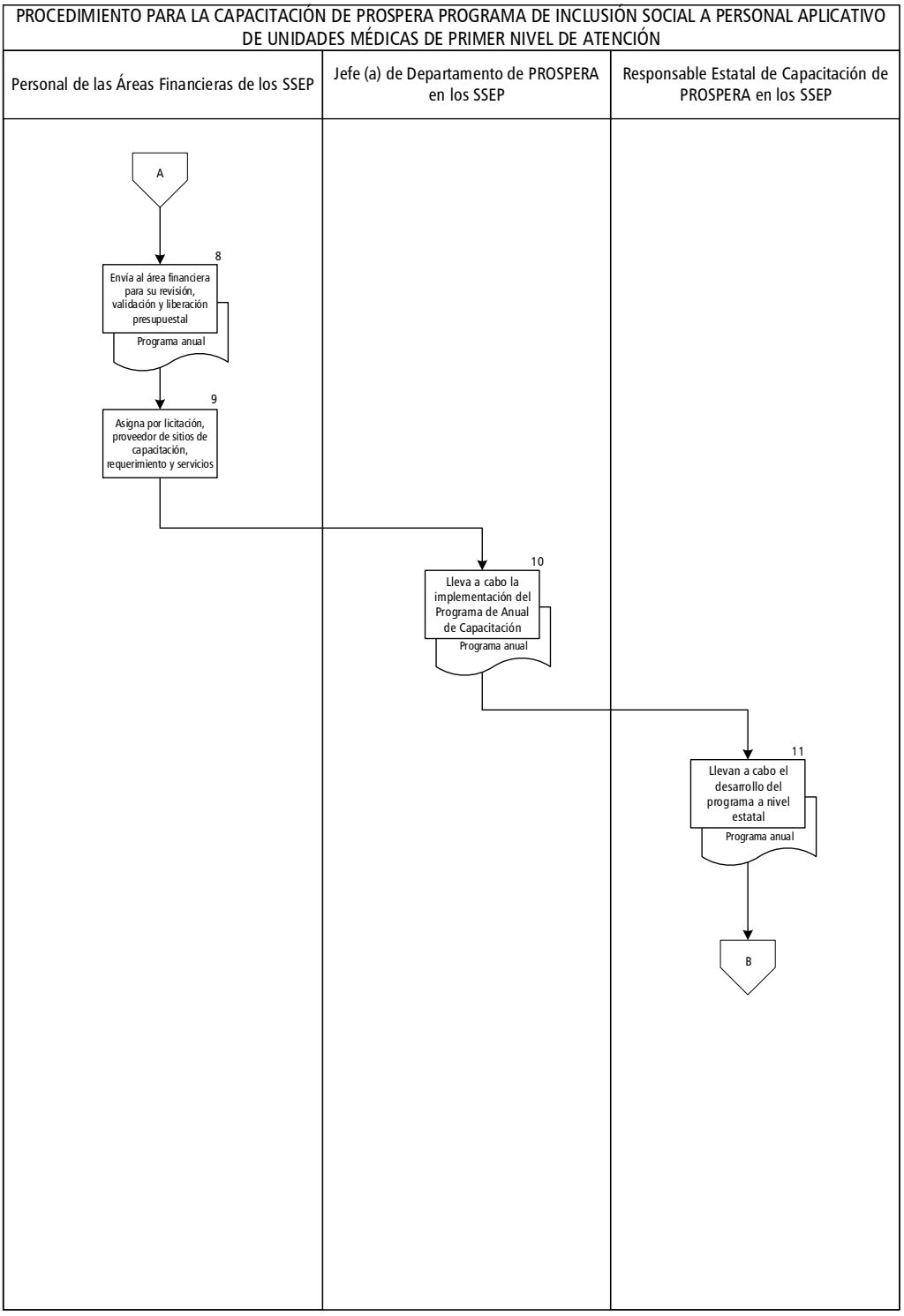
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Establece las pautas para la capacitación anual.	N/A
2	Responsable Estatal de Capacitación de PROSPERA en los SSEP	Diseña el programa anual de capacitación, por Jurisdicción Sanitaria y/o nivel estatal de acuerdo a las reglas de operación, lineamientos normativos y disponibilidad presupuestal.	Programa anual
3	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Define de lineamientos y participantes en el programa anual de capacitación.	
4	Responsable Estatal de Capacitación de PROSPERA en los SSEP	Diseña el cronograma general del programa de capacitación de acuerdo a las reglas de operación y lineamientos normativos.	Cronograma anual
5	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Define lugares para la capacitación en base a necesidades de capacitación, y número de asistentes.	
6	Responsable Estatal de Capacitación de PROSPERA en los SSEP	Elabora el Programa Anual de Capacitación PROSPERA de acuerdo a las necesidades de capacitación expresadas a niveles jurisdiccionales y resultantes de las visitas de supervisión, de acuerdo al resultado de los indicadores de seguimiento;	Programa anual

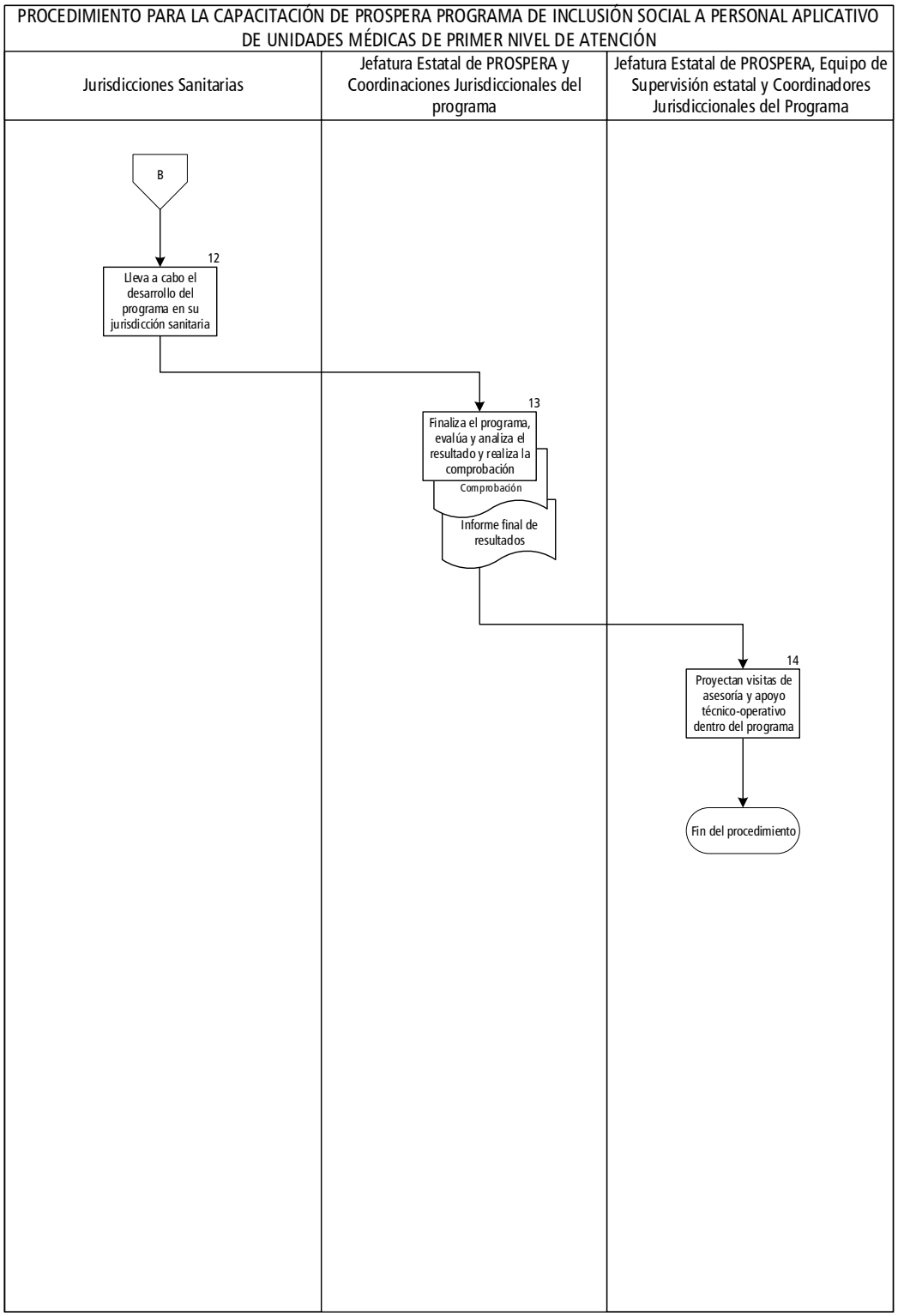
		componentes del programa; estrategias del programa; puntos centinela; talleres comunitarios; suplemento alimenticio, contraloría social; certificación de corresponsabilidades, jóvenes con PROSPERA; Salud por Mi; Sinos; Consulta Segura; PCI; Indicadores; SIS; EDI y EsIAN.	
7	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Revisa el Programa anual de capacitación, cronograma general de capacitación, los contenidos temáticos y facilitadores.	Programa anual
8	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Valida del Programa, cronograma y contenidos temáticos de capacitación y los presenta a las coordinaciones jurisdiccionales del programa.	
9	Personal de las Áreas Financieras de los SSEP	Envía dicho Programa al área financiera para su revisión, validación y liberación presupuestal de las áreas financieras de los SSEP, para liberar presupuesto relacionado al Programa Anual de Capacitación PROSPERA.	Programa anual
10		Asigna por proceso de licitación, el o los proveedores de los sitios de capacitación, requerimientos y servicios para la capacitación.	N/A
11	Jefe/a de Departamento de PROSPERA en los SSEP	Lleva a cabo la implementación del Programa de Anual de Capacitación.	Programa anual
12	Responsable Estatal de Capacitación de PROSPERA en los SSEP	Llevan a cabo el desarrollo del programa de capacitación a nivel estatal.	Programa anual

13	Jurisdicciones Sanitarias	Lleva a cabo el desarrollo del programa de capacitación en su Jurisdicción Sanitaria., si así es requerido y dentro del Programa de Capacitación anual PROSPERA, el nivel jurisdiccional	
14	Jefatura Estatal de PROSPERA y Coordinaciones Jurisdiccionales del programa	Finaliza el programa de capacitación, evalúa y analiza el resultado obtenido a nivel estatal y/o jurisdiccional y realiza la comprobación administrativa.	Comprobación Informe final de resultados
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A PERSONAL APLICATIVO DE UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A PERSONAL APLICATIVO DE UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Personal de las Áreas Financieras de los SSEP
Jefe (a) de Departamento de PROSPERA en los SSEP
Responsable Estatal de Capacitación de PROSPERA en los SSEP
A
8
Envía al área financiera para su revisión, validación y liberación presupuestal
Programa anual
9
Asigna por licitación, proveedor de sitios de capacitación, requerimiento y servicios
10
Lleva a cabo la implementación del Programa de Anual de Capacitación
Programa anual
11
Llevan a cabo el desarrollo del programa a nivel estatal
Programa anual
B


PROCEDIMIENTO PARA LA CAPACITACIÓN DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL A PERSONAL APLICATIVO DE UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Jurisdicciones Sanitarias
Jefatura Estatal de PROSPERA y Coordinaciones Jurisdiccionales del programa
Jefatura Estatal de PROSPERA, Equipo de Supervisión estatal y Coordinadores Jurisdiccionales del Programa
B
12
Lleva a cabo el desarrollo del programa en su jurisdicción sanitaria
13
Finaliza el programa, evalúa y analiza el resultado y realiza la comprobación
Comprobación
Informe final de resultados
14
Proyectan visitas de asesoría y apoyo técnico-operativo dentro del programa
Fin del procedimiento

7.11.26. PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO TRIMESTRAL DE PROSPERA – RTP 2017

Tiempo Promedio: 90 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Romy Victoria Huerta Jefa del Departamento de Prospera RVH (DP) Octubre 2018	Erika Berenice Davis Martinez Subdirectora de Atención Primaria a la Salud y Prospera EBDM (SAPSP) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramirez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Obtener una herramienta de control, monitoreo y reporte general de los recursos humanos, mobiliario, equipamiento e insumos médicos, tanto a nivel institucional como comunitario, así como el desglose de la regionalización operativa, geográfica (municipal y localidad) y funcional (tipo de unidad de salud), con la finalidad apoyar la toma de decisiones en los niveles jurisdiccional y estatal, de manera trimestral.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Convenio de Transferencia de Recursos Financieros al Estado para operar PROSPERA en su componente salud. Vigente.
2. Reglas de Operación de PROSPERA – Programa de Inclusión Social para el año fiscal. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La Jefatura de PROSPERA, parte integrante de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y PROSPERA, es la responsable de solicitar, concentrar, analizar y validar los reportes trimestrales generados por las jurisdicciones sanitarias en base a las plantillas y documentos oficiales relacionados con recursos humanos, cobertura, infraestructura y equipamiento de unidades de salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y requeridos en su concentrado estatal por la Dirección General del Programa Oportunidades DGPO de la CNPSS.
2. La Jefatura Estatal de PROSPERA conjuntamente con las coordinaciones jurisdiccionales del Programa, deberán establecer el calendario anual de entrega de información relacionada con los formatos trimestrales RTP.
3. La Jefatura Estatal de PROSPERA conjuntamente con las coordinaciones jurisdiccionales del Programa, se encuentran en constante comunicación para lograr una alta efectividad en el procedimiento.

Responsables

Departamento de Prospera, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica

Áreas Involucradas

Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología.
Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.

Recursos	Formatos RTP universo de trabajo, Formato RTP recursos humanos totales, institucionales y comunitarios, Formato RTP recursos humanos autorizados, plazas autorizadas y ocupadas, Formato de recursos humanos autorizados por honorarios (eventuales) participantes en el programa, Formato RTP infraestructura
Glosario	CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. DGOP: Dirección General de PROSPERA. PROSPERA: PROSPERA – Programa de Inclusión Social. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social. RTP: Reporte Trimestral PROSPERA.

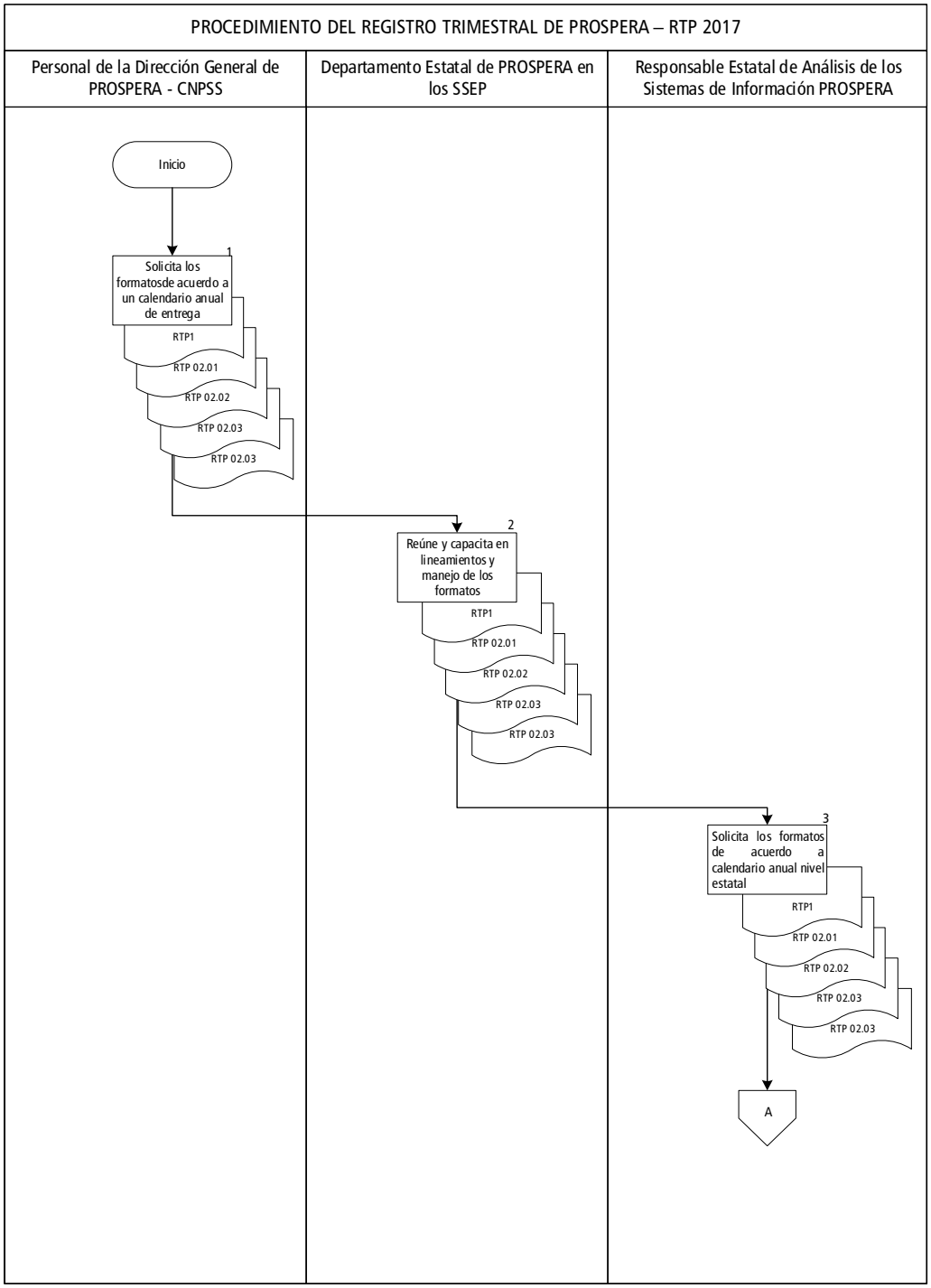
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO TRIMESTRAL DE PROSPERA – RTP 2017.

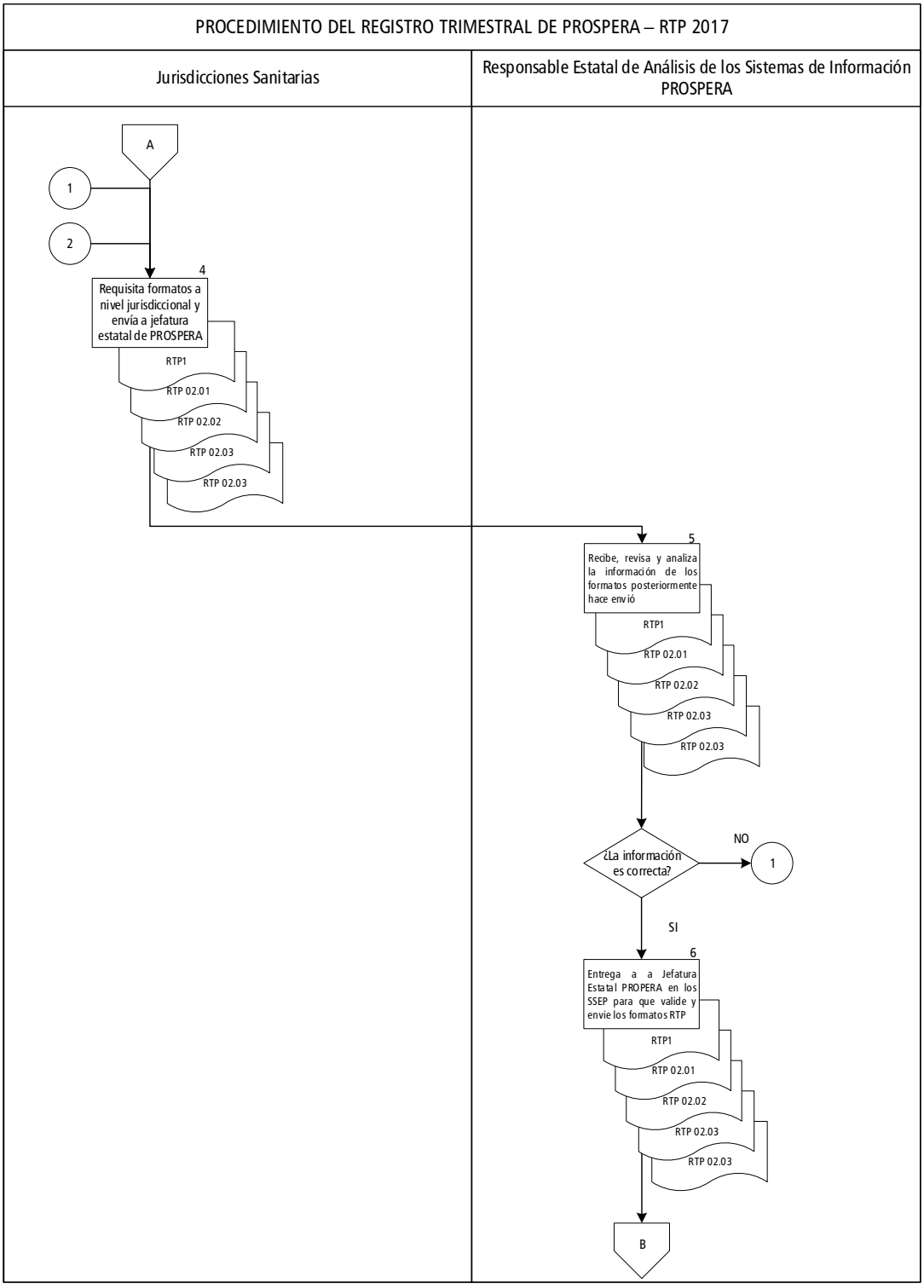
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Dirección General de PROSPERA - CNPSS	Solicita formatos RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03 de acuerdo a un calendario anual de entrega a nivel federal	Correo Electrónico. RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
2	Departamento Estatal de PROSPERA en los SSEP	Reúne a los/las Coordinadores/as jurisdiccionales PROSPERA y los capacita en los lineamientos y registro de los formatos RTP	RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
3	Responsable Estatal de Análisis de los Sistemas de Información PROSPERA	Solicita a las coordinaciones jurisdiccionales de PROSPERA los formatos RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03 de acuerdo a un calendario anual de entrega a nivel estatal.	RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03

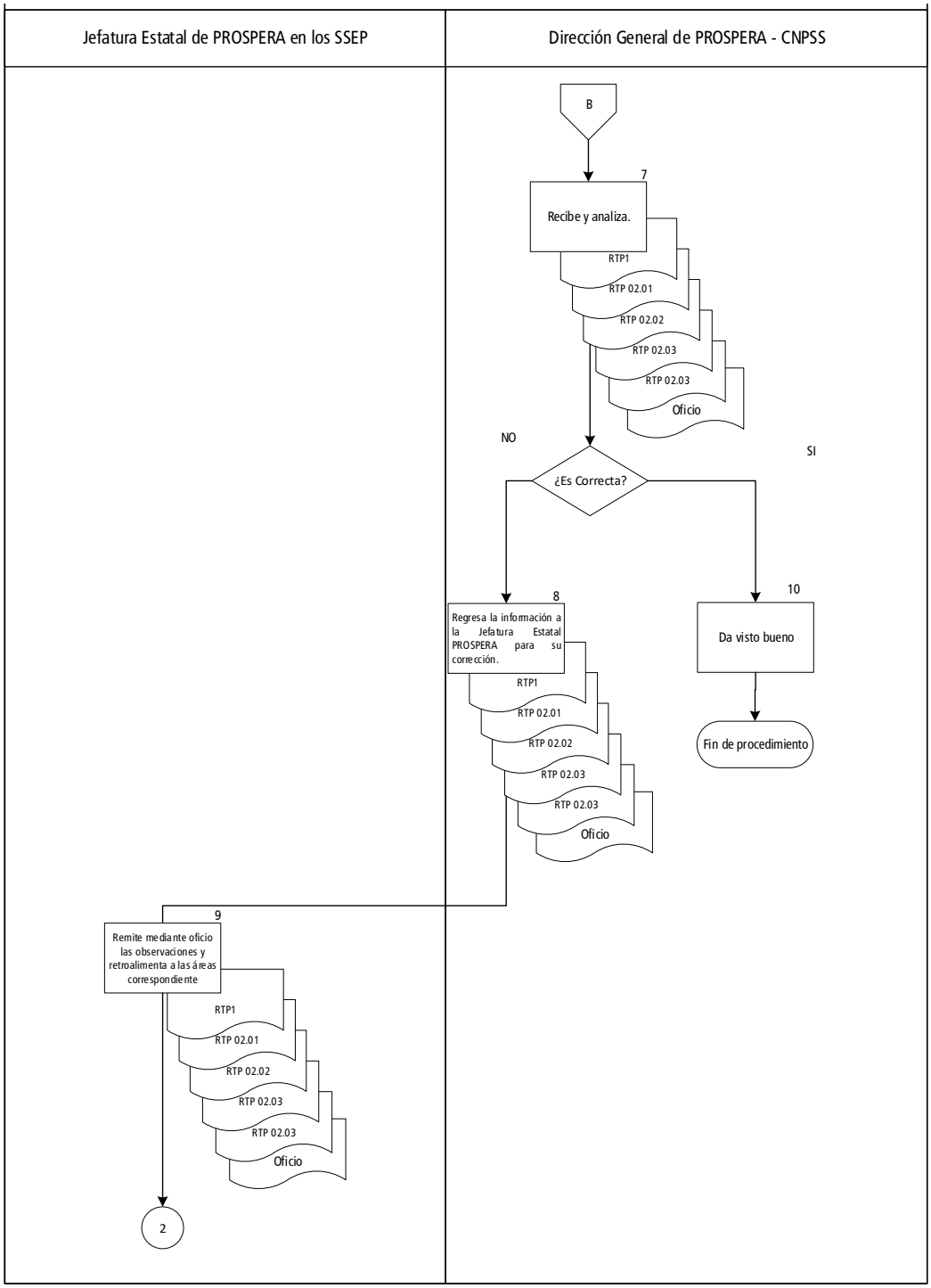
4	Jurisdicciones Sanitarias	Requisita los formatos RTP a nivel jurisdiccional y los envía a la jefatura estatal de PROSPERA	RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
5	Responsable Estatal de Análisis de los Sistemas de Información PROSPERA	Recibe, revisa y analiza la información de los formatos RTP jurisdiccionales: ¿La información es correcta? SI: Continúa en la Actividad No. 6. NO: Regresa a la actividad No.4, para su corrección.	RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
6	Responsable Estatal de Análisis de los Sistemas de Información PROSPERA	Entrega a Jefatura Estatal PROPERA en los SSEP para que valide y envié los formatos RTP del trimestre correspondiente a la Dirección General de PROSPERA -CNPSS.	Oficio RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
7	Dirección General de PROSPERA - CNPSS	Recibe y analiza. ¿Es correcta la información? SI: Continúa en la actividad No. 10. NO: Continúa en la actividad No.8.	Oficio RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
8	Dirección General de PROSPERA - CNPSS	Regresa la información a la Jefatura Estatal PROSPERA para su corrección.	Oficio RTP1, RTP 02.1, RTP 02.2, RTP 02.3, RTP 03
9	Jefatura de PROSPERA – Programa de Inclusión Social	Remite mediante oficio a las Jurisdicciones Sanitarias, las observaciones y retroalimenta a las áreas correspondiente las incidencias detectadas, solicitando su rectificación o ratificación correspondiente. Continúa en la actividad No. 4.	oficio
10	Dirección General	Da visto bueno.	N/A

	de PROSPERA - CNPSS		
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO TRIMESTRAL DE PROSPERA – RTP 2017.




PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO TRIMESTRAL DE PROSPERA – RTP 2017
Jurisdicciones Sanitarias
Responsable Estatal de Análisis de los Sistemas de Información PROSPERA
A
1
2
4
Requisita formatos a nivel jurisdiccional y envía a jefatura estatal de PROSPERA
RTP1
RTP 02.01
RTP 02.02
RTP 02.03
RTP 02.03
5
Recibe, revisa y analiza la información de los formatos posteriormente hace envió
RTP1
RTP 02.01
RTP 02.02
RTP 02.03
RTP 02.03
¿La información es correcta?
NO
1
SI
6
Entrega a a Jefatura Estatal PROPERA en los SSEP para que valide y envie los formatos RTP
RTP1
RTP 02.01
RTP 02.02
RTP 02.03
RTP 02.03
B


Jefatura Estatal de PROSPERA en los SSEP
Dirección General de PROSPERA - CNPSS
B
7
Recibe y analiza.
RTP1
RTP 02.01
RTP 02.02
RTP 02.03
RTP 02.03
Oficio
NO
SI
¿Es Correcta?
8
Regresa la información a la Jefatura Estatal PROSPERA para su corrección.
RTP1
RTP 02.01
RTP 02.02
RTP 02.03
RTP 02.03
Oficio
10
Da visto bueno
Fin de procedimiento
9
Remite mediante oficio las observaciones y retroalimenta a las áreas correspondiente
RTP1
RTP 02.01
RTP 02.02
RTP 02.03
RTP 02.03
Oficio
2

7.11.27. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES.

Tiempo Promedio: 7 Horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Fabiola Juarez Martínez **Responsable Estatal del Programa Diabetes y Envejecimiento MFJM (DECNT)** **Octubre 2018**	**Iván Erick Villa Campis** **Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez** **Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Junio 2018**

Objetivo	Detectar a través de la evaluación y supervisión de actividades, áreas de oportunidad que permitan mejorar el servicio que se proporcionan las Jurisdicciones Sanitarias.

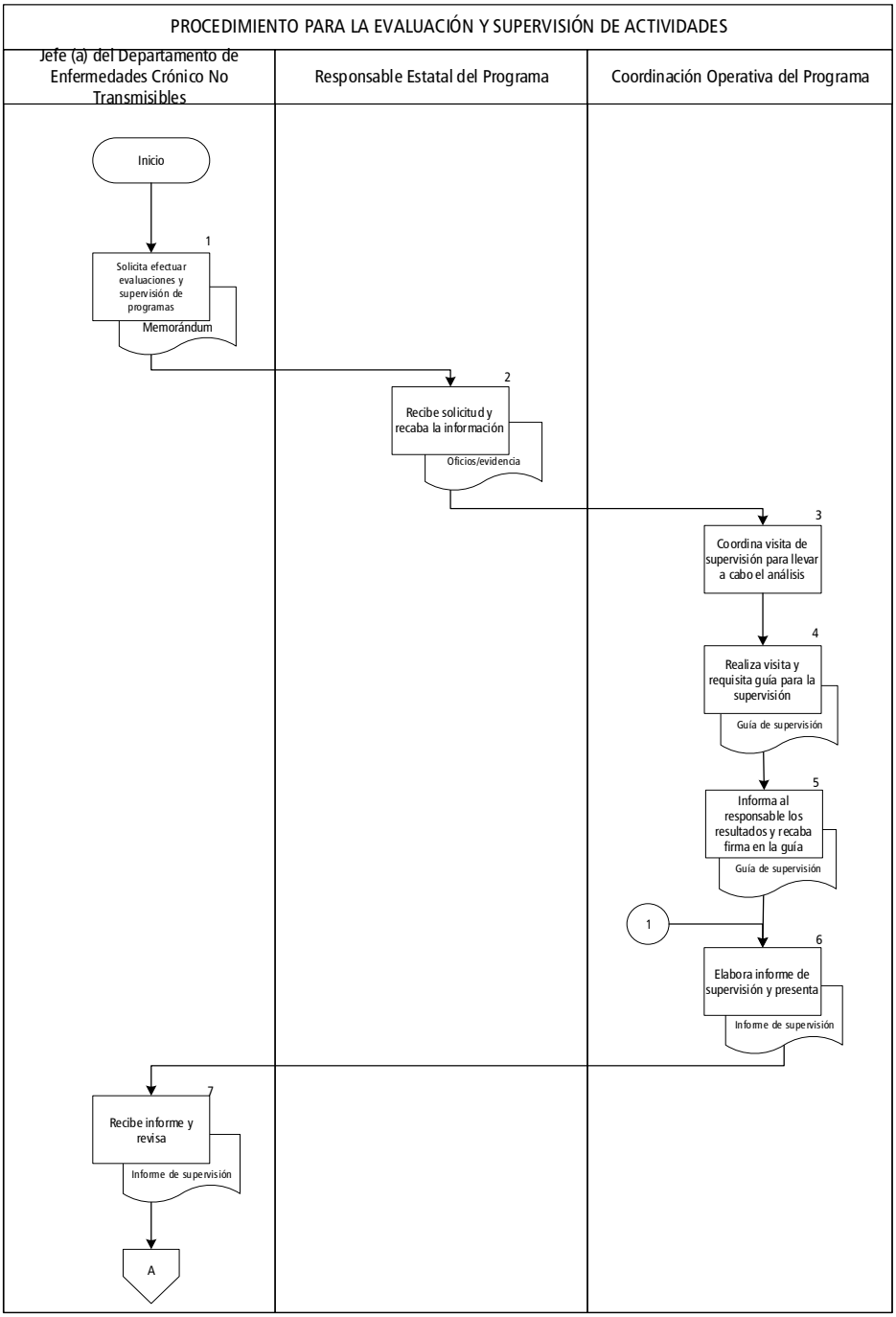
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. 3. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente. Políticas de Operación: 1. Las evaluaciones se realizan con base a la información recibida de las 10 Jurisdicciones Sanitarias 2. Después de analizar la información se debe de informar sobre el avance al Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles.
Responsables	Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a las 10 Jurisdicciones Sanitarias.
Recursos	Guía para la supervisión, Informe de supervisión, Memorándum, Oficio / Evidencia Fotográfica.
Glosario	Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.

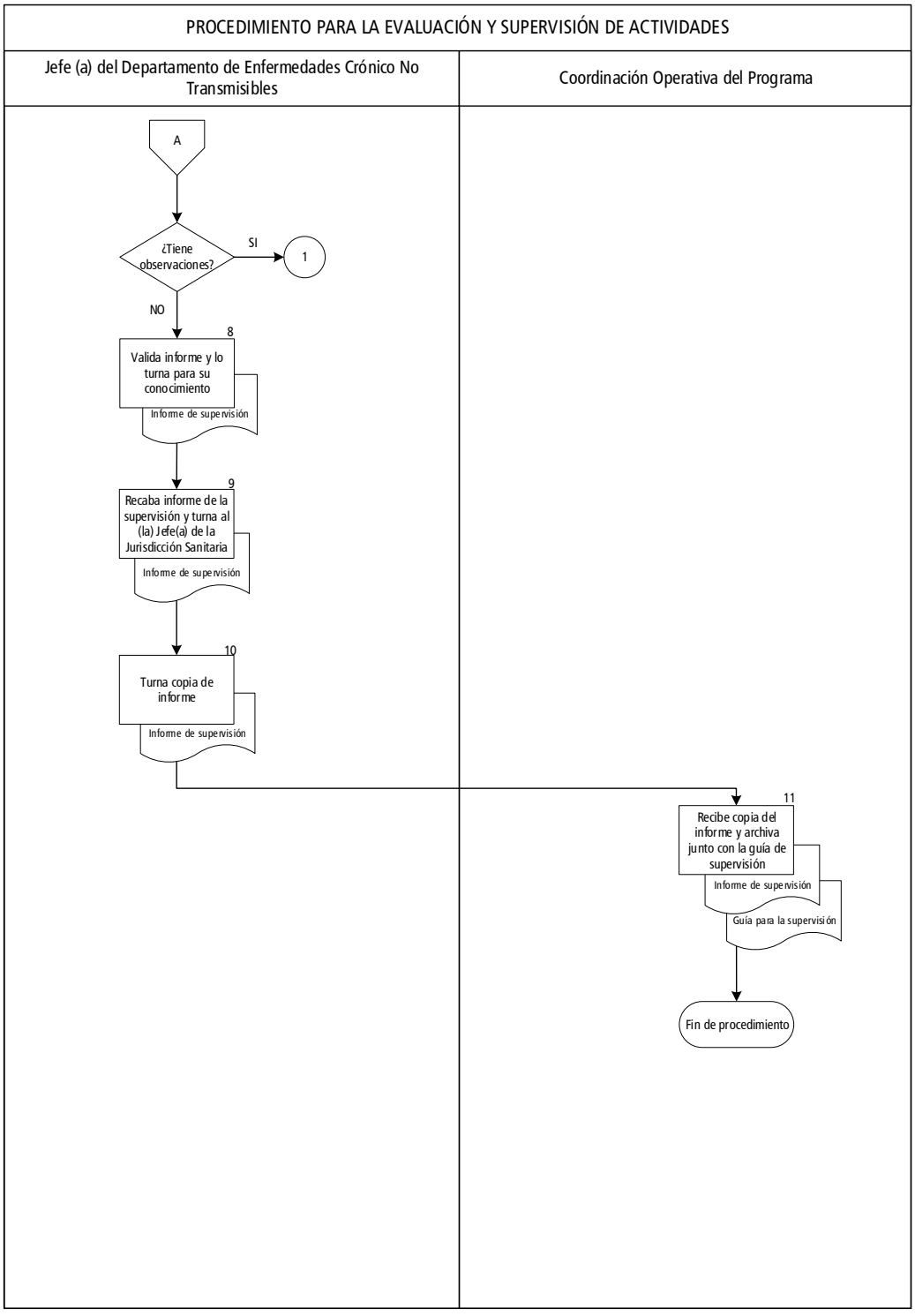
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	Solicita por medio de memorándum al/la Coordinador/a Operativo/a del programa efectuar evaluaciones y supervisión de los programas adheridos al Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles.	S/D
2	Responsable Estatal del Programa	Recibe solicitud y recaba la siguiente información: 1.- Información enviada por las Jurisdicciones Sanitarias de las actividad 2.- Análisis de las actividades realizadas contra lo previsto o programado. 3.- Avances y puntos a supervisar.	S/D
3	Coordinación Operativa del Programa	Coordina vía telefónica o internet con los responsables de las Jurisdicciones Sanitarias visita de supervisión para llevar a cabo el análisis encomendado.	Libreta de fraccionamiento
4		Realiza visita de supervisión y requisita guía para la supervisión.	S/D
5		Informa al responsable de la Jurisdicción Sanitaria los resultados y recaba firma en la guía para la supervisión.	S/D
6		Elabora informe de supervisión y presenta al/la Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles.	S/D
7	Jefe/a del	Recibe informe y revisa	Libreta de

	Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	¿Tiene observaciones? Si: Regresa actividad 6. No: Continúa actividad 8.	fraccionamiento de unidades
8		Valida informe y lo turna al Subdirector de Salud Pública para su conocimiento.	S/D
9		Recaba informe de la supervisión y turna al/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	S/D
10	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	Turna a la Coordinación Operativa del Programa copia de informe.	S/D
11	Coordinación Operativa del Programa	Recibe copia del informe y archiva junto con la guía de supervisión.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES.




PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES
Jefe (a) del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles
Coordinación Operativa del Programa
A
¿Tiene observaciones?
SI
1
NO
8
Valida informe y lo turna para su conocimiento
Informe de supervisión
9
Recaba informe de la supervisión y turna al (la) Jefe(a) de la Jurisdicción Sanitaria
Informe de supervisión
10
Turna copia de informe
Informe de supervisión
11
Recibe copia del informe y archiva junto con la guía de supervisión
Informe de supervisión
Guía para la supervisión
Fin de procedimiento

7.11.28. PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO A LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL.

Tiempo Promedio: 7 Horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Fabiola Juarez Martinez Responsable Estatal del Programa Diabetes y Envejecimiento MFJM (DECNT) Octubre 2018	Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramirez Director de salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Junio 2018

Objetivo	Incrementar y actualizar los conocimientos en personal de primer nivel de atención de las actividades que se realizan en los programas que pertenecen al Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. 3. Norma Oficial Mexicana NOM-028- SSA2-2009 para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente. Políticas de Operación: 1. La capacitación se debe realizar bajo la programación establecida, enviando la carta descriptiva a la Subdirección de Salud Pública su validación. 2. La capacitación se debe realizar con la participación del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles 3. Al finalizar la capacitación se debe realizar una evaluación de la misma.
Responsables	Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a la Subdirección de Salud Pública en coordinación con el Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles.
Recursos	Memorándum, Carta Descriptiva, Oficio, Oficio/ Carta Descriptiva, Informe, Calendarización
Glosario	Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala

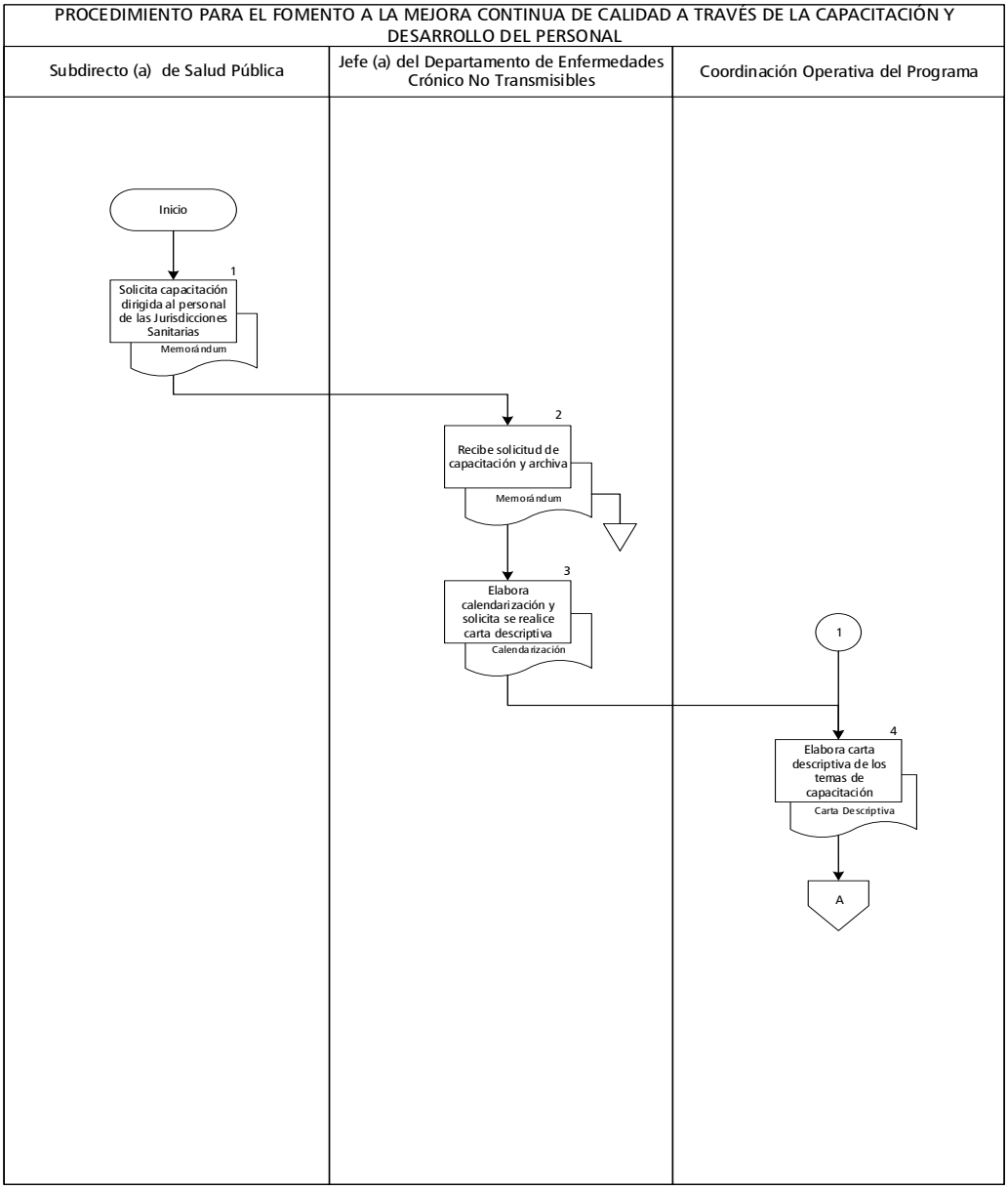
alimentación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO A LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL.

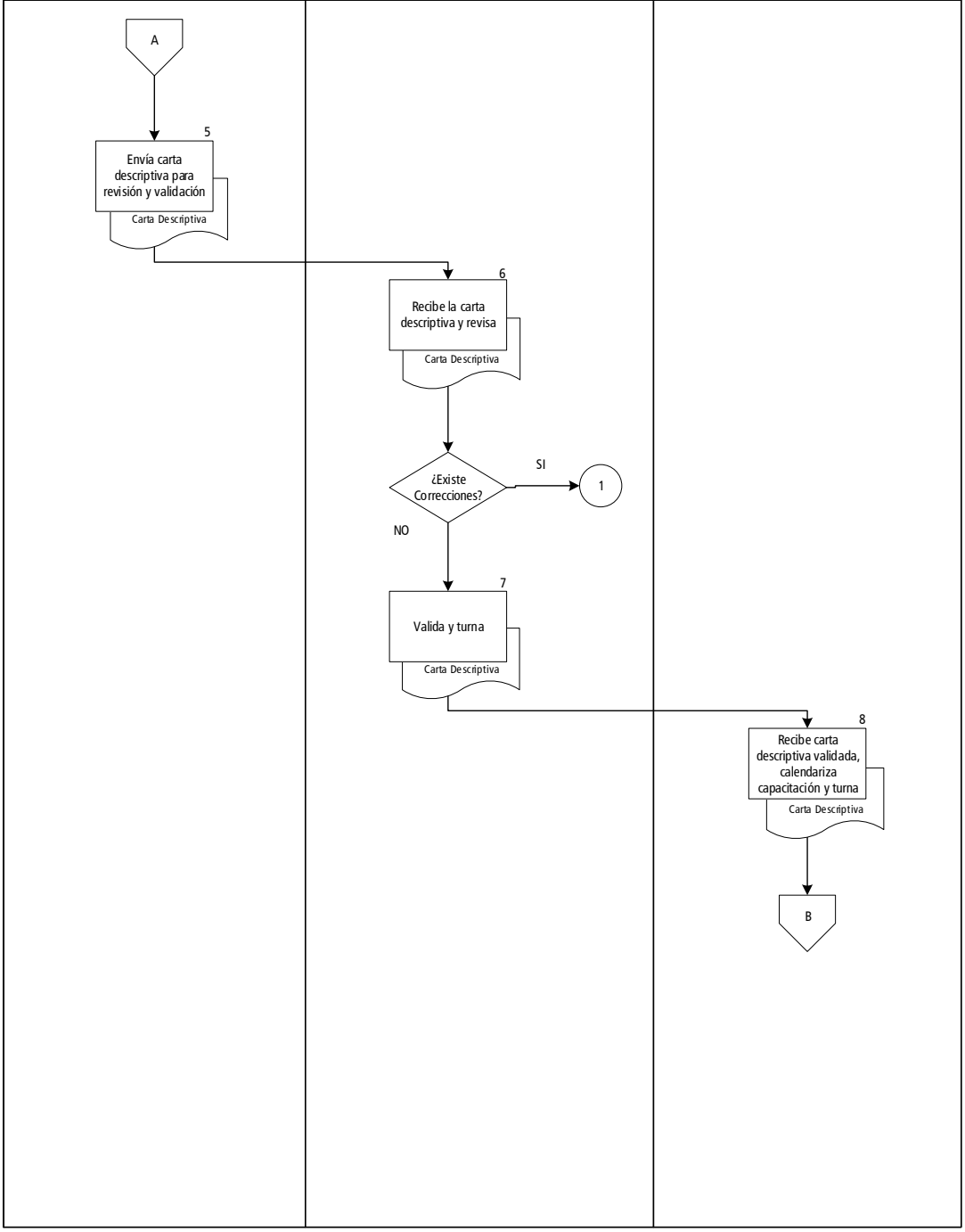
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a de Salud Pública	Solicita vía memorándum capacitación dirigida al personal de las Jurisdicciones Sanitarias.	Memorándum
2	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	Recibe solicitud de capacitación y archiva.	Memorándum
3		Elabora calendarización y solicita se realice carta descriptiva.	Calendarización
4	Coordinación Operativa del Programa	Elabora carta descriptiva de los temas de capacitación.	Carta Descriptiva
5	Responsable Estatal del Programa	Envía la carta descriptiva para su revisión y validación a la Subdirección de Salud Pública a través del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles.	Carta Descriptiva
6	Subdirector de Salud Pública	Recibe la carta descriptiva y revisa. ¿Existe Correcciones? Sí: Regresa a la actividad No. 4 . No: Continúa en la actividad No. 7.	Carta Descriptiva
7	Subdirector de Salud Pública	Valida y turna al Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles.	Carta Descriptiva

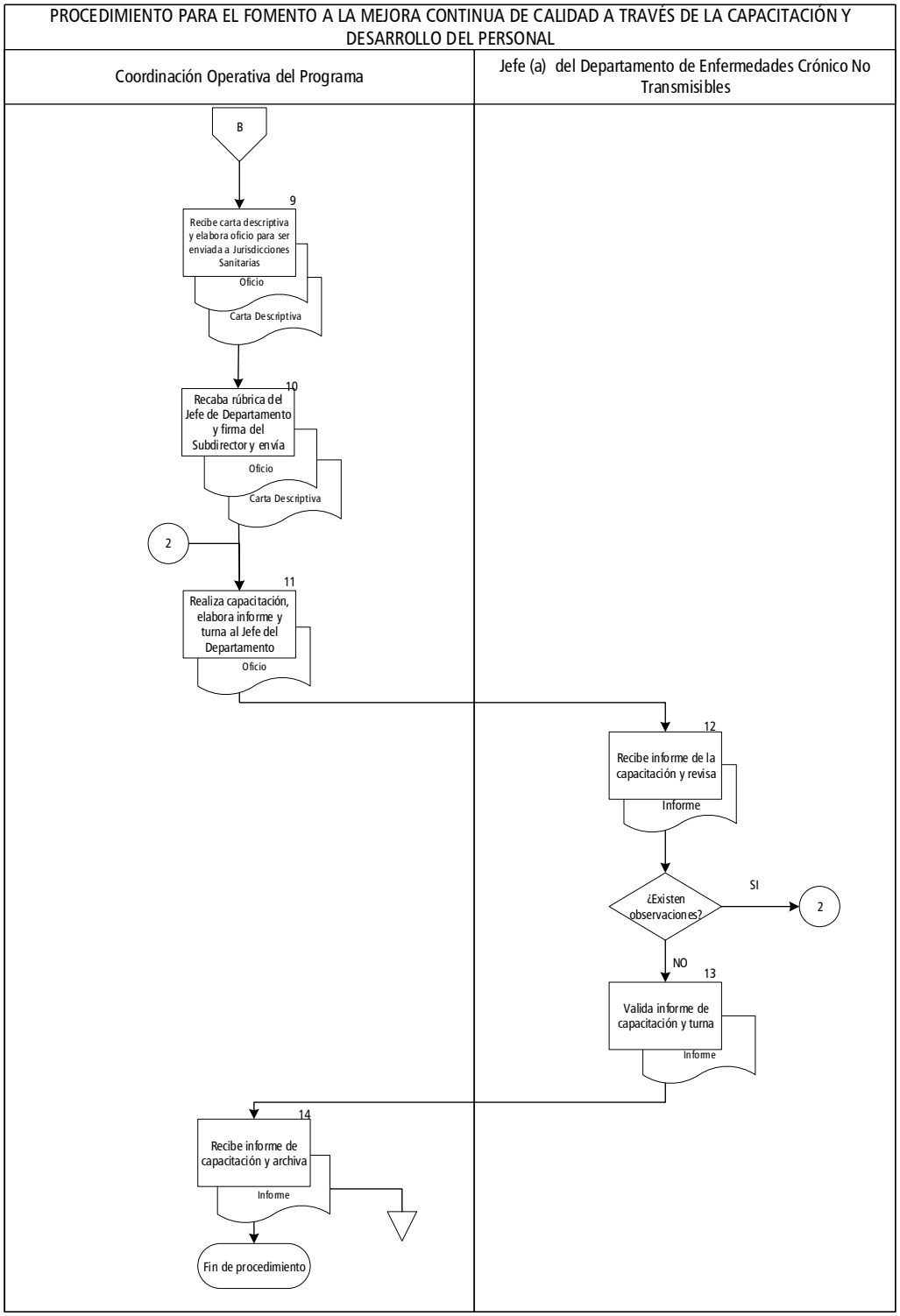
8	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	Recibe carta descriptiva validada, calendariza capacitación y turna a la Coordinación Operativa.	Carta Descriptiva
9	Coordinación Operativa del Programa	Recibe la carta descriptiva y elabora oficio para ser enviada a las Jurisdicciones Sanitarias.	Oficio Carta Descriptiva
10	Coordinación Operativa del Programa	Recaba rúbrica del Jefe/a de Departamento y firma del Subdirector y envía a las Jurisdicciones Sanitarias.	Oficio Carta Descriptiva
11	Coordinación Operativa del Programa	Realiza capacitación, elabora informe y turna al Jefe/a del Departamento. **Nota:** si existen observaciones en el informe, se deberán corregir.	Informe
12	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	Recibe informe de la capacitación y revisa. ¿Existen observaciones? SI: Regresa actividad 11. No: continúa actividad 13.	Informe
13	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles	Valida informe de capacitación y turna a la Coordinación Operativa del Programa.	Informe
14	Coordinación Operativa del Programa	Recibe informe de capacitación y archiva.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO A LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL.



PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO A LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL




PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO A LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL
Coordinación Operativa del Programa
Jefe (a) del Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles
B
9
Recibe carta descriptiva y elabora oficio para ser enviada a Jurisdicciones Sanitarias
Oficio
Carta Descriptiva
10
Recaba rúbrica del Jefe de Departamento y firma del Subdirector y envía
Oficio
Carta Descriptiva
2
11
Realiza capacitación, elabora informe y turna al Jefe del Departamento
Oficio
12
Recibe informe de la capacitación y revisa
Informe
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
13
Valida informe de capacitación y turna
Informe
14
Recibe informe de capacitación y archiva
Informe
Fin de procedimiento

7.11.29. PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUISTICA Y GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA.

Tiempo Promedio: 1 dia.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Lidia Valdovinos Salas **Responsable Estatal de Salud Maternay Perinatal** **LVS (DSR)** **Octubre 2018**	**Iván Erick Villa Campis** **Subdirector de Salud Pública** **IEVC (SSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las Directrices para prevenir una discapacidad en los recién nacidos para personal de salud debidamente capacitado, garantizando una detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y vigilancia epidemiológica de una enfermedad metabólica.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
2. NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.
3. NOM-038-SSA2-2002, Para la Prevención, Tratamiento y control de las enfermedades por Deficiencia de Yodo.
4. Lineamiento Técnico de Tamiz Neonatal, Detección y Tratamiento Oportuno e Integral de Hipotiroidismo Congénito.2007, Secretaría de Salud.
5. Lineamiento Técnico de Tamiz Neonatal: Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los errores Innatos del Metabolismo.
6. Programa de Acción Específico “Salud Materna y Perinatal” 2013 - 2018.
7. Acuerdo secretarial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio del 2008, en donde se puso en marcha el programa de “Embarazo Saludable” para garantizar a la mujer embarazada su ingreso al sistema de Protección en Salud, bajo el Régimen No Contributivo.
8. Consejo de Salubridad General, Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del sistema nacional de salud:
9. De los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Salud Materna y Perinatal
10. De la Vigilancia Epidemiológica Activa de las Defunciones Maternas.
11. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente.

Políticas de Operación:

1. Toda unidad que atienda partos y recién nacidos deberá difundir y promocionar el tamiz metabólico neonatal.
2. Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal a partir de las 72 horas de nacido al 5° día de vida del niño(a) y deberá ser gratuita.

3. Localización inmediata del niño con resultado sospechoso.
4. Todo Recién Nacido sospechoso de Hipotiroidismo Congénito (TSH) deberán realizarse pruebas confirmatorias en el Laboratorio del Hospital para el Niño Poblano; los casos sospechosos de Hiperplasia Suprarrenal Congénita (17OH), Fenilcetonuria (PKU) Galactosemia (GAL) Fibrosis Quística (IRT) y Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa (G6PD) deberán realizarse pruebas confirmatorias en los Hospitales sede para recolección de muestras, conservarlas y entregarlas al Laboratorio de TamizMas.
5. El tratamiento debe aplicarse antes del primer mes de vida para evitar daño cerebral y/o discapacidad.
6. A todo Recién Nacido con Hipotiroidismo Congénito (TSH), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (17OH), Fenilcetonuria (PKU) Galactosemia (GAL) Fibrosis Quística (IRT) y Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa (G6PD) se dará Tratamiento y Seguimiento en el Hospital para el Niño Poblano hasta su alta por mejoría.
7. Todas las Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales deben remitir semanalmente las muestras tomadas, previa captura en la plataforma del sistema SySDQM, al Laboratorio de TamizMas en Yucatán, por medio de la Empresa DHL, quien pasa por los paquetes de muestras a las diez Jurisdicciones Sanitarias de forma gratuita.
8. El Laboratorio de TamizMas entrega resultados de forma física los negativos, muestras inadecuadas y sospechosos. La Notificación de los casos sospechosos es de forma electrónica, para informar a los responsables del programa de la Jurisdicción la Localización.
9. Localizado el recién nacido sospechoso a THS se refiere al Hospital para el Niño Poblano, para indicar estudio confirmatorio.
10. Los casos sospechosos de 17OH, PKU, GAL, IRT y G6PD, se refieren a los Hospitales Regionales de Prevención de Errores Innatos del Metabolismo, los cuales son: Hospital General de Zacatlán, Teziutlán,

	para el Niño Poblano y de la Mujer y Neonatología de Tehuacán; para la toma de muestra o programación de toma de electrolitos en sudor. 11. El/la Responsable del Programa de la Jurisdicción cuando se tenga la muestra, envía el formato para la recolección de las muestras, a la Responsable Estatal para solicitar el embalaje al personal del Laboratorio de TamizMas. 12. Los resultados de los estudios confirmatorios los entregan de forma electrónica a la Responsable Estatal del Programa, lo envía a la Jurisdicción correspondiente. Si es negativo, nuevamente es valorado el recién nacido y se refiere a control de niño/a sano. Cuando es un resultado positivo, se solicita su documentación para referirlo y solicitar cita con las sub especialistas del Hospital para el Niño Poblano.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Personal químico que se encuentra dentro de la Coordinación del Laboratorio de Banco de Sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología. Unidades obtenidas del área de sangrado de la coordinación de selección del donador.
Recursos	Relación, Oficio, Memorándum.
Glosario	Hipotiroidismo Congénito (TSH): Es una enfermedad endócrina más frecuente en la niñez, caracterizada por presentar insuficiencia en la síntesis de hormonas tiroideas por alteración de la glándula tiroides, tiene efectos devastadores en el crecimiento y desarrollo si no se administra el tratamiento adecuado y oportuno. Hiperplasia Suprarrenal Congénita (17OH): Corresponde a un grupo de enfermedades de origen genético, congénito y heredable del metabolismo de los esteroides suprarrenales que afecta de manera primordial a los/las recién

nacidos/as, quienes manifiestan serias alteraciones hormonales que ponen en riesgo su vida, su integridad física y psicológica, ya que es la primera causa de trastorno en la diferenciación de genitales a nivel mundial.

Galactosemia Clásica (GAL): Es un error del metabolismo clínicamente heterogéneo, autosómico recesivo causado por deficiencia parcial o total de la actividad enzimática de galactosa-1-fosfato uridiltransferasa.

Fenilcetonuria (PKU): Es un grupo heterogéneo de enfermedades del metabolismo del aminoácido fenilalanina (FEN), que pueden deberse a distintas deficiencias enzimáticas o del cofactor tetrahidrobiopterina (BH4). A este grupo pertenece la fenilcetonuria clásica, que es hereditaria, ocasiona retraso mental /discapacidad intelectual y es considerada la forma más severa de las hiperfenilalaninemias.

Fibrosis Quística (IRT): Es una enfermedad crónica, progresiva y con compromiso multisistémico de origen genético autosómico recesivo causada por una mutación en el gen (CFTR Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) ubicado en el cromosoma 7q31.2 que codifican para la proteína reguladora de la conductancia transmembranal de FQ que regula el flujo de electrolitos y agua.

Deficiencia de Glucosa -6- fosfato deshidrogenasa (G-6-PD): Es un trastorno en el cual los glóbulos rojos se descomponen cuando el cuerpo se expone a ciertos fármacos o al estrés de una infección. Es hereditario, lo cual significa que pasa de padres a hijos.

Tamiz Neonatal: Es un estudio que “separa” a niños que nacen con alteraciones del metabolismo que los hace distintos a los demás, para tratarlos oportunamente a fin de evitar retraso mental o la muerte.

SySDQM: Plataforma electrónica de la empresa Tamizmas, donde se realiza la captura de folios de tamiz metabólico para su pronta visualización y estatus.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA Y GLUCOSA6 FOSFATO DESHIDROGENASA.

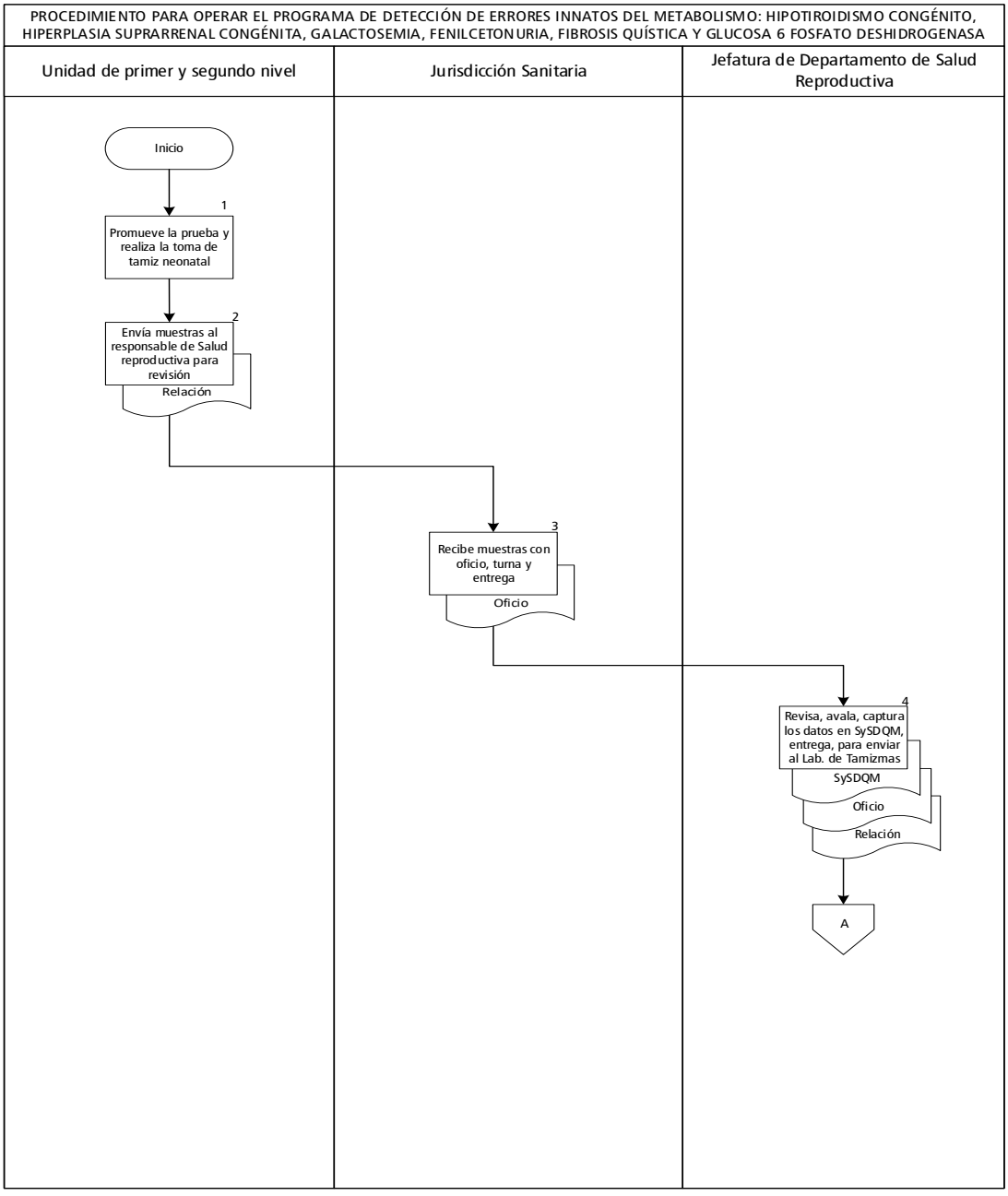
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad de primer y segundo nivel	Promueve a las embarazadas y mujeres con recién nacido la prueba y realiza la toma de tamiz neonatal a todo menor a partir de las 72 horas de nacido al 5° día de vida del/la niño/a.	S/D
2		Envía muestras con relación al responsable de Salud reproductiva de la jurisdicción en forma semanal para su revisión.	Relación
3	Jurisdicción Sanitaria	Recibe las muestras con oficio y turna al/la Responsable de Salud Reproductiva y las entrega al/la Responsable del Programa.	Oficio
4	Jefatura de Departamento de Salud Reproductiva	Revisa, avala, captura los datos de las muestras en la plataforma SySDQM, la entrega a la Empresa DHL con oficio y relación de forma semanal, para enviarlas al Laboratorio de Tamizmas de Yucatán.	SySDQM Oficio Relación
5	Laboratorio de TamizMas	Recibe, procesa muestras y envía resultados al Departamento de Salud Reproductiva, cada diez días.	Resultados
6		Notifica diario por correo electrónico los casos sospechosos por marcador al Departamento de Salud Reproductiva.	Correo electrónico

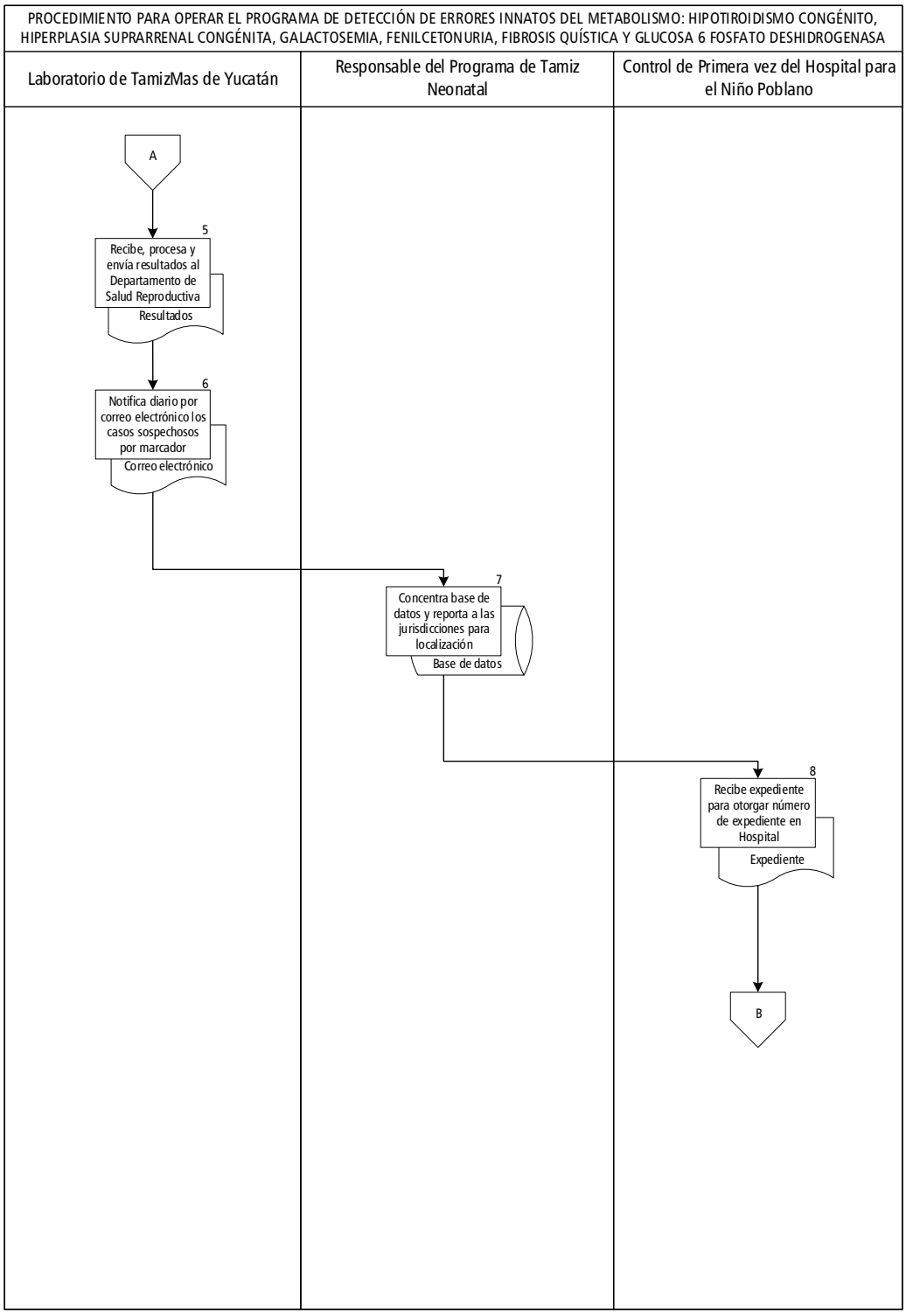
7	Responsable del Programa de Tamiz Neonatal	Concentra la base de datos y se reporta a las jurisdicciones para localización inmediata. Solicita por correo electrónico la integración del expediente para referir al recién nacido al laboratorio del Hospital para el Niño Poblano para los casos de TSH. Los marcadores 17OH, GAL, PKU, IRT, G-6-PD se refieren a los Hospitales Regionales para toma de muestra o programación de electrolitos en sudor.	Base de datos
8	Control de Primera vez del Hospital para el Niño Poblano	Recibe el expediente para otorgar un número de expediente en el Hospital.	Expediente
9	Pediatra responsable de recibir las Referencias	Elabora una Orden de laboratorio electrónica y entrega un número de orden.	Orden de laboratorio
10	Laboratorio del Hospital para el Niño Poblano	Recibe la orden, la registra e informa la fecha para recibir al recién nacido para sus estudios confirmatorios	S/D
11	Gestor/a de Seguro Popular del Hospital para el Niño Poblano	Revisa en el sistema la fecha para recibir al recién nacido para estudios confirmatorios y sella el expediente.	Expediente
12	Laboratorio del Hospital para el Niño Poblano	Recibe el expediente.	Expediente
13	Responsable del Programa de Tamiz Metabólico Neonatal	Informa una vez concluido el tramite al/la responsable de la oficina de salud reproductiva y a la responsable del programa de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente por correo electrónico y celular: La fecha y hora de la cita para estudios confirmatorios,	Correo electrónico

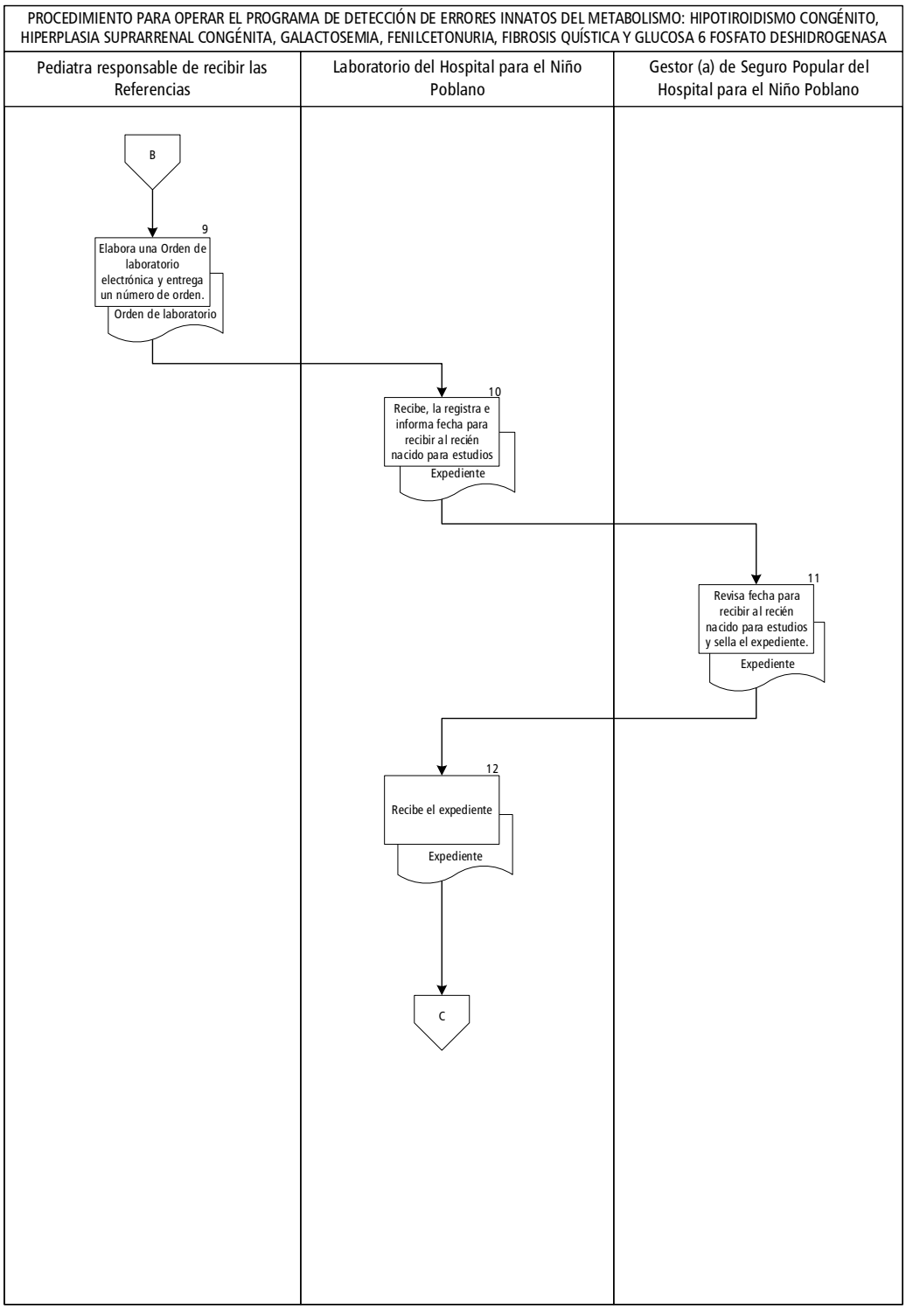
		el número de expediente, los documentos que deberá presentar, ayuno de 3 horas del/la recién nacido/a y el/la especialista que se hará cargo de la revisión de los resultados de laboratorio y la exploración.	
14	Responsable del Programa de Tamiz Metabólico Neonatal	Localiza, refiere al/la recién nacido/a al Hospital Regional de Prevención de Errores Innatos del Metabolismo, para la toma de muestra o programación de electrolitos en sudor. Cuando se tengan los estudios envía el Formato para el embalaje al Laboratorio de TamizMas de Yucatán, a la responsable estatal para coordinar la recolección.	S/D
15	Laboratorio de TamizMas	Recibe la solicitud de recolección de muestras, envía al personal correspondiente, recolecta las muestras o toma electrolitos en sudor. Procesa los estudios y entrega resultados de 10 a 20 días, a el/la responsable estatal del programa de forma electrónica.	S/D
16	Responsable Estatal del Programa de Tamiz Metabólico Neonatal	Recibe los resultados, informa a la Jurisdicción correspondiente; resultado. ¿Cuál es el resultado? Negativo, continúa en la actividad 17. Positivo, continúa en la actividad 18.	S/D
17	Responsable Estatal del Programa de Tamiz Metabólico Neonatal	Se refiere a control de niño/a sano. Fin del procedimiento	S/D

18		Solicita documentación para referirlo al Hospital para el Niño Poblano, para valoración, inicio del tratamiento (según la sub especialidad) control y seguimiento.	S/D
Fin del procedimiento			

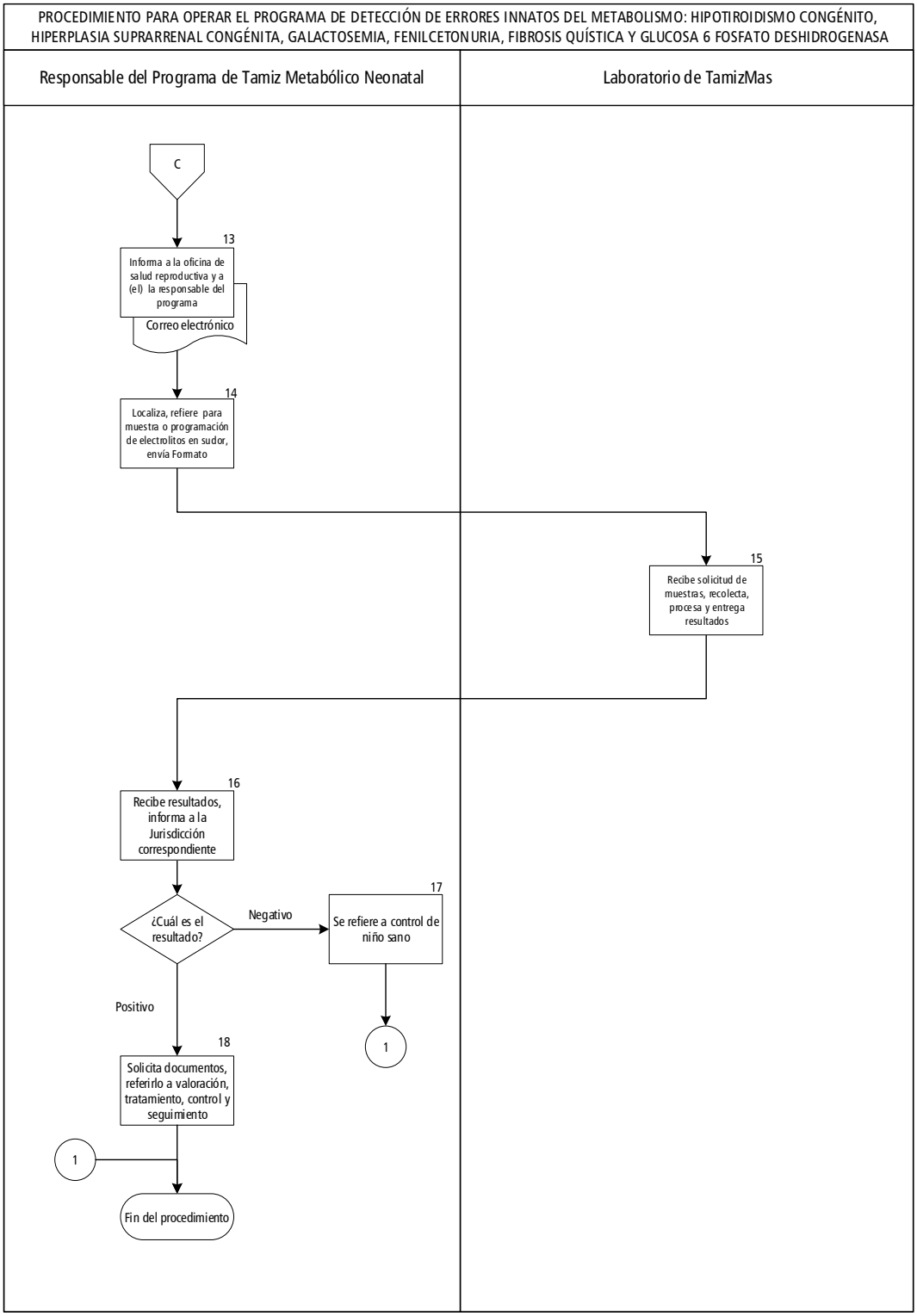
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA Y GLUCOSA6 FOSFATO DESHIDROGENASA.




PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA Y GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA
Laboratorio de TamizMas de Yucatán
Responsable del Programa de Tamiz Neonatal
Control de Primera vez del Hospital para el Niño Poblano
A
5
Recibe, procesa y envía resultados al Departamento de Salud Reproductiva
Resultados
6
Notifica diario por correo electrónico los casos sospechosos por marcador
Correo electrónico
7
Concentra base de datos y reporta a las jurisdicciones para localización
Base de datos
8
Recibe expediente para otorgar número de expediente en Hospital
Expediente
B


PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA Y GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA
Pediatra responsable de recibir las Referencias
Laboratorio del Hospital para el Niño Poblano
Gestor (a) de Seguro Popular del Hospital para el Niño Poblano
B
9
Elabora una Orden de laboratorio electrónica y entrega un número de orden.
Orden de laboratorio
10
Recibe, la registra e informa fecha para recibir al recién nacido para estudios
Expediente
11
Revisa fecha para recibir al recién nacido para estudios y sella el expediente.
Expediente
12
Recibe el expediente
Expediente
C

PROCEDIMIENTO PARA OPERAR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, GALACTOSEMIA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA Y GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA



7.11.30. PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ ESTATAL DE PREVENCIÓN, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

Tiempo Promedio: 30 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Lidia Valdovinos Salas Responsable Estatal de Salud Maternay Perinatal LVS (DSR) Octubre 2018	Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018	Arturo Mompín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Mejorar la salud materna y perinatal y contribuir a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a través de la identificación precisa de causas por medio del análisis critico del factor crucial. con la finalidad de planear, ejecutar y evaluar las acciones de mejora permanentes para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en la entidad poblana.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 4º.
2. Ley General de Salud. Art. 3º, Art. 27, Art. 61, Art. 62, Art. 64 y Art. 65.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Art. 39.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
5. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente.
6. Manual "Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Vigente.
7. Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013 – 2018. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
8. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
9. Programa de reforma del Sector Salud, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Vigente.

Políticas de Operación:

1. Las Instituciones del Sector Salud en el Estado deberán instalar y operar Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, de acuerdo con la estructura, organización, funcionalidad y el marco legal de cada Institución; en concordancia con el siguiente modelo:

- Comité Institucional (Nivel Central) también denominado Estatal – Interinstitucional.
- Comité Delegacional (en los servicios de salud en que aplique, p. ej. IMSS, ISSSTE, etc.)
- Comité Jurisdiccional
- Comité Local u Hospitalario

2. La información de los casos de muerte materna analizados es totalmente confidencial.
3. Los Comités deben instalarse y operarse en toda

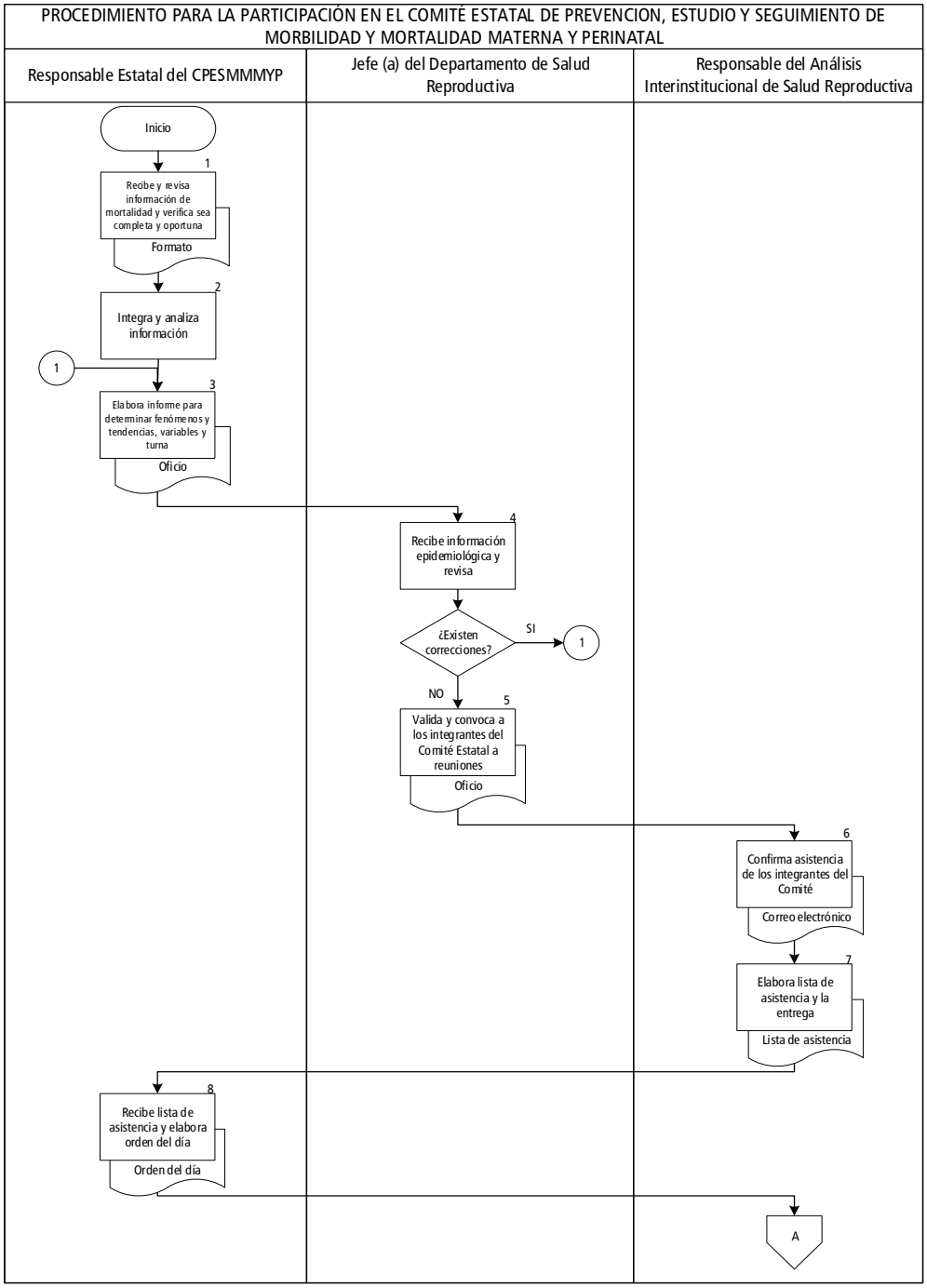
	unidad hospitalaria con servicios de gineco-obstetricia y atención al recién nacido, así como en todas las Jurisdicciones Sanitarias e Instituciones del Sistema Estatal de Salud. 4. Los Comités no deben tener carácter punitivo, ni representación jurídica, en observancia al Manual de Organización y Procedimientos de los Comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal. 5. Los Comités deberán dictaminar el 100% de los casos de muerte materna y al menos el 66% de los casos de muerte perinatal. 6. Los Comités deberán sesionar mensualmente haya o no muertes maternas o perinatales, dando seguimiento a los compromisos anteriores. 7. Los Comités intrahospitalarios y jurisdiccionales, deberán enviar mensualmente al Departamento de Salud Reproductiva, dos copias del informe mensual de mortalidad materna y perinatal, de la autopsia verbal y del acta de sesión en formatos oficiales.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Todas las Unidades de Primer, Segundo y Tercer nivel de atención, con Atención obstétrica, así como a las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado.
Recursos	Formato, Documento Informativo, Oficio, Acta, Orden del día, Lista de Asistencia.
Glosario	CPESMMMYP: Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

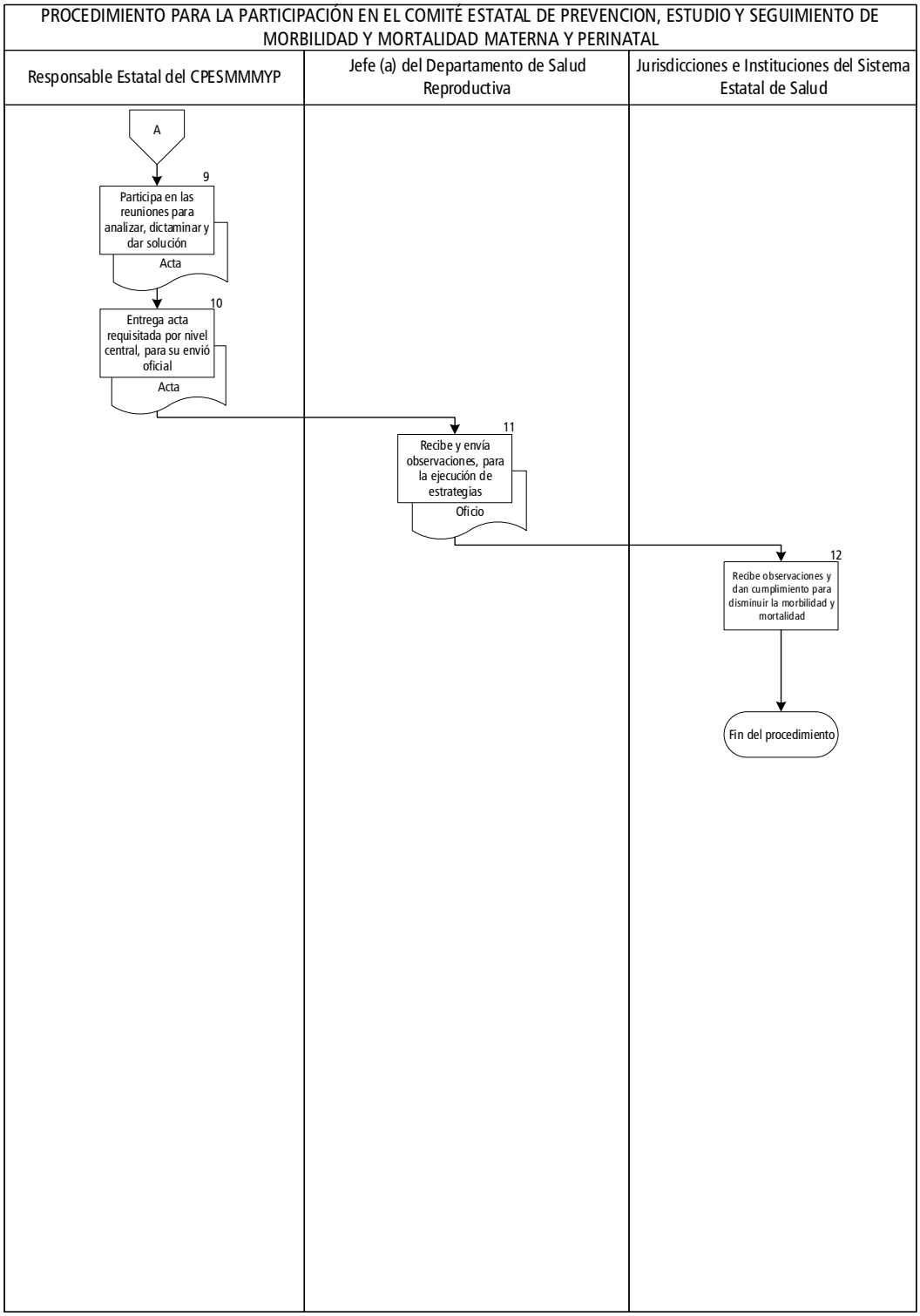
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ ESTATAL DE PREVENCIÓN, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal del CPESMMMYP	Recibe y revisa información mensual de mortalidad materna y perinatal en formatos oficiales de todas las instituciones del Sistema Estatal de Salud y verifica que esta sea completa y oportuna.	Formato
2		Integra y analiza información.	S/D
3		Elabora informe epidemiológico para la determinación de los fenómenos y tendencias de dichas mortalidades, así como sus variables regionales y locales, presentándoselo al/la Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva.	Oficio
4	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Recibe información epidemiológica y revisa. ¿Existen correcciones? Sí, continúa en la actividad 3. Hace observaciones. No, continúa en la actividad 5	S/D
5		Valida y convoca vía oficio a los integrantes del Comité Estatal a reuniones ordinarias y extraordinarias.	Oficio
6	Responsable del Análisis Interinstitucional de Salud Reproductiva	Confirma asistencia de los integrantes del Comité.	Correo Electrónico
7		Elabora lista de asistencia y la entrega al/la Responsable Estatal de del	Lista de Asistencia

		Programa de Salud Materna y Perinatal.	
8	Responsable Estatal del CPESMMMYP	Recibe lista de asistencia y elabora orden del día.	Orden del día
9		Participa conjuntamente con el Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva, en las reuniones ordinarias y extraordinarias para analizar, dictaminar y dar alternativas de solución. Levantando acta correspondiente.	Acta
10		Entrega acta requisitada por nivel central al Jefe del Departamento de Salud Reproductiva, para su envió oficial.	Acta
11	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Recibe y envía por oficio las observaciones a las Instituciones y Jurisdicciones Sanitarias, para la ejecución de estrategias.	Oficio
12	Jurisdicciones e Instituciones del Sistema Estatal de Salud	Reciben observaciones y dan cumplimiento para disminuir la morbilidad y mortalidad materna-perinatal.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ ESTATAL DE PREVENCIÓN, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ ESTATAL DE PREVENCION, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL
Responsable Estatal del CPESMMMYP
Jefe (a) del Departamento de Salud Reproductiva
Jurisdicciones e Instituciones del Sistema Estatal de Salud
A
9
Participa en las reuniones para analizar, dictaminar y dar solución
Acta
10
Entrega acta requisitada por nivel central, para su envió oficial
Acta
11
Recibe y envía observaciones, para la ejecución de estrategias
Oficio
12
Recibe observaciones y dan cumplimiento para disminuir la morbilidad y mortalidad
Fin del procedimiento

7.11.31. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVÍO Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL.

Tiempo Promedio: 1 día

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Lidia Valdovinos Salas Responsable Estatal de Salud Materna y Perinatal LVS (DSR) Octubre 2018	Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Estandarizar el proceso de atención de toda mujer en la etapa pregestacional, con especial atención en los grupos con mayor vulnerabilidad con la finalidad de definir estrategias y acciones prioritarias para coadyuvar a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 4º.
2. Ley General de Salud. Art. 3º, Art. 27, Art. 61, Art. 62, Art. 64 y Art. 65.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Art. 39.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente.
5. Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013 – 2018. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
6. Lineamiento Técnico Atención Pregestacional 2017.
7. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
9. Programa de reforma del Sector Salud, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La atención pregestacional, debe ocurrir antes del primer embarazo y entre dos embarazos consecutivos. Se deberá estructurar en 3 tipos de factores: biomédicos, socioculturales, y ambientales.
2. La estrategia de información, educación y comunicación en el abordaje de la atención pregestacional, cuenta con las líneas de acción siguientes:
3. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: Las acciones dirigidas para el cambio de comportamiento, deben estimular el mantenimiento de las conductas saludables en los grupos de mayor riesgo, reforzando la información, los conocimientos y actitudes positivas para la prevención de la Morbilidad Materna severa y de la Mortalidad Materna, a través de mecanismos e instrumentos de difusión y según la necesidad y características de cada grupo vulnerable.
4. ENFOQUE A GRUPOS DE MAYOR

VULNERABILIDAD: Las acciones para el abordaje de la morbilidad y mortalidad materna, se deben enfocar en audiencias específicas caracterizadas, como: mujeres con patología crónica previamente adquirida, de tipo órgano-funcional, mujeres con patología infecciosa previamente adquirida, mujeres con antecedentes de morbilidad materna severa en embarazos previos, mujeres con antecedentes obstétricos de riesgo y mujeres con determinantes sociales que incrementan el riesgo reproductivo.

5. APOYO Y COMPROMISO SOCIAL: Generar un entorno social de apoyo en los diferentes niveles de atención y en las áreas de responsabilidad, enfocadas a la atención pregestacional.
6. PARTICIPACIÓN CIUDADANA E INTERSECTORIAL: Las acciones de participación social, intersectorial, interinstitucional y participación comunitaria, deben 0ser elementos claves en la implementación de los planes estratégicos de IEC para el abordaje de la atención pregestacional, con el objetivo de disminuir la morbilidad materna severa y la mortalidad materna.
7. DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LAS AUDIENCIAS: La ejecución de procesos educativos debe partir del análisis de la situación integral de salud actualizado de la audiencia objetivo, para conocer sus necesidades, condiciones de vida, costumbres, mitos y creencias, nivel de conocimientos, problemas sociales y de salud; lo que debe permitir adaptar los mensajes educativos con un lenguaje apropiado y pertinencia de acuerdo a cada audiencia.
8. MEDIOS DE ABORDAJE: Los grupos de mayor vulnerabilidad y la población en general, deben ser provistos de información, educación y conocimientos para alcanzar las conductas deseadas en el abordaje de la atención pregestacional, para la prevención de la morbilidad materna severa y de la mortalidad materna, utilizando la comunicación interpersonal, grupal y medios de comunicación.
9. SOSTENIBILIDAD: La gestión, el monitoreo y la evaluación continua de la estrategia de IEC deben

	garantizar su sostenibilidad y permanencia en los programas, proyectos, planes operativos locales en el abordaje de la atención pregestacional, tanto a nivel institucional como de otros sectores. 10. La atención pregestacional se deberá focalizar en cinco grupos específicos: 11. Mujer con antecedente de padecer patología crónica órgano-funcional, independientemente del origen de la misma, sea congénita o adquirida. 12. Mujer con antecedente de padecer patología crónica infecciosa, especialmente los grupos relacionados con su transmisión vertical o con las repercusiones sistémicas que afectan a la madre y pueden condicionar resultados fatales durante la gestación. 13. Mujer con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna severa. 14. Mujer con antecedente de factores de riesgo sociales identificados durante su vigilancia en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud. 15. Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo, independientes de los antecedentes de morbilidad materna severa: Dos o más cesáreas, dos o más abortos, periodo intergenésico de menos de dos años con antecedente de cesárea anterior, edad mayor de 35 años y menor de 15 años.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Todas las Unidades de Primer, Segundo y Tercer nivel de atención, con Atención obstétrica, así como a las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado.
Recursos	Herramienta de Tamizaje Pregestacional, Formato de censo de mujeres en edad fértil, Flujograma de Tamizaje Pregestacional, Lineamiento de Atención Pregestacional, Hoja de Referencia y Contrarreferencia.

Glosario

APG: Atención Pregestacional.
PSMYP: Programa de Salud Materna y Perinatal.
HTP: Herramienta de Tamizaje Pregestacional.

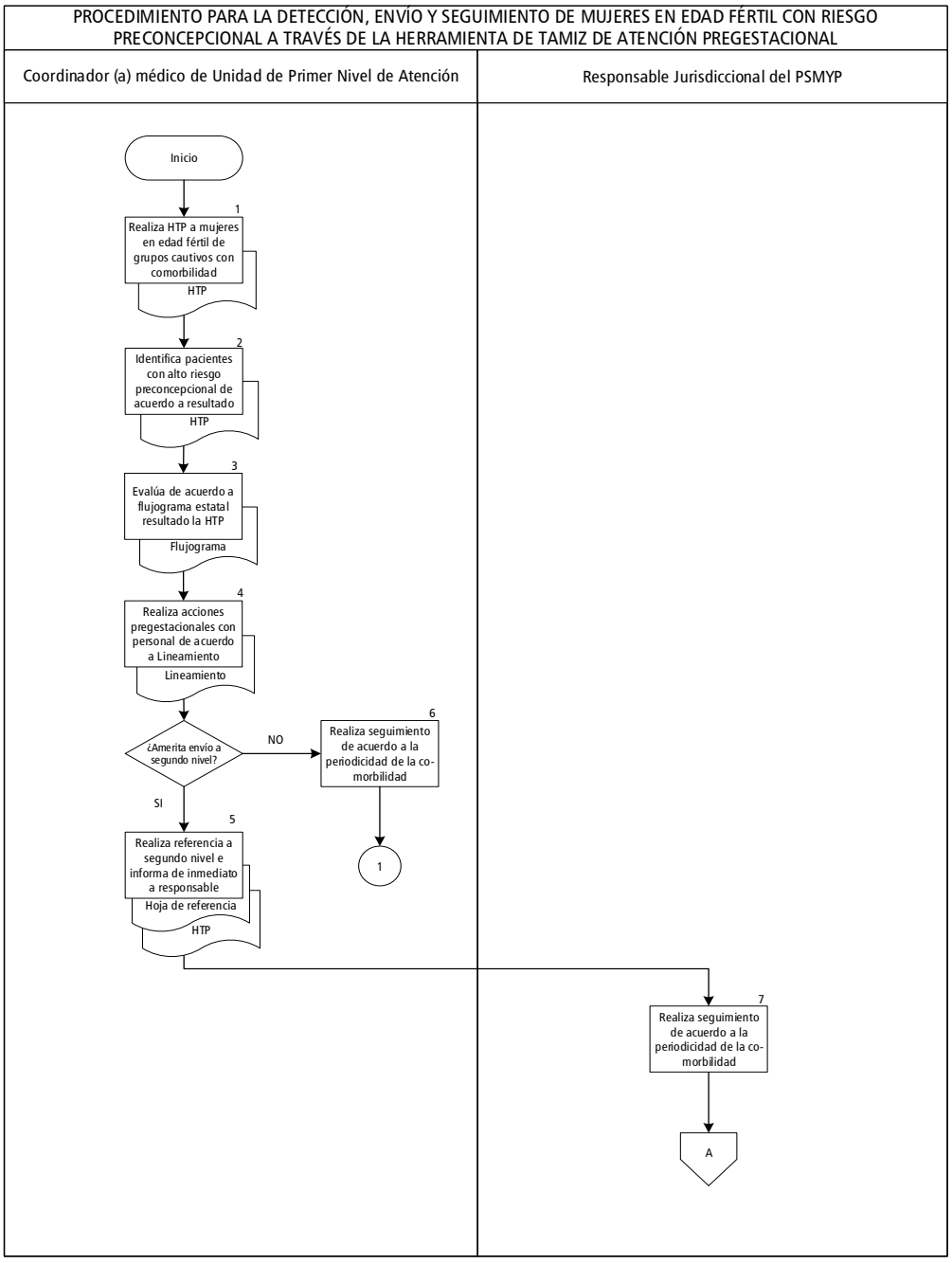
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVIÓ Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL.

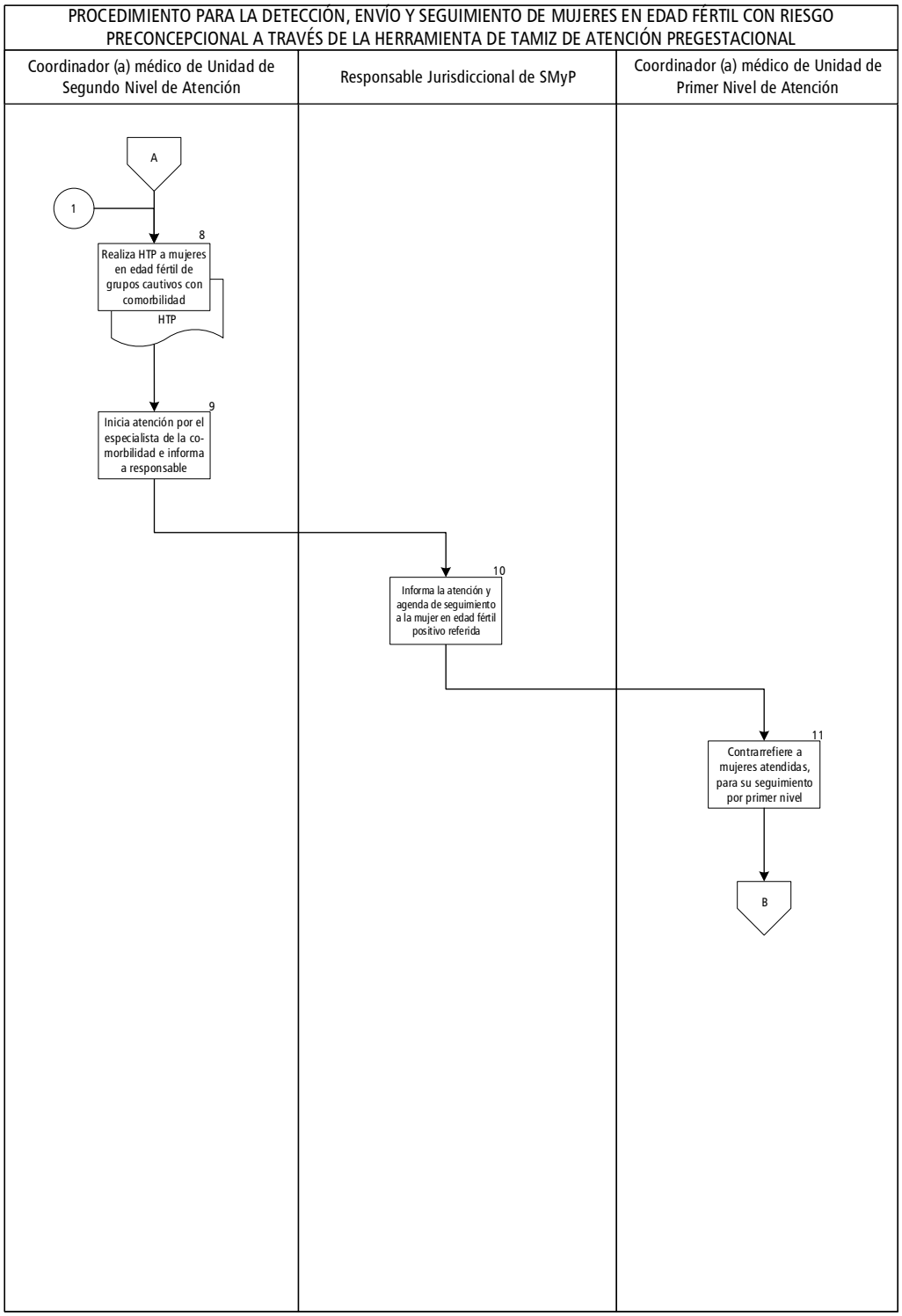
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a médico de Unidad de Primer Nivel de Atención	Realiza Herramienta de Tamizaje Pregestacional (HTP) a mujeres en edad fértil de grupos cautivos con comorbilidad, así como a mujeres en edad fértil identificadas en la población.	HTP
2	Coordinador/a médico de Unidad de Primer Nivel de Atención	Identifica a pacientes con alto riesgo preconcepcional de acuerdo a resultado de HTP.	HTP
3	Coordinador/a médico de Unidad de Primer Nivel de Atención	Evalúa de acuerdo a flujograma estatal resultado la HTP.	Flujograma
4	Coordinador/a médico de Unidad de Primer Nivel de Atención	Realiza acciones pregestacionales en coordinación con personal de enfermería y equipo de salud de acuerdo a Lineamiento Técnico de Atención Pregestacional. ¿Amerita envío a segundo nivel? Sí, continúa con el paso 5 No, continúa en el paso 6	Lineamiento
5	Coordinador/a médico de Unidad	Realiza referencia a segundo nivel e informa de manera inmediata a	Hoja de Referencia

	de Primer Nivel de Atención	responsable jurisdiccional del PSMYPS. Continúa en la actividad 7	HTP
6	Coordinador/a médico de Unidad de Primer Nivel de Atención	Realiza seguimiento de acuerdo a la periodicidad que marca la co-morbilidad de base. Continúa en el paso 8	S/D
7	Responsable Jurisdiccional del PSMYP	Avisa a segundo nivel datos de la mujer en edad fértil referida para su atención oportuna por el especialista de la co-morbilidad identificada de base	S/D
8	Coordinador/a médico de Unidad de Segundo Nivel de Atención	Realizar HTP a mujeres en edad fértil de grupos cautivos con comorbilidad y a mujeres en edad fértil identificadas como usuarias de los servicios de segundo nivel.	HTP
9	Coordinador/a médico de Unidad de Segundo Nivel de Atención	Inicia atención oportuna por el especialista de la co-morbilidad identificada o referida de primer nivel e informa de manera inmediata a responsable jurisdiccional del PSMYP, en caso de mujer en edad fértil que amerita manejo multidisciplinario,	S/D
10	Responsable Jurisdiccional de SMyP	Informa al Coordinador/a Médico de unidad de primer nivel de atención La atención y agenda de seguimiento a la mujer en edad fértil con tamizaje pregestacional positivo referida.	S/D
11	Coordinador/a médico de Unidad de Segundo Nivel de Atención	Contrarrefiere a mujeres en edad fértil atendidas por co-morbilidad identificada y tratada, para su seguimiento por primer nivel de atención.	S/D
12	Coordinador/a médico de Unidad de Primer Nivel de Atención	Concentra en el formato de censo de mujeres en edad fértil a las mujeres tamizadas, haciendo énfasis en las de HTP y su seguimiento y envía a	Censo

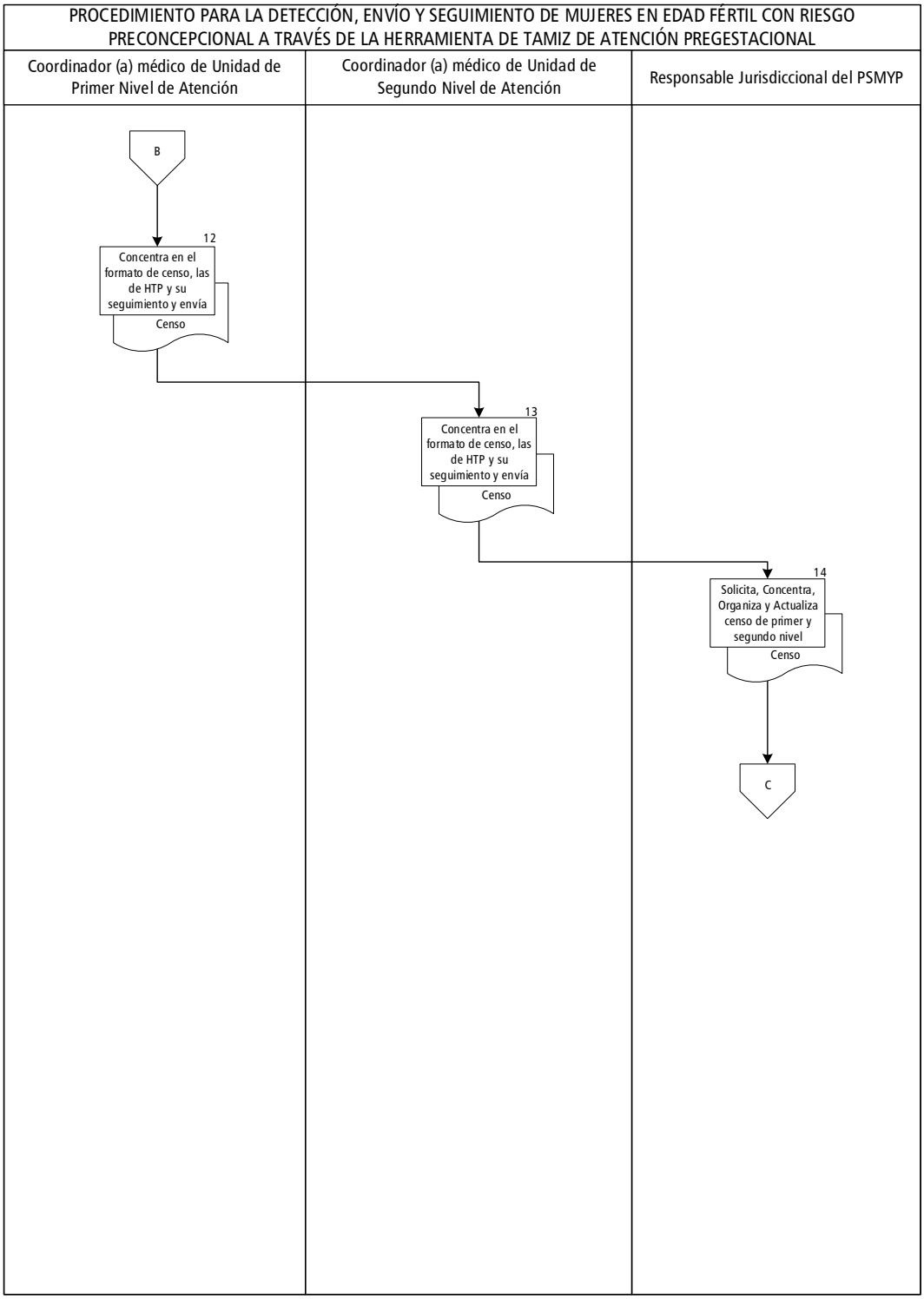
		Jurisdicción en entrega de SIS	
13	Coordinador/a médico de Unidad de Segundo Nivel de Atención	Concentra en el formato de censo de mujeres en edad fértil a las mujeres tamizadas, haciendo énfasis en las de HTP positivo y su seguimiento y envía a Jurisdicción en entrega de SIS.	Censo
14	Responsable Jurisdiccional del PSMYP	Solicita, Concentra, Organiza y Actualiza censo de mujeres en edad fértil de primer nivel y segundo nivel, verificar seguimiento a las pacientes con tamizaje pregestacional positivo de manera mensual.	Censo
15	Responsable Estatal del Componente APG	Integra censos jurisdiccionales de mujeres en edad fértil con tamizaje pregestacional positivo y solicita seguimiento pendiente de las mismas, así como ingresos de las mismas como usuarias activas de método de planificación familiar.	Censo
16	Responsable Estatal del PSMYP	Recibe información y revisa. ¿Existen correcciones? Sí, continúa en la actividad 15. Hace observaciones el/la Responsable Estatal del componente de APG. No, Queda conformado el censo, y se actualiza cada mes. **Fin del procedimiento.**	Censo
Fin del procedimiento			

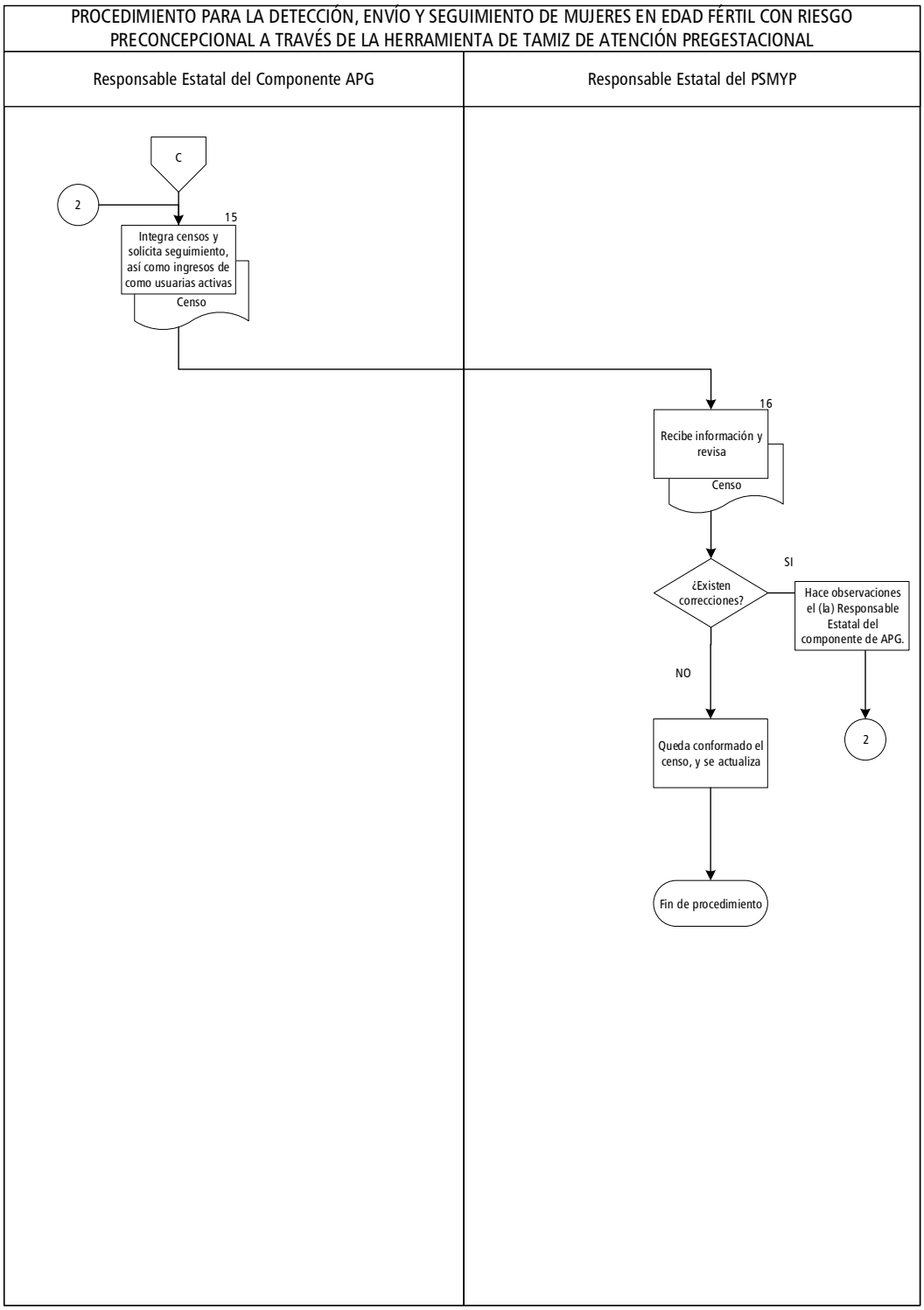
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVIÓ Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVÍO Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL
Coordinador (a) médico de Unidad de Segundo Nivel de Atención
Responsable Jurisdiccional de SMyP
Coordinador (a) médico de Unidad de Primer Nivel de Atención
A
1
8
Realiza HTP a mujeres en edad fértil de grupos cautivos con comorbilidad
HTP
9
Inicia atención por el especialista de la co-morbilidad e informa a responsable
10
Informa la atención y agenda de seguimiento a la mujer en edad fértil positivo referida
11
Contrarrefiere a mujeres atendidas, para su seguimiento por primer nivel
B

PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVÍO Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL




PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, ENVÍO Y SEGUIMIENTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RIESGO PRECONCEPCIONAL A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DE TAMIZ DE ATENCIÓN PREGESTACIONAL
Responsable Estatal del Componente APG
Responsable Estatal del PSMYP
C
2
15
Integra censos y solicita seguimiento, así como ingresos de como usuarias activas
Censo
16
Recibe información y revisa
Censo
¿Existen correcciones?
SI
Hace observaciones el (la) Responsable Estatal del componente de APG.
2
NO
Queda conformado el censo, y se actualiza
Fin de procedimiento

7.11.32. PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL.

Tiempo Promedio: 20 a 25 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Felicitas Quijada Cuautle **Responsable Estatal del Programa de Cancer de la Mujer** **FQC (DSR)** **Octubre 2018**	**Iván Erick Villa Campis** **Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones precancerosas y cáncer

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer Cérvico uterino. Políticas de Operación: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el D.O.F. el 05 de febrero de 1917. Vigente. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Publicada en el P.O.E. el 02 de octubre de 1917. Vigente. 3. Diario Oficial de la Federación de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	El estudio está indicado en las mujeres de 25 a 64 años prioritariamente en quienes nunca se lo han realizado ó que tengan factores de riesgo para desarrollar lesiones precursoras a cáncer de cuello uterino.
Recursos	Formato: solicitud y reporte de resultados de citología cervical, Listado nominal de citologías
Glosario	Citología Cérvico Vaginal: Es la obtención de células exfoliadas de la zona de transformación del cuello uterino mediante un utensilio diseñado especialmente para ello, con el propósito de identificar a nivel histológico modificaciones celulares.

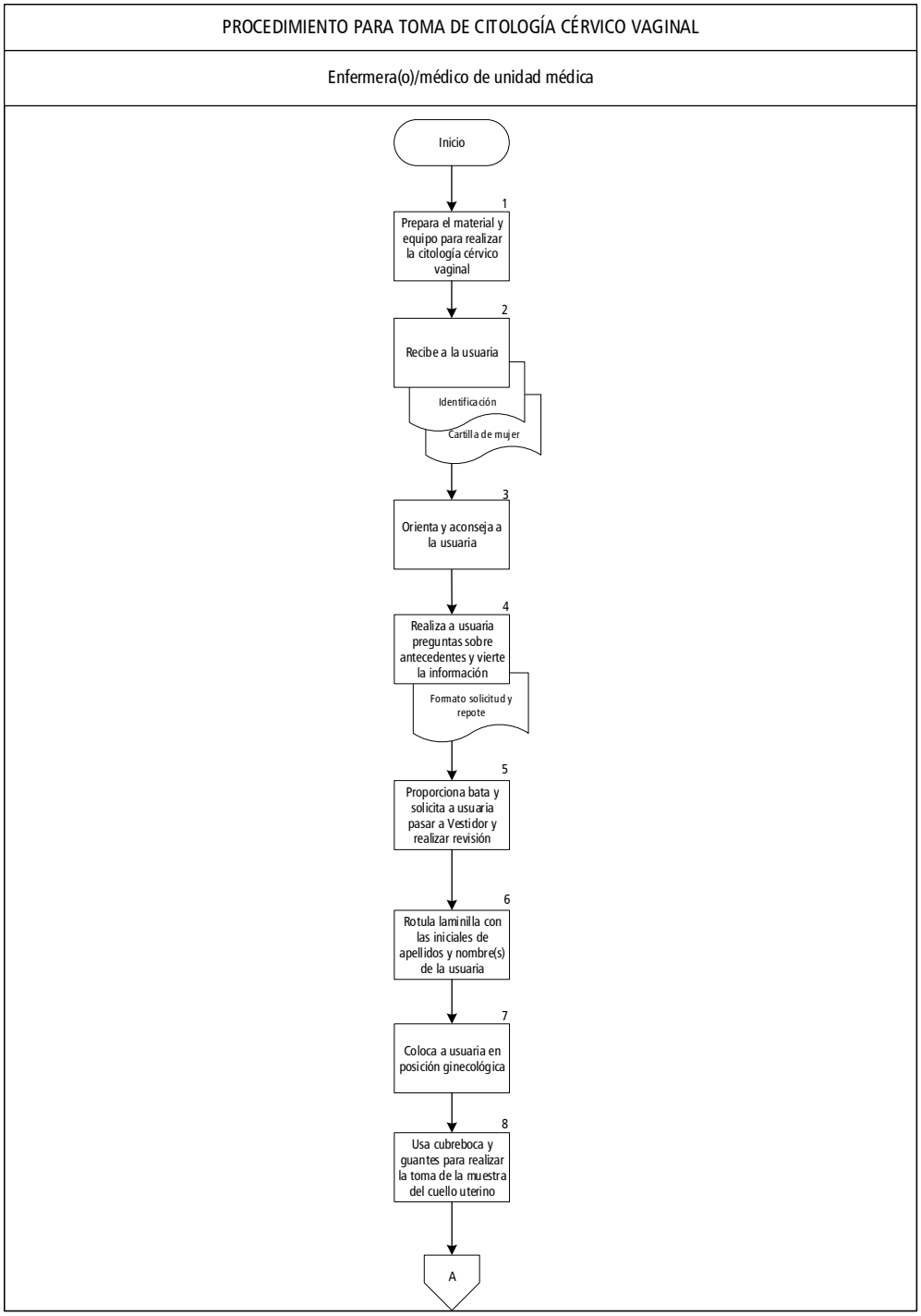
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enfermera/o médico de unidad médica	Prepara el material y equipo para realizar la citología cérvico vaginal.	s/d
2		Recibe a la usuaria con alguna identificación y la cartilla de la mujer.	Identificación cartilla de la mujer
3		Orienta y aconseja a la usuaria.	s/d
4		Realiza a usuaria una serie de preguntas sobre antecedentes gineco-obstétricos y vierte la información en el formato solicitud y reporte de resultados de citología cervical.	Formato: solicitud y Reporte de resultados de citología cervical
5		Proporciona bata y solicita a usuaria pasar a vestidor para usar bata y realizar revisión.	S/D
6		Rotula laminilla con las iniciales de apellidos y nombre(s) de la usuaria, se rotula con lápiz diamante.	S/D
7		Coloca a la usuaria en posición ginecológica en la mesa de exploración del consultorio médico.	S/D
8		Usa cubreboca y guantes libres de talco para tomar el espejo vaginal y realizar la toma de la muestra del cuello uterino.	S/D
9		Realiza valoración ginecológica externa y revisión de genitales externos de la usuaria.	S/D
10		Coloca el espejo vaginal en los	S/D

		genitales de la usuaria.	
11		Valora los genitales internos de la usuaria	S/D
12		Visualiza el cérvix de la usuaria	S/D
13		Toma utensilio: espátula de ayre, cepillo o hisopo para toma de muestra	S/D
14		Toma muestra de Exocérvix de la usuaria.	S/D
15		Toma de muestra de Endocérvix de la usuaria.	S/D
16		Realiza extendido longitudinal de ambas muestras.	S/D
17		Toma extendido y fijación de la muestra (toma menos de 5 segundos) en alcohol de 96° en vaso de coplin.	S/D
18		Retira el espejo de la usuaria.	S/D
19		Ayuda a la usuaria a bajar de la mesa de exploración.	S/D
20		Llena rubros 22 al 28 (a la exploración se observa, utensilio, fecha de toma, etc.) del Formato: Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical.	Formato: Solicitud y Reporte de resultados de citología cervical
21		Informa a la usuaria y llena el formato y cartilla de la usuaria.	
22		Registra de realizó la toma de muestra a usuaria en Libreta de Citologías.	Libreta de citologías
23		Envía la muestra y formatos a Jurisdicción	Formato: Solicitud y Reporte de resultados de

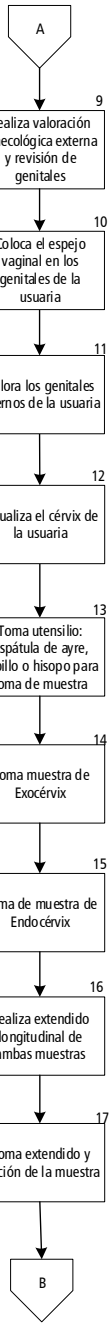
			citología cervical y Listado nominal
24	Enfermera/o del Departamento de salud reproductiva Jurisdicción Sanitaria,	Recibe formatos de citología, muestra (laminillas) y listado nominal, revisa que los datos concuerden con muestra (laminilla), posteriormente registra información en libreta de citología jurisdiccional, conjunta y empaqueta la muestra (laminillas) de citología cérvico-vaginal y sus formatos correspondientes.	Formato: Solicitud y Reporte de resultados de citología cervical y Listado nominal, Libreta de registro jurisdiccional y Plataforma de información sicam.
25	Capturista	Captura de los formatos de citología cérvico vaginal, turna para su análisis.	Formato: Solicitud y reporte de resultados de citología cervical y Listado nominal,
26	Recepcionista laboratorio de citología	Recibe muestra, toma lectura (laboratorio de citología) y pasa a proceso de LSP: recepción de muestras de citología.	Formato: Solicitud y reporte de resultados de citología cervical y Listado nominal
27	Médico de Centro de Salud	Recibe resultados y registra resultados en la libreta de registro. Entrega de resultados a usuaria y da seguimiento de casos sospechosos.	Formato: Solicitud y reporte de resultados de citología cervical
Fin del procedimiento			

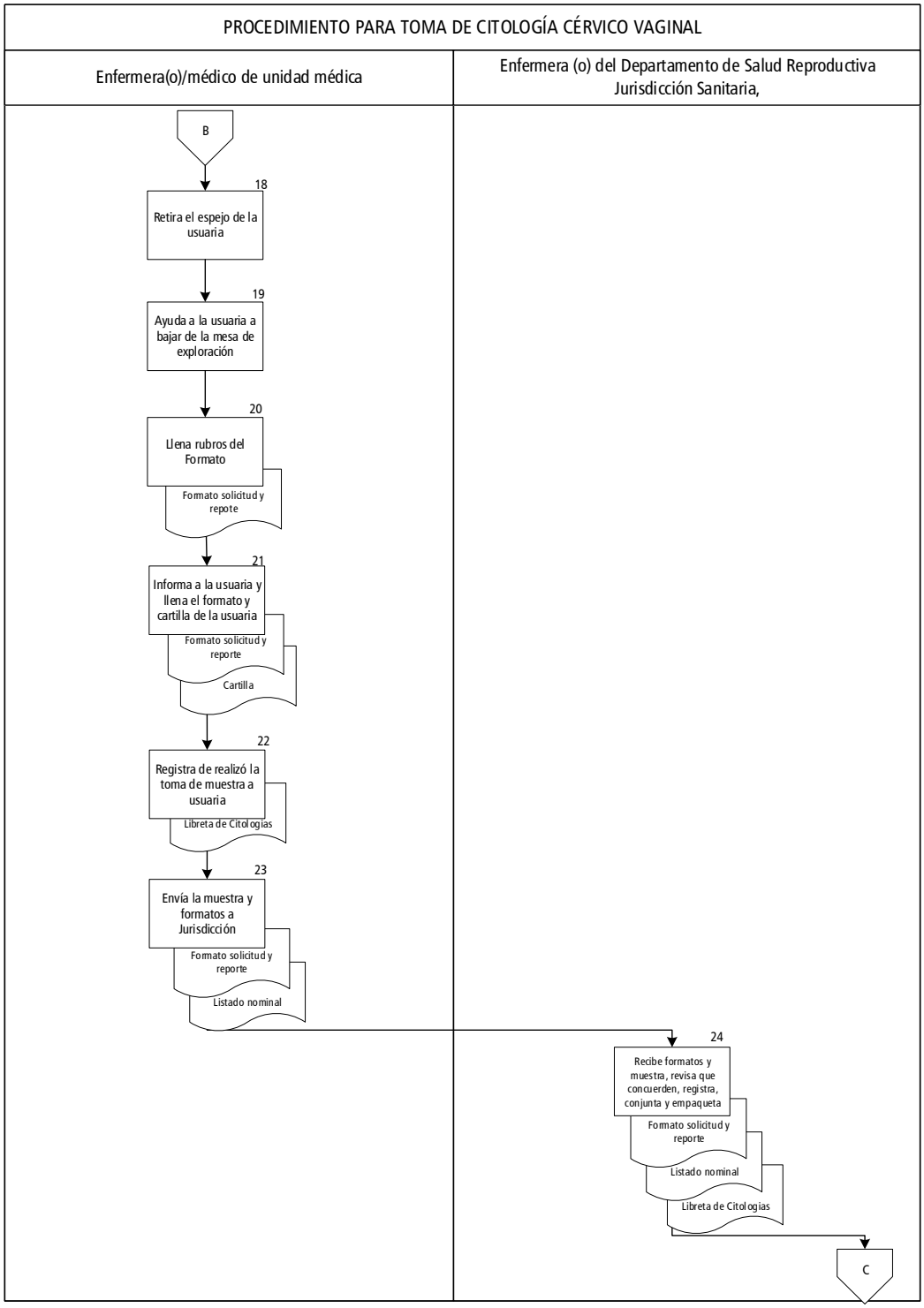
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL.

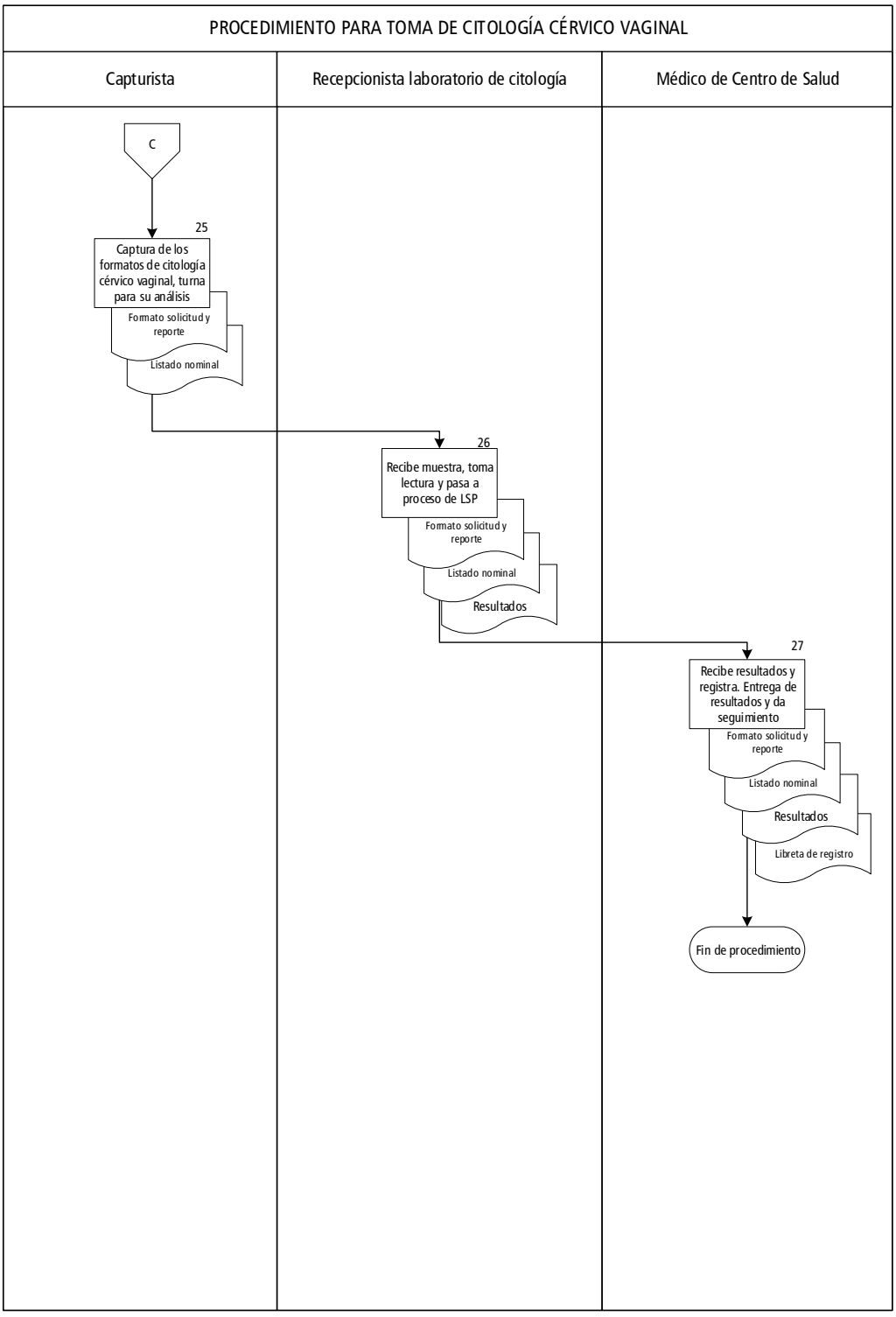


PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL

Enfermera(o)/médico de unidad médica




PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL
Enfermera(o)/médico de unidad médica
Enfermera (o) del Departamento de Salud Reproductiva Jurisdicción Sanitaria,
B
18
Retira el espejo de la usuaria
19
Ayuda a la usuaria a bajar de la mesa de exploración
20
Llena rubros del Formato
Formato solicitud y repote
21
Informa a la usuaria y llena el formato y cartilla de la usuaria
Formato solicitud y reporte
Cartilla
22
Registra de realizó la toma de muestra a usuaria
Libreta de Citologías
23
Envía la muestra y formatos a Jurisdicción
Formato solicitud y reporte
Listado nominal
24
Recibe formatos y muestra, revisa que concuerden, registra, conjunta y empaqueta
Formato solicitud y reporte
Listado nominal
Libreta de Citologías
C


PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL
Capturista
Recepcionista laboratorio de citología
Médico de Centro de Salud
C
25
Captura de los formatos de citología cérvico vaginal, turna para su análisis
Formato solicitud y reporte
Listado nominal
26
Recibe muestra, toma lectura y pasa a proceso de LSP
Formato solicitud y reporte
Listado nominal
Resultados
27
Recibe resultados y registra. Entrega de resultados y da seguimiento
Formato solicitud y reporte
Listado nominal
Resultados
Libreta de registro
Fin de procedimiento

7.11.33. PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Tiempo Promedio: 20 a 25 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Felicitas Quijada Cuautle **Responsable Estatal del Programa de Cancer de la Mujer** **FQC (DSR)** **Octubre 2018**	**Iván Erick Villa Campis** **Subdirector de Salud Pública** **IEVC (SSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Morgan Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones precancerosas y cáncer.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer Cérvico uterino. Políticas de Operación: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el D.O.F. el 05 de febrero de 1917. Vigente. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Publicada en el P.O.E. el 02 de octubre de 1917. Vigente. 3. Diario Oficial de la Federación de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	El estudio está indicado en las mujeres de 35 a 64 años prioritariamente en quienes nunca se lo han realizado ó que tengan factores de riesgo para desarrollar lesiones precursoras a cáncer de cuello uterino.
Recursos	Formato: solicitud y reporte de resultados de VPH-AR, Listado nominal de prueba de híbridos de VPH.
Glosario	Toma de prueba para detección de Virus de papiloma humano: Es la obtención de células exfoliadas de la zona de transformación del cuello uterino mediante un cepillo diseñado especialmente para ello, con el propósito de identificar la presencia del ADN del VPH.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

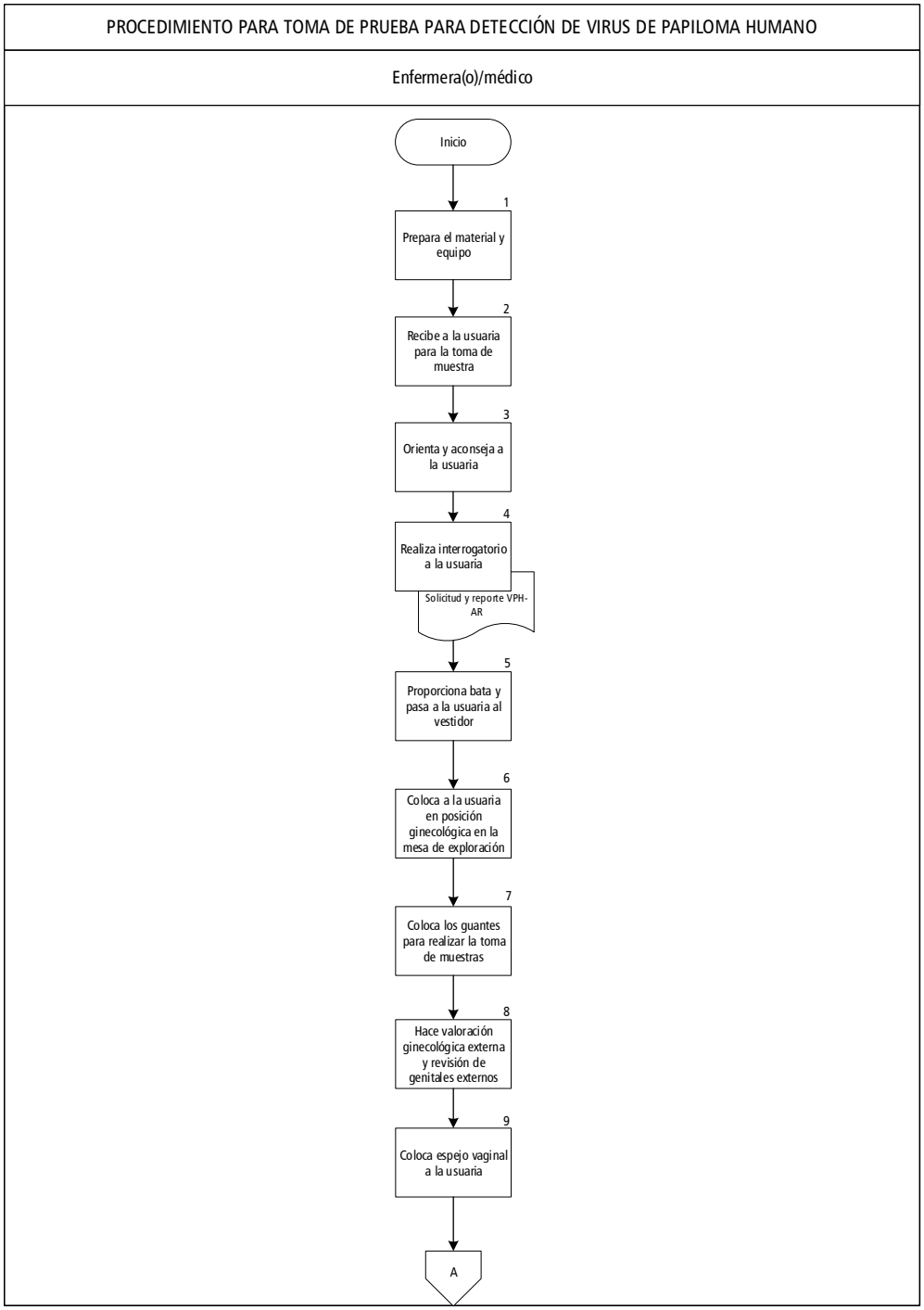
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enfermera/o, médico	Prepara el material y equipo: Consiste en tener un espejo vaginal estéril, guantes estériles, y el kit de toma de muestra para virus de papiloma humano.	S/D
2		Recibe a la usuaria para la toma de muestra	S/D
3		Orienta y aconseja a la usuaria: Explica a la mujer en qué consiste la infección por Virus de Papiloma Humano, en consiste la prueba y si saliera un resultado positivo que debe regresar a la unidad para llevar su seguimiento.	S/D
4		Realiza interrogatorio a la usuaria: ficha de identidad, acerca de sus antecedentes gineco-obstétricos, factores de riesgo.	Formato: Solicitud y reporte de resultados de VPH-AR
5		Proporcionabata y pasa a la usuaria al vestidor.	S/D
6		Coloca a la usuaria en posición ginecológica en la mesa de exploración del consultorio médico.	S/D
7		Coloca los guantes para realizar la toma de muestras	S/D
8		Hace valoración ginecológica externa y revisión de genitales externos de la usuaria.	S/D

9		Coloca espejo vaginal a la usuaria.	S/D
10		Valora genitales internos de la usuaria.	S/D
11		Visualiza el cérvix de la usuaria.	S/D
12		Toma el cepillo.	S/D
13		Toma muestra rotando el cepillo en sentido de las manecillas del reloj, 360°, realice 3 rotaciones.	S/D
14		Introduce el cepillo en el tubo vial o tubo colector y enjuaga rápidamente en el frasco con medio de transporte presionándola en el fondo del frasco 20 veces, haciendo que las cerdas se separen.	S/D
15		Retira el cepillo y coloca la tapa verificando su cierre hermético.	S/D
16		Retira el espejo.	S/D
17		Ayuda a la usuaria a bajar de la mesa de exploración	S/D
18		Llena los rubros faltantes y rotulación del tubo colector.	Formato: Solicitud y reporte de resultados de VPH-AR
19		Verificar juego de etiquetas para rotular 2 formatos y tubo colector.	Código de barras Etiquetas
20		Etiqueta, 2 formatos y tubo colector.	Etiquetas
21		Llena el formato y su cartilla	Formato: Solicitud y reporte de

			resultados de VPH-AR y Listado nominal
22		Registra a la paciente a la que se les realiza la toma en libreta	Libreta de VPH
23	Enfermera/o del Departamento de Salud Reproductiva de jurisdicción	Envía la muestra a Jurisdicción	Formato: Solicitud y reporte de resultados de VPH-AR y Listado nominal
24		Recibe formatos de VPH-AR, tubos recolectores y listado nominal y revisar que los datos de la paciente concuerden con el tubo recolector de muestra.	Formato: Solicitud y reporte de resultados de VPH-AR y Listado nominal
25		Registra información en libreta de VPH Jurisdiccional, etiqueta 2 formatos y tubo recolector.	formato: Solicitud y reporte de resultados de VPH-AR y Listado nominal, Libreta de registro jurisdiccional
26	Capturista	Captura formatos en el sistema de Información de Cáncer de la Mujer.	Formato: Solicitud y Reporte de resultados de VPH-AR y Listado nominal, Libreta de registro jurisdiccional y Plataforma de información SICAM.

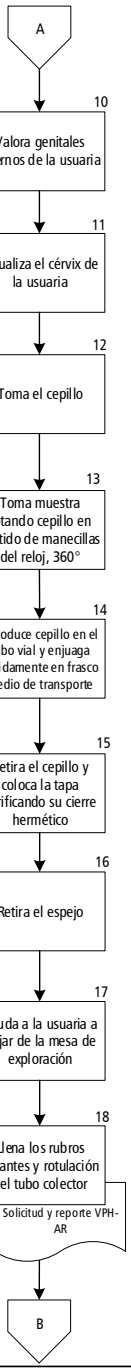
27	Enfermera/o del Departamento de salud reproductiva Jurisdicción Sanitaria	Conjunta y empaqueta los tubos recolectores de muestra y sus formatos correspondientes	Formato: Solicitud y reporte de resultados de VPH-AR y Listado nominal, Libreta de registro jurisdiccional
28		Transportación de la muestra a Laboratorio de Salud Pública.	S/D
29	Recepcionista del laboratorio de biología molecular	Recibe la muestra, realiza lectura a través del robot de biología molecular y emite resultados de las muestras mediante proceso automatizado.	Resultados
30	Médico de Centro de Salud	Recibe resultados de la jurisdicción, registra en libreta y entrega los resultados a usuarias finalmente da seguimiento de casos sospechosos.	Resultados
Fin del procedimiento			

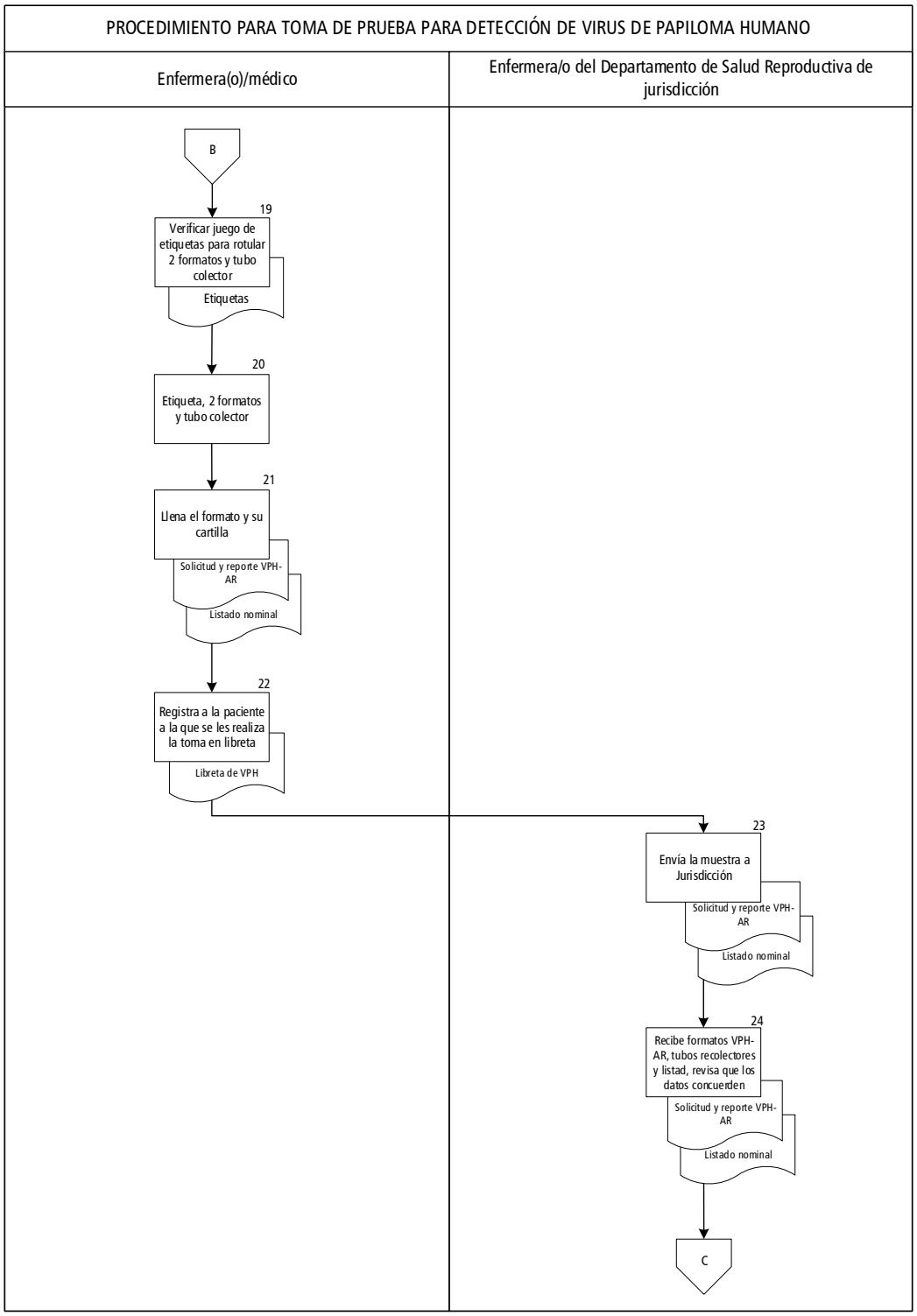
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

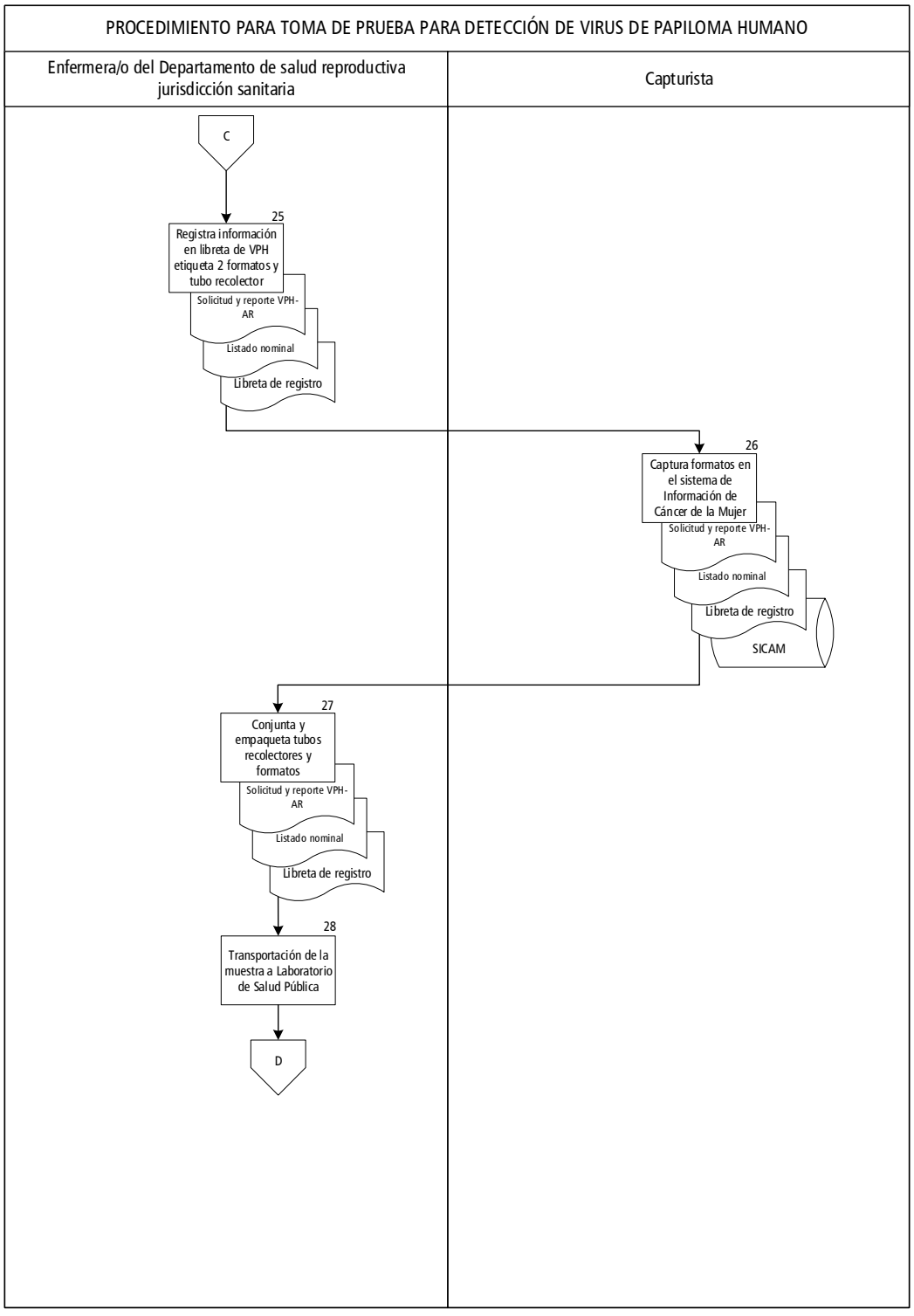


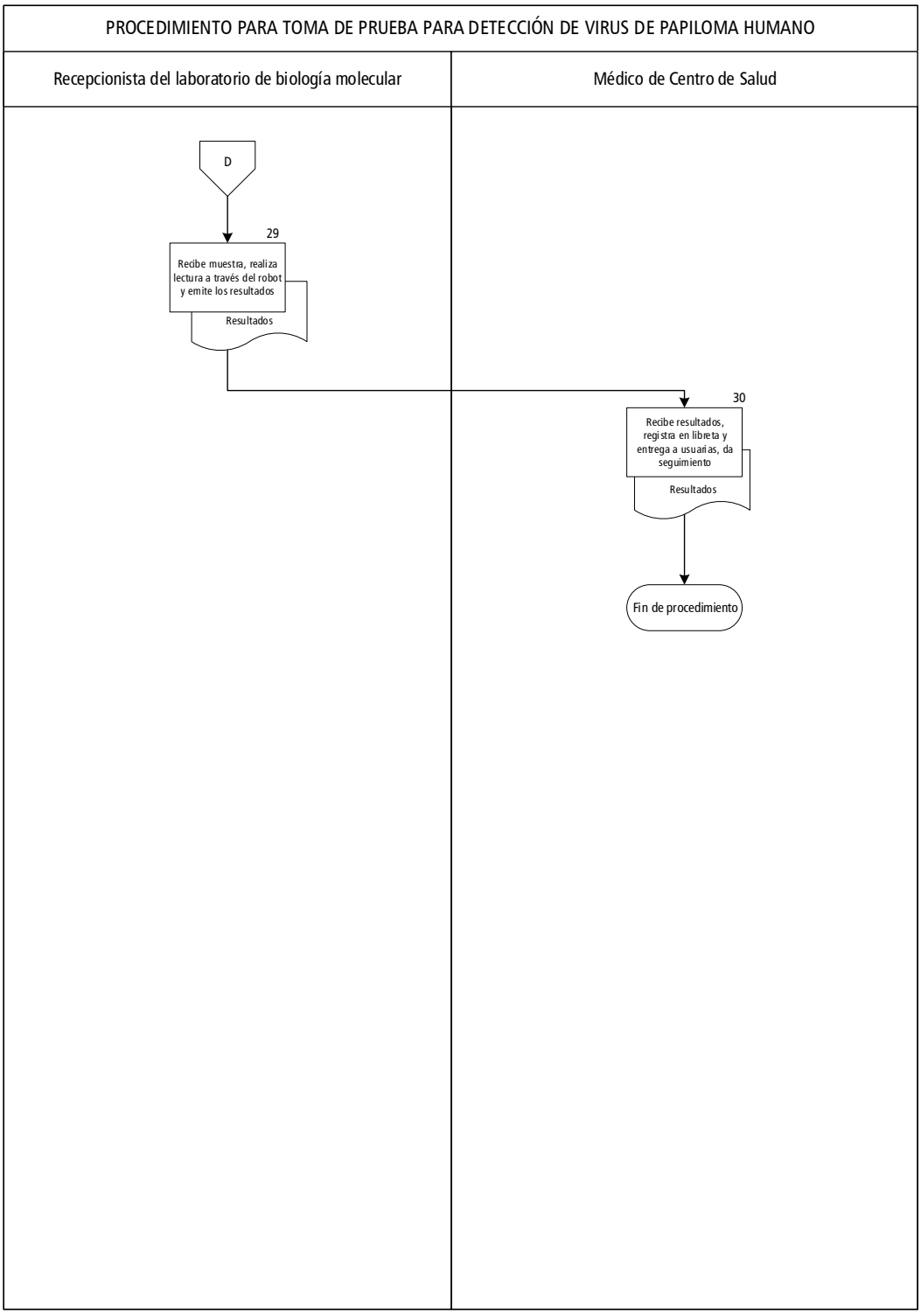
PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Enfermera(o)/médico




PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
Enfermera(o)/médico
Enfermera/o del Departamento de Salud Reproductiva de jurisdicción
B
19
Verificar juego de etiquetas para rotular 2 formatos y tubo colector
Etiquetas
20
Etiqueta, 2 formatos y tubo colector
21
Llena el formato y su cartilla
Solicitud y reporte VPH-AR
Listado nominal
22
Registra a la paciente a la que se les realiza la toma en libreta
Libreta de VPH
23
Envía la muestra a Jurisdicción
Solicitud y reporte VPH-AR
Listado nominal
24
Recibe formatos VPH-AR, tubos recolectores y listad, revisa que los datos concuerden
Solicitud y reporte VPH-AR
Listado nominal
C


PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
Enfermera/o del Departamento de salud reproductiva jurisdicción sanitaria
Capturista
C
25
Registra información en libreta de VPH etiqueta 2 formatos y tubo recolector
Solicitud y reporte VPH-AR
Listado nominal
Libreta de registro
26
Captura formatos en el sistema de Información de Cáncer de la Mujer
Solicitud y reporte VPH-AR
Listado nominal
Libreta de registro
SICAM
27
Conjunta y empaqueta tubos recolectores y formatos
Solicitud y reporte VPH-AR
Listado nominal
Libreta de registro
28
Transportación de la muestra a Laboratorio de Salud Pública
D


PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRUEBA PARA DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
Recepcionista del laboratorio de biología molecular
Médico de Centro de Salud
D
29
Recibe muestra, realiza lectura a través del robot y emite los resultados
Resultados
30
Recibe resultados, registra en libreta y entrega a usuarias, da seguimiento
Resultados
Fin de procedimiento

7.11.34. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA

Tiempo Promedio: 10 a 15 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Felicitas Quijada Cuautle Responsable Estatal del Programa de Cancer de la Mujer FQC (DSR) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Camplis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Moreno Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para realización de la exploración clínica de mama para la adecuada interpretación y diagnóstico de patología mamaria benigna y cáncer.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer mamario. Políticas de Operación: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el D.O.F. el 05 de febrero de 1917. Vigente. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Publicada en el P.O.E. el 02 de octubre de 1917. Vigente. 3. Diario Oficial de la Federación de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	El estudio está indicado en las mujeres de 25 a 39 años de forma anual.
Recursos	Exploración clínica de mama
Glosario	La Exploración clínica de mama: Es la aplicación de la técnica de exploración de la glándula mamaria diseñada con el propósito de identificar la presencia de tumoraciones, identificar síntomas y signos sugerentes de cáncer mamario.

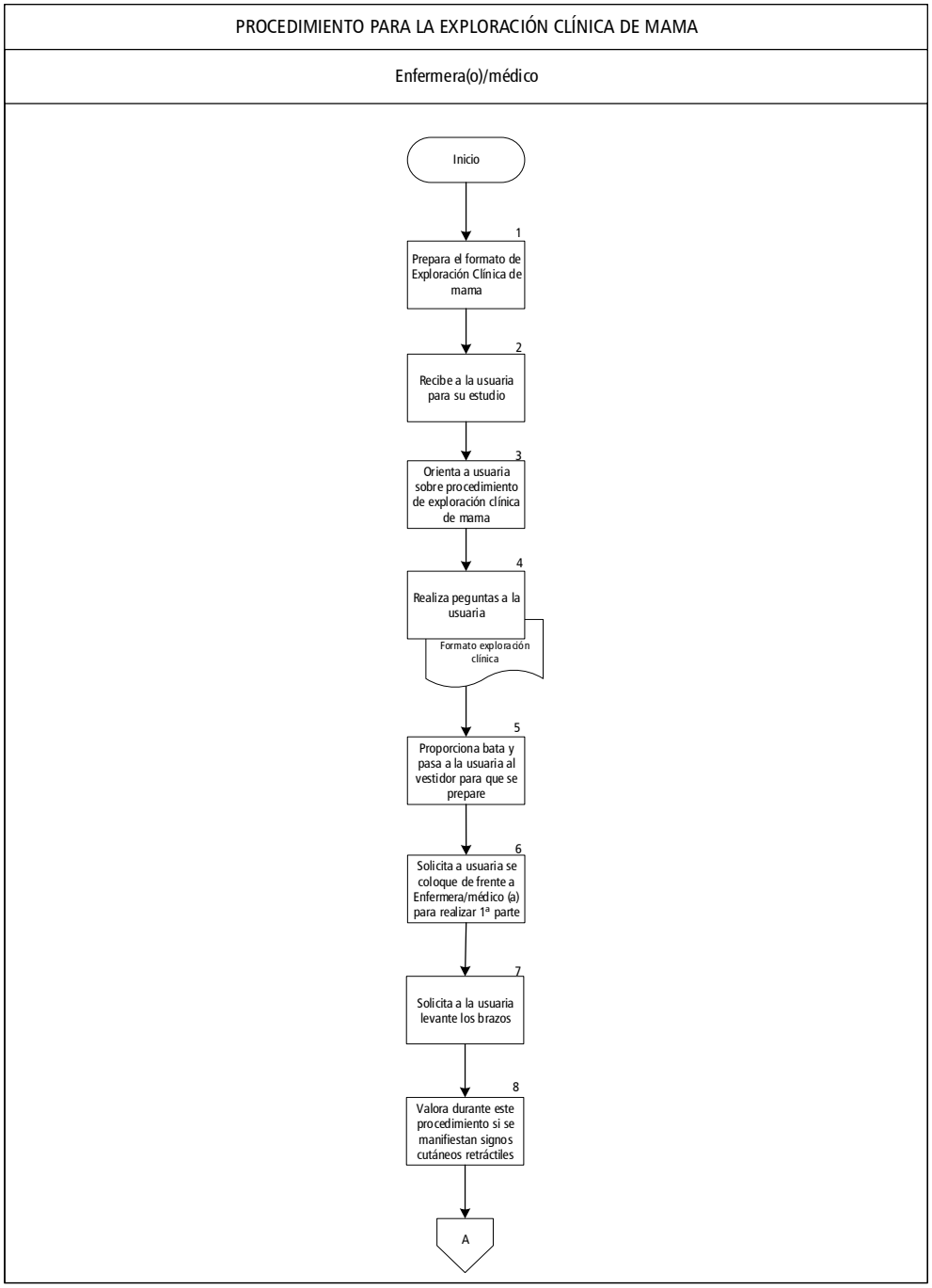
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enfermera/o, médico	Prepara el formato de Exploración Clínica de mama.	S/D
2		Recibe a la usuaria para su estudio.	S/D
3		Orienta y aconseja a la usuaria sobre el procedimiento de la exploración clínica de mama, qué es lo que se le va a realizar y se le explica la técnica para que la usuaria lo realice cada mes en su casa.	S/D
4		Realiza peguntas a la usuaria: sobre ficha de identidad, factores de riesgo, los antecedentes gineco-obstétricos que deben plasmarse en el formato de exploración clínica de mama.	Formato: Exploración clínica de mama
5		Proporciona bata y pasa a la usuaria al vestidor para que se prepare.	S/D
6		Solicita a la usuaria se coloque de frente a Enfermera/médico para realizar la 1ª parte: INSPECCIÓN DINÁMICA Y ESTATICA: OBSERVAR: FORMA, VOLUMEN, SIMETRÍA, SUPERFICIE CUTÁNEA DE LAS MAMAS. (color y Apariencia).	S/D
7		Solicita a la usuaria levante los brazos con el propósito de contraer los músculos pectorales.	S/D
8		Valora durante este procedimiento si se manifiestan signos cutáneos retráctiles**.**	S/D

9		Solicita a usuaria tome asiento	S/D
10		Palpa de forma SUIVE con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, con la yema de los 3 dedos medios.	S/D
11		Iniciar la exploración de la región axilar, mediante la presión firme e Identificar los ganglios existentes y sus características: En posición sentada de la paciente.	S/D
12		Continúa la palpación en los huecos axilares, hacia la cola de Spencer: es importante señalar el número y tamaño de los ganglios encontrados.	S/D
13		Continúa la palpación de la axila hacia la clavícula, posteriormente se desciende a la parte media del tórax y se continúa en forma de espiral abarcando todo el seno para terminar en el pezón.	S/D
14		Solicita a la usuaria se oprima el pezón: con la intención de búsqueda de salida de líquido.	S/D
15		Solicita a la usuaria se recueste y se realice exploración de la glándula mamaria con técnica preferente (radial, rejilla, espiral, etc.).	S/D
16		Ayuda a la usuaria a bajar de la mesa de exploración.	S/D
17		Solicita a la usuaria pase al vestidor y se ponga su ropa.	S/D
18		Da Información a la usuaria y llena el formato de exploración clínica de mama sobre los datos clínicos encontrados y cartilla de la mujer	Formato: Exploración clínica de mama

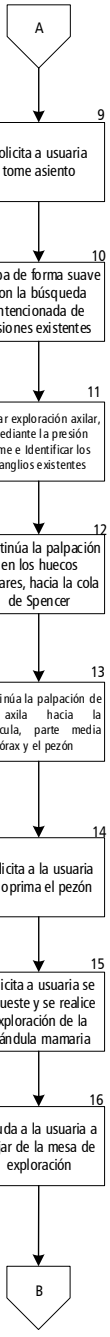
		sobre la acción realizada en detección oportuna de cáncer de mama.	
19		Informa de resultados del formato de exploración clínica de mama a la paciente y da seguimiento de casos.	Formato: Exploración clínica de mama
20		Envía formatos a jurisdicción para su captura.	Formato: Exploración clínica de mama
21	Departamento de Salud Reproductiva Jurisdicciones Sanitarias	Recibe formatos de exploración clínica de mama en mujeres de 25 a 39 años y los captura en plataforma SICAM.	Formato Exploración clínica de mama y Plataforma de SICAM
Fin del procedimiento			

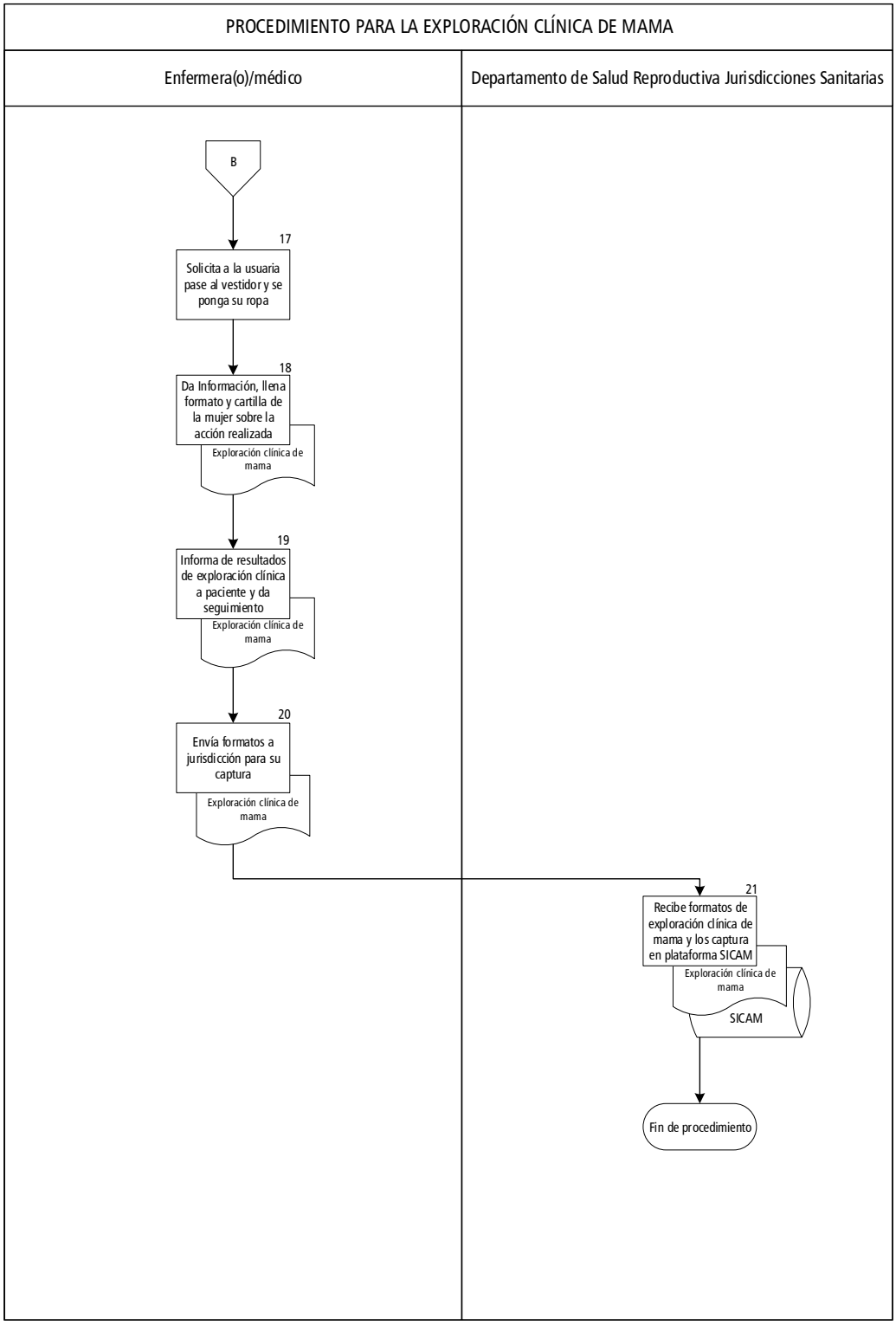
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA.



PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA

Enfermera(o)/médico




PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA
Enfermera(o)/médico
Departamento de Salud Reproductiva Jurisdicciones Sanitarias
B
17
Solicita a la usuaria pase al vestidor y se ponga su ropa
18
Da Información, llena formato y cartilla de la mujer sobre la acción realizada
Exploración clínica de mama
19
Informa de resultados de exploración clínica a paciente y da seguimiento
Exploración clínica de mama
20
Envía formatos a jurisdicción para su captura
Exploración clínica de mama
21
Recibe formatos de exploración clínica de mama y los captura en plataforma SICAM
Exploración clínica de mama
SICAM
Fin de procedimiento

7.11.35. PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA "PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES".

Tiempo Promedio: Mensual, dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Michel Penélope Monterubio Rivera Responsable del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y de Género MPMR(DSR) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

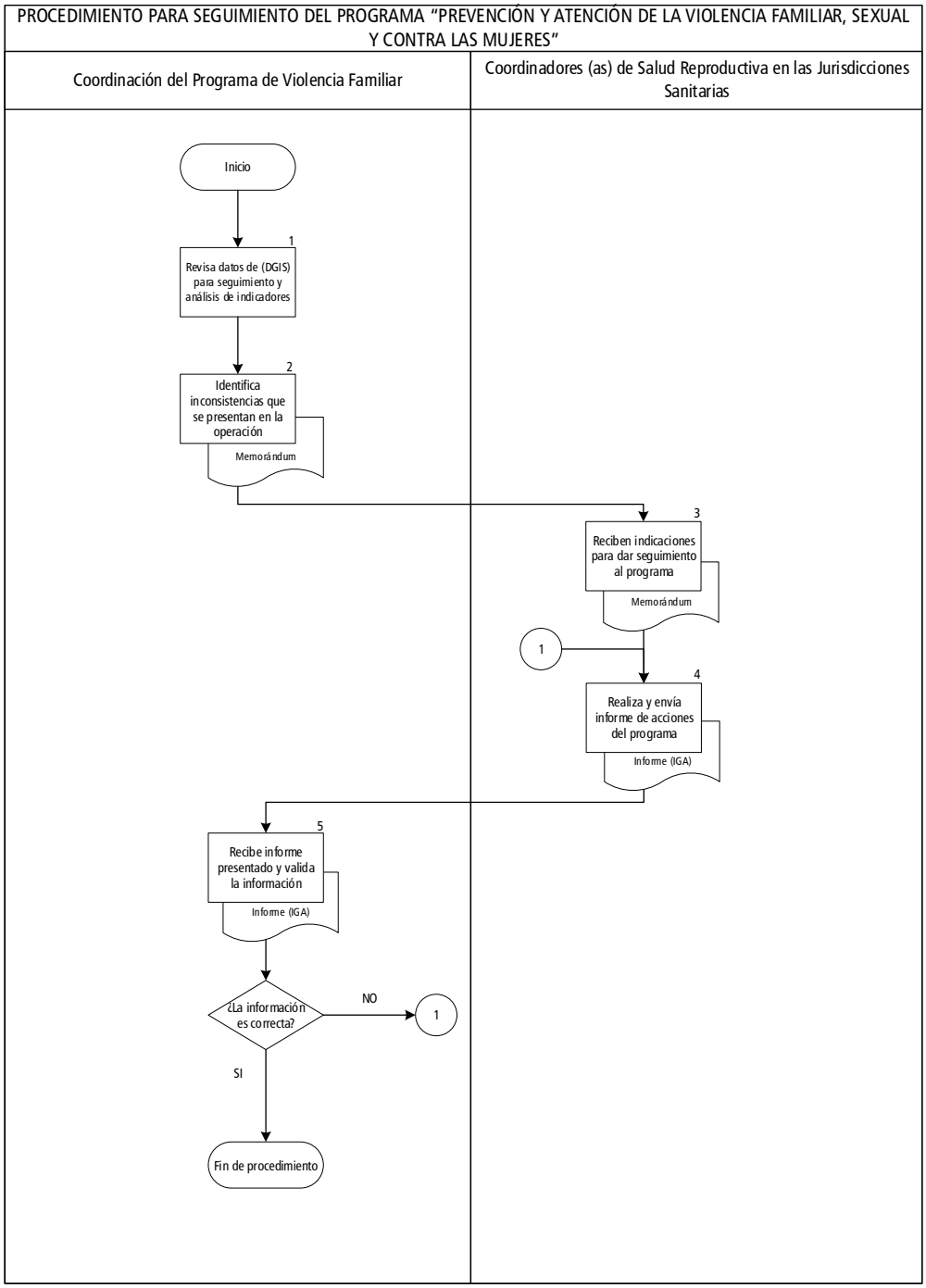
Objetivo	Promover la detección temprana de la violencia familiar y de Género en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, como un problema de salud que genera gran carga de enfermedad entre las mujeres de 15 años y más.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana número NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar sexual y contra las Mujeres, criterios para la prevención y atención. Políticas de Operación: 1. Los/las Coordinadores/as Operativos/as de Salud Reproductiva de cada Jurisdicción serán los responsables de la aplicación y difusión de la normatividad en violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las unidades médicas del primero y segundo nivel, así como en el componente comunitario en forma permanente y del sector salud. 2. El/la Coordinador/a Operativo/a de Violencia familiar proporcionará la capacitación necesaria en forma continua a los coordinadores Jurisdiccionales de salud reproductiva, para que a su vez ellos repliquen dicha capacitación a todo el personal involucrado en el programa. 3. Garantizar que se otorguen los servicios con calidad y calidez en todas las unidades médicas.
Responsables	Departamnto de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para mujeres de 15 años o más.
Recursos	Informe IGA, Memorándum.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA "PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES".

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinación del Programa de Violencia Familiar	Revisa los datos del sistema de información (DGIS) para el seguimiento y análisis de indicadores de forma mensual	
2		Identifica inconsistencias que se presentan en la operación de la coordinación de violencia y componentes y envía por memorándum.	Memorándum
3	Coordinadores/as de Salud Reproductiva en las Jurisdicciones Sanitarias	Recibe indicaciones del Coordinador/as Estatal, para dar seguimiento al programa, ya sea vía memorándum o en reuniones con el personal de Salud Reproductiva de las Jurisdicciones.	Memorándum
4		Realiza informe de acciones del programa	Informe General de Avances (IGA)
5	Coordinación del Programa de Violencia Familiar	Recibe informe presentado por el programa del seguimiento por parte de las Jurisdicciones Sanitarias y valida la información. ¿La información es correcta? SI: Fin de procedimiento. NO: Regresar a la actividad 4 para realizar correcciones. Se anexo cuestión para darle sentido a la actividad.	Informe General de Avances (IGA)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA "PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES".



7.11.36. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO.

Tiempo Promedio: Un día por paciente.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Michel Penélope Montérubio Rivera Responsable del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y de Género MPMR(DSR) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar atención de calidad a las mujeres que viven una situación de violencia con el fin de prevenir un daño mayor, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de no violencia



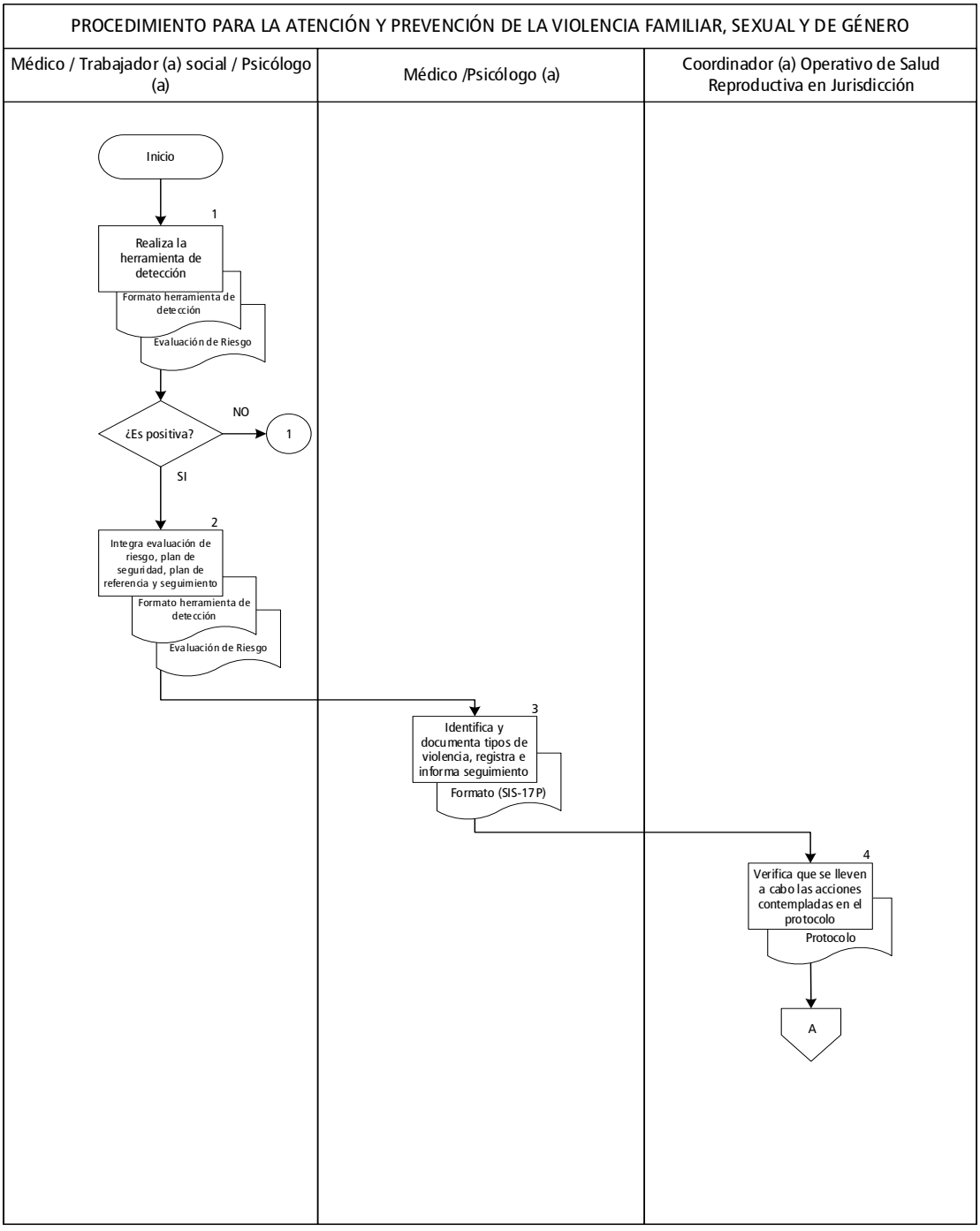
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar sexual y contra las Mujeres, criterios para la prevención y Atención. Políticas de Operación: 1. El personal que atienda un caso de violencia familiar, sexual y de género deberá de apegarse a los criterios de oportunidad, confidencialidad, calidez, honestidad y respeto a la dignidad de la víctima. 2. Implementar las acciones contempladas en el protocolo de atención esencial o especializada, cuando se presente un caso de violencia Familiar. 3. Implementar las acciones contempladas en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, cuando se presente un caso.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Herramienta de Detección, Herramienta de Evaluación de Riesgo, Historia Clínica, Aviso MP, Formato SIS 17P Hoja de Registro de Atención por Violencia y/o Lesión, Formato IGA.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	Positivas: Mujeres mayores de 15 años, que se les aplicó la Herramienta de detección y el resultado arrojaron algún tipo de Violencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

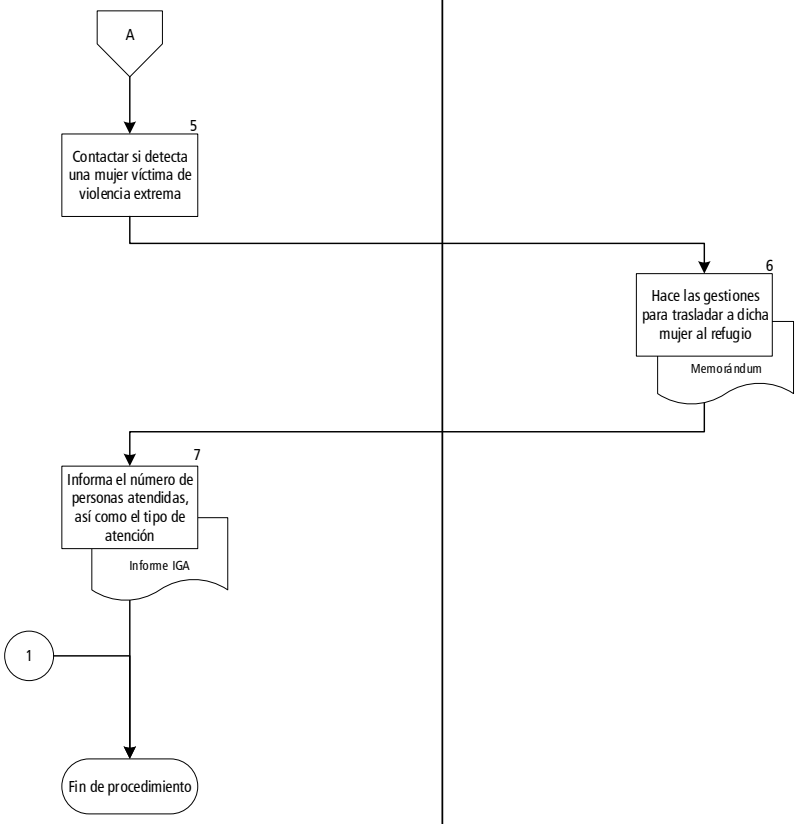
1	Médico / Trabajador/a social / Psicólogo/a	Realiza la herramienta de detección. ¿Es positiva? SI: Continúa en actividad 2. NO**: Fin de procedimiento**	Formato de herramienta de detección, Herramienta de Evaluación de Riesgo
2	Médico / Trabajador/a social / Psicólogo/a	Integra la evaluación de riesgo, el plan de seguridad, el plan de referencia y seguimiento que corresponda a la paciente.	Formato de herramienta de detección, Herramienta de Evaluación de Riesgo
3	Médico /Psicólogo/a	Identifica y documenta el o los tipos de violencia que se han ejercido a la paciente, registra e informa con el formato al/la Coordinador/a el seguimiento dado.	Formato de registro (SIS-17P) Hist. Clínica y Aviso al MP
4	Coordinador/a Operativo de Salud Reproductiva en Jurisdicción	Verifica que se lleven a cabo las acciones contempladas en el protocolo de atención esencial o especializada.	Protocolo
5	Coordinador/a Operativo de Salud Reproductiva en Jurisdicción	Contactar a la Coordinación Estatal del Programa de Violencia Familiar si detecta a una mujer candidata a un refugio por ser víctima de violencia extrema	
6	Coordinación del Programa de Violencia Familiar	Hace las gestiones para trasladar a dicha mujer al refugio	Memorándum
7	Coordinador/a Operativo de Salud Reproductiva en Jurisdicción	Informa al Coordinador/a Estatal del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, el número de personas atendidas, así como el tipo de atención	Informe General de Actividades (IGA)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO.



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Coordinador (a) Operativo de Salud Reproductiva en Jurisdicción	Coordinación del Programa de Violencia Familiar



7.11.37. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO/A DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VESECTOMÍA SIN BISTURÍ.

Tiempo Promedio: 20 a 30 minutos una vez Ingrese a consulta (Puede variar el tiempo de espera de acuerdo a las características de cada paciente).

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Omar Salazar Cruz Responsable Estatal del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción OSC(DSR) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Orientar las actividades de atención médica, promoción y consejeria de planificación familiar hacia la atención integral del usuario de los Servicios de Salud del Estado en el componente de Vasectomia sin Bisturi.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar (MODIFICADA) (DOF 21 enero 2004).
2. NOM-007-SSA-2 1993 Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. (DOF: 6 enero 1995).
3. NOM-004-SSA3-2012, Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. (DOF: 15 de octubre de 2012).
4. Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
5. Objetivo: Homologar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en virtud de que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública. Vigente.
6. Manual de Logística de Anticonceptivos de Planificación Familiar abril 2008.
7. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
9. Artículo 4º; se adiciona un párrafo penúltimo.
10. D.O.F. 3 II 1983. Ultima Reforma Publicada D. O. F. 7 V 2008 conforme a lo que dispone la fracción XVI Artículo 73 de esta Constitución, modificado por última vez el 31 XII 1994.
11. Constitución Política del Estado de Puebla.
12. D.O.F. 12 VII 1986. Última Reforma Publicada P. O. 20 VIII 2007
13. Artículo 121. Además, Artículo 12 Fracciones II y V de esta Constitución.
14. Ley de Salud del Estado de Puebla.
15. P.O. 15 IX 1994. Ultima Reforma Publicada P. O.

12 I 2005.

16. Artículo 1º. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que toda persona tiene consagrado en el artículo 4º.de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 12 y 121 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
17. Acuerdo No. 127 por el que se crea el Comité Nacional para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.
18. D.O.F. 2 VIII 1995.
19. Artículo 3º. El Comité Nacional para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal

Políticas de Operación:

1. El lugar donde se realizará ya sea intra o extramuros, deberá reunir características que permitan privacidad para la ejecución de la actividad.
2. Debido a que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, es responsabilidad del personal de salud brindar orientación consejería clara al usuario/a así como el riesgo correspondiente a la falla eventual de cada método.
3. Evaluar respuestas y determinar si el solicitante del método anticonceptivo es un candidato idóneo o no para el uso del mismo.
4. La consejería dará orientación y apoyo adecuado a las parejas fomentando la libre decisión e informado.

Responsables

Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

Unidades aplicativas de los Servicios de Salud de los diferentes niveles de atención, de todos los municipios del Estado; así como de la estrategia de extensión de cobertura para las actividades de promoción y consejería.

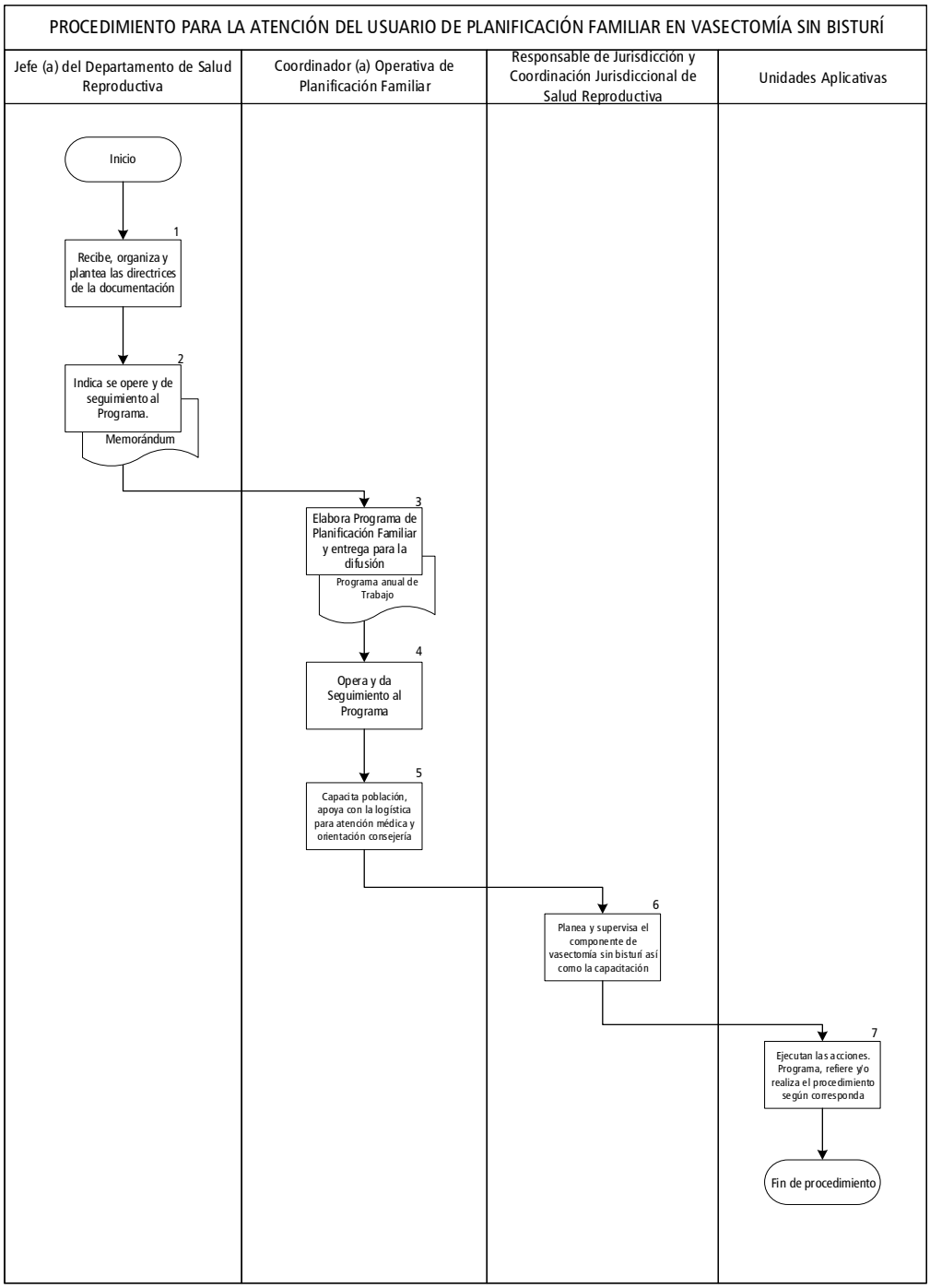
Recursos	Memorándum, Historia Clínica del Componente de Vasectomía sin Bisturí, Consentimiento Informado, Programa Anual de Trabajo.
Glosario	APEO: Anticoncepción post evento obstétrico. VSB: Vasectomía Sin Bisturí. OTB: Oclusión Tubaria Bilateral. MEFU: Mujeres en Edad Fértil Unidas. NOM: Norma Oficial Mexicana.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VASECTOMÍA SIN BISTURÍ.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Recibe, organiza y plantea las directrices de la documentación de Salud Reproductiva enviada por la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	S/D
2		Indica por Memorándum al Coordinador Estatal de Planificación Familiar se opere y de seguimiento al Programa.	Memorándum
3	Coordinador/a Operativa de Planificación Familiar	Elabora el Programa Anual de Trabajo de la Coordinación de Planificación Familiar. Entregando copia para la difusión en las Áreas de Responsabilidades de cada Jurisdicción Sanitaria.	Programa anual de Trabajo
4		Opera y da Seguimiento al Programa de Planificación Familiar en su componente de Vasectomía sin Bisturí.	S/D
5		Capacita en Salud Sexual y Reproductiva y Metodología	S/D

		Anticonceptiva en la población de varones con enfoque de género y apoya con la logística para la atención médica y orientación consejería que realiza el personal médico y paramédico en las jurisdicciones sanitarias.	
6	Responsable de Jurisdicción y Coordinación Jurisdiccional de Salud Reproductiva	Planea, realiza y supervisa el componente de vasectomía sin bisturí, así como la capacitación del personal operativo en orientación consejería, salud sexual y reproductiva y metodología anticonceptiva con enfoque de género.	S/D
7	Unidades Aplicativas	Ejecutan las acciones de Orientación Consejería en Planificación familiar en la Oficina de Trabajo social, Consultorio u Otro lugar que permita privacidad para la atención del usuario. Programa, refiere y/o realiza el procedimiento quirúrgico según corresponda.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VASECTOMÍA SIN BISTURÍ.



7.11.38. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Tiempo Promedio: 20 a 30 minutos una vez ingrese a consulta (Puede variar el tiempo de espera de acuerdo a las características de cada paciente).

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Omar Salazar Cruz Responsable Estatal del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción OSC(DSR) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Unificar criterios normativos de operación del área de Planificación Familiar a fin de prevenir y disminuir los riesgos y daños en los/las aceptantes del Programa, promoviendo una atención integral de su salud reproductiva.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. Artículo 4º; se adiciona un párrafo penúltimo.
3. D.O.F. 3 II 1983. Ultima Reforma Publicada D. O. F. 7 V 2008
4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI Artículo 73 de esta Constitución, modificado por última vez el 31 XII 1994.
5. Constitución Política del Estado de Puebla.
6. D.O.F. 12 VII 1986. Última Reforma Publicada P. O. 20 VIII 2007
7. Artículo 121 el cual menciona: Es deber del Estado vigilar por la observancia de las reglas de la higiene pública y de la ecología, para conservar un medio ambiente sano y favorable a sus habitantes, así como combatir las epidemias que se desarrollan dentro de su territorio, al efecto se dictarán las leyes y disposiciones necesarias. Además, Artículo 12 Fracciones II y V de esta Constitución.
8. Ley de Salud del Estado de Puebla.
9. P.O. 15 IX 1994. Ultima Reforma Publicada P. O. 12 I 2005.
10. Artículo 1º. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que toda persona tiene consagrado en el artículo 4º.de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 12 y 121 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, establece las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la competencia de éste en materia de salubridad general y local, así como la forma en que los Municipios prestarán servicios de salud. Es de aplicación en toda la entidad y sus disposiciones son de orden público e interés social.

11. Acuerdo No. 127 por el que se crea el Comité Nacional para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.
12. D.O.F. 2 VIII 1995.
13. Artículo 3º. El Comité Nacional para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal tendrá las siguientes atribuciones:
14. Analizar y proponer la normatividad técnica para garantizar el estudio y dictamen de las muertes maternas y perinatales, observando las recomendaciones internacionales para obtener resultados uniformes y comparables;
15. Revisar y en su caso proponer adecuaciones al sistema de registros de nacimiento y certificación de muerte, mejorando la calidad y cantidad de información;
16. Establecer y actualizar permanentemente los lineamientos generales y los procedimientos para la instalación y operación de los comités estatales, de Jurisdicción Sanitaria y Hospitalarios para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal públicos y privados; Fracciones IV a la XIV. Y Artículos 1, 6 y 9.
17. NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar (MODIFICADA) (DOF 21 enero 2004)
18. Objetivo. Uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.
19. NOM-007-SSA-2 1993 Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.

(DOF: 6 enero 1995).

20. Objetivo. Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.
21. NOM-008-SSA2-1993 Norma Oficial Mexicana, para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. D.O.F. 13 III 1994.
22. Objetivo. Establecer los criterios para vigilar el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población de menores de un año, uno a cuatro años, cinco a nueve años y diez a diecinueve años.
23. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF 15-10-2012; sustituye a la Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1-1998, del expediente clínico, para quedar como Reglamento Interior de los SSEP de fecha 8 de febrero de 2013.
24. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. (DOF: 20 II 2015).
25. Objetivo. Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

Políticas de Operación:

1. El/la Coordinador/a Estatal de Planificación Estatal, proporcionará la capacitación en forma continua a los/las Coordinadores/as Jurisdiccionales de Salud Reproductiva, para que a su vez ellos repliquen dicha capacitación a todo el personal involucrado en el Programa de Planificación Familiar en su jurisdicción.
2. Los/las Coordinadores/as de Salud Reproductiva de cada una de las diez Jurisdicciones, serán los/las responsables de la aplicación y difusión de la normatividad del Programa de Planificación Familiar

	y sus componentes en las unidades médicas de primero y segundo nivel, así como en el componente comunitario del sector salud en forma permanente.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los elementos que conforman la Coordinación de Planificación Familiar para el desempeño total de su trabajo.
Recursos	Memorándum, Informe, Calendario de capacitación, Cédulas de evaluación, Informe de Resultados.
Glosario	NOM: Norma oficial mexicana. APEO: Anticoncepción post evento obstétrico. VSB: Vasectomía Sin Bisturí. OTB: Oclusión Tubaria Bilateral. MEFU: Mujeres en Edad Fértil Unidas. MELA: Método de lactancia y amenorrea.

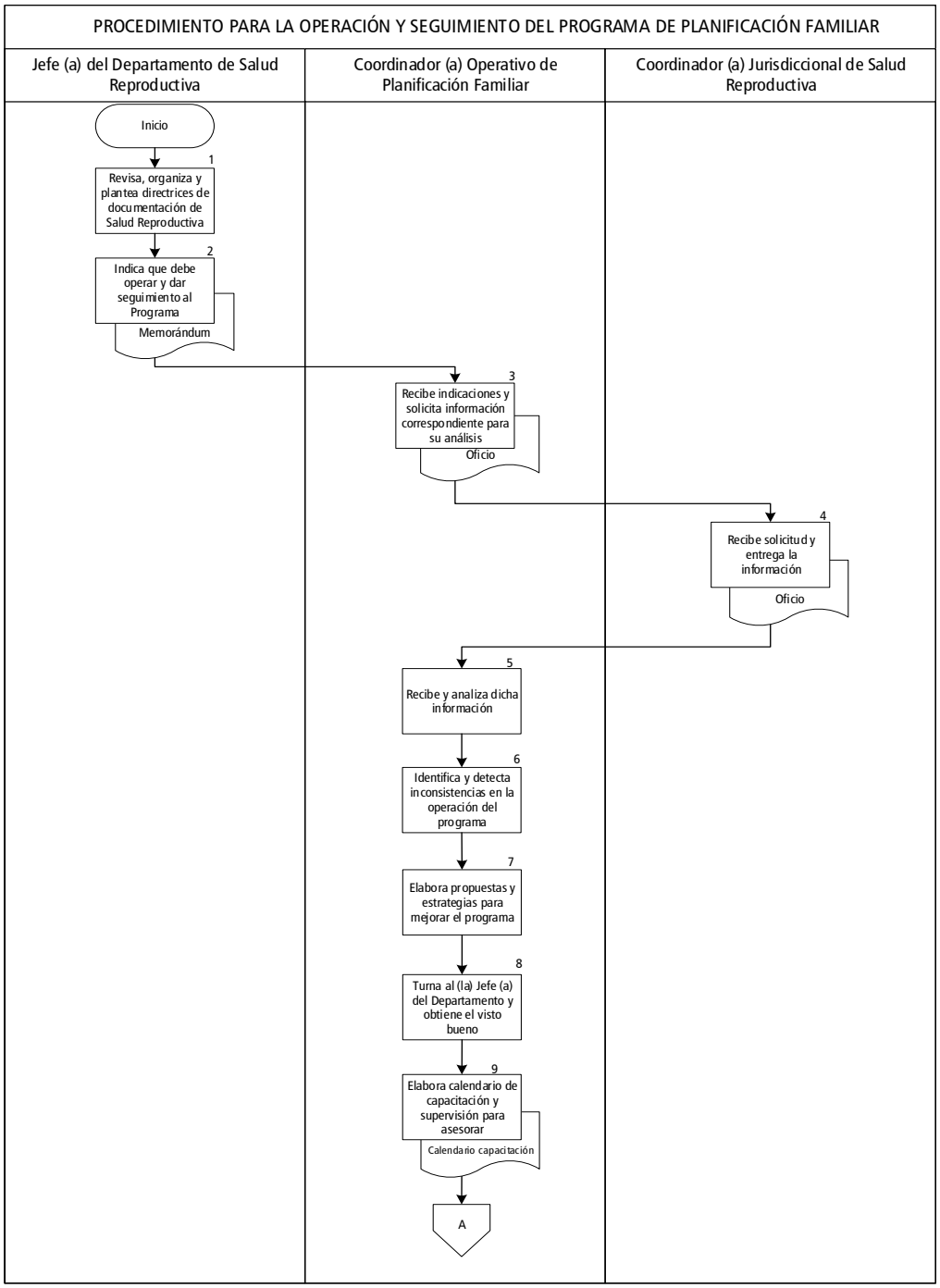
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

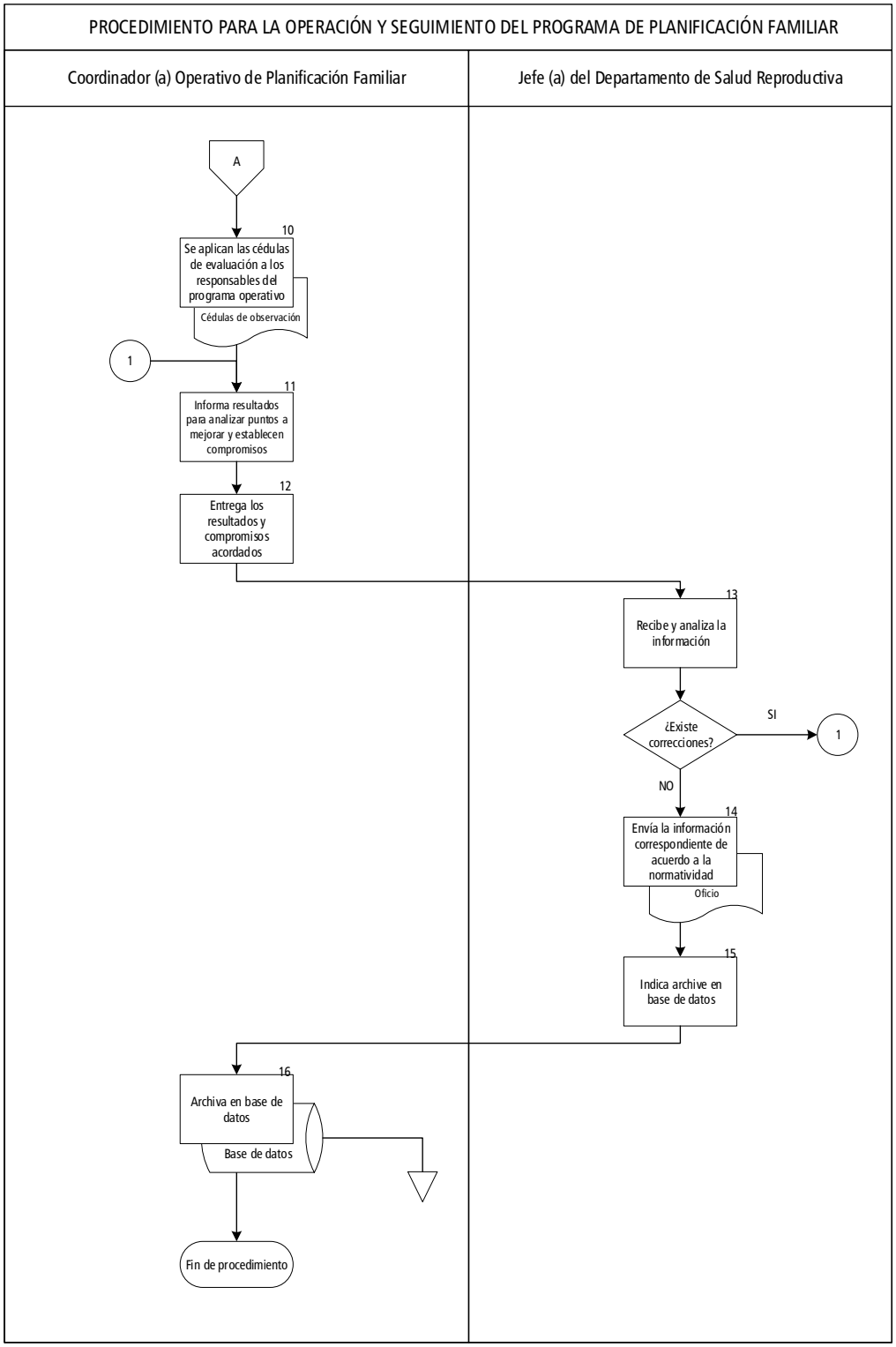
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Revisa, organiza y plantea las directrices de la documentación de Salud Reproductiva enviada por la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	S/D
2	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Indica por memorándum al/la Coordinador/a Estatal de Planificación Familiar que debe operar y dar seguimiento al Programa de Servicios	Memorándum

		Amigables para Adolescentes.	
3	Coordinador/a Operativo/a de Planificación Familiar	Recibe indicaciones de/la Jefe/a del departamento y solicita vía oficial al Coordinador/a Jurisdiccional de Salud Reproductiva la información correspondiente al Programa de Planificación Familiar en forma mensual para su análisis.	Oficio
4	Coordinador/a Jurisdiccional de Salud Reproductiva	Recibe solicitud y entrega la información vía oficio a Coordinador/a Estatal de Planificación Familiar.	Oficio
5	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Recibe y analiza dicha información.	S/D
6	Coordinador/a Operativo/a de Planificación Familiar	Identifica y detecta inconsistencias que se presenten en la operación del programa y sus componentes.	S/D
7	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Elabora propuestas y estrategias para mejorar el programa.	S/D
8	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Turna a él/la Jefe/a del Departamento y obtiene el visto bueno	S/D
9	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Elabora calendario de capacitación y supervisión para asesorar	Calendario de capacitación
10	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Se aplican las cédulas de evaluación a los responsables del programa operativo de las Jurisdicciones Sanitarias.	Cédulas de evaluación

11	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Informa de resultados al/la Jefe/a Jurisdiccional para analizar los puntos a mejorar y se establecen compromisos.	S/D
12	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Entrega al/la Jefe/a del Departamento de los resultados y compromisos acordados.	Informe de Resultados
13	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Recibe y analiza la información. ¿Existen correcciones? Si. Regresa a la actividad No. 11. No. Continúa en la actividad No 14.	S/D
14	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Envía de manera oportuna vía oficio la información correspondiente al área de Planificación Familiar de la Dirección General de Salud Reproductiva de acuerdo a la normatividad vigente.	Oficio
15	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Indica al/la Coordinador/a Estatal de Planificación Familiar del Departamento de Salud Reproductiva, archive en base de datos.	S/D
16	Coordinador/a Operativo de Planificación Familiar	Archiva en base de datos.	Base de datos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR




PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Coordinador (a) Operativo de Planificación Familiar
Jefe (a) del Departamento de Salud Reproductiva
A
10
Se aplican las cédulas de evaluación a los responsables del programa operativo
Cédulas de observación
1
11
Informa resultados para analizar puntos a mejorar y establecen compromisos
12
Entrega los resultados y compromisos acordados
13
Recibe y analiza la información
¿Existe correcciones?
SI
1
NO
14
Envía la información correspondiente de acuerdo a la normatividad
Oficio
15
Indica archive en base de datos
16
Archiva en base de datos
Base de datos
Fin de procedimiento

7.11.39. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL/LA USUARIO/A DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES.

Tiempo Promedio: 20 a 30 minutos una vez ingrese a consulta (Puede variar el tiempo de espera de acuerdo a las caracteristicas de cada paciente).

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Omar Salazar Cruz Responsable Estatal del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción OSC(DSR) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Unificar criterios normativos de operación para contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual. las relaciones de género. superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. Artículo 4º; se adiciona un párrafo penúltimo.
3. D.O.F. 3 II 1983. Ultima Reforma Publicada D. O. F. 7 V 2008
4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI Artículo 73 de esta Constitución, modificado por última vez el 31 XII 1994.
5. Constitución Política del Estado de Puebla.
6. D.O.F. 12 VII 1986. Última Reforma Publicada P. O. 20 VIII 2007
7. Artículo 121 el cual menciona: Es deber del Estado vigilar por la observancia de las reglas de la higiene pública y de la ecología, para conservar un medio ambiente sano y favorable a sus habitantes, así como combatir las epidemias que se desarrollan dentro de su territorio, al efecto se dictarán las leyes y disposiciones necesarias. Además, Artículo 12 Fracciones II y V de esta Constitución.
8. Ley de Salud del Estado de Puebla.
9. P.O. 15 IX 1994. Ultima Reforma Publicada P. O. 12 I 2005.
10. Artículo 1º. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que toda persona tiene consagrado en el artículo 4º.de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 12 y 121 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, establece las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la competencia de éste en materia de salubridad general y local, así como la forma en que los Municipios prestarán servicios de salud. Es de aplicación en toda la entidad y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Normas y Políticas de Operación	11. Acuerdo No. 127 por el que se crea el Comité Nacional para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. 12. D.O.F. 2 VIII 1995. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad del personal de Salud promover acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención, la adopción de conductas saludables en salud sexual y reproductiva para disminuir los riesgos que tienen los adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección y difundir los beneficios de que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos responsablemente. 2. Mejorar el acceso y calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes. 3. Sensibilizar a los prestadores de servicios para atender las necesidades de las y los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. 4. Mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud. 5. Mejorar los sistemas de información en salud sexual y reproductiva del adolescente a fin de conocer, monitorear y evaluar el avance en el programa.
Responsables	Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los elementos que conforman la Coordinación de Planificación Familiar para el desempeño total de su trabajo.
Recursos	Memorándum, Informe.
Glosario	NOM: Norma Oficial Mexicana. APEO: Anticoncepción post evento obstétrico. VSB: Vasectomía Sin Bisturí. OTB: Oclusión Tubaria Bilateral.

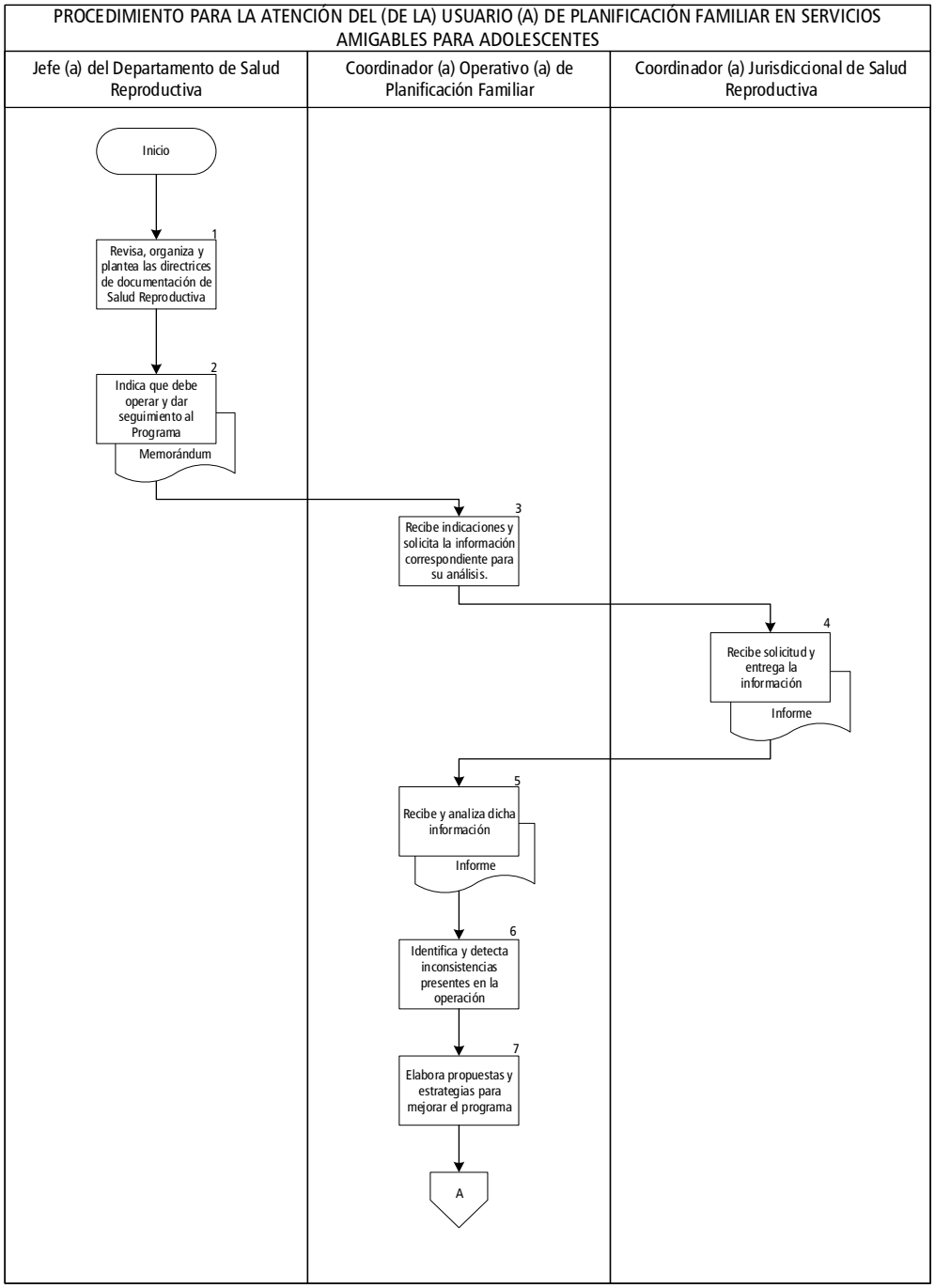
MEFU: Mujeres en Edad Fértil Unidas.
MELA: Método de lactancia y amenorrea.

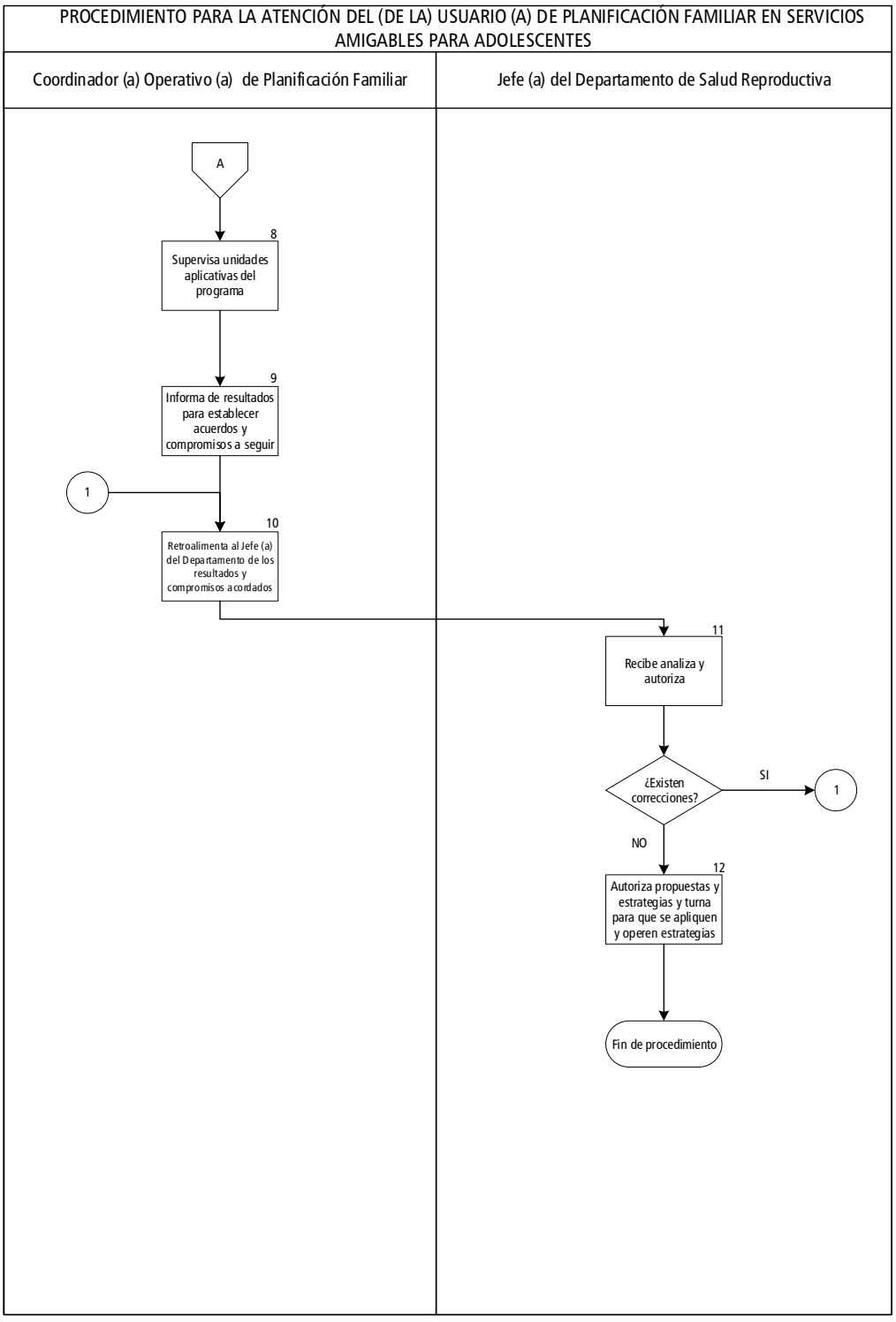
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO/A DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Revisa, organiza y plantea las directrices de la documentación de Salud Reproductiva enviada por Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	S/D
2	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Indica por memorándum a Coordinador/a Estatal de Planificación Familiar que debe operar y dar seguimiento al Programa de Servicios Amigables para Adolescentes.	Memorándum
3	Coordinador/a Operativo/a de Planificación Familiar	Recibe indicaciones y solicita la información correspondiente al Programa de Servicios Amigables para Adolescentes, para su análisis.	S/D
4	Coordinador/a Jurisdiccional de Salud Reproductiva	Recibe solicitud y entrega la información a Coordinador/a Estatal de Planificación Familiar.	Informe
5	Coordinador/a Operativo/a de Planificación Familiar	Recibe y analiza dicha información.	Informe
6		Identifica y detecta inconsistencias presentes en la operación del programa y sus componentes.	S/D

7		Elabora propuestas y estrategias para mejorar el programa.	S/D
8		Supervisa unidades aplicativas del programa.	S/D
9		Informa de resultados a Jefe/a Jurisdiccional para establecer acuerdos y compromisos a seguir.	S/D
10		Retroalimenta a Jefe/a del Departamento de los resultados y compromisos acordados.	S/D
11	Jefe/a del Departamento de Salud Reproductiva	Recibe analiza y autoriza. ¿Existen correcciones? Si Regresa a la actividad No. 10. No Continua en la actividad No. 12.	S/D
12		Autoriza las propuestas y estrategias y turna al Coordinador de Salud Reproductiva para que se apliquen y operen las estrategias.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL/LA USUARIO/A DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES.




PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL (DE LA) USUARIO (A) DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES
Coordinador (a) Operativo (a) de Planificación Familiar
Jefe (a) del Departamento de Salud Reproductiva
A
8
Supervisa unidades aplicativas del programa
9
Informa de resultados para establecer acuerdos y compromisos a seguir
1
10
Retroalimenta al Jefe (a) del Departamento de los resultados y compromisos acordados
11
Recibe analiza y autoriza
¿Existen correcciones?
SI
1
NO
12
Autoriza propuestas y estrategias y turna para que se apliquen y operen estrategias
Fin de procedimiento

7.11.40. PROCEDIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS A FIN DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN

Tiempo Promedio: 1 año.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Daniela Dennise Luna Cajica **Reesponsable de la Coordinación Operativa de Alimentación y Actividad Física** **DDLC (DPS)** **Octubre 2018**	**Iván Erick Villa Campis** **Subdirector de Salud Pública** **IEVC (SSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Monroy Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Fortalecer la planeación de actividades de Promoción de la salud dirigidas a la población con el fin de proporcionar las herramientas para desarrollar habilidades y conocimientos que promueven estilos de vida saludables

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Instructivo SIS 2016 Control interno de SIS-SS-PSJ.
2. Modelo Operativo de Promoción a la Salud.
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
4. Artículo 4o. Derecho a la salud, párrafo tercero, derecho a la alimentación: “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.”
5. En cuanto a los mandatos constitucionales, la reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2013, para el debido cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 3o. y 73, fracción XXV, párrafo tercero, inciso c), las autoridades competentes deberán prever las adecuaciones al marco jurídico para: “Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos.”
6. Ley General de Salud
7. Titulo Séptimo. Promoción de la Salud.
8. Artículos 110, 111, 112, 113.
9. Capítulo III. Nutrición
10. Artículos 114, 115
11. Ley General de Educación
12. Artículo 7.-Fracción IX. Sobre el fomento de la educación en materia de nutrición y educación física.
13. Capítulo Octavo. Del Derecho a la Salud.
14. Artículo 28.
15. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
16. Artículo 39. De las atribuciones de la Secretaría de Salud.
17. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
18. Artículo 28. De la Dirección General de Promoción de la Salud.
19. Normas Oficiales Mexicanas
20. Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

	Criterios para brindar orientación. 21. Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la Salud escolar. 22. Norma Oficial Mexicana, NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. 23. Norma Oficial Mexicana, NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados. Información comercial y sanitaria. 24. Oficial Mexicana, NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. 25. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Norma Oficial Mexicana, 26. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Políticas de Operación: 1. Registro en plataforma Ecolls - Federal, Red de comunicación colaborativa. 2. El seguimiento de los eventos educativos se hará mediante la evaluación de los registros mensuales del Seguro Integral de Salud. 3. Supervisiones a casos específicos.
Responsables	Departamento de Promoción a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Población responsable de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, población de ambos sexos de 5 a 59 años de edad y promotores de salud.
Recursos	Formato Oficial, Requerimientos, Carta Descriptiva, Reportes de supervisión y capacitación, Formato oficial de correspondencia, Informe de visitas de supervisión.

Glosario	Eventos educativos: Proceso educativo en relación al Eje estratégico de Promoción de la Salud y Comunicación Educativa estructurado a través de una carta descriptiva, que contiene objetivos, la población destinataria, temas, tiempos, herramientas educativas y de apoyo que se utilizarán, y un producto o aprendizaje esperado. En temas de alimentación correcta, actividad física, rescate de la cultura alimentaria y lactancia materna. Tipos de eventos: Eventos masivos de 10 personas como mínimo, 30 minutos como tiempo mínimo en las siguientes modalidades, talleres, sesiones de orientación y activación física, seminarios ferias de la salud, recorridos, exposiciones, congresos, tianguis, entre otros que compartan las características de agrupación de personas para informar sobre estilo de vida saludable.

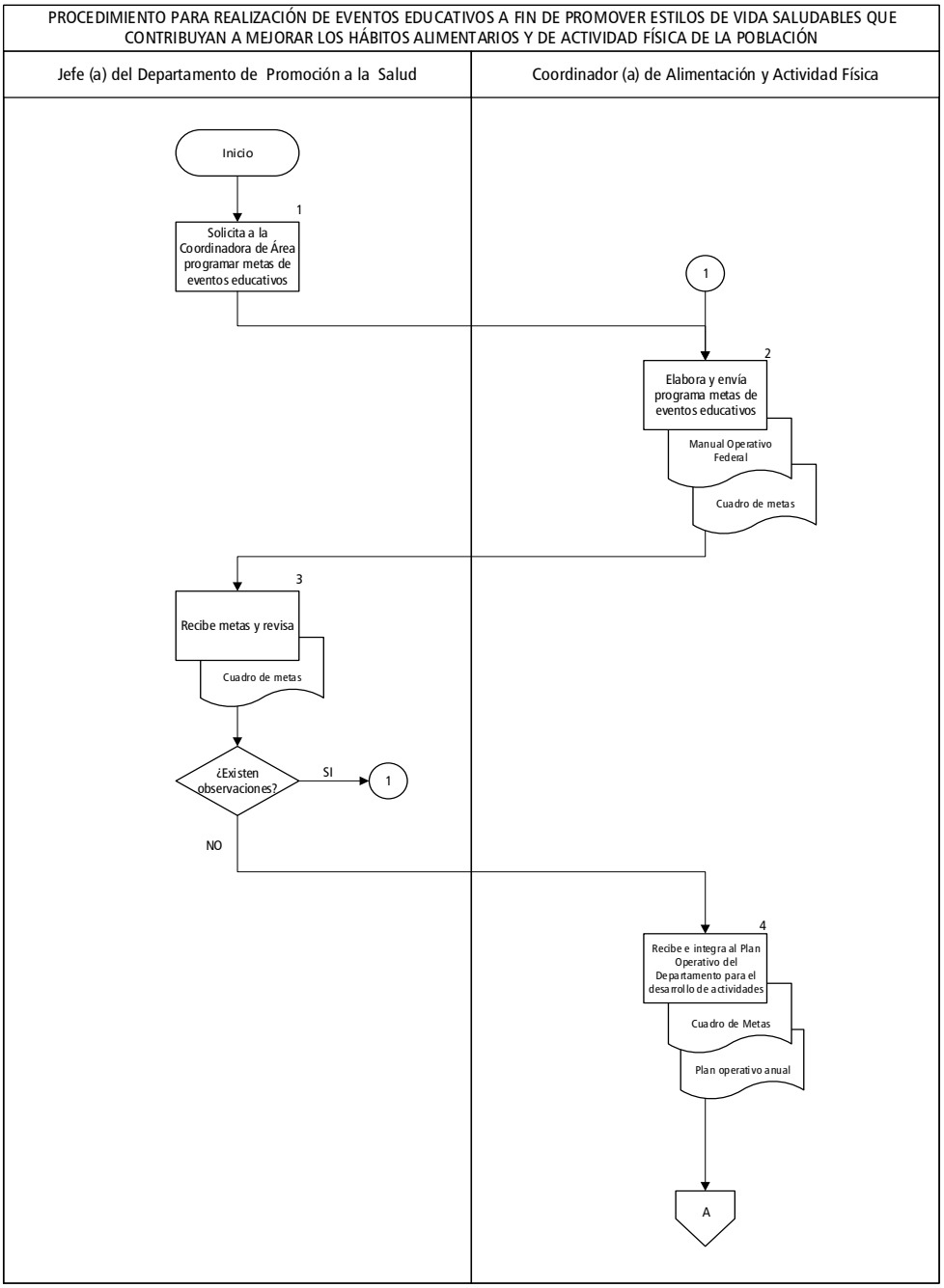
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS A FIN DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN.

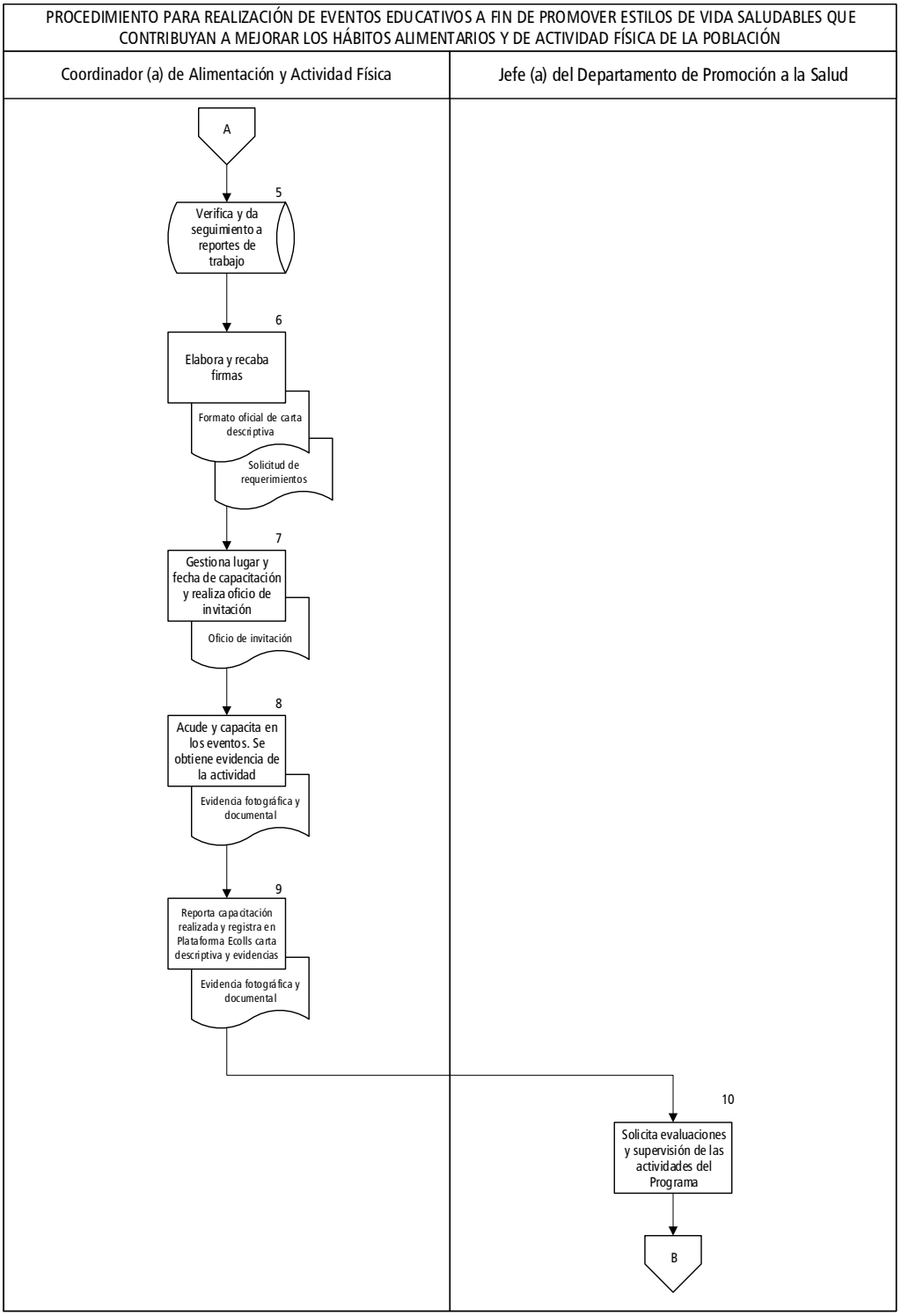
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud	Solicita a Coordinador/a de área programar metas de eventos educativos.	N/A
2	Coordinador/a de Alimentación y Actividad Física	Elabora y envía programa metas de eventos educativos de acuerdo a los lineamientos federales del Manual Operativo Federal.	Manual Operativo Federal Cuadro de metas
3	Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud	Recibe metas y revisa. ¿Existen observaciones? No: Continúa actividad 4. Sí: Regresa a actividad 2.	Cuadro de metas

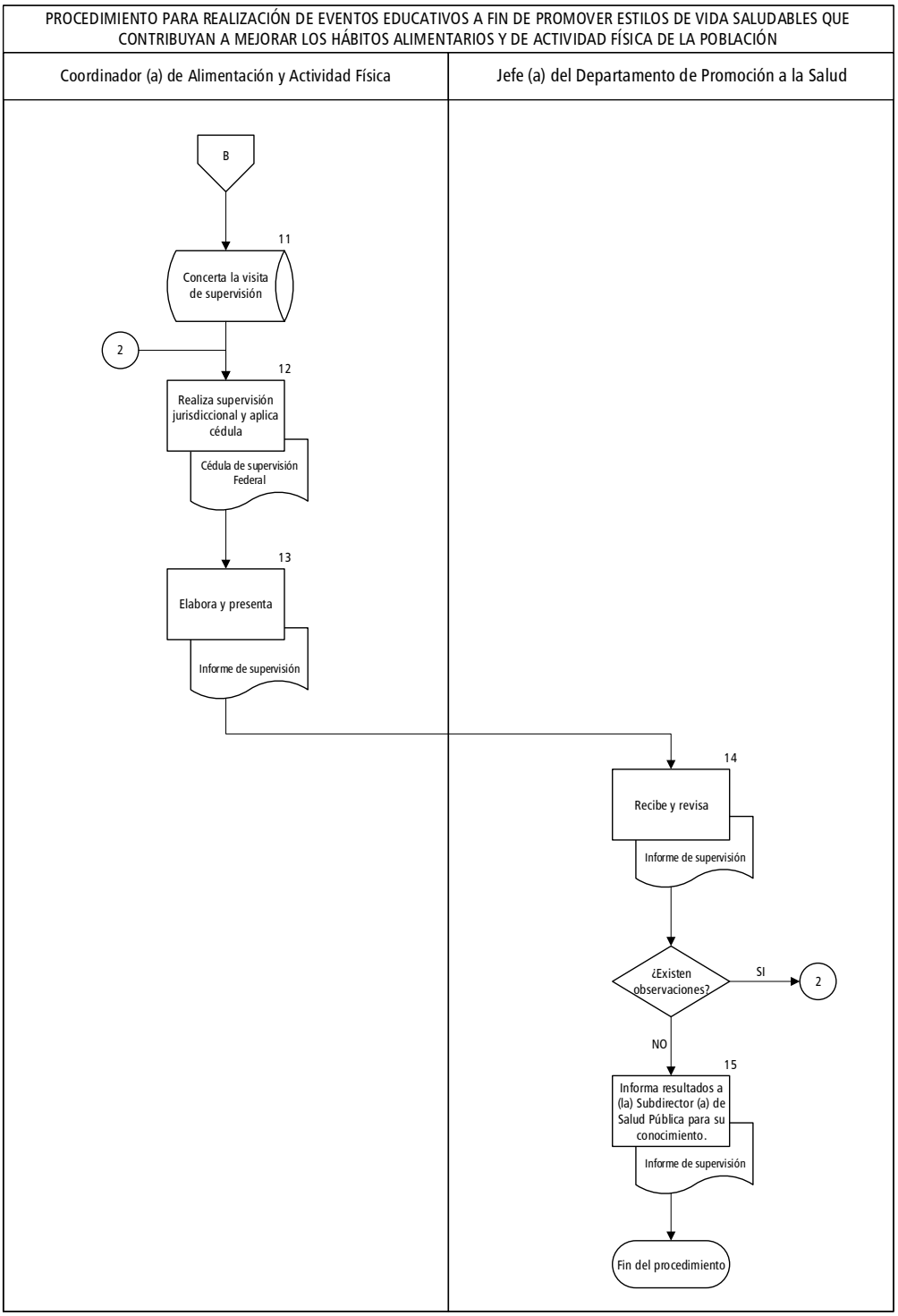
4	Coordinador/a de Alimentación y Actividad Física	Recibe metas validadas e integra al Plan Operativo del Departamento para el desarrollo de actividades.	Cuadro de Metas Plan operativo anual
5		Verifica y da seguimiento a los reportes de trabajo de los eventos educativos de cada línea de acción en la Plataforma de Sistema de Información en Salud SIS.	S/D
6		Elabora plan de capacitación (carta descriptiva) para capacitar al personal de salud, solicitud de requerimientos y recaba firmas del Director/a, Subdirector/a, Jefe/a de Departamento y él/la responsable de Programa.	Formato oficial de carta descriptiva Solicitud de requerimientos
7		Gestiona lugar y fecha de capacitación y se realiza oficio de invitación al personal involucrado.	Oficio de invitación
8		Acude al lugar programado y capacita en los diferentes eventos educativos. Se obtiene evidencia fotográfica y documental de la actividad.	Evidencia fotográfica y documental
9		Reporta la capacitación realizada al/la Jefe/a de Departamento de Promoción a la Salud y se registra en Plataforma Ecolls carta descriptiva con las evidencias fotográficas.	Evidencia fotográfica y documental
10	Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud	Solicita a Coordinador/a efectuar evaluaciones y supervisión de las actividades del Programa en las Jurisdicciones Sanitarias.	S/D
11	Coordinador/a de Alimentación y Actividad Física	Concerta vía telefónica o electrónica con los responsables del programa jurisdiccional la visita de supervisión.	S/D
12		Realiza supervisión Jurisdiccional y aplica cédula de supervisión.	Cédula de supervisión

			Federal
13		Elabora informe de supervisión y se le presenta a Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud.	Informe de supervisión
14	Jefe/a del Departamento de Promoción a la Salud	Recibe informe y revisa. ¿Existen observaciones? No: Continúa actividad 15. Sí: Regresa a actividad 12.	Informe de supervisión
15		Informa resultados a/la Subdirector/a de Salud Pública para su conocimiento.	Informe de supervisión
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS A FIN DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS A FIN DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN
Coordinador (a) de Alimentación y Actividad Física
Jefe (a) del Departamento de Promoción a la Salud
A
5
Verifica y da seguimiento a reportes de trabajo
6
Elabora y recaba firmas
Formato oficial de carta descriptiva
Solicitud de requerimientos
7
Gestiona lugar y fecha de capacitación y realiza oficio de invitación
Oficio de invitación
8
Acude y capacita en los eventos. Se obtiene evidencia de la actividad
Evidencia fotográfica y documental
9
Reporta capacitación realizada y registra en Plataforma Ecolls carta descriptiva y evidencias
Evidencia fotográfica y documental
10
Solicita evaluaciones y supervisión de las actividades del Programa
B


PROCEDIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS A FIN DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN
Coordinador (a) de Alimentación y Actividad Física
Jefe (a) del Departamento de Promoción a la Salud
B
11
Concerta la visita de supervisión
2
12
Realiza supervisión jurisdiccional y aplica cédula
Cédula de supervisión Federal
13
Elabora y presenta
Informe de supervisión
14
Recibe y revisa
Informe de supervisión
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
15
Informa resultados a (la) Subdirector (a) de Salud Pública para su conocimiento.
Informe de supervisión
Fin del procedimiento

7.11.41. PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES/AS DE SALUD

Tiempo Promedio: 15 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Laura Angélica Moreno García Responsable de la Coordinación Operativa de Promoción a la Salud y Determinantes Sociales LAMG (DPS) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Fortalecer las habilidades y competencias del personal que coordina y opera los programas de Promoción de la Salud. para que la población objetivo los reciba de manera eficaz.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 08 de febrero del 2013. 2. Manual de Organización Funcional del Departamento de Fomento a la Salud. 3. Instructivo SIS 2016, Control interno de sesiones SIS-SS-SES-P. Políticas de Operación: 1. La impartición del desarrollo de capacidades, se brinda bajo la modalidad de Taller, integrado por sesiones educativas: La programación de los temas se realiza en base a las prioridades del Sistema Epidemiológico Estatal; así como en las de la Secretaría de Salud. 2. El seguimiento de los talleres otorgados por los promotores de Salud, se hará mediante la evaluación de los reportes mensuales de SIS; así como visitas de supervisión a casos específicos. 3. Los talleres deberán contar con una duración mínima de 6 horas; los participantes deberán cubrir mínimo el 80% de asistencia. Sólo se reportarán talleres concluidos, no sesiones otorgadas.
Responsables	Departamento de Promoción a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Promotores de salud.
Recursos	Formato Oficial, Requerimientos, Carta Descriptiva, Reportes de supervisión y capacitación, Formato oficial de correspondencia, Informe de visitas de supervisión, Cédula de Supervisión.
Glosario	Taller: Actividad educativa estructurada, con objetivos bien definidos, dirigida a grupos previamente organizados; sustentad con carta descriptiva y lista de asistencia.

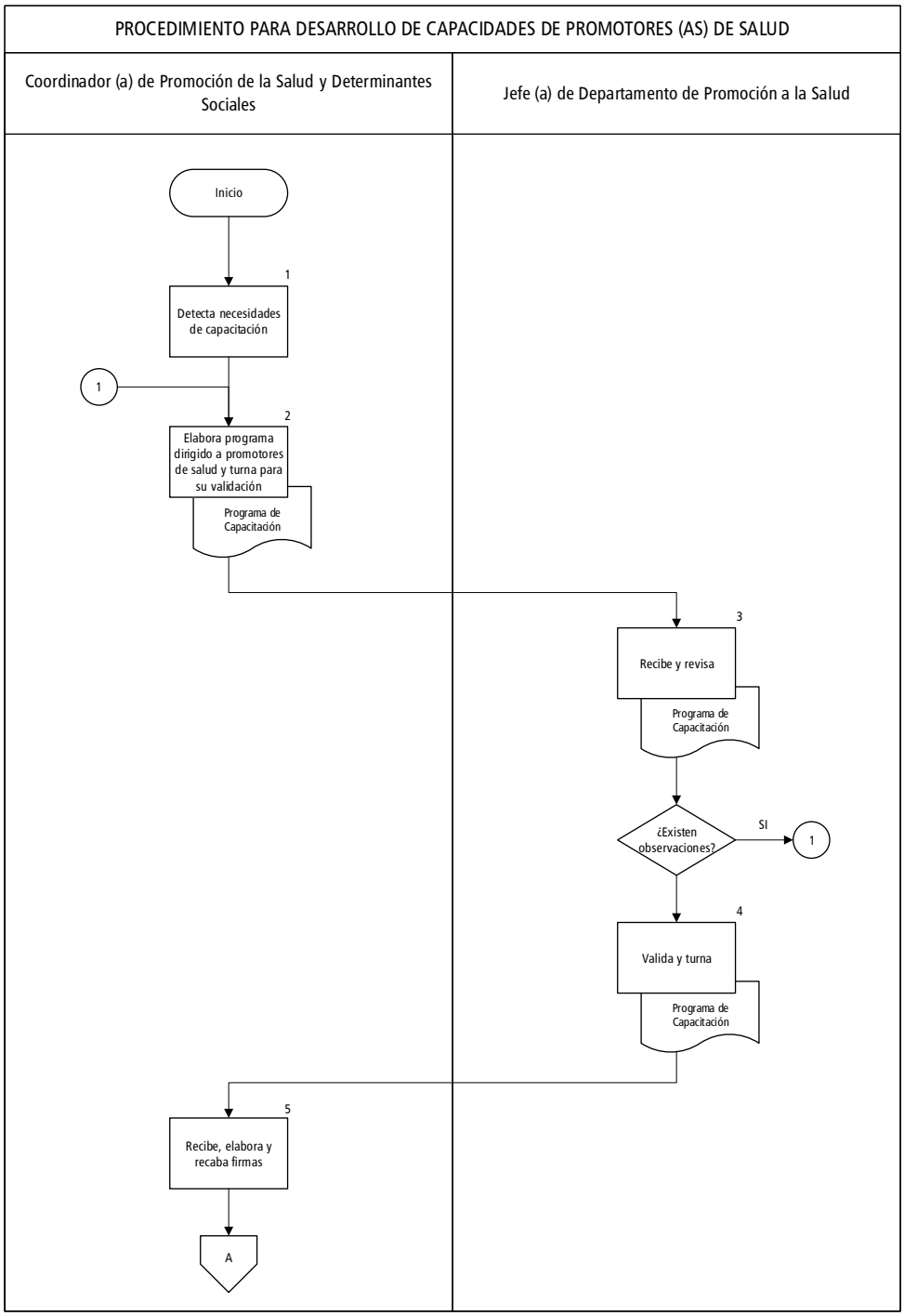
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES/AS DE SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales	Detecta necesidades de capacitación a través de la revisión del Sistema de Información y Salud (SIS) o derivado de las nuevas disposiciones en materia de Salud.	S/D
2		Elabora Programa de capacitación dirigido a promotores de salud y turna para su validación.	Programa de Capacitación
3	Jefe/a de Departamento de Promoción a la Salud	Recibe Programa de capacitación y revisa. ¿Existen observaciones? No: Continúa actividad 4 Si: Regresa actividad 2.	Programa de Capacitación
4		Valida el Programa de Capacitación y turna a la Coordinación de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.	Programa de Capacitación
5	Coordinador/a de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales	Recibe Programa de Capacitación validado, elabora solicitud de requerimientos y recaba firmas del/la Director/a, Subdirector/a Jefe/a de Departamento y responsable de los diferentes programas.	Formato oficial de requerimientos Programa de Capacitación
6		Elabora carta descriptiva y recaba firma de la Subdirección de Enseñanza e Investigación.	Carta descriptiva
7		Elabora oficio para gestionar la sede para la capacitación y recaba firma del/la Jefe/a de Departamento.	Oficio

8		Elabora memorándum u oficio para gestionar la participación de ponentes internos o externos y recaba firma del/la Jefe/a de Departamento.	Memorándum/oficio
9		Elabora oficio de invitación a la capacitación, recaba firma del/la Jefe/a de Departamento y envía.	Oficio
10		Confirma asistencia de los participantes, vía telefónica o internet.	S/D
11		Elabora la lista oficial de los participantes a la capacitación.	Lista oficial de participantes
12		Aplica pre evaluación, para determinar el conocimiento de los temas a tratar.	Pre evaluación
13		Verifica la impartición del curso.	S/D
14		Realiza un reforzamiento del aprendizaje.	S/D
15		Aplica post evaluación a los participantes	Post evaluación
16		Elabora y remite informe del evento a la Jefatura de Promoción de la Salud para su conocimiento.	Informe del evento
17		Da seguimiento a los talleres otorgados por los promotores de salud.	SIS hoja 20, apartado 095, clave SES06
18		Realiza visitas de supervisión y aplica formato.	Cédula de supervisión
19		Elabora informe de las visitas de supervisión y entrega a la Jefatura de Promoción a la Salud.	Informe
20	Jefe/a de Departamento de Promoción a la	Recibe informe de visitas y revisa ¿Existen observaciones? SÍ: Regresa actividad 19.	Informe

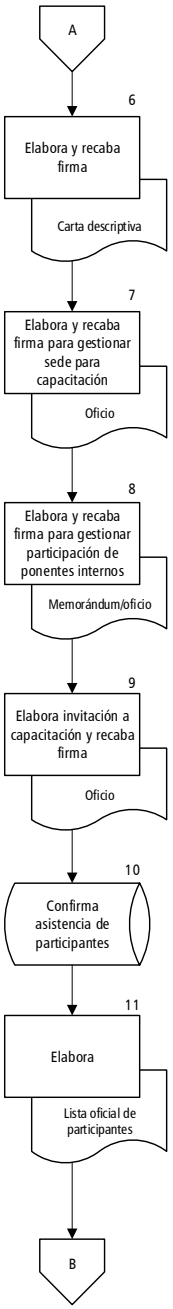
	Salud	NO: Continúa actividad 21.	
21		Valida informe de supervisión y entrega a Coordinador/a de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.	Informe
22	Coordinador/a de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales	Recibe informe de supervisión y archiva junto con Programa de capacitación, los oficios, lista de participantes, carta descriptiva, formato oficial de requerimientos, evaluaciones e informe de evento.	Expediente con Informe de supervisión Programa de capacitación, Oficios, lista de participantes, carta descriptiva, formato oficial de requerimientos, evaluaciones e informe de evento.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES/AS DE SALUD.



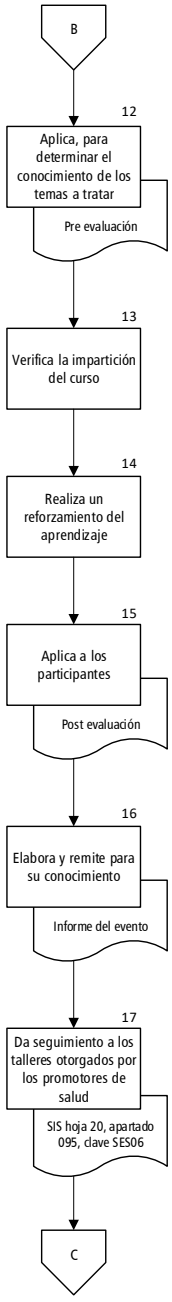
PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES (AS) DE SALUD

Coordinador (a) de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

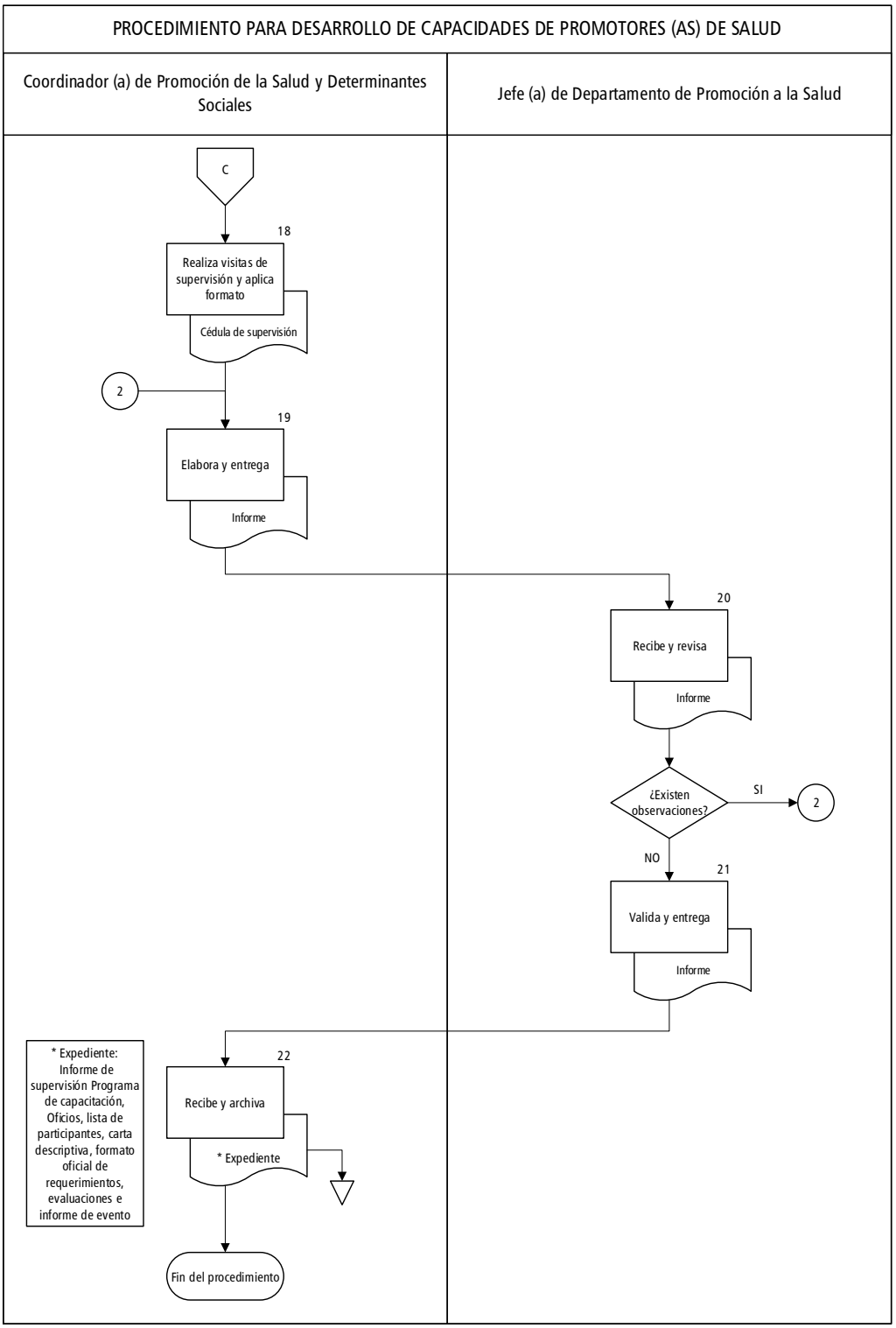


PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES (AS) DE SALUD

Coordinador (a) de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales



O


PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLO DE CAPACIDADES DE PROMOTORES (AS) DE SALUD
Coordinador (a) de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales
Jefe (a) de Departamento de Promoción a la Salud
C
18
Realiza visitas de supervisión y aplica formato
Cédula de supervisión
2
19
Elabora y entrega
Informe
20
Recibe y revisa
Informe
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
21
Valida y entrega
Informe
* Expediente: Informe de supervisión Programa de capacitación, Oficios, lista de participantes, carta descriptiva, formato oficial de requerimientos, evaluaciones e informe de evento
22
Recibe y archiva
* Expediente
Fin del procedimiento

7.11.42. PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS/ES DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA.

Tiempo Promedio: 1 año.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Elena Ortigoza Neri Responsable de la Coordinación de Entornos y Comunidades Saludables MEON (DPS) Octubre 2018	Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018	Arturo Moppin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Fortalecer las competencias y liderazgo en salud de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º y 115. Vigente. 2. Ley de Salud del Estado de Puebla. Vigente. 3. Ley Orgánica Municipal. Vigente. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 08 de febrero del 2013. Artículo 15 y Artículo 18. 5. Programa de Acción Especifico Entornos y Comunidades Saludables 2012- 2018 Capitulo V. Vigente 6. Modelo Operativo de Promoción a la Salud. Vigente. 7. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud, 2007. Componente reforma de la acción comunitaria para la salud. Vigente. 8. Ley General de Salud. - Título Séptimo. Promoción de la Salud, Capitulo Primero Artículos 112 y 113. 9. Manual de Operación del Programa de Entornos y Comunidades Saludables. Políticas de Operación: 1. La/el promotor/a de salud se debe actualizar en los temas de salud y lograr el involucramiento del núcleo básico, así como reunir, organizar y estimular a la población para integrar grupos de madres de familia.
Responsables	Departamento de Promoción a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Líderes comunitarios, autoridades subalternas, personas entusiastas y colaborativas
Recursos	Formato para captar agentes y procuradoras y validar capacitación, Plan de capacitación, Calendario, Oficio, Acuses, Reportes, Plan de supervisión y capacitación, Oficio de comisión, Documento soporte de cumplimiento,

Glosario	Reportes de supervisión y capacitación, Carpeta de pendientes. Agentes de Salud: Son líderes de la comunidad, hombres o mujeres que representan el punto de enlace con el resto de la comunidad, capacitados para la transmisión de conocimientos hacia las/los procuradoras/es de la salud y la comunidad en los determinantes de la salud, estilos de vida saludables, prevención de enfermedades y el desarrollo de entornos saludables, para lograr la certificación de comunidades debe existir un agente por cada 15 familias de población no derechohabiente. Procuradoras/es de salud: Son hombres o mujeres capacitados en temas de salud pública, con el objetivo de prevenir en su familia daños a la salud y trabajar en los determinantes que los generan, fomentar estilos de vida favorables y crear entornos saludables.

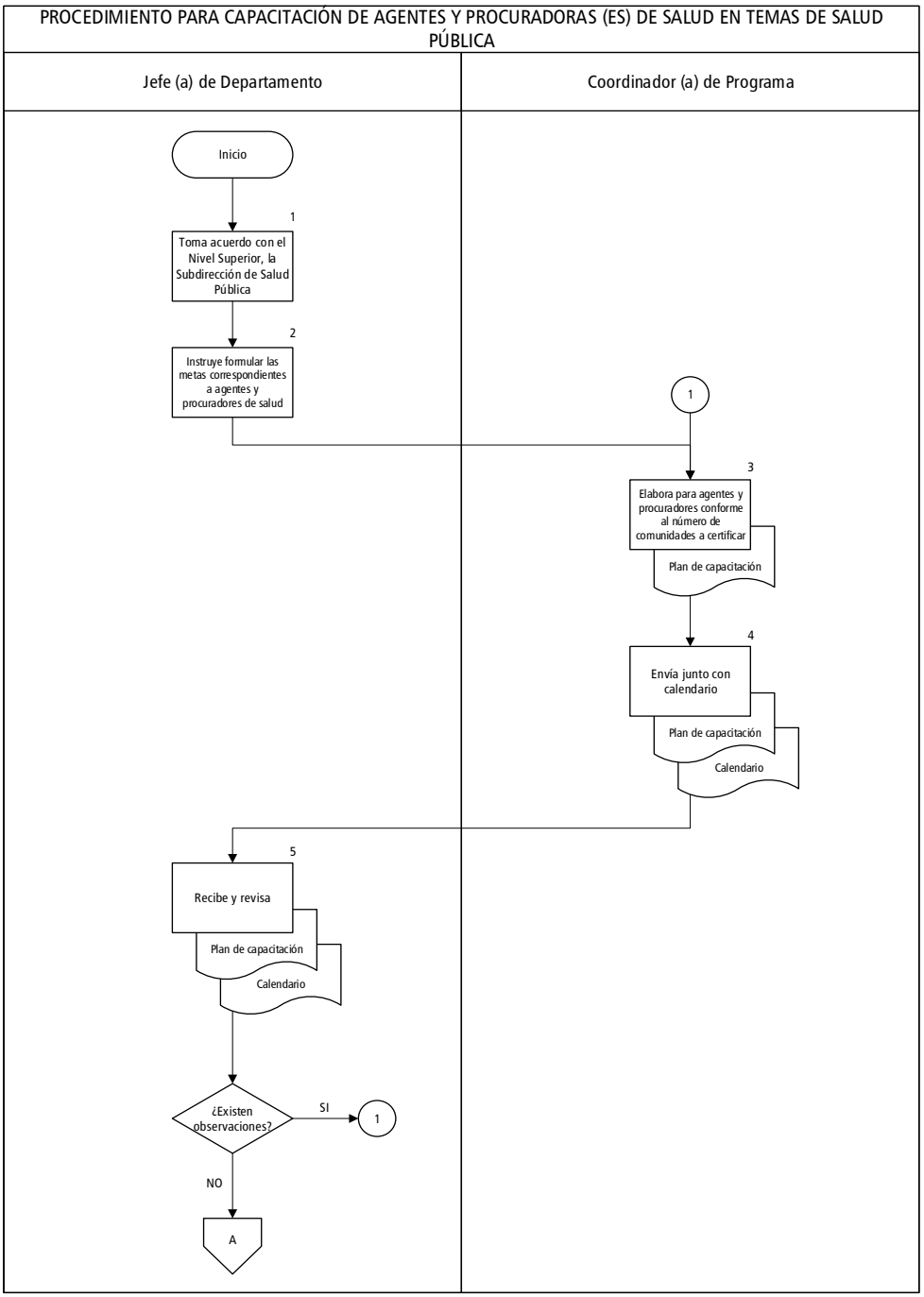
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES PROCURADORES/AS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA.

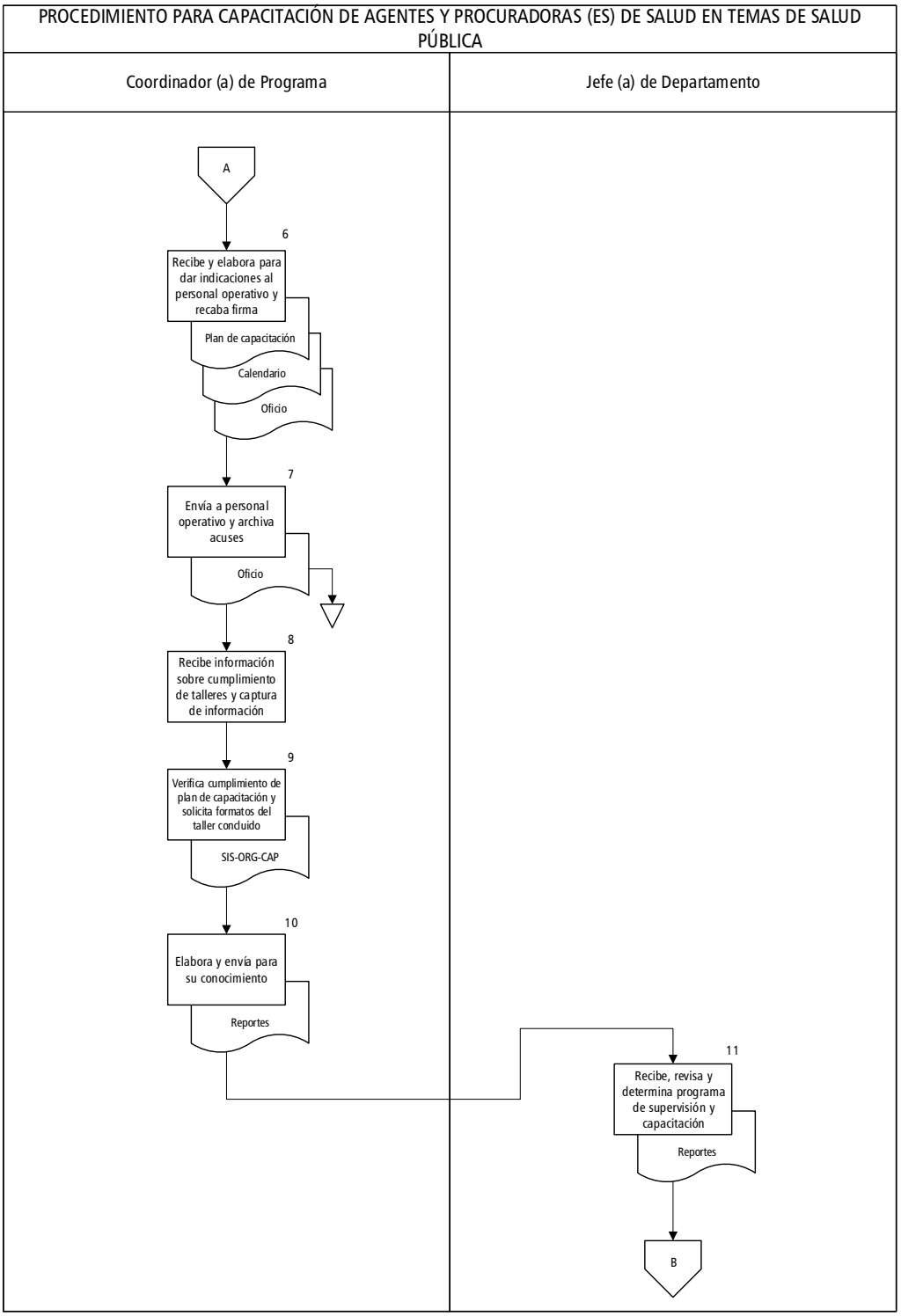
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Departamento	Toma acuerdo con el Nivel Superior, la Subdirección de Salud Pública.	S/D
2		Instruye a Coordinador/a para formular las metas correspondientes a agentes y procuradores de salud.	S/D
3	Coordinador/a de Programa	Elabora plan de capacitación para agentes y procuradores/as conforme al número de comunidades a certificar	Plan de capacitación
4		Envía plan de capacitación junto con calendario al/la Jefe/a del Departamento	Plan de capacitación Calendario

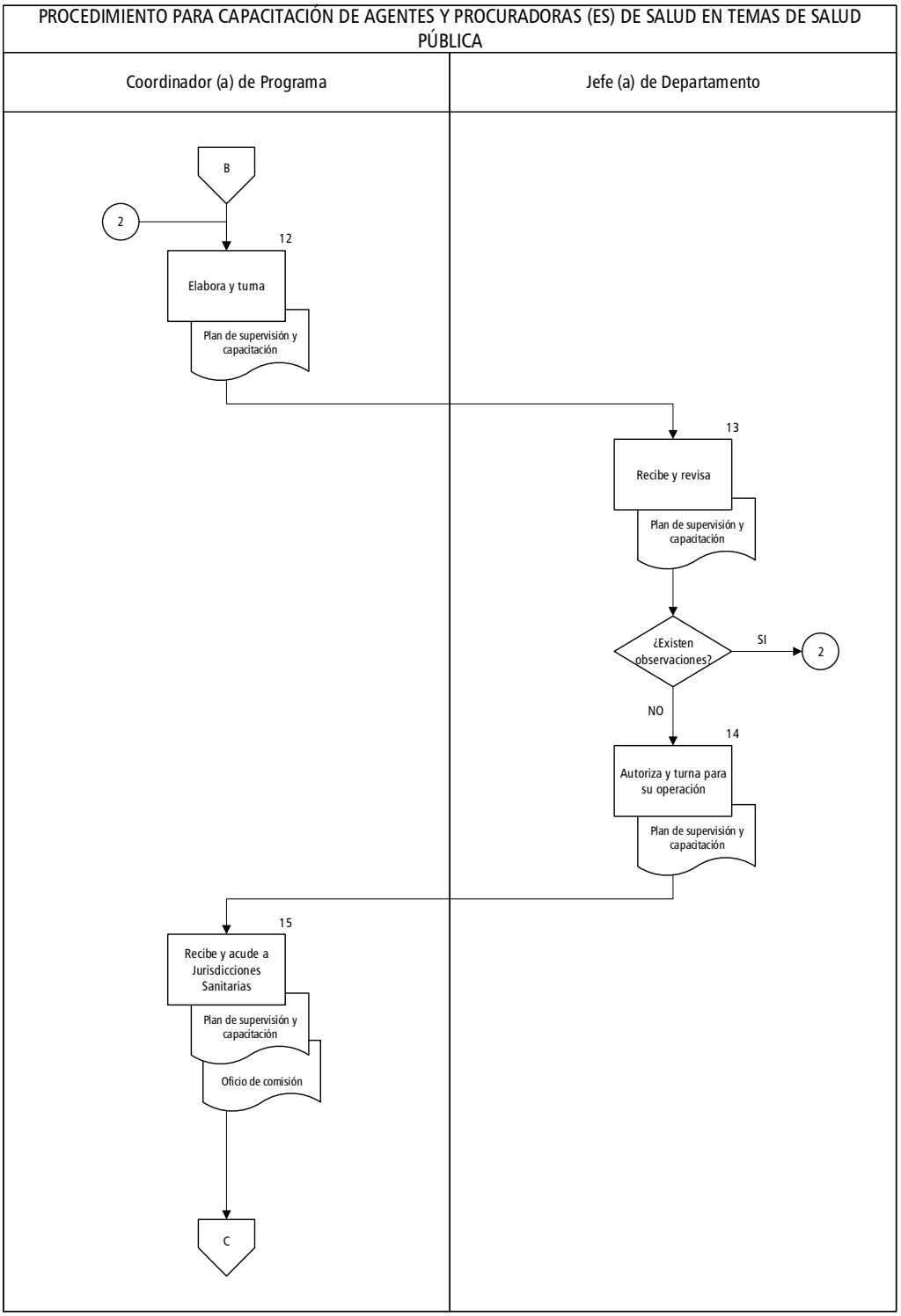
5	Jefe/a de Departamento	Recibe y revisa plan de capacitación y calendario ¿Existen observaciones? Sí: Regresa a actividad 3. No: Continúa actividad 6.	Plan de capacitación Calendario
6	Coordinador/a de Programa	Recibe y elabora oficio para dar indicaciones al personal operativo (Jurisdicciones Sanitarias) y recaba firma del/la Jefe/a del Departamento y Subdirector de Salud Pública.	Oficio
7		Envía oficio a personal operativo y archiva acuses.	Oficio Acuses
8		Recibe información del personal operativo (Jurisdicciones Sanitarias) sobre cumplimiento de los talleres y captura de información de plataforma (SIS).	
9		Verifica cumplimiento del plan de capacitación solicita formatos del taller concluido.	SIS-ORG-CAP
10		Elabora reportes y envía al/la Jefe/a del Departamento para su conocimiento.	Reportes
11	Jefe/a de Departamento	Recibe reportes, revisa y determina programa de supervisión y capacitación al personal operativo.	Reportes
12	Coordinador/a de Programa	Elabora programa de supervisión y capacitación al personal operativo y turna a el/la Jefe/a del Departamento.	Plan de supervisión y capacitación
13	Jefe/a de Departamento	Recibe y revisa plan de supervisión y de capacitación. ¿Existen observaciones? Sí: Se regresa a actividad 12. No: Continúa actividad 14.	Plan de supervisión y capacitación
14		Autoriza plan de supervisión y capacitación y turna para su operación	Plan de supervisión y

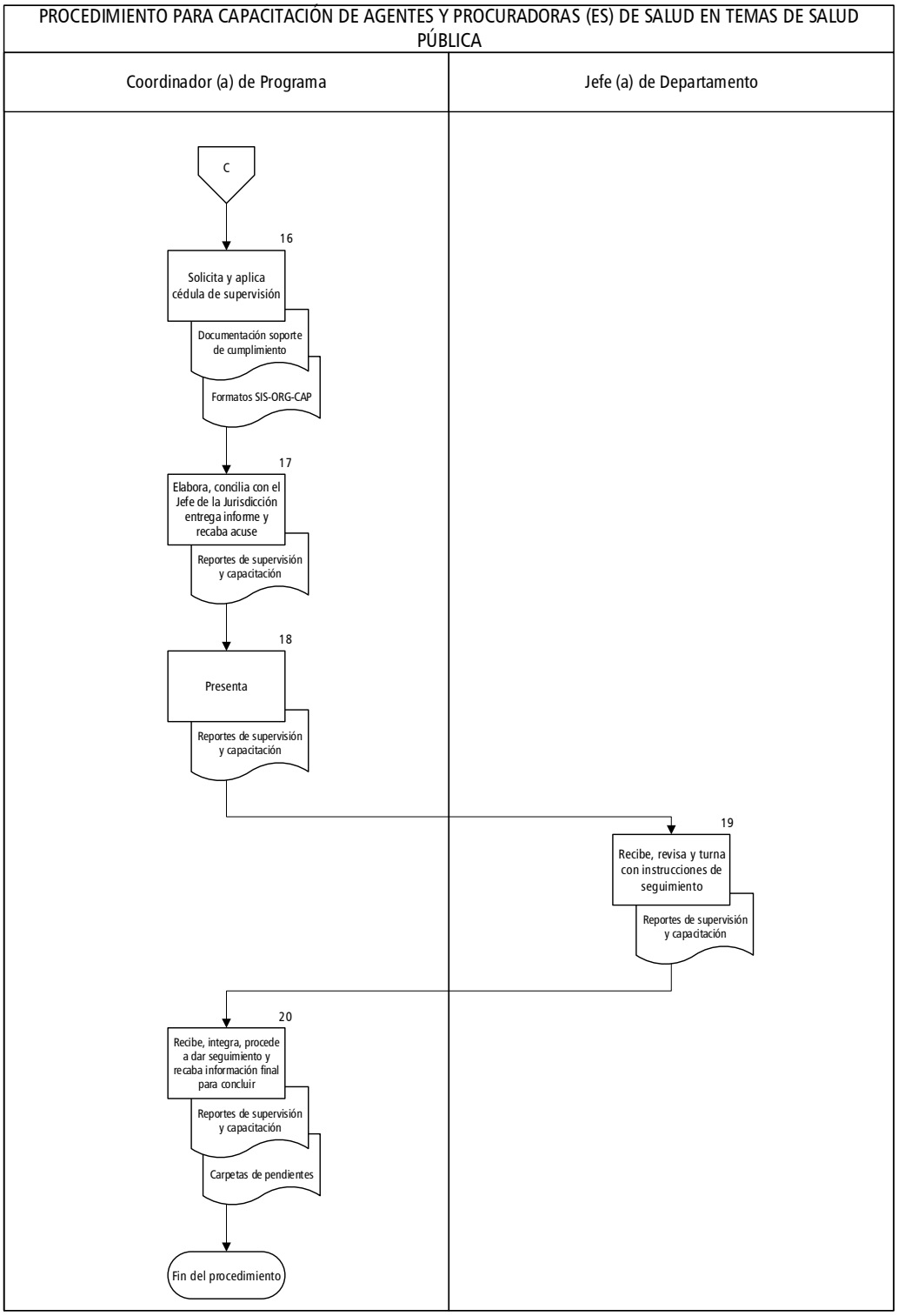
			capacitación
15	Coordinador/a de Programa	Recibe plan, elabora oficio de comisión y acude a Jurisdicciones Sanitarias	Plan de supervisión y capacitación Oficio de comisión
16		Solicita documentación soporte del cumplimiento de capacitación de agentes y procuradores (as) y aplica cédula de supervisión.	Documentación soporte de cumplimiento Formatos SIS-ORG-CAP
17		Elabora reportes de supervisión y capacitación, concilia con el/la Jefe/a de la Jurisdicción entrega informe y recaba acuse.	Reportes de supervisión y capacitación
18		Presenta reportes a el/la Jefe/a del Departamento.	Reportes de supervisión y capacitación
19	Jefe/a de Departamento	Recibe reportes, revisa, turna con instrucciones de seguimiento.	Reportes de supervisión y capacitación
20	Coordinador/a del Programa	Recibe reportes, integra carpetas de pendientes procede a dar seguimiento y recaba información final para concluir el ejercicio.	Reportes de supervisión y capacitación Carpetas de pendientes
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES PROCURADORES/AS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA.




PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS (ES) DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA
Coordinador (a) de Programa
Jefe (a) de Departamento
A
6
Recibe y elabora para dar indicaciones al personal operativo y recaba firma
Plan de capacitación
Calendario
Oficio
7
Envía a personal operativo y archiva acuses
Oficio
8
Recibe información sobre cumplimiento de talleres y captura de información
9
Verifica cumplimiento de plan de capacitación y solicita formatos del taller concluido
SIS-ORG-CAP
10
Elabora y envía para su conocimiento
Reportes
11
Recibe, revisa y determina programa de supervisión y capacitación
Reportes
B


PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS (ES) DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA
Coordinador (a) de Programa
Jefe (a) de Departamento
B
2
12
Elabora y turna
Plan de supervisión y capacitación
13
Recibe y revisa
Plan de supervisión y capacitación
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
14
Autoriza y turna para su operación
Plan de supervisión y capacitación
15
Recibe y acude a Jurisdicciones Sanitarias
Plan de supervisión y capacitación
Oficio de comisión
C


PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS (ES) DE SALUD EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA
Coordinador (a) de Programa
Jefe (a) de Departamento
C
16
Solicita y aplica cédula de supervisión
Documentación soporte de cumplimiento
Formatos SIS-ORG-CAP
17
Elabora, concilia con el Jefe de la Jurisdicción entrega informe y recaba acuse
Reportes de supervisión y capacitación
18
Presenta
Reportes de supervisión y capacitación
19
Recibe, revisa y turna con instrucciones de seguimiento
Reportes de supervisión y capacitación
20
Recibe, integra, procede a dar seguimiento y recaba información final para concluir
Reportes de supervisión y capacitación
Carpetas de pendientes
Fin del procedimiento

7.11.43. PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD.

Tiempo Promedio: 3 años (Durante la Gestion Municipal)

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Elena Ortigoza Neri Responsable de la Coordinación de Entornos y Comunidades Saludables MEON (DPS) Octubre 2018	**Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018**	**Arturo Monpin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Operar esquema establecido para obtener resultados de participación municipal en Promoción de la Salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º y 115.
2. Ley de Salud del Estado de Puebla.
3. Ley Orgánica Municipal.
4. Reglamento Interior de los Servicios

Políticas de Operación:

1. Con base en lineamientos del Programa de Entornos y Comunidades Saludables, cada año se señala por parte del Departamento de Promoción a la Salud, la formulación de metas de Municipios Certificados como Promotores de la Salud a cumplir.
2. Con nuevas o actuales autoridades municipales se inicia o continua la sensibilización a presidentes municipales en materia de salud, emprendiendo acciones de capacitación y organización para municipios incorporados y continuando con acciones de municipios activos que prioricen problemas de salud en la región, e inicien un proyecto hasta conformar acciones de Certificación de Municipios Promotores de la Salud con proyectos vinculados a salud pública, con pleno involucramiento del cabildo de cada ayuntamiento y la Jurisdicción Sanitaria.
3. Por tanto, de acuerdo al periodo de la administración municipal; al primer año, corresponde: Municipio Incorporado; segundo año: Municipio Activo y tercer año de la gestión: Municipio Certificado como Promotor de la Salud.
4. Al mismo tiempo, se indica seguimiento del proceso de certificación a través de asesoría y supervisión para remisión a oficina central de los formatos y la cédula requisitada, como comprobantes documentales para registro en plataforma. del Sistema de Información en Salud SIS.

Responsables

Departamento de Promoción a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas	Cumplimiento de una vertiente del Programa de Entornos y Comunidades Saludables del Departamento de Promoción de la Salud que reflejen la participación municipal en salud.
Recursos	Cédulas de certificación, Cédulas de supervisión, Oficio de comisión, Plan de supervisión y capacitación, Reportes de supervisión y capacitación.
Glosario	Municipio Certificado como Promotor de la Salud: Es aquél municipio que cumple con los requisitos de municipio incorporado y activo, ejecuta su plan de trabajo y por acuerdo de cabildo, se establece el compromiso de implementación y desarrollo de su Programa Municipal de Promoción de la Salud y cuando menos tiene una comunidad saludable certificada, entornos certificados como favorables para la salud así como un proyecto vinculado a la salud pública con o sin apoyo interinstitucional, que vaya encaminado a la disminución de los rezagos en salud con la generación de acciones de promoción y prevención en zonas de alto riesgo e incidencia; además constituye un indicador de caminando a la excelencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD.

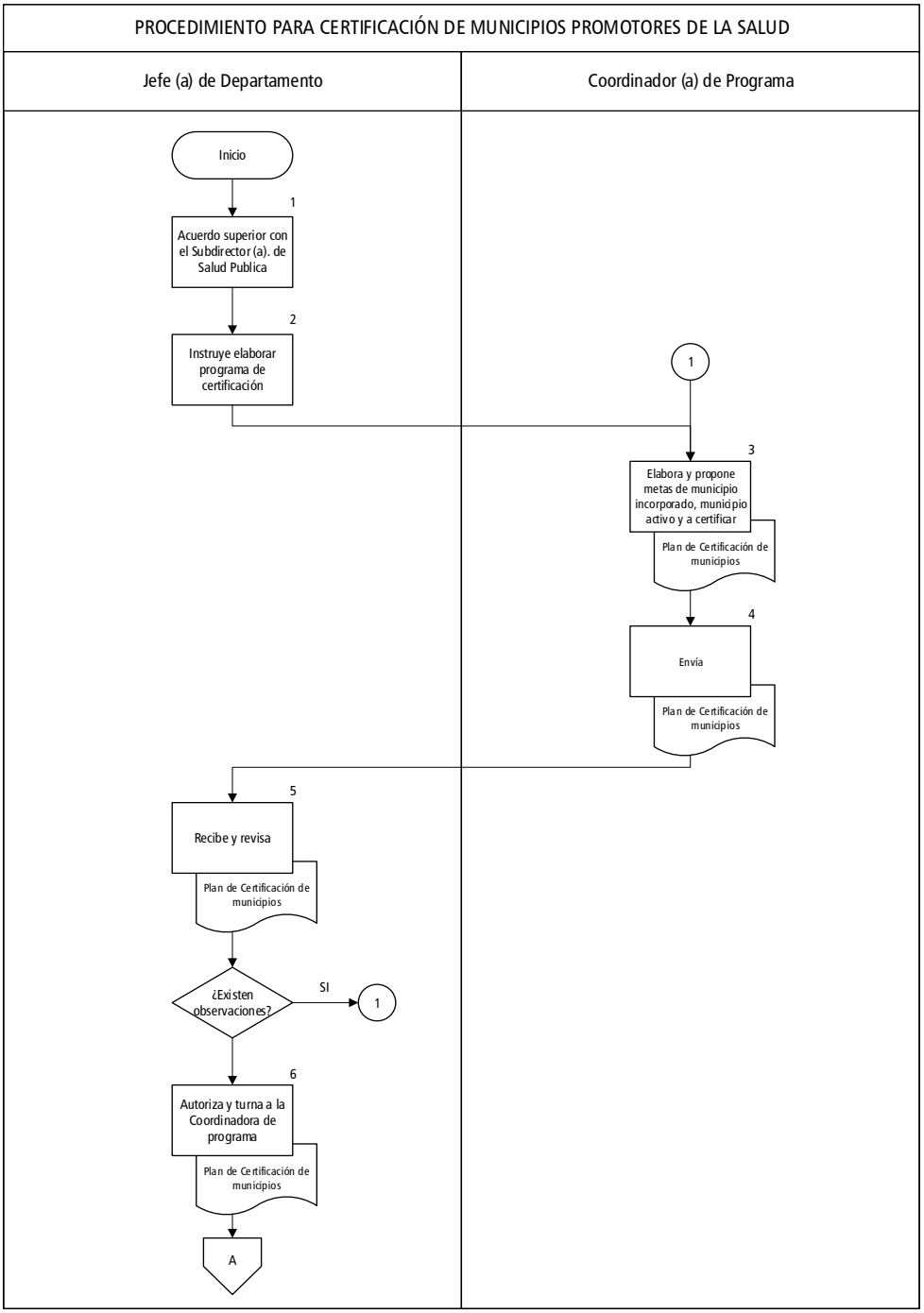
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Departamento	Acuerdo superior con el/la Subdirector/a de Salud Pública.	S/D
2		Instruye a la/la Coordinador/a del programa para elaborar programa de: certificación de Municipios Promotores de la Salud.	S/D
3	Coordinador/a de Programa	Elabora programa de certificación de municipios saludables y propone	Plan de Certificación de

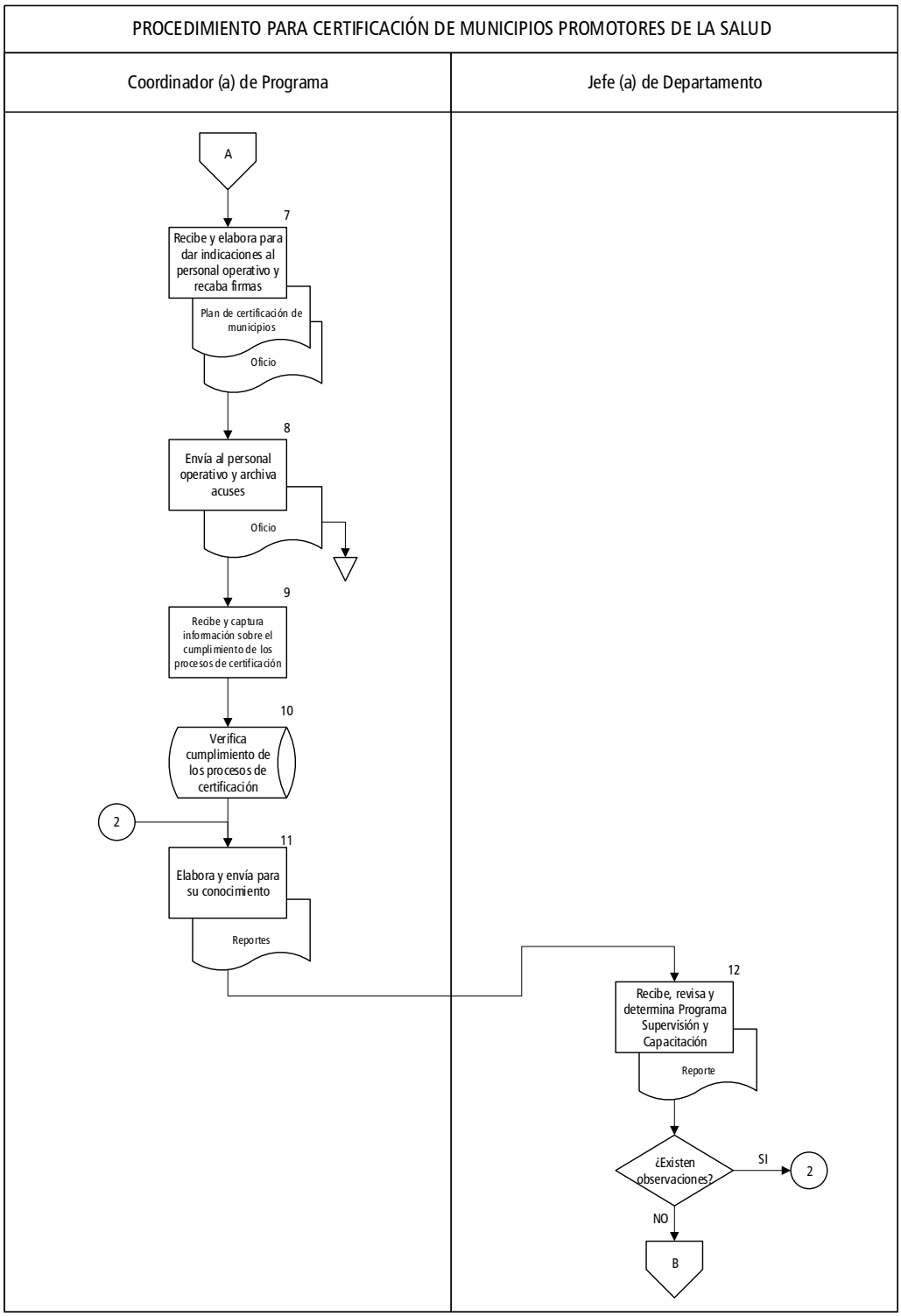
		metas de municipio incorporado, municipio activo y municipios a certificar.	municipios
4		Envía Programa del proceso de Certificación al/la Jefe/a de Departamento.	Plan Certificación de municipios
5	Jefe/a de Departamento	Recibe y revisa Programa de Certificación. ¿Existen observaciones? SÍ: Regresa actividad 3. NO: Continúa actividad 6.	Plan Certificación de municipios
6		Autoriza Programa de Certificación y turna a la Coordinadora de programa	Plan de certificación de municipios
7	Coordinador/a de Programa	Recibe y elabora oficio para dar indicaciones al personal operativo (Jurisdicciones Sanitarias) y recaban firma del/la Jefe/a de Departamento y del Subdirector de Salud Pública.	Plan de certificación de municipios Oficio
8		Envía oficio al personal operativo (Jurisdicciones Sanitarias) y archivan acuses.	Oficio acuses
9		Recibe información del personal operativo (Jurisdicciones) sobre el cumplimiento de los procesos de certificación, y captura información de la plataforma.	S/D
10		Verifica cumplimiento de los procesos de certificación en sus diferentes etapas en el Sistema de Información de Salud (SIS). Esta actividad se realiza en forma mensual.	Plataforma SIS
11		Elabora reportes y envía al/la Jefe/a de Departamento para su conocimiento.	Reportes

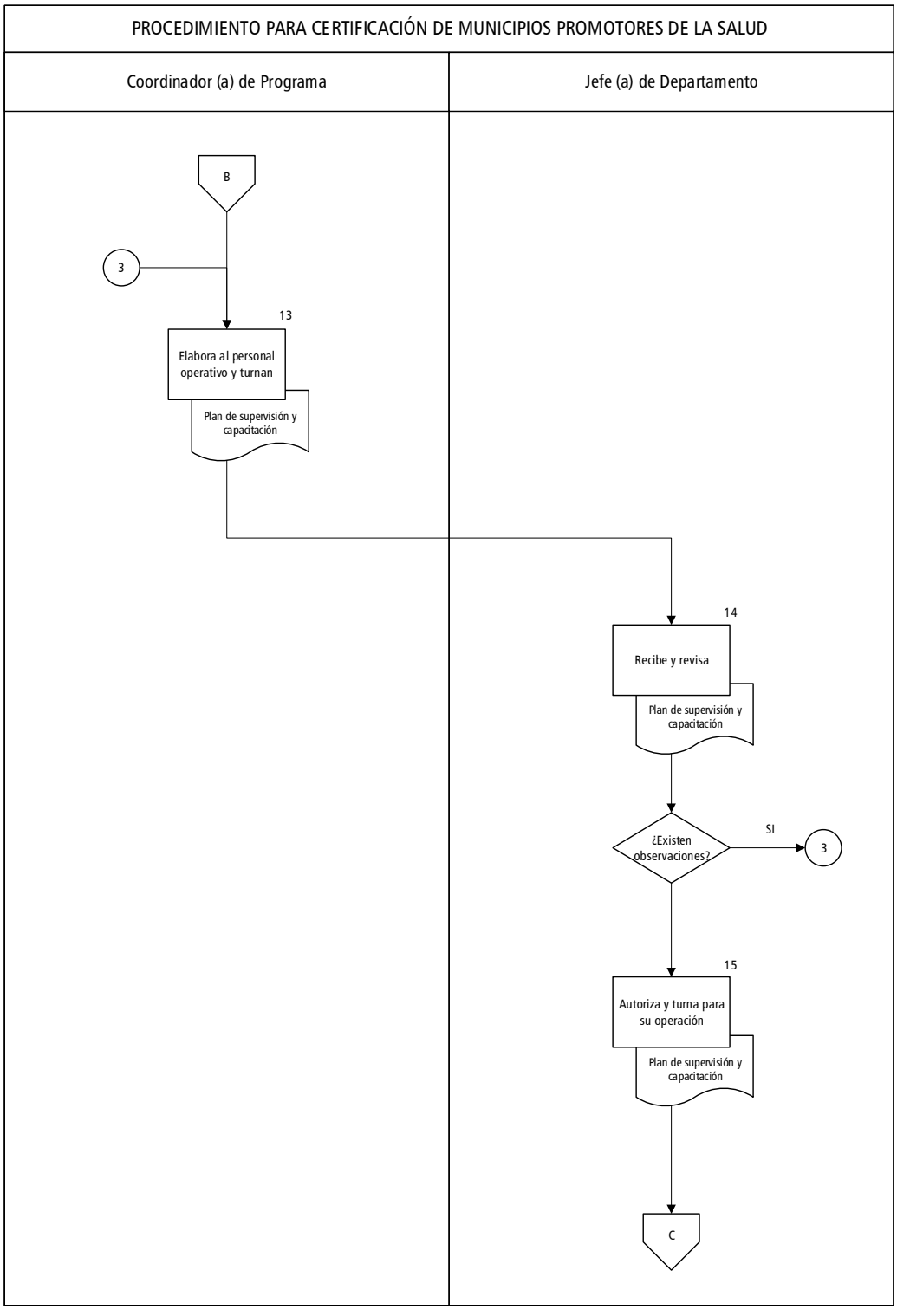
12	Jefe/a de Departamento	Recibe reportes, revisa y determina Programa Supervisión y Capacitación al personal operativo (Jurisdicciones). ¿Existen observaciones? Si: Regresa a la actividad 11. No: Continúa en la actividad 13.	Reportes
13	Coordinador/a de Programa	Elabora Programa de supervisión y capacitación al personal operativo (Jurisdicciones) y turnan.	Plan de supervisión y capacitación
14	Jefe/a de Departamento	Recibe Programa de supervisión y capacitación al personal operativo (Jurisdicciones) y revisa. ¿Existen observaciones? Sí: Se regresa actividad 13. No: Continúa actividad 15.	Plan de supervisión y capacitación
15	Jefa(e) de Departamento	Autoriza Programa de supervisión y capacitación, y turna para su operación.	Plan de supervisión y capacitación
16	Coordinador/a de Programa y equipo	Recibe Programa de supervisión y capacitación, acuden a Jurisdicciones Sanitarias.	Plan de supervisión y capacitación Oficio de comisión
17	Coordinador/a de Programa	Solicita documentación soporte del cumplimiento de metas y verifican los procesos y resultados, requisitando y aplicando las cédulas de supervisión. Nota: En caso de que la documentación no sea entregada, se le indica al/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria, la entrega con posterioridad.	Cédulas de seguimiento Cédulas de supervisión
18	Coordinador/a de Programa y equio	Realizan asesorías para el cumplimiento de los procesos.	
19	Coordinador/a de Programa	Elaboran reportes de la supervisión y capacitación, y concilian con el/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Reportes de supervisión y capacitación

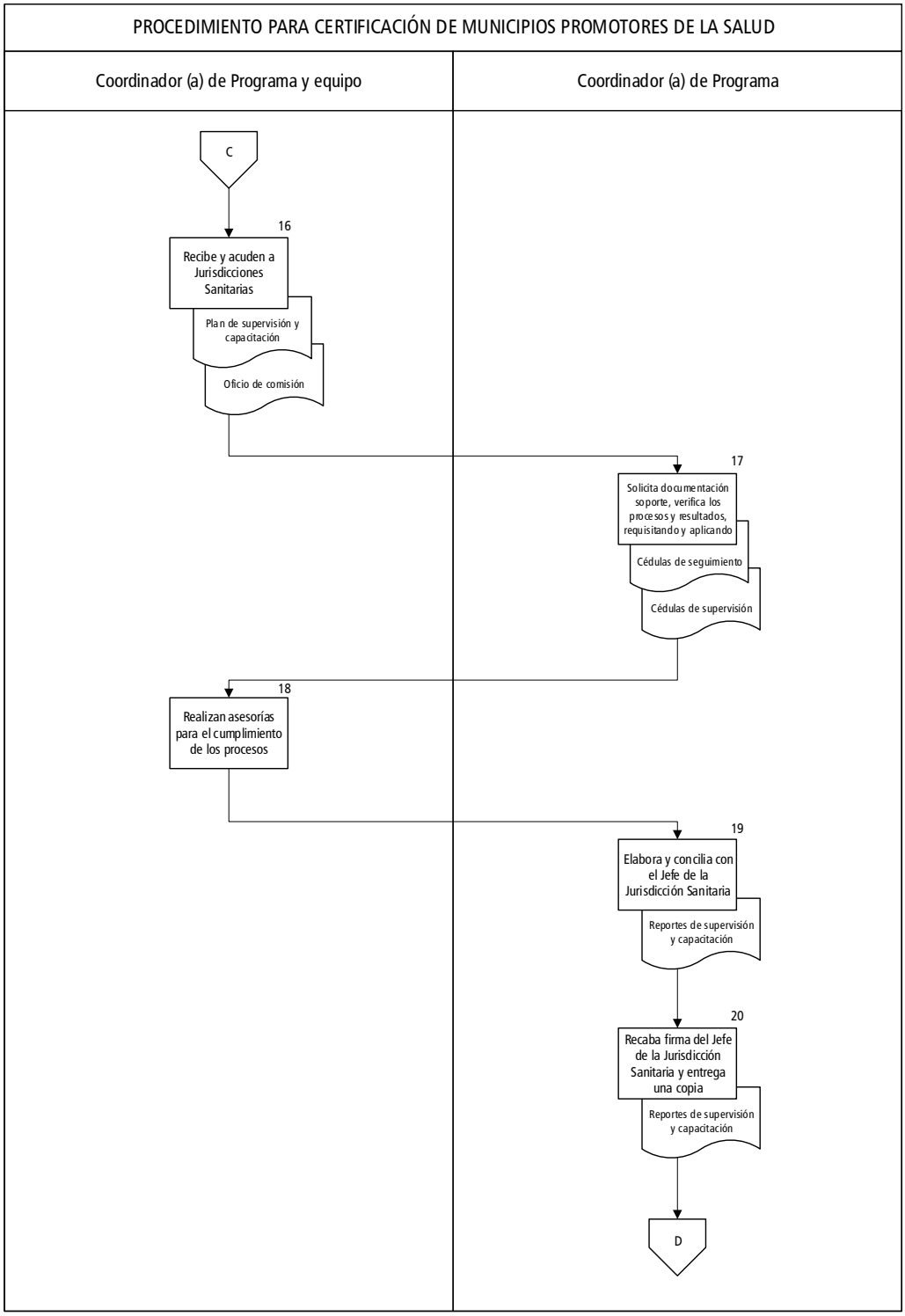
20		Recaba firma del/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria y entrega una copia.	Reportes de supervisión y capacitación
21		Presenta reportes de supervisión y capacitación al/la Jefe/a de Departamento para su conocimiento.	Reportes de supervisión y capacitación
22	Jefe/a de Departamento	Recibe reportes de supervisión y capacitación, revisa y recomienda seguimiento y asesoría y turna	Reportes de supervisión y capacitación
23	Coordinador/a de Programa y equipo	Recibe indicaciones derivados de los reportes de supervisión y capacitación, integra carpeta en pendientes y da seguimiento a los indicadores y recepción de documentación sustento, hasta cierre de ejercicio.	Reportes de supervisión y capacitación
Fin del procedimiento			

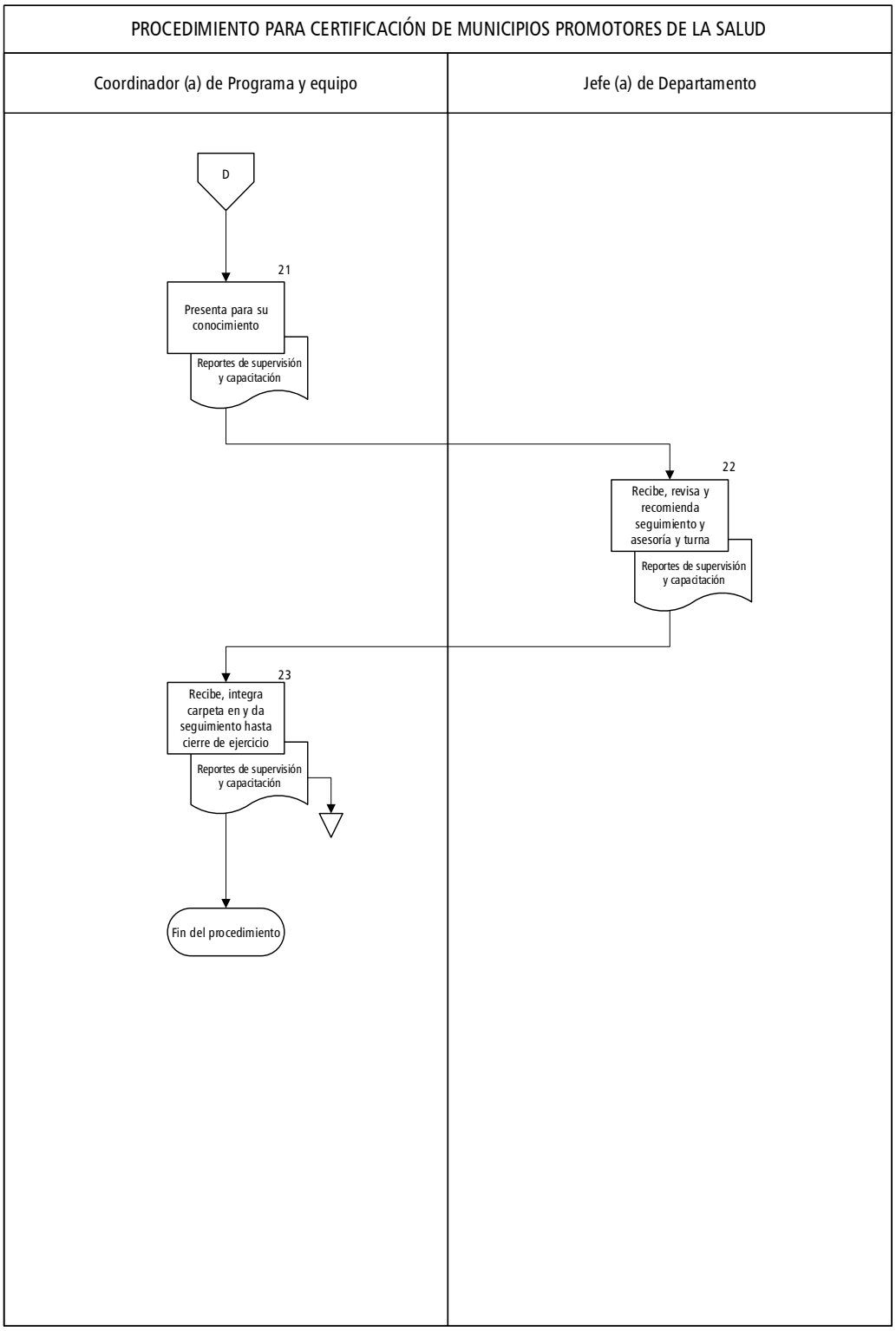
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD.




PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD
Coordinador (a) de Programa
Jefe (a) de Departamento
A
7
Recibe y elabora para dar indicaciones al personal operativo y recaba firmas
Plan de certificación de municipios
Oficio
8
Envía al personal operativo y archiva acuses
Oficio
9
Recibe y captura información sobre el cumplimiento de los procesos de certificación
10
Verifica cumplimiento de los procesos de certificación
2
11
Elabora y envía para su conocimiento
Reportes
12
Recibe, revisa y determina Programa Supervisión y Capacitación
Reporte
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
B


PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD
Coordinador (a) de Programa
Jefe (a) de Departamento
B
3
13
Elabora al personal operativo y turnan
Plan de supervisión y capacitación
14
Recibe y revisa
Plan de supervisión y capacitación
¿Existen observaciones?
SI
3
15
Autoriza y turna para su operación
Plan de supervisión y capacitación
C


PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD
Coordinador (a) de Programa y equipo
Coordinador (a) de Programa
C
16
Recibe y acuden a Jurisdicciones Sanitarias
Plan de supervisión y capacitación
Oficio de comisión
17
Solicita documentación soporte, verifica los procesos y resultados, requisitando y aplicando
Cédulas de seguimiento
Cédulas de supervisión
18
Realizan asesorías para el cumplimiento de los procesos
19
Elabora y concilia con el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria
Reportes de supervisión y capacitación
20
Recaba firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y entrega una copia
Reportes de supervisión y capacitación
D


PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD
Coordinador (a) de Programa y equipo
Jefe (a) de Departamento
D
21
Presenta para su conocimiento
Reportes de supervisión y capacitación
22
Recibe, revisa y recomienda seguimiento y asesoría y turna
Reportes de supervisión y capacitación
23
Recibe, integra carpeta en y da seguimiento hasta cierre de ejercicio
Reportes de supervisión y capacitación
Fin del procedimiento

7.11.44. PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD

Tiempo Promedio: 1 año.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Elena Ortigoza Neri Responsable de la Coordinación de Entornos y Comunidades Saludables MEON (DPS) Octubre 2018	Iván Erick Villa Campis Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Aplicar esquema establecido para obtener resultados de Organización Comunitaria en Promoción de la Salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º. Vigente.
2. Ley de Salud del Estado de Puebla. Vigente.
3. Ley General de Salud. - Título Séptimo. Promoción de la Salud, Capitulo Primero Artículos 112 y 113.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 08 de febrero del 2013. Artículo 15 y Artículo 18.
5. Programa de Acción Especifico Entornos y Comunidades Saludables 2012- 2018 Capitulo V. Vigente.
6. Modelo Operativo de Promoción a la Salud. Vigente.
7. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud, 2007. Componente reforma de la acción comunitaria para la salud. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La organización comunitaria para la salud, se traduce en un proceso de Comunidades Iniciadas, Comunidades Orientadas, Comunidades Activas y Comunidades Saludables Certificadas; por lo que se establecen metas anuales, con un seguimiento mensual de acuerdo a la “Cédula para Certificación de la Comunidad como Promotora de la Salud”.
2. En cada etapa se requisita el seguimiento local de comunidades a certificar y se integra la documentación correspondiente, constituyendo un expediente que soporte esta cédula, lo cual es objeto de supervisión estatal.
3. La meta de comunidades certificadas corresponde al Indicador de “Caminando a la Excelencia” y cada cédula se valida por el/la Titular de Promoción a la Salud, Presidente/a del Comité Estatal de Comunidades Saludables, el/la Jefe Jurisdiccional, el/la Coordinador de Promoción de la Salud y Comité local de salud, por lo cual se dictamina a la localidad como “Comunidad Promotora de la Salud certificada”.
4. En la tercera etapa de certificación de comunidades promotoras de la salud se fijan las metas de

	Certificación de Entornos Favorables a la Salud, indicándole al personal de salud operativo revise el diagnóstico local de salud e intensifique la participación social. 5. La Certificación de un Entorno se realiza cumpliendo las siguientes fases: a) Identificación de entornos; b) Trabajo con la comunidad; c) Dictamen de certificación con los formatos debidamente requisitados.
Responsables	Departamento de Promoción a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Ámbitos que reflejen organización comunitaria para la salud en localidades de 500 a 2500 habitantes y creación de entornos favorables a la salud.
Recursos	Formato de seguimiento y certificación de comunidades, Formato primario de certificación de entornos, Plan de Certificación, Oficio, Reportes, Plan de supervisión y capacitación, Oficio de comisión, Bitácora de los Centros capacitación, Reportes supervisión y capacitación.
Glosario	Comunidad Certificada como Saludable: Es la Comunidad Activa donde el comité de salud, la población y el personal de salud continúan con la ejecución de su plan de trabajo, dando prioridad al desarrollo de competencias en salud de la población, comités agentes y procuradores/as de salud, así como intervenciones de modificación favorable de los entornos, manejo adecuado de los determinantes de salud en la comunidad, coopera activamente con los diferentes programas de acción de salud pública Izamiento de Bandera Blanca y colocación de placa y/o reconocimiento en ceremonia pública. Entorno Saludable: Espacios físicos y sociales donde las personas viven, estudian y trabajan en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida. Su propósito es promover la construcción de Entornos Favorables para la Salud, articulando acciones en donde los diferentes sectores,

autoridades locales, instituciones civiles y la población en general se relacionen y participen en la mejora de sus condiciones de vida considerando los entornos presentes en la comunidad.
Entre ellos se encuentran: sitios de trabajo, viviendas, los espacios de recreación, mercados, escuelas y otros.
Consideramos entornos favorables a la salud aquellos que reúnen ocho cualidades: son seguros, son higiénicos, están libres de humo de tabaco, existen espacios para la actividad física, faciliten el acceso a alimentos nutritivos, tienen buena señalización, ofrecen información y orientación visual, cuentan con condiciones de accesibilidad para personas con capacidades diferentes.
SIS: Sistema Integral de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD

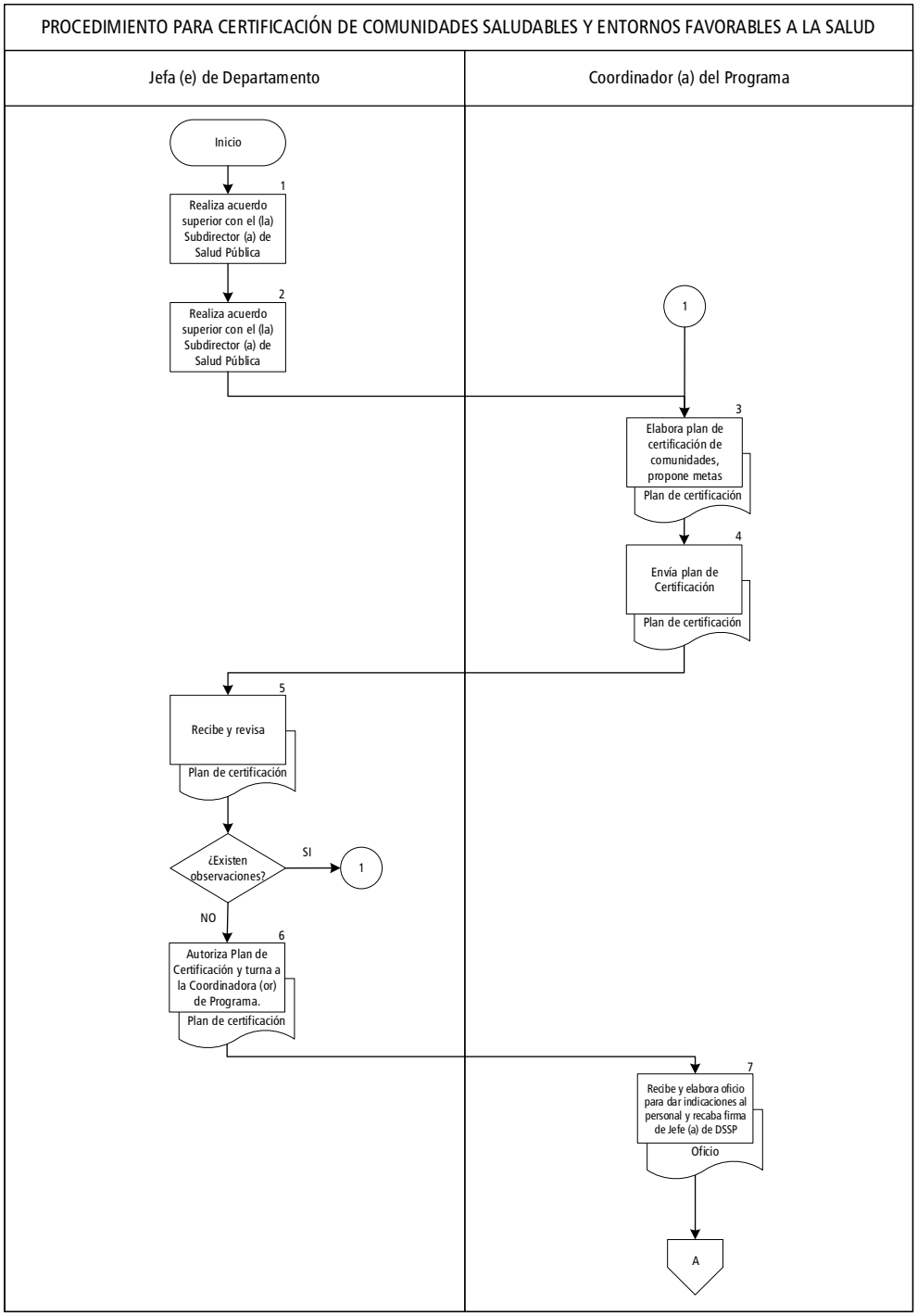
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Departamento	Realiza acuerdo superior con el/la Subdirector/a de Salud Pública.	S/D
2	Jefe/a de Departamento	Instruye a Coordinador/a del programa para elaborar plan de: comunidades saludables y entornos favorables a la salud certificados.	S/D
3	Coordinador/a del Programa	Elabora plan de certificación de comunidades saludables y entornos favorables y propone metas de acuerdo a las comunidades de 500 a 2500 habitantes concertadas con Jurisdicciones Sanitarias.	Plan de Certificación
4	Coordinador/a del Programa	Envía plan de Certificación a Jefe/a de Departamento.	Plan de Certificación
5	Jefe/a de Departamento	Recibe y revisa Plan de Certificación ¿Existen observaciones?	Plan de Certificación

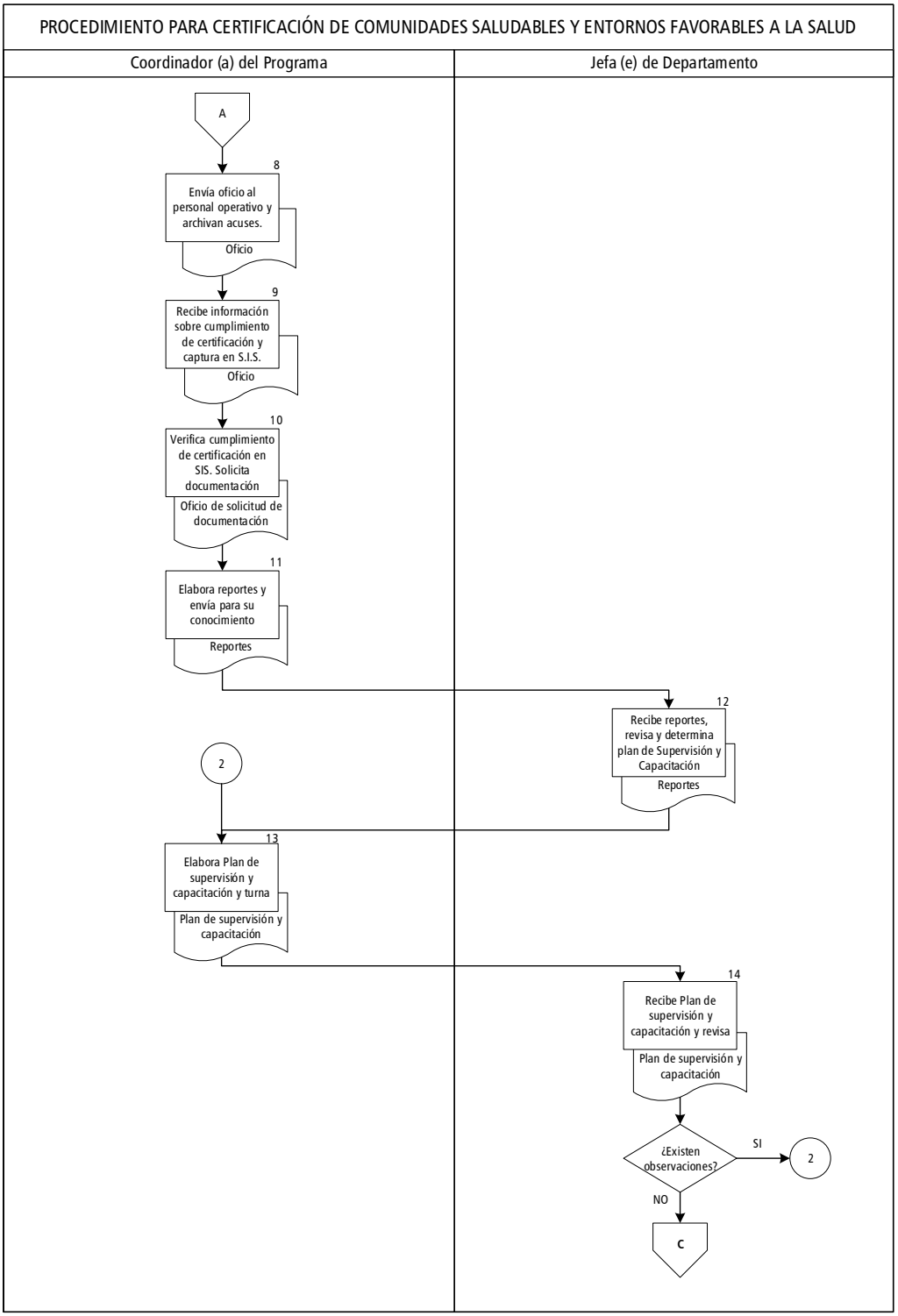
		Sí: regresa actividad 3. No: continúa actividad 6.	
6	Jefe/a de Departamento	Autoriza Plan de Certificación y turna a la Coordinador/a de Programa.	Plan de Certificación
7	Coordinador/a del Programa	Recibe y elabora oficio para dar indicaciones al personal operativo (Jurisdicciones Sanitarias) y recaban firma del/la Jefe/a de Departamento y del/la Subdirector/a de Salud Pública.	oficio
8	Coordinador/a del Programa	Envía oficio al personal operativo (Jurisdicciones Sanitarias) y archivan acuses.	Oficio
9	Coordinador/a del Programa	Recibe información del personal operativo (Jurisdicciones) sobre el cumplimiento de los procesos de certificación y captura información de la plataforma.	S.I.S
10	Coordinador/a del Programa	Verifica cumplimiento mensual de los procesos de certificación en sus diferentes modalidades en el Sistema de Información de Salud (SIS). Solicita documentación comprobatoria de los registros en SIS.	Oficio de solicitud de documentación
11	Coordinador/a del Programa	Elabora reportes y envía al/la Jefe/a de Departamento para su conocimiento.	Reportes
12	Jefe/a de Departamento	Recibe reportes, revisa y determina plan de Supervisión y Capacitación al personal operativo sobre el tema.	Reportes
13	Coordinador/a del Programa	Elabora Plan de supervisión y capacitación al personal operativo (Jurisdicciones) y turna.	Plan de supervisión y capacitación
14	Jefe/a de Departamento	Recibe Plan de supervisión y capacitación al personal operativo (Jurisdicciones) y revisa. ¿Existen observaciones?	Plan de supervisión y capacitación

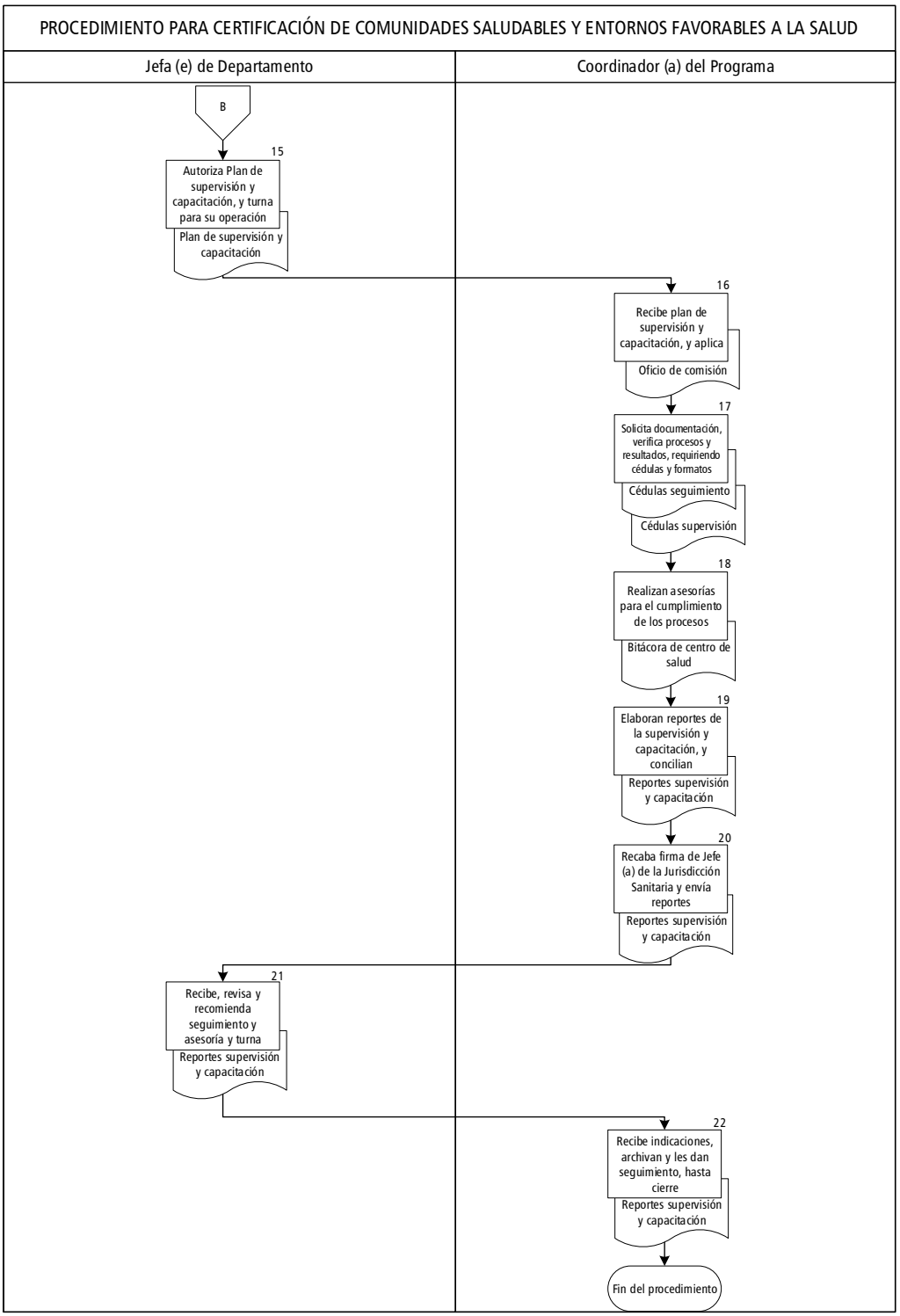
		Sí: Se regresa actividad 13. No: Continúa actividad 15.	
15	Jefe/a de Departamento	Autoriza Plan de supervisión y capacitación, y turna para su operación.	Plan de supervisión y capacitación
16	Coordinador/a del Programa	Recibe plan de supervisión y capacitación, y aplica a Jurisdicciones Sanitarias.	Oficio de comisión
17	Coordinador/a del Programa	Solicita documentación soporte del cumplimiento de metas y verifica los procesos y resultados, requiriendo las cédulas de certificación y los formatos de certificación de entornos. Nota: En caso de que la documentación no sea entregada, se le indica al/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria, la entrega con posterioridad.	Cédulas seguimiento Cédulas supervisión
18	Coordinador/a del Programa	Realizan asesorías para el cumplimiento de los procesos.	Bitácora de los centros de salud
19	Coordinador/a del Programa	Elaboran reportes de la supervisión y capacitación, y concilian con el/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.	Reportes supervisión y capacitación
20	Coordinador/a del Programa	Recaba firma de acuse del/la Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria y entrega una copia y envía reportes de resultados de la supervisión y capacitación al/la Jefe/a de Departamento para su conocimiento.	Reportes supervisión y capacitación
21	Jefe/a de Departamento	Recibe reportes de supervisión y capacitación, revisa y recomienda seguimiento y asesoría y turna.	Reportes supervisión y capacitación
22	Coordinador/a del Programa	Recibe indicaciones derivados de los reportes de supervisión y capacitación, archivan en pendientes y les dan seguimiento a los indicadores y recepción de documentación sustento,	Reportes supervisión y capacitación

		hasta cierre de ejercicio.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD




PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD
Coordinador (a) del Programa
Jefa (e) de Departamento
A
8
Envía oficio al personal operativo y archivan acuses.
Oficio
9
Recibe información sobre cumplimiento de certificación y captura en S.I.S.
Oficio
10
Verifica cumplimiento de certificación en SIS. Solicita documentación
Oficio de solicitud de documentación
11
Elabora reportes y envía para su conocimiento
Reportes
12
Recibe reportes, revisa y determina plan de Supervisión y Capacitación
Reportes
2
13
Elabora Plan de supervisión y capacitación y turna
Plan de supervisión y capacitación
14
Recibe Plan de supervisión y capacitación y revisa
Plan de supervisión y capacitación
¿Existen observaciones?
SI
2
NO
C


PROCEDIMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD
Jefa (e) de Departamento
Coordinador (a) del Programa
B
15
Autoriza Plan de supervisión y capacitación, y turna para su operación
Plan de supervisión y capacitación
16
Recibe plan de supervisión y capacitación, y aplica
Oficio de comisión
17
Solicita documentación, verifica procesos y resultados, requiriendo cédulas y formatos
Cédulas seguimiento
Cédulas supervisión
18
Realizan asesorías para el cumplimiento de los procesos
Bitácora de centro de salud
19
Elaboran reportes de la supervisión y capacitación, y concilian
Reportes supervisión y capacitación
20
Recaba firma de Jefe (a) de la Jurisdicción Sanitaria y envía reportes
Reportes supervisión y capacitación
21
Recibe, revisa y recomienda seguimiento y asesoría y turna
Reportes supervisión y capacitación
22
Recibe indicaciones, archivan y les dan seguimiento, hasta cierre
Reportes supervisión y capacitación
Fin del procedimiento

7.11.45. PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE MATERIALES IMPRESOS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tiempo Promedio: 3 días (dependiendo del número de solicitudes recibidas)

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ramón Moran Grahillo **Jefe del Responsable de Mercadotecnia Social en Salud RMG (DPS)** **Octubre 2018**	**Iván Erick Villa Campis** **Subdirector de Salud Pública IEVC (SSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Formular el método para el diseño del material gráfico impreso, orientado a temas de salud para la población en general

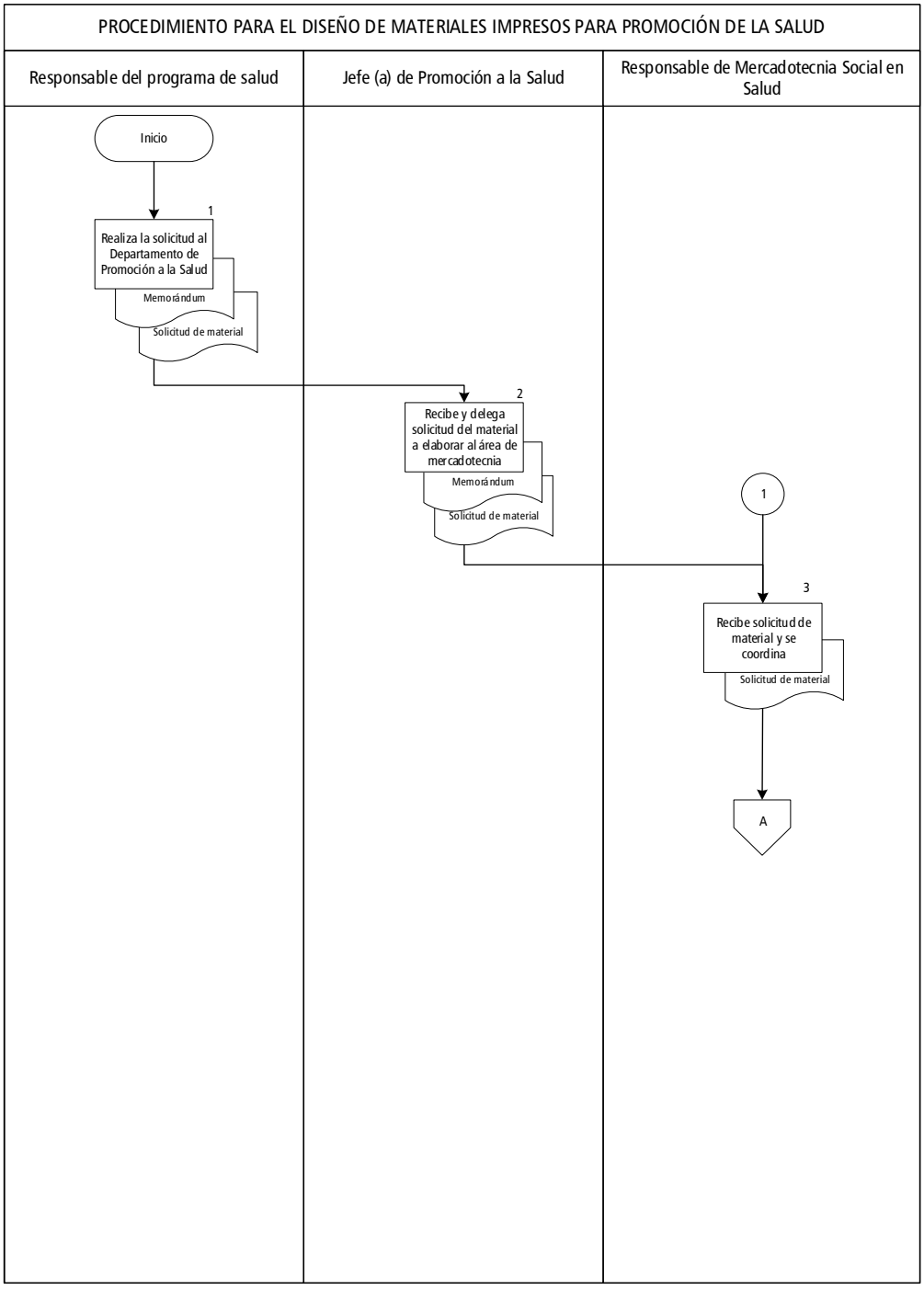
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, publicado en el Periódico Oficial del Estado, es 08 de febrero de 2013. Vigente. 2. Manual de Organización de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Vigente. 3. Modelo Operativo de Promoción a la Salud. Vigente. Políticas de Operación: 1. Las solicitudes serán recibidas con un mínimo de 48 horas de anticipación a la fecha de entrega del material. 2. Los contenidos de salud deberán contener: una breve descripción del tema, los principales síntomas y causas de la enfermedad; así como las medidas preventivas o recomendaciones a seguir según sea el caso. Este material deberá ser entregado en un archivo de Word, con letra Arial con tamaño 12 puntos y según el tiempo establecido en el punto anterior. 3. Las solicitudes tendrán prioridad de acuerdo al orden de recepción 4. El material final se entregará a las 48 horas posteriores de la recepción de la solicitud y quedará sujeto al número de solicitudes recibidas.
Responsables	Departamento de Promoción a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Áreas de los programas operacionales adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla y la Secretaría de Salud.
Recursos	Memorándum oficial
Glosario	Material gráfico: Es la elaboración de todo tipo de elementos visuales que sirven para comunicar un mensaje o idea, como carteles, trípticos, volantes, banners, lonas, entre otros.

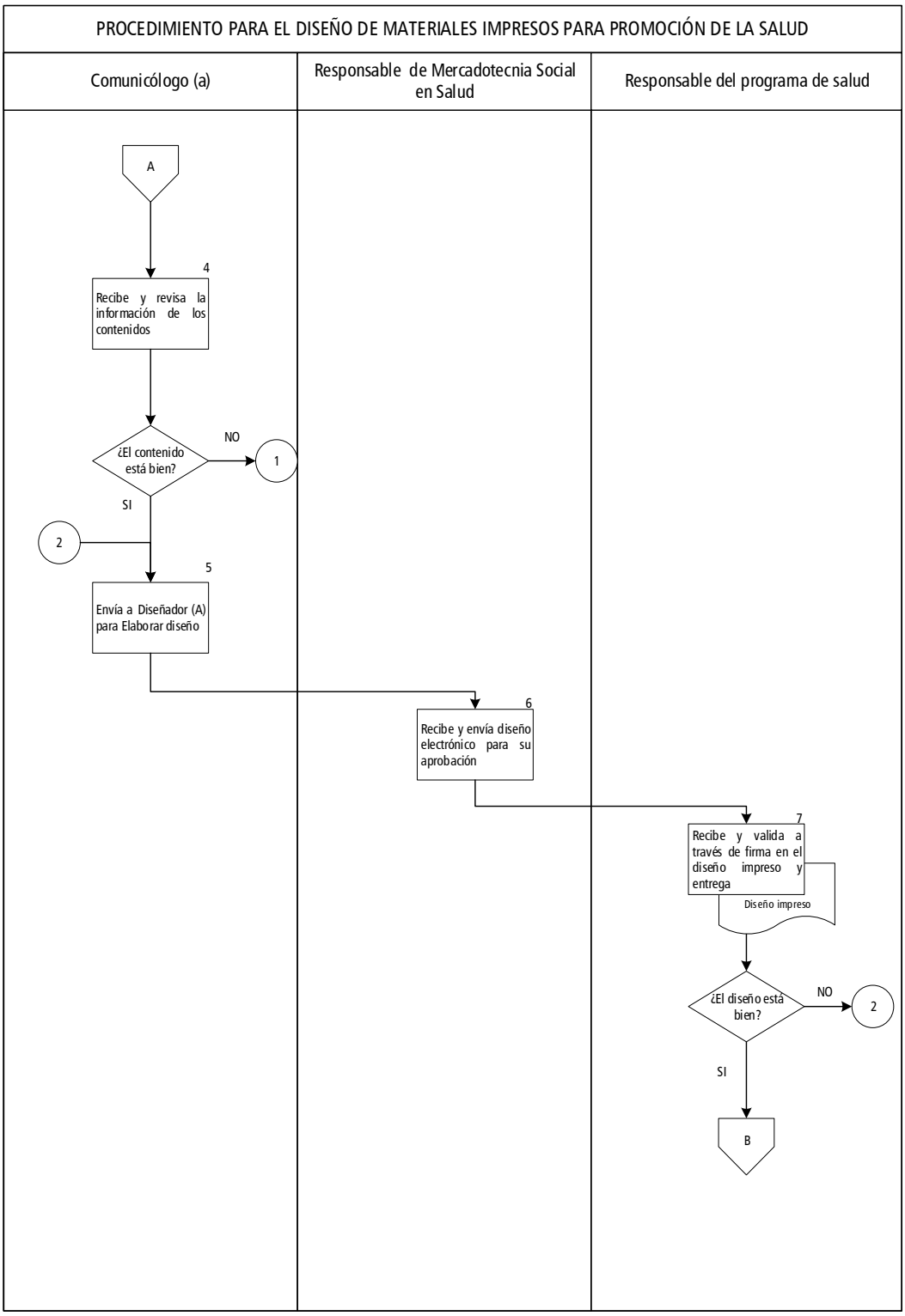
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE MATERIALES IMPRESOS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

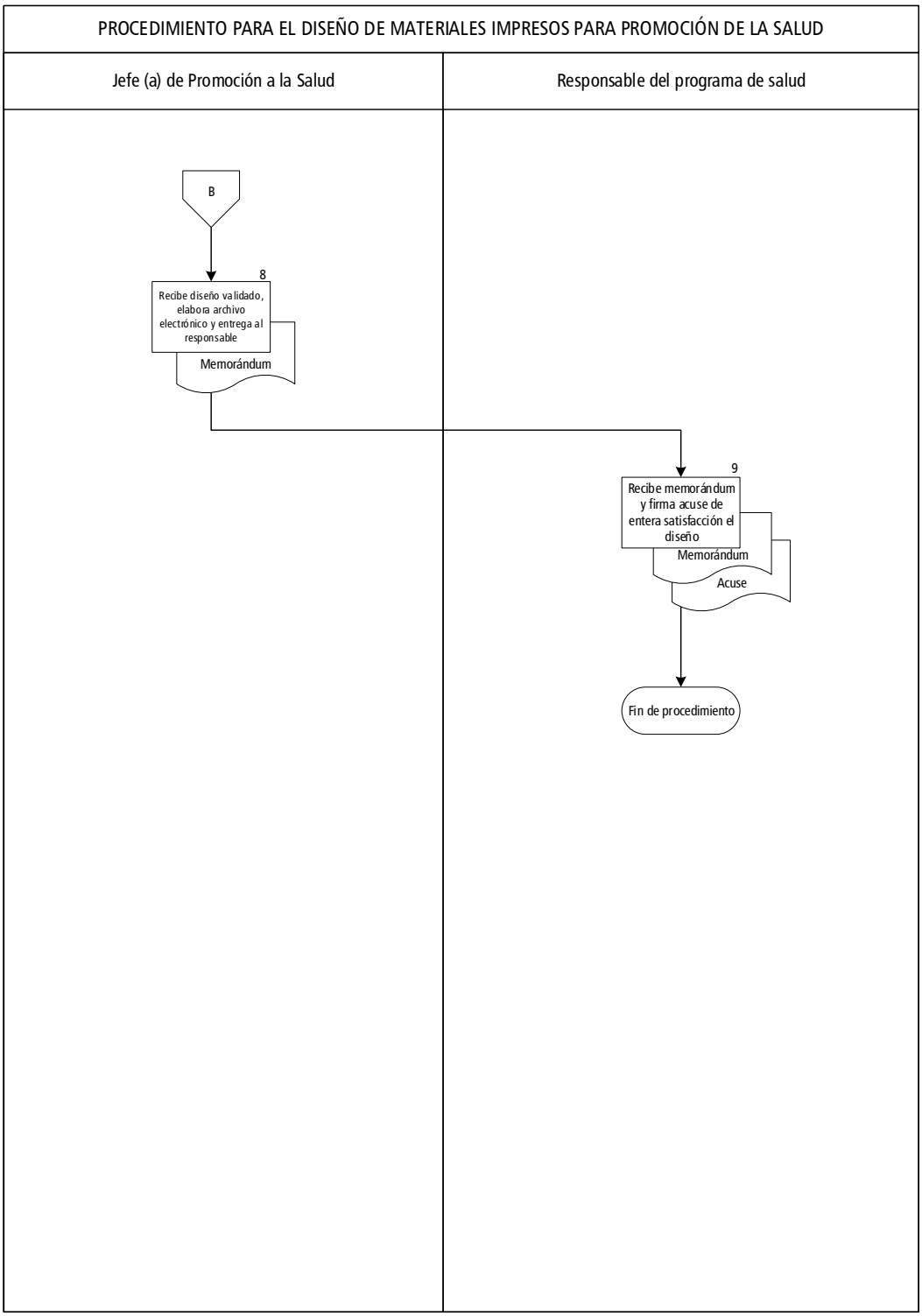
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del programa de salud	Realiza la solicitud al Departamento de Promoción a la Salud por memorándum.	Memorándum Solicitud de material
2	Jefe/a de Promoción a la Salud	Recibe y delega solicitud del material a elaborar al área de mercadotecnia.	Memorando de Solicitud de material
3	Responsable de Mercadotecnia Social en Salud	Recibe solicitud de material y se coordina con responsable del programa para los contenidos de salud y envía al comunicólogo	Solicitud de material
4	Comunicólogo/a	Recibe y revisa la información de los contenidos. ¿El contenido está bien? Si: Continúa actividad 5. No: Regresa actividad 3.	S/D
5	Comunicólogo/a	Envía a el/la Diseñador/a para que elabore el diseño, con respecto a la imagen institucional y lineamientos aplicables y envía al responsable de mercadotecnia.	S/D
6	Responsable de Mercadotecnia Social en Salud	Recibe y envía diseño electrónico para su aprobación al responsable del programa.	S/D
7	Responsable del programa de salud	Recibe y valida a través de firma en el diseño impreso y entrega al/la Jefe/a de Promoción a la Salud. ¿El diseño está bien? Si: Continúa actividad 8. No: Regresa actividad 5.	Diseño impreso

8	Jefe/a de Promoción a la Salud	Recibe diseño validado, elabora archivo electrónico y entrega al responsable del programa informando por memorándum.	Memorándum
9	Responsable del programa de salud	Recibe memorándum y firma acuse de entera satisfacción el diseño.	Memorando Acuse
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE MATERIALES IMPRESOS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD.




PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE MATERIALES IMPRESOS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD
Comunicólogo (a)
Responsable de Mercadotecnia Social en Salud
Responsable del programa de salud
A
4
Recibe y revisa la información de los contenidos
¿El contenido está bien?
NO
1
SI
2
5
Envía a Diseñador (A) para Elaborar diseño
6
Recibe y envía diseño electrónico para su aprobación
7
Recibe y valida a través de firma en el diseño impreso y entrega
Diseño impreso
¿El diseño está bien?
NO
2
SI
B


PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE MATERIALES IMPRESOS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD
Jefe (a) de Promoción a la Salud
Responsable del programa de salud
B
8
Recibe diseño validado, elabora archivo electrónico y entrega al responsable
Memorándum
9
Recibe memorándum y firma acuse de entera satisfacción el diseño
Memorándum
Acuse
Fin de procedimiento

7.11.46. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD.

Tiempo Promedio: 5 dias.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Magdalena Iturbe Quiróz **Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad** **MMIQ (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Morgan Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con la información de las defunciones que se registran en la entidad, que permita identificar las causas sujetas a ratificación o rectificación, las causas de Programas Prioritarios, elaborar la información para su análisis y actualización del Panorama Epidemiológico Estatal de Mortalidad General y Especifica.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
2. Manual de procedimientos Estandarizados para el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED). 2017.
3. Manual del Usuario del Registro Electrónico de Mortalidad (REMO).

Políticas de Operación:

1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGAE.
2. La segunda y cuarta semana de cada mes el/la Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad conforme a calendario oficial de la DGAE recibirá de las Jurisdicciones Sanitarias las BASES-JURISDICCIÓN del Registro Electrónico de Mortalidad (REMO), asi como los Anexos 8 y copia de los certificados de defunción de las defunciones que registren causas sujetas a rectificación o ratificación
3. El/la Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad revisará y validará la información registrada en el Anexo 8 y capturada en las BASES-JURISDICCIÓN.
4. El/la responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad integrará conforme al calendario oficial de la DGAE dos veces al mes la base estatal del REMO con las bases que remiten las Jurisdiciones Sanitarias.
5. El/la Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad remitirá conforme al calendario establecido dos veces al mes la base estatal del REMO.
6. Toda información que remita por correo electrónico el/la Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad deberá remitirle copia a el/la Jefe/a inmediato y a el/la Titular de Subdirección de Vigilancia Epidemiológica.

Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a las áreas de epidemiología y estadística del Nivel Estatal.
Recursos	SEED, Certificado de defunción, Base de datos, REMO
Glosario	SEED: Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. REMO: Sistema de Reporte Electrónico de Mortalidad. DGAE: Dirección General Adjunta de Epidemiología. JS: Jurisdicción Sanitaria.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD.

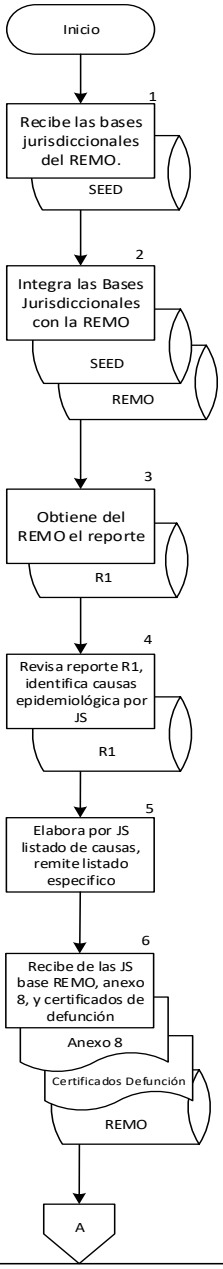
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad	Recibe las bases jurisdiccionales del REMO.	Base SEED.
2		Integra con las BASES JURISDICCIONALES la base estatal del REMO.	Base REMO Base SEED
3		Recibe de las Jurisdicciones Sanitarias base REMO, anexo 8, y certificados de defunción.	
4		Confronta la información de anexo 8 contra certificado de defunción y la información registrada en las bases	Reporte R1

		jurisdiccionales contra el anexo 8. ¿Existe inconsistencias? Si: Informa a jurisdiccionales para que se realicen las correcciones. Y vuelve a confrontar. No: Continúa con la siguiente actividad.	
5		Integra la base estatal REMO con las bases jurisdiccionales, exporta la base estatal REMO y la remite a la Dirección General de Información Epidemiológica.	
6		Integra por jurisdicción sanitaria el seguimiento de las causas sujetas a vigilancia epidemiológica, remitiéndolas por correo electrónico.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD.

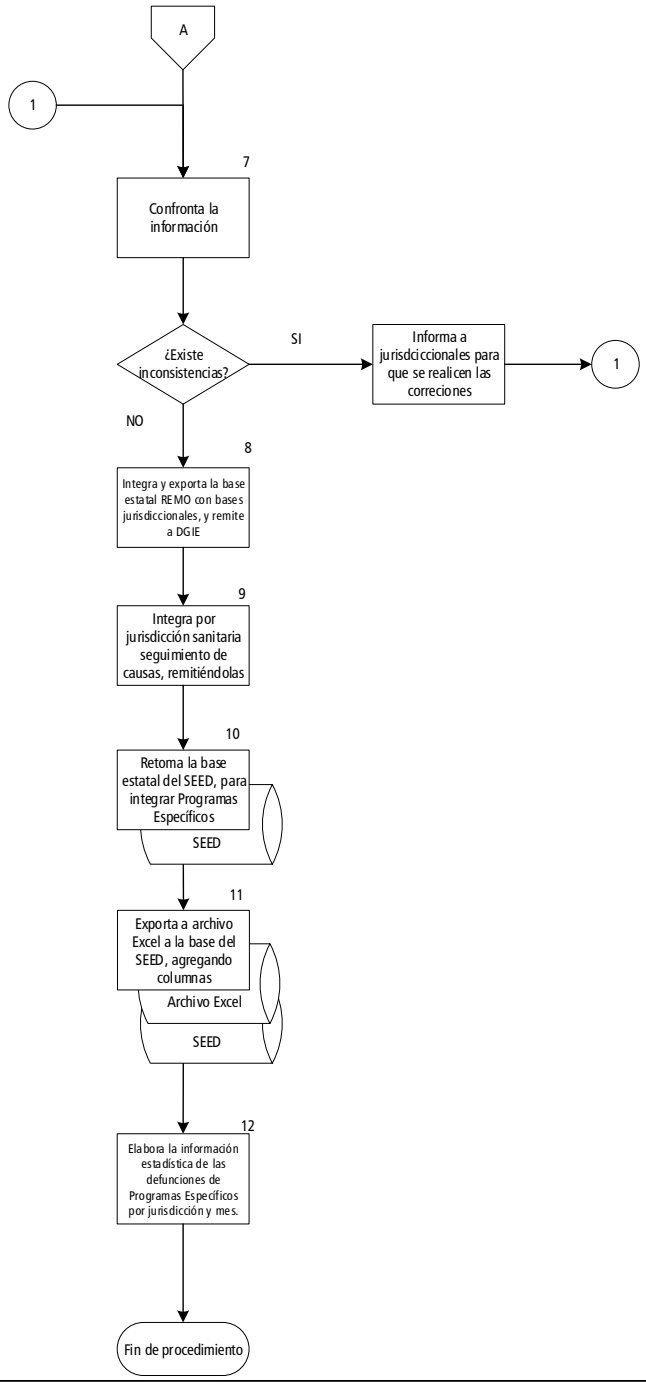
PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD

Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad



PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD

Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad



7.11.47. PROCEDIMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN.

Tiempo Promedio: 3 dias.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Arturo Eugenio Rosete Mercado Responsable Estatal de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación AERM (DIE) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Molinpin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Recibir, integrar. analizar, validar y remitir la información de casos y defunciones. de sospechosos, probables o confirmados de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, con la finalidad de realizar acciones inmediatas para la evaluación en el impacto del Componentede Vacunación Universal del Programa de Atención a la Salud del Niño

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. NMX-CC-9001-IMNC-2008 Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos.

Políticas de Operación:

1. El químico de las diversas áreas de la coordinación del laboratorio de banco de sangre, es decir, predonación, fraccionamiento y serología, es el responsable de analizar, fraccionar y etiquetar como segura la sangre o hemocomponentes que se liberaran para la población en general. Todo esto en un marco legal y bajo un sistema de gestión de calidad.
2. El personal deberá respetar las siguientes medidas de bioseguridad:
   a. No comer, beber, fumar y maquillarse en el laboratorio.
   b. Usar guantes, lentes de protección y cubrebocas en el momento de manipular sangre.
   c. Tener recipientes con cloro en la mesa de trabajo.
   d. Prohibido desechar objetos punzocortantes en la basura (aguja, tubos rotos, lastre contaminado).
   e. No mezclar ácidos con el cloro.
   f. No lavar trastes en cualquier tarja.
   g. Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
   h. Quitarse la bata al salir del área de laboratorio.
   i. Mantener el área limpia y ordenada.

Responsables

Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

A todo el Estado de Puebla a través de sus Centros de Salud y Hospitales.

Recursos

Notificación de caso, Libreta, Base de datos.

Glosario

DGE: Dirección General de Epidemiología.
E.P.V: Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
Difteria: Padecimiento infectocontagioso, con amplio espectro clínico que afecta principalmente las mucosas del tracto respiratorio, con menos frecuencia la piel, conjuntiva, tracto digestivo y órganos genitales. El cuadro clínico grave se caracteriza por la presencia de membranas blanco-grisáceas en las mucosas respiratorias y estado toxiinfeccioso.
Poliomielitis: Dentro de las enfermedades infectocontagiosas una de las más limitantes y con altas tasas de morbilidad fue la poliomielitis, que, si bien todavía existen casos de polio derivados de la vacuna, en México desde 1990 no se han presentado casos de poliovirus salvaje. La certificación de la erradicación de la poliomielitis del Continente Americano conferida por la OPS en 1994, da cuenta de los logros del Programa de Vacunación Universal y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que actualmente tiene como desafío el monitoreo de la Parálisis Flácida Aguda(PFA).
Parálisis Flácida Aguda (PFA): En México a partir de 1987 se inició el sistema de Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis y Parálisis Flácida Aguda, que forma parte del programa de erradicación de este padecimiento en el continente americano, con el que se instrumentan y ponen en práctica procedimientos alternativos de vigilancia que aseguran al sistema una mayor sensibilidad, por otro lado, se establecen mecanismos eficientes que permiten alcanzar y mantener una especificidad adecuada; con lo anterior se logra un sistema de calidad. A partir del registro del último caso de poliomielitis en 1990, en México se continúa con la vigilancia de la PFA con el objetivo de detectar de manera inmediata los casos probables de poliomielitis por vacunación en menores de 15 años de edad. Para ello, se elaboraron los lineamientos de Vigilancia.
Epidemiológica de esta enfermedad, en los cuales se define como: Caso sospechoso de PFA: Parálisis o paresia aguda (que se instala en no más de cinco días) en una persona de cualquier edad.
Caso probable de PFA: Parálisis o paresia flácida (con

tono muscular disminuido o abolido) aguda en menor de 15 años o bien, enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis o Síndrome de Guillain- Barré.

Caso confirmado de Poliomielitis: Enfermedad paralítica aguda asociada al aislamiento de poliovirus salvaje del caso o de sus contactos, con o sin parálisis residual.

Síndrome de Guillain-Barré: Trastorno neurológico autoinmune en el que el sistema inmunitario del cuerpo ataca a una parte del sistema nervioso periférico, la mielina, que es la capa aislante que recubre los nervios. Cuando esto sucede, los nervios no pueden enviar las señales de forma eficaz; los músculos pierden su capacidad de responder a las órdenes del encéfalo y éste recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo. El resultado es la incapacidad de sentir calor, dolor y otras sensaciones, además de paralizar progresivamente varios músculos del cuerpo.

Sarampión: Enfermedad infecciosa exantemática como la rubéola y la varicela, bastante frecuente, especialmente en niños causada por un virus, específicamente un paramixovirus del género Morbillivirus. Se caracteriza por típicas manchas en la piel de color rojo (excemas) (exantema) así como fiebre y un estado general debilitado. También puede, en algunos casos de complicaciones, causar inflamación en los pulmones y el cerebro que amenazan la vida del paciente.

Rubéola: Enfermedad benigna exantemática y autolimitada cuyo agente infeccioso es un virus RNA de la familia togaviridae y del género rubivirus. El período de incubación es entre 14 a 21 días y una infección subclínica puede ocurrir en el 25% o más de los niños infectados. Los síntomas prodrómicos aparecen generalmente entre 1 y 5 días antes de la erupción cutánea y consisten en fiebre leve, coriza, conjuntivitis, tos y linfoadenopatía.

Tétanos: Enfermedad infecciosa producida por las exotoxinas del bacilo anaerobio gram positivo, Clostridium tetani, el cual muestra predilección por el tejido nervioso del sistema central. Esta bacteria tiene dos formas: una vegetativa que es sensible al calor, a varios antibióticos y no sobrevive en presencia de oxígeno. La forma

esporulada es muy resistente al calor, a diversos antisépticos y puede sobrevivir de 10 a 15 minutos en autoclave en 121°C, y si no es expuesta al sol, puede persistir en el suelo o ambiente durante varios meses, incluso años. Este bacilo tiene una amplia distribución y es transmitido por el uso o contacto con objetos contaminados o a través de heces fecales, en su forma de esporas.

Tos Ferina: Enfermedad infecciosa causada por el bacilo gram negativo de Bordetella pertussis, que afecta exclusivamente al ser humano y se transmite por medio de las partículas de secreciones respiratorias de personas infectadas.

Varicela: Enfermedad contagiosa causada por el virus de la varicela zóster, un virus de la familia de los herpesvirus que también es el causante del herpes zóster. Es una de las enfermedades clásicas de la infancia, que en los niños suele ser leve, pero en adolescentes y adultos tiene mayor riesgo de complicaciones.

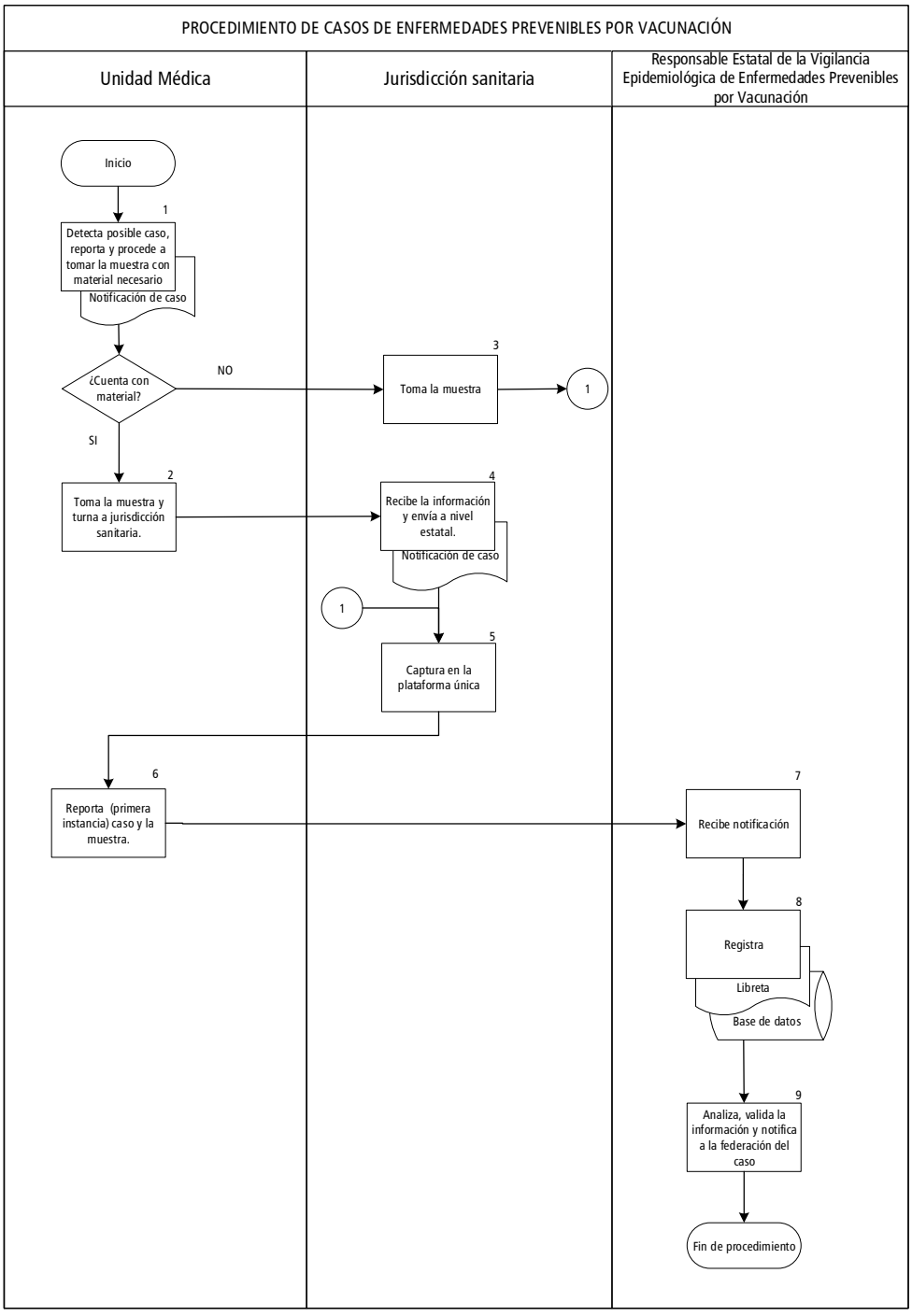
Escarlatina: O también llamada fiebre escarlata es una enfermedad infecciosa, aguda y febril producida por el Streptococcus pyogenes del serogrupo A. Su período de incubación es de 2-4 días.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Médica	Detecta un posible caso, lo reporta a la Jurisdicción Sanitaria y procede a tomar la muestra con el material necesario. ¿Cuenta con el material? Si, Continúa actividad 2. No, Continúa actividad 3.	Notificación de caso

2	Unidad Médica	Toma la muestra y turna a Jurisdicción Sanitaria, continúa actividad 4.	
3	Jurisdicción Sanitaria	Toma la muestra y continúa con actividad 5.	NA
4		Recibe la información y la envía a nivel estatal.	Notificación de caso
5		Captura en la plataforma única.	NA
6	Unidad Médica	Reporta (primera instancia) caso y la muestra.	NA
7	Responsable Estatal de la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	Recibe la Notificación.	NA
8		Registra en plataforma, base de datos y libreta.	Libreta y base de datos
9		Analiza, valida la información y notifica a la federación del caso.	NA
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN.



7.11.48. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DEFECTOS DEL TUBO NEURAL.

Tiempo Promedio: 15 dias.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Isabel Cristina Díaz Cardoso Responsable Estatal de Vigilancia Epidemiológica de DTN ICDC (DIE) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Contar con la información de los casos y las defunciones por Defectos de Tubo Neural que ocurren en la entidad, para su elaboración y análisis epidemiológico que permita obtener el Panprama Epidemiológico de la Mortalidad por estas causas e identificar factores de riesgo asociados a estos padecimientos para poder implementar programas de

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. 2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 3. Ley General de Salud. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. 5. Manual de procedimientos técnicos para la Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la Dirección General de Epidemiología.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica al área de epidemiología del Nivel Estatal y Jurisdiccional.
Recursos	Formato DTN-1, estudio de caso de defectos de tubo neural, Manual de los defectos de tubo Neural, Base de datos SEED, Oficio.
Glosario	SEED: Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. DTN: Defectos de Tubo Neural.

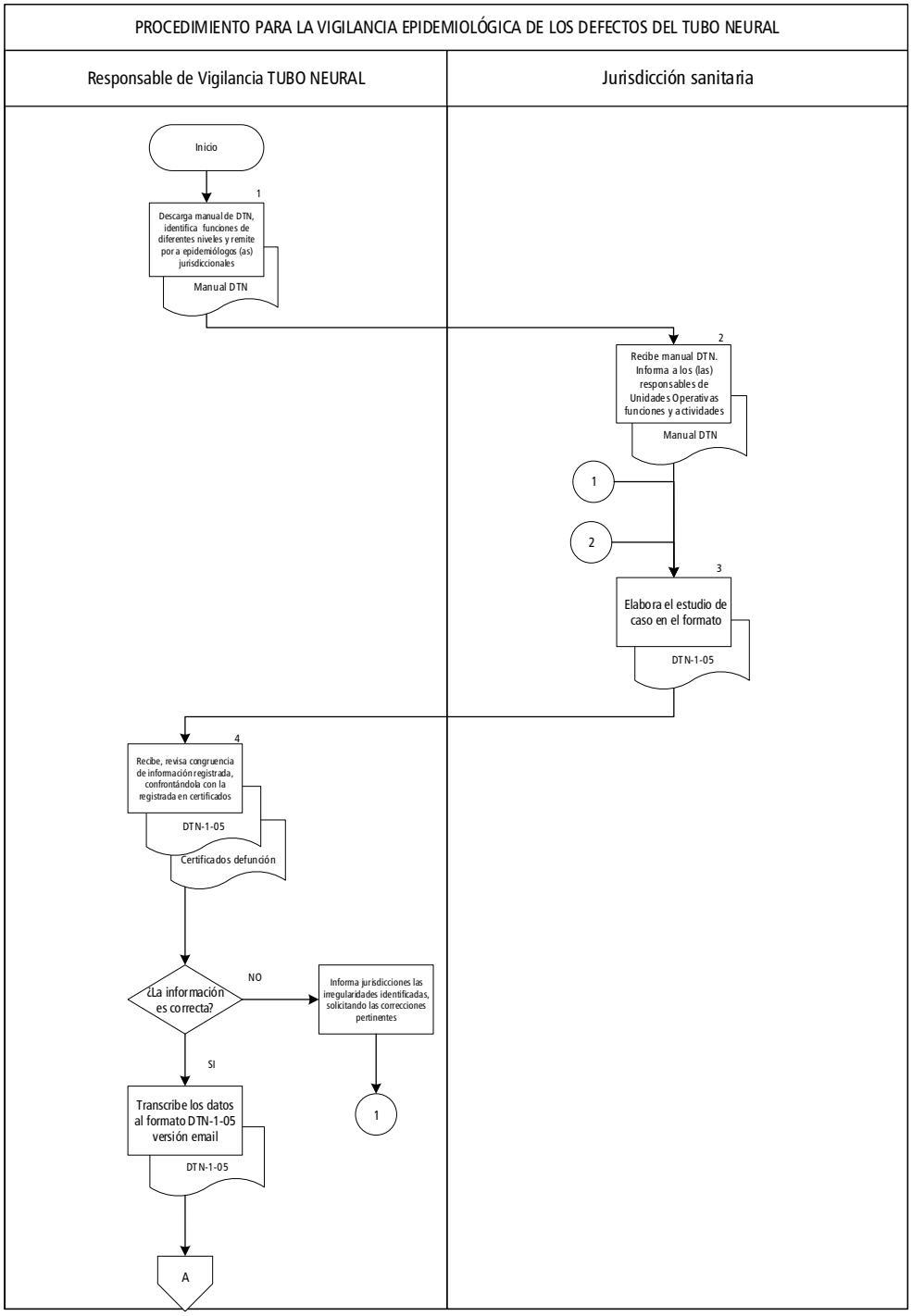
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DEFECTOS DE TUBO NEURAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Responsable de Vigilancia TUBO NEURAL	Descarga de la página de la DGE manual de procedimientos estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de los Defectos de Tubo Neural, identifica las funciones y actividades que le corresponden a los diferentes niveles, remitiendo por correo electrónico a los/las epidemiólogos/as jurisdiccionales para la operación de la vigilancia epidemiológica de los Defectos de Tubo Neural en el ámbito de influencia Jurisdiccional, conforme a sus funciones y actividades establecida en el manual.	Manual de los Defectos de Tubo Neural
2	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe manual de procedimientos estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de los Defectos de Tubo Neural por medio de correo electrónico. Informa a los/las Responsables de las Unidades Operativas sus funciones y actividades.	Manual de los Defectos de Tubo Neural
3		Elabora y envía el estudio de caso en el formato DTN-1.	Formato DTN-1
4	Responsable de Vigilancia TUBO NEURAL	Recibe formato DTN-1, certificado de defunción, revisa congruencia de la información registrada confrontándola con la registrada en los certificados de defunción. ¿La información esta correcta? Sí: Transcribe los datos al formato DTN-1-05 versión email. Y continúa en la siguiente actividad. No: Informa a las jurisdicciones las irregularidades identificadas, solicitando las correcciones pertinentes. Regresando a la actividad 3.	Formato DTN-1 Oficio

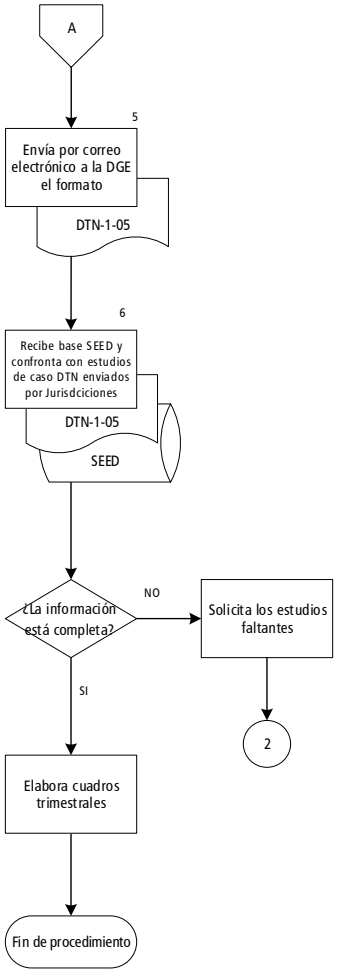
5	Responsable de Vigilancia TUBO NEURAL	Envía por correo electrónico a la DGE el formato DTN-1.	Formato DTN-1
6	Responsable de Vigilancia TUBO NEURAL	Recibe la base SEED y confronta con los estudios de caso de Defectos de Tubo Neural enviados por las Jurisdicciones ¿La información está completa? Si: Elabora cuadros trimestrales. No: Solicita los estudios faltantes. Regresa a la actividad 3.	Base de datos SEED Formato DTN-1
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DEFECTOS DE TUBO NEURAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DEFECTOS DEL TUBO NEURAL

Responsable de Vigilancia TUBO NEURAL



7.11.49. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL.

Tiempo Promedio: 20 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Carlos Castañeda Pérez **Responsable Estatal de Vigilancia Epidemiológica Internacional CCP (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con el instrumento técnico que establezca la metodología para la realización de las actividades específicas de vigilancia que se realizan en el Aeropuerto Internacional de Huejotzingo, así como para la Sistematización del registro, y envío de la información relacionada con Viajeros Internacionales, con la finalidad de evaluar la eficiencia de la Vigilancia Epidemiológica Internacional.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. 2. Manuales de Vigilancia Epidemiológica. 3. Manual de procedimientos estandarizados de operación en materia de Vigilancia Epidemiológica Internacional. 4. Ley General de Salud. 5. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. 6. Reglamento Sanitario Internacional (2005) e ISO 9001:2008. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2. La información generada de monitoreo Diario debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	AplicaaláreaepidemiológicadelNivel Estatal, así como al aeropuerto de Huejotzingo.
Recursos	Lineamientos, Oficios.
Glosario	Autoridad competente: Significa autoridad responsable de la puesta en práctica y la aplicación de medidas sanitarias Carga: Significa mercancías trasladadas en un medio de transporte o en un contenedor. Centro Nacional de Enlace para el RSI: Significa el centro nacional, designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para

el RSI.
Centro Estatal de Enlace para RSI: Significa el centro estatal, designado por cada Entidad Federativa de nuestro País, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones con el CNE.
Datos personales: Significa cualquier información relativa a una persona física identificada o identificable.
Descontaminación: Significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, mercancías o paquetes postales mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos.
Desinfección: Significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o animal o en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos.
Desinsectación: Significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar insectos vectores de enfermedades humanas en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales.
Desratización: Significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o matar los roedores vectores de enfermedades humanas presente en los equipajes. Carga, contenedores, medios de transportes, instalaciones, mercancías o paquete postales en el punto de entreda.

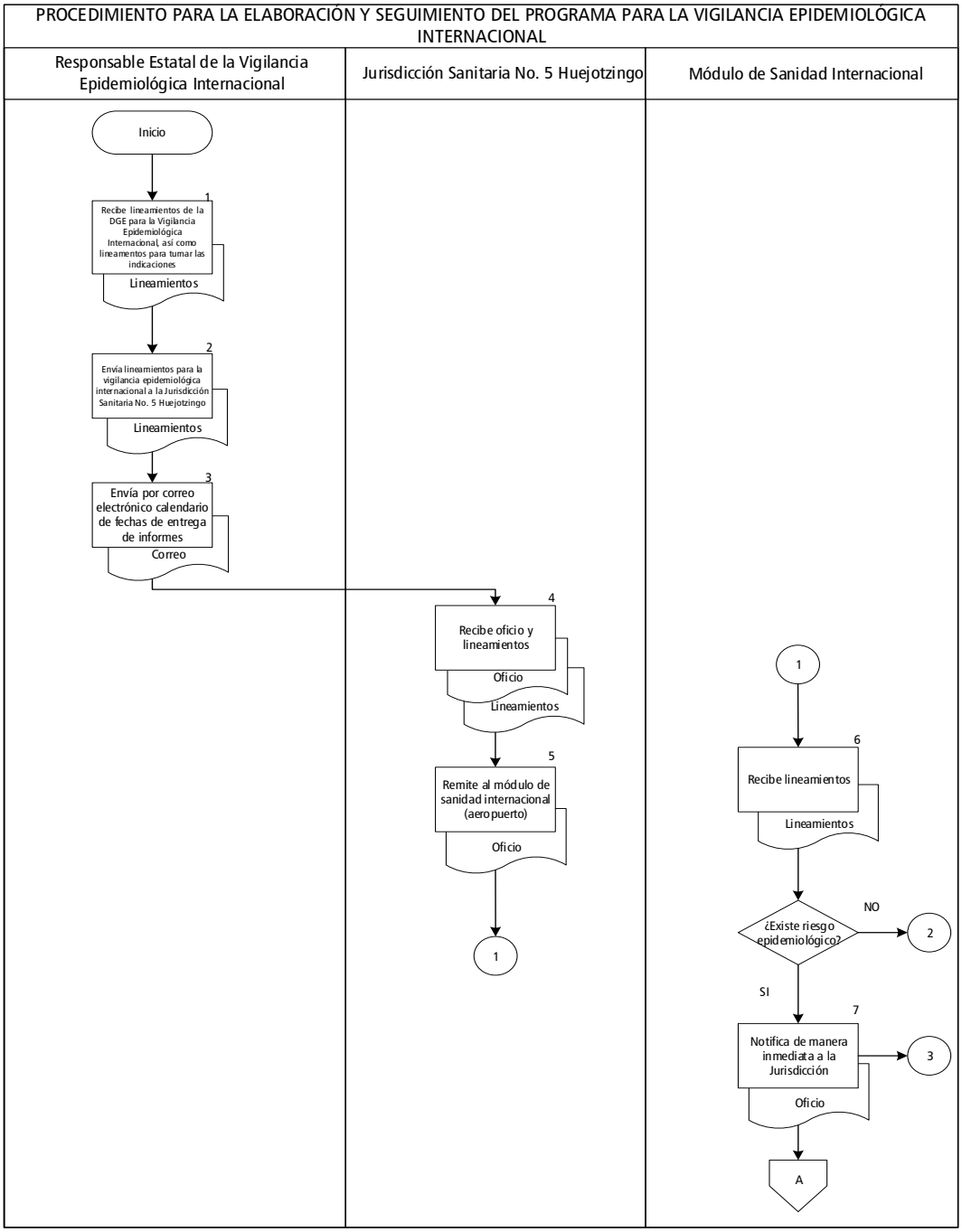
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL.

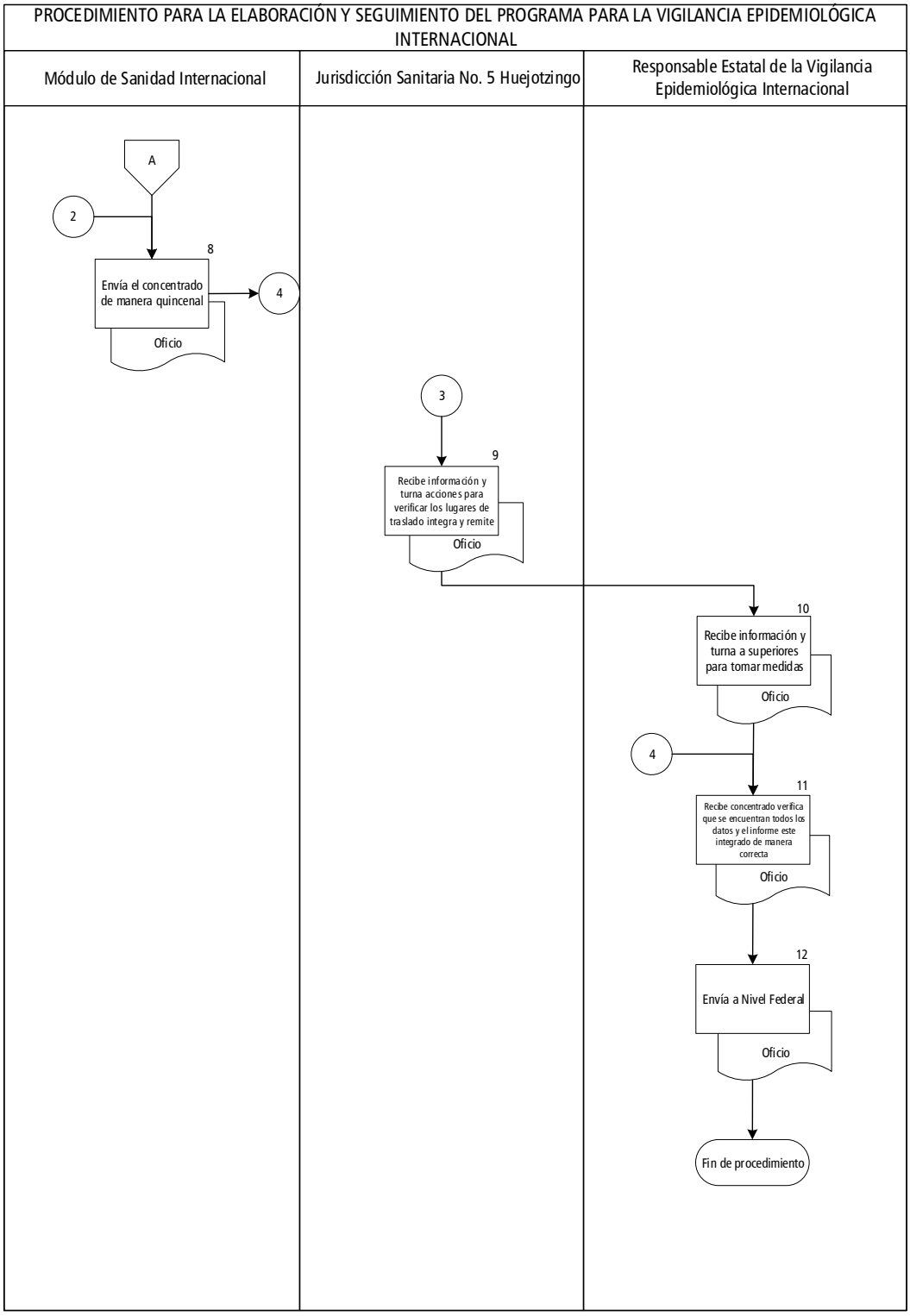
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal de la Vigilancia Epidemiológica Internacional	RecibelineamientosdelaDirecciónGeneraldeEpidemiología para la operación de la Vigilancia Epidemiológica Internacional, así como lineamentos y documentos técnicos para turnar las indicaciones.	Lineamientos
2		Envía lineamientos para la vigilancia epidemiológica internacional a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 Huejotzingo.	Lineamientos
3		Envía por correo electrónico calendario de fechas de entrega de informes de sanidad internacional.	Correo
4	Jurisdicción Sanitaria No. 5 Huejotzingo	Recibe oficio y lineamientos.	Oficio Lineamientos.
5		Remite al módulo de sanidad internacional (aeropuerto).	Oficio
6	Módulo de Sanidad Internacional	Recibe lineamientos. ¿Existe riesgo epidemiológico? Si, continúa actividad 7. No, continúa actividad 8.	Lineamientos
7		Notifica de manera inmediata a la Jurisdicción y pasar a actividad 9.	Oficio
8		Envía el concentrado de manera quincenal y continúa en la actividad 11.	Oficio
9	Jurisdicción Sanitaria No. 5 Huejotzingo	Recibe información y turna acciones para verificar los lugares de traslado integra y remite.	Oficio
10	Responsable Estatal de la Vigilancia	Recibe información y turna a superiores para tomar medidas.	Oficio

	Epidemiológica Internacional		
11		Recibe concentrado verifica que se encuentran todos los datos y el informe este integrado de manera correcta.	Oficio
12		Envía a Nivel Federal.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL
Módulo de Sanidad Internacional
Jurisdicción Sanitaria No. 5 Huejotzingo
Responsable Estatal de la Vigilancia Epidemiológica Internacional
A
2
8
Envía el concentrado de manera quincenal
4
Oficio
3
9
Recibe información y turna acciones para verificar los lugares de traslado integra y remite
Oficio
10
Recibe información y turna a superiores para tomar medidas
Oficio
4
11
Recibe concentrado verifica que se encuentran todos los datos y el informe este integrado de manera correcta
Oficio
12
Envía a Nivel Federal
Oficio
Fin de procedimiento

7.11.50. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH Y SIDA).

Tiempo Promedio: 7 dias naturales.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Jorge Luis Tecpoyotl Tochihuitl Responsable Estatal para la Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Integrar y analizar la información de casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o Seropositivos a VIH que se detectan en el Sistema Estatal de Salud. con la finalidad de mantener actualizados el Registro Nominal de casos y el Panorama Epidemiológico de la Entidad.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Políticas de Operación: 1. Se utilizará el formato VIH/SIDA 2013-1 para el registro de la información de los casos de SIDA y/o seropositivos a VIH que se detecten en las unidades de salud de las instituciones que integran el Sistema Estatal de Salud. 2. Sólo se recibirán formatos VIH/SIDA 2013-1 que contengan todos los datos requeridos en el mismo y que sean remitidos con oficio debidamente requisitado informando la semana Epidemiológica en la que fueron registrados en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE-1-2014) la unidad a la que correspondan. 3. Los formatos se recibirán la segunda semana posterior a la fecha en que se detecten los casos y/o seropositivos, los cuales deberán registrarse en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE-1-2014). 4. Se utilizará una base de excel para el registro nominal de casos. 5. La actualización del registro nominal de casos se realizará los días viernes de la semana en que se reciban los formatos y será remitida por correo electrónico a la Dirección General de Epidemiología. 6. Se continuará utilizando el Registro Estatal de Seropositivos y SIDA denominado base para, internamente registrar los casos nuevos y emitir reportes.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable a nivel estatal y jurisdiccional.
Recursos	Concentrados mensuales, Lineamientos federales y/o manual de operación, Formato de notificación y estudio epidemiológico VIH SIDA 2013-1, Registro Estatal de casos y seros positivos, Formato de seguimiento de casos y seros positivos.
Glosario	SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. ADN: Ácido desoxirribonucleico. ARN: Ácido ribonucleico. BCG: Bacilo Calmette-Guérin Caso índice: persona que presenta la infección por VIH; o una persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a partir de la cual se infectan otras personas. CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Por sus siglas en inglés es el Centers for Visease Control and Prevention). CD4: Linfocitos T cooperadores. CONASIDA: Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. CRS: Complejo relacionado al SIDA. Se utiliza para designar un cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo, pero no diagnóstico de SIDA. DPT: Vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos. Disponente de sangre o sus componentes: Sujeto que suministra sangre o alguno de sus componentes, obtenidos mediante procedimientos de extracción simple o aféresis. Líquidos de alto riesgo: Sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo, semen y secreciones vaginales. ELISA: Ensayo inmuno-enzimático ligado a enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay) IgA: Inmunoglobulina A. OMS: Organización Mundial de la Salud. PPD: Derivado proteínico purificado. Prácticas de alto riesgo: Actividades en las que existe una

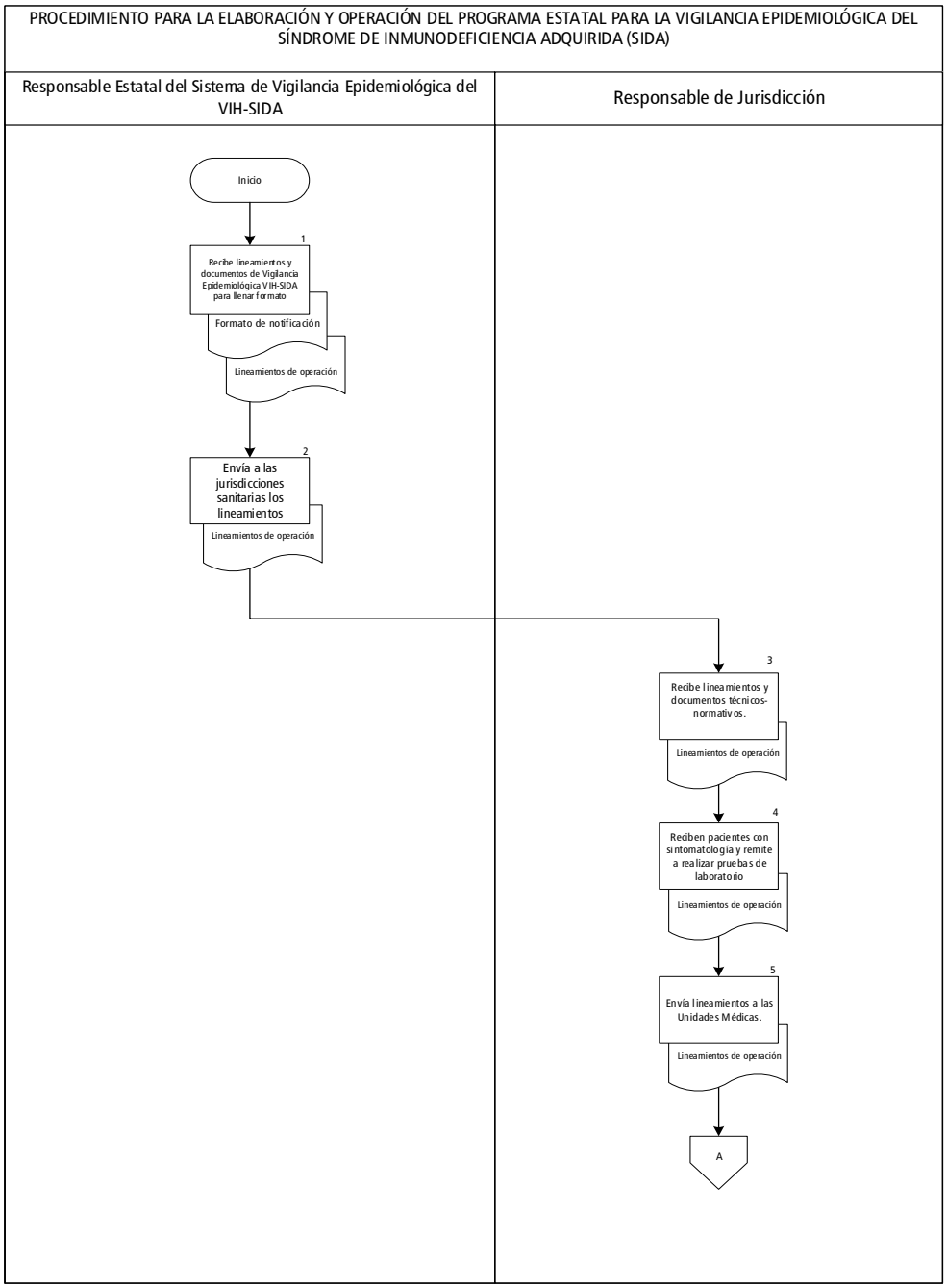
alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.
Prácticas sexuales de alto riesgo: Actividades en las que existe penetración pene-vagina o pene-ano, sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.
Precauciones universales: Técnicas de manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos los pacientes deberán ser considerados como potencialmente infectantes con el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre.
Pruebas de tamizaje: Pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en suero sanguíneo o plasma. Incluye metodologías como el ELISA (ensayo inmuno-enzimático ligado a enzimas) y aglutinación.
Pruebas suplementarias: Las de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo. Incluye metodologías como la inmuno-electro-transferencia (Western Blot), la inmuno fluorescencia y la radio inmuno precipitación (RIPA).
Sexo protegido: Prácticas sexuales en las cuales existe penetración, pero se utiliza una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.
Sexo seguro: Prácticas sexuales en las cuales no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2.
V.O: Vía oral.

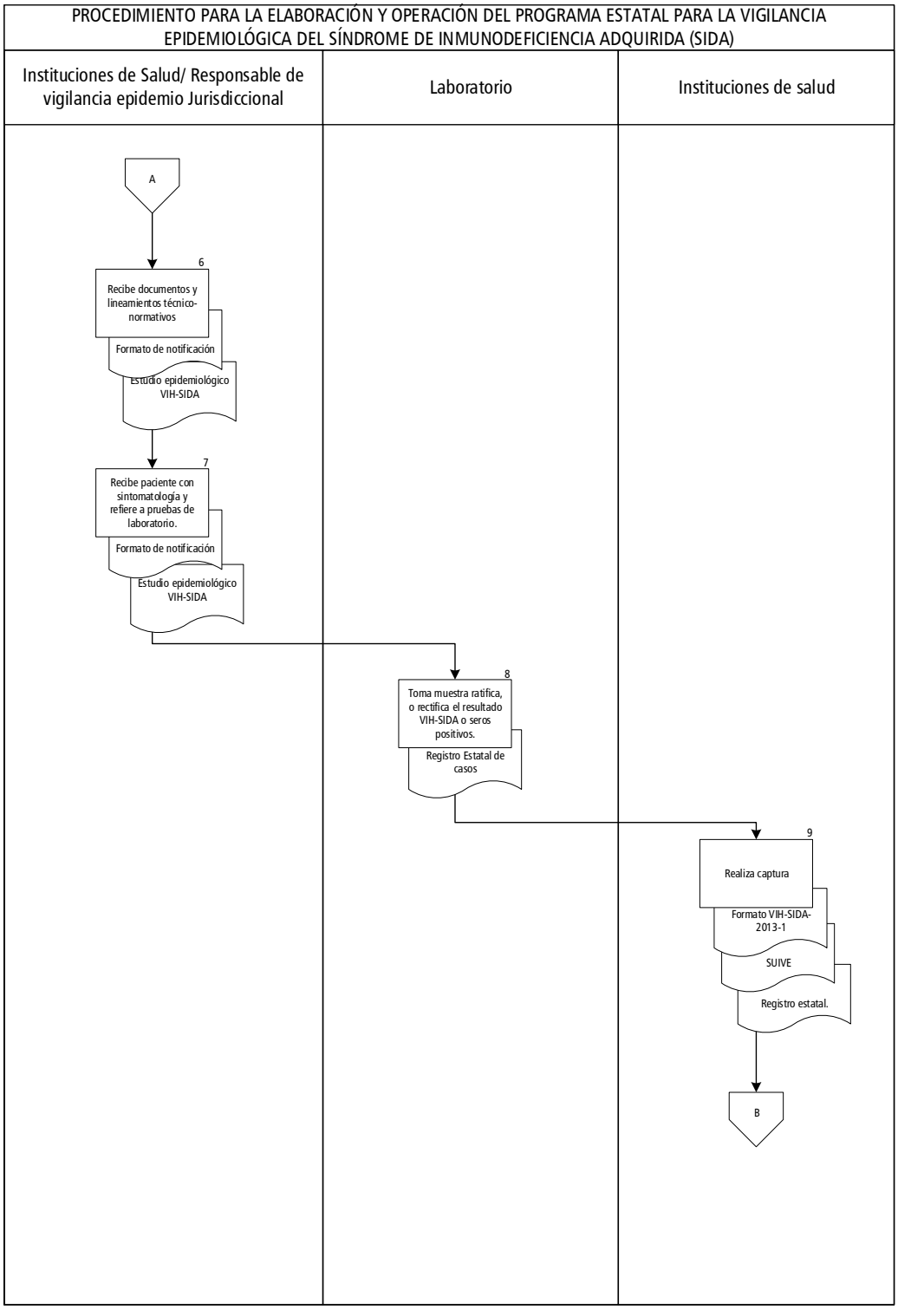
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÍGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal del Sistema de Vigilancia Epidemiologica del VIH-SIDA	Recibe de la Dirección General de Epidemiológica, los lineamientos y documentos técnico-normativos para la Vigilancia Epidemiológica del VIH y seros positivos de VIH-SIDA para el posterior llenado del formato. Nota: La DGE Realiza una reunión a nivel nacional en donde se informa a las instituciones de salud el formato y los lineamientos aplicables.	S/D
2		Envía a las jurisdicciones sanitarias los lineamientos.	S/D
3	Responsable Jurisdiccional	Reciben lineamientos y documentos técnicos-normativos.	Libreta de fraccionamiento
4		Reciben pacientes con sintomatología apegada a la normativa, y remite a realizar pruebas de laboratorio.	S/D
5		Envía lineamientos a las Unidades Médicas.	S/D
6	Instituciones de Salud/ Responsable de vigilancia epidemiología Jurisdiccional	Recibe documentos y lineamientos técnico-normativos.	S/D
7		Recibe paciente que tengan	Libreta de

		sintomatología y los refiere a pruebas de laboratorio.	fraccionamiento de unidades
8	Laboratorio	Toma muestra de laboratorio y ratifica o rectifica el resultado de VIH-SIDA o seros positivos.	S/D
9	Instituciones de Salud	Captura en formato VIH-SIDA-2013-1 y en el SUIVE.	S/D
10	Responsable Estatal del Sistema de Vigilancia Epidemiologica del VIH-SIDA	Recibe las notificaciones por medio del SUIVE.	S/D
11		Captura en el registro de la base de datos y crea una base semanal, posteriormente envía.	S/D
12		Revisa información para corroborar no se encuentre duplicado o con observaciones. ¿La información está correcta? Si: Fin de procedimiento. No: Continúa en actividad 13.	S/D
13		Ratifica o rectica la información y pasar a la siguiente actividad. Actualiza los concentrados y refiere vía correo a la DGE.	Libreta de fraccionamiento de unidades. Hexabank
Fin del procedimiento			

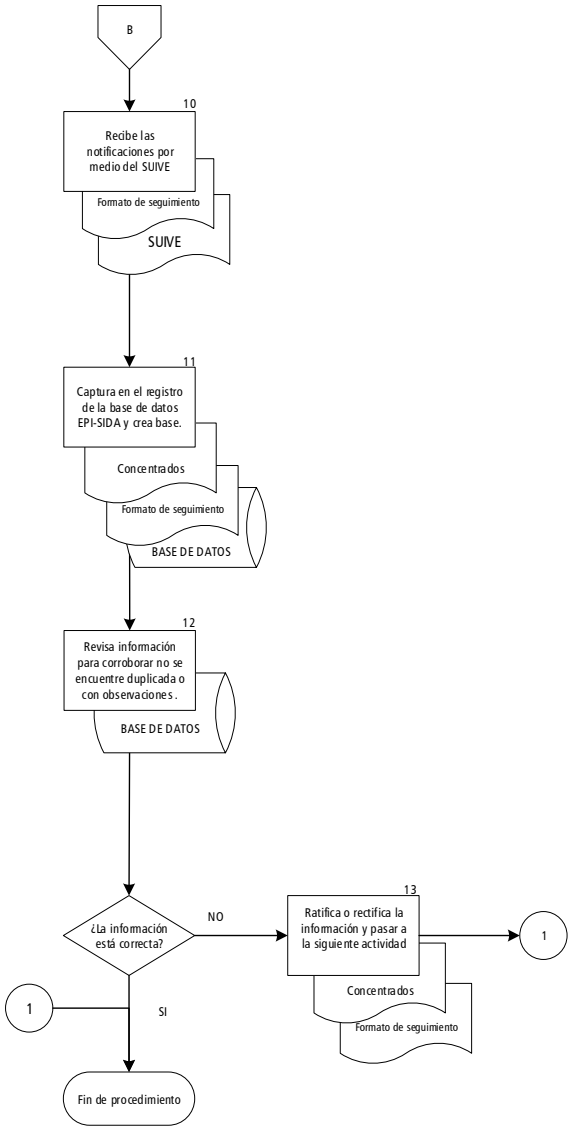
DIAGRAMA DE FLUJO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÍGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
Instituciones de Salud/ Responsable de vigilancia epidemio Jurisdiccional
Laboratorio
Instituciones de salud
A
6
Recibe documentos y lineamientos técnico-normativos
Formato de notificación
Estudio epidemiológico VIH-SIDA
7
Recibe paciente con sintomatología y refiere a pruebas de laboratorio.
Formato de notificación
Estudio epidemiológico VIH-SIDA
8
Toma muestra ratifica, o rectifica el resultado VIH-SIDA o seros positivos.
Registro Estatal de casos
9
Realiza captura
Formato VIH-SIDA-2013-1
SUIVE
Registro estatal.
B

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Responsable Estatal del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA



7.11.51.PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES (SEED)

Tiempo Promedio: 15 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Walterio Sánchez Rodríguez **Responsable de Coordinación Operativa de Estadísticas Vitales** **WSR (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con información de calidad sobre la Mortalidad para apoyar la Vigilancia Epidemiológica, para la toma de decisiones y evaluar el impacto significativo de los programas prioritarios.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA-2012. En Materia de Información en Salud. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2012, Para la Vigilancia Epidemilógica. 3. Criterios de Verificación CIE 10. Auxiliares de codificación clínica con base en la CIE-10. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 5. Ley General de Salud. 6. Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. 7. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 8. Criterio de agrupación de las principales causas de enfermedad conforme a la CIE-10. 9. ISO 9001:2008. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGIS. 2. La información generada del SEED debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud NOM-035-SSA2-2012.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a la Coordinación de Estadísticas Vitales para la integración de información proporcionada por las Jurisdicciones Sanitarias.
Recursos	Certificados de Defunción, Certificados de Muerte Fetal, Memorándum, Cuadro de distribución, Formato de certificado recibido, Base de datos SEED, Formato de recepción, Base mensual, Anexo #8 de INEGI, Base de datos extemporáneos.

Glosario	SEED: Sistema Epidemiológico, Estadística de Defunciones. CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud décima revisión. Certificado de Defunción: Formato único nacional establecido por la Secretaria de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho. Certificado de Muerte Fetal: Formato único nacional establecido por la Secretaria de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud décima revisión: Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparabilidad nacional e internacional. Defunción (muerte, fallecimiento): Desaparición permanente de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después de ser declarado vivo. Defunción (muerte, fallecimiento) Fetal: Pedida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. DGIS: Dirección General de Información en Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES (SEED).

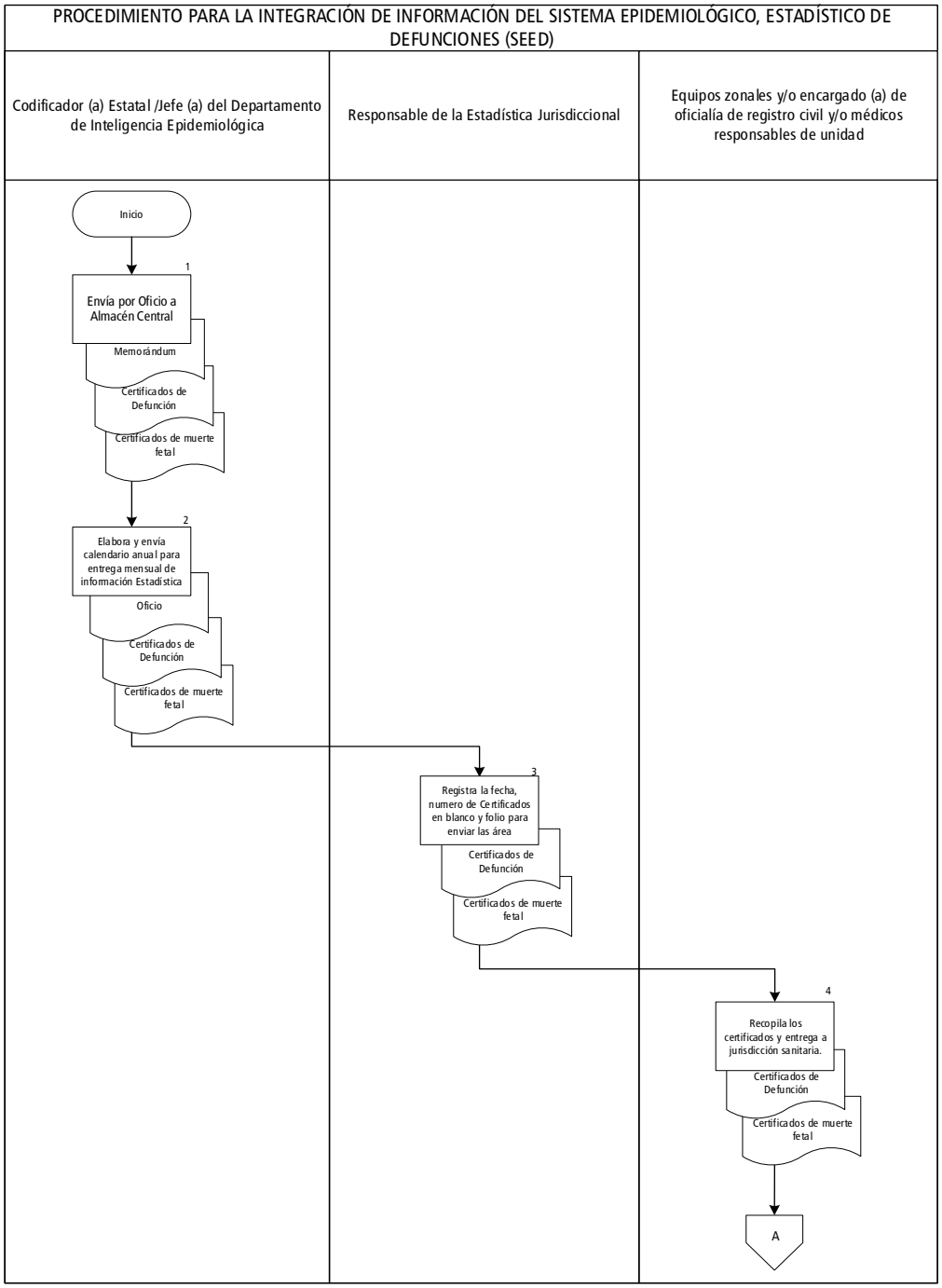
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Codificador/a Estatal / Jefe/a del Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Envía por Memorándum a Almacén Central el cuadro de distribución de Certificados de Defunción y Certificados de Muerte Fetal. Nota: En caso de que alguna Jurisdicción Sanitaria requiera una dotación extra de Certificados se enviará cuadro de distribución	Memorándum Cuadro de distribución Certificados de defunción Certificados de Muerte Fetal
2		Elabora y envía por Oficio a Jurisdicciones Sanitarias el calendario anual para la entrega mensual de información Estadística. Nota: Envía también a la Dirección de Atención a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica calendario anual para la entrega mensual de información Estadística.	Oficio Cuadro de distribución. Certificados de Defunción Certificado de Muerte Fetal
3	Responsable de la estadística jurisdiccional	Registra la fecha, número de certificados en blanco y folio. Verifica folios inicial y final envió a cada área administrativa y /o unidad médica.	Certificados de defunción. Certificado de muerte fetal
4	Equipos zonales y/o encargado/a de oficialía de registro civil y/o médicos responsables de unidad	Recopila los certificados de cada unidad administrativa y/o unidad médica para entregan a la Jurisdicción Sanitaria.	Certificados de defunción. Certificado de muerte fetal

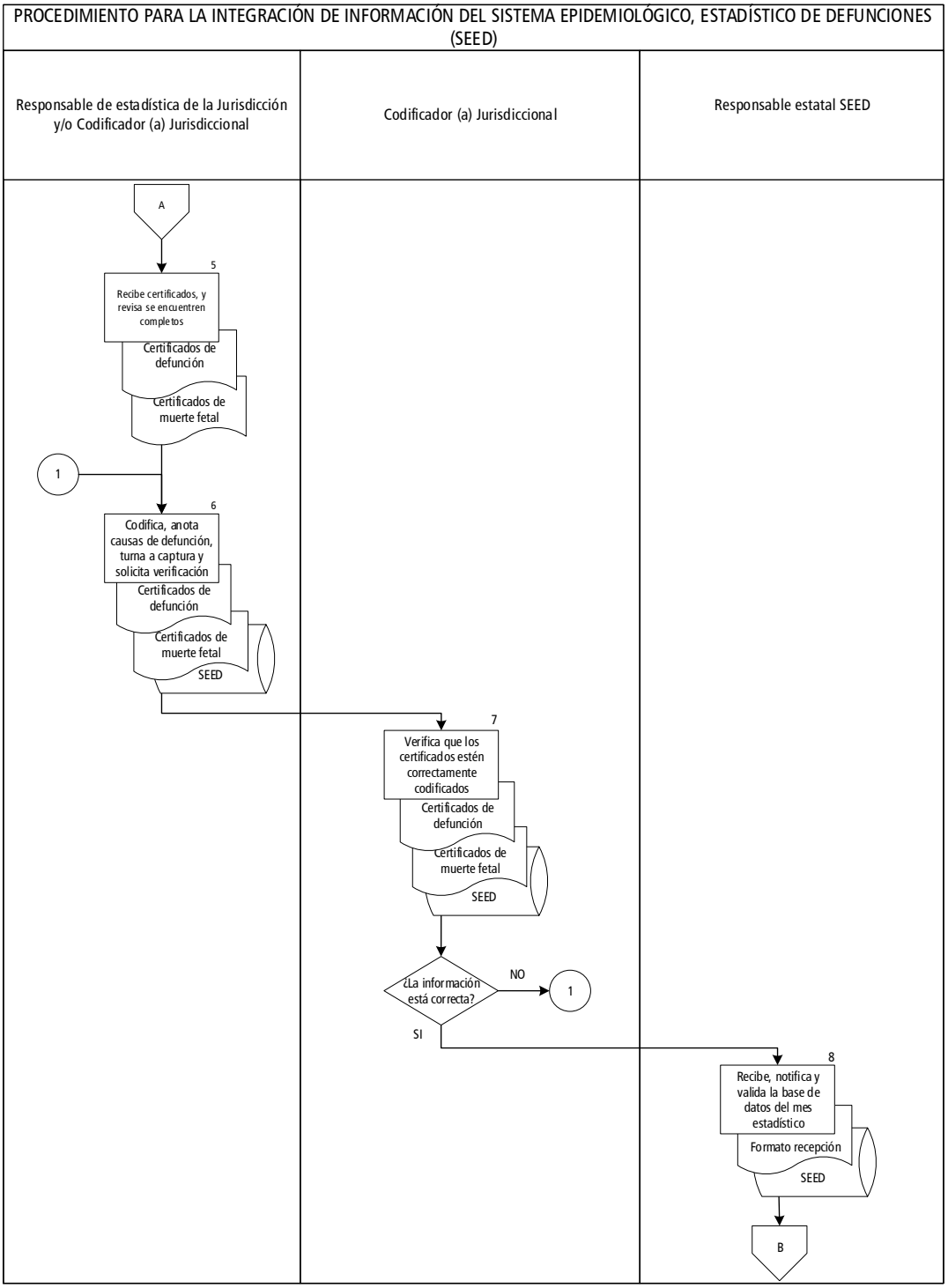
5	Responsable de estadística de la Jurisdicción y/o codificador/a Jurisdiccional	Recibe los certificados, revisa que se encuentren completos según el folio, y que sean correspondientes a la jurisdicción.	Certificados de defunción. Certificado de muerte fetal
6		Codifica y anota (de acuerdo al CIE-10) en el certificado todas las causas de defunción, turna el lote codificado para captura y solicita verificación a epidemiológico jurisdiccional. Toda la captura se genera en una base de datos. Nota: En caso de existir capturista jurisdiccional, turnará para su captura. Nota: En caso de existir un error, corregir.	Certificados de defunción Certificado de muerte fetal Base de datos SEED
7	Coordinador/a Jurisdiccional de Estadística	Verifica que los certificados estén correctamente codificados de acuerdo a los criterios establecidos en el CIE-10 ¿La información está correcta? No: Continúa actividad 6 para su corrección. Si: Continúa en actividad 8 para enviar.	Certificados de defunción. Certificado de muerte fetal. Base de datos SEED
8	Responsable Estatal SEED	Recibe, notifica y valida la base de datos del mes estadístico del SEED de las Jurisdicciones Sanitarias. Nota: Esta actividad se realiza de acuerdo a las especificaciones bibliográficas.	Formato de Recepción. Base de datos SEED
9	Codificador/a Estatal y Responsable Estatal del SEED	Realiza la comparación entre lo reportado en sistema contra los certificados de defunción.	Base de datos SEED. Certificados de defunción Certificados de

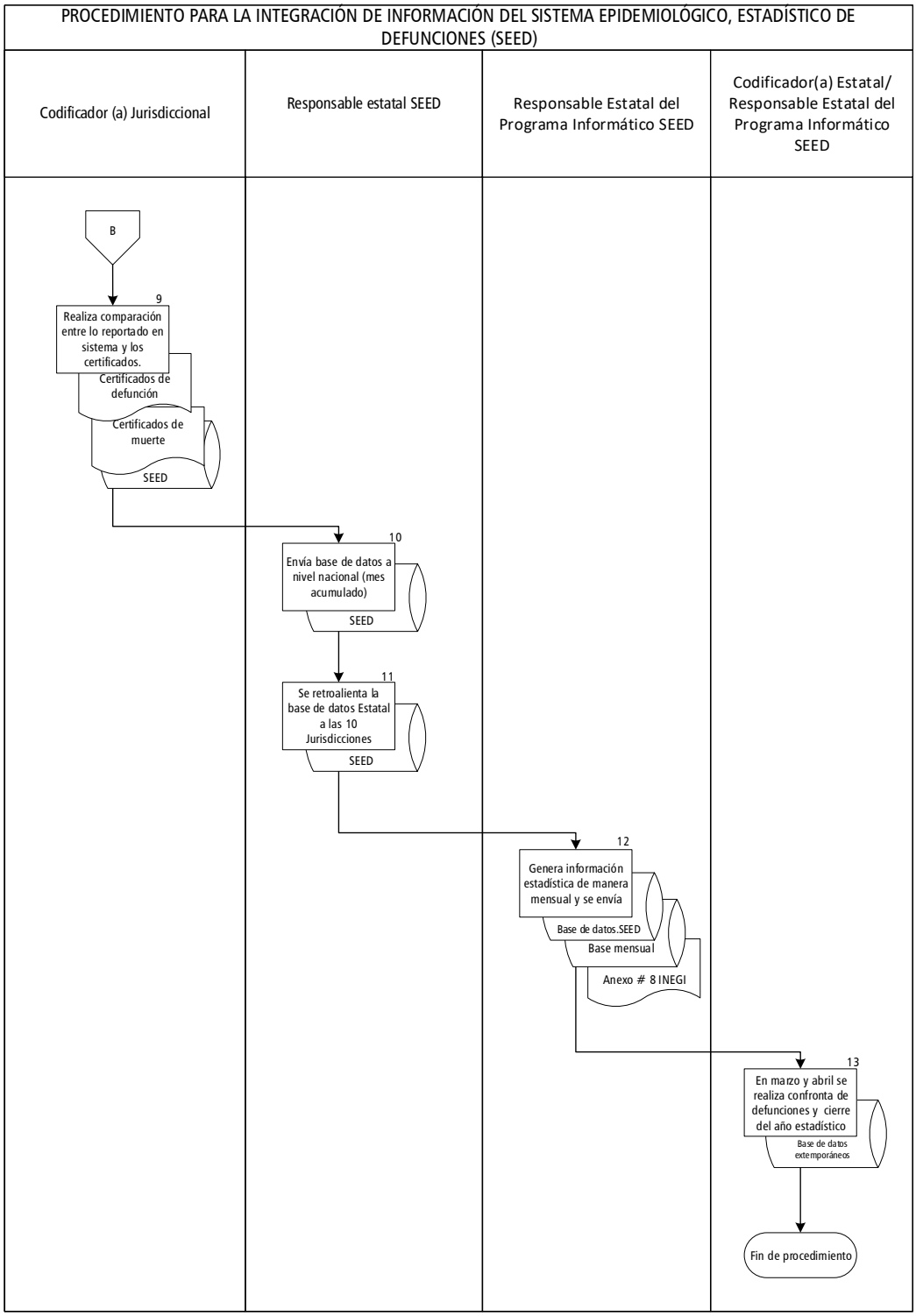
			muerte fetal
10	Responsable estatal SEED	Envía base de datos a nivel nacional por medio de correo electrónico o página de descargas (mes acumulado). Nota: En caso de existir observaciones por parte de la DGIS, se envía ratificación o rectificación según corresponda.	Base de datos SEED
11		Una vez enviado el SEED a la DGIS, se procede a retroalimentar la base de datos estatal a las 10 Jurisdicciones.	Base de datos SEED
12	Responsable Estatal del Programa InformáticoSEED	Genera información estadística de manera mensual para la Dirección de Atención a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, Salud Reproductiva y equipo técnico Médico Estatal BIRMM. También se considerará enviar información a Coordinación de vigilancia. Nota: Coordinación de Vigilancia realizará las debidas rectificaciones o ratificaciones sobre la causa básica en certificados de defunción de los Programas Prioritarios (Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Maternas, Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Tuberculosis, SIDA). Nota: No aplica todos los meses sólo cuando exista ratificación o rectificación.	Base mensual. Base de datos.SEED. Anexo # 8 de INEGI
13	Codificador/a Estatal y Responsable Estatal del	Realiza confronta de las defunciones contra los sistemas SAEH y SINAC en los meses de marzo y abril También realiza el cierre del año	Base de datos con extemporáneos.

	Programa Informático SEED	estadístico del SEED, se envían certificados extemporáneos y las ratificaciones o rectificaciones realizadas en la base de datos cuando aplique.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES (SEED).




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO, ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES (SEED)
Responsable de estadística de la Jurisdicción y/o Codificador (a) Jurisdiccional
Codificador (a) Jurisdiccional
Responsable estatal SEED
A
5
Recibe certificados, y revisa se encuentren completos
Certificados de defunción
Certificados de muerte fetal
1
6
Codifica, anota causas de defunción, turna a captura y solicita verificación
Certificados de defunción
Certificados de muerte fetal
SEED
7
Verifica que los certificados estén correctamente codificados
Certificados de defunción
Certificados de muerte fetal
SEED
¿La información está correcta?
NO
1
SI
8
Recibe, notifica y valida la base de datos del mes estadístico
Formato recepción
SEED
B


PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO, ESTADÍSTICO DE DEFUNCIONES (SEED)
Codificador (a) Jurisdiccional
Responsable estatal SEED
Responsable Estatal del Programa Informático SEED
Codificador(a) Estatal/ Responsable Estatal del Programa Informático SEED
B
9
Realiza comparación entre lo reportado en sistema y los certificados.
Certificados de defunción
Certificados de muerte
SEED
10
Envía base de datos a nivel nacional (mes acumulado)
SEED
11
Se retroalienta la base de datos Estatal a las 10 Jurisdicciones
SEED
12
Genera información estadística de manera mensual y se envía
Base de datos.SEED
Base mensual
Anexo # 8 INEGI
13
En marzo y abril se realiza confronta de defunciones y cierre del año estadístico
Base de datos extemporáneos
Fin de procedimiento

7.11.52. PROCEDIMIENTO DE TEMPERATURAS EXTREMAS

Tiempo Promedio: 2 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Javier Octavio Herrera Rubio Responsable de Urgencias Epidemiológicas JOHR (DIEAS) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Artúro Molina Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las acciones necesarias para proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por las temperaturas extremas considerándose como una emergencia en salud, a través de la aplicación de las medidas preventivas y de control, con base en los componentes de acción establecidos en el programa.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. 2. Organización mundial de la salud. alertas y respuestas mundiales. 3. Lineamientos para la emisión de alertas epidemiológicas en los diferentes niveles técnico-administrativos. 4. ISO 9001:2008. 5. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de fecha 8 de febrero de 2013. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2. La información generada de monitoreo Diario debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para: Jurisdicciones Sanitarias, hospitales generales, hospitales integrales centros de salud y población en general.
Recursos	Formato de temperaturas extremas, Minuta del CEVE, Resultados de autopsias, Certificado de defunción.
Glosario	Alerta: Etapa correspondiente a la fase del "antes" dentro del ciclo de un evento, que significa la declaración formal de ocurrencia cercana o inminente. En Salud, además, corresponde a la declaración de riesgo de diseminación de enfermedades. Atención de emergencias: Acciones que se deben desarrollar inmediatamente antes, durante y después de un evento con la finalidad de minimizar las pérdidas de vidas humanas y el incremento de enfermedades, con prioridad

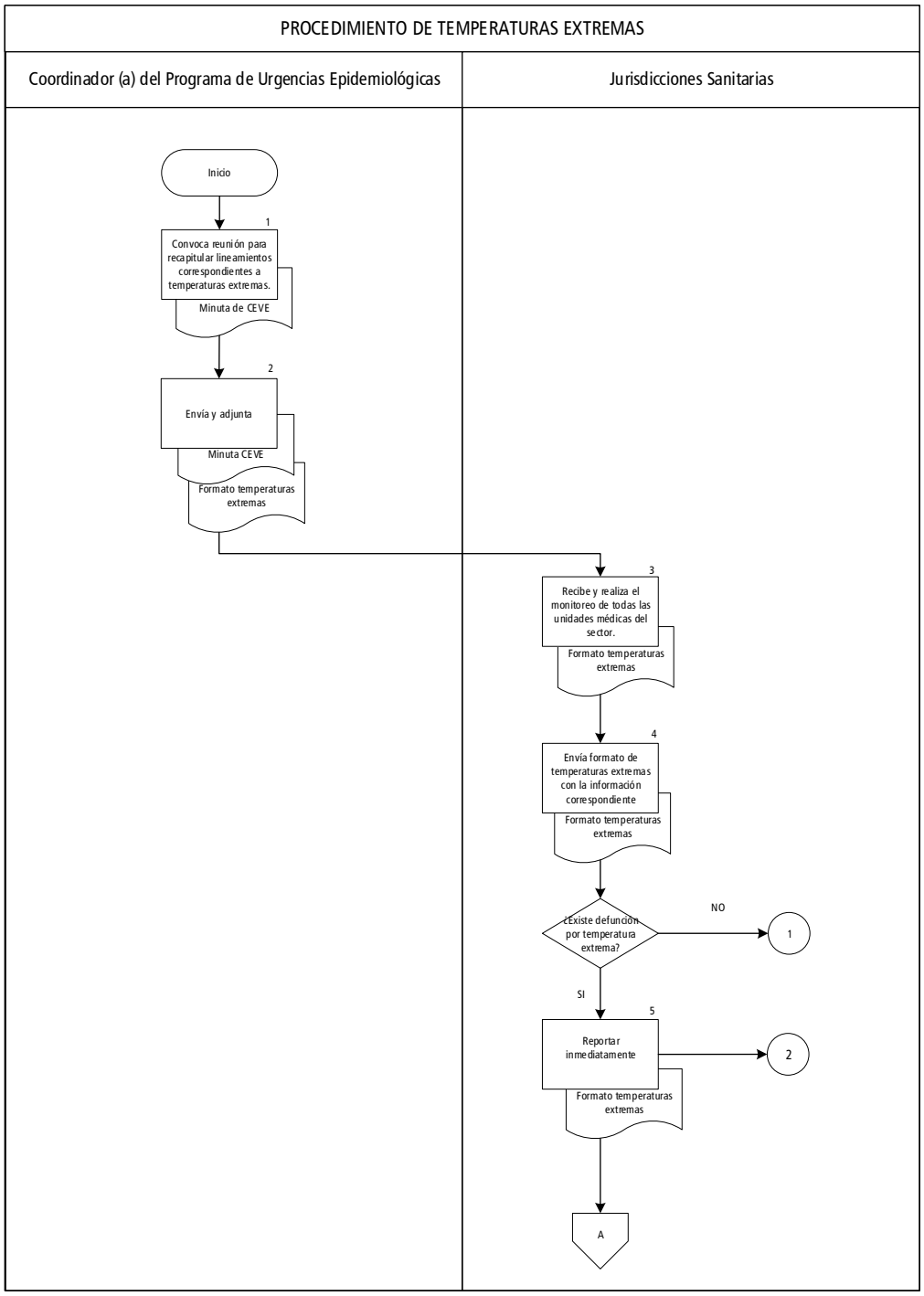
en la atención de la población vulnerable y damnificada.
Atención médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud física y mental.
Brote: Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí.
Desastre: Acontecimiento que rebasa en forma repentina la capacidad de respuesta normal de un sistema social, puede ser provocado por la ocurrencia de fenómenos geológico, hidrometeorológicos, sociales, fisicoquímicos, ecológico, y sanitarios. Es cualquier evento, originado por algún fenómeno natural o producido por el hombre, que ocasiona daño, trastornos ecológicos, pérdidas de vidas humanas o deterioro de la salud y daños a los servicios de salud, en una magnitud suficiente para ameritar una respuesta extraordinaria desde fuera de la comunidad o área afectada.
Emergencia: Situación o condición anormal que puede causar un daño a la sociedad y/o generar o propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general.
Emergencia en salud: Es considerada todo evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública a causa de la propagación de una enfermedad y exige una respuesta inmediata y coordinada.
Golpe de calor: El organismo no puede regular la temperatura extrema, la persona presenta súbitamente fiebre igual o mayor a 39oC. Puede presentarse confusión mental, estupor, pérdida de la conciencia y coma.
Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de algún fenómeno.
Tormenta tropical: Un ciclón tropical bien organizado, de núcleo caliente, en el que el viento en máximo en superficie es de una intensidad de 63 a 117 km/h.
Urgencia epidemiológica: Es un daño a la salud originado por la presencia de agentes microbiológicos, químicos o tóxicos, que ocasionan brotes o epidemias, incluyendo las enfermedades reemergentes o exóticas. (OPS/OMS)
CENAPRECE: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
CEVE: Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica.

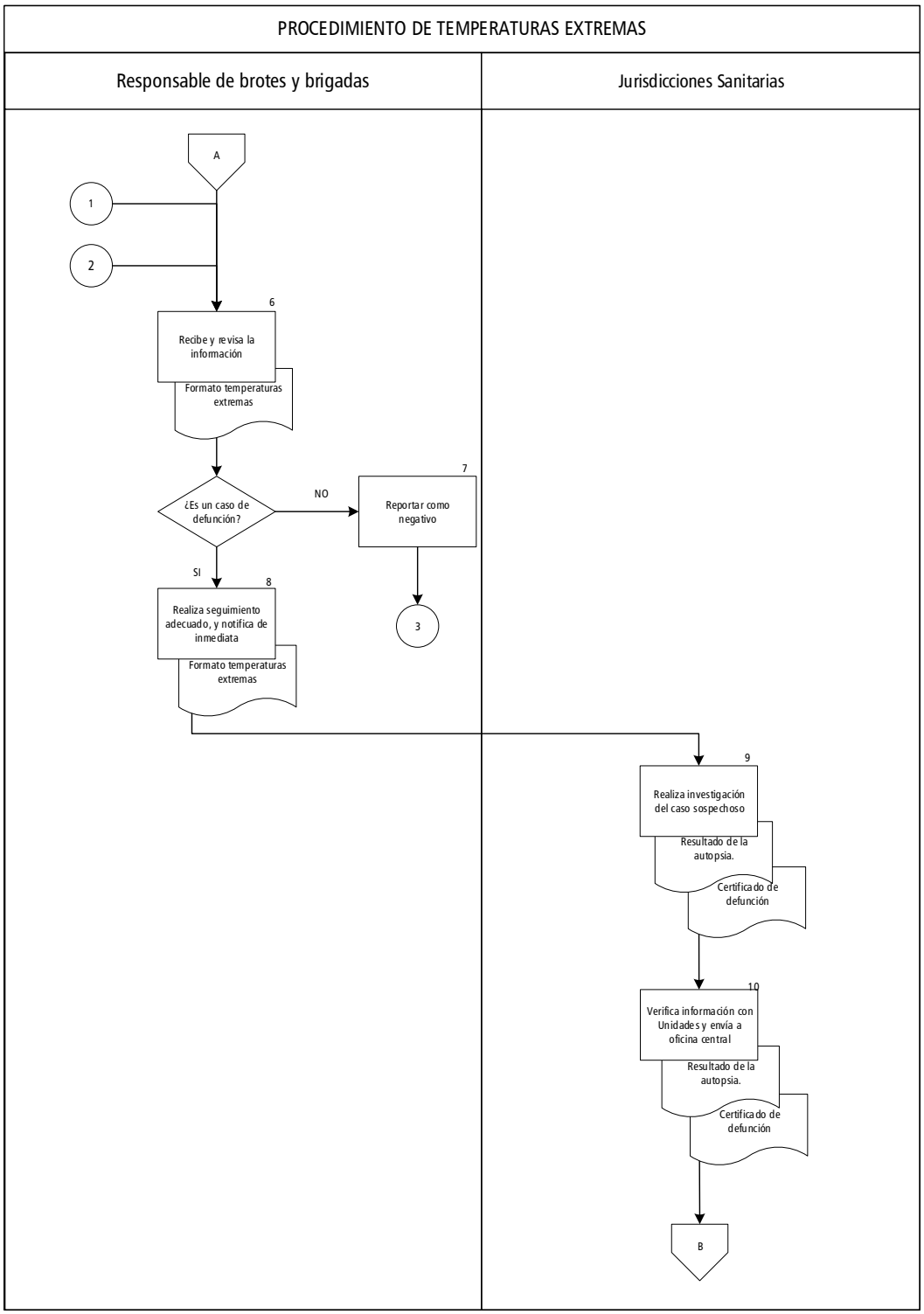
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TEMPERATURAS EXTREMAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a del Programa de Urgencias Epidemiológicas	Convoca reunión el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica para recapitular los lineamientos correspondientes a las temperaturas extremas.	Minuta del CEVE
2		Envía la minuta del CEVE por correo electrónico y sumado a esto adjunta el formato de temperaturas extremas.	Minuta del CEVE Formato de temperaturas extremas
3	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe formato y realiza el monitoreo de todas las unidades médicas del sector.	Formato de temperaturas extremas
4		Envía semanalmente el formato de temperaturas extremas con la información correspondiente. ¿Existe defunción por temperatura extrema? Si: Continúa en actividad 5. No: Continúa con actividad 6.	Formato de temperaturas extremas
5		Reportar inmediatamente. Nota: En cuanto se tenga se debe incluir el soporte como lo es: certificado de defunción y/o reporte del Servicio Médico Forense.	Formato de temperaturas extremas
6	Responsable de brotes y brigadas	Recibe y revisa la información. ¿Es un caso de defunción por temperatura extrema? Si: Continúa con actividad 8. No: Continúa con actividad 7.	Formato de temperaturas extremas
7		Reporta como negativo en caso de	

		que la defunción no sea a causa de temperaturas extremas. **Fin del procedimiento.**	
8		Realiza el seguimiento adecuado, y notifica de manera inmediata a Dirección General de Epidemiologia (DGE), federación y mandos superiores. Nota: Notifica con la leyenda: “posible caso de defunción por temperatura extrema”.	Formato de temperaturas extremas
9	Jurisdicciones Sanitarias	Realiza la investigación del caso sospechoso.	Resultados de autopsias. Certificado de defunción
10		Verifica la información con las unidades médicas, ya sea por una autopsia, etc. y la envían a oficina central.	Resultados de Autopsias, Certificado de defunción u otros
11	Responsable de brotes y brigadas	Recaba el certificado de defunción (en el que se indica que la causa principal de muerte es derivada por temperatura extrema) y valida.	Certificado de defunción
12		Envía una copia a la federación junto con el formato de temperaturas extremas confirmando el caso de muerte.	Certificado de defunción. Formato de temperaturas extremas
Fin del procedimiento			

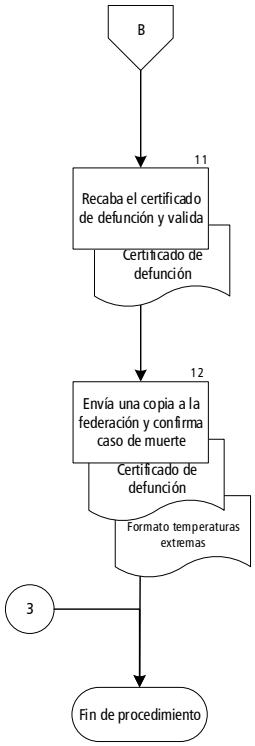
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE TEMPERATURAS EXTREMAS.




PROCEDIMIENTO DE TEMPERATURAS EXTREMAS
Responsable de brotes y brigadas
Jurisdicciones Sanitarias
A
1
2
6
Recibe y revisa la información
Formato temperaturas extremas
¿Es un caso de defunción?
NO
7
Reportar como negativo
3
SI
8
Realiza seguimiento adecuado, y notifica de inmediata
Formato temperaturas extremas
9
Realiza investigación del caso sospechoso
Resultado de la autopsia.
Certificado de defunción
10
Verifica información con Unidades y envía a oficina central
Resultado de la autopsia.
Certificado de defunción
B

PROCEDIMIENTO DE TEMPERATURAS EXTREMAS

Responsable de brotes y brigadas



7.11.53. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES

Tiempo Promedio: 30 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan Carlos Moreno Guzmán **Responsable Rstatal del Programa SISVEA** **JCMG (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Concentrar la información relacionada a adicciones de las jurisdicciones sanitarias para coadyuvar en el control y la disminución de los casos

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. 2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 3. Ley General de Salud. 4. Regla 5. mento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 6. El programa contra el Alcoholismo y el Abuso de las Bebidas Alcohólicas. 7. El programa contra el Tabaquismo. 8. El programa contra la farmacodependencia. Políticas de operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2. La información generada de monitoreo Diario debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a las áreas de adicciones (Consejos tutelares, servicios médicos Forenses, Centros de Tratamientos de drogadicción y Hospitales Urgencias Centinela) a nivel estatal.
Recursos	Formatos SISVEA, Lineamientos, Base de datos, Calendario Epidemiológico SISVEA.
Glosario	JS: Jurisdicción Sanitaria Abuso: Consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin la relación con la terapéutica habitual. Abstinencia o Supresión: Estado fisiológico provocado por la abstinencia de la sustancia, se mide por la aparición de síntomas de la abstinencia (temblor matutino y malestar

que se alivia con el consumo), después de abandonar o reducir el consumo.

Adicción: Necesidad que desarrolla un organismo, de una situación, objeto, o de consumir una sustancia para experimentar sus efectos y de cuya presencia física depende para seguir su funcionamiento.

Alucinógenos: Sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan la psicosis.

Alcohol etílico o etanol: Es un depresor primario y continuo del SN C, que se produce por la fermentación del almidón.

Adicto o farmacodependiente: Persona con dependencia a uno o más sustancias psicoactivas.

Centros de tratamiento no gubernamentales: Son centros de tratamiento o rehabilitación de asociaciones civiles que atienden a individuos usuarios de substancias psicoactivas.

Centros de tratamiento gubernamentales (centros de integración juvenil): Centros que brindan atención curativo-rehabilitadora a personas que tienen problemas de salud siendo usuarias de sustancias psicoactivas, extendiendo sus asesorías a familiares.

SISVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

Cocaína: Potente estimulante del sistema nervioso central que produce aumento de estado de alerta, sentimientos de enfuria intensos, inhibición del apetito y de la necesidad de dormir.

Consumo de Sustancias Psicoactivas: Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean tóxicos naturales o químicos sintéticos.

Droga: Aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

Drogas ilegales: Llamadas también no médicas o duras, son aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar el sistema nervioso central.

Drogas de diseño sintéticas: Sustancias con estructura química, semejante a las naturales y con efectos psicoactivos, sintetizadas en laboratorios. Se ha realizado una división en 4 grupos:

1. Estimulantes (éxtasis).
2. Otros estimulantes (metanfetaminas).
3. Alucinógenos (ácidos como LSD).
4. Opioides.

Droga de Impacto: Droga que el paciente refiere con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de la salud, familiar, laboral o legal, que motiva principalmente la demanda de tratamiento.

Droga de inicio: De acuerdo con la información aportada por el propio paciente, es la primera droga consumida.

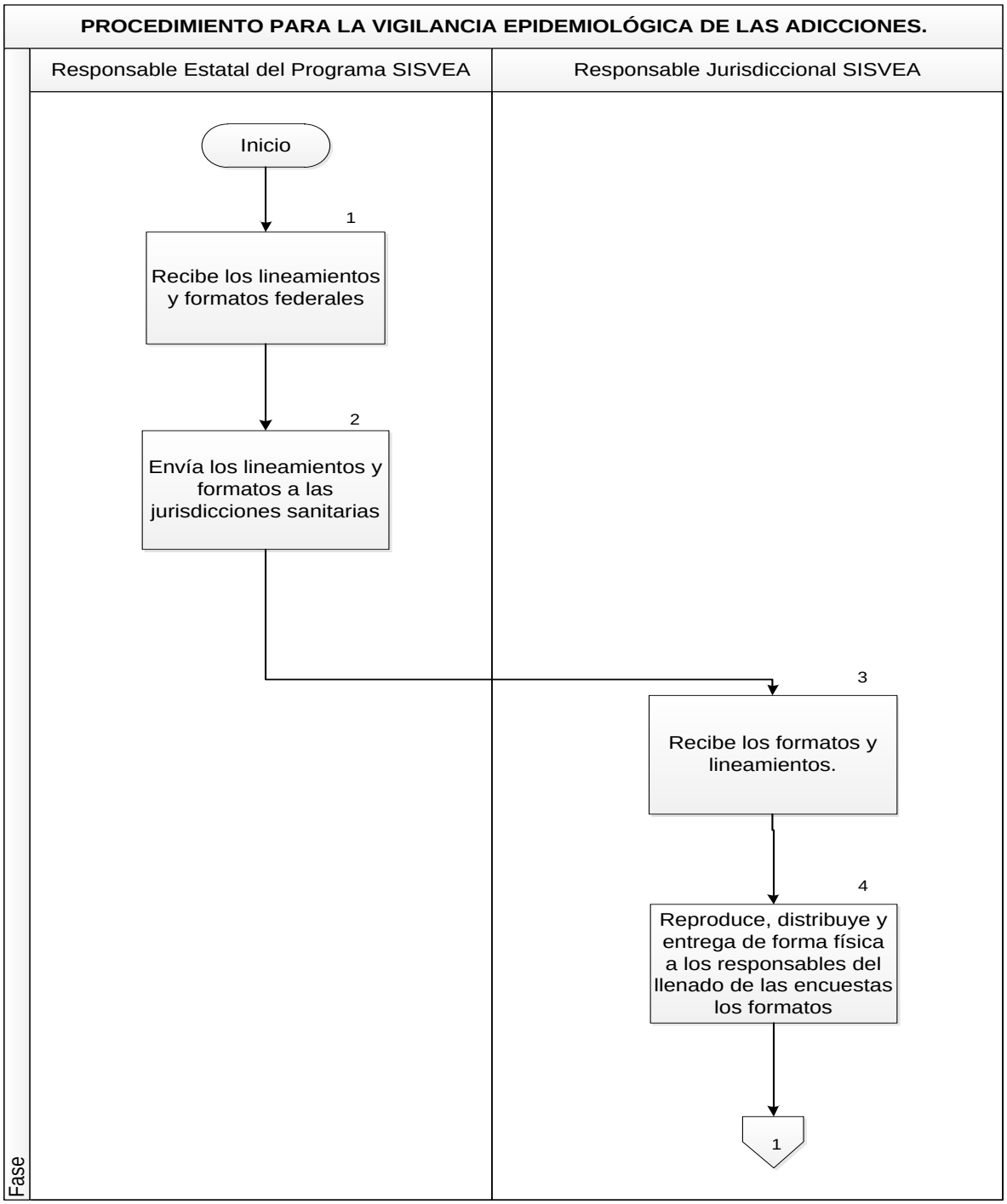
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES.

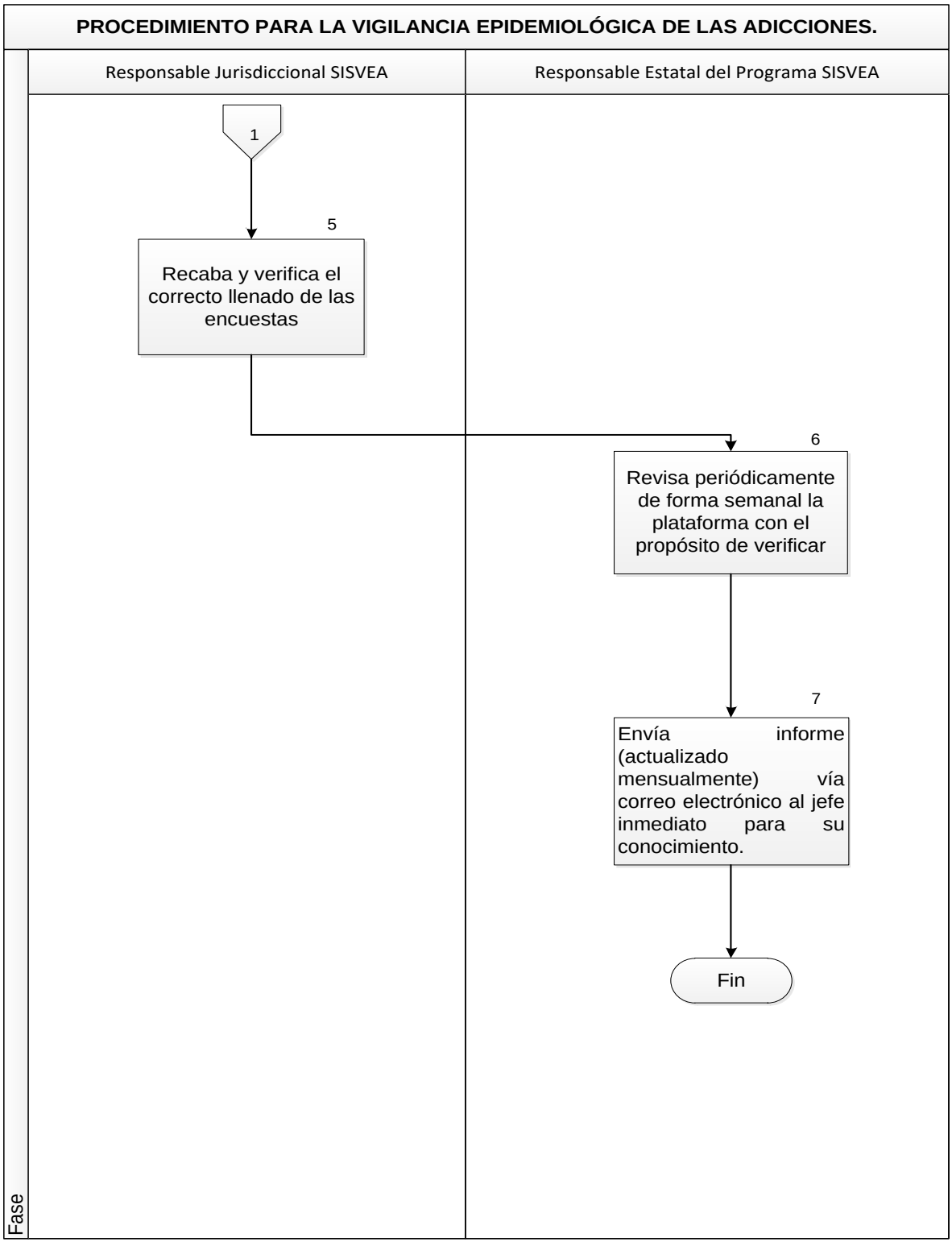
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal del Programa SISVEA	Recibe los lineamientos y formatos federales que son enviados por parte de la Dirección General de Epidemiologia.	Lineamientos y Formatos
2	Responsable Estatal del Programa SISVEA	Envía los lineamientos y formatos a las jurisdicciones sanitarias vía correo electrónico.	Lineamientos y Formatos
3	Responsable Jurisdiccional SISVEA	Recibe los formatos y lineamientos.	Lineamientos y Formatos
4	Responsable Jurisdiccional SISVEA	Reproduce, distribuye y entrega de forma física a los responsables del llenado de las encuestas los formatos de Centros de Tratamiento (Drogas), Consejos Tutelares, Servicios Médicos Forense y Hospitales Centinela de Urgencias según corresponda.	Formatos Federales Encuestas

5	Responsable Jurisdiccional SISVEA	Recaba y verifica el correcto llenado de las encuestas (Drogas, Forense, Tutelar de Menores y Hospitales de Urgencias), y realiza la captura de los formatos en Plataforma Sisvea en línea. Nota. Se notificara vía correo electrónico o telefónico a nivel estatal la información capturada mensual (opcional).	Formatos Federales Encuestas y Plataforma
6	Responsable Estatal del Programa SISVEA	Revisa periódicamente de forma semanal la plataforma con el propósito de verificar que se esté llevando a cabo la captura por parte de las jurisdicciones en la plataforma en línea y en la última semana de cada mes se genera un informe. Nota: En caso de no realizar captura y/o envío de información por parte de las jurisdicciones, se les estará notificando vía correo electrónico o telefónica a los responsables jurisdiccionales de la captura en la plataforma SISVEA, Nota 2: En base al manual del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, instructivo y formatos 2018 de la DGE, se realice el llenado correcto de encuestas (droga de Inicio – droga de Impacto) ya que son rubros obligatorios.	Plataforma

7	Responsable Estatal del Programa SISVEA	Envía informe (actualizado mensualmente) vía correo electrónico al jefe inmediato para su conocimiento. Nota 1: Cada vez que se haga el cambio del personal responsable se solicitara una clave para el uso de la plataforma.	Reporte Sisvea
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES.




PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES.
Responsable Jurisdiccional SISVEA
Responsable Estatal del Programa SISVEA
Fase
1
5
Recaba y verifica el correcto llenado de las encuestas
6
Revisa periódicamente de forma semanal la plataforma con el propósito de verificar
7
Envía informe (actualizado mensualmente) vía correo electrónico al jefe inmediato para su conocimiento.
Fin

7.11.54. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SERVICIOS.

Tiempo Promedio: 45 días naturales respecto al mes anterior

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Miguel Sánchez Ruiz **Responsable de la Coordinación operativa de Estadísticas de MSR (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Dirigir, organizar, capacitar, supervisar, validar monitorear, verificar y analizar el proceso de la información que generan las Unidades Médicas de forma homogénea continúa y oportuna, para facilitar la toma de decisiones garantizando la evaluación de la información.

Normas y Políticas de Operación	Normas: Criterios de Verificación del SIS. Lineamientos de la DGIS para el SIS. Manual de Procedimientos de Unidades Médicas del SIS (Formatos primarios, informe mensual, fuera de la unidad y especiales). Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para materia de información en salud (SIS). ISO 9001:2008. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGIS. 2. La información generada del SIS debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud NOM-035-SSA2-2012.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica al/la Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, Subdirector/a de Vigilancia Epidemiológica, Jefe/a del departamento de Inteligencia Epidemiológica, Coordinador/a Operativo/a de Estadísticas de Servicios, Estadígrafos/as estatales, Coordinadores/as o Responsables de Programas estatales y jurisdiccionales, Estadígrafo/a jurisdiccional y Responsables de las Unidades Médicas.
Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	SIS: Sistema de Información en Salud. Anuario Estadístico: Concentrado de las variables más relevantes de la Información de Servicios de Salud. Cubos Dinámicos: Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. INEGI: Instituto Nacional de Geografía de Información Estadística. DGIS: Dirección General de Información en Salud.

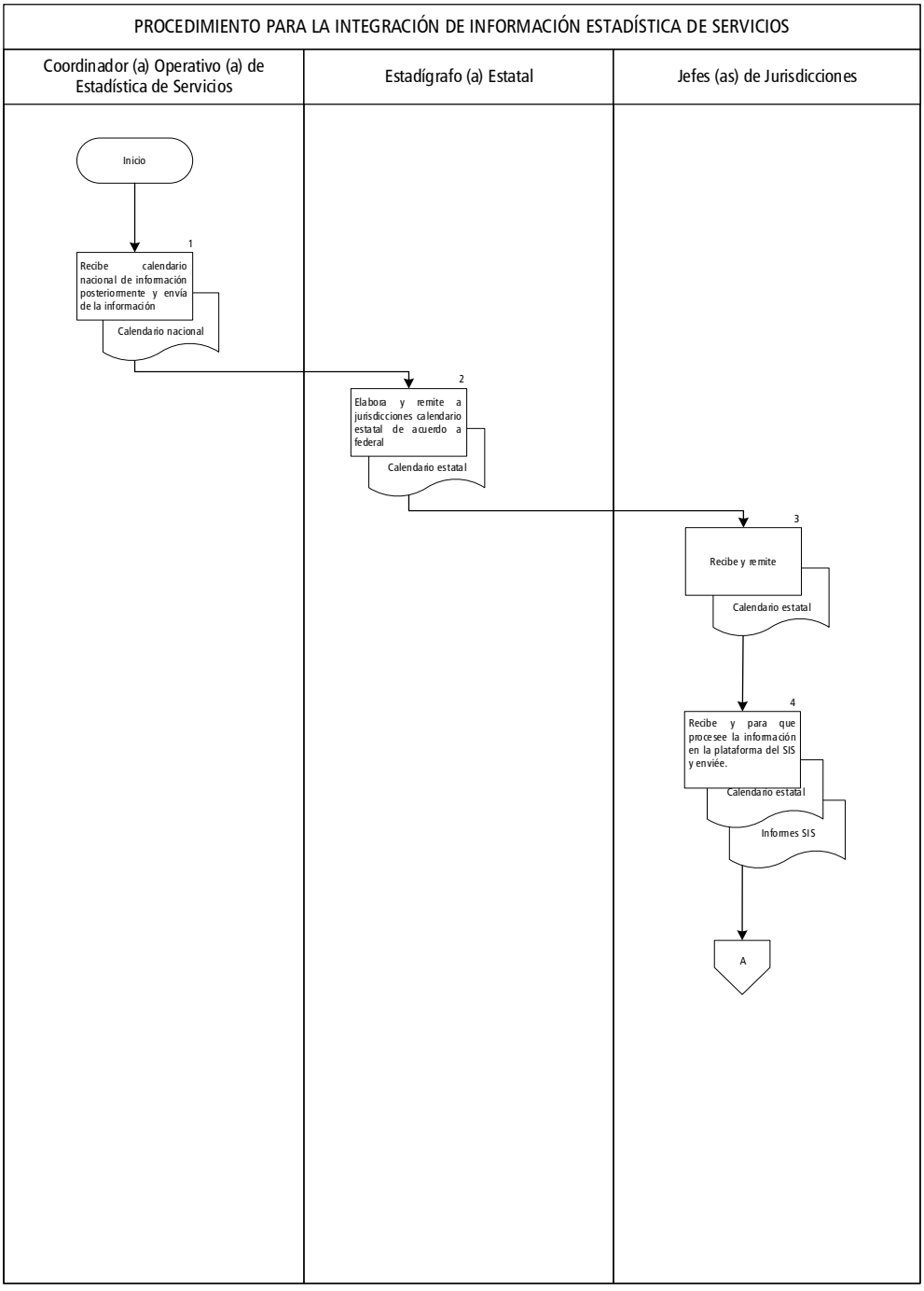
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SERVICIOS.

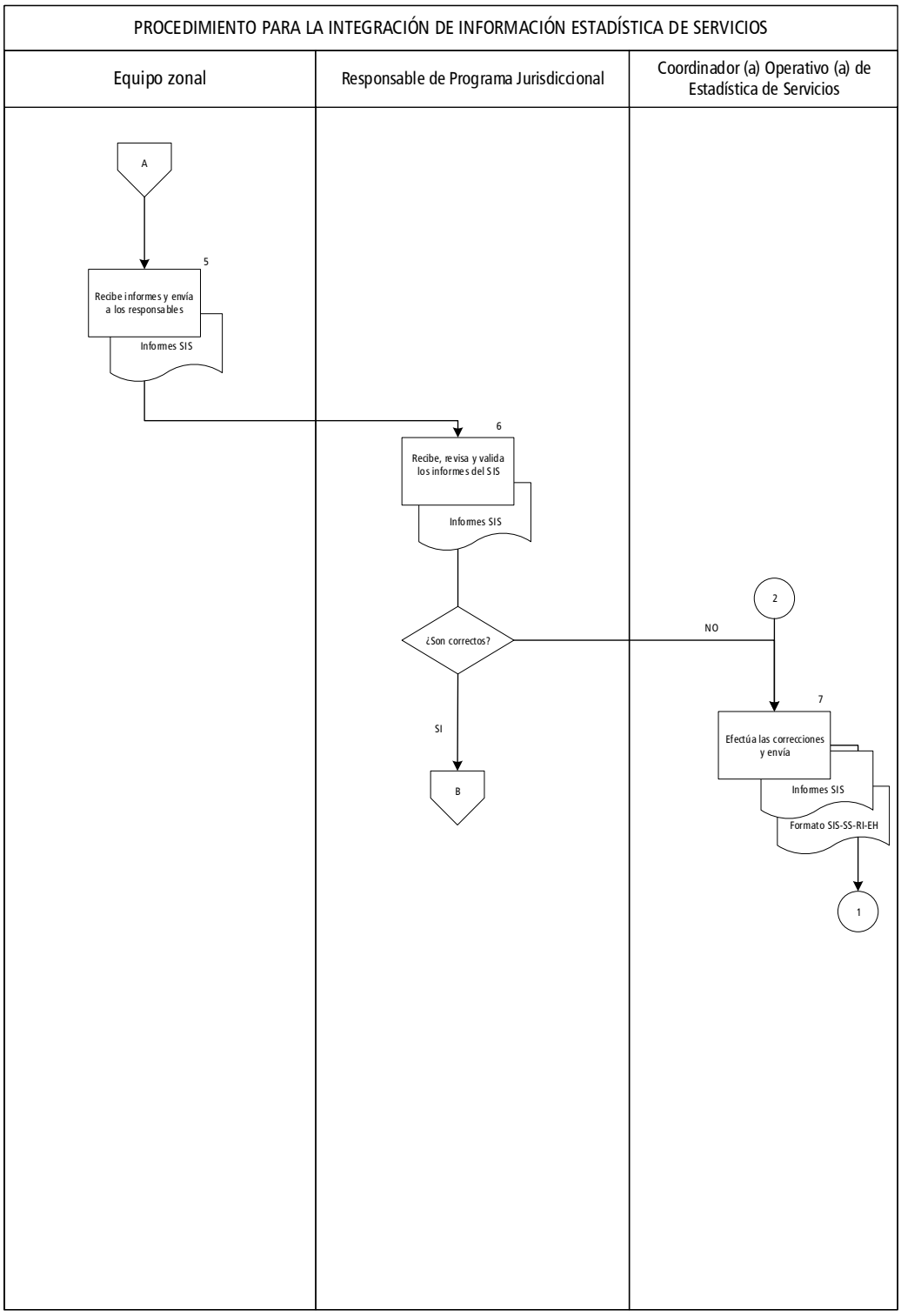
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Estadística de Servicios	Recibe por correo electrónico el calendario nacional de fechas de recepción de información enviado por la DGIS, posteriormente hace envío de la información. Envía fechas para la elaboración del calendario.	Calendario Nacional
2	Estadígrafo/a Estatal	Elabora y remite a jurisdicciones calendario estatal de acuerdo a federal en el cual se ajustan los tiempos con el propósito de estar en tiempos para la entrega a nivel nacional.	Calendario estatal
3	Jefes/as de Jurisdicciones	Recibe calendario Estatal.	Calendario estatal
4		Remite el Calendario Estadístico Estatal para que Coordinador/a responsable de programas procese la información de manera mensual en la plataforma del SIS, Coordinador/a enviará a equipo zonal. Nota: Esta actividad se realiza de acuerdo con las fechas y los lineamientos establecidos.	Calendario estatal Informes SIS
5	Equipo zonal	Recibe informes y envía a los responsables de los programas jurisdiccionales.	Informes SIS
6	Responsable de Programa Jurisdiccional	Recibe, revisa y valida los informes del SIS. ¿Los informes están correctos?	Informes SIS

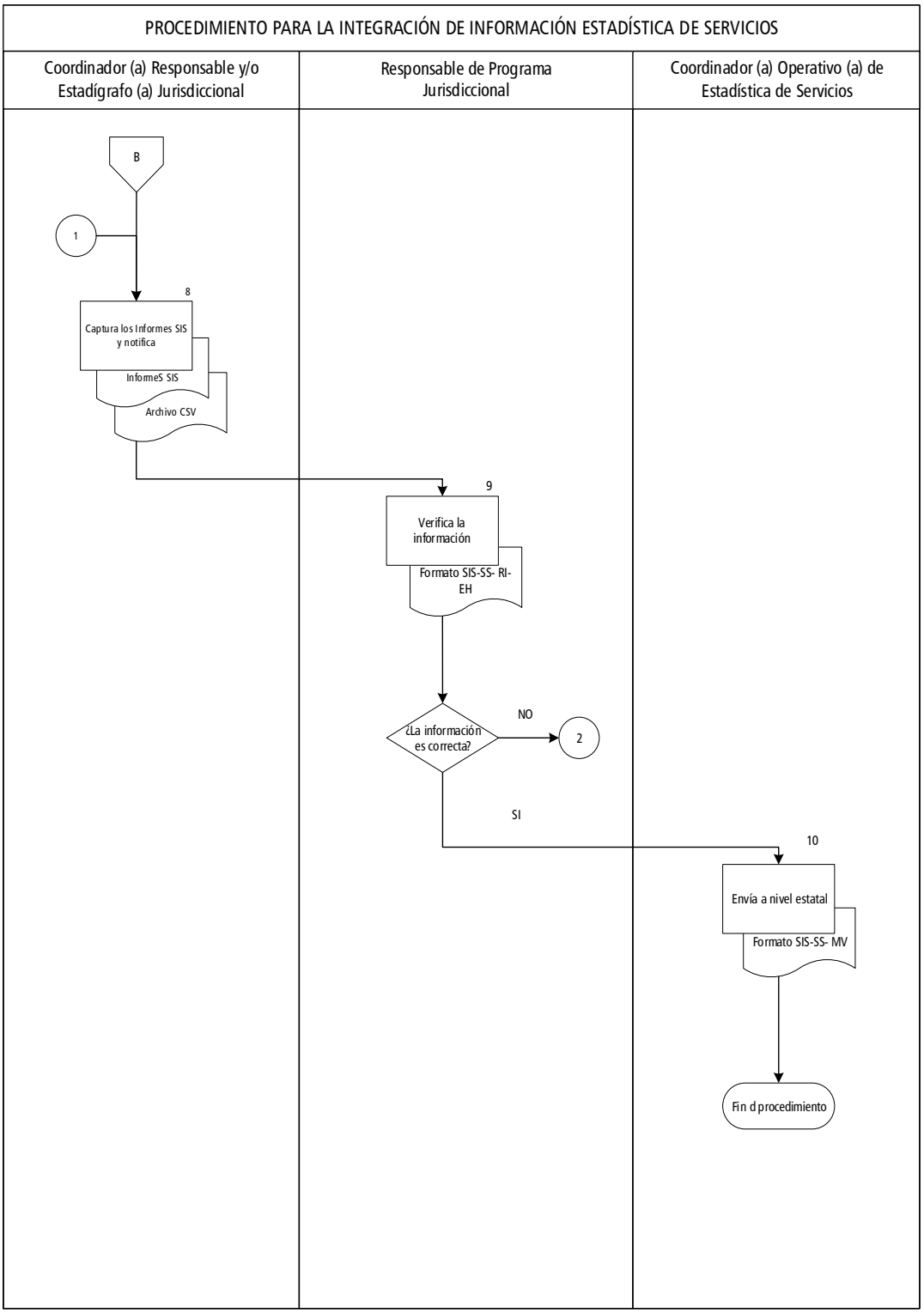
		Si: Continúa actividad 7. No: Continúa actividad 8.	
7	Coordinador/a Operativo/a de Estadística de Servicios	Efectúa las correcciones correspondientes y llena formato SIS-SS-RI-EH. Nota: Si las correcciones son solicitadas después de las fechas establecidas en el Calendario Estatal, el Estadígrafo Jurisdiccional debe enviar por correo electrónico el formato SIS-SS-RI-EH y realizar las debidas correcciones.	Formato SIS-SS-RI-EH
8	Coordinador/a Responsable y/o Estadígrafo/a Jurisdiccional	Captura los Informes SIS, en el archivo CSV para después subirlo al Módulo de Plataforma Integral de información en Salud de acuerdo con el Calendario Estatal posteriormente deberá notificar a los responsables.	Informe SIS. Archivo CSV
9	Responsable de Programa Jurisdiccional	Verifican a través de Cubos Dinámicos y Plataforma, si la información capturada coincide con la inicialmente entregada y cumple con los requisitos establecidos. ¿La información es correcta? Si: Continúa con actividad 10. No: Continúa con actividad 7. Nota: Si el responsable y/o estadígrafo omitió algunos datos y/o requiere de cambios en su información deberá llenar el formato Reporte de Incongruencias de la Información SIS-SS- RI-EH. Nota: Durante este proceso los Responsables de Programa Estatales detectan inconsistencias en la información por las que requieran de correcciones, deberá	Formato SIS-SS- RI-EH

		efectuar las correcciones y las entregue al estadígrafo jurisdiccional para su captura.	
10	Coordinador/a Operativo/a de Estadística de Servicios	Envía a nivel estatal el formato SIS-SS-MV monitoreo de validación de Información, debidamente requisitada y con todas las firmas.	Formato SIS-SS- MV
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SERVICIOS.




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SERVICIOS
Equipo zonal
Responsable de Programa Jurisdiccional
Coordinador (a) Operativo (a) de Estadística de Servicios
A
5
Recibe informes y envía a los responsables
Informes SIS
6
Recibe, revisa y valida los informes del SIS
Informes SIS
¿Son correctos?
NO
SI
B
2
7
Efectúa las correcciones y envía
Informes SIS
Formato SIS-SS-RI-EH
1


PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SERVICIOS
Coordinador (a) Responsable y/o Estadígrafo (a) Jurisdiccional
Responsable de Programa Jurisdiccional
Coordinador (a) Operativo (a) de Estadística de Servicios
B
1
8
Captura los Informes SIS y notifica
InformeS SIS
Archivo CSV
9
Verifica la información
Formato SIS-SS- RI-EH
¿La información es correcta?
NO
2
SI
10
Envía a nivel estatal
Formato SIS-SS- MV
Fin d procedimiento

7.11.55. PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Tiempo Promedio: 15 meses para el año estadístico

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Walterio Sánchez Ramirez **Responsable de Coordinación Operativa de Estadísticas Vitales** **WSR (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofia Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con información de calidad sobre los Egresos Hospitalarios de todos los niveles (Hospital, Jurisdiccional, Estatal y Nacional) para la toma de decisiones y evaluar el impacto significativo de los programas prioritarios.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012. En Materia de Información en Salud. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. 3. Criterios de Verificación de la CIE 9-MC. 4. Criterios de Verificación CIE 10. Auxiliares de codificación clínica con base en la CIE-10. 5. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 6. Ley General de Salud. 7. Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. 8. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 9. Lista mexicana para la selección de primeras causas de enfermedad. 10. Criterio de agrupación de las principales causas de enfermedad conforme a la CIE-10. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGIS. 2. La información generada del SAEH debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud NOM-035-SSA2-2012.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a la Coordinación de Estadísticas Vitales para la integración de información proporcionada por las unidades hospitalarias de los SSEP.
Recursos	Formatos Primarios, Formato de Recepción, Oficio, Calendario anual, Resultado de Validaciones, Reportes Filtros Base de Datos, Certificado de Defunción, Cuadro de distribución, Base de datos SAEH.

Glosario	CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud décima revisión. Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparabilidad nacional e internacional. DGIS: Dirección General de Información en Salud. Atención Hospitalaria: Se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la unidad. Clasificación de Procedimientos en Medicina: Estándar de usos obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos médicos: quirúrgicos y no quirúrgicos (diagnósticos y terapéuticos); que permite la comparabilidad nacional. Afección Principal: Situación diagnosticada al final de proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. SAEH: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). Egreso Hospitalario: Evento o salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS.

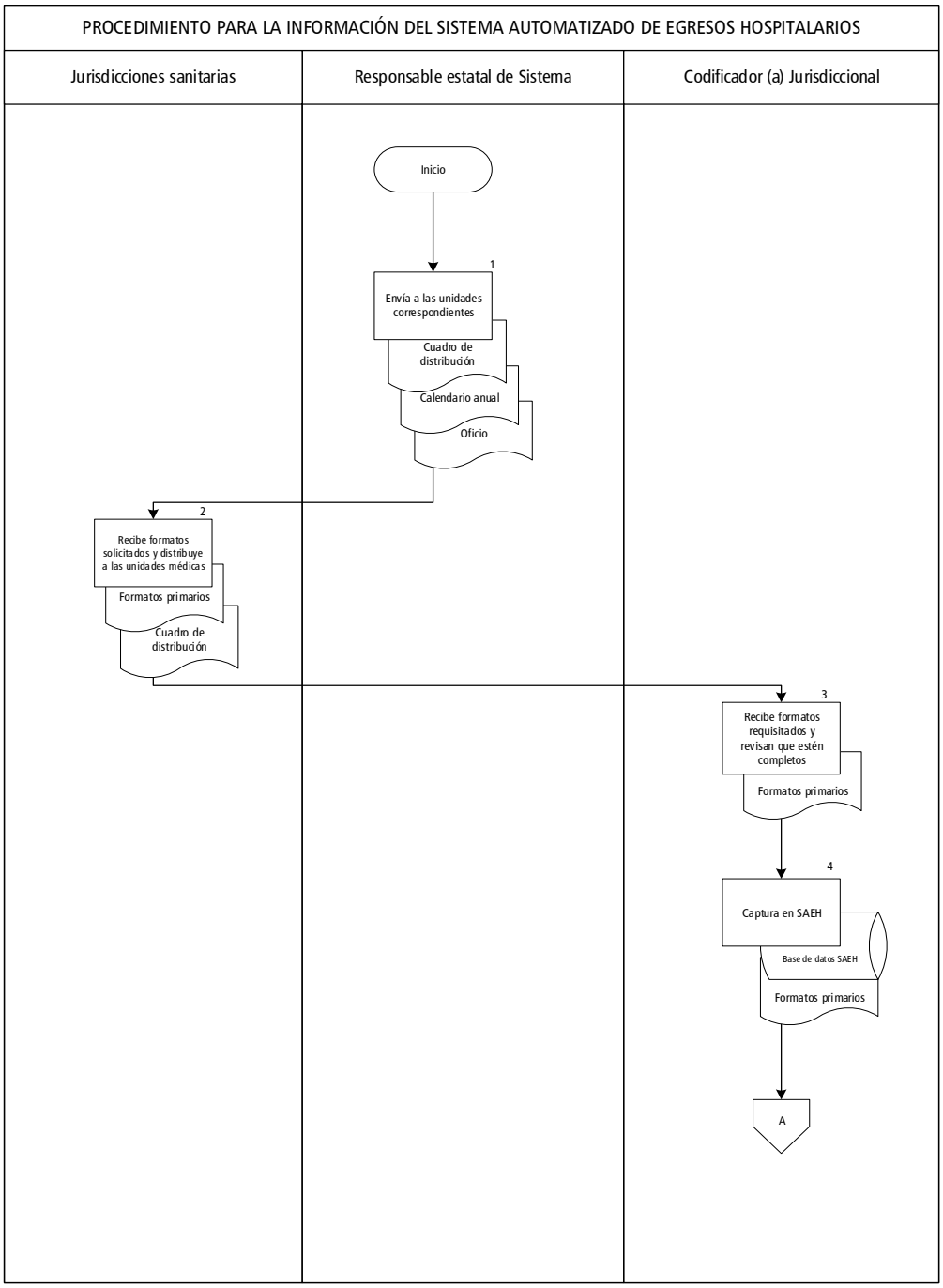
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal de Sistema	Envía Cuadro de Distribución de Formatos, así como el calendario anual para entrega de información estadística. **Nota**: El calendario también es	Cuadro de distribución Calendario Anual Oficio

		enviado a la Dirección de Atención a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica y Dirección de Protección Social en Salud para entrega mensual.	
2	Jurisdicciones Sanitarias	Reciben formatos y distribuye mediante el cuadro de distribución a las unidades Médicas.	Formatos Primarios Cuadro de distribución
3	Codificador/a Jurisdiccional	Recibe formatos requisitados, revisan que estén completos, conforme al calendario estadístico, y que exista la continuidad de folios con respecto al mes anterior.	Formatos Primarios
4		Captura en la base de datos SAEH, respetando la codificación que marca la CIE-10 y la CIE-9 MC.	Formatos Primarios Base de datos SAEH
5	Responsable del Programa jurisdiccional, Estadígrafo/a y Codificador/a jurisdiccional	Revisa la información, verifica que la información cumpla con los criterios que marca la CIE-10 y la CIE-9 MC y que lo reportado sea lo que se encuentre en los formatos primarios, posteriormente envía de acuerdo a las especificaciones. Nota: Las especificaciones del sistema son win-zip o win-rar. Nota: En caso de encontrar incongruencias se ratifica o rectifica variable en Sistema.	Base de datos SAEH Formatos Primarios
6	Responsable Estatal de Sistema	Recibe la base de datos SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios) junto con las hojas de Hospitalización y Urgencias Médicas originales del mes estadístico, con el sustento requerido previamente descrito en el oficio del calendario,	Formato de recepción Oficio Formato primario Base de datos SAEH

		valida que la información este correcta y completa ¿La información este correcta y completa? No: Continúa actividad 5. Si: Realizar actividad 7. Nota: En caso de no estar completa la información se regresará a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.	
7		Realiza la validación en la herramienta del Sistema SAEH. Nota: Esta actividad se debe realizar previamente en la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.	Resultado de Validaciones
8		Envío de base de datos a Nivel Nacional por medio de correo electrónico o página de descargas (mes acumulado). **Nota**: En caso de existir observaciones por parte de la DGIS, se envía ratificación o rectificación según corresponda y realizar 7.	
9		Genera información estadística de manera mensual para la Dirección de Atención a la Salud, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica y la Dirección de Protección Social en Salud. Así mismo también deberá enviar con base al calendario establecido.	Reportes. Base de datos Calendario Anual
10		Realiza la confronta de las Defunciones ocurridas en Unidades Hospitalarias contra la base del SEED. Además, que en los meses de marzo y abril también se realiza el cierre del año estadístico del SAEH y se envían las ratificaciones o rectificaciones realizadas en la base de datos cuando	Copias de Certificado de Defunción Base de Datos

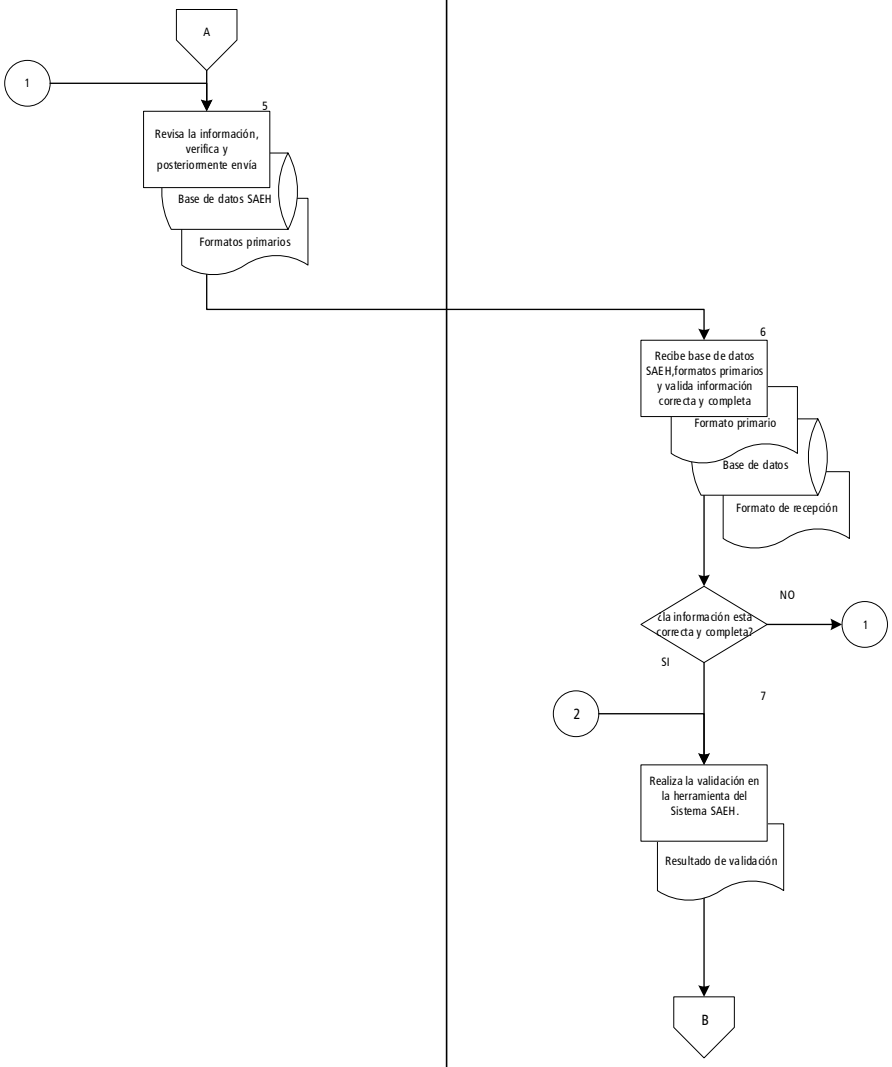
		aplique.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS.



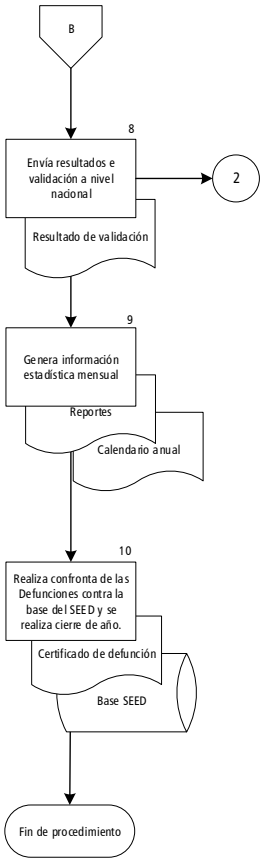
PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Responsable del Programa jurisdiccional, Estadígrafo (a) y Codificador (a) jurisdiccional	Responsable estatal de Sistema



PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Responsable estatal de Sistema



7.11.56. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SUBSISTEMA SOBRE NACIMIENTOS

Tiempo Promedio: 15 meses al año estadistico

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Walterio Sánchez Rodriguez **Responsable de Coordinación Operativa de Estadísticas Vitales** **WSR (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofia Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Monpin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con información de calidad sobre los Nacimientos de todos los niveles (Hospitales de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y a nivel Nacional) para la toma de decisiones y evaluar el impacto significativo de los programas prioritarios.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012. En Materia de Información en Salud. 2. Criterios de Verificación de la CIE 9-MC. 3. Criterios de Verificación CIE 10. Auxiliares de codificación clínica con base en la CIE-10. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 5. Ley General de Salud. 6. Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. 7. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 8. Catálogo de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) actualizado al mes de octubre de 2009 (6MB). 9. ISO 9001:2008. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGIS. 2. La información generada del SINAC debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud NOM-035-SSA2-2012.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a la coordinación de estadísticas vitales para la integración de información proporcionada por las Jurisdicciones y Unidades Hospitalarias del Sector Salud.
Recursos	Certificados de Nacimiento, Memorándum, Formato de Recepción, Hoja Azul, Base de datos SINAC.

Glosario	SINAC: Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Certificado de Nacimiento: Formato único nacional establecido por la Secretaria de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud décima revisión: Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparabilidad nacional e internacional. Nacido Vivo: Producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Recién Nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SUBSISTEMA SOBRE NACIMIENTOS.

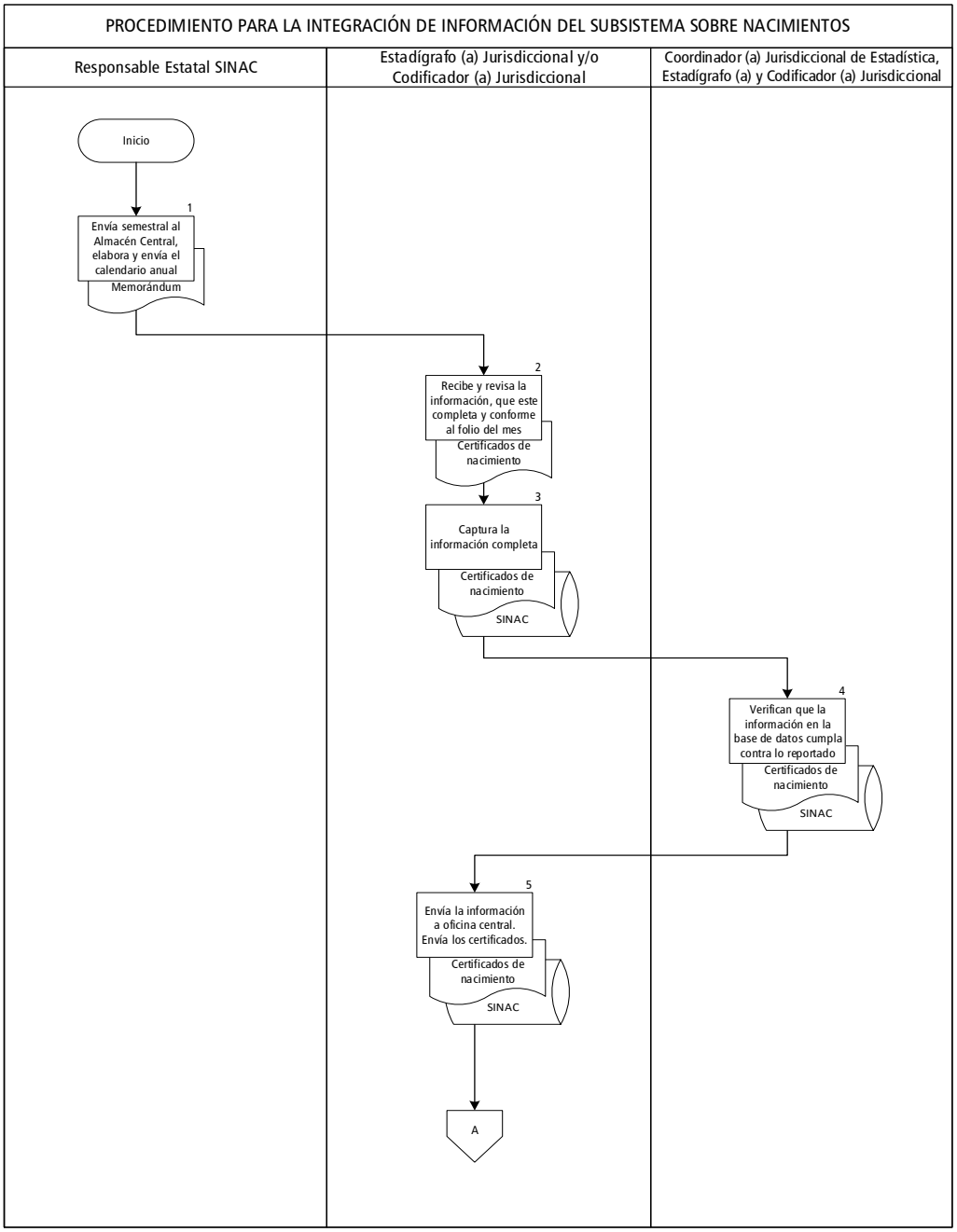
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal SINAC	Envía semestral al Almacén Central el Cuadro de distribución de certificados de nacimiento. Nota: En caso de que alguna Jurisdicción Sanitaria requiera una dotación extra de Certificados se enviará cuadro de distribución. Elabora y envía a las Jurisdicciones Sanitarias el calendario anual para	Memorándum

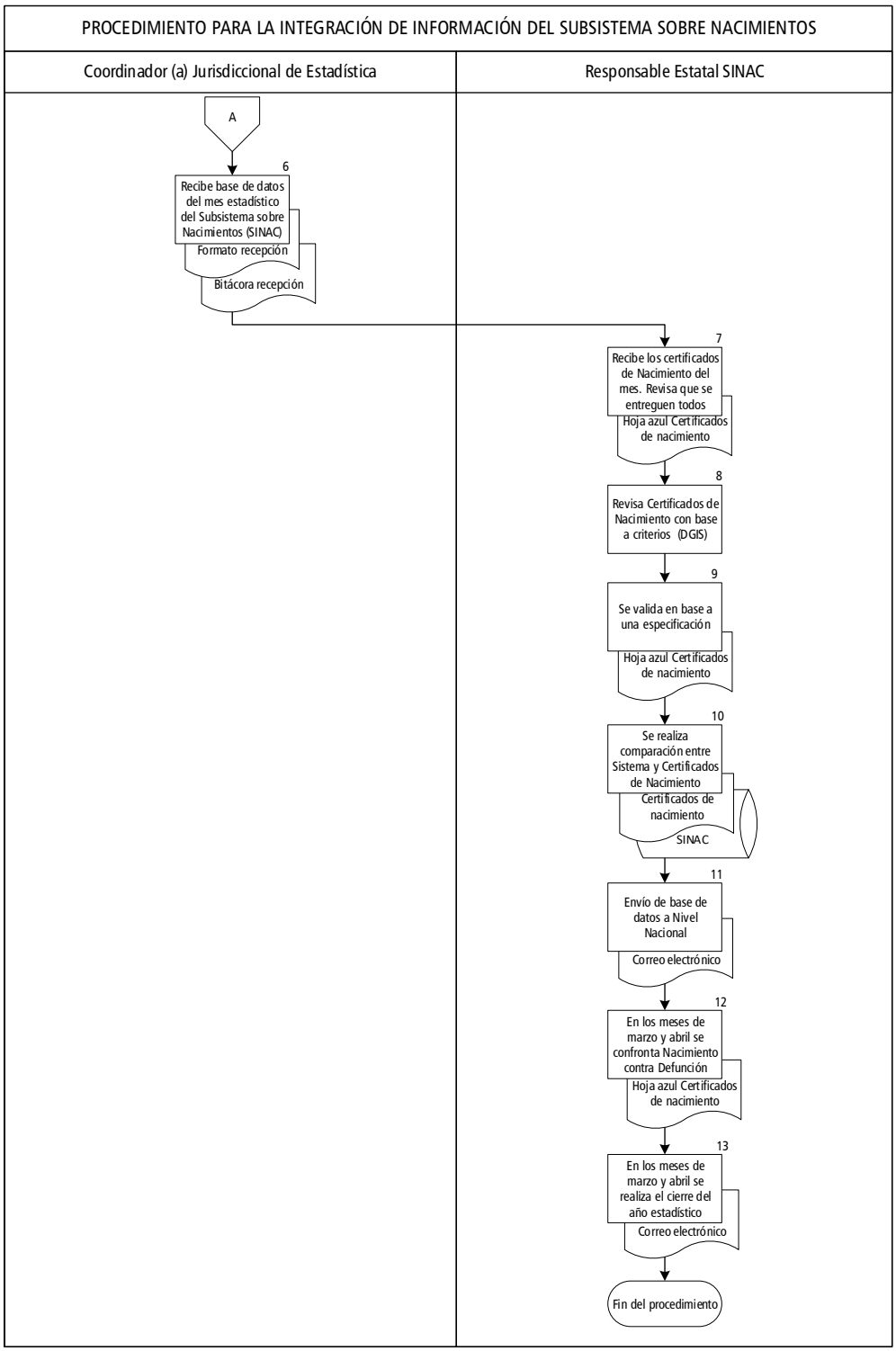
		entrega de información Estadística. (Oficio o correo electrónico). Nota: En caso de que la fecha de entrega de información sea un día inhábil, según el calendario estadístico estatal se recorrerá al siguiente inmediato y/o anterior.	
2	Estadígrafo/a Jurisdiccional y/o Codificador/a Jurisdiccional	Recibe y revisa la información, que este completa.	Certificados de nacimiento
3		Captura la información completa (tal y como este en los formatos primarios).	Certificados de nacimiento. Base de Datos SINAC.
4	Coordinador/a Jurisdiccional de Estadística, Estadígrafo/a y Codificador/a Jurisdiccional	Verifican que la información en la base de datos cumpla contra lo reportado en los formatos.	Certificados de nacimiento. Base de Datos SINAC.
5	Estadígrafo/a Jurisdiccional y/o Codificador/a Jurisdiccional	Envía la información a oficina central de acuerdo a las especificaciones de envío que genera el sistema (win-zip o win-rar). Envía los certificados.	Base de datos SINAC Certificados de nacimiento
6	Coordinador/a Jurisdiccional de Estadística	Recibe base de datos del mes estadístico del Subsistema sobre Nacimientos (SINAC) de las Jurisdicciones Sanitarias.	Formato de recepción. Bitácora de Recepción
7	Responsable Estatal SINAC	Recibe los certificados de Nacimiento originales del mes estadístico, con el sustento requerido previamente descrito en el oficio del calendario. Revisa que se entreguen todas las jurisdicciones. Nota: En caso de no estar completa la información se regresará a la	Hoja Azul de Certificado de Nacimiento

		Jurisdicción Sanitaria correspondiente. (formato de recepción de certificados).	
8		Revisa los certificados de nacimiento con base a criterios establecidos por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) con respecto al llenado del certificado. Nota: En caso de que haya en el/la recién nacido anomalías congénitas, enfermedades o lesiones del (de la) nacido (a) (a) vivo (a) se verifica código en la CIE -10.	
9		Se valida en base a una especificación. Nota: En caso de encontrar incongruencias se ratifica o rectifica variable en Sistema.	Hoja Azul de Certificado de Nacimiento
10		Se realiza comparación entre lo reportado en Sistema contra los certificados de Nacimiento.	Base de Datos Certificado de Nacimiento
11		Envío de base de datos a Nivel Nacional por medio de correo electrónico o página de descargas (mes acumulado). Nota: En caso de existir observaciones por parte de la DGIS, se envía ratificación o rectificación según corresponda.	
12		En los meses de marzo y abril se realiza la confronta de certificados de Nacimiento contra certificados de Defunción. Nota: Solo aplicará la confronta cuando se marque en certificado de Nacimiento que la mama no sobrevivió al parto.	Hoja Azul Base de Datos
13		En los meses de marzo y abril se	Correo

		realiza el cierre del año estadístico del SINAC, se envían certificados extemporáneos y las ratificaciones o rectificaciones realizadas en la base de datos cuando aplique.	electrónico
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SUBSISTEMA SOBRE NACIMIENTOS.




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SUBSISTEMA SOBRE NACIMIENTOS
Coordinador (a) Jurisdiccional de Estadística
Responsable Estatal SINAC
A
6
Recibe base de datos del mes estadístico del Subsistema sobre Nacimientos (SINAC)
Formato recepción
Bitácora recepción
7
Recibe los certificados de Nacimiento del mes. Revisa que se entreguen todos
Hoja azul Certificados de nacimiento
8
Revisa Certificados de Nacimiento con base a criterios (DGIS)
9
Se valida en base a una especificación
Hoja azul Certificados de nacimiento
10
Se realiza comparación entre Sistema y Certificados de Nacimiento
Certificados de nacimiento
SINAC
11
Envío de base de datos a Nivel Nacional
Correo electrónico
12
En los meses de marzo y abril se confronta Nacimiento contra Defunción
Hoja azul Certificados de nacimiento
13
En los meses de marzo y abril se realiza el cierre del año estadístico
Correo electrónico
Fin del procedimiento

7.11.57. PROCEDIMIENTO DE LA RED NEGATIVA DE CÓLERA.

Tiempo Promedio: 5 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Javier Octavio Herrera Rubio Responsable de Urgencias Epidemiológicas JOHR(DIEAS) Octubre 2018	Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018	Arturo Moreno Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Establecer las acciones necesarias para monitorear la red negativa de cólera, con el fin de fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de brotes en las Jurisdicciones Sanitarias.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así mismo lo que en materia de vigilancia epidemiológica establece el título octavo, capítulo segundo. 2. Artículo 136 fracción III de la Ley General de Salud y en el título octavo. 3. Capítulo Segundo, Artículos 134 fracción IV de la misma ley: Artículo 136 que señala la obligatoriedad de notificación inmediata a la Secretaría de Salud o la autoridad sanitaria más cercana de los casos de cólera y el artículo 138 que señala los responsables de dar aviso de los casos de cólera. 4. Lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, que establece la obligatoriedad y procedimientos generales de vigilancia de casos de Cólera. 5. ISO 9001:2008. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2. La información generada de la Red Negativa de Cólera debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, que establece la obligatoriedad y procedimientos generales de vigilancia de casos de Cólera.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para Jurisdicciones Sanitarias, hospitales generales, hospitales integrales, centros de salud y población en general.
Recursos	Red Negativa de Cólera, Notificación de Casos Sospechosos de Cólera.

Glosario

Área de riesgo: Zona geográfica donde se presentan condiciones naturales que favorecen la presencia de V. cholerae 01, o aquella en la que se ha aislado dicho microorganismo en casos portadores o en muestras ambientales (aguas blancas, aguas negras o alimentos).

Autopsia verbal: Entrevista a los familiares o personas cercanas del fallecido por diarrea y en la que exista sospecha de que el deceso se debió a cólera. Se realizará con un cuestionario estandarizado (autopsia verbal), que concentra la información relacionada con los factores de riesgo asociados a la enfermedad (consumo de alimentos y bebidas, en el hogar o vía pública; antecedentes de viajes recientes; recepción de visitantes que hubiesen llevado alimentos y bebidas que consumió la persona fallecida, etc.).

Brote: Es la presencia de dos o más casos confirmados, relacionados epidemiológicamente entre sí, o la aparición de un caso en un área donde no se ha demostrado la existencia previa del cólera.

Caso confirmado: Es todo enfermo en el que se aísle o demuestre la presencia de V. cholerae 01 en materia fecal o contenido gastrointestinal, o en quien se compruebe seroconversión de anticuerpos vibriocidas o antitoxina colérica.

Caso sospechoso: En aquellas áreas donde no se ha demostrado, o se desconoce la circulación de V. Cholerae O1, se considerará caso sospechoso a: Todo enfermo de diarrea que tenga cinco años de edad o más, que presente cinco evacuaciones o más en 24 horas y cuyo padecimiento tenga una evolución menor a cinco días (“regla de los tres cincos”). En las localidades o comunidades donde se ha demostrado la circulación de V. cholerae 01 durante los últimos 90 días, ubicadas dentro del área de los cercos epidemiológicos, se considerará como caso sospechoso a toda persona con diarrea no mayor a cinco días de evolución, independientemente de su edad.

Contacto: Es la persona que, en el hogar, lugar de trabajo o sitio de reunión, haya compartido, preparado o manipulado alimentos, bebidas, agua o hielo, con los casos sospechosos o confirmados, en los cinco días previos al

inicio de la enfermedad.
Defunción: Fallecimiento de un caso confirmado, hasta dos semanas posteriores al inicio de las manifestaciones clínicas, y en cuyo certificado de defunción aparezcan como causa básica o asociada: gastroenteritis o diarrea, más deshidratación; gastroenteritis o diarrea, más desequilibrio hidroelectrolítico.
Fuente de infección: Todo alimento, agua, bebida, hielo, heces o vómito, en donde se aísle o demuestre la presencia de V. cholerae 01.
Hospitalizado: Es la persona a la que se brinda atención médica en un establecimiento de salud, formal o improvisado y que permanece en las mismas 24 horas o más, así como en quien se aísle o demuestre la presencia de V. cholerae 01.
Medidas básicas para evitar enfermedades diarreicas:

- Lavarse las manos antes de comer, preparar o servirlos alimentos, después de ir al baño o después de cambiar el pañal a las niñas y los niños.
- Beber sólo agua desinfectada por medios físicos o químicos (purificada, hervida, clorada, con plata coloidal o yodada).
- Consumir alimentos bien cocidos o fritos, en especial pescados y mariscos; no comer ostiones en estado natural ni ceviche. Estos alimentos se pueden consumir, previa cocción.
- Lavar y desinfectar las frutas y verduras que se comen crudas, como cilantro, perejil, col, lechuga, pápalo, fresas. La desinfección se realiza agregando cinco gotas de blanqueador casero al 6%, de plata coloidal o soluciones de yodo; porcada litro de agua, y remojando los productos durante treinta minutos. Los alimentos deben estar bien sumergidos y se consumirán sin que se les practique nuevo lavado. Nota: Esta solución no deja sabor ni olor.
- Si existe la necesidad de consumir alimentos fuera del hogar, seleccionar un lugar limpio y no consumir agua o los alimentos mencionados, si no se tiene la plena seguridad de que están desinfectados o bien cocidos.
- No defecar al ras del suelo sino en el excusado, letrina, hoyo. No hacerlo cerca de arroyos, manantiales o ríos.

En caso de extrema necesidad, cavar un pequeño hoyo para enterrar las excretas y si se cuenta en esos momentos con cal o ceniza, aplicarla sobre las excretas antes de taparlas.

Notificación: Es la referencia de información sobre los casos sospechosos, confirmados o defunciones, así como respecto a la sospecha o confirmación de los brotes de cólera por parte de los diferentes niveles hasta la instancia normativa. Las acciones y procedimientos de notificación se sustentan en la Norma Oficial Mexicana NOM- 017-SSA2-1994“Para la Vigilancia Epidemiológica” y la NOM-016-SSA2-1994 “Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera”, que establecen la obligatoriedad de la notificación inmediata, así como la realización del estudio epidemiológico correspondiente. Además de la notificación de casos y brotes, es necesario que los SESA y las Jurisdicciones Sanitarias integren y operen una Red de Notificación Negativa Diaria. La notificación debe hacerse oportunamente y con base en los casos sospechosos y tanto la notificación como la presencia de éstos, activarán el inicio de las actividades de prevención y control.

Operativos/as preventivos/as y especiales: Se realizará en aquellos actos en los que haya importantes concentraciones poblacionales independientemente de su naturaleza, ya sea política, académica, religiosa o social y que se encuentren presentes, los riesgos de transmisión de la enfermedad. El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), a través de la Dirección General adjunta de emergencias en salud, brindará asesoría técnica y vigilará que se cumpla la normatividad correspondiente.

Portador/a: Es la persona que alberga al agente infeccioso sin que presente diarrea y en quien se aísle o demuestre la presencia de V. cholerae 01 en la materia fecal o en el contenido gastrointestinal.

Vigilancia epidemiológica activa: Con la finalidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica activa de Vibrio cholerae se realiza un monitoreo sistemático de los pacientes con enfermedad diarreica aguda para identificar oportunamente la presencia de casos de cólera. Asimismo, se realizará un muestreo aleatorio con obtención de

muestra de materia fecal por hisopo rectal en al menos el 2% de los casos de diarrea aguda (dos o más evacuaciones en menos de 24 horas y con menos de cinco días de evolución) sin importar su grupo de edad. Cabe mencionar que este monitoreo se efectuará con dos hisopos rectales por paciente con el objetivo de entregar un hisopo al laboratorio de Cólera y otro al laboratorio de Enterobacterias que corresponda. Lo anterior, permitirá incrementar el conocimiento sobre el panorama epidemiológico de las enfermedades diarreicas y servirá de base para actualizar o ratificar las acciones de vigilancia, prevención y control.

Organismo operador: Instancia responsable de operar, mantener y administrar el sistema de agua potable.

Organización: Sistema de actividades para obtener un objetivo en común.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de algún fenómeno.

Residuo sólido municipal: Sólido que proviene de actividades que se desarrollan en casa habitación, sitios y servicios públicos demoliciones, construcciones, establecimientos comerciales y de servicios, así como residuos industriales que no se deriven de su proceso.

Saneamiento básico: Acciones orientadas a la provisión de medidas, procedimientos, tecnologías y servicios que prevengan enfermedades, en lo relativo a abastecimiento de agua potable, disposición apropiada de desechos sólidos, líquidos y excretas, saneamiento de la vivienda y establecimientos ocupacionales.

Servicio de atención médica: Conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como la rehabilitación de los mismos.

Sistema de abastecimiento de agua: Conjunto de instalaciones integrados por las obras hidráulicas de captación, conducción, potabilización, desinfección, almacenamiento, regulación y distribución.

Urgencia epidemiológica: Es un daño a la salud originado por la presencia de agentes microbiológicos, químicos o tóxicos, que ocasionan brotes o epidemias, incluyendo las enfermedades reemergentes o exóticas. (OPS/OMS).

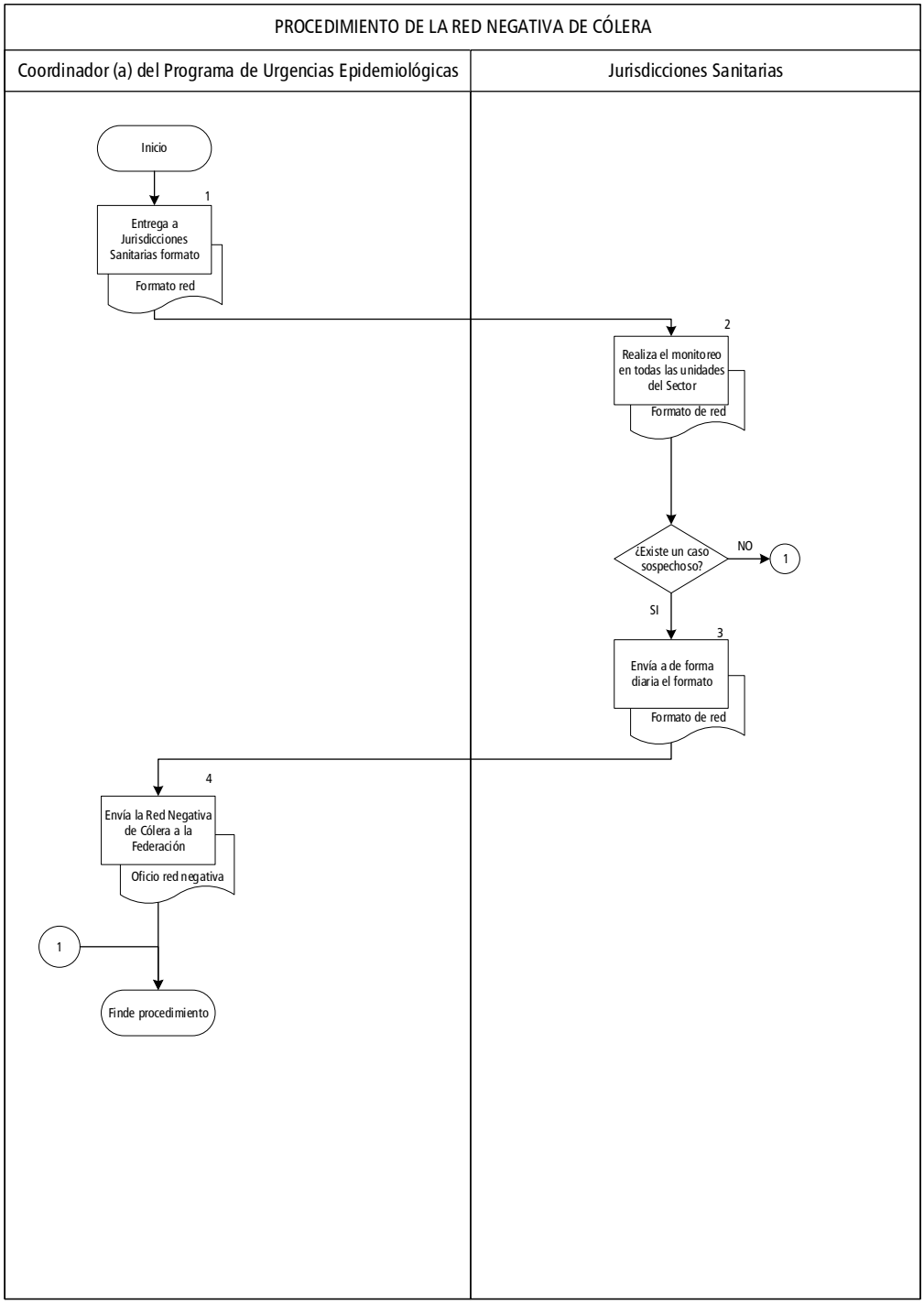
Vulnerabilidad: Susceptibilidad o propensión de los

sistemas expuestos a ser afectados o dañados por el efecto de un evento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA RED NEGATIVA DE CÓLERA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a del Programa de Urgencias Epidemiológicas	Entrega a Jurisdicciones Sanitarias (En la primera reunión ordinaria del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica) formato de red negativa de cólera.	Formato de Red Negativa de Cólera
2	Jurisdicciones Sanitarias	Realiza el monitoreo de la red negativa de cólera en todas las unidades del Sector. ¿Existe un caso sospechoso? Si: Continúa en la 3. No: **Fin del Procedimiento.**	Formato de Red Negativa de Cólera
3		Envía a la Coordinación de Urgencias Epidemiológicas y Desastres de forma diaria el formato de red negativa.	Formato de Red Negativa de Cólera
4	Coordinador/a del Programa de Urgencias Epidemiológicas	Envía la Red Negativa de Cólera a la Federación.	Oficio de Red Negativa de Cólera
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE LA RED NEGATIVA DE CÓLERA



7.11.58. PROCEDIMIENTO DE MONITOREO DIARIO

Tiempo Promedio: 5 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Javier Octavio Herrera Rubio Responsable de Urgencias Epidemiológicas JOHR (DIEAS) Octubre 2018	Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018	Arturo Montiel Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por las urgencias epidemiológicas a través de la vigilancia epidemiológica y del monitoreo diario de las unidades médicas que integran los Servicios de Salud, así como la emisión del boletín hidrometeorológico y el monitoreo del volcán, con base en los componentes de acción establecidos en el programa.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. 2. Organización Mundial de la Salud. Alertas y respuestas mundiales. 3. Lineamientos para la emisión de alertas epidemiológicas en los diferentes niveles técnico-administrativos. 4. ISO 9001:2008. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2. La información generada de monitoreo diario debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para: Jurisdicciones sanitarias, hospitales generales, hospitales integrales, centros de salud y población en general.
Recursos	Instructivo de Elaboración del Boletín Hidrometereológico, Instructivo de Elaboración del Boletín del Monitoreo Volcánico, Reporte de Monitoreo, Formato EDAS, Formato IRAG, Formato DENGUE, Emergencia Obstétrica, Oficio
Glosario	Alerta: Etapa correspondiente a la fase de “prevención” dentro del ciclo de un evento, que significa la declaración formal de ocurrencia cercana o inminente. En salud, además, corresponde a la declaración de riesgo de diseminación de enfermedades. Atención de emergencias: Acciones que se deben desarrollar inmediatamente antes, durante y después de un evento con la finalidad de minimizar las pérdidas de vidas humanas y el incremento de enfermedades, con prioridad en la atención de la población vulnerable y damnificada.

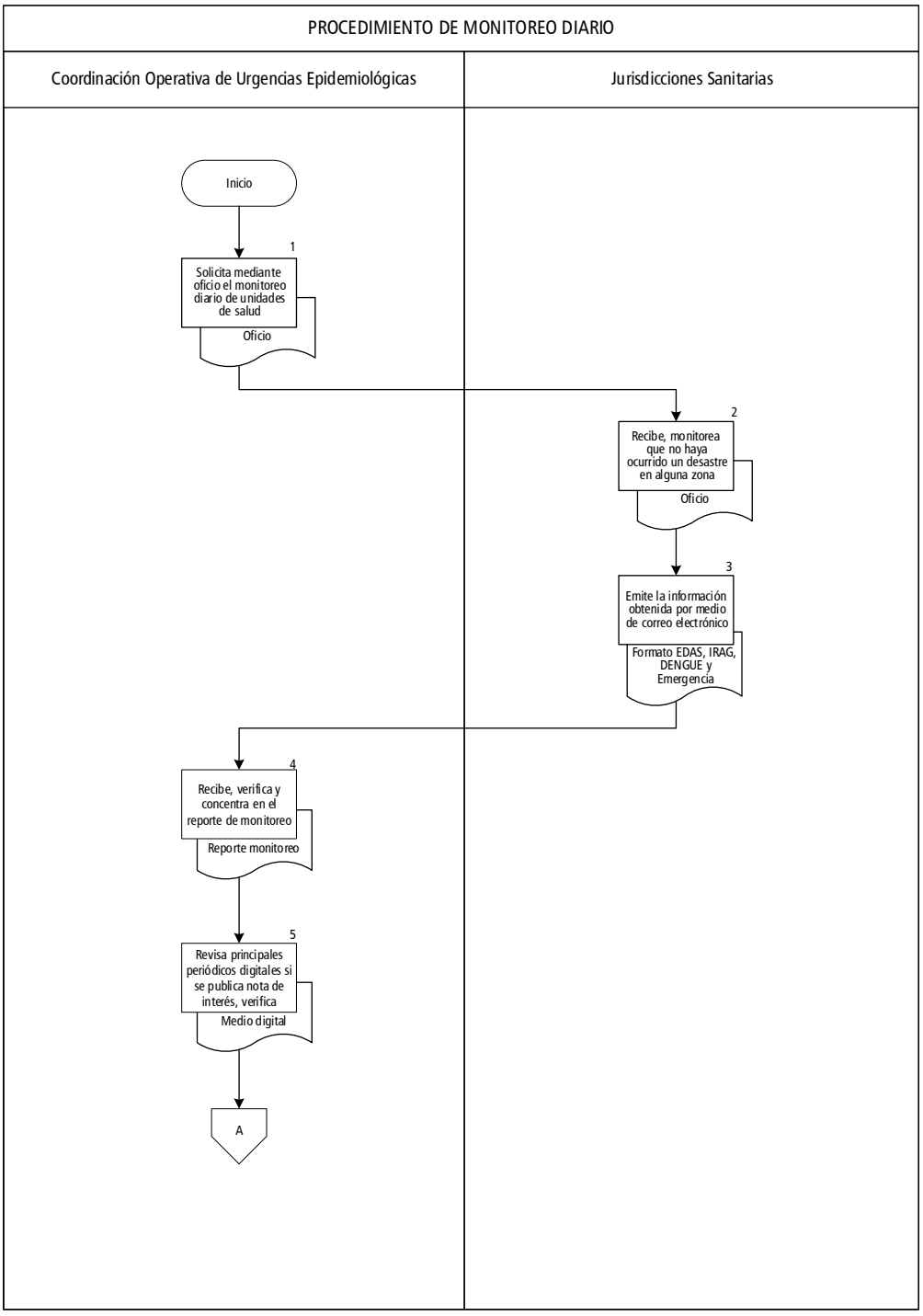
Atención médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud física y mental.
Brote: Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí.
Desastre: Acontecimiento que rebasa en forma repentina la capacidad de respuesta normal de un sistema social, puede ser provocado por la ocurrencia de fenómenos geológico, hidrometeorológicos, sociales, fisicoquímicos, ecológico, y sanitarios. Es cualquier evento, originado por algún fenómeno natural o producido por el hombre, que ocasiona daño, trastornos ecológicos, pérdidas de vidas humanas o deterioro de la salud y daños a los servicios de salud, en una magnitud suficiente para ameritar una respuesta extraordinaria desde fuera de la comunidad o área afectada.
Emergencia: Situación o condición anormal que puede causar un daño a la sociedad y/o generar o propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general.
Emergencia en salud: Es considerada todo evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública a causa de la propagación de una enfermedad y exige una respuesta inmediata y coordinada.
Golpe de calor: El organismo no puede regular la temperatura extrema, la persona presenta súbitamente fiebre igual o mayor a 39 °C. Puede presentarse confusión mental, estupor, pérdida de la conciencia y coma.
Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de algún fenómeno.
Tormenta tropical: Un ciclón tropical bien organizado, de núcleo caliente, en el que el viento en máximo en superficie es de una intensidad de 63 a 117 km/h.
Urgencia epidemiológica: Es un daño a la salud originado por la presencia de agentes microbiológicos, químicos o tóxicos, que ocasionan brotes o epidemias, incluyendo las enfermedades reemergentes o exóticas (OPS/OMS).
CENAPRECE: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
OMS: Organización Mundial de la Salud.

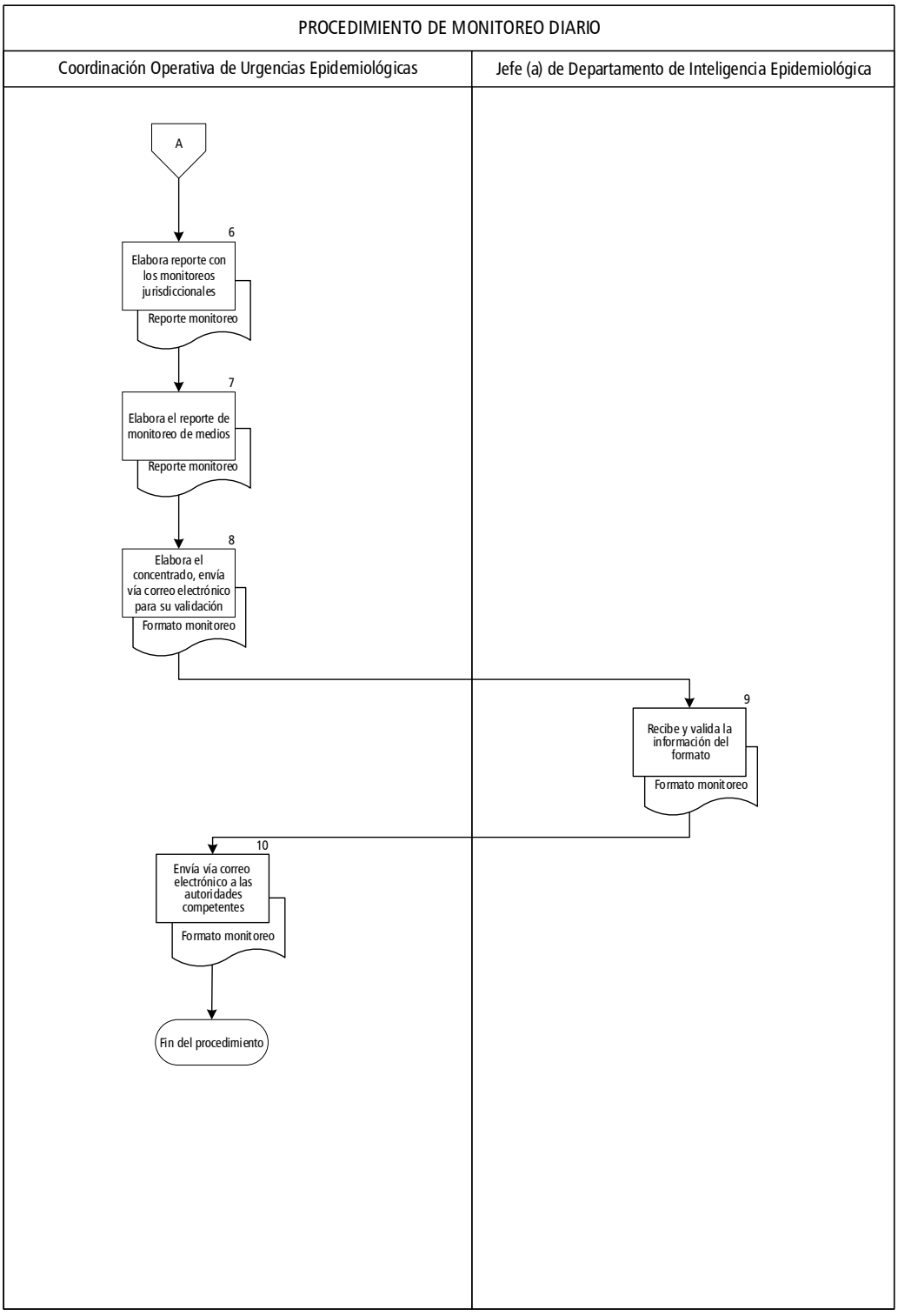
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE MONITOREO DIARIO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinación Operativa de Urgencias Epidemiológicas	Solicita mediante oficio el monitoreo diario de unidades de salud a las Jurisdicciones Sanitarias. **Nota:** El periodo máximo para la emisión de la alerta será de 24 horas a partir de la identificación del riesgo.	Oficio
2	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe oficio, monitorea que, en las unidades de salud, no haya ocurrido un desastre o enfermedades de vigilancia epidemiológica en alguna zona perteneciente a la jurisdicción.	Oficio
3		Emite a la Coordinación Operativa de Urgencias Epidemiológicas, la información obtenida del formato de EDAS, IRAG, DENGUE y Emergencia Obstétrica monitoreo de los centros de salud por medio de correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica. **Nota**: Lunes a viernes en horario matutino y vespertino. Sábados, domingos y días festivos una vez al día. **Nota:** En caso de existir un desastre, se debe enviar evidencia fotografía.	Formato de EDAS, IRAG, DENGUE y Emergencia Obstétrica
4	Coordinación Operativa de Urgencias Epidemiológicas	Recibe, verifica la información contra las fotografías (en caso de aplicar), concentra la información por Jurisdicción Sanitaria, en el reporte de monitoreo. **Nota**: Si no se han recibido todos	Reporte de monitoreo

		los monitoreos, se llama por teléfono a las jurisdicciones sanitarias para solicitar el informe.	
5		Revisa los principales periódicos digitales de la entidad para corroborar si se publica alguna nota de interés epidemiológico, verifica con la jurisdicción si la información encontrada es verídica vía telefónica y correo electrónico y se registra en la bitácora.	Medios digitales
6		Elabora reporte con los monitoreos jurisdiccionales.	Reporte de monitoreo
7		Elabora el reporte de monitoreo de medios.	Reporte de monitoreo
8		Elabora el Formato de Monitoreo Diario concentrado, se envía vía correo electrónico a las autoridades para su validación.	Formato de Monitoreo Diario
9	Jefe/a de Departamento de Inteligencia Epidemiológica	Recibe y valida la información del formato.	Formato de Monitoreo Diario
10	Coordinación Operativa de Urgencias Epidemiológicas	Envía vía correo electrónico a las autoridades competentes: Directores/as, Subdirectores/as y Jefes/as de Departamento, así como a la Federación. **Nota**: Para la elaboración del boletín hidrometeorológico, y el monitoreo del volcán, seguir el instructivo de elaboración.	Formato de Monitoreo Diario
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE MONITOREO DIARIO.




PROCEDIMIENTO DE MONITOREO DIARIO
Coordinación Operativa de Urgencias Epidemiológicas
Jefe (a) de Departamento de Inteligencia Epidemiológica
A
6
Elabora reporte con los monitoreos jurisdiccionales
Reporte monitoreo
7
Elabora el reporte de monitoreo de medios
Reporte monitoreo
8
Elabora el concentrado, envía vía correo electrónico para su validación
Formato monitoreo
9
Recibe y valida la información del formato
Formato monitoreo
10
Envía vía correo electrónico a las autoridades competentes
Formato monitoreo
Fin del procedimiento

7.11.59. PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y BROTES

Tiempo Promedio: 5 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Javier Octavio Herrera Rubio **Responsable de Urgencias Epidemiológicas** **JOHR (DIEAS)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Blompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por las urgencias epidemiológicas a través de la aplicación de las medidas preventivas y de control, con base en los componentes de acción establecidos en el programa.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. 2. Manuales de vigilancia epidemiológica. 3. Manual para la atención a la salud ante desastres. 4. Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios. 5. Preparativos en salud, agua y saneamiento para la respuesta local ante desastres. 6. Programa de acción específico 2007-2012 urgencias epidemiológicas y desastres. 7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 8. Ley General de Salud. 9. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 10. Manual de Organización Funcional de la Dirección de Atención a la Salud. 11. Manual de Organización Funcional de la Subdirección de Epidemiología y Atención Preventiva. 12. Manual de Organización Funcional del Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2. La información generada de monitoreo Diario debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para: Jurisdicciones sanitarias, hospitales generales, hospitales integrales, centros de salud y población en general.

Recursos	Formato de temperaturas extremas, Epi2-95, Epi3-95, Tarjeta de nota de actualización de brotes, Base de concentrado mensual de brotes.
Glosario	Alerta: Etapa correspondiente a la fase del “antes” dentro del ciclo de un evento, que significa la declaración formal de ocurrencia cercana o inminente. En salud, además, corresponde a la declaración de riesgo de diseminación de enfermedades. Atención de emergencias: Acciones que se deben desarrollar inmediatamente antes, durante y después de un evento con la finalidad de minimizar las pérdidas de vidas humanas y el incremento de enfermedades, con prioridad en la atención de la población vulnerable y damnificada. Atención médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud física y mental. Brote: Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. Desastre: Acontecimiento que rebasa en forma repentina la capacidad de respuesta normal de un sistema social, puede ser provocado por la ocurrencia de fenómenos geológico, hidrometeorológicos, sociales, fisicoquímicos, ecológico, y sanitarios. Es cualquier evento, originado por algún fenómeno natural o producido por el hombre, que ocasiona daño, trastornos ecológicos, pérdidas de vidas humanas o deterioro de la salud y daños a los servicios de salud, en una magnitud suficiente para ameritar una respuesta extraordinaria desde fuera de la comunidad o área afectada. Emergencia: Situación o condición anormal que puede causar un daño a la sociedad y/o generar o propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general. Emergencia en salud: Es considerada todo evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública a causa de la propagación de una enfermedad y exige una respuesta inmediata y coordinada. Golpe de calor: El organismo no puede regular la temperatura extrema, la persona presenta súbitamente fiebre igual o mayor a 39 °C. Puede presentarse confusión

mental, estupor, pérdida de la conciencia y coma.
Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de algún fenómeno.
Tormenta tropical: Un ciclón tropical bien organizado, de núcleo caliente, en el que el viento en máximo en superficie es de una intensidad de 63 a 117 km/h.
Urgencia epidemiológica: Es un daño a la salud originado por la presencia de agentes microbiológicos, químicos o tóxicos, que ocasionan brotes o epidemias, incluyendo las enfermedades reemergentes o exóticas (OPS/OMS).
CENAPRECE: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
OMS: Organización Mundial de la Salud.

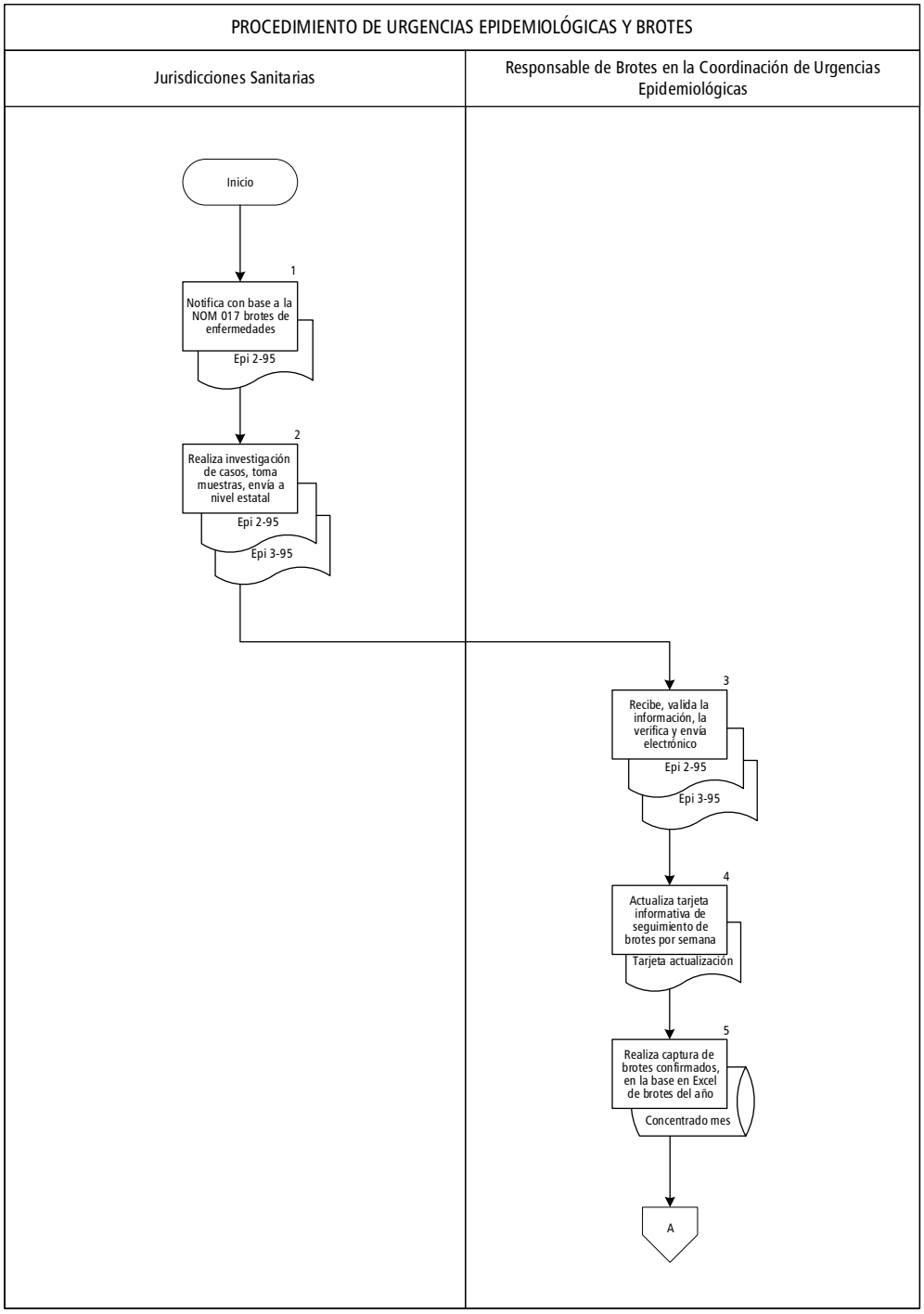
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y BROTES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jurisdicciones Sanitarias	Notifica con base a la NOM 017 de vigilancia epidemiológica, brotes de enfermedades de vigilancia epidemiológica, en un plazo no mayor a 24 horas. **Nota:** La notificación puede realizarse vía telefónica, correo electrónico, mensaje de texto de manera que se inicien las actividades de búsqueda de casos sospechosos.	Epi 2-95
2		Realiza la investigación de casos sospechosos, visitando la localidad realizando la revisión a los pacientes cumpliendo con la descripción operacional, toma muestras en caso de que existan casos que cumplan con la descripción operacional, cuando aplique, envía a nivel estatal de Epi-2-95 y del Epi-3-95 de estudio de casos	Epi-2-95 Epi-3-95

		confirmados a la Coordinación de Urgencias Epidemiológicas. **Nota**: Se toman muestras de los siguientes casos: Hepatitis A, dengue y otros que no son comunes y ameritan estudios de laboratorio para su confirmación.	
3	Responsable de Brotes en la Coordinación de Urgencias Epidemiológicas	Recibe formato Epi-2-95 y Epi-3-95, valida que se encuentre completa y congruente la información, verifica la información al llegar la notificación del laboratorio de confirmado o descartado y se envía el resultado electrónico a las jurisdicciones sanitarias. **Nota:** En caso de que se tomaron muestras para confirmar o descartar el probable brote, realiza seguimiento con el laboratorio. **Not**a: Las jurisdicciones sanitarias envían semanalmente una actualización de casos nuevos que se presenten por semana epidemiológica.	Epi-2-95 Epi-3-95
4		Actualiza la tarjeta informativa de seguimiento de brotes por semana epidemiológica.	Tarjeta de nota de actualización de brotes
5		Realiza la captura de los brotes confirmados, en la base en Excel de concentrado de brotes del año en curso, incluyendo: brotes de hepatitis A, brotes de pediculosis, brotes de varicela, brotes de gastroenteritis, brotes de intoxicación por consumo de hongos silvestres, brotes de dengue y otros brotes de enfermedades de vigilancia epidemiológica que no son tan frecuentes en presentarse.	Base de concentrado mensual de brotes
6		Envía electrónicamente a la	Base de

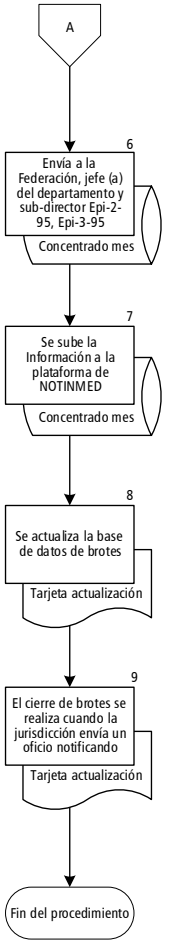
		Federación Epi-2-95, Epi-3-95, copiando al Jefe/a del departamento y sub-director. **Nota**: Se envía electrónicamente al (a la) Jefe/a inmediato de manera semanal el informe de casos de brotes.	Concentrado mensual de brotes
7		Se sube la Información a la plataforma de NOTINMED. **Nota**: El último día hábil del mes se envía el concentrado mensual de brotes a la subdirección.	Base de Concentrado mensual de brotes
8		Se actualiza la base de datos de brotes conforme a Epi-2-95, Epi -3-95 y resultados de laboratorio.	Tarjeta de Nota de Actualización de brotes
9		El cierre de brotes se realiza cuando la jurisdicción envía un oficio notificando el mismo. **Nota:** El cierre de brote se realiza cuando transcurren dos periodos de incubación sin que se presenten casos nuevos. **Nota:** En caso de encontrar un PNC deberá de seguir el procedimiento de Producto No Conforme, y llenar el formato “Reporte de Producto No Conforme”.	Tarjeta de Nota de Actualización de brotes
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y BROTES.



PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y BROTES

Responsable de Brotes en la Coordinación de Urgencias Epidemiológicas



7.11.60. PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS Y REPORTE SEMANAL SUIVE

Tiempo Promedio: 15 dias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Arturo Eugenio Rósete Mercado **Responsable Estatal del SUIVE** **AERM (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con la información de los casos notificados oportunamente que se registran en la entidad, para su elaboración y análisis epidemiológico.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. 2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 3. Artículo 4°, párrafo 3°, habla del derecho social de toda persona a la protección de la salud. 4. Ley General de Salud. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2.- La información generada de monitoreo diario debe cumplir con lo establecido en la NOM-017-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para las áreas de epidemiología y estadística del nivel estatal.
Recursos	Formato SUIVE-1-2014, Reporte semanal, Reporte Mensual, Cierre Semestral, Cierre Anual.
Glosario	SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Calendario Epidemiológico: Calendario que envía la federación de acuerdo a la entrega de información. Programas Prioritarios: TB, VIH, Dengue, Brucelosis, Influenza, etc. Alerta epidemiológica: Se realiza al comunicado de un evento epidemiológico que representa un daño inminente a la salud de la población y/o de trascendencias social, frente al cual es necesario ejecutar acciones de salud inmediata y eficaz, a fin de minimizar o contener su ocurrencia. Asociación Epidemiológica: A la situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de

tiempo, lugar y persona.
Autoridad sanitaria: Es la Secretaría de Salud, representada a través de la Dirección General de Epidemiología.
Brote: A la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. La existencia de un caso único bajo vigilancia especial en un área donde no existía el padecimiento se considera también como brote.
Caso: Al individuo en quien se sospecha, presume o confirma que padece una enfermedad o evento de interés epidemiológico.
Caso confirmado: Al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio.
Caso nuevo: Al enfermo en quien se establece un diagnóstico por primera vez.
Caso probable: A la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad bajo vigilancia.
Caso sospechoso: Al individuo susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el padecimiento o evento bajo vigilancia.
Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE): Órgano colegiado a nivel estatal responsable de la aplicación y verificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones del sector salud en el estado.
Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE): Órgano colegiado a nivel federal interdisciplinario responsable de las políticas de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
Consejo de Salubridad General: Órgano colegiado dependiente directamente del presidente de la república con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna secretaría de estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país.
Control: A la aplicación de medidas para la disminución de

la incidencia y de la mortalidad, en casos de enfermedad.
Emergencia epidemiológica: Al evento de nueva aparición o reaparición, cuya presencia pone en riesgo la salud de la población, y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.
Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII): Significa un evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento Sanitario, se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada.
Estudio de brote: A la investigación sistemática de los determinantes epidemiológicos de un brote.
Estudio epidemiológico de caso: A la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.
Evento: Al suceso de cierta duración asociado a un riesgo para la salud.
Marco analítico de laboratorio: Al listado de estudios o determinaciones vigentes a las que se someten las muestras biológicas, con respaldo normativo y académico, nacional e internacionales vigentes.
Monitoreo: Es el proceso sistemático de vigilancia para la evaluación y análisis de riesgos.
Morbilidad: Es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
Mortalidad: Al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
CEVE: Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.
COJUVE: Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica.
CONAVE: Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
DGE: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.
SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

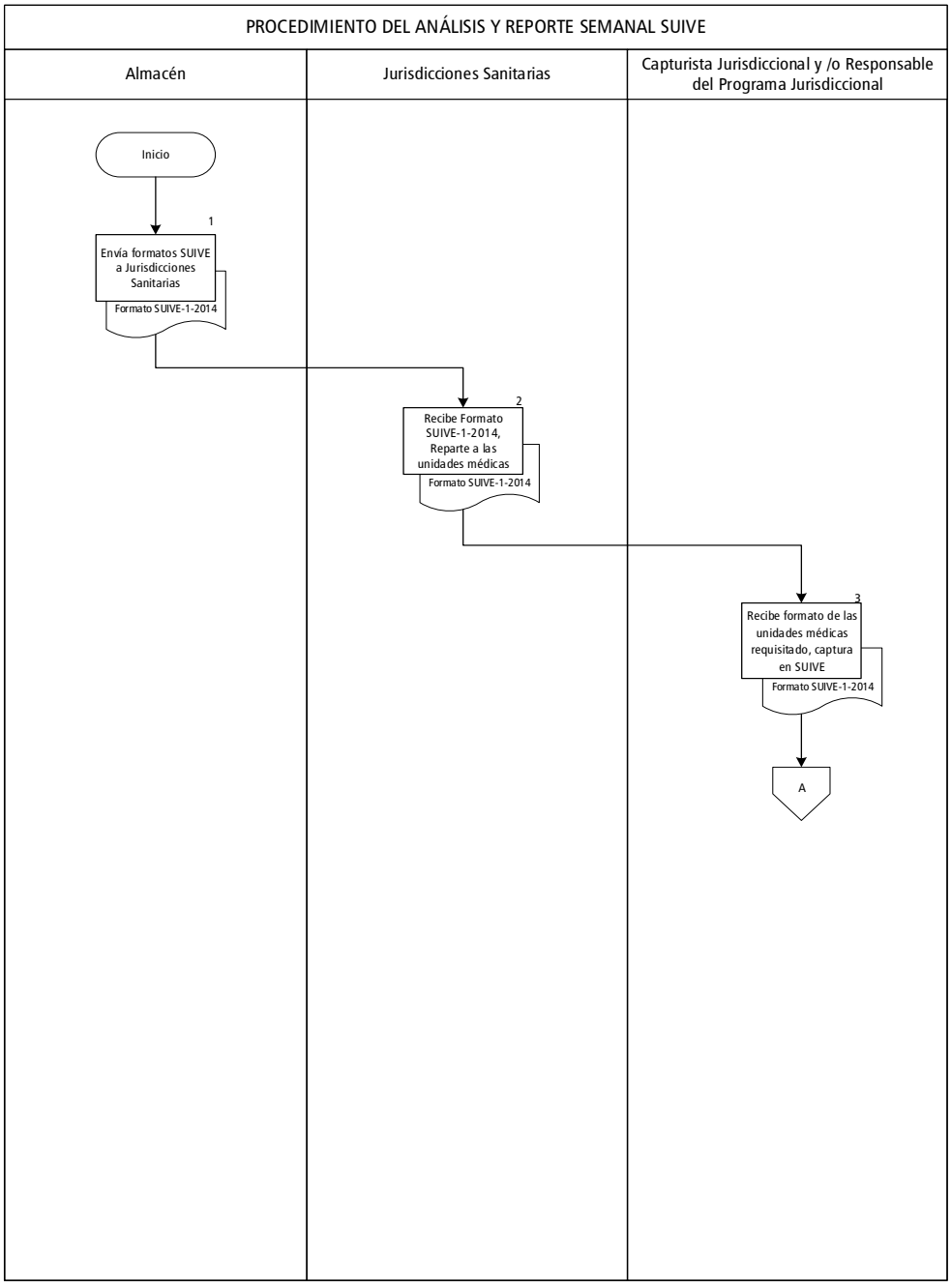
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS Y REPORTE SEMANAL SUIVE.

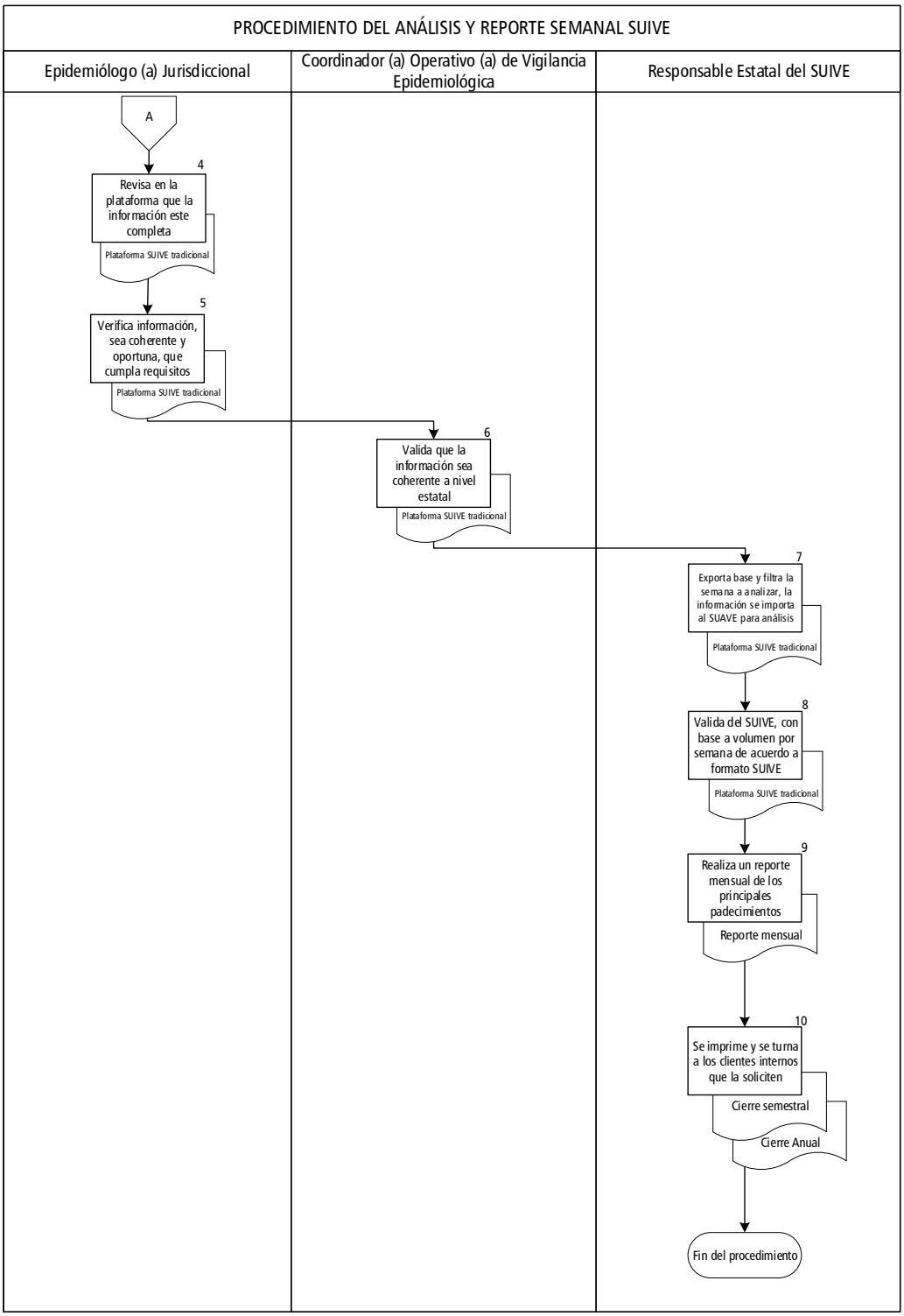
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Almacén	Envía formatos SUIVE a Jurisdicciones Sanitarias.	Formato SUIVE-1-2014
2	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe Formato SUIVE-1-2014, Reparte a las Unidades Médicas.	Formato SUIVE-1-2014
3	Capturista Jurisdiccional y/o Responsable del Programa Jurisdiccional	Recibe Formato SUIVE-1-2014 procedente de las unidades médicas debidamente requisitado, captura en la plataforma SUIVE. **Nota:** El formato SUIVE-1-2014 debe estar firmado por el médico responsable de la Unidad.	Formato SUIVE-1-2014
4	Epidemiólogo/a Jurisdiccional	Revisa en la plataforma que la información este completa (semana epidemiológica, de acuerdo al calendario epidemiológico).	Plataforma SUAVE Tradicional
5		Verifica que la información a nivel jurisdiccional sea coherente y oportuna, que cumpla con los requisitos operacionales.	Plataforma SUAVE Tradicional
6	Coordinador/a Operativo/a de Vigilancia Epidemiológica	Un día después de la captura, valida (plataforma) que la información sea coherente a nivel estatal. **Nota:** En caso de existir incongruencias en la captura, solicita al epidemiólogo jurisdiccional la verificación de la misma (vía correo electrónico y/o telefónica), para su ratificación o	Plataforma SUAVE Tradicional

		rectificación.	
7	Responsable Estatal del SUIVE	Exporta base de la plataforma y filtra la semana epidemiológica a analizar, la información se importa al SUIVE tradicional para análisis de la información.	Plataforma SUAVE Tradicional
8		Valida SUIVE, con base a la consistencia de volumen de diagnósticos por semana, y de los principales diagnósticos sujetos a vigilancia epidemiológica, de acuerdo al formato SUIVE (enfermedad diarreica aguda, neumonía, hepatitis A, enfermedad respiratoria aguda, fiebre por dengue, fiebre hemorrágica por dengue, etc.). **Nota**: Se valida en la plataforma SUAVE la información.	Plataforma SUAVE Tradicional
9		Realiza un reporte semanal de los principales padecimientos. **Nota:** Se realiza un concentrado mensual de los principales padecimientos (Cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años, IRA´s en menores de 5 años, EDA´s en menores de 5 años, desnutrición infantil, en adolescentes, DM2 población mayor de 11 años, Hipertensión arterial población mayor de 15 años, TB, Intoxicación por picadura de alacrán, cáncer de mama a mujeres de 25 años en adelante) posteriormente se envía por correo electrónico a la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica.	Reporte Mensual

10		Se imprime y se turna a los clientes internos que la soliciten. **Nota:** Se realizan cierre semestral y anual en el que se citan a las jurisdicciones con su impreso de SUIVE, para cotejar que los casos registrados estén tanto en plataforma como en los programas prioritarios. **Nota:** Cierra anualmente: TB, VIH-SIDA, arbovirosis, enfermedades prevenibles por vacunación, chagas y leishmania.	Cierre semestral Cierre Anual
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS Y REPORTE SEMANAL SUIVE.




PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS Y REPORTE SEMANAL SUIVE
Epidemiólogo (a) Jurisdiccional
Coordinador (a) Operativo (a) de Vigilancia Epidemiológica
Responsable Estatal del SUIVE
A
4
Revisa en la plataforma que la información este completa
Plataforma SUIVE tradicional
5
Verifica información, sea coherente y oportuna, que cumpla requisitos
Plataforma SUIVE tradicional
6
Valida que la información sea coherente a nivel estatal
Plataforma SUIVE tradicional
7
Exporta base y filtra la semana a analizar, la información se importa al SUAVE para análisis
Plataforma SUIVE tradicional
8
Valida del SUIVE, con base a volumen por semana de acuerdo a formato SUIVE
Plataforma SUIVE tradicional
9
Realiza un reporte mensual de los principales padecimientos
Reporte mensual
10
Se imprime y se turna a los clientes internos que la soliciten
Cierre semestral
Cierre Anual
Fin del procedimiento

7.11.61. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE DIABETES TIPO 2

Tiempo Promedio: 40 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Carlos Castañeda Pérez **Responsable de Sistemas de Información CCP (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Momplin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Coordinar, validar y supervisar la información capturada en la plataforma SINAVE Módulo DT2 para dar cumplimiento al registro de casos.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NMX-CC-9001-IMNC-2008 Sistemas de Gestión de la Calidad requisitos. 2. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. 3. NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a todos los niveles que conforman el Sistema de Información para el desempeño de su trabajo y regirá durante el periodo lectivo para el que fue elaborado.
Recursos	Plataforma SINAVE, Minuta
Glosario	SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Caso incidente: Paciente que cumple con la definición de caso confirmado cuyos datos han sido ingresados por primera vez en el sistema de vigilancia, independientemente del momento de diagnóstico y tratamiento previo. Caso prevalente: Paciente que cumple con la definición de caso confirmado, que reingresa a la unidad hospitalaria y que por lo tanto ya cuenta un registro en el sistema de vigilancia. Caso en seguimiento: Persona con diabetes cuyos datos han sido ingresados en el sistema de vigilancia, pero que aún no ha egresado de la unidad hospitalaria. Caso cerrado: Persona con diabetes cuyos datos han sido ingresados en el sistema de vigilancia y que recibió el egreso de la unidad hospitalaria y por lo tanto se cuenta con su información de cierre.

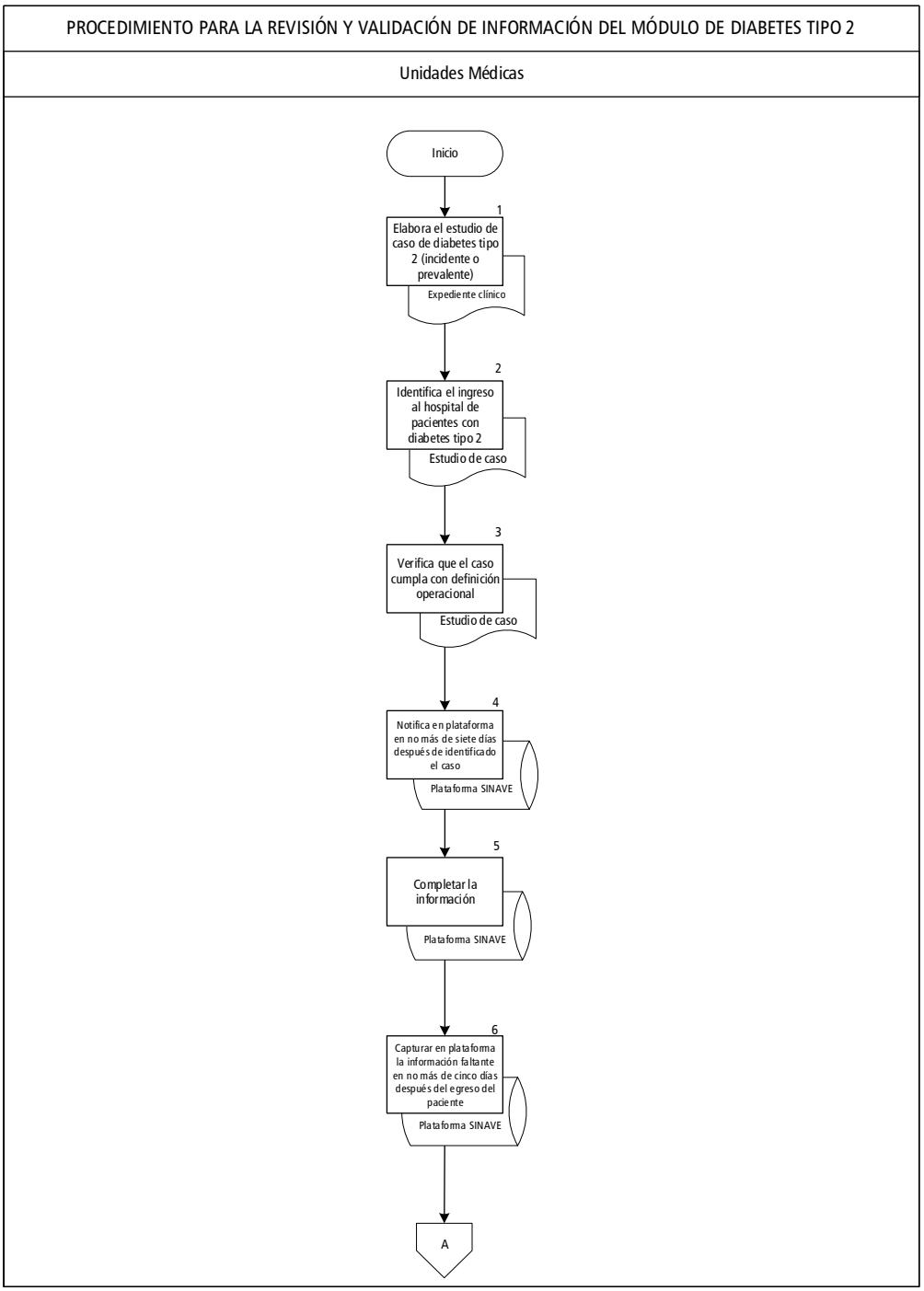
DT2: Diabetes Mellitus Tipo 2.
DGE: Dirección General de Epidemiología.

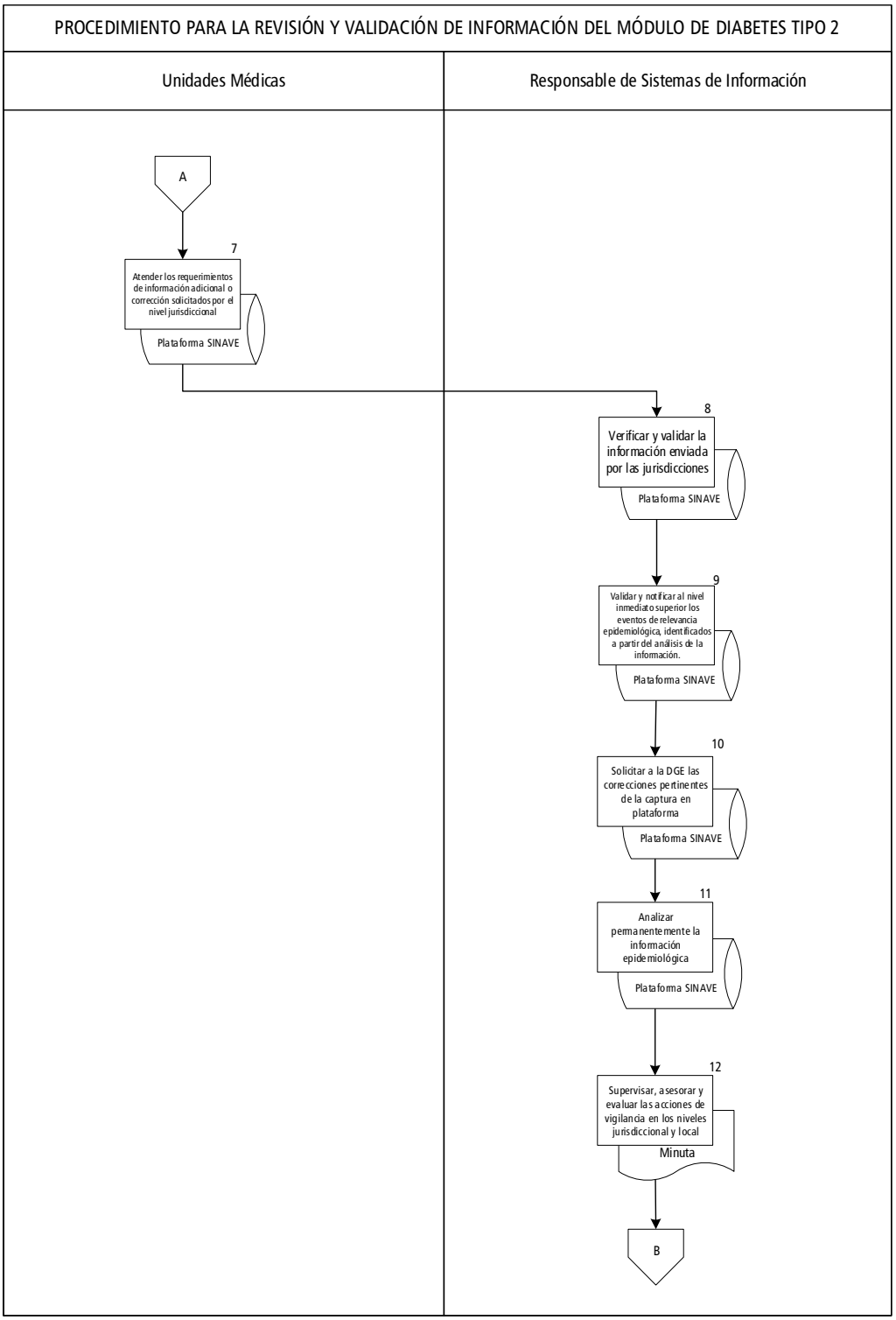
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE DIABETES TIPO 2.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades médicas	Elabora el estudio de caso de diabetes tipo 2 (incidente o prevalente).	Expediente clínico
2		Identifica el ingreso al hospital de pacientes con diabetes tipo 2.	Estudio de caso
3		Verifica que el caso cumpla con definición operacional.	Estudio de caso
4		Notifica en plataforma en no más de siete días después de identificado el caso.	Plataforma SINAVE/ Diabetes tipo 2
5		Completar la información.	Plataforma SINAVE
6		Capturar en plataforma la información faltante en no más de cinco días después del egreso del paciente.	Plataforma SINAVE
7		Atender los requerimientos de información adicional o corrección solicitados por el nivel jurisdiccional.	Plataforma SINAVE
8	Responsable de Sistemas de Información	Verificar y validar la información enviada por las jurisdicciones.	Plataforma SINAVE
9		Validar y notificar al nivel inmediato superior los eventos de relevancia epidemiológica, identificados a partir del análisis de la información.	Plataforma SINAVE

10		Solicitar a la DGE las correcciones pertinentes de la captura en plataforma.	Plataforma SINAVE
11		Analizar permanentemente la información epidemiológica.	Plataforma SINAVE
12		Supervisar, asesorar y evaluar las acciones de vigilancia en los niveles jurisdiccional y local.	Minuta
13		Coordinar la capacitación del personal en los niveles jurisdiccional y local.	Minuta
14		Evaluar mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegurar su cumplimiento.	Base de datos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE DIABETES TIPO 2.




PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE DIABETES TIPO 2
Unidades Médicas
Responsable de Sistemas de Información
A
7
Atender los requerimientos de información adicional o corrección solicitados por el nivel jurisdiccional
Plataforma SINAVE
8
Verificar y validar la información enviada por las jurisdicciones
Plataforma SINAVE
9
Validar y notificar al nivel inmediato superior los eventos de relevancia epidemiológica, identificados a partir del análisis de la información.
Plataforma SINAVE
10
Solicitar a la DGE las correcciones pertinentes de la captura en plataforma
Plataforma SINAVE
11
Analizar permanentemente la información epidemiológica
Plataforma SINAVE
12
Supervisar, asesorar y evaluar las acciones de vigilancia en los niveles jurisdiccional y local
Minuta
B

PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE DIABETES TIPO 2

Responsable de Sistemas de Información



7.11.62. PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE TUBERCULOSIS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD

Tiempo Promedio: 5 días naturales

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Cristina Gloria Valencia Aguilar Responsable Estatal del Sistema Informático de tuberculosis CGVA (DIE) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Coordinar, validar y Supervisar la información capturada en PUI Módulo de Tuberculosis para dar cumplimiento a la Normatividad.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NMX-CC-9001-IMNC-2008 Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2- para la vigilancia epidemiológica. Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los niveles que conforman el Sistema de Información para el desempeño de su trabajo y regirá durante el año lectivo para el que fue elaborado.
Recursos	Tarjeta de registro y control de TB SUIVE, Estudio Epidemiológico PUI Módulo, Hoja Diaria de Consulta, Solicitud de laboratorio SUIVE, Reporte semanal, Correo electrónico.
Glosario	PUI/TB: Plataforma única de información módulo TB. SUIVE: Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica. BAAR: Bacilo ácido-alcohol resistentes. SEED: Sistema Epidemiológico, Estadística de Defunciones.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE TUBERCULOSIS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD.

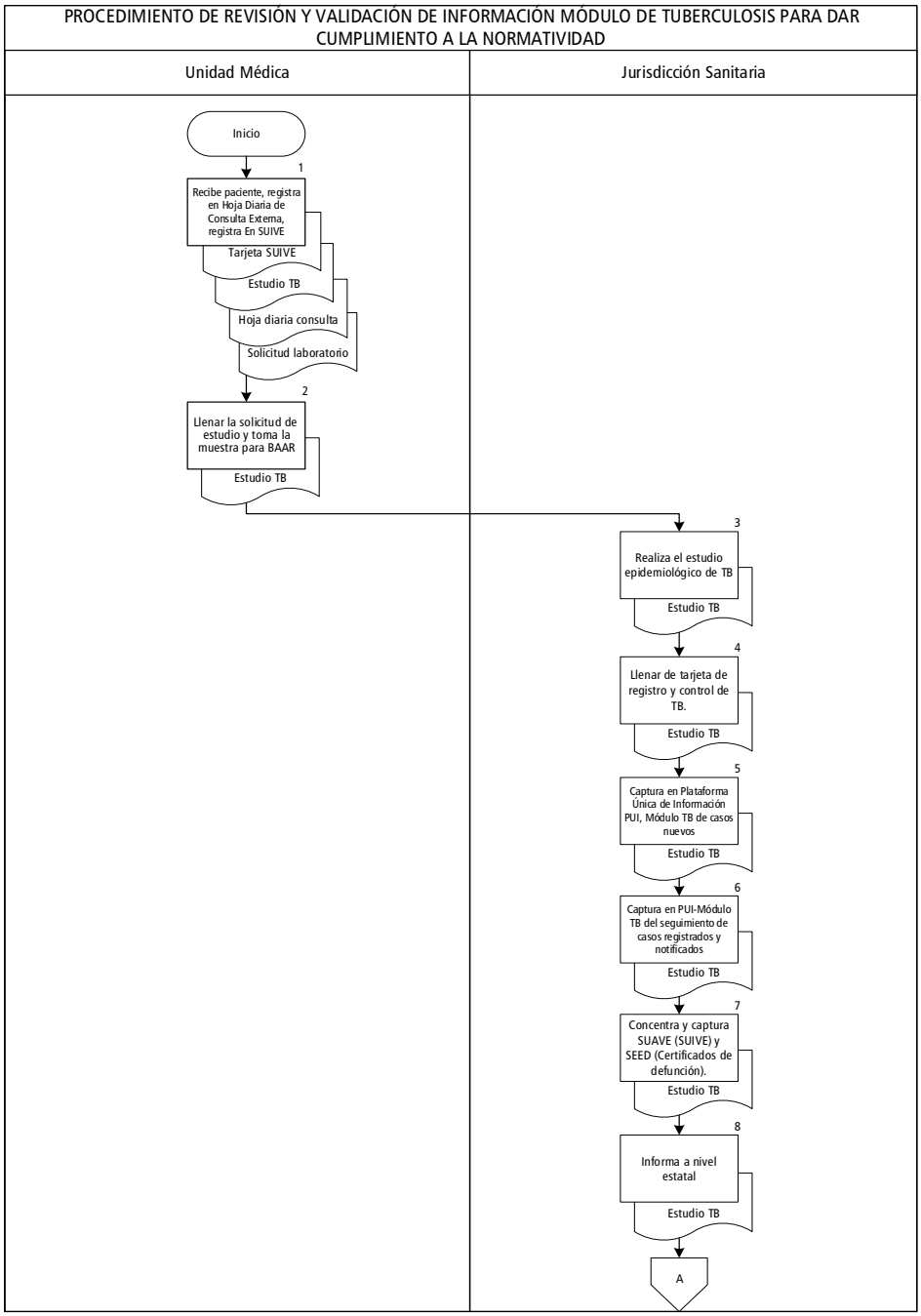
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Médica	Recibe un paciente con tos y expectoración (caso sospechoso), posteriormente registra en la Hoja	Tarjeta de registro y control de TB SUIVE Estudio

		Diaria de Consulta Externa, registra en el formato SUIVE, el caso sospechoso.	Epidemiológico PUI-Módulo TB Hoja Diaria de Consulta Solicitud de laboratorio SUIVE
2		Llenar la solicitud de estudio y toma la muestra para BAAR (unidad o laboratorio según sea el caso).	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
3	Jurisdicción Sanitaria	Realiza el estudio epidemiológico de TB (con los datos requeridos para alta en PUI- Módulo TB).	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
4		Llenar de tarjeta de registro y control de TB.	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
5		Captura en Plataforma Única de Información PUI, Módulo TB de casos nuevos (formato registro de casos de TB).	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
6		Captura en PUI-Módulo TB del seguimiento de los casos ya registrados y notificados (Cuaderno).	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
7		Concentra en SUIVE y captura SEED (Certificados de defunción).	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
8		Informa a nivel estatal.	Estudio epidemiológico PUI-Módulo TB
9	Responsable Estatal del	Genera 2 reportes: 1) Por jurisdicción de la semana	Reporte semanal

	Sistema Informático de Tuberculosis	epidemiológica que corresponde de los casos nuevos de TB Pulmonar que reportan la SSEP y 2) por jurisdicción de la semana epidemiológica que corresponde de los casos nuevos de TB Pulmonar que reportan todas las instituciones siendo estatal.	
10		Captura datos en cuadros comparativos de esperados y registrados que genera porcentaje semanal del 1 y del 2 cuadro comparativo de casos registrados en la semana y acumulados con tasa de incidencia, se envía por correo electrónico a la Jefatura de Enfermedades Transmisibles, con copia a Jefatura de Inteligencia Epidemiológica.	Reporte semanal
11		Recibe y envía acuse, al responsable estatal del Programa de prevención y control de la tuberculosis. **Nota**: La información también se envía a la nube de respaldo y para su consulta en vigepi.puecolera.tb.dm.bp @gmail.com	Reporte semanal
12		Genera reportes por jurisdicción e institución del mes correspondiente del año anterior y el presente en la PUI módulo de TB (Listado nominal, calidad, unidades tratantes, evolución bacteriológica, información completa seguimiento, curación, vigilancia epidemiológica,	Correo electrónico

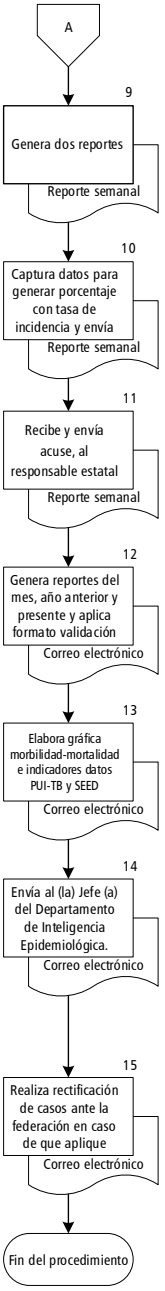
		clasificación, evolución bacteriológica). Nota: Se difunde información por correo electrónico a las Jurisdicciones Sanitaria, Jefe/a del Departamento de Inteligencia Epidemiológica y al/la Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles	
13		Elabora la gráfica de la tasa de morbilidad y la de mortalidad (de 1990 a 2013); e indicadores de Morbilidad por TB Pulmonar en Población de 15 años y más y porcentaje de casos de TB Pulmonar que completan tratamiento y curaron, así como comparativo del año anterior y el presente de los casos nuevos pulmonares a nivel estatal. Datos generados de la PUI módulo de TB y SEED estadístico. Elabora el oficio de evaluación mensual con toda la información.	Correo electrónico
14		Envía al/la Jefe/a del departamento de Inteligencia Epidemiológica.	Correo electrónico
15		Realiza la rectificación de casos ante la federación en caso de que aplique.	Correo electrónico
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE TUBERCULOSIS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD.



PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN MÓDULO DE TUBERCULOSIS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD

Responsable Estatal del Sistema Informático de Tuberculosis



7.11.63. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA.

Tiempo Promedio: 5 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Leticia Álvarez Méndez **Responsable Estatal de Vigilancia de Muerte Materna** **LAM (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Moreno Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Contar con la información preliminar de las defunciones notificadas oportunamente relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-0-10-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Políticas de Operación:

1. Se notificará de manera inmediata las defunciones obstétricas directas o indirectas.
2. Nivel estatal y jurisdiccional: conformarán un equipo médico técnico.
3. Equipo Técnico Médico deberá realizar la detección de muertes maternas ocultas.
4. Revisar los certificados de defunción de mujeres de 12-49 años o algunas de las 49 causas de la CIE-10, consideradas como sospechosas de ocultar una muerte materna, o cuando los certificados tengan anotadas causas terminales o complicaciones sin que aparezca alguna causa antecedente o inicial que haya dado lugar a esas complicaciones.
5. Investigar las defunciones que se identificaron, ya sea realizando una autopsia verbal, recabando el resumen clínico, etc.
6. Entre los meses de marzo a mayo, se realiza una confronta de las defunciones maternas con la DGIS, Epidemiología y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
7. Si se descartó que es muerte materna: Se integra al registro de casos investigados y descartados en formato Excel (con folio, nombre entidad de ocurrencia y breve descripción del motivo por el que no fue materna), por la cual se hace constar que se realiza la búsqueda en la entidad. La base debe ser enviada a la DGIS al término de cada año por el jefe de departamento de estadística o subdirector a cargo del SEED.
8. Llevar al Centro Nacional de Equidad y Género copia de esos resúmenes y certificados de defunción que se hayan investigado y ellos los revisan y los llevan a la Dirección General de Información en Salud DGIS.

Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para jurisdicciones sanitarias y nivel estatal.
Recursos	Anexo 1, Expediente de defunción, Resultado de protocolo de la necropsia, Certificado de defunción, Plataforma SINAVE.
Glosario	SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Defunción Materna: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. De acuerdo a la siguiente tabla las defunciones maternas se clasifican en (dicha información se encuentra en el apartado de anexos del CIE-10). Defunciones obstétricas directas: Las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (dicha información se encuentra en el apartado de anexos del CIE-10).

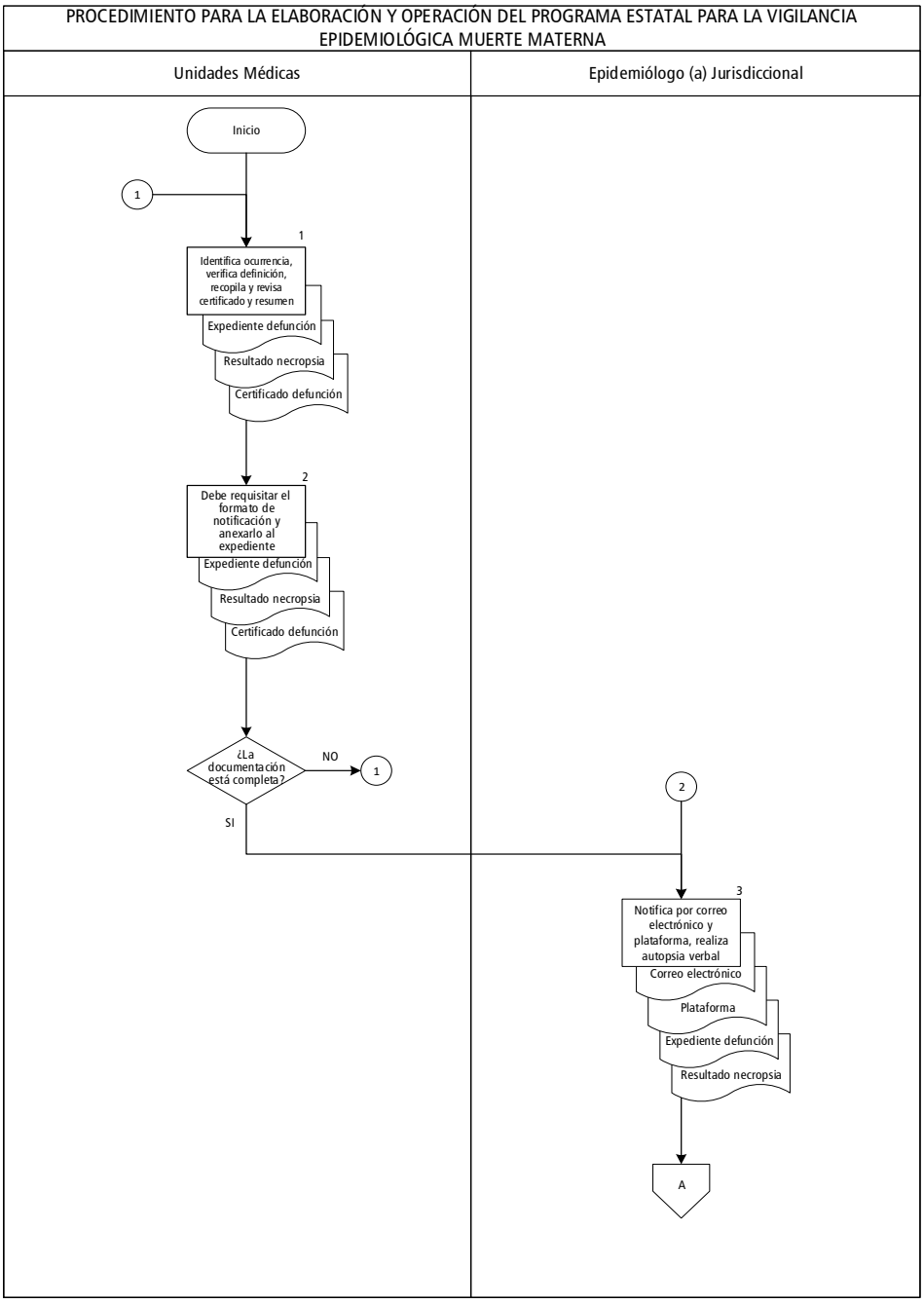
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Unidades Médicas	Identifica la ocurrencia de una muerte materna, verifica que la defunción cumpla con definición operacional de muerte materna, recopila y revisa certificado y resumen clínico para posteriormente enviarlos a la Jurisdicción Sanitaria (plazo no mayor a 24 horas).	(Anexo 1) Expediente de Defunción Resultado del protocolo de la necropsia Certificado de defunción
2		Debe requisitar el formato de notificación inmediata de defunciones maternas (incluso antes de tener el certificado de defunción) y anexarlo al expediente de defunción para notificar a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente. ¿La documentación está completa? Si: Continúa en la actividad.3. No: Continúa en la actividad 1.	(Anexo 1) Expediente de Defunción Resultado del protocolo de la necropsia Certificado de defunción
3	Epidemiólogo/a Jurisdiccional	Notifica a nivel estatal, por medio de un correo electrónico y por medio de la plataforma, realiza la investigación de la muerte: autopsia verbal. **Nota:** en caso de que no exista expediente clínico, resultados de la necropsia o la información sea incompleta, recopila el certificado de defunción y resultados de necropsia. **Nota**: En el caso de defunciones ocurridas fuera unidades médicas dentro del territorio de la Jurisdicción Sanitaria, realizar el llenado del formato de notificación inmediata y captura en plataforma en un plazo no mayor a 24 horas de conocida la defunción. **Nota:** La Jurisdicción Sanitaria que notifica, deberá capturar el folio del certificado de defunción y adjuntar imagen del certificado y resumen	Correo electrónico. Plataforma Expediente de Defunción Resultado del protocolo de la necropsia

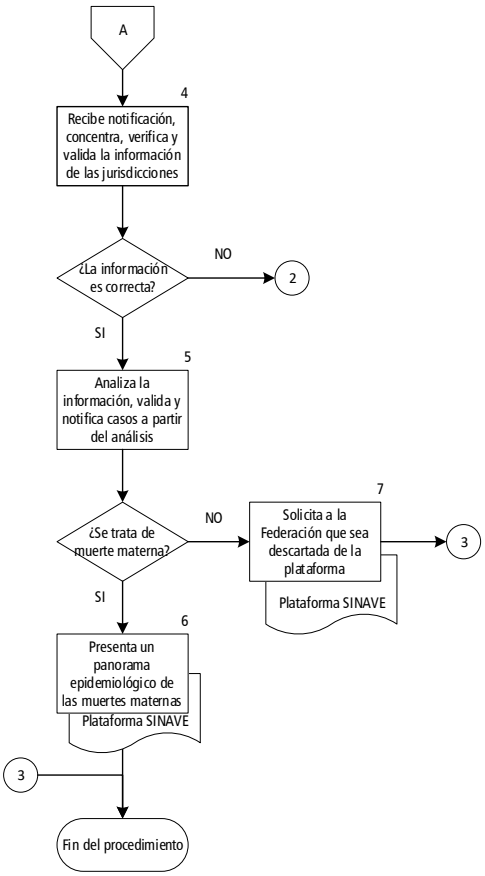
		clínico en plataforma, en un plazo no mayor a tres días de ocurrida la defunción. **Nota:** Completa en un plazo no mayor a10 días hábiles las variables que no son obligatorias en plataforma.	
4	Responsable Estatal	Recibe la notificación, concentra, verifica y valida que se encuentre la información completa de las jurisdicciones. ¿La información está completa? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Continúa en la actividad 3.	
5		Analiza la información, valida y notifica de manera inmediata los eventos de relevancia identificados a partir del análisis de la información. ¿Se trata realmente de muerte materna? Sí: Continúa en la actividad 6. No: Continúa en la actividad 7.	
6		Presenta un panorama epidemiológico de las muertes maternas a la Subdirección. Fin del procedimiento.	Plataforma SINAVE (apartado de Muerte Materna)
7		Solicita a la Federación que sea descartada de la plataforma (con el debido soporte). **Nota:** Si la investigación de la muerte arroja como resultado que no se trata de una muerte materna.	Plataforma SINAVE (apartado de Muerte Materna)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MUERTE MATERNA

Responsable Estatal



7.11.64. PROCEDIMIENTO DEL NÚCLEO TRAZADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (NUTRAVE).

Tiempo Promedio: 9 días naturales

Elabora:	Valida:	Autoriza:
José Luis Hernández Ramírez **Responsable Estatal de NuTraVe** **JLHR (DIE)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Fortalecer la vigilancia epidemiológica rutinaria mediante el establecimiento de Núcleos Trazadores de Vigilancia Epidemiológica que permitan realizar el monitoreo de agentes etiológicos causantes de Enfermedad Diarreica aguda (EDA) a través de un enfoque de riesgo sindromático.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda mediante la Estrategia de Núcleos Trazadores [NuTraVE] (septiembre 2012). 2. Lineamientos para la implementación del Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVe) (diciembre 2011). 3. Manual Caminando a la Excelencia (2014). Políticas de Operación: 1. Conforme a norma sólo tomar hisopos a los pacientes que cumplan con la definición operacional de EDA Moderada y grave, así como realizar prueba para rotavirus a los menores de 5 años que cumplan con esta misma definición.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para las unidades médicas centinela, Coordinadoras/es de análisis y Coordinadores/as de laboratorio seleccionados para integrar los NuTraVe en las jurisdicciones 1, 6 y 10.
Recursos	Estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda, Lineamientos federales, Manual de operación.
Glosario	NuTraVe: Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica. CEVE: Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica. Unidades Médicas Notificantes o Centinela: Representado por unidades médicas de primero, segundo y/o tercer nivel de atención de las diferentes instituciones del Sector Salud. Unidad Coordinadora: Implementada en nivel federal, estatal y jurisdiccional en el nivel jurisdiccional podrá también estar conformada por una Unidad Hospitalaria. Unidad de Análisis: Implementada a nivel federal, estatal, jurisdiccional y unidades médicas. Esta podrá estar representada según la situación local por las unidades coordinadoras.

Unidad de Laboratorio: representado por el instituto de diagnóstico y referencia epidemiológicos, laboratorios estatales de salud pública y laboratorios locales.
INDRE: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
LESP: Laboratorios Estatales de Salud Pública.
SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.
SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
CENAPRECE: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
CENSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
Caso de EDA: Todo paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cinco o más evacuaciones diarreicas en 24 horas durante no más de cinco días con o sin datos de deshidratación.
Caso de EDA Moderada: Paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución sea menor a cinco días y que presente datos de deshidratación moderada.
Caso de EDA Grave: Paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución sea menor a cinco días y que tenga dos o más de los siguientes:
•Vómito (más de cinco en 24 horas);
•Cuadro disentérico,
•Temperatura mayor a 38°C,
•Datos de deshidratación moderada a grave.
Contacto: Cualquier persona que, en el hogar, escuela, trabajo u otro sitio de reunión haya compartido alimentos (incluyendo agua) con algún caso de EDA moderada y/o grave en los cinco días previos al inicio de la enfermedad.
Contacto sintomático: Todo contacto que presente cuadro de EDA moderada y/o grave.
Defunción: Fallecimiento de un caso de EDA en la que se confirme la presencia de alguno de los agentes en estudio y que se encuentre dentro de las dos semanas posteriores al

inicio de las manifestaciones clínicas y, toda muerte en cuyo certificado de defunción aparezcan como causa básica o asociada: gastroenteritis, o diarrea más deshidratación, o gastroenteritis, o diarrea más desequilibrio hidroelectrolítico, o enteritis, o diarrea, o diarrea disentérica, o diarrea epidémica o enfermedad diarreica infecciosa.

Brote: La ocurrencia de dos o más casos de EDA asociados epidemiológicamente entre sí.

En áreas donde no se ha identificado alguno de los agentes etiológicos en estudio, un solo caso confirmado constituirá un brote.

Disentería: Trastorno inflamatorio del intestino que ocasiona diarrea con moco y/o sangre en las heces.

Salmonella: Enterobacterias, bacilos Gram negativos, anaerobios facultativos de distribución, universal. Se transmite por contacto directo o contaminación de alimentos con heces, así como por vía sexual. El periodo de incubación es de entre 12 y 36 horas. Ocasionan salmonelosis caracterizada por un cuadro clínico con diarrea, fiebre, cefalea, dolor abdominal, deshidratación y erupciones maculo-papulosas en pecho y espalda.

Shigella: Enterobacterias, bacilos Gram negativos. Se transmite por alimentos y fómites contaminados con heces. El periodo de incubación es de entre 1 a 5 días. Ocasiona Shigelosis caracterizada por diarrea, nausea, vómito, disentería, fiebre, deshidratación, dolor abdominal tipo cólico y tenesmo rectal.

Vibrio cholerae: Bacterias Gram negativas, perteneciente al orden de los vibrionales, anaerobios facultativos, se transmite por agua contaminada con heces o vómito, el inicio de la sintomatología es brusco caracterizado por dolor abdominal, deposiciones líquidas hasta 30 o 40 veces cada 24 horas de aspecto blanquecino con gránulos (agua de arroz) de olor fétido, vómito, deshidratación grave y afebril o con fiebre baja.

Escherichia coli: Enterobacteria, bacilo Gram negativo, anaerobio facultativo, en situaciones normales es una bacteria de la flora normal del intestino. Hay cepas patógenas que se transmiten por alimentos contaminados con heces, estas infecciones son caracterizadas por dolor

abdominal, diarrea, deshidratación, disentería, fiebre, nausea y/o vómito.
Rotavirus: Es un virus de la familia Reoviridae, se transmite por alimentos contaminados con heces y es el causante de la mayoría de diarreas graves en niños menores de 5 años, su periodo de incubación es generalmente de 48 horas. El cuadro clínico suele comenzar con vómito, seguido de 4 a 8 días de diarrea profusa, fiebre leve y deshidratación.
DGE: Dirección General de Epidemiología.

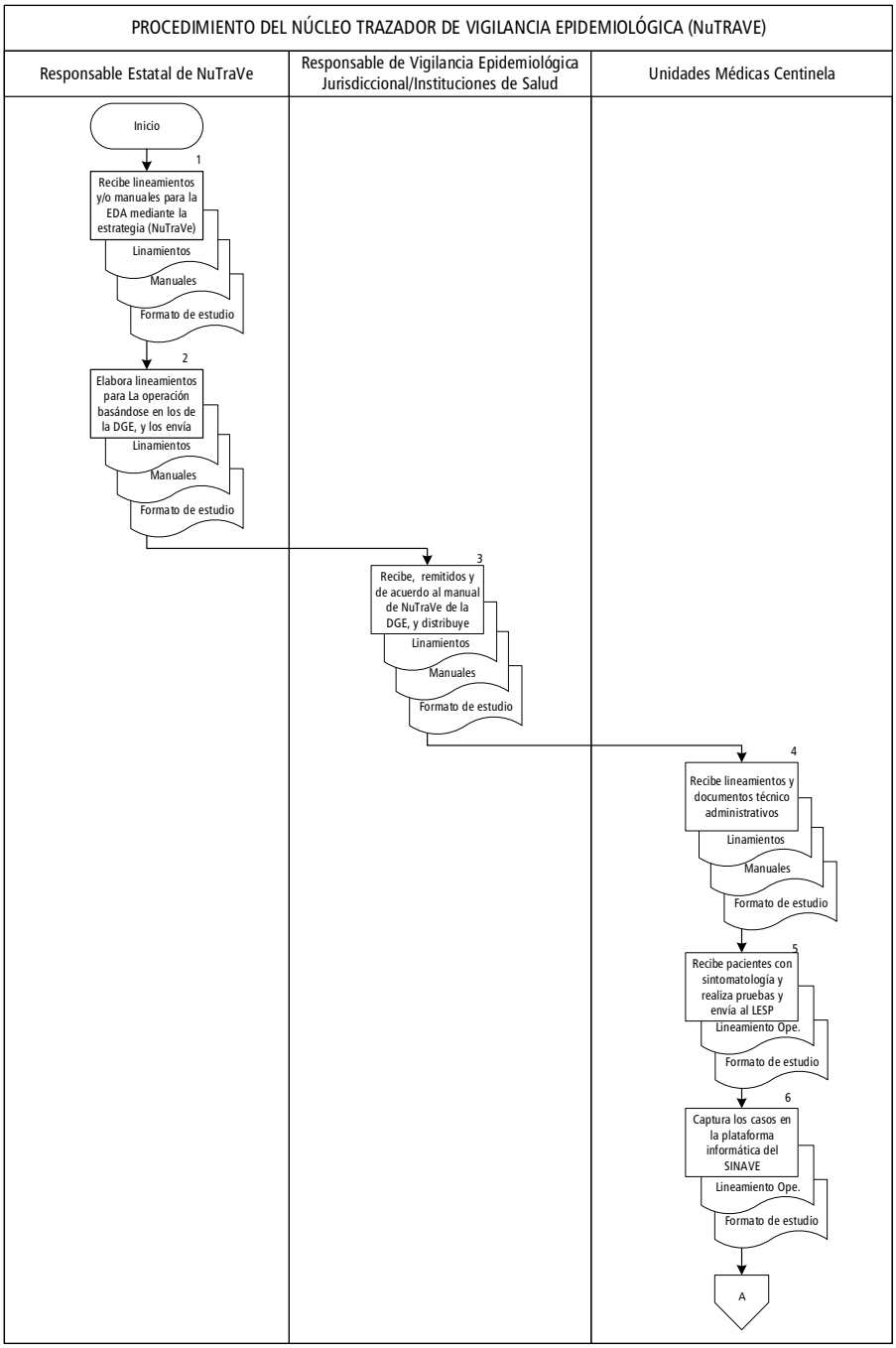
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL NÚCLEO TRAZADOR DE VIGILANCIA EPIDEMILÓGICA (NUTRAVE).

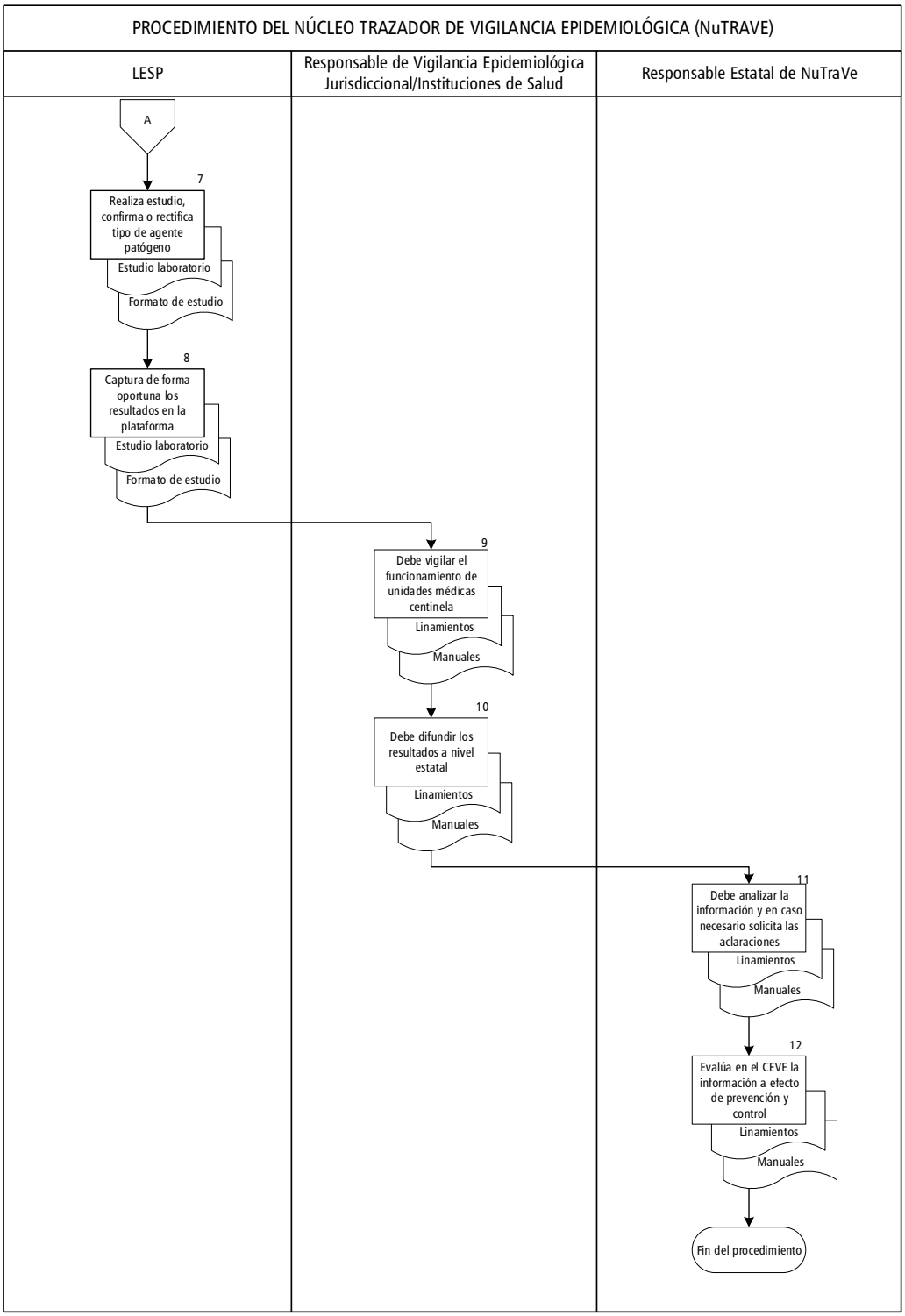
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal de NuTraVe	Recibe de la Dirección General de Epidemiología los lineamientos y/o manuales para la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda mediante la estrategia de Núcleos trazadores (NuTraVe).	Lineamientos federales. Manual de operación Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda
2		Elabora los lineamientos para la operación de la vigilancia epidemiológica basándose en los de la DGE, envía los lineamientos a las jurisdicciones sanitarias 1, 6 y 10. **Nota**: Solamente en caso de haber cambios en el formato se realizarán los lineamientos y se darán a conocer.	Lineamientos federales. Manual de operación Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda

3	Responsable de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional/Instituciones de Salud	Recibe los lineamientos para la operación de la vigilancia epidemiológica, remitidos y de acuerdo al manual de NuTraVe de la DGE, distribuye los lineamientos a unidades centinela integrantes de los NuTraVe.	Lineamientos federales. Manual de operación Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda
4	Unidades Médicas Centinela	Recibe lineamientos y documentos técnico administrativos.	Lineamientos federales. Manual de operación Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda
5		Recibe pacientes con sintomatología apegada a la normativa y remite a realizar pruebas de laboratorio. Estas deberán ser enviadas al LESP.	Lineamientos de operación. Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda
6		Captura los casos en la plataforma informática del SINAVE en menos de 24 horas.	Lineamientos de operación. Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica

			aguda
7	LESP	Realiza estudio, confirma o rectifica tipo de agente patógeno.	Estudios de laboratorio. Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda
8		Captura de forma oportuna los resultados en la plataforma.	Estudios de laboratorio Formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda
9	Responsable de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional/Instituciones de Salud	Debe vigilar el adecuado funcionamiento de unidades médicas centinela.	Lineamientos federales. Manual de operación
10		Debe difundir los resultados a nivel estatal.	
11	Responsable Estatal de NuTraVe	Debe analizar la información capturada y en caso necesario solicita las aclaraciones pertinentes a nivel jurisdiccional.	Lineamientos federales. Manual de operación
12		Evalúa en el seno del CEVE de acuerdo a las funciones y atribuciones, la información epidemiológica a efecto de orientar las medidas de prevención y control.	Lineamientos federales. Manual de operación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL NÚCLEO TRAZADOR DE VIGILANCIA EPIDEMILÓGICA (NUTRAVE).




PROCEDIMIENTO DEL NÚCLEO TRAZADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (NuTRAVE)
LESP
Responsable de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional/Instituciones de Salud
Responsable Estatal de NuTraVe
A
7
Realiza estudio, confirma o rectifica tipo de agente patógeno
Estudio laboratorio
Formato de estudio
8
Captura de forma oportuna los resultados en la plataforma
Estudio laboratorio
Formato de estudio
9
Debe vigilar el funcionamiento de unidades médicas centinela
Linamientos
Manuales
10
Debe difundir los resultados a nivel estatal
Linamientos
Manuales
11
Debe analizar la información y en caso necesario solicita las aclaraciones
Linamientos
Manuales
12
Evalúa en el CEVE la información a efecto de prevención y control
Linamientos
Manuales
Fin del procedimiento

7.11.65. PROCEDIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE).

Tiempo Promedio: 8 horas**

**Acorde a cada actividad el tiempo de aplicación puede variar de 2 a 16 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Jacqueline Navarro González Responsable Estatal de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica JNG (SVE) Octubre 2018	**Sofia Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Martínez Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Identificar los riesgos de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en las unidades médicas afiliadas a la RHOVE para su estudio activo y permanente, así como su control a través de estrategias sistematizadas y propuestas de prevención enfocadas al microorganismo aislado con atención en sus resistencias, sensibilidades y presentación en los servicios hospitalarios: con la finalidad de generar información de calidad para la toma de decisiones por la alta dirección.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 3. Ley General de Salud, Artículos 135, 137,138, 139, 140,141, 142, 145 y 154. 4. NOM-017-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica. 5. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 6. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Hospitalaria, 2016. 7. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos. Políticas de Operación: 1.-La información debe cumplir con lo establecido en la NOM-017-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica. 2.- La información debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 3.- La información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la Dirección General de Información. 4.-La información deberá cumplir con los lineamientos y criterios descritos en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Hospitalaria, 2016.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Subdirección de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para las unidades médicas hospitalarias afiliadas a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica.

Recursos	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (SIVE de IAAS) recurso que se ubica en: http://www.rhove.gob.mx/
Glosario	Alerta epidemiológica: Se realiza al comunicado de un evento epidemiológico que representa un daño inminente a la salud de la población y/o de trascendencias social, frente al cual es necesario ejecutar acciones de salud inmediata y eficaz, a fin de minimizar o contener su ocurrencia. Asociación Epidemiológica: A la situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona. Autoridad sanitaria: Es la Secretaría de Salud, representada a través de la Dirección General de Epidemiología. Brote epidemiológico de infección nosocomial: A la ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida por el paciente o por el personal de salud en la unidad hospitalaria representando una incidencia mayor de la esperada y en los que existe asociación epidemiológica. En hospitales donde la ocurrencia de determinados padecimientos sea nula, la presencia de un solo caso se definirá como brote epidemiológico de infección nosocomial, ejemplo: meningitis por meningococo. Caso confirmado: Al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio. Caso de infección nosocomial: a la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso. Caso descartado de infección nosocomial: Al caso que no cumple con los criterios de infección nosocomial porque se demuestra que la infección se adquirió fuera de la unidad de atención médica o en el que hay evidencia suficiente para definir al evento infeccioso como inherente al

padecimiento de base.
Caso nuevo: Al enfermo en quien se establece un diagnóstico por primera vez.
Caso probable: A la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad bajo vigilancia.
Caso sospechoso: Al individuo susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el padecimiento o evento bajo vigilancia.
Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE): Órgano colegiado a nivel estatal responsable de la aplicación y verificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones del sector salud en el estado.
Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE): Órgano colegiado a nivel federal interdisciplinario responsable de las políticas de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
Consejo de Salubridad General: Órgano colegiado dependiente directamente del presidente de la república con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna secretaría de estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país.
Control: A la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia y de la mortalidad, en casos de enfermedad.
Control de infección nosocomial: A las acciones encaminadas a limitar la ocurrencia de casos y evitar su propagación.
Estudio de brote: A la investigación sistemática de los determinantes epidemiológicos de un brote.
Estudio epidemiológico de caso: A la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.
Evento: Al suceso de cierta duración asociado a un riesgo para la salud.
Factores de Riesgo para la ocurrencia de IAAS: Riesgo de contraer una IAAS solo por el hecho de recibir atención en un centro hospitalario, particularmente cuando requieren tratamientos o procedimientos invasivos. Los factores de riesgo para la presencia de IAAS se encuentran en función

de las características del paciente y los factores dependientes de las prácticas de atención y del ambiente.

Factores del huésped: Son aquellos que afectan la respuesta de las personas ante la exposición y su resistencia a la infección. Los factores que aumentan la probabilidad de contraer una IAAS incluyen: edad avanzada, nacimiento prematuro, inmunodeficiencia, quemaduras graves, desnutrición severa, diabetes mellitus.

Monitoreo: Es el proceso sistemático de vigilancia para la evaluación y análisis de riesgos.

Morbilidad: Es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.

Mortalidad: Al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.

Muerte asociada a la infección: Fallecimiento durante el periodo agudo o de tratamiento de la infección, como consecuencia de la descompensación o de una situación clínica subyacente inducida por la misma infección, con o sin respuesta inicial al tratamiento.

Muerte no asociada a la infección: Fallecimiento del paciente no relacionado con el episodio infeccioso ni como consecuencia de la descompensación o de una situación clínica subyacente inducida por la infección.

CEVE: Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.

COJUVE: Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica.

CONAVE: Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

DGE: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

IAAS: Infección Asociada a la Atención de la Salud.

SIVE de IAAS: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

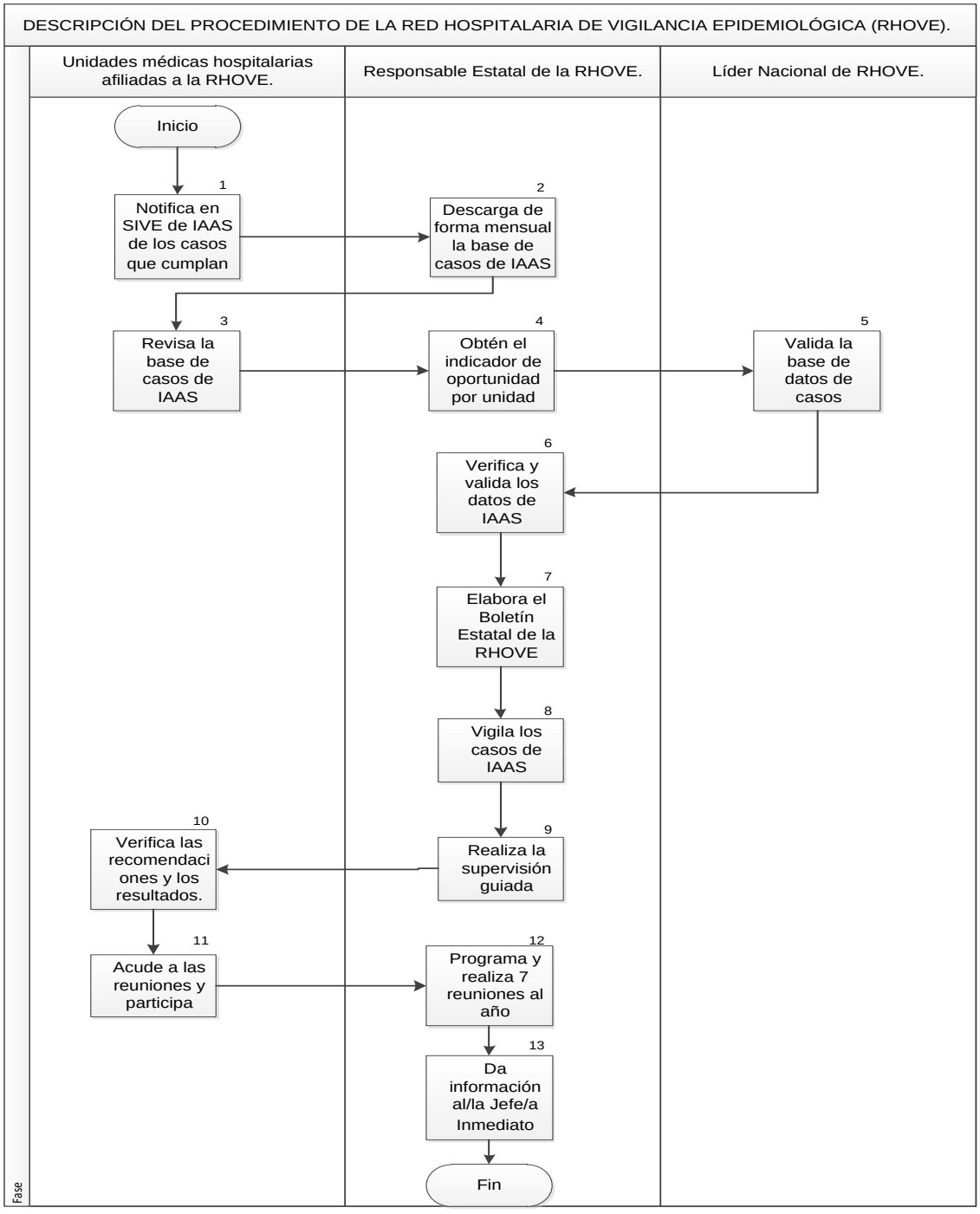
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE.	Notifica en SIVE de IAAS de los casos que cumplan con las definiciones acorde a Norma Oficial y Manual de Procedimientos.	SIVE de IAAS
2	Responsable Estatal de la RHOVE.	Descarga de forma mensual la base de casos de IAAS que se ubica en “Reporte Semanal” del SIVE de IAAS, se transforma en formato de Excel para su revisión.	SIVE de IAAS Base de casos en formato Access y Excel.
3	Unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE.	Revisa la base de casos de IAAS por unidad médica afiliada a la RHOVE. De ser correcta la información se procede a validar; si esta es incorrecta se remite por correo electrónico a las unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE para su corrección.	Base de casos en Excel. Correo electrónico del programa.
4	Responsable Estatal de la RHOVE.	Obten el indicador de oportunidad por unidad médica hospitalaria afiliada a la RHOVE y notificación de este indicador a las unidades médicas afiliadas a la RHOVE.	Base de casos en Excel. Oficios a unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE.
5	Líder Nacional de RHOVE.	Valida la base de datos de casos de IAAS, de ser necesario por duplicidad de casos se solicitará a la Federación la eliminación de casos de forma física y a través	Base de casos en Excel. Formato de eliminación de casos.

		de correo electrónico.	
6	Responsable Estatal de la RHOVE.	Verifica y valida los datos de IAAS que se encuentran registrados en el rubro de Infecciones nosocomiales del SUIVE.	Base de datos de SUIVE.
7	Responsable Estatal de la RHOVE.	Elabora el Boletín Estatal de la RHOVE, el cual se remitirá a las autoridades correspondientes a través de correo electrónico. Así mismo, este boletín se remitirá a las unidades médicas afiliadas a la RHOVE.	Base de casos en Excel. Boletín Estatal. Correo electrónico.
8	Responsable Estatal de la RHOVE.	Vigila los casos de IAAS y detección inmediata de brotes. De presentarse un brote: a) Unidad médica hospitalaria afiliada a la RHOVE notifica a través de vía telefónica y por correo electrónico al Responsable Estatal de la RHOVE la presencia de un probable brote. b) El Responsable Estatal de la RHOVE acude a la unidad médica hospitalaria, verifica información, elabora y envía al líder nacional a través de NOTINMED el formato de notificación inmediata de brote. c) La unidad médica hospitalaria afiliada a la RHOVE dará seguimiento al brote notificando estatus y cierre del mismo. d) El Responsable Estatal de la RHOVE notificará al Líder Nacional a través de NOTINMED estatus y cierre del brote notificado.	NOTINMED. Correo electrónico. Formato de notificación inmediata de brote. Formato Brote SUIVE-3 2000

9	Responsable Estatal de la RHOVE.	Realiza la supervisión guiada a las unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE y elabora recomendaciones con base a la Guía de Supervisión de la RHOVE y de ser necesario realiza capacitación in situ.	Guía de Supervisión de la RHOVE. Oficio con recomendaciones y resultado de la Guía de Supervisión.
10	Unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE.	Verifica las recomendaciones y los resultados de la Guía de Supervisión de la RHOVE e implementa acciones.	CODECIN COCASEP
11	Responsable Estatal de la RHOVE.	Programa y realiza 7 reuniones al año de con las Unidades Médicas afiliadas a la RHOVE.	Listas de asistencia.
12	Unidades médicas hospitalarias afiliadas a la RHOVE.	Acude a las reuniones y participa activamente en las actividades a realizar.	Listas de asistencia.
13	Responsable Estatal de la RHOVE.	Da información al/la Jefe/a Inmediato sobre los casos de IAAS para la toma de decisiones y acciones a realizar.	Notas informativas. Correos electrónicos.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE).



7.11.66. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.

Tiempo Promedio: 7 hr diarias

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Mario Carrasco Sánchez **Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector** **MCS (SVE)** **Octubre 2018**	**Sofia Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Morelos Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Revisar y analizar el comportamiento de las las enfermedades trasmitidas por Vector.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Ley General de Salud 3. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. 14. Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica14.1 Los titulares de las áreas de epidemiología deben realizar acciones de supervisión de manera permanente y verificar la correcta operación de la vigilancia epidemiológica en los diferentes técnico-administrativos de acuerdo con los manuales correspondientes [...]". 4. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención 5. y control de las enfermedades transmitidas por vectores. 6. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector Políticas de Operación: 1. Toda información deberá cumplir con los lineamientos y criterios emitidos por la DGE. 2.- La información debe cumplir con lo establecido en la NOM-017-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica.
Responsables	Departamento de Inteligencia Epidemiológica, Subdirección de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Este procedimiento es aplicable para las áreas de epidemiología del nivel estatal y que conforman el Sector Salud.
Recursos	Platafaforma de SINAVE/VECTORES (Dengue, Chikungunya, Zika), Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de las Rickettsiosis, Reporte semanal Paludismo.

Glosario

Alerta epidemiológica: Se realiza al comunicado de un evento epidemiológico que representa un daño inminente a la salud de la población y/o de trascendencias social, frente al cual es necesario ejecutar acciones de salud inmediata y eficaz, a fin de minimizar o contener su ocurrencia.

Asociación Epidemiológica: A la situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.

Autoridad sanitaria: Es la Secretaría de Salud, representada a través de la Dirección General de Epidemiología.

Brote: A la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. La existencia de un caso único bajo vigilancia especial en un área donde no existía el padecimiento se considera también como brote.

Caso: Al individuo en quien se sospecha, presume o confirma que padece una enfermedad o evento de interés epidemiológico.

Caso confirmado: Al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio.

Caso nuevo: Al enfermo en quien se establece un diagnóstico por primera vez.

Caso probable: A la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad bajo vigilancia.

Caso sospechoso: Al individuo susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el padecimiento o evento bajo vigilancia.

Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE): Órgano colegiado a nivel estatal responsable de la aplicación y verificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones del sector salud en el estado.

Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE): Órgano colegiado a nivel federal interdisciplinario responsable de las políticas de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Consejo de Salubridad General: Órgano colegiado dependiente directamente del presidente de la república con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna secretaría de estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país.
Control: A la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia y de la mortalidad, en casos de enfermedad.
Emergencia epidemiológica: Al evento de nueva aparición o reaparición, cuya presencia pone en riesgo la salud de la población, y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.
Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII): Significa un evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento Sanitario, se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada.
Estudio de brote: A la investigación sistemática de los determinantes epidemiológicos de un brote.
Estudio epidemiológico de caso: A la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.
Evento: Al suceso de cierta duración asociado a un riesgo para la salud.
Marco analítico de laboratorio: Al listado de estudios o determinaciones vigentes a las que se someten las muestras biológicas, con respaldo normativo y académico, nacional e internacionales vigentes.
Monitoreo: Es el proceso sistemático de vigilancia para la evaluación y análisis de riesgos.
Morbilidad: Es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
Mortalidad: Al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
CEVE: Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.

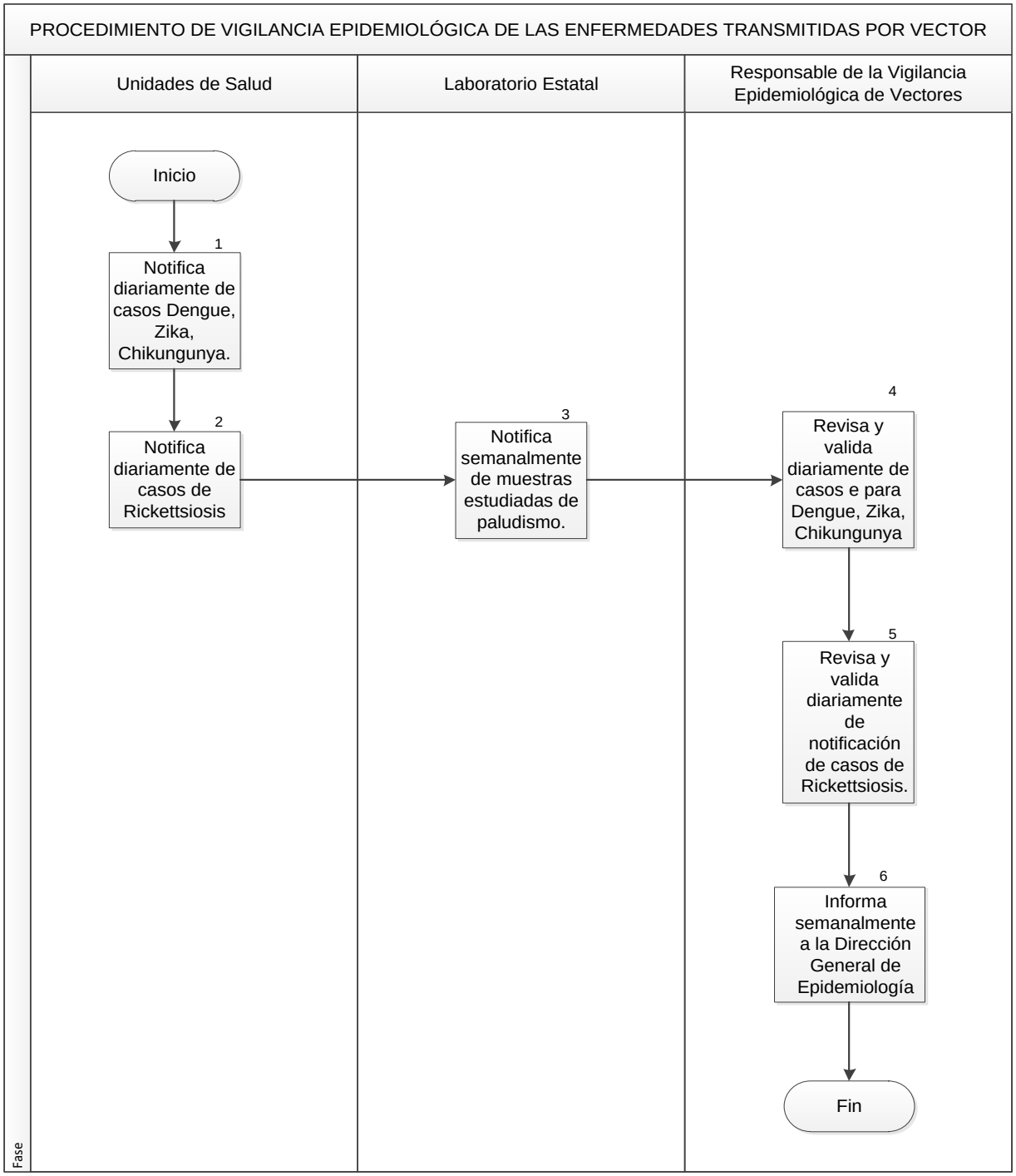
COJUVE: Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica.
CONAVE: Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
DGE: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.
SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SNS: Sistema Nacional de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades de Salud	Notifica diariamente de casos en Plataforma de SINAVE/VECTORES para Dengue, Zika, Chikungunya.	Plataforma
2	Unidades de Salud	Notifica diariamente de casos de Rickettsiosis	Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica
3	Laboratorio Estatal	Notifica semanalmente de muestras estudiadas de paludismo.	Notificación telefónica
4	Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Vectores	Revisa y validadiariamente de casos en Plataforma de SINAVE/VECTORES para Dengue, Zika, Chikungunya y elaboración de resúmenes para retroalimentar a las Jurisdicciones Sanitarias y a autoridades superiores	Listado Nominal y resúmen
5	Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Vectores	Revisa y valida diariamente de notificación de casos de Rickettsiosis. Notificaca cada semana a la Dirección General de Epidemiología con información	Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica

		complementaria del Labortatorio Estatal sobre Rickettsiosis en sus diferentes variedades.	
6	Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Vectores	Informa semanalmente a la Dirección General de Epidemiología de las muestras observadas para el diagnóstico de Paludismo	Formato de Notificación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.



7.11.67. PROCEDIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Tiempo Promedio: 30 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Rosario Valdivia Hernández Responsable Estatal de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia NRVH (DET) Octubre 2018	Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018	Arturo Montiel Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Vigilar la aplicación de los lineamientos que establece el Centro Nacional de la Atención de la Salud de la Infancia y Adolescencia para la Atención a la salud de niños y adolescentes en las unidades médicas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud, 4 de diciembre de 2013.
2. Ley Estatal de Salud, 30 de enero de 2010.
3. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, 31 de diciembre de 2011.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, 8 de junio de 2011.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Publicado en el Periódico Oficial del Estado, el 8 de febrero de 2013.
6. Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 16 de marzo de 2012.
7. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), 17 de octubre de 2006.
8. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, 15 de julio de 2005.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-31-SSA2-1999.Para la atención a la Salud del Niño.
10. Manual de Enfermedades Diarreicas julio de 2009, Prevención, diagnóstico y tratamiento, emitido por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Secretaria de Salud, México.
11. Manual de Infecciones Respiratorias, Prevención, diagnóstico y tratamiento, emitido por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Secretaria de Salud, México, julio de 2012.

Políticas de Operación:

1. Las acciones de Atención Integrada consisten en pesar y medir a los/las niños/as, administrar multivitamínicos, vitamina A y hierro. Evalúa el

	Neurodesarrollo en menores de 5 años, Capacitar en: signos de alarma y manejo en el hogar competencias a desarrollar en la diada en estimulación temprana y signos de alarma en el desarrollo infantil, importancia de las vacunas, estarán dirigidas a los/las menores de 19 años. 2. Los primeros diez días de cada mes se reporta informe de indicadores del Programa Operativo Anual del mes próximo pasado. 3. Trimestralmente se captura en la plataforma de SIAFFASPE, los indicadores del año actual. 4. En el mes de junio los responsables elaborar las metas Operativas Anuales para el siguiente periodo, quien revisará, validará y enviará al/la Jefe/a del Departamento de Enfermedades Trasmisibles para su visto bueno. 5. En el mes de noviembre se realiza el plan de trabajo anual del próximo año, quien revisará, validará y enviará a el/la Jefe/a del Departamento de Enfermedades Trasmisibles. 6. En el mes de agosto se realiza la Programación Anual de Metas e Indicadores, así como el presupuesto del próximo año. 7. Cada dos meses se presentan las evaluaciones de vacunación en el Consejo Estatal de Vacunación. 8. Es responsabilidad del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia evaluar el avance e impacto de las actividades de todos los componentes de la Coordinación de Infancia 25 al 30 de cada mes del mes.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Unidades Médicas de Servicios de Salud del Estado de Puebla.

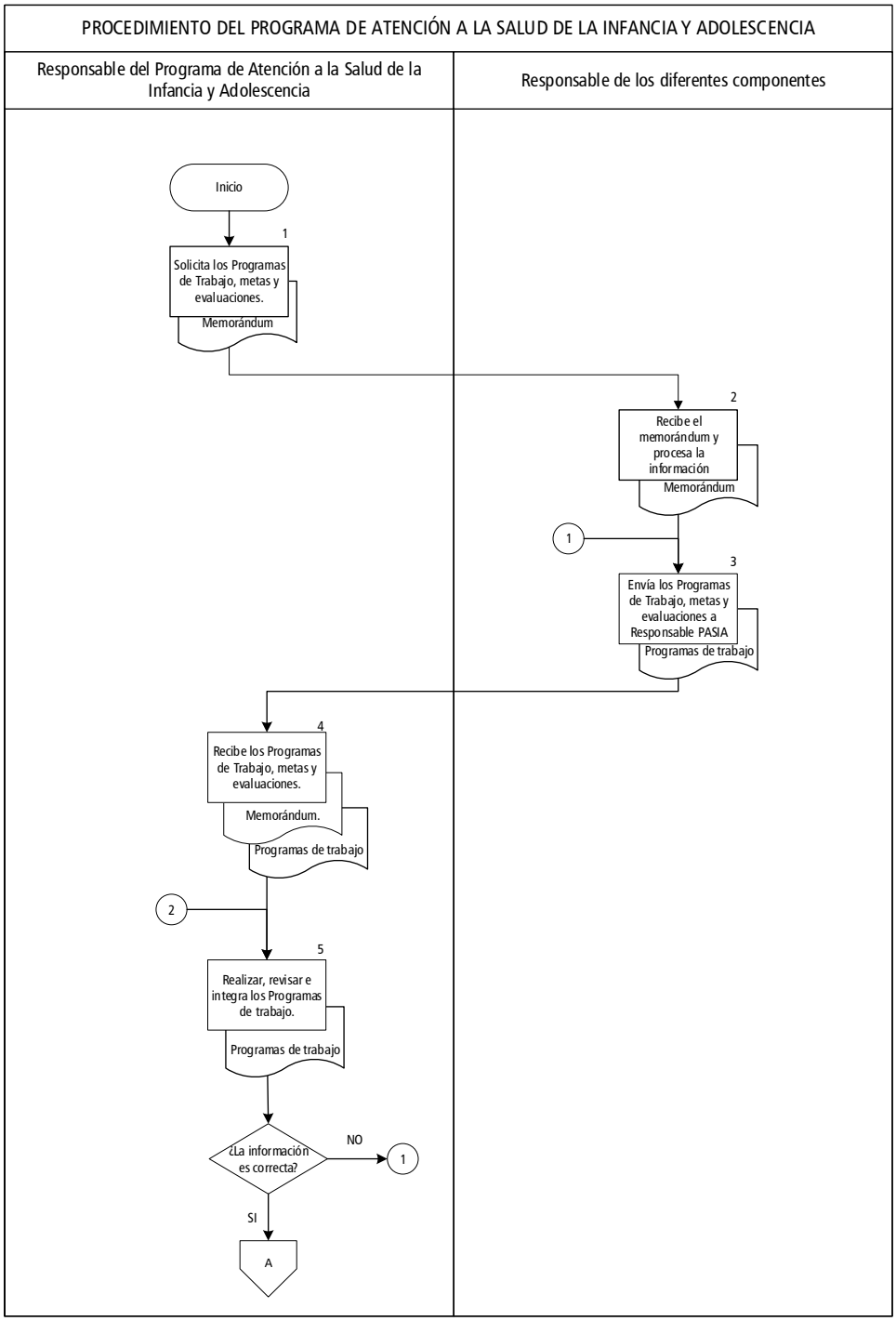
Recursos	Programa de Trabajo, Oficios, Memorándum.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. SIAFFASPE: Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en Entidades Federativas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

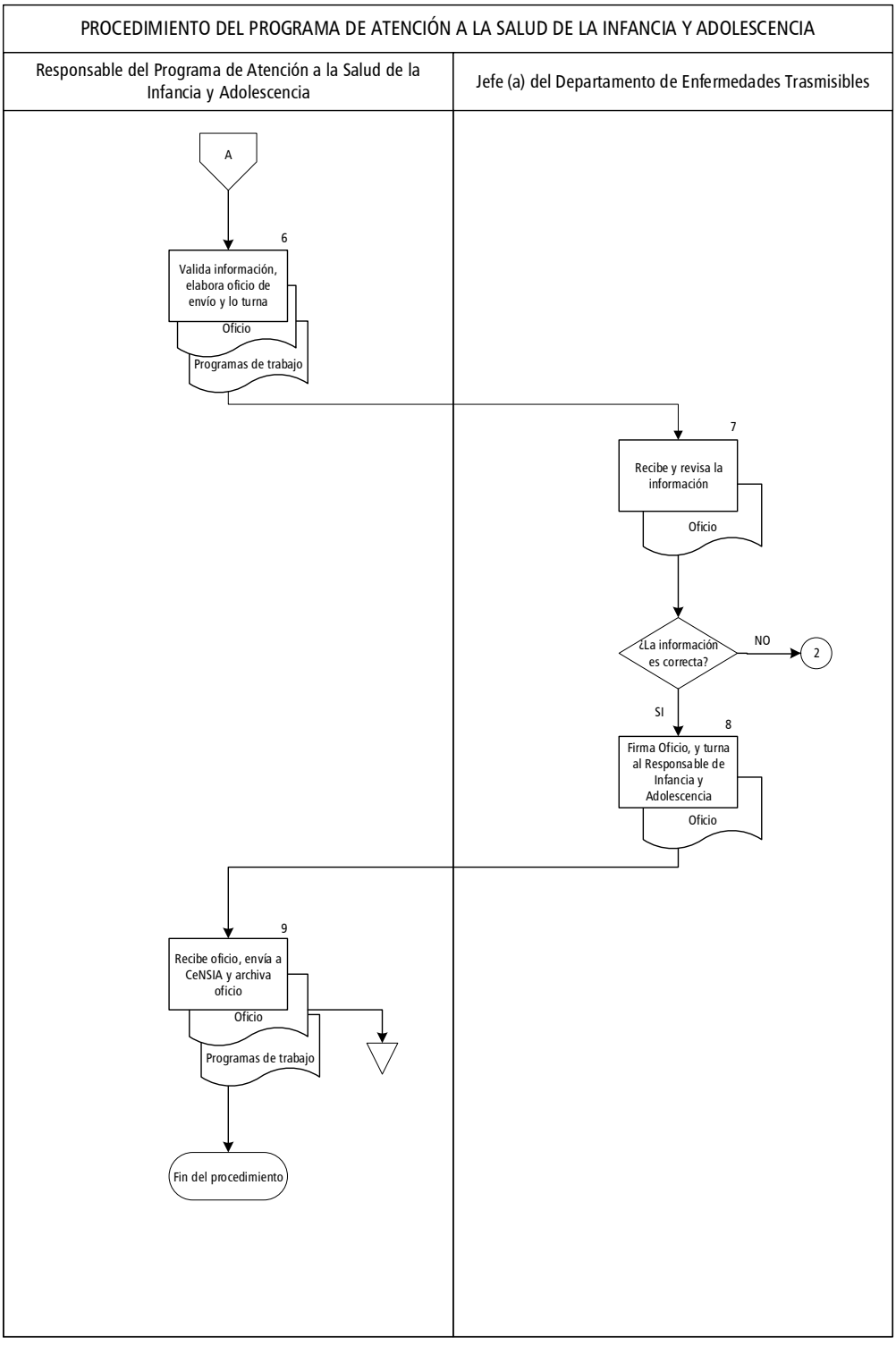
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia	Solicita por memorándum a los responsables de los diferentes componentes, los programas de trabajo, metas y evaluaciones.	Memorándum
2	Responsable de los diferentes componentes	Recibe el memorándum y procesa la información.	Memorándum
3		Envía los programas de trabajo, metas y evaluaciones al/la Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia.	Programa de Trabajo
4	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia	Recibe los programas de trabajo, metas y evaluaciones de los/las responsables de los diferentes componentes.	Memorándum Programa de Trabajo

5		Revisa, analiza e integra, los programas de trabajo. ¿La información es correcta? No: Continúa en la actividad 3. Sí: Continúa en la actividad 6.	Programa de Trabajo
6		Valida información, elabora oficio de envío y lo turna al/la Jefe/a de Departamento de Enfermedades Trasmisibles.	Oficio Programa de Trabajo
7	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Trasmisibles	Recibe y revisa la información. ¿La información es correcta? No: Continúa en la actividad 5. Sí: Continúa en la actividad 8.	
8		Firma oficio, y turna al Responsable de Infancia y Adolescencia.	Oficio
9	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia	Recibe oficio, envía a CeNSIA y archiva.	Oficio Programa de Trabajo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.



PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



7.11.68. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONSULTA COMPLETA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS/LAS MENORES DE 5 AÑOS.

Tiempo Promedio: 2 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Rosario Valdivia Hernández Responsable Estatal de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia NRVH (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos que establece el Centro Nacional de la Atención de la Salud de la Infancia y adolescencia para la vigilancia epidemiológica y la consulta completa para las infecciones respiratorias agudas en los/las menores de 5 años, con la finalidad de seguir otorgando un mejor servicio a la población.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud, 4 de diciembre de 2013.
2. Ley Estatal de Salud, 30 de enero de 2010.
3. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, 31 de diciembre de 2011.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, 8 de junio de 2011.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Publicado en el Periódico Oficial del Estado, el 8 de febrero de 2013.
6. Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 16 de marzo de 2012.
7. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), 17 de octubre de 2006.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-31-SSA2-1999. Para la atención a la Salud del Niño.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Expediente Clínico.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Vigilancia Epidemiológica.
11. Manual de Enfermedades Diarreicas 2009, Prevención, diagnóstico y tratamiento, emitido por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Secretaria de Salud, México, 2009.
12. Manual de Enfermedades Diarreicas 2009, Prevención, diagnóstico y tratamiento, emitido por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Secretaria de Salud, México, 2009.

Políticas de Operación:

1. La cobertura estará dirigida a los/las niños menores de 5 años, tengan o no seguro popular.
2. La evaluación del avance e impacto de las actividades

del Componente de Infecciones Respiratorias Agudas, se realizará los días 18 al 20 de cada mes, mediante el análisis de cuadros con información estatal, jurisdiccional y municipal del mes y acumulada de enero al último mes, comparativamente con mismos periodos del año anterior.

3. El resultado de la evaluación se entregará por escrito el día 27 de cada mes al/a la Coordinador/a del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia quien revisará, validará y enviará a el/la Jefe/a del Departamento de Enfermedades Trasmisibles para su visto bueno.
4. Se enviará la evaluación los días 27 al 30 de cada mes al Centro Nacional de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA) y a la Dirección General de Epidemiologia (DGPI).
5. Todo el personal que tenga el primer contacto con niños con sintomatología de infecciones respiratorias se recomienda para la exploración del infante; cuenta inicial de la frecuencia respiratoria por un minuto, realizar una segunda lectura después de: controlar la temperatura, hidratarlo, calmarlo, ofrecer un chupete, explorarlo cuidadosamente siguiendo el método de: inspección, palpación, percusión y auscultación, se recomienda re-explorar al controlar la temperatura. identificar: aleteo nasal, retracción xifoidea, tiraje intercostal, disociación toraco-abdominal o quejido. Escuche la presencia de estridor o sibilancias, estertores crepitantes, esto se verificará en el expediente clínico.
6. Se verificará la consulta completa, en la supervisión de los expedientes clínicos.
7. En caso de que el personal médico no otorgue la consulta completa se integrara a la capacitación en el Centro Estatal de Capacitación de acuerdo a calendario.
8. Solo podrá proporcionarse información a otras áreas con la autorización del/la Jefe/a del Departamento.

Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Unidades médico administrativas de los servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Cédula de Supervisión de Enfermedad Diarreica Aguda, Defunciones por Infecciones Respiratorias Agudas 1990-2013, Defunciones en menores de cinco años y por Infección Respiratoria Aguda 2013, Defunciones por sitio de defunción por IRA 2013, Concentrado de Autopsias Verbales, Oficio de información al CeNSIA, Oficio de información al DGEPI, Oficio de Recomendaciones a las unidades Medicas, Oficio toma las medidas correctivas de las unidades medicas.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. DGEPI: Dirección General de Epidemiología. Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs): son afecciones del tracto respiratorio, generalmente de etiología viral o bacteriana, que pueden producir un espectro que comprende desde infecciones asintomáticas o leves hasta enfermedades graves y fatales, dependiendo del patógeno causante, factores ambientales y del huésped. Consulta Completa: Atención proporcionada por el médico de primer contacto para identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación de las madres en el motivo de la consulta, seguimiento de los casos. Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquiera otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones, y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. Vigilancia Epidemiológica: Estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como sus condicionantes, en la población.

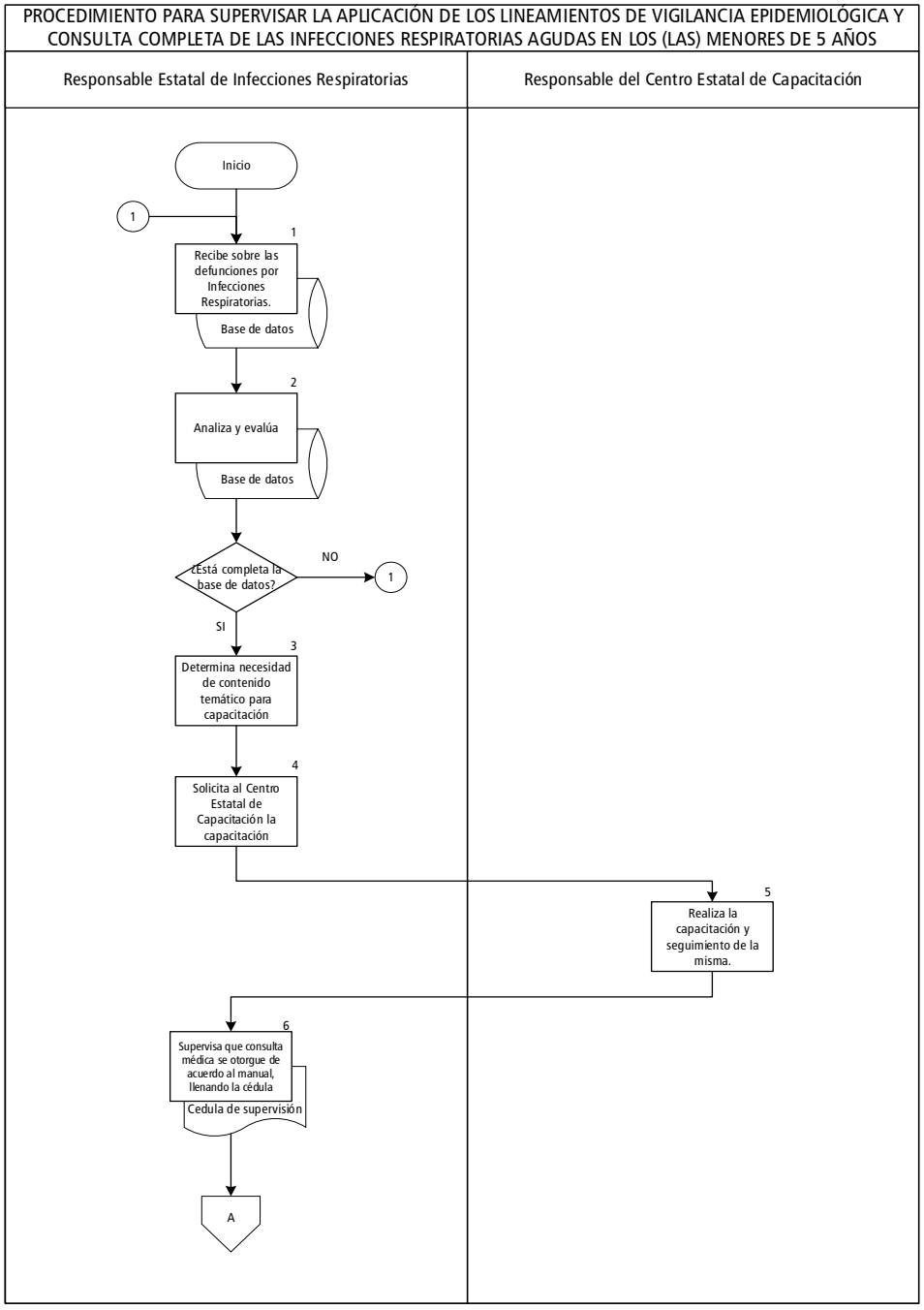
Centro Estatal de Capacitación: Área administrativa encargada de programa y ejecutar actividades de capacitación dirigida al personal de salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONSULTA COMPLETA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS/LAS MENORES DE 5 AÑOS.

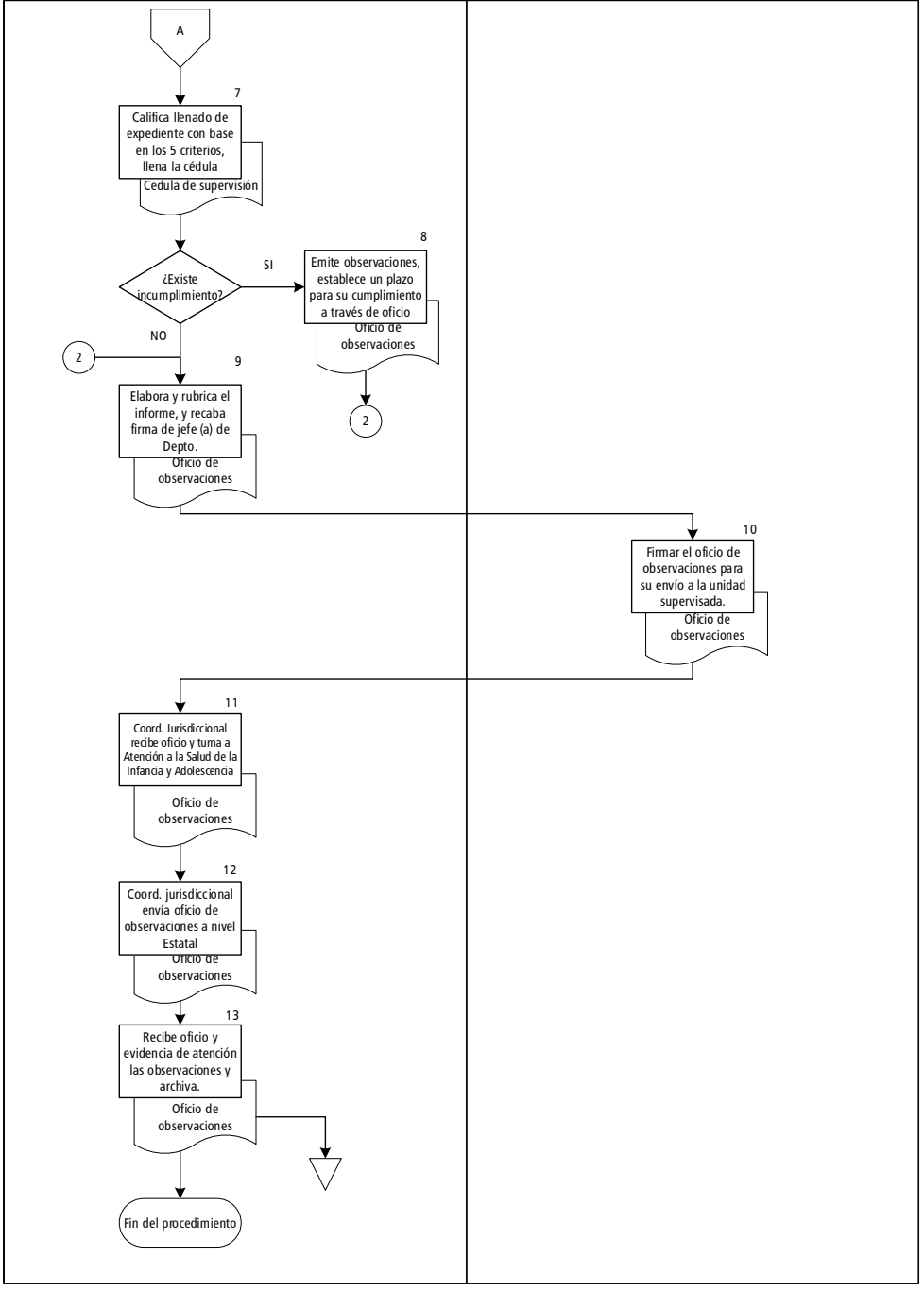
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal de Infecciones Respiratorias	Recibe la base de datos de las defunciones por infecciones respiratorias.	Base de datos electrónica
2		Analiza y evalúa la base de datos. ¿Está completa la base de datos? Sí: Continúa en la actividad 3. No: Continúa en la actividad 1.	Base de datos electrónica
3		Determina la necesidad de contenido temático para la capacitación del personal operativo/a.	N/A
4		Solicita al Centro Estatal de Capacitación la capacitación del personal de salud de los municipios de alto riesgo.	N/A
5	Responsable del Centro Estatal de Capacitación	Realiza la capacitación y seguimiento de la misma.	N/A
6	Responsable Estatal de Infecciones Respiratorias	Supervisa que la consulta médica se otorgue de acuerdo al manual de atención, llenando la cédula de supervisión	Cédula de supervisión

		Nota: Se supervisarán dos unidades médicas de cada Jurisdicción Sanitaria y de 5 jurisdicciones anualmente	
7		Califica el llenado del expediente clínico con base en los 5 criterios, llena la cédula. ¿Existe incumplimiento? Sí: Continúa en la actividad 8. No: Continúa en la actividad 9.	Cédula de supervisión
8		Emite observaciones en caso de incumplimiento y establece un plazo para su cumplimiento a través de oficio de observaciones, continúa en la actividad 9.	Oficio de observaciones
9		Elabora y rubrica el informe de la supervisión, y recaba firma del/la Jefe/a del Departamento.	Oficio de observaciones
10	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Trasmisibles	Firma el oficio de observaciones para su envío a la unidad supervisada.	Oficio de observaciones
11	Responsable Estatal de Infecciones Respiratorias	El/la Coordinador/a Jurisdiccional recibe oficio de observaciones y turna al/la Responsable Jurisdiccional del programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia para el cumplimiento de las observaciones.	Oficio de observaciones
12		El/la Coordinador/a jurisdiccional envía oficio con evidencia sobre la atención de las observaciones a nivel Estatal.	Oficio de observaciones
13		El/la Responsable del Programa de Infecciones Respiratorias de nivel central recibe oficio y evidencia de que se atendieron las observaciones y archiva.	Oficio de observaciones
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONSULTA COMPLETA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS/LAS MENORES DE 5 AÑOS.



PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONSULTA COMPLETA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS (LAS) MENORES DE 5 AÑOS



7.11.69. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CUADROS DE CASOS (MORBILIDAD) Y DEFUNCIONES (MORTALIDAD) POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Tiempo Promedio: 2 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Rosario Valdivia Hernández Responsable Estatal de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia NRVH (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Montiel Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Recopilar, revisar, clasificar y elaborar la información de casos y defunciones por deficiencias de la Nutrición del Programa de Atención a la Salud de la Niñez y la Adolescencia.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Norma Oficial Mexicana NOM-31-SSA2-1999, Para la atención a la Salud del Niño. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de Salud. Promoción y Educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 3. Nutrición Manual de Procedimientos Técnicos. Publicación CONAVA 2009. 4. Manual de Nutrición 2009, CeNSIA. 5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Periódico Oficial del Estado, 8 de febrero de 2013. 6. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, 31 de diciembre de 2011. Políticas de Operación: 1. Las fuentes de información a utilizar serán los reportes emitidos por el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Certificados de Defunción y el Sistema de Información en Salud (SIS).
Responsables	DDepartamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Departamento de Enfermedades Transmisibles. Responsable de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Responsable del Componente de Nutrición Infantil. Jurisdicciones Sanitarias.
Recursos	Oficio, Memorándum, Cuadro de Casos, Cuadro de defunciones, Sistema de información SEED y SIS.
Glosario	CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. DIGEPI: Dirección General de Epidemiología. CONAVA: Consejo Nacional Vacunación.

PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
SEED: Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones.
SIS: Sistema de Información en Salud.
Morbilidad: Control de casos con Desnutrición Severa en menores de 5 años.
Mortalidad: Es el riesgo que tienen de morir los menores de 5 años por deficiencias de la nutrición en menores de 5 años.

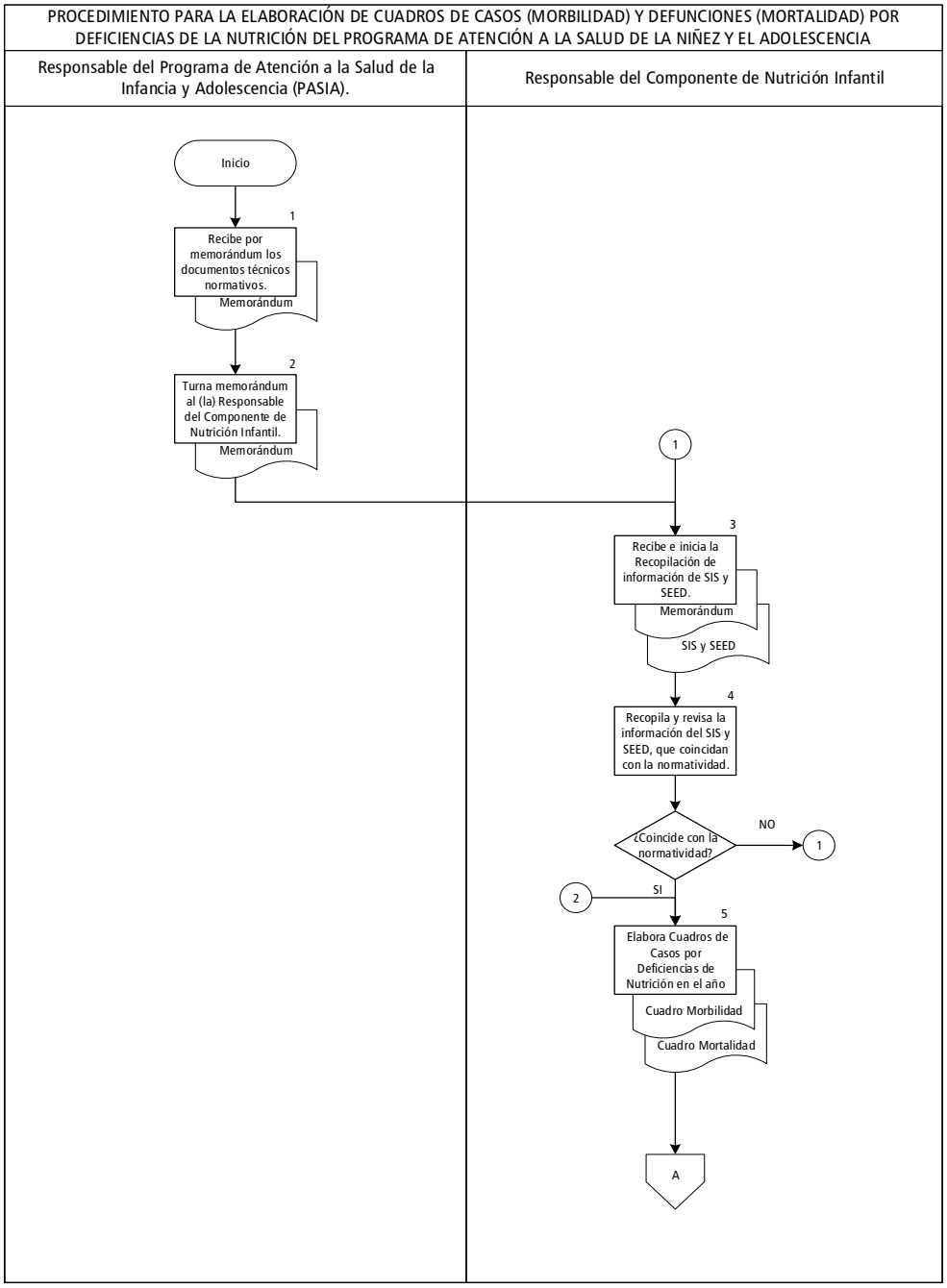
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CUADROS DE CASOS (MORBILIDAD) Y DEFUNCIONES (MORTALIDAD) POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (PASIA).	Recibe por memorándum del/la Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles, los documentos técnicos normativos.	Memorándum
2		Turna memorándum al/la Responsable del Componente de Nutrición Infantil.	Memorándum
3	Responsable del Componente de Nutrición Infantil	Recibe memorándum e inicia la Recopilación de la información de los Sistemas de Información SIS y SEED.	Memorándum Sistemas de Información SIS y SEED
4		Recopila y revisa la información del SIS y SEED, que coincidan con la normatividad. ¿Coincide con la normatividad? No: Continúa en la actividad 3. Sí: Continúa en la actividad 5.	

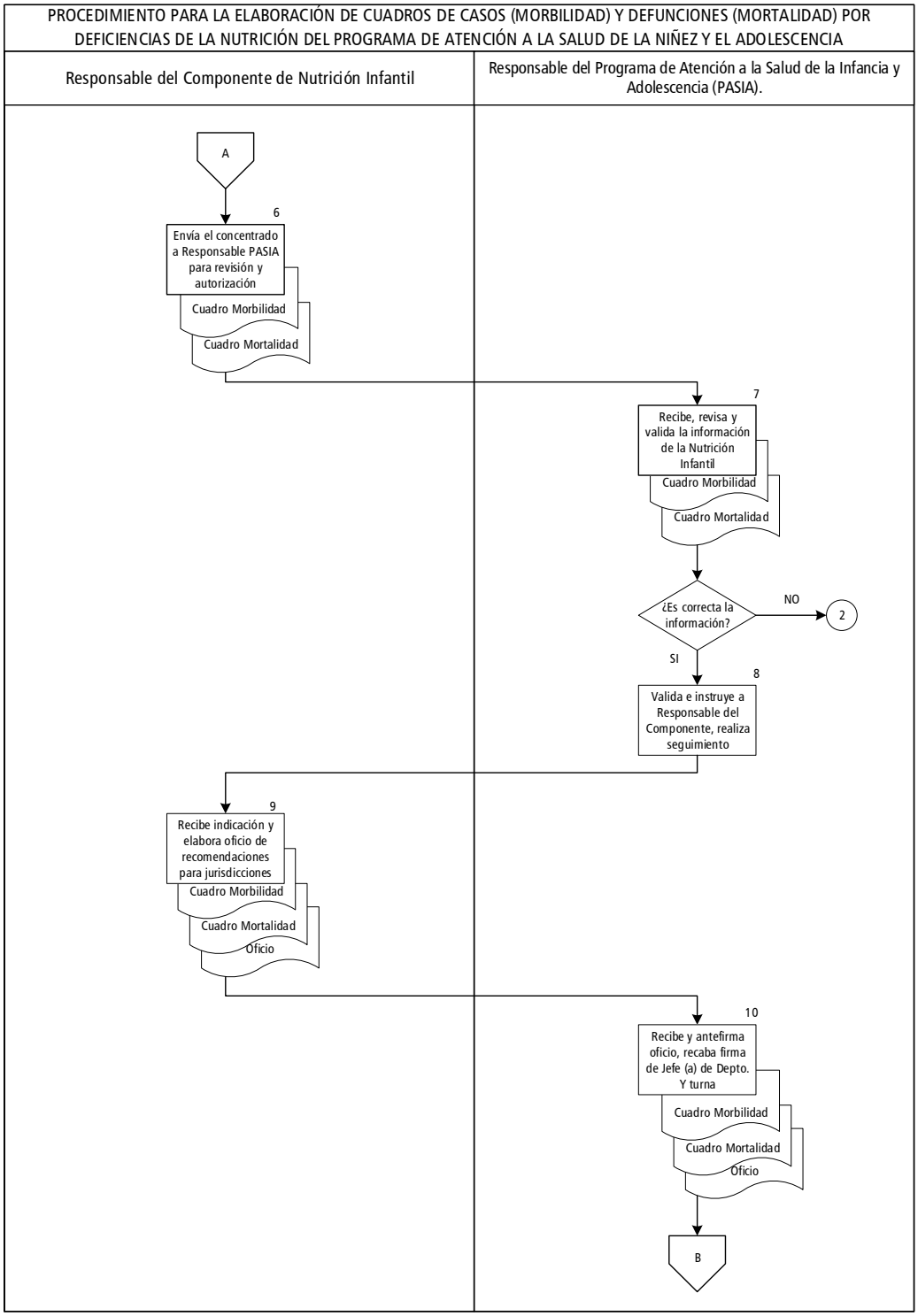
5		Elabora cuadros de Casos (Morbilidad) y Defunciones (Mortalidad) por Deficiencias de la Nutrición registradas en el año.	Cuadro Morbilidad Cuadro Mortalidad
6		Envía por vía electrónica el concentrado de la información al Responsable de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia para revisión y autorización.	Cuadro Morbilidad Cuadro Mortalidad
7	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (PASIA).	Recibe, revisa y valida la información de la Nutrición Infantil. ¿Es correcta la información? No: Continúa en la actividad 5. Sí: Continúa en la actividad 8.	Cuadro Morbilidad Cuadro Mortalidad
8		Valida e instruye al/la Responsable del Componente, realiza el seguimiento de la operación del mismo a las Jurisdicciones.	
9	Responsable del Componente de Nutrición Infantil	Recibe indicación y elabora oficio recomendaciones para las jurisdicciones encontradas en su información del Componente de Nutrición Infantil.	Oficio Cuadro Morbilidad Cuadro Mortalidad
10	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (PASIA).	Recibe y antefirma el oficio recabando la firma del/la Jefe/a del Departamento, reintegrando el documento al/la Responsable del Componente para su fotocopiado y envío a las Jurisdicciones.	Oficio Cuadro Morbilidad Cuadro Mortalidad
11	Responsable del Componente de Nutrición Infantil	Recibe y remite el oficio a las oficinas Jurisdiccionales.	Oficio Cuadro Morbilidad Cuadro Mortalidad
12	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe oficio y realiza los cambios de las recomendaciones encontradas.	Oficio Cuadro

			Morbilidad Cuadro Mortalidad
13		Envía oficio para su conocimiento, el cumplimiento a las indicaciones giradas al/la Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia.	Oficio
14	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (PASIA).	Informa al/la Responsable del Componente de Nutrición Infantil para su conocimiento, el cumplimiento a las indicaciones giradas.	Oficio
15	Responsable del Componente de Nutrición Infantil	Recibe el oficio de cumplimiento a las indicaciones giradas y lo archiva.	Oficio
Fin del procedimiento			

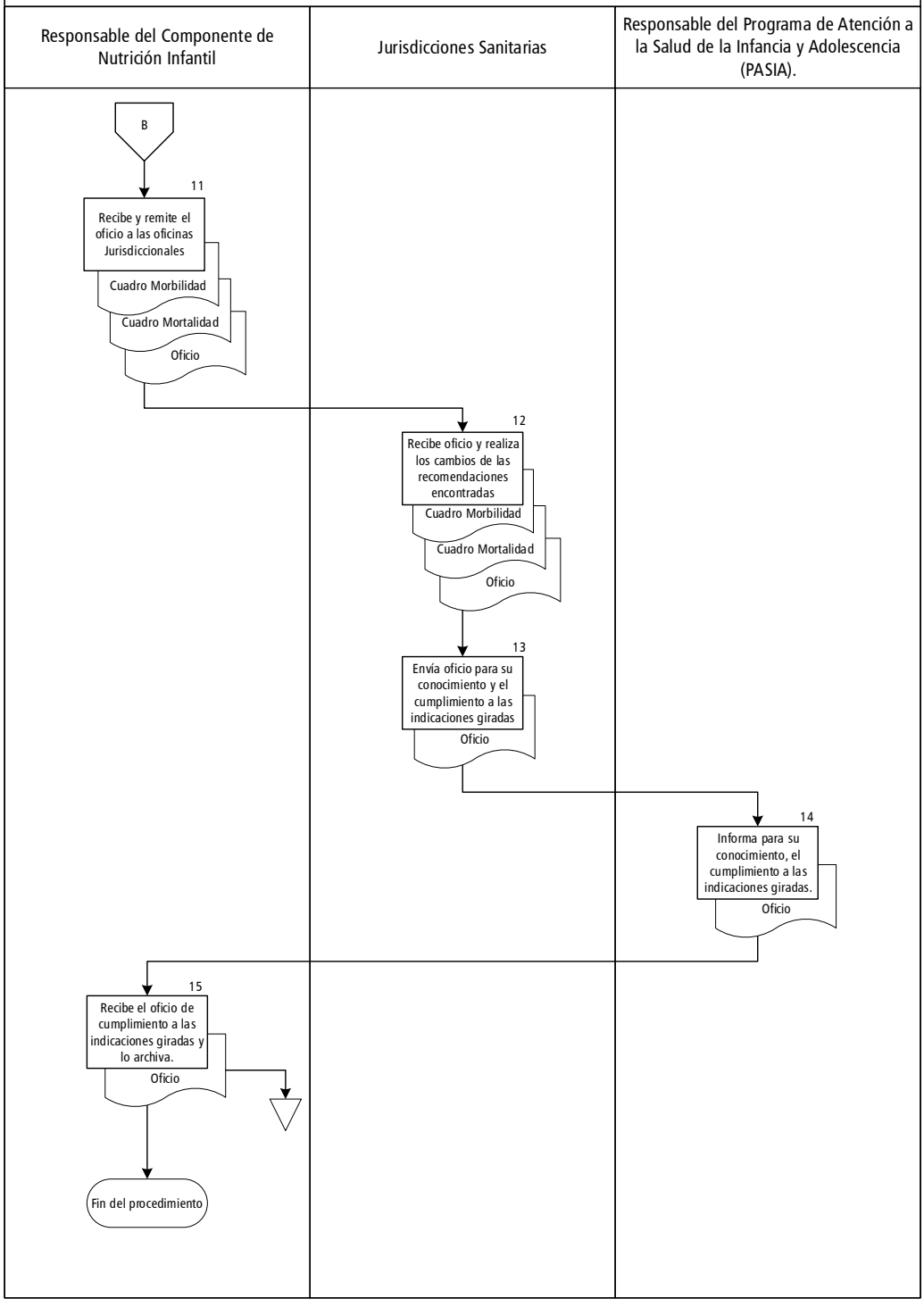
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CUADROS DE CASOS (MORBILIDAD) Y DEFUNCIONES (MORTALIDAD) POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CUADROS DE CASOS (MORBILIDAD) Y DEFUNCIONES (MORTALIDAD) POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ Y EL ADOLESCENCIA



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CUADROS DE CASOS (MORBILIDAD) Y DEFUNCIONES (MORTALIDAD) POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ Y EL ADOLESCENCIA



7.11.70. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Tiempo Promedio: 15 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Rosario Valdivia Hernández Responsable Estatal de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia NRVH (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Nemplin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos que emite el Centro Nacional de Atención para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, en la elaboración del diagnóstico de los elementos de Red de Frío para conocer su estado físico, así como las existencias de equipo para la conservación y mantenimiento de las vacunas de uso humano con la finalidad de identificar necesidades y solicitar la reparación, reubicación o reposición.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud, 4 de diciembre de 2013.
2. Ley Estatal de Salud, 30 de enero de 2010.
3. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, 31 de diciembre de 2011.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, 8 de junio de 2011.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Publicado en el Periódico Oficial del Estado, el 8 de febrero de 2013.
6. Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 16 de marzo de 2012.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-31-SSA2-1999.Para la atención a la Salud del Niño.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la Salud del Niño.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002 Prevención y Control de Enfermedades.
10. Aclaración a la Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002 publicado el 17 de Julio de 2003.
11. Manual de Vacunación. Publicación CeNSIA 2008 – 2009. 2008 – 2009

Políticas de Operación:

1. La unidad operativa integrará el diagnóstico y lo remitirá al nivel jurisdiccional.
2. Se utilizará el formato “Diagnóstico de los Elementos de la Red de Frío” para la captura de la información.
3. Con el reporte de las unidades operativas se podrá elaborar el diagnóstico de los elementos de la Red de Frío a nivel jurisdiccional.
4. Las Jurisdicciones Sanitarias remitirán con oficio su diagnóstico los primeros 15 días de los meses de mayo y noviembre, con nombre y firma de los responsables de su elaboración, y validación.
5. Con el reporte de unidades administrativas se podrá elaborar el diagnóstico de los elementos de la Red de

	Frío Estatal. 6. La tercera semana del mes de junio y segunda de diciembre se elaborará el diagnóstico estatal de la Red de Frío, el cual firmarán el responsable de su elaboración y el/la Director (la) de Salud Pública y Epidemiología. 7. Se remitirá escaneado vía correo electrónico y por oficialía de partes al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia el día 25 de los meses de enero y julio. 8. Todo cambio o modificación al procedimiento se notificará por escrito a las áreas involucradas.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica las unidades médico de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Diagnóstico de los equipos de la cadena de frío concentrado estatal, Diagnóstico de los equipos de la cadena de frío Concentrado jurisdiccional, Oficio, Acuse.
Glosario	Diagnóstico: Estudio descriptivo y transversal de los recursos materiales que conforman la Red de Frío en los diferentes niveles de la estructura de salud. Red de Frío: Sistema logístico que comprende el personal, equipo y procedimientos para conservar, transportar y mantener las vacunas en condiciones óptimas de temperatura, desde el lugar de fabricación, hasta el sitio donde las personas son vacunadas. CeNSIA: Centro Nacional para la Atención de la Salud de la Infancia y la Adolescencia. PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

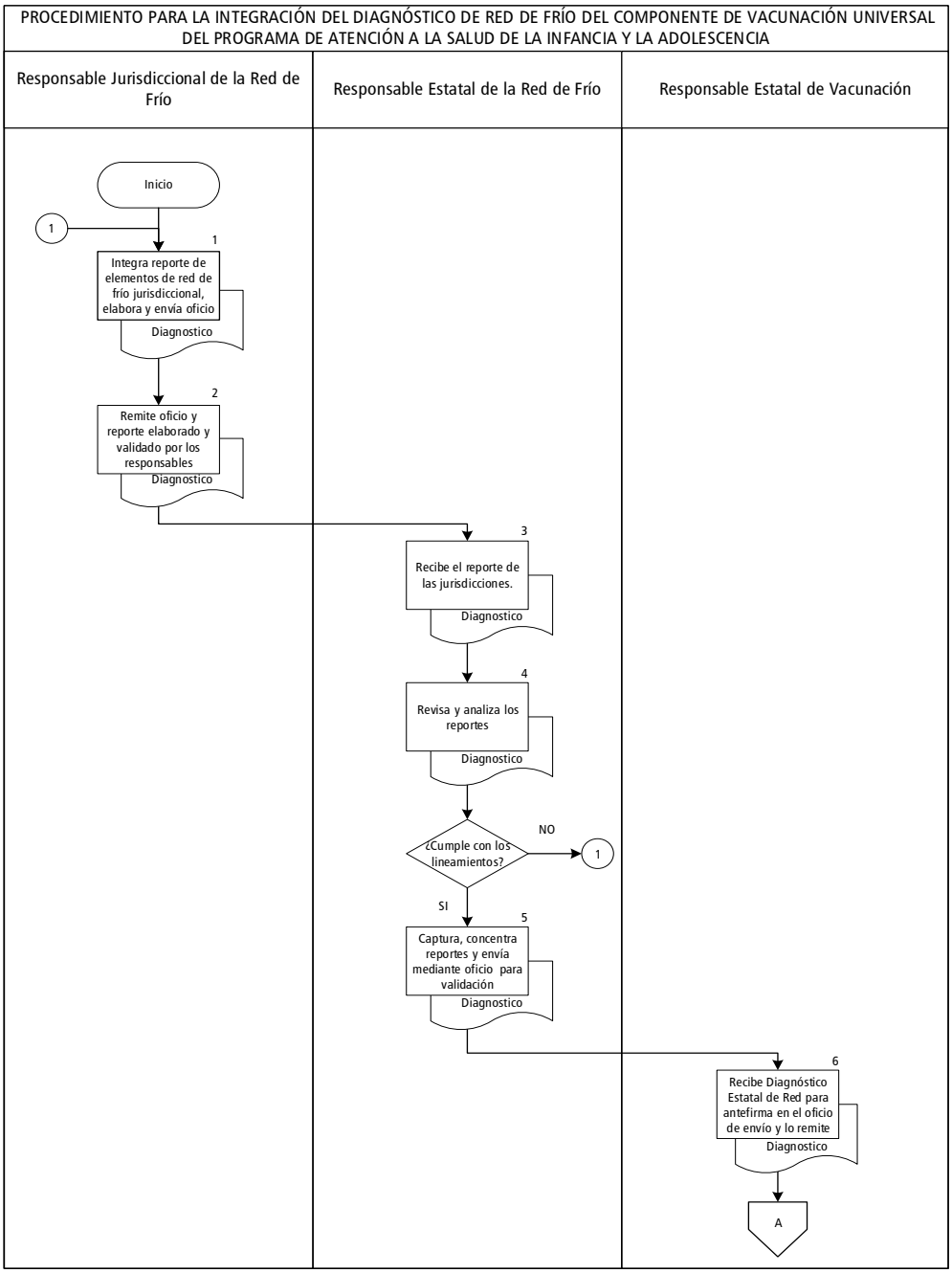
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Jurisdiccional de la Red de Frío	Integra el reporte de los elementos de la red de frío a nivel jurisdiccional y elabora oficio de envío.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
2		Remite con oficio el reporte de los elementos de la Red de Frío, con nombre y firma de los responsables de su elaboración y validación.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
3	Responsable Estatal de la Red de Frío Estatal	Recibe el reporte de las jurisdicciones.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
4		Revisa y analiza los reportes. ¿Cumple con los lineamientos? No: Continúa en la actividad 1. Sí: Continúa en la actividad 5.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
5		Captura, concentra los reportes y envía mediante oficio la información para su validación al responsable Estatal de Vacunación.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
6	Responsable Estatal de Vacunación	Recibe el Diagnóstico Estatal de Red para antefirma en el oficio de envío y lo remite a el/la Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
7	Responsable Estatal del Programa de	Recibe el Diagnóstico Estatal de Red, lo antefirma en el oficio de envío y lo turna al/la Jefe/a del Departamento de	Oficio Diagnóstico de los elementos

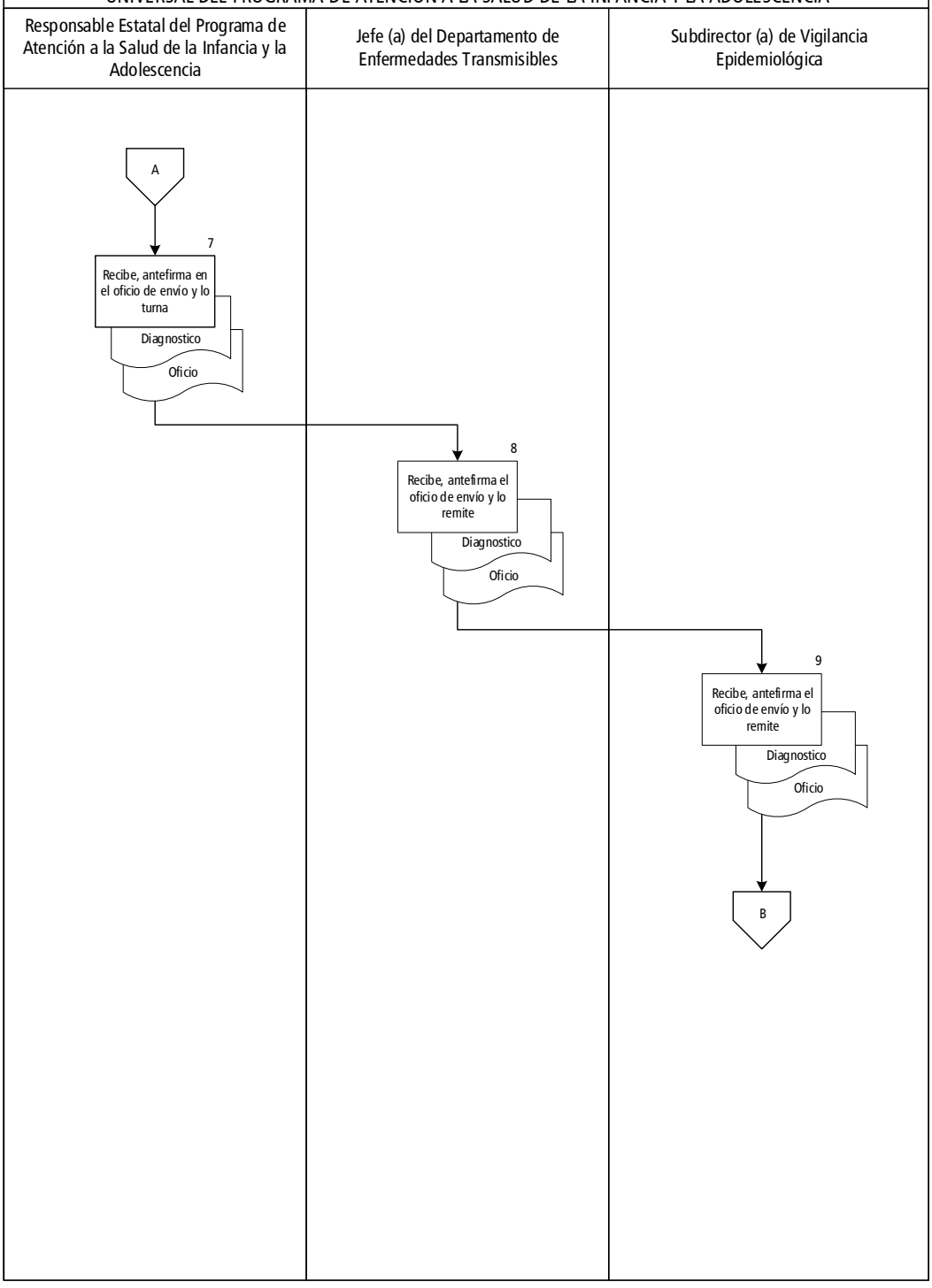
	Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia	Enfermedades Transmisibles.	de la Red de Frío.
8	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles	Recibe el Diagnóstico Estatal de Red de Frío antefirma el oficio de envío y lo remite al/la Subdirector/a de Vigilancia Epidemiológica.	Oficio Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
9	Subdirector/a de Vigilancia Epidemiológica	Recibe el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío, antefirma el oficio de envío y lo remite al/la Director/a de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
10	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío, valida y firma el oficio de envío, y turna remitiéndolo al/la Responsable Administrativo de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Oficio Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
11	Responsable Administrativo de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe y turna el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío a el/la Responsable Administrativo del Departamento Enfermedades Transmisibles.	Oficio Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
12	Responsable Administrativo del Departamento Enfermedades Transmisibles	Recibe y turna el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío validado, a la Responsable Estatal de Red de Frío.	Oficio Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
13	Responsable Estatal de la Red de Frío	Recibe y envía el Diagnóstico de Red de Frío al CeNSIA por correo electrónico y oficialía de partes.	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío
14		Verifica vía telefónica con CeNSIA recepción del documento, registra fecha, hora y persona que recibió. ¿Fue recibido?	Diagnóstico de los elementos de la Red de Frío

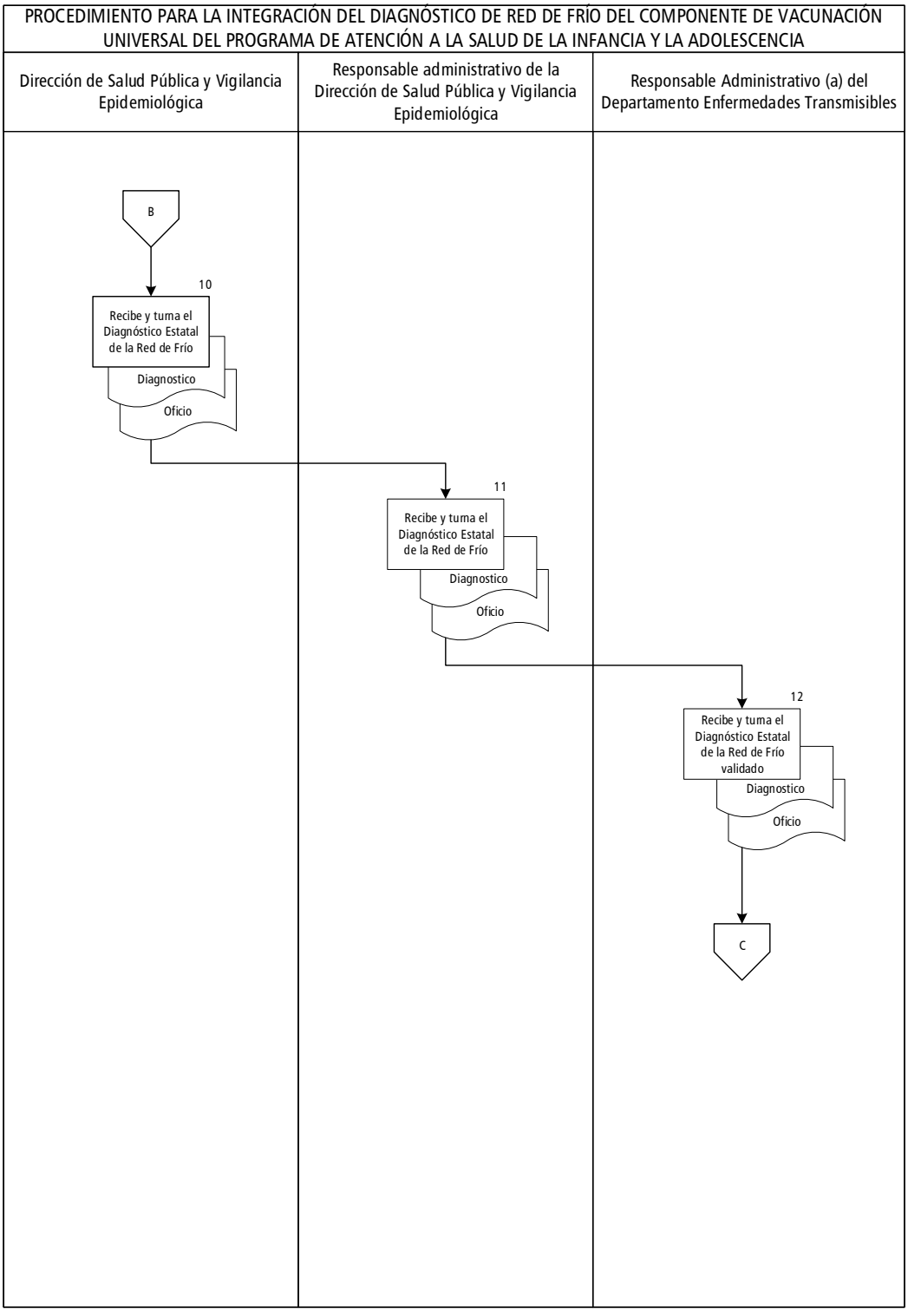
		Sí: Continúa en la actividad 15. No: Continúa en la actividad13.	
15		Recibe el acuse de recibo e informa al/la Jefe/a inmediato/a y lo archiva.	Acuse
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.



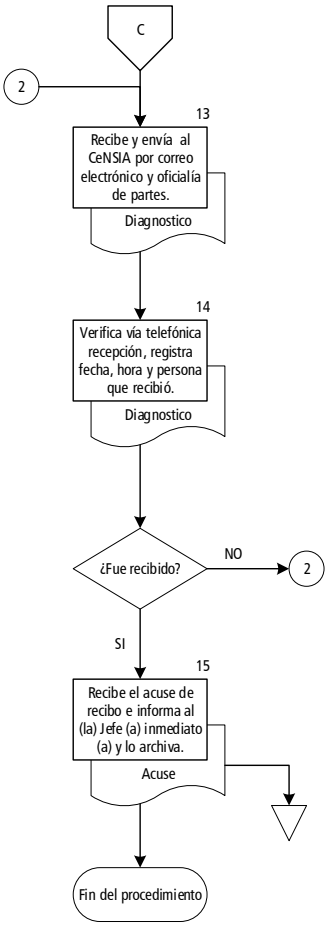
PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica
Responsable administrativo de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica
Responsable Administrativo (a) del Departamento Enfermedades Transmisibles
B
10
Recibe y turna el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío
Diagnostico
Oficio
11
Recibe y turna el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío
Diagnostico
Oficio
12
Recibe y turna el Diagnóstico Estatal de la Red de Frío validado
Diagnostico
Oficio
C

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE RED DE FRÍO DEL COMPONENTE DE VACUNACIÓN UNIVERSAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Responsable Estatal de la Red de Frío



7.11.71. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS).

Tiempo Promedio: 10 minutos.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norma Rosario Valdivia Hernández Responsable Estatal de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia NRVH (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Molpin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar los lineamientos establecidos por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) para que lleven a cabo con precisión la operación, funciones, recursos, estrategias operativas y acciones que se realizarán durante las semanas nacionales de salud, con la finalidad de que se logren las metas programadas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud, 4 de diciembre de 2013.
2. Ley Estatal de Salud, 30 de enero de 2010.
3. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, 31 de diciembre de 2011.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, 8 de junio de 2011.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Publicado en el Periódico Oficial del Estado, el 8 de febrero de 2013.
6. Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 16 de marzo de 2012.
7. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), 17 de octubre de 2006.
8. NOM-036-SSA-2-2012, Prevención y control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano, 28 de septiembre de 2012.
9. NOM-031-SSA-2-1999, Para la atención a la Salud del Niño, 9 de febrero de 2001.

Políticas de Operación:

1. Se deberá contar en cada unidad operativa con 15 días de antelación al inicio de cada semana nacional de salud con todos los insumos y material promocional para la operación de éstas.
2. Para la ejecución de las Semanas Nacionales de Salud, las metas sectoriales deberán estar validadas por el CeNSIA y por las instituciones del sector salud (S. S. A., IMSS oportunidades, IMSS obligatorio e ISSSTE).
3. Sesionará el COEVA tres semanas previas al inicio de las Semanas Nacionales de Salud.
4. Se deberá contar con la participación de todo el

personal de salud en las actividades de las Semanas Nacionales de Salud (médicos, personal de enfermería, promotores/as de salud, becarios/as, brigadistas y auxiliares de salud).

5. En Primera Semana Nacional de Salud la actividad principal es la administración oral de vacuna Sabin contra la poliomielitis en niños/as menores de 5 años.
6. En Segunda Semana Nacional de Salud, las actividades principales son la administración oral de vacuna Sabin contra la poliomielitis en niños/as menores de 5 años, aplicación de vacuna contra el VPH a niñas de 5º año de primaria y adolescentes de 11 años de edad no escolarizadas.
7. En Tercera Semana Nacional de Salud: las actividades principales son: Administración de vacuna Triple Viral a:
8. Los/las niños/as de nuevo ingreso a la instrucción primaria, que no han recibido la segunda dosis de este biológico.
9. A los/las niños/as de 6 y 7 años de edad no inscritos en el Sistema Educativo Nacional, que no han recibido la segunda dosis de este biológico.
10. A los/las alumnos/as de 5º grado de primaria se aplica un refuerzo con toxoide tetánico diftérico y primeras dosis de vacuna contra VPH a niñas de 5º grado de primaria y de 11 años no escolarizadas, iniciar o completar esquemas de vacunación contra la hepatitis B y SR (sarampión y rubéola).
11. En las tres Semanas Nacionales de Salud, como reforzamiento a las actividades permanentes, se aplican todas las vacunas para iniciar o completar esquemas de vacunación en los menores de ocho años de edad, mujeres en edad fértil y grupos poblacionales específicos. También se promueven otras acciones de salud como distribución de sobres para preparar soluciones hidratantes (Vida Suero Oral) y se proporciona información a los/las Responsables de los/las niños/as menores de cinco años para su uso adecuado en el tratamiento de los cuadros diarreicos.
12. Tanto en la segunda como en la tercera Semana Nacional de Salud de cada año, se llevan a cabo dos

	intervenciones, en toda la República Mexicana; la primera es de tipo nutricional en niños/as de 6 meses a 4 años de edad, a quienes se les aplica una mega dosis de vitamina "A", para contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, particularmente la causada por diarreas e infecciones respiratorias. La segunda intervención se lleva a cabo en niños/as y adolescentes (de 2 a 14 años de edad) y consiste en la administración de albendazol, para reducir la tasa de infestación por parásitos intestinales y el impacto negativo de esta enfermedad en el crecimiento y desarrollo infantil, así como en el rendimiento escolar. 13. A partir del año 2004, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) estableció el suplemento con ácido fólico a mujeres en edad fértil como una política para el fortalecimiento de su estado nutricio, a fin de prevenir los defectos congénitos del tubo neural y abatir su alta prevalencia en el país. Es una actividad desarrollada en las Unidades de Salud por las áreas de salud reproductiva, con carácter permanente y se promueve durante las Semanas Nacionales de Salud, en conjunto con las áreas de Salud Reproductiva.
Responsables	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Nivel Estatal (PASIA). Nivel Jurisdiccional. Responsables de Área de Vacunación de las Instituciones del Sector Salud.
Recursos	Manual de Lineamientos Generales, Metas de Semanas Nacionales de Salud, Minuta de Trabajo, Cuadro de Distribución, Cédula de Supervisión, Concentrados de logros, Oficio, Acuse.
Glosario	CeNSIA: Centro Nacional para la Salud a la Infancia y la Adolescencia. CONAVA: Consejo Nacional de Vacunación. COEVA: Consejo Estatal de Vacunación. PASIA: Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la

Adolescencia.
PROVAC: Sistema de información computarizado, utilizado para llevar el control de la vacunación y el estado nutricional de la población; además, evalúa y analiza las coberturas del Programa de Vacunación Universal.
SENAS: Semanas Nacionales de Salud.
UNIVERSO DE TRABAJO: En vacunación se le llama al total de individuos a quienes están dirigidas las actividades de vacunación.
VACUNA: Suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o sus fracciones, que son aplicados a individuos con el objeto de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.
VACUNACIÓN: Aplicación de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada.
VACUNACIÓN UNIVERSAL: La política sanitaria que tiene como objetivo lograr la protección de toda la población delpaís, mediante la aplicación del esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades evitables por vacunación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS).

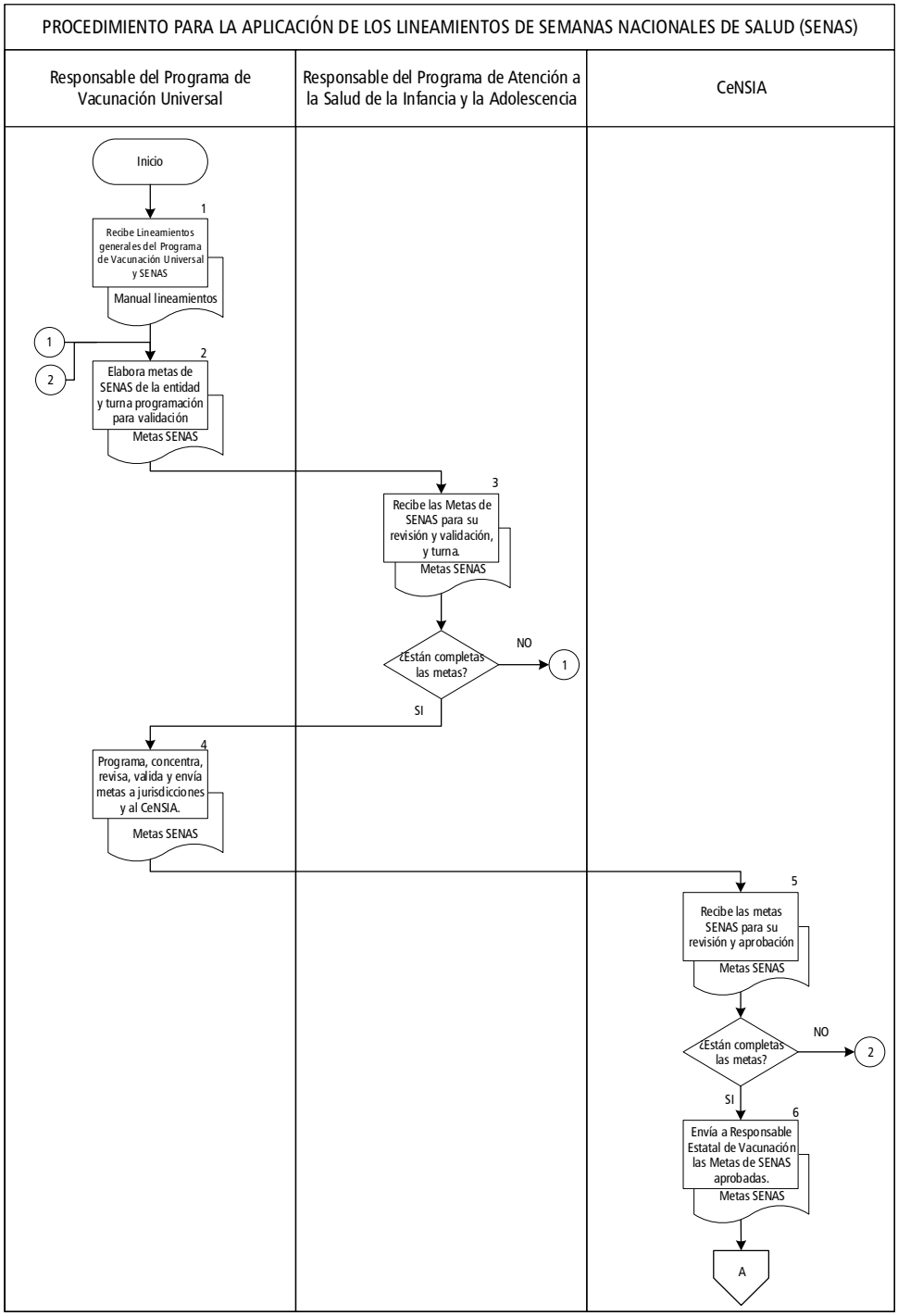
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud.	Manual de Lineamientos Generales
2		Elabora metas de las Semanas Nacionales de Salud de acuerdo a las características y necesidades de la entidad y turna al/la Responsable del	Metas de Semanas Nacionales de Salud

		Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia la programación para su validación.	
3	Responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia	Recibe las Metas de Semanas Nacionales de Salud para su revisión y validación. ¿Están completas las metas? No: Continúa en la actividad 2. Sí: continúa en la actividad 4.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
4	Responsable del Programa de Vacunación Universal	Programa, concentra, revisa, valida y envía metas a las jurisdicciones y al CeNSIA.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
5	CeNSIA	Recibe las metas de las Semanas Nacionales de Salud para su revisión y aprobación. ¿Están completas las metas? No: Continúa en la actividad 2. Sí: Continúa en la actividad 6.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
6		Envía al/la Responsable Estatal de Vacunación las Metas de Semanas Nacionales de Salud aprobadas.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
7	Responsable del Programa de Vacunación Universal	Recibe las metas de Semanas Nacionales de Salud aprobadas por el CeNSIA y recaba firmas de los representantes de las instituciones del Sector Salud participantes.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
8		Distribuye las Metas de Semanas Nacionales de Salud a las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Nota: Se distribuye el desglose de las metas a las Jurisdicciones.	Metas de Semanas Nacionales de Salud
9	Responsable del Programa de	Convoca y celebra reuniones del COEVA.	Minuta de Trabajo

	Vacunación Universal		
10		Realiza cuadros de distribución de insumos y material promocional por jurisdicción para las semanas nacionales de salud.	Cuadro de Distribución
11		Supervisa las actividades a través de cédulas de supervisión. Nota: Se realizarán durante la semana nacional de salud.	Cédula de Supervisión
12		Recibe los concentrados de logros de las semanas Nacionales de Salud de las Jurisdicciones Sanitarias y de las instituciones del Sector Salud.	Concentrados de logros
13		Revisa los concentrados de logros de Semanas Nacionales de Salud. ¿Los concentrados están bien? Sí: Continúa en la actividad 14. No: Continúa en la actividad 12.	Concentrados de logros
14	Responsable del Sistema de Información PROVAC	Recibe concentrados, captura la información e imprime, entregando los impresos al responsable del Programa de Vacunación Universal para su validación.	Concentrados de logros
15	Responsable del Programa de Vacunación Universal	Revisa los impresos recibidos. ¿Es correcta la captura? Sí: Continúa en la actividad 16. No: Continúa en la actividad 14.	Concentrados de logros
16		Valida la información de logros, emite resultados y recaba firma de los/las representantes de las instituciones del Sector Salud.	Concentrados de logros
17		Envía logros de Semanas Nacionales de Salud al CeNSIA por oficio.	Oficio Concentrado de Logros

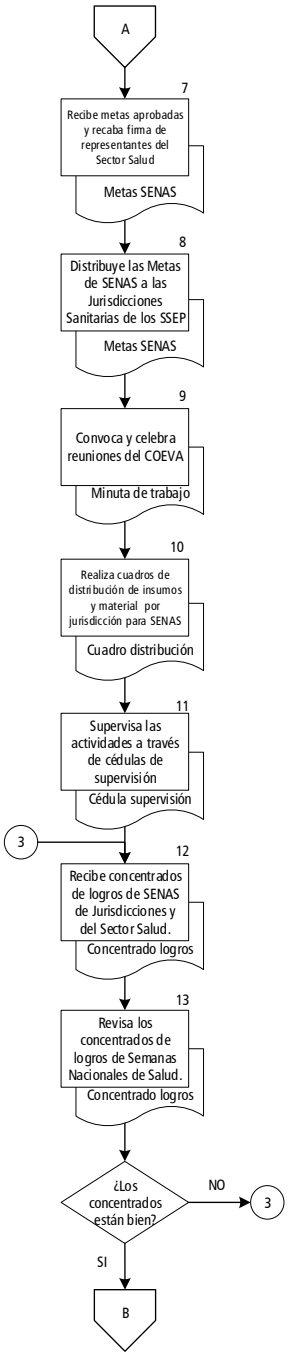
18		Recibe de Oficialía de Partes el acuse de recibo y se archiva en el expediente correspondiente.	Acuse
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS).

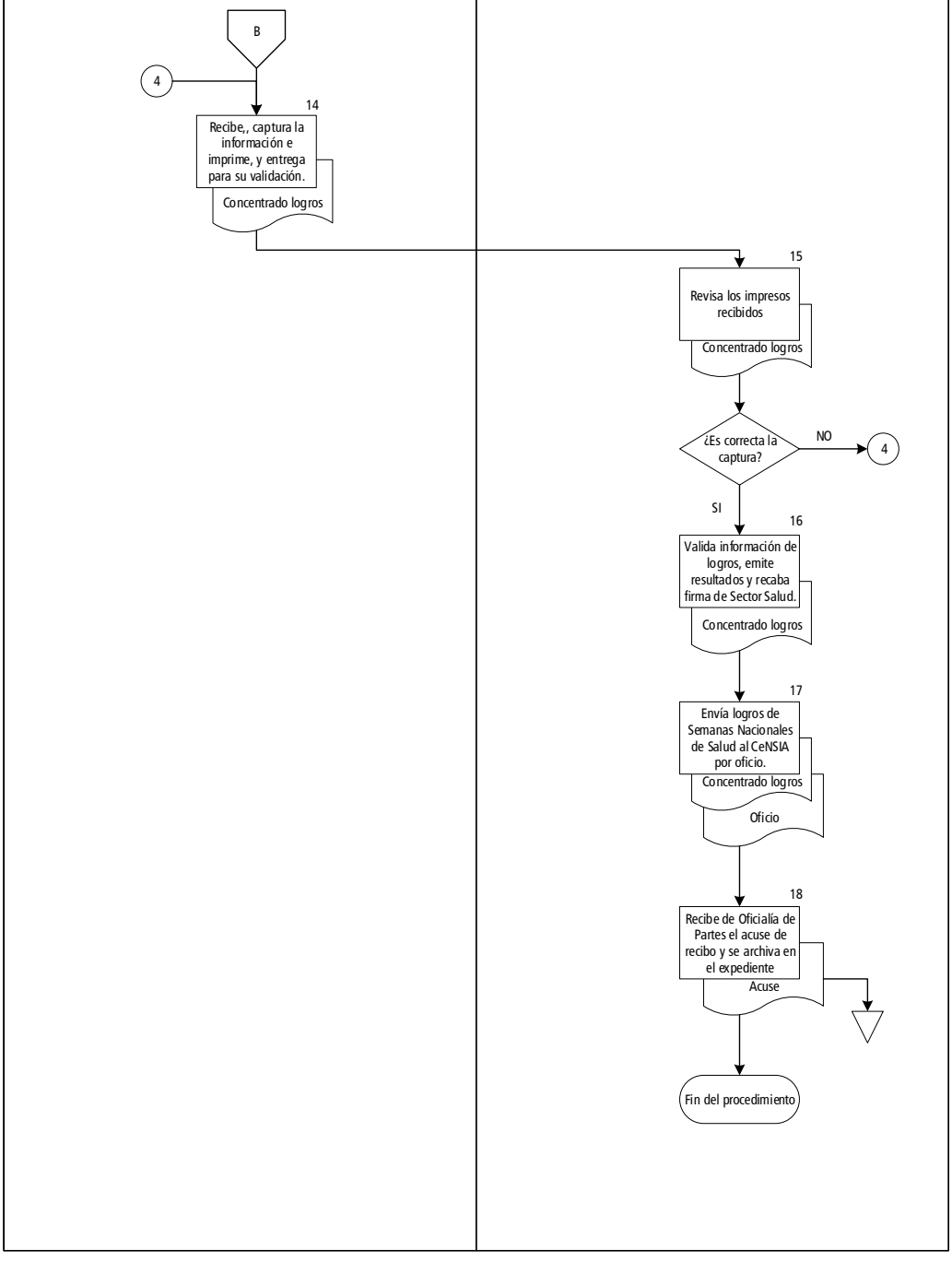


PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS)

Responsable del Programa de Vacunación Universal



PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS)



7.11.72. PROCEDIMIENTO PARA LA CALENDARIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS VACUNAS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PVU).

Tiempo Promedio: 15 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Silvia Meza Gonzales Responsable del Programa de Vacunación Universal SMG (RPVU) Octubre 2018	**Virginia Vital Yep Jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles. VVY (DET) Octubre 2018**	**Arturo Martín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Coadyuvar en el abasto oportuno y suficiente de insumos de vacunación en las Unidades Médicas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Lineamientos de vacunación y Semanas Nacionales de Salud. 3. Manual de Vacunación 2017. Políticas de Operación: 1. De acuerdo a la producción y disponibilidad que el Centro Nacional para la Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) informe con respecto a las vacunas se tendrá modificar los Cuadros de distribución.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles (Programa de Vacunación Universal)
Áreas Involucradas	Departamento de Enfermedades Transmisibles; Departamento de Recursos Materiales (Almacén Central).
Recursos	Equipo de cómputo. Consumibles de oficina. Formatos. Acceso a Internet.
Glosario	PVU: Programa de Vacunación Universal.

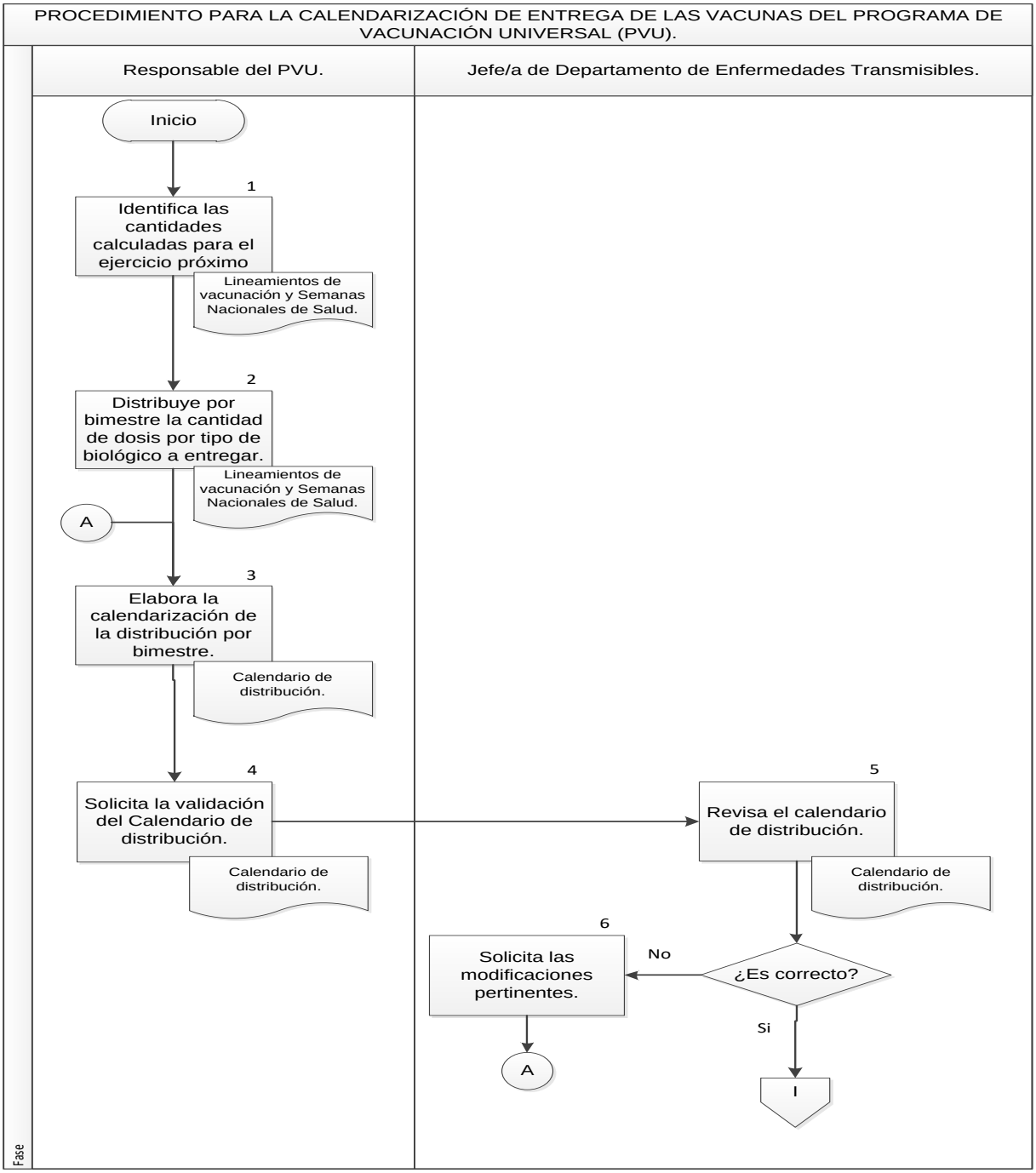
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CALENDARIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS VACUNAS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PVU).

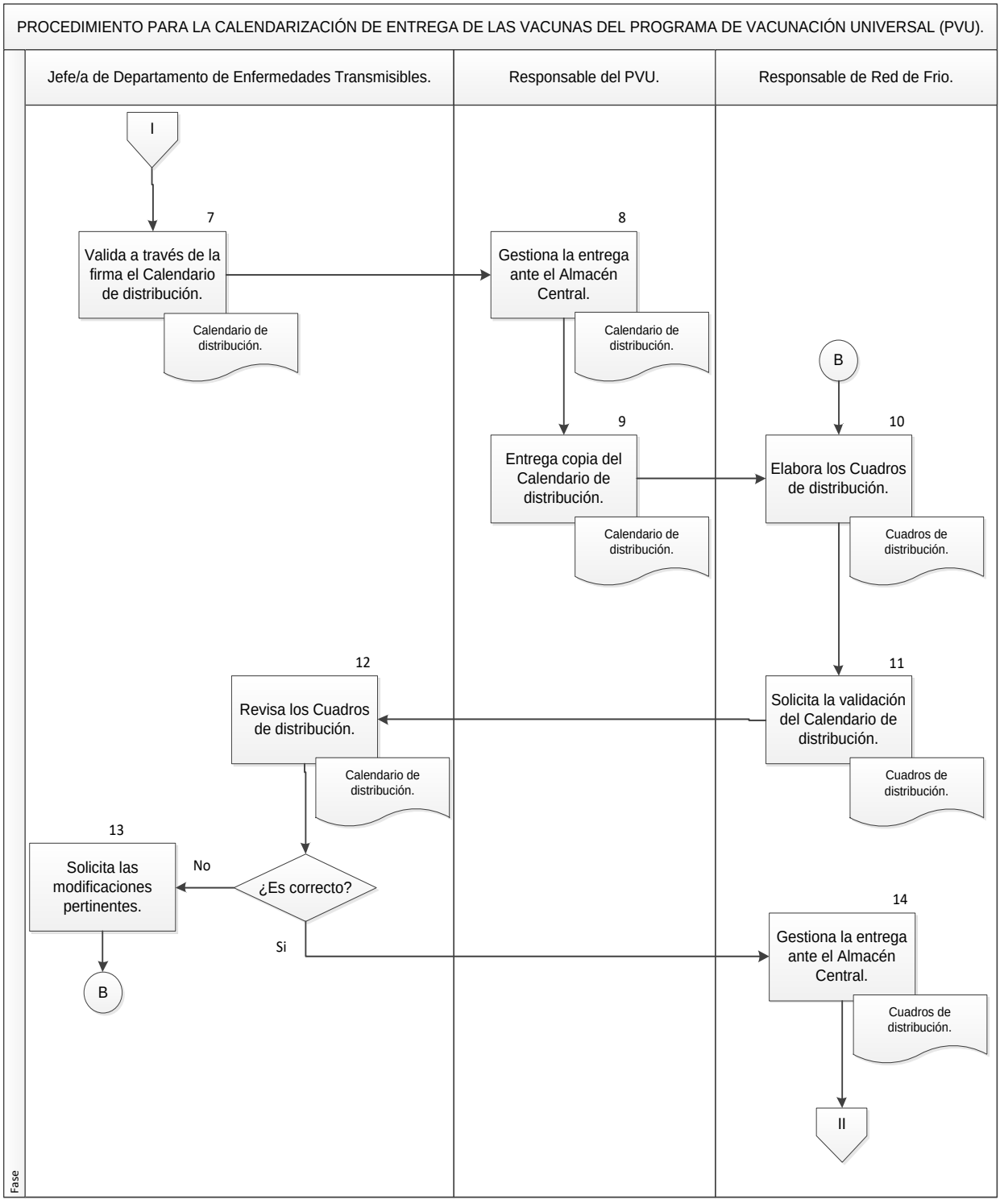
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del PVU.	Identifica las cantidades calculadas para el ejercicio próximo, con base a los lineamientos aplicables.	Lineamientos de vacunación y Semanas Nacionales de Salud.
2		Distribuye por bimestre la cantidad de dosis por tipo de biológico a entregar a cada una de las Jurisdicciones Sanitarias.	
3		Elabora la calendarización de la distribución por bimestre.	Calendario de distribución.
4		Solicita la validación del Calendario de distribución al/la Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles.	Calendario de distribución.
5	Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles.	Revisa el calendario de distribución. ¿Es correcto? Si: Avanza a la actividad No. 7. No: Continua en la actividad No. 6.	Calendario de distribución.
6		Solicita al/la Responsable del PVU, las modificaciones pertinentes. Regresa a la actividad No. 3.	
7		Valida a través de la firma el Calendario de distribución y regresa el documento al/la responsable del PVU.	Calendario de distribución.

8	Responsable del PVU.	Gestiona la entrega del Calendario de distribución ante el Almacén Central del Departamento de Recursos Materiales. Nota: el Almacén Central deberá de firma de recibido en la copia del Calendario de distribución.	Calendario de distribución.
9		Entrega copia del Calendario de distribución al/la Responsable de Red de Frio.	Calendario de distribución.
10	Responsable de Red de Frio.	Elabora los Cuadros de distribución de acuerdo a la disposición de insumos.	Cuadros de distribución.
11		Solicita la validación de los Cuadros de distribución al/la Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles.	Calendario de distribución.
12	Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles.	Revisa los Cuadros de distribución. ¿Son correctos? Si: Avanza a la actividad No. 14. No: Continua en la actividad No. 13.	Calendario de distribución.
13		Solicita a al/la Responsable de Red de Frio las modificaciones pertinentes. Regresa a la actividad No. 10.	Calendario de distribución.
14	Responsable de Red de Frio.	Gestiona la entrega de los Cuadros de distribución ante el Almacén Central del Departamento de Recursos Materiales. Nota: el Almacén Central deberá de firma de recibido en la copia de los Cuadros de distribución.	Calendario de distribución.

15	Almacén Central.	Elabora el Cronograma de salidas.	Cronograma de salidas.
16		Distribuye las vacunas en las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Puebla, conforme a los Cuadros de distribución y al Cronograma de salidas y a los procedimientos aplicables.	Cuadros de distribución / Cronograma de salidas.
Fin del procedimiento			

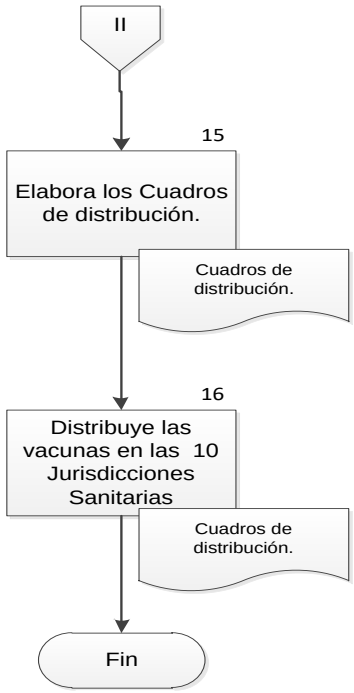
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CALENDARIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS VACUNAS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PVU).




PROCEDIMIENTO PARA LA CALENDARIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS VACUNAS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PVU).
Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles.
Responsable del PVU.
Responsable de Red de Frio.
Fase
I
7
Valida a través de la firma el Calendario de distribución.
Calendario de distribución.
8
Gestiona la entrega ante el Almacén Central.
Calendario de distribución.
B
9
Entrega copia del Calendario de distribución.
Calendario de distribución.
10
Elabora los Cuadros de distribución.
Cuadros de distribución.
11
Solicita la validación del Calendario de distribución.
Cuadros de distribución.
12
Revisa los Cuadros de distribución.
Calendario de distribución.
13
Solicita las modificaciones pertinentes.
No
¿Es correcto?
Si
B
14
Gestiona la entrega ante el Almacén Central.
Cuadros de distribución.
II

PROCEDIMIENTO PARA LA CALENDARIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS VACUNAS DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL (PVU).

Almacén Central.



Fase

7.11.73. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO ENTOMOLÓGICO

Tiempo Promedio: 3 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana Laura Carreón Espinosa Responsable Estatal del Programa de Vectores ALCE (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Morquín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Programar la evaluación de densidades del vector en localidades de alto riesgo de área endémica.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM -032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
3. Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de Fiebre por Dengue y Fiebre Hemorrágica por Dengue; septiembre 2008.
4. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Periódico Oficial del Estado, 08 febrero 2013.
5. Guía Operativa de Control Larvario Emitida por el CENEPRECE.
6. Guía Operativa de Ovitrampas Emitida por el CENEPRECE.
7. Guía Operativa de Entomología Emitida por el CENEPRECE.
8. Guía Operativa de Pruebas de Susceptibilidad. Emitida por el CENEPRECE.

Políticas de Operación:

1. El calendario Entomológico se realizará en los primeros diez días del último mes de cada año.
2. Las actividades programadas deben de realizarse al 100%.
3. El calendario debe de ser ejecutado por los/las entomólogos (as) Jurisdiccionales.
4. Los/las Entomólogos/as Jurisdiccionales deberán enviar reporte mensual de las actividades entomológicas realizadas en las diferentes localidades trabajadas en ese periodo.

Responsables

Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

Este procedimiento aplica a las 8 Jurisdicciones Sanitarias y a la Coordinación Operativa de Vectores..

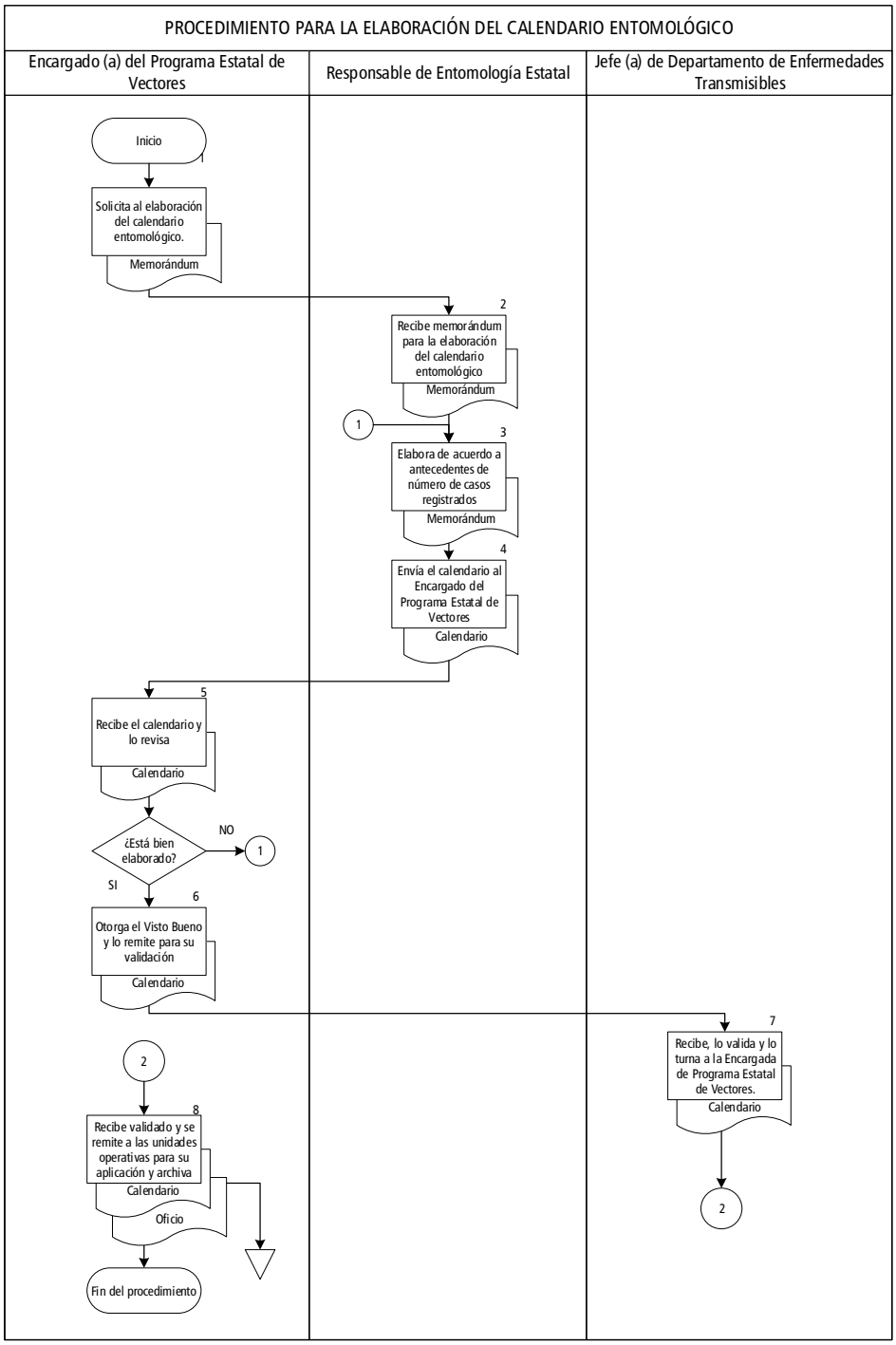
Recursos	Memorándum, Calendario, Oficio.
Glosario	Entomología: La entomología es una ciencia que basa su estudio en el conocimiento completo del mundo de los insectos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO ENTOMOLÓGICO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Encargada/o del Programa Estatal de Vectores	Solicita al/la Responsable de Entomología Estatal vía memorándum la elaboración del calendario entomológico.	Memorándum
2	Responsable de Entomología Estatal	Recibe memorándum para la elaboración del calendario entomológico.	Memorándum
3		Elabora el calendario de acuerdo a antecedentes de número de casos registrados.	Calendario
4		Envía el calendario al Encargado del Programa Estatal de Vectores.	Calendario
5	Encargado/a del Programa Estatal de Vectores	Recibe el calendario y lo revisa. ¿Está bien elaborado? Sí: Continúa en la actividad 6 No: Continúa en la actividad 3.	Calendario
6		Otorga el visto bueno y lo remite al/la Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles para su validación.	Calendario
7	Jefe/a de Departamento de	Recibe calendario entomológico, lo valida y lo turna a el/la Encargado/a de	Calendario

	Enfermedades Transmisibles	Programa Estatal de Vectores.	
8	Encargado/a del Programa Estatal de Vectores	Recibe mediante oficio el calendario validado y se remite a las unidades operativas jurisdiccionales de vectores para su aplicación y se archiva.	Calendario Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO ENTOMOLÓGICO.



7.11.74. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES RUTINARIOS Y ADICIONALES.

Tiempo Promedio: 1 semana.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana Laura Carreón Espinosa Responsable Estatal del Programa de Vectores ALCE (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

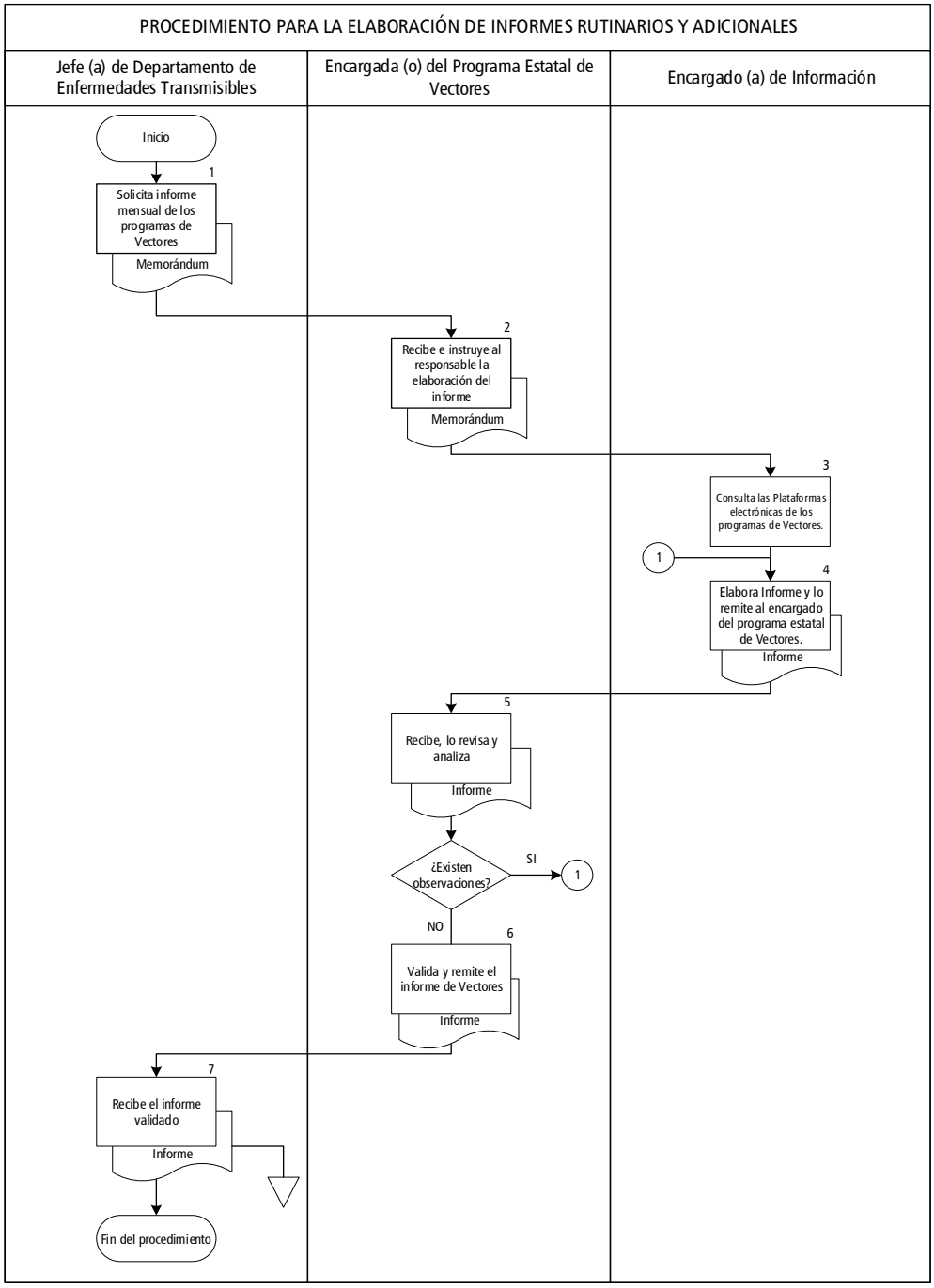
Objetivo	Elaboración de Informes sobre los programas de vectores para notificar a el/la Jefe/a de Departamento con la finalidad de tener una base de datos actualizada.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Periódico Oficial del Estado, 08 febrero 2013. Políticas de Operación: 1. Se elaboran informes rutinarios con periodicidad semanal y mensual. 2. Todo informe debe de ser validado por el/la Encargado/a del Programa Estatal de Vectores.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Jefatura de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Vigilancia Epidemiológica y el/la Director/a General de los Servicios de Salud.
Recursos	Memorándum, Informe.
Glosario	Enfermedad de Chagas: o “tripanosomosis americana”: Se le llama así, a la enfermedad causada por el protozoario *Trypanosoma cruzi,* transmitido entre animales y humanos por triatóminos o chinches besuconas. Dengue: A una enfermedad trasmitida por mosquitos y producida por arbovirus de la familia *Flaviviridae*, que tiene cuatro serotipos. Su trascendencia radica en que produce brotes explosivos de formas clásicas, con brotes simultáneos de formas hemorrágicas o de choque grave en menor cantidad. Paludismo: A la enfermedad transmitida por mosquitos, que puede manifestarse clínicamente o cursar con infecciones asintomáticas; clínicamente se caracteriza por episodios paroxísticos (fiebre, escalofríos y sudoración), cuando no es tratado oportuna y adecuadamente puede cursar con anemia, esplenomegalia y tener evolución crónica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES RUTINARIOS Y ADICIONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles	Solicita a través de memorándum informe mensual de los programas de Vectores.	Memorándum
2	Encargado/a del Programa Estatal de Vectores	Recibe memorándum e instruye al responsable la elaboración del informe.	Memorándum
3	Encargado/a de Información	Consulta las plataformas electrónicas de los programas de Vectores.	S/D
4		Elabora informe y lo remite al encargado del programa estatal de Vectores.	Informe
5	Encargado/a del Programa Estatal de Vectores	Recibe informe lo revisa y analiza. ¿Existen observaciones? Sí: Continúa en la actividad 4. No: Continúa en la actividad 6.	Informe
6		Valida y remite el informe de Vectores al/la Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles.	Informe
7	Jefe/a de Departamento de Enfermedades Transmisibles	Recibe el informe validado y lo archiva.	Informe
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES RUTINARIOS Y ADICIONALES.



7.11.75. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS.

Tiempo Promedio: 18 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan Manuel Balderas Torres Responsable Estatal de Programa de Zoonosis JMBT (DET) Octubre 2018	Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018	Arturo Monpin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Establecer a través de las Jurisdicciones Sanitarias, las acciones necesarias para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Zoonosis en el Estado, conforme a las estrategias y lineamientos nacionales

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud: DOF 7/02/1984, última reforma 12/11/2015.
2. Ley Estatal de Salud: POE 15/11/1994, última reforma 30/12/2013.
3. Ley Estatal de Protección a los Animales: POE 20/01/2010, última reforma 04/08/2014.
4. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Periódico Oficial del Estado, 08 /Febrero /2013.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, para la prevención y control de la rabia en el humano, en los perros y gatos. D.O.F. 08//12/2011.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina. D.O.F. 06/11/2008.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, para la prevención y control de la brucelosis en el humano. D.O.F. 11/072012.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano. D.O.F. 30/06/200.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica. D.O.F. 21/05/2004.
10. Reglamentos municipales de tenencia responsable de perros y gatos.

Políticas de Operación:

1. El Programa Estatal de Zoonosis gestiona los recursos necesarios dentro del presupuesto autorizado y los distribuye conforme a las necesidades de las Jurisdicciones Sanitarias.
2. Las jurisdicciones Sanitarias, en atención a las directrices, metas e indicadores acordados con el Programa Estatal de Zoonosis, implementa a través de sus Unidades Aplicativas, las acciones encaminadas para la vigilancia epidemiológica,

	prevención y control de las zoonosis en su área de influencia. Asimismo, recibe y concentra la información generada por las Unidades Aplicativas. 3. Las Jurisdicciones Sanitarias reciben del Programa Estatal de Zoonosis los insumos necesarios para la ejecución de las acciones a implementar y las distribuye en la Unidades Aplicativas de acuerdo a las metas asignadas para cada una de ellas. 4. Las Unidades Aplicativas de cada una de las Jurisdicciones Sanitarias instrumentan las acciones que estas últimas les indican y envían la información generada en los formatos apropiados.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, este es responsable de asegurar de que se lleve a cabo las actividades descritas en este manual de procedimientos por parte del personal asignado.
Áreas Involucradas	Responsables Jurisdiccionales de Programa de Zoonosis. Son responsable de gestionar los recursos necesarios para el cumplimiento de este procedimiento, así como el de supervisar que se lleven a cabo las actividades descritas para la aplicación de vacunas y esterilizaciones y el cumplimiento de la entrega de resultados dentro del tiempo establecido. Aplica a las Unidades Operativas de los Servicios de Salud del Estado, las Unidades Médicas del Sistema IMSS-PROSPERA, Establecimientos y Unidades Administrativas de carácter municipal que realizan acciones en la materia.
Recursos	Formato de captura de perros y gatos esterilizados con material que aporta el CENAPRECE, Oficio, Responsiva /autorización para esterilización de caninos y felinos, Informe Mensual del Programa de prevención y control de la rabia animal, Informe mensual de actividades realizadas en la unidad médica, Instructivo de llenado: informe mensual de actividades del programa de prevención y control de la rabia animal, SIS-SS-RA, Instructivo de llenado: informe mensual de la unidad médica, SIS-SS-CE-

Glosario

H, Manual metodológico Caminado a la Excelencia: Rabia.

Caminando a la Excelencia: Es una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (SPPS), cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción de su competencia, mismos que fueron establecidos para contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población y así cumplir con las metas del Programa Nacional de Salud.
Unidad Aplicativa: Establecimientos en donde se ejecuten cualquiera de las actividades orientadas a la prevención y control de las zoonosis.
Zoonosis: Enfermedades que de manera natural se transmiten entre los animales vertebrados y el hombre.

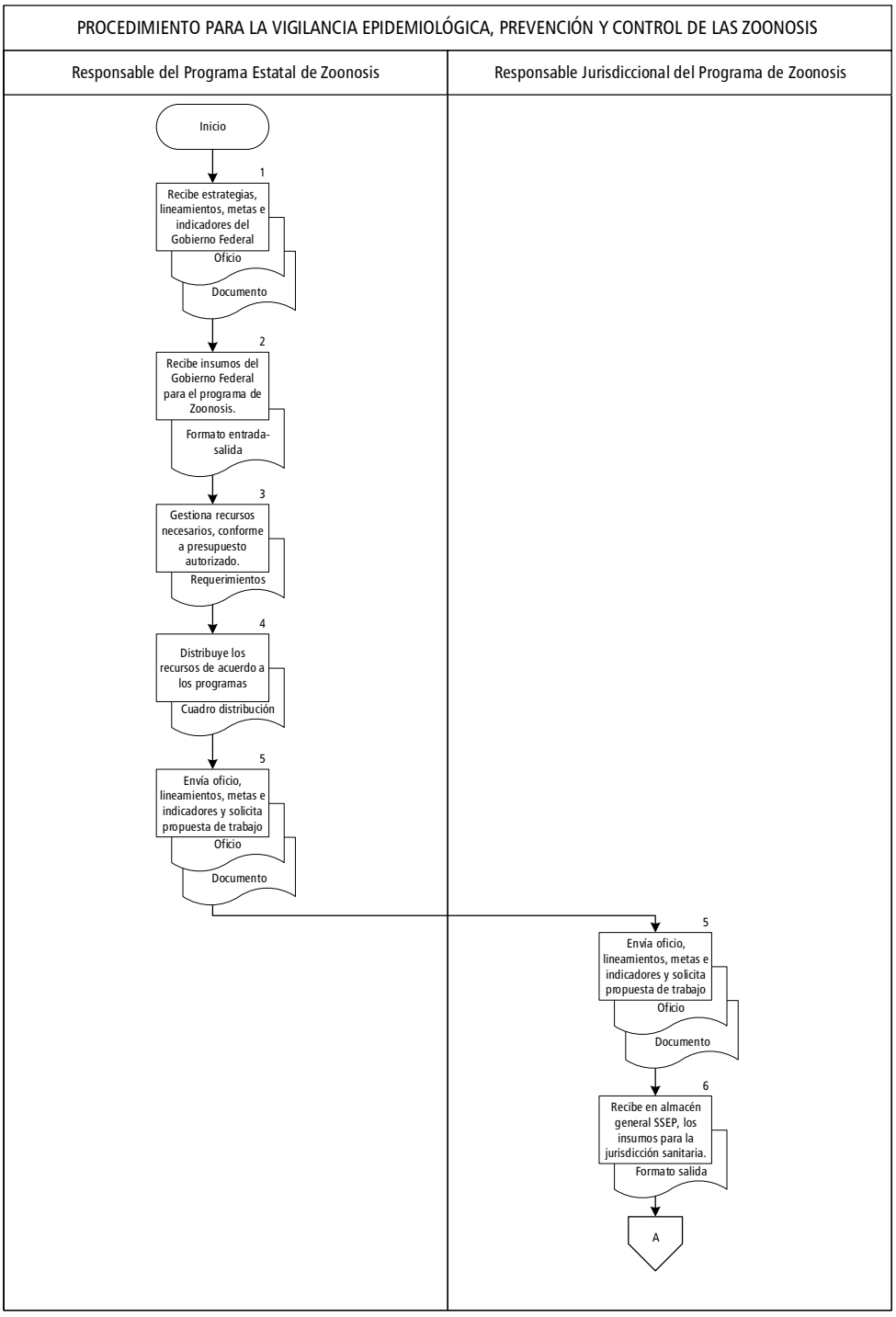
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS.

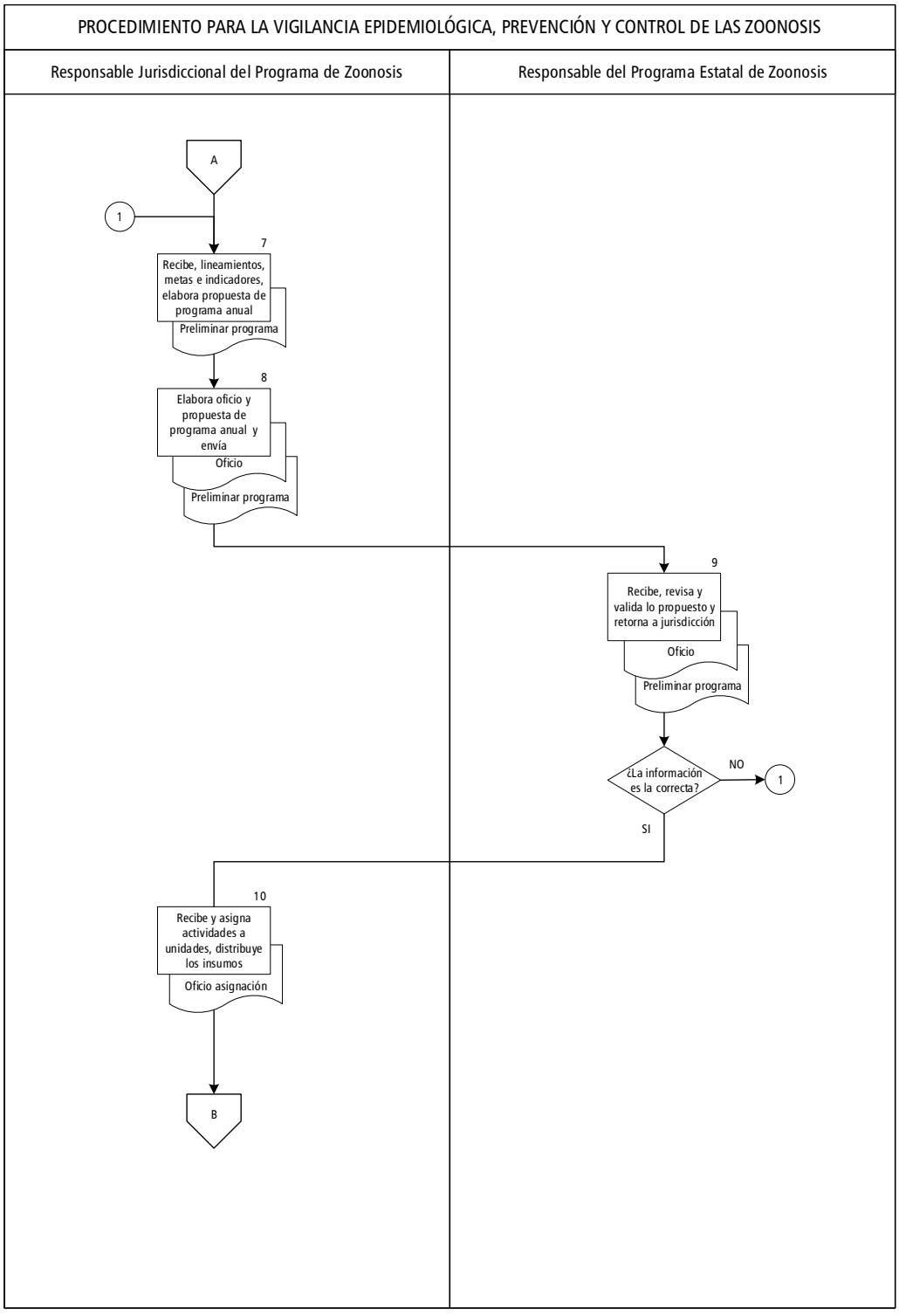
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Programa Estatal de Zoonosis	Recibe estrategias, lineamientos, metas e indicadores del Gobierno Federal para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Zoonosis.	Oficio Documento con lineamientos metas e indicadores
2		Recibe insumos aportados por el Gobierno Federal para el programa de Zoonosis.	Formato de entrada y salida del Almacén, solicitado por la Federación.
3		Gestiona los recursos materiales y humanos necesarios para la instrumentación de las actividades de Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de las Zoonosis en el Estado, conforme a presupuesto autorizado.	Requerimientos enviados a las áreas correspondientes de adquisición basado en el

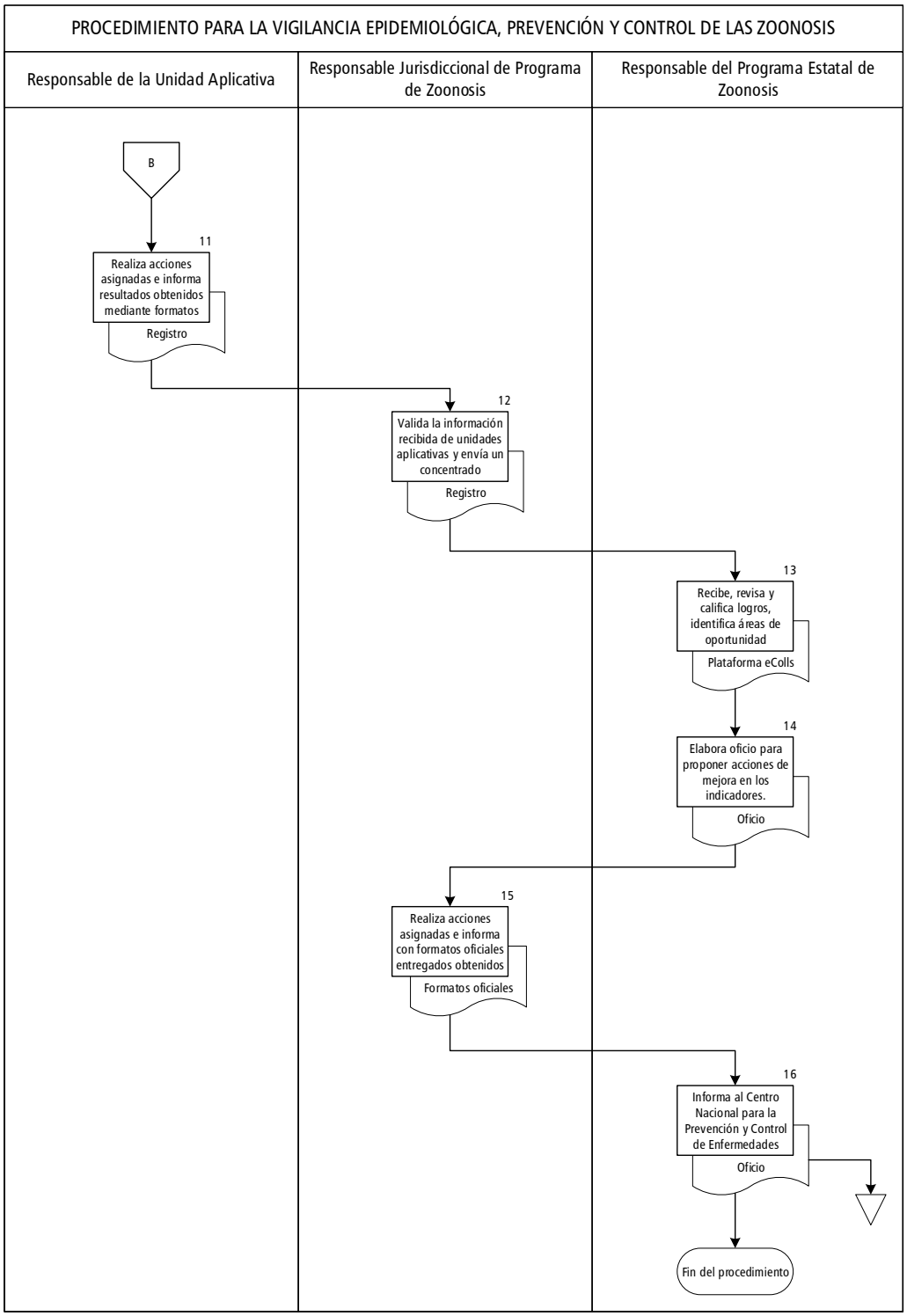
			presupuesto validado por fuente de financiamiento
4		Distribuye los recursos materiales y humanos a cada Jurisdicción Sanitaria de acuerdo a los programas jurisdiccionales de zoonosis.	Cuadros de distribución
5		Envía oficio, lineamientos, metas e indicadores y solicita propuesta de trabajo conforme a estos y el panorama Epidemiológico de cada Jurisdicción Sanitaria.	Oficio Documento con lineamientos metas e indicadores
6	Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis	Recibe en el almacén general de los Servicios de Salud del Estado, los insumos asignados a su Jurisdicción Sanitaria.	Formato de salida del Almacén, basado en el cuadro de distribución realizado por el Programa Estatal de Zoonosis.
7		Recibe, lineamientos, metas e indicadores del programa estatal de zoonosis y acorde a su panorama epidemiológico, elabora propuesta de programa jurisdiccional anual de zoonosis.	Preliminar de programa jurisdiccional
8		Elabora oficio y propuesta de programa jurisdiccional anual de zoonosis y envía al responsable del programa Estatal de Zoonosis.	Oficio Preliminar de programa jurisdiccional
9	Responsable del Programa Estatal de Zoonosis	Recibe y revisa el oficio y valida programa jurisdiccional anual de zoonosis propuesto por cada una de las jurisdicciones sanitarias y lo	Oficio Preliminar de programa jurisdiccional

		retorna a cada una de ellas. ¿La información es la correcta? Sí: Continúa en la actividad 10. No: Continúa en la actividad 7.	
10	Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis	Recibe programa jurisdiccional anual de zoonosis validado y asigna actividades a cada una de sus unidades aplicativas, distribuyendo los insumos necesarios para su ejecución.	Oficio con asignación de metas
11	Responsable de la Unidad Aplicativa	Realiza acciones asignadas e informa los resultados obtenidos mediante formatos oficiales entregados a la Jurisdicción Sanitaria.	Registro en formatos oficiales
12	Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis	Valida la información recibida de cada una de las unidades aplicativas y envía un concentrado al programa estatal de zoonosis.	Registro validado en formatos oficiales
13		Recibe y revisa los logros alcanzados y califica conforme los indicadores establecidos en la estrategia federal denominada “caminando a la excelencia”, identificando áreas de oportunidad de mejora.	Plataforma eColls, reporte de resultados de “Caminando a la Excelencia”
14		Elabora oficio para proponer acciones de mejora, en los indicadores con calificación minina o precaria.	Oficio
15		Realiza acciones asignadas e informa mediante formatos oficiales entregados a el/la Responsable del Programa Estatal de Zoonosis, los resultados obtenidos.	Formatos oficiales
16		Informa vía Oficio al Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades de los avances y se archiva la documentación soporte.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS.




PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS
Responsable Jurisdiccional del Programa de Zoonosis
Responsable del Programa Estatal de Zoonosis
A
1
7
Recibe, lineamientos, metas e indicadores, elabora propuesta de programa anual
Preliminar programa
8
Elabora oficio y propuesta de programa anual y envía
Oficio
Preliminar programa
9
Recibe, revisa y valida lo propuesto y retorna a jurisdicción
Oficio
Preliminar programa
¿La información es la correcta?
NO
1
SI
10
Recibe y asigna actividades a unidades, distribuye los insumos
Oficio asignación
B


PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS
Responsable de la Unidad Aplicativa
Responsable Jurisdiccional de Programa de Zoonosis
Responsable del Programa Estatal de Zoonosis
B
11
Realiza acciones asignadas e informa resultados obtenidos mediante formatos
Registro
12
Valida la información recibida de unidades aplicativas y envía un concentrado
Registro
13
Recibe, revisa y califica logros, identifica áreas de oportunidad
Plataforma eColls
14
Elabora oficio para proponer acciones de mejora en los indicadores.
Oficio
15
Realiza acciones asignadas e informa con formatos oficiales entregados obtenidos
Formatos oficiales
16
Informa al Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades
Oficio
Fin del procedimiento

7.11.76. PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS.

Tiempo Promedio: Dependerá de la disponibilidad de los documentos para dictaminación así como de la disponibilidad de los fármacos por el Nivel Federal aproximadamente 60 a 90 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana Dolores González Santellán **Responsable de Programa de Tuberculosis** **ADGS (DET)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompín Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la dictaminación de los casos de Tuberculosis con Resistencia a Fármacos posterior a la notificación del resultado del cultivo con Pruebas de Farmacosensibilidad ante el Comité Estatal de Farmacorresistencia, para otorgar el tratamiento correspondiente de acuerdo a la resistencia que presenta.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Ley Estatal de Salud.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; A.
4. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla, 8 febrero 2013.
5. NOM-006-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis.
6. NOM-017-SSA2-1994 Para la Vigilancia Epidemiológica.
7. Guía para la Atención de Personas con Tuberculosis Resistente a Fármacos.

Políticas de Operación:

1. Las acciones estarán dirigidas a toda la población del Estado de Puebla.
2. La información deberá ser entregada con base a la presencia de los casos diagnosticados con tuberculosis con resistencia a fármacos.
3. El comité Estatal de Farmacorresistencia dictamina los casos cada dos meses.
4. El Responsable Estatal del Componente de Tuberculosis Farmacorresistente es quien recopilará la información que a su vez es solicitada a la Jurisdicción Sanitaria o Dependencia del Sector Salud de donde es el paciente.
5. Posteriormente se dictamina en el COEFAR y se envía dicha información al GANAFAR para su valoración.
6. Cuando se obtiene el dictamen del GANAFAR, se realiza la solicitud de medicamentos de segunda línea al Programa Nacional de Tuberculosis.

Responsables

Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas	Para todas las instituciones del sector público y privado del Estado de Puebla que sospechen de Tuberculosis Farmacorresistente en los 7 grupos de riesgo a desarrollar Farmacorresistencia.
Recursos	Resumen Clínico Epidemiológico para la valoración de los casos probables de Tuberculosis Multifarmacorresistente (Formulario 01 TB-FR), Historial Farmacológico detallado de Tratamientos previos (Formulario 02 TB-FR), Escala de Riesgo de Abandono (Formulario 03 TB-FR), Consentimiento informado de Aceptación del tratamiento para Tuberculosis Farmacorresistente. (Formulario 05 TB-FR), Dictamen y Recomendaciones Subcomité Nacional de Farmacorresistencia (SNRF/GANAFAR) Estatal de Farmacorresistencia COEFAR. (Formulario 016 TB-FR), Notificación Inmediata de Inicio, Interrupción o Fin de Tratamiento. (Formulario 07 TB-FR), Nota de Evolución de Caso con Tuberculosis Multifarmacorresistente. (Formulario 08 TB-FR).
Glosario	Resistencia: Se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces. COEFAR: Comité Estatal de Farmacorresistencia. GANAFAR: Grupo Asesor Nacional en Farmacorresistencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS.

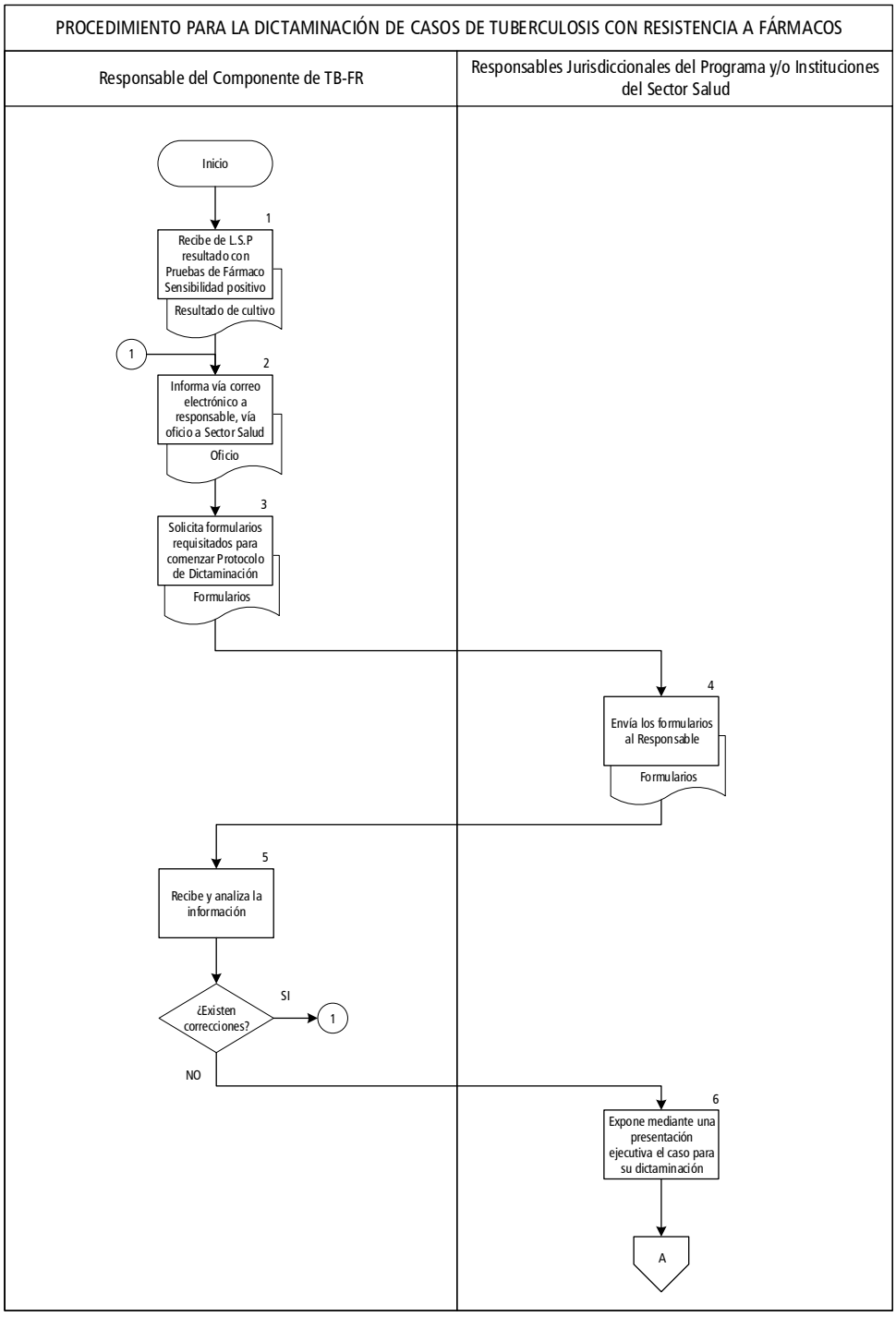
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Componente de TB-FR	Recibe por parte del L.S.P (Laboratorio de Salud Pública el resultado del Cultivo con Pruebas de Farmacosensibilidad positivo.	Resultado de cultivo emitido por el Laboratorio de Salud Pública

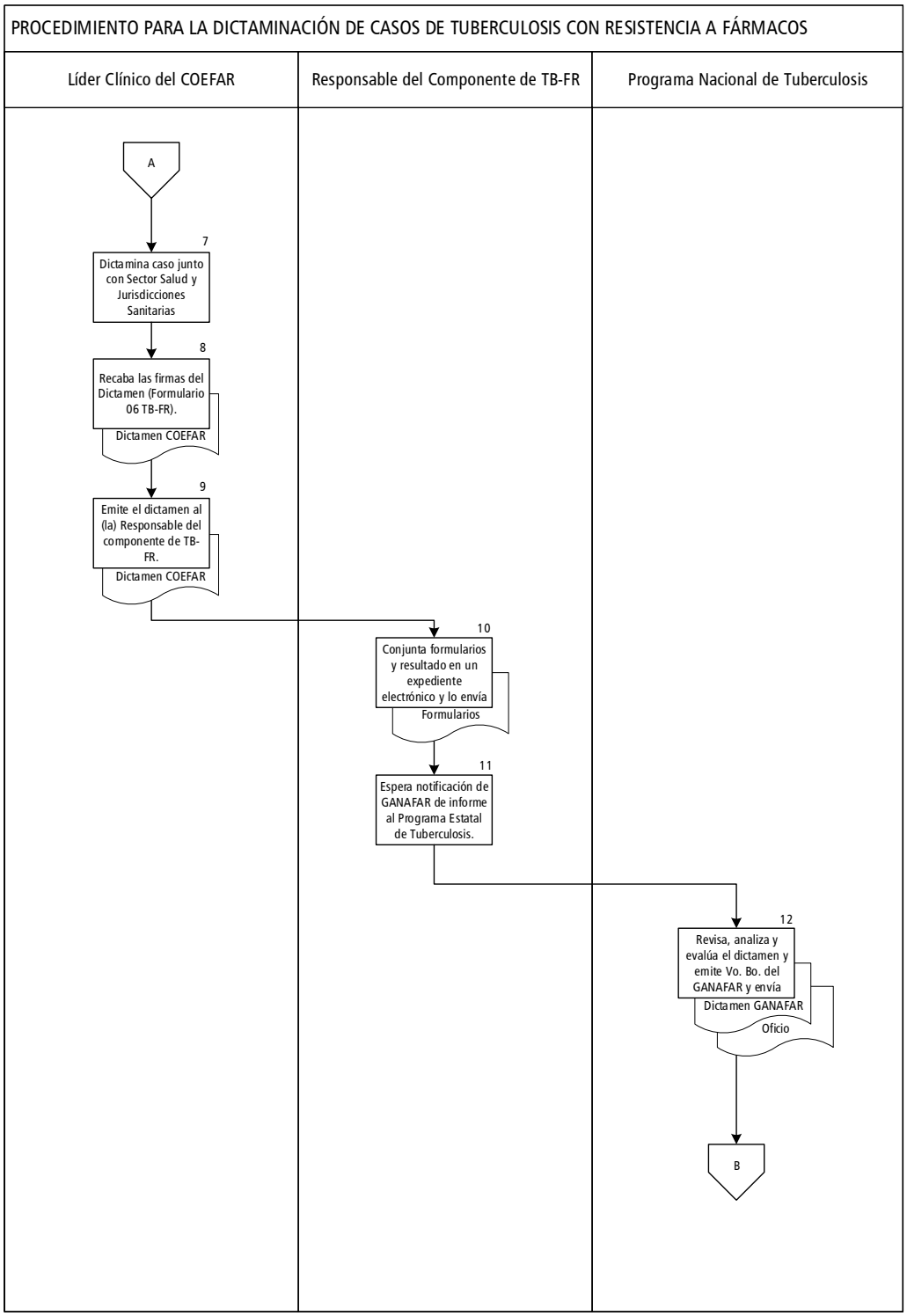
2		Informa vía correo electrónico a el/la Responsable Jurisdiccional del Programa de Tuberculosis y en el caso de Instituciones del Sector Salud vía oficio del caso Nuevo de Farmacorresistencia.	Oficio
3		Solicita los formularios 01, 02, 03, 05 TB-FR bien requisitados para comenzar con el Protocolo de Dictaminación.	Formularios 01, 02, 03, 05 TB-FR
4	Responsables Jurisdiccionales del Programa y/o Instituciones del Sector Salud	Envía los formularios 01, 02, 03, 05 Tuberculosis-Farmacorresistente al Responsable Estatal del Componente de Tuberculosis-Farmacorresistente.	Formularios 01, 02, 03, 05 TB-FR
5	Responsable del Componente de TB-FR	Recibe y analiza la información. ¿Existen correcciones? Sí: Continúa en la actividad 2. No: Continúa en la actividad 6.	S/D
6	Responsables Jurisdiccionales del Programa y/o Instituciones del Sector Salud.	Expone ante el COEFAR mediante una presentación ejecutiva el caso para su dictaminación.	S/D
7	Líder Clínico del COEFAR	Dictamina el caso en el COEFAR junto con todos los representantes del Sector Salud y Jurisdicciones Sanitarias.	S/D
8		Recaba las firmas del Dictamen (Formulario 06 TB-FR).	Dictamen de COEFAR
9		Emite el dictamen al/la Responsable del componente de TB-FR.	Dictamen de COEFAR
10	Responsable del Componente de TB-FR	Conjunta los formularios (01, 02, 03, 05, 06, Resultado del Cultivo en un expediente de manera electrónica y lo envía vía correo electrónico a el/la	Formularios 01, 02, 03, 05 TB-FR

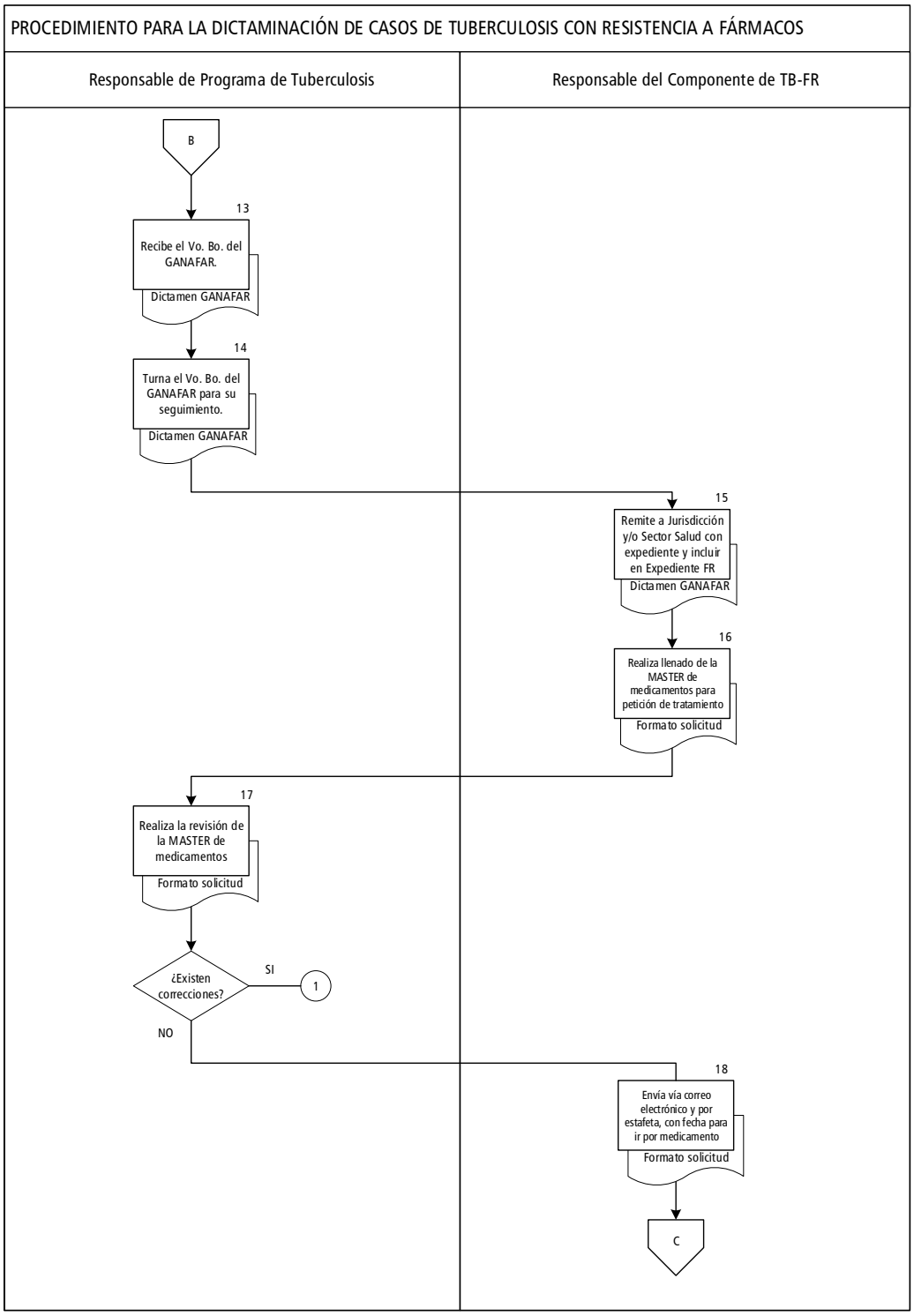
		Coordinador/a TB-MFR Nacional (Nivel Federal).	
11		Espera notificación vía oficio por parte del GANAFAR que informe al Programa Estatal de Tuberculosis.	
12	Programa Nacional de Tuberculosis	Revisa, analiza y evalúa la dictaminación y emite el Vo. Bo. del GANAFAR y envía las observaciones mediante oficio al Programa Estatal de Tuberculosis.	Dictamen de GANAFAR Oficio
13		Recibe el Vo. Bo. del GANAFAR.	Dictamen de GANAFAR
14		Turna el Vo. Bo. del Grupo Asesor Nacional de Farmacorresistencia con el Responsable Estatal del Componente de TB-FR para su seguimiento.	Dictamen de GANAFAR
15		Remite el Vo. Bo. del Grupo Asesor Nacional de Farmacorresistencia a la Jurisdicción Sanitaria y/o Institución del Sector Salud correspondiente junto con el expediente en electrónico para que lo incluyan en el expediente de FR conforme a normatividad.	Dictamen de GANAFAR
16		Realiza el llenado de la MASTER de medicamentos de segunda línea para la petición del tratamiento correspondiente a Nivel Federal.	Formato de solicitud de medicamentos de segunda línea
17	Responsable del Programa de Tuberculosis	Realiza la revisión de la MASTER de medicamentos. ¿Existen correcciones? Sí: Continúa en la actividad 16. No: Continúa en la actividad 18.	Formato de solicitud de medicamentos de segunda línea
18	Responsable del Componente de	Envía la solicitud vía correo electrónico y por estafeta, así como la	Formato de solicitud de

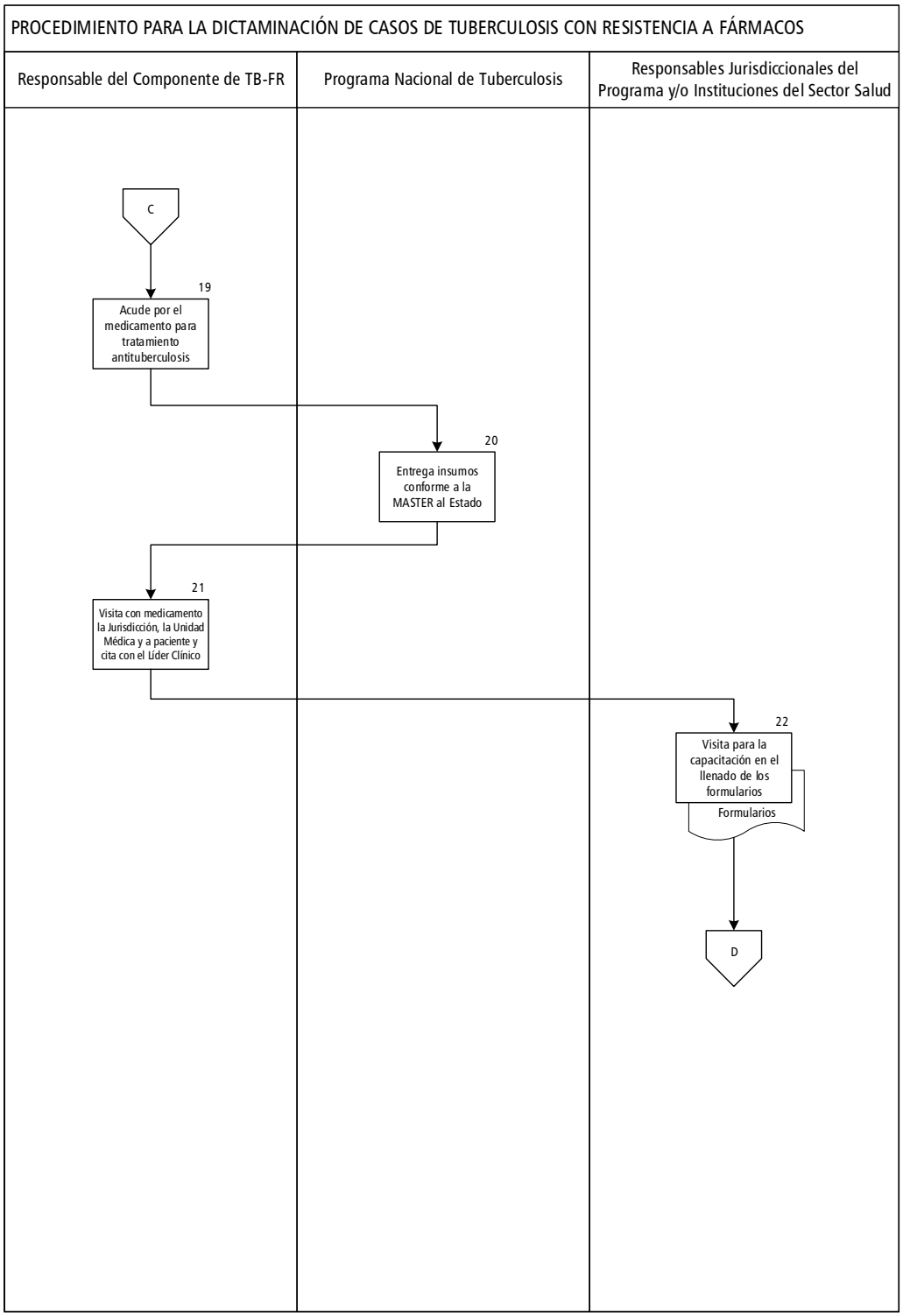
	TB-FR	fecha para ir por el medicamento.	medicamentos de segunda línea
19		Acude a Nivel Federal por el medicamento de segunda línea para tratamiento antituberculosis.	S/D
20	Programa Nacional de Tuberculosis	Entrega insumos conforme a la MASTER al Estado.	S/D
21	Responsable del Componente de TB-FR	Visita con el medicamento a la Jurisdicción Sanitaria, a la Unidad Médica y al/la paciente se le programa interconsulta con el/la Líder Clínico.	S/D
22	Responsables Jurisdiccionales del Programa y/o Instituciones del Sector Salud	Visita para la capacitación en el llenado de los formularios 07, 08 y 09 TB-FR.	Formularios 07, 08 y 09 TB-FR
23	Líder Clínico del COEFAR	Valora antes de iniciar el tratamiento.	
24	Unidad Médica y/o Hospitalaria	Visita al personal operativo de la unidad que llevará el seguimiento del caso para la capacitación en el llenado de los formularios 07, 08 y 09 TB-FR.	Formularios 07, 08 y 09 TB-FR
25	Responsable del Componente de TB-FR	Posterior a las visitas y valoración por el/la Líder Clínico se realiza la entrega del Medicamento del primer mes de inicio de tratamiento a el/la Responsable Jurisdiccional de Programa de Tuberculosis	S/D
Fin del procedimiento			

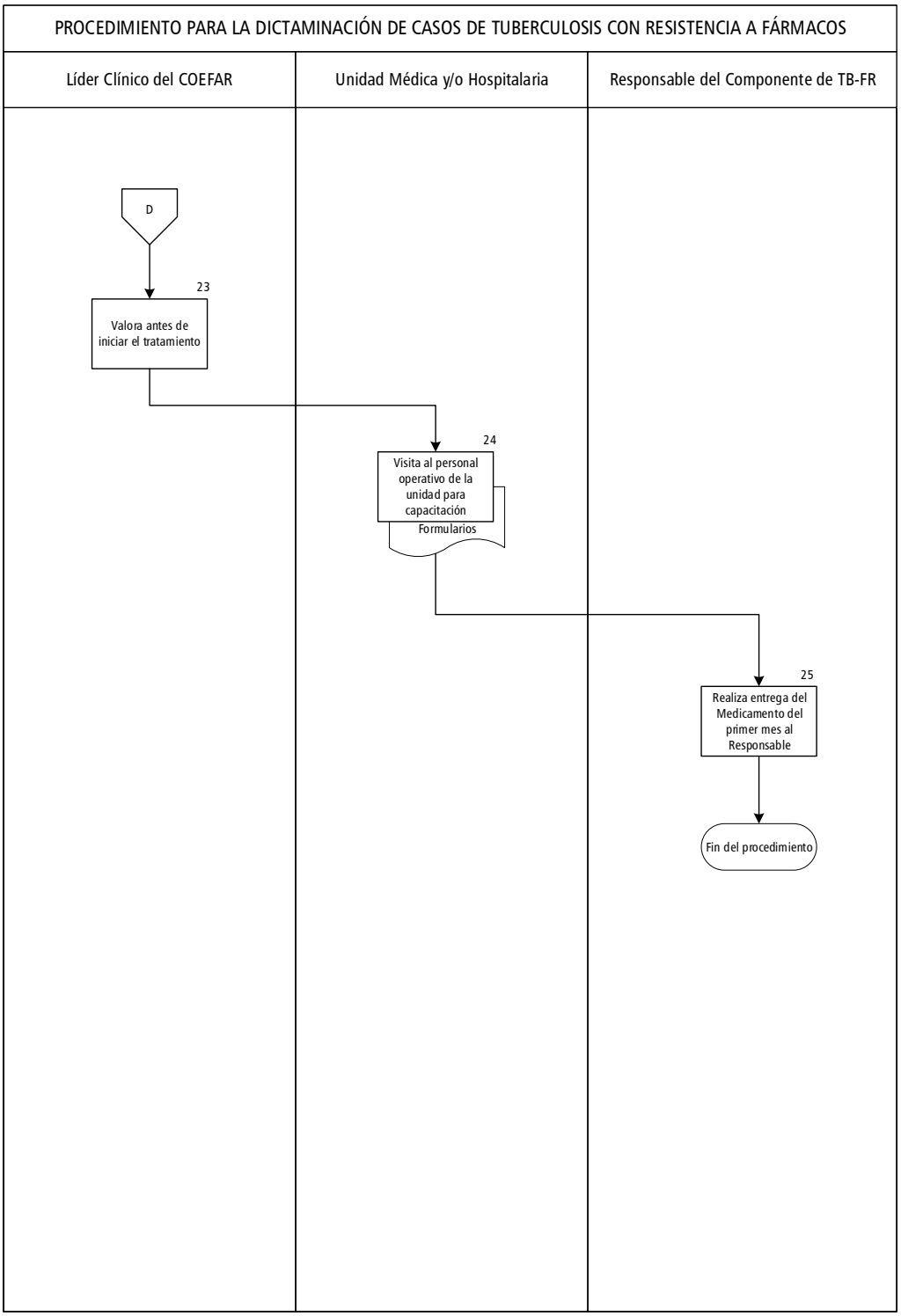
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS.




PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS
Líder Clínico del COEFAR
Responsable del Componente de TB-FR
Programa Nacional de Tuberculosis
A
7
Dictamina caso junto con Sector Salud y Jurisdicciones Sanitarias
8
Recaba las firmas del Dictamen (Formulario 06 TB-FR).
Dictamen COEFAR
9
Emite el dictamen al (la) Responsable del componente de TB-FR.
Dictamen COEFAR
10
Conjunta formularios y resultado en un expediente electrónico y lo envía
Formularios
11
Espera notificación de GANAFAR de informe al Programa Estatal de Tuberculosis.
12
Revisa, analiza y evalúa el dictamen y emite Vo. Bo. del GANAFAR y envía
Dictamen GANAFAR
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS
Responsable de Programa de Tuberculosis
Responsable del Componente de TB-FR
B
13
Recibe el Vo. Bo. del GANAFAR.
Dictamen GANAFAR
14
Turna el Vo. Bo. del GANAFAR para su seguimiento.
Dictamen GANAFAR
15
Remite a Jurisdicción y/o Sector Salud con expediente y incluir en Expediente FR
Dictamen GANAFAR
16
Realiza llenado de la MASTER de medicamentos para petición de tratamiento
Formato solicitud
17
Realiza la revisión de la MASTER de medicamentos
Formato solicitud
¿Existen correcciones?
SI
1
NO
18
Envía vía correo electrónico y por estafeta, con fecha para ir por medicamento
Formato solicitud
C


PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS
Responsable del Componente de TB-FR
Programa Nacional de Tuberculosis
Responsables Jurisdiccionales del Programa y/o Instituciones del Sector Salud
C
19
Acude por el medicamento para tratamiento antituberculosis
20
Entrega insumos conforme a la MASTER al Estado
21
Visita con medicamento la Jurisdicción, la Unidad Médica y a paciente y cita con el Líder Clínico
22
Visita para la capacitación en el llenado de los formularios
Formularios
D


PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA A FÁRMACOS
Líder Clínico del COEFAR
Unidad Médica y/o Hospitalaria
Responsable del Componente de TB-FR
D
23
Valora antes de iniciar el tratamiento
24
Visita al personal operativo de la unidad para capacitación
Formularios
25
Realiza entrega del Medicamento del primer mes al Responsable
Fin del procedimiento

7.11.77. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.

Tiempo Promedio: 72 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Claudia Rivera Luna **Responsable Estatal del Programa de VIH/Sida e ITS** **MCRL (DET)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar e integrar el Programa Estatal de VIH/Sida e ITS.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. El Programa Estatal de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), será el documento que normará las acciones prioritarias para contribuir a disminuir la infección por el VIH y otras ITS. 2. Cada una de las unidades médicas integrantes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla contribuirá al logro de los indicadores planteados en el Programa. 3. Programa Sectorial de Salud 2011-2017; objetivo 1 estrategia 1.1. Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades; objetivo 5 estrategia 5.1 Fortalecimiento de la oferta de servicios y redes de apoyo a grupos vulnerables o en condiciones de pobreza extrema o marginación. Políticas de Operación: 4. El Programa de Acción Estatal en Respuesta al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), será el documento que normará las acciones prioritarias para contribuir a disminuir la infección por el VIH y otras ITS. 5. Cada una de las unidades médicas integrantes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla contribuirá al logro de los indicadores planteado en el Programa. 6. El programa de trabajo será aprobado por el Consejo Estatal para la Prevención y el Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Oficinas Jurisdiccionales y Unidades Médicas de los Servicios del Estado de Puebla.

Recursos	Libreta de fraccionamiento de unidades, Hexabank
Glosario	ITS: Infecciones de Transmisión Sexual. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana. PMI: Programación de Metas e Indicadores.

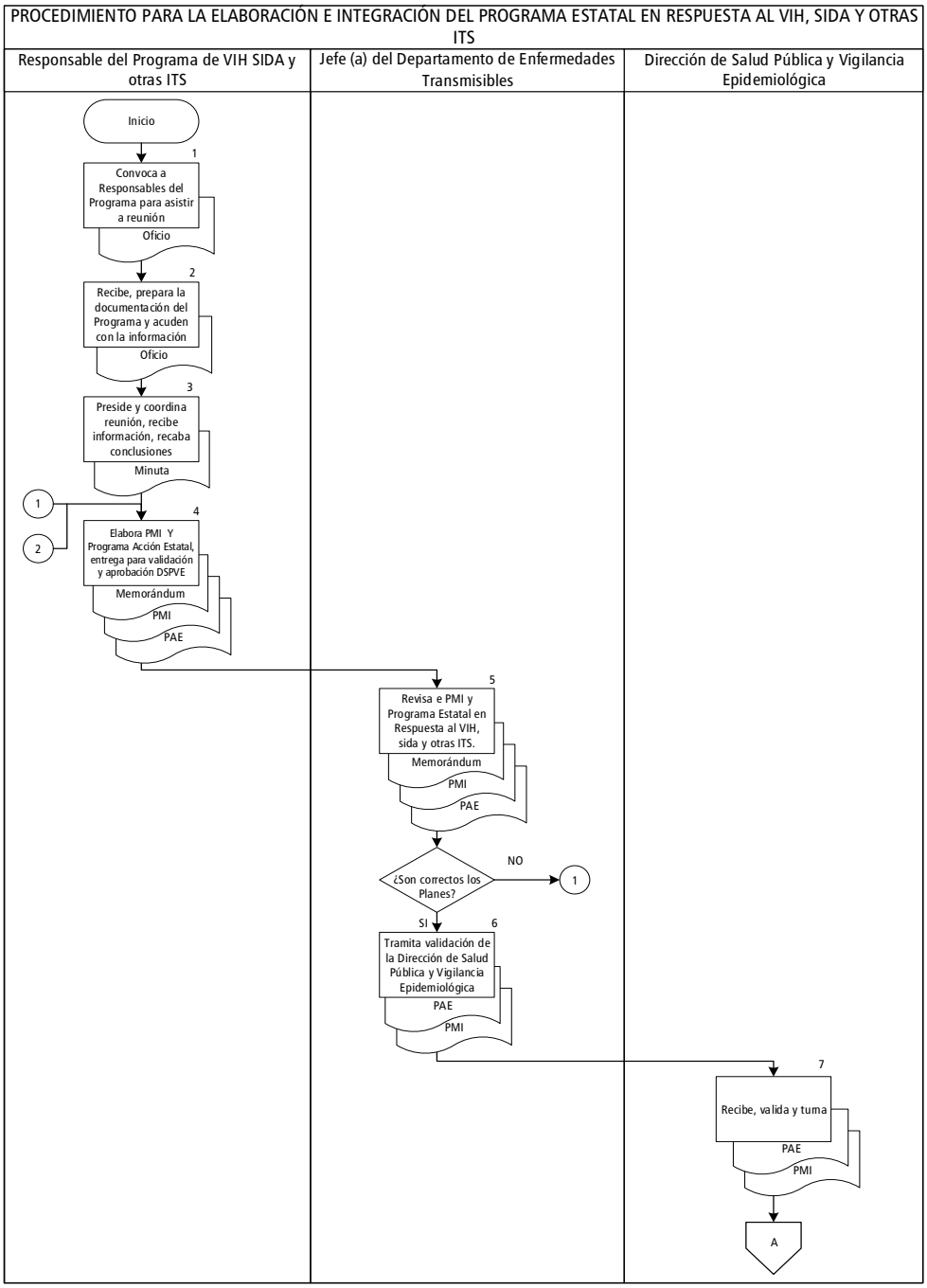
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Estatal del Programa de VIH/ Sida e ITS	Convoca a los/las Responsables del Programa de VIH y otras ITS Jurisdiccionales para asistir a reunión de integración del Programa mediante oficio.	Oficio
2		Recibe oficio, prepara la documentación soporte para la integración del Programa y acude con la información específica a la reunión.	Oficio
3		Preside y coordina el desarrollo de la reunión de trabajo de integración del Programa, recibe la información entregada por los Responsables Jurisdiccionales del Programa de VIH/Sida e ITS; recaba conclusiones.	Minuta
4		Elabora el Programación de Metas e Indicadores, Programa Estatal de VIH/Sida e ITS y entrega al Departamento de Enfermedades Transmisibles para su validación y aprobación por la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.	Memorándum PMI Programa de Acción Estatal

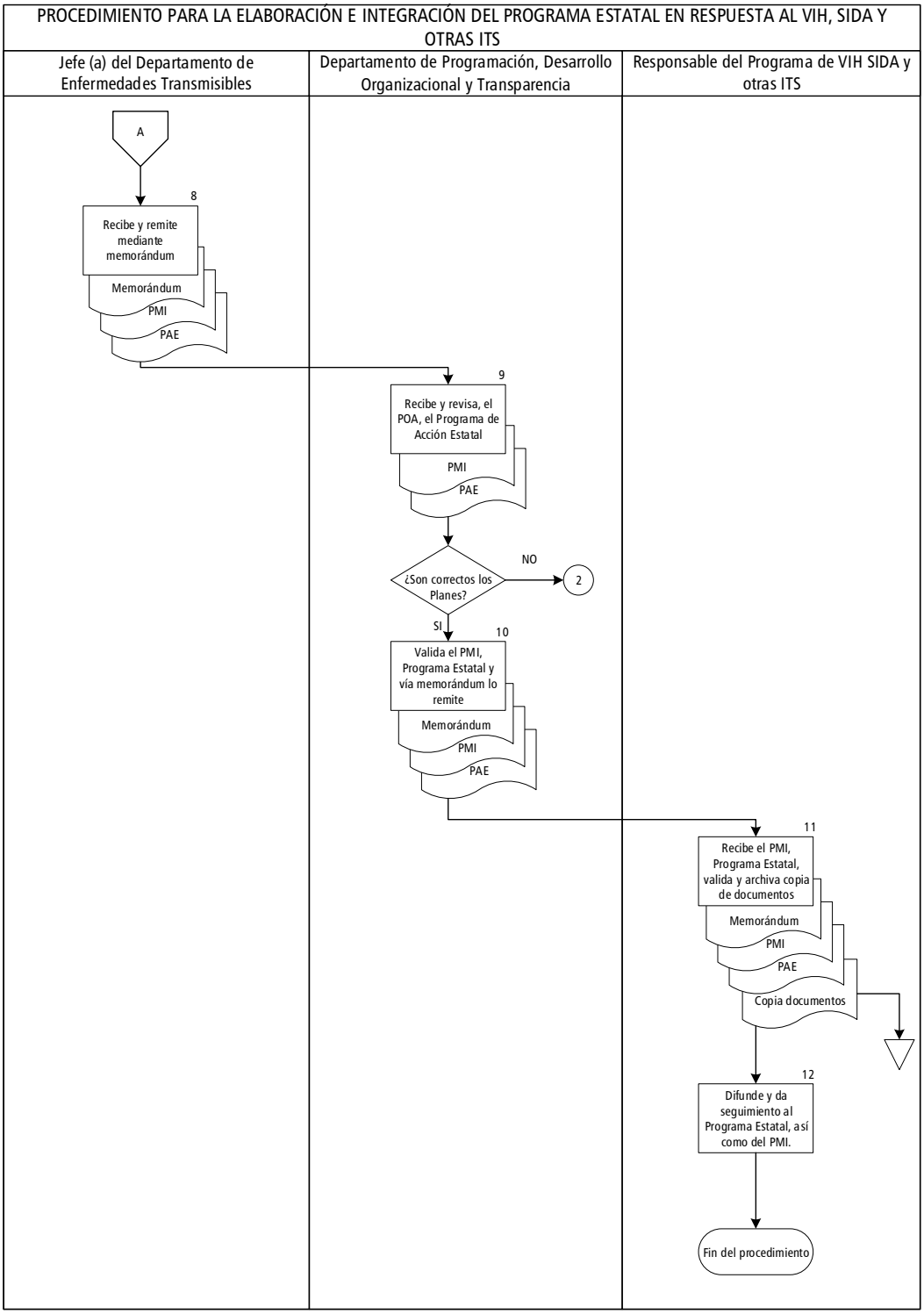
5	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles	Revisa la Programación de Metas e Indicadores, Programa Estatal de VIH/Sida e ITS. ¿Son correctos los Planes? Sí: Continúa en la actividad 6. No: Continúa en la actividad 4.	Memorándum PMI Programa de Acción Estatal
6		Tramita la validación por parte de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica y turna a la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	PMI Programa de Acción Estatal
7	Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	Recibe, valida y regresa al Departamento de Enfermedades Transmisibles.	PMI Programa de Acción Estatal
8	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles	Recibe y remite al Departamento de Programación y Organización la Programación de Metas e Indicadores mediante memorándum.	Memorándum PMI Programa de Acción Estatal
9	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe y revisa, la Programación de Metas e Indicadores el Programa de Acción Estatal en Respuesta al VIH/SIDA e ITS. ¿Son correctos los Planes? Sí: Continúa en la actividad 10. No: Continúa en la actividad 4.	PMI Programa de Acción Estatal
10		Valida la Programación de Metas e Indicadores, Programa Estatal de VIH/Sida e ITS y mediante memorándum lo remite al/la Responsable del Programa de VIH y otras ITS.	Memorándum PMI Programa de Acción Estatal
11	Responsable del Programa de VIH SIDA y otras ITS	Recibe la Programación de Metas e Indicadores, Programa Estatal en Respuesta al VIH, SIDA y otras ITS validado y archiva copia de documentos elaborados.	Memorándum PMI Programa de Acción Estatal

12		Difunde y da seguimiento a las acciones del Programa Estatal en Respuesta al VIH, SIDA y otras ITS, así como del PMI.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL EN RESPUESTA AL VIH, SIDA Y OTRAS ITS



7.11.78. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.

Tiempo Promedio: 72 horas con frecuencia mensual

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Claudia Rivera Luna Responsable Estatal del Programa de VIH/Sida e ITS MCRL (DET) Octubre 2018	Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Integrar en forma ordenada los procedimientos institucionales, que se llevan a cabo para la gestión y distribución de insumos para la operación del Programa Estatal de VIH/Sida e ITS

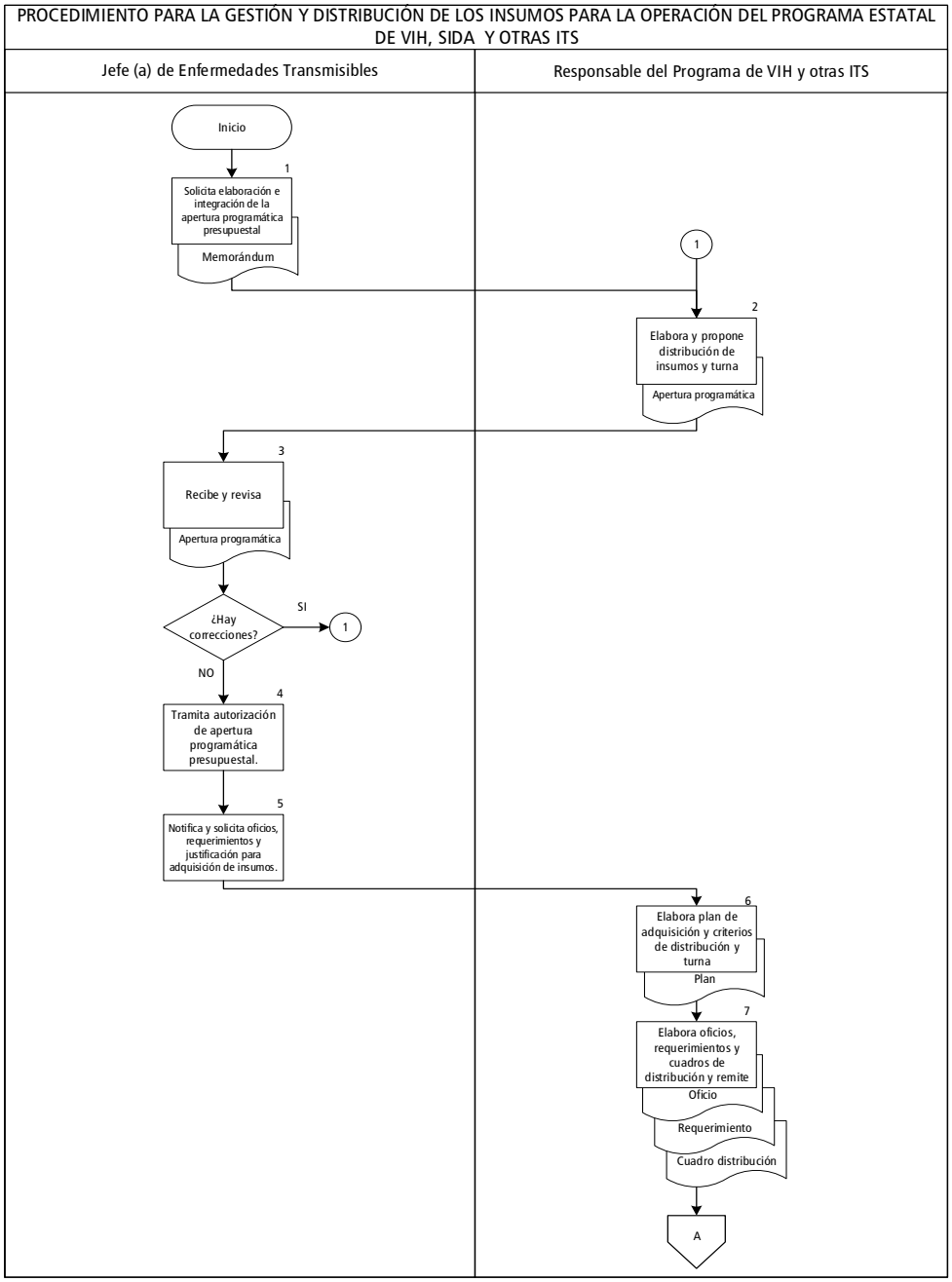
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Guía para la elaboración de programas de presupuestos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Las actividades descritas en el presente procedimiento, son las aplicables para la gestión de adquisición de los insumos que se requieran para la operación del Programa de VIH/Sida e ITS 2. El presente procedimiento será aplicable acorde a los lineamientos de aprobación presupuestal que determinen las instancias correspondientes.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los elementos que conforman el Programa Estatal del VIH, SIDA y ITS para el desempeño de su trabajo y regirá durante el año lectivo para el que fue elaborado.
Recursos	Formato de requerimiento, Cuadro de distribución, Facturas, Pedidos, Apertura programática, Plan de adquisición y criterios de distribución, Oficio.
Glosario	VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana. ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

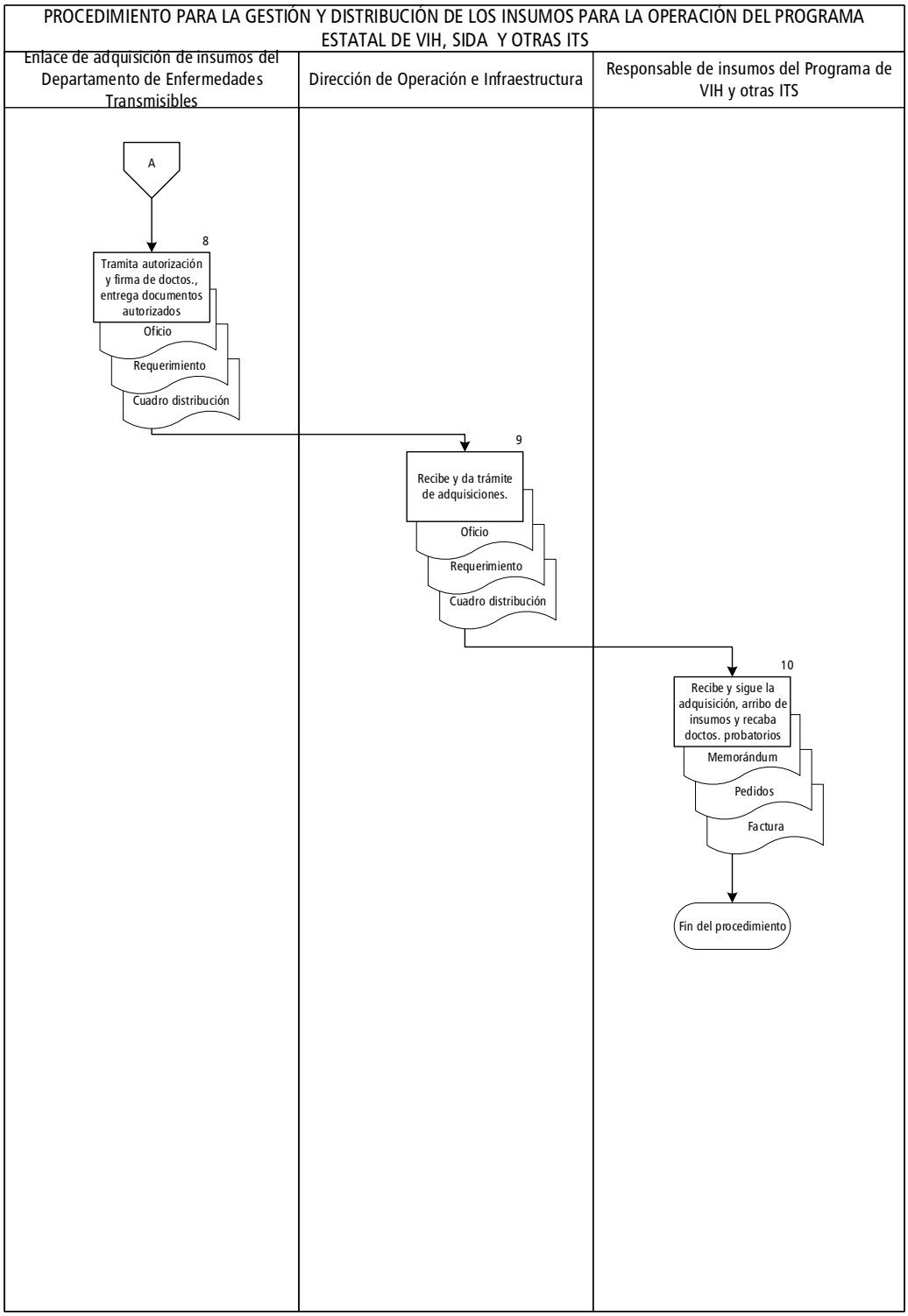
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Enfermedades Transmisibles	Solicita formalmente la elaboración e integración de la apertura programática presupuestal.	Memorándum
2	Responsable del Programa de VIH/Sida e ITS	Elabora apertura programática presupuestal y propuestas de distribución de insumos para la operación del Programa de VIH/Sida e ITS y entrega al Departamento de Medicina Preventiva.	Apertura programática
3	Jefe/a de Enfermedades Transmisibles	Recibe y revisa. ¿Hay correcciones? Sí: Continúa en la actividad 2 No: Continúa en la actividad 4	Apertura programática
4	Jefe/a de Enfermedades Transmisibles	Tramita autorización de apertura programática presupuestal.	
5	Jefe/a de Enfermedades Transmisibles	Notifica autorización y solicita oficios, requerimientos y justificación para la adquisición de insumos.	
6	Responsable del Programa de VIH y otras ITS	Elabora plan de adquisiciones y criterios de distribución de insumos y entrega a responsable de insumos para su trámite.	Plan de adquisición y criterios de distribución
7	Responsable de insumos del Programa de VIH/Sida e ITS	Elabora oficios de solicitud, justificación, requerimientos y cuadros de distribución de insumos necesarios para el funcionamiento del programa y remite documentos al enlace de adquisiciones del Departamento de	Oficio Formato de Requerimiento Cuadro de distribución.

		Enfermedades transmisibles para trámite de firmas de autorización.	
8	Enlace de adquisición de insumos del Departamento de Enfermedades Transmisibles	Tramita autorización y firma de documentos; entrega documentos autorizados en la Dirección de Operación y devuelve acuse.	Oficio, Formato de Requerimiento, Cuadro de distribución
9	Dirección de Operación e Infraestructura	Recibe oficios de solicitud, justificación, requerimientos y cuadros de distribución de insumos y da trámite de adquisiciones.	Oficio, Formato de Requerimiento, Cuadro de distribución.
10	Responsable de insumos del Programa de VIH y otras ITS	Recibe acuse de documentos entregados y da seguimiento a la adquisición de insumos, solicitando a la Dirección de Operación e Infraestructura informe del estatus de adquisición y da seguimiento al arribo de insumos, recaba documentos probatorios de las adquisiciones.	Memorándum Pedidos Facturas
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.




PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH, SIDA Y OTRAS ITS
Enlace de adquisición de insumos del Departamento de Enfermedades Transmisibles
Dirección de Operación e Infraestructura
Responsable de insumos del Programa de VIH y otras ITS
A
8
Tramita autorización y firma de doctos., entrega documentos autorizados
Oficio
Requerimiento
Cuadro distribución
9
Recibe y da trámite de adquisiciones.
Oficio
Requerimiento
Cuadro distribución
10
Recibe y sigue la adquisición, arribo de insumos y recaba doctos. probatorios
Memorándum
Pedidos
Factura
Fin del procedimiento

7.11.79. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.

Tiempo Promedio: 72 hrs. con frecuencia mensual

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Claudia Rivera Luna Responsable Estatal del Programa de VIH/Sida e ITS MCRL (DET) Octubre 2018	**Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018**	**Arturo Morppin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Integrar en forma ordenada los procedimientos institucionales, que se llevan a cabo para procesar los datos de los diversos sistemas de información del Programa Estatal de VIH/Sida e ITS y emitir los informes de avances de indicadores correspondientes

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Indicadores Caminando a la Excelencia 2018; CENSIDA, DGE 2018. 2. Metas Operativa e Indicadores de Resultado; SSEP 3. Manual del Usuario del Sistema de Administración Logística de Antirretrovirales (SALVAR); CENSIDA 2012. 4. Procedimientos para la evaluación de indicadores AFASPE 2018; CENSIDA 2018. Políticas de Operación: 1. El presente procedimiento establece las actividades para la elaboración de informes que evalúan y dan seguimiento a las acciones del Programa de VIH/Sida e ITS
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los elementos que conforman el Programa de VIH/Sida e ITS para el desempeño de su trabajo y regirá durante el año lectivo para el que fue elaborado.
Recursos	Formato de “Estudios de Pesquisas de Casos de Sífilis y Anticuerpos Antivirus de Inmunodeficiencia Humana”, Formato de “Control de Condones Distribuidos”, Formato de “Control de Información de Actividades Realizadas en las Unidades Médicas SIS-SS-CE-H”, Formato de “Control de Pruebas Rápidas”, Memorándum, Indicadores de resultados, Avances PMI, AFASPE, Informes, Oficios.
Glosario	AFASPE: Acuerdo para el Fortalecimientos de las Acciones de Salud Pública de los Estados. DGIS: Dirección General de Información en Salud. PMI: Programación de metas e indicadores SALVAR: Sistema de Administración Logística de Antirretrovirales. SEED: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. SIS: Sistema de Información en Salud. SUIVE: Sistema Único Automatizado de Vigilancia

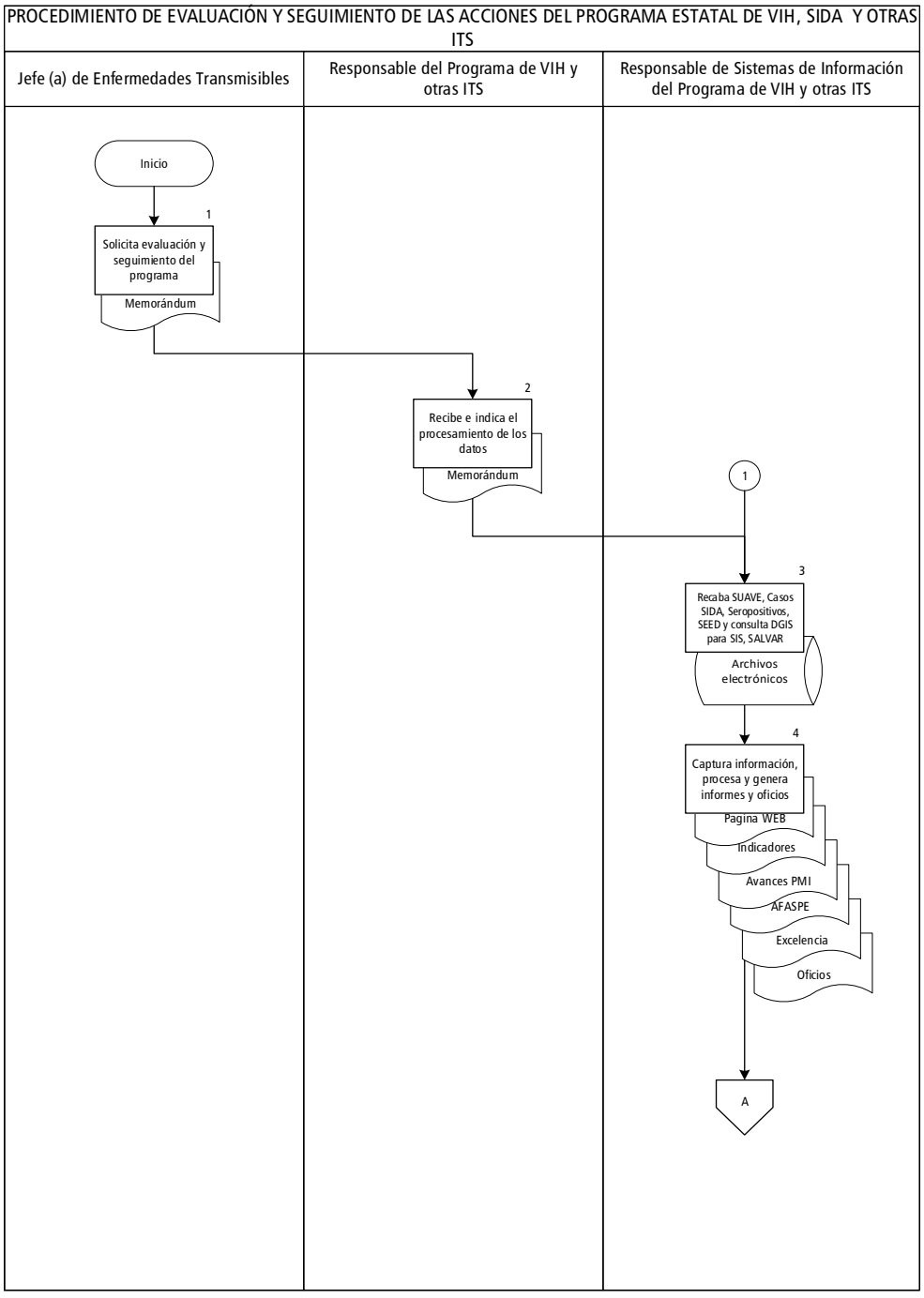
Epidemiológica.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.

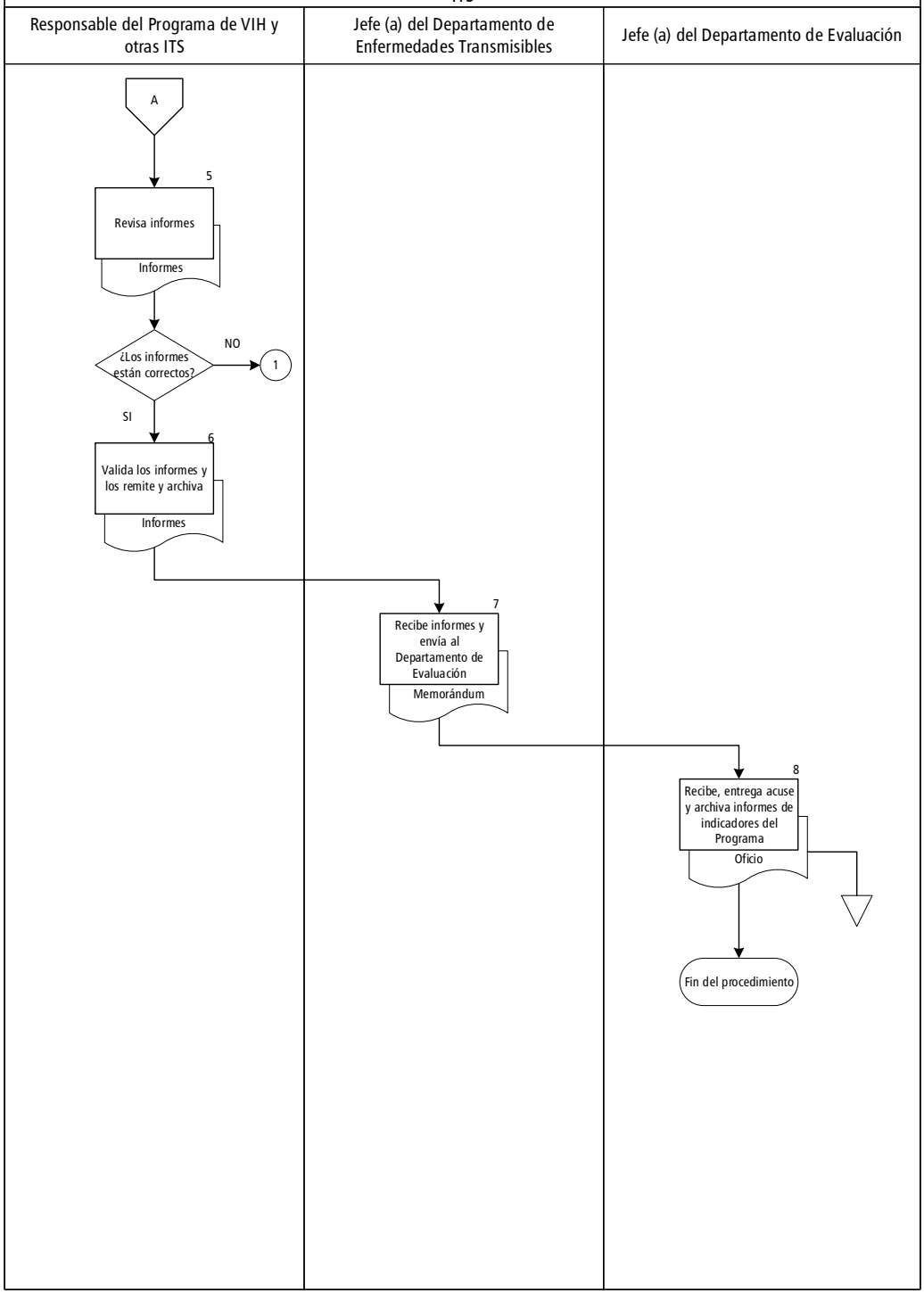
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a de Enfermedades Transmisibles	Solicita evaluación y seguimiento del programa.	Memorándum
2	Responsable del Programa de VIH/Sida e ITS	Recibe solicitud de evaluación y seguimiento del Programa e indica el procesamiento de los datos.	Memorándum
3	Responsable de Sistemas de Información del Programa de VIH/Sida e ITS	Recaba Base SUIVE, Base Casos SIDA, Base Seropositivos, Base SEED y consulta la página de la DGIS para la obtención de los datos del SIS, SALVAR.	Archivos electrónicos
4		Captura información, procesa y genera informes y oficios.	Página WEB Indicadores de resultado Avances del PMI AFASPE Excelencia Oficios
5	Responsable del Programa de VIH/Sida e ITS	Revisa informes. ¿Los informes están correctos? Sí: Continúa en la actividad 7. No: Continúa en la actividad 3.	Informes
6		Valida los informes y los remite y archiva.	Informes

7	Jefe/a del Departamento de Enfermedades Transmisibles	Recibe informes y envía al Departamento de Evaluación.	Memorándum
8	Jefe/a del Departamento de Evaluación	Recibe, entrega acuse y archiva, informes de indicadores del Programa de VIH y otras ITS.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH/SIDA E ITS.



PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA ESTATAL DE VIH, SIDA Y OTRAS ITS



7.11.80. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE TRASMISIÓN VERTICAL.

Tiempo Promedio: 72 hrs. con frecuencia mensual

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Claudia Rivera Luna Responsable Estatal Programa de VIH/Sida e ITS MCRL (DET) Octubre 2018	Sofía Morales Zurita Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica SMZ (SVE) Octubre 2018	Artúro Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Integrar en forma ordenada los procedimientos institucionales para el registro, validación y remisión de las actividades que se llevan a cabo para la Prevención de la Transmisión Vertical de VIH, acción englobada dentro del Programa de VIH/Sida e ITS

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Políticas de Operación: 1. Las actividades descritas en el presente procedimiento, son las aplicables para el seguimiento de las acciones que se llevan a cabo para la Prevención de la Transmisión Vertical de VIH, acción englobada dentro del Programa de VIH/Sida e ITS.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a los elementos que dan seguimiento a las acciones de prevención de la transmisión vertical del CIH y que se desempeñan en el Programa de VIH/Sida e ITS para el desempeño de su trabajo y regirá durante el año lectivo para el que fue elaborado.
Recursos	Encuesta de VIH a Embarazadas, Informe Mensual de Pruebas Rápidas a Embarazadas, Seguimiento de Embarazadas Reactivas, Seguimiento de Transmisión Vertical, Programa de las coordinaciones, Control de pueblas jurisdiccional, Expediente, SIS, Oficio.
Glosario	S.R: Salud Reproductiva. AFASPE: Acuerdo para el Fortalecimientos de las Acciones de Salud Pública de los Estados. DGIS: Dirección General de Información en Salud. PMI: Programación de Metas e Indicadores. SALVAR: Sistema de Administración Logística de Antirretrovirales. SEED: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. SIS: Sistema de Información en Salud. SUIVE: Sistema Único Automatizado de Vigilancia

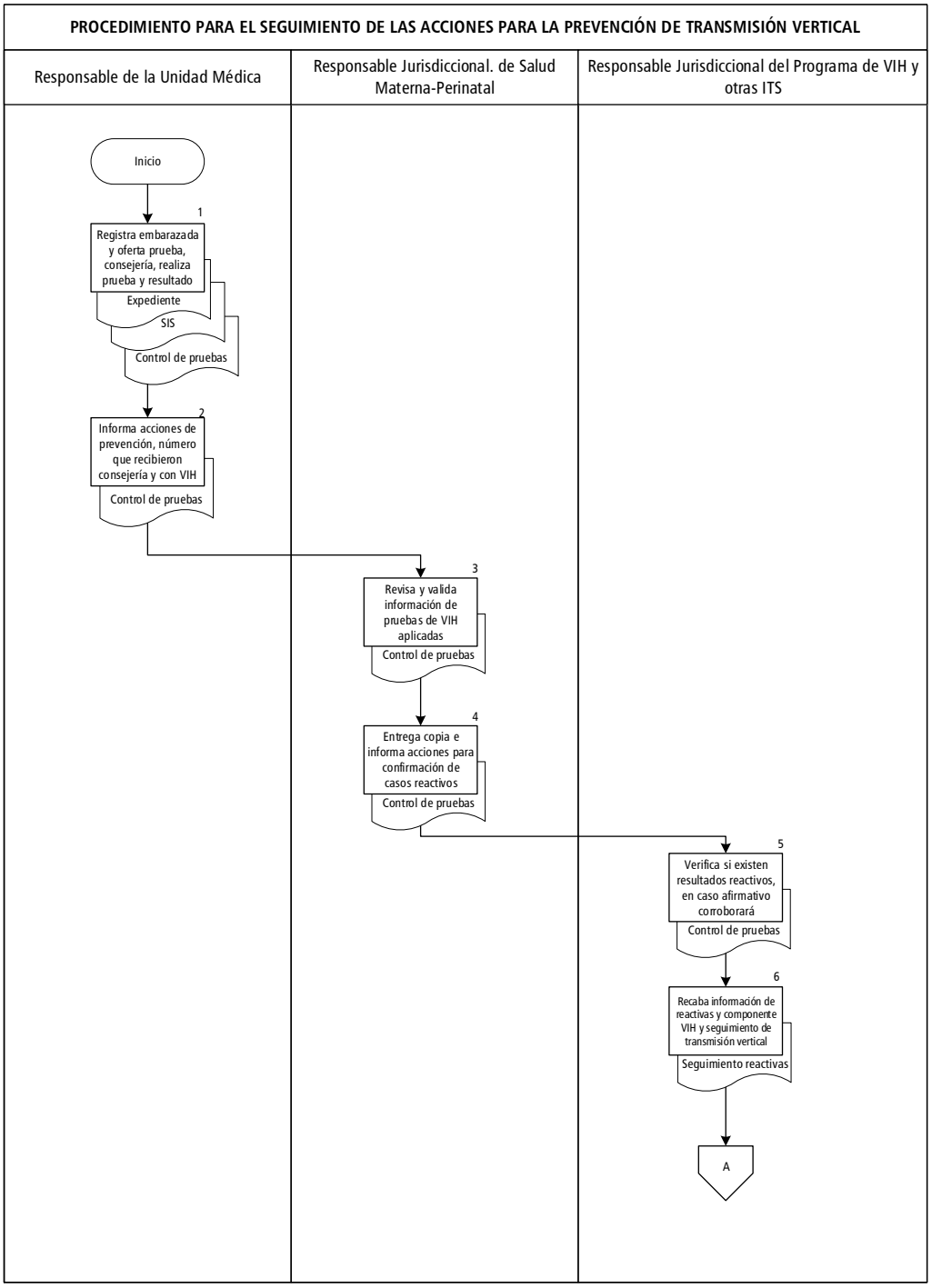
Epidemiológica.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

DESCRIPCIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL.

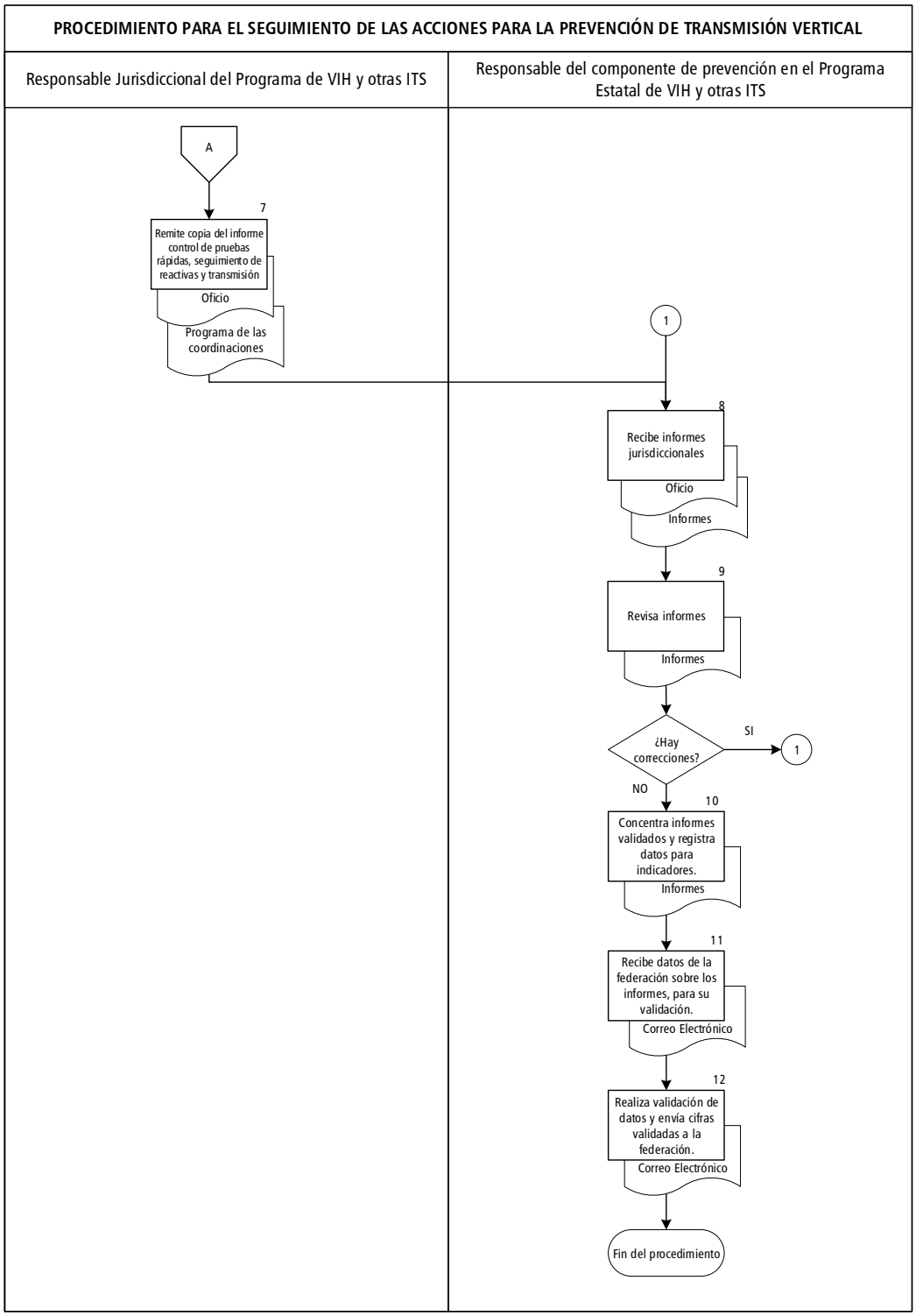
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de la Unidad Médica	Registra embarazada captada y oferta de prueba rápida, consejería, realización de prueba y resultados de la misma.	Expediente SIS Control de Pruebas Jurisdiccional
2		Informa a la oficina Jurisdiccional de Salud reproductiva de manera mensual sobre las acciones de prevención de la transmisión vertical, número de embarazadas que recibieron consejería y número de detecciones de VIH en mujeres embarazadas.	Control de Pruebas Jurisdiccional
3	Responsable Jurisdiccional de Salud Materna-Perinatal	Revisa y valida información de las unidades médicas en relación a pruebas rápidas de VIH aplicadas a embarazadas.	Control de Pruebas Jurisdiccional
4		Entrega copia del informe Jurisdiccional de control de pruebas rápidas al responsable del Programa de VIH/Sida e ITS e informa de las acciones para la confirmación de los casos reactivos..	Control de Pruebas Jurisdiccional
5	Responsable Jurisdiccional del	Verifica si existe reporte de resultados reactivos en el informe y en caso	Control de Pruebas

	Programa de VIH/Sida e ITS.	afirmativo corroborará que se haya confirmado el caso.	Jurisdiccional
6		Recaba información de seguimiento de embarazadas reactivas a VIH componente VIH y seguimiento de transmisión vertical en pacientes positivas.	Seguimiento de Embarazadas Reactivas (VIH)
7	Responsable del Programa de VIH/Sida e ITS.	Remite de manera mensual a la Coordinación Estatal de VIH/Sida e ITS copia del informe de control de pruebas rápidas recibido del/la Responsable de APV Jurisdiccional, informe seguimiento de embarazadas reactivas e informe de seguimiento de transmisión vertical, cuando sea el caso.	Oficio Programa de las Coordinaciones
8	Responsable del componente de prevención en el Programa Estatal de VIH/Sida e ITS	Recibe informes jurisdiccionales.	Oficio Informes
9		Revisa informes. ¿Hay correcciones? Sí: Continúa en la actividad 8, realiza observaciones y solicita correcciones. No: Continúa en la actividad 10.	Informes
10		Concentra informes validados y registra datos para construcción de indicadores.	Informes
11		Recibe datos de la federación relacionados con los informes, para su validación.	Correo electrónico
12		Realiza validación de datos y envía cifras validadas a la federación.	Correo electrónico.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL.



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL



7.11.81. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA COMORBILIDAD TB-VIH Y DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

Tiempo Promedio: 72 hrs. con frecuencia mensual

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Claudia Rivera Luna **Responsable Estatal Programa de VIH/Sida e ITS** **MCRL (DET)** **Octubre 2018**	**Sofía Morales Zurita** **Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica** **SMZ (SVE)** **Octubre 2018**	**Arturo Hemphi Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Integrar en forma ordenada los procedimientos institucionales para el registro y seguimiento de las actividades que se llevan a cabo para la prevención y atención de la comorbilidad TB-VIH, así como las actividades de prevención y control del VIH en personas privadas de libertad, estrategias englobadas dentro del Programa Estatal de VIH/Sida e ITS

Objetivo	Normas: 1. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2. Guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en centros penitenciarios. 3. Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/SIDA en los Programas de Control de Tuberculosis.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Las actividades descritas en el presente procedimiento, son las aplicables para el seguimiento de las acciones que se llevan a cabo para la Prevención y atención de la comorbilidad TB-VIH. 2. Las actividades descritas en el presente procedimiento, son las aplicables para el seguimiento de las acciones que se llevan a cabo para la Prevención y atención de la infección por VIH en personas privadas de la libertad.
Responsables	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Atención a la Salud.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los elementos involucrados con el seguimiento seguimiento a las acciones de prevención del binomio TB-VIH, así como las actividades de prevención en los CERESOS y regirá durante el año lectivo para el que fue elaborado.
Recursos	Formatos: 1. Seguimiento de las acciones de prevención en personas privadas de la libertad (ppl). 2. Seguimiento de las acciones colaborativas de la comorbilidad TB-VIH. 3. Control de pruebas, SUIVE y SIS, Seguimiento de prevención.
Glosario	CAPASITS: Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención al SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. CERESO: Centro de Reinserción Social. PPL: Personas Privadas de la Libertad.

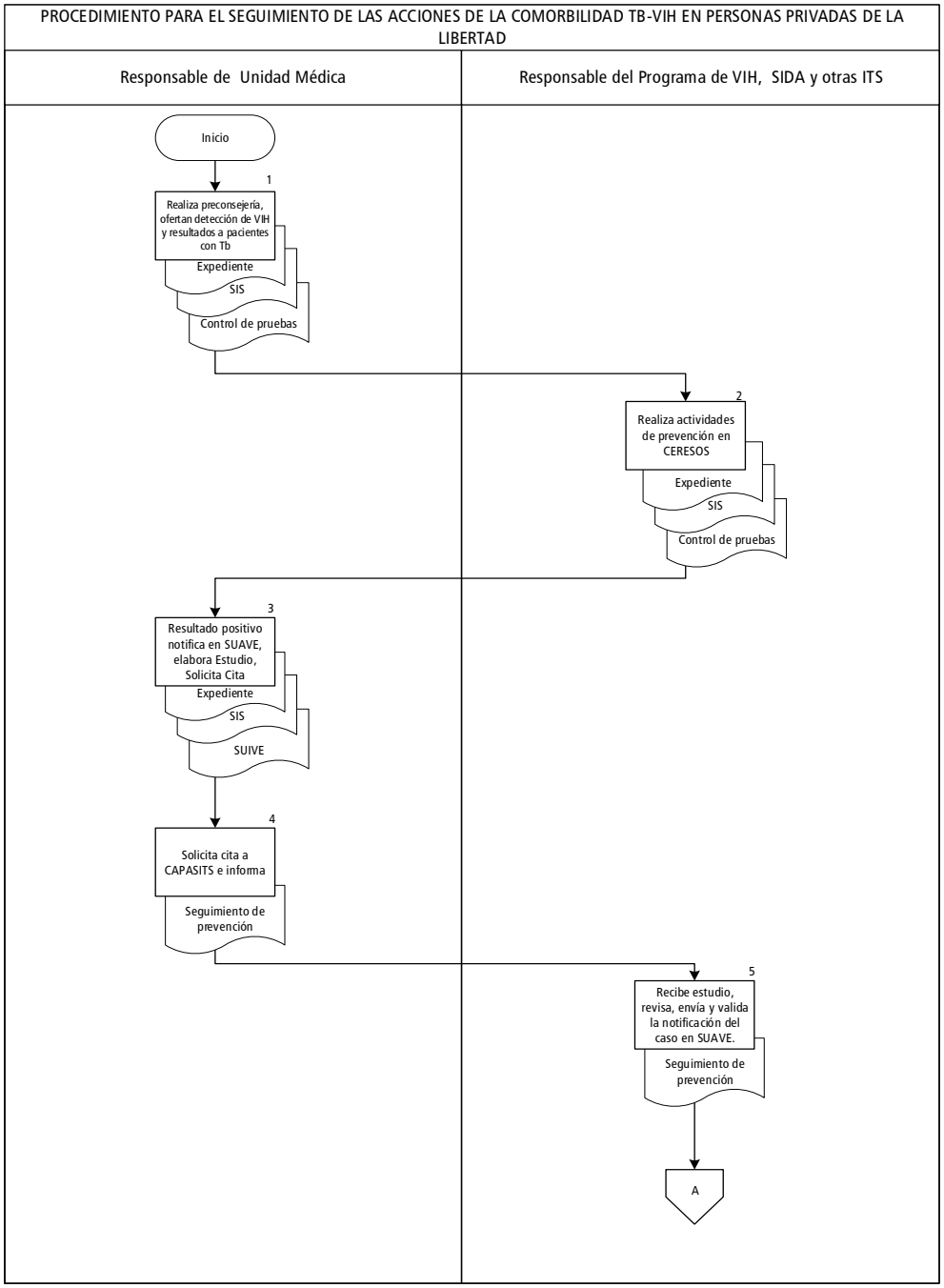
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.
COMORBILIDAD: Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren a la misma persona. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades.
SUIVE: Sistema Unificado de Información de Vigilancia Epidemiológica.

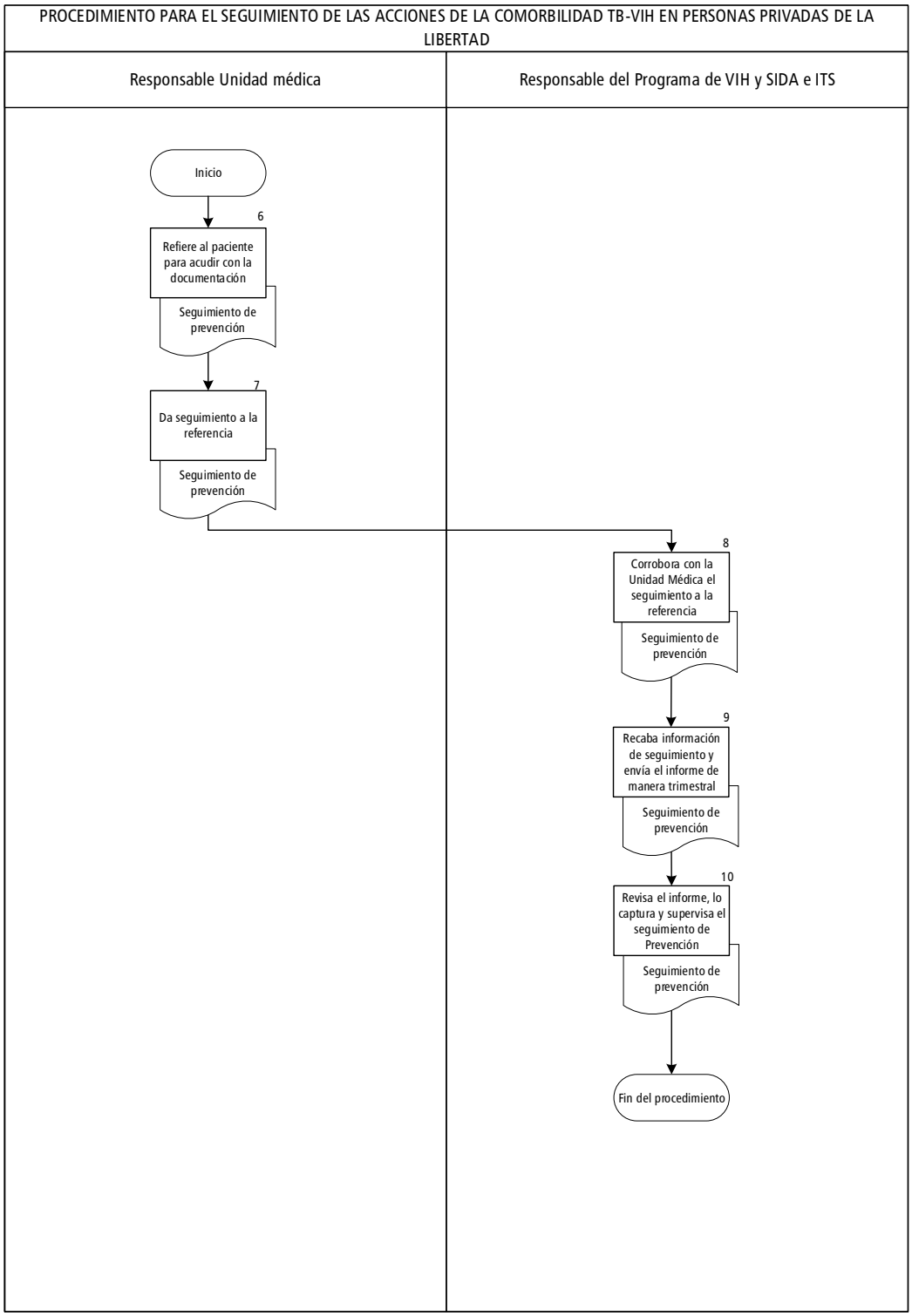
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA COMORBILIDAD TB-VIH Y DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Unidad Médica	Realiza preconsejería, ofertan detección de VIH y entrega de resultados a pacientes con Tb.	Expediente SIS Control de Pruebas
2	Responsable del Programa de VIH y SIDA e ITS	Realiza actividades de prevención en CERESOS: pre consejería, detección de VIH, entrega de resultados.	Expediente SIS Control de Pruebas
3	Responsable Unidad médica	En caso de paciente con resultado positivo notifica en SUIVE, elabora Estudio Epidemiológico, solicita cita a trabajo social.	Expedientes SIS SUIVE
4		Solicita cita a CAPASITS e informa a la unidad médica, a los responsables de Salud Reproductiva y VIH sobre la misma.	Seguimiento de Prevención
5	Responsable del Programa de VIH y SIDA e ITS	Recibe estudio Epidemiológico, revisa y envía a Vigilancia Epidemiológica de nivel Estatal, valida la notificación del	Seguimiento de Prevención

		caso en SUIVE.	
6	Responsable de Unidad Médica	Refiere al paciente otorgando a éste toda la información necesaria para acudir con la documentación correspondiente.	Seguimiento de Prevención
7		Da seguimiento a la referencia.	Seguimiento de Prevención
8	Responsable del Programa de VIH y SIDA e ITS	Corrobora con la Unidad Médica el seguimiento a la referencia.	Seguimiento de Prevención
9		Recaba información de seguimiento y envía el informe de manera trimestral del seguimiento en CERESOS y binomio TB-VIH al Programa Estatal de Control de VIH y otras ITS.	Seguimiento de Prevención
10		Revisa el informe, lo captura y supervisa el seguimiento de Prevención en CERESOS y binomio TB-VIH.	Seguimiento de Prevención
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA COMORBILIDAD TB-VIH Y DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.




PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA COMORBILIDAD TB-VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD
Responsable Unidad médica
Responsable del Programa de VIH y SIDA e ITS
Inicio
6
Refiere al paciente para acudir con la documentación
Seguimiento de prevención
7
Da seguimiento a la referencia
Seguimiento de prevención
8
Corrobora con la Unidad Médica el seguimiento a la referencia
Seguimiento de prevención
9
Recaba información de seguimiento y envía el informe de manera trimestral
Seguimiento de prevención
10
Revisa el informe, lo captura y supervisa el seguimiento de Prevención
Seguimiento de prevención
Fin del procedimiento

7.11.82. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Tiempo Promedio: 20 min a 4 horas (dependiendo del número de muestras)

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Luis Alejandro Santiago Chávez **Coordinador de Vigilancia Epidemiológica** **LASC (SLSP)** **Octubre 2018**	**María de Jesús Hernández García** **Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública** **MJHG (SLSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Rempis Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer las acciones necesarias para monitorear la red negativa de cólera, con el fin de fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de brotes en las Jurisdicciones Sanitarias.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, Prevención y control de las infecciones nosocomiales.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambientalsalud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. 17 de Febrero de 2003.
6. NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios clínicos-Requisitos particulares para la calidad y la competencia.
7. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
8. CWA 15793:2011 “Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio”
9. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01).
10. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Salud Pública (MT/GC/01).

Políticas de Operación:

1. El personal debe estar capacitado para la correcta recepción de muestras clínicas de humanos y animales con potencial repercusión en las Áreas de Diagnóstico Epidemiologico, Preventivo y Microbiologia Médica, de acuerdo a los procedimeintos aplicables.
2. Las muestras dberán cumplir con los requisitos para la recepción de las mismas, indicados en el Procedimiento No Técnico de “Recepción de muestras y entrega de resultados de Vigilancia Epidemiologica”(PNT/VE/TME/01).

	3. El horario de recepción de muestras para las Jurisdicciones es de 7:30 a 14:00 y para área hospitalaria de 7:30 a 18:00 hrs. Para caso de brotes y contingencias comunicarse previamente al Laboratorio de Salud Pública para establecer liniamientos y horario de recepción de muestras
Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica al área de toma y recepción de muestras que ingresan a la Coordinación Operativa de Vigilancia Epidemiologica del Laboratorio de Salud Pública, proveniente de las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado.
Recursos	Hoja de rechazo, Solicitud de análisis, Oficio, Encuestas epidemiológicas: Formato único para envío de muestras biológicas, Formato para envío de Muestras para enfermedad febril exantemática, Sistema Nacional de Salud Estudio Epidemiológico de Tosferina, Estudio de caso de Tosferina y contactos intra-domiciliarios, Solicitud e Informe del resultado del examen bacteriológico, Solicitud de diagnóstico de Brucelosis, Solicitud de diagnóstico de Animales sospechosos, Solicitud de diagnóstico de Leptospirosis, Estudio Epidemiológico de caso de enfermedades transmitidas por vector, Envío de muestras para el diagnóstico de Chikungunya, Envío de muestras para el diagnóstico de Dengue, Formato único para envío de muestras entomológicas al Laboratorio, Concentrado para el envío al Laboratorio de muestras de cólera y EDAS, Estudio epidemiológico de caso de tosferina, Concentrado de envío de muestras de sangre al laboratorio.
Glosario	Brote: Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entres sí. Caso: Individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación. Contacto: Persona o animal que ha estado en relación directa o indirecta con persona o animal infectado, o con

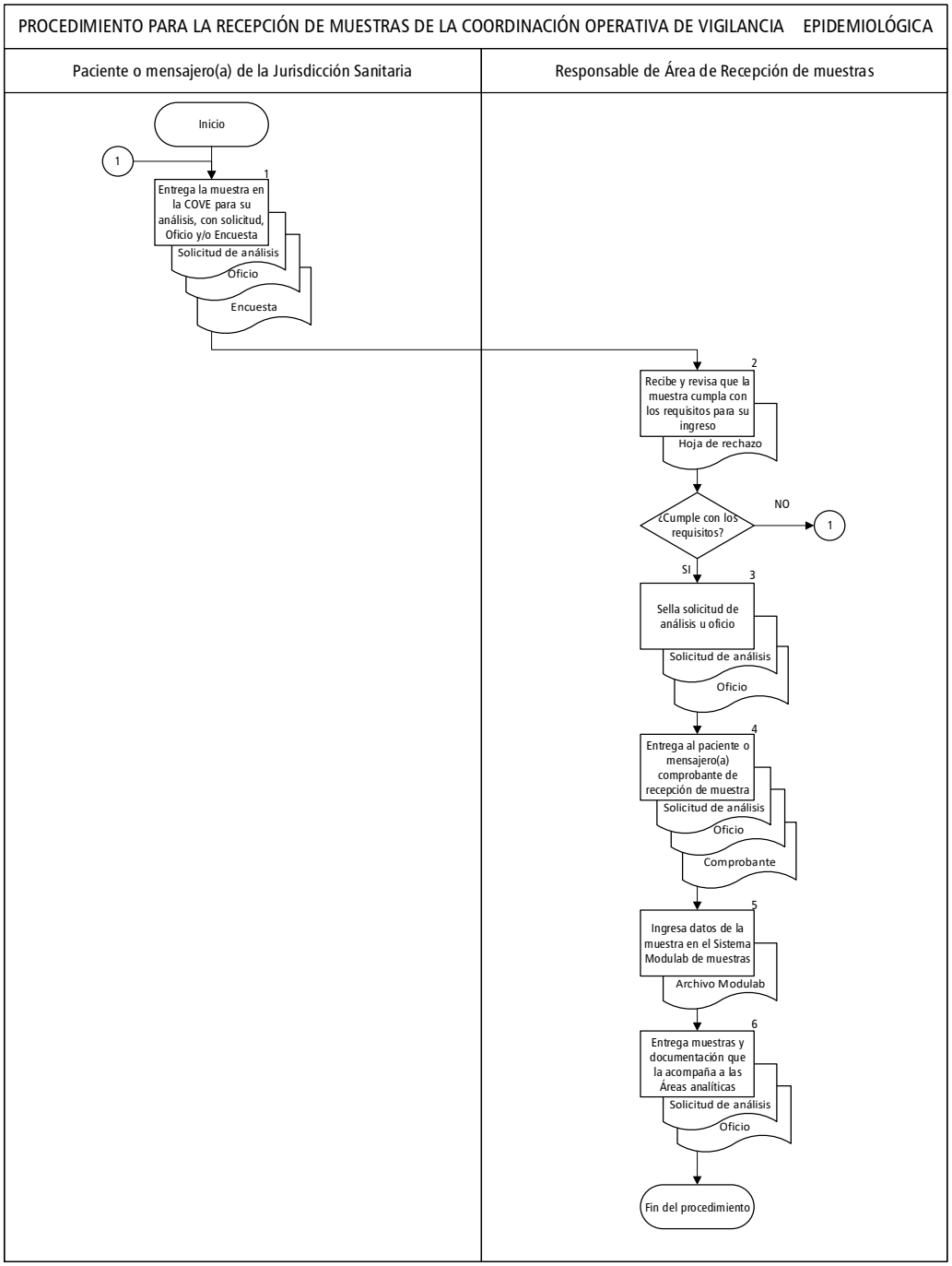
ambiente contaminado, y que ha tenido la oportunidada de contraer la infección.
Contingencia: Situacion que puede o no suceder.
DE: Diagnostico Epidemiologico.
DP: Diagnostico Preventivo.
EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas.
Emergencia epidemiológica: Evento de nueva aparición o reaparición, cuya presencia pone en riesgo la salud de la población, y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.
Endemia: Presencia constante o prevalencia habitual de casos de una enfermedad o agente infeccioso , en poblaciones humanas , dentro de un Área geográfica determinada.
Epidemia: Aumento en la frecuencia esperada de cualquier daño a la salud en el ser humano, durante un tiempo y un espacio determinados. En algunos padecimientos la ocurrencia de un solo caso se considera epidemia.
Estudio epidemiológico: Investigación del proceso salud-enfermedad del cual se obtiene información epidemiológica de casos, brotes, y situaciones de interés epidemiológico.
Exudado: Conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio, que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades del organismo.
FR: Formato.
GC: Gestión de calidad.
LSP: Laboratorio de Salud Pública.
MO: Manual de Organización.
MT: Manual Técnico.
Muestra: Parte proporcional y representativa de una identidad biológica, susceptible de practicar algún tipo de prueba, química, física o biológica.
PNT: Procedimiento No Técnico.
PT: Procedimiento Técnico.
SLSP: Subdirección de Laboratorio de Salud Pública.
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
TME: Toma de Muestra Epidemiológica.
VE: Vigilancia Epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Paciente o Mensajero/a de la Jurisdicción Sanitaria	Entrega la muestra en la Coordinación Operativa de Vigilancia Epidemiológica para su análisis, con solicitud de análisis, oficio y/o Encuesta epidemiológica. Nota: en el caso de paciente se maneja solicitud de análisis y en caso de mensajero/a de Jurisdicción se utiliza oficio.	Solicitud de análisis/Oficio y/o Encuesta epidemiológica.
2	Responsable de Área de Recepción de muestras	Recibe y revisa que la muestra cumpla con los requisitos para su ingreso. ¿Cumple con los requisitos? Sí: Continúa en la actividad No.3. No: Rechaza y solicita nueva muestra al paciente o mensajero de jurisdicción sanitaria. Continúa en la actividad 1.	Hoja de rechazo FR/VE/TME/01
3		Sella solicitud de análisis u oficio.	Solicitud de análisis/ y/u oficio
4		Entrega al/la paciente o mensajero/a comprobante de recepción de muestra. 10	Comprobante de recepción de muestra: Solicitud de análisis/ y/u oficio (Acuse)
5		Ingresa datos de la muestra en el Sistema Informático Modulab de Recepción de muestras.	Archivo electrónico en Sistema

			Informático Modulab
6		Entrega muestras y documentación que la acompaña a las Áreas analíticas para su proceso.	Solicitud de análisis/ y/u oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



7.11.83. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Tiempo Promedio: 90 min a 120 min (dependiendo del número de muestras)		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Luis Alejandro Santiago Chávez **Coordinador de Vigilancia Epidemiológica** **LASC (SLSP)** **Octubre 2018**	**María de Jesús Hernández García** **Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública** **MJHG (SLSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la correcta toma de muestras humanas relacionadas con enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia epidemiológica, en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud pública.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, Prevención y control de las infecciones nosocomiales.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-2002, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
6. NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios clínicos-Requisitos particulares para la calidad y la competencia.
7. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
8. CWA 15793:2011 “Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio”
9. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01).
10. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Salud Pública (MT/GC/01).

Políticas de Operación:

1. El personal de nuevo ingreso recibirá una capacitación para poder realizar las actividades descritas en este procedimiento.
2. El personal debe estar capacitado para realizar la toma correcta de muestras clínicas de humanos con potencial repercusión en las Áreas de Diagnóstico Epidemiológico, Diagnóstico Preventivo y Microbiología Médica, de acuerdo a los procedimientos establecidos.

Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica al área de toma de muestra de LAPASITS de la Coordinación Operativa de Vigilancia Epidemiológica del Laboratorio de Salud Pública.
Recursos	Solicitud de Análisis, Solicitud de examen, Carnet de citas
Glosario	DE: Diagnostico Epidemiológico. DP: Diagnostico Preventivo. EDAS: Enfermedades Diarreicas. FR: Formato. GC: Gestión de Calidad. LAPASITS: Laboratorio de Atención a Pacientes de Infecciones de Transmisión Sexual. MO: Manual de Organización. MT: Manual Técnico. Muestra: Parte proporcional y representativa de una identidad biológica, susceptible de practicar algún tipo de prueba, química, física o biológica. PT: Procedimiento Técnico. PNT: Procedimiento No Técnico. SLSP: Subdirección del Laboratorio de Salud Pública. TME: Toma de Muestra Epidemiológica. VE: Vigilancia Epidemiológica. Venopunción: Recolección de sangre de una vena o flebotomía.

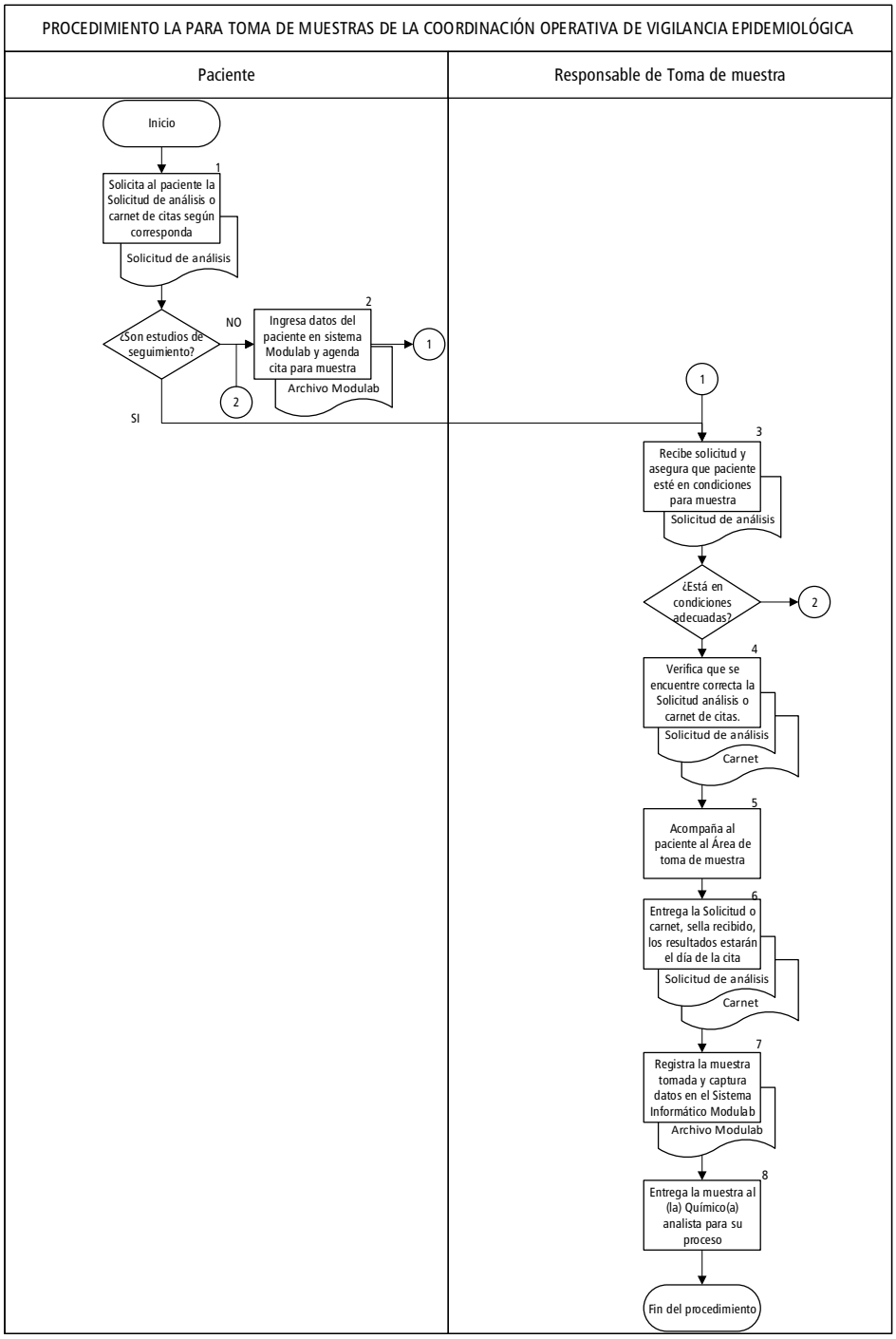
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Paciente	Solicita al paciente la solicitud de análisis del médico o carnet de citas según corresponda: ¿Son estudios de seguimiento? Sí: Continúa en la actividad 2. No: Son estudios de diagnóstico, se toma muestra en ese momento. Continúa en la actividad 3.	Solicitud de análisis del médico o carnet de citas
2		Ingresa datos del paciente en sistema de cómputo Modulab y agenda cita para toma de muestra. Continúa en actividad 3.	Archivo electrónico en Sistema Informático Modulab
3	Responsable de Toma de muestra	Recibe solicitud de análisis médico y se asegura que el paciente esté en condiciones adecuadas para la toma de muestra (esta información se la proporciona el médico tratante para que acuda a la toma de su muestra). ¿Está en condiciones adecuadas? Sí: Continúa en la actividad 4. No: Indica al paciente que debe regresar en condiciones para la toma de muestra, se le da la información necesaria de acuerdo al tipo de estudio y se le programa la fecha de toma. Continúa en la actividad 2.	Solicitud de análisis del médico
4		Verifica que se encuentre correctamente requisitada la Solicitud de análisis del médico o carnet de citas según corresponda de acuerdo a las indicaciones del médico tratante. ¿Está correctamente requisitada? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Solicita al paciente que acuda con su médico tratante para que le realice la corrección del documento. Continúa en la actividad 1.	Solicitud de análisis del médico o carnet de citas

5		Acompaña al paciente al Área de toma de muestra.	S/D
6		Entrega al paciente la Solicitud de análisis del médico o carnet de citas según haya presentado, sella de recibido e indica que los resultados se encontrarán en la plataforma el día que se presente a su consulta médica.	Solicitud de análisis del médico o carnet de citas
7		Registra la muestra tomada y captura datos en el Sistema Informático Modulab.	Archivo electrónico en Sistema Informático Modulab Solicitud de análisis del médico o carnet de citas
8		Entrega la muestra al/la Químico/a Analista para su proceso.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.



7.11.84. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA SANITARIA

Tiempo Promedio: 20 min a 4 horas (dependiendo del número de muestras)

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Huerta Castillo **Coordinadora de Vigilancia Sanitaria** **MLHC (SLSP)** **Octubre 2018**	**María de Jesús Hernández García** **Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública** **MJHG (SLSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica** **AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la recepción de muestras de alimentos, aguas, superficies inertes, sal y todos aquellos productos para el consumo humano en la Coordinación Operativa de Vigilancia Sanitaria, aplicando criterios de aceptación y rechazo para su análisis bacteriológico y/o fisicoquímico, que provienen de las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, Hospitales y la población en general

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002, Salud ambiental. Agua para consumo humano, requisitos sanitarios que se deben de cumplir en los sistemas de abastecimientos públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.
3. Norma Mexicana NMX-EC-17025-IMNC-2006. Requisitos Generales para la competencia de los Laboratorios de ensayo y calibración 2006.
4. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
5. CWA 15793:2011 “Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio”
6. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01).
7. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Salud Pública (MT/GC/01).

Políticas de Operación:

1. El personal de nuevo ingreso recibirá una capacitación para poder realizar las actividades descritas en este procedimiento.
2. El horario establecido para la recepción de muestras se indica en el procedimiento no técnico Recepción de Muestras y Entrega de Resultados de Vigilancia Sanitaria (PNT/VS/02). Después de este horario no se recibirán muestras, excepto en caso de que se trate de brotes o quejas.
3. El personal del área estará capacitado para indicar los lineamientos y dar la información correspondiente de acuerdo al tipo de cliente (Particular, de Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales o Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios).
4. Los/las clientes particulares o de instituciones ajenas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que soliciten el servicio para el análisis de su muestra deberá llenar un formato de “solicitud de análisis”

	(FR/VS/RMS/01) y realizar el pago correspondiente establecido al tipo de estudio en el Laboratorio de Salud Pública, para así poder ser ingresada y analizada la muestra en la Coordinación Operativa de Vigilancia Sanitaria. 5. Se aceptarán todas las muestras que lleguen a la Coordinación Operativa de Vigilancia Sanitaria siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos para ser aceptadas, los cuales se indican en el Formato “Criterios de Aceptación de Muestras” (FR/VS/RMS/13). 6. Se aceptarán todas las muestras de brotes y quejas que lleguen a la Coordinación Operativa de Vigilancia Sanitaria siempre y cuando la documentación y la muestra así lo señalen.
Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica al Área de Recepción de muestras de la Coordinación Operativa de Vigilancia Sanitaria del Laboratorio de Salud Pública.
Recursos	Formato de Solicitud de Análisis de muestra, Formato de muestreo sanitario, Formato de “Rechazo de Muestras”.
Glosario	Contaminación cruzada: Es el proceso por el cual un alimento al entrar en contacto con otro se contamina, por lo cual el resultado puede llegar a ser un falso positivo. Fecha de caducidad: Fecha límite en que se considera que un producto almacenado en las condiciones sugeridas por el fabricante, conserva las características sanitarias que debe de reunir para su consumo. Después de esta fecha no debe comercializarse ni consumirse. FR: Formato. GC: Gestión de Calidad. MO: Manual de Organización. MSI: Muestras Superficies Inertes. MT: Manual Técnico.

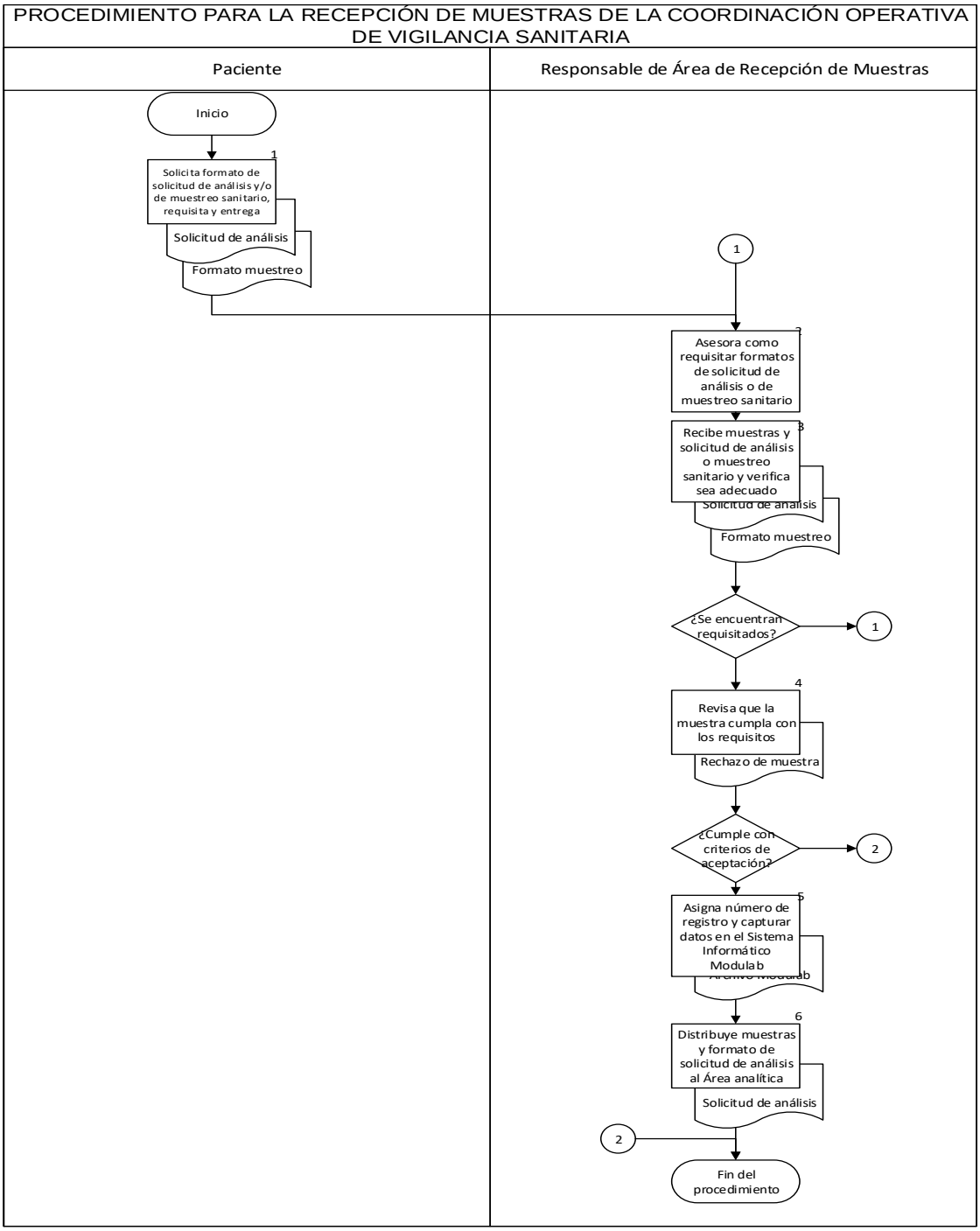
Muestra representativa: Número de unidades tomadas de un lote, que han sido seleccionadas en forma aleatoria y cuyas características son lo más similar posible a las del lote del que procede.
Muestra testigo: Muestra que queda en poder del interesado, pero a disposición de la autoridad competente.
Muestra oficial: Son las que se emplean en procesos legales, son generalmente representativas de lotes que han sido fabricados, vendidos o expuestos para la venta.
Muestra reglamentaria: Son aquellas que se recogen para demostrar las condiciones insatisfactorias que se hayan observado durante la inspección. En estos casos la toma de muestra al azar es innecesaria e incluso inconveniente.
Muestras no oficiales: Son aquellas que se toman generalmente para obtener informaciones de interés a las autoridades reglamentarias, o las que se toman durante una encuesta general.
PNT: Procedimiento No Técnico.
Producto perecedero: Grupo de alimentos que por su naturaleza biológica y fisicoquímica su vida útil es menor o igual de 30 días, dando lugar al establecimiento de una fecha de caducidad que debe ostentarse en la etiqueta o envase.
PT: Procedimiento Técnico.
Recepción: El hecho de recibir, lugar de atención al público en hospitales, oficinas y otros sitios.
Rechazo: Acción de rechazar, no querer o no aceptar muestras.
Resultado: Lo que alguien consigue, el efecto o la manera de acabar con algo, producirse una cosa como consecuencia o como efecto de otra.
RMS: Recepción de Muestras de Sanitaria.
SLSP: Subdirección del Laboratorio de Salud Pública.
Usuario: Jurisdicciones Sanitarias del Estado, la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, Hospitales y la población en general.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Usuario	Solicita al personal de recepción de muestras formato de “Solicitud de análisis de muestra” y/o formato de “Muestreo sanitario”, lo puede traerlo ya requisitado y lo entrega junto con su muestra para su análisis. **Nota**: El tipo de formato depende de la muestra a entregar.	Formato de solicitud de análisis de muestra (FR/VS/RMS/01) Formato de muestreo sanitario (FR/VS/MSI/01)
2	Personal de Recepción de muestras	Asesora al usuario respecto a cómo requisitar los formatos de solicitud de análisis de muestra o formato de muestreo sanitario. **Nota:** En caso de ser público en general, antes de entregar muestras, tiene que realizar el pago respectivo.	S/D
3		Recibe muestras y formato de solicitud de análisis de muestra o formato de muestreo sanitario y verifica que estén debidamente requisitados. ¿Se encuentran debidamente requisitados? Sí: Continúa en la actividad 4. No: Solicita que se modifiquen y el usuario plasme su rúbrica de corrección. Continúa en la actividad 2.	Formato de solicitud de análisis de muestra (FR/VS/RMS/01) Formato de muestreo sanitario (FR/VS/MSI/01)
4		Revisa que la muestra cumpla con los requisitos. ¿Cumple con criterios de aceptación? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Desecha la muestra, elaborar formato de rechazo de muestras	Rechazo de muestras

		dirigido al solicitante. **Fin del procedimiento.**	
5		Asigna número de registro y captura datos en el Sistema Informático Modulab.	Archivo electrónico en Sistema Informático Modulab
6		Distribuye muestras y formato de solicitud de análisis al Área analítica correspondiente.	Formato de solicitud de análisis de muestra (FR/VS/RMS/01)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA SANITARIA.



7.11.85. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVACÉRVICO VAGINAL.

Tiempo Promedio: 20 min a 24 horas (dependiendo del número de muestras)

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Sara Rodriguez Carillo Coordinadora de Citologia Exfoliativa Cervico Vaginal SRC (SLSP) Octubre 2018	**María de Jesús Hernández García Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública MJHG (SLSP) Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar la recepción de muestras de citologías cérvico vaginales provenientes de las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado e instituciones, aplicando criterios de aceptación y rechazo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016.
2. NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Mayo 2007
3. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambientalsalud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. 17 de Febrero de 2003.
4. NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios clínicos-Requisitos particulares para la calidad y la competencia.
5. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
6. CWA 15793:2011 “Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio”
7. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01).
8. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Salud Pública (MT/GC/01).

Políticas de Operación:

9. El personal de nuevo ingreso recibirá una capacitación para poder realizar las actividades descritas en este procedimiento.
10. El horario establecido para la recepción de muestras citológicas es de Lunes a Viernes de 08:00 a 13:00 horas.
11. Las Jurisdicciones tienen un día asignado por semana para entrega de muestras:
12. Lunes- Jurisdicción 6 Puebla y Jurisdicción 3 Zacapoaxtla.
13. Martes- Jurisdicción 8 Acatlán y Jurisdicción 1 Huauchinango.
14. Miércoles- Jurisdicción 7 I. de Matamoros y Jurisdicción 10 Tehuacán.
15. Jueves- Jurisdicción 4 El Seco y Jurisdicción 2 Chignahuapan.

16. Viernes- Jurisdicción 9 Tepexi de Ramírez y Jurisdicción 5 Huejotzingo.

Nota: Los días martes y jueves se le reciben muestras al Hospital de la Mujer, Clínica de Displasias, previo convenio formalizado vigente al DIF estatal y DIF Municipal.

Responsables

Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas

Aplica al Área de Recepción de muestras de Citología Exfoliativa Cérvico Vaginal provenientes de las 10 Jurisdicciones Sanitarias del Estado e instituciones.

Recursos

Solicitud de Reporte de Citología Cervical, Hoja de Rechazo de Muestras, Bitácora de diagnóstico y registro de muestras citológicas, Bitácora de entrega de laminillas y solicitudes para asignación de folio, Bitácora de recepción de laminillas, Bitácora de entrega de laminillas y solicitudes para tinción.

Glosario

ASC: Células escamosas atípicas.
CACU: Cáncer Cérvico Uterino.
CE: Citología Exfoliativa.
Citología: La citología es una técnica que consiste en observar células a través del microscopio para estudiar su morfología.
CURP: Clave Única de Registro Poblacional.
DIF: Departamento de Integración Familiar.
DIU: Dispositivo Intrauterino.
FR: Formato.
GC: Gestión de Calidad.
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
MO: Manual de Organización.
MT: Manual Técnico.
Muestra Cérvicovaginal: Muestra tomada del cuello uterino, la cual debe contener células de epitelio plano estratificado no queratinizante y epitelio cilíndrico simple, las cuales son raspadas del cérvix uterino y son extendidas y fijadas en una laminilla “portaobjetos”.
NIC 1: Neoplasia intraepitelial grado 1 (Displasia leve).

NIC 2: Neoplasia intraepitelial grado 2 (Displasia Moderada).
NIC 3: Neoplasia intraepitelial grado 3 (Displasia Grave).
PNT: Procedimiento No Técnico.
PT: Procedimiento Técnico.
Recepción: Proceso que se realiza para el ingreso de muestras cérvico vaginales.
Resultado: Fin a toda una secuencia obtenida del tratamiento observación e interpretación de la muestra a través del microscopio.
RMC: Recepción de Muestras de Citología.
SLSP: Subdirección de Laboratorio de Salud Pública.
SSA: Secretaría de Salud Ambiental.
TIN: Tinción.
VPH: Virus de Papiloma Humano.

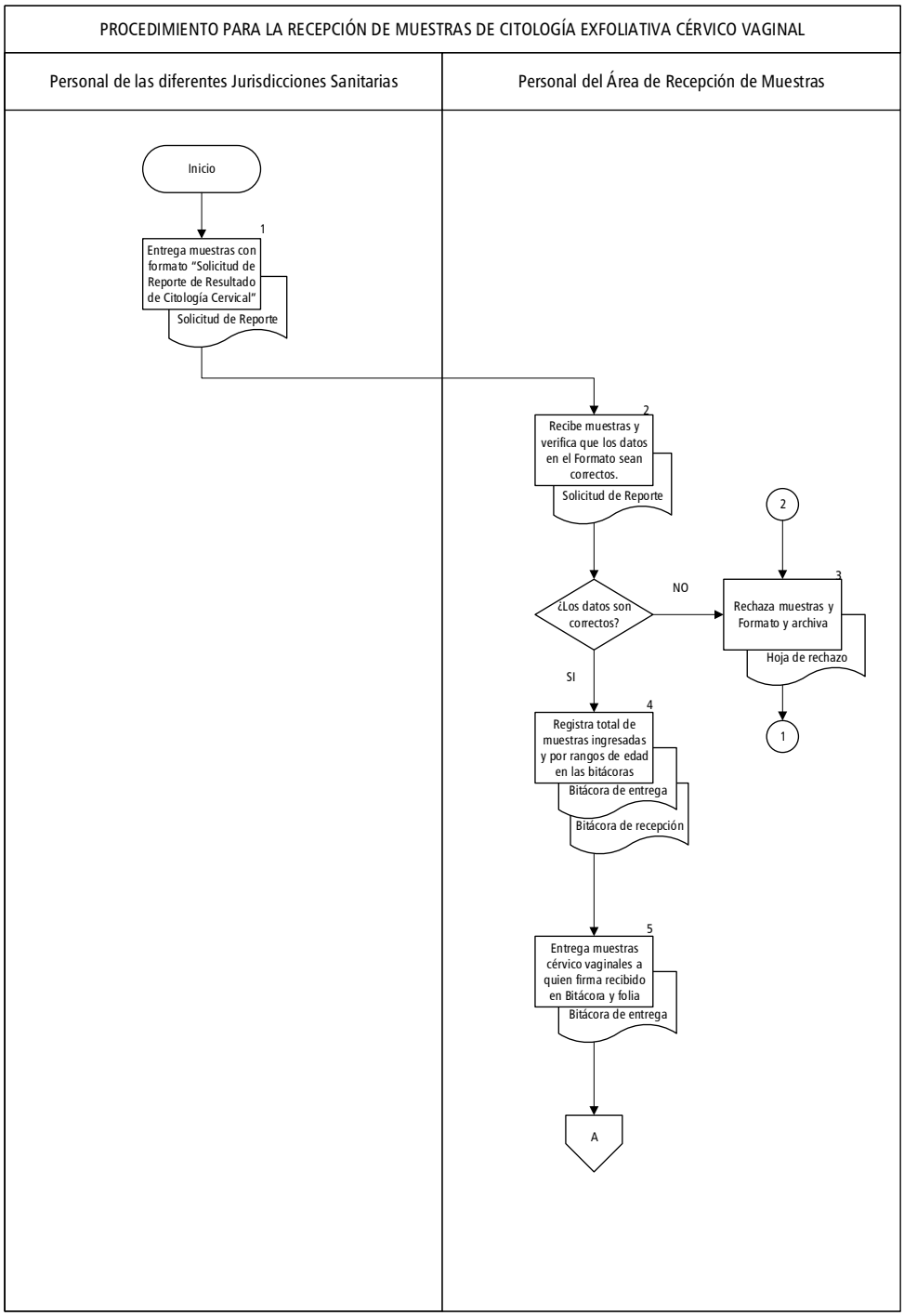
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVACÉRVICO VAGINAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de las diferentes Jurisdicciones Sanitarias	Entrega las muestras acompañadas del formato de ¨Solicitud de Reporte de Resultado de Citología Cervical¨ al Área de Recepción de Muestras.	Solicitud de Reporte de Resultado de Citología Cervical (S/C)
2	Personal del Área de Recepción de Muestras	Recibe las muestras y verifica que los datos contenidos en el Formato de Solicitud de Reporte de Resultados de Citología Cervical, sean correctos. ¿Los datos son correctos? Sí: Continúa en actividad 4. No: Continúa en la actividad 3.	Solicitud de Reporte de Resultado de Citología Cervical
3		Rechaza muestras junto con el formato de Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical y	Hoja de Rechazo de Muestras

		archiva. **Fin de procedimiento**.	(FR/CE/RMC/13)
4		Registra el total de muestras ingresadas y el total de muestras ingresadas por rangos de edad en las bitácoras correspondientes.	Bitácora de entrega de laminillas y solicitudes para asignación de folio (FR/CE/RMC/19) Bitácora de recepción de laminillas (FR/CE/RMC/01)
5		Entrega las muestras cérvico vaginales al personal de asignación de folio quien firma de recibido en la bitácora correspondiente.	Bitácora de entrega de laminillas y solicitudes para asignación de folio (FR/CE/RMC/19)
6	Personal de asignación de folio de laminillas	Coteja laminilla contra el formato de Solicitud de Reporte de Resultado de Citología Cervical. ¿Están correctas? Sí: Continúa en la actividad 7. No: Continúa en la actividad 3.	Solicitud de Reporte de resultados de Citología Cervical
7		Folia las solicitudes, Solicitud de reporte de resultado de citología cervical dando número consecutivo de folio del Laboratorio	Solicitud de reporte de resultado de citología cervical (S/C)
8		Registra las muestras provenientes de las Jurisdicciones en la Bitácora correspondiente.	Bitácora de diagnóstico y registro de muestras citológicas (FR/CE/RMC/05)

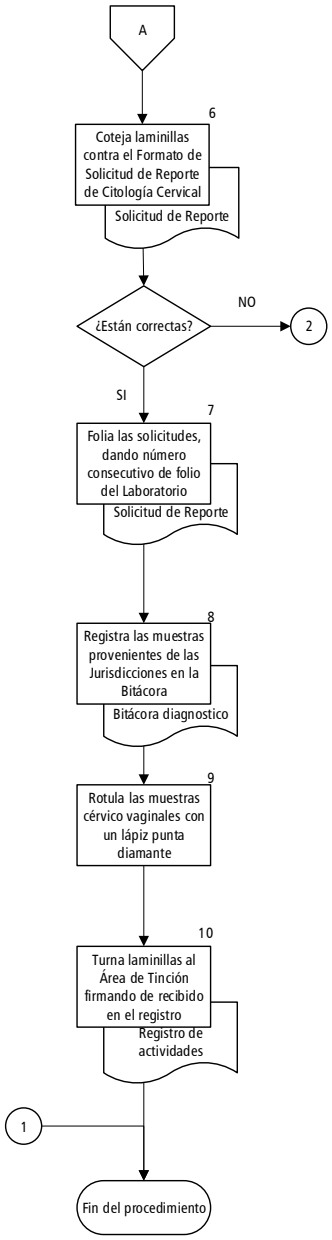
9		Rotula las muestras cérvico vaginales con un lápiz punta diamante.	N/A
10		Turna laminillas al Área de Tinción para su teñido firmando de recibido en el registro correspondiente.	Registro de actividades de archivo de laminillas (FR/CE/TIN/15)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVACÉRVICO VAGINAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO VAGINAL

Personal de asignación de folio de laminillas



7.11.86. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

Tiempo Promedio: 30-45 min

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Elena Montiel Torres Coordinadora de Análisis Clínicos MEMT (SLSP) Octubre 2018	**María de Jesús Hernández García Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública MJHG (SLSP) Octubre 2018**	**Arturo Morquín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar y asegurar la correcta recepción y toma de muestras en la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos con el fin de que reúnan las características adecuadas para su análisis.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambientalsalud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. 17 de Febrero de 2003.
4. NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios clínicos-Requisitos particulares para la calidad y la competencia.
5. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
6. CWA 15793:2011 “Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio”
7. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01).
8. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Salud Pública (MT/GC/01).

Políticas de Operación:

1. El personal de nuevo ingreso recibirá una capacitación para poder realizar las actividades descritas en este procedimiento.
2. El personal de Recepción debe estar capacitado para la correcta recepción de muestras dando a los/las pacientes las indicaciones de acuerdo a los programas al que pertenecen (Seguro popular, CAPASITS, nivel de cobro), y solicitándoles la documentación correspondiente.
3. El personal de Toma de Muestras debe estar capacitado para la toma de muestras basándose en normas y procedimientos establecidos para su correcto desempeño.
4. El horario de atención es:
5. Agenda de citas, Lunes a Viernes a partir de las 7:30 am. El número de fichas se asigna dependiendo de la capacidad analítica.
6. Recepción y toma de muestras, Lunes a Viernes

	de 7:00 a 8:00 am. 7. Entrega de Resultados, Lunes a Viernes de 10:00 am a 14:00 pm.
Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica al Área de Toma y Recepción de Muestras de la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos.
Recursos	Solicitud de estudios de Laboratorio, Póliza de Seguro Popular, Carnet de citas (si cuenta con el), Hoja de citas asignada por el Laboratorio, CURP, Marco Analítico de la Coordinación de Análisis Clínicos, Marco Analítico autorizado de los Centros de Salud y CESSAS.
Glosario	Análisis: Es la descomposición de un todo en partes para poder estudiar su estructura, sistemas operativos o funciones. CAPASITS: Centro Ambulatorio de Atención a Pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual. CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud. Es el documento operativo de referencia del Sistema de Protección Social en Salud para la atención en salud, dirigido a la persona, en el que se describen las intervenciones a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular. CL: Análisis Clínicos. Examen de sangre: Es un análisis de laboratorio realizado en una muestra de sangre que usualmente es extraída de una vena del brazo usando un sistema de extracción de sangre. FR: Formato. GC: Gestión de Calidad. LSP: Laboratorio de Salud Pública. MO: Manual de Organización. MT: Manual Técnico. Muestra: Parte o cantidad pequeña de una cosa que se considera representativa del total y que se toma o se

separa de ella con ciertos métodos para someterla a estudios, análisis o experimentación.
PNT: Procedimiento No Técnico.
Procedimiento: Es el modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos, que permiten realizar una ocupación, trabajo, investigación, o estudio correctamente.
PT: Procedimiento Técnico.
SLSP: Subdirección del Laboratorio de Salud Pública
TMC: Toma de Muestras de Clínicos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

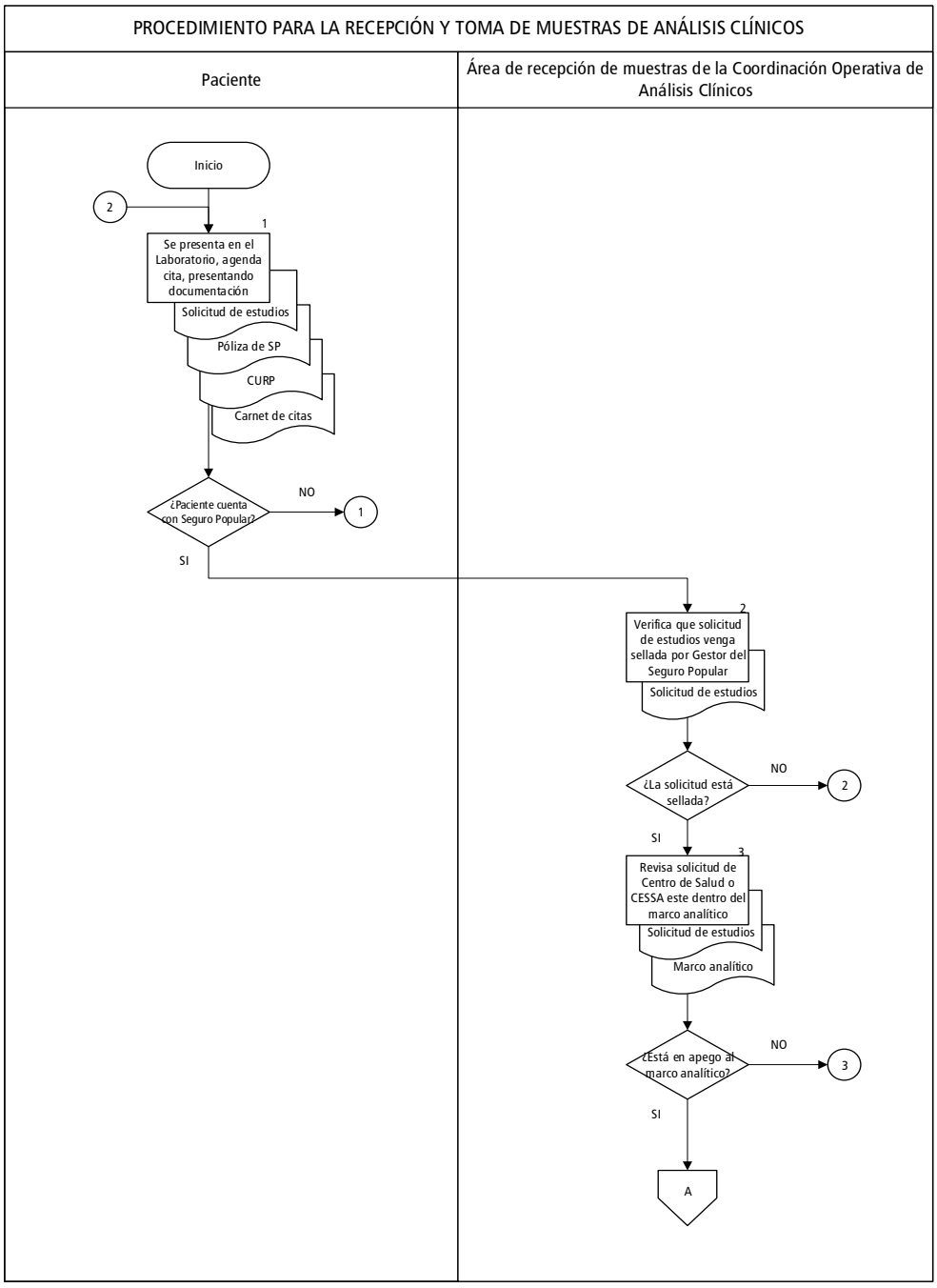
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Paciente	Se presenta en el Laboratorio de Salud Pública a agendar cita para la toma y recepción de muestras, presentando solicitud de estudios de Laboratorio, Póliza de Seguro Popular sellada por el/la Gestor/a del Seguro Popular, Carnet de citas (si cuenta con él) y CURP. ¿El/la paciente cuenta con Seguro Popular? Si: Continúa en la actividad 2. No: Se les informa que no se les realizará el estudio. **Fin del procedimiento.**	Solicitud de estudios Póliza de Seguro Popular vigente CURP Carnet de cita
2	Área de Recepción de Muestras de la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos	Verifica que la solicitud de estudios venga sellada por el/la Gestor/a del Seguro Popular. ¿La solicitud está sellada por el/la Gestor/a del Seguro Popular? Sí: Continúa en la actividad 3.	Solicitud de estudios

		No: Se les informa que deberá acudir con el/la Gestor/a del Seguro Popular para que le sea sellada su solicitud de estudios. Continúa en la actividad 1.	
3		Revisa la solicitud de estudios si proviene de un Centro de Salud o CESSA este en apego con el marco analítico autorizado para estas Unidades Médicas. ¿Está en apego con el marco analítico autorizado de los Centros de Salud y CESSAS? Sí: Continúa en la actividad 4. No: Se le informa que esos estudios no se le podrán realizar. **Fin del procedimiento.**	Solicitud de Estudios Marco analítico autorizado de los Centros de Salud y CESSAS
4		Revisa la solicitud de estudios si se incluyen estudios que están fuera de CAUSES. Nota: Para pacientes con diagnóstico de embarazo y oncológicos se le informará que tendrán un costo siempre y cuando esté dentro del Marco Analítico de la Coordinación de Análisis Clínicos.	Solicitud de Estudios “Marco Analítico de la Coordinación de Análisis Clínicos” (FR/CL/09)
5		Ingresa al sistema de cómputo Modulab los datos personales del/de la paciente, diagnóstico y estudios a realizar de acuerdo a la solicitud de estudios, Número de afiliación de la Póliza de Seguro Popular y CURP, número/os de causes y asignar fecha para que se presente a la recepción y/o toma de muestra considerando la fecha de su próxima consulta médica indicada en el carnet de cita (si cuenta con él). Cuando aplique anotar el costo de los estudios fuera de CAUSES.	Póliza de Seguro Popular vigente Solicitud de Estudios CURP Carnet de cita

6		Entrega hoja de citas, solicitud de estudios de laboratorio, póliza de Seguro Popular y CURP a el/la paciente. En la Hoja de citas da las indicaciones que debe seguir para la recolección y/o toma de muestra, así como el horario de atención para toma y/o recepción de muestras.	Hoja de citas" (FR/CL/27) Solicitud de estudios Póliza de Seguro Popular vigente CURP
7	Paciente	Se presenta en el Área de Recepción de Muestras de la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos, en la fecha y hora indicada, entrega hoja de citas y solicitud de estudios de Laboratorio. Realiza el pago de los estudios que se encuentren fuera de CAUSES (cuando aplique) y espera turno para entrega y toma de muestra.	Hoja de citas (FR/CL/27) Nota de pago (cuando aplique)
8	Área de recepción de muestras de la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos	Recibe hoja de citas con solicitud de estudios habilita en el sistema el estudio solicitado, imprime las etiquetas con los datos del paciente para los tubos o frascos según corresponda. En caso de realizar un pago (cobra la cantidad indicada en el tabulador vigente y entrega al/la paciente recibo correspondiente).	Hoja de citas (FR/CL/27) Solicitud de estudios
9		Llama al paciente, recibe muestras y verifica que cumpla con las indicaciones. ¿Cumple con las indicaciones? Sí, continúa en la actividad 10 No, se le anota en su Hoja de citas la hora de atención y la leyenda "Pendiente", se le explica nuevamente las indicaciones para la entrega de muestra. Continúa en la actividad 7	Hoja de citas (FR/CL/27) Solicitud de estudios
10		Indica que se forme para que le realicen toma de muestras, y entrega	Hoja de citas (FR/CL/27)

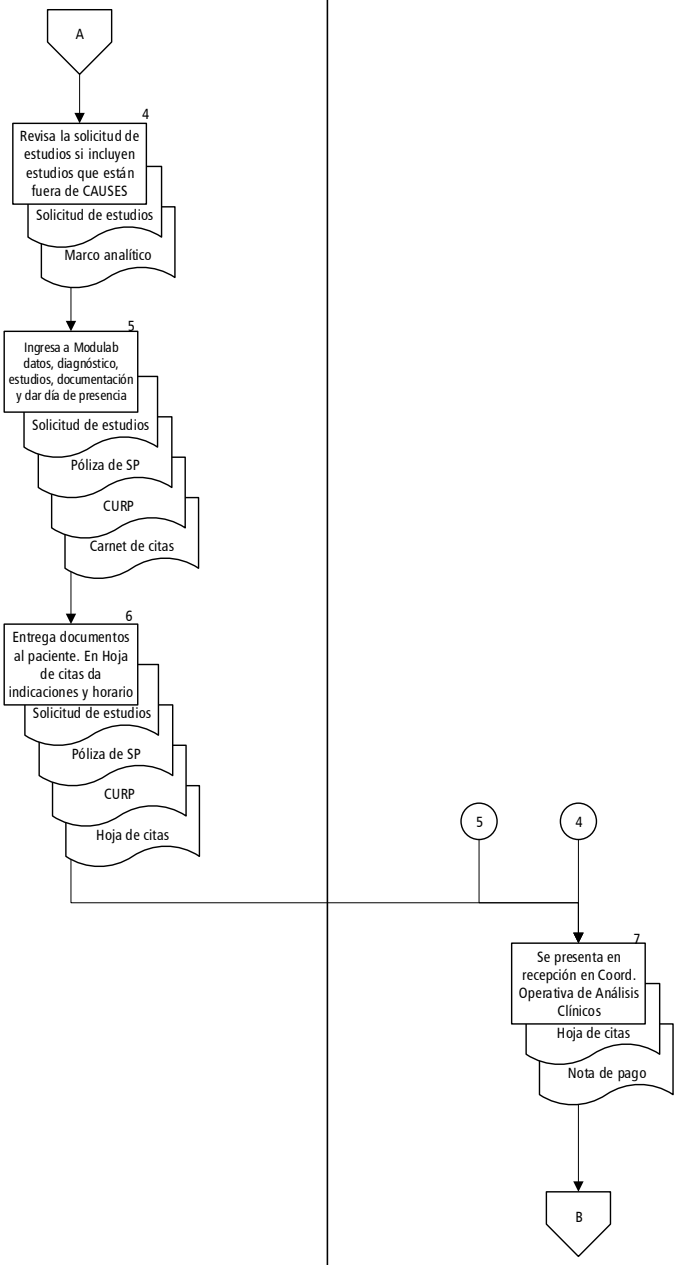
		Hoja de citas, Solicitud de Laboratorio y etiquetas.	Solicitud de estudios
11	Paciente	Se forma para ingresar a los cubículos y se le realiza la toma de muestra correspondiente.	Hoja de citas (FR/CL/27) Solicitud de estudios
12	Químico y/o Enfermera/o responsable de tomar la muestra	Verifica con el paciente que se encuentre en las condiciones adecuadas de acuerdo al estudio solicitado. ¿El paciente se encuentra en condiciones? Sí: Continúa en la actividad 13 No: Indicar al paciente que se presente nuevamente en las condiciones adecuadas, indicar nueva fecha y anotar la leyenda “Pendiente” en su hoja de citas. Continúa en la actividad 7	Hoja de citas (FR/CL/27) Solicitud de estudios
13		Realiza la toma de muestra del paciente, etiqueta las muestras e indica fecha y horario de entrega de resultados.	Hoja de citas (FR/CL/27)
14		Acomoda las muestras en gradillas señalizadas, para su entrega al Área analítica.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS.



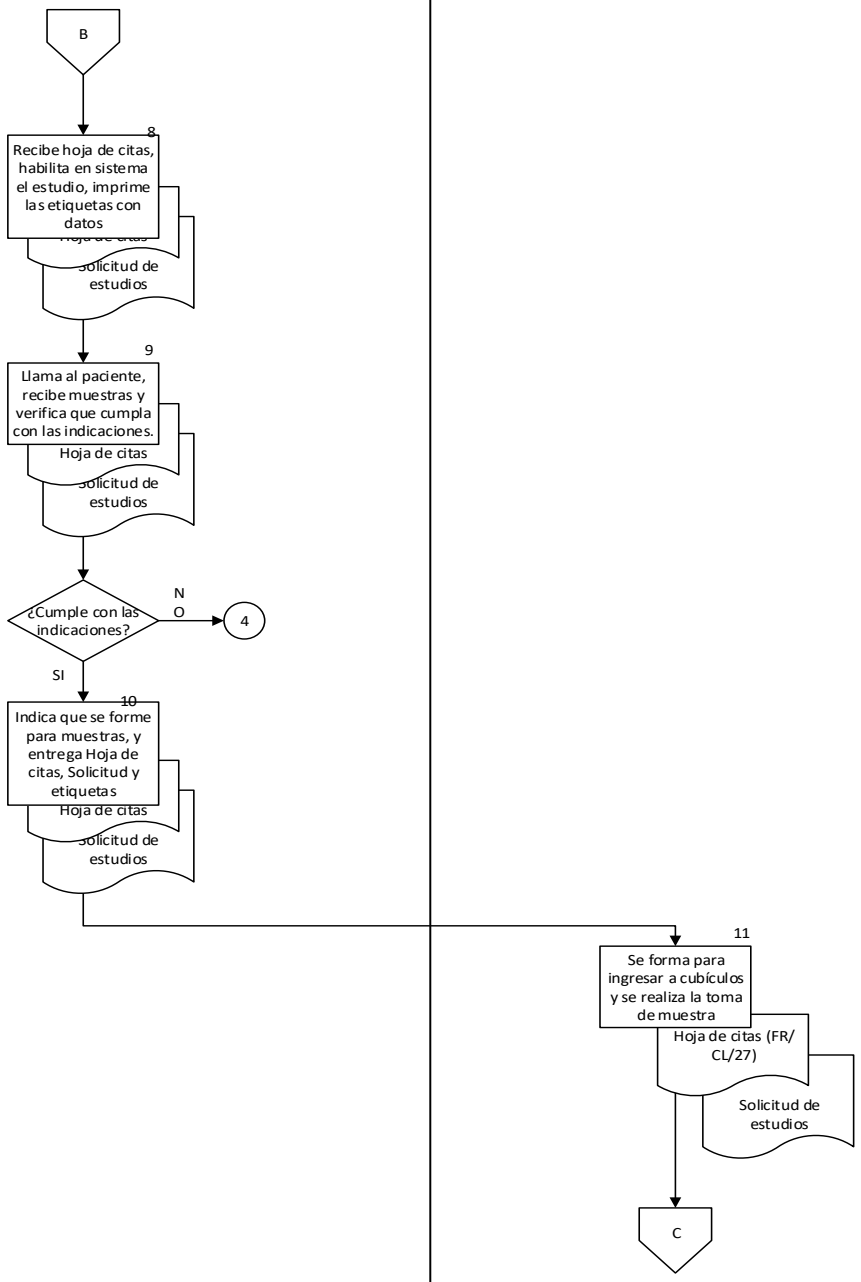
PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Área de recepción de muestras de la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos	Paciente



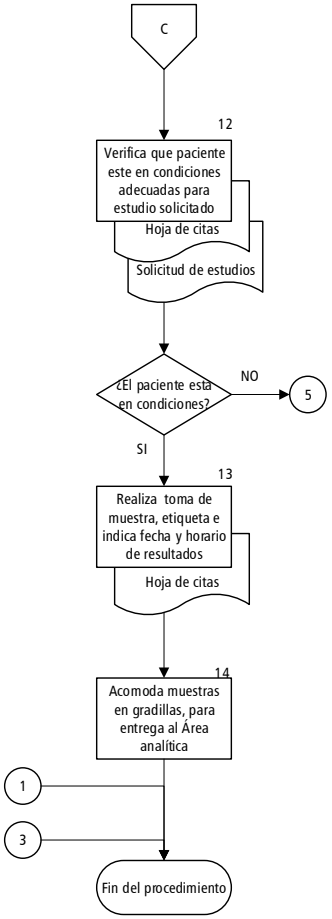
PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Área de recepción de muestras de la Coordinación Operativa de Análisis Clínicos	Paciente



PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Químico y/o enfermera (o) responsable de tomar la muestra



7.11.87. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL.

Tiempo Promedio: 66 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Laura López López Responsable de Enseñanza e Investrigación del Laboratorio de Salud Pública LLL (SLSP) Octubre 2018	**María de Jesús Hernández García Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública MJHG (SLSP) Octubre 2018**	**Arturo Morquín Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para asegurar que el personal que se encuentra adscrito en las Coordinaciones que integran el Laboratorio de Salud Pública asista a cursos considerados para el desempeño y para el desarrollo. con el fin de proporcionar las herramientas que le ayuden a eficientar su labor en el área de su competencia.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios Clínicos-Requisitos particulares para la calidad y competencia. 2. NMX-EC-17025-IMNC-2006. Requisitos generales para la competencia de los Laboratorios de ensayo. 3. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de Gestión de Calidad-Requisitos. 4. CWA 15793:2011 “Gestión del Riesgo Biológico en el Laboratorio” 5. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01). 6. Instrucción de Trabajo Capacitación y Competencia de Personal (IT/EI/03). Políticas de Operación: 1. Todas las actividades de capacitación que sean gestionadas para el personal del Laboratorio de Salud Pública deberán estar autorizadas y respaldadas por el/la Coordinador/a Operativo/a, Jefe/a de Departamento y Subdirector/a del Laboratorio. 2. El personal adscrito al Laboratorio que asista a cursos entregará en tiempo y forma, copia de la constancia para contar con la evidencia de capacitación en el Sistema de Gestión de Calidad.
Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica al Área de Enseñanza e Investigación del Laboratorio de Salud Pública.
Recursos	Detección de necesidades de capacitación, Solicitud de capacitación, Programa anual de capacitación, Bitácora de asistencia a cursos, Memorándum, Oficio.

Glosario

BUAP: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
Capacitación: Proceso permanente cuyo propósito es desarrollar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes del personal para que esté los ejecute adecuadamente en su puesto de trabajo.
Capacitación para el desempeño: Todas aquellas acciones tendientes a incrementar la capacidad de los/las servidores (as) para la realización de las actividades y funciones que desempeñan en su ámbito de trabajo.
CCAyAC: Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura.
CEFODET: Centro de Formación para el Talento.
EI: Enseñanza e Investigación.
FR: Formato.
GC: Gestión de Calidad.
InDRE.: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
IT.: Instrucción de Trabajo.
MO: Manual de Organización.
SLSP: Subdirección de Laboratorio de Salud Pública.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL.

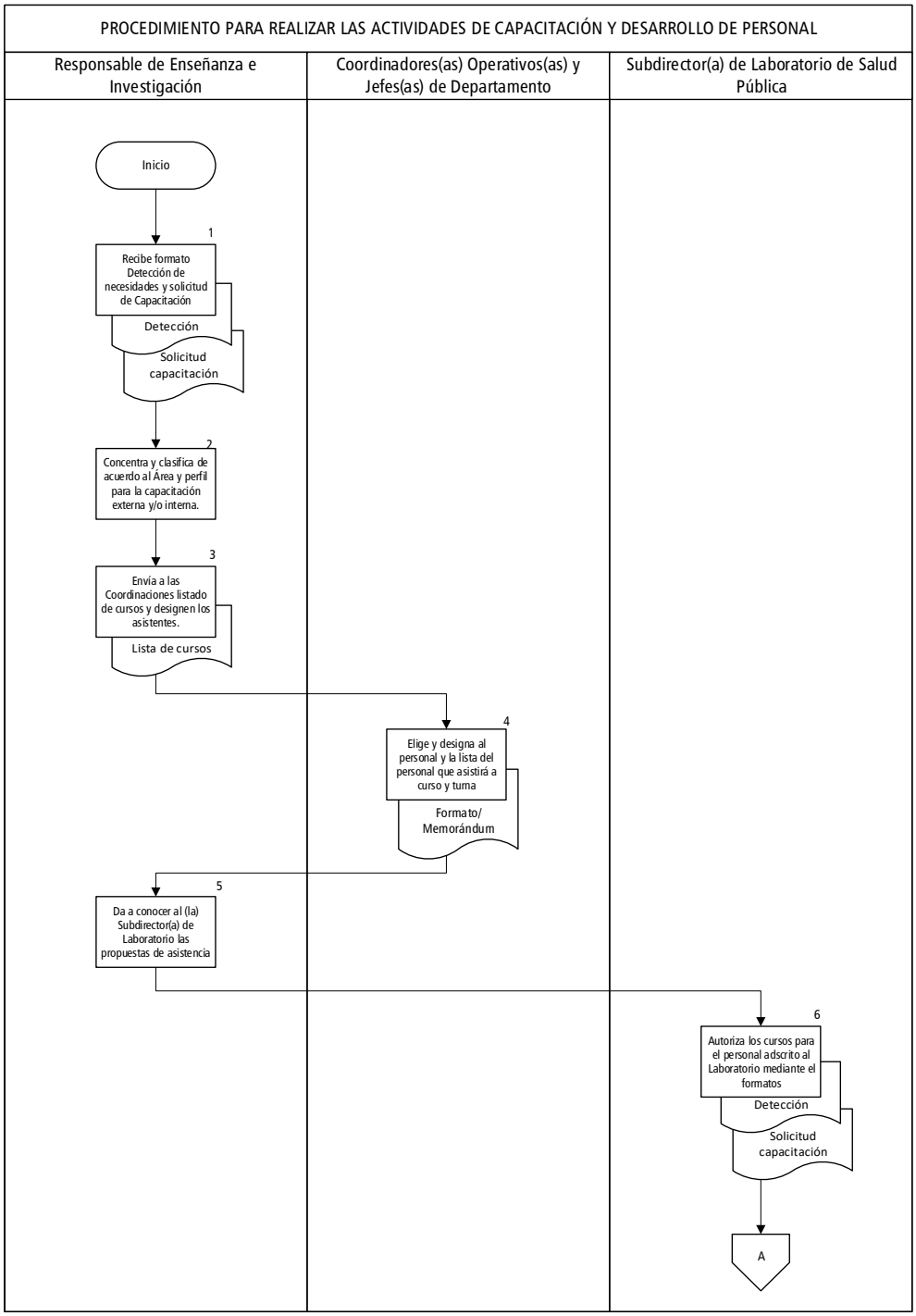
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Enseñanza e Investigación	Recibe de las Coordinaciones los formatos de Detección de Necesidades de Capacitación y Solicitud de Capacitación.	Detección de Necesidades de Capacitación (FR/EI/08) Solicitud de Capacitación (FR/EI/06)
2		Concentra y clasifica de acuerdo al área y perfil la información correspondiente para la capacitación externa y/o capacitación interna.	S/D

3		Envía a las Coordinaciones el listado de cursos para conocimiento del personal y que sean designados los asistentes.	Listado de cursos
4	Coordinadores/as Operativos/as y Jefes/as de Departamento	Elige y designa al personal a capacitarse y envía al/la Responsable de Enseñanza e Investigación la lista del personal que asistirá a curso mediante Formato/Memorándum	Formato/Memorándum en donde se anexe el listado de personal propuesto para curso
5	Responsable de Enseñanza e Investigación	Da a conocer al/la Subdirector/a de Laboratorio las propuestas de asistencia a cursos.	S/D
6	Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública	Autoriza los cursos para el personal adscrito al Laboratorio, de acuerdo a lo solicitado mediante el formato de Detección de Necesidades o la Solicitud de Capacitación según aplique.	Detección de necesidades de capacitación (FR/EI/08) Solicitud de capacitación (FR/EI/06)
7	Responsable de Enseñanza e Investigación	Elabora el Programa de capacitación y recaba validación de los/las Jefes/as de Departamento y Subdirección de Laboratorio.	Programa anual de capacitación (FR/EI/05)
8		Gestiona y trabaja en la logística para la realización de cursos a partir de la elaboración de la carta descriptiva y tramita inscripciones del personal que asistirá a capacitarse mediante generación de oficio a la instancia correspondiente. ¿El curso es fuera de la ciudad? Si: Continúa en la actividad 9. No: Continúa en la actividad 10.	Oficio Carta Descriptiva (FR/EI/14)
9		Envía a la Coordinación de Enlace	Oficios de aceptación,

		Administrativo la lista y/o oficios de aceptación del personal que asistirá a cursos para que pueda realizarse el trámite de viáticos. Continúa en la actividad 10.	Oficios de invitación (autorizados)
10		Envía a la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación el listado mediante memorando, oficio o Invitación del personal que asistirá a cursos para el trámite de comisión oficial.	Memorando, Oficio o Invitación
11		Confirma al personal su asistencia a curso.	S/D
12		Recaba copia de la constancia e información del curso asistido en original y en archivo electrónico (cuando aplique).	Constancia
13		Acuerda con el personal y asigna fecha de réplica de curso (cuando aplique), quedando asentada en el Programa Anual Vigente.	Programa anual de capacitación (FR/EI/05)
14		Archiva en el expediente de personal copia de la Constancia del curso asistido.	Expediente de personal Copia de Constancia del curso
15		Resguarda los registros generados en la Bitácora de asistencia a cursos realizados en el Laboratorio.	Bitácora de asistencia a cursos (FR/EI/01)
16		Elabora y entrega el informe del cumplimiento del programa anual de capacitación, de acuerdo a la aplicación de indicadores al/la Subdirector/a de Laboratorio de	Programa anual de capacitación (FR/EI/05)

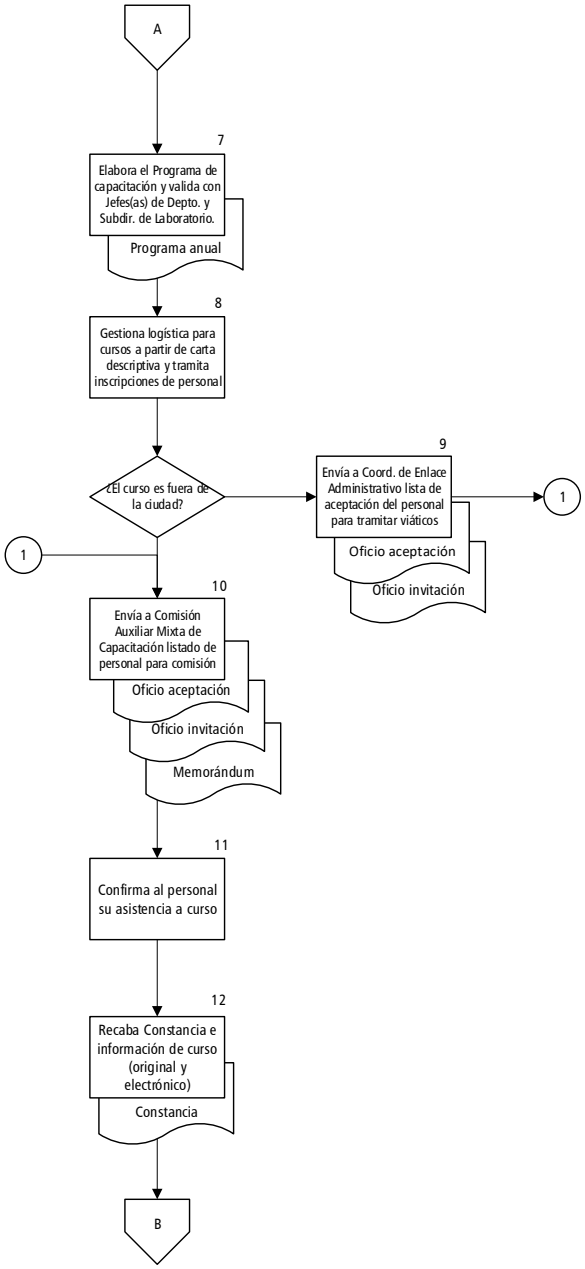
		Salud Pública.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL.



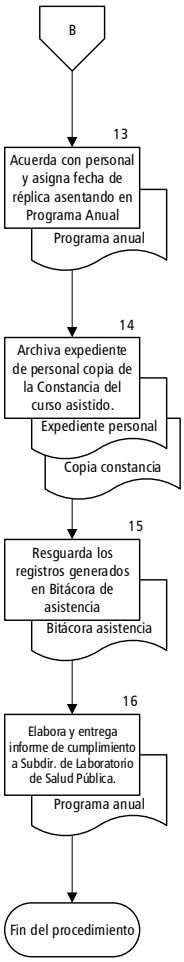
PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL

Responsable de Enseñanza e Investigación



PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL

Responsable de Enseñanza e Investigación



7.11.88. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

Tiempo Promedio: 6 meses 26 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Laura López López **Responsable de Enseñanza e Investigación del Laboratorio de Salud Pública LLL (SLSP)** **Octubre 2018**	**María de Jesús Hernández García** **Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública MJHG (SLSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Monroy Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para la elaboración de trabajos de investigación con la finalidad de fomentar e impulsar la participación del personal en la realización de investigaciones que impacten en la salud pública

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
3. Norma técnica 313, para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud, 1988.
4. Norma técnica 314 para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud, 1988.
5. Norma técnica 315 para el funcionamiento de comisiones de investigación en las instituciones de atención a la salud, 1988.
6. Manual de Investigación para elaboración, registro y seguimiento de protocolos de investigación, 2005.
7. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, 2012.
8. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01).

Políticas de Operación:

1. Todos los trabajos de investigación que se generen en el Laboratorio de Salud Pública deberán ser revisados por el Comité Local de Investigación.
2. El protocolo de investigación será registrado fungiendo como titular el personal que propuso la idea original.
3. Será entregada una copia de todo trabajo de investigación realizado en el Laboratorio al Área de Enseñanza e Investigación.
4. Deberá ser citado en la tesis que el trabajo fue realizado en el Laboratorio de Salud Pública.

Responsables

Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Áreas Involucradas	El presente procedimiento aplica para las actividades correspondientes a la elaboración de trabajos de investigación por parte de tesistas y personal que se encuentra adscrito a las Coordinaciones Operativas de Análisis Clínicos, Citología Exfoliativa, Enlace Administrativo, Vigilancia Sanitaria, Vigilancia Epidemiológica y Apoyo Técnico que integran el Laboratorio de Salud Pública.
Recursos	Registro para protocolos de investigación, Minuta de reuniones de trabajo, Oficio.
Glosario	Comité Local de Investigación: Es la instancia primaria de evaluación y autorización de todo proyecto de investigación que se realice en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, el cual se encuentra integrado por el/la Subdirector/a de Laboratorio Salud Pública, Responsable de Enseñanza e Investigación y personal que cumple el perfil de conocimientos y experiencia en investigación. LSP: Laboratorio de Salud Pública. MO: Manual de Organización. SLSP: Subdirección del Laboratorio de Salud Pública. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

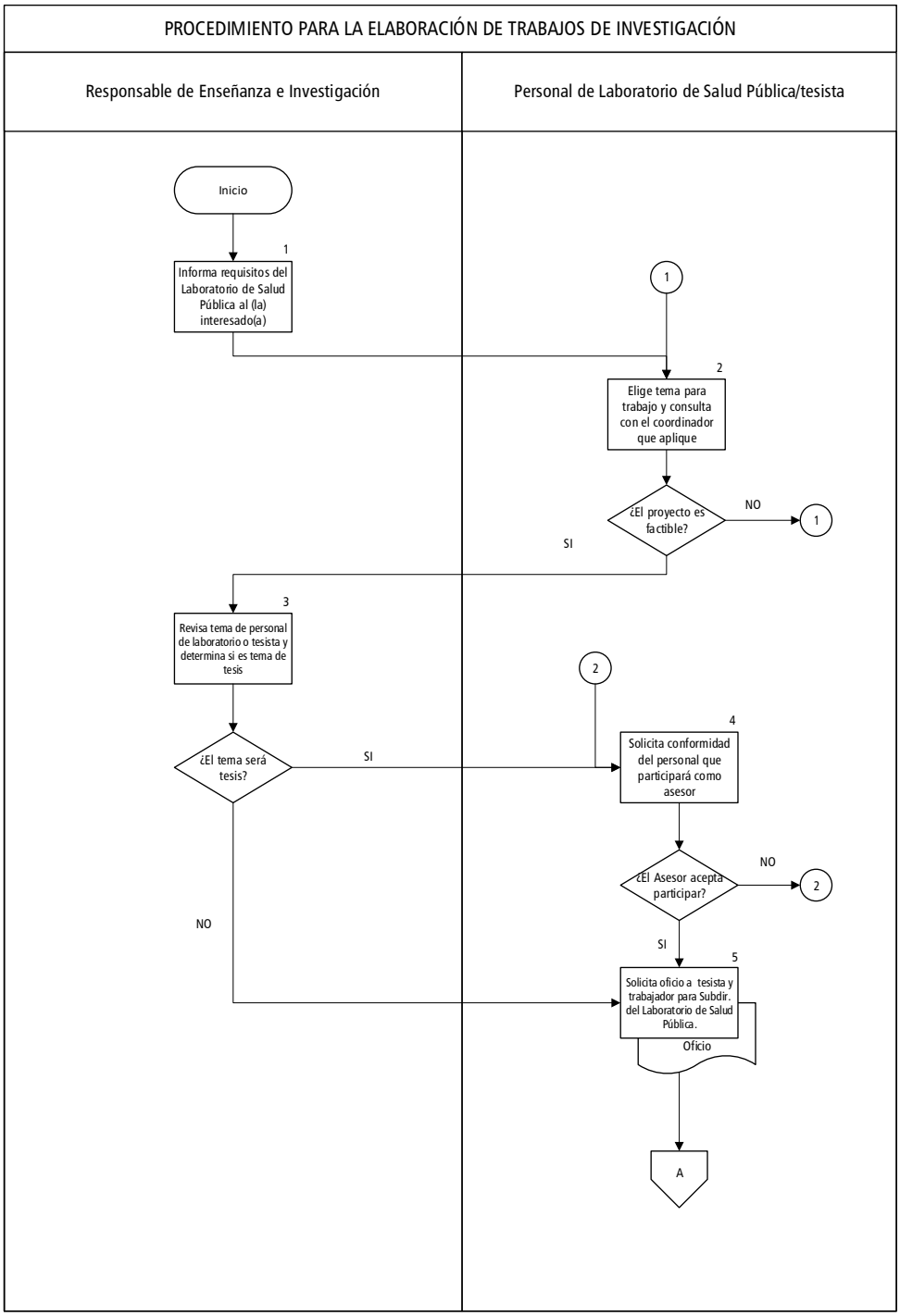
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Enseñanza e Investigación	Informa los requisitos vigentes en el Laboratorio de Salud Pública al/la interesado/a en realizar trabajo de investigación.	S/D
2	Personal de Laboratorio de Salud	Elige tema para trabajo y consulta de forma verbal con el/la Coordinador/a que aplique.	S/D

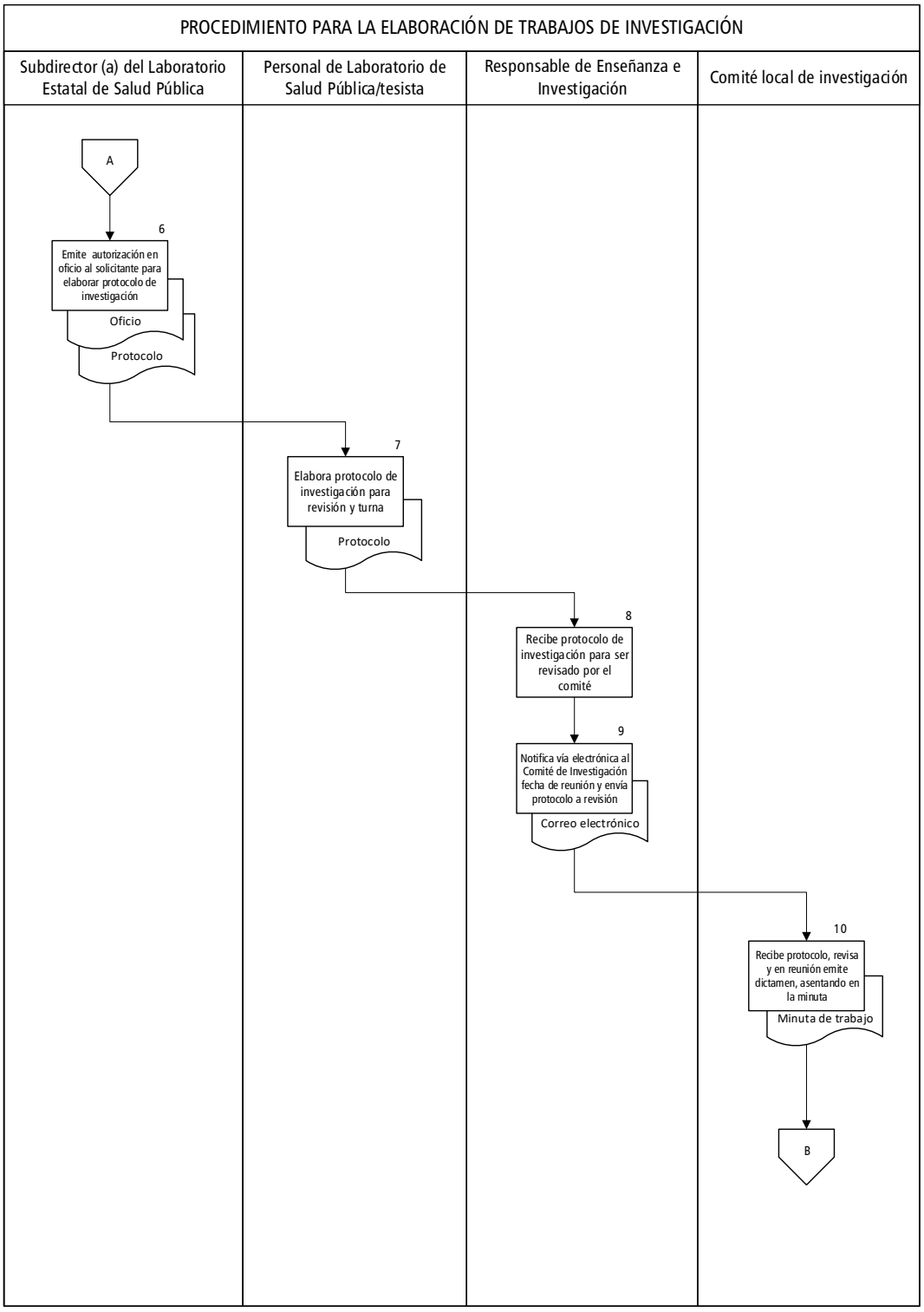
	Pública/tesista	¿El proyecto es factible? Sí: Continúa en la actividad 3. No: Continúa en la actividad 2.	
3	Responsable de Enseñanza e Investigación	Revisa el tema elegido por el personal de laboratorio o tesista y se determina si es tema de tesis. ¿El tema será una tesis? Sí: Continúa en la actividad 4. No: Continúa en la actividad 5.	S/D
4	Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista	Solicita la conformidad del personal que participará como asesor/a. ¿El/la Asesor/a acepta participar? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Continúa en la actividad 4.	S/D
5	Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista	Realiza la solicitud mediante oficio de personal en caso de ser Trabajador/a y/o oficio emitido por la unidad escolar en caso de ser tesista; para la realización del trabajo al/la Subdirector/a del Laboratorio de Salud Pública.	Oficio
6	Subdirector/a del Laboratorio Estatal de Salud Pública	Emite respuesta de autorización mediante un oficio al solicitante para elaborar protocolo de investigación y enviar copia al Área de Enseñanza e Investigación.	Protocolo Oficio
7	Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista	Elabora y envía al Área de Enseñanza e Investigación protocolo de investigación para revisión.	Protocolo
8	Responsable de Enseñanza e Investigación	Recibe protocolo de investigación para ser revisado por el comité.	S/D
9	Responsable de Enseñanza e Investigación	Notifica vía correo electrónico al Comité de Investigación la fecha de reunión y envía al mismo el protocolo para revisión.	Correo electrónico

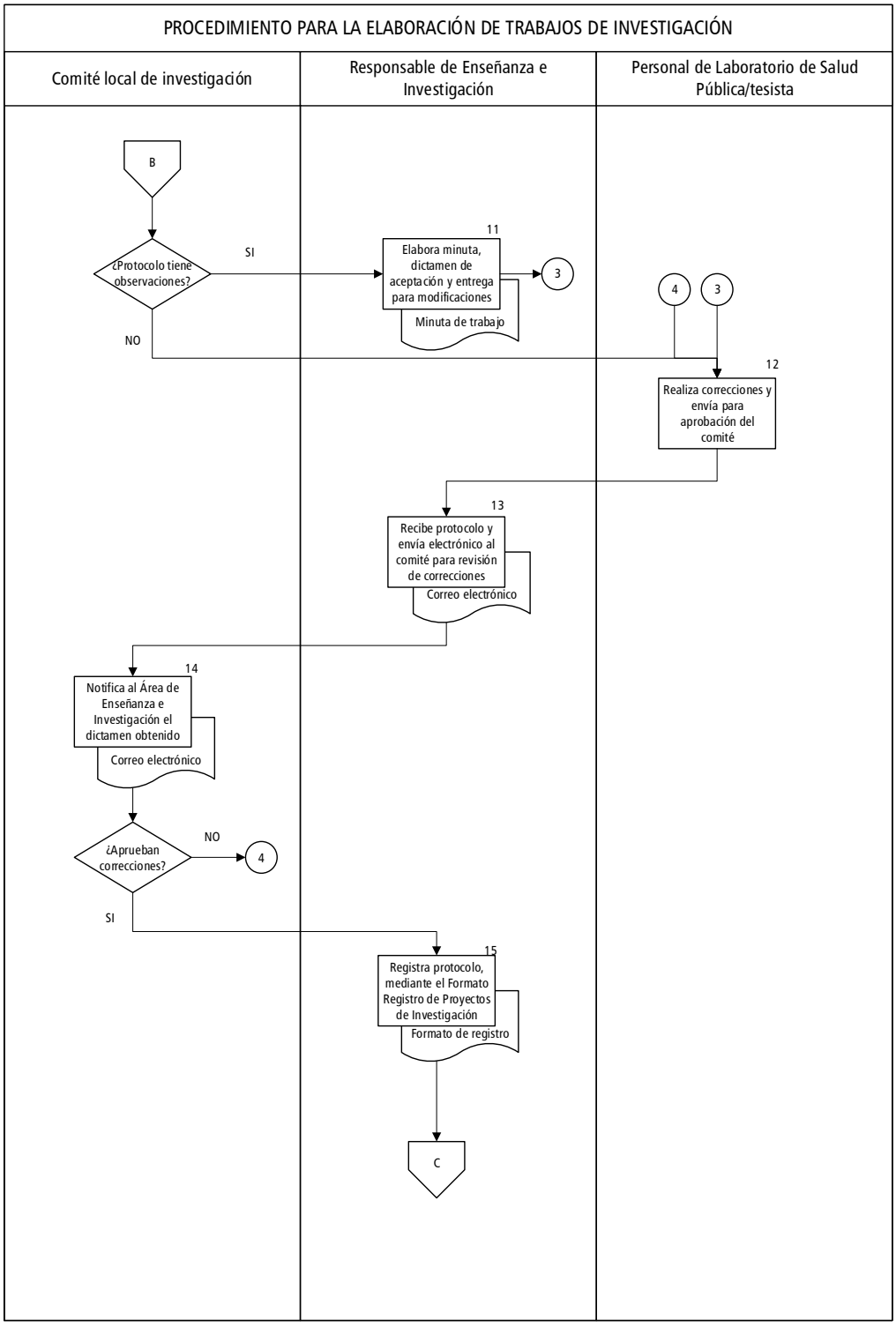
10	Comité local de investigación	Recibe protocolo, revisa y el día de la reunión emite dictamen, quedando asentado en la minuta de trabajo. ¿El protocolo es aprobado con observaciones? Sí: Continúa en la actividad 11. No: Continúa en la actividad 2.	Minuta de reuniones de trabajo (FR/GC/13)
11	Responsable de Enseñanza e Investigación	Elabora minuta, dictamen de aceptación y entrega al autor del protocolo para modificaciones si fueran necesarias. Continúa en la actividad 12.	Minuta de reuniones de trabajo/Oficio (FR/GC/13)
12	Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista	Realiza correcciones y envía para aprobación del comité, a el/la Responsable de Enseñanza e Investigación (electrónico).	S/D
13	Responsable de Enseñanza e Investigación	Recibe protocolo y envía por correo electrónico al comité para revisión de correcciones.	Correo electrónico
14	Comité local de investigación	Notifica vía correo electrónico al Área de Enseñanza e Investigación el dictamen obtenido de la nueva revisión. ¿Aprueban correcciones? Sí: Continúa en la actividad 15. No: Continúa en la actividad 12.	Correo electrónico
15	Responsable de Enseñanza e Investigación	Registra protocolo de investigación, mediante la emisión del Formato para Registro de Proyectos de Investigación.	Formato para registro de proyectos de investigación
16		Elabora oficio de autorización de la parte técnica del protocolo de investigación y recaba firma del/la Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública.	Oficio
17		Entrega formato de registro al Personal de Laboratorio de Salud	Formato para registro de

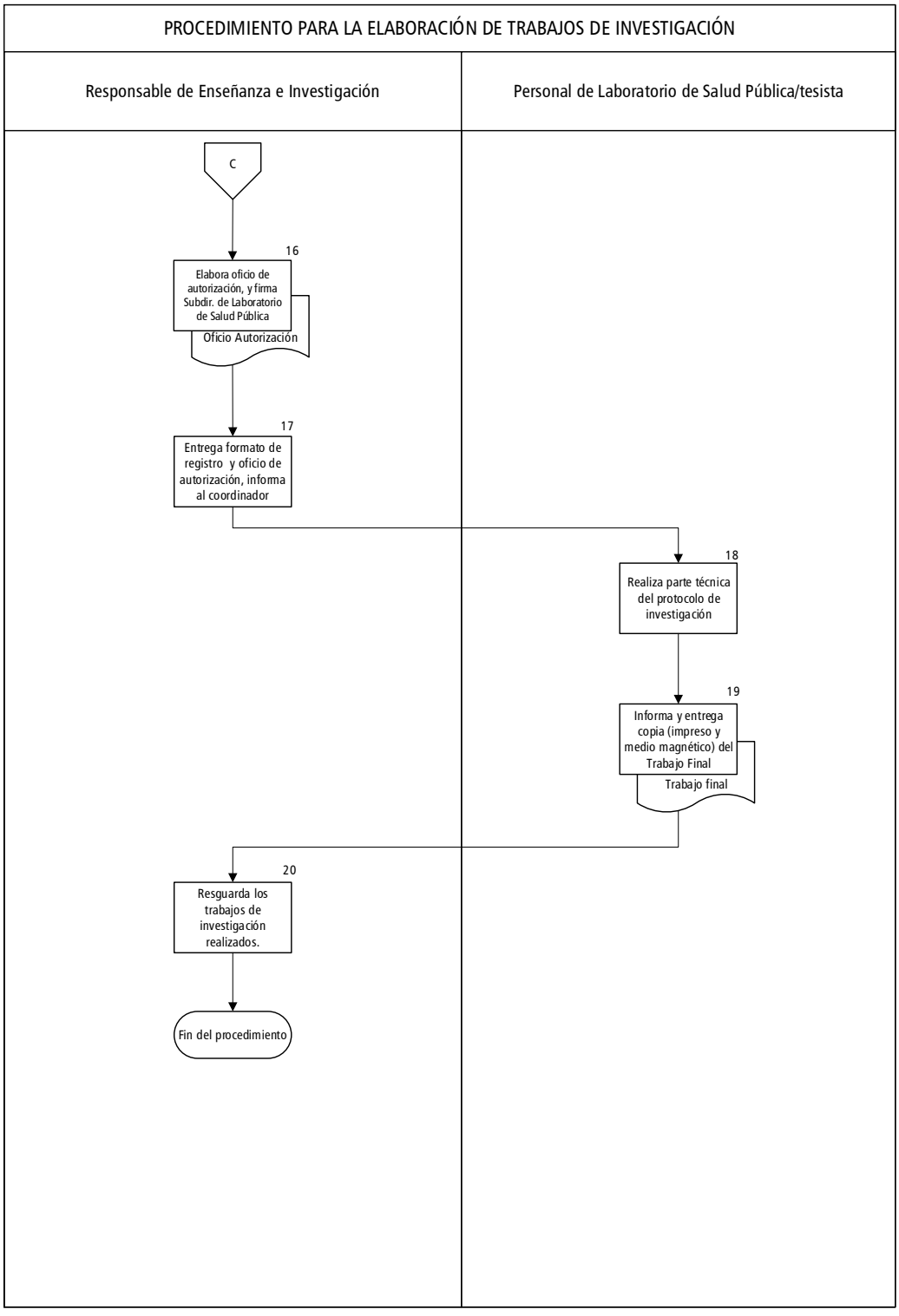
		Pública/tesista y oficio de autorización de la parte técnica del protocolo de investigación, e informa a el/la Coordinador/a correspondiente.	proyectos de investigación/oficio
18	Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista	Realiza parte técnica del protocolo de investigación.	S/D
19		Informa y entrega copia (impreso y medio magnético) del Trabajo Final a Enseñanza e Investigación al término del trabajo.	Trabajo final impreso
20	Responsable de Enseñanza e Investigación	Resguarda los trabajos de investigación realizados.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
Subdirector (a) del Laboratorio Estatal de Salud Pública
Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista
Responsable de Enseñanza e Investigación
Comité local de investigación
A
6
Emite autorización en oficio al solicitante para elaborar protocolo de investigación
Oficio
Protocolo
7
Elabora protocolo de investigación para revisión y turna
Protocolo
8
Recibe protocolo de investigación para ser revisado por el comité
9
Notifica vía electrónica al Comité de Investigación fecha de reunión y envía protocolo a revisión
Correo electrónico
10
Recibe protocolo, revisa y en reunión emite dictamen, asentando en la minuta
Minuta de trabajo
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
Comité local de investigación
Responsable de Enseñanza e Investigación
Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista
B
¿Protocolo tiene observaciones?
SI
NO
11
Elabora minuta, dictamen de aceptación y entrega para modificaciones
3
Minuta de trabajo
4
3
12
Realiza correcciones y envía para aprobación del comité
13
Recibe protocolo y envía electrónico al comité para revisión de correcciones
Correo electrónico
14
Notifica al Área de Enseñanza e Investigación el dictamen obtenido
Correo electrónico
¿Aprueban correcciones?
NO
4
SI
15
Registra protocolo, mediante el Formato Registro de Proyectos de Investigación
Formato de registro
C


PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
Responsable de Enseñanza e Investigación
Personal de Laboratorio de Salud Pública/tesista
C
16
Elabora oficio de autorización, y firma Subdir. de Laboratorio de Salud Pública
Oficio Autorización
17
Entrega formato de registro y oficio de autorización, informa al coordinador
18
Realiza parte técnica del protocolo de investigación
19
Informa y entrega copia (impreso y medio magnético) del Trabajo Final
Trabajo final
20
Resguarda los trabajos de investigación realizados.
Fin del procedimiento

7.11.89. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES.

Tiempo Promedio: 41 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Laura López López **Responsable de Enseñanza e Investigación del Laboratorio de Salud Pública LLL (SLSP)** **Octubre 2018**	**María de Jesús Hernández García** **Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública MJHG (SLSP)** **Octubre 2018**	**Arturo Mompin Ramírez** **Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para asegurar que se realicen correctamente las actividades de ingreso, estancia y egreso del personal de servicio social y prácticas profesionales adscritos al Laboratorio de Salud Pública

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016. 2. Manual de Organización Funcional del Laboratorio de Salud Pública (MO/SDL/01). 3. Instrucción de Trabajo “Estancia de Personal de Servicio Social y Prácticas Profesionales” (IT/EI/06). Políticos: 1. Todas las actividades para estancias de servicio social y prácticas profesionales serán gestionadas por el área de Enseñanza e Investigación toda vez que sean autorizadas por la Subdirección del Laboratorio. 2. El personal de prácticas y servicio social deberá permanecer en el Laboratorio de acuerdo al periodo establecido por la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 3. El personal de prácticas y servicio social deberá cumplir con el cronograma de rotación establecido.
Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica a las diferentes áreas que integran el Laboratorio de Salud Pública.
Recursos	Cronograma para la rotación de servicio social y prácticas profesionales, Cédula de evaluación de estancia, Oficio de Presentación, Oficio.
Glosario	EI: Enseñanza e investigación. Inducción: Es la orientación impartida al personal de nuevo ingreso, mediante la cual se le da a conocer los objetivos y funciones genéricas y específicas del Área donde prestará sus servicios. LSP: Laboratorio de Salud Pública. MO: Manual de Organización.

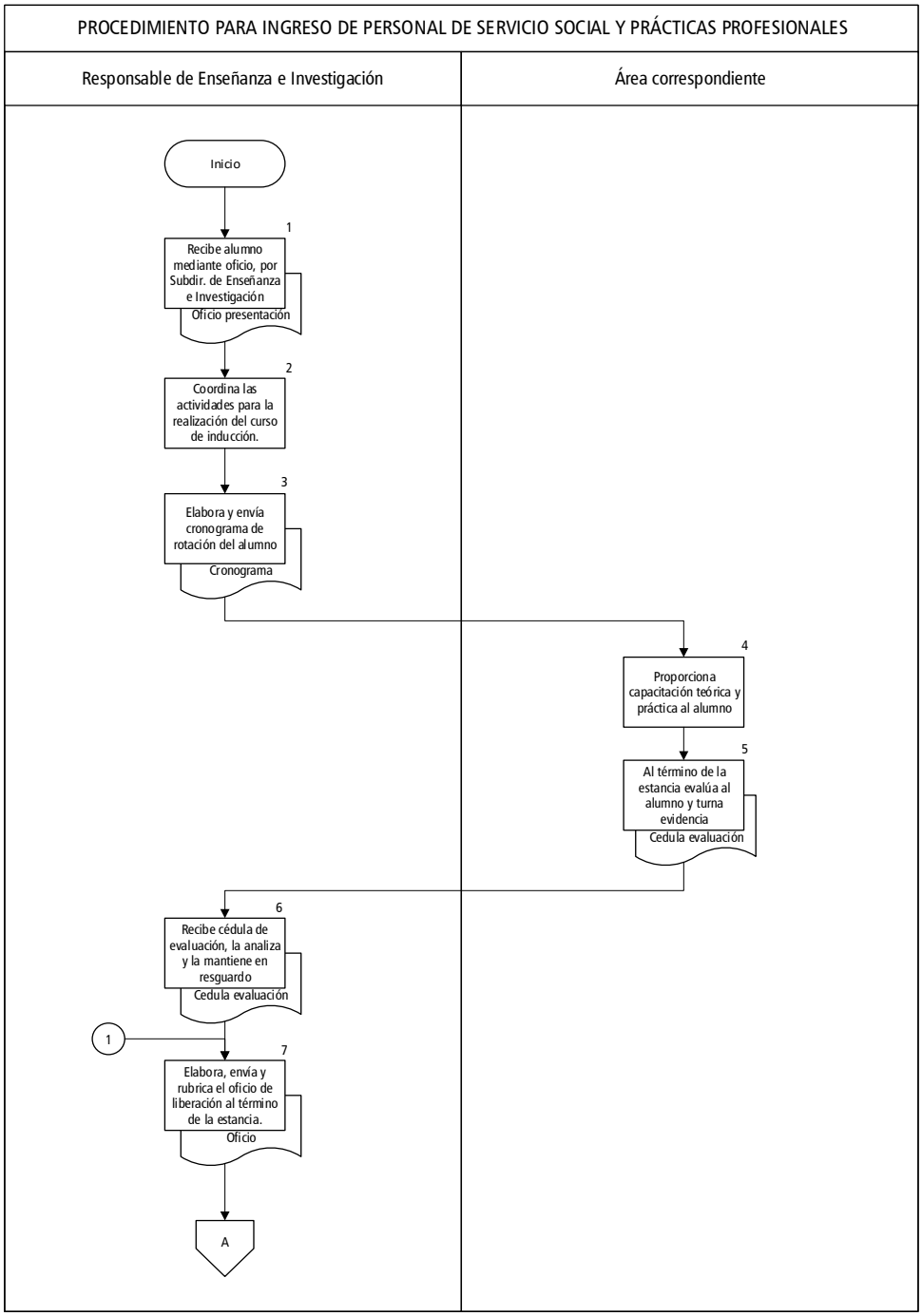
Prácticas Profesionales: Conjunto de actividades de carácter formativo realizadas por el/la practicante que se encuentra trabajando de forma temporal, poniendo especial énfasis en el proceso de aprendizaje y entrenamiento laboral.
SLSP: Subdirección de Laboratorio de Salud Pública.
Servicio Social: Es la realización obligatoria de actividades temporales que ejecutan los/las estudiantes de las carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o interés de la sociedad.
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Tutor/a: Personal adscrito al Laboratorio que se encuentra a cargo del personal de Servicio Social y Prácticas Profesionales, el cual orienta y proporciona seguimiento a lo largo de la estancia.

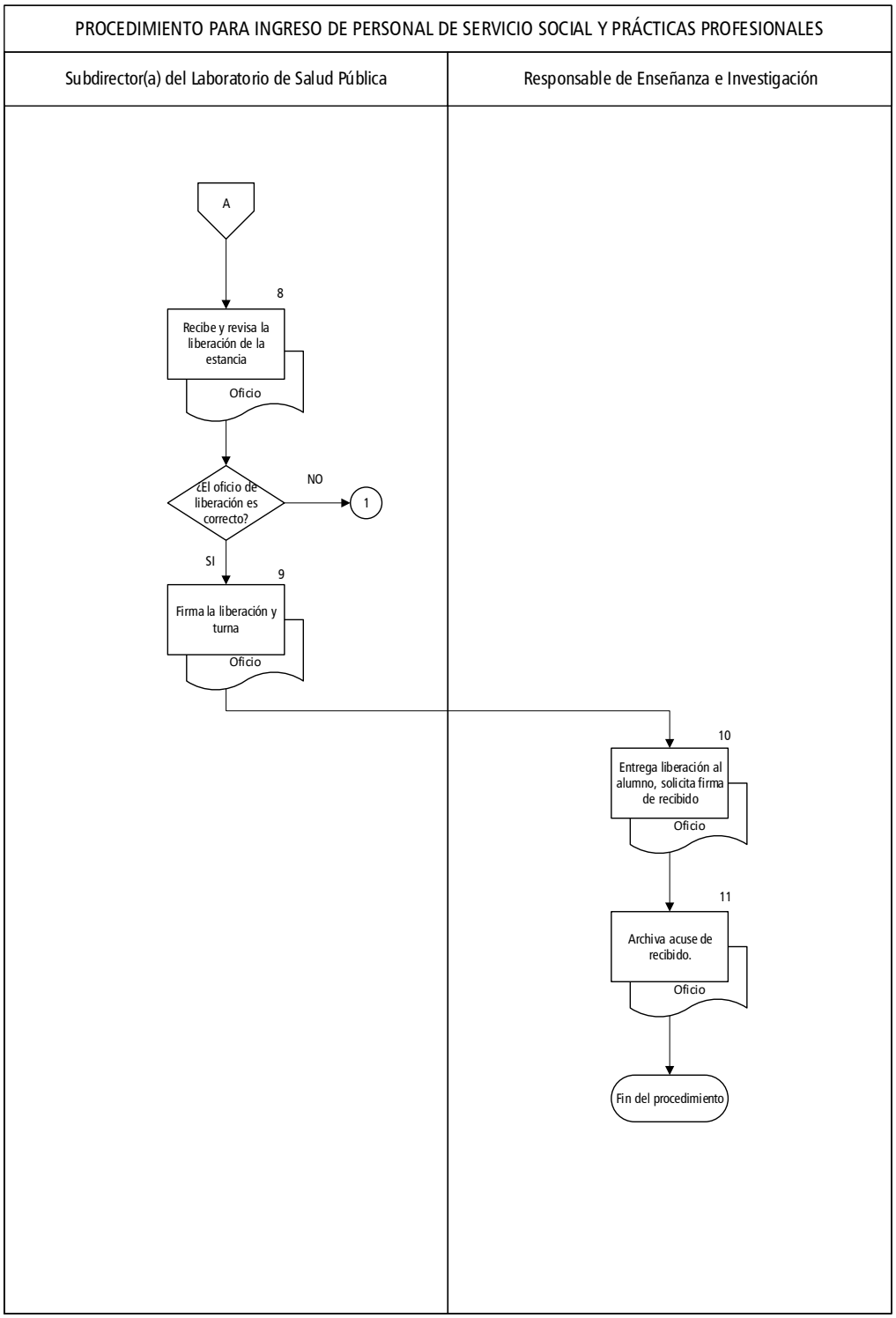
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Enseñanza e Investigación	Recibe alumno enviado mediante oficio de presentación, por la Subdirección de Enseñanza e Investigación de los SSEP.	Oficio de presentación.
2		Coordina las actividades para la realización del curso de inducción.	S/D
3		Elabora y envía cronograma de rotación de/la alumno/a a Coordinaciones y Área de Recursos Humanos.	Cronograma para la rotación de servicio social y prácticas profesionales (FR/EI/19)
4	Área correspondiente	Proporciona capacitación teórica y práctica al/la alumno/a.	S/D

5		Al término de la estancia evalúa a el/la alumno/a y envía la evidencia al Área de Enseñanza e Investigación.	Cédula de evaluación de estancia (FR/EI/20)
6	Responsable de Enseñanza e Investigación	Recibe cédula de evaluación de estancia, analiza las evaluaciones y las mantiene en resguardo.	Cédula de evaluación de estancia (FR/EI/20)
7		Elabora, envía y rubrica el oficio de la liberación del alumno al término de la estancia.	Oficio
8	Subdirector/a del Laboratorio de Salud Pública	Recibe y revisa la liberación de la estancia. ¿El oficio de liberación es correcto? Sí: Continúa en la actividad 9. No: Continúa en la actividad 7.	Oficio
9		Firma la liberación y envía a el/la Responsable de Enseñanza e Investigación.	Oficio
10	Responsable de Enseñanza e Investigación	Entrega liberación a el/la alumno/a, solicita firma de recibido.	Oficio
11		Archiva acuse de recibido.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES.




PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES
Subdirector(a) del Laboratorio de Salud Pública
Responsable de Enseñanza e Investigación
A
8
Recibe y revisa la liberación de la estancia
Oficio
¿El oficio de liberación es correcto?
NO
1
SI
9
Firma la liberación y turna
Oficio
10
Entrega liberación al alumno, solicita firma de recibido
Oficio
11
Archiva acuse de recibido.
Oficio
Fin del procedimiento

7.11.90. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Itzel Águila Corichi Coordinadora de Enlace Administrativo IAC (SLSP) Octubre 2018	María de Jesús Hernández García Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública MJHG (SLSP) Octubre 2018	Arturo Mompin Ramírez Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica AMR (DSPVE) Octubre 2018

Objetivo	Registrar, controlar y reportar los ingresos obtenidos en el Laboratorio de Salud Pública a través del concepto de cuotas de recuperación por la prestación de servicios proporcionados a la población abierta y registro de servicios prestados a la población perteneciente al Seguro Popular, para una puntual elaboración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla de fecha 31 octubre 2016. 2. Manual de Cuotas de Recuperación emitido por la Secretaría de Finanzas y Administración vigente. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad del/la Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación tener en tiempo y forma el paquete de Recibo de cobro oficial. 2. Es responsabilidad del/la Coordinador/a de Enlace Administrativo asignar a una persona para depositar a la cuenta de los Servicios de Salud, el importe de los ingresos. 3. Es responsabilidad del/la Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación de registrar y comprobar la información derivada de los ingresos al Laboratorio, obtenidos a través del Recibo de cobro oficial. 4. La integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación se deberá de realizar en forma quincenal y mensual. La documentación a entregar dependerá de lo solicitado por el Departamento de Tesorería y Patrimonio.
Responsables	Subdirección de Laboratorio de Salud Pública, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
Áreas Involucradas	Aplica a la Coordinación de Enlace Administrativo del Laboratorio de Salud Pública.
Recursos	“Bitácora de corte de caja de los pagos realizados a Análisis Clínicos”, Recibos oficiales, Ficha de depósito, “Solicitud de Factura de la Cuenta Comprobada del Laboratorio de Salud Pública al Nivel Central”, Oficio, Forma contable No. 1, Relación de ingresos y depósitos por cuotas de recuperación, Fichas de depósito, Concentrado mensual de recibos de cobro oficiales, Concentrado mensual de comprobantes de exención, Forma contable

Glosario	No. 4, Registro mensual de no ingresos por reclasificación de nivel de cobro, Registro mensual de servicios exentos, Reporte detallado de ingreso por recibo, Reporte de consumo diario de recibos oficiales, Reporte mensual de recibos oficiales cancelados, Reporte mensual de cuotas de recuperación para las unidades aplicativas. AD: Administración. CL: Clínicos. Ficha de Depósito: Comprobante que emite el banco por los depósitos de los ingresos del laboratorio a la cuenta de los Servicios de Salud. FR: Formato. Recibo de cobro oficial: Recibo expedido y autorizado por los Servicios de Salud del Estado. Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación: Informe que integra un conjunto de reportes que reflejan el comportamiento de ingresos facturados y no facturados por programa mismo que se emite de forma quincenal y mensual. RHF: Recursos Humanos y Financieros. SLSP: Subdirección de Laboratorio de Salud Pública TMC: Toma de Muestra Clínica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal asignado en caja	Suma la cantidad total de ingresos, registra en la Bitácora de corte de caja de los pagos realizados a Análisis Clínicos (FR/CL/TMC/15) el importe a entregar.	Bitácora de corte de caja de los pagos realizados a Análisis Clínicos (FR/CL/TMC/15)
2		Recopila recibos de cobro oficiales al final de la jornada laboral y notifica al/la responsable de la integración del	Recibos de cobro oficiales / Solicitud de

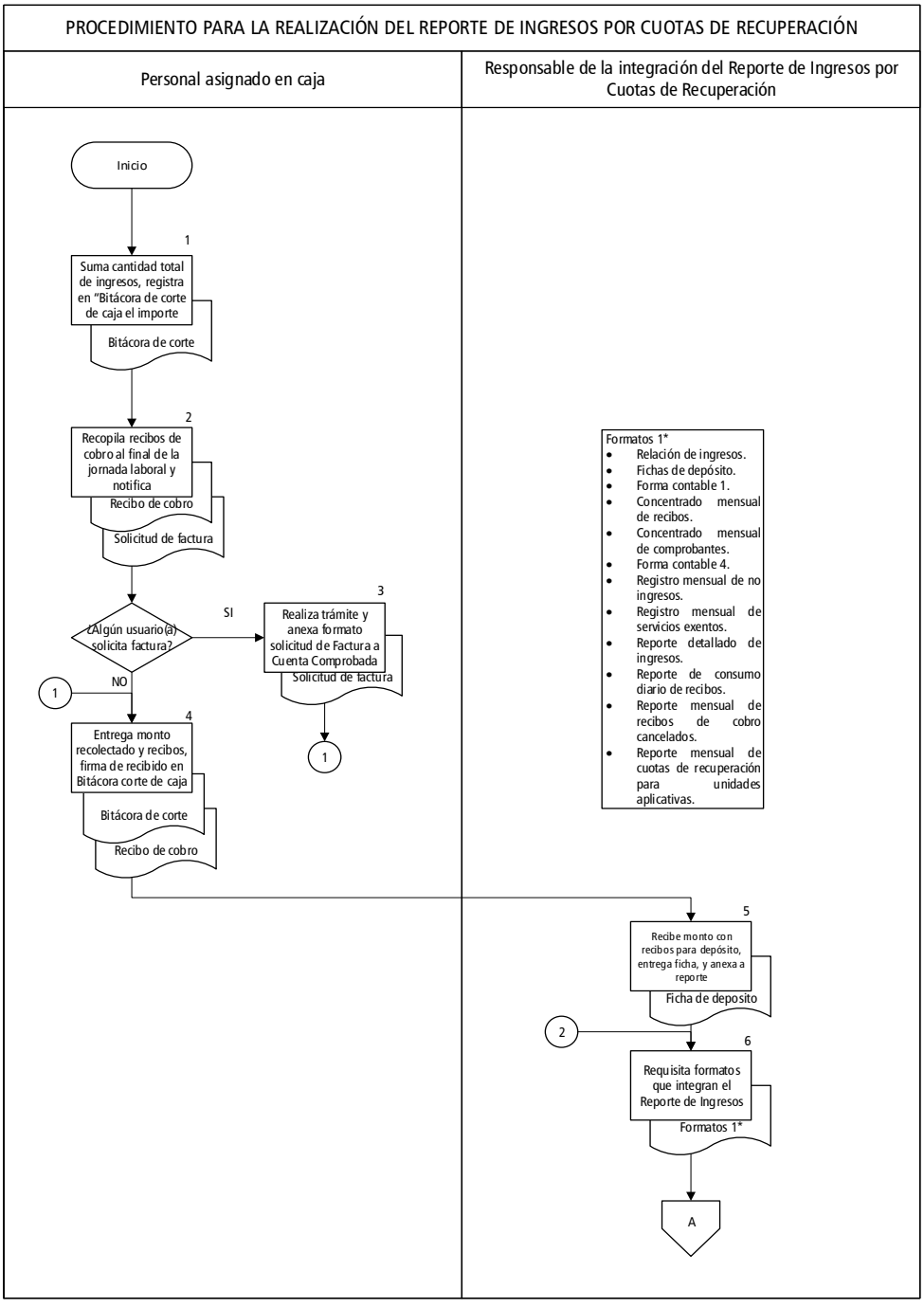
		reporte de ingresos por cuotas de recuperación. ¿Algún usuario/a solicita factura? Sí: Continúa en la actividad 3. No: Continúa en la actividad 4.	Factura de la Cuenta Comprobada del Laboratorio de Salud Pública al Nivel Central (FR/AD/RHF/07).
3		Realiza el trámite y anexa el formato de solicitud de factura a la cuenta comprobada del Laboratorio de Salud Pública al Nivel Central. Continúa en la actividad 4.	Formato de solicitud de Factura
4		Entrega al/la Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación, el monto recolectado y recibos oficiales, firmando de recibido en la Bitácora de corte de caja de los pagos realizados a Análisis Clínicos (FR/CL/TMC/15).	Bitácora de corte de caja de los pagos realizados a Análisis Clínicos (FR/CL/TMC/15) / Recibos de cobro oficiales
5	Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación	Recibe monto recolectado con recibos de cobro oficiales y entrega a la persona designada por el/la Coordinador/a de Enlace Administrativo/a para que realice el depósito a la cuenta de cuotas de recuperación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla entregando al/la Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación la ficha de depósito del trámite realizado en el banco para posteriormente ser anexado al Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación.	Ficha de depósito
6		Requisita los formatos que integran el Reporte de Ingresos por Cuotas de	Relación de ingresos/ Fichas

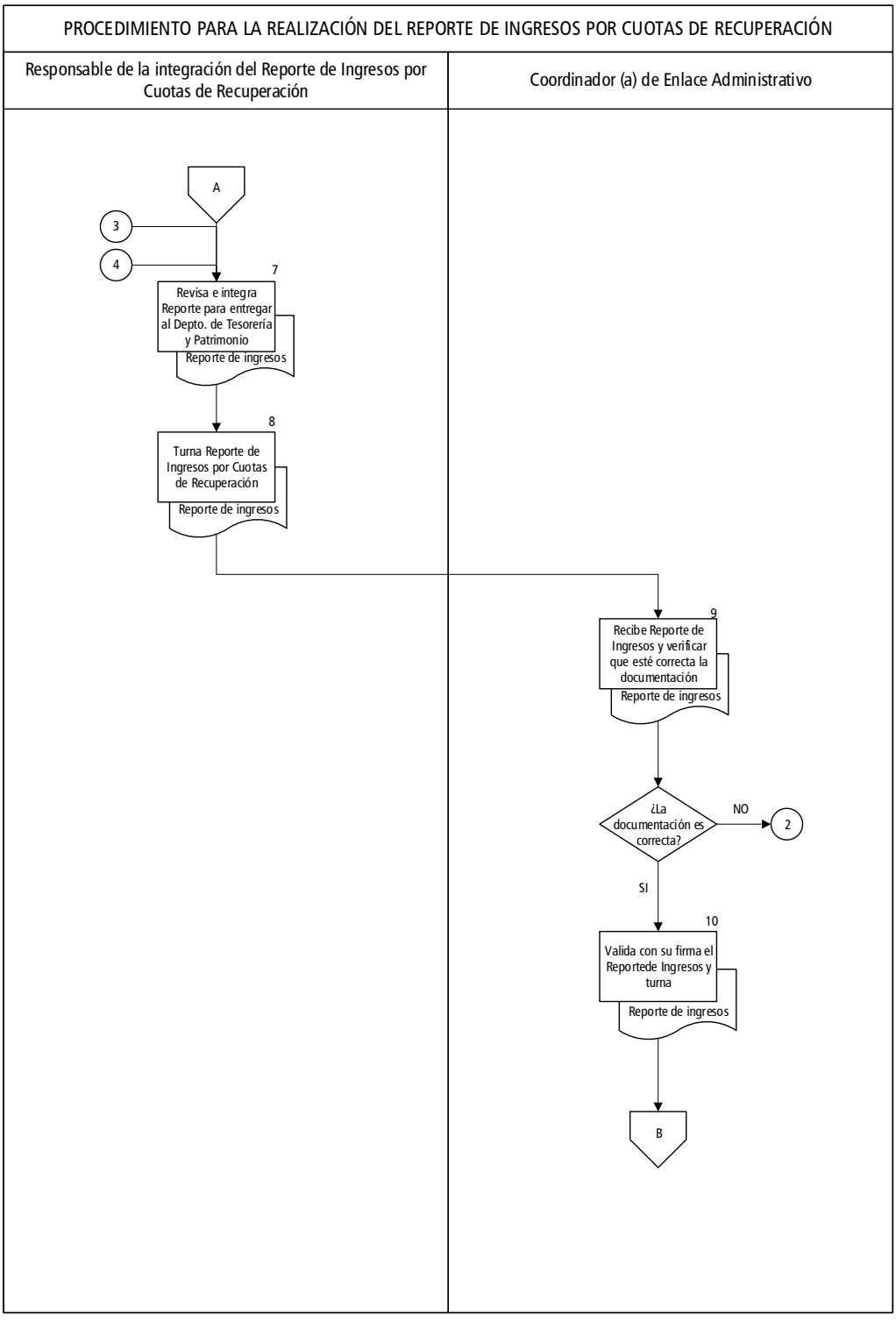
		Recuperación.	de depósito/ Forma contable 1/ Concentrado mensual de recibos/ Concentrado mensual de comprobantes/ Forma contable 4/ Registro mensual de no ingresos/ Registro mensual de servicios exentos/Reporte detallado de ingresos/ Reporte de consumo diario de recibos/ Reporte mensual de recibos de cobro cancelados/ Reporte mensual de cuotas de recuperación para unidades aplicativas.
7		Revisa e integra el Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación en forma diaria, para entregarlo cuando el Departamento de Tesorería y Patrimonio lo solicite.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
8		Turna Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación, al/la Coordinador/a de Enlace Administrativo/a.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación

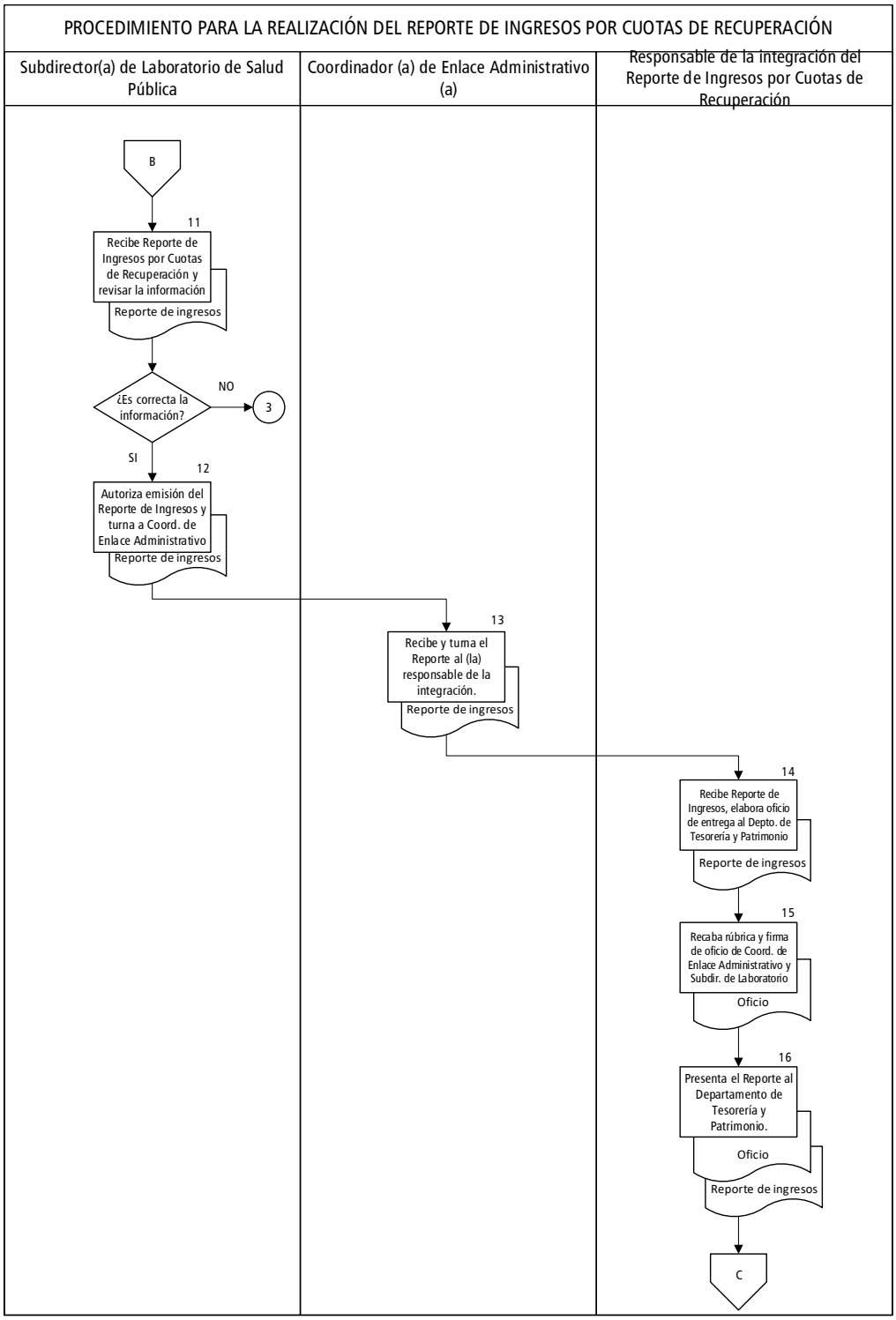
9	Coordinador/a de Enlace Administrativo	Recibe Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación y verifica que la documentación esté correcta. ¿La documentación es correcta? Sí: Continúa en la actividad 10. No: Indica al/la Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación realice las correcciones pertinentes, regresando al paso 6.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
10		Valida con su firma el Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación y turna al/la Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
11	Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública	Recibe Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación y revisa la información. ¿Es correcta la información? Sí: Continua en actividad 12. No, regresa al/la Coordinador/a de Enlace Administrativo para su corrección por el/la responsable de la integración del Reporte. Continúa en la actividad 7.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
12		Autoriza la emisión del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación y turna al/la Coordinador/a de Enlace Administrativo.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
13	Coordinador/a de Enlace Administrativo	Recibe y turna el Reporte al/la Responsable de la integración.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
14	Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación	Recibe Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación y elabora oficio para entregar al Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación Oficio

15		Recaba rúbrica y firma del oficio del/la Coordinador/a de Enlace Administrativo/a y Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública.	Oficio
16		Presenta el reporte al Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Oficio Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
17	Departamento de Administración de Patrimonio Social.	Recibe el/la Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación, revisa y valida la información. ¿La información es correcta? Sí: Continúa en la actividad 18. No: Regresa al/la Subdirector/a de Laboratorio de Salud Pública para su corrección por el/la Responsable de la integración del Reporte. Continúa en la actividad 7.	Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
18	Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación	Recibe oficio sellado, archiva acuse y copia del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación entregado.	Oficio Acuse Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

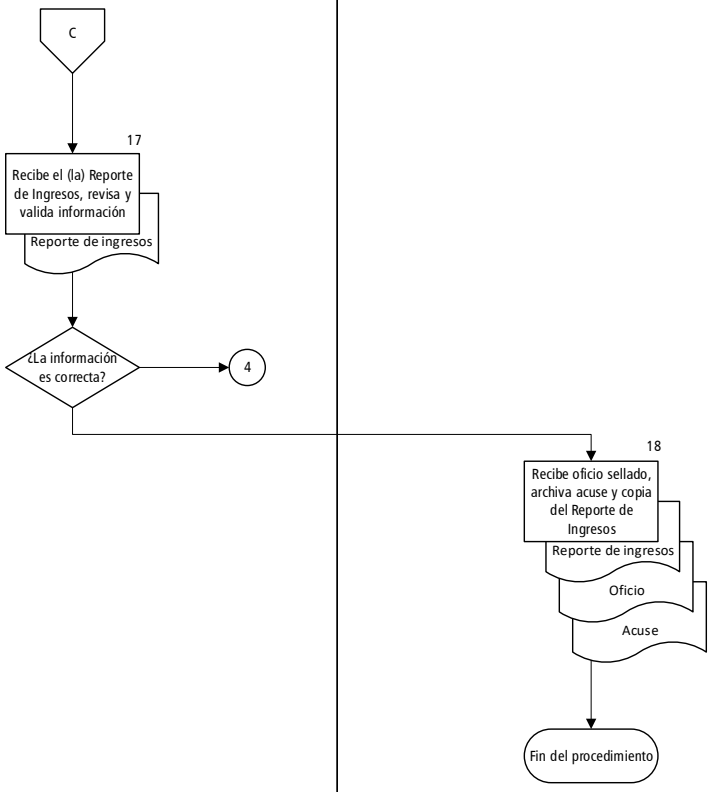



PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN
Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
Coordinador (a) de Enlace Administrativo
A
3
4
7
Revisa e integra Reporte para entregar al Depto. de Tesorería y Patrimonio
Reporte de ingresos
8
Turna Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
Reporte de ingresos
9
Recibe Reporte de Ingresos y verificar que esté correcta la documentación
Reporte de ingresos
¿La documentación es correcta?
NO
2
SI
10
Valida con su firma el Reportede Ingresos y turna
Reporte de ingresos
B


PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN
Subdirector(a) de Laboratorio de Salud Pública
Coordinador (a) de Enlace Administrativo (a)
Responsable de la integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación
B
11
Recibe Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación y revisar la información
Reporte de ingresos
¿Es correcta la información?
NO
3
SI
12
Autoriza emisión del Reporte de Ingresos y turna a Coord. de Enlace Administrativo
Reporte de ingresos
13
Recibe y turna el Reporte al (la) responsable de la integración.
Reporte de ingresos
14
Recibe Reporte de Ingresos, elabora oficio de entrega al Depto. de Tesorería y Patrimonio
Reporte de ingresos
15
Recaba rúbrica y firma de oficio de Coord. de Enlace Administrativo y Subdir. de Laboratorio
Oficio
16
Presenta el Reporte al Departamento de Tesorería y Patrimonio.
Oficio
Reporte de ingresos
C

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL REPORTE DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN

Departamento de Administración de Patrimonio Social.	Responsable de la Integración del Reporte de Ingresos por Cuotas de Recuperación



7.12. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

7.12.1. PROCEDIMIENTO DE TRÁMITES Y SERVICIOS.

Tiempo Promedio: 30 minutos por usuario.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Rebeca Lavalle García Responsable de Ventanilla de Atención en el Centro Integral de Servicios RLG (DPRS) Octubre 2018	**María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018**	**Denis Santiago Hernández Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios DSH (DPCRS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para el cumplimiento de los diversos trámites y servicios otorgados a la sociedad del Estado, y que deben de ser regulados por el Centro Integral de Servicios de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero de 2013.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma DOF del 9 de febrero de 2012.
3. Ley General de Salud, última reforma DOF del 22 de junio de 2017.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, última reforma del 2 de enero de 2012.
5. Ley Estatal de Salud, reforma del 20 de enero del 2010.
6. ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria. 28 de enero de 2011 última modificación 1° de julio de 2013.
7. ACUERDO que modifica el similar que establece la clasificación y codificación de mercancías y productos cuy importación, exportación, internación o salida está sujeta a regulación sanitaria por parte de la Secretaría. 9 de diciembre de 2010.
8. ACUERDO específico de coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, que celebran la Secretaría de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, y el Estado de Puebla, de fecha DOF 02 de enero de 2007.
9. ACUERDO porque se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 2011, última

	modificación 12 de diciembre de 2016. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad del Centro Integral de Servicios (CIS) la difusión, aplicación, supervisión y actualización de este procedimiento. 2. El CIS a través de sus Módulos de Atención a Usuarios/as, será la responsable de atender las solicitudes que hagan los usuarios/as, ya que, por disposición oficial, éstos no podrán tener acceso directo a las diferentes áreas que integran la DPRIS, a menos que por las condiciones del servicio y/o aclaración especial sobre sus trámites sea necesario. 3. El servicio de atención al público será proporcionarlo por el CIS de 9:00 a 15:00 horas en días hábiles, en los Módulos de Atención a Usuarios/as correspondientes, con domicilio en Edificio Sur primera planta, Vía AtlixcayotlN° 1101, Reserva Territorial Atlixcayotl, Puebla, Pue. no obstante, de manera excepcional dicho horario podrá ser modificado en determinados días de acuerdo a las necesidades y exigencias del servicio; para el ingreso de trámites deberá considerase los siguientes esquemas:
Responsables	Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica, Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
Áreas Involucradas	Este procedimiento aplica al personal del Centro Integral de Servicios y a sus áreas que participan en el procedimiento de recepción de solicitudes de trámites ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
Recursos	Registro de Atención a Usuarios, Formato de Transferencia de Expedientes del CIS, Memorándum, Licencia sanitaria, Permiso sanitario de construcción

Glosario

CIS: Centro Integral de Servicios.
Usuario/a: Ciudadano/a que solicita un trámite o servicio.
DPRIS: Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios.

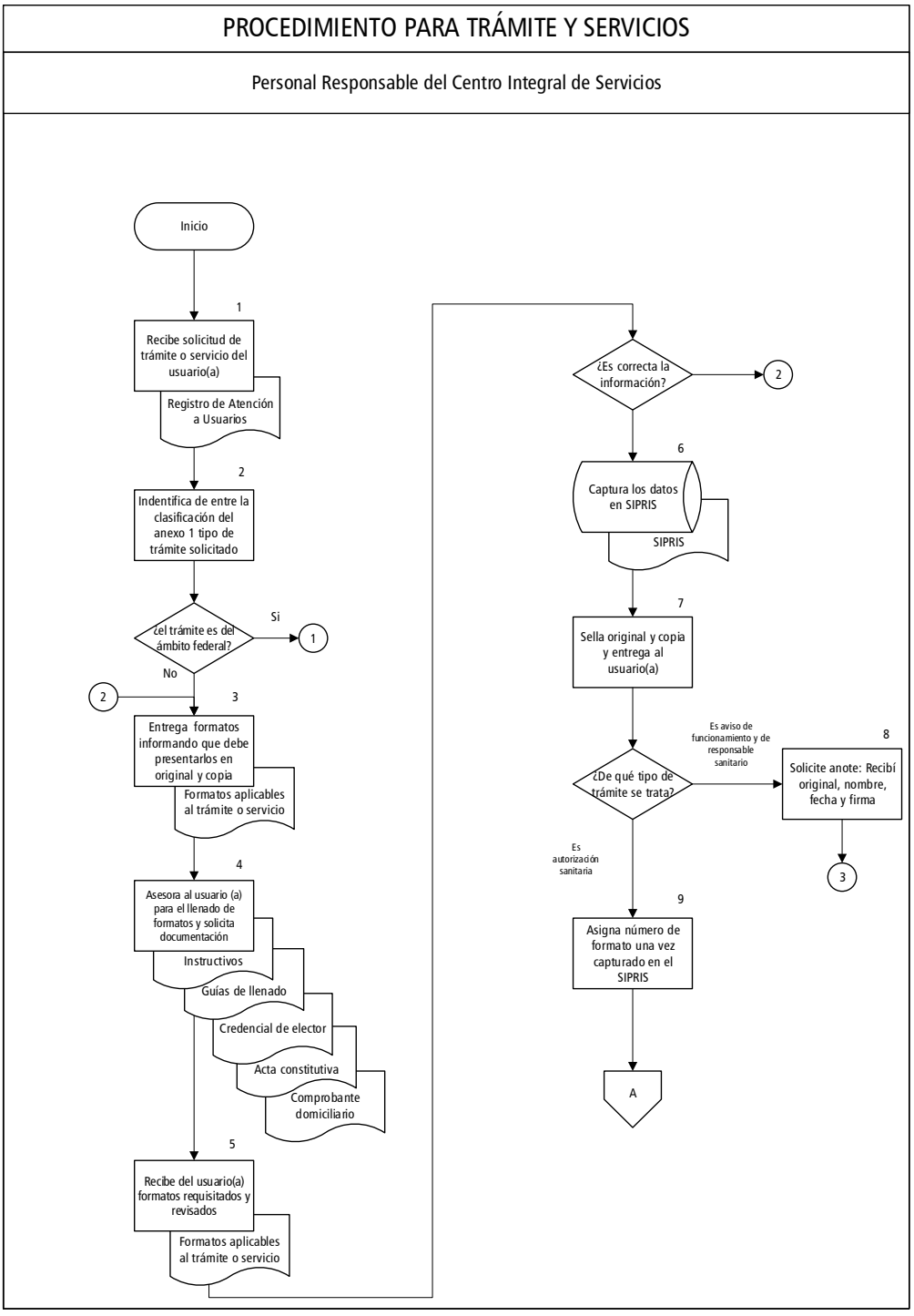
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRÁMITES Y SERVICIOS.

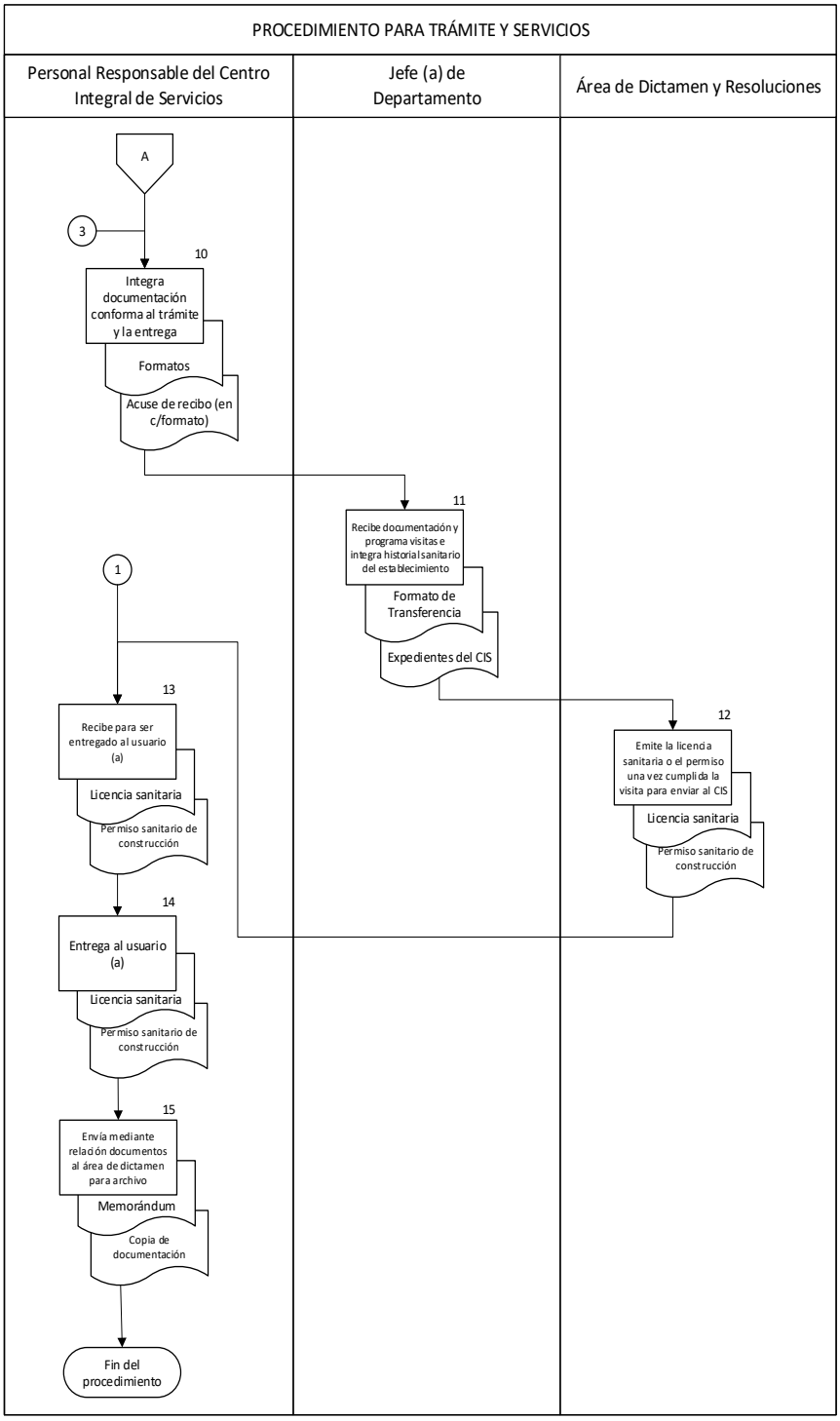
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal Responsable del Centro Integral de Servicios	Recibe solicitud de trámite o servicio requerido por el/la usuario/a a través del Centro Integral de Servicios en el formato de “Registro de Atención de Usuarios/as”.	Registro de Atención a Usuarios
2		Identifica entre la clasificación del Anexo 1 tipo de trámite solicitado por el/la usuario/a tomando como base el giro de su establecimiento. ¿El trámite es competencia del ámbito federal? Si, continúa en el paso 13 No, continúa en el paso 3	N/A
3		Entrega al/la usuario/a el o los formatos correspondientes según aplique. Informando que deberá presentar los mismos en original y copia.	Formatos aplicables al trámite o servicio
4		Asesora al/la usuario/a en la forma de llenar los formatos con apoyo de los instructivos del anexo 2 y solicita documentación.	Instructivos, formatos y guías de llenado, credencial de elector Acta constitutiva Comprobante

			domiciliario
5		Recibe del/la usuario/a formatos requisitados, copia de documentación y revisa. ¿Es correcta la información? Sí: continua actividad 6 No: Regresa actividad 3	Formatos aplicables al trámite o servicio
6		Captura los datos en el SIIPRIS.	SIIPRIS
7		Sella los formatos original y copia y entrega los mismos al/la usuario/a. ¿De qué tipo de trámite se trata? Es aviso de funcionamiento y de responsable sanitario, continúa paso 8. Es autorización sanitaria, continúa en el paso 9	Formatos aplicables al trámite o servicio
8		Solicita anote en formato (que se queda en ventanilla) la leyenda: Recibí original, nombre, fecha y firma, continúa paso 10	Formatos Acuse de recibo (en copia del formato entregado)
9		Asigna un número de Ingreso al formato una vez capturado en el SIIPRIS.	Formatos Acuse de recibo (en copia del formato entregado)
10		Integra la documentación de los/as usuarios/as conforme al trámite realizado y la entrega mediante el formato de trasferencia de expedientes del CIS, al/la Jefe/a de Departamento o responsable del área que según corresponda.	Formato de Transferencia de Expedientes del CIS
11	Jefe/a de Departamento	Recibe documentación y programa las visitas de verificación sanitaria según	Formato de Transferencia

		sea el caso (ver procedimiento de verificación sanitaria a establecimientos) e integrar el historial sanitario del establecimiento: trámite ingresado (aviso o licencia), visita de verificación, acta levantada, ordenamientos, oficios de cumplimiento a esos ordenamientos y conclusión de procedimiento)	de Expedientes del CIS
12	Área de Dictamen y Resoluciones	Una vez cumplida las observaciones derivadas de la visita de verificación emite la licencia sanitaria o el permiso sanitario de construcción para enviar al CIS.	Licencia sanitaria Permiso sanitario de construcción
13	Personal Responsable del Centro Integral de Servicios	Recibe por parte del Área de Dictamen y Resoluciones la licencia o el permiso sanitario de construcción autorizado para ser entregado al/la usuario/a.	Licencia sanitaria, Permiso sanitario deconstrucción
14		Entrega al/la usuario/a la licencia sanitaria o permiso sanitario de construcción. Nota: El/la usuario/a plasmará en una copia del documento que se le entregó dicho documento con la leyenda: recibí original, nombre, fecha y firma.	Licencia sanitaria Permiso sanitario de construcción
15		Envía mediante relación los documentos entregados al Área de Dictamen y Resoluciones para su envío al archivo.	Memorándum y Copia de documentación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE TRÁMITES Y SERVICIOS.




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE Y SERVICIOS
Personal Responsable del Centro Integral de Servicios
Jefe (a) de Departamento
Área de Dictamen y Resoluciones
A
3
10
Integra documentación conforma al trámite y la entrega
Formatos
Acuse de recibo (en c/formato)
11
Recibe documentación y programa visitas e integra historial sanitario del establecimiento
Formato de Transferencia
Expedientes del CIS
1
12
Emite la licencia sanitaria o el permiso una vez cumplida la visita para enviar al CIS
Licencia sanitaria
Permiso sanitario de construcción
13
Recibe para ser entregado al usuario (a)
Licencia sanitaria
Permiso sanitario de construcción
14
Entrega al usuario (a)
Licencia sanitaria
Permiso sanitario de construcción
15
Envía mediante relación documentos al área de dictamen para archivo
Memorándum
Copia de documentación
Fin del procedimiento

7.12.2. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA.

Tiempo Promedio: 15-25 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018	**María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018**	**Denis Santiago Hernández Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios DSH (DPRS) Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar la verificación sanitaria en cumplimiento a las disposiciones legales vigentes y aplicables para protección a la población contra riesgos y emergencias sanitarias.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
3. Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
4. Ley federal de responsabilidades administrativas de los servidores públicos.
5. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
6. Ley General de Salud.
7. Ley General para el Control del tabaco.
8. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
9. Ley Estatal de Salud.
10. Ley Orgánica de la Administración Pública en el Estado de Puebla.
11. Ley de Responsabilidades de los servidores públicos del Estado de Puebla.
12. Ley de Transparencia y acceso a la Información pública en el Estado de Puebla.
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Productos y Servicios.
14. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
15. Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento.
16. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.
17. Acuerdo Específico de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, que celebran la Secretaria de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, y el Estado de Puebla.
18. Acuerdo de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control sanitario de productos del tabaco que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Puebla, publicado en el Diario Oficial de la Federación.
19. Publicaciones de reformas en el Diario Oficial de las Federación.
20. Jurisprudencia aplicable en la materia.
21. Normas Oficiales Mexicanas aplicables vigentes en la materia.
22. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

23. Reglamento de las Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
25. Reglamento de Insumos para la Salud.
26. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.

Políticas de Operación:

1. Es responsabilidad del personal verificador conocer la legislación aplicable para ejecutar la orden de visita de verificación sanitaria.
2. Es responsabilidad de los departamentos programar las visitas de verificación sanitaria de acuerdo a las especificaciones siguientes: Programa Operativo Anual, Proyectos y metas establecidos en convenios federales cuando aplique, solicitudes por trámite o servicio, emergencias, seguimiento a procedimientos enviados por el área de dictamen y Denuncias Sanitarias ingresadas por los /las usuarios/as en el Centro Integral de Servicios.
3. Antes de la visita de verificación, el/la verificador/a sanitario/a se asegura de disponer de todos los recursos necesarios materiales y logísticos según el tipo de verificación.
4. En caso de que el/la Jefe/a de Departamento pretenda realizar la supervisión de la visita, previo al inicio de la diligencia (5 minutos antes), informa al/la verificador/a que será supervisado/a, por lo cual se observará lo establecido en el Procedimiento para la Supervisión del/la Verificador/a Sanitario/a.
5. En la diligencia de verificación sanitaria se deberán observar las siguientes reglas:
    I. Al iniciar la visita el/la verificador/a deberá exhibir la credencial institucional vigente, expedida por la Autoridad sanitaria competente, que lo acredite legalmente para desempeñar dicha función, así como la orden expresa a que se refiere el Artículo 399 de la Ley General de Salud, de la que deberá dejar copia al/la propietario/a, responsable, encargado/a u ocupante del establecimiento, esta circunstancia se deberá anotar en

el acta correspondiente.

II. Al inicio de la visita, se deberá requerir al/la propietario/a, responsable, encargado/a u ocupante del establecimiento, o conductor/a del transporte, que proponga a dos testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita. Ante la negativa o ausencia del/la visitado/a, los designará la autoridad que practique la verificación. Estas circunstancias, el nombre, domicilio y firma de los/las testigos/as, se hará constar en el acta.

III. En el acta que se levante con motivo de la verificación, se harán constar las circunstancias de la diligencia, las deficiencias o anomalías sanitarias observadas, el número y tipo de muestras tomadas o en su caso las medidas de seguridad que se ejecuten.

IV. Al concluir la verificación, se dará oportunidad al/la propietario/a, responsable, encargado/a u ocupante del establecimiento o conductor/a del transporte, de manifestar lo que a su derecho convenga, su dicho en el acta respectiva y recabando su firma en el propio documento, del que se le entregará una copia. La negativa a firmar el acta o a recibir copia de la misma o de la orden de visita, se deberá hacer constar en el referido documento y no afectará su validez, ni la de la diligencia practicada.

6. Requisitos generales previos a la realización de la visita

1) Recibir y revisar que la orden de visita, contenga los siguientes datos:
   a) Firma autógrafa de quien la expide.
   b) Nombre, denominación o razón social del/la visitado/a, o en su caso “Establecimiento ubicado en”.
   c) Domicilio completo del establecimiento a visitar.
   d) Objeto y alcance de la visita.
2) Contar con credencial de verificador/a vigente y llevarla consigo a la visita de verificación.
3) Buscar dirección de la visita, cotejar con algún documento geográfico que dicho domicilio sea coherente (guía roji, internet, etc.).
4) Revisar que el objeto y alcance sea claro donde se describan los aspectos a verificar con base en la

normatividad aplicable.

5) Revisar el marco legal aplicable (Leyes, reglamentos, acuerdos, NOM, FEUM).
6) En la medida de lo posible revisar antecedentes del producto / establecimiento: información del registro sanitario, licencia sanitaria, informes de seguridad, farmacovigilancia, quejas y/o denuncias.
7) Portar el oficio de comisión correspondiente de tratarse de una visita al interior del estado (foránea).
8) Utilizar los formatos autorizados y vigentes (actas, guías, lineamientos y demás aplicables de acuerdo al giro que corresponda).

7. Asentar en el acta la calificación que corresponda, de acuerdo a lo observado durante la visita y la evidencia presentada por el/la interesado/a de conformidad con los criterios establecidos en la guía y/o acta de verificación correspondiente:
   - "0" No cumple con lo solicitado en el punto.
   - "1" Cumple parcialmente con lo solicitado en el punto.
   - "2" Cumple totalmente con lo solicitado en el punto.
   - "No" aplica lo solicitado en el punto.
   - "Sí" cumple (dependiendo de la guía y/o acta).
   - "No" no cumple (dependiendo de la guía y/o acta).
8. Al momento de concluir la visita de verificación, previo a la firma del acta de verificación, el/la verificador/a debe confirmar que la documentación se encuentre completa, y en el siguiente orden:
   - Original de la orden de verificación con el acuse de recibo.
   - Acta de verificación con clave de identificación y páginas numeradas correctamente.
   - Anexar sellos recuperados por levantamiento de medida de seguridad, en caso de que no se anexen, mencionar lo que sucedió con ellos, es decir, si fueron destruidos, como se realizó la destrucción, etc.
   - Asegurar que los anexos (tratándose de documentos, carpetas, CD o cualquier otro tipo deberán de identificarse con el número de acta en forma fácilmente visible, de ser varios deberán entregarlos debidamente integrados, en orden numérico conforme al punto del acta que le corresponde).

- Etiquetas (identificadas con el número de acta de ser el caso, la orden del muestreo de producto para análisis), precisar en el acta (cuando resulte aplicable) tipo de producto, cantidad, lote, marca, contenido o capacidad y en su caso fabricante o distribuidor, conforme corresponda.
- Muestras de productos debidamente identificados, con la solicitud de análisis debidamente requisitada, precisando el análisis a determinar. Señalar en el acta lote, marca, contenido, etc., y temperatura en aquellos casos en que se requiera refrigeración o sean perecederos.

9. Conforme lo establecido en la Ley General de Salud, en el Artículo 402, se considera medidas de seguridad las disposiciones que dicte la autoridad sanitaria competente, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que, en su caso, correspondieren.
10. Para el Procedimiento de Verificación Sanitaria, de acuerdo al artículo 404, son medidas de seguridad sanitaria, aplicables, las siguientes:
    I. La suspensión de trabajos o servicios;
    II. La suspensión de mensajes publicitarios en materia de salud;
    III. La emisión de mensajes publicitarios que advierta peligros de daños a la salud;
    IV. El aseguramiento y destrucción de objetos, productos o substancias;
    V. Las demás de índole sanitaria que determinen las autoridades sanitarias competentes, que puedan evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud.

    Artículo 411.- Las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la inmediata suspensión de trabajos o de servicios o la prohibición de actos de uso, cuando, de continuar aquéllos, se ponga en peligro la salud de las personas.

    Artículo 412.- La suspensión de trabajos o servicios será temporal. Podrá ser total o parcial y se aplicará por el tiempo estrictamente necesario para corregir las irregularidades que pongan en peligro la salud de las personas. Se ejecutarán las acciones necesarias que

permitan asegurar la referida suspensión.

Esta será levantada a instancias del/la interesado/a o por la propia autoridad que la ordenó, cuando cese la causa por la cual fue decretada. Durante la suspensión se podrá permitir el acceso de las personas que tengan encomendada la corrección de las irregularidades que la motivaron.

Artículo 414.- El aseguramiento de objetos, productos o substancias, tendrá lugar cuando se presuma que pueden ser nocivos para la salud de las personas o carezcan de los requisitos esenciales que se establezcan en esta ley. La autoridad sanitaria competente podrá retenerlos o dejarlos en depósito hasta en tanto se determine, previo dictamen de laboratorio acreditado, cuál será su destino.

Se aplicarán medidas de seguridad, de conformidad con el marco legal vigente, y en general se debe considerar:

Suspensiones

- Detectar anomalías que impliquen suspensión.
- Solicitar autorización vía telefónica.
- Asentar el fundamento legal.
- Anotar detalladamente la anomalía en el acta correspondiente.
- Describir el riesgo que motiva la aplicación de la medida.
- Anotar el número o clave de suspensión en el acta, en los casos que aplique; Dicho número de folio será proporcionado por el/la Jefe/a de Departamento, el cual irá acompañado por una diagonal y un número consecutivo de igual número de fajillas utilizadas, identificando así el número total de fajillas dejadas en el establecimiento y se anotara en la parte superior izquierda de la fajilla de suspensión y/o aseguramiento ejemplo (folio de suspensión proporcionado por el/la Jefe/a de Departamento/01, folio de suspensión proporcionado por el/la Jefe/a del Departamento/02).
- Anotar en el acta el número de folio del sello y especificar lugar de ubicación.
- Describir el lugar o zona donde aplican la suspensión y donde se colocan los sellos.

Aseguramiento

- Asentar el fundamento legal.
    - Detectar anomalías que implica el aseguramiento.
    - Anotar detalladamente el o los productos

asegurados, lugar en donde se dejaron asegurados, el motivo de aplicación de la medida.
- ❖ Anotar el número o clave de aseguramiento en el acta, en los casos que aplique.
- ❖ Anotar en el acta el número de folio del sello o sellos de aseguramiento.

- ➢ Siempre que no interfiera con la buena ejecución de la verificación debe respetarse los reglamentos internos del establecimiento.
- ➢ Deberá abstenerse de hacer manifestaciones de admiración o desagrado cuando detecte algo excelente o fuera de lo normal.
- ➢ Deben evitarse comentarios, amenazas, y discusiones durante la verificación.
- ➢ Deberá manifestar seguridad, manteniéndose dentro de los límites de ética profesional, con el fin de inspirar confianza y respeto.
- ➢ Todas las observaciones y/o recomendaciones deben realizarse por escrito.
- ➢ Toda información derivada de la visita de verificación deberá considerarse de carácter estrictamente confidencial.
- ➢ Deberá evitarse contactos particulares con las entidades responsables o trabajadores/as de la empresa, manteniéndose las relaciones en el dominio profesional.
- ➢ Es responsabilidad de todo/a servidor/a público/a, realizar sus funciones en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás ordenamientos aplicables.
- ➢ Conforme a la Ley Federal de Responsabilidades administrativas de los servidores públicos y el Código de ética de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, será responsabilidad de los/las verificadores/as / dictaminadores/as, salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, bien común, integridad, honradez, imparcialidad, justicia, transparencia, rendición de cuentas, entorno cultural y ecológico, generosidad, igualdad, respeto y liderazgo que rigen en el servicio

público en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones en apego a las obligaciones establecidas en dicha Ley.

- De acuerdo a lo establecido en el Título Décimo del Código Penal Federal se consideran delitos cometidos por servidores públicos los siguientes:
    - Ejercicio indebido de servicio público
    - Abuso de autoridad
    - Desaparición forzada de personas
    - Coalición de servidores públicos
    - Uso indebido de atribuciones y facultades
        - Concusión
        - Intimidación
        - Ejercicio abusivo de funciones
        - Tráfico de Influencia
        - Cohecho
        - Cohecho a servidores públicos extranjeros
        - Peculado
        - Enriquecimiento Ilícito
- La toma de muestras se llevará a cabo de acuerdo al Procedimiento de Toma de Muestra. (aplicable según el caso a superficies inertes, aguas blancas y negras, alimentos y bebidas).

Del proceso de verificación

- Es responsabilidad del/la directora/a de Protección Contra Riesgos Sanitarios consensar y autorizar junto con los/las Jefes/as de Departamento los proyectos e indicadores programados para el ejercicio.
- Cuando se trate de una verificación en seguimiento al procedimiento de un establecimiento enviado por el área de dictamen, previo al inicio de la visita deberá notificar el acuerdo por el que ésta se ordena. En caso de que haya sido notificado con anterioridad procede a realizar la visita de verificación de acuerdo a lo señalado en el presente documento, (norma al paso 10 del procedimiento).
    - Se dejará un Citatorio en los siguientes casos:

a) Cuando el establecimiento se encuentre cerrado.
b) Cuando la persona que pretenda atender la diligencia sea menor de edad.
c) Cuando la persona que atiende la visita se diga incapaz

de atender la diligencia.

d) En los casos a) y b), el Citatorio se deberá dejar pegado en la puerta del establecimiento, tomando fotografía del mismo.
e) En el caso c), si existe personal con mayoría de edad dicho citatorio se entrega en propia mano, en caso de negarse a recibirlo se procede a realizarlo como se indica en el inciso d).

Se entregará instructivo cuando:

- Cuando haga caso omiso del citatorio y no se presente para atender la diligencia (Paso 10).
- Se elaborará acta informativa en los siguientes casos:
  - Cuando no existe el establecimiento en el domicilio descrito en la orden de verificación sanitaria.
  - Cuando los datos del establecimiento no coinciden con la orden de verificación sanitaria y el/la usuario/a se niega a recibir la visita.
  - Cuando la visita de verificación ya fue realizada, excepto que haya sido programada por otro motivo (muerte materna, emergencia, queja entre otros).
- Formato de integración de acta:

Requisita el acta de verificación y el giro comercial de que se trate en la PAGINA DEL SIIPRIS (HTTP://189.254.115.250:81/VIGILANCIA/) con el fin de que la información de la visita este actualizada en el sistema federal.

- En caso de no tener acceso al portal del SIIPRIS, se deberá llenar el formato en Word del Acta de Verificación.
- Al término de la Verificación Sanitaria:

  Paso 1: Al concluir la verificación, se dará oportunidad a la persona que atiende la diligencia, de manifestar lo que a su derecho e interés convenga, asentando y/o trascribiendo lo dicho en el acta respectiva (firmando el visitado al termino de lo manifestado); recabando las firmas autógrafas, en el acta original y en la copia.

  Paso 2: Deberá corroborar que todos los puntos del acta de verificación sanitaria estén debidamente requisitados.

  Paso 3: Se testan los espacios en blanco y se asienta la fecha y hora en que se concluye la visita.

	Paso 4: Una vez firmada el acta, se entregará la copia a la persona que atiende la diligencia y ante la negativa a firmar el acta o a recibir la copia de la misma, se deberá hacer constar en el referido documento, NO afectando con ello la validez de la diligencia practicada. De la integración de Expedientes: El orden para integrar el expediente es el siguiente de manera ascendente: 1. Antecedentes (queja, solicitud, acuerdo de dictamen para el seguimiento de un procedimiento, comunicados oficiales cuando aplique). 2. Orden de visita de verificación. 3. Citatorio, cuando aplique. 4. Carta de derechos y obligaciones del/la verificado/a. 5. Acta de verificación con anexos (Constancias, fotos, fajillas o cualquier otro documento que soporte la información contenida en el acta). 6. Solicitud de análisis de muestra, en su caso. 7. Informe de prueba (Resultados de laboratorio, cuando aplique). El expediente se integra se integra de mayor a menor.
Responsables	Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica, Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
Áreas Involucradas	El presente procedimiento debe ser aplicado por todo el personal verificador para la verificación sanitaria en la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Programación Anual de Metas e Indicadores, Acuse de programación del SIIPRIS, Carta de los derechos y obligaciones del verificado, Orden de verificación, Reporte impreso del SIIPRIS, Citatorio, Acta informativa, Acta de verificación, Formato de Transferencia de Órdenes y Expedientes, Guía para el usuario sobre la visita de verificación sanitaria, Formato de entrega de material.
Glosario	COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. Control Sanitario: Conjunto de acciones de orientación, educación,

muestreo, verificación y en su caso aplicación de medidas de seguridad y sanciones administrativas, en base a lo que establece la secretaria de salud con la participación de los/las productores/as, comercializadores/as y consumidores/as, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas y otras disposiciones aplicables.
Farmacopea: Libro en el que están las descripciones de los medicamentos.
FEUM: Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
NOM: Norma Oficial Mexicana.
PMI: Programación Anual de Metas e Indicadores.
SIIPRIS: Sistema de Información Integral para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
Verificación sanitaria: actividad de revisión física para dar cumplimiento a ley general de salud y demás disposiciones aplicables.
Vigilancia sanitaria: actividad de revisión física para dar cumplimiento a ley general de salud y demás disposiciones aplicables.
Medidas de Seguridad: Las disposiciones que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de la Ley General de Salud para proteger a la población. Son medidas de seguridad las establecidas en el artículo 404 de la Ley General de Salud.
Mesa de Dictamen: Área del Departamento donde se realiza el dictamen, las resoluciones y sanciones correspondientes a los expedientes de los giros asignados a ese Departamento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a de Regulación y Fomento Sanitario	Entrega vía memorándum a los/las Jefes/as de cada Departamento sobre los proyectos e indicadores establecidos para la vigilancia sanitaria en la entidad a aplicar durante el año.	Memorándum

2	Jefe/a de Departamento	Revisa a detalle los indicadores y proyectos establecidos y de acuerdo al Programa Anual de Metas e Indicadores, Convenio Federal Aplicable, Denuncia Sanitaria Trámite o Servicio, programa las visitas de verificación.	Programación Anual de Metas e Indicadores (PMI) Convenio Federal Aplicable Denuncia Sanitaria Trámite o Servicio
3		Programa las visitas en el SIIPRIS, imprime el acuse de programación y lo turna a la Subdirección para su aprobación.	Acuse de programación del SIIPRIS
4	Responsable de Emisión de Ordenes	Procede a imprimir Orden de Verificación en dos juegos (original y copia) en hoja de papel seguridad y remite a la Dirección para su firma autógrafa y sello oficial.	Orden de Verificación
5	El/la director/a de DPRIS	Recibe revisa y envía las órdenes de verificación a las Jefaturas con firma autógrafa y sello oficial.	Ordenes de Verificación
6	Jefaturas	Reciben las órdenes de verificación, cotejando que sean las que el Departamento programo.	Ordenes de verificación
7	Jefe/a de Departamento	Entrega al/la verificador/a sanitario/a asignado/a la siguiente documentación: Orden de verificación solicitando firma de recepción en el formato de entrega de Órdenes de Verificación.	Ordenes de Verificación Formato entrega de Ordenes de Verificación
8	Verificador/a sanitario/a	Recibe y revisa las órdenes de verificación Sanitaria que les son entregadas y solicita el material necesario para el tipo de verificación asignada firmando el formato de	Ordenes de verificación Formato de entrega de material

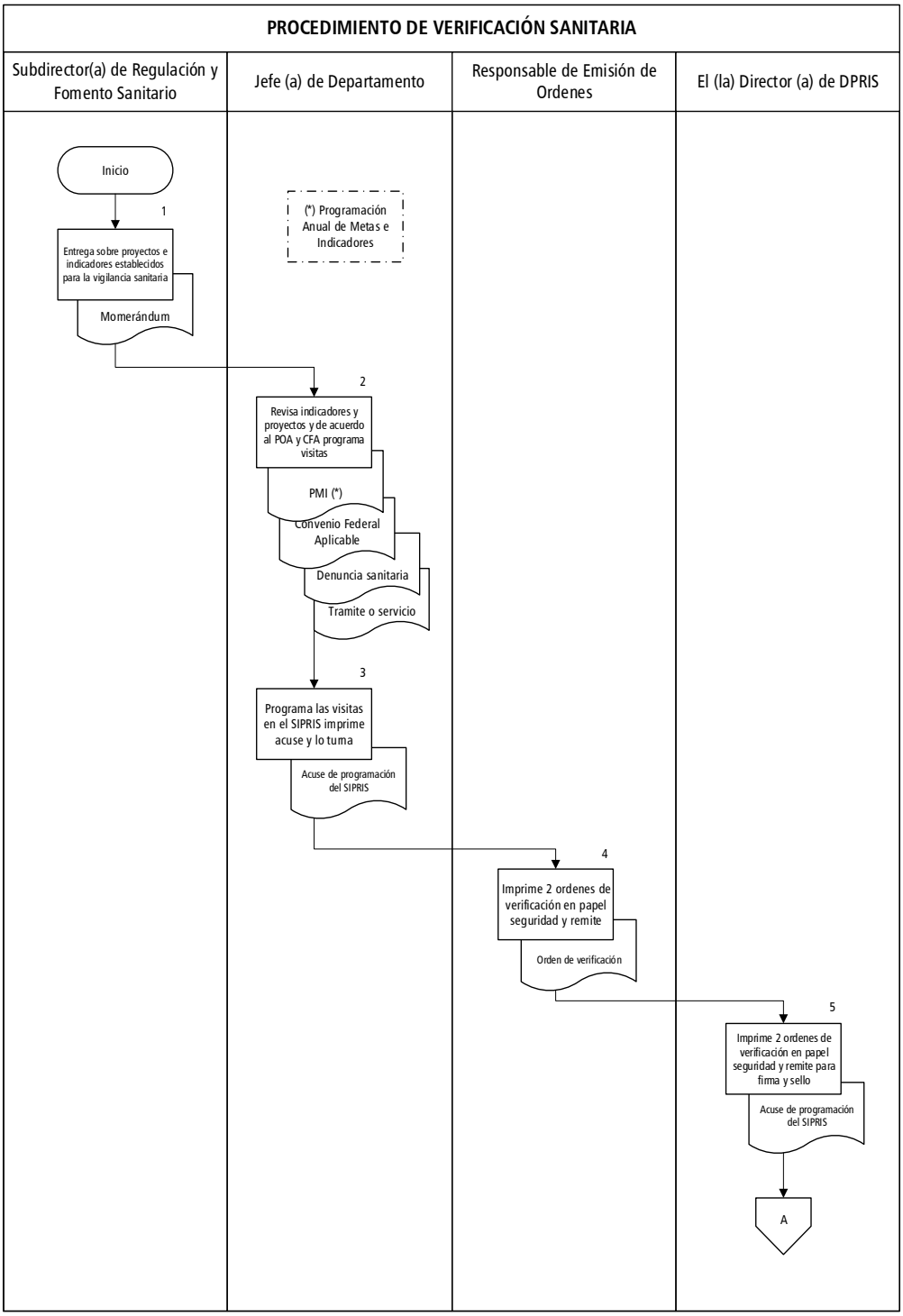
		entrega de material.	
9		Acude al lugar del domicilio señalado y procede a realizar la visita de verificación de acuerdo a lo señalado en la Orden de Verificación.	Orden de verificación
10		Se identifica como Verificador/a Sanitario/a, proporciona su nombre completo y exhibe credencial institucional vigente que lo acredita como tal. ¿El/la verificado/a está de acuerdo con la visita? Si, continua con el paso 12 No, continua en el paso 11	
11	Verificador/a sanitario/a	Solicita el auxilio de la Fuerza Pública, comunicándolo en forma inmediata a su superior jerárquico, quien realizará llamada telefónica, proporcionando los datos del establecimiento y el apoyo que se solicita. Una vez prestado el auxilio de la fuerza pública se procederá a realizar la visita de verificación Sanitaria.	
12		Entrega carta de derechos y obligaciones del/la verificado/a, guía para el/la usuario/a y la orden de visita de verificación, explica detalladamente el objeto y alcance descrito en la orden.	Carta de los derechos y obligaciones del verificado Orden de verificación Citatorio Acta informativa Guía para el usuario sobre la visita de verificación Sanitaria.

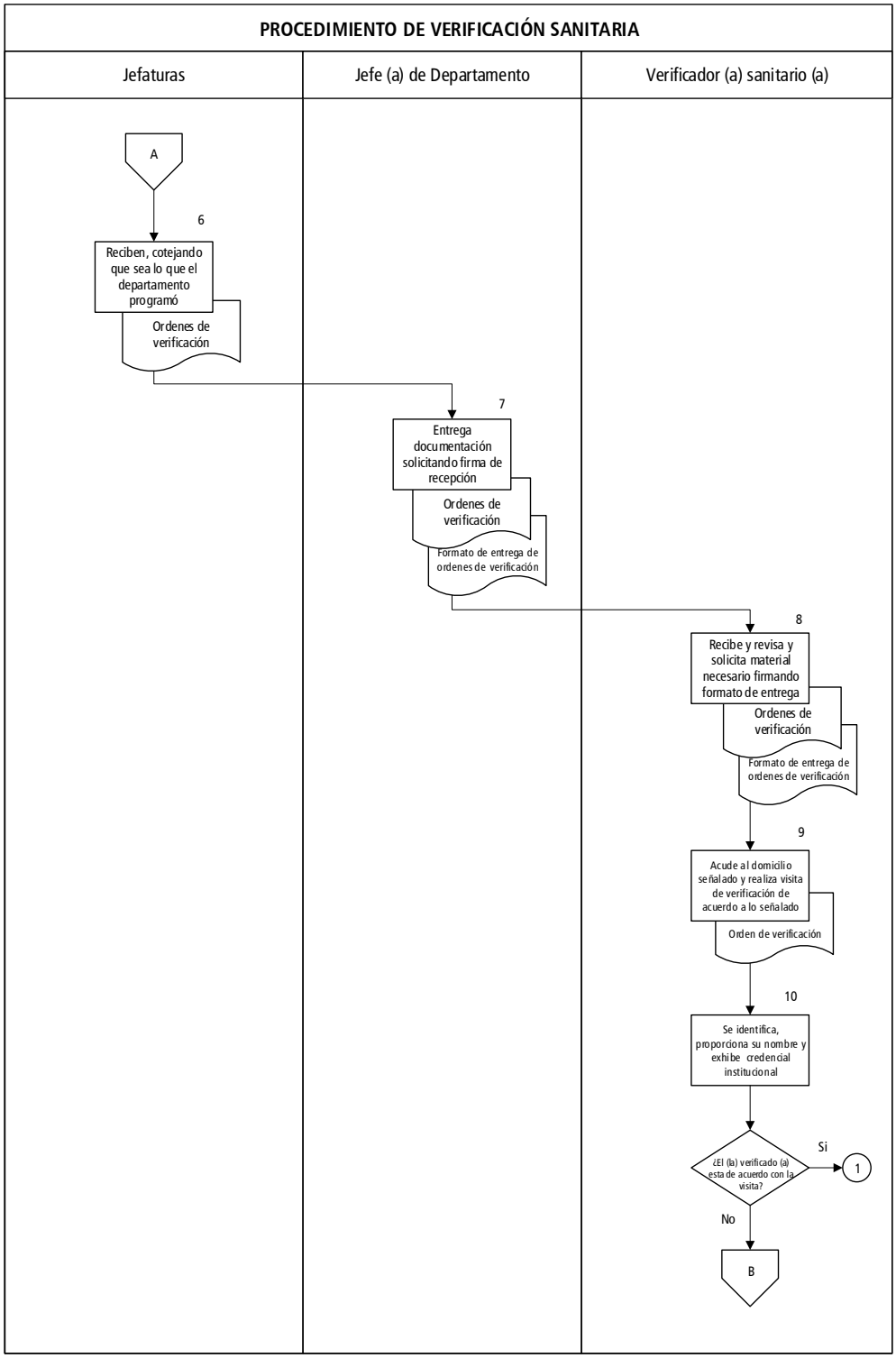
13		Aclara las dudas del/la verificado/a y le solicita asiente los datos de nombre, cargo, firma y fecha (este último en caso de aplicar), en los acuses de recibo de la documentación.	Acuses de recibido
14	Verificador/a sanitario/a	Organiza el recorrido procurando respetar los reglamentos internos del/la verificado/a y solicita a quien atiende la diligencia que asigne a dos testigos quienes deberán presentar identificación oficial con fotografía a las que se solicita tomar evidencia. ¿El testigo permite la toma de evidencia? Si, continúa con el paso 15. No. sólo se tomarán los datos de éstas, en caso de no tenerla, se asentará en el acta bajo protesta de decir verdad y continúa en el paso 15.	
15		Inicia la integración del Acta de Verificación Sanitaria.	Acta de Verificación Sanitaria
16		Se solicita autorización al/la propietario/a, representante u ocupante del establecimiento para tomar evidencia fotográfica de sus instalaciones.	Evidencia fotográfica colocada en Dropbox
17		Procede a realizar el recorrido por las instalaciones del establecimiento y de acuerdo a lo observado apunta en el acta de verificación, los resultados señalando a la persona que atiende la diligencia y a los testigos las irregularidades sanitarias detectadas. ¿La orden de verificación sanitaria señala la toma de muestra de producto? Si, se sujetará a lo establecido en los	Acta de Verificación

		artículos 401- BIS y 401- BIS- 1 de la Ley General de Salud y sus Reglamentos correspondientes en la materia, así como en el Manual de Procedimiento para la Toma de Muestra (cuando aplique superficies inertes, agua blanca y residual, de Alimentos y Bebidas). No, Continúa con el paso 18	
18	Verificador/a Sanitario/a	El/la Verificador/a evalúa las condiciones del establecimiento. ¿Detecta irregularidades sanitarias que pongan en riesgo a la salud de la población? Si, continúa en el paso 19 No, continua en el paso 23	
19		Notifica vía telefónica y/o video llamada al/la Jefe/a de Departamento y solícita la autorización para aplicar la (s) medida (s) de seguridad correspondiente (s), asentando detalladamente en el acta las anomalías encontradas que ponen en riesgo la salud de la población.	Criterios para Determinar Medidas de Seguridad. Fajillas No. De Folio de Autorización
20	Jefe/a de Departamento	Recibe del/la Verificador/a la notificación y solicita exposición de motivos para efectuar la aplicación de medida de seguridad y pide lo muestre mediante video llamada. ¿Procede la autorización para aplicar la (s) medida (s) de seguridad? Si, continúa en el paso 21 No, continúa en el paso 23	Fotografías, en caso de aplicar
21	Verificador/a Sanitario/a	Informa a la persona que atiende la diligencia que debido a las irregularidades sanitarias detectadas y que ponen en peligro la salud de la población, se aplicarán la (s) medida	No. de clave de Autorización Acta de verificación sanitaria.

		(s) de seguridad especificando el tipo de medida (s). Procede a aplicar la (s) medida (s) de seguridad autorizada (s) y se termina de integrar el acta recabando firmas del/la verificado/a y los/las testigos. ¿El/la verificado/a o representante legal y los/las testigos firman el acta? Si, continúa en el paso 22 No, se deberá hacer constar en el referido documento, NO afectando con ello la validez de la diligencia practicada y continúa en el paso 23	Fajilla de Suspensión. Fajilla de Asegurado
22	Verificador/a Sanitario/a	Entrega la copia a la persona que atiende la diligencia.	Acta de verificación sanitaria
23	Verificador/a Sanitario/a	Captura la información que se requiera, para los informes correspondientes, propios del departamento y entrega el expediente debidamente integrado de las visitas de verificación realizadas al/la Jefe/a de Departamento / Coordinador/a de Vigilancia Sanitaria.	Expediente
24	Jefe/a de departamento / coordinador/a de vigilancia sanitaria	Recibe y revisa los expedientes verificando que estén debidamente integrados. ¿Los expedientes cumplen con los criterios establecidos? Si, continúa con el paso 25 No, los regresa y continúa en el paso 23.	Formato de Control Interno Expediente sanitario Formato de Transferencia de Órdenes y Expedientes.
25		Turna los Expedientes Sanitarios a las Mesas de Dictamen correspondiente.	Formato de Transferencia Ordenes Expedientes.
Fin del procedimiento			

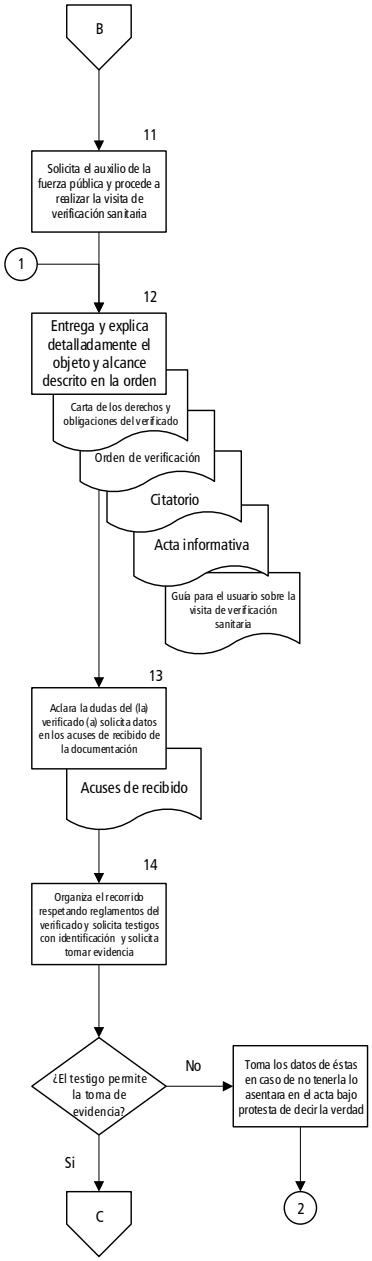
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA.




PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA
Jefaturas
Jefe (a) de Departamento
Verificador (a) sanitario (a)
A
6
Reciben, cotejando que sea lo que el departamento programó
Ordenes de verificación
7
Entrega documentación solicitando firma de recepción
Ordenes de verificación
Formato de entrega de ordenes de verificación
8
Recibe y revisa y solicita material necesario firmando formato de entrega
Ordenes de verificación
Formato de entrega de ordenes de verificación
9
Acude al domicilio señalado y realiza visita de verificación de acuerdo a lo señalado
Orden de verificación
10
Se identifica, proporciona su nombre y exhibe credencial institucional
¿El (la) verificado (a) esta de acuerdo con la visita?
Si
1
No
B

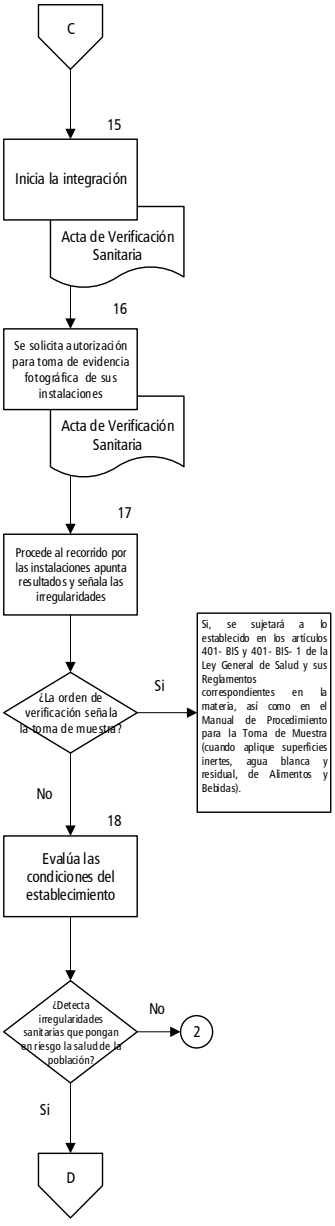
PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA

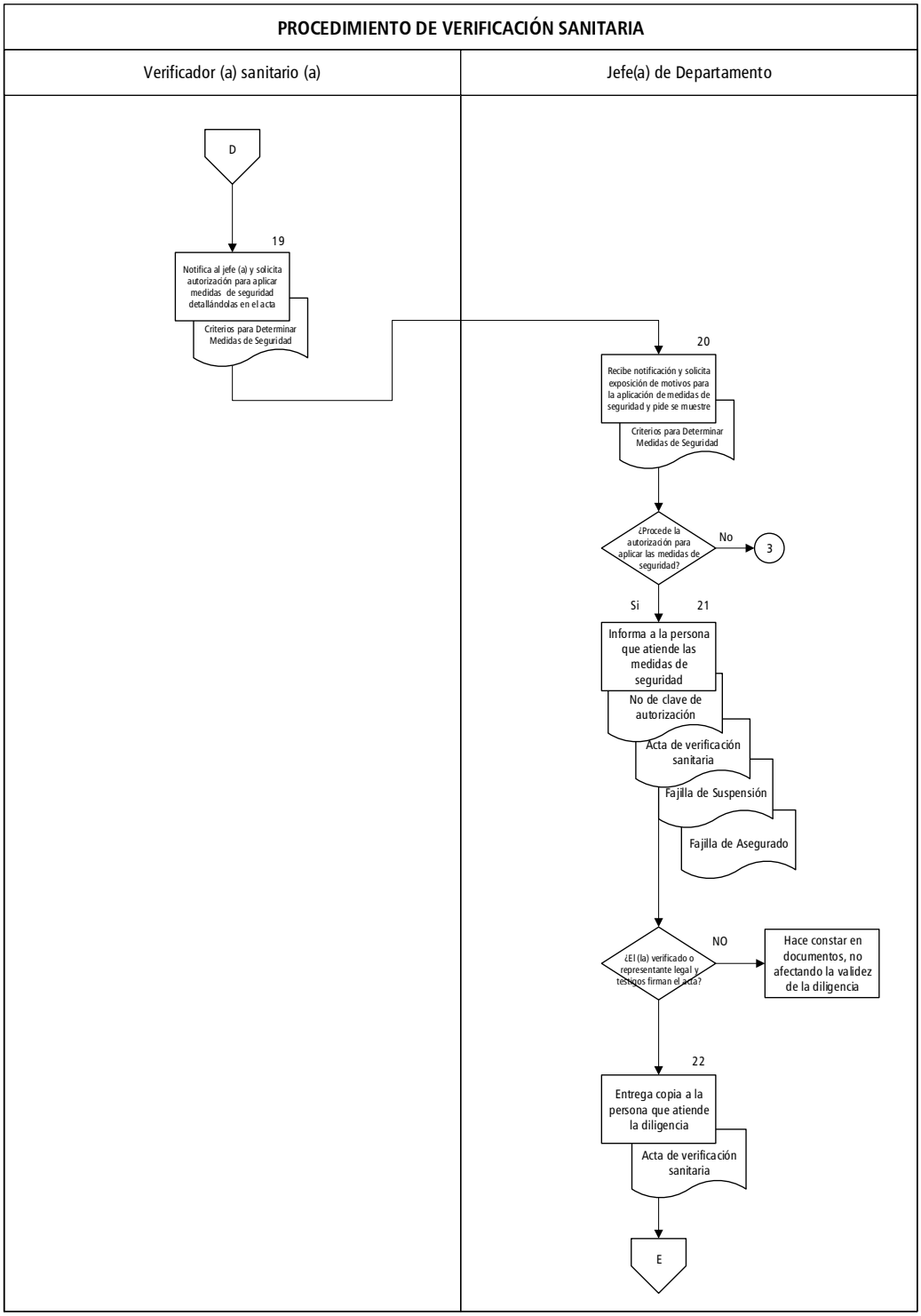
Verificador (a) sanitario (a)

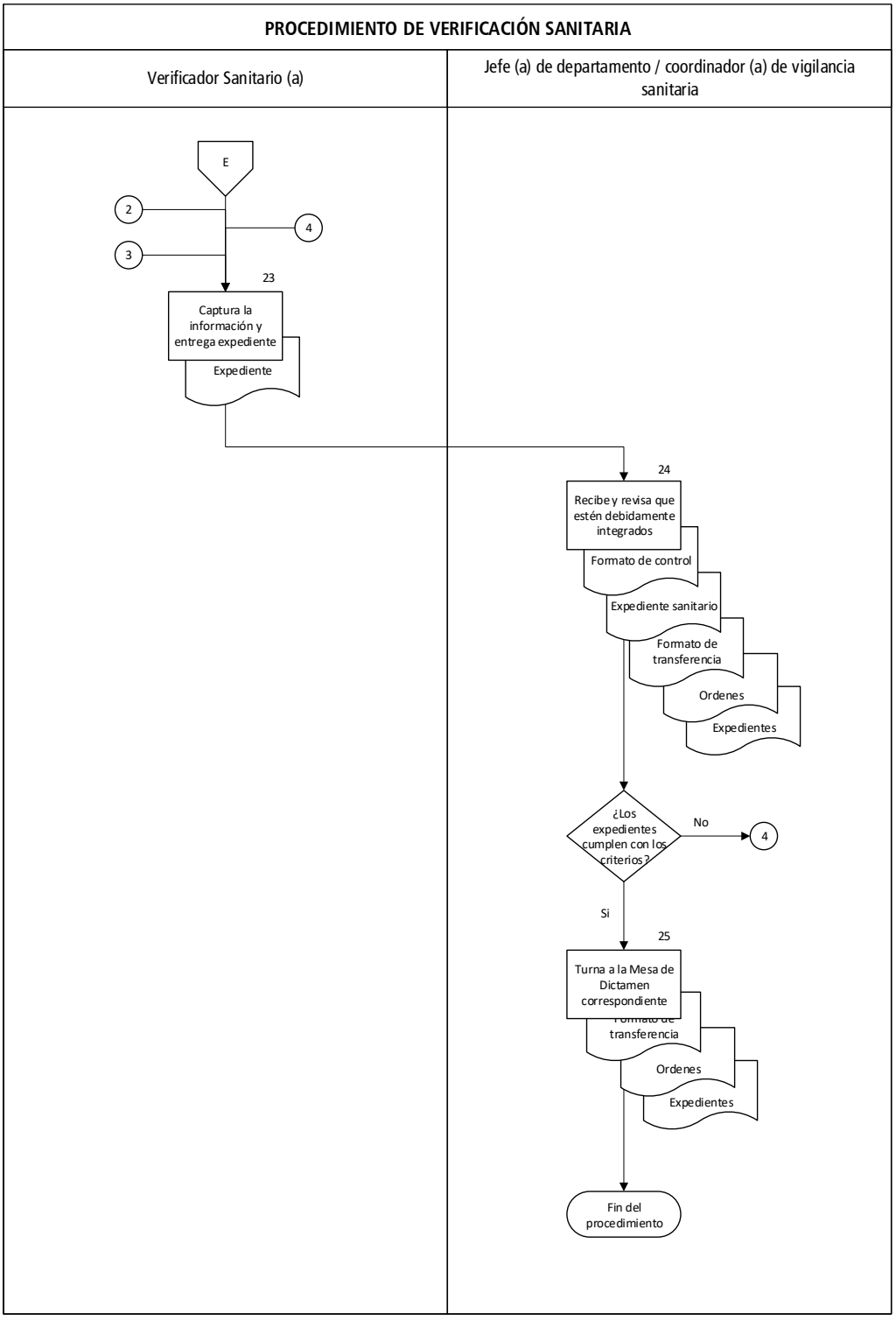


PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA

Verificador (a) sanitario (a)




PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA
Verificador (a) sanitario (a)
Jefe(a) de Departamento
D
19
Notifica al jefe (a) y solicita autorización para aplicar medidas de seguridad detallándolas en el acta
Criterios para Determinar Medidas de Seguridad
20
Recibe notificación y solicita exposición de motivos para la aplicación de medidas de seguridad y pide se muestre
Criterios para Determinar Medidas de Seguridad
¿Procede la autorización para aplicar las medidas de seguridad?
No
3
Si
21
Informa a la persona que atiende las medidas de seguridad
No de clave de autorización
Acta de verificación sanitaria
Fajilla de Suspensión
Fajilla de Asegurado
¿El (la) verificado o representante legal y testigos firman el acta?
NO
Hace constar en documentos, no afectando la validez de la diligencia
22
Entrega copia a la persona que atiende la diligencia
Acta de verificación sanitaria
E


PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN SANITARIA
Verificador Sanitario (a)
Jefe (a) de departamento / coordinador (a) de vigilancia sanitaria
E
2
3
4
23
Captura la información y entrega expediente
Expediente
24
Recibe y revisa que estén debidamente integrados
Formato de control
Expediente sanitario
Formato de transferencia
Ordenes
Expedientes
¿Los expedientes cumplen con los criterios?
No
4
Si
25
Turna a la Mesa de Dictamen correspondiente
Formato de transferencia
Ordenes
Expedientes
Fin del procedimiento

7.12.3. PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO.

Tiempo Promedio: 8 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018	**María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018**	**Denis Santiago Hernández Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios DSH (DPRS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los criterios técnicos para la determinación de cloro residual libre como un indicador fundamental en la vigilancia de la calidad del agua para uso y consumo humano, estableciendo los lineamientos para que el personal verificador realice el monitoreo de cloro residual libre de manera uniforme y conforme a la normatividad sanitaria aplicable, con fundamentos técnicos y normados. beneficiando a la salud de la población

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002. Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo de agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.

Políticas de Operación:

1. El monitoreo de cloro residual libre se realizará de acuerdo a la programación con el objeto de cumplir con el Programa Operativo Anual del departamento de Salud Ambiental y Ocupacional y las metas establecidas en los 217 municipios del Estado.
2. Se debe realizar la actividad con un kit comparador de cloro residual libre o en sistemas de distribución o de abastecimientos públicos y privados de agua para uso y consumo humano.
3. No se deberá utilizar el reactivo DPD de una marca comercial con el comparador el comparador colorimétrico de otra marca comercial, ya que el desarrollo del color en la muestra no será equivalente con la escala colorimétrica
4. En las localidades y Municipios, una vez tomada la muestra si se detecta que se encuentran fuera de la norma, se realizan acciones preventivas con las autoridades o responsables de los sistemas de agua para que esto se corrija de inmediato.
5. El resultado de las actividades, deberá ser informado por los/las verificadores/as sanitarios semanalmente al Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional, a través del formato establecido.
6. Si el resultado de la muestra indica que la coloración equivalente del agua no alcanza la escala de 0,2 ppm se deberá de reportar como menor de 0,2 (< 0,2).
7. Si la coloración rebasa la escala de 1,5 ppm se deberá registrar como mayor de 1,5 (>1,5)

8. Si el resultado de la muestra reportara en el que coloración del agua se encuentra entre los valores de 0.2 ppm a 1.5 ppm registrar en el formato correspondiente el valor observado en la escala del dispositivo.
9. La información recibida en la Oficina Central se captura diariamente en el sistema denominado “Atlas de Riesgo” destinado por la COFEPRIS para que se realicen los informes mensuales Estatales y Federales a través del formato establecido.
10. Selección de Sitios y Puntos de Monitoreo.

Los puntos a monitorear deberán considerar los siguientes aspectos:

a) Tomas domiciliarias, agua directa de la red municipal y puntos ciegos o más alejados de la red.
b) Sitios de concentración masiva, tales como: hospitales, refugios temporales, centros de preparación de alimentos, restaurantes, escuelas, mercados, central de autobuses.
c) Carros cisternas para el transporte y distribución de agua potable.
d) Aquellos sitios que por sus características se consideren como un riesgo que pudieran ocasionar daños en la salud de la población.
e) Es responsabilidad del/la Verificador/a hacer uso correcto de los reactivos utilizados y encaso contingente seguir las recomendaciones del fabricante.

Responsables

Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica, Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Áreas Involucradas

Aplica a todos/as los/las verificadores/as que requieran determinar cloro residual libre a las muestras de agua tomadas durante las verificaciones realizadas dentro del Estado de Puebla.

Recursos

Formato de Monitoreo de Cloro Residual Libre, Acta de Verificación, Expediente de la orden de verificación.

Glosario	Agua Potable: Agua que no contiene contaminantes objetables, físicos, químicos y microbiológicos y que no causa efectos nocivos para la salud. Sistema de Abastecimiento de Agua: Conjunto de elementos integrados por las obras hidráulicas de capacitación, conducción, potabilización, desinfección, almacenamiento o regulación y distribución. Comparador colorimétrico de cloro residual libre mediante reactivo de DPD: Equipo de medición de cloro residual libre. El comparador debe contar con referencia de medición continua o discontinua; los límites del intervalo de medición deben permitir una lectura entre 0.2 a 3.0 mg/L. DPD (Dialquil- 1,4 fenilendiamina): Ingrediente químico para la determinación colorimétrica de cloro residual libre. Este producto se puede encontrar en diversas presentaciones, como solución, pastillas o polvo en cápsulas. COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Ppm: partes por millón, equivalente a miligramos por litro (mg/L). STEAP: Sistema de Transferencia Electrónica de Avance de Proyectos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO.

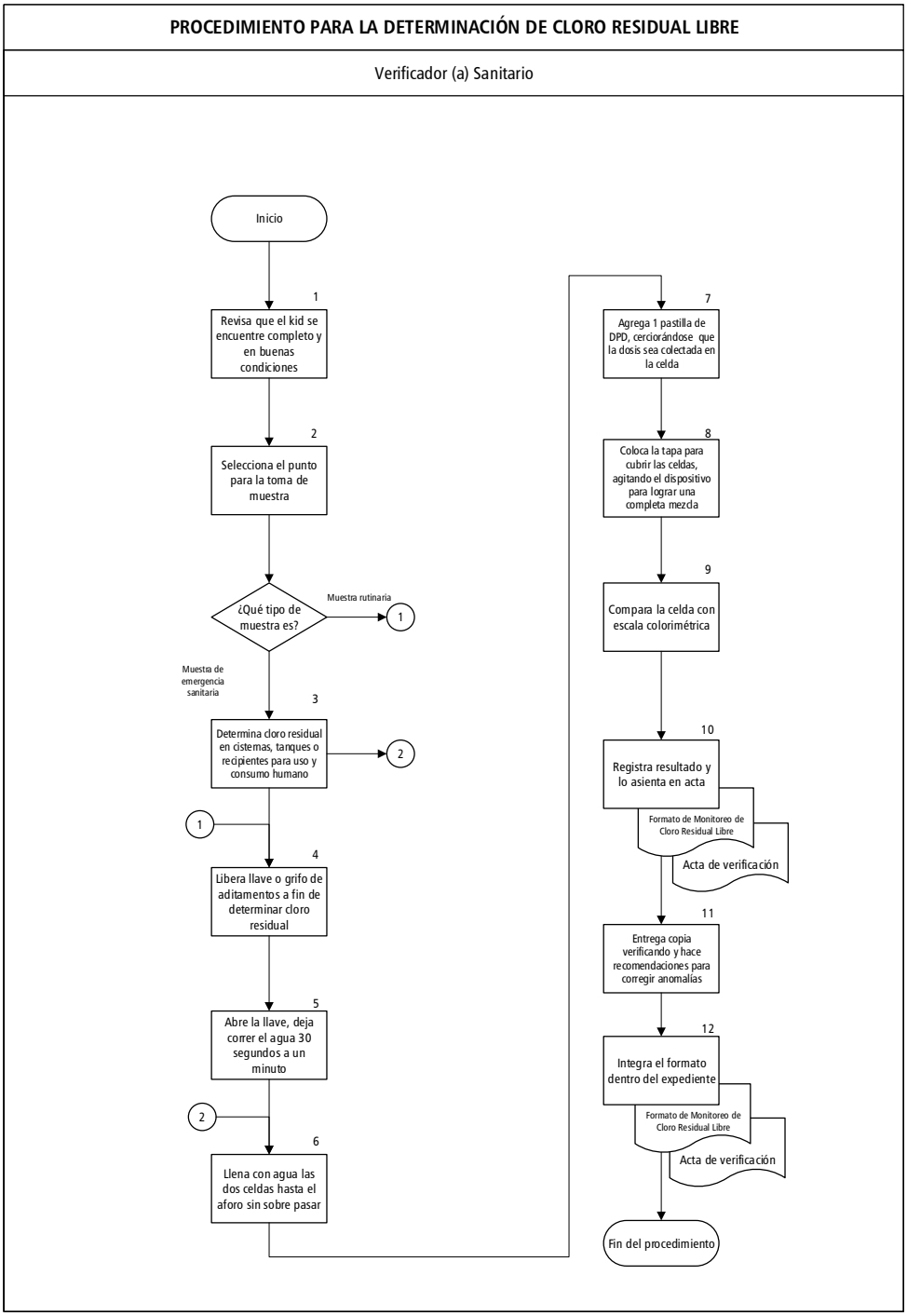
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Verificador/a Sanitario/a	Revisa que el kit para el monitoreo de cloro residual libre se encuentre completo y en buenas condiciones, es decir, limpio, sin residuos de la lectura anterior, sin ralladuras o fugas.	N/A
2		Selecciona el punto para la toma de muestra.	N/A

		¿Qué tipo de muestra es? Es muestra rutinaria: Continuar con la actividad No. 4. Es muestra de emergencia sanitaria: Continuar con la actividad No. 3.	
3		Determina cloro residual en agua ¿El agua de distribución de qué tipo es? Llave o grifo: Continúa en actividad 5. Cisternas/ tanques de almacenamiento: Continúa en actividad 6.	Formato de Monitoreo de Cloro Residual Libre.
4		Para muestras rutinarias. Libera la llave o grifo de aditamentos conectados, tales como mangueras, a fin de que la determinación de cloro residual sea directa y no interfiera en el resultado.	N/A
5		Deja correr el agua por un espacio de 30 segundos a un minuto, el agua deberá provenir directamente del sistema de abastecimiento, no se deberá monitorear si el grifo presenta fugas entre el tambor y el cuello, ya que el agua podrá correr por la parte exterior del grifo y contaminar la muestra. **Nota**: Aplica para llave o grifo de aditamentos conectados, tales como mangueras, a fin de que la determinación de cloro residual sea directa y no interfiera en el resultado	N/A
6		Llena con agua a monitorear, las dos celdas correspondientes para la determinación de cloro libre residual (la de escala colorimétrica con encabezado Cl DPD y la celda	N/A

		transparente junta a la escala colorimétrica) hasta el aforo sin sobrepasar. **Nota:** Aplica para agua contenida en cisternas o tanques de almacenamiento, auto tanques, plantas purificadoras móviles y cualquier recipiente que contenga agua para uso y consumo humano	
7		Agrega 1 pastilla de DPD a la celda de prueba para cloro residual libre, presionando la envoltura con un dedo sobre la celda transparente del comparador, evitando el contacto de la pastilla con los dedos, en caso de utilizar dosificador (gotero), cerciorarse que la totalidad de la dosis sea colectada en la celda.	N/A
8		Coloca la tapa para cubrir las celdas, agitando el dispositivo para ayudar a la disolución de la pastilla y lograr una completa mezcla de la solución reactivo DPD – agua.	N/A
9		Compara la celda de prueba con su respectiva escala colorimétrica colocando un fondo blanco para poder observar el color que presenta el agua y su correspondiente valor numérico.	N/A
10		Registra el resultado del monitoreo en el Formato de Monitoreo de Cloro Residual Libre y lo asienta en el acta de verificación.	Formato de Monitoreo de Cloro Residual Libre. Acta de verificación
11	Verificador/aSanitario/a	Entrega copia del acta verificada y hace recomendaciones para corregir las anomalías encontradas.	S/D

12		Integra el formato dentro del expediente sanitario.	Formato de Monitoreo de Cloro Residual Libre Expediente de la orden de verificación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO.



7.12.4. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS.

Tiempo Promedio: 20 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018	**María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018**	**Denis Santiago Hernández Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios DSH (DPRS) Octubre 2018**

Objetivo	Evaluar las condiciones sanitarias e inocuidad de los productos y alimentos que se ofrecen a la población, del Estado de Puebla mediante análisis de laboratorio y verificar así que cumplen con las disposiciones sanitarias vigentes y calidad para el consumo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
3. Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
4. Ley federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
5. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
6. Ley General de Salud. Artículos 401-BIS Y 401-BIS-1
7. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
8. Ley Estatal de Salud
9. Ley Orgánica de la Administración Pública en el Estado de Puebla
10. Ley de Transparencia y acceso a la Información pública en el Estado de Puebla.
11. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud.
12. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
13. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
14. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla” emitido el día 08 de febrero de 2013.
15. Apéndice del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios Acuerdo Específico de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios que celebran la Secretaria de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, y el Estado de Puebla.
16. Acuerdo de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control sanitario de productos del tabaco que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Puebla, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de junio de 2011.
17. Publicaciones de reformas en el Diario Oficial de las Federación.

18. Jurisprudencia aplicable en la materia.
19. Normas Oficiales Mexicanas:
20. NOM-002-SSA1-1993, NOM-016-SSA2-1994, NOM-027-SSA1-1993, NOM-029-SSA1-1993, NOM-030-SSA1-1993, NOM-031-SSA1-1993, NOM-032-SSA1-1993, NOM-040-SSA1-1993, NOM-086-SSA1-1994, NOM-129-SSA1-1995, NOM-130-SSA1-1995, NOM-131-SSA1-1995, NOM-147-SSA1-1996, NOM-159-SSA1-1996, NOM-182-SSA1-1998, NOM-186-SSA1/SCF1-2002, NOM-187-SSA1/SCF1-2002, NOM-194-SSA1-2004, NOM-201-SSA1-2002, NOM-213-SSA1-2002, NOM-243-SSA1-2010, NOM-247-SSA1-2008, NOM-251-SSA1-2007.
21. Norma ISO 9001:2008 Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos.

Políticas de Operación:

1. Será responsabilidad del/la Verificador/a sanitario/a presentar una orden de visita para la toma de muestra de alimentos o bebidas alcohólicas y no alcohólicas.
2. Las tomas de muestras realizadas durante una visita de verificación deberán ser por triplicado entregándose de la siguiente forma:
   a) Muestra la cual será entregada al laboratorio autorizado por el/la Verificador/a sanitario/a.
   b) Muestra testigo, queda a resguardo del/la interesado/a y si es su voluntad la enviará a analizar en forma particular a un laboratorio autorizado.
   c) Muestra oficial se queda a resguardo del/la interesado/a y a disposición de la Secretaría
3. Cuando se realice un muestreo, deberá asentarse en el acta de verificación, el número de muestras tomadas, identificando el lote al que pertenecen, fecha de caducidad, la cantidad y presentación de cada una de ellas y determinación de análisis de laboratorio.
4. En caso de que el/la verificado/a se rehusé a la toma de muestra por triplicado, el/la Verificador/a tomará solamente una muestra que se entregará al Laboratorio de Salud Pública y los resultados oficiales emitidos por dicho laboratorio serán inapelables,

dejando el hecho circunstanciado invariablemente en el acta de verificación.

5. Para entregar las muestras al Laboratorio de Salud Pública (LSP), los/las verificadores/as deberán anotar en la muestra el No. De Orden de Verificación, de lo contrario el LSP no aceptara la muestra.
6. La muestra de un producto podrá ser tomada en cualquiera de las etapas del proceso, especificando en el acta el lote, producción o recipiente de almacenamiento o de expendio o suministro al público, identificando las muestras en envases que puedan ser cerrados y sellados.
7. Si la muestra es tomada en almacenamiento, expendio o suministro al público, asentar en acta los datos completos que ostenten la etiqueta o envase.
8. Cuando se trate de muestra dirigida ésta se tendrá que realizar del producto indicado en el objeto y alcance de la orden de visita de verificación.
9. Cuando se realizan muestras de superficies inertes se solicita por medio de requisición al Laboratorio de Salud Pública el equipo y/o instrumentos para llevar a cabo la toma de muestras de superficies inertes y una vez proporcionado los caldos (soluciones para llevar a cabo la toma de muestras), el/la Verificador/a en visita determina el área a muestrear, para posteriormente con ayuda de hisopos y/o gasas realiza un barrido en la superficie elegida, realizando movimientos de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, y una vez que se tiene la muestra se deposita inmediatamente en el caldo que preparó el Laboratorio de Salud Pública, cerrando el recipiente perfectamente, colocándole la etiqueta correspondiente con sus datos, para que una vez tomada la muestra el/la Verificador/a se traslade al laboratorio a la brevedad posible.
10. Los insumos para la toma de muestras, cantidades, recolección, sellado, etiquetado, transportación y entrega de muestras al Laboratorio de Salud Pública, descritos en el presente Manual, son apegados a los criterios de aceptación de muestras del Laboratorio de Salud Pública.

11. Las muestras tomadas en una visita de verificación de muestreo, deberán trasladarse al laboratorio autorizado, teniendo especial cuidado en el transporte de perecederos, se deberán transportar en hielera con gel refrigerante o hielo y mantenerse a una temperatura de 2 a 8 grados para su adecuada conservación.
12. Para el caso de alimentos que no requieran refrigeración deberán trasladarse al laboratorio autorizado de acuerdo a las condiciones de conservación óptimas del producto.
13. El tiempo de transportación y entrega al laboratorio no deberá rebasar las 22 horas a partir de la toma de la muestra.
14. La entrega de muestras al Laboratorio autorizado se efectuará por la coordinación operativa de programas especiales y vigilancia sanitaria a través del formato FR/VS/RMS/01, versión: 9 del Laboratorio de Salud Pública, en donde está especificando las características del producto, la cantidad y los análisis requeridos, las cuales serán selladas.
15. Cuando no sea posible entregar el mismo día las muestras tomadas al laboratorio para su análisis, deberán depositarse en las áreas que previamente determine la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios de SSEP, donde se garanticen las condiciones especiales de temperatura para la conservación, refrigeración o congelación, según corresponda.
16. La cantidad de la muestra a recolectar, así como el análisis a realizar es de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Laboratorio de Salud Pública.
17. El personal verificador deberá realizar la toma de muestra con el equipo de trabajo como bata, cubre pelo, cubre boca, guantes, hielera con gel refrigerante, frascos o bolsas, etiquetas, cinta canela y el formato vigente del Laboratorio de Salud Pública.
18. El/la Coordinador/a de Vigilancia Sanitaria se asegura de monitorear la temperatura de los refrigeradores para la conservación de las muestras, la cual debe estar en un rango de 2 a 7 grados centígrados. De

	presentar alguna falla, la reporta al/la Jefe/a de departamento para gestionarla con el/la Responsable de Recursos Materiales. 19. El Laboratorio de Salud Pública recibirá, analizará y entregará los resultados de las muestras de acuerdo a sus procedimientos internos establecidos. 20. Es responsabilidad de la DPRIS recoger los resultados de los análisis correspondientes en cuanto el laboratorio lo informe y deberán ser entregados en el CIS.
Responsables	Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica, Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los/las verificadores/as sanitarios/as que requieran tomar muestras a los establecimientos que ofrezcan alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas en el Estado de Puebla.
Recursos	Orden de visita de verificación, Acta de Verificación, Resultados de laboratorio.
Glosario	COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. Vigilancia sanitaria: Actividad a ejercer mediante el control sanitario. Control Sanitario: conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y en su caso aplicación de medidas de seguridad y sanciones administrativas, en base a lo que establece la secretaria de salud con la participación de los productores, comercializadores y consumidores, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas y otras disposiciones aplicables. Verificaciones sanitarias: Actividad de revisión física y documentales para dar cumplimiento a ley general de salud y demás disposiciones aplicables. NOM: Norma Oficial Mexicana. Muestra: Es una porción representativa del producto, alimento o bebida para analizar. Inocuidad de alimentos: Se define como la garantía de no hacer daño como una responsabilidad compartida, que

agregue valor tanto al productor como al consumidor para que sea sostenible en el tiempo.
LSP: Laboratorio de Salud pública.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Verificador/a Sanitario/a	Verifica que, en el OBJETO Y ALCANCE de la orden de verificación, se establezca la leyenda: “Proceder a la toma de muestra del producto” ¿Aparece la leyenda? Si: procede a explicar al/la verificado/a el presente procedimiento, continúa en la actividad 2 No: Fin de procedimiento.	Orden de verificación
2		Realiza el muestreo en frascos de plástico polipropileno con tapa hermética o bolsas estériles o nuevas y de preferencia con cierre hermético que puedan ser cerrados y sellados en presencia del/la verificado/a y los dos testigos asignados para la verificación sanitaria con porciones de: Análisis Fisicoquímicos: Sal: Para análisis de yodo: Cantidad mínima 500 gr. Para análisis de flúor mínimo 500 gr. Agua: Para análisis de flúor 500 ml. Salud ambiental Para análisis básico (pH, temperatura, sólidos disueltos totales, turbiedad: 1000 ml.	Acta Para Toma de Muestras

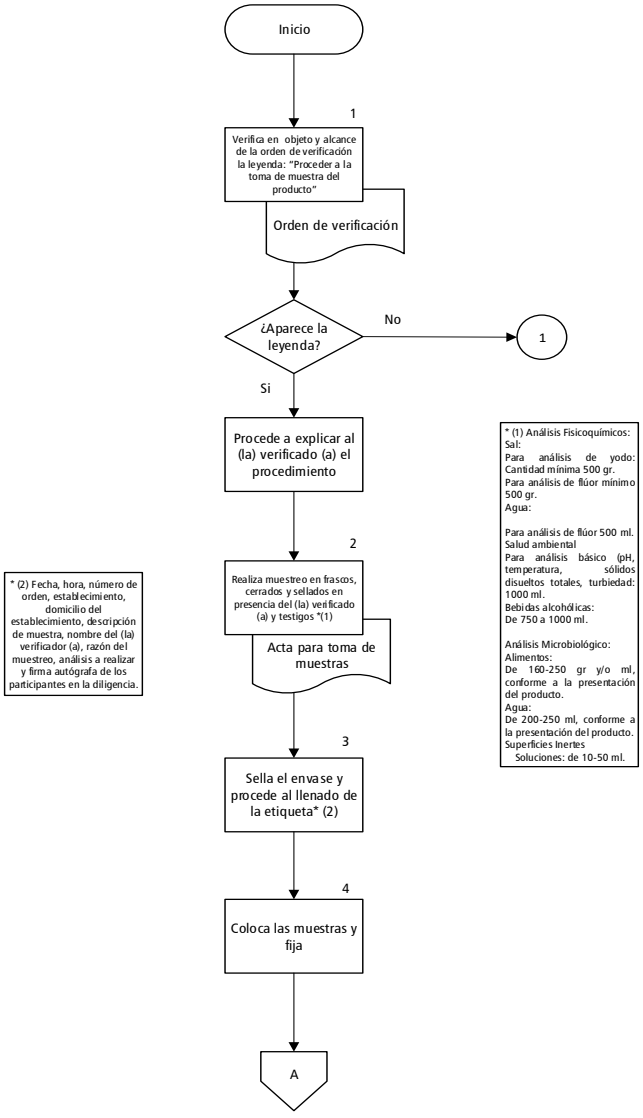
		Bebidas alcohólicas: De 750 a 1000 ml. Análisis Microbiológico: Alimentos: De 160-250 gr y/o ml, conforme a la presentación del producto. Agua: De 200-250 ml, conforme a la presentación del producto. Superficies Inertes Soluciones: de 10-50 ml.	
3	Verificador/a Sanitario/a	Sella perfectamente el envase o bolsa procediendo al llenado de la etiqueta de muestra llenando los siguientes campos:	S/D
4		Una vez llenados los campos de las etiquetas se procede a colocar en las muestras, desprendiendo el protector del adhesivo y fijando firmemente; **Nota:** Para el caso de frascos, botellas o latas: la etiqueta se colocará entre el cuerpo y la tapa; de forma tal que sirva como garantía de que no se alteró el producto. Cuando se utilicen bolsas de plástico, se envuelve el producto muestreado, de tal forma que la etiqueta se coloque en la boca o en la parte donde se anude.	S/D
5		Resguarda la muestra en la hielera con gel refrigerante para su transportación teniendo la precaución de que la temperatura hacia el interior se mantenga entre (2- 8 °C). **Nota:** El/la Verificador/a deberá preparar y tomar las precauciones necesarias para asegurar dicha temperatura.	S/D

6		Integra el acta levantada con motivo de la verificación sanitaria con toma de muestras, indicando los datos del lugar, condiciones y temperatura del producto en el momento del muestreo, así como la razón social, dirección, la denominación, marca del producto, el número de lote, así como el número y tipo de muestras tomadas.	Acta de Verificación
7		Ingresa la o las muestras tomadas al Laboratorio de Salud Pública (LSP) y/o tercero autorizado, dentro de un plazo no mayor de 24 hrs. contando a partir de la toma de muestra, coordinando dicha entrega con el/la Jefe/a del departamento correspondiente.	Formato del Laboratorio de Salud Pública
8	Personal de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios	Recibe del LSP los resultados de los análisis y turna al Depto. correspondiente para seguir con el punto 19 del Procedimiento de Verificación Sanitaria.	Resultados de análisis
Fin del procedimiento			

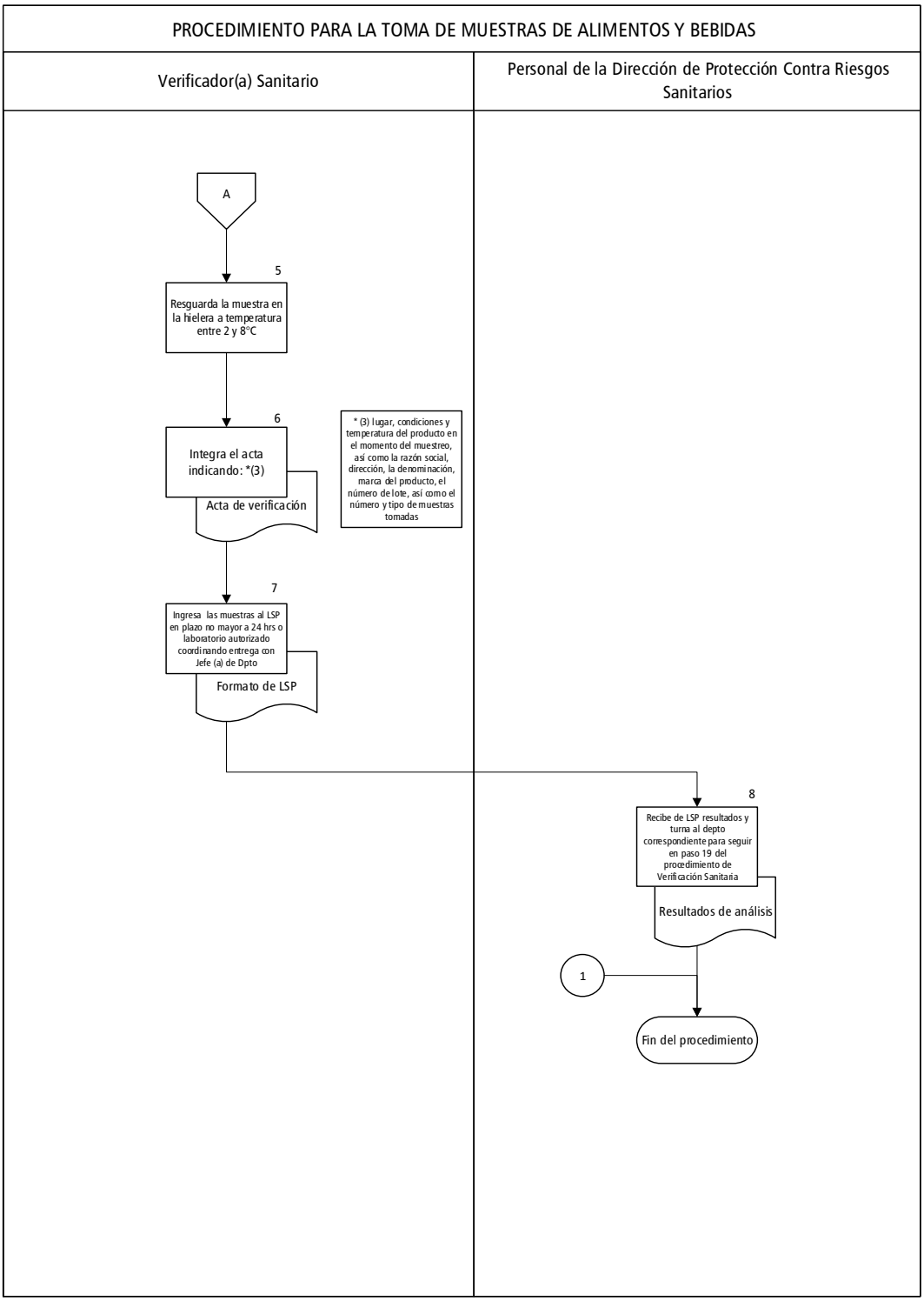
DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Verificador(a) Sanitario



PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS



7.12.5. PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO.

Tiempo Promedio: 8 horas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018	María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018	Denis Santiago Hernández Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios DSH (DPRS) Octubre 2018

Objetivo	Definir lineamientos operativos, para realizar las actividades de fomento sanitario cuya responsabilidad pertenece a los departamentos de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley federal de responsabilidades administrativas de los servidores públicos.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
4. Ley General de Salud.
5. Ley General para el Control del tabaco.
6. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
7. Ley Estatal de Salud.
8. Ley Orgánica de la Administración Pública en el Estado de Puebla.
9. Ley de Responsabilidades de los servidores públicos del Estado de Puebla.
10. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud.
11. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
12. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
13. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
14. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
15. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.
16. Apéndice del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
17. Acuerdo Específico de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, que celebran la Secretaria de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, y el Estado de Puebla.
18. Acuerdo de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control sanitario de productos del tabaco que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Puebla, publicado en el Diario Oficial de la Federación.

19. Publicaciones de reformas en el Diario Oficial de las Federación.
20. Normas Oficiales Mexicanas aplicables vigentes al departamento correspondiente, las cuales se encuentran referenciadas en la lista maestra de documentos externos.
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
22. Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
24. Reglamento de las Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
25. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
26. Reglamento de Insumos para la Salud.
27. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.
28. Guía de Cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
29. De toda la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, Norma NMX-CC-9001-IMNC-2008 Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos.

Políticas de Operación:

1. En cada Departamento de la Dirección habrá un/a Responsable de fomento sanitario que será el/la encargado/a de la implementación de las actividades que competen a ese tema, así como el diseño de estrategias para lograr los objetivos de cada programa en prevención de riesgos.
2. Son consideradas actividades de fomento sanitario, aquellas actividades en donde se difundan a las cámaras, asociaciones, colegios, universidades, población en general y representantes de los diferentes establecimientos del Estado, los requisitos necesarios, para cumplir con la normatividad sanitaria

	aplicable así como las medidas de prevención de riesgos sanitarios que deberán ejercer para evitar daños a la salud. 3. Es responsabilidad del personal que realice actividades de fomento sanitario generar evidencia de las acciones realizadas a través de listas de asistencia, material fotográfico, listas de entrega de material y cuando sea aplicable entrega de constancias de capacitación. 4. El/la usuario/a puede ser atendido personalmente, vía telefónica o por correo electrónico. 5. En caso de no tener programado el curso solicitado por el/la usuario/a, se le dará respuesta una vez que se dé a conocer la solicitud al/la Jefe/a de Departamento. 6. Los/las usuarios/as tienen la opción de solicitar la capacitación en sus instalaciones, solo si cubren el requisito de que la misma sea impartida a un mínimo de 20 personas. 7. Para la impartición de capacitación en instalaciones del/la usuario/a, el/la solicitante debe llenar el formato “Solicitud de Capacitación Externa”, el cual se turnará al/la Jefe/a de departamento para su revisión y aprobación. En caso de negativa se le informa al/la usuario/a. 8. Cuando la capacitación sea en instalaciones externas, se solicitan los medios necesarios para llevar a cabo la misma: lugar, asientos, mesa de trabajo, equipo de cómputo y proyector, entre otros.
Responsables	Departamento de Insumos para la Salud y Servicios de Atención Médica, Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
Áreas Involucradas	Aplica a todo el personal que realice actividades de fomento sanitario a la población del Estado de Puebla.
Recursos	Escrito/Oficio Libre del Usuario, Formato de Solicitud de Capacitación Externa, Memorando, Lista de Asistencia, Encuesta de satisfacción, Evaluación de Conocimientos, Constancia de capacitación, Registro de Entrega de

Glosario	Constancias, Nota informativa, Orden del día, Minuta de acuerdos, Programación Anual de Metas e Indicadores (PMI). Fomento Sanitario: las actividades de orientación y educación a la población previstas en el artículo 397 de la Ley General de Salud. Pláticas: En esta actividad no se otorga constancia, pero se hace entrega de material impreso o digital y se orienta a las personas sobre algunos temas de riesgos sanitarios. Asesorías: Individuales o en grupo no se otorga constancia, pero se orienta a la población sobre temas o dudas puntuales y se hace entrega de material que puede ser trípticos, carteles, posters y/o kits de saneamiento básico. Capacitación: Son cursos ofrecidos a grupos sobre temas de riesgos sanitarios, requieren de evaluación y se emite constancia oficial

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO.

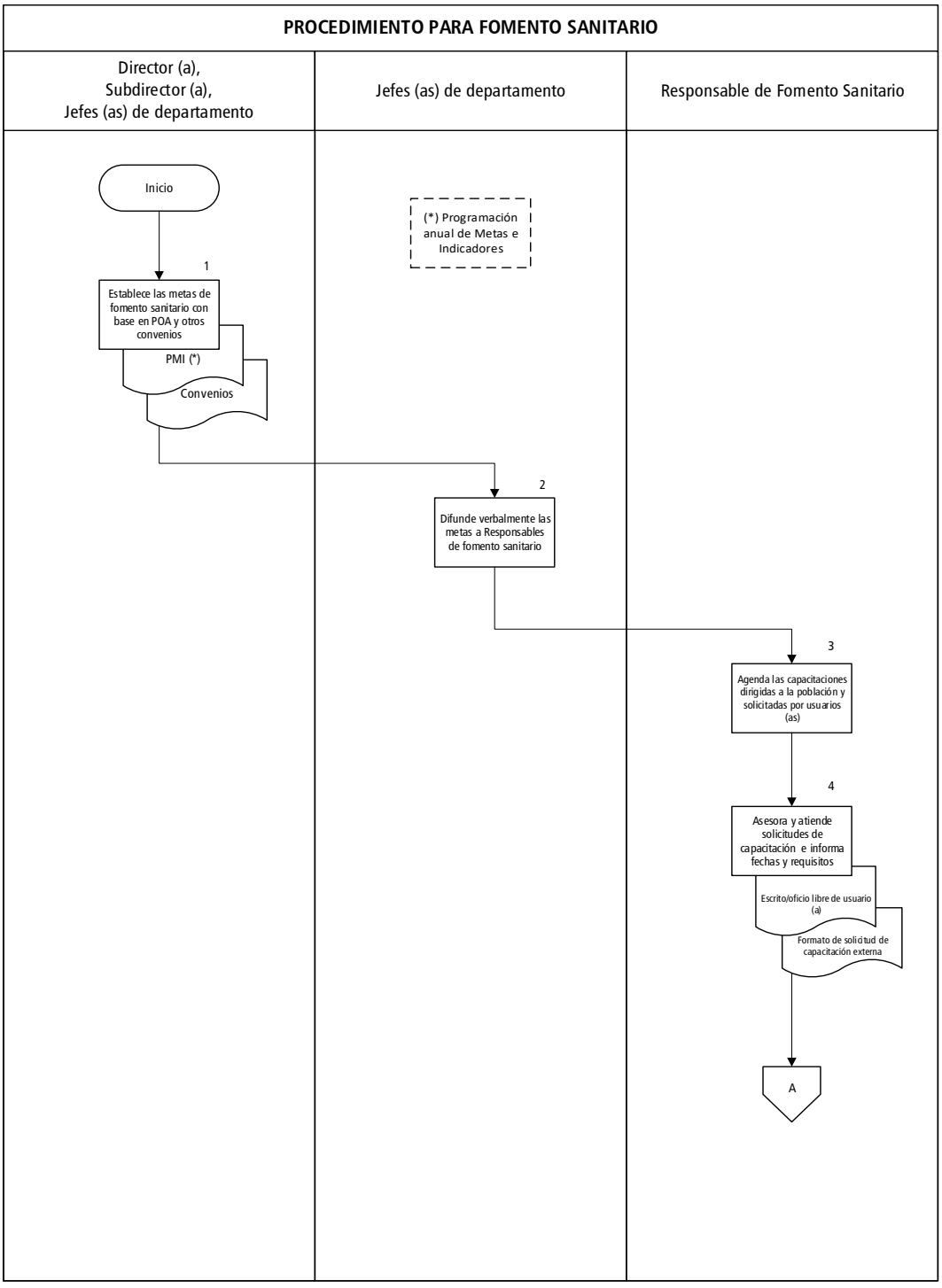
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a, Subdirector/a, Jefes/as de Departamento.	Establecen las metas de fomento sanitario con base en el Programa Anual de Metas e Indicadores y otros convenios.	Convenios Programación Anual de Metas e Indicadores (PMI)
2	Jefes/as de Departamento	Difunden verbalmente las metas de fomento sanitario al/la Responsable de fomento sanitario y trámites y servicios.	S/D
3	Responsable de Fomento Sanitario	Agenda las capacitaciones dirigidas a la población, así como las solicitadas por los/las usuarios/as.	Agenda
4		Asesora y atiende las solicitudes de capacitación de los/las usuarios/as	Escrito/Oficio Libre del

		dependiendo el giro de su establecimiento le Informa la fecha programada y los requisitos necesarios para llevar a cabo las actividades de fomento sanitario.	Usuario/a Formato de Solicitud de Capacitación Externa
5	Responsable de Fomento Sanitario, e Instructor/a	Se aseguran de conseguir todo el material necesario para brindar el fomento sanitario. ¿La capacitación es en las instalaciones de los Servicios de Salud? Si: continúa en el paso 6 No: continúa en el paso 7	S/D
6		Elabora memorando para solicitar sala anexa y/o Auditorio para realizar Fomento Sanitario.	Memorando
7		Confirma vía telefónica o correo electrónico al/la usuario/a 2 ó 3 días antes del evento, como recordatorio.	Correo electrónico
8		Selecciona el tipo de fomento a impartir: 1. Pláticas: En esta actividad no se otorga constancia, pero se hace entrega de material impreso o digital. 2. Asesorías: Individuales o en grupo no se otorga constancia, pero se hace entrega de material que puede ser trípticos, carteles, posters y/o kits de saneamiento básico. 3. Capacitación: Se otorga constancia, se realiza una evaluación al/la usuario/a y se solicita una evaluación de satisfacción al 10% de los asistentes sobre el contenido del curso.	Lista de asistencia Evidencia fotográfica Lista de entrega de material Constancias Evaluación al usuario Evaluación de satisfacción

		Nota: El/la responsable de Fomento Sanitario es el encargado de realizar esta actividad en caso de tener otros compromisos asignará a otra persona del departamento.	
9	Instructor/a.	Imparte el fomento sanitario, tomando en cuenta los siguientes aspectos: ➢ Puntualidad ➢ Hablar claro y fuerte ➢ Ser dinámico/a ➢ Invitar a la gente a preguntar sobre las dudas que se tengan ➢ Pasar listas de asistencia y folletos a los asistentes al iniciar la capacitación. ➢ Cuando sea aplicable entregar los formatos de Evaluación de Conocimiento y Encuesta de Satisfacción de fomento sanitario al/la usuario/a al terminar la capacitación. ➢ Invitar a la gente a acercarse a esta Dirección para consultar toda la información que necesiten. ➢ Invitar a los/las usuarios/as a mantener la limpieza y orden del lugar.	Lista de Asistencia Evaluación del conocimiento Encuesta de satisfacción
10		Turna las encuestas de satisfacción al/la representante del sistema de gestión.	Memorando
11		Revisa los registros entregados y califica las evaluaciones de Conocimiento.	Evaluaciones de Conocimiento
12	.	Determina si se requiere constancia. ¿Es capacitación interna o externa? Si es externa: Elabora constancias de la capacitación impartida y las entrega al/la usuario/a. y continúa en	Constancias de capacitación

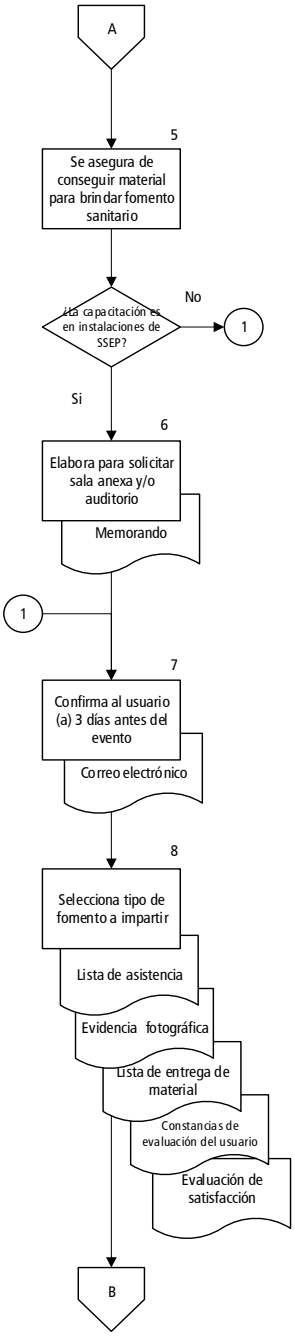
		el paso 13. Es interna: se envían listas de asistencia al Centro Integral de Servicios para emisión y entregar al/la usuario/a. Continúa en el paso 14	
13	Responsable de Trámites y Servicios	Entrega constancias de capacitación a la gente que aprobó el curso, y solicita firma en el Formato “Registro de Entrega de Constancias”. **Nota:** Sí así lo requieren los/las usuarios/as pueden mandar a un representante con carta poder y/o identificación para recoger las mismas y llena el campo de No. de Constancias Entregadas.	Constancias de capacitación Registro de Entrega de Constancias
14	Responsable de Fomento Sanitario	Concentra los datos para integrar los informes mensuales.	Informe
15	Jefe/a de Departamento	Entrega los resultados de los indicadores a la Dirección, con la finalidad de establecer acciones de mejora en caso de que aplique.	Informe
16	Responsable de Fomento Sanitario	Archiva y/o resguarda los registros de la capacitación.	Registros de capacitación
Fin del procedimiento			

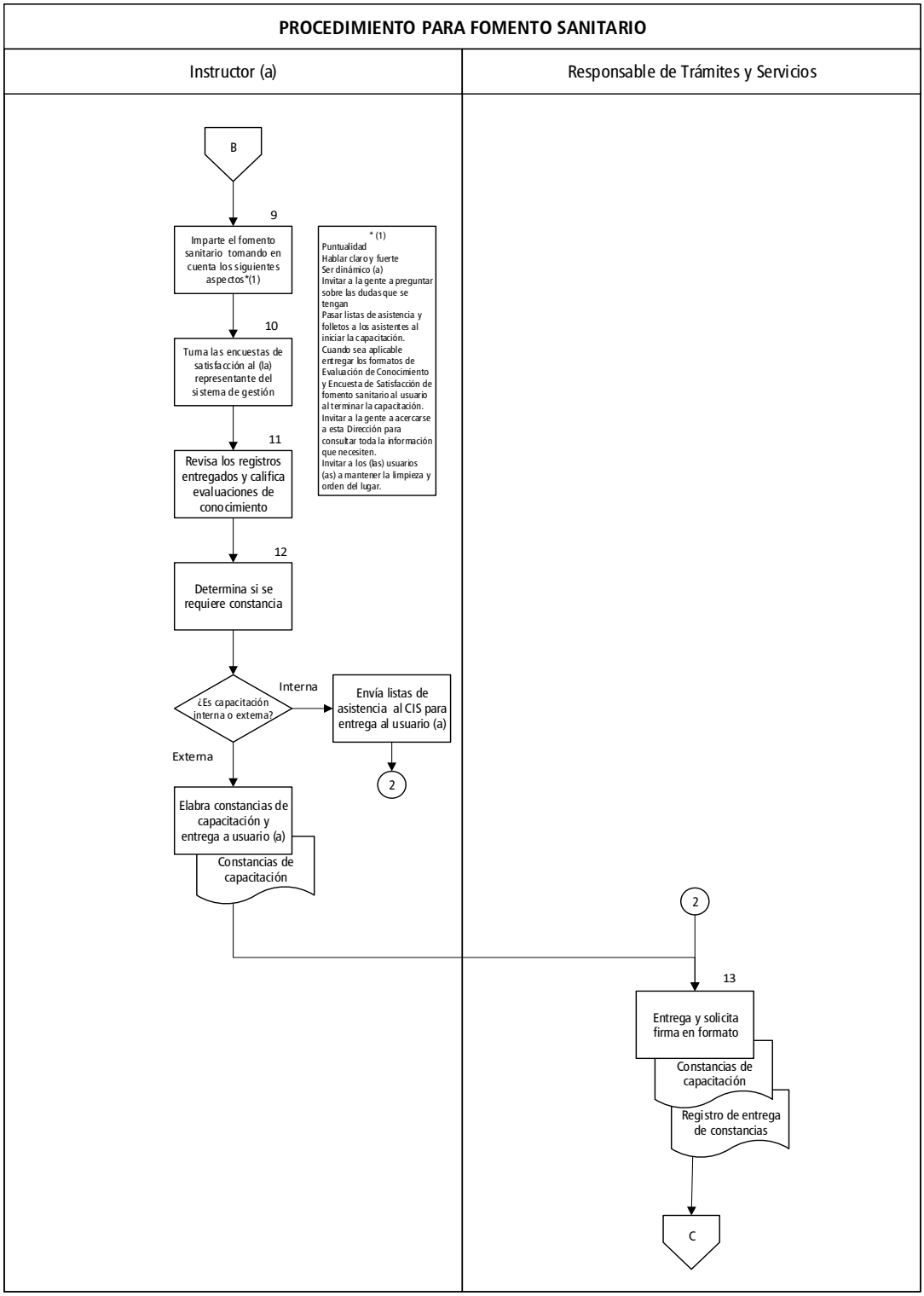
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO.

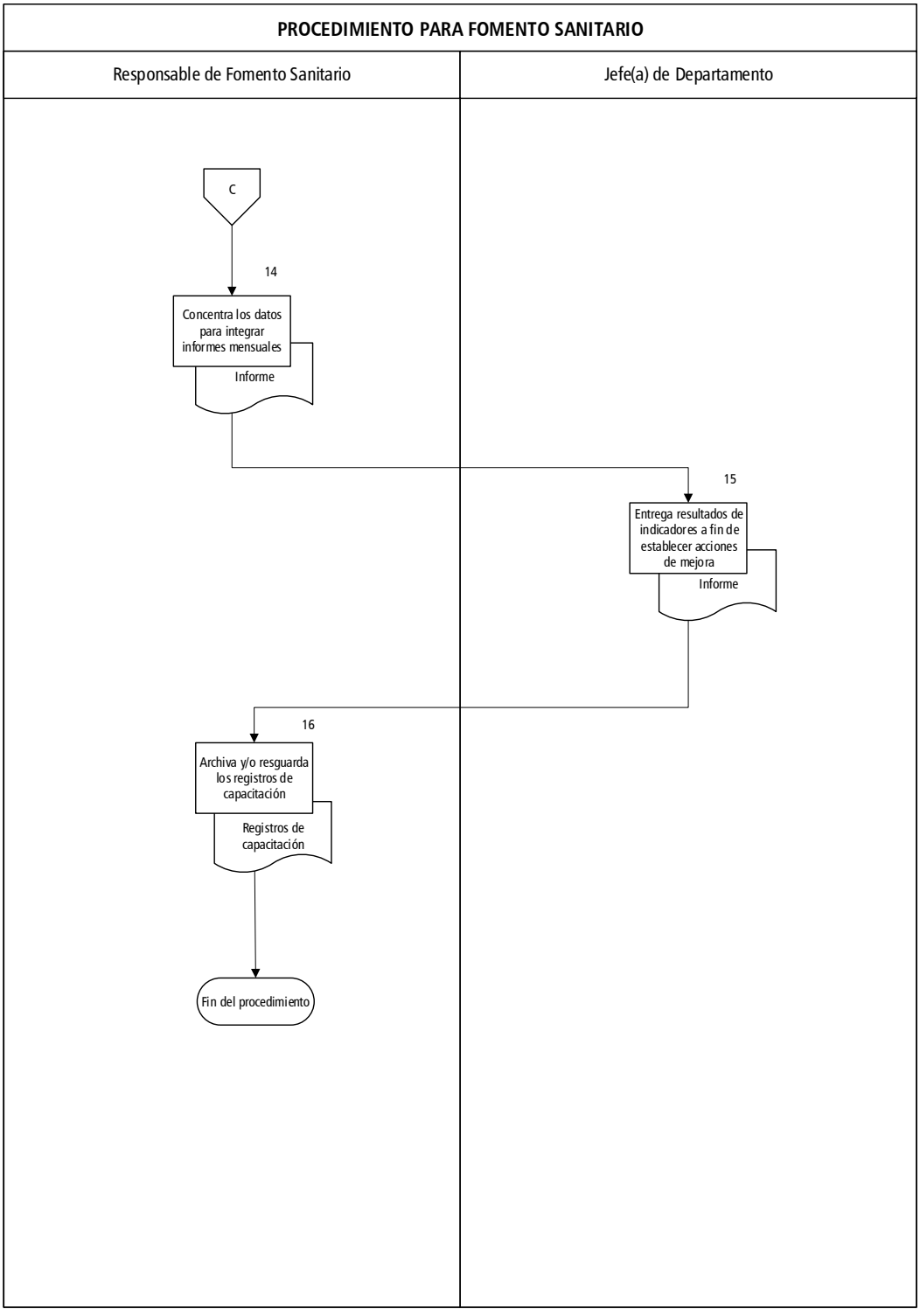


PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO

Responsable de Fomento Sanitario, e Instructor(a)




PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO
Instructor (a)
Responsable de Trámites y Servicios
B
9
Imparte el fomento sanitario tomando en cuenta los siguientes aspectos*(1)
* (1)
Puntualidad
Hablar claro y fuerte
Ser dinámico (a)
Invitar a la gente a preguntar sobre las dudas que se tengan
Pasar listas de asistencia y folletos a los asistentes al iniciar la capacitación.
Cuando sea aplicable entregar los formatos de Evaluación de Conocimiento y Encuesta de Satisfacción de fomento sanitario al usuario al terminar la capacitación.
Invitar a la gente a acercarse a esta Dirección para consultar toda la información que necesiten.
Invitar a los (las) usuarios (as) a mantener la limpieza y orden del lugar.
10
Turna las encuestas de satisfacción al (la) representante del sistema de gestión
11
Revisa los registros entregados y califica evaluaciones de conocimiento
12
Determina si se requiere constancia
¿Es capacitación interna o externa?
Interna
Envía listas de asistencia al CIS para entrega al usuario (a)
2
Externa
Elabra constancias de capacitación y entrega a usuario (a)
Constancias de capacitación
2
13
Entrega y solicita firma en formato
Constancias de capacitación
Registro de entrega de constancias
C


PROCEDIMIENTO PARA FOMENTO SANITARIO
Responsable de Fomento Sanitario
Jefe(a) de Departamento
C
14
Concentra los datos para integrar informes mensuales
Informe
15
Entrega resultados de indicadores a fin de establecer acciones de mejora
Informe
16
Archiva y/o resguarda los registros de capacitación
Registros de capacitación
Fin del procedimiento

7.12.6. PROCEDIMIENTO DE DICTAMEN Y/O SEGUIMIENTO JURÍDICO.

Tiempo Promedio: 6 - 12 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018	**María de Lourdes Alamilla Cruz Subdirectora de Regulación y Fomento Sanitario MLAC (SRFS) Octubre 2018**	**Denis Santiago Hernández Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios DSH (DPRS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para que Área de revisión de dictamen y seguimiento jurídico especializadas de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios den seguimiento a la operación de vigilancia sanitaria que se lleva a cabo mediante visitas de verificación a los establecimientos cuyas actividades son vigiladas y controladas en términos de la legislación y normatividad aplicables, mediante la tramitación y resolución de los procedimientos administrativos que se integran con motivo del incumplimiento a las disposiciones legales en materia de salud, originadas por quejas, programación regular, solicitudes de autorización, programas especiales, operativos, planes de contingencia, etc

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
4. Ley de Aguas Nacionales.
5. Ley General para el Control del Tabaco.
6. Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
7. Ley de Amparo.
8. Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
9. Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
10. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
11. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
12. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
13. Ley de Asistencia Social.
14. Ley Federal de Derechos
15. Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
16. Código Federal de Procedimientos Civiles.
17. Código Civil Federal.
18. Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
19. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. (Artículos 4, fracción III, inciso B, sub inciso B.3, 16 y 20).
20. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.
21. Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
22. Reglamento de la Ley General para el Control de Tabaco.
23. Reglamento de Insumos para la Salud.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

25. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación Servicios de Atención Médica.
28. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
29. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
30. Farmacopeas de los Estados Unidos Mexicanos y sus Suplementos Vigentes.
31. Acuerdo Específico de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, que celebran la Secretaría de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarias, y el Estado de Puebla.
32. Acuerdo de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control sanitario de productos de tabaco.
33. Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos en farmacias.
34. Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y Servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.
35. Acuerdo por el que se determinan las plantas prohibidas o permitidas para tés, infusiones y aceites vegetales comestibles.
36. Acuerdo por el que se determinan las sustancias prohibidas y restringidas en la elaboración de productos de perfumería y belleza.
37. Acuerdo por el que se emiten los lineamientos a que se refiere el art. 25 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios que deberán observar los productores de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasadas para efectos de la información que

deberán ostentar en el área frontal de exhibición, así como los criterios y características para la obtención y uso del distintivo nutrimental al que se refiere el artículo 25 Bis del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

38. Acuerdo por el que se determinan las sustancias permitidas como aditivos y coadyuvantes en alimentos, bebidas y suplementos alimenticios.
39. Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables a cada caso en específico.

ESTATALES

40. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
41. Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil del Estado de Puebla.
42. Ley de Agua del Estado de Puebla.
43. Ley Orgánica Municipal Aplicable al Estado Libre y Soberano de Puebla.
44. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
45. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
46. Ley Estatal de Salud.
47. Ley para la Venta y Suministro de Bebidas Alcohólicas del Estado de Puebla.
48. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
49. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
50. Ley para la Protección de los No Fumadores del Estado de Puebla.
51. Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal correspondiente.
52. Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla.
53. Ley de Protección a los Animales del Estado de Puebla.
54. Código de Ética para los Servidores Públicos de la Administración Pública Estatal.
55. Código de Procedimientos Civiles del Estado de

Puebla.
56. Código Penal del Estado de Puebla.
57. Código de Procedimientos en Materia de Defensa Social del Estado de Puebla.
58. Código Civil del Estado Libre y Soberano de Puebla.
59. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
60. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea al Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:
1. Todas las áreas involucradas en este procedimiento, en el momento que les corresponda, deberán revisar que los expedientes se encuentren debidamente integrados de acuerdo a la Etapa 1 del Plan de Calidad de Dictamen y/o Seguimiento Jurídico.
2. El número de procedimiento administrativo será el mismo que el número de orden de visita de verificación con el que se dio inicio el procedimiento administrativo. P/E: NÚMERO COMPLETO DE ACTA INICIAL/AÑO.
3. El número de oficio se conformará de las siglas: DPRIS/SIGLAS DE LA COORDINACIÓN (ISSAM, SAYO, BYS) / NÚMERO COMPLETO DE ACTA O RCI QUE SE DICTAMINA/ AÑO.
4. Todo documento que deba ser firmado por el/la Director/a, en principio deberá ser revisado por los/las dictaminadores/as, así como por sus superiores inmediatos, con la finalidad de detectar errores y corregirlos.
5. Toda transferencia de expedientes entre los Departamentos y la coordinación correspondiente, deberá hacerse mediante el formato de transferencia de órdenes y expedientes.
6. La transferencia de oficios y expedientes entre las áreas de la Dirección de Protección contra Riesgo Sanitario, se harán con el formato de “CONTROL DE TRANSFERENCIA INTERNO DE DICTAMEN”, cuando se transfiera el expediente completo se colocará en tipo de documento “EXPEDIENTE” más el oficio (resolución, conclusión, etc.) que se anexa, cuando

aplique.

7. En caso de inconsistencias graves en las actas de verificación el/la Responsable de mesa/a correspondiente determinará lo procedente dependiendo el riesgo.
8. Los dictámenes o cualquier otro documento que implique realizar una visita sanitaria por los Departamentos de la Dirección, serán entregados con memorándum al Jefe de Departamento correspondiente para su atención; elaborado por el responsable de mesa correspondiente.
9. La notificación de los documentos generados en las áreas de dictamen se realizará con personal del área de notificación y por mensajería.
10. Todo el personal que forma parte del área de Dictamen, resoluciones y notificaciones deberá realizar sus actividades con profesionalismo, integridad, honestidad y compañerismo, asi como también deberá cooperar con las actividades laborales instruidas por su jefe inmediato.
11. El dictaminador, así como el responsable de mesa deberán priorizar el dictamen sanitario y revisión, de expedientes sanitarios y RCI´s según corresponda de acuerdo a lo siguiente:
    1. Suspensiones, Licencias sanitarias, Denuncias, Permisos sanitarios de construcción y Certificación de pozos
    2. Muerte materna y Aseguramientos
    3. Ordinarios
12. Cuando el responsable de mesa y el dictaminador sanitario reciba expedientes sanitarios de: Suspensiones, Aseguramientos, Licencias Sanitarias, Quejas, Permisos sanitarios de construcción, certificación de pozos y muerte materna deberá escribir en la caratula del mismo, con bolígrafo la fecha en que recibe el expediente.
13. Las correcciones a los oficios de dictamen emitidos deberán ser atendidas de manera inmediata por el dictaminador que lo elaboró, recabando las firmas que correspondan.

14. Los oficios de dictamen deberán ser notificados de la siguiente manera:
    1. Inicio de procedimiento por vía personal.
    2. Respuesta a trámites y prevenciones por vía ventanilla.
    3. Conclusiones por servicio de mensajería.
    4. Conclusiones internas y acuerdos donde se ordene una visita de verificación por regreso a mesa y posteriormente por el Departamento de vigilancia correspondiente.
    5. En caso de acuerdos no mencionados anteriormente o por condiciones del proceso se requiera otro tipo de notificación, se deberá consultar al responsable de mesa correspondiente.

    Cada tipo de notificación deberá ser agrupada en un solo formato de transferencia, es decir un formato para vía personal, otro para mensajería, etc.
15. El oficio de dictamen de las evidencias fotográficas o documentales que ingrese el usuario, deberá indicar si el cumplimiento es “Total” respecto a las anomalías sanitarias identificadas en la visita o “Parcial”, en este último caso se deberá indicar cuales puntos hacen falta por dar cumplimiento.
16. El dictamen deberá realizarse usando las guías de dictamen e indicando mediante tablas en el acuerdo correspondiente “todas” las anomalías sanitarias asentadas durante la visita.
17. Cuando en el acta de verificación sanitaria se asienten valores de calificación “1” que indican cumplimiento parcial; en el punto correspondiente de la tabla de dictamen del oficio, se deberá indicar únicamente la observación exacta del motivo de esa calificación.
18. A las actas de verificación que cuenten con un nivel de cumplimiento igual o mayor al 70% con base a los puntos calificados y no hayan sido asentadas anomalías sanitarias descritas en la especificación: “Anomalías para realizar inicio de procedimiento”, deberá realizarse un acuerdo de conclusión.
19. A las actas de verificación que cuenten con un nivel de

	cumplimiento menor al 70% con base a los puntos calificados y/o hayan sido asentadas anomalías sanitarias descritas en la especificación: “Anomalías para realizar inicio de procedimiento”, deberá realizarse un inicio de procedimiento y en su caso ordenar la medida de seguridad correspondiente. 20. En las actas que ameriten una elaboración de conclusión ya sea de primera instancia o por la recepción de RCI, la revisión solo se hará por el jefe de mesa correspondiente, para su posterior envío a firma por Dirección. 21. Los expedientes que deberán ser enviados al área de resoluciones; con excepción de los ordenados por la autoridad; serán los siguientes: 1. Aquellos que hayan tenido la aplicación de una medida de seguridad y haya sido levantada. 2. Aquellos que hayan tenido la aplicación de una medida de seguridad cuyo propietario o representante legal haya hecho caso omiso a los requerimientos de esta Autoridad, y se haya constatado su permanencia. 3. Aquellos en los que se haya identificado anomalías graves. 4. Aquellos derivados de denuncias.
Responsables	Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario, Responsable de Dictamen y Dictaminadores.
Áreas Involucradas	Aplica a todo el personal involucrado en las actividades de seguimiento jurídico descritas a lo largo del presente procedimiento. Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios. Subdirección de Regulación y Fomento Sanitario, Dictamen, Notificación Sanitaria y Resoluciones.
Recursos	Formato de Transferencia de órdenes y expedientes, Control de Transferencia Interno de Dictamen, Formato de Transferencia de expedientes para Archivo Sanitario, Oficio.

Glosario

Acuerdo. Es el oficio en el cual se le informa al/la Responsable del servicio y/o producto, cualquier determinación de la Autoridad dentro del Procedimiento Administrativo.

Admisión de Pruebas. Es una de las fases del procedimiento administrativo mediante la cual las pruebas presentadas para desvirtuar y/o corregir las anomalías encontradas en el acta de verificación, fueron admitidas o desechadas.

Anomalías. Los hallazgos de incumplimiento a la legislación aplicable, que se desprenden del procedimiento administrativo, imputable al/la Responsable del servicio y/o producto.

Expediente Atendido. Es aquel que se encuentra dentro de los términos legales en la etapa correspondiente.

PNC: Producto no conforme.

Procedimiento Administrativo. Conjunto de actuaciones de la autoridad administrativa y el/la cuidadano/a, que se desarrolla en la relación entre éstos y que se encuentran reguladas en la legislación descrita en el apartado correspondiente.

Remisión de Asunto u Oficio. Es el oficio por medio del cual se envía a otra autoridad un asunto que considera de su competencia.

Resolución. Acto administrativo idóneo por medio del cual, se pone fin al procedimiento administrativo de Vigilancia Sanitaria.

Responsable del Servicio y/o producto. Es todo aquel/lla Propietario/a y/o Responsable Sanitario del servicio y/o producto.

Responsable del Área Jurídica, Es la persona encargada de emitir la opinión técnica respecto de los asuntos legales que inciden en la competencia de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como remitirla a la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, o al Área Jurídica de la Subsecretaría de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y Coordinación de Servicios de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para su tramitación correspondiente; así como emitir la opinión

técnica-jurídica de los asuntos instruidos por el/la Titular de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
RCI: Registro de control interno.

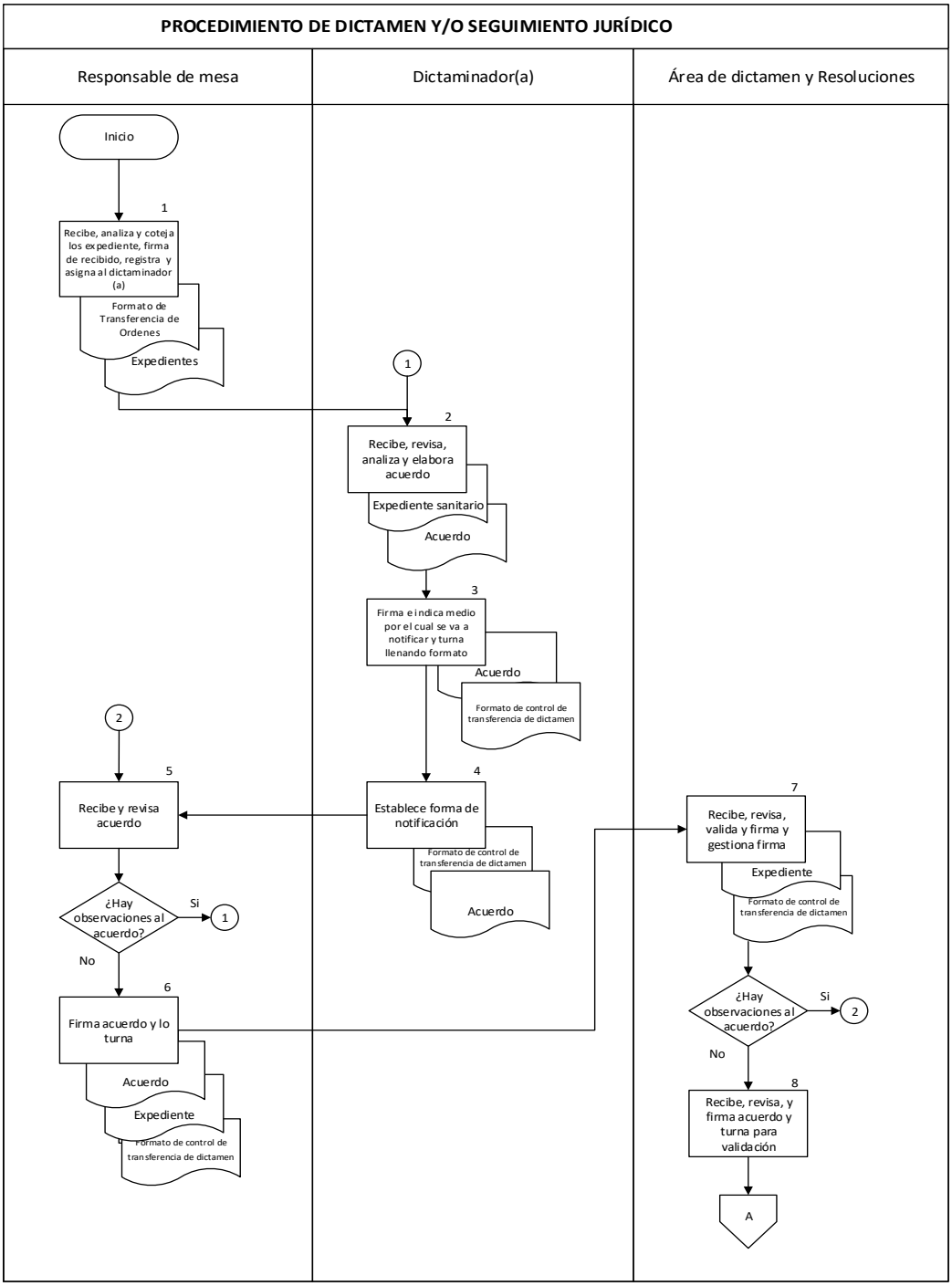
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE DICTAMEN Y/O SEGUIMIENTO JURÍDICO.

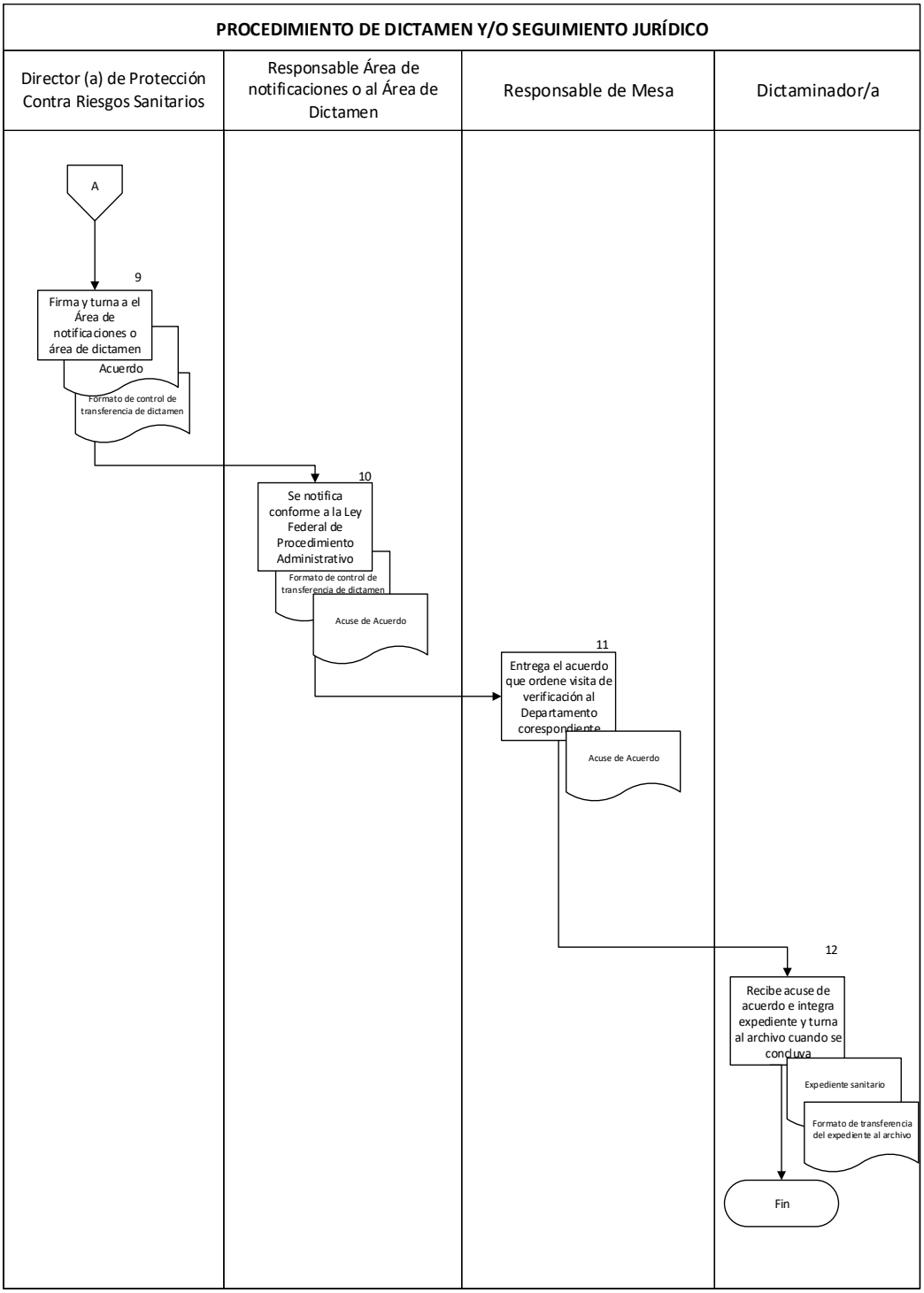
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de mesa	Recibe y coteja los expedientes con el formato de transferencia de órdenes y expedientes. firma de recibido, registra y asigna el expediente sanitario al (la) Dictaminador (a).	-Formato de transferencia de órdenes y expedientes -Expediente sanitario
2	Dictaminador (a)	Recibe, revisa, analiza el expediente sanitario y elabora el Acuerdo correspondiente, conforme a la etapa 4 del Plan de Calidad y las políticas de operación.	-Expediente sanitario -Acuerdo
3		Imprime, revisa la congruencia en forma y fondo del dictamen emitido respecto al expediente sanitario, en caso de estar correcto debe firmar el acuerdo.	-Acuerdo -Formato de control de transferencia interno de dictamen.
4		Elabora e imprime el formato de: “CONTROL DE TRANSFERENCIA INTERNO DE DICTAMEN”, asigna la forma de notificación de cada oficio conforme a las políticas de operación, revisa que los datos y formato de notificación sean correctos, en caso de ser así debe rubricar el formato y transferirlo al responsable de mesa junto con los	-Acuerdo -Formato de control de transferencia interno de dictamen

		expediente y oficios correspondientes.	
5	Responsable de mesa	Recibe y revisa los acuerdos. ¿Existen observaciones al acuerdo? Si: regresa el documento al dictaminador, continúa en el paso 2 No: continúa en el paso 6 Un acuerdo ya firmado por el Responsable de Dictamen y Resoluciones que contenga una visita de verificación deberá entregarse con acuse de recibo al jefe de departamento correspondiente para su firma y posterior devolución.	-Expediente -Formato de control de transferencia interno de dictamen
6		Firma el acuerdo y lo turna junto con el expediente mediante el Formato de "CONTROL DE TRANSFERENCIA INTERNO DE DICTAMEN" al Responsable de Dictamen y resoluciones.	-Acuerdo -Expediente -Formato de control de transferencia interno de dictamen
7	Responsable de Dictamen y Resoluciones	Recibe y revisa los acuerdos ¿Existen observaciones y/o contiene una visita de verificación el acuerdo? Si: regresa el documento al responsable de mesa, continúa en el paso 5 No: continúa en el paso 8	-Expediente -Formato de control de transferencia interno de dictamen
8		Firma el acuerdo y lo turna mediante el formato de: "CONTROL DE TRANSFERENCIA INTERNO DE DICTAMEN" al Director (a) de Protección Contra Riesgos Sanitarios.	
9	Director (a) de Protección Contra Riesgos	Firma y turna el acuerdo al área de notificaciones o a la mesa de dictamen correspondiente.	-Acuerdo -Formato de control de

	Sanitarios		transferencia interno de dictamen
10	Responsable del Área de notificaciones.	Actúa conforme al: “Procedimiento de notificación sanitaria”	-Formato de control de transferencia interno de dictamen -Acuse de acuerdo
11	Responsable de mesa	Entregará el acuerdo que ordene una visita de verificación al Departamento responsable y recabar el acuse correspondiente conforme a las Políticas de Operación de este procedimiento.	Acuse de acuerdo
12	Dictaminador	Recibe e integra el acuse del acuerdo al expediente sanitario, en caso de conclusión deberá enviar el expediente al archivo llenando el formato de TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES PARA ARCHIVO, en caso de haber otorgado un plazo en el acuerdo, deberá resguardar el expediente, para darle el seguimiento correspondiente conforme a la etapa 4 del Plan de Calidad de Dictamen, o en su caso enviarlo al área de resoluciones de acuerdo a las políticas de operación.	-Expediente sanitario -Formato de transferencia de expedientes para archivo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO DE DICTAMEN Y/O SEGUIMIENTO JURÍDICO.




PROCEDIMIENTO DE DICTAMEN Y/O SEGUIMIENTO JURÍDICO
Director (a) de Protección Contra Riesgos Sanitarios
Responsable Área de notificaciones o al Área de Dictamen
Responsable de Mesa
Dictaminador/a
A
9
Firma y turna a el Área de notificaciones o área de dictamen
Acuerdo
Formato de control de transferencia de dictamen
10
Se notifica conforme a la Ley Federal de Procedimiento Administrativo
Formato de control de transferencia de dictamen
Acuse de Acuerdo
11
Entrega el acuerdo que ordene visita de verificación al Departamento corespondiente
Acuse de Acuerdo
12
Recibe acuse de acuerdo e integra expediente y turna al archivo cuando se concluya
Expediente sanitario
Formato de transferencia del expediente al archivo
Fin

7.13. PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

7.13.1. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ismael Rodriguez Palacios Enlace para la Elaboración del Manual de Procedimientos IRP (CPEDYO) Octubre 2018	Adán González Martínez Supervisor Consultivo AGM (CPEDYO) Octubre 2018	Raquel Sauceda Amador Subsecretaria de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación RSA (CPEDYO) Octubre 2018

Objetivo	Dar seguimiento en tiempo y forma a las peticiones de servicios y solicitudes de información que sean responsabilidad de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.

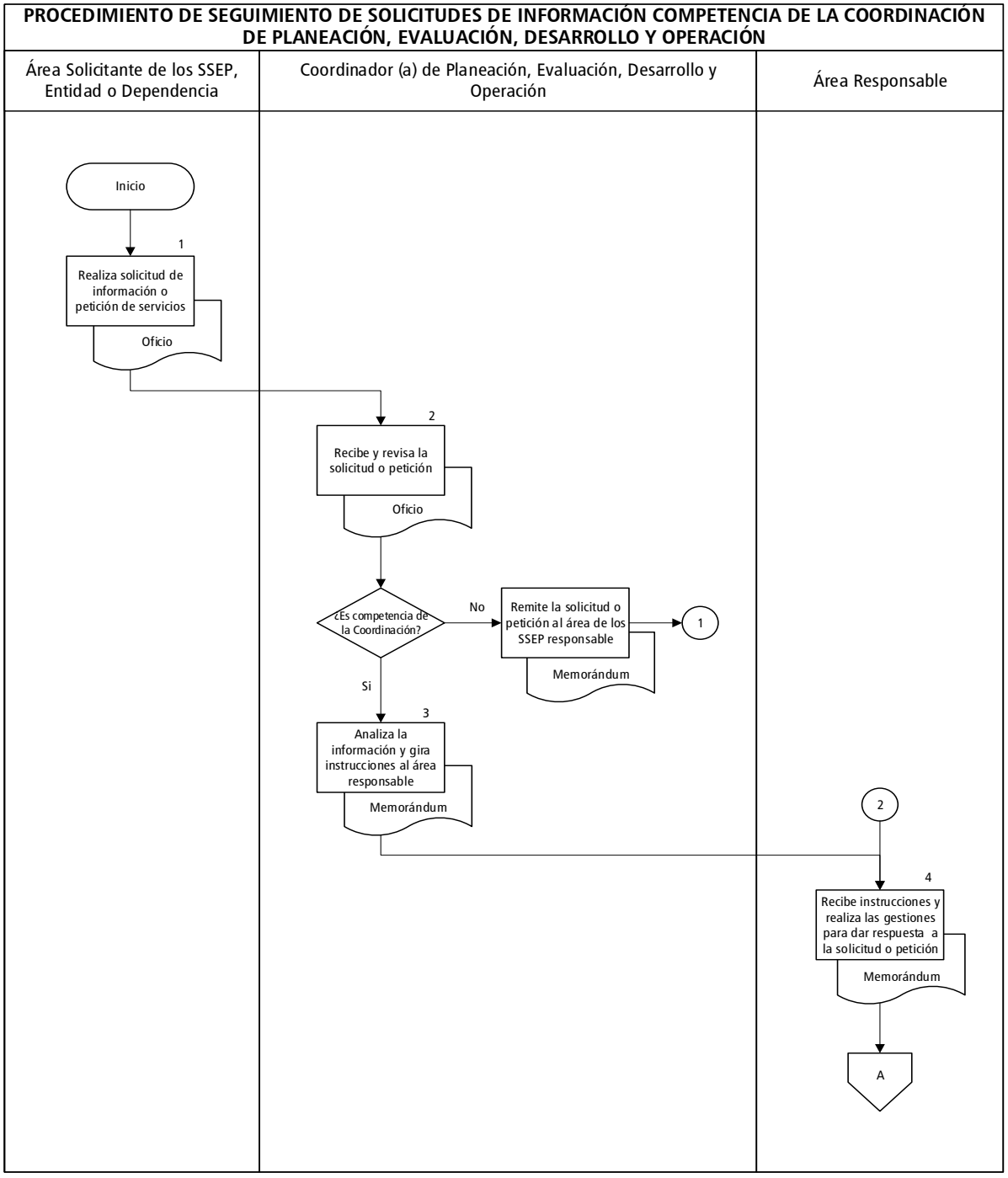
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. El seguimiento de las peticiones de servicios y solicitudes de información, corresponderá únicamente a las que sean competencia de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.
Responsables	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación
Áreas Involucradas	Departamentos adscritos a la Dirección de Planeación y Programación. Departamentos adscritos a la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. Departamentos adscritos a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Departamentos adscritos a la Dirección de Operación de Personal.
Recursos	Oficio, Memorándum
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

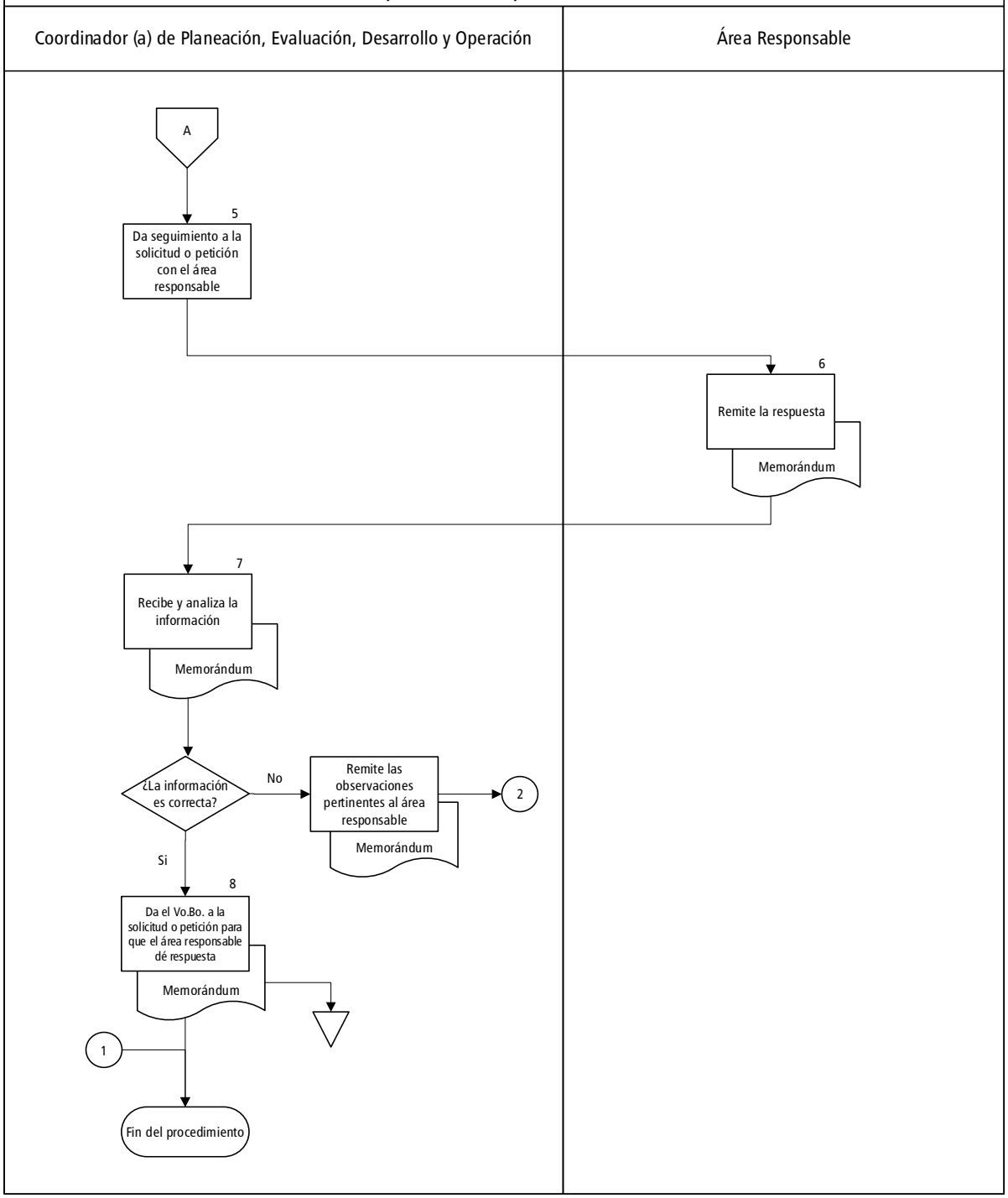
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área solicitante de los SSEP, Entidad o Dependencia	Realiza una solicitud de información o petición de servicios, a través de oficio.	Oficio.
2	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Recibe y revisa la solicitud o petición. ¿Es competencia de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación? Si: Continúa en la actividad No. 3. No: Remite la solicitud o petición al área de los SSEP responsable, a través de memorándum. **Fin del procedimiento.**	Oficio.
3		Analiza la información y gira las instrucciones correspondientes al área responsable a través de memorándum.	Memorándum.
4	Área responsable	Recibe instrucciones y realiza las gestiones correspondientes para dar respuesta a la solicitud o petición.	Memorándum.
5	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Da seguimiento a la solicitud o petición con el área responsable.	S/D
6	Área responsable	Remite la respuesta mediante memorándum.	Memorándum.
7	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y	Recibe memorándum y analiza la información. ¿La información es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 8.	Memorándum.

	Operación	No: Remite las observaciones pertinentes al área responsable, mediante memorándum. Regresa a la actividad No. 4.	
8		Da el visto bueno a la solicitud de información o la petición de servicios, para que el área responsable dé respuesta al área solicitante, Entidad o Dependencia. Archiva memorándum.	Memorándum.
Fin del procedimiento			

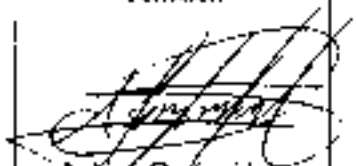
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.



PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN



7.13.2. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CONVENIOS Y CONTRATOS QUE COMPETAN A LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ismael Rodríguez Palacios Enlace para la **Elaboración del Manual de** Procedimientos IRP (CPEDYO) Octubre 2018	**Adán González Martínez** Supervisor Consultivo AGM (CPEDYO) **Octubre 2018**	Raquel Saucedá Amador **Subsecretaria de** Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación RSA (CPEDYO) **Octubre 2018**

Objetivo	Revisar que los convenios y/o contratos cumplan con la normatividad aplicable

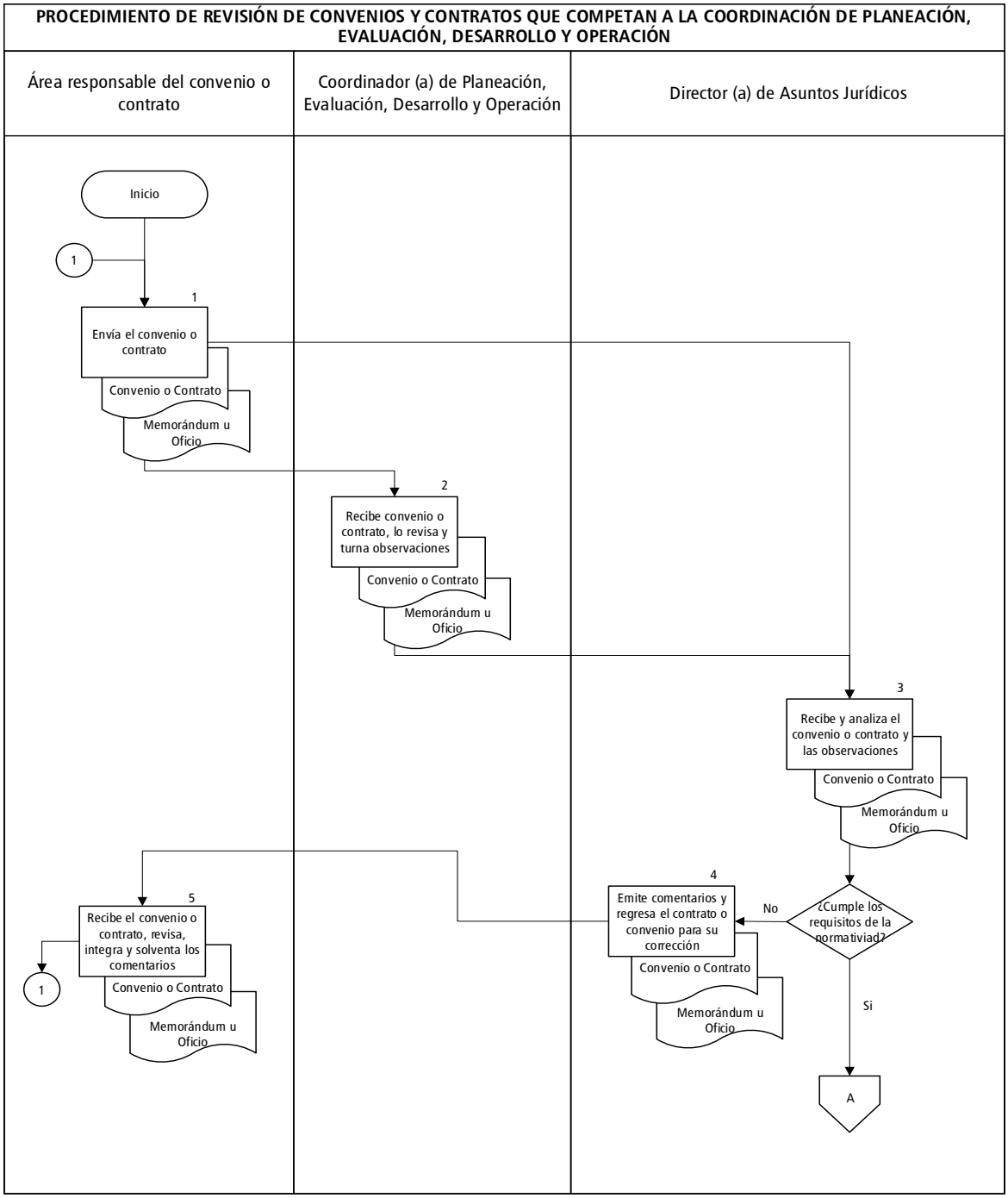
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018. 4. Plan Estatal de Desarrollo 2017 - 2018. Políticas: 1. Asegurarse que los proyectos cumplan con los requisitos de la normatividad aplicable.
Responsables	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación
Áreas Involucradas	Servicios de Salud del Estado de Puebla. Secretaria de Salud. Entidades o Dependencias Estatales. Entidades o Dependencias Federales. Organismos Privados.
Recursos	Memorándum, Oficio, Convenio, Contrato
Glosario	Convenio o Contrato: Documento que envían las áreas responsables para su revisión y formalización por parte de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, sobre acuerdos que han establecido, propios de su actividad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CONVENIOS Y CONTRATOS QUE COMPETAN A LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN Y DESARROLLO.

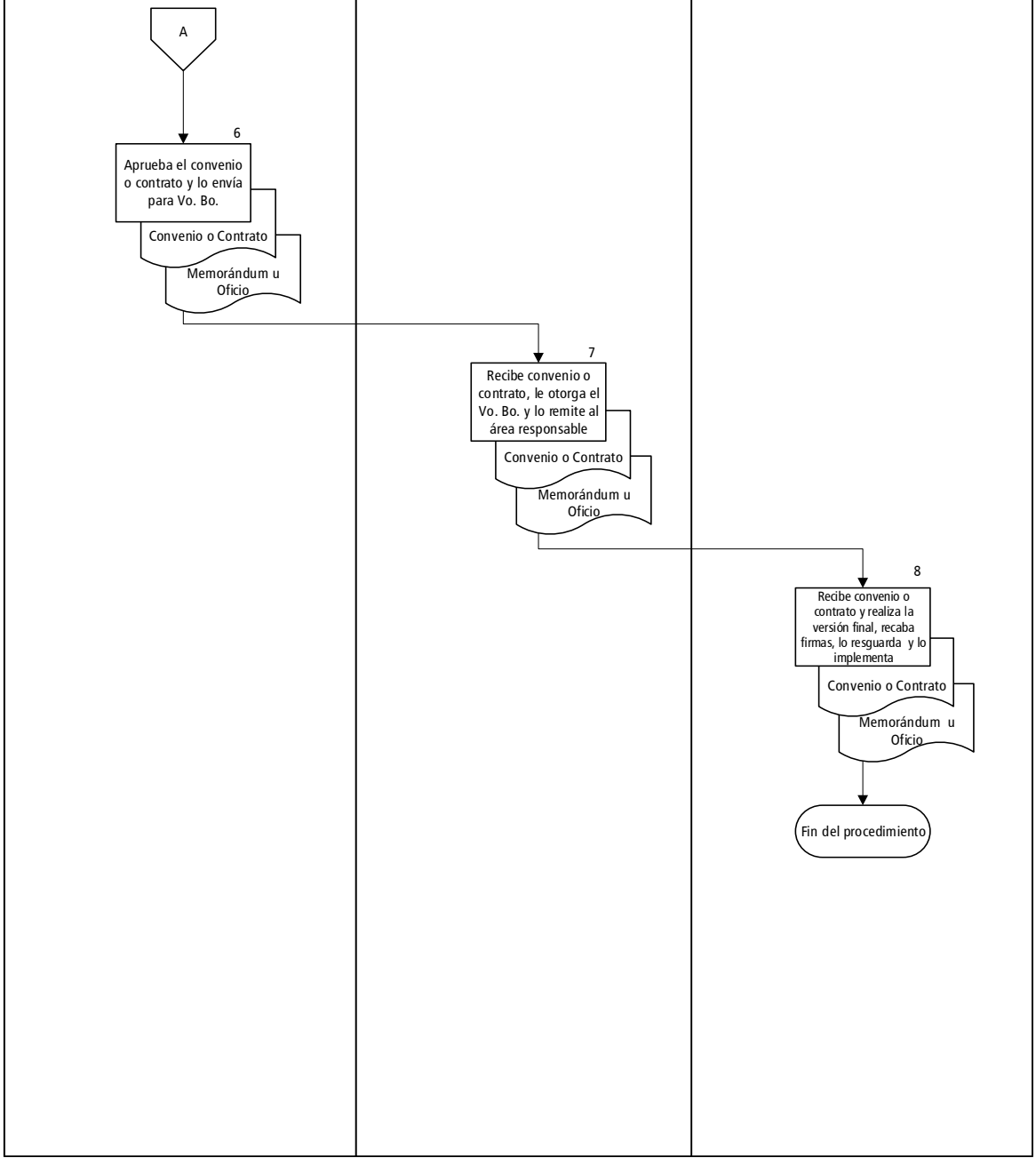
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área responsable del convenio o contrato	Envía el convenio o contrato al/la Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación y al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su revisión, mediante memorándum u oficio.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
2	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Recibe convenio o contrato, lo revisa y turna observaciones al/la Director/a de Asuntos Jurídicos, mediante memorándum u oficio.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
3	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe y analiza el convenio o contrato y las observaciones. ¿Cumple con los requisitos de la normatividad aplicable? Si: Continúa en la actividad No. 6. No: Continúa en la actividad No. 4.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
4		Emite los comentarios y regresa el convenio o contrato mediante memorándum u oficio al área responsable para su corrección.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
5	Área responsable del convenio y/o contrato	Recibe el convenio o contrato, revisa, integra y solventa los comentarios de las partes involucradas en el mismo. Regresa a la actividad No. 1.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
6	Director/a de Asuntos Jurídicos	Aprueba el convenio o contrato y lo envía a la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Convenio o Contrato Memorándum u

		para Vo. Bo. mediante memorándum u oficio.	Oficio
7	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Recibe el convenio o contrato, le otorga el Vo. Bo. y lo remite al área responsable mediante memorándum u oficio.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
8	Área responsable del convenio o contrato	Recibe el convenio o contrato y realiza la versión final, recaba las firmas de las partes involucradas, lo resguarda y lo implementa.	Convenio o Contrato Memorándum u Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CONVENIOS Y CONTRATOS QUE COMPETAN A LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN Y DESARROLLO.



PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CONVENIOS Y CONTRATOS QUE COMPETAN A LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN



7.13.3. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS QUE SEAN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ismael Rodríguez Palacios Enlace para la Elaboración del Manual de Procedimientos IRP (CPEDYO) Octubre 2018	Adán González Martínez Supervisor Consultivo AGM (CPEDYO) Octubre 2018	Raquel Sauceda Amador Subsecretaria de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación RSA (CPEDYO) Octubre 2018

Objetivo | Realizar las gestiones necesarias para el debido cumplimiento de los acuerdos pactados por la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.

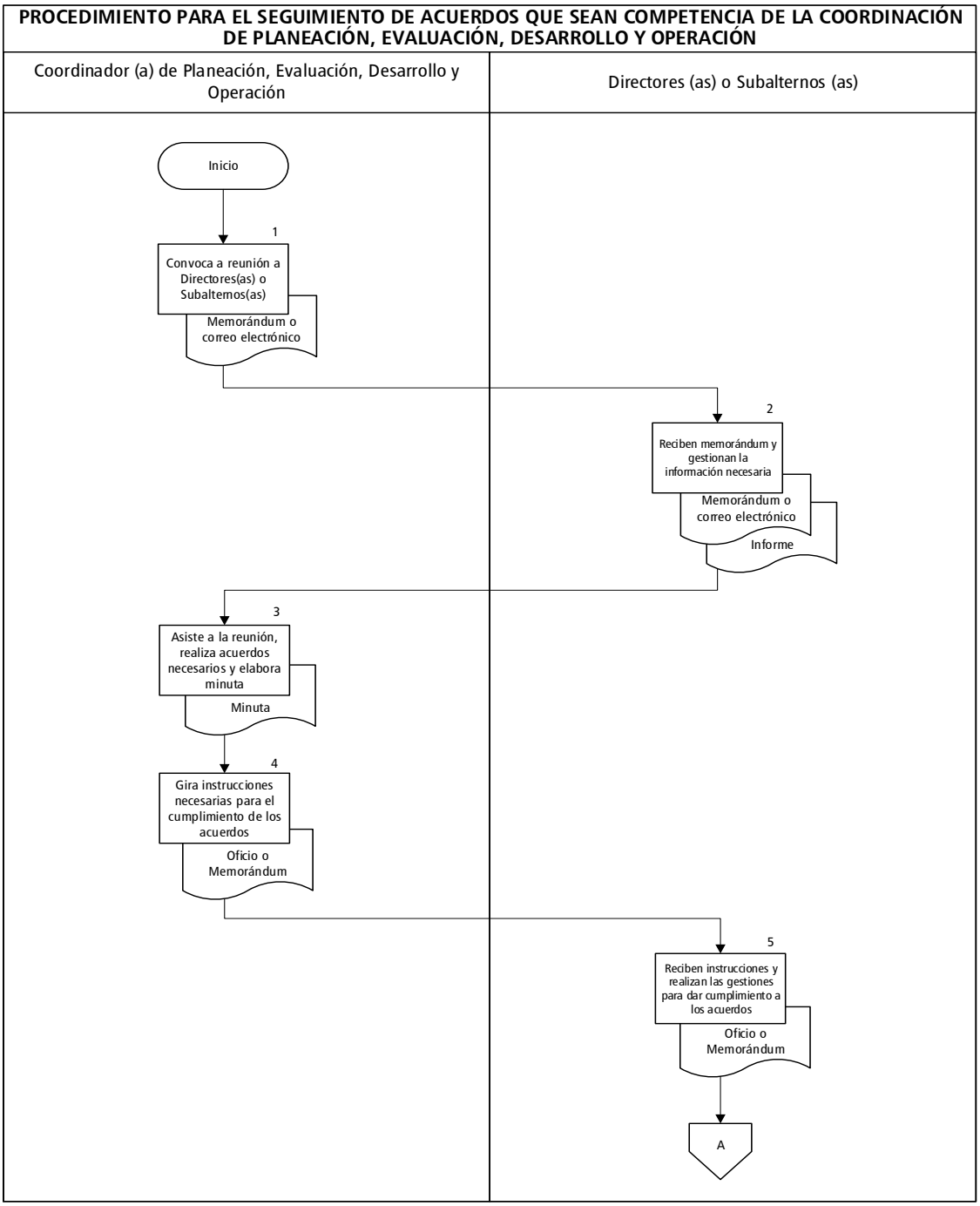
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018. 4. Plan Estatal de Desarrollo 2017 - 2018. Políticas de Operación: 1. Todos los acuerdos se registrarán y darán a conocer a las áreas responsables.
Responsables	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.
Áreas Involucradas	Servicios de Salud del Estado de Puebla. Secretaria de Salud. Entidades o Dependencia Estatales. Entidades o Dependencia Federales. Organismos Privados.
Recursos	Correo electrónico, Informe, Minuta, Oficio, Memorándum
Glosario	Acuerdo: Reunión de la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación con sus Directores/as o Subalternos/as para tomar conjuntamente decisiones sobre asuntos determinados.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS QUE SEAN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.

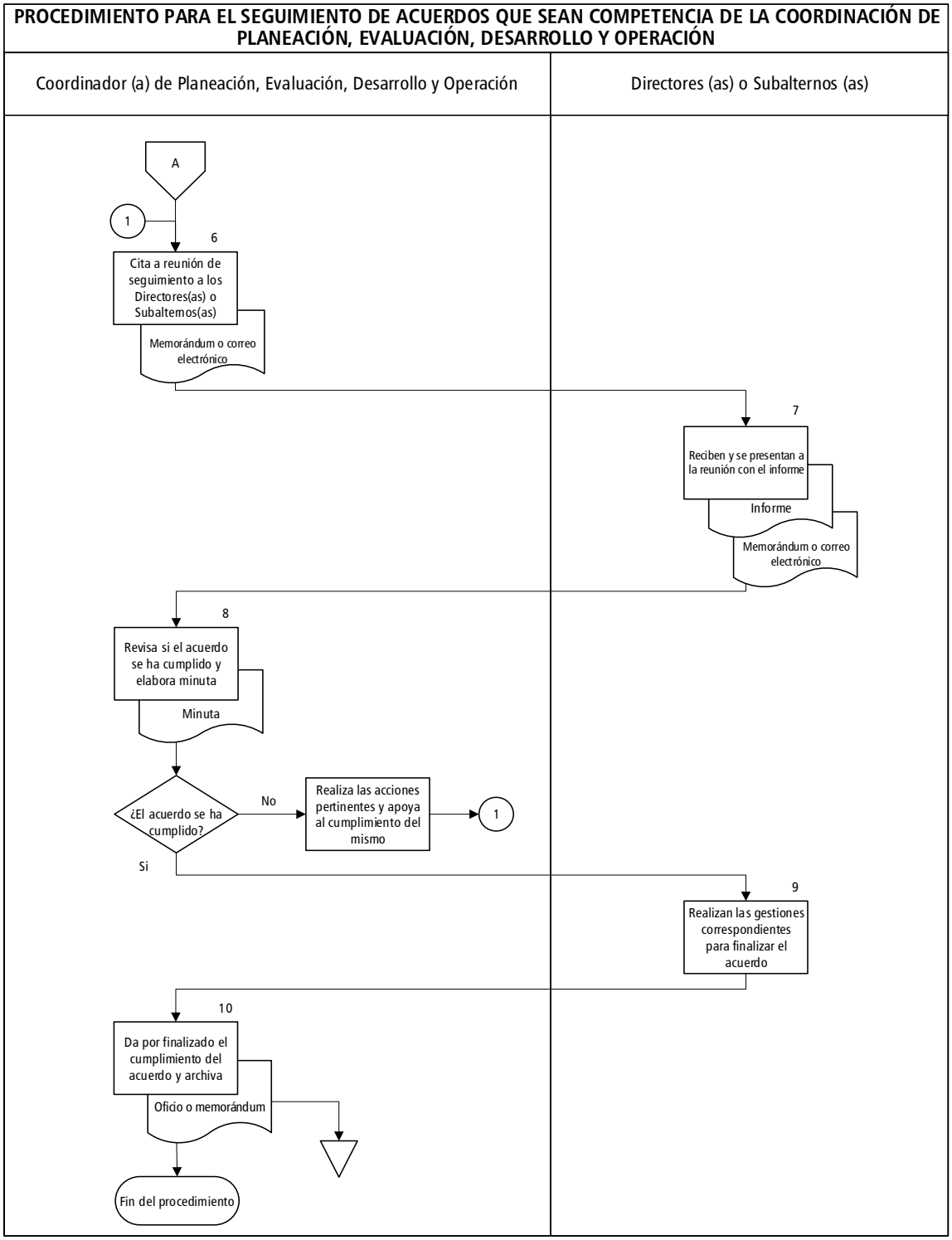
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Convoca a reunión a Directores/as o Subalternos/as a través de memorándum o correo electrónico.	Memorándum o Correo electrónico.
2	Directores/as o Subalternos/as	Reciben memorándum o correo electrónico y gestionan la información necesaria para realizar la reunión.	Memorándum o Correo electrónico. Informe.
3	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Asiste a la reunión, realiza los acuerdos necesarios y elabora minuta.	Minuta.
4		Gira oficio o memorándum con las instrucciones necesarias para el cumplimiento de los acuerdos a Directores/as o Subalternos/as.	Oficio. o Memorándum
5	Directores/as o Subalternos/as	Reciben instrucciones y realizan las gestiones correspondientes para dar cumplimiento a los acuerdos.	Oficio o Memorándum.
6	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Cita a reunión de seguimiento a los Directores/as o Subalternos/as, a través de memorándum o correo electrónico.	Memorándum o Correo electrónico
7	Directores/as o Subalternos/as	Reciben memorándum o correo electrónico y se presentan a la reunión con el informe correspondiente.	Informe Memorándum o Correo

			electrónico.
8	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Revisa si el acuerdo se ha cumplido y elabora minuta. ¿El acuerdo se ha cumplido? Si: Continúa en la actividad No. 9. No: Realiza las acciones pertinentes y apoya el cumplimiento del mismo. Regresa a la actividad No. 6.	Minuta.
9	Directores/as o Subalternos/as	Realizan las gestiones correspondientes para finalizar el acuerdo.	S/D
10	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Da por finalizado el cumplimiento del acuerdo correspondiente y archiva oficio o memorándum.	Oficio o Memorándum.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS QUE SEAN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN.



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS QUE SEAN COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN



7.14. PROCEDIMIENTOS DEL. COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

7.14.1. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE DELACIONES PRESENTADAS AL COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

Tiempo Promedio: 3 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Karla Huerta Hernández Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT) Junio 2018	**Adrián Tavares Echegaray Secretario Ejecutivo del Comité de Ética y Prevención de Conflicto de Interés ATE (SECEPCI) Junio 2018**	**Raquel Sauceda Amador Presidenta del Comité de Ética y Prevención de Conflicto de Interés RSA (PCEPCI) Junio 2018**

Objetivo	Establecer las actividades para la presentación y atención de las delaciones manifestadas en contra de los servidores públicos que laboran en la Secretaría de Salud y en los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal.
5. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla.
6. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
7. Acuerdo que emite la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado, por el que expide el Código de Ética, las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública, y los Lineamientos Generales para Propiciar la Integridad de las Servidoras y los Servidores Públicos y para Implementar Acciones Permanentes que Favorezcan su Comportamiento Ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
8. Acuerdo por el que se conforma el “Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés” de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que emite la C. Arely Sánchez Negrete, en su carácter de Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
9. Bases para la Integración, Organización y Funcionamiento del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las delaciones se podrán entregar en los siguientes lugares:
    a) Dirección de Planeación y Programación, Calle 6 norte no. 603, segundo piso, colonia Centro, “Portalillo” en el municipio de Puebla.
    b) Jurisdicción Sanitaria No. 1, Huauchinango,

ubicada en Avenida Lázaro Cárdenas, no. 51, colonia Catalina, en el municipio de Huauchinango.

c) Jurisdicción Sanitaria No. 2, Chignahuapan, ubicada en carretera a Zacatlán, no. 5, colonia Centro, en el municipio de Chignahuapan.
d) Jurisdicción Sanitaria No. 3, Zacapoaxtla, ubicada en calle el Triunfo, no. 6, colonia Centro, en el municipio de Zacapoaxtla.
e) Jurisdicción Sanitaria No. 4, de San Salvador el Seco, ubicada en carretera a Zacatlán, no. 5, colonia Centro, en el municipio de Chignahuapan.
f) Jurisdicción Sanitaria No. 5, Huejotzingo, ubicada en km. 1.7 de la carretera Huejotzingo - Santa Ana Xalmimilulco, S/N, en el municipio de Huejotzingo.
g) Jurisdicción Sanitaria No. 6, Puebla, ubicada en km. 7.5 Carretera a Valsequillo, no. 6, colonia el Batán, en el municipio de Puebla.
h) Jurisdicción Sanitaria No. 7, Izúcar de Matamoros, ubicada en avenida Chabacano, S/N, colonia Rancho Juanitos en el municipio de Izúcar de Matamoros.
i) Jurisdicción Sanitaria No. 8, Acatlán de Osorio, ubicada en camino a los Hobos, S/N, Unidad habitacional FOVISSSTE, en el municipio de Acatlán de Osorio.
j) Jurisdicción Sanitaria No. 9, Tepexi de Rodríguez, ubicada en avenida Matamoros, no. 5, Barrio San Sebastián, en el municipio de Tepexi de Rodríguez.
k) Jurisdicción Sanitaria No. 10, Tehuacán, ubicada en prolongación Oaxaca, S/N, colonia Centro, en el municipio de Tehuacán.

2. Los formatos para la presentación de las delaciones podrán ser solicitados en los lugares anteriormente señalados, o descargados en la ss.pue.gob.mx.
3. En caso de que el formato de presentación de delación, no cumpla con los requisitos solicitados, el/la denunciante tendrá un plazo no mayor a 2 días

hábiles, contados a partir del día hábil siguiente a la fecha en que se le haya comunicado la falta de requisitos, para cumplir con lo establecido en el formato.

4. El/la denunciante deberá ratificar la delación, en un plazo no mayor a 3 días hábiles, posteriores a la presentación de la delación, en caso de que no se ratifique, se archivará como concluido generando un antecedente.
5. Cuando resulte necesario el Comité mantendrá estricta confidencialidad del nombre y de los datos de las personas que presenten una delación, y de las personas a los que les consten los hechos.
6. De considerar el Comité que existe probable incumplimiento al Código de Ética, a las Reglas de Integridad o al Código de Conducta, entrevistará a la servidora pública o al servidor público involucrado y de estimarlo necesario, para allegarse de mayores elementos, a los testigos y a la persona que presentó la delación. Para esta tarea el Comité podrá conformar una comisión, con al menos tres de los miembros temporales, para que realicen las entrevistas, debiendo estos dejar constancia escrita.
7. Los miembros del Comité comisionados para atender una delación presentarán sus conclusiones y si éstas consideran incumplimiento al Código de Ética, a las Reglas de Integridad o al Código de Conducta, el Comité determinará sus observaciones y en su caso, recomendaciones. De estimar una probable responsabilidad administrativa, dará vista a la Secretaría de la Contraloría, por medio de la Delegación o Comisaría correspondiente.

Responsables

Comité y Subcomités de Ética y Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Áreas Involucradas

Unidades Administrativas y Médicas adscritas a los Servicios de Salud de Estado de Puebla.

Recursos	Formatos o documentos de: 1. Presentación de delación. 2. Ratificación de delación. 3. Informe de entrevista. 4. Informe de resultados de conciliación. 5. Acta de la Sesión del Comité 6. Expediente 7. Informe de observaciones y recomendaciones 8. Memorándum. 9. Oficio.
Glosario	Conflicto de interés: La situación en la que el juicio de la servidora pública o del servidor público y la integridad de sus acciones, tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal. Delación: La narrativa que formula cualquier persona sobre un hecho o conducta atribuida a una servidora pública o a un servidor público, y que resulta presuntamente contraria al Código de Conducta, Código de ética y a las Reglas de Integridad. Servidora pública o servidor público: Las personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, en la Administración Pública Estatal, en las Entidades de la Administración Pública Paraestatal, así como las personas que administren, manejen, recauden, apliquen o resguarden recursos económicos Federales, Estatales o Municipales, sea cual fuere la naturaleza de su nombramiento o elección.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE DELACIONES PRESENTADAS AL COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Denunciante.	Presenta la delación por escrito en el formato de "Presentación de delación", en los domicilios autorizados para su recepción o también al correo electrónico: comite.eticaypc@puebla.gob.mx.	Presentación de delación o Correo electrónico.
2	Secretario/a Ejecutivo/a / Subcomités Jurisdiccionales.	Recibe formato de "Presentación de delación" o correo electrónico.	Presentación de delación o Correo electrónico.
3		Verifica que el formato o correo electrónico contenga el nombre y el domicilio o teléfono, dirección electrónica para recibir informes, un relato de los hechos, acreditando circunstancias de modo, tiempo y lugar; y datos del servidor público involucrado, terceros relacionados, y en su caso, los medios probatorios de la conducta. ¿Cumple con la Información? Si: Avanza a la actividad No. 5. No: Continua en la actividad No. 4.	Presentación de delación o Correo electrónico

4		Informa a quien presentó la delación, que en un plazo no mayor a 2 días hábiles, es necesario que proporcione mayores elementos para su atención. Regresa a la Actividad No. 3.	Correo electrónico.
5		Asigna un número de expediente e informa a quien presentó la delación que se presente a ratificar la delación, en un plazo no mayor a 3 días hábiles, posteriores a la presentación de la delación. ¿Existe ratificación? Si: Avanza a la actividad No. 7. No: Continua en la actividad No. 6.	Expediente.
6		Archiva como concluido generando un antecedente. **Fin del procedimiento.**	Presentación de delación o Correo electrónico
7	Denunciante.	Acude a los domicilios autorizados según corresponda, a ratificar la delación a través del formato de "Ratificación de Delación" o también al correo electrónico: comiteeticaypc@puebla.gob.mx.	Ratificación de Delación o correo electrónico.
8	Subcomités Jurisdiccionales.	Informa al Secretario/a Ejecutivo del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, de las delaciones ratificadas y las no ratificadas.	Ratificación de Delación o correo electrónico.
9	Secretario/a Ejecutivo/a	Analiza que la delación cumpla con la información prevista en los lineamientos normativos en la materia, para hacerla de conocimiento del Comité de Ética y	Ratificación de Delación o correo electrónico.

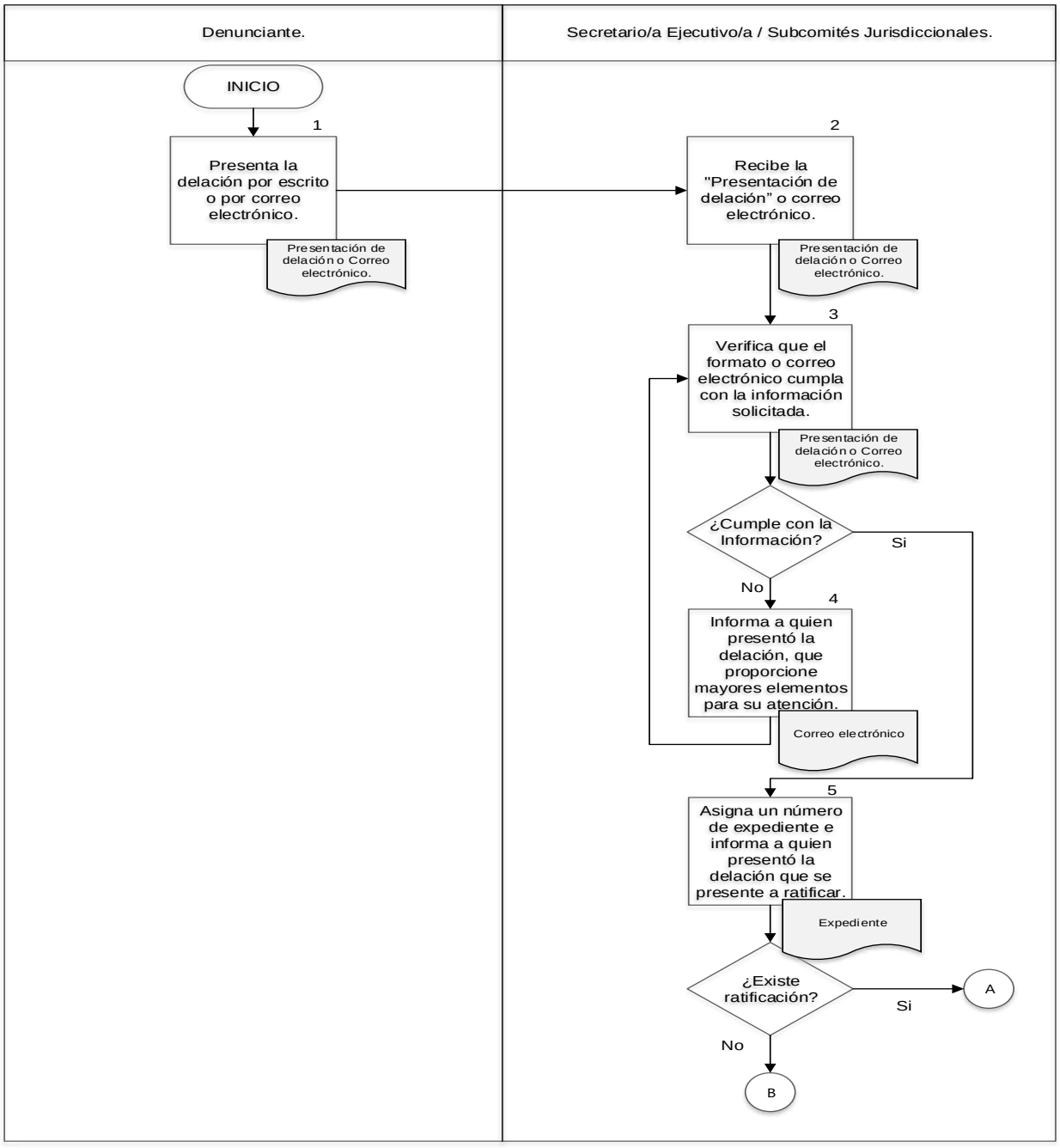
		Prevención de Conflictos de Interés. ¿La delación cumple con la información? Si: Avanza a la actividad No. 11. No: Continua en la actividad No. 10.	
10		Archiva el expediente como concluido. **Fin del procedimiento.**	Oficio.
11		Gestiona la presentación de la delación ratificada ante el Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés para su atención y clasificación.	Memorándum / Correo electrónico.
12	Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.	Revisa y califica la delación como: probable incumplimiento o delación incompetente. ¿Cómo se califica la delación? Delación incompetente: Continúa en la actividad No. 13. Probable incumplimiento: Avanza a la actividad No. 15.	S/D
13	Presidente/a del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.	Orienta al/la denunciante para que la presente ante la instancia correspondiente.	Entrevista / Memorándum / Oficio.
14	Secretario/a Ejecutivo/a.	Archiva el expediente. **Fin del procedimiento.**	Oficio.
15	Comité de Ética y Prevención de Conflictos de	Comunica al servidor público involucrado y gestiona la entrevista con el mismo	Correo electrónico / Memorándum / Oficio.

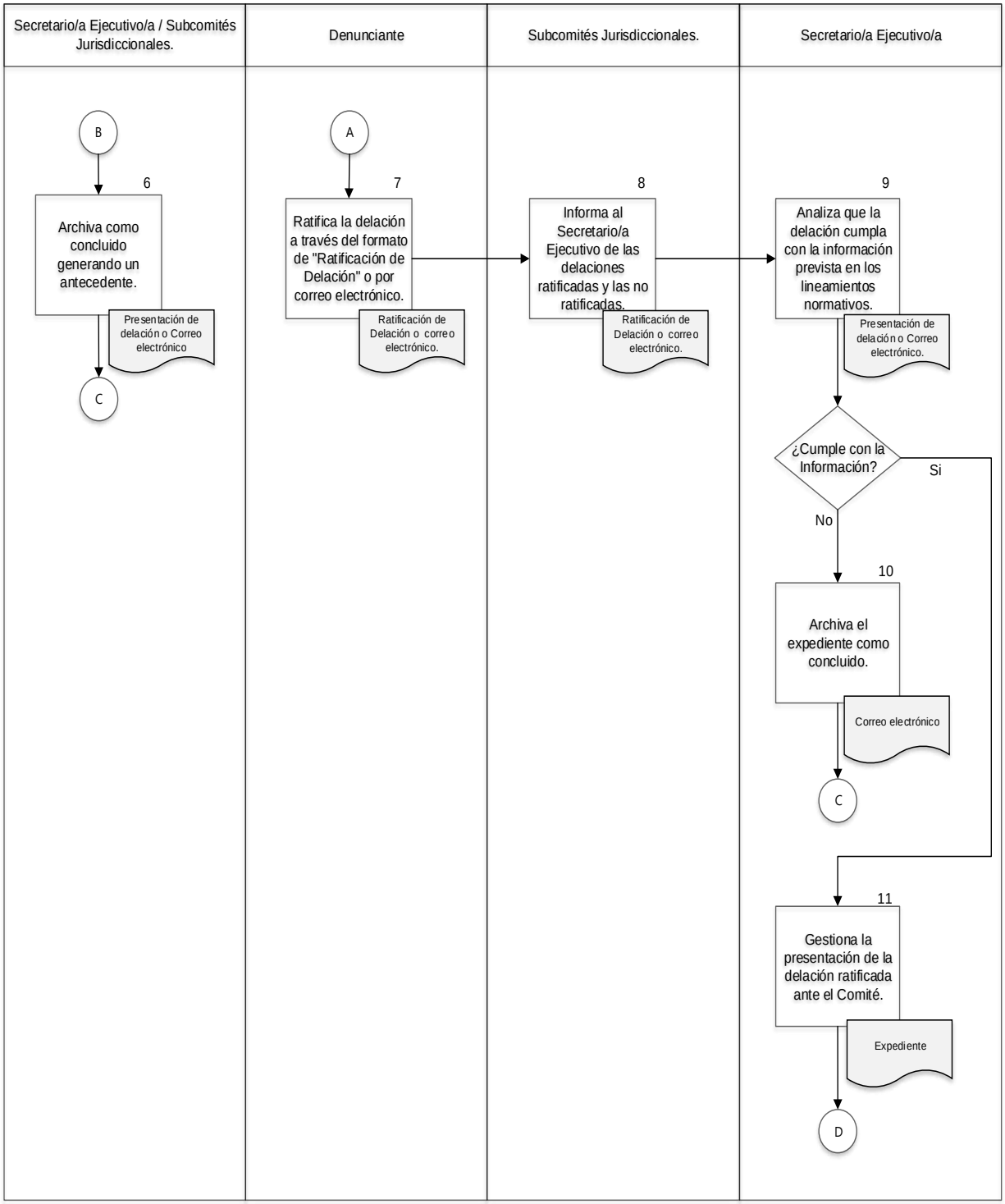
	Interés.		
16	Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés / Comisión de miembros	Realiza las entrevistas al servidor público involucrado, y elabora informe de entrevista.	Informe de entrevista
17		Analiza conforme a la entrevista si es necesario allegarse a nuevos elementos y si existen más partes involucradas. ¿Es necesario allegarse a nuevos elementos? Si: Continua en la actividad No. 18. No: Avanza a la actividad No. 19.	S/D
18		Entrevista a la persona que presentó la delación y a los testigos, analiza los nuevos elementos que forman parte de la delación y elabora el informe de las entrevistas.	Informe
19		Cuando los hechos narrados afecten únicamente a la persona que presentó la delación determina si es factible una conciliación. ¿Se considera factible una conciliación? Si: Continua en la actividad No. 20. No: Avanza a la actividad No. 22.	S/D
20		Realiza la reunión de conciliación entre las partes involucradas.	S/D
21		Elabora el Informe de resultados de la conciliación, así como sus conclusiones para su presentación en sesión ante Comité.	Informe de resultados de conciliación.

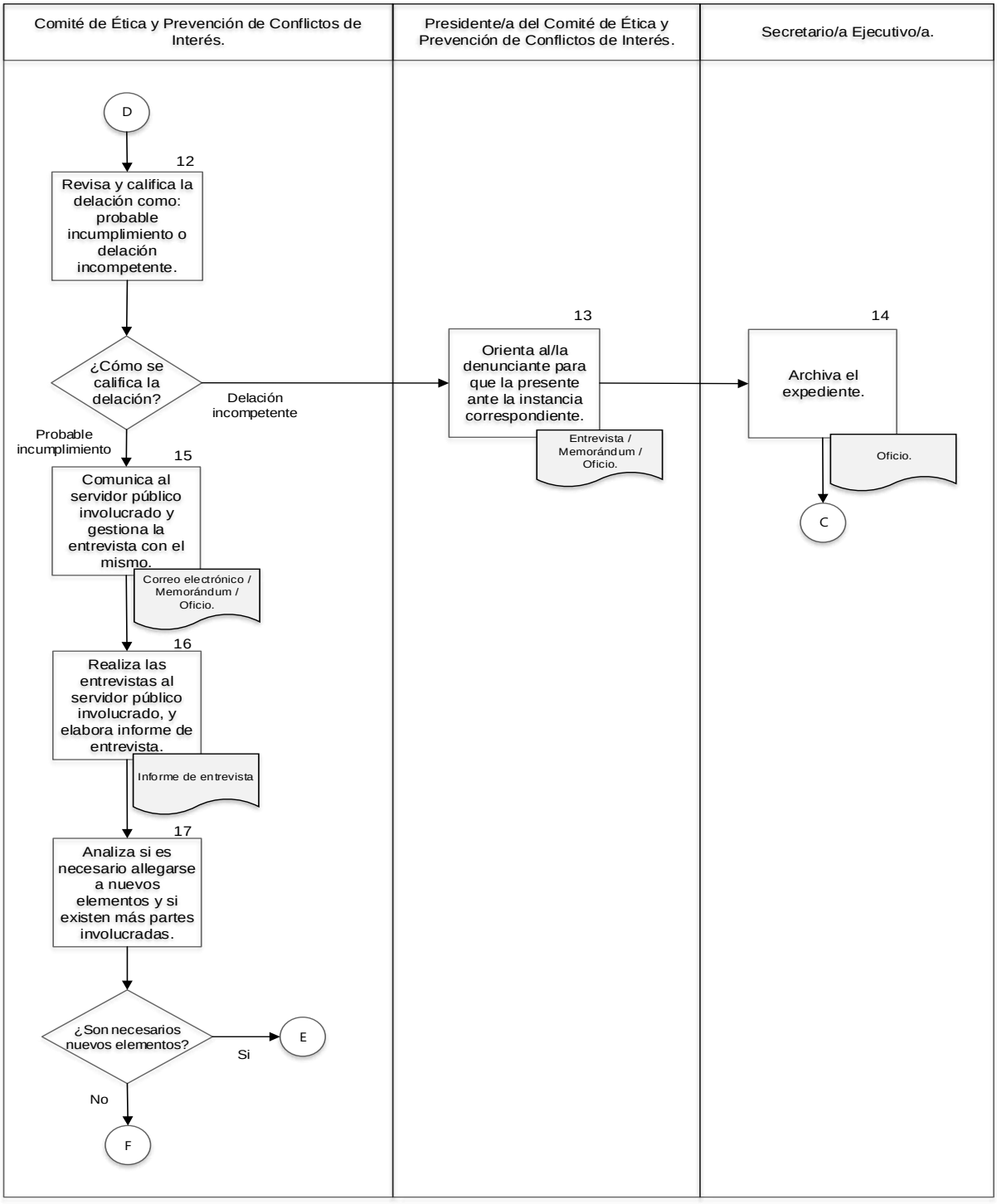
22		Presenta en Sesión Ordinaria o Extraordinaria del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés según se decida, las conclusiones para su determinación.	Informe de resultados de conciliación.
23		Determina si existe un incumplimiento al Código de Ética, las Reglas de Integridad o al Código de Conducta, por parte del servidor público involucrado. ¿Cuál es la determinación del Comité? Determinación de no incumplimiento: Continúa en la actividad No. 24. Determinación de incumplimiento: Avanza a la actividad No. 26.	Acta de la Sesión del Comité
24	Presidente/a del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.	Turna el expediente al Secretario/a Ejecutivo/a para archivo y conclusión del procedimiento.	Expediente.
25	Secretario/a Ejecutivo.	Archiva el expediente. **Fin del procedimiento.**	Expediente.
26	Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.	Formula las observaciones y recomendaciones en el caso de delación derivadas del incumplimiento al Código de Conducta, que consistirán en un pronunciamiento imparcial no vinculatorio.	Informe de observaciones y recomendaciones
27		Informa al/la servidor/a público/a involucrado y a sus superiores jerárquicos, las observaciones y recomendaciones determinadas.	Memorándum / Oficio.

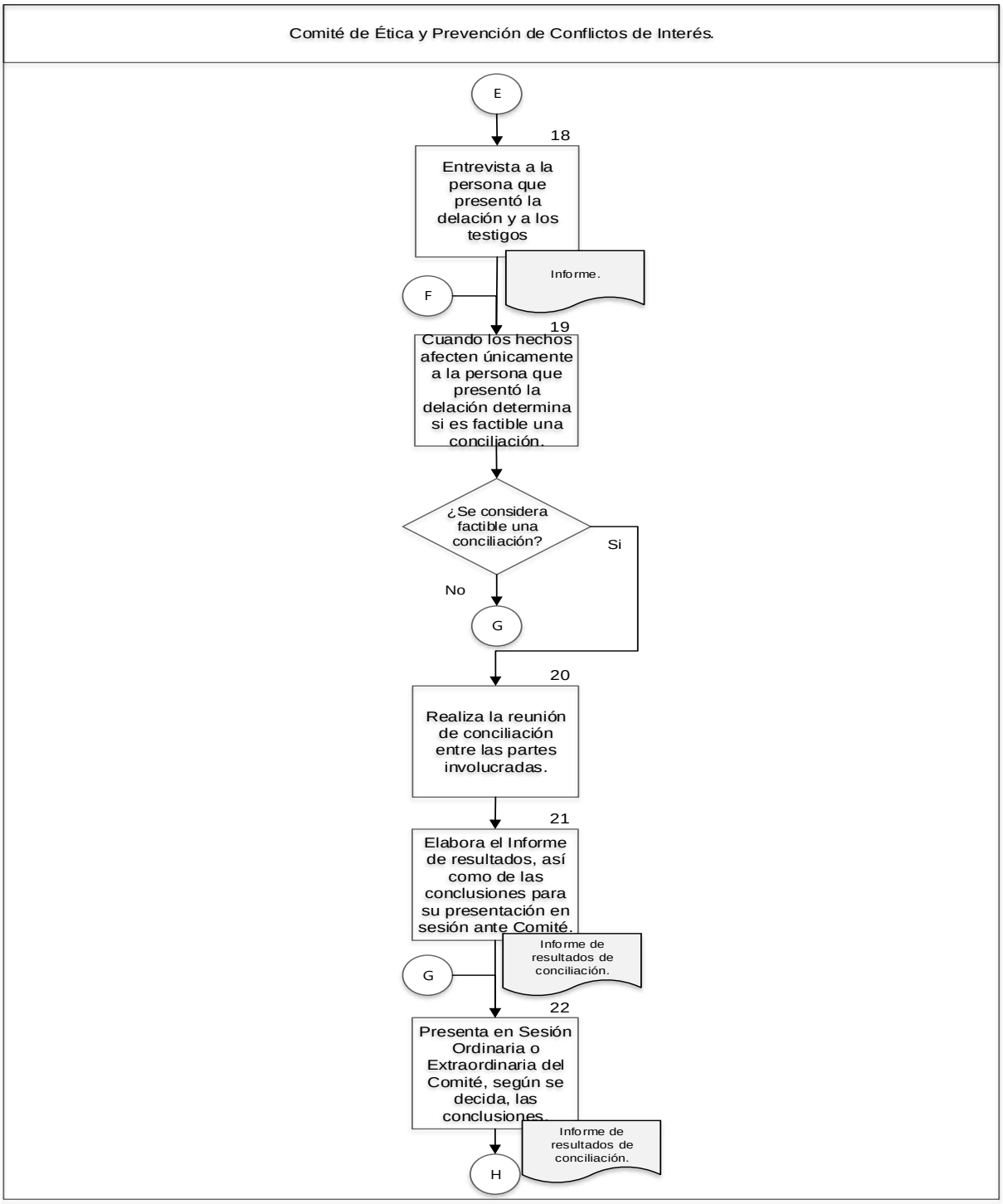
28		Determina si del resultado de las observaciones y recomendaciones se estima una probable responsabilidad administrativa. ¿Existe una probable responsabilidad administrativa? Si: Continua en la actividad No. 29. No: Avanza a la actividad No. 30.	S/D
29	Presidente/a del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.	Da vista al Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Contraloría, para su trámite correspondiente. **Fin del procedimiento**	Oficio.
30		Informa a la Secretaría de la Contraloría de las observaciones y recomendaciones determinadas y turna el expediente al Secretario/a Ejecutivo/a para para archivo.	Oficio. Expediente.
31	Secretario/a Ejecutivo.	Archiva el expediente.	Expediente.
Fin del procedimiento			

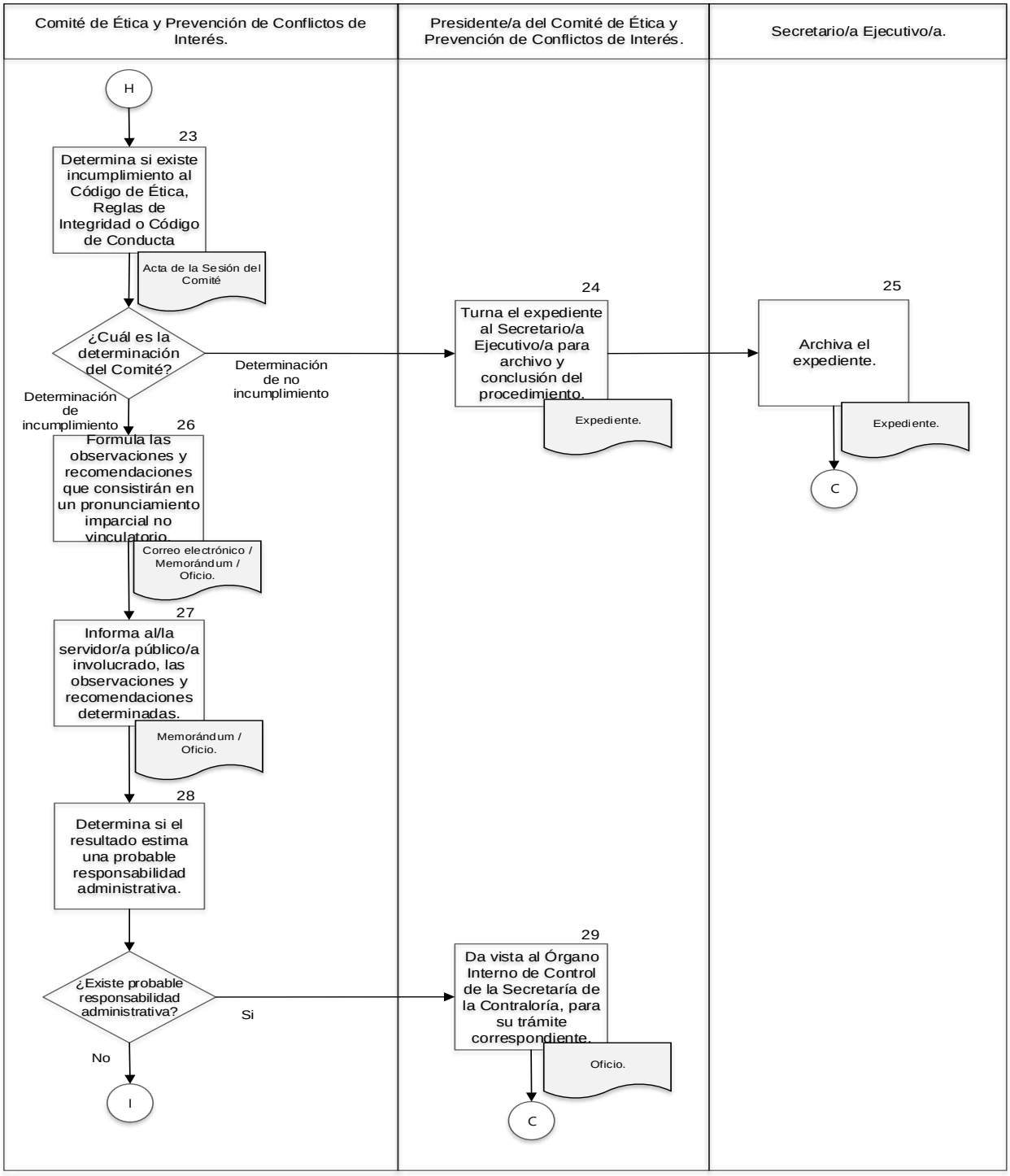
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE DELACIONES PRESENTADAS AL COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

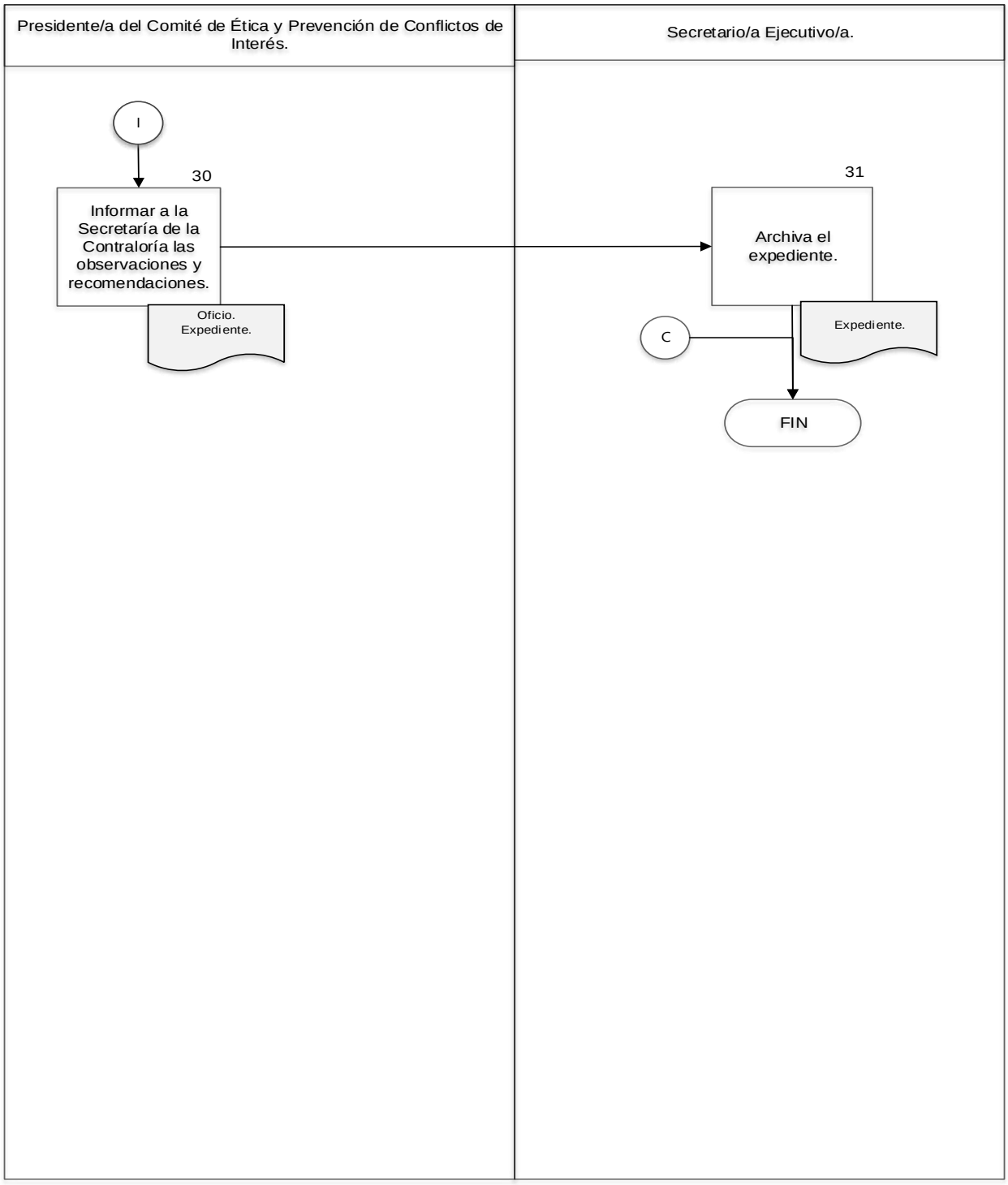



Secretario/a Ejecutivo/a / Subcomités Jurisdiccionales.
Denunciante
Subcomités Jurisdiccionales.
Secretario/a Ejecutivo/a
B
6
Archiva como concluido generando un antecedente.
Presentación de delación o Correo electrónico
C
A
7
Ratifica la delación a través del formato de "Ratificación de Delación" o por correo electrónico.
Ratificación de Delación o correo electrónico.
8
Informa al Secretario/a Ejecutivo de las delaciones ratificadas y las no ratificadas.
Ratificación de Delación o correo electrónico.
9
Analiza que la delación cumpla con la información prevista en los lineamientos normativos.
Presentación de delación o Correo electrónico.
¿Cumple con la Información?
Si
No
10
Archiva el expediente como concluido.
Correo electrónico
C
11
Gestiona la presentación de la delación ratificada ante el Comité.
Expediente
D


Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.
Presidente/a del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.
Secretario/a Ejecutivo/a.
D
12
Revisa y califica la delación como: probable incumplimiento o delación incompetente.
¿Cómo se califica la delación?
Delación incompetente
Probable incumplimiento
13
Orienta al/la denunciante para que la presente ante la instancia correspondiente.
Entrevista / Memorándum / Oficio.
14
Archiva el expediente.
Oficio.
C
15
Comunica al servidor público involucrado y gestiona la entrevista con el mismo.
Correo electrónico / Memorándum / Oficio.
16
Realiza las entrevistas al servidor público involucrado, y elabora informe de entrevista.
Informe de entrevista
17
Analiza si es necesario allegarse a nuevos elementos y si existen más partes involucradas.
¿Son necesarios nuevos elementos?
Si
E
No
F


Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.
E
18
Entrevista a la persona que presentó la delación y a los testigos
Informe.
F
19
Cuando los hechos afecten únicamente a la persona que presentó la delación determina si es factible una conciliación.
¿Se considera factible una conciliación?
Si
No
G
20
Realiza la reunión de conciliación entre las partes involucradas.
21
Elabora el Informe de resultados, así como de las conclusiones para su presentación en sesión ante Comité.
Informe de resultados de conciliación.
G
22
Presenta en Sesión Ordinaria o Extraordinaria del Comité, según se decida, las conclusiones.
Informe de resultados de conciliación.
H


Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.
Presidente/a del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.
Secretario/a Ejecutivo/a.
H
23
Determina si existe incumplimiento al Código de Ética, Reglas de Integridad o Código de Conducta
Acta de la Sesión del Comité
¿Cuál es la determinación del Comité?
Determinación de no incumplimiento
Determinación de incumplimiento
24
Turna el expediente al Secretario/a Ejecutivo/a para archivo y conclusión del procedimiento.
Expediente.
25
Archiva el expediente.
Expediente.
C
26
Formula las observaciones y recomendaciones que consistirán en un pronunciamiento imparcial no vinculatorio.
Correo electrónico / Memorándum / Oficio.
27
Informa al/la servidor/a público/a involucrado, las observaciones y recomendaciones determinadas.
Memorándum / Oficio.
28
Determina si el resultado estima una probable responsabilidad administrativa.
¿Existe probable responsabilidad administrativa?
Si
29
Da vista al Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Contraloría, para su trámite correspondiente.
Oficio.
C
No
I


Presidente/a del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.
Secretario/a Ejecutivo/a.
I
30
Informar a la Secretaría de la Contraloría las observaciones y recomendaciones.
Oficio.
Expediente.
31
Archiva el expediente.
C
Expediente.
FIN

7.15. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN.

7.15.1. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD.

Tiempo Promedio: 30 dias hábiles desde la recepción de la solicitud, la consulta al área correspondiente y la entrega del análisis.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Michelle Estefanía Sánchez Lara Coordinadora Operativa de Desarrollo Jurisdiccional MESL(DSIS) Octubre 2018	**Enrique Torres Rosales Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud ETR (DSIS) Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Analizar la viabilidad técnica de la infraestructura física en salud de obra nueva, ampliación, sustitución y fortalecimiento, en colaboración con la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales y/o Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales; considerando las necesidades de atención a la salud de la población, la oferta actual de servicios de la Red de Servicios de Salud, para contribuir a una eficaz toma de decisiones en la planeación de la infraestructura en salud y brindar un servicio digno a la población usuaria, haciendo uso eficiente de la inversión pública de acuerdo a la normatividad vigente.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Manual de Calidad, vigente
2. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), vigente
3. Libro de Población.
4. Regionalización de los Servicios de Salud.
5. Directorio de Casas de Salud.
6. Manual del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS).
7. Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2017-2018.
8. Programa Institucional de Salud, vigente.
9. Reglamento Interior de los SSEP, vigente.
10. Manual de Calidad, vigente
11. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), vigente
12. Libro de Población.
13. Regionalización de los Servicios de Salud.
14. Directorio de Casas de Salud.
15. Manual del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS).
16. Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2017-2018.
17. Programa Institucional de Salud, vigente.
18. Reglamento Interior de los SSEP, vigente.
19. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla

Políticas de Operación:

1. La Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional recibe la solicitud de análisis de viabilidad de infraestructura en salud, la cual debe contener lo siguiente:
    1. Nombre del municipio y localidad.
    2. Tipo de solicitud.
    3. Nombre del solicitante.
    4. Solicitud dirigida al/la C. Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y/o al Director/a de Planeación y Programación.
    5. Haber sido canalizada a través del Sistema de

	Gestión Social y/o Oficialía de Partes. 2. Se atenderán las solicitudes que sean entregadas por el canal oficial, es decir, Sistema de Gestión Social, la Secretaría General de los SSEP y/o Oficialía de Partes. 3. El memorando de acuse de recibido de la solicitud deberá contener los documentos de soporte. 4. Es responsabilidad de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional solicitar a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales y/o a la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales visto bueno y observaciones respecto a la solicitud recibida según corresponda en cuanto al tipo de intervención solicitada. 5. La documentación original se debe archivar en recopiladores por Municipio, anexando los documentos que correspondan incluyendo, los documentos de solicitud de intervención, el memorando de aprobación del área según corresponda.
Responsables	Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación
Áreas Involucradas	Aplica a Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional, Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación, Autoridades Municipales y Auxiliares y Público en General.
Recursos	Control de Demandas Ciudadanas en electrónico, Memorando de validación para Ampliación, Sustitución y/o Fortalecimiento de Espacios en la Unidad Médica de la Subdirección de Atención a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales y/o Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales, Análisis de viabilidad de infraestructura en Salud, Oficio de Respuesta al Solicitante, Memorando de análisis y comentarios de parte del área según corresponda, respecto a la solicitud de análisis de viabilidad, Oficio de respuesta al solicitante, Memorando con Análisis de Viabilidad de Infraestructura en

Glosario	Salud. MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud. SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe e identifica en la solicitud el tipo de intervención solicitada, el municipio, localidad y jurisdicción. Nota: los tipos de intervención en los cuales participa la Dirección de Planeación y Programación de conformidad con el artículo 24, fracción III del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla son las siguientes: • Obra nueva. • Ampliación. • Sustitución. • Fortalecimiento.	Solicitud
2		Analiza solicitud considerando documentos y lineamientos oficiales según apliquen (MIDAS, Regionalización de los Servicios de Salud, Directorio de Casas de Salud	

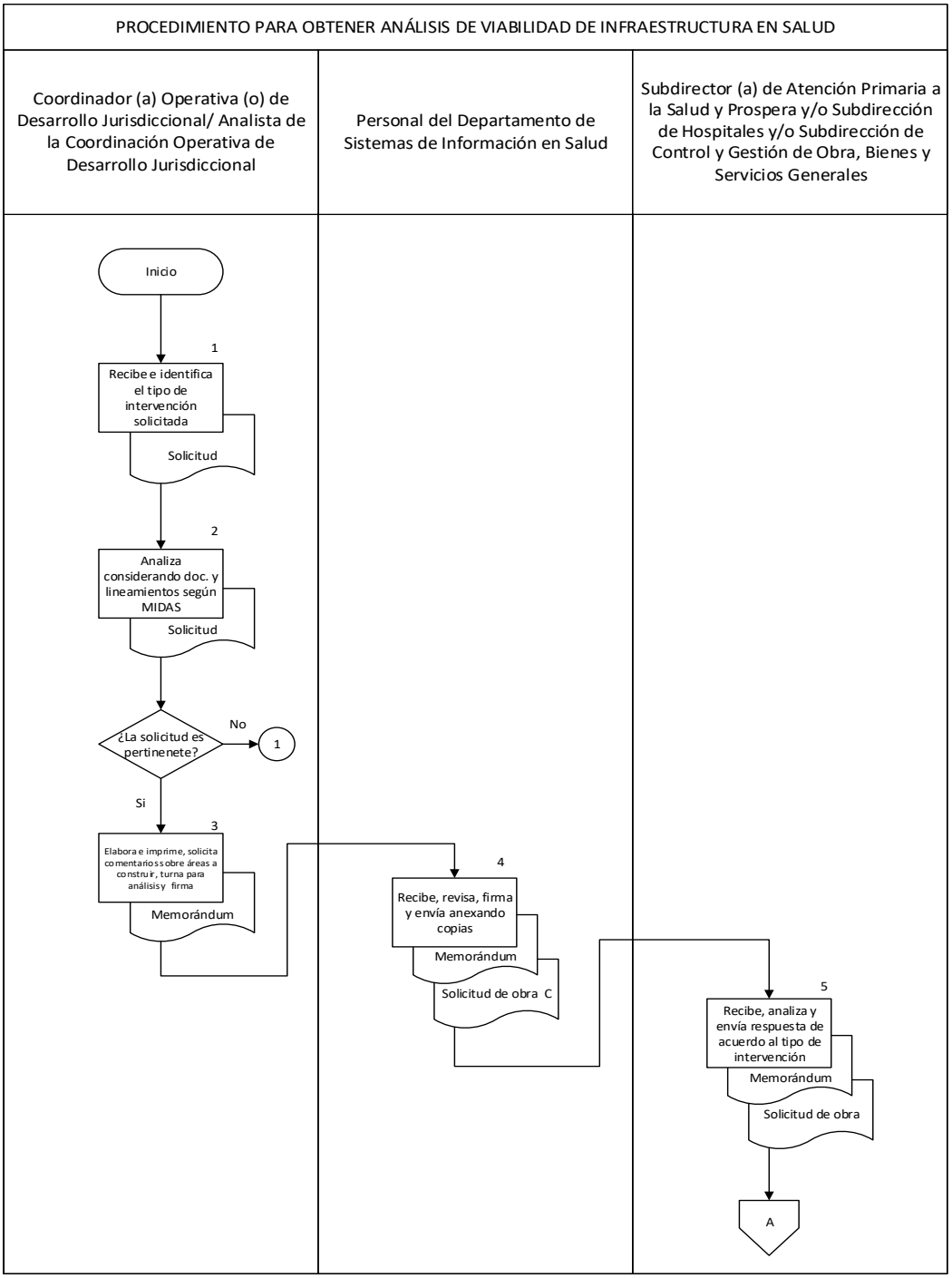
		y Unidades Médicas, registros de antigüedad de las Unidades Médicas) ¿La solicitud es pertinente? Si: continua con el paso 3 No: Continua en el paso 6	
3		Elabora e imprime memorando para la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales solicitando indiquen sus comentarios sobre las áreas a construir y/o ampliar en la unidad médica y se turna al/la Jefe/a de Departamento para su firma, anexando la solicitud y la documentación pertinente, en caso de ser necesario, elabora e imprime memorando para la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales para su análisis sobre la petición y el tipo de intervención, solicitando su respuesta de acuerdo al tipo de intervención y la prevención de recursos humanos e insumos (cuando aplique), y se turna a la Jefatura de Departamento para su firma, anexando la solicitud y la documentación pertinente.	Memorando
4	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe, revisa y firma el memorando y envía a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales y/o la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales según corresponda dependiendo del tipo de intervención, anexando copias de la solicitud de obra.	Memorando Solicitud de Obra
5	Subdirector/a de Atención Primaria a la Salud y Prospera	Recibe memorando, analiza la solicitud y envía respuesta con los comentarios pertinentes de acuerdo	Memorando

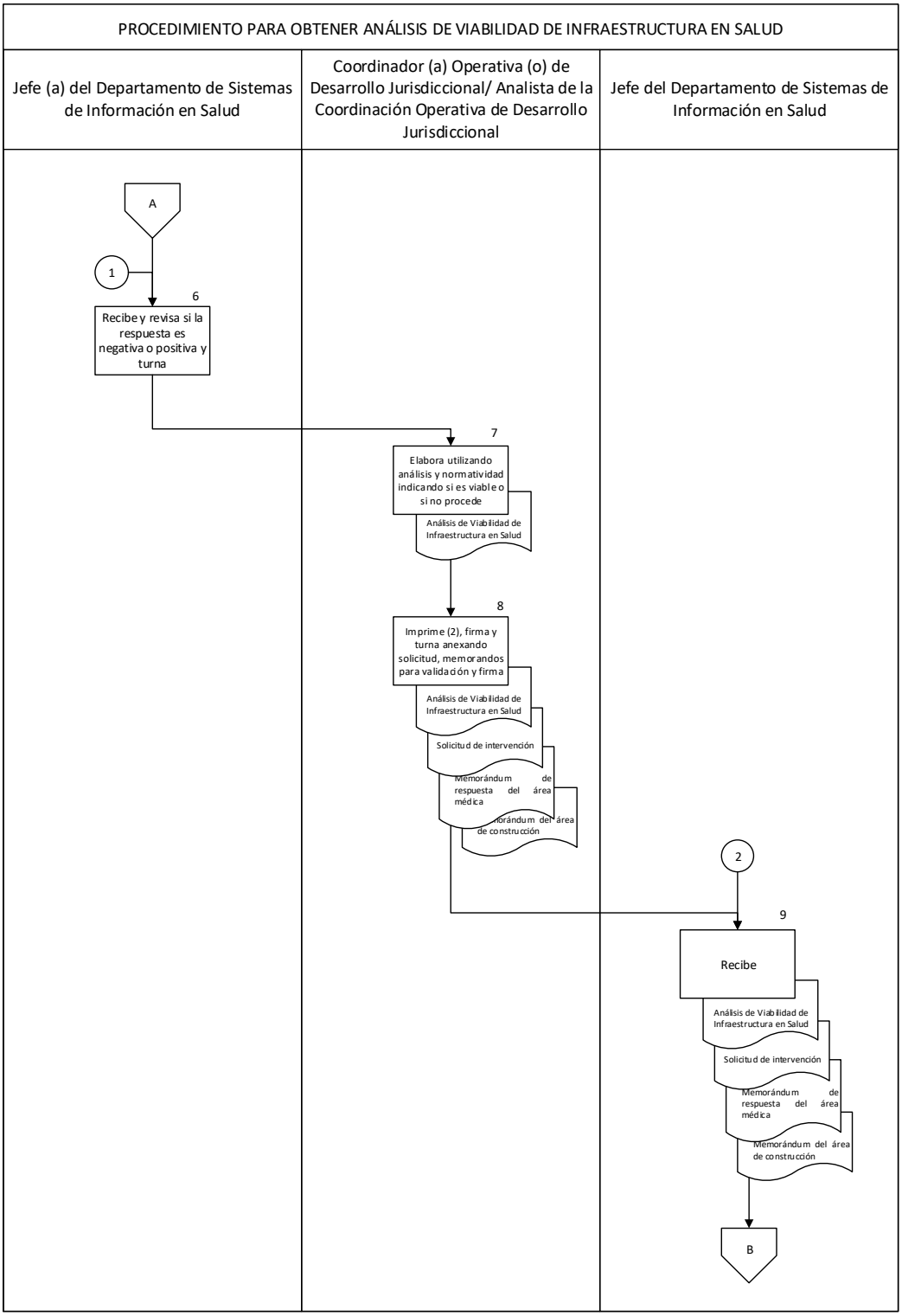
	y/o Subdirección de Hospitales y/o Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales	al tipo de intervención solicitada a Departamento de Sistemas de Información en Salud.	
6	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe respuesta de la solicitud y revisa si la respuesta es positiva o negativa y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional.	
7	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Elabora el Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud utilizando los análisis emitidos por la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales y/o Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales, el análisis de la Red de Servicios de Salud y Regionalización de los Servicios de Salud, SINERHIAS y la normatividad vigente, indicando si la intervención es viable de acuerdo a la oferta de salud existente y bajo qué condiciones o, en su defecto si ésta no procede.	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
8		Imprime 2(dos) Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud originales y firma, se turna al Departamento de Sistemas de Información en Salud anexando la solicitud de intervención y los memorandos de respuesta del área médica y del área de construcción según corresponda, para validación y firma.	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud Memorándum de respuesta del área médica Memorándum del área de construcción

9	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud y documentos de soporte originales. ¿Es correcto el Análisis? Si: Continua con la actividad 10 No: Regresa a la actividad 9	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
10		Valida y autoriza mediante firma y turna a la Dirección de Planeación y Programación para validación y firma.	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
11	Director/a de Planeación y Programación	Recibe y analiza el Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud con el soporte (solicitud de obra, memorando de la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y/o Subdirección de Hospitales y/o Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales) valida con su firma y envía los 2 dictámenes originales al Departamento de Sistemas de Información en Salud	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
12	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud aprobados y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional para su digitalización y elaboración de respuesta oficial al área correspondiente.	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud Respuesta
13	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Digitaliza el Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud original validado y firmado y elabora memorando y/o oficio para la Unidad de Gestión Social y/o Unidad de Seguimiento a la Operación y/o solicitante y se turna al Departamento para su firma.	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud / Memorando u oficio

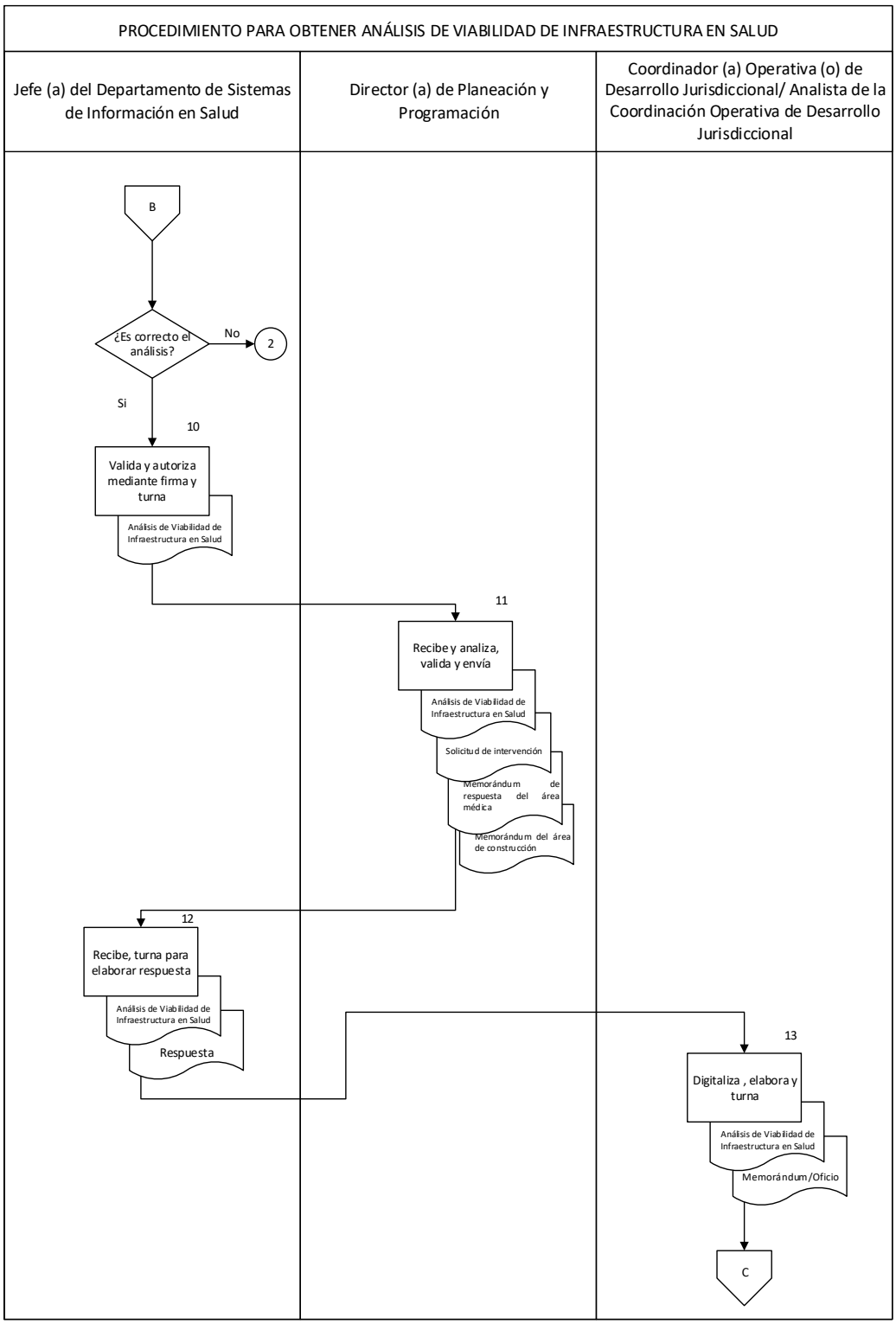
14	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Valida mediante firma el memorando u oficio y lo regresa a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional.	Memorando
15	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Anexa un Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud original al memorando y se entrega a la Unidad de Gestión Social y/o Unidad de Seguimiento a la Operación y/o solicitante.	Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud/ Memorando u oficio
16		Obtiene acuse de recibido y se archiva en electrónico en la carpeta de Análisis de Viabilidad por Municipio que le corresponda. Los acuses y Análisis de Viabilidad originales se archivan en recopiladores por Municipio, anexando los documentos de solicitud de obra, memorando del área médica y memorando área de construcción según corresponda.	Acuse
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD.



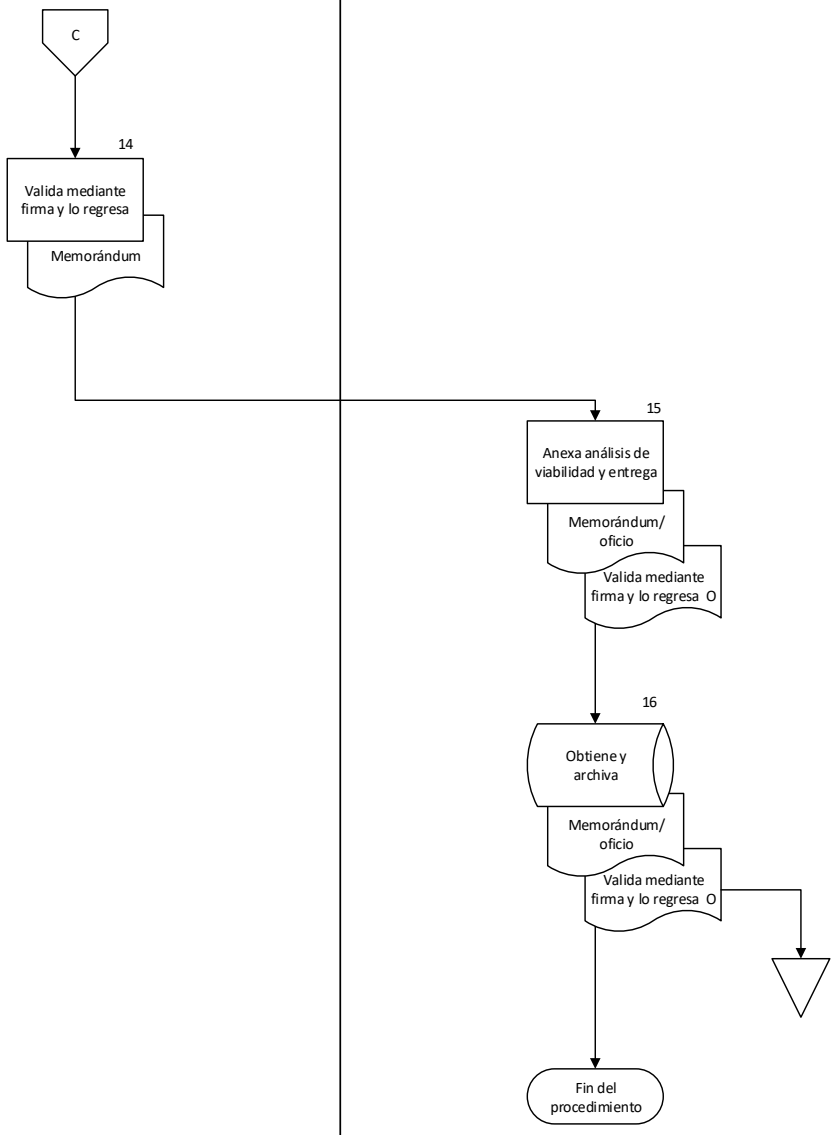

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD
Jefe (a) del Departamento de Sistemas de Información en Salud
Coordinador (a) Operativa (o) de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional
Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud
A
1
6
Recibe y revisa si la respuesta es negativa o positiva y turna
7
Elabora utilizando análisis y normatividad indicando si es viable o si no procede
Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
8
Imprime (2), firma y turna anexando solicitud, memorandos para validación y firma
Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
Solicitud de intervención
Memorándum de respuesta del área médica
Memorándum del área de construcción
2
9
Recibe
Análisis de Viabilidad de Infraestructura en Salud
Solicitud de intervención
Memorándum de respuesta del área médica
Memorándum del área de construcción
B

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD



PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Jefe (a) del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Coordinador (a) Operativa (o) de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional



7.15.2. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS DE NECESIDAD.

Tiempo Promedio: 75 días hábiles desde la recopilación de información hasta la emisión del resultado por la DGPLADES.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Michelle Estefanía Sánchez Lara Coordinadora Operativa de Desarrollo Jurisdiccional MESL(DSIS) Octubre 2018	**Enrique Torres Rosales Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud ETR (DSIS) Octubre 2018**	**Adrian Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Gestión en tiempo y forma la Solicitud del Certificado de Necesidad (CDN) para la Infraestructura en Salud ante la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la Secretaria de Salud Federal, para su posterior incorporación al Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Regionalización de los Servicios de Salud. 2. Sistema de Información en Salud (SIS). 3. Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 4. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). 5. Procedimiento de emisión del Certificado de Necesidades de Infraestructura (DGPLADES, vigente). 6. Reglamento Interior de los SSEP, vigente 7. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 8. Manual de Procedimientos de la solicitud del CDN, vigente. Políticas de Operación: 1. Las solicitudes deberán contar con: a) Datos Generales. b) Justificación de la Necesidad. c) Descripción del Programa Médico Arquitectónico. d) Datos de Población (geo-estadísticos y demográficos). e) Datos Epidemiológicos. f) Infraestructura Médica del área de Influencia. g) Datos del/la Solicitante.
Responsables	Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional, Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación, Autoridades Federales y Estatales en Salud y Presidentes/as Municipales y Auxiliares.
Recursos	Solicitud de CDN, Oficio.

Glosario

CDN: Certificado de Necesidad.
PMI: Plan Maestro de Infraestructura.
DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

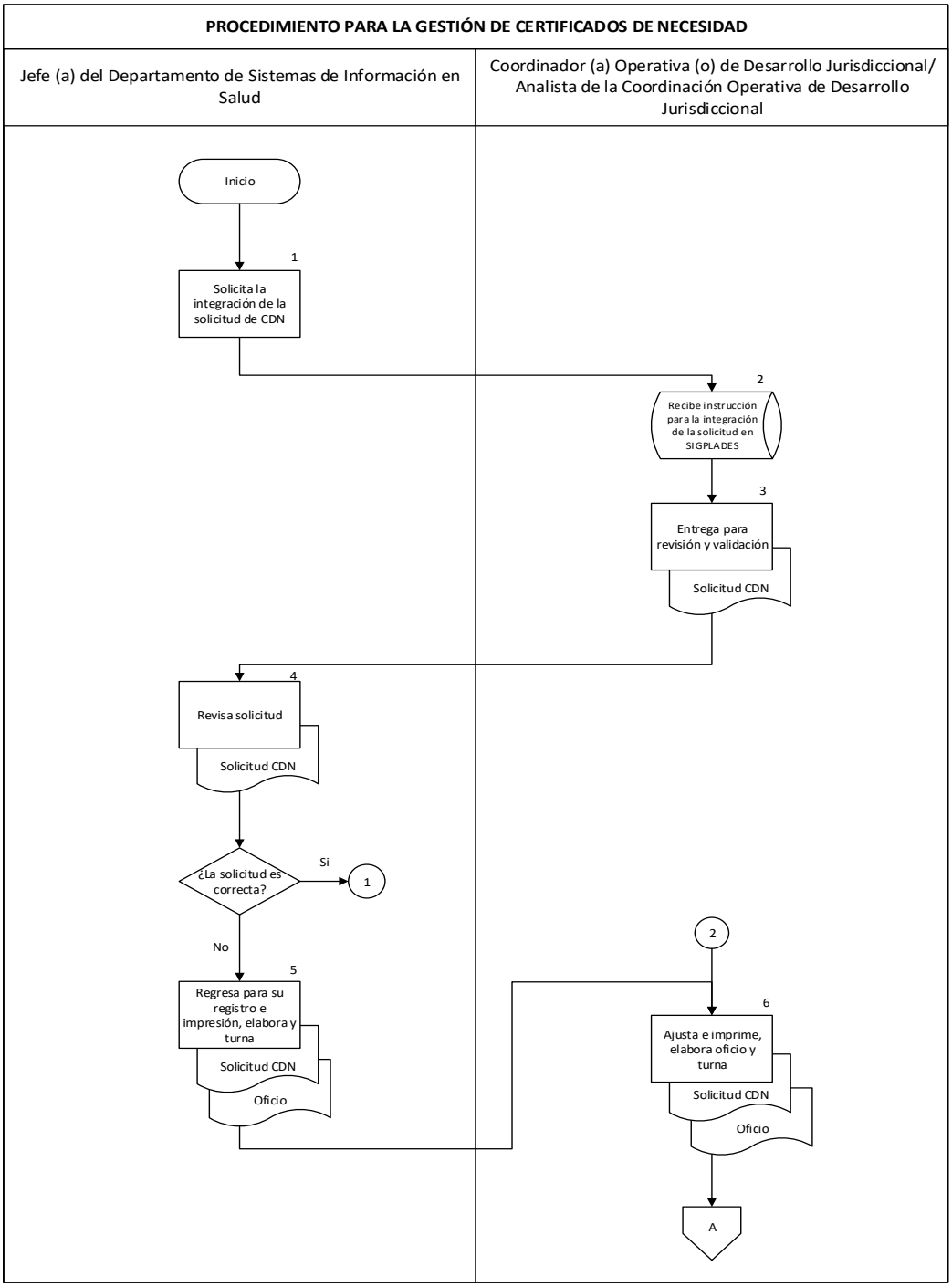
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS DE NECESIDAD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Solicita a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional la integración de la solicitud de CDN	
2	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe instrucción del (la) Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud para la integración de la solicitud de CDN y registro en el portal Sistema de Información Geográfica para la Planeación y Desarrollo del Sector Salud (SIGPLADESS), definiendo: Tipo de obra, área de influencia, infraestructura requerida, descripción y responsables entre otros datos, que de ser necesario serán solicitadas a las áreas responsables de la información.	SIGPLADESS
3		Entrega la solicitud de CDN previa impresa al Departamento de Sistemas de Información en Salud para revisión y validación.	Solicitud CDN
4	Jefe/a del Departamento de	Revisa solicitud de CDN. ¿La solicitud es correcta?	Solicitud CDN

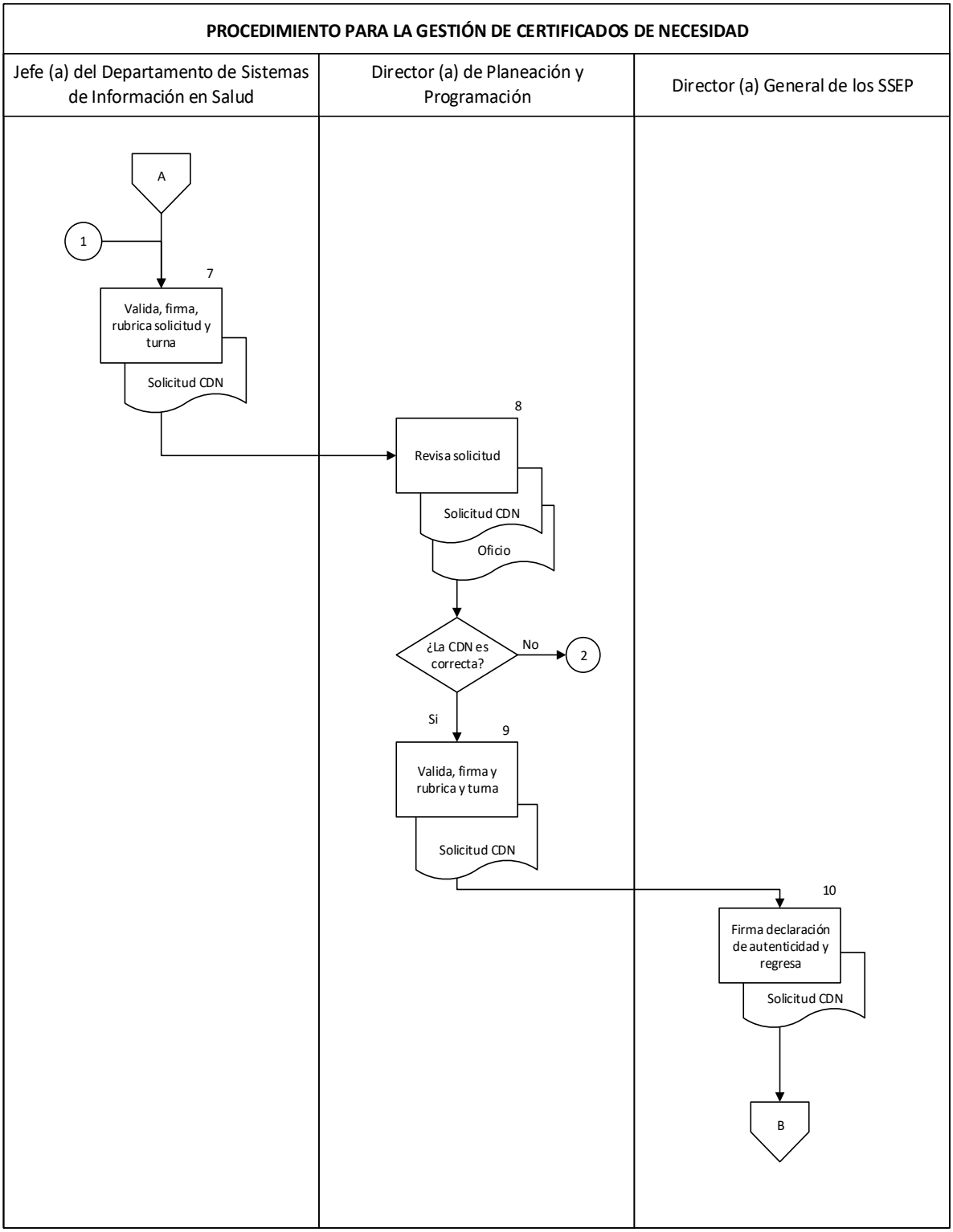
	Sistemas de Información en Salud	Si: continúa en el paso 7 No: continúa en el paso 5	
5		Regresa la solicitud de CDN a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional para su registro e impresión original y elabora oficio para enviar el CDN a la DGPLADES y turna al Departamento de Sistemas de Información en Salud para validación mediante firma.	Solicitud CDN Oficio
6	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Ajusta la información e imprime solicitud del Certificado de Necesidades (CDN), elabora oficio para enviar el CDN a la DGPLADES y turna al Departamento de Sistemas de Información en Salud para validación mediante firma.	Solicitud CDN / Oficio
7	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Valida, firma y rubrica solicitud de Certificado de Necesidad (CDN) y Oficio y turna al Director de Planeación y Programación para autorización y firma.	Solicitud CDN Oficio
8	Director/a de Planeación y Programación	Revisa Solicitud de Certificado de Necesidad (CDN). ¿La SCDN es correcta? Si: continúa con el paso 9 No: regresa al paso 6	
9		Valida, firma y rubrica solicitud de Certificado de Necesidad (CDN) y Oficio y turna a la Oficina del(de la) Secretario/a de Salud y Director/a General de los SSEP, para la firma de la declaración de autenticidad de la Titular	Solicitud CDN Oficio

10	Secretario/a de Salud y Director/a General de los SSEP	Firma la declaración de autenticidad y regresa la Solicitud de CDN a la Dirección de Planeación y Programación.	
11	Director/a de Planeación y Programación	Recibe firmada regresa la Solicitud de CDN y remite a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.	
12	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.	Emite el dictamen del CDN y envía por oficio a la Dirección de Planeación y Programación	CDN / Oficio
13	Director/a de Planeación y Programación	Recibe oficio de respuesta de la DGPLADES, revisa y turna al Departamento de Sistemas de Información en Salud.	CDN / Oficio
14	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe oficio de respuesta de la DGPLADES, revisa y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional para continuar con el trámite.	CD / Oficio
15	Coordinador/a Operativa de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe oficio, escanea CDN y se archiva, para actividades procedentes.	CDN / Oficio
Fin del procedimiento			

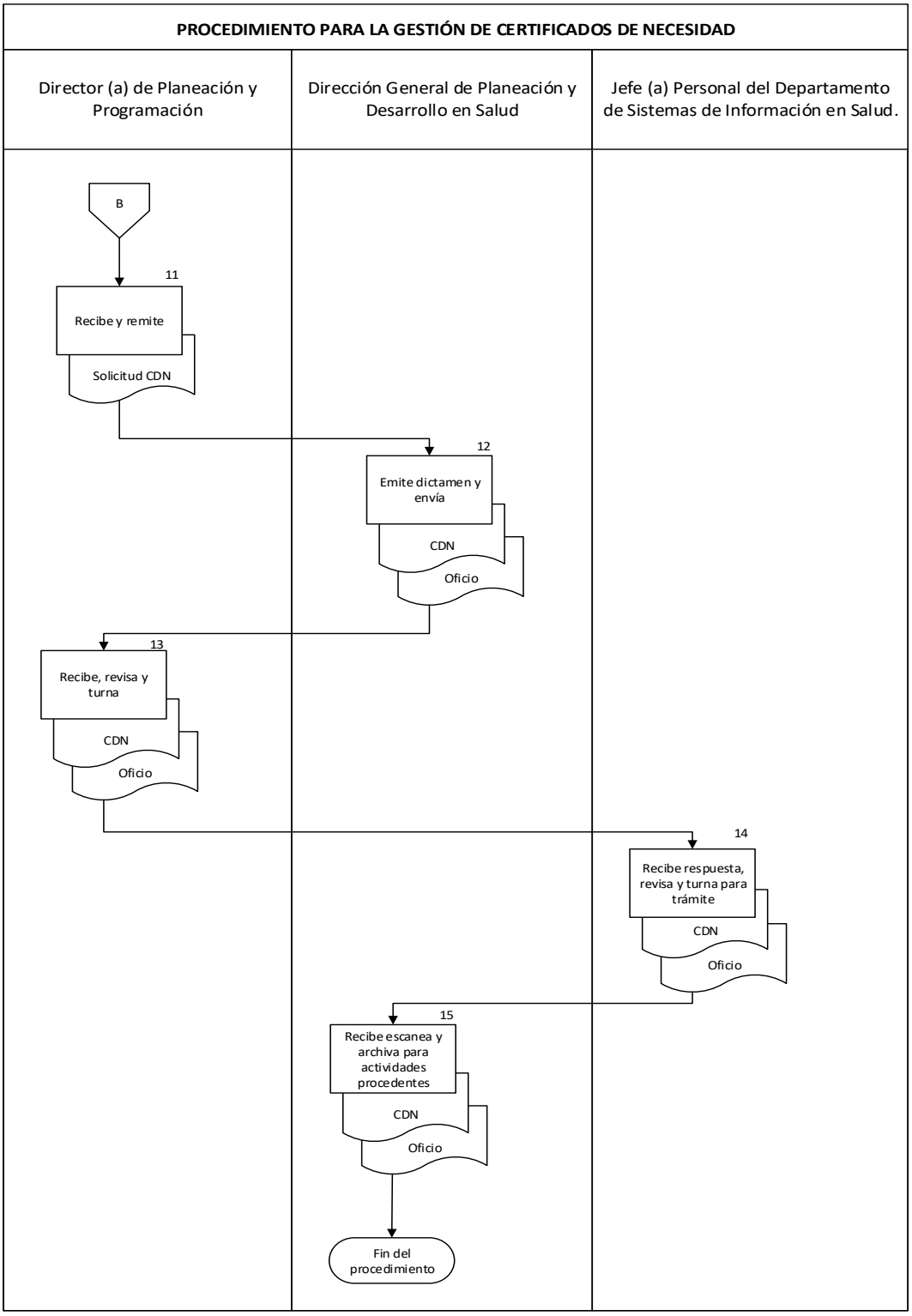
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS DE NECESIDAD.



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS DE NECESIDAD



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS DE NECESIDAD



7.15.3. PROCEDIMIENTO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 12 meses desde el oficio solicitud de actualización de información hasta la integración de la Regionalización.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Michelle Estefanía Sánchez Lara Coordinadora Operativa de Desarrollo Jurisdiccional MESL(DSIS) Octubre 2018	**Enrique Torres Rosales Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud ETR (DSIS) Octubre 2018**	**Adrian Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Contar con un documento que contenga la información sobre la infraestructura médica tanto de los SSEP como del IMSS/Oportunidades, que refleje, la cobertura de servicios de salud, los niveles de servicio, las referencias y contra-referencias de las unidades médicas, y la población cubierta por unidad médica, con el fin de facilitar la toma de decisiones para la planeación de infraestructura en salud y hacer un uso eficiente de la Red de Servicios de Salud y de la infraestructura de salud en el Estado.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual de Regionalización de los Servicios de Salud. Vigente 2. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente. 3. Plan Estatal de Desarrollo (PED).Vigente. 4. Reglamento Interior de los SSEP. Vigente. Políticas de Operación: 1. El documento denominado Regionalización de los SSEP debe contar con: a) Población Total, Población Abierta, Población con Seguridad Social, Población afiliada al Seguro Popular, Población SSEP y Población IMSS/Oportunidades. b) Mapas municipales, mapa de referencia y contra referencia, mapa de rutas de supervisión. c) Cuadros Regionalización Servicios de Salud (RSS). d) Infraestructura de los SSEP e IMSS/Oportunidades. e) Ubicación de las Casas de Salud.
Responsables	Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica a Jurisdicciones Sanitarias, Dirección de Planeación y Programación, Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional, Departamento de Sistemas de Información en Salud, Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera.
Recursos	Oficio de solicitud para entrega de la Regionalización, Oficio de liberación de la Regionalización, Formato electrónico de Regionalización en Excel.
Glosario	SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. Catálogo CLUES: Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

RSS: Regionalización Servicios de Salud.

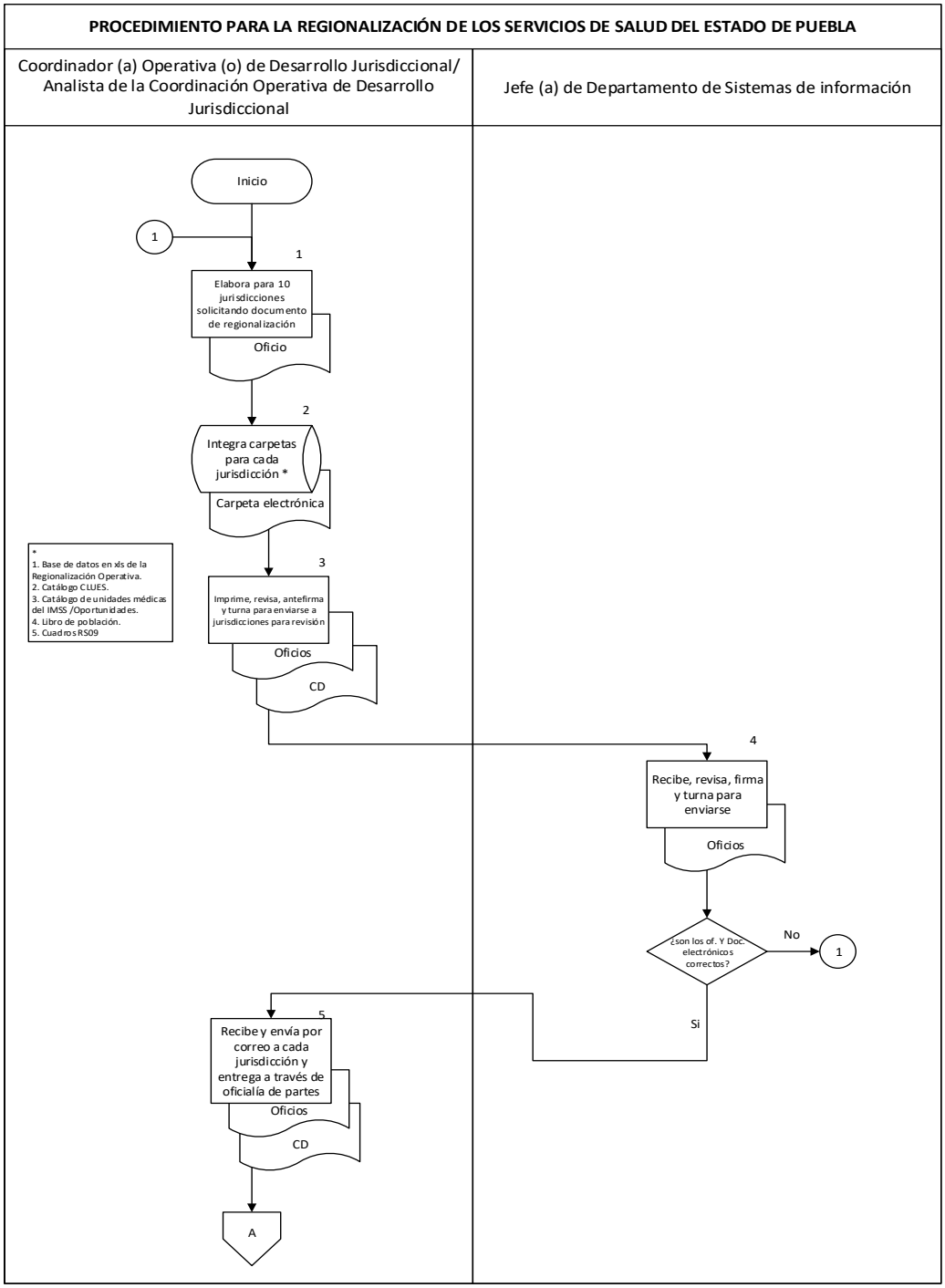
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Elabora oficios para las 10 Jurisdicciones Sanitarias, solicitando la entrega del documento de Regionalización de los SSEP.	Oficio
2		Integra en carpetas electrónicas la información indispensable para cada Jurisdicción Sanitaria: 1. Base de datos en xls de la Regionalización Operativa. 2. Catálogo CLUES. 3. Catálogo de unidades médicas del IMSS/Oportunidades. 4. Libro de población. 5. Cuadros RS09	Carpeta electrónica
3		Imprime, revisa, antefirma y turna al Departamento de Sistemas de Información en Salud los oficios para cada Jurisdicción para su revisión.	Oficios / CD
4	Jefe/a de Departamento de Sistemas de información	Recibe oficios, revisa, firma y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional para enviarse a las 10 Jurisdicciones Sanitarias. ¿Son los oficios y los documentos	Oficios / CD

		electrónicos correctos?: Si: Continua en la actividad 5 No: regresa a la actividad 1	
5	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe oficios y envía por correo electrónico a cada una de las Jurisdicciones Sanitarias y posteriormente se entrega oficio con CD de información a las Jurisdicciones Sanitarias, a través de oficialía de partes de los SSEP.	Oficios / CD
6	Jurisdicciones Sanitarias	Reciben oficio y procesan la información requerida en el mismo y en el CD de información de apoyo y vacían la información en el formato solicitado.	Oficios / CD
7		Envían oficio y documentación impresa y digital a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional.	Oficio Documentación / Documento electrónico
8	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe oficio y documento impreso y digital de Jurisdicciones Sanitarias, realiza revisión conjuntamente con cada Coordinador Jurisdiccional de Servicios de Salud. ¿Existen observaciones en la información? Si: Informa al Coordinador Jurisdiccional de Servicios de Salud y regresa al paso 6 No: continúa en el paso 9	Oficio Documento / Documento electrónico
9		Acepta el documento en impreso y la información en formato electrónico.	Documento Formato electrónico
10		Elabora, imprime y antefirma oficios	Oficios

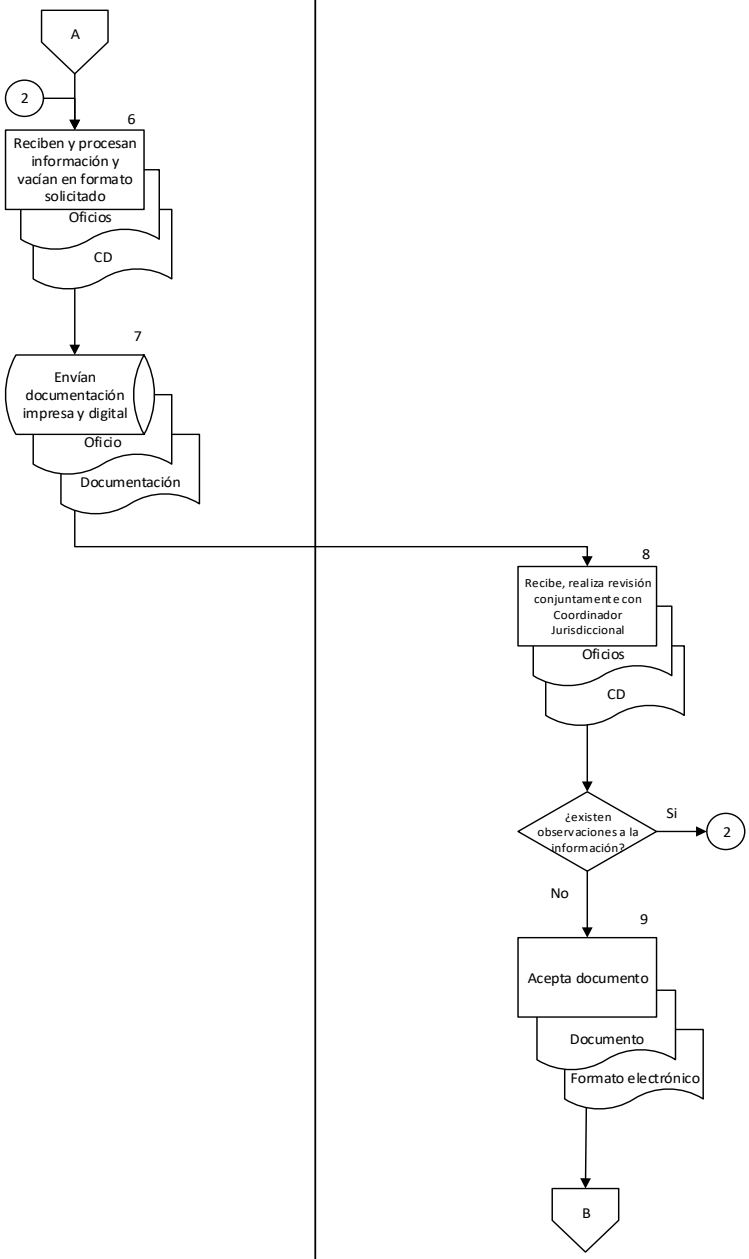
		para la liberación de la Regionalización y turna al Departamento de Sistemas de Información para revisión y antefirma.	
11	Jefe/a de Departamento de Sistemas de información	Recibe oficios para revisión y firma. ¿Los oficios están correctos? Si: Continua con la actividad 12 No: Regresa a la actividad 10	Oficios
12		Antefirma y turna a la Dirección de Planeación y Programación para revisión y firma.	Oficios
13	Director/a de Planeación y Programación	Recibe oficios, revisa, firma y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional para su envío. ¿Los oficios están correctos? Si: Continua con la actividad 14 No: Regresa a la actividad 10	Oficios
14	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Envía oficio original a la Jurisdicción Sanitaria a través de Oficialía de Partes de los SSEP.	Oficio
15		Obtiene acuses y archiva en recopilador.	Acuses
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

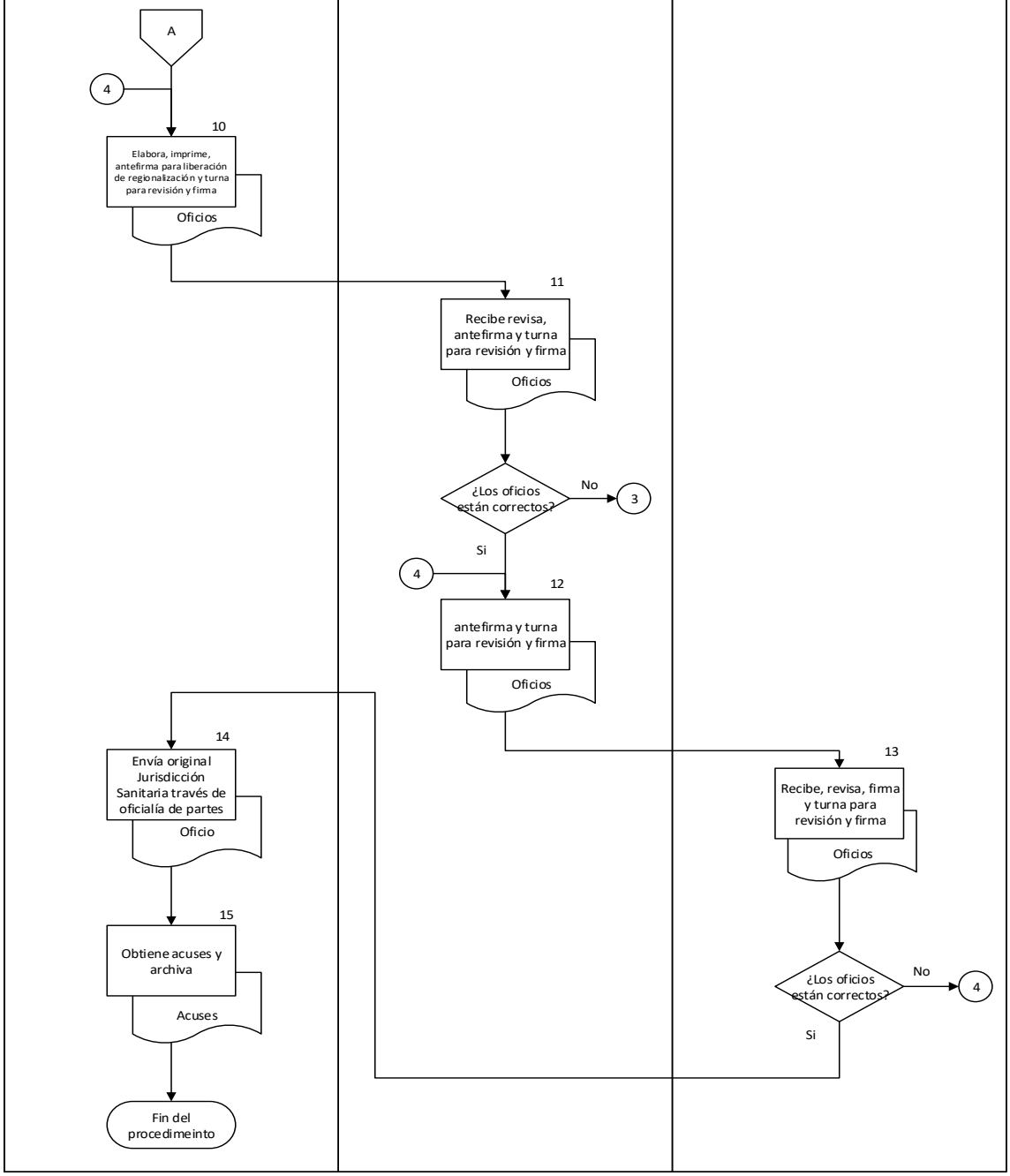


PROCEDIMIENTO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Jurisdicciones Sanitarias	Coordinador (a) Operativa (o) de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional



PROCEDIMIENTO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



7.15.4. PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD (SINERHIAS).

Tiempo Promedio: 6 meses desde el oficio de solicitud hasta la validación de la información. (La actualización del Subsistema se realiza semestralmente a solicitud de la Secretaria de Salud Federal).

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Michelle Estefanía Sánchez Lara Coordinadora Operativa de Desarrollo Jurisdiccional MESL(DSIS) Octubre 2018	**Enrique Torres Rosales Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud ETR (DSIS) Octubre 2018**	**Adrian Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Mantener actualizado el Subsistema de Información de Equipamiento. Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) con base a los lineamientos establecidos y considerando las modificaciones que se presenten en las Unidades Médicas de las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. para mejorar los procesos de planeación toma de decisiones y evaluación sobre distribución y uso de recursos

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Manual del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), 2. Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2017 - 2018 3. Programa Institucional de Salud 2017 - 2018. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla SSEP, vigente 5. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 6. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. 7. Acuerdo por el que se emiten los lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud, publicada el 12 de diciembre de 2012. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad de las Jurisdicciones Sanitarias enviar mensualmente el oficio conjuntamente con el anexo de actualizaciones realizadas por unidad médica. 2. Es responsabilidad de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional verificar las actualizaciones en la base de datos reportadas por las Jurisdicciones Sanitarias.
Responsables	Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación
Áreas Involucradas	Aplica a Autoridades Federales y Estatales en Salud, Coordinaciones Jurisdiccionales, Dirección de Planeación y Programación, Departamento de Sistemas de Información en Salud, Coordinación Estadísticas Vitales y Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional, así como, al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)
Recursos	Oficio de Solicitud de Bases de Datos a Jurisdicciones.

Glosario	SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud

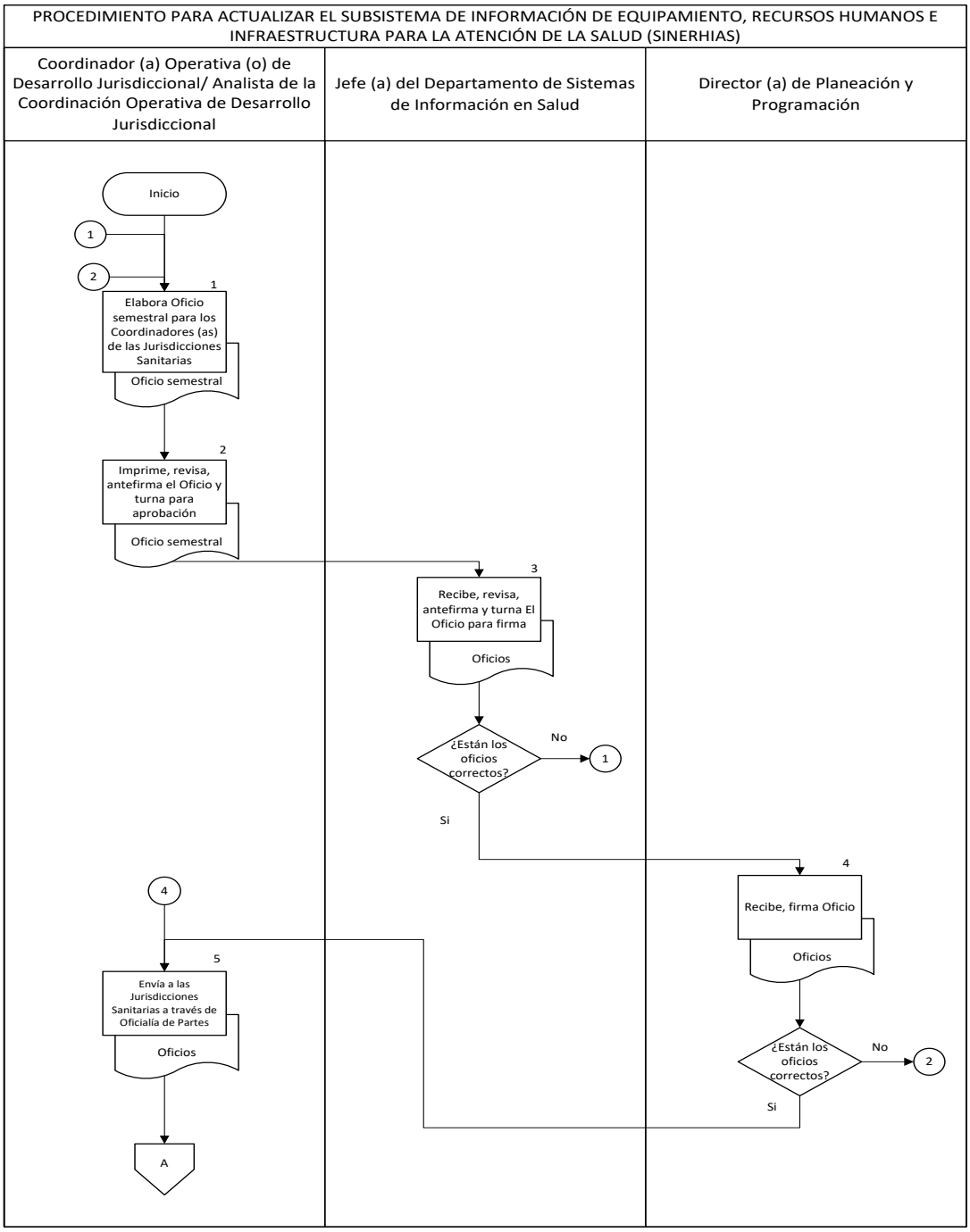
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD (SINERHIAS).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Elabora oficio semestral para los Coordinadores/as de las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Oficio semestral
2		Imprime, oficio semestral revisa, antefirma y turna al/a la Jefe/a Departamento de Sistemas de Información en Salud para su aprobación y antefirma.	Oficio semestral
3	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe los oficios, revisa, antefirma y los turna para firma del Director/a de Planeación y Programación. ¿Están los oficios correctos? Si: continua con la actividad 4 No: regresa a actividad 1	Oficios
4	Director/a de Planeación y Programación	Recibe y lee los oficios para su visto bueno, firma y regresa a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional a través de la jefatura de Departamento.	Oficios

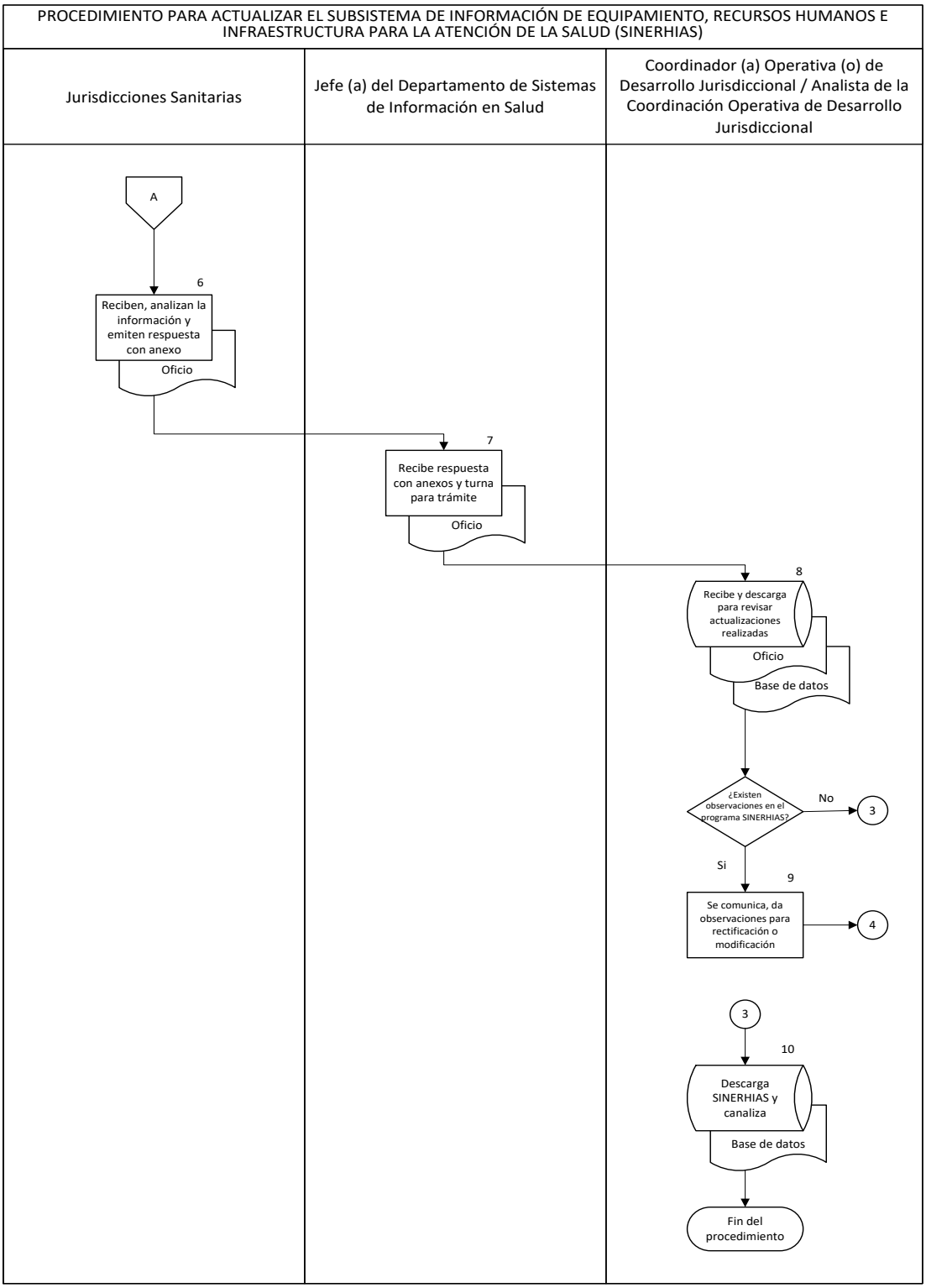
		¿Están los oficios correctos? Si: continua con la actividad 4 No: regresa a actividad 1	
5	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Envía oficio a las Jurisdicciones Sanitarias, a través de Oficialía de Partes de los SSEP	Oficio
6	Jurisdicciones Sanitarias	Reciben Oficio, analizan la información y emiten respuesta mensual con anexo al Departamento de Sistemas de Información.	Oficio
7	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe la respuesta de las Jurisdicciones Sanitarias mensual por oficio conjuntamente con su anexo, y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional para continuar con el trámite.	Oficio
8	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe oficios con información anexa y descarga la base de datos estatal para revisar las actualizaciones realizadas en el subsistema. ¿Existen observaciones en el programa de SINERHIAS? Si: continúa en la actividad No.9 No: Continua en la actividad No. 10	Oficios Base de datos
9		Se comunica vía telefónica con la Coordinación de Servicios de Salud de cada Jurisdicción Sanitaria y le comunica las observaciones para su rectificación o modificación de información y regresa a la actividad	

		No 5	
10		Descarga la base de datos correcta del SINERHIAS y se canaliza por medios electrónicos a solicitud de los/las Clientes o partes interesadas	Base de datos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD (SINERHIAS).

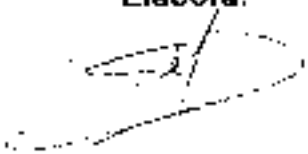


PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD (SINERHIAS)



7.15.5. PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS) DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL.

Tiempo Promedio: 3 meses desde el oficio de solicitud hasta la emisión del resultado.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Michelle Estefania Sánchez Lara Coordinadora Operativa de Desarrollo Jurisdiccional MESL(DSIS) Octubre 2018	**Enrique Torres Rosales Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud ETR (DSIS) Octubre 2018**	**Adrian Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar la obtención, modificación o baja de la Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES) de establecimientos de salud públicos, privados o sociales, según sea requerido por el prestador/a del servicio, para dar cumplimiento a los ordenamientos establecidos en la Ley General de Salud, con estricto apego a los lineamientos establecidos en el ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud, emitidos por la Secretaría de Salud Federal y publicados en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2012.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud, vigente.
2. Ley Estatal de Salud, vigente
3. ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud, vigente.
4. Reglamento Interior de los SSEP, vigente,

Políticas de Operación:

1. Para efectuar trámite de alta, modificación o baja de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), el prestador/a de Servicios de Salud deberá adjuntar a la solicitud los siguientes documentos, impresos y en medio magnético:
   a. Solicitud dirigida al/la C. Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, o bien al Director/a del Planeación y Programación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
   b. Aviso de Funcionamiento, expedido por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla, con sello de recibido del Centro Integral de Servicios (CIS), ubicado en Ángelópolis de esta Ciudad de Puebla, Puebla. (Aplica a CESSA y Centros de Salud).
   c. Licencia Sanitaria para actos obstétricos, expedida por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla. (Aplica a Hospitales).

      Nota: En caso de no contar con la Licencia Sanitaria, Solicitud de Licencia Sanitaria con sello de recibido del Centro Integral de Servicios (CIS), ubicado en Ángelópolis de esta Ciudad de Puebla, Puebla. (Aplicable a CESSA).
   d. Fotografías de la fachada (mínimo 4) en las que se observe claramente el nombre de la Unidad Médica. (Aplica a todo tipo de establecimientos).
   e. Cédula de información complementaria debidamente requisitada. (Aplica a todo tipo de establecimientos) Dependiendo el tipo de acción

	solicitada. f. Plano (s) de Planta Arquitectónica y/o Croquis de áreas del establecimiento.
Responsables	Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica a Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional, Departamento de Sistemas de información en Salud, Dirección de Planeación y Programación. Establecimientos para la prestación de Servicios de Salud entre los que se encuentran: unidades médicas, laboratorios, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas, (sean estos fijos o móviles) que se encuentren en el Estado, ya sean del ámbito público, privado o social.
Recursos	Cédula Complementaria de información, Oficio de solicitud de alta, modificación y/o baja de CLUES, Oficio de respuesta al solicitante de alta, modificación y/o baja de CLUES.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. CLUES: Clave Única de Establecimientos de Salud. DGIS: Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal. PEIIS: Plataforma Electrónica de Integración de Información en Salud

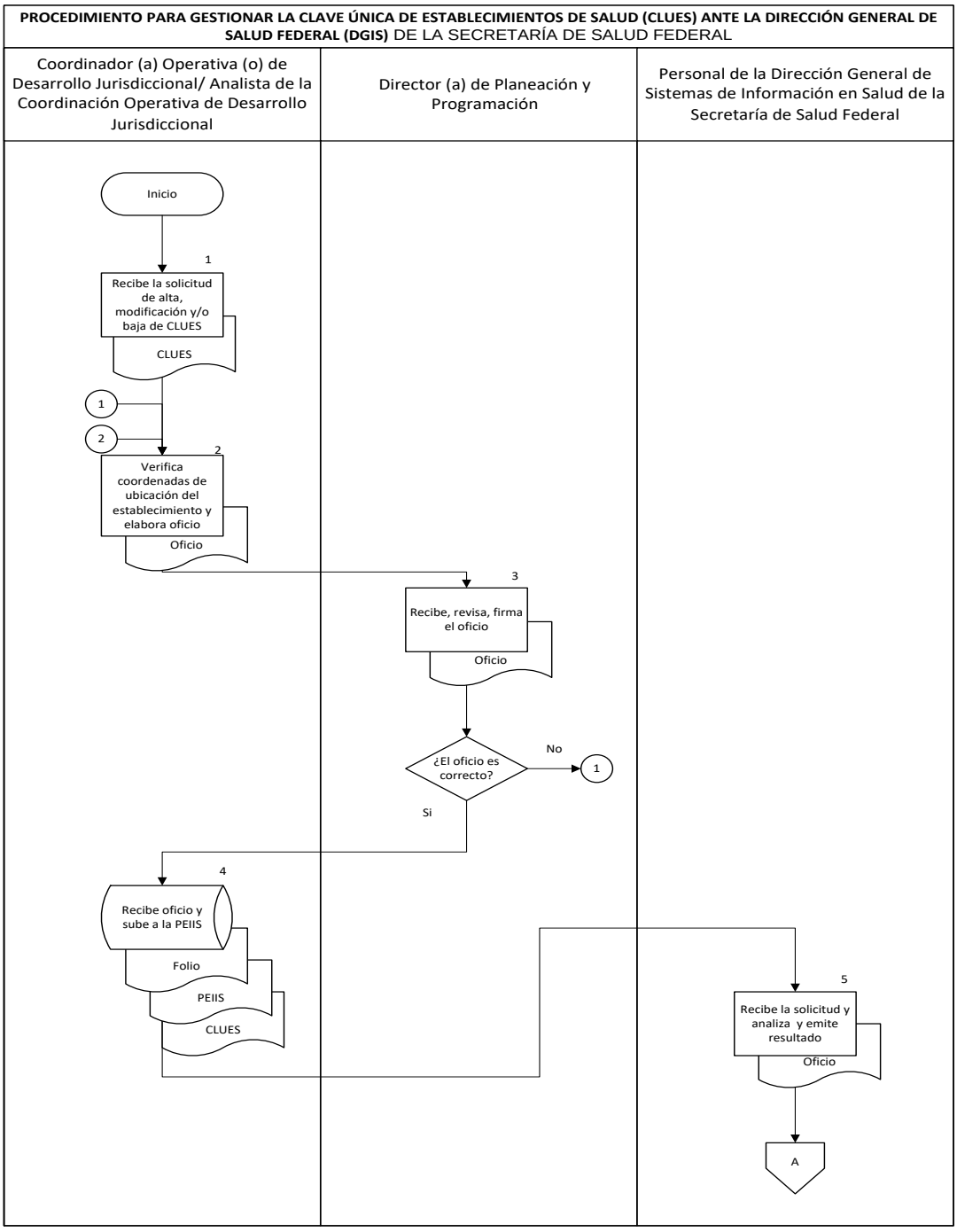
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) ANTE LA DIRECCIÓN DE SALUD FEDERAL (DGSIS) DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo	Recibe la solicitud de alta, modificación y/o baja de Clave Única de Establecimientos en Salud	Petición de alta, modificación y/o baja de Clave

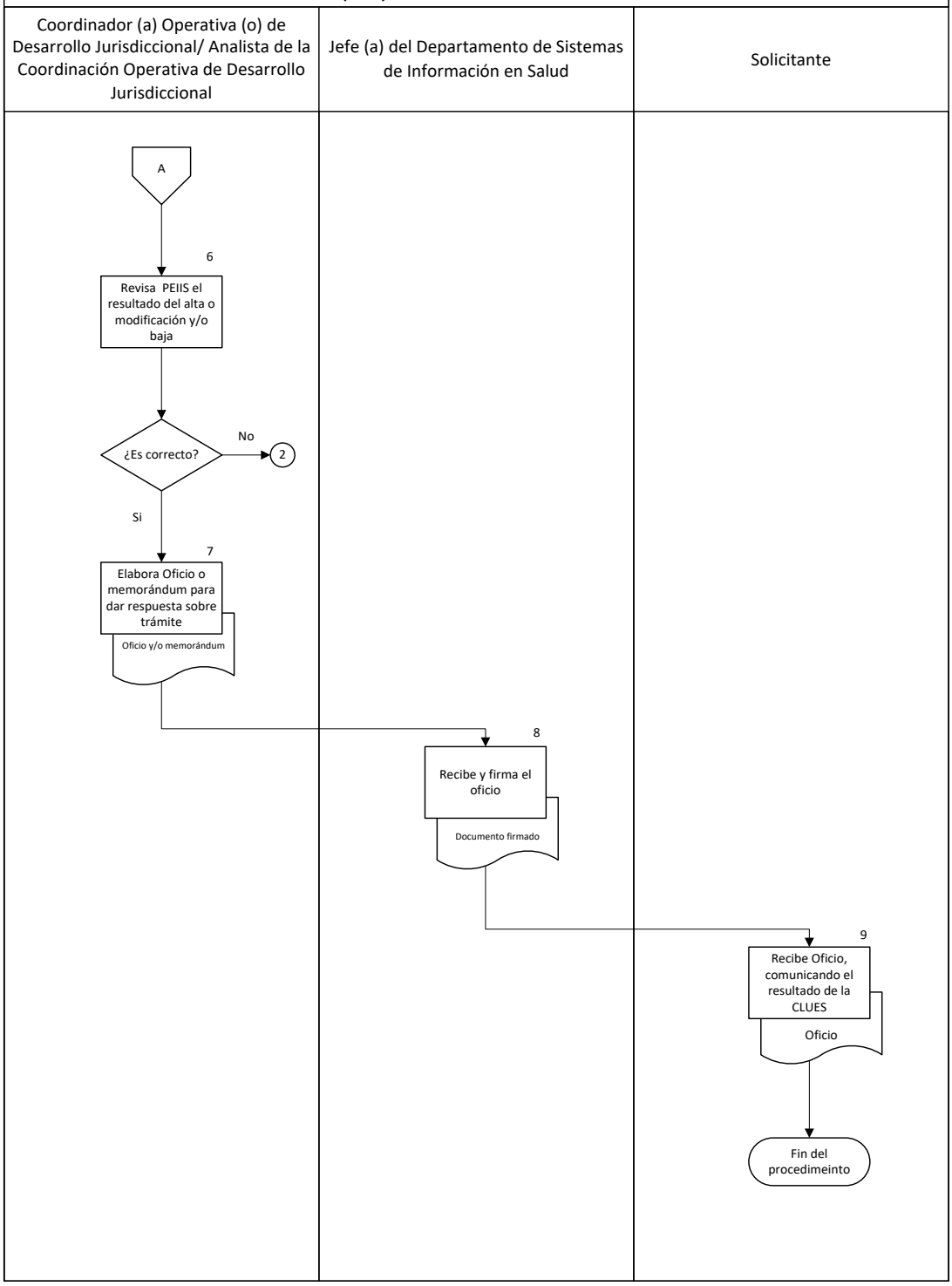
	Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	(CLUES) escrita y medio magnético	Única de Establecimientos en Salud CLUES
2		Verifica coordenadas de ubicación del establecimiento, analiza e integra documentos y elabora oficio para el Director/a General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal, solicitando el alta, modificación y/o baja de CLUES, y se turna a la Dirección de Planeación y Programación para validación y firma.	Oficio
3	Director/a de Planeación y Programación	Recibe, revisa y firma el oficio y regresa a la Coordinación de Desarrollo Jurisdiccional para que se suba a la Plataforma de la DGIS la solicitud de alta, modificación y/o baja de CLUES. ¿El oficio es correcto? Si: continua con actividad 4 No: regresa a actividad 2	Oficio
4	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Recibe oficio y sube a la Plataforma Electrónica de Integración de Información en Salud (PEIIS) de la DGIS la solicitud de alta, modificación y/o baja de Clave Única de Establecimientos de Salud	Folio Plataforma PEIIS (CLUES)
5	Personal de la Dirección General de Sistemas de Información en	Recibe la solicitud y analiza si es procedente o no procedente y emite resultado en la Plataforma de la DGIS.	Respuesta en línea

	Salud de la Secretaría de Salud Federal		
6	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Jurisdiccional/ Analista de la Coordinación Operativa de Desarrollo Jurisdiccional	Revisa en la Plataforma Electrónica de Integración de Información en Salud (PEIIS) de la DGIS el resultado de la solicitud de alta, modificación y/o baja de CLUES. ¿Es correcto? Si: Pasa a la actividad 7 No: Pasa a la actividad 2	
7		Elabora oficio y/o memorando para dar respuesta al peticionario (a) sobre su trámite de alta, modificación y/o baja de CLUES y se envía a firma al Director/a de Planeación y Programación de los SSEP	Oficio o Memorando
8	Personal del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Recibe, firma el oficio y regresa a la Coordinación de Desarrollo Jurisdiccional para que se entregue a la persona solicitante.	Documento firmado
9	Solicitante	Recibe Oficio comunicando el resultado de la solicitud de alta, modificación y/o baja de CLUES.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) ANTE LA DIRECCIÓN DE SALUD FEDERAL (DGSIS) DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL.



PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD FEDERAL (DGIS) DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL



7.15.6. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS.

Tiempo Promedio: 4 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Elizabeth Pamela Córdova Morales **Coordinadora Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos EPCM (DSIS)** **Octubre 2018**	**Enrique Torres Rosales** **Jefe del Departamento de Sistemas de Información en Salud** **ETR (DSIS)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar el los Anteproyectos Médico Arquitectónicos para proyectos de unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, de conformidad con la normativa vigente y aplicable.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud (MRPUMSS), vigente. 2. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), vigente. 3. Reglamento Interior de los SSEP, vigente. 4. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla Normas Oficiales Mexicanas: 5. NOM-016-SSA3-2012; Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 6. NOM-005-SSA3-2010; Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 7. 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. Políticas de Operación: 1. El anteproyecto atenderá al programa médico arquitectónico.
Responsables	Departamento de Sistemas de Información en Salud, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos. Departamento de Sistemas de Información en Salud. Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones. Dirección de Planeación y Programación. Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional. Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.

Recursos	Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Anteproyecto Médico Arquitectónico, Minuta de Trabajo, Memorando, Programa Médico Arquitectónico.
Glosario	MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud. SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. SITE: Área o lugar en donde se ubican los equipos de distribución principal de servicios de informática; tales como los servidores, los nodos de red, routers, switches, conmutador, accesponit, entre otros. AMA: Anteproyecto médico arquitectónico. Primer Nivel de atención: Centros de Salud Centros de Salud con Servicios Ampliados Segundo Nivel de atención: Hospitales Integrales Hospitales Generales COPMA: Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos PMI: Plan Maestro de Infraestructura. DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Sistemas de	Solicita a la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos la elaboración del Anteproyecto	S/D

	Información en Salud	Médico Arquitectónico. (AMA)	
2	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Define el tipo de Anteproyecto Médico Arquitectónico a elaborar* *Nota: Los anteproyectos médicos arquitectónicos son aplicables para proyectos de los siguientes tipos de Unidades Médicas: • Primer Nivel de atención • Segundo Nivel de atención	S/D
3	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Elabora la tabla comparativa con respecto a los modelos y cédulas correspondientes*, tomando en cuenta las siguientes características: • Comparación de metros cuadrados para obtener el Programa Médico Arquitectónico. • Zonificación (delimitación y ubicación de áreas). *Nota: Modelos y cédulas utilizadas: Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Cédulas de evaluación para la acreditación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal.	Programa Médico Arquitectónico
4	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación	Elabora el diseño del Anteproyecto Médico Arquitectónico, asegurando que el mismo contenga los siguientes datos: Nombre de la obra. Ejes y cotas.	

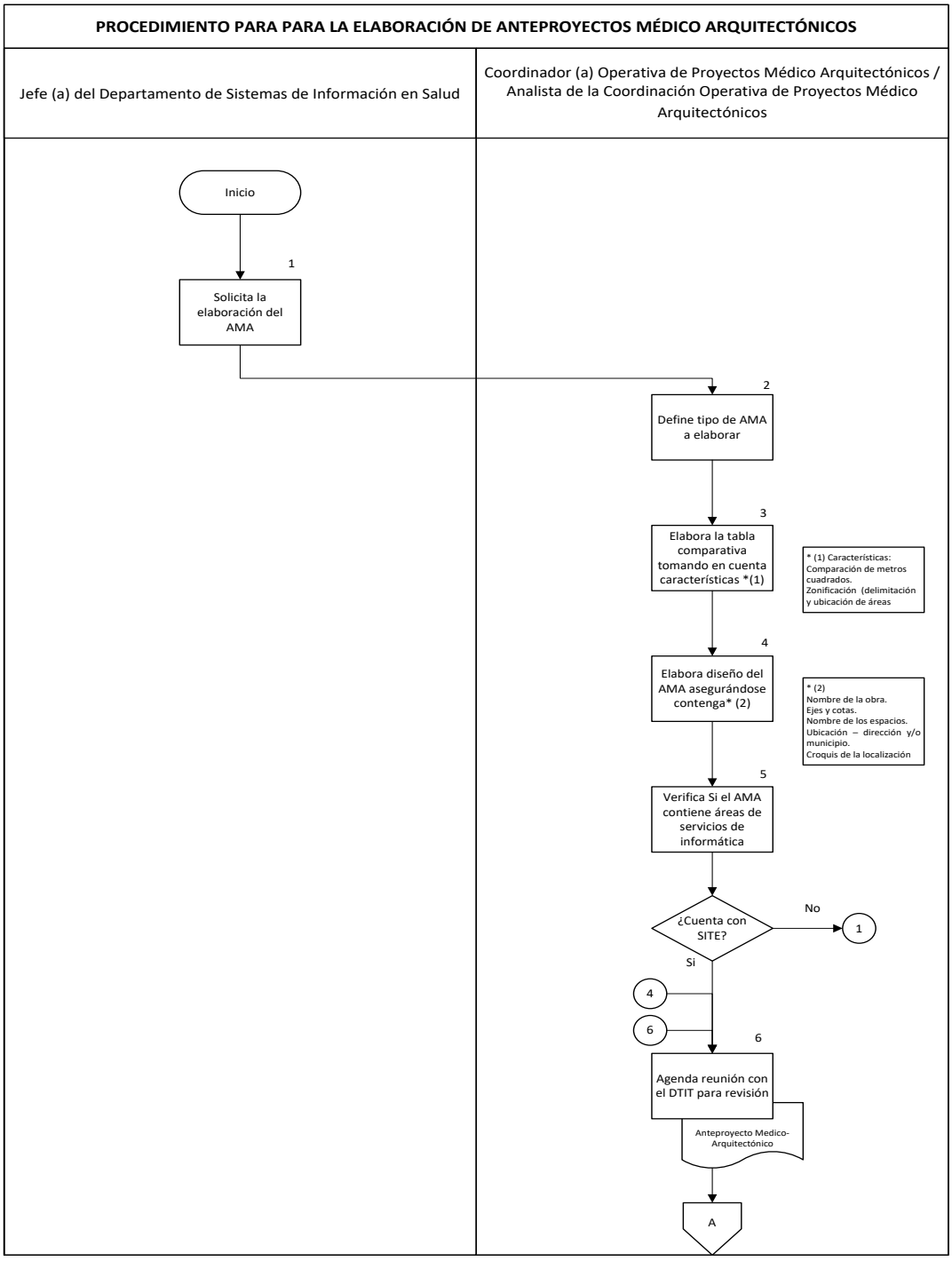
	Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Nombre de los espacios. Ubicación – dirección y/o municipio. Croquis de la localización.	
5	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Verifica si el anteproyecto que contempla áreas de servicios de informática. ¿Cuenta con SITE?* Si: Continúa en la actividad No 6. No: Avanza a la Actividad No. 9.	S/D
6	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Agenda una reunión con el Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, con el propósito someter a revisión el Anteproyecto Médico Arquitectónico. ¿El anteproyecto cumple con la normatividad aplicable? Si: Avanza a la actividad No. 8. No: Continua en la actividad No. 7.	Anteproyecto Médico Arquitectónico.
7	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Programa reuniones con el Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, para realizar las adecuaciones al área designada para el SITE en el Anteproyecto Médico Arquitectónico. Regresa a la actividad No. 6.	Anteproyecto Médico Arquitectónico / Minuta de Trabajo
8	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Valida, firma y entrega el Anteproyecto Médico Arquitectónico a la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos.	Anteproyecto Médico Arquitectónico.
9	Coordinador/a a Operativa de Proyectos Médico	Agenda reuniones con el área adscrita a la Coordinación de Servicios de Salud correspondiente*,	Anteproyecto Médico Arquitectónico.

	Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	y con el Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, con el propósito someter a revisión el Anteproyecto Médico Arquitectónico. ¿El proyecto cumple con la normatividad aplicable? Si: Avanza a la actividad No. 11. No: Continua en la actividad No. 10. *Nota: Para unidades de primer nivel de atención, deberá ser validado por la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera; en el caso de unidades de segundo nivel de atención, deberá ser validado por la Dirección de Atención a la Salud.	
10		Programa reuniones con el área adscrita a la Coordinación de Servicios de Salud correspondiente*, y el Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, para realizar las adecuaciones necesarias. Regresa a la actividad No. 6. *Nota: Para unidades de primer nivel de atención, deberá ser validado por la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera; en el caso de unidades de segundo nivel de atención, deberá ser validado por la Dirección de Atención a la Salud.	Anteproyecto Médico Arquitectónico / Minuta de Trabajo
11	Dirección de Atención a la Salud y/o Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera / Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Valida, firma y entrega el Anteproyecto Médico Arquitectónico a la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos.	Anteproyecto Médico Arquitectónico.
12	Coordinador/a	Entrega el Anteproyecto Médico	Anteproyecto

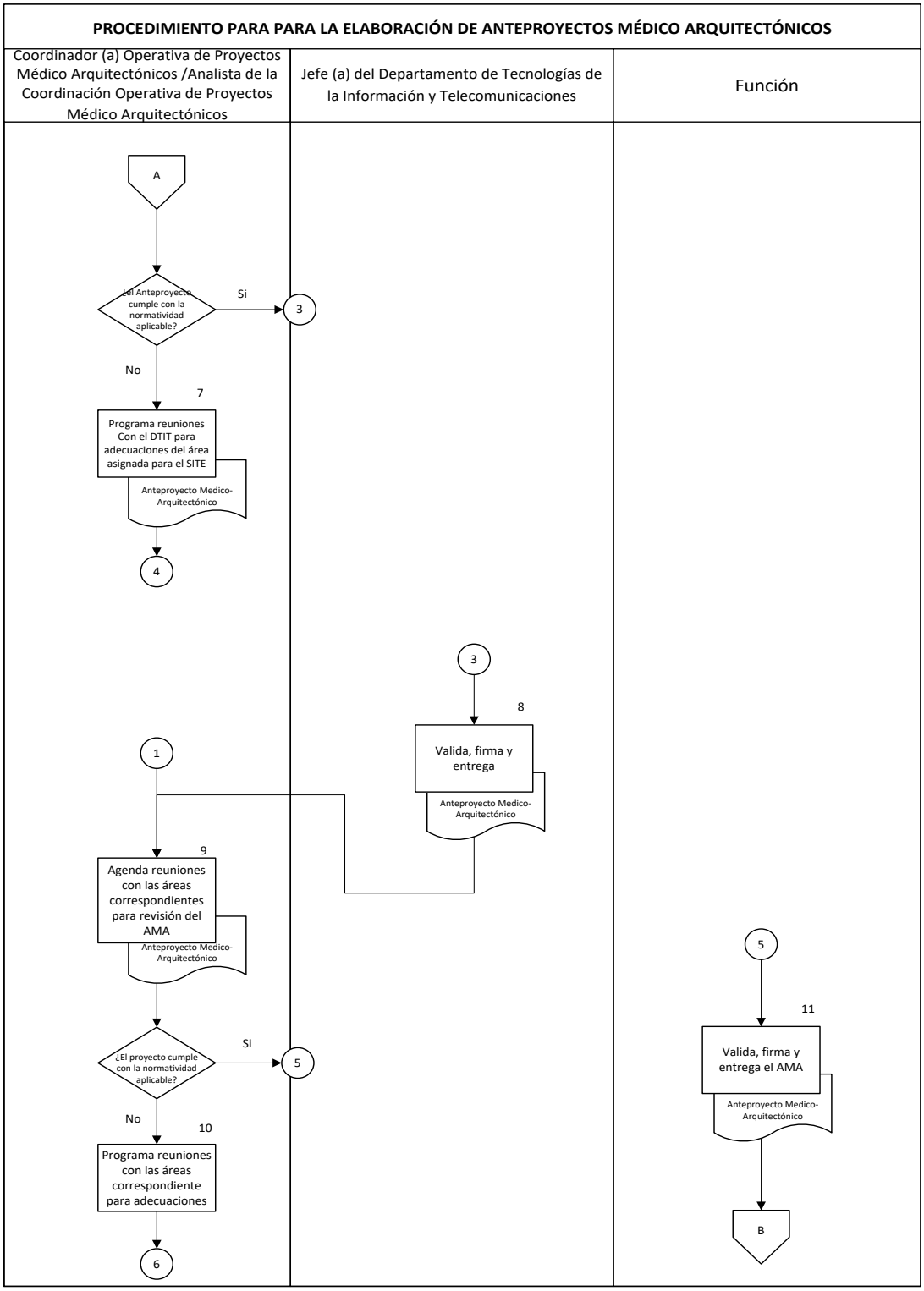
	Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Arquitectónico validado, al/la Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud, para su validación.	Médico Arquitectónico.
13	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Valida y firma el Anteproyecto Médico Arquitectónico, una vez firmado remite a la Dirección de Planeación y Programación.	Anteproyecto Médico Arquitectónico
14	Director/a de Planeación y Programación.	Valida y firma el Anteproyecto Médico Arquitectónico, una vez firmado remite al Departamento de Sistemas de Información en Salud.	Anteproyecto Médico Arquitectónico
15	Coordinador/a Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos /Analista de la Coordinación Operativa de Proyectos Médico Arquitectónicos	Verifica que el Anteproyecto Médico Arquitectónico se encuentre vigente en el Plan Maestro de Infraestructura. ¿Está vigente? Si: Avanza a la actividad No. 17. No: Continua en la actividad No. 16.	N/A
16		Informa al/la Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud y archiva el Anteproyecto Médico Arquitectónico. Fin del procedimiento	Anteproyecto Médico Arquitectónico
17		Elabora Memorando para remitir el Anteproyecto Médico Arquitectónico a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, turna al/a la Jefe/a Departamento de Sistemas de la Información en Salud.	Memorando / Anteproyecto Médico Arquitectónico

18	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Rubrica y turna Memorando a la Dirección de Planeación y Programación para su firma.	Memorando / Anteproyecto Médico Arquitectónico
19	Director/a de Planeación y Programación	Autoriza y firma el Memorando, y turna al Departamento de Sistemas de Información en Salud para su remisión.	Memorando / Anteproyecto Médico Arquitectónico
20	Jefe/a del Departamento de Sistemas de Información en Salud	Remite Memorando y copia del Anteproyecto Médico Arquitectónico a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Memorando / Anteproyecto Médico Arquitectónico
Fin del procedimiento			

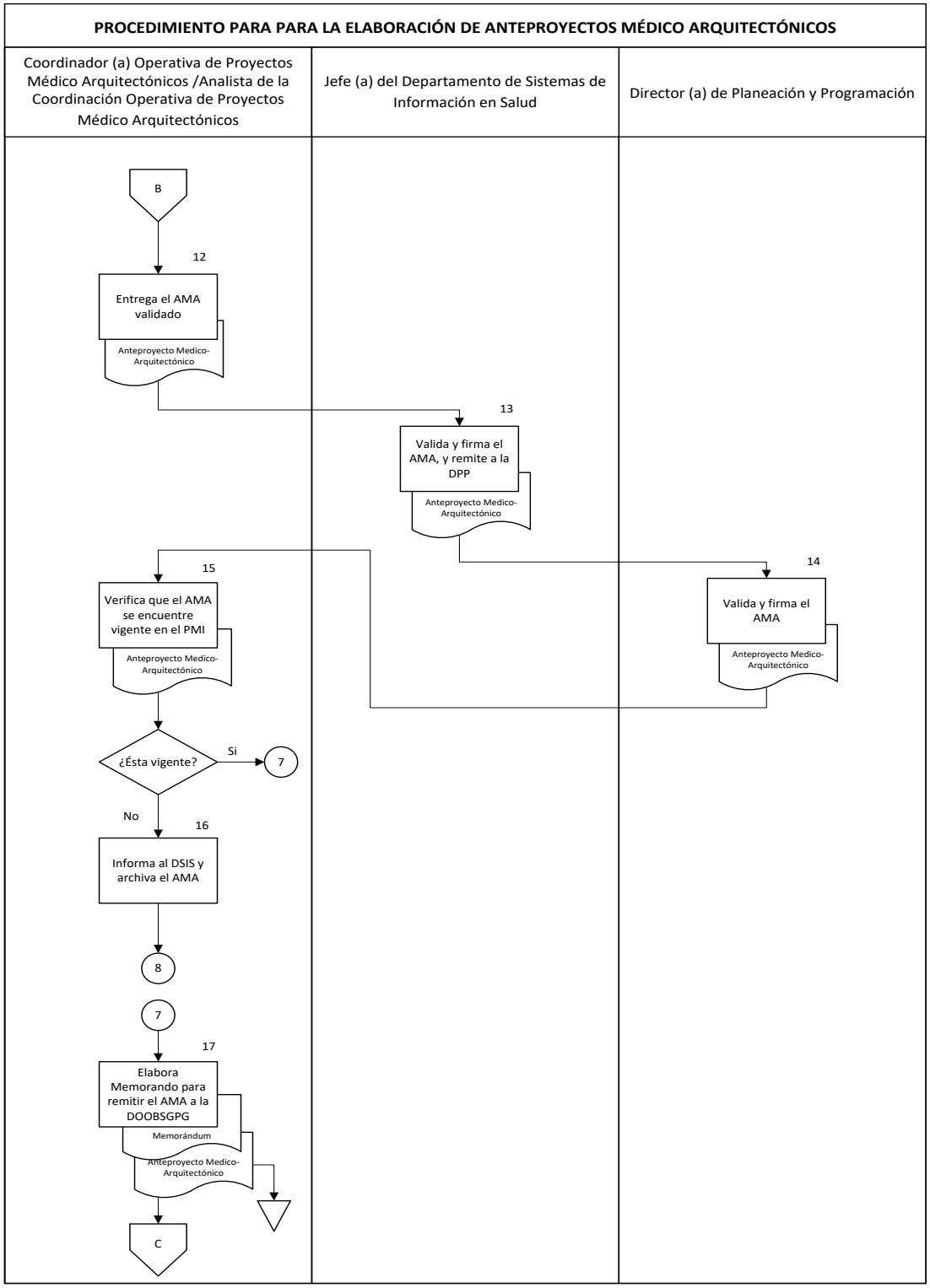
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS.



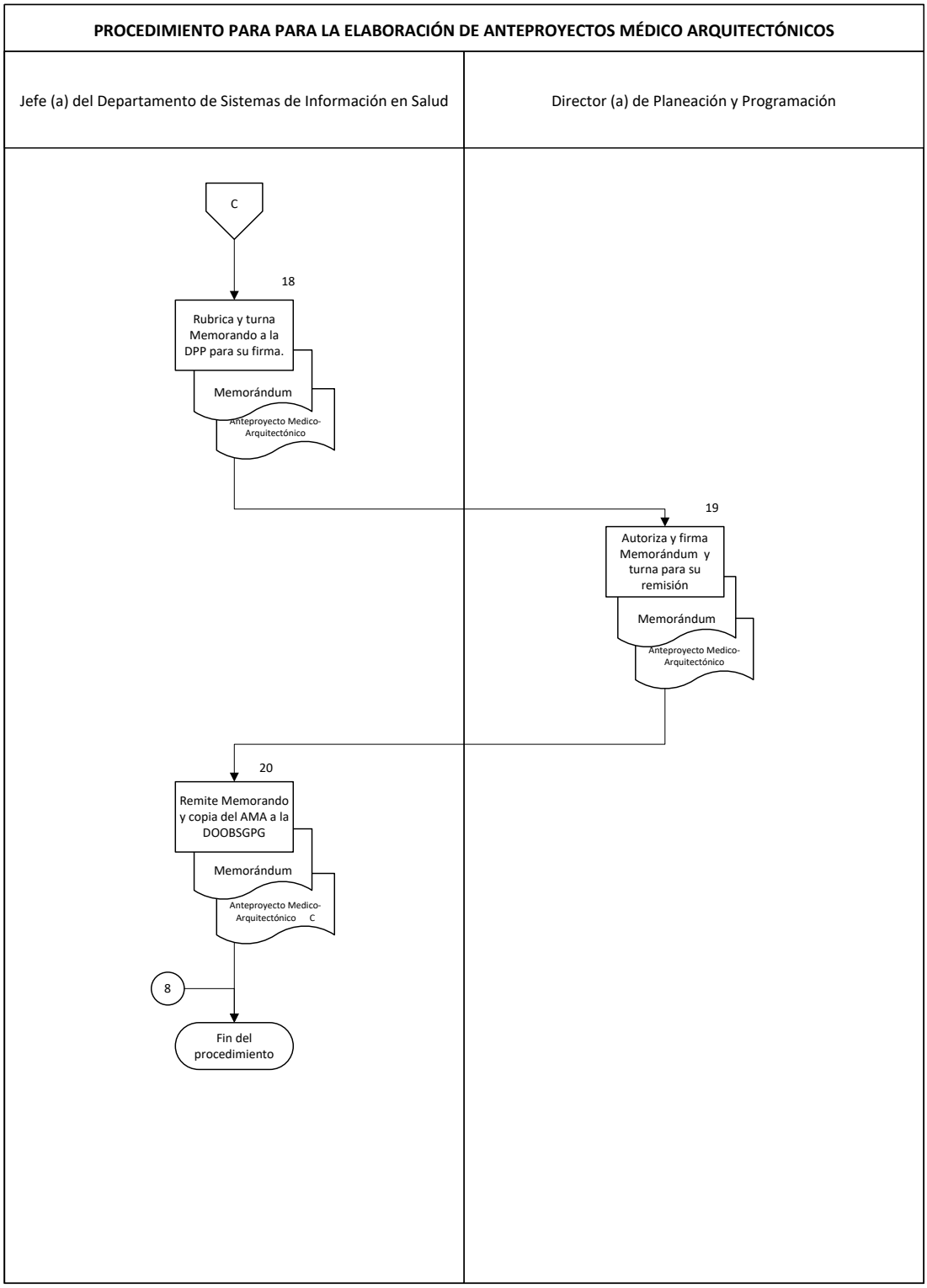
PROCEDIMIENTO PARA PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS



PROCEDIMIENTO PARA PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS



PROCEDIMIENTO PARA PARA LA ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTOS MÉDICO ARQUITECTÓNICOS



7.15.7. PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA-PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).

Tiempo Promedio: 4 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Liliana Cruz Montalvo **Coordinadora Operativa de Integración Programática** LCM(COIP) **Octubre 2018**	**Karla Huerta Hernández** **Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia** **KHH (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer el procedimiento para la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto Federal del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), de acuerdo con la normatividad y tiempos establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
3. Ley de Coordinación Fiscal.
4. Ley General de Salud.
5. Plan Nacional de Desarrollo
6. Programa Sectorial de Salud Federal
7. Plan Estatal de Desarrollo
8. Plan Institucional de Salud
9. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Este procedimiento es de aplicación anual, debido a que los formatos, metodologías, guías e instructivos son modificados de acuerdo a lo establecido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).
2. Para realizar el registro adecuado de los formatos establecidos para el Anteproyecto de Presupuesto Federal, se deberán utilizar cifras oficiales ya sea de publicaciones de carácter externo a la institución o de carácter interno.
3. Los formatos y reportes que emita el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS), variarán de acuerdo a las normas vigentes establecidas por la DGPOP.
4. El número de revisiones realizadas por la Federación variará de acuerdo a las fechas y metodologías establecidas por la DGPOP.
5. En caso que las áreas no cumplan con la entrega de información correspondiente a la Estructura Programática en tiempo y forma, se procederá a capturar la información del año inmediato anterior, validando en automático, la denominación del Programa, quedando la numeración de la clave a criterio del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.

Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Direcciones, Unidades, Subdirecciones y Departamentos adscritos a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Memorando, Correo electrónico, Metodología y lineamientos, Calendario, Estructura Programática, PAT 01, Oficio de DGPOP, Presupuesto del FASSA, PAT 02, Calendario de asesoría, Reportes de revisión, Folio de Validación, Reportes de salida del SWIPPSS.
Glosario	SWIPPSS.- Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud. DGPyP.- Dirección General de Programación y Presupuesto. S.S.E.P.- Servicios de Salud del Estado de Puebla. Información.- Datos que poseen significado y valor para la organización. Documento.- Información y su medio de soporte. MC.- Memorándum Circular EP.- Estructura Programática. TP.-Techo Presupuestal IPP.-Integración Programática Presupuestal. DPDOT.- Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. DPP.- Dirección de Planeación y Programación. DOOBSGPG.- Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. COIP.- Coordinación Operativa de Integración Programática.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe oficio y/o correo electrónico con el aviso del inicio del Proceso para integrar el Programa Anual de Trabajo (PAT) por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP).	Oficio y/o correo electrónico
2		Gira indicaciones y turna al/laJefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. NOTA: El envíodel oficio y/o correo electrónico con las metodologías, lineamientos y calendario, es suficiente para iniciar el proceso de Integración Programática.	
3	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe oficio e indicaciones para asistir al curso, o las instrucciones para iniciar el proceso, turna indicaciones con metodología y lineamientos a la Coordinación Operativa de integración programática.	Oficio
4	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática.	Recibe la metodología, lineamientos, calendario y claves de acceso al SWIPPSS.	Metodologías, lineamientos, claves y

			calendario
5		Programa las actividades de acuerdo a indicaciones y plazos de entrega a DGPyP. Actualiza formatos PAT 01 y 02, si es necesario, así como sus correspondientes instructivos.	
6		Establece comunicación con los/las Responsables de los Programas de los S.S.E.P., turna vía memorando circular y/o correo electrónico, solicita la actualización y/o validación de Estructura Programática y el llenado del formato PAT 01, de acuerdo al instructivo estableciendo fechas de entrega. Nota en caso de ser enviado por memorando circular, gestiona la rúbrica por el/laJefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia y la firma por el/laDirector/a de Planeación y Programación.	Memorando Circular y/o Correo electrónico. Estructura Programática. PAT 01 con instructivo.
7	Áreas responsables de los programas de los S.S.E.P.	Recibela documentación, actualiza Estructura Programática y elabora Objetivos de cada Programa en el PAT 01.	Memorando Circular y/o Correo electrónico. Estructura Programática. PAT 01 con instructivo.
8		Valida con los/las Directivos/as	Memorando y/o

		correspondientes las modificaciones, altas o bajas de programas y remite vía memorando y/o correo electrónico al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	correo electrónico. Estructura Programática.
9	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe la Estructura Programática actualizada, y turna a la Coordinación Operativa de Integración Programática para su revisión e integración.	Estructura Programática.
10	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática.	Recibe la Estructura Programática actualizada, para su revisión e integración. ¿Es correcta la información? Sí: Continúa en la actividad no. 11. No: Regresa a la actividad no. 8. Nota: En el caso de que las áreas responsables no entreguen la información de la Estructura Programática oportunamente, se captura la información del año inmediato anterior y se valida la denominación del Programa, quedando la numeración de la clave a criterio del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Estructura Programática.
11	Áreas responsables de los programas de los S.S.E.P.	Realiza el llenado del formato PAT 01 con los objetivos por programa, y turna a la Coordinación Operativa de Integración Programática para su revisión.	Formato PAT 01.

12	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática / Analistas de la Coordinación Operativa.	Recibe los Formatos PAT 01 y realiza los reportes de revisión, con el propósito de revisar que la información sea congruente y correcta. ¿Es correcta la información? Sí: Continúa en la actividad no. 13. No:Regresa a la actividad no. 11.	
13	Áreas responsables de los programas de los S.S.E.P.	Solicita las firmas de validación y autorización de sus Directivos/as, y turna al DPDOT con los formatos PAT 01 validados.	Formato PAT 01
14	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe los formatos validados y firmados; y turna a la Coordinación Operativa de Integración Programática.	Formato PAT 01.
15	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática / Analistas de la Coordinación Operativa.	Recibe memorándum con información correcta, actualiza SWIPPSS vía internet	Formato PAT01, Archivos vía internet
16		Espera validación de DGPyP, de la información capturada en el SWIPPSS. ¿Es correcta la información? Sí, continúa en la actividad no. 17.	

		No, regresa a la actividad no. 15.	
17	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática	**Inicia la etapa presupuestal** Recibe el aviso de validación de la Estructura Programática, así como copia del oficio con el techo presupuestal por parte de la DGPyP a través del SWIPPSS, y turna al/a la Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Validación de la Estructura Programática. Oficio de DGPyP.
18	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe el aviso de validación de la Estructura Programática y copia del oficio con el techo presupuestal de la DGPyP y remite al/a la Director/a de Planeación y Programación.	Validación de la Estructura Programática. Oficio de DGPyP.
19	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe el aviso de validación de la Estructura Programática y copia del oficio con el techo presupuestal de la DGPyP y remite vía memorando a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Memorando. Validación de la Estructura Programática. Oficio de DGPyP.
20	Personal de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de	Recibe copia del oficio con techo presupuestal de la DGPyP y toma acuerdos.	Oficio de DGPyP

	Gestión.		
21		Elabora el proyecto de presupuesto por programa, calendarizado, capítulo, concepto, partida presupuestal, emite totales por subfunción, y remite el presupuesto definitivo a la DPP.	Presupuesto del FASSA
22	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe el Presupuesto entregado por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, y turna al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Presupuesto del FASSA.
23	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe el anteproyecto de Presupuesto elaborado por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, por partida presupuestal y turna a la Coordinación Operativa de integración Programática.	Presupuesto del FASSA.
24	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática.	Recibe Presupuesto e inicia preparativos para integrar los Resultados esperados por Programa con los indicadores en el formato PAT-02.	PAT 02 e instructivo y archivo electrónico.
25		Elabora memorando circular y/o correo electrónico, solicitando a los responsables de los programas, la	Memorando circular.

		programación y el llenado de los formatos PAT 02,integrando los siguientes documentos en medio magnético y/o electrónico: ➢ Formato PAT 02 e instructivo. ➢ Calendario de asesoría. Nota en caso de ser enviado por memorando circular, gestiona la rúbrica por el/laJefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia y la firma por el/laDirector/a de Planeación y Programación.	PAT 02 e instructivo. Calendario de asesoría.
26	Áreas responsables de los Programas de los S.S.E.P.	Reciben memorando circular y/o correo electrónico, con el formato PAT 02 e instructivo, y calendario de asesoría en medio magnético y/o correo electrónico.	Memorando circular. PAT 02 e instructivo. Calendario de asesoría.
27		Llenan el PAT 02 de resultados esperados del programa con los indicadores de acuerdo al instructivo, indicando las modificaciones requeridas a los resultados e indicadores, y lo remiten a la Coordinación Operativa de Integración Programática para su revisión.	Reportes de revisión de PAT 02 por programa

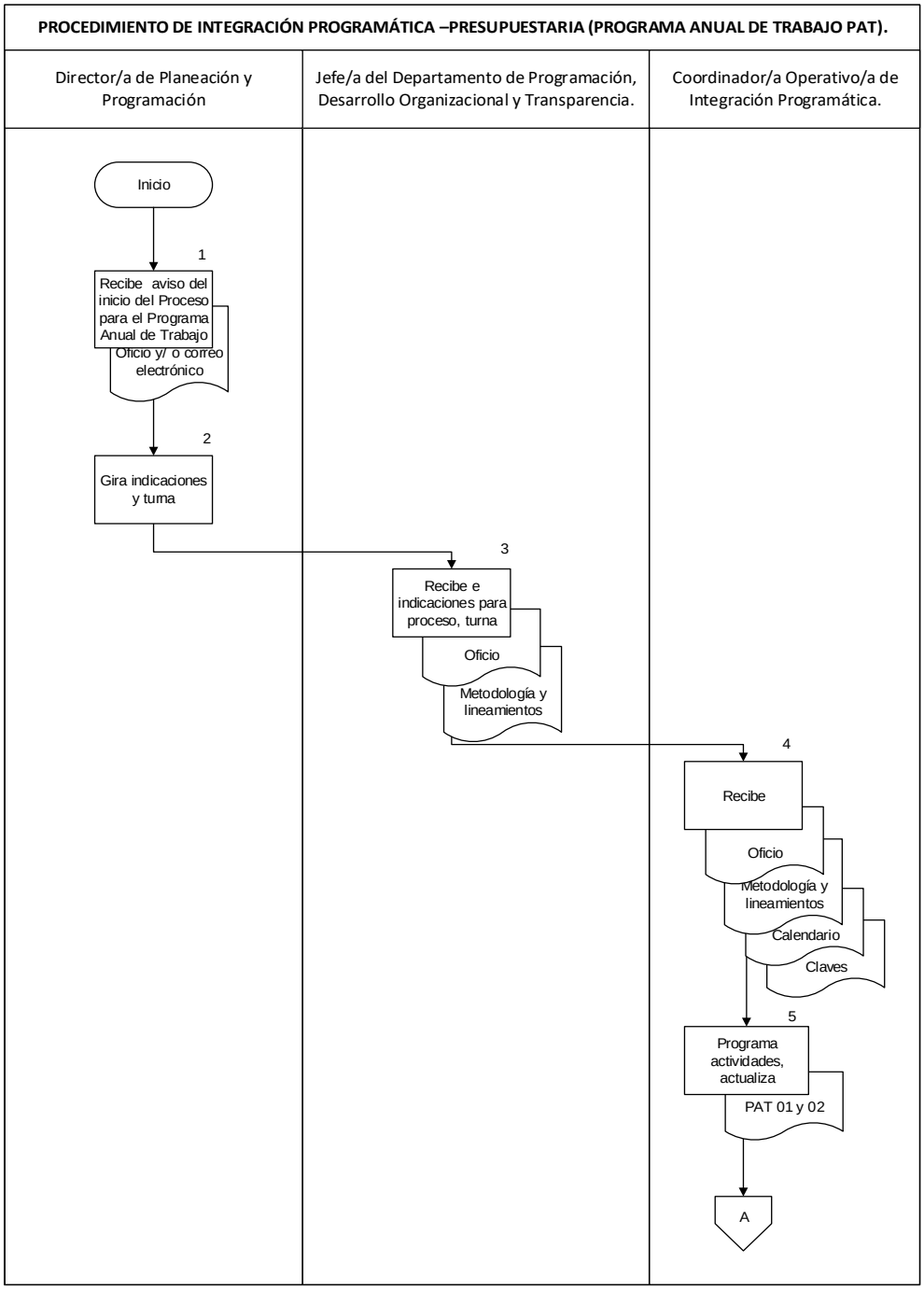
28	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática / Analistas de la Coordinación Operativa.	Recibe y revisa el PAT-02 con los resultados esperados. ¿Es correcta la información? Sí: Continúa en la actividad no. 29. No: Regresa a la actividad no. 27.	
29	Áreas responsables de los Programas de los S.S.E.P.	Valida el PAT 02 y remite físicamente y en electrónico vía memorando al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Memorando. PAT 02 validado.
30	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe el PAT 02, y turna a la Coordinación Operativa de Integración Programática, para su captura en la base de datos.	PAT 02 validado. (físico y electrónico)
31	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática.	Recibe y revisa el proyecto de Presupuesto elaborado por la DOOBSGPG y el Formato PAT-02 para captura en el SWIPPSS. ¿Es correcta la información? Sí: Continúa en la actividad no. 32 No: Regresa a la actividad no. 21	Proyecto de Presupuesto. PAT-02.
32		Integra la base de datos con indicadores de resultados esperados y techos presupuestales para carga en el sistema, y revisa con el/laJefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y	Base de datos interna.

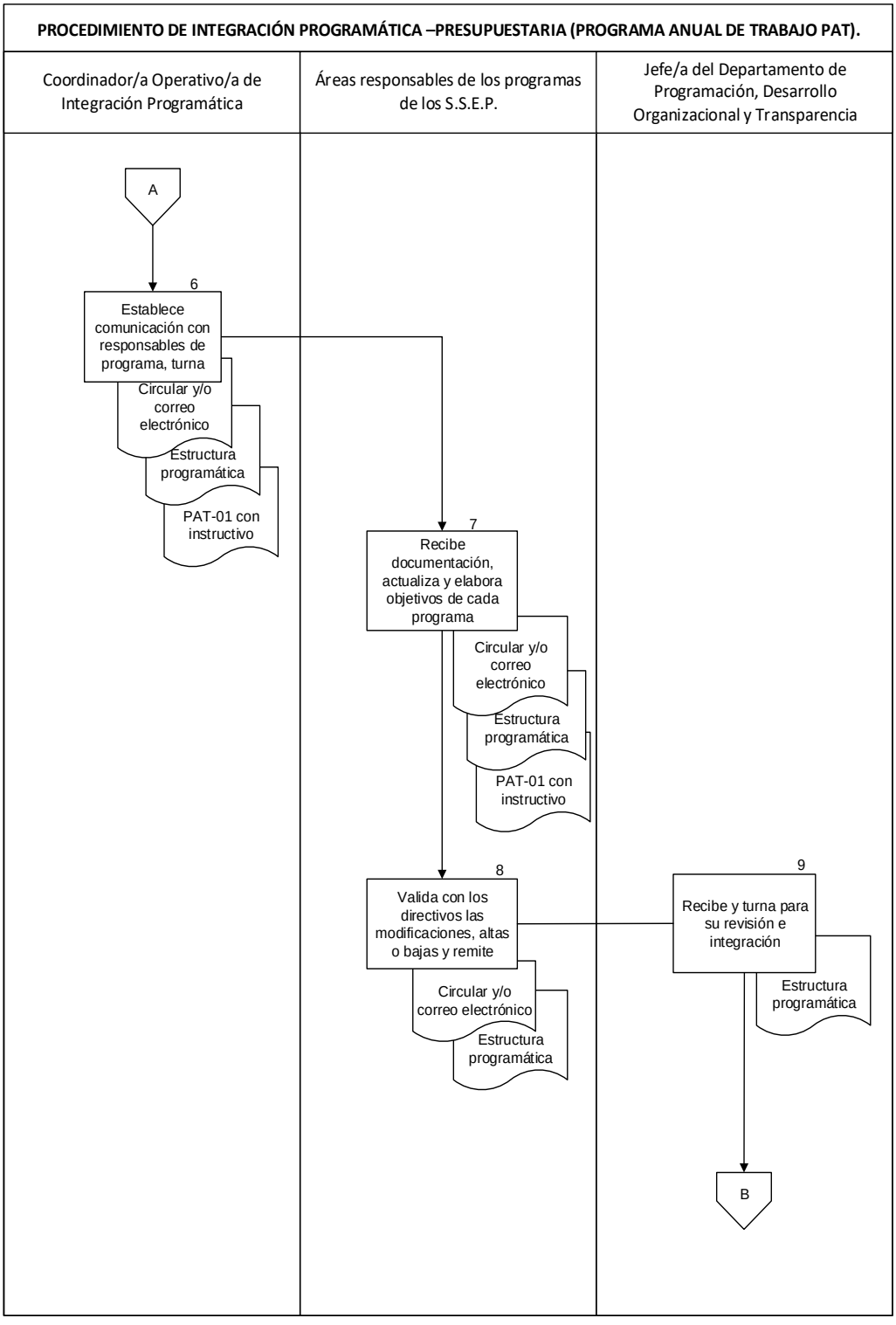
		Transparencia antes de la captura en el SWIPPSS.	
33	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe la base de datos de integración programática – presupuestal para revisión, aclaración y validación con los/las Directivos/as.	Base de datos interna.
34		Turna a la COIP, la base de datos con indicaciones, correcciones y observaciones para la carga programática – presupuestal	Base de datos interna.
35	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática.	Recibe la base de datos de integración programática-presupuestal con observaciones, en caso de ser necesario realiza las modificaciones indicadas.	Base de datos interna.
36	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática / Analistas de la Coordinación Operativa.	Realiza la carga programática – presupuestal en el Sistema de la DGPOP, de acuerdo a sus lineamientos, y envía mediante el SWIPPSS.	SWIPPSS
37		Espera la validación de carga en el SWIPPSS de la DGPyP. ¿Existen observaciones de DGPyP? Sí: Regresa a la actividad no. 32. No: Continúa en la actividad no. 38.	Emisión de reportes de salida del SWIPPSS

38	Coordinador/a Operativa de Integración Programática.	Recibe el folio de validación de captura en el SWIPPSS de la DGPyP, y lo remite para Vo. Bo. del/la Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Folio de Validación y reportes de salida del SWIPPSS
39		Imprime los reportes de salida del SWIPPSS y elabora oficio para su entrega a la Federación.	Oficio. Reportes de salida del SWIPPSSfirmados con oficio para la DGPyP
40	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Revisa y rubrica el oficio y los reportes de salida del SWIPPSS, y envía a la Dirección de Planeación y Programación.	Oficio Reportes de salida del SWIPPSS firmados con oficio para la DGPyP
41	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe y rubrica el oficio y los reportes de salida del SWIPPSS, y gestiona su autorización por parte del/la Director/a General de los SSEP, la entrega a la Federación.	
42		Turna y remite al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia el oficio y los reportes de salida del SWIPPSS autorizados, para su envío.	Oficio Reportes de salida del SWIPPSSfirmados con oficio para la DGPyP.

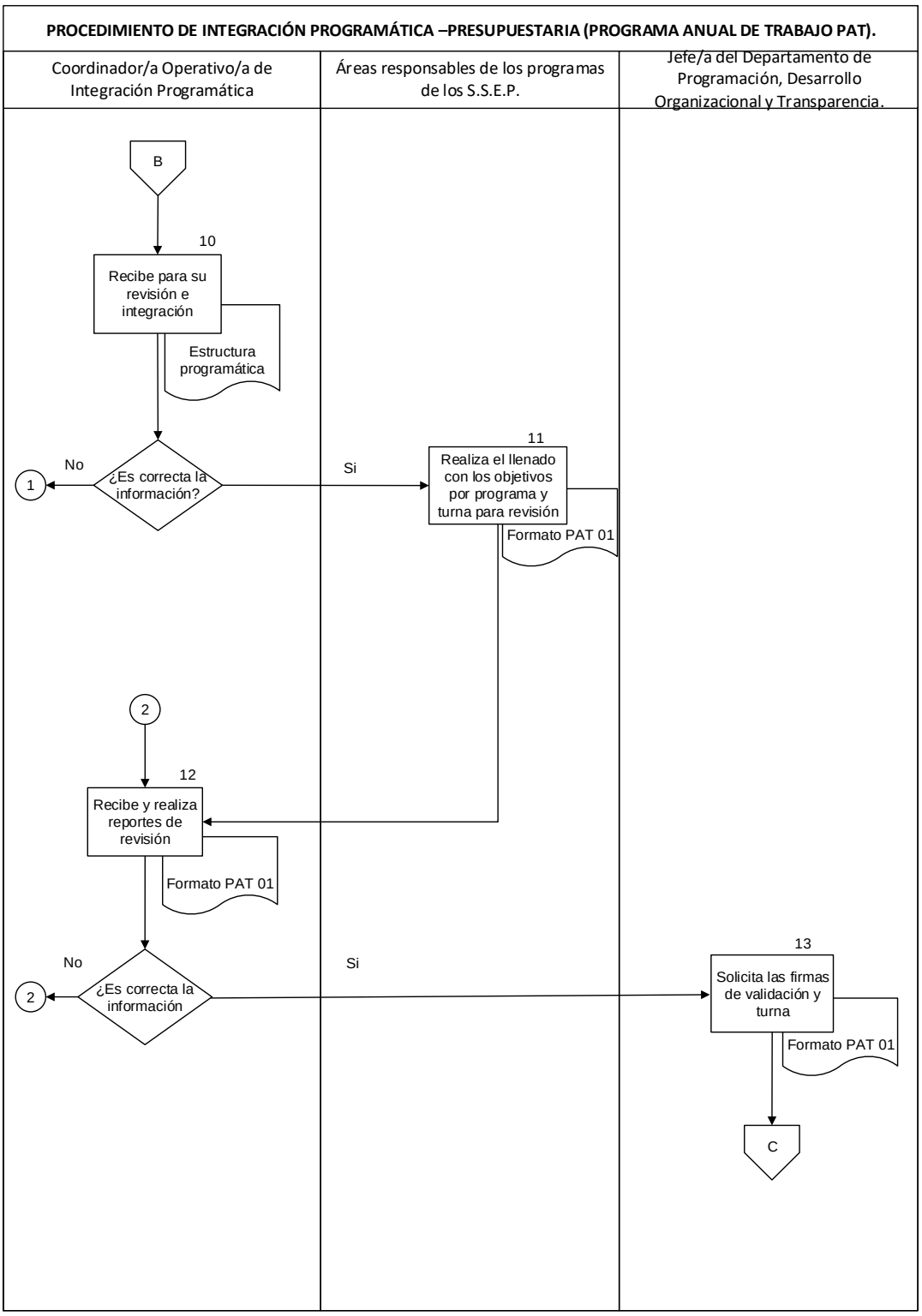
43	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe el oficio y los reportes de salida del SWIPPSS autorizados, así como las copias y/o archivos escaneados y turna a la Coordinación Operativa de Integración Programática.	Oficio Reportes de salida del SWIPPSS firmados con oficio para la DGPyP.
44	Coordinador/a Operativa de Integración Programática.	Tramita en Oficialía de partes el envío por paquetería del oficio y los reportes de salida del SWIPPSS autorizados; guarda una fotocopia, como evidencia impresa del anteproyecto enviado.	Oficio Reportes de salida del SWIPPSS firmados con oficio para la DGPyP.
45		Recibe de Oficialía de partes, el acuse de recibido y el oficio sellado por la DGPyP, para su guarda y custodia	Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).

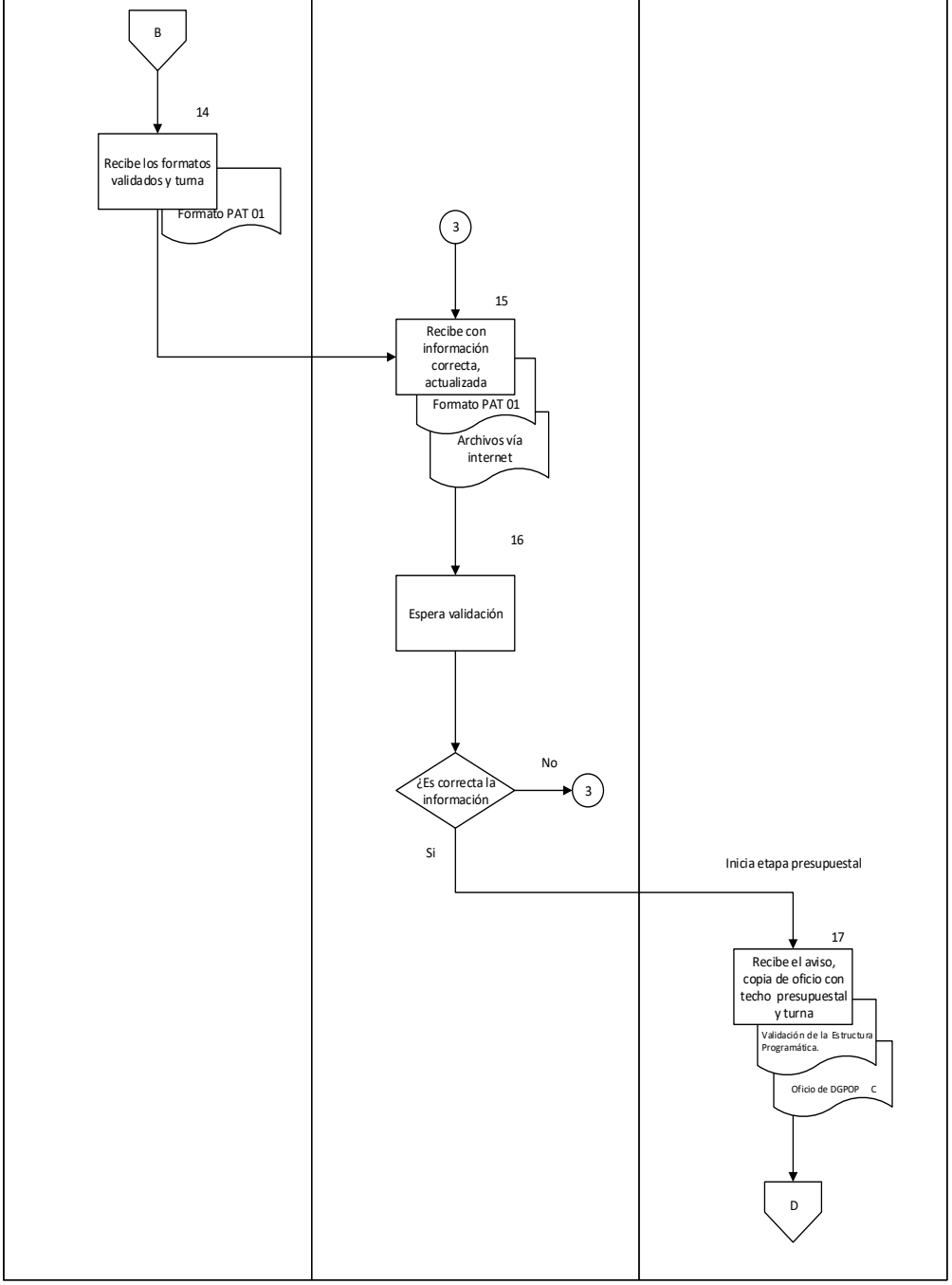



PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).
Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática
Áreas responsables de los programas de los S.S.E.P.
Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
A
6
Establece comunicación con responsables de programa, turna
Circular y/o correo electrónico
Estructura programática
PAT-01 con instructivo
7
Recibe documentación, actualiza y elabora objetivos de cada programa
Circular y/o correo electrónico
Estructura programática
PAT-01 con instructivo
8
Valida con los directivos las modificaciones, altas o bajas y remite
Circular y/o correo electrónico
Estructura programática
9
Recibe y turna para su revisión e integración
Estructura programática
B

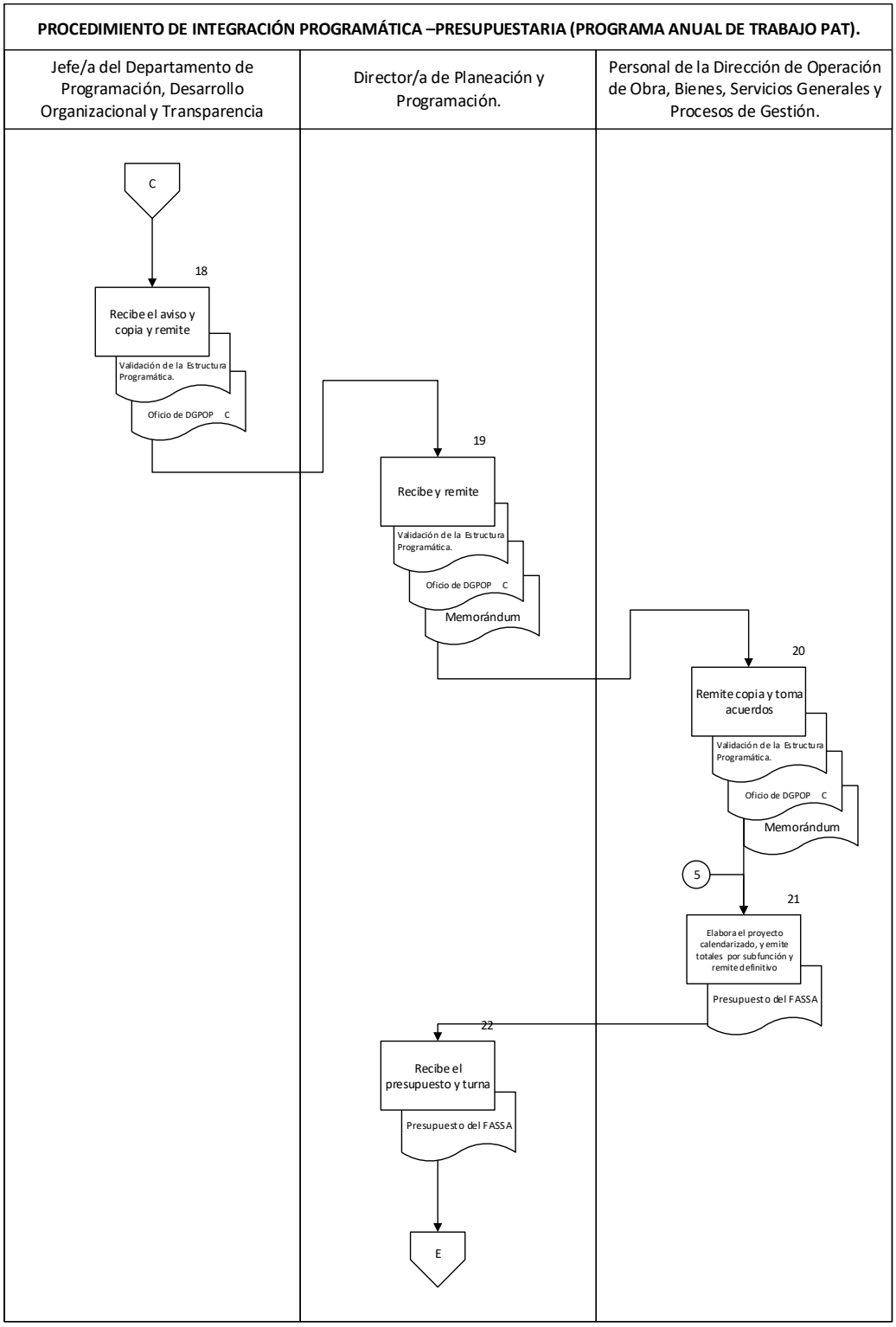
PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



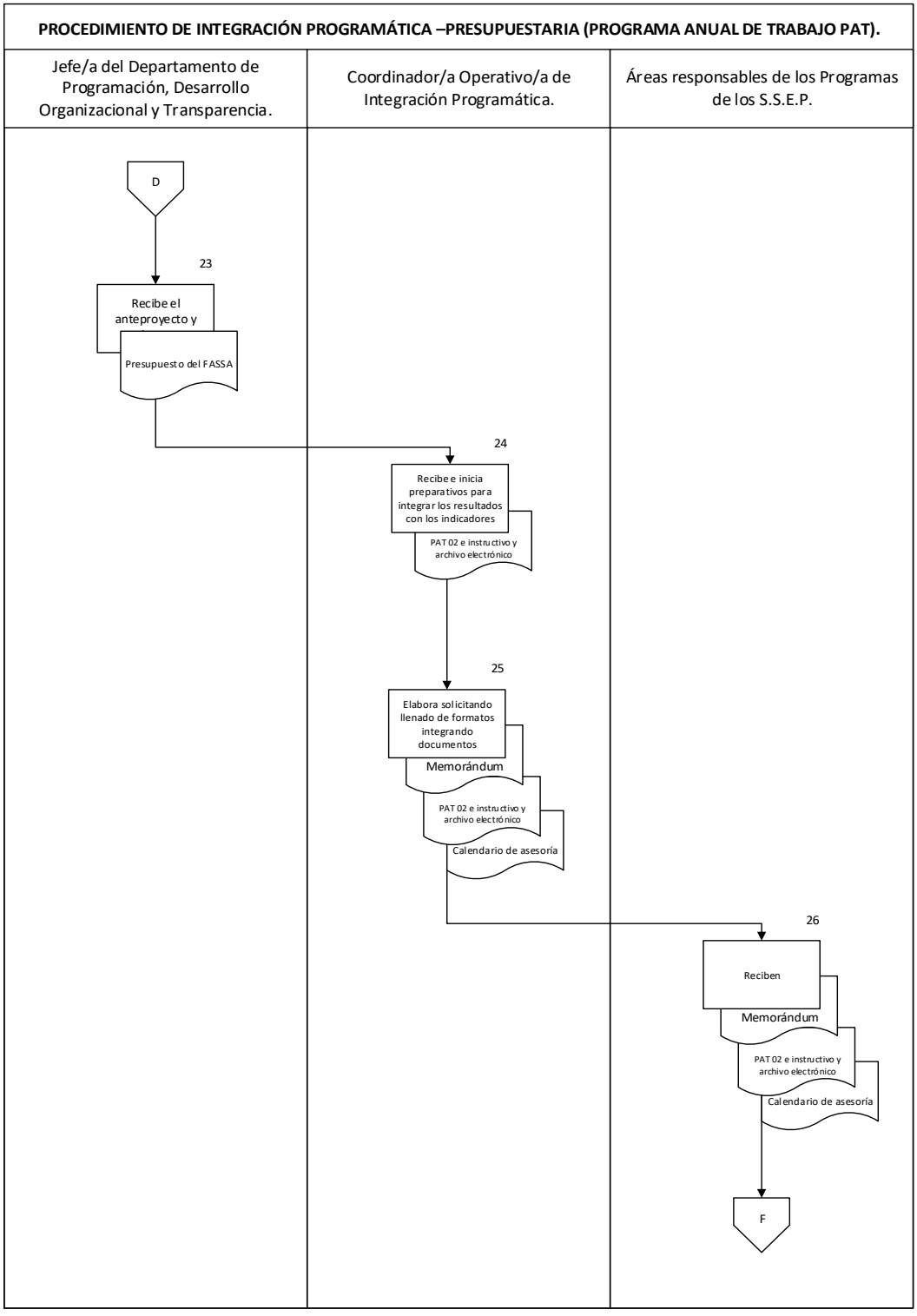
PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



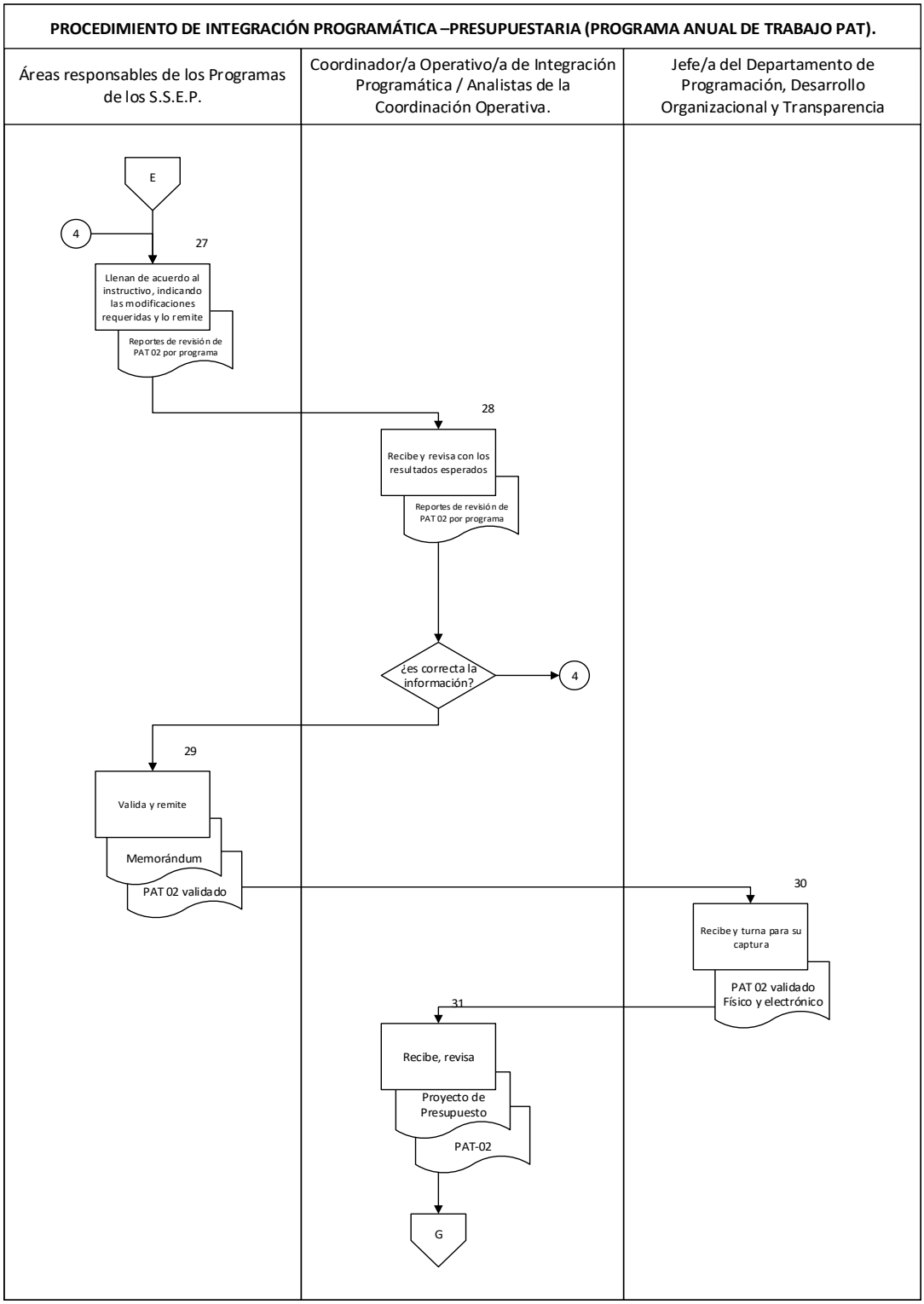
PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



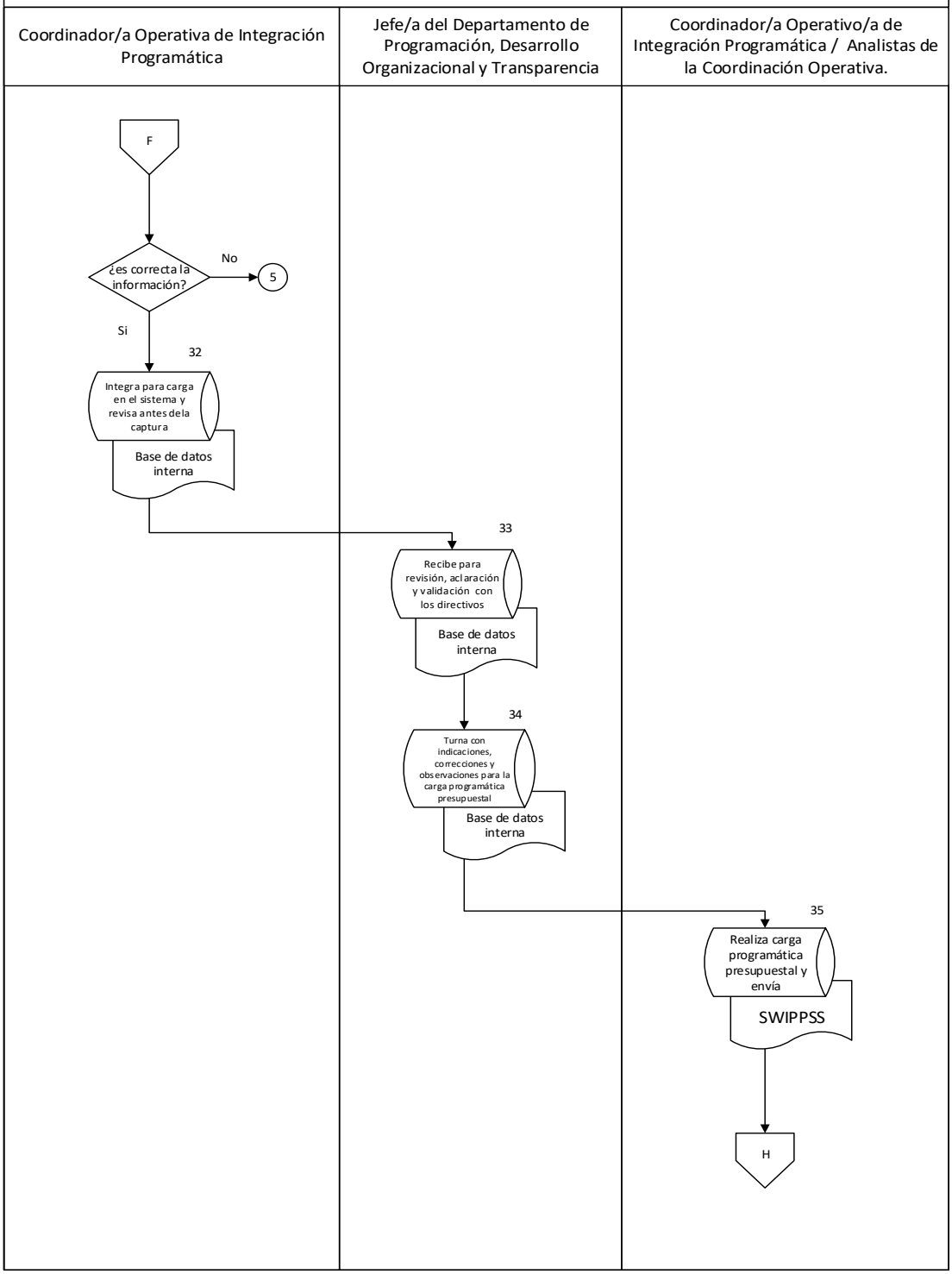
PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



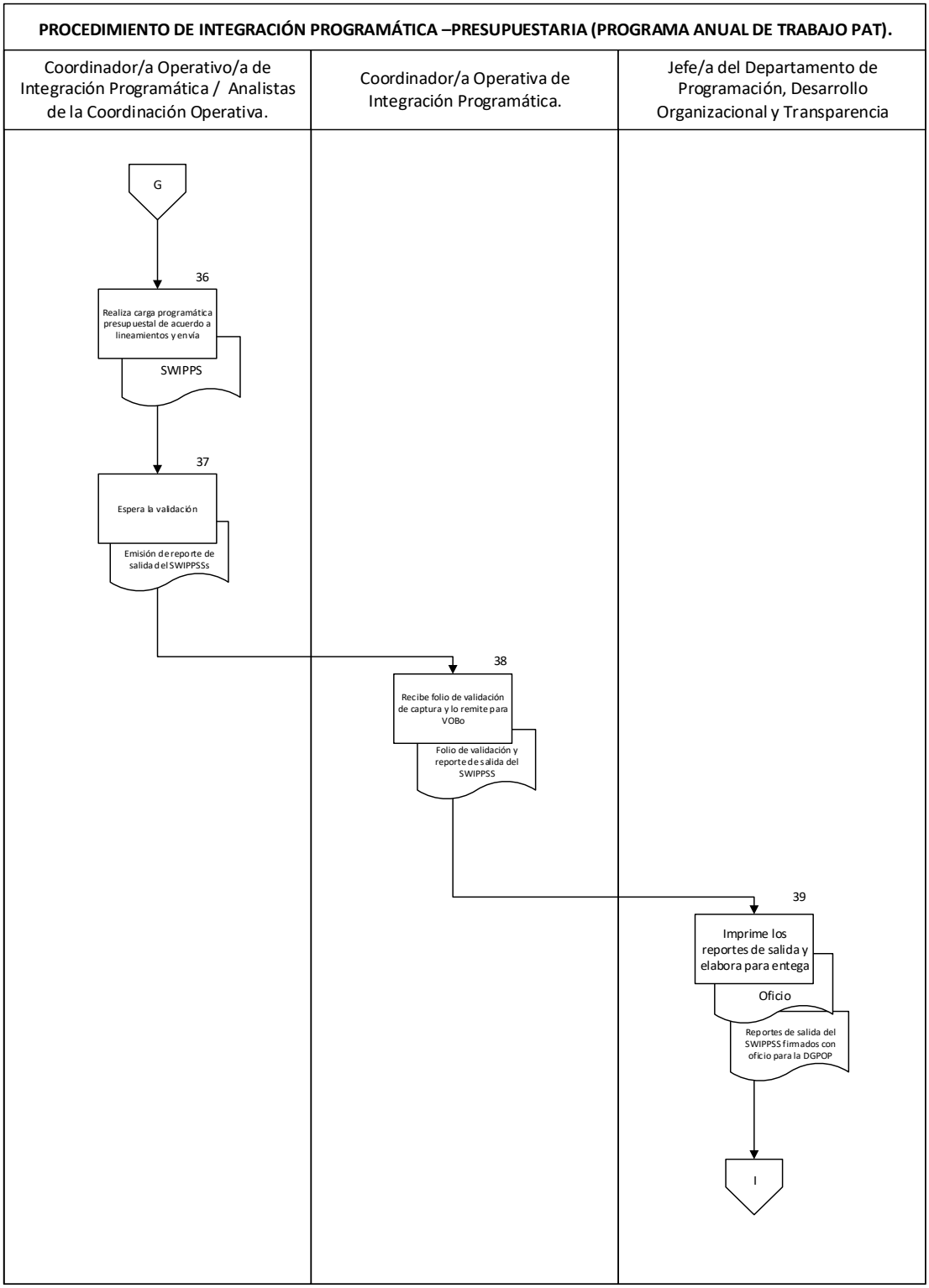
PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



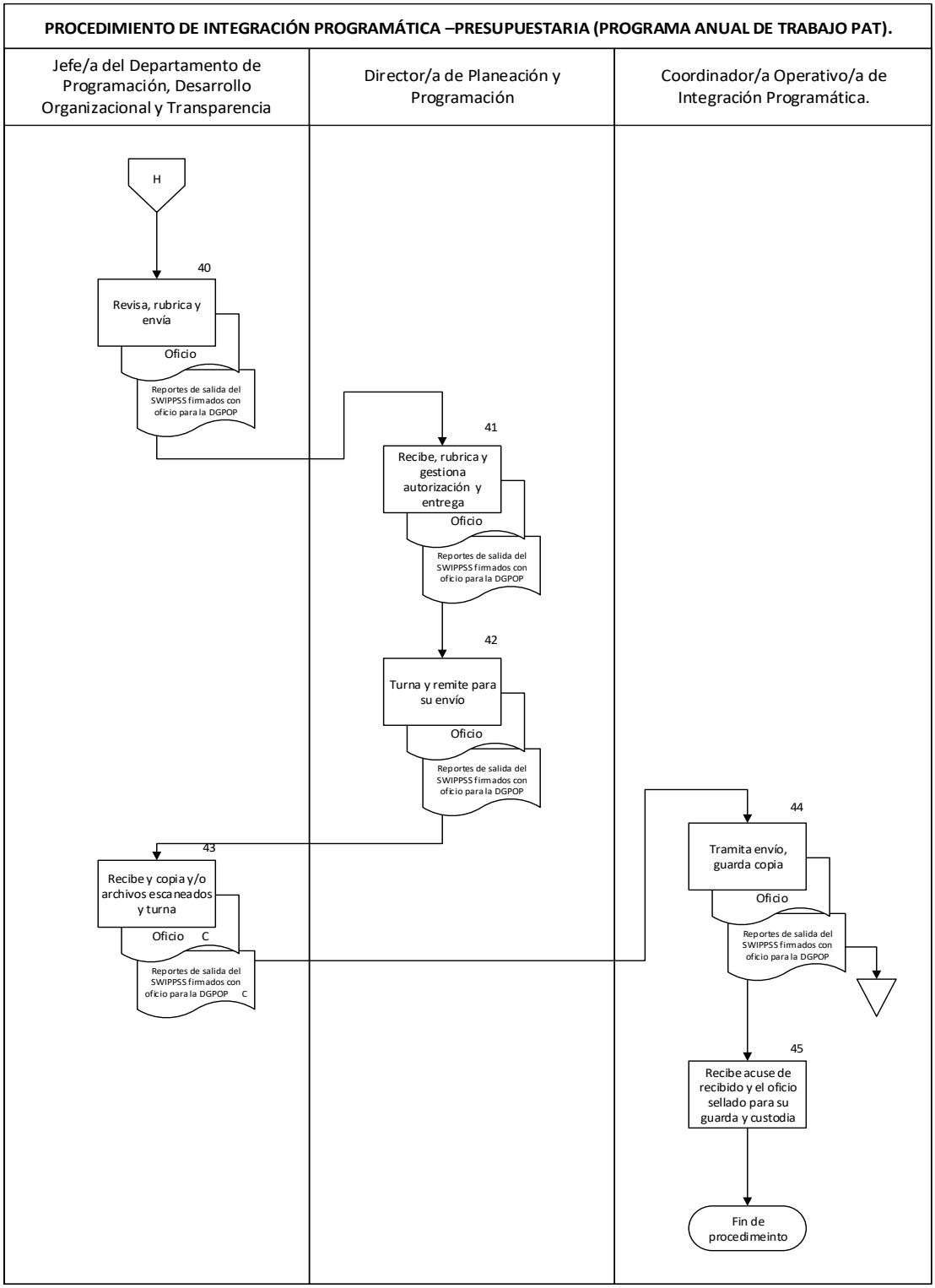
PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).

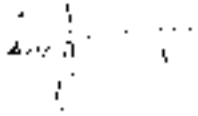
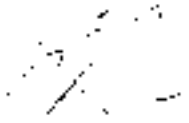


PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA –PRESUPUESTARIA (PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO PAT).



7.15.8. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA Y DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN.

Tiempo Promedio: 2 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Liliana Cruz Montalvo Coordinadora Operativa de Integración Programática LCM (COIP) Octubre 2018	**Karla Huerta Hernández Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT) Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer el procedimiento para integrar los Programas de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación y del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia de los S S.E.P para guiar las actividades a desarrollar anualmente en estas Áreas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación Federal
2. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
4. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Este procedimiento es de aplicación anual, y será modificado de conformidad con las atribuciones del Reglamento Interior de los SSEP.
2. Los Programas de la Dirección de Planeación y Programación, así como los de los Departamentos adscritos a la misma, deberán estar alineados a los Planes y Programas de mediano y corto plazo de los niveles Federal y Estatal, vigentes en el período correspondiente.

Responsables

Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Dirección de Planeación y Programación,
- Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
- Departamento de Tecnologías de la información y Telecomunicaciones
- Departamento de Sistemas de Información en Salud
- Coordinaciones Operativas de la Dirección de Planeación y Programación
- Personal Operativo de la Dirección de Planeación y Programación

Recursos	Formatos, Lineamientos, Instructivos, Cronogramas, Memorando, Programa de Trabajo del Departamento de Sistemas de la Información en Salud, Programa de Trabajo del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Programa de Trabajo del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación.
Glosario	S.S.A.- Secretaría de Salud. S.S.E.P.- Servicios de Salud del Estado de Puebla. S.C.- Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla. DPP.- Dirección de Planeación y Programación. DPDOT.-Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia COIP.-Coordinación Operativa de Integración Programática PT.- Programa de Trabajo

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática	Actualiza y somete a consideración los formatos, lineamientos, instructivos y cronogramas para la elaboración de los Programas de Trabajo al/la Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.
2	Jefe/a del Departamento de	Recibe y revisa los formatos, lineamientos, instructivos y cronogramas.	Formatos. Lineamientos.

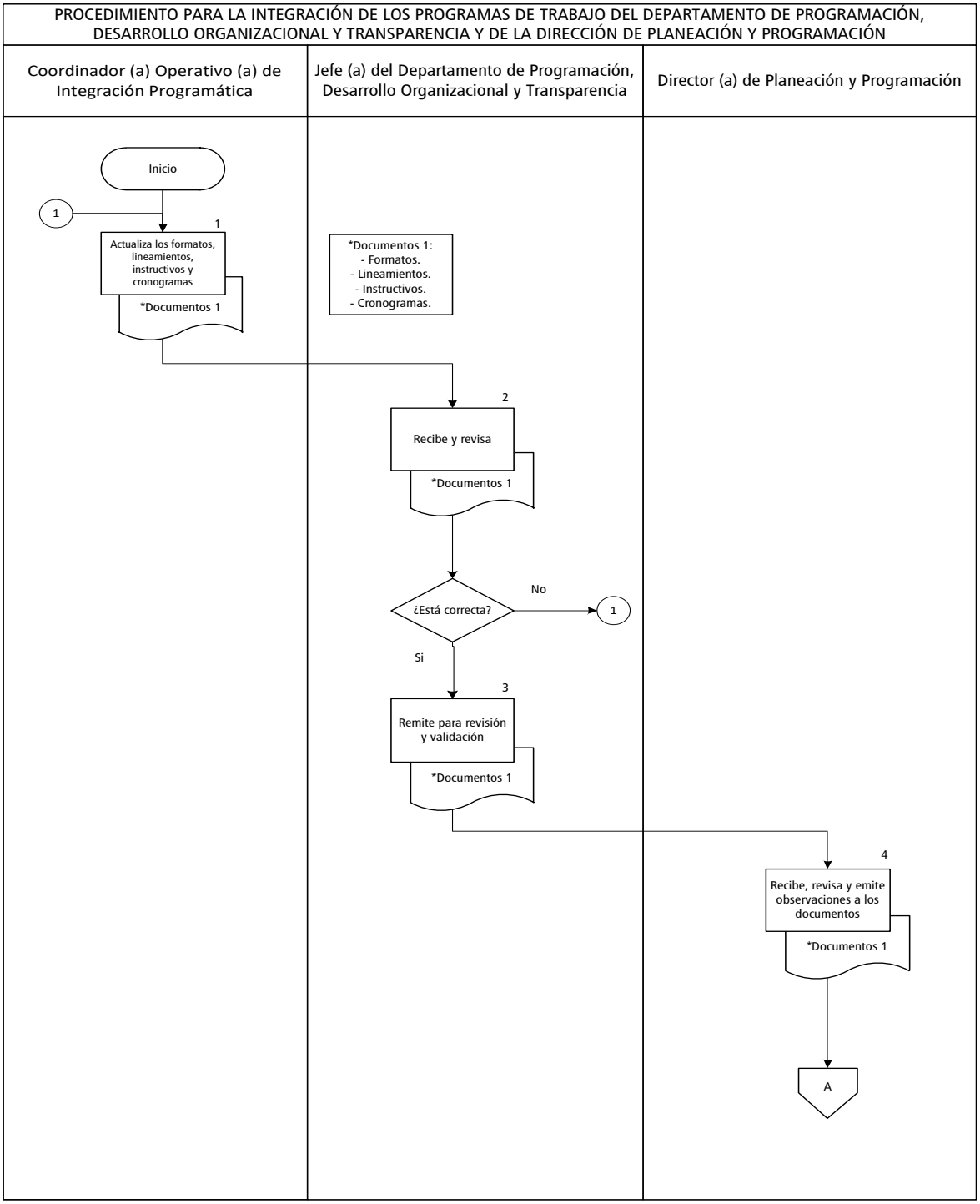
	Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	¿Es correcta la información? Si: Avanza a la actividad No. 3. No: Regresa a la actividad 1	Instructivos. Cronogramas.
3	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Remite a la Dirección de Planeación y Programación los formatos, lineamientos, instructivos y cronogramas para revisión y validación.	Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.
4	Director/a de Planeación y Programación	Recibe y revisa los formatos, lineamientos, instructivos y cronogramas. Emite observaciones a los documentos y remite al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.
5	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe las observaciones e instruye a la Coordinación Operativa de Integración Programática para realizar las modificaciones necesarias. Los remite al Director para su validación.	Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.
6	Director/a de Planeación y Programación	Recibe, valida los formatos, lineamientos, instructivos y cronogramas, y turna al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, para solicitar oficialmente el Programa de Trabajo a los Departamentos de la Dirección de Planeación y Programación	Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.

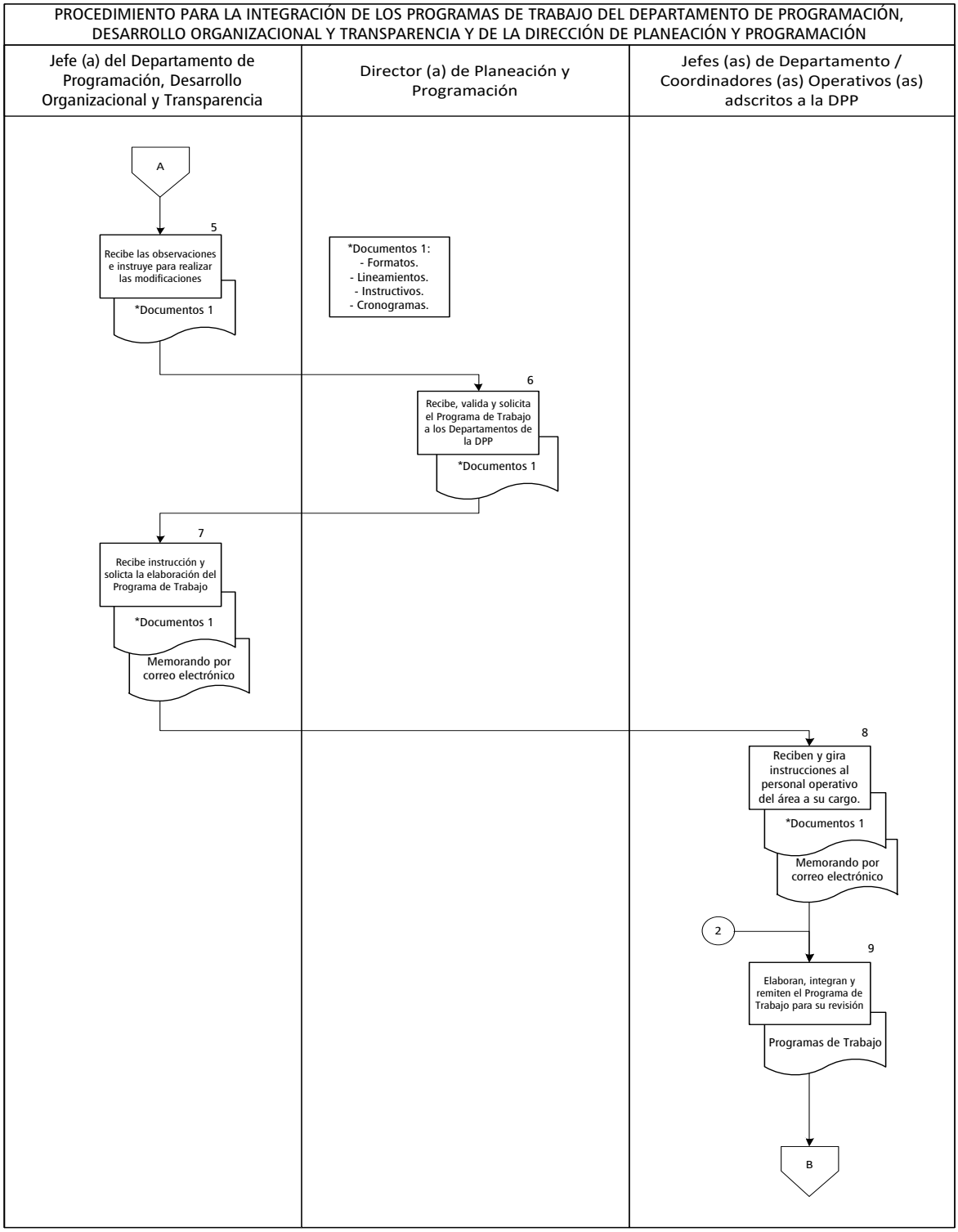
7	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe instrucción y envía memorando / correo electrónico, solicitando la elaboración del Programa de Trabajo a todos los Departamentos de la Dirección de Planeación y Programación, adjuntando los formatos, lineamientos, instructivos y cronogramas, para la elaboración.	Memorando / Correo electrónico. Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.
8	Jefes/as de Departamento / Coordinadores/as Operativos/as adscritos a la DPP.	Reciben memorando / correo electrónico y los formatos, instructivo y cronogramas de entrega, y gira instrucciones al personal operativo para la elaboración del Programa de Trabajo del área a su cargo.	Memorando / Correo electrónico. Formatos. Lineamientos. Instructivos. Cronogramas.
9	Jefes/as de Departamento / Coordinadores/as Operativos/as adscritos a la DPP.	Elaboran, integran y remiten al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia el Programa de Trabajo del área a su cargo para su revisión.	Programas de Trabajo de los Departamentos.
10	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe y turna los Programas de Trabajo a la Coordinación Operativa de Integración Programática, para su revisión e integración.	Programas de Trabajo de los Departamentos.
11	Coordinador/a Operativa de Integración Programática	Recibe y revisa la información de los programas enviados por los departamentos. ¿Es correcta la información? Si. Continua en paso No.13	Programas de Trabajo de los Departamentos.

		No. Ir a paso No.10	
12	Coordinador/a Operativa de Integración Programática	Integra los Programas de Trabajo de los Departamentos y emite el "Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación", somete a consideración del/laJefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación.
13	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe, revisa y rubrica el Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación y el Programa de Trabajo del DPDOT.	Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación. Programas de Trabajo de los Departamentos.
14	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Remite a la Dirección de Planeación y Programación, el "Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación" y los Programas individuales de los Departamentos para Autorización.	Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación. Programas de Trabajo de los Departamentos.
15	Director/a de Planeación y Programación	Autoriza los Programas de Trabajo y conserva una copia para seguimiento, consulta y control de actividades.Turna original al DPDOT	Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación. Programas de Trabajo de los Departamentos.

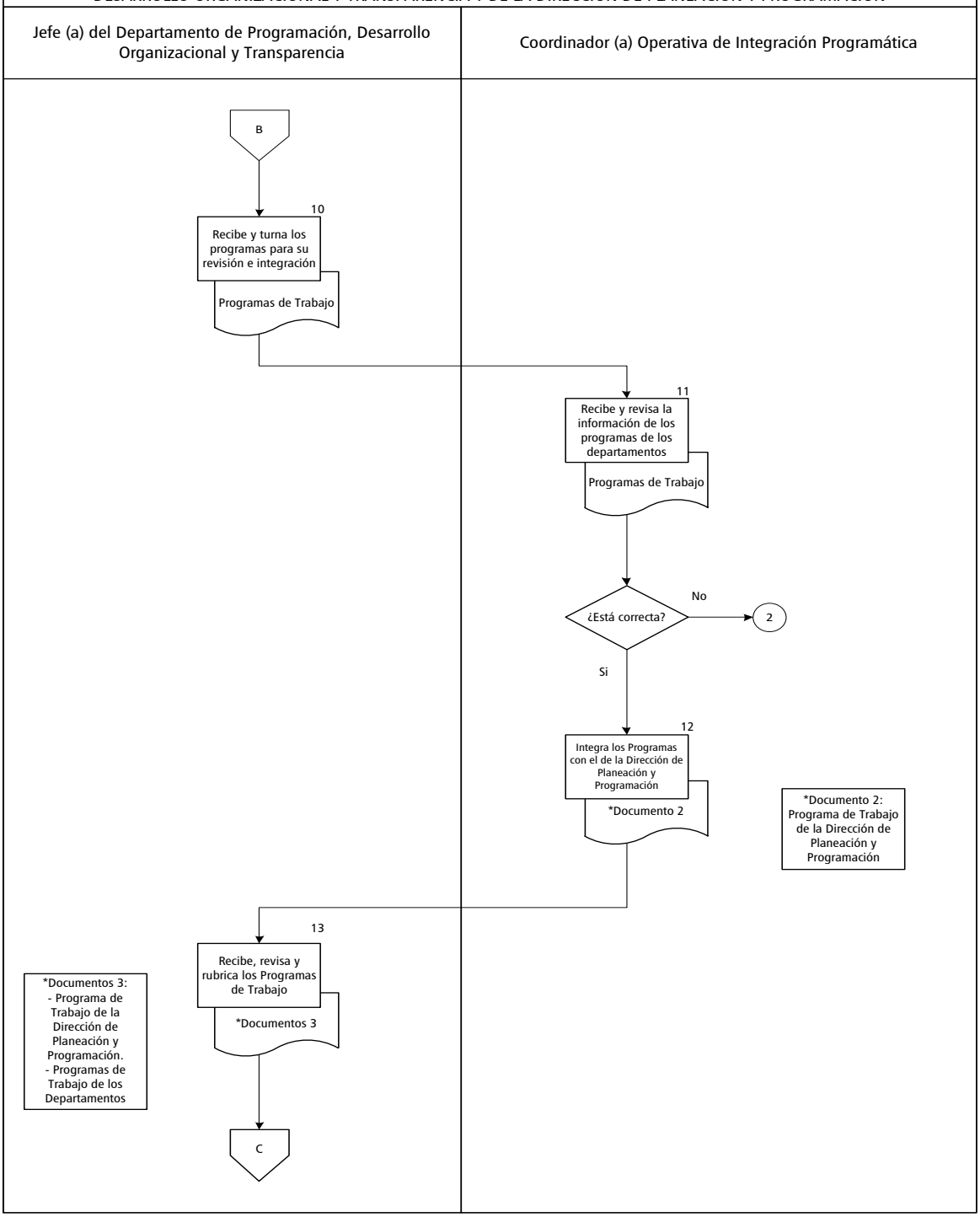
16	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Resguarda el original del “Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación” y los Programas individuales de los Departamentos quedan bajo resguardo de cada uno.	Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación. Programas de Trabajo de los Departamentos.
Fin del procedimiento			

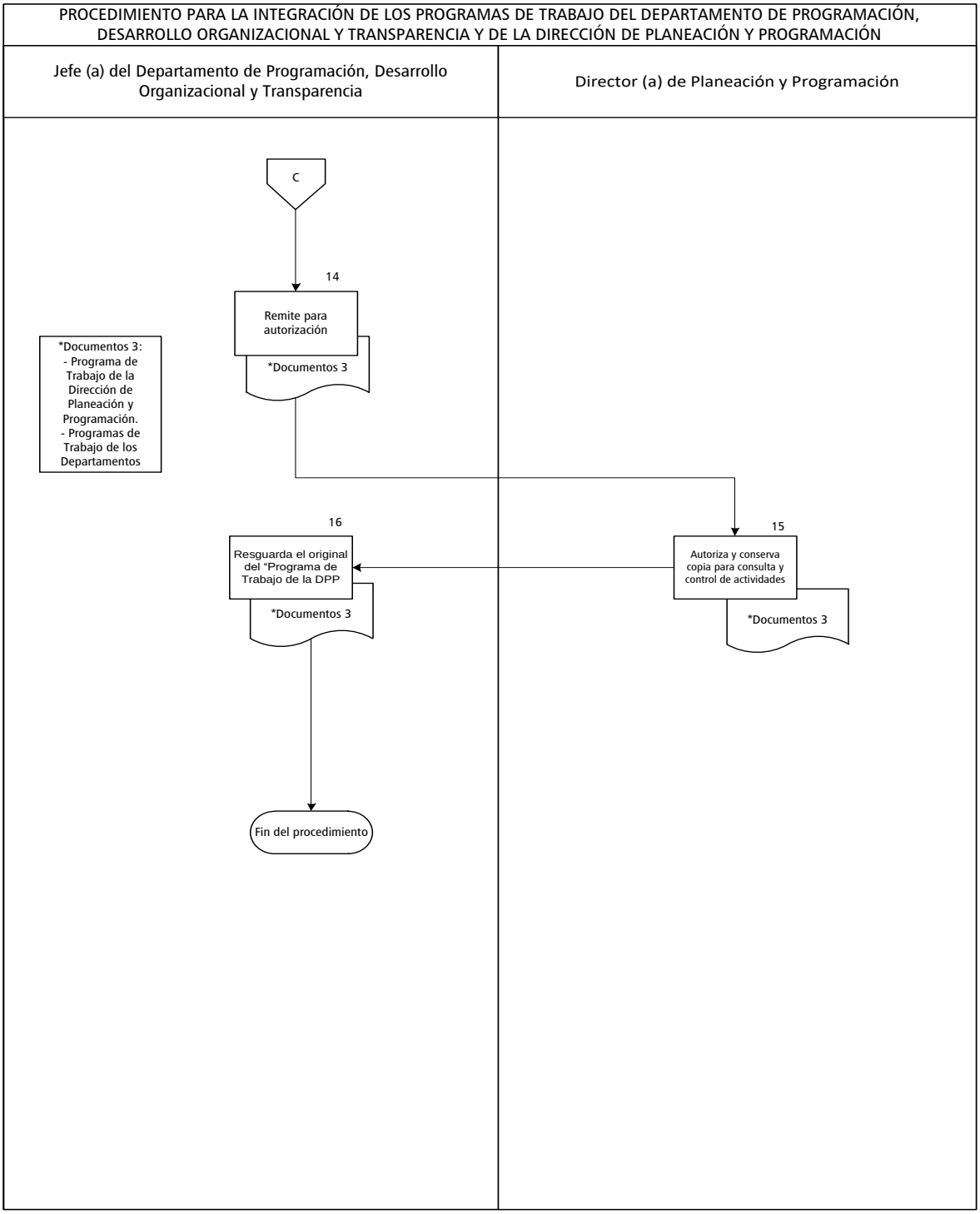
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA.




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA Y DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN
Jefe (a) del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
Director (a) de Planeación y Programación
Jefes (as) de Departamento / Coordinadores (as) Operativos (as) adscritos a la DPP
A
5
Recibe las observaciones e instruye para realizar las modificaciones
*Documentos 1
*Documentos 1:
- Formatos.
- Lineamientos.
- Instructivos.
- Cronogramas.
6
Recibe, valida y solicita el Programa de Trabajo a los Departamentos de la DPP
*Documentos 1
7
Recibe instrucción y solicta la elaboración del Programa de Trabajo
*Documentos 1
Memorando por correo electrónico
8
Reciben y gira instrucciones al personal operativo del área a su cargo.
*Documentos 1
Memorando por correo electrónico
2
9
Elaboran, integran y remiten el Programa de Trabajo para su revisión
Programas de Trabajo
B

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA Y DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN, DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y TRANSPARENCIA Y DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN
Jefe (a) del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
Director (a) de Planeación y Programación
C
14
Remite para autorización
*Documentos 3
*Documentos 3:
- Programa de Trabajo de la Dirección de Planeación y Programación.
- Programas de Trabajo de los Departamentos
16
Resguarda el original del "Programa de Trabajo de la DPP
*Documentos 3
15
Autoriza y conserva copia para consulta y control de actividades
*Documentos 3
Fin del procedimiento

7.15.9. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES.

Tiempo Promedio: 6 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Liliana Cruz Montalvo **Coordinadora Operativa de Integración Programática** **LCM(COIP)** **Octubre 2018**	**Karla Huerta Hernández** **Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia** **KHH (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Integrar la información del Diagnóstico Sectorial de Salud Estatal, las Metas e indicadores de resultado, y la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de Programas Presupuestarios, a los que se comprometen anualmente en cada uno de los Programas Presupuestarios de los Servicios de Salud del Estado de Puebla para el cumplimiento del Proceso Programático en el Organismo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Constitución Política del Estado de Puebla.
3. Ley General de Salud.
4. Plan Nacional de Desarrollo.
5. Plan Estatal de Desarrollo.
6. Programa Sectorial de Salud Federal.
7. Plan Institucional de Salud.
8. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
9. Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal.
10. Ley de Planeación (Federal).
11. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
12. Estadísticas de Población de CONAPO.
13. Censo General de Población y Vivienda INEGI.
14. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
15. Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Administración.

Políticas de Operación:

1. Este procedimiento aplica para integrar los documentos necesarios para la programación de actividades a desarrollar por los Programas de Salud autorizados, de conformidad con las atribuciones del Reglamento Interior del Organismo y la normatividad Federal y Estatal correspondiente en el diseño, elaboración y entrega de los documentos.
2. Para obtener los documentos base de la programación, se establecerá una estrecha coordinación con los/las Directivos/as y Responsables de Programas, con el objetivo de cumplir en tiempo y forma con las responsabilidades y atribuciones de acuerdo al Reglamento Interior de los SSEP, de todos y cada uno de los/las involucrados/as, para cumplir con las instancias Federales, Estatales e internas, usuarias de los insumos y resultados de la programación.
3. El presente procedimiento aplica para la integración de los documentos denominados Diagnóstico Sectorial de

Salud Anual; la integración de Programas Presupuestarios para Resultados y la programación de Metas e Indicadores de los Servicios de Salud, de acuerdo a las metodologías, guías e instructivos establecidos y calendarios establecidos y normados a nivel Federal, Estatal y en forma interna, los cuales serán modificados de acuerdo a las necesidades de las instancias normativas del proceso programático.

4. La Programación deberá estar alineada a los planes y programas de mediano plazo vigentes en cada período correspondiente.
5. Para realizar el registro adecuado en los formatos base para la integración programática, se deberán utilizar cifras oficiales ya sea de publicaciones de carácter externo a la institución o de carácter interno las cuales están normadas, que serán la base para realizar las estimaciones de actividades a comprometer en los siguientes ejercicios.
6. Cuando se requiera utilizar cifras preliminares (incompletas) o utilizar registros internos, para las estimaciones de metas e indicadores se deberán realizar las aclaraciones y anotaciones pertinentes al caso.
7. Los formatos base y reportes finales para la Integración Programática de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, deberán estar acordes a las especificaciones requeridas, debidamente firmados y autorizados por los responsables involucrados.

Responsables

Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla; Subsecretarios/as de la SSA y Coordinadores/as de los SSEP, Directores/as de Área; Titulares de Unidad; Subdirectores/as, Jefes/as de Departamento, Coordinadores/as Operativos/as,Responsables de Programas y Personal Operativo de los SSEP.

Recursos	Estructura Programática Autorizada, Diagnóstico Sectorial Anual de Salud, Memorándum Circular, Oficio, Cronograma, Listas de asistencia, Matriz de indicadores para resultados, Fichas técnicas de indicadores, Complementaria de actividades, Árbol de problemas, Árbol de soluciones, Concentrado de Resumen Narrativo, Análisis de Población Objetivo, Reportes del SPPR.
Glosario	SSA.- Secretaría de Salud SSEP.- Servicios de Salud del Estado de Puebla UCJS.- Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias PSS.- Programa Sectorial de Salud SFA.- Secretaría de Finanzas y Administración del Estado de Puebla. SPPR.- Sistema de Programación y Presupuestación para Resultados DPP.- Dirección de Programación y Planeación DSASE.- Diagnóstico Sectorial Anual de Salud Estatal DSPyVE.- Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. DPDOT.- Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. DTIT.- Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones. DSIS.- Departamento de Sistemas de la Información en Salud. COIP.- Coordinación Operativa de Integración Programática

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática / Personal Adscrito a la Coordinación.	Diseña conjuntamente con el/la Jefe(a) del DPDOT, los formatos y lineamientos para la programación de metas e indicadores de los SSEP, de acuerdo a las necesidades de información de los diferentes usuarios/as para los sistemas de nivel Federal y Estatal, y los lineamientos e instructivos, para la programación del siguiente año; y turnan al/a la Director/a para su revisión y autorización.	Formatos, lineamientos, instructivos: • Misión, • Visión, • Alineación con el Programa Sectorial, • Matriz de indicadores para resultados • Fichas técnicas de indicadores, • Complementaria de actividades, • Árbol de problemas • Árbol de soluciones • Concentrado de Resumen Narrativo Análisis de Población Objetivo
2	Director/a de Planeación y Programación	Recibe y revisa los formatos y lineamientos para la programación de metas e indicadores. ¿Los formatos están correctos? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continúa en la actividad No. 3.	Formatos, lineamientos, instructivos

3		Emite observaciones para la corrección de los formatos y lineamientos. Regresa a la actividad No. 1	
4		Valida formatos base de programación y solicita a los Directivos/as y Responsables de Programas su propuesta de Estructura Programática para la Programación del siguiente año; ysolicita oficialmente a la DSPVE, el Diagnóstico Sectorial de Salud Anual del Estado, que servirá de base para identificar problemas de salud de la población y la Programación por los Responsables de Programas de los SSEP.	Memorando y Estructura Programática
5	Directivos/as y/o Responsables de Programas Presupuestarios	Validan la Estructura Programática y notifican por escrito su autorización; la DSPVE elabora Diagnóstico Sectorial Anual de Salud y entrega a la DPP.	Memorando y Estructura Programática Autorizada, Diagnóstico Sectorial Anual de Salud
6	Director/a de Planeación y Programación	Recibe Estructura Programática autorizada de Responsables de Programas y de la DSPyVE el Diagnóstico Sectorial Anual de Salud Estatal, los turna al DPDOT. Instruye al DPDOT para preparar y enviar a Directivos y Responsables de Programas los formatos para continuar con el proceso	Estructura Programática Autorizada, Diagnóstico Sectorial Anual de Salud

		programático,	
7	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe Estructura Programática autorizada y Diagnóstico Sectorial Anual de Salud Estatal y entrega a la COIP	Estructura Programática Autorizada, Diagnóstico Sectorial Anual de Salud
8	Coordinador/a Operativa de Integración Programática Y Personal Operativo	Recibe Estructura Programática Autorizada para registro y Diagnóstico Sectorial Anual de Salud Estatal.	Estructura Programática Autorizada, Diagnóstico Sectorial Anual de Salud
9	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y Personal Operativo	Elabora circular para Directivos/as y Responsables de Programas, CD con archivos y cronograma de asesorías y revisión de formatos, para entregar en la reunión informativa. Turna al DPDOT para la validación y autorización de la DPP.	Circular, CD, material y cronograma
10	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Valida material para Responsables de Programas y acuerda con el/laDirector/a de Planeación y Programación	Circular, CD, material y cronograma
11	Director/a de Planeación y Programación	Autoriza documentos para Directivos/as y Responsables de Programas, lineamientos y fechas	CD, material y cronograma

		para recepción de su programación, asesorías y revisión en la COIP.	
12	Directivos/as y/o Responsables de Programas Presupuestarios	Reciben documentos, lineamientos y cronogramas de actividades de asesoría, revisión, validación y entrega de documentos y archivos	Listas de asistencia y CD con formatos, instructivos, archivos y cronograma
13	Responsables de los Programas Presupuestarios de los S.S.E.P	Reciben asesoría, elaboran programación, llenan formatos de acuerdo a instrucciones y entregan al personal de la Coordinación Operativa de Integración Programática para revisión de acuerdo al cronograma.	Formatos de: • Matriz de indicadores para resultados • Fichas técnicas de indicadores, • Complementaria de actividades, • Árbol de problemas • Árbol de soluciones • Concentrado de Resumen Narrativo • Análisis de Población Objetivo
14	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y personal Operativo	Reciben y revisan formatos de acuerdo al cronograma de recepción, ¿Los formatos están correctos? Sí, continúa la actividad no. 15 No, regresa a la actividad no. 13	Formatos • Matriz de indicadores para resultados • Fichas técnicas de indicadores, • Complementaria de actividades,

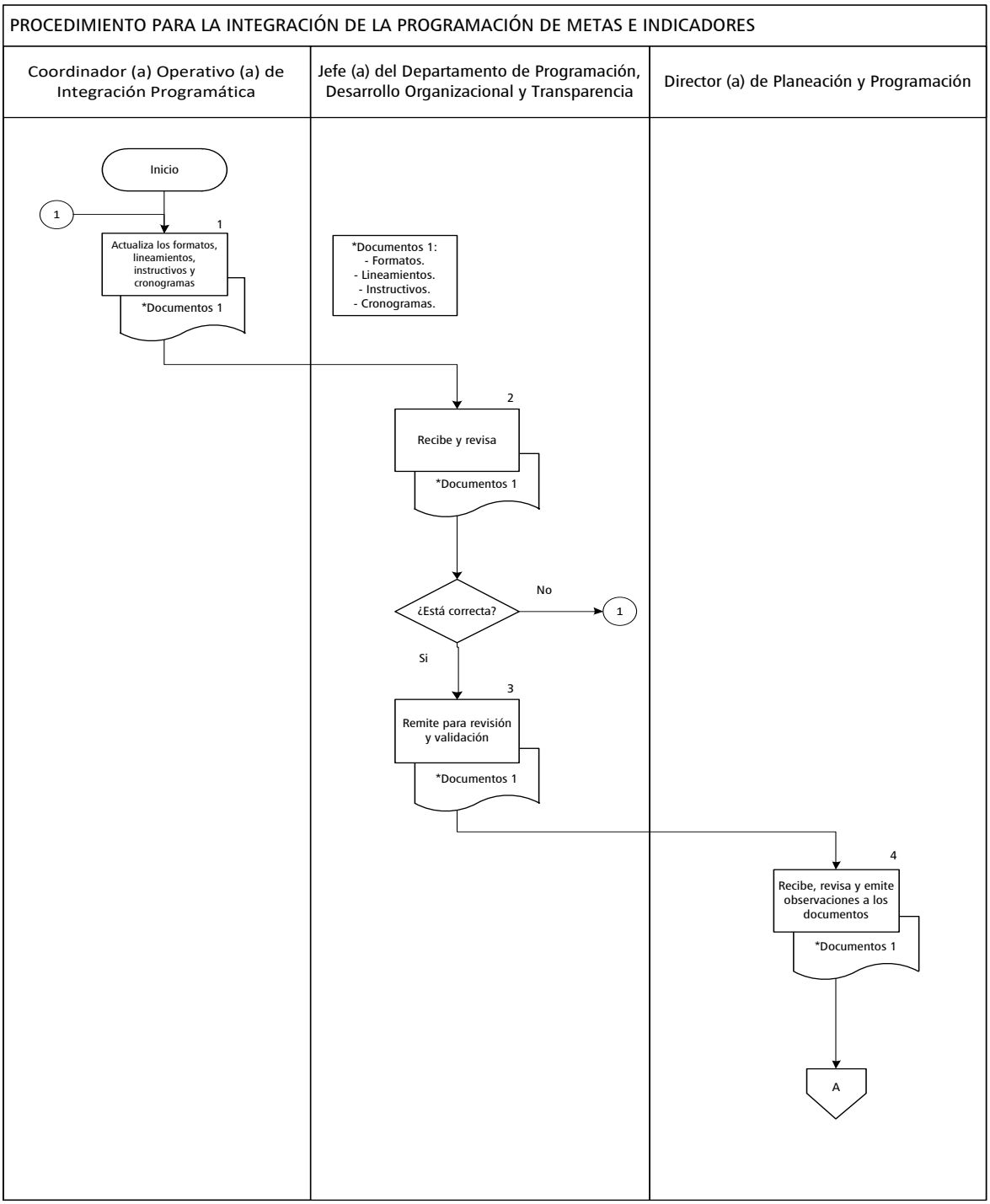
			• Árbol de problemas • Árbol de soluciones • Concentrado de Resumen Narrativo Análisis de Población Objetivo
15	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y personal Operativo	Informan en la visita de revisión o vía correo electrónico, con previa autorización del Jefe/a del DPDOT, a los responsables de programa, área etc. que sus programas están correctos y que pueden hacer entrega oficial de los mismos.	Formatos para Programación, revisados y validados
16	Responsables de los Programas Presupuestarios de los S.S.E.P	Reciben e Imprimen formatos definitivos, CD´s, firman y tramitan firmas de autorización de sus Directivos/as responsables de los Programas, integran archivos electrónicos, y entregan en la Coordinación de Integración Programática, adjuntando archivos en CD. NOTA: Los/las Responsables de Programas conservan en sus áreas respectivas respaldo de la programación en copia impresa de recibido y archivos electrónicos.	Formatos • Matriz de indicadores para resultados • Fichas técnicas de indicadores, • Complementaria de actividades, • Árbol de problemas • Árbol de soluciones • Concentrado de Resumen Narrativo Análisis de Población

			Objetivo
17	Coordinador/a Operativa de Integración Programática y personal Operativo	Recibe CD y formatos de programación autorizados por Responsables de Programas y archivos electrónicos, confronta información impresa con los archivos magnéticos, sella de recibido.	Formatos • Matriz de indicadores para resultados • Fichas técnicas de indicadores, • Complementaria de actividades, • Árbol de problemas • Árbol de soluciones • Concentrado de Resumen Narrativo. Análisis de Población Objetivo
18	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y personal Operativo	Capturan la información entregada oficialmente, revisan e imprimen formatos, para el Sistema de Programas Presupuestarios para Resultados (SPPR) y turnan a la SFA para su validación y Vo. Bo.	Reportes del SPPR
19	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y personal Operativo	Recibe la validación de la SFA por correo electrónico y su Vo. Bo. para la emisión de reportes de salida del SPPR para trámite de firmas de Directivos y Mandos Medios de los SSEP.	
20	Coordinador/a Operativo/a de Integración	Imprime reportes de salida del SPPR, y turna al Jefe/a del DPDOT adjuntos al oficio para trámite de firmas y	Reportes SPPR y Oficio

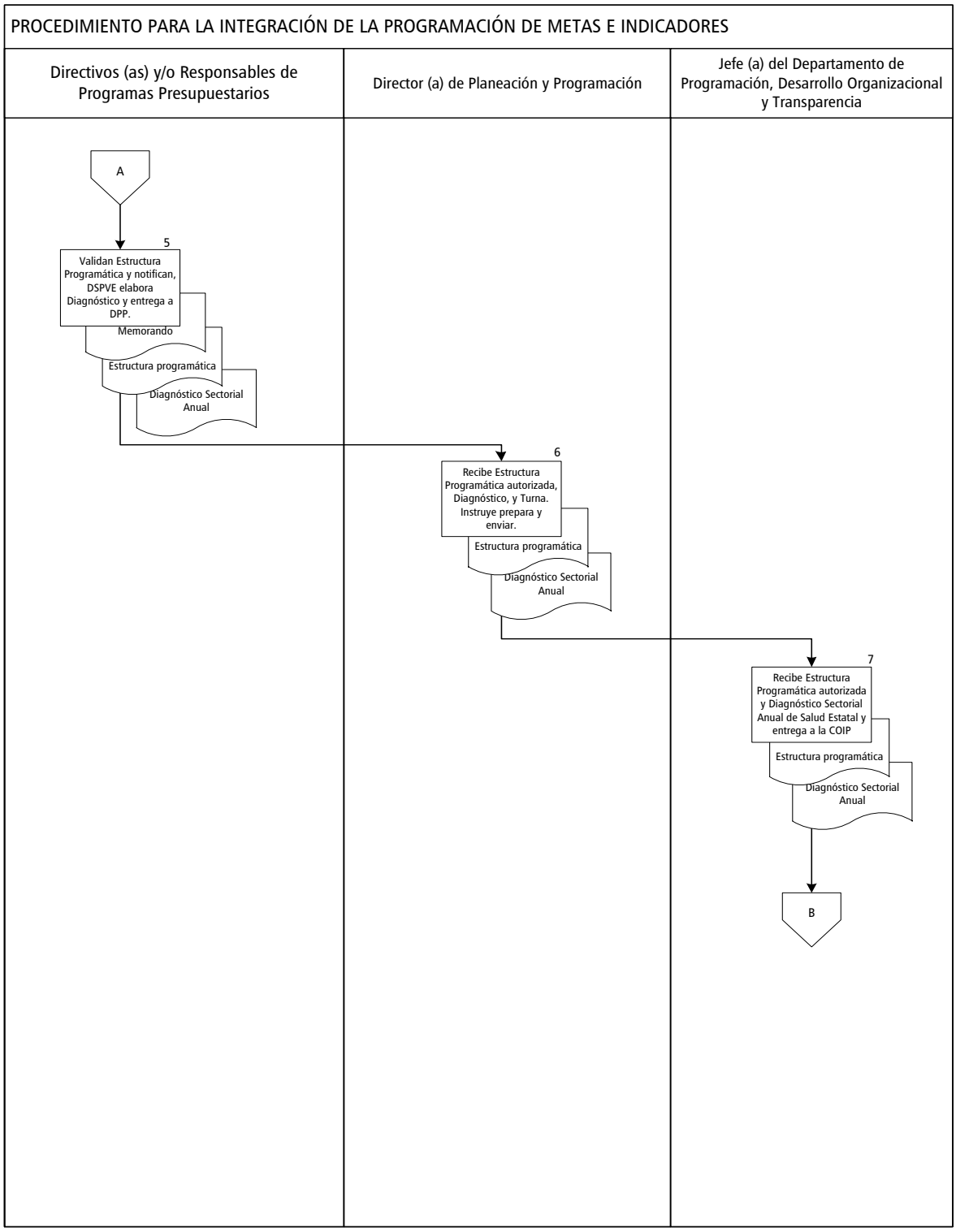
	Programática y personal Operativo	entrega a la SFA.	
21	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe reportes de salida SPPR impresos validados por la SFA para gestión de firmas del Director/a de Planeación y Programación y oficio de entrega a la SFA.	Reportes SPPR y Oficio
22	Director/a de Planeación y Programación	Recibe Reportes SPPR para gestión de firmas de Responsables y Directivos/as, y entregan en la SFA.	Reportes SPPR y Oficio
23	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y personal Operativo	Resguarda copia de reportes de salida impresos de SPPR firmados y con acuse de recibidos de laSFA, para archivo y consulta de usuarios/as y evaluación.	Reportes SPPR y Oficio
24	Coordinador/a Operativo/a de Integración Programática y personal Operativo	Integran la base en excel, con la programación de metas e indicadores elaborada y autorizada por los Directivos y turna al Jefe/a del DPDOT.	Base de Metas e Indicadores
25	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Recibe la programación de metas e indicadores, valida y turna al Director/a de Planeación y Programación para autorizar su difusión	Base de Metas e Indicadores

26	Director/a de Planeación y Programación	Recibe, revisa, valida y autoriza la programación de metas e indicadores, para su autorización en Junta de Gobierno.	Base de Metas e Indicadores
27	Director/a de Planeación y Programación	Instruye para la difusión de la programación de metas e indicadores autorizada en Junta de Gobierno.	
28	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Solicita mediante Memorándum la Difusión en la página WEB al Depto. de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones; y remite el link a Directivos/as. Archiva el original de la programación de metas e indicadores autorizada.	Base de Metas e Indicadores Memorándum
29	Directivos/as y/o responsables de Programas Presupuestarios	Reciben comunicado con la difusión de las metas e indicadores del ejercicio correspondiente.	Base de Metas e Indicadores
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES



PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES

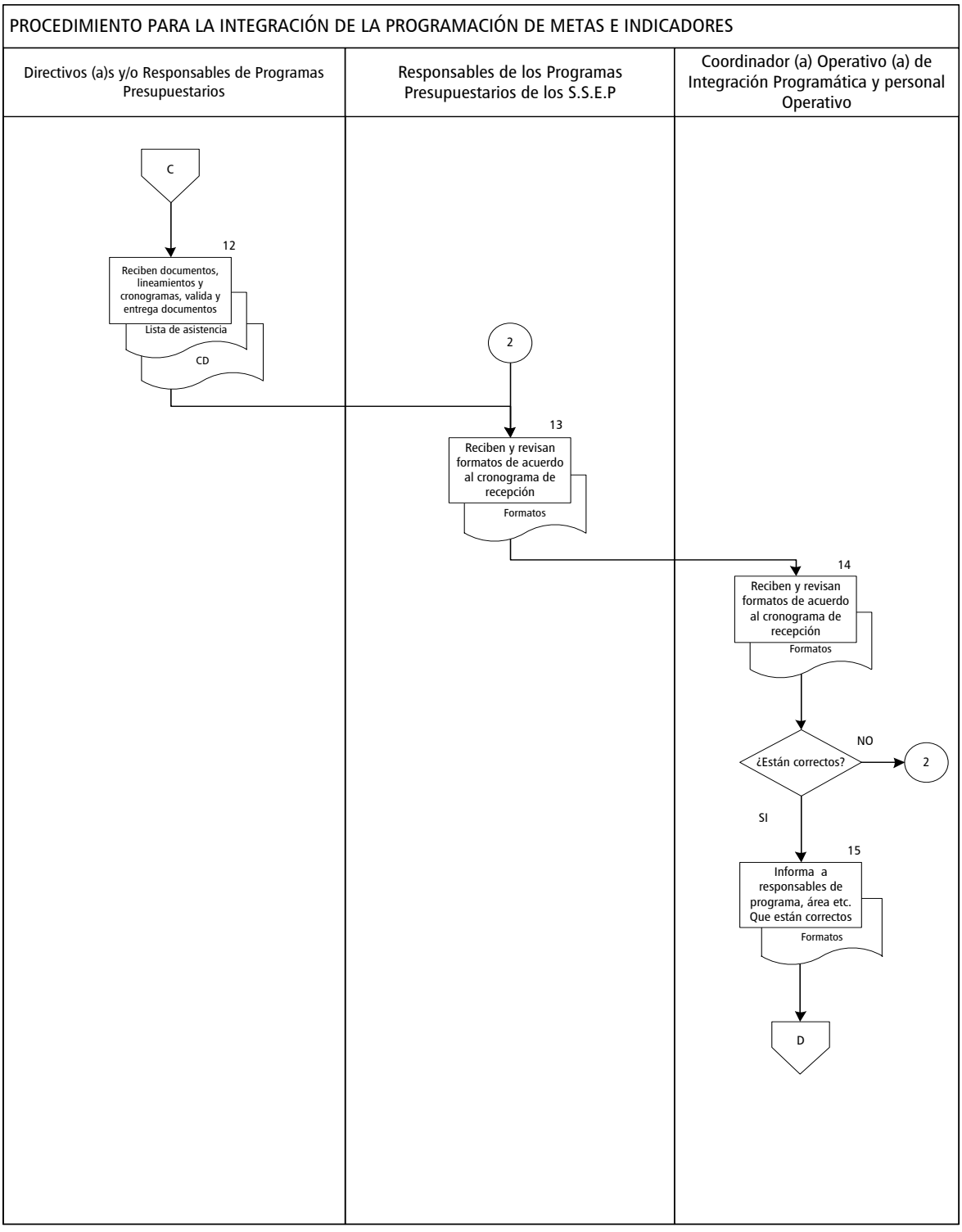


PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES

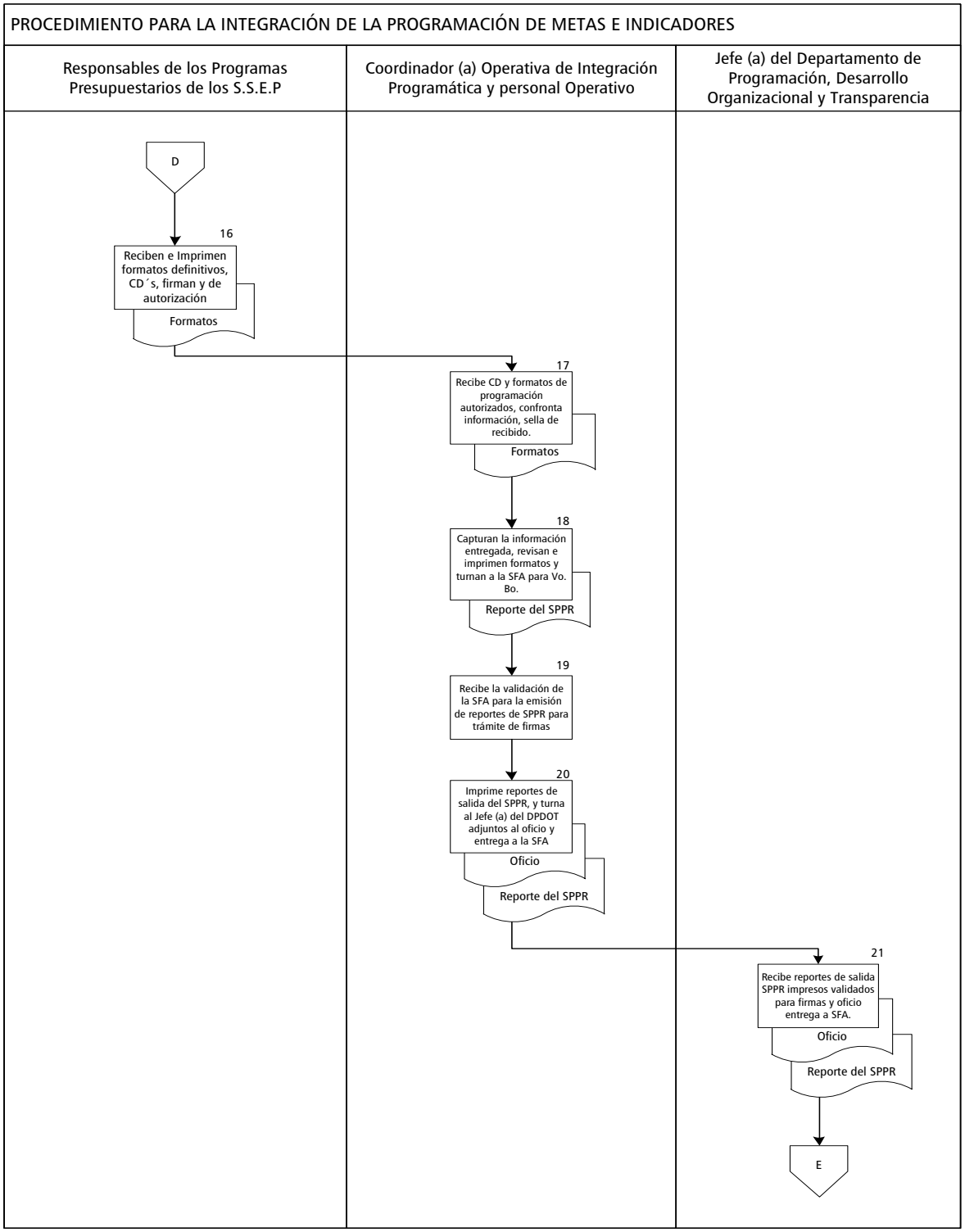
Coordinador (a) Operativa de Integración Programática Y Personal Operativo (a)	Jefe(a) del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia	Director (a) de Planeación y Programación Directivos (a)s y/o Responsables de Programas Presupuestarios



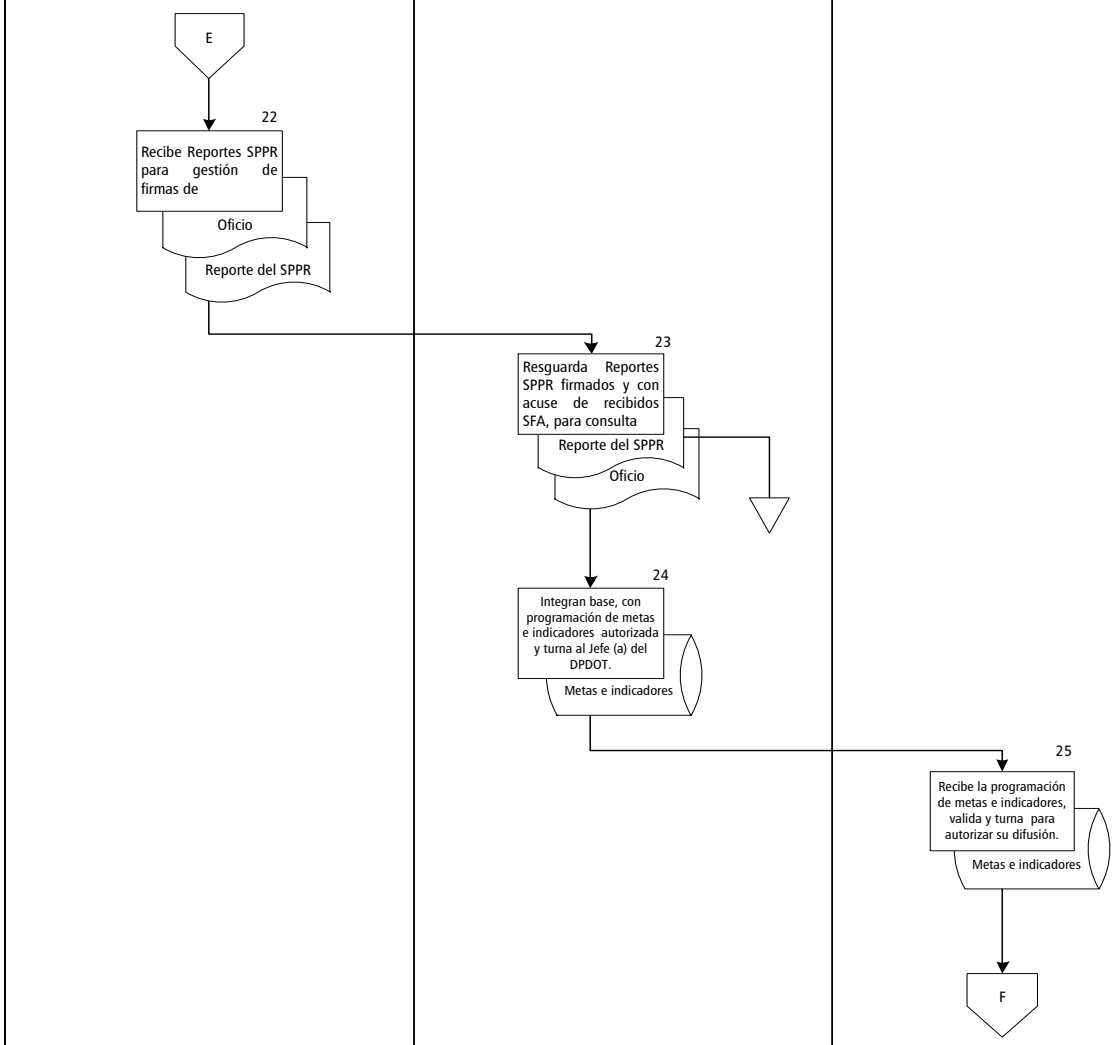
PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES



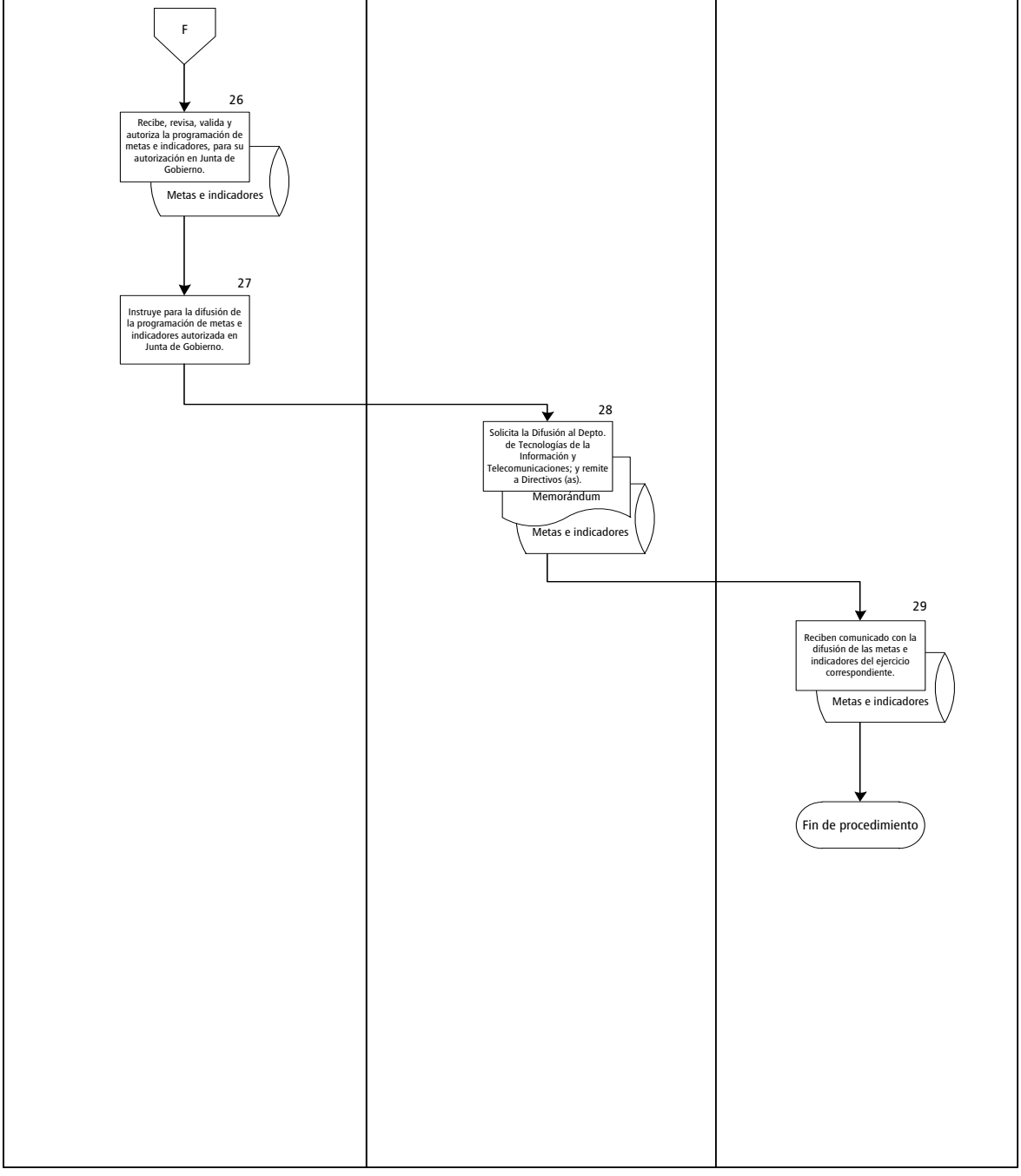
PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES



PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES

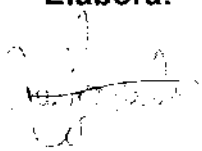


PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES



7.15.10. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE METAS E INDICADORES DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS

Tiempo Promedio: 2-3 meses / puede realizarse varias veces en el año, de acuerdo a la necesidad de ajustes o reprogramación. El calendario depende de la Secretaría de Finanzas y Administración.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Liliana Cruz Montalvo **Coordinadora Operativa de Integración Programática** **LCM (COIP)** **Octubre 2018**	**Karla Huerta Hernández** **Jefa del Departamento de Programación Desarrollo Organizacional y Transparencia** **KHH (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Integrar la información sobre ajustes requeridos por las áreas responsables y/o por la Secretaría de Finanzas y Administración, en la Programación Anual de Metas e indicadores de Resultado, y la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de Programas Presupuestarios,de los

Objetivo	Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Constitución Política del Estado de Puebla. 3. Ley General de Salud. 4. Plan Nacional de Desarrollo. 5. Plan Estatal de Desarrollo. 6. Programa Sectorial de Salud Federal. 7. Plan Institucional de Salud. 8. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 9. Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal. 10. Ley de Planeación (Federal). 11. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla. 12. Estadísticas de Población de CONAPO. 13. Censo General de Población y Vivienda INEGI. 14. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 15. Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Administración. Políticas de Operación: 1. Este procedimiento aplica para integrar los documentos necesarios para la modificación de actividades a desarrollar por los Programas de Salud autorizados, de conformidad con las atribuciones del Reglamento Interior del Organismo y la normatividad Federal y Estatal correspondiente en el diseño, elaboración y entrega de los documentos. 2. Para obtener los documentos base de la modificación requerida, se establecerá una estrecha coordinación con los/las Directivos/as y Responsables de Programas, con el objetivo de cumplir en tiempo y forma con las responsabilidades y atribuciones de acuerdo al Reglamento Interior de los SSEP, de todos y cada uno de los/las

involucrados/as, para cumplir con las instancias Federales, Estatales e internas, usuarias de los insumos y resultados esperados de la programación.

3. El presente procedimiento aplica para la integración de los documentos denominados Formatos de Modificación de: Fin, de Propósito, de Componente y de Actividades,así como el Formato de Modificación de Fichas Técnicas, los cuales serán elaborados de acuerdo a las necesidades de las instancias normativas del proceso programático.
4. Las modificaciones que se requieran deberán garantizar la continuación con la alineación a los planes y programas de mediano plazo vigentes en cada período correspondiente.
5. La modificación elaborada deberá ser acompañada de una justificación suficiente y debidamente soportada documentalmente y ser enviada vía memorándum a la Dirección de Planeación y Programación para la gestión de la misma ante la Secretaría de Finanzas y Administración.
6. Los formatos utilizados y documentos enviados para la modificación, debidamente estar firmados y autorizados por los responsables involucrados y cumplir con el calendario que la Secretaría de Finanzas y Administración establezca para tal fin.
7. La Secretaría de Finanzas y Administración determinará la viabilidad y pertinencia de la modificación solicitada, de acuerdo a sus atribuciones y competencias.

Responsables

Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla; Subsecretarios/as de la SSA y Coordinadores/as de los SSEP, Directores/as de Área; Titulares de Unidad; Subdirectores/as, Jefes/as de Departamento, Coordinadores/as Operativos/as,Responsables de Programas y Personal

	Operativo de los SSEP.
Recursos	Informes de Seguimiento y Evaluación de Programas, Matriz de indicadores para resultados, Fichas Técnicas de indicadores, Complementaria de Actividades, Árbol de problemas, Árbol de soluciones, Concentrado de Resumen Narrativo, Análisis de Población Objetivo, Reportes del SPPR.
Glosario	SSA.- Secretaría de Salud SSEP.- Servicios de Salud del Estado de Puebla PSS.- Programa Sectorial de Salud SFA.- Secretaría de Finanzas y Administración del Estado de Puebla. SPPR.- Sistema de Programación y Presupuestación para Resultados DPP.- Dirección de Programación y Planeación DSPyVE.- Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica. DPDOT.- Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. DTIT.- Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones. DSIS.- Departamento de Sistemas de la Información en Salud. COIP.- Coordinación Operativa de Integración Programática

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Secretaría de Finanzas y Administración (SFA)	Emite los lineamientos para la Creación, Modificación, Fusión y Cancelación de Programas Presupuestarios, los formatos e instructivos correspondientes. ¿Cuál es el origen de la modificación? a. El Informe de Afectaciones Presupuestales de la SFA, continúa en la actividad 3. b. El Informe de Evaluación del Desempeño de la Dirección de Evaluación de Evaluación de los Servicios de Salud (DESS), continúa en la actividad 6.	Lineamientos, instructivos y formatos
2	Secretaría de Finanzas y Administración	Emite informe de afectaciones presupuestales a Programas Presupuestarios y observaciones derivadas del Informe. Lo turna vía correo electrónico a la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud (DESS).	Informe de Afectaciones Presupuestales
3	Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud	Recibe informe de afectaciones presupuestales y turna a la Dirección de Planeación y Programación (DPP) y Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios y Procesos de Gestión (DOOBSPG).	Informe de Afectaciones Presupuestales
4	Director/a de Operación de Obra, Bienes,	Recibe el informe de afectaciones presupuestales e identifica el área de origen de la modificación. Turna	Memorándum o correo electrónico

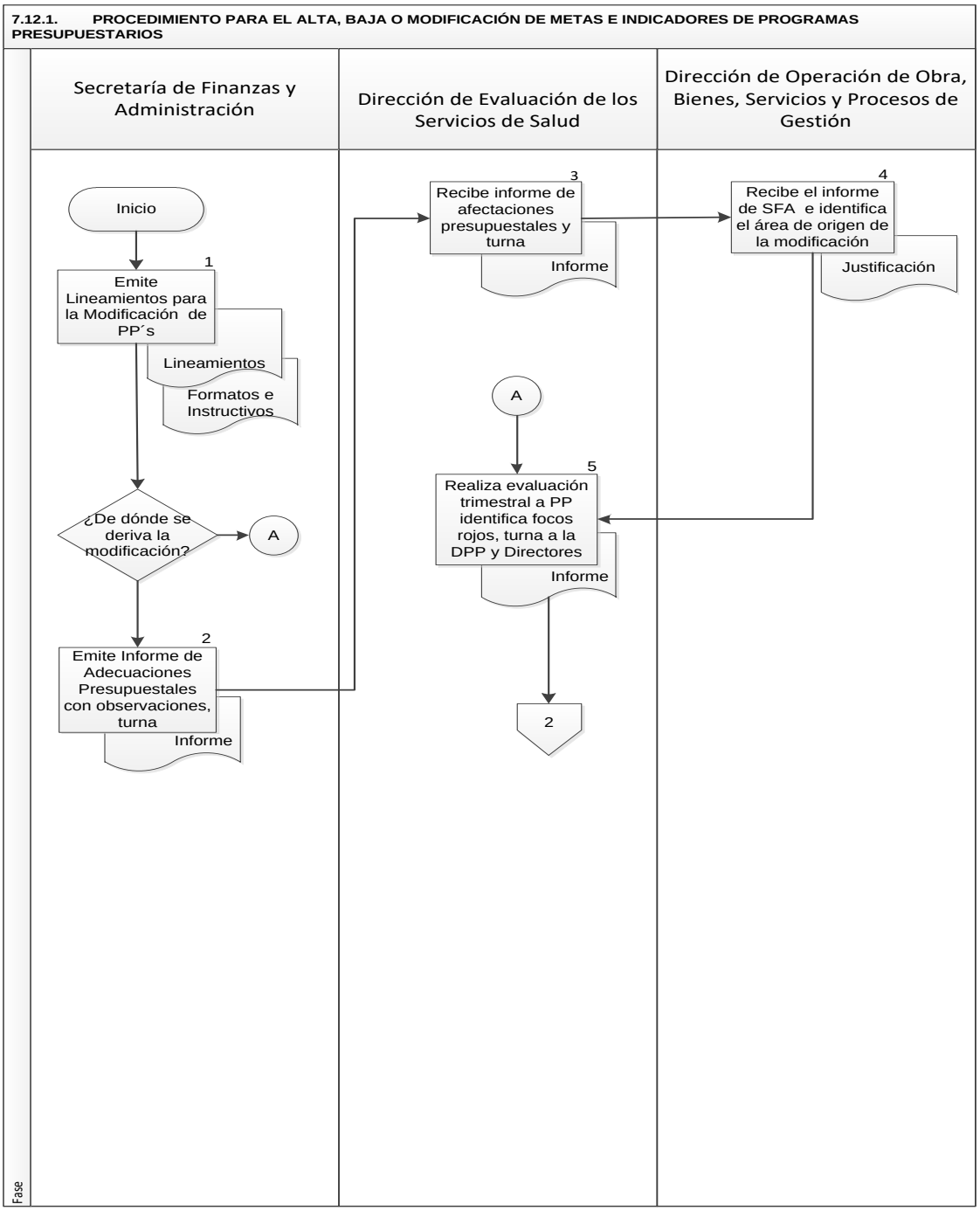
	Servicios y Procesos de Gestión	comentarios o justificación a la DESS.	con comentarios
5	Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud	Realiza seguimiento y evaluación trimestral a Programas Presupuestarios e informan a Directores y Titulares de Unidad de los Servicios de Salud, identificando focos rojos en el desempeño de indicadores, turna a la DPP	Informe de Evaluación
6	Director/a de Planeación y Programación	Recibe y analiza el Informe de Evaluación de desempeño y afectaciones presupuestarias e identifican ajustes necesarios en la programación de metas e indicadores. Turna al área correspondiente de acuerdo a informe del que se deriva el ajuste. ¿De dónde se deriva el ajuste? Se deriva de afectaciones presupuestales, continúa en la actividad 8 Se deriva de evaluación del Desempeño, continúa en el paso 9	Informe de Afectaciones Presupuestales / Informe de Evaluación
7	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios y Procesos de Gestión	Emite comentarios derivado del Informe de Afectaciones Presupuestales. Turna a la DPP.	Memorándum o correo electrónico con comentarios

8	Director/a de Planeación y Programación.	Da instrucciones para ponerse en contacto con Directores responsables de programas susceptibles de ajuste, para la elaboración de los formatos correspondientes.	
9	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia / Coordinación de Integración Programática	Reciben instrucciones y turnan formatos e instructivos para la modificación de metas e indicadores de Programas Presupuestarios vía correo electrónico a Directores Responsables de Programas susceptibles de ajuste con comentarios derivados de los Informes de la SFA y/o de la DESS.	Formatos e instructivos
10	Directores Responsables de Programas	Reciben información del DPDOT, analizan conjuntamente con sus Directivos, elaboran formatos y justificación e integran soporte documental, turnan vía correo electrónico para su revisión a la Coordinación de Integración Programática	Formatos de modificación, justificación y soportes.
11	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia / Coordinación de Integración Programática	Reciben información y analizan de acuerdo a los lineamientos. ¿Es correcto el llenado de los formatos, la justificación y los soportes? Si, continúa en la actividad 12 No, regresa a la actividad 10 Nota: En el caso de que la modificación no cuente con la justificación debidamente soportada,	Formatos de modificación, justificación y soportes.

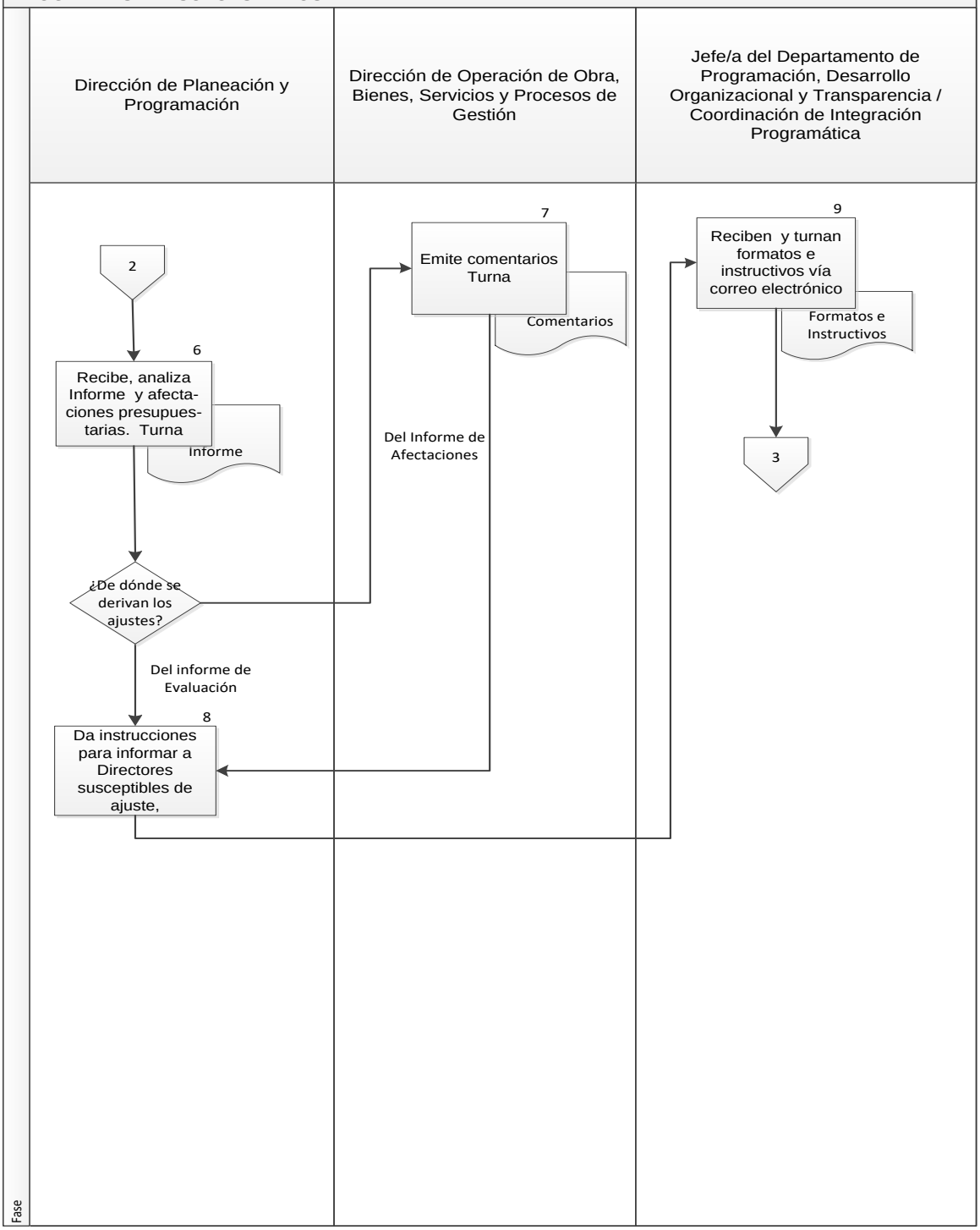
		no se podrá enviar a la SFA esta solicitud y termina el proceso.	
12	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia / Coordinación de Integración Programática	Remiten formatos revisados con comentarios a los responsables de programas y solicitan sea enviada vía memorándum.	Correo electrónico
13	Directore(a)s Responsables de Programas	Reciben y turnan memorándum con la solicitud de modificación, los formatos firmados por el Director del Área, la justificación y soportes documentales.	Memorándum con formatos y soportes
14	Director/a de Planeación y Programación	Recibe los formatos y el oficio para la SFA y firma los mismos para proceder a la gestión ante la SFA.	Oficio y Memorándum con formatos y soportes
15	Secretaría de Finanzas y Administración	Reciben documentación, sella acuse del oficio, revisa y analiza.	Acuse firmado
16	Secretaría de Finanzas y Administración	Emite el oficio con la respuesta a la solicitud, con la indicación para que se informe a la Secretaría de la Contraloría	Oficio
17	Director/a de Planeación y Programación	Reciben oficio con respuesta de la SFA y elabora memorándum, a la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud para que a su vez informe a la Secretaría de la	Oficio y Reportes del SPPR

		Contraloría. Lo anterior con copia al Director de Área responsable del Programa. Turna para resguardo.	
18	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia / Coordinación de Integración Programática	Recibe oficio y reportes originales de la SFA y archiva para resguardo.	Oficio y Reportes del SPPR
Fin del procedimiento			

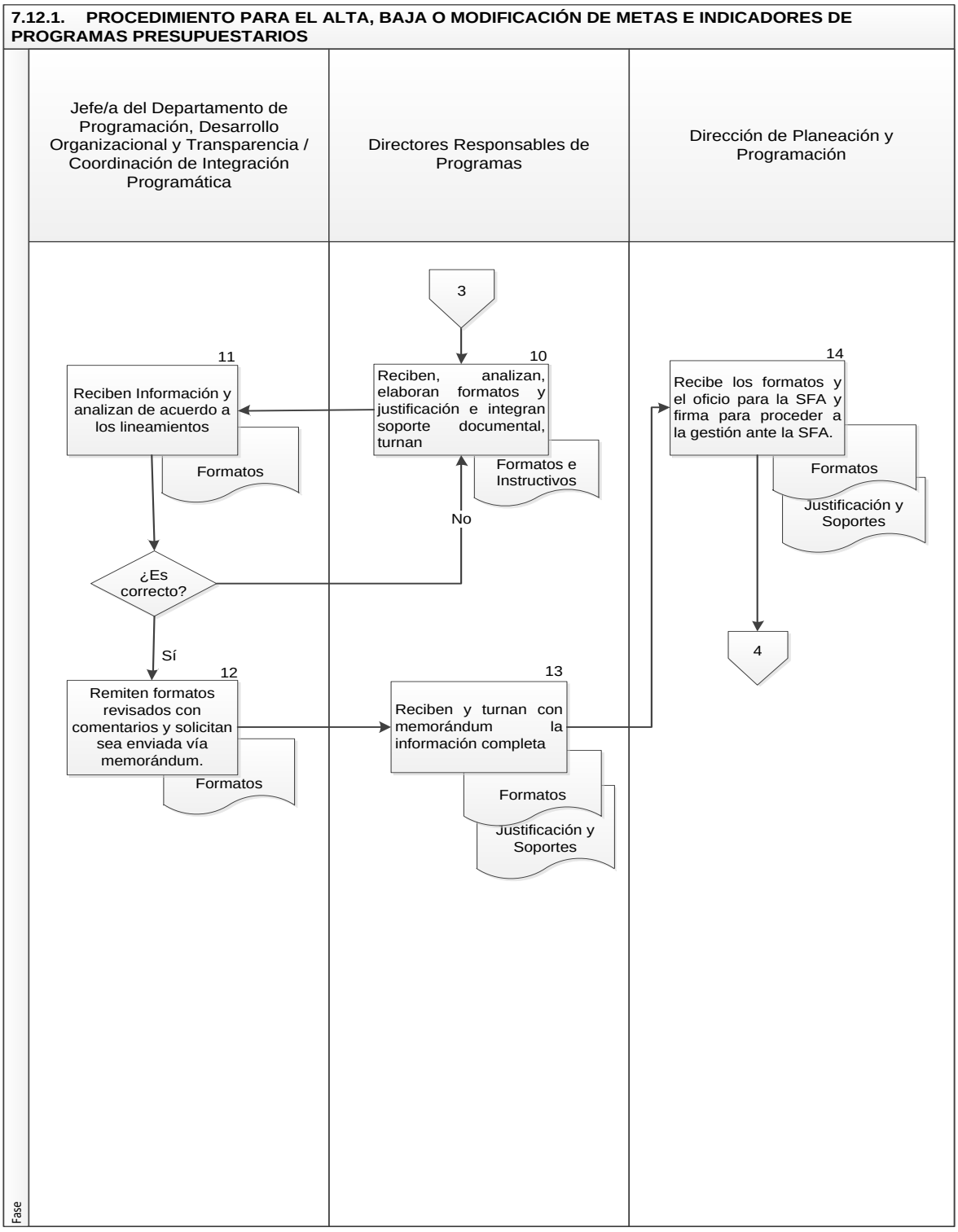
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS E INDICADORES.



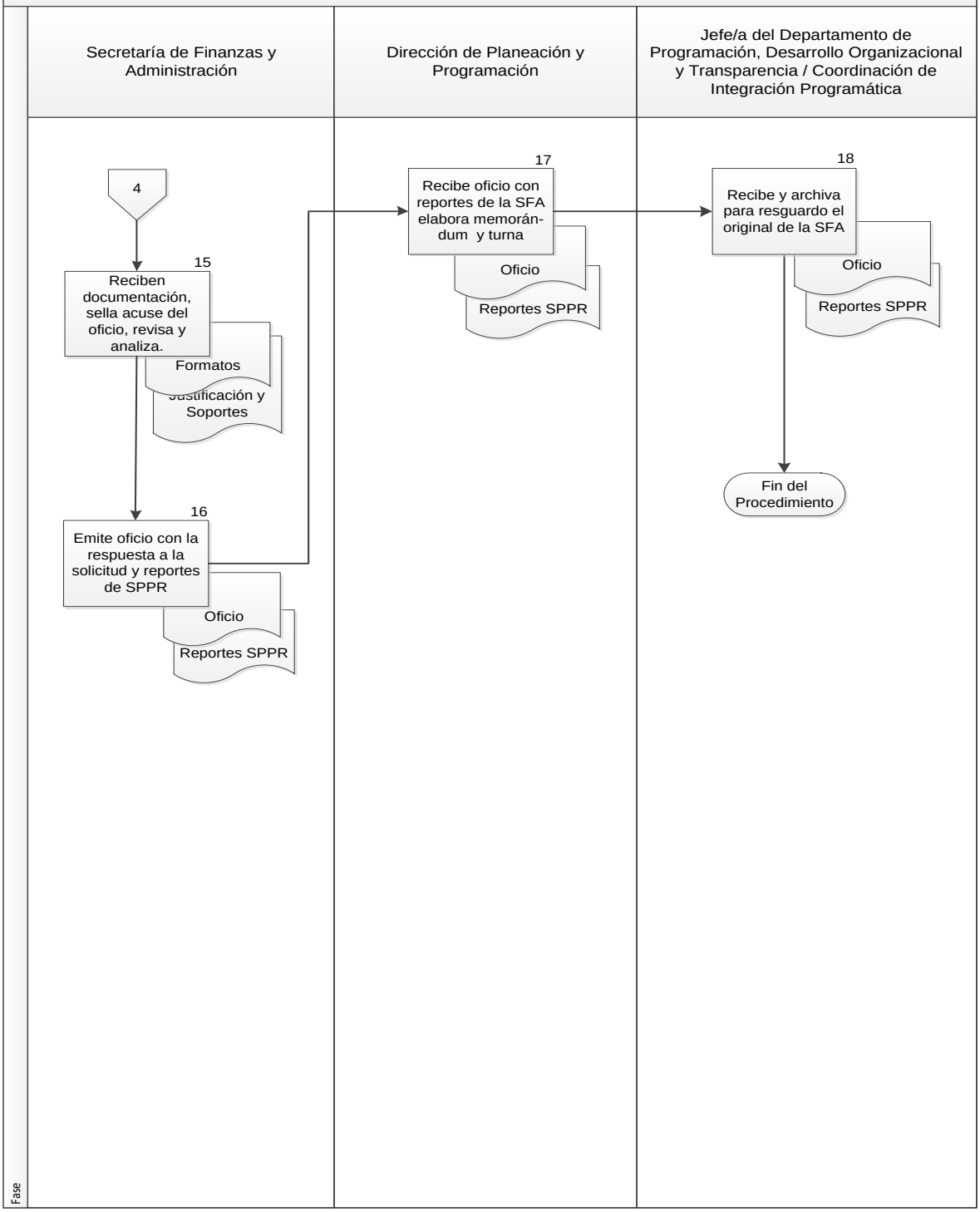
7.12.1. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE METAS E INDICADORES DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS



7.12.1. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE METAS E INDICADORES DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS

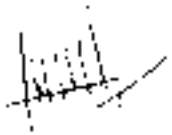
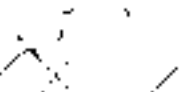


7.12.1. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE METAS E INDICADORES DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS



7.15.11. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y REGISTRO DE LOS MANUALES ADMINISTRATIVOS.

Tiempo Promedio: 5 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Miguel Ángel Péroz Suárez Coordinador Operativo de Desarrollo Organizacional MAPS (DPDOT) Octubre 2018	**Karla Huerta Hornández Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT) Octubre 2018**	**Adrián Tavaros Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Dirigir la integración y registro de los Manuales Administrativos del Organismo, cumpliendo con los lineamientos y políticas aplicables en la materia, de conformidad con el Artículo 24, fracción XV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas:

1. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.
3. Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los Lineamientos que deberán observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para el diseño, elaboración, actualización y registro de los Manuales de Administración
4. Guía para la Elaboración de Manuales de Organización.
5. Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. La Unidad que presente propuestas de Manuales, debe cumplir con los lineamientos y criterios proporcionados por el Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.
2. La Dirección de Planeación y Programación, a través del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, proporcionará o en su caso gestionará la asesoría necesaria a las Unidades correspondientes, para la elaboración / actualización de los Manuales Administrativos.
3. La elaboración / actualización de los Manuales Administrativos se realizará cuando la Estructura Orgánica presente adición, supresión, reestructuración y/o modificación a la nomenclatura de las Unidades Administrativas; así también por redistribución de funciones y por modificaciones al Reglamento Interior y/o el Decreto de Creación del Organismo.
4. Los Manuales de Organización deberán ser aprobados por la Junta de Gobierno de los Servicios

de Salud del Estado de Puebla, de conformidad con el Artículo 12, fracción II del Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla el cual marca a la letra: “Aprobar el Reglamento Interior, Estatutos, Organigrama, Manuales de Organización, Estructura Orgánica, Acuerdos y criterios básicos en la prestación de los Servicios de Salud del Organismo, así como las modificaciones que se consideren necesarias para su eficaz operación”.

5. Artículo 23, XIX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla, el cual marca “Validar y someter a la aprobación del Director General para autorización de la Junta de Gobierno, la Estructura Orgánica, los manuales de organización, de procedimientos, de servicios al público y demás necesarios para el funcionamiento del Organismo“.
6. La redacción de los Manuales Administrativos deberá manejar un vocabulario claro, preciso y comprensible; así como lenguaje incluyente.
7. Las funciones asignadas deberán ser congruentes con las atribuciones conferidas a las Unidades adscritas al Organismo.
8. La información deberá presentarse de manera estructurada, con una secuencia lógica y se respetará la fuente y tipo de letra preestablecidos en los formatos.
9. La elaboración y/o actualización de los Diagramas de Flujo será responsabilidad de cada Unidad.
10. Las Unidades serán responsables de difundir al Interior de sus Áreas los Manuales Administrativos correspondientes.
11. Los Manuales Administrativos deben revisarse al menos una vez al año, con el propósito de mantener actualizada la información de los mismos.

Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Unidades que integran a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Oficio, Correo Electrónico, Manual Administrativo
Glosario	Unidad: Conjunto de Áreas que conforman el Organismo (Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médicas de primer, segundo y tercer nivel, etc.) las cuales están registradas en la Estructura Orgánica o cuentan con Organigramas Funcionales aprobados. Manuales Administrativos: Denominación asignada al conjunto de Manuales de Organización, Manuales de Procedimientos, y Manuales de Trámites, Servicios y Programas de Apoyo. Enlace. Persona designada por el/la Titular de una Unidad Administrativa para coordinar las acciones de elaboración y/o actualización de los Manuales Administrativos. SFA: Secretaría de Finanzas y Administración. MA: Manuales Administrativos. CPEDO: Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación. DPP: Dirección de Planeación y Programación. DPDOT: Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. CODO: Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional. COUT: Coordinación Operativa de la Unidad de Transparencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y REGISTRO DE LOS MANUALES ADMINISTRATIVOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Instruye a la CODO, elabore el Memorándum u Oficio a las Áreas Administrativas del Organismo, para informar que se iniciará el proceso de revisión y/o actualización de Manuales Administrativos.	
2	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Elabora Memorándum u Oficio dirigido a los Titulares de cada Unidad solicitando que designen un Enlace en su área, e incluir en el Memorando de respuesta la siguiente información: Nombre, puesto, lugar de adscripción, teléfono y correo electrónico del enlace. Lo anterior con el propósito de capacitar y/o asesorar a los enlaces, en la elaboración y/o actualización de proyectos de Manuales Administrativos.	Memorándum. Oficio.
3	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Revisa, rubrica y remite el Memorándum u Oficio para firma del Director/a de Planeación y Programación. Nota: en caso de que el Memorándum u Oficio cuente con correcciones u observaciones, se debe de atender por parte de la	Memorándum. Oficio.

		CODO	
4	Director/a de Planeación y Programación	Recibe, revisa, firma y remite el Memorándum u Oficio a las Unidades correspondientes. Nota: en caso de que el Memorándum u Oficio cuente con correcciones u observaciones, se debe de atender por parte del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Memorándum. Oficio.
5	Titular de la Unidad.	Recibe el Memorándum u Oficio y designa al enlace dentro de la Unidad, quien será el/la responsable para coordinar la elaboración y/o actualización del proyecto del Manual Administrativo, e informa por escrito a la Dirección de Planeación y Programación.	Memorándum. Oficio.
6	Director/a de Planeación y Programación	Recibe Memorándum u Oficio de designación y turna al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Memorándum. Oficio.
7	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Gestiona la reunión de capacitación y/o asesoría e informa mediante Memorándum u Oficio a las Unidades, lo anterior con el propósito de brindar los lineamientos vigentes para la actualización de los Manuales Administrativos.	Memorándum. Oficio.
8	Enlace	Asiste a la reunión y recibe la Guía para la Elaboración de Manuales de Organización; Guía para la Elaboración de Manuales de	Guía para la Elaboración de Manuales de Organización.

		Procedimientos y los lineamientos vigentes, políticas para la actualización de los Manuales Administrativos. Nota: En caso de ser necesario se realizarán reuniones de trabajo por Áreas Administrativas, para la elaboración y/o actualización de los Manuales estas serán realizadas por la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional.	Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos Lineamientos vigentes.
9	Enlace	Elabora conjuntamente con el personal de la Unidad, el Proyecto del Manual Administrativo, cumpliendo con los lineamientos y políticas aplicables, y somete a revisión del/la Titular del área.	Proyecto de Manual Administrativo.
10	Titular del Área	Revisa y aprueba el Manual Administrativo de su área.	
11		Remite mediante Memorándum, Oficio o Correo Electrónico el Proyecto del Manual Administrativo a la Dirección de Planeación y Programación para su revisión.	Memorándum. Oficio. Correo Electrónico. Proyecto de Manual Administrativo.
12	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe y turna el Manual Administrativo al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Memorándum. Oficio. Correo Electrónico. Proyecto de Manual Administrativo.
13	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo	Recibe y turna a la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional el Manual Administrativo para su revisión.	Memorándum. Oficio. Correo Electrónico.

	Organizacional y Transparencia.		Proyecto de Manual Administrativo.
14	Coordinador/a Operativo de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Revisa conjuntamente con el/laJefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, el Manual Administrativo conforme a la normatividad vigente y aplicable ¿La información del Manual es correcta? Si: Avanza a la actividad No. 16. No: Continua en la Actividad No 14. Nota: Archiva el Memorándum, Oficio o Correo Electrónico	Memorándum. Oficio. Correo Electrónico. Proyecto de Manual Administrativo.
15		Remite mediante Memorándum, Oficio o Correo Electrónico, las observaciones y comentarios al enlace de la Unidad para la corrección del proyecto del Manual Administrativo.	
16	Enlace	Recibe y realiza los ajustes necesarios al Manual Administrativo. Regresa a la actividad No. 8.	
17	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Somete los proyectos de los Manuales Administrativos para Vo. Bo., del/laDirector/a de Planeación y Programación.	Manual Administrativo.
18	Director/a de Planeación y Programación.	Revisa los proyectos de los Manuales Administrativos para su Vo. Bo.	Manual Administrativo.

		¿Encuentra observaciones a los Manuales Administrativos? SI: Avanza a la actividad No. 19. NO: Continua a la actividad No. 20.	
19		Remite las observaciones y/o comentarios al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, respecto a los proyectos de los Manuales Administrativos, para su corrección en conjunto con las Unidades correspondientes. Retrocede a la actividad No. 13.	Manual Administrativo.
20		Otorga el Vo. Bo. y remite los proyectos de los Manuales Administrativos al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, para recabar las firmas de las portadas de los rubros “Elabora”, ”Revisa” y “Autoriza”, y contraportadas en los mismos rubros, y rubrica en cada una de las hojas que conforman los proyectos de los Manuales Administrativos.	Manual Administrativo.
21	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Recibe e instruye a la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional que recabe las firmas en los rubros “Elabora”, ”Revisa” y “Autoriza” de la portada y contraportadas (cuando aplique).	Manual Administrativo.

22	Coordinador/a Operativo de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Recaba las firmas de las Unidades Administrativas en los rubros “Elabora”, ”Revisa” y “Autoriza” de la portada y contraportadas (cuando aplique), y rubrica en cada una de las hojas que conforman los proyectos de los Manuales Administrativos.	Manual Administrativo.
23	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Remite a la Dirección de Planeación y Programación los Manuales Administrativos firmados en los rubros “Elabora”, ”Revisa” y “Autoriza” de la portada y contraportadas (cuando aplique)	Manual Administrativo.
24	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe y remite los proyectos de los Manuales Administrativos a la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, para su validación.	Manual Administrativo.
25	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Valida a través de su firma, en el rubro “Validó” los proyectos de los Manuales Administrativos y somete a la aprobación por el/laDirector/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de conformidad con el Artículo 23, XIX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Manual Administrativo.
26	Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Aprueba los Proyectos de los Manuales Administrativos.	Manual Administrativo.
27	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Somete a consideración de Junta de Gobierno del Organismo en Sesión Ordinaria o Extraordinaria más cercana, los Manuales Administrativos para su	Manual Administrativo.

		correspondiente autorización de conformidad con el Artículo 23, XIX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	
28	Junta de Gobierno	Autoriza los Manuales e instruye su envío a la Secretaría de Finanzas y Administración para su correspondiente registro, de conformidad con el Artículo 12, fracción II del Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Manual Administrativo.
29	Director/a de Planeación y Programación.	Remite mediante Oficio a la Secretaría de Finanzas y Administración conforme a los lineamientos correspondientes, los Manuales Administrativos para su análisis y registro, conforme a los lineamientos establecidos en la materia.	Oficio. Manual Administrativo.
30	Secretaría de Finanzas y Administración	Recibe y revisa los Manuales Administrativos. ¿Encuentra observaciones a los Manuales Administrativos? SI: Continua a actividad No. 31. NO: Avanza a la actividad No. 35.	Manual Administrativo.
31		Emite observaciones y/o comentarios a los Manuales Administrativos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para su corrección.	Oficio.

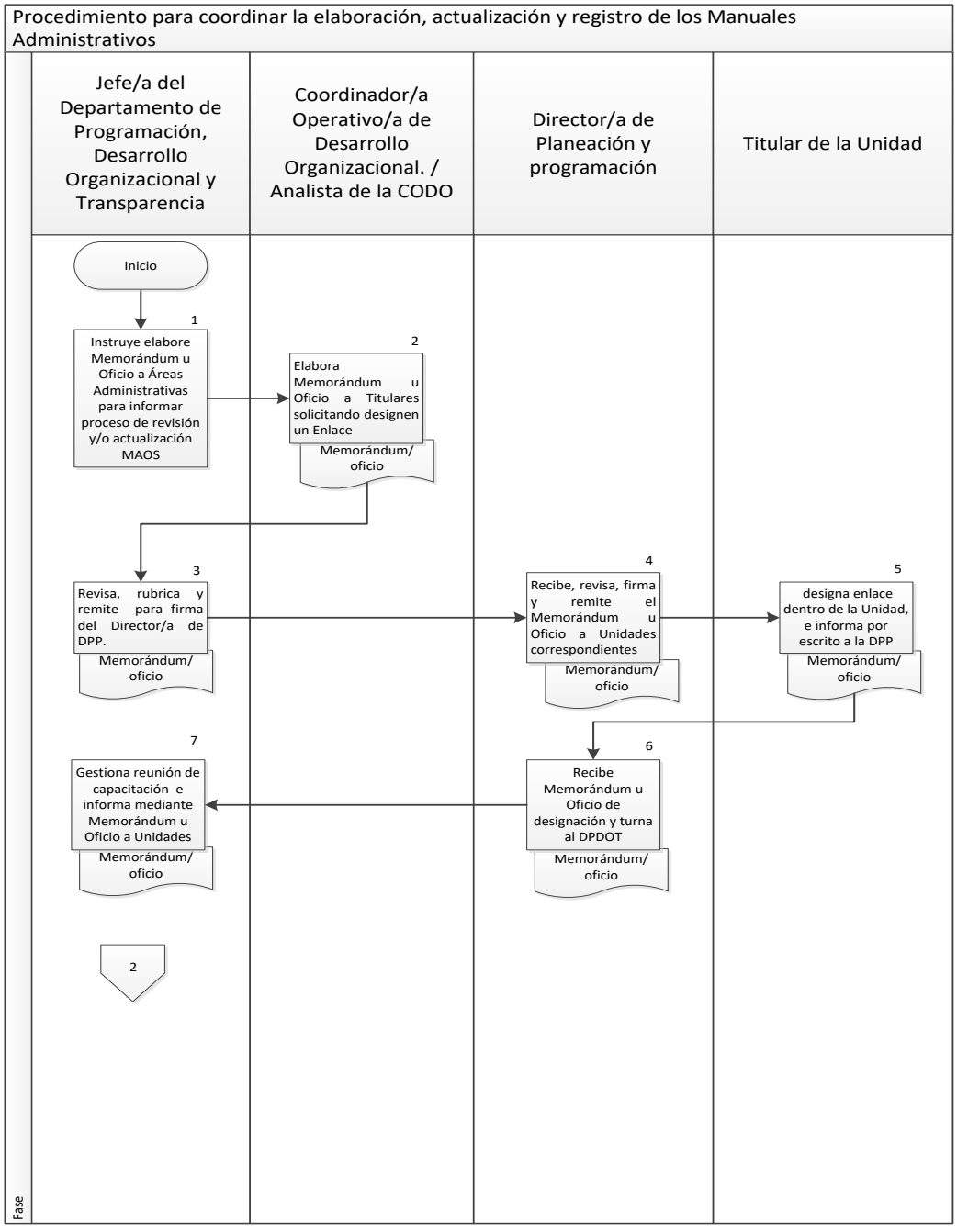
32	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe el Oficio y turna al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia para su atención.	Oficio.
33	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Realiza conjuntamente con la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional y de manera coordinada con las Unidades correspondientes las correcciones a los Manuales Administrativos, señaladas por la Secretaría de Finanzas y Administración. Una vez realizadas remite a la Dirección de Planeación y Programación.	Oficio. Manual Administrativo.
34	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe y remite mediante Oficio a la Secretaría de Finanzas y Administración, los Manuales Administrativos corregidos para su análisis y registro, conforme a los lineamientos establecidos en la materia.	Oficio. Manual Administrativo.
35	Secretaría de Finanzas y Administración	Otorga mediante Oficio el No. de Registro a los Manuales Administrativos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Oficio.
36	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe Oficio de Registro de los Manuales Administrativos del Organismo e instruye al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, que proceda a colocar el número de registro en el acta de expedición.	Oficio.
37	Jefe/a del Departamento de	Instruye a la Coordinación Operativa de Desarrollo	Oficio.

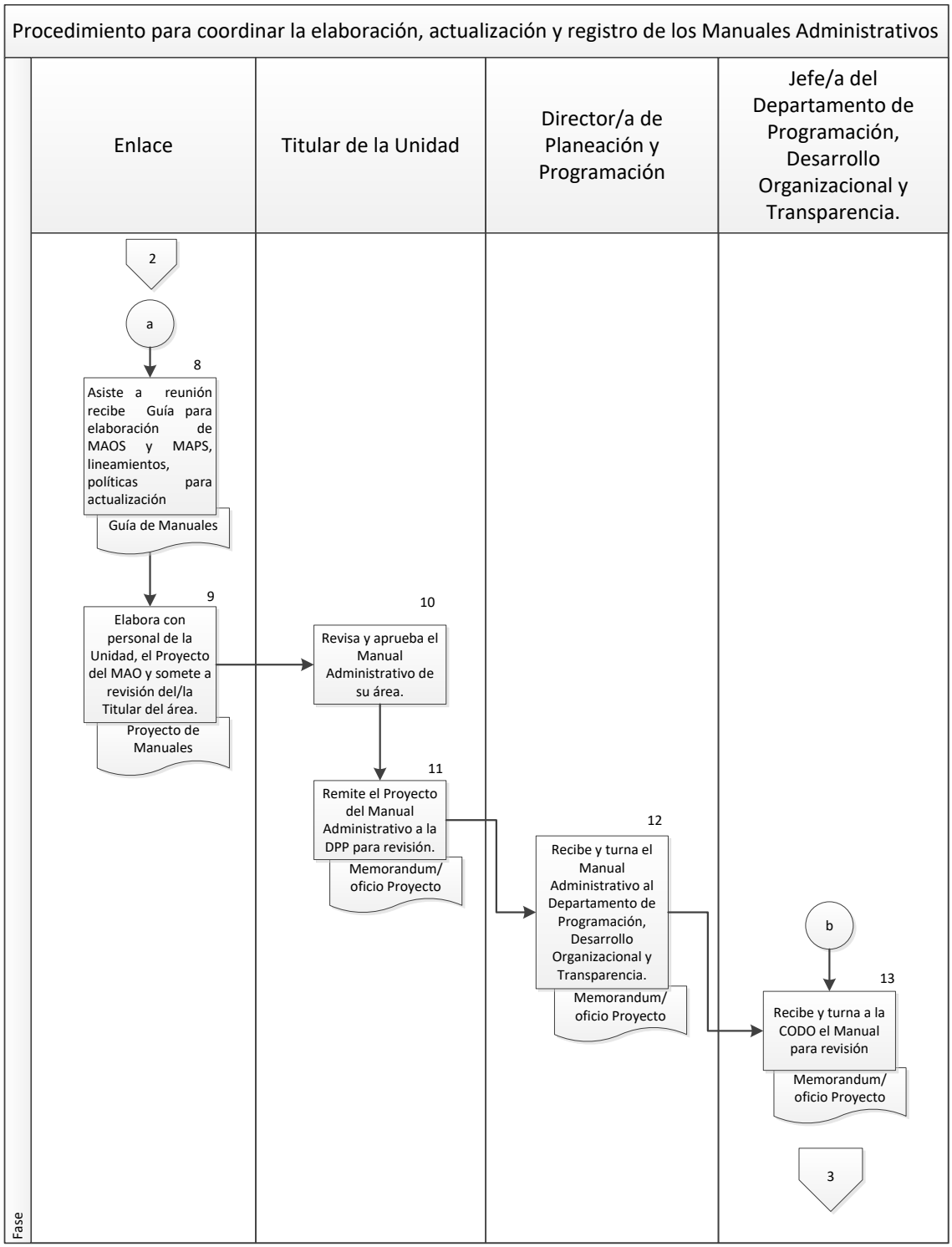
	Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Organizacional y Transparencia que coloquen el número de registro en el acta de expedición.	
38	Coordinador/a Operativo de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Coloca el número de registro en el acta de expedición, requisita el "Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"; y remite al Jefe/a de Departamento de Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Acta de expedición / Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"
39	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Otorga el Vo.Bo., rubrica el acta de expedición y el "Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"; y remite a la Dirección de Planeación y Programación.	Acta de expedición / Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"
40	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe, rubrica el acta de expedición, firma "Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG" y remite a la Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Acta de expedición / Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"
41	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Recibe, firma el acta de expedición en el rubro "Valida", firma "Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG" y remite a la Directora General del Organismo.	Acta de expedición / Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"
42	Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	Recibe, firma el acta de expedición en el rubro "Autoriza" y remite el acta firmada a la Dirección de Planeación y Programación.	Acta de expedición / Formato de Solicitud de Firma u Oficio DG"
43	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe, y remite el acta de expedición firmada al Departamento de Desarrollo	

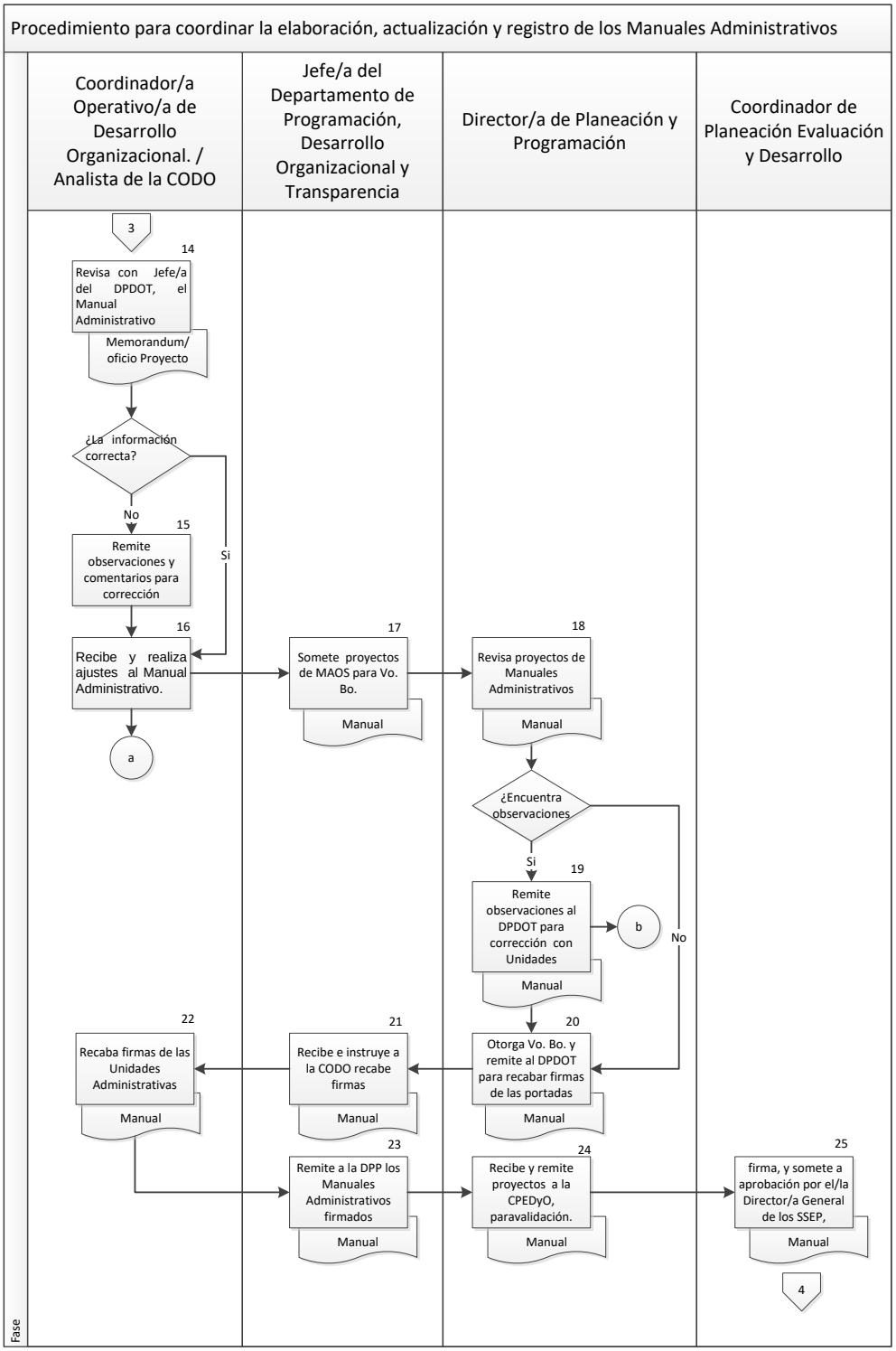
		Organizacional y Transparencia e instruye que se Difundan los Manuales al Interior del Organismo.	
44	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Instruye a la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional que integre el acta en el Manual de Organización y/o de Procedimientos según corresponda y que proceda a realizar la difusión de los mismos.	Manual Administrativo.
45	Coordinador/a Operativo de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Realiza una copia electrónica de los Manuales Administrativos y resguarda los Manuales Administrativos Originales.	Manual Administrativo.
46		Remite a la Coordinación Operativa de la Unidad de Transparencia, para su publicación en el Portal de Transparencia del Gobierno del Estado de Puebla y en la Plataforma Nacional de Transparencia, conforme a lo establecido en los lineamientos vigentes y aplicables.	Manual Administrativo.
47		Elabora el Memorándum, u Oficio de difusión de los Manuales Administrativos, indicando que se podrán consultar en el Portal de Transparencia del Gobierno del Estado de Puebla y en la Plataforma Nacional de Transparencia y solicitando que se firme el Formato de Difusión de Manuales Administrativos.	Oficio u Memorándum / Formato de Difusión de Manuales Administrativos.
48	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo	Recibe y rubrica el Memorándum de difusión de los Manuales Administrativos, indicando el número de registro y fecha de	Oficio u Memorándum / Formato de Difusión de

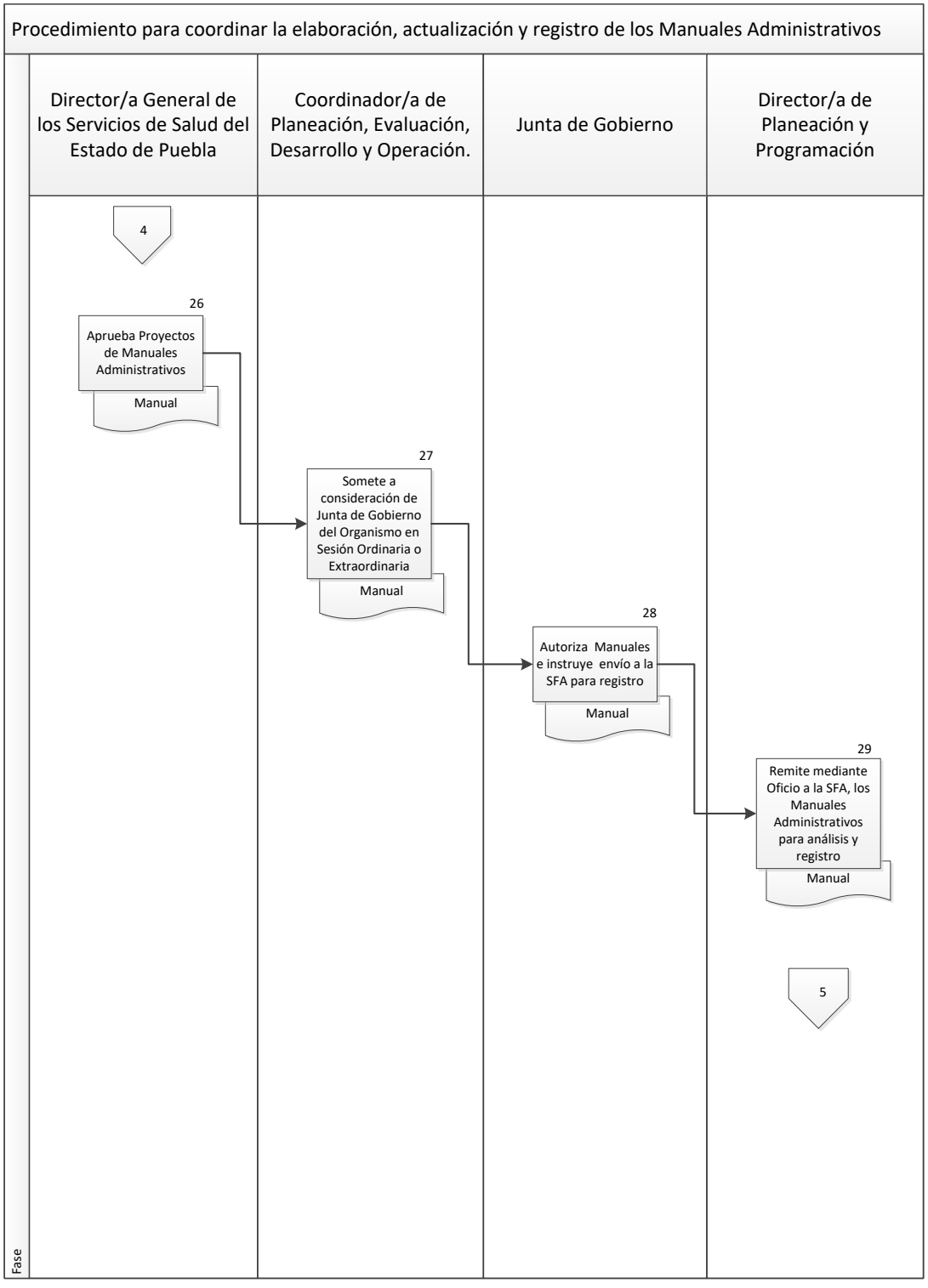
	Organizacional y Transparencia.	autorización, y solicitando que se firme el Formato de Difusión de Manuales Administrativos; remite a la Dirección de Planeación y Programación para su correspondiente difusión.	Manuales Administrativos
49	Director/a de Planeación y Programación.	Remite los Manuales Administrativos a las Unidades para su aplicación y difusión.	Oficio u Memorándum / Formato de Difusión de Manuales Administrativos
50	Coordinador/a Operativo de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Realiza el seguimiento a la difusión de los Manuales Administrativos.	
Fin del procedimiento			

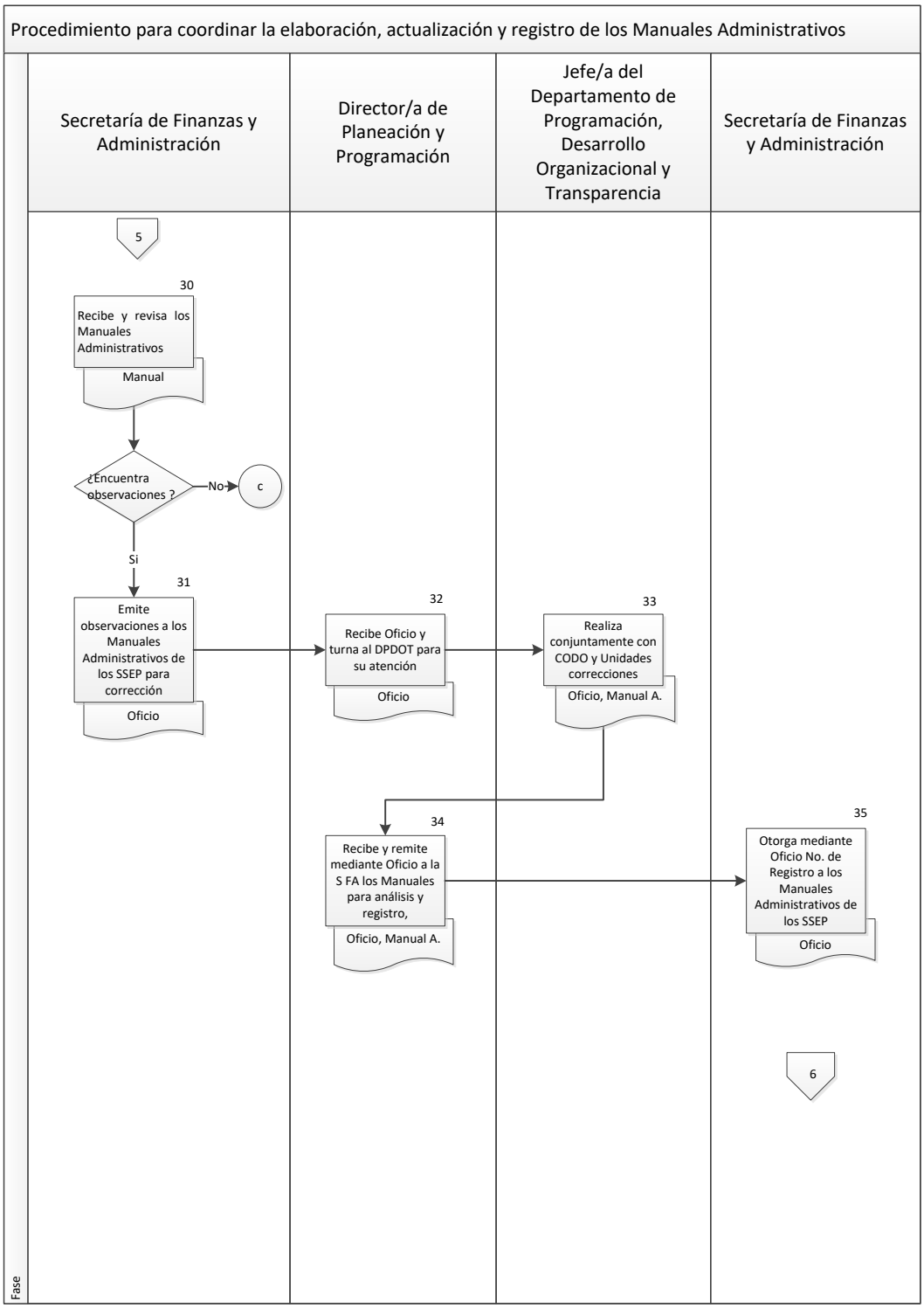
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y REGISTRO DE LOS MANUALES ADMINISTRATIVOS.



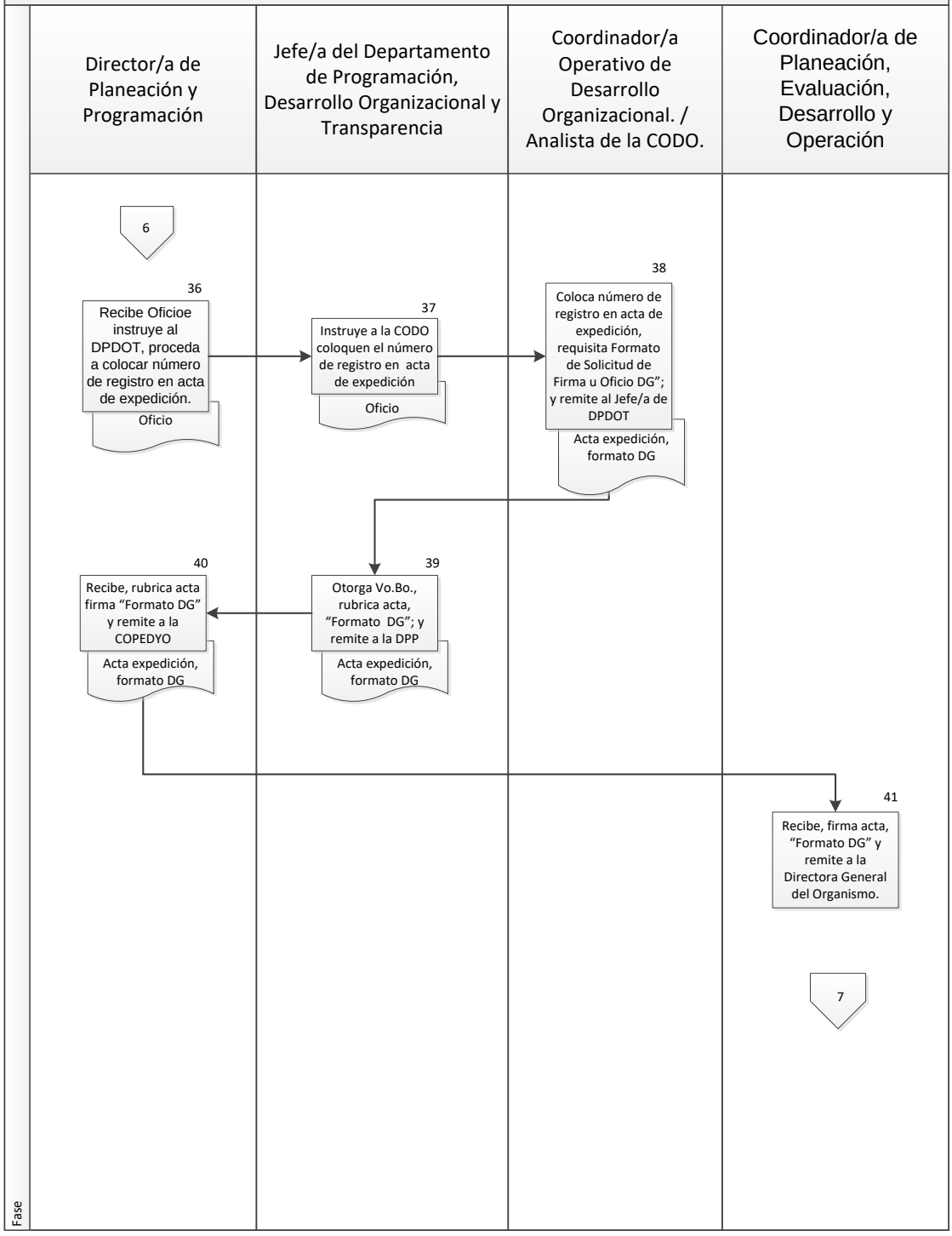

Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los Manuales Administrativos
Enlace
Titular de la Unidad
Director/a de Planeación y Programación
Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.
Fase
2
a
8
Asiste a reunión recibe Guía para elaboración de MAOS y MAPS, lineamientos, políticas para actualización
Guía de Manuales
9
Elabora con personal de la Unidad, el Proyecto del MAO y somete a revisión del/la Titular del área.
Proyecto de Manuales
10
Revisa y aprueba el Manual Administrativo de su área.
11
Remite el Proyecto del Manual Administrativo a la DPP para revisión.
Memorandum/ oficio Proyecto
12
Recibe y turna el Manual Administrativo al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.
Memorandum/ oficio Proyecto
b
13
Recibe y turna a la CODO el Manual para revisión
Memorandum/ oficio Proyecto
3

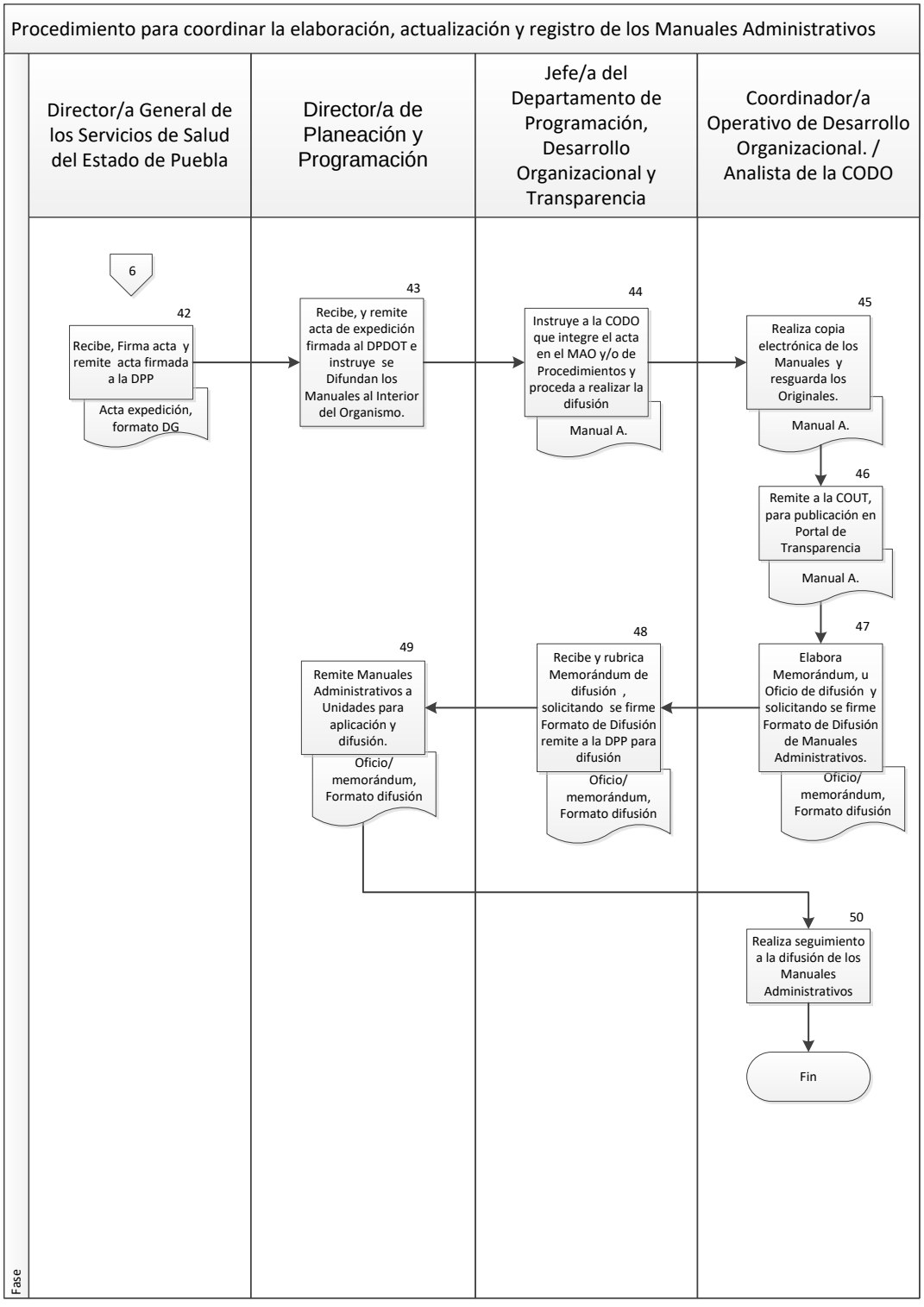

Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los Manuales Administrativos
Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO
Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
Director/a de Planeación y Programación
Coordinador de Planeación Evaluación y Desarrollo
Fase
3
14
Revisa con Jefe/a del DPDOT, el Manual Administrativo
Memorandum/ oficio Proyecto
¿La información correcta?
No
Si
15
Remite observaciones y comentarios para corrección
16
Recibe y realiza ajustes al Manual Administrativo.
a
17
Somete proyectos de MAOS para Vo. Bo.
Manual
18
Revisa proyectos de Manuales Administrativos
Manual
¿Encuentra observaciones
Si
No
19
Remite observaciones al DPDOT para corrección con Unidades
Manual
b
20
Otorga Vo. Bo. y remite al DPDOT para recabar firmas de las portadas
Manual
21
Recibe e instruye a la CODO recabe firmas
Manual
22
Recaba firmas de las Unidades Administrativas
Manual
23
Remite a la DPP los Manuales Administrativos firmados
Manual
24
Recibe y remite proyectos a la CPEDyO, paravalidación.
Manual
25
firma, y somete a aprobación por el/la Director/a General de los SSEP,
Manual
4


Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los Manuales Administrativos
Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.
Junta de Gobierno
Director/a de Planeación y Programación
Fase
4
26
Aprueba Proyectos de Manuales Administrativos
Manual
27
Somete a consideración de Junta de Gobierno del Organismo en Sesión Ordinaria o Extraordinaria
Manual
28
Autoriza Manuales e instruye envío a la SFA para registro
Manual
29
Remite mediante Oficio a la SFA, los Manuales Administrativos para análisis y registro
Manual
5


Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los Manuales Administrativos
Secretaría de Finanzas y Administración
Director/a de Planeación y Programación
Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
Secretaría de Finanzas y Administración
Fase
5
30
Recibe y revisa los Manuales Administrativos
Manual
¿Encuentra observaciones ?
No
c
Si
31
Emite observaciones a los Manuales Administrativos de los SSEP para corrección
Oficio
32
Recibe Oficio y turna al DPDOT para su atención
Oficio
33
Realiza conjuntamente con CODO y Unidades correcciones
Oficio, Manual A.
34
Recibe y remite mediante Oficio a la S FA los Manuales para análisis y registro,
Oficio, Manual A.
35
Otorga mediante Oficio No. de Registro a los Manuales Administrativos de los SSEP
Oficio
6

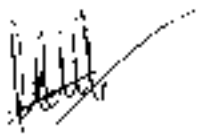
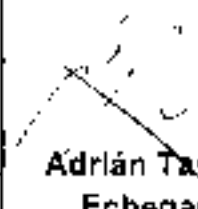
Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los Manuales Administrativos




Procedimiento para coordinar la elaboración, actualización y registro de los Manuales Administrativos
Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
Director/a de Planeación y Programación
Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
Coordinador/a Operativo de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO
Fase
6
42
Recibe, Firma acta y remite acta firmada a la DPP
Acta expedición, formato DG
43
Recibe, y remite acta de expedición firmada al DPDOT e instruye se Difundan los Manuales al Interior del Organismo.
44
Instruye a la CODO que integre el acta en el MAO y/o de Procedimientos y proceda a realizar la difusión
Manual A.
45
Realiza copia electrónica de los Manuales y resguarda los Originales.
Manual A.
46
Remite a la COUT, para publicación en Portal de Transparencia
Manual A.
47
Elabora Memorándum, u Oficio de difusión y solicitando se firme Formato de Difusión de Manuales Administrativos.
Oficio/ memorándum, Formato difusión
48
Recibe y rubrica Memorándum de difusión , solicitando se firme Formato de Difusión remite a la DPP para difusión
Oficio/ memorándum, Formato difusión
49
Remite Manuales Administrativos a Unidades para aplicación y difusión.
Oficio/ memorándum, Formato difusión
50
Realiza seguimiento a la difusión de los Manuales Administrativos
Fin

7.15.12. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MODIFICACIÓN A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 6 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Miguel Ángel Pérez Suárez **Coordinador Operativo de Desarrollo Organizacional MAPS (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Karla Huerta Hernández** **Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Proponer las modificaciones necesarias que requiera la estructura orgánica del Organismo de conformidad con el Artículo 24, fracción XV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.
3. Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la Autorización, Modificación y Registro de su Estructura Orgánica.

Políticas de Operación:

1. Para realizar las propuestas de modificación de la Estructura Orgánica se deberán cumplir con lo establecido en el Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la Autorización, Modificación y Registro de su Estructura Orgánica.
2. La modificación de la Estructura Orgánica se realizará cuando sea necesaria la adición, supresión, reestructuración y/o modificación de las Unidades Administrativas que integran al Organismo, así también cuando las modificaciones derivadas de la reforma al Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla y al Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla afecten a la Estructura Orgánica vigente.
3. La aprobación y registro de la Estructura Orgánica dependerá de la Secretaría de Finanzas y Administración y estará sujeta a la suficiencia presupuestal del Organismo.
4. La Dirección de Operación de Personal es la encargada de coordinar el análisis y elaboración de

	las propuestas de creación, modificación o supervisión de la estructura orgánica del Organismo y de someterla a aprobación del/laCoordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, e instruir, previa aprobación de la Junta de Gobierno, el trámite de registro y autorización correspondiente, de conformidad con el Artículo 25 TER , fracción XIV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Unidades que integran a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Propuesta de la Estructura Orgánica, Estructura Orgánica vigente, Estructura Orgánica propuesta, Justificación fundada y motivada de la propuesta, Descripción de las funciones específicas para cada una de las Unidades Administrativas propuestas, Memorándum.
Glosario	Unidad: Conjunto de Áreas Administrativas Sanitarias que conforman a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. SFA: Secretaría de Finanzas y Administración. CPEDO: Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación. DPP: Dirección de Planeación y Programación. DPDOT: Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. CODO: Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional. DOP: Dirección de Operación de Personal. EO: Estructura Orgánica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MODIFICACIÓN A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Planeación y Programación.	Identifica la necesidad de realizar modificaciones a la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	
2		Informa la necesidad de los cambios e Instruye al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, que elabore la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	
3	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Establece conjuntamente con la Coordinación Operativa de Desarrollo Organización los cambios que deberán generarse y solicita realice la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, conforme a lo acordado.	
4	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Elabora y somete a consideración del/la Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
5	Jefe/a del Departamento de	Revisa la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del	Propuesta de la Estructura

	Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Estado de Puebla. ¿Cumple con lo solicitado? Si: Avanza a la actividad No. 7. No: Continua en la actividad No. 6.	Orgánica.
6		Emite los comentarios a la Coordinación Operativa de Desarrollo Organización para su corrección.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
7	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Organizacional. / Analista de la CODO.	Realiza los ajustes necesarios y turna para revisión del/la Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. Regresa a la actividad No. 5.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
8	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Remite la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla al/la Director/a de Planeación y Programación.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
9	Director/a de Planeación y Programación.	Analiza la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. ¿Cumple con lo solicitado? Si: Avanza a la actividad No. 12. No: Continua en la actividad No. 10.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
10		Emite los comentarios al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	
11	Jefe/a del Departamento de Programación,	Instruye a la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional para que	

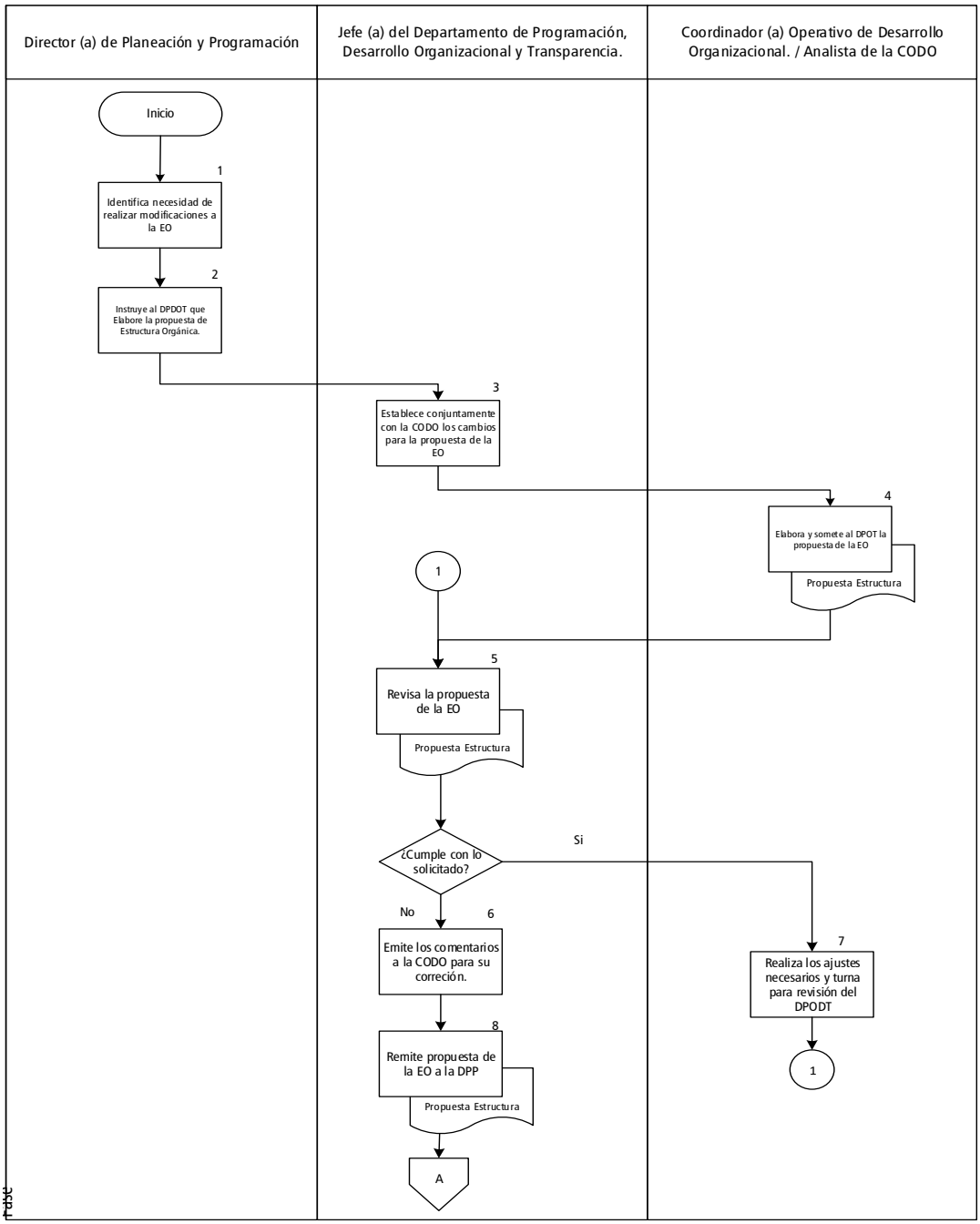
	Desarrollo Organizacional y Transparencia.	se realicen los ajustes necesarios. Regresa a la actividad No. 7.	
12	Director/a de Planeación y Programación.	Somete a consideración del/la Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, de conformidad con el Artículo 24, fracción XV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
13	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Analiza la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. ¿Cumple con lo solicitado? Si: Avanza a la actividad No. 16. No: Continua en la actividad No. 14.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
14		Emite los comentarios a la Dirección de Planeación y Programación.	
15	Director/a de Planeación y Programación.	Instruye al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia para que se realicen los ajustes necesarios. Regresa a la actividad No. 7.	
16	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Valida la propuesta de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
17	Coordinador/a de	Somete a consideración del Director/a	Propuesta de la

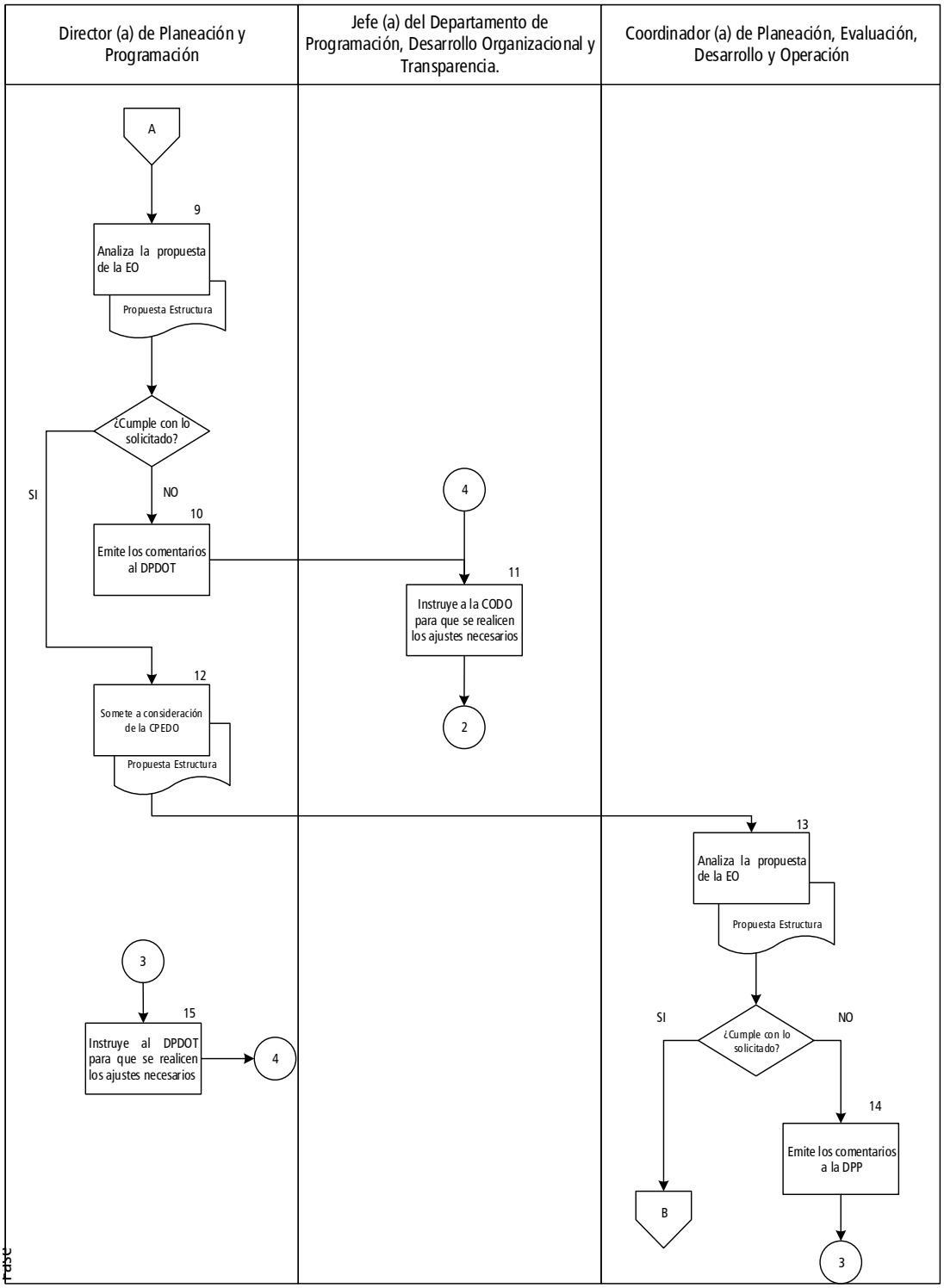
	Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, la propuesta de la Estructura Orgánica para revisar la viabilidad de la modificación. ¿La modificación es viable? Si: Avanza a la actividad No. 19. No: Continua en la actividad No. 18.	Estructura Orgánica.
18		Informa a la Dirección de Planeación y Programación que no es viable la modificación. **Fin del Procedimiento.**	
19		Instruye a la Dirección de Planeación y Programación para que remita la propuesta de la Estructura Orgánica a la Dirección de Operación de Personal para su trámite de Registro ante la Secretaría de Finanzas y Administración.	
20	Director/a de Planeación y Programación.	Informa al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia que elabore los documentos competencia de la Dirección de Planeación y Programación para el registro de la Estructura Orgánica.	
21	Jefe/a del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	Elabora e integra en conjunto con la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional, los documentos competencia de la Dirección de Planeación y Programación para el registro de la Estructura Orgánica, los cuales son: • Estructura Orgánica vigente. • Estructura Orgánica propuesta.	Estructura Orgánica vigente. Estructura Orgánica propuesta. Justificación fundada y

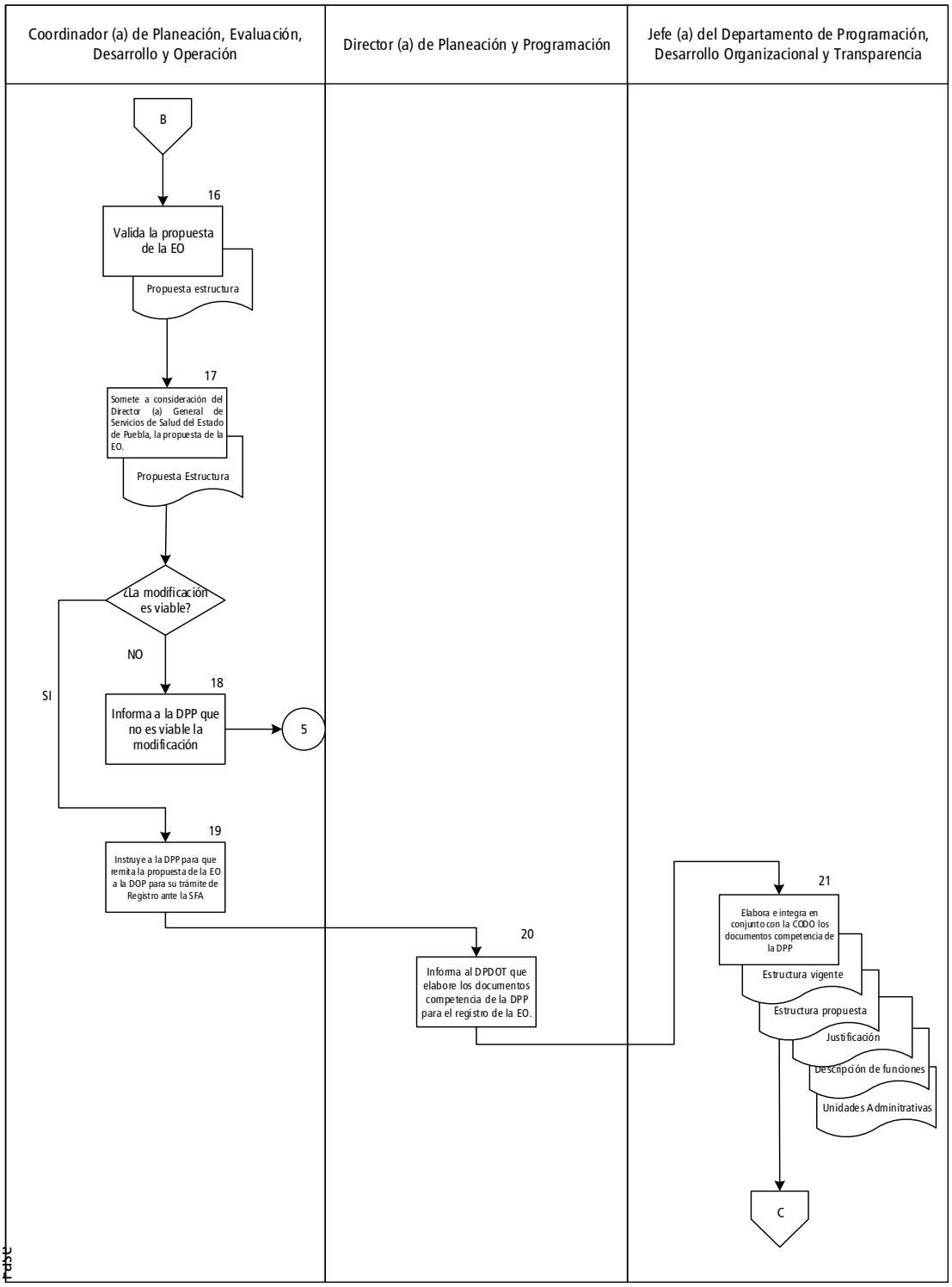
		• Justificación fundada y motivada de la propuesta. • Descripción de las funciones específicas para cada una de las Unidades Administrativas propuestas. Lo anterior, de conformidad con el artículo cuarto del Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la Autorización, Modificación y Registro de su Estructura Orgánica.	motivada de la propuesta. Descripción de las funciones específicas para cada una de las Unidades Administrativas propuestas.
22		Remite los documentos competencia de la Dirección de Planeación y Programación para el registro de la Estructura Orgánica al Director/a de Planeación y Programación para su revisión.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
23	Director/a de Planeación y Programación.	Recibe y revisa los documentos competencia de la Dirección de Planeación y Programación. ¿La información es correcta? Si: Avanza a la actividad No. 26. No: Continua en la actividad No. 24.	Propuesta de la Estructura Orgánica.
24		Emite los comentarios correspondientes al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.	
25	Jefe/a del Departamento de Programación,	Realiza conjuntamente con la Coordinación Operativa de Desarrollo Organizacional, las modificaciones	Propuesta de la Estructura Orgánica.

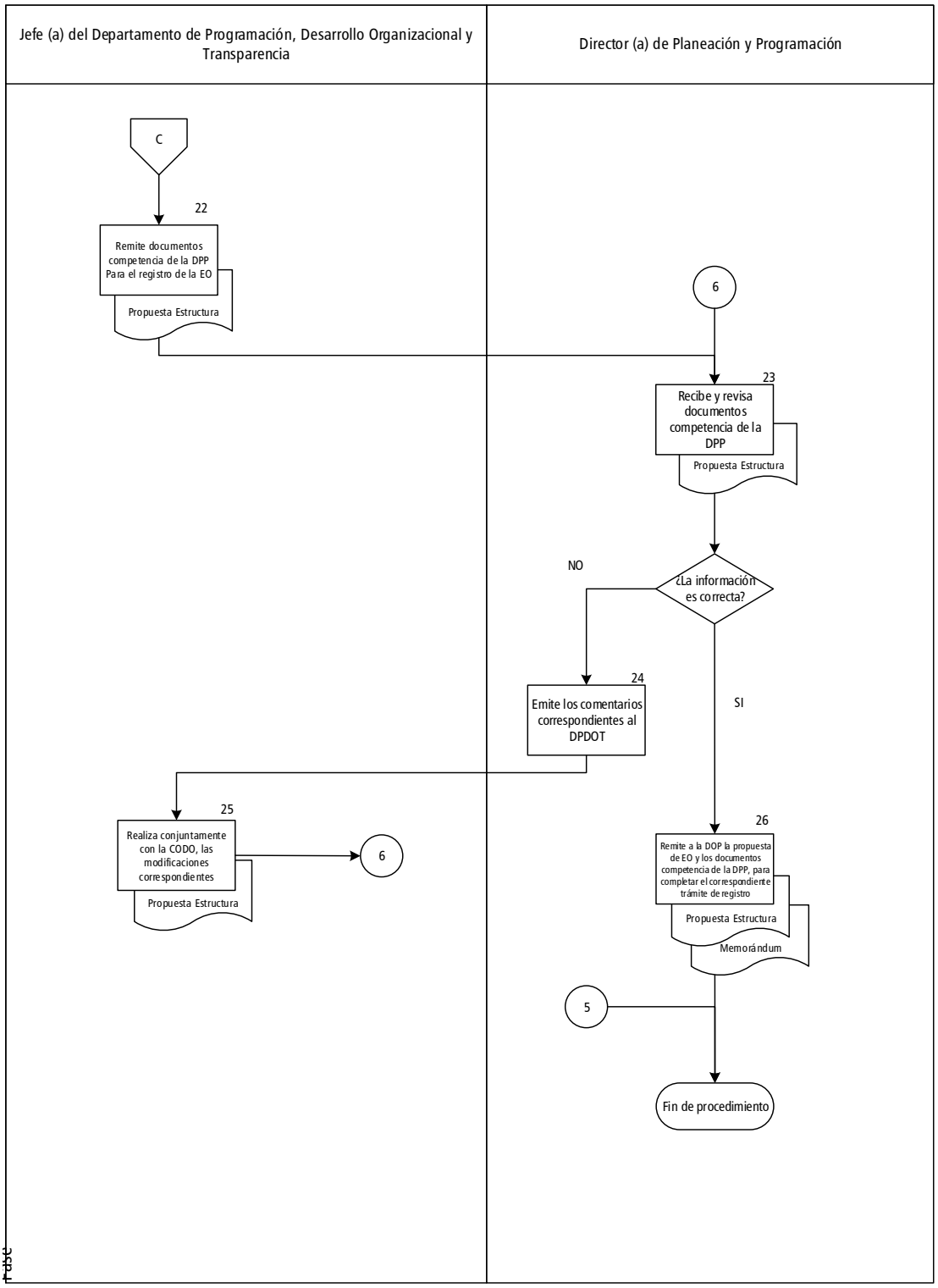
	Desarrollo Organizacional y Transparencia.	correspondientes Regresa a la actividad No. 23.	
26	Director/a de Planeación y Programación.	Remite a la Dirección de Operación de Personal la propuesta de Estructura Orgánica y los documentos competencia de la Dirección de Planeación y Programación (citadas en la actividad no. 21), para completar el correspondiente trámite de registró de Estructura Orgánica, de conformidad con el Artículo 25 TER, fracción XIV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Propuesta de la Estructura Orgánica. Memorándum.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MODIFICACIÓN A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.




Director (a) de Planeación y Programación
Jefe (a) del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.
Coordinador (a) de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación
A
9
Analiza la propuesta de la EO
Propuesta Estructura
¿Cumple con lo solicitado?
SI
NO
10
Emite los comentarios al DPDOT
4
11
Instruye a la CODO para que se realicen los ajustes necesarios
2
12
Somete a consideración de la CPEDO
Propuesta Estructura
13
Analiza la propuesta de la EO
Propuesta Estructura
SI
¿Cumple con lo solicitado?
NO
14
Emite los comentarios a la DPP
B
3
3
15
Instruye al DPDOT para que se realicen los ajustes necesarios
4


Coordinador (a) de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación
Director (a) de Planeación y Programación
Jefe (a) del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
B
16
Valida la propuesta de la EO
Propuesta estructura
17
Somete a consideración del Director (a) General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, la propuesta de la EO.
Propuesta Estructura
¿La modificación es viable?
NO
SI
18
Informa a la DPP que no es viable la modificación
5
19
Instruye a la DPP para que remita la propuesta de la EO a la DOP para su trámite de Registro ante la SFA
20
Informa al DPDOT que elabore los documentos competencia de la DPP para el registro de la EO.
21
Elabora e integra en conjunto con la CODO los documentos competencia de la DPP
Estructura vigente
Estructura propuesta
Justificación
Descripción de funciones
Unidades Adminitrativas
C
Fase


Jefe (a) del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
Director (a) de Planeación y Programación
C
22
Remite documentos competencia de la DPP Para el registro de la EO
Propuesta Estructura
6
23
Recibe y revisa documentos competencia de la DPP
Propuesta Estructura
NO
¿La información es correcta?
SI
24
Emite los comentarios correspondientes al DPDOT
25
Realiza conjuntamente con la CODO, las modificaciones correspondientes
Propuesta Estructura
6
26
Remite a la DOP la propuesta de EO y los documentos competencia de la DPP, para completar el correspondiente trámite de registro
Propuesta Estructura
Memorándum
5
Fin de procedimiento

7.15.13. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

Tiempo Promedio: 20 hábiles primer plazo, y 10 dias hábiles segundo plazo		
Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana Luisa Vega Rodriguez Coordinadora Operativa de la Unidad de Transparencia (DPDOT) Octubre 2018	**Karla Huerta Hernández Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT) Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar el trámite oportuno de las solicitudes de acceso a la información presentadas ante la Unidad de Transparencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Puebla

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla
3. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
4. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla
5. Ley General de Responsabilidades Administrativas
6. Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Puebla
7. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
8. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
9. ACUERDO del CNSNT, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.
10. ACUERDO del CNSNT, por el que se aprueban los Lineamientos para la implementación y operación de la Plataforma Nacional de Transparencia.
11. ACUERDO del CNSNT, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.
12. ACUERDO del CNSNT, por el que se aprueban los Lineamientos Técnicos Generales.
13. ACUERDO de la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla por el que se designa al Titular de la Unidad de Transparencia; se constituye y conforma el Comité de Transparencia; y, emite las Reglas de Operación, Organización y Funcionamiento del Comité de Transparencia de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Todas las solicitudes de acceso a la información deberán ingresar a los SSEP a través de la UT a fin de que verifique que ésta cumpla con los requisitos

legales para ser admitida. Por lo que cuando una solicitud sea presentada ante cualquier otra área de los SSEP, está deberá orientar a la persona, indicándole, que su solicitud será recibida en las oficinas de la UT.

2. Toda respuesta será entregada al/la solicitante a través de la UT.
3. Solamente en casos específicos y extraordinarios en los cuales el área competente funde, motive y de aviso del hecho a la Unidad de Transparencia, con tres días de anticipación al vencimiento del plazo para dar respuesta a una solicitud, la UT recibirá la respuesta a más tardar a las 18:00 horas del día del vencimiento de los plazos para emitirla.
4. En cualquier otro caso, la UT no se hará responsable de que se lleve a cabo en tiempo y forma el proceso de liberación de las respuestas a los/lassolicitantes, cuando éstas sean liberadas el día del vencimiento de las mismas. La posible determinación de causas de responsabilidad, conforme a lo que establece el artículo 198 de la LTAIPEP, con independencia de las disposiciones del artículo 49 de la Ley de General de Responsabilidades Administrativas,recaerán directamente en el servidor público competente para dar respuesta a la solicitud.
5. Los proyectos de respuesta deberán presentarse ante la UT, a más tardar cinco días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de acceso; a fin de que la autoridad competente realice las recomendaciones procedentes.
6. Toda respuesta deberá venir como archivo adjunto al memorando/oficio emitido por el Titular del área responsable de emitir la respuesta.
7. Las respuestas deberán ser elaboradas por separado

de acuerdo a cada uno de los folios de las solicitudes de información que les sean remitidas a las áreas para su atención; aun cuando se trate de varias solicitudes referentes al mismo tema.

8. En caso de incluir siglas, el área competente de emitir la respuesta, deberá indicar el significado de cada uno.
9. Las cantidades numéricas contenidas en la respuesta deberán contar con el formato adecuado y pertinente. Cada cantidad irá separada por comas cuando sean parte de un conjunto de cifras contenidas en una tabla; ejemplo: 3,754. Cuando dentro de un párrafo se haga mención de una sola cifra, para mejor entendimiento se anotará de la siguiente manera; ejemplo: 3 mil 754.
10. Los/lasDirectores/asde Área deberán firmar las respuestas y memorándums mediante los cuales son enviadas a la UT. En caso de aquellas Direcciones que cuentan con Subdirecciones, cuando así lo determine el/laTitular del área podrán firmar los Subdirectores marcando copia de conocimiento al/laDirector/a.
11. Cuando las solicitudes sean procedentes, las áreas proporcionarán la información tal como se encuentra en sus archivos, en consecuencia no estarán obligados a procesarla, resumirla, efectuar cálculos, ni practicar investigaciones adicionales para otorgar una respuesta; lo anterior, sin que esto vaya en demérito de la calidad de la propia respuesta emitida porque no contenga la información solicitada, solo la contenga parcialmente o implique el incumplimiento a las disposiciones de las leyes General y Estatal de la materia y demás disposiciones aplicables.
12. Se deberá privilegiar, en la medida de lo posible, la entrega de información en formatos y/o datos abiertos y bajo el principio de máxima publicidad.

De la Unidad de Transparencia

1. Todas las personas, físicas o morales, por si o por medio de su representante, ejercerán su derecho de acceso a la información ante la UT de los SSEP; por lo que las solicitudes serán recibidas con independencia del medio a través del cual las presenten:
   - Escrito material;
   - Medio electrónico determinado para tal fin por la UT;
   - Personalmente en las oficinas de la UT;
   - A través del SISAI;
   - Mensajería, telégrafo o cualquier medio aprobado por el Sistema Nacional de Transparencia;
   - De forma verbal, vía telefónica, fax o correo postal, cuando la índole del asunto lo permita.
2. En caso de que los detalles proporcionados por el/lasolicitante sean imprecisos, insuficientes, incompletos o erróneos la UT requerirá al/lasolicitante, por única vez, dentro de un plazo que no podrá exceder los cinco días hábiles después de recibida la solicitud, para que indique otros elementos, corrija los datos proporcionados o precise uno o varios requerimientos de información, en un plazo no mayor a diez días hábiles, contados a partir del día siguiente de que reciba la notificación del requerimiento.
3. Si la solicitud es competencia de los SSEP, la UT la turnará, a más tardar dentro de las primeras veinticuatro horas, al área que en ejercicio de su función pública, cuente con la información solicitada, a través del Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información oficial dispuesto para tal fin; en caso de que la solicitud haya ingresado por cualquier otro medio, la remitirá al área competente, vía electrónica, a los correos de los Titulares de las áreas y a los enlaces designados en cada una de éstas, así como

vía memorándum.

4. Dentro de las veinticuatro horas siguientes de la recepción de una solicitud, la UT determinará la notoria incompetencia del sujeto obligado denominado SSEP para dar respuesta a la misma, emitiendo la notificación correspondiente al solicitante dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud; en caso de poder determinarlo señalará al/la solicitante el o los sujetos obligados competentes para recibir y dar trámite a su solicitud.

5. Con excepción de las solicitudes que ingresen a los SSEP vía el Sistema electrónico oficial, la UT deberá registrar y capturar la solicitud de acceso en su sistema interno y enviar el acuse de recibo respectivo al/lasolicitante, en el que se indique la fecha de recepción, el folio correspondiente y los plazos de respuesta aplicables.
6. El horario de recepción de solicitudes de acceso, será dentro del horario laboral, de 9:00 a 18:00 horas, independientemente del medio por el que ingresen a la UT.
7. Los términos legales para la atención de solicitudes de acceso inician el día hábil siguiente de su recepción oficial.
8. En caso de que el área responsable de emitir la respuesta requiera de asesoría legal para efectos de fundar y motivar la respuesta, la solicitará a la UT, la que, bajo ninguna circunstancia podrá orientar o incidir en el sentido y naturaleza de la respuesta otorgada por el área que es la responsable ya que la emite en ejercicio de su función pública.
9. Cuando la modalidad de entrega de la información sea por medios electrónicos y el volumen de la misma rebase la capacidad del Sistema electrónico oficial o

del medio electrónico destinado por el solicitante para tal fin, ésta se pondrá a disposición, en un repositorio digital, el cual estará vigente 30 días naturales para su consulta, reproducción o adquisición, contados a partir del día siguiente al que se le realice la notificación de puesta a disposición de la información.

10. Todas las respuestas, independientemente de la modalidad de recepción y entrega de la información, se liberarán, al solicitante, a través de la UT, la que llevará el registro y control de las solicitudes de información.

11. Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 169 de la Ley en la materia, las áreas responsables de emitir las respuestas a las solicitudes de acceso, deberán anotar la siguiente leyenda, al final de sus respuestas:

"Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 169 y 171 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, en caso de considerarlo procedente, puede interponer su recurso de revisión, directamente ante el Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado, ante la Unidad de Transparencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla o a través del Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información de la Plataforma Nacional de Transparencia, cuando su solicitud haya sido realizada por este medio, en los términos que establece la Ley en la materia; debiendo presentarlo dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que tuvo acceso a la información, en que le fue notificada la respuesta o una vez que haya vencido el plazo para su notificación."

De las asesorías otorgadas en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales

1. Se entenderá por asesoría toda aquella orientación y apoyo otorgados a una persona física o moral, en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales, así como cualquier requerimiento de información que no ingrese a los SSEP vía solicitud de acceso a la información o solicitud de ejercicio de derechos ARCO.
2. Las asesorías se brindarán en las siguientes modalidades: vía telefónica, por correo electrónico y/o personalmente por los servidores públicos de la UT.
3. En el otorgamiento del servicio el personal de la UT observará los siguientes objetivos y principios:
   - Facilitar a los usuarios el ejercicio del derecho de acceso a la información.
   - Favorecer el nivel de participación social de la persona.
   - Difundir la cultura de la transparencia.
   - Atender a los usuarios con amabilidad y profesionalismo.
   - Se regirán por los principios de veracidad, calidad, claridad y prontitud.
4. El horario de atención al público será de lunes a viernes de 9:30 a 18:00 horas.
5. Todas las asesorías serán registradas para fines estadísticos una vez realizado, en su caso, el procedimiento de disociación.

De las áreas responsables de generar las respuestas a las solicitudes de acceso

1. Los/las Titulares de las áreas de los SSEP, designarán a un servidor/a público/a quien fungirá como enlace para atender las solicitudes de acceso;

dicho nombramiento se hará del conocimiento del Director de Planeación y Programación mediante memorándum.

2. El servidor/a público/a designado/a como enlace para la gestión de respuestas a solicitudes de acceso deberá de contar con amplio conocimiento en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales, respecto de las atribuciones y funciones del área, y en general, de los Servicios de Salud del Estado Puebla.
3. En caso de que haya cambios en el nombramiento de los enlaces, el/la Titular del área responsable, deberá notificarlo mediante memorándum a la Dirección de Planeación y Programación, marcando copia al Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.
4. La redacción de toda respuesta a una solicitud de información es responsabilidad del área competente para dar respuesta, la cual deberá ser clara, precisa, fundada, motivada y con sustento documental.

5. Las áreas responsables deberán emitir el proyecto de respuesta, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes de la recepción de la solicitud y enviarla a la UT por correo electrónico para remitirla a la Coordinación Estatal de Transparencia y Gobierno Abierto a fin de que emita, en su caso, las recomendaciones que considere procedentes.
6. Una vez revisado el proyecto de respuesta, la UT enviará el documento al área responsable, con las recomendaciones que procedan, en su caso, a fin de que libere la solicitud, a más tardar cuarenta y ocho horas antes de que venza el plazo para dar respuesta

al/la solicitante, a través de los medios establecidos para tal fin.

7. En caso de que el área a la cual le fue turnada la solicitud no sea competente, el/la Titular del área, notificará vía memorándum a la UT en un plazo no mayor a veinticuatro horas, después de recibida la solicitud, la "determinación de incompetencia", de manera fundada y motivada, solicitando al Comité de Transparencia emita su resolución en términos del artículo 22 fracción II de la Ley de Transparencia estatal.
8. En caso de que la información solicitada sea respecto de obligaciones de transparencia, el área deberá entregar la información, al solicitante, en un plazo no mayor a veinte días hábiles sin derecho a prórroga. Dado que la información ya se encuentra publicada; se podrá remitir al solicitante, en un plazo no mayor a cinco días hábiles contados a partir del día siguiente de haberse presentado la solicitud, a la fuente, lugar y forma en que puede consultar, reproducir o adquirir dicha información.
9. En caso de requerir ampliación de plazo para dar respuesta a una solicitud, el área responsable turnará a la UT documento fundado y motivado respecto de las causas de la determinación de ampliación de plazo, dentro de los ocho días en que debería remitir su proyecto de respuesta, a fin de que la UT solicite al Comité de Transparencia emita la resolución correspondiente.

10. El área responsable deberá insertar, en la notificación de ampliación de plazo, la resolución que el Comité de Transparencia emita.

11. Una vez ampliado el plazo de respuesta, el área competente acepta de manera tácita que es

competente para dar respuesta a la solicitud, que la información se encuentra en su poder y es de libre acceso; por lo que no podrá aludir inexistencia de la información, negar el acceso a la misma o clasificarla.

De la información clasificada

1. La información reservada o confidencial no podrá ser divulgada, salvo por las excepciones señaladas en las Leyes general y estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás disposiciones aplicables.
2. No obstante lo anterior, las causales de reserva de la información previstas en el artículo 123 de la Ley de Transparencia estatal deberán ser fundadas y motivadas, por el área competente, a través de la aplicación de la prueba de daño conforme a lo dispuesto en el artículo 126 de la ley en comento.
3. La carga de la prueba para justificar la negativa de acceso a la información, por actualizarse cualquiera de los supuestos de la ley, corresponderá al área competente al dar respuesta a una solicitud.
4. Los/las titulares de las áreas de los SSEP serán los/las responsables de clasificar la información, previa revisión al momento de la recepción de una solicitud de acceso a la información, para verificar si encuadra en una causal de reserva o de confidencialidad, de conformidad en lo dispuesto en las leyes General y estatal de Transparencia y en los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas emitidos por el SNT, observando las siguientes formalidades dispuestas en el numeral octavo de los Lineamientos en cita:

- *"Para fundar la clasificación de la información se debe señalar el artículo, fracción, inciso, párrafo o numeral de la ley o tratado internacional suscrito por el Estado mexicano que expresamente le otorga el carácter de reservada o confidencial.*
- *Para motivar la clasificación se deberán señalar las razones o circunstancias especiales que lo llevaron a concluir que el caso particular se ajusta al supuesto previsto por la norma legal invocada como fundamento.*
- *En caso de referirse a información reservada, la motivación de la clasificación también deberá comprender las circunstancias que justifican el establecimiento de determinado plazo de reserva."*

5. El área encargada de dar respuesta a una solicitud deberá dar aviso a la UT y preparar el documento fundado y motivado de clasificación de la información, dentro de los primeros diez días del término ordinario para dar respuesta, y presentarlo ante el Comité de Transparencia a fin de que éste dicte su resolución confirmando, modificando o revocando la determinación del área competente.
6. Conforme a lo dispuesto en los numerales trigésimo octavo y trigésimo noveno de los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de las versiones públicas emitidos por el SNT:

   "La información confidencial no estará sujeta a temporalidad alguna y sólo podrán tener acceso a ella los titulares de la misma, sus representantes y los servidores públicos facultados para ello.

   Trigésimo noveno. Los datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable, no podrán clasificarse como

confidenciales ante sus titulares."

7. Para motivar la clasificación de la información y la ampliación del plazo de reserva, se deberán señalar las razones, motivos o circunstancias especiales que llevaron al sujeto obligado a concluir que el caso particular se ajusta al supuesto previsto por la norma legal invocada como fundamento, a través de una prueba de daño.
8. Se entiende por prueba de daño, conforme a lo dispuesto en el numeral segundo fracción XIV de los LGMCDIEVP ". La argumentación fundada y motivada que deben realizar los sujetos obligados tendiente a acreditar que la divulgación de información lesiona el interés jurídicamente protegido por la normativa aplicable y que el daño que puede producirse con la publicidad de la información es mayor que el interés de conocerla;"
9. Conforme a lo dispuesto en el numeral trigésimo tercero de los LGMCDIEVP, **para la aplicación de la prueba de daño**, a la que hacen referencia los artículos 124 y 125 de la LTAIPEP, los sujetos obligados atenderán lo siguiente:

- **Citar la fracción** y, en su caso, **la causal aplicable del artículo 123 de la LTAIPEP**, **vinculándola con el lineamiento específico de los LGMCDIEVP** y, cuando corresponda, el supuesto normativo que expresamente le otorga el carácter de información reservada;
- **Demostrar que la publicidad de la información solicitada generaría un riesgo de perjuicio** y por lo tanto, tendrán que acreditar que este último rebasa el

interés público protegido por la reserva, **mediante la ponderación de los intereses en conflicto;**

- **Acreditar el vínculo entre la difusión de la información y la afectación del interés jurídico tutelado** de que se trate;
- **Precisar las razones objetivas por las que la apertura de la información generaría una afectación**, a través de los elementos de un riesgo real, demostrable e identificable;
- **Acreditar las circunstancias de modo, tiempo y lugar del daño**, en la motivación de la clasificación; y
- **Elegir la opción de excepción al acceso a la información que menos lo restrinja**, la cual será adecuada y proporcional para la protección del interés público, y deberá interferir lo menos posible en el ejercicio efectivo del derecho de acceso a la información.

10. La información, documentos o expedientes clasificados deberán contener una “LEYENDA DE CLASIFICACIÓN DE INFORMACIÓN” con la siguiente información conforme a lo dispuesto en el numeral Quincuagésimo primero de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas, y será obligatoria para todas las áreas responsables de los SSEP:

La fecha de sesión del Comité de Transparencia en donde se confirmó la clasificación, en su caso;

I. El nombre del área;
II. La palabra reservado o confidencial;
III. Las partes o secciones reservadas o

confidenciales, en su caso;

IV. El fundamento legal;

V. El periodo de reserva, y

VI. La rúbrica del titular del área."

Ejemplo:

Leyenda de clasificación	
En cumplimiento al numeral quincuagésimo primero de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas.	
Fecha de sesión del Comité de Transparencia en la que se confirmó la clasificación	9 de febrero de 2017
Nombre del área	Dirección de Planeación y programación/ Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia
La palabra reservado o confidencial	RESERVADA
Las partes o secciones reservadas o confidenciales	Párrafo de cinco renglones que contienen, opiniones, puntos de vista y recomendaciones que forman parte de un proceso deliberativo de los directivos del sujeto obligado, hasta en tanto no se adopte una decisión definitiva y documentada.
Fundamento legal	Art. 123 fracción VII de la LTAIPEP
Periodo de reserva	2 años
Rubrica del Titular del Área	En este caso será la del Director de Área.

11. *"En caso de que el titular de los datos realice una solicitud de acceso a la información donde se encuentren sus datos personales, los sujetos obligados deberán reconducir la solicitud y atenderla en términos de las leyes aplicables al ejercicio del derecho a la protección de datos personales. Dando acceso a los datos previa acreditación de la identidad o personalidad del mismo, en términos de las disposiciones normativas aplicables."*
12. La versión pública del documento o expediente que contenga partes o secciones reservadas o confidenciales, será elaborada por las áreas, previa aprobación del Comité de Transparencia y pago de los costos de reproducción.
13. Para la elaboración de versiones públicas de la información contenida en las obligaciones de transparencia, en casos de excepción, se deberá considerar las Políticas Generales emitidas, por el Comité de Transparencia, para tal fin en sesión extraordinaria SE/SSA-SSEP/01/17 de fecha 9 de

febrero de 2017, las cuales son de observancia general y obligatoria para todas las áreas.

De la declaración de inexistencia de la información

En el caso particular de LA DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE LA INFORMACIÓN, ésta se sujetará a las siguientes políticas además de lo establecido en los artículos 157, 158, 159 y 160 de la LTAIPEP:

1. Solo se declarará inexistencia de la información cuando los documentos solicitados no se encuentren en los archivos del área y sean de su competencia en ejercicio de su función pública; o cuando ciertas facultades, competencias o funciones no se hayan ejercido.
2. Los elementos constitutivos de la declaratoria de inexistencia de la información, por parte del área responsable, que deben acreditarse para agotarla plenamente son:

   a) Realizar una búsqueda exhaustiva de la información.
   b) En coordinación con la UT, suscribir la declaración de inexistencia, en función de las causas que la motivaron.
   c) La declaración deberá contener un informe en el que se demuestre plenamente haber realizado la búsqueda exhaustiva en los archivos del área, señalando las circunstancias de tiempo, modo y lugar que generaron la inexistencia, y el servidor público responsable de contar con la misma; salvo que exista documento legal que avale la notoria inexistencia de la información, del cual se adjuntará copia a la declaración en cuestión.
   d) Se presentará ante el Comité de Transparencia, en un plazo no mayor a diez días hábiles contados a

partir del día hábil siguiente al que le fue turnada la solicitud, para que éste dicte su resolución.

De la puesta a disposición de la información para consulta directa (in situ)

1. La consulta directa de información será gratuita y se permitirá atendiendo a los horarios del personal del área responsable.
2. El Comité de Transparencia de la SSA y los SSEP emitirá la resolución en la que funde y motive la clasificación de las partes o secciones que no podrán dejarse a la vista del solicitante; estableciendo las medidas que el personal encargado de permitir el acceso al/la solicitante deberá implementar, a fin de que se resguarde la información clasificada, atendiendo a la naturaleza del documento y el formato en el que obra.
3. De manera enunciativa más no limitativa el Comité de Transparencia podrá establecer como medidas de seguridad las dispuestas en el numeral septuagésimo fracción VI y VII de los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información así como para la elaboración de versiones públicas:

"a) Contar con instalaciones y mobiliario adecuado para asegurar tanto la integridad del documento consultado, como para proporcionar al solicitante las mejores condiciones para poder llevar a cabo la consulta directa;

b) Equipo y personal de vigilancia;

c) Plan de acción contra robo o vandalismo;

d) Extintores de fuego de gas inocuo;

e) Registro e identificación del personal autorizado para el tratamiento de los documentos o expedientes a revisar;

f) Registro e identificación de los particulares autorizados para llevar a cabo la consulta directa, y

g) Las demás que, a criterio de los sujetos obligados, resulten necesarias.

VII. Hacer del conocimiento del solicitante, previo al acceso a la información, las reglas a que se sujetará la consulta para garantizar la integridad de los documentos"

4. Cuando los documentos a consultar contengan información reservada o confidencial, la UT supervisará que las áreas responsables cumplan con lo dispuesto en las leyes general y estatal de protección de datos personales en posesión de los sujetos obligados, de los criterios, lineamientos y demás disposiciones aplicables en la materia.
5. Los SSEP, a través del área responsable, deberá hacer del conocimiento del solicitante, previo al acceso a la información, la resolución debidamente fundada y motivada del Comité de Transparencia, en la que se clasificaron las partes o secciones que no podrán dejarse a la vista del/la solicitante.

6. En la notificación de la consulta directa, que se realice al/la solicitante, se le indicará de manera clara la ubicación del lugar y horario en que el/la solicitante podrá llevar a cabo la consulta de la información debiendo ser éste, en la medida de lo posible, el domicilio de la Unidad de Transparencia, así como el nombre, cargo y datos de contacto del personal que le permitirá el acceso.

7. El/la solicitante deberá observar en todo momento las reglas que el sujeto obligado haya hecho de su conocimiento para efectos de la conservación de los documentos.
8. Bajo ninguna circunstancia las áreas permitirán la salida de registros o datos originales de la información consultada.
9. El/la solicitante deberá realizar la consulta de los documentos requeridos en el lugar, horarios y con la persona destinada para tal efecto.
10. Una vez realizada la diligencia, en el tiempo previsto para ello, en caso de que el solicitante no hubiera consultado toda la documentación, el solicitante podrá requerir al sujeto obligado una nueva cita, misma que deberá ser programada indicándole al particular los días y horarios en que podrá llevarse a cabo.
11. Una vez que el/la solicitante concluya la revisión de la información, se generará un acta de conclusión de puesta a disposición de la información o Acta de no Presentación del solicitante a consulta de la información, una vez vencido el plazo de Ley, según corresponda.
12. En caso de que sea materialmente imposible otorgar acceso a la información en la modalidad de consulta directa ya sea por la naturaleza, contenido, el formato del documento o características físicas del mismo, los SSEP, a través del área responsable de salvaguardar la información, en ejercicio de sus atribuciones y funciones, deberá justificar el impedimento para el acceso a la consulta directa y, de ser posible, ofrecer las demás modalidades en las que es viable el acceso a la información.

Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación. Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado.
Áreas Involucradas	Áreas que integran los SSEPque, en ejercicio de su función pública, son responsables de elaborar y liberar las respuestas de las solicitudes turnadas para su atención.
Recursos	Solicitud de información, Notificación de requerimiento de información, Notificación de notoria incompetencia, Notificación de respuesta, Memorándum, Correo electrónico, Sistema electrónico oficial, Proyecto de respuesta, Respuesta a solicitud, Documento fundado y motivado, Resolución, Respuesta a la solicitud de acceso a la información. Área: Instancias de los SSEP que cuentan o puedan contar con la información. Tratándose de la SSEP, serán aquellas que estén previstas en el Reglamento Interior, estatuto orgánico respectivo o equivalentes. CETGA.- Coordinación Estatal de Transparencia y Gobierno Abierto.
Glosario	Clasificación de Información.- Proceso mediante el cual el sujeto obligado determina que la información que posee actualiza alguno de los supuestos de reserva o confidencialidad, conforme a lo dispuesto en el Título Sexto de la LTAIPEP, mediante un documento jurídico fundado y motivado, mediante el cual la información se reserva de manera parcial o total de acuerdo al contenido de la información del documento, hasta por un periodo de cinco años, y deberá estar acorde con la actualización de los supuestos definidos en el artículo 123 de la LTAIPEP. Comité de Transparencia. -Órgano colegiado al que hace

referencia el Capítulo II del Título Segundo de la LTAIPEP.
CNSNT: Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
Consulta Directa o Consulta in situ: Derecho que tiene toda persona de revisar la información pública en el lugar en el que se encuentre, previa solicitud de acceso.
DPDOT. -Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.
Inexistencia de Información. -Aquella información que no se encuentra en los archivos o registros del sujeto obligado ya sea porque se refiera a facultades, competencias y funciones de los ordenamientos jurídicos no ejercidas o que no tiene; debiendo fundar y motivar la respuesta en función de las causas que motivan la inexistencia.
Información Confidencial.- Aquélla que contiene datos personales y se encuentra en posesión de los sujetos obligados, susceptible de ser tutelada por el derecho a la vida privada, el honor y la propia imagen; la información protegida por el secreto comercial, industrial, bancario, fiduciario, fiscal y profesional; la información protegida por la legislación en materia de derechos de autor, propiedad intelectual; la relativa al patrimonio de una persona física o jurídica de derecho privado, entregada con tal carácter a cualquier sujeto obligado, por lo que no puede ser difundida, publicada o dada a conocer, excepto en aquellos casos en que así lo contemplen en la presente Ley y la Ley General.
Información Pública. - Todo archivo, registro o dato contenido en cualquiera medio, documento o registro impreso, óptico, electrónico, magnético, químico, físico o cualquiera que el desarrollo de la ciencia o la tecnología permita que los sujetos obligados generen, obtengan, adquieran, transformen o conserven, incluida la que consta en registros públicos.
Información Reservada. -Información pública que se

encuentra temporalmente sujeta a algunas de las excepciones previstas en esta ley, así como la que tenga ese carácter en otros ordenamientos legales.

Lineamientos Generales de Clasificación: Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de las versiones públicas emitidos por el SNT.

Lineamientos Técnicos Generales: Los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

LTAIPEP. - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.

Obligaciones de transparencia. -La información que los sujetos obligados deben difundir de manera obligatoria, permanente y actualizada, a través de sus sitios web y de la Plataforma Nacional, sin que para ello medie una solicitud de acceso.

O.P.D.- Organismo Público Descentralizado.

Pago de Derechos. - El cobro correspondiente, requerido al/la solicitante, de acuerdo a la modalidad de reproducción y entrega requerida por el mismo.

Persona. -Física o moral susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones.

PNT.- Plataforma Nacional de Transparencia a que hace referencia el artículo 49 de la Ley General y cuyo sitio de Internet es: www.plataformadetransparencia.org.mx. Sistema de Información Oficial para registro, seguimiento y control de las solicitudes de información realizadas vía electrónica.

Respuesta vía PNT.- Es la respuesta que se le otorga al solicitante vía Sistema de Solicitudes de información de la Plataforma Nacional de Transparencia.

SISAI: Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información de la Plataforma Nacional de Transparencia.
SNT: Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.
SSEP. - Servicios de Salud de los Estado de Puebla.
Solicitud de acceso. - Solicitud de acceso a la información pública.
Sujeto Obligado. -A los que hace referencia el artículo 2 de la LTAIPEP.
UT. - Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT	Recibe solicitud de información por parte del/la solicitante quién la presenta ante la UT a través de los medios determinados en la Ley para tal fin.	Solicitud de información
2		Analiza la solicitud de información presentada. ¿Los detalles para localizar los documentos resultan imprecisos, insuficientes, incompletos o erróneos? Si: Continúa en la actividad No. 3 No: Continúa en la actividad No. 5	
3		Requiere al/la solicitante, para que indique otros elementos, corrija los datos proporcionados o precise uno o	Notificación de requerimiento de información

		varios requerimientos de información.	
4		¿El/la solicitante atendió el requerimiento? Si: Continúa en la actividad No. 5 No: La solicitud se tendrá por no presentada. Continúa con la actividad 24.	
5		Verifica la competencia, de los SSEP para dar respuesta a la solicitud de información. ¿Es competencia del Sujeto Obligado? Si: Continúa en la actividad No. 6 No: Emite al/la solicitante, a más tardar, dentro de los tres días posteriores a la recepción de la solicitud, notificación respecto de la notoria incompetencia de los SSEP para dar respuesta a su solicitud; en caso de poder determinarlo, señalará el o los sujetos obligados competentes. Continúa en la actividad No. 24	Notificación de notoria incompetencia
6		Verifica y analiza si la solicitud de información se encuentra disponible al público en medios impresos, tales como libros, compendios, trípticos, registros públicos, formatos electrónicos disponibles en internet o en cualquier otro medio. ¿La información solicitada se encuentra disponible en medios físicos o electrónicos? Si. - Continúa en la actividad No. 7	

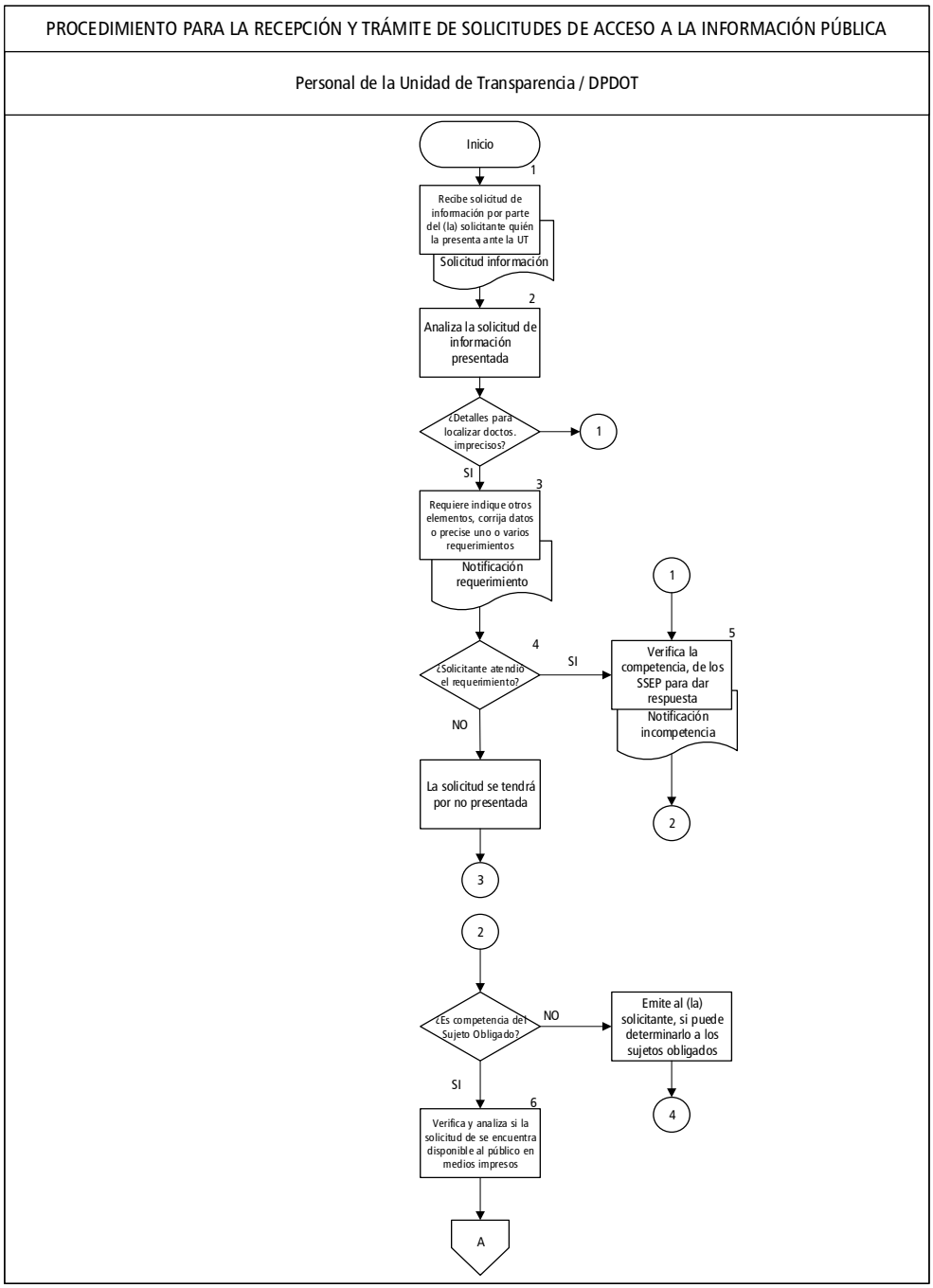
		No.- Continua en la actividad No. 8	
7		En un plazo no mayor a cinco días hábiles, le hará saber al/la solicitante la fuente, lugar y forma en que puede consultar, reproducir o adquirir dicha información. Continúa con la actividad 24.	Notificación de respuesta
8		Turna al área competente, que, en ejercicio de su función pública, cuenta con la información solicitada.	Memorándum/ correo electrónico/ Sistema electrónico oficial
9	Personal del Área Responsable	Analiza la solicitud de acceso y determina: ¿Es información clasificada, se requiere ampliar el plazo, la información es inexistente o no es competente para dar respuesta? Si: Continúa en la actividad No. 14 No:Continua en la actividad No. 10	
10		Elabora proyecto de respuesta, envía a la UT para revisión y en su caso, observaciones y/o recomendaciones.	Proyecto de respuesta
11	Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT	Revisa la respuesta, emite, si es necesario, recomendaciones u observaciones. Envía al área competente para que considere las modificaciones sugeridas, en su caso en su proyecto final de respuesta.	
12	Personal del Área	Elabora la versión final de la respuesta	Respuesta a

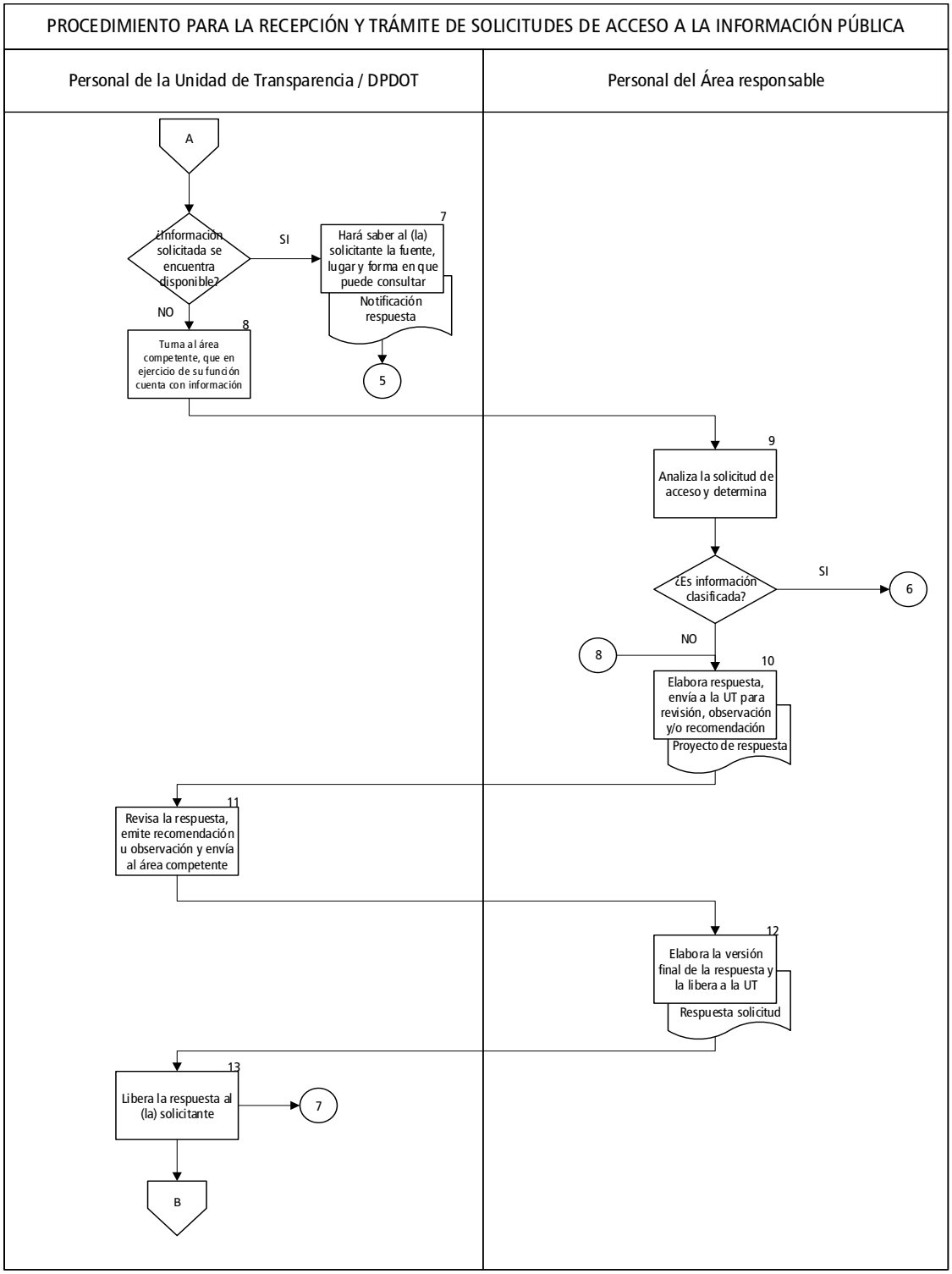
	Responsable	y la libera a la UT.	solicitud
13	Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT	Libera la respuesta al/la solicitante. Continúa con el paso 24.	
14	Personal del Área Responsable	Elabora documento fundado y motivado respecto de la clasificación de la información, ampliación del plazo, inexistencia de la información o incompetencia para dar respuesta conforme a las disposiciones legales aplicables.	Documento fundado y motivado
15		Remite a la UT, su determinación, a fin de que tramite fecha para la sesión del Comité de Transparencia para que resuelva respecto de la determinación tomada por el área responsable.	
16	Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT	Tramita la fecha de presentación de la determinación del área responsable ante el Comité de Transparencia a fin de que dicte el acuerdo de resolución correspondiente.	
17	Integrantes del Comité de Transparencia	Analiza el contenido de la solicitud de referencia y el documento fundado y motivado presentado y dicta su resolución. ¿El Comité de Transparencia resuelve revocar la determinación del área responsable? Si: Regresa a la actividad No. 10 No: Continua en la actividad No. 18	Resolución
18		Emite resolución confirmando la	Resolución

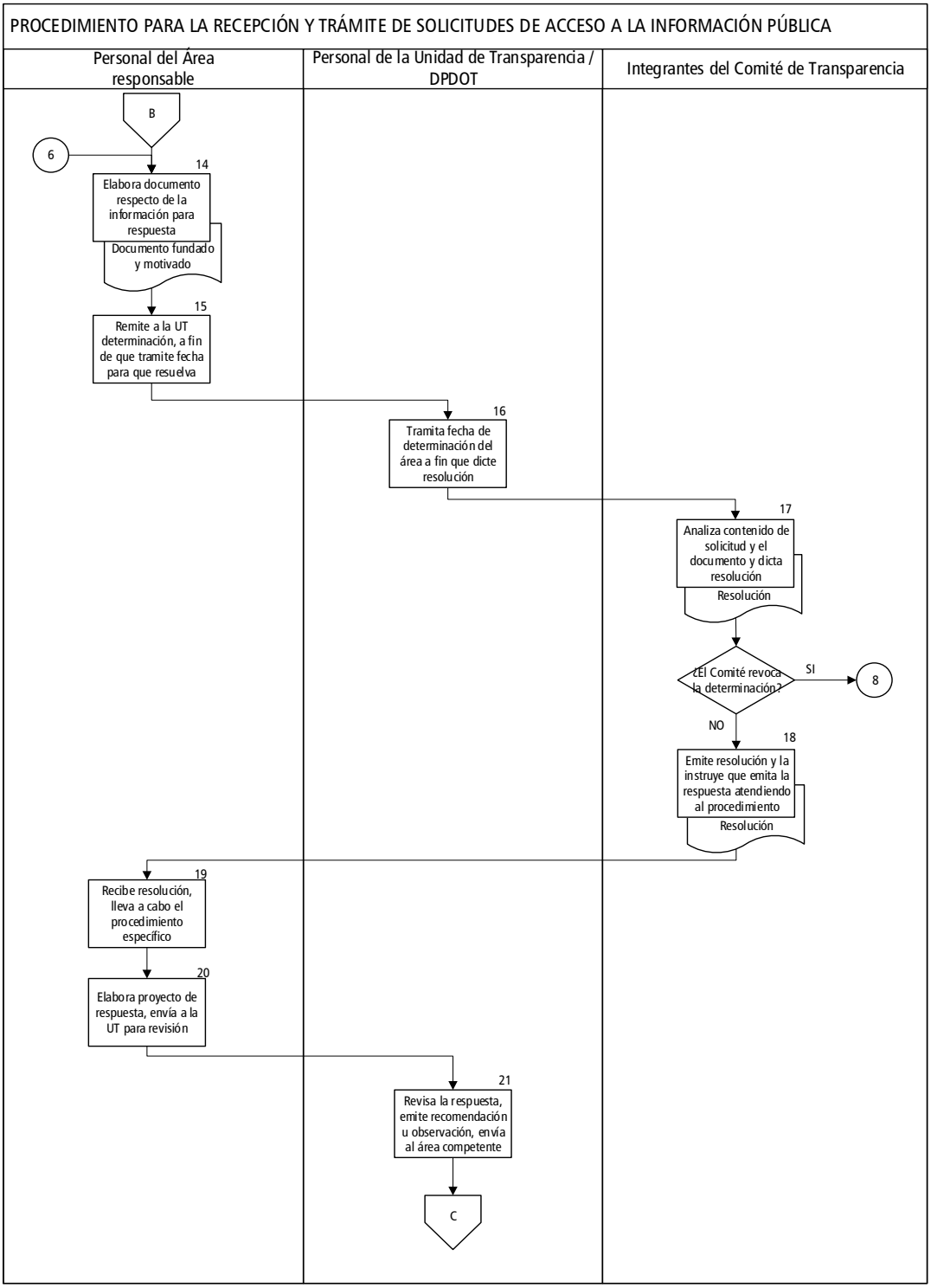
		determinación del área responsable y la instruye a fin de que emita la respuesta fundada y motivada si la información es clasificada, de ampliación de plazo, en cuanto la inexistencia o competencia para dar respuesta a la solicitud, o, en su caso, respecto de las modificaciones correspondientes a la respuesta, atendiendo al procedimiento particular respectivo.	
19	Personal del Área responsable	Recibe el acuerdo de resolución respectivo, lleva a cabo el procedimiento específico, atendiendo, a las instrucciones y observaciones emitidas por el Comité de Transparencia.	
20		Elabora proyecto de respuesta, envía a la UT para revisión y en su caso, observaciones y/o recomendaciones.	
21	Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT	Revisa la respuesta, emite, en su caso, recomendaciones u observaciones, envía al área competente para que considere las modificaciones sugeridas, en su caso.	
22	Personal del Área Responsable	Elabora la versión final de la respuesta y la libera a la UT.	Respuesta a la solicitud de acceso a la información
23	Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT	Libera la respuesta al (la) solicitante a través del Sistema electrónico oficial, en su caso, a través del medio solicitado.	

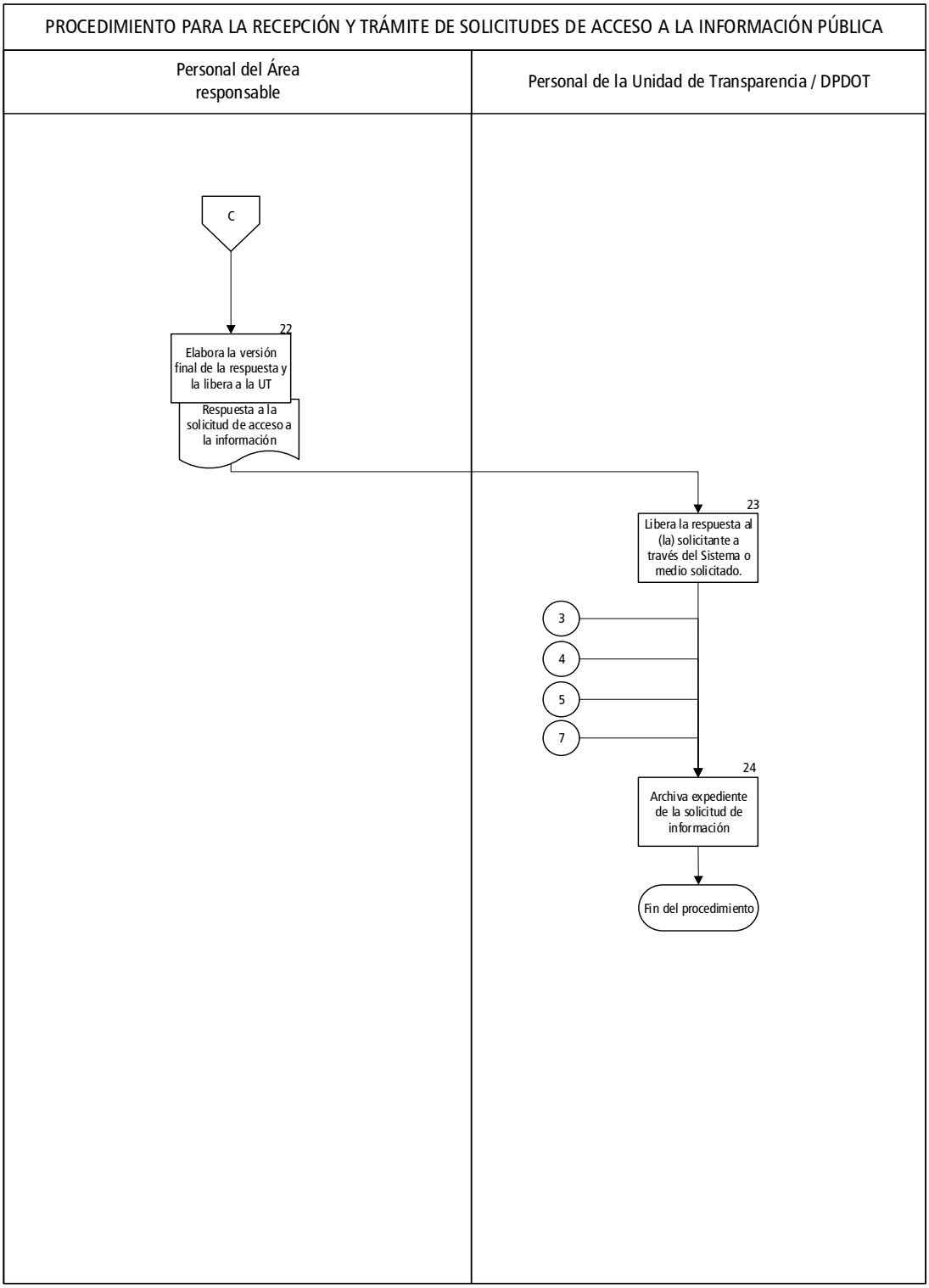
24		Archiva expediente de la solicitud de información.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.




PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT
Personal del Área responsable
A
¿Información solicitada se encuentra disponible?
SI
NO
7
Hará saber al (la) solicitante la fuente, lugar y forma en que puede consultar
Notificación respuesta
5
8
Turna al área competente, que en ejercicio de su función cuenta con información
9
Analiza la solicitud de acceso y determina
¿Es información clasificada?
SI
6
NO
8
10
Elabora respuesta, envía a la UT para revisión, observación y/o recomendación
Proyecto de respuesta
11
Revisa la respuesta, emite recomendación u observación y envía al área competente
12
Elabora la versión final de la respuesta y la libera a la UT
Respuesta solicitud
13
Libera la respuesta al (la) solicitante
7
B


PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
Personal del Área responsable
Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT
Integrantes del Comité de Transparencia
B
6
14
Elabora documento respecto de la información para respuesta
Documento fundado y motivado
15
Remite a la UT determinación, a fin de que tramite fecha para que resuelva
16
Tramita fecha de determinación del área a fin que dicte resolución
17
Analiza contenido de solicitud y el documento y dicta resolución
Resolución
¿El Comité revoca la determinación?
SI
8
NO
18
Emite resolución y la instruye que emita la respuesta atendiendo al procedimiento
Resolución
19
Recibe resolución, lleva a cabo el procedimiento específico
20
Elabora proyecto de respuesta, envía a la UT para revisión
21
Revisa la respuesta, emite recomendación u observación, envía al área competente
C


PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
Personal del Área responsable
Personal de la Unidad de Transparencia / DPDOT
C
22
Elabora la versión final de la respuesta y la libera a la UT
Respuesta a la solicitud de acceso a la información
23
Libera la respuesta al (la) solicitante a través del Sistema o medio solicitado.
3
4
5
7
24
Archiva expediente de la solicitud de información
Fin del procedimiento

7.15.14. PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA EN LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA

Tiempo Promedio: 30 días naturales después del cierre del trimestre

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ana Luisa Vega Rodríguez Coordinadora Operativa de la Unidad de Transparencia (DPDOT) Octubre 2018	**Karla Huerta Hernández Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT) Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Publicar y actualizar en la Plataforma Nacional de Transparencia, en el tiempo y forma establecidos en la normatividad estatal y nacional aplicable vigente, la información generada, adquirida, obtenida, transformada o en posesión de las áreas responsables de los SSCP, en ejercicio de su función pública.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. Plan Estatal de Desarrollo.
4. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
5. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
6. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
7. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla
8. Acuerdo del Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla por el que se designa al Titular de la Unidad de Transparencia y se constituye y conforma el Comité de Transparencia, ambos de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
9. Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
10. Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.
11. Lineamientos para la implementación y operación de la Plataforma Nacional de Transparencia

Políticas de Operación:

Políticas generales para la publicación y actualización de la información

1. Éstas se fundamentan en las disposiciones de las Leyes Generales de Transparencia y de Protección de Datos, Leyes Estatales de Transparencia y de Protección de Datos, en los Lineamientos Técnicos

Generales y en los Lineamientos Generales.

2. La información que se ponga a disposición de los usuarios/as en la PNT deberá de cumplir con los atributos de calidad y accesibilidad establecidos en los numerales Quinto y Sexto de los Lineamientos Técnicos Generales.
3. Deberán disponerse equipos de cómputo con acceso a internet en las Unidades de Transparencia para uso de los particulares a fin de dar cumplimiento a la fracción II del numeral Quinto de los Lineamientos Técnicos Generales.
4. Para que la información clasificada como confidencial pueda ser pública sin el consentimiento expreso de los/las titulares de la misma, debe cumplir con alguna de las causales establecidas en los artículos 120 y 137 de las leyes General y Estatal de Transparencia respectivamente.
5. Aquella información y/o documentos que sean sujetos de ser clasificados parcial o totalmente así como para la elaboración de versiones públicas de la información contenida en las obligaciones de transparencia, por excepción, deberán ser validados por los/las Titulares de las áreas conforme a lo dispuesto en los artículos 7 fracción III y 114 de la Ley Estatal de Transparencia y conforme a lo establecido en los Lineamientos Generales y sometidos a aprobación del Comité de Transparencia de los SSEP.
6. La carga de la prueba para justificar la clasificación total o parcial de información corresponderá a los/las Titulares de las áreas responsables de los SSEP, por lo que deberán fundar y motivar debidamente la clasificación de la información ante una solicitud de acceso o al momento que se generen versiones públicas para dar cumplimiento a obligaciones de transparencia.
7. La información de la PNTdeberá actualizarse por lo menos trimestralmente, salvo que exista en una Ley o en los propios Lineamientos Técnicos Generales una disposición distinta, específica para una fracción.
8. El plazo para actualizar la información es de 30 días naturales siguientes al cierre del periodo

correspondiente.

9. El periodo de actualización y los periodos mínimos que deberá permanecer una información publicada y accesible en el Portal de Transparencia y en la Plataforma Nacional se encuentran especificados en la Tabla de Actualización y Conservación de la Información.
10. La información derivada de una obligación de transparencia debe ser documentada si se refiere a las facultades, competencias y funciones de un área responsable conforme a los ordenamientos jurídicos y administrativos aplicables.
11. La información publicada en la PNTdeberá mantener coherencia en sus contenidos, ser vigente, pertinente, sea presentada bajo la perspectiva de género y atender las necesidades de los/lasusuarios/as.
12. La información de obligaciones de transparencia no es propaganda gubernamental ni electoral, conforme a lo dispuesto en el artículo 67 de la Ley General de Transparencia, por lo que durante los periodos de precampaña, campaña y de procesos electorales deberá permanecer publicada, actualizada y accesible a los usuarios.
13. Las modalidades para la asignación de formatos a las áreas responsables serán las siguientes:
14. El formato **es llenado en su totalidad por un árearesponsable** y, dependiendo del volumen de la información o de la distribución de ésta dentro del área, la información podrá ser capturada en el SIPOT por una o más personas, utilizando la misma clave de la Unidad Administrativa.
15. El formato **es llenadode manera completa** (en todos sus campos) **por más de un área responsable.** El formato se asignará a todas las áreas responsables competentes.
16. El formato es llenado de **manera parcial** (algunos campos) por un área responsable y los **demás campos (o el resto de los campos) por otra u otras** áreas responsables. En este caso, tendrá que existir una coordinación entre las áreas, a efecto de que una

	de ellas concentre y cargue la información en la PNT. 17. La contraseña, asignada por la Unidad de Transparencia a los/las Titulares de las áreas responsables, para acceder a la PNT, cumplirá con las siguientes características: a) No se utilizarán caracteres especiales. b) se iniciará con mayúscula, tendrá por lo menos una minúscula y un número. c) Tendrá una longitud máxima de 8 caracteres. d) Incluirá un máximo de dos números que se localicen entre la 2 y 3 posición el primero y el segundo entre las posiciones 6 y 7. 18. Las contraseñas para el Portal de Transparencia Estatal serán asignadas por el administrador de la Plataforma Estatal y se usaran exclusivamente para generar los hipervínculos a documentos que requieran publicarse.
Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado. Áreas que conforman los SSEP responsables de publicar, actualizar y/o validar la información de las obligaciones de transparencia. Población en general.
Recursos	Calendario de actualización del portal, Tabla de Aplicabilidad, Reporte de Monitoreo al Portal de Transparencia, Memorándum.
Glosario	1. Área responsable. - Son las instancias que cuentan o pueden contar con la información. Tratándose del sector público, son aquellas que se encuentran previstas en el Reglamento Interior, estatuto orgánico respectivo o equivalente, que tienen a su cargo revisar, reportar, actualizar y validar la información que se encuentra publicada en el Portal de Transparencia y en la Plataforma Nacional conforme

a lo dispuesto en la Tabla de Aplicabilidad de los SSEP, la cual se encuentra publicada en el Portal de Transparencia y la Plataforma Nacional.

2. CETGA. - Coordinación Estatal de Transparencia y Gobierno Abierto del Estado de Puebla.
3. Atributos de calidad de la información. -Veraz, confiable, oportuna, congruente, integral, actualizada, accesible, comprensible y verificable.
4. Atributos de accesibilidad de la información. - Disposición de equipos de cómputo con acceso a internet, en las oficinas de la Unidad de Transparencia, para uso de las personas que no tienen acceso a internet que quieran consultar información o utilizar el sistema para el ejercicio de sus derechos de acceso a la información o derechos ARCO.
5. Calidad. - Atributos de la información que se pone a disposición como resultados de políticas públicas en materia de transparencia: veraz, confiable, oportuna, congruente, integral, actualizada, accesible, comprensible y verificable.
6. Accesibilidad. -Atributo que permite facilitar la consulta de la información a las personas que no tienen internet.
7. Clasificación. -el proceso por el cual se determina que la información que posee los SSEP actualiza alguno de los supuestos de reserva o confidencialidad conforme a lo dispuesto en el Título Sexto de la LTAIPEP;

   Enlace. - Administrador del área responsable designado por los/las Titulares de las áreas de los SSEP.
8. ITAIP Puebla. -El Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Puebla.
9. Ley General de Transparencia. - Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
10. Ley General de Protección de Datos. -Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
11. Ley Estatal de Protección de Datos. -Ley de

Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.

12. Ley Estatal de Transparencia. - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
13. PNT. – Plataforma Nacional de Transparencia
14. SIPOT.- Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA EN EL PORTAL ESTATAL DE TRANSPARENCIA Y LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA.

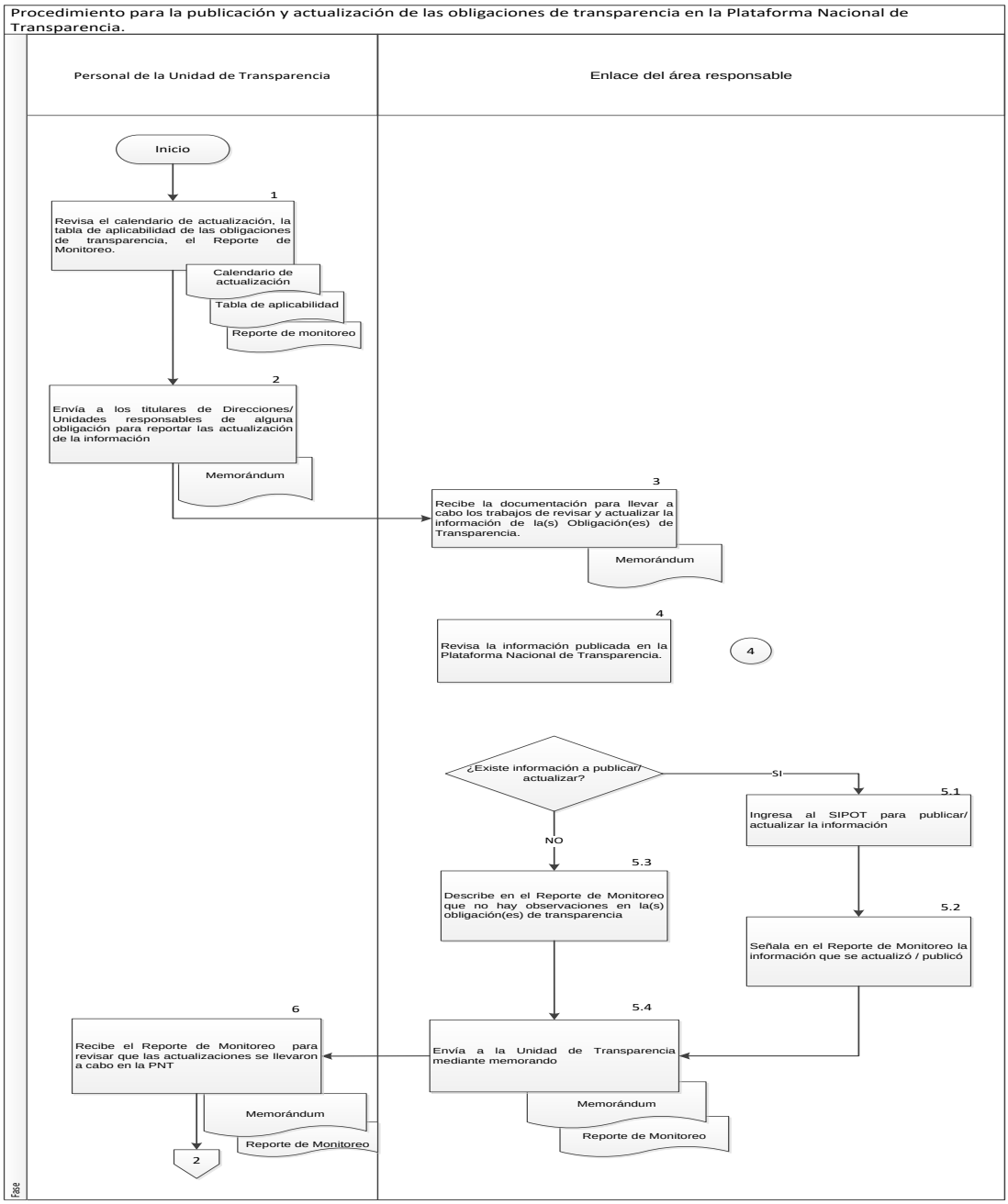
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Unidad de Transparencia	Revisa el calendario de actualización (se realiza una vez al año durante el mes de enero), la Tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia, el Formato de Reporte de Monitoreo.	Calendario de actualización. Tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia Reporte de Monitoreo
2		Envía a los titulares de Dirección/Unidadresponsables de alguna fracción el Calendario, la Tabla de aplicabilidad, el Reporte de Monitoreo, para reportar las actualización de la información de las obligaciones de transparencia, conforme a la	Memorándum

		normatividad vigente.	
3	Enlace del área responsable	Recibe la documentación para llevar a cabo los trabajos de revisar y actualizar la información de las Obligaciones de Transparencia que le compete, conforme a las atribuciones y funciones de su área.	Memorándum
4		Revisa la información publicada en la Plataforma Nacional de Transparencia	Plataforma Nacional de Transparencia
5		¿Existe información a publicar/actualizar en la Plataforma Nacional? 5.1**Si**. - Ingresa al SIPOTpara publicar/actualizar la información de las obligaciones de transparencia que le compete. 5.2. Señala en el Reporte de Monitoreo la información que se actualizó / publicó. Continúa en la actividad 5.4 5.3**No**.- Describe en el Reporte de Monitoreo que no hay observaciones en la(s) obligación(es) de transparencia de su competencia. 5.4. Envía a la Unidad de Transparencia mediante memorando.	Reporte de Monitoreo al Portal de Transparencia Memorándum
6	Personal de la Unidad de Transparencia	Recibe el Reporte de Monitoreopara revisar que las	Memorándum. Reporte de

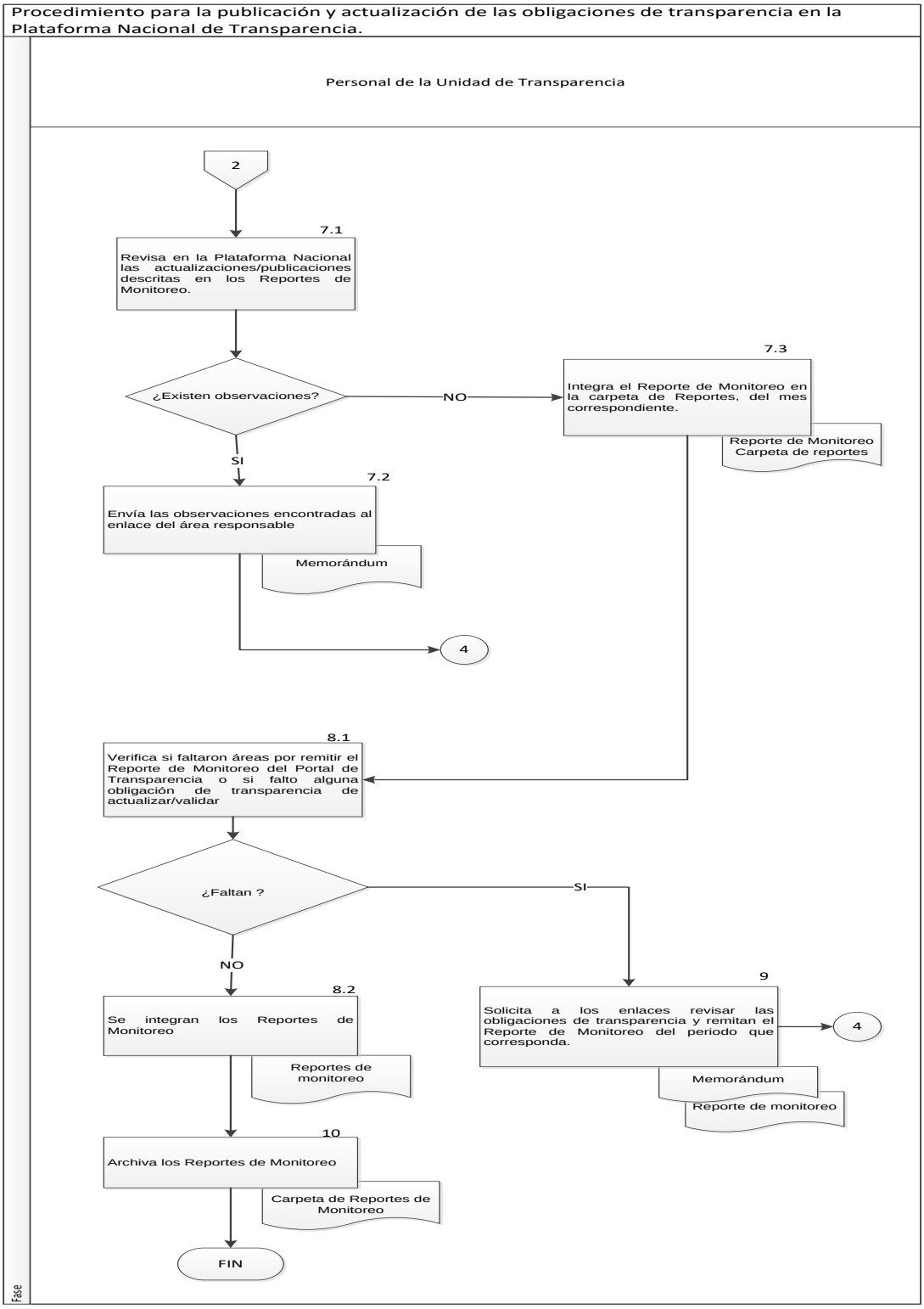
		actualizaciones se llevaron a cabo en la PNT	Monitoreo
7		7.1Revisa en la Plataforma Nacional las actualizaciones/publicaciones descritas en los Reportes de Monitoreo. ¿Existen observaciones? 7.2**Si**. - Envía las observaciones encontradas al enlace del área responsable. Continúa en la actividad 4. 7.3.**No**.- Integra el Reporte de Monitoreo en la carpeta de Reportes, del mes correspondiente. Continúa en la actividad No. 8	Memorándum Reporte de Monitoreo. Plataforma Nacional de Transparencia
8		8.1. Verifica si faltaron áreas responsables por remitir el Reporte de Monitoreo o si falto alguna obligación de transparencia de actualizar/validar. ¿Faltan Reportes de Monitoreo o alguna obligación de transparencia por actualizar/validar? 8.2.**No**.- Se integran los Reportes de Monitoreo. Continúa en la actividad 10. 8.3.**Sí**. - Continúa en la actividad No. 9	Memorando (en caso de aplicar)
9		Solicita a los enlaces de las áreas responsables revisar las obligaciones de transparencia	Memorándum

		que sean de su competencia y remitan el Reporte de Monitoreo del periodoque corresponda. Regresa en la actividad No. 4	
10		Archiva los Reportes de Monitoreo.	Carpeta de Reportes de Monitoreo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA EN EL PORTAL ESTATAL DE TRANSPARENCIA Y LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA.

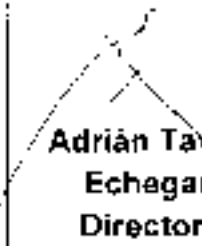


Procedimiento para la publicación y actualización de las obligaciones de transparencia en la Plataforma Nacional de Transparencia.



7.15.15. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES.

Tiempo Promedio: 20 días hábiles en primer plazo y 10 días hábiles en segundo plazo

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ana Luisa Vega Rodríguez Coordinadora Operativa de la Unidad de Transparencia (DPDOT) Octubre 2018	**Karla Huerta Hernández Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia KHH (DPDOT) Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018**

Objetivo	Dar atención y trámite a las solicitudes de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos personales presentadas en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Organismo

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Ley General de Salud. 3. Plan Estatal de Desarrollo. 4. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. 5. Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas. Políticas de Operación: 1. La UT es la ventanilla única para recibir, registrar y dar seguimiento al trámite de toda Solicitud ARCO que se presente. 2. La UT deberá enviar a más tardar en 24 hrs. la solicitud recibida a las Unidades Responsables de atender y dar el trámite correspondiente. 3. Toda solicitud ARCO deberá ser presentada en las oficinas de la UT por el titular o representante legal, cumpliendo con los requisitos establecidos para tal fin.
Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado. Unidades Administrativas de este Organismo responsables de atender las solicitudes que le son asignadas.
Recursos	Formato de Solicitud ARCO, Comprobante de derecho de Acceso a datos personales, Comprobante de derecho de Rectificación de datos personales, Comprobante de derecho de Cancelación de datos personales, Comprobante de derecho de Oposición de datos personales, Acta Circunstancia, Acta de Improcedencia.

Glosario

SSEP. Servicios de Salud de los Estado de Puebla.

Ley. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.

Unidad Responsable. Unidad administrativa encargada de atender las solicitudes asignadas.

Sujeto Obligado. Son el Poder Ejecutivo sus dependencias y entidades, Poder Legislativo y cualquiera de sus órganos, Poder Judicial y cualquiera de sus órganos, Tribunales Administrativos, los ayuntamientos dependencias y entidades, los órganos constitucional o legalmente autónomos y los partidos políticos.

Sistema de Datos Personales (SDP). Todo conjunto organizado de archivos, registros, bases o banco de datos personales de los Sujetos Obligados, cualquiera que sea la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso.

Derechos ARCO. Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición a datos personales.

Solicitud ARCO. Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos Personales.

Titular de los datos. Persona física a quien hacen referencia o pertenecen los datos personales objeto del tratamiento establecido en la Ley.

DPDOT. Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia.

15. Accesibilidad. -Atributo que permite facilitar la consulta de la información a las personas que no tienen internet.
16. Clasificación. -el proceso por el cual se determina que la información que posee los SSEP actualiza alguno de los supuestos de reserva o confidencialidad conforme a lo dispuesto en el Título Sexto de la LTAIPEP;
    Enlace. - Administrador del área responsable designado por los/las Titulares de las áreas de los SSEP.
17. ITAIP Puebla. -El Instituto de Transparencia, Acceso

a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Puebla.

18. Ley General de Transparencia. - Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
19. Ley General de Protección de Datos. -Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
20. Ley Estatal de Protección de Datos. -Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
21. Ley Estatal de Transparencia. - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
		Inicio del Procedimiento	
1	Titular de los datos/Representante legal/Tutor de menor de edad	Presenta una solicitud ARCO en las oficinas de la Unidad de Transparencia, conforme al formato y requisitos establecidos.	Formato de Solicitud ARCO
2	Personal de apoyo de la Unidad de Transparencia/DPDOT	Revisa la solicitud ARCO si cumple con los requisitos establecidos. ¿La solicitud cumple con los requisitos, es precisa y contiene los datos necesarios para localizar la información? SI, continúa en la actividad 4. No, continúa en la actividad 3	

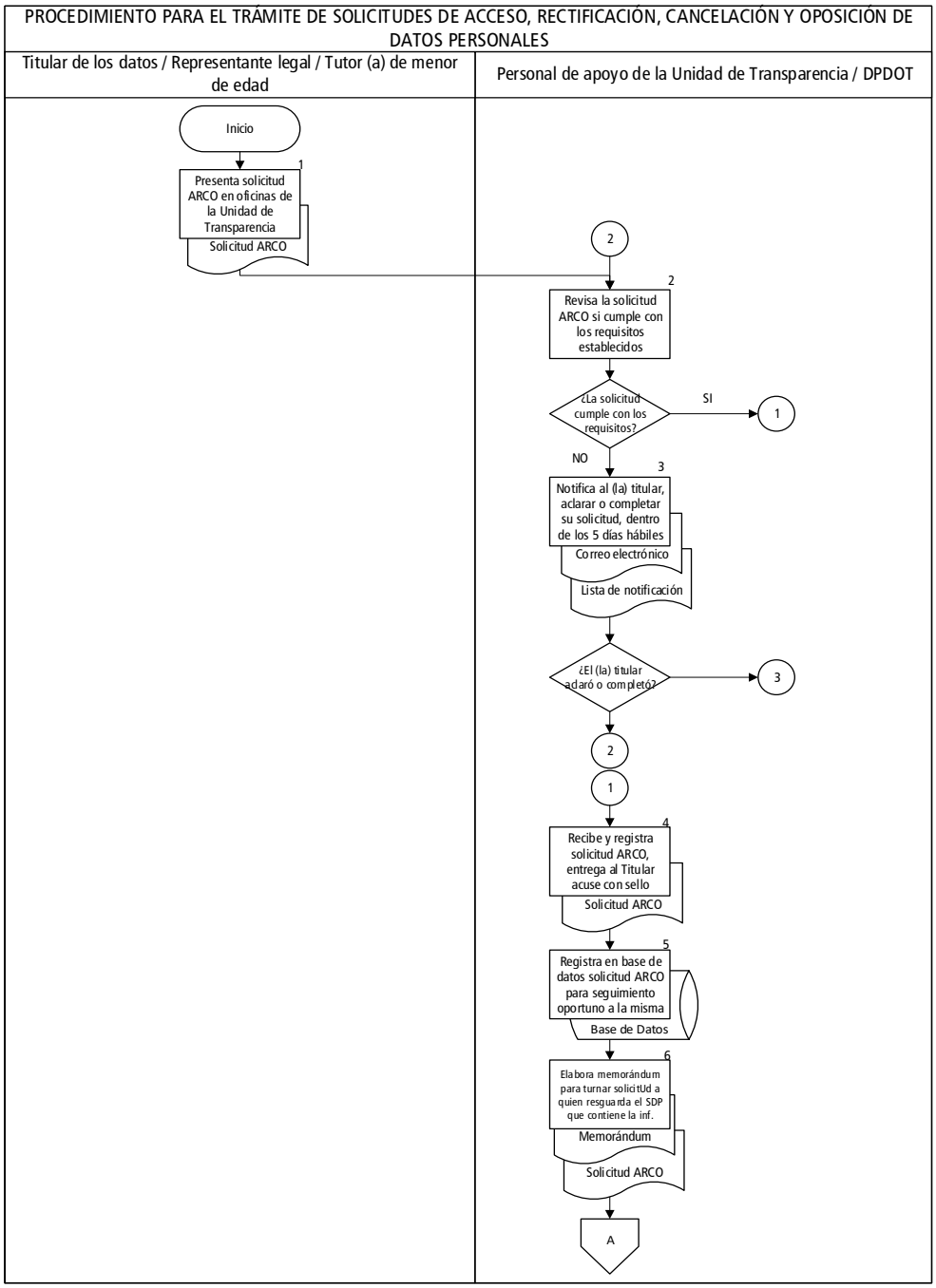
3		Notifica al titular que deberá aclarar o completar su solicitud, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud. ¿El titular aclaró o completó su solicitud en el plazo establecido? NO. Se continúa en la actividad 18. SI. Continúa en la actividad 2.	Correo electrónico/Listas de notificación
4		Recibe y registra la solicitud ARCO, entregando al Titular un acuse de recibido con sello institucional, día y hora de recepción.	Solicitud ARCO sellada
5		Registra en la base de datos la solicitud ARCO para dar un seguimiento oportuno a la misma.	Base de datos
6		Elabora memorándum para turnar la solicitud ARCO, dirigida al Titular de la Unidad Administrativa que tiene a resguardo el SDP que contiene la información requerida.	Memorándum Solicitud ARCO
7		Envía memorándum a la Unidad responsable con el que solicita dar atención a la solicitud ARCO.	Memorándum firmado Solicitud ARCO
8	Unidad Responsable	Recibe la solicitud ARCO y realiza una búsqueda en los Sistemas de Datos Personales que tiene a resguardo como Responsable, para localizar la información requerida en la	Memorándum Solicitud ARCO

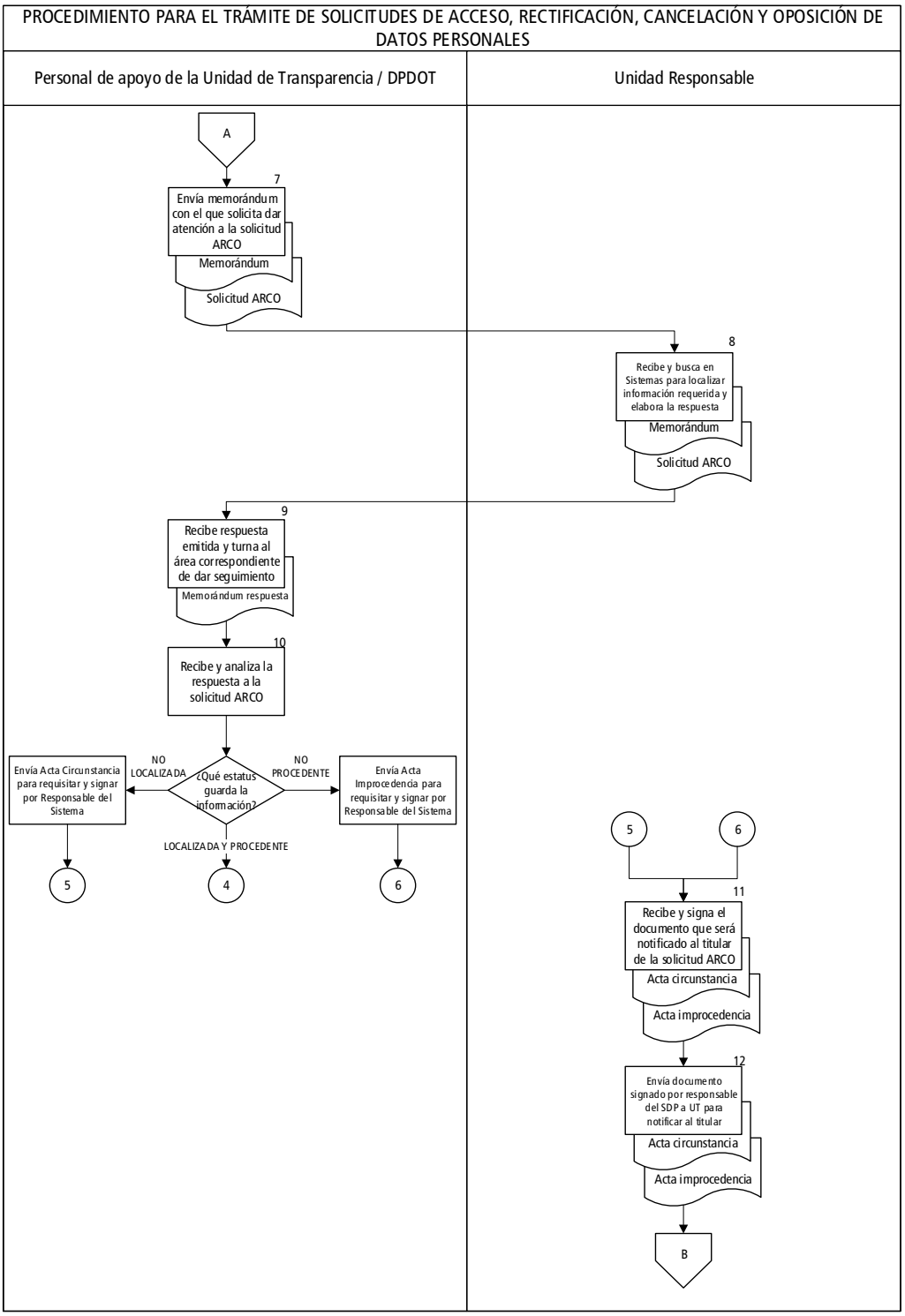
		solicitud ARCO y elabora la respuesta	
9	Personal de apoyo de la Unidad de Transparencia/DPDOT	Recibe la respuesta emitida por la Unidad Responsable y turna al área correspondiente de dar seguimiento	Memorándum de respuesta.
10		10.1 Recibe y analiza la respuesta a la solicitud ARCO. ¿Qué estatus guarda la información solicitada? LOCALIZADA Y PROCEDENTE Continúa en la actividad 14 NO LOCALIZADA 10.2. Envía a la Unidad Responsable del Sistema de Datos Personales el formato de Acta Circunstancia para que sea requisitado y signado por el Responsable del Sistema en donde se realiza la búsqueda de la información solicitada. Continúa en la actividad 11. NO PROCEDENTE 10.3. Envía a la Unidad Responsable del Sistema de Datos Personales el formato de Acta de Improcedencia para que sea requisitado y signado por el Responsable del Sistema. Continúa en la actividad 11.	
11	Unidad Responsable	Recibe y signa el documento que será notificado al titular de la solicitud ARCO.	Acta Circunstancia / Acta de Improcedencia
12		Envía el documento debidamente signado por el responsable del SDP a la Unidad de	Acta Circunstancia / Acta de

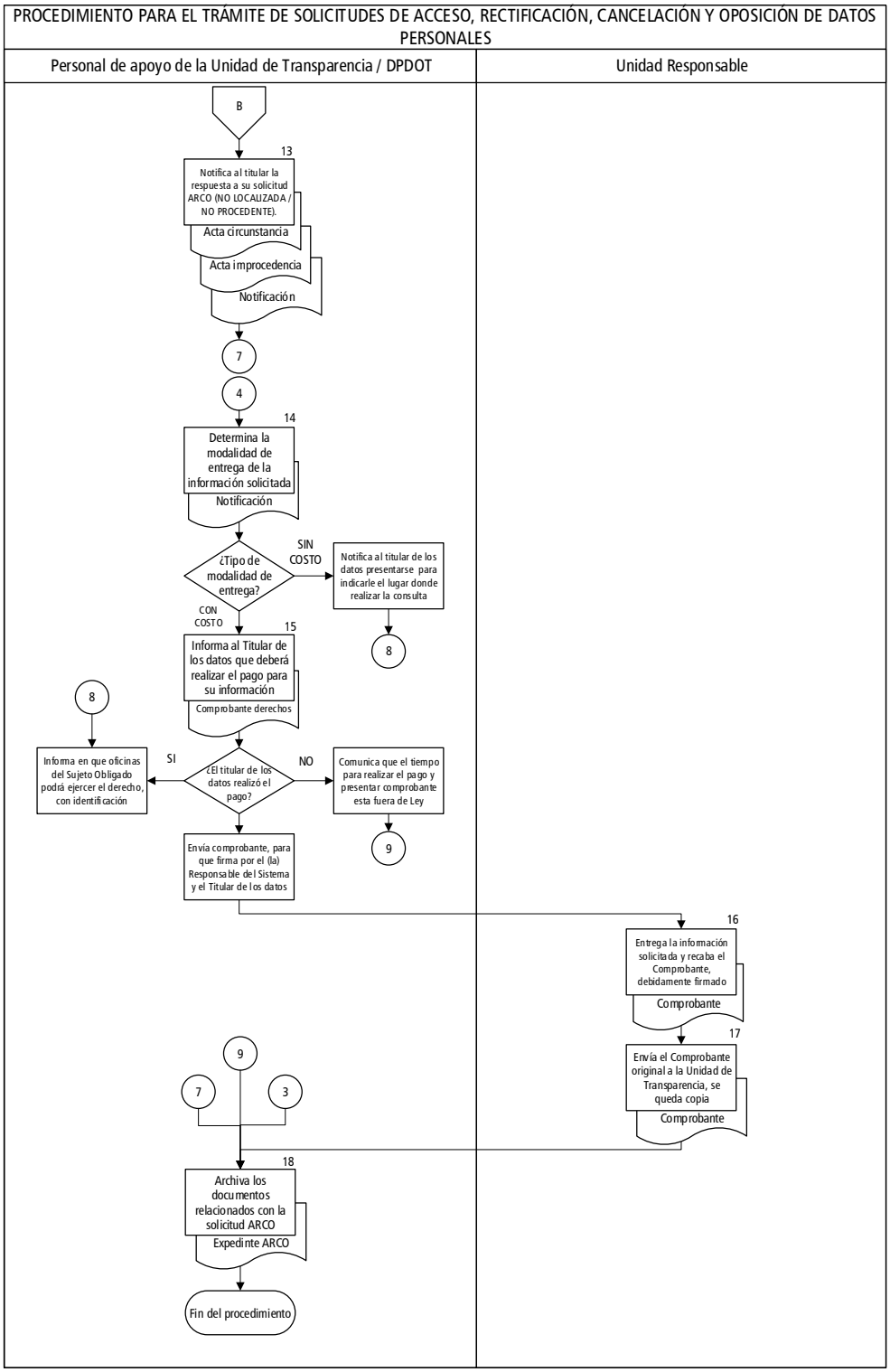
		Transparencia para que sea notificado al titular de los datos.	Improcedencia
13	Personal de apoyo de la Unidad de Transparencia/DPDOT	Notifica al titular la respuesta a su solicitud ARCO (NO LOCALIZADA / NO PROCEDENTE). Continúa en la actividad No. 18	Notificación por: email, domicilio, lista Acta Circunstancia / Acta de Improcedencia
14		14.1. Determina la modalidad de entrega de la información solicitada, de acuerdo a lo descrito en la solicitud ARCO ¿Tipo de modalidad de entrega? **CON COSTO:** 14.2. Informa al Titular de los datos que deberá realizar el pago, en los tiempos establecidos de acuerdo a la Ley, para la entrega de su información y presentar el comprobante de pago en las oficinas de la UT. Continúa en la actividad No. 15 **SIN COSTO:** 14.3. Notifica al titular de los datos que deberá presentarse en las oficinas de la UT para indicarle el lugar donde podrá realizar la consulta de su información. Continúa en la actividad No. 15.2	Notificación por: email, domicilio, lista
15		¿El titular de los datos realizó el pago en los tiempos establecidos en la Ley? SI 15.1. Informa al titular de los datos en que oficinas del Sujeto Obligado podrá ejercer el	Comprobante de derechos ARCO.

		derecho solicitado, presentando los documentos oficiales que lo identifiquen. 15.2. Envía al Titular de la Unidad Responsable el comprobante del derecho a ejercer, para que sea signado por el Responsable del Sistema y el Titular de los datos. Continúa en la actividad 16. NO. 15.3. Comunica al titular de los datos que el tiempo para realizar el pago y presentar el comprobante esta fuera de lo establecido en la Ley. Continúa en la actividad 18.	
16	Unidad Responsable	Entrega la información solicitada y recaba el Comprobante del derecho ejercido, debidamente firmado por el Titular de los datos y el Responsable/Encargado del Sistema de Datos Personales.	Comprobante de derechos ARCO firmado
17		Envía el Comprobante original a la Unidad de Transparencia, quedando a su resguardo una copia del mismo.	Comprobante de derechos ARCO firmado
18	Personal de apoyo de la Unidad de Transparencia/DPDOT	Archiva los documentos relacionados con la solicitud ARCO.	Expediente de la Solicitud ARCO
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES.




PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES
Personal de apoyo de la Unidad de Transparencia / DPDOT
Unidad Responsable
A
7
Envía memorándum con el que solicita dar atención a la solicitud ARCO
Memorándum
Solicitud ARCO
8
Recibe y busca en Sistemas para localizar información requerida y elabora la respuesta
Memorándum
Solicitud ARCO
9
Recibe respuesta emitida y turna al área correspondiente de dar seguimiento
Memorándum respuesta
10
Recibe y analiza la respuesta a la solicitud ARCO
¿Qué estatus guarda la información?
NO LOCALIZADA
NO PROCEDENTE
LOCALIZADA Y PROCEDENTE
Envía Acta Circunstancia para requisitar y signar por Responsable del Sistema
Envía Acta Improcedencia para requisitar y signar por Responsable del Sistema
5
4
6
5
6
11
Recibe y signa el documento que será notificado al titular de la solicitud ARCO
Acta circunstancia
Acta improcedencia
12
Envía documento signado por responsable del SDP a UT para notificar al titular
Acta circunstancia
Acta improcedencia
B


PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES
Personal de apoyo de la Unidad de Transparencia / DPDOT
Unidad Responsable
B
13
Notifica al titular la respuesta a su solicitud ARCO (NO LOCALIZADA / NO PROCEDENTE).
Acta circunstancia
Acta improcedencia
Notificación
7
4
14
Determina la modalidad de entrega de la información solicitada
Notificación
¿Tipo de modalidad de entrega?
SIN COSTO
Notifica al titular de los datos presentarse para indicarle el lugar donde realizar la consulta
8
CON COSTO
15
Informa al Titular de los datos que deberá realizar el pago para su información
Comprobante derechos
8
Informa en que oficinas del Sujeto Obligado podrá ejercer el derecho, con identificación
SI
¿El titular de los datos realizó el pago?
NO
Comunica que el tiempo para realizar el pago y presentar comprobante esta fuera de Ley
9
Envía comprobante, para que firma por el (la) Responsable del Sistema y el Titular de los datos
16
Entrega la información solicitada y recaba el Comprobante, debidamente firmado
Comprobante
17
Envía el Comprobante original a la Unidad de Transparencia, se queda copia
Comprobante
9
7
3
18
Archiva los documentos relacionados con la solicitud ARCO
Expedinte ARCO
Fin del procedimiento

7.15.16. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Tiempo Promedio: 40 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elizabeth Daza Bravo **Coordinadora Operativa de Control Interno** **EDB (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Karla Huerta Hernández** **Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia** **KHH (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Solicitar, revisar y remitir la información concerniente a la orden del día de las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) al Secretario Técnico, con el propósito de realizar en el ámbito de competencia del Auxiliar de Control Interno, las actividades que deriven del mismo y las que le sean delegadas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.

Políticas de Operación:

1. El Comité de Control Interno y Desempeño Institucional debe cumplir con lo establecido en los lineamientos del Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla, así como por este Organismo.

2. De conformidad con el artículo 10 del Acuerdo, el Presidente/a del Comité tendrá las funciones siguientes:
   - Presidir las sesiones.
   - Participar con voz y voto en las sesiones. En caso de empate contará con voto de calidad.
   - Determinar junto con el Secretario Técnico y el Vocal Ejecutivo los asuntos a tratar en las sesiones y cuando corresponda la participación de otros invitados.
   - Poner a consideración de los miembros del COCODI para su aprobación el Orden del Día, someter a consideración y votación de los mismos las propuestas de acuerdos.
   - Vigilar que los acuerdos se cumplan en tiempo y forma.
   - Proponer el calendario de sesiones ordinarias.
   - Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias
   - Autorizar la participación de invitados externos ajenos a la administración pública estatal.
   - Presentar en la sesión del Órgano de Gobierno de las Entidades, los acuerdos aprobados por el COCODI en la sesión inmediata anterior, e informar en las subsecuentes del seguimiento de

los mismos hasta su conclusión.

- Proponer al COCODI la integración de grupos auxiliares de trabajo, que no dupliquen las funciones de los ya existentes, para el análisis detallado de asuntos que si lo ameriten.
- De conformidad con el artículo 11 del Acuerdo y el Comité de Control Interno y Desempeño Institucional de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, el Secretario/a Técnico del Comité tendrá las funciones siguientes:
- Participa con voz dentro de las sesiones del Comité,
- Elaborar la propuesta de orden del día de las sesiones, previa aprobación del Vocal Ejecutivo.
- Notificar las convocatorias a los miembros y en su caso, a los invitados internos o externos.
- Requerir a los auxiliares la concentración de la información y remitirla a los convocados diez días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- Registrar y dar seguimiento a los acuerdos tomados en las sesiones para que se realicen en tiempo y forma por los responsables.
- Elaborar las actas de las sesiones.
- Comunicar al Presidente las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.

3. De conformidad con el artículo 36, fracción IV del Acuerdo, el Titular de la Dependencia designará al Auxiliar de Control Interno cuya función deberá recaer en un/una Jefe/a de Departamento o puesto análogo; el cual tendrá las siguientes facultades:

    1. Realizar la autoevaluación anual.
    2. Evaluar las propuestas de acciones de mejora que se incorporarán al PTCI.
    3. Elaborar la propuesta de Informe Anual.
    4. Elaborar la propuesta del PTCI y da seguimiento permanente al mismo.
    5. Elaborar el proyecto de Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

4. Las actas correspondientes a las Sesiones Ordinarias y Extraordinarias del Comité de Control Interno y Desempeño Institucional, deberán ser sometidas conforme a las responsabilidades de los miembros del COCODI para su revisión a la Dirección de Asuntos Jurídicos de conformidad con el artículo 31, fracción V, del Reglamento Interior de los SSEP “Examinar los anteproyectos de iniciativas y reforma de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, circulares y demás instrumentos jurídicos, que le sean remitidos por las unidades administrativas del Organismo, y en los casos que proceda, proponerlos al Director General”.
5. Las Sesiones Ordinarias del COCODI deberán celebrarse por lo menos 4 veces al año dentro de los 30 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, y con fecha previa a la Junta de Gobierno de los SSEP; las Sesiones Extraordinarias podrán celebrarse las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de los asuntos, lo anterior de conformidad con el artículo 15 del Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla.

Responsables

Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Estado de Puebla y Secretaría de la Contraloría (por conducto del/la Titular del Órgano Interno de Control en el Sector Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de Puebla).

Recursos

Oficio, Memorándum, Correo electrónico, Presentación para la Sesión del COCODI

Glosario

SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
COCODI: Comité de Control y Desempeño Institucional.
PTCI: Programa de Trabajo de Control Interno.
PTAR: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
Acuerdo: Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

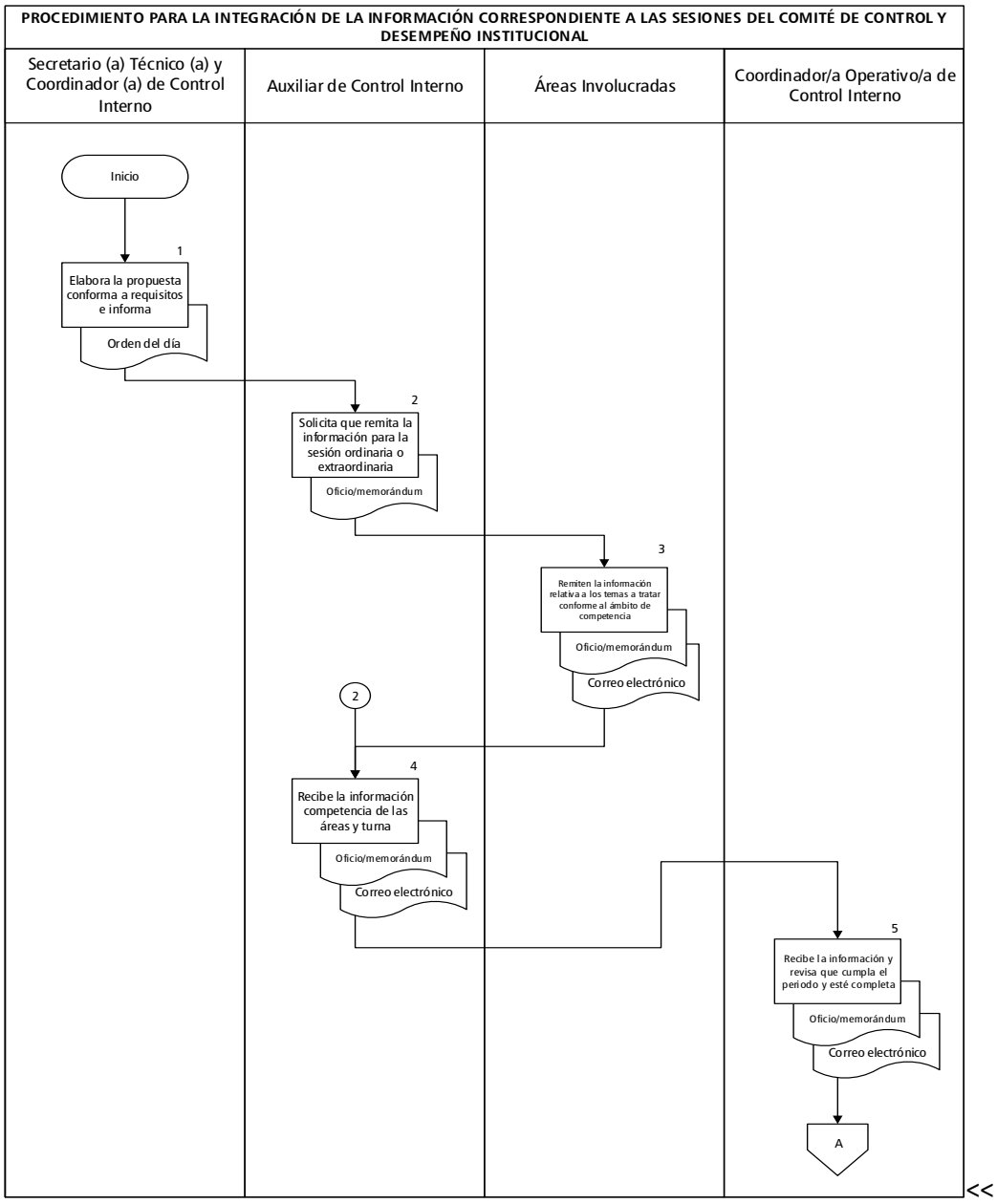
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Secretario/a Técnico/a y Coordinador/a de Control Interno	Elabora la propuesta del orden del día conforme a los requisitos establecidos en los artículos 11, fracciones II y IV, y 20 del Acuerdo, e informa al Auxiliar de Control Interno, cuáles son los temas a tratar en la Sesión correspondiente.	Orden del día.
2	Auxiliar de Control Interno	Solicita a las áreas mediante Oficio y/o Memorándum, que remitan la información correspondiente en medio magnética y/o electrónica, con 15 días de anticipación para la Sesión Ordinaria o con 5 días de anticipación para la Sesión Extraordinaria.	Oficio. Memorándum.
3	Áreas Involucradas	Remite al/la Auxiliar de Control Interno mediante Oficio o Memorándum y/o Correo electrónico, la información relativa a los temas a tratar en la Sesión, conforme al ámbito de	Oficio. Memorándum. Correo

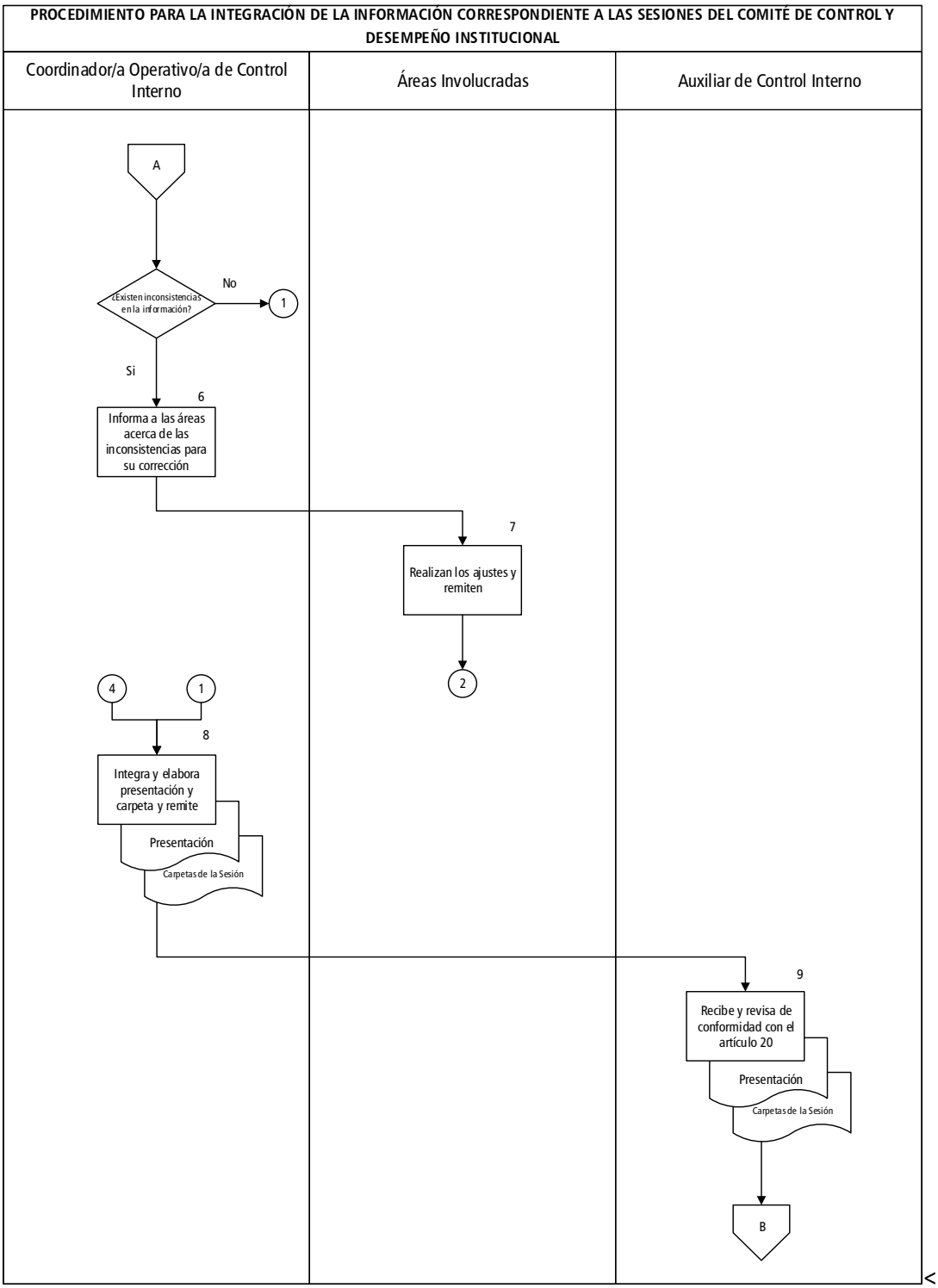
		competencia de conformidad con lo previsto en el artículo 20 del Acuerdo.	electrónico.
4	Auxiliar de Control Interno	Recibe la información competencia de las áreas y turna a la Coordinación Operativa de Control Interno.	Oficio. Memorándum. Correo electrónico.
5	Coordinador/a Operativo/a de Control Interno	Recibe la información competencia de las áreas y revisa que cumpla el periodo requerido y que este completa. ¿Existen inconsistencias en la información? SI: Continua en la actividad No. 6 NO: Continua en la actividad No. 8.	
6		Informa a las áreas correspondientes acerca de las inconsistencias en la información, para su corrección.	
7	Áreas Involucradas	Realizan los ajustes correspondientes y remiten en medio magnético y/o electrónico al Auxiliar de Control Interno del COCODI. Regresa a la actividad No. 4.	
8	Coordinador/a Operativo/a de Control Interno	Integra la información y elabora la presentación en Power Point, para la Sesión, así como la carpeta con la información para las sesiones y remite la presentación y carpetas al Auxiliar de Control Interno para su revisión.	Presentación Carpetas de la Sesión
9	Auxiliar de Control Interno	Recibe y revisa presentación y carpetas de conformidad con el artículo 20 del Acuerdo. ¿La información está completa y	Presentación para la Sesión del COCODI

		correcta? SI: Avanza en la actividad No. 12. No: Continua en la actividad No. 10.	Carpetas de la Sesión
10		Emite las observaciones correspondientes para su corrección.	
11	Coordinador/a Operativo/a de Control Interno	Realiza los ajustes correspondientes y remite al/la Auxiliar de Control Interno, para su revisión nuevamente. Regresa a la actividad No. 8	Presentación para la Sesión del COCODI Carpetas de la Sesión
12	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Remite mediante Memorándum y/o correo electrónico al/la Secretario/a Técnico/a y Coordinador/a de Control Interno la información, revisada y analizada.	Memorándum y/o correo electrónico Presentación Carpetas de la Sesión
13	Secretario/a Técnico/a y Coordinador/a de Control Interno del COCODI	Remite la Convocatoria y las carpetas de la Sesión a los miembros del COCODI, con 10 días de anticipación para la Sesión Ordinaria o con 2 días de anticipación para la Sesión Extraordinaria, de conformidad con los artículos 11, fracción III y 19 del Acuerdo. Nota: Estos plazos deberán de contarse a partir del siguiente día hábil de la notificación de la convocatoria.	Memorándum de convocatoria Carpetas de la Sesión
14	Comité de Control Interno y Desempeño Institucional de la Secretaría de Salud	Celebran la Sesión del COCODI, conforme al calendario de sesiones y convocatoria, y toman los acuerdos pertinentes.	

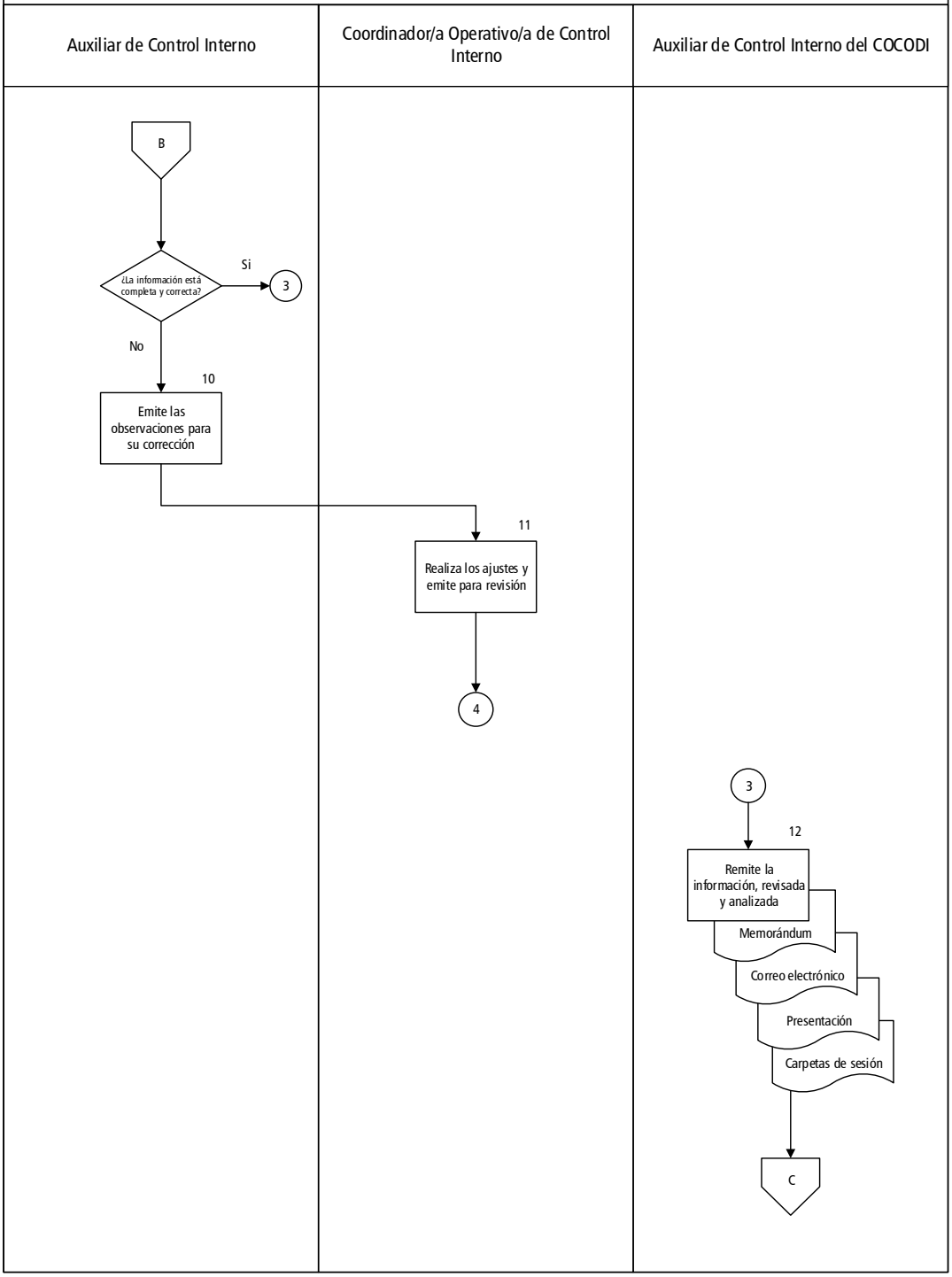
	y de los SSEP.		
15	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Realiza seguimiento a los acuerdos competencia del área y/o nombramiento dentro del Comité.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.



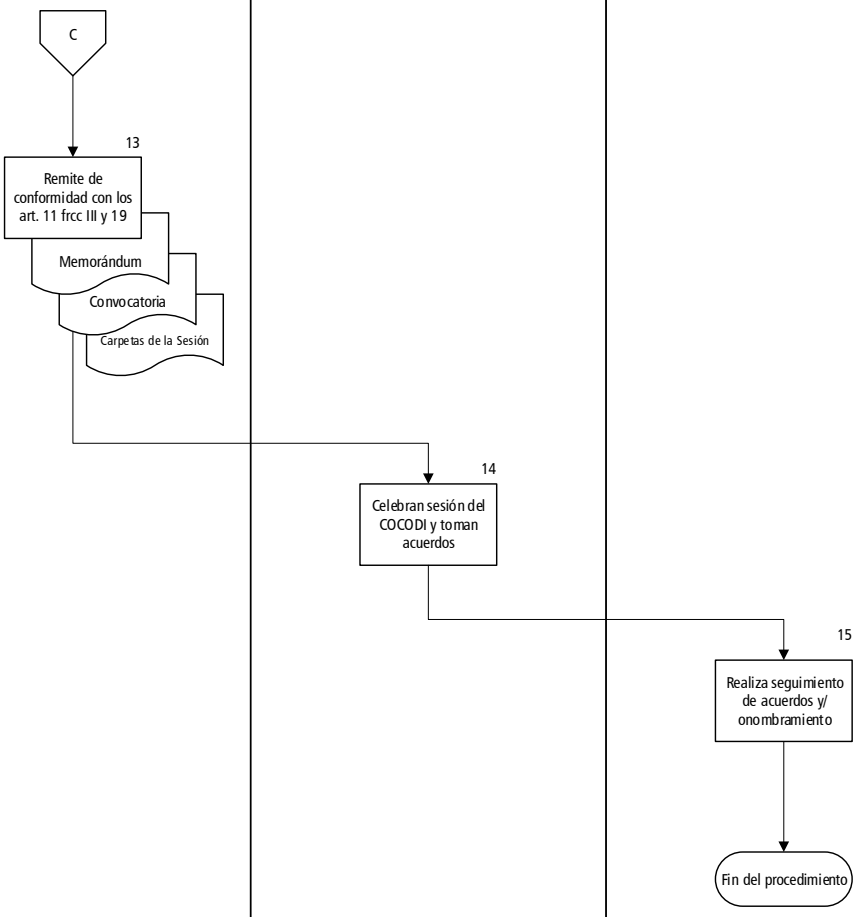

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
Coordinador/a Operativo/a de Control Interno
Áreas Involucradas
Auxiliar de Control Interno
A
¿Existen inconsistencias en la información?
No
1
Si
6
Informa a las áreas acerca de las inconsistencias para su corrección
7
Realizan los ajustes y remiten
2
4
1
8
Integra y elabora presentación y carpeta y remite
Presentación
Carpetas de la Sesión
9
Recibe y revisa de conformidad con el artículo 20
Presentación
Carpetas de la Sesión
B

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Secretario (a) Técnico (a) y Coordinador (a) de Control Interno del COCODI	Comité de Control Interno y Desempeño Institucional de la Secretaría de Salud y de los SSEP.	Auxiliar de Control Interno del COCODI



7.15.17. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

Tiempo Promedio: 200 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elizabeth Daza Bravo **Coordinador/a Operativo/a de Control Interno** **EDB (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Karla Huerta Hernández** **Jefa del Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia** **KHH (DPDOT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Aplicar las encuestas en los tres niveles de responsabilidad de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud del Estado de Puebla para la autoevaluación del Control Interno del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), a fin de determinar las acciones de mejora a incluir en el Programa de Trabajo de Control Interno.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.

Políticas de Operación:

1. El Comité de Control Interno y Desempeño Institucional debe cumplir con lo estipulado en los lineamientos del Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla, así como los establecidos por este Organismo.

2. De conformidad con el artículo 28 del Acuerdo, el Control Interno (CI) se divide en tres niveles de responsabilidad, Estratégico, Directivo y Operativo cuyos propósitos son los siguientes:

   - Estratégico: En este nivel los Titulares y los servidores públicos del segundo orden jerárquico de las Dependencias y Entidades son los responsables de instruir la implementación de controles internos para lograr la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
   - Directivo: En este nivel los servidores públicos del tercer y cuarto orden jerárquico o que dependan directamente del Titular de la Dependencia o Entidad, son los responsables de implementar los controles internos para la operación de procesos y programas se realicen correctamente.
   - Operativo: En este nivel los servidores públicos del quinto orden jerárquico son los responsables de ejecutar las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos contenidos en los controles internos implementados.

   En caso de que la estructura orgánica de las

Dependencias y Entidades no contemple el número de niveles jerárquicos señalados, el Titular determinará el que corresponda para cada nivel de control interno, atendiendo a la naturaleza de las responsabilidades y/o funciones de cada uno de ellos.

3. De conformidad con el artículo 29 del Acuerdo, para el establecimiento y actualización del CI los/las servidores/as públicos/as responsables, deberán observar las siguientes Normas de Control Interno:

   - Ambiente de Control
   - Administración de Riesgos
   - Actividades de Control
   - Información y Comunicación
   - Supervisión y Mejora Continua

4. De conformidad con el artículo 40 del Acuerdo, la autoevaluación por nivel de responsabilidad de CI se realizará mediante la aplicación de encuestas que para tal efecto la Contraloría, por conducto del Coordinador de Control Interno, determinará y comunicará por escrito o a través de medios electrónicos a más tardar el treinta de septiembre de cada año.

5. De conformidad con el artículo 41 del Acuerdo, el Auxiliar de Control Interno aplicará las encuestas en los tres niveles de responsabilidad.

6. De conformidad con el artículo 42 del Acuerdo, los servidores públicos en el ámbito de su competencia serán responsables de conservar la evidencia documental y/o electrónica suficiente, relevante y pertinente que acredite las afirmaciones efectuadas en la encuesta, así como resguardarla y tenerla a disposición de los órganos fiscalizadores.

	➢ De conformidad con el artículo 43 del Acuerdo, las acciones de mejora que se incluyan en las encuestas consolidadas y en el PTCI, se implementarán en un plazo máximo de seis meses.
Responsables	Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Estado de Puebla y Secretaría de la Contraloría (por conducto del Titular del Órgano Interno de Control en el Sector Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla).
Recursos	Acuerdo y/o Convenio, Anexos de Acuerdo y/o Convenio, Oficio, Memorándum Circular
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. DPP: Dirección de Planeación y Programación. DPDOT: Departamento de Programación, Desarrollo Organizacional y Transparencia. COCODI: Comité de Control y Desempeño Institucional. SC: Secretaría de la Contraloría. Acuerdo: Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Puebla. PTCI: Programa de Trabajo de Control Interno. Autoevaluación de Control Interno: Encuestas para la autoevaluación de Control Interno.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento

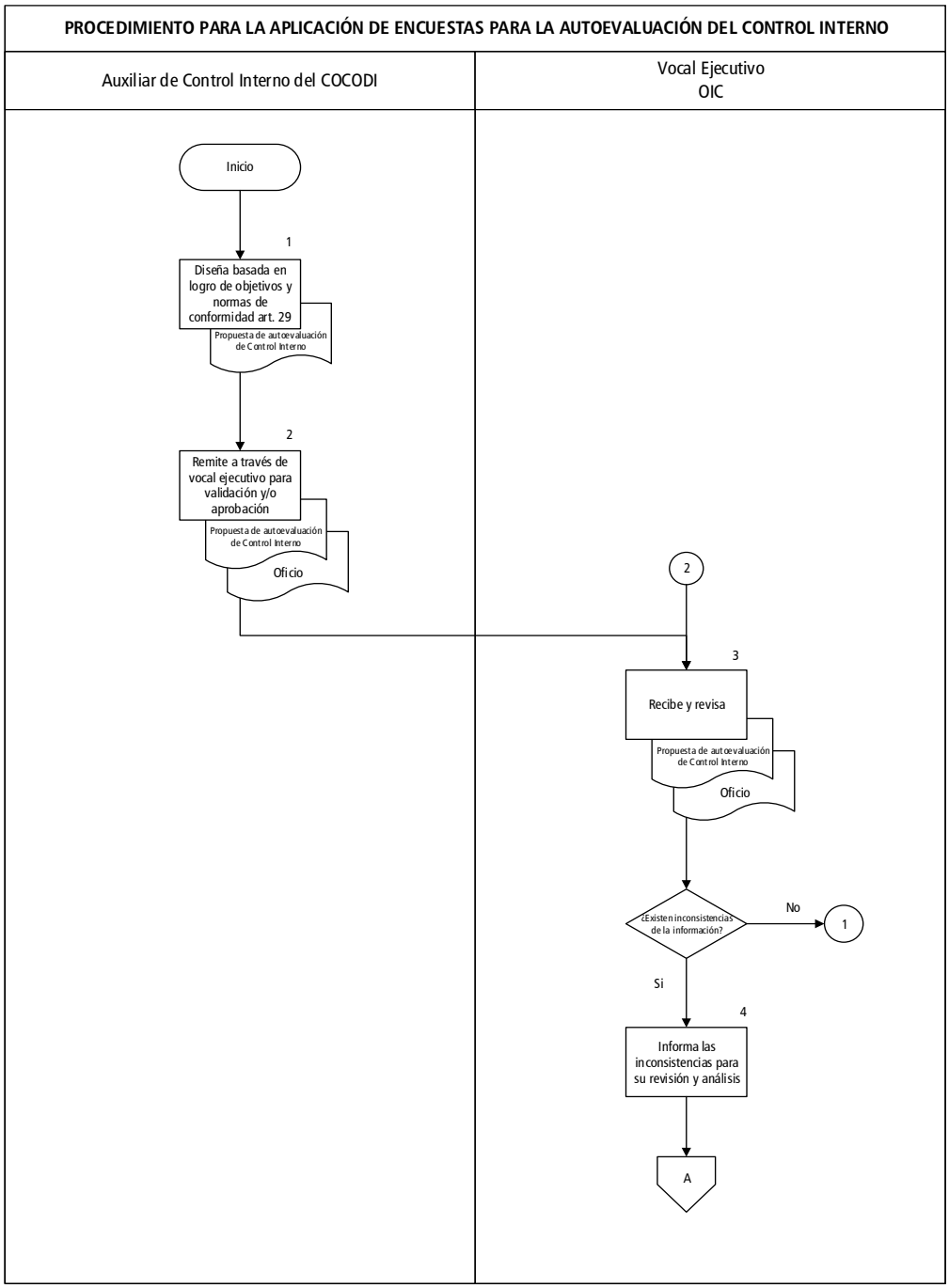
Inicio del Procedimiento			
1	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Diseña la propuesta de Autoevaluación de Control Interno, misma que deberá basarse en el logro de objetivos Institucionales, así como contener las Normas de Control Interno, de conformidad con el artículo 29 del Acuerdo.	Propuesta de autoevaluación de Control Interno
2	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Remite mediante Oficio a la Secretaría de la Contraloría, a través del/de la Vocal Ejecutivo, la propuesta de Autoevaluación de Control Interno para su validación y en su caso aprobación.	Propuesta de autoevaluación de Control Interno Oficio
3	Vocal Ejecutivo OIC	Recibe y revisa la propuesta de Autoevaluación de Control Interno. ¿Existen inconsistencias de la información? Si: Continua en la actividad No. 4. No: Avanza a la actividad No. 6.	Propuesta de autoevaluación de Control Interno Oficio
4		Informa al Auxiliar de Control Interno, las inconsistencias en la propuesta de Autoevaluación de Control Interno, para su análisis, revisión y corrección.	
5	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Realiza las modificaciones necesarias a la propuesta de Autoevaluación de Control Interno y remite al (a la) Vocal Ejecutivo. Continúa en la actividad No. 3.	
6	Vocal Ejecutivo OIC	Remite mediante Oficio al Auxiliar de Control Interno, la aprobación de la Autoevaluación de Control Interno, para su aplicación a los tres niveles de	Oficio

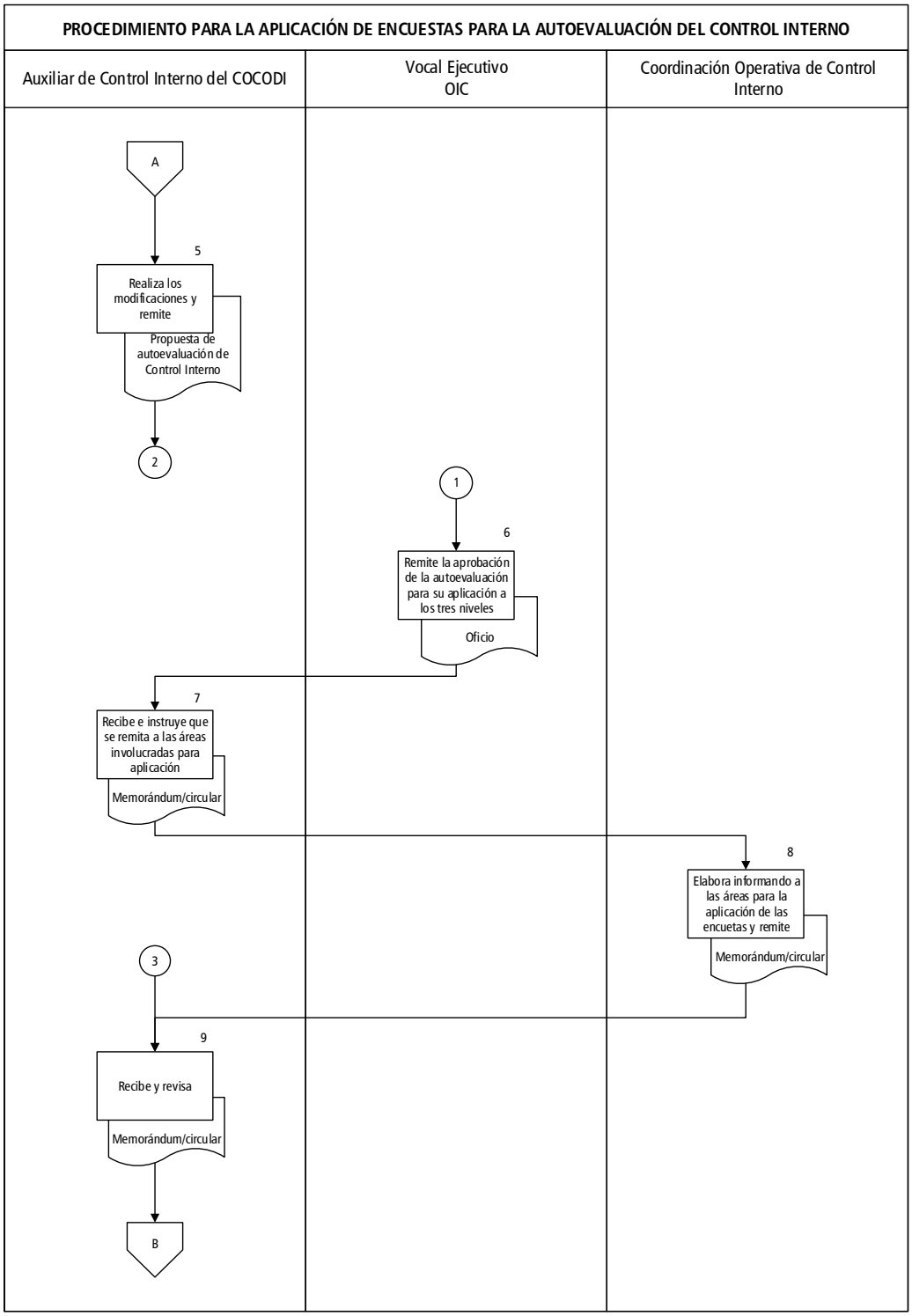
		responsabilidad.	
7	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Recibe la aprobación de la Autoevaluación de Control Interno e instruye a la COC que se remita a las áreas involucradas la dirección electrónica para la aplicación de la misma.	Memorándum Circular
8	Coordinador/a Operativo/a de Control Interno	Elabora el Memorándum circular informando a las áreas la dirección electrónica para la aplicación de las encuestas y remite al/a la Auxiliar de Control Interno del COCODI para su revisión.	Memorándum Circular
9	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Recibe y revisa la propuesta del Memorándum Circular. ¿La información es correcta? Si: Continua en la actividad No. 12. No: Avanza a la actividad No. 10.	Memorándum Circular
10		Emite las observaciones correspondientes a la propuesta del Memorándum Circular y turna a la Coordinación Operativa de Control Interno para su corrección.	Memorándum Circular
11	Coordinación Operativa de Control Interno	Realiza los ajustes necesarios a la propuesta del Memorándum Circular y remite al Auxiliar de Control Interno del COCODI. Regresa a la actividad No. 9.	Memorándum Circular
12	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Remite Memorándum Circular a las áreas involucradas conforme a los tres niveles de responsabilidad de conformidad con el artículo 28 del Acuerdo. Nota: Se debe de considerar que la	Memorándum Circular

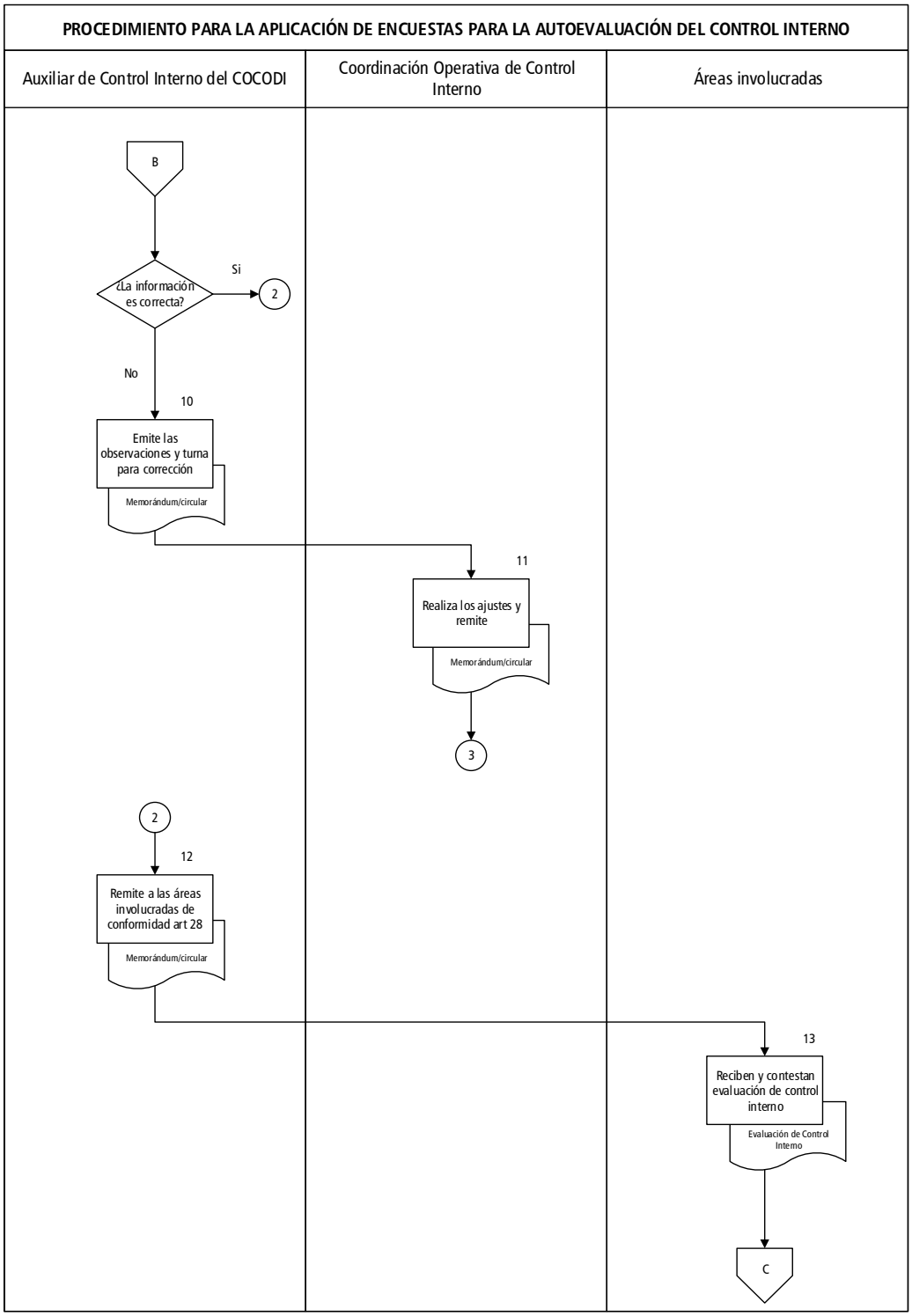
		fecha máxima para la aplicación de las encuestas es el 30 de septiembre de cada año, de conformidad con el artículo 40 del Acuerdo.	
13	Áreas involucradas	Reciben y contestan la Autoevaluación de Control Interno conforme a los tres niveles de responsabilidad. Nota: Las áreas involucradas serán las responsables de conservar la evidencia documental y/o electrónica suficiente, relevante y pertinente que acredite las afirmaciones efectuadas en la encuesta, así como resguardarla y tenerla a disposición de los Órganos Fiscalizadores, de conformidad con el artículo 42 del Acuerdo.	Autoevaluación de Control Interno
14	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Concentra conjuntamente con la Coordinación Operativa de Control Interno las respuestas obtenidas en la Autoevaluación de Control Interno, para su análisis y detención de acciones de mejora, con fundamento en el artículo 41 del Acuerdo.	Autoevaluación de Control Interno
15	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Elabora conjuntamente con la Coordinación Operativa de Control Interno el Programa de Trabajo de Control Interno, con la información recabada en la Autoevaluación de Control Interno, el cual deberá contener, las acciones de mejora, fechas compromiso, actividades y fechas específicas de inicio y de término, responsables directos de su implementación, medios de verificación y los resultados esperados, y en caso de ser	Programa de Trabajo de Control Interno

		procedentes las recomendaciones de otros órganos evaluadores, de acuerdo al tipo de riesgo y a su impacto.	
16	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Presenta el Programa de Trabajo de Control Interno, para su aprobación en la Cuarta Sesión Ordinaria del Comité, conforme al artículo 45 del Acuerdo.	Programa de Trabajo de Control Interno
17	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Da seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora establecidas en el Programa de Trabajo de Control Interno, para lo cual se apoyará en la Coordinación Operativa de Control Interno.	Avances al Programa de Trabajo de Control Interno
18	Auxiliar de Control Interno del COCODI	Presenta avances trimestrales del Programa de Trabajo de Control Interno en las sesiones del Comité.	Avances al Programa de Trabajo de Control Interno
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO.

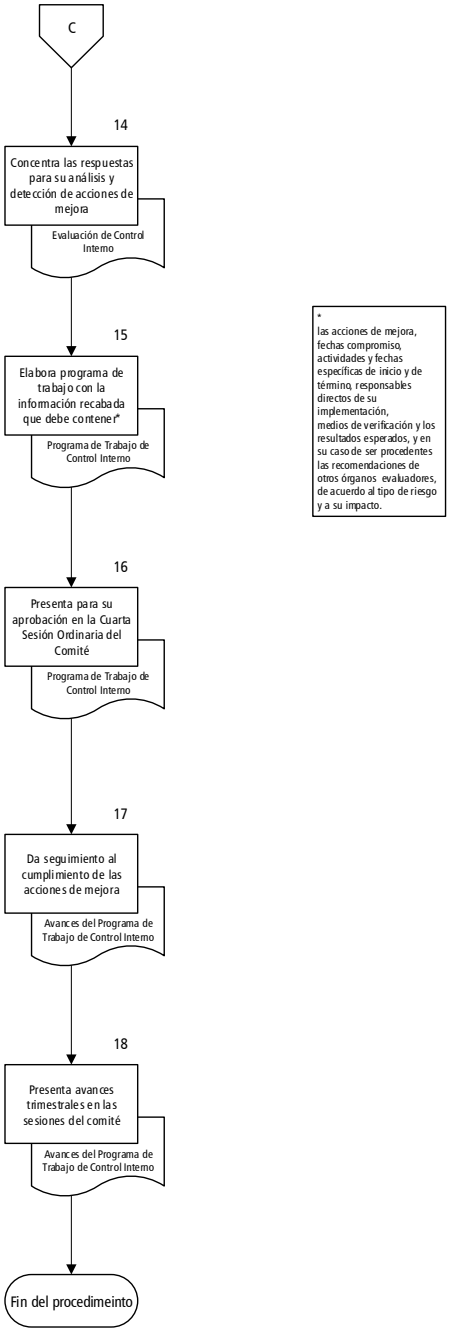



PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO
Auxiliar de Control Interno del COCODI
Vocal Ejecutivo OIC
Coordinación Operativa de Control Interno
A
5
Realiza los modificaciones y remite
Propuesta de autoevaluación de Control Interno
2
1
6
Remite la aprobación de la autoevaluación para su aplicación a los tres niveles
Oficio
7
Recibe e instruye que se remita a las áreas involucradas para aplicación
Memorándum/circular
8
Elabora informando a las áreas para la aplicación de las encuetas y remite
Memorándum/circular
3
9
Recibe y revisa
Memorándum/circular
B


PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO
Auxiliar de Control Interno del COCODI
Coordinación Operativa de Control Interno
Áreas involucradas
B
¿La información es correcta?
Si
2
No
10
Emite las observaciones y turna para corrección
Memorándum/circular
11
Realiza los ajustes y remite
Memorándum/circular
3
2
12
Remite a las áreas involucradas de conformidad art 28
Memorándum/circular
13
Reciben y contestan evaluación de control interno
Evaluación de Control Interno
C

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

Auxiliar de Control Interno del COCODI



7.15.18. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RED DE VOZ Y DATOS

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alma Claudia Ayala Sánchez **Coordinadora Operativa de Telecomunicaciones** **ACAS (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Atender de manera funcional y adecuada el servicio de voz y datos solicitado.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Procedimiento de Administración de Red de Datos y Voz. Políticas de Operación: 1. Todo servicio de voz y datos solicitado deberá estar sustentado con un memorando/oficio y/o llamada telefónica de solicitud.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica a las unidades administrativas y hospitalarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que soliciten servicios de voz y datos.
Recursos	Ticket de servicio, Procedimiento de Administración de Red de Datos y Voz, Ticket Cerrado, Memorando/Oficio de Atención.
Glosario	DTIyT.- Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.

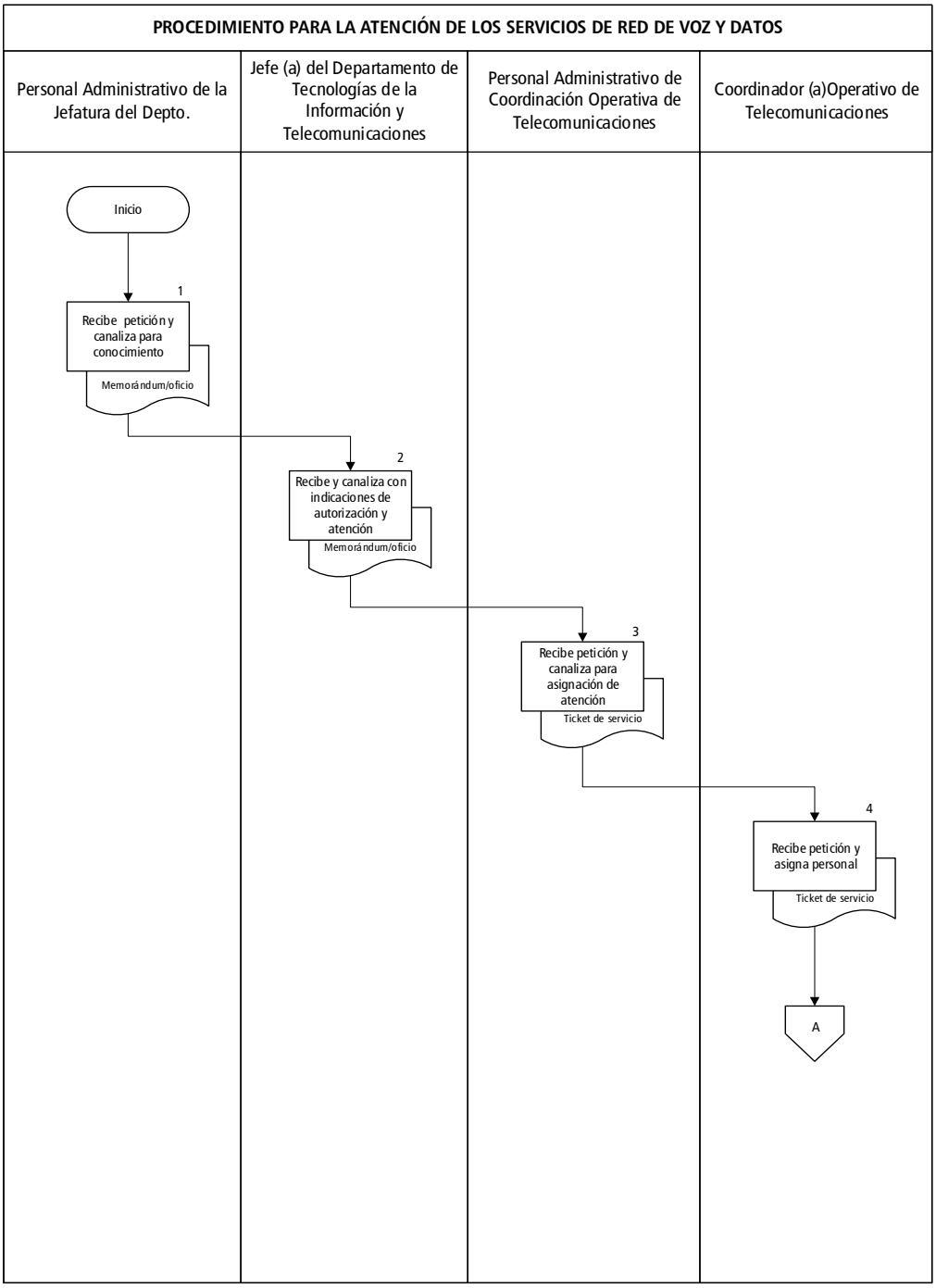
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RED DE VOZ Y DATOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal Administrativo de la Jefatura del Depto.	Recibe petición de usuario/aa través de memorándum, oficio o llamada telefónica y la canaliza al Jefe/a del DTIyT para conocimiento.	Memorándum/ Oficio

2	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Recibe y canaliza para su registro al Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones con indicaciones de autorización y atención.	Memorándum/ Oficio
3	Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Recibe petición y canaliza a Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones para asignación de atención. **Nota:** Si la petición se generó vía telefónica, levanta ticket y canaliza para su atención.	Ticket de servicio
4	Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones	Recibe petición y analiza el servicio y asigna a personal de Soporte en Telecomunicaciones	
5	Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Recibe el ticket asignado: ¿La petición es de red de datos? Si: continúa en el Procedimiento de Administración de Red de Voz y Datos. Y continúa en actividad 5. No: Fin de procedimiento	
6	Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Solicita a usuario/a valide servicio, cierra ticket y canaliza a Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones para conclusión del servicio vía memorando/ oficio.	Ticket Memorándum/oficio
7	Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Genera memorando/oficio de atención concluida y entrega a Personal Administrativo de la Jefatura del DTIyT para firma procedente del Jefe/a del DTIyTy	Memorando/Oficio

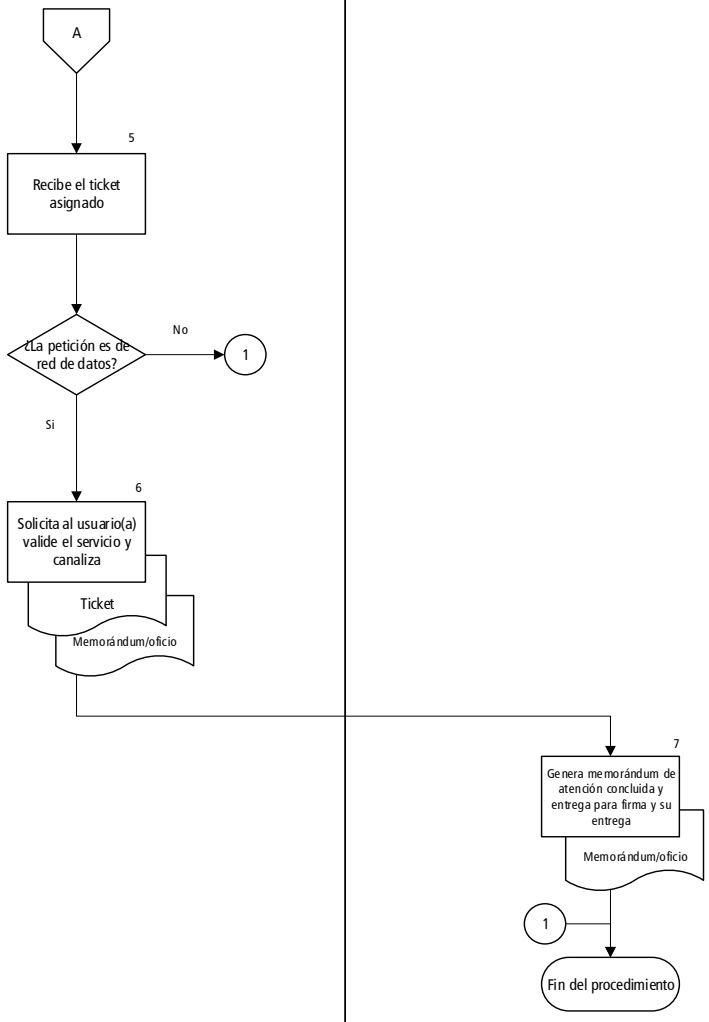
		su entrega correspondiente al área.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RED DE VOZ Y DATOS.



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RED DE VOZ Y DATOS

Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones



7.15.19. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES.

Tiempo Promedio: 3 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alma Claudia Ayala Sánchez **Coordinadora Operativa de Telecomunicaciones** **ACAS (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Optimizar a través de la administración de los servicios de voz y datos el correcto funcionamiento y operatividad de las telecomunicaciones de los SSEP, para asegurar y mantener la continuidad los servicios.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Procedimiento para la Atención de los Servicios de Red de Voz y Datos. Políticas de Operación: 1. Niveles de acceso a internet: 2. Todos los usuarios/as: Perfil por default para todos los usuarios/as para el acceso a internet, en el cual se restringe el acceso a muchas categorías y puertos no necesarios para la realización de las actividades. 3. Intermedio: Perfil en el cual se provee un acceso menos restringido; por ejemplo, utilización de Skype. 4. VIP: Perfil de acceso irrestricto a internet, en el cual se permite tráfico hacia cualquier sitio de internet. 5. Derechos de Usuario/a: ➢ N1.- Llamadas internas. ➢ N2.- Llamadas Locales. ➢ N3.- Llamadas internas, locales y larga distancia. ➢ N4.- Llamadas internas, locales, larga distancia y celular. ➢ N5.- Llamadas internas, locales, larga distancia, celular e Internacionales.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica unidades que integran las Oficinas Centrales de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que cuenten con servicios de voz y datos.
Recursos	Nombre, Ticket, Memorando/Oficio.
Glosario	RED: Conjunto de computadoras interconectadas que comparten información, recursos y servicios. Puede a su vez dividirse en diversas categorías, según su alcance (red de área local o LAN, red de área metropolitana o MAN, red de área amplia o WAN, etc.), su método de conexión (por cable coaxial, fibra óptica, radio, microondas, infrarrojos) o

su relación funcional (cliente-servidor, persona a persona), entre otras.
Dirección TCP/IP: Dirección de red única que identifica a un equipo de cómputo en alguno de los rangos disponibles, compuesta por 4 octetos de 8 bits; ejemplo: 10.26.1.1.
MAC Address: Dirección física de la tarjeta de red que la identifica en una LAN.
Dispositivo Fortigate: Hardware en el que se configura el nivel de acceso para el servicio de internet
Conmutador: dispositivo que actúa como una ramificación de la red primaria pública de teléfonos, por lo que los usuarios/as no se comunican directamente al exterior mediante líneas telefónicas convencionales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES.

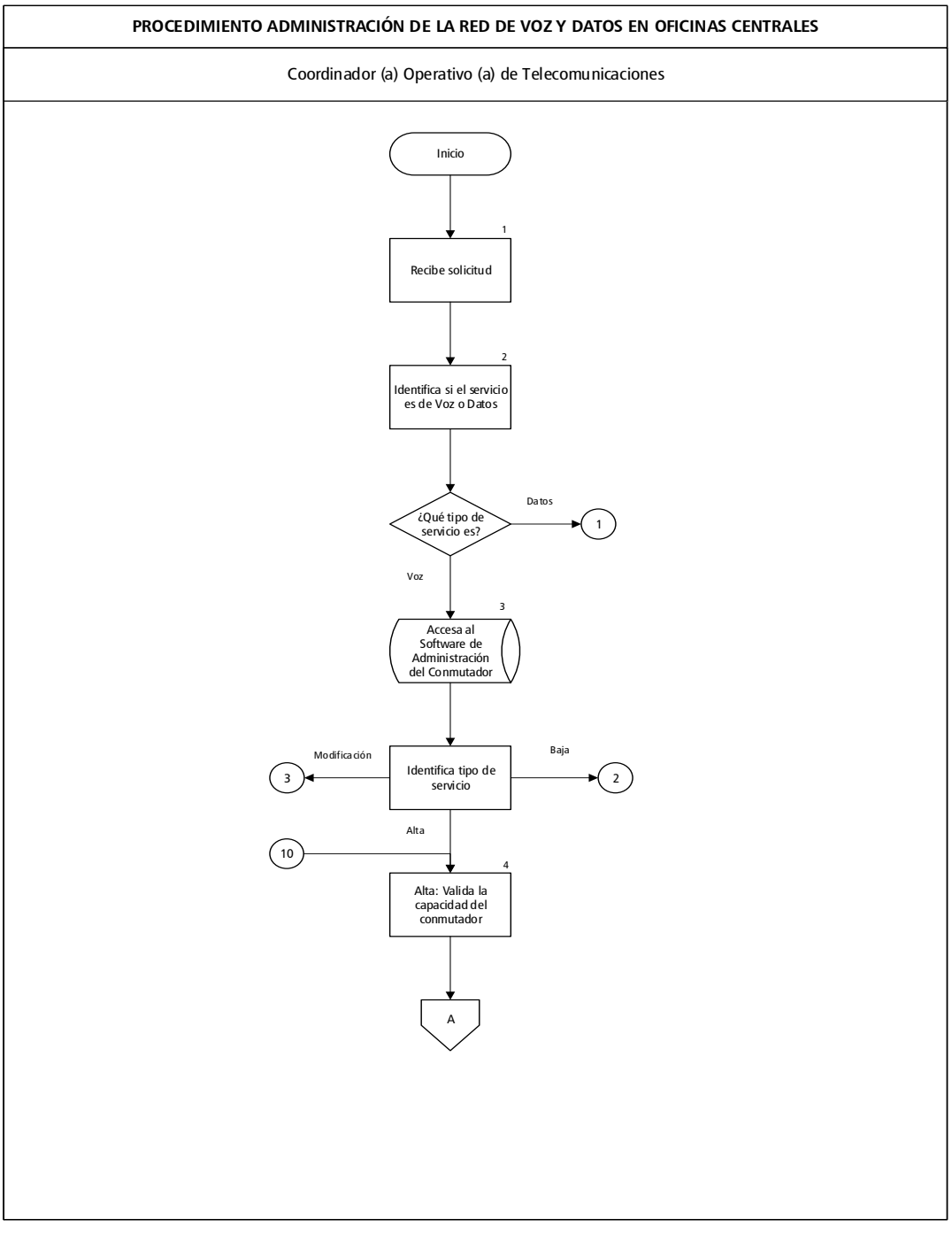
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones	Recibe solicitud generada en Procedimiento para la Atención de los Servicios de Red de Voz y Datos	
2		Identifica si el servicio solicitado es de Voz o Datos ¿Qué tipo de servicio es? El servicio es de voz, continúa en el paso 3 El servicio es de datos, continúa en el paso 11	Ticket
3		Accesa al Software de Administración del Conmutador Identifica tipo de servicio	

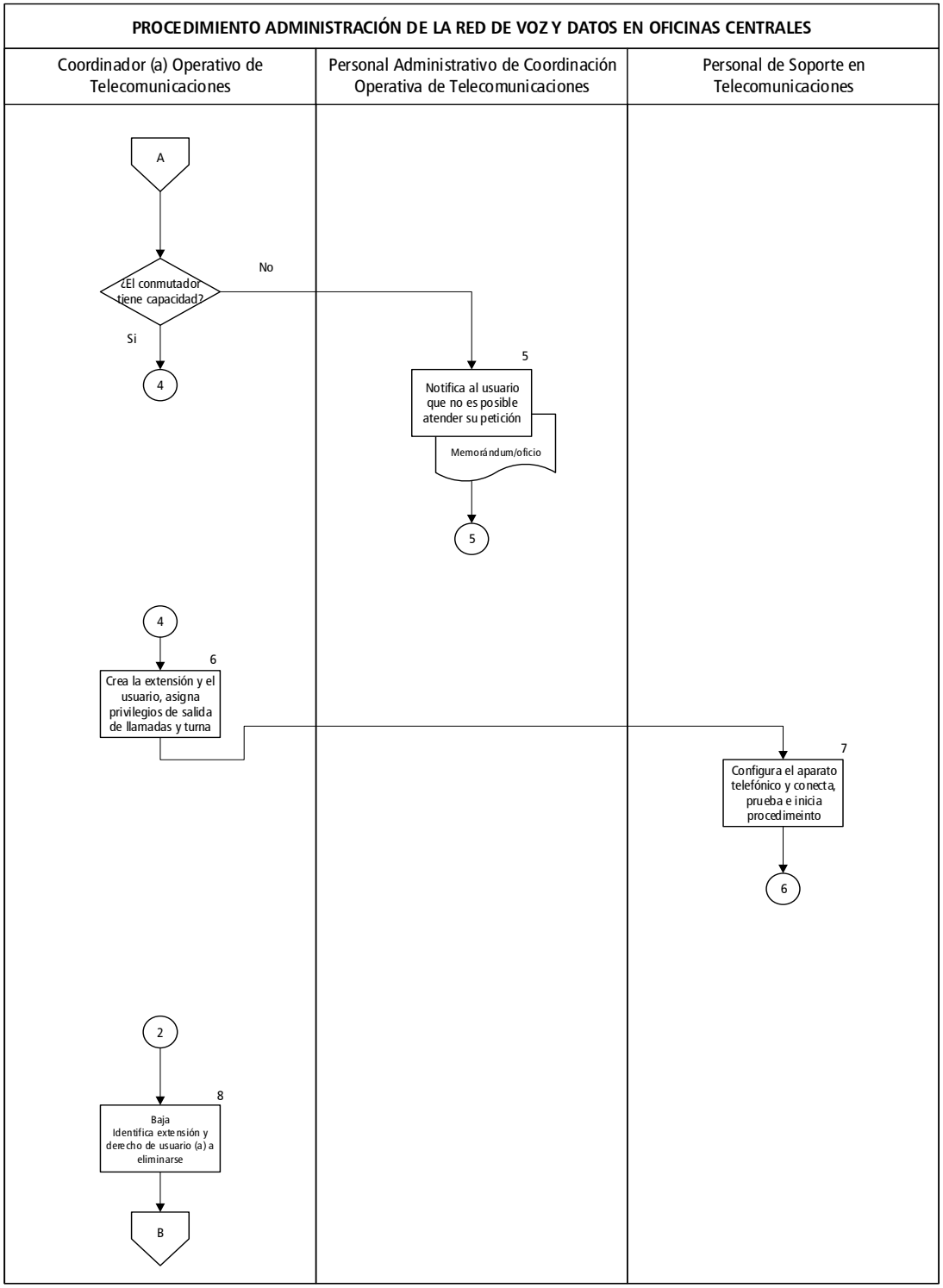
		➢ El servicio es una Alta, continúa en la actividad 4 ➢ El servicio es una Baja, continúa en la actividad 8 ➢ El servicio es una Modificación, continúa en la actividad 9	
4		Alta: Valida la capacidad del conmutador ¿El conmutador tiene capacidad? Si, continúa en el paso 6 No, turna a Personal Administrativo de Coordinación operativa de Telecomunicaciones y continúa en el paso 5	
5	Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Notifica al usuario/a por escrito que no es posible atender su petición. **Fin del procedimiento**	Memorando/Oficio
6	Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones	Crea la extensión y usuario. Asigna privilegios de salida de llamadas y turna a Personal de Soporte en Telecomunicaciones para la instalación.	
7	Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Configura el aparato telefónico y acude al área a conectarlo, prueba servicio e inicia con Procedimiento para la Atención de los Servicios de Red de Voz y Datos y continúa con el paso 10.	
8	Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones	Baja: Identifica extensión, usuario/a y derecho de usuario/aa eliminarse y continúa con la actividad 10	

9		Modificación: Identificar extensión y aplica en su caso: Cambios a datos y derechos de usuario/a.	
10	Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Notificar al usuario/a vía memorándum que está realizado su servicio **Fin del procedimiento**	Memorando/Oficio
11	Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones	Si es Administración de Datos: Accesa al Firewall y verifica que tipo de servicio es. ¿Qué tipo de servicio es? El servicio es un Alta, continúa en la actividad 12 El servicio es una Baja, continúa en la actividad 15 El servicio es una Modificación, continúa en la actividad 16	
12		Valida si tiene capacidad de direccionamiento IP: ¿Se tiene capacidad de direccionamiento? Si: continúa en el paso 13 No: continúa en el paso 4	
13		Crea el usuario, reservar su MAC y asignar Nivel de Usuario/a	
14	Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Configura servicio en el dispositivo y acude al área a validar el servicio y continúa con Procedimiento Para la Atención de los Servicios de Red de Voz y Datos. Continúa en la actividad 10	
15	Coordinador/a	Baja:	

	Operativo de Telecomunicaciones	Identifica al usuario/a y lo/la elimina. Continúa en la actividad 9	
16		Modificación: Identifica al usuario/a y aplica en su caso: Cambios a datos y Nivel de Usuario/a. Continúa en la actividad 10	
Fin del procedimiento			

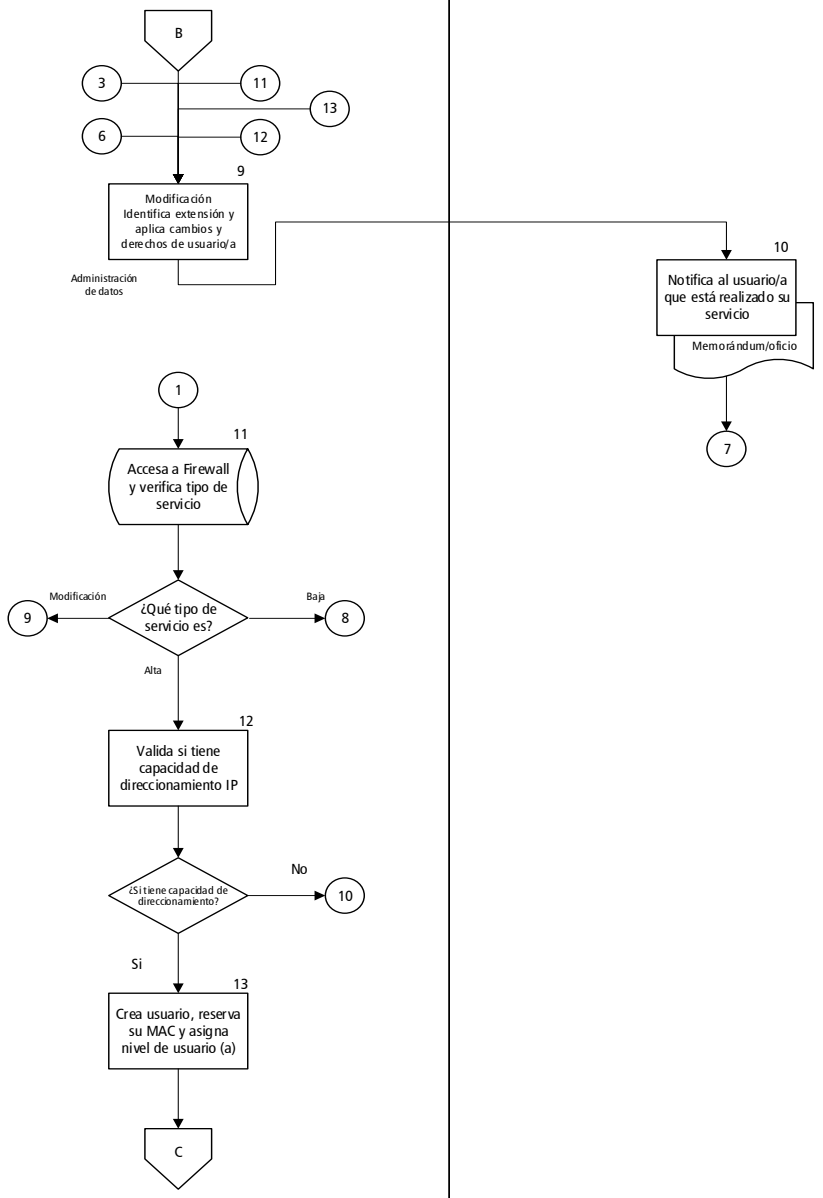
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES.



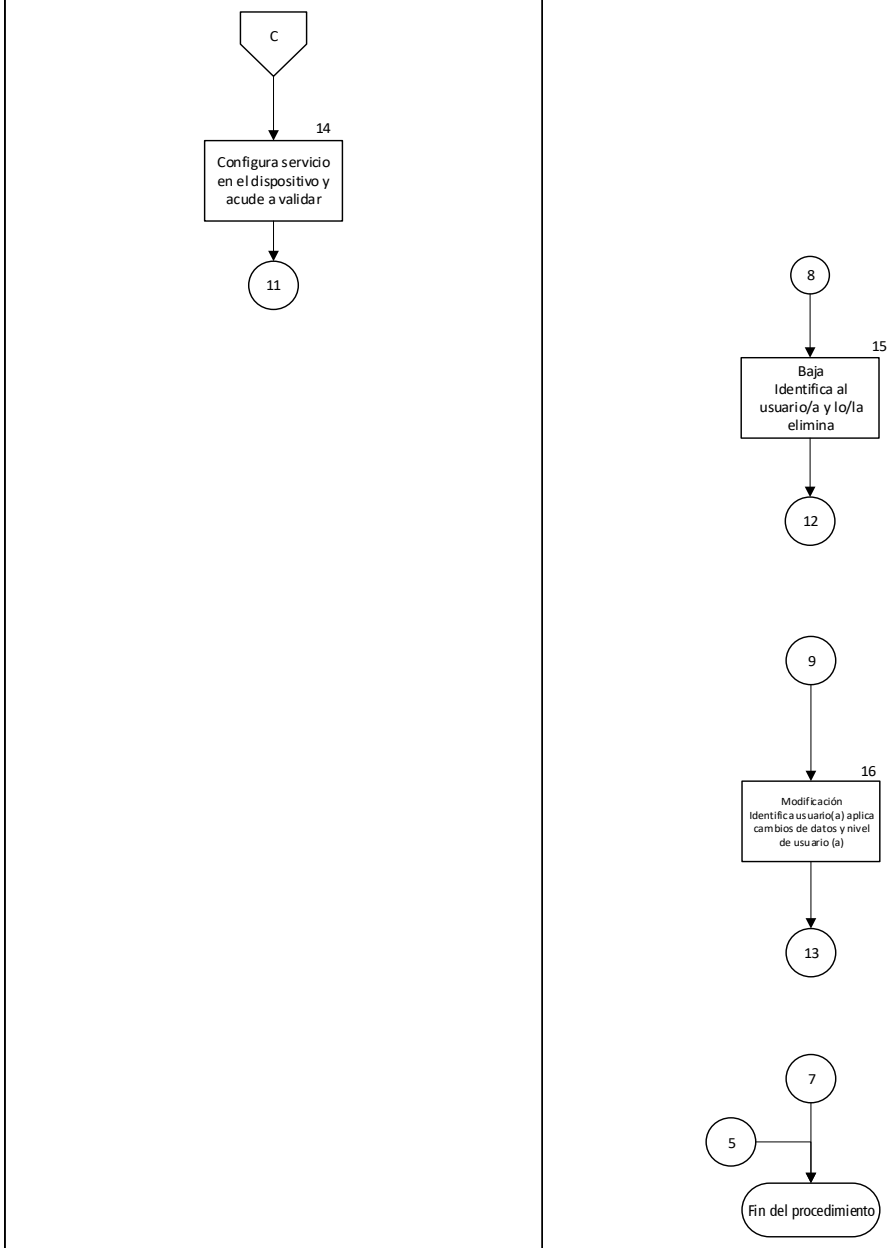

PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES
Coordinador (a) Operativo de Telecomunicaciones
Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones
Personal de Soporte en Telecomunicaciones
A
¿El conmutador tiene capacidad?
No
Si
4
5
Notifica al usuario que no es posible atender su petición
Memorándum/oficio
5
4
6
Crea la extensión y el usuario, asigna privilegios de salida de llamadas y turna
7
Configura el aparato telefónico y conecta, prueba e inicia procedimeinto
6
2
8
Baja
Identifica extensión y derecho de usuario (a) a eliminarse
B

PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES

Coordinador (a) Operativo de Telecomunicaciones	Personal Administrativo de Coordinación Operativa de Telecomunicaciones



PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE VOZ Y DATOS EN OFICINAS CENTRALES



7.15.20. PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE ENLACES Y SERVICIOS

Tiempo Promedio: Variable

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alma Claudia Ayala Sánchez **Coordinadora Operativa de Telecomunicaciones ACAS (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones FEA (DTIyT)**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Asegurar que los enlaces de voz y datos de los SSEP funcionen en condiciones óptimas permitiendo la continuidad del servicio, a través de un monitoreo constante.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Procedimiento para Mantenimiento a Equipo de Telecomunicaciones.

Políticas de Operación:

1. El Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones es el único que se encargará de monitorear y verificar los enlaces y servicios de datos con los que cuentan los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. La disponibilidad de enlaces a través de los cuales se prestan los servicios de datos son responsabilidad de los/las proveedores/as, por lo que en caso de falla el Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones reportará de inmediato a las instancias correspondientes.
3. En casos de que algún equipo de comunicaciones presente alguna falla o deje de funcionar perteneciente a la Empresa Proveedora, es responsabilidad de la empresa de cambiarlo o sustituirlo y dejarlo en buen estado, así como dejar funcionando el servicio que fue contratado.
4. En casos de que algún equipo de comunicaciones presente alguna falla o deje de funcionar perteneciente al Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, es responsabilidad del área cambiarlo o sustituirlo y dejarlo en buen estado y funcionando.
5. El Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones deberá realizar las gestiones necesarias paramantener en marcha las comunicaciones instaladas.

Responsables

Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Aplica a las unidades administrativas y/o hospitalarias de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que cuenten con servicio de Red Estatal de Educación Salud Y

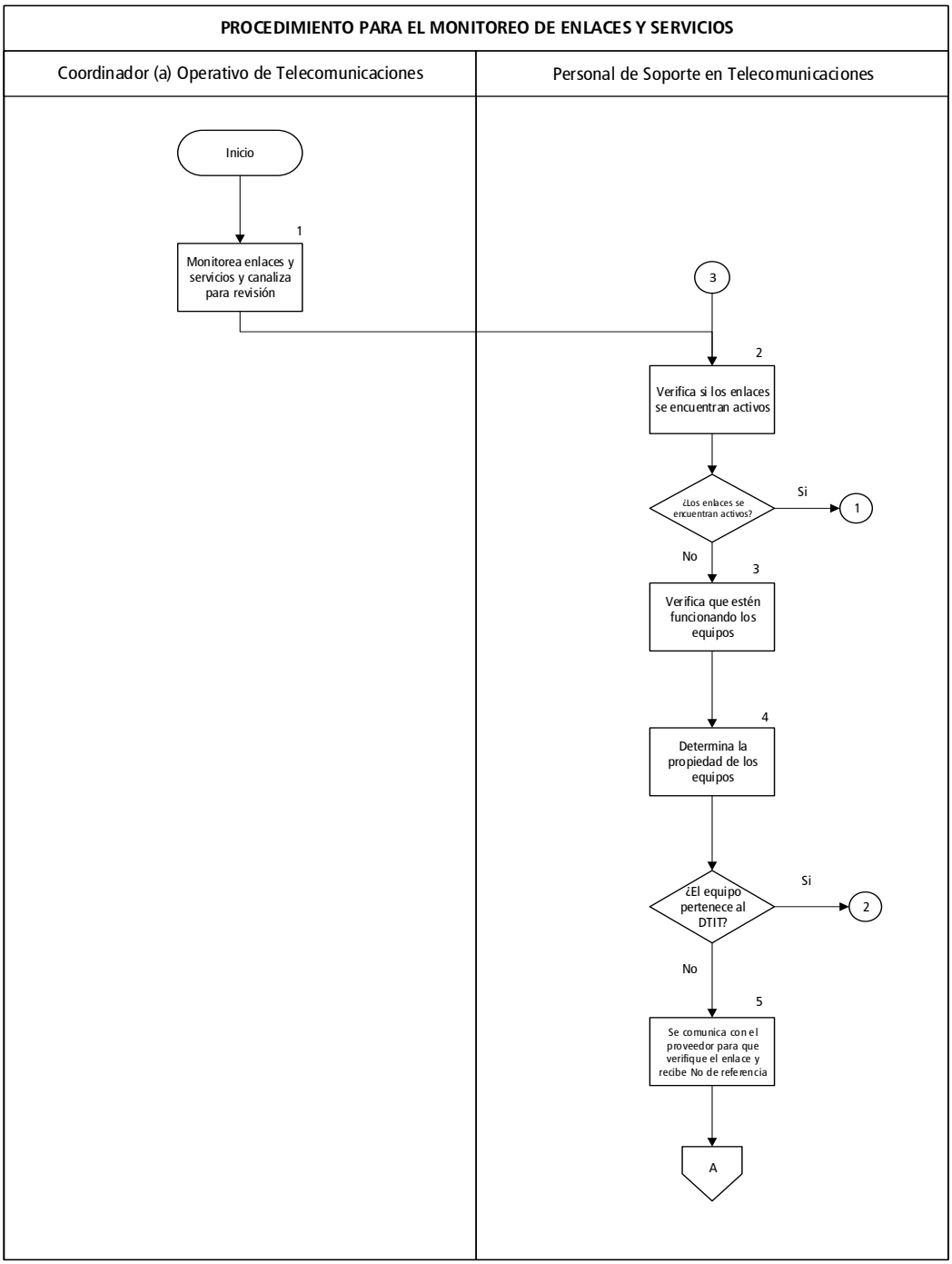
	Gobierno, Red Gubernamental, CCD´s y/o Telmex.
Recursos	Bitácora de Registro de Monitoreo de enlaces
Glosario	Red Estatal de Educación Salud y Gobierno: Red privada de comunicación que interconecta Hospitales, CESSAS y centros de Salud para la operación de diversos proyectos. Red Gubernamental: Medio de comunicación que brinda la interconexión y transmisión de voz, datos y video entre dependencias y entidades del ejecutivo Estatal, a través de una red interna. CCD`s: Centros Comunitarios Digitales del Proyecto e-México. Telmex: Teléfonos de México, empresa Mexicana de Telecomunicaciones que brinda servicio de voz, datos y video. Switch: Dispositivo electrónico de interconexión de redes de computadoras que opera en la capa 2 (nivel de enlace de datos) del modelo OSI (Open SystemsInterconection). Router: Dispositivo para la interconexión de redes informáticas que permite asegurar el enrutamiento de paquetes entre redes o determinar la ruta que debe tomar el paquete de datos. Internet: Método de interconexión descentralizada de redes de computadoras implementado en un conjunto de protocolos denominado TCP/IP y garantiza que redes físicas heterogéneas funciones como una red lógica única, de alcance mundial.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE ENLACES Y SERVICIOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Telecomunicaciones	Monitorea los enlaces y servicios a través de cada una de las consolas de monitoreo (Red Estatal de Educación Salud y Gobierno, Red Gubernamental, CCD's, Telmex, etc.) y canaliza a Personal de Soporte en Telecomunicaciones para revisión.	
2	Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Verifica si los enlaces se encuentran activos ¿Los enlaces se encuentran activos? Sí: continúa en el paso 8 No: continúa en paso 3	
3		Verifica que estén funcionando los equipos de telecomunicaciones en el sitio identificado de la falla; esto es, los switches, routers, módems o cualquier otro dispositivo relacionado al correcto funcionamiento del enlace.	
4		Determina la propiedad de los equipos ¿Los equipos de telecomunicaciones pertenecen al Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones? Sí: continúa en el paso 8. No: continúa en el paso 5	

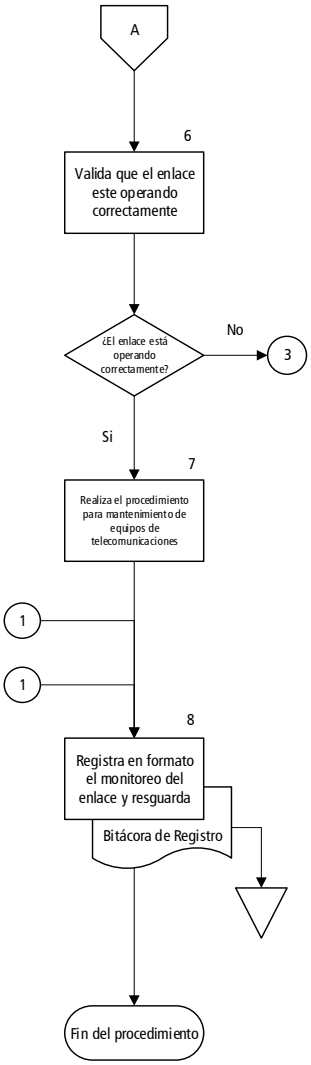
5		Se comunica vía telefónica con el proveedor de servicios para que verifique el enlace y recibe un número de referencia del incidente.	
6		Valida que el enlace esté operando correctamente: ¿El enlace está operando correctamente? Si continúa en el paso 7. No: continúa en el paso 2	
7		Realiza el Procedimiento para Mantenimiento a Equipos de Telecomunicaciones.	
8		Registra en formato el monitoreo del enlace y resguarda.	Bitácora de Registro de Monitoreo de enlaces
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE ENLACES Y SERVICIOS.



PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE ENLACES Y SERVICIOS

Personal de Soporte en Telecomunicaciones



7.15.21. PROCEDIMIENTO PARA MANTENIMIENTO A EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES

Tiempo Promedio: Variable

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alma Claudia Ayala Sánchez **Coordinadora Operativa de Telecomunicaciones** **ACAS (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos aplicables para el mantenimiento que deben tener todos aquellos dispositivos que estén relacionados con las telecomunicaciones dentro de los SSEP

Normas y Políticas de Operación	Normas: N/A Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad de los usuarios/as de los servicios de red, reportar cuando alguno de los dispositivos de red bajo su resguardo o instalados en su área, sufran alguna falla. 2. Cuando se trate del mal funcionamiento de un dispositivo cuya garantía esté aún vigente, deberá ser canalizada a la empresa proveedora correspondiente.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica a usuarios/as que laboren en las unidades administrativas ubicadas dentro de Oficinas Centrales de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que cuenten con equipo de telecomunicaciones.
Recursos	Oficio/ Memorándum
Glosario	Dispositivo de red o telecomunicaciones: Equipo especializado para el correcto funcionamiento de la red de datos, que operan, principalmente, en las capas 2 y 3 del modelo OSI. Entre los que se incluyen: Routers, Switches, Servidores, Access Points, Firewalls, etc. Router: Dispositivo de red que interconecta dos o más redes de computadoras, generalmente separadas geográficamente (WAN); trabaja en la capa 3 del modelo OSI (networklayer).

Switch: Dispositivo de red que interconecta estaciones de trabajo o redes de computadoras, dentro de una misma área geográfica (LAN); trabaja en la capa 2 del modelo OSI (data link layer).

Access Point: Dispositivo de red que interconecta estaciones de trabajo inalámbricas compatibles con el estándar 802.3 a/b/g.

Firewall: Dispositivo de red que se encarga de filtrar potenciales amenazas originadas principalmente desde el exterior (INTERNET) de la red local (LAN). También se encarga de administrar el tráfico saliente (INTERNET), filtrando protocolos o aplicaciones no permitidas.

Conmutador: Dispositivo que actúa como una ramificación de la red primaria pública de teléfonos, por lo que los usuarios no se comunican directamente al exterior mediante líneas telefónicas convencionales.

Internet: Método de interconexión descentralizada de redes de computadoras implementado en un conjunto de protocolos denominado TCP/IP y garantiza que redes físicas heterogéneas funciones como una red lógica única, de alcance mundial.

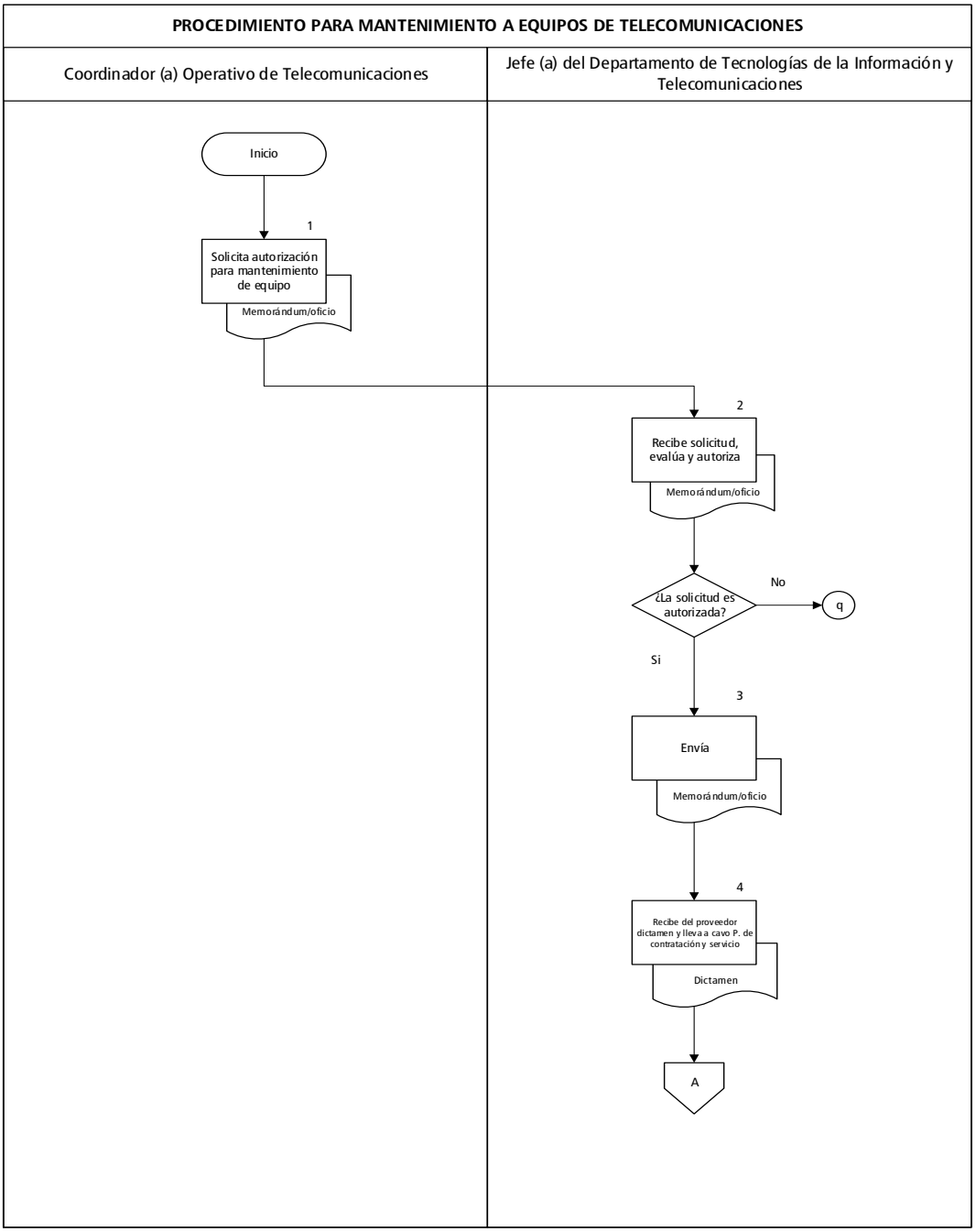
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA MANTENIMIENTO A EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Coordinador/aOperativo/A de Telecomunicaciones	Solicita autorización al Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, para mantenimiento del equipo de telecomunicaciones a través de memorándum u oficio a la Dirección de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión	Memorándum/ Oficio
2	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Recibe solicitud, evalúa y autoriza. ¿La solicitud es autorizada? Si: Continúa en el paso 3. No: **Fin del procedimiento**	Memorándum/ Oficio
3		Envía a Dirección de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión	Memorándum/ Oficio
4	Dirección de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe solicitud, designa proveedor y notifica alJefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.	Memorándum/ Oficio
5	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Recibe del proveedor/a el dictamen elaborado en conjunto con el Personal de Soporte en Telecomunicaciones y lleva acabo procedimiento interno de aprobación y contratación del	Dictamen

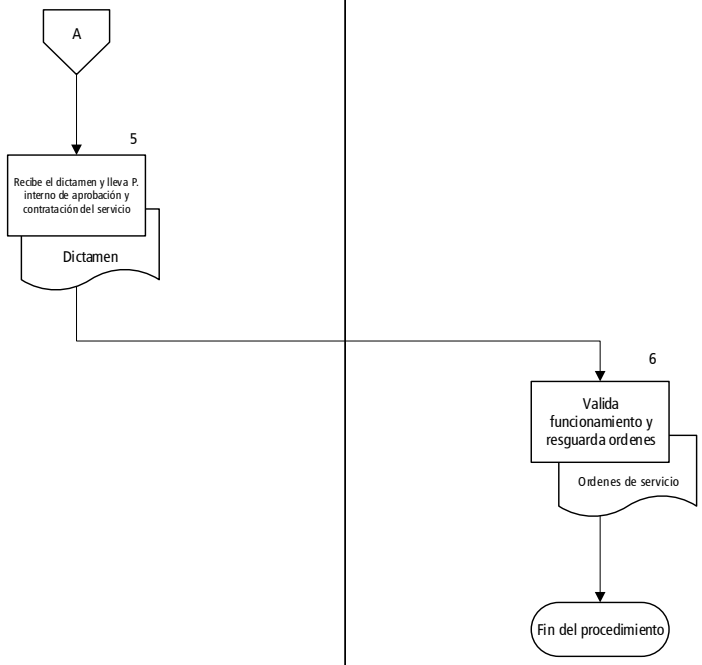
		servicio.	
6	Personal de Soporte en Telecomunicaciones	Valida el funcionamiento de equipos a los cuales se les dio mantenimiento y resguarda Órdenes de Servicio.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA MANTENIMIENTO A EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES.



PROCEDIMIENTO PARA MANTENIMIENTO A EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES

Jefe (a) del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Personal de Soporte en Telecomunicaciones



7.15.22. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE NÚMEROS TELEFÓNICOS AL PLAN DE MARCACIÓN A 4 DÍGITOS GUBERNAMENTAL.

Tiempo Promedio: 1 mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alma Claudia Ayala Sánchez **Coordinadora Operativa de Telecomunicaciones** **ACAS (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Mantener una ágil comunicación entre las diferentes unidades que integran los Servicios de Salud del Estado de Puebla, a las diferentes Dependencias del Gobierno del Estado, además de la reducción de gastos que se generan por concepto de comunicación vía telefónica

Normas y Políticas de Operación	Normas: N/A Políticas de Operación: 1. Podrán incorporarse a este tipo de marcación todas las áreas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que tengan línea telefónica bajo el concepto de línea directa. 2. El Departamento de Servicios Generales y Control de Calidad deberá notificar al Departamento de Tecnologías de la Información que la línea se encuentra integrada a la Cuenta Maestra 3. El área solicitante deberá contar con un contacto, el cual fungirá como enlace en las pruebas y liberación del servicio. 4. El Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones el único que se encargará de gestionar ante la Secretaría de Finanzas y Administración la integración de líneas telefónicas al Plan de Marcación.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Aplica a las áreas y Unidades de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que mantengan comunicación vía telefónica con otras Unidades, Instituciones o Dependencias del Gobierno del Estado de Puebla.
Recursos	Bitácora de Correspondencia Interna de la Coordinación Operativa de Telecomunicaciones, Memorando para el Departamento de Servicios Generales solicitando la integración a la Cuenta Maestra, Directorio de Unidades Foráneas que integran el Plan de Marcación a 4 Dígitos, Correo Electrónico a la Dirección de Normatividad Informática para solicitar la integración de línea telefónica al PM4D.

Glosario

DSG: Departamento de Servicios Generales
PM4D.- Plan de Marcación a 4 Dígitos.
Cuenta Maestra: Sistema de facturación de Telmex que integra los consumos realizados en productos y servicios del Mercado Empresarial a nivel nacional, presentando a los/las Clientes el desglose de dichos cargos a través de un documento personalizado denominado Factura Cuenta Maestra.
DNI: Dirección de Normatividad y Finanzas de la Secretaría de Finanzas y Administración
Telmex: Teléfonos de México, empresa mexicana que telecomunicaciones la cual brinda servicios de voz, datos, y video, locales y a distancia.
COT.- Coordinación Operativa de Telecomunicaciones
SFA.- Secretaria de Finanzas y Administración

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE NÚMEROS TELEFÓNICOS AL PLAN DE MARCACIÓN A 4 DÍGITOS GUBERNAMENTAL.

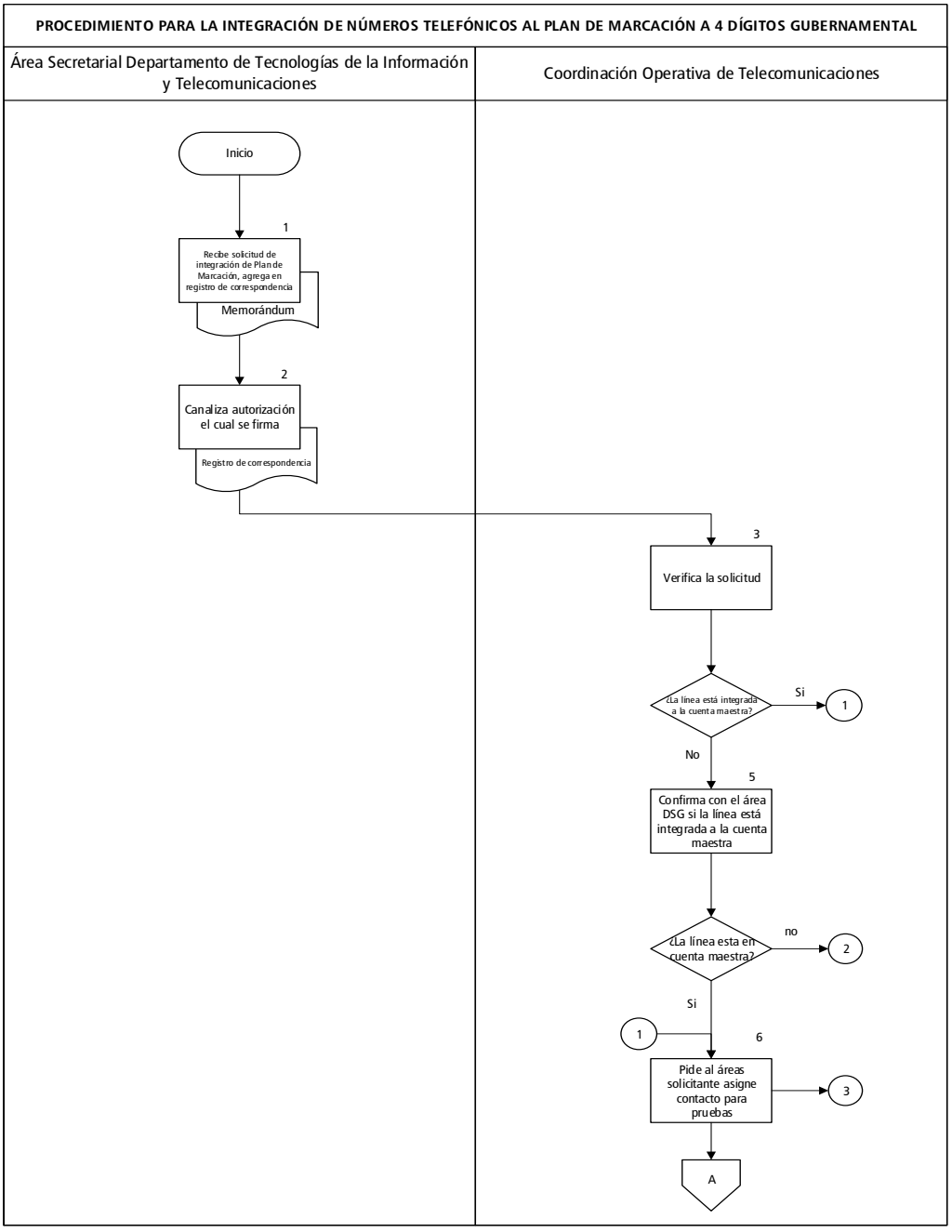
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área Secretarial Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Recibe memorándum con la solicitudintegración al Plan de Marcación, agrega en Registro de Correspondencia	Memorándum
2		Canaliza a la Coordinación Operativa de Telecomunicaciones con previa autorización del Jefe/a del DTIyT mediante Registro de Correspondencia en el cual se firma en el espacio correspondiente al	Registro de Correspondencia

		folio registrado.	
3	Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Registrasolicitud en Bitácora de Correspondencia interna de la Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Bitácora de Correspondencia
4		Verifica la solicitud. ¿La línea está integrada a la Cuenta Maestra? SI: Pasar a la actividad No. 6 NO: Pasar a la actividad 5	
5		Confirma vía telefónica con el áreaDSGsi la línea está integrada a la cuenta maestra. ¿La línea esta en cuenta Maestra? SI: Continúa en la actividad No. 6 NO: Continúa en la actividad No. 7	
6		Pide al área solicitante vía telefónica asigne un contacto, con el cual una vez integrada la línea telefónica se realizarán pruebas de comunicación y descartar o detectar fallas en la comunicación. Pasar a la actividad No. 13	
7		Solicita la integración de número telefónico a la cuenta maestra	
8	Área Secretarial Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Elabora memorándum dirigido al Departamento de Servicios Generales, solicitando la integración del número telefónico del área a la Cuenta Maestra.	Memorándum

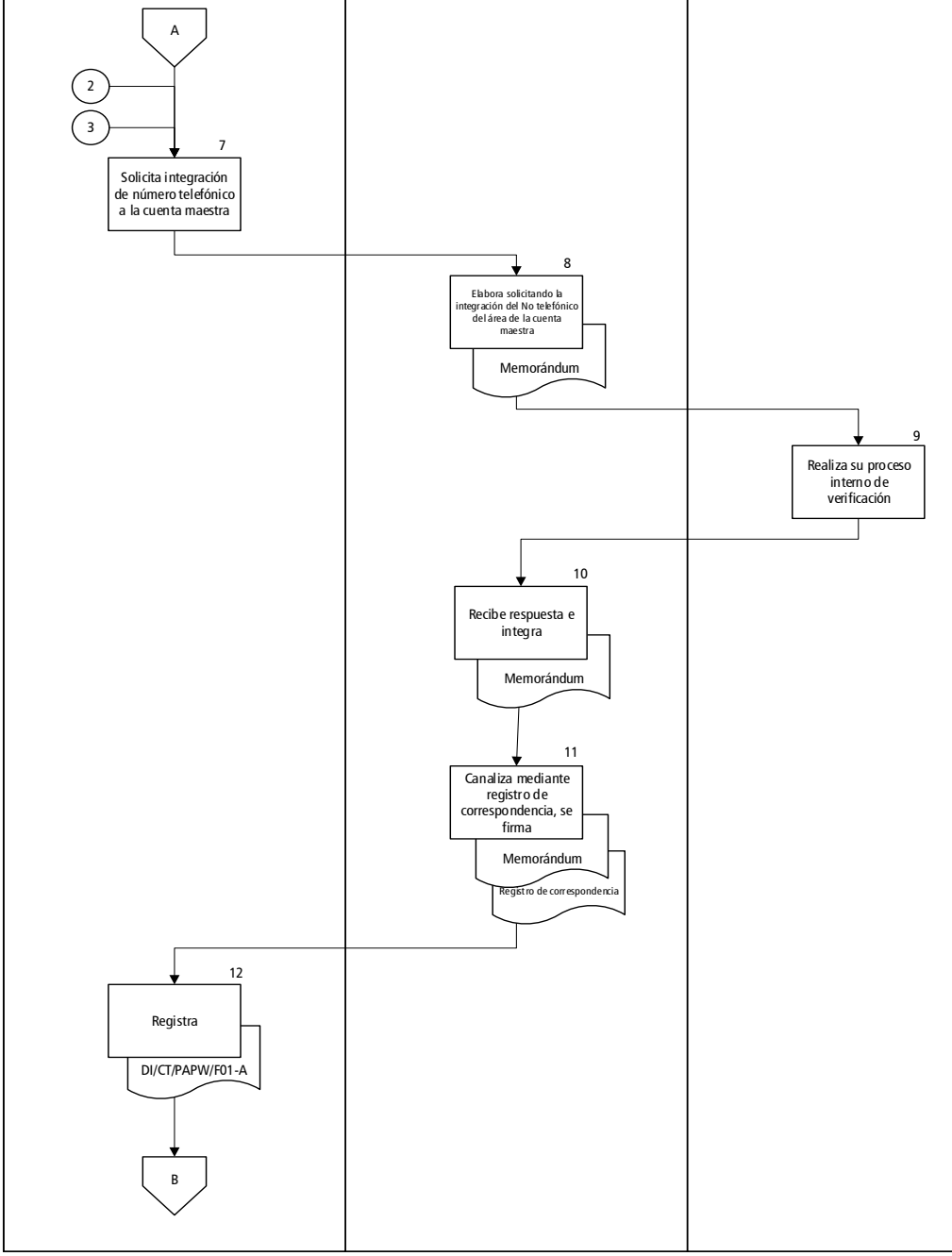
9	Departamento de Servicios Generales	Realiza su Proceso interno de verificación de la Línea Telefónica	
10	Área Secretarial Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Recibe mediante memorándum respuesta del DSG la información de la línea telefónicaeintegra en Registro de Correspondencia.	Memorándum
11		Canaliza el memorándum a la Coordinación Operativa de Telecomunicaciones mediante Registro de Correspondencia, se firma la recepción del documento en el espacio correspondiente al folio registrado.	Memorándum Registro de Correspondencia
12	Coordinación Operativa de Telecomunicaciones	Registra en Bitácora de Correspondencia interna de la Coordinación Operativa de Telecomunicaciones.	DI/CT/PAPW/F01-A
13		Solicita Mediante correo electrónico a la DNI de la SFA realice la integración de la línea al PM4D, y una vez realizada la integración del número telefónico al proyectoynotifica por la misma vía, siendo este proceso concluido en 10 días hábiles. ¿Se recibe notificación en fecha estipulada? SI: continúa en la actividad No 15 NO: continúa en la actividad No. 14	DI/CT/PPM4P/F03
14		Solicita mediante vía telefónica y correo electrónico por segunda vez	

		realice la integración de la línea telefónica al PM4D.	
15		Verifica la notificación emitida por la DNI de la SFA para corroborar si se realizó la integración al PM4D. ¿Se realizó la integración? SI: continúa en la actividad No. 16 NO: continúa en la actividad No. 17	
16		Confirma vía telefónica utilizando el PM4D con el contacto del área solicitante la habilitación del servicio. ¿Se detectan fallas de comunicación? SI: continúa en el paso No.17 NO: continúa en el paso No. 18	
17		Solicita a la DNI de la SFA mediante correo electrónico verifique con la empresa TELMEX cual es la falla que impidió la integración de la línea al PM4Dy regresa al paso 13	Correo electrónico
18		Se integra clave de 4 dígitos al Directorio de Distribución Interna de Unidades Foráneas y se envía documento donde se informa la integración vía correo electrónico al área solicitante.	Correo electrónico
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE NÚMEROS TELEFÓNICOS AL PLAN DE MARCACIÓN A 4 DÍGITOS GUBERNAMENTAL.

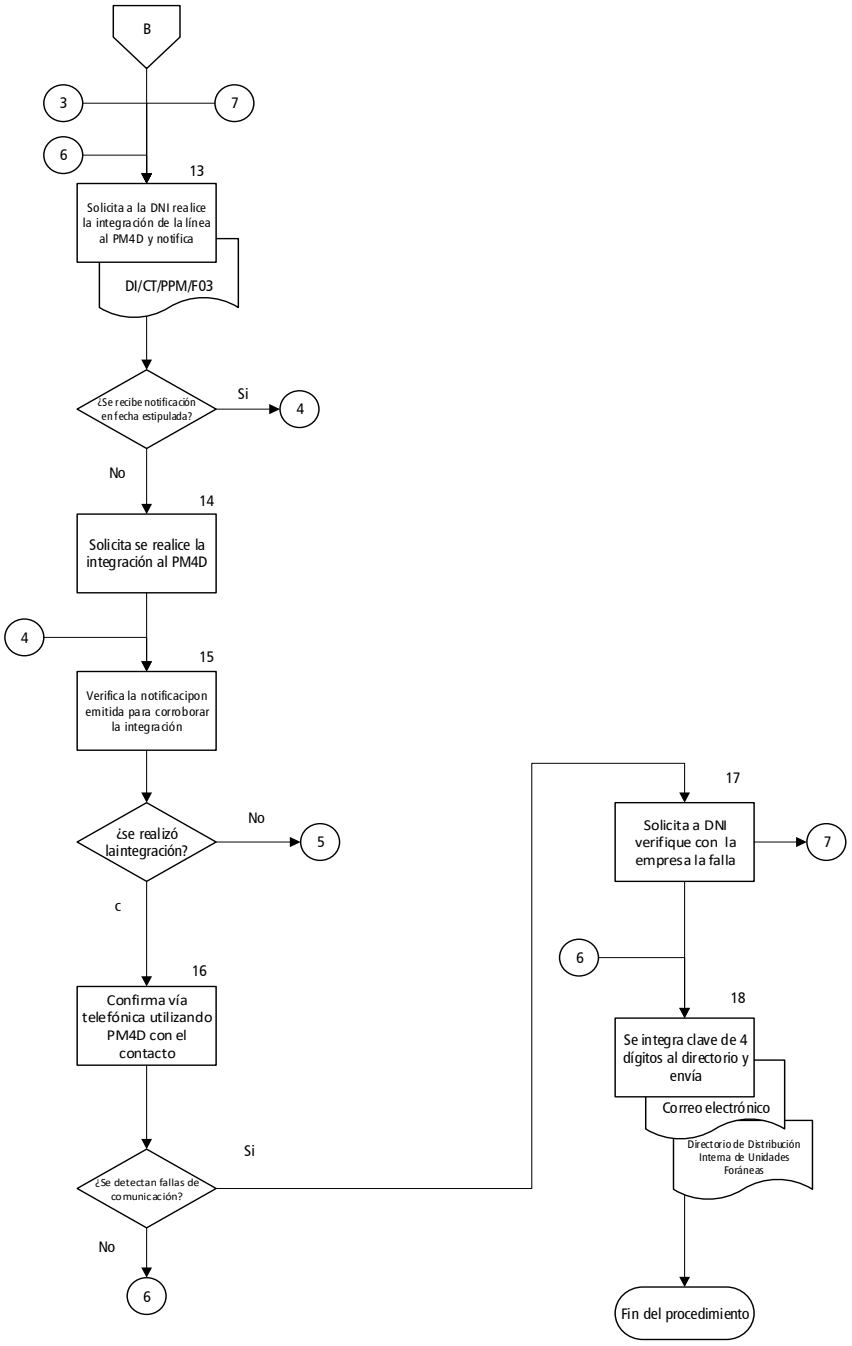


PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE NÚMEROS TELEFÓNICOS AL PLAN DE MARCACIÓN A 4 DÍGITOS GUBERNAMENTAL



PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE NÚMEROS TELEFÓNICOS AL PLAN DE MARCACIÓN A 4 DÍGITOS GUBERNAMENTAL

Coordinación Operativa de Telecomunicaciones



7.15.23. PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO

Tiempo Promedio: Variable

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ricardo Leal Méndez **Coordinador Operativo de Apoyo Tecnológico RLM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer una logística y en medida de lo posible la calendarización de la distribución de equipo tecnológico ya que en su mayoría dicho proceso es para equipar Unidades Médicas próximas a inaugurar ya sea por remodelación o de nueva creación, así mismo implementar un control de ubicación de equipo tecnológico y al responsable del mismo mediante un Documento de asignación (Memorándum u Oficio).

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.P.O. 31 XII 1983. Ultima Reforma Publicada P. O. 22 IV 2005 Art. 1° Frac. I"Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer:
2. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos EstatalesP.O. 29 VI 1984. Ultima Reforma Publicada P. O. 5 VIII 2005. Art. 50 Frac. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes:
4. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Políticas de Operación:

1. La Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico es el área responsable de la logística, calendarización de entrega de equipo tecnológico, así como de la expedición del documento de asignación.

Responsables

Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Unidad de apoyo al Titular.

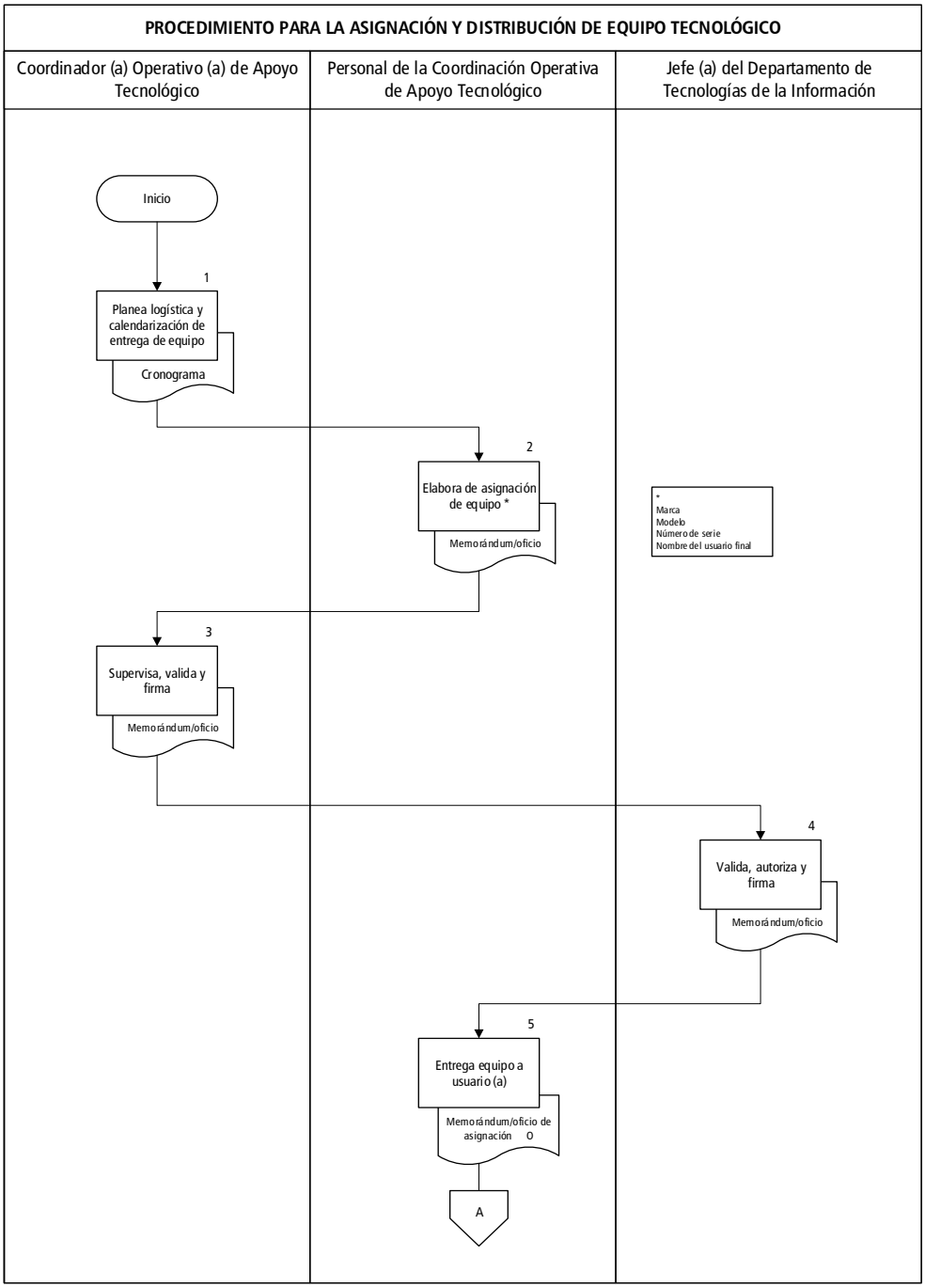
Recursos	Cronograma, Memorándum/Oficio de asignación
Glosario	Documento de asignación: Documento (Memorándum u Oficio) con el cual se hacer constar la entrega y se especifica el tipo de equipo tecnológico, marca, modelo y número de serie, así como también nombre del usuario, cargo y área a la que está adscrito. Equipo Tecnológico: Recurso material tangible que se vale de la tecnología para satisfacer necesidades o alcanzar objetivos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Apoyo Tecnológico	Planea logística y calendarización de entrega de equipo tecnológico.	Cronograma
2	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Elabora Memorándum/Oficio de asignación de Equipo Tecnológico con marca, modelo y número de serie, así como también con el nombre del usuario final.	Memorándum/Oficio
3	Coordinador/a Operativo/a de Apoyo Tecnológico	Supervisa, valida y firma Memorándum/Oficio de asignación	Memorándum/Oficio
4	Jefe/a del Departamento de	Valida, autoriza y firma la entrega del equipo tecnológico en	Memorándum/Oficio

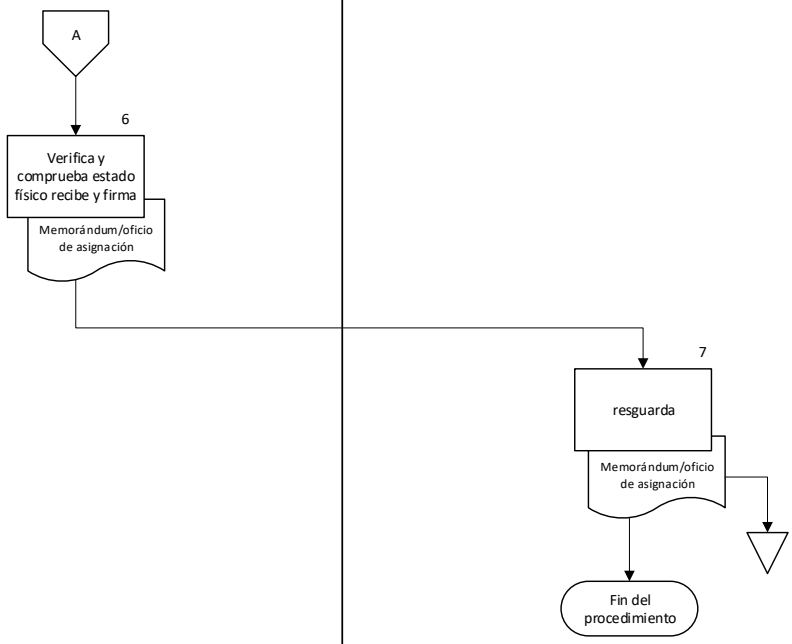
	Tecnologías de la Información	Memorándum/Oficio de asignación	
5	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Entrega equipo tecnológico a usuario/a final con Memorándum/Oficio de asignación en original.	Memorándum/Oficio de asignación
6	Usuario/a	Verifica datos descritos en Memorándum/Oficio de asignación y comprueba el estado físico del componente que recibe y firma acuse.	Memorándum/Oficio de asignación
7	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Resguarda documento de asignación.	Memorándum/Oficio de asignación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO.



PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO

Usuario (a)	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico



7.15.24. PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL

Tiempo Promedio: 2 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ricardo Leal Méndez **Coordinador Operativo de Apoyo Tecnológico** **RLM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Proveer de un servicio de correo electrónico institucional a todos los trabajadores/as de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla que así lo requieran, con un dominio propio, el cual brinda seguridad en él envió y manejo de información, así como también genera identidad y presencia ante otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Objetivo	Normas: 1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla. 2. P.O. 31 XII 1983. Ultima Reforma Publicada P. O. 22 IV 2005 Art. 1° Frac. I"Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer: a. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado." 3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales 4. P.O. 29 VI 1984. Ultima Reforma Publicada P. O. 5 VIII 2005. Art. 50 Frac. 5. I" Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes: a. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. El correo electrónico institucional es un servicio el cual está destinado única y exclusivamente para él envió y manejo de información relacionado con cuestiones laborales, queda prohibido su uso para fines personales.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Secretaria de Salud del Estado de Puebla en general.

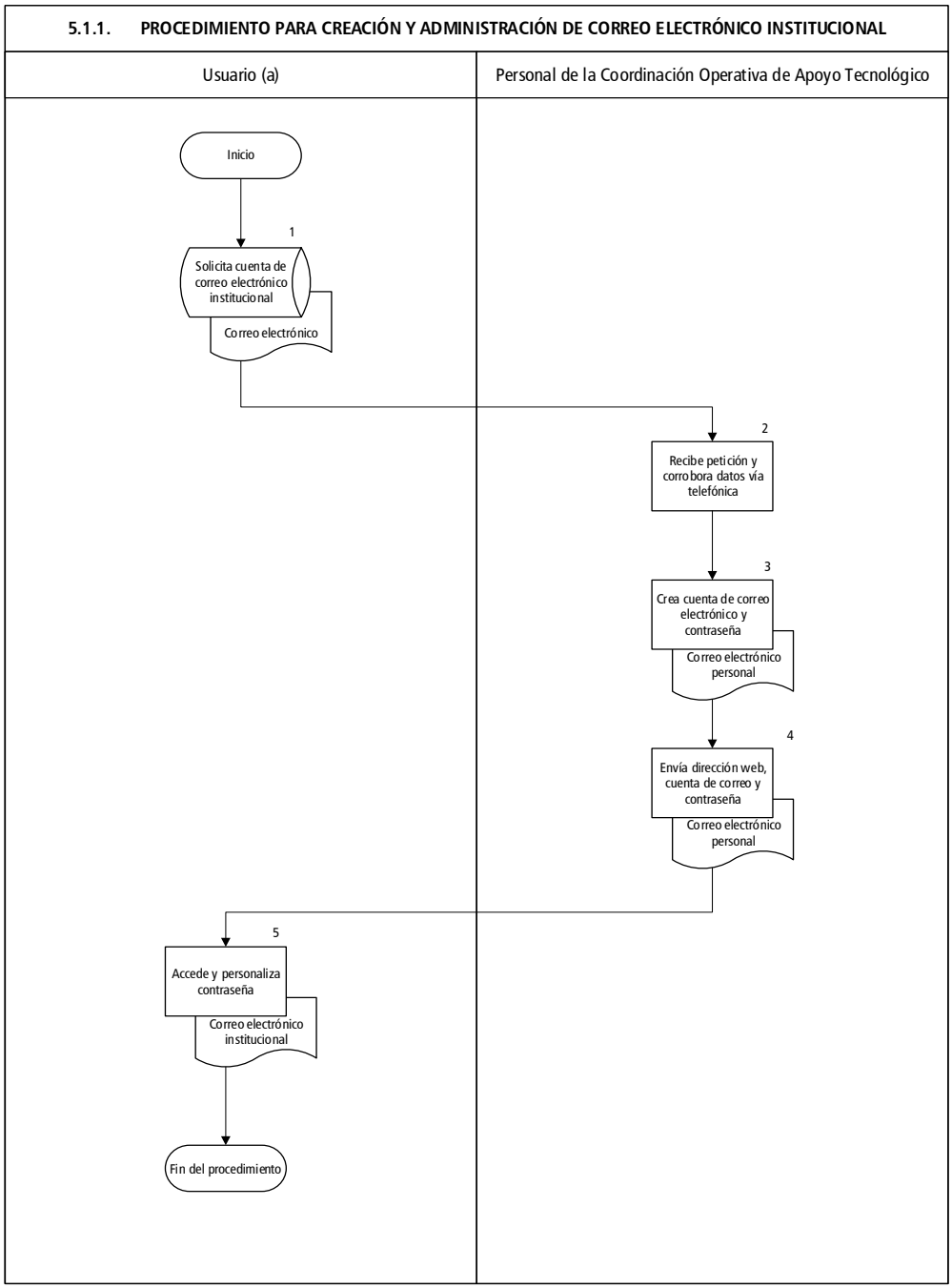
Recursos	N/A
Glosario	Correo electrónico*:* Servicio que permite el intercambio de mensajes a través de sistemas de comunicación electrónicos. Dominio*: N*ombre único que se muestra después del signo @ en las direcciones de correo electrónico. Por lo general, adopta la forma del nombre de la organización y un sufijo de Internet estándar, “.com”, “.edu.”, “,gob”, etc. DTIyT: Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Usuario/a	Solicita cuenta de Correo Electrónico Institucional a la siguiente dirección antonio.martinez@ss.pue.gob.mx	Correo electrónico
2	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Recibe petición y corrobora datos vía telefónica	
3		Crea cuenta de correo electrónico institucional	
4		Envía dirección web para acceso, cuenta de correo electrónico	Correo electrónico

		institucional y contraseña temporal	personal
5	Usuario/a1	Accede por primera vez a su correo electrónico institucional y de manera automática personaliza su contraseña de acceso.	Correo Electrónico Institucional
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL.



7.15.25. PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICOS TÉCNICOS PARA BAJA DE ACTIVOS INFORMÁTICOS

Tiempo Promedio: Variable

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ricardo Leal Méndez **Coordinador Operativo de Apoyo Tecnológico RLM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar un Diagnostico Técnico basado en la revisión física y funcional a equipo tecnológico que no satisfaga las necesidades operativas que requieren las Oficinas Centrales, Unidades Hospitalarias y Administrativas de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla para su posterior baja.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
2. P.O. 31 XII 1983. Ultima Reforma Publicada P. O. 22 IV 2005 Art. 1° Frac. I"Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer:
    a. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales
4. P.O. 29 VI 1984. Ultima Reforma Publicada P. O. 5 VIII 2005. Art. 50 Frac. I" Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes:
    a. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Políticas de Operación:

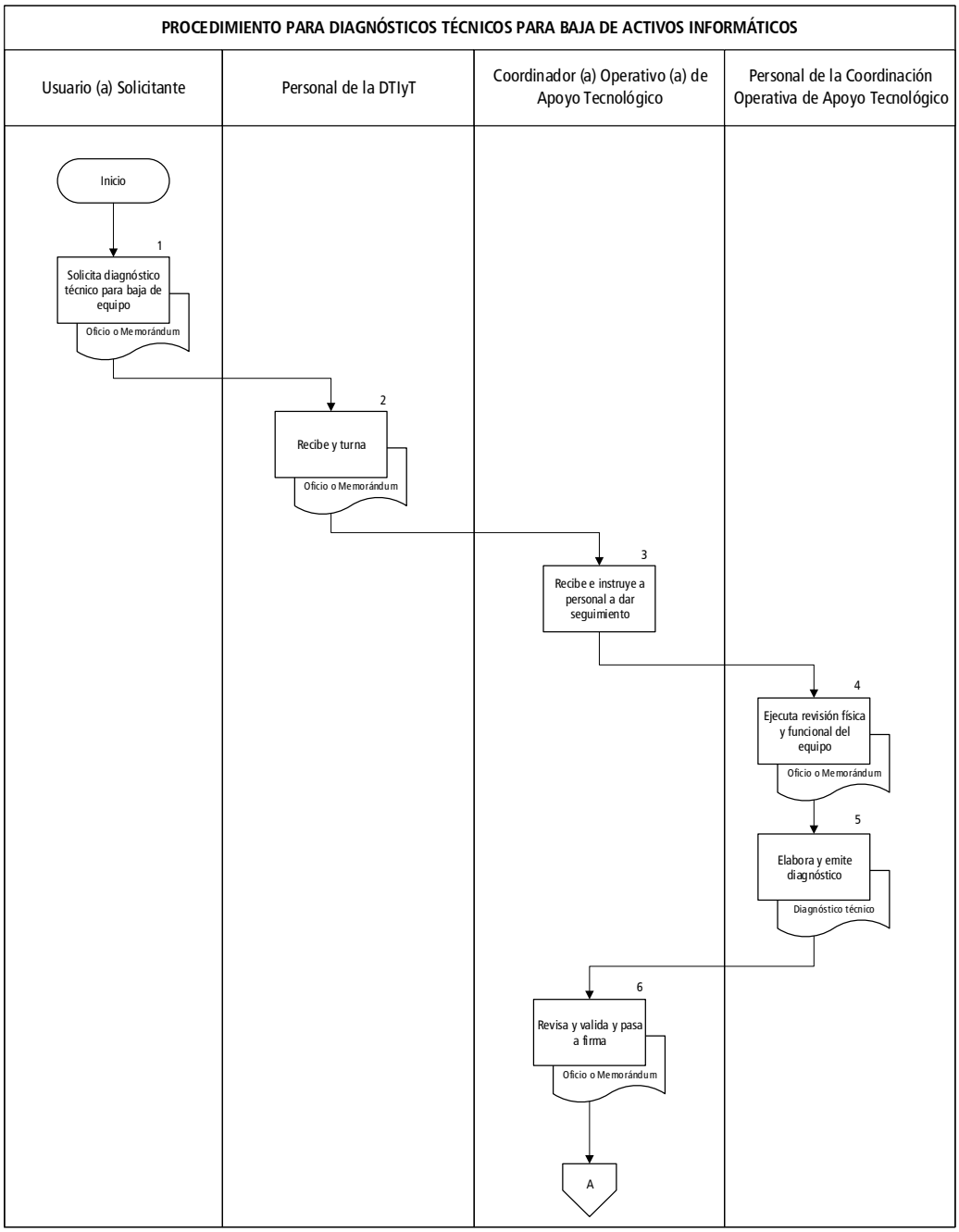
1. El equipo tecnológico antes de ser valorado por la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico para la emisión de su Diagnostico Técnico, tendrá que ser ubicado por el área resguardante en sus respectivos inventarios y rectificar que dicho bien informático es perteneciente a la Secretaria de Salud del Estado de Puebla y no a algún programa de carácter federal, ya que para ello el proceso es distinto y ajeno a esta dependencia.
2. Para que un bien informático sea considerado una posible baja, las Oficinas Centrales, Unidades Hospitalarias y Administrativas de la Secretaria de

	Salud del Estado de Puebla deberán de tomar en cuenta los siguientes aspectos: a) Bienes informáticos que se encuentre desechados (arrumbados) debido a un mal funcionamiento. b) Bienes informáticos que tengan ocho o más años de funcionalidad.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Secretaria de Salud del Estado de Puebla en general.
Recursos	Oficio o Memorándum, Diagnostico Técnico.
Glosario	Diagnostico Técnico: Documento que describe el resultado de una valoración a un problema, para este caso en particular técnico/funcional a equipo tecnológico; emitido por personal experto en la materia. Suele prepararse a solicitud de una persona, una empresa o una organización. Equipo Tecnológico (Bien Informático*):* Recurso material tangible que se vale de la tecnología para satisfacer necesidades o alcanzar objetivos DTIyT: Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones. Usuario Solicitante: Oficinas Centrales, Unidades Hospitalarias y Administrativas de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla

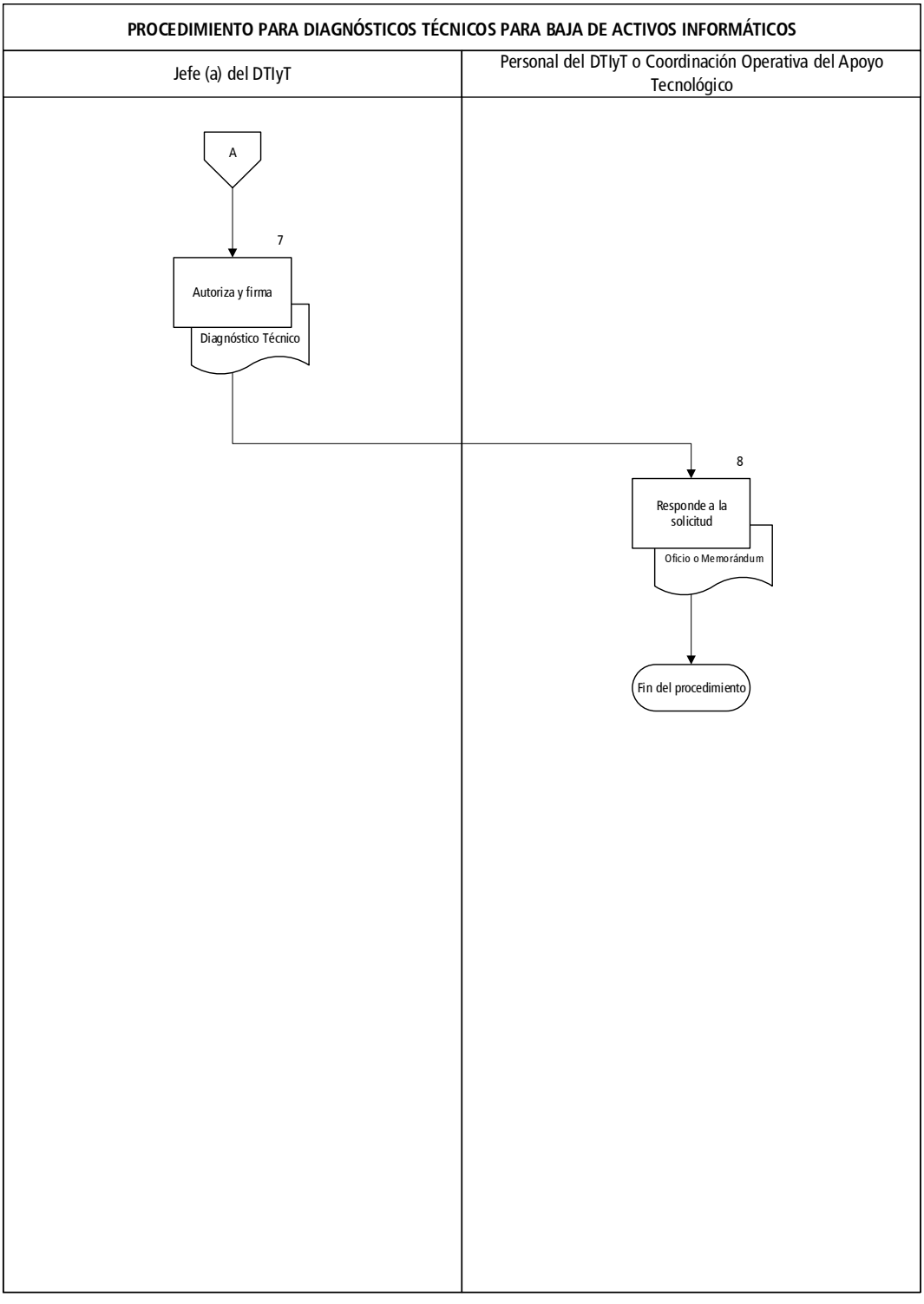
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICOS TÉCNICOS PARA BAJA DE ACTIVOS INFORMÁTICOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Usuario/a Solicitante	Solicita al DTIyT Diagnostico Técnico para baja de equipo de cómputo, impresión, digitalización y/o periféricos de entrada y salida vía memorándum u oficio.	Oficio o Memorándum
2	Personal de la DTIyT	Recibe solicitud y turna a la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Oficio o Memorándum
3	Coordinador/a Operativo/a de Apoyo Tecnológico	Recibe solicitud e instruye a personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico dar seguimiento a la solicitud.	
4	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Ejecuta revisión física y funcional a equipo tecnológico	Oficio o Memorándum
5		Elaboran y emiten Diagnostico Técnico (memorándum u oficio)	Diagnostico Técnico
6	Coordinador/a Operativo/a de Apoyo Tecnológico	Revisa y valida diagnostico técnico. Y pasa a firma con el jefe del DTIyT.	Diagnostico Técnico
7	Jefe/a del DTIyT	Autoriza y firma.	Diagnostico Técnico.
8	Personal del DTIyT o Coordinación Operativa del Apoyo Tecnológico	Responde a solicitud de Usuario/a Solicitante	Oficio o Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICOS TÉCNICOS PARA BAJA DE ACTIVOS INFORMÁTICOS.

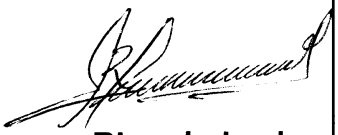
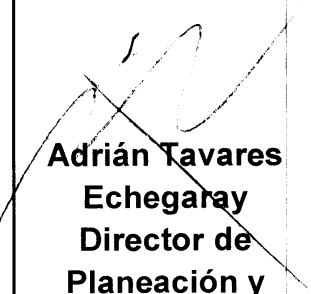


PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICOS TÉCNICOS PARA BAJA DE ACTIVOS INFORMÁTICOS



7.15.26. PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE UBICACIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO

Tiempo Promedio: Variable

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Ricardo Leal Méndez **Coordinador Operativo de Apoyo Tecnológico RLM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Mantener actualizado el Control de Ubicación de equipo tecnológico, así como también conservar el correcto funcionamiento del mismo, mediante la implementación de mantenimientos preventivos y/o correctivos según sea la necesidad.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.P.O. 31 XII 1983. Ultima Reforma Publicada P. O. 22 IV 2005 Art. 1° Frac. I"Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer: 2. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado." 3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos EstatalesP.O. 29 VI 1984. Ultima Reforma Publicada P. O. 5 VIII 2005. Art. 50 Frac. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes: 4. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión. Políticas de Operación: 1. La Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico es el área responsable de la actualización de Control de Ubicación y la implementación de Mantenimientos Preventivos y/o Correctivos.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Unidades de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Recursos	Control de Ubicación, Oficio o Memorándum, Recepción de Equipo Tecnológico, Reporte.
Glosario	C.U. Control de Ubicación: Archivo digital y/o físico en el cual se registra la unidad medico/administrativa y equipo tecnológico con el que cuenta, así como el responsable del mismo. O.T. OsTicket: Sistema (software) en el cual se capturan los reportes o solicitudes de servicios. E.T. Equipo Tecnológico: Recurso material tangible que se vale de la tecnología para satisfacer necesidades o alcanzar objetivos M.P. Mantenimiento Preventivo: Servicio destinado a la conservación de equipo tecnológico mediante la revisión que garantice su buen funcionamiento y fiabilidad. El mantenimiento preventivo se realiza en equipos en condiciones de funcionamiento. M.C. Mantenimiento Correctivo: Servicio destinado a la conservación de equipo tecnológico mediante la reparación o reemplazo de hardware o software que garanticen su buen funcionamiento y fiabilidad. Este mantenimiento se realiza luego que ocurra una falla o avería en el equipo que por su naturaleza no pueden planificarse en el tiempo, presenta costos por reparación y repuestos no presupuestados.

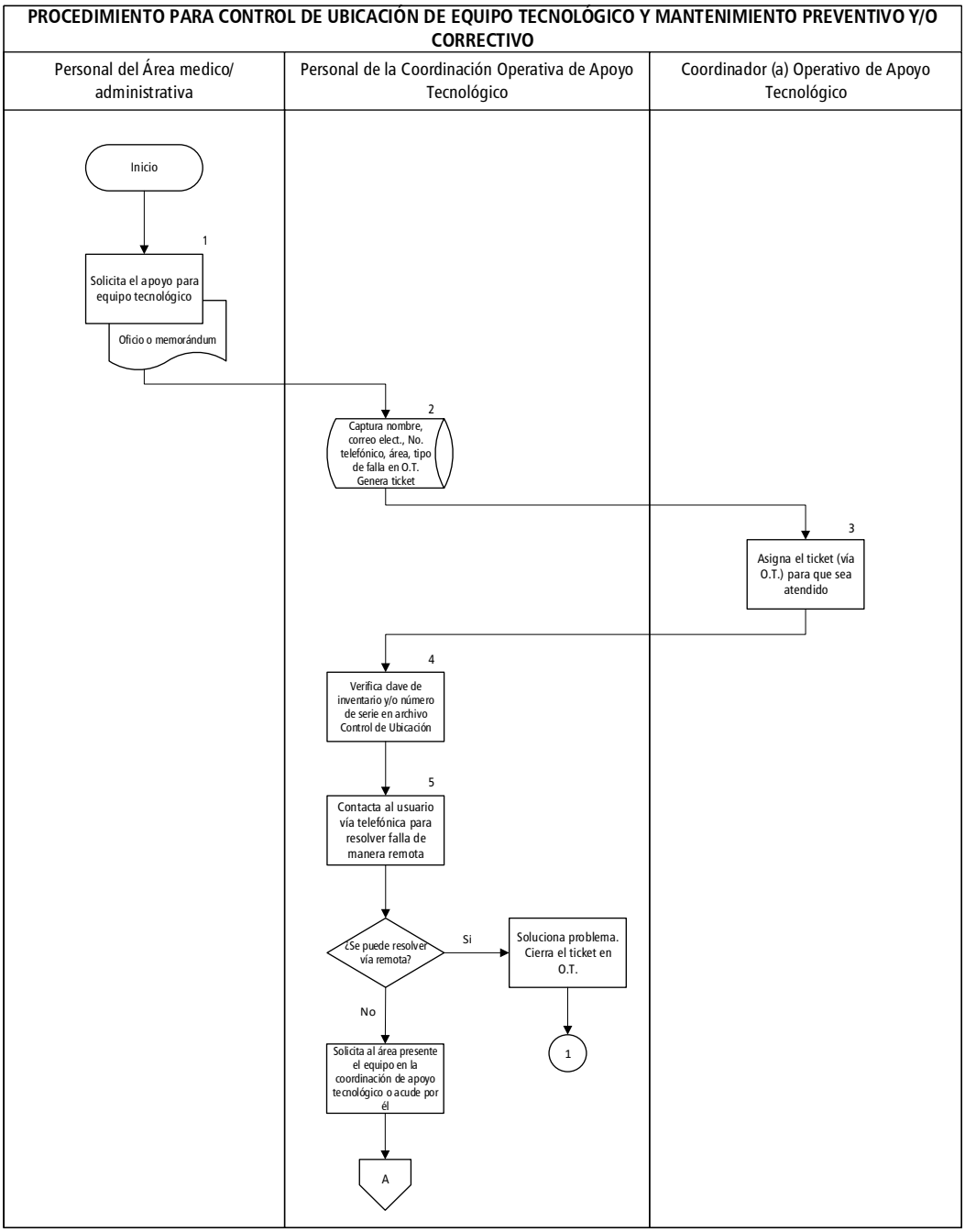
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE UBICACIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal del Área	Solicita el apoyo para equipo	Oficio o

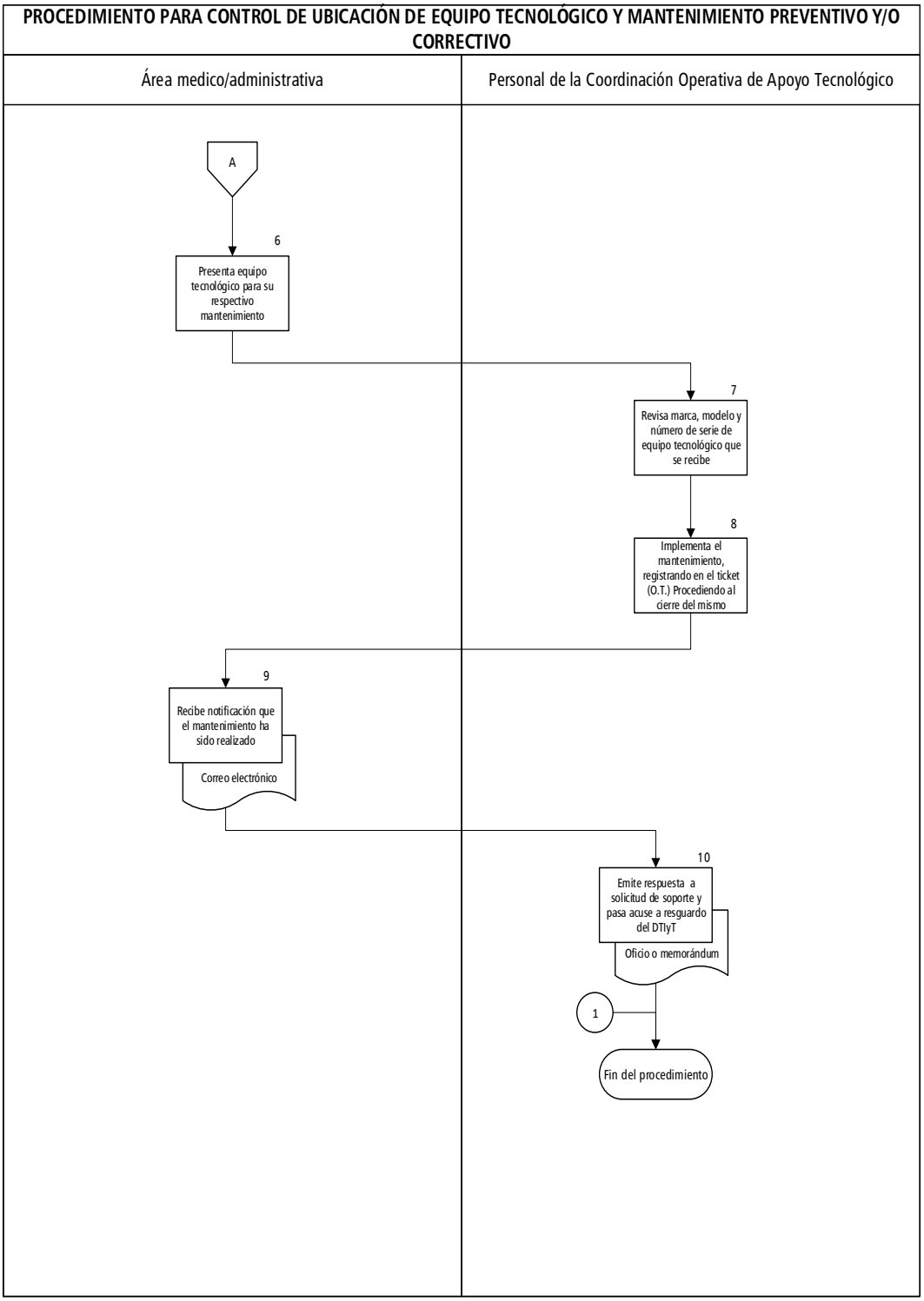
	medico/administrativa	tecnológico (equipo de cómputo, impresión, digitalización, periféricos de entrada y salida), vía telefónico memorándum oficio	Memorándum
2	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Captura nombre, correo electrónico, número telefónico (extensión), área donde se ubica el usuario, tipo de falla en O.T. Genera ticket.	
3	Coordinador/a Operativo de Apoyo Tecnológico	Asigna el ticket (vía O.T.) a Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico para que sea atendido.	
4	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Verifica clave de inventario y/o número de serie en archivo Control de Ubicación para su actualización o rectificación de área medico/administrativa y usuario/aresguardante	Control de Ubicación
5		Contacta al usuario vía telefónica para resolver falla de manera remota.	
6		¿Se puede resolver la falla vía remota? Si. – Soluciona problema. Cierra el ticket en O.T. Fin del procedimiento. No. – Solicita al área presente el equipo en oficinas de la coordinación de apoyo tecnológico o acude por él.	
7	Área medico/administrativa	Presenta equipo tecnológico para su respectivo mantenimiento en instalaciones de la coordinación de apoyo tecnológico	
8	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Revisa marca, modelo y número de serie de equipo tecnológico que se recibe y se verifica que concuerde con lo descrito en oficio, memorándum o ticket creado.	

9		Implementa el mantenimiento requerido, según el tipo de falla identificado en el equipo tecnológico, registrando en el ticket correspondiente (O.T.) Procediendo al cierre del mismo.	
10	Área medico/administrativa	Recibe notificación vía correo electrónico que el mantenimiento ha sido realizado.	
11	Personal de la Coordinación Operativa de Apoyo Tecnológico	Emite respuesta al memorándum u oficio(en caso de haber sido por este medio)a solicitud de soporte. y pasa acuse a resguardo del DTIyT.	Oficio o Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE UBICACIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO.



PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE UBICACIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO



7.15.27. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL (PORTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA)

Tiempo Promedio: 2 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Raúl Flores Muñoz **Coordinador Operativo de Desarrollo de Sistemas** **RFM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Mantener actualizada la información del portal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla para que la población conozca los temas preventivos de salud más importantes, así como mostrar los teléfonos y medios de contacto en caso de emergencia y consulta.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
2. Art. 1° Fracc. I "Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer:
3. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
4. Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Prestación de Servicios del Estado.
5. Art. 1° La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto regular. Fracción I Las acciones relativas a la planeación, programación, presupuestación, gasto, ejecución y control que, en materia de adquisiciones de bienes muebles e inmuebles, arrendamientos y prestación de servicios realicen las Dependencias de la Administración Pública Centralizada Estatal y Municipal y sus entidades Paraestatales y Paramunicipales. Y los Artículos 13 y de esta Ley.
6. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales.
7. Art. 50 Fracc. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes:
8. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

	Políticas de Operación: 1. Únicamente se recibirán documentos de las personas responsables de entregar información por cada unidad responsable. 2. Es estrictamente necesario que la información esté completa, revisada y validada para recibirse y ser publicada. 3. En caso de que se considere (debido al impacto o cambio, entre otros) se solicitará la validación al área de Comunicación Social.
Responsables	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Informar a la población sobre temas preventivos de salud, aportar la información de emergencias y consultas de hospitales y centros de salud al alcance de los ciudadanos de manera clara y entendible para hacer uso de ella y así fomentar una cultura de salud.
Recursos	Correo electrónico
Glosario	HTML: HiperTextMarkupLanguage (Lenguaje de Marcación de Hipertexto) es un lenguaje que se utiliza comúnmente para establecer la estructura y contenido de un sitio web, tanto de texto, objetos e imágenes. CSS: hacen referencia a un lenguaje de hojas de estilos usado para describir la presentación semántica (el aspecto y formato) de un documento escrito en lenguaje de marcas. Su aplicación más común es dar estilo a páginas webs escritas en lenguaje HTML y XHTML. Gestor de contenidos: Permite la creación y administración de contenidos principalmente en páginas web. Consiste en una interfaz que controla una o varias bases de datos

donde se aloja el contenido del sitio.

Navegador web: es un software, aplicación o programa que permite el acceso a la Web, interpretando la información de distintos tipos de archivos y sitios web para que estos puedan ser visualizados.

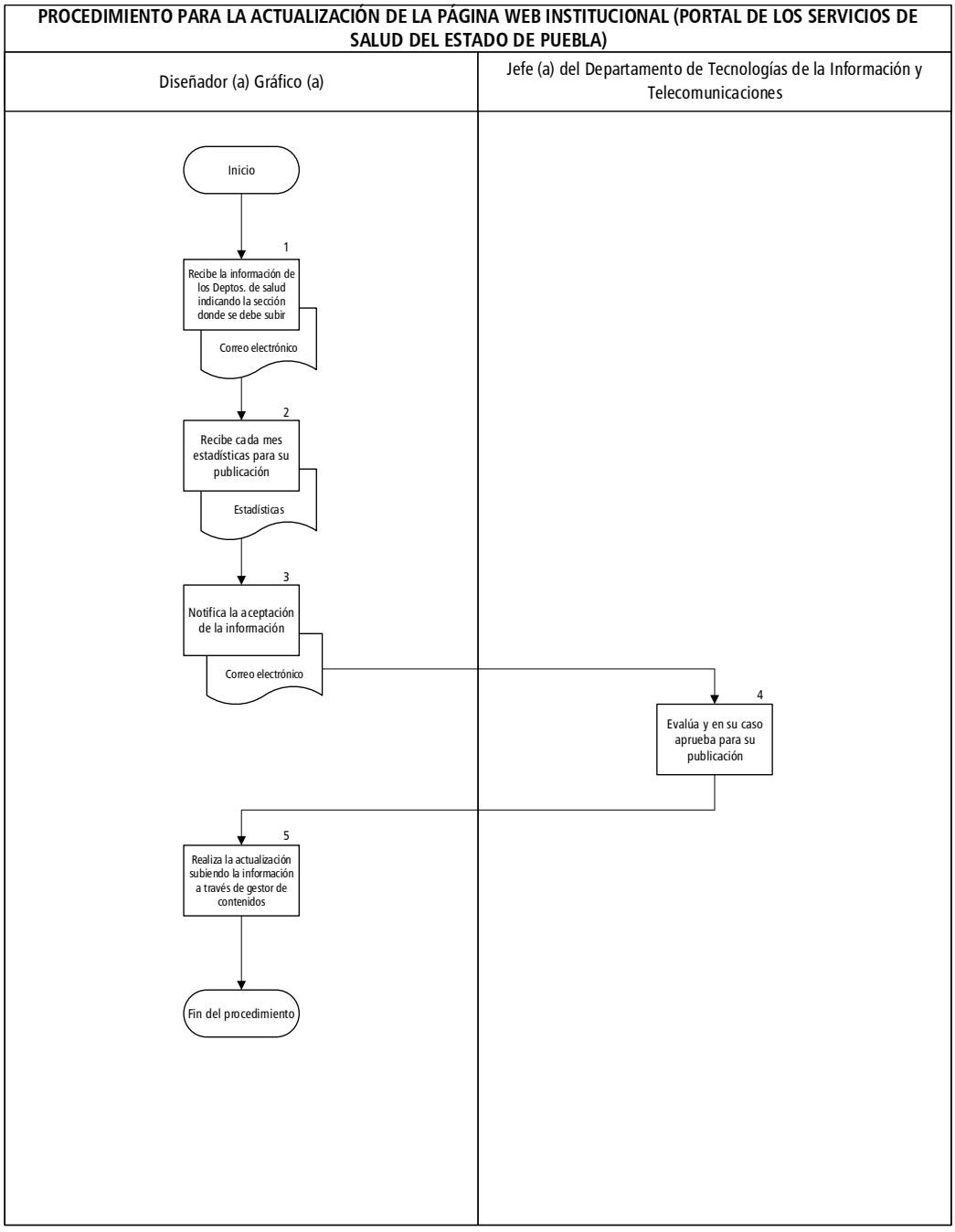
Responsive: tipo de contenido HTML que se adapta de acuerdo a la resolución y tamaño de Pantalla, para una mejor visualización.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL (PORTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Diseñador/a Gráfico/a	Recibe la información elaborada de los diferentes departamentos de salud vía digital o presencial, indicando la sección en donde se debe de publicar la información, se entregan el o los archivos ya sea: texto, imagen o en caso de video, solo envían la liga para publicarlo. NOTA Los archivos se enviarán en medios digitales o impresos; de no ser así, mandan el video vía cd o USB para después comprimirlo y publicarlo la web.	Correo electrónico
2	Diseñador/aGráfico	Recibe cada mes estadísticas para su publicación.	Estadísticas

3	Diseñador/a Gráfico/a	Notifica la aceptación de la información.	Se notifica la aceptación vía email o telefónica
4	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Evalúa y en su caso aprueba para su publicación. Sino se aprueba se devuelve al área solicitante las observaciones, y ésta podrá remitirla mientras lo considere y resuelva las observaciones.	
5	Diseñador/aGráfico/a.	Realiza la actualización publicando la información a través de gestor de contenidos en su respectiva sección para ser publicada.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL (PORTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA).



7.15.28. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES DE SISTEMAS INSTITUCIONALES

Tiempo Promedio: 1 semana

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Raúl Flores Muñoz **Coordinador Operativo de Desarrollo de Sistemas** **RFM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar metódica y puntualmente la información relativa a la administración de servidores de sistemas institucionales.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
2. Art. 1° Fracc. I "Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer:
    a. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales
4. Art. 50 Fracc. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes:

    a. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Políticas de Operación:

1. El presente procedimiento es de aplicación obligatoria para todos los involucrados/asen la gestión de contenido; mantenimiento y configuración de usuarios y roles; desarrollo y administración de aplicaciones designadas para el manejo de sistemas institucionales.

Responsables

Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.

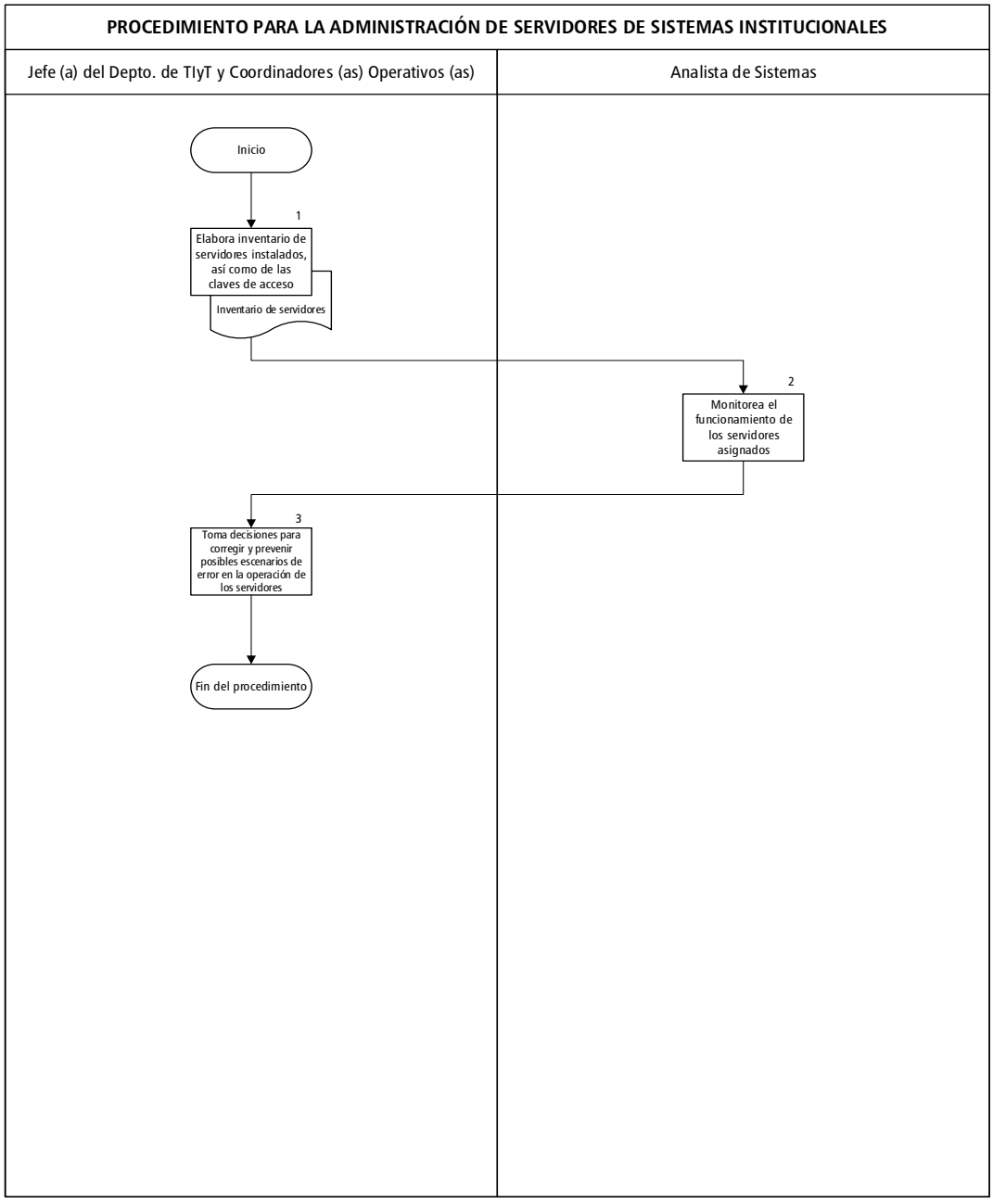
Áreas Involucradas	Aplica al personal del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones
Recursos	Registro de Atención a Usuarios, Formato de Transferencia de Expedientes del CIS, Memorándum, Licencia sanitaria, Permiso sanitario de construcción
Glosario	TIyT.: Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones. Servidor: Equipo de cómputo de características ampliadas que se usa para montar en ellos las aplicaciones de sistemas de información, así como las bases de datos que se generan a partir de la operación de las aplicaciones y los respaldos que pueden hacer de la información contenida.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES DE SISTEMAS INSTITUCIONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones y Coordinadores Operativos	Elabora el inventario de servidores instalados en Oficinas Centrales y Administrativas, así como de las claves de acceso de los mismos.	Inventario de servidores
2	Analista de Sistemas	Monitorea el funcionamiento de los servidores asignados considerando aspectos de funcionalidad, capacidad y operatividad de los mismos.	
3	Jefe/a del	Toma decisiones para corregir y	

	Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones y Coordinadores Operativos	prevenir posibles escenarios de error en la operación de los servidores monitoreados y en operación.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES DE SISTEMAS INSTITUCIONALES.



7.15.29. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS

Tiempo Promedio: 2 semanas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Raúl Flores Muñoz Coordinador Operativo de Desarrollo de Sistemas RFM (DTIyT) Octubre 2018	Fernando Espinosa Aguilar Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones FEA (DTIyT) Octubre 2018	Adrián Tavares Echegaray Director de Planeación y Programación ATE (DPP) Octubre 2018

Objetivo	Regular los métodos de protección desarrollados para los sistemas en operación así como la consideración para proyectos nuevos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
2. Art. 1° Fracc. I "Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer:
   i. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
   b. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales
3. Art. 50 Fracc. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes:

   i. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Políticas de Operación:
El presente procedimiento es de aplicación obligatoria para todos los involucrados/as en la creación, actualización, eliminación de accesos a los sistemas designados.

Responsables

Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.

Áreas Involucradas

Aplica al personal del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.

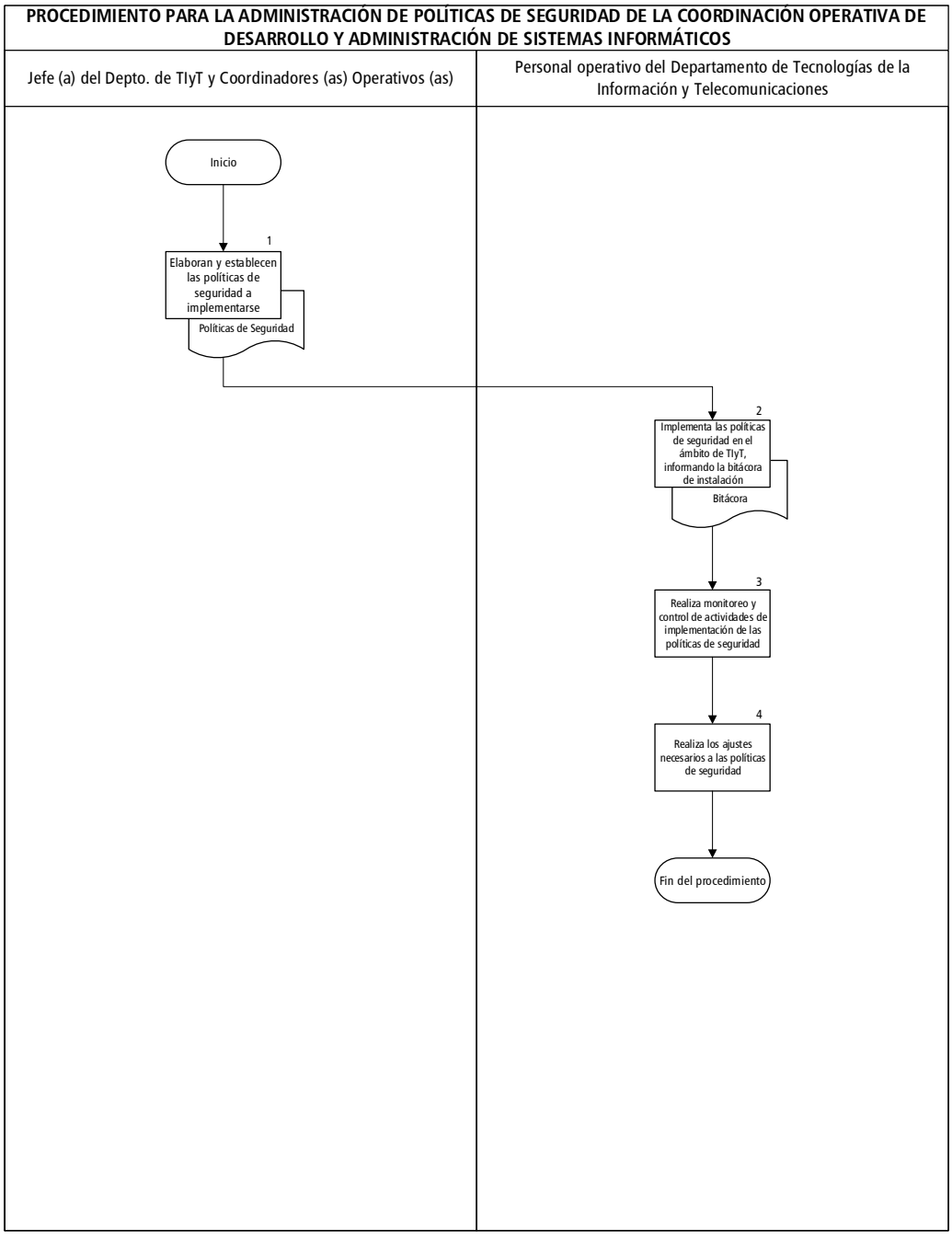
Recursos	Políticas de Seguridad, Bitácora de Instalación
Glosario	TIyT: Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Depto. de TIyT y Coordinadores Operativos	Elaboran y establecen las políticas de seguridad a implementarse en las áreas del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Políticas de Seguridad
2	Personal operativo del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Implementa las políticas de seguridad en el ámbito de tecnologías de la información designadas y telecomunicaciones, informando la bitácora de instalación	Bitácora
3	Personal operativo del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones	Realizar el monitoreo y control de las actividades de implementación de las políticas de seguridad en el ámbito de tecnologías de la información y telecomunicaciones	
4	Personal operativo del Departamento de Tecnologías de	Realizar los ajustes necesarios a las políticas de seguridad en el ámbito de tecnologías de la información	

	la Información y Telecomunicaciones		
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS.



7.15.30. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS.

Tiempo Promedio: 2 semanas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Raúl Flores Muñoz **Coordinador Operativo de Desarrollo de Sistemas** **RFM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Regular la presentación de los avances técnicos, así como de los resultados, tanto parciales como finales en la definición planeación, diseño, implementación o validación de sistemas de tecnologías de la información.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
2. Art. 1° Fracc. I "Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer: Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales.
4. Art. 50 Fracc. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes: Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Políticas de Operación:

1. El presente procedimiento es de aplicación obligatoria para todos los/las involucrados/as en la definición planeación, diseño, implementación o validación de sistemas de tecnologías de la información.

Responsables

Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.

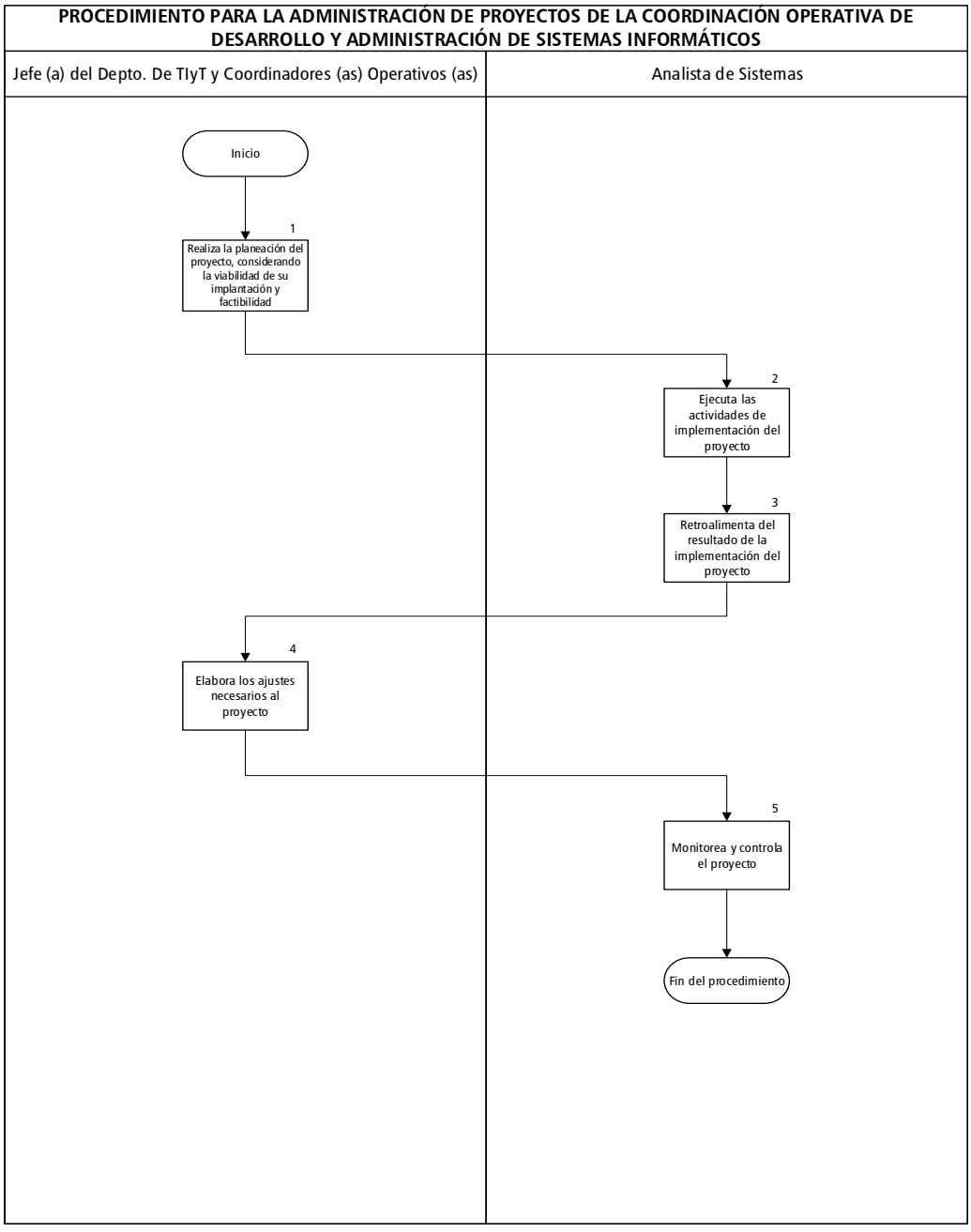
Áreas Involucradas	Aplica al personal del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.
Recursos	Proyecto, Bitácora de implementación, Memorando de retroalimentación.
Glosario	TIyT: Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones y Coordinadores Operativos	Realiza la planeación del proyecto que se considere implementar, considerando el impacto de su implantación y la factibilidad de su aplicación de acuerdo con los recursos existentes	
2	Analista de Sistemas	Ejecuta las actividades de implementación del proyecto.	
3	Analista de Sistemas	Retroalimenta al Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la información y Telecomunicaciones y al/laCoordinador/a Operativo/a de Desarrollo de Sistemas del resultado de la implementación del proyecto	

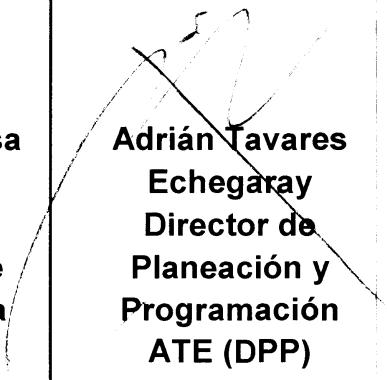
4	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Coordinadores Operativos	Elabora los ajustes necesarios al proyecto de acuerdo a la retroalimentación recibida del/la Analista de Sistemas	
5	Analista de Sistemas	Monitorea y coadyuva en el proyecto	
Fin del procedimiento			

Diagrama de Flujo DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS DE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS.



7.15.31. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CICLO DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DESARROLLADOS POR LOS SSEP.

Tiempo Promedio: Variable

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Raúl Flores Muñoz **Coordinador Operativo de Desarrollo de Sistemas** **RFM (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Fernando Espinosa Aguilar** **Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones** **FEA (DTIyT)** **Octubre 2018**	**Adrián Tavares Echegaray** **Director de Planeación y Programación** **ATE (DPP)** **Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar la información relativa a la administración del ciclo de vida de los sistemas de información de desarrollo interno.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
2. Art. 1° Fracc. I "Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer:
   i. Las normas y los principios fundamentales, de acuerdo a los cuales se llevará a cabo la planeación del desarrollo económico, social, político y cultural en el Estado."
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales
4. Art. 50 Fracc. I " Los servidores públicos para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que han de observarse en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que corresponda a su empleo, cargo o comisión tendrá las siguientes:
   i. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Políticas de Operación:

1. Todos los sistemas o aplicaciones desarrolladas por parte del personal de los SSEP deberán ser entregados y aprobados por la Coordinación Operativa de Desarrollo de Sistemas incluyendo código fuente, manual de usuario, manual de desarrollo, manual de instalación y licencia(s) en caso de aplicar.

Responsables

Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, Dirección de Planeación y Programación.

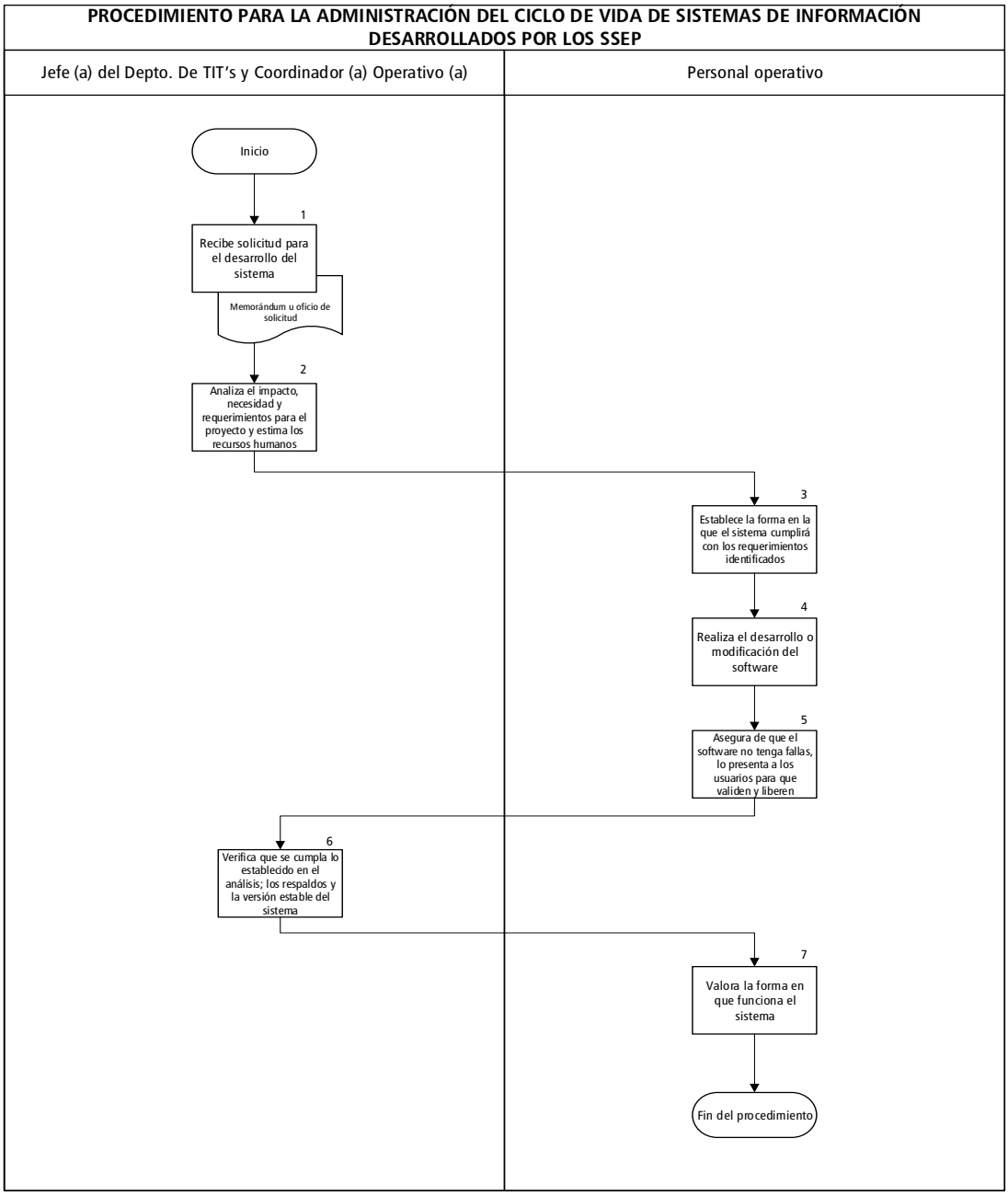
Áreas Involucradas	Aplica al personal del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones.
Recursos	Memorándum u oficio de solicitud.
Glosario	TIyT: Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones Desarrollo interno: Sistemas o aplicaciones desarrolladas por el personal de los SSEP.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CICLO DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DESARROLLADOS POR LOS SSEP.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/aDepartamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones, y Coordinador/a Operativo	Recibe solicitud para el para el desarrollo del sistema.	Memorándum u oficio de solicitud
2	Jefe/aDepartamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones y Coordinador/a Operativo	Analiza el impacto, necesidad y requerimientos para el proyecto. Y estima preliminarmente los recursos humanos para el éxito del mismo.	
3	Personal operativo	Establece la forma en la que el sistema cumplirá con los requerimientos identificados durante la	

		fase de análisis	
4	Personal operativo	Realiza el desarrollo o modificación del software que cumpla con el análisis anterior.	
5	Personal operativo	Asegura que el software no tenga fallas, es decir, que funciona de acuerdo con las especificaciones y en la forma en que los usuarios esperan que lo haga. Al terminar las pruebas internas lo presenta a los usuarios para que validen y en su caso liberen el producto; en caso de requerirse se analizan los cambios y se regresa al punto anterior. Se realiza capacitación después de cada cambio.	
6	Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones y Coordinador Operativo	Verifica que se cumplan lo establecido en el análisis, se realicen los respaldos y se tenga la versión estable del sistema. Actualiza el inventario de software desarrollado de los SSEP.	
7	Personal operativo	Valora la forma en que funciona el sistema incluyendo su facilidad de uso, tiempo de respuesta y nivel de utilización.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CICLO DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DESARROLLADOS POR LOS SSEP.



7.16. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

7.16.1. PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO.

Tiempo Promedio: 6 meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Martha Virginia Reyes Calderón **Analista del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud** **MVRC (DSPySS)** **Octubre 2018**	**Mario Alberto González Sánchez** **Jefe del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud** **MAGS (DSPySS)** **Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel** **Director de Evaluación de los Servicios de Salud** **JCGM (DESS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar a la Secretaría de Finanzas y Administración del Estado de Puebla (SFA) en tiempo y forma, la información necesaria del apartado de salud para su integración en el Informe de Gobierno del Ejecutivo Estatal, la cual deberá ser remitida de acuerdo a la calendarización y formatos estipulados por la misma.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Lineamientos para la elaboración de Informe de Gobierno, emitidos por la SFA. Políticas de Operación: 1. La información deberá ser solicitada vía memorándum u oficio a las unidades administrativas inmediatamente después de recibir el requerimiento por parte de la SFA. 2. Los formatos establecidos por la SFA para el Informe de Gobierno no deberán modificarse por las dependencias y/o áreas administrativas. 3. El proyecto de texto será formulado de acuerdo a los lineamientos que establezca la SFA. 4. La información deberá ser entregada por las unidades administrativas de forma impresa y magnética, en el tiempo establecido por el Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud. 5. Los SSEP, a través de la CPEDyO entregarán a la SFA, la información correspondiente a los resultados de la gestión de los programas de salud que opere la Dependencia, así como de los organismos sectorizados, a los que se le solicite información. 6. El procedimiento puede tener variaciones, conforme así lo determinen los lineamientos de la Secretaría de Finanzas y Administración (SFA).
Responsables	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud
Áreas Involucradas	Unidades administrativas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, instituciones del Sector Salud, a quienes se les requiera información, y Secretaría de Finanzas y Administración como entidad normativa, rectora y concentradora del proceso de Informe de Gobierno.
Recursos	Convocatoria, Guía de Trabajo, Memorándum u Oficio, Lineamientos, Informe preliminar.

Glosario	SFA: Secretaría de Finanzas y Administración del Estado de Puebla. SS: Secretaría de Salud del Estado de Puebla. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. OPD: Organismo Público Descentralizado. CESAMED: Comisión Estatal de Arbitraje Médico. ISSSTEP: Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla. REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud. DE: Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. DSPSS: Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud. CPEDyO: Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidad Administrativa o Aplicativa: Aquellas Unidades (Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, etc.) involucradas en el proceso de ejecución de los objetivos, metas e indicadores comprometidos en el Programa de Trabajo este Organismo.

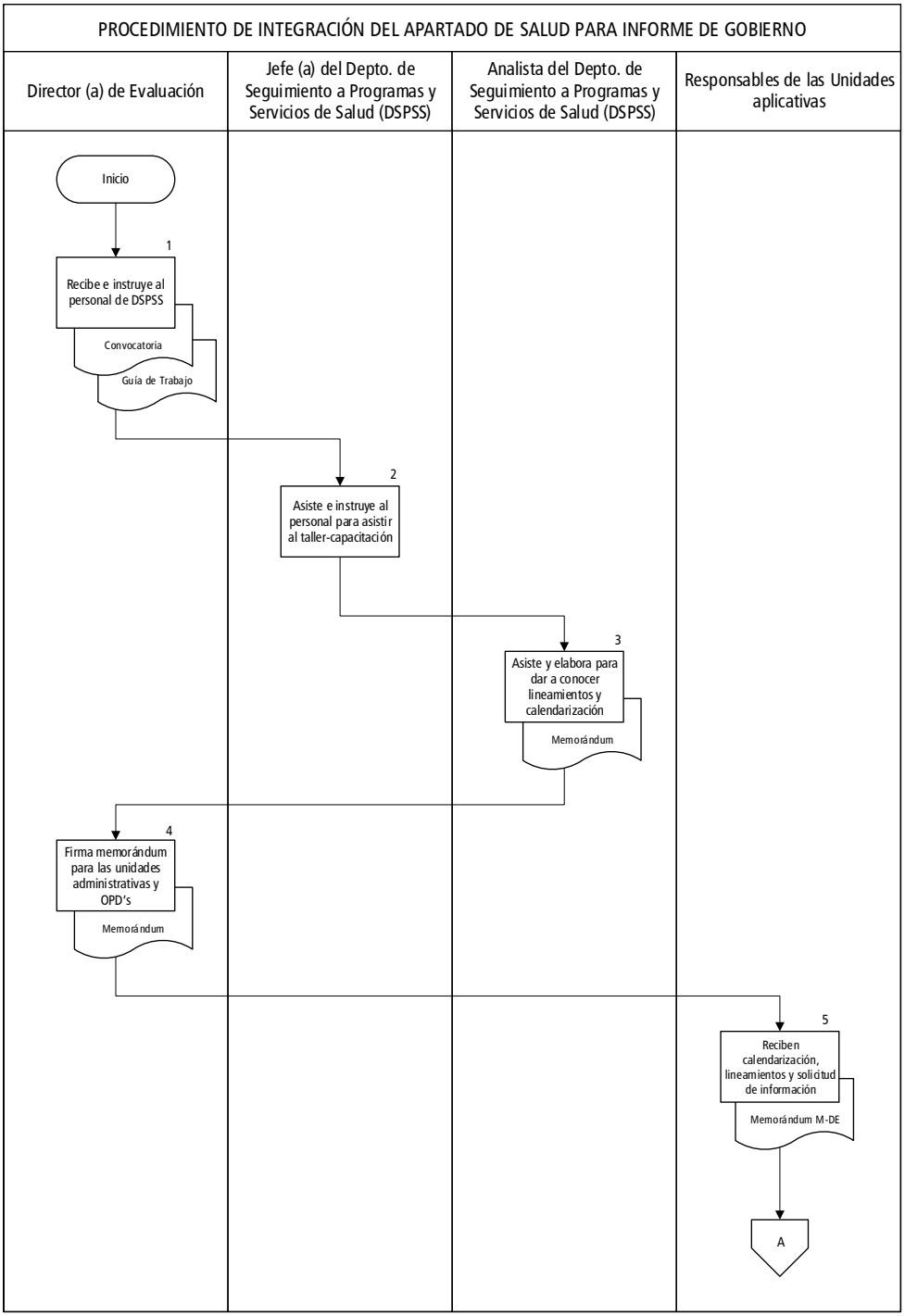
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO E INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO.

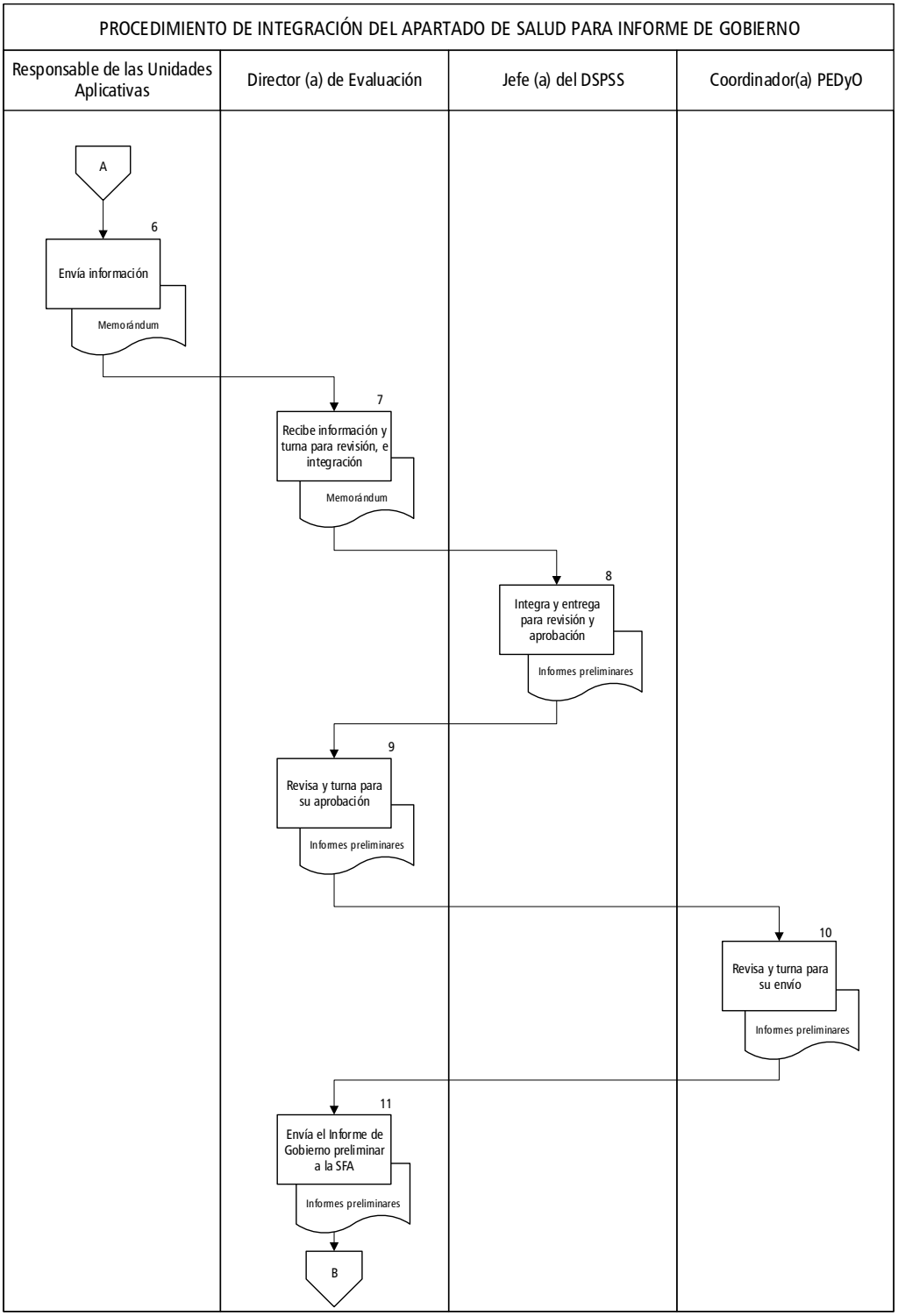
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Evaluación	Recibe convocatoria para taller y entrega de la Guía de Trabajo de la SFA e instruye al personal del DSPSS.	Convocatoria Guía de Trabajo
2	Jefe/a del Depto. de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud (DSPSS)	Asiste e instruye al personal para asistir al taller-capacitación de la SFA.	S/D

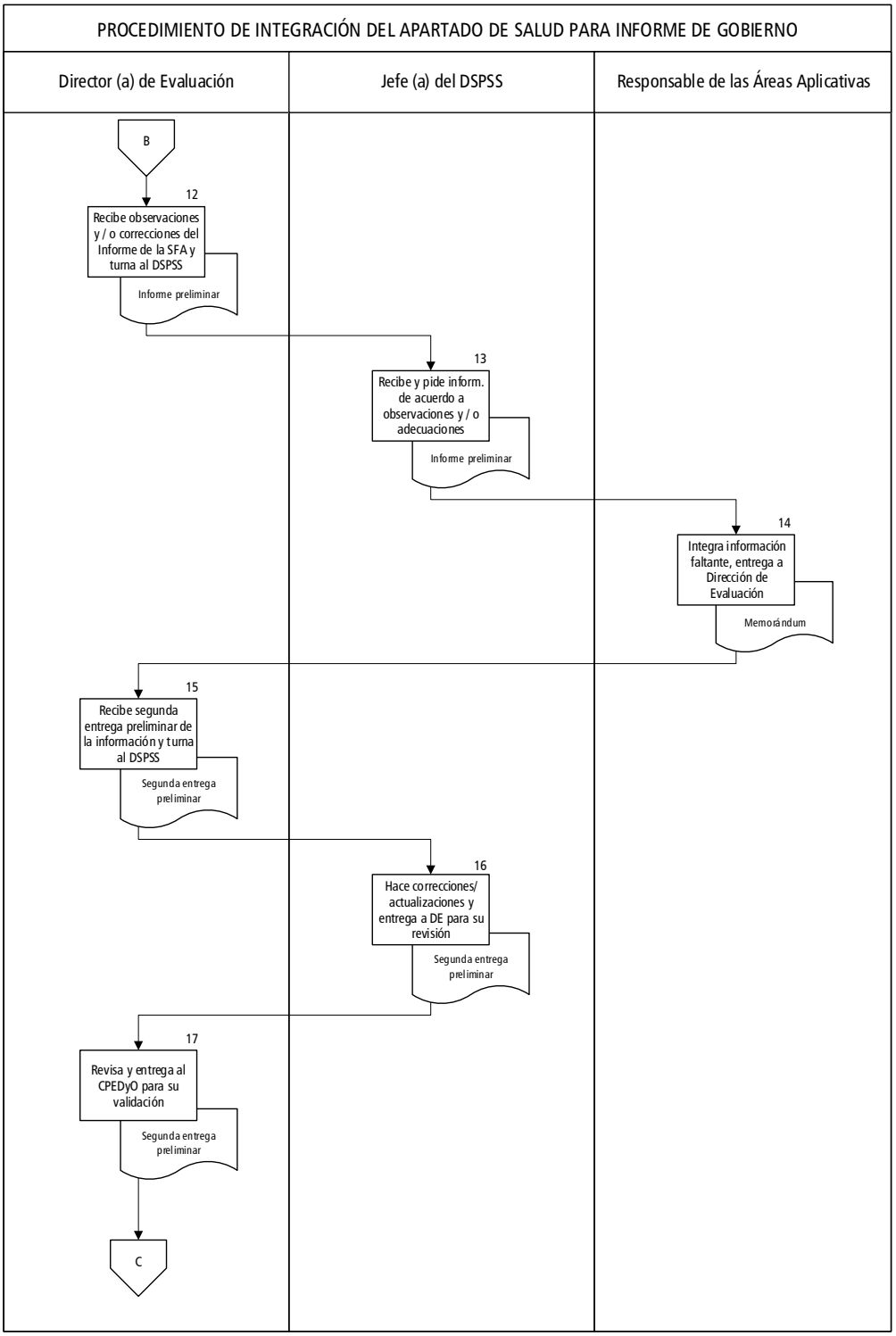
3	Analista del DSPSS	Asiste al taller y elabora memorándum para dar a conocer lineamientos y calendarización de actividades para la entrega de información relativa a la elaboración del Informe de Gobierno.	Memorándum
4	Director/a de Evaluación	Firma memorándum para las unidades administrativas y OPD's.	Memorándum
5	Responsables de las Unidades Aplicativas	Reciben memorándum con calendarización, lineamientos y solicitud de información.	Memorándum Lineamientos Solicitud de primer Informe
6	Responsables de las Unidades Aplicativas	Envían la información mediante memorándum de acuerdo a la calendarización y lineamientos establecidos.	Memorándum
7	Director/a de Evaluación	Recibe la información y turna a Jefe/a de DSPSS para revisión, análisis e integración de informe preliminar.	Memorándum
8	Jefe/a del DSPSS	Integra las versiones preliminares del Informe de Gobierno y se entrega a la Dirección de Evaluación para su revisión y aprobación.	Informe preliminar
9	Director/a de Evaluación	Revisa informe preliminar y turna al/laCoordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación para su aprobación.	Informe preliminar
10	Coordinador/a de PEDyO	Revisa el informe preliminar y turna al DE para su envío.	Informe preliminar
11	Director/a de Evaluación	Envía Informe de Gobierno preliminar a la SFA.	Informe preliminar
12	Director/a de Evaluación	Recibe observaciones y/o correcciones de Informe de la SFA y turna al DSPSS.	Informe preliminar
13	Jefe/a del DSPSS	Recibe instrucción y pide a las áreas la información faltante de acuerdo a las	Informe preliminar

		observaciones y/o adecuaciones.	
14	Responsable de las Áreas aplicativas	Integra información faltante, entrega vía memorándum a Dirección de Evaluación.	Memorándum
15	Director/a de Evaluación	Recibe segunda entrega preliminar de la información y turna al DSPSS.	Segunda entrega preliminar
16	Jefe/a del DSPSS	Hace correcciones/actualizaciones y entrega al/laDirector/a de Evaluación para su revisión.	Segunda entrega preliminar
17	Director/a de Evaluación	Revisa y entrega a la CPEDyO para su validación.	Segunda entrega preliminar
18	Coordinador/a de PEDyO	Revisa y valida la información la cual pone a consideración del Secretario de Salud.	Segunda entrega preliminar
19	Coordinador/a de PEDyO	Envía de manera oficial la versión final del Informe del Salud a la SFA.	Oficio a la SFA Informe de Salud, versión final
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO EL PROCEDIMIENTO E INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO.

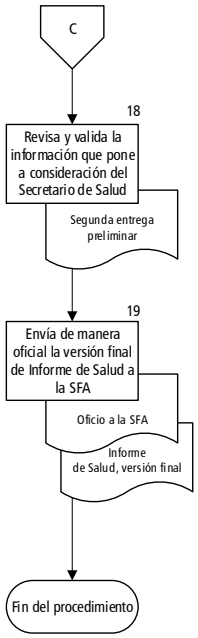



PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO
Responsable de las Unidades Aplicativas
Director (a) de Evaluación
Jefe (a) del DSPSS
Coordinador(a) PEDyO
A
6
Envía información
Memorándum
7
Recibe información y turna para revisión, e integración
Memorándum
8
Integra y entrega para revisión y aprobación
Informes preliminares
9
Revisa y turna para su aprobación
Informes preliminares
10
Revisa y turna para su envío
Informes preliminares
11
Envía el Informe de Gobierno preliminar a la SFA
Informes preliminares
B


PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO
Director (a) de Evaluación
Jefe (a) del DSPSS
Responsable de las Áreas Aplicativas
B
12
Recibe observaciones y / o correcciones del Informe de la SFA y turna al DSPSS
Informe preliminar
13
Recibe y pide inform. de acuerdo a observaciones y / o adecuaciones
Informe preliminar
14
Integra información faltante, entrega a Dirección de Evaluación
Memorándum
15
Recibe segunda entrega preliminar de la información y turna al DSPSS
Segunda entrega preliminar
16
Hace correcciones/ actualizaciones y entrega a DE para su revisión
Segunda entrega preliminar
17
Revisa y entrega al CPEDyO para su validación
Segunda entrega preliminar
C

PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN DEL APARTADO DE SALUD PARA INFORME DE GOBIERNO

Coordinador(a) PEDyO



7.16.2. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES.

Tiempo Promedio: Se emite una evaluación cada trimestre.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Carlos Alberto Rivera Aguirre Analista del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud CARA (DSPySS) Octubre 2018	**Mario Alberto González Sánchez Jefe del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud MAGS (DSPySS) Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel Director de Evaluación de los Servicios de Salud JCGM (DESS) Octubre 2018**

Objetivo	Evaluar el desempeño de los programas institucionales para determinar e implementar aspectos de mejora para el cumplimiento de los objetivos bajo los que operan los programas y servicios de salud.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programación Anual de Metas e Indicadores. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. La información deberá entregarse al DSPSS de manera mensual en forma magnética o por el medio que para el fin sea determinado de acuerdo al calendario anual de reportes de evaluaciones y reportes de indicadores.
Responsables	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud
Áreas Involucradas	Todos los programas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Minuta.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. PAMI: Programación Anual de Metas e Indicadores. SIES: Sistema Integral de Evaluación en Salud. DSPSS: Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud. DE:Director/a de la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. Unidad Administrativa o Aplicativa: Son aquellas Unidades (Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, etc.) que están involucrados en el proceso de ejecución de los objetivos, metas e indicadores comprometidos en el Programa Operativo Anual de los SSEP. CPEDyO: Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.

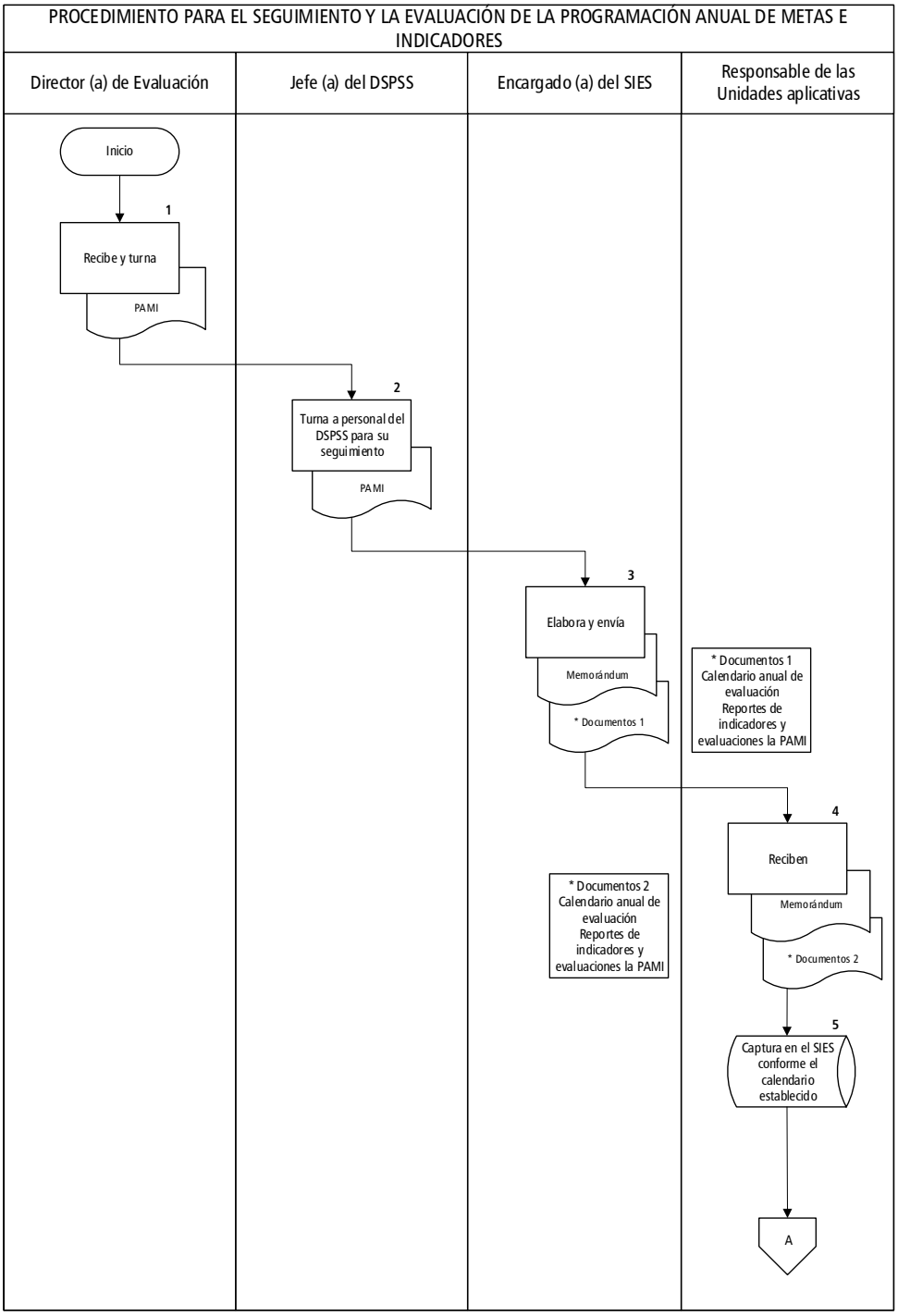
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES.

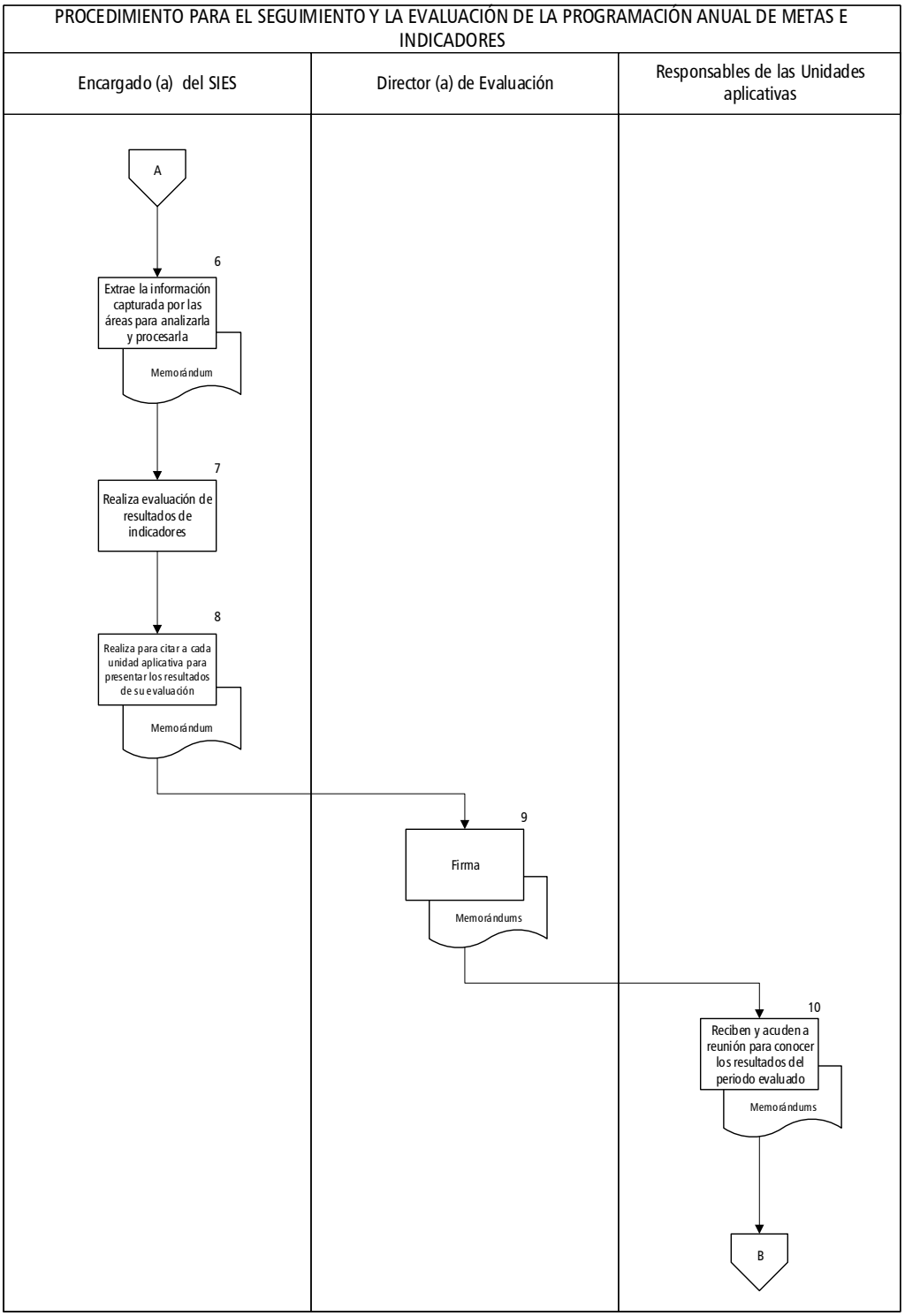
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud	Recibe la Programación Anual de Metas e Indicadores y turna al/la Jefe/a de DSPSS.	PAMI
2	Jefe/a del Depto. de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud	Turna la PAMI al personal encargado del Sistema Integral de Evaluación en Salud (SIES), para efectuar la programación.	PAMI
3	Encargado/a del SIES	Elabora calendario anual de evaluación y reportes de indicadores y envía a las unidades aplicativas, mediante memorándum.	Calendario anual de evaluación Reportes de indicadores Memorándum
4	Responsables de las unidades aplicativas	Reciben memorándum con el calendario anual de reportes de indicadores y evaluaciones de la PAMI.	Memorándum
5	Responsables de las unidades aplicativas	Captura en el SIES conforme el calendario establecido.	S/D
6	Encargado/a del SIES	Extrae la información capturada por las áreas para analizarla y procesarla.	Memorándum
7	Encargado/a del SIES	Realiza evaluación de resultados de indicadores.	S/D
8	Encargado/a del SIES	Realiza memorándum citando a los/las Directivos/as y/o enlaces de cada unidad aplicativa para presentarle los resultados de su evaluación.	Memorándum
9	Director/a de	Firma los memorándums para las	Memorándums

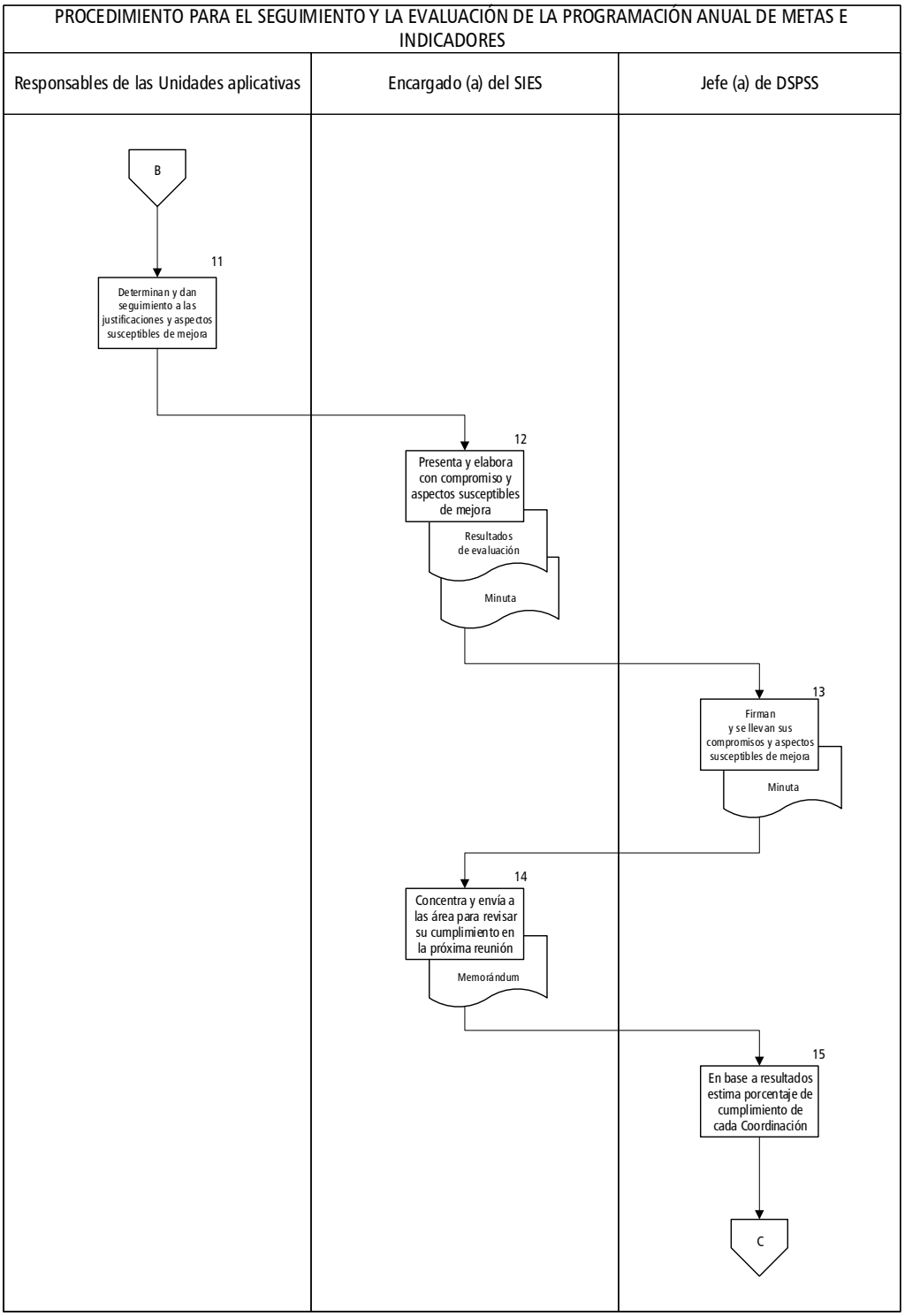
	Evaluación	unidades administrativas.	
10	Responsables de las unidades aplicativas	Reciben memorándum y acuden a reunión para conocer los resultados del periodo evaluado.	Memorándum
11	Responsables de las unidades aplicativas	De acuerdo a los resultados determinan y dan seguimiento a las justificaciones y Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).	S/D
12	Encargado/a del SIES	Presenta resultados de la evaluación a las diferentes áreas y elabora minuta de la reunión con compromiso y aspectos susceptibles de mejora de cada unidad.	Resultados de evaluación Minuta
13	Responsables de las unidades aplicativas	Firman minuta y se llevan sus compromisos y aspectos susceptibles de mejora.	Minuta
14	Encargado/a del SIES	Concentra los resultados y aspectos susceptibles de mejora en la evaluación de cada área (presentación) y los envía vía memorándum a cada área para revisar su cumplimiento en la próxima reunión.	Memorándum
15	Jefe/a de DSPSS	Con base a los resultados de las unidades administrativas estima el porcentaje de cumplimiento de cada Coordinación, y turna al Director de Evaluación.	S/D
16	Director/a de Evaluación	Analiza los resultados y envía al Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación para su conocimiento y presentación al/la Secretario/a de Salud y Director/a General de los Servicios de Salud.	S/D
17	Coordinador/a de PEDyO	Revisa y valida la información la cual pone a consideración del/la Secretario/a de Salud y Director/a	S/D

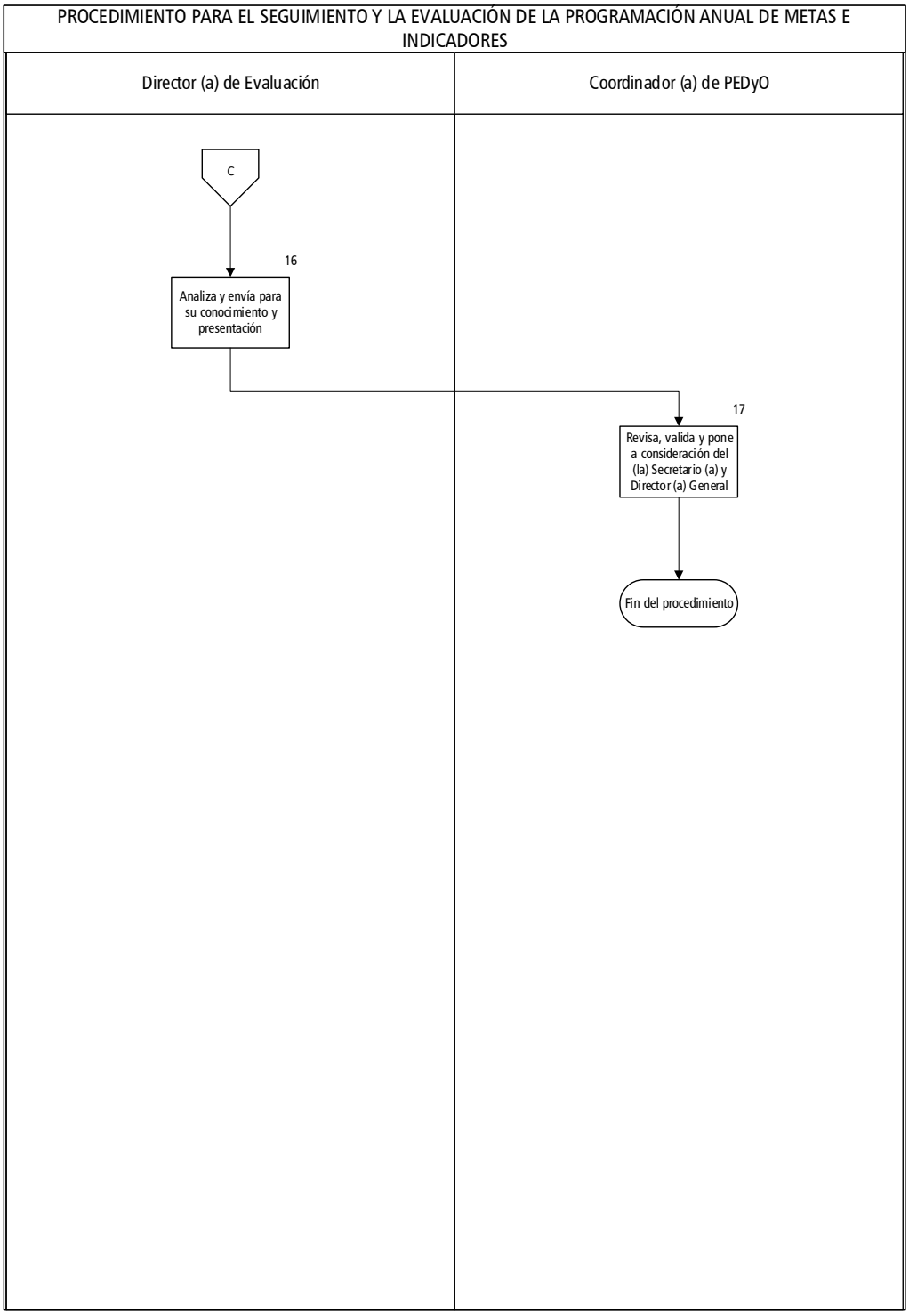
		General de los Servicios de Salud.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES.




PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES
Encargado (a) del SIES
Director (a) de Evaluación
Responsables de las Unidades aplicativas
A
6
Extrae la información capturada por las áreas para analizarla y procesarla
Memorándum
7
Realiza evaluación de resultados de indicadores
8
Realiza para citar a cada unidad aplicativa para presentar los resultados de su evaluación
Memorándum
9
Firma
Memorándums
10
Reciben y acuden a reunión para conocer los resultados del periodo evaluado
Memorándums
B


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES
Responsables de las Unidades aplicativas
Encargado (a) del SIES
Jefe (a) de DSPSS
B
11
Determinan y dan seguimiento a las justificaciones y aspectos susceptibles de mejora
12
Presenta y elabora con compromiso y aspectos susceptibles de mejora
Resultados de evaluación
Minuta
13
Firman y se llevan sus compromisos y aspectos susceptibles de mejora
Minuta
14
Concentra y envía a las área para revisar su cumplimiento en la próxima reunión
Memorándum
15
En base a resultados estima porcentaje de cumplimiento de cada Coordinación
C


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES
Director (a) de Evaluación
Coordinador (a) de PEDyO
C
16
Analiza y envía para su conocimiento y presentación
17
Revisa, valida y pone a consideración del (la) Secretario (a) y Director (a) General
Fin del procedimiento

7.16.3. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y CAPTURA DEL INFORME DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN ESTATAL (SEE).

Tiempo Promedio: 3 meses por cada reporte.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Lydia Adriana Castillo Díaz **Analista del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud** **LACD (DSPySS)** **Octubre 2018**	**Mario Alberto González Sánchez** **Jefe del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud** **MAGS (DSPySS)** **Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel** **Director de Evaluación de los Servicios de Salud** **JCGM (DESS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Registrar los avances y resultados técnicos en las metas de indicadores y actividades de los programas que integra la Programación Anual de Metas e Indicadores de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, a través del Sistema Estatal de Evaluación (SEE) o de los lineamientos que sean determinados por la Secretaría de la Contraloría.

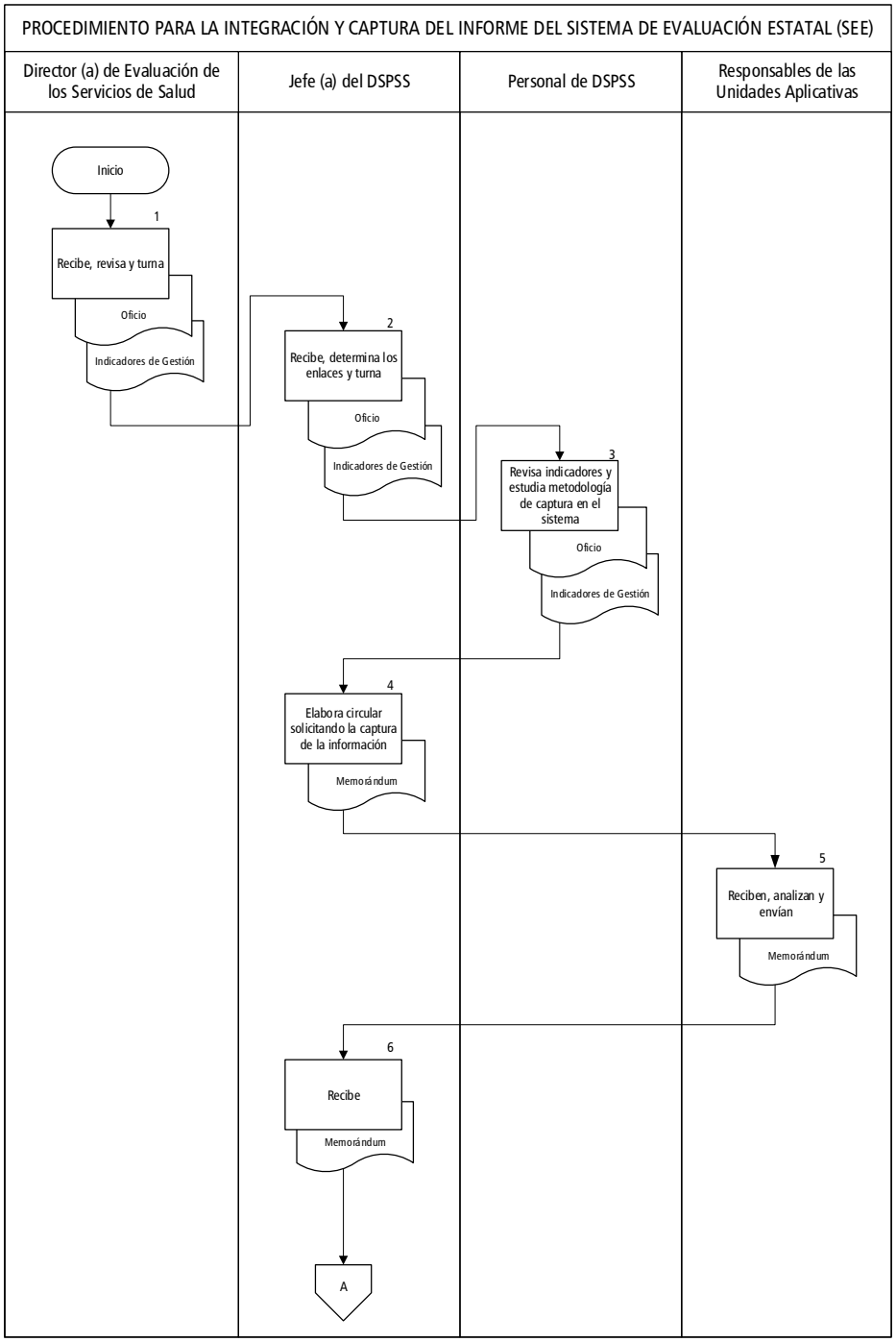
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Programación Anual de Metas e Indicadores. Políticas de Operación: 1. La captura de la información deberá apegarse a los lineamientos establecidos en el SEE o por los determinados por la Secretaría de la Contraloría.
Responsables	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud
Áreas Involucradas	Unidades administrativas que en el ámbito de sus atribuciones sean responsables de los resultados de los indicadores y actividades determinadas por la Secretaría de la Contraloría, en el proceso de evaluación del ejercicio anual que corresponda.
Recursos	Oficio de la DE, Memorándum de la DE, Oficio del DSPSS, Memorándum del DSPSS.
Glosario	SEE: Sistema Estatal de Evaluación. PAMI: Programación Anual de Metas e Indicadores. DE: Director/a / Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. DSPSS: Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud. Unidad Administrativa o Aplicativa: Son aquellas Unidades (Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, etc.) que están involucrados en el proceso de ejecución de los objetivos, metas e indicadores comprometidos en el Programa de Trabajo este Organismo Público Descentralizado.

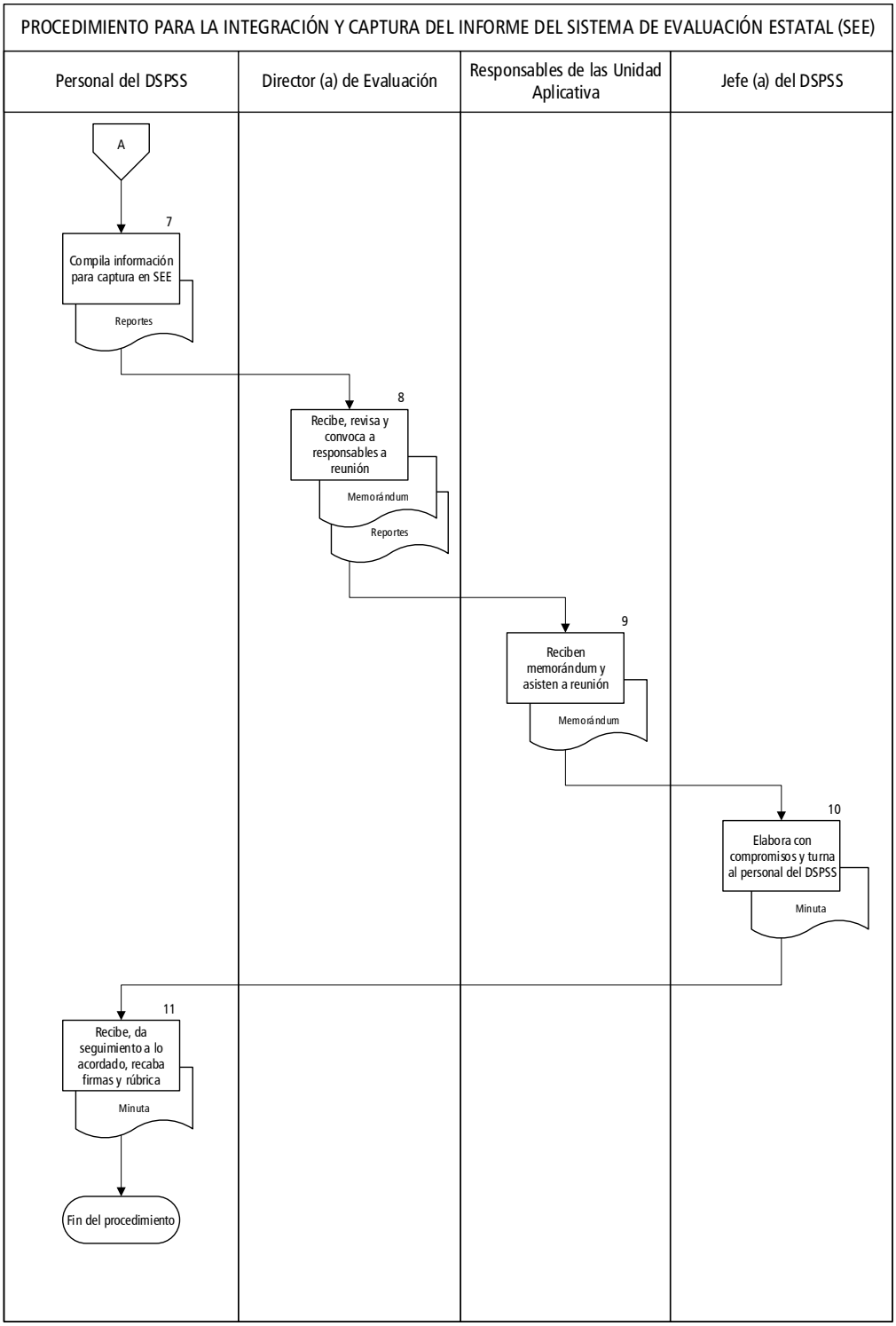
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y CAPTURA DEL INFORME DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN ESTATAL (SEE).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud	Recibe de la Secretaría de la Contraloría, el oficio donde se solicita la captura de los indicadores de gestión y actividades de los Programas de Trabajo, revisa y turna al DSPSS.	Oficio Indicadores de Gestión
2	Jefe/a del DSPSS	Recibe oficio de la Dirección de Evaluación, determina los enlaces y turna al personal designado para la coordinación, captura y seguimiento correspondiente.	Oficio Indicadores de Gestión
3	Personal del DSPSS	Revisa indicadores y estudia la metodología de captura en el sistema dispuesto para ello.	Oficio Indicadores de Gestión
4	Jefe/a del DSPSS	Elabora memorándum circular para solicitar el avance de metas y evidencia de la información a los/las responsables de los programas en el sistema dispuesto para ello, de conformidad con los lineamientos establecidos por la Secretaría de la Contraloría.	Memorándum
5	Responsables de las Unidades aplicativas	Reciben memorándum, analizan metas de indicadores y actividades, envían la información al DSPSS, de conformidad con los lineamientos establecidos por la Secretaría de la Contraloría.	Memorándum
6	Jefe/a del DSPSS	Recibe memorándum con la información de los responsables de las Unidades aplicativas.	Memorándum
7	Personal del	Compila la información para la captura	Reportes

	DSPSS	en el SEE.	
8	Director/a de Evaluación	Recibe, revisa reportes y convoca a reunión a los responsables de programas para evaluar justificaciones y determinar Acciones Susceptibles de Mejora.	Reportes Memorándum
9	Responsables de las Unidades aplicativas	Reciben memorándum y asisten a reunión.	Memorándum
10	Jefe/a del DSPSS	Elabora minuta de reunión con compromisos y turna al personal del DSPSS para el seguimiento correspondiente.	Minuta
11	Personal del DSPSS.	Recibe minuta y da seguimiento a lo acordado para cada resultado y acciones de mejora y recaba firmas y rúbrica de los indicadores.	Minuta
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y CAPTURA DEL INFORME DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN ESTATAL (SEE).




PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y CAPTURA DEL INFORME DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN ESTATAL (SEE)
Personal del DSPSS
Director (a) de Evaluación
Responsables de las Unidad Aplicativa
Jefe (a) del DSPSS
A
7
Compila información para captura en SEE
Reportes
8
Recibe, revisa y convoca a responsables a reunión
Memorándum
Reportes
9
Reciben memorándum y asisten a reunión
Memorándum
10
Elabora con compromisos y turna al personal del DSPSS
Minuta
11
Recibe, da seguimiento a lo acordado, recaba firmas y rúbrica
Minuta
Fin del procedimiento

7.16.4. PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA Y REPORTE DE INDICADORES DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA) EN EL SISTEMA DE RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS.

Tiempo Promedio: 3 meses por cada reporte.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Lydia Adriana Castillo Díaz **Analista del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud** **LACD (DSPySS)** **Octubre 2018**	**Mario Alberto González Sánchez** **Jefe del Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud** **MAGS (DSPySS)** **Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel** **Director de Evaluación de los Servicios de Salud** **JCGM (DESS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Registrar los avances y resultados trimestrales de los indicadores FASSA seleccionados por Secretaría de Hacienda y Crédito Público para evaluar la aplicación de los recursos federales.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Lineamientos de SHCP. Políticas de Operación: 2. La captura de la información deberá apegarse a los lineamientos establecidos por la SHCP.
Responsables	Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud
Áreas Involucradas	Unidades administrativas responsables de los indicadores seleccionados por SHCP.
Recursos	Memorándum, minuta.
Glosario	DE: Dirección/Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud del Estado. DSPSS: Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud del Estado. SRFT: Sistema de Recursos Federales Transferidos. Unidad Administrativa o Aplicativa: Son aquellas unidades (Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, etc.) que están involucrados en el proceso de ejecución de los objetivos, metas e indicadores comprometidos en el programa de trabajo de este Organismo Público Descentralizado. FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. SFA: Secretaría de Finanzas y Administración. SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

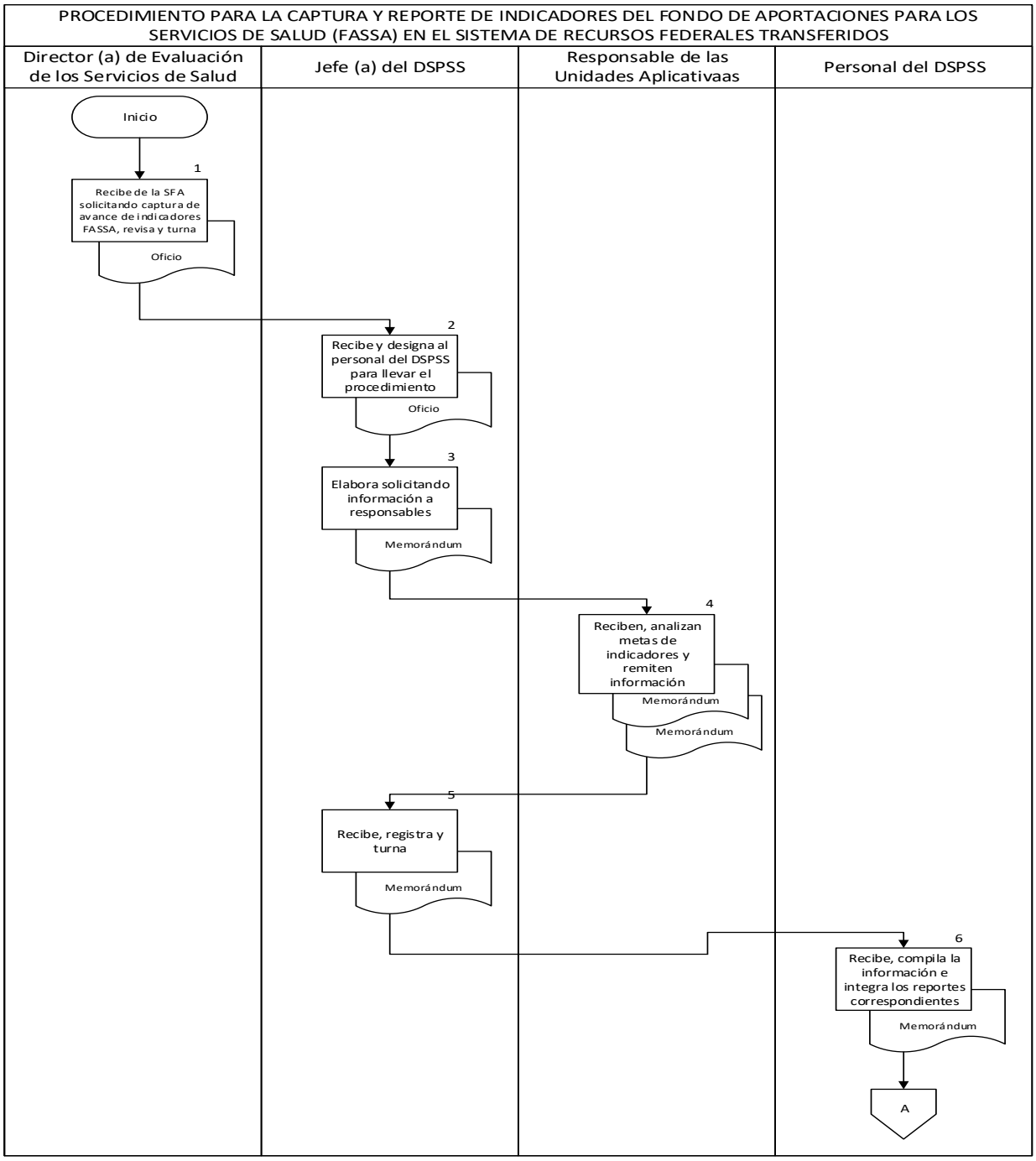
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA Y REPORTE DE INDICADORES DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA) EN EL SISTEMA DE RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

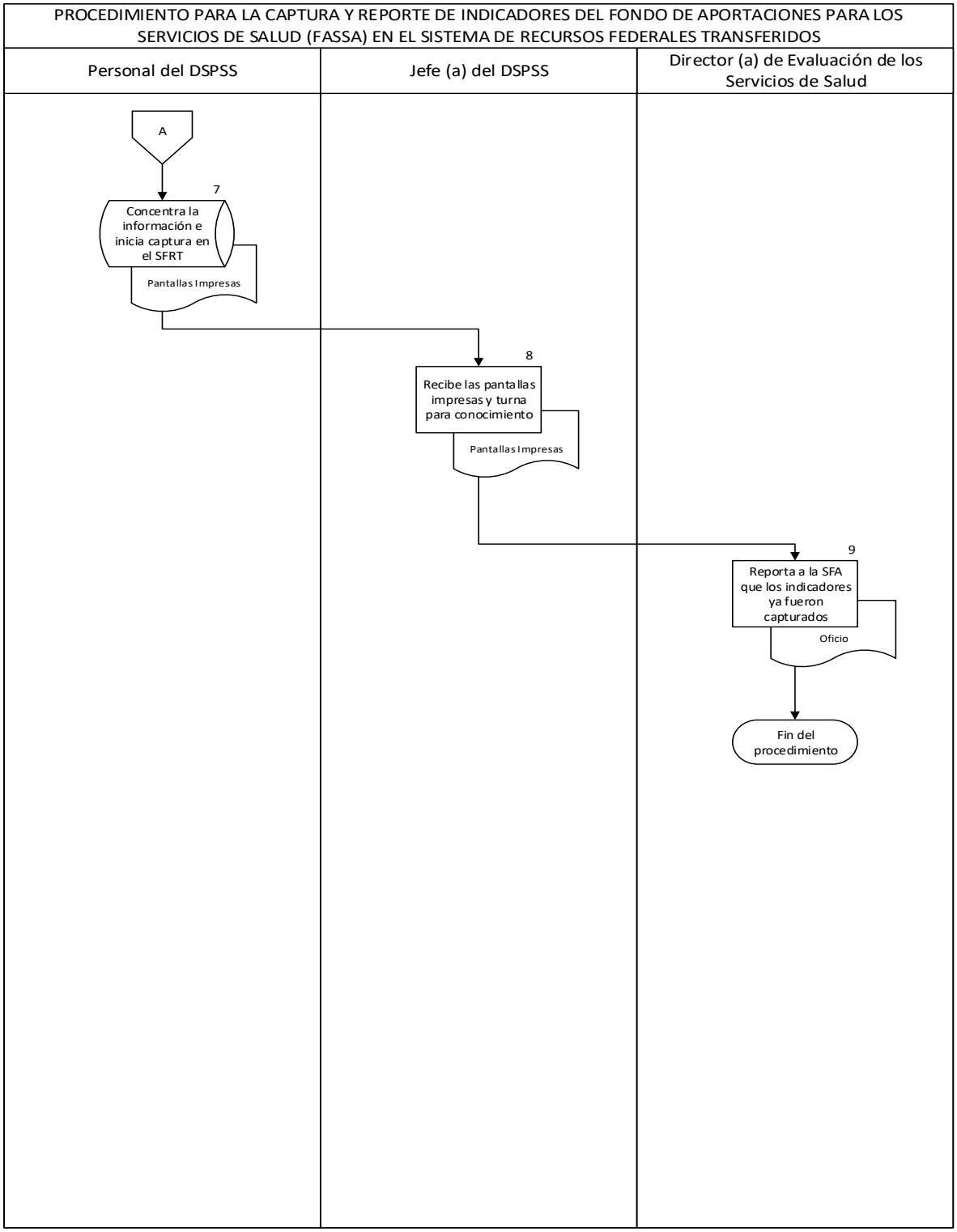
1	Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud	Recibe de la Secretaría de Finanzas y Administración el oficio donde se solicita la captura de avance de indicadores FASSA, revisa y turna al Departamento de Seguimiento a Programas y Servicios de Salud.	Oficio
2	Jefe/a del DSPSS	Recibe oficio de la Dirección de Evaluación y designa al personal del DSPSS para llevar el procedimiento.	Oficio
3	Jefe/a del DSPSS	Elabora memorándum circular para solicitar la información a los responsables de los Programas para el seguimiento de información del Sistema de Recursos Federales Transferidosy/o Sistema de Información sobre el ejercicio, destino y resultados del gasto federalizado.	Memorándum
4	Responsable de las Unidades aplicativas	Reciben memorándum, analizan metas de indicadores y remiten la información a través de memorándum a la Dirección de Evaluación y copia de conocimiento al DSPSS.	Memorándum
5	Jefe/a del DSPSS	Recibe y registra los memorándums con la información anexa y la turna la personal designado.	Memorándum
6	Personal del DSPSS	Recibe memorándum y compila la información para soporte y control interno, integra los reportes correspondientes.	Memorándum
7	Personal del DSPSS	Concentra la información e inicia con la captura en el Sistema de Recursos Federales Transferidos imprimiendo las pantallas de cada uno de los indicadores.	SRFT Pantallas Impresas
8	Jefe/a del DSPSS	Recibe las pantallas impresas de información y turna para conocimiento al Director/a de Evaluación.	Pantallas impresas

9	Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud	Reporta a la SFA que los indicadores ya fueron capturados.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA Y REPORTE DE INDICADORES DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA) EN EL SISTEMA DE RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS.



PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA Y REPORTE DE INDICADORES DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA) EN EL SISTEMA DE RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS



7.16.5. PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN.

Tiempo Promedio: 12 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Irma de RomanTexis Supervisor de Acreditación MIRT (DCyDI) Octubre 2018	**Carlos Humberto Arcos Delgado Jefe del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional CHAD (DCyDI) Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel Director de Evaluación de los Servicios de Salud JCGM (DESS) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los lineamientos para acreditar y supervisar las unidades médicas incluidas en el Programa Estatal de Acreditación que otorgan servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud para cumplir los criterios establecidos en las cedulas de acreditación emitidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
6. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Federal.
7. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
8. Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
9. Cédulas de Acreditación DGCES.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. Las Autoridades Estatales Responsables deben enviar a la DGCES mediante oficio con copia a la CNPSS, el Programa Estatal de Acreditación de manera impresa y en medio electrónico, el cual deberá estar debidamente firmado por: el/la Titular de los Servicios de Salud, el/la Responsable Estatal de Calidad, el/la Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud y el/la Responsable de Planeación de los Servicios de Salud.
2. La fecha límite para la recepción del Programa Estatal de Acreditación será durante los primeros 10 días hábiles del año del que se trate.
3. Para la visita de evaluación en CAUSES, FPGC y SMSXXI se utilizarán las Cédulas de Evaluación para la Acreditación que se difundirán a través de los medios electrónicos disponibles en la DGCES.
4. Los Establecimientos deberán de obtener un porcentaje igual o mayor al 85% de los Criterios establecidos en la Cédula de Evaluación para la Acreditación en CAUSES o igual o mayor al 90% para FPGC y SMSXXI, así como el cumplimiento total de

	los Criterios Mayores. 5. El/la Responsable Estatal de Calidad u homólogo (a) enviará por oficio a la DGCES, dentro de los 15 días hábiles previos a que se realice la visita de evaluación, las rutas propuestas de traslado y las cédulas de Autoevaluación de los Establecimientos incorporados al Programa Estatal de Acreditación, así como enviar invariablemente el formato de servicios subrogados debidamente firmado y requisitado, así como la copia del o los convenios o contratos de los servicios subrogados. 6. El Dictamen de Acreditación tendrá una vigencia de cinco años, contados a partir de su fecha de emisión, salvo que antes de concluir dicho periodo, se presenten o identifiquen causas que justifiquen la suspensión de sus efectos. 7. La DGCES en un término no mayor a 60 días hábiles contados a partir del día siguiente a aquél en que se levante el acta de cierre elaborará el dictamen, dicho documento será enviado a las Autoridades Estatales Responsables de manera oficial en un plazo no mayor a 30 días hábiles, contados a partir del día siguiente de la fecha de su emisión. 8. Si alguna Unidad Médica no está lista para presentar la auditoría de acreditación, se elabora oficio dirigido a la DGCES, notificando que la unidad no presentará el proceso para su reprogramación. 9. En caso de que la unidad médica no apruebe el proceso de acreditación, se reprogramará.
Responsables	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Áreas Involucradas	Unidades Médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención incluidas en el Programa Estatal de Acreditación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Programa Anual Estatal de Acreditación, Cronograma de Visitas a Unidades Médicas, Nota informativa, Reporte de Necesidades de Acreditación, Acuerdo de Mesa de

Glosario

Calidad, Plan de Visita de Auditoría de Acreditación.

Acreditación: Proceso de evaluación externa para determinar el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad, en un Establecimiento, fijo o móvil, necesarios para proporcionar los servicios del Sistema de Protección Social en Salud, previstos en el CAUSES y en el FPGC, así como las intervenciones del SMSXXI.

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES): Documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, en el que se definen y describen las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados al Sistema.

CNPPS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Criterios de Calidad: Condiciones que deben cumplir los servicios de atención médica con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados.

Criterios de Capacidad: Mínimos indispensables de recursos humanos, materiales y financieros considerados en las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas aplicables, para la prestación de los servicios de atención médica que se le brindan al paciente.

Criterios de Seguridad: Requisitos en materia de reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, dentro de los cuales se incluyen los establecidos en el Programa de Hospital Seguro contra Desastres.

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC): Fondo de reserva constituido y administrado por la Federación sin límite de anualidad presupuestal, que apoya el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos.

Programa Estatal de Acreditación: Documento elaborado por las Autoridades Estatales Responsables, que contiene las acciones de programación y priorización de

Establecimientos a acreditar basados en las necesidades de su población usuaria.
Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI): Programa federal que tiene como objetivo el financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.
SIESA: Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Elabora el Programa Estatal de Acreditación.	Programa Estatal de Acreditación
2	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Valida el Programa Estatal de Acreditación en conjunto con el/la Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud, el/la Director/a del Régimen Estatal de Protección Social en Salud y el/la Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Programa Estatal de Acreditación
3	Titular de los SSEP	Revisa y autoriza el Programa Estatal de Acreditación.	Programa Estatal de Acreditación autorizado
4	Supervisor/a de Acreditación	Realiza la captura del Programa Estatal de Acreditación autorizado por	Plataforma SIESA

		el/la Secretario/a de Salud en plataforma SIESA.	
5	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Envía el Programa Estatal de Acreditación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Programa Estatal de Acreditación Oficio de envío
6	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Notifica el Programa Estatal de Acreditación a las áreas involucradas: Dirección de Atención a la Salud y Prospera, Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias, Jurisdicciones Sanitarias.	Oficio de notificación
7	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Presenta Programa Estatal de Acreditación a los/las supervisores/as de acreditación y coordina el cronograma de visitas a las unidades médicas programadas para el proceso. Nota 1: Las visitas a unidades de primer nivel se coordinan con la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. Nota 2: El cronograma de visitas se planifica por cada período de acreditación.	Programa Estatal de Acreditación Cronograma de visitas
8	Supervisor/a de Acreditación	Realiza visitas a las unidades médicas de acuerdo al cronograma establecido para la supervisión del cumplimiento de las cédulas de acreditación según corresponda: Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI). Nota: Las Cédulas son documentos emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Cédula de Acreditación

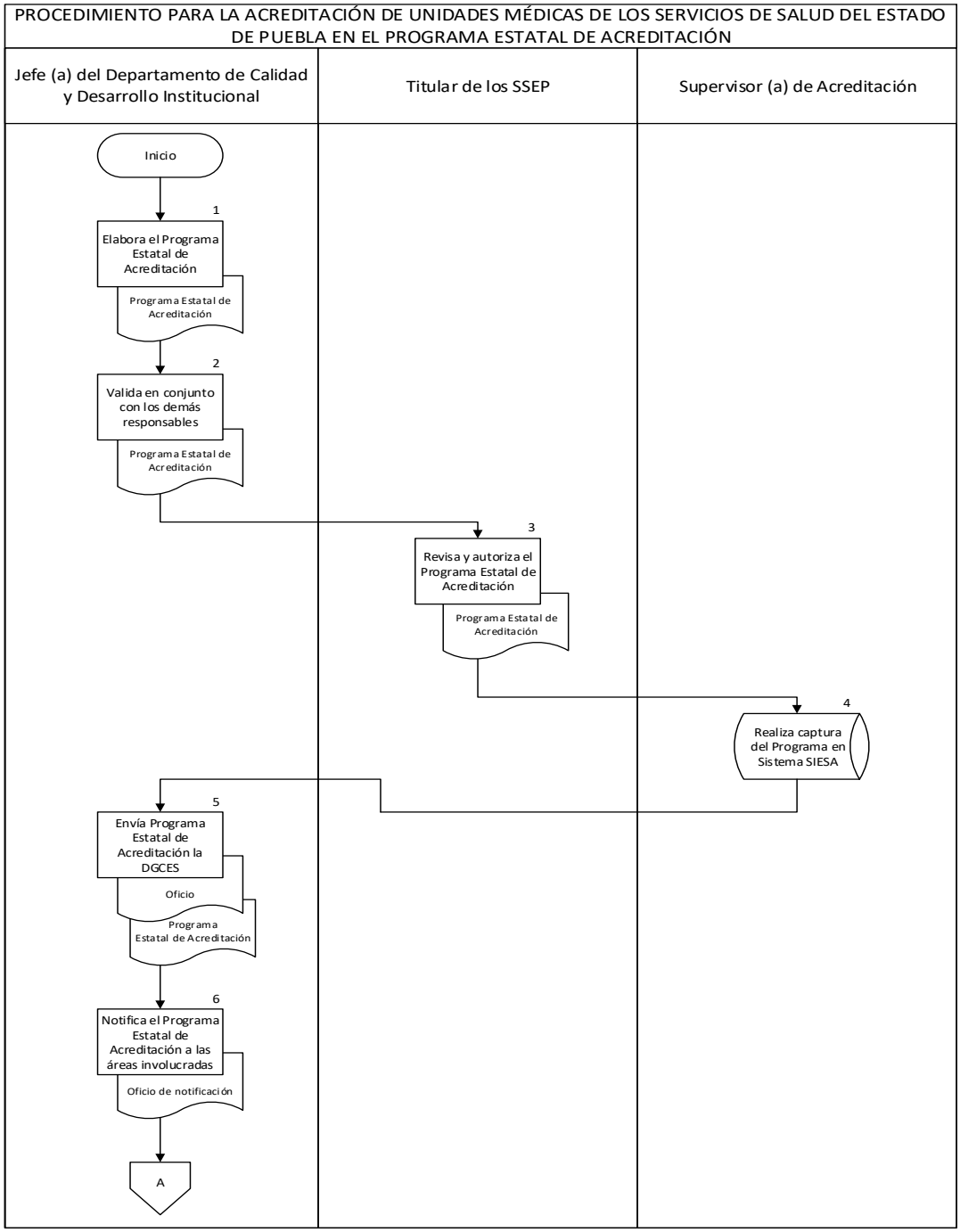
		(DGCES).	
9	Supervisor/a de Acreditación	Identifica las áreas de oportunidad con respecto al cumplimiento de los criterios establecidos en la cédula de acreditación y emite una nota informativa de la visita realizada que se entrega al/la Responsable de la Unidad Médica y al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional de manera física y/o electrónica. Nota 1: La elaboración de las notas informativas de las unidades de primer nivel se coordina con la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera. Nota 2: La elaboración de una nota informativa en cada visita queda sujeta al criterio del equipo supervisor de acreditación considerando que exista alguna observación adicional que informar a la unidad.	Nota informativa
10	Supervisor/a de Acreditación	Identifica y clasifica las necesidades de la unidad médica en infraestructura, recursos humanos, mobiliario y equipo, insumos e instrumental y procesos, necesarios para el cumplimiento de los criterios de acreditación. El reporte se entrega al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional para su análisis. Nota: el reporte de necesidades de acreditación para unidades de primer nivel lo emite la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera.	Reporte de necesidades de Acreditación
11	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo	Presenta los resultados al/la Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud y al/la Coordinador/a de	Nota informativa Reporte de

	Institucional	Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación para su conocimiento.	necesidades de Acreditación
12	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Coordina mesas de calidad con los/las directivos/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla; (Director/a de Evaluación de los Servicios de Salud; Director de Atención a la Salud; Director de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica; Director de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión; Director de Operación de Personal), para la gestión de necesidades.	Acuerdo de mesa de calidad
13	Supervisor/a de Acreditación	Realiza visitas de seguimiento a las unidades médicas en proceso de preparación para evaluación de acreditación, y en caso necesario, se realiza la actualización de la nota informativa de seguimiento misma que se entrega al/la Responsable de la Unidad Médica y al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional. Nota 1: Los seguimientos serán presentados periódicamente en las mesas de calidad. Nota 2: Se realizan las visitas necesarias para asegurar las acciones implementadas para cumplir con los criterios de acreditación en la unidad médica.	Cronograma de visitas Nota informativa
14	Supervisor/a de Acreditación	Realiza actividades de asesoría y capacitación al personal de la unidad médica con base a la cédula de acreditación y las Normas Oficiales Mexicanas vigentes.	Cédulas de Acreditación Normas Oficiales Mexicanas
15	Jefe/a del Departamento de	Solicita las cédulas de acreditación autoevaluadas con calificación	Memorándum / correo

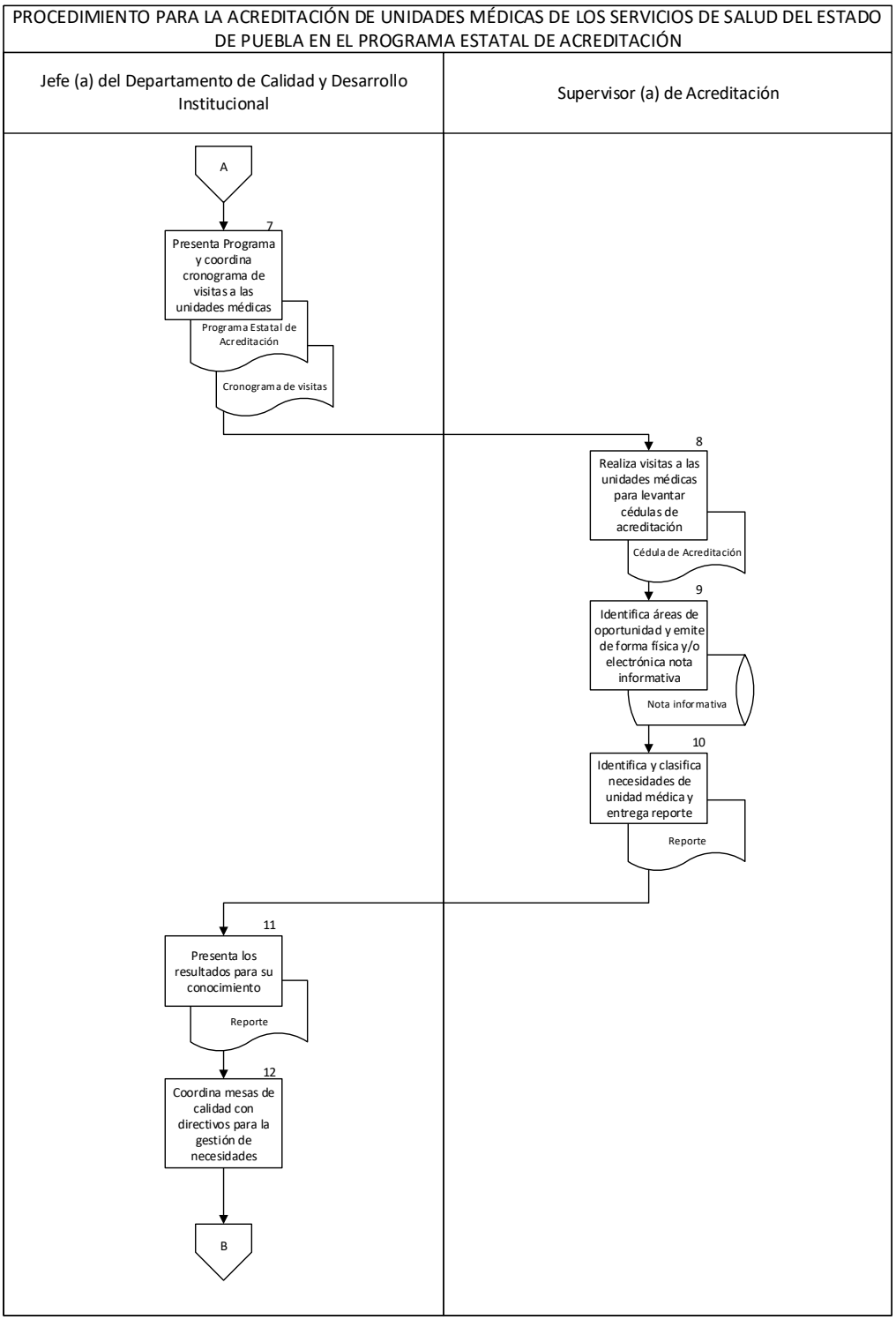
	Calidad y Desarrollo Institucional	aprobatoria a la Dirección de Atención a la Salud (para unidades de segundo y tercer nivel de atención) y a la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera (para unidades de primer nivel), al menos 20 días hábiles previos a la visita de auditoría.	electrónico
16	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional / Supervisor/a de Acreditación	Recibe las cédulas de acreditación autoevaluadas en formato electrónico por parte de la Dirección de Atención a la Salud y la Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera para revisar y validar las cédulas de acreditación.	Cédulas de Acreditación Autoevaluadas
17	Supervisor/a de Acreditación	Elabora formatos de servicios subrogados e integra convenios vigentes de los proveedores que prestan servicios a las unidades médicas. Nota: El formato de Servicios Subrogados es un documento emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).	Formato de Servicios Subrogados / Convenios vigentes
18	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Envía las cédulas de acreditación validadas y con calificación aprobatoria, formatos de servicios subrogados y convenios vigentes a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) 15 días hábiles previos a la visita de auditoría, mediante oficio firmado por el/la Secretario/a de Salud. Si alguna Unidad Médica no está lista para presentar la evaluación de acreditación, se elabora oficio dirigido a la DGCES firmado por el/la Secretario/a de Salud, notificando que la unidad no presentará el proceso solicitando su reprogramación,	Cédulas de Acreditación Oficio

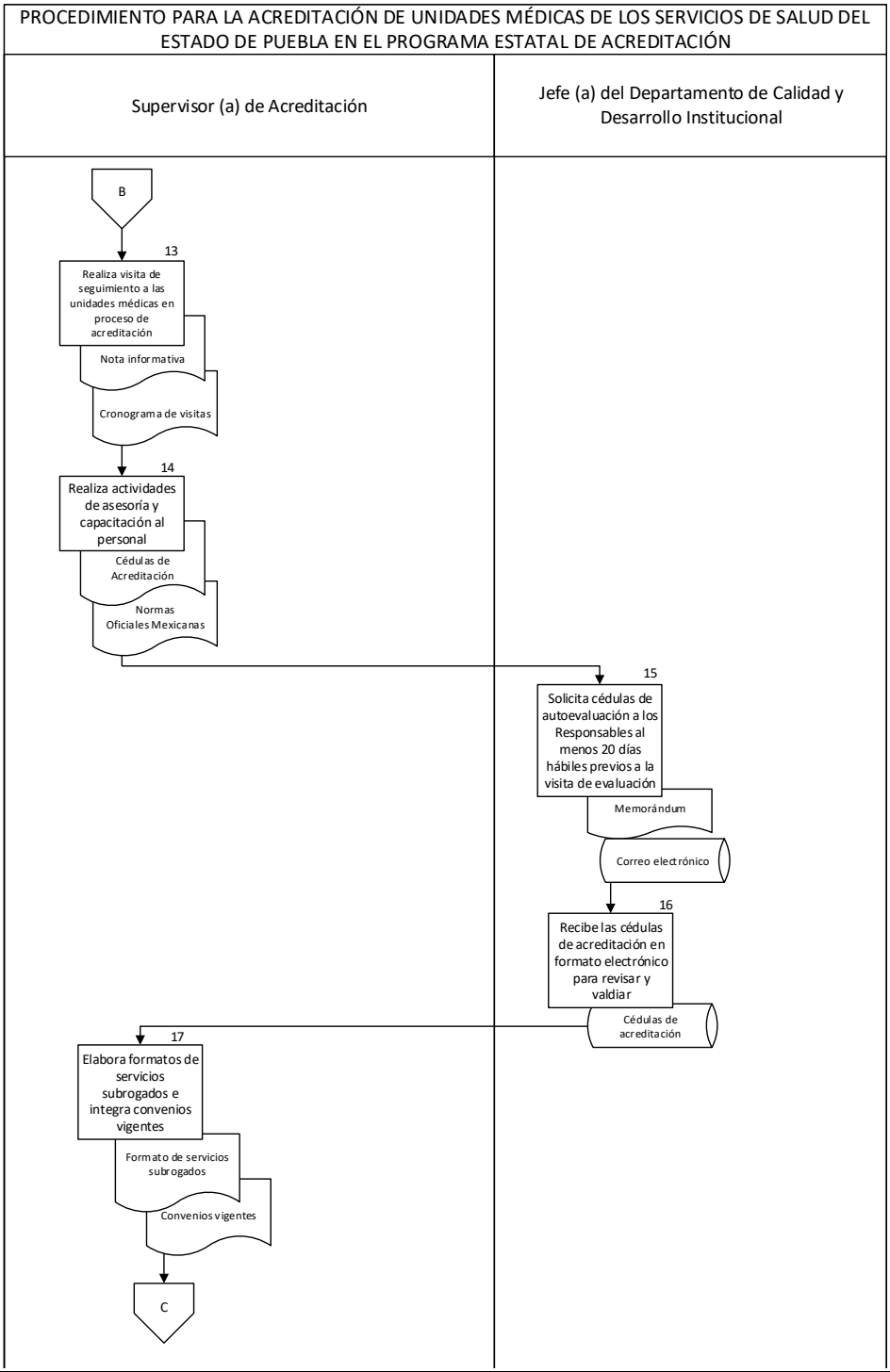
		sustitución o cancelación.	
19	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Organiza la logística para la ejecución de las auditorias de acreditación.	Plan de visita de auditoría de Acreditación
20	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional / Supervisor de Acreditación	Acompaña a los/las auditores/as de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) a las unidades médicas durante el proceso de evaluación de Acreditación.	S/D
21	Responsable de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Emite dictamen de acreditación a las unidades médicas que cumplan la calificación establecida en el manual y cédulas de acreditación emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Nota: En caso de que la unidad médica no apruebe el proceso de acreditación, se reprogramará.	Dictamen de Acreditación
Fin del procedimiento			

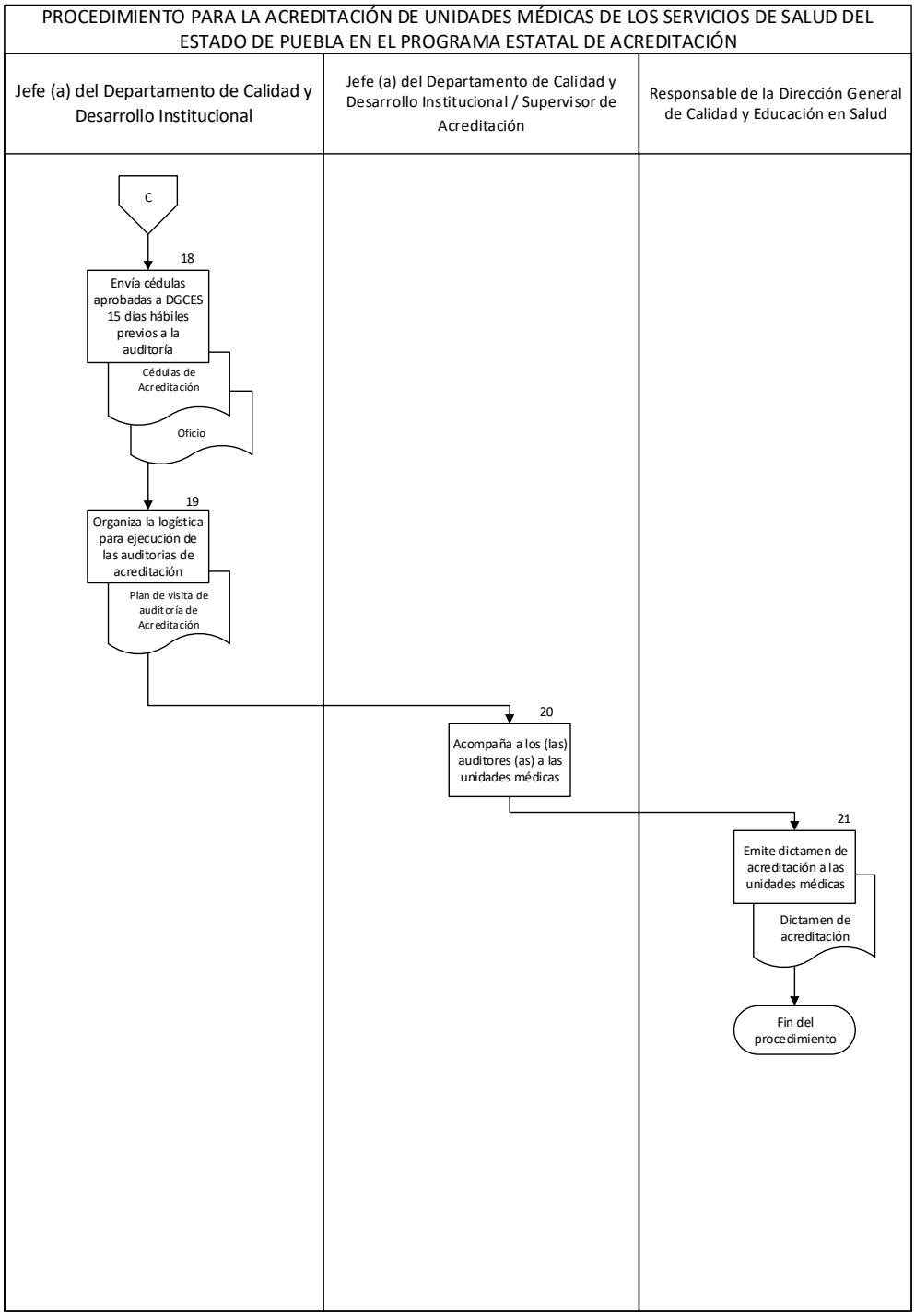
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN.



PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN




PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN
Supervisor (a) de Acreditación
Jefe (a) del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional
B
13
Realiza visita de seguimiento a las unidades médicas en proceso de acreditación
Nota informativa
Cronograma de visitas
14
Realiza actividades de asesoría y capacitación al personal
Cédulas de Acreditación
Normas Oficiales Mexicanas
15
Solicita cédulas de autoevaluación a los Responsables al menos 20 días hábiles previos a la visita de evaluación
Memorándum
Correo electrónico
16
Recibe las cédulas de acreditación en formato electrónico para revisar y valdiar
Cédulas de acreditación
17
Elabora formatos de servicios subrogados e integra convenios vigentes
Formato de servicios subrogados
Convenios vigentes
C


PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA EN EL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN
Jefe (a) del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional
Jefe (a) del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional / Supervisor de Acreditación
Responsable de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
C
18
Envía cédulas aprobadas a DGCES 15 días hábiles previos a la auditoría
Cédulas de Acreditación
Oficio
19
Organiza la logística para ejecución de las auditorias de acreditación
Plan de visita de auditoría de Acreditación
20
Acompaña a los (las) auditores (as) a las unidades médicas
21
Emite dictamen de acreditación a las unidades médicas
Dictamen de acreditación
Fin del procedimiento

7.16.6. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO.

Tiempo Promedio: 4 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Claudia Lizeth Mundo Villaruel Analista del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional CLMV (DCyDI) Octubre 2018	**Carlos Humberto Arcos Delgado Jefe del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional CHAD (DCyDI) Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel Director de Evaluación de los Servicios de Salud JCGM (DESS) Octubre 2018**

Objetivo	Verificar el funcionamiento correcto de los Avales Ciudadanos instalados en las Unidades Médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención mediante los/las Gestores/as de Calidad Jurisdiccionales.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud (Artículo 58 fracción V).
2. ARTÍCULO 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:
3. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;
4. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Estrategia 2.3.4)
5. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
6. Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
7. Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
8. Programa Sectorial de Salud 2013 -2018 (Objetivo 2, Estrategia 2.2.5.)
9. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
10. Programa de Acción Específico. Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018 (Línea de Acción 1.1.4.).
11. Fortalecer los mecanismos existentes de retroalimentación para la mejora de calidad y seguridad mediante la alianza del aval ciudadano y el sistema único de gestión.

Políticas de Operación:

1. Envío de Información del Aval Ciudadano y directorio de Aval, a oficina Central para su mantener actualizado el Registro.
2. Registro oportuno del Aval Ciudadano en la Plataforma Federal SIRAVAL manteniendo actualizado el Censo de Aval Ciudadano.
3. El/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional una vez al año realizará la Supervisión de Aval Ciudadano en las Unidades Médicas que tengan esa modalidad y

	enviará al/la Responsable Estatal de Aval Ciudadano el Formato de Supervisión de Aval Ciudadano.
Responsables	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud
Áreas Involucradas	Actualización y/o instalación del Aval Ciudadano en las Unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención médica para su funcionamiento adecuado; con el registro oportuno del Aval Ciudadano en la Plataforma SIRAVAL y la actualización constante del Censo de Aval Ciudadano.
Recursos	Formato de Trato Digno, Formato de Carta Compromiso, Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano, Instructivo de Llenado de la Guía de Cotejo, Informe de Seguimiento SSA, Instructivo de Llenado del Informe de Seguimiento SSA, Credencial para Aval Ciudadano, Guía Operativa de Aval Ciudadano, Formato de supervisión de aval ciudadano en las Unidades Médicas.
Glosario	Aval Ciudadano: Experiencia de contraloría social y de participación ciudadana ya sea a título individual o a través de grupos organizados de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s), universidades, centros académicos, asociaciones de profesionales y otras instituciones, que participan en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de los servicios de salud. Son el enlace entre las unidades de atención médica y los usuarios de los servicios de salud y sus voceros. Calidad Percibida por los Usuarios: Dimensión de la calidad de los servicios de salud, que consiste en la valoración que realizan los/las usuarios/as y sus familiares acerca del respeto de sus derechos, al trato digno, tiempo de espera, información, confidencialidad y confort; en función de sus necesidades, expectativas y valores. Carta Compromiso al Ciudadano: Documento que establece de manera clara, sencilla y en lenguaje comprensible para el ciudadano, los componentes de mejora de servicio que los establecimientos de salud

suscriben con los avales ciudadanos y permiten la mejora continua a través de la participación ciudadana.
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente: Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente.
Sistema de Registro de Aval (SIRAVAL): Sistema para el registro del aval ciudadano en línea, donde el nivel estatal tendrá como responsabilidad validar la información y el nivel federal autorizar la instalación, todo este proceso será vía internet mediante la plataforma. SIRAVAL, agilizará el registro y asignación de número de Aval Ciudadano para todas las instituciones del Sector Salud, contiene también todos los registros de los avales instalados hasta 2012 de las actas que se enviaron físicamente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Sistema de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno: Sistema para dar mayor transparencia y difusión de los resultados del indicador de trato digno, en donde se podrá tener una visión comparativa de los dos monitoreos: Institucional y Ciudadano.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de la Unidad Médica	Convoca a la Comunidad para la participación como Aval Ciudadano.	S/D
2	Responsable de la Unidad Médica	Recibe respuesta de ciudadana respecto a la Convocatoria y verifica los criterios de selección de Aval Ciudadano.	S/D
3	Responsable de la Unidad	Envía al/la Gestor Jurisdiccional datos personales del Aval Ciudadano (nombre,	Datos personales

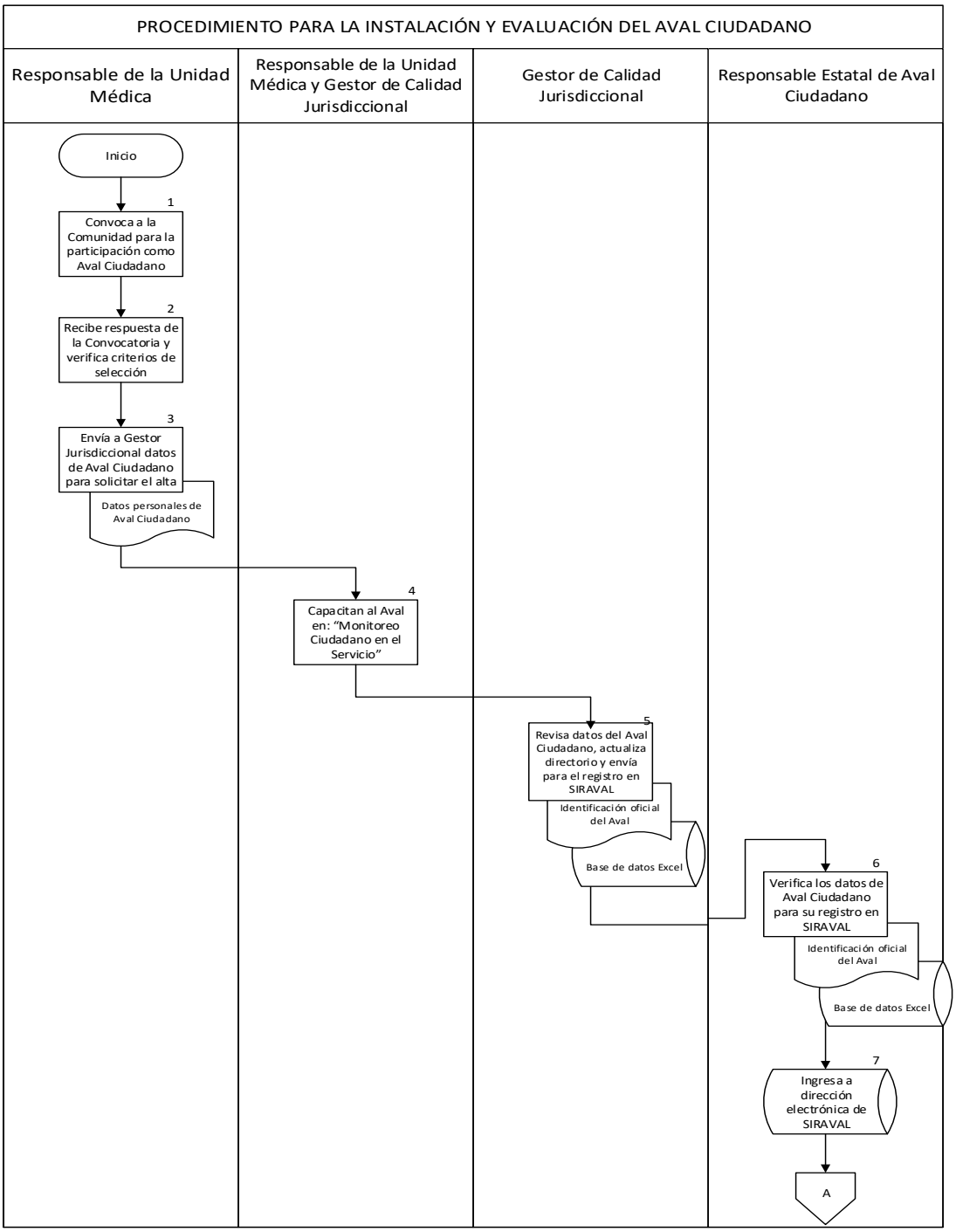
	Médica	edad, dirección, teléfono y ocupación), para solicitar a nivel estatal el alta.	de Aval Ciudadano
4	Responsable de la Unidad Médica y Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Capacita la Unidad Médica y el Gestor de Calidad Jurisdiccional al Aval Ciudadano en: "Monitoreo Ciudadano en el Servicio" a través de la Unidad Médica y del Gestor de Calidad Jurisdiccional.	Lista de Asistencia Libre.
5	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Revisa los datos del Aval Ciudadano. Actualiza directorio y envía a nivel estatal para el registro en SIRAVAL.	Identificación oficial del Aval Base de Datos Excel
6	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Verifica los datos de Aval Ciudadano para su registro en SIRAVAL.	Identificación oficial del Aval Base de Datos Excel
7	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Ingresa a la dirección electrónica de la plataforma de acceso al SIRAVAL (http://desdgces.salud.gob.mx/siraval/), en el apartado "Registro".	Plataforma SIRAVAL
8	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Registra Aval Ciudadano y envía, por medio de la plataforma, a validación.	Plataforma SIRAVAL
9	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Ingresa a la Plataforma SIRAVAL, a través de la dirección electrónica: http://desdgces.salud.gob.mx/siraval/sesion.php colocando el usuario y la contraseña en el apartado de "Autenticación".	Plataforma SIRAVAL
10	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Desplegar el Botón "consulta", se despliegan todos los avales registrados, en el apartado "Observaciones", coloca las observaciones en caso de haberlas, Esta opción es obligatoria, si la información es correcta, colocará el siguiente texto*: "Información validada por el nivel estatal"* y se dará clic en el botón	Plataforma SIRAVAL

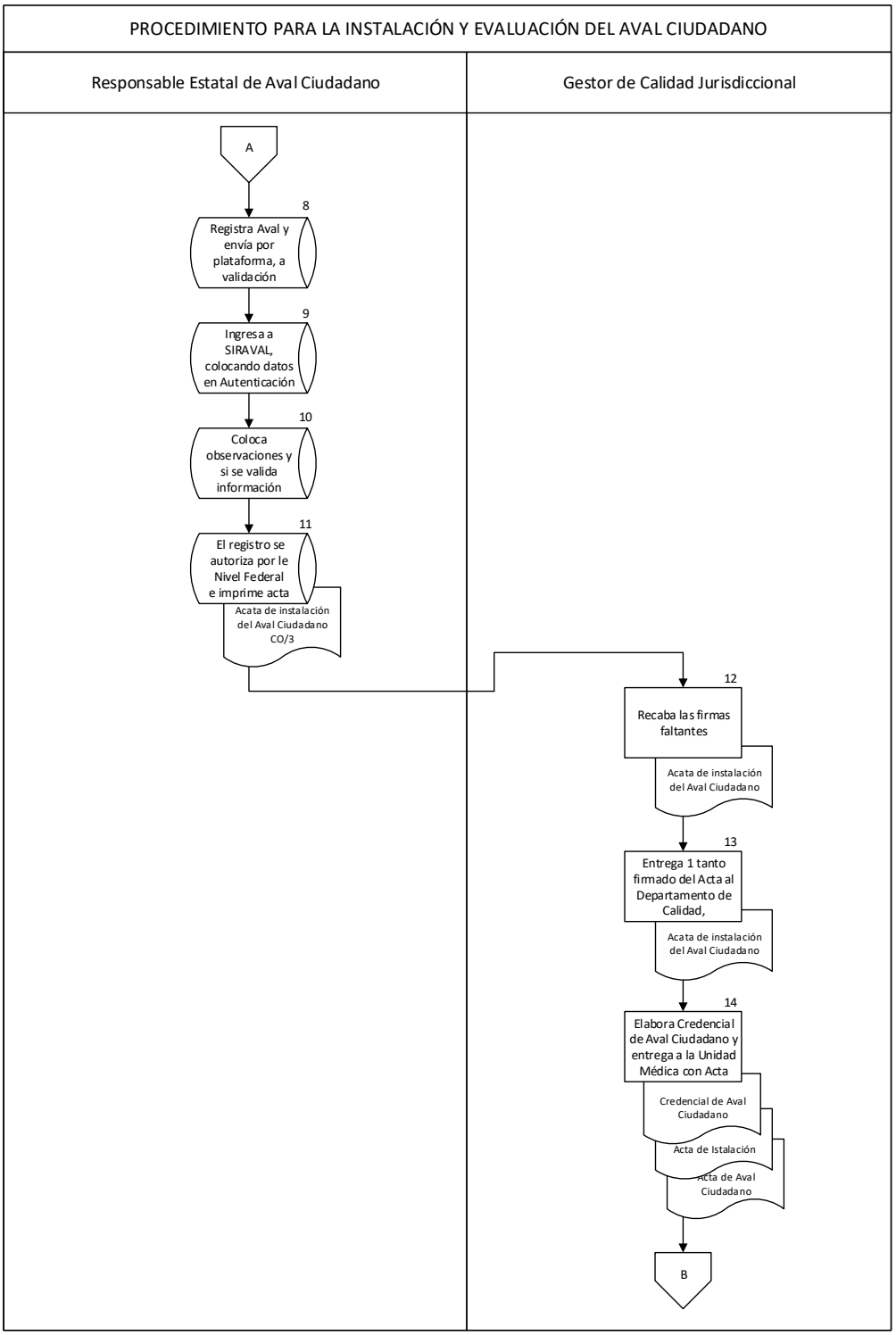
		"Validar". Aparecerá una pantalla con la leyenda "Los datos fueron registrados correctamente" y enviará un aviso al nivel federal con la solicitud de autorización.	
11	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Una vez que se haya autorizado el registro por el Nivel Federal, accederá a la plataforma SIRAVAL y desplegara el Botón "impresión", podrá imprimir en tres tantos, el acta de instalación del Aval Ciudadano. Da a firmarla por el/laJefe/a del Departamento. Avisa al/la Gestor/a Jurisdiccional para recoger el acta.	Plataforma SIRAVAL Acta de Instalación de Aval Ciudadano
12	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Recaba las firmas faltantes, (Responsable de la Unidad Médica y del Aval Ciudadano).	Acta de Instalación de Aval Ciudadano
13	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Entrega 1 tanto firmado del Acta de Aval, al Departamento de Calidad,	Acta de Instalación de Aval Ciudadano
14	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Elabora la Credencial de Aval Ciudadano y entrega a la Unidad Médica con Acta de Aval Ciudadano. Guardará evidencia documental de un acta de instalación.	Credencial de Aval Ciudadano
15	Responsable de la Unidad Médica	Recibe y entrega Credencial al Aval Ciudadano, guardará el Acta de Instalación en la Carpeta de Calidad de la Unidad Médica.	Credencial de Aval Ciudadano Acta de instalación
16	Responsable de la Unidad Médica	Verifica que el Aval Ciudadano este realizando la aplicación del "Monitoreo Ciudadano" a los usuarios de los servicios de la unidad médica, durante el cuatrimestre.	Encuestas de Trato Adecuado Digno
17	Aval Ciudadano	Lleva la aplicación de las encuestas de trato adecuado y digno, con la Unidad Médica se llevará a cabo la concentración de datos y	Encuestas de Trato Adecuado

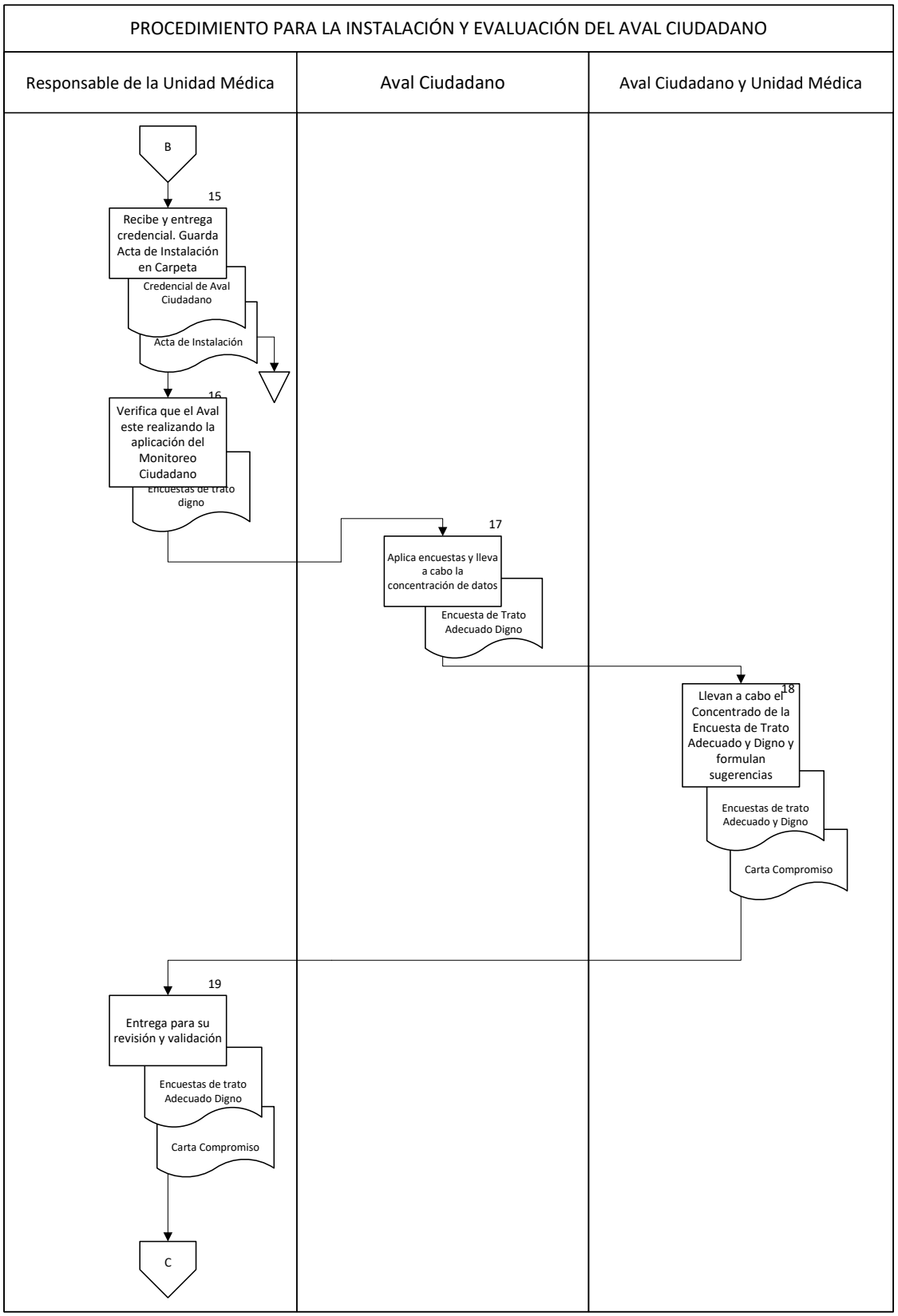
		elaboración de Carta Compromiso.	Digno
18	Aval Ciudadano y Unidad Médica	Lleva a cabo junto con la Unidad Médica el Concentrado de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno en el cuatrimestre.	Concentrado de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno
19	Responsable de la Unidad Médica	Entrega los concentrados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno y Formatos para el Monitoreo Ciudadanoal/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional para su revisión y validación. Asegurando que el Aval Ciudadano cumple con sus funciones.	Encuestas de Trato Adecuado Digno Formatos para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)
20	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Lleva a cabo la revisión y validación de los Concentrados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno de las Unidades Médicas que integran la Jurisdicción Sanitaria. Verifica el funcionamiento correcto del Aval Ciudadano e identifica las necesidades de capacitación, en caso de existir.	Encuestas de Trato Adecuado Digno Formatos para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)
21	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Captura en la plataforma SESTAD, los concentrados de las Encuesta de Trato Adecuado y Digno, de acuerdo con el	Concentrado de la Encuesta de

		calendario federal.	Trato Adecuado y Digno SESTAD
22	Responsable Estatal de Aval Ciudadano	Revisa que la captura se haga completa en todo el Estado.	SESTAD
Fin del procedimiento			

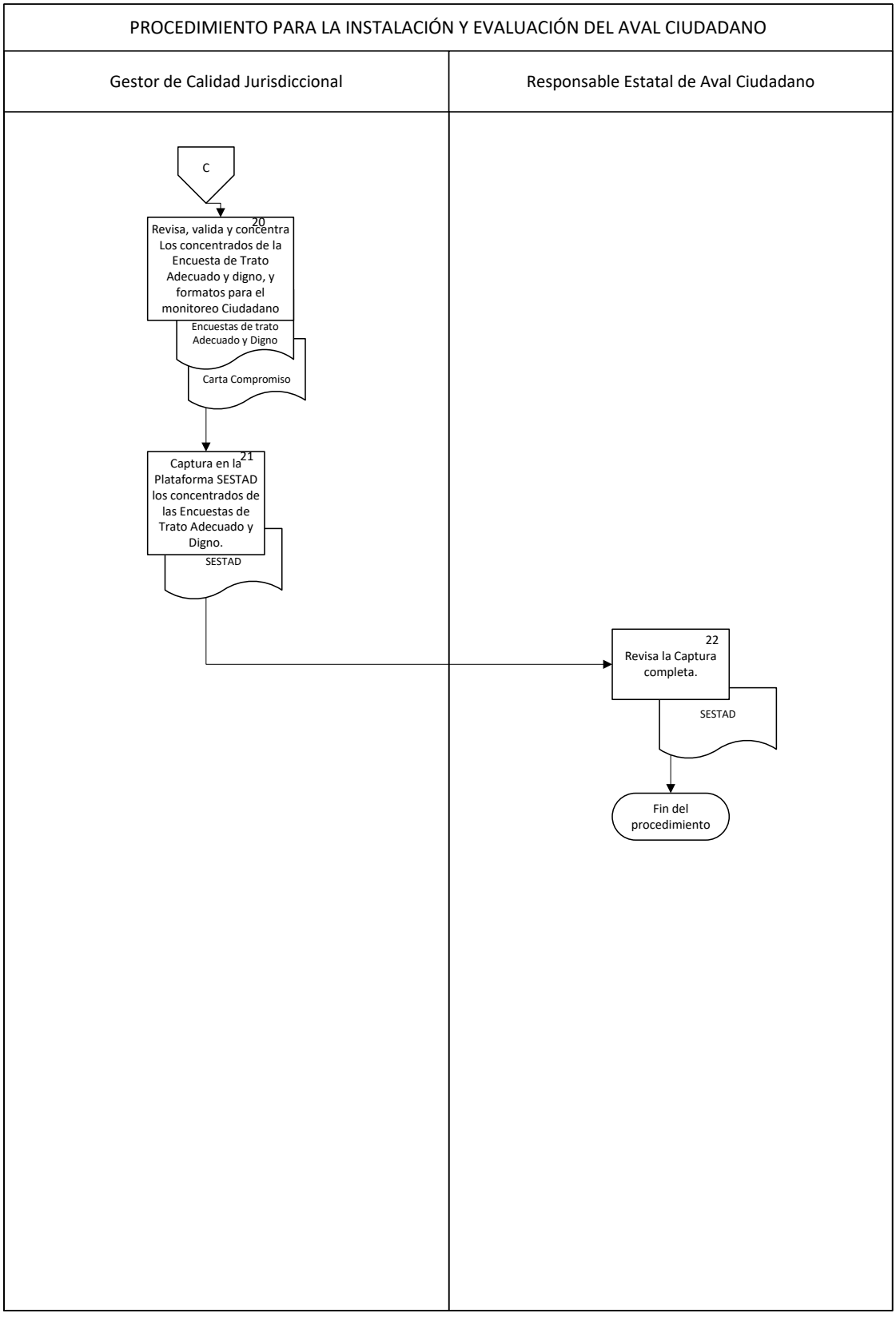
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO.




PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO
Responsable Estatal de Aval Ciudadano
Gestor de Calidad Jurisdiccional
A
8
Registra Aval y envía por plataforma, a validación
9
Ingresa a SIRAVAL, colocando datos en Autenticación
10
Coloca observaciones y si se valida información
11
El registro se autoriza por le Nivel Federal e imprime acta
Acata de instalación del Aval Ciudadano CO/3
12
Recaba las firmas faltantes
Acata de instalación del Aval Ciudadano
13
Entrega 1 tanto firmado del Acta al Departamento de Calidad,
Acata de instalación del Aval Ciudadano
14
Elabora Credencial de Aval Ciudadano y entrega a la Unidad Médica con Acta
Credencial de Aval Ciudadano
Acta de Istalación
Acta de Aval Ciudadano
B


PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO
Responsable de la Unidad Médica
Aval Ciudadano
Aval Ciudadano y Unidad Médica
B
15
Recibe y entrega credencial. Guarda Acta de Instalación en Carpeta
Credencial de Aval Ciudadano
Acta de Instalación
16
Verifica que el Aval este realizando la aplicación del Monitoreo Ciudadano
Encuestas de trato digno
17
Aplica encuestas y lleva a cabo la concentración de datos
Encuesta de Trato Adecuado Digno
18
Llevan a cabo el Concentrado de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno y formulan sugerencias
Encuestas de trato Adecuado y Digno
Carta Compromiso
19
Entrega para su revisión y validación
Encuestas de trato Adecuado Digno
Carta Compromiso
C

PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVAL CIUDADANO



7.16.7. PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS/LAS GESTORES/AS DE CALIDAD JURISDICCIONAL.

Tiempo Promedio: 12 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Clauda Lizeth Mundo Villarruel Analista del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional CLMV (DCyDI) Octubre 2018	**Carlos Humberto Arcos Delgado Jefe del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional CHAD (DCyDI) Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel Director de Evaluación de los Servicios de Salud JCGM (DESS) Octubre 2018**

Objetivo	Identificar y evaluar que el/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional desempeñe sus actividades de acuerdo a las Líneas de Acción y Componentes que integran el Sistema Unificado de Gestión (SUG) en las Unidades de 1er, 2do. Y 3er Nivel de Atención Médica.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud (Artículo 58 fracción V).
2. ARTÍCULO 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:
3. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;
4. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Estrategia 2.3.4)
5. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
6. Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
7. Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
8. Programa Sectorial de Salud 2013 -2018 (Objetivo 2, Estrategia 2.2.5.)
9. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud
10. Programa de Acción Específico. Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018 (Línea de Acción 1.1.4.)
11. Fortalecer los mecanismos existentes de retroalimentación para la mejora de calidad y seguridad mediante la alianza del aval ciudadano y el sistema único de gestión.

Políticas de Operación:

1. Para efectos del presente procedimiento se aplicará lo establecido en los siguientes lineamientos:
   - Lineamiento para el uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y orientación al usuario de los servicios de salud.
   - Generalidades INDICAS.
   - Manual de Instalación INDICAS.
   - Manual de Usuario Web INDICAS.
   - Estructura de Indicadores INDICAS.

	➢ Presentación General COCASEP. ➢ Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. ➢ Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica. ➢ Contraloría Social del Programa de Calidad en la Atención Médica (S202). ➢ Padrón de Beneficiarios. ➢ Convocatorias. ➢ Seguridad del Paciente. ➢ Los Cuidados Paliativos como parte de la Atención Integral en Salud. ➢ Temas Prioritarios en Salud (Guías de Práctica Clínica). ➢ Aval Ciudadano. ➢ Comités de Calidad en Salud. ➢ Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
Responsables	Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.
Áreas Involucradas	Cumplimiento correcto de las actividades del/la Gestor de Calidad en las Unidades de 1er, 2do. Y 3er Nivel de Atención Médica de acuerdo a las Líneas de Acción y Componentes de SICalidad.
Recursos	Formato de Requisición de Necesidades de Unidades Médicas, Manual de procedimiento para Instalación y Evaluación del Aval Ciudadano, Cedulas de Acreditación CAUSES, Formato SIC-05, Plataforma SUG, Calendario de Apertura de Buzón del SUG, Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención, Formato Único de Solicitud de Atención (FUSA), Bitácora de Seguimiento de Solicitudes de Atención, Guía para la Priorización de Solicitudes, Minuta de Apertura de Buzón SUG, Tablero Informativo SUG.
Glosario	Acreditación: Procedimiento de garantía de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los establecimientos de salud afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, con el fin de verificar que

cumplen satisfactoriamente con criterios definidos de capacidad, calidad y seguridad para el paciente, así como con un enfoque de gestión por procesos para satisfacer las necesidades de los/las usuarios/as y garantizar la calidad de atención.

Aval Ciudadano: Experiencia de contraloría social y de participación ciudadana a través de grupos organizados de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s), universidades, centros académicos, asociaciones de profesionales y otras instituciones, que participan en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de los servicios de salud. Son el enlace entre las unidades de atención médica y los/las usuarios/as de los servicios de salud y sus voceros.

Calidad y seguridad del paciente: Mejorar la calidad técnica y la seguridad del/la paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de los efectos adversos y la medicina basada en la evidencia.

Calidad percibida por los/las usuarios/as: Dimensión de la calidad de los servicios de salud, que consiste en la valoración que realizan los/la susuarios/as y sus familiares acerca del respeto de sus derechos, al trato digno, tiempo de espera, información, confidencialidad y confort; en función de sus necesidades, expectativas y valores.

Calidad en la gestión de los Servicios de Salud: Conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los Servicios de Salud.

Carta Compromiso al/la Cuidadano/a: Documento que establece de manera clara, sencilla y en lenguaje comprensible para el/la cuidadano/a, los componentes de mejora de servicio que los establecimientos de salud suscriben con los avales ciudadanos y permiten la mejora continua a través de la participación ciudadana.

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP): Busca ser una estructura obligada para conducir la calidad en todas las organizaciones de salud como un espacio técnico consultivo, integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora continua que se desarrollan en los establecimientos

médicos.
Gestor/a de Calidad: agente de iniciativas a favor de la mejora continua y seguridad del/la paciente que se emprenden en las Organizaciones de Salud, siendo clave para la expansión de SI Calidad.
Sistema Unificado de Gestión: Sistema de gestión a comentarios, inquietudes o inconformidades (Solicitudes de Atención) de los/las usuarios/as de los Servicios de Salud.
Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS): Sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de las líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud.
Sistema de Registro de Aval (SIRAVAL): Sistema para el registro del/la aval cuidadano/a en línea, donde el nivel estatal tendrá como responsabilidad validar la información y el nivel federal autorizar la instalación, todo este proceso será vía internet mediante la plataforma. SIRAVAL, agilizará el registro.
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
FUSA: Formato Único de Solicitud de Atención a Quejas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS/LAS GESTORES/AS DE CALIDAD JURISDICCIONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a Jurisdiccional Jurisdicción Sanitaria	Designa la Jurisdicción Sanitaria al/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional y presenta al Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	S/D
2	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Informa su designación al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institución y acude a la entrevista de evaluación	S/D

3	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Brinda asesoría y capacita en las Líneas de Acción y Componentes del Sistema Unificado de Gestión al/la Gestor de Calidad Jurisdiccional	S/D
4	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Identifica y notifica al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional las unidades médicas pendientes por presentar el Proceso de Acreditación CAUSES en su Jurisdicción Sanitaria.	S/D
5	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Identifica e informa al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional las Unidades Médicas por presentar el Proceso de Supervisión CAUSES en su Jurisdicción Sanitaria.	S/D
6	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Aplica la Cédula de Acreditación CAUSES en las Unidades Médicas del Proceso de Acreditación y Supervisión informando oportunamente los resultados de ésta al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	Cédulas de Acreditación CAUSES
7	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Elabora el Programa Estatal de Acreditaciones con fechas propuestas y envía a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de acuerdo a lo descrito en el Manual de Procedimientos para Acreditaciones CAUSES y Gastos Catastróficos	Programa Estatal de Acreditaciones
8	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Evalúa, realiza y envía la requisición de las necesidades de equipo, mobiliario e instrumental, las Unidades Médicas del Proceso de Acreditación y Supervisión CAUSES y Gastos Catastróficos al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	Formato de Requisición de Necesidades de Unidades Médicas

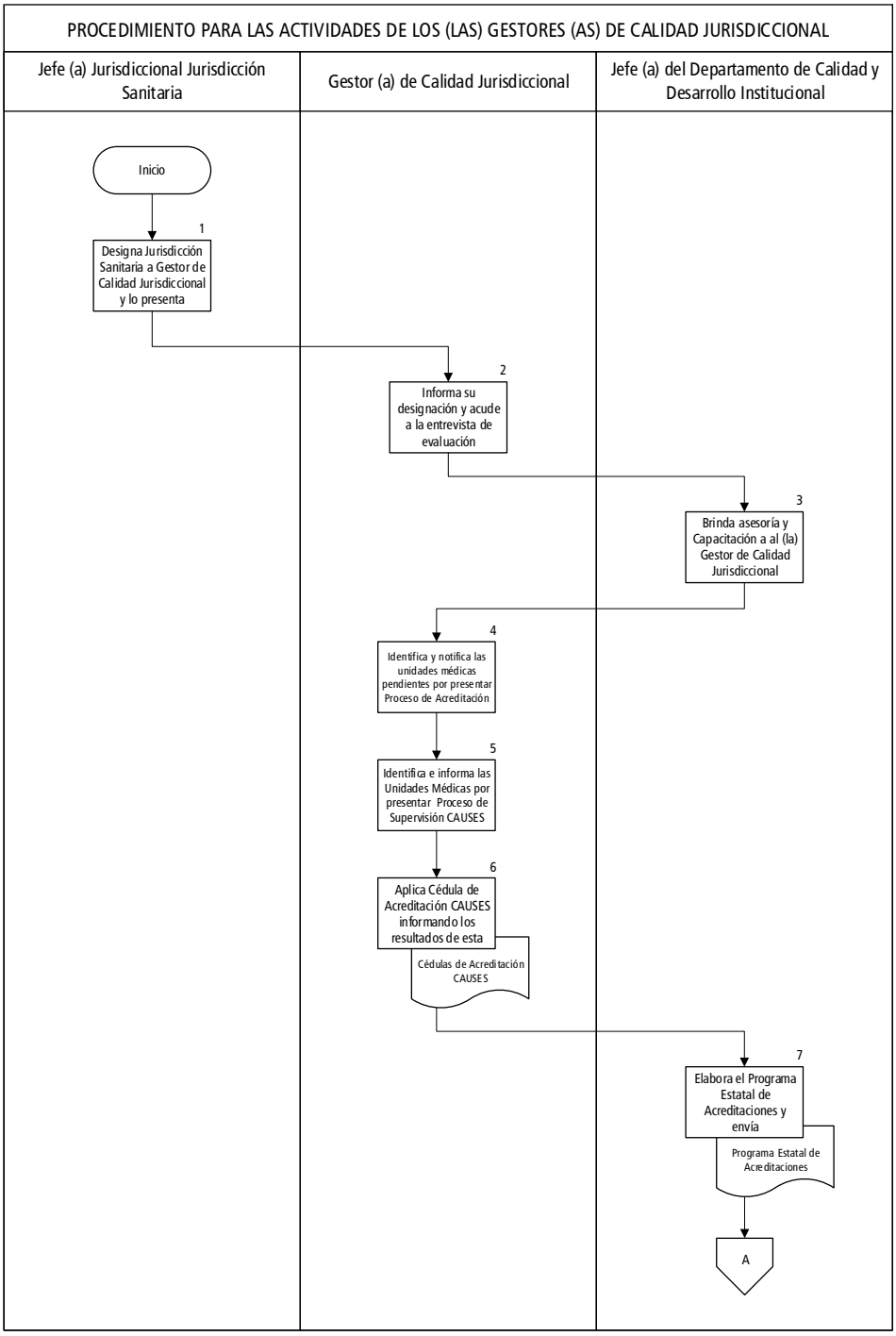
9	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Diseña e Implementa estrategias de forma conjunta con el/la Coordinador/a de Servicios Jurisdiccional y con los/las Jefes/as o Responsables de Programas Jurisdiccionales para capacitar, evaluar y mejorar la atención medica en las unidades médicas por presentar el Proceso de Acreditación y Supervisión CAUSES	S/D
10	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Solicita al/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional las Cédulas de Acreditación y Supervisión CAUSES aplicadas, así como la Requisición de Insumos y las evidencias de las Estrategias Implementadas	Cédulas de Acreditación CAUSES
11	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Verifica el funcionamiento de los/las Avales Ciudadanos/as de las Unidades Médicas de su Jurisdicción Sanitaria, llevando a cabo el Procedimiento de Aval Ciudadano.	Manual de procedimiento para Instalación y Evaluación del Aval Ciudadano
12	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Realiza las convocatorias, elaboración del orden del día, seguimiento de acuerdos y custodia de actas de los comités de Calidad y Seguridad del/la Paciente (COCASEP) en su Jurisdicción Sanitaria, y actúa como Secretario/a Técnico/a del mismo. Una vez en funcionamiento informa las actividades y acuerdos del COCASEP al/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	Acta de Sesión
13	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Solicita al/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional copia del Acta de Sesión del COCASEP, evaluando los acuerdos y cumplimiento de éstos.	Acta de Sesión
14	Responsables de las Unidades	Realizan el calendario de Apertura de Buzón y llevan a jurisdicción para firma	Calendario de Apertura del

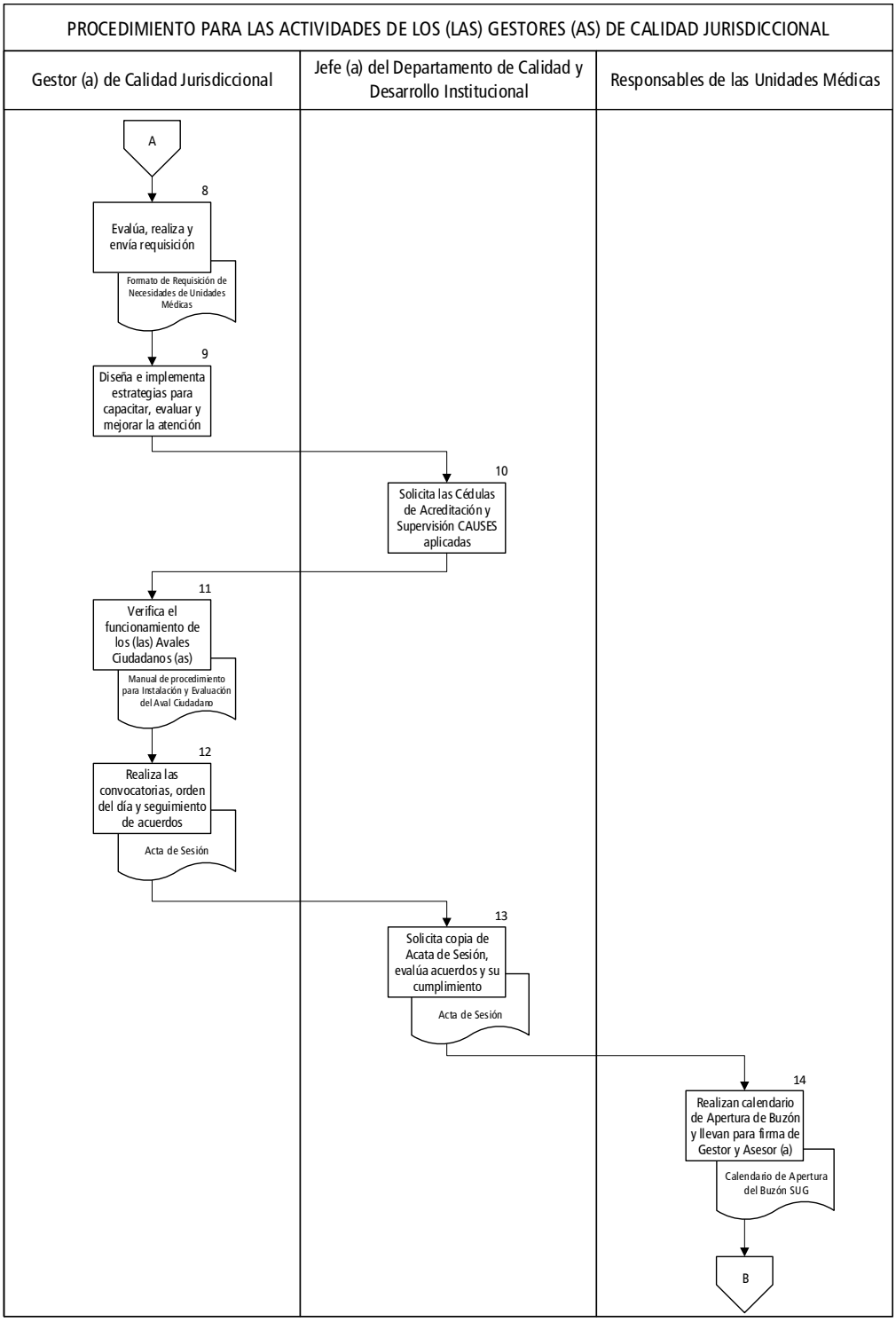
	Médicas	de Gestor y Asesor/a Jurisdiccional.	Buzón SUG
15	Gestor/a Jurisdiccional/ Asesor/a o Gestor/a del Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Puebla	Firman el calendario de apertura de Buzón, entregan a la Unidad Médica para que realicen las Aperturas en las fechas programadas.	Calendario de Apertura del Buzón SUG
16	Unidades Médicas Gestor/a Jurisdiccional/ Asesor/a o Gestor/a del Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Puebla	Realizan la apertura del buzón del Sistema Unificado de Gestión, en presencia del/la Gestor/a de Seguro Popular, Gestor/a Jurisdiccional y el Aval Ciudadano (en caso de que no se encuentre, puede ser alguien de la comunidad).	Minuta de apertura de Buzón
17	Gestor/a Jurisdiccional/ Asesor/a o Gestor/a del Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Puebla	Priorizan las quejas de acuerdo a la “Guía de priorización de Quejas”, solicitan a la Unidad Médica realice el FUSA así como Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención.	S/D
18	Responsable de la Unidad Médica	Realizan el FUSA, Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención, actualiza la bitácora de Seguimiento de Solicitudes. Una vez al mes actualizan el Tablero SUG.	Formato Único de Solicitud de Atención a Quejas (FUSA) Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención Bitácora de Seguimiento de Solicitudes. Tablero SUG
19	Gestor/a de Calidad	Captura en la Plataforma SUG las	Plataforma

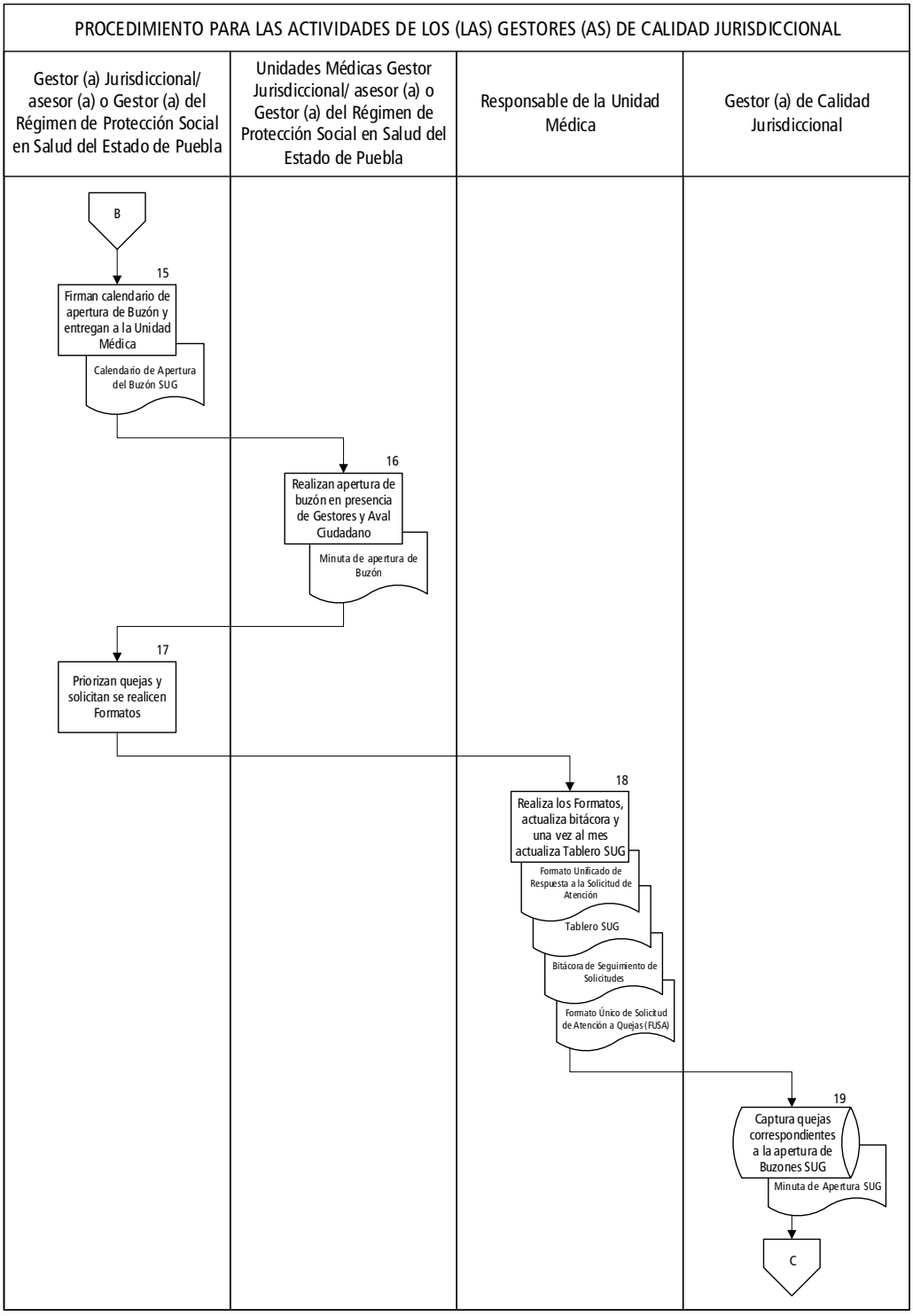
	Jurisdiccional	quejas correspondientes a la apertura de Buzones SUG.	SUG Minuta de Apertura SUG
20	Gestor/a Jurisdiccional	Da seguimiento, valida y cierra junto con el la Asesor/a del REPSS, las quejas de la Plataforma SUG.	Plataforma SUG
21	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Implementa y realiza el seguimiento con la difusión de los indicadores Nacionales de Calidad en Salud (INDICAS) en las Unidades Médicas de su Jurisdicción Sanitaria y busca las oportunidades de mejora en cada Indicador por Unidad Médica.	S/D
22	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Solicita al/la Gestor/a de Calidad Jurisdiccional el envío de los resultados del Sistema INDICAS II, evaluando dichos resultados y los acuerdos tomados en base al resultado obtenido.	Formato SIC-05
23	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Impulsa, realiza el seguimiento y evalúa la asociación de las unidades médicas a su cargo a los proyectos de SI Calidad: Seguridad del Paciente; Expediente Clínico Integrado de Calidad; Prevención y Reducción de muerte materna; Cuidados Paliativos; Uso Racional de Medicamentos y Servicios de Urgencia que mejoran la Atención y Resolución.	S/D
24	Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional	Verifica y evalúa que el/la Gestor de Calidad Jurisdicción haya impulsado la asociación de las Unidades Médicas de 1er, 2do. y 3er Nivel de Atención por Jurisdicción Sanitaria a los proyectos de Calidad.	S/D
25	Jefe/a del Departamento de	Verifica y evalúa que participen las Unidades Médicas de su Jurisdicción	S/D

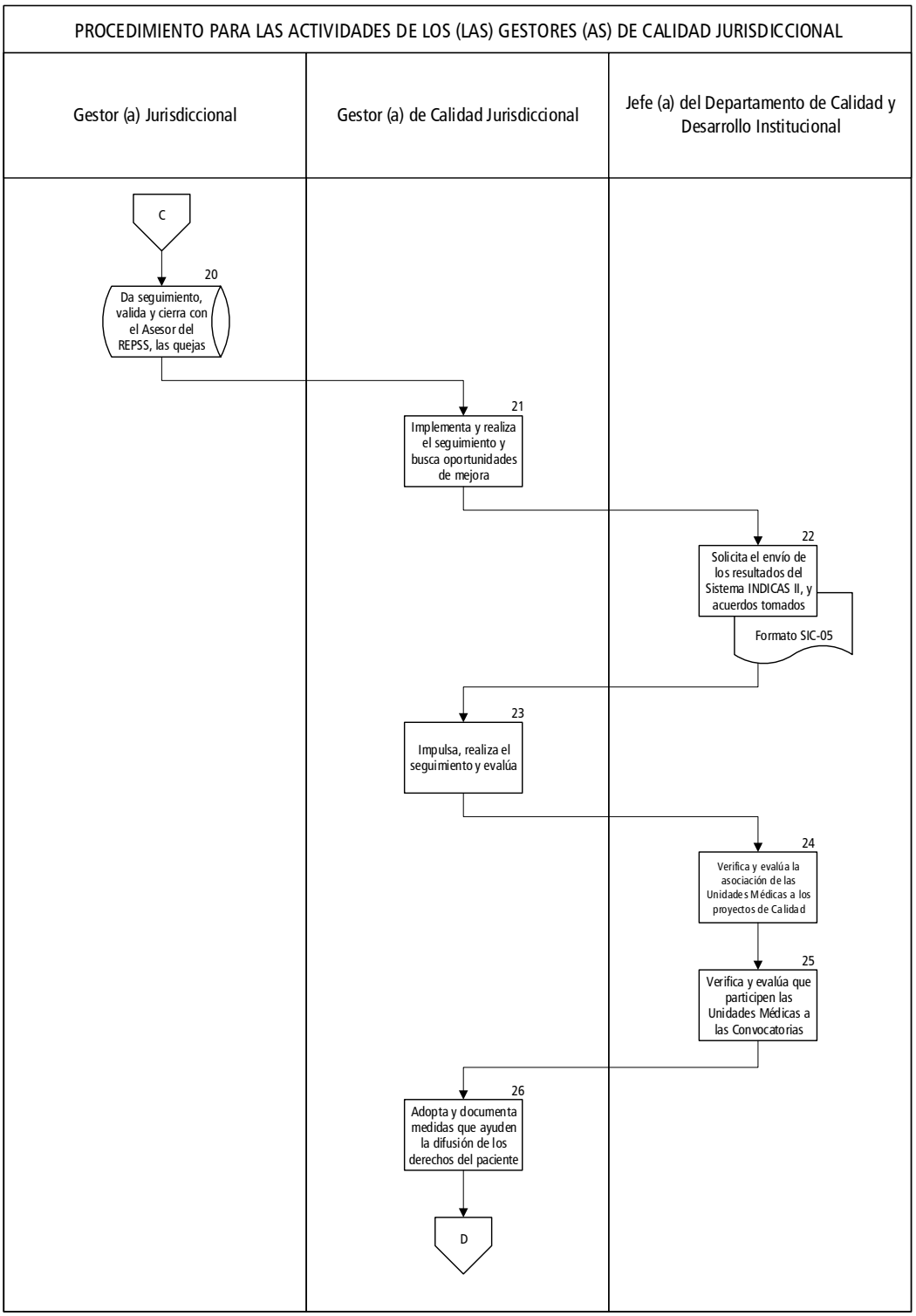
	Calidad y Desarrollo Institucional	Sanitaria a las Convocatorias Anuales de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión, Proyectos de Capacitación, Premio Nacional a la Calidad en Salud y Premio a la Innovación en Calidad.	
26	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Adopta y documenta las medidas que favorezcan la difusión y conocimiento de los derechos de los/las pacientes en las Unidades Médicas	S/D
27	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Asesora y facilita las herramientas de análisis y de reingeniería de proceso para la mejora de la atención a la salud en las Unidades de Salud de su Jurisdicción Sanitaria	S/D
28	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Acude puntualmente a las Reuniones de Trabajo agendadas por el la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	S/D
29	Gestor/a de Calidad Jurisdiccional	Acude a las Sesiones de Capacitación agendadas por el/la Jefe/a del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS/LAS GESTORES/AS DE CALIDAD JURISDICCIONAL.




PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS (LAS) GESTORES (AS) DE CALIDAD JURISDICCIONAL
Gestor (a) de Calidad Jurisdiccional
Jefe (a) del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional
Responsables de las Unidades Médicas
A
8
Evalúa, realiza y envía requisición
Formato de Requisición de Necesidades de Unidades Médicas
9
Diseña e implementa estrategias para capacitar, evaluar y mejorar la atención
10
Solicita las Cédulas de Acreditación y Supervisión CAUSES aplicadas
11
Verifica el funcionamiento de los (las) Avales Ciudadanos (as)
Manual de procedimiento para Instalación y Evaluación del Aval Ciudadano
12
Realiza las convocatorias, orden del día y seguimiento de acuerdos
Acta de Sesión
13
Solicita copia de Acata de Sesión, evalúa acuerdos y su cumplimiento
Acta de Sesión
14
Realizan calendario de Apertura de Buzón y llevan para firma de Gestor y Asesor (a)
Calendario de Apertura del Buzón SUG
B


PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS (LAS) GESTORES (AS) DE CALIDAD JURISDICCIONAL
Gestor (a) Jurisdiccional/ asesor (a) o Gestor (a) del Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Puebla
Unidades Médicas Gestor Jurisdiccional/ asesor (a) o Gestor (a) del Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Puebla
Responsable de la Unidad Médica
Gestor (a) de Calidad Jurisdiccional
B
15
Firman calendario de apertura de Buzón y entregan a la Unidad Médica
Calendario de Apertura del Buzón SUG
16
Realizan apertura de buzón en presencia de Gestores y Aval Ciudadano
Minuta de apertura de Buzón
17
Priorizan quejas y solicitan se realicen Formatos
18
Realiza los Formatos, actualiza bitácora y una vez al mes actualiza Tablero SUG
Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención
Tablero SUG
Bitácora de Seguimiento de Solicitudes
Formato Único de Solicitud de Atención a Quejas (FUSA)
19
Captura quejas correspondientes a la apertura de Buzones SUG
Minuta de Apertura SUG
C


PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS (LAS) GESTORES (AS) DE CALIDAD JURISDICCIONAL
Gestor (a) Jurisdiccional
Gestor (a) de Calidad Jurisdiccional
Jefe (a) del Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional
C
20
Da seguimiento, valida y cierra con el Asesor del REPSS, las quejas
21
Implementa y realiza el seguimiento y busca oportunidades de mejora
22
Solicita el envío de los resultados del Sistema INDICAS II, y acuerdos tomados
Formato SIC-05
23
Impulsa, realiza el seguimiento y evalúa
24
Verifica y evalúa la asociación de las Unidades Médicas a los proyectos de Calidad
25
Verifica y evalúa que participen las Unidades Médicas a las Convocatorias
26
Adopta y documenta medidas que ayuden la difusión de los derechos del paciente
D

PROCEDIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS (LAS) GESTORES (AS) DE CALIDAD JURISDICCIONAL

Gestor (a) de Calidad Jurisdiccional



7.16.8. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS.

Tiempo Promedio: 3 meses.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Isai Romero Cerecedo **Enlace para la elaboración del Manual de Procedimientos** **IRC (DIyPE)** **Octubre 2018**	**Arturo Domínguez Bonilla** **Jefe del Departamento de Innovación y Proyectos Estratégicos** **DEAS (DIyPE)** **Octubre 2018**	**Juan Carlos Gali Montiel** **Director de Evaluación de los Servicios de Salud** **JCGM (DESS)** **Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar y brindar asesoría para el desarrollo de proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención a la población beneficiaria, desarrollados en función a la normatividad aplicable.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política del Estado de Puebla. 2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. 3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. 4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 5. Plan Nacional de Desarrollo. 6. Plan Estatal de Desarrollo. 7. Programa Institucional 2017 -2018. Políticas de Operación: 1. Este procedimiento aplica para la elaboración de proyectos a corto, mediano y largo plazo, por lo que los formatos, metodologías, guías e instructivos podrán sufrir modificaciones, de acuerdo a la normatividad aplicable en el periodo. 2. Los proyectos no contemplarán la contratación de recurso humano, ni pago a personal. 3. El proyecto presentado debe respetar los formatos y lineamientos diseñados para tal efecto. 4. El proyecto concluido debe contener las firmas del/la Responsable del Proyecto, Jefe/a Inmediato/a y Jefe/a Superior para avalar la autorización del mismo. 5. El área solicitante deberá designar a un/una Enlace encargado/a del desarrollo de proyecto. 6. La metodología para la elaboración de proyectos debe ser revisada y actualizada periódicamente para que permanezca vigente.
Responsables	Departamento de Innovación y Proyectos Estratégicos, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.
Áreas Involucradas	En estos lineamientos se incluye a todas las áreas médicas, administrativas y financieras de los SSEP, además de las incorporadas al Sector Salud, para la elaboración e integración de los proyectos que presenten.
Recursos	Formato para la elaboración de proyectos.

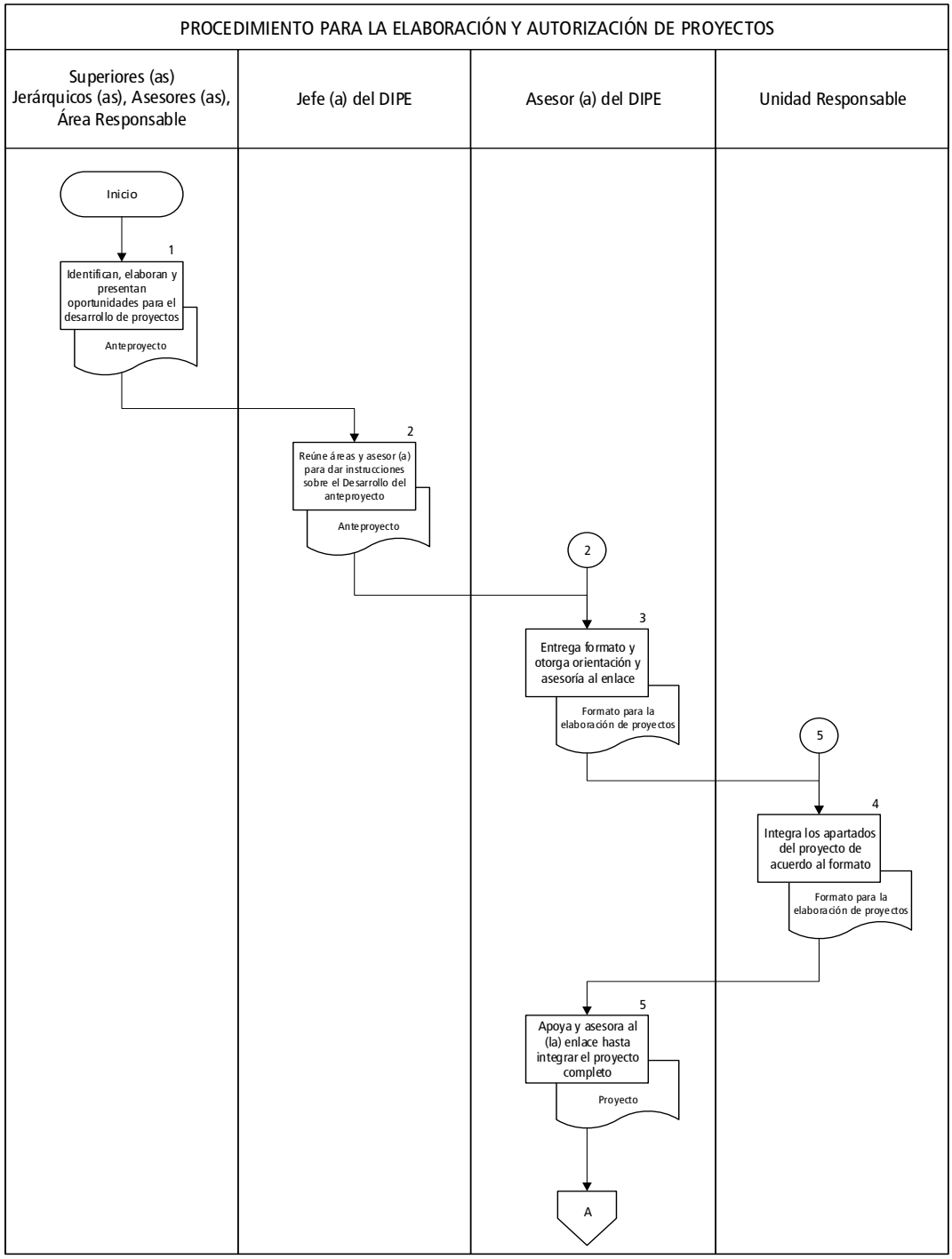
Glosario	Superiores Jerárquicos: Personal Directivo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. DIPE: Departamento de Innovación y Proyectos Estratégicos. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Enlace: Personal del área responsable del proyecto, encargado del desarrollo y seguimiento del proyecto. Asesor/a: Personal del Departamento de Innovación y Proyectos Estratégicos, encargado de elaborar proyectos, así como brindar apoyo y orientación al enlace en el desarrollo e integración del proyecto.

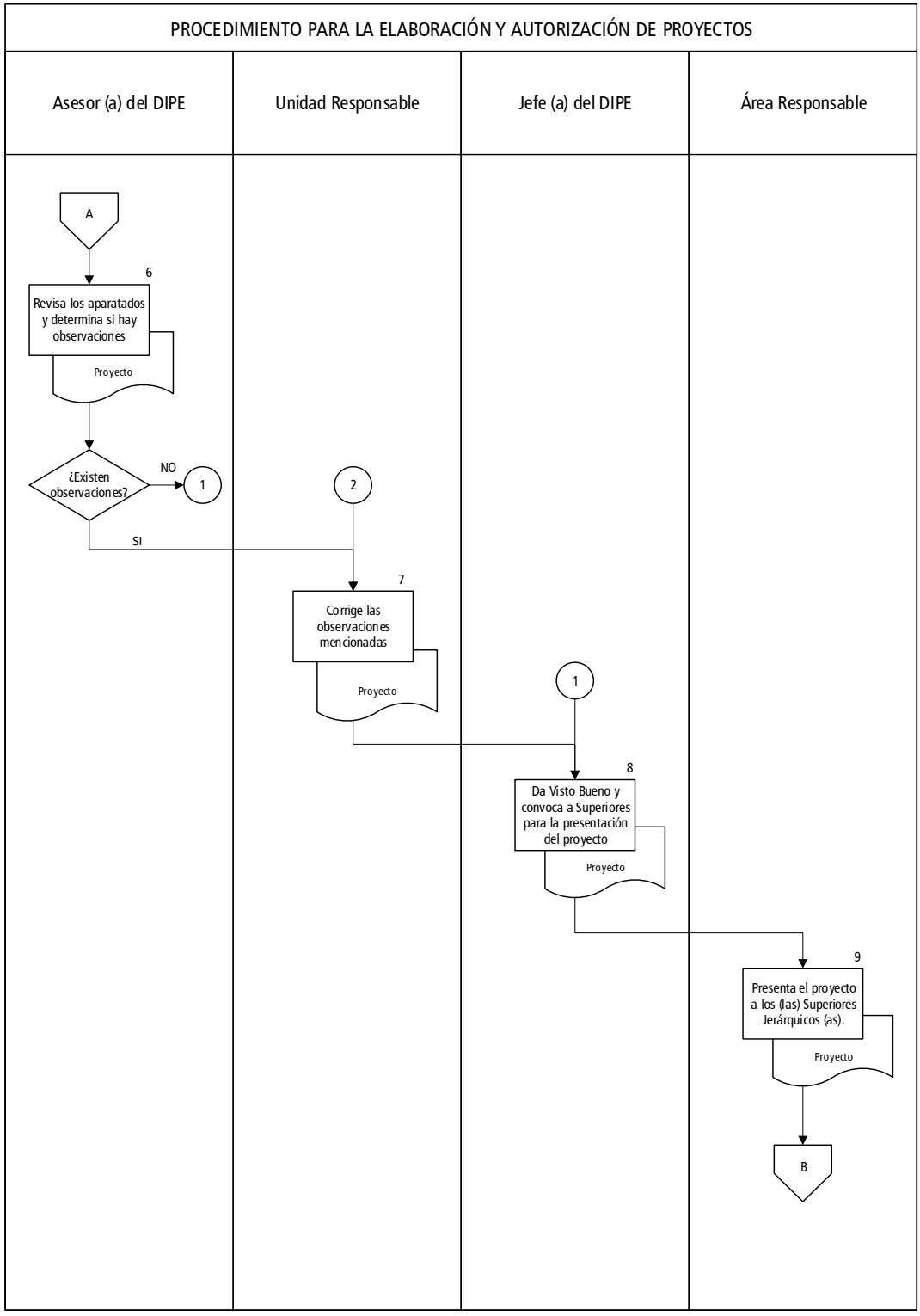
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS.

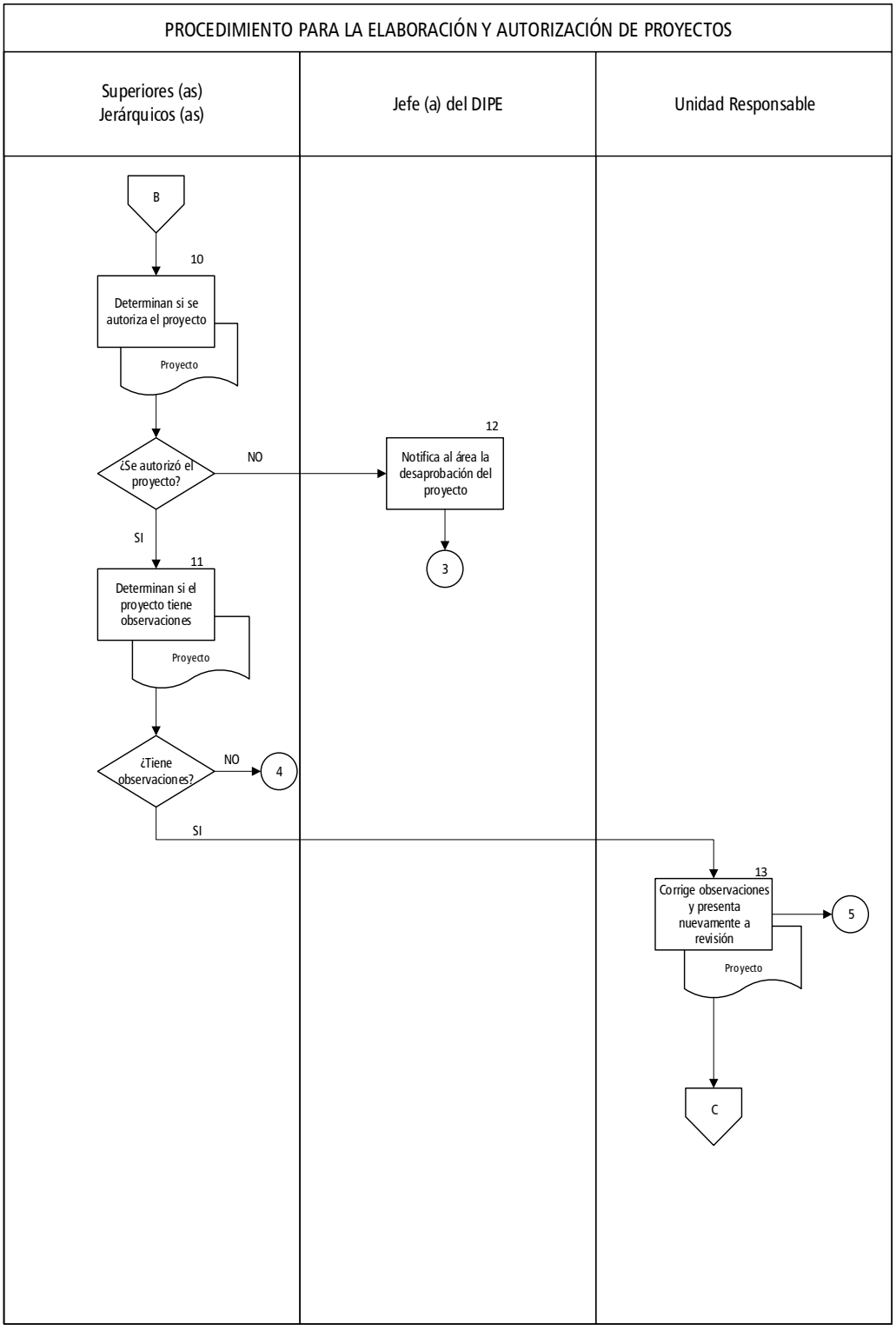
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Superiores Jerárquicos, Asesores/as, Área Responsable	Identifican situaciones con área de oportunidad para el desarrollo de proyectos innovadores, elaboran y presentan al/la Jefe/a del DIPE el anteproyecto correspondiente.	Anteproyecto
2	Jefe/a del DIPE	Reúne a las áreas y al/la Asesor/a correspondiente para dar instrucciones sobre el desarrollo del anteproyecto.	Anteproyecto
3	Asesor/a del DIPE	Entrega formato y otorga orientación y asesoría al enlace.	Formato para la elaboración de proyectos
4	Unidad Responsable	Integra cada uno de los apartados del proyecto de acuerdo al formato para la elaboración de proyectos y a las instrucciones recibidas.	Formato para la elaboración de proyectos
5	Asesor/a del DIPE	Apoya y asesora al/la enlace hasta integrar el proyecto completo.	Proyecto

6	Asesor/a del DIPE	Revisa cada uno de los apartados conforme a la lista de verificación de proyectos y determina si hay observaciones. ¿Existen observaciones? Si: Continúa en actividad 7. No: Continúa en actividad 8.	Proyecto
7	Unidad Responsable	Revisa y corrige las observaciones mencionadas en la lista de verificación de proyectos. Regresa a la actividad 3.	Proyecto
8	Jefe/a del DIPE	Da Visto Bueno y convoca a los/las Superiores Jerárquicos/as para la presentación del proyecto.	Proyecto
9	Área Responsable	Presenta el proyecto a los/las Superiores Jerárquicos.	Proyecto
10	Superiores Jerárquicos	Determinan si se autoriza el proyecto. ¿Se autorizó el proyecto? Si: continúa en actividad 11. No: Continua en actividad 12.	Proyecto
11	Superiores Jerárquicos	Determinan si el proyecto tiene observaciones. ¿Tiene observaciones? Si: continúa en actividad 13. No: continúa en actividad 14.	Proyecto
12	Jefe/a del DIPE	Notifica al área la desaprobación del proyecto Fin del procedimiento	Proyecto
13	Unidad Responsable	Corrige observaciones y presenta nuevamente a revisión. Regresa a la actividad 4.	Proyecto
14	Área responsable	Comienza con la elaboración de los requerimientos.	Requerimientos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS.

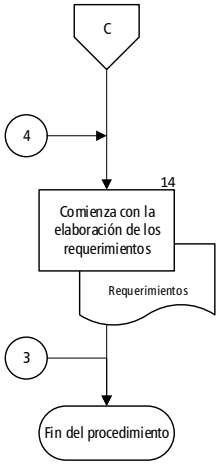



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS
Asesor (a) del DIPE
Unidad Responsable
Jefe (a) del DIPE
Área Responsable
A
6
Revisa los aparatados y determina si hay observaciones
Proyecto
¿Existen observaciones?
NO
1
SI
2
7
Corrige las observaciones mencionadas
Proyecto
1
8
Da Visto Bueno y convoca a Superiores para la presentación del proyecto
Proyecto
9
Presenta el proyecto a los (las) Superiores Jerárquicos (as).
Proyecto
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS
Superiores (as) Jerárquicos (as)
Jefe (a) del DIPE
Unidad Responsable
B
10
Determinan si se autoriza el proyecto
Proyecto
¿Se autorizó el proyecto?
NO
12
Notifica al área la desaprobación del proyecto
3
SI
11
Determinan si el proyecto tiene observaciones
Proyecto
¿Tiene observaciones?
NO
4
SI
13
Corrige observaciones y presenta nuevamente a revisión
5
Proyecto
C

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS

Área Responsable



7.17. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL.

7.17.1. PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN DE PLANTILLAS.

Tiempo Promedio: Hasta 10 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Mantener el control del personal que se encuentra laborando físicamente en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, con el fin de proporcionar información actualizada, de acuerdo a los modelos establecidos.

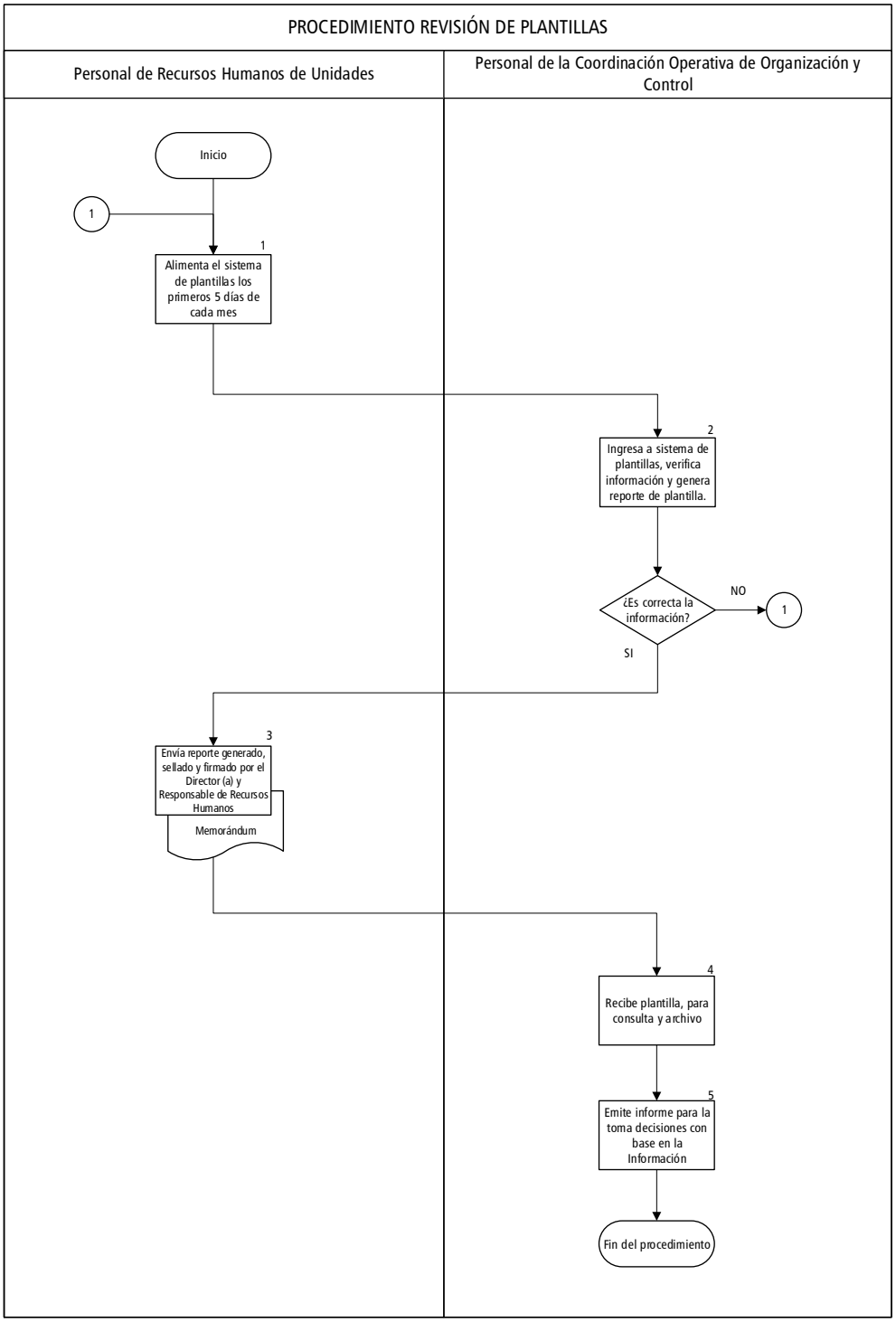
	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Los/las responsables de recursos humanos de las unidades deberán alimentar y/o actualizar la información en el sistema de plantillas. 2. Se verifica que la información sea real con respecto a la nómina y comisiones. 3. Verificada la información envían reporte de plantilla firmada por el/la directora/a, Administrador/a y Responsable de Recursos Humanos, mediante memorándum.
Responsables	Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Para todas las Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Jurisdicciones, Hospitales y Centros de Salud.
Recursos	Memorándum, Tarjeta informativa.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN DE PLANTILLAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de Recursos Humanos de Unidades	Alimenta el sistema de plantillas. **Nota**: los primeros 5 días de cada mes.	
2	Personal de la	Ingresa a sistema de plantillas, verifica	

	Coordinación Operativa de Organización y Control	información y genera reporte de plantilla. ¿Es correcta la información? Si: Continúa en la actividad 3. No: Solicita corrección vía correo electrónico al Personal de Recursos Humanos de Unidades. Continúa en la actividad 1.	
3	Personal de Recursos Humanos de Unidades	Envía reporte generado del sistema de plantillas, sellado y firmado por el/la directora/a, Administrador/a y Responsable de Recursos Humanos de Unidades.	Memorándum
4	Personal de la Coordinación Operativa de Organización y Control	Recibe plantilla, para consulta y archivo.	
5		Emite informes para la toma decisiones del de/la superior jerárquico con base en la información actualizada.	Tarjeta informativa
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN DE PLANTILLAS.



7.17.2. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER REQUERIMIENTOS DE AUDITORÍA COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL.

Tiempo Promedio: Hasta 45 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Integrar y remitir la documentación e información solicitada por parte de las autoridades competentes en materia de control, evaluación y fiscalización, así como de las Auditorías Externas designadas por la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla a la Dirección de Asuntos Jurídicos para dar atención a los requerimientos de auditoría.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
3. Ley de Fiscalización Superior y Rendición de Cuentas para el Estado de Puebla.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
5. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
6. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
7. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
8. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
9. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
10. Ley Federal del Trabajo.
11. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
12. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
13. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
14. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
15. *Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.*
16. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Políticas de Operación:

1. Cumplir con las fechas de entrega de información según requerimientos, establecidas por la Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación en conjunto con la Dirección de Operación de Personal y la Dirección de Asuntos Jurídicos o la Auditoría Externa si es el caso.
2. Los Departamentos serán los responsables de generar y entregar la información requerida en las fechas establecidas.

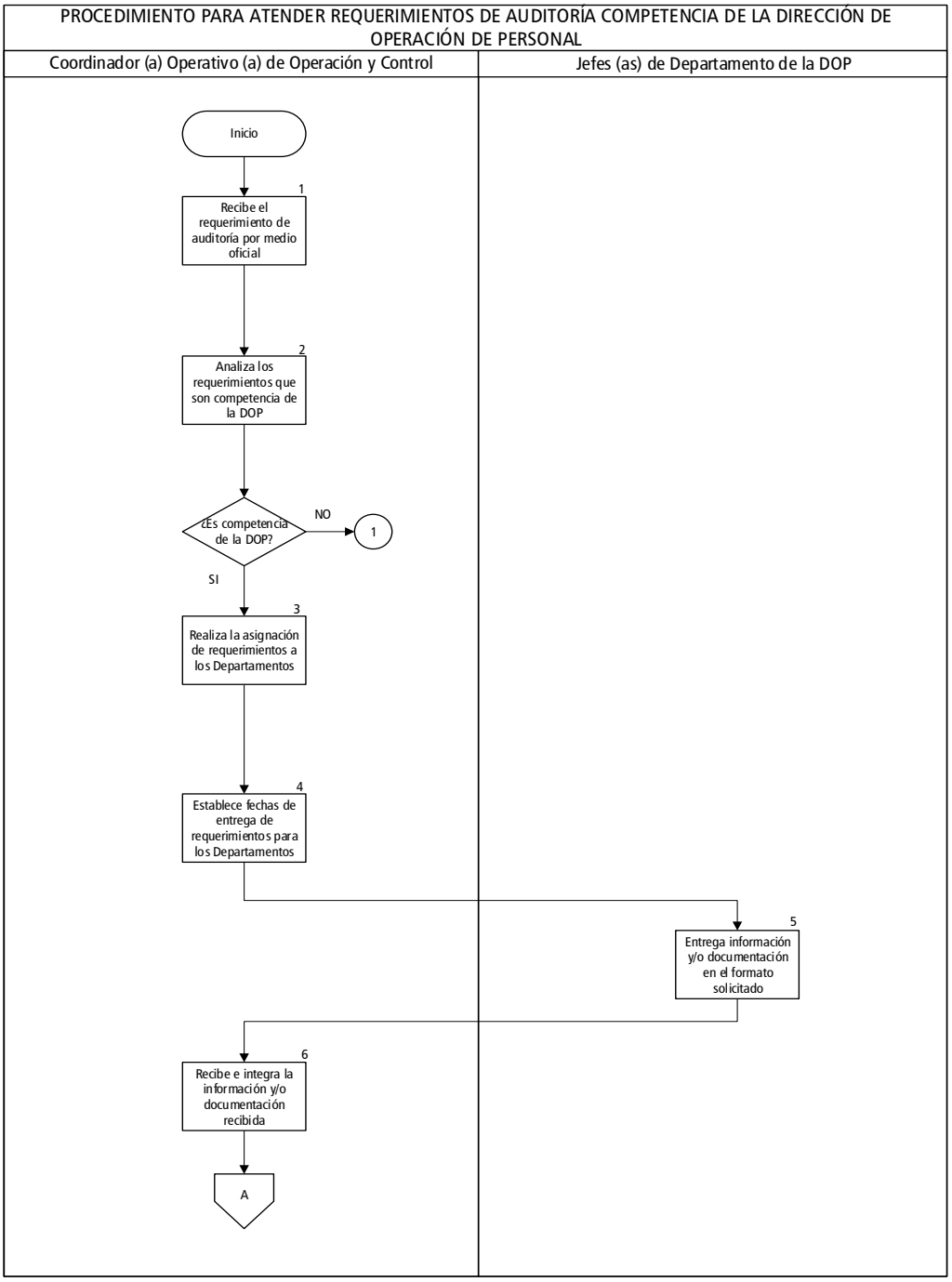
	3. La Coordinación Operativa de Organización y Control será la responsable de establecer las fechas de entrega para los Departamentos.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Atender los requerimientos cuya información sea de la competencia de la Dirección de Operación de Personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de conformidad con los ordenamientos legales y normativos vigentes, acuerdos, decretos, circulares, convenios y encomiendas de la Junta de Gobierno o la Dirección General.
Recursos	Oficio, Memorándum.
Glosario	Auditoría: Serie de métodos de análisis para producir la revisión y evaluación de una adecuada gestión en cumplimiento con las reglas, criterios y normatividad a que aquella deba someterse. Requerimiento: Solicitud de información y documentación que requieren las autoridades competentes en materia de control, evaluación y fiscalización para la realización de auditorías. Departamentos: Se refiere al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal y el Departamento de Capital Humano, pertenecientes a la Dirección de Operación de Personal. Áreas: Las áreas y departamentos que no pertenecen a la Dirección de Operación de Personal. DAJ: Dirección de Asuntos Jurídicos. DOP: Dirección de Operación de Personal. COOC: Coordinación Operativa de Organización y Control.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ATENDER REQUERIMIENTOS DE AUDITORÍA COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL.

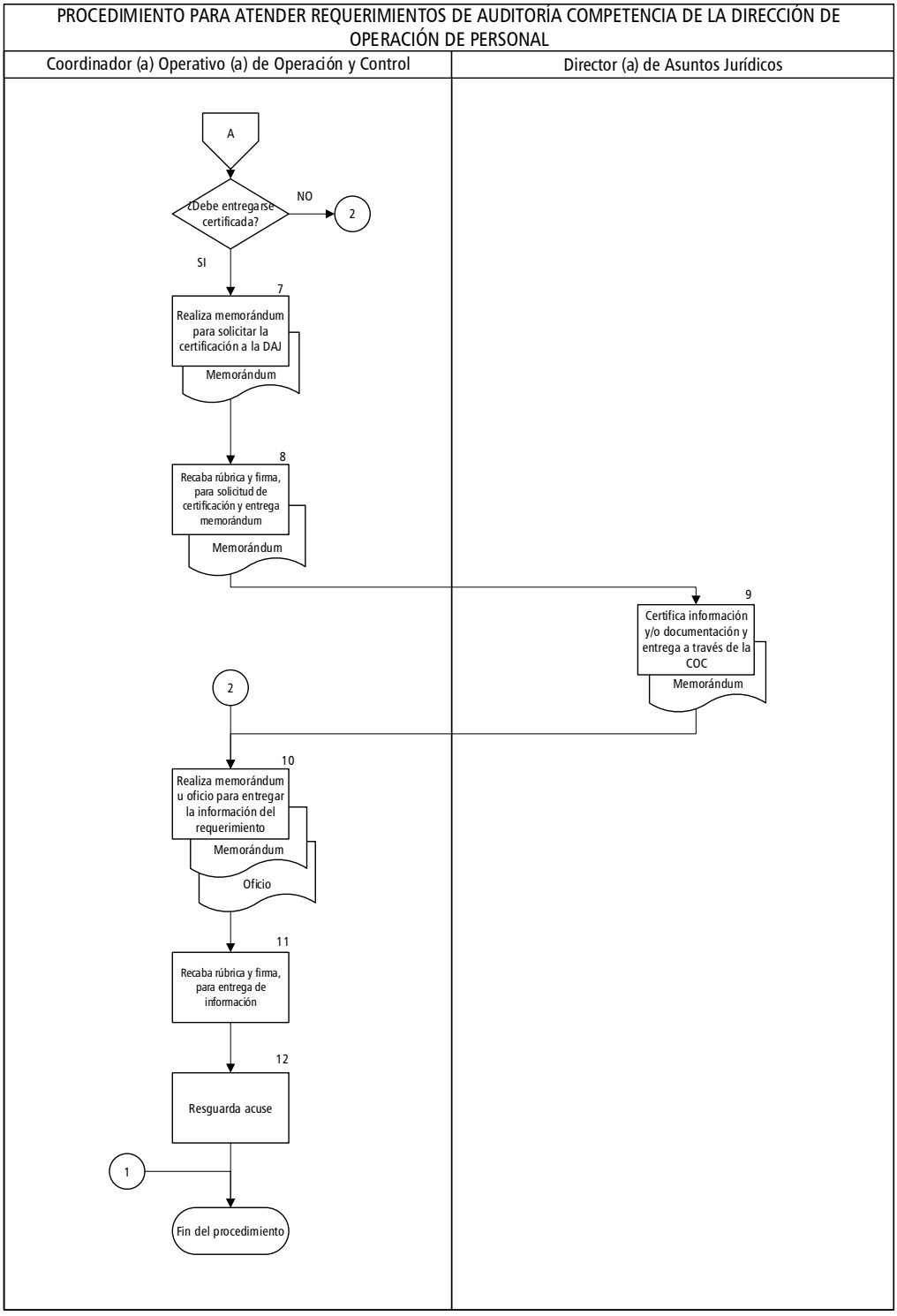
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Recibe el requerimiento de auditoría por medio oficial. **Nota:** Copia de requerimiento**.**	
2		Analiza los requerimientos que son competencia de la Dirección de Operación de Personal. ¿Es competencia de la DOP? Si: Continúa en la actividad 3 No: Se informa a la Dirección de Operación de Personal. **Fin del procedimiento.**	
3		Realiza la asignación de requerimientos a los Departamentos. **Nota:** Copia de requerimiento.	
4		Establece fechas de entrega de requerimientos para los departamentos.	
5	Jefes/as de Departamento de la DOP	Entrega información y/o documentación en el formato solicitado en las fechas establecidas.	
6	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Recibe e integra la información y/o documentación y se verifica si debe ser certificada. ¿Debe entregarse certificada? Si: Continúa en la actividad 7. No: Continúa en la actividad 10.	
7		Realiza memorándum para solicitar la	Memorándum

		certificación de la información y/o documentación a la Dirección de Asuntos Jurídicos anexando la información y/o documentación original y una copia.	
8		Recaba rúbrica del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y firma del/de la Directora/a de Operación de Personal, para solicitud de certificación y entrega memorándum con la información y/o documentación anexa a la Dirección de Asuntos Jurídicos.	
9	Director/a de Asuntos Jurídicos	Certifica información y entrega memorándum con información y/o documentación original y copia certificada a la DOP a través de la Coordinación de Organización y Control vía memorándum.	Memorándum
10	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Realiza memorándum u oficio para entregar la información del requerimiento.	Oficio Memorándum
11		Recaba rúbrica del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y firma del/de la directora/a de Operación de Personal para entrega de información.	
12		Resguarda acuse.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ATENDER REQUERIMIENTOS DE AUDITORÍA COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL.



PROCEDIMIENTO PARA ATENDER REQUERIMIENTOS DE AUDITORÍA COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE PERSONAL



7.17.3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA LOS SERVICIOS PERSONALES.

Tiempo Promedio: Hasta 5 días.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Realizar la solicitud de suficiencia presupuestal para la contratación del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal Correspondiente.
6. Clasificador por Objeto de Gasto para la Administración Pública Federal.
7. Ley de Egresos del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal Correspondiente.
8. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
9. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
10. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
11. Ley Federal del Trabajo.
12. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
13. Código Fiscal de la Federación Anexo No. 8.
14. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
15. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
16. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
17. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.

Políticas de Operación:

1. Las Áreas serán responsables de solicitar a la Dirección de Operación de Personal la autorización para la contratación de personal por convenios, ampliación, entre otros.
2. La Coordinación Operativa de Organización y Control

	se encargará de realizar y dar seguimiento a la solicitud de suficiencia presupuestal y avisar de lo que el Departamento de Presupuesto determine al respecto a los Departamentos y Unidades correspondientes. 3. La Coordinación Operativa de Organización y Control debe notificar de la suficiencia presupuestal a los Departamentos y Unidades concernientes para que estos realicen las actividades de su competencia para la contratación del personal.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Dar seguimiento a la solicitud de suficiencia presupuestal que compete a la Dirección de Operación de Personal, para la contratación de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de conformidad con los ordenamientos legales y normativos vigentes, acuerdos, decretos, circulares y convenios.
Recursos	Memorándum, Volante de Entrega.
Glosario	Solicitud de Suficiencia Presupuestal: Documento escrito en forma de oficio por medio del cual se solicita al Departamento de Presupuesto la notificación de que existe suficiente presupuesto para la contratación de servicios personales. Departamentos: Se refiere al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal y el Departamento de Capital Humano, pertenecientes a la Dirección de Operación de Personal. Unidades: Se refiere a las unidades médicas y administrativas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla diferentes de la Dirección de Operación de Personal. Acuse: Copia de un memorándum, oficio o escrito con sellos y firma de recepción del destinatario.

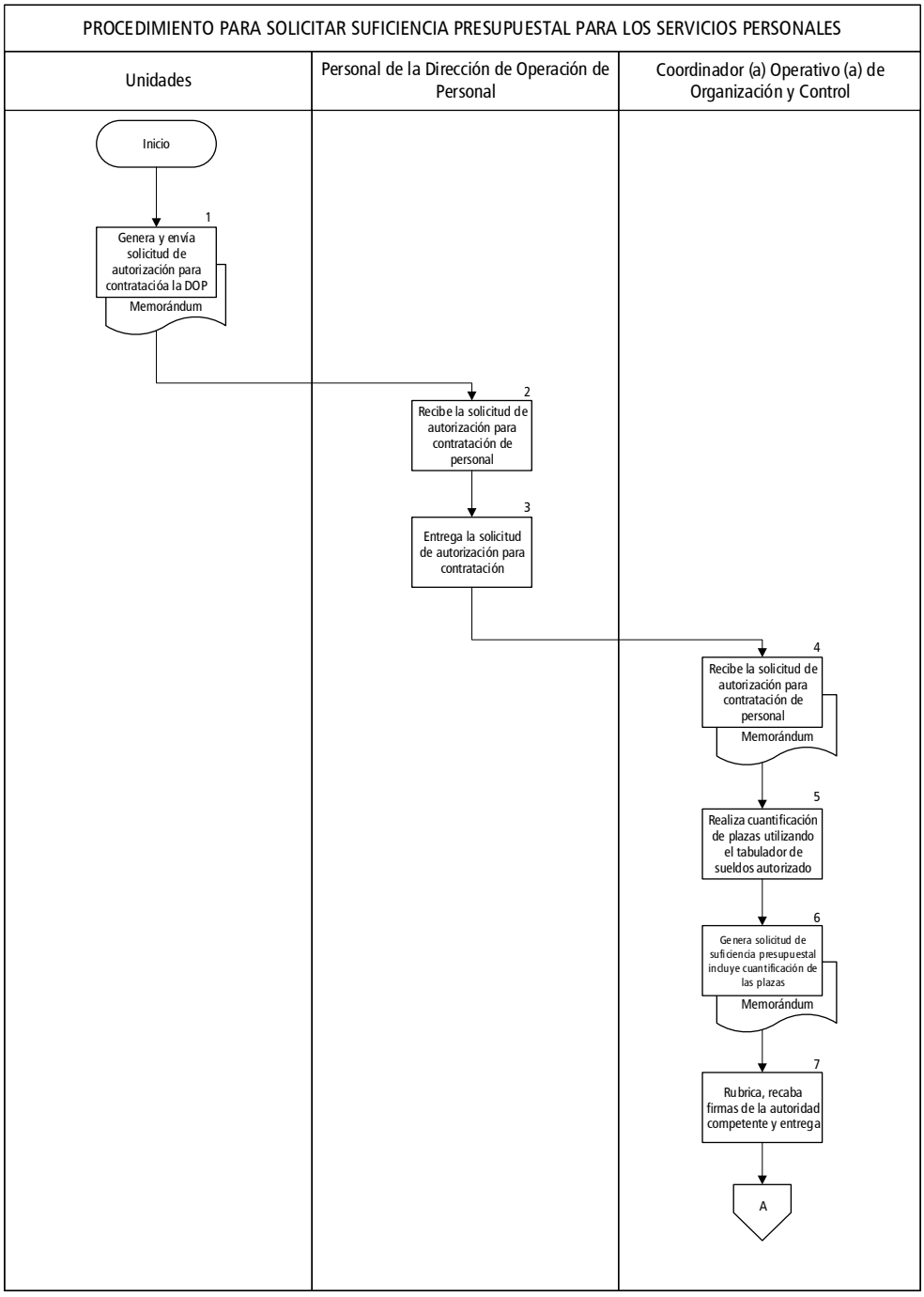
DOP: Dirección de Operación de Personal.

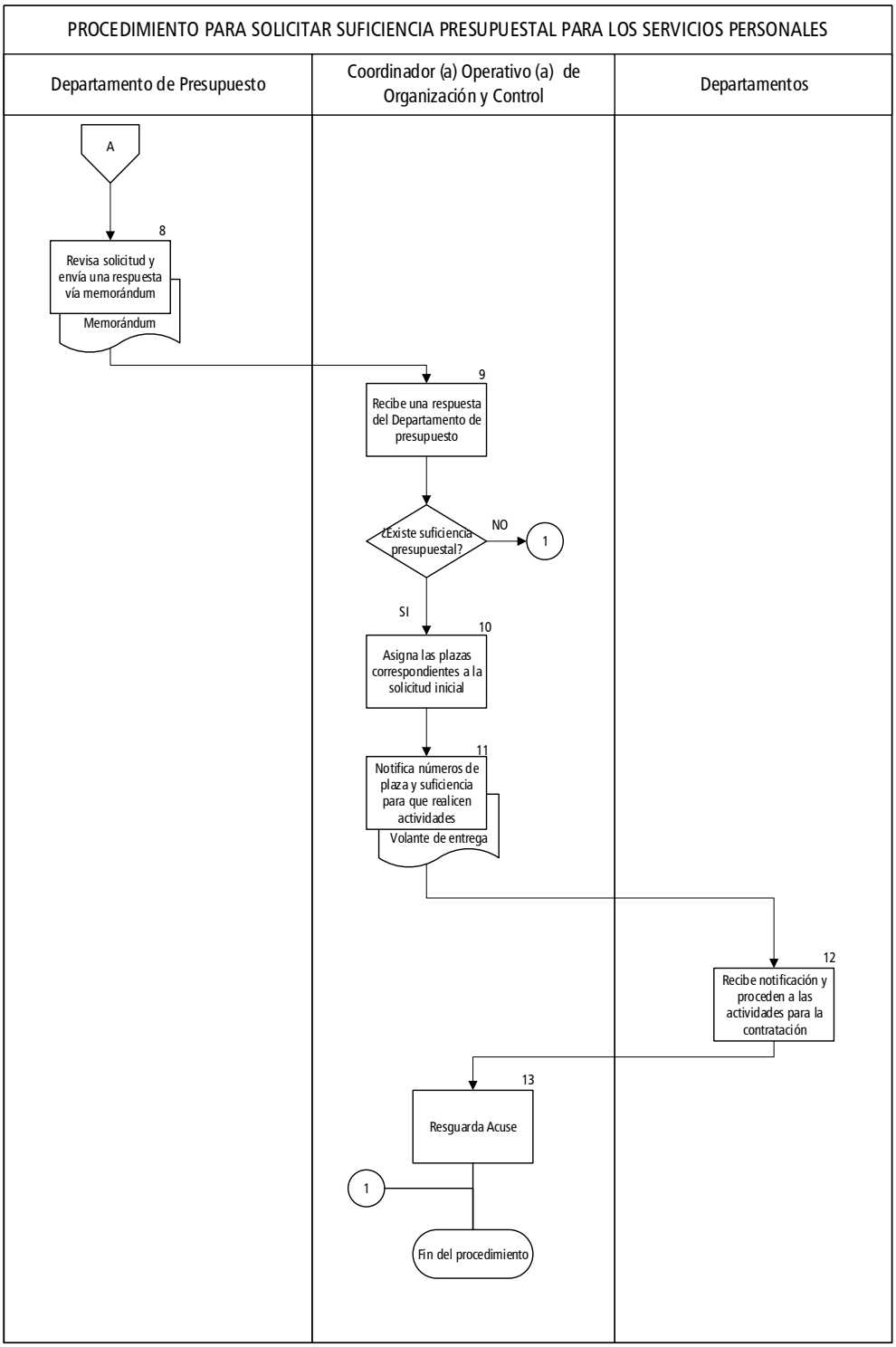
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA LOS SERVICIOS PERSONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades	Genera y envía solicitud de autorización para contratación de personal a la DOP.	Memorándum
2	Personal de la Dirección de Operación de Personal	Recibe la solicitud de autorización para contratación de personal.	
3		Entrega la solicitud de autorización para contratación de personal a la Coordinación Operativa de Organización y Control.	
4	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Recibe la solicitud de autorización para contratación de personal.	
5		Realiza la cuantificación de las plazas utilizando el tabulador de sueldos autorizado.	
6		Genera el memorándum de la solicitud de suficiencia presupuestal dirigida al Departamento de Presupuesto incluyendo la cuantificación de las plazas.	Memorándum

7		Recaba rúbrica del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y firma del/de la directora/a de Operación de Personal y entrega el memorándum de la solicitud de suficiencia presupuestal al Departamento de Presupuesto.	
8	Departamento de Presupuesto	Revisa solicitud y envía una respuesta vía memorándum.	Memorándum
9	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Recibe una respuesta del Departamento de presupuesto. ¿Existe suficiencia presupuestal? Si: Continúa en la actividad 10. No: Notifica a las Unidades. **Fin del procedimiento**.	
10		Asigna las plazas correspondientes a la solicitud inicial.	
11		Notifica números de plaza y suficiencia presupuestal a los Departamentos para que realicen las actividades de su competencia.	Volante de Entrega
12	Departamentos	Recibe memorándum con notificación y proceden a las actividades para la contratación del personal.	
13	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Resguarda acuse.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA LOS SERVICIOS PERSONALES.




PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA LOS SERVICIOS PERSONALES
Departamento de Presupuesto
Coordinador (a) Operativo (a) de Organización y Control
Departamentos
A
8
Revisa solicitud y envía una respuesta vía memorándum
Memorándum
9
Recibe una respuesta del Departamento de presupuesto
¿Existe suficiencia presupuestal?
NO
1
SI
10
Asigna las plazas correspondientes a la solicitud inicial
11
Notifica números de plaza y suficiencia para que realicen actividades
Volante de entrega
12
Recibe notificación y proceden a las actividades para la contratación
13
Resguarda Acuse
1
Fin del procedimiento

7.17.4. PROCEDIMIENTO PARA VALIDACIÓN DE PLAZAS DE CONTRATACIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Verificar la viabilidad de las propuestas de contratación recibidas en la Dirección de Operación de Personal.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. Acuerdos no Institucionales.
17. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. La Dirección de Operación de Personal recibirá las propuestas de contratación de personal.
2. Es necesario que la Dirección de Operación de Personal entregue la propuesta en la Coordinación Operativa de Organización y Control para iniciar el procedimiento de verificación.
3. La Coordinación Operativa de Organización y Control será la encargada de verificar la viabilidad de la propuesta para informar al Departamento de Capital

	Humano y éste pueda llevar a cabo el procedimiento correspondiente.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Verificar la viabilidad de las propuestas de contratación recibidas en la Dirección de Operación de Personal de conformidad con los ordenamientos legales y normativos vigentes, acuerdos, decretos, circulares y vacancia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Folio para Validación y Reservación de Plazas Vacantes, Propuesta.
Glosario	SPARH: Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos. Propuesta: Medio escrito mediante el cual se hace una solicitud de contratación a la Dirección de Operación de Personal en el cual se especifica la persona y puesto requerido. Vacancia: Se refiere a la relación de plazas que se encuentran vacantes al momento de recibir la propuesta. Unidades: Se refiere a las unidades médicas y administrativas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla diferentes de la Dirección de Operación de Personal.

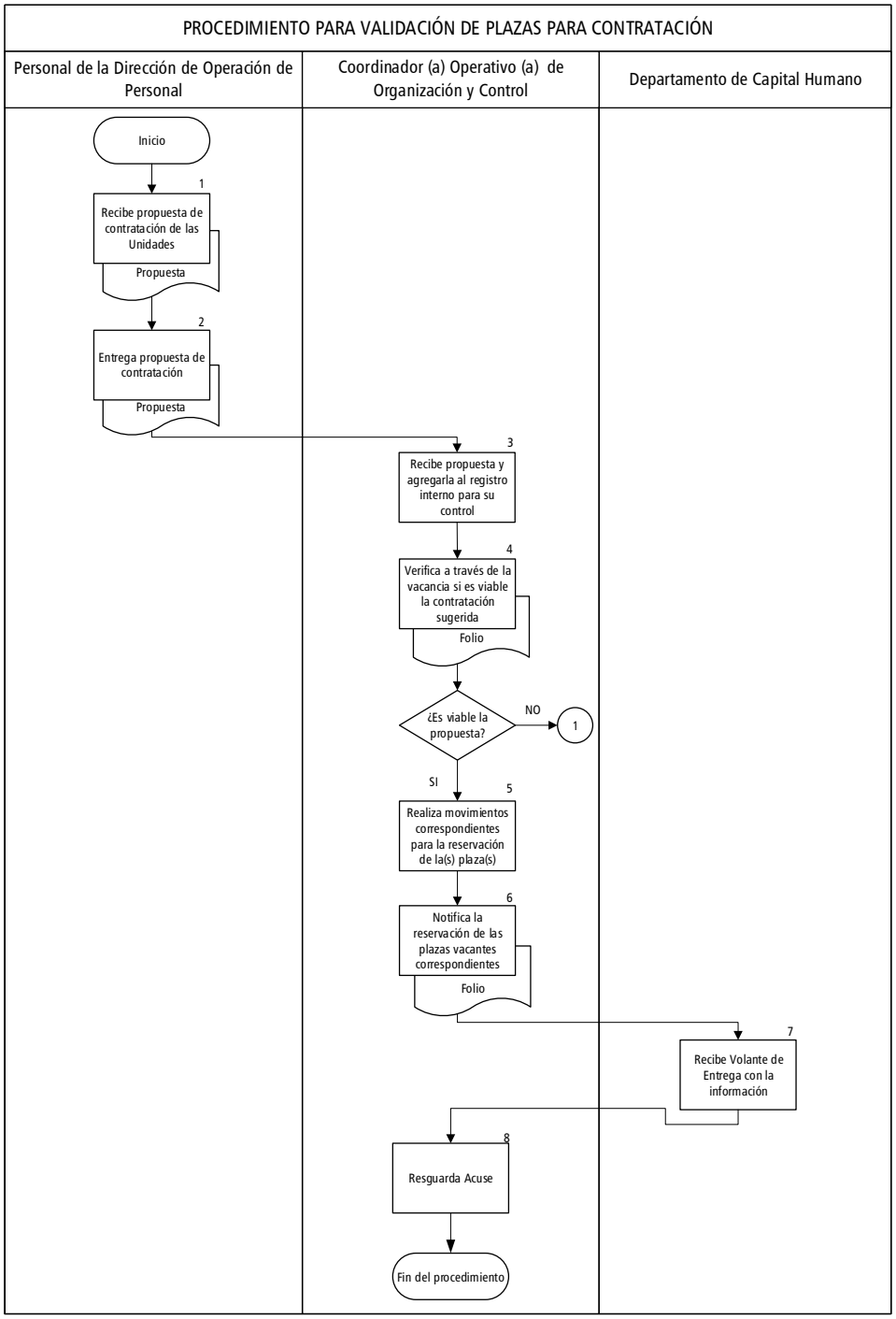
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA VALIDACIÓN DE PLAZAS PARA CONTRATACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Dirección de Operación de	Recibe propuesta de contratación de las Unidades.	Propuesta

	Personal		
2		Entrega propuesta de contratación a la Coordinación Operativa de Organización y Control.	Propuesta
3	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Recibe propuesta y agrega al registro interno para su control.	
4		Verifica a través de la vacancia en el SPARH si es viable la validación de la plaza para la contratación sugerida en la propuesta. ¿Es viable la propuesta? Si: Continúa en la actividad 5. No: Remite al Departamento de Capital Humano la propuesta notificando de su inviabilidad para que éste a su vez la envíe a su destino de origen. **Fin del procedimiento.**	Folio para Validación y Reservación de Plazas Vacantes
5		Realiza los movimientos correspondientes en el SPARH para la reservación de la (s) plaza (s) vacante (s).	
6		Notifica al Departamento de Capital Humano de la reservación de la (s) plaza (s) vacante (s) correspondientes.	Folio para Validación y Reservación de Plazas Vacantes
7	Departamento de Capital Humano	Recibe Volante de Entrega con la información mencionada para su seguimiento.	
8	Coordinador/a Operativo/a de Organización y	Resguarda acuse.	

	Control		
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA VALIDACIÓN DE PLAZAS PARA CONTRATACIÓN.



7.17.5. PROCEDIMIENTO PARA LA CREACIÓN DE PLAZAS EN EL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Tiempo Promedio: Hasta 10 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Disponer de las plazas con las características requeridas en base a las necesidades del servicio, y disponibilidad presupuestal, para la contratación del personal en el tiempo establecido.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. Acuerdos no Institucionales.
17. Manual de Operación del SPARH (Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos)
18. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El formato de "Requerimiento de Plazas" y/o “Formato de acuerdo”, deberá estar autorizado por el/la Director/a de Operación de Personal y/o Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control.
2. Las plazas de nueva creación deberán ser validadas por el/la superior jerárquico de conformidad con la

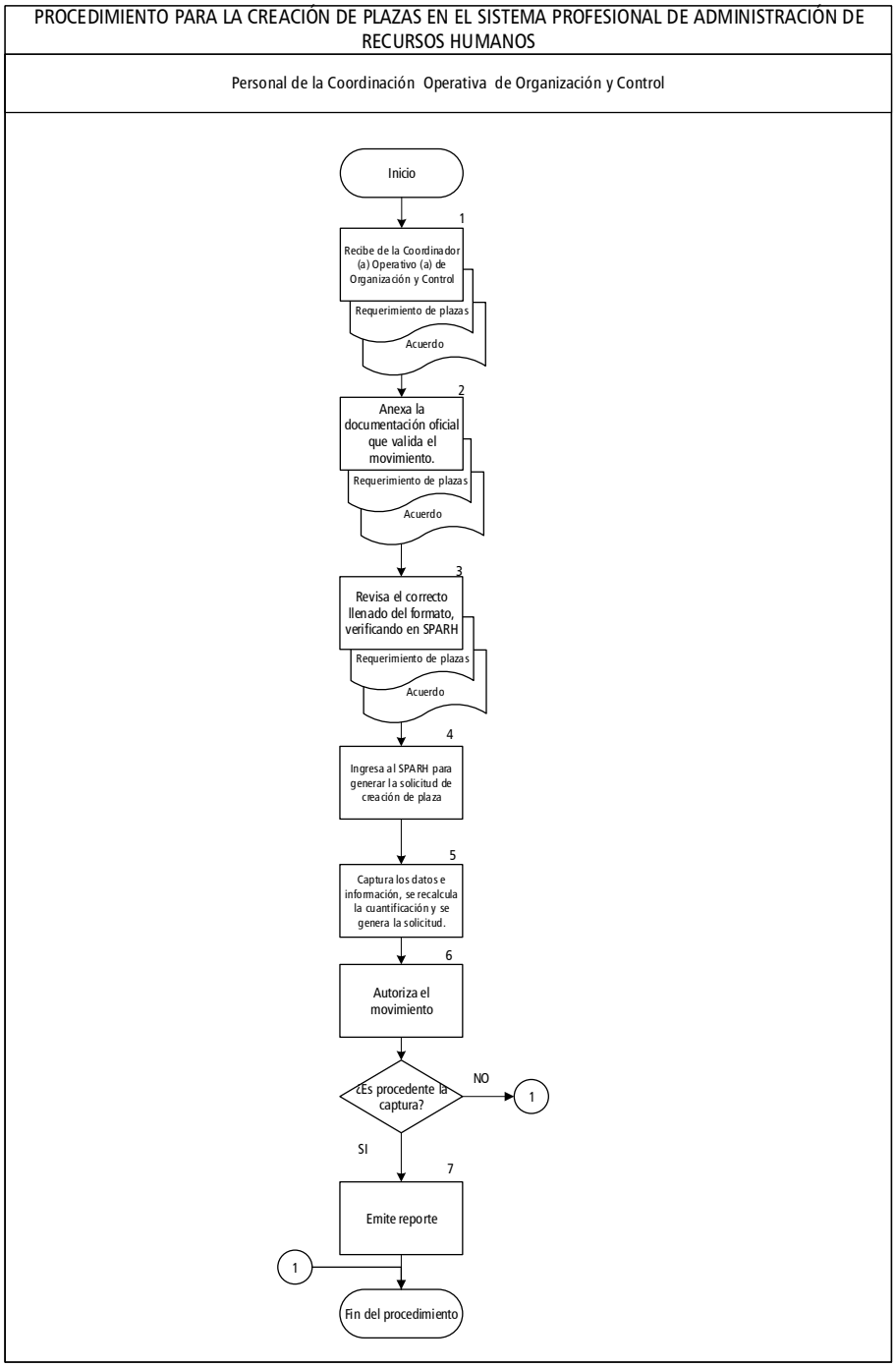
	normatividad aplicable.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Gestiona a la Coordinación Operativa de Administración de Personal. Aplica para la nueva creación de plazas requeridas en las diferentes áreas médica, paramédica y administrativa en los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Requerimientos, acuerdo.
Glosario	SPARH: Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos. Parámetro: Nómina. Unidades: Se refiere a las unidades médicas y administrativas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla diferentes de la Dirección de Operación de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CREACIÓN DE PLAZAS EN EL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Coordinación Operativa de Organización y Control	Recibe del/de la Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control de manera impresa y en correo electrónico requerimiento de plazas y/o acuerdo.	Requerimiento de plazas Acuerdo
2		Anexa la documentación oficial que valida el movimiento, como son: oficios de autorización presupuestal, solicitudes y justificantes por parte de	

		las unidades que lo solicitan.	
3		Revisa el correcto llenado del formato “Requerimiento de Plazas” y/o “Acuerdo” verificando en SPARH: ➢ Centro de trabajo que se encuentre activo. ➢ Código de puesto alineado. ➢ Fecha inicial y final de la plaza en base al oficio de suficiencia presupuestal. ➢ Nivel de sueldo. ➢ Número de programa asignado. ➢ Número de nómina para que se aplique de manera correcta el programa y proyecto. ➢ Número consecutivo de plaza para evitar duplicidad. El formato deberá estar debidamente firmado por los funcionarios autorizados.	Requerimiento de plazas Acuerdo
4		Ingresa al SPARH para generar la solicitud de creación de plaza.	
5		Captura los datos e información de la plaza, se recalcula la cuantificación y se genera la solicitud.	
6		Autoriza el movimiento. ¿Es procedente la captura? Si: Se crea plaza, continúa en la actividad 7. No: Se registra en el SPARH el motivo de rechazo. **Fin del procedimiento**.	
7		Emite reporte a través del SPARH. **Nota:** En el reporte se observa el número de plaza asignado por el sistema.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CREACIÓN DE PLAZAS EN EL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.



7.17.6. PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Tiempo Promedio: Hasta 20 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Integrar la información necesaria para el registro de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud, de conformidad con el Artículo 25 TER, fracción XIV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la autorización, modificación y registro de su Estructura Orgánica. Políticas de Operación: 1. Se deberá cumplir con lo establecido en el Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la autorización, modificación y registro de su Estructura Orgánica. 2. Las Unidades Administrativas en caso de solicitar la adición, supresión, reestructuración y/o modificación de las áreas que integran al Organismo, deberán solicitarlo a la Dirección de Operación de Personal para su análisis correspondiente. 3. La Estructura Orgánica deberá ser autorizada por la Junta de Gobierno de conformidad con el artículo 12, fracción II, del Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 4. La aprobación y registro de la Estructura Orgánica dependerá de la Secretaría de Finanzas y Administración y estará sujeta a la suficiencia presupuestal del Organismo.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.

Áreas Involucradas	Unidades que integran a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Propuesta de la Estructura Orgánica, Estructura Orgánica vigente, Estructura Orgánica propuesta, Justificación fundada y motivada de la propuesta, Descripción de las funciones específicas para cada una de las Unidades Administrativas propuestas, Plantilla vigente y propuesta, Memorándum / Oficio.
Glosario	Unidades: Unidades médicas y administrativas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. SFA: Secretaría de Finanzas y Administración. CPEDYO: Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación. DPP: Dirección de Planeación y Programación. DAJ: Dirección de Asuntos Jurídicos. DOP: Dirección de Operación de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Operación de Personal	Solicita a las Unidades correspondientes la información necesaria para el registro de la Estructura Orgánica: Dirección de Asuntos Jurídicos: ➢ Decreto de Creación del Organismo. ➢ Reglamento Interior vigente. ➢ Reglamento Interior propuesto. ➢ Dirección de Planeación y Programación: ➢ Estructura Orgánica vigente.	Decreto de Creación del Organismo Reglamento Interior vigente Reglamento Interior Propuesto Estructura Orgánica vigente Estructura Orgánica

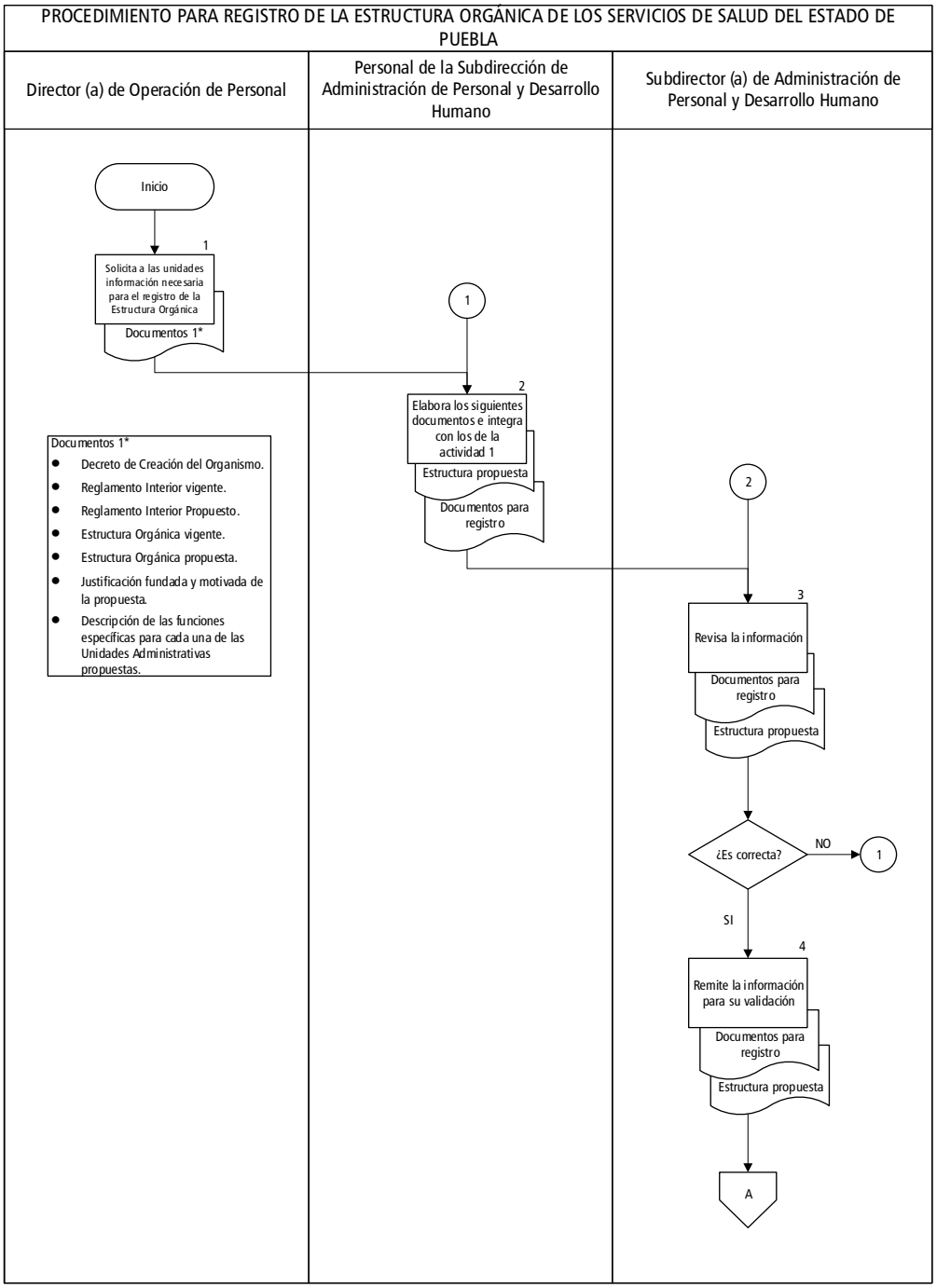
		➢ Estructura Orgánica propuesta. ➢ Justificación fundada y motivada de la propuesta. ➢ Descripción de las funciones específicas para cada una de las Unidades Administrativas propuestas. Lo anterior, de conformidad con el artículo cuarto del Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la Autorización, Modificación y Registro de su Estructura Orgánica.	propuesta Justificación fundada y motivada de la propuesta Descripción de las funciones específicas para cada una de las Unidades Administrativas propuestas
2	Personal de la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Elabora los siguientes documentos: ➢ Encuadre de puestos. ➢ Plantilla de personal autorizada por la SFA (especificando puesto, plaza, categoría, sueldo bruto y neto, compensaciones y prestaciones). ➢ Plantilla de personal propuesta para la Estructura Orgánica SFA (especificando puesto, plaza, categoría, sueldo bruto y neto, compensaciones y prestaciones). Integrarlos con los solicitados en la actividad No. 1, lo anterior, de conformidad con el artículo cuarto del Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los lineamientos que deberán de observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, para la autorización, modificación y registro de su Estructura Orgánica.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro.

3	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Revisa la información. ¿Es correcta? Si: Avanza a la actividad No. 4. No: Continúa en la actividad No. 2, realiza las observaciones correspondientes para su modificación.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
4		Remite la información al/a la directora/a de Operación de Personal para su validación.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
5	Director/a de Operación de Personal	Revisa la información. ¿Es correcta? Si: Avanza a la actividad No. 6. No: Continúa en la actividad No. 3, realiza las observaciones correspondientes para su modificación.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
6		Valida la información y somete a consideración del/de la Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
7	Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Analiza la propuesta de la Estructura Orgánica y los documentos para su registro. ¿Es correcta? Si: Avanza a la actividad No. 8. No: Continúa en la actividad No. 5, realiza las observaciones correspondientes para su modificación.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
8		Somete a consideración de Junta de Gobierno del Organismo en Sesión Ordinaria o Extraordinaria más cercana, la propuesta de la Estructura Orgánica y los documentos para su registro de conformidad con el Artículo 23, XIX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro

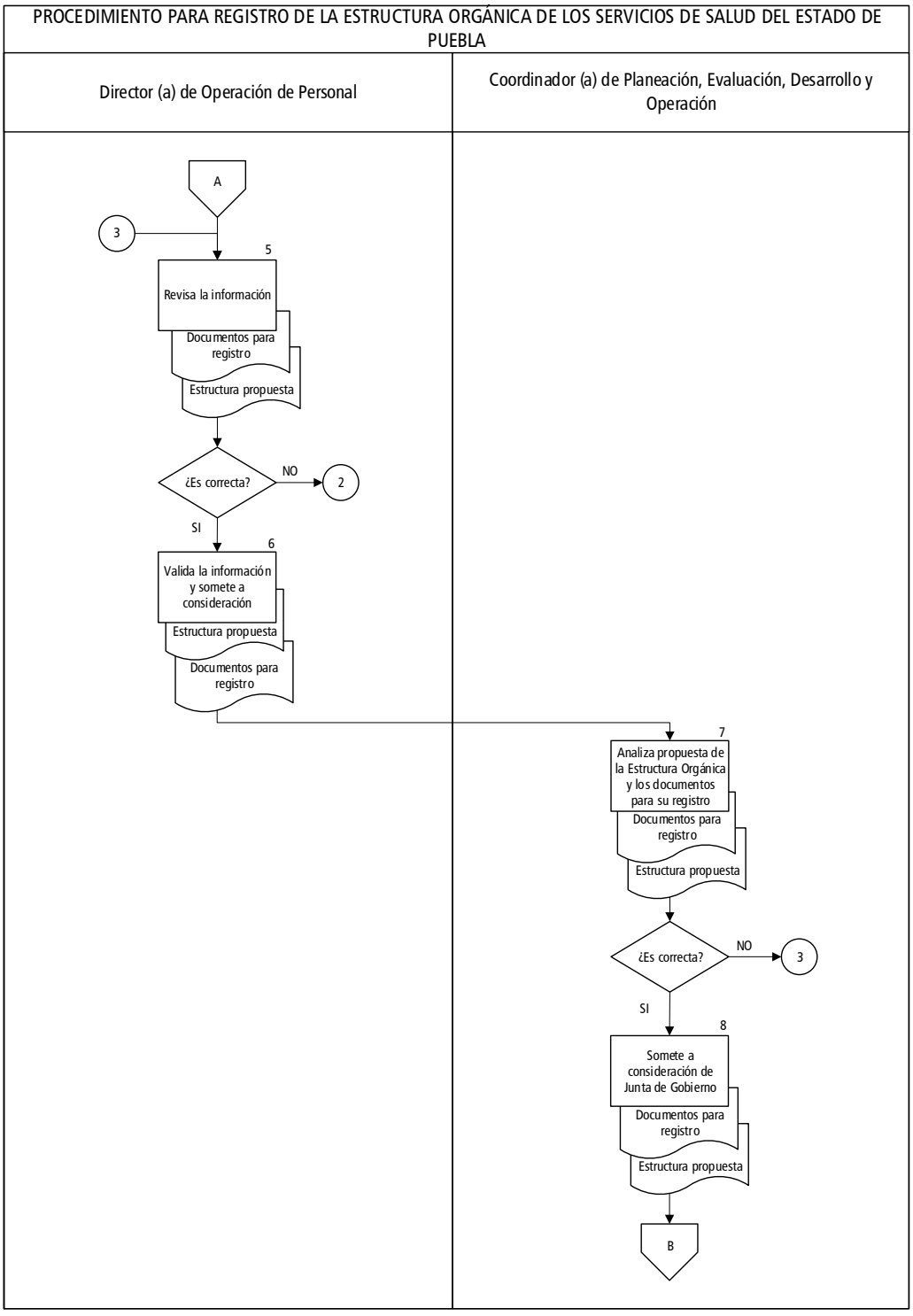
		denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	
9	Junta de Gobierno	Autoriza la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla e instruye su envío a la Secretaría de Finanzas y Administración para su correspondiente registro, de conformidad con el Artículo 12, fracción II del Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
10	Director/a de Operación de Personal	Remite mediante oficio a la Secretaría de Finanzas y Administración, la Estructura Orgánica y los documentos necesarios para su análisis y registro, de conformidad con los lineamientos establecidos en la materia.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
11	Secretaría de Finanzas y Administración	Recibe y revisa la Estructura Orgánica y los documentos necesarios para el registro. ¿Encuentra observaciones? Si: Continúa a actividad No. 12. No: Avanza a la actividad No. 16.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
12		Emite observaciones y/o comentarios a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para su corrección.	
13	Director/a de Operación de Personal	Recibe el oficio y turna a las Unidades correspondientes para su atención.	
14	Personal de la DOP / DAJ / DPP	Realizan las correcciones necesarias señaladas por la Secretaría de Finanzas y Administración, una vez realizadas remite a la Dirección de Operación de Personal.	

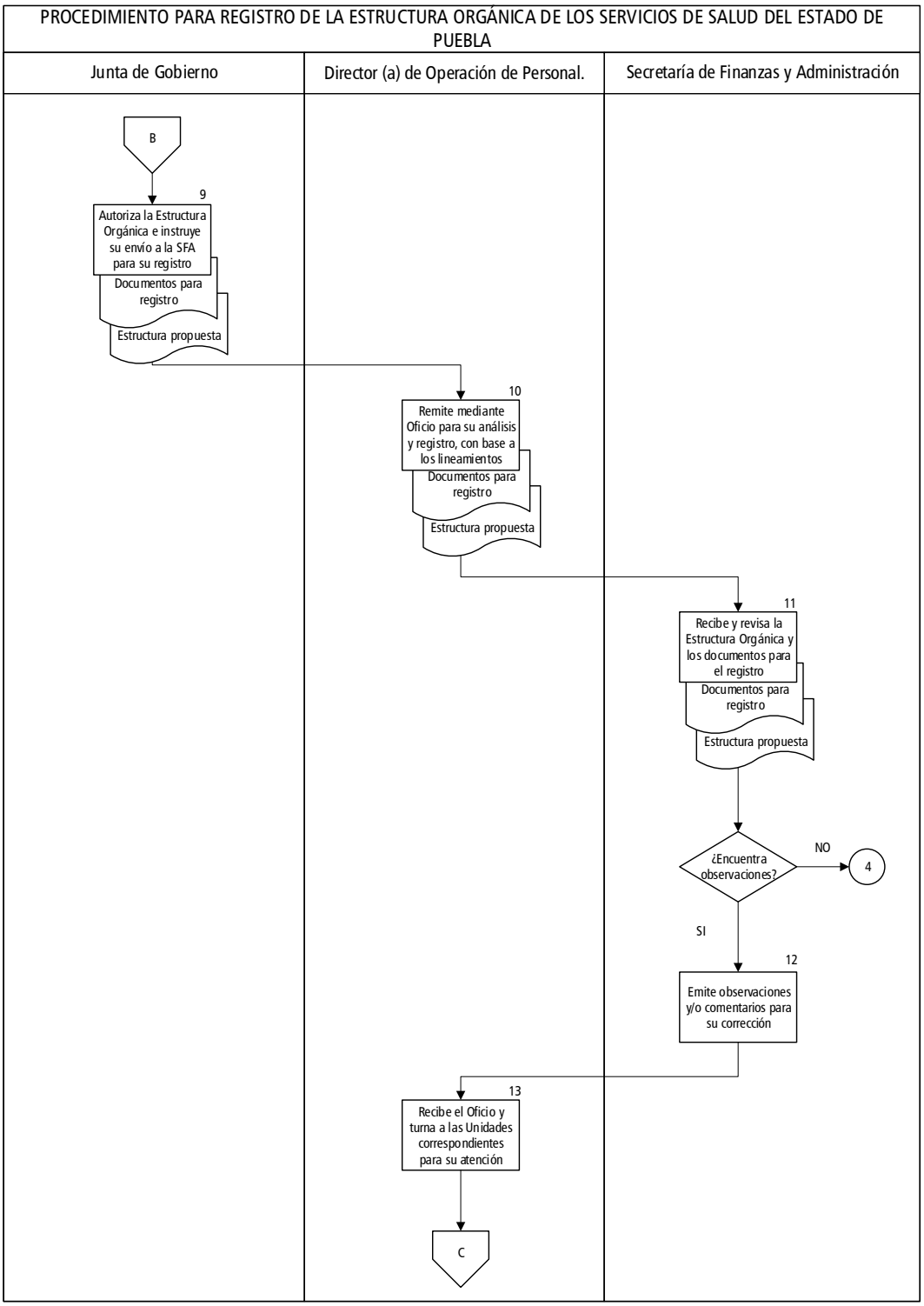
15	Director/a de Operación de Personal	Recibe y remite mediante oficio a la Secretaría de Finanzas y Administración, la Estructura Orgánica y los documentos necesarios para su registro, conforme a los lineamientos establecidos en la materia.	Estructura Orgánica propuesta Documentos para su registro
16	Secretaría de Finanzas y Administración	Otorga mediante oficio el No. de Registro de la Estructura Orgánica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Oficio de Registro de la Estructura Orgánica
17	Director/a de Operación de Personal	Recibe oficio de Registro de Estructura Orgánica y difunde a las Unidades Administrativas del Organismo.	Oficio de Registro de la Estructura Orgánica
Fin del procedimiento			

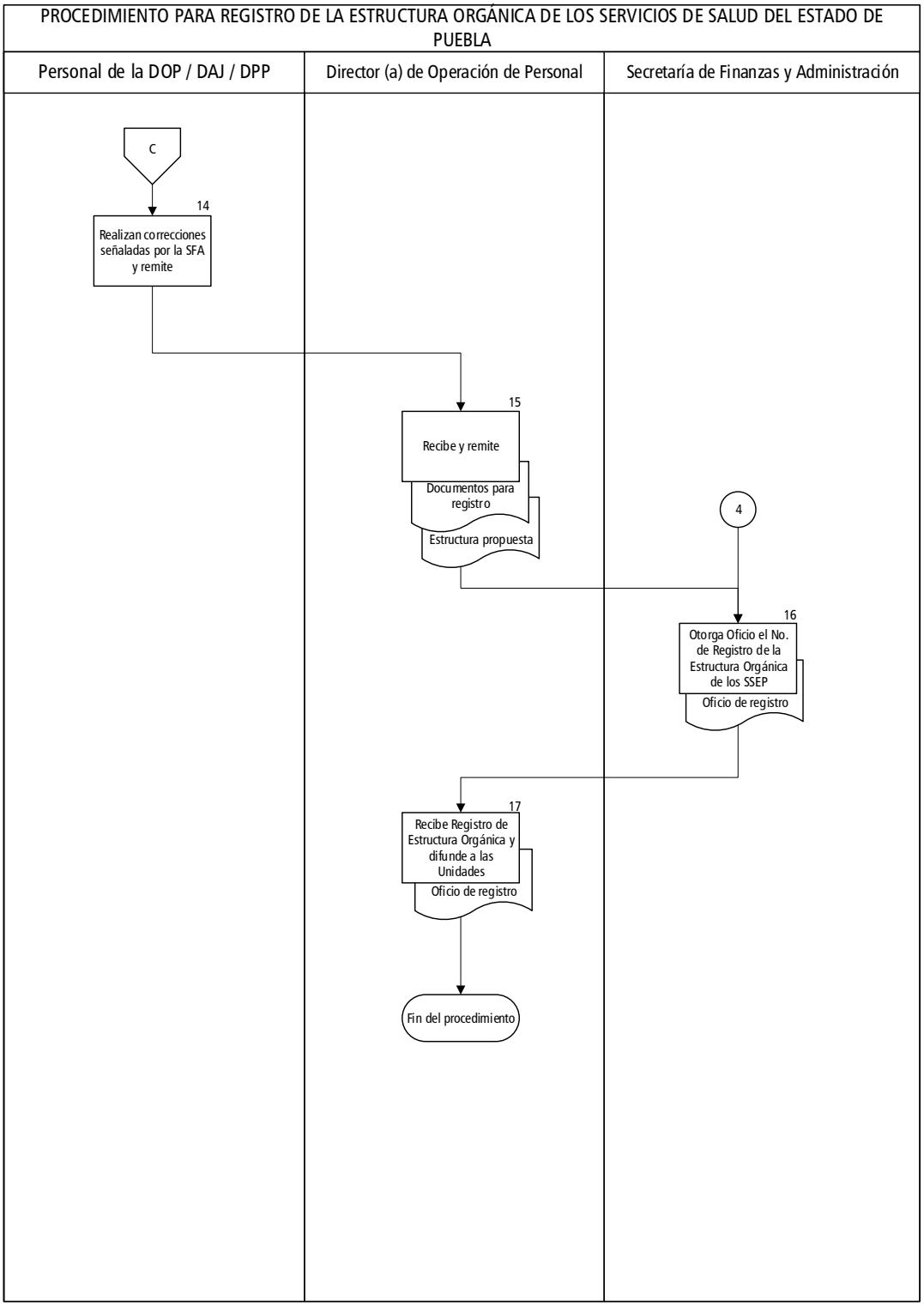
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.



PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA




PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
Junta de Gobierno
Director (a) de Operación de Personal.
Secretaría de Finanzas y Administración
B
9
Autoriza la Estructura Orgánica e instruye su envío a la SFA para su registro
Documentos para registro
Estructura propuesta
10
Remite mediante Oficio para su análisis y registro, con base a los lineamientos
Documentos para registro
Estructura propuesta
11
Recibe y revisa la Estructura Orgánica y los documentos para el registro
Documentos para registro
Estructura propuesta
¿Encuentra observaciones?
NO
4
SI
12
Emite observaciones y/o comentarios para su corrección
13
Recibe el Oficio y turna a las Unidades correspondientes para su atención
C


PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
Personal de la DOP / DAJ / DPP
Director (a) de Operación de Personal
Secretaría de Finanzas y Administración
C
14
Realizan correcciones señaladas por la SFA y remite
15
Recibe y remite
Documentos para registro
Estructura propuesta
4
16
Otorga Oficio el No. de Registro de la Estructura Orgánica de los SSEP
Oficio de registro
17
Recibe Registro de Estructura Orgánica y difunde a las Unidades
Oficio de registro
Fin del procedimiento

7.17.7. PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CUENTA DE ACCESO AL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Tiempo Promedio: Hasta 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Juan José Arcos Laynez **Coordinador Operativo de Organización y Control** **JJAL (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Administrar la Información que se proporciona al personal de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla para el desempeño de sus funciones, mediante la asignación de una cuenta de acceso al Sistema Profesional para la Administración de los Recursos Humanos de esta forma garantizar la seguridad y privacidad con la cual se maneja la información personal de cada empleado/a.

Objetivo

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. Acuerdos no Institucionales.
17. Manual de Operación del SPARH (Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos).

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. El Servicio de Asignación de cuenta de acceso, se proporciona a los/las empleados/as que necesiten consultar la información personal de cada trabajador/a, quedando bajo su responsabilidad la seguridad y privacidad de la misma.
2. La Unidad Administrativa, Hospital, Centro de Salud o Jurisdicción, etc. debe enviar un memorándum de Unidad según corresponda, dirigido al/a la directora/a

	de Operación de Personal con atención a la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. En el cual se debe especificar el personal que desea se le asigne la cuenta de acceso y el módulo del sistema que van a acceder, dar de baja o cambiar. 3. La cuenta de acceso solo se asignará a personal de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla. 4. En la creación de la cuenta de acceso se asigna el perfil de usuario/a que debe tener el/la empleado/a, una contraseña y se genera una carta de responsabilidad. 5. El/la empleado/a que recibe la cuenta de acceso debe firmar la carta de responsabilidad en la cual se especifica la dirección web para entrar al Sistema Profesional para la Administración de los Recursos Humanos, de esta forma queda establecido que está de acuerdo con las normas que se establecen: a) En la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla. b) Queda estrictamente prohibido compartir la cuenta de acceso con otras personas, compañeros/as en su área laboral interno o externo. c) La información es confidencial, exclusivamente para fines laborales. d) La información es propiedad del Organismo. e) En caso de que deje de prestar sus servicios para la Secretaría de Salud del Estado de Puebla no será liberado de su responsabilidad. 6. Se asigna contraseña a la cuenta de acceso. 7. La Unidad Administrativa, Hospital, Centro de Salud debe informar a la Secretaría mediante un memorándum si esta persona deja de laborar para sea cancelada esta cuenta de acceso y evitar el mal uso de dicha cuenta.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.

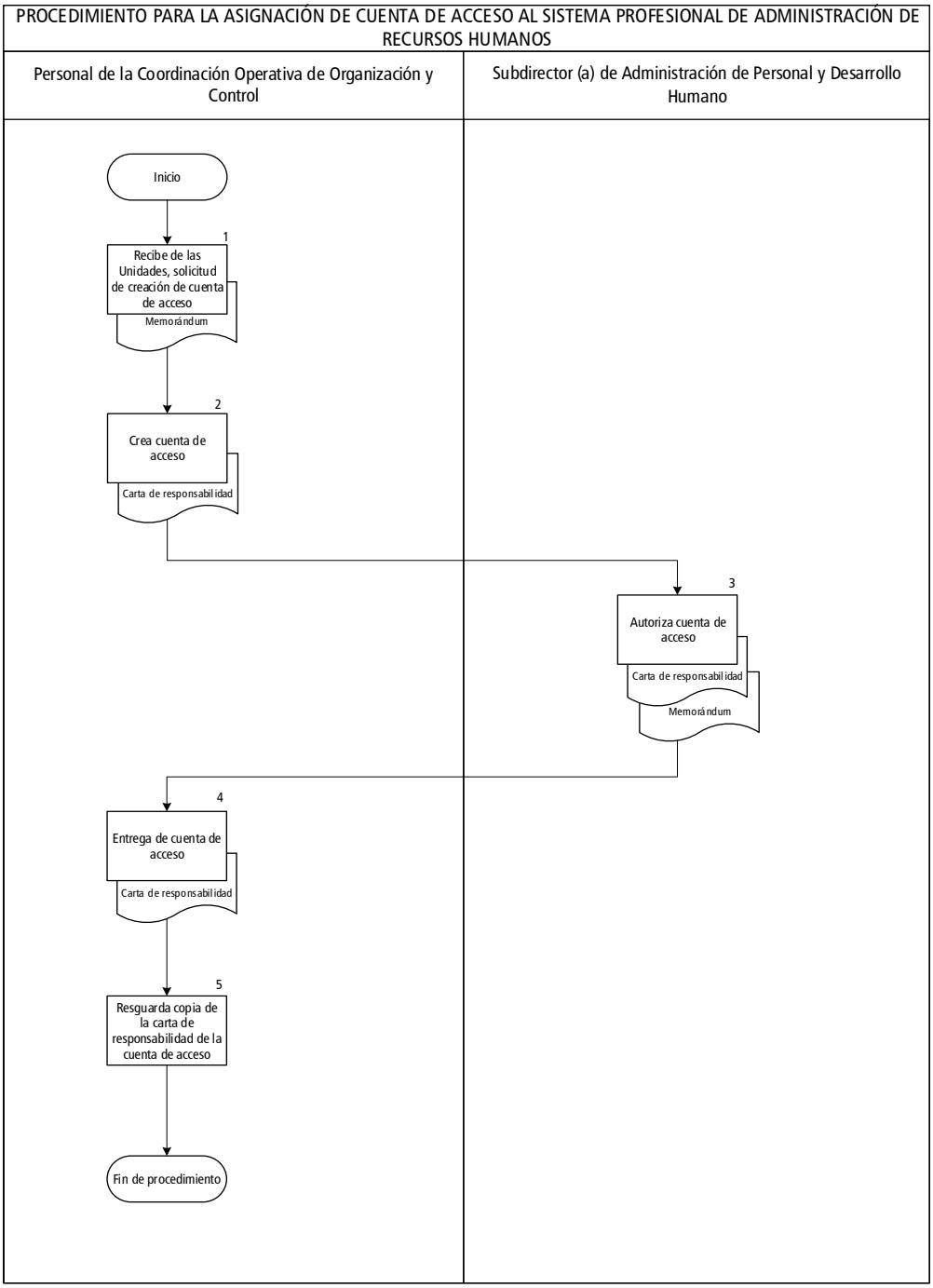
Áreas Involucradas	Gestiona la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. Aplica para todo el personal que labora en la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, (Unidad Administrativa, Hospital, Centro de Salud, Jurisdicción) y que necesite utilizar la aplicación para el desempeño de sus funciones.
Recursos	Memorándum, Carta de responsabilidad.
Glosario	SPARH: Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SAPDH: Subdirección de Administración y Desarrollo Humano. Unidades: Unidades médicas y administrativas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CUENTA DE ACCESO AL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Coordinación Operativa de Organización y Control	Recibe de las Unidades, mediante memorándum solicitud de creación de cuenta de acceso.	Memorándum
2		Crea cuenta de acceso: ➢ Verifica el número de expediente del personal en el memorándum. ➢ Asigna el perfil que le corresponde. ➢ Crea la cuenta de acceso. ➢ Genera la carta de	Carta de Responsabilidad

		responsabilidad.	
3	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Autoriza cuenta de acceso. ➢ La carta de responsabilidad y memorándum se adjuntan y entregan a la Subdirección de Administración del Personal y Desarrollo Humano para su autorización.	Memorándum y Carta de Responsabilidad
4	Personal de la Coordinación Operativa de Organización y Control	Entrega de cuenta de acceso. ➢ Es de manera personal y con identificación del/de la empleado/a, se entrega la carta de responsabilidad para ser firmada por el/la empleado/a quedando de conformidad. ➢ Se asigna su contraseña.	Carta de responsabilidad
5		Resguarda copia de la carta de responsabilidad de la cuenta de acceso.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CUENTA DE ACCESO AL SISTEMA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.



7.17.8. PROCEDIMIENTO PARA LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN.

Tiempo Promedio: 40 Días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ernesto Ortuño Encinas Supervisor Consultivo Especializado EOE (SAPDH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Supervisar el proceso escalafonario y/o dictaminación de plazas en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como convocar a concurso escalafonario para promover las vacantes definitivas que se originen por: renuncia; jubilación; muerte; dictamen escalafonario firme en plaza de base definitiva; incapacidad total permanente; sentencia judicial ejecutoriada; laudo definitivo del tribunal y abandono del empleo y cese, facilitando a los/las trabajadores/as.

Normas:

1. El movimiento escalafonario a toda promoción de un nivel salarial a otro será en forma lateral o al inmediato superior.
2. Dar a conocer la convocatoria que se fijará en un lugar visible de los centros de trabajo correspondiente donde se generó la vacante en un plazo no mayor a diez días.
3. Las convocatorias señalaran los requisitos para aplicar derechos, plazos para presentar solicitudes de participación en el concurso y demás datos que determine la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.
4. Tienen derecho a participar en los concursos escalafonarios, todos los/las trabajadores/as de base que ocupen un puesto inmediato inferior a la vacante y que acrediten cumplir con los requisitos que al efecto establezcan los catálogos de puestos correspondientes para ocupar la vacante de que se trate.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. El movimiento escalafonario a toda promoción de un nivel salarial a otro será en forma lateral o al inmediato superior.
2. Dar a conocer la convocatoria que se fijará en un lugar visible de los centros de trabajo correspondiente donde se generó la vacante en un plazo no mayor a diez días.
3. Las convocatorias señalaran los requisitos para aplicar derechos, plazos para presentar solicitudes de participación en el concurso y demás datos que determine la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.
4. Tienen derecho a participar en los concursos escalafonarios, todos los/las trabajadores/as de base que ocupen un puesto inmediato inferior a la vacante y que acrediten cumplir con los requisitos que al efecto establezcan los catálogos de puestos correspondientes para ocupar la vacante de que se trate.
5. Cuando no haya aspirantes del puesto inmediato inferior, podrán participar otros que cumplan con el

perfil sin el requisito de ser del puesto inmediato inferior.

6. El/la trabajador/a de base deberá tener como mínimo de seis meses de antigüedad en el nivel inmediato inferior a la plaza del puesto vacante.
7. El/la trabajador/a de base deberá llenar una solicitud de inscripción para el proceso escalafonario en un plazo de diez días hábiles, periodo que duran las convocatorias.
8. Se deberán evaluar los factores escalafonarios, conocimiento, aptitud, disciplina, puntualidad y asistencia, antigüedad y se otorgarán al que acredite mejor calificación.
9. Se deberán emitir los resultados para efectuar el movimiento escalafonario correspondiente.
10. Los/las trabajadores/as promovidos/as deberán prestar sus servicios en el lugar de adscripción y unidad administrativa de la Secretaría donde físicamente se originó la vacante.
11. Será optativo para el/la trabajador/a cuyo favor se dictamine un movimiento escalafonario, aceptar o no el mismo y, en caso de que no lo acepten deberán comunicar en plazo que no exceda de cinco días hábiles a partir de que se le haya notificado y recibido por escrito el dictamen escalafonario.
12. La Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, será la única instancia facultada para recibir los C.V. y documentación en original Título y Cédula del último grado de estudios para su validación y cotejo de cada uno de los/las trabajadores/as de la S.S.E.P. para promover su movimiento escalafonario.
13. La información registrada por el/la trabajador/a, será de uso exclusivo de los S.S.E.P. y totalmente confidencial.
14. Será responsabilidad del/la Secretario/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, informar vía memorándum a las Unidades Administrativas responsables de efectuar el trámite administrativo correspondiente.

Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Servicios de Salud del Estado de Puebla. Secretaria de Salud. Entidades o Dependencias Estatales. Entidades o Dependencias Federales. Organismos Privados.
Recursos	Oficio, Formato Único, Formato de solicitud de inscripción a concurso, Currículum Vitae, Documentos de validez oficial, Constancia de Aptitud, Constancia de Disciplina Laboral, Constancia de Experiencia y permanencia, Constancia de Disciplina Sindical, Oficio para cada integrante de la Comisión Auxiliar Mixta, Cédula de Evaluación, Acta de sesión, Oficio para cada candidato/a, Escrito de respuesta, Oficio de notificación de dictamen ganador, Oficio por el/la candidata/a por inconformidad, Oficio Propuesta Sindical, Acta de sesión de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón para movimientos de personal.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. D.O.P.: Dirección de Operación de Personal. S.A.P.D.H.: Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. C.A.M.E.: Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón. C.V.: Currículum Vitae.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa Responsable	Elabora y envía oficio a la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón para informar sobre las vacantes definitivas	Oficio Reporte digital

		que se generan por jubilación, cese, renuncia, defunción, incapacidad total permanente, sentencia judicial ejecutoriada, laudo definitivo de tribunal, abandono de empleo y las vacantes temporales mayores a 6 meses.	
2	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe oficio, sella acuse y lo devuelve a la Unidad Administrativa. ¿Las vacantes son códigos de pie de rama? Si: Continúa en la actividad No. 3. No: Continúa en la actividad No. 7.	Oficio Reporte digital
3	Secretario/a de la Sección Sindical 25, 75 ó 82 y Director/a de los Servicios de Salud Estado de Puebla	Procede a la repartición de los códigos de pie de rama de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de escalafón de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. ¿El código de pie de rama pertenece a la Sección Sindical? Si: Continúa en la actividad No. 4. No: Continúa en la actividad No. 5.	S/D
4	Secretario/a de la Sección Sindical 25, 75 ó 82	Elabora y firma oficio de propuesta para ocupar el pie de rama, dirigido a los Servicios de Salud del Estado de Puebla con atención al/a la directora/a de Operación de Personal.	Escrito Propuesta Sindical
5	Director/a de Operación de Personal	Informa las propuestas, tanto de la Sección Sindical como de Autoridad, al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón para su revisión.	S/D
6	Secretario/a Técnico/a b de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Incorpora en el Acta dichas propuestas para la posterior firma de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Acta de Sesión
7		Elabora y firma convocatoria para	Formato Único

		concurso escalafonario y recaba firmas del/de la Secretario/a y Suplente de la Sección Sindical correspondiente.	
8	Secretario/a de la Sección Sindical y Suplente	Recibe, firma la convocatoria y la devuelve al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Formato Único
9	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe convocatoria firmada y la turna al/a la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Formato Único
10	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Recibe, firma la convocatoria y la devuelve al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Formato Único
11	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe convocatoria firmada y la turna al/a la Directora/a de Operación de Personal para su firma.	Formato Único
12	Director/a de Operación de Personal	Recibe, firma la convocatoria y la devuelve al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Formato Único
13	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe y publica la convocatoria durante 10 días hábiles en Oficina Central, Unidades Administrativas donde se generó la vacante y Sección Sindical correspondiente.	Formato Único
14	Trabajador/a	Elabora y entrega al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, formato de solicitud de inscripción a concurso escalafonario.	Documentos 1*: Formato de solicitud de inscripción a concurso escalafonario Currículum

			Vitae Documentos de validez oficial Constancia de Aptitud Constancia de Disciplina Laboral Constancia de Experiencia y permanencia Constancia de Disciplina Sindical
15	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe documentación y registra los datos del/de la trabajador/a – candidato/a en base de datos.	Documentos 1*
16		Convoca a reunión a los integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón para evaluar los factores de puntualidad y asistencia, antigüedad, conocimientos, aptitudes y disciplina de cada trabajador/a – candidato/a.	Oficio para cada integrante de la Comisión Auxiliar Mixta
17	Integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Evalúan los factores de puntualidad y asistencia, antigüedad, conocimientos, aptitudes y disciplina del/de la trabajador/a de acuerdo a la documentación entregada por el/la mismo/a.	Cédula de Evaluación
18	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Requisita la Cédula de Evaluación de Factores Escalafonarios y recaba firmas de los/las integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Cédula de Evaluación

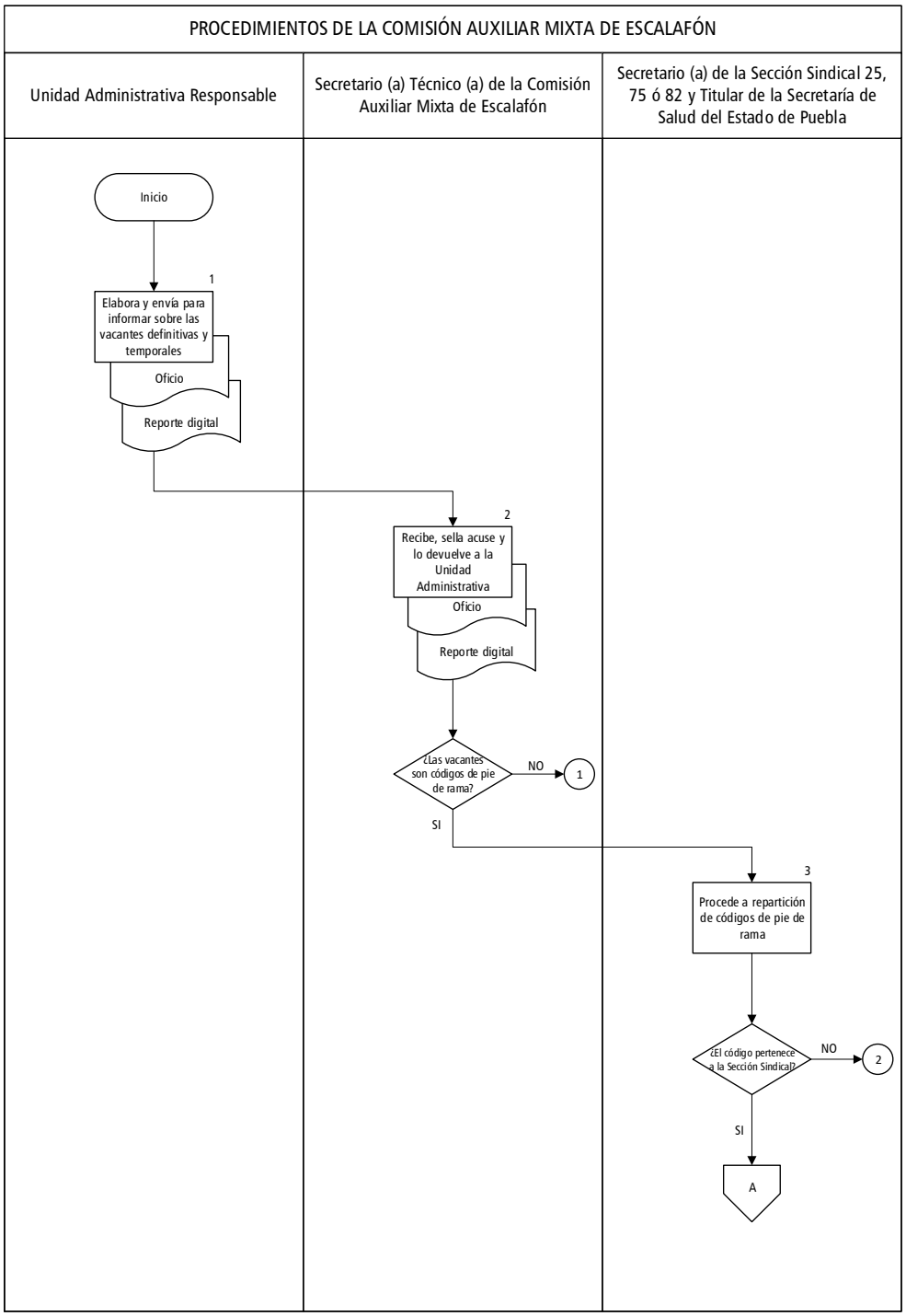
19	Integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Firman Cédula de Evaluación de Factores Escalafonarios y entregan al/a la Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Cédula de Evaluación
20	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe Cédula de Evaluación de Factores Escalafonarios.	Cédula de Evaluación
21		Convoca a sesión ordinaria o extraordinaria de carácter plenario a los/las integrantes de la comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Oficio para cada integrante de la Comisión Auxiliar Mixta
22	Integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Sesionan y dictaminan los/las beneficiarios/as del escalafón y asignan el pie de rama.	Cédula de Evaluación Dictaminada
23	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Elabora y firma acta de la sesión, con los resultados de los/de las trabajadores/as beneficiarios/as con la promoción y personas designadas para ocupar el pie de rama.	Acta de sesión
24	Secretario/a de la Sección Sindical y Suplente	Firma acta.	Acta de sesión
25	Director/a de Operación de Personal (Propietario/a)	Firma acta.	Acta de sesión
26	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano (suplente)	Firma acta y entrega al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Acta de sesión
27	Secretario/a Técnico/a de la	Recibe acta firmada por todos los/las integrantes de la Comisión Auxiliar	Acta de sesión

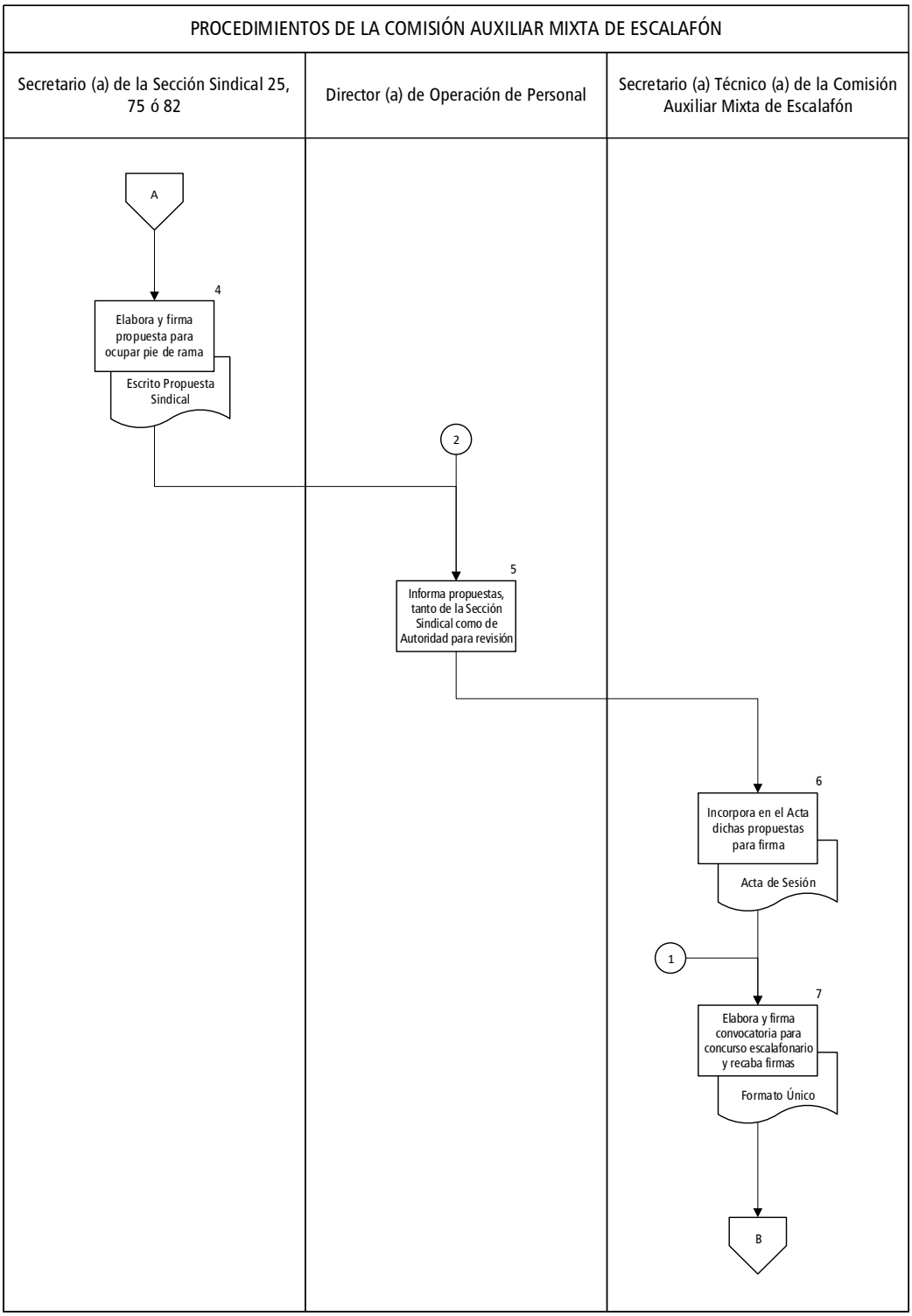
	Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Mixta de Escalafón.	
28		Elabora y firma oficio para notificar al/a la trabajador/a del resultado del proceso escalafonario. ¿Cuál fue el resultado? No acreedor/a, continúa en la actividad 29. Acreedor/a, continúa en la actividad 36.	Escrito para cada candidato/a
29	Trabajador/a	Recibe y firma de recibido oficio de notificación y devuelve al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.	Escrito para cada candidato/a
30		Acepta la notificación de no acreedor a promoción escalafonario. ¿Acepta el resultado? Si: Fin del procedimiento. No: Continúa en la actividad no. 31.	Escrito para cada candidato/a
31		Elabora recurso de inconformidad de no promoción escalafonaria y lo presenta al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón con copia a la Comisión Nacional Mixta de Escalafón.	Escrito por el candidato posterior a la fecha de notificación de resultado
32	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe recurso de inconformidad, sella de recibido y regresa acuse al/a la trabajador/a.	Escrito por el candidato por inconformidad
33	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón/ Trabajador/a	Analiza los razonamientos del/de/la trabajador/a en su recurso de inconformidad, cotejan ambos el proceso de calificación, emite y entrega al/a la trabajador/a inconforme contestación de acuerdo	Escrito de respuesta

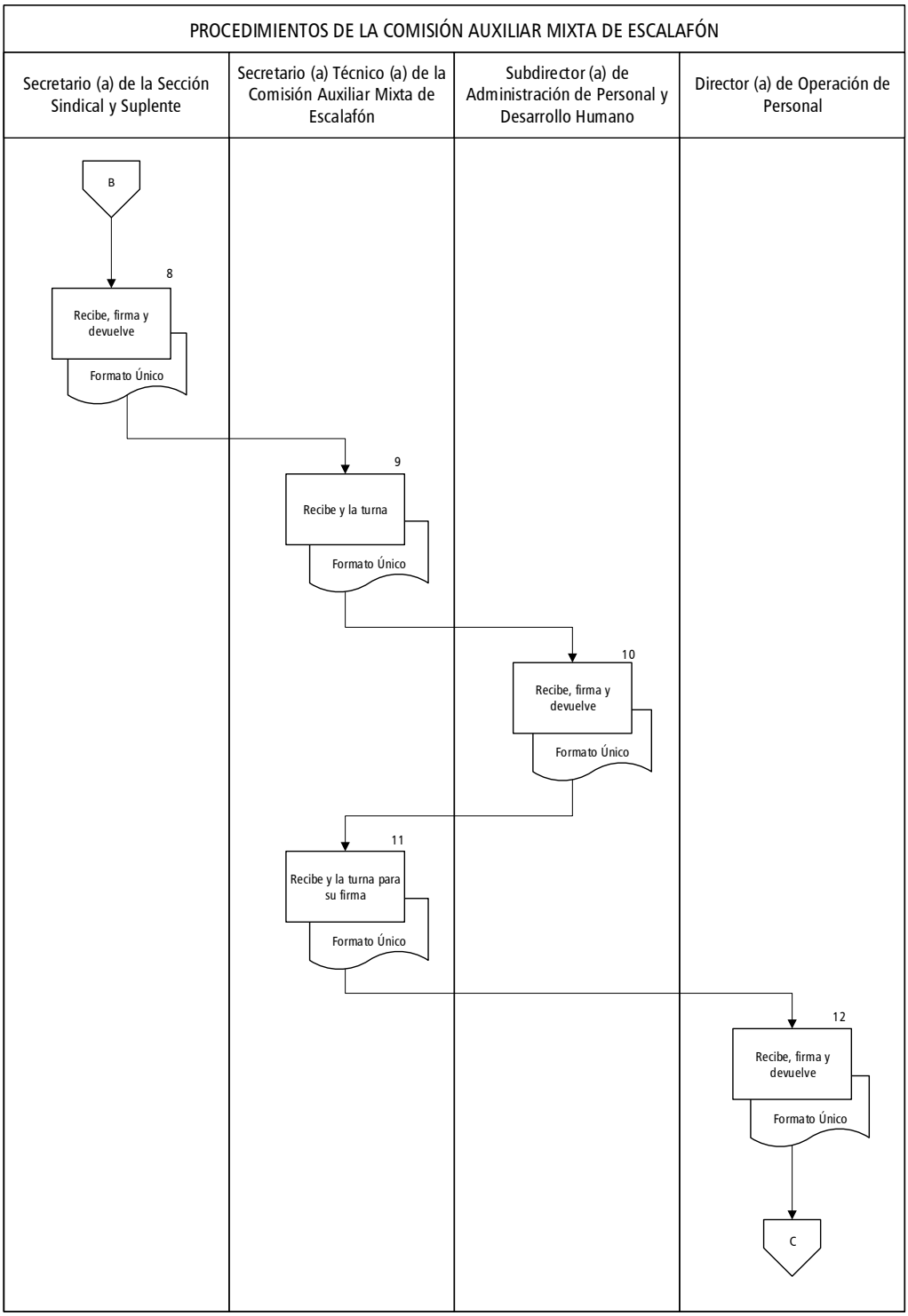
		al reglamento.	
34	Trabajador/a	Recibe contestación y regresa acuse al/a la Secretario/a Técnico/a de la Comisión Mixta de Escalafón.	Escrito de respuesta
35	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe oficio con la firma de recibido del/de la trabajador/a y lo archiva. Fin del procedimiento.	Escrito de respuesta
36	Trabajador/a	Acepta la notificación de acreedor/a a promoción escalafonaria. ¿Acepta la promoción? Si: Continúa en la actividad No. 39. No: Continúa en la actividad No. 37.	Escrito de notificación de dictamen ganador
37		Recibe notificación y entrega escrito de renuncia de promoción al/a la Secretario/a Técnico de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, dentro de cinco días hábiles de acuerdo al periodo establecido en el Reglamento de escalafón de la Secretaria de Salud.	Escrito de renuncia de promoción
38	Secretario/a Técnico/a de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón	Recibe acuse firmado por el/la trabajador/a y lo archiva.	Escrito de renuncia de promoción
39		Entrega en original el acta de sesión de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, a la Dirección de Operación de Personal, a la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano y al /a la Secretario/a de la Sección Sindical correspondiente; así como copia de conocimiento al Departamento de Capital Humano y al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, se archiva acuse de	Acta de sesión de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón para movimientos de personal

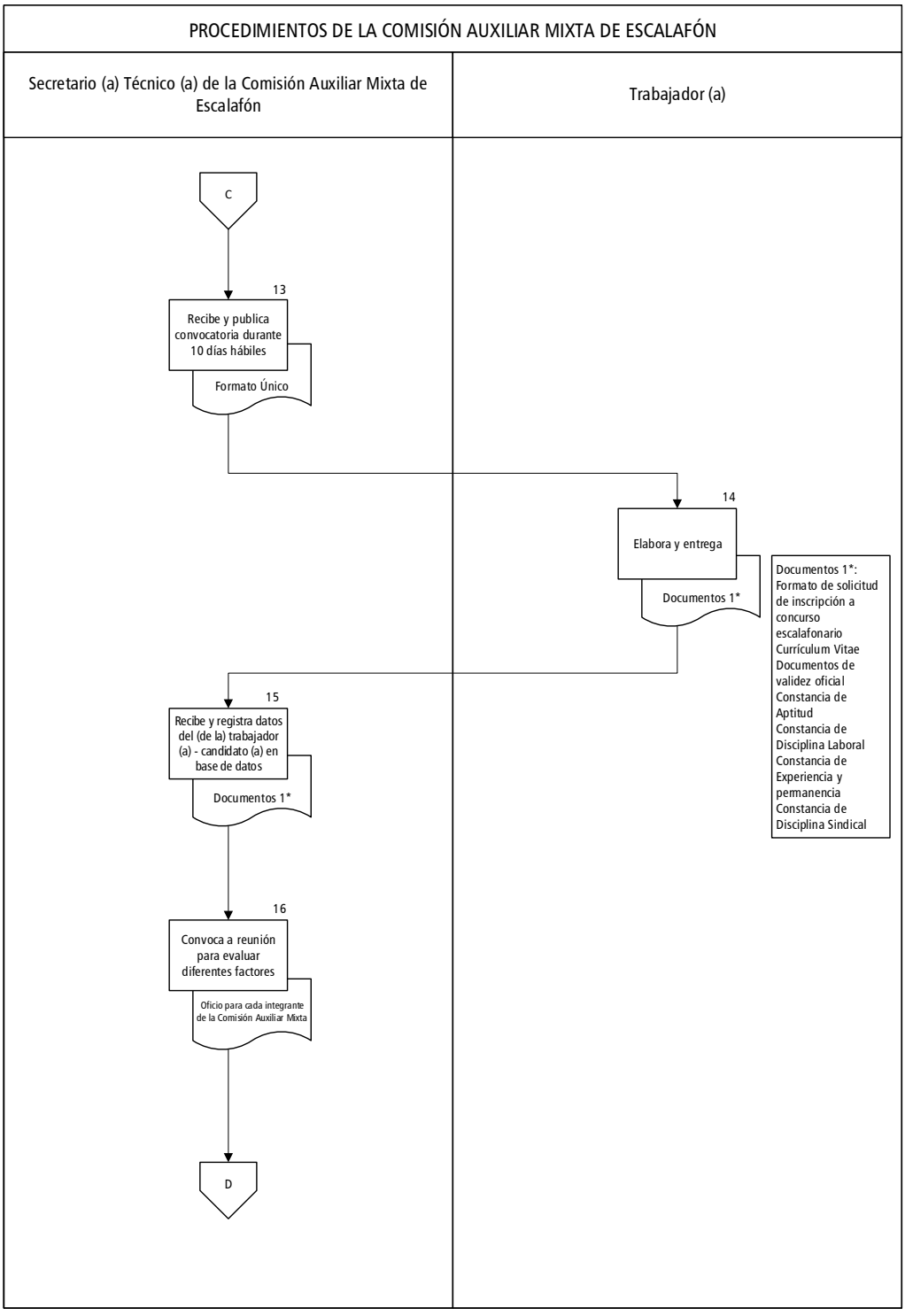
		recibido.	
Fin del procedimiento			

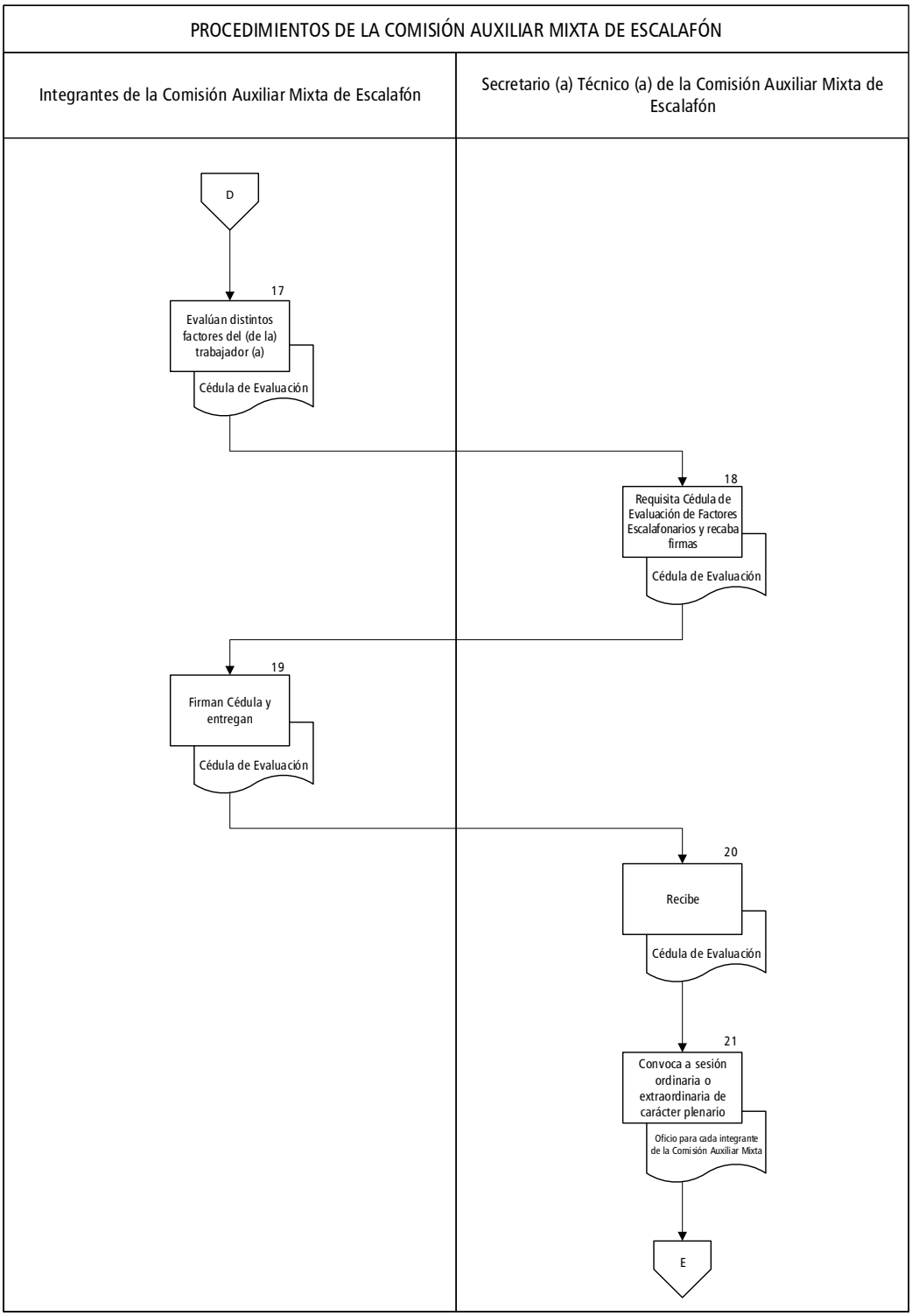
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN.

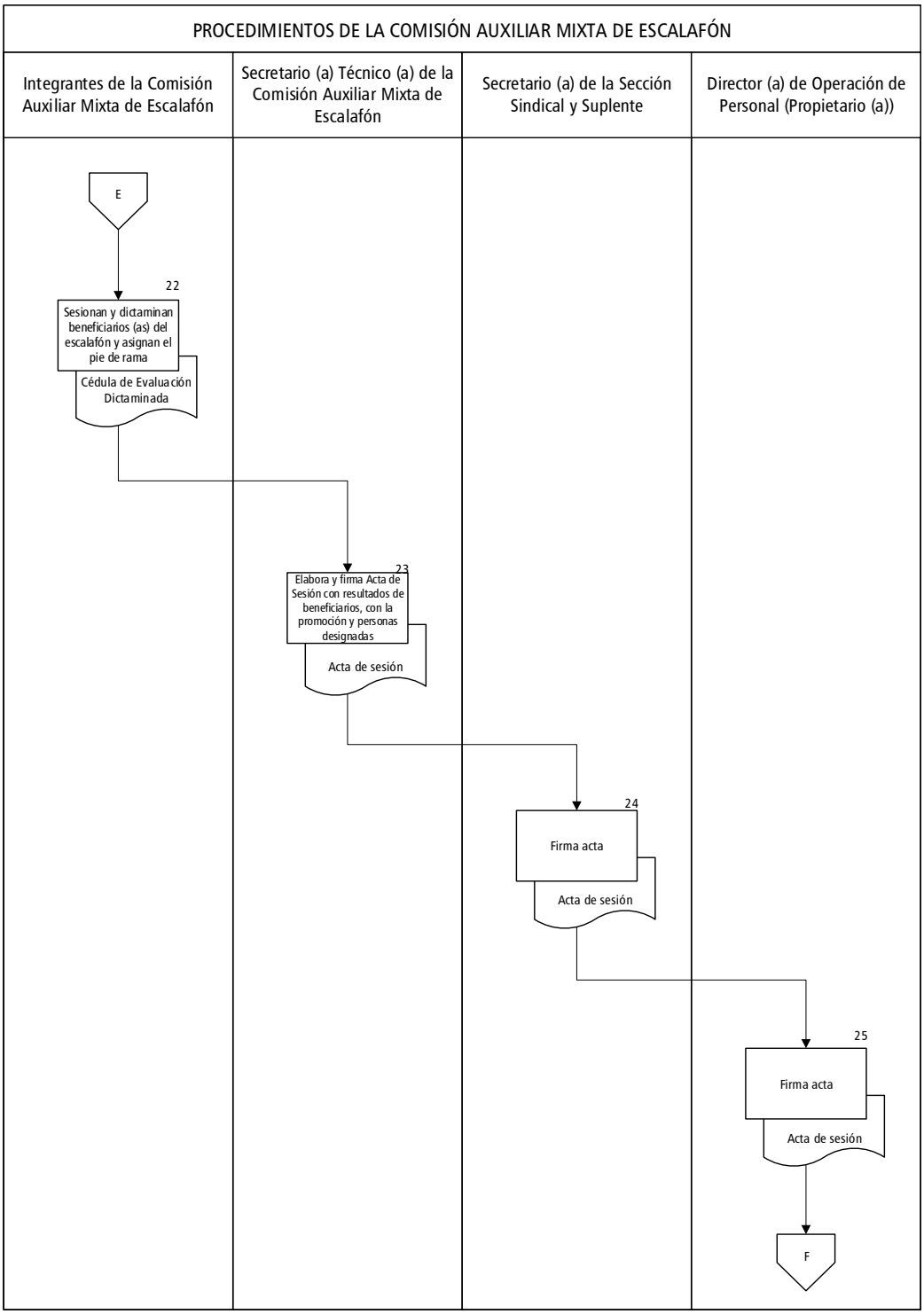


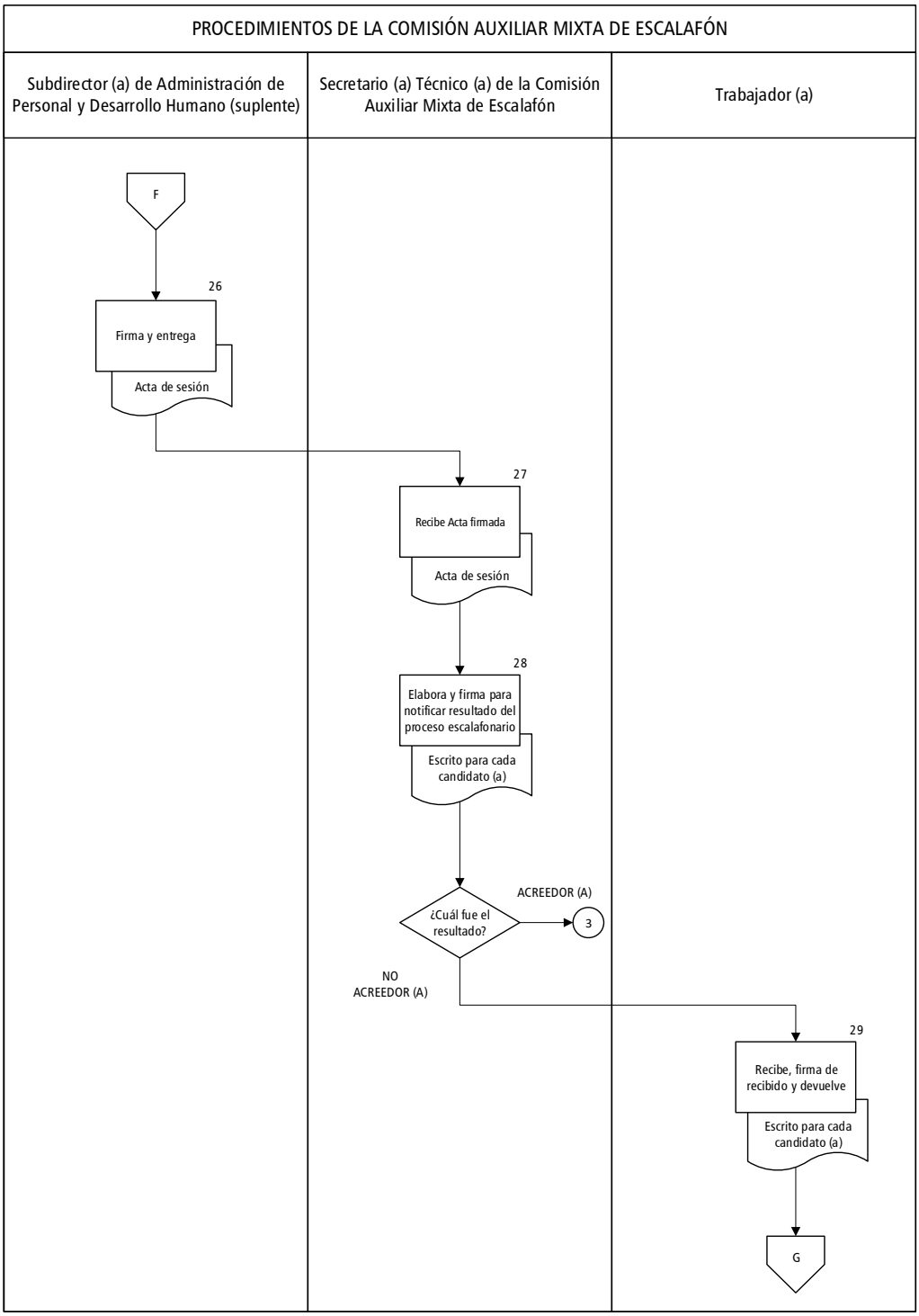

PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Secretario (a) de la Sección Sindical 25, 75 ó 82
Director (a) de Operación de Personal
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
A
4
Elabora y firma propuesta para ocupar pie de rama
Escrito Propuesta Sindical
2
5
Informa propuestas, tanto de la Sección Sindical como de Autoridad para revisión
6
Incorpora en el Acta dichas propuestas para firma
Acta de Sesión
1
7
Elabora y firma convocatoria para concurso escalafonario y recaba firmas
Formato Único
B

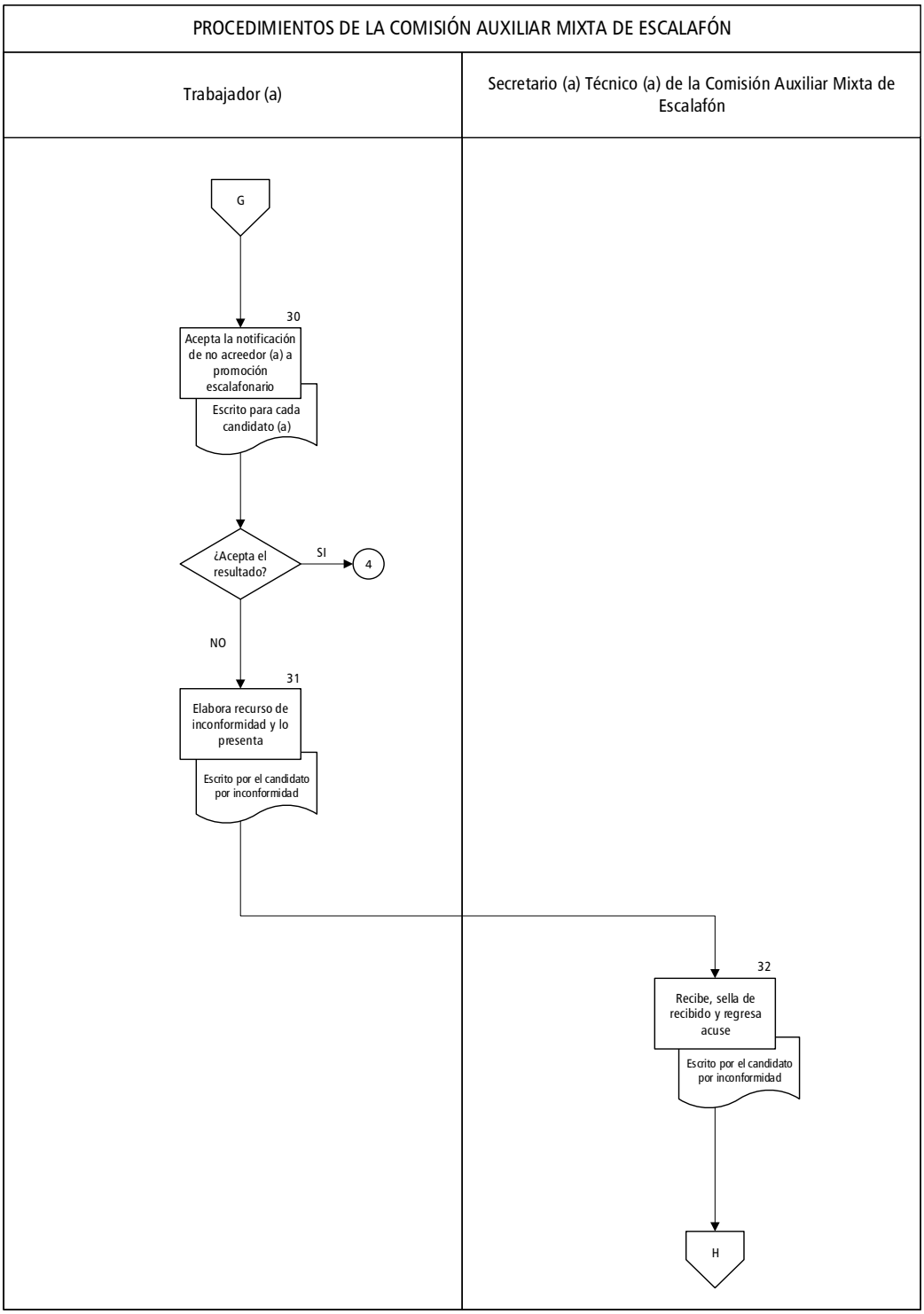

PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Secretario (a) de la Sección Sindical y Suplente
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano
Director (a) de Operación de Personal
B
8
Recibe, firma y devuelve
Formato Único
9
Recibe y la turna
Formato Único
10
Recibe, firma y devuelve
Formato Único
11
Recibe y la turna para su firma
Formato Único
12
Recibe, firma y devuelve
Formato Único
C

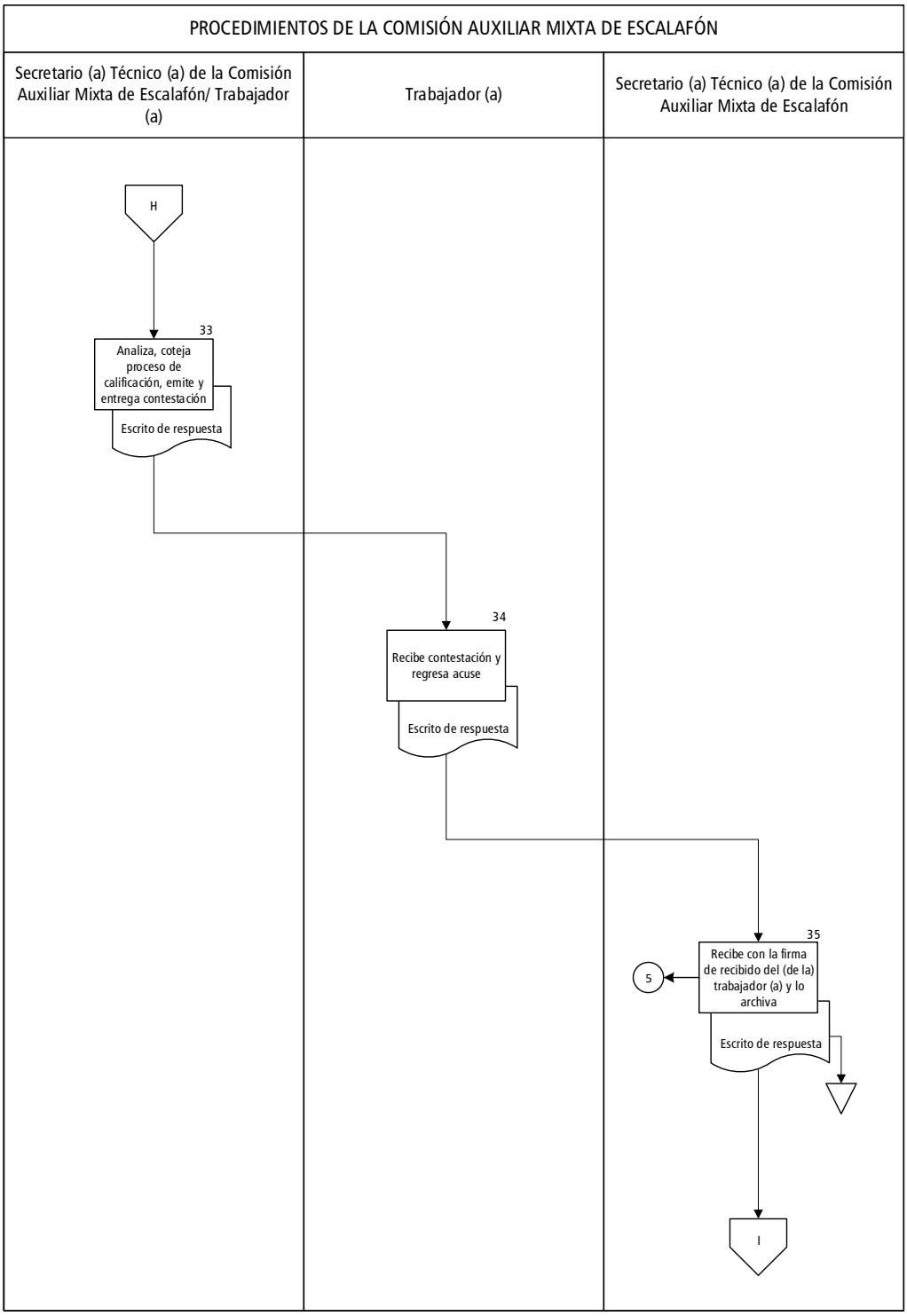

PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
Trabajador (a)
C
13
Recibe y publica convocatoria durante 10 días hábiles
Formato Único
14
Elabora y entrega
Documentos 1*
Documentos 1*: Formato de solicitud de inscripción a concurso escalafonario Currículum Vitae Documentos de validez oficial Constancia de Aptitud Constancia de Disciplina Laboral Constancia de Experiencia y permanencia Constancia de Disciplina Sindical
15
Recibe y registra datos del (de la) trabajador (a) - candidato (a) en base de datos
Documentos 1*
16
Convoca a reunión para evaluar diferentes factores
Oficio para cada integrante de la Comisión Auxiliar Mixta
D

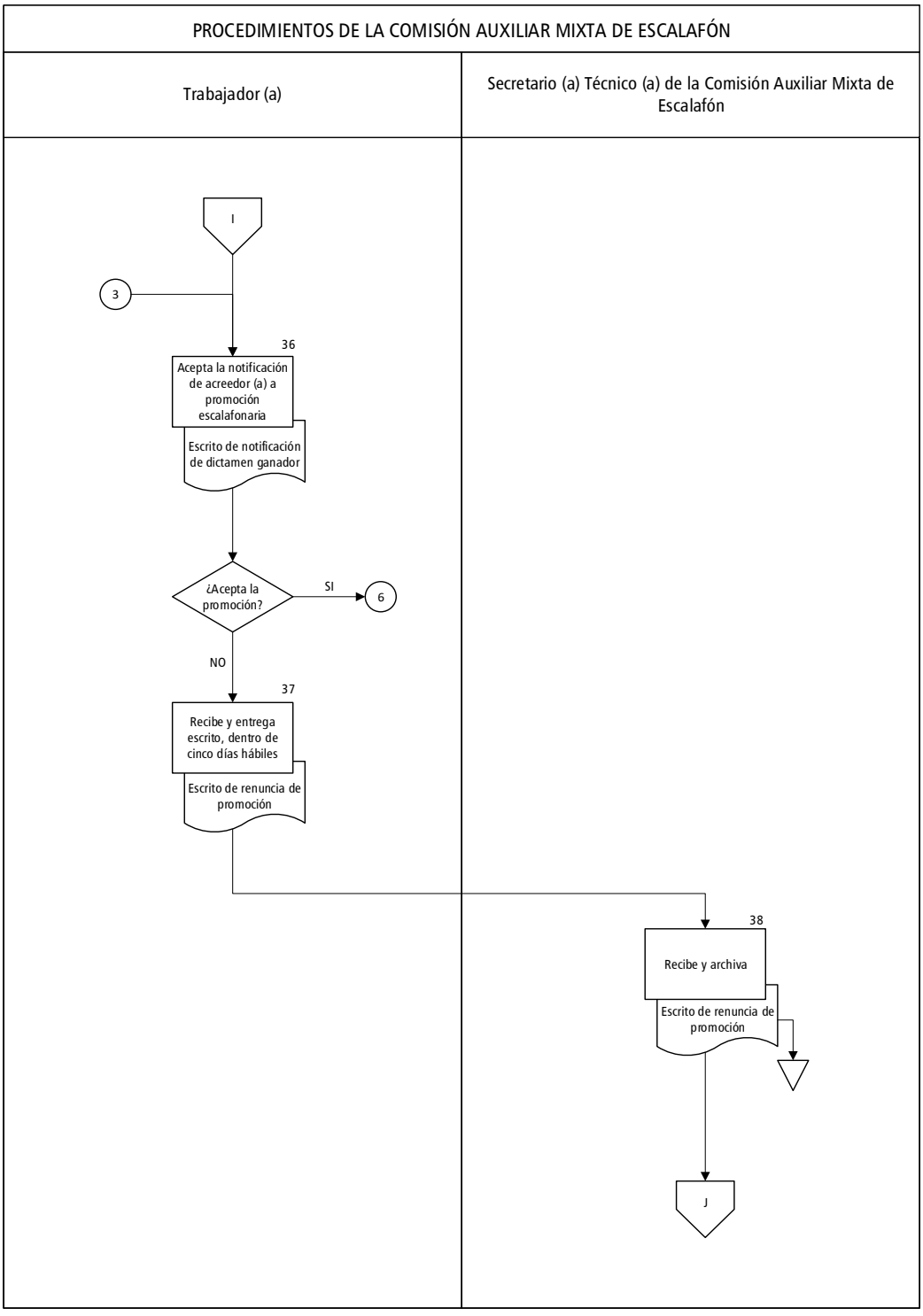

PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
D
17
Evalúan distintos factores del (de la) trabajador (a)
Cédula de Evaluación
18
Requisita Cédula de Evaluación de Factores Escalafonarios y recaba firmas
Cédula de Evaluación
19
Firman Cédula y entregan
Cédula de Evaluación
20
Recibe
Cédula de Evaluación
21
Convoca a sesión ordinaria o extraordinaria de carácter plenario
Oficio para cada integrante de la Comisión Auxiliar Mixta
E


PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Integrantes de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
Secretario (a) de la Sección Sindical y Suplente
Director (a) de Operación de Personal (Propietario (a))
E
22
Sesionan y dictaminan beneficiarios (as) del escalafón y asignan el pie de rama
Cédula de Evaluación Dictaminada
23
Elabora y firma Acta de Sesión con resultados de beneficiarios, con la promoción y personas designadas
Acta de sesión
24
Firma acta
Acta de sesión
25
Firma acta
Acta de sesión
F


PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano (suplente)
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
Trabajador (a)
F
26
Firma y entrega
Acta de sesión
27
Recibe Acta firmada
Acta de sesión
28
Elabora y firma para notificar resultado del proceso escalafonario
Escrito para cada candidato (a)
¿Cuál fue el resultado?
ACREEDOR (A)
3
NO ACREEDOR (A)
29
Recibe, firma de recibido y devuelve
Escrito para cada candidato (a)
G

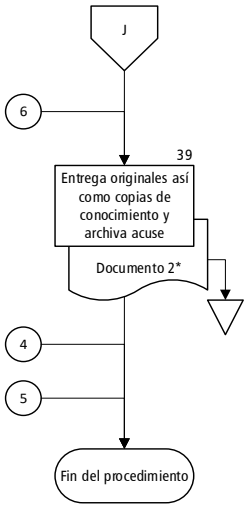

PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Trabajador (a)
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
G
30
Acepta la notificación de no acreedor (a) a promoción escalafonario
Escrito para cada candidato (a)
¿Acepta el resultado?
SI
4
NO
31
Elabora recurso de inconformidad y lo presenta
Escrito por el candidato por inconformidad
32
Recibe, sella de recibido y regresa acuse
Escrito por el candidato por inconformidad
H


PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón/ Trabajador (a)
Trabajador (a)
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
H
33
Analiza, coteja proceso de calificación, emite y entrega contestación
Escrito de respuesta
34
Recibe contestación y regresa acuse
Escrito de respuesta
35
Recibe con la firma de recibido del (de la) trabajador (a) y lo archiva
5
Escrito de respuesta
I


PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
Trabajador (a)
Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón
I
3
36
Acepta la notificación de acreedor (a) a promoción escalafonaria
Escrito de notificación de dictamen ganador
¿Acepta la promoción?
SI
6
NO
37
Recibe y entrega escrito, dentro de cinco días hábiles
Escrito de renuncia de promoción
38
Recibe y archiva
Escrito de renuncia de promoción
J

PROCEDIMIENTOS DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN

Secretario (a) Técnico (a) de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón



2*
Acta de sesión de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón para movimientos de personal

7.17.9. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO.

Tiempo Promedio: 15 días en trámite y reflejado en talón tres quincenas.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Karla Caraballo		
Karla Lizette Caraballo Mercado Coordinadora de Servicios Administrativos KLCM (SAPDH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Identificar las áreas nocivo-peligrosas de los Centros de Trabajo, para atender las solicitudes de otorgamiento del concepto 30 por parte de los/las trabajadores/as de base, regularizados/as y formalizados/as.

Normas y Políticas de Operación	Normas. 1. Manual para Prevenir y Disminuir Riesgos de Trabajo e Indicar el Otorgamiento de Derechos Adicionales 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Condiciones Generales de Trabajo. Políticas de Operación: 1. Las CAMSHT deberán elaborar el Formato Único CSST en tres tantos en original con firmas autógrafas. 2. El otorgamiento del concepto 30 se determinará de acuerdo a las áreas nocivas peligrosas de alto, mediano y bajo riesgo. 3. Las CAMSHT deberán elaborar minuta de trabajo y constancia global por cada régimen (base, regularizado y formalizado) y por concepto de riesgo alto, mediano y bajo. 4. Las CAMSHT deberán sesionar en pleno de manera mensual y, en caso de ser necesario, realizar sesión extraordinaria. 5. Las constancias globales de movimiento deberán llevar la firma del/de la Titular de la Unidad, Delegado/a Sindical y rúbrica del/de la Secretario/a Técnico/a. 6. Las minutas de trabajo deberán ser firmadas por cada uno/a de los/las Integrantes de la CAMSHT. 7. Las solicitudes de los/las Trabajadores/as favorecidos/as en el otorgamiento del concepto 30 deberán entregar en original en un solo tanto de dichos documentos.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as de base, regularizados/as y formalizados/as.

Recursos	Formato único CSST, Acta de verificación, Solicitud para el otorgamiento del concepto 30, Minuta de trabajo, Constancia global de movimientos.
Glosario	SSEP.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. CSST.: Comisiones de Seguridad y Salud en el Trabajo. I.S.S.S.T.E.: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. CAMSHT.: Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Concepto 30: Derechos adicionales que tienen los trabajadores por laborar en áreas nocivas peligrosas. DOP.: Dirección de Operación de Personal. SAPDH.: Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. CEMSHT: Comisión Estatal Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo. CCMSHT: Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Elabora el Programa Anual de los recorridos (formato único CSST) trimestrales a efectuar en cada uno de los centros agrupados para detectar área de riesgo nocivo peligroso.	Formato único CSST
2		Envía programa anual a la Delegación del I.S.S.S.T.E., mediante formato único (Oficial) CSST para sello de los tres juegos en original.	Formato único CSST

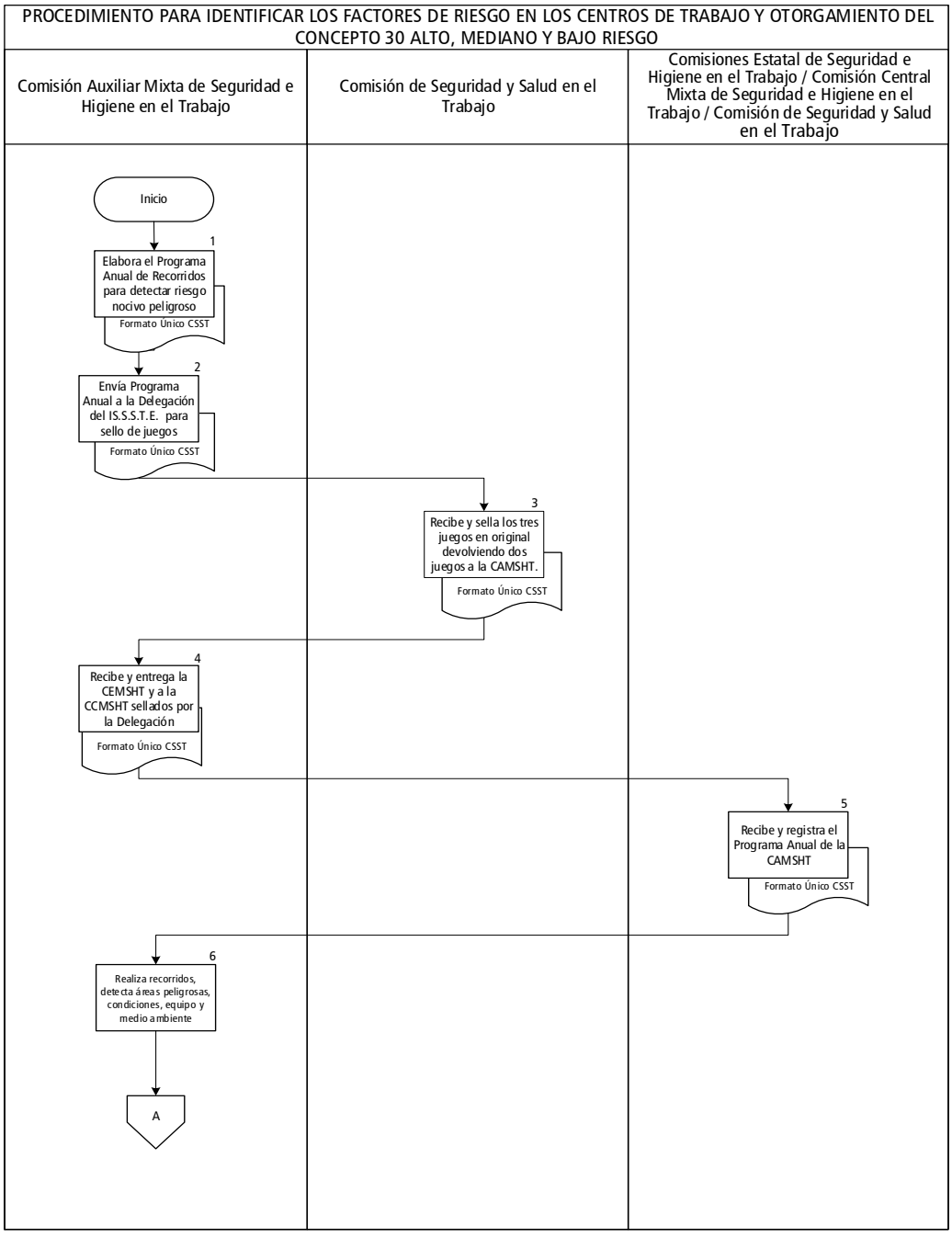
3	Comisión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Delegación ISSSTE)	Recibe y sella los tres juegos en original del formato único (Oficial) CSST y devuelve dos juegos a la CAMSHT.	Formato único CSST
4	Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Recibe y entrega a la CEMSHT y a la CCMSHT formato único (Oficial) CSST sellados por la Delegación I.S.S.S.T.E.	Formato único CSST
5	Comisión Estatal de Seguridad e Higiene en el Trabajo / Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo / Comisión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Recibe y registra el Programa Anual de recorridos (formato único CSST), de la CAMSHT.	Formato único CSST
6	Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Realiza los recorridos programados trimestralmente para los diferentes centros agrupados para detectar las áreas nocivo peligrosas y las condiciones en que se encuentra el inmueble, equipo y medio ambiente.	
7		Requisita el formato acta de verificación para centros de trabajo agrupados a una Comisión Auxiliar de Seguridad e Higiene en el Trabajo.	Acta de verificación
8		Entrega formato acta de verificación para centros de trabajo agrupados a una Comisión Auxiliar de Seguridad e Higiene en el trabajo a la Delegación del I.S.S.S.T.E. para sello de los tres juegos en original.	Acta de verificación
9	Comisión de Seguridad y Salud	Recibe y sella los tres juegos en original del acta de verificación para	Acta de verificación

	en el Trabajo (Delegación ISSSTE)	centros de trabajo agrupados, y entrega dos juegos a la CAMSHT.	
10	Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Recibe y entrega a la CEMSHT y a la CCMSHT acta de verificación para centros de trabajo agrupados sellado por la Delegación I.S.S.S.T.E.	Acta de verificación
11	Comisión Estatal de Seguridad e Higiene en el Trabajo / Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Recibe y archiva el acta de verificación para centros de trabajo agrupados elaborado por las CAMSHT.	Acta de verificación
12	Trabajador/a	Elabora y presenta a la CAMSHT solicitud para el otorgamiento del concepto 30.	Solicitud para el otorgamiento del concepto 30
13	Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Recibe y revisa que la solicitud del/de la trabajador/a cumpla con el binomio código-función y área, así como que los datos sean correctos (nombre, RFC, clave presupuestal y CURP).	Solicitud para el otorgamiento del concepto 30
14		Sesiona una vez al mes para validar las solicitudes de los/las Trabajadores/as que cumplen con el binomio código función y áreas nocivas peligrosas y que son candidatos a percibir el derecho adicional del Concepto 30.	
15		Elabora minuta de trabajo, constancia global y envía para trámite de validación a la CCMSHT en dos	Minuta de trabajo y constancia

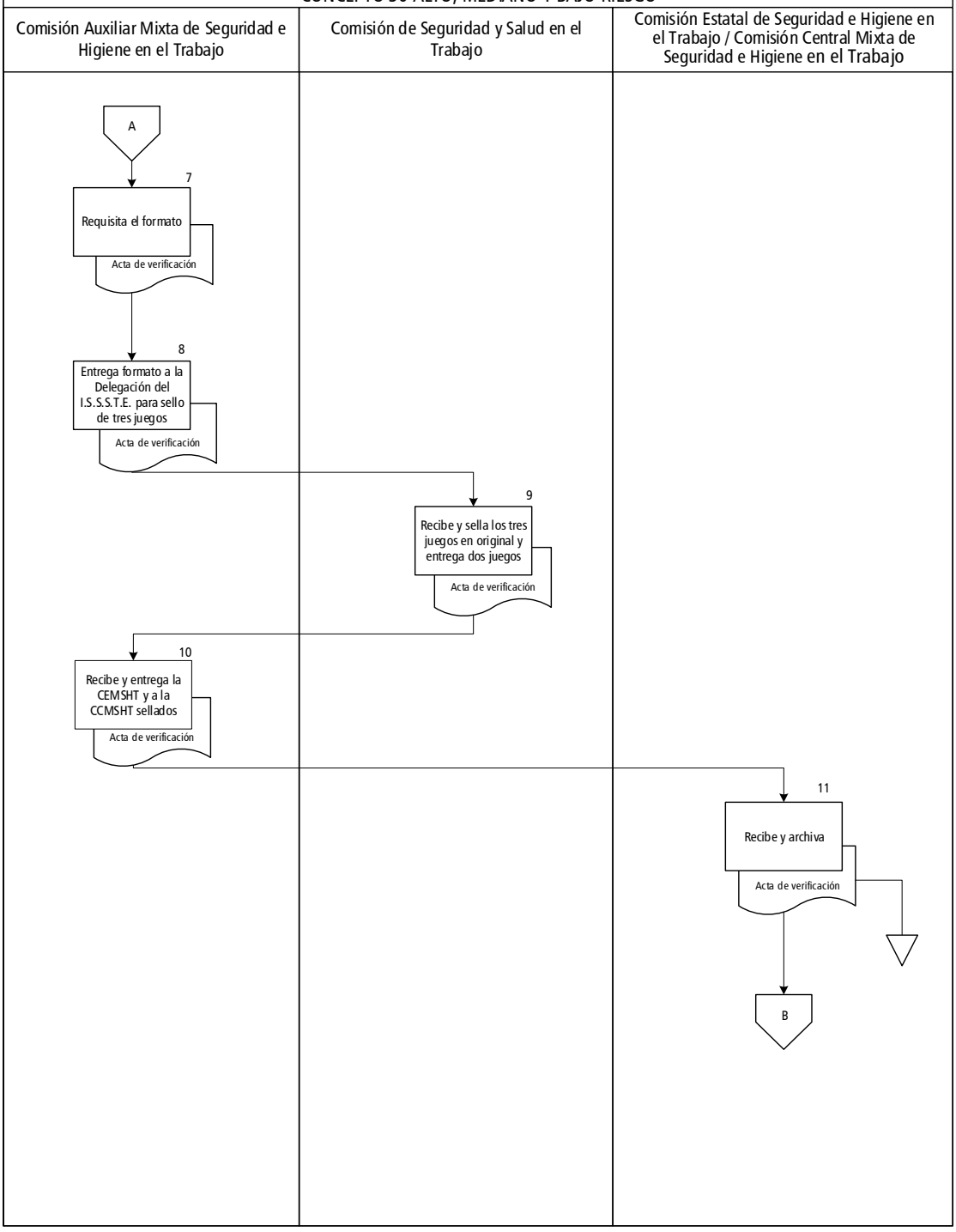
		tantos originales.	global de movimientos
16	Comisión Central Mixta de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Recibe, revisa minuta de trabajo y constancia global de movimientos. ¿Los documentos son correctos? Sí: Continúa en la actividad número 18. No: Continúa en la actividad número 17.	Minuta de trabajo y constancia global de movimientos
17		Emite y envía a la CAMSHT las observaciones de la minuta de trabajo y constancia global de movimientos, para su corrección.	Minuta de trabajo y constancia global de movimientos
18		Asigna número de documento a cada uno de los/las Trabajadores/as considerados en la constancia global de movimientos y envía a la CAMSHT para trámite de pago.	Constancia global de movimientos
19	Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Recibe constancia global de movimientos e integra a las constancias globales las minutas de trabajo y solicitudes de los/las Trabajadores/as y elabora oficio.	Oficio Constancia global de movimientos
20		Recaba firmas autógrafas de los/las integrantes de la CAMSHT en la constancia global de movimientos, minutas de trabajo oficio y entrega a la CCMSHT.	Minuta de trabajo y constancia global de movimientos Oficio
21	Comisión Central Mixta de Seguridad y Salud en el Trabajo	Recibe oficio con minuta de trabajo, solicitudes de los/las Trabajadores/as y constancia global de movimientos debidamente requisitados en dos tantos originales, recaba las firmas del DOP y SAPDH.	Oficio / Minuta de trabajo / Solicitudes de los trabajadores y constancia global de

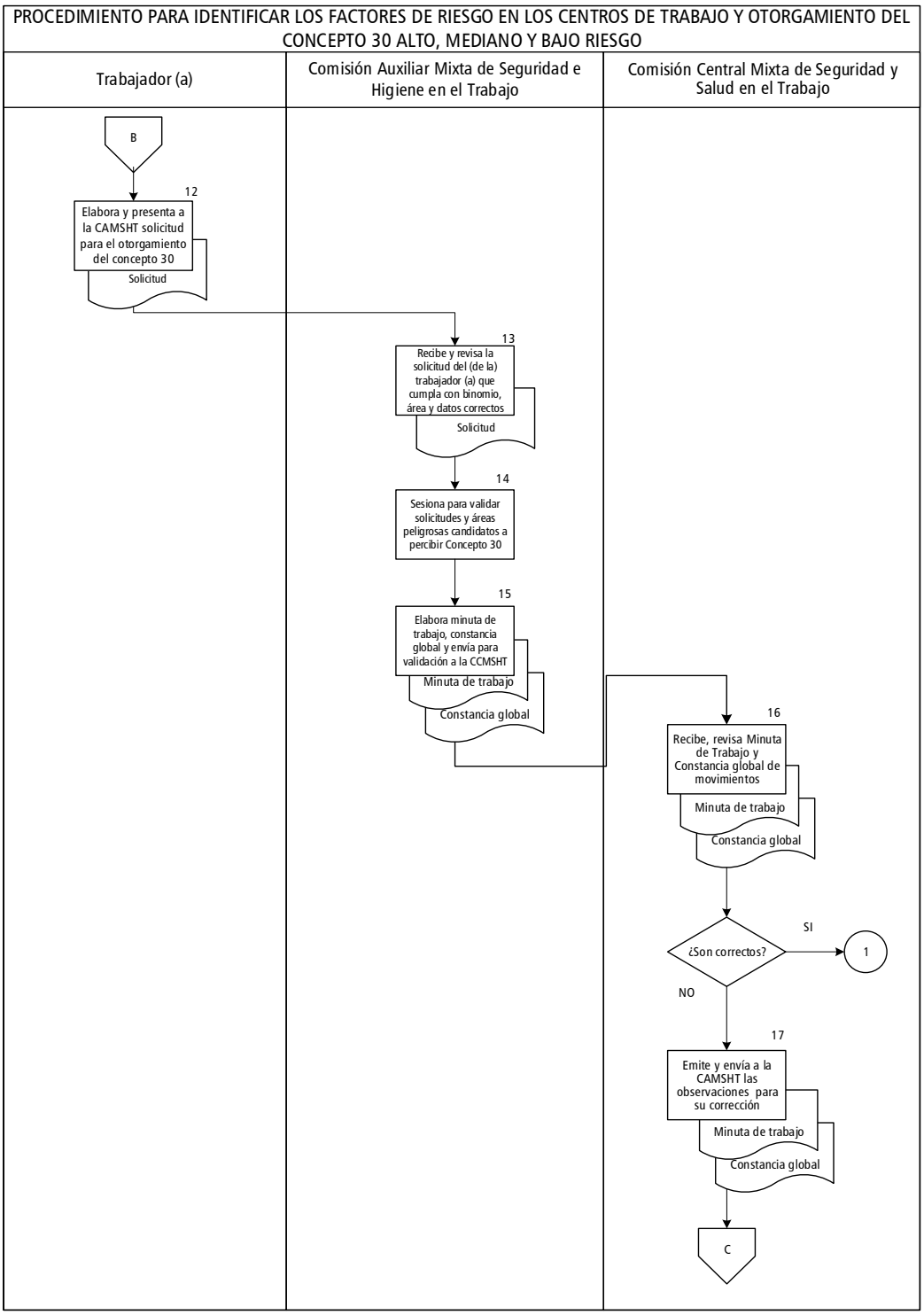
			movimientos
22		Tramita la aplicación del concepto 30 ante el Departamento de Nómina y Prestaciones.	Minutas de trabajo / Solicitudes de los trabajadores y constancias globales de movimientos
23		Resguarda acuse y archiva.	Minutas de Trabajo / solicitudes de los trabajadores y constancias globales de movimientos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO.

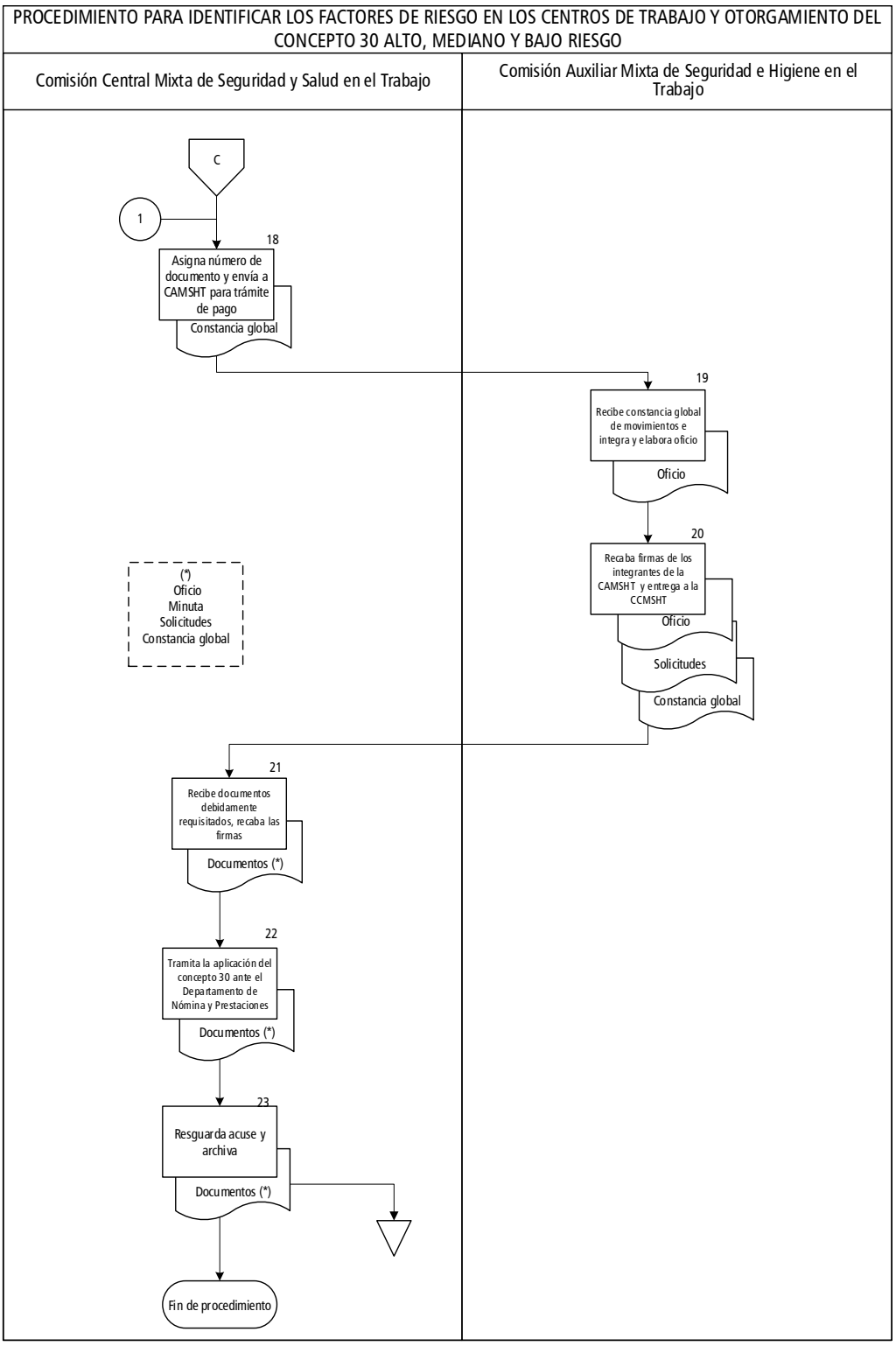


PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO




PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO
Trabajador (a)
Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo
Comisión Central Mixta de Seguridad y Salud en el Trabajo
B
12
Elabora y presenta a la CAMSHT solicitud para el otorgamiento del concepto 30
Solicitud
13
Recibe y revisa la solicitud del (de la) trabajador (a) que cumpla con binomio, área y datos correctos
Solicitud
14
Sesiona para validar solicitudes y áreas peligrosas candidatos a percibir Concepto 30
15
Elabora minuta de trabajo, constancia global y envía para validación a la CCMSHT
Minuta de trabajo
Constancia global
16
Recibe, revisa Minuta de Trabajo y Constancia global de movimientos
Minuta de trabajo
Constancia global
¿Son correctos?
SI
1
NO
17
Emite y envía a la CAMSHT las observaciones para su corrección
Minuta de trabajo
Constancia global
C

PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y OTORGAMIENTO DEL CONCEPTO 30 ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO



7.17.10. PROCEDIMIENTO DE GURDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL.

Tiempo Promedio: Dependiendo del número de expedientes solicitados

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Fanny Bandala Guzmán Coordinadora de Servicios Administrativos FBG (SAPDH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Resguardar, custodiar y conservar los expedientes del personal adscrito al Organismo de conformidad con la normatividad aplicable.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; publicada en el D.O.F. del 5 de Febrero de 1917. Última Reforma Publicada en el D.O.F. del 19 de julio del 2013.

2. Ley Federal de Archivos; publicada en el D.O.F. del 23 de enero del 2012. Artículos 17 al 22.
3. Norma internacional para estandarización de procesos documentales: ISO 30300.

4. Norma internacional para estandarización de procesos documentales: ISO 15489.

5. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; publicada en el D.O.F. del 11 de junio del 2002, Última Reforma DOF del 08 de junio del 2012.

6. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; publicado en el D.O.F. del 18 de enero de 1999. Última reforma publicada en el DOF del 9 de abril del 2012.

7. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Publicado en el D.O.F. del 11 de junio del 2003.

8. Decreto por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018; publicado en el D.O.F. del 30 de agosto del 2013.

9. Decreto por el que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, la Procuraduría General de la República, las Unidades Administrativas de la Presidencia de la República y los órganos desconcentrados donarán a título gratuito a la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos, el desecho de papel y cartón a su servicio cuando ya no les sean útiles, publicado en el D.O.F. el 21 de febrero del 2006.

10. Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las materias de Transparencia y de Archivos; publicado en el D.O.F. del 12 de julio del 2010. Última reforma publicada en el D.O.F. del 27 de julio del 2011.

11. Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal; publicado en el D.O.F. el 20 de febrero del 2004.

12. Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; publicada en D.O.F. del 18 de agosto del 2003.

13. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; publicado en el D.O.F. del 20 de mayo del 2013.

14. Instructivo para elaborar el Cuadro General de Clasificación Archivística. Emitido por el Archivo General de la Nación a través de la Dirección del Sistema Nacional de Archivos.

15. Instructivo para la elaboración del Catálogo de Disposición Documental. Emitido por el Archivo General de la Nación a través de la Dirección del Sistema Nacional de Archivos.

16. Instructivo para la elaboración de la Guía Simple de Archivos; emitido por el Archivo General de la Nación a través de la Dirección del Sistema Nacional de Archivos.

Políticas de Operación:

V.1. Ingreso de documentación al archivo:

1. Ingreso de expedientes (sobres):

a) El Personal del Departamento de Capital Humano deberá entregar al/a la Responsable de Archivo mediante la Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato, sobre con documentos relacionados en dicho formato señalando número de solicitud y/o expediente y nombre del/de la empleado/a.
b) La Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato deberá ser revisada y firmada por el personal del Departamento de Capital Humano y al término de la revisión, deberá rubricar y sellar con fecha del día de la recepción el/a la Responsable de Archivo
c) Una vez recibido el sobre, el/la Responsable de Archivo deberá de registrar en su base de datos interna (fecha y responsable de entrega) que el expediente ha sido ingresado al Archivo.
d) El/la Responsable del Archivo y/o Personal del Archivo, iniciaran la integración del expediente para ubicarlo topográficamente en el archivo.

2. Ingreso de documentación para Integración al Expediente.

a) El Personal del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal deberá entregar documentación complementaria o histórico laboral al/a la Responsable de Archivo o encargado en turno en orden creciente por número de expediente, a través de relación de documentos para integración al expediente con nombre y firma del responsable de entrega.
b) El responsable de la entrega y el responsable del archivo, realizaran un punteo en conjunto para validar todos los documentos entregados.
c) Al término de la revisión, el Responsable del Archivo deberá rubricar y sellar con fecha del

día de la recepción, el original y acuse del formato de relación de documentos para integración al expediente.

V.2. Préstamo de Expedientes:

a) El solicitante deberá de acudir al área del archivo para realizar la petición del (de los) expediente (s), en caso de ser una petición que exceda de 5 expedientes, se deberá tener listado de expedientes acomodado de manera ascendente.
b) El personal del archivo deberá de apoyar para la pronta localización de los expedientes solicitados.
c) Una vez encontrados, el/la Responsable del archivo o encargado en turno realizará el llenado del Vale de Préstamo de Expediente Único de Personal y deberá anotar la justificación y/o el número del documento que hace referencia al motivo por el cual se realiza la petición y anotar nombre y rubricar el vale y entregar al solicitante.
d) El solicitante deberá de anotar el nombre y obtener la rúbrica del/la Coordinador/a de área o Jefe/a de Departamento con lo cual autoriza la petición del préstamo y entregará al/la Responsable del Archivo, encargado en turno o personal del archivo el vale para la entrega del (los) expedientes solicitados.
e) El Vale por Préstamo de Expediente Único de Personal, tendrá una vigencia de 5 días hábiles para la devolución del mismo (s), con excepción del Apoyo Jurídico. En caso de requerirse se podrá realizar nuevamente el préstamo de expediente requisitando nuevamente el Vale por Préstamo de Expediente Único de Personal.
f) En caso de que el Solicitante no realice la entrega completa de los expedientes, se podrá realizar la cancelación del Vale por Préstamo de Expediente Único de Personal, y se tendrá que realizar un nuevo Vale

solicitando el (los) expedientes no entregados, siguiendo el mismo procedimiento.

g) Una vez entregado el expediente, será obligación del Responsable/Personal de Archivo realizar la cancelación del Vale, plasmando sello de cancelado y rubrica del que recibe.
h) Es obligación del Solicitante entregar el expediente en las mismas condiciones que fue recibido y en su totalidad.

V.3. Sobre el Personal del Archivo:
El Personal del Archivo deberá:

i) Tratar la información con la estricta confidencialidad conforme a Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en su artículo 14, fracción 1 publicado en el D.O.F. el 14 de julio del 2014.
j) Firmar un acuerdo para la confidencialidad de datos del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
k) Tendrá prohibido la extracción de algún documento o expediente, sin autorización del Responsable de Archivo.
l) Integrar de forma correcta los documentos del expediente: Conforme a Check List (información actual).
m) Verificar que el histórico laboral se encuentre en orden cronológico., asimismo dar continuación al proceso de foliado.
n) Respetar su horario laboral., siempre y cuando no se presente algún requerimiento por auditoría.
o) Deberá portar el equipo de protección.
p) Atender con respeto y cordialidad a los solicitantes de información.
q) Deberá de dar seguimiento a los procedimientos del archivo.

Responsables	Subdirección de Administración de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Mantener actualizado el archivo de expedientes de personal.
Recursos	Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato, Relación de documentos para integración del expediente, Check List de integración de expediente de personal, Expediente, Acuse, Vale por préstamo de expediente único de personal.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. CADIDO: Catálogo de Disposición Documental. CGC: Catálogo General de Clasificación. DCH: Departamento de Capital Humano. DRLDH: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo Humano

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE GUARDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL.

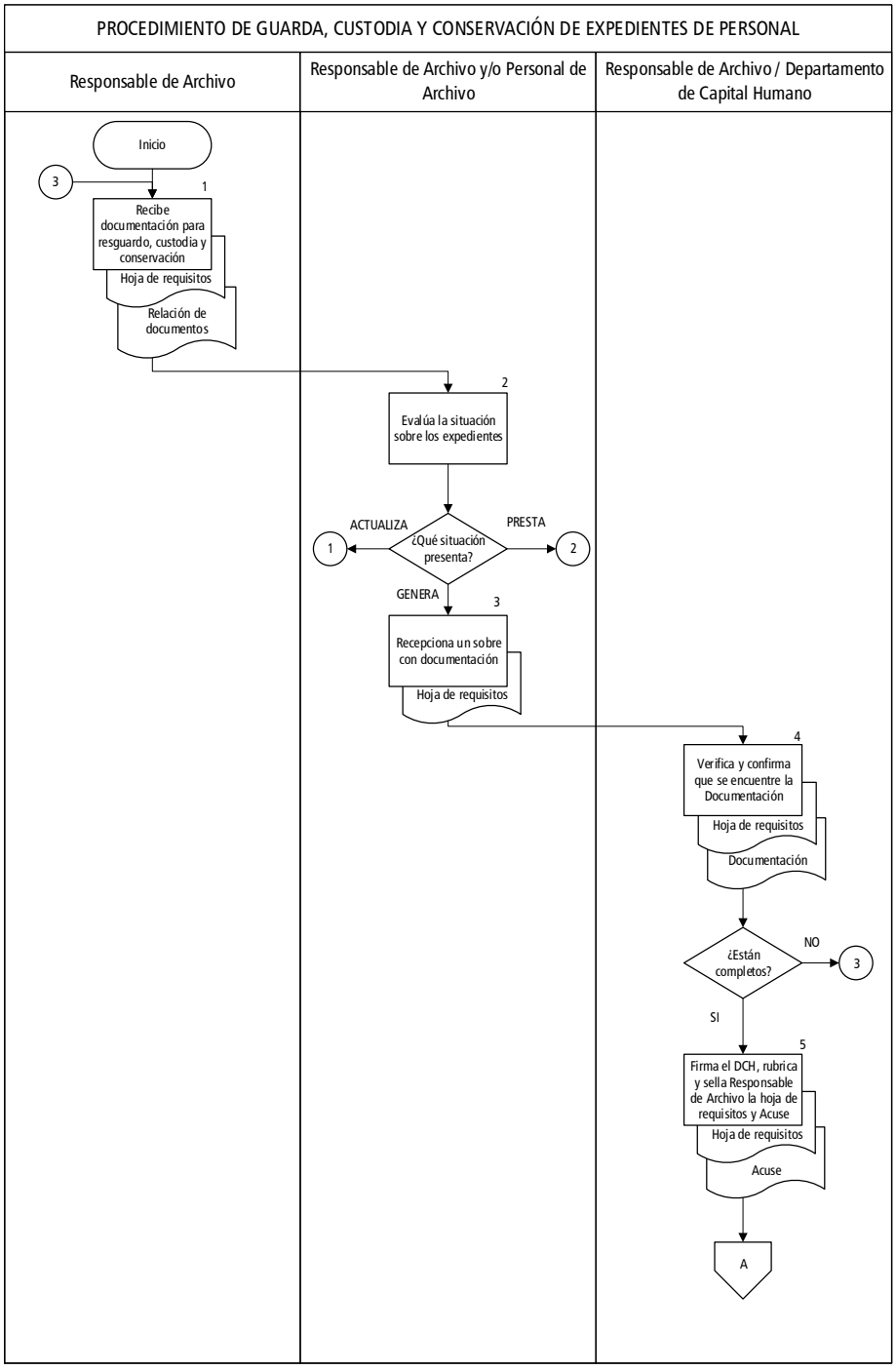
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Archivo	Recibe documentación para resguardo, custodia y conservación de: ➢ DCH: Sobre. ➢ DRLDH: Documentación complementaria e histórico laboral. ➢ Departamentos de la DOP y/o Órganos Fiscalizadores: Solicitud de préstamo.	Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato Relación de documentos para integración del expediente
2	Responsable de Archivo y/o Personal de Archivo	Evalúa la situación sobre los expedientes. ¿Qué situación se presenta?	

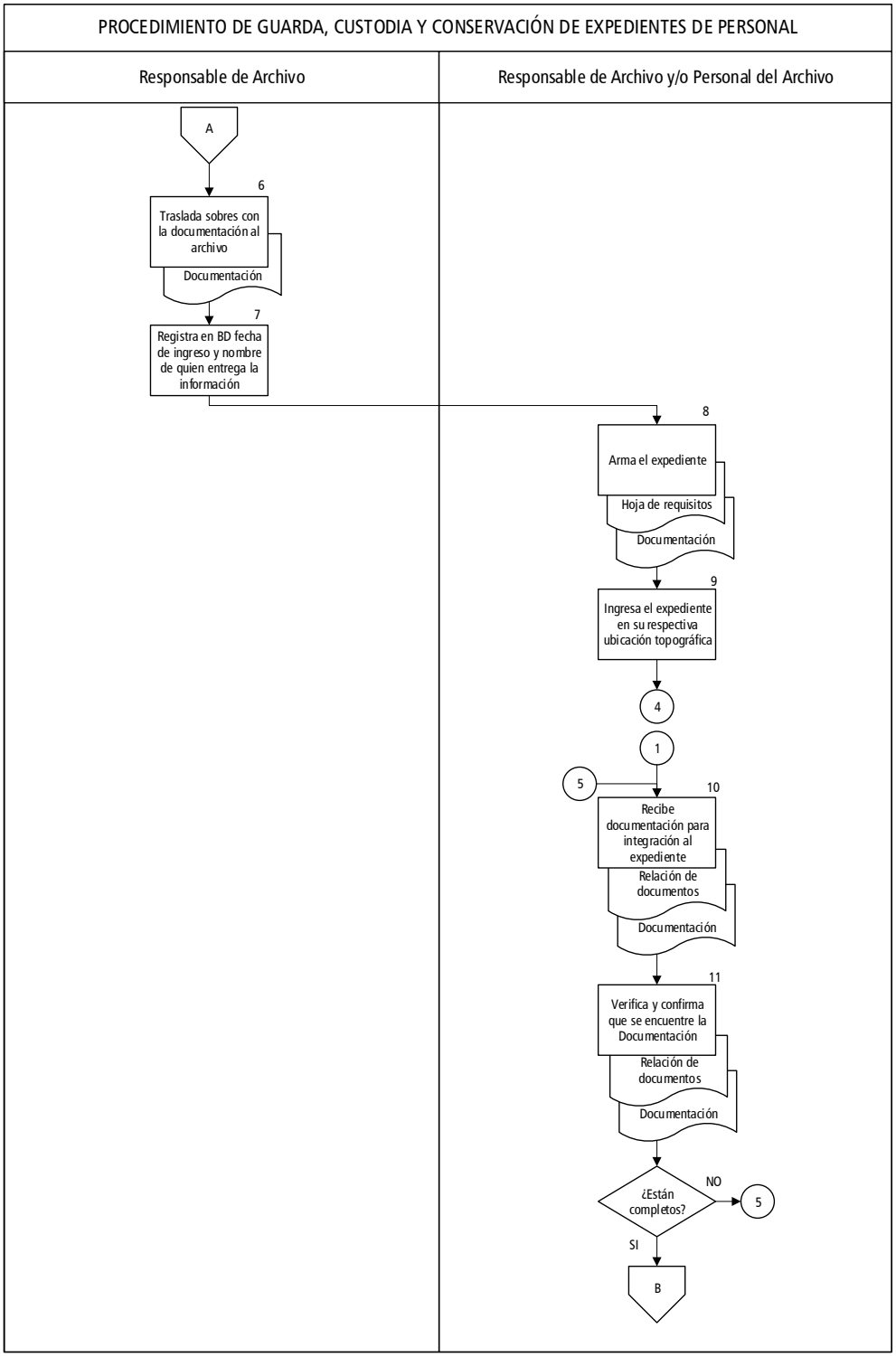
		Genera, Continúa en la actividad 3. Actualiza, Continúa en la actividad 10. Presta, Continua en la actividad 15.	
3		Recepciona un sobre con documentación.	Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato
4	Responsable de Archivo / Departamento de Capital Humano	Verifica y confirma que se encuentre la Documentación contenida en la Hoja de Requisitos. ¿Están completos? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Regresa a la actividad 1.	Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato Documentación contenida en la Hoja de Requisitos
5	Responsable de Archivo / Departamento de Capital Humano	Firma el DCH, rubrica y sella el/la Responsable de Archivo la hoja de requisitos para el personal de contrato y Acuse.	Hoja de Requisitos para el Personal de Contrato Acuse
6	Responsable de Archivo	Traslada sobres con la documentación al archivo.	Documentación contenida en la Hoja de Requisitos
7		Registra en la base de datos fecha de ingreso al archivo y nombre de quien entrega la información.	
8	Responsable de Archivo y/o Personal del Archivo	Arma el expediente.	Documentación contenida en la Hoja de Requisitos – Hoja de Requisitos para el personal de contrato
9		Ingresa el expediente en su respectiva ubicación Topográfica.	

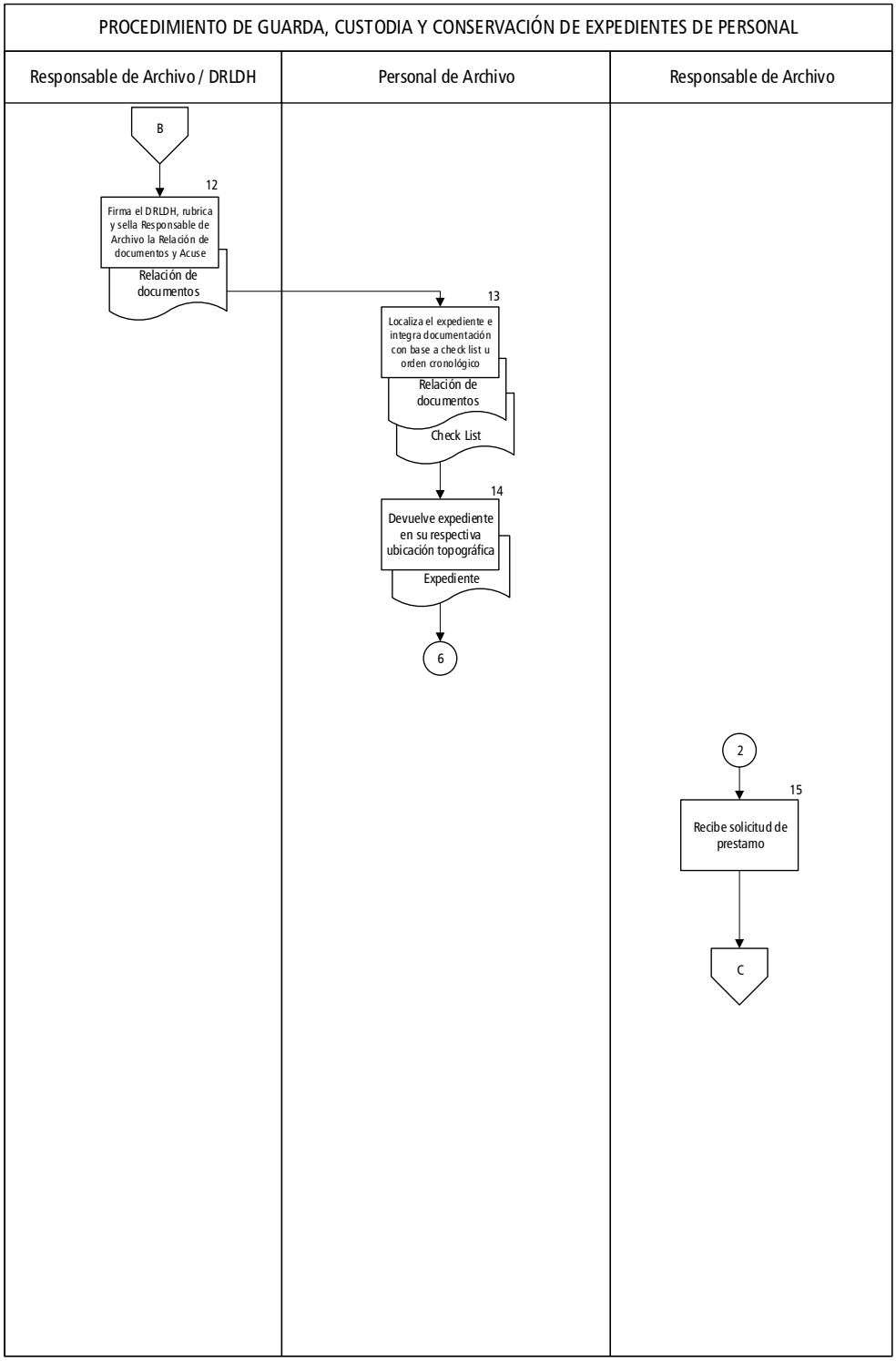
		Fin del Procedimiento.	
10		Recibe del Personal del DRLDH documentación para integración al expediente.	Relación de documentos para integración del expediente Documentación relacionada
11		Verifica y confirma que se encuentre la Documentación contenida en la Relación de documentos para integración del expediente. ¿Están completos? Sí: Continúa en la actividad 12. No: Regresa a la actividad 10.	Relación de documentos para integración del expediente. Documentación relacionada
12	Responsable de Archivo / DRLDH	Firma el DRLDH, rubrica y sella el/la Responsable de Archivo la Relación de documentos para integración del expediente y Acuse.	Relación de documentos para integración del expediente Acuse
13	Personal de Archivo	Localiza el expediente e integra la documentación con base a check list de integración de expediente de personal u orden cronológico.	Relación de documentos para integración del expediente Check List de integración de expediente de personal
14		Devuelve el expediente a su ubicación topográfica. **Fin del Procedimiento.**	Expediente
15	Responsable de Archivo	Recibe solicitud de préstamo.	
16	Responsable de	Localiza el o los expediente (s).	Expediente

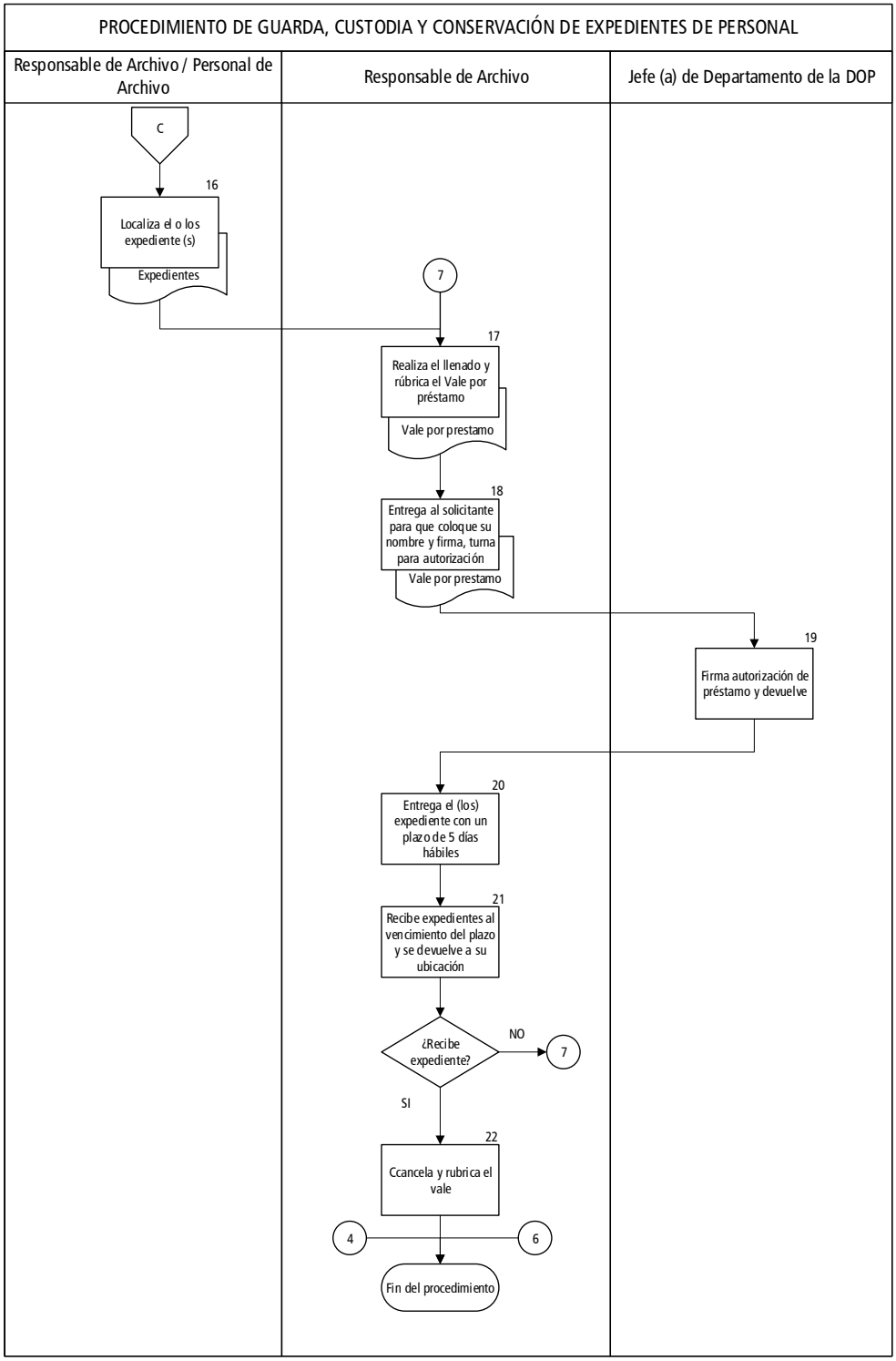
	Archivo / Personal de Archivo		
17	Responsable de Archivo	Realiza el llenado y rúbrica del Vale por préstamo de expediente único de personal.	Vale por préstamo de expediente único de personal. Expediente
18		Entrega al solicitante para que coloque su nombre y firma, y turna al/a la Jefe/a de Departamento de la DOP para autorización.	Vale por préstamo de expediente único de personal
19	Jefe/a de Departamento de la DOP	Firma autorización de préstamo y devuelve.	Vale por préstamo de expediente único de personal
20	Responsable de Archivo	Entrega el (los) expediente con un plazo de 5 días hábiles.	
21		Recibe expedientes al vencimiento del plazo en orden creciente y se devuelve a su ubicación topográfica. ¿Recibe expediente? Si: Continúa en el 22. No: Regresa a la actividad 17.	
22		Cancela y rubrica el vale.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE GUARDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL.




PROCEDIMIENTO DE GUARDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL
Responsable de Archivo
Responsable de Archivo y/o Personal del Archivo
A
6
Traslada sobres con la documentación al archivo
Documentación
7
Registra en BD fecha de ingreso y nombre de quien entrega la información
8
Arma el expediente
Hoja de requisitos
Documentación
9
Ingresa el expediente en su respectiva ubicación topográfica
4
1
5
10
Recibe documentación para integración al expediente
Relación de documentos
Documentación
11
Verifica y confirma que se encuentre la Documentación
Relación de documentos
Documentación
¿Están completos?
NO
5
SI
B


PROCEDIMIENTO DE GUARDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL
Responsable de Archivo / DRLDH
Personal de Archivo
Responsable de Archivo
B
12
Firma el DRLDH, rubrica y sella Responsable de Archivo la Relación de documentos y Acuse
Relación de documentos
13
Localiza el expediente e integra documentación con base a check list u orden cronológico
Relación de documentos
Check List
14
Devuelve expediente en su respectiva ubicación topográfica
Expediente
6
2
15
Recibe solicitud de prestamo
C


PROCEDIMIENTO DE GUARDA, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL
Responsable de Archivo / Personal de Archivo
Responsable de Archivo
Jefe (a) de Departamento de la DOP
C
16
Localiza el o los expediente (s)
Expedientes
7
17
Realiza el llenado y rúbrica el Vale por préstamo
Vale por prestamo
18
Entrega al solicitante para que coloque su nombre y firma, turna para autorización
Vale por prestamo
19
Firma autorización de préstamo y devuelve
20
Entrega el (los) expediente con un plazo de 5 días hábiles
21
Recibe expedientes al vencimiento del plazo y se devuelve a su ubicación
¿Recibe expediente?
NO
7
SI
22
Ccancela y rubrica el vale
4
6
Fin del procedimiento

7.17.11. PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar sistemáticamente los reportes de Nómina, de los movimientos de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que modifican las percepciones y/o deducciones, que emite la Coordinación Operativa de Operación y Pagos, a fin de determinar el importe de la nómina de pago de los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las retribuciones sistemáticas económicas a los/las Trabajadores/as vía nómina, se realizarán conforme lo dicte la autoridad gubernamental.

	2. La documentación se entregará en tiempo y forma, para la retribución del pago de remuneraciones del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Cumplir en tiempo y forma con el calendario de pago de la Nómina, fijado por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud. 4. Cumplir con las fechas establecidas que marca el calendario en curso de procesos en cuanto a la recepción de documentos, para la aplicación de movimientos de personal en la Nómina quincenal. 5. No se aplicarán movimientos sistemáticos, que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avale.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	La aplicación de ejercer el recurso económico designado por la Autoridad Gubernamental, para el pago de remuneraciones, a los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Reporte, Acumulados, Cálculo de ISR retroactivos, Cifras Control.
Glosario	Movimientos Sistemáticos de Personal: Consistente en bajas, altas, aumentos de sueldo, disminución de sueldo, permisos, descuentos por faltas, retardos e incidencias médicas, cambios de centro de trabajo, modificación a centros de trabajo, estímulos por puntualidad y prima dominical. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos. SICAPRON: Sistema de Captura de Productos de Nómina. FTP: File Transfer Protocol. ISR: Impuesto Sobre la Renta.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Abre periodo de captura de Nómina Ordinaria de todas las unidades en el sistema SPARH e informa vía correo electrónico.	
2	Capturista de la Unidad Administrativa y Hospitalaria	Realiza captura de movimientos de personal, incidencias y prestaciones económicas.	
3	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Cierra periodo de captura.	
4		Traspasa incidencias a Kardex (Biométrico) y/o autorización (Trimestral y Prima Dominical)	
5		Emite reportes para validación.	Reporte
6		Revisa y/o valida. ¿Hay correcciones? Si: Continúa en la actividad 4 No: Valida. Continúa en la actividad 7.	Reporte
7		Corre Cálculo de Nómina.	

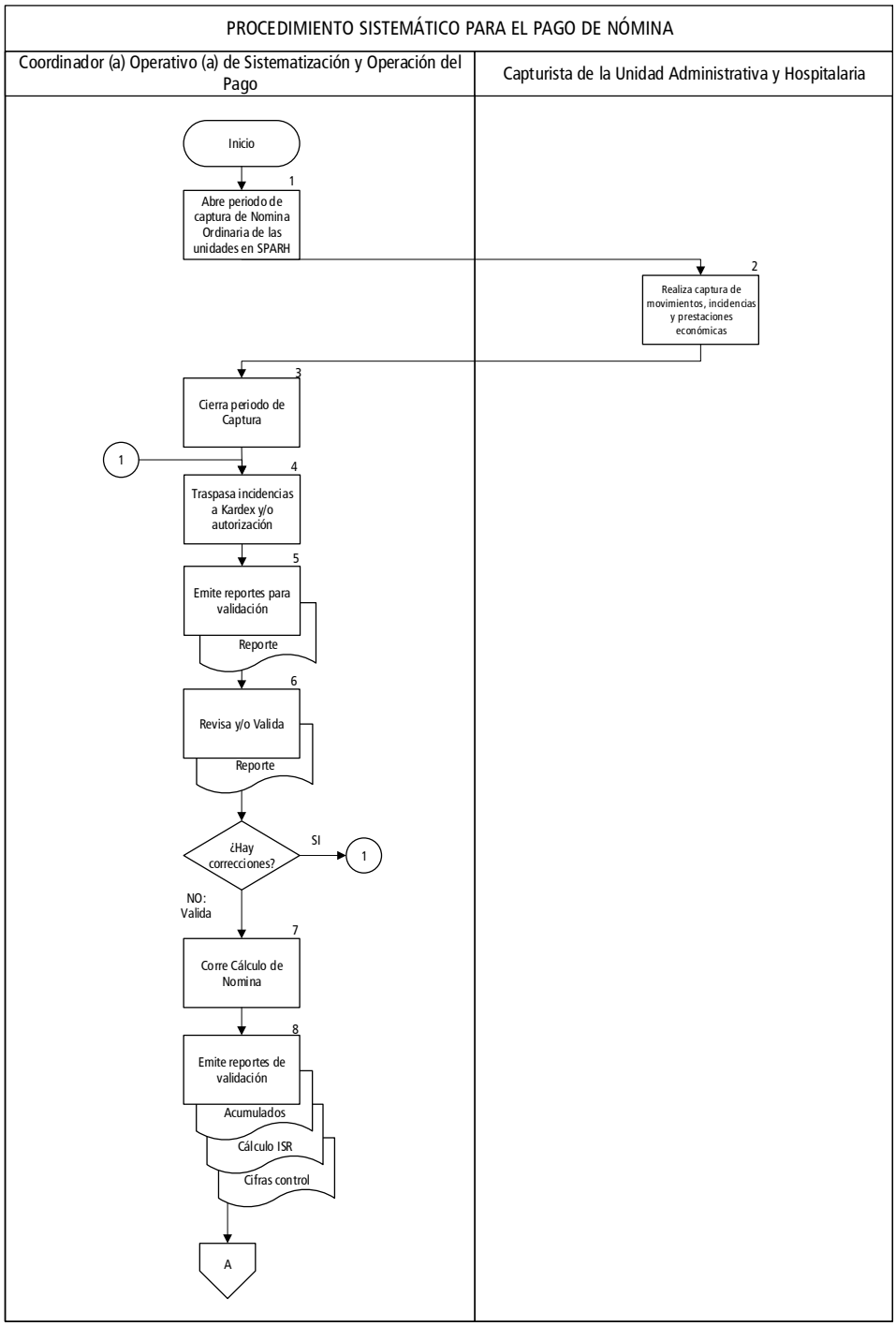
8		Emite reportes de validación: ➢ Acumulados. ➢ Cálculo de ISR retroactivos. ➢ Cifras Control. ➢ Terceros no institucionales.	Acumulados. Cálculo de ISR retroactivos Cifras Control
9		Valida documentación.	
10		Libera nómina ordinaria para su emisión.	
11		Cierra nómina ordinaria de todas las unidades.	
12		Abre procesos de Nómina de Pagos de Retroactivos por Movimiento en sistema SPARH.	
13		Calcula retroactivos por movimientos de altas, reingresos, promociones y reanudaciones.	
14		Emite reporte de Cálculo de ISR de retroactivos para validación.	
15		Valida cálculo de ISR de retroactivos.	
16		Libera nómina retroactiva para su emisión.	
17		Cierra nómina de retroactivos por movimientos.	
18		Abre procesos de Pagos de Retroactivos de Riesgo.	
19		Calcula retroactivos por movimientos por riesgo.	
20		Emite reporte de Cálculo de ISR retroactivos para validación.	
21		Valida cálculo de ISR de retroactivos.	

22		Libera nómina retroactiva para su emisión.	
23		Cierra nómina de Retroactivos de Riesgo.	
24		Abre procesos de Pagos Extraordinarios.	
25		Captura de nómina extraordinaria.	
26		Cálculo de Nómina Extraordinaria.	
27		Emite reporte de Cálculo de ISR retroactivos para validación.	
28		Valida cálculo de ISR de retroactivos.	
29		Libera nómina retroactiva para su emisión.	
30		Cierra nómina extraordinaria.	
31		Concilia Nómina (asignación de número de cheques y transferencias).	
32		Emite contabilidades y reportes presupuestales.	
33		Emite contabilidades y remesas de cheques cancelados y reintegros.	
34		Elabora envío de nómina. Descargas de archivos *.dat y *.tra para SICAPRON. Cruce de información de contabilidades, presupuestales y consulta SICAPRON.	
35		Envía documentos para firmas al/a la Director/a de Operación de Personal y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	

36	Director/a de Operación de Personal y Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Firma documentos y devuelven al/a la Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago.	
37	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Escanea y renombra documentos, prepara archivos de base de datos y prepara archivo de movimientos (610 y X00).	
38		Carga archivos al FTP (File Transfer Protocol) para envío a nivel central (Cd. México).	
39		Elabora cuadros analíticos de nómina, cuadros de desglose de cheques cancelados y oficio de solicitud de línea de captura para reintegro de la U.R. 610 y X00.	
40		Emite contabilidades y reportes presupuestales para artículo 74 (REG, FOR, FO2, FO3.CON Y EST).	
41		Emite contabilidades de cheques cancelados y reintegros para articulo 74 (REG, FOR, FO2, FO3.CON Y EST).	
42		Elabora envío de Artículo 74, descargas de archivos *.dat y *.tra para SICAPRON, cruce de información de contabilidades, presupuestales y consulta SICAPRON.	

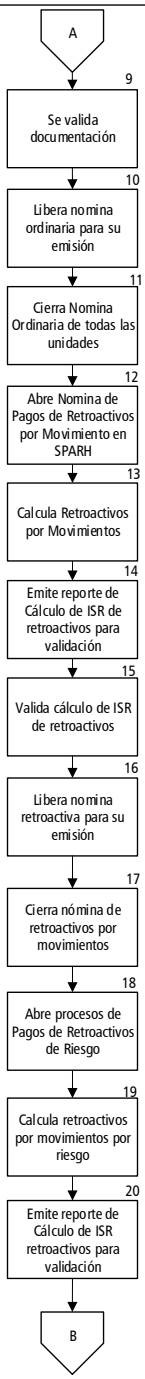
43		Envía documentos para firmas al/a la Director/a de Operación de Personal y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	
44	Director/a de Operación de Personal y Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Firman documentos y devuelven al/a la Coordinador/a Operativo/a de Sistematización.	
45	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Escanea y renombra documentos, prepara archivos de base de datos.	
46		Carga archivos al FTP (File Transfer Protocol) para envío a nivel central (Cd. México).	
47		Genera archivos de Empleados/as y Plantilla de todas las unidades para envío a la Subdirección de Cómputo para su validación (Cd. México).	
48		Genera archivos de Fondo de Ahorro de las unidades 416 y X00 para envío a la Dirección de Personal (Cd. México).	
49		Emite reportes y archivo de trabajo para las Áreas que lo solicitan.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA.



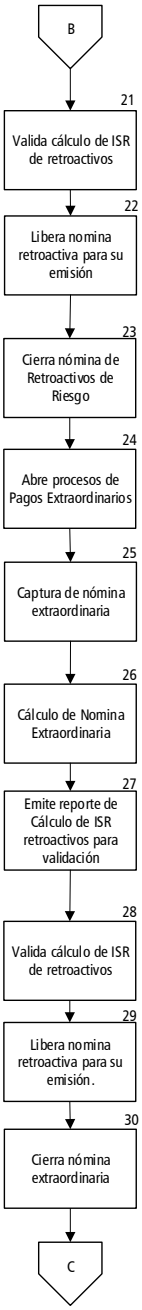
PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA

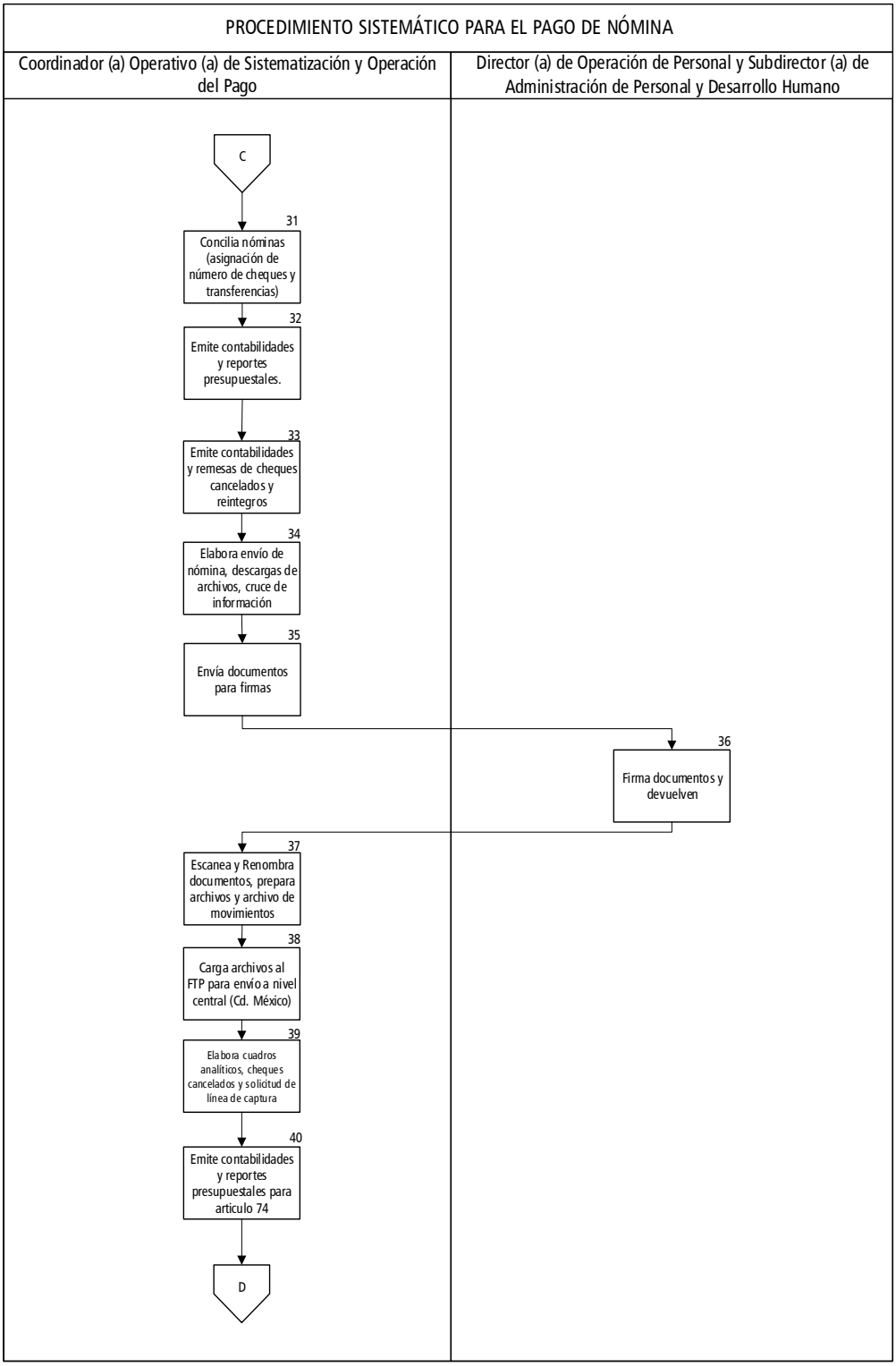
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago

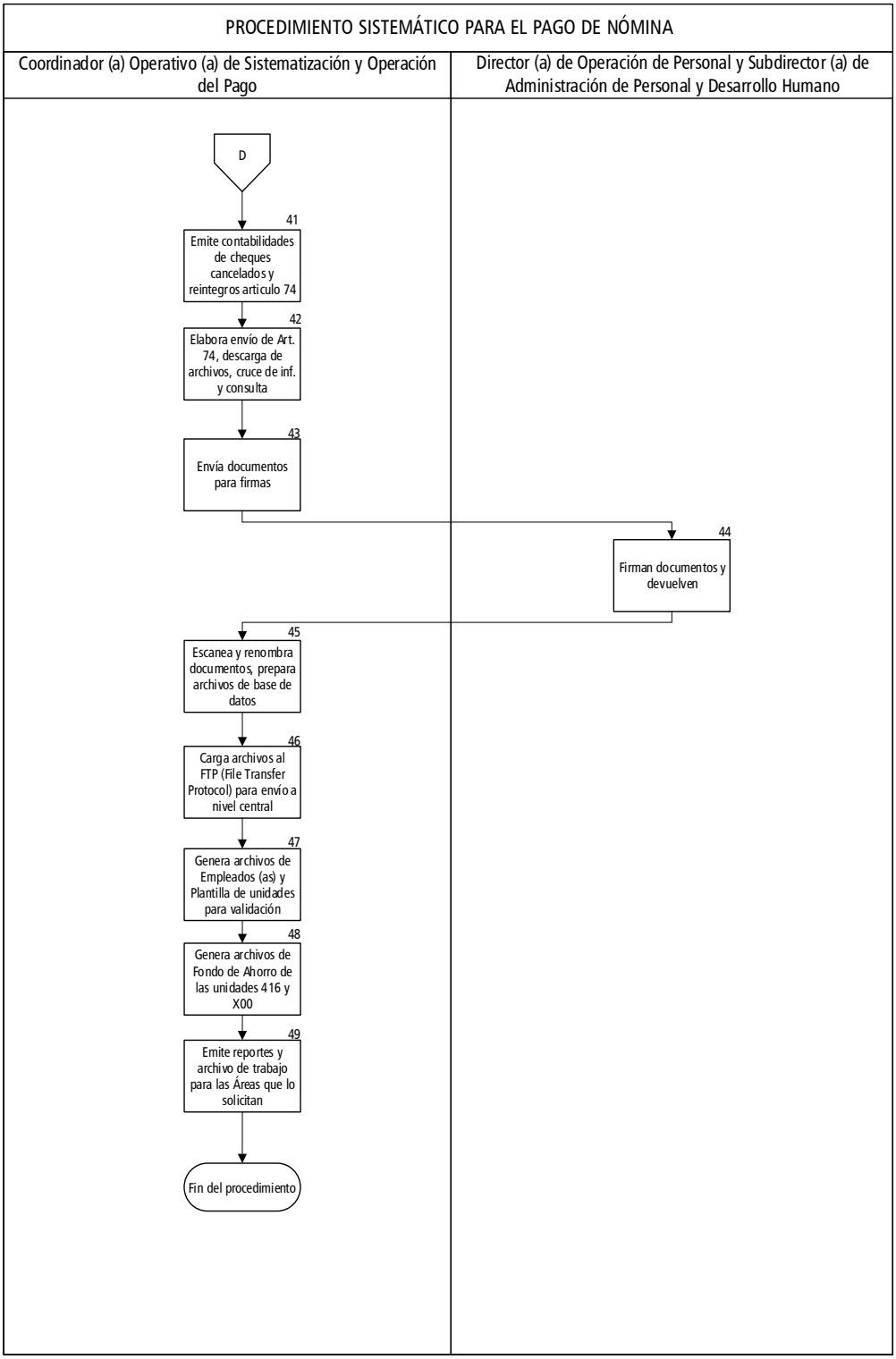


PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA

Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago




PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago
Director (a) de Operación de Personal y Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano
C
31
Concilia nóminas (asignación de número de cheques y transferencias)
32
Emite contabilidades y reportes presupuestales.
33
Emite contabilidades y remesas de cheques cancelados y reintegros
34
Elabora envío de nómina, descargas de archivos, cruce de información
35
Envía documentos para firmas
36
Firma documentos y devuelven
37
Escanea y Renombra documentos, prepara archivos y archivo de movimientos
38
Carga archivos al FTP para envío a nivel central (Cd. México)
39
Elabora cuadros analíticos, cheques cancelados y solicitud de línea de captura
40
Emite contabilidades y reportes presupuestales para artículo 74
D


PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL PAGO DE NÓMINA
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago
Director (a) de Operación de Personal y Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano
D
41
Emite contabilidades de cheques cancelados y reintegros articulo 74
42
Elabora envío de Art. 74, descarga de archivos, cruce de inf. y consulta
43
Envía documentos para firmas
44
Firman documentos y devuelven
45
Escanea y renombra documentos, prepara archivos de base de datos
46
Carga archivos al FTP (File Transfer Protocol) para envío a nivel central
47
Genera archivos de Empleados (as) y Plantilla de unidades para validación
48
Genera archivos de Fondo de Ahorro de las unidades 416 y X00
49
Emite reportes y archivo de trabajo para las Áreas que lo solicitan
Fin del procedimiento

7.17.12. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN NÓMINA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales **Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas** **LPF (DNPE)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Aplicar los movimientos requeridos que afectan las percepciones o deducciones en las remuneraciones de pago de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Es responsabilidad de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago, cumplir con los lineamientos del calendario de procesos fijado por

	la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaria de Salud Federal, a fin de ejecutar en tiempo y forma con la solicitud de Recursos para el pago de la Nómina. 2. Aquellos movimientos de personal que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avalen, no se aplicarán. 3. La Coordinación de Operación y Pagos será el responsable de elaborar el calendario de procesos interno para la recepción de los movimientos durante el año en curso. 4. Es responsabilidad de la Coordinación Operativa de Operación y Pagos, así como la de sistematización cumplir con las fechas establecidas que marca el calendario en curso de procesos en cuanto a la recepción de documentos, para la aplicación de movimientos de personal en la Nómina Quincenal. 5. Es responsabilidad de la Coordinación Operativa de Operación y Pagos aplicar los movimientos de personal conforme a la normatividad contenida en el SIAP y en las CGT.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplicar todos los movimientos que se den en el pago de las remuneraciones, referente a percepciones o deducciones del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	FUMPS, Reporte, Bajas temporales y concepto 29, Movimientos aceptados.
Glosario	Movimientos de Personal: Se entiende todas las acciones referentes a: bajas, altas, aumentos o disminución de sueldo, permisos, descuentos por faltas de asistencia, retardos, incidencias médicas, así como los cambios y modificaciones de personal del centro de trabajo, estímulos por puntualidad y prima dominical, así como todo aquel

movimiento que afecte la remuneración del personal, así como la corrección a datos personales y laborables del trabajador FUMPS.
FUMPS: Formato Único de Movimientos de Personal.
SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

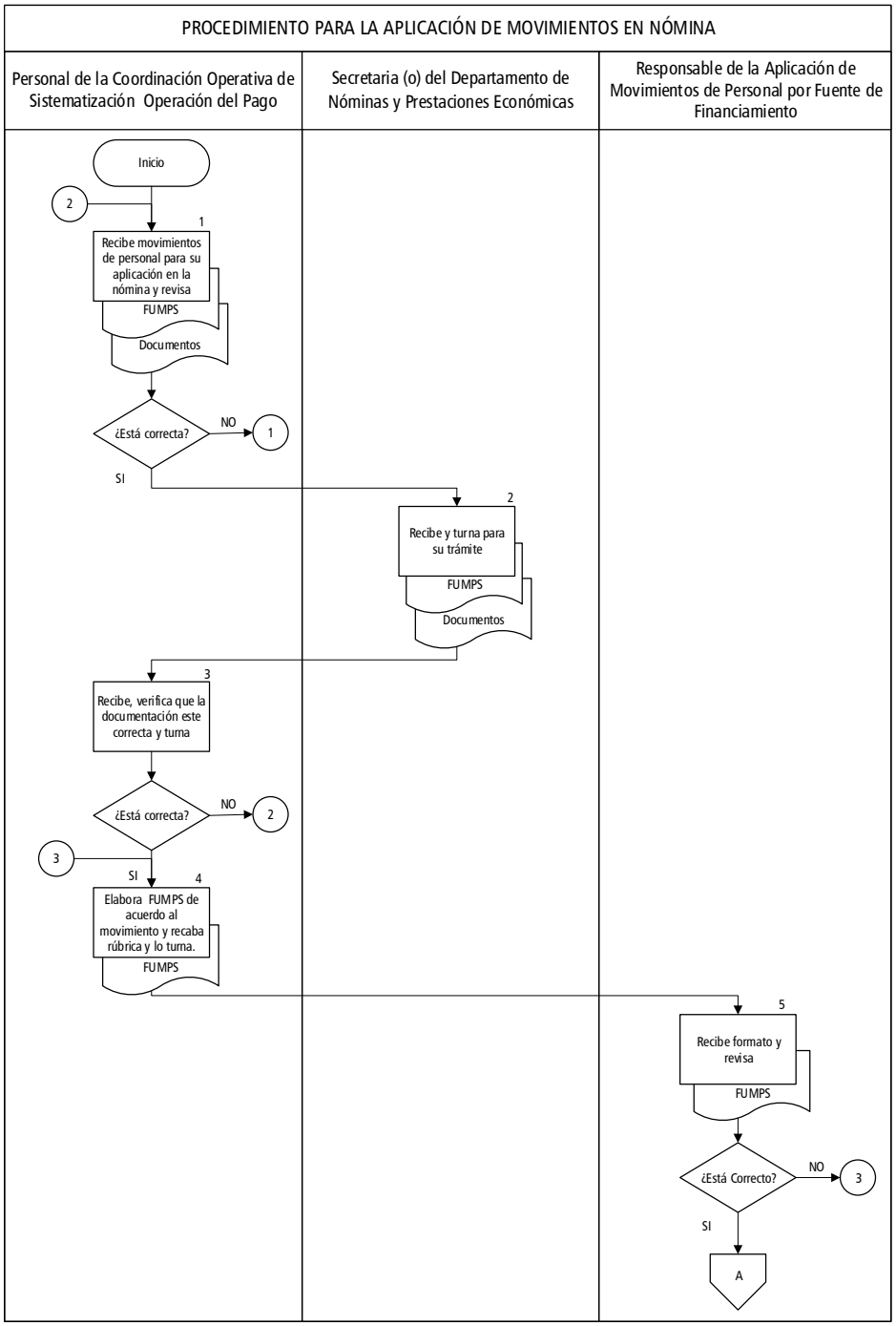
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN NÓMINA.

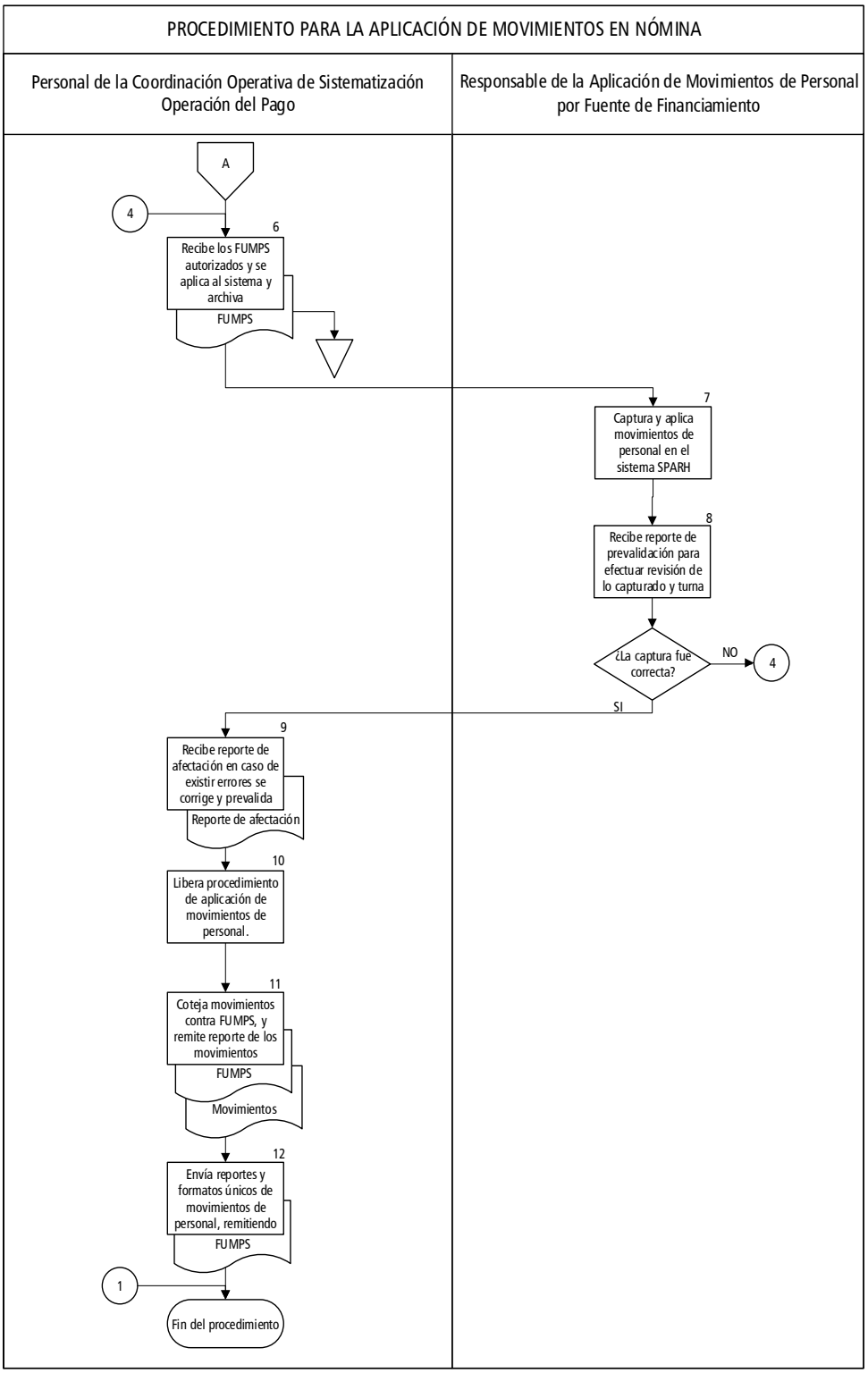
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
		Inicio del Procedimiento	
1	Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago	Recibe los movimientos de personal para su aplicación en la nómina que emite la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano y revisa. ¿Está correcta? Si: Continúa actividad 2. No: Regresa a la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. **Fin del Procedimiento.**	FUMPS Documentación
2	Secretaria/o del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe y turna a la Coordinación de Operación y Pagos, para su trámite.	FUMPS Documentación
3	Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago	Recibe, verifica que la documentación este correcta y turna. ➢ Bajas. ➢ Licencias. ➢ Reanudaciones ➢ Altas de Personal de Recursos	

		Humanos en Formación. ➢ Promociones y descensos. ➢ Cambios de Adscripción. ➢ Modificación a datos personales. ➢ Incidencias de Personal. ➢ Descuentos a trabajadores, para el pago de Terceros institucionales y no institucionales. ➢ Captura de Cheques cancelados. ➢ Elaboración de la Nómina de Pensión Alimenticia ¿Está correcta? Sí: Continúa en el paso 4. No: Regresa al paso 1.	
4		Elabora los FUMPS de acuerdo al movimiento de personal y recaba rúbrica de la jefatura de Departamento de Nómina y Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y la Firma de la Dirección de Operación de Personal y lo turna.	FUMPS
5	Responsable de la Aplicación de Movimientos de Personal por Fuente de Financiamiento	Recibe formato y revisa. ¿Está correcto? Sí: Continúa actividad no. 6. No: Regresa actividad 4.	FUMPS
6	Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago	Recibe los FUMPS autorizados y aplica al sistema de nómina y archiva temporalmente.	FUMPS
7	Responsable de la Aplicación de Movimientos de	Captura y aplica movimientos de personal en el sistema SPARH.	

	Personal por Fuente de Financiamiento		
8		Recibe el reporte de prevalidación de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago para efectuar la revisión de lo capturado en el sistema de nómina y turna. ¿La captura fue correcta? Sí: Continúa en el paso 9. No: Continúa en el paso 6.	
9	Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago	Recibe reporte de afectación en caso de existir errores se corrige y prevalida nuevamente.	Reporte de Afectación
10		Libera procedimiento de aplicación de movimientos de personal.	
11		Coteja movimientos aceptados contra FUMPS, y remite al personal operativo el reporte de los movimientos que se aplicaron en la nómina de pago.	Movimientos aceptados FUMPS
12		Envía reportes y formatos únicos de movimientos de personal debidamente glosados por fuente de financiamiento para su glosa, remitiendo las copias a las áreas correspondientes.	FUMPS
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN NÓMINA.




PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN NÓMINA
Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización Operación del Pago
Responsable de la Aplicación de Movimientos de Personal por Fuente de Financiamiento
A
4
6
Recibe los FUMPS autorizados y se aplica al sistema y archiva
FUMPS
7
Captura y aplica movimientos de personal en el sistema SPARH
8
Recibe reporte de prevalidación para efectuar revisión de lo capturado y turna
¿La captura fue correcta?
NO
4
SI
9
Recibe reporte de afectación en caso de existir errores se corrige y prevalida
Reporte de afectación
10
Libera procedimiento de aplicación de movimientos de personal.
11
Coteja movimientos contra FUMPS, y remite reporte de los movimientos
FUMPS
Movimientos
12
Envía reportes y formatos únicos de movimientos de personal, remitiendo
FUMPS
1
Fin del procedimiento

7.17.13. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA TITULARIZACIÓN DE PERSONAL.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Atender las solicitudes de titularización del personal federal, entre los Servicios de Salud del Estado de Puebla y el/la trabajador/a federal, que deberá contar con la autorización debidamente requisitada.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El formato de cédula de evaluación del/la trabajador/a, deberá de estar debidamente requisitado con el oficio de petición y comprobante de pago.
2. La cédula de evaluación deberá estar validada por

	el/la Jefe/a inmediato/a superior del/de la trabajador/a, y en los casos en que la evaluación resulte negativa y calificada antes de que el/la trabajador/a cumpla los seis meses de antigüedad no se otorgará la titularización. 3. Únicamente se aplicará los movimientos de la titularización en los casos en que la plaza asignada no se encuentre ocupada.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Direcciones, Unidades, Subdirecciones y Departamentos adscritos a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	FUMPS, Escrito, Nombramiento.
Glosario	Cédula de Evaluación: Formato que califica las aptitudes del/de la servidor/a público/a en las funciones que le fueron asignadas. FUMP: Formato Único de Movimientos de Personal. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

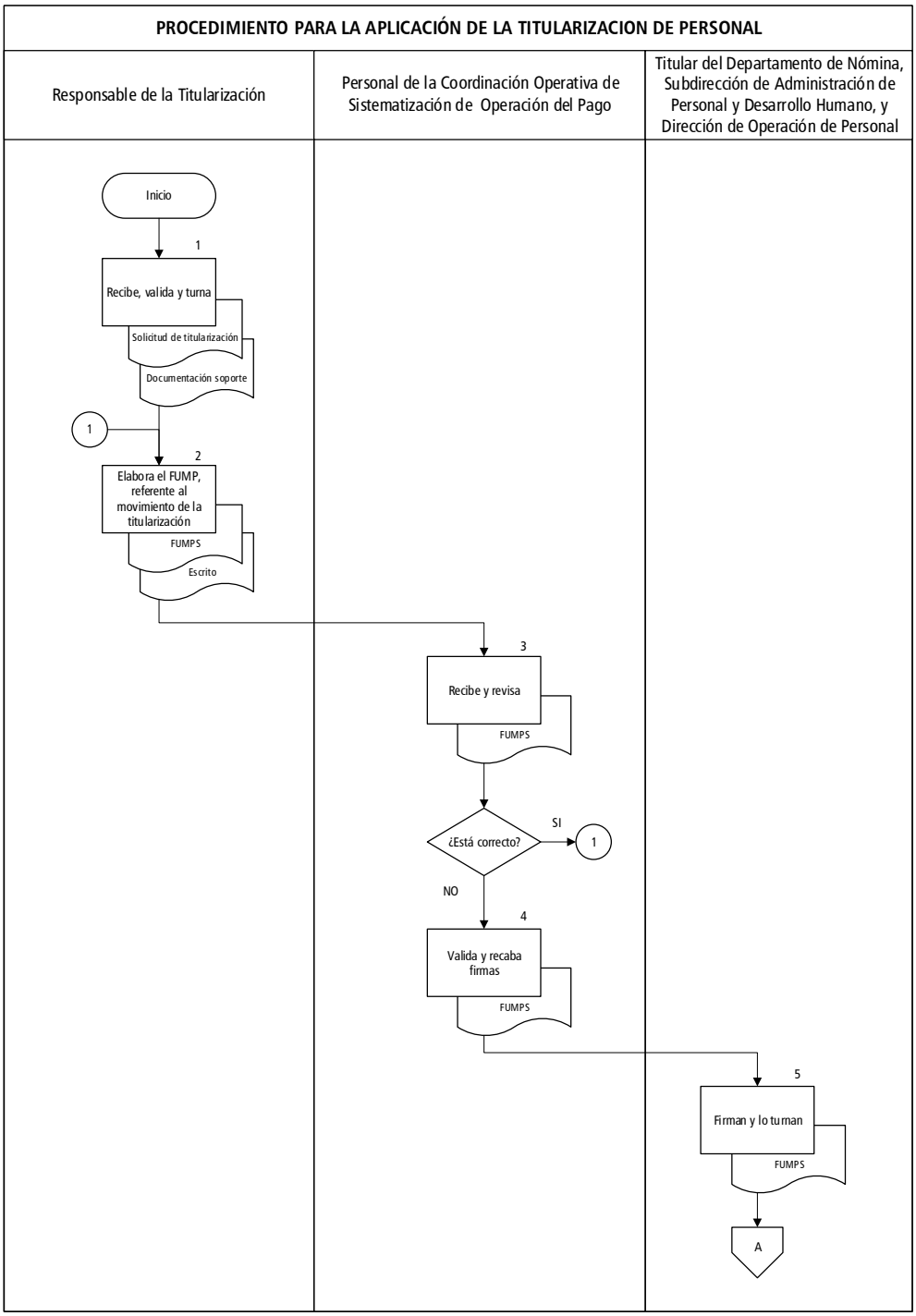
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA TITULARIZACIÓN DE PERSONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de la Titularización	Recibe y valida solicitud de titularización por parte de Departamento de Relaciones Laborables, documentación soporte de	Solicitud de titularización Documentación soporte

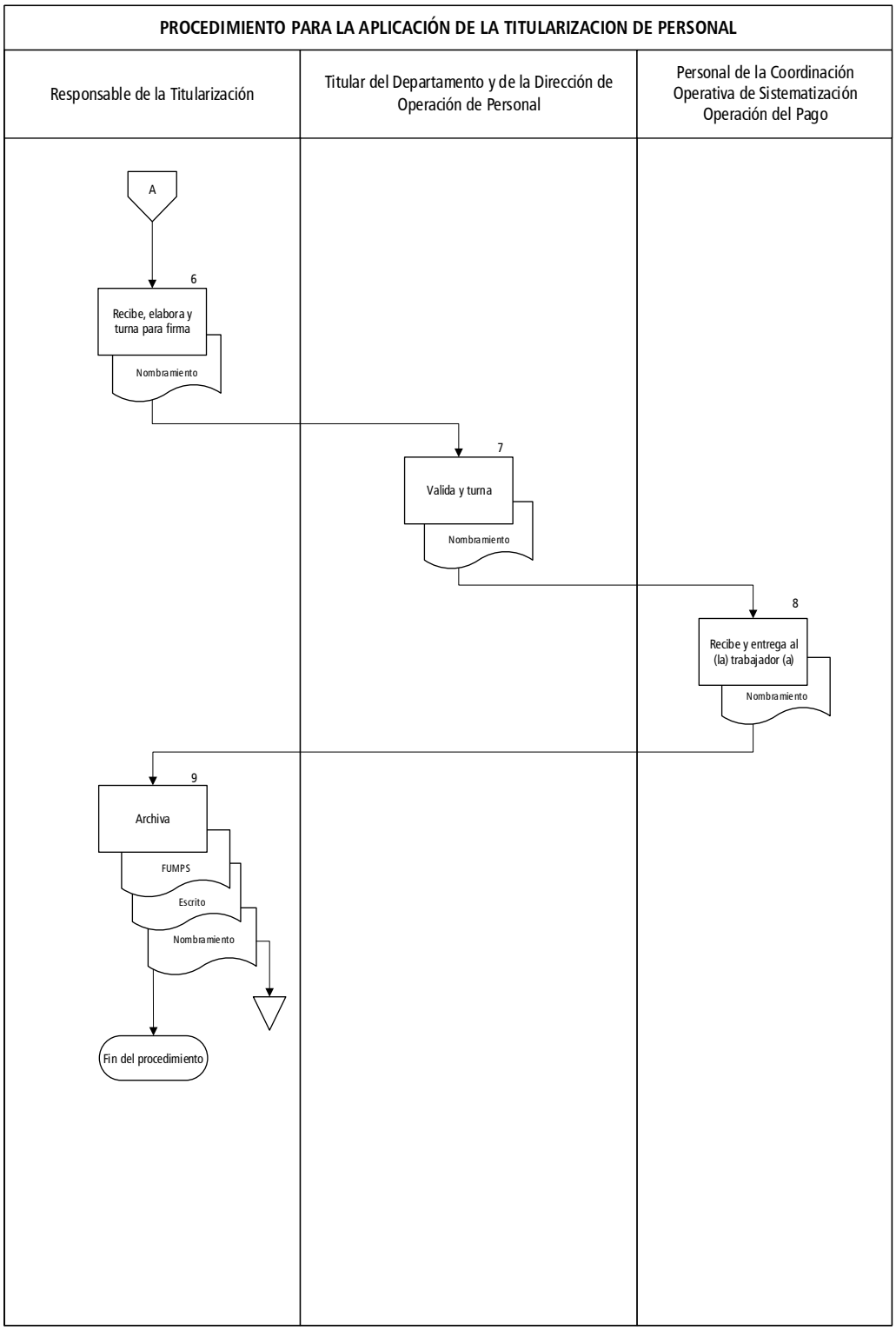
		la aplicación de la titularización. Revisa la documentación y solicitud. ¿Está correcta? Sí: Continúa en la actividad No.2 No: Regresa la documentación soporte al trabajador	
2		Elabora el FUMPS, referente al movimiento de la titularización del/de latrabajador/a y turna mediante escrito a la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago.	Escrito/FUMPS
3	Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago	Recibe y revisa el FUMPS ¿Está correcto? Sí: Continúa actividad No. 4. No: Regresa actividad No. 2.	FUMPS
4		Valida y recaba firmas de la Jefatura del Departamento de Nómina, Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y de la Dirección de Operación de Personal.	FUMPS
5	Titular del Departamento de Nómina, Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y Dirección de Operación de Personal	Firman FUMP y lo turnan al/a la Responsable de la Titularización.	
6	Responsable de la Titularización	Recibe y elabora Nombramiento y turna para firma a la Jefatura del Departamento y de la Dirección de Operación de Personal.	Nombramiento
7	Titular del Departamento y de	Valida y turna al/a la Encargado/a de la Coordinación Operativa de	Nombramiento

	la Dirección de Operación de Personal	Sistematización y Operación del Pago.	
8	Personal de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago	Recibe y entrega al/a la trabajador/a formato de nombramiento autorizado.	Nombramiento
9	Responsable de la Titularización	Archiva movimiento del personal, escrito y copia del nombramiento.	FUMPS Escrito Copia de Nombramiento
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA TITULARIZACIÓN DE PERSONAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA TITULARIZACION DE PERSONAL



7.17.14. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE "FONAC" A LOS/LAS TRABAJADORES/AS.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018	Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018

Objetivo	Efectuar el pago anual al padrón de los/las Trabajadores/as Federales FASSA de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por concepto del Fondo de Ahorro Capitalizable.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo No. 8.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. Acuerdos no Institucionales.
17. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Es requisito estar activo en la nómina de pago en la quincena 02 para el periodo extraordinario.
2. Es requisito estar activo en la nómina de pago en la quincena 14 para el periodo ordinario.
3. Para participar en este fondo de ahorro capitalizable es obligatorio que se requisite la cédula de inscripción al Fondo de Ahorro.
4. En caso de desincorporación del/de la trabajador/a de este fondo por motivo de no gozar de salario, la

	reclamación deberá de realizarse de manera inmediata.
Responsables	Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Ejercer las aportaciones de los/las Trabajadores/as Federales FASSA de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, al Fondo de Ahorro Capitalizable.
Recursos	Padrón, Oficio, Cédulas de inscripción.
Glosario	FASSA: Fondo de Aportación de los Servicios de Salud. Padrón: Lista de ahorradores/as. Ciclo: Periodo de aportación del fondo por motivo de baja o Licencia sin goce de sueldo de un año o seis meses. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

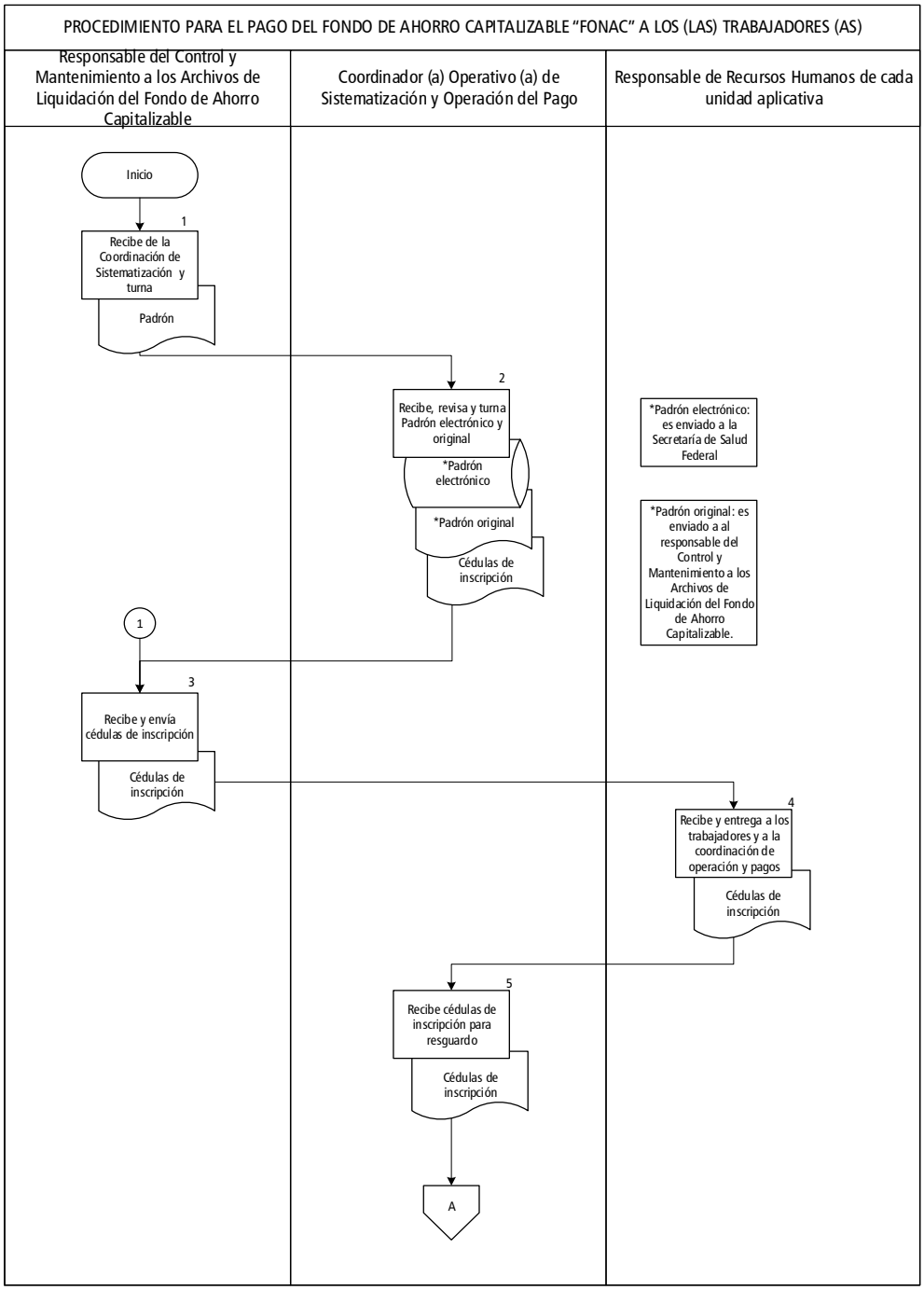
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE "FONAC" A LOS/LAS TRABAJADORES/AS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Control y Mantenimiento a los Archivos de Liquidación del Fondo de Ahorro Capitalizable	Recibe de la Coordinación de Sistematización del Pago listado de empleados/as que aportan al fondo de ahorro (Padrón) de acuerdo a los lineamientos del Pago del Fondo de Ahorro Capitalizable, y turna a la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago.	Padrón
2	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe Padrón, revisa y lo turna a la Secretaría de Salud Federal (electrónico) y original al/a la Responsable del Control y Mantenimiento a los Archivos de Liquidación del Fondo de Ahorro	Padrón y cédulas de inscripción

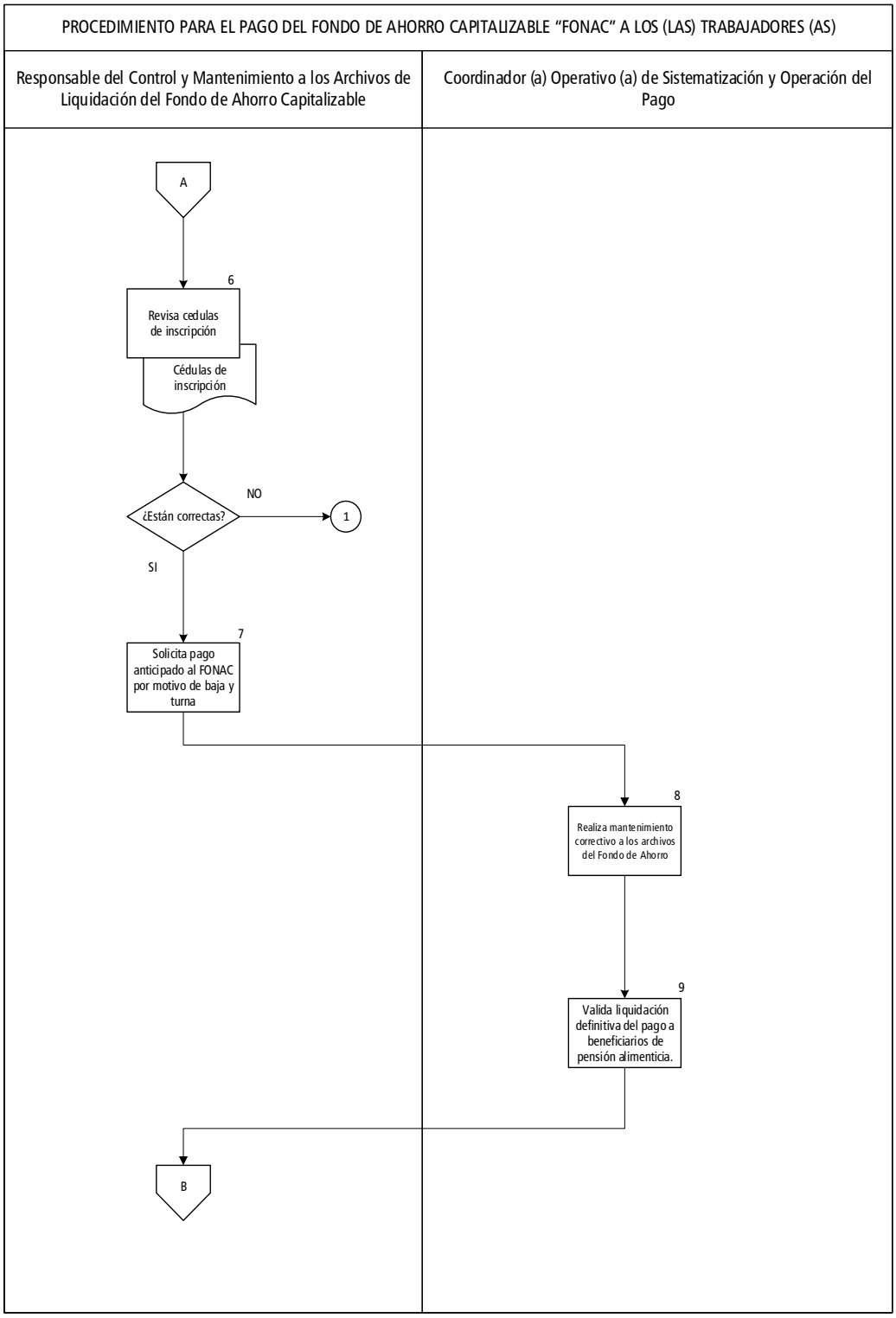
		Capitalizable.	
3	Responsable del Control y Mantenimiento a los Archivos de Liquidación del Fondo de Ahorro Capitalizable	Recibe y envía cédulas de inscripción al ciclo correspondiente al ejercicio fiscal vigente, al/a la Responsable de Recursos Humanos de cada unidad aplicativa.	Cédulas de inscripción
4	Responsable de Recursos Humanos de cada unidad aplicativa.	Recibe cédulas de inscripción y entrega a los trabajadores para requisitar y turna a la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago para su resguardo en el expediente de fondo de ahorro capitalizable.	
5	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe cédulas de inscripción para resguardo.	
6	Responsable del Control y Mantenimiento a los Archivos de Liquidación del Fondo de Ahorro Capitalizable	Revisa cédulas. ¿Están correctas? Si: Continúa actividad no. 7. No: Regresa actividad no. 3.	
7		Solicita pago anticipado al FONAC cuando existen desincorporaciones por motivo de baja y turna.	
8	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Realiza mantenimiento correctivo a los archivos del Fondo de Ahorro para su liquidación correcta.	
9		Valida liquidación definitiva del pago a los/las beneficiarios/as de pensión alimenticia.	

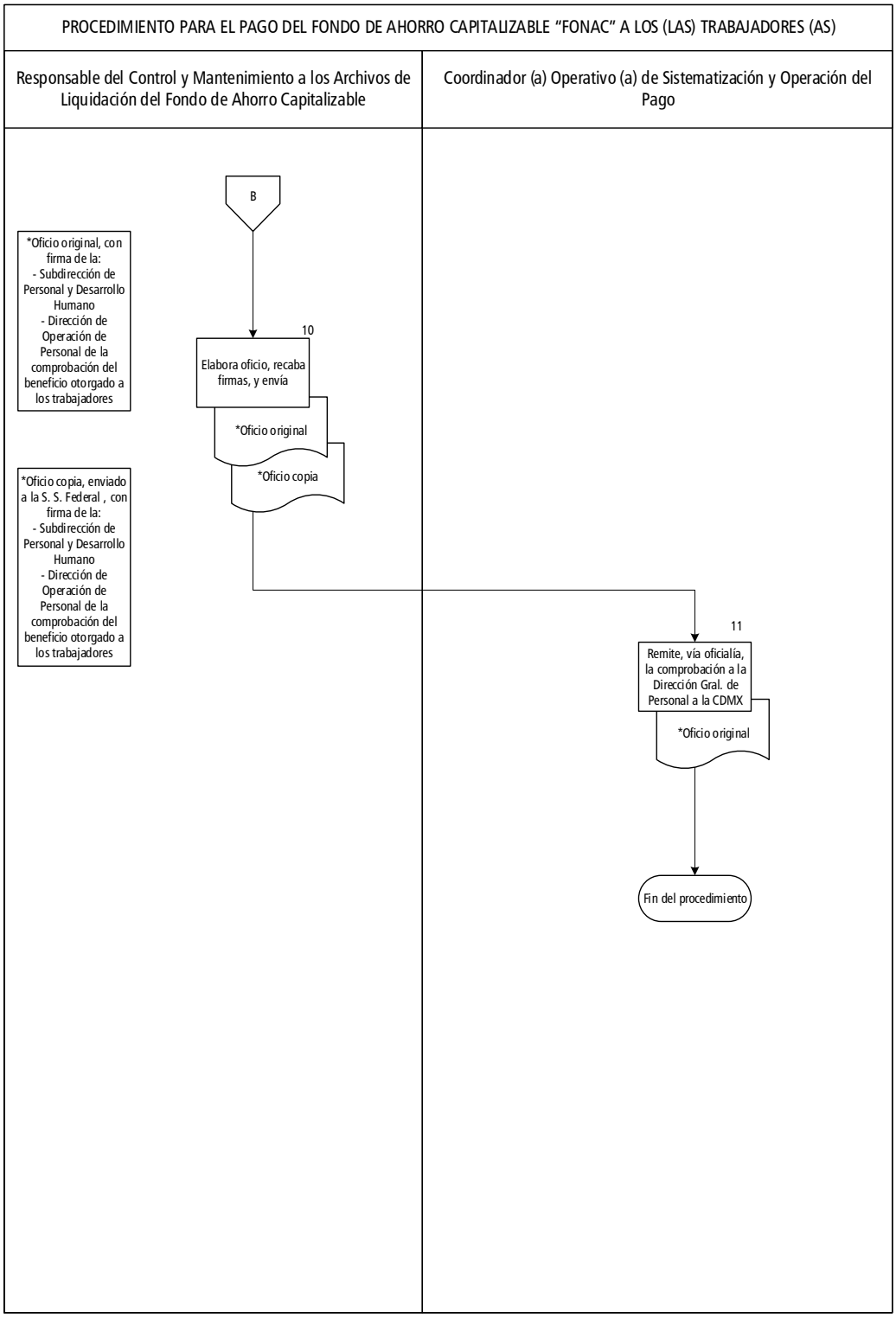
10	Responsable del Control y Mantenimiento a los Archivos de Liquidación del Fondo de Ahorro Capitalizable	Elabora oficio y recaba firma de la Subdirección de Personal y Desarrollo Humano y firma de la Dirección de Operación de Personal de la comprobación del beneficio otorgado a los trabajadores y lo envía a la S.S. Federal y original a la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago.	Oficio
11	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Remite, vía oficialía de partes la comprobación a la Dirección General de Personal en la Ciudad de México.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL FONAC DE AHORRO CAPITALIZABLE "FONAC" A LOS/LAS TRABAJADORES/AS.



PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE "FONAC" A LOS (LAS) TRABAJADORES (AS)




PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE "FONAC" A LOS (LAS) TRABAJADORES (AS)
Responsable del Control y Mantenimiento a los Archivos de Liquidación del Fondo de Ahorro Capitalizable
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago
B
*Oficio original, con firma de la:
- Subdirección de Personal y Desarrollo Humano
- Dirección de Operación de Personal de la comprobación del beneficio otorgado a los trabajadores
10
Elabora oficio, recaba firmas, y envía
*Oficio original
*Oficio copia
*Oficio copia, enviado a la S. S. Federal , con firma de la:
- Subdirección de Personal y Desarrollo Humano
- Dirección de Operación de Personal de la comprobación del beneficio otorgado a los trabajadores
11
Remite, vía oficialía, la comprobación a la Dirección Gral. de Personal a la CDMX
*Oficio original
Fin del procedimiento

7.17.15. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO NÓMINA EXTRAORDINARIA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales **Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas** **LPF (DNPE)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Proceder al pago inmediato del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que por problemas técnicos o de rechazo no fue aceptado en la nómina ordinaria, o bien de aquellos pagos que no fueron aplicados en la nómina, con la vigencia real de pago.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. Acuerdos no Institucionales.
17. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Se deberá contar con la solicitud por escrito de la reclamación del pago.
2. La reclamación deberá de presentarse como máximo en el plazo de un año.
3. Para el pago de nómina extraordinaria a beneficiarios del trabajador/a deberá presentar la documentación probatoria que lo avale como beneficiario/a.

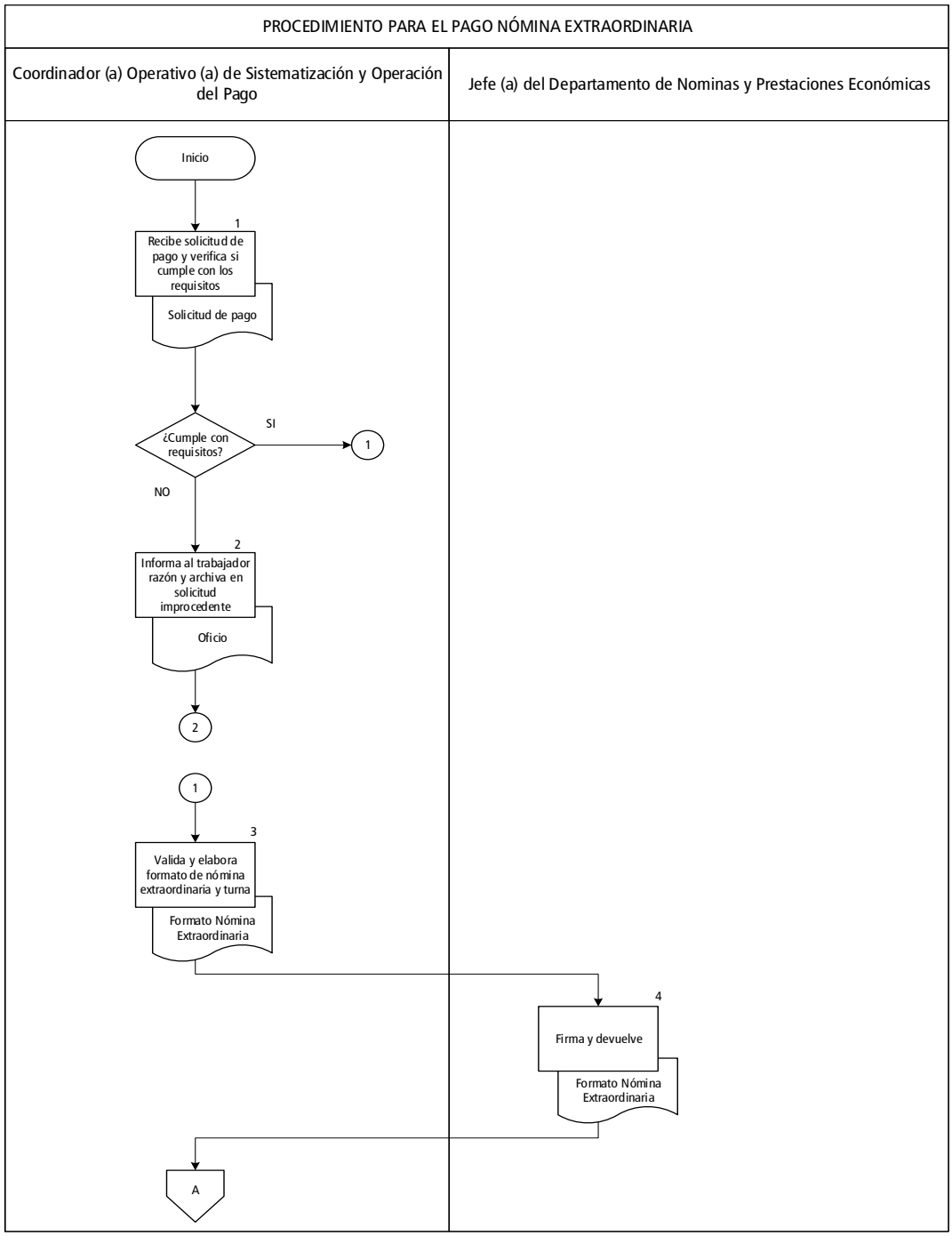
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Se aplica para el pago al personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que no fueron contemplados en la nómina ordinaria.
Recursos	Solicitud de pago, Oficio, Formato Nómina Extraordinaria, Nómina Extraordinaria.
Glosario	Nómina Ordinaria: Nómina total quincenal de pago. Nómina Extraordinaria: Nómina total extra quincenal de pago. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

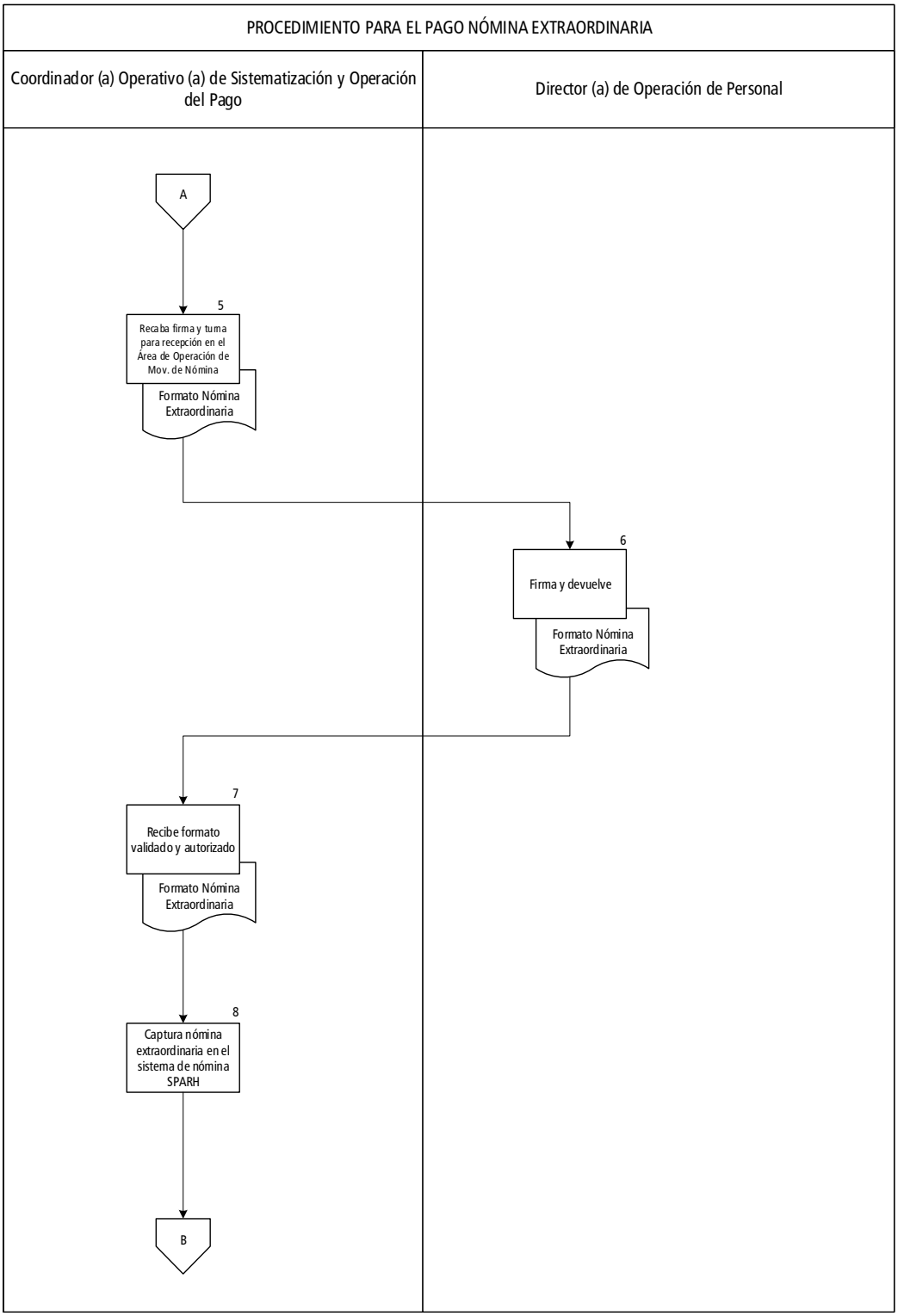
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO NÓMINA EXTRAORDINARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe solicitud de pago y verifica si cumple con los requisitos. ¿Cumple con los requisitos? Si: Continúa actividad no. 3. No: Continúa actividad no. 2.	Solicitud de pago
2		Informa al/la trabajador/a solicitante que es improcedente su solicitud y la razón por la que no procede y se archiva en solicitudes improcedentes. **Fin de procedimiento.**	Oficio
3		Valida la solicitud y elabora el formato de nómina extraordinaria y turna al/la Jefe/a del Departamento	Formato Nómina Extraordinaria

		de Nómina y prestaciones económicas para firma.	
4	Jefe/a del Departamento de Nómina y prestaciones económicas	Firma y devuelve.	
5	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recaba firma de la Dirección de Operación de Personal y turna para su recepción al/a la Director/a de Operación de Personal.	Formato Nómina Extraordinaria
6	Director/a de Operación de Personal	Firma y devuelve.	
7	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe formato de nómina extraordinaria validado y autorizado.	Formato Nómina Extraordinaria
8		Captura nómina extraordinaria en el sistema de nómina SPARH.	
9		Recibe de la Coordinación Sistemas el reporte de validación de que la captura fue realizada de manera correcta en la nómina de pago.	
10		Recibe reporte de nómina extraordinaria y archiva en expediente junto con formatos y documentación soporte que respalda el pago en la nómina.	Reporte de nómina extraordinaria
11		Emite el pago de nómina extraordinaria.	Nómina Extraordinaria
Fin del procedimiento			

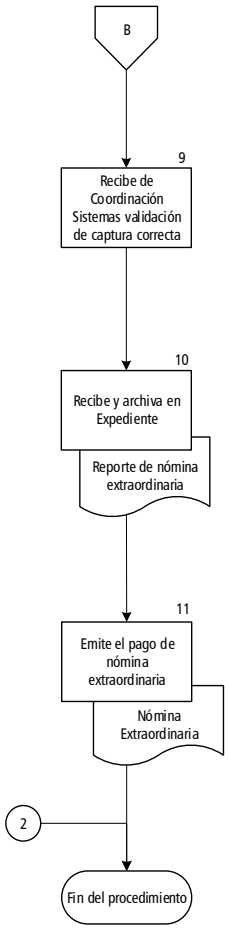
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO NÓMINA EXTRAORDINARIA.




PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO NÓMINA EXTRAORDINARIA
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago
Director (a) de Operación de Personal
A
5
Recaba firma y turna para recepción en el Área de Operación de Mov. de Nómina
Formato Nómina Extraordinaria
6
Firma y devuelve
Formato Nómina Extraordinaria
7
Recibe formato validado y autorizado
Formato Nómina Extraordinaria
8
Captura nómina extraordinaria en el sistema de nómina SPARH
B

PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO NÓMINA EXTRAORDINARIA

Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago



7.17.16. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO POR PENSIÓN ALIMENTICIA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Ana María Esperanza Canto Morales **Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas** **LPF (DNPE)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Dar cumplimiento al pago de pensión alimenticia al/a la beneficiario/a, conforme a los términos señalados por un/una Juez de lo familiar, concerniente a los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que estén sujetos/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El/la jefe/a del Departamento de Nómina acata la orden Judicial Original, emitida por un/una Juez de lo familiar en la consolidación de pago de pensión alimenticia.

	2. El/la Responsable del proceso de aplicar la pensión alimenticia en la nómina de pago. 3. El/la Responsable del proceso da respuesta en término no mayor de 72 hrs. al juzgado de lo familiar y evitar las sanciones que la ley prevé. 4. Una vez emitida la resolución del juez deberá aplicarse de acuerdo al calendario de procesos a la quincena inmediata a la recepción de la resolución. 5. Es obligación de la Coordinación de Operativa de Operación y Pagos dar respuesta inmediata y aplicar las solicitudes y resoluciones judiciales.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Se aplica al pago de pensión alimenticia, a los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud, que estén sujetos/as, a la resolución de un/una Juez de lo familiar.
Recursos	FUMPS, Memorándum, Oficio
Glosario	FUMPS: Formato Único de Movimientos de Personal. Orden de Pensión Alimenticia: Dictamen definitivo de descuento por parte del juzgado de lo familiar. Beneficiario/a: Persona a quien se le debe entregar el pago por concepto de la pensión alimenticia. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

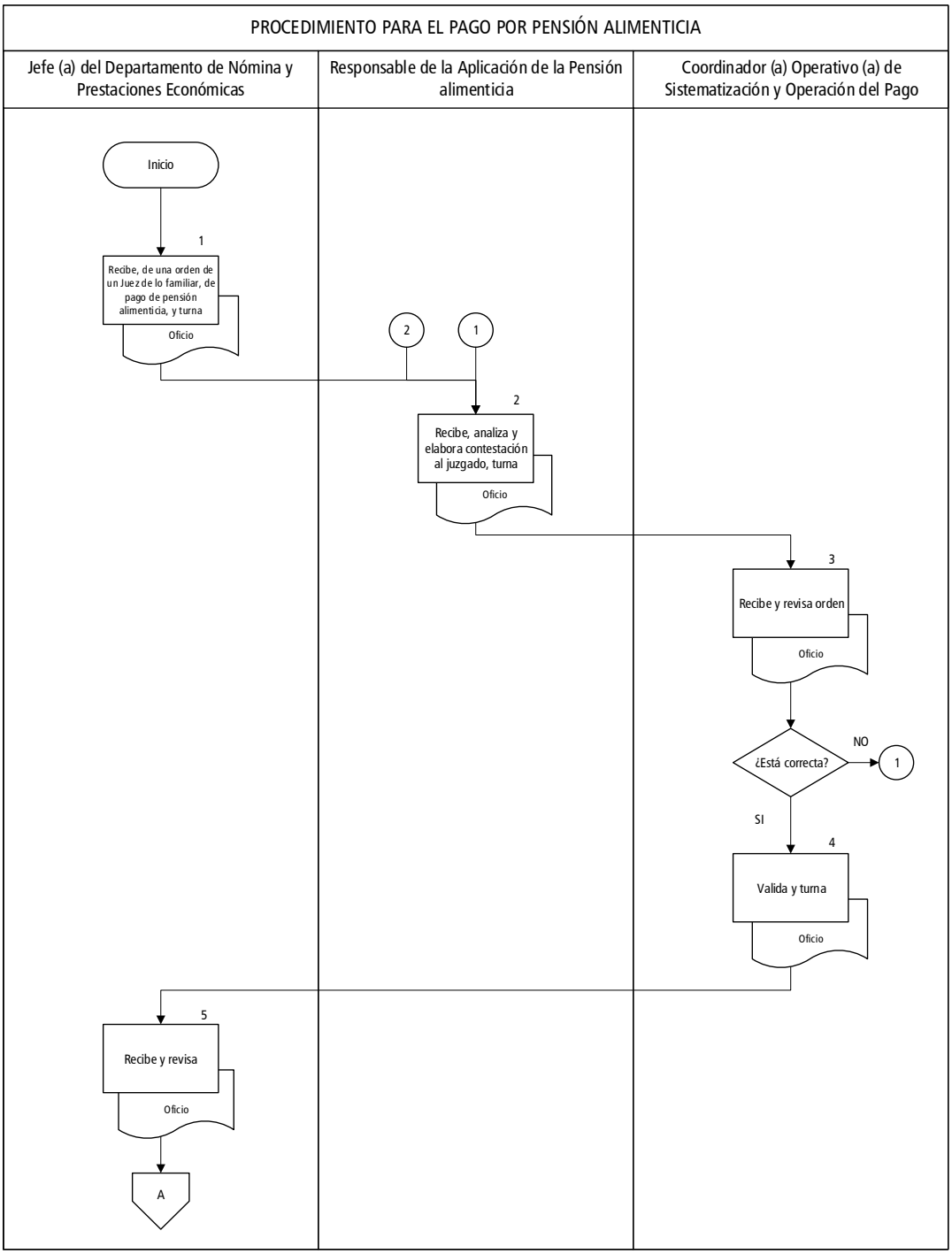
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO POR PENSIÓN ALIMENTICIA.

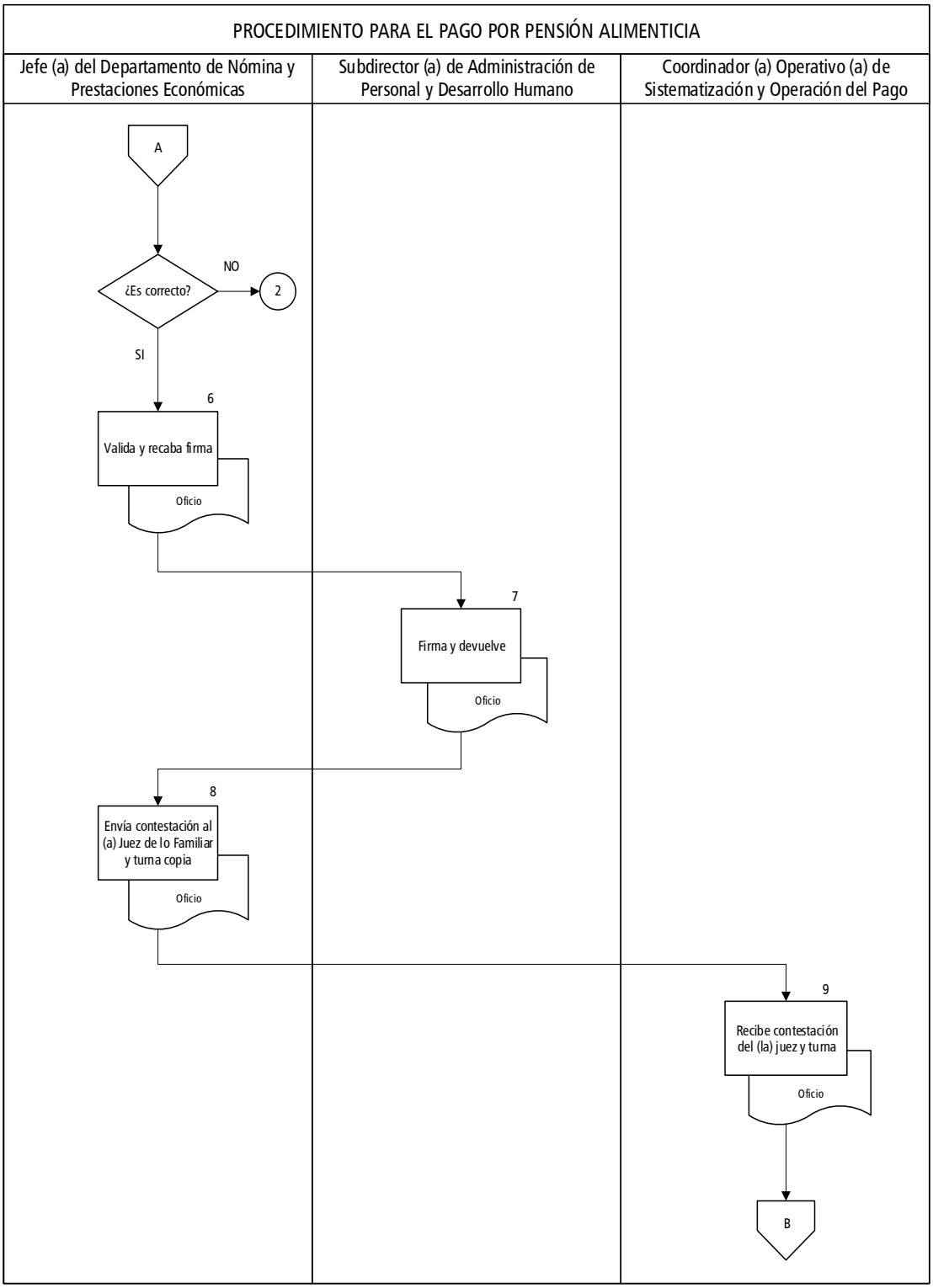
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de	Recibe Oficio de la orden de un/una Juez de lo familiar, concerniente al	Oficio

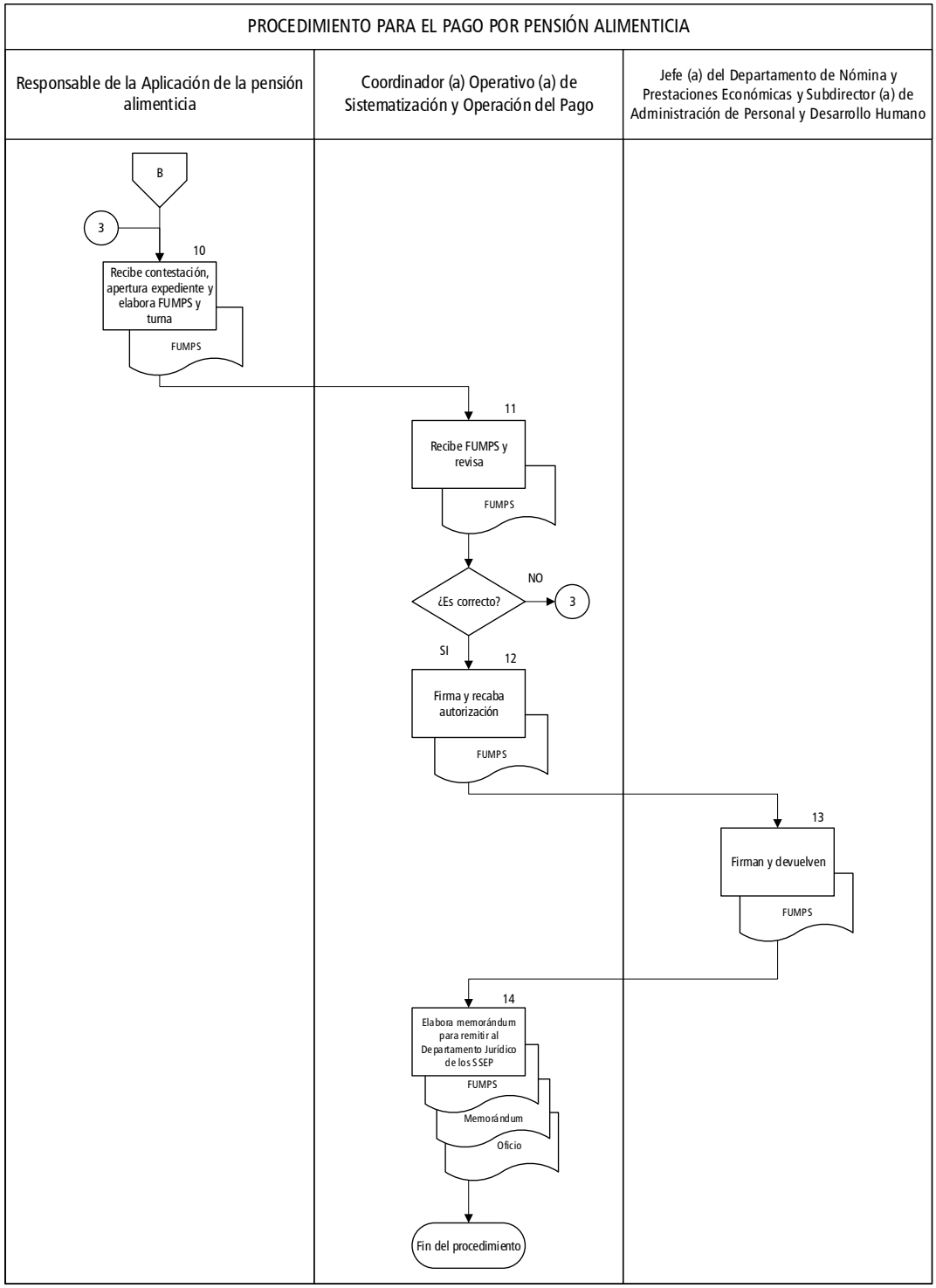
	Nómina y Prestaciones Económicas	pago de pensión alimenticia, y turna al/a la Responsable de la aplicación de la pensión alimenticia.	
2	Responsable de la Aplicación de la Pensión alimenticia	Recibe, analiza y elabora contestación al juzgado turna al/a la Encargado/a de la Coordinación Operativa de Sistematización y Operación del Pago.	Oficio
3	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe y revisa orden. ¿Está correcta? Si: Continúa en la actividad 4. No: Regresa a la actividad 2.	Oficio
4		Valida y turna al/a la Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Oficio
5	Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe y revisa. ¿Es correcto? Sí: Continúa la actividad 6. No: Regresa a actividad 2.	Oficio
6		Valida y recaba firma del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Oficio
7	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Firma y devuelve.	
8	Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Envía contestación al/la Juez de lo Familiar y turna copia al/a la Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago.	Oficio
9	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe contestación del/la juez y turna al/la Responsable de la Aplicación de la pensión alimenticia.	Oficio

10	Responsable de la Aplicación de la Pensión alimenticia	Recibe contestación, apertura expediente y elabora FUMPS y turna a la Coordinación de Operativa de Sistematización y Operación del Pago.	FUMPS
11	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Recibe FUMPS y revisa. Es correcto? Si: Continúa la actividad 12. No: Regresa a actividad 10.	FUMPS
12	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Firma y recaba autorización del/de la Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Oficio
13	Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Firman y devuelven.	
14	Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago	Elabora memorándum para remitir el FUMPS y copia del oficio de la orden de aplicar la pensión alimenticia al Departamento Jurídico de los SSEP.	Memorándum FUMP Copia de oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO POR PENSIÓN ALIMENTICIA.




PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO POR PENSIÓN ALIMENTICIA
Jefe (a) del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas
Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago
A
¿Es correcto?
NO
2
SI
6
Valida y recaba firma
Oficio
7
Firma y devuelve
Oficio
8
Envía contestación al (a) Juez de lo Familiar y turna copia
Oficio
9
Recibe contestación del (la) juez y turna
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO POR PENSIÓN ALIMENTICIA
Responsable de la Aplicación de la pensión alimenticia
Coordinador (a) Operativo (a) de Sistematización y Operación del Pago
Jefe (a) del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano
B
3
10
Recibe contestación, apertura expediente y elabora FUMPS y turna
FUMPS
11
Recibe FUMPS y revisa
FUMPS
¿Es correcto?
NO
3
SI
12
Firma y recaba autorización
FUMPS
13
Firman y devuelven
FUMPS
14
Elabora memorándum para remitir al Departamento Jurídico de los SSEP
FUMPS
Memorándum
Oficio
Fin del procedimiento

7.17.17. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO REMUNERACIONES DE NÓMINA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar los reportes de pago de nóminas, del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentra vinculado con el compromiso del pago las remuneraciones devengadas, que emite la SPARH, a fin de emitir el pago a los/las Trabajadores/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el organismo Público Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las percepciones y descuentos económicos de los/las Trabajadores/as de nómina, se realizarán conforme al dictamen de la Autoridad Gubernamental.
2. Cumplir en tiempo y forma el pago de las remuneraciones al personal de los Servicios de Salud

	del Estado de Puebla. 3. No se aplicarán aquellos movimientos que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avale.
Responsables	Departamento de Nómina y prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	A los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentran vinculados con las percepciones y descuentos económicos, de sus remuneraciones devengadas.
Recursos	Memorándum, Reporte de pago.
Glosario	Remuneraciones: Importe de las percepciones y descuentos. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

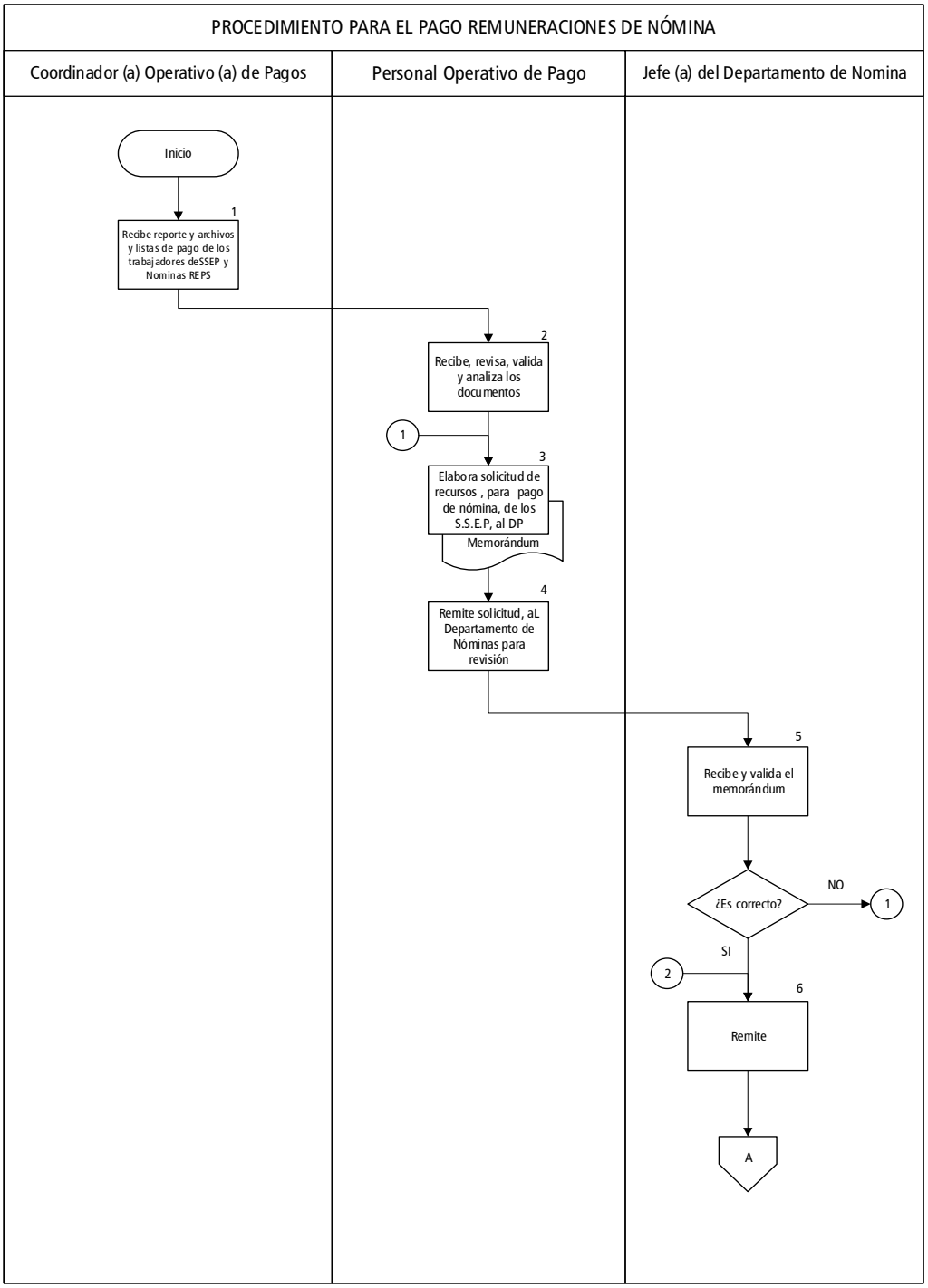
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO REMUNERACIONES DE NÓMINA.

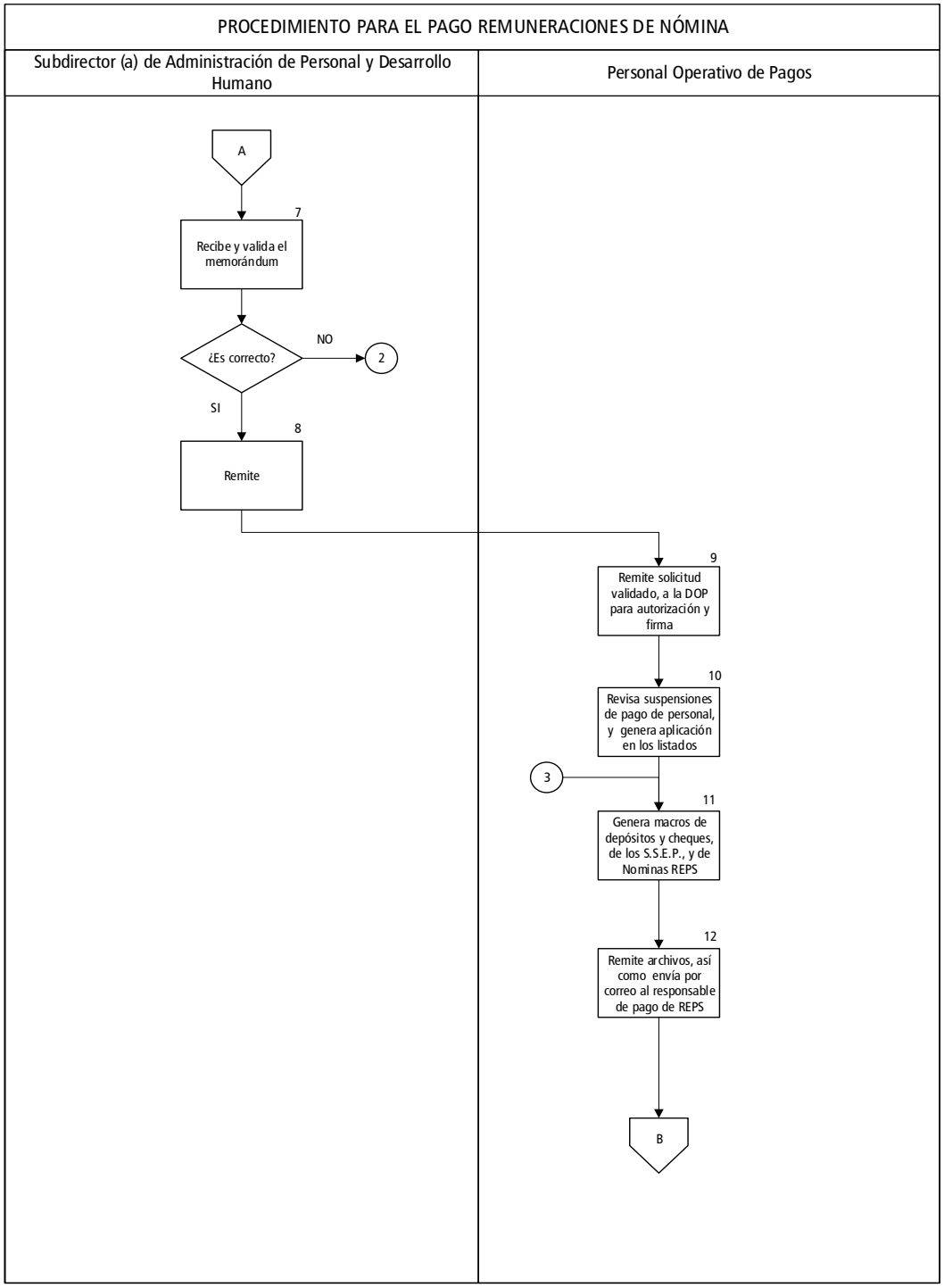
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe de SPARH el reporte y archivos magnéticos, de los documentos que comprenden las contabilidades y listas de pago de los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y de Nóminas REPS del Seguro Popular, turna al Personal Operativo de Pagos.	

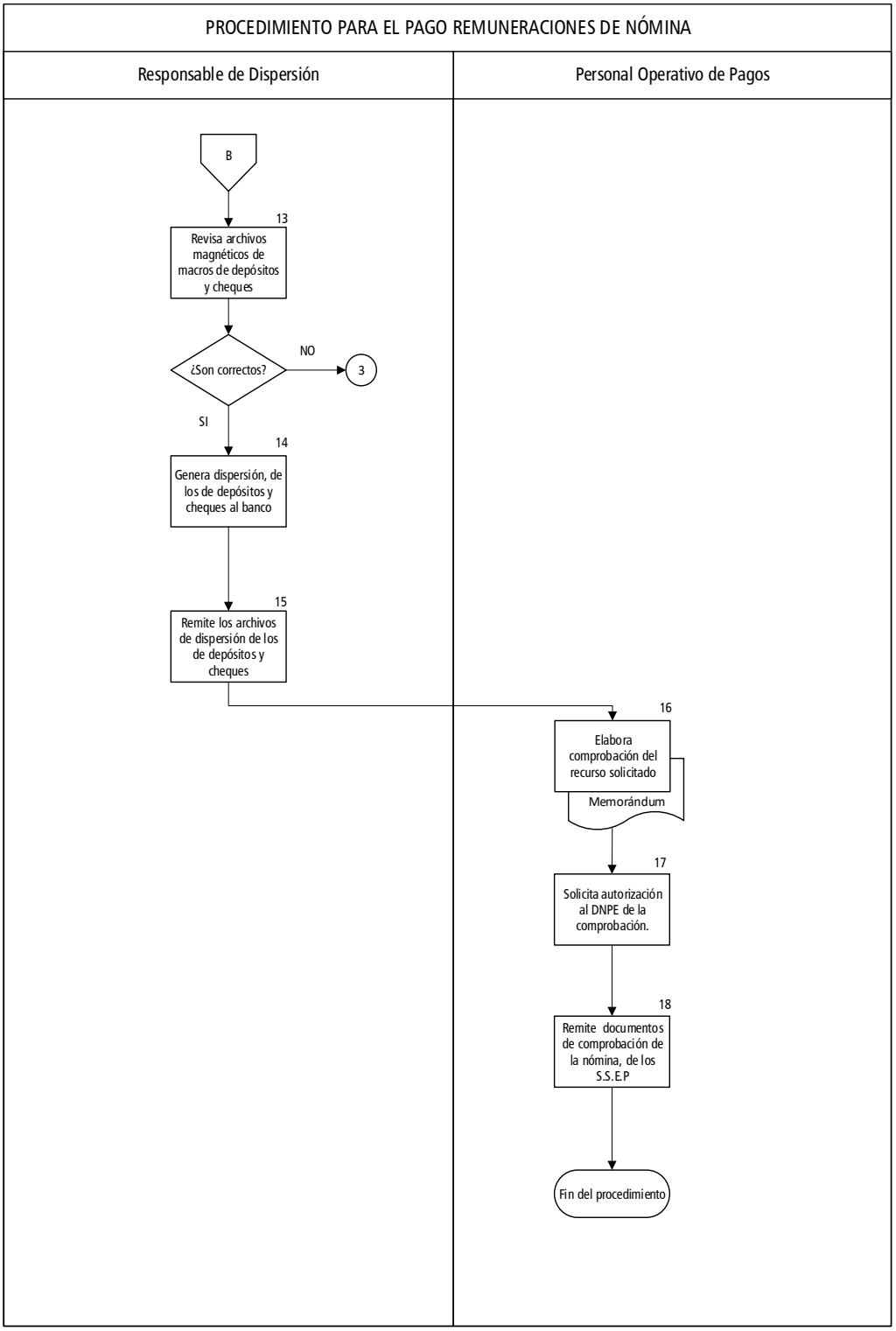
2	Personal Operativo de Pagos	Recibe, revisa, valida y analiza los documentos que comprenden las contabilidades y listas de pago de los trabajadores.	
3		Elabora memorándum de solicitud de recursos económicos, para el pago de nómina, de los S.S.E.P., al Departamento de Presupuesto de los S.S.E.P.	Memorándum
4		Remite memorándum de solicitud, al/la Jefe/a de Departamento de Nómina para revisión.	
5	Jefe/a del Departamento de Nóminas	Recibe y valida el memorándum. ¿Es correcto? Sí: Continúa en la actividad 6. No: Continúa en la actividad 3.	
6		Remite a Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	
7	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Recibe y valida el memorándum. ¿Es correcto? Sí: Continúa en la actividad 8. No: Continúa en la actividad 6.	
8		Remite el memorándum al Personal Operativo de Pagos.	
9	Personal Operativo de Pagos	Remite memorándum de solicitud validado, a la Dirección de Operación de Personal para su autorización y firma.	
10		Revisa las suspensiones de pago de personal, y se genera su aplicación en los listados de pago al personal.	
11		Genera los macros de depósitos y cheques, de nómina, de los S.S.E.P., y de nóminas REPS del Seguro Popular.	

12		Remite archivos magnéticos de macros de depósitos y cheques de nómina, de los S.S.E.P., al/la (a los/las) Responsable (s) de dispersión, así como envía por correo al/a la responsable de pago de REPS del Seguro Popular.	
13	Responsable (s) de dispersión	Revisa archivos magnéticos de macros de depósitos y cheques. ¿Son correctos? Sí: Continúa en la actividad 14. No: Continúa en la actividad 11.	
14		Genera dispersión, de los de depósitos y cheques al banco.	
15		Remite los archivos de dispersión de los depósitos y cheques al Personal Operativo de Pagos.	
16	Personal Operativo de Pagos	Elabora comprobación del recurso solicitado.	Memorándum
17		Solicita autorización a la Jefatura de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas de la comprobación.	
18		Remite memorándum, con los documentos de comprobación de la nómina, de los S.S.E.P., al Departamento de Contabilidad y Tesorería y Patrimonio de los S.S.E.P.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO REMUNERACIONES DE NÓMINA.




PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO REMUNERACIONES DE NÓMINA
Subdirector (a) de Administración de Personal y Desarrollo Humano
Personal Operativo de Pagos
A
7
Recibe y valida el memorándum
¿Es correcto?
NO
2
SI
8
Remite
9
Remite solicitud validado, a la DOP para autorización y firma
10
Revisa suspensiones de pago de personal, y genera aplicación en los listados
3
11
Genera macros de depósitos y cheques, de los S.S.E.P., y de Nominas REPS
12
Remite archivos, así como envía por correo al responsable de pago de REPS
B


PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO REMUNERACIONES DE NÓMINA
Responsable de Dispersión
Personal Operativo de Pagos
B
13
Revisa archivos magnéticos de macros de depósitos y cheques
¿Son correctos?
NO
3
SI
14
Genera dispersión, de los de depósitos y cheques al banco
15
Remite los archivos de dispersión de los de depósitos y cheques
16
Elabora comprobación del recurso solicitado
Memorándum
17
Solicita autorización al DNPE de la comprobación.
18
Remite documentos de comprobación de la nómina, de los S.S.E.P
Fin del procedimiento

7.17.18. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL ISSSTE.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar los reportes de descuentos de nóminas, de los movimientos de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentren vinculados con el pago a ISSSTE, que emite SPARH, a fin de determinar el importe de pago de los/las Trabajadores/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las retribuciones y descuentos económicos a los/las Trabajadores/as vía nómina, se realizarán conforme lo dicte la autoridad gubernamental.
2. Cumplir en tiempo y forma con el calendario de pago a

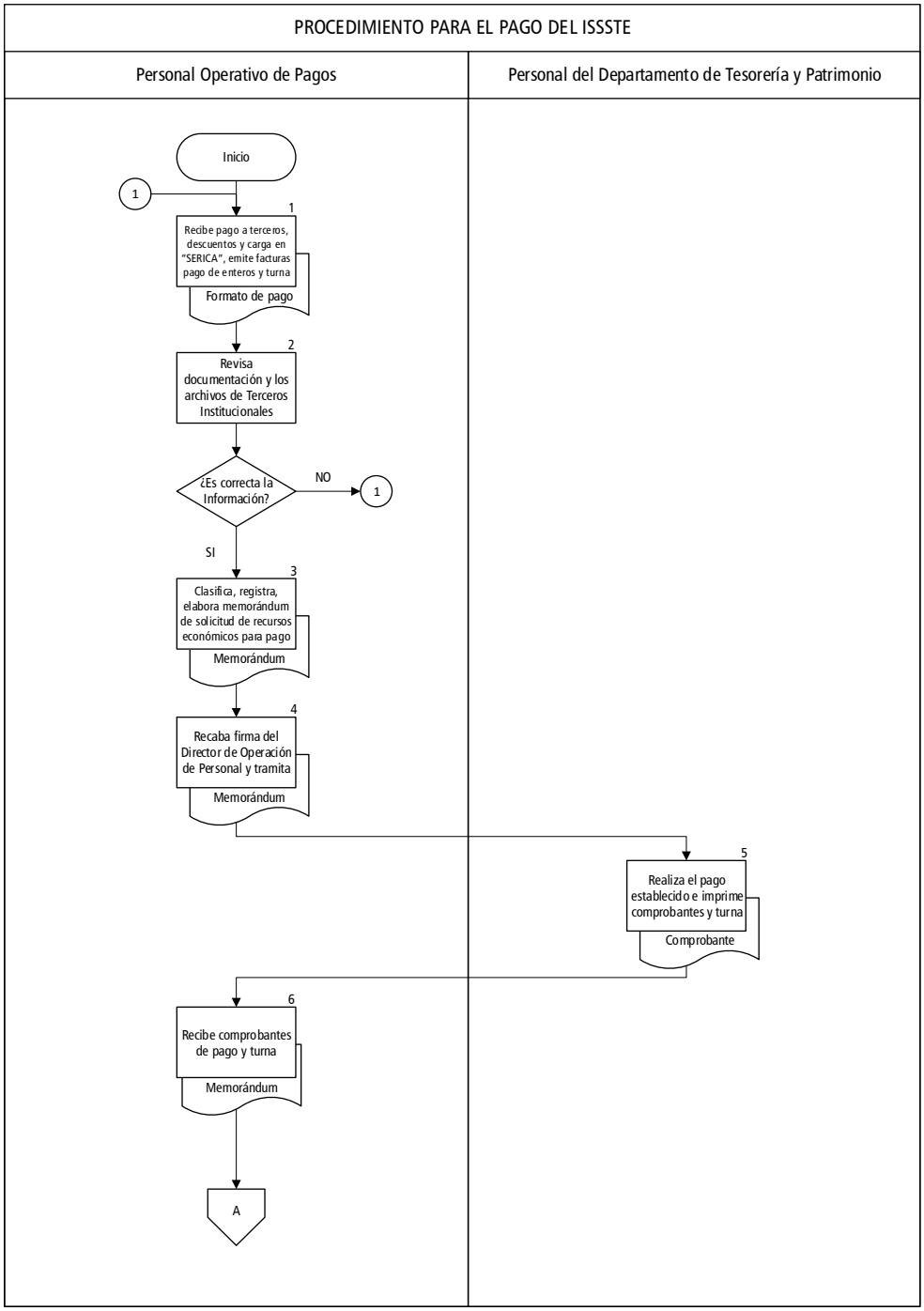
	terceros institucionales, que deberán de ser cubiertas de manera quincenal los días 5 y 20 de cada mes.
Responsables	Departamento de Nómina y prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que se encuentren vinculados con el compromiso de descuentos, por parte del ISSSTE.
Recursos	Formato TG1, Formato de pago a Terceros Institucionales, Comprobante, Memorándum, Oficio.
Glosario	ISSSTE: Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL ISSSTE.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal Operativo de Pagos	Recibe de SPARH, archivos de pago a terceros institucionales y archivos magnéticos que contienen descuentos a los/las Trabajadores/as por los compromisos con terceros institucionales y carga archivos a la plataforma “SERICA”, misma que emite facturas de pago de enteros.	Formato de pago a terceros Institucionales
2		Revisa la documentación y los archivos magnéticos de terceros institucionales. ¿Es correcta la Información?	

		Sí: Continua en la actividad 3. No: Continúa en la actividad 1.	
3		Clasifica, registra y elabora memorándum de solicitud de recursos económicos al Departamento de Presupuesto, para el pago del ISSSTE.	Memorándum
4		Recaba firma del/de la Director/a de Operación de Personal y tramita.	Memorándum
5	Departamento de Tesorería y Patrimonio	Realiza el pago establecido en el memorándum de solicitud e imprime comprobantes y turna a la Coordinación Operativa de Pagos.	Comprobante
6	Personal Operativo de Pagos	Recibe comprobantes de pago.	Comprobante
7		Revisa, requisita formato cifras control ISSSTE y descarga formato de pago al ISSSTE TG, a través de su página de internet oficial, en el apartado que se señale.	Formato Cifras Control
8		Elabora oficio de entrega de formatos de Cifras Control y formato TG1 a la Delegación Estatal del ISSSTE, tramita y turna.	Oficio
9		Integra expediente de archivo para consulta tanto magnético como documental del ISSSTE.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL ISSSTE



PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL ISSSTE

Personal operativo de Pagos



7.17.19. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO A FOVISSSTE.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar los reportes de descuentos de nómina de los movimientos de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentren vinculados con el pago a FOVISSSTE, que emite SPARH, a fin de determinar el importe de pago de los/las Trabajadores/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el organismo Público Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las retribuciones y descuentos económicos a los/las Trabajadores/as vía nómina, se realizarán conforme al dictamen de la autoridad gubernamental.
2. Cumplir en tiempo y forma con el calendario de pago

	a FOVISSSTE, que deberá de ser cubierto de manera quincenal. 3. No se aplicarán, a aquellos movimientos que no se encuentren debidamente soportados, con la documentación establecida que los avale.
Responsables	Departamento de Nómina y prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	A los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentren vinculados con el compromiso de descuentos, por parte de FOVISSSTE.
Recursos	Memorándum, Contabilidad, Comprobantes de pago, Reporte de autorización.
Glosario	FOVISSSTE: Fondo de Vivienda de Servicios de Seguridad a Trabajadores del Estado. C.O.P. Coordinación Operativa de Pagos. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

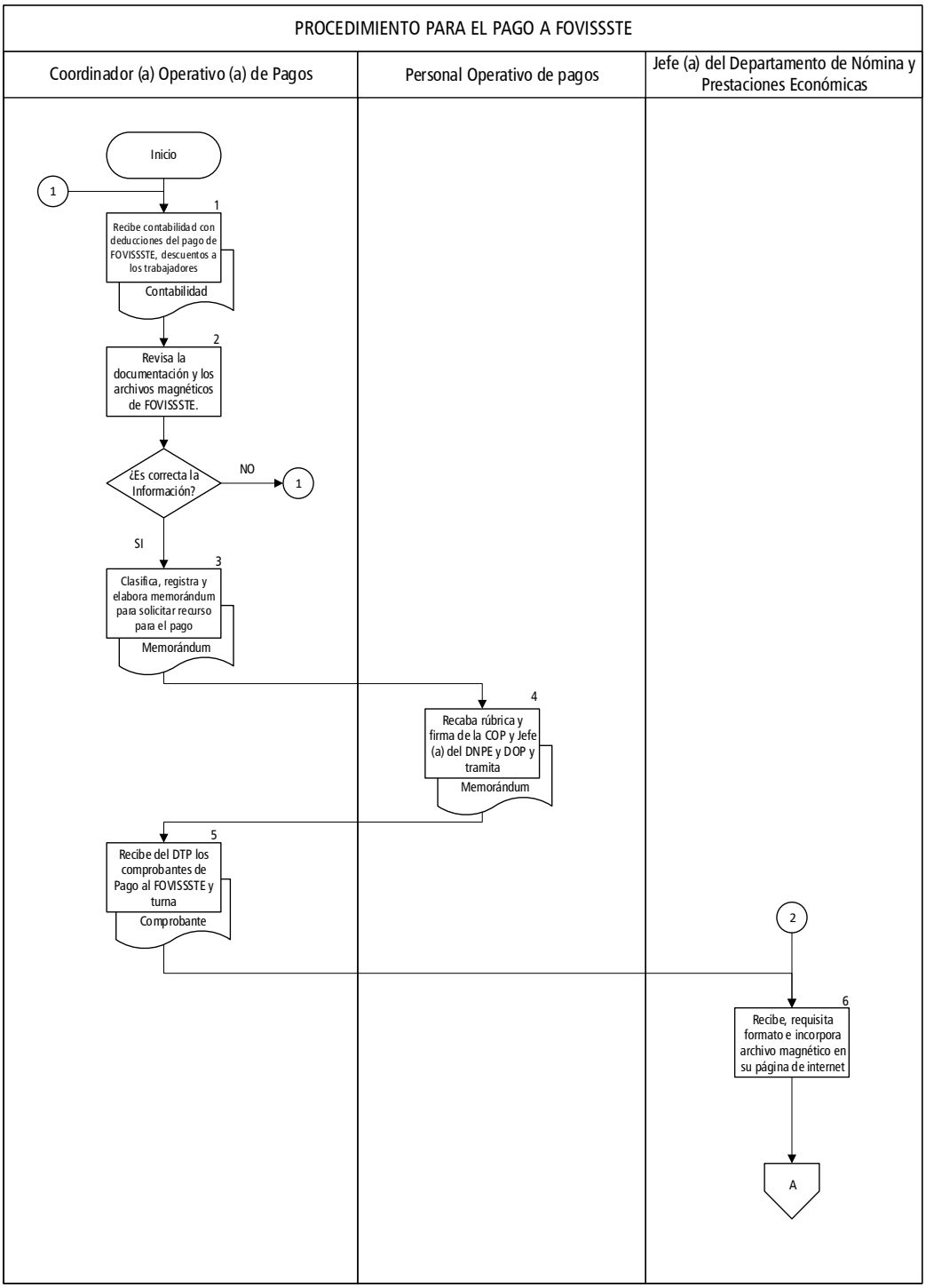
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO A FOVISSSTE.

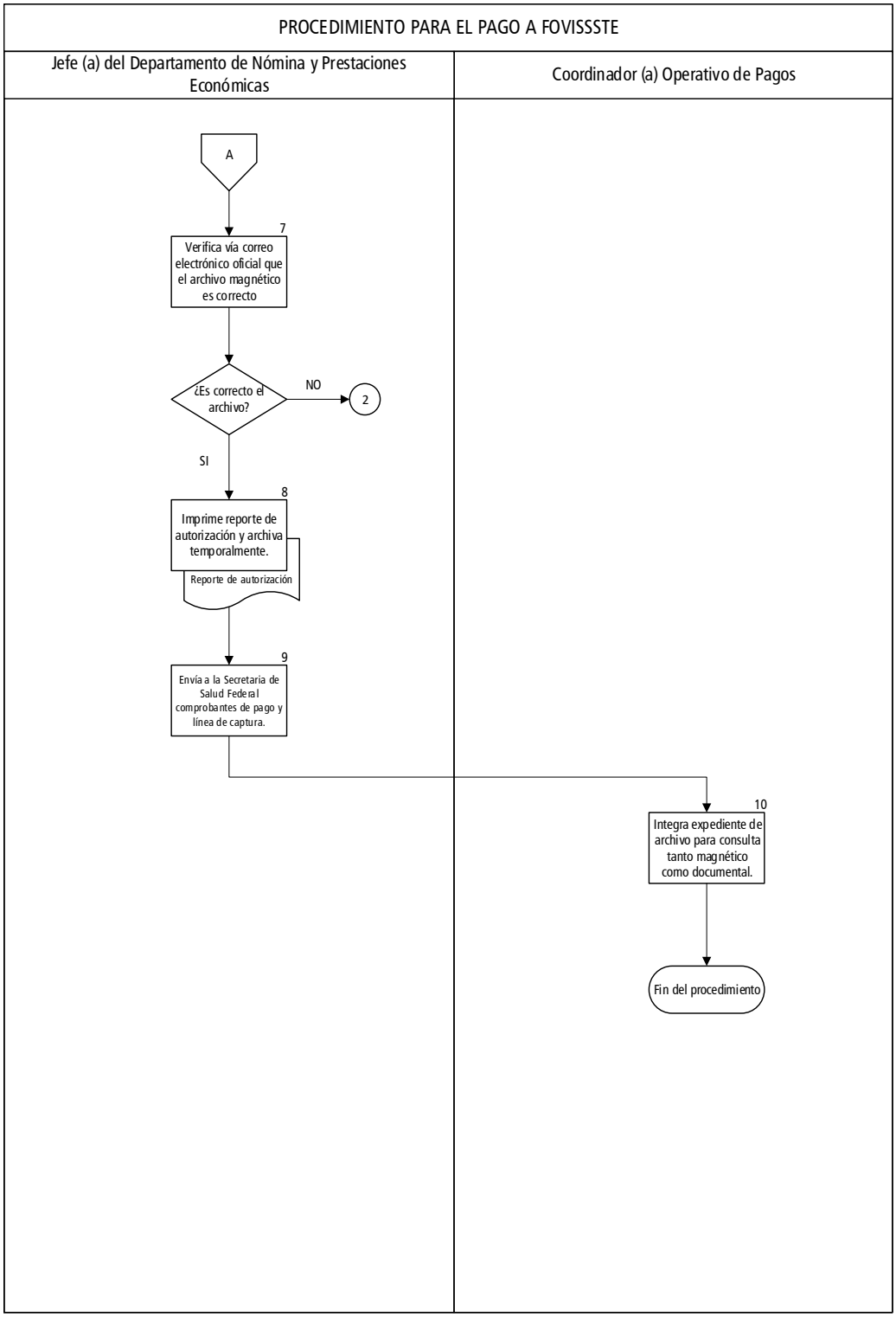
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo de Pagos	Recibe de SPARH, contabilidad con deducciones del pago de terceros institucionales FOVISSSTE, así como archivos magnéticos que contienen descuentos a los/las Trabajadores/as.	Contabilidad
2		Revisa la documentación y los archivos magnéticos de	

		FOVISSSTE. ¿Es correcta la información? Si: Continúa en la actividad 3. No: Continúa en la actividad 1.	
3		Clasifica, registra y elabora memorándum para solicitar el recurso al Departamento de Presupuesto, para el pago de FOVISSSTE.	Memorándum
4	Personal Operativo de Pagos	Recaba rúbrica y firma del/de la Coordinador/a Operativo/a de Pagos, Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, y Director/a de Operación de Personal, y tramita.	Memorándum
5	Coordinador/a Operativo de Pagos	Recibe del Departamento de Tesorería y Patrimonio los comprobantes de pago al FOVISSSTE y turna.	Comprobantes de Pago
6	Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe comprobante de pago, requisita formato e incorpora archivo magnético del FOVISSSTE en su página de internet, correspondiente del apartado de control de pagos.	
7		Verifica vía correo electrónico oficial que el archivo magnético es correcto. ¿Es correcto el archivo? Si: Continúa en la actividad 8. No: Continúa en la actividad 6.	
8		Imprime reporte de autorización y archiva temporalmente.	Reporte de autorización
9		Envía a la Secretaria de Salud federal a través de su portal de internet oficial, comprobantes de pago y línea de captura.	

10	Coordinador/a Operativo de Pagos	Integra expediente de archivo para consulta tanto magnético como documental.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO A FOVISSSTE.




PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO A FOVISSSTE
Jefe (a) del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas
Coordinador (a) Operativo de Pagos
A
7
Verifica vía correo electrónico oficial que el archivo magnético es correcto
¿Es correcto el archivo?
NO
2
SI
8
Imprime reporte de autorización y archiva temporalmente.
Reporte de autorización
9
Envía a la Secretaria de Salud Federal comprobantes de pago y línea de captura.
10
Integra expediente de archivo para consulta tanto magnético como documental.
Fin del procedimiento

7.17.20. PROCEDIMIENTO PARA PAGAR DEL SAR FOVISSSTE.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar los reportes de descuentos de nóminas, de los movimientos de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentren vinculados con el pago a SAR-FOVISSSTE, que emite SPARH, a fin de determinar el importe de pago de los/las Trabajadores/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las retribuciones y descuentos económicos a los/las Trabajadores/as vía nómina, se realizarán conforme al dictamen de la autoridad gubernamental.

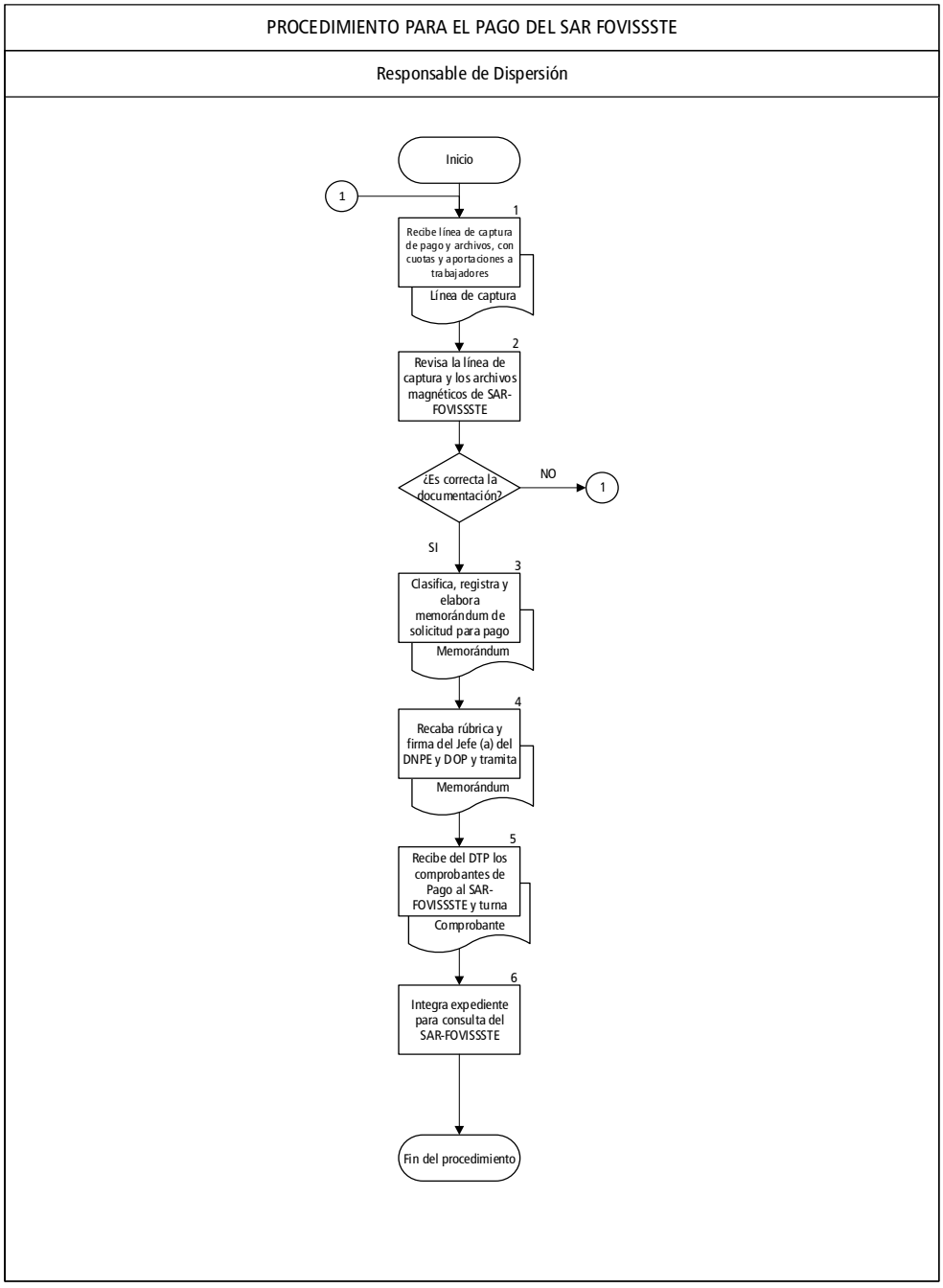
	1. Cumplir en tiempo y forma con el calendario de pago SAR-FOVISSSTE, que deberá de ser cubierto de manera bimestral los primeros 12 días del mes. 2. No se aplicarán aquellos movimientos que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avale.
Responsables	Departamento de Nómina y prestaciones Económicas, Dirección de Planeación y Programación.
Áreas Involucradas	Los movimientos de aplicación, que realiza los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de pago a SAR-FOVISSSTE, proveniente el pago los descuentos de las percepciones económicas de los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Línea de Captura, Comprobantes de Pago, Comprobantes.
Glosario	SAR-FOVISSSTE: Sistema de Ahorro para el Retiro y Fondo de Vivienda. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL SAR FOVISSSTE.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de dispersión	Recibe del/de la Coordinador/a Operativo/a de Sistematización y Operación del Pago, línea de captura de pago SAR-FOVISSSTE y archivos magnéticos, que contienen cuotas y aportaciones a los/las	Línea de captura

		Trabajadores/as.	
2		Revisa la línea de captura y los archivos magnéticos de SAR-FOVISSSTE. ¿Es correcta la documentación? Si: Continúa en la actividad 3. No: Regresa a la actividad 1.	
3		Clasifica, registra y elabora memorándum de solicitud de recursos para el pago al Departamento de Presupuesto.	Memorándum
4		Recaba rubrica y firma del/de la Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y de la Dirección de Operación de personal y tramita.	Memorándum
5		Recibe del Departamento de Tesorería y Patrimonio los comprobantes de Pago al SAR-FOVISSSTE.	Comprobantes de Pago
6		Integra expediente de archivo para consulta tanto magnético como documental del SAR-FOVISSSTE.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL SAR FOVISSSTE.



7.17.21. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SEGUROS INSTITUCIONALES.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar los reportes de descuentos de nóminas de los movimientos de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentren vinculados con el pago a seguros institucionales que emiten SPARH, a fin de determinar el importe de pago de los/las Trabajadores/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las retribuciones y descuentos económicos a los/las Trabajadores/as vía nómina se realizarán conforme al dictamen de la autoridad gubernamental.

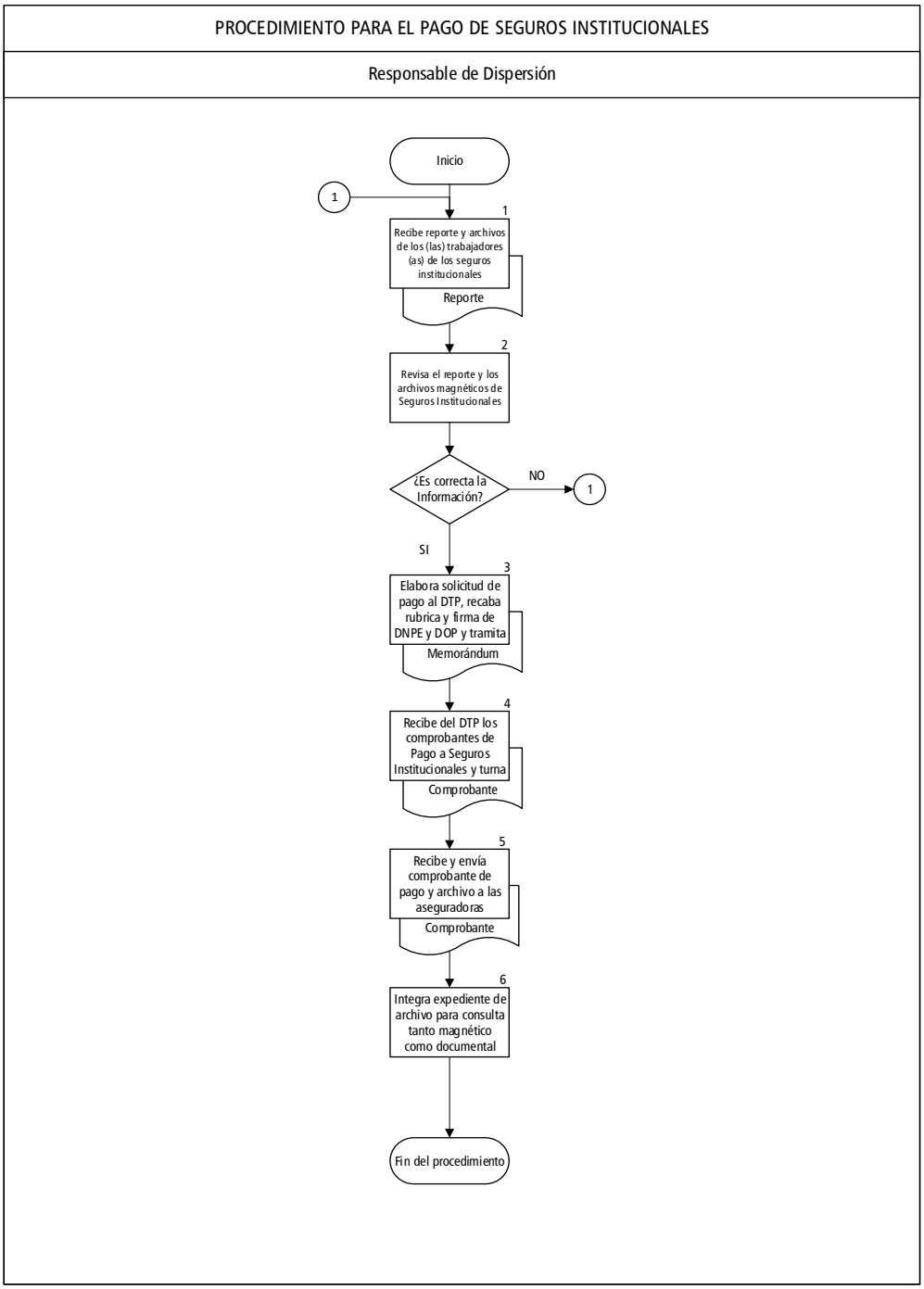
	2. Cumplir en tiempo y forma con el calendario de pago a seguros instituciones, que deberá de ser cubierto de manera mensual los 20 primeros días del mes. 3. No se aplicarán aquellos movimientos que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avale.
Responsables	Departamento de Nómina y prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	A los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentren vinculados/as con el compromiso de descuentos por parte de seguros institucionales.
Recursos	Reporte, Memorándum, Comprobantes de pago.
Glosario	SI. Seguro Institucional. SC. Seguro Colectivo. SR. Seguro de Responsabilidad. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos. DTP: Departamento de Tesorería y Patrimonio. DNPE: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. DOP: Dirección de Operación de Personal. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SEGUROS INSTITUCIONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable (s) de dispersión	Recibe de SPARH, el reporte y archivos magnéticos que contienen descuentos a los/las Trabajadores/as	Reporte

		de los seguros institucionales (institucional, colectivo y de responsabilidad profesional).	
2		Revisa el reporte y los archivos magnéticos de seguros institucionales. ¿Es correcta la información? Si: Continúa en la actividad No. 3. No: Regresa a la actividad No. 1.	
3		Elabora memorándum de solicitud de pago de los seguros institucionales (colectivo, institucional y seguro de responsabilidad profesional) al Departamento de Tesorería y Patrimonio, recaba rubrica y firma de la Jefatura del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y de la Dirección de Operación de Personal y tramita.	Memorándum
4		Recibe del Departamento de Tesorería y Patrimonio los comprobantes de pago a seguros institucionales y turna.	Comprobantes de Pago
5		Recibe y envía comprobante de pago y archivo en medio magnético a las aseguradoras a través de su correo electrónico.	Comprobantes de Pago
6		Integra expediente de archivo para consulta tanto magnético como documental.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SEGUROS INSTITUCIONALES.



7.17.22. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE TERCEROS NO INSTITUCIONALES.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Analizar y aplicar los reportes de descuentos en nóminas, de los movimientos de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentra vinculado con el compromiso, por parte de terceros no institucionales, que emite SPARH, a fin de determinar el importe de pago a los/las Trabajadores/as.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las retribuciones y descuentos económicos a los/las Trabajadores/as vía nómina, se realizarán conforme al dictamen de la autoridad gubernamental.

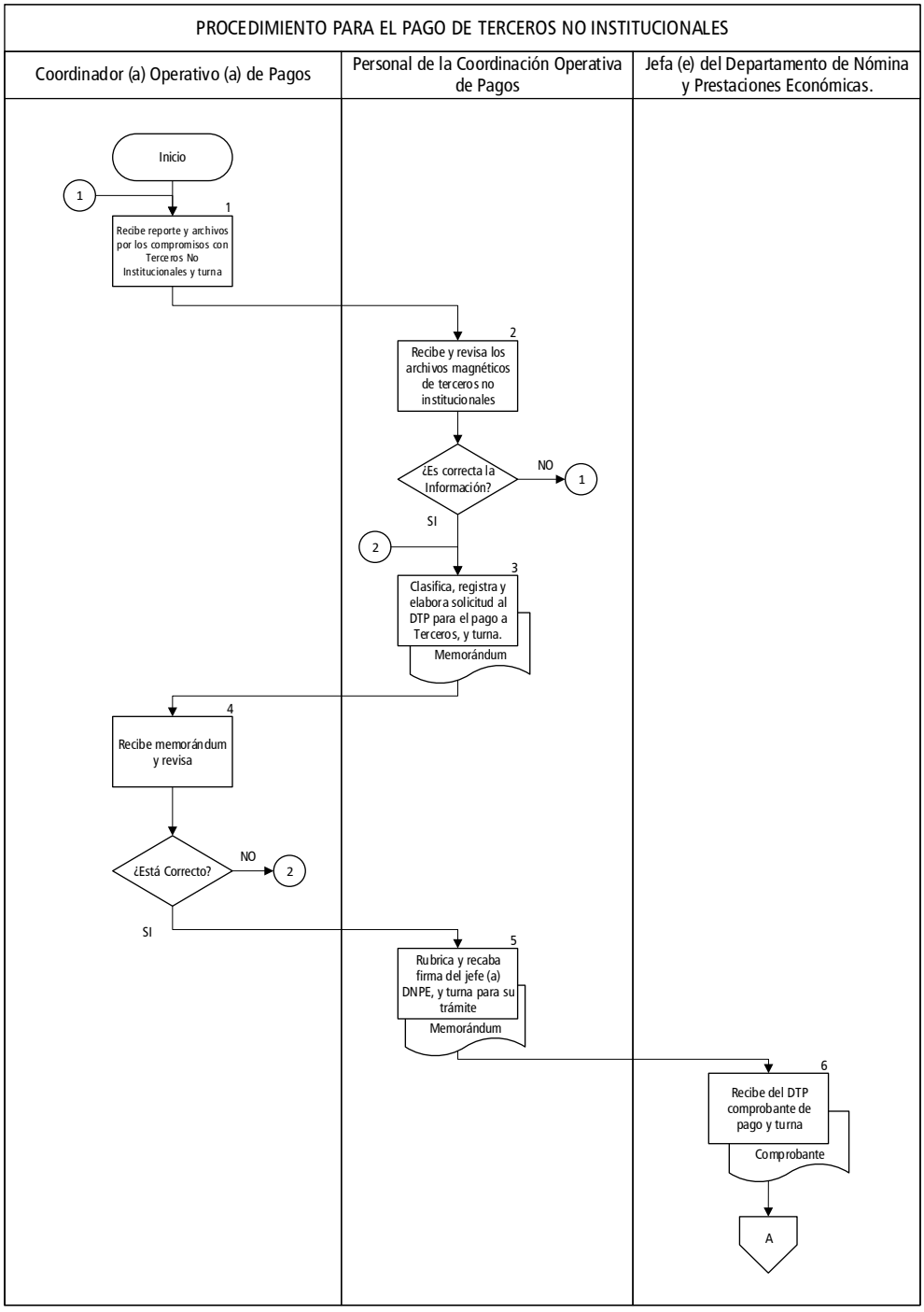
	2. Cumplir en tiempo y forma con el calendario de pago a terceros no institucionales, esto se hará de manera mensual y cuatrimestral. 3. No se aplicarán, aquellos movimientos que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avale.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	A los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que se encuentran vinculados/as con el compromiso de descuentos, por parte de terceros no institucionales. A terceros no Institucionales como son: Met-Life, GNP, Seguros Argos, Promobien, Etesa, La Tienda, Grupo Mexicano de Seguros y Sindicato.
Recursos	Memorándum, Reporte de Pago.
Glosario	Met-Life: Met-Life México, S. A. GNP: Grupo Nacional Provincial, S. A. Seguros Argos: Seguros Argos, S. A. Promobien: Promobien, S. A. Etesa: Equipos y T. S. A. La Tienda: La Tienda, S. A. GMSA: Grupo Mexicano de Seguros, S. A. Sindicato: Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos. DTP: Departamento de Tesorería y Patrimonio. DNPE: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

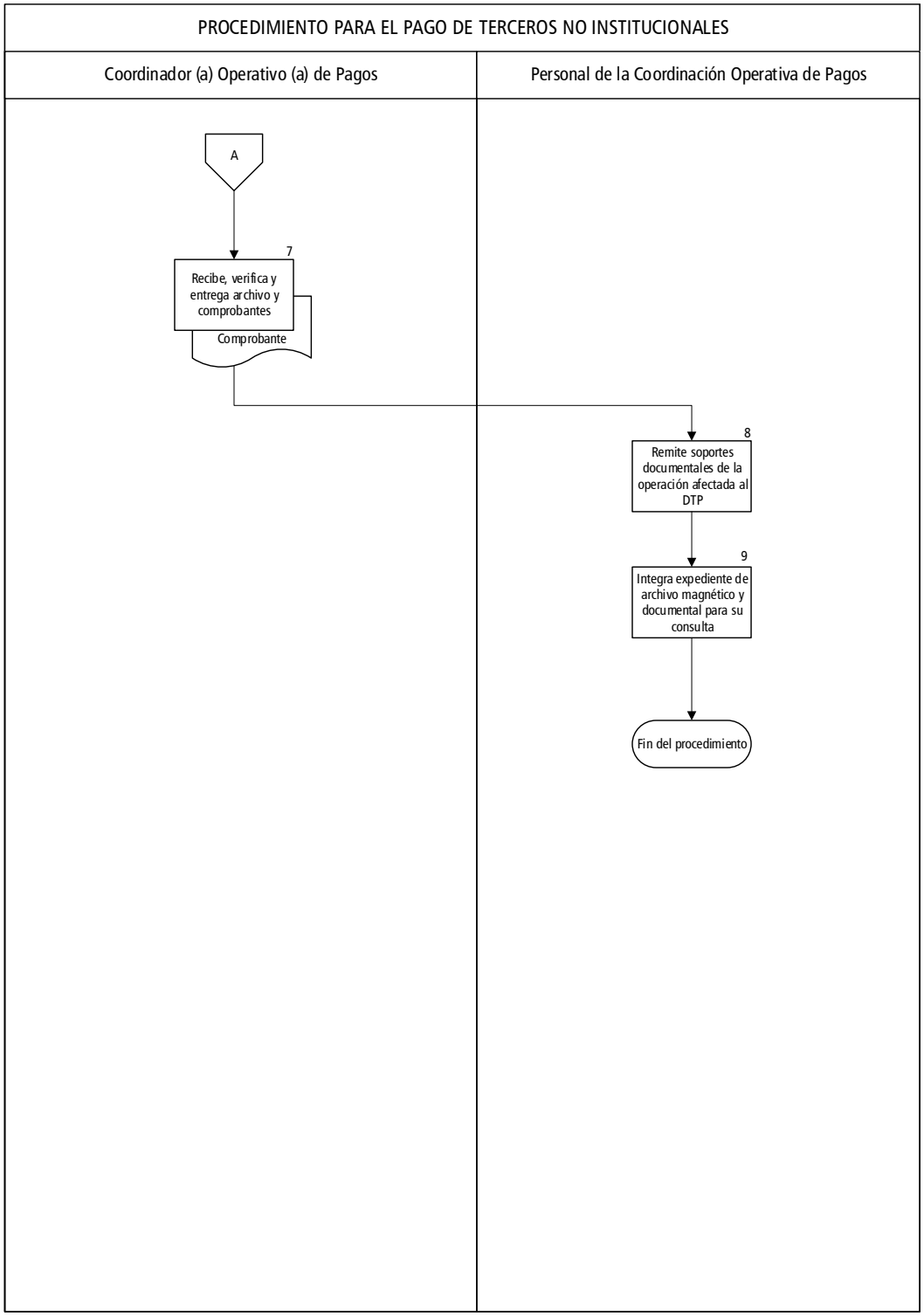
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE TERCEROS INSTITUCIONALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe de SPARH el reporte y archivos magnéticos, que contienen descuentos a los/las Trabajadores/as por los compromisos con terceros no institucionales y turna.	
2	Personal Operativo de Pagos	Recibe y revisa los archivos magnéticos de terceros no institucionales. ¿Es correcta la información? Si: Continúa en la actividad 3. No: Regresa a la actividad 1.	
3		Clasifica, registra y elabora memorándum de solicitud al Departamento de Tesorería y Patrimonio, para el pago a terceros y turna.	Memorándum
4	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe memorándum y revisa. ¿Está correcto? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Continúa en la actividad 3.	
5	Personal Operativo de Pagos	Rubrica y recaba firma del/de la Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y turna para su trámite.	Memorándum
6	Jefe/a del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe del Departamento de Tesorería y Patrimonio comprobante de pago y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos.	Comprobante de Pago

7	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe comprobantes de pago del Departamento de Tesorería y Patrimonio, verifica y entrega archivo magnético, documental y comprobantes de pago a terceros No institucionales.	Comprobante de Pago
8	Personal Operativo de Pagos	Remite soportes documentales de la operación afectada al Departamento de Tesorería y Patrimonio.	
9		Integra expediente de archivo magnético y documental para su consulta.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE TERCEROS INSTITUCIONALES.




PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE TERCEROS NO INSTITUCIONALES
Coordinador (a) Operativo (a) de Pagos
Personal de la Coordinación Operativa de Pagos
A
7
Recibe, verifica y entrega archivo y comprobantes
Comprobante
8
Remite soportes documentales de la operación afectada al DTP
9
Integra expediente de archivo magnético y documental para su consulta
Fin del procedimiento

7.17.23. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales **Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas** **LPF (DNPE)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Enviar en tiempo y forma la nómina a los diferentes Centros de Responsabilidad que se encuentran designados como centros de pago de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como realizar de manera quincenal la recepción e integración de la comprobación de la misma por cada uno de los programas.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El envío de la nómina se llevará a cabo un día anterior al día de pago de cada quincena, de acuerdo al Calendario de Pago y Comprobación de Nómina, emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.

2. Las suspensiones de pago que se generen por las diferentes Departamentos que integran la Dirección de Operación de Personal fuera del calendario establecido y que, de acuerdo a las fechas establecidas para dispersión del pago, puedan registrarse en el Sistema SPARH, se solicitarán mediante memorándums.
3. Las suspensiones se aplicarán a todos los pagos generados en la quincena que se especifique.
4. El personal de la empresa transportadora de valores proporcionará al Coordinador/a Operativo/a de Pagos su identificación autorizada por la empresa.
5. El/la Coordinador/a Operativo de Pagos validará que el personal de la empresa transportadora de valores se encuentre registrado en el catálogo emitido por dicha empresa y tomará los datos personales.
6. Es responsabilidad del/de la Pagador/a Habilitado/a del centro de responsabilidad la guarda y custodia de los valores desde su recepción hasta su entrega en óptimas condiciones con la comprobación correspondiente.
7. El/la Pagador/a Habilitado/a del centro de responsabilidad debe realizar en su totalidad la entrega de comprobantes y cheques a los/las beneficiados/as.
8. En caso de extravío y/o pérdida de algún valor, el/la Pagador/a Habilitado/a del centro de responsabilidad deberá reportarse de forma inmediata a la Coordinación Operativa de Pagos y realizar los trámites o gestiones correspondientes para determinar las responsabilidades legales y administrativas a que haya lugar.
9. Para la comprobación de la nómina, los diferentes Centros de Responsabilidad deberán de apegarse al Calendario de Pago y Comprobación de Nómina, emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.
10. Los Centros de Responsabilidad que no entreguen su comprobación en la fecha que les corresponde de acuerdo al calendario, podrán realizarlo 5 días hábiles posteriores, sin devolución de valores.

	11. El sello de “cancelado” en los listados de firma, debe de aplicarse en los casos de los comprobantes y cheques que correspondan a pagos emitidos y que no procedan por motivo de defunción, renuncia, jubilación, incapacidad, abandono de empleo, licencia sin goce de sueldo, término de nombramiento o no reclamado. 12. El sello “inutilizado” en los listados de firma, debe aplicarse en los casos en que los cheques se deban reexpedir por los siguientes motivos: reporte de robo y que el cheque haya sido bloqueo para no ser cobrado; error en algún dato del cheque; el cheque se dañe y no permita realizar su cobro; por error en la asignación en el Sistema de Nóminas. 13. La palabra “anexo” se debe plasmar en los listados de firma cuando el/la trabajador/a no se presentó a recoger su último talón por renuncia o defunción.
Responsables	Departamento de Nómina y prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplica a los/las Pagadores/as Habilitados/as de los Centros de Responsabilidad que integran los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Registro de valores enviados por quincena, Comprobante de servicio, Oficio de entrega de comprobación de nómina, Formato de devolución de valores.
Glosario	C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos. C.T.: Centro de Trabajo. SPARH: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe de manera quincenal del/de la Responsable de impresión de la Coordinación de Sistematización, listados de firmas, comprobantes y cheques de las nóminas ordinarias, extraordinarias y retroactivas de cada uno de los programas que integran la nómina, así como la relación de cheques que corresponden a cada programa.	Listados de firmas Comprobantes Cheques Relación de Cheques
2		Revisa que los listados de firmas, comprobantes y cheques correspondan a las nóminas emitidas cada quincena; asimismo revisa que los cheques se encuentren debidamente relacionados e informa al/a la Coordinador/a Operativo de Pagos sobre el estatus de la documentación recibida. ¿Los listados de firmas, comprobantes, cheques y relación de los cheques son correctos y están completos? Si: Continúa en la actividad No. 4. No: Continúa en actividad No. 3.	Listados de firmas Comprobantes Cheques Relación de Cheques
3		Devuelve listados de firmas, comprobantes, cheques o relación de cheques al/a la Responsable de impresión para su reimpresión, corrección o en	Listados de firmas Comprobantes Cheques Relación de Cheques

		su caso indica los faltantes de impresión. Regresa a la actividad No.1.	
4		Informa al/a la Responsable de impresión que todo está correcto, firma de recibido la relación de cheques y se lo devuelve.	Listados de firmas Comprobantes Cheques Relación de Cheques
5		Separa e integra por centro de responsabilidad los listados de firmas con sus respectivos comprobantes y cheques del programa.	Listados de firmas Comprobantes Cheques Relación de Cheques
6		Elabora y registra en el reporte “Registro de Valores Enviados por Quincena” los valores de cada centro de responsabilidad y por programa y envía mediante correo electrónico al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos.	Reporte Registro de valores enviados por quincena
7	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe, concentra y revisa los valores de todos los programas y centros de responsabilidad, imprime el total de valores a enviar y entrega a los/las Responsables de Programa para ser integrados a la bolsa de envío de valores.	Reporte Registro de valores enviados por quincena
8		Genera e imprime el reporte “Lote de Suspensiones de Pago” y entrega al/a la Responsable de Programa para la extracción de los comprobantes y cheques correspondientes.	Reporte Lote de Suspensiones de Pago
9	Responsable de Programa de la	Recibe reporte Lote de Suspensiones de Pago, identifica	Reporte Lote de Suspensiones de

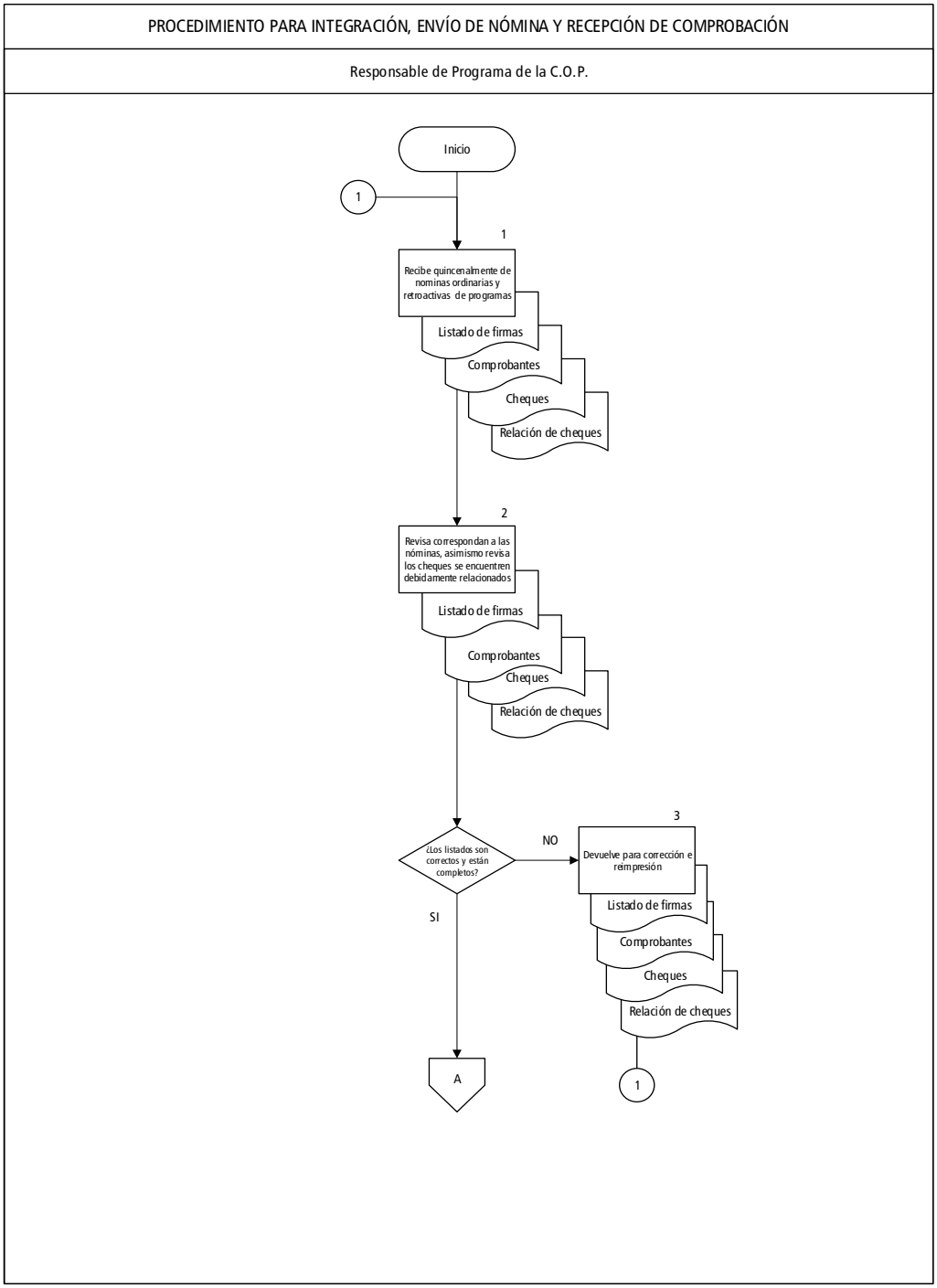
	C.O.P.	y extrae los comprobantes y cheques, anota las letras S.P. (Suspensión Preventiva) en listados de firmas y en la primera hoja de los listados anota entre paréntesis número de comprobantes y cheques que se retiraron por concepto de suspensiones.	Pago
10		Entrega al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos los comprobantes y cheques retirados por concepto de suspensión para su revisión.	Comprobantes Cheques
11	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe comprobantes y cheques de cada programa, revisa que éstos sean todos los que corresponden a las suspensiones solicitadas para aplicar en la quincena. ¿Las suspensiones son correctas? Si: Continúa en la actividad No. 13. No: Continúa a la actividad No. 12.	Comprobantes Cheques
12		Solicita al/a la Responsable de Programa realice las correcciones correspondientes. Regresa a la actividad No. 10.	
13		Instruye colocar los listados de firma comprobantes y cheques en la bolsa de envío de valores que corresponde a cada centro de responsabilidad.	Comprobantes Cheques
14	Responsable de Programa de la C.O.P.	Coloca en la bolsa de envío de valores del centro de responsabilidad que corresponde	Comprobantes Cheques Listados de nómina

		los listados de nómina, comprobantes y/o cheques.	
15		Requisita el formato “Comprobante de Servicio”, cierra la bolsa, machimbra y engrapa a la bolsa el formato antes citado.	Comprobante de servicio
16		Entrega al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos las bolsas debidamente requisitadas para entrega a la empresa transportadora de valores.	
17	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe y entrega a la empresa transportadora de valores las bolsas, para su revisión y recepción.	
18	Empresa transportadora de valores	Recibe y revisa bolsas, así como el comprobante de servicios. ¿Son correctos? Si: Continúa en la actividad No. 22. No: Continúa en la actividad No. 19.	Comprobante de servicios
19		Emite las correcciones y devuelve la bolsa y/o comprobante de servicio, según la corrección que se requiera.	Comprobante de servicios
20	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe bolsa y/o comprobante de servicio, entrega e indica al/a la Responsable del Programa las correcciones pertinentes.	Comprobante de servicios
21	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe bolsa y/o comprobante de servicio, aplica las correcciones indicadas. Regresa a la actividad No. 16.	Comprobante de servicios
22	Empresa	Firma comprobante de servicio y	Comprobante de

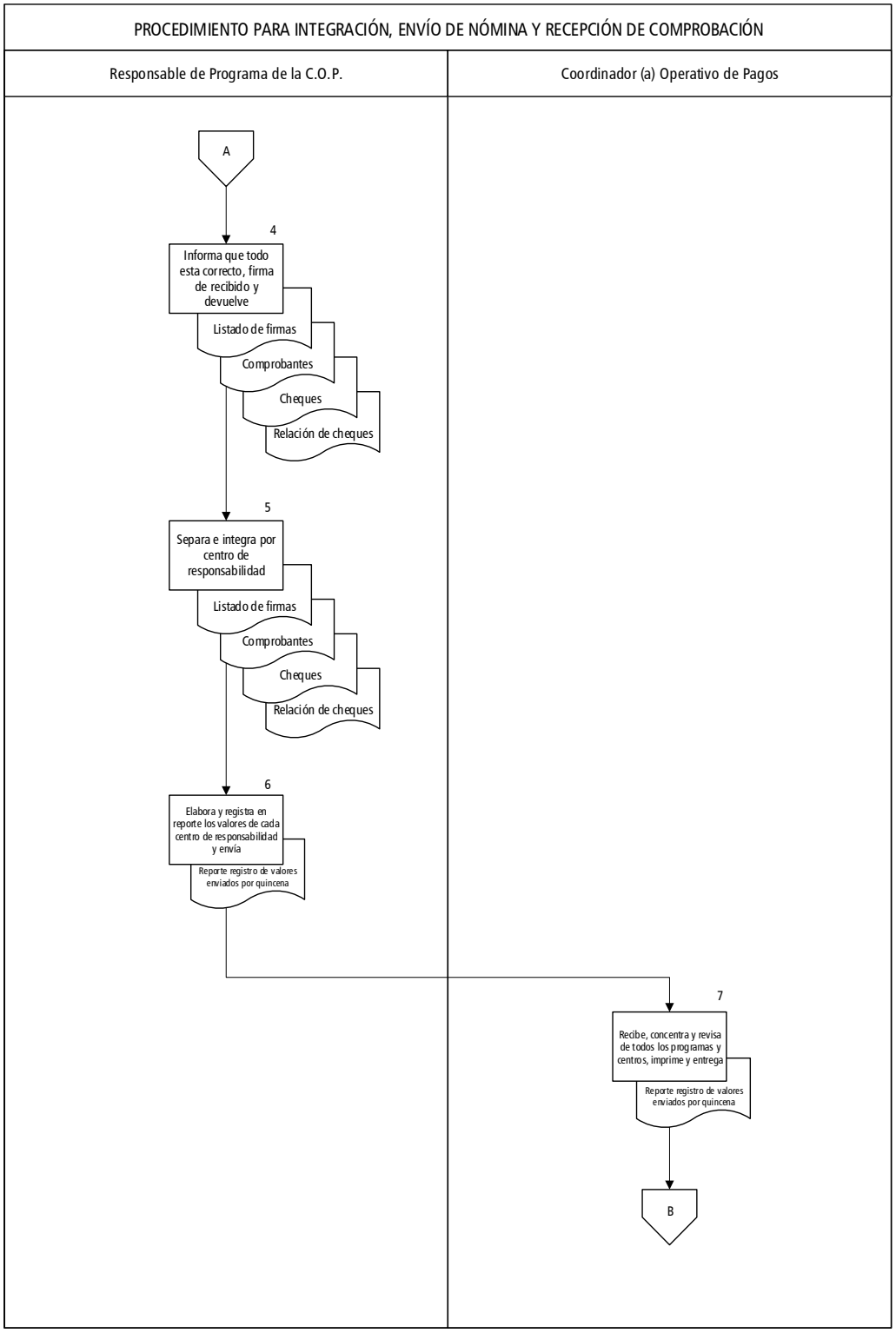
	transportadora de valores	devuelve al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos.	servicios
23	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe comprobante de servicio firmado y archiva.	Comprobante de servicios
24	Pagador/a Habilitado/a de centro de responsabilidad	Entrega mediante oficio la comprobación de la nómina por programa apegándose al calendario de entrega emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, con formato de devolución de valores en caso de que aplique.	Oficio Formato de devolución de valores
25	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe la comprobación de la nómina, revisa que cada hoja que integra la nómina se encuentre debidamente firmada, que en el formato de devolución de valores se encuentre relacionados los valores devueltos y que esté debidamente requisitado, asimismo revisa que la comprobación entregada corresponda al reporte “Registro de Valores Enviados por Quincena”. ¿La comprobación es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 28. No: Continúa en la actividad No. 26.	Comprobación de la nómina
26		Informa al/a la Pagador/a Habilitado/a del centro de responsabilidad las observaciones a la comprobación de la nómina, e indica los faltantes que correspondan.	Comprobación de la nómina

27	Pagador/a Habilitado/a de centro de responsabilidad	Recibe la comprobación para realizar las correcciones indicadas y regresa a la actividad no. 24.	Comprobación de la nómina
28	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe, sella y firma de recibida copia de oficio y formato de devolución de valores y devuelve al/a la Pagador/a Habilitado/a del centro de responsabilidad.	Oficio Formato de devolución de valores
29		Registra la nómina recibida en el reporte “Registro de Valores Enviados por Quincena”, integra listados de firma en el programa y quincena correspondiente y archiva oficio de comprobación sellado de recibido.	Listados de Firma Oficio Formato de devolución de valores
Fin del procedimiento			

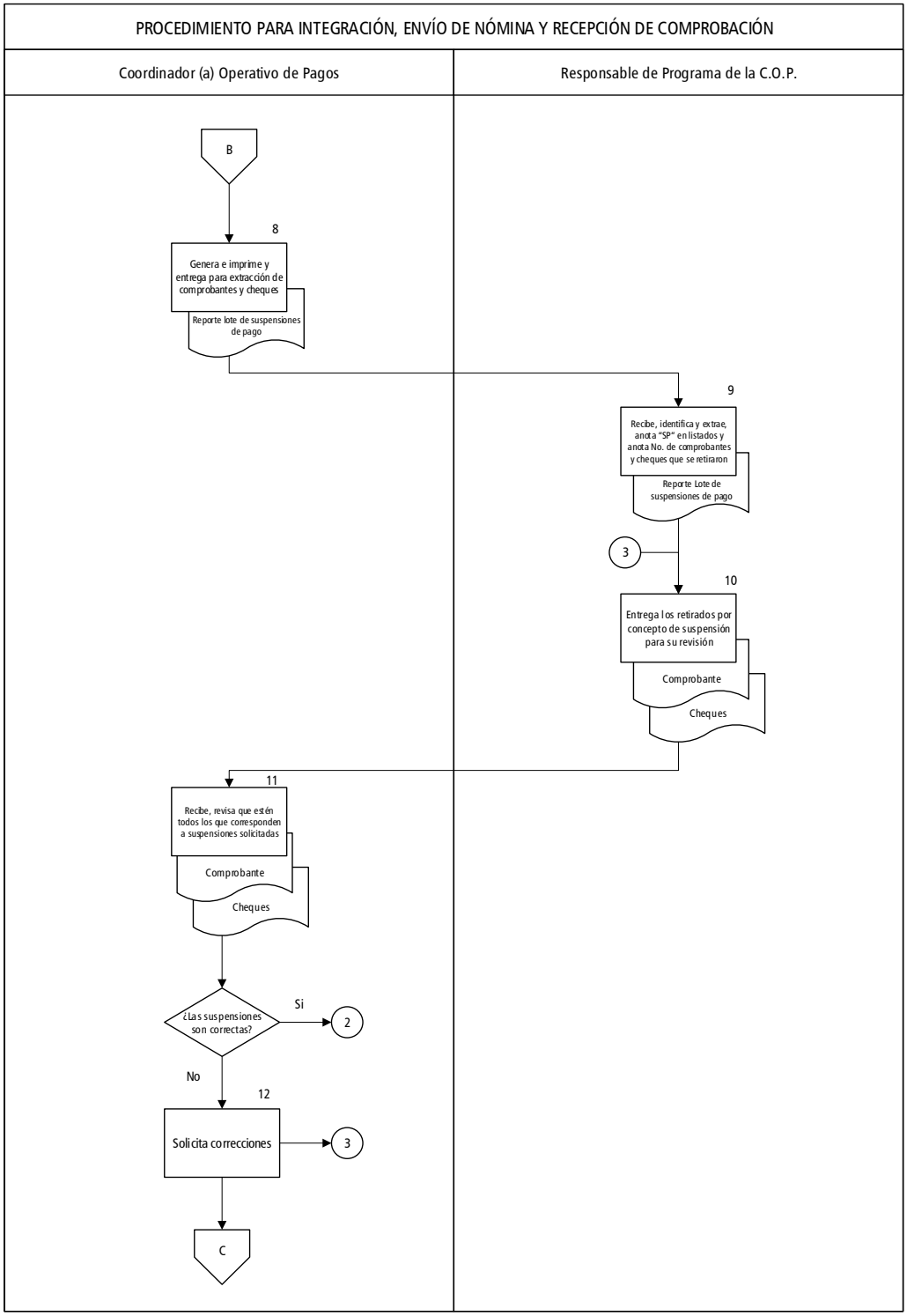
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN.

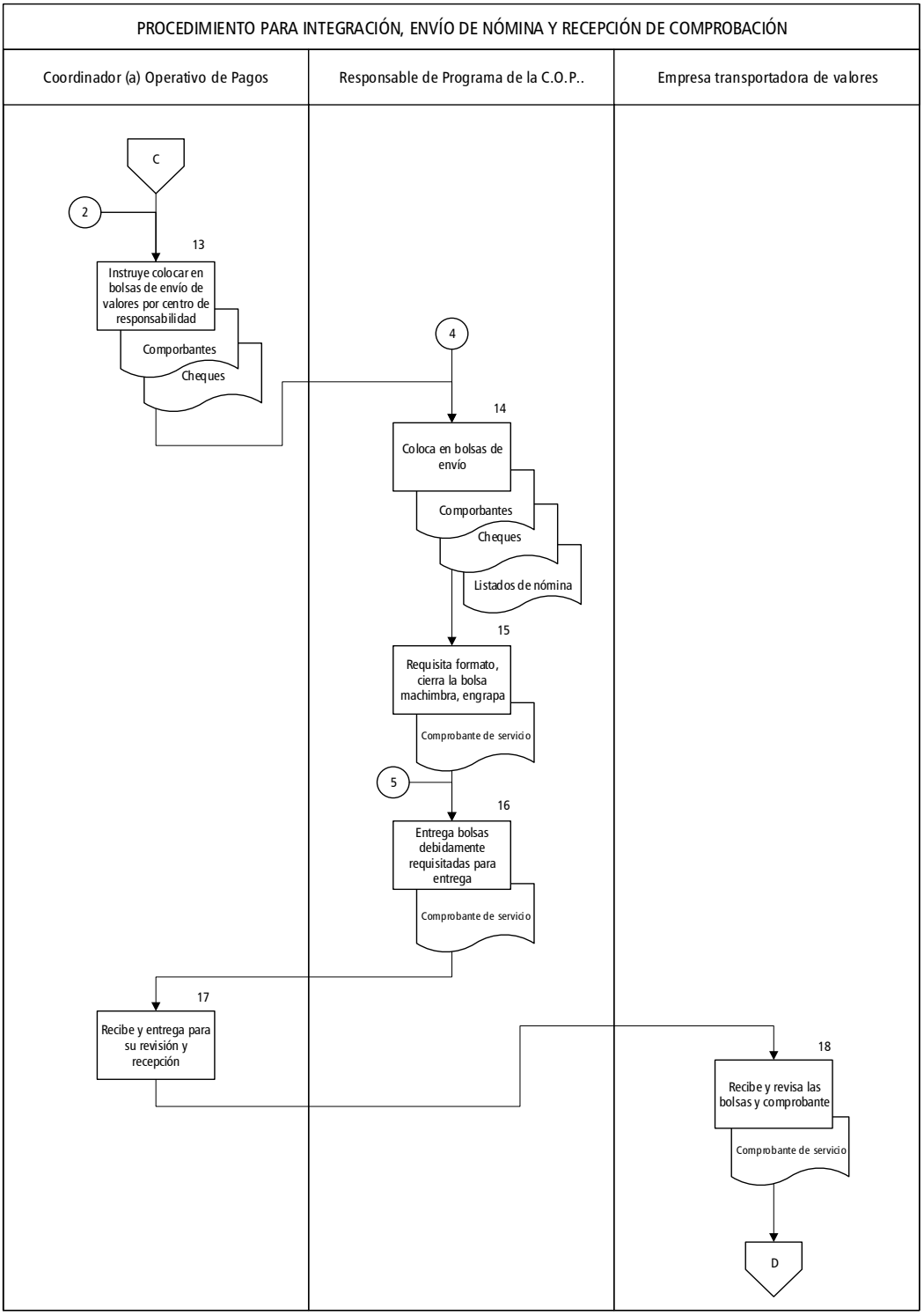


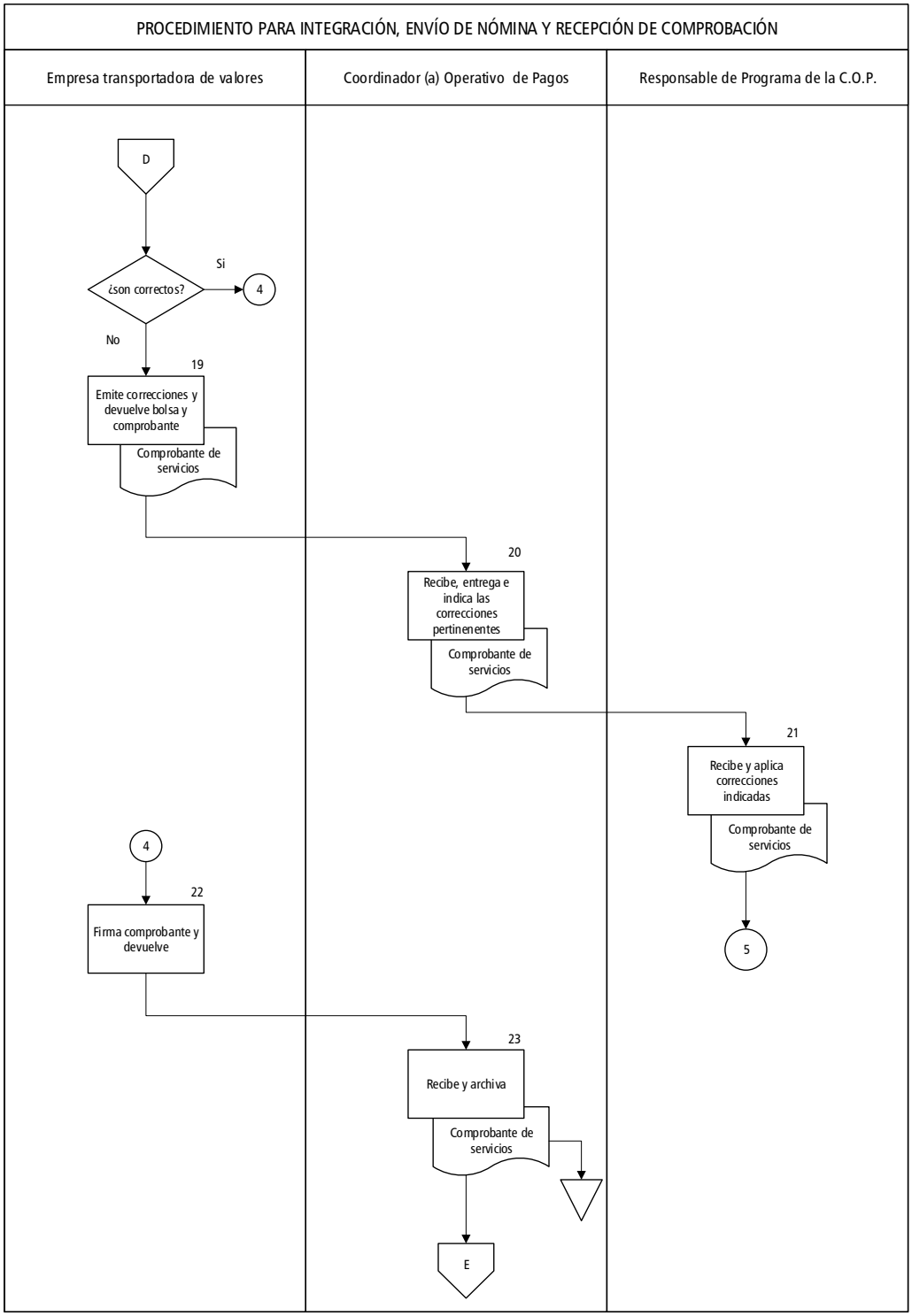
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN



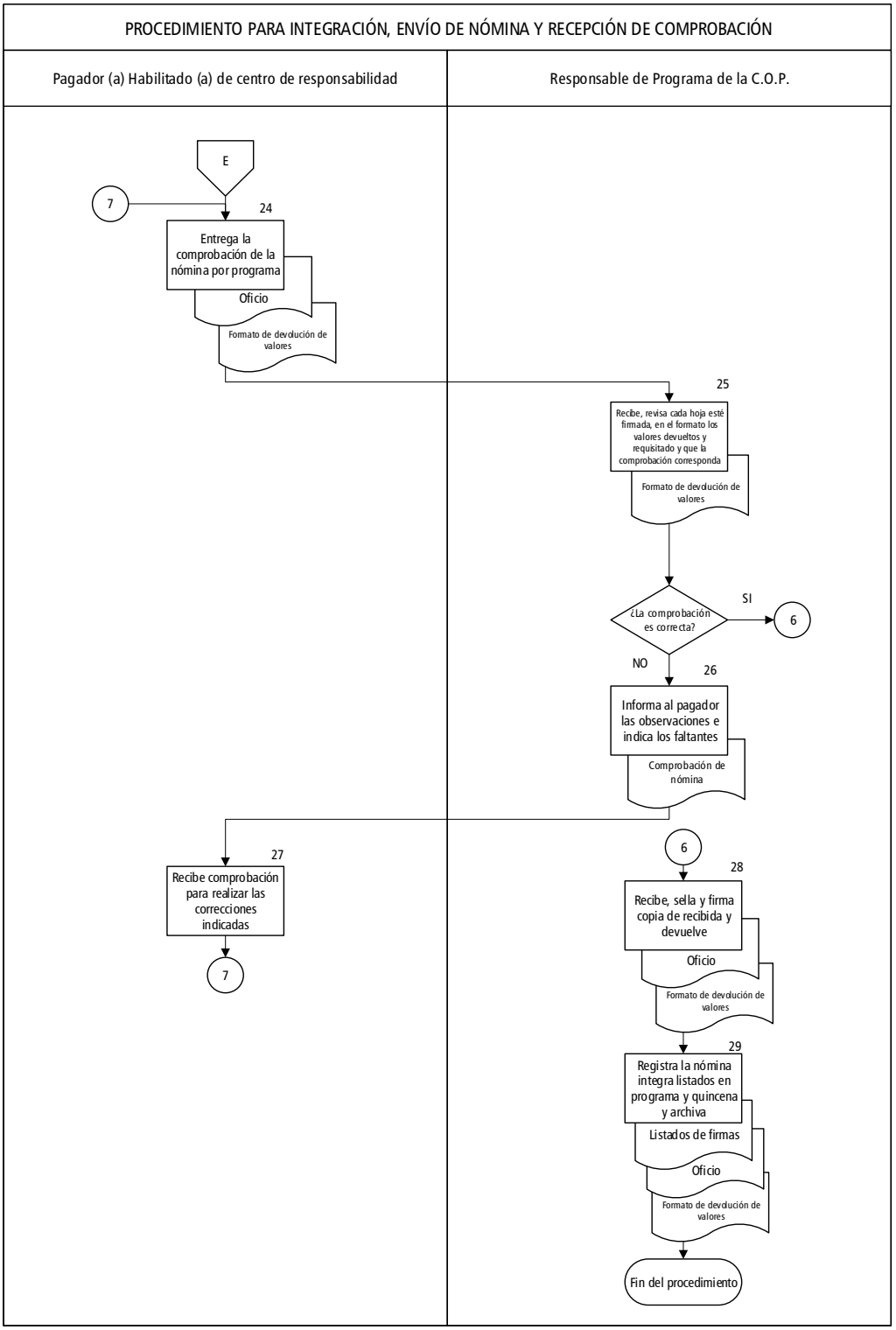
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN




PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN
Coordinador (a) Operativo de Pagos
Responsable de Programa de la C.O.P..
Empresa transportadora de valores
C
2
13
Instruye colocar en bolsas de envío de valores por centro de responsabilidad
Comporbantes
Cheques
4
14
Coloca en bolsas de envío
Comporbantes
Cheques
Listados de nómina
15
Requisita formato, cierra la bolsa machimbra, engrapa
Comprobante de servicio
5
16
Entrega bolsas debidamente requisitadas para entrega
Comprobante de servicio
17
Recibe y entrega para su revisión y recepción
18
Recibe y revisa las bolsas y comprobante
Comprobante de servicio
D


PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN
Empresa transportadora de valores
Coordinador (a) Operativo de Pagos
Responsable de Programa de la C.O.P.
D
¿son correctos?
Si
4
No
19
Emite correcciones y devuelve bolsa y comprobante
Comprobante de servicios
20
Recibe, entrega e indica las correcciones pertinenentes
Comprobante de servicios
21
Recibe y aplica correcciones indicadas
Comprobante de servicios
5
4
22
Firma comprobante y devuelve
23
Recibe y archiva
Comprobante de servicios
E

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRACIÓN, ENVÍO DE NÓMINA Y RECEPCIÓN DE COMPROBACIÓN



7.17.24. PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales **Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas** **LPF (DNPE)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Cumplir oportunamente con la entrega de cheques y comprobantes ante el área correspondiente, para su cancelación en el SPARH.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Puebla.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
11. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado de Puebla.
12. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla.
13. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
14. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
15. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
16. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
17. Código Fiscal de la Federación.
18. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El reporte de cancelaciones debe de contener los siguientes datos: expediente, R.F.C., nombre, programa, centro de responsabilidad, quincena, clave de suspensión, motivo de cancelación, baja según

	sistema SPARH, número de comprobante o cheque e importe. 2. Las cancelaciones de pagos deberán entregarse de manera quincenal, de acuerdo al calendario de procesos de nómina de cada ejercicio.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Dirección de Operación de Personal.
Recursos	Memorándum, Reporte de cancelaciones, Comprobantes, Cheques.
Glosario	C.O.P.- Coordinación Operativa de Pagos. RFC: Registro Federal de Contribuyentes. SPARH: Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES.

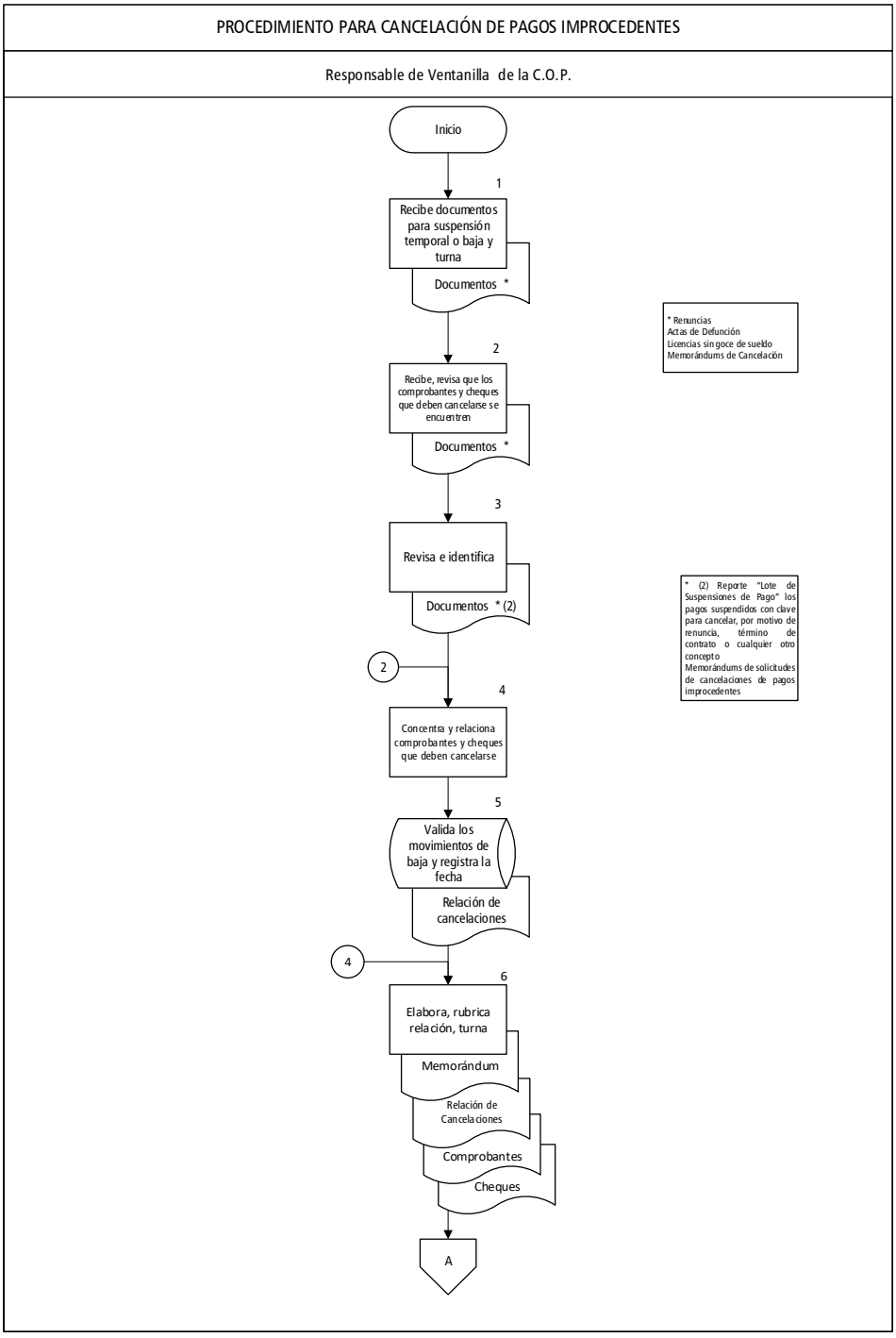
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Ventanilla de la C.O.P.	Recibe renuncias, actas de defunción, licencias sin goce de sueldo y todos los documentos que indique una suspensión temporal o baja del/de la trabajador/a; así como memorándums de solicitudes de cancelaciones de pagos improcedentes que fueron suspendidos de manera preventiva; turna al/a la	Renuncias Actas de Defunción Licencias sin goce de sueldo Memorándums de Cancelación

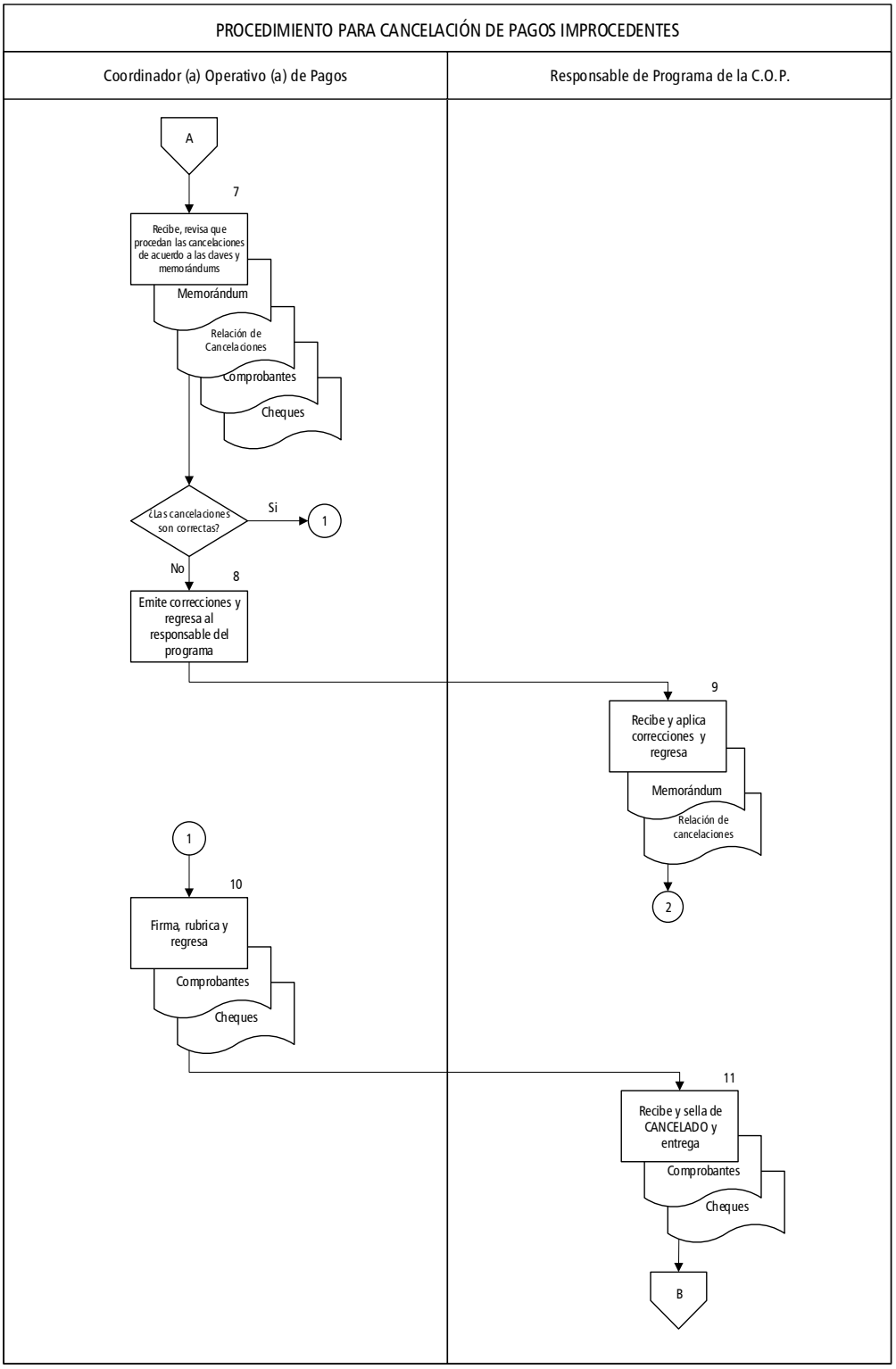
		Responsable de Programa de la C.O.P., de acuerdo al programa que corresponda.	
2		Recibe documentos, revisa que los comprobantes o cheques que deben cancelarse se encuentren dentro de las suspensiones emitidas.	Documentos * (2)
3		Revisa e identifica en el reporte “Lote de Suspensiones de Pago” los pagos suspendidos con clave para cancelar, por motivo de renuncia, término de contrato o cualquier otro concepto que así lo indique, de igual manera revisa los memorándums de solicitudes de cancelaciones de pagos improcedentes que fueron suspendidos de manera preventiva.	
4		Concentra y relaciona los comprobantes y/o cheques que deben cancelarse de manera quincenal.	Relación de Cancelaciones
5		Valida con el sistema SPARH los movimientos de baja y registra la fecha en la relación de cancelaciones. **Nota:** En los casos que aún no se procesa la baja en el sistema se registra la fecha que indica la renuncia, acta de defunción, licencia sin goce de sueldo o el documento que indique este dato.	Relación de cancelaciones
6		Elabora memorándum, rubrica relación de cancelaciones y memorándum, turna ambos	Memorándum y Relación de Cancelaciones

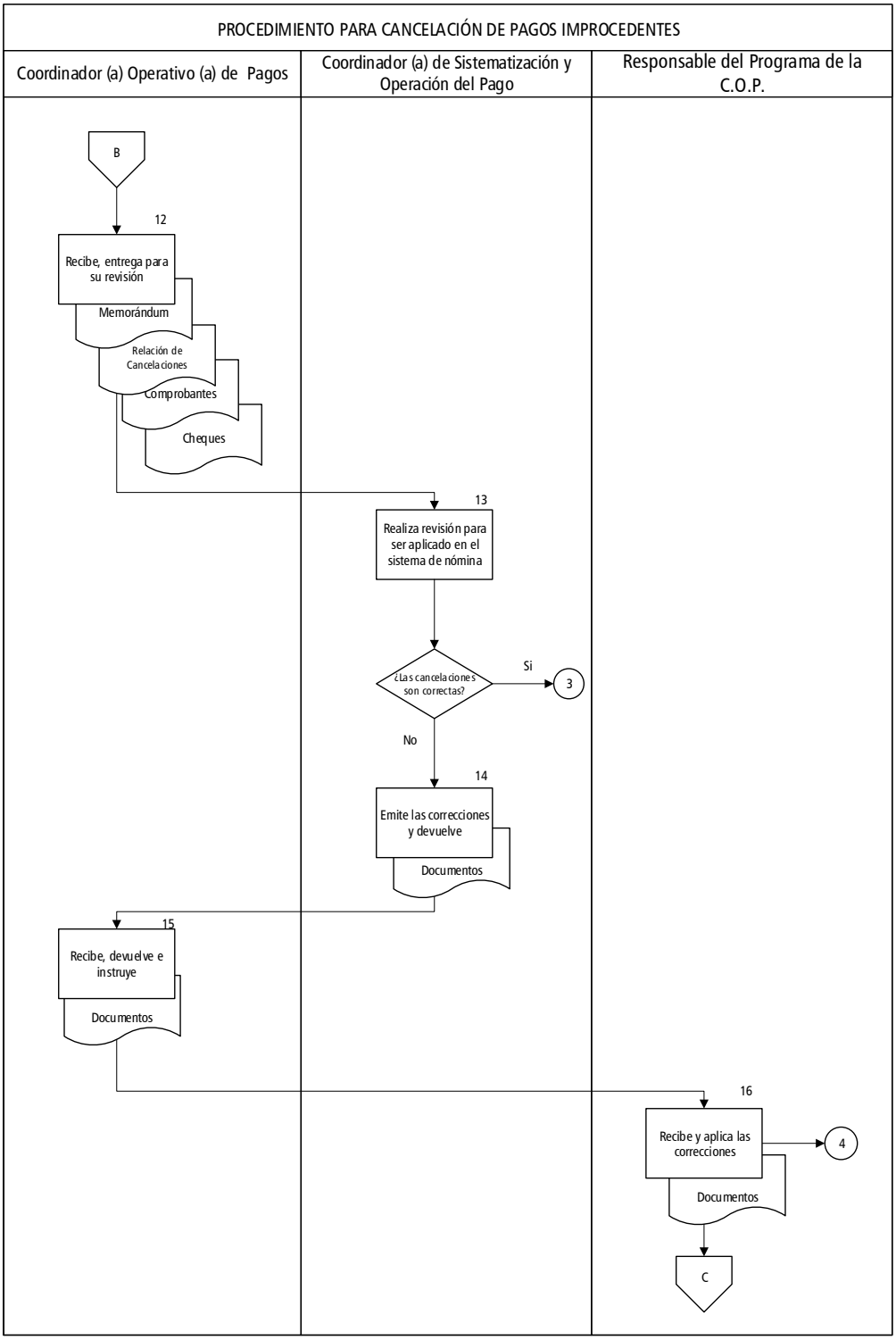
		documentos al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos, junto con comprobantes y cheques.	Comprobantes Cheques
7	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe documentos, revisa que procedan las cancelaciones de los comprobantes y cheques de acuerdo a las claves de suspensión de pago y los memorándums de solicitudes de cancelaciones de pagos improcedentes. ¿Las cancelaciones son correctas? Si: Continúa en la actividad No.10. No: Continúa en la actividad No. 8.	
8		Emite las correcciones correspondientes y regresa documentos al Responsable de Programa.	
9	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe documentos y aplica las correcciones indicadas y regresa a la actividad No. 4.	Memorándum y Relación de Cancelaciones
10	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Firma memorándum, rubrica relación de cancelaciones y regresa comprobantes y cheques al/a la Responsable de Programa para plasmar sello de CANCELADO.	Memorándum y Relación de Cancelaciones
11	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe y sella de CANCELADO comprobantes y cheques, y entrega al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos.	Comprobantes y Cheques
12	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe comprobantes y cheques sellados, entrega memorándum y relación de cancelaciones, comprobantes y cheques al/a la	Memorándum Relación de Cancelaciones Comprobantes

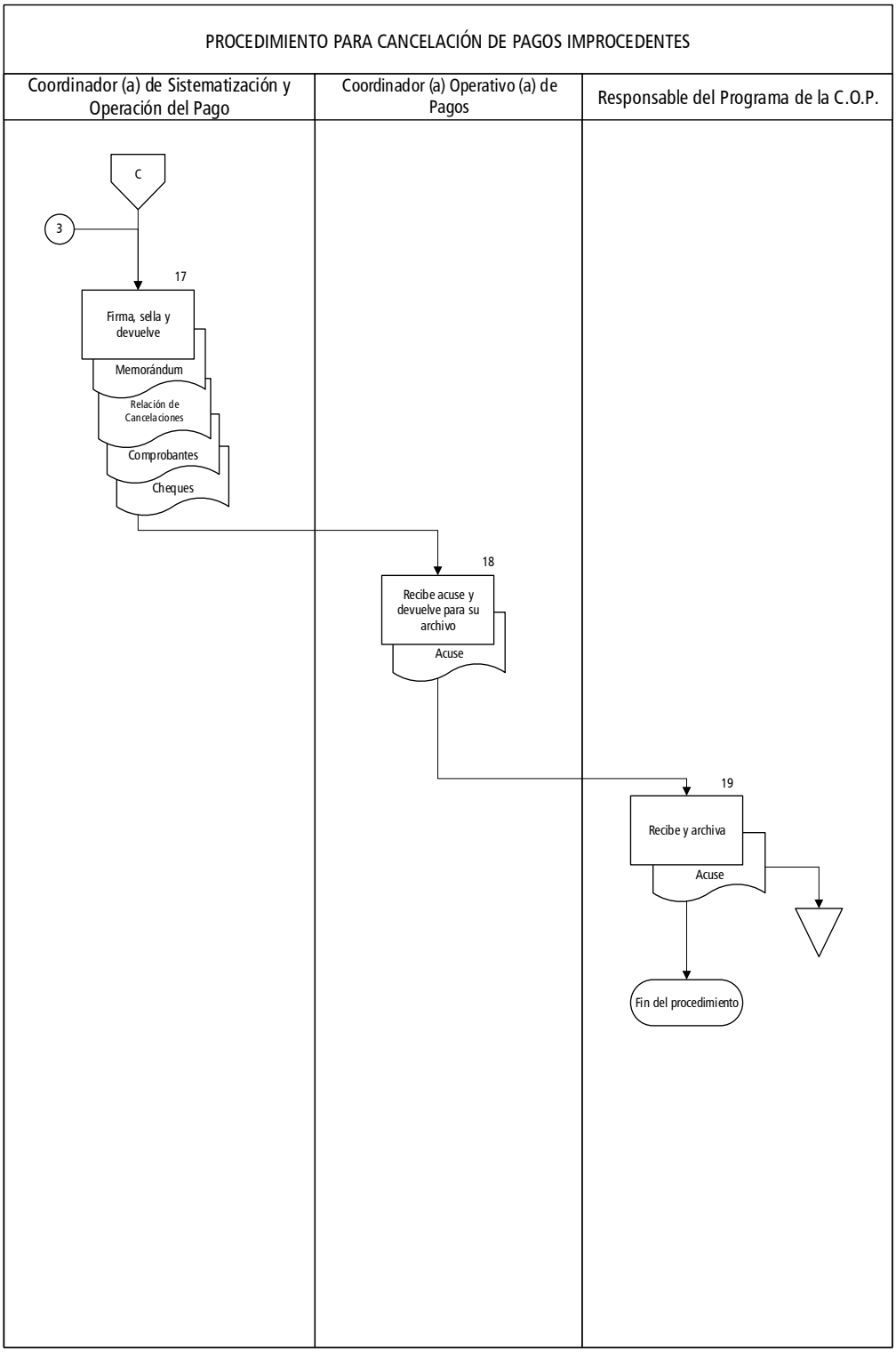
		Coordinador/a de Sistematización y Operación del Pago para su revisión.	Cheques
13	Coordinador/a de Sistematización y Operación del Pago	Realiza la revisión de las cancelaciones de pago para ser aplicados en el Sistema de Nómina. ¿Las cancelaciones son correctas? Si: Continúa en la actividad No. 17. No: Continúa a la actividad No. 14.	
14		Emite las correcciones y devuelve documentos al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos.	Documentos
15	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe documentos, devuelve a los/las Responsables de Programa e instruye las correcciones pertinentes.	Documentos
16	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe documentos y aplica las correcciones. Regresa a la actividad No. 6.	Documentos
17	Coordinador/a de Sistematización y Operación del Pago	Firma y sella de recibido memorándum y relación de cancelaciones de comprobantes y cheques, y devuelve al/a la Coordinador/a Operativo/a de Pagos.	Memorándum Relación de Cancelaciones Comprobantes Cheques
18	Coordinador/a Operativo/a de Pagos	Recibe acuse y devuelve al/a la Responsable de Programa para su archivo.	Acuse
19	Responsable de Programa de la C.O.P.	Recibe acuse y archiva.	Acuse
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES.




PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES
Coordinador (a) Operativo (a) de Pagos
Responsable de Programa de la C.O.P.
A
7
Recibe, revisa que procedan las cancelaciones de acuerdo a las claves y memorándums
Memorándum
Relación de Cancelaciones
Comprobantes
Cheques
¿Las cancelaciones son correctas?
Si
1
No
8
Emite correcciones y regresa al responsable del programa
9
Recibe y aplica correcciones y regresa
Memorándum
Relación de cancelaciones
2
1
10
Firma, rubrica y regresa
Comprobantes
Cheques
11
Recibe y sella de CANCELADO y entrega
Comprobantes
Cheques
B


PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES
Coordinador (a) Operativo (a) de Pagos
Coordinador (a) de Sistematización y Operación del Pago
Responsable del Programa de la C.O.P.
B
12
Recibe, entrega para su revisión
Memorándum
Relación de Cancelaciones
Comprobantes
Cheques
13
Realiza revisión para ser aplicado en el sistema de nómina
¿Las cancelaciones son correctas?
Si
3
No
14
Emite las correcciones y devuelve
Documentos
15
Recibe, devuelve e instruye
Documentos
16
Recibe y aplica las correcciones
4
Documentos
C


PROCEDIMIENTO PARA CANCELACIÓN DE PAGOS IMPROCEDENTES
Coordinador (a) de Sistematización y Operación del Pago
Coordinador (a) Operativo (a) de Pagos
Responsable del Programa de la C.O.P.
C
3
17
Firma, sella y devuelve
Memorándum
Relación de Cancelaciones
Comprobantes
Cheques
18
Recibe acuse y devuelve para su archivo
Acuse
19
Recibe y archiva
Acuse
Fin del procedimiento

7.17.25. PROCEDIMIENTO PARA FIRMA DE NÓMINA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Ana María Esperanza Canto Morales Jefe de Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas LPF (DNPE) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Entregar de manera quincenal comprobantes y cheques de pago, firma de listados de firma del personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para integrar la comprobación del gasto.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo No. 8.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. Acuerdos no Institucionales.
17. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. La identificación oficial que debe presentar el/la trabajador/a debe ser:
   - Credencial para votar.
   - Cédula profesional.
   - Pasaporte o licencia de manejo.
2. La entrega de comprobantes de pago y firma de listados de nómina se llevará a partir del día siguiente hábil del depósito realizado en cada una de las cuentas de los/las Trabajadores/as.
3. El/la trabajador/a deberá de identificar su centro de

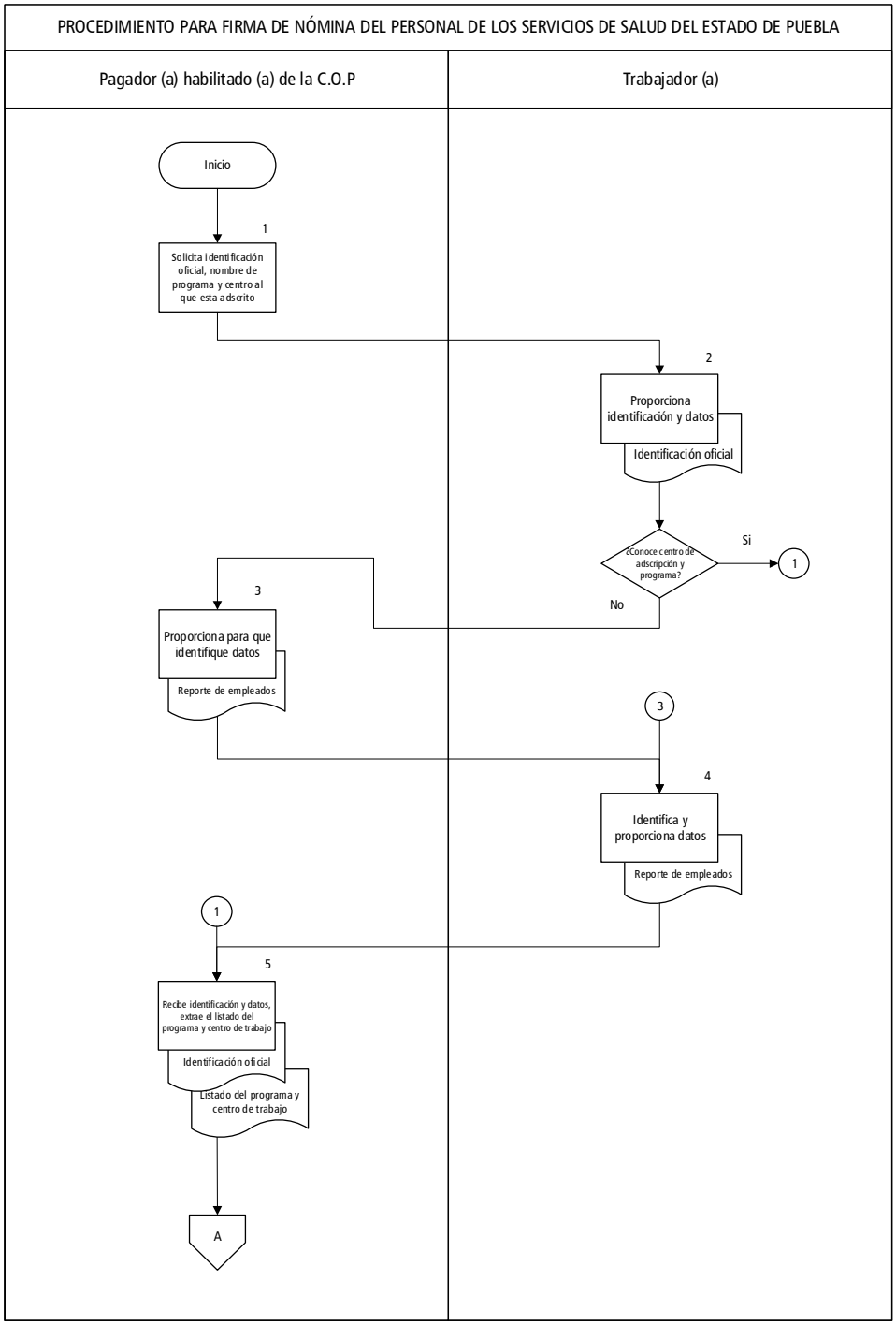
	responsabilidad en la parte superior derecha de su comprobante de pago, utilizando los últimos 5 dígitos. 4. El listado de nómina deberá ser firmado por el/la trabajador/a y por ningún motivo podrá firmar otra persona en su lugar, salvo cuando se requiere ocupar carta poder. 5. Únicamente podrán realizarse entrega de comprobantes a los/las Trabajadores/as mediante carta poder, cuando se trate de incapacidad médica y médicos residentes que justifiquen su rotación, para tal efecto deberán presentar el formato de carta poder expedido por este Organismo, anexando copia de incapacidad médica o documento que indique que el/la médico residente se encuentra en rotación, identificación oficial vigente del otorgante, de la persona que recibe y de dos testigos/as. 6. No se pagarán mediante carta poder cheques y medidas de fin de año a beneficiarios/as de pensión. De igual manera no se entregarán medidas de fin de año a Trabajadores/as.
Responsables	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Se aplica al personal adscrito a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Identificación oficial, Reporte de empleados quincenal, Listado de firmas, Comprobantes o cheques.
Glosario	Pagador/a Habilitado/a: Es el personal que labora en la Coordinación Operativa de Control de Pagos y es reconocido ante la Dirección de Operación de Personal. C.T.: Centro de Trabajo. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos

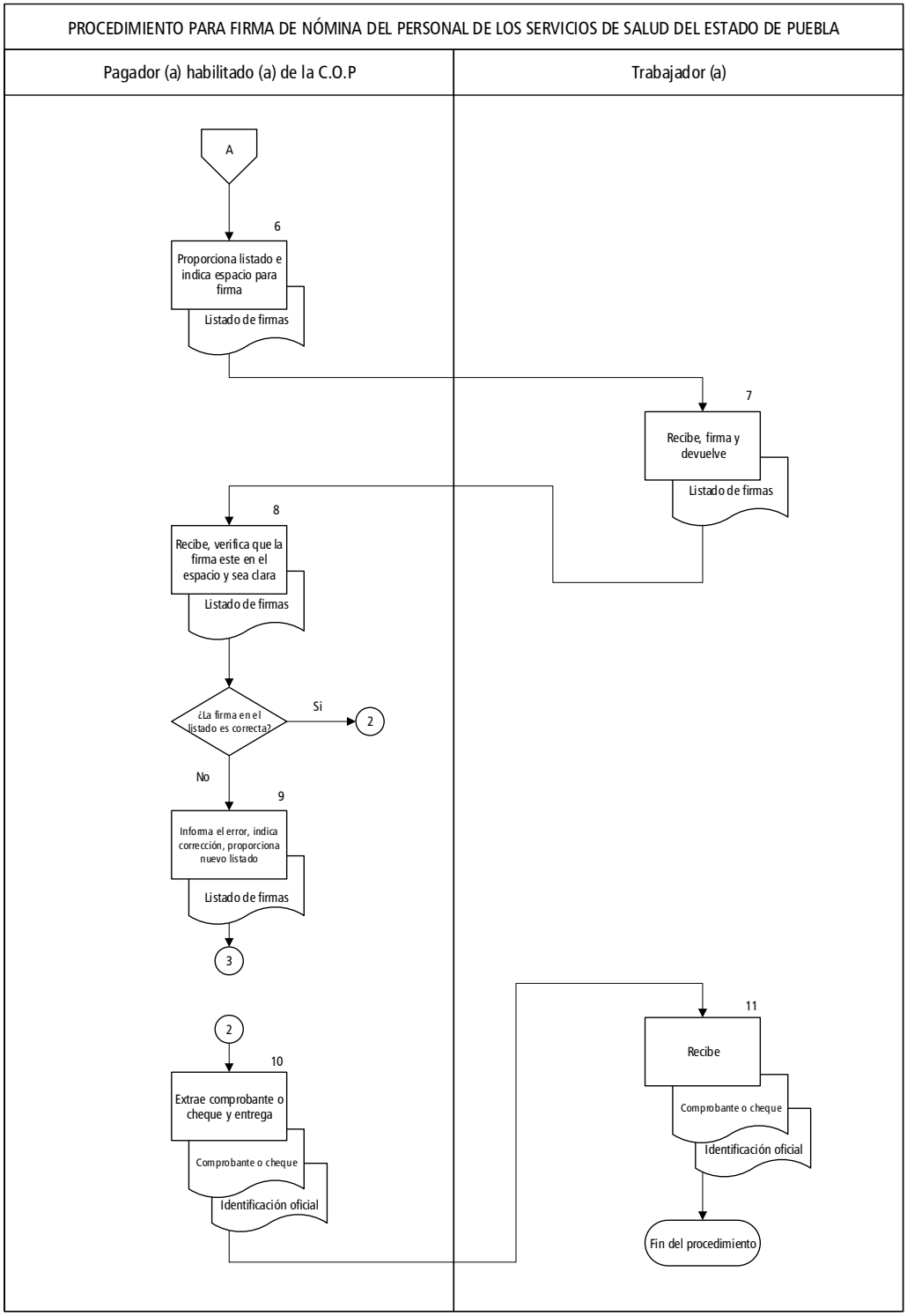
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FIRMA DE NÓMINA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Pagador/a Habilitado/a de la C.O.P.	Solicita al/a la trabajador/a identificación oficial vigente, nombre del programa y centro de responsabilidad al que se encuentra adscrito/a.	
2	Trabajador/a	Proporciona identificación oficial vigente y los datos solicitados por el/la Pagador/a Habilitado/a de la C.O.P. ¿El/la trabajador/a tiene conocimiento del programa y centro de responsabilidad al que se encuentra adscrito/a? Si: Continúa en la actividad No. 5. No: Continúa en la actividad No. 3.	Identificación oficial
3	Pagador/a Habilitado/a de la C.O.P.	Proporciona al/a la trabajador/a Reporte de Empleados/as de la quincena de pago, para que identifique los datos requeridos.	Reporte de Empleados
4	Trabajador/a	Identifica su nombre, programa y centro de trabajo (C.T.) y proporciona al/a la Pagador/a Habilitado/a.	Reporte de Empleados
5	Pagador/a Habilitado/a de la C.O.P.	Recibe identificación oficial vigente del/de la trabajador/a, y de acuerdo a los datos proporcionados, extrae el listado de firmas del programa y centro de trabajo que le corresponde.	Identificación oficial
6		Proporciona listado de firmas al/a la trabajador/a, le indica que debe firmar en el espacio correspondiente y que la firma debe ser clara e igual a la de	Listado de firmas

		su identificación oficial.	
7	Trabajador/a	Recibe listado de firmas, firma y devuelve al/a la Pagador/a Habilitado/a de la C.O.P.	Listado de firmas
8	Pagador/a Habilitado/a de la C.O.P.	Recibe listado de firmas suscrito, verifica que la firma se haya plasmado en el espacio correspondiente y que sea clara e igual a la de su identificación oficial. ¿La firma en el listado es correcta? Si: Continúa en la actividad No. 10. No: Continúa en la actividad No. 9.	Listado de Firmas
9		Informa el/la trabajador/a el error, indica la corrección y proporciona el nuevo listado. Regresa a la actividad No. 4.	Listado de firmas
10		Extrae el comprobante o cheque correspondiente y entrega al/a la trabajador/a junto con identificación oficial.	Comprobante Cheque Identificación oficial
11	Trabajador/a	Recibe comprobante o cheque e identificación oficial.	Comprobante Cheque Identificación oficial
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA FIRMA DE NÓMINA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.




PROCEDIMIENTO PARA FIRMA DE NÓMINA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
Pagador (a) habilitado (a) de la C.O.P
Trabajador (a)
A
6
Proporciona listado e indica espacio para firma
Listado de firmas
7
Recibe, firma y devuelve
Listado de firmas
8
Recibe, verifica que la firma este en el espacio y sea clara
Listado de firmas
¿La firma en el listado es correcta?
Si
2
No
9
Informa el error, indica corrección, proporciona nuevo listado
Listado de firmas
3
2
10
Extrae comprobante o cheque y entrega
Comprobante o cheque
Identificación oficial
11
Recibe
Comprobante o cheque
Identificación oficial
Fin del procedimiento

7.17.26. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y REVISIÓN DE VOLANTE DE VALIDACIÓN Y ENTREGA DE FORMATO DE REQUISICIÓN DE PERSONAL.

Tiempo Promedio: 10 Minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Validar la información de contratación de la (s) plaza (s), autorizada (s) por la Dirección de Atención Primaria a la Salud y Prospera y la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, solicitada por las Unidades Hospitalarias de Primer, Segundo y Tercer Nivel, en congruencia con la fuente de financiamiento de los programas que integran los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como las Unidades Administrativas que conforman Oficinas Centrales.

	Normas: 1. Ley Federal de los/las Trabajadores/as al Servicio del Estado. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla. 3. Profesiograma. 4. Condiciones Generales de Trabajo.
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. La recepción de los formatos de requisición de personal, validación de la plaza y trámites de contratación del recurso humano, únicamente promoverán a los/las ciudadanos/as que cuenten con estudios que acrediten los requisitos especificados en el CATÁLOGO SECTORIAL DE PUESTO. 2. El/la Enlace del Departamento de Capital Humano, deberá presentar el volante de solicitud, para la validación de la plaza en la Coordinación Operativa de Administración de Personal.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplica a la administración de las fuentes de financiamiento de los programas activos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla en la administración vigente.
Recursos	Volante de Validación y Entrega de Formato de Requisición de Personal, Formato de Solicitud de Recurso Humano, Bitácora de registro interno.
Glosario	D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.A.P.: Coordinación Operativa de Administración de Personal. R.R.V.R.P.: Responsable de Recepción de Volante de Requisición de Personal R.P.: Responsable de Programa. F.S.R.H.: Formato de Solicitud de Recurso Humano. V.V.R.P: Volante de Validación y Requisición de Personal.

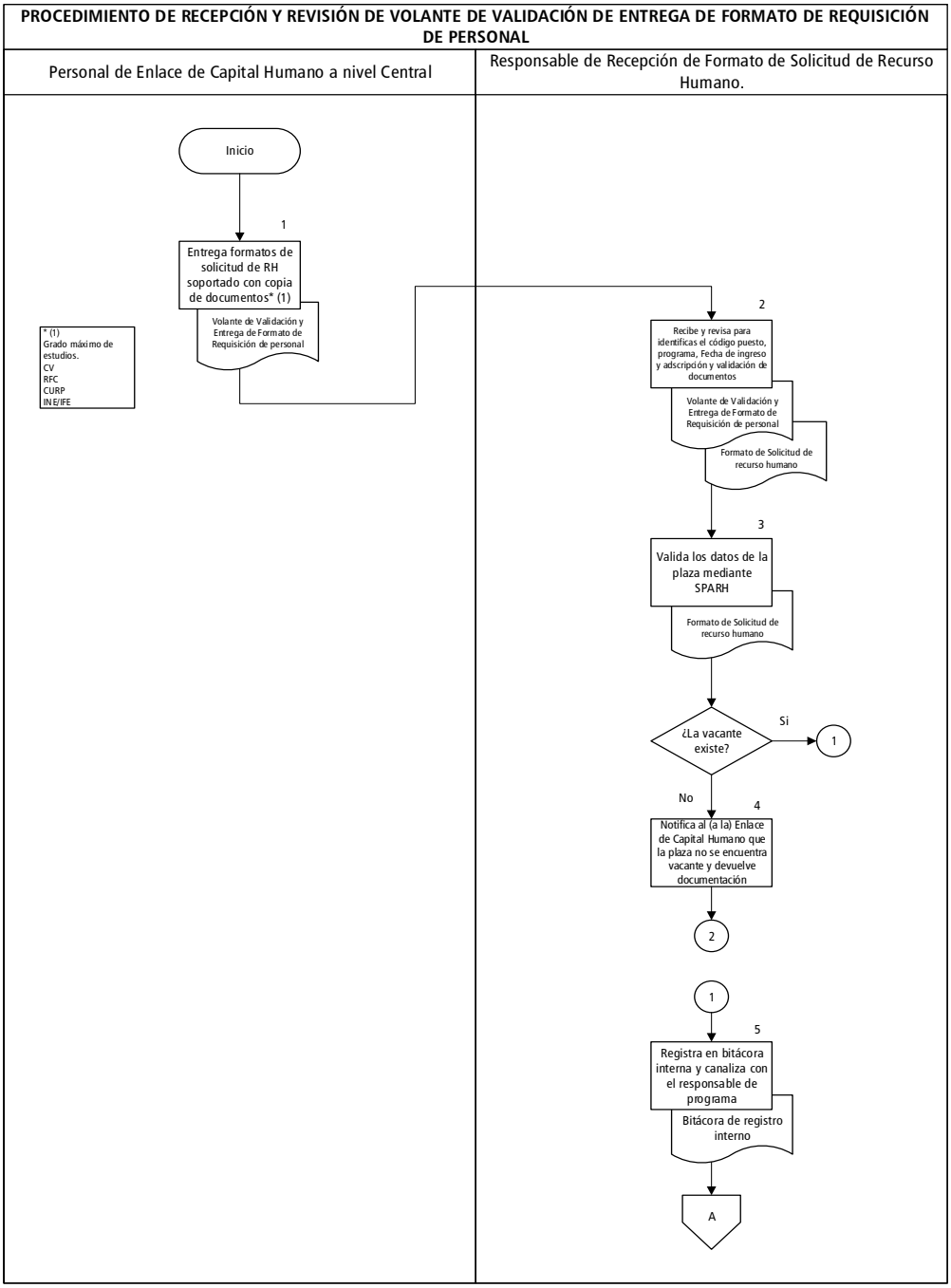
S.P.A.R.H.: Sistema Profesional para la Administración de Recursos Humanos.
CV: Curriculum Vitae.
RFC: Registro Federal de Contribuyentes.
INE/IFE: Instituto Nacional Electoral/Instituto Federal Electoral.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y REVISIÓN DE VOLANTE DE VALIDACIÓN DE ENTREGA DE FORMATO DE REQUISICIÓN DE PERSONAL.

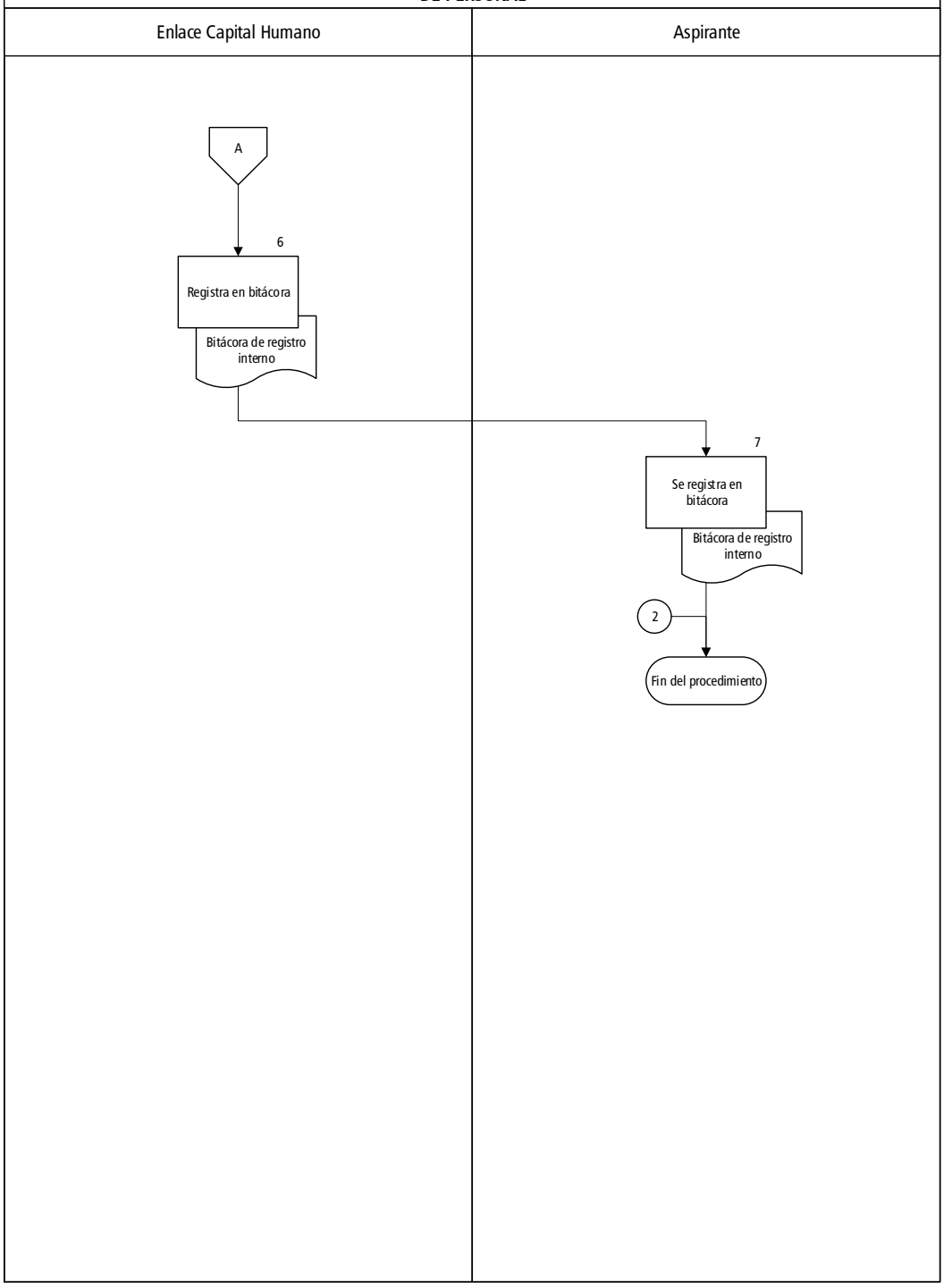
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de Enlace de Capital Humano a nivel Central	Entrega Formato de Solicitud de Recurso Humano debidamente soportados con copia simple de grado máximo de estudios, CV, RFC, CURP, INE/IFE.	Volante de Validación y Entrega de Formato de Requisición de Personal.
2	Responsable de Recepción de Formato de Solicitud de Recurso Humano.	Recibe y revisa el Formato y volante de Solicitud de Recurso Humano que entrega el/la Enlace de Capital Humano para identificar el código, puesto, programa, fecha de ingreso y adscripción; así como la validación de los documentos que entrega como soporte.	Volante de Validación y Entrega de Formato de Requisición de Personal Formato de Solicitud de Recurso Humano
3		Valida los datos de la plaza a ocupar con la información del Formato de Solicitud de Recurso Humano mediante la herramienta aplicativa S.P.A.R.H ¿La vacante existe? Si: Continúa en el paso 5.	Formato de Solicitud de Recurso Humano

		No: Continúa en el paso 4.	
4		Notifica al/a la Enlace de Capital Humano que la plaza no se encuentra vacante y se devuelve la documentación. Fin del procedimiento.	
5		Se registra en bitácora interna de la Coordinación de Administración de Personal y se canaliza con el/la responsable de programa.	Bitácora de registro interno
6	Enlace de Capital Humano	Registra en bitácora de entrega de Formatos de Solicitud de Recurso Humano.	Bitácora de registro interno.
7	Aspirante	Se registra en bitácora de candidatos/as.	Bitácora de registro interno
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y REVISIÓN DE VOLANTE DE VALIDACIÓN DE ENTREGA DE FORMATO DE REQUISICIÓN DE PERSONAL.



PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y REVISIÓN DE VOLANTE DE VALIDACIÓN DE ENTREGA DE FORMATO DE REQUISICIÓN DE PERSONAL



7.17.27. PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO.

Tiempo Promedio: De 10 a 15 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Realizar el trámite de alta del personal, derivado de la asignación de plaza federal, regularizado y formalizado, cumpliendo con la normatividad establecida por la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Vigente.
2. Condiciones Generales del Trabajo. Vigente.
3. Profesiograma de Puestos. Vigente.
4. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado. Vigente.
5. Plan Estatal de Desarrollo. Vigente.

Políticas de Operación:

1. El/la Aspirante deberá entregar la siguiente documentación y en los tantos que se indica de acuerdo a la Hoja de Requisitos para Personal Federal, Regularizado y Formalizado:
   - 2 cartas de Recomendación: En original y expedida en un tiempo no mayor de 30 días naturales.
   - 2 copias de Acta de Nacimiento: Expedida en un tiempo no mayor de dos años.
   - 3 copias de la C.U.R.P.: Obligatorio presentar Registra Nacional de Población.
   - 2 copias del R.F.C.: Obligatoria presentar Cédula Fiscal o Constancia de Registro.
   - 2 copias de Grado Máximo de Estudios: Certificado, Título Profesional, Especialidad, y/o Grado.
   - 2 copias de la Cartilla Militar Liberada y Pre-cartilla.
   - Currículum Vitae: Firmado y con documentación soporte que avalen los estudios o cursos recibidos (copias de diplomas y/o constancias).
   - 2 copias de la Cédula Profesional y/o Especialidad: Por ambos lados.
   - Certificado médico de buena salud: Expedido por Unidad Médica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, debe incluir las hojas de laboratorio de resultado de las pruebas Médicas de Química Sanguínea Completa, V.D.R.L., Grupo Sanguíneo.
   - 4 copias de Credencial para Votar: Por ambos lados.

- 3 fotografías tamaño mignón de perfil y 3 fotografías tamaño mignón de frente: Para filiación federal blanco y negro con ampliación y acercamiento, sin retoque, sin bigote, sin lentes, sin aretes, sin maquillaje, no urgentes, no instantáneas, no digitales.
- 3 fotografías: Tamaño infantil blanco y negro reciente.
- Constancia de No Inhabilitado: En original, expedida por la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla y tendrá una vigencia de 30 días naturales.
- Carta de No Antecedentes Penales: En original, expedida por la Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla y tendrá una vigencia de 3 meses.
- 3 copias de Comprobante Domiciliario: Recibo de luz, Telmex o predio, reciente.
- 2 copias de Licencia de Manejo del Servicio de Transporte Público y Mercantil vigente.
- En caso de haber laborado en otra Dependencia deberá proporcional número de seguridad social.
- 1 sobre de papel manila tamaño oficio: Para depósito de todos los documentos.

2. Se expedirá carta compromiso para entrega de documentos faltantes en los siguientes casos:
   - Cuando el/la aspirante presente acta de nacimiento original expedida con una antigüedad mayor a 2 años o que sea foráneo y/o exhiba comprobante de trámite de acta, se le dará un plazo 5 días hábiles.
   - Si el/la aspirante extravío Cartilla Militar Liberada y Pre-cartilla, se le dará un plazo de 30 días hábiles; si se encuentra en trámite deberá presentar constancia de trámite de cartilla otorgada por el municipio de su localidad o documento expedido por la zona militar correspondiente que avale dicho trámite y el plazo será el que se requiera.
3. Se deberá requisitar el Formato de Designación de Beneficiarios/as del Seguro de Vida Institucional con los siguientes datos:

- R.F.C.
- C.U.R.P.
- Nombre del/la Asegurado/a.
- Fecha de alta en la Dependencia o Entidad.
- Beneficiarios.
- Porcentaje.
- Parentesco.
- Firma o huella del/la Asegurado/a.
- Fecha de expedición.

4. En el Formato de Potenciación (incremento de suma asegurada) y autorización de descuento en Nómina deberá de ser llenado en los siguientes campos:
   - R.F.C.
   - C.U.R.P.
5. El Formato Ahorro Solidario deberá de ser requisitado en los siguientes campos:
   - Fecha y lugar de elaboración.
   - Fecha de recepción.
   - C.U.R.P.
   - Dependencia o Entidad.
   - Nombre del/la Trabajador/a.
   - Monto del descuento: Marcar con X cualquiera de las opciones, cero por ciento, uno por ciento o dos por ciento.
6. El/la Jefe/a de D.R.L.D.P. deberá rubricar el Oficio de Presentación / Promoción / Cambio de Adscripción y firmar Formato de No Compatibilidad de Empleo.
7. El/la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano deberá rubricar Oficio de Presentación / Promoción / Cambio de Adscripción, firmar Formato de No Compatibilidad de Empleo y Filiación Federal.
8. El/la Director/a de Operación de Personal deberá de firmar Oficio de Presentación / Promoción / Cambio de Adscripción, Formato de No Compatibilidad de Empleo y Filiación Federal
9. Al Oficio de Presentación / Promoción / Cambio de Adscripción y Filiación Federal se les deberá de colocar el sello oficial de la Dirección de Operación de Personal.
10. Del Oficio de Presentación / Promoción / Cambio de

Adscripción se deberá turna las siguientes copias a las áreas involucradas:

- Copia 1- Unidad o área donde desempeñara sus funciones.
- Copia 2- Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, esta copia no se tramita, se ocupa como soporte del Formato de Movimientos de Personal Federal / Eventual, Registro Quincenal.
- Copia 3- Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- Copia 4.- Coordinación Operativa de Control de Pago.

11. Los formatos que el/la Aspirante deberá de tramitar en la Coordinación Operativa de Relaciones Laborales son los siguientes:
    - Formato para el Trámite Elaboración de Tarjeta de Control de Asistencia, si se trata de personal que laborará en Oficina Central entrega Formato de Trámite de Kardex.
    - Formato de Trámite de ISSSTE.
    - Formato de Credencial
    - Formato de Inducción a los S.S.E.P.
12. Los movimientos de alta de personal deberán presentarse de acuerdo al Calendario de Procesos de Nómina emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas al inicio del ejercicio.
13. En Formato de Filiación Federal deberá llevar las firmas autógrafas en los 3 tantos.
14. En caso de que el/la Trabajador/a no se presente a recoger su oficio se entrega al área de Recursos Humanos de la Unidad o Área donde desempeñaran sus funciones.
15. El/la Responsable de Revisión y Recepción de Documentos entregará al Responsable de Programa de la C.O.A.P. los documentos del/la aspirante en sobre amarillo, rotulado en la parte de enfrente con el nombre del/la aspirante y en la parte superior derecha el número de contratación que le corresponde.

Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Candidatos/as propuestos/as a ocupar plazas vacantes.
Recursos	Filiación Federal, Compatibilidad de Empleos, Oficio de Presentación, Seguro de Vida Institucional, Seguro de Potenciación, Acta de escalafón, Formato de requisición de recurso humano para los ingresos a plazas federales, Formato de designación de beneficiarios, Formato de ahorro solidario, Bitácora de registro de diario, Formato para integración de expedientes, Solicitud de movimiento de personal de alta, Formato de movimientos de personal federal / regularizado y formalizado de registro quincenal
Glosario	D.N.P.E.: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.A.P: Coordinación Operativa de Administración de Personal. S.S.E.P: Servicios de Salud de Estado de Puebla. CURP: Clave Única de Registro de Población. RFC: Registro Federal de Contribuyentes. ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Responsable de Programa	Recibe Acta de Escalafón y/o Formato de Requisición de Recurso Humano para nuevos ingresos a plazas federales.	Acta de Escalafón y/o Formato de Requisición de Recurso Humano para nuevos ingresos a plazas federales.
2		Recibe sobre con documentación completa del aspirante para captura de datos en base general del programa y SPARH.	Documentación de aspirante
3		Elabora Oficio de Presentación, anexa formato de No Compatibilidad de Empleo y soporte documental, rubrica y turna al/la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Oficio de Presentación Formato de No Compatibilidad de Empleos Documentos
4	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe y revisa Oficio de Presentación, según aplique. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad 5. No: Regresa actividad 3.	Oficio de Presentación
5		Rubrica Oficio de Presentación, recaba las rúbricas y firmas correspondientes del Oficio de Presentación, así como en Formato de No Compatibilidad de Empleo, y turna al/a la Responsable de Programa.	Oficio de Presentación Formato de No Compatibilidad de Empleos
6	Responsable de Programa	Recibe Oficio de Presentación, Formato de No Compatibilidad de Empleo firmados y soporte documental anexo, comunica vía telefónica al/a la aspirante, la fecha y hora en que deberá presentarse en la C.O.A.P. para	Oficio de Presentación Formato de No Compatibilidad de Empleo

		recoger su Oficio de Presentación, así como para realizar los diversos trámites que corresponden.	
7	Aspirante	Se presenta en la C.O.A.P. en la fecha y hora establecida.	
8	Responsable de Programa	Genera en dos tantos, los formatos de Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional y Ahorro Solidario, dando una breve explicación.	Formato de Designación de Beneficiario Formato de Ahorro Solidario
9	Aspirante	Recibe y revisa formatos. ¿Están correctos? Si: Continúa actividad no. 10. No: Regresa actividad no. 8.	
10		Requisita los formatos en dos tantos de acuerdo a las instrucciones y devuelve al Responsable de Programa.	Formatos
11	Responsable de Programa	Recibe y revisa formatos. ¿Están correctos? Si: Continúa actividad no. 12. No: Regresa actividad no. 10.	
12		Realiza la cancelación de los espacios en blanco (línea diagonal) en la tabla de beneficiarios/as del formato de designación de beneficiarios/as del seguro de vida institucional y plasma el sello oficial de la Coordinación Operativa de Administración de Personal en los 2 tantos de cada formato.	Formato de designación de beneficiarios/as del seguro de vida institucional
13		Entrega al/a la aspirante un tanto original de cada formato y solicita firme de recibido en el reverso del segundo tanto original correspondiente a su expediente.	Formato de designación de beneficiarios/as del seguro de vida institucional

14		Recibe formato con firma de recibido por parte del/de la aspirante.	Formatos
15		Genera formato de Filiación Federal en tres tantos y los entrega al/a la aspirante a fin de que verifique la información generada de la captura hecha conforme a la documentación proporcionada.	Formato Filiación Federal
16	Aspirante	Recibe Filiación Federal y revisa datos personales. ¿Están correctos? Si: Continúa actividad no. 17. No: Regresa actividad no. 15.	Formato Filiación Federal
17		Firma los tres tantos del Formato de Filiación Federal en los espacios señalados.	
18	Responsable de Programa	Proporciona al/a la Aspirante un cojín con tinta negra, explica que debe entintar de costado a costado, los dedos pulgares derecho e izquierdo y plasmar las huellas de cada uno solo de derecha a izquierda en los espacios indicados en el Formato de Filiación Federal (a los costados de su firma).	
19		Recibe Formato de Filiación Federal firmado y con las huellas correspondientes, pega fotografías (para filiación federal) de frente y perfil en los espacios indicados para recabar las firmas de los/las funcionarios/as autorizados/as, así como el sello oficial.	Formato de Filiación Federal
20		Envía por medio del/la aspirante,	

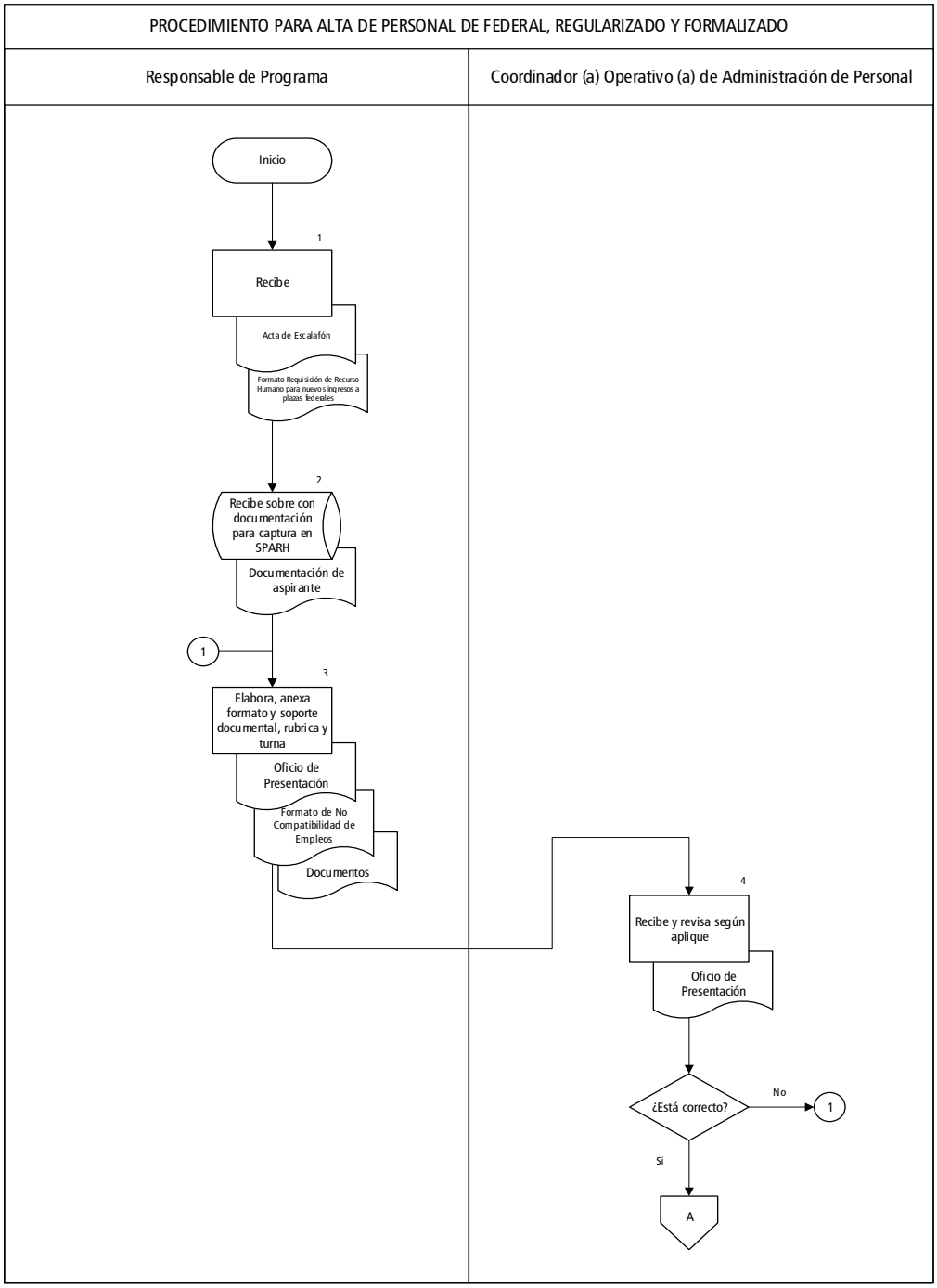
		la información general de este para tramites de Credencial en la C.O.A.P., de Kardex, alta de I.S.S.S.T.E. y asistencia a la C.O.P.E. e inducción a los S.S.E.P. en la C.O.D.H.; le indica que debe regresar con los sellos de recibido de los trámites realizados en las Coordinaciones mencionadas.	
21		Recibe acuses de los trámites realizados y solicita al/a la aspirante se registre en bitácora de registro de diario.	Bitácora de registro de diario.
22		Entrega un original de Filiación Federal y copia de oficio de presentación al/a la ya trabajador/a de los S.S.E.P. y le indica el lugar y la fecha en que debe de presentarse a laborar conforme a lo establecido en el mencionado oficio.	Filiación Federal Oficio de Presentación
23		Indica al/a la trabajador/a que debe de firmar de recibido en una copia del Oficio de Presentación y al reverso de la Filiación Federal original que corresponde a su expediente.	
24		Recibe acuse firmado del Oficio de Presentación y Filiación Federal, los integra en el sobre que contiene la documentación del/de la Trabajador/a junto con los formatos generados en el proceso.	
25		Turna copias del Oficio de Presentación a las áreas Involucradas para su registro	Oficio de Presentación

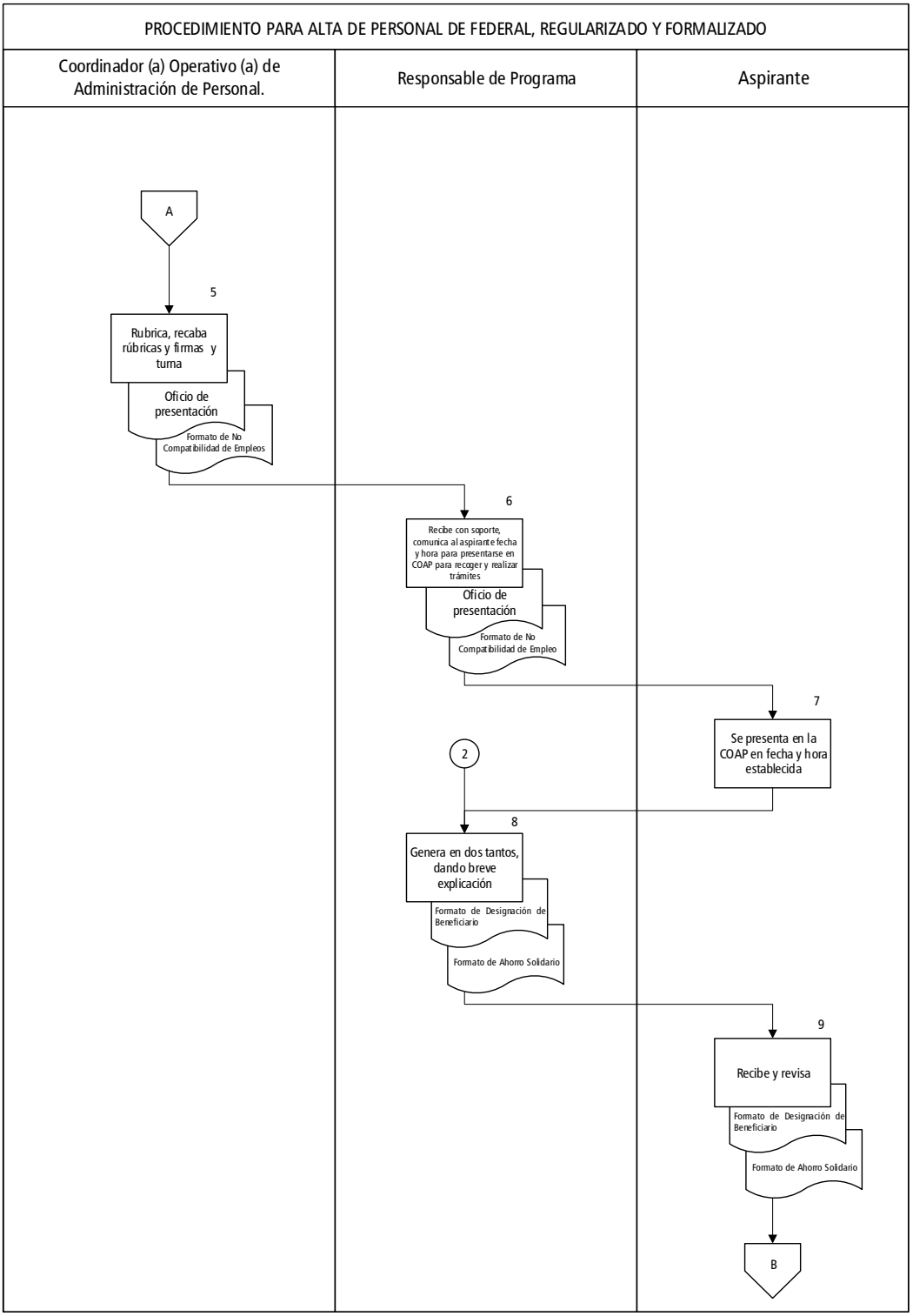
		correspondiente.	
26		Requisita, genera y firma el formato "Formato para Integración de Expediente" en dos tantos y entrega junto con el sobre al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal para su validación.	Formato para Integración de Expediente
27	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe y revisa Formato para Integración de Expediente. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad No. 28. No: Regresa actividad No. 26.	
28		Firma Formato para Integración de Expediente y devuelve al/a la Responsable de Programa de la C.O.A.P.	
29	Responsable de Programa	Recibe y envía al área de archivo sobre y Formato para Integración de Expediente.	
30	Responsable del Área de Archivo	Recibe y revisa sobre y Formato para Integración de Expediente. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no. 31. No: Regresa actividad no. 29.	
31		Sella y firma de recibido, y devuelve copia del Formato al/a la Responsable de Programa de la C.O.A.P.	
32	Responsable de Programa	Recibe Formato firmado y archiva.	
33		Captura la solicitud de movimiento de personal de alta en el sistema SPARH y obtiene un folio.	Solicitud de Movimiento de Personal de Alta

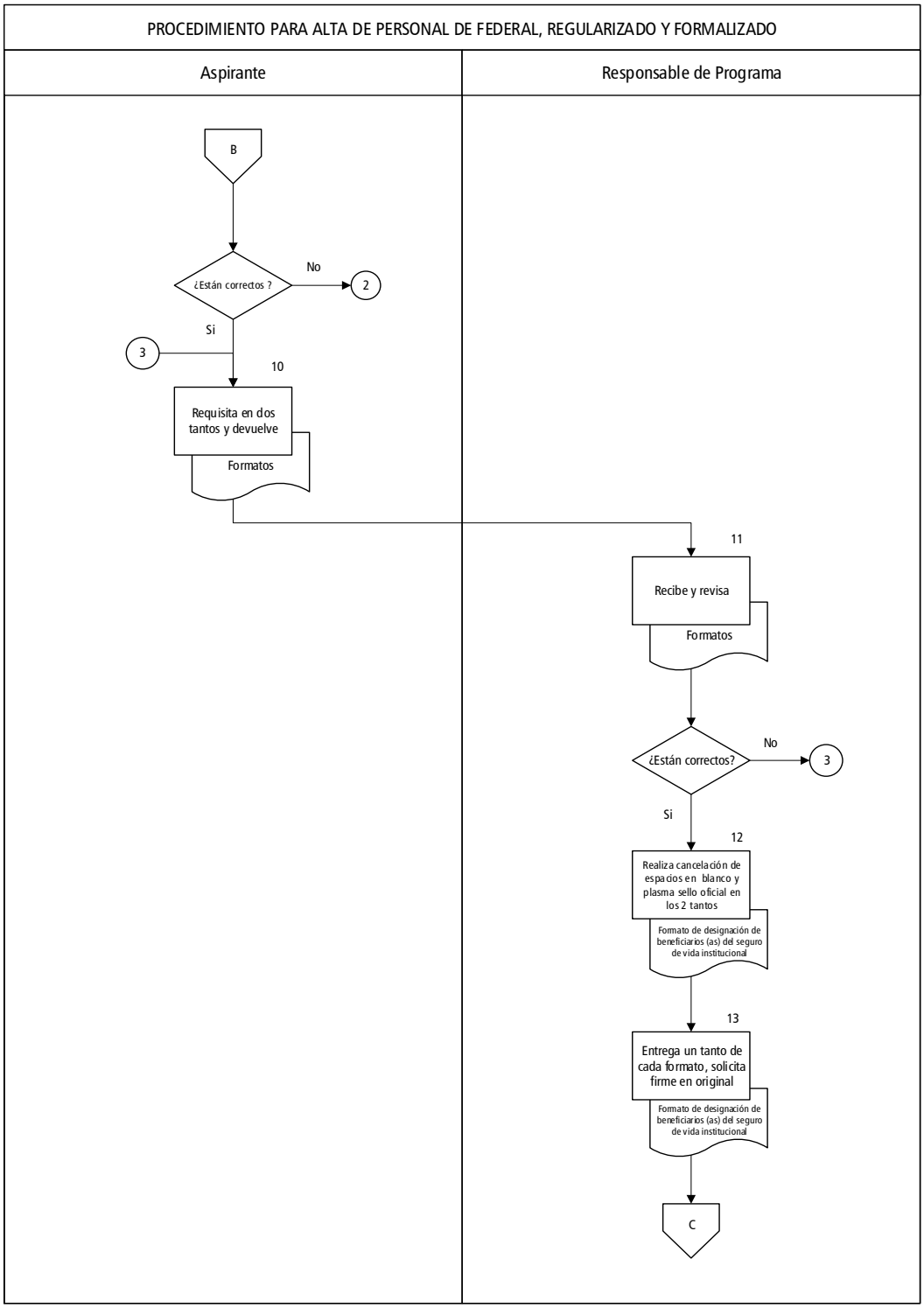
34		Emite reporte de solicitudes del sistema SPARH y rubrica formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y/o Formalizado de Registro Quincenal, anexa el soporte y especifica el nombre del programa y la quincena en la que se va a aplicar la alta y entrega al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal
35	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe y revisa formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal con soporte. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad No. 36. No: Regresa actividad No. 34.	Formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal
36		Rubrica formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal, recaba rúbrica del/de la Jefe/a de D.R.L.D.P. y firma del/de la Subdirector/a de Administración de Personal de Desarrollo Humano, y devuelve al Responsable de Programa.	Formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal
37	Responsable de Programa	Recibe formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y/o Formalizado de Registro Quincenal debidamente autorizado con soporte y tramita en el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal
38	Personal del Departamento de Nómina y Prestaciones	Recibe original del formato Movimientos de Personal Federal / Regularizado y/o Formalizado de Registro Quincenal, sella de	Formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y

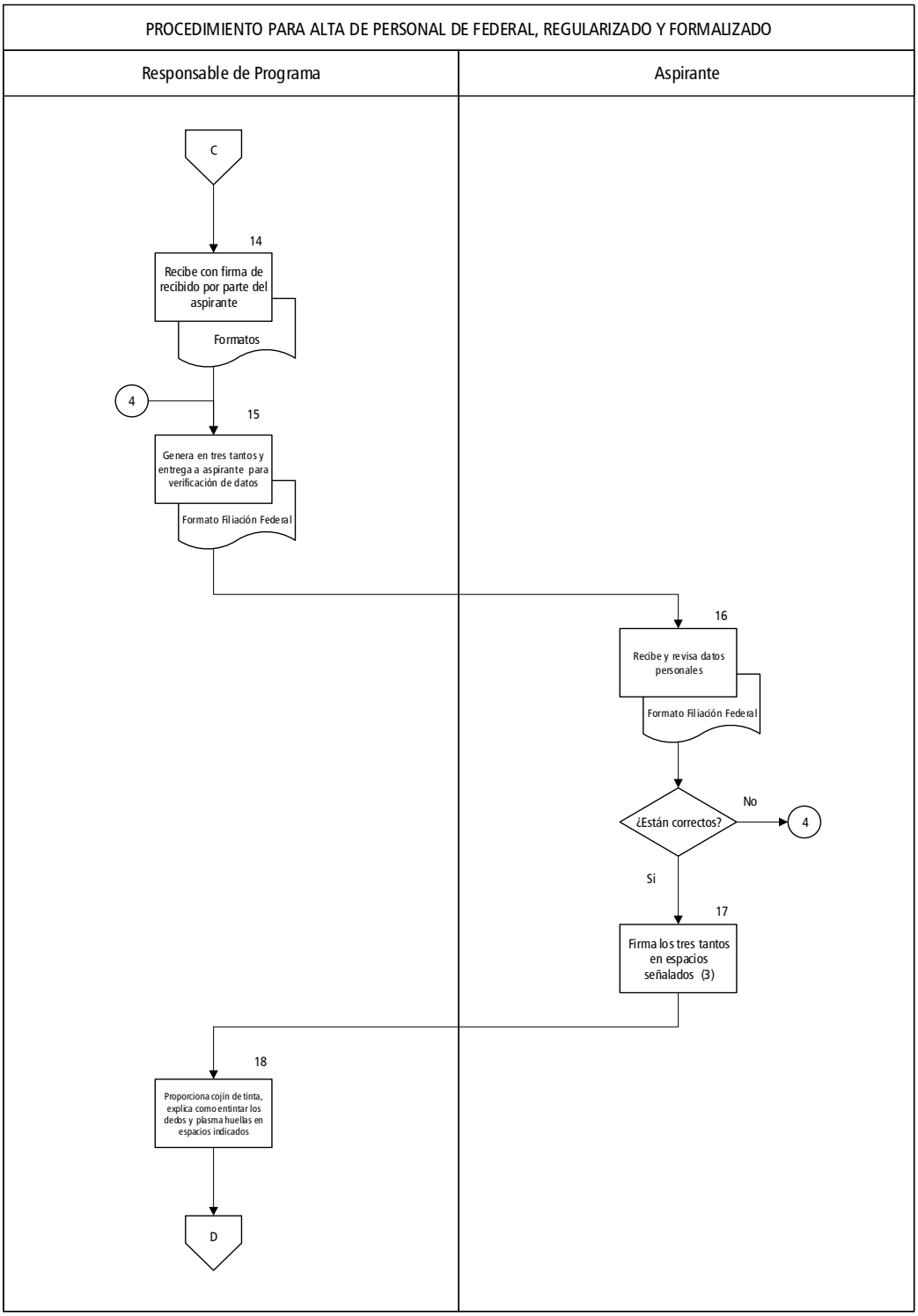
	Económicas	recibida copia del formato y regresa al/a la Responsable de Programa.	Formalizado de Registro Quincenal
39	Responsable de Programa	Recibe y archiva copia sellada del formato Movimientos de Personal Federal / Regularizado y/o Formalizado de Registro Quincenal.	Formato de Movimientos de Personal Federal / Regularizado y Formalizado de Registro Quincenal
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO.



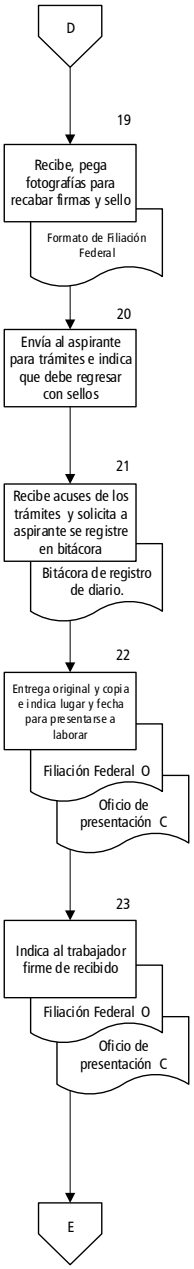

PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO
Coordinador (a) Operativo (a) de Administración de Personal.
Responsable de Programa
Aspirante
A
5
Rubrica, recaba rúbricas y firmas y turna
Oficio de presentación
Formato de No Compatibilidad de Empleos
6
Recibe con soporte, comunica al aspirante fecha y hora para presentarse en COAP para recoger y realizar trámites
Oficio de presentación
Formato de No Compatibilidad de Empleo
7
Se presenta en la COAP en fecha y hora establecida
2
8
Genera en dos tantos, dando breve explicación
Formato de Designación de Beneficiario
Formato de Ahorro Solidario
9
Recibe y revisa
Formato de Designación de Beneficiario
Formato de Ahorro Solidario
B


PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO
Aspirante
Responsable de Programa
B
¿Están correctos ?
No
2
Si
3
10
Requisita en dos tantos y devuelve
Formatos
11
Recibe y revisa
Formatos
¿Están correctos?
No
3
Si
12
Realiza cancelación de espacios en blanco y plasma sello oficial en los 2 tantos
Formato de designación de beneficiarios (as) del seguro de vida institucional
13
Entrega un tanto de cada formato, solicita firme en original
Formato de designación de beneficiarios (as) del seguro de vida institucional
C

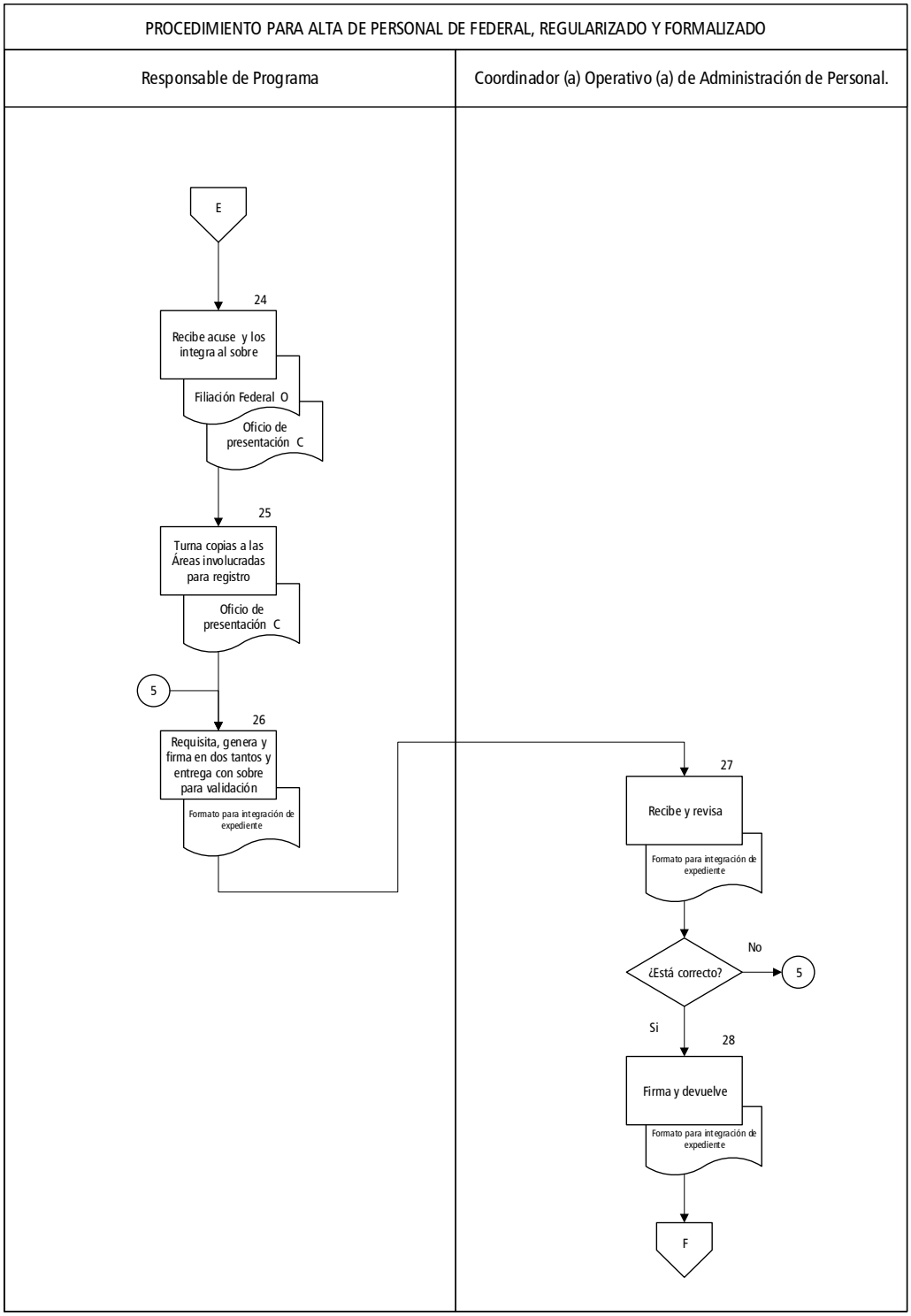

PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO
Responsable de Programa
Aspirante
C
14
Recibe con firma de recibido por parte del aspirante
Formatos
4
15
Genera en tres tantos y entrega a aspirante para verificación de datos
Formato Filiación Federal
16
Recibe y revisa datos personales
Formato Filiación Federal
¿Están correctos?
No
4
Si
17
Firma los tres tantos en espacios señalados (3)
18
Proporciona cojín de tinta, explica como entintar los dedos y plasma huellas en espacios indicados
D

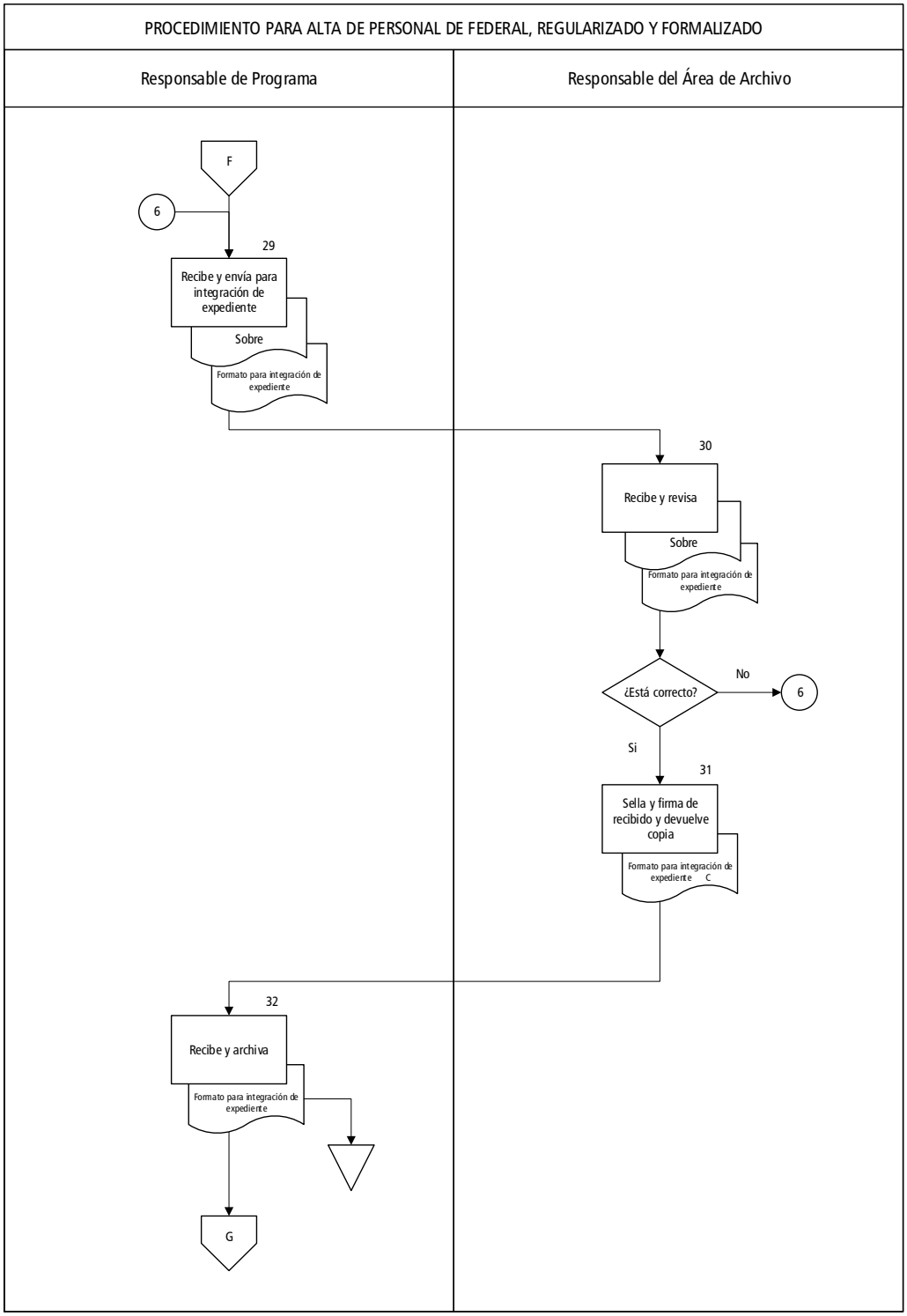
PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO

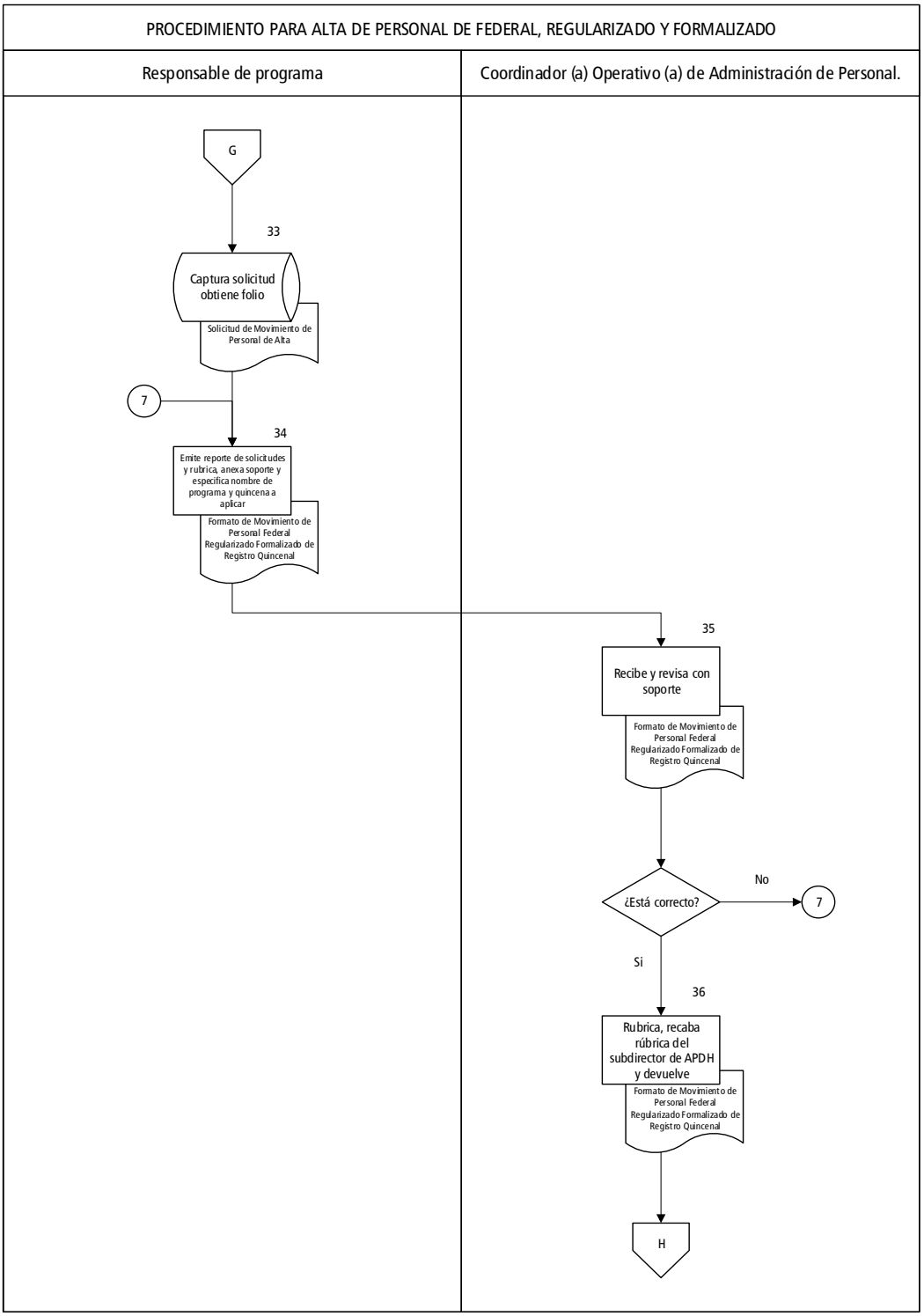
Responsable de Programa



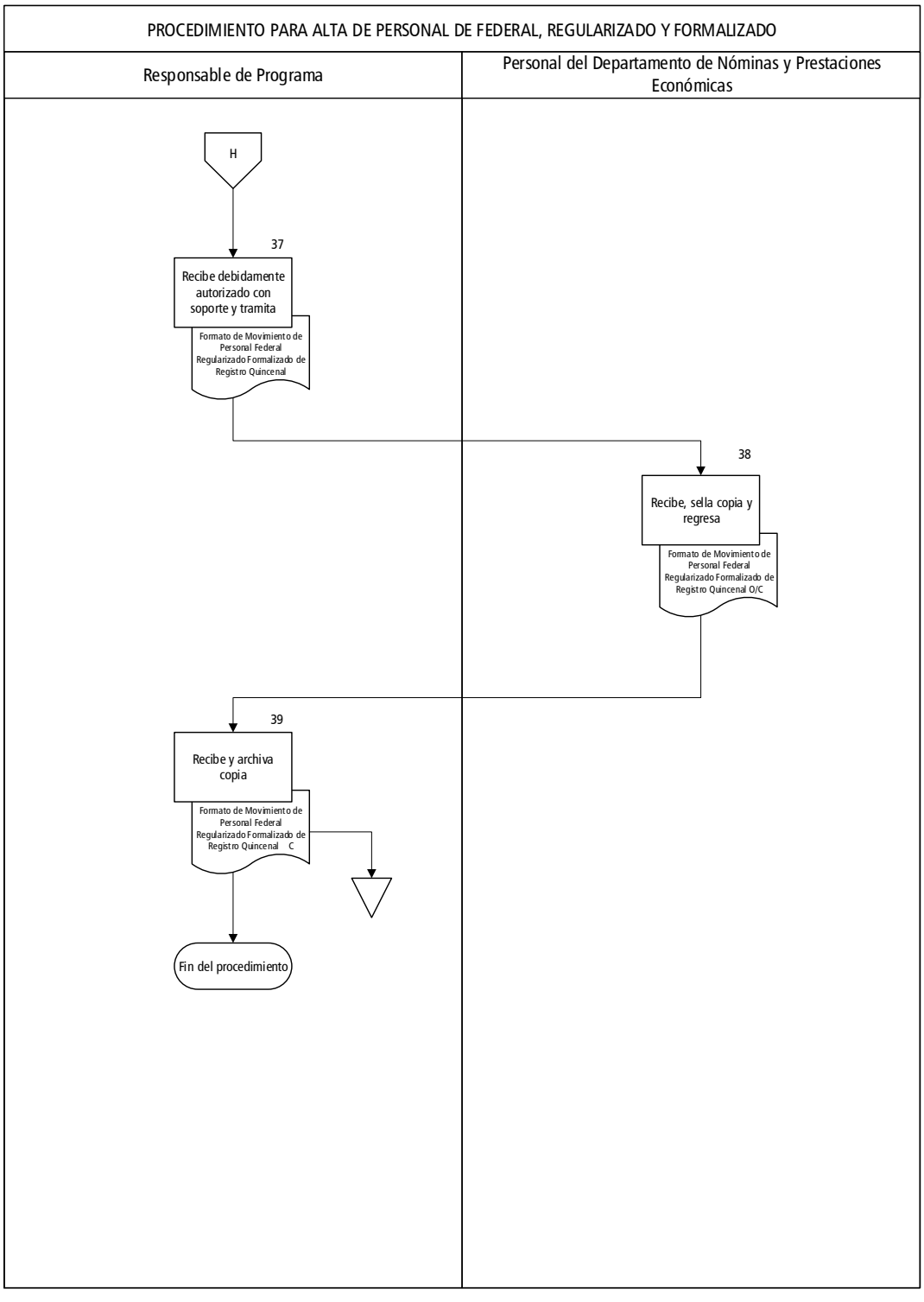
PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO




PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO
Responsable de Programa
Responsable del Área de Archivo
F
6
29
Recibe y envía para integración de expediente
Sobre
Formato para integración de expediente
30
Recibe y revisa
Sobre
Formato para integración de expediente
¿Está correcto?
No
6
Si
31
Sella y firma de recibido y devuelve copia
Formato para integración de expediente C
32
Recibe y archiva
Formato para integración de expediente
G


PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO
Responsable de programa
Coordinador (a) Operativo (a) de Administración de Personal.
G
33
Captura solicitud obtiene folio
Solicitud de Movimiento de Personal de Alta
7
34
Emite reporte de solicitudes y rubrica, anexa soporte y especifica nombre de programa y quincena a aplicar
Formato de Movimiento de Personal Federal Regularizado Formalizado de Registro Quincenal
35
Recibe y revisa con soporte
Formato de Movimiento de Personal Federal Regularizado Formalizado de Registro Quincenal
¿Está correcto?
No
7
Si
36
Rubrica, recaba rúbrica del subdirector de APDH y devuelve
Formato de Movimiento de Personal Federal Regularizado Formalizado de Registro Quincenal
H

PROCEDIMIENTO PARA ALTA DE PERSONAL DE FEDERAL, REGULARIZADO Y FORMALIZADO



7.17.39. PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES).

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Dar cumplimiento a la prestación de Licencia sin goce de sueldo por asuntos particulares otorgada a los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla, estipulado en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Vigente.
2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vigente.
3. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla. Vigente.
4. Plan Estatal de Desarrollo. Vigente.

Políticas de Operación:

1. La emisión del Oficio de Presentación deberá de ir dirigido al/a la Jefe/a de la Jurisdicción a la que pertenezca la plaza contratada.
2. Cuando se turne a la D.O.P. el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, bajo el régimen de honorarios asimilables a sueldos y salarios por tiempo determinado para su firma deberá llevar anexo los formatos de Requisición de Recurso humano y Evaluación Psicométrica.
3. Los datos que deberán contener el formato de Movimientos de Alta de personal o reingreso de Honorarios son los siguientes:

- Número de solicitud emitido por SPARH.
- Número que le corresponde al movimiento de alta de acuedo al catálogo de movimientos.
- Fecha de ingreso / reingreso.
- R.F:C.
- Nombre completo del (la) Trabajador (a).
- C.U.R.P.
- Sexo.
- Centro de Responsabilidad.
- Clave de Programa .
- Código.
- Nivel Salarial.
- Número de Proyecto.
- Observaciones (en caso de que se requiere hacer algún comentario o aclaración).

- Formato de Nómina Extraordinaria (Pagos extraordinarios o pago de diferencia).

	➢ Los Movimientos de alta de personal deberán presentarse de acuerdo al Calendario de Procesos de Nómina emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas al inicio del ejercicio. Cuando se realice cambio de código se deberá de aplicar este procedimiento y se solicitara al (la) trabajador (a) que presente la siguiente documentación actualizada: ➢ IFE. ➢ R.F.C. ➢ Currículum vitae actualizado. ➢ Grado máximo de estudio. ➢ Comprobante Domiciliario.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Candidatos/as propuestos/as a ocupar plazas vacantes.
Recursos	Contrato individual de trabajo por tiempo determinado, Oficio de presentación de personal de Contrato, Formato de integración de expediente, movimientos de Alta Personal de Honorarios, registro quincenal
Glosario	D.N.P.E.: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.A.P: Coordinación Operativa de Administración de Personal. S.S.E.P: Servicios de Salud de Estado de Puebla. CURP: Clave Única de Registro de Población. RFC: Registro Federal de Contribuyentes. ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Programa	Recibe Formato de Solicitud de Recurso Humano, documentación completa y correcta, y formatos (si aplica) para su contratación	Formato de Solicitud de Recurso Humano Documentación Formatos
2		Captura los datos generales en SPARH para la emisión del Contrato Individual de Trabajo por tiempo determinado, imprime y entrega al (la) Aspirante.	Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado
3	Aspirante	Revisa los datos. ¿Los datos son correctos? Si: Continúa actividad no. 5 No: Continúa actividad no.4	Documentos
4		Manifiesta las correcciones de sus datos personales, devuelve contrato al/a la Responsable de Programa y regresa a la actividad 2.	
5		Firma al calce de todas las páginas y entrega al/a la Responsable de Programa para continuar con el trámite.	Contrato
6	Responsable de Programa	Recibe contrato debidamente firmado y se envía al/a la ya trabajador/a a cada una de las áreas para realizar el trámite correspondiente:	Contrato

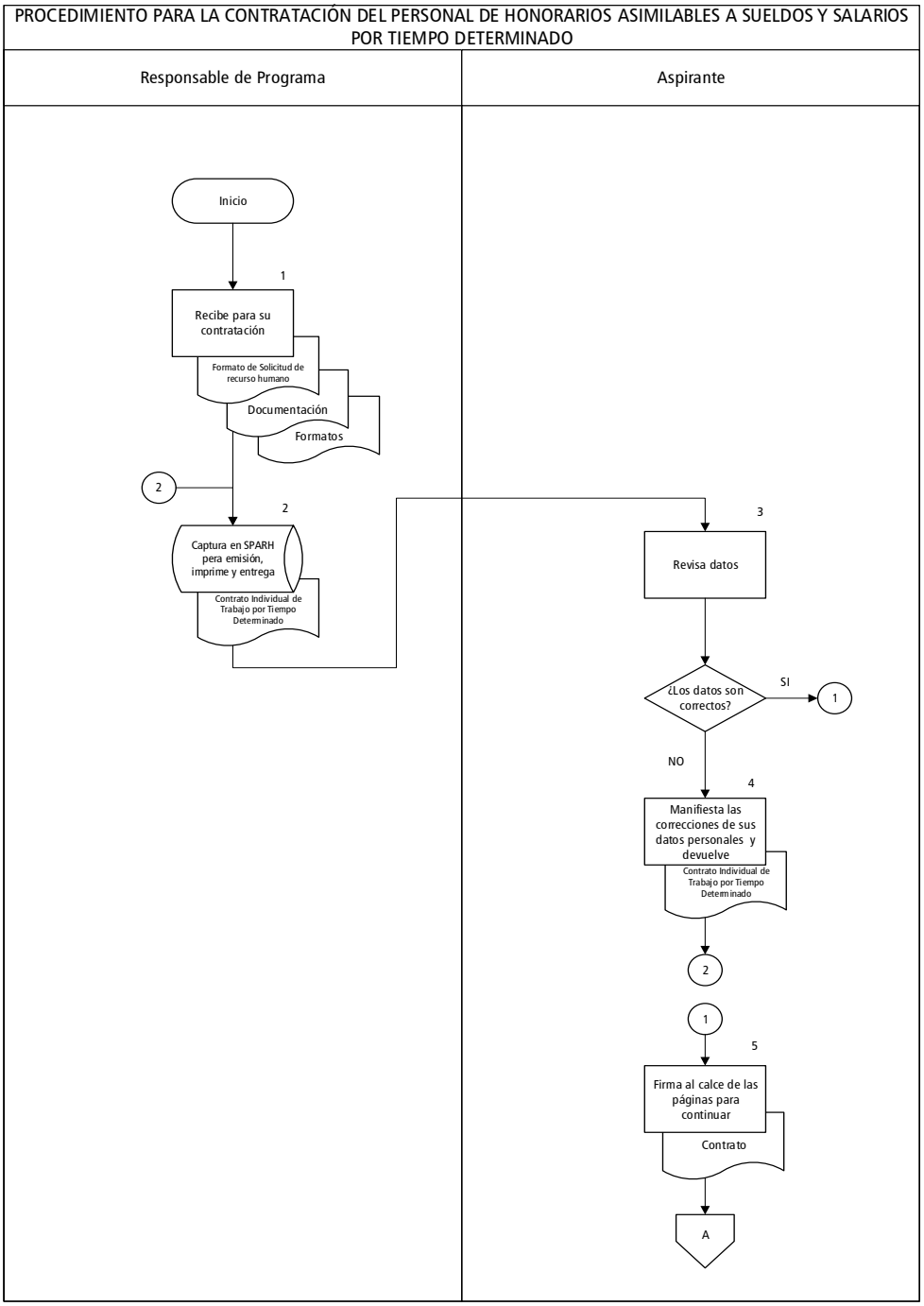
		1.- Trámite Elaboración de Tarjeta de Control de Asistencia, si se trata de personal que laborará en Oficina Central y Trámite de Kardex junto con una foto tamaño infantil, ambos se tramitan en la Coordinación Operativa de Relaciones Laborales. 2.- Trámite de Credencial en C.O.A.P. 3.- Trámite de Inducción a los S.S.E.P.C.O.D.H.	
7		Elabora Oficio de Presentación, anexa Contrato Individual de Trabajo y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Oficio de Presentación Contrato Individual de Trabajo.
8	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe y revisa Oficio de Presentación. ¿Esta correcto? Si: Continúa actividad 9 No: Regresa actividad 7	
9		Rubríca Oficio de Presentación, recaba rúbrica del/la Jefe/a de D.R.L.D.P. y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrrollo Humano; envía a firma del/de la Director/a de Operación de Personal en el Oficio de Presentación y Contrato; y devuelve al/a la Responsable de Programa de la C.O.A.P.	Oficio de Presentación Contrato
10	Responsable de Programa de la C.O.A.P.	Recibe Oficio de Presentación y Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado firmados.	Oficio de Presentación Contrato Individual de Trabajo
11		Entrega original de Oficio de Presentación a la Jurisdicción o al	Oficio de Presentación

		/a la Titular del Área cuando se trate de Oficina Central y copia para acuse de recibido del/de la trabajador/a.	Acuse
12		Recibe acuse de Oficio de Presentación firmado de recibido por la Jurisdicción y Trabajador/a	Oficio de Presentación
13		Integra los documentos del/de la Trabajador/a, acuse firmado del Oficio de Presentación, Contrato Individual de Trabajo por Tiempo determinado firmados, Original de Solicitud de Recurso Humano y Evaluación Psicométrica.	Documentos
14		Requisita y firma formato para la Integración Expediente Único de Personal y entrega a la C.O.A.P. para su validación	Formato de Integración de Expediente Único de Personal
15	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe formato para la Integración de Expediente. ¿Esta correcto? Si: Continúa actividad no. 16 No: Regresa actividad no. 14	Formato de Integración de Expediente
16		Firma Formato para la Integración del Expediente y devuelve al Responsable del Programa.	Formato de Integración de Expediente
17	Responsable de Programa de la C.O.A.P.	Recibe y envía al área de archivo documentos del/de la trabajador/a y Formato de Integración de Expediente.	Formato de Integración de Expediente
18	Responsable del Área de Archivo	Recibe y revisa Formato para la Integración de Expediente. ¿Esta correcto? Si: Continúa actividad no. 19. No: Regresa actividad no. 14	Formato de Integración de Expediente

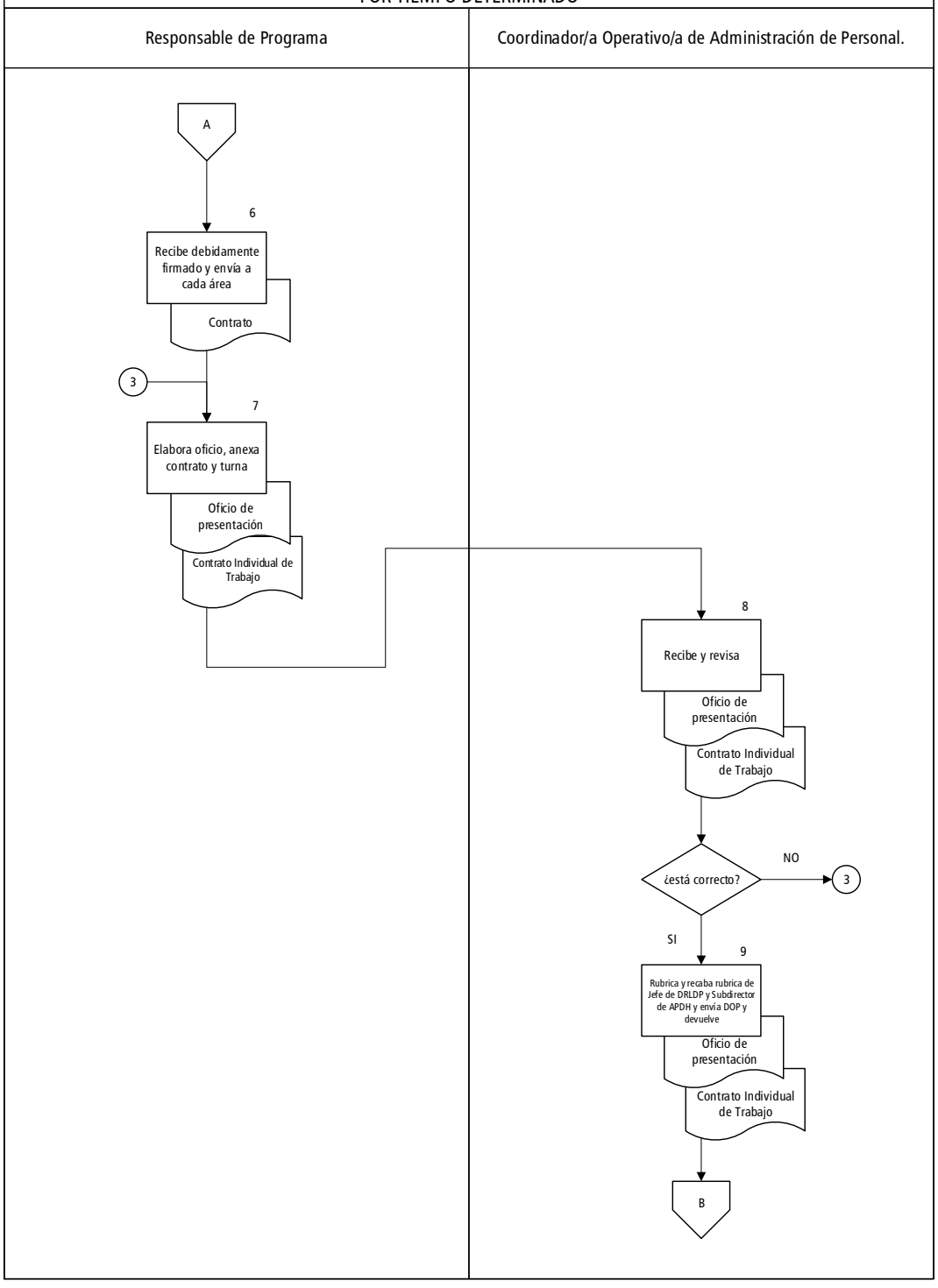
19	Responsable del Área de Archivo	Firma de recibido y devuelve copia de acuse de Formato para la Integración de Expediente al (a la) Responsable del Programa.	Formato de Integración de Expediente
20	Responsable de Programa de la C.O.A.P.	Recibe Formato para la Integración de Expediente firmado y archiva	Formato de Integración de Expediente
21		Captura en SPARH e imprime reporte de Movimientos de Alta de Personal de Contrato, Registro Quincenal, especificando el nombre del programa y la quincena en la que se van a aplicar la alta y entrega al (a la) Coordinador (a) Operativo (a) de Administración de Personal.	Reporte de Movimientos de Alta de Personal de Contrato Registro Quincenal
22	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe y revisa reporte de Movimientos de Alta de Personal de Contrato, Registro Quincenal. ¿Está correcto? Si: Continúa con actividad no.23 No: Continúa con actividad no. 21	
23		Rubríca formato de Movimientos de Alta de Personal de Contrato, Registro Quincenal, recaba firma del/de la Jefe (a) de D.R.L.D.P. y firma del (de la) Subdirector (a) de Administración de Personal de Desarrollo Humano.	Movimientos de Alta Personal de Honorarios Registro Quincenal
24		Turna formato de Movimientos de Alta de Personal de Contrato, Registro quincenal debidamente autorizados al D.N.P.E.	Movimientos de Alta Personal de Honorarios Registro Quincenal
25	Personal del Departamento de	Recibe original del formato de Movimientos de Alta de Personal de	Movimientos de Alta

	Nómina y Prestaciones Económicas	Contrato, Registro Quincenal, sella de recibida copia del reporte y regresa al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Personal de Honorarios Registro Quincenal
26	Coordinador Operativo/a de Administración de Personal	Recibe acuse sellado del reporte de Movimientos de Alta de Personal de Contrato, Registro Quincenal y los resguarda en recopilador	Movimientos de Alta Personal de Honorarios Registro Quincenal
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.

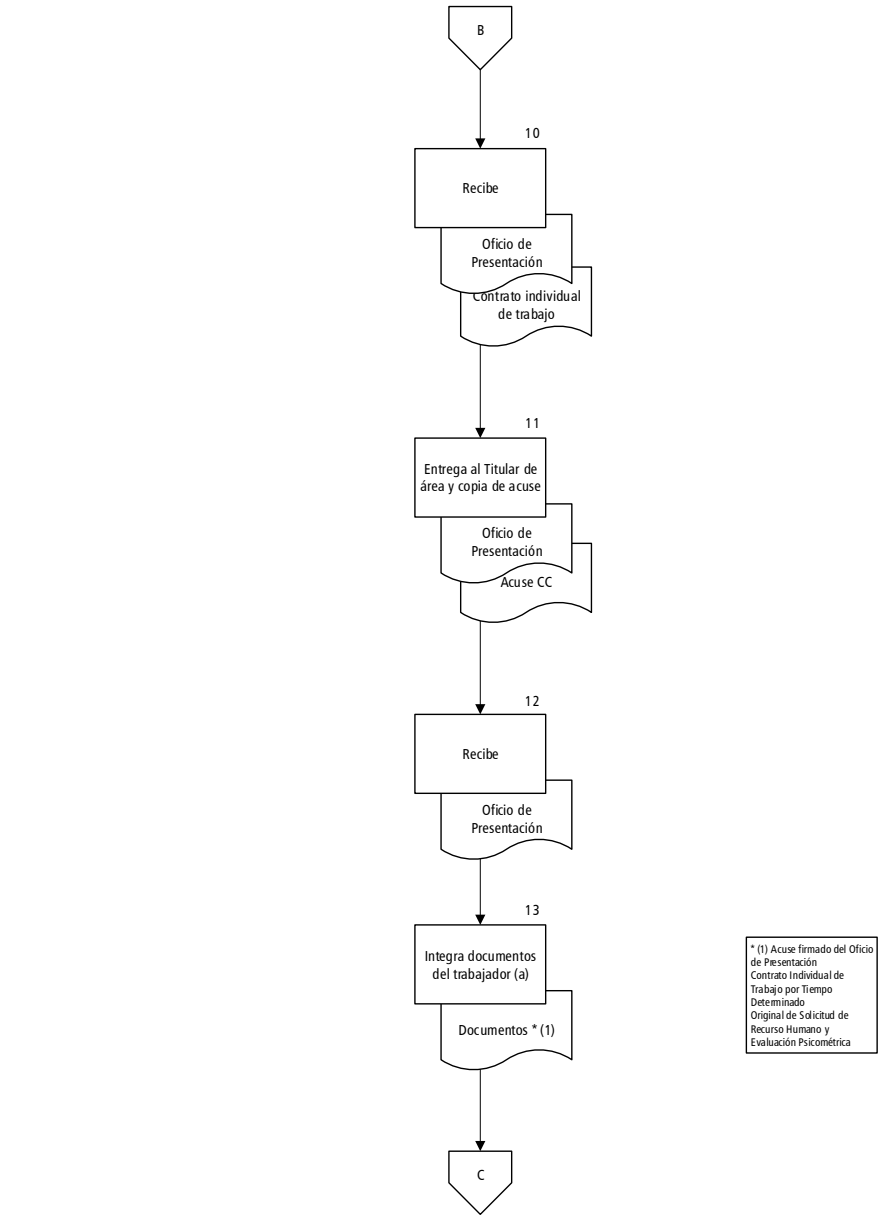


PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO

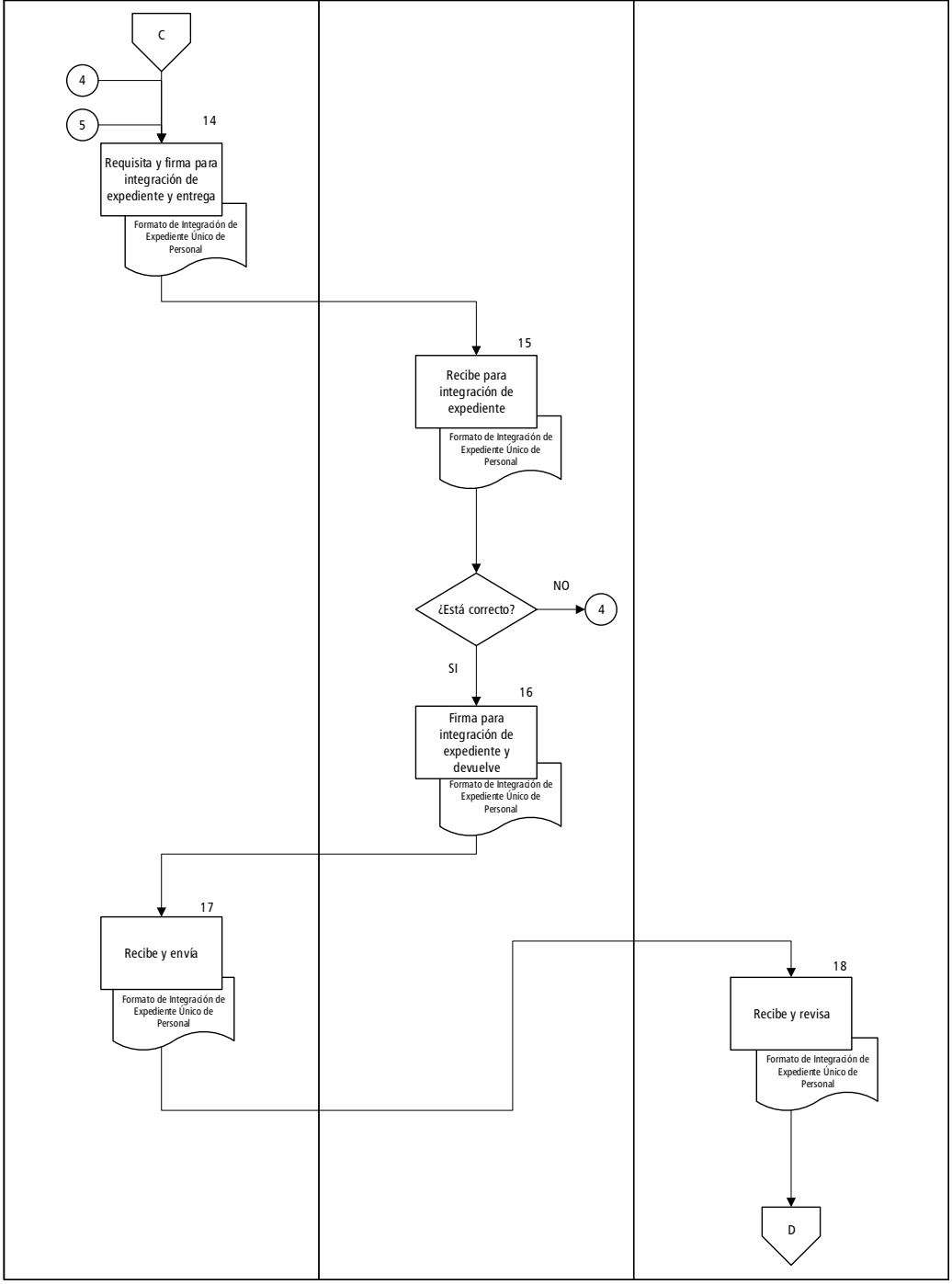


PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO

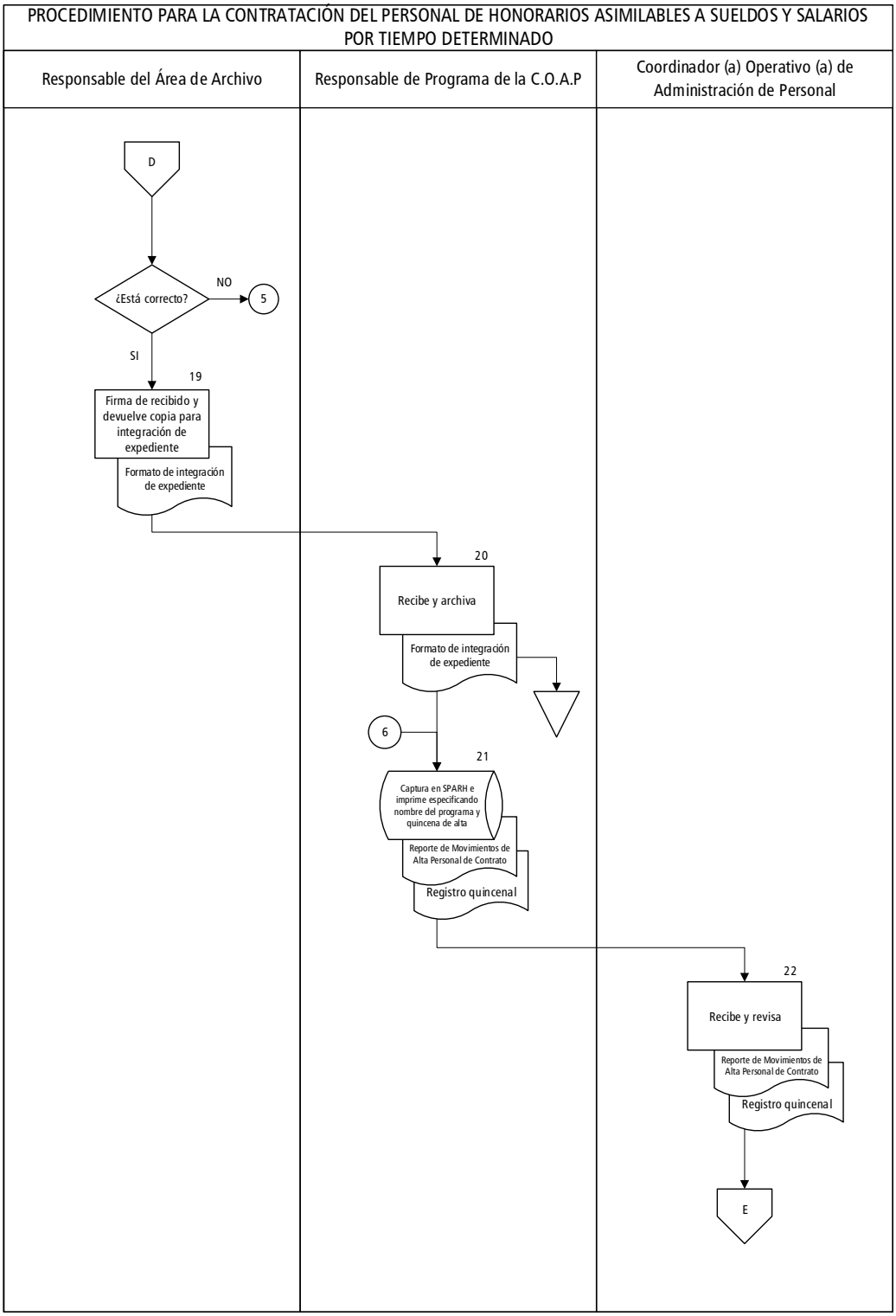
Responsable de Programa de la C.O.A.P



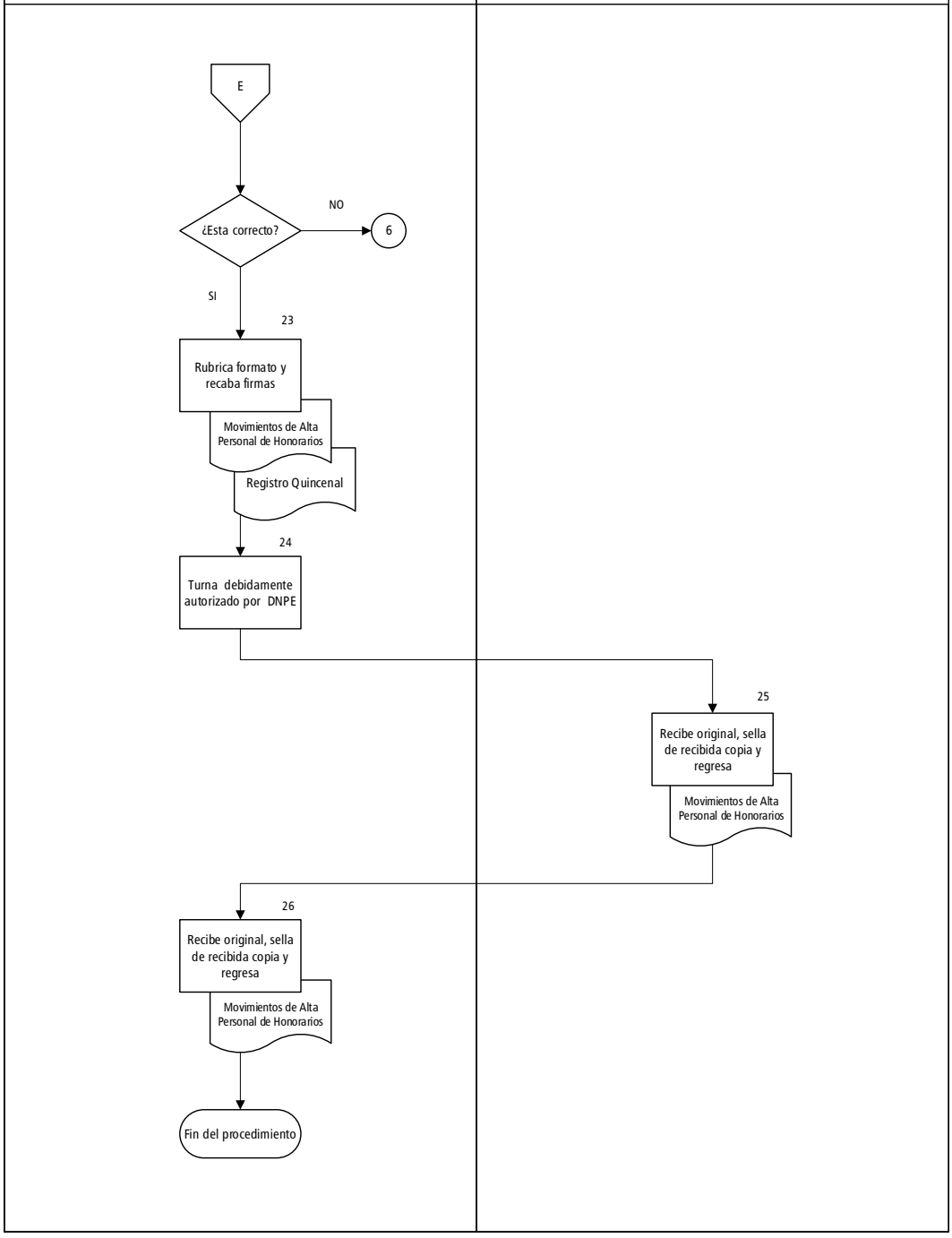
PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO



PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO



PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO



7.17.29. PROCEDIMIENTO PARA SUPLENCIAS DE PERSONAL.

Tiempo Promedio: De 1 a 4 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Coordinar la revisión de la comprobación para el pago del personal originado a través del programa de suplencias mediante el cual se apoya a las Unidades Hospitalarias para cubrir el ausentismo programado (vacaciones ordinarias (10 días personal sindicalizado y 8 días personal de contrato), días de descanso por concepto de riesgo (12 días alto riesgo y 8 días mediano riesgo), vacaciones extraordinarias (10 días), licencias con goce de sueldo y días otorgados) y no programado (Licencias Médicas y faltas injustificadas) en los diferentes servicios, a través de un esquema de pago por hora a personal médico, enfermería, técnico en inhaloterapia y diagnóstico (técnico/a laboratorista, químico/a y técnico/a radiólogo/a.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Decreto del H. Congreso del Estado que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
4. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.
5. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.

Políticas de Operación:

1. El pago de las suplencias se realizará a comprobación de mes vencido.
2. Los/las responsables de la programación, captura y comprobación de las suplencias, estará a cargo de los/las directores/as de las Unidades Hospitalarias.
3. Para el registro de personal de nuevo ingreso externo que realice las suplencias, las Unidades Hospitalarias deberán remitir al correo suplenciassep@gmail.com la documentación digitalizada, misma que será remitida al/a la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal para su evaluación y registro como Candidato/a correspondiente.
4. Derivado de lo informado por el/la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal. referente a los/las nuevos/as candidatos/as, se remitirá al Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control el listado de las plazas a crear para el ingreso del/de la candidata/a como trabajador/a.
5. Una vez creadas las plazas para el ingreso del personal, el/la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias), será el/la encargado/a de realizar los movimientos de personal respectivos para el registro del nuevo personal como trabajador/a de suplencias a los S.S.E.P.
6. De acuerdo al calendario de captura, los/las Responsables de las Unidades Hospitalarias deberán

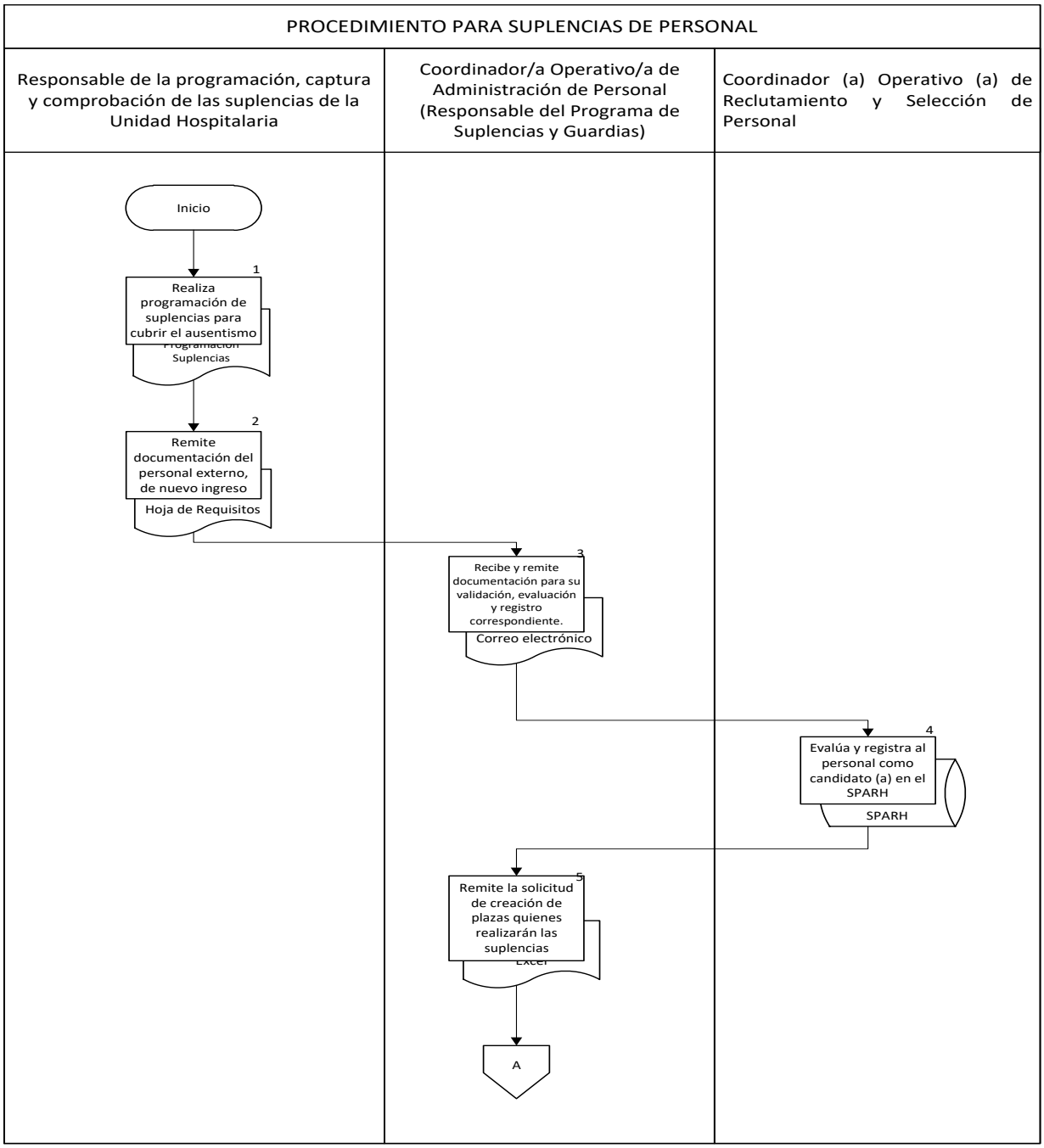
	ingresar al Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos (S.P.A.R.H.) para la captura del personal que realizó las suplencias. 7. De acuerdo al calendario de comprobación, las Unidades Hospitalarias realizarán ante el/la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias) la comprobación con la documentación correspondiente de las suplencias del personal correspondiente a la Unidad Hospitalaria de que se trate.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal; Subdirección de Administración de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Gestiona el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Aplica para el personal médico y paramédico que realizará las suplencias en las distintas Unidades Hospitalarias pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Programación de guardias, Hoja de requisitos, Documentación requisitada
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. S.P.A.R.H.: Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos. C.O.R.S.P.: Coordinación Operativa de Reclutamiento y Selección de Personal. C.O.O.C.: Coordinación Operativa de Organización y Control. C.O.A.P: Coordinación Operativa de Administración de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA SUPLENCIAS DE PERSONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de la programación, captura y comprobación de las suplencias de la Unidad Hospitalaria	Realiza la programación de las suplencias generadas para cubrir el ausentismo programado y no programado.	Programación de Suplencias
2		Remite documentación digitalizada del personal externo, de nuevo ingreso al correo: suplenciassep@gmail.com.	Hoja de Requisitos para personal de Suplencias
3	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias)	Recibe y remite documentación digitalizada de todo el personal externo de nuevo ingreso que realizará suplencias al/a la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal para su validación y registro correspondiente.	Correo Electrónico
4	Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal	Evalúa y registra al personal de nuevo ingreso como candidato/a en el SPARH.	SPARH (Control interno)
5	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias)	Remite al/a la Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control la solicitud de creación de plazas para el personal externo de nuevo ingreso que realizará las suplencias en las Unidades Hospitalarias.	Excel (Control interno)

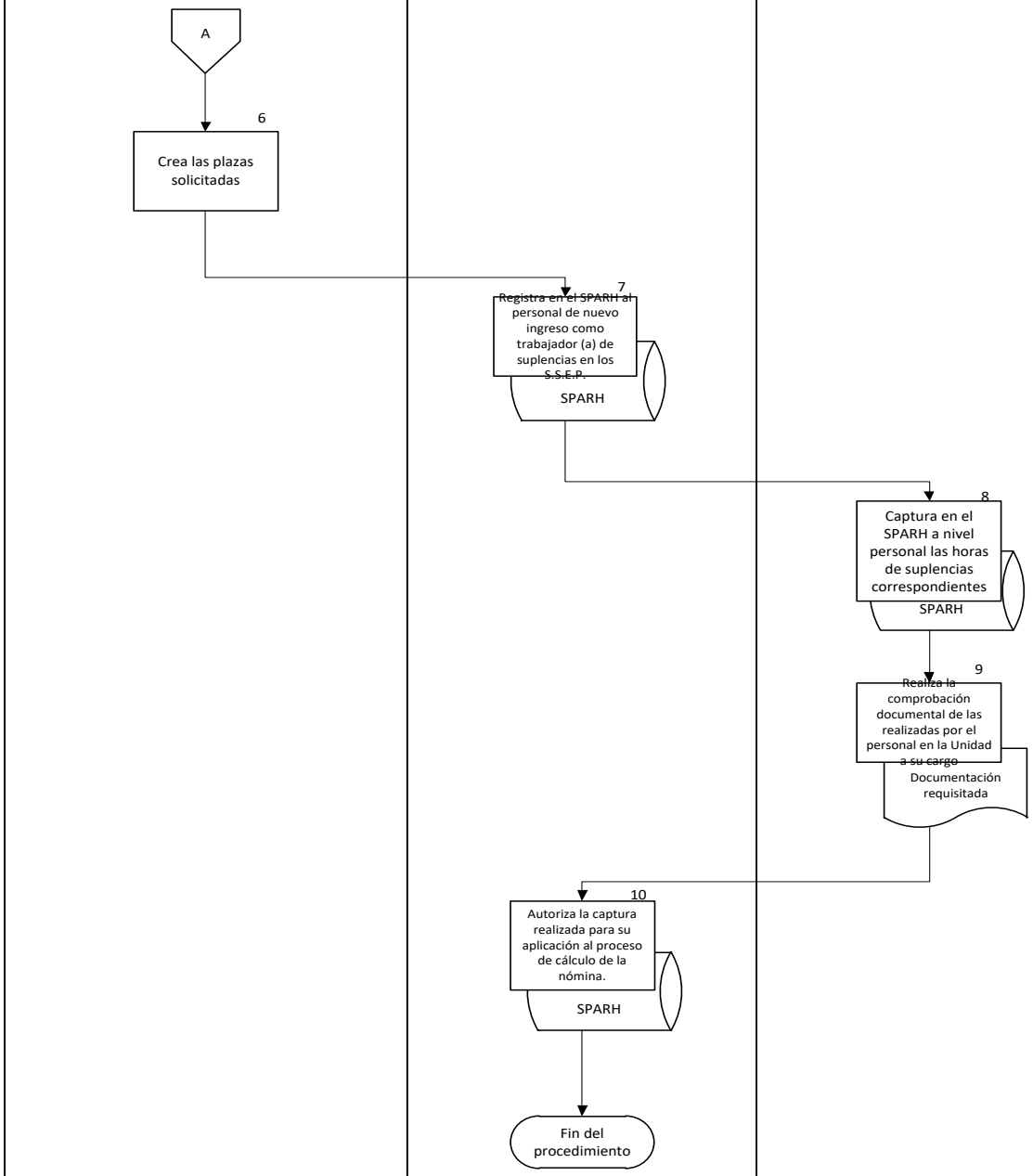
6	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Crea las plazas solicitadas.	
7	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias)	Registra en el SPARH al personal de nuevo ingreso como trabajador/a de suplencias en los S.S.E.P.	SPARH (Control interno)
8	Responsable de la programación, captura y comprobación de las suplencias de la Unidad Hospitalaria	Captura en el SPARH a nivel personal las horas de suplencias correspondientes.	SPARH (Control interno)
9		Realiza la comprobación documental de las realizadas por el personal en la Unidad a su cargo.	Documentación requisitada
10	Coordinador Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias)	Autoriza al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, la captura realizada por el personal de las Unidades Hospitalarias, para su aplicación al proceso de cálculo de la nómina.	SPARH (Control Interno)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA SUPLENCIAS DE PERSONAL.



PROCEDIMIENTO PARA SUPLENCIAS DE PERSONAL

Coordinador (a) Operativo (a) de Organización y Control	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable del Programa de Suplencias y Guardias)	Responsable de la programación, captura y comprobación de las suplencias de la Unidad Hospitalaria



7.17.30. PROCEDIMIENTO PARA GUARDIAS DE PERSONAL

Tiempo Promedio: De 1 a 4 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Coordinar la revisión de la comprobación para el pago del personal originado por el cumplimiento del compromiso realizado por el Gobernador del Estado, de asegurar la atención médica en al menos una unidad médica en cada uno de los 217 municipios del Estado, a través de un esquema de pago por hora a personal médico.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Decreto del H. Congreso del Estado que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
4. Ley de Responsabilidades de Servidores Públicos del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El pago de guardias se realizará a comprobación de mes vencido.
2. Se generará solo para médicos generales internos o externos y que realicen las guardias en los Centros de Salud pertenecientes a los S.S.E.P., en los 217 municipios del Estado.
3. La responsabilidad de la programación, captura y comprobación de las guardias, estará a cargo de las Jurisdicciones Sanitarias.
4. Para el registro de personal de nuevo ingreso externo que realice las guardias, las jurisdicciones sanitarias deberán remitir al correo guardiassep@gmail.com la documentación digitalizada, misma que será remitida al/a la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal. para su evaluación y registro como Candidato/a correspondiente.
5. Derivado de lo informado por el/la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal. referente a los/las nuevos/as candidatos/as, se remitirá al/a la Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control el listado de las plazas a crear para el ingreso del/de la Candidato/a como trabajador/a.
6. Una vez creadas las plazas para el ingreso del personal, el/la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal (Responsable de Suplencias y Guardias), será el/la encargado/a de realizar los movimientos de personal respectivos para el registro del nuevo personal como trabajador de guardias a los S.S.E.P.

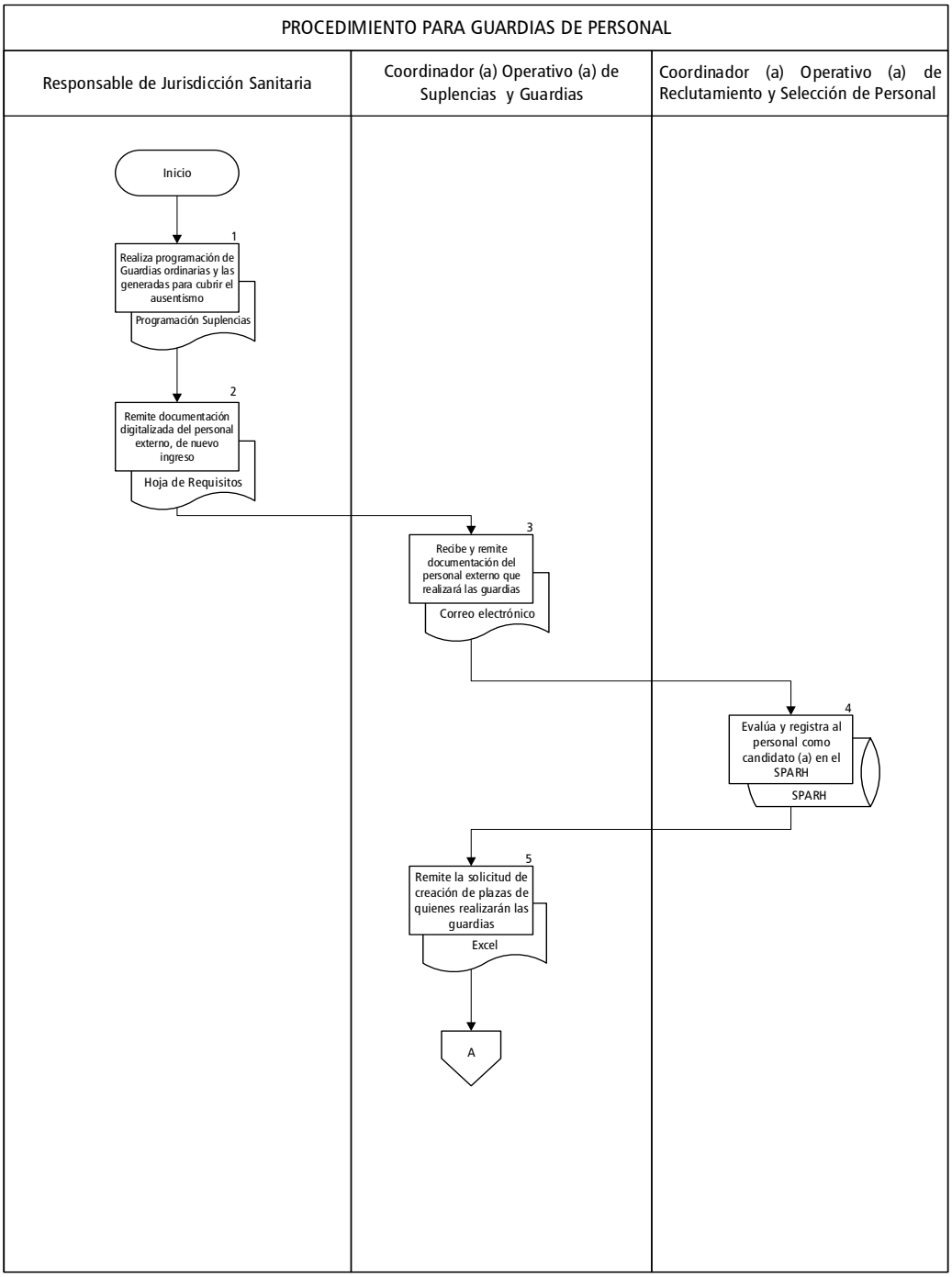
	7. De acuerdo al calendario de captura, los responsables de las jurisdicciones sanitarias deberán ingresar al Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos (S.P.A.R.H), para la captura del personal que realizó las guardias. 8. De acuerdo al calendario de comprobación, las Jurisdicciones Sanitarias realizaran ante el/la Coordinador/a Operativo/a de de Administración de Personal (Responsable de Suplencias y Guardias), la comprobación con la documentación correspondiente de las guardias del personal correspondiente a los centros de salud de su Jurisdicción.
Responsables	Subdirección de Administración de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Gestiona el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Aplica para el personal médico que realizará las guardias en los distintos Centros de Salud pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla y que se encuentran localizados en los 217 municipios del Estado de Puebla.
Recursos	Programación de guardias, Hoja de requisitos, Documentación requisitada.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SPARH: Sistema Profesional de Administración de Recursos Humanos. CORSP: Coordinación Operativa de Reclutamiento y Selección de Personal. COOC: Coordinación Operativa de Organización y Control. COAP: Coordinación Operativa de Administración de Personal.

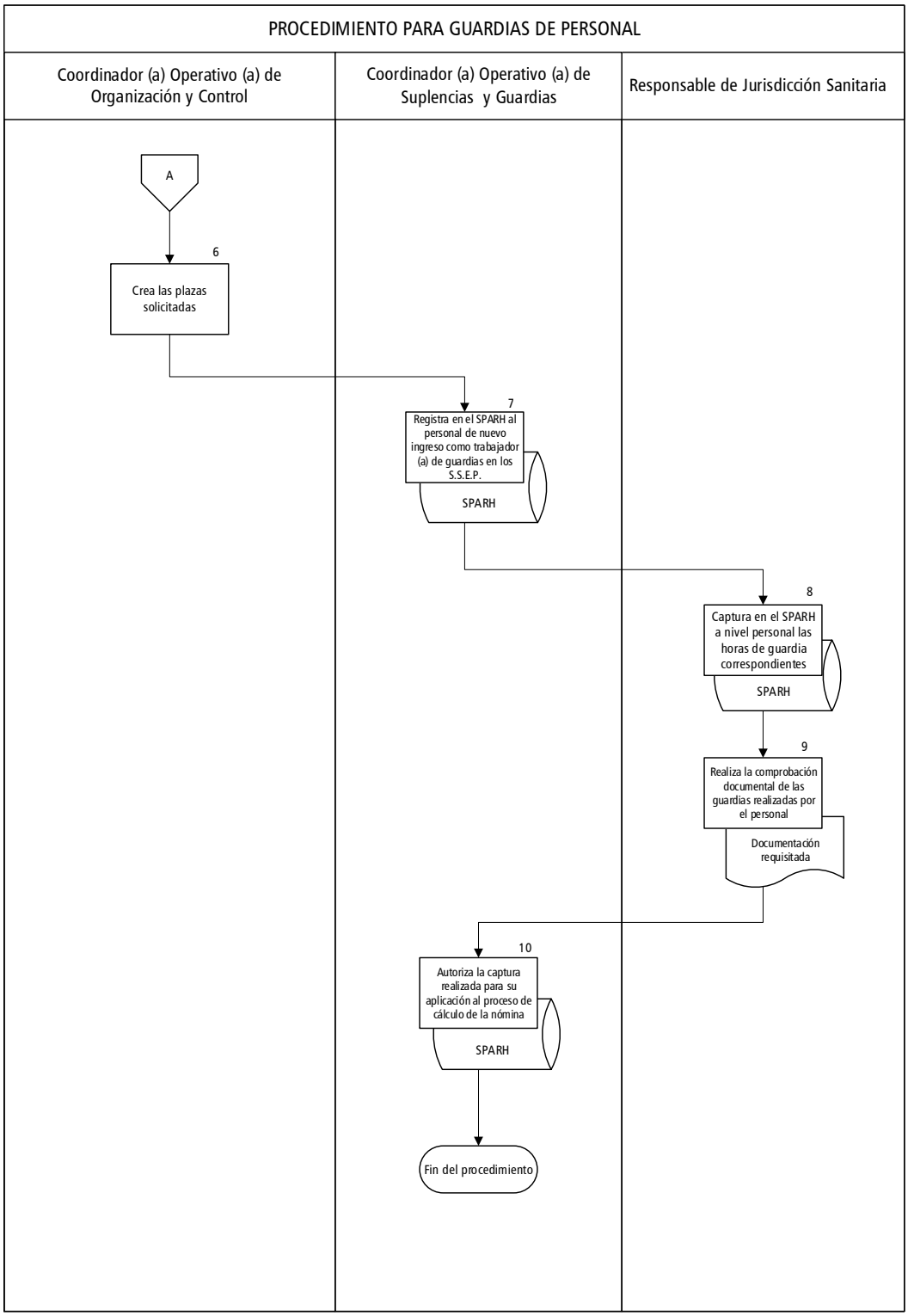
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA GUARDIA DE PERSONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Jurisdicción Sanitaria	Realiza la programación de guardias ordinarias y las generadas para cubrir al ausentismo programado.	Programación de Guardias
2		Remite documentación digitalizada del personal externo, de nuevo ingreso al correo guardiassep@gmail.com.	Hoja de Requisitos para personal de Guardias
3	Coordinador/a Operativo/a de Suplencias y Guardias	Recibe y remite documentación digitalizada de todo el personal externo de nuevo ingreso que realizará guardias al/a la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal para su validación y registro correspondiente.	Correo Electrónico
4	Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal	Evalúa y registra al personal de nuevo ingreso como Candidato/a en el SPARH.	SPARH (Control interno)
5	Coordinador/a Operativo/a de Suplencias y Guardias	Remite al/a la Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control la solicitud de creación de plazas para el personal externo de nuevo ingreso que realizará las guardias en los Centros de Salud.	Excel (Control interno)
6	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Crea plazas solicitadas.	
7	Coordinador/a	Registra en el SPARH al personal de	SPARH (Control

	Operativo/a de Suplencias y Guardias	nuevo ingreso como trabajador/a de guardias en los S.S.E.P.	interno)
8	Responsable de Jurisdicción Sanitaria	Captura en el SPARH a nivel personal las horas de guardia correspondientes.	SPARH (Control interno)
9		Realiza la comprobación documental de las guardias realizadas por el personal en los centros de salud a cargo de su jurisdicción.	Documentación requisitada
10	Coordinador/a Operativo/a de Suplencias y Guardias	Autoriza al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, la captura realizada por el personal de las Jurisdicciones Sanitarias, para su aplicación al proceso de cálculo de la nómina.	SPARH (Control Interno)
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA GUARDIA DE PERSONAL.




PROCEDIMIENTO PARA GUARDIAS DE PERSONAL
Coordinador (a) Operativo (a) de Organización y Control
Coordinador (a) Operativo (a) de Suplencias y Guardias
Responsable de Jurisdicción Sanitaria
A
6
Crea las plazas solicitadas
7
Registra en el SPARH al personal de nuevo ingreso como trabajador (a) de guardias en los S.S.E.P.
SPARH
8
Captura en el SPARH a nivel personal las horas de guardia correspondientes
SPARH
9
Realiza la comprobación documental de las guardias realizadas por el personal
Documentación requisitada
10
Autoriza la captura realizada para su aplicación al proceso de cálculo de la nómina
SPARH
Fin del procedimiento

7.17.31. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.

Tiempo Promedio: De 10 a 15 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Efectuar el cambio de adscripción del/de latrabajador/a de base, regularizado, formalizado y honorarios asimilables a sueldos y salarios por tiempo determinado, para su propio beneficio o cuando así lo requiera el servicio.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Condiciones Generales de Trabajo.
2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Estado.

Políticas de Operación:

1. El/la interesado/a será notificado/a del cambio solicitado por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha en que deberá presentarse a su nueva adscripción.
2. Para poder aplicar un cambio de adscripción por permuta, procederán cuando los/las permutantes pertenezcan a la misma área, rama o grupo.
3. Las solicitudes de cambio de adscripción serán formuladas por escrito, elaboradas y firmadas por el/la interesado/a; asimismo deberán contar con las siguientes firmas:
   - Firma de conformidad: Director/a del Hospital o Jefe/a de la Unidad y Jefe/a Jurisdiccional donde se encuentra laborando.
   - Firma de aceptación: Director/a del Hospital o Jefe/a de Unidad y Jefe/a Jurisdiccional a donde está solicitando el cambio de adscripción.
   - Visto Bueno: Para plazas de rama médica y paramédica que van a Hospitales firma de la Dirección de Atención a la Salud, plazas que van a Centros de Salud firma de la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, para plazas administrativas no se requiere visto bueno.
4. Una vez autorizado un cambio de adscripción, el/la trabajador beneficiado/a no podrá promover otro cambio, ni solicitar la cancelación del mismo, hasta pasado un año a partir de la fecha de la autorización respectiva.
5. Los cambios serán formulados ante la Dirección de Operación de Personal.
6. Los/las Trabajadores/as sólo podrán ser cambiados por los siguientes motivos:
   - Por reorganización de los servicios debidamente justificada;
   - Por movimiento escalafonario;

	➢ Por encontrarse en inminente peligro su vida; ➢ Por enfermedad, previo dictamen médico del ISSSTE o de cualquier otra institución o médico que autorice la Secretaría de Salud y/o Servicios de Salud del Estado de Puebla, si en el lugar no hubiera servicios del ISSSTE; ➢ Por desaparición del centro de trabajo; ➢ Por necesidad del servicio, debidamente justificada y motivada entregada por escrito al/la Trabajador/a y al Sindicato previo al movimiento; ➢ Por permuta debidamente autorizada; ➢ Por fallo del Tribunal; ➢ A petición de los/las Trabajadores/as, y ➢ Cuando el/la Trabajador/a sufra un accidente o enfermedad profesional y quede imposibilitado/a para desempeñar el trabajo que tenía asignado para que, de ser posible se le dé otra ocupación de acuerdo a sus aptitudes. 7. En los casos de cambio de Adscripción por reorganización de los servicios o por desaparición del centro de trabajo, el Organismo en coordinación con el Sindicato procederá a la formalización del cambio de adscripción de que se trate; cuando se trate de cambio por reorganización solamente se podrá ordenar el traslado de un/una trabajador/a por necesidades del servicio debida y previamente motivada y justificada, con la intervención del sindicato a petición del/de la trabajador/a. 8. La aceptación de un cambio de adscripción estará condicionada a las necesidades del servicio y a la disponibilidad presupuestal de la unidad emisora.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as de base, regularizados, formalizados y honorarios asimilables a sueldos y salarios por tiempo determinado, de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Recursos	Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción, Oficio de Cambio de Adscripción.
Glosario	R.P.: Responsable de Plantillas. C.O.A.P.: Coordinación Operativa de Administración de Personal. D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. D.N.P.E.: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. E.U.P.: Expediente Único de Personal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.

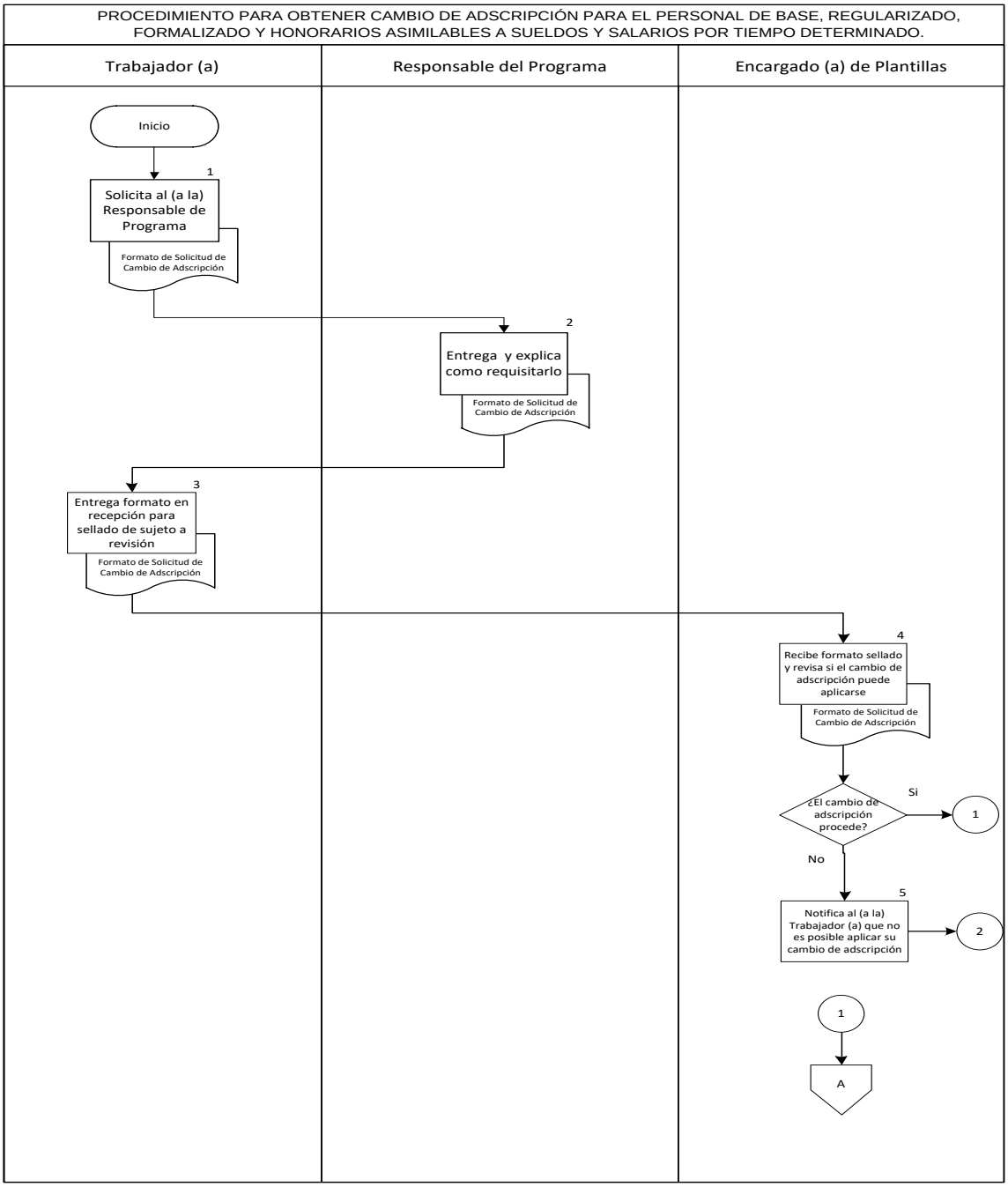
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Trabajador/a	Solicita al/a la Responsable de Programa Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción.	Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción
2	Responsable del Programa.	Entrega al/a la Trabajador/a Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción y explica como requisitarlo.	Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción
3	Trabajador/a	Entrega formato en recepción para sellado de sujeto a revisión.	Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción
4	Encargado/a de Plantillas	Recibe formato sellado y revisa si el cambio de adscripción puede aplicarse	Formato de Solicitud de Cambio de

		de acuerdo al Modelo Mínimo Indispensable de Plantilla. ¿El cambio de adscripción procede? Si: Continúa en el paso 6. No: Continúa en el paso 5.	Adscripción
5		Notifica al/a la Trabajador/a que no es posible aplicar su cambio de adscripción. **Fin del procedimiento.**	
6		Rubrica el formato de Solicitud de Cambio de Adscripción y devuelve al/a la Responsable del Programa.	Formato de Solicitud de Cambio de Adscripción
7	Responsable de Programa	Elabora Oficio de Cambio de Adscripción y lo turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Oficio de Cambio de Adscripción.
8	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe y revisa Oficio de Cambio de Adscripción. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no. 10. No: Regresa a actividad no. 9.	Oficio de Cambio de Adscripción.
9		Regresa al/a la Responsable del Programa para corrección. Continua en la actividad No. 7.	Oficio de Cambio de Adscripción.
10		Rubrica Oficio de Cambio de Adscripción y recaba las rúbricas del/de la Jefe/a de D.R.L.D.P y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano; y firma del/de la Director/a de Operación de	

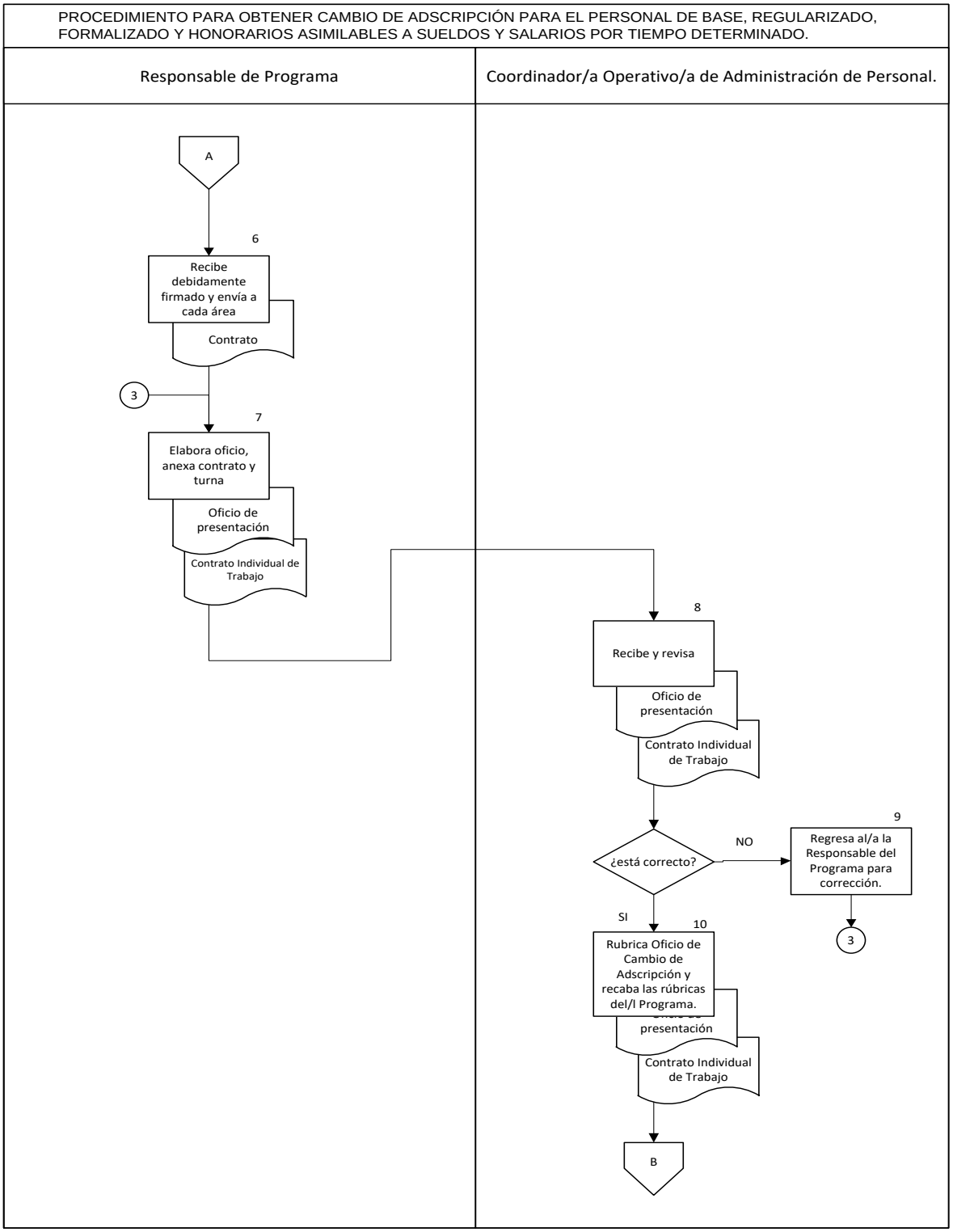
		Personal, regresa al/a la Responsable del Programa	
11	Responsable de Programa	Recibe Oficio de Cambio de Adscripción firmado y entrega en original al/a la Trabajador/a, e informa que debe presentarse a laborar en su nueva adscripción en la fecha indicada.	Oficio de Cambio de Adscripción.
12	Trabajador/a	Recibe Oficio de Cambio de Adscripción y firma de recibido el acuse y regresa al/a la Responsable de Programa.	Oficio de Cambio de Adscripción.
13	Responsable del Programa	Recibe acuse firmado y tramita las copias en las Unidades Administrativas correspondientes, archiva temporalmente.	Oficio de Cambio de Adscripción.
14		Aplica el movimiento de Personal en el S.P.A.R.H., imprime comprobante y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Formato de Movimiento de Personal
15	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Rubrica Formato de Movimiento de Personal y recaba la rúbrica del/de la Jefe/a del D.R.L.D.P, firmas del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Formato de Movimiento de Personal
16		Tramita Formato de Movimiento de Personal en el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Formato de Movimiento de Personal
17	Personal del Departamento de Nómina y	Recibe original el Formato de Movimiento de Personal, revisa, sella copia de formato y entrega al/a la	Formato de Movimiento de Personal

	Prestaciones Económicas	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	
18	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe copia sellada y devuelve acuse al/a la Responsable del Programa.	Formato de Movimiento de Personal
19	Responsable de Programa de la C.O.A.P	Recibe copia sellada del Formato de Movimiento de Personal y archiva en el bibliógrafo correspondiente.	Formato de Movimiento de Personal
20		Relaciona los oficios de Cambio de Adscripción, firma relación y entrega junto con los Oficios al Área de Archivo para ser integrados al E.U.P.	Oficio de Cambio de Adscripción. Relación
21	Responsable del Área de Archivo	Recibe copia de relación firmada y sellada, y archiva documento.	Relación
Fin del procedimiento			

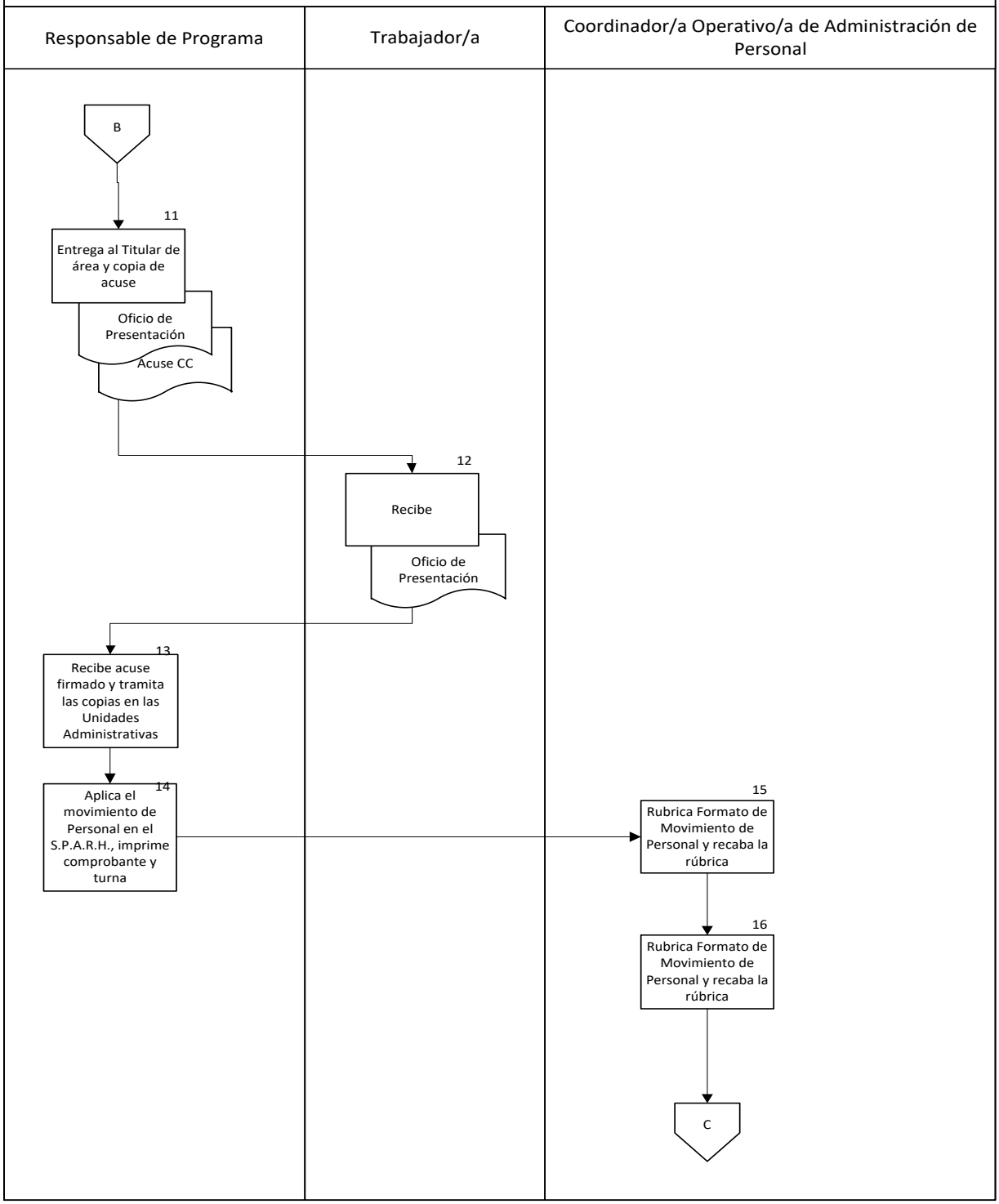
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.



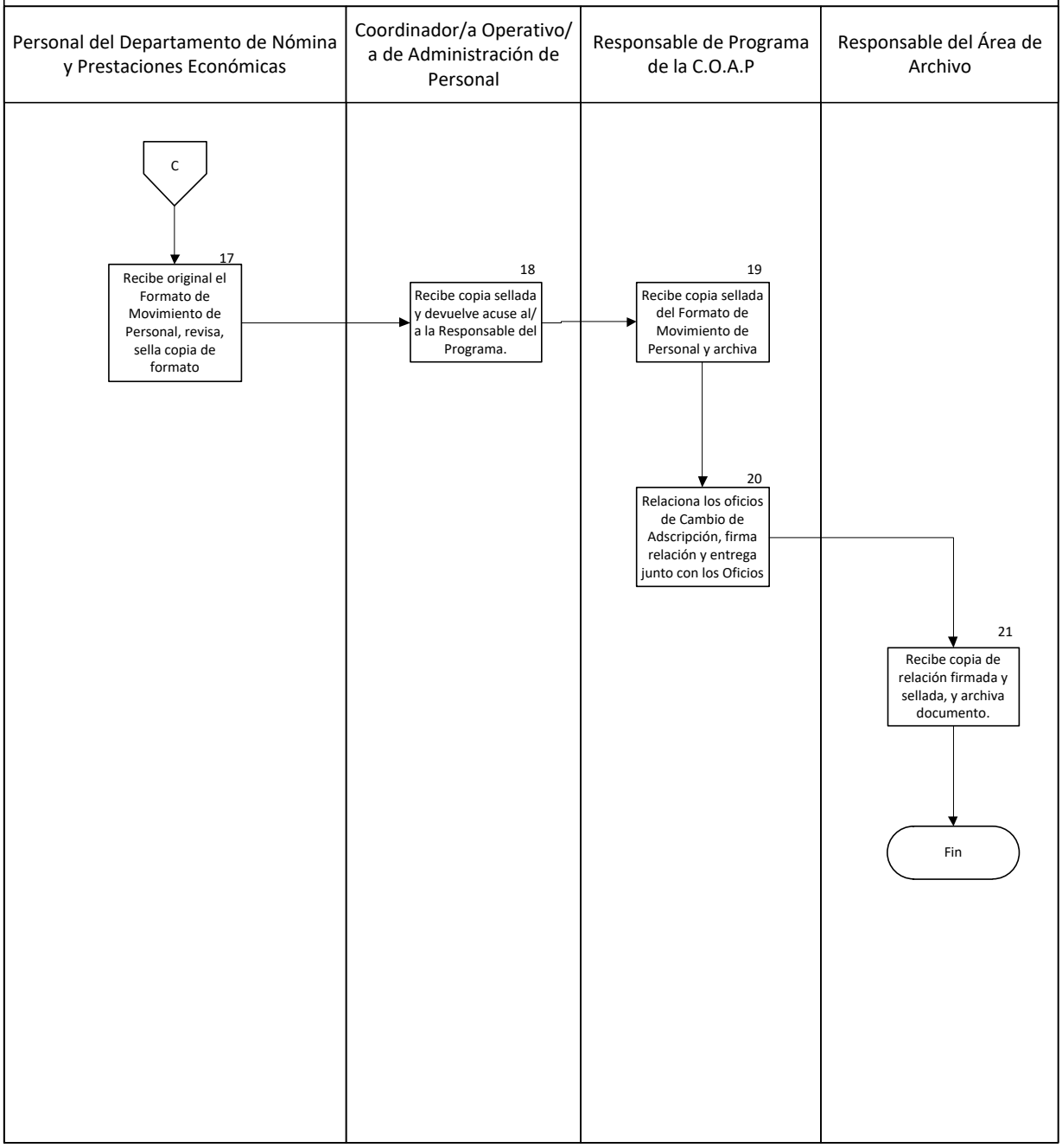
PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.



PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.



PROCEDIMIENTO PARA OBTENER CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, FORMALIZADO Y HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.



7.17.32. PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO

Tiempo Promedio: 2 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Ráfael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Realizar los movimientos de baja de manera oportuna para evitar pagos improcedentes.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 2. Se deberá de enviar al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas el formato de Movimiento de Personal de "Baja" con el soporte que avale el movimiento de baja.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as bajo el Régimen de Contrato Individual de Prestación de Servicios Profesionales por Tiempo Determinado.
Recursos	Formato de Renuncia, Dictamen de Recisión Laboral, Acta de Defunción, Cambio de Código, Movimientos de Baja de Personal de Contrato, Registro Quincenal.
Glosario	C.O.A.P.: Coordinación Operativa de Administración de Personal. D.R.L.D.P: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. D.N.P.E: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.

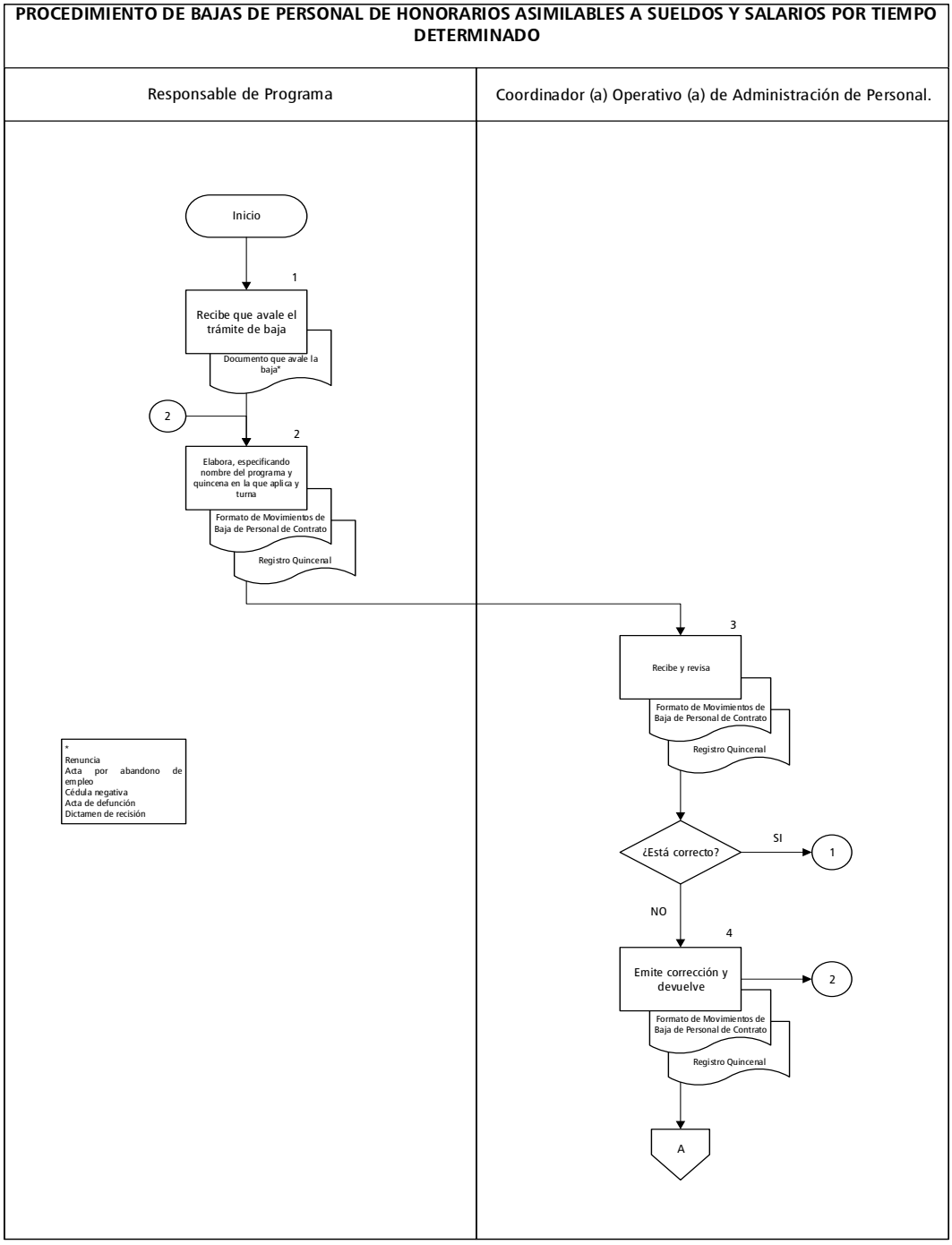
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Programa	Recibe oficio de renuncia del/de la trabajador/a, dictamen de recisión	Renuncia Acta por

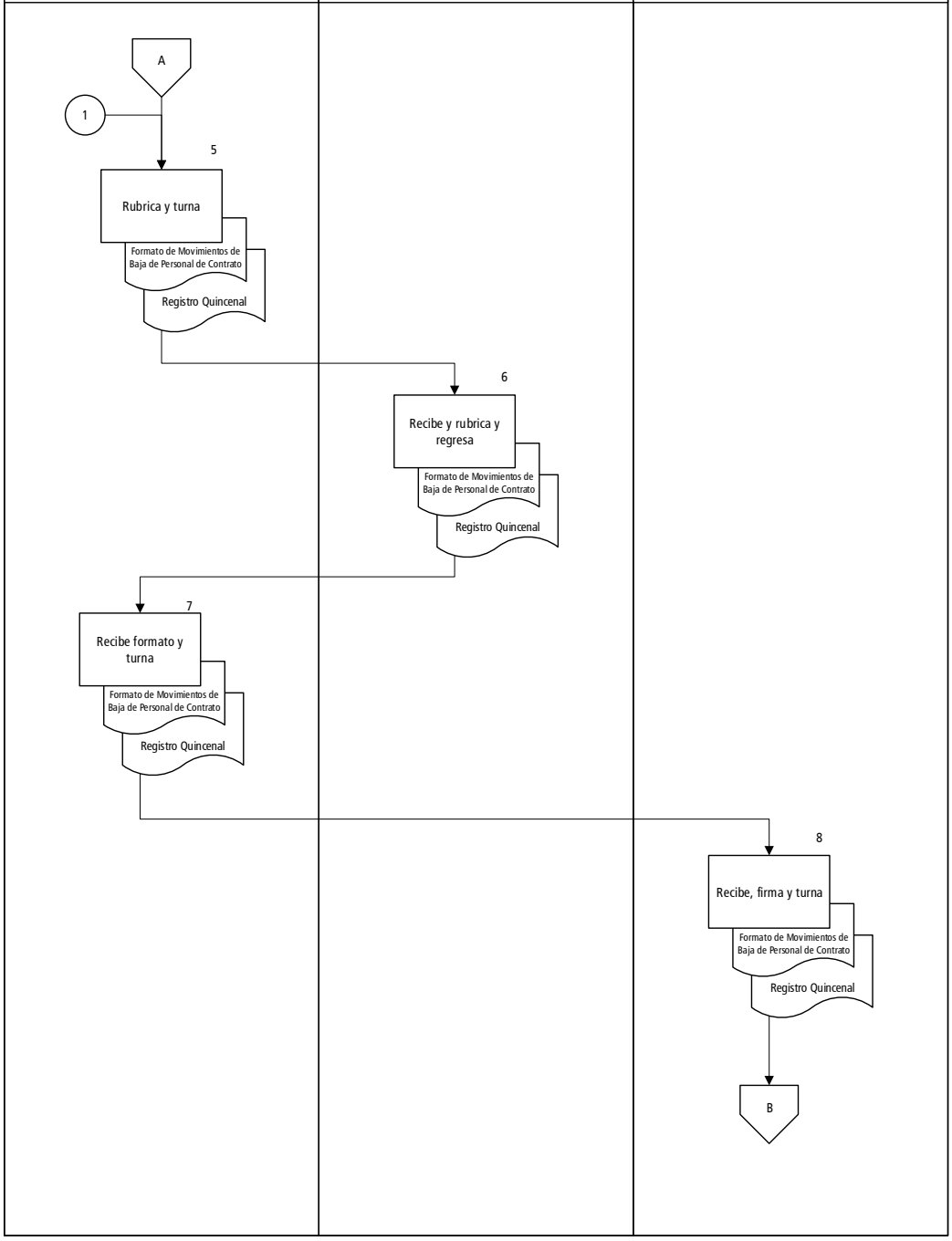
		laboral, acta de defunción, cambio de código o el documento que avale el trámite de baja.	abandono de empleo Cédula negativa Acta de defunción Dictamen de recisión
2		Elabora formato de Movimientos de Baja de Personal de Honorarios, Registro Quincenal, especificando el nombre del programa y la quincena en la que se van a aplicar la baja y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Formato de Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
3	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe y revisa formato de Movimientos de Baja de Personal de Honorarios, Registro Quincenal. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no. 5. No: Continúa actividad no. 4.	
4		Emite corrección y devuelve formato al/a la Responsable de Programa y regresa a actividad No. 2.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
5		Rubrica formato de Movimientos de Baja de Personal de Contrato, Registro Quincenal, turna al/a la Jefe/a de Departamento D.R.L.D.P.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
6	Jefe/a de Departamento de D.R.L.D.P.	Recibe y rubrica formato de Movimientos de Baja de Personal de Honorarios, Registro Quincenal y regresa al/a la Coordinador/a	Movimientos de Baja de Personal de Contrato

		Operativo/a de Administración de Personal.	Registro Quincenal
7	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe formato de Movimientos de Baja de Personal de Contrato, Registro Quincenal y turna a la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
8	Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Recibe y firma el formato Movimientos de Baja de Personal de Honorarios, Registro Quincenal y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
9	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe el formato Movimientos de Baja de Personal de Contrato, Registro Quincenal firmado y tramita en el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
10	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe original del formato Movimientos de Baja de Personal de Honorarios, Registro Quincenal, sella de recibida copia del formato y regresa al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
11	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Recibe copia sellada del formato Movimientos de Baja de Personal de Contrato, Registro Quincenal y archiva documento.	Movimientos de Baja de Personal de Contrato Registro Quincenal
Fin del procedimiento			

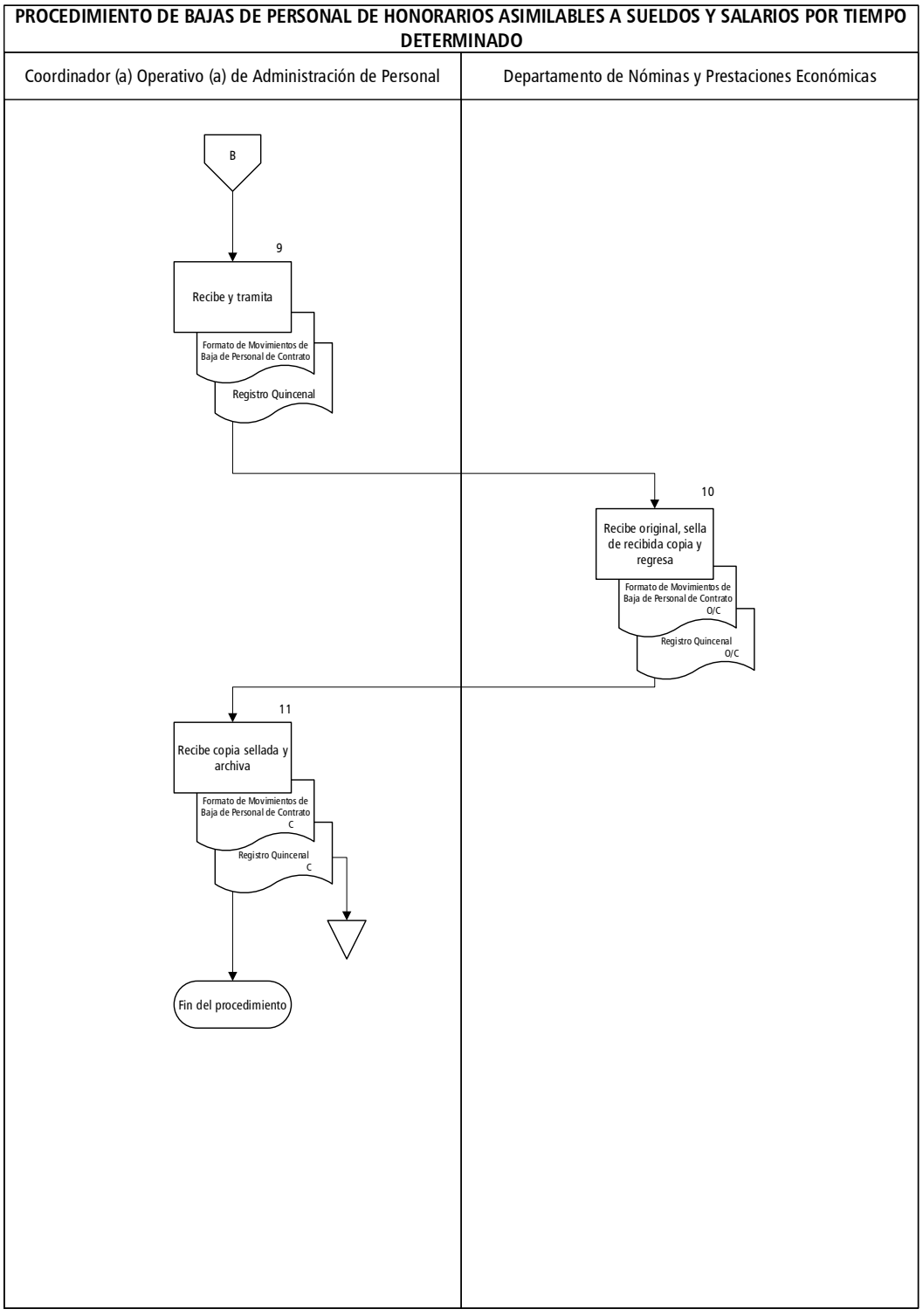
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO.



PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO



PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE PERSONAL DE HONORARIOS ASIMILABLES A SUELDOS Y SALARIOS POR TIEMPO DETERMINADO



7.17.33. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SUSPENSIONES DE PAGO DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Tiempo Promedio: 2 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Realizar el trámite de suspensión de pago de manera oportuna para evitar el pago indebido al personal que presta sus servicios en las diferentes Unidades Médicas y Administrativas.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. 2. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaria de Salud. 3. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Las suspensiones de pago se deberán presentar de acuerdo al Calendario de Procesos de Nómina emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas al inicio del ejercicio. 2. En caso de notificaciones sin documento soporte, se emitirán suspensiones de pago preventivas, hasta que se resuelva la situación laboral del/de la trabajador/a. 3. Los/las Responsables del Programa de la C.O.A.P. deberán enviar sus formatos de suspensiones al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal 1 día hábil antes de la fecha establecida en el Calendario de Procesos de Nómina. 4. Podrán firmar de visto bueno en el formato de suspensiones de pago el/la Jefe/a de Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal o el/la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as que dejan de prestar sus servicios profesionales en las diferentes Unidades Médicas y Administrativas o que se encuentren en espera de resolver su situación laboral.
Recursos	Oficio de Renuncia, Baja por Cese, Notificación de Baja por Término de Nombramiento, Licencia sin Goce de Sueldo de Plaza Federal, Acta Administrativa, Acta de defunción, Reservación de Plazas Federal, Cambio de Código, Formato de Suspensiones de Pago del Personal de

Glosario	Honorarios, Formato de Suspensiones de Pago del Personal Federal, Formato de Suspensiones de Pago del Personal Eventual, Formato de Suspensiones de Pago del Personal de Oportunidades Honorarios Estatal, Oportunidades Eventual Federal y Caravanas de la Salud. D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. D.N.P.E.: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. C.O.A.P.: Coordinación Operativa de Administración de Personal. C.O.P.: Coordinación Operativa de Pagos. C.O.C.P.: Coordinación Operativa de Control del Pago.

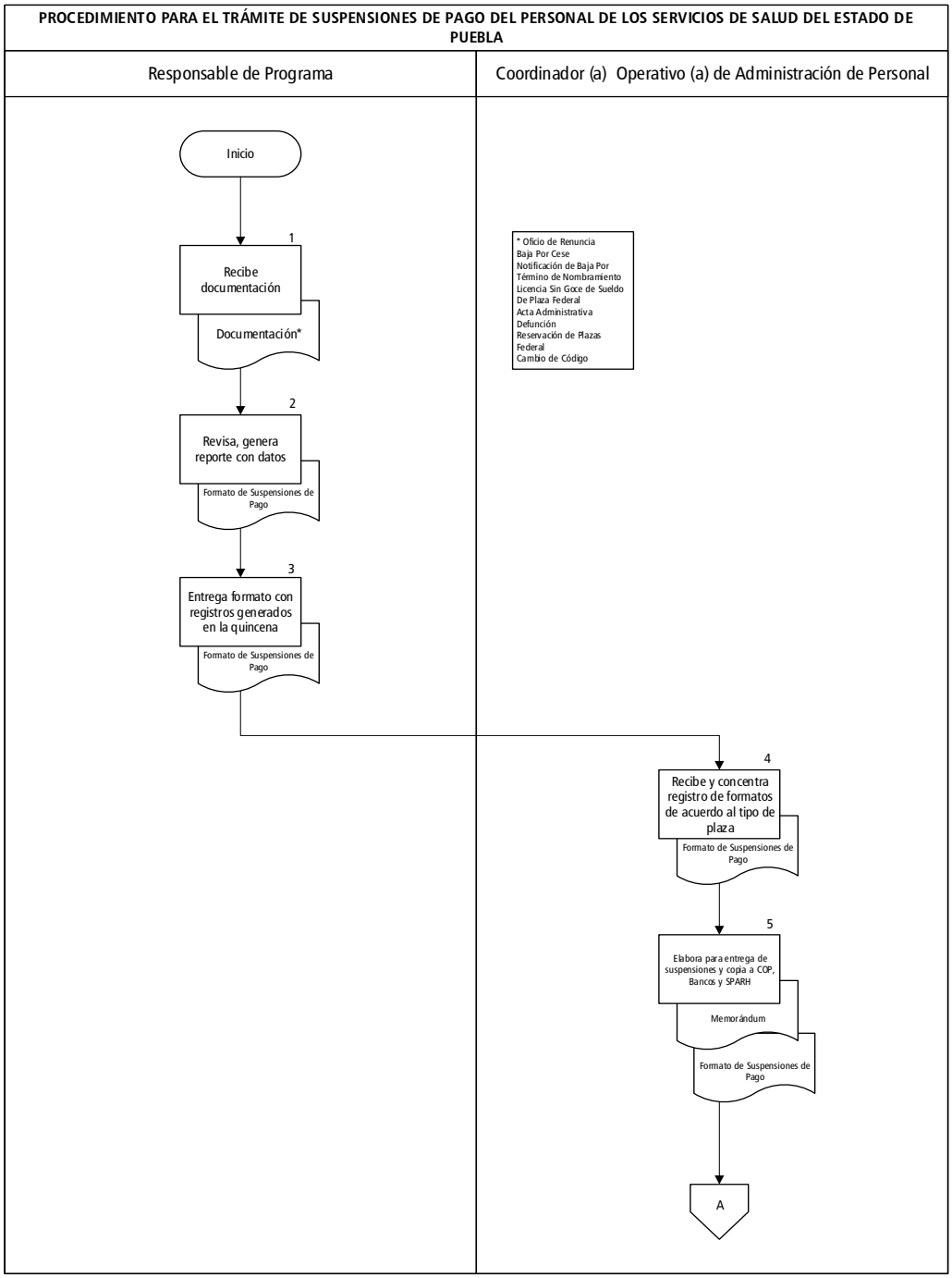
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SUSPENSIONES DE PAGO DEL PERSONAL DEL LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Programa	Recibe documentación de renuncia, baja por cese, notificación de baja por término de nombramiento, licencia sin goce de sueldo de plaza federal; acta administrativa, defunción; reservación de plazas federal, cambio de código o el documento que avale el trámite de suspensión.	Oficio de Renuncia Baja Por Cese Notificación de Baja Por Término de Nombramiento Licencia Sin Goce de Sueldo De Plaza Federal Acta Administrativa Defunción Reservación de Plazas Federal Cambio de

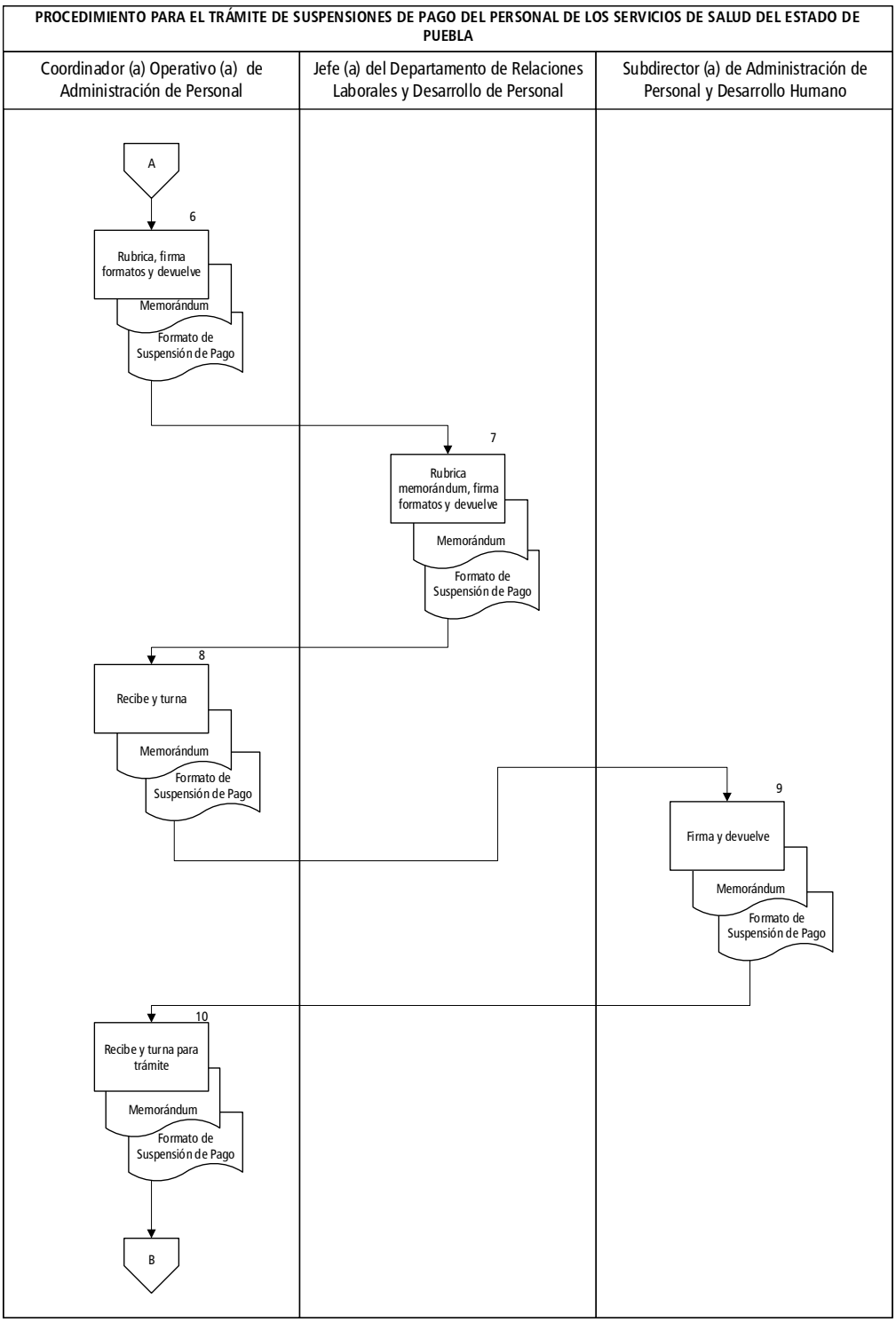
			Código
2		Revisa documento, genera reporte en el Formato de Suspensiones de Pago los siguientes datos del/de la trabajador/a: R.F.C., nombre, puesto, adscripción, ubicación, programa, quincena a suspender, quincena baja en el sistema de Nómina, motivo de la suspensión y observaciones (en caso de que requiera).	Formato de Suspensiones de Pago
3		Entrega Formato con los registros de las suspensiones generadas en la quincena, de acuerdo al calendario emitido por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	Formato de Suspensiones de Pago
4	Coordinador/a Operativa de Administración de Personal	Recibe y concentra los registros en cada uno de los formatos establecidos de acuerdo al tipo de plaza.	Formato de Suspensiones de Pago
5		Elabora memorándum para entrega de suspensiones al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas y para entregar copia simple a las Coordinaciones Operativas de Pagos, Bancos y SPARH.	Memorándum, Formato de suspensiones de pago
6		Rubrica memorándum, firma formatos de suspensiones de pago y turna al/a la Jefe/a del Departamento de Relaciones laborales y Desarrollo de Personal.	Memorándum, Formato de suspensiones de pago
7	Jefe/a del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal	Rubrica Memorándum, firma formatos de suspensiones de pago y devuelve al/a la Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal.	Memorándum, Formato de suspensiones de pago

8	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe Memorándum y formatos de suspensiones de pagos y turna al/a la Subdirector/a Administración de Personal y Desarrollo Humano.	N/A
9	Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Firma memorándum y firma formatos de suspensiones de pagos y devuelve a la C.O.A.P.	Memorándum Formato de suspensiones de pago
10	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe memorándum y formatos de suspensiones de pagos autorizados y turna al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas para su trámite correspondiente.	Memorándum Formato de suspensiones de pago
11	Personal del Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe y sella copia del memorándum y formatos de suspensiones de pago y devuelve a la C.O.A.P.	Memorándum Formato de suspensiones de pago
12	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe acuses sellados y entrega copia de conocimiento del memorándum con copia de formatos de suspensiones de pagos al/a la Coordinador/a Operativo/a de Control de Pagos y SPARH.	Memorándum Formato de suspensiones de pago
13	Coordinador/a Operativo/a de Control de Pagos y SPARH	Recibe copia de conocimiento del memorándum con copia de formatos de suspensiones de pagos, sella acuses de recibido y devuelve a la C.O.A.P.	Memorándum Formato de suspensiones de pago
14	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal	Recibe acuse del memorándum y formato de suspensiones de pago sellados y archiva documentos.	Memorándum Formato de suspensiones de pago
Fin del procedimiento			

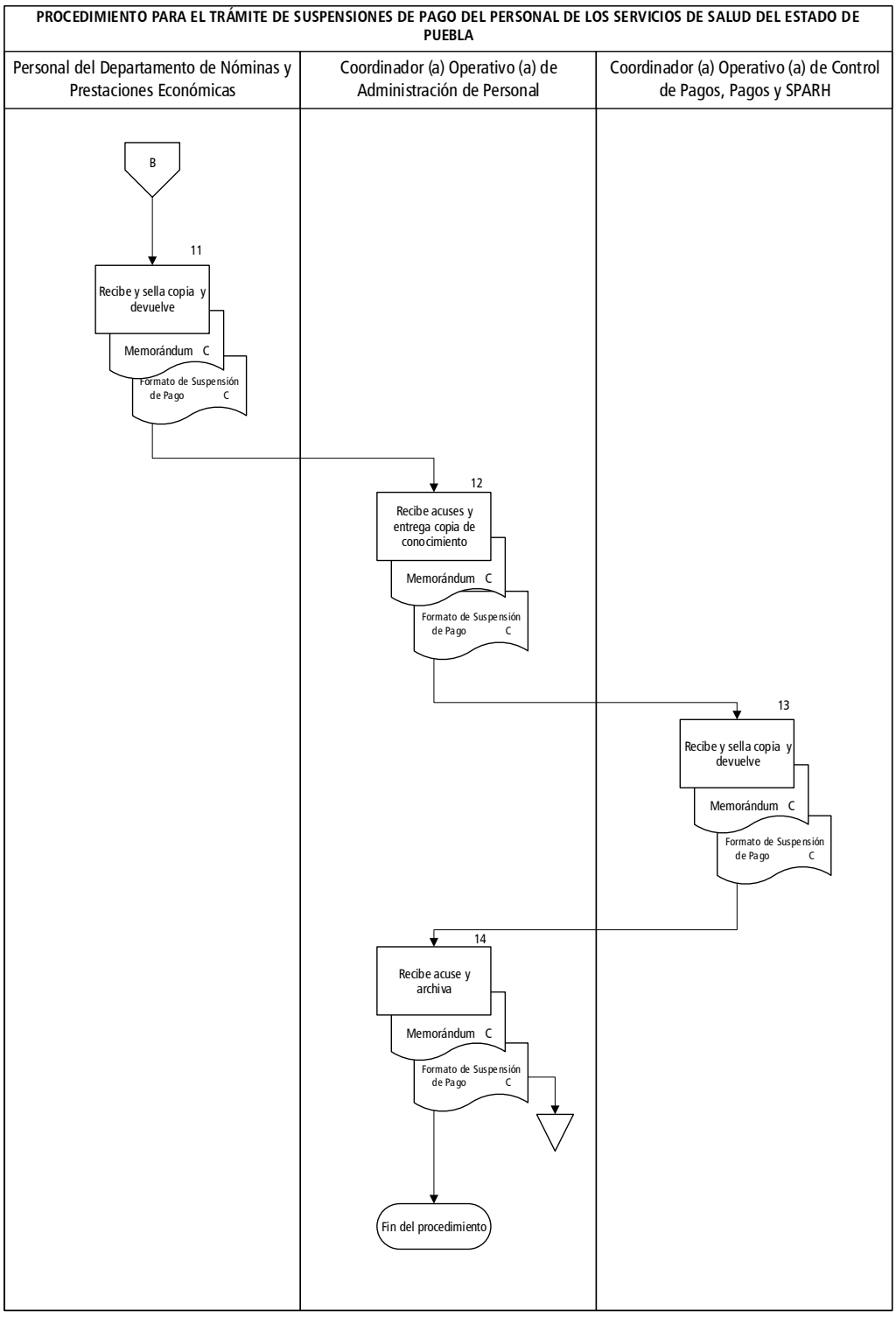
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SUSPENSIONES DE PAGO DEL PERSONAL DEL LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.



PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SUSPENSIONES DE PAGO DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE SUSPENSIONES DE PAGO DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA



7.17.34. PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA

Tiempo Promedio: De 1 a 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Realizar el registro y control de asistencia, puntualidad y permanencia de los/las Trabajadores/as de base, confianza, regularizado, formalizado, y de contrato individual de prestación de servicios personales bajo el régimen de honorarios asimilados a sueldos y salarios por tiempo determinado, de acuerdo al horario autorizado, para aplicar de manera oportuna las incidencias en que incurran los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal del Trabajo.
2. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
3. Reglamento para Controlar Estímulo al Personal de Base de los Servicios de Salud, por Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo.

Políticas de Operación:

1. Se concederá a los/las Trabajadores/as de base, confianza, regularizado, formalizado, y de contrato una tolerancia de 15 minutos después de la hora fijada para presentarse a sus labores.
2. El/la trabajador/a de base, confianza, regularizado, formalizado, y de contrato que acumule siete retardos menores (a partir del minuto dieciséis al cuarenta) durante un mes, se hará acreedor/a a una sanción disciplinaria (un día de descuento) y mediante oficio se le informará el día en que se le programa la sanción para que no se presente a trabajar.
3. El/la trabajador/a base, confianza, regularizado, formalizado y de contrato que incurre en un retardo mayor (a partir del minuto cuarenta y uno después de su hora de entrada), deberá de solicitar la autorización por parte de su Jefe/a inmediato/a y ser entregada el mismo día en el Módulo de Control de Asistencia, en caso de acumular tres retardos mayores durante un mes se hará acreedor/a a una sanción disciplinaria (un día de descuento) y mediante oficio se le informará el día en que se le programa la sanción para que no se presente a trabajar. Cabe señalar que la notificación para no presentarse a laborar (sanción disciplinaria), no aplica para el personal de contrato, pero si el descuento.
4. Para Trabajadores/as de base, confianza, regularizado y formalizado, que incurra en más de cuatro faltas consecutivas o seis discontinuas en un periodo de treinta días naturales, sin permiso del/de la Jefe/a Inmediato/a o sin causa justificada, se le levantará acta administrativa por abandono de empleo o por

faltas de asistencia según aplique, en el caso del personal de contrato para el levantamiento del acta administrativa por faltas de asistencia, se atenderá a la norma aplicable.

5. Para que el/la trabajador/a de base, confianza, regularizado, y formalizado pueda disfrutar de su día de onomástico, deberá realizar el trámite correspondiente para no ser acreedor/a a ningún descuento por ese concepto.
6. Los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado que tenga licencia sin goce de sueldo, deberán de presentar oficio para dar aviso de su reincorporación con 30 días de anticipación.
7. Para los horarios especiales de guardería, lactancia y becas otorgados a los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado deberán respetar el horario otorgado, sin beneficio de retardo después de la hora establecida, en el entendido de que si registra en el minuto posterior a su hora de entrada se considera un retardo mayor, teniendo que recabar la autorización para laborar.
8. Los/las Trabajadores/as base, confianza, regularizado, formalizado y de contrato tendrán derecho a disfrutar de dos periodos vacacionales por año.
9. Los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado tendrán derecho a dos días por mes como permiso económico, un total de doce al año, y deberán de realizar el trámite correspondiente para solicitarlo con un día de anticipación.
10. Los/las Trabajadores/as deberán presentar la justificación por incidencia durante los cinco días hábiles posteriores a la misma, a excepción de la autorización para laborar, que deberá ser presentada el mismo día.
11. Los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado tendrán derecho a seis horas al mes de pase de salida hasta en cuatro oportunidades sin exceder dos horas por día.
12. Las licencias médicas que se les hayan extendidos a los/las Trabajadores/as de base, confianza, regularizado y contrato deberán ser entregada en un

plazo no mayor de setenta y dos horas de la fecha de expedición.

13. Las constancias de permanencia del ISSSTE, únicamente justificarán las horas de permanencia en la clínica, más no el día completo.
14. Los oficios de comisión se entregarán en el Módulo de Asistencia a más tardar cinco hábiles posteriores al término de la comisión y deberán ser firmados por el/la Director/a, Jefe/a de Departamento y trabajador/a comisionado/a, asimismo deberán contener los sellos de las unidades a las cuales se comisionó al/a la trabajador/a.
15. Las Constancias Globales deberán elaborarse en original y cuatro copias, y llenarse por los siguientes conceptos:
    - El Formato de faltas injustificadas (8001): Descuentos por faltas totales, omisiones de entradas y salidas, salidas anticipadas y retardo mayores sin justificar, se elabora de manera quincenal y por cada tipo de plaza del/de la trabajador/a.
    - El Formato de Retardos (8002): Descuentos por acumulación de retardos manera quincenal y por cada tipo de plaza del/de la trabajador/a.
    - El formato de Prima dominical (9201): Prima dominical para Trabajadores/as de base y regularizado que laboran en domingos, de manera mensual.
    - El formato de Estímulos Trimestrales (9204): Puntualidad para personal de base y regularizado se elabora de manera trimestral.
    - El formato Reporte de Licencias Médicas (2401): Reporte informativo se elabora de manera quincenal.
16. Es responsabilidad del/de la Responsable del Control de Asistencia de la C.O.R.C.A. elaborar un Oficio para informar las faltas injustificadas y otro para informar sanciones disciplinarias de los/las Trabajadores/as de base.

Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Reporte Personal con Incidencias que Representan Descuento, Oficio, Constancias Globales 8001, Constancias Globales 8002, Constancias Globales 9204, Constancias Globales 9201, Constancias Globales 2401.
Glosario	D.R.L.D.P: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. D.N.P.E: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas. C.O.R.C.A.: Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia. C.O.A.P: Coordinación Operativa de Administración de Personal. ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. CONTRATO: Contrato individual de prestación de servicios personales bajo el régimen de honorarios asimilados a sueldos y salarios por tiempo determinado.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Toma tres huellas digitales del/de la trabajador/a en el reloj biométrico para que queden registradas en el Sistema de Control de Asistencia SPARH, asigna horario, jornada laboral y regla que le corresponde e informa cómo llevar su control de asistencia.	

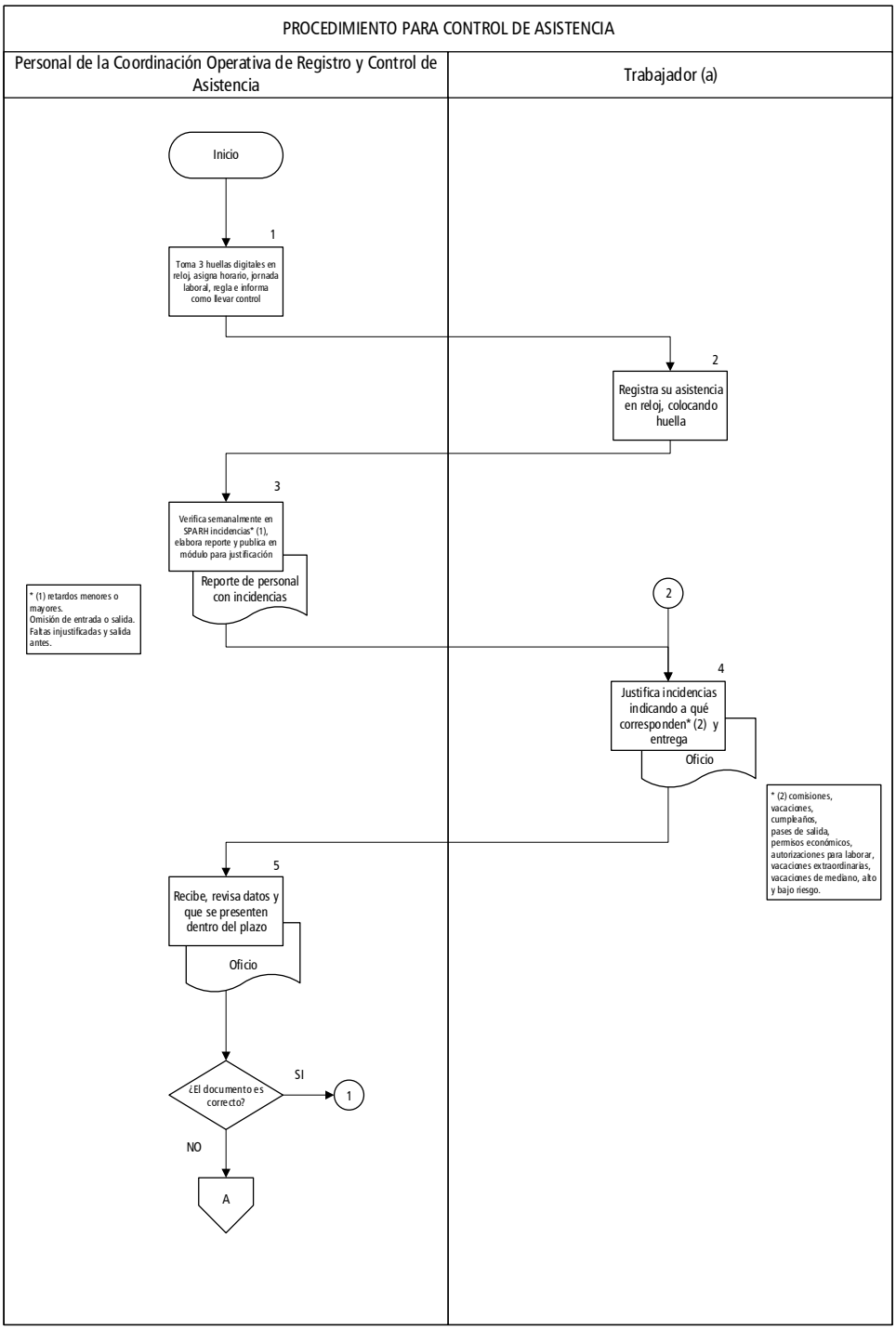
2	Trabajador/a	Registra su asistencia en el reloj biométrico, colocando su huella en el lugar indicado para el mismo.	
3	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Verifica semanalmente en el Sistema de Control de Asistencia SPARH las siguientes incidencias del/de la trabajador/a: retardos menores o mayores, omisión de entrada o salida, faltas injustificadas y salida antes; genera el “Reporte del Personal con Incidencias que representan descuento” lo publica en el módulo de control de asistencia para que el/la trabajador/a justifique en tiempo y forma.	Reporte Personal con Incidencias
4	Trabajador/a	Justifica incidencias mediante oficio, indicando si corresponde a comisiones, vacaciones, cumpleaños, pases de salida, permisos económicos, autorizaciones para laborar, vacaciones extraordinarias, vacaciones de mediano, alto y bajo riesgo, según corresponda; y entrega al Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia.	Oficio
5	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Recibe oficio de justificación, revisa que los datos estén correctos y que se presenten dentro del plazo establecido. ¿El documento es correcto? Si: Continúa actividad no. 7. No: Continúa actividad no. 6.	Oficio
6		Devuelve el Oficio al/a la trabajador/a e indica las observaciones y regresa a la actividad no. 4.	Oficio
7		Captura en el Sistema de Control de Asistencia SPARH, la justificación y	Oficio

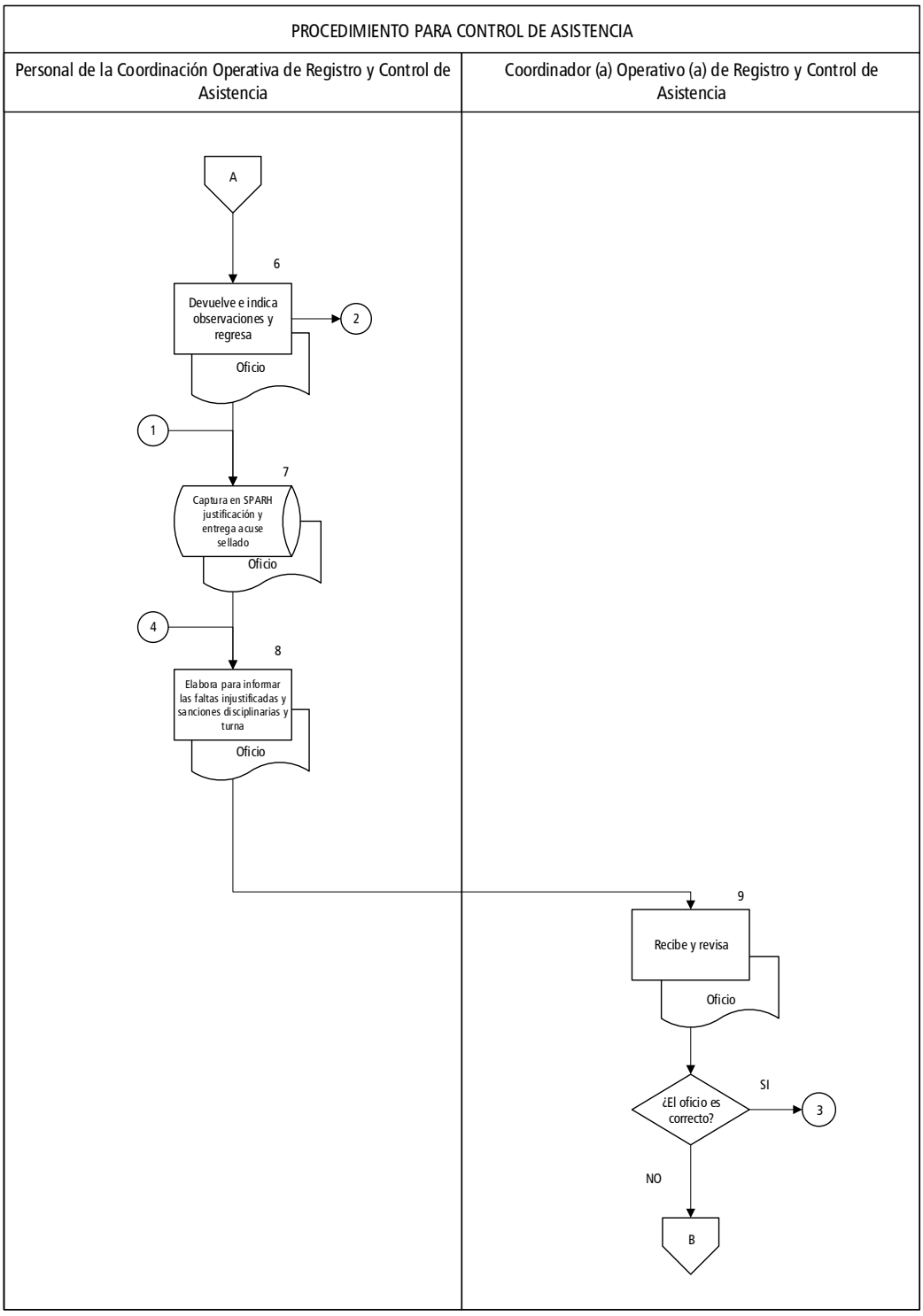
		entrega al/a la trabajador/a acuse firmado y sellado de recibido.	
8		Elabora Oficios para informar las faltas injustificadas y sanciones disciplinarias de los/las Trabajadores/as según corresponda, que no presentaron el justificante correspondiente en tiempo y forma, y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Registro y Control de Asistencia.	Oficio
9	Coordinador/a Operativo/a de Registro y Control de Asistencia	Recibe y revisa oficio. ¿El oficio es correcto? Si: Continúa actividad No. 11. No: Continúa actividad No. 10.	Oficio
10		Emite correcciones y devuelve Oficio al Personal de la Coordinación Operativo/a de Registro y Control de Asistencia y regresa a la actividad no. 8.	Oficio
11		Rubrica Oficio, recaba rúbrica del/de la Jefe/a de D.R.L.D.P. y firma del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y regresa Oficio al Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia.	Oficio
12	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Recibe oficio firmado y entrega al/a la trabajador/a. ¿El/la trabajador/a recibe y firma? Si: Continúa en la actividad No. 14. No: Continúa en la actividad No. 13.	
13		Anota la negativa del/de la trabajador/a en el mismo oficio, firma junto con un/una testigo/a, escribe la fecha de la negativa y archiva en el Expediente del/de la trabajador/a que se encuentra en la C.O.R.C.A. Continúa en el 15.	Oficio

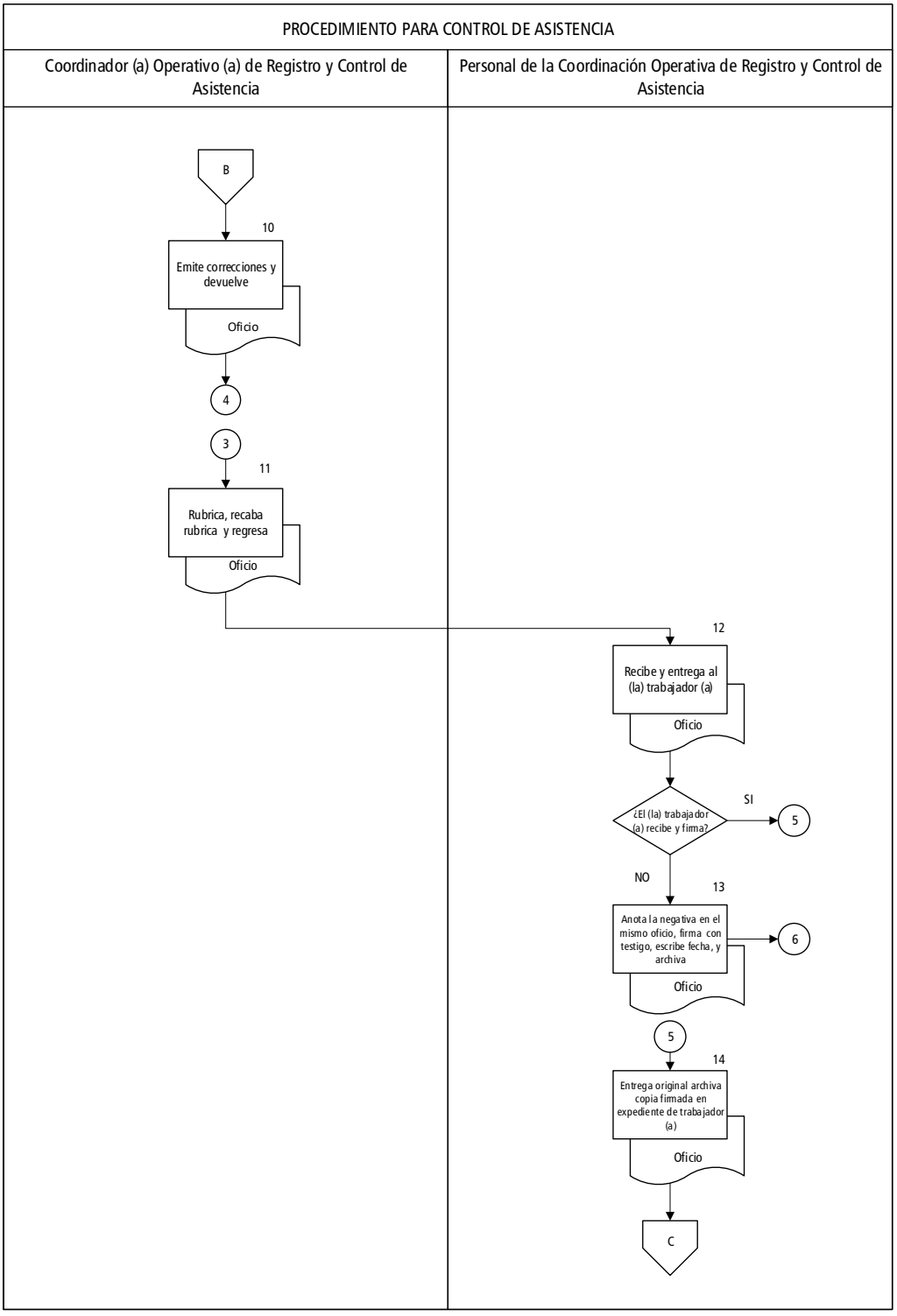
14		Entrega original del Oficio al/a la Trabajador/a y archiva copia firmada de recibido en el Expediente del/de la Trabajador/a que se encuentra en la C.O.R.C.A.	Oficio
15		Elabora al final del mes las constancias globales en los siguientes formatos y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Relaciones Laborales: 8001 y 8002 para aplicar descuentos. 9201 y 9204 para aplicar estímulos. 2401 informativo.	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 / 9201 / 2401
16	Coordinador/a Operativo/a de Registro y Control de Asistencia	Recibe y revisa constancias globales. ¿Están correctas? Si: Continúa actividad no. 18. No: Continúa actividad no. 17.	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 / 9201 / 2401
17	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Emite observaciones, devuelve constancias al/a la Responsable de Control de Asistencia de la C.O.R.C.A y regresa a actividad 15.	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 / 9201 / 2401
18	Coordinador/a Operativo/a de Registro y Control de Asistencia	Rubrica las constancias globales, recaba firmas del/de la Jefe/a del D.R.L.D.P., Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y Director/a de Operación de Personal y regresa al Responsable de Control de Asistencia de la C.O.R.C.A.	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 / 9201 / 2401
19	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Recibe constancias globales firmadas y turna al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas para generar el movimiento respectivo en el Sistema de Nómina.	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 / 9201 / 2401
20	Personal del Departamento de Nómina y	Recibe Constancias Globales originales, firma y sella acuse y devuelve al/a la Responsable de	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 /

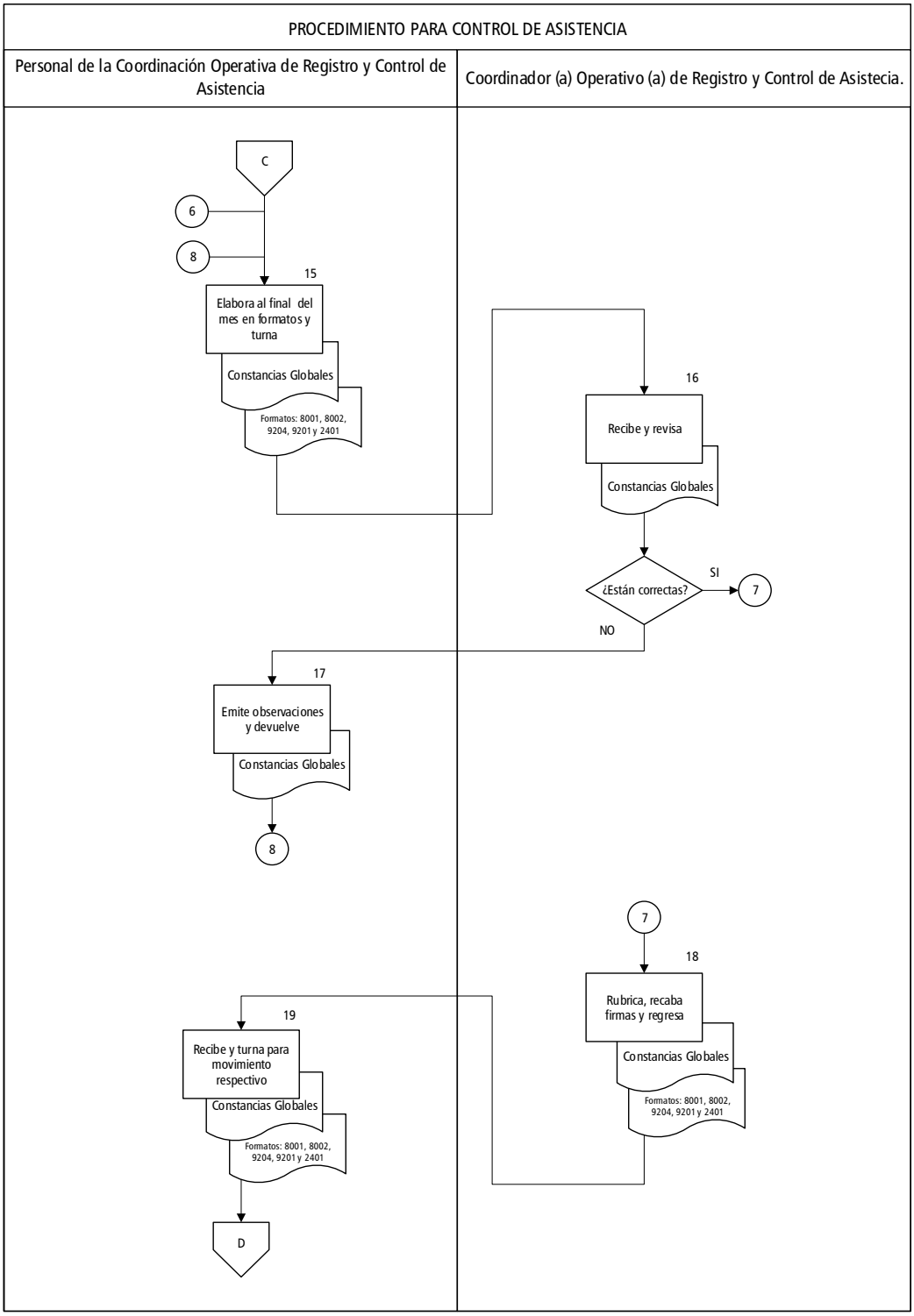
	Prestaciones Económicas	Control de Asistencia de la C.O.R.C.A.	9201 / 2401
21	Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia	Recibe acuse y archiva.	Constancias Globales 8001/ 8002 / 9204 / 9201 / 2401
Fin del procedimiento			

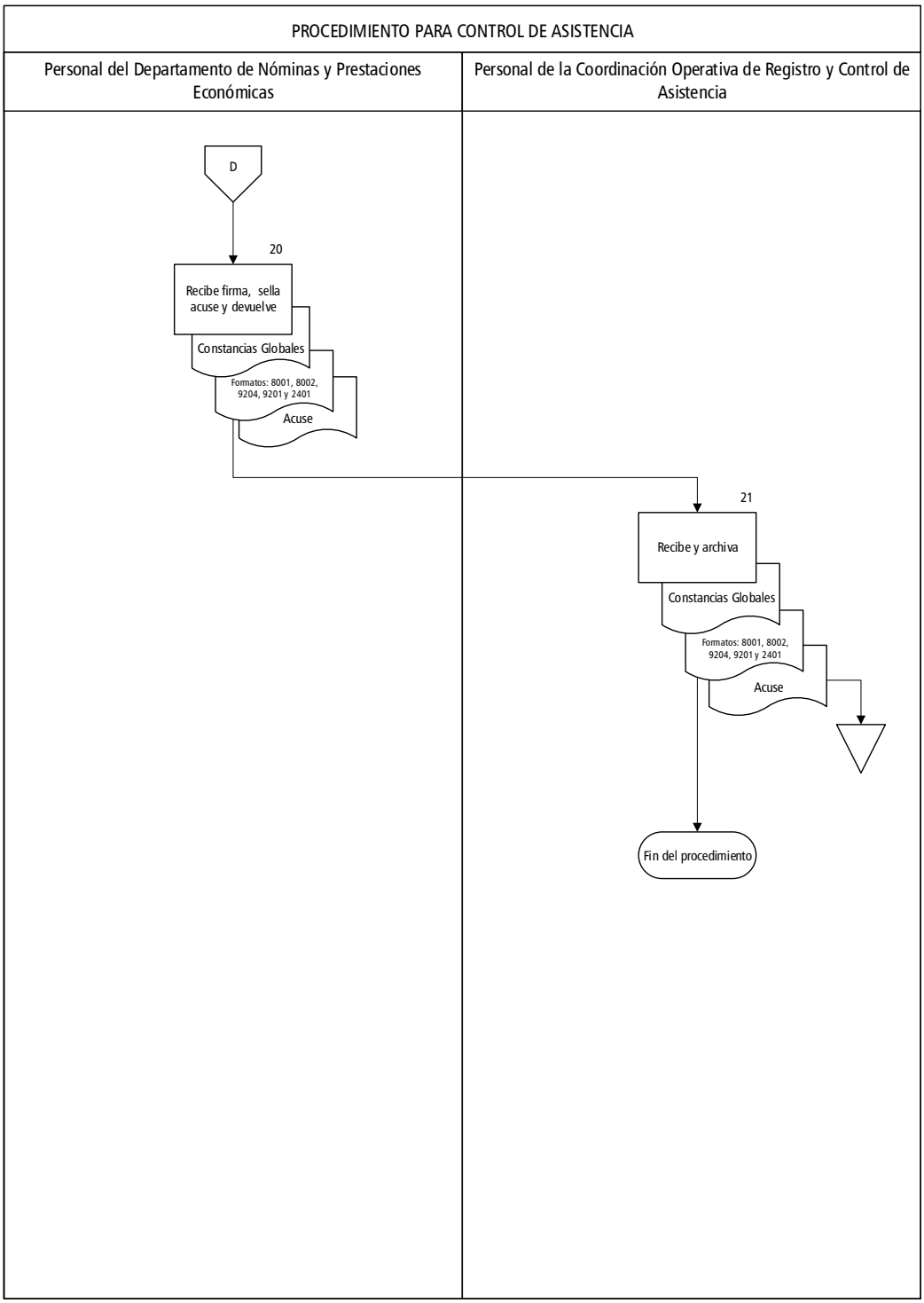
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA.




PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA
Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia
Coordinador (a) Operativo (a) de Registro y Control de Asistencia
A
6
Devuelve e indica observaciones y regresa
2
Oficio
1
7
Captura en SPARH justificación y entrega acuse sellado
Oficio
4
8
Elabora para informar las faltas injustificadas y sanciones disciplinarias y turna
Oficio
9
Recibe y revisa
Oficio
¿El oficio es correcto?
SI
3
NO
B


PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA
Coordinador (a) Operativo (a) de Registro y Control de Asistencia
Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia
B
10
Emite correcciones y devuelve
Oficio
4
3
11
Rubrica, recaba rubrica y regresa
Oficio
12
Recibe y entrega al (la) trabajador (a)
Oficio
¿El (la) trabajador (a) recibe y firma?
SI
5
NO
13
Anota la negativa en el mismo oficio, firma con testigo, escribe fecha, y archiva
6
Oficio
5
14
Entrega original archiva copia firmada en expediente de trabajador (a)
Oficio
C


PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA
Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia
Coordinador (a) Operativo (a) de Registro y Control de Asistecia.
C
6
8
15
Elabora al final del mes en formatos y turna
Constancias Globales
Formatos: 8001, 8002, 9204, 9201 y 2401
16
Recibe y revisa
Constancias Globales
¿Están correctas?
SI
7
NO
17
Emite observaciones y devuelve
Constancias Globales
8
7
18
Rubrica, recaba firmas y regresa
Constancias Globales
Formatos: 8001, 8002, 9204, 9201 y 2401
19
Recibe y turna para movimiento respectivo
Constancias Globales
Formatos: 8001, 8002, 9204, 9201 y 2401
D


PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE ASISTENCIA
Personal del Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas
Personal de la Coordinación Operativa de Registro y Control de Asistencia
D
20
Recibe firma, sella acuse y devuelve
Constancias Globales
Formatos: 8001, 8002, 9204, 9201 y 2401
Acuse
21
Recibe y archiva
Constancias Globales
Formatos: 8001, 8002, 9204, 9201 y 2401
Acuse
Fin del procedimiento

7.17.35. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMA DE PERIODO VACACIONAL DE BASE, REGULARIZADO, CONFIANZA Y FORMALIZADO

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Dar cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 30 de la Ley Federal de los/las Trabajadores/as al Servicio del Estado, relativo al establecimiento del Sistema de Vacaciones Escalonadas para el personal de base, regularizado, confianza y formalizado de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

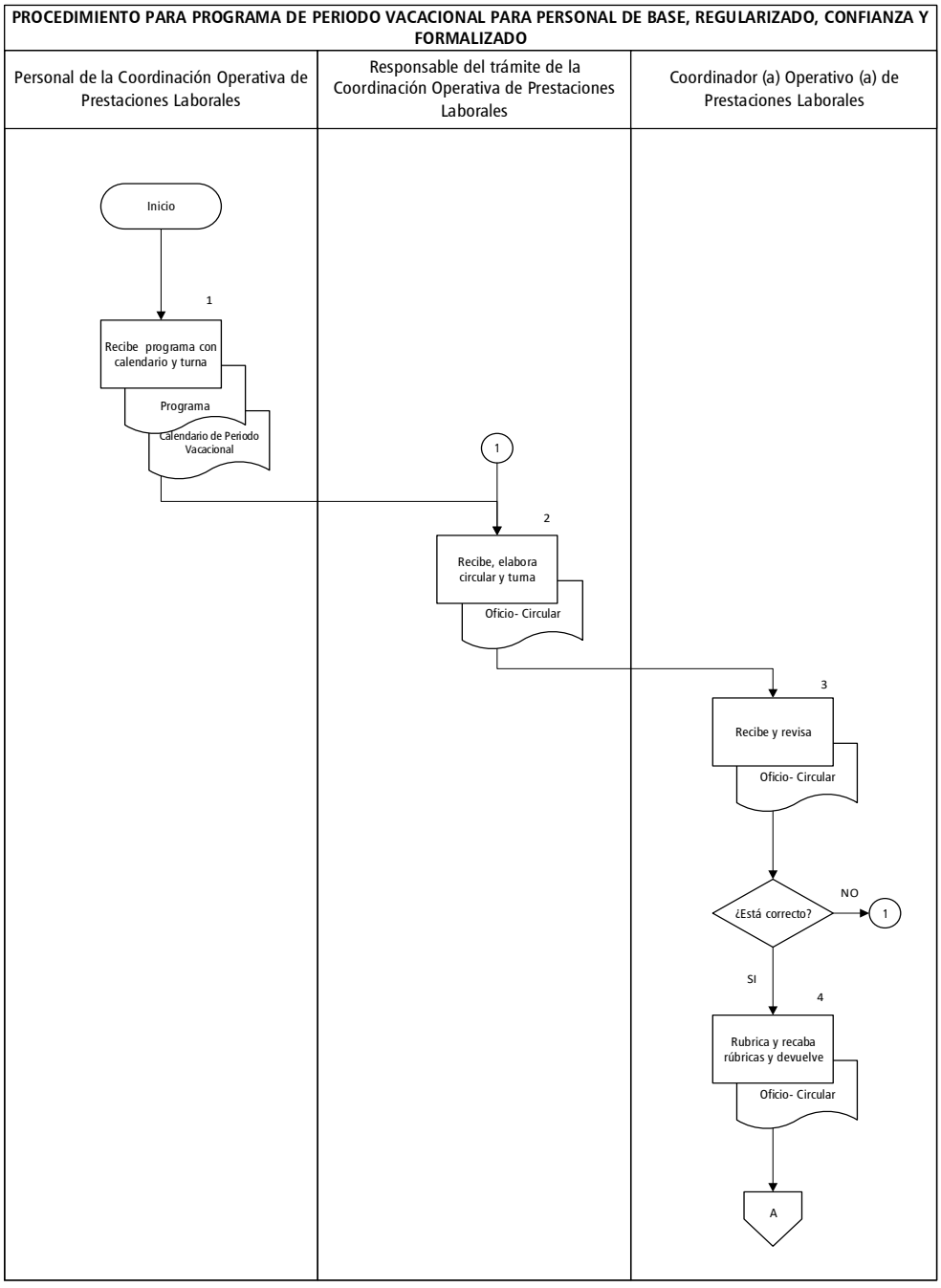
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 3. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. Políticas de Operación: 1. Las vacaciones deberán ser autorizados por el/la Titular de cada unidad de adscripción sin perjudicar el servicio. 2. Las unidades deberán especificar en el concentrado RFC, nombre, código, periodo solicitado y autorizado.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as de base, regularizado, confianza y formalizado de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Programa, Calendario de Periodo Vacacional, Oficio Circular, Oficio.
Glosario	D.R.L.D.P.- Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMA DE PERIODO VACACIONAL PARA PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, CONFIANZA Y FORMALIZADO.

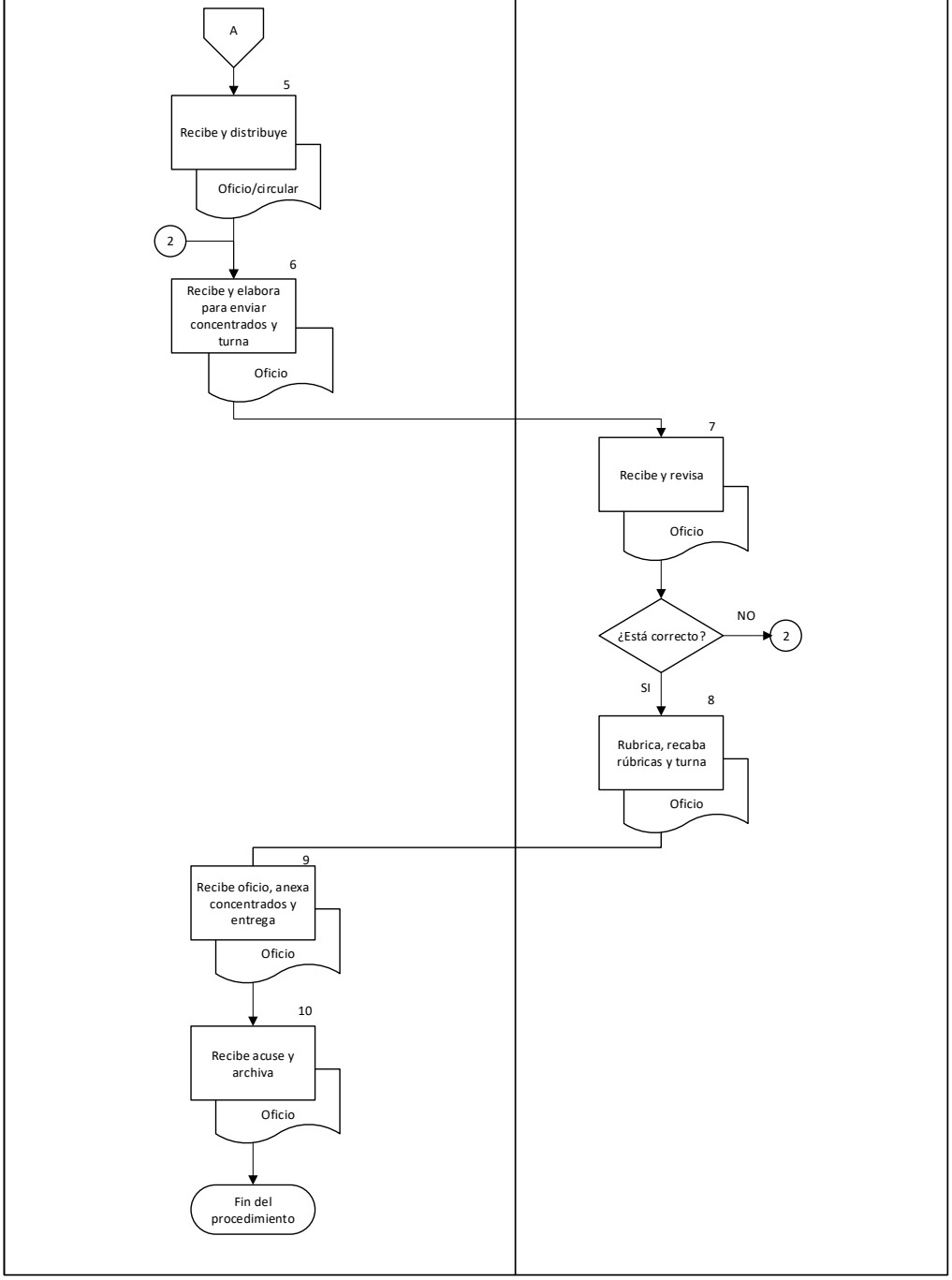
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Personal de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales	Recibe de la Dirección de Operación de Personal Programa con Calendario de Periodo Vacacional correspondiente y turna al/a la Responsable del trámite de la C.O.P.L. Nota: El calendario y el programa vacacional se recibe dos veces al año.	Programa Calendario de Periodo Vacacional
2	Responsable del trámite de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales	Recibe Programa con Calendario de Periodo Vacacional, elabora Oficio Circular y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Oficio/Circular
3	Coordinador/a Operativo /a de Prestaciones Laborales	Recibe y revisa Oficio Circular. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no. 4. No: Regresa actividad no. 2.	Oficio/Circular
4		Rubrica Oficio Circular y recaba rubricas del/de la Jefe/a de D.R.L.D.P. y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y firma del/de la Director/a de Operación de Personal, y devuelve al/a la Responsable del trámite de la C.O.P.L.	Oficio/Circular
5	Responsable del trámite de la Coordinación Operativa de Prestaciones	Recibe Oficio Circular firmado y distribuye a las diferentes Jurisdicciones, Hospitales y Departamentos de Oficina Central.	Oficio/Circular

	Laborales		
6		Recibe de Jurisdicciones, Hospitales y Departamentos de Oficina Central concentrados en forma impresa del personal de base, regularizado, confianza y formalizado, arma paquetes y elabora Oficio para enviar los concentrados a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, y turna Oficio al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Oficio
7	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales	Recibe y revisa Oficio. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no.8. No: Regresa actividad no.6.	Oficio
8		Rubrica Oficio y recaba rubricas del/de la Jefe/a de D.R.L.D.P. y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y firma del/de la Director/a de Operación de Personal y turna al/a la Responsable del trámite de la C.O.P.L.	Oficio
9	Responsable del trámite de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales	Recibe oficio firmado, anexa concentrados impresos y digitales y entrega a la Dirección General de Relaciones Laborales del Gobierno Federal.	Oficio
10		Recibe acuse de oficio sellado de recibido de la Dirección General de Relaciones Laborales del Gobierno Federal y archiva documento.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMA DE PERIODO VACACIONAL PARA PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, CONFIANZA Y FORMALIZADO.



PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMA DE PERIODO VACACIONAL PARA PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO, CONFIANZA Y FORMALIZADO



7.17.36. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE ESTÍMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO.

Tiempo Promedio: 7 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Otorgar un estímulo económico al/a la trabajador/a de base, regularizado y formalizado que muestre puntualidad, asistencia y permanencia constante en su trabajo durante un mes, para beneficiar al/a la trabajador/a de estos Servicios de Salud conforme a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Condiciones Generales de Trabajo Secretaría de Salud.
2. Reglamento para Evaluar y Estimular al Personal de la Secretaria de Salud por su Productividad en el Trabajo.

Políticas de Operación:

1. Los/las Responsable de Recursos Humanos de las Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales Generales e Integrales, Centros de Salud y Oficina Central, deberán de presentar durante los primeros cinco días hábiles siguientes a la conclusión del mes, Oficio con las Cédulas de Evaluación del Desempeño y Productividad.
2. Por cada trabajador/a se deberá presentar un formato de Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad.
3. La Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad lo deberá firmar el/la Jefe/a de la Unidad a la que pertenezca el/la trabajador/a:
   a) Jefe/a de la Jurisdicción Sanitaria.
   b) Director/a de Hospital.
   c) Jefe/a del Centro de Salud.
   d) Jefe/a de Área en Oficina Central.
4. La Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad deberá traer junto a la firma el sello de la Unidad correspondiente.
5. Los datos generales del/de la trabajador/a que se validarán con la base de datos emitidas por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas son:
   a) Nombre.
   b) R.F.C.
   c) Clave y código funcional.
6. Para que el/la trabajador/a sea acreedor/a a dicho estímulo deberá por lo menos obtener un mínimo de ochenta puntos en los factores que se encuentran en el formato de Cédula de Evaluación del desempeño y productividad.
7. Las Actas de la Comisión Mixta Permanente deberán

	elaborarse en 4 tantos y contener las firmas autógrafas de todos (as) los/las integrantes. 8. En cada una de las Actas de la Comisión Mixta Permanente deberán rubricar al calce derecho e izquierdo los/las tres Secretarios (as) de las Secciones Sindicales (25, 75 y 82) y los/las Propietarios/as por parte de la Autoridad, así como firmar en donde corresponde.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Formato de Cédula del Desempeño y Productividad, Relación de programa de Desempeño y Productividad en el Trabajo, Actas de la Comisión Mixta de Evaluación Permanente, Oficio.
Glosario	J.S.: Jurisdicción Sanitaria. C.S.: Centro de Salud O.C.: Oficina Central. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DEL ESTÍMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Recursos Humanos de J.S., Hospitales Generales	Elabora oficio y Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad de los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado,	Oficio Cédula de Evaluación del Desempeño y

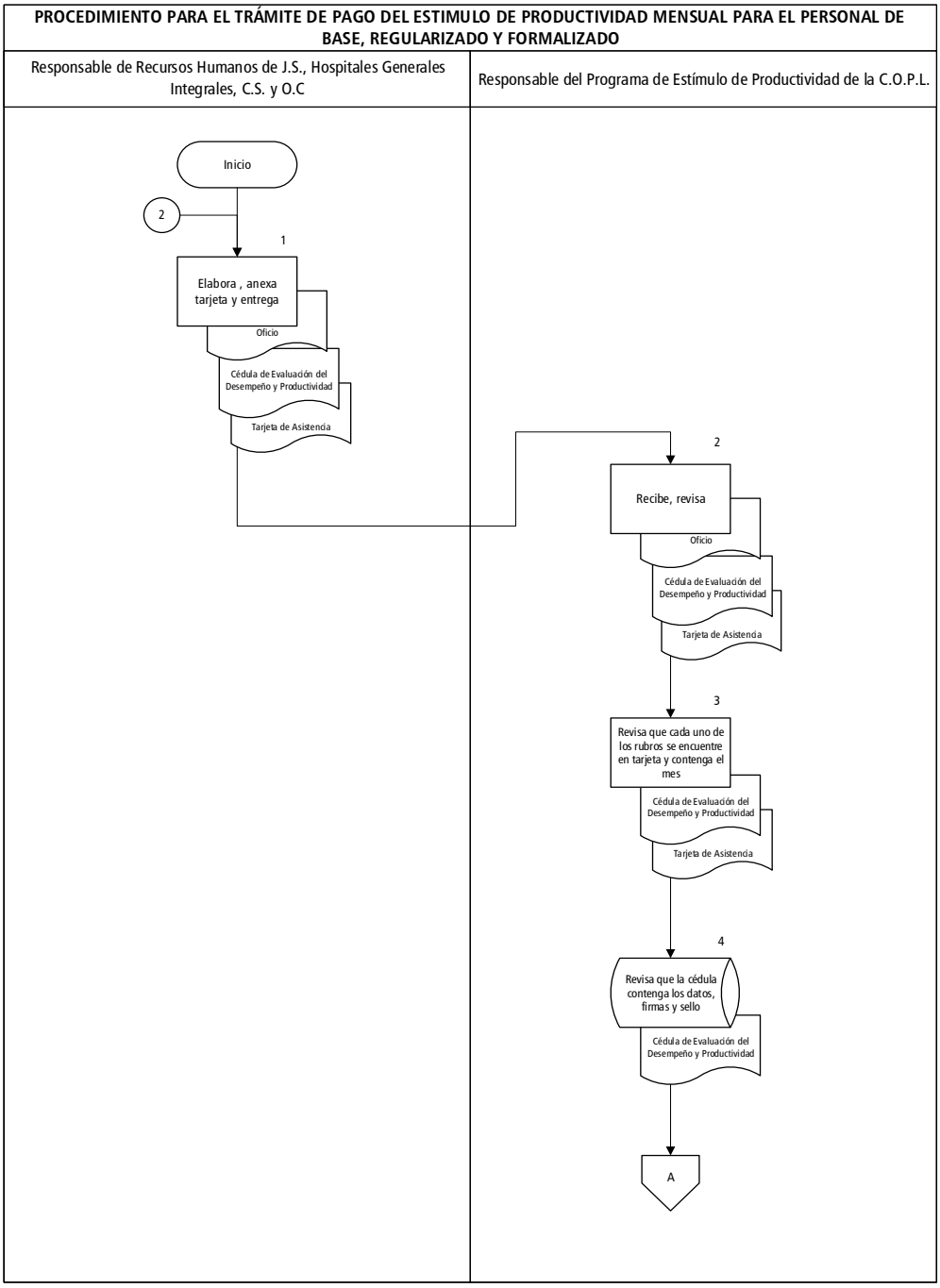
	Integrales, C.S. y O.C	propuestos/as para recibir el Estímulo de Productividad, anexa tarjeta de asistencia y entrega al/a la Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Productividad Tarjeta de Asistencia
2	Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Recibe documentación, revisa que el oficio venga dirigido al/a la Director/a de Operación de Personal con atención al/a la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y que contenga el mes que corresponda al Estímulo.	Oficio Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad Tarjeta de Asistencia
3		Revisa que en cada uno de los rubros de la Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad se encuentren registradas las incidencias que están plasmadas en las tarjetas de asistencia.	Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad Tarjeta de Asistencia
4		Revisa en la base de datos emitida por el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas que la Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad contenga los datos generales correctos del/de la trabajador/a, asimismo revisa que tenga las firmas autógrafas y sello correspondiente. ¿Los documentos están correctos? Si: Continúa actividad no. 6. No: Continúa actividad no.5.	Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
5		Devuelve la documentación al/a la Responsable de Recursos Humanos que corresponda para su corrección y regresa a la actividad no.1.	Oficio Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
6		Valida Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad, sella	Oficio Cédula de

		acuse de recibido del Oficio y devuelve al/a la Responsable de Recursos Humanos.	Evaluación del Desempeño y Productividad
7		Concentra las Cédulas de Evaluación del Desempeño y Productividad recibidas durante el mes, elabora Actas de la Comisión Mixta Permanente y turna a los/las Secretarios/as de las Secciones Sindicales.	Actas Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
8	Secretarios/as de las Secciones Sindicales 25, 75 y 82	Rubrican y Firman las Actas de la Comisión Mixta Permanente, Cédulas de Desempeño y Productividad, y devuelven al/a la Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Actas Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
9	Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Recibe Actas de la Comisión Mixta Permanente, Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad firmadas por los/las Secretarios (as) Sindicales y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Actas Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
10	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Recibe Actas de la Comisión Mixta Permanente, Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad y recaba las siguientes firmas: ➢ Jefe/a del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal como Secretario/a Técnico/a de la Comisión. ➢ Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano como Suplente. ➢ Director/a de Operación de Personal como Propietario/a de la Comisión por parte de la autoridad.	Actas Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad

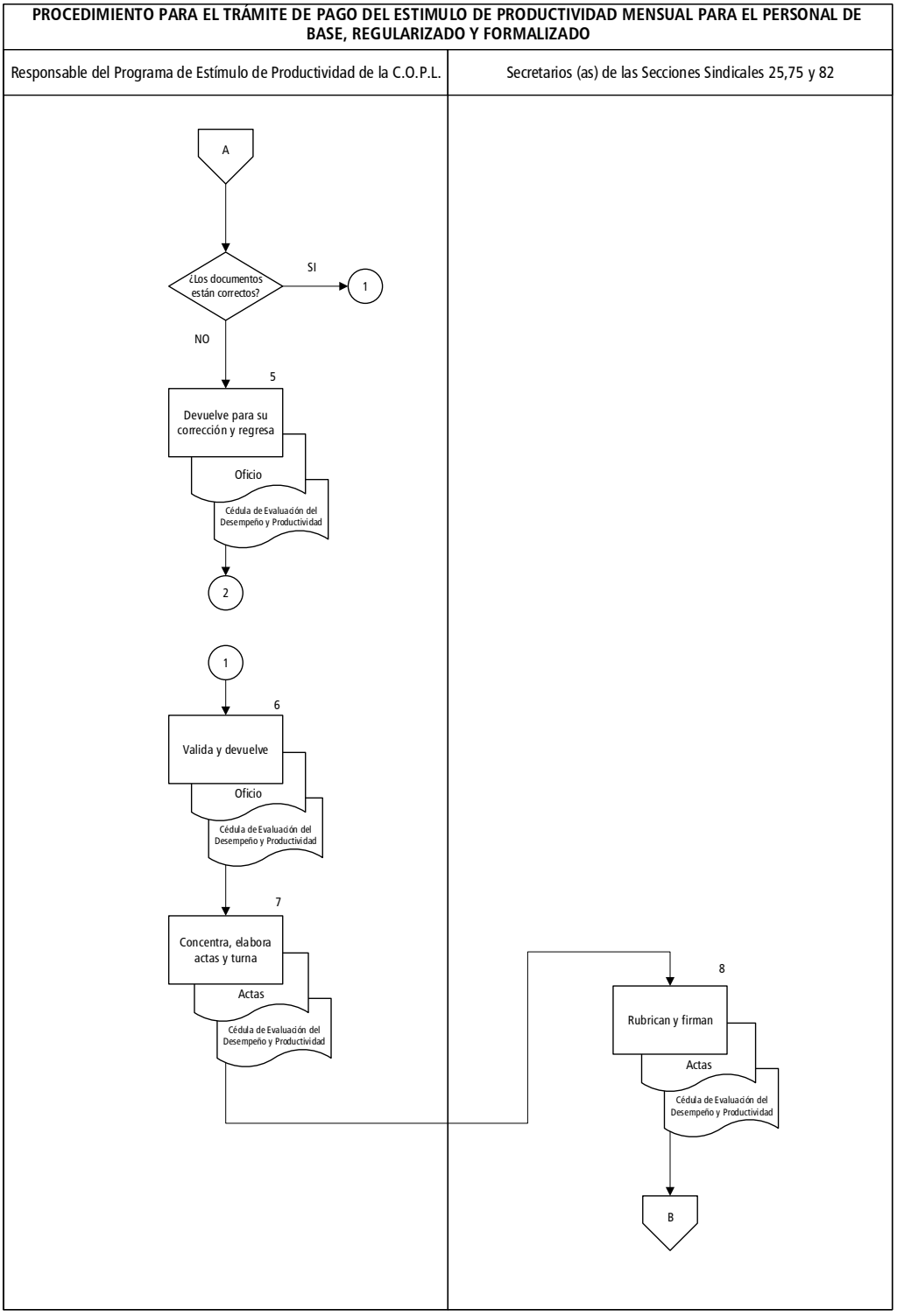
11		Turna al/a la Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Actas Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
12	Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Recibe Actas de la Comisión Mixta Permanente, Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad firmadas por todos los/las integrantes y archiva.	Actas Cédula de Evaluación del Desempeño y Productividad
13		Elabora relación del personal propuesto para el estímulo de productividad y entrega al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales para su revisión y rúbrica.	Relación de Personal
14	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Recibe y revisa relación del personal propuesto para el estímulo de productividad. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no. 15. No: Regresa actividad no. 13.	Relación de Personal
15		Rubrica relación del personal propuesto para el estímulo de productividad, recaba rúbrica del/de la Jefe/a de Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, así como la firma del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y devuelve al/a la Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Relación de Personal
16	Responsable del Programa de Estímulo de Productividad de la C.O.P.L.	Recibe y turna al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas relación del personal propuesto para el estímulo de productividad.	Relación de Personal

17		Recibe copia sellada de la relación del personal propuesto para el estímulo de productividad sellada y archiva.	Relación de Personal
Fin del procedimiento			

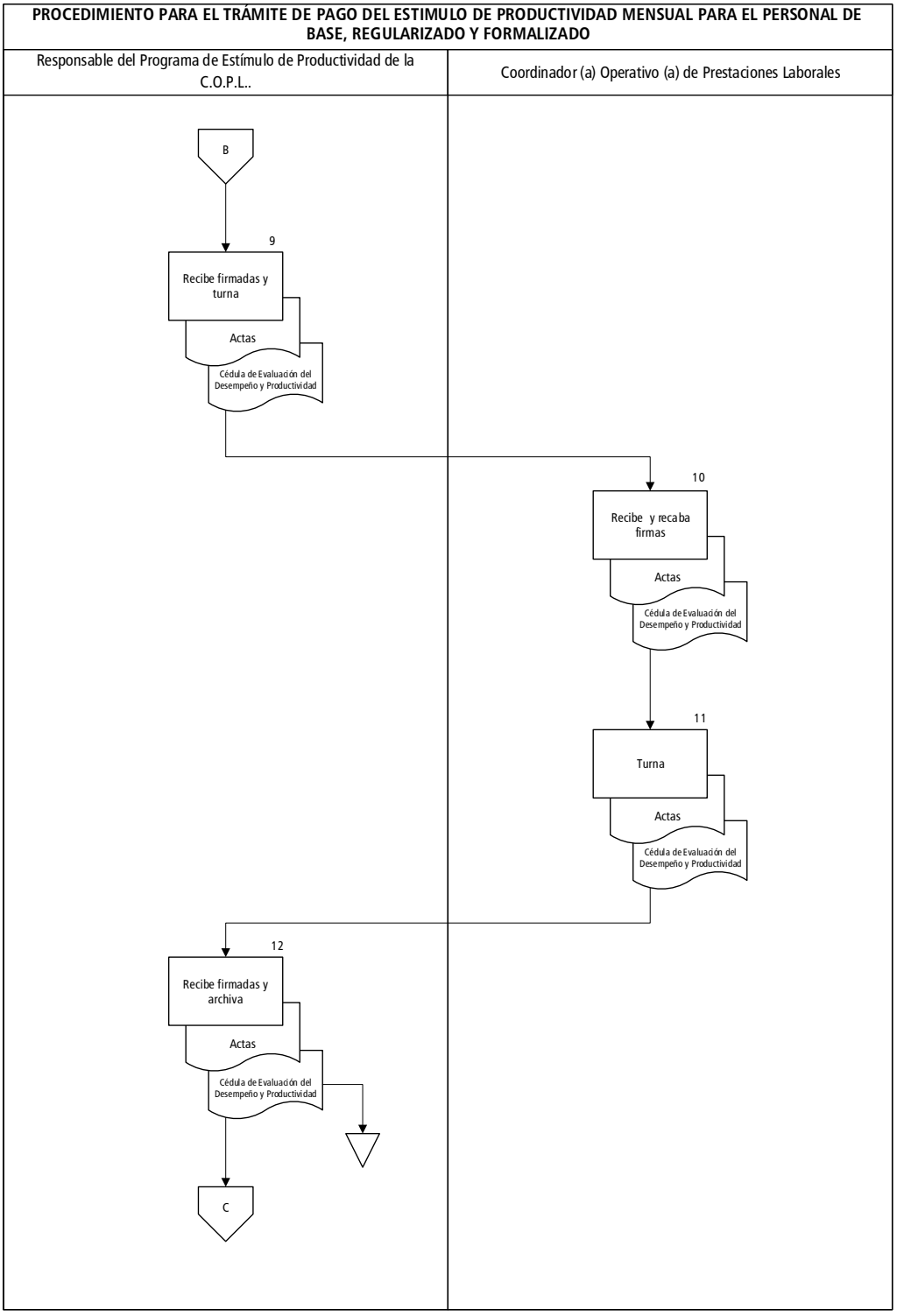
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DEL ESTÍMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO.



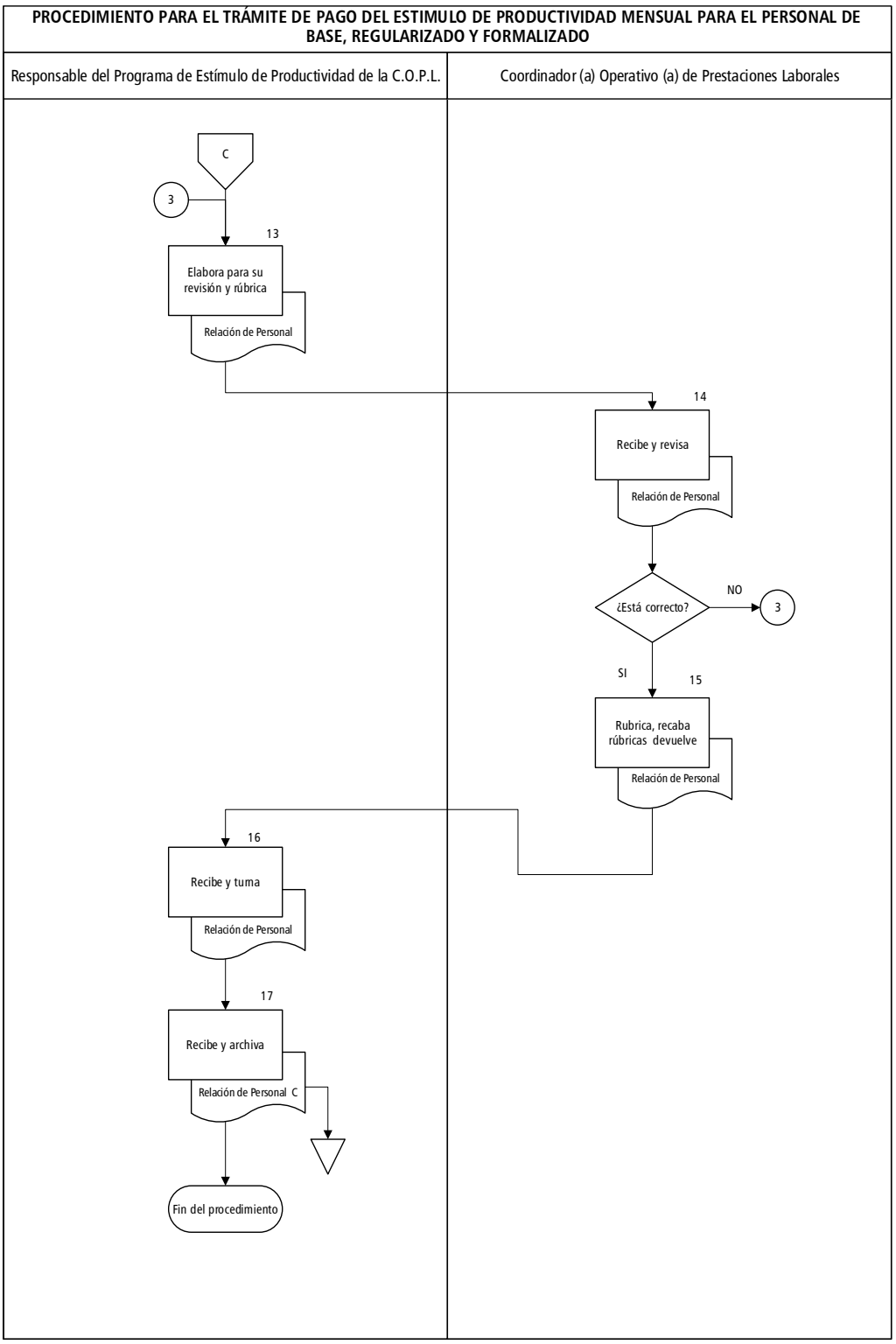
PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DEL ESTIMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO



PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DEL ESTIMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO



PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DEL ESTIMULO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PARA EL PERSONAL DE BASE, REGULARIZADO Y FORMALIZADO



7.17.37. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE BASE DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Tiempo Promedio: 1 Año

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Otorgar el Estímulo a la Calidad del Desempeño del Personal de Base que brinde servicio directo a pacientes, para contribuir a mejorar la calidad de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Federal para la Operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.
2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Es responsabilidad del área de Recursos Humanos de cada unidad verificar que el personal de base cuente con 2 años de antigüedad en su plaza.
2. Es responsabilidad del área de Recursos Humanos de cada unidad verificar que el personal preste sus servicios en su lugar de adscripción.
3. Es responsabilidad del área de Recursos Humanos de cada unidad verificar que el personal preste sus servicios de manera directa en atención con pacientes.
4. Es responsabilidad del/de la Responsable del Estímulo de Calidad verificar mediante los listados de asistencia que presente cada área de Recursos Humanos, que el personal cuente con el 95% de asistencia para otorgarle el estímulo.
5. Los documentos con los que se debe integrar el expediente son:
   - nombramiento de base
   - copia del último talón de pago
   - soporte de las incidencias.
   - El listado de los/las Trabajadores/as que son acreedores/as al estímulo deberá contener:
   - R.F.C
   - Nombre completo
   - Código
   - Lugar de adscripción
6. Es responsabilidad del/de la Responsable del Estímulo de Calidad verificar que en caso de que los expedientes del personal presentados para obtener el estímulo no cumplan con los requisitos establecidos en las políticas, no se gestionará dicho beneficio.

Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Personal de base que brinde servicio directo a pacientes.
Recursos	Listado de Personal, Oficio, Constancia de asistencia y permanencia, Memorándum.
Glosario	D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales. S.E.I.: Subdirección de Enseñanza e Investigación. D.N.P.E.: Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.

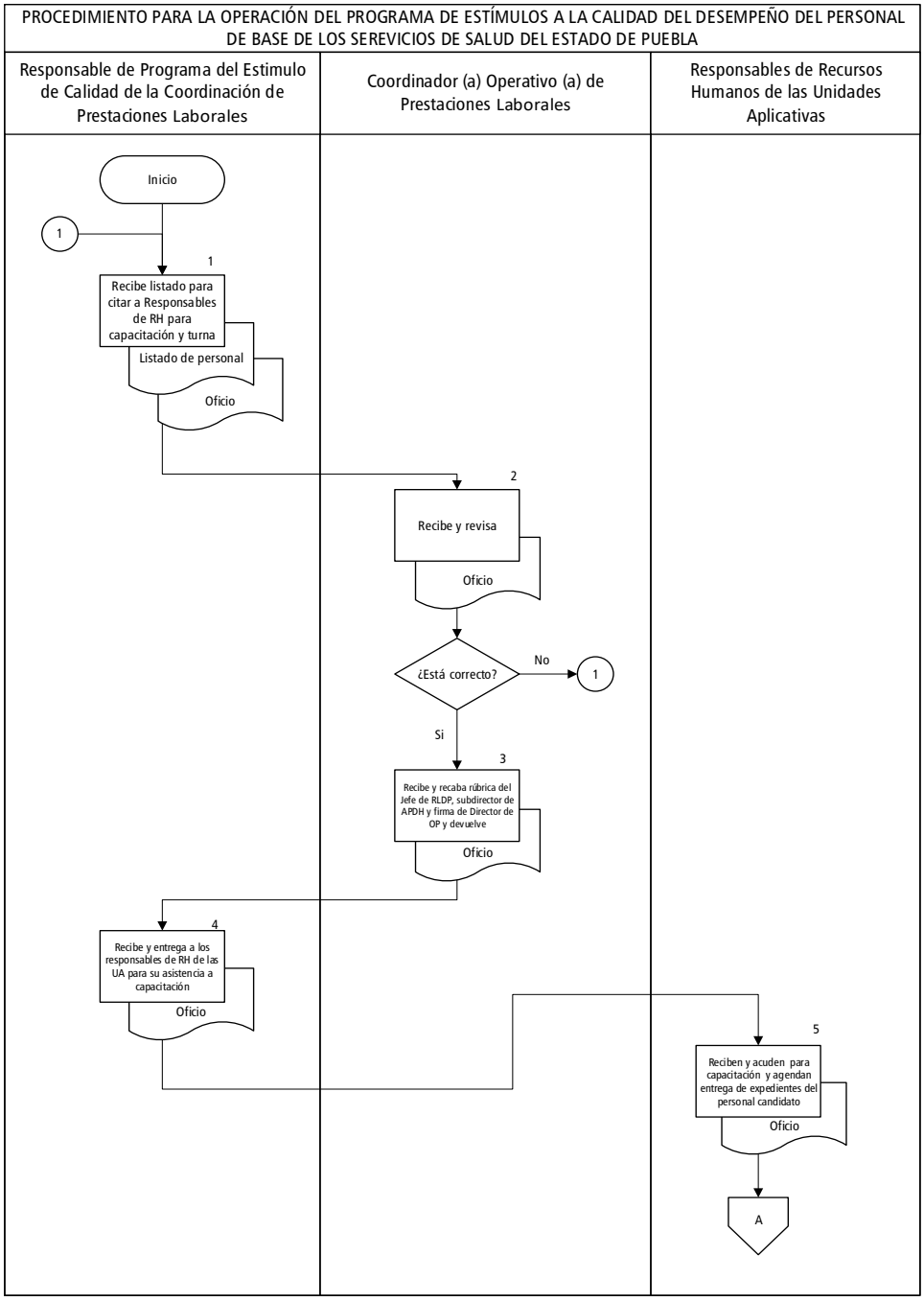
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE BASE DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Programa del Estímulo de Calidad de la Coordinación de Prestaciones Laborales	Recibe de la Subdirección de Enseñanza e Investigación el listado del personal inscrito para participar en el programa de estímulos, elabora oficio para citar a los/las Responsables de Recursos Humanos de las Unidades Aplicativas, para la capacitación, y lo turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Listado de Personal Oficio
2	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones	Recibe y revisa Oficio ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no. 3	Oficio

	Laborales	No: Continúa actividad no. 1	
3		Rubrica y recaba rúbrica del/de la Jefe/a de Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y firma del/de la Director/a de Operación de Personal y devuelve al/a la Responsable de Programa del Estímulo de Calidad de la C.O.P.L.	Oficio
4	Responsable de Programa del Estímulo de Calidad de la Coordinación de Prestaciones Laborales	Recibe y entrega oficio a los/las responsables de Recursos Humanos de las Unidades Aplicativas, para su asistencia a la capacitación.	Oficio
5	Responsables de Recursos Humanos de las Unidades Aplicativas	Reciben oficio y acuden a la C.O.P.L. para la capacitación y agendan la fecha de entrega de expedientes del personal candidato al estímulo	Oficio
6	Responsable de Programa del Estímulo de Calidad de la Coordinación de Prestaciones Laborales	Recibe de los/las Responsables Recursos Humanos de las Unidades Aplicativas los expedientes de personal y revisa que se encuentren integrados con los documentos requeridos, que la constancia de asistencia y permanencia contenga los datos correctos y que el/la Candidato/a reúna los requisitos establecidos para otorgarle el estímulo. ¿Los datos están correctos? Si: Pasa a la actividad no. 8 No: Continúa en la actividad no. 7	Constancia de Asistencia y Permanencia Expedientes de personal
7		Regresa expediente al/a la Responsable de Recursos Humanos de las Unidades Aplicativas para las modificaciones o correcciones	Expediente

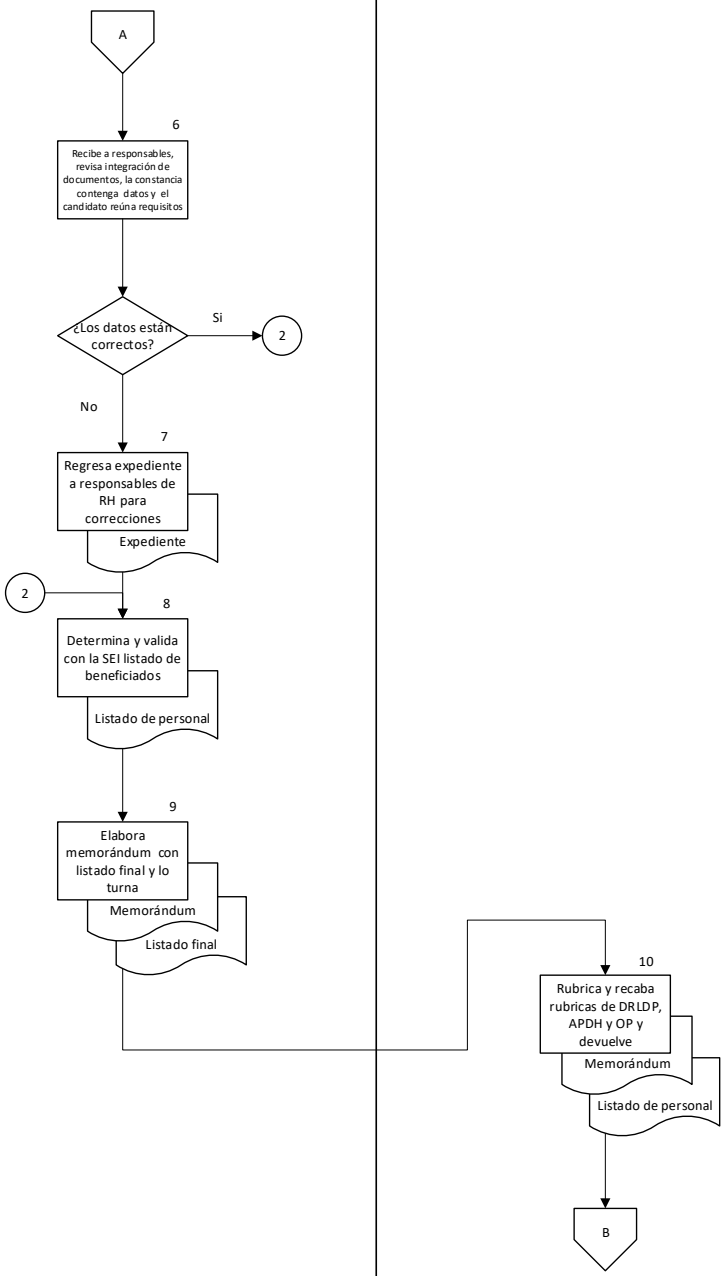
		indicadas.	
8		Determina y valida con la S.E.I. el listado final de los/las beneficiados/as al estímulo.	Listado de Personal
9		Elabora memorándum con el listado final del personal beneficiado con el estímulo y lo turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Memorándum Listado final
10	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales	Rubrica memorándum y listado del personal beneficiado con el estímulo y recaba rubricas al/a la Jefe/a Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal y Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano, y firma del/de la Director/a de Operación de Personal; devuelve al/a la Responsable de Programa del Estimulo de Calidad de la C.O.P.L.	Memorándum Listado de Personal
11	Responsable de Programa del Estímulo de Calidad de la Coordinación de Prestaciones Laborales	Recibe memorándum y listado del personal beneficiado con el estímulo, rubricado y firmado, y tramita ante el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas el pago del personal contenido en el listado anexo al Memorándum.	Memorándum Listado de Personal
12		Recibe memorándum sellado y archiva.	Memorándum Listado de Personal
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE BASE DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.



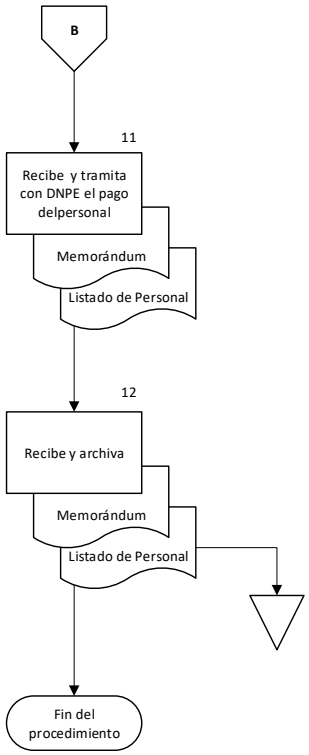
PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE BASE DE LOS SEREVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Responsable de Programa del Estimulo de Calidad de la Coordinación de Prestaciones Laborales	Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales



PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE BASE DE LOS SEREVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Responsable de Programa del Estimulo de Calidad de la Coordinación de Prestaciones Laborales



7.17.38. PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES)

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Dar cumplimiento a la prestación de Licencia con goce de sueldo por asuntos particulares otorgada a los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla, estipulado en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes.

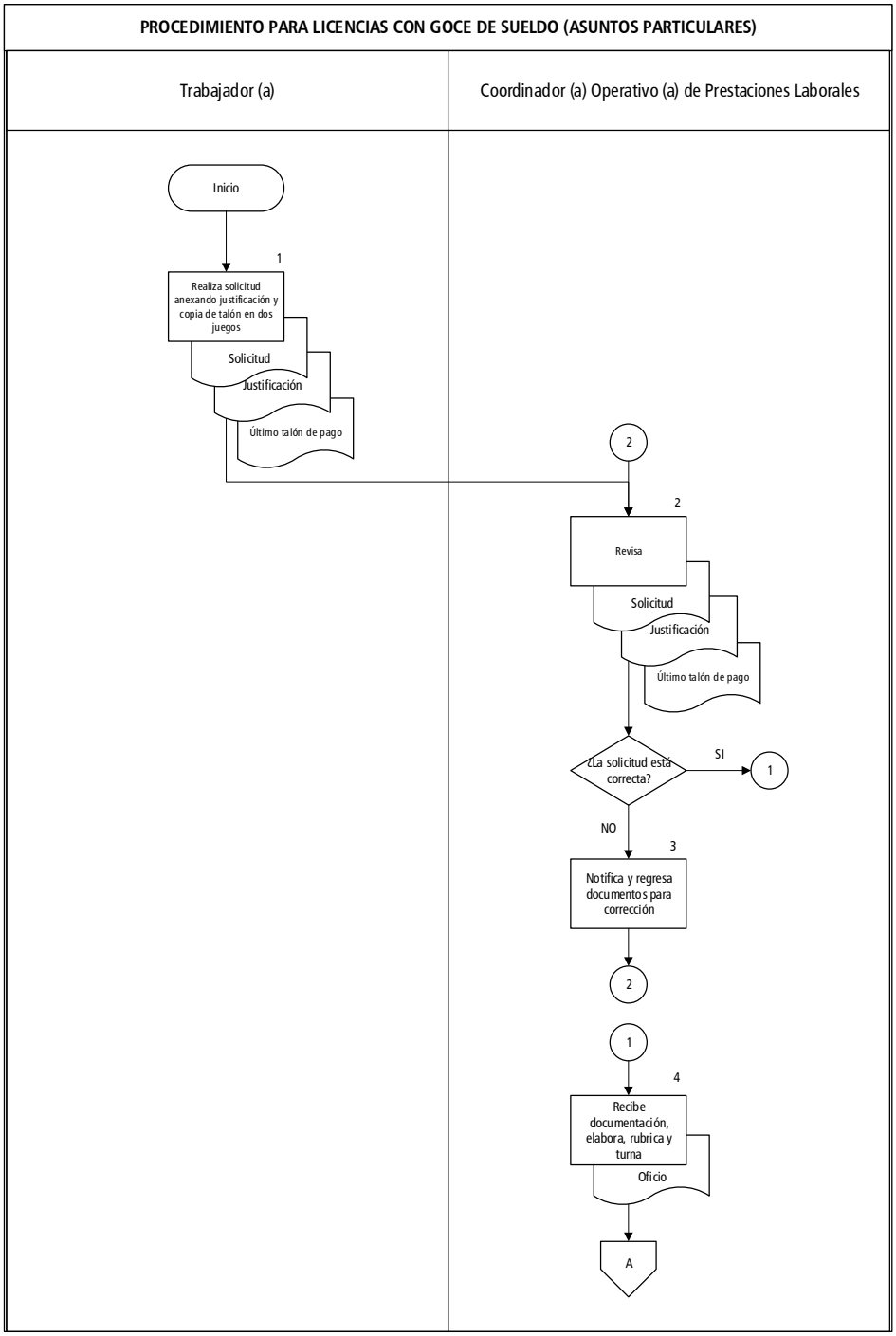
	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, Art. 160. 3. Manual de Organización de la Dirección de Operación de Personal
Normas y Políticas de Operación	Políticas de Operación: 1. Para poder ser otorgada una Licencia con goce de sueldo, esta solicitud deberá venir debidamente justificada como lo marcan las Condiciones Generales de Trabajo. 2. Se debe realizar la solicitud con mínimo una semana de anticipación. 3. Se otorgan los días de licencias con goce de sueldo de acuerdo a la antigüedad del/la trabajador/a que solicita, misma que podrá disfrutarse por asuntos particulares durante el año lectivo.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplica a personal de base, regularizado y formalizado de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla que por asuntos particulares requieran esta prestación.
Recursos	Oficio, Solicitud.
Glosario	S.S.E.P.- Servicios de Salud del Estado de Puebla. S.A.P.D.H.- Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. D.O.P.- Dirección de Operación de Personal. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales.

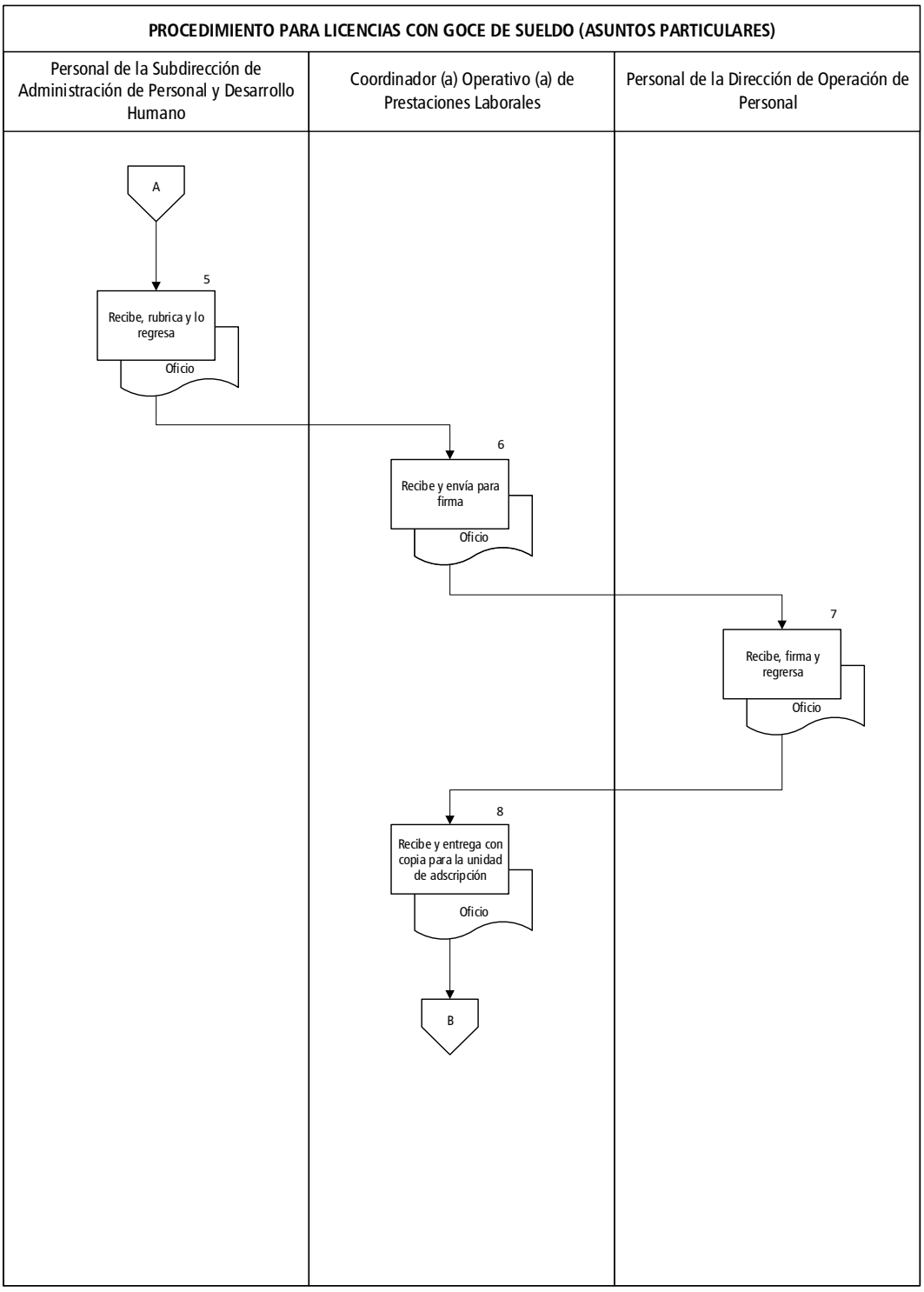
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES).

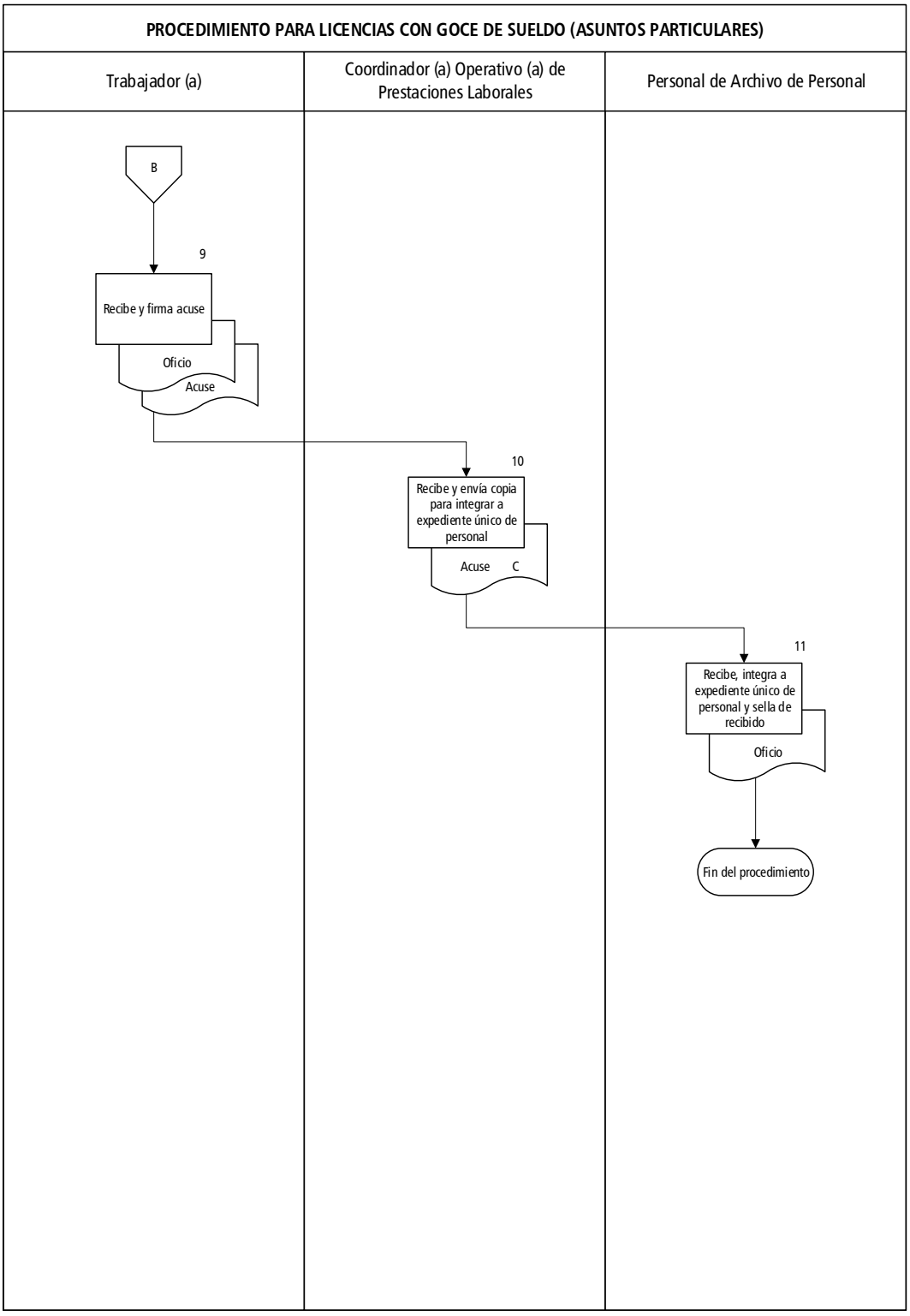
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Trabajador/a	Realiza solicitud de trámite de licencia con goce de sueldo validada por su Jefe/a directo/a, Jefe/a Jurisdiccional o Director/a de Unidad, anexando justificación de la solicitud y copia de último talón de pago, en dos juegos.	Solicitud Justificación Ultimo talón de pago
2	Coordinador/a Operativo de Prestaciones Laborales	Revisa que la solicitud se encuentre correcta con los documentos correspondientes. ¿La solicitud está correcta? Si: Ir a paso 4. No: Ir a paso 3.	
3		Notifica en el momento al/a la interesado/a y se regresan los documentos para realizar las correcciones a las observaciones correspondientes. Regresa al paso 2	Solicitud Justificación Ultimo talón de pago
4		Recibe la documentación y elabora oficio de autorización de licencia con goce de sueldo, rubrica y turna a la S.A.P.D.H. para rúbrica.	Oficio
5	Personal de la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Recibe y rubrica oficio de autorización de licencia con goce de sueldo, y lo regresa a la C.O.P.L.	Oficio
6	Coordinador/a Operativo de Prestaciones Laborales	Recibe oficio de autorización de licencia con goce de sueldo y se envía a la D.O.P. para firma de autorización.	Oficio

7	Personal de la Dirección de Operación de Personal	Recibe y firma de autorización de licencia con goce de sueldo, regresa oficio firmado al C.O.P.L.	Oficio
8	Coordinador/a Operativo de Prestaciones Laborales	Recibe oficio autorizado de licencia con goce de sueldo y entrega original al/a la trabajador/a con copia para la unidad de adscripción.	Oficio
9	Trabajador/a	Recibe oficio autorizado de licencia con goce de sueldo y firma acuse de recibido.	Oficio Acuse
10	Coordinador/a Operativo de Prestaciones Laborales	Recibe acuse firmado por el/la trabajador/a, envía copia a Archivo de Personal para integrar al expediente único de personal.	Acuse
11	Personal de Archivo de Personal	Recibe copia del oficio autorizado de licencia con goce de sueldo, integra al expediente único de personal y sella de recibido al C.O.P.L.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES).




PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES)
Personal de la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano
Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales
Personal de la Dirección de Operación de Personal
A
5
Recibe, rubrica y lo regresa
Oficio
6
Recibe y envía para firma
Oficio
7
Recibe, firma y regrersa
Oficio
8
Recibe y entrega con copia para la unidad de adscripción
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES)
Trabajador (a)
Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales
Personal de Archivo de Personal
B
9
Recibe y firma acuse
Oficio
Acuse
10
Recibe y envía copia para integrar a expediente único de personal
Acuse
C
11
Recibe, integra a expediente único de personal y sella de recibido
Oficio
Fin del procedimiento

7.17.39. PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES).

Tiempo Promedio: 5 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Dar cumplimiento a la prestación de Licencia sin goce de sueldo por asuntos particulares otorgada a los/las Trabajadores/as de base, regularizado y formalizado de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla, estipulado en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes.

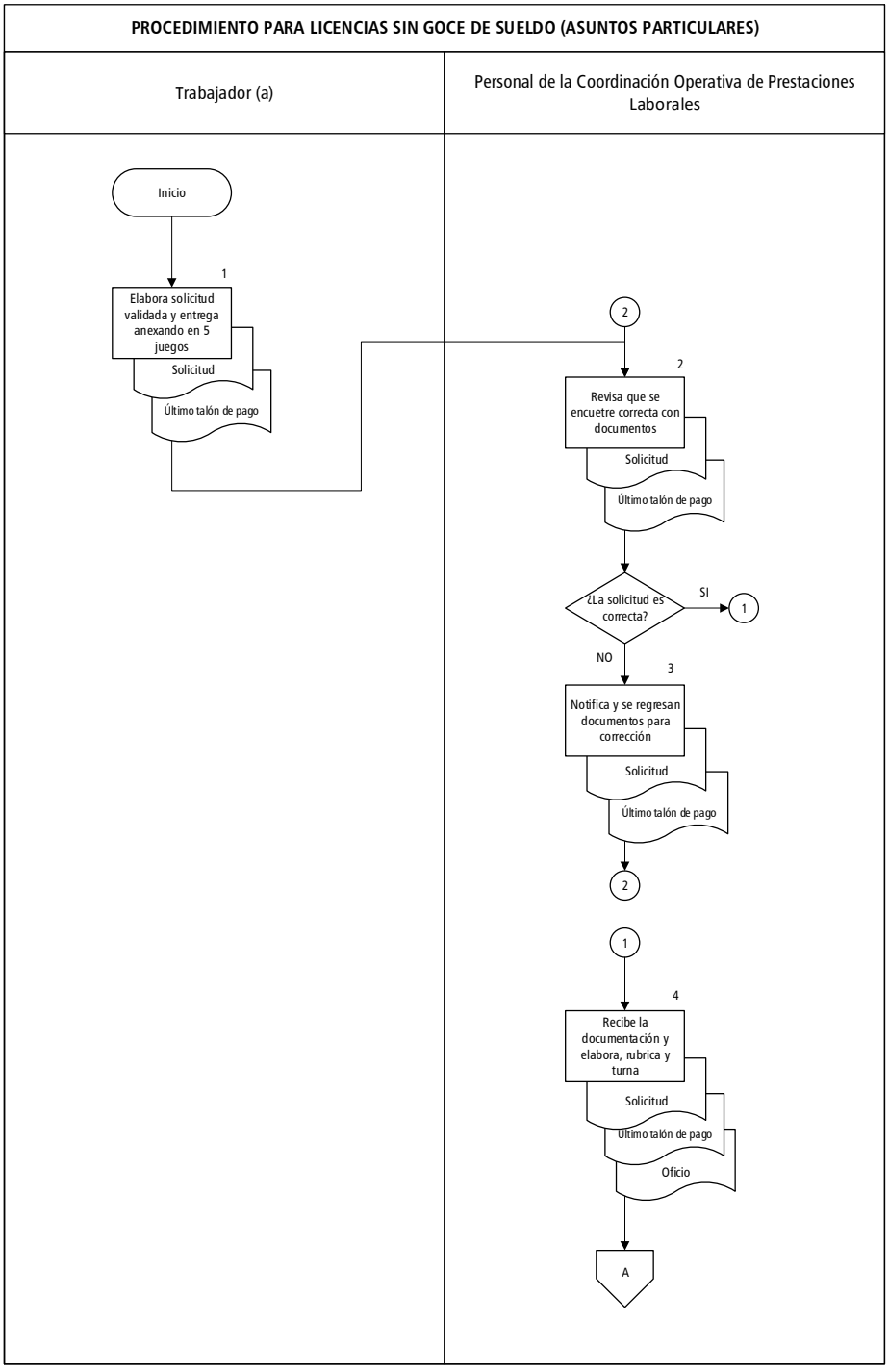
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, Art. 159. 3. Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Para poder ser otorgada una Licencia sin goce de sueldo, esta solicitud deberá realizarse mínimo 20 días naturales antes del periodo solicitado. 2. El/la trabajador/a deberá realizar la petición por escrito, estableciendo el periodo con inicio de días 1° o 16 de cada mes, y fecha de término con días 15 o último del mes que corresponda. 3. Se otorgan los días de licencias sin goce de sueldo de acuerdo a la antigüedad del/del trabajador/a que solicita y le correspondan de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo vigentes, misma que podrá disfrutarse por asuntos particulares durante el año lectivo.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplica a personal de base, regularizado y formalizado de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla que por asuntos particulares requieran esta prestación.
Recursos	Solicitud, Oficio.
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. S.A.P.D.H.: Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. D.O.P.: Dirección de Operación de Personal. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales.

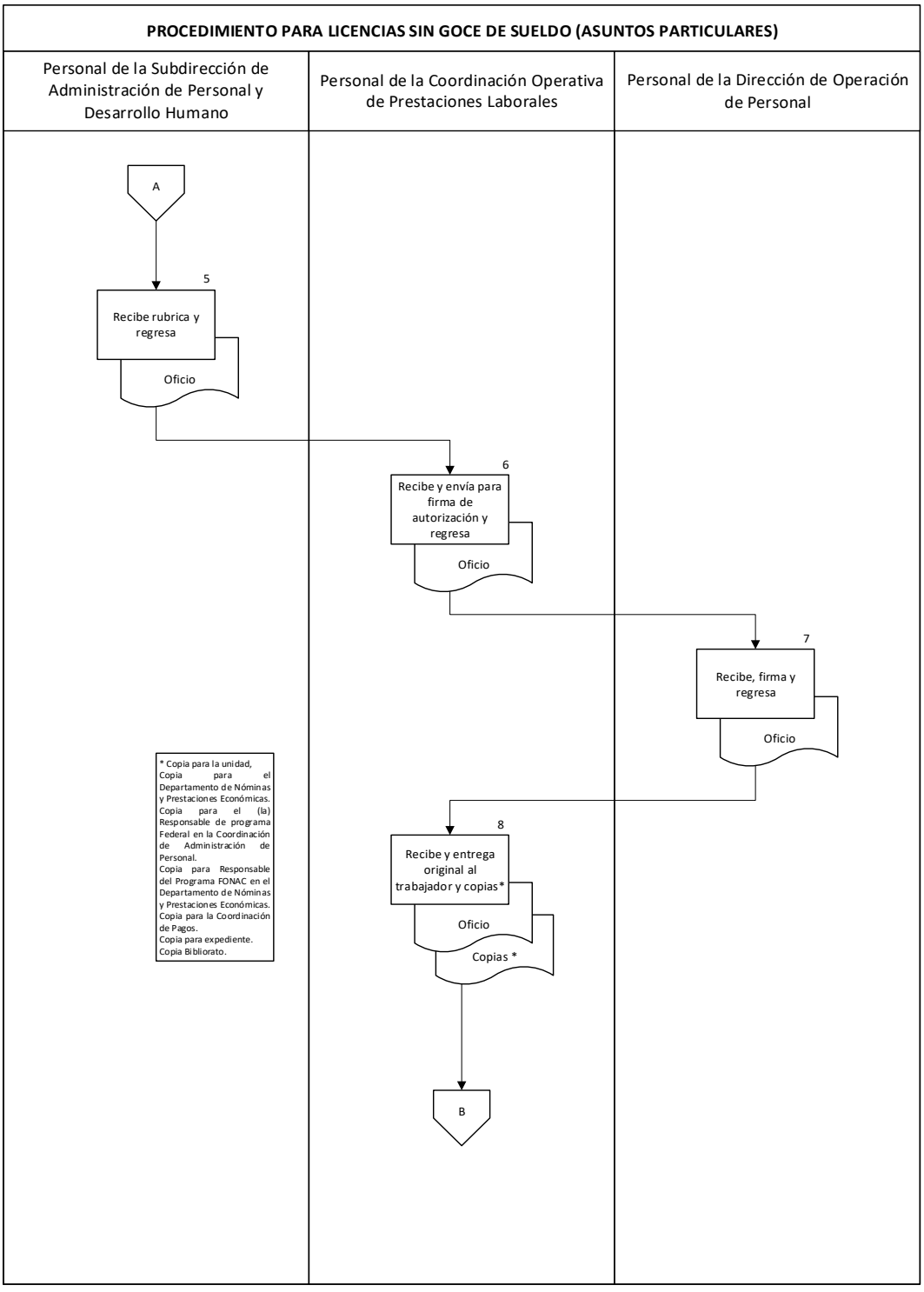
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES).

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Trabajador/a	Elabora solicitud de trámite de licencia sin goce de sueldo validada por su Jefe/a Director/a, Jefe/a Jurisdiccional o Director/a de Unidad y entrega anexando copia de último talón de pago, en cinco juegos.	Solicitud Último talón de pago
2	Personal de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales	Revisa que la solicitud se encuentre correcta con los documentos correspondientes. ¿La solicitud es correcta? Si: Continúa en el paso 4 No: Continúa en el paso 3	Solicitud Último talón de pago
3		Notifica en el momento al/a la interesado/a y se regresan los documentos para realizar las correcciones a las observaciones correspondientes.	Solicitud Copia del último talón de pago
4		Recibe la documentación y elabora oficio de autorización de licencia sin goce de sueldo, rubrica y turna a la S.A.P.D.H. para rúbrica.	Oficio Solicitud Copia del último talón de pago
5	Personal de la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano	Recibe y rubrica oficio de autorización de licencia sin goce de sueldo, y regresa al C.O.P.L.	Oficio
6	Personal de la Coordinación Operativa de Prestaciones	Recibe oficio de autorización de licencia sin goce de sueldo y se envía a la D.O.P. para firma de autorización y regresa a la C.O.P.L.	Oficio

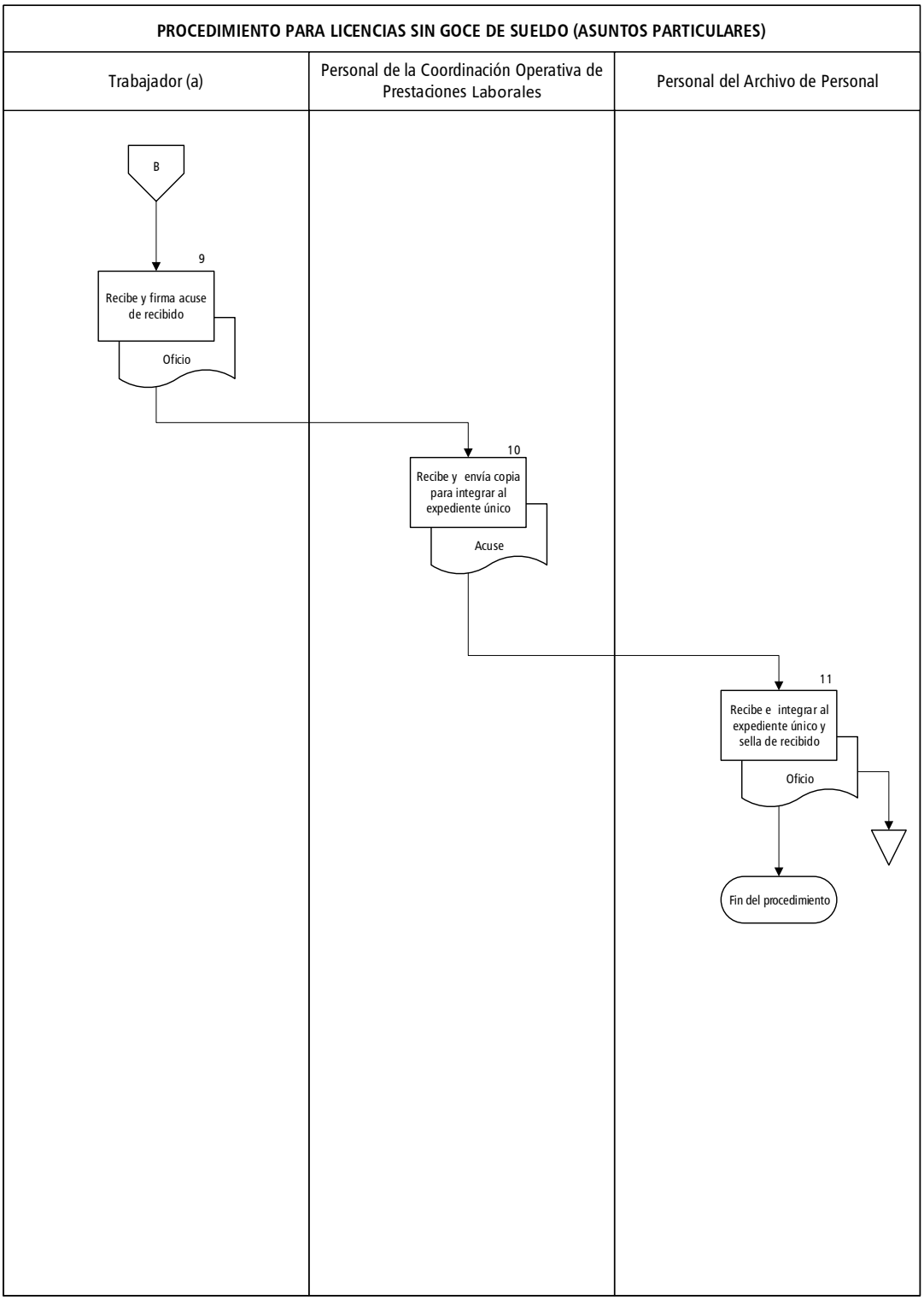
	Laborales		
7	Personal de la Dirección de Operación de Personal	Recibe y firma de autorización de licencia sin goce de sueldo, regresa oficio a la C.O.P.L.	Oficio
8	Personal de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales	Recibe oficio autorizado y entrega original al/a la trabajador/a con copia para la unidad, copia para el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, copia para el/la Responsable de programa Federal en la Coordinación de Administración de Personal, copia para el/la Responsable del Programa FONAC en el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas, copia para la Coordinación de Pagos, copia para expediente y otra para bibliorato.	Oficio
9	Trabajador/a	Recibe oficio de autorización de licencia sin goce de sueldo autorizada y firma acuse de recibido.	Oficio
10	Personal de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales	Recibe acuse firmado por el/la trabajador/a, envía copia a Archivo de Personal para integrar al expediente único del/de la trabajador/a.	Acuse
11	Personal del Archivo de Personal	Recibe copia del oficio de autorización de licencia sin goce de sueldo, integra al expediente único del/de trabajador/a y sella de recibido al C.O.P.L.	Oficio Expediente
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES)




PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES)
Personal de la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano
Personal de la Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales
Personal de la Dirección de Operación de Personal
A
5
Recibe rubrica y regresa
Oficio
6
Recibe y envía para firma de autorización y regresa
Oficio
7
Recibe, firma y regresa
Oficio
8
Recibe y entrega original al trabajador y copias*
Oficio
Copias *
B
* Copia para la unidad,
Copia para el Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas.
Copia para el (la) Responsable de programa Federal en la Coordinación de Administración de Personal.
Copia para Responsable del Programa FONAC en el Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas.
Copia para la Coordinación de Pagos.
Copia para expediente.
Copia Bibliorato.

PROCEDIMIENTO PARA LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO (ASUNTOS PARTICULARES)



7.17.40. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR HORARIO ESPECIAL DE GUARDERÍA O LACTANCIA

Tiempo Promedio: 1 día		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Maricela Huizar Castañeda **Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal** **MHC (DRLDP)** **Octubre, 2018**	**Rafael Morales Vargas** **Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano** **RMV (SAPDH)** **Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández** **Director de Operación de Personal** **AMF (DOP)** **Octubre, 2018**

Objetivo	Cumplir con lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo al ofrecer una hora de Guardería o Lactancia a las madres trabajadoras de base, regularizado y formalizado que así lo soliciten.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Condiciones Generales de trabajo. Políticas de Operación: 1. La hora de lactancia deberá ser otorgada a madres de base, regularizado y formalizado con hijos/as menores de seis meses de nacido/a. 2. La hora de guardería deberá ser otorgada a madres de base, regularizado y formalizado con hijos/as menores de seis años de nacido/a. 3. Para trámite de horario especial de guardería por primera vez deberán adjuntar oficio de solicitud emitido por la unidad hospitalaria o jurisdicción correspondiente, petición de la trabajadora con el visto bueno del/de la Jefe/a inmediato, acta de nacimiento original del/de la menor, original de la constancia de guardería y copia del último talón de pago, para solicitar prórroga del horario se requerirá anexar copia simple del acta de nacimiento. 4. Para trámite de horario de lactancia deberán adjuntar oficio de solicitud emitido por la unidad hospitalaria o jurisdicción correspondiente, petición de la trabajadora con el visto bueno del/de la Jefe/a inmediato/a, acta de nacimiento original del/de la menor y copia del último talón de pago.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Madres trabajadoras de los programas de base, regularizado y formalizado de este O.P.D.
Recursos	Oficio de Autorización, Relación de documentos.

Glosario

O.P.D.: Organismo Público Descentralizado.
S.D.A.P.D.H.: Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano.
D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales.
E.U.P.: Expediente Único de Personal.

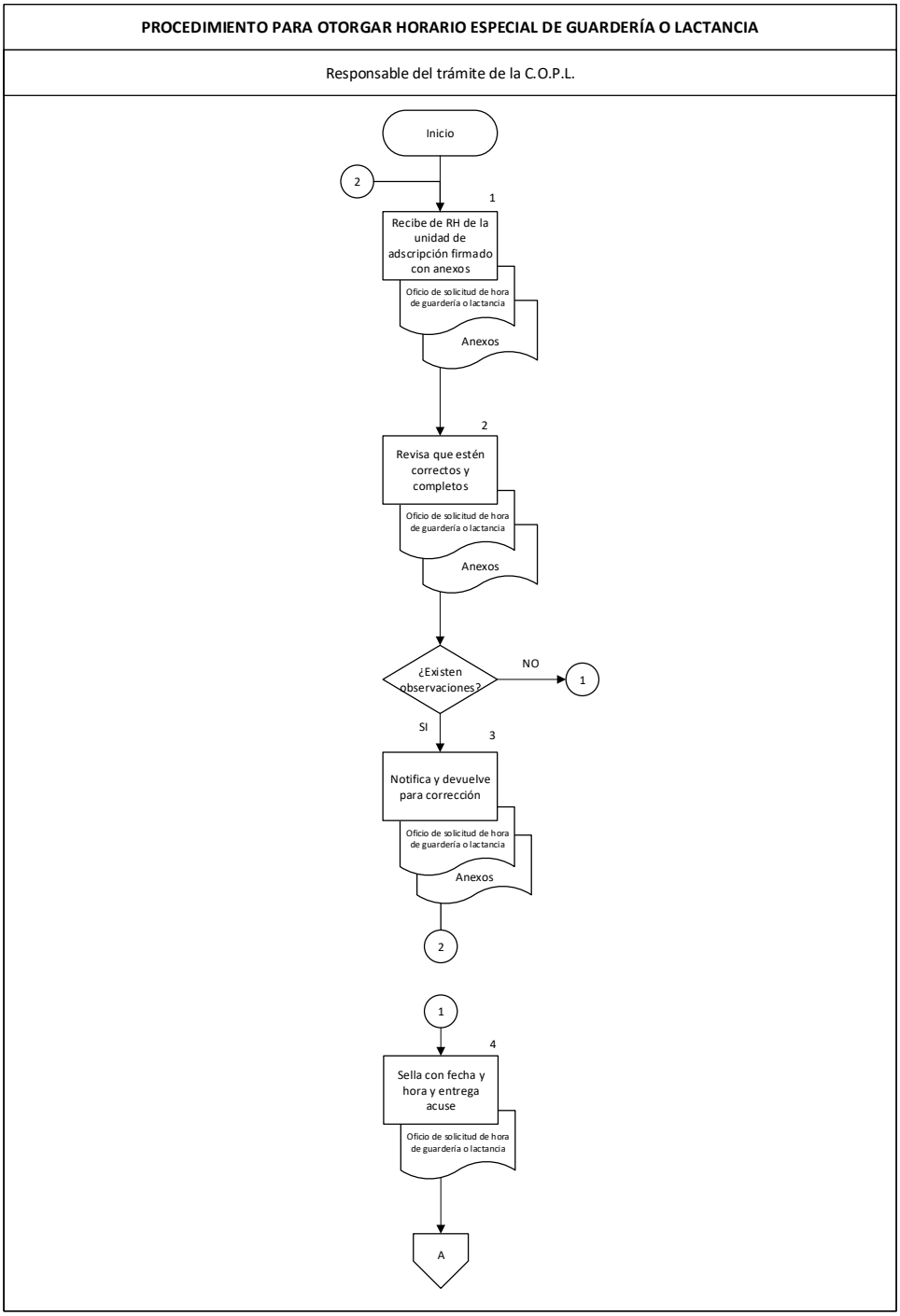
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR HORARIO ESPECIAL DE GUARDERÍA O LACTANCIA.

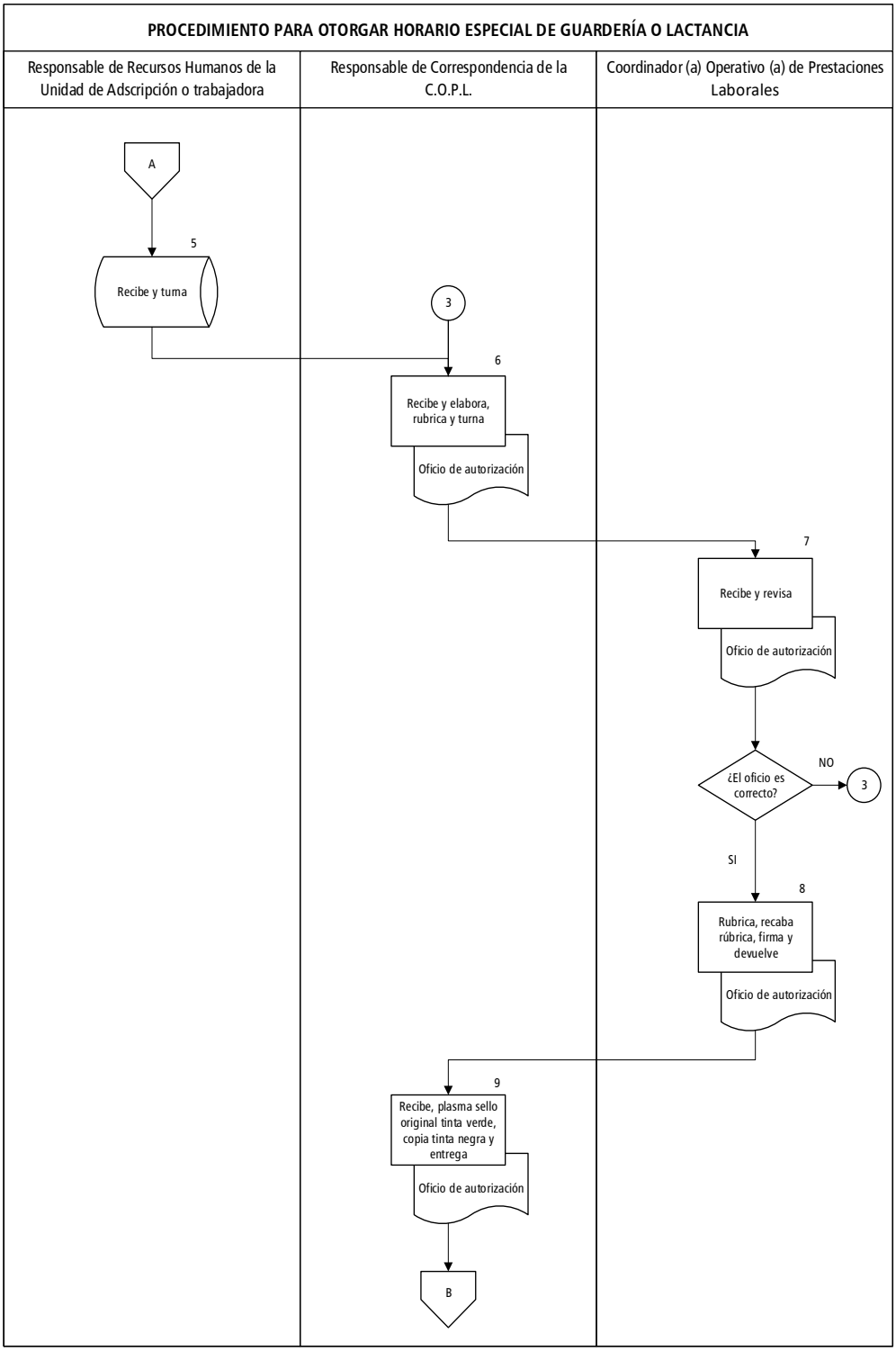
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del trámite de la C.O.P.L.	Recibe por parte del/de la Responsable de Recursos Humanos de la Unidad de Adscripción, oficio de solicitud de hora de guardería o lactancia de la trabajadora debidamente firmado con los anexos correspondientes.	Oficio de solicitud de hora de guardería o lactancia Anexos
2		Revisa que los documentos estén correctos y completos. ¿Existen observaciones? No: Continúa con el paso 4. Si: Continúa con el paso 3.	Oficio de solicitud de hora de guardería o lactancia Anexos
3		Notifica en el momento al/a la Responsable de Recursos Humanos de la Unidad de Adscripción las observaciones y devuelve documentos para corrección. Regresa al paso 1.	Oficio de solicitud de hora de guardería o lactancia Anexos
4		Sella de recibido con fecha y hora, entrega acuse al/a la Responsable de	Oficio de solicitud de

		Recursos Humanos de la Unidad de Adscripción o trabajadora	hora de guardería o lactancia
5	Responsable de Recursos Humanos de la Unidad de Adscripción o trabajadora	Recibe correspondencia, registra en sistema y turna al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L.	Sistema
6	Responsable de Correspondencia de la C.O.P.L.	Recibe los documentos, elabora oficio de autorización de hora de guardería o lactancia, rubrica y turna al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Oficio de Autorización
7	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Recibe y revisa oficio de autorización hora de guardería o lactancia. ¿El Oficio es correcto? Si: Continúa en actividad no.8. No: Regresa actividad 6.	Oficio de Autorización
8		Rubrica oficio de autorización de hora de guardería o lactancia, recaba la rúbrica del/de la Jefe/a del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, firma del/de la Subdirector/a de Administración Personal y Desarrollo Humano, y devuelve al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L.	Oficio de Autorización
9	Responsable del trámite de la C.O.P.L.	Recibe oficio de autorización de hora de guardería o lactancia, plasma sello oficial de la S.A.P.D.H., entrega original y copia al/a la Responsable de Recursos Humanos de la Unidad de Adscripción y/o a la trabajadora según corresponda.	Oficio de Autorización
10	Responsable de Recursos Humanos	Recibe original y copia de oficio de autorización de hora de guardería o	Oficio de Autorización

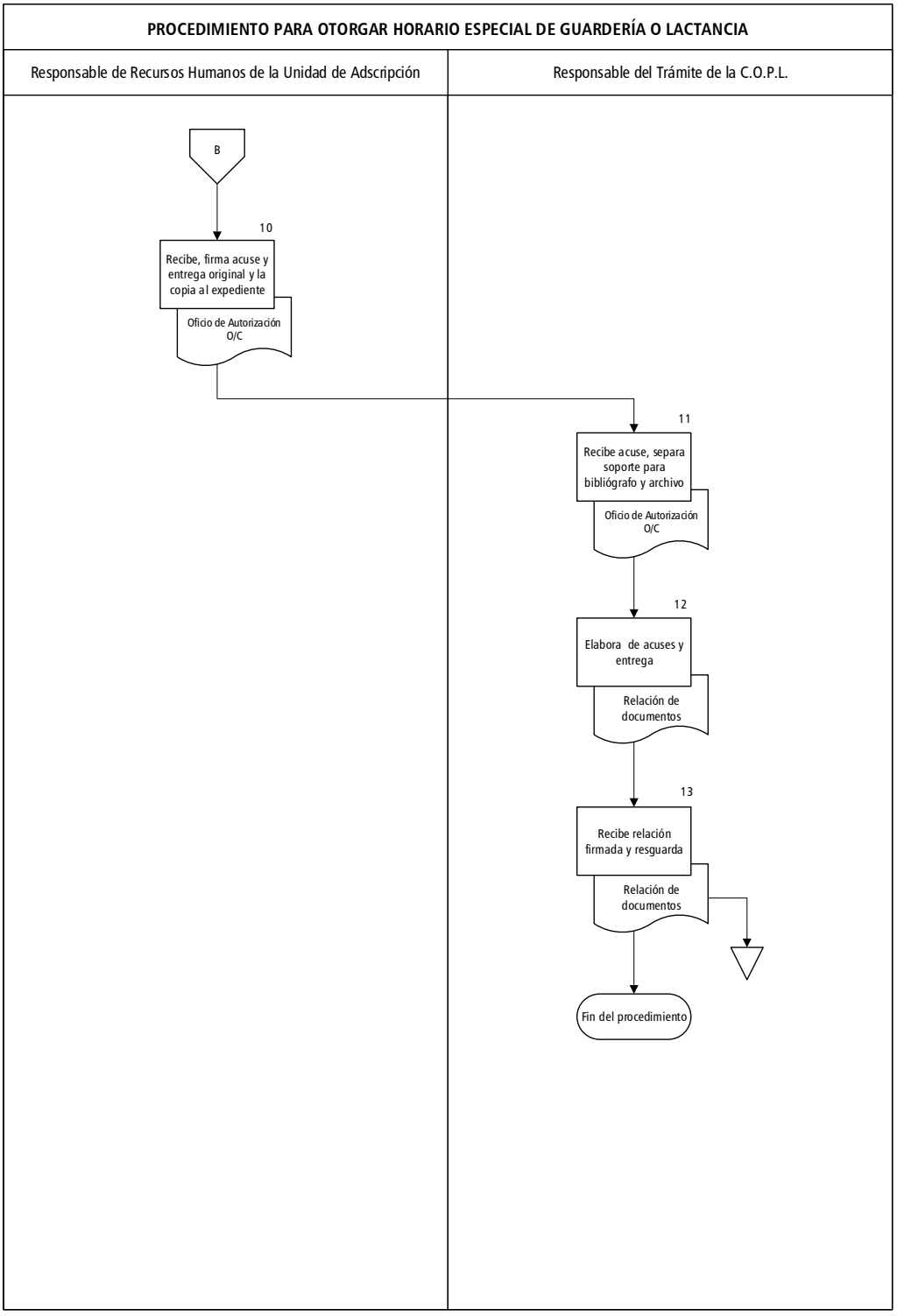
	de la Unidad de Adscripción	lactancia, firma acuse de recibido al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L. y entrega a la trabajadora original y la copia la integra al expediente interno de la trabajadora.	
11	Responsable del trámite de la C.O.P.L.	Recibe acuse firmado de recibido del Oficio de autorización de hora de guardería o lactancia, separa un soporte para bibliorato y el otro para el Área de Archivo.	Oficio de Autorización
12		Elabora relación de los acuses de oficio de autorización, entrega al Área de Archivo para que lo integre al expediente único de personal.	Relación de documentos
13		Recibe relación firmada del Área de Archivo y resguarda documento de acuse.	Relación de documentos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR HORARIO ESPECIAL DE GUARDERÍA O LACTANCIA.




PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR HORARIO ESPECIAL DE GUARDERÍA O LACTANCIA
Responsable de Recursos Humanos de la Unidad de Adscripción o trabajadora
Responsable de Correspondencia de la C.O.P.L.
Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales
A
5
Recibe y turna
3
6
Recibe y elabora, rubrica y turna
Oficio de autorización
7
Recibe y revisa
Oficio de autorización
¿El oficio es correcto?
NO
3
SI
8
Rubrica, recaba rúbrica, firma y devuelve
Oficio de autorización
9
Recibe, plasma sello original tinta verde, copia tinta negra y entrega
Oficio de autorización
B

PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR HORARIO ESPECIAL DE GUARDERÍA O LACTANCIA



7.17.41. PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E.

Tiempo Promedio: 15 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Tramitar Aviso de Inscripción o Baja ante el ISSSTE de los/las Trabajadores/as con plaza de base, confianza, provisionales, regularizado y formalizado.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla. 2. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. 3. Condiciones Generales de Trabajo. Políticas de Operación: 1. La C.O.A.P. deberá canalizar al/a la trabajador/a a la C.O.P.L. para iniciar el trámite de alta con los siguientes datos: Nombre, CURP, fecha de ingreso, tipo de nombramiento, código funcional, domicilio y estado civil. 2. Para el trámite de baja el/la trabajador/a deberá entregar copia de la renuncia, reservación de plaza, último talón de pago y CURP. 3. En caso de defunción el/la familiar presentará acta de defunción, CURP y último talón de pago. 4. El formato del aviso de inscripción o baja deberá contener en los tres tantos las firmas autógrafas. 5. Una vez entregados los avisos de inscripción o baja en la Delegación del ISSSTE, se deberá esperar 15 días hábiles para recibir los avisos procesados. 6. El oficio y formatos de aviso de inscripción o baja deberán ser firmados por el/la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano. 7. Para el personal que inicia su proceso de jubilación se deberá tramitar el aviso de baja un día después del término de su licencia por prejubilación.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Trabajadores/as con plaza de base, confianza, provisionales, regularizado y formalizado de estos Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Aviso de Inscripción al ISSSTE, Baja del ISSSTE, Oficio, Relación de Movimientos.

Glosario	D.R.L.D.P: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales. C.O.A.P. Coordinación Operativa de Administración de Personal. ISSSTE.: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los/las Trabajadores/as del Estado. Concepto 07: Sueldo base para Trabajadores/as de plaza de base, confianza, provisionales a tabulador vigente. Concepto 02: Sueldo base para Trabajadores/as regularizado y formalizado a tabulador vigente. Concepto 30: Compensación adicional alto, mediano y bajo riesgo laboral. Quinquenio: Prima quinquenal.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E.

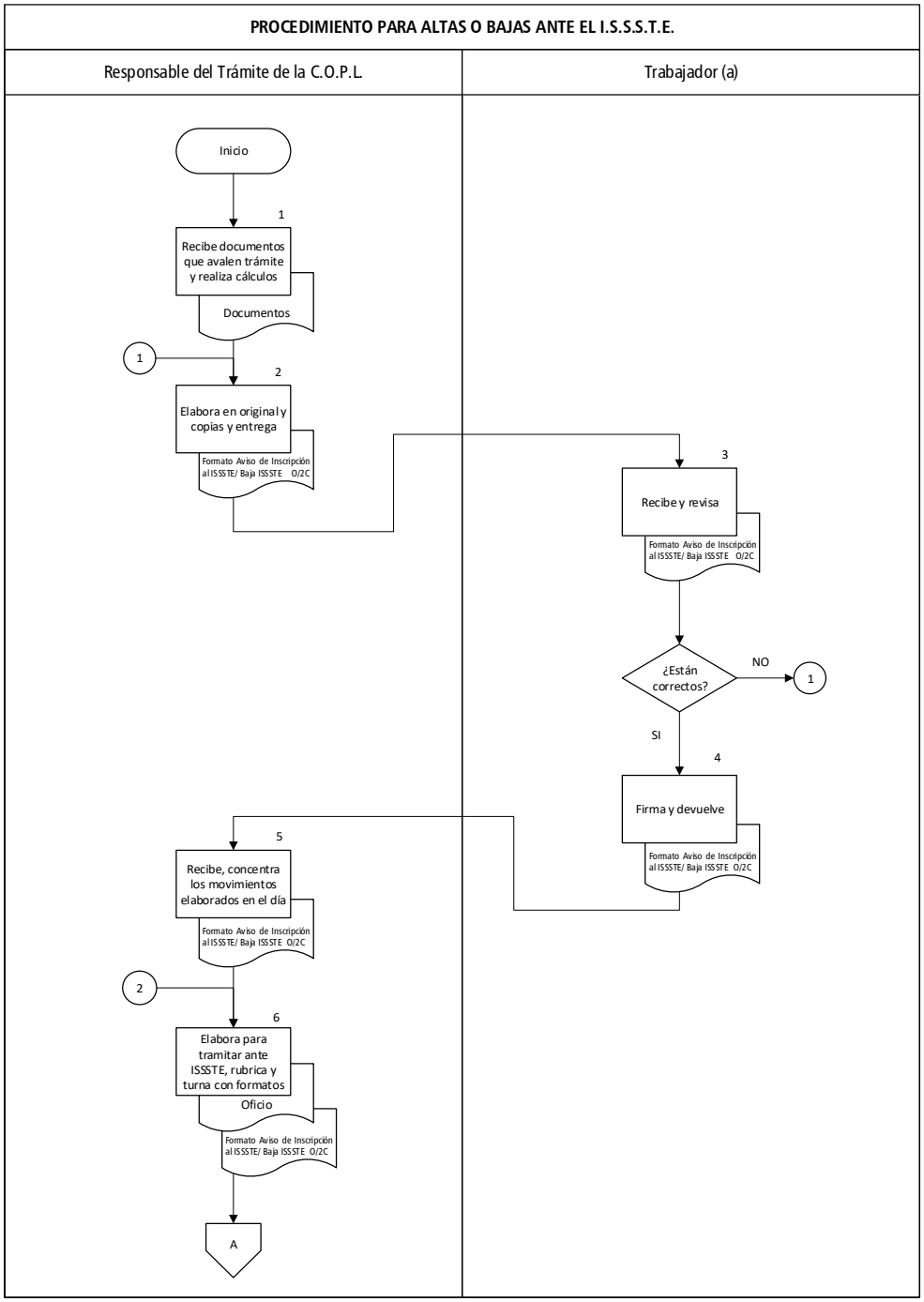
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable del Trámite de la C.O.P.L.	Recibe del/de la trabajador/a los documentos que avalen el trámite de alta o baja ante el ISSSTE y realiza los siguientes cálculos: Alta: Sueldo mensual tomando como base el concepto 07 o 02 del tabulador de sueldos vigente. Baja: Sueldo mensual tomando como base el concepto 07 o 02, quinquenios (A1-A5) y concepto 30 del último talón de pago.	Documentos
2		Elabora formato de aviso de inscripción o baja de ISSSTE en original y dos copias, y entrega al/a la trabajador/a para su firma.	Formato Aviso de Inscripción al ISSSTE. Baja ISSSTE

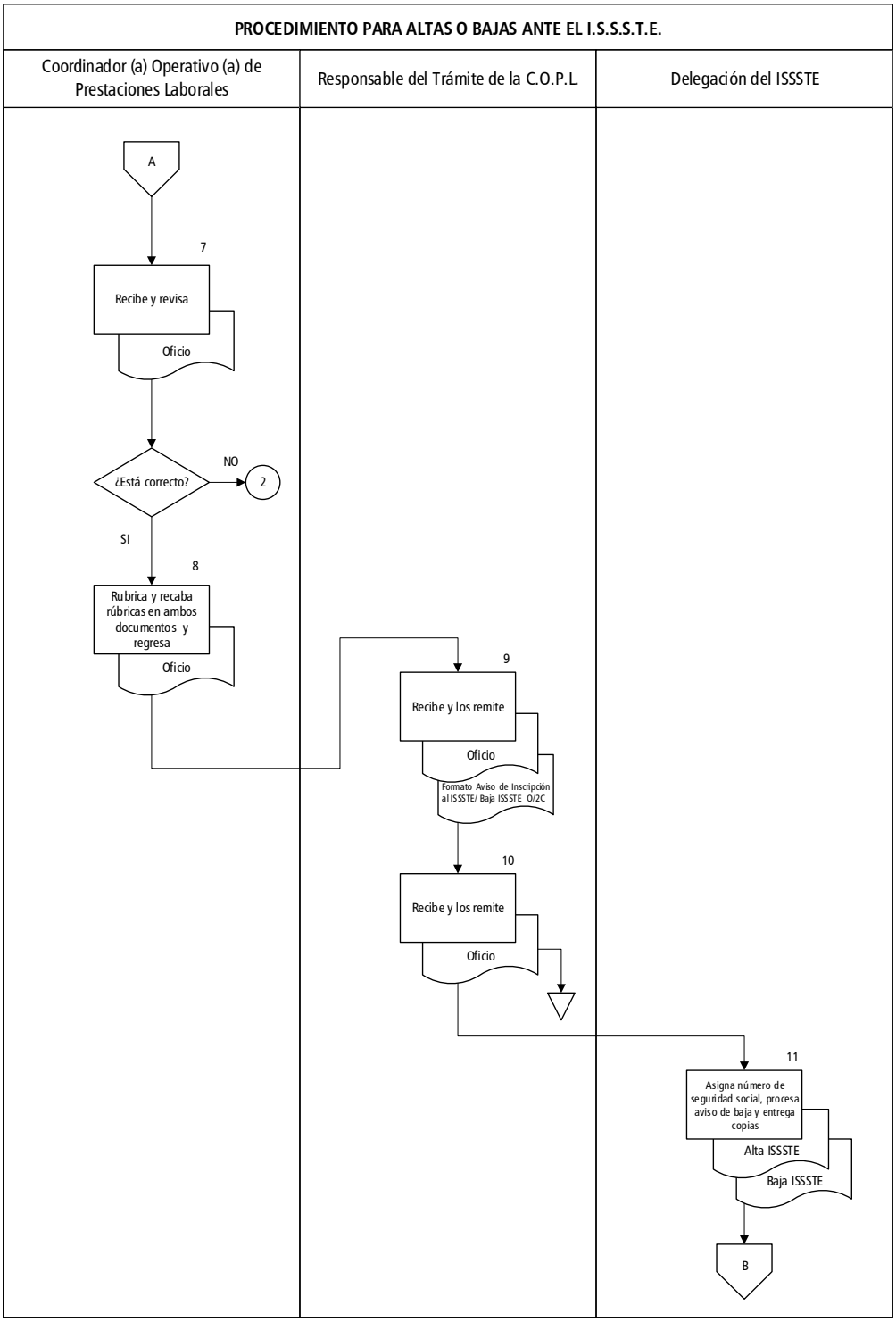
3	Trabajador/a	Recibe formato y revisa datos. ¿Están correctos? Si: Continúa actividad no.4. No: Regresa actividad no.2.	Formato Aviso de Inscripción al ISSSTE. Baja ISSSTE
4		Firma los tres tantos y devuelve el formato al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L	Formato Aviso de Inscripción al ISSSTE. Baja ISSSTE
5	Responsable del Trámite de la C.O.P.L	Recibe formato firmado del/de la trabajador/a, concentra los movimientos de altas y bajas elaborados durante el día.	Aviso de Inscripción al ISSSTE Baja ISSSTE Formato Aviso de Inscripción al ISSSTE. Baja ISSSTE
6		Elabora oficio en original y copia, para tramitar los movimientos ante el ISSSTE, rubrica y turna junto con los formatos al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales.	Oficio Aviso de Inscripción al ISSSTE Baja ISSSTE Formato Aviso de Inscripción al ISSSTE. Baja ISSSTE
7	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales	Recibe y revisa Oficio ¿Está correcto? Si: Continúa actividad no.8. No: Regresa actividad no.6.	Oficio
8		Rubrica Oficio y formatos, recaba la rúbrica del/de la Jefe/a de Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal en ambos documentos y recaba la firma del/de la Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y regresa al/a la Responsable del Trámite de la	Oficio

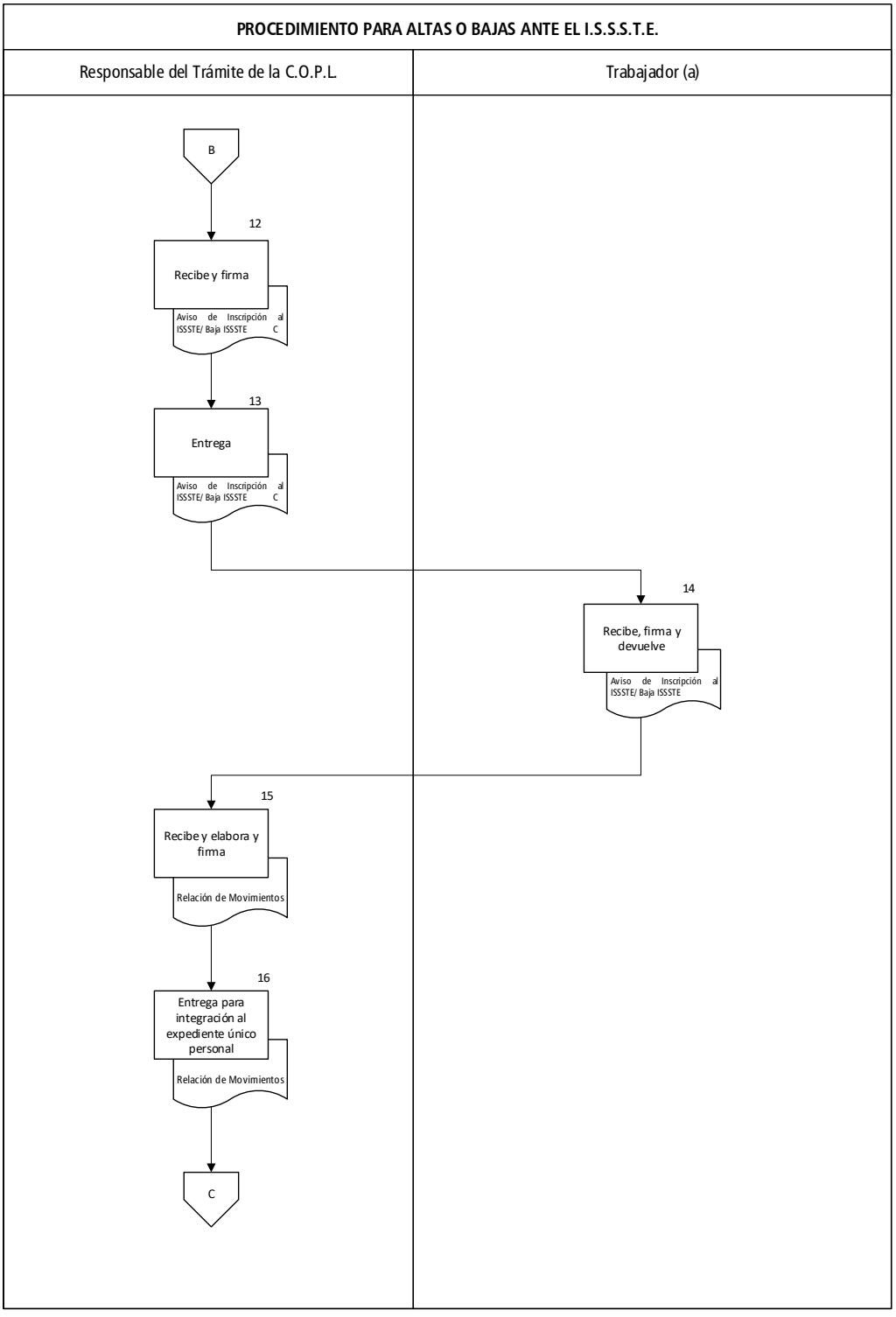
		C.O.P.L.	
9	Responsable del Trámite de la C.O.P.L.	Recibe oficio con formatos de aviso de inscripción o bajas firmados y los remite a la Delegación del ISSSTE.	Aviso de Inscripción al ISSSTE Baja ISSSTE
10		Recibe copia sellada del Oficio y archiva temporalmente.	Oficio
11	Delegación del ISSSTE	Asigna número de seguridad social en el aviso de inscripción, procesa aviso de baja en la base de datos y entrega dos copias del formato de alta o baja al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L.	Alta ISSSTE Baja ISSSTE
12	Responsable del Trámite de la C.O.P.L	Recibe copias de los avisos de inscripción con el número de seguridad social y avisos de baja procesados y firma de recibido en el oficio original entregado al ISSSTE en la actividad 10. Nota: Estos formatos son entregados una vez que el ISSSTE los procesa en su base de datos.	Aviso de Inscripción al ISSSTE Baja ISSSTE
13		Entrega al/a la trabajador/a su aviso de inscripción o en su caso aviso de baja.	Aviso de Inscripción al ISSSTE Baja ISSSTE
14	Trabajador/a	Recibe aviso de inscripción o baja, firma de recibido en el formato correspondiente y devuelve al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L	Aviso de Inscripción Baja
15	Responsable del Trámite de la C.O.P.L	Recibe aviso de inscripción o baja firmado por el/la trabajador/a y elabora relación y la firma.	Relación de Movimientos
16		Entrega al Área de Archivo relación y formatos para su integración al expediente único de personal.	Relación Aviso de

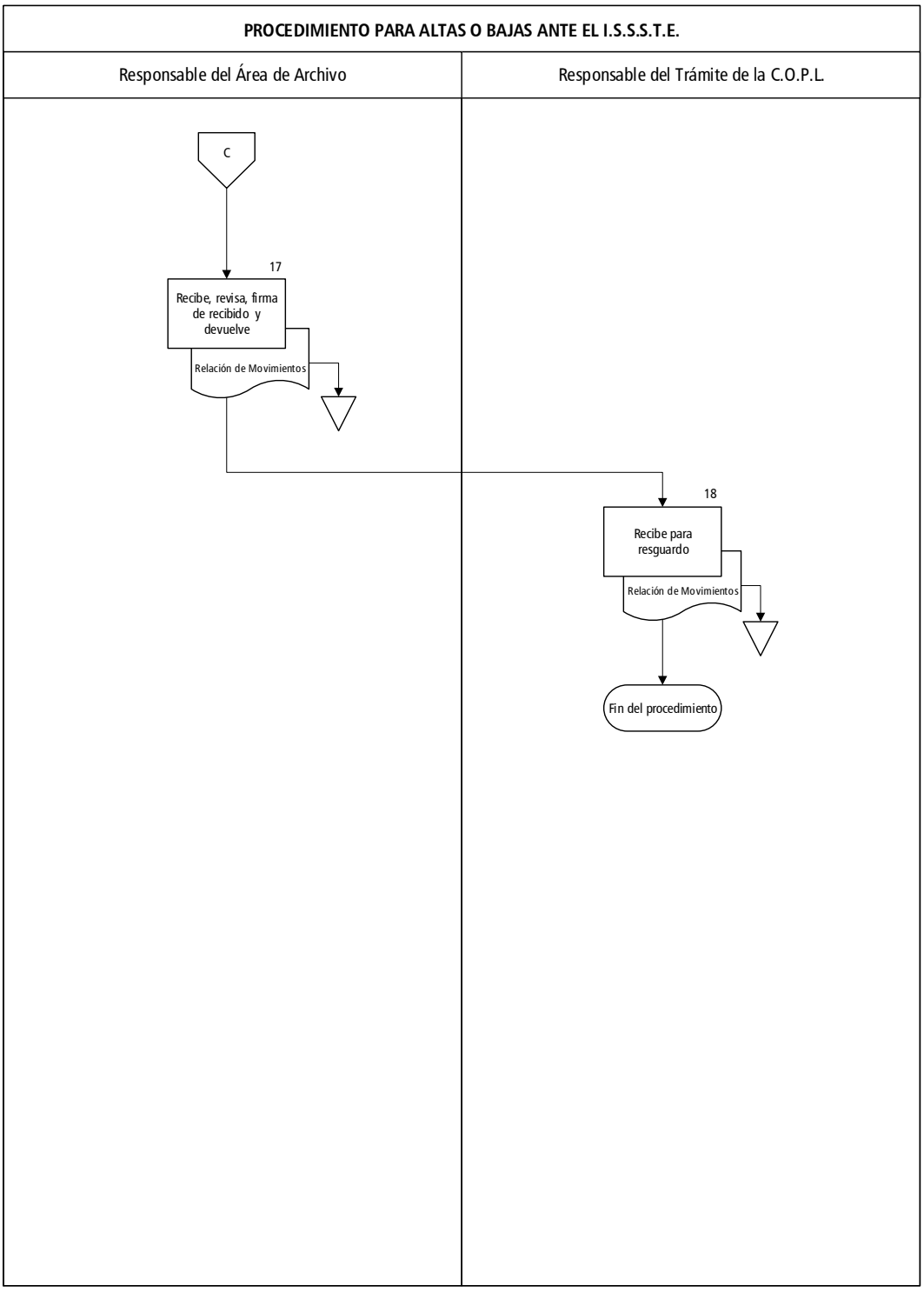
			Inscripción Baja
17	Responsable del Área de Archivo	Recibe relación y formatos, revisa, firma de recibido la relación y devuelve al/a la Responsable del Trámite de la C.O.P.L. y archiva.	Relación de Movimientos
18	Responsable del Trámite de la C.O.P.L.	Recibe relación firmada para su resguardo.	Relación de Movimientos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E.




PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E.
Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales
Responsable del Trámite de la C.O.P.L.
Delegación del ISSSTE
A
7
Recibe y revisa
Oficio
¿Está correcto?
NO
2
SI
8
Rubrica y recaba rúbricas en ambos documentos y regresa
Oficio
9
Recibe y los remite
Oficio
Formato Aviso de Inscripción al ISSSTE/ Baja ISSSTE O/2C
10
Recibe y los remite
Oficio
11
Asigna número de seguridad social, procesa aviso de baja y entrega copias
Alta ISSSTE
Baja ISSSTE
B


PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E.
Responsable del Trámite de la C.O.P.L.
Trabajador (a)
B
12
Recibe y firma
Aviso de Inscripción al ISSSTE/ Baja ISSSTE C
13
Entrega
Aviso de Inscripción al ISSSTE/ Baja ISSSTE C
14
Recibe, firma y devuelve
Aviso de Inscripción al ISSSTE/ Baja ISSSTE
15
Recibe y elabora y firma
Relación de Movimientos
16
Entrega para integración al expediente único personal
Relación de Movimientos
C


PROCEDIMIENTO PARA ALTAS O BAJAS ANTE EL I.S.S.S.T.E.
Responsable del Área de Archivo
Responsable del Trámite de la C.O.P.L.
C
17
Recibe, revisa, firma de recibido y devuelve
Relación de Movimientos
18
Recibe para resguardo
Relación de Movimientos
Fin del procedimiento

7.17.42. PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN

Tiempo Promedio: 120 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Maricela Huizar Castañeda Encargada de Despacho del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal MHC (DRLDP) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Coadyuvar en la gestión para que el/la trabajador/a de base o confianza de los Servicios de Salud obtengan su jubilación por años de servicio cotizables al ISSSTE.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley del ISSSTE. 2. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. Políticas de Operación: 1. Para trámite de la jubilación el/la trabajador/a deberá entregar la solicitud de licencia pre-jubilatoria en original y 12 tantos con firmas autógrafas, formato de renuncia en original y 15 tantos con firmas autógrafas, debiendo ser con fecha de los días 1° o 16 de cada mes; tres copias del último talón de pago, dos copias del CURP, copia de credencial del INE y copia de comprobante domiciliario, posteriormente deberán entregar copias legibles u originales de los talones de pago por año, desde la fecha que ingresó y los correspondientes al año 1981 o 1982, que incluyen dos pagos retroactivos. 2. En caso del personal de confianza, únicamente deberá presentar la renuncia por jubilación, debido a que no le corresponde gozar de licencia pre-jubilatoria. 3. En los casos de pensión por edad y tiempo de servicios, y cesantía en edad avanzada se requieren los mismos requisitos para trámite de Jubilación. 4. En el caso de Baja por Dictamen por Invalidez no necesitará licencia pre-jubilatoria, ni renuncia, ya que en el dictamen que se le otorga al/a la trabajador/a por parte del ISSSTE, quien indica la fecha de baja que inhabilita física y/o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, si hubiera contribuido con sus cuotas al Instituto cuando menos durante cinco años.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales, Coordinación Operativa de Administración de Personal, ISSSTE, Departamento de Nómina y Prestaciones Laborales, Trabajadores.

Recursos	Formato de Movimientos de Personal, Hoja Única de Servicios, Hoja FOVISSSTE.
Glosario	D.O.P.: Dirección de Operación de Personal. S.A.P.D.H.: Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. D.R.L.D.P.: Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. C.O.P.L. Coordinación Operativa de Prestaciones Laborales. C.O.A.P.: Coordinación Operativa de Administración de Personal. I.S.S.S.T.E.: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. FOMOPE: Formato de Movimientos de Personal. H.U.S.: Hoja Única de Servicios. H.F: Hoja de FOVISSSTE (Fondo de Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Trabajador/a	Solicita al/a la Responsable de Jubilaciones en la C.O.P.L. los requisitos para iniciar el trámite de Jubilación.	
2	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Revisa en el Expediente Único de Personal del/de la trabajador/a para verificar los datos referentes a la fecha de ingreso a los Servicios de Salud y antigüedad de cotización al ISSSTE, en el caso de Dictamen por invalidez, se solicita al/a la trabajador/a el dictamen emitido por el ISSSTE.	Expediente Único de Personal del Trabajador

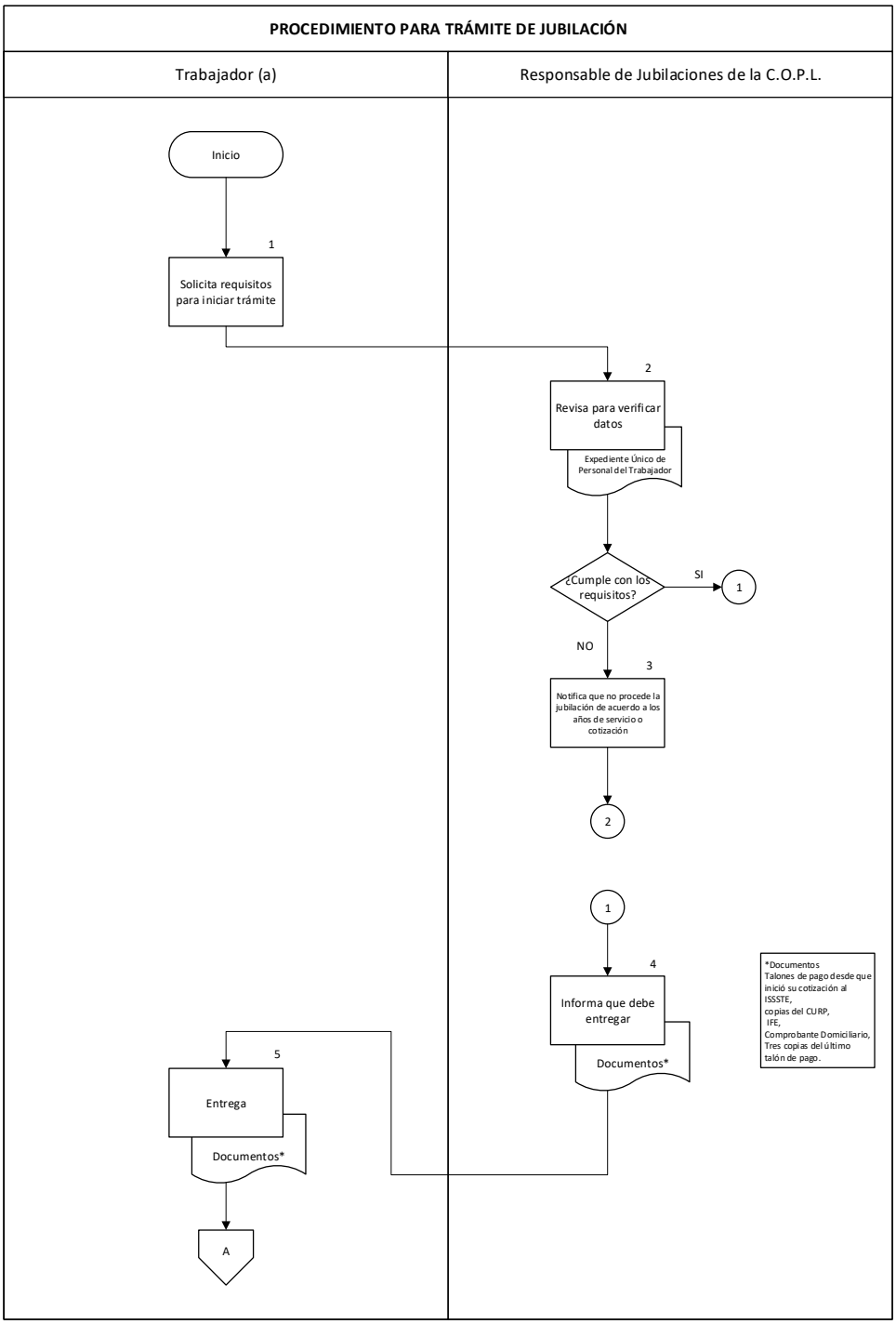
		¿Cumple con los requisitos? Si: Continúa en la actividad 4. No: Continúa en la actividad 3.	
3		Notifica al/a la trabajador/a que no es procedente su jubilación de acuerdo a los años de servicio y/o cotización al ISSSTE. **Fin del Procedimiento.**	
4		Informa al/a la trabajador/a que debe presentar los siguientes documentos: Talones de pago desde que inició su cotización al ISSSTE, copias del CURP, IFE, Comprobante Domiciliario, así como tres copias del último talón de pago.	Documentos
5	Trabajador/a	Entrega al/a la Responsable de las Jubilaciones de la C.O.P.L. la documentación solicitada.	Documentos
6	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Recibe los documentos del/de la trabajador/a, elabora renuncia en 15 tantos y la solicitud de Licencia Pre jubilatoria en 12 tantos.	Renuncia Solicitud de licencia pre jubilatoria
7		Entrega al/a la Trabajador/a renuncia y solicitud de licencia Pre jubilatoria para su firma.	Renuncia Solicitud de licencia pre jubilatoria
8	Trabajador/a	Recibe, firma renuncia y solicitud de licencia pre jubilatoria, y entrega al/a la Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Renuncia Solicitud de licencia pre jubilatoria
9	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Recibe y turna renuncia a la Coordinación Operativa de Administración de Personal y solicitud de Licencia Pre jubilatoria a la D.O.P., para recepción y sello de acuse de ambos documentos.	Renuncia Solicitud de licencia pre jubilatoria

10		Recibe documentos sellados y devuelve al/a la trabajador/a tres copias para que realice el trámite correspondiente.	Renuncia Solicitud de licencia pre jubilatoria
11		Elabora FOMOPE de la Licencia Pre-jubilatoria por 90 días y FOMOPE por renuncia al vencimiento de la Licencia Pre-jubilatoria, los cuales se elaboran de manera simultánea y entrega al/a la Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales para su revisión y rúbrica.	FOMOPES
12	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales	Recibe y revisa FOMOPES. ¿Están correctos? Si: Continúa actividad no. 13 No: Regresa a actividad no. 11	FOMOPES
13		Rubrica y recaba firmas del/de la Jefe/a del D.R.L.D.P, Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y Director/a de Operación de Personal.	FOMOPES
14		Recibe FOMOPES firmados y sellados, entrega al/a la Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L. para trámite de certificación en el Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas.	FOMOPES
15	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Recibe FOMOPES y envía al Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas para sello y certificación.	FOMOPES
16	Departamento de Nómina y Prestaciones Económicas	Recibe, sella acuse FOMOPES, con copia para el/la trabajador/a y entrega al/a la Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	FOMOPES
17	Responsable de Jubilaciones de la	Recibe FOMOPES sellados y certificados, formula H.U.S. y H.F. y	H.U.S. y H.F

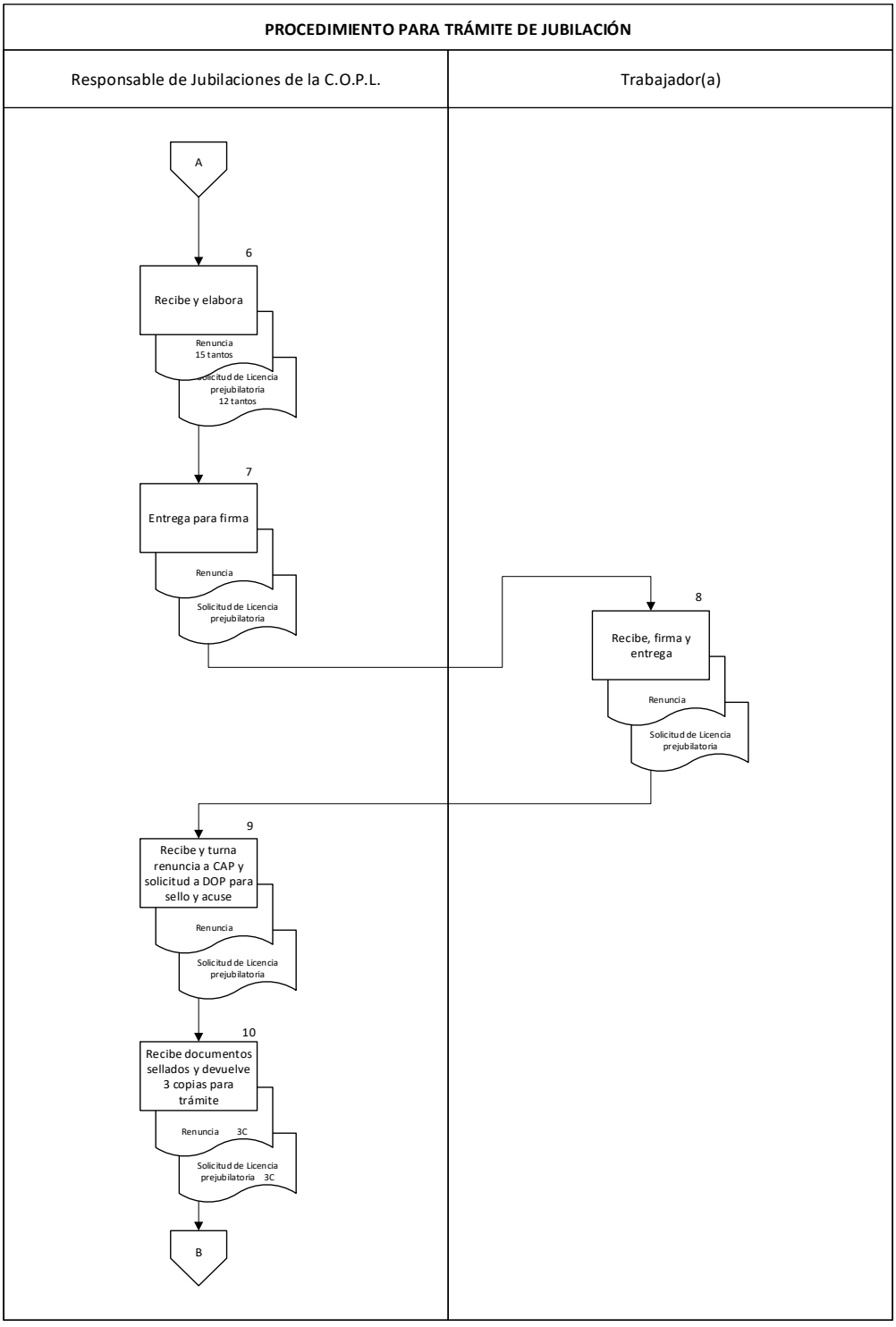
	C.O.P.L.	las envía al/a la Coordinador/a Operativo/a de Relaciones Laborales para revisión y rúbrica.	
18	Coordinador/a Operativo/a de Prestaciones Laborales	Recibe y revisa H.U.S. y H.F. ¿Los documentos están correctos? Si: Continúa actividad no.19 No: Regresa actividad no. 17	H.U.S. y H.F
19		Rubrica y recaba las firmas del/de la Jefe/a del D.R.L.D.P, Subdirector/a de Administración de Personal y Desarrollo Humano y Director/a de Operación de Personal, y sello de la D.O.P.	H.U.S. H.F
20		Recibe H.U.S. y H.F. firmadas y selladas, y envía al/a la Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L. para entregar al/a la trabajador/a.	H.U.S. H.F
21	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Recibe H.U.S. y H.F. firmados y sellados, y entrega al/a la Trabajador/a junto con el FOMOPE de la Renuncia.	H.U.S. H.F FOMOPE
22	Trabajador/a	Recibe H.U.S. (Ocho tantos), H.F. (Cinco tantos) y FOMOPE de la Renuncia (Cuatro tantos) para entregar ante el I.S.S.S.T.E. y firma acuse de recibido en cada uno de los documentos y devuelve al/a la Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	H.U.S. H.F FOMOPE
23	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Recibe acuses firmados por el/la Trabajador/a de los respectivos documentos, elabora relación, la firma y entrega al Área de Archivo para integración al E.U.P.	H.U.S. H.F FOMOPE Relación
24	Encargado/a del Área de Archivo	Recibe relación con los documentos, firma y sella acuse al/a la Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	H.U.S. H.F FOMOPE Relación

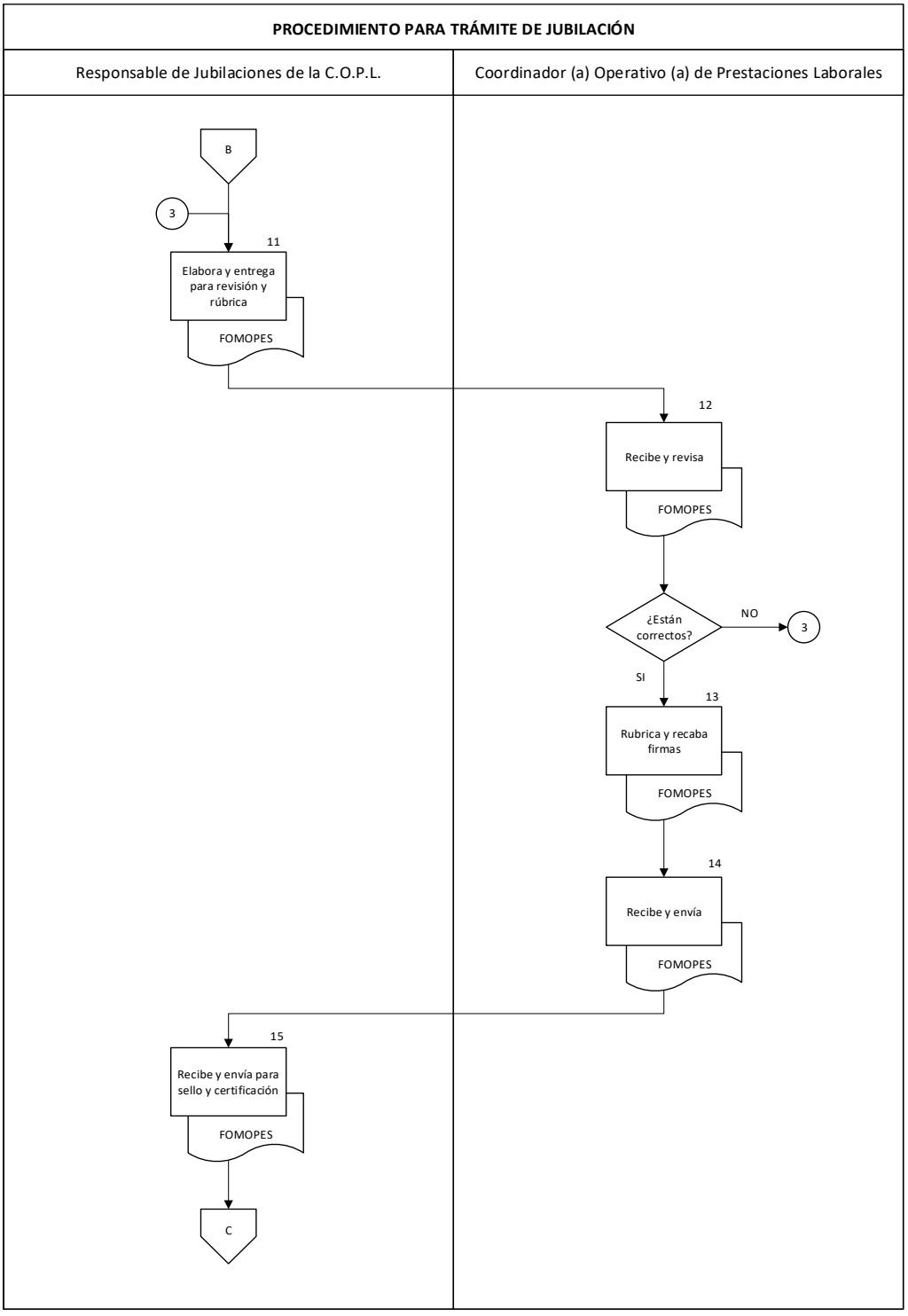
25	Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.	Recibe acuse y archiva.	
Fin del procedimiento			

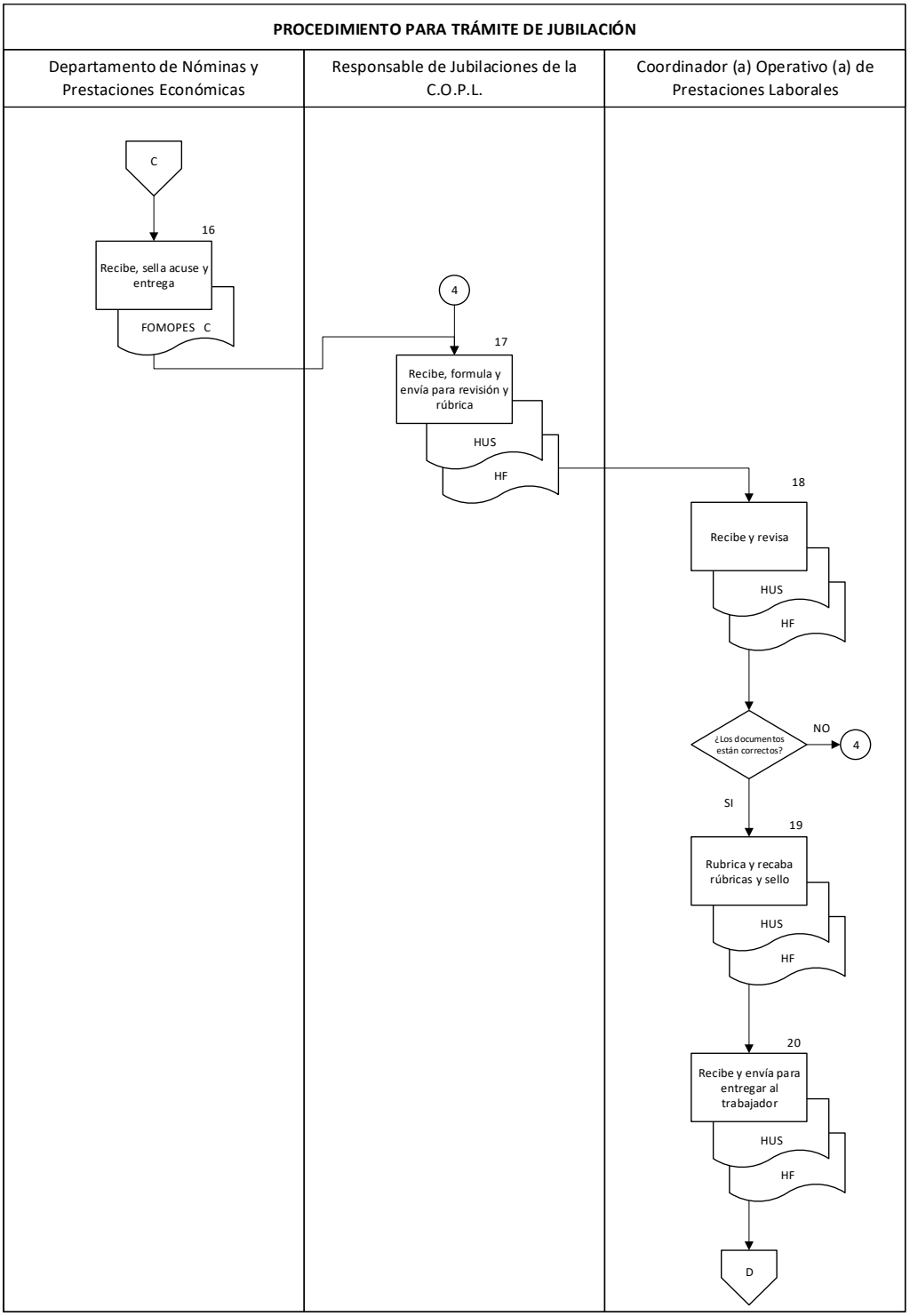
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN.

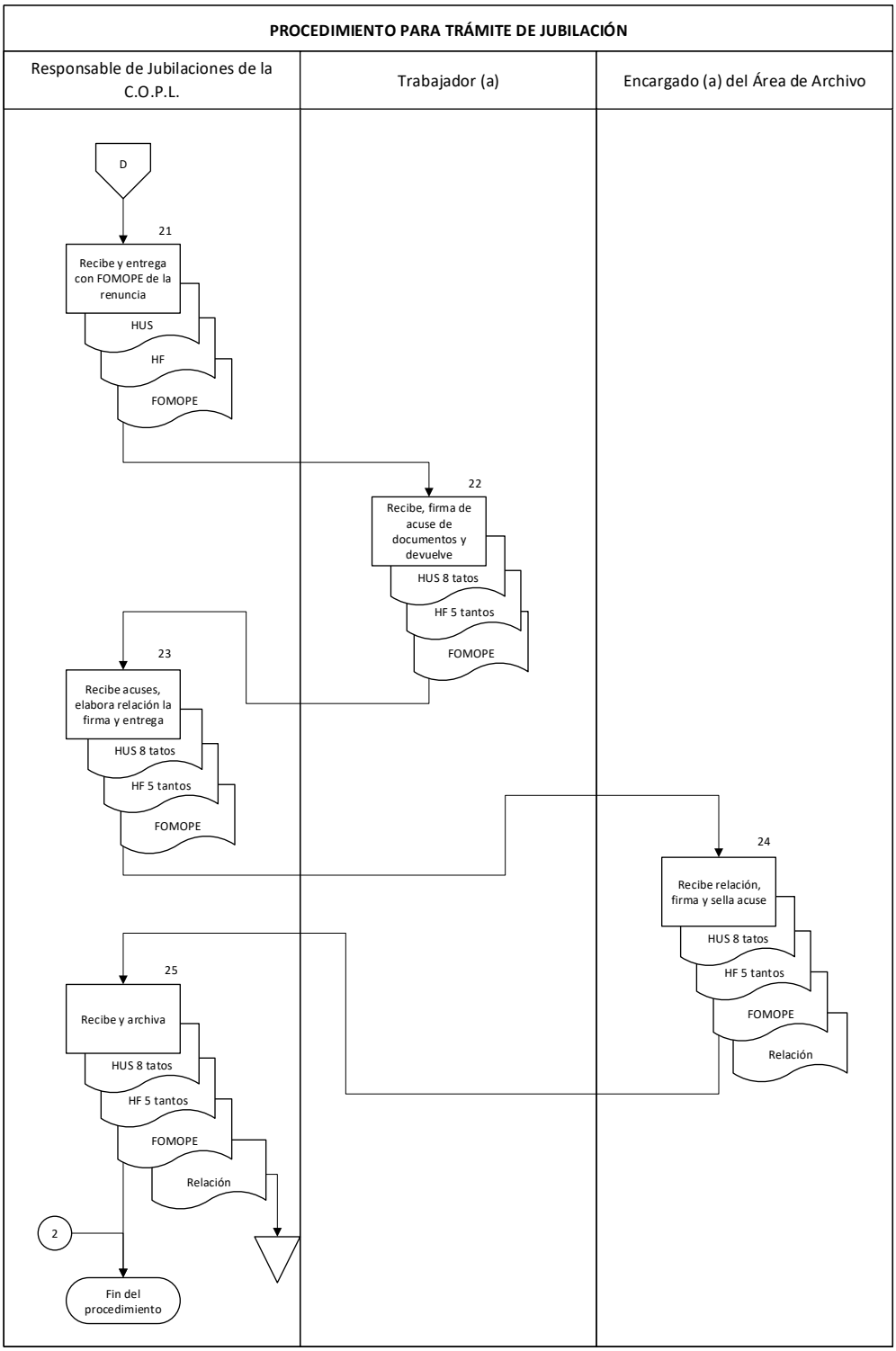


PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN
Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.
Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales
B
3
11
Elabora y entrega para revisión y rúbrica
FOMOPES
12
Recibe y revisa
FOMOPES
¿Están correctos?
NO
3
SI
13
Rubrica y recaba firmas
FOMOPES
14
Recibe y envía
FOMOPES
15
Recibe y envía para sello y certificación
FOMOPES
C


PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN
Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas
Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.
Coordinador (a) Operativo (a) de Prestaciones Laborales
C
16
Recibe, sella acuse y entrega
FOMOPES C
4
17
Recibe, formula y envía para revisión y rúbrica
HUS
HF
18
Recibe y revisa
HUS
HF
¿Los documentos están correctos?
NO
4
SI
19
Rubrica y recaba rúbricas y sello
HUS
HF
20
Recibe y envía para entregar al trabajador
HUS
HF
D


PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN
Responsable de Jubilaciones de la C.O.P.L.
Trabajador (a)
Encargado (a) del Área de Archivo
D
21
Recibe y entrega con FOMOPE de la renuncia
HUS
HF
FOMOPE
22
Recibe, firma de acuse de documentos y devuelve
HUS 8 tatos
HF 5 tantos
FOMOPE
23
Recibe acuses, elabora relación la firma y entrega
HUS 8 tatos
HF 5 tantos
FOMOPE
24
Recibe relación, firma y sella acuse
HUS 8 tatos
HF 5 tantos
FOMOPE
Relación
25
Recibe y archiva
HUS 8 tatos
HF 5 tantos
FOMOPE
Relación
2
Fin del procedimiento

7.17.43. PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL

Tiempo Promedio: 10 Días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Ivette García de Urrieta Jefa del Departamento de Capital Humano MIGU (DCH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Captar el recurso humano idóneo, para satisfacer las necesidades de personal en las jurisdicciones, hospitales y las distintas direcciones de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, cumpliendo con las normatividades y requerimientos establecidos, así mismo recibir, registrar y validar documentación conforme a check list.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
3. Catalogo Sectorial de Puestos
4. Condiciones Generales de Trabajo.

Políticas de Operación:

1. Las unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para cubrir los puestos vacantes, deberán: a) enviar por lo menos con 10 días de anticipación a la fecha de ingreso, por medio del formato de solicitud de Recurso Humano, cuando exista una vacante o plaza de nueva creación, siempre y cuando exista la suficiencia presupuestal en el área que corresponda y podrán enviar mediante oficio al/a la Candidato/a para que sea considerado en la Bolsa de Trabajo, asimismo sugerirlo/a para ocupar el puesto vacante, (una vez realizado el examen psicométrico y anexando la documentación soporte), enviándolo a la Dirección de Operación de Personal de acuerdo al calendario correspondiente; b) Para las plazas vacantes de Trabajadores/as de base se procederá conforme a la legislación correspondiente.
2. Las vacantes del Organismo serán aprobadas por la Dirección de Operación de Personal, previa validación con la COAP, como consecuencia de bajas.
3. Una vez validadas las solicitudes por la DOP, el Departamento de Capital Humano, iniciará los trámites correspondientes con el/la Candidato/a para el proceso administrativo de contratación.
4. Los/las aspirantes deberán cumplir con la documentación requerida en la Hoja de Requisitos del Personal de contrato y/o federalizado o regularizado, para ser considerados/as en la contratación.
5. El Departamento de Capital Humano, verificará que la documentación legal (títulos y cédulas profesionales) sean fehacientes consultando la página del Registro

Nacional de Profesionistas de la Dirección General de Profesiones de la SEP Federal (cuando corresponda).

6. Para el caso del personal de base, formalizados y regularizado, que se encuentren activos/as o estén de forma ininterrumpida en sus labores, no serán retroactivos los siguientes requisitos tales como: Constancia de No Antecedentes Penales, Constancia de NO Inhabilitado, cartas de recomendación, entre otros., tomando como referencia la emisión del presente, a partir de la fecha de ingreso del personal o nombramiento para el caso del personal de base y regularizado.
7. La única instancia facultada para reclutar, seleccionar y evaluar a los/las posibles candidatos/as, con apoyo y participación de las áreas que ofertaron las vacantes, será el Departamento de Capital Humano, considerando la normatividad correspondiente y vigente.
8. La Dirección de Operación de Personal, ofrecerá igualdad de oportunidades tanto a mujeres como a hombres en el reclutamiento y selección del personal e igualmente evitará prácticas de discriminación por motivo de género, estado civil, embarazo, nacionalidad, religión, preferencias políticas, sexuales, de edad, o cualquier otra forma de discriminación no contemplada en estos rubros, así mismo se tomará en cuenta únicamente el perfil del puesto.
9. El Procedimiento de Reclutamiento, Selección y Contratación, será totalmente gratuito.
10. El Proceso de Reclutamiento, Selección y Contratación, se medirá a partir de la fecha en que la DOP recibe el formato de requisición de recurso humano, con la finalidad de validar y corroborar la existencia de plaza o disponibilidad presupuestal.
11. Para los/las Trabajadores/as que cambien de fuente de financiamiento, cambio de código y/o de adscripción, deberán entregar documentación soporte para la actualización de su expediente laboral.
12. Para la documentación incompleta y aquella que no cumpla con las características del Formato de

	requisitos de personal federalizado regularizado o formalizado u Hoja de requisitos para personal de contrato se informará al/a la Candidato/a que tendrá 1 día para solventarlo.
Responsables	Departamento de Capital Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplica a todas las Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Formato de solicitud de recurso humano, Hoja de requisitos para el personal de contrato, Hoja de requisitos para el personal federalizado, regularizado y formalizado, Formato de validación RH, Formato de solicitud de datos generales, Carta compromiso, Protesta constitucional, No compatibilidad de horario, No compatibilidad de empleo.
Glosario	Reclutamiento: Consiste en atraer candidatos/as potencialmente calificados/as y capaces de ocupar cargos dentro de la institución, a través de un conjunto de técnicas y procedimientos que se adecuen a las necesidades de las áreas. Selección: Es el proceso a través del cual se clasifica y elige entre varios/as candidatos/as reclutados/as, solo a aquellos/as que reúnan las características exigidas en el perfil, a fin de lograr un desempeño acorde con las exigencias de la institución. Formato de Solicitud de Recurso Humano: Documento con el cual se hace la solicitud de cobertura de la vacante en sustitución o de nueva creación; nos permite llevar un control tanto de la búsqueda como de la plantilla. Fuente de Reclutamiento: Cualquier medio de suministro de candidatos/as postulantes. Oficio de Solicitud: Documento mediante el cual se envía al Departamento de Capital Humano al/a la Candidato/a para Bolsa de Trabajo y lo/la sugieren para ocupar una plaza vacante. COAP: Coordinación Operativa de Administración de Personal.

DOP: Dirección de Operación de Personal.
CAME: Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.
R.F.C.: Registro Federal de Contribuyentes.
CURP: Clave Única de Registro de Población.
CV: Currículum Vitae.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de RH de Unidad Médico – Administrativa o Jurisdicción Sanitaria	Envía la solicitud de recurso humano, así como el memorándum de ingreso, adjuntando como soporte grado máximo de estudios (Título y cédula profesional, certificado de bachillerato, certificado de secundaria o primaria), R.F.C., CURP, CV, identificación oficial, a la DOP.	Formato de solicitud de recurso humano Memorándum de ingreso a bolsa de trabajo Grado máximo de estudios R.F.C. CURP CV Identificación oficial
2	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Recibe y valida la solicitud de recurso humano, así como la plaza vacante ante la COAP y CAME.	Formato de solicitud de recurso humano
3	Coordinador/a Operativo/a de Administración de Personal y CAME.	Notifican al/a la Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control sobre la existencia o inexistencia de la vacante.	
4	Coordinador/a Operativo/a de Organización y Control	Entrega a los/las Responsables del Procedimiento de Reclutamiento y Selección las solicitudes de recurso humano con su respectiva validación	

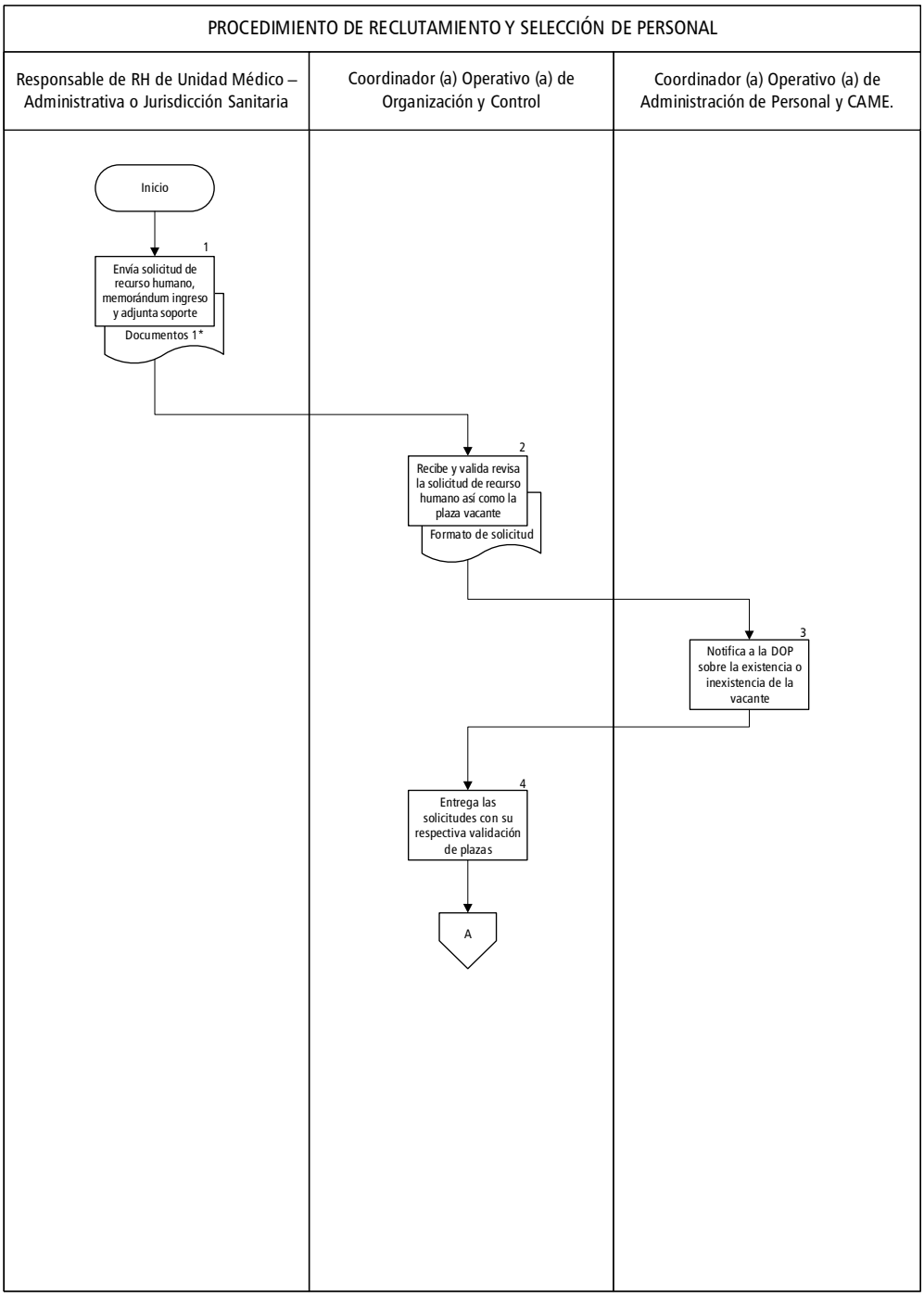
		de plazas.	
5	Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal	Captura los datos de la solicitud y memorándum de las solicitudes de recurso humano. ¿Procede la vacante? Si: Continúa en la actividad 6 No: Se devuelve mediante tarjeta informativa a las unidades correspondientes. **Fin del procedimiento**.	
6		Envía el formato para programar evaluación psicométrica al/a la Responsable de Evaluaciones Psicométricas del Departamento de Capital Humano.	Formato para programar evaluación psicométrica
7	Responsable de Evaluaciones Psicométricas del Departamento de Capital Humano	Entrega los reportes integrales con los resultados de las evaluaciones al Personal de la Coordinación Operativa del Procedimiento de Reclutamiento y Selección.	Reporte integral de evaluación psicométrica
8	Personal de la Coordinación Operativa de Reclutamiento y Selección de Personal	Recibe y revisa los resultados de las evaluaciones. ¿El resultado es aprobatorio? Si: Continúa en la actividad 9. No: Avisa con tarjeta informativa a la unidad solicitante que no procede su Candidato/a y se especifica el motivo. **Fin del procedimiento.**	Reporte integral de evaluación psicométrica
9		Contacta al/a la Candidato/a para enviar por correo electrónico hoja de requisitos e indica fecha y hora para que se presente al Departamento de Capital Humano con toda la documentación al 100 por ciento en original, copia y archivo con extensión PDF.	Formato de requisitos de personal federalizado regularizado o formalizado Hoja de requisitos para personal de

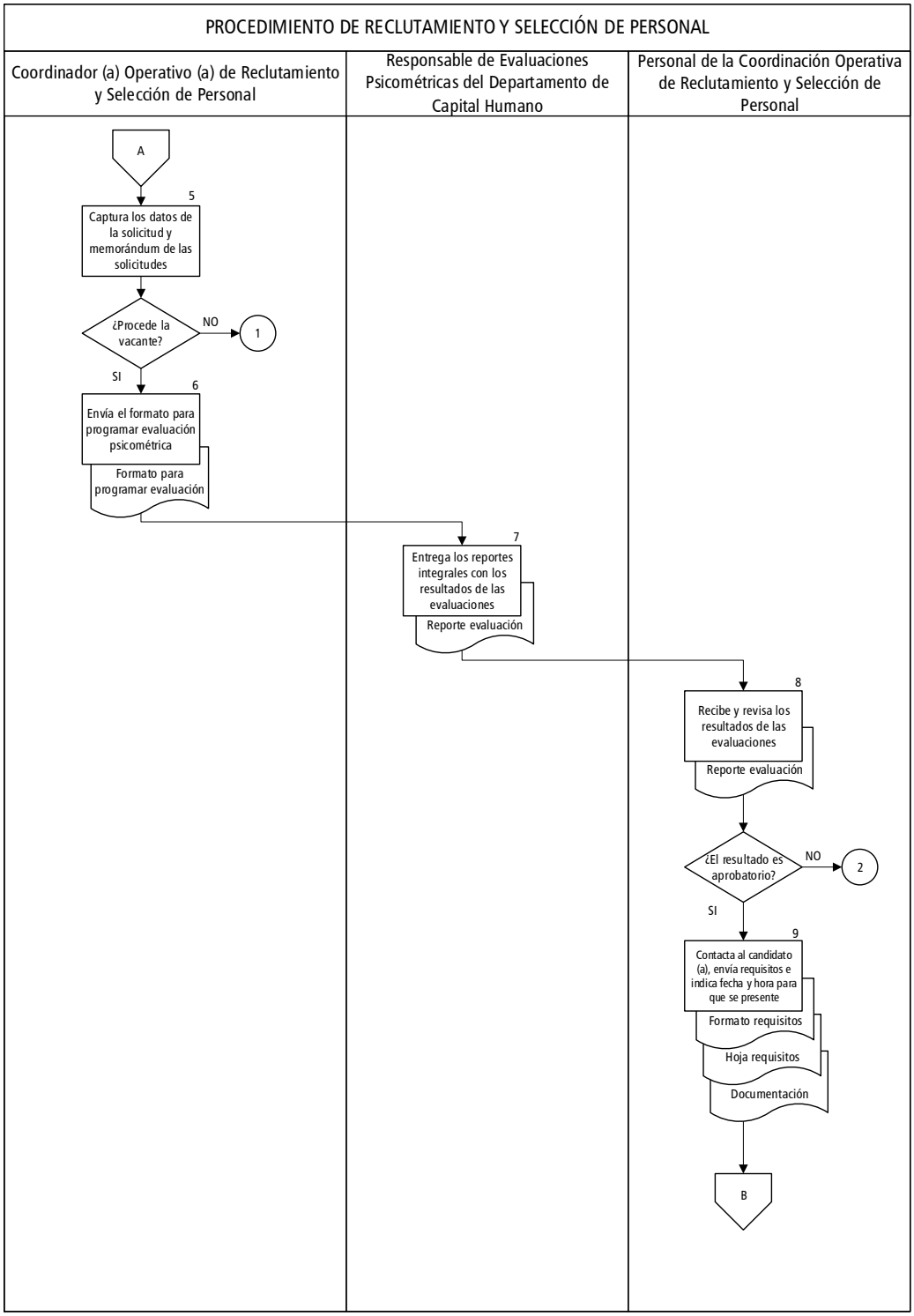
			contrato Correo electrónico
10	Candidato/a	Presenta documentación en original y copia y/o hoja de requisitos correspondiente de documentos, para revisión y entrega de los mismos con el personal de la Coordinación Operativa del Procedimiento de Reclutamiento y Selección dentro de la fecha y horario indicado al/a la Candidato/a.	Formato de requisitos de personal federalizado regularizado o formalizado Hoja de requisitos para personal de contrato Documentación
11	Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal	Revisa la documentación de acuerdo a la hoja de requisitos de contrato, formalizado, regularizado o federalizado, cotejando copias con originales. ¿La documentación está completa? Si: Continúa en la actividad 12. No: Continúa en la actividad 10. Se notifica al/a la Candidato/a y se devuelve toda la documentación para su complementación o corrección.	
12		Revisa y validad que la documentación del/de la Candidato/a esté completa, correcta y cotejada con el original, posteriormente captura los datos en el SPARH para generar el volante de validación y entrega de formato de requisición de personal, la solicitud de datos generales del personal, y el formato de requisitos del personal.	Formato de solicitud de recurso humano Oficio de inclusión laboral Volante de validación y entrega de formato de requisición de personal Solicitud de datos generales del personal

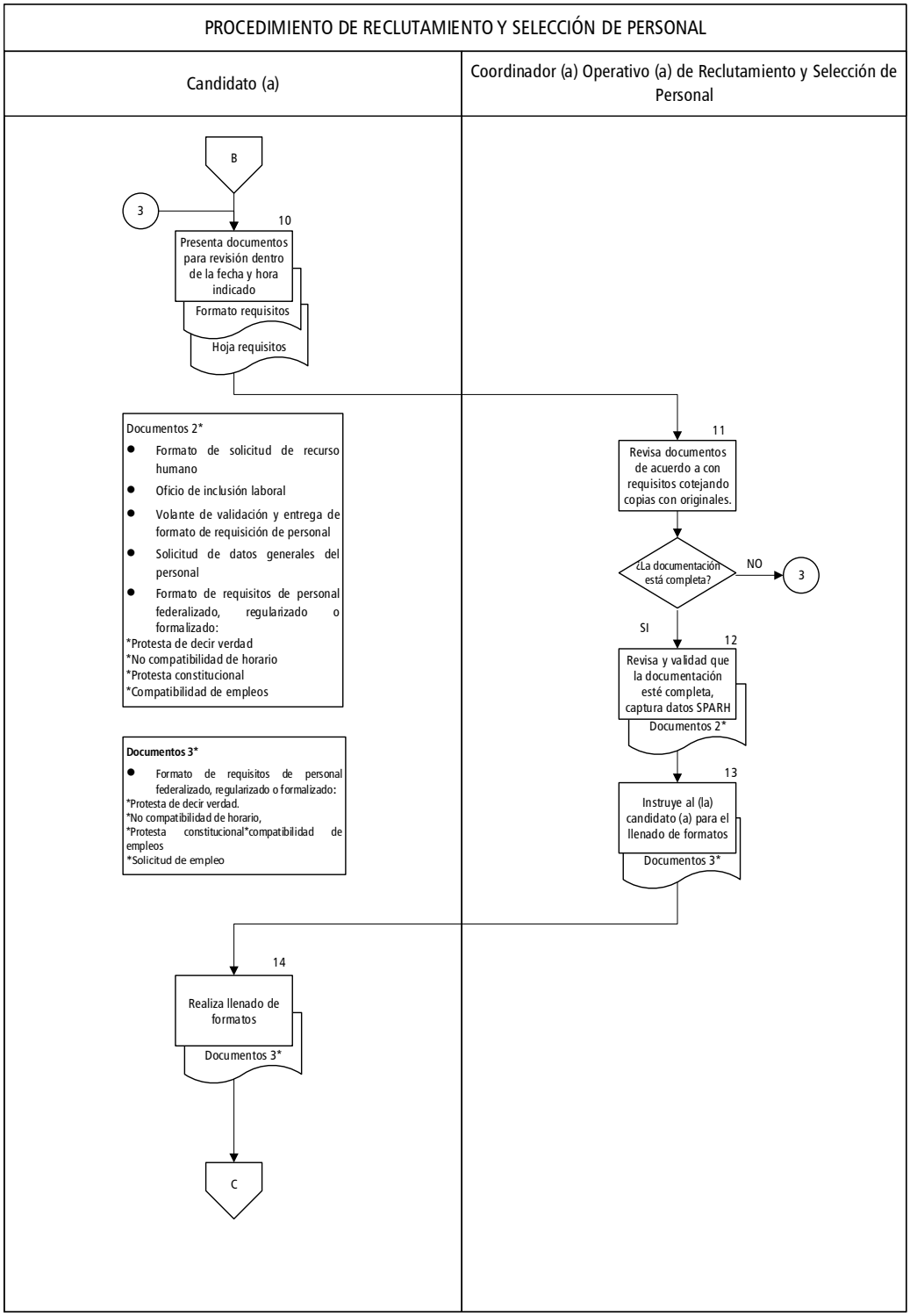
			Formato de requisitos del personal federalizado regularizado y formalizado: *Protesta de decir verdad. *No compatibilidad de horario, *Protesta constitucional *Compatibilidad de empleos
13		Instruye al/a la Candidato/a para el llenado de formatos para el personal federalizado, regularizado y formalizado, así como la solicitud de empleo.	Formato de requisitos del personal federalizado regularizado y formalizado: *Protesta de decir verdad, *No compatibilidad de horario, *Protesta constitucional, *Compatibilidad de empleos Solicitud de empleo
14	Candidato/a	Realiza llenado de formatos.	Formato de requisitos del personal federalizado regularizado y formalizado: *Protesta de decir verdad,

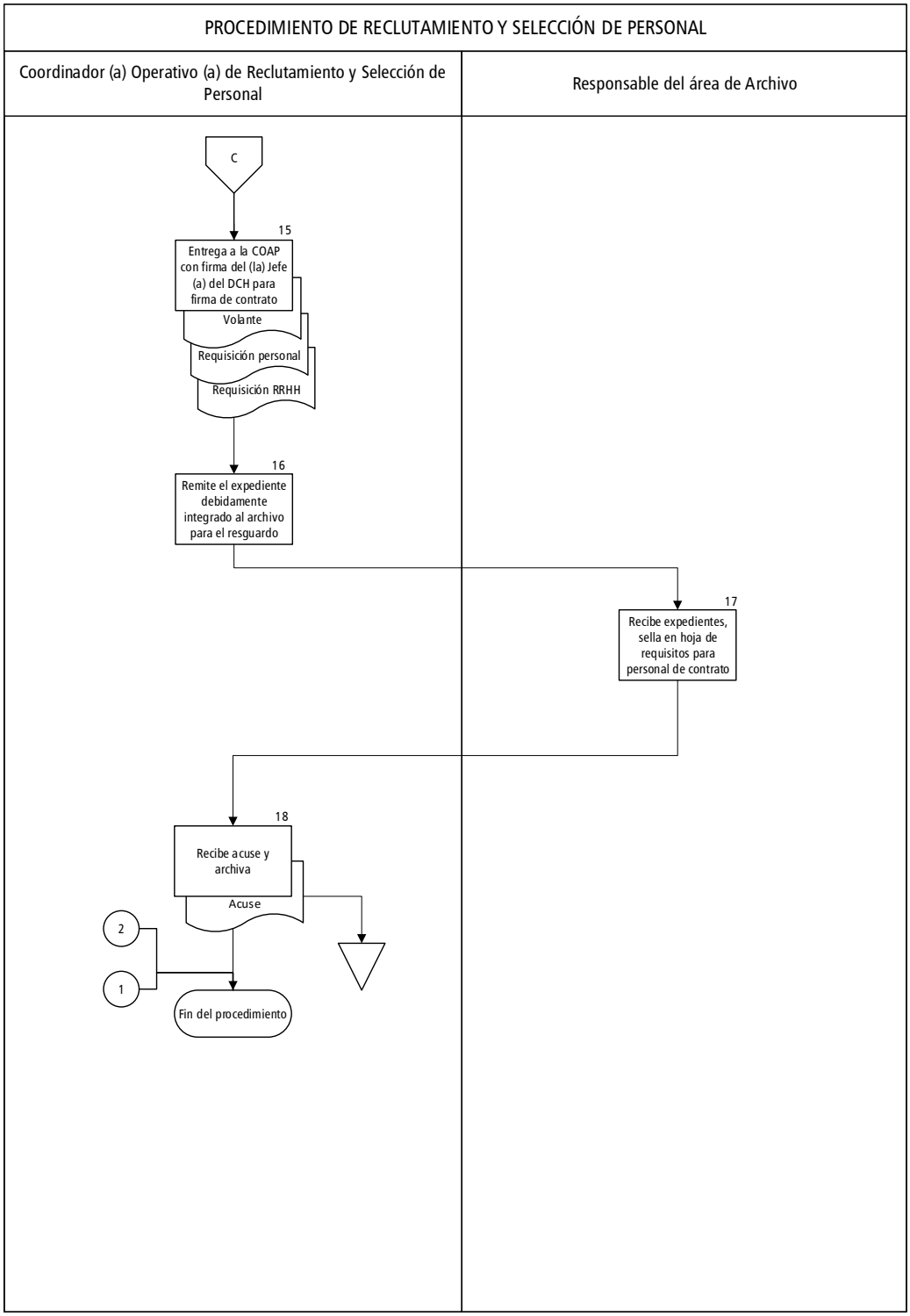
			*No compatibilidad de horario, *Protesta constitucional, *Compatibilidad de empleos Solicitud de empleo
15		Entrega a la COAP original y copia del volante de validación y entrega de formato de requisición de personal con la firma del/de la Jefe/a del Departamento de Capital Humano, el formato de requisición de recurso humano firmando la bitácora de entrega para que el/o la Candidato/a firme contrato.	Volante de validación Formato de requisición de personal Formato de requisición de recurso humano
16		Remite el expediente único de personal debidamente integrado al archivo para el resguardo correspondiente.	
17	Responsable del Área de Archivo	Recibe los expedientes, sella en hoja de requisitos para personal de contrato y formatos para federalizado, regularizado y formalizado, entrega acuse al personal de la Coordinación Operativa del Procedimiento de Reclutamiento y Selección.	Formatos para personal federalizado, regularizado y formalizado
18	Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal	Recibe acuse y archiva.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL.




PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
Coordinador (a) Operativo (a) de Reclutamiento y Selección de Personal
Responsable de Evaluaciones Psicométricas del Departamento de Capital Humano
Personal de la Coordinación Operativa de Reclutamiento y Selección de Personal
A
5
Captura los datos de la solicitud y memorándum de las solicitudes
¿Procede la vacante?
NO
1
SI
6
Envía el formato para programar evaluación psicométrica
Formato para programar evaluación
7
Entrega los reportes integrales con los resultados de las evaluaciones
Reporte evaluación
8
Recibe y revisa los resultados de las evaluaciones
Reporte evaluación
¿El resultado es aprobatorio?
NO
2
SI
9
Contacta al candidato (a), envía requisitos e indica fecha y hora para que se presente
Formato requisitos
Hoja requisitos
Documentación
B


PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
Candidato (a)
Coordinador (a) Operativo (a) de Reclutamiento y Selección de Personal
B
3
10
Presenta documentos para revisión dentro de la fecha y hora indicado
Formato requisitos
Hoja requisitos
Documentos 2*
Formato de solicitud de recurso humano
Oficio de inclusión laboral
Volante de validación y entrega de formato de requisición de personal
Solicitud de datos generales del personal
Formato de requisitos de personal federalizado, regularizado o formalizado:
*Protesta de decir verdad
*No compatibilidad de horario
*Protesta constitucional
*Compatibilidad de empleos
Documentos 3*
Formato de requisitos de personal federalizado, regularizado o formalizado:
*Protesta de decir verdad.
*No compatibilidad de horario,
*Protesta constitucional*compatibilidad de empleos
*Solicitud de empleo
11
Revisa documentos de acuerdo a con requisitos cotejando copias con originales.
¿La documentación está completa?
NO
3
SI
12
Revisa y validad que la documentación esté completa, captura datos SPARH
Documentos 2*
13
Instruye al (la) candidato (a) para el llenado de formatos
Documentos 3*
14
Realiza llenado de formatos
Documentos 3*
C


PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
Coordinador (a) Operativo (a) de Reclutamiento y Selección de Personal
Responsable del área de Archivo
C
15
Entrega a la COAP con firma del (la) Jefe (a) del DCH para firma de contrato
Volante
Requisición personal
Requisición RRHH
16
Remite el expediente debidamente integrado al archivo para el resguardo
17
Recibe expedientes, sella en hoja de requisitos para personal de contrato
18
Recibe acuse y archiva
Acuse
2
1
Fin del procedimiento

7.17.44. PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ÁREA ADMINISTRATIVA.

Tiempo Promedio: 6 Días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Ivette García de Urrieta Jefa del Departamento de Capital Humano MIGU (DCH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Inscribir de manera oportuna a los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de la Rama Médica, Paramédica y afín Administrativa, a los cursos del Programa Específico de Capacitación Técnico Administrativo, con la finalidad de contribuir al desarrollo profesional y personal de los/las Servidores/as Públicos/as.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. 2. Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud. 3. Reglamento de Capacitación, Condiciones Generales de Trabajo. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad de la Coordinación Operativa de Desarrollo Humano, difundir a los Enlaces de Capacitación el Programa Específico de Capacitación. 2. En caso de cancelaciones de asistencia a cursos, será obligación del/de la Enlace de Capacitación notificar a la Coordinación Operativa de Desarrollo Humano mediante memorando y/o correo electrónico, mínimo con tres días de anticipación para el caso de Centro de Formación de Desarrollo y Talento y diez días de anticipación para cursos con Capacitación y Desarrollo del Estado. 3. La Coordinación Operativa de Desarrollo Humano deberá gestionar la aplicación de la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación a los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, misma que se realiza en un periodo de cada dos años. 4. Será obligación del enlace de capacitación entregar mensualmente a la Coordinación Operativa de Desarrollo Humano, las encuestas de satisfacción de personal que se aplican al personal que se capacita. 5. La Coordinación Operativa de Desarrollo Humano, deberá informar de forma mensual a la Dirección de Operación de Personal el estatus de cursos tomados por el personal de los Servicios de Salud.
Responsables	Departamento de Capital Humano, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Aplica a todos los/las Trabajadores/as de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Recursos	Lista de asistencia, Lista de inscripción, Oficio, Calendario, Tablero de control, Reporte de eventos realizados.
Glosario	D.O.P: Dirección de Operación de Personal. CODH.: Coordinación Operativa de Desarrollo Humano. CEFODET: Centro de Formación de Desarrollo y Talento. CAPYDE: Capacitación y Desarrollo del Estado. DNC.: Detección de Necesidades de Capacitación. PEC.: Programa Específico de Capacitación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ADMINISTRATIVA.

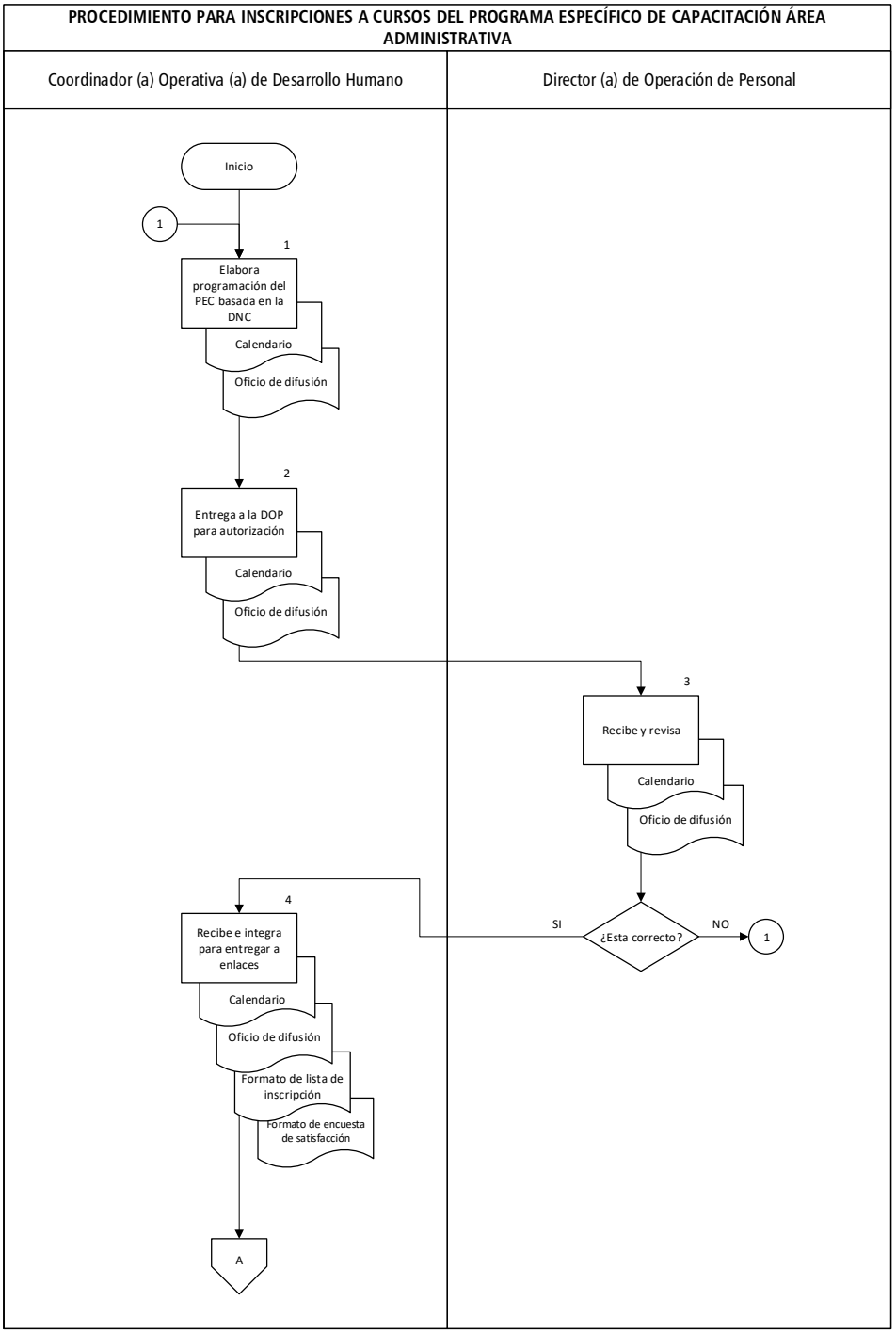
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Humano	Elabora programación del calendario de los eventos de capacitación del PEC basada en la DNC y oficio de difusión	Calendario Oficio de difusión
2		Entrega a la D.O.P para autorización: ➢ Calendario ➢ Oficio de difusión	Calendario Oficio de difusión
3	Director/a de Operación de Personal	Recibe y revisa ➢ Calendario ➢ Oficio de difusión ¿Está correcto? Si Continúa en el paso 4 No: Regresa al paso 1	Calendario Oficio de difusión
4	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Humano	Recibe e integra documentos previamente autorizados por la D.O.P. para entregar a Enlaces de Capacitación de cada Unidad Administrativa u Hospitalaria: ➢ Calendario ➢ Oficio de difusión ➢ Formato de lista de inscripción	Calendario Oficio de difusión Formato de lista de inscripción Formato de encuesta de satisfacción

		➢ Formato de encuesta de satisfacción	
5		Envía vía correo electrónico y de manera impresa a Enlaces de Capacitación de cada Unidad Administrativa u Hospitalaria: ➢ Calendario ➢ Oficio de difusión ➢ Formato de lista de inscripción ➢ Formato de encuesta de satisfacción	Calendario Oficio de difusión Formato de lista de inscripción Formato de encuesta de satisfacción
6	Enlaces de Capacitación de cada Unidad Administrativa u Hospitalaria	Reciben: ➢ Calendario ➢ Oficio de difusión ➢ Formato de lista de inscripción ➢ Formato de encuesta de satisfacción	Calendario Oficio de difusión Formato de lista de inscripción Formato de encuesta de satisfacción
7	Enlaces de Capacitación de cada Unidad Administrativa u Hospitalaria	Difunden a personal de Unidad Administrativa u Hospitalaria vía correo electrónico y circular: ➢ Calendario de cursos	Calendario de cursos
8		Elabora: ➢ Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación de Área Administrativa u Hospitalaria	Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación
9		Envían vía correo electrónico a la CODH: ➢ Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación	Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación
10	Coordinador/a Operativo/a de	Recibe de Enlaces de Capacitación de cada Unidad Administrativa u	Lista de inscripción de

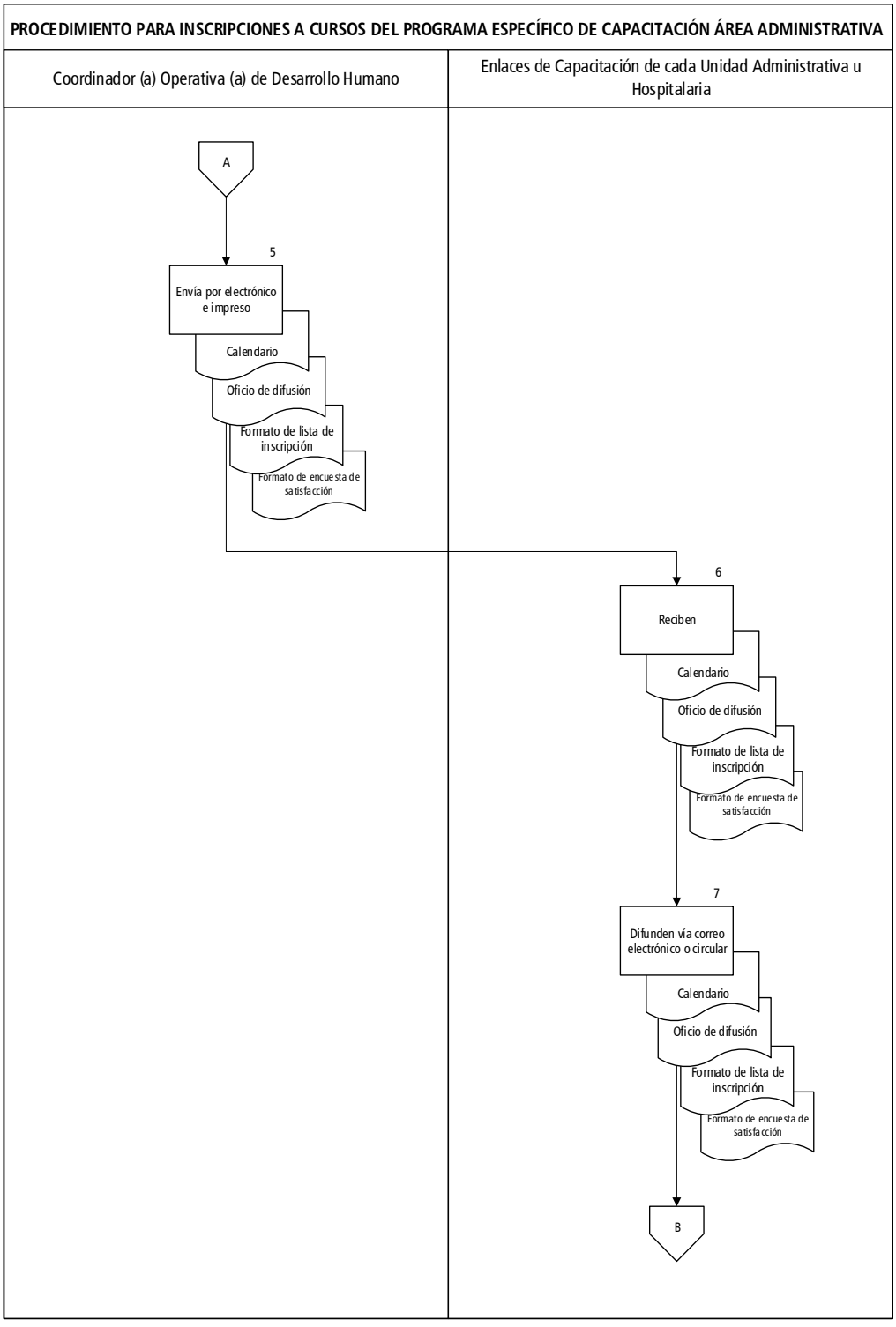
	Desarrollo Humano	Hospitalaria: ➢ Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación	personal que asistirá a cursos de capacitación
11		Concentra en un solo listado: ➢ Listas de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación	Listas de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación
12		Remite al Proveedor de manera electrónica y/o impresa: ➢ Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación	Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación
13	Proveedor de Capacitación	Recibe: ➢ Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación	Lista de inscripción de personal que asistirá a cursos de capacitación
14		Agenda fecha de capacitación y capacita a personal	S/D
15		Elabora: ➢ Lista de asistencia de la capacitación realizada y/o reporte de asistencia	Lista de asistencia de la capacitación realizada y/o reporte de asistencia
16	Coordinador/a Operativo/a de Desarrollo Humano	Recibe: ➢ Lista de asistencia de la capacitación realizada y/o reporte de asistencia	Lista de asistencia de la capacitación realizada y/o reporte de asistencia
17		Actualiza conforme a lista de asistencia de la capacitación realizada y/o reporte de asistencia ➢ Tablero de control de los eventos	Tablero de control de los eventos realizados

		realizados (basado en el Reporte y/o Lista de Asistencia).	
18		Elabora y envía a la DOP: ➢ Reporte de personal que asistió a capacitación (Auditorías Internas, Indicadores de Desempeño)	Reporte de personal que asistió a capacitación
19	Director/a de Operación de Personal	Recibe de conocimiento: ➢ Reporte de personal que asistió a capacitación	Reporte de personal que asistió a capacitación
Fin del procedimiento			

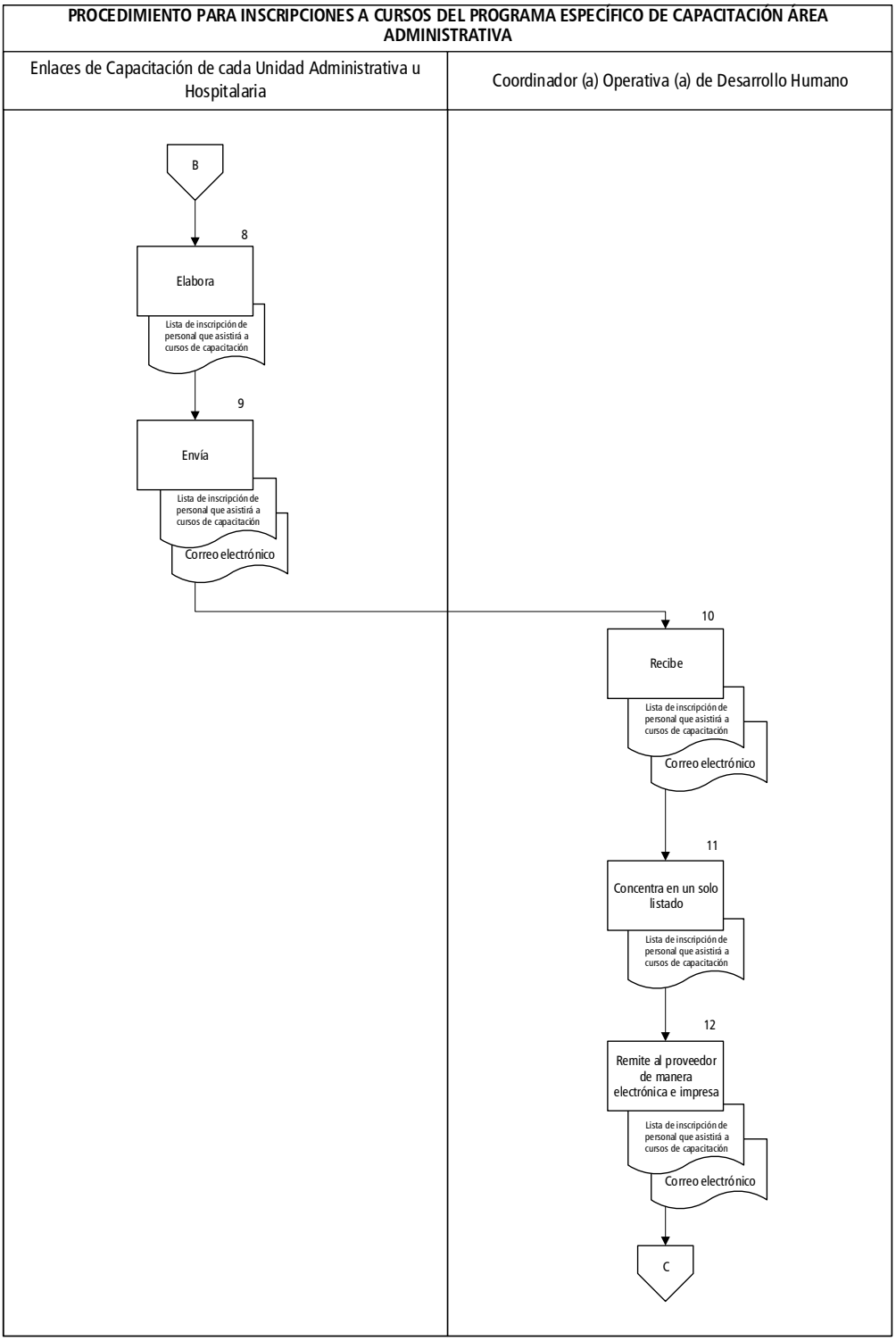
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ADMINISTRATIVA.



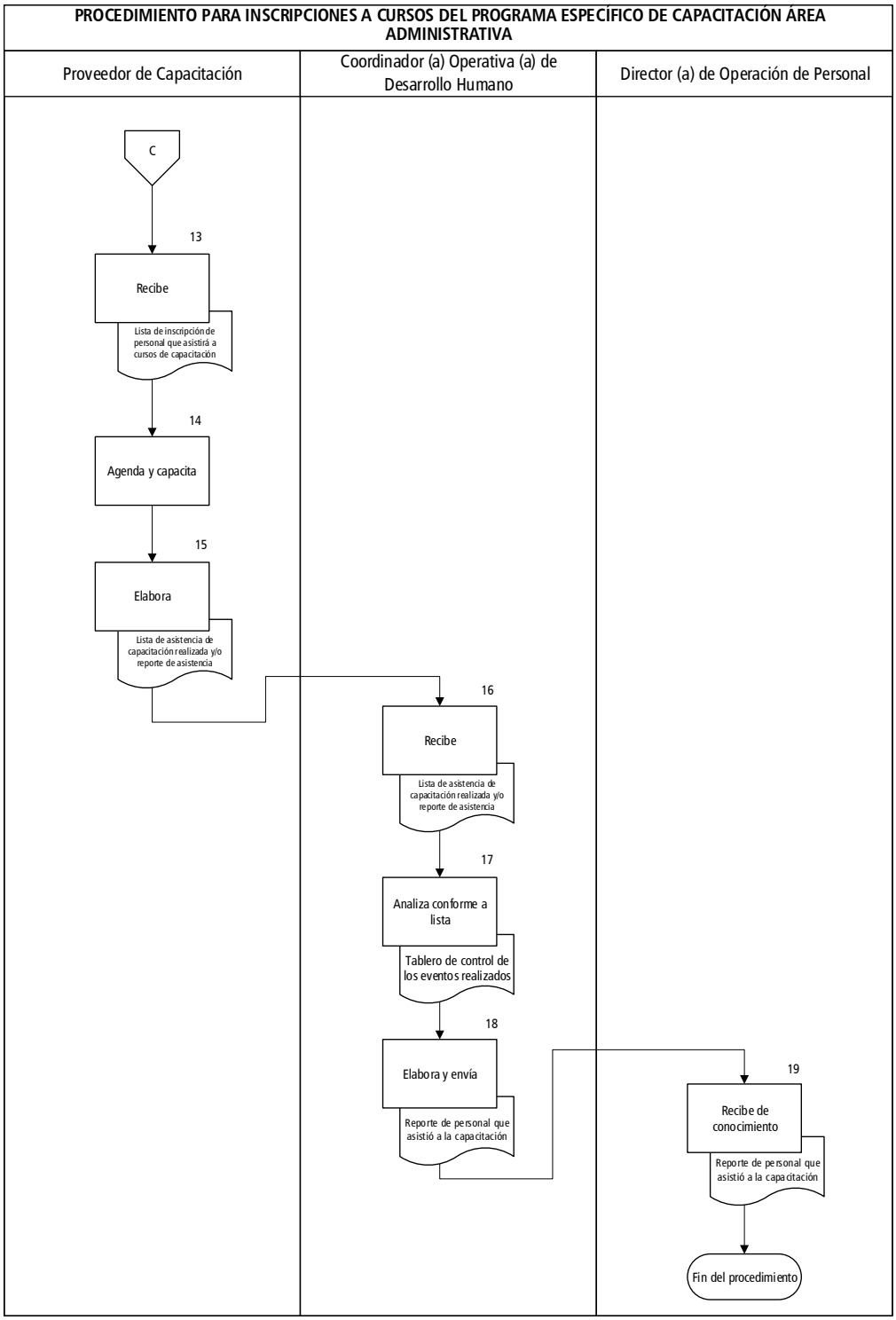
PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ÁREA ADMINISTRATIVA



PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ÁREA ADMINISTRATIVA



PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIONES A CURSOS DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN ÁREA ADMINISTRATIVA



7.17.45. PROCEDIMIENTO DE CANDIDATOS/AS A BOLSA DE TRABAJO.

Tiempo Promedio:		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
María Ivette García de Urrieta Jefa del Departamento de Capital Humano MIGU (DCH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Coordinar la bolsa de trabajo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como proporcionar la información para promover las vacantes y/o plazas de nueva creación y vacantes existentes, facilitando a los/las ciudadanos/as el servicio gratuito y de calidad con el que se cuenta.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Condiciones Generales de Trabajo. 2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Estado. Políticas de Operación: 1. El Servicio de Bolsa de Trabajo únicamente se promoverá a los/las ciudadanos/as que cuenten con estudios, con nivel de educación básica, media, media superior, superior o posgrado, o que ejerzan alguna carrera técnica. 2. Los/las candidatos/as deberán ingresar a la página oficial de los Servicios de Salud del Estado de Puebla para crear su perfil y registro correspondiente con toda la información que se les solicita para ser promovidos dentro de la Unidades Administrativas u Hospitalarias de los S.S.E.P. 3. El/la Candidato/a deberá estar previamente registrado/a en bolsa de trabajo para que se le programe su evaluación psicométrica y/o de conocimientos. 4. El Departamento de Capital Humano, será la única instancia facultada para servir como enlace entre los/las ciudadanos/as y los S.S.E.P. para promover la bolsa de trabajo. 5. La información registrada por el/la Candidato/a en bolsa de trabajo, será de uso exclusivo de los S.S.E.P. y totalmente confidencial. 6. Será responsabilidad del/de la Jefe/a de Departamento de Capital Humano, informar vía memorándum a la Unidad de Gestión Social el tratamiento que se le dio a su solicitud. 7. Las Unidades Administrativas u Hospitalarias deberán informar a la brevedad al Departamento de Capital Humano (Responsable de Bolsa de Trabajo), qué Candidato/a fue seleccionado/a para su contratación.
Responsables	Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, Dirección de Operación de Personal.

Áreas Involucradas	Departamento de Capital Humano (Bolsa de Trabajo), áreas médica, paramédica y administrativa en los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Reporte de candidatos/as registrados/as.
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. D.C.H.: Departamento de Capital Humano. CV: Currículum Vitae.

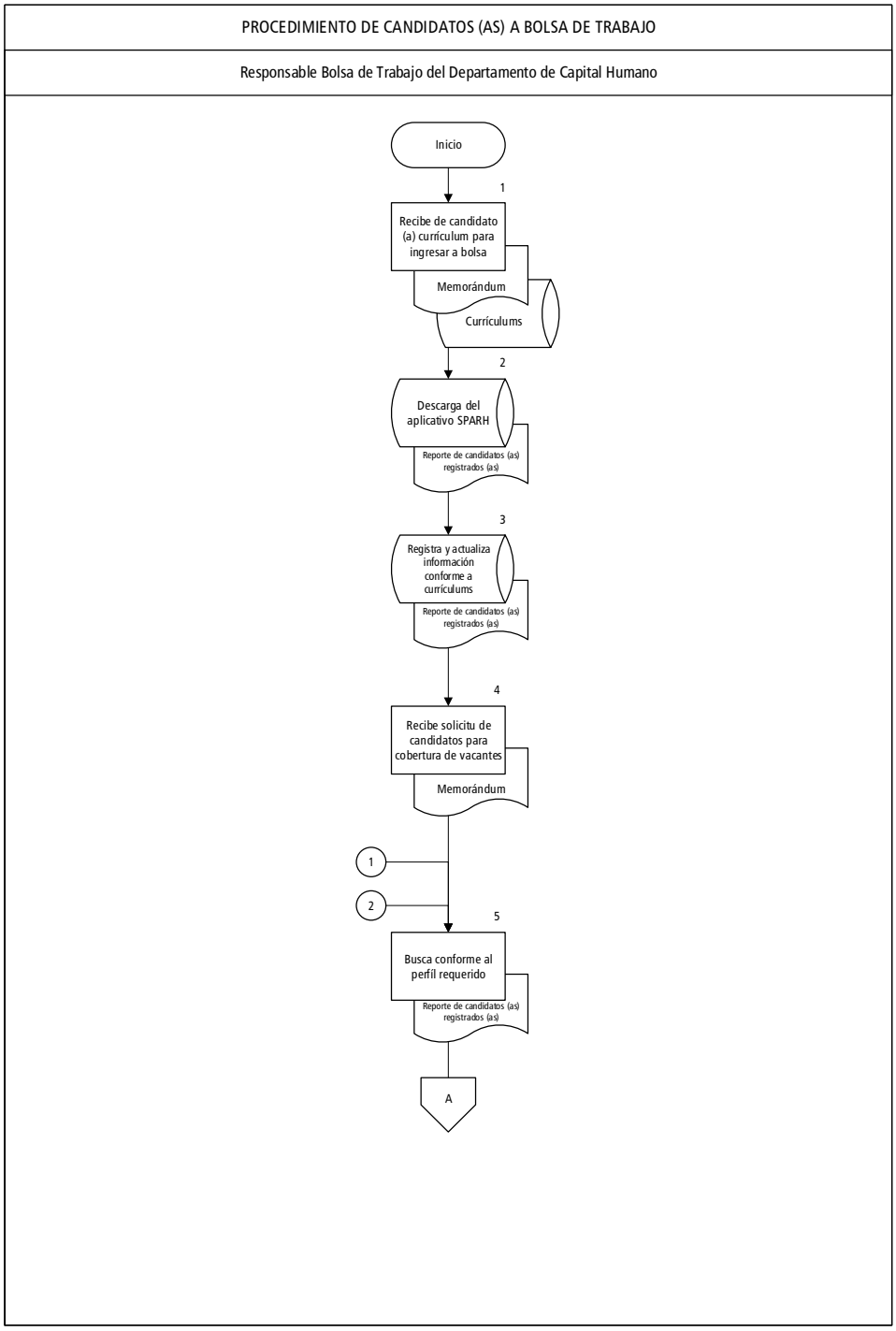
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CANDIDATOS/AS A BOLSA DE TRABAJO.

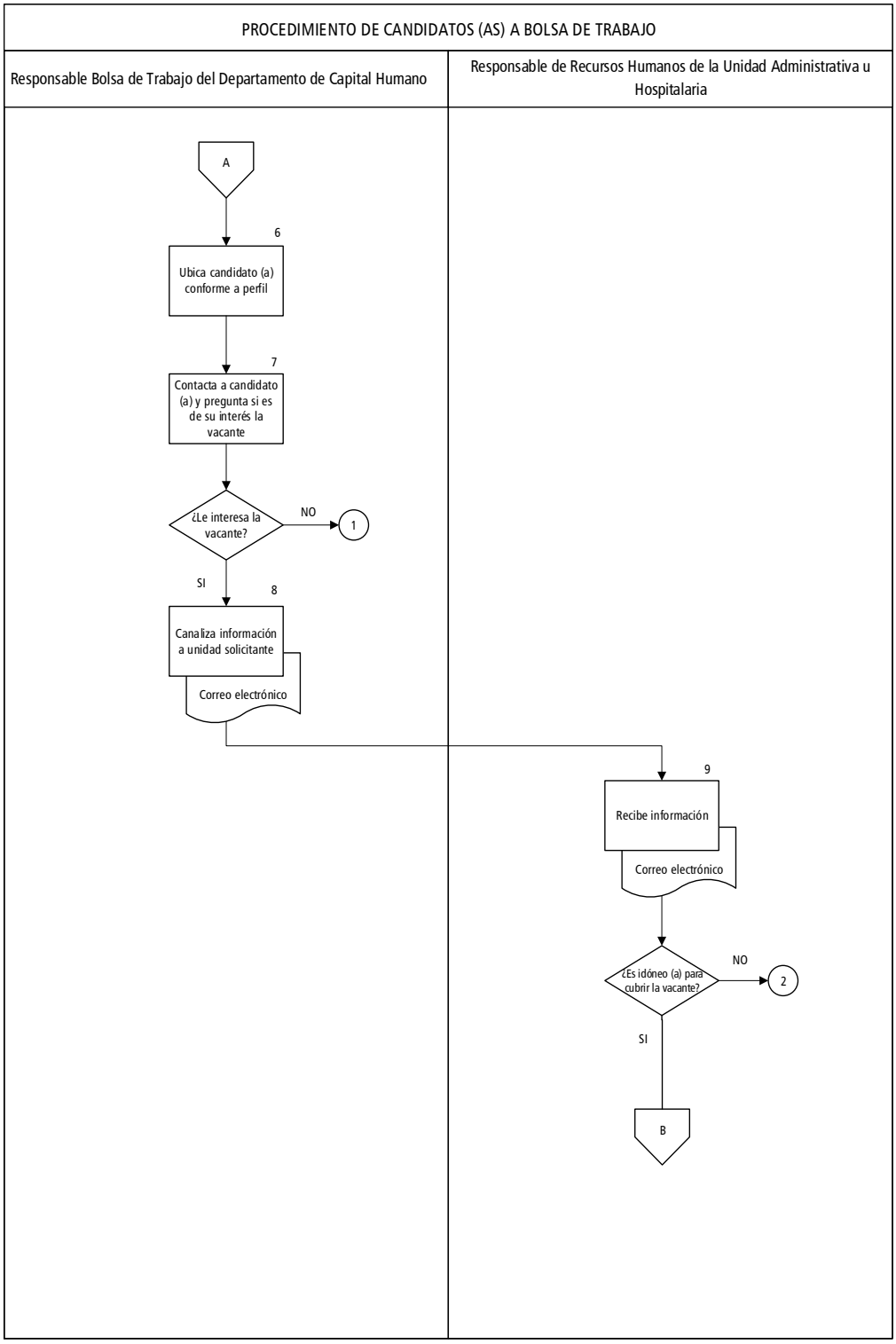
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable Bolsa de Trabajo del Departamento de Capital Humano	Recibe del/de la Candidato/a, currículums para ingresar a bolsa de trabajo: a) De la Unidad de Gestión Social, mediante memorándum. b) El/la Candidato/a entrega en formato digital currículum al Departamento de Capital Humano. c) El/la candidata/a se podrá registrar en la página oficial de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, en el apartado: Bolsa de Trabajo.	Memorándum Currículums
2		Descarga eventualmente del aplicativo SPARH: ➢ Reporte de candidatos/as registrados/as en la página web (Excel).	Reporte de candidatos/as registrados/as (Excel)
3		Registra y actualiza información de reporte de candidatos/as registrados/as en página web, conforme a currículums en:	Reporte de candidatos/as en bolsa de

		➢ Reporte de candidatos/as en bolsa de trabajo (Excel).	trabajo (Excel)
4		Recibe de las Unidades Administrativas u Hospitalarias, solicitud de candidatos/as para cobertura de sus vacantes mediante: ➢ Memorándum.	Memorándum
5		Busca en reporte de candidatos/as en bolsa de trabajo (Excel), conforme a perfil requerido.	Reporte de candidatos/as en bolsa de trabajo (Excel)
6		Ubica Candidato/a conforme a perfil requerido.	S/D
7		Contacta al/a la Candidato/a vía telefónica y pregunta si es de su interés la vacante para darle seguimiento. ¿Le interesa la vacante? Si: Continúa en el paso 8. No**:** Continúa con proceso de búsqueda de Candidato/a, regresa al paso 5.	S/D
8		Canaliza información del/de la Candidato/a interesado/a a la Unidad solicitante para efectos procedentes, vía: ➢ Correo electrónico.	Correo electrónico
9	Responsable de Recursos Humanos de la Unidad Administrativa u Hospitalaria	Recibe información, vía: ➢ Correo electrónico. ¿Es idóneo (a) el/la Candidato/a para cubrir la vacante? Si: Continúa en el paso 11. No: Queda en espera de nuevas propuestas de Candidato/a. Continúa en la actividad 6.	Correo electrónico
10	Responsable Bolsa de Trabajo del Departamento de Capital Humano	Actualiza: ➢ Reporte de candidatos/as en bolsa de trabajo (Excel).	Reporte de candidatos/as en bolsa de trabajo (Excel)

11		Indica al/a la Coordinador/a Operativo/a de Reclutamiento y Selección de Personal dar seguimiento al/a la Candidato/a para continuar con el trámite de Contratación.	
12		Almacena temporalmente: ➢ Currículum.	Currículums
13		Archiva definitivamente: ➢ Memorándum.	Memorándums
Fin del procedimiento			

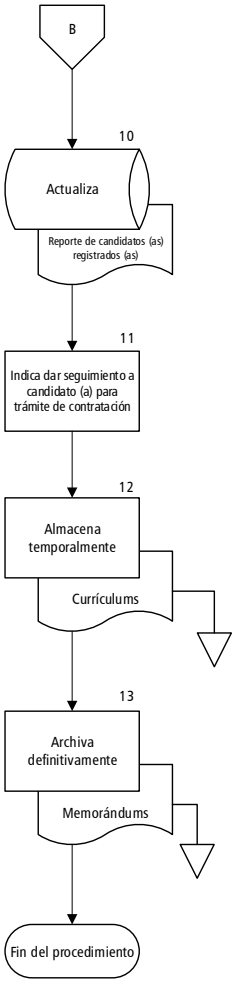
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE CANDIDATOS/AS A BOLSA DE TRABAJO.




PROCEDIMIENTO DE CANDIDATOS (AS) A BOLSA DE TRABAJO
Responsable Bolsa de Trabajo del Departamento de Capital Humano
Responsable de Recursos Humanos de la Unidad Administrativa u Hospitalaria
A
6
Ubica candidato (a) conforme a perfil
7
Contacta a candidato (a) y pregunta si es de su interés la vacante
¿Le interesa la vacante?
NO
1
SI
8
Canaliza información a unidad solicitante
Correo electrónico
9
Recibe información
Correo electrónico
¿Es idóneo (a) para cubrir la vacante?
NO
2
SI
B

PROCEDIMIENTO DE CANDIDATOS (AS) A BOLSA DE TRABAJO

Responsable de Bolsa de Trabajo del Departamento de Capital Humano



7.17.46. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS.

Tiempo Promedio: De 2 a 4 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Ivette García de Urrieta Jefa del Departamento de Capital Humano MIGU (DCH) Octubre, 2018	**Rafael Morales Vargas Subdirector de Administración de Personal y Desarrollo Humano RMV (SAPDH) Octubre, 2018**	**Alejandro Meneses Fernández Director de Operación de Personal AMF (DOP) Octubre, 2018**

Objetivo	Coordinar y dar el seguimiento correspondiente a las evaluaciones de los/las candidatos/as para ingresar a laborar en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como proporcionar la información a las áreas involucradas directamente en el Proceso de Reclutamiento, Selección y Contratación.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
2. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
3. Profesiograma.
4. Condiciones Generales de Trabajo.

Políticas de Operación:

1. El Departamento de Capital Humano, será la única instancia facultada para servir como enlace entre los/las ciudadanos/as y los S.S.E.P. para programar las evaluaciones psicométricas, así como de la comunicación con el proveedor de evaluaciones psicométricas y el Departamento Estatal de Enfermería (para efectos de evaluación de conocimientos de enfermería).
2. El Departamento de Capital Humano, será la única instancia facultada para emitir el Reporte Integral de Evaluación Psicométrica.
3. Las diferentes unidades deberán dar puntual seguimiento de la realización de las evaluaciones de los/las candidatos/as que proponen para laborar en los S.S.E.P.
4. Las solicitudes para realizar las evaluaciones psicométricas serán de:
   - Los/las responsables de RH de las unidades médicas y/o enlaces de las unidades administrativas de los S.S.E.P.
   - Responsable de la bolsa de trabajo del D.C.H.
   - Representante de las Delegaciones Sindicales de los S.S.E.P.
   - Responsable de la Unidad de Gestión Social.
5. Las evaluaciones de conocimientos de enfermería, se aplicarán solo los viernes por el Departamento Estatal de Enfermería.

Responsables

Departamento de Capital Humano, Dirección de Operación de Personal.

Áreas Involucradas	Aplica para seleccionar al/a la Candidato/a idóneo, de acuerdo a las necesidades de las áreas médica, paramédica y administrativa.
Recursos	Formato para Evaluación Psicométrica ONLINE, Reporte Integral de Evaluación Psicométrica.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. D.O.P: Dirección de Operación de Personal. D.C.H: Departamento de Capital Humano. R.H: Recursos Humanos. C.O.A.P: Coordinación Operativa de Administración de Personal. Solicitante: Responsables de RH de las unidades médicas y/o enlaces de las unidades administrativas de los S.S.E.P., responsable de la bolsa de trabajo del D.C.H, Representante de las Delegaciones Sindicales de los S.S.E.P. PYXOOM: Software de Pruebas Psicométricas y Competencias Online.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS.

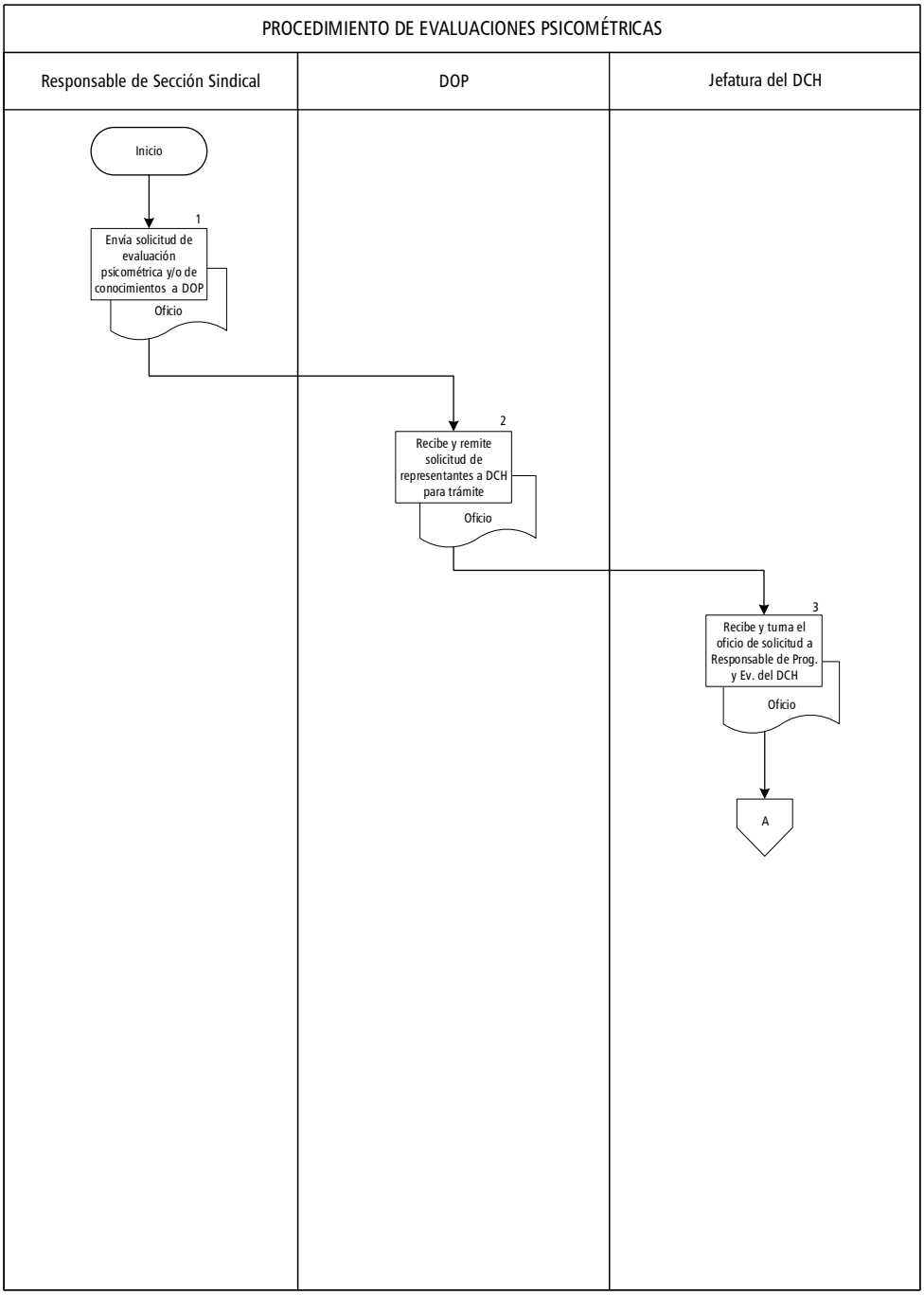
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Sección Sindical	Envía solicitud de evaluación psicométrica y/o de conocimientos dirigida a la Dirección de Operación de Personal, mediante oficio.	Oficio
2	DOP	Recibe y remite la solicitud de los/las representantes sindicales a la Jefatura del DCH para el trámite correspondiente.	Oficio
3	Jefatura del DCH	Recibe y turna el oficio de solicitud al/a la responsable de programación de evaluaciones del DCH.	Oficio

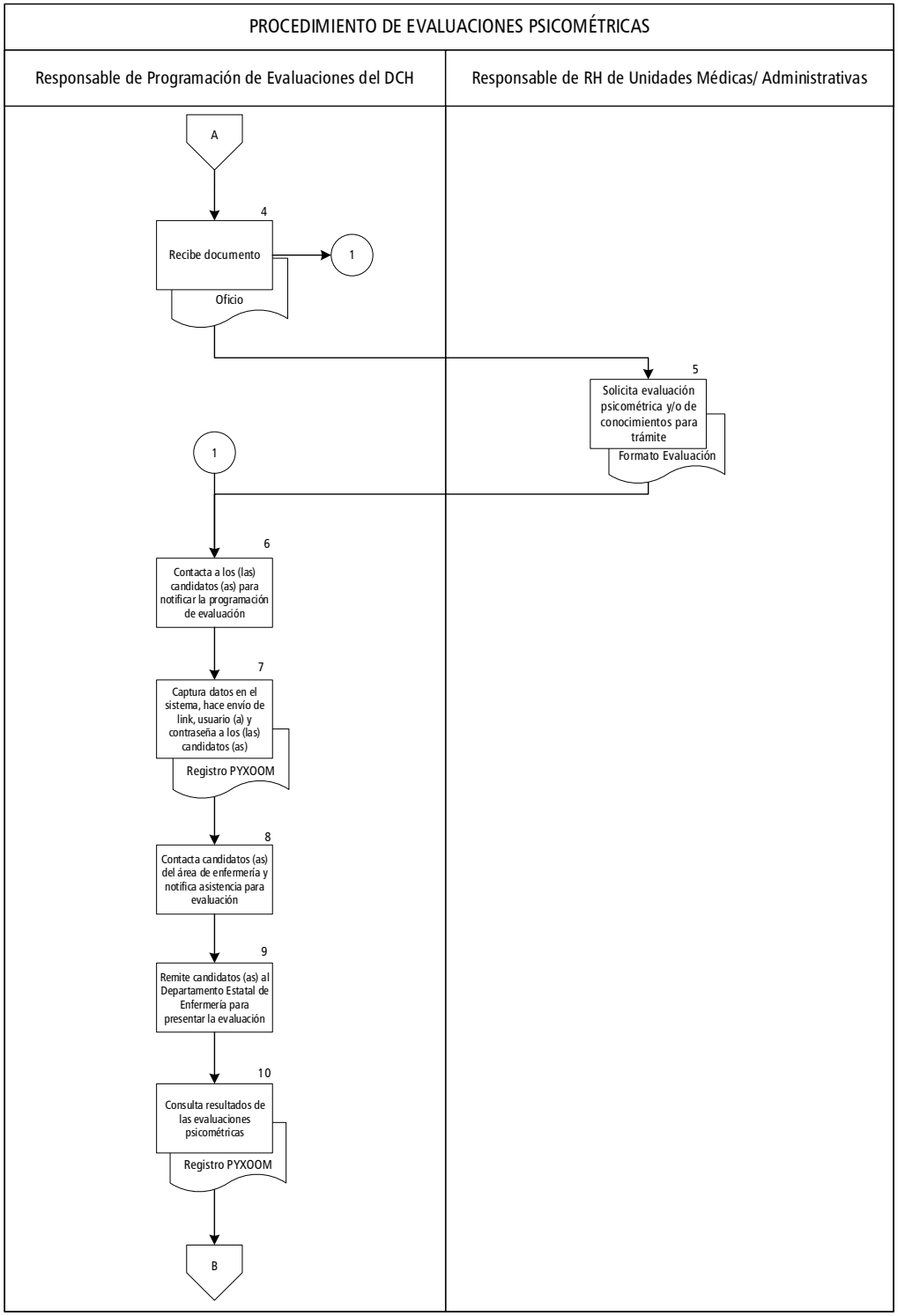
4	Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH	Recibe documento y pasa a la actividad 6.	Oficio
5	Responsable de RH de Unidades Médicas/ Administrativas	Solicita la evaluación psicométrica y/o de conocimientos al/a la responsable de programación de evaluaciones del Departamento de Capital Humano, proporcionando los datos requeridos para el trámite correspondiente, vía electrónico.	Formato para Evaluación Psicométrica ONLINE
6	Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH	Contacta a los/las candidatos/as para notificar la programación de evaluación psicométrica.	
7		Captura datos en el sistema PYXOOM, para hacer el envío del correo electrónico mediante el cual se hace llegar el link, usuario/a y contraseña a los/las candidatos/as, para realizar la evaluación psicométrica ONLINE	Registro en el sistema PYXOOM
8		Contacta vía telefónica los/las candidatos/as del área de enfermería y notifica la asistencia para presentar la evaluación de conocimientos aplicada por el Departamento Estatal de Enfermería.	N/A
9		Remite a los/las candidatos/as al Departamento Estatal de Enfermería para presentar la evaluación de conocimientos.	N/A
10		Consulta resultados de las evaluaciones psicométricas efectuadas, mediante el sistema PYXOOM, así como los resultados de los/las candidatos/as del área de enfermería que hayan presentado las	Registro en el sistema PYXOOM

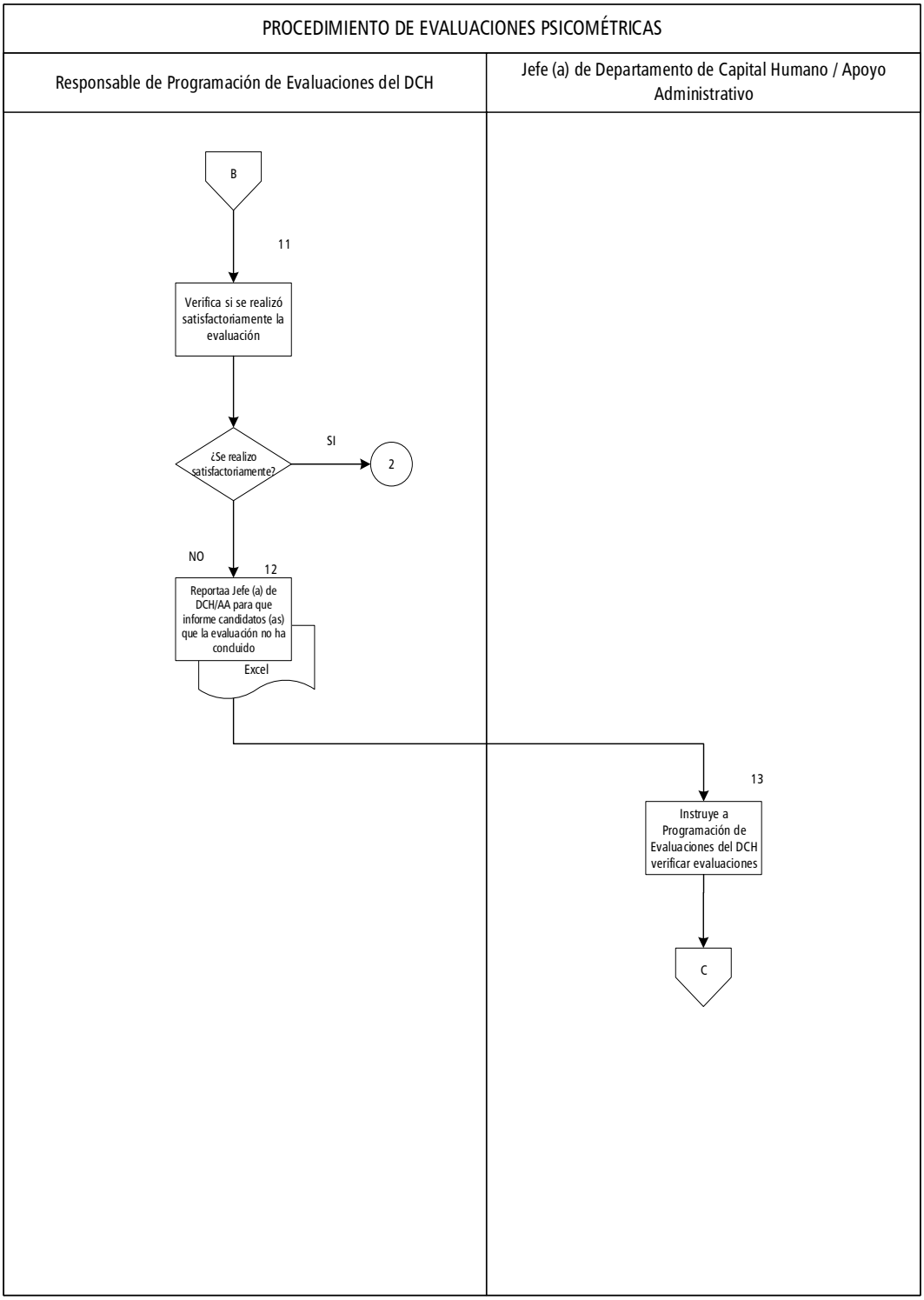
		evaluaciones de acuerdo a las fechas programadas.	
11		Verifica si se realizó satisfactoriamente la evaluación: No: pasa a la actividad número 12 Si: pasa a la actividad número 15	N/A
12		Reporta al/a la Jefe/a de Departamento de Capital Humano / Apoyo administrativo para que se informe a los/las candidatos/as que la evaluación no se ha concluido.	Archivo en Excel
13		Instruye al/a la Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH verificar la realización de las evaluaciones satisfactoriamente.	
14	Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH	Descarga el reporte integral de Evaluación Psicométrica. Recibe los resultados de las evaluaciones de conocimientos, emitidos por el Departamento Estatal de Enfermería.	Reporte Integral de Evaluación Psicométrica. Archivo en Excel con resultados de evaluaciones de conocimientos
15		Entrega resultados y formatos correspondientes al/a la Jefe/a de Departamento de Capital Humano / Apoyo administrativo, para su envío al área correspondiente.	Reporte Integral de Evaluación Psicométrica
16	Jefe/a de Departamento de Capital Humano / Apoyo Administrativo	Recibe resultados y/o evaluaciones impresas, revisa e integra para su envío al/a la responsable de propuestas del DCH.	Reporte Integral de Evaluación Psicométrica
17	Responsable de Propuestas del DCH	Recibe resultados en el reporte integral de evaluaciones para el	

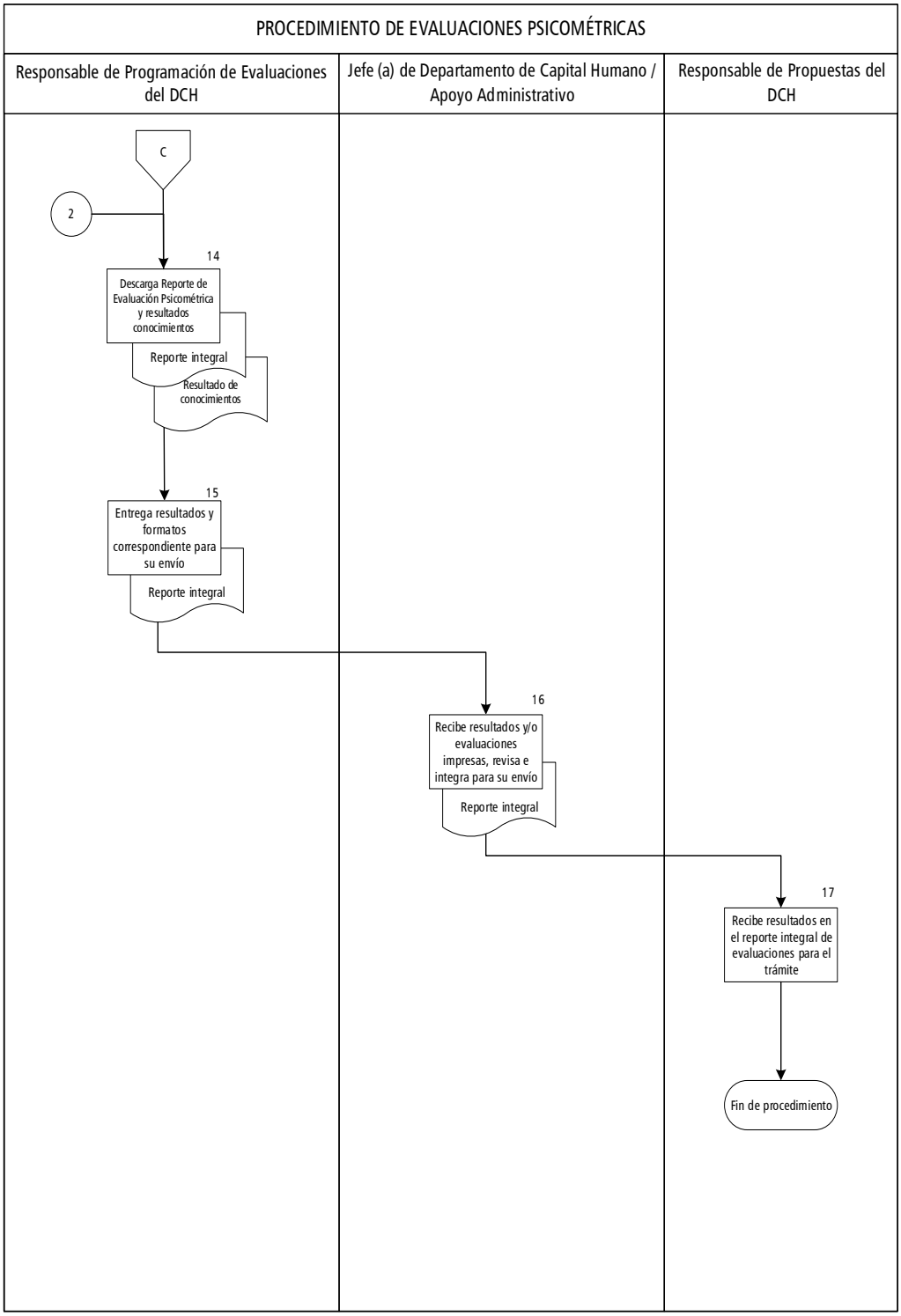
		trámite correspondiente.	
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS.




PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS
Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH
Responsable de RH de Unidades Médicas/ Administrativas
A
4
Recibe documento
1
Oficio
5
Solicita evaluación psicométrica y/o de conocimientos para trámite
Formato Evaluación
1
6
Contacta a los (las) candidatos (as) para notificar la programación de evaluación
7
Captura datos en el sistema, hace envío de link, usuario (a) y contraseña a los (las) candidatos (as)
Registro PYXOOM
8
Contacta candidatos (as) del área de enfermería y notifica asistencia para evaluación
9
Remite candidatos (as) al Departamento Estatal de Enfermería para presentar la evaluación
10
Consulta resultados de las evaluaciones psicométricas
Registro PYXOOM
B


PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS
Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH
Jefe (a) de Departamento de Capital Humano / Apoyo Administrativo
B
11
Verifica si se realizó satisfactoriamente la evaluación
¿Se realizo satisfactoriamente?
SI
2
NO
12
Reportaa Jefe (a) de DCH/AA para que informe candidatos (as) que la evaluación no ha concluido
Excel
13
Instruye a Programación de Evaluaciones del DCH verificar evaluaciones
C


PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES PSICOMÉTRICAS
Responsable de Programación de Evaluaciones del DCH
Jefe (a) de Departamento de Capital Humano / Apoyo Administrativo
Responsable de Propuestas del DCH
C
2
14
Descarga Reporte de Evaluación Psicométrica y resultados conocimientos
Reporte integral
Resultado de conocimientos
15
Entrega resultados y formatos correspondiente para su envío
Reporte integral
16
Recibe resultados y/o evaluaciones impresas, revisa e integra para su envío
Reporte integral
17
Recibe resultados en el reporte integral de evaluaciones para el trámite
Fin de procedimiento

7.18. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN.

7.18.1. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Sonia Patricia Ortega Coordinadora de Costos y Administración SPO (DC) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Optimizar el procedimiento de la Planeación y contratación para la ejecución de Infraestructura en Salud por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, coadyuvando con la Dirección de Planeación y Programación y con la Secretaria de Finanzas y Administración, desde su inicio hasta la conclusión de los trabajos, cumpliendo con la normativa vigente y aplicable de cada uno de sus procesos. Así como también ejecutar las acciones necesarias y suficientes que permitan que la Infraestructura de Salud disponible para la atención de los servicios médicos, actividades administrativas y de apoyo, se encuentren en

Normas y Políticas de Operación

condiciones óptimas de funcionamiento. (Hospitales, Centros de Salud, Unidades de Especialización, Módulos de Medicina Tradicional, Áreas Administrativas y de Apoyo).

Normas:

1. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
2. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla.
3. Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las Mismas
4. Reglamento de la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionadas con la Misma para el Estado de Puebla.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
6. Manual de Normas y Lineamientos en Materia de inversión pública.
7. Lineamientos del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social.
8. Circular de la Secretaría de Desarrollo Social no. SSPEDR.600.04/2015.

Políticas de Operación:

1. Cada instancia participante de las áreas relacionadas en todo el proceso deberá revisar los documentos que integran el mismo, así mismo será corresponsable de la información que tramite, y de los documentos que genere.
2. El Programa Anual de Obra será emitido por la Subdirección de Obra, Bienes y Servicios Generales y la Dirección de Planeación y Programación.
   La Dirección de Planeación y Programación brinda información en cuestión a obras nuevas, sustituciones, ampliaciones, fortalecimiento.
3. los análisis de viabilidad, los certificados de necesidades, los estudios socio-económicos e instrumentos de planeación en materia de obras nuevas, sustituciones, ampliaciones y fortalecimiento para la infraestructura en salud son responsabilidad

de la Dirección de Planeación y Programación.

4. Los trámites iniciales para determinar la viabilidad de los predios para uso y destino de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, son responsabilidad de la Dirección de Planeación y Programación.
5. Los anteproyectos son responsabilidad de la Dirección de Planeación y Programación tratándose de obras nuevas, sustituciones, ampliaciones y fortalecimientos y los proyectos ejecutivos de hospitales, centros de salud, unidades de especialización, módulos de medicina tradicional, áreas administrativas y de apoyo, será responsabilidad del Departamento de Construcción.
6. El Departamento de Construcción a través de la Coordinación de Obra Pública dará cumplimiento a las medidas de mitigación determinadas en el Resolutivo de Impacto Ambiental.
7. la cuantificación, presupuesto base, programas, análisis de precios unitarios, estudios, proyectos, permisos y licencias; documentos que integran el expediente técnico simplificado necesarios para llevar a cabo los procesos de licitación corresponden al Departamento de Construcción a través de la Coordinación de Costos y Proyectos.
8. La revisión y aprobación de los documentos emitidos por el Departamento de Construcción, corresponden a la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales, que a su vez es turnado a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
9. El proceso de adjudicación y los documentos que del mismo emanan, son responsabilidad de la Secretaría de Finanzas y Administración.
10. Una vez finalizado el proceso de licitación, las actas y toda la documentación relacionada al proceso es remitido al departamento de construcción donde la Coordinación de Obra Pública y la de Control Financiero, Convenios Especiales y Transparencia deberán llevar a cabo la ejecución y los trámites para pago del mismo, hasta su total terminación y cierre administrativo, así como proporcionar la información

	que sea requerida a los distintos órganos de fiscalización y control.
Responsables	Departamento de Construcción, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a las acciones de Infraestructura en Salud (Obras Nuevas, Sustituciones, Ampliaciones, Fortalecimiento, Mejoramientos (Mantenimientos) y Rehabilitaciones) asignadas mediante un contrato.
Recursos	Programa anual de obra, Análisis de viabilidad, Certificados de necesidades, Estudios socio-económicos, Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios, Justificación técnica, Ficha técnica, Programa médico arquitectónico, Anteproyecto de obras nuevas, sustituciones, fortalecimientos y ampliaciones, Autorización DGPLADES, Memorándum, Localización del predio, Anteproyecto, Croquis de localización macro y micro, Proyecto ejecutivo, Memoria descriptiva, Programa arquitectónico, Presupuesto base, Catálogo de conceptos o actividades, Resumen de presupuesto con sobrecosto e I.V.A., Programa de ejecución, Calendario de ejecución de obra, Documento generado por sistema GRP, Estudio de impacto ambiental, Estudio socio-económico, Estudio de impacto ambiental, Suficiencia presupuestal, Oficio, Bases de licitación, Convocatoria o invitación, Inscripción, Acta de visita, Acta junta de aclaraciones, Acta de apertura, Acta de Fallo, Bases de licitación, Suficiencia presupuestal, Acta constitutiva del licitante, Identificación oficial o poder, R.F.C., Presupuesto, Programas, Fianza de anticipo, Fianza de cumplimiento, Acta de fallo, Bases de licitación, Proyecto de contrato de obra, Acta de fallo, Bases de licitación, Contrato, Documentación legal, Documentos de propiedad
Glosario	Acciones de infraestructura en Salud: Se refiere a los trabajos para la construcción de Obras Nuevas, Sustituciones, Ampliaciones, Fortalecimiento, Mejoramientos y Rehabilitaciones de espacios físicos

destinados al servicio médico, administrativo y de apoyo a la salud.

Contratista: Es la persona física o moral a quien la Secretaría encomienda la construcción de una obra mediante la celebración de un contrato. Los factores dependientes y representantes legales del contratista actúan en nombre y por cuenta de éste.

Contrato de obra: Acto bilateral mediante el cual se crean y precisan los derechos y obligaciones que recíprocamente adquieren la Secretaría y el contratista respecto a la ejecución de la obra que el primero encomienda al segundo, de acuerdo con el proyecto y especificaciones generales de construcción y las complementarias, si las hubiere y conforme al programa de obras de inversión y suministro de materiales y quipo aprobado por el Secretaría.

Especificaciones complementarias: Disposiciones, requisitos, condiciones e instrucciones que la Secretaría fija al contratista para la ejecución de un determinado concepto de trabajo, en adición a lo contenido en estas Normas y Especificaciones Generales de Construcción y/o las especificaciones propias del proyecto.

Expediente Unitario de Obra Pública: Documento administrativo el cual contiene toda la documentación comprobatoria de los diferentes procesos de la obra, considerando la planeación, programación, autorización de recursos, de la adjudicación, de la contratación, ejecución, término y cierre administrativo de cada obra o contrato celebrado con los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Obra: Conjunto de acciones que se efectúan en la construcción o reparación de una edificación de acuerdo a un proyecto.

Pago: Cumplimiento de las obligaciones económicas contraídas por la Secretaría a favor del contratista.

Proyecto: Ingeniería desarrollada e integrada por planos de construcción, memorias de cálculo y descriptivas, especificaciones generales y particulares, permisos, licencias, análisis de precios unitarios, catálogo de conceptos, presupuesto, programas de ejecución de obra, de suministro de materiales y de utilización de maquinaria

y equipo.
DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
SFA: Secretaría de Finanzas y Administración.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Dirección de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Realiza con la Dirección de Planeación y Programación el programa anual de obra.	Programa anual de obra
2	Dirección de Planeación y Programación	Emite y remite a la Dirección de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos De Gestión (DOOBSGPG) los instrumentos de planeación para la infraestructura en salud en materia de Obras Nuevas, Sustituciones, Ampliaciones y Fortalecimiento, de acuerdo al programa anual de obra.	Análisis de viabilidad Certificados de necesidades Estudios socioeconómicos Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica Ficha técnica Programa médico arquitectónico Anteproyecto de obras nuevas,

			sustituciones, fortalecimientos y ampliaciones
3	Dirección de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Recibe y envía la documentación al/la SubDirector/a de Control de Obra Bienes y Servicios Generales.	Autorización de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) Programa anual de obra Memorándum Análisis de viabilidad Ficha técnica Localización del predio Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica Programa médico arquitectónico Anteproyecto de obras nuevas, sustituciones, fortalecimientos y ampliaciones
4	SubDirector/a de Control de Obra Bienes y Servicios Generales	Recibe documentación de la DOOBSGPG, procedente de la Dirección de Planeación y Programación, y turna a la Jefatura de Construcción.	Autorización de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) Programa anual de obra Memorándum Análisis de

			viabilidad Ficha técnica Localización del predio Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica Programa médico arquitectónico Anteproyecto de obras nuevas, sustituciones, fortalecimientos y ampliaciones
5	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe documentación de la Subdirección de Control de Obra Bienes y Servicios Generales y la revisa. ¿La documentación está correcta? Si: Continúa en la actividad 7. No: Continúa en la actividad 6.	Memorándum Análisis de viabilidad Programa médico arquitectónico Anteproyecto Ficha técnica Localización del predio Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica
6		Notifica a la DOOBSGPG y regresa al paso 2.	Memorándum
7		Turna la documentación a la Coordinación de Costos y Proyectos para su validación.	Memorándum Análisis de viabilidad Programa médico arquitectónico

			Anteproyecto Ficha técnica Localización del predio Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica
8	Coordinador/a de Costos y Proyectos	Recibe la documentación.	Memorándum Análisis de viabilidad Programa médico arquitectónico Anteproyecto Ficha técnica Localización del predio Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica
9		Valida y/o modifica el anteproyecto (archivo DWG planta arquitectónica y conjunto) si es necesario por su titular.	Anteproyecto (archivo DWG planta arquitectónica y conjunto)
10		Regresa la documentación al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Memorándum Análisis de viabilidad Programa médico arquitectónico Anteproyecto Ficha técnica Localización del predio

			Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica
11	Jefe/a del Departamento de Construcción	Aprueba y turna documentos a la Coordinación de Costos y Proyectos.	Memorándum Análisis de viabilidad Programa medico arquitectónico Anteproyecto Ficha técnica Localización del predio Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios Justificación técnica
12	Coordinador/a de Costos y Proyectos	Elabora el expediente técnico simplificado, proyecto o estudio.	
13		Solicita al municipio: ▪ Liberación de predio ▪ Alineamiento y número oficial ▪ Licencia de construcción ▪ Licencia de uso del suelo ▪ Autorización banco de tiro ▪ Obras inducidas ▪ Dictamen de protección civil ▪ Servicio conexión agua potable ▪ Servicio conexión alcantarillado ▪ Servicio conexión C.F.E. ▪ Estudio de impacto ambiental	
14		Remite documentación a la Jefatura de Construcción.	Croquis de localización

			macro y micro Proyecto ejecutivo Memoria descriptiva Programa arquitectónico Presupuesto base: Catálogo de conceptos o actividades Resumen de presupuesto con sobrecosto e I.V.A. Programa de ejecución: Calendario de ejecución de obra Memorándum
15	Jefe/a del Departamento de Construcción	Autoriza y turna la documentación al/la Coordinador/a Operativo/a de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia.	Memorándum Documentación
16	Coordinador/a Operativa de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia.	Recibe la documentación.	Documentación
17		Genera un documento en el sistema GRP con la información recibida.	Documento generado por sistema GRP
18		Realiza la solicitud de suficiencia presupuestal con el documento generado en el sistema GRP.	Suficiencia presupuestal

19		Recibe de la jefatura del Departamento de Construcción el estudio de impacto ambiental y el estudio socioeconómico.	Estudio de impacto ambiental Estudio socioeconómico
20		Envía el estudio de impacto ambiental al sistema del portal de transparencia.	Estudio de impacto ambiental
21		Remite la solicitud de suficiencia presupuestal y la documentación recibida al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Suficiencia presupuestal Croquis de localización macro y micro Proyecto ejecutivo: Memoria descriptiva Programa arquitectónico Presupuesto base: Catálogo de conceptos Resumen de presupuesto con sobrecosto e I.V.A. Programa de ejecución: Calendario de ejecución de obra
22	Jefe/a del Departamento de Construcción	Turna la documentación a la Secretaría de Finanzas y Administración para su licitación.	Suficiencia presupuestal Croquis de localización macro y micro Proyecto ejecutivo: Memoria descriptiva Programa

			arquitectónico Presupuesto base: Catálogo de conceptos Presupuesto base Resumen de presupuesto con sobrecosto e I.V.A. Programa de ejecución: Calendario de ejecución de obra
23	Secretaría de Finanzas y Administración	Recibe la documentación y revisa que esté completa. ¿Está completa? Si: Continúa en la actividad 24. No: regresa al punto no. 2.	
24		Lleva a cabo el procedimiento de licitación.	Documentación relacionada a la licitación: Bases de licitación Convocatoria o invitación Inscripción Acta de visita Acta junta de aclaraciones Acta de apertura Fallo
25		Envía oficio al/la Jefe/a del Departamento de Construcción con las fechas de evento de licitación, visitas al sitio de los trabajos y junta de aclaraciones.	Oficio

26	Jefe/a del Departamento de Construcción	Turna oficio al Área de Costos y a la Coordinación Operativa de Supervisión.	Oficio
27	Coordinador/a de Costos y Proyectos	Programa enviar representante a la SFA para el evento de la licitación: junta de aclaraciones y visita al sitio de los trabajos	Oficio
28	Jefe/a del Departamento de Construcción	Envía resultado de la licitación mediante oficio a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Oficio Acta de fallo Bases de licitación Documentación relacionada con la licitación
29	Dirección de Operación de Obras, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe resultado de la licitación y regresa junto con documentación adjunta (anexos) al/la Jefe/a del Departamento de Construcción para continúa con el trámite.	Oficio Acta de fallo Bases de licitación Documentación relacionada con la licitación Anexos: Suficiencia presupuestal Acta constitutiva del licitante Identificación oficial o poder R.F.C. Presupuesto Programas
30		Recibe de la DOOBSGPG el resultado de la licitación y documentación adjunta (anexos) y notifica a la Coordinación de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia.	Oficio Acta de fallo Bases de licitación Documentación relacionada con la

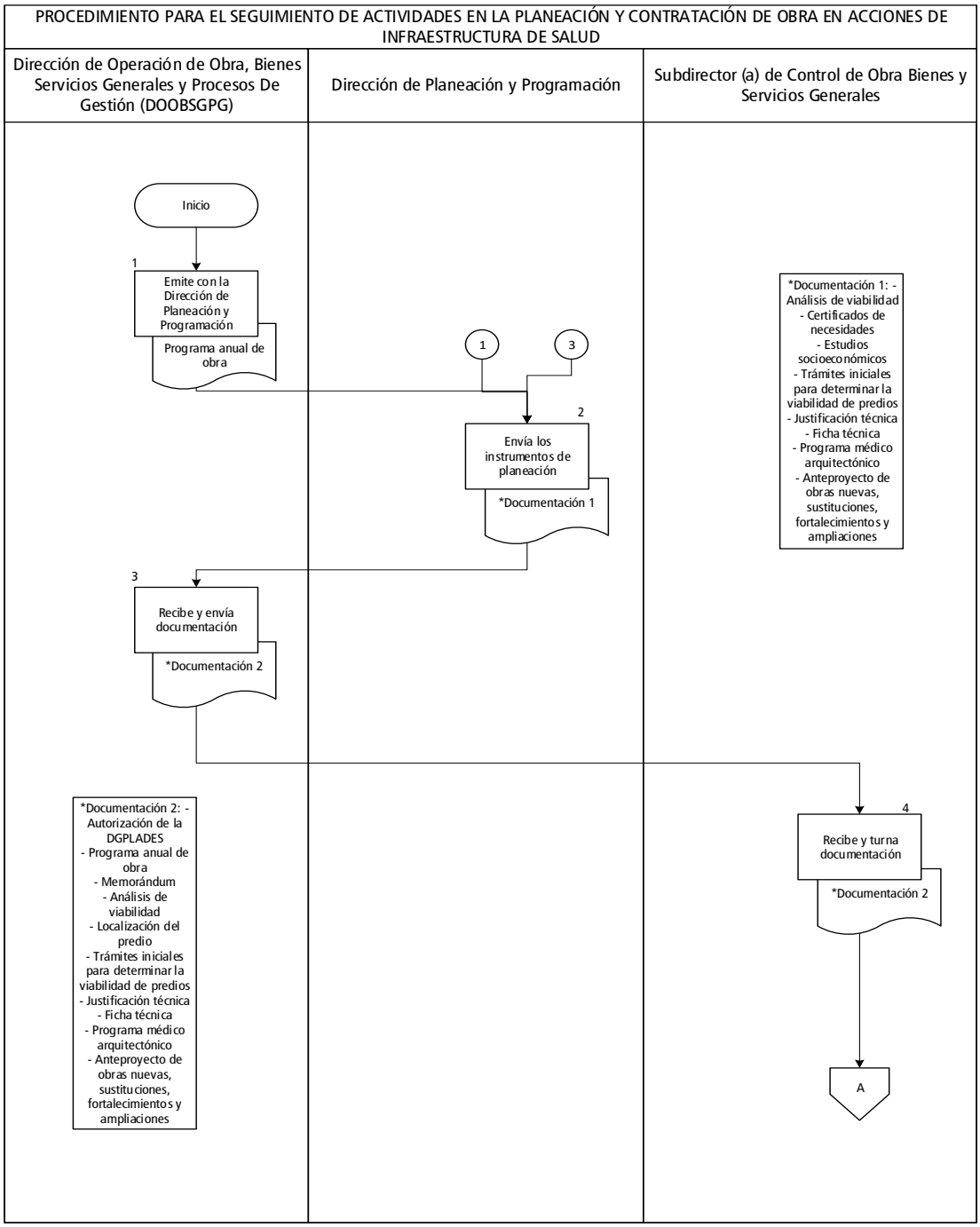
			licitación Anexos: Suficiencia presupuestal Acta constitutiva del licitante Identificación oficial o poder R.F.C. Presupuesto Programas
31		Envía copia de toda la información generada a la Coordinación de Administración y Control de Obra para integrar el expediente unitario de obra y archivarlo.	Oficio Acta de fallo Bases de licitación Documentación relacionada con la licitación Anexos: Programas
32	Coordinador/a Operativo/a de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia	Recibe notificación y envía o reenvía al/la Jefe/a del Departamento de Construcción requisitos y formatos para la elaboración por parte del contratista de la fianza de anticipo y de cumplimiento.	Suficiencia presupuestal Fianza de anticipo Fianza de cumplimiento
33	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe y envía formatos e información mediante oficio al contratista para la elaboración de las garantías.	Oficio Garantías: • Fianza de anticipo • Fianza de cumplimiento
34		Recibe las fianzas emitidas por el contratista y las envía junto con la documentación al área administrativa de la Dirección de Asuntos Jurídicos	Acta de fallo Garantías Bases de licitación

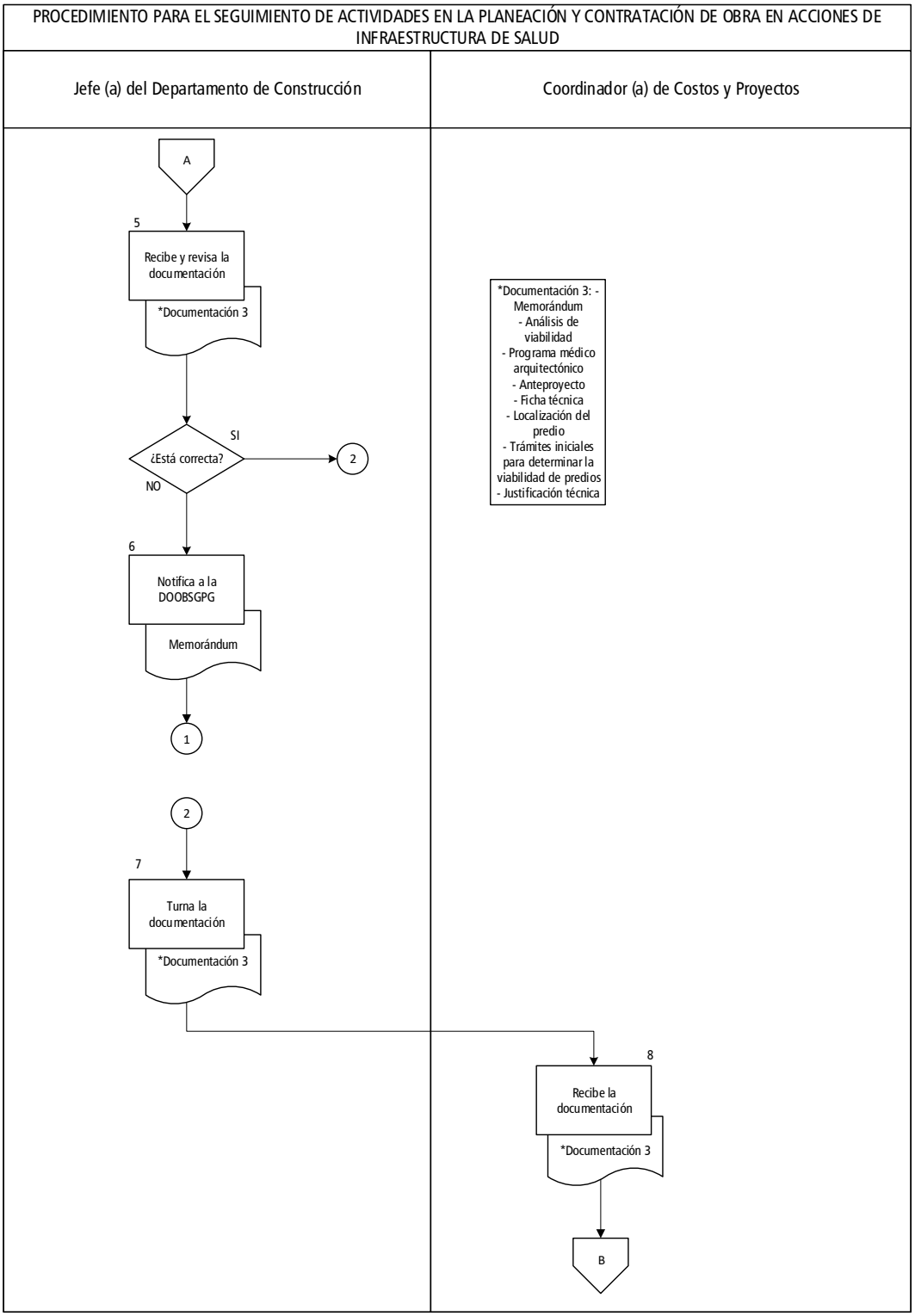
		para su revisión y validación y al área jurídica del Departamento de Construcción para la elaboración del proyecto del contrato.	Documentación relacionada con la licitación Anexos:
35	Responsable del Área Jurídica del Departamento de Construcción	Recibe documentación.	Acta de fallo Bases de licitación Documentación relacionada con la licitación Anexos: Garantías
36		Elabora y envía el proyecto de contrato de obra pública y documentación al área administrativa de la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Proyecto de contrato de obra
37	Área Administrativa de la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Recibe y revisa la documentación si están correctamente elaboradas las fianzas. ¿Están correctas? Si: pasa al paso 37. No: Regresa a la actividad 31.	Acta de fallo Bases de licitación Documentación relacionada con la licitación Anexos: Garantías Proyecto de contrato de obra
38		Revisa contrato, valida, o corrige según el caso y remite a la jefatura del Departamento de Construcción.	Contrato
39	Jefe/a del Departamento de Construcción	Remite la documentación al área jurídica del Departamento de Construcción para que corrija en caso de ser necesario y recabe firmas.	Contrato Suficiencia presupuestal Documentación legal
40	Responsable del Área Jurídica del Departamento de	Recaba firmas del contrato y envía documentación a la jefatura del Departamento de Construcción.	Contrato Suficiencia presupuestal

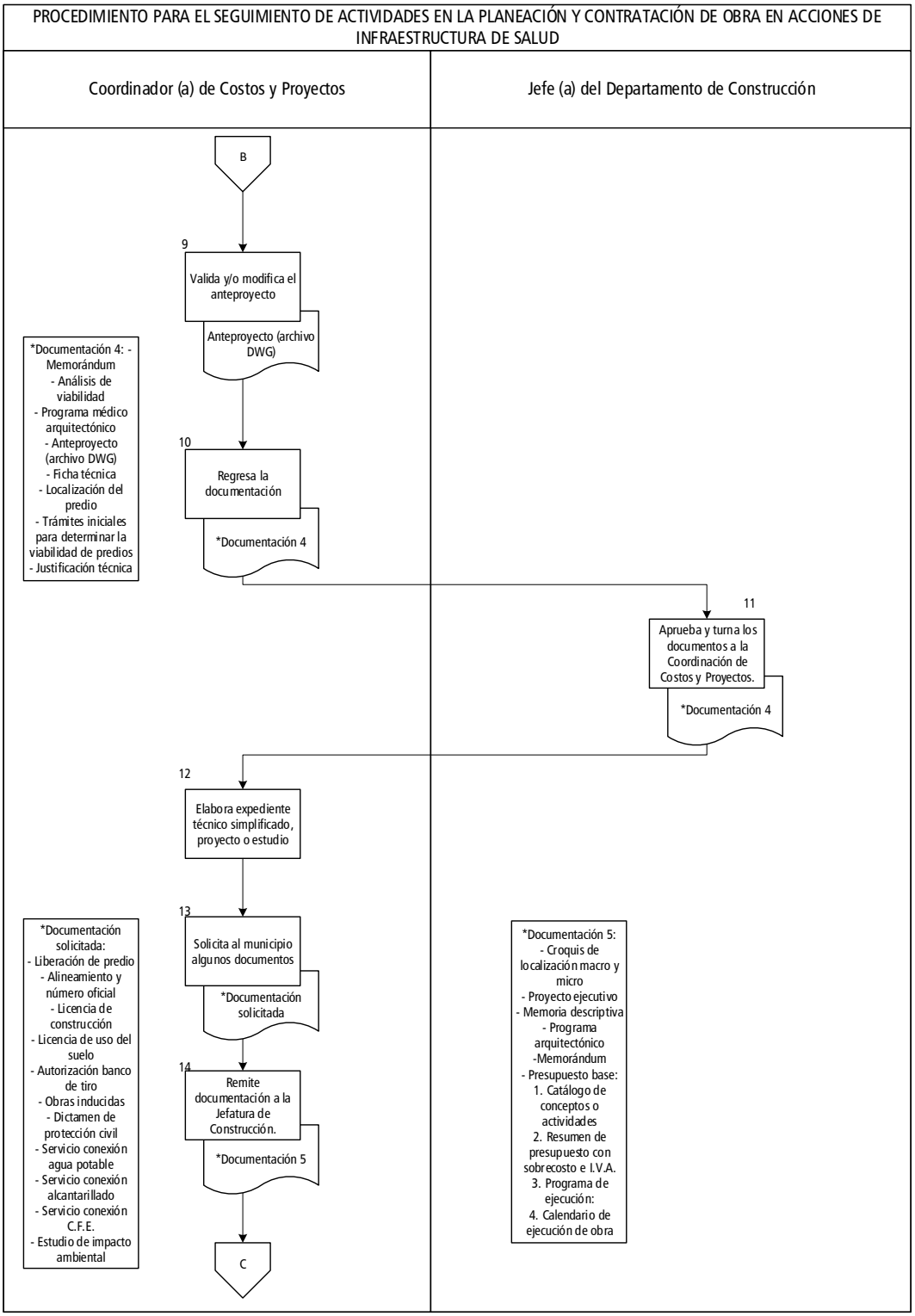
	Construcción		Documentación legal
41	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe y expide documentos a la Dirección de Asuntos Jurídicos para su registro.	Contrato Suficiencia presupuestal Documentación legal
42	Dirección de Asuntos Jurídico Administrativos	Analiza, aprueba, registra el contrato y lo remite a la DOOBSGPG.	Contrato Suficiencia presupuestal Documentación legal
43	Director/a de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe contrato del Departamento Jurídico, y lo turna a la Subdirección de Control y Gestión de Obra Bienes y Servicios Generales.	Contrato Suficiencia presupuestal Documentación legal
44	SubDirector/a de Control y Gestión de Obra Bienes y Servicios Generales.	Recibe y envía el contrato y la documentación aprobada referente al procedimiento de licitación al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Contrato Suficiencia presupuestal Documentación legal
45	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe contrato y documentación y turna al/la Coordinador/a Operativo/a de Obra Pública, y a la Coordinación de Administración y Control de Obra, sumando a la presente documentación el proyecto y la documentación de propiedad.	Contrato Suficiencia presupuestal Documentación legal Proyecto ejecutivo Documentos de propiedad
46		Remite copia del contrato con sus anexos, validado y registrado a la Coordinación de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia para su publicación en	Contrato Anexos

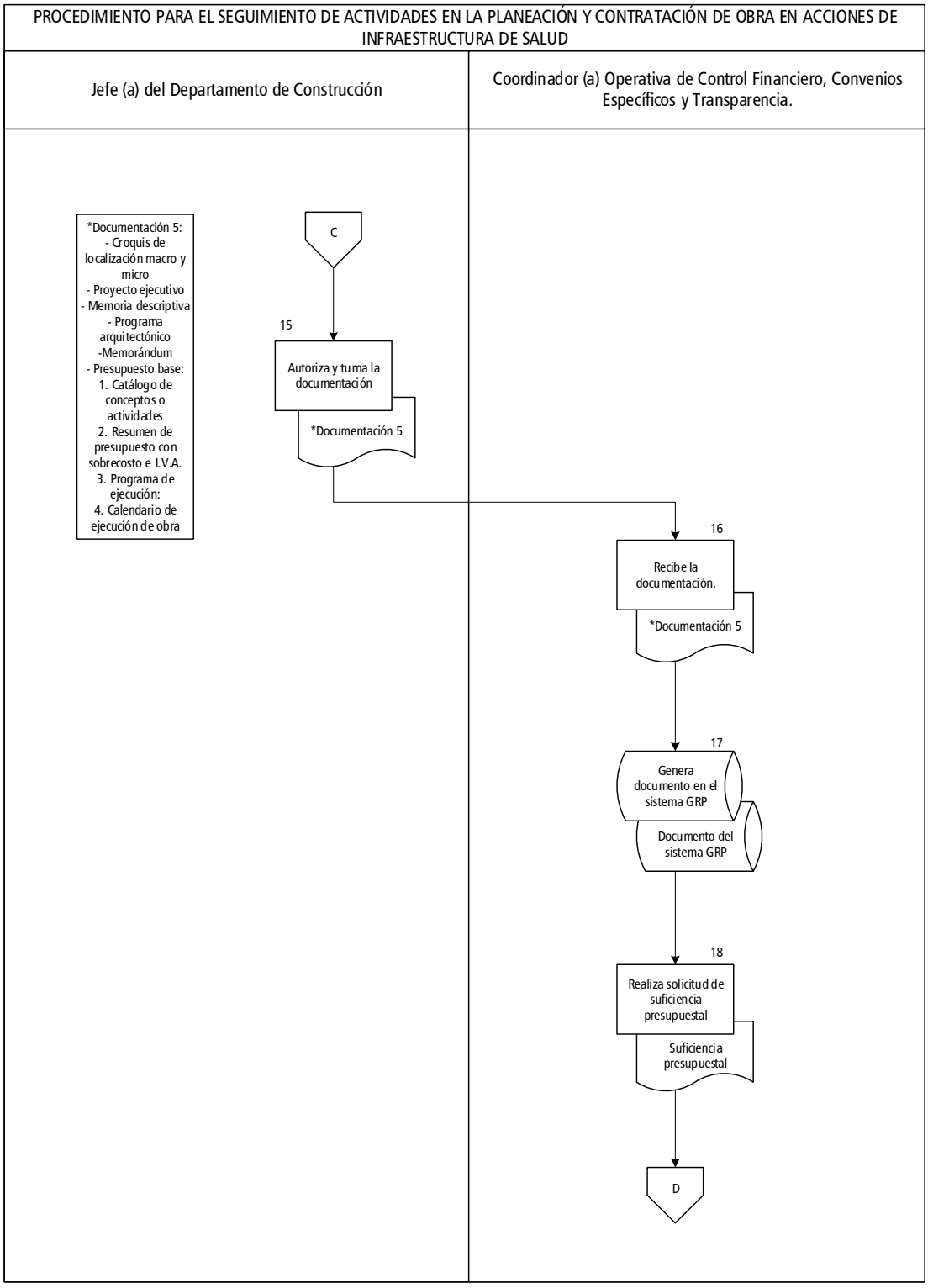
		los portales de transparencia, plataformas nacional y estatal y a la Coordinación de Administración y Control de Obra para integrar expediente unitario de obra.	
47	Coordinación de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia	Recibe el contrato con sus anexos, validado y registrado, y lo envía al sistema del portal de transparencia.	Contrato Anexos
48	Coordinador/a de Administración y Control Obra.	Recibe contrato con sus anexos lo archiva en el expediente unitario de obra.	Contrato Anexos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD.

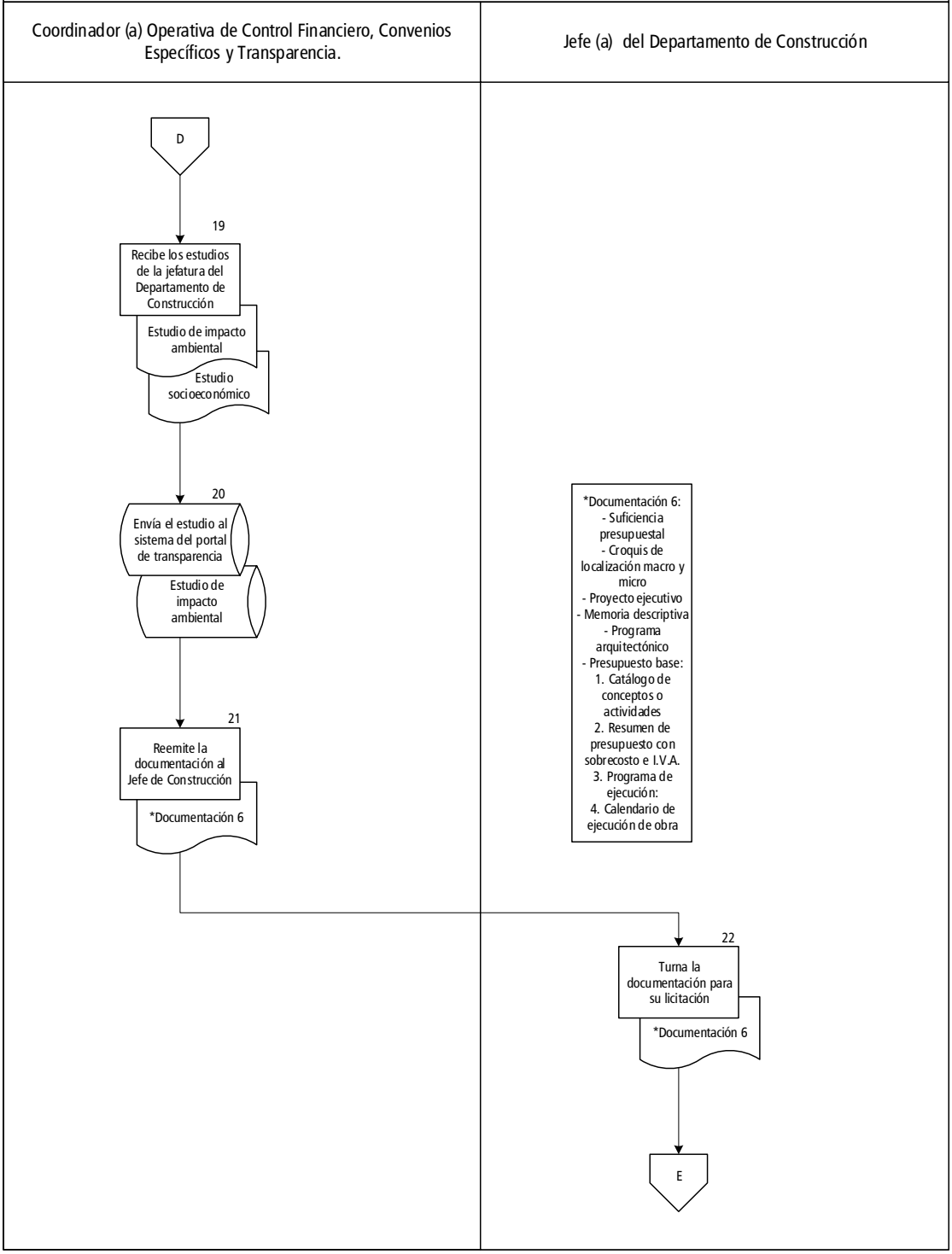



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Jefe (a) del Departamento de Construcción
Coordinador (a) de Costos y Proyectos
A
5
Recibe y revisa la documentación
*Documentación 3
¿Está correcta?
SI
2
NO
6
Notifica a la DOOBSGPG
Memorándum
1
2
7
Turna la documentación
*Documentación 3
*Documentación 3: - Memorándum - Análisis de viabilidad - Programa médico arquitectónico - Anteproyecto - Ficha técnica - Localización del predio - Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios - Justificación técnica
8
Recibe la documentación
*Documentación 3
B

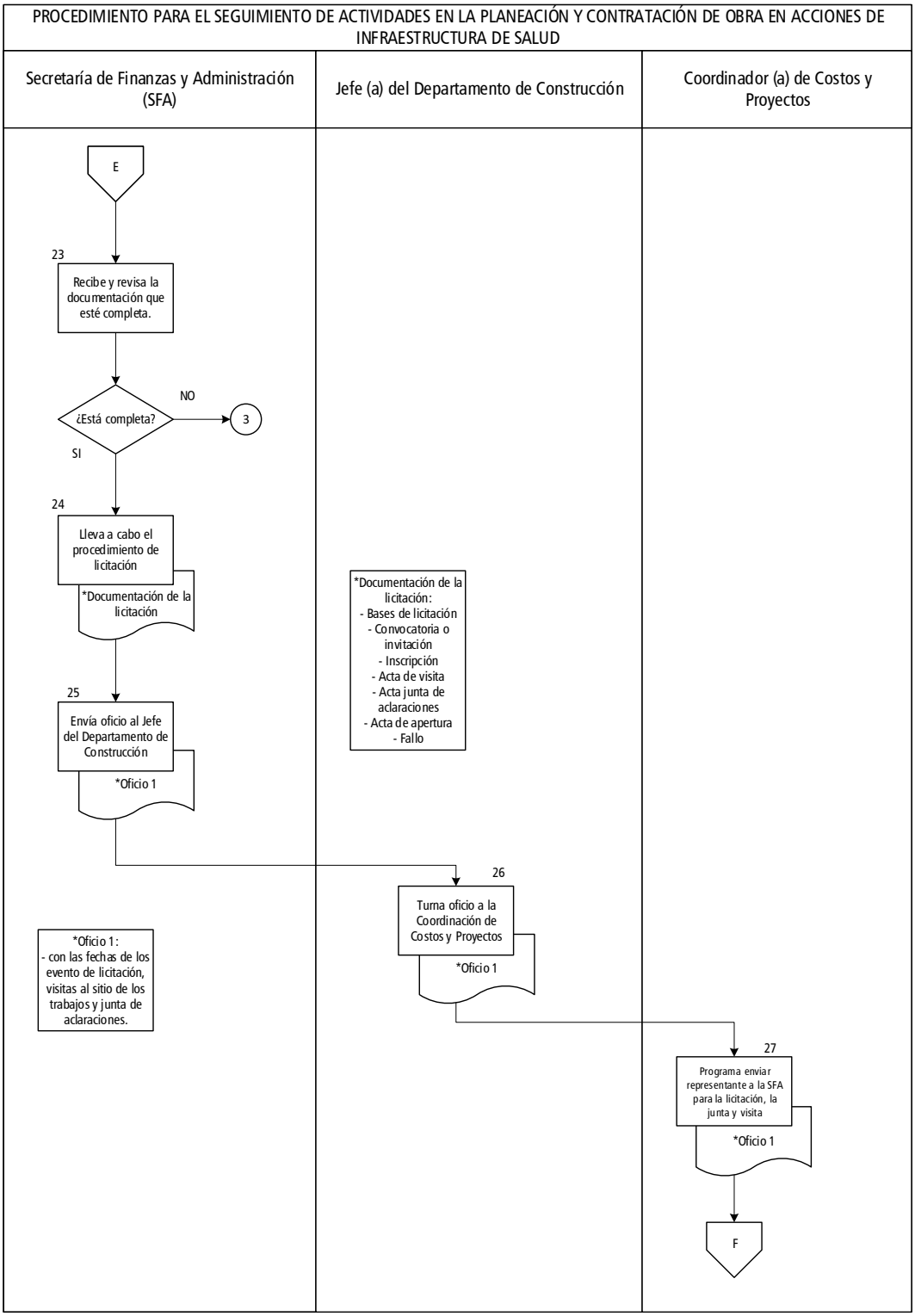

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Coordinador (a) de Costos y Proyectos
Jefe (a) del Departamento de Construcción
B
9
Valida y/o modifica el anteproyecto
Anteproyecto (archivo DWG)
*Documentación 4: - Memorándum - Análisis de viabilidad - Programa médico arquitectónico - Anteproyecto (archivo DWG) - Ficha técnica - Localización del predio - Trámites iniciales para determinar la viabilidad de predios - Justificación técnica
10
Regresa la documentación
*Documentación 4
11
Aprueba y turna los documentos a la Coordinación de Costos y Proyectos.
*Documentación 4
12
Elabora expediente técnico simplificado, proyecto o estudio
13
Solicita al municipio algunos documentos
*Documentación solicitada
*Documentación solicitada: - Liberación de predio - Alineamiento y número oficial - Licencia de construcción - Licencia de uso del suelo - Autorización banco de tiro - Obras inducidas - Dictamen de protección civil - Servicio conexión agua potable - Servicio conexión alcantarillado - Servicio conexión C.F.E. - Estudio de impacto ambiental
14
Remite documentación a la Jefatura de Construcción.
*Documentación 5
*Documentación 5: - Croquis de localización macro y micro - Proyecto ejecutivo - Memoria descriptiva - Programa arquitectónico -Memorándum - Presupuesto base: 1. Catálogo de conceptos o actividades 2. Resumen de presupuesto con sobrecosto e I.V.A. 3. Programa de ejecución: 4. Calendario de ejecución de obra
C

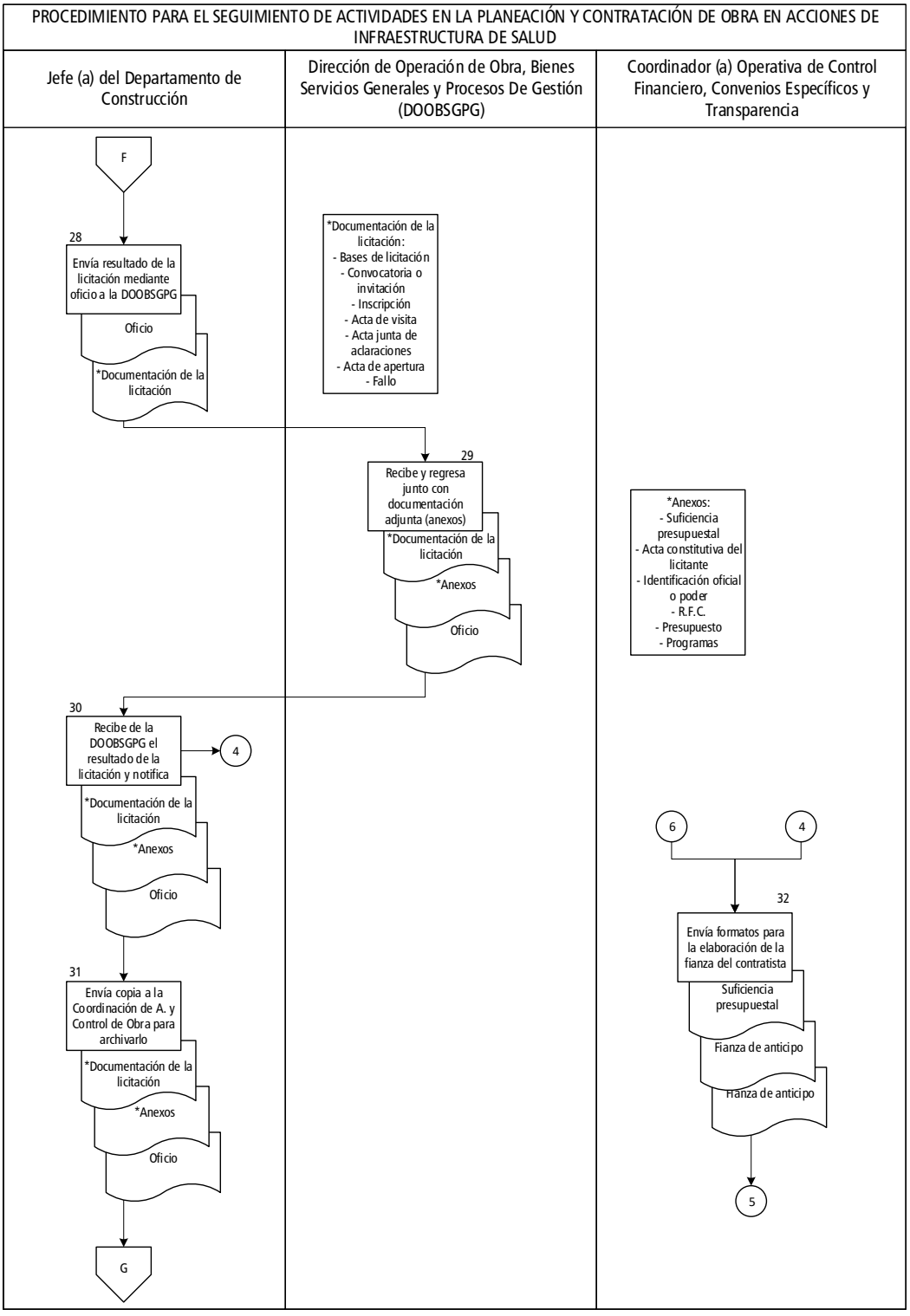

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Jefe (a) del Departamento de Construcción
Coordinador (a) Operativa de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia.
*Documentación 5:
- Croquis de localización macro y micro
- Proyecto ejecutivo
- Memoria descriptiva
- Programa arquitectónico
-Memorándum
- Presupuesto base:
1. Catálogo de conceptos o actividades
2. Resumen de presupuesto con sobrecosto e I.V.A.
3. Programa de ejecución:
4. Calendario de ejecución de obra
C
15
Autoriza y turna la documentación
*Documentación 5
16
Recibe la documentación.
*Documentación 5
17
Genera documento en el sistema GRP
Documento del sistema GRP
18
Realiza solicitud de suficiencia presupuestal
Suficiencia presupuestal
D

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD

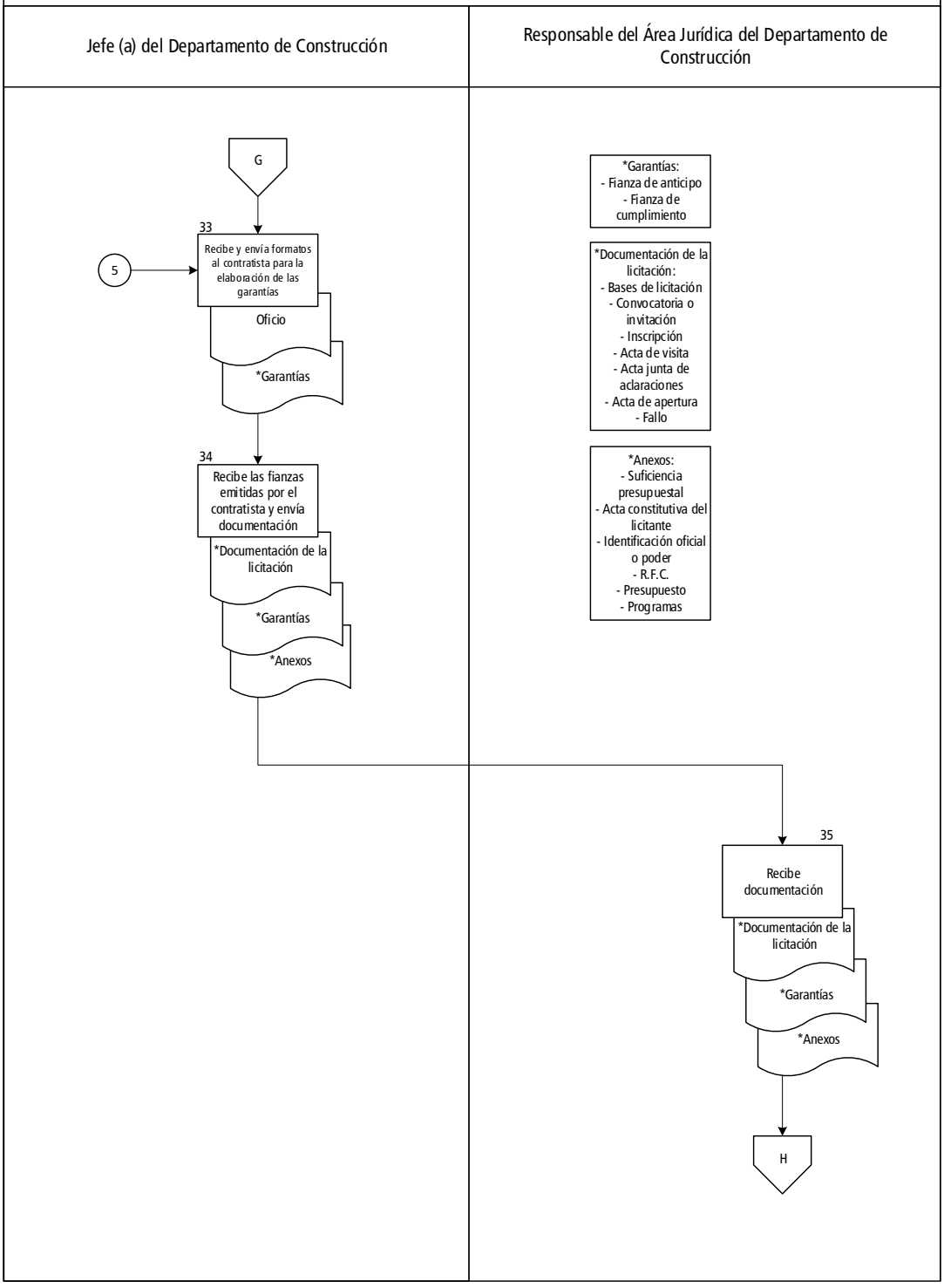


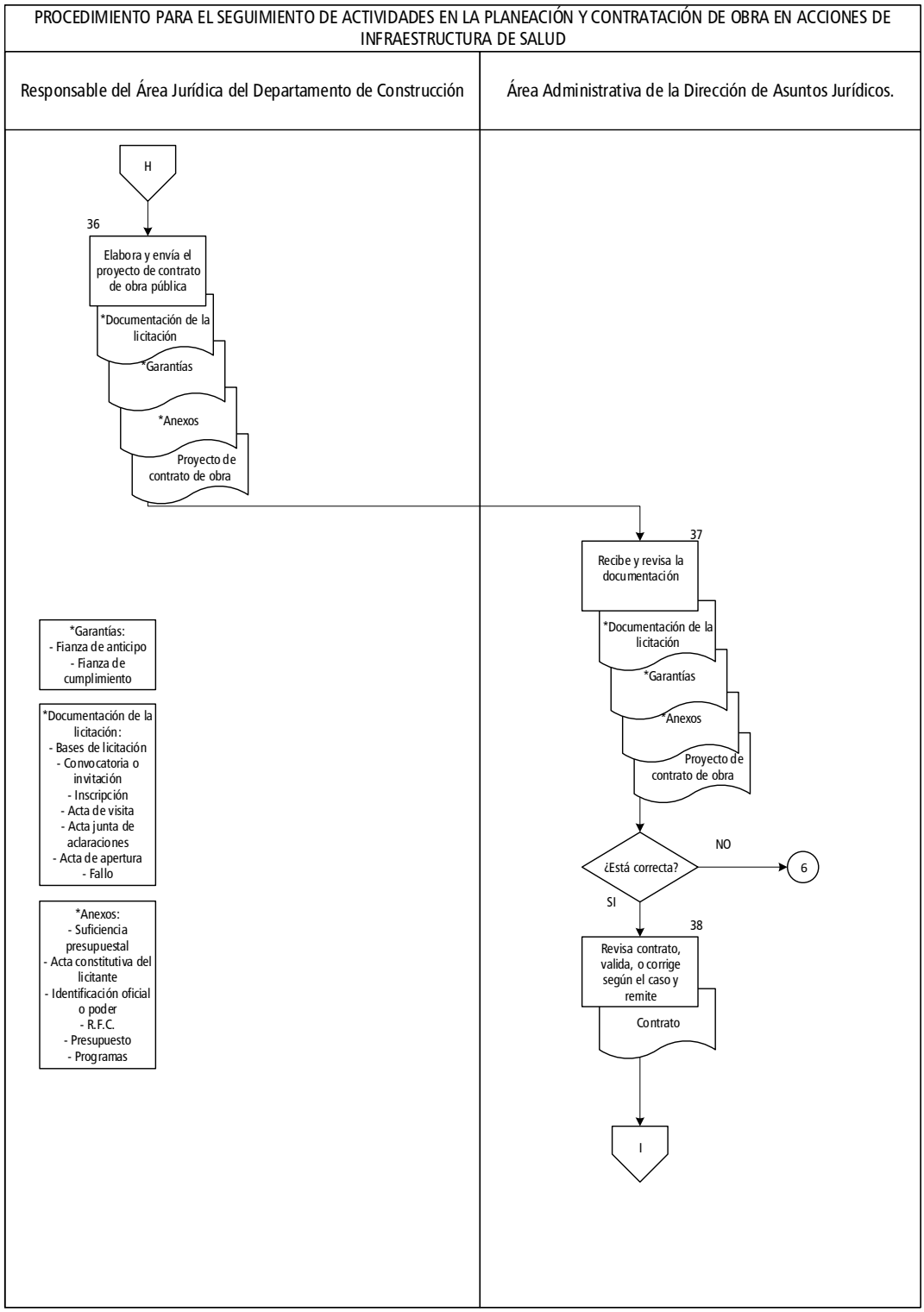
PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD

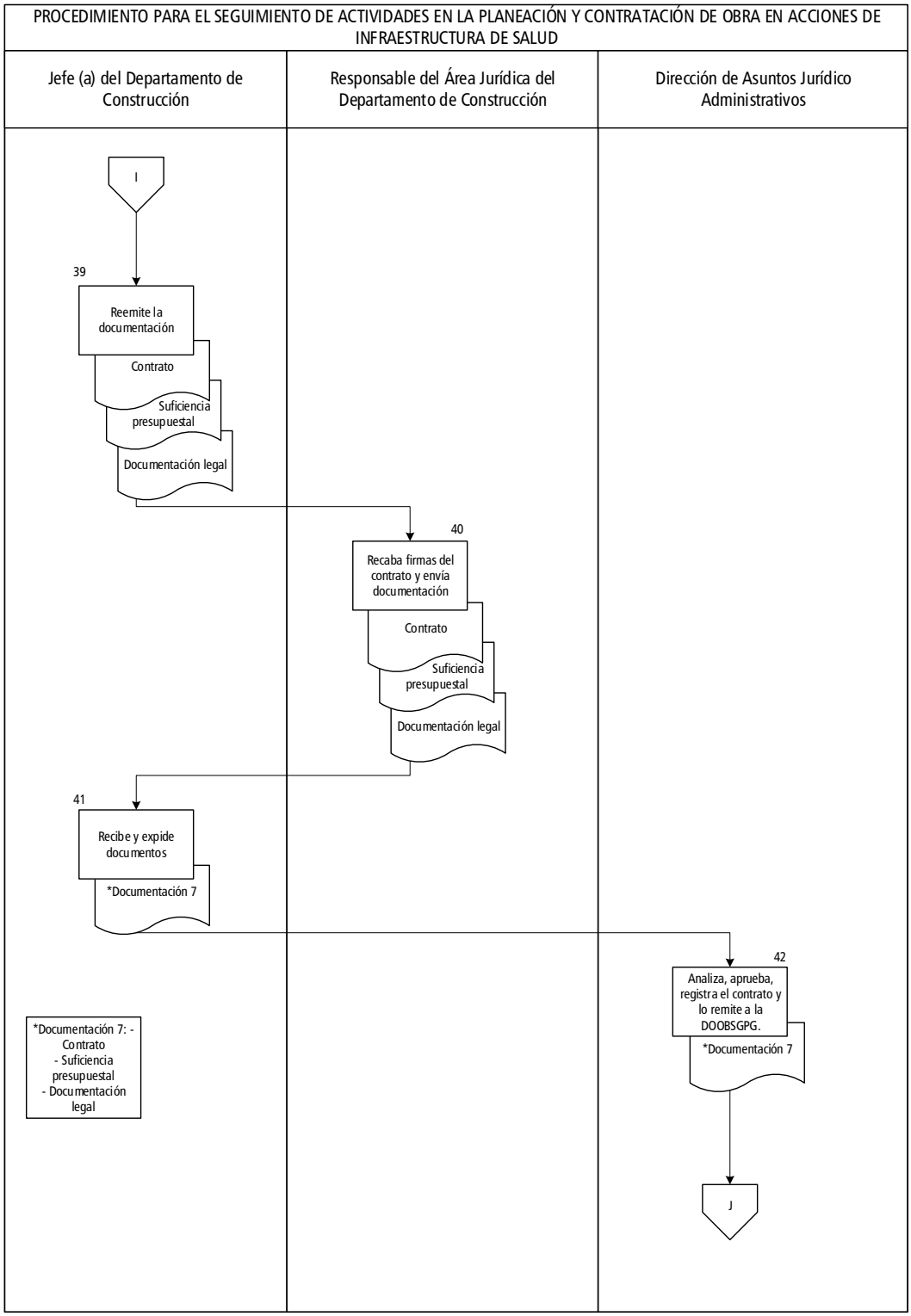


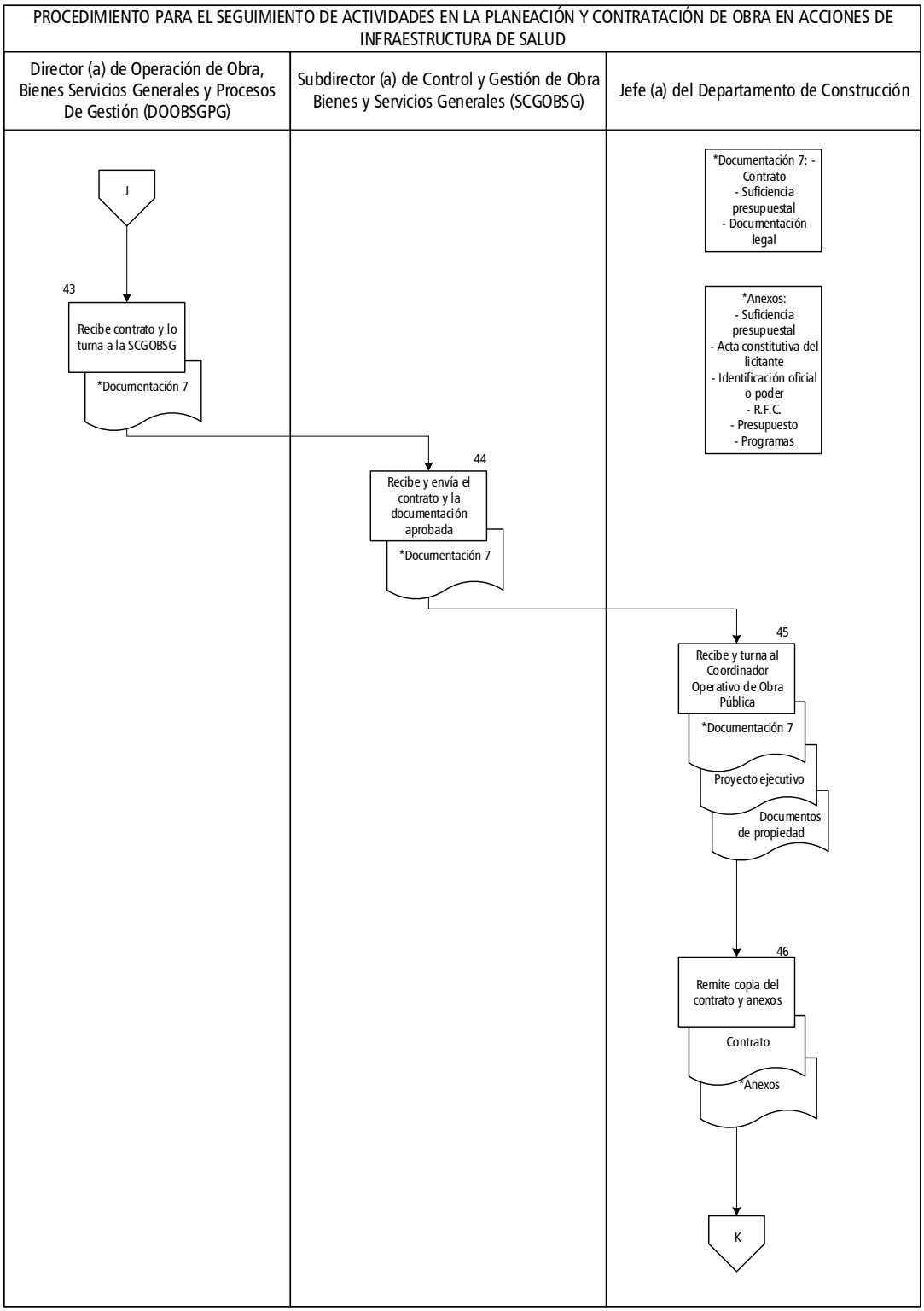

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Jefe (a) del Departamento de Construcción
Dirección de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos De Gestión (DOOBSGPG)
Coordinador (a) Operativa de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia
F
28
Envía resultado de la licitación mediante oficio a la DOOBSGPG
Oficio
*Documentación de la licitación
*Documentación de la licitación:
- Bases de licitación
- Convocatoria o invitación
- Inscripción
- Acta de visita
- Acta junta de aclaraciones
- Acta de apertura
- Fallo
29
Recibe y regresa junto con documentación adjunta (anexos)
*Documentación de la licitación
*Anexos
Oficio
*Anexos:
- Suficiencia presupuestal
- Acta constitutiva del licitante
- Identificación oficial o poder
- R.F.C.
- Presupuesto
- Programas
30
Recibe de la DOOBSGPG el resultado de la licitación y notifica
4
*Documentación de la licitación
*Anexos
Oficio
31
Envía copia a la Coordinación de A. y Control de Obra para archivarlo
*Documentación de la licitación
*Anexos
Oficio
G
6
4
32
Envía formatos para la elaboración de la fianza del contratista
Suficiencia presupuestal
Fianza de anticipo
Fianza de anticipo
5

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD



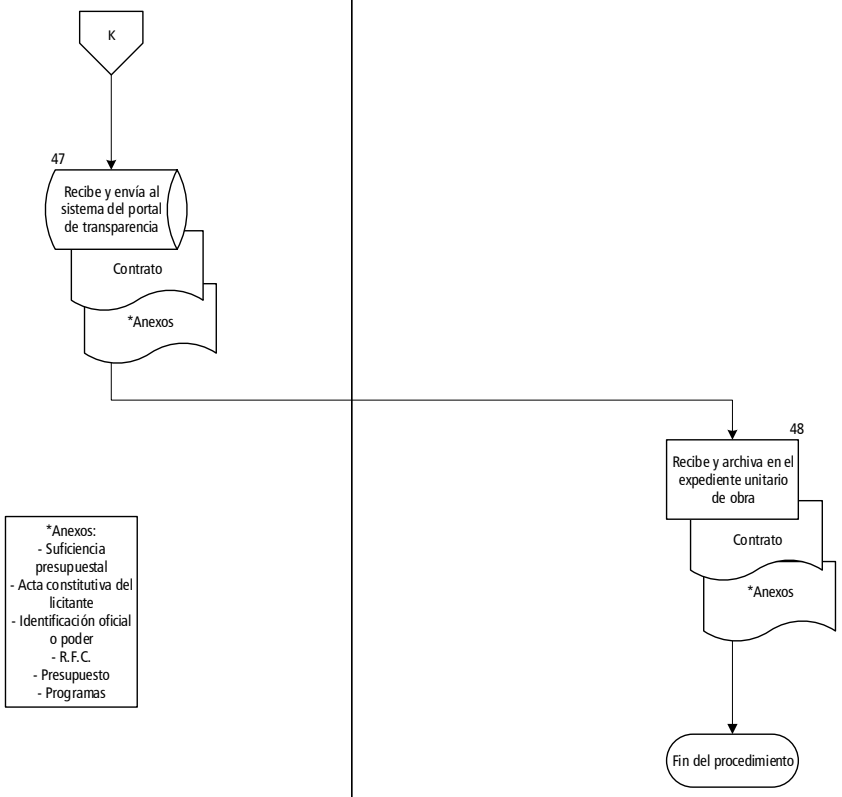

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Responsable del Área Jurídica del Departamento de Construcción
Área Administrativa de la Dirección de Asuntos Jurídicos.
H
36
Elabora y envía el proyecto de contrato de obra pública
*Documentación de la licitación
*Garantías
*Anexos
Proyecto de contrato de obra
*Garantías:
- Fianza de anticipo
- Fianza de cumplimiento
*Documentación de la licitación:
- Bases de licitación
- Convocatoria o invitación
- Inscripción
- Acta de visita
- Acta junta de aclaraciones
- Acta de apertura
- Fallo
*Anexos:
- Suficiencia presupuestal
- Acta constitutiva del licitante
- Identificación oficial o poder
- R.F.C.
- Presupuesto
- Programas
37
Recibe y revisa la documentación
*Documentación de la licitación
*Garantías
*Anexos
Proyecto de contrato de obra
¿Está correcta?
NO
6
SI
38
Revisa contrato, valida, o corrige según el caso y remite
Contrato
I


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Jefe (a) del Departamento de Construcción
Responsable del Área Jurídica del Departamento de Construcción
Dirección de Asuntos Jurídico Administrativos
I
39
Reemite la documentación
Contrato
Suficiencia presupuestal
Documentación legal
40
Recaba firmas del contrato y envía documentación
Contrato
Suficiencia presupuestal
Documentación legal
41
Recibe y expide documentos
*Documentación 7
42
Analiza, aprueba, registra el contrato y lo remite a la DOOBSGPG.
*Documentación 7
J
*Documentación 7: - Contrato - Suficiencia presupuestal - Documentación legal


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
Director (a) de Operación de Obra, Bienes Servicios Generales y Procesos De Gestión (DOOBSGPG)
Subdirector (a) de Control y Gestión de Obra Bienes y Servicios Generales (SCGOBSG)
Jefe (a) del Departamento de Construcción
J
43
Recibe contrato y lo turna a la SCGOBSG
*Documentación 7
*Documentación 7: - Contrato - Suficiencia presupuestal - Documentación legal
*Anexos: - Suficiencia presupuestal - Acta constitutiva del licitante - Identificación oficial o poder - R.F.C. - Presupuesto - Programas
44
Recibe y envía el contrato y la documentación aprobada
*Documentación 7
45
Recibe y turna al Coordinador Operativo de Obra Pública
*Documentación 7
Proyecto ejecutivo
Documentos de propiedad
46
Remite copia del contrato y anexos
Contrato
*Anexos
K

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PLANEACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD

Coordinación de Control Financiero, Convenios Específicos y Transparencia	Coordinador (a) de Administración y Control Obra.



7.18.2. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Luis Carlos Bermejo Díaz **Coordinador de Residencia de Obra** **LCBD (DC)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albicker** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA (SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML (DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Optimizar el proceso secuencial de la ejecución de obras autorizadas y contratadas por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, desde su inicio hasta su término, cumpliendo con la normativa vigente y aplicable de cada uno de sus procesos. Así como también ejecutar las acciones necesarias y suficientes que permitan que la infraestructura disponible para la atención de la salud, actividades administrativas y de apoyo a la salud se encuentren en condiciones óptimas de funcionamiento de todas las Unidades Hospitalarias Integrales o Comunitarias y Centros de Salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
2. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla.
3. Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las Mismas.
4. Reglamento de la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionadas con la Misma para el Estado de Puebla.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Cada instancia participante de las áreas relacionadas en todo el proceso deberá revisar los documentos que integran el mismo, así mismo será corresponsable de la información que tramite, y de los documentos que genere.
2. Los dictámenes iniciales, los Estudios, Proyectos y documentos de validación de Obra Pública, en materia de Obras Nuevas, Sustituciones, Ampliaciones y Fortalecimiento, son responsabilidad de la Dirección de Planeación y Programación.
3. Así como la búsqueda y tramitación inicial para la obtención de propiedad a nombre de los Servicios de Salud del Estado de Puebla con las autoridades municipales son responsabilidad de la Dirección de Planeación y Programación.
4. La elaboración del Proyecto, su cuantificación, presupuesto base, y sus programas, documentos necesarios para llevar a cabo el proceso de licitación corresponden al Departamento de Construcción a través de la Coordinación de Costos.
5. La revisión y aprobación de los documentos emitidos por el Departamento de Construcción, corresponden a la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales, que a su vez es turnado a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
6. El proceso de Adjudicación y los documentos que del

	mismo emanan, son responsabilidad de la Secretaría de Finanzas y Administración. 7. Una vez finalizado el Proceso de Licitación, las Actas y toda la documentación relacionada al proceso es remitido al Departamento de Construcción donde la Coordinación de Residencia de Obra y la de Control Financiero y Administrativo deberán llevar a cabo la ejecución y los trámites para pago del mismo, hasta su total terminación y cierre administrativo, así como proporcionar la información que sea requerida a los distintos órganos de fiscalización y control.
Responsables	Departamento de Construcción, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a las acciones de Infraestructura (Obras Nuevas, Mantenimientos, Ampliaciones, Rehabilitaciones y en su caso Conservaciones) asignadas mediante un contrato.
Recursos	Proyecto, Nombramiento, Disposición del Inmueble, Oficio, Proyecto de la obra, Bitácora de Obra, Presupuesto, Programas, Planos de Ubicación, Minutas, Acta Suspensión Temporal, Acta Suspensión Definitiva, Dictamen Técnico, Informe Justificativo, Justificación Técnica, Notificaciones, Resoluciones, Actas, Informes de Avance, Reportes Fotográficos, Estimaciones, Proyecto de Factura, Verificación S.A.T., Estado de Cuentas, Suficiencia Presupuestal, Informes de Supervisión.
Glosario	Acciones de infraestructura: Se refiere a los trabajos para la construcción de Obras Nuevas, Mantenimientos, Ampliaciones, Rehabilitaciones y en su caso Conservaciones de espacios físicos destinados al servicio médico, administrativo y de apoyo a la salud. Acta entrega recepción: Documento técnico administrativo utilizado para verificar el término de una obra conforme a las especificaciones establecidas y a entera satisfacción de las partes que en ella intervienen. Acciones de Conservación: Se refiere a los trabajos desarrollados por el nivel estatal para la conservación de los espacios físicos destinados al servicio médico,

administrativo y de apoyo a la salud.

Contratista: Es la persona física o moral a quien los Servicios de Salud del Estado de Puebla encomienda la construcción de una obra mediante la celebración de un contrato. Los factores dependientes y representantes legales del contratista actúan en nombre y por cuenta de éste.

Contrato de obra: Acto bilateral mediante el cual se crean y precisan los derechos y obligaciones que recíprocamente adquieren los Servicios de Salud del Estado de Puebla y el contratista respecto a la ejecución de la obra que el primero encomienda al segundo, de acuerdo con el proyecto y especificaciones generales de construcción y las complementarias, si las hubiere y conforme al programa de obras de inversión y suministro de materiales y quipo aprobado por el Secretaría.

Especificaciones complementarias: Disposiciones, requisitos, condiciones e instrucciones que los Servicios de Salud del Estado de Puebla fija al Contratista para la ejecución de un determinado concepto de trabajo, en adición a lo contenido en estas Normas y Especificaciones Generales de Construcción y/o las especificaciones propias del proyecto.

Estimación: Documento técnico que especifica las acciones, volúmenes ejecutados en obra y montos a cobrar por un particular.

Expediente Unitario de Obra Pública: Documento administrativo el cual contiene toda la documentación comprobatoria de los diferentes procesos de la obra, considerando la planeación, Programación, autorización de recursos, de la adjudicación, de la contratación, ejecución, término y cierre administrativo de cada obra o contrato celebrado con los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Expediente unitario de acciones de conservación: Documento administrativo que integra la documentación comprobatoria de la asignación, ejecución y ejercicio de los recursos autorizados por cada acción de conservación o contrato celebrado.

Finiquito (Estimación Finiquito): Documento técnico que especifica las acciones, volúmenes y montos a cobrar por un particular con el objetivo de dar termino a las

obligaciones y derechos asumidos por las partes en un contrato de obra pública.
Prefiniquito: Documento técnico para revisión y aprobación que especifica las acciones, volúmenes y montos a cobrar por un particular con el objetivo de dar termino a las obligaciones y derechos asumidos por las partes en un contrato de obra pública.
Libro de bitácora: Documento legal de comunicación convencional entre las partes del contrato adicional a éste, donde se asientan las acciones relevantes, órdenes o modificaciones durante el proceso de ejecución de la obra hasta su terminación total por personas autorizadas.
Obra: Conjunto de operaciones que se efectúan en la construcción o reparación de una edificación de acuerdo a un proyecto.
Pago: Cumplimiento de las obligaciones económicas contraídas por los Servicios de Salud del Estado de Puebla a favor del Contratista.
Proyecto: Ingeniería desarrollada e integrada por planos de construcción, memorias de cálculo y descriptivas, especificaciones generales y particulares, catálogo de conceptos, presupuesto, programas de ejecución de obra, de suministro de materiales y de utilización de maquinaria y equipo.
SSA: Secretaría de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a Operativo/a de Residencia de Obra Pública	Recibe el proyecto de obra del/la Jefe/a del Departamento de Construcción referente al contrato de obra que se trate.	Proyecto

2		Elabora nombramiento del residente de obra, y lo remite para su autorización al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Nombramiento
3	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe y revisa el nombramiento del residente. ¿Es correcto? Si: Continúa en la actividad 4. No: Regresa a la actividad 2.	Nombramiento
4		Autoriza nombramiento y lo regresa al Coordinador Operativo de Obra.	Nombramiento
5		Establece mediante oficio comunicación con el contratista para entregar: ▪ El proyecto de la obra aprobado. ▪ Oficio disposición del inmueble. ▪ Oficio solicitar el nombramiento del superintendente de la obra. ▪ Aviso de inicio de obra.	Oficio Proyecto Disposición del Inmueble
6	Contratista	Envía mediante oficio al/la Jefe/a del Departamento de Construcción nombramiento del superintendente y aviso de inicio de obra.	Oficio aviso de inicio de obra Nombramiento
7	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe y revisa el nombramiento del/la superintendente de la obra y aviso de inicio de obra. ¿El nombramiento es correcto? Si: Continúa en la actividad 8. No: Regresa a la actividad 2.	Oficio
8		Lo autoriza y lo remite al/la Coordinador/a Operativo/a de Obra Pública.	Oficio
9	Coordinador/a Operativo/a de Residencia de Obra Pública	Recibe nombramiento firmado y lo entrega al/la Residente de Obra Pública junto con el proyecto de la obra.	Nombramiento Proyecto

10	Residente de Obra Pública	Recibe mediante oficio el nombramiento de la asignación de la obra a supervisar, así como el proyecto de obra.	Nombramiento Proyecto
11		Requisita bitácora de obra y programa visita de obra para verificar el proceso constructivo.	Bitácora de obra Proyecto de la obra Presupuesto Programas Planos de ubicación
12		Verifica con el contratista la recepción del anticipo para inicio de obra. ¿Lo recibió antes de la fecha programada? Si: Continúa en la actividad 14. No: Continúa en la actividad 13.	S/D
13		Notifica a la instancia correspondiente. Fin del procedimiento.	Oficio
14	Residente de Obra Pública y Contratista	Inician la obra. ¿Se desarrolla sin contratiempos? Si: Continúa en la actividad 19. No: Continúa en la actividad 15	Minutas Acta Suspensión Temporal Acta Suspensión Definitiva Dictamen Técnico Informe Justificativo Justificación Técnica Notificaciones Resoluciones Actas Oficios

15		Determina la razón del contratiempo. ¿Es suspensión temporal o definitiva? Si: Continúa en la actividad 16. No: Continúa en la actividad 17.	S/D
16		Notifica a planeación y programación. Fin del procedimiento.	Oficio
17		Determina si son modificaciones al contrato. ¿Son modificaciones? Si: Continúa en la actividad 18. No: Continúa en la actividad 19.	S/D
18		Informa a la Coordinación de Costos. Fin del procedimiento	Oficio
19		Determina si es una cancelación o terminación anticipada por causas imputables al contratista. ¿Lo es? Si Continúa en la actividad 20. No: Continúa en la actividad 21.	S/D
20		Notifica a la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Fin del procedimiento.	Oficio
21	Residente de Obra Pública	Verifica el cumplimiento del proceso constructivo durante visitas físicas al sitio de los trabajos, asienta en la bitácora las instrucciones pertinentes y emite reporte de avance físico, recabando información fotográfica y los entrega al/la Coordinador/a de Residencia de Obra Pública.	Bitácora Informes de avance Reportes fotográficos
22	Coordinador/a Operativo/a de Residencia de Obra Pública	Recibe reportes, informes y evidencia fotográficos y envía reporte de avance físico a la Coordinación de Control Administrativa de Obra para su archivo.	Informes de avance Reportes fotográficos

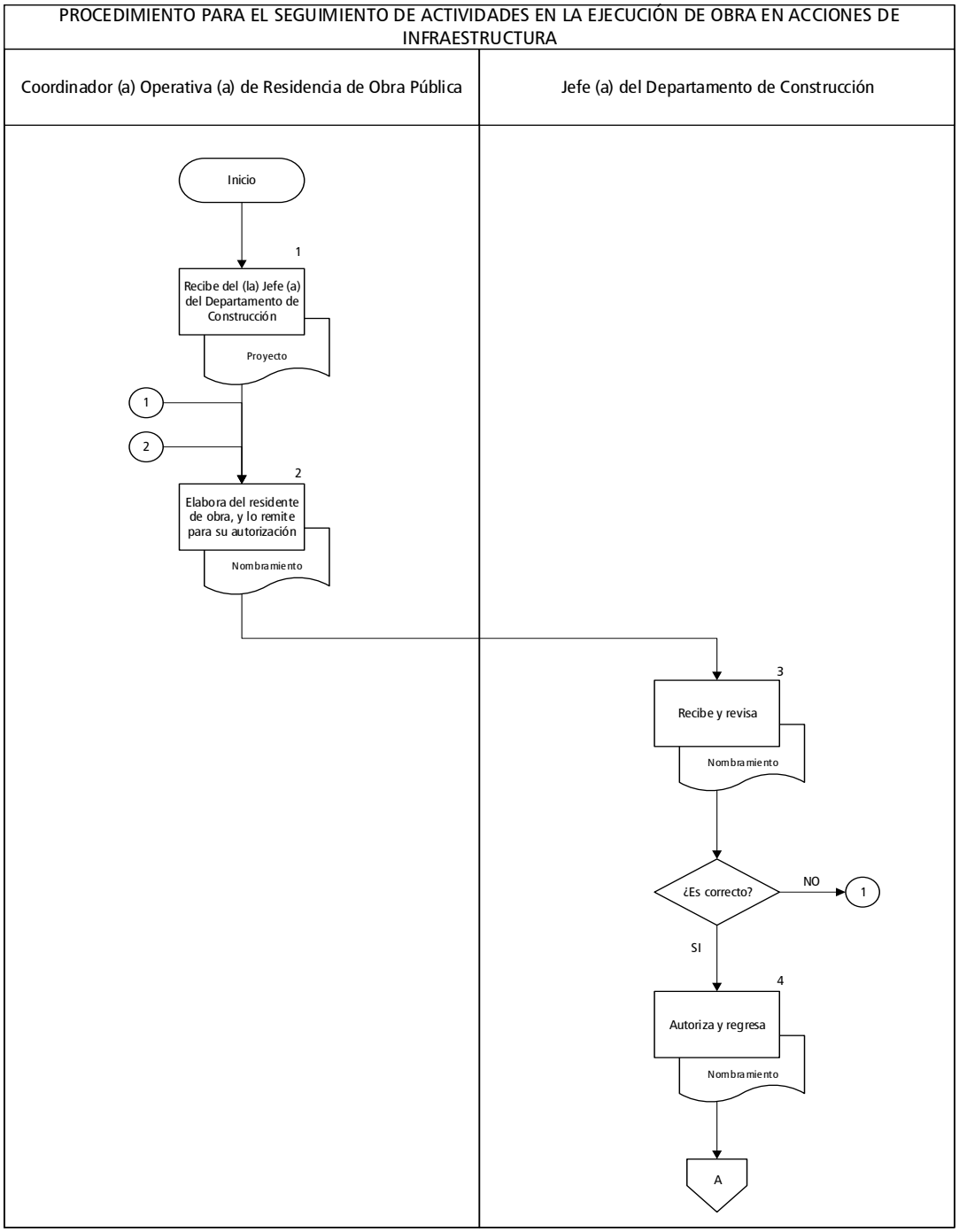
23	Contratista	Elabora de acuerdo al programa de ejecución general de los trabajos y al avance de estos: ▪ Estimaciones de obra. ▪ Estado de cuenta. ▪ Generadores. ▪ Reporte fotográfico de los trabajos ejecutados. ▪ Resumen de partidas. ▪ Proyecto de factura. Turna al/la Residente de Obra Pública para su aprobación.	Estimaciones Documentación soporte
24	Residente de Obra Pública	Recibe del contratista las estimaciones del contrato de obra y la documentación de soporte y revisa que la documentación contenga: ▪ Conceptos a estimar ▪ Montos ▪ Periodos estimados ▪ Avance financiero ▪ Estado de cuentas NOTA: En caso de existir atraso del avance físico de los trabajos, respecto al programa, lleva a cabo el cálculo de la penalización correspondiente, la cual se aplica en el estado de cuenta. ¿Existen inconsistencias de la información revisada (estimaciones y su soporte)? Si: Regresa a la actividad 23 para su corrección. No: Continúa en la actividad 25.	Estimaciones Documentación soporte Proyecto de factura
25		Avala los generadores, firma las estimaciones y las envía al/la Coordinador/a Operativo/a de Residencia de Obra Pública para su validación correspondiente.	Estimaciones Documentación soporte Proyecto de factura
26	Coordinador/a Operativo/a de	Recibe y revisa. ¿Está correctamente integrada la	Estimaciones Documentación

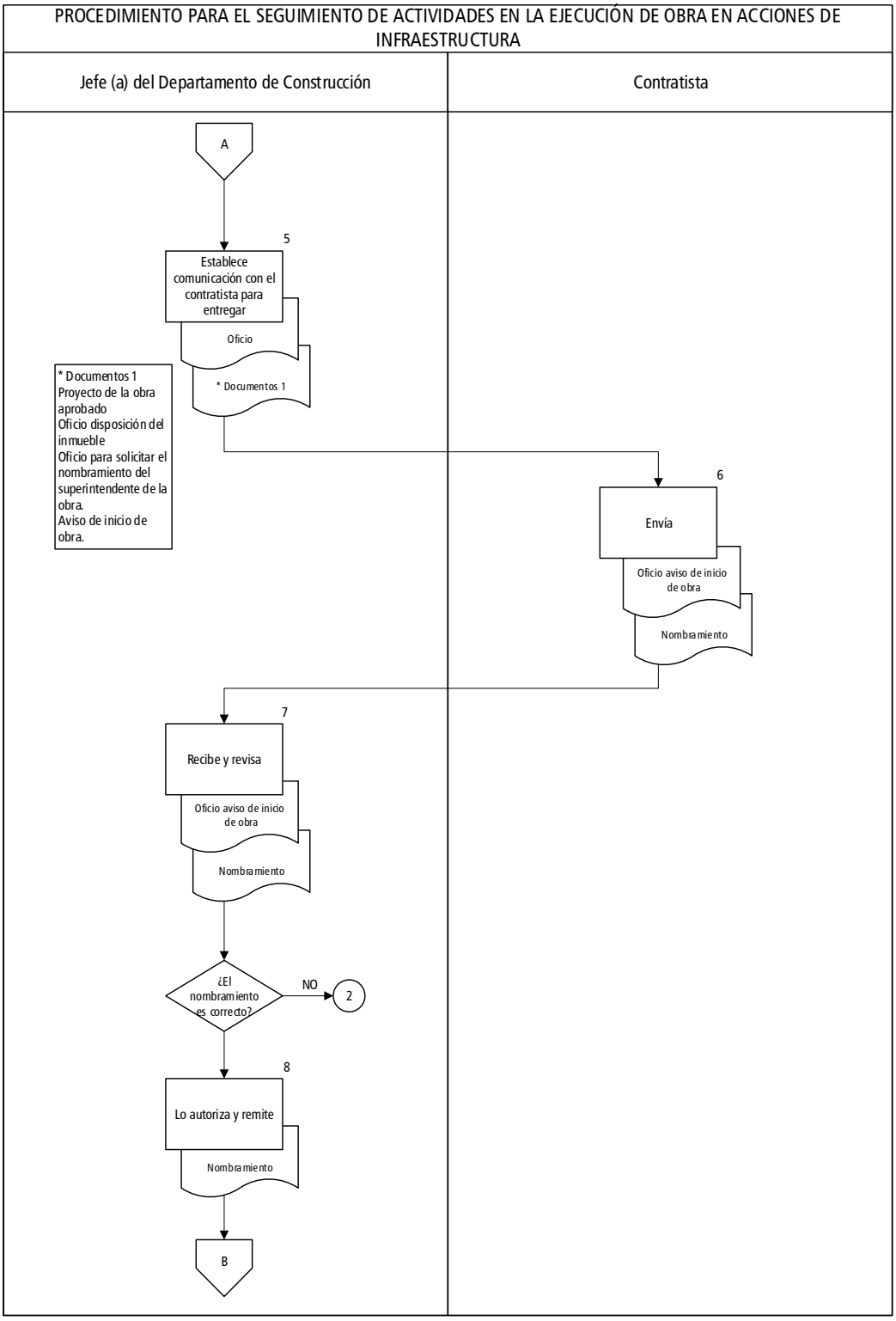
	Residencia de Obra Pública	estimación? Si: Continúa en la actividad 27. No: Regresa a la actividad 24 para su corrección	soporte Proyecto de factura
27		Turna al/la Jefe/a del Departamento de Construcción para su autorización.	Estimaciones Documentación soporte Proyecto de factura
28	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe estimaciones, generadores y reportes de avances de obra y revisa. ¿Están correctamente integrados? Si: Continúa en la actividad 30. No: Continúa en la actividad 29.	Estimaciones Documentación soporte Proyecto de factura
29		Regresa a la Coordinación de Residencia de Obra Pública para que por conducto del/la residente de obra, el contratista corrija la estimación y la documentación de soporte.	Estimaciones Documentación soporte Proyecto de factura
30		Establece comunicación con el contratista para recabar la factura original, archivo Xml y verificación S.A.T.	S/D
31		Firma y envía factura, resumen de partidas y estado de cuenta a la DOOBSGPG para recabar firma del/la Director/a.	Factura Resumen de partidas Estado de cuenta
32		Una vez recabada la firma del/la Director/a, turna los documentos al Área Operativa de Control Financiero y Administrativo.	Factura Resumen de partidas Estado de cuenta
33	Coordinación de Control Financiero y Administrativo	Recibe y revisa estimaciones firmadas con su soporte ¿Hay faltante?	Factura Resumen de partidas Estado de

		Si: Regresa a la actividad 32. No: Continúa en la actividad 34.	cuenta
34		Anexa información y remite al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Estimación Factura Formato Xml Verificación S.A.T. Estado De Cuentas Resumen Partidas Reporte Fotográfico Suficiencia Presupuestal
35	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe documentación y la envía mediante oficio al Departamento de Presupuesto para trámite de pago.	Oficio Estimación Factura Formato Xml Verificación S.A.T. Estado De Cuentas Resumen Partidas Reporte Fotográfico Suficiencia Presupuestal
36		Recibe acuse de la documentación enviada al Departamento de Presupuesto y envía copia al Área Operativa de Control Financiero y Administrativo.	Oficio Acuse
37		Envía copia de la estimación y soporte completo a la Coordinación de Control Administrativo de Obra para la integración al expediente unitario de	Copia estimación y soporte completo

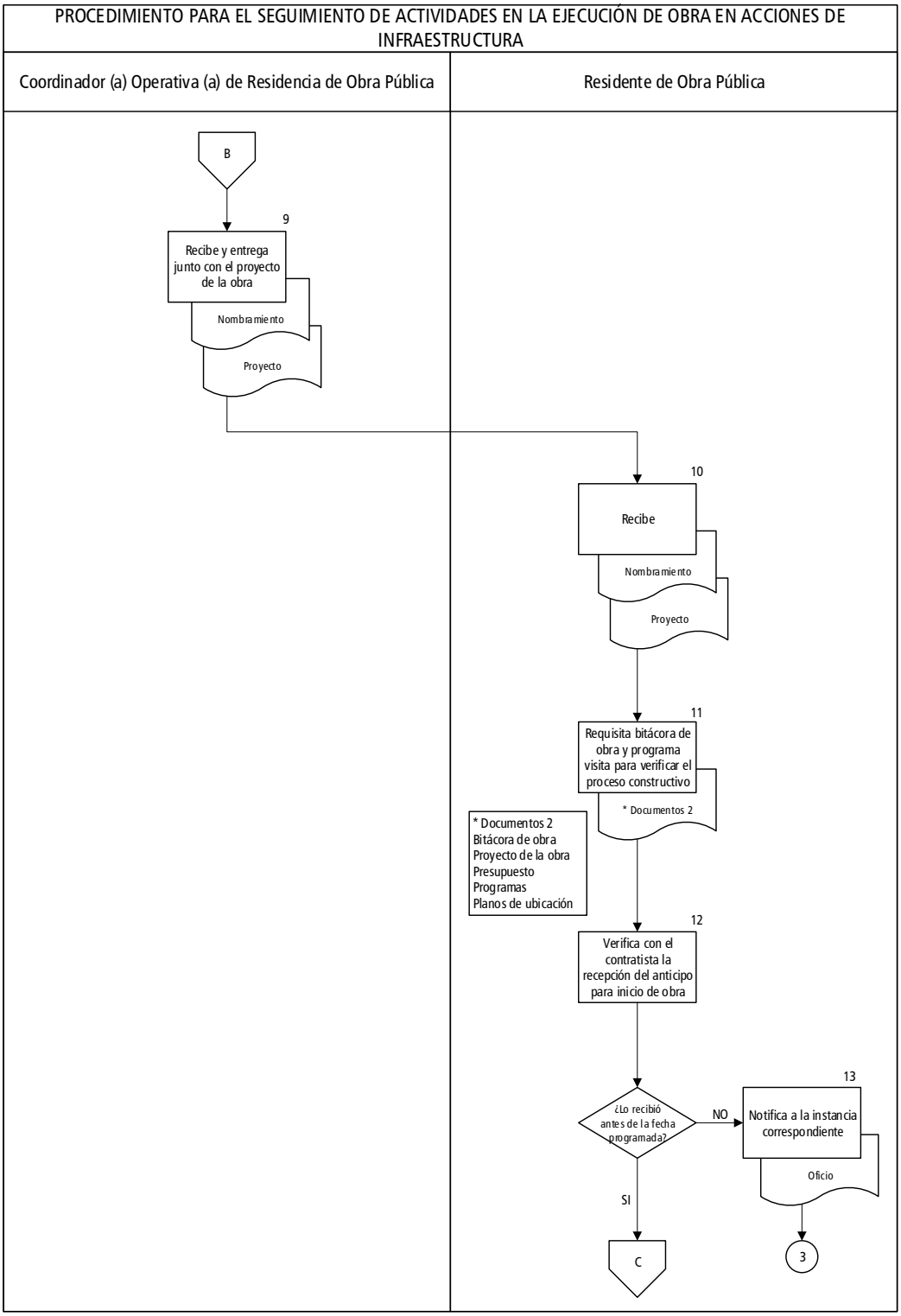
		obra.	
38		Envía estimaciones e informes (estado de cuentas) de avance físico y financiero de obra y controles de calidad debidamente requisitados al área de Seguimiento de Convenios y Transparencia.	Estimaciones Informes de supervisión Controles de calidad
39	Área de Seguimiento de Convenios y Transparencia	Recibe los informes de supervisión, estimaciones, avance físico y financiero, para su publicación en el portal de transparencia en sus plataformas nacional y estatal.	Estimaciones Informes de supervisión Controles de calidad
40	Residente de Obra Pública	Una vez concluidos los trabajos, solicita al contratista elabore un oficio de reporte de obra terminada dirigido al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA.



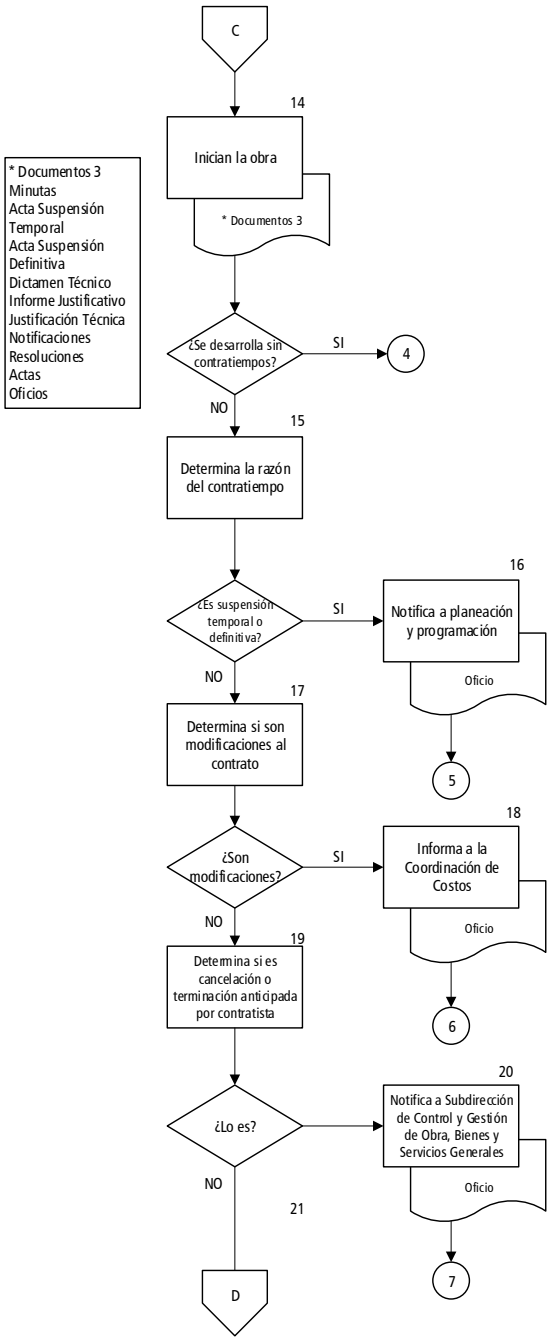

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA
Jefe (a) del Departamento de Construcción
Contratista
A
5
Establece comunicación con el contratista para entregar
Oficio
* Documentos 1
* Documentos 1
Proyecto de la obra aprobado
Oficio disposición del inmueble
Oficio para solicitar el nombramiento del superintendente de la obra.
Aviso de inicio de obra.
6
Envía
Oficio aviso de inicio de obra
Nombramiento
7
Recibe y revisa
Oficio aviso de inicio de obra
Nombramiento
¿El nombramiento es correcto?
NO
2
8
Lo autoriza y remite
Nombramiento
B

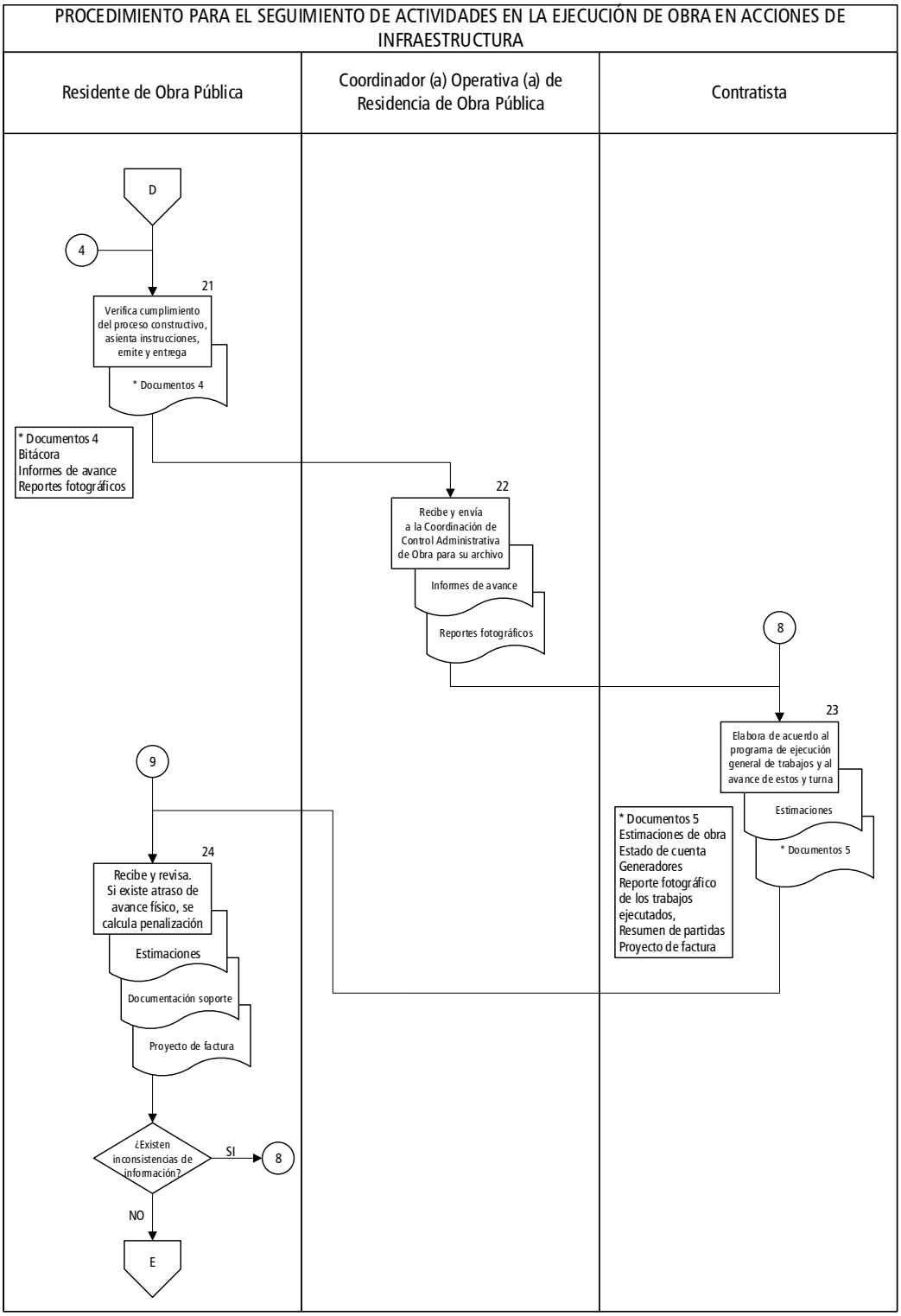
PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA



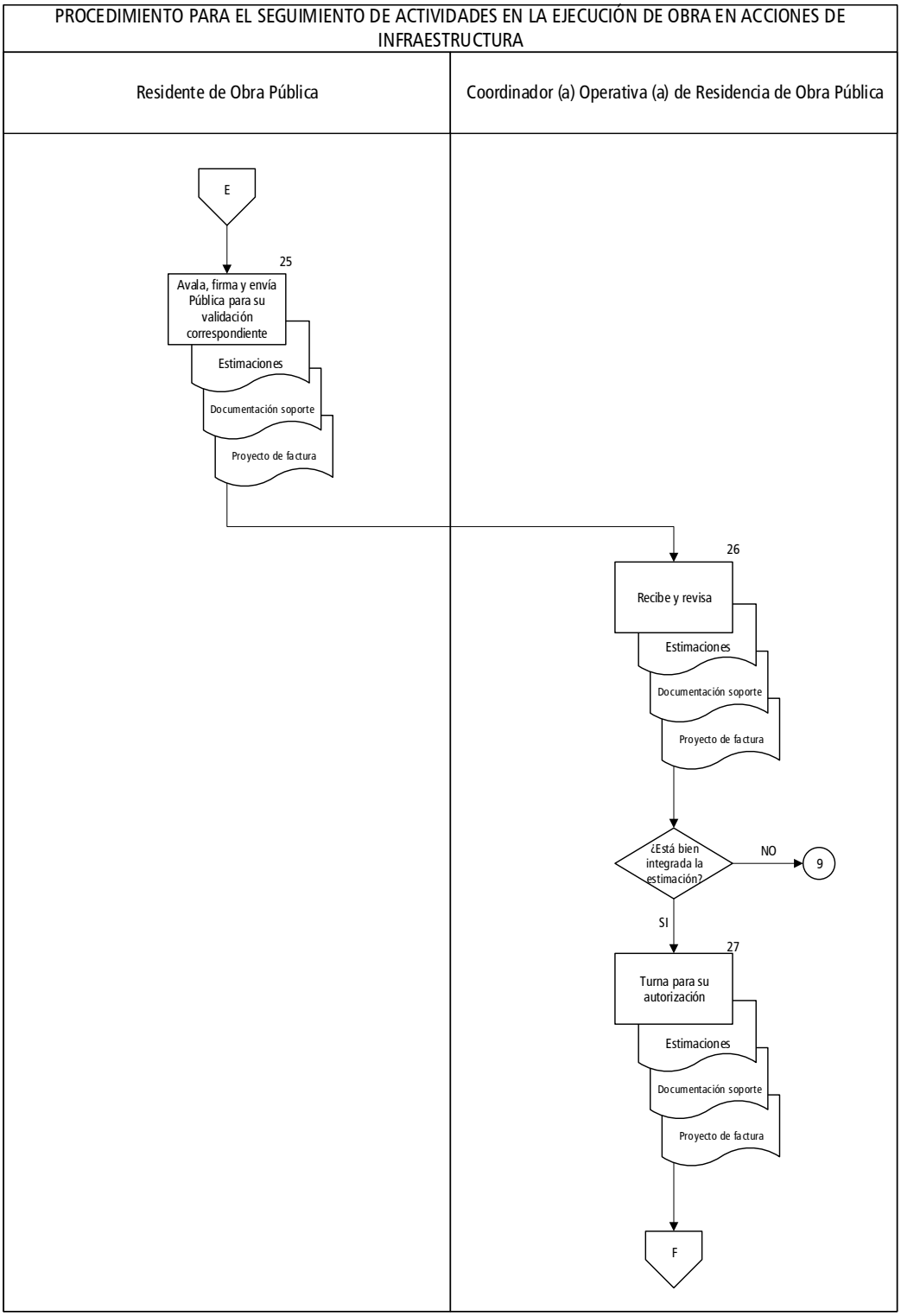
PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

Residente de Obra Pública y Contratista



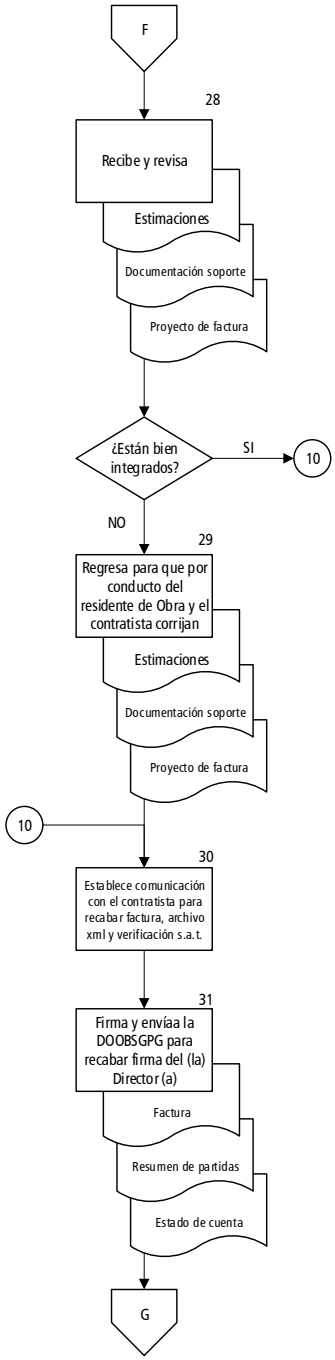

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA
Residente de Obra Pública
Coordinador (a) Operativa (a) de Residencia de Obra Pública
Contratista
D
4
21
Verifica cumplimiento del proceso constructivo, asienta instrucciones, emite y entrega
* Documentos 4
* Documentos 4
Bitácora
Informes de avance
Reportes fotográficos
22
Recibe y envía a la Coordinación de Control Administrativa de Obra para su archivo
Informes de avance
Reportes fotográficos
8
23
Elabora de acuerdo al programa de ejecución general de trabajos y al avance de estos y turna
Estimaciones
* Documentos 5
* Documentos 5
Estimaciones de obra
Estado de cuenta
Generadores
Reporte fotográfico de los trabajos ejecutados,
Resumen de partidas
Proyecto de factura
9
24
Recibe y revisa. Si existe atraso de avance físico, se calcula penalización
Estimaciones
Documentación soporte
Proyecto de factura
¿Existen inconsistencias de información?
SI
8
NO
E

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

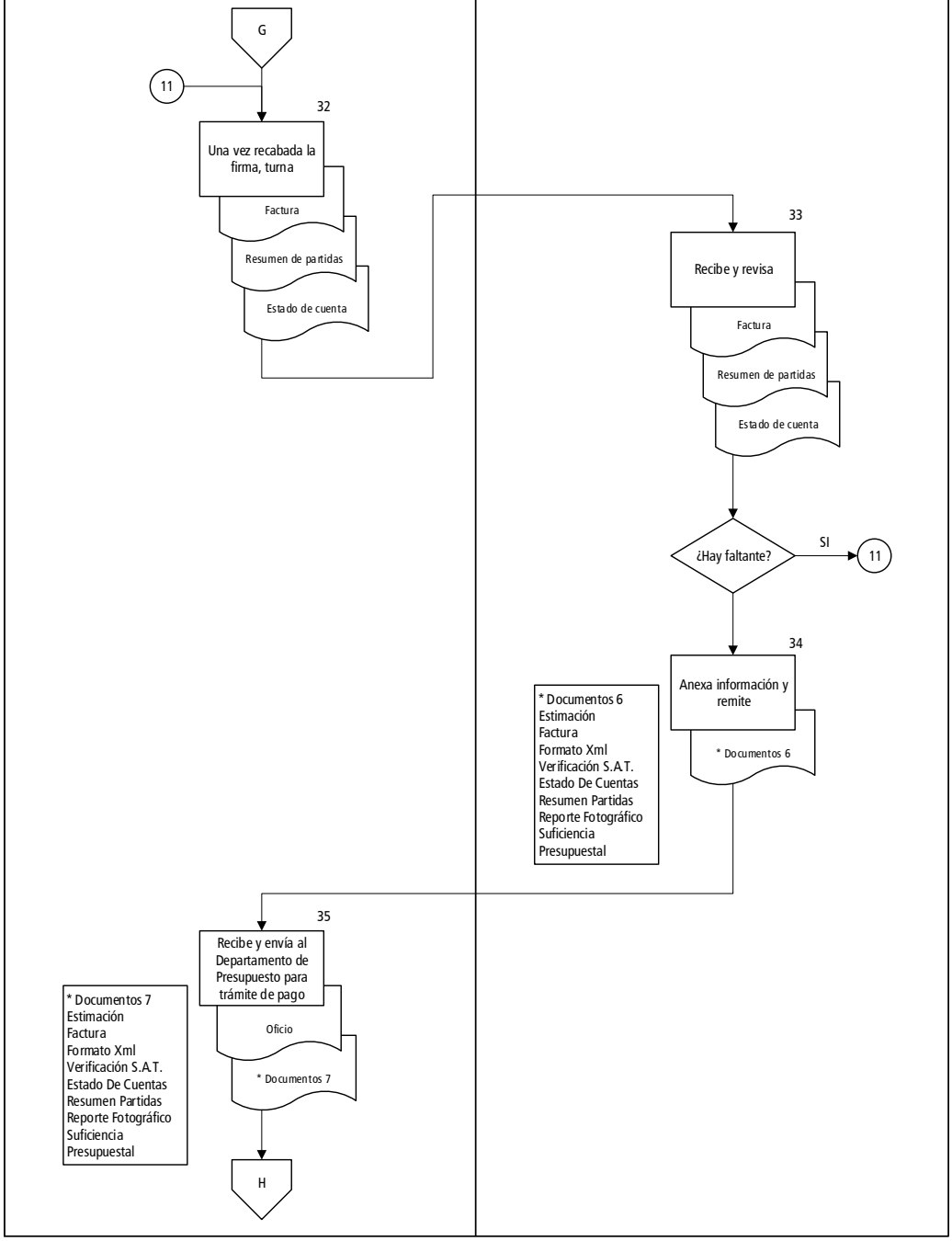


PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

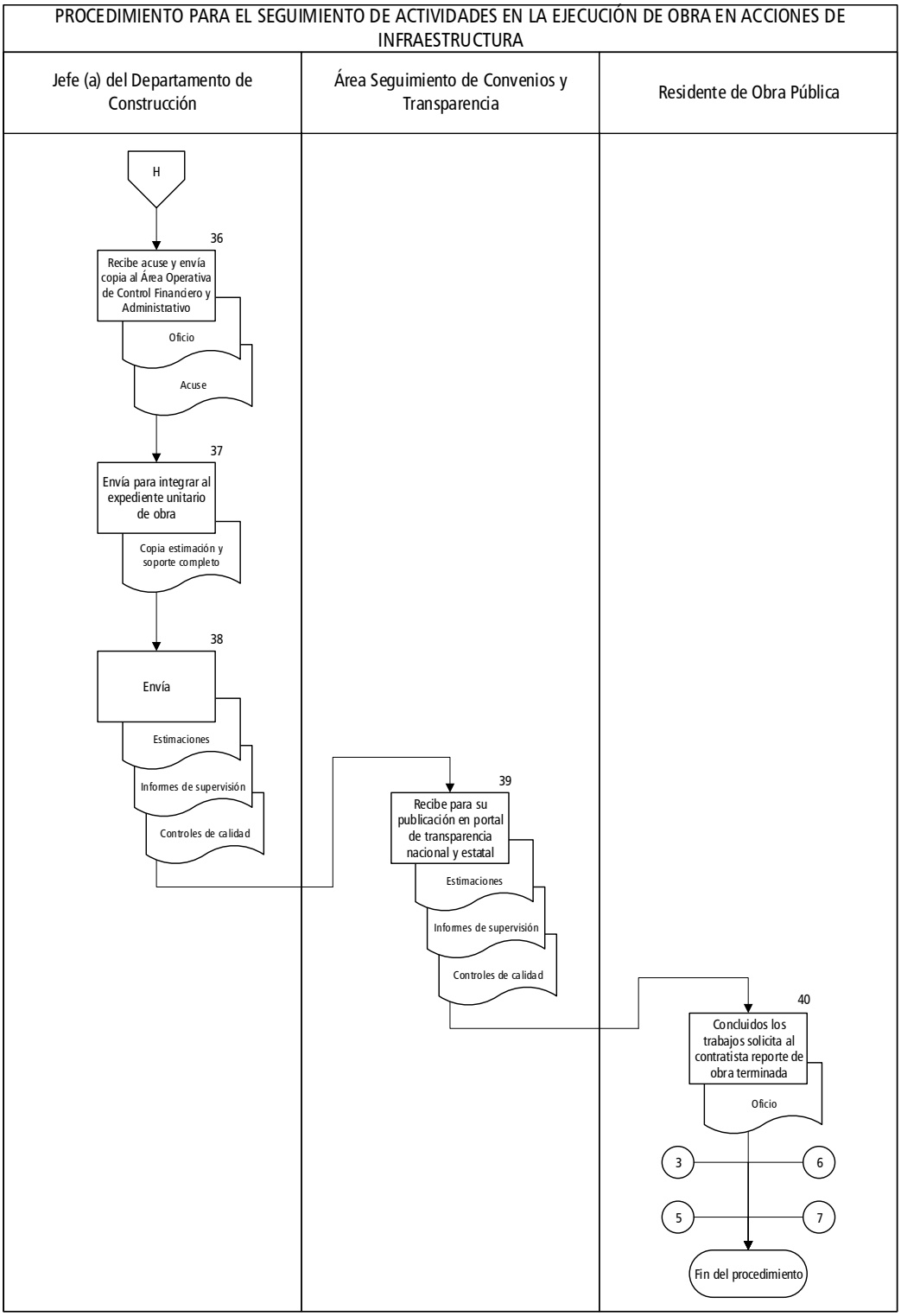
Jefe (a) del Departamento de Construcción



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA



PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA EJECUCIÓN DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA



7.18.3. PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
José Luis Flores González Coordinador de Control Administrativo de Obra JLFG (DC) Octubre 2018	Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018	Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018

Objetivo	Optimizar el proceso secuencial del Cierre Administrativo de obras autorizadas y contratadas por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, desde su inicio hasta su término, cumpliendo con la normativa vigente y aplicable de cada uno de sus procesos. Así como también ejecutar las acciones necesarias y suficientes que permitan que la infraestructura disponible para la atención de la salud, actividades administrativas y de apoyo a la salud se encuentren en condiciones óptimas de funcionamiento de todas las Unidades Hospitalarias Integrales o Comunitarias y Centros de Salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
2. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla.
3. Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las Mismas.
4. Reglamento de la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionadas con la Misma para el Estado de Puebla.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Cada instancia participante de las áreas relacionadas en todo el proceso deberá revisar los documentos que integran el mismo, así mismo será corresponsable de la información que tramite, y de los documentos que genere.
2. Los dictámenes iniciales, los estudios, proyectos y documentos de validación de obra pública, así como la búsqueda y tramitación inicial para la obtención de propiedad a nombre de los Servicios de Salud del Estado de Puebla con las autoridades municipales son responsabilidad de la Dirección de Planeación y Programación.
3. La elaboración del proyecto, su cuantificación, presupuesto base, y sus programas, documentos necesarios para llevar a cabo el proceso de licitación corresponden al Departamento de Construcción a través de la Coordinación de Costos.
4. La revisión y aprobación de los documentos emitidos por el Departamento de Construcción, corresponden a la Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales, que a su vez es turnado a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
5. El proceso de adjudicación y los documentos que del mismo emanan, son responsabilidad de la Secretaría de Finanzas y Administración.
6. Una vez finalizado la ejecución de la obra y toda la

	documentación relacionada al proceso se remite a la Coordinación de Residencia de Obra y la de Control Financiero y Administrativo para llevar a cabo el proceso del cierre administrativo del contrato de obra y los trámites para pago del finiquito hasta su total extinción, así como proporcionar la información que sea requerida por los distintos órganos de fiscalización y control. 7. El acta de entrega recepción de quien operará la obra, tendrá que ir firmada por el/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, Jefe/a del Departamento de Construcción y Autoridades Médicas o Jurisdiccionales que correspondan.
Responsables	Departamento de Construcción, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a las acciones de Infraestructura (Obras Nuevas, Mantenimientos, Ampliaciones, Rehabilitaciones y en su caso Conservaciones) asignadas mediante un contrato.
Recursos	Oficio, Reporte, Prefiniquito, Memorándum, Acta, Acta entrega recepción, Finiquito, Estado de cuenta, Resumen por partidas, Reporte fotográfico, Factura, Archivo Xml, Verificación S.A.T., Suficiencia Presupuestal, Fianza de Vicios Ocultos, Acta extinción derechos y obligaciones, Proyecto acta de quien operará la obra.
Glosario	Acciones de infraestructura: Se refiere a los trabajos para la construcción de Obras Nuevas, Mantenimientos, Ampliaciones, Rehabilitaciones y en su caso Conservaciones de espacios físicos destinados al servicio médico, administrativo y de apoyo a la salud. Acta entrega recepción: Documento técnico administrativo utilizado para verificar el término de una obra conforme a las especificaciones establecidas y a entera satisfacción de las partes que en ella intervienen. Acciones de Conservación: Se refiere a los trabajos desarrollados por el nivel estatal para la conservación de

los espacios físicos destinados al servicio médico, administrativo y de apoyo a la salud.

Contratista: Persona física o moral a quien los Servicios de Salud del Estado de Puebla encomienda la construcción de una obra mediante la celebración de un contrato. Los factores dependientes y representantes legales del contratista actúan en nombre y por cuenta de éste.

Contrato de obra: Acto bilateral mediante el cual se crean y precisan los derechos y obligaciones que recíprocamente adquieren los Servicios de Salud del Estado de Puebla y el contratista respecto a la ejecución de la obra que el primero encomienda al segundo, de acuerdo con el proyecto y especificaciones generales de construcción y las complementarias, si las hubiere y conforme al programa de obras de inversión y suministro de materiales y equipo aprobado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Especificaciones complementarias: Disposiciones, requisitos, condiciones e instrucciones que los Servicios de Salud del Estado de Puebla fija al Contratista para la ejecución de un determinado concepto de trabajo, en adición a lo contenido en estas Normas y Especificaciones Generales de Construcción y/o las especificaciones propias del proyecto.

Estimación: Documento técnico que especifica las acciones, volúmenes ejecutados en obra y montos a cobrar por un particular.

Expediente Unitario de Obra Pública: Documento administrativo el cual contiene toda la documentación comprobatoria de los diferentes procesos de la obra, considerando la planeación, programación, autorización de recursos, de la adjudicación, de la contratación, ejecución, término y cierre administrativo de cada obra o contrato celebrado con los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Expediente unitario de acciones de conservación: Documento administrativo que integra la documentación comprobatoria de la asignación, ejecución y ejercicio de los recursos autorizados por cada acción de conservación o contrato celebrado.

Finiquito (Estimación Finiquito): Documento técnico que especifica las acciones, volúmenes y montos a cobrar por un particular con el objetivo de dar termino a las

obligaciones y derechos asumidos por las partes en un contrato de obra pública.
Prefiniquito: Documento técnico para revisión y aprobación que especifica las acciones, volúmenes y montos a cobrar por un particular con el objetivo de dar termino a las obligaciones y derechos asumidos por las partes en un contrato de obra pública
Libro de bitácora: Documento legal de comunicación convencional entre las partes del contrato adicional a éste, donde se asientan las acciones relevantes, órdenes o modificaciones durante el proceso de ejecución de la obra hasta su terminación total por personas autorizadas.
Obra: Conjunto de operaciones que se efectúan en la construcción o reparación de una edificación de acuerdo a un proyecto.
Pago: Cumplimiento de las obligaciones económicas contraídas por los Servicios de Salud del Estado de Puebla a favor del Contratista.
Proyecto: Ingeniería desarrollada e integrada por planos de construcción, memorias de cálculo y descriptivas, especificaciones generales y particulares, catálogo de conceptos, presupuesto, programas de ejecución de obra, de suministro de materiales y de utilización de maquinaria y equipo.
SAT: Servicio de Administración Tributaria.
SSA: Secretaría de Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Residente de Obra Pública	Solicita al contratista la elaboración de un prefiniquito.	Oficio
2		Informa mediante reporte, y entrega prefiniquito al/la Coordinador/a de	Reporte Prefiniquito

		Residencia de obra pública.	
3	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Recibe prefiniquito del/la Residente de Obra Pública, lo turna al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Reporte Prefiniquito
4	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe el prefiniquito del/la Coordinador/a de Residencia de Obra, así como del contratista el oficio de terminación de obra.	Prefiniquito Oficio
5		Notifica al Órgano de Control Interno mediante oficio la terminación de la obra y envía copia del prefiniquito.	Oficio
6	Órgano de Control Interno	Recibe y notifica mediante oficio al/la Jefe/a del Departamento de Construcción la fecha de la visita a la obra para verificar la terminación de los trabajos.	Oficio
7	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe oficio del Órgano de Control Interno informándole la fecha de la visita a la obra para verificar la terminación de los trabajos. Informa mediante memorándum al/la Coordinador/a Operativo de Residencia de Obra.	Oficio Memorándum
8	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Recibe memorándum y programa visita a la obra con el/la Residente de Obra Pública.	Memorándum
9	Residente de Obra Pública	Recibe memorándum y realiza visita al sitio de los trabajos, con el/la representante del Órgano de Control y el/la Superintendente de la empresa contratista y levanta un acta asentando en ella el estado que guardan los trabajos. Esta es firmada por el/la Residente de Obra, el/la Superintendente de la empresa y el/la representante del Órgano de	Acta

		Control Interno.	
10	Órgano De Control Interno	Informa mediante oficio al/la Jefe/a del Departamento de Construcción el estado que guardan los trabajos, envía copia del acta levantada.	Oficio Acta
11	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe del Órgano de Control Interno oficio de notificación y copia del acta respecto al estado que guardan los trabajos e informa mediante copia del oficio al/la Coordinador/a de Residencia de Obra Pública.	Oficio Acta
12	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Revisa si según acuse de la copia del oficio del/la Jefe/a del Departamento de Construcción, se encontraron deficiencias que requieran trabajos de reparación por parte del contratista. ¿Se encontraron diferencias? Si: Continúa en la actividad 13. No: Continúa en la actividad 17.	Acuse de Oficio Memorándum
13		Lleva a cabo un análisis y determina un plazo para su reparación. Informa mediante memorándum al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Memorándum
14	Jefe/a del Departamento de Construcción	Informa al contratista mediante oficio el plazo y la relación de los trabajos a reparar.	Oficio
15	Órgano de Control Interno	Realiza visita al sitio de los trabajos para verificar si estos fueron corregidos. Informa mediante oficio al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Oficio
16	Jefe/a del Departamento de Construcción	Revisa si las diferencias fueron corregidas. ¿Fueron corregidas? Si: Continúa en la actividad 17.	Oficio

		No: Regresa a la actividad 12.	
17		Informa mediante copia del oficio del órgano de control al/la Coordinador/a de Residencia de Obra Pública.	Oficio
18	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública.	Calendariza acto de entrega recepción, y solicita al/la Residente de Obra Pública preparar la documentación correspondiente.	S/D
19	Residente de Obra Pública	Elabora el acta de entrega recepción y la entrega al/la Coordinador/a de Residencia de Obra Pública.	Acta entrega recepción
20	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Revisa el acta de entrega recepción, la turna al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Acta entrega recepción
21	Jefe/a del Departamento de Construcción	Cita mediante oficio a las partes involucradas para la entrega física de la obra en la fecha programada. El acta de entrega recepción, en el sitio de los trabajos es firmada por: ▪ Residente de obra. ▪ Superintendente de la empresa. ▪ Coordinador/a de Residencia de Obra Pública. ▪ Jefe/a del Departamento de Construcción.	Acta entrega recepción
22		Una vez llevado a cabo el acto de entrega recepción, turna a la Coordinación de Control Administrativo de Obra para su archivo.	Acta entrega recepción
23		Solicita al contratista mediante oficio la elaboración del finiquito de la obra y la documentación complementaria en un plazo no mayor a cinco días hábiles.	Oficio

		¿Recibe finiquito en el plazo establecido? Si: Continúa en la actividad 27. No: Continúa en la actividad 24.	
24		Notifica mediante memorándum al/la Coordinador/a de Supervisión de Obra que la documentación no fue recibida en el plazo establecido.	Memorándum
25	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Recibe memorándum del/la Jefe/a del Departamento de Construcción, instruye al/la Residente de Obra Pública para que proceda a elaborar el finiquito.	Memorándum
26	Residente de Obra Pública	Elabora el finiquito de obra, comunica al contratista, lo remite al/la Coordinador/a de Residencia de Obra Pública.	Finiquito
27	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Recibe del/la Residente de Obra Pública el finiquito, lo revisa, espera el término legal de 5 días hábiles para que el contratista justifique atraso. ¿Justificó atraso y entregó el finiquito? Si: Continúa en la actividad 28. No: Continúa en la actividad 30.	Finiquito
28	Contratista	Elabora y concilia con el/la Residente de Obra Pública el finiquito, firma y hace entrega de la documentación complementaria.	Finiquito Documentación complementaria: (Estado de cuenta Resumen por partidas Reporte fotográfico)
29	Residente De Obra Pública	Recibe del contratista, revisa, firma y envía la documentación al/la	Finiquito Documentación

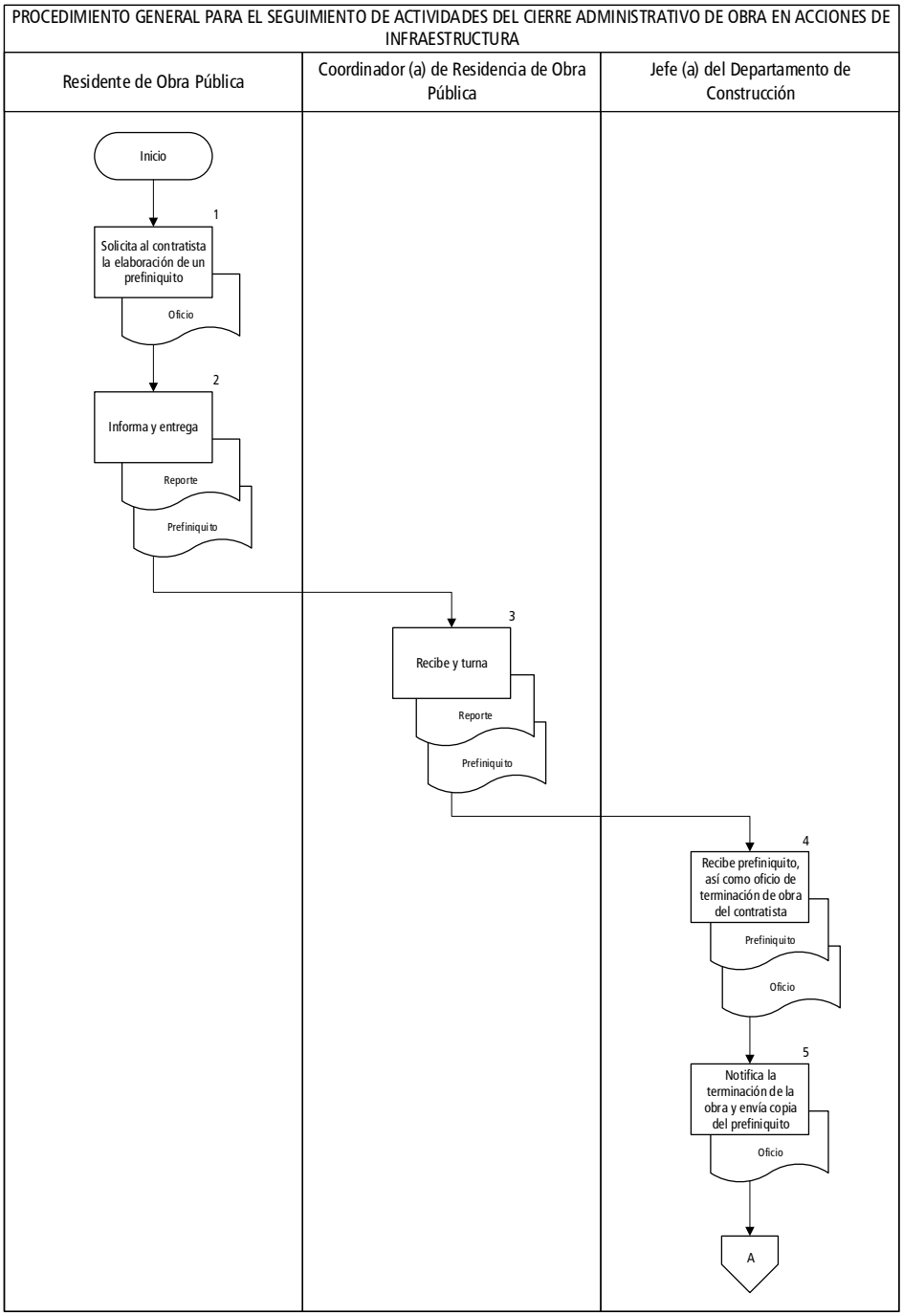
		Coordinador/a de Residencia de Obra Pública y elabora acta de finiquito	complementaria
30	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Recibe la documentación, la revisa, cita al contratista, firma y envía al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Finiquito Documentación complementaria
31	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe el finiquito con la documentación complementaria, lo revisa y firma. Solicita mediante oficio al contratista la fianza de vicios ocultos, y la factura.	Finiquito Documentación complementaria
32		Una vez recibida, entrega la documentación al área operativa de control financiero y administrativo para que integre la documentación completa de trámite de pago.	Finiquito Factura Archivo Xml Verificación S.A.T. Estado de cuentas Resumen partidas Reporte fotográfico
33	Coordinador/a de Control Financiero y Administrativo	Recibe documentación, revisa integra y remite al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Finiquito Factura Archivo Xml Verificación S.A.T. Estado de cuentas Resumen partidas Reporte fotográfico Suficiencia presupuestal Fianza de vicios ocultos

34	Jefe/a del Departamento de Construcción	Envía original de la fianza de vicios ocultos a la Secretaría de Finanzas. Envía al Departamento de Presupuestos el finiquito y la documentación complementaria para trámite de pago. Envía a la Coordinación de Control Administrativa de Obra el finiquito y la documentación complementaria para su control y archivo. Envía al Área de Seguimiento de Convenios y Transparencia el finiquito y el acta de entrega recepción y notifica mediante oficio al Órgano de Control Interno.	Oficio Fianza de vicios ocultos Finiquito Documentación complementaria Acta de entrega recepción
35	Área Seguimiento de Convenios y Transparencia	Recibe el finiquito y acta de entrega recepción, para su publicación en los portales de transparencia en sus plataformas nacional y estatal.	Finiquito Acta entrega recepción
36	Jefe/a del Departamento de Construcción	Cita mediante oficio al contratista en las instalaciones de los Servicios de Salud para llevar a cabo el acta de extinción de derechos y obligaciones.	Oficio
37	Jefe/a del Departamento de Construcción y Contratista	Se formaliza acta de extinción de derechos y obligaciones de la obra, la cual debe ser firmada por: ▪ Residente de obra pública. ▪ Coordinador/a de Residencia de Obra. ▪ Jefe/a del Departamento de Construcción. ▪ Superintendente constructora. ▪ Representante legal constructora.	Acta extinción derechos y obligaciones
38	Jefe/a del Departamento de Construcción	Entrega acta de extinción de derechos y obligaciones al/la Coordinador/a de Control Administrativo de Obra y solicita al/la	Acta extinción derechos y obligaciones

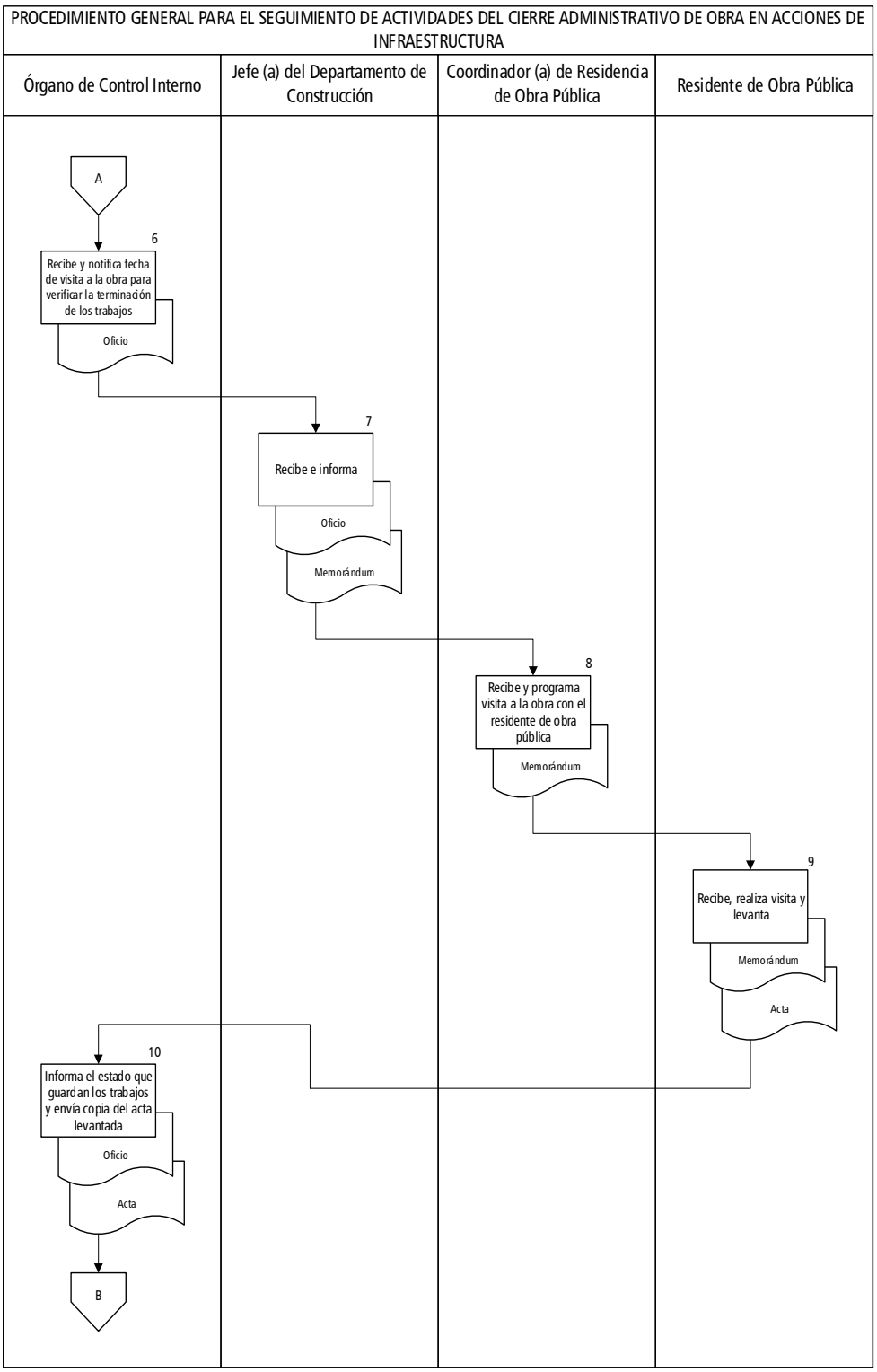
		Coordinador/a de Residencia de Obra Pública sea elaborada el acta de entrega recepción de quien operará la obra.	
39	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Elabora por medio del/la Residente de Obra Pública el acta de entrega recepción de quien operará la obra y la remite al/la Jefe/a del Departamento de Construcción.	Acta entrega recepción
40	Jefe/a del Departamento de Construcción	Envía documentación mediante memorándum al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Documentación: (Acta extinción derechos y o Obligaciones Copia de finiquito Proyecto acta de quien operará la obra) Memorándum
41	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe documentación del/la Jefe/a del Departamento de Construcción, ratifica o modifica el acta de entrega recepción de quien operará la obra, autoriza, firma y envía notificación mediante memorándum al/la Jefe/a del Departamento de Construcción indicándole la fecha y lugar para que sea levantada el acta de entrega recepción de quien operará la obra	Memorándum Documentación
42	Jefe/a del Departamento de Construcción	Acude en fecha y lugar indicado para levantar el acta de entrega recepción de quien operará la obra y la envía al/la Coordinador/a de Control Administrativo de Obra. NOTA: En caso de que autoridades médicas o jurisdiccionales encuentren algún desperfecto surgido entre la entrega recepción y	Acta de entrega recepción

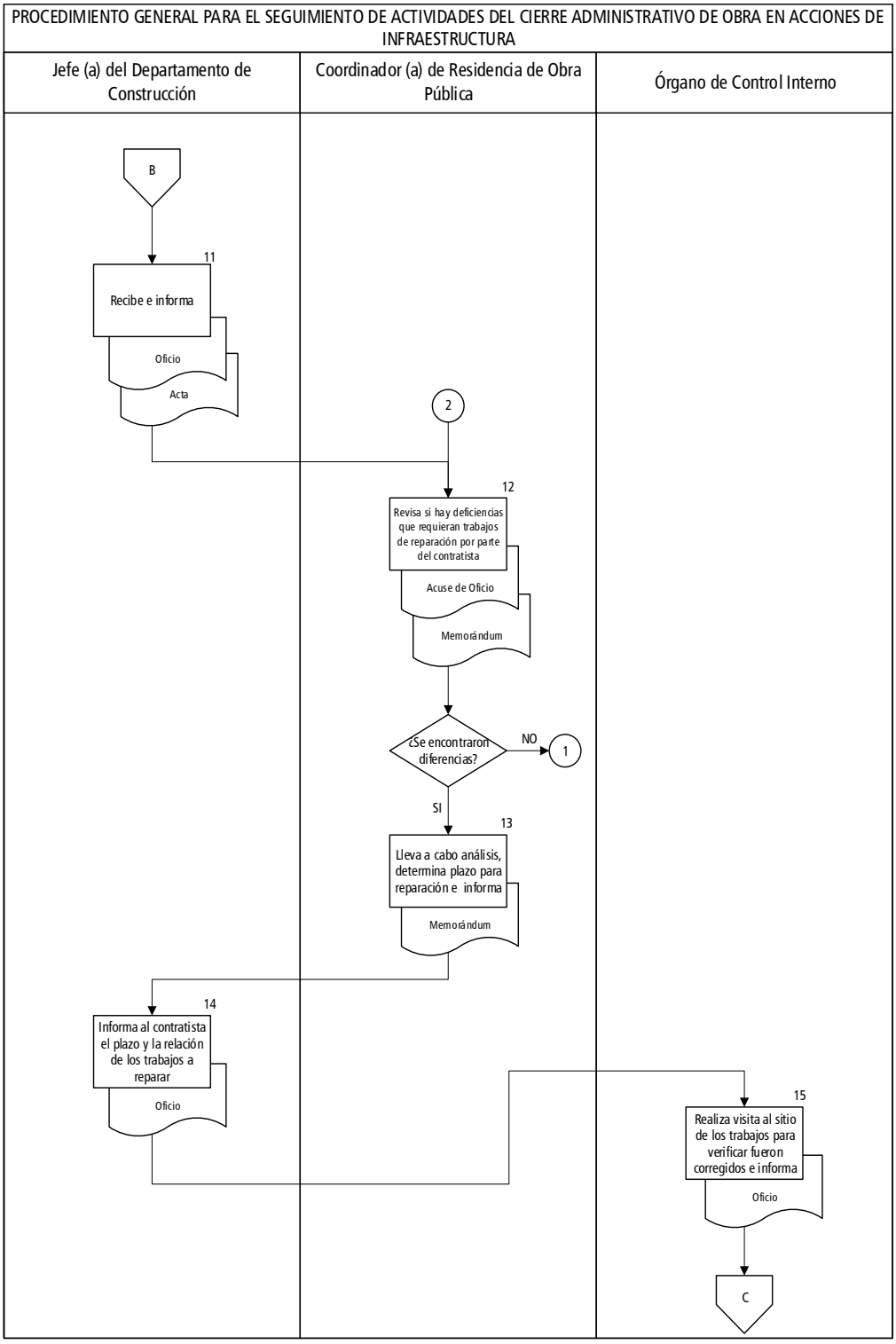
		la entrega a quien operará el inmueble: Aplica lo indicado en el punto 1 de las políticas de operación del presente manual.	
43	Coordinador/a de Control Administrativa de Obra	Recibe documentación y la integra al expediente unitario de obra y archiva	Acta extinción derechos y obligaciones Acta entrega recepción de quien operará la obra Copia de finiquito Copia de factura Archivo Xml Verificación S.A.T. Estado de cuentas Resumen partidas Reporte fotográfico Suficiencia presupuestal Copia Fianza De Vicios Ocultos.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA.

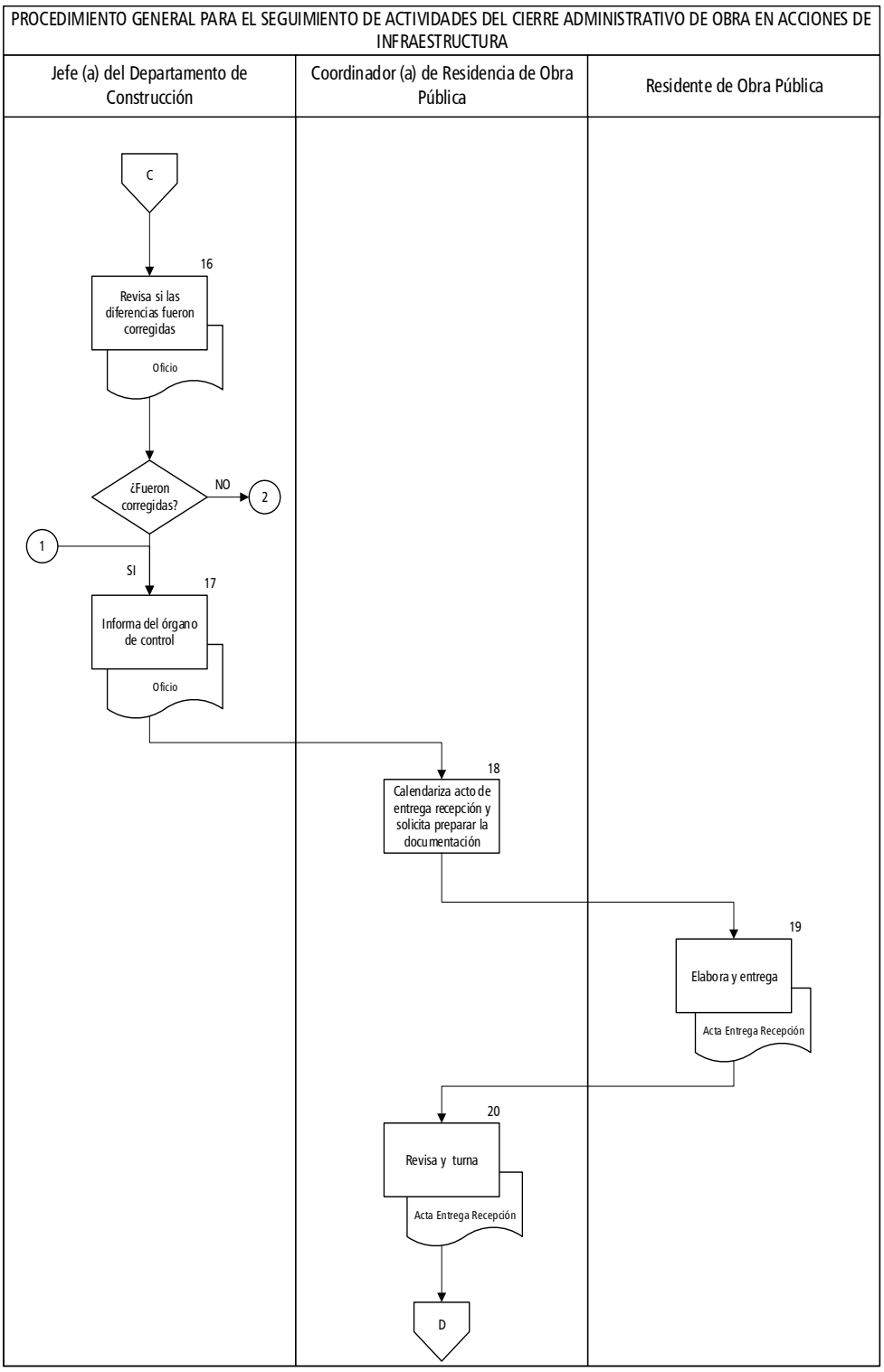


PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

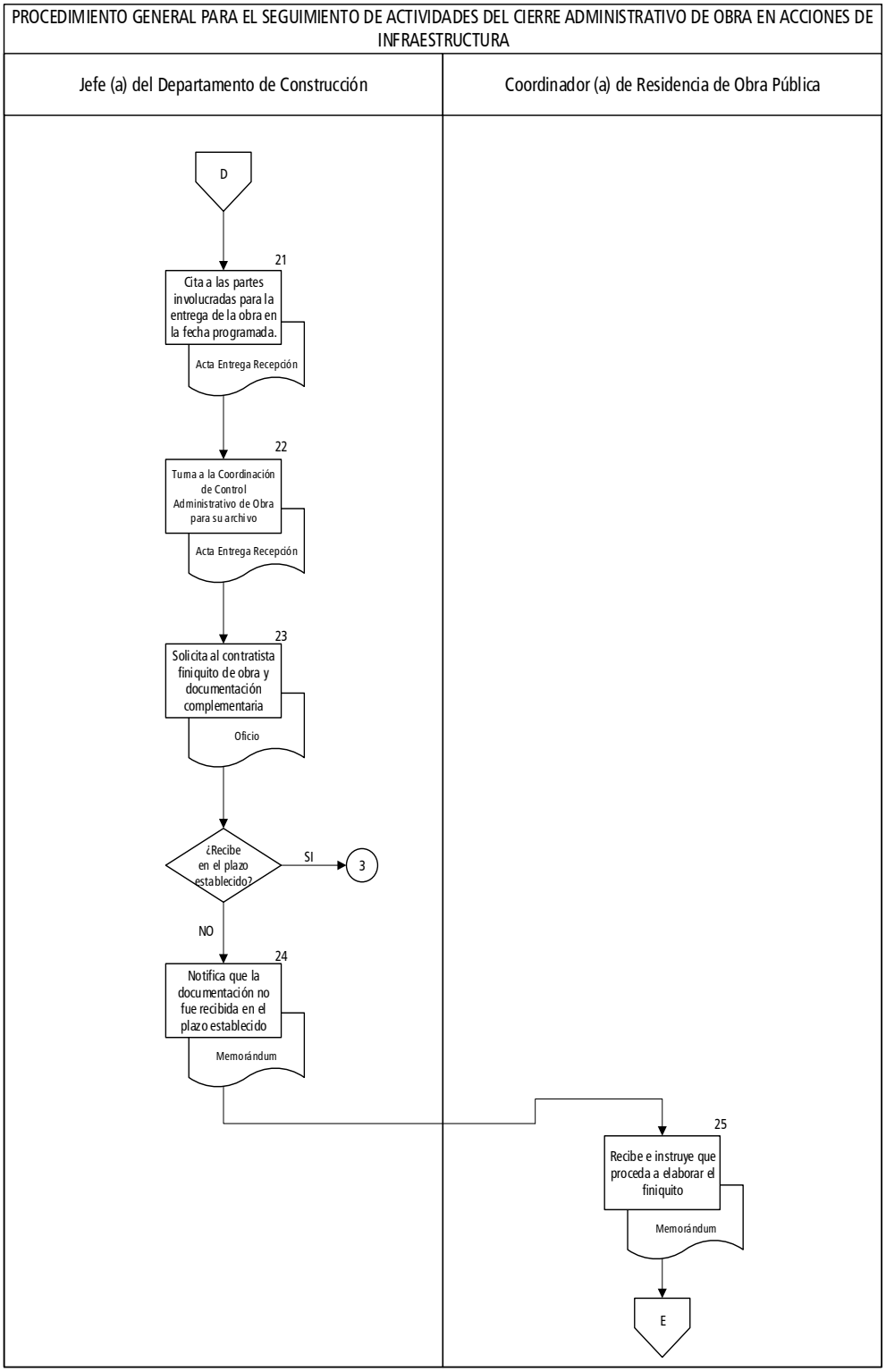


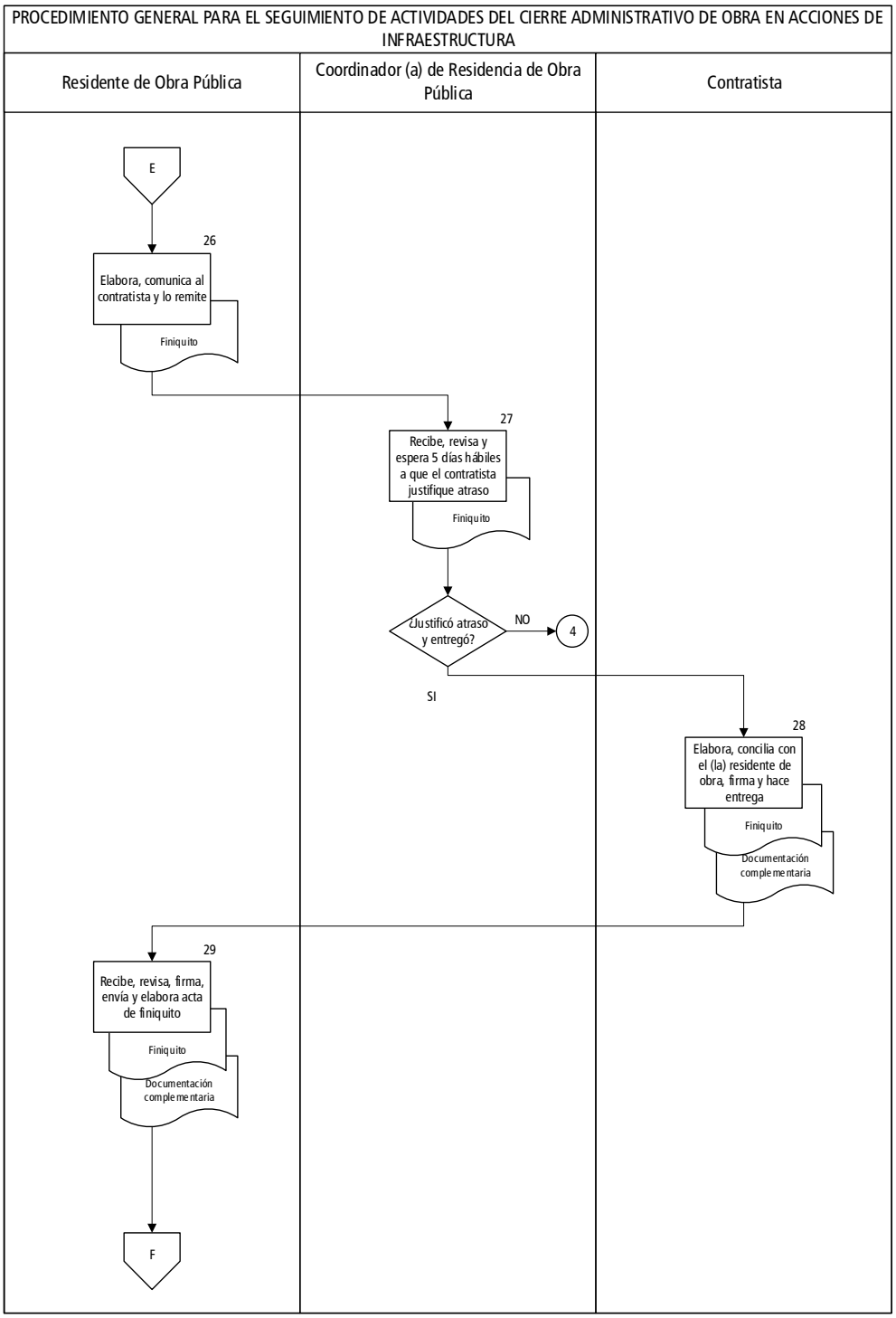

PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA
Jefe (a) del Departamento de Construcción
Coordinador (a) de Residencia de Obra Pública
Órgano de Control Interno
B
11
Recibe e informa
Oficio
Acta
2
12
Revisa si hay deficiencias que requieran trabajos de reparación por parte del contratista
Acuse de Oficio
Memorándum
¿Se encontraron diferencias?
NO
1
SI
13
Lleva a cabo análisis, determina plazo para reparación e informa
Memorándum
14
Informa al contratista el plazo y la relación de los trabajos a reparar
Oficio
15
Realiza visita al sitio de los trabajos para verificar fueron corregidos e informa
Oficio
C

PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

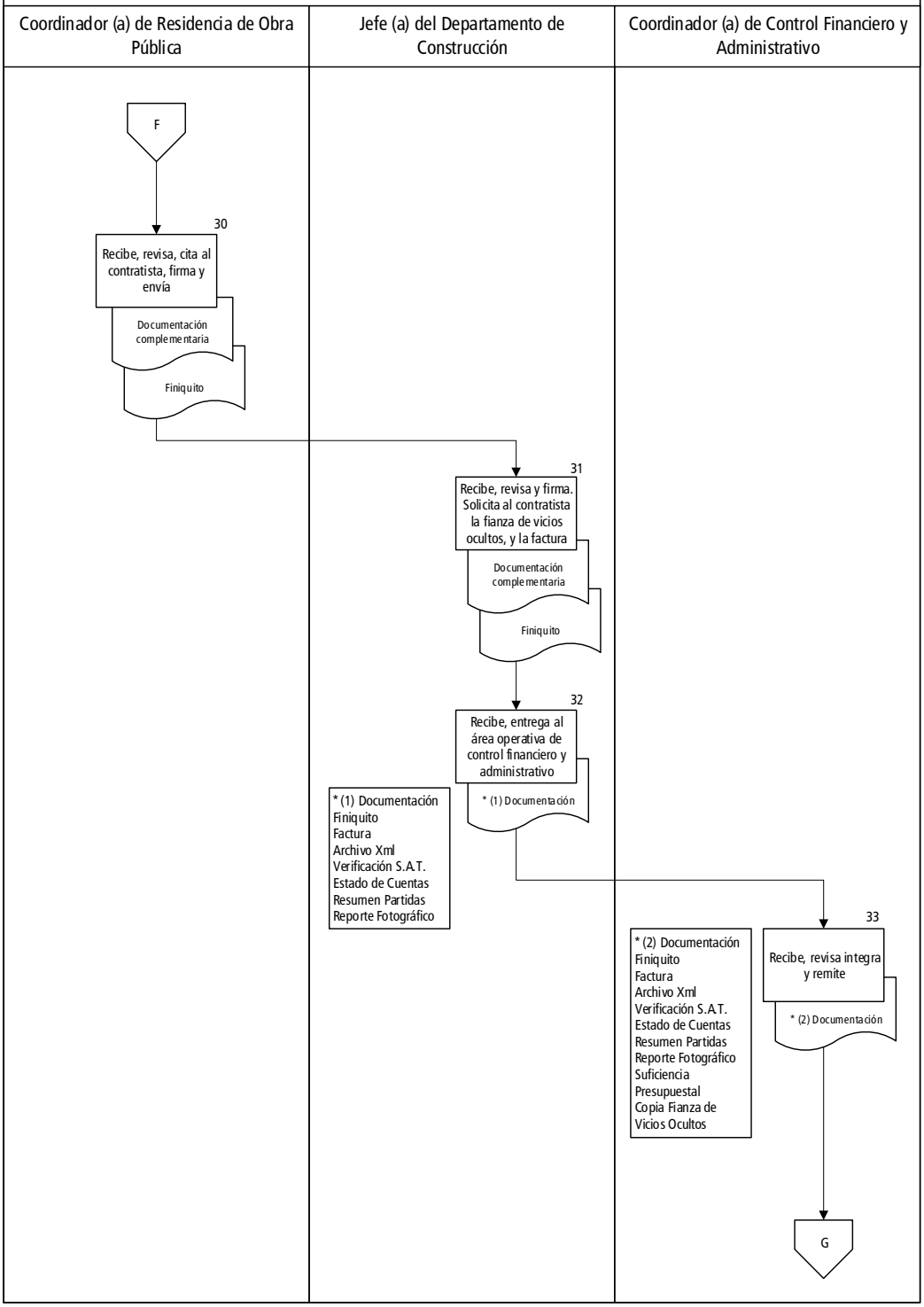


PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

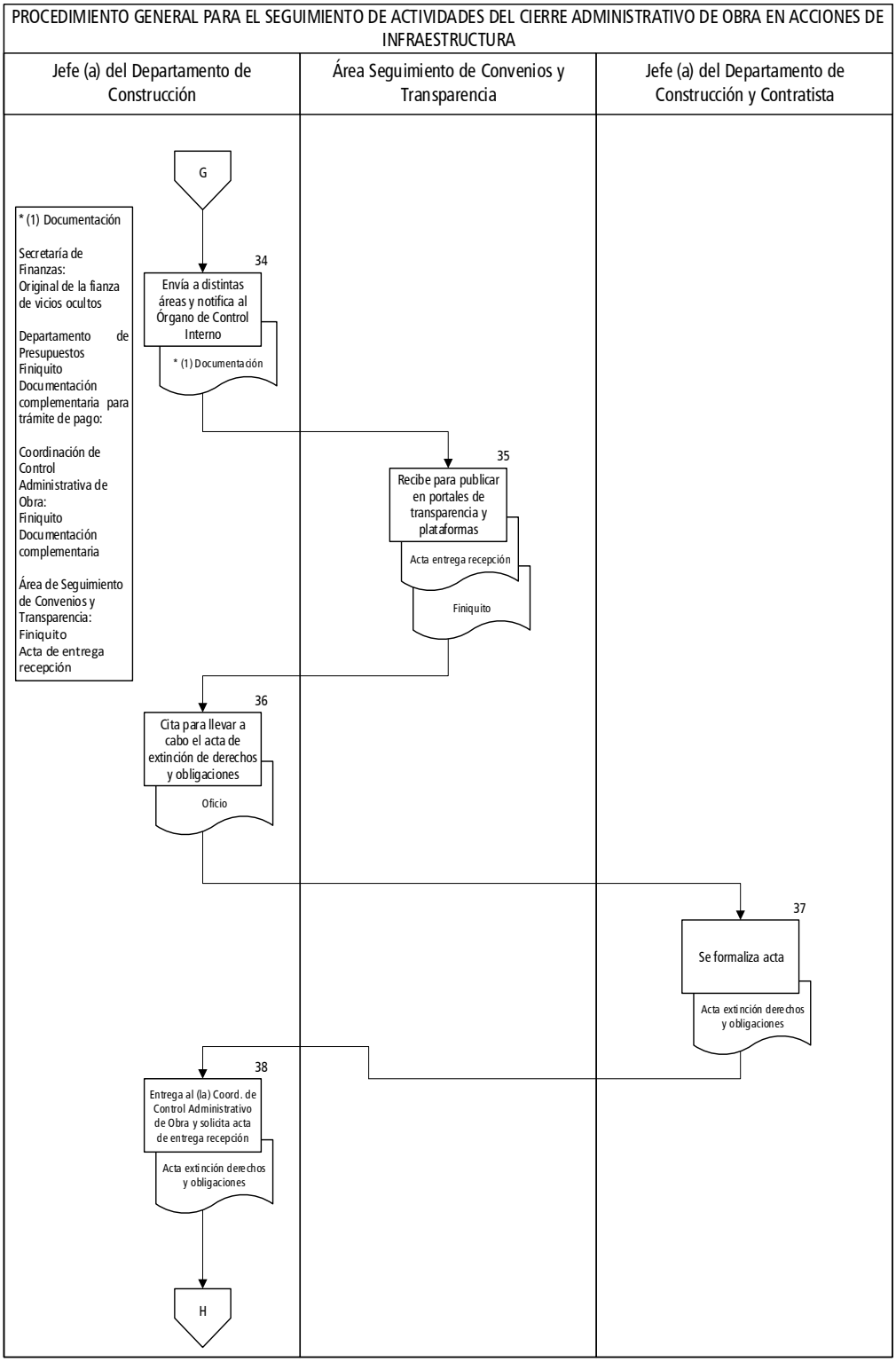



PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA
Residente de Obra Pública
Coordinador (a) de Residencia de Obra Pública
Contratista
E
26
Elabora, comunica al contratista y lo remite
Finiquito
27
Recibe, revisa y espera 5 días hábiles a que el contratista justifique atraso
Finiquito
¿Justificó atraso y entregó?
NO
4
SI
28
Elabora, concilia con el (la) residente de obra, firma y hace entrega
Finiquito
Documentación complementaria
29
Recibe, revisa, firma, envía y elabora acta de finiquito
Finiquito
Documentación complementaria
F

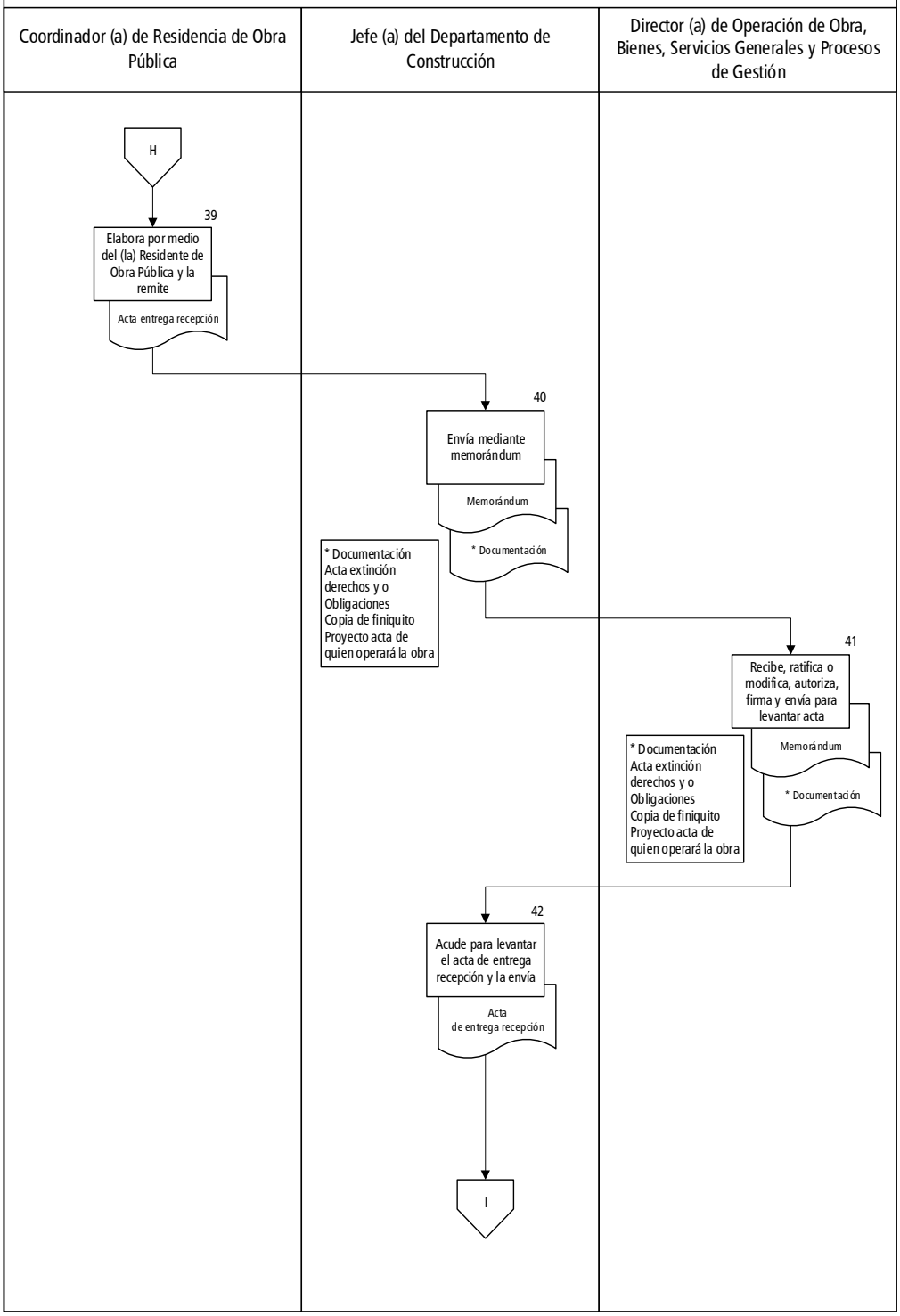
PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA



PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

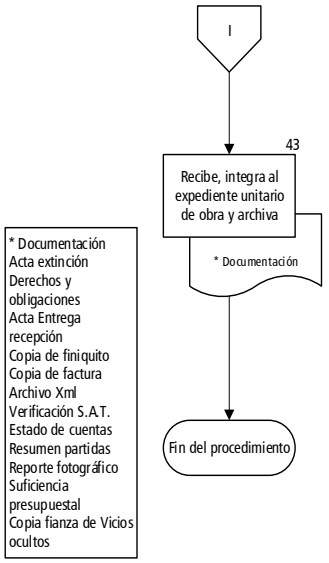


PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA



PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CIERRE ADMINISTRATIVO DE OBRA EN ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA

Coordinador (a) de Control Administrativa de Obra



7.18.4. PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO DOCUMENTAL DE OBRA PÚBLICA Y MANTENIMIENTO DE OBRA CIVIL, ASÍ COMO PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
José Luis Flores González Coordinador de Control Administrativo de Obra JLFG (DC) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Supervisar, vigilar y resguardar adecuadamente la documentación integrada en los expedientes de obra pública y mantenimiento de obra civil, manteniéndola disponible para la consulta inmediata cuando así se requiera. Corresponde a las Coordinaciones de Obra Pública y Mantenimiento de Obra Civil, verificar que la documentación que integran en los expedientes, cumpla con las leyes, normas, políticas y procedimientos vigentes, para garantizar el cumplimiento de ésta.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
2. Ley de Archivos del Estado de Puebla.
3. Reglamento interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Conservar la documentación integrada en los expedientes de obra pública y mantenimiento de obra civil, en los términos que establezca la normatividad establecida en la Ley de Archivos del Estado de Puebla (en particular lo referente a los artículos del 22 al 26), publicada el 16 de diciembre de 2009.
2. Archivar la documentación integrada en los expedientes de obra pública y mantenimiento de obra civil, en recopiladores identificados conforme a los siguientes formatos:
   - Formato #1 “Check list autorizado por la Contraloría”.
   - Formato #2 “Carátula de carpeta”.
   - Formato #3 “Lomo de carpeta”.
   - Formato #4 “Separador”.
3. Establecer el control para la solicitud de la documentación integrada en los expedientes de obra pública y mantenimiento de obra civil, utilizando el formato #5 “Vale para la solicitud de documentación”.
4. Informar al/la Jefe/a del Departamento de Construcción, cuando los expedientes solicitados no sean devueltos en el plazo establecido y no se haya renovado la solicitud de préstamo, a fin de que tome las medidas preventivas conducentes.
5. Cuando es devuelta la documentación en su totalidad, la persona deberá presentar el vale de salida para su revisión y recepción, el cual deberá ser firmado por el Coordinador Operativo del archivo documental de obra pública, que recibe la mencionada documentación.

Responsables	Departamento de Construcción, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Para todo el personal adscrito a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidades administrativas que conforman los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Auditores Externos.
Recursos	Check list, Carátula de carpeta, Lomo de carpeta, Separador de carpeta, Vale para la solicitud de información.
Glosario	Expedientes de obra pública y mantenimiento de obra civil: Son los soportes documentales del proceso de obra pública y mantenimiento de obra civil, desde su planeación, autorización, adjudicación, ejecución y pago.

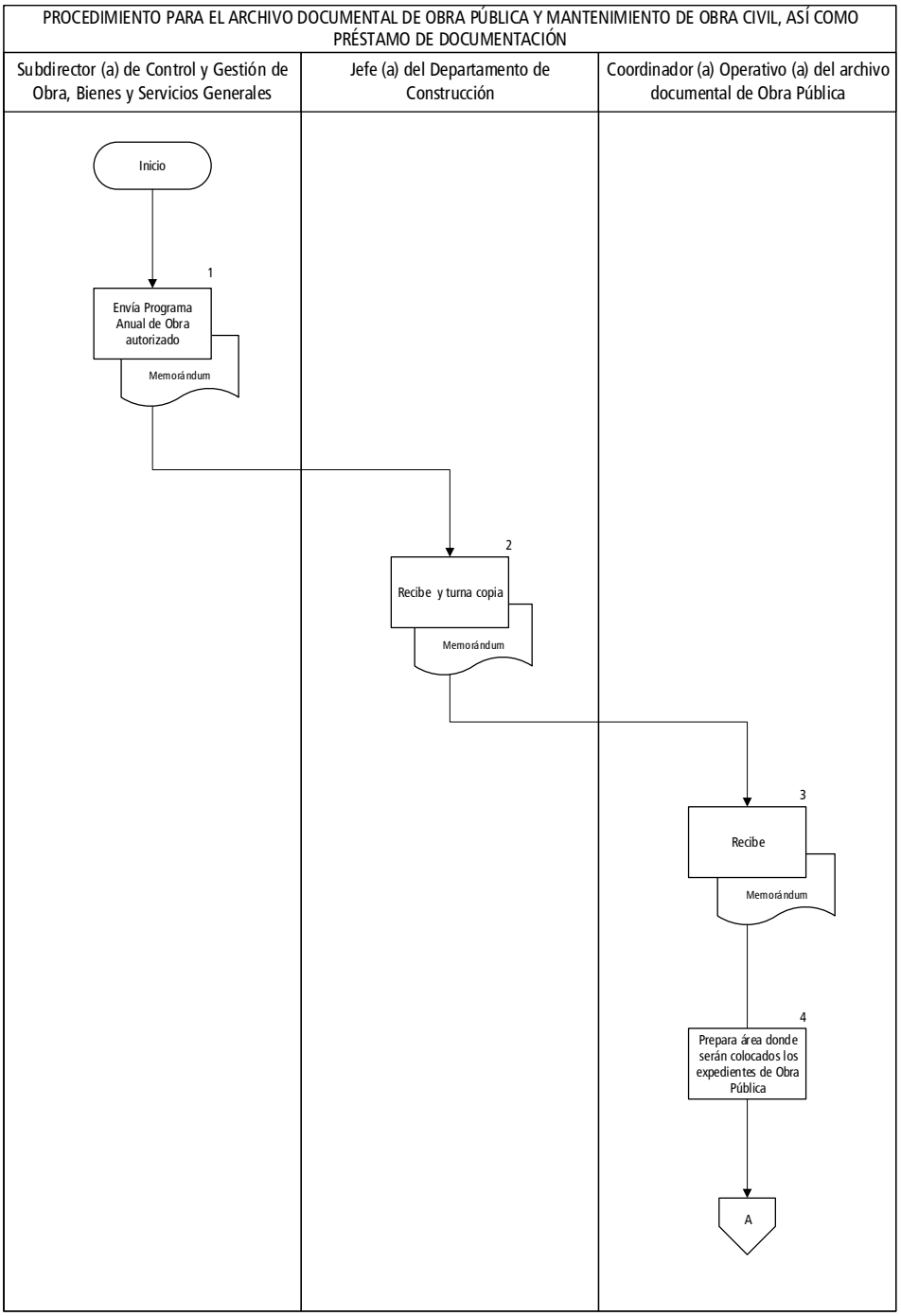
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO DOCUMENTAL DE OBRA PÚBLICA Y MANTENIMIENTO DE OBRA CIVIL, ASÍ COMO PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Subdirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales	Envía al/la Jefe/a del Departamento de Construcción, Programa Anual de Obra autorizado.	Memorándum
2	Jefe/a del Departamento de Construcción	Recibe memorándum con el Programa Anual de Obra y turna copia al/la Coordinador/a Operativo/a del archivo documental de Obra Pública.	Memorándum
3	Coordinador/a del archivo documental de Obra Pública.	Recibe copia del Memorándum con el Programa Anual de Obra.	Memorándum

4		Prepara el área donde serán colocados los expedientes documentales de Obra Pública.	S/D
5	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Integran la documentación de obra pública y mantenimiento de obra civil que les corresponde, ya sea generada por ellos/ellas mismos/as o en su caso solicitarla a los proveedores. Considerando el formato #1 “Check list.	Documentos
6		Entregan al/la Coordinador/a Operativo/a del archivo, la documentación de obra pública y mantenimiento de obra civil. Considerando el formato #1 “Check list.	Documentos
7	Coordinador/a del archivo documental de Obra Pública	Revisa documentación ¿cumple con los requisitos considerando el formato #1 “Check list.? No cumple, paso 5. Si cumple, paso 8.	Documentación
8		Integra la documentación en una carpeta considerando los siguientes formatos: Formato #1 Check list autorizado por la Secretaría de la Contraloría. Formato #2 Carátula de carpeta. Formato #3 Lomo de carpeta. Formato #4 Separador	Expediente
9		Colocará los expedientes documentales de obra, en el anaquel correspondiente considerando: 1.- Anexos que lo integran, Formato #1. 2.- Número de carpetas. 3.- Ubicación (Ver diagrama 1).	Expedientes
10		No cumple, regresa al paso 5.	Expedientes

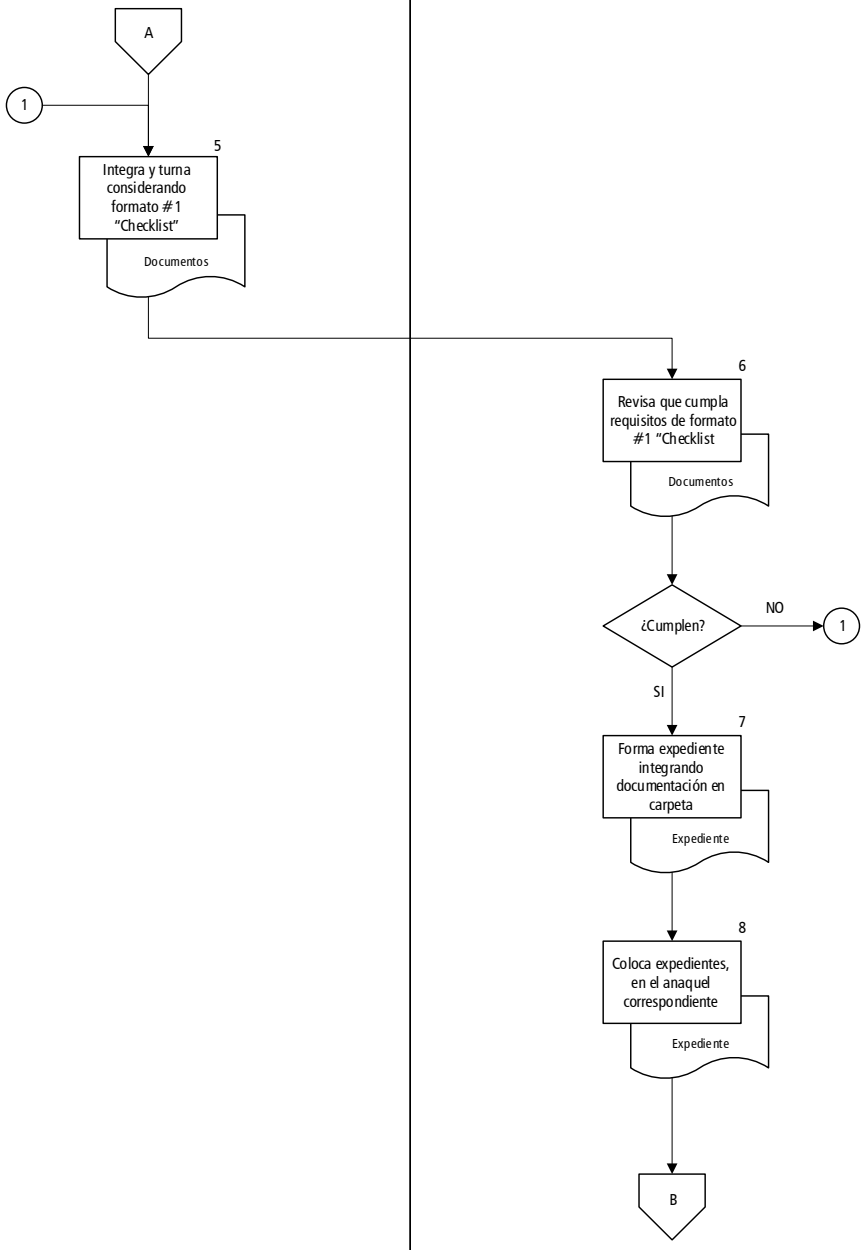
		Si cumple, colocará los expedientes con la documentación de obra pública y mantenimiento de obra civil, en el anaquel correspondiente considerando: 1.- Anexos que lo integran, Formato #1. 2.- Número de carpetas. 3.- Ubicación (Ver diagrama 1).	
11		Captura en la base de datos, la información contenida en cada uno de los documentos, así como la ubicación asignada en el anaquel.	Base de datos
12	Coordinador/a de Residencia de Obra Pública	Elabora solicitud (formato #5), para documentación de obra pública y mantenimiento de obra civil, en calidad de préstamo.	Vale para la solicitud de documentación
13	Coordinador/a del archivo documental de Obra Pública	Recibe vale para la solicitud de documentación de obra pública y mantenimiento de obra civil formato #5, recaba firma de autorización del/la Jefe/a de Departamento, entrega los documentos requeridos al solicitante.	Vale para la solicitud de documentación
14		Recibe documentación de obra pública y mantenimiento de obra civil, entregada en calidad de préstamo por parte del/la solicitante, y revisa que esté completa.	Expedientes
15		Archiva en el recopilador correspondiente considerando la ubicación asignada verificándola previamente en la base de datos conforme al diagrama #1.	Expedientes
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO DOCUMENTAL DE OBRA PÚBLICA Y MANTENIMIENTO DE OBRA CIVIL, ASÍ COMO PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN.

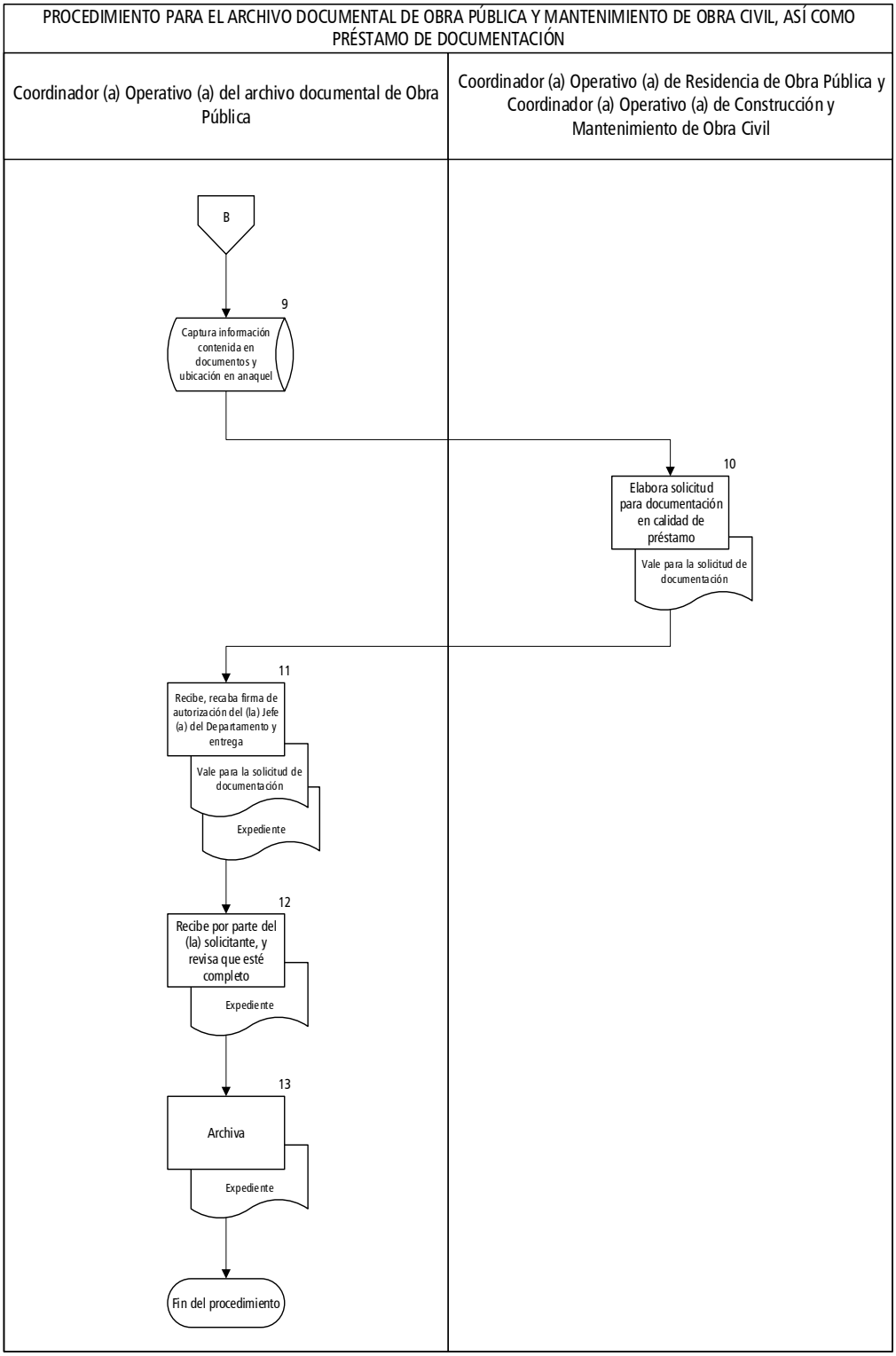


PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO DOCUMENTAL DE OBRA PÚBLICA Y MANTENIMIENTO DE OBRA CIVIL, ASÍ COMO PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN

Coordinador (a) Operativo (a) de Residencia de Obra Pública y Coordinador (a) Operativo (a) de Construcción y Mantenimiento de Obra Civil	Coordinador (a) Operativo (a) del archivo documental de Obra Pública



PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO DOCUMENTAL DE OBRA PÚBLICA Y MANTENIMIENTO DE OBRA CIVIL, ASÍ COMO PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN



7.18.5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Miguel Olivares Cervantes **Coordinador de Almacén** **MOC (DRM)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albiquer** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Establecer los métodos de operación que permitan el eficiente y racional control de los inventarios de bienes para la salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación.
2. Reglamento de Insumos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación.
3. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.
5. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El almacén central deberá realizar un inventario físico anual en la última semana del mes de diciembre.
2. Para realizar la toma de inventarios, deberá suspender el servicio de recepción y suministro en almacenes y para ello deberá avisar a los/las “clientes” con al menos 72 horas de anticipación.
3. Se podrá efectuar la práctica de toma de inventarios fuera del calendario y en forma extraordinaria, en los casos en que una autoridad del OPD así lo determine o requiera.
4. Las únicas excepciones permitidas para el abastecimiento de insumos para la salud mientras se esté realizando el inventario físico, serán en casos de contingencia declarada por las autoridades competentes; o cuando la salud o la vida de un paciente se encuentre en riesgo. En ambos casos, deberá ser autorizado por la autoridad competente del OPD. Tal hecho deberá asentarse en el acta de cierre.
5. Corresponderá al/la responsable del almacén central, realizar dentro de los plazos fijados, las aclaraciones de la diferencia de “más o de menos” que originaron los ajustes a las existencias, aclarando las causas que las originaron, sustentado con la evidencia documental correspondiente.
6. En las actas citadas anteriormente deberá participar por el Almacén Central: el/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales y el/la Coordinador/a de Almacenamiento y Distribución.
7. Una vez terminado el inventario anual, se procederá a realizar el cálculo de los siguientes indicadores:

Indicadores del almacén central:

- Rotación de Inventarios.
  La rotación de los inventarios es un elemento de control que nos indica la cantidad de veces que el inventario tuvo movimientos durante el año y se obtiene de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Inventario Inicial Anual} + \text{Inventario Final Anual}}{2} = \text{Inventario Promedio}$$

  Por lo que la rotación se obtiene de la siguiente forma:

$$\frac{\text{Costo Total de Salidas}}{\text{Inventario Promedio}} = \text{Rotación de Inventarios}$$

- Confiabilidad de los Inventarios
  Está determinada por la diferencia entre las cantidades contadas y las teóricas, una vez que se ha efectuado el inventario anual.

  Calculándose de la siguiente forma:

$$\frac{\text{Inventario Sistema} - \text{Inventario Físico}}{\text{Inventario Sistema}} \text{ X } 100 = \%\text{ de Diferencia}$$

- Determinación optima de existencias por producto
  Es necesario tomar en cuenta lo siguiente:
  Disponibilidad Presupuestal.
  Disponibilidad del producto en el mercado.
  Historial de consumos.
  Ciclo de surtimiento.
  Esto, para cada clave y así calcular máximos y mínimos, tomando en cuenta el Consumo Promedio Mensual:

$$\frac{\text{Total de artículos surtidos en el año}}{12} = \text{CPM}$$

  Cálculo de Niveles:

  CPM X 1.5 = Niveles Máximos

CPM X 1.25 = Niveles de Reorden
CPM X 1 = Niveles Mínimos

- Confiabilidad en el registro de movimientos del inventario
  Se determina mediante la diferencia de la comparación de los reportes emitidos por el Almacén Central, contra el registro del área de contabilidad de la siguiente forma:

$$\frac{\text{Reportes Contables} - \text{Reportes de Almacén}}{\text{Reportes Contables}} \text{X } 100 = \% \text{ de Diferencia (Conciliación)}$$

- Tiempos de reposición de inventarios
  La reposición de inventarios se realizará de manera mensual y bimestral para el caso de materiales para unidades de primer y segundo nivel y en programas especiales se realizará de acuerdo a los cuadros de distribución en los tiempos que marca los cronogramas de entregas y solicitudes especiales conforme a las metas establecidas del área médica.

8. Una vez obtenido el resultado de los indicadores se pondrá a consideración del/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, para la toma de decisiones correspondiente.

Responsables

Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

Áreas Involucradas

Almacén Central de Salud.

Recursos

Marbete, Reporte, Acta.

Glosario

Almacén: Todo espacio físico destinado para el resguardo y distribución de insumos para la salud, necesarios para el funcionamiento de las Unidades Médicas del OPD.
Insumos para la Salud: Los que, por su utilización en las Unidades Médicas, son necesarios para la atención de los/las

pacientes.
Kardex: Historial de insumos para la salud que existan en el inventario del almacén. Cada clave del inventario debe tener su kardex respectivo.
Lote: Cantidad específica de medicamentos e insumos para la salud, que hayan sido elaborados en un ciclo de producción, bajo condiciones equivalentes de operación y durante un período determinado.
Marbete: Rótulo que se pega a estibas o anaqueles de insumos para la salud en almacén donde va escrita la clave, descripción, presentación fecha de caducidad, etc.
OPD: Organismo Público Descentralizado.
Servidor/a Público/a: Personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, en la Administración Pública Estatal o Municipal, en las Entidades Paraestatales y Paramunicipales, en los Poderes Legislativo o Judicial del Estado, así como aquellas que administren, manejen, recauden, apliquen o resguarden recursos económicos Federales, Estatales o Municipales, sea cual fuere la naturaleza de su nombramiento o elección.
Mesa de control: Es la encargada de verificar que se realicen los inventarios de acuerdo a los procedimientos establecidos coordinando las actividades de cada uno de los que intervienen en proceso de inventario y se compone del/la Coordinador/a de Almacenamiento y Distribución, los/las responsables de las áreas de almacenaje, responsable del área de Sistemas, Coordinador/a de Control de Calidad y responsable del área de planeación y control de inventarios.
SAE: Sistema de Administración Empresarial.

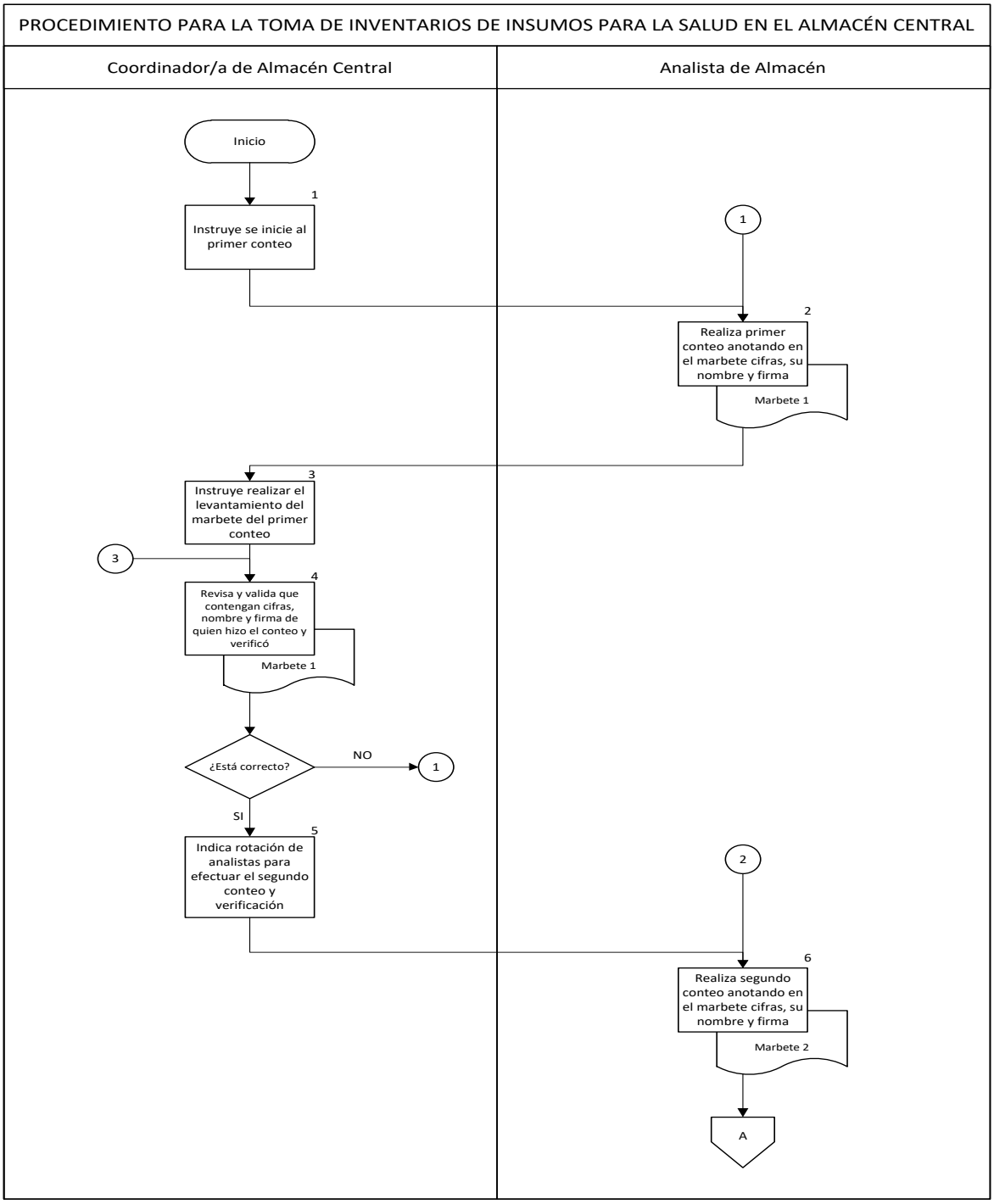
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinador/a de Almacén Central	Instruye al/la analista de almacén se inicie al primer conteo.	

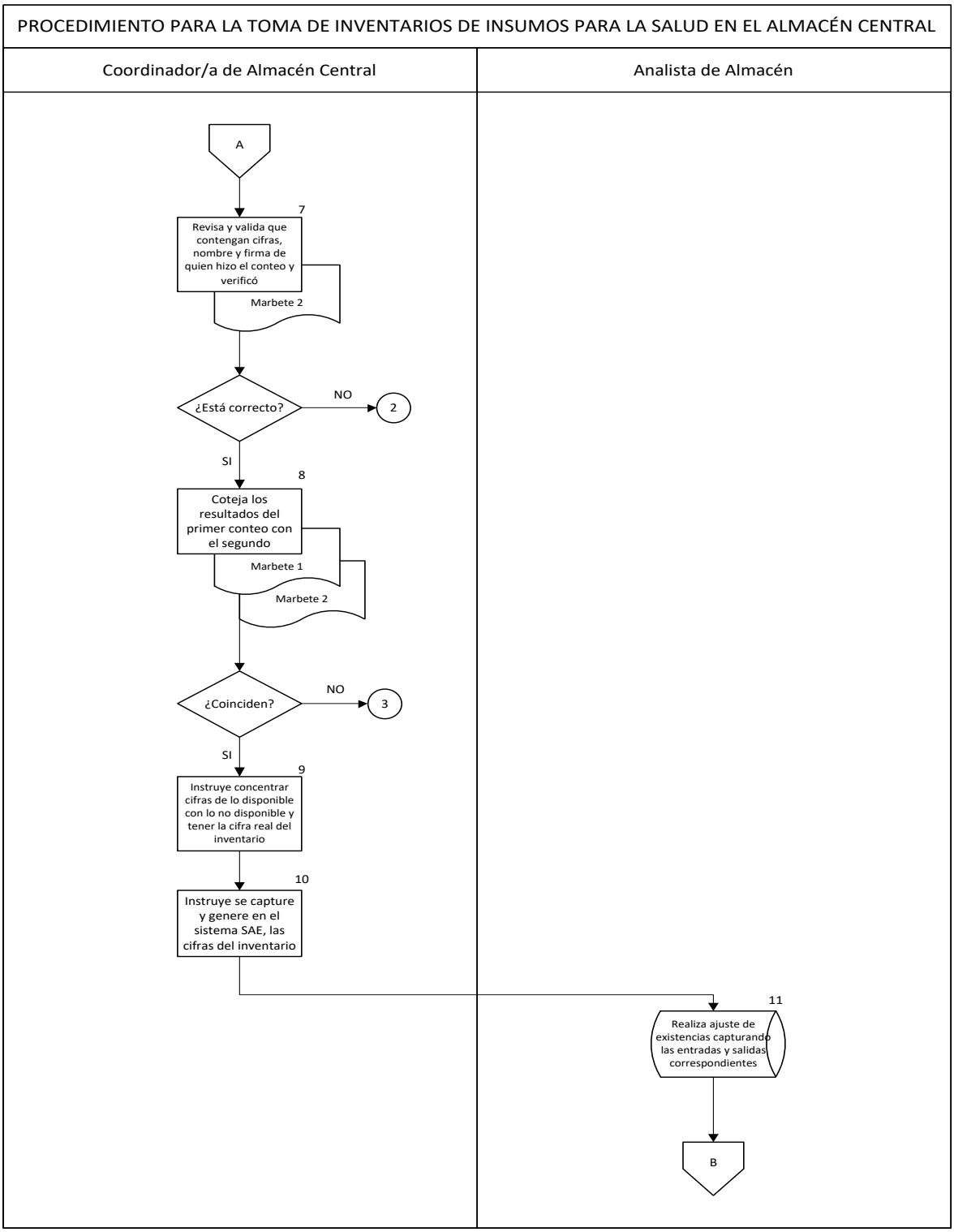
2	Analista de Almacén	Realiza primer conteo anotando en el marbete cifras, su nombre y firma.	Marbete 1.
3	Coordinador/a de Almacén Central	Instruye al/la analista de almacén realizar el levantamiento del marbete correspondiente al primer conteo.	
4		Recibe revisa y valida que la totalidad de los marbetes del primer conteo contengan las cifras, nombre y firma de quien efectuó el conteo y verificó. ¿Está correcto? Sí: continúa en actividad 5. No: regresa a la actividad 2.	Marbete 1.
5		Indica rotación de los analistas de almacén para efectuar el segundo conteo y la verificación del mismo.	
6	Analista de Almacén	Realiza segundo conteo anotando en el marbete cifras, su nombre y firma.	Marbete 2.
7	Coordinador/a de Almacén Central	Recibe, revisa y valida que la totalidad de los marbetes del segundo conteo contengan las cifras, nombre y firma de quien efectuó el conteo y verifico. ¿Está correcto? Sí: continúa en actividad 8. No: regresa a la actividad 6.	Marbete 2.
8		Coteja los resultados del primer conteo con el segundo. ¿Coinciden? Sí: continúa en actividad 9. No: regresan a la actividad 4.	Marbete 1. Marbete 2.
9		Instruye al/la analista de almacén se concentren las cifras de los bienes	

		disponibles con los no disponibles y tener la cifra real del inventario.	
10		Instruye al/la analista de almacén capture y genere en el sistema SAE, las cifras resultantes del inventario.	
11	Analista de Almacén	Realiza ajuste de existencias aclaradas y sustentadas en el sistema, capturando las entradas y salidas correspondientes.	
12		Emite reporte definitivo de inventarios en original y dos copias.	Reporte.
13	Coordinador/a de Almacén Central	Levanta Acta de Cierre de Inventario y envía al/la Jefe/a de Departamento de Recursos Materiales para conocimiento y acciones que correspondan.	Acta.
14		Procede a realizar el cálculo de los indicadores del almacén central establecidos en el numeral 7 de las políticas de operación del presente procedimiento.	Formato de rotación de inventarios. Formato de confiabilidad de inventarios. Formato de determinación optima de existencias por producto. Formato de confiabilidad en el registro de movimientos del inventario.
Fin del procedimiento			

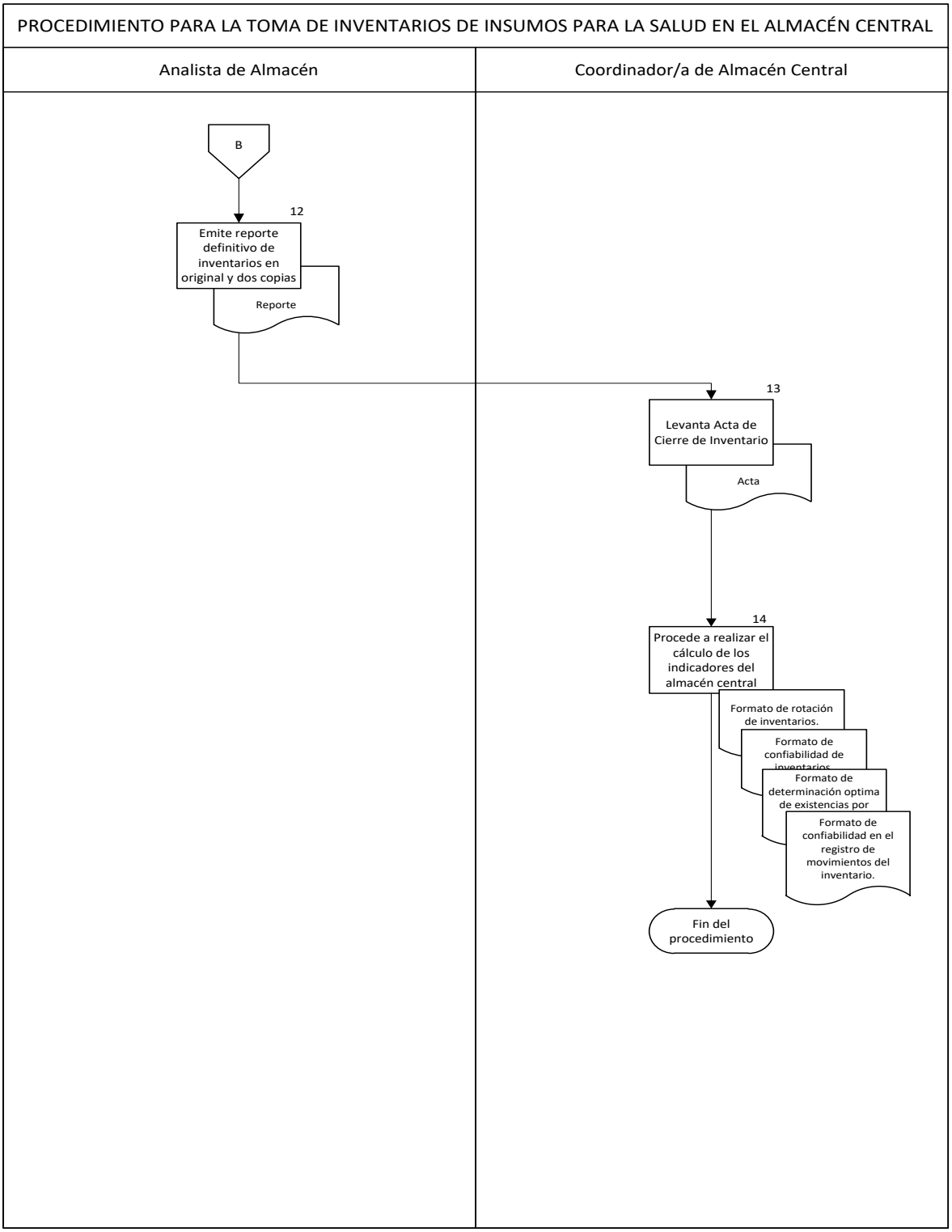
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.



PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL



PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL



FORMATOS DEL PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE INVENTARIOS DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL

Formato de rotación de inventarios

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y GESTIÓN DE OBRA, BIENES Y SERVICIOS GENERALES
DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
COORDINACIÓN DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN
IA-001

Rotación de Inventarios

Fecha:___/____/_____

$$\frac{\text{Inventario Inicial Anual + inventario Final Anual}}{2} = \text{Inventario Promedio}$$

$$\frac{\text{Costo total de Salidas}}{\text{Inventario Promedio}} = \text{Rotación de Inventarios}$$

Elaboró	Validó	Vo.Bo.
Responsable de área	Coordinador de Almacenamiento y Distribución	Jefe de Departemnto de Recursos Materiales

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y GESTIÓN DE OBRA, BIENES Y SERVICIOS GENERALES
DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
COORDINACIÓN DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN
IA-002

Confiabilidad de los Inventarios

Fecha:___/____/_____

$$\frac{\text{Inventario Sistema} - \text{Inventario Fisico}}{\text{Inventario Sistema}} \times 100 = \%\ \text{de Diferencia}$$

Elaboró	Validó	Vo.Bo.
Responsable de área	Coordinador de Almacenamiento y Distribución	Jefe de Departemnto de Recursos Materiales

Formato de determinación optima de existencias por producto

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y GESTIÓN DE OBRA, BIENES Y SERVICIOS GENERALES
DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
COORDINACIÓN DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN
IA-003

Determinación optima de existencias por producto

Fecha:___/____/_____

$$\frac{\text{Total de artículos surtidos en el año}}{12} = \text{CPM}$$

CPM X 1.5 = Niveles Máximos
CPM X 1.25 = Niveles de Reorden
CPM X 1 = Niveles Mínimos

Elaboró	Validó	Vo.Bo.
Responsable de área	Coordinador de Almacenamiento y Distribución	Jefe de Departemnto de Recursos Materiales

Formato de confiabilidad en el registro de movimientos del inventario

DIRECCIÓN DE OPERACIÓN DE OBRA, BIENES, SERVICIOS GENERALES Y PROCESOS DE GESTIÓN
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y GESTIÓN DE OBRA, BIENES Y SERVICIOS GENERALES
DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
COORDINACIÓN DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN
IA-004

Confiabilidad en el registro de movimientos del inventario

Fecha:___/____/_____

$$\frac{\text{Reportes Contables} - \text{Reportes de Almacén}}{\text{Reportes Contables}} \times 100 = \text{\% de Diferencia (Conciliación)}$$

Elaboró	Validó	Vo.Bo.
Responsable de área	Coordinador de Almacenamiento y Distribución	Jefe de Departemnto de Recursos Materiales

7.18.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

Tiempo Promedio: 3 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Miguel Olivares Cervantes **Coordinador de Almacén** **MOC (DRM)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albiquer** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades esenciales en el proceso de recepción de insumos de salud en el almacén central, con la finalidad de optimizar los recursos humanos y materiales implementados.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Reglamento de Insumos para la Salud.
3. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.
5. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El almacén solo recibirá los insumos para la salud que vengan acompañados de remisión de entrega y/o factura original, pedido debidamente requisitados, así como de la documentación que se haya establecido en el contrato correspondiente.
2. No se recibirán bienes con caducidad impresa menor a tres meses de vida útil.
3. El registro de los bienes recibidos y actualización de inventarios deberá efectuarse como máximo dentro de las siguientes 24 horas, contadas a partir de la recepción de los bienes.
4. Para el caso de equipo médico deberá presentarse manuales de operación, manuales de instalación y carta de garantía.
5. El horario para recepción de insumos para la salud en el almacén central, será de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas; fuera de este horario no se podrán recibir insumos a menos de que se trate de entregas urgentes.
6. En caso de ser necesario y de acuerdo a las características de cada insumo, el/la encargado/a de recepción se podrá auxiliar del personal especializado adscrito al área solicitante para verificar que los bienes entregados correspondan en todas sus especificaciones a los solicitados.
7. En este sentido, si los insumos cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas por el área usuaria y la entrega se realiza conforme a las condiciones establecidas en los pedidos, se procederá

	a la recepción de la documentación correspondiente; en caso contrario, se devolverá al proveedor la totalidad de los insumos de que se trate para que se realicen los cambios necesarios. 8. Si el proveedor no respeta las condiciones de entrega establecidas en el pedido y/o contrato (en cuanto a las características de los insumos, empaques y otras que pudieran afectar el uso al que se les destinará), el almacén deberá proceder a la devolución completa de los insumos o parcial según se amerita
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Dar seguimiento a la solicitud de suficiencia presupuestal que compete a la Dirección de Operación de Personal, para la contratación de personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla de conformidad con los ordenamientos legales y normativos vigentes, acuerdos, decretos, circulares y convenios.
Recursos	Documentación, Kárdex, Factura.
Glosario	Almacén: Espacio físico destinado para el resguardo y distribución de insumos para la salud, necesarios para el funcionamiento de las Unidades Médicas del OPD. Catalogo: Lista ordenada o clasificada que existe sobre el medicamento e insumos para la salud y que es emitido por el Consejo de Salubridad General. Caducidad: Fecha de vencimiento impresa en los marbetes o etiquetas del producto. Característica que tiene los bienes de consumo para perder en un lapso la potencia y estabilidad para ser consumidos, tales como: medicamentos, vacunas, lácteos, reactivos, químicos, material de curación y otros. Devolución: Acción creada con el fin de reflejar todo aquel medicamento e insumo para la salud que no cumple con las especificaciones necesarias para su uso, o para cubrir

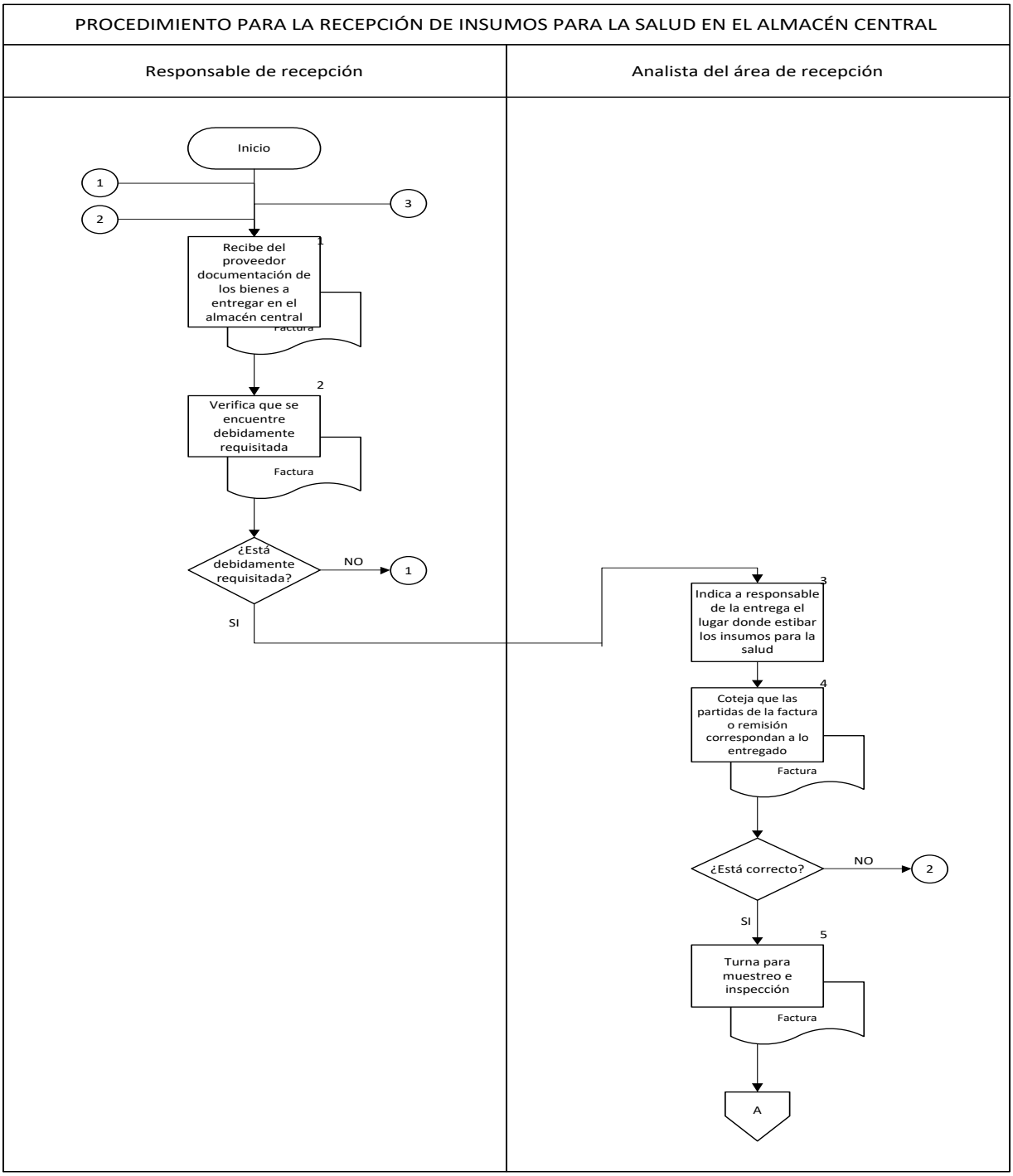
necesidades.
Insumos para la salud: Los que, por su utilización en las Unidades Médicas, son necesarios para la atención de los/las pacientes.
Kardex: Historial de registro de entradas y salidas de insumos para la salud. Cada clave del inventario debe tener su kárdex respectivo.
Lote: Cantidad específica de un insumo, que haya sido elaborado en un ciclo de producción, bajo condiciones equivalentes de operación y durante un período determinado.
OPD: Organismo Público Descentralizado.
Proveedores/as: Persona física o moral que celebre contratos, servicios o arrendamientos.
Servidor/a Público/a: Persona que desempeña un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, en la Administración Pública Estatal o Municipal, en las Entidades Paraestatales y Para municipales, en los Poderes Legislativo o Judicial del Estado, así como aquellas que administren, manejen, recauden, apliquen o resguarden recursos económicos Federales, Estatales o Municipales, sea cual fuere la naturaleza de su nombramiento o elección.

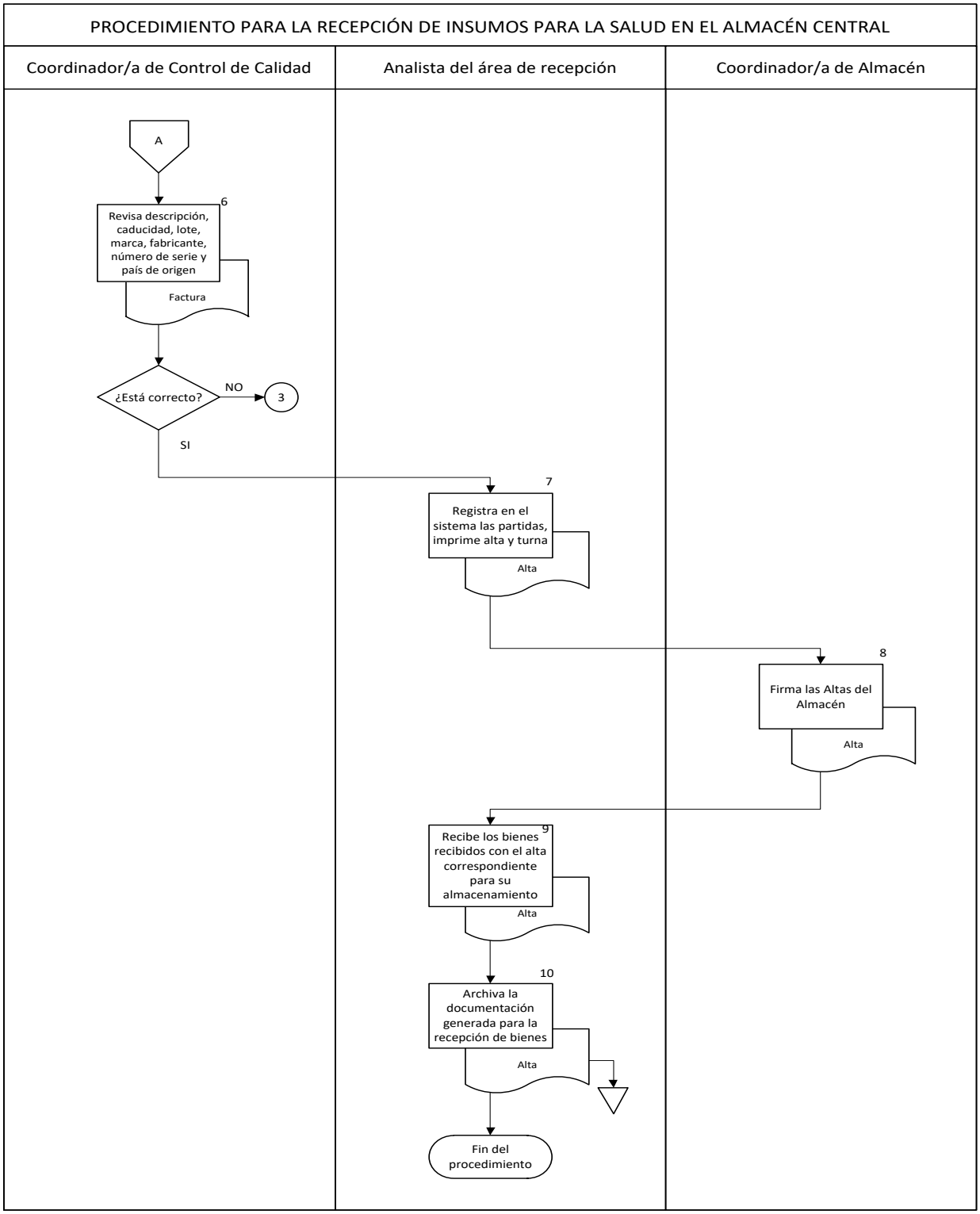
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de recepción	Recibe del proveedor documentación correspondiente a los bienes a entregar en el almacén central.	Factura.
2		Verifica que la documentación se encuentre debidamente requisitada. ¿Está debidamente requisitada? Sí: Continúa en la actividad 3.	Factura.

		No: Regresa a la actividad 1.	
3	Analista del área de recepción	Indica al/la responsable de la entrega el lugar donde debe estibar los insumos para la salud.	
4		Coteja que todas las partidas que aparecen en la factura o remisión correspondan físicamente a lo entregado. ¿Está correcto? Sí: Continúa en la actividad 5. No: Regresa a la actividad 1.	Factura.
5		Turna a la Coordinación de Control de Calidad para muestreo e inspección.	Factura.
6	Coordinador/a de Control de Calidad	Revisa en cuanto a descripción, caducidad, lote, marca, fabricante, número de serie y país de origen en su caso. ¿Está correcto? Sí: Continúa en la a actividad 7. No: Regresa a la actividad 1.	Factura.
7	Analista del área de recepción	Registra en el Sistema SAE las partidas que cumplan con los requisitos documentales y características físicas, imprime las altas y turna para firma del Coordinador de Almacén.	Alta.
8	Coordinador/a de Almacén	Firma las Altas del Almacén.	Alta.
9	Analista del área de recepción	Recibe los bienes con el alta correspondiente para su almacenamiento.	Alta.
10		Archiva la documentación generada para la recepción de bienes.	Alta.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.




PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL
Coordinador/a de Control de Calidad
Analista del área de recepción
Coordinador/a de Almacén
A
6
Revisa descripción, caducidad, lote, marca, fabricante, número de serie y país de origen
Factura
¿Está correcto?
NO
3
SI
7
Registra en el sistema las partidas, imprime alta y turna
Alta
8
Firma las Altas del Almacén
Alta
9
Recibe los bienes recibidos con el alta correspondiente para su almacenamiento
Alta
10
Archiva la documentación generada para la recepción de bienes
Alta
Fin del procedimiento

7.18.7. PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES.

Tiempo Promedio: 30 días hábiles.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Carrasco Lomelí Coordinadora del Departamento de Recursos Materiales MLCL (DRM) Octubre 2018	Jorge Luis Galindo Albiquer Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG)	Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018

Objetivo	Establecer las actividades que se llevan a cabo dentro del procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas para obtener adecuadas condiciones de precio y calidad de los bienes e insumos que se requieren en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para el desarrollo de sus actividades.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de Coordinación Fiscal.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.
7. Ley de Egresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.
8. Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.
9. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
10. Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el cual faculta al Titular de la Secretaría de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, a ejercer las atribuciones que, para la Adjudicación y Contratación de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su Ejecución, corresponden a las Secretarías de Administración y de Infraestructura.
11. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto.

Políticas de Operación:

1. Para llevar a cabo el procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión el área solicitante deberá presentar requerimiento mediante memorándum debidamente validado.
2. Las invitaciones a cuando menos tres personas no deberán exceder los montos máximos que determine la Ley de Egresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.

3. Previo al inicio del procedimiento se deberá contar con la suficiencia presupuestal respectiva.
4. En las invitaciones a cuando menos tres personas, deberán participar cuando menos 3 proveedores que tengan capacidad de respuesta inmediata y cuente con los suficientes recursos técnicos y financieros para hacer frente a los requerimientos solicitados.
5. Las invitaciones a cuando menos tres personas, deberán ser por escrito, indicarán como mínimo la cantidad y descripción de los bienes requeridos, plazo y lugar de entrega, así como condiciones de pago, y estar dirigidas a personas físicas o morales relacionadas con los bienes o servicios objeto del pedido y/o contrato.
6. Este procedimiento aplica a las adquisiciones, arrendamientos de bienes muebles y servicios que se requieran adjudicar con recursos provenientes de subsidio estatal.
7. También aplica a recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-Ramo 33) y del Seguro Popular, en virtud de que tanto la Ley de Coordinación Fiscal como la Ley General de Salud en sus artículos conducentes (49 y 77 Bis 16, respectivamente) estipulan que, dichos caudales se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados conforme a sus propias leyes, por tanto, deberán registrarlos como ingresos propios.
8. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a través del Departamento de Recursos Materiales, deberá elaborar la invitación correspondiente al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas, que contendrá todos los puntos que rijan el procedimiento, tales como reglas, prevenciones, especificaciones, requisitos, motivos de descalificación de los licitantes, criterios de adjudicación, declaración del procedimiento desierto o cancelado, notificación de fallo, entre otros; documento que deberá contener, además, la forma para la presentación de propuestas técnicas–económicas, y anexos que se habrán de respetar al realizar la cotización de los bienes o

	servicios que oferten los/las participantes. 9. El procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas iniciará oficialmente con el envío de la invitación respectiva a los posibles participantes. 10. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión recibirá las propuestas de los/as participantes inscritos de acuerdo al calendario contenido en el documento de invitación y en las instalaciones indicadas en el mismo. 11. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión establece que las controversias que se susciten con motivo del ejercicio del procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas, se resolverán con apego a lo previsto en la propia Ley de Adquisiciones, Arredramientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	A nivel interno el procedimiento es aplicable a todas las unidades médicas y/o administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. A nivel externo el procedimiento es aplicable a proveedores y entes fiscalizadores.
Recursos	Requerimiento, Invitación, Investigación de mercado, Memorándum, Suficiencia presupuestal, Invitación, Confirmaciones, Cotizaciones, Dictamen técnico, Cuadro comparativo, Acta de fallo, Contrato-Pedido, xpediente.
Glosario	Área Contratante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión como la responsable de la contratación (elaboración de contratos, convenios modificatorios, administración de contratos, aplicación en su caso de deducciones y penas convencionales). Área Convocante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión como la responsable de la elaboración de convocatorias e

invitaciones, su publicación y difusión, siempre y cuando no rebase el monto autorizado para el ejercicio fiscal que corresponda; caso contario el procedimiento se llevará a cabo por la Secretaría de Finanzas y Administración.

Área Requirente: Todas las áreas o unidades médicas y/o administrativas facultadas para elaborar un requerimiento de adquisición de bienes, contratación de arrendamientos o servicios.

Bienes de Consumo: Los que se desgastan o extinguen por su uso y por lo tanto no son susceptibles de ser utilizados nuevamente.

Bienes de Inversión: Los bienes muebles que pasan a formar parte del activo fijo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y que por su naturaleza o disposición legal puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su naturaleza o forma; cuyo valor exceda a 7 días de salario mínimo vigente para el Área Geográfica “B” del país.

Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud: El documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, el equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por las instituciones públicas del sistema nacional de salud para otorgar servicios de salud a la población. El Cuadro Básico de Insumos aplica en el primer nivel de atención y el catálogo de insumos en el segundo y tercer nivel.

Insumos para la Salud: Los medicamentos, substancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración; así como los equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos.

LAASSPEM: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal. Vigente.

Organismo: El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Requerimiento: El formato institucional de solicitud de adquisición de bienes o contratación de arrendamientos y/o servicios que deberán utilizar las Áreas Requirentes para efectuar sus peticiones.

Unidad Responsable: El área encargada de verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un contrato, así como de informar a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión del posible incumplimiento que se pudiera presentar con motivo del mismo y de vigilar la correcta diligencia de un proveedor o prestador de servicios.
Las definiciones anteriores se aplicarán además de las previstas en la LAASSPEM.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES.

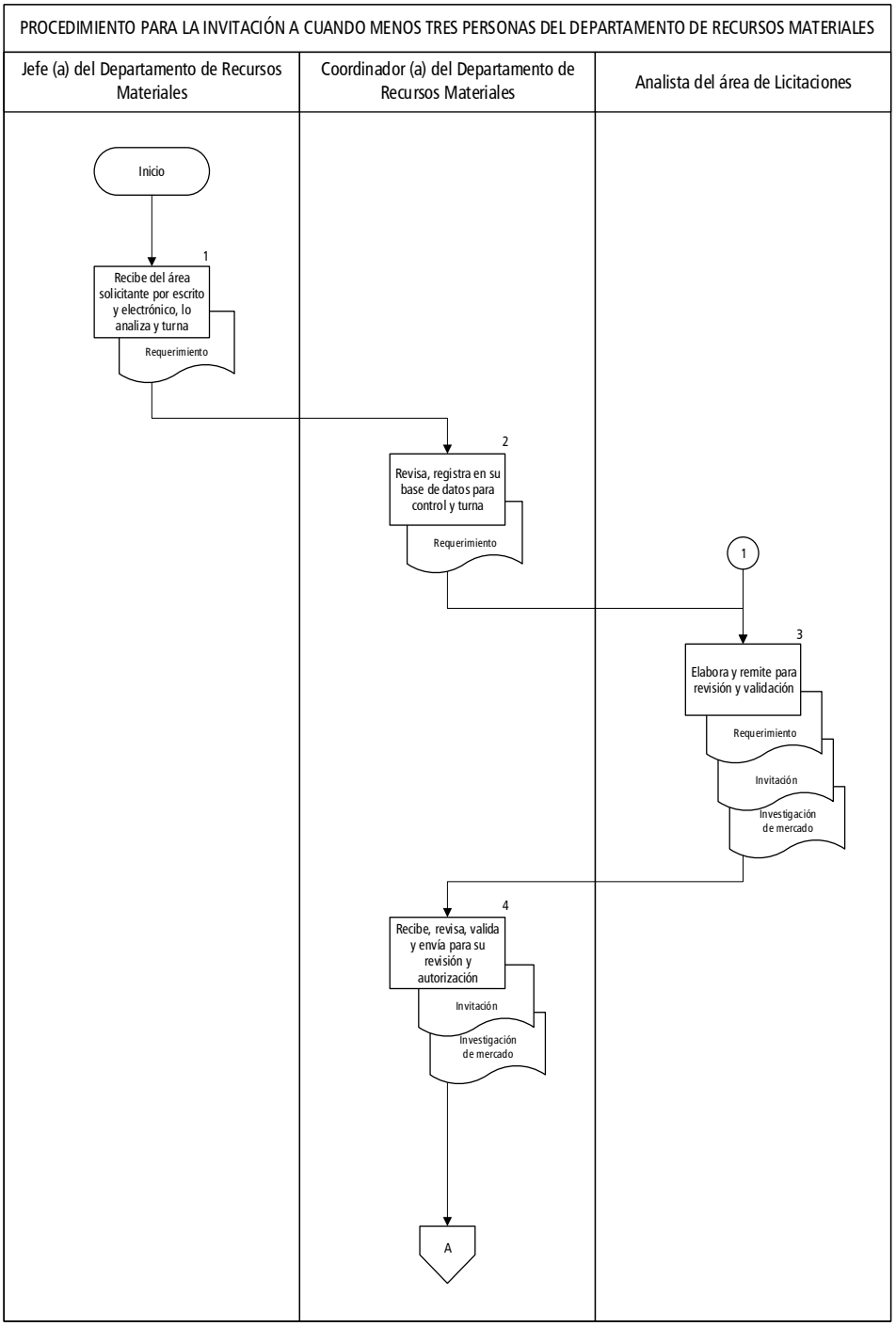
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe del área solicitante el requerimiento por escrito y electrónico, lo analiza y enseguida lo turna al/la Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales para que le dé continuidad a la fase del procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas.	Requerimiento
2	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Revisa el requerimiento, lo registra en su base de datos para su control, lo turna al/la analista del área para que le dé continuidad al procedimiento.	Requerimiento
3	Analista del área de Licitaciones	Elabora investigación de mercado (dependiendo la naturaleza del bien, arrendamiento o servicio) e invitación y las remite al/la Coordinador/a para revisión y validación.	Requerimiento Invitación Investigación de mercado
4	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe, revisa y valida la investigación de mercado e invitación y las envía al/la Jefe/a del Departamento para su	Invitación Investigación de mercado

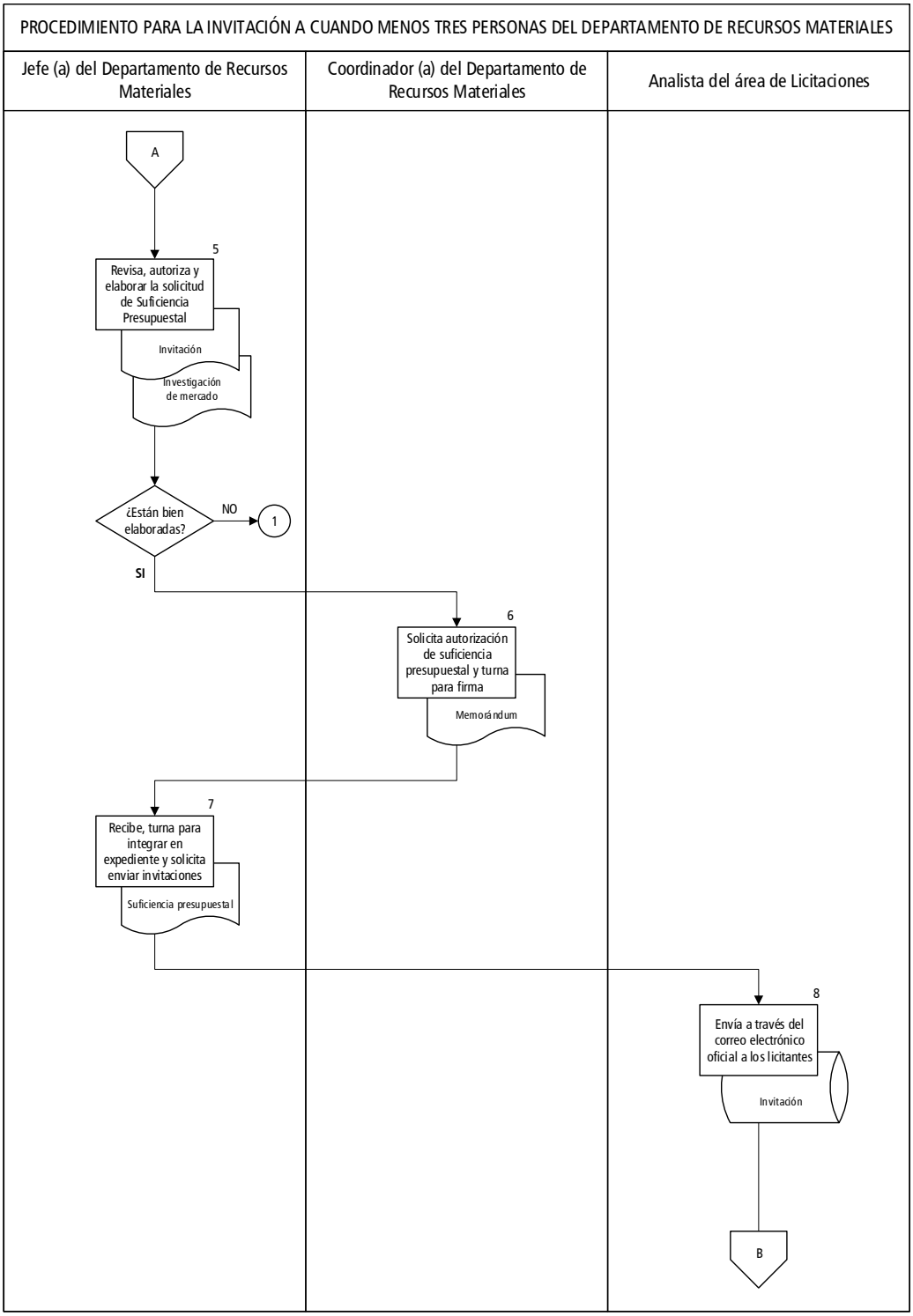
		revisión y autorización.	
5	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Revisa y autoriza la investigación de Mercado e invitación. Solicita al/la Coordinador/a elaborar la solicitud de suficiencia presupuestal. ¿Están bien elaborada? Si: Continúa en la actividad 6. No: Regresa a la actividad 3.	Invitación Investigación de mercado
6	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Solicita al Departamento de Presupuesto mediante memorándum, autorización de suficiencia presupuestal y turna al/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales para firma.	Memorándum
7	Jefe/a de Departamento de Recursos Materiales	Recibe del Departamento de Presupuesto, suficiencia presupuestal autorizada y turna al/la analista responsable para integración en el expediente y solicita que se envíen las invitaciones a los licitantes previamente autorizados.	Suficiencia presupuestal
8	Analista del área de Licitaciones	Envía invitación a través del correo electrónico oficial a los licitantes previamente autorizados.	Invitación
9	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe las confirmaciones de participación de los licitantes invitados y las turna al/la analista del área para integración de expediente.	Confirmaciones
10	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe las propuestas técnicas y económicas, realiza revisión preliminar y turna al/la Coordinador/a para el análisis y trámite correspondiente.	Cotizaciones
11	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Analiza propuestas técnicas y económicas, las turna al analista del área para la elaboración del dictamen técnico y cuadro comparativo de	Cotizaciones

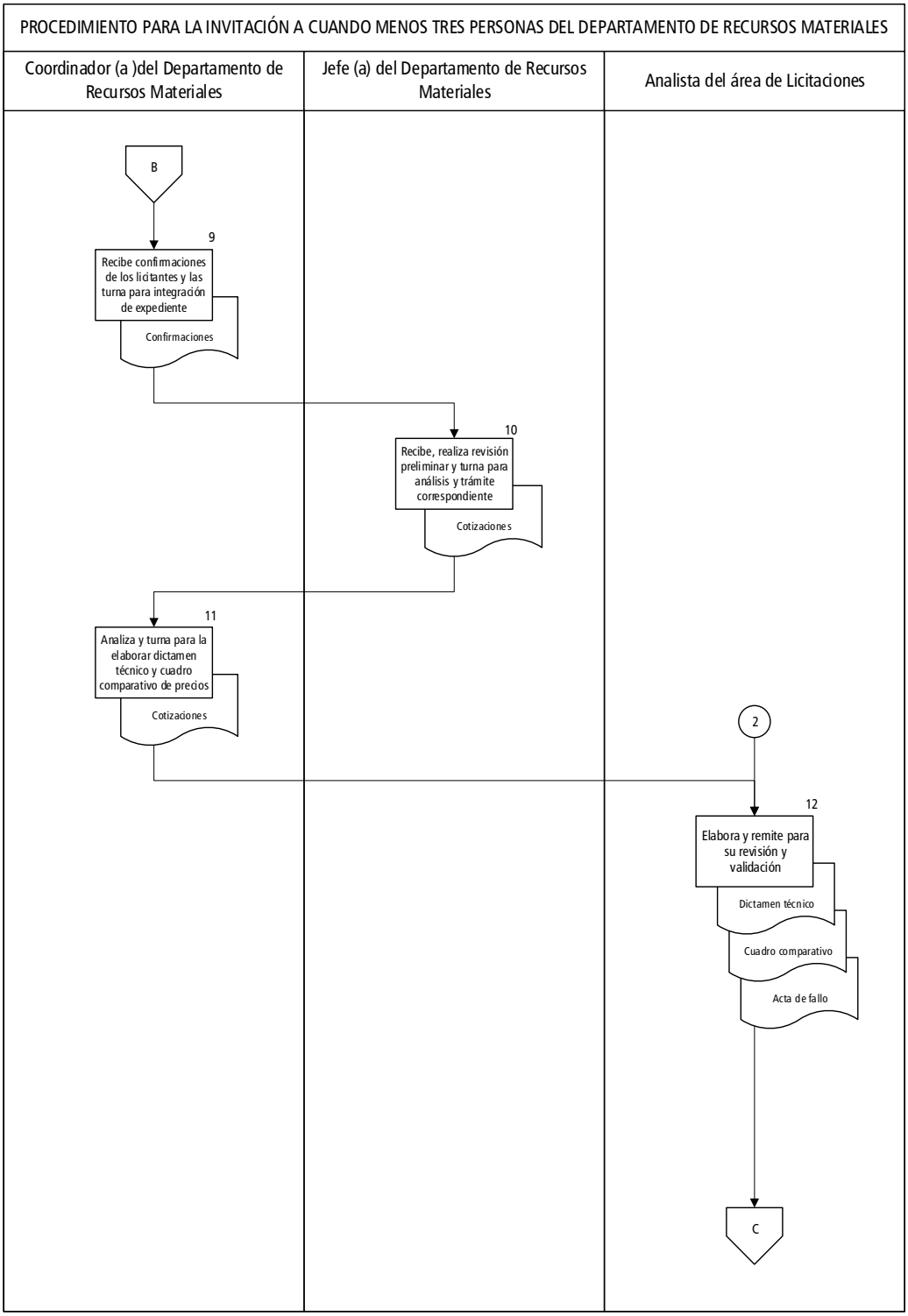
		precios.	
12	Analista del área de Licitaciones	Elabora dictamen técnico, cuadro comparativo de precios y acta de fallo y los remite al/la Coordinador/a para su revisión y validación.	Dictamen técnico Cuadro comparativo Acta de fallo
13	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe, revisa y valida el dictamen técnico, cuadro comparativo de precios y acta de fallo y lo turna al Jefe del Departamento para su revisión y autorización. ¿Están bien elaborados? Si: Continúa en la actividad 14. No: Regresa a la actividad 12.	Dictamen técnico Cuadro comparativo Acta de fallo
14	Jefe/a de Departamento de Recursos Materiales	Revisa dictamen técnico, cuadro comparativo y acta de fallo, firma y solicita al/la Coordinador/a para que el acta de fallo la haga de conocimiento al licitante ganador, así como del área requirente.	Dictamen técnico Cuadro comparativo Acta de fallo
15	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe y envía al licitante ganador, así como al área requirente el acta de fallo para su conocimiento, turna al/la analista el dictamen técnico, cuadro comparativo y acta de fallo firmados por el/la Jefe del Departamento para la integración del expediente, y la elaboración del contrato y/o pedido por el área correspondiente.	Dictamen técnico Cuadro comparativo Acta de fallo.
16	Analista del área de Contratos	Elabora contrato(s)-pedido(s) y turna al/la Coordinador/a del Departamento para revisión y validación.	Contrato-Pedido
17	Coordinador/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe y revisa contrato-pedido. ¿Está bien elaborado? Si: Continúa en la actividad 18. No: Regresa a la actividad 16.	Contrato-Pedido

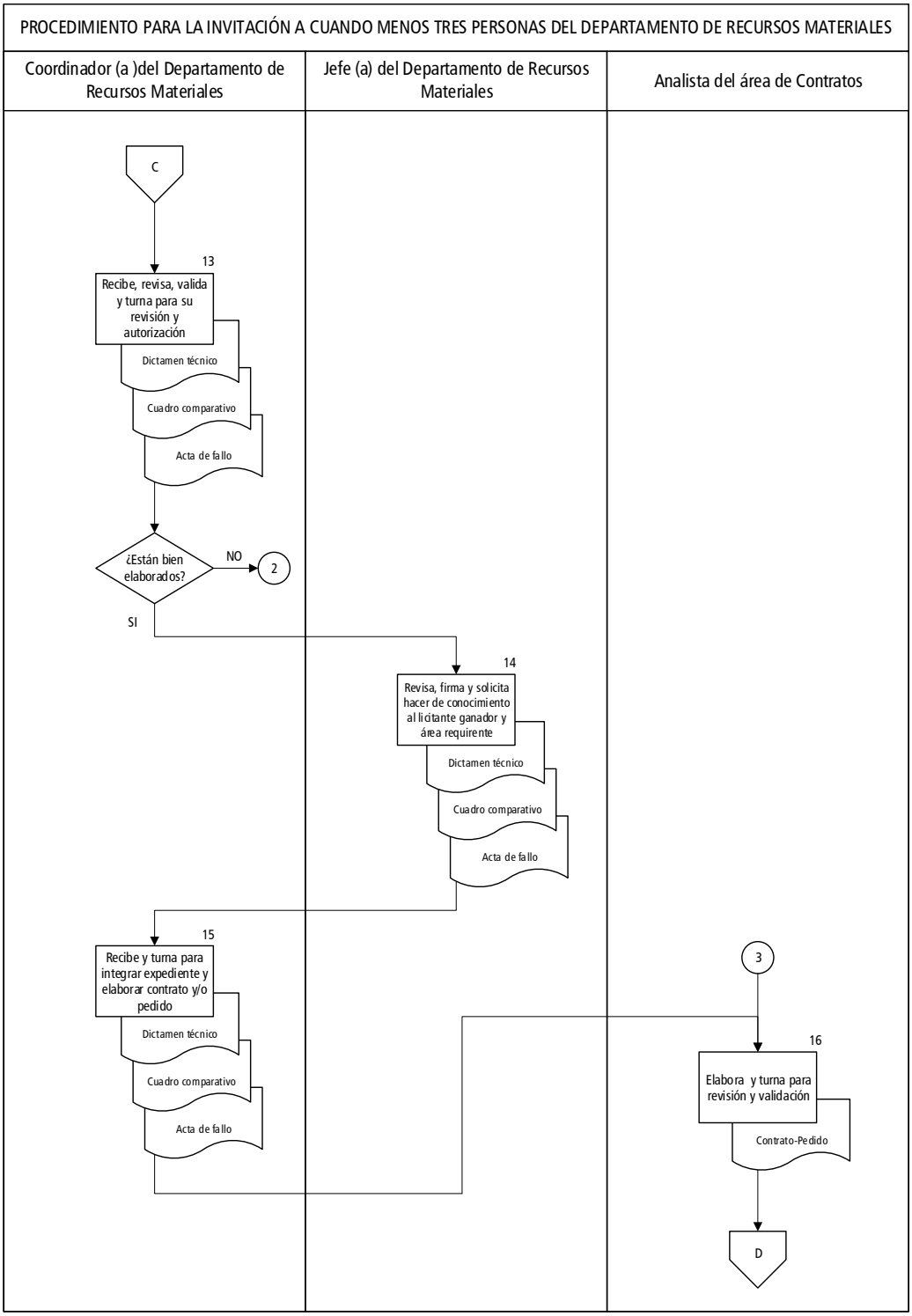
18	Jefe/a de Departamento de Recursos Materiales	Revisa, firma el contrato y/o pedido y solicita se lleve a cabo la formalización de éste.	Contrato-Pedido
19	Analista	Recibe el contrato y/o pedido, integra correctamente el expediente del procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas y turna al área de Contratos para formalización, mediante hoja de control.	Expediente Contrato-pedido
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES.

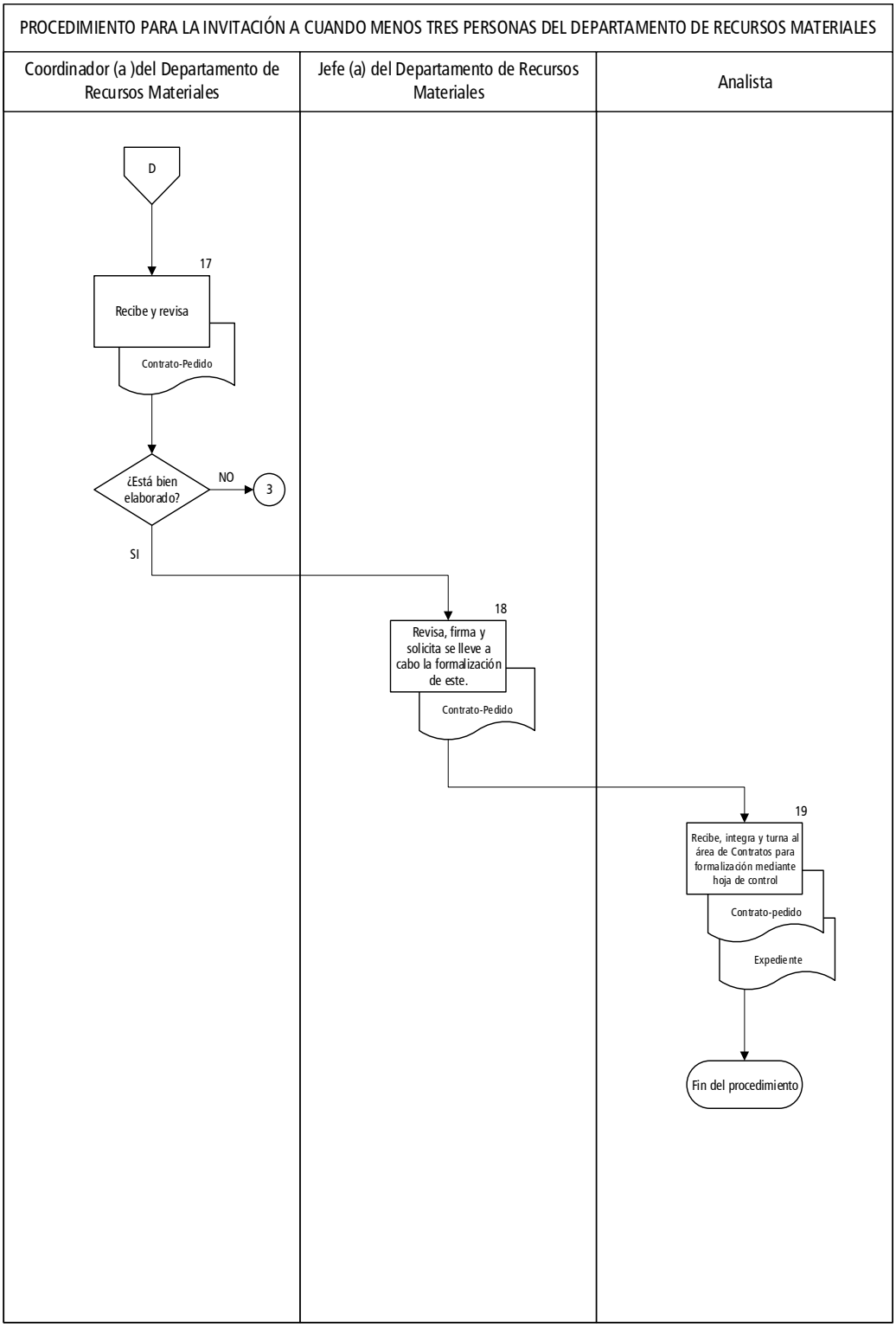



PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Jefe (a) del Departamento de Recursos Materiales
Coordinador (a) del Departamento de Recursos Materiales
Analista del área de Licitaciones
A
5
Revisa, autoriza y elaborar la solicitud de Suficiencia Presupuestal
Invitación
Investigación de mercado
¿Están bien elaboradas?
NO
1
SI
6
Solicita autorización de suficiencia presupuestal y turna para firma
Memorándum
7
Recibe, turna para integrar en expediente y solicita enviar invitaciones
Suficiencia presupuestal
8
Envía a través del correo electrónico oficial a los licitantes
Invitación
B


PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Coordinador (a)del Departamento de Recursos Materiales
Jefe (a) del Departamento de Recursos Materiales
Analista del área de Licitaciones
B
9
Recibe confirmaciones de los licitantes y las turna para integración de expediente
Confirmaciones
10
Recibe, realiza revisión preliminar y turna para análisis y trámite correspondiente
Cotizaciones
11
Analiza y turna para la elaborar dictamen técnico y cuadro comparativo de precios
Cotizaciones
2
12
Elabora y remite para su revisión y validación
Dictamen técnico
Cuadro comparativo
Acta de fallo
C


PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Coordinador (a)del Departamento de Recursos Materiales
Jefe (a) del Departamento de Recursos Materiales
Analista del área de Contratos
C
13
Recibe, revisa, valida y turna para su revisión y autorización
Dictamen técnico
Cuadro comparativo
Acta de fallo
¿Están bien elaborados?
NO
2
SI
14
Revisa, firma y solicita hacer de conocimiento al licitante ganador y área requirente
Dictamen técnico
Cuadro comparativo
Acta de fallo
15
Recibe y turna para integrar expediente y elaborar contrato y/o pedido
Dictamen técnico
Cuadro comparativo
Acta de fallo
3
16
Elabora y turna para revisión y validación
Contrato-Pedido
D

PROCEDIMIENTO PARA LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES



7.18.8. PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Carrasco Lomelí Coordinadora del Departamento de Recursos Materiales MLCL (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG)**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades que se llevan a cabo dentro del procedimiento de Adjudicación Directa para asignar un bien a las diversas unidades administrativas de Servicios de Salud del Estado de Puebla, con base en alguna de la hipótesis normativa contenidas en el artículo 19 y 20 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de Coordinación Fiscal.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
7. Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.
8. Ley de Egresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.
9. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
10. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
11. Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el cual faculta al Titular de la Secretaría de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, a ejercer las atribuciones que, para la Adjudicación y Contratación de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su Ejecución, corresponden a las Secretarías de Administración y de Infraestructura.
12. Acuerdo del Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que designa a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión de dicho Organismo, para sustanciar los Procedimientos de Adjudicación y Contratación en las materias de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su ejecución; dejando sin efecto su similar.
13. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. Previo al inicio del procedimiento se deberá contar con la suficiencia presupuestal respectiva.
2. Este procedimiento aplica a las adquisiciones, arrendamientos de bienes y servicios que se requieran adjudicar con recursos provenientes de subsidio estatal.
3. También aplica a recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-Ramo 33) y del Seguro Popular, en virtud de que tanto la Ley de Coordinación Fiscal como la Ley General de Salud en sus artículos conducentes (49 y 77 Bis 16, respectivamente) estipulan que, dichos caudales se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados conforme a sus propias leyes, por tanto, deberán registrarlos como ingresos propios.
4. Para llevar a cabo el procedimiento de Adjudicación Directa por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, el área requirente deberá presentar requerimiento debidamente validado.
5. La Adjudicación Directa sólo procederá en los casos debidamente justificados y cuando se acrediten los supuestos contenidos en el artículo 19 y 20 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a través del Departamento de Recursos Materiales, deberá elaborar y solicitar la documentación necesaria para integrar el expediente de Adjudicación Directa respectivo.
7. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión establece que las controversias que se susciten con motivo del ejercicio del procedimiento de Adjudicación Directa, se resolverán con apego a lo previsto en la propia Ley de Adquisiciones, Arredramientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
8. Para aquellos recursos clasificados como Federales, se sujetarán a la Ley de Adquisiciones,

	Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su reglamento y las disposiciones normativas, emitidas por la Secretaría de la Función Pública. 9. En casos de excepción por el esquema del artículo 20, que se requiera gestionar a través de la invitación a cuando menos 3 personas se sujetará a los formatos que para tal efecto establezca la SFA y bajo el sustento de la investigación previa de mercado que ampare el dictamen de excepción.
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Las unidades administrativas y aplicativas requirentes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Requerimiento, Invitación, Cotizaciones, Dictamen, Fallo de adjudicación, Requisición, Dictamen de excepción, Oficio, Cartas de adjudicación, Contrato.
Glosario	Área Contratante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión como la responsable de la contratación (elaboración de contratos, convenios modificatorios, administración de contratos, aplicación en su caso de deducciones y penas convencionales). Área Requirente: Todas las áreas o unidades administrativas facultadas para elaborar un requerimiento de compra de bienes o contratación de arrendamientos o servicios, usuarias de los mismos. Bienes de Consumo: Los que se desgastan o extinguen en su uso primario y por lo tanto no son susceptibles de ser utilizados nuevamente. Bienes de Inversión: Los bienes muebles que pasen a formar parte del activo fijo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, y que por su naturaleza o disposición legal puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su naturaleza o forma; cuyo

valor exceda a 7 días de salario mínimo vigente para el Área Geográfica “B” del país.

Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud: El documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por las instituciones públicas del sistema nacional de salud para otorgar servicios de salud a la población.

Insumos para la Salud: Los medicamentos, substancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración; así como los equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos.

LAASSPEM: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Organismo: El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Requerimiento: El formato institucional de solicitud de compra de bienes o contratación de arrendamientos y/o servicios que deberán utilizar las Áreas Requirentes para efectuar sus peticiones.

Unidad Responsable: Al área encargada de verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un contrato, así como de informar a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión del posible incumplimiento que se pudiera presentar con motivo del mismo y de vigilar la correcta diligencia de un proveedor o prestador de servicios.

SISREQ: Sistema de Requerimientos de Bienes y Servicios.

SFA: Secretaría de Finanzas y Administración.

Las definiciones anteriores se aplicarán además de las previstas en la LAASSPEM.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES.

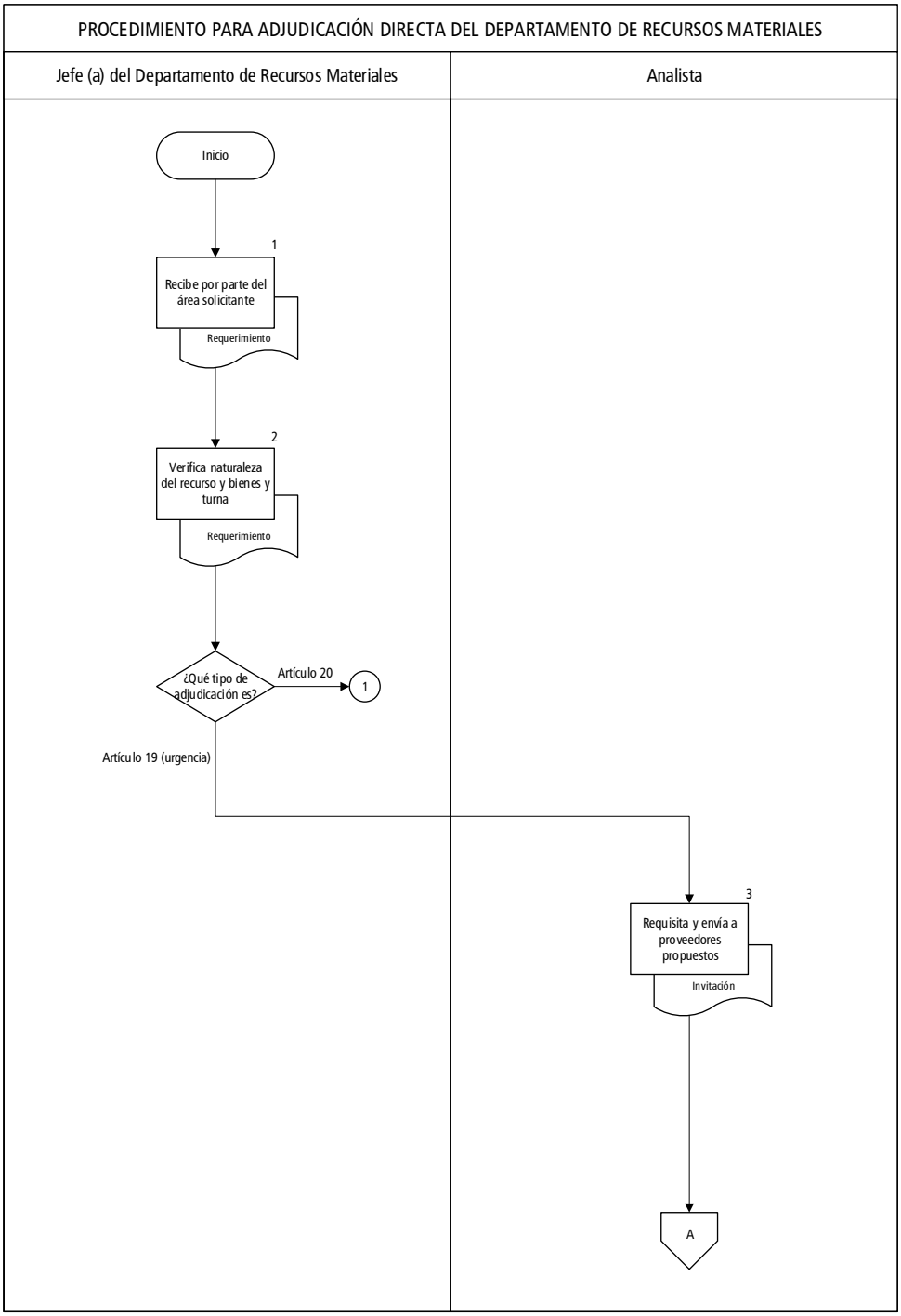
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe requerimiento por parte del área solicitante.	Requerimiento
2		Verifica la naturaleza del recurso, bienes y turna al/la analista para que continúe con el procedimiento. ¿Qué tipo de adjudicación es? Artículo 19 (urgencia): Continúa en la actividad 3. Artículo 20: Continúan en la actividad 11.	Requerimiento
3	Analista	Requisita el formato de invitación y envía a los/las proveedores/as propuestos.	Invitación
4		Recibe cotizaciones de los/las proveedores/as y se valora técnica y económicamente las mismas.	Cotizaciones
5		Proyecta el dictamen y fallo de adjudicación directa, bajo los criterios de economía, eficacia, eficiencia, honradez, imparcialidad y transparencia.	Dictamen y fallo de adjudicación
6		Remite a la Dirección de Asuntos Jurídicos para su revisión y validación.	Dictamen y fallo de adjudicación
7	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe y revisa. ¿Existen observaciones?	Dictamen y fallo de adjudicación

		Si: Continúa en la actividad 8. No: Continúa en la actividad 9.	
8	Analista	Realiza las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 6.	Dictamen y fallo de adjudicación
9	Dirección de Asuntos Jurídicos	Remite la validación del dictamen y fallo de adjudicación al Departamento de Recursos Materiales.	Dictamen y fallo de adjudicación
10	Analista	Recibe y recaba las firmas correspondientes: Subsecretario/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de la Secretaría de Salud y Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los SSEP con la asistencia del/de la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de -Gestión. Continúa en la actividad 20.	Dictamen y fallo de adjudicación
11		Revisa la descripción técnica del servicio y captura en la plantilla para la captura en el SISREQ.	Requerimiento
12		Genera la requisición en estatus de previa y requisita los rubros solicitados en el SISREQ.	S/D
13		Genera la requisición en estatus de revisión y requisita los rubros solicitados en el SISREQ.	S/D
14	Secretaría de Finanzas y Administración	Verifica las descripciones técnicas y requiere la precisión del detalle de la descripción. Nota: Solo se podrá someter a revisión 3 veces.	S/D

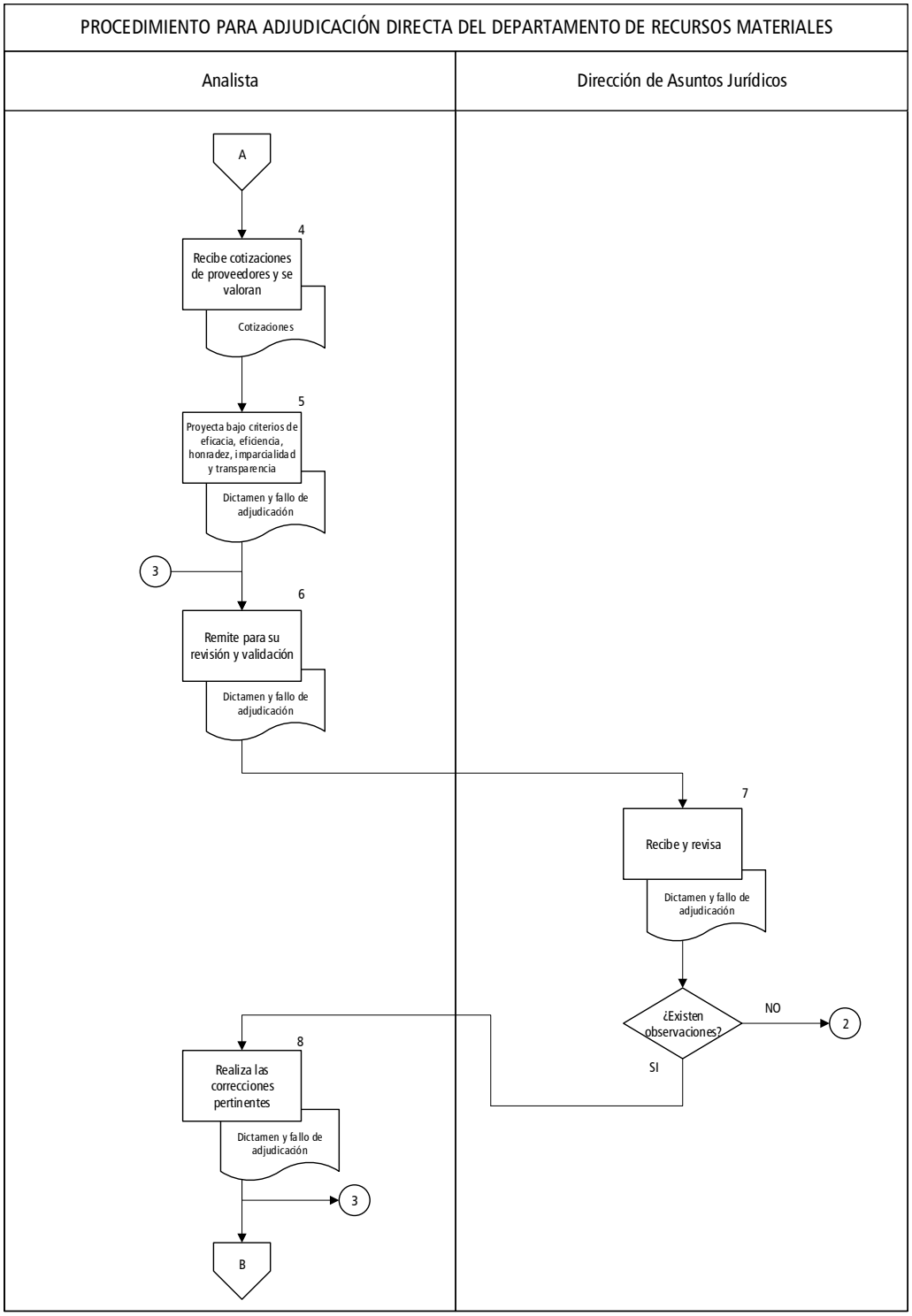
15	Analista	Una vez cubiertos los requisitos y validado por la SFA, genera la requisición en estatus de definitiva en el SISREQ.	Requisición
16		Recaba las firmas de la requisición y envía por correo electrónico el proyecto del dictamen de excepción ante la SFA para su revisión y validación acompañando la carpeta de documentación legal del proveedor propuesto.	Requisición Dictamen de excepción Correo electrónico
17	Secretaría de Finanzas y Administración	Recibe, valida el dictamen de excepción y remite por correo electrónico al/la analista.	Dictamen de excepción Correo electrónico
18	Analista	Integra junto con el requerimiento y el dictamen de excepción, las cartas de adjudicación directa (formato de la SFA) emitidas por el/la proveedor/a y se turnan mediante oficio a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA.	Oficio Requisición Dictamen de excepción Cartas de adjudicación
19	Secretaría de Finanzas y Administración	Emite el fallo conforme a la normatividad vigente y aplicable en la materia	S/D
20	Analista	Proyecta el contrato y lo remite a la Dirección de Asuntos Jurídicos, junto con la carpeta administrativa y legal correspondiente.	Contrato y Carpeta administrativa
21	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe y revisa. ¿Existen observaciones? Si: Continúa en la actividad 22.	Contrato y Carpeta administrativa

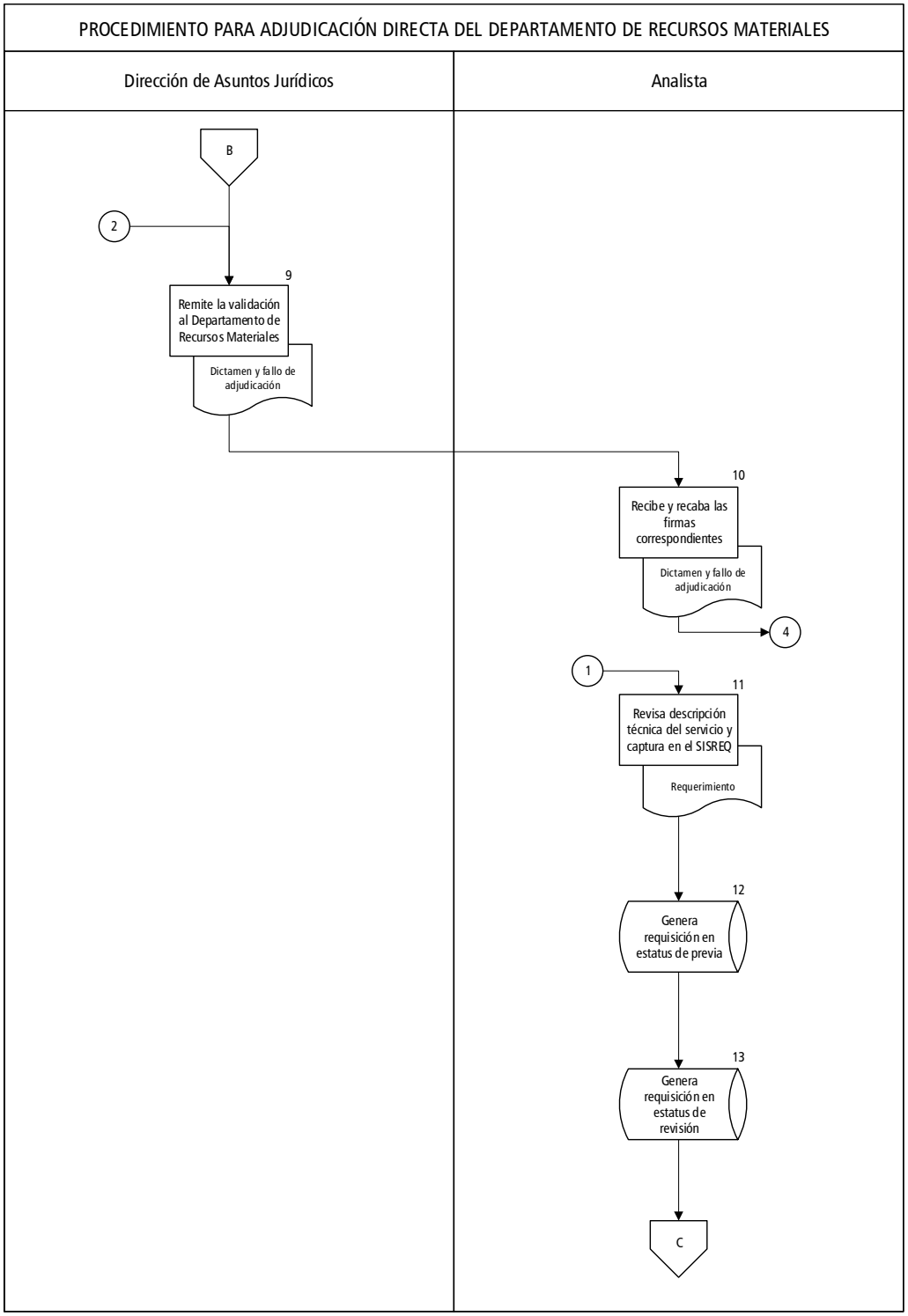
		No: Continúa en la actividad 23.	
22	Analista	Realiza las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 20.	Contrato y Carpeta administrativa
23	Dirección de Asuntos Jurídicos	Remite la validación del contrato al Departamento de Recursos Materiales	Contrato
24	Analista	Recaba las firmas correspondientes del contrato: Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Asiste el/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales. Proveedor/a. Nota: El/la proveedor/a deberá presentar la póliza de fianza por concepto de cumplimiento y vicios ocultos del contrato.	Contrato
Fin del procedimiento			

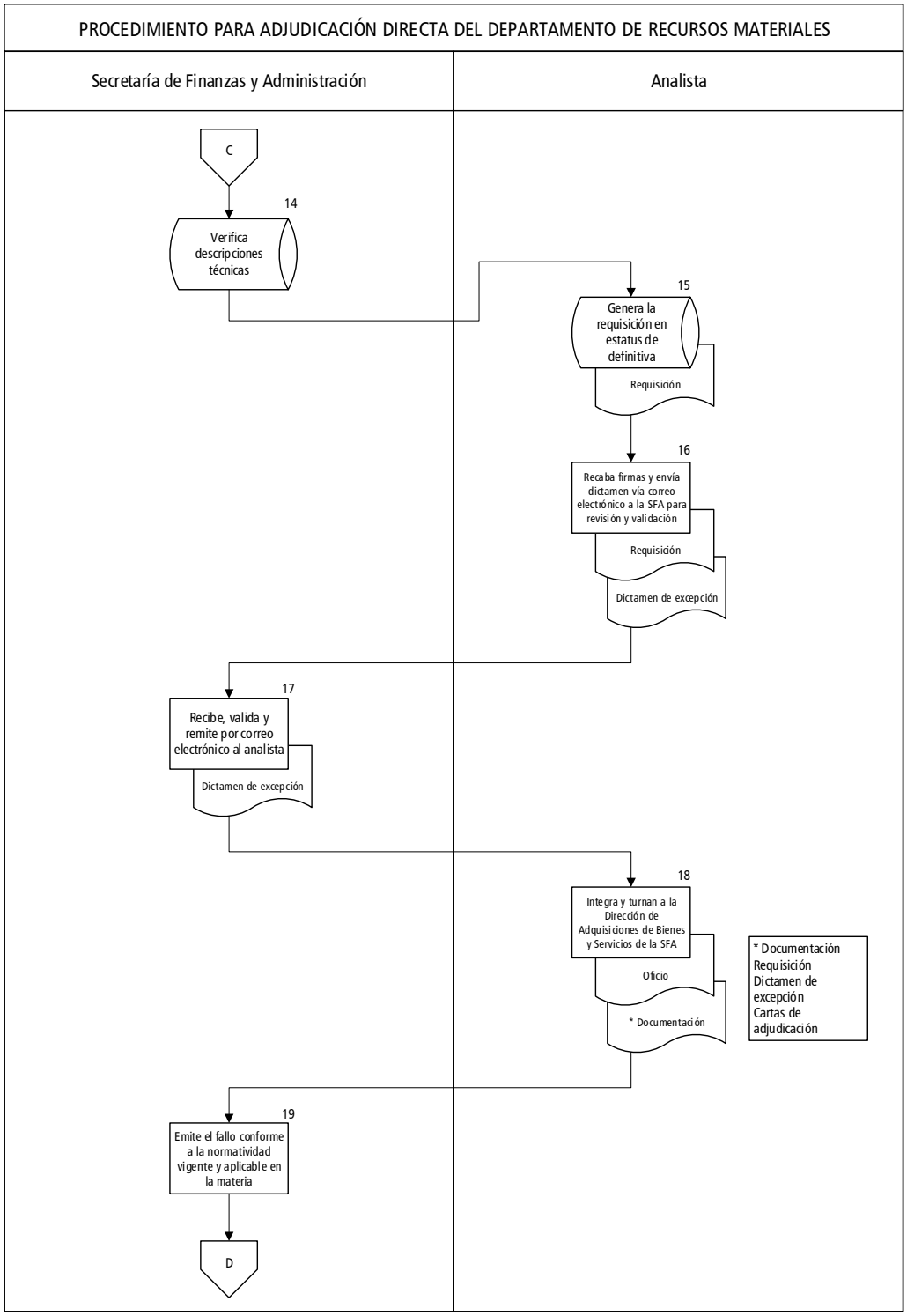
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES.

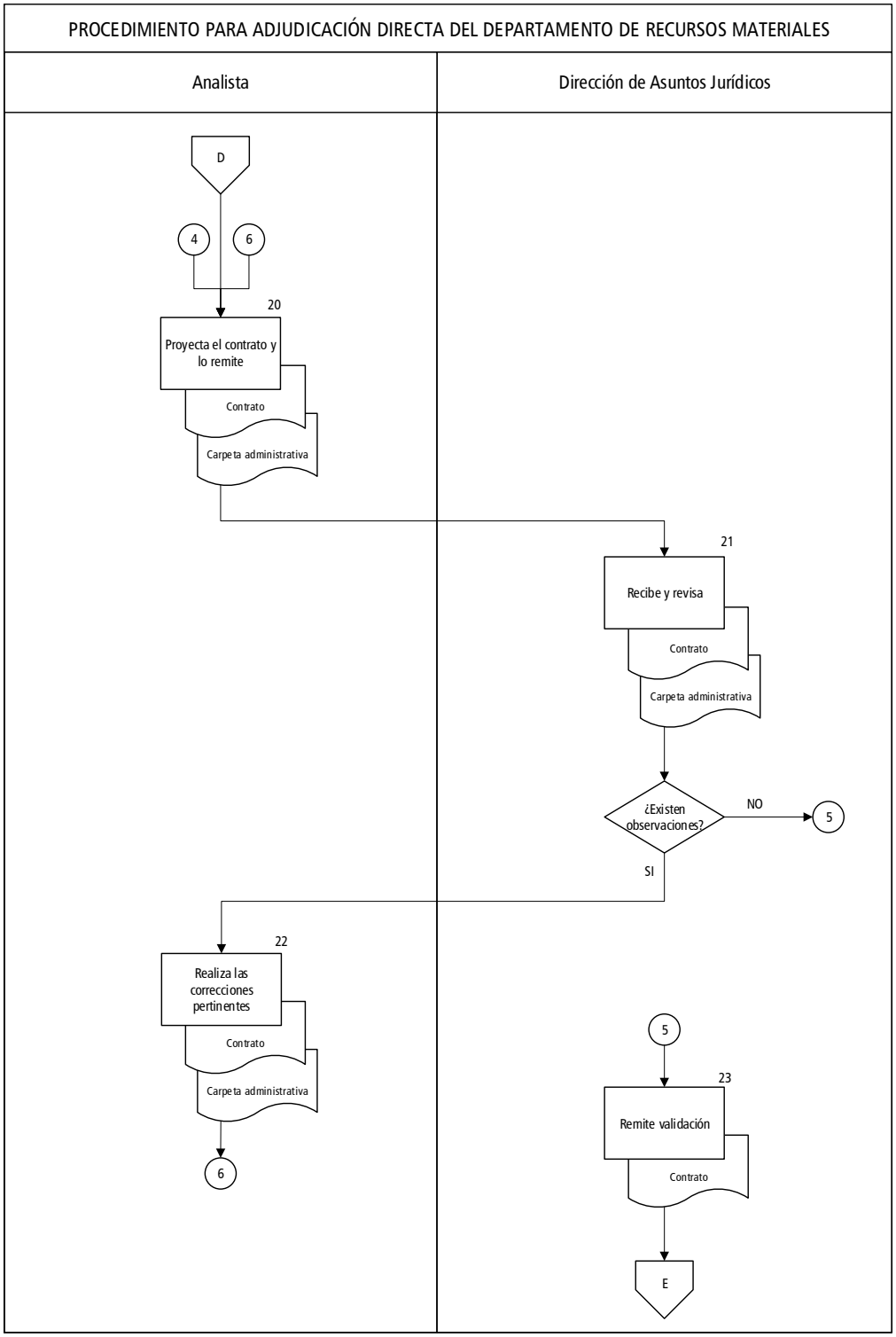


PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES



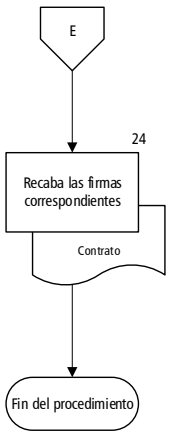

PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Dirección de Asuntos Jurídicos
Analista
B
2
9
Remite la validación al Departamento de Recursos Materiales
Dictamen y fallo de adjudicación
10
Recibe y recaba las firmas correspondientes
Dictamen y fallo de adjudicación
4
1
11
Revisa descripción técnica del servicio y captura en el SISREQ
Requerimiento
12
Genera requisición en estatus de previa
13
Genera requisición en estatus de revisión
C


PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Secretaría de Finanzas y Administración
Analista
C
14
Verifica descripciones técnicas
15
Genera la requisición en estatus de definitiva
Requisición
16
Recaba firmas y envía dictamen vía correo electrónico a la SFA para revisión y validación
Requisición
Dictamen de excepción
17
Recibe, valida y remite por correo electrónico al analista
Dictamen de excepción
18
Integra y turnan a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA
Oficio
* Documentación
* Documentación
Requisición
Dictamen de excepción
Cartas de adjudicación
19
Emite el fallo conforme a la normatividad vigente y aplicable en la materia
D


PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Analista
Dirección de Asuntos Jurídicos
D
4
6
20
Proyecta el contrato y lo remite
Contrato
Carpeta administrativa
21
Recibe y revisa
Contrato
Carpeta administrativa
¿Existen observaciones?
NO
5
SI
22
Realiza las correcciones pertinentes
Contrato
Carpeta administrativa
6
5
23
Remite validación
Contrato
E

PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES

Analista



7.18.9. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.

Tiempo Promedio: 45 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Carrasco Lomelí Coordinadora del Departamento de Recursos Materiales MLCL (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG)**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades que se llevan a cabo dentro de los procedimientos de adjudicación mediante invitación a cuando menos 3 personas, concurso por invitación y licitación pública, para adquirir un bien a las diversas unidades administrativas de Servicios de Salud del Estado de Puebla, con base en alguna de la hipótesis normativa contenidas en el artículo 15, fracciones I, II y III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de Coordinación Fiscal.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.
7. Ley de Egresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.
8. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
9. Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el cual faculta al Titular de la Secretaría de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, a ejercer las atribuciones que, para la Adjudicación y Contratación de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su Ejecución, corresponden a las Secretarías de Administración y de Infraestructura.
10. Acuerdo del Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que designa a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión de dicho Organismo, para sustanciar los Procedimientos de Adjudicación y Contratación en las materias de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su ejecución; dejando sin efecto su similar.
11. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto.

Políticas de Operación:

1. Previo al inicio del procedimiento se deberá contar con la suficiencia presupuestal respectiva.

	2. Este procedimiento aplica a las adquisiciones, arrendamientos de bienes y servicios que se requieran adjudicar con recursos provenientes de subsidio estatal. 3. También aplica a recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-Ramo 33) y del Seguro Popular, en virtud de que tanto la Ley de Coordinación Fiscal como la Ley General de Salud en sus artículos conducentes (49 y 77 Bis 16, respectivamente) estipulan que, dichos caudales se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados conforme a sus propias leyes, por tanto, deberán registrarlos como ingresos propios. 4. Para llevar a cabo el procedimiento de adjudicación mediante invitación a cuando menos 3 personas, concurso por invitación y licitación pública, por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, el área requirente deberá presentar requerimiento debidamente requisitado y validado mediante la firma del titular responsable. 5. Los procedimientos de adjudicación referidos, sólo procederá en los casos debidamente justificados de manera impresa y digital y que cuenten con las descripciones de los bienes, adjuntando para ello los anexos que procedan. 6. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a través del Departamento de Recursos Materiales, deberá elaborar y solicitar la documentación necesaria para integrar el expediente de los procedimientos de adjudicación objeto del a presente. 7. Para aquellos recursos clasificados como Federales, se sujetarán a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su reglamento y las disposiciones normativas, emitidas por la Secretaría de la Función Pública.
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

Áreas Involucradas	Las Unidades Administrativas y Aplicativas requirentes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Requerimiento, Requisición, Cotización, Oficio, Fallo, Contrato.
Glosario	Área Contratante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión como la responsable de la contratación (elaboración de contratos, convenios modificatorios, administración de contratos, aplicación en su caso de deducciones y penas convencionales). Área Requirente: Todas las áreas o unidades administrativas facultadas para elaborar un requerimiento de compra de bienes o contratación de arrendamientos o servicios, usuarias de los mismos. Bienes de Consumo: Los que se desgastan o extinguen en su uso primario y por lo tanto no son susceptibles de ser utilizados nuevamente. Bienes de Inversión: Los bienes muebles que pasen a formar parte del activo fijo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, y que por su naturaleza o disposición legal puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su naturaleza o forma; cuyo valor exceda a 7 días de salario mínimo vigente para el Área Geográfica “B” del país. Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud: El documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por las instituciones públicas del sistema nacional de salud para otorgar servicios de salud a la población. Insumos para la Salud: Los medicamentos, substancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración; así como los equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos.

LAASSPEM: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
Organismo: El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Requerimiento: El formato institucional de solicitud de compra de bienes o contratación de arrendamientos y/o servicios que deberán utilizar las Áreas Requirentes para efectuar sus peticiones.
Unidad Responsable: Al área encargada de verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un contrato, así como de informar a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión del posible incumplimiento que se pudiera presentar con motivo del mismo y de vigilar la correcta diligencia de un proveedor o prestador de servicios.
SISREQ: Sistema de Requerimientos de Bienes y Servicios.
SFA: Secretaría de Finanzas y Administración.
Las definiciones anteriores se aplicarán además de las previstas en la LAASSPEM.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.

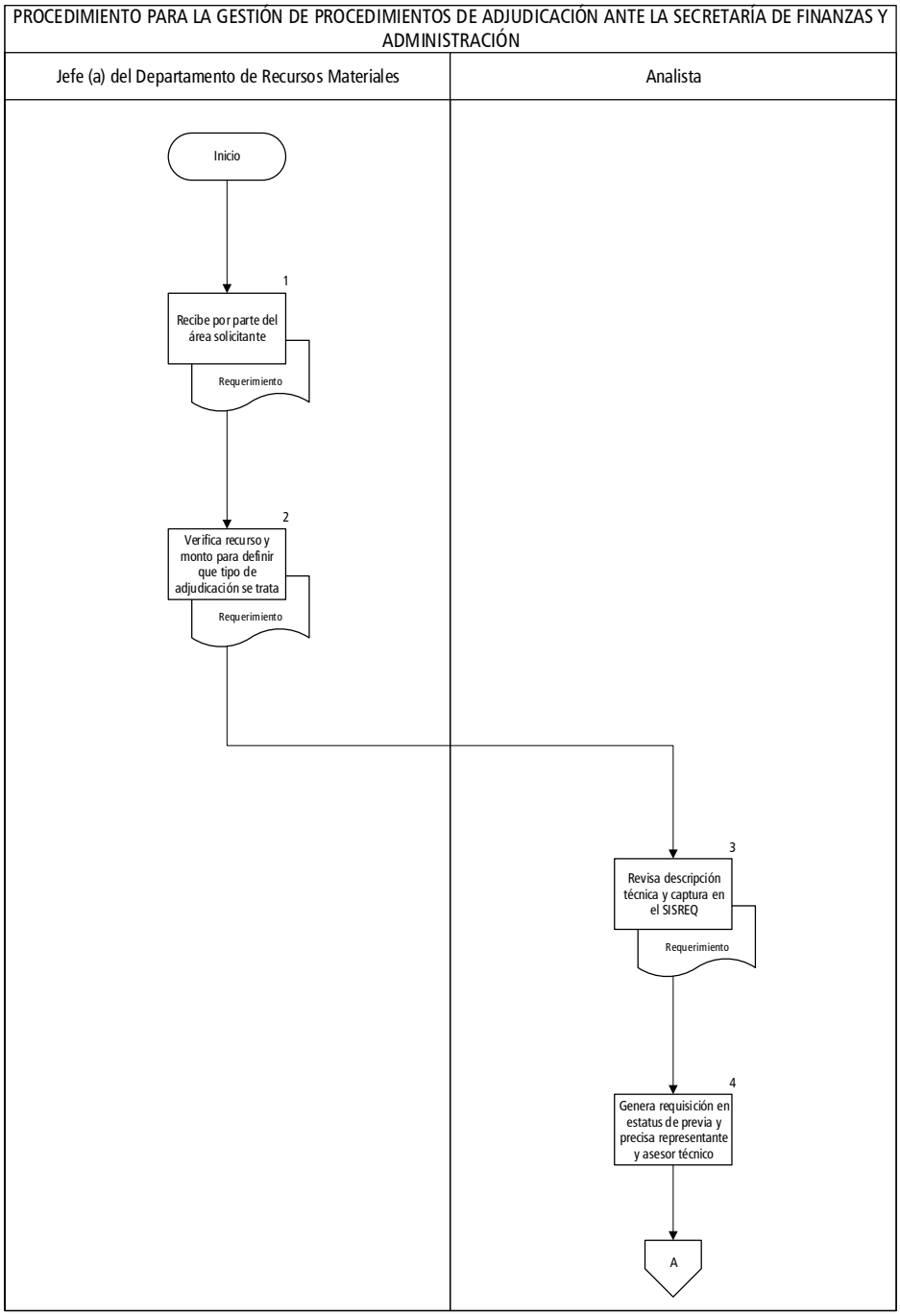
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe requerimiento por parte del área solicitante.	Requerimiento
2		Verifica la naturaleza del recurso y monto de los bienes conforme a los montos mínimos y máximos que establece la Ley de Egresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio	Requerimiento

		Fiscal que corresponda, para definir si se trata de: ▪ Invitación a cuando menos 3. ▪ Concurso por invitación. ▪ Licitación Pública: Internacional, Nacional, bajo la cobertura de tratados o Internacional abierta.	
3	Analista	Revisa la descripción técnica del servicio y captura en la plantilla en el SISREQ.	Requerimiento
4		Genera la requisición en estatus de previa y requisita los rubros solicitados en el SISREQ, así mismo precisa según corresponda al representante y asesor/a técnico/a del procedimiento quien acudirá a los eventos que señale la SFA en el desarrollo del procedimiento de adjudicación.	S/D
5		Genera la requisición en estatus de revisión y requisita los rubros solicitados en el SISREQ.	S/D
6	Secretaría de Finanzas y Administración	Verifica y valida las descripciones técnicas y requiere la precisión del detalle de la descripción. Nota: Solo se podrá someter a revisión 3 veces.	Requisición
7	Analista	Una vez cubiertos los requisitos y validado por la SFA, genera la requisición en estatus de definitiva en el SISREQ.	Requisición
8		Remite la requisición para firma, solicita cotización vía correo	Requisición Cotización

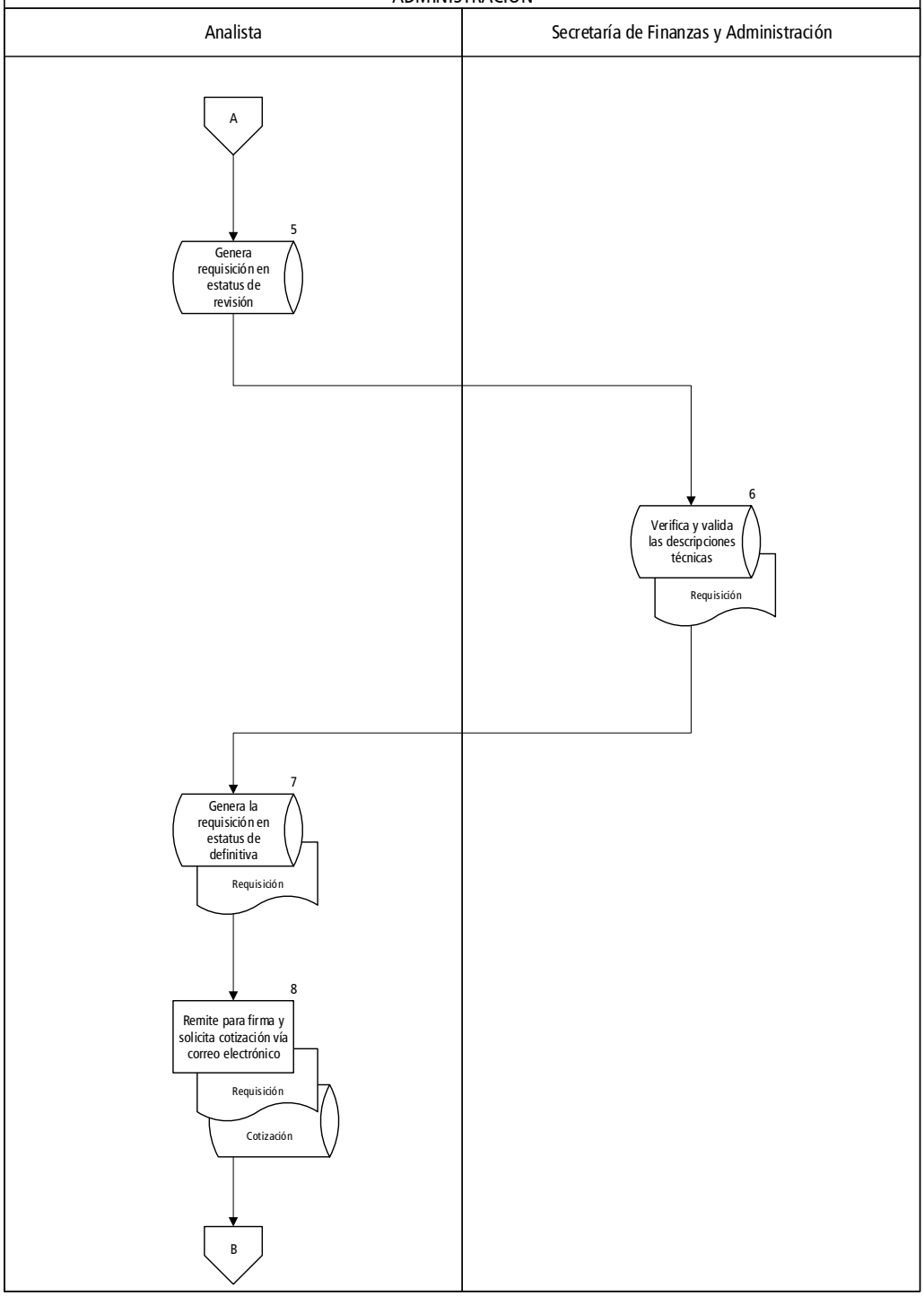
		electrónico que fungirá como investigación previa de mercado y proyecta oficio para remitir requisición y el soporte documental correspondiente.	Correo electrónico
9	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe, rubrica y recaba firmas del/la SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales y del Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Requisición (3 tantos) Cotización Oficio
10	Analista	Integra el soporte documental junto con la requisición y turna el oficio a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA.	Oficio Requisición
11	Área requirente	Asisten en su calidad de representante y asesor/a técnico/a a cada uno de los eventos que señale y requiere la SFA.	S/D
12	Secretaría de Finanzas y Administración	Emite el fallo conforme a la normatividad vigente y aplicable en la materia	Fallo
13	Analista	Proyecta el contrato y lo remite a la Dirección de Asuntos Jurídicos, junto con la carpeta administrativa y legal correspondiente.	Contrato Carpeta administrativa y legal
14	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe y revisa. ¿Existen observaciones? Si: continúa en la actividad 15. No: continúa en la actividad 16.	Contrato Carpeta administrativa y legal
15	Analista	Realiza las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 13.	Contrato

16	Dirección de Asuntos Jurídicos	Remite la validación del contrato al Departamento de Recursos Materiales.	Contrato
17	Analista	Recibe y recaba las firmas correspondientes del contrato: Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Asiste el/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales. Proveedor/a. Nota: El/la proveedor/a deberá presentar la póliza de fianza por concepto de cumplimiento y vicios ocultos del contrato.	Contrato
Fin del procedimiento			

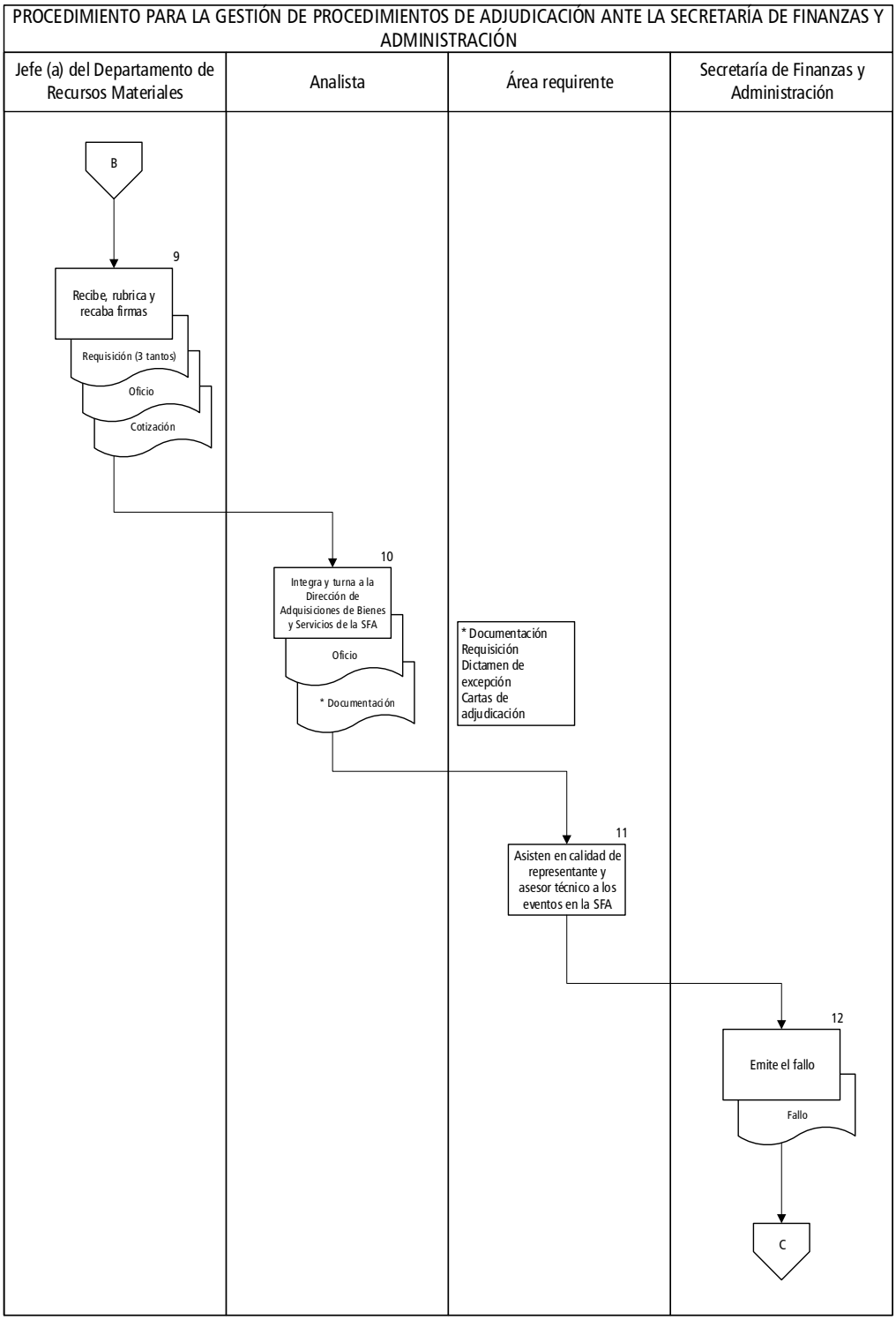
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.



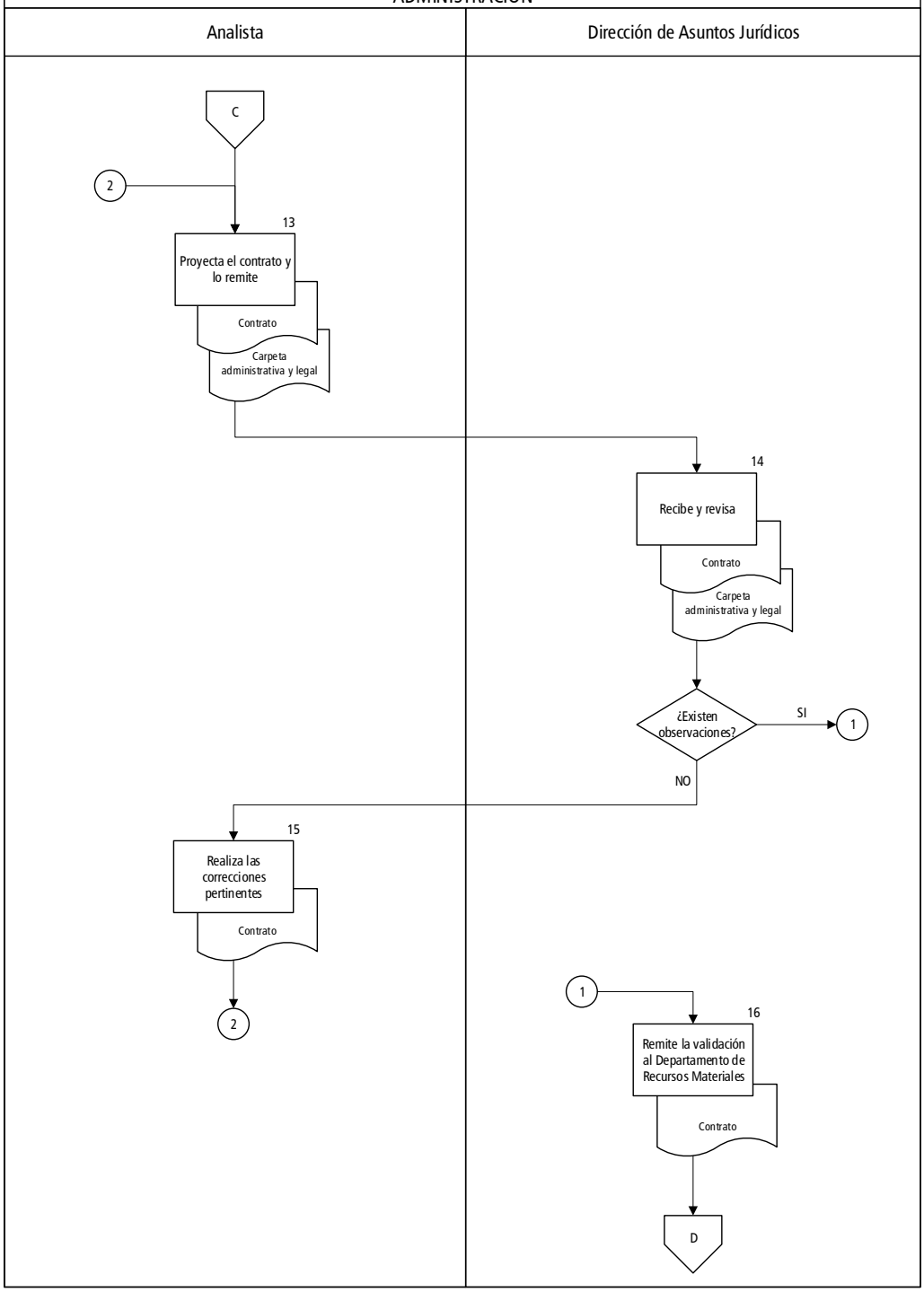
PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

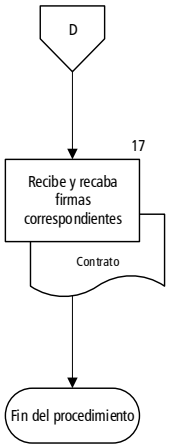


PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN



PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

Analista



7.18.10. PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

Tiempo Promedio: 3 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Miguel Olivares Cervantes Coordinador de Almacén MOC (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Establecer políticas de operación que permitan el eficiente y racional aprovechamiento del inmueble destinado al almacenamiento de bienes muebles, así como el control y adecuado resguardo de estos.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Reglamento de Insumos para la Salud.
3. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.

Políticas de Operación:

1. El/la responsable de la unidad almacenaria deberá supervisar que el acomodo y surtido de los bienes de consumo se realice por el sistema de “Primeros en caducar, Primeros en salir”. Esta disposición también se observará en los bienes que requieren de refrigeración o congelación.
2. En las áreas almacenarias, el acomodo y distribución de los bienes de consumo de mayor demanda, volumen y peso serán almacenados en el lugar más próximo al área de embarque o surtido para facilitar su manejo.
3. La asignación de espacios, deberá efectuarse partiendo de los pasillos principales, en secciones, estantes, anaqueles y casilleros, utilizándose al máximo la superficie disponible del almacén, incluyendo la mayor altura posible, mediante racks y estantería sobre elevada o a través de la formación de estibas.
4. El/la responsable de la unidad almacenaria deberá vigilar de acuerdo a sus recursos asignados se utilicen tarimas que faciliten las actividades de acomodo y movimiento de los bienes, formación de estibas más altas, reducir distancias que recorren los bienes de consumo e inversión, así como del personal, a fin de reducir los riesgos, agilizar las operaciones de inventario, suministro, control y rotación de los bienes por número de clave dentro de cada subgrupo y por fecha de caducidad, esterilización o fabricación.
5. El/la responsable del almacén, deberá distribuir los espacios de acuerdo al área total del inmueble y del volumen a almacenar, los que deberán estar

	perfectamente identificados, delimitados y señalizados, conteniendo espacios para almacenar medicamentos controlados, de alta especialidad, peligrosos, de fácil sustracción, de alto costo y en proceso de canje o devolución. 6. Las áreas de almacenaje deberán llevar un registro sistemático del movimiento de insumos en kárdex manual o automatizado. 7. Deberá quedar evidencia debidamente documentada y autorizada por los servidores públicos responsables de las acciones, de todos y cada uno de los movimientos de los almacenes: conciliaciones u operaciones de corrección que se realicen. Dicha evidencia, estará debidamente soportada con las requisiciones, reportes, facturas y/o formatos correspondientes.
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Almacén central de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Alta, Reporte, Circular.
Glosario	Almacén: Espacio físico destinado para el resguardo y distribución de insumos para la salud, necesarios para el funcionamiento de las Unidades Médicas del OPD. Catalogo: Lista ordenada o clasificada que existe sobre el medicamento e insumos para la salud y que es emitido por el Consejo de Salubridad General. Caducidad: Fecha de vencimiento impresa en los marbetes o etiquetas del producto. Característica que tienen los bienes de consumo para perder en un lapso la potencia y estabilidad para ser consumidos, tales como: medicamentos, vacunas, lácteos, reactivos, químicos, material de curación y otros.

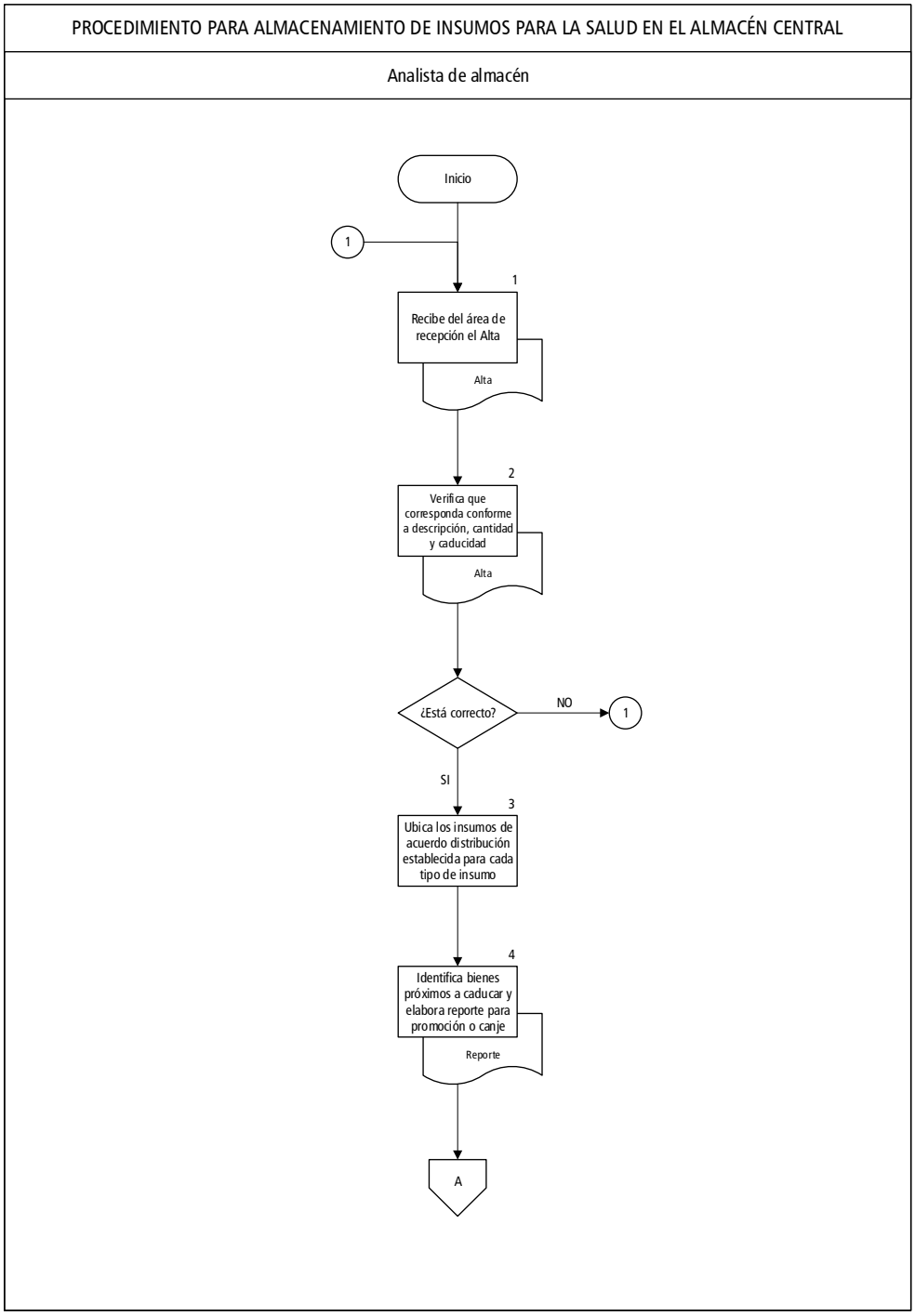
Devolución: Se refiere a la acción creada con el fin de reflejar todo aquel medicamento e insumos para la salud que no cumplen con las especificaciones necesarias para su uso, o para cubrir necesidades.
Insumos para la salud: Los que, por su utilización en las Unidades Médicas, son necesarios para la atención de los pacientes.
Kardex: Historial de registro de entradas y salidas de insumos para la salud. Cada clave del inventario debe tener su kardex respectivo.
Lote: Cantidad específica de un insumo, que haya sido elaborado en un ciclo de producción, bajo condiciones equivalentes de operación y durante un período determinado.
Marbete: Rotulo que se pega a estibas o anaqueles de insumos para la salud en el almacén donde queda asentado el número de clave, descripción, presentación fecha de caducidad, etc.
OPD: Organismo Público Descentralizado.
Proveedores/as: Persona física o moral que celebre contratos, servicios o arrendamientos.
Servidor/a Público/a: Personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, en la Administración Pública Estatal o Municipal, en las Entidades Paraestatales y Paramunicipales, en los Poderes Legislativo o Judicial del Estado, así como aquellas que administren, manejen, recauden, apliquen o resguarden recursos económicos Federales, Estatales o Municipales, sea cual fuere la naturaleza de su nombramiento o elección.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

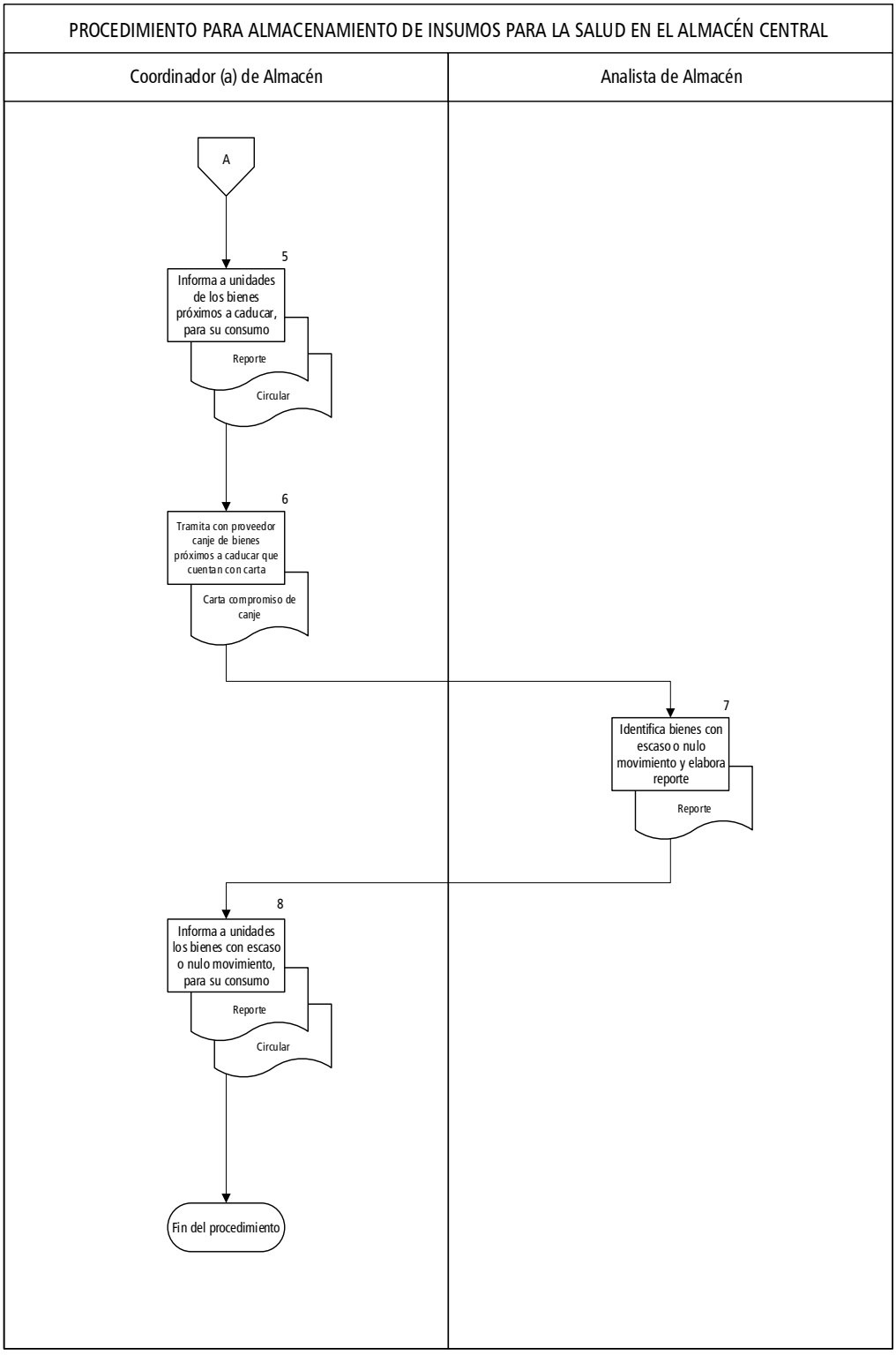
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Analista de almacén	Recibe del/la analista del área de recepción el Alta.	Alta

2		Verifica que corresponda a los insumos para la salud, señalados en el Alta conforme a descripción, cantidad y caducidad en su caso. ¿Está correcto? Sí: continúa en la actividad 3. No: regresa a la actividad 1.	Alta
3		Ubica los insumos de acuerdo a la distribución establecida para cada tipo de insumo, considerando Primeras Entradas-Primeras Salidas y Primeros en Vencer-Primeros en Salir.	S/D
4		Identifica aquellos bienes próximos a caducar (con tres meses de vida útil) y elabora reporte al/la Coordinador/a de Almacén para promoción de los mismos o en su caso para canje con el proveedor.	Reporte
5	Coordinador/a de Almacén	Elabora circular a unidades administrativas y/o medicas según corresponda con la información de aquellos bienes próximos a caducar, para su consumo.	Reporte Circular
6		Tramita ante el proveedor el canje de aquellos bienes próximos a caducar que cuentan con carta compromiso de canje.	Carta compromiso de canje
7	Analista de Almacén	Identifica aquellos bienes con escaso o nulo movimiento y elabora reporte al/la Coordinador/a de Almacén para promoción de los mismos.	Reporte
8	Coordinador/a de Almacén	Elabora circular a unidades administrativas y/o medicas según corresponda con la información de aquellos bienes con escaso o nulo movimiento, para su consumo.	Reporte Circular
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.



PROCEDIMIENTO PARA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL



7.18.11. PROCEDIMIENTO PARA EMBARQUES DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

Tiempo Promedio: 3 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Miguel Olivares Cervantes Coordinador de Almacén MOC (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades esenciales en el proceso del control de salida de los insumos, para asegurar el eficiente y racional control.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Reglamento de Insumos para la Salud.
3. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.
5. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El área de embarques registrará invariablemente en el sistema automatizado SAE los insumos que salgan del almacén.
2. Verificará que todas las salidas se encuentren debidamente requisitadas.
3. El último día hábil de cada mes, el área de embarques emitirá, un reporte de cierre de las salidas.
4. Los Almacenes deberán llevar un riguroso control, tratamiento y destino de los artículos devueltos para efectos de conciliación y evaluación de los inventarios.
5. El área de embarques recibe y corrobora los insumos que el área de almacenaje preparó para el envío a las diferentes unidades administrativas y aplicativas conforme a las remisiones de salida.
6. El área de embarques realizará la entrega de los insumos y conteo físico al transportista entregándole copia de las remisiones de salidas para que a su vez este entregue y le acusen de recibido.

Responsables

Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

Áreas Involucradas

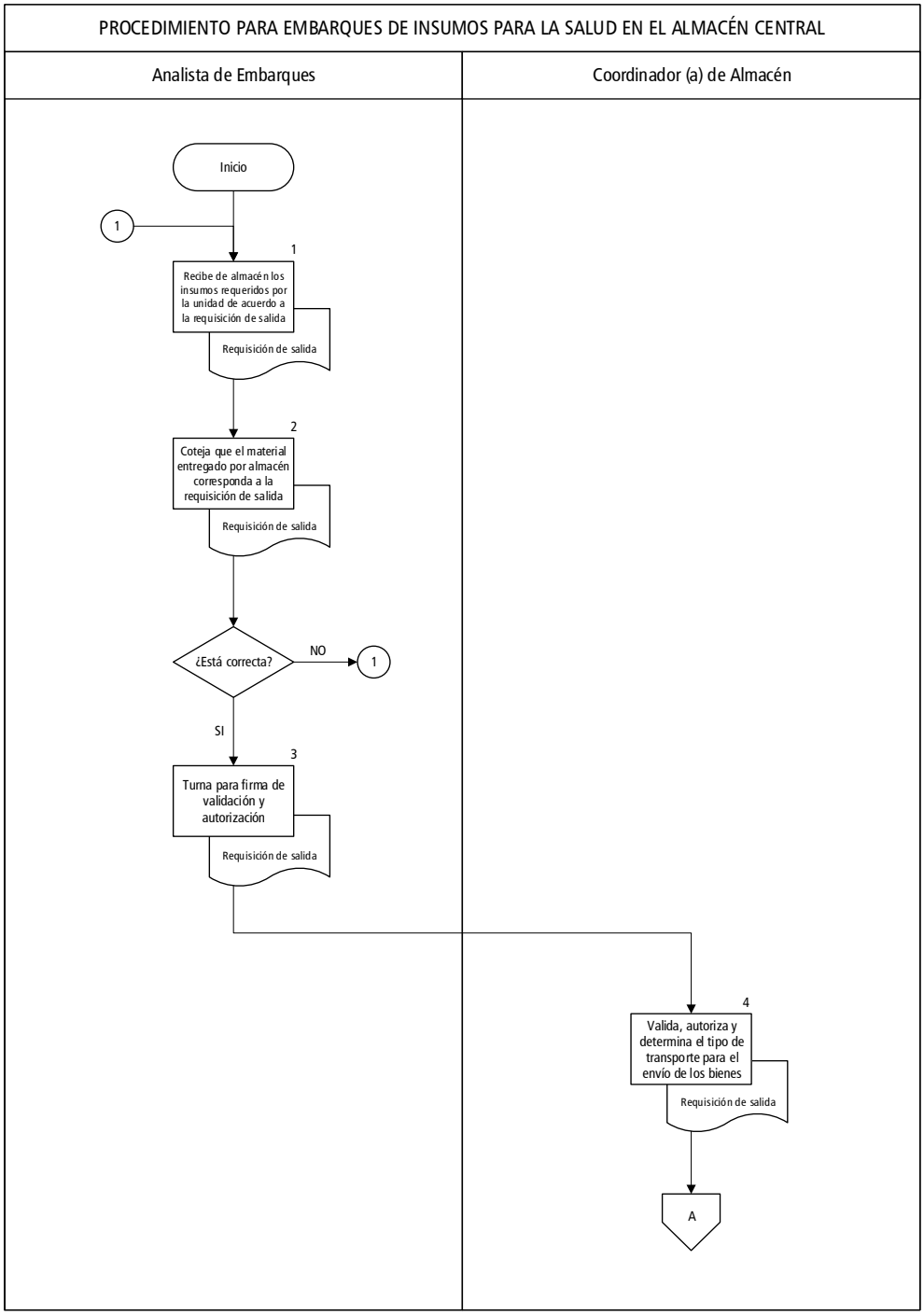
Almacén Central de los Servicios de Salud del Estado.

Recursos	Memorándum, Carta de responsabilidad.
Glosario	Almacén: Espacio físico destinado para el resguardo y distribución de insumos para la salud, necesarios para el funcionamiento de las Unidades Médicas del OPD. CTV: Control de Tráfico Vehicular, documento donde se especifica datos como kilometraje a recorrer, tipo de vehículo, numero de bultos. Insumos para la salud: Los que, por su utilización en las Unidades Médicas, son necesarios para la atención de los pacientes. Kardex: Historial de registro de entradas y salidas de insumos para la salud. Cada clave del inventario debe tener su kárdex respectivo. Lote: Cantidad específica de un insumo, que haya sido elaborado en un ciclo de producción, bajo condiciones equivalentes de operación y durante un período determinado. OPD: Organismo Público Descentralizado. Proveedores: Persona física o moral que celebre contratos, servicios o arrendamientos. Servidor/a Público/a: Personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, en la Administración Pública Estatal o Municipal, en las Entidades Paraestatales y Paramunicipales, en los Poderes Legislativo o Judicial del Estado, así como aquellas que administren, manejen, recauden, apliquen o resguarden recursos económicos Federales, Estatales o Municipales, sea cual fuere la naturaleza de su nombramiento o elección.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EMBARQUES DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.

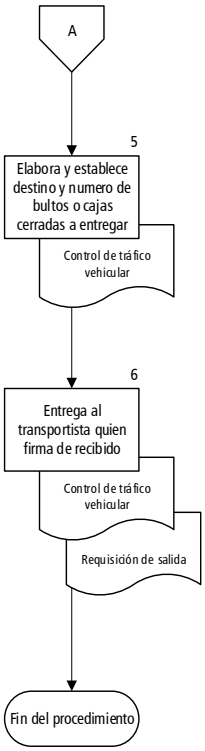
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Analista de Embarques	Recibe del/la analista de almacén los insumos requeridos por la unidad médica o aplicativa, de acuerdo a la requisición de salida.	Requisición de salida
2		Coteja que el material entregado por parte del/la analista de almacén corresponda a la requisición de salida. ¿Está correcta? Sí: continúa en la actividad 3. No: regresa a la actividad 1.	Requisición de salida
3		Turna requisición de suministro al/la Coordinador/a de Almacén para firma de validación y autorización.	Requisición de salida
4	Coordinador/a de Almacén	Valida y autoriza la requisición y en función de la misma determina el tipo de transporte requerido para el envío de los bienes.	Requisición de salida
5	Analista de Embarques	Elabora el control de tráfico vehicular estableciendo destino y numero de bultos o cajas cerradas a entregar.	Control de tráfico vehicular
6		Hace entrega de la requisición de salida, control de tráfico vehicular y de los bultos y/o cajas al/la transportista quien firma de recibido.	Requisición Control de tráfico vehicular
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EMBARQUES DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL.



PROCEDIMIENTO PARA EMBARQUES DE INSUMOS PARA LA SALUD EN EL ALMACÉN CENTRAL

Analista de Embarques



7.18.12. PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Carrasco Lomelí Coordinadora del Departamento de Recursos Materiales MLCL (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiquer Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Integrar la documentación correspondiente para trámite de pago, por concepto de bienes y servicios adquiridos y/o contratados por el Departamento de Recursos Materiales, de acuerdo al Marco Normativo aplicable vigente.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Estatal y Municipal.
3. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
4. Ley de Egresos del Estado de Puebla.
5. Ley de Ingresos del Estado de Puebla.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos Federales.
7. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
8. Ley de Transparencia del Estado de Puebla.
9. Ley de Contabilidad Gubernamental.
10. Leyes Fiscales aplicables.
11. Manual de Normas y Lineamientos para el ejercicio del Presupuesto.
12. Reglamentos de Operación de Convenios.

Políticas de Operación:

1. Se deberá integrar el expediente para trámite de pago, de conformidad con la normatividad establecida para ello, correspondiente a las adquisiciones de bienes y contratación de servicios efectuados por el Departamento de Recursos Materiales, realizando el trámite y devengo establecido en el sistema Magnitus.
2. Se recibirá de los proveedores la facturación presentada por estos, siempre y cuando esta sea entregada con los siguientes requisitos: requisitos fiscales correspondientes, sello en la factura original del área que corresponde que recibió los bienes o servicios contratados, o en su caso remisión de entrega, conteniendo nombre firma, cargo de quien recibe y con la leyenda de recibí de conformidad y a mi entera satisfacción, del acta de entrega recepción, acta de instalación, puesta en operación y de capacitación cuando corresponda, conteniendo

nombre, cargo, firma de quien recibe, así como carta garantía por los bienes recibidos, carta de canje por vicios ocultos y carta de corta caducidad, en original y con el nombre y firma autógrafa del representante legal del proveedor. En el supuesto de que la documentación presentada por el proveedor no cumpla con lo antes indicado no procederá la recepción de la factura y en su caso se realizará la devolución de la facturación.

3. La factura deberá de venir impresa, así como su soporte electrónico en formato PDF y XML.
4. Se deberá tramitar ante el Departamento de Servicios Generales, el otorgamiento en la factura original del sello de la Coordinación Operativa de Inventarios, en el que se establece el Número de Resguardo que corresponderá al o los bienes que amparan dicha factura, en el caso de Capitulo 5000.
5. Se llevará el registro y control en medio electrónico de las facturas recibidas en el área Tramite de Pago, así como de las penas convencionales aplicadas y de los expedientes turnados para pago al Departamento de Presupuesto.
6. Deberá recibirse del área de Contratos y de Adjudicación Directa dependientes del Departamento de Recursos Materiales, la documentación para la integración de los expedientes sujetos a trámite de pago. Lo anterior deberá ser de acuerdo al tipo de procedimiento de adquisición que se haya realizado, mismo que a continuación se detalla.
7. Se deberá elaborar informe cuando se solicite por el/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales, de los expedientes enviados a control presupuestal, considerando número de facturas recibidas y enviadas a pago, importe de la facturación por número de procedimiento de licitación, contrato-proveedor, partida presupuestal y autorización de la suficiencia presupuestal asignada, penas convencionales aplicadas por atraso en la entrega de bienes o servicios contratados, así como de las incidencias que se presentan en la integración del expediente de trámite de pago.

Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica al Departamento de Recursos Materiales, proveedores de bienes y servicios y Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
Recursos	Expediente de Contrato, Cédula de control, Factura, Memorándum, Cálculo de sanción, Orden de pago.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Ley: Ley de Egresos del Estado de Puebla. Área Contratante: La facultada en la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión para realizar procedimientos de contratación a efecto de adquirir o arrendar bienes o contratar la prestación de servicios de Salud del Estado de Puebla. Cuadro Comparativo: Formato en el que quedan asentados los precios ofertados por los proveedores en el procedimiento de invitación a cuando menos tres personas. Dictamen de Excepción: Documento mediante el cual se establecen las causas motivadas y fundamentadas para realizar la adjudicación de un bien o servicio, en términos de lo establecido en los artículos 19 y 20 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico, Estatal y Municipal. Cuando se trate de una adquisición fundamentada en el artículo 19, dicho dictamen solo podrá ser firmado por el/la Secretario (a) de los Servicios de Salud. Contrato: Documento a través del cual se formalizan los derechos y obligaciones derivados del Fallo del procedimiento de contratación de la adquisición o la prestación de los servicios. Proveedor: La persona que celebre contratos de adquisiciones, arrendamientos o servicios. R.F.C.: Registro Federal de Contribuyentes. Cuadro de Distribución: Documento mediante el cual se

establece la cantidad de bienes a entregar por parte del proveedor en cada área aplicativa y/o administrativa según se haya establecido en las bases de licitación, concurso o invitación.

Bienes de Inversión: Los bienes muebles que pasen a formar parte del activo fijo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y que por su naturaleza o disposición legal puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su naturaleza o forma; cuyo valor exceda a 7 días de salario mínimo vigente para el Área Geográfica “B” del país.

FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet.

Invitación a cuando menos tres personas: Requerimiento y justificación firmado por el área solicitante, suficiencia presupuestal, oficio emitido por la Secretaría de Finanzas cuando se trate de bienes de inversión, dictamen técnico de bienes informáticos emitido por la Dirección de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Finanzas y Administración, y en el caso de partidas restringidas el oficio de autorización correspondiente, cotizaciones, cuadro comparativo, contrato-pedido y cuadro de distribución en su caso.

Adjudicación Directa: Requerimiento y justificación firmado por el área solicitante, suficiencia presupuestal, oficio emitido por la Secretaría de Finanzas cuando se trate de bienes de inversión, dictamen técnico de bienes informáticos emitido por la Dirección de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Finanzas y Administración, y en el caso de partidas restringidas el oficio de autorización correspondiente, cotizaciones, cuadro comparativo, contrato-pedido y cuadro de distribución en su caso.

Licitaciones Públicas, Concursos e Invitaciones: Requerimiento y justificación firmado por el área solicitante, suficiencia presupuestal, oficio emitido por la Secretaría de Finanzas cuando se trate de bienes de

inversión, acta de fallo, contrato, convenio modificatorio en su caso, fianza de cumplimiento, pedido, cuadro de distribución en su caso y cuadro de facturación cuando la asignación de los recursos corresponda a más de una fuente de financiamiento.
TRA: Trámite de pago en sistema.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Encargado/a de Mesa de Trámite	Recibe de la Coordinación de Contratos y/o Adjudicaciones Directas, la documentación soporte de los contratos derivados de los procedimientos de licitaciones públicas, concursos, invitaciones y/o adjudicaciones directas, según corresponda y turna para su revisión.	Expedientes de contratos
2	Analista de Trámite de Pago	Revisa y determina si la documentación recibida se encuentra completa, correcta y legible. ¿Está completo el expediente? Si: Continúa en la actividad 4. No: Continúa en la actividad 3.	Expediente de contratos
3		Regresa la documentación recibida mediante un volante de devolución al área que corresponda de acuerdo al tipo de compra, para la correcta integración del expediente. Fin del procedimiento.	Expediente de contratos Volante de devolución
4		Recibe de los proveedores y/o almacén factura original y/o documentación conforme a lo señalado en el segundo párrafo de las políticas de operación.	Factura

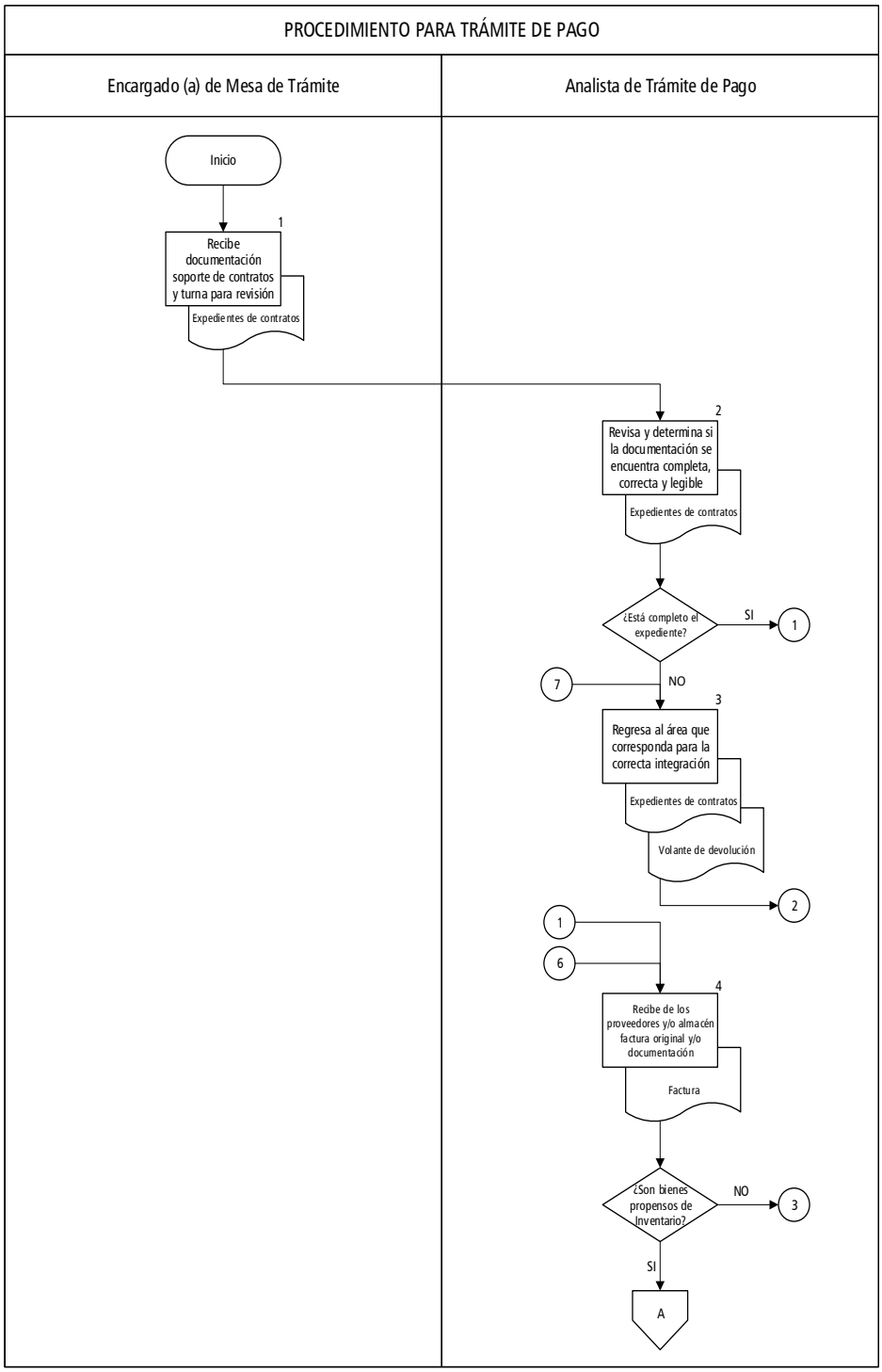
		¿Son bienes propensos de Inventario? Si: Continúa en la actividad 5. No: Continúa en la actividad 9.	
5		Elabora memorándum y lo turna junto con factura para su validación.	Memorándum
6	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe memorándum y factura para validación. ¿Esta correcto? Si: Continúa en la actividad 7. No: Regresa a la actividad 5.	Memorándum
7	Analista de trámite de pago	Recibe y turna a la Coordinación Operativa de Inventarios mediante memorándum la factura original.	Memorándum Factura
8	Encargado/a de mesa de trámite	Recibe factura original con número de resguardo de la Coordinación Operativa de Inventarios y turna, para que se integren el expediente de adquisición que corresponda.	Memorándum Factura
9	Analista de trámite de pago	Recibe la factura original acompañada del expediente de licitación y/o adjudicación según corresponda y la revisa. ¿La información en la factura es correcta? Si: Continúa en el paso 11. No: Continúa en el paso 10.	Factura Expediente de contrato
10		Informa a proveedor que la factura es incorrecta y regresa a la actividad 4.	S/D
11		Realiza confronta con la documentación del expediente y la entregada por el proveedor, en cuanto a plazo, lugar y condiciones de entrega, marca, modelo y origen de los bienes. En su caso, informa al/la Coordinador/a sobre las irregularidades encontradas. ¿La información es correcta?	Expediente de contrato

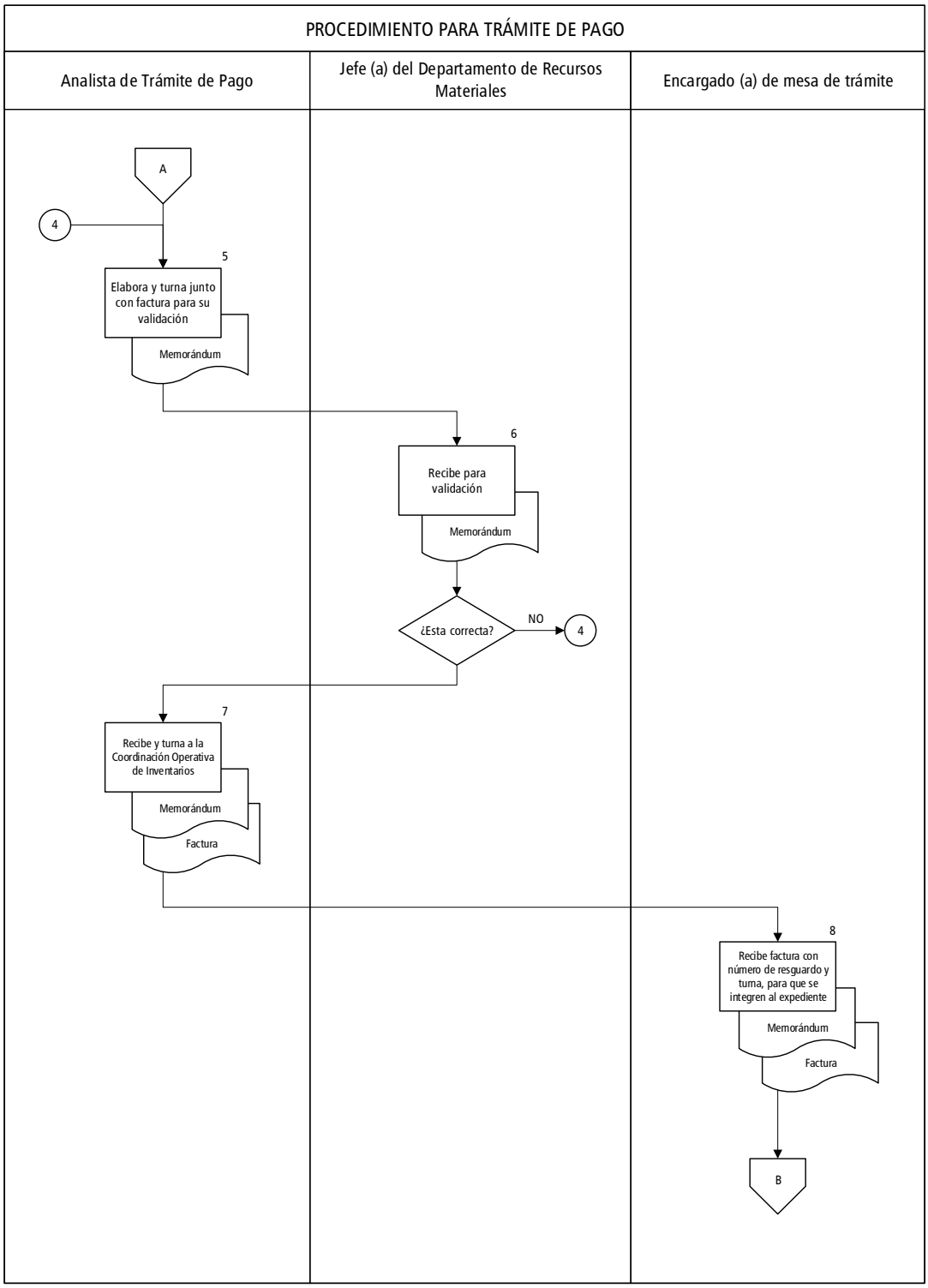
		SI: Continúa en la actividad 12. NO: Regresa a la actividad 3.	
12		Realiza cálculo de sanción, la que establece conforme a las condiciones establecidas en los contratos, el monto de pena convencional que deberá cubrir el proveedor mediante depósito en cuenta o nota de crédito. ¿Aplica sanción? Si: Continúa en actividad 13. No: Se menciona en memorándum y avanza a la actividad 15.	Cálculo de sanción
13		Elabora y turna cédula “cálculo de sanción”, al/la Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales para autorización y firma de la misma. Notifica al proveedor mediante correo electrónico sobre la sanción determinada a fin de que ésta sea atendida previo al envío del expediente correspondiente al Departamento de Presupuesto. ¿Cuenta con sanción? Si: Continúa en la actividad 14. No: Continúa en la actividad 15.	Cálculo de sanción
14		Recibe del proveedor comprobante de depósito en cuenta bancaria o nota de crédito con requisitos fiscales, en el supuesto de que la entrega se haya realizado fuera del periodo establecido y la integra al expediente de pago.	Comprobante de depósito o Nota de crédito. Expediente
15		Elabora memorándum, TRA y devengo en sistema magnitus (GRP) y la integra en expediente de pago y turna al Departamento de Presupuesto.	Memorándum Devengo Expediente de contrato
16		Turna al/la Jefe/a de Departamento el expediente de pago junto con el Memorándum correspondiente para su	Memorándum Expediente de contrato

		firma y validación.	
17	Jefe/a de Departamento de Recursos Materiales	Recibe y firma la factura de compra, conjuntamente con el soporte documental de la misma.	Memorándum Expediente de contrato
18	Analista trámite de pago	Entrega el expediente de pago y memorándum firmado al Departamento de Presupuesto y resguarda copia del mismo en la Coordinación de Trámite de Pago junto con el memorándum. ¿Cumple con el soporte documental? Si: Continúa en la actividad 19. No: Continúa en la actividad 20.	Memorándum y Expediente de contrato
19		Recibe el acuse de sello y lo archiva. Fin del procedimiento.	Acuse
20	Encargado/a de mesa de trámite	Recibe del Departamento de Presupuesto a través del área de Glosa las observaciones o irregularidades en la integración del expediente de pago, mediante volante de devolución, analiza lo observado y turna al/la analista que integró el mismo, señalándole los motivos que generaron la devolución del expediente.	Volante de devolución Memorándum Expediente de contrato
21	Analista de trámite de pago	Recibe expediente con las observaciones señaladas por el Departamento de Presupuesto y solventa las mismas con apoyo en su caso, de las áreas de Contratos y de Apoyo Adjudicaciones Directas, del área de almacén, del proveedor e informa al/la Encargado/a de Área sobre las acciones realizadas para solventar e integrar el expediente del área de trámite de pago.	Expediente de contrato

22		Entrega al Departamento de Presupuesto el expediente de pago y recibe volante de devolución solventado y archiva.	Expediente de contrato Volante de devolución
Fin del procedimiento			

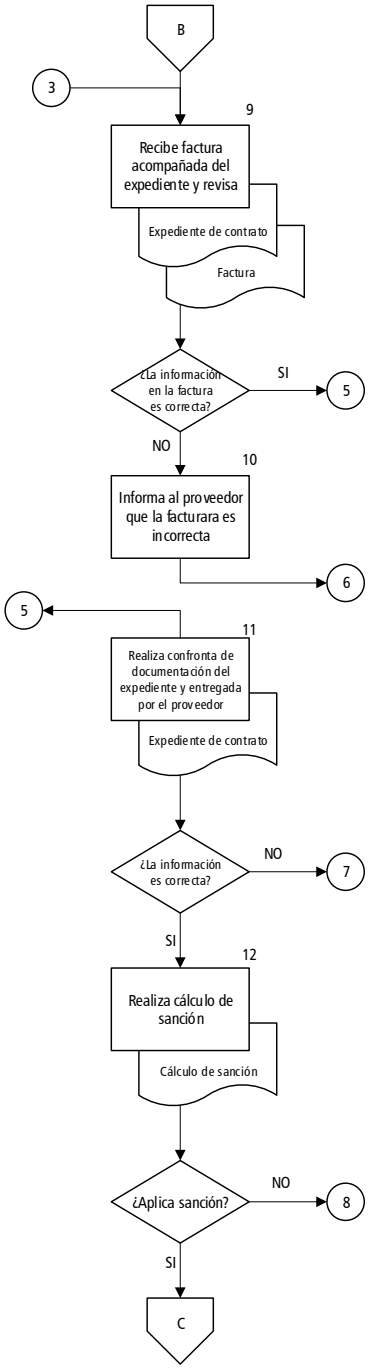
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO.




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO
Analista de Trámite de Pago
Jefe (a) del Departamento de Recursos Materiales
Encargado (a) de mesa de trámite
A
4
5
Elabora y turna junto con factura para su validación
Memorándum
6
Recibe para validación
Memorándum
¿Esta correcta?
NO
4
7
Recibe y turna a la Coordinación Operativa de Inventarios
Memorándum
Factura
8
Recibe factura con número de resguardo y turna, para que se integren al expediente
Memorándum
Factura
B

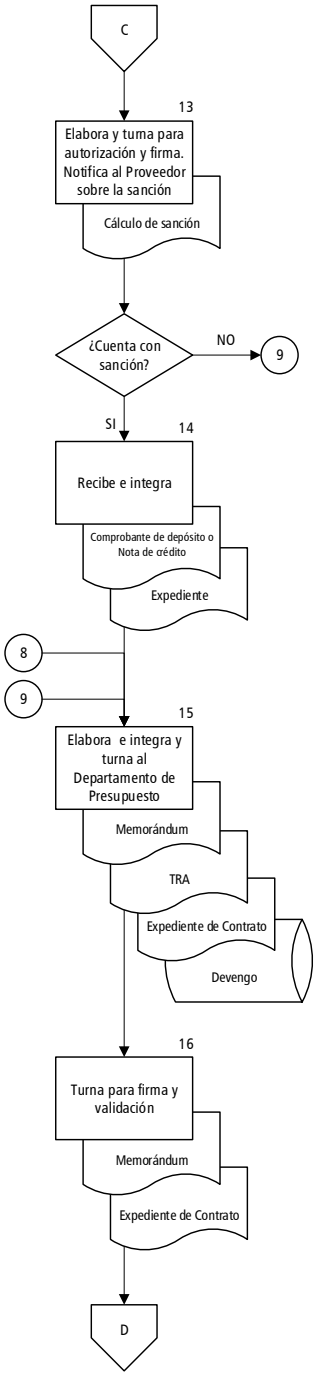
PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

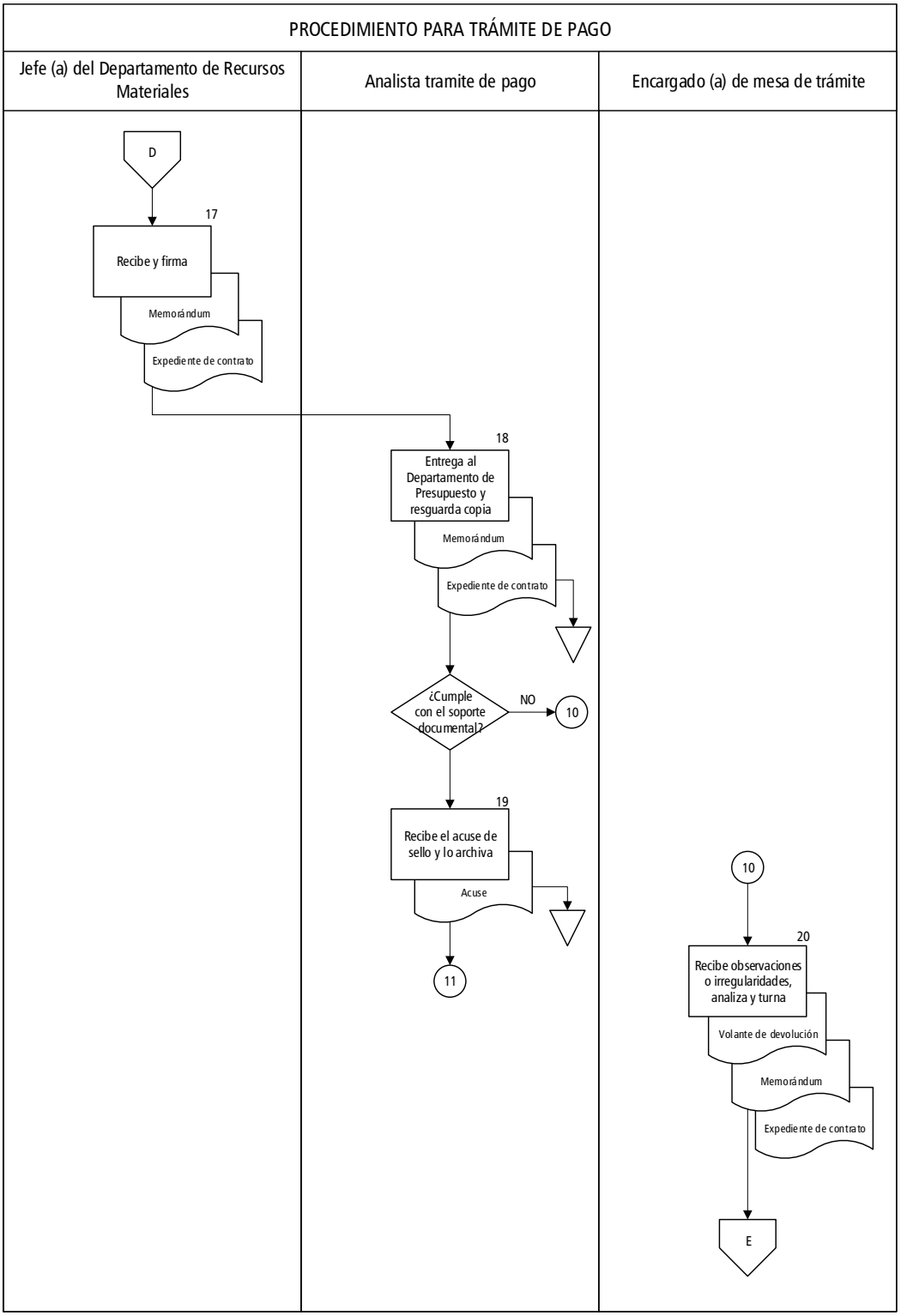
Analista de Trámite de Pago



PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

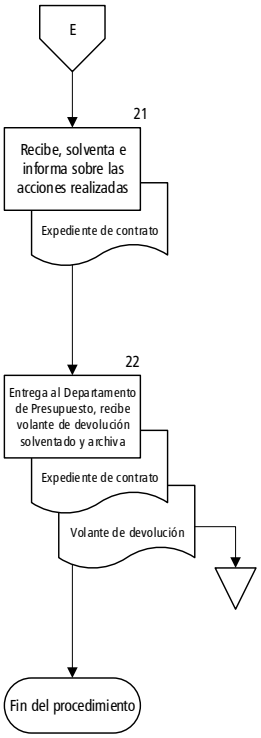
Analista de Trámite de Pago




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO
Jefe (a) del Departamento de Recursos Materiales
Analista tramite de pago
Encargado (a) de mesa de trámite
D
17
Recibe y firma
Memorándum
Expediente de contrato
18
Entrega al Departamento de Presupuesto y resguarda copia
Memorándum
Expediente de contrato
¿Cumple con el soporte documental?
NO
10
19
Recibe el acuse de sello y lo archiva
Acuse
11
10
20
Recibe observaciones o irregularidades, analiza y turna
Volante de devolución
Memorándum
Expediente de contrato
E

PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

Analista de Trámite de Pago



7.18.13. PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE CONTRATOS.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Carrasco Lomelí Coordinadora del Departamento de Recursos Materiales MLCL (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Integrar la documentación legal correspondiente para el trámite de elaboración y formalización de contratos de adquisiciones, arrendamientos y servicios, que realicen los Servicios de Salud del Estado de Puebla con las personas físicas y morales que resulten adjudicadas en los diversos procedimientos que marque la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Elaboración de Convenios Modificatorios de conformidad con lo establecido en el artículo 112 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector

Normas y Políticas de Operación

Público Estatal y Municipal.

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de Coordinación Fiscal.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
7. Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.
8. Ley de Ingresos del Estado de Puebla.
9. Ley de Egresos del Estado de Puebla.
10. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
11. Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla.
12. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.
13. Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
15. Código Civil de la Federación.
16. Código Civil para el Estado de Libre y Soberano de Puebla.
17. Código Fiscal del Estado de Puebla.
18. Código de Procedimientos Civiles para el Estado Libre y Soberano de Puebla.
19. Acuerdo de la Secretaria de Salud y Directora General de Servicios de Salud del Estado de Puebla por el que se delegan en el Titular o encargado de Despacho de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión,

	las facultades necesarias para suscribir diversos instrumentos jurídicos en las materias de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios; Obra Pública y Servicios relacionados con la misma; Compras Intergubernamentales, y Arrendamiento de Bienes Inmuebles, de fecha 03 de febrero de 2017. Políticas de Operación: 1. Los licitantes que resulten adjudicados en cualquier procedimiento de adjudicación establecidos en la materia de Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público, previamente a la formalización del contrato deberán presentar para su cotejo original o copia certificada de los documentos con los que acrediten su existencia legal y facultades de su representante para suscribir el contrato correspondiente.
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	A nivel interno aplica el procedimiento al Área de Licitaciones, Trámite de Pagos y Compras Directas de los SSEP. A nivel externo el procedimiento es aplicable a proveedores adjudicados y la Secretaria de Finanzas y Administración.
Recursos	Contrato, Póliza de fianza o cheque de caja, Memorándum, Oficio.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Proveedor: La persona física o moral que celebre contratos de adquisiciones, arrendamient os o servicios con los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que resulte adjudicado de un procedimiento. DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. SCGOBSG: Subdirección de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales.

AL: Área de Licitaciones.
ACDI: Área de Compras Directas e Invitaciones.
AC: Área de Contratos.

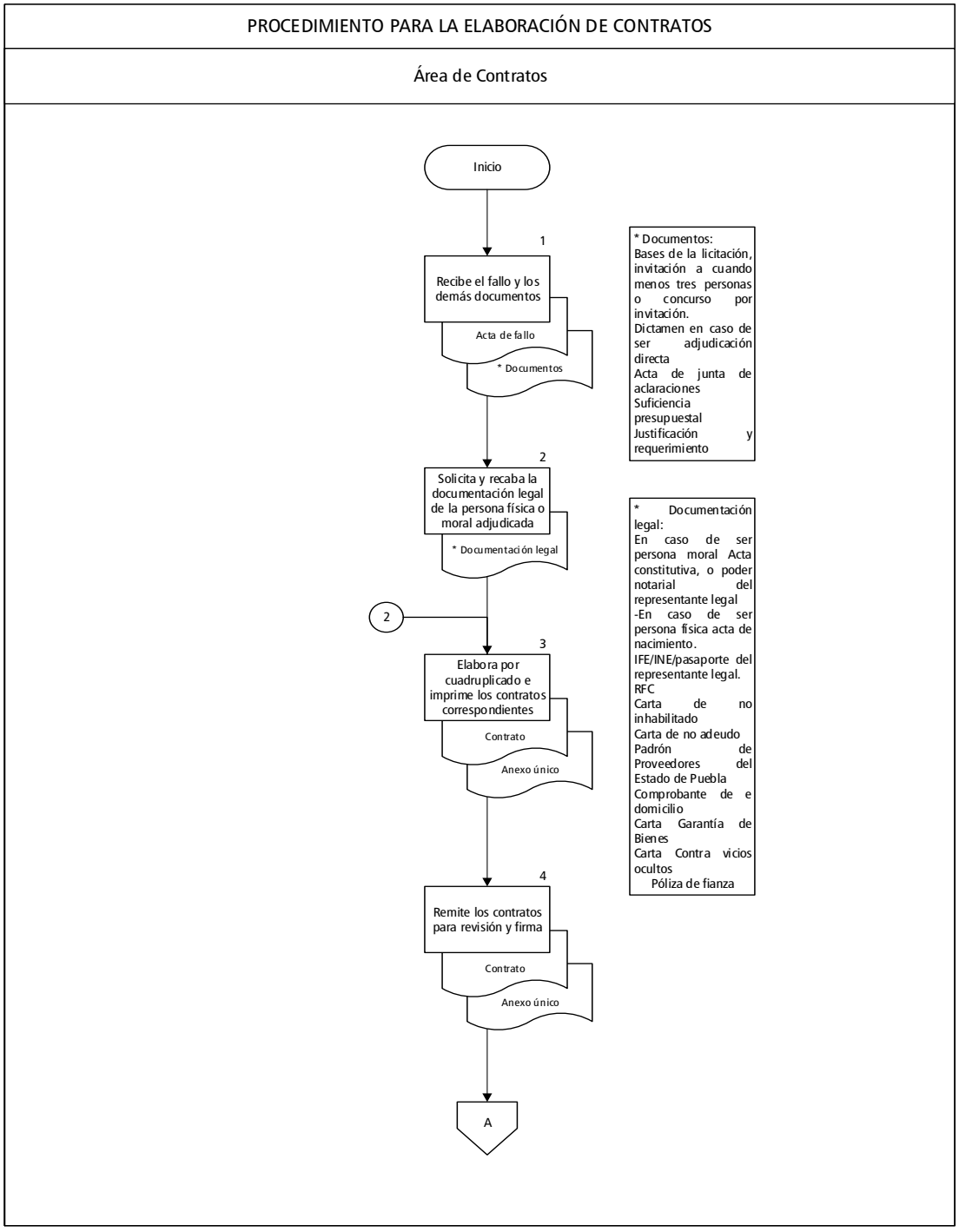
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE CONTRATOS.

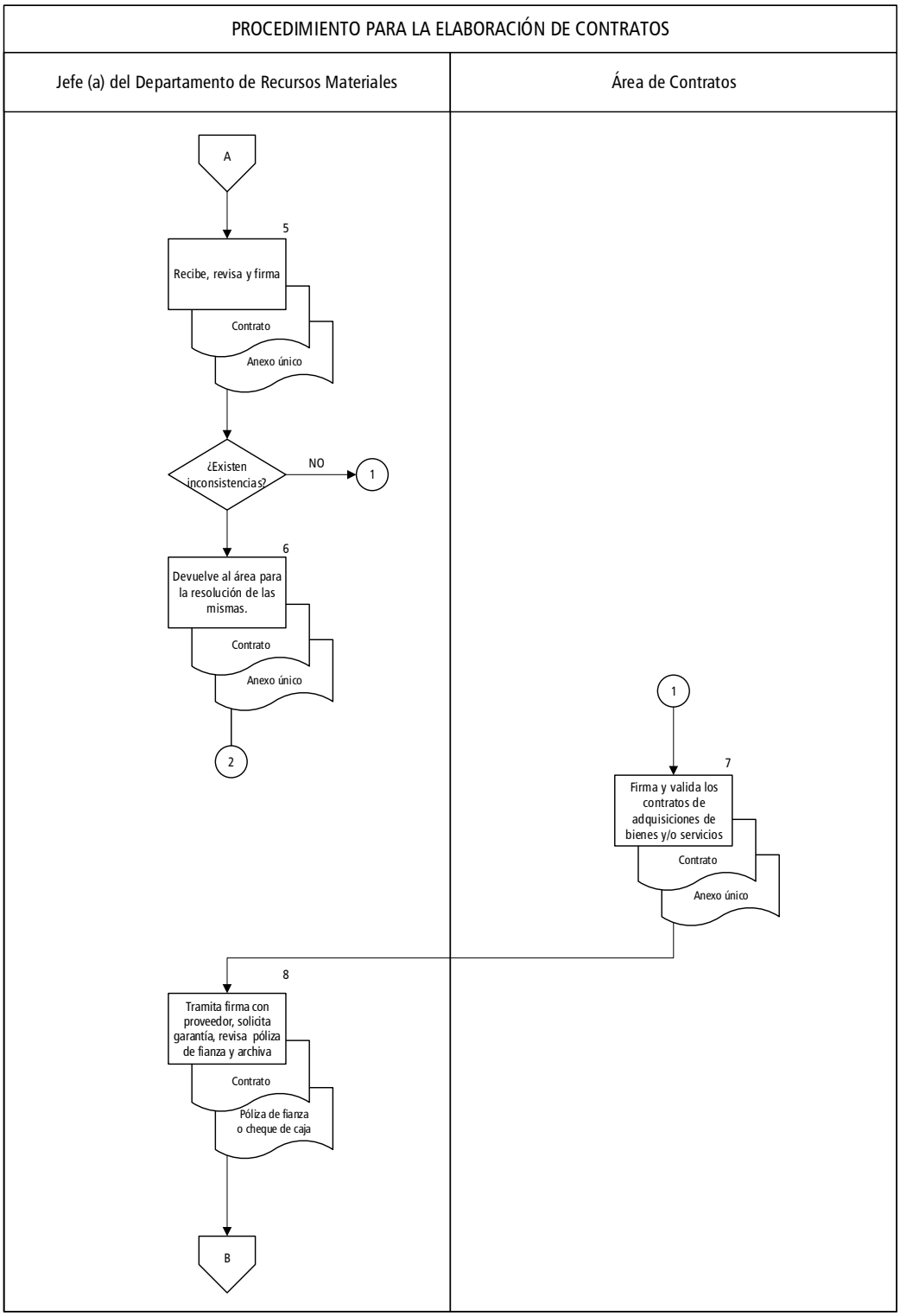
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área de Contratos	Recibe del área de licitación y/o compras directas e invitaciones, el fallo y los demás documentos que constituyan el procedimiento de adjudicación que se va a contratar.	Acta de fallo Bases de la licitación, invitación a cuando menos tres personas o concurso por invitación Dictamen en caso de ser adjudicación directa Acta de junta de aclaraciones Suficiencia presupuestal Justificación y requerimiento
2		Solicita y recaba la documentación legal de la persona física o moral adjudicada.	En caso de ser persona moral Acta constitutiva, o poder notarial del representante legal En caso de ser persona física

			acta de nacimiento. IFE/INE/pasaporte del representante legal. RFC Carta de no inhabilitado Carta de no adeudo Padrón de Proveedores del Estado de Puebla Comprobante de domicilio Carta Garantía de Bienes Carta Contra vicios ocultos Póliza de fianza
3		Elabora por cuadruplicado e imprime los contratos correspondientes.	Contrato Anexo único
4		Remite los contratos para revisión y firma del/la Jefe/a de Departamento de Recursos Materiales.	Contrato Anexo único
5	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe, y revisa los contratos de adquisiciones de bienes y/o servicios. ¿Existen inconsistencias? Si: Continúa en la actividad 6. No: Continúa en actividad 7.	Contrato Anexo único
6		Devuelve al Área de contratos para la resolución de las mismas y regresa a la actividad 3.	Contrato Anexo único

7		Firma y valida los contratos de adquisiciones de bienes y/o servicios.	Contrato Anexo único
8	Área de Contratos	Tramita la firma con el proveedor, solicita la garantía de cumplimento correspondiente, revisa la póliza de fianza y archiva una copia al expediente.	Contrato Póliza de fianza o cheque de caja
9		Tramita ante el/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, la firma del contrato correspondiente.	Contrato Anexo único Pedido
10		Entrega un juego de contrato original al proveedor.	Contrato
11		Elabora el oficio para envío a la Tesorería de Secretaria de Finanzas y Administración de las garantías de cumplimiento de contrato para su registro.	Oficio Fianzas
12		Integra expediente completo del contrato para envío a la Coordinación de Trámite de Pago.	Expediente
13		Envía memorándum y contratos para los registros correspondientes a la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Memorándum Contrato
14		Recibe el contrato registrado por la Dirección de Asuntos Jurídicos, para la guarda y custodia.	Memorándum Contrato
Fin del procedimiento			

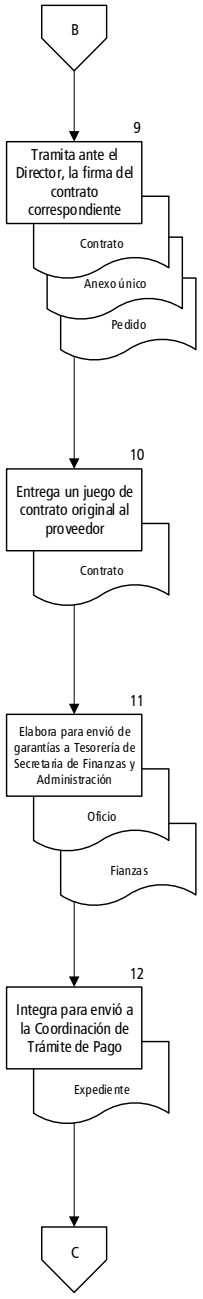
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE CONTRATOS.




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CONTRATOS
Jefe (a) del Departamento de Recursos Materiales
Área de Contratos
A
5
Recibe, revisa y firma
Contrato
Anexo único
¿Existen inconsistencias?
NO
1
6
Devuelve al área para la resolución de las mismas.
Contrato
Anexo único
2
1
7
Firma y valida los contratos de adquisiciones de bienes y/o servicios
Contrato
Anexo único
8
Tramita firma con proveedor, solicita garantía, revisa póliza de fianza y archiva
Contrato
Póliza de fianza o cheque de caja
B

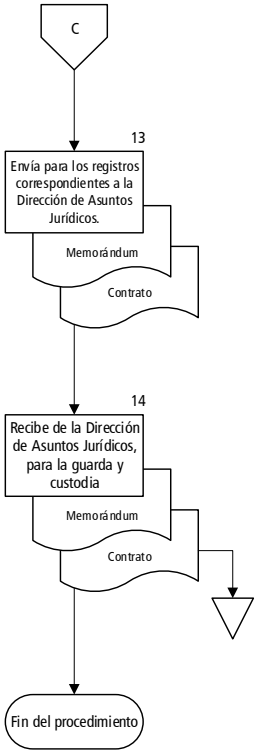
PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CONTRATOS

Área de Contratos



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE CONTRATOS

Área de Contratos



7.18.14. PROCEDIMIENTO PARA GARANTÍAS DE PÓLIZA DE FIANZA O CHEQUE DE CAJA.

Tiempo Promedio: 3 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Luisa Carrasco Lomelí Coordinadora del Departamento de Recursos Materiales MLCL (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiquer Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Solicitar, recibir y validar las garantías de cumplimento de los contratos de adquisiciones, arrendamientos y servicios, que realicen los Servicios de Salud del Estado de Puebla con las personas física y morales que resulten adjudicadas en los diversos procedimientos que marque la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. De igual manera recibir y validar las pólizas de fianzas por endoso que deriven de los Convenios Modificatorios de conformidad con lo establecido en el artículo 112 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
2. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
3. Ley de instituciones de Seguros y Fianzas.

Políticas de Operación:

1. Los licitantes que resulten adjudicados en cualquier procedimiento de adjudicación establecido en la materia de Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público, previamente a la formalización del contrato deberán presentar su póliza de garantía o cheque de caja según sea el caso 5 días naturales posteriores a la formalización del contrato expedida por compañía legalmente facultada para ello a favor de la Secretaria de Finanzas y Administración del gobierno del Estado, por la cantidad correspondiente al 10% del monto total del contrato con I.V.A. incluido según sea el caso (no incluye medicamentos ni fertilizantes), para garantizar el fiel y exacto cumplimento de las obligaciones del contrato.

Políticas de Operación:

2. Los licitantes que resulten adjudicados en cualquier procedimiento de adjudicación establecido en la materia de Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público, previamente a la formalización del contrato deberán presentar su póliza de garantía o cheque de caja según sea el caso 5 días naturales posteriores a la formalización del contrato expedida por compañía legalmente facultada para ello a favor de la Secretaria de Finanzas y Administración del gobierno del Estado, por la cantidad correspondiente al 10% del monto total del contrato con I.V.A. incluido según sea el caso (no incluye medicamentos ni fertilizantes), para garantizar el fiel y exacto cumplimento de las obligaciones del

	contrato.
Responsables	Departamento de Recursos Materiales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	A nivel interno implica al Área de contratos, Área de Trámite de Pagos y Almacén Central de los SSEP. A nivel externo implica a la Secretaria de Finanzas y Administración y/o Afianzadora correspondiente.
Recursos	Oficio, Carta garantía de bienes y vicos ocultos, Carta de cancelación.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. SFA: Secretaria de Finanzas y Administración del estado de Puebla. ATP: Área de Tramite de Pago.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA GARANTÍAS PÓLIZA DE FIANZA O CHEQUE DE CAJA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área de Contratos	Solicita al proveedor la garantía correspondiente dentro de los 5 días naturales posteriores a la formalización del contrato. ¿Cómo lo solicita por teléfono, correo, por escrito?	S/D
2		Recibe y valida la garantía de cumplimento, sella y anexa copia simple al expediente legal.	Póliza de fianza y/o cheque de caja

			Expediente legal
3		Turna copia sellada de la fianza al Almacén Central de los Servicios de Salud del Estado de Puebla junto con la carta garantía de bienes y vicos ocultos con fecha expedida por el área de contratos.	Copia de fianza Carta garantía de bienes y vicos ocultos
4		Envía oficio de resguardo a la Secretaría de Finanzas y Administración según sea el caso para pólizas de fianza o cheque de caja.	Oficio
5	Proveedor	Una vez vencido el lapso del contrato y de la fianza, solicita al Departamento de Recursos Materiales mediante oficio la devolución de su garantía de cumplimiento. Anexa copia simple de la fianza y del contrato.	Oficio Copia simple de fianza Copia simple de contrato
6	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Recibe el oficio de solicitud de cancelación y devolución de fianza y lo turna al Área de Contratos.	Oficio Copia simple de fianza Copia simple de contrato
7	Área de Contratos	Realiza la carta de cancelación de fianza y la pasa a firma del/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Carta de cancelación
8		Solicita mediante oficio a la Secretaría de Fianzas la devolución de la fianza.	Oficio
9		Recibe y entrega al proveedor la carta de cancelación de fianza original	Carta de cancelación

		expedida por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión y fianza original.	Oficio
10		Archiva en expediente acuse de que entregó carta y fianza original al proveedor.	Expediente Acuse
Fin del procedimiento			

7.18.15. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles, toda vez que dependemos de las Unidades Administrativas devuelvan el Formato de Inventario		
Elabora:	**Valida:**	**Autoriza:**
Eder Iván Ramos Ortega **Coordinador Operativo de Inventarios** **EIRO (DSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albicker** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Generar los mecanismos de control para mantener un registro veraz y actualizado de los bienes muebles inventariables que integran el activo fijo que ingresa (altas) al Organismo Público Descentralizado, denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla, permitiendo conocer el acervo y patrimonio registrado.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Ley General de Bienes Nacionales.
3. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
4. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
5. Acuerdo que establece las políticas y lineamientos para el control, registro, actualización de inventarios, regularización, baja y reclamación de indemnizaciones de los bienes muebles propiedad del Gobierno del Estado.
6. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establecen los lineamientos generales para la baja, desincorporación y destino final de los bienes muebles propiedad del Gobierno del Estado y al servicio de las Dependencias y Entidades.

Políticas de Operación:

1. Validación y registro de facturas y expedientes enviados mediante memorándum por el Departamento de Recursos Materiales por la adquisición de bienes muebles capítulo 5000, y con un costo unitario de adquisición sea igual o superior a 70 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), al Departamento de Servicios Generales, para que a través de la Coordinación Operativa de Inventarios, verifique la documentación integrada que se envía como soporte de los bienes muebles adquiridos con recursos ejercidos por las diversas fuentes de financiamiento clasificadas por el Departamento de Presupuesto o recursos provenientes del ámbito federal, se aplicará sello y número de resguardos, con ello se devolverán las facturas y expedientes al Departamento de Recursos Materiales, quien a su vez las enviará al Departamento de Recursos Financieros para generar el ingreso en la Contabilidad General de este Organismo Público Descentralizado.
2. El Departamento de Recursos Materiales a través de

su Coordinación de Almacenamiento y Distribución, será el área encargada de la recepción y distribución de los bienes muebles a las distintas Unidades Administrativas de los SSEP solicitantes, para lo cual enviará en forma mensual al Departamento de Servicios Generales, la documentación que contenga la firma de recepción, para elaborar el resguardo oficial.

3. El mobiliario y equipo clasificados en el capítulo 5000 y con un importe unitario de adquisición sea igual o superior a 70 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), deberán registrarse, etiquetarse y asignarle el número de resguardo, creando la clave CUCOP, con ello se procederá a la elaboración definitiva del resguardo oficial de bienes muebles, mismo que firmará el servidor público al que se le haya asignado un bien.
4. Los resguardos elaborados de bienes muebles, deberán firmarse debidamente por el resguardatario del bien y por el/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales, con el sello oficial correspondiente.
5. Todo movimiento de alta, de bienes muebles, deberá incluir, copia fotostática de la factura de adquisición, misma que deberá llevar asentada la firma y sello de recepción del Departamento de Recursos Materiales (Almacén Central) o cuando se trate de adquisición de forma directa, deberá contener el sello de la Unidad Aplicativa que recibió dicho bien.
6. La Coordinación Operativa de Inventarios en coordinación con los/las responsables del control de inventarios de las Jurisdicciones Sanitarias, de unidades medico administrativas y de Oficinas Centrales, practicarán una supervisión física y documental al inventario general de los bienes muebles de los Servicios de Salud en el Estado por lo menos una vez al año.
7. Cualquier cambio de resguardatario deberá ser notificado inmediatamente al Departamento de Servicios Generales, para que a su vez dicho Departamento, gire instrucciones a la Coordinación

	Operativa de Inventarios para realizar la modificación respectiva al resguardo de bienes muebles y al inventario de la Unidad Aplicativa. 8. En el caso de baja por renuncia de un (una) servidor/a Público/a a los SSEP, deberá notificar a la brevedad al Departamento de Servicios Generales y a la Coordinación Operativa de Inventarios, anexando formato de carta de no adeudo para realizar la liberación del resguardo oficial del mobiliario a su cargo
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Gestiona la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano. Aplica a las 10 Jurisdicciones Sanitarias con sus Hospitales Generales e Integrales, Centros de Salud con Servicios Ampliados y Centros de Salud a cargo de las mismas y Áreas de Oficinas Centrales.
Recursos	Memorándum, Factura, Expediente, Resguardo, Oficio.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Bienes Muebles: Es el mobiliario inventariable. IME: Identificación de Mobiliario y Equipo. Bienes de Activo Fijo: Se entenderá por bienes de activo fijo, los considerados como medios que se utilizan para el desarrollo de las actividades que realizan las personas en las áreas aplicativas y administrativas, siendo susceptibles de la asignación de un número de inventario y resguardo de manera individual de acuerdo a su naturaleza y finalidad para el servicio. Alta: Significa que se reportará para su registro el movimiento de un bien de activo fijo que no se encuentra inventariado, no importando el origen de éste. SIAF: Sistema Integral de Administración y Finanzas. Baja: Son aquellos bienes muebles o parque vehicular que por sus características ya no son susceptibles de seguir siendo utilizados, ya sea por estar obsoletos, anti

funcionales y que resulta incosteable su reparación.
Clave CUCOP: Corresponde al Clasificador Único de las Contrataciones Públicas.
Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP: Sistema para la armonización contable, aplicado en los SSEP.

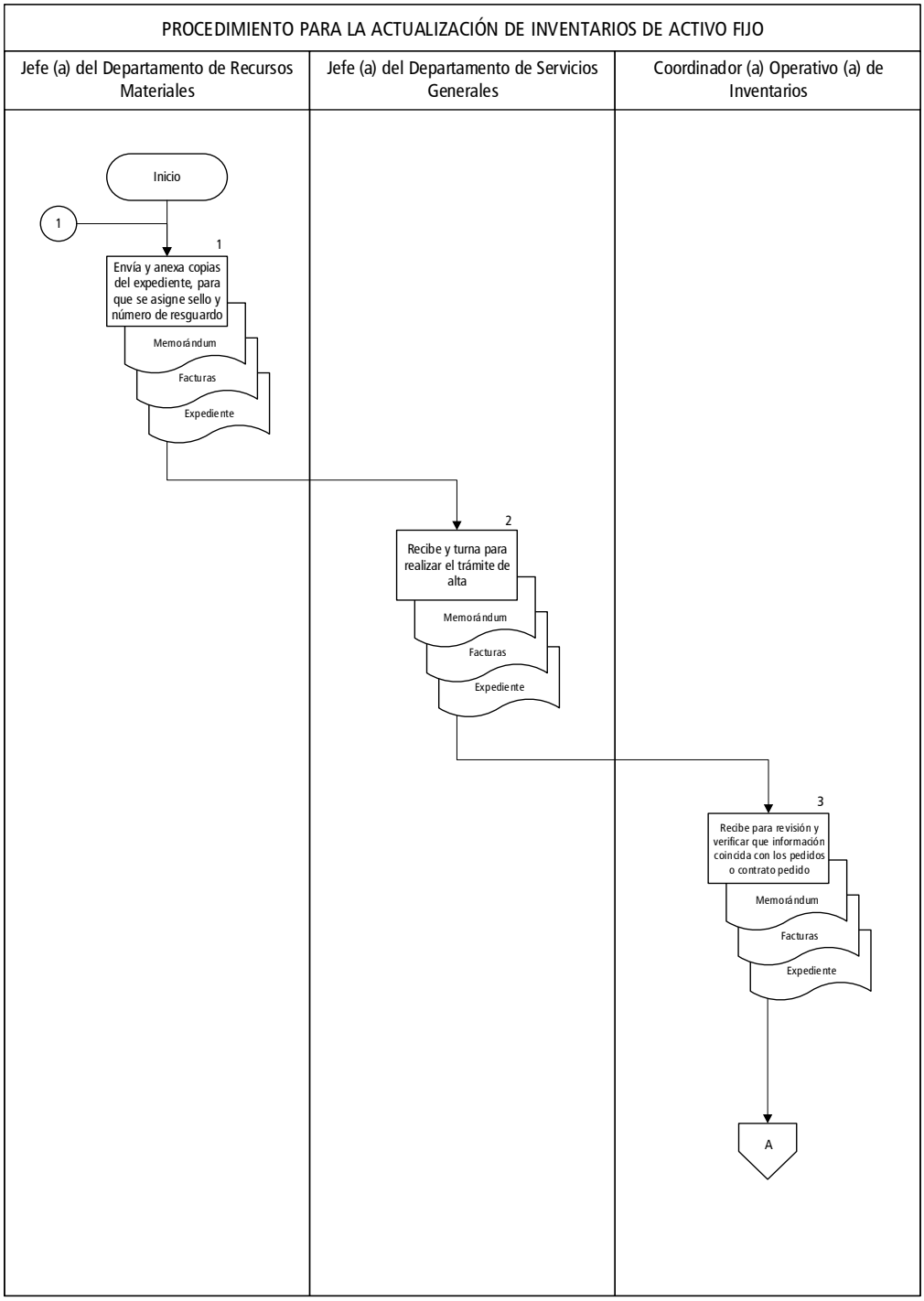
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO.

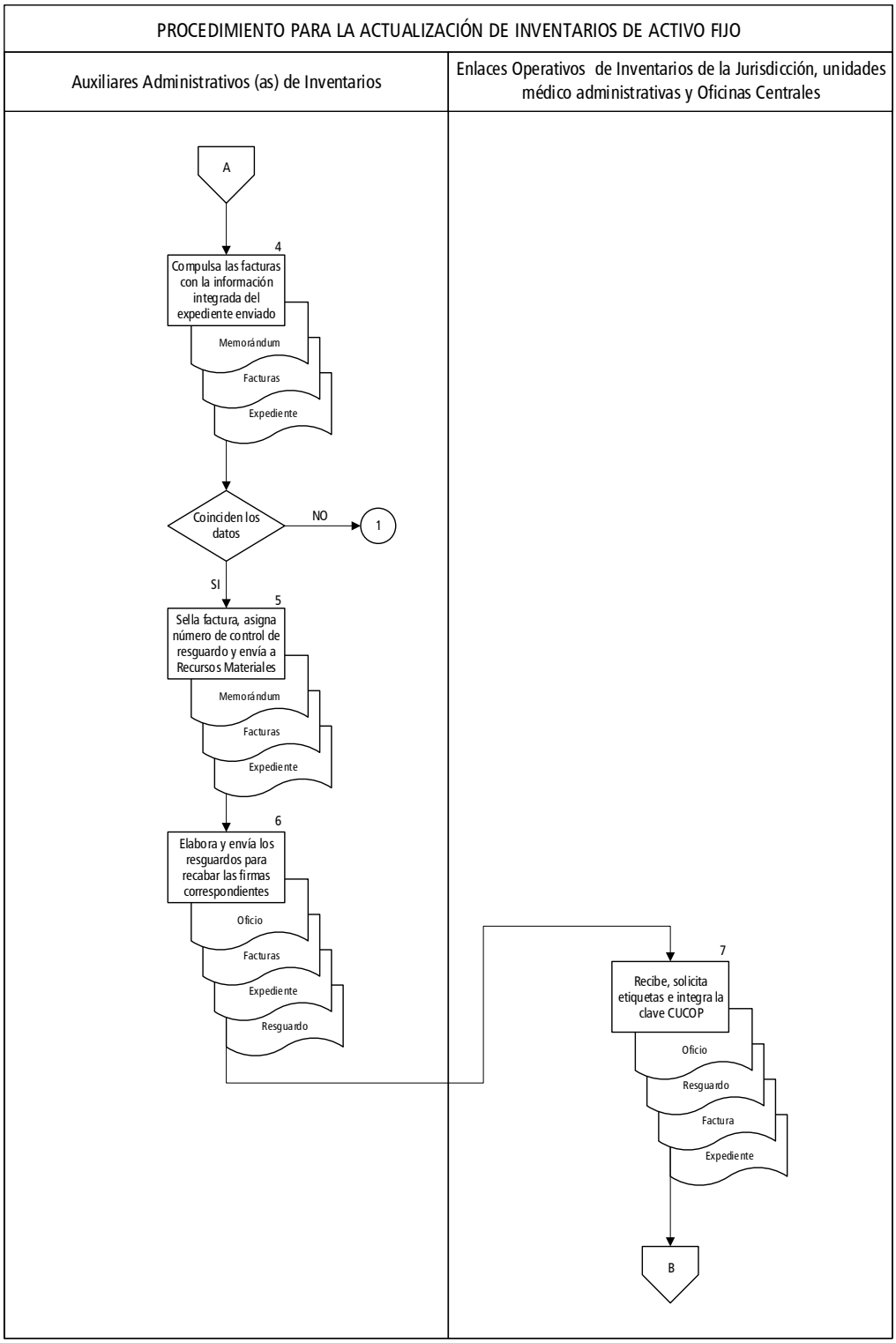
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Recursos Materiales	Envía mediante Memorándum al Departamento de Servicios Generales las facturas en original (que corresponda a capítulo 5000 e importe unitario de adquisición sea igual o superior a 70 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), contrato o contrato pedido, documento de la información de autorización presupuestal y documento de recepción del bien (si los bienes los recibió el Almacén General, es el responsable de entregar la documentación de la recepción de las unidades) anexando copias del expediente, para que les sea asignado sello y número de resguardo.	Memorándum Facturas Expediente
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe memorándum, original y copia del expediente anexo turnándolo a la Coordinación Operativa de Inventarios para realizar el trámite de alta.	Memorándum Facturas Expediente
3	Coordinador/a Operativo/a de	Recibe las facturas en original y copias del expediente, para revisión,	Memorándum Facturas

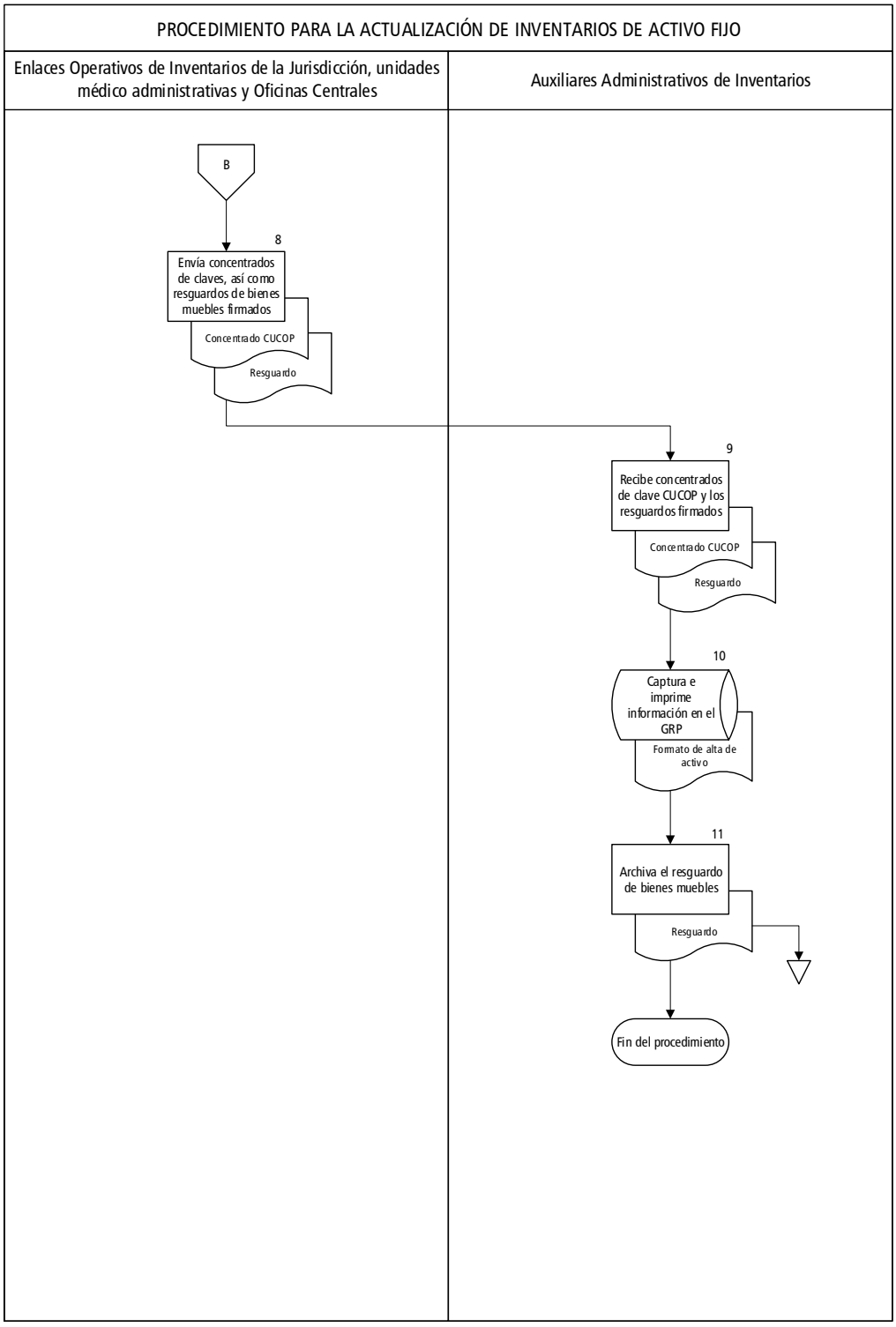
	Inventarios	verifica que la información descrita coincida con los pedidos o contrato pedido y turna. Así mismo, si los bienes son por adquisición directa, verifica que el Departamento de Recursos Materiales anexe el documento con la firma de recibido.	Expediente
4	Auxiliares Administrativos/as de Inventarios	Compulsa las facturas con la información integrada en el expediente enviado por el Departamento de Recursos Materiales. ¿Coinciden los datos? Si: Continúa al paso 5. No: Regresa al paso 1.	Memorándum Facturas Expediente
5		Sella las facturas, les asigna número de control de resguardo y envía copias junto con los expedientes originales al Departamento de Recursos Materiales mediante memorándum.	Memorándum Facturas Expediente
6		Elabora los resguardos y los envía a través de oficio a los/las enlaces operativos/as de inventarios de las Jurisdicciones Sanitarias, unidades medico administrativas y Oficinas Centrales, quienes deberán recabar las firmas correspondientes.	Oficio Facturas Expediente Resguardo
7	Enlaces Operativos de Inventarios de la Jurisdicción, unidades médico administrativas y Oficinas Centrales	Recibe copia de las facturas, pedidos o remisiones, solicita al Departamento de Servicios Generales etiquetas de identificación e integra la clave CUCOP.	Oficio Resguardo Factura Expediente
8		Envía los concentrados de claves CUCOP, así como los resguardos de bienes muebles firmados.	Concentrado CUCOP Resguardo
9	Auxiliares Administrativos/as	Recibe los concentrados de clave CUCOP y los resguardos firmados.	Concentrado CUCOP

	de Inventarios		Resguardo
10		Captura la información en el Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP e imprime el formato de alta de activo.	Formato de alta de activo
11		Archiva el resguardo de bienes muebles.	Resguardo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO.




PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO
Auxiliares Administrativos (as) de Inventarios
Enlaces Operativos de Inventarios de la Jurisdicción, unidades médico administrativas y Oficinas Centrales
A
4
Compulsa las facturas con la información integrada del expediente enviado
Memorándum
Facturas
Expediente
Coinciden los datos
NO
1
SI
5
Sella factura, asigna número de control de resguardo y envía a Recursos Materiales
Memorándum
Facturas
Expediente
6
Elabora y envía los resguardos para recabar las firmas correspondientes
Oficio
Facturas
Expediente
Resguardo
7
Recibe, solicita etiquetas e integra la clave CUCOP
Oficio
Resguardo
Factura
Expediente
B


PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO
Enlaces Operativos de Inventarios de la Jurisdicción, unidades médico administrativas y Oficinas Centrales
Auxiliares Administrativos de Inventarios
B
8
Envía concentrados de claves, así como resguardos de bienes muebles firmados
Concentrado CUCOP
Resguardo
9
Recibe concentrados de clave CUCOP y los resguardos firmados
Concentrado CUCOP
Resguardo
10
Captura e imprime información en el GRP
Formato de alta de activo
11
Archiva el resguardo de bienes muebles
Resguardo
Fin del procedimiento

7.18.16. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ALTAS POR DONACIÓN.

Tiempo Promedio: 10 días hábiles, debido que se remiten mediante oficios los resguardos para recabar las firmas de cada resguardatario

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eder Iván Ramos Ortega Coordinador Operativo de Inventarios EIRO (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Mantener un registro veraz y actualizado de los bienes muebles que por sus características son susceptibles de ser inventariados y registrándolos en el activo fijo que ingresa (altas) por Donación (acto que consiste en dar fondos u otros bienes materiales) a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, permitiendo conocer el acervo y patrimonio del Organismo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Ley General de Bienes Nacionales.
3. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
4. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
5. Acuerdo que establece las políticas y lineamientos para el control, registro, actualización de inventarios, regularización, baja y reclamación de indemnizaciones de los bienes muebles propiedad del Gobierno del Estado.
6. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establecen los lineamientos generales para la baja, desincorporación y destino final de los bienes muebles propiedad del Gobierno del Estado y al servicio de las Dependencias y Entidades.

Políticas de Operación:

1. El Departamento de Servicios Generales, a través de la Coordinación Operativa de Inventarios, recibirá la documentación sustentable de los bienes muebles recibidos por donación, que consiste en copias fotostáticas del Acta Administrativa o Contrato de Donación expedida por la institución donante, facturas o recibos que especifiquen el valor de los bienes donados.
2. Todo mobiliario o equipo cuando su ingreso sea a través de donación, el Departamento de Servicios Generales se deberá registrar, etiquetar y asignar el número de control de resguardo y la clave CUCOP. Así mismo, se elaborará el resguardo oficial de bienes muebles mismo que será firmado por el titular de la unidad administrativa a la que le fueron asignados.
3. Los resguardos que se elaboran por bienes en donación, deberán ser firmados por los resguardatarios responsables de la recepción y avalado por el Jefe del Departamento de Servicios Generales, con el sello oficial correspondiente.

	4. Los movimientos generados por el alta de bienes en donación, deberán contar con copia fotostática del Acta de donación, debidamente firmada y validada para legalizar el proceso.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Su ámbito de aplicación abarca al Departamento de Servicios Generales, las 10 Jurisdicciones Sanitarias con sus Hospitales Generales e Integrales, Centros de Salud de Servicios Ampliados, Centros de Salud y la Dirección de Administración de Bienes Muebles e Inmuebles de la Secretaria de Finanzas y Administración, así como la parte donante ya sean Instituciones Gubernamentales o Privadas.
Recursos	Oficio, Acta de donación, Resguardo Individual, Listado de Bienes, Concentrado IME.
Glosario	S.S.E.P: Servicios de Salud del Estado de Puebla. DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Bienes Muebles: Es el mobiliario inventariable. IME: Identificación de Mobiliario y Equipo. Bienes de Activo Fijo: Se entenderá por bienes de activo fijo, los considerados como medios que se utilizan para el desarrollo de las actividades que realizan las personas en las áreas aplicativas y administrativas, siendo susceptibles de la asignación de un número de inventario y resguardo de manera individual de acuerdo a su naturaleza y finalidad para el servicio. Alta: Significa que se reportará para su registro el movimiento de un bien de activo fijo que no se encuentra inventariado, no importando el origen de este. SIAF: Sistema Integral de Administración y Finanzas. Baja: Son aquellos bienes muebles o parque vehicular que por sus características ya no son susceptibles de seguir siendo utilizados, ya sea por estar obsoletos, anti funcionales y que resulta incosteable su reparación.

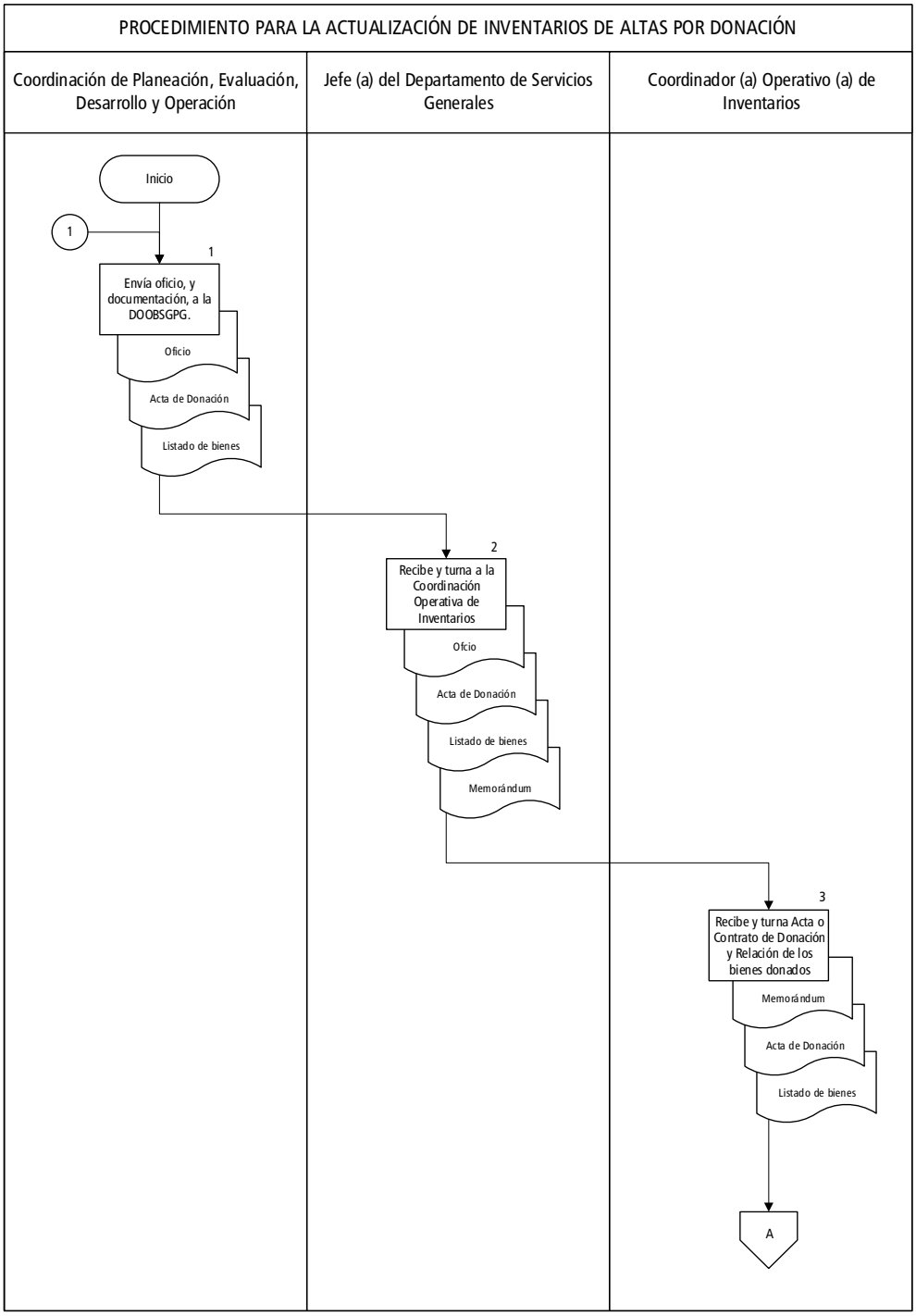
Clave CUCOP: Corresponde al Clasificador Único de las Contrataciones Públicas.
Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP: Sistema para la armonización contable, aplicado en los SSEP.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ALTAS POR DONACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinación de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación	Envía con Oficio, copias del Acta o Contrato de Donación y Relación de los bienes donados, a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión (DOOBSGPG), quien a su vez lo envía al Departamento de Servicios Generales.	Oficio Acta de Donación Listado de bienes
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y turna con memorándum copias del Acta o Contrato de Donación y Relación de los bienes donados a la Coordinación Operativa de Inventarios.	Oficio Memorándum Acta de Donación Listado de bienes.
3	Coordinador/a Operativo de Inventarios	Recibe y turna el Acta o Contrato de Donación y Relación de los bienes donados, a los/las Auxiliares Administrativos/as adscritos/as a la Coordinación Operativa de Inventarios.	Memorándum Acta de Donación Listado de bienes.
4	Auxiliares Administrativos/as de Inventarios	Recibe la documentación generada por la donación de bienes y verifica que dichos bienes muebles sean recibidos. ¿Coincide información con bienes	Memorándum Acta de Donación Listado de bienes

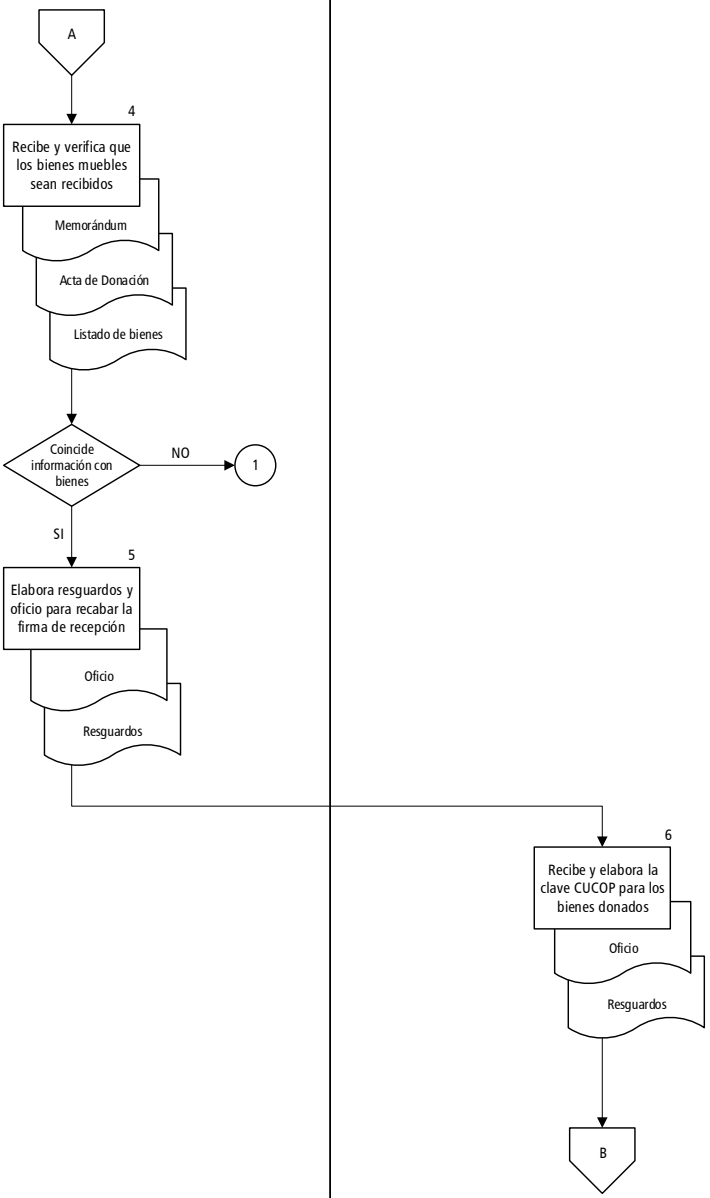
		recibidos? Si: Continúa en la actividad 5 No: Regresa a la actividad 1.	
5		Elabora resguardos y oficio para enviarlos a las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médico Administrativas o Áreas receptoras para recabar la firma de recepción.	Oficio Resguardos
6	Enlaces Operativos de Inventarios de las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médico Administrativas y Oficinas Centrales	Recibe oficio y los resguardos de bienes muebles en donación para recabar las firmas correspondientes y elabora la clave CUCOP para los bienes donados.	Oficio Resguardos
7		Envía con oficio, la solicitud de información de los concentrados de clave CUCOP, y los resguardos de bienes donados debidamente firmados por los resguardatarios.	Oficio Concentrado IME Resguardo
8	Auxiliares Administrativos/as de Inventarios	Reciben los concentrados de clave CUCOP, y los resguardos de bienes donados debidamente firmados.	Oficio Concentrado IME Resguardo
9		Captura la información en el Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP e imprime el formato de alta del activo.	Formato de alta del activo
10		Verifica que se realice de forma correcta el alta de los bienes donados en la base de datos del inventario general de los SSEP.	S/D
11		Archiva el resguardo de bienes muebles, el Acta o Contrato de Donación.	Resguardo Acta de Donación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ALTAS POR DONACIÓN.



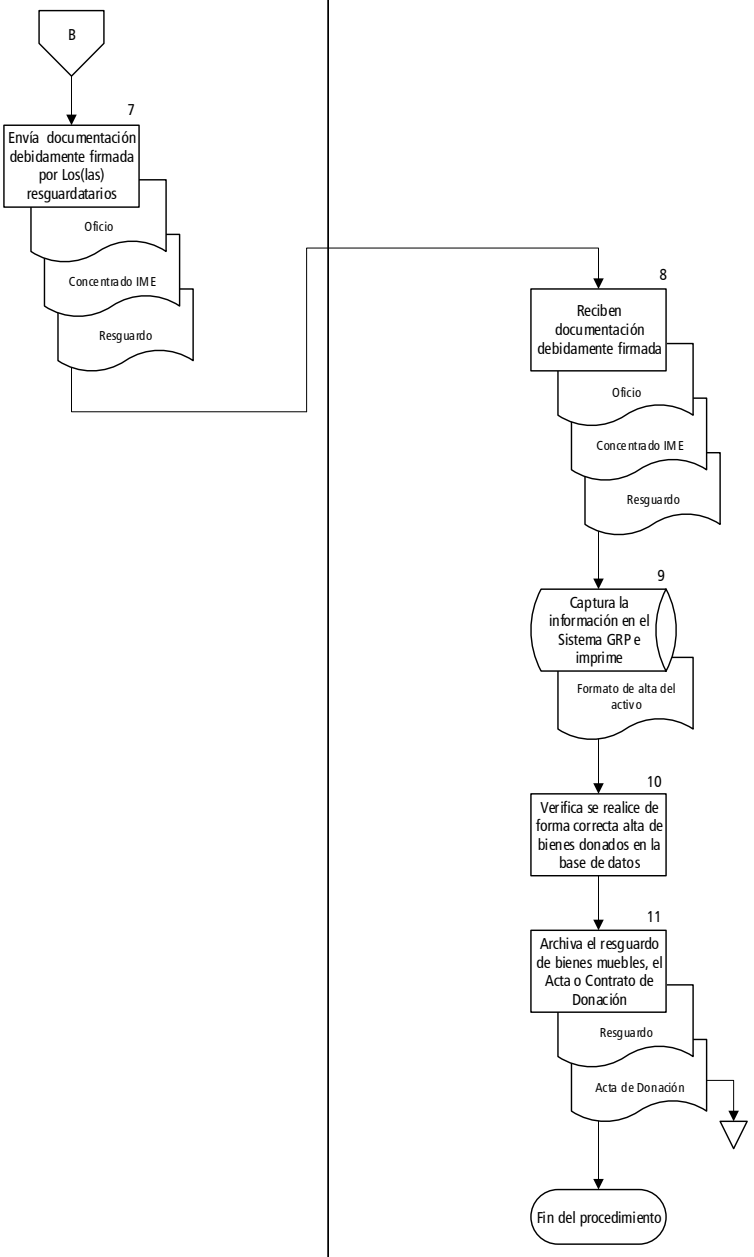
PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ALTAS POR DONACIÓN

Auxiliares Administrativos de Inventarios	Enlaces Operativos de Inventarios de las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médico Administrativas y Oficinas Centrales



PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ALTAS POR DONACIÓN

Enlaces Operativos de Inventarios de las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médico Administrativas y Oficinas Centrales	Auxiliares Administrativos de Inventarios



7.18.17. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO POR TRANSFERENCIAS.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eder Iván Ramos Ortega Coordinador Operativo de Inventarios EIRO (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Generar los mecanismos de control para mantener un registro veraz y actualizado de los bienes muebles inventariables que integran el activo fijo y que, por las necesidades de su uso, generan el desplazamiento de una unidad a otra creando el movimiento de transferencia mismo que deberá reflejarse en el inventario general de los SSEP.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Bienes Nacionales.
2. Ley General de Responsabilidades Admisnitrativas.
3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
5. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
6. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
7. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
8. Acuerdo que establece las políticas y lineamientos para el control, registro, actualización de inventarios, regularización, baja y reclamación de indemnizaciones de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado.
9. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece los lineamientos generales para la baja, desincorporación y destino final de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado y al servicio de las dependencias y entidades.

Políticas de Operación:

1. Las Unidades Médico Administrativas que realicen el cambio de mobiliario a otra Unidad o centro de trabajo, deben hacerlo a través del formato de transferencia debidamente integrado.
2. El formato que se emplea para la transferencia de bienes muebles, deberá especificar las características del bien y será firmado por los responsables de la entrega y recepción del bien mueble que realizan este movimiento, mismo que deberán firmar para formalizar el trámite.
3. Si un bien inventariado es movido o desplazado a otra Unidad Administrativa sin que se haya formalizado con el formato de transferencia, será responsabilidad del/la Titular de la Unidad Administrativa que autorizó

	el cambio, así como la desaparición o extravío de dicho bien. 4. Las Unidades Administrativas que hayan realizado cambio de bienes muebles inventariados deberán anexar al Formato BM-01 “Inventario de Bienes Muebles”, copia del formato de transferencia cuando se trate de actualización del inventario oficial. Así mismo estos cambios deberán ser reflejados en el inventario oficial a su cargo.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica al Departamento de Servicios Generales a través de la Coordinación Operativa de Inventarios, las 10 Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médico Administrativas y los distintos Departamentos de Oficinas Centrales, Dirección de Administración de Bienes Muebles e Inmuebles de la Secretaría de Finanzas e Instituciones del Sector Gubernamental previa autorización de la Honorable Junta de Gobierno de los SSEP.
Recursos	Oficio, Formato de transferencia.
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Bienes Muebles: Todos aquellos bienes que por su naturaleza o características puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su forma, que además sean propiedad del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla o propiedad del Gobierno del Estado. Transferencia: Movimiento generado por el traslado de bienes muebles entre las unidades administrativas de los SSEP, integrando el alta en la unidad receptora y la baja en la unidad que entregó el mismo. Clave CUCOP: Corresponde al Clasificador Único de las Contrataciones Públicas. Bienes de Activo Fijo: Se entenderá por bienes muebles de activo fijo, los considerados como medios que se utilizan para el desarrollo de las actividades que realizan las

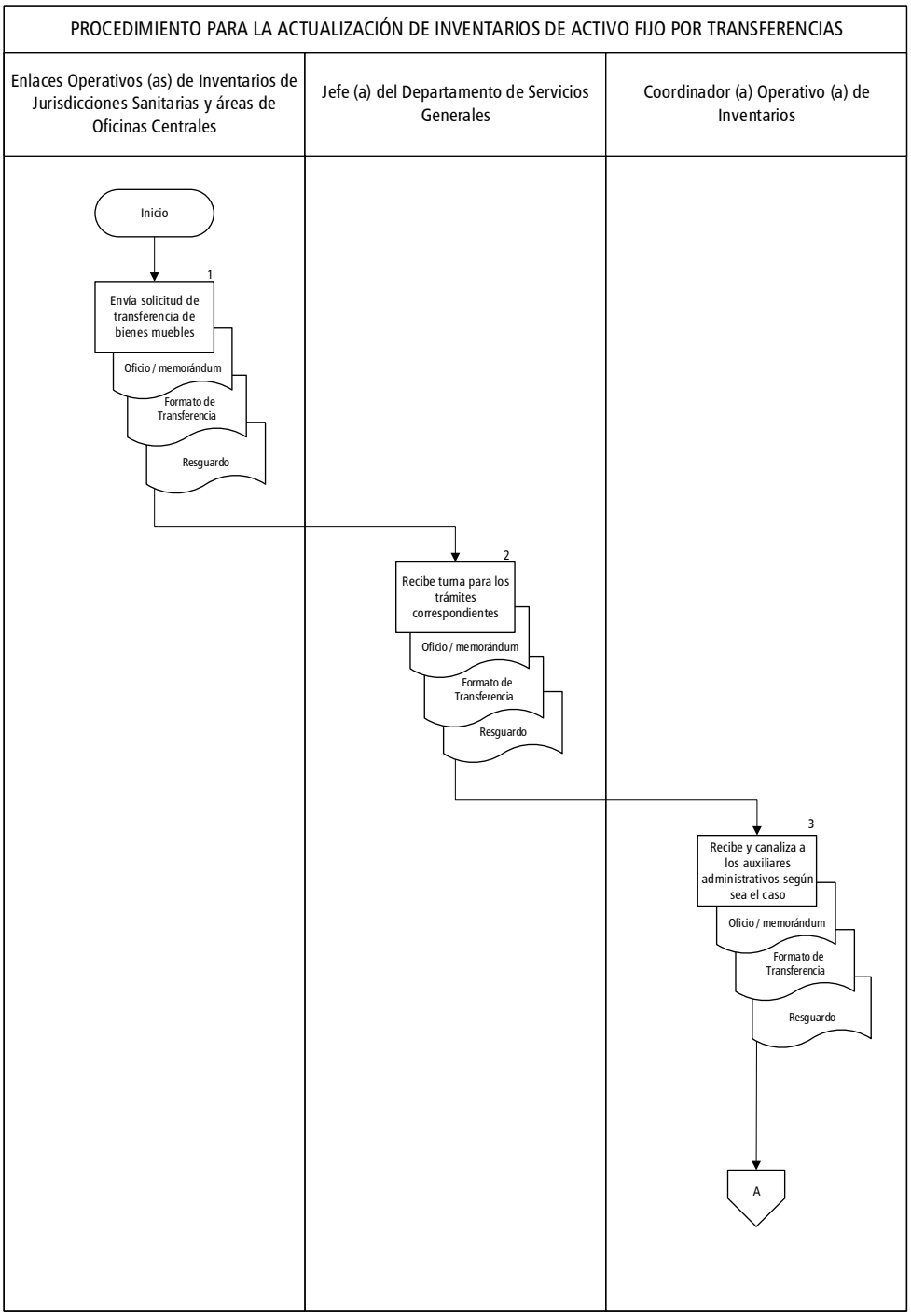
personas en las Áreas Aplicativas y Administrativas, siendo susceptibles de la asignación de un número de inventario y resguardo de manera individual de acuerdo a su naturaleza y finalidad para el servicio.
Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP: Sistema para la armonización contable, aplicado en los SSEP.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO POR TRANSFERENCIAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enlaces Operativos/as de Inventarios de Jurisdicciones Sanitarias y áreas de Oficinas Centrales	Envía mediante Oficio y/o memorándum la solicitud de transferencia de bienes muebles para regularizar su alta y/o baja en el inventario oficial.	Oficio/memorándum Formato de Transferencia Resguardo
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio y/o memorándum con el formato de transferencia anexo y lo turna a la Coordinación Operativa de Inventarios para los trámites correspondientes.	Oficio/memorándum Formato de Transferencia Resguardo
3	Coordinador/a Operativo/a de Inventarios	Recibe la documentación que le turna el/la Jefe/a de Departamento con el formato de transferencia y lo canaliza a los/las Auxiliares Administrativos/as según sea el caso.	Oficio/memorándum Formato de Transferencia Resguardo
4	Auxiliares Administrativos/as de Inventarios	Recibe la documentación generada por el trámite de transferencia para realizar la conciliación de cambio (baja) de los bienes en la base de datos de inventarios a cargo de la	Oficio/memorándum Formato de Transferencia Resguardo

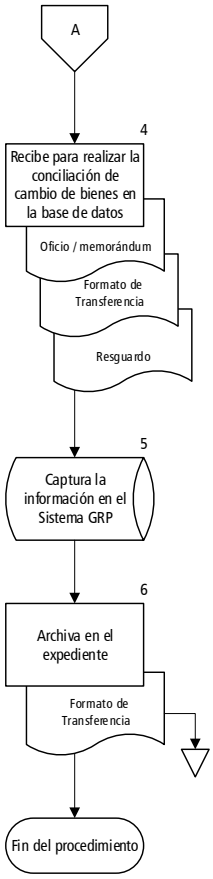
		unidad que realiza la transferencia de los bienes y verifica el alta en la Unidad Administrativa receptora.	
5		Captura la información en el Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP.	S/D
6		Archiva formato de transferencia en el expediente.	Formato de Transferencia
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO POR TRANSFERENCIAS.



PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE ACTIVO FIJO POR TRANSFERENCIAS

Auxiliares Administrativos (as) de Inventarios



7.18.18. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE VEHÍCULOS.

Tiempo Promedio: 22 días hábiles, toda vez que se solicita a la Secretaría de Finanzas y Administración el visto bueno para proceder a la baja correspondiente conforme a los Lineamientos, y así estar en posibilidad de dar da baja los vehículos del inventario del activo fijo

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eder Iván Ramos Ortega **Coordinador Operativo de Inventarios** **EIRO (DSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albicker** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Generar los mecanismos de control para mantener un registro veraz y actualizado de los vehículos que integran el activo fijo de los SSEP y que, por las condiciones de uso y deterioro, siniestro o robo, son considerados para baja y destino final. Integrando el procedimiento para baja y destino final conforme a la normatividad establecida.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Bienes Nacionales.
2. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
6. Acuerdo que establece las políticas y lineamientos para el uso, control y reclamación de indemnización y baja, de los vehículos propiedad del gobierno del estado.
7. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece los lineamientos generales para la baja, desincorporación y destino final de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado y al servicio de las dependencias y entidades.

Políticas de Operación:

1. Las Áreas de Oficinas Centrales, Jurisdicciones Sanitarias y sus unidades médico administrativas que las integran, deben identificar y clasificar los vehículos obsoletos e inútiles para el servicio e integrar la información de los mismos en el formato CV-04 “Registro de baja de vehículos oficiales”.
2. En el caso de vehículos en general, las unidades administrativas deberán solicitar por escrito al Departamento de Servicios Generales, la elaboración del dictamen técnico para la de baja de la unidad que ya no es apta de ser reparada y utilizada (en base a cotizaciones de los talleres mecánicos autorizados), recibo de los 3 últimos pagos de tenencia o control vehicular y baja de placas.
3. Las unidades Administrativas serán responsables de que los vehículos sean identificados en forma física, mediante la etiqueta, número económico, marca, modelo, serie, placas y tipo, de acuerdo inventario general; integrando el Formato BM-03 “resguardo

	individual", formato CV-04 "Registro de baja de vehículos oficiales", certificado de emisión de gases contaminantes actualizado, 7 fotografías (laterales, frente, trasera, motor, caja, llantas e interiores) y copia de la póliza de seguro. 4. Las Unidades Administrativas que soliciten la desincorporación de vehículos considerados para baja, deberán informar por oficio y/o memorándum al Departamento de Servicios Generales, anexando los formatos normativos que integran el expediente de baja de vehículos, debidamente requisitados en forma impresa y en medio magnético. 5. El expediente de baja de vehículos deberá contener: Origen del recurso de compra o programa, recibos originales de los tres últimos pagos de impuestos sobre tenencia o uso de vehículos o en su caso las certificaciones de pago correspondiente, original del certificado de verificación de gases contaminantes al corriente, fotografías de los vehículos (7) laterales, frente, trasera, motor, caja, llantas e interiores, copia del resguardo en el que conste la serie del chasis, recibo original de pago de la baja de placas o en su defecto, la certificación de pago (no aplica en siniestro por robo), dos cotizaciones de reparación del vehículo oficial del que se solicita su baja de talleres mecánicos, donde se acredite que el costo de la reparación supera el 50% del valor del vehículo, formato CV-04 "baja de indemnización", dictamen técnico de baja, firmado por el responsable de la dependencia y póliza de seguro. 6. Para el caso de unidades que dependen de las Jurisdicciones Sanitarias, deberán remitir la documentación ante la Jurisdicción Sanitaria que confiere y a su vez la Jurisdicción enviará los expedientes mediante oficio al Departamento de Servicios Generales.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

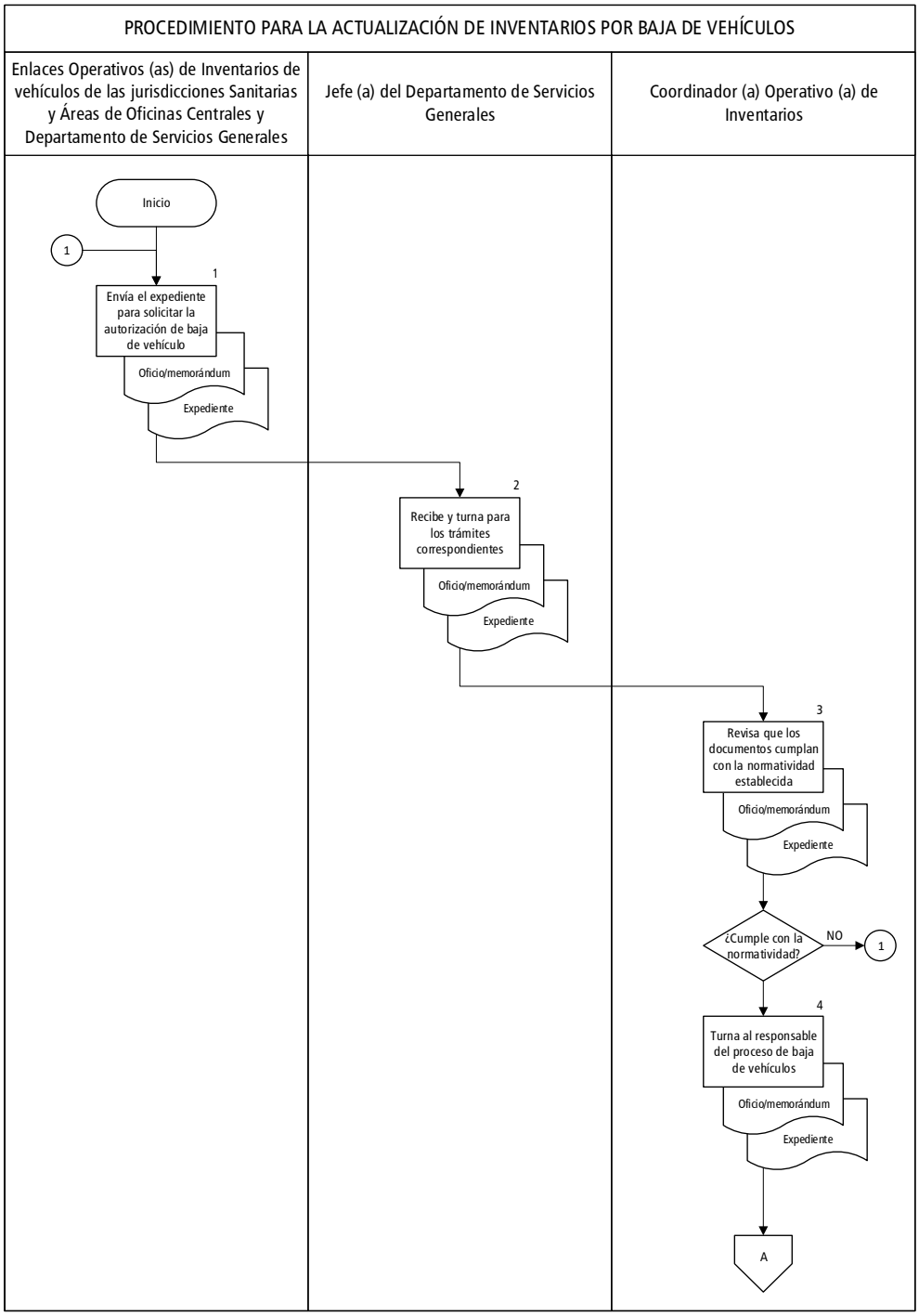
Áreas Involucradas	Aplica al Departamento de Servicios Generales a través de la Coordinación Operativa de Inventarios, a las 10 Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Médicas a su cargo, así como a los distintos Departamentos de Oficinas Centrales, Dirección de Administración de Bienes Muebles e Inmuebles de la Secretaria de Finanzas.
Recursos	Inventario de vehículos, Oficio o Memorándum, Expediente de baja (9 formatos e información de adquisición).
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Vehículo terrestre: Es un aparato con motor que se mueve sobre el suelo y sirve para transportar cosas o personas, y que por su naturaleza o características puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su forma, que además sean propiedad del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla o propiedad del Gobierno del Estado. Clave CUCOP: Corresponde al Clasificador Único de las Contrataciones Públicas. Bienes de Activo Fijo: Se entenderá por bienes de activo fijo (vehículos), los considerados como medios que se utilizan para el desarrollo de las actividades que realizan las personas en las Áreas Aplicativas y Administrativas, siendo susceptibles de la asignación de un número de inventario, etiqueta y resguardo de manera individual, de acuerdo a su naturaleza y finalidad para el servicio. Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP: Sistema para la armonización contable, aplicado en los SSEP. Baja: Es el procedimiento para identificar aquellos vehículos que por sus características ya no son susceptibles de seguir siendo utilizados, ya sea por estar obsoletos, por resultar incosteable su reparación; o por siniestro o robo. Siniestro: Hecho fortuito que tiene como consecuencia un daño material a bienes muebles. Robo: Es un delito contra el patrimonio, consistente en el apoderamiento de bienes ajenos de otras personas u organismos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE VEHÍCULOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enlaces operativos/as de Inventarios de vehículos de las jurisdicciones Sanitarias y Áreas de Oficinas Centrales y Departamento de Servicios Generales	Envía mediante oficio y/o memorándum, el expediente con los documentos normativos en forma impresa y electrónica que se requieren para solicitar la autorización de baja de vehículos.	Oficio/memorándum Expediente
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio y/o memorándum con documentación normativa para la baja de vehículos y los turna a la Coordinación Operativa de Inventarios para los trámites correspondientes.	Oficio/memorándum Expediente
3	Coordinador/a Operativo/a de Inventarios	Recibe oficio y/o memorándum y revisa que la documentación anexa, mediante la cual solicitan la autorización para la baja de vehículos del inventario de activo fijo, cumpla con la normatividad establecida. ¿Cumple con la normatividad? Si: Continúa al punto 4. No: Regresa al punto 1. (Devuelve la documentación con oficio para su corrección).	Oficio/memorándum Expediente

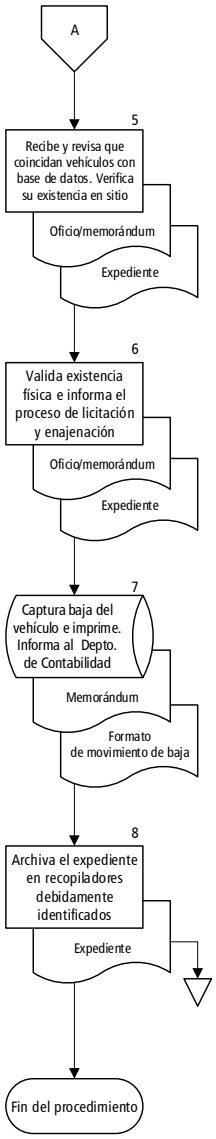
4		Turna el expediente y anexos al/la Auxiliar Administrativo/a de inventarios responsable del proceso de baja de vehículos.	Oficio/memorándum Expediente
5	Auxiliar Administrativo/a de Inventarios	Recibe expediente y anexos, revisa que coincidan las características de los vehículos, con la base de datos y de acuerdo a la normatividad establecida, verifica su existencia físicamente en sitio.	Oficio/memorándum Expediente
6		Valida su existencia física, e informa a los/las responsables de las Jurisdicciones Sanitarias, unidades o áreas, el proceso de licitación y enajenación.	Oficio/memorándum Expediente
7		Captura la información de la baja de los vehículos en el Sistema GRP, sistema para la armonización contable, aplicada en los SSEP; imprime el formato de movimiento de baja del activo e integra memorándum para informar al Departamento de Contabilidad, el movimiento realizado.	Memorándum Formato de movimiento de baja
8		Archiva el expediente en recopiladores debidamente identificados.	Expediente
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE VEHÍCULOS.



PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE VEHÍCULOS

Auxiliar Administrativo (a) de Inventarios



7.18.19. PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE BIENES MUEBLES.

Tiempo Promedio: 22 días hábiles, toda vez que se realiza la conciliación de cada bien mueble y se solicita a la Secretaría de Finanzas y Administración el visto bueno para proceder la baja correspondiente conforme a los Lineamientos, para estar en posibilidad de dar da baja los bienes muebles del inventario del activo fijo

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eder Iván Ramos Ortega **Coordinador Operativo de Inventarios** **EIRO (DSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albicker** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Generar los mecanismos de control para mantener un registro veraz y actualizado de los bienes muebles inventariables que integran el activo fijo de los SSEP y que, por las condiciones de uso y deterioro, siniestro o robo, son considerados para baja y destino final. Integrando el procedimiento para baja y destino final conforme a la normatividad establecida.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Bienes Nacionales.
2. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
6. Acuerdo que establece las políticas y lineamientos para el control, registro, actualización de inventarios, regularización, baja y reclamación de indemnizaciones de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado.
7. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece los lineamientos generales para la baja, desincorporación y destino final de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado y al servicio de las dependencias y entidades.

Políticas de Operación:

1. Las Áreas de Oficinas Centrales, Jurisdicciones Sanitarias y sus unidades médico administrativas que las integran, deben identificar y clasificar los bienes muebles obsoletos e inútiles para el servicio e integrar la información de los mismos en el Formato BM 04 (Baja e Indemnización).
2. En el caso de mobiliario en general, las unidades administrativas deberán solicitar por escrito al Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico la elaboración del dictamen técnico para la de baja del mobiliario que ya no es apto de ser utilizado.
3. En el caso de equipos de cómputo y demás relacionados, las unidades administrativas solicitarán por escrito al Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones la elaboración del dictamen

	técnico para la baja de estos bienes. 4. Las Unidades Administrativas serán responsables de que los bienes muebles sean identificados en forma física, mediante la etiqueta o número de folio de acuerdo a la relación que integran en el formato BM-04. 5. Las Unidades Administrativas que soliciten la desincorporación de bienes considerados para baja, deberán informar por oficio y/o memorándum al Departamento de Servicios Generales, anexando los formatos de dictamen técnico y formato BM-04 “Baja de Bienes Muebles”, debidamente requisitados de acuerdo a la normatividad, en forma impresa y en medio magnético. 6. Para el caso de unidades que dependen de las Jurisdicciones Sanitarias, deberán remitir la documentación normativa ante la Jurisdicción Sanitaria que le corresponde, estas a su vez, enviarán los expedientes mediante oficio, al Departamento de Servicios Generales.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica al Departamento de Servicios Generales a través de la Coordinación Operativa de Inventarios, a las 10 Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Médicas a su cargo, así como los distintos de Departamentos de Oficinas Centrales, Dirección de Administración de Bienes Muebles e Inmuebles de la Secretaria de Finanzas.
Recursos	Inventario de Bienes Muebles, Oficio o Memorándum, Formato BM-04 “Baja de Bienes Muebles”, Diagnostico o Dictamen Técnico de Baja.
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Bienes Muebles: Todos aquellos bienes que por su naturaleza o características puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su

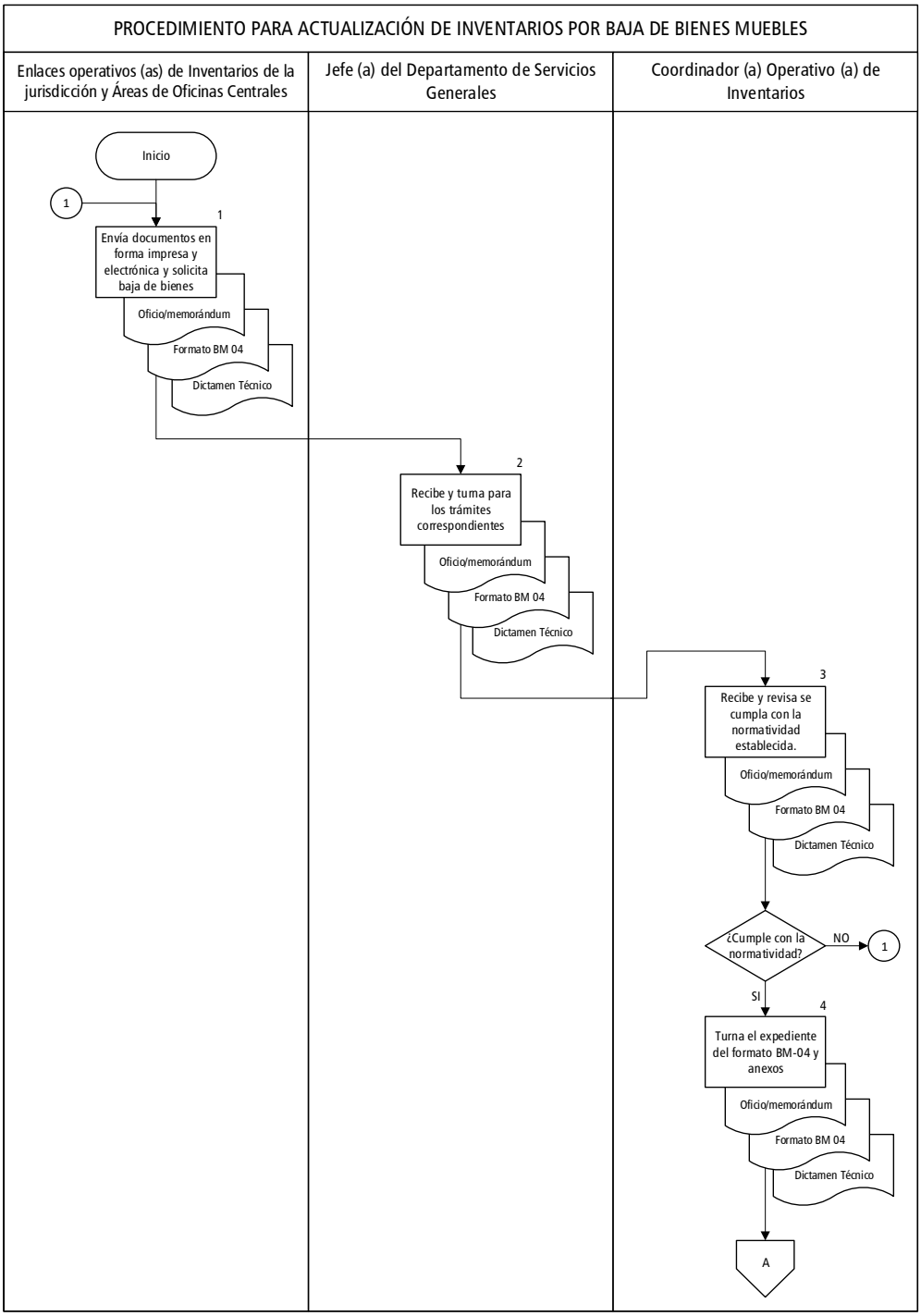
forma, que además sean propiedad del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla o propiedad del Gobierno del Estado.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE BIENES MUEBLES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Enlaces operativos/as de Inventarios de la jurisdicción y Áreas de Oficinas Centrales (Departamento de Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, y Departamento de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones)	Envía mediante Oficio y/o memorándum, formato BM-04 “Baja de Bienes Muebles” y dictámenes técnicos, solicitando la baja de bienes muebles (en forma impresa y electrónica).	Oficio/memorándum Formato BM 04 Dictamen Técnico
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio y/o memorándum con documentación normativa para la baja de bienes muebles, y turna a la Coordinación Operativa de Inventarios para los trámites correspondientes.	Oficio/memorándum Formato BM 04 Dictamen Técnico
3	Coordinador/a Operativo/a de Inventarios	Recibe oficio y/o memorándum, revisa que la documentación anexa, mediante la cual solicitan la autorización para la Baja de Inventario de Activo Fijo, cumpla con la normatividad establecida.	Oficio/memorándum Formato BM 04 Dictamen Técnico

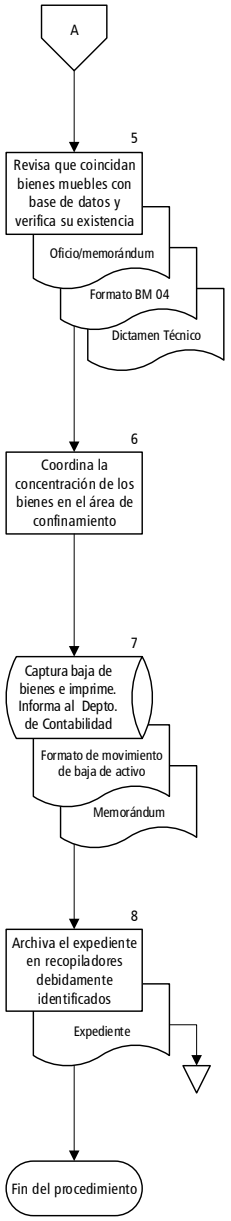
		¿Cumple con la normatividad? Si: continúa al punto 4. No: regresa al punto 1.	
4		Turna el expediente del formato BM-04 y anexos al/la Auxiliar Administrativo/a de inventarios correspondiente.	Oficio/memorándum Formato BM 04 Dictamen Técnico
5	Auxiliar Administrativo/a de Inventarios	Recibe el expediente del formato BM-04 y anexos y revisa que coincidan las características de los bienes muebles con la base de datos y de acuerdo a la normatividad establecida, procede a verificar físicamente los bienes en sitio.	Oficio/memorándum Formato BM 04 Dictamen Técnico
6		Coordina la concentración de los mismos al área de confinamiento ubicada en la parte posterior del Hospital Psiquiátrico el BATAN.	S/D
7		Captura la información de la baja de los bienes muebles en el Sistema GRP, Sistema para la armonización contable, aplicada en los SSEP; imprime el formato de movimiento de baja de activo e integra memorándum para informar al Departamento de Contabilidad, el movimiento realizado.	Formato de movimiento de baja de activo. Memorándum
8		Archiva el expediente en recopiladores debidamente identificados.	Expediente
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE BIENES MUEBLES.



PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS POR BAJA DE BIENES MUEBLES

Auxiliar Administrativo (a) de Inventarios



7.18.20. PROCEDIMIENTO ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE BAJA POR ROBO, EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN ACCIDENTAL.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eder Iván Ramos Ortega **Coordinador Operativo de Inventarios** **EIRO (DSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albicker** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Generar los mecanismos de control que permitan obtener un registro veraz y actualizado de los bienes muebles inventariables que integran el activo fijo de los SSEP y que por las condiciones de uso, y en base a la normatividad aplicable, son reportados por robo, extravío o destrucción accidental, causando baja definitiva en el inventario de bienes muebles de los SSEP.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Bienes Nacionales.
2. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
3. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
6. Acuerdo que establece las políticas y lineamientos para el control, registro, actualización de inventarios, regularización, baja y reclamación de indemnizaciones de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado.
7. Acuerdo del Secretario de Desarrollo, Evaluación y Control de la Administración Pública, por el que se establece los lineamientos generales para la baja, desincorporación y destino final de los bienes muebles propiedad del gobierno del estado y al servicio de las dependencias y entidades.

Políticas de Operación:

1. En los casos en que ocurra un robo o extravío de un bien, las Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Médico Administrativas y Áreas de Oficinas Centrales, deberán promover la instrumentación del Acta Circunstanciada de Hechos (interna) la cual deberá ser firmada por el/la Titular de la Unidad Administrativa, y realizar el reporte de denuncia ante la Agencia de la Fiscalía General del Estado, proporcionado la descripción detallada de los hechos ocurridos. En lo sucesivo, y al contar con esta documentación, se enviará mediante oficio a la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla quien a su vez determinará la responsabilidad.
2. Corresponde a la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y de los SSEP, recibir la documentación instrumentada por el robo o extravío de bienes inventariados, así como gestionar ante la

	Compañía de Seguros la indemnización correspondiente. 3. En el caso de que un bien presente destrucción accidental, los/las responsables de control de Activo Fijo de las Unidades Médico Administrativas instrumentarán Acta Circunstanciada de Hechos, la cual deberá ser firmada por el/la Titular de la Unidad y enviarla a la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y de los SSEP para determinar la responsabilidad administrativa.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	A todas las Unidades Médico Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Acta Administrativa de los Hechos, Expediente de la Averiguación Previa por robo, extravío o destrucción accidental, Formato BM-04 “de Baja e Indemnización”, Resguardo Individual.
Glosario	S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Bienes Muebles: Todos aquellos bienes que por su naturaleza o características puedan trasladarse de un lugar a otro, sin que se deteriore, afecte o modifique su forma, que además sean propiedad del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla o propiedad del Gobierno del Estado. Clave CUCOP: Corresponde al Clasificador Único de las Contrataciones Públicas. Bienes de Activo Fijo: Se entenderá por bienes de activo fijo, los considerados como medios que se utilizan para el desarrollo de las actividades que realizan las personas en las Áreas Aplicativas y Administrativas, siendo susceptibles de la asignación de un número de inventario y resguardo de manera individual de acuerdo a su naturaleza y finalidad para el servicio. Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP: Sistema para la armonización contable, aplicado en los SSEP. Baja: Es el procedimiento para identificar aquellos bienes

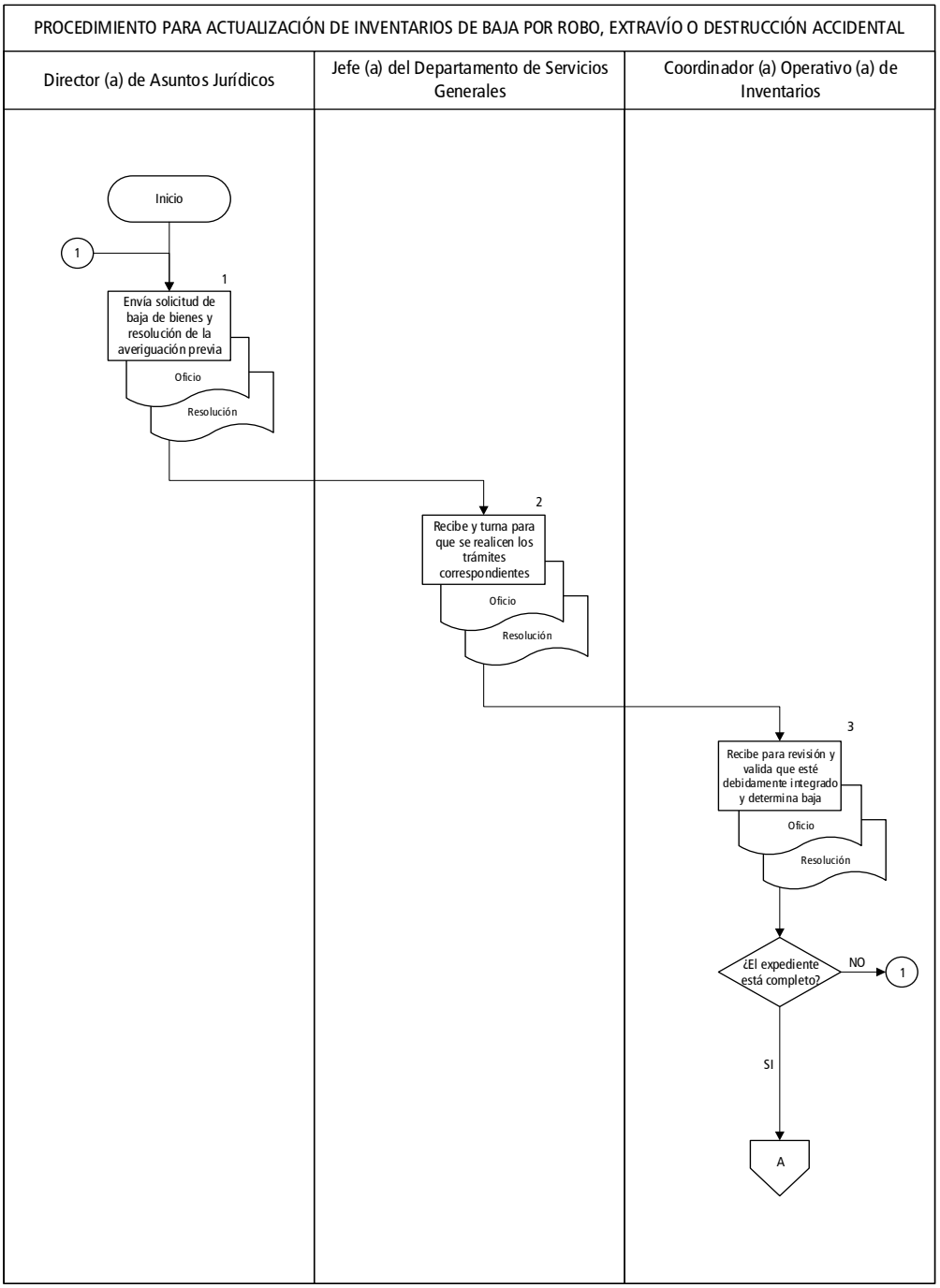
muebles o vehículos que forman parte del inventario oficial del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado; y que presentan tramite a través del proceso de robo, extravío o destrucción accidental.
Siniestro: Hecho fortuito que tiene como consecuencia un daño material o robo a bienes muebles.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE BAJA POR ROBO, EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN ACCIDENTAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Asuntos Jurídicos	Envía con Oficio al Departamento de Servicios Generales la solicitud de baja de bienes muebles, adjuntando resolución de la averiguación previa por robo, extravío o destrucción accidental.	Oficio Resolución
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio con los anexos de los Bienes para baja, turnando a la Coordinación de Operativa de Inventarios quien a su vez realizará los trámites correspondientes.	Oficio Resolución
3	Coordinador/a Operativo/a de Inventarios	Recibe el expediente de los bienes para baja para revisión, valida que esté debidamente integrado con la documentación en base a la normatividad y con ello determina la baja. ¿El expediente está completo? Si: Continúa en la actividad 4. No: Regresa a la actividad 1.	Oficio Resolución
4	Auxiliares Administrativos de Inventarios	Recibe resolución.	Resolución

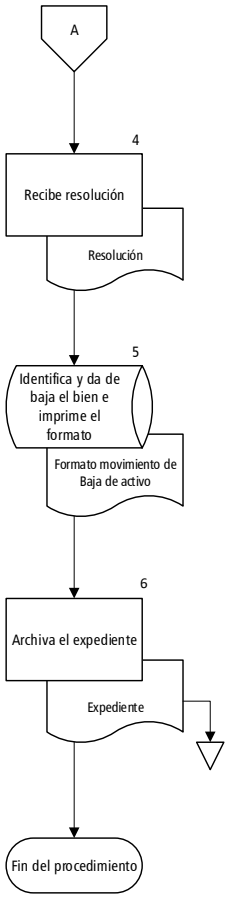
5		Identifica y da de baja el bien mueble en el activo fijo de la unidad y del inventario general a través del Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales GRP; e imprime el formato movimiento de baja de activo.	Formato movimiento de Baja de activo
6		Archiva el expediente.	Expediente
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE BAJA POR ROBO, EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN ACCIDENTAL.



PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DE BAJA POR ROBO, EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN ACCIDENTAL

Auxiliares Administrativos (as) de Inventarios



7.18.21. PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS Y FOTOCOPIADO.

Tiempo Promedio: 7 a 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Luis Alberto Galván Ponce Coordinador Operativo de Servicios Generales LAGP (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar los servicios de imprenta y fotocopiado solicitados por las diferentes unidades administrativas y aplicativas de los Servicios de Salud del estado de Puebla.

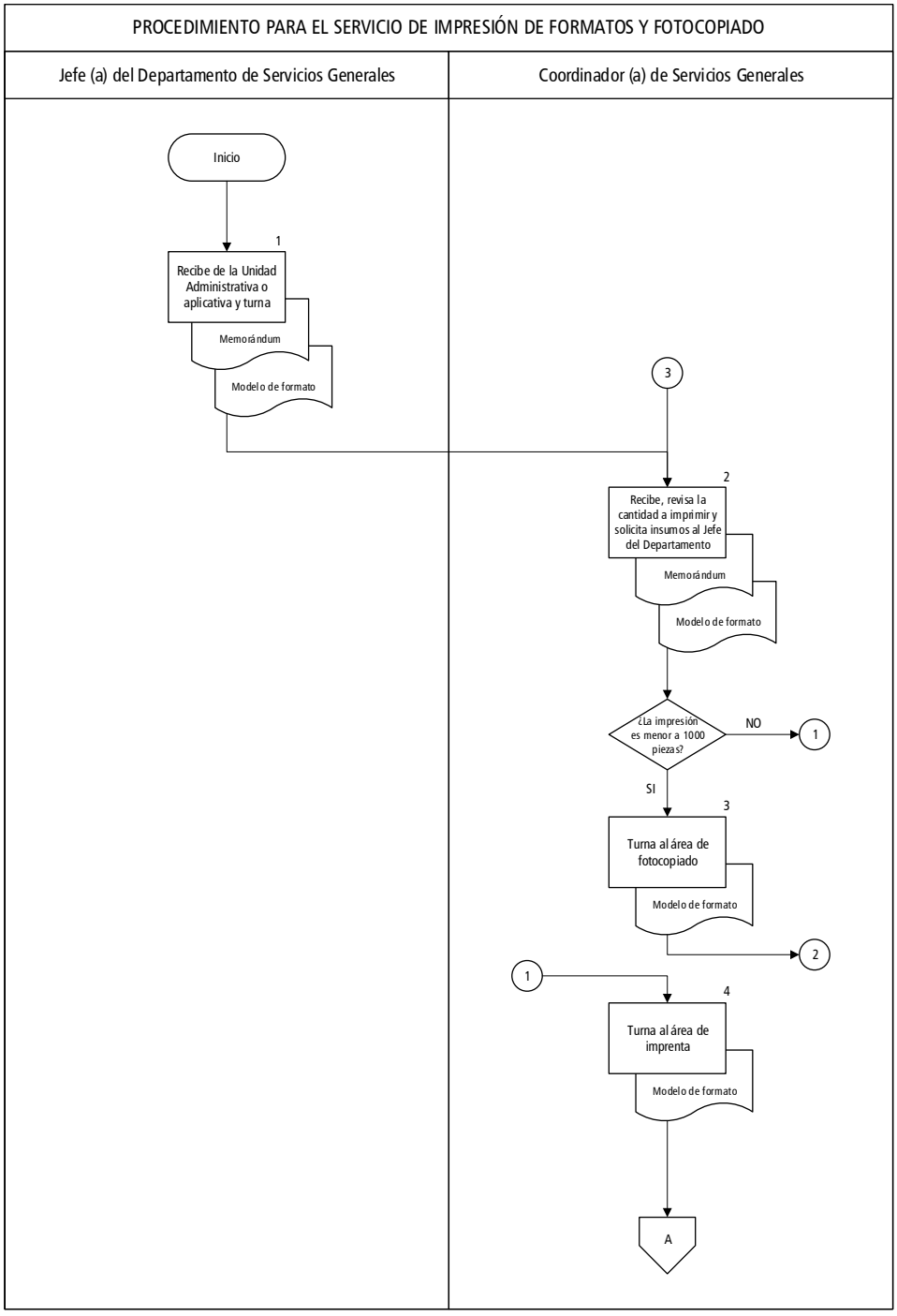
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 2. El solicitante deberá entregar al Departamento de servicios Generales la orden de impresión en forma clara y detallada del trabajo solicitado, anexado a la misma original del trabajo debidamente validada y firmada. 3. El/la responsable de imprenta y/o fotocopiado deberá de informar al área solicitante que los tiempos de entrega podrán variar en mayor o menor tiempo dependiendo de la carga de trabajo de la imprenta para que quede de conocimiento. 4. No se realizará ningún trabajo que no presente su orden de impresión debidamente autorizada y el material que se requiera para su elaboración. 5. Cuando el volumen de impresión de un formato sea menor a 1000, se realizará a través del área de fotocopiado.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas las unidades administrativas y aplicativas de los SSEP.
Recursos	Memorándum, Modelo de Formato.
Glosario	Unidad Solicitante: unidades administrativas y aplicativas de los SSEP. SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS Y FOTOCOPIADO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y turna al/la Coordinador/a de Servicios Generales el memorándum de la unidad administrativa o aplicativa con el modelo de formato.	Memorándum Modelo de formato
2	Coordinador/a de Servicios Generales	Recibe memorándum con modelo de formato, revisa la cantidad de formatos a imprimir y solicita insumos al/la Jefe/a del Departamento. ¿La impresión es menor a 1000 piezas? Si: continúa en la actividad 3. No: continúa en la actividad número 4.	Memorándum Modelo de formato
3		Turna al área de fotocopiado.	Modelo de formato
4		Turna al área de imprenta.	Modelo de formato
5	Responsable de Imprenta y/o Responsable de fotocopiado	Recibe el material solicitado verifica que cumpla con lo solicitado. ¿Está completo y cumpla con las características solicitadas? Si: Continúa actividad 6. No: Hace de conocimiento al/la Coordinador/a de Servicios Generales y regresa a la actividad 2.	S/D
6		Procede a imprimir los formatos solicitados.	Formatos
7		Compagina los formatos y procede a cortar con la guillotina y organiza. En caso que se requiera se folian o se empastan.	Formatos

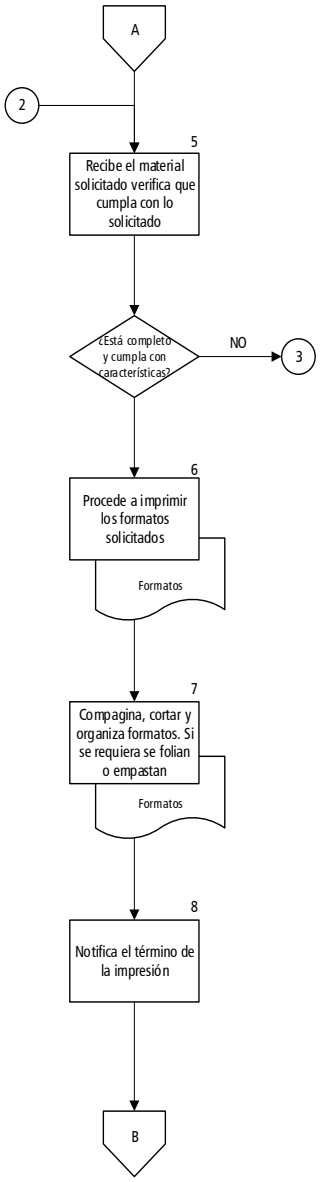
8		Notifica el término de la impresión al/la Jefe/a de Departamento de Servicios Generales.	S/D
9	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Notifica a la unidad solicitante que su trabajo ya está realizado y que pueden pasar por los formatos impresos.	Memorándum
10	Responsable de Imprenta	Recibe a la unidad solicitante, entrega formatos y solicita firme de conformidad en el memorándum de solicitud.	Memorándum Formatos
11	Coordinador/a de Servicios Generales	Recibe y archiva el memorándum de solicitud en recopilador y el acuse de recibo debidamente firmado de conformidad.	Memorándum Acuse de recibo
Fin del procedimiento			

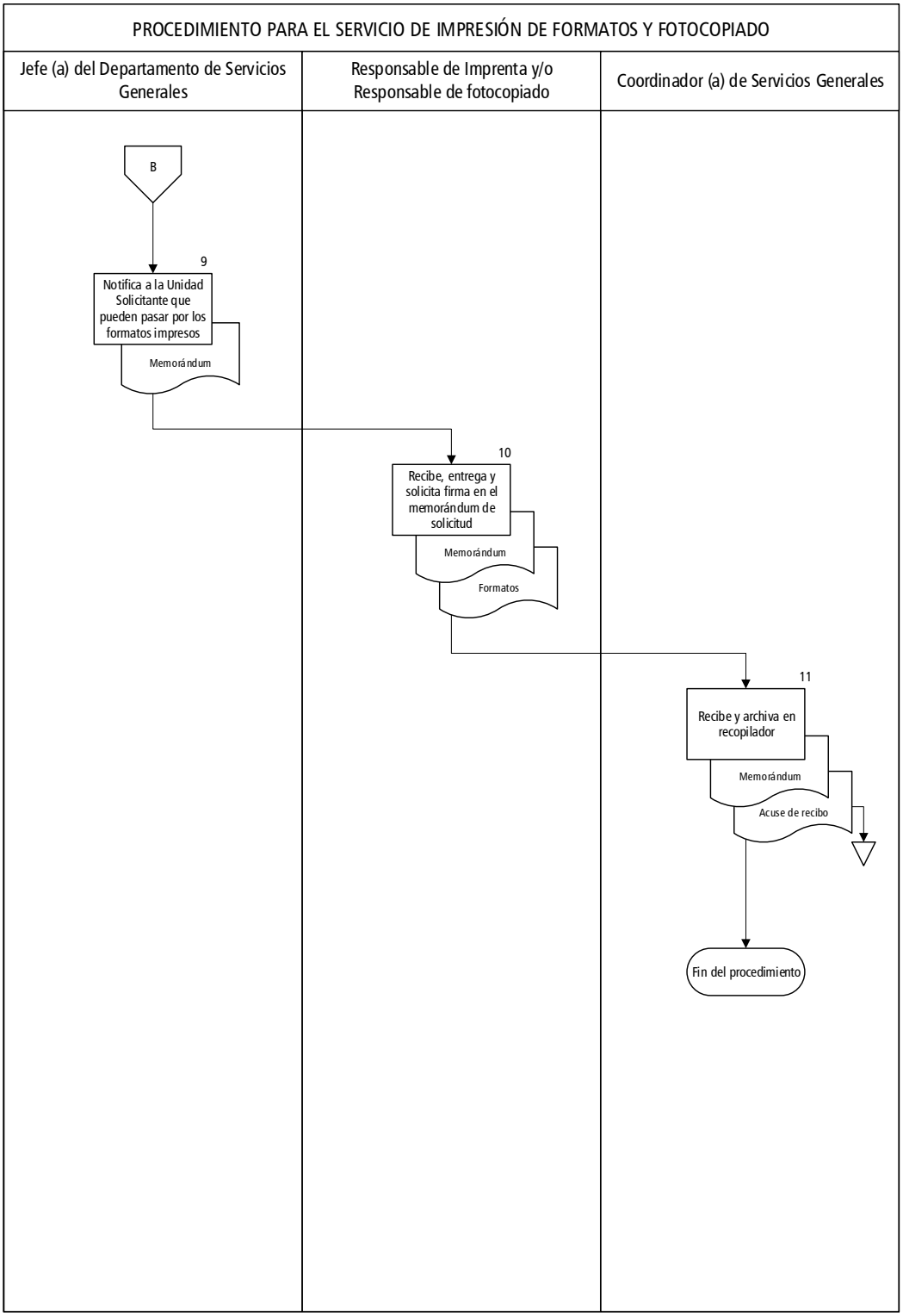
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS Y FOTOCOPIADO.



PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS Y FOTOCOPIADO

Responsable de Imprenta y/o Responsable de fotocopiado




PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS Y FOTOCOPIADO
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
Responsable de Imprenta y/o Responsable de fotocopiado
Coordinador (a) de Servicios Generales
B
9
Notifica a la Unidad Solicitante que pueden pasar por los formatos impresos
Memorándum
10
Recibe, entrega y solicita firma en el memorándum de solicitud
Memorándum
Formatos
11
Recibe y archiva en recopilador
Memorándum
Acuse de recibo
Fin del procedimiento

7.18.22. PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO DE PRESTADOR DE SERVICIO.

Tiempo Promedio: 1 Mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Luis Alberto Galván Ponce Coordinador Operativo de Servicios Generales LAGP (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar el trámite de pago de los servicios subrogados, de conformidad con las condiciones del contrato con los prestadores del servicio, con el propósito de asegurar la operatividad de las unidades adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley de Adquisiciones Arrendamientos, Servicios del Sector Público Estatal y Municipal. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Políticas de Operación: 1. Es responsabilidad del analista de trámite de pago verificar que el expediente esté completo e integre soporte de cumplimiento de servicios para gestionar el pago. 2. Es responsabilidad del analista verificar que los prestadores de servicio cumplan con las condiciones del contrato, y en caso contrario informar al área correspondiente para su penalización. 3. El/la responsable de la unidad administrativa o aplicativa avalará el cumplimiento del servicio recibido a través de la validación de los documentos comprobatorios los cuales deberán contener nombre, puesto y firma. 4. Es responsabilidad de las áreas administrativas y/o aplicativas presentar la factura y soporte con las firmas autorizadas ya sea del/la Director/a, Subdirector/a o Administrador/a de la unidad, así como el sello de la misma.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación de Personal.
Áreas Involucradas	Unidades que cuenten con servicios subrogados y/o prestadores de servicio en el Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Oficio, Contrato, Factura.

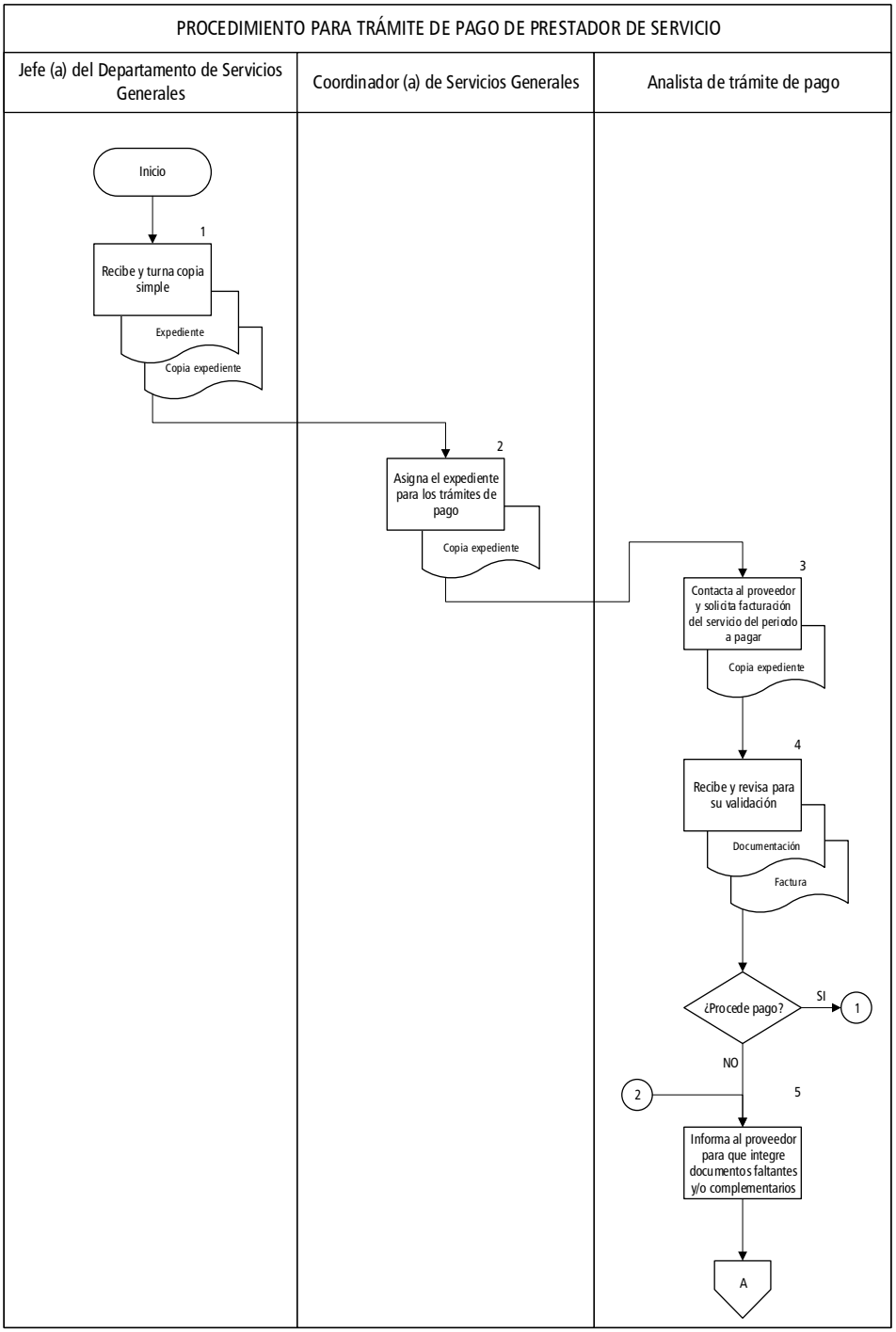
Glosario | Unidades: unidades administrativas o médicas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

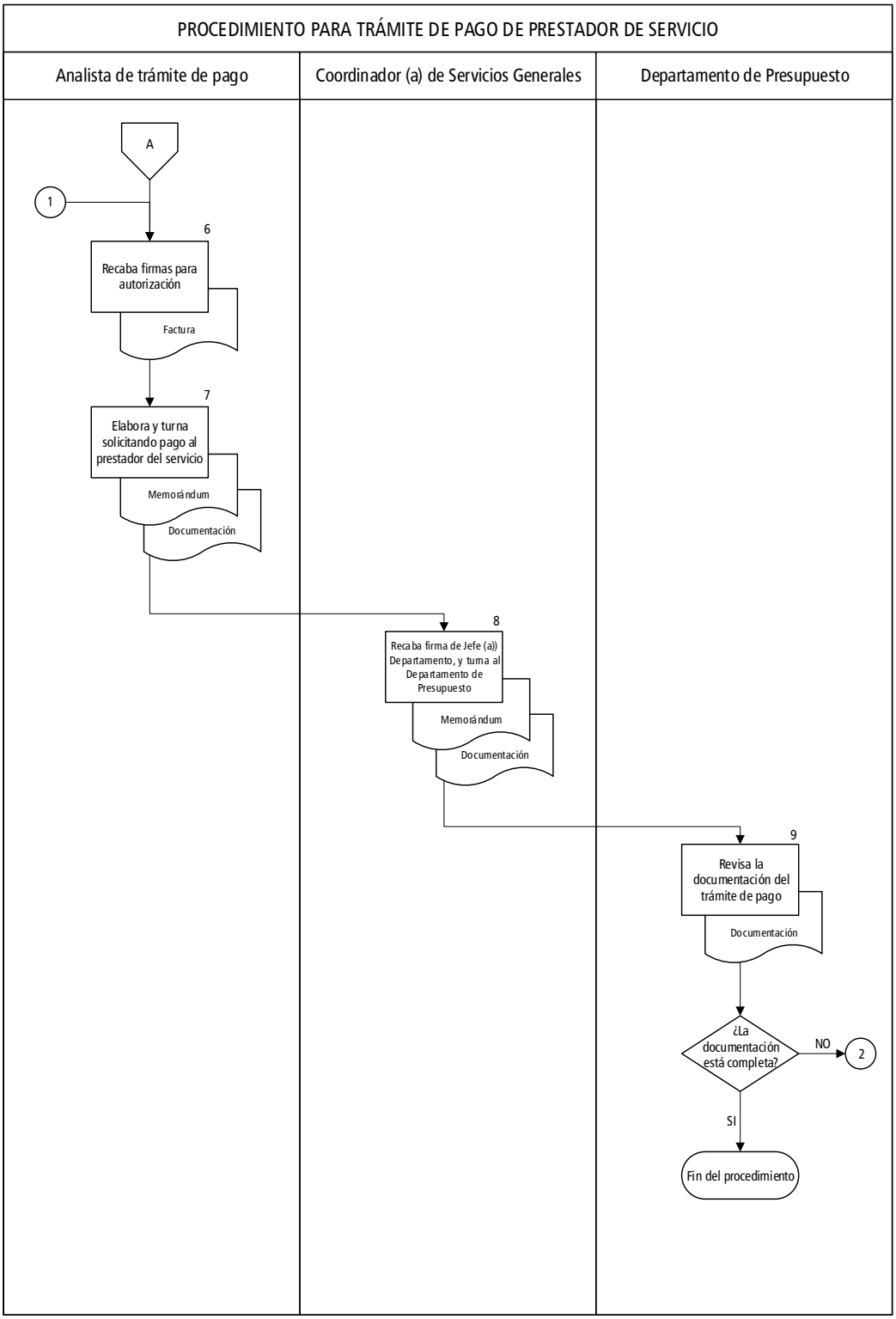
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO DE PRESTADOR DE SERVICIO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe el expediente de contratación de servicios y turna copia simple a la Coordinación de Servicios Generales.	Expediente Copia expediente
2	Coordinador/a de Servicios Generales	Asigna el expediente al analista de pago para los trámites de pago.	Copia expediente
3	Analista de trámite de pago	Contacta al proveedor y solicita facturación del servicio del periodo a pagar.	Copia expediente
4		Recibe factura y documentación del prestador del servicio, y revisa para su validación. ¿Procede pago? Si: continúa en actividad número 6. No: Continúa en la actividad número 5.	Factura Documentación
5		Informa al proveedor para que integre documentos faltantes y/o complementarios.	S/D
6		Recaba las firmas para autorización del/la Jefe/a del Departamento y del/la Subdirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales.	Factura
7		Elabora y turna memorándum al/la Coordinador/a de Servicios Generales	Memorándum Documentación

		solicitando el pago al prestador del servicio, adjuntando la documentación.	
8	Coordinador/a de Servicios Generales	Recaba firma del/la Jefe/a del Departamento, y lo turna al Departamento de Presupuesto junto con la documentación y archiva.	Memorándum Documentación
9	Departamento de Presupuesto	Revisa la documentación del trámite de pago. ¿La documentación está completa? Si: Fin del procedimiento. No: Regresa a la actividad número 5.	Documentación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO DE PRESTADOR DE SERVICIO.




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO DE PRESTADOR DE SERVICIO
Analista de trámite de pago
Coordinador (a) de Servicios Generales
Departamento de Presupuesto
A
1
6
Recaba firmas para autorización
Factura
7
Elabora y turna solicitando pago al prestador del servicio
Memorándum
Documentación
8
Recaba firma de Jefe (a)) Departamento, y turna al Departamento de Presupuesto
Memorándum
Documentación
9
Revisa la documentación del trámite de pago
Documentación
¿La documentación está completa?
NO
2
SI
Fin del procedimiento

7.18.23. PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CONTRATACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA.

Tiempo Promedio: 1 a 3 Meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Luis Alberto Galván Ponce Coordinador Operativo de Servicios Generales LAGP (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Gestionar la contratación del servicio de energía eléctrica para las unidades adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla de conformidad con la normatividad vigente y aplicable, con el propósito de que cuenten con un servicio de calidad para el buen funcionamiento del equipo médico y administrativo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Energía Eléctrica Vigente.
2. Reglamento de la Ley de La Industria Eléctrica.
3. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
4. Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. El Departamento de Construcción deberá integrar en el expediente, los siguientes documentos:
   - Original Dictamen de Verificación de Instalaciones Eléctricas NOM-001-SEDE-2012.
   - Original Formato de Portada de Dictámenes de Verificación de Instalaciones Eléctricas NOM-001-SEDE-2012.
   - Oficio de liberación de obra emitido por la CFE.
   - Ficha de Deposito de pago de revisión de proyecto.
   - Solicitud de presupuesto por cargos de obras anexando el comprobante de pago.
   - Planos.
2. El Departamento de Servicios Generales deberá de anexar al expediente, los siguientes documentos en copia simple:
   - Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
   - Acuerdo del Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que delega en el Director de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión las facultades necesarias para suscribir los diversos instrumentos jurídicos en las materias de adquisiciones, arrendamientos y servicios; obra, pública y servicios relacionados con la misma: compras intergubernamentales y arrendamientos de bienes inmuebles.

	▪ Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del Organismo. ▪ Nombramiento del/la Titular de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. ▪ Identificación Oficial del/la Titular de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Unidades administrativas. Unidades médicas.
Recursos	Memorándum / Oficio, Expediente, Cheque o comprobante de transferencia, Contrato.
Glosario	Unidades: Áreas administrativas o médicas adscritas a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. CFE: Comisión Federal de Electricidad.

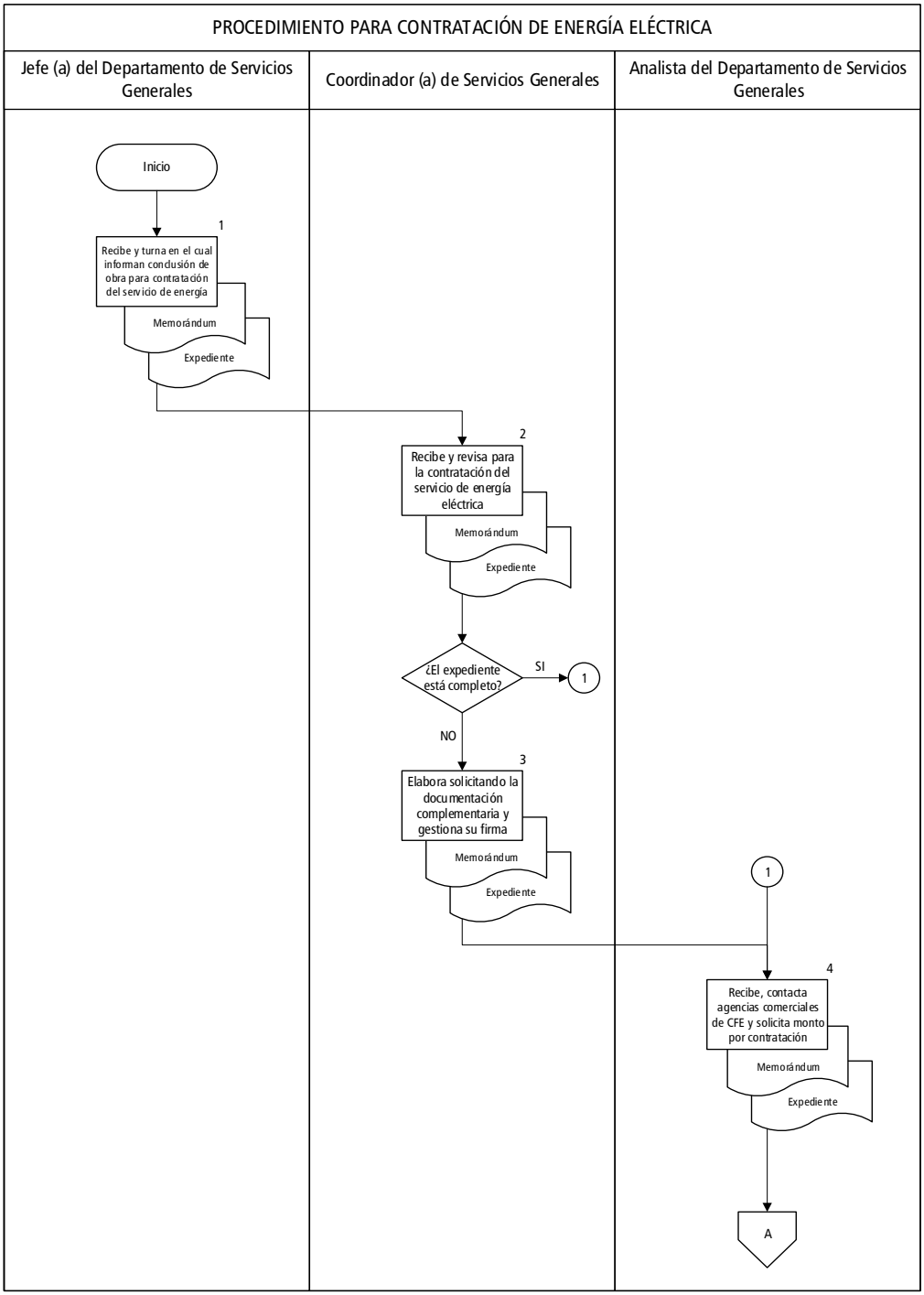
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CONTRATACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA.

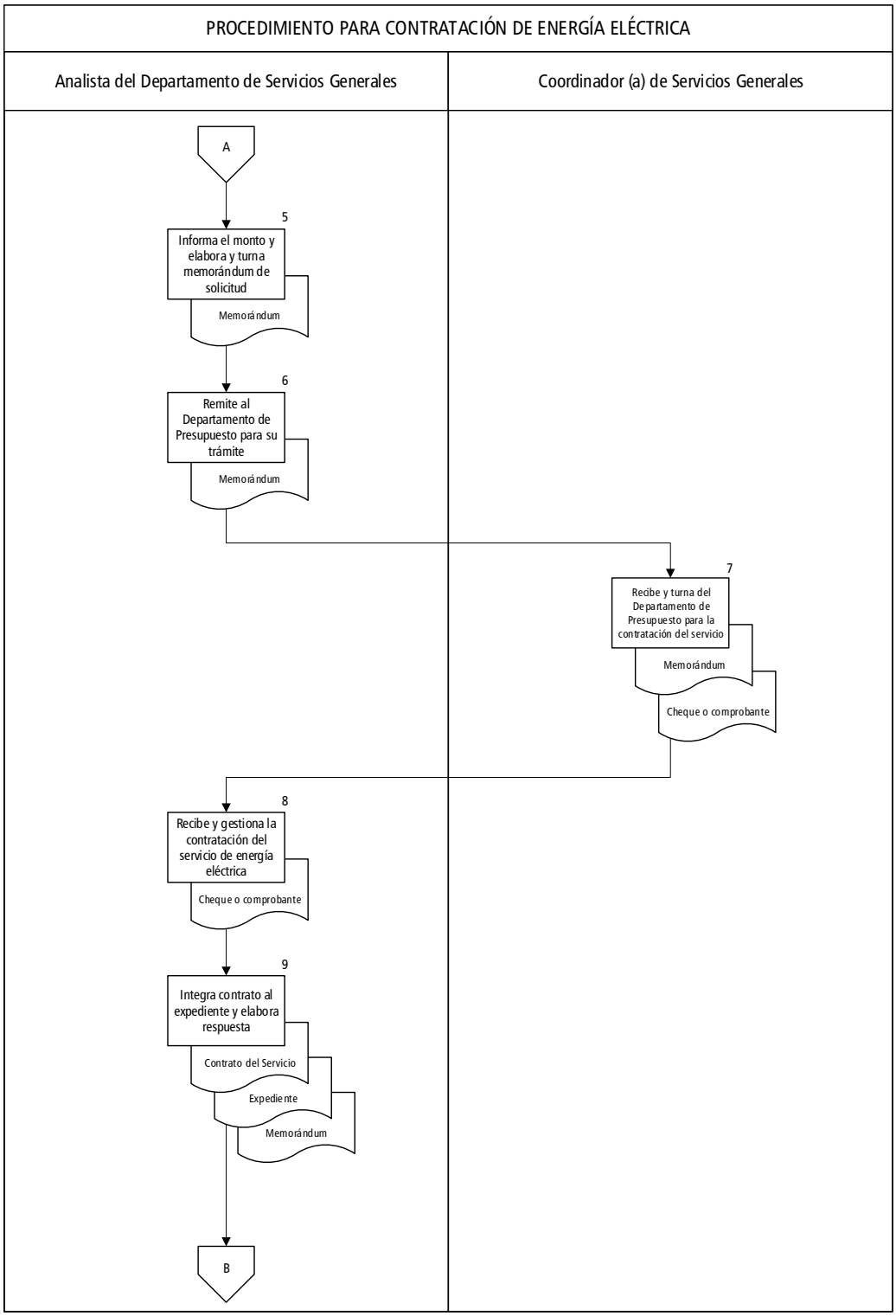
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe del Departamento de Construcción el memorándum u oficio en el cual le informa la conclusión de la obra de la Unidad, el cual debe de acompañarse del expediente para la contratación del servicio	Memorándum Expediente

		de energía eléctrica y turna al/la Coordinador/a de Servicios Generales, para su atención.	
2	Coordinador/a de Servicios Generales	Recibe y revisa el expediente para la contratación del servicio de energía eléctrica. ¿El expediente está completo? Si: Continúa en la actividad número 4. No: Continúa en la actividad número 3.	Memorándum Expediente
3		Elabora el Memorándum para el Departamento de Construcción solicitando la documentación complementaria al expediente y gestiona su firma.	Memorándum Expediente
4	Analista del Departamento de Servicios Generales	Recibe expediente y contacta a las agencias comerciales de CFE correspondiente a la zona de influencia de la unidad administrativa y/o aplicativa para solicitar el monto por el concepto de contratación de acuerdo a los kilowatts a contratar.	Memorándum Expediente
5		Informa al/la Coordinador/a el monto a cubrir y el monto del contrato y elabora memorándum de solicitud y lo turna para firma del/la Jefe/a de Departamento.	Memorándum
6		Remite el memorándum al Departamento de Presupuesto, especificando el monto a cubrir para el contrato del servicios de energía eléctrica y espera la respuesta.	Memorándum
7	Coordinador/a de Servicios Generales	Recibe del Departamento de Presupuesto cheque o	Memorándum Cheque o

		comprobante de transferencia para la contratación definitiva del servicio y lo turna al/la Analista del Departamento de Servicios Generales.	comprobante de transferencia
8	Analista del Departamento de Servicios Generales	Recibe cheque y/o transferencia y gestiona la contratación del servicio de energía eléctrica en la agencia comercial de CFE correspondiente.	Cheque o comprobante de transferencia
9		Integra contrato del servicio al expediente y elabora memorándum de respuesta al Departamento de Construcción, anexado copia simple del contrato final y turna a la Coordinación de Servicios Generales.	Contrato del Servicio Expediente Memorándum
10	Coordinador/a de Servicios Generales	Revisa, gestiona la firma y remite memorándum al Departamento de Construcción.	Memorándum
11		Integra el contrato al expediente y archiva.	Expediente
Fin del procedimiento			

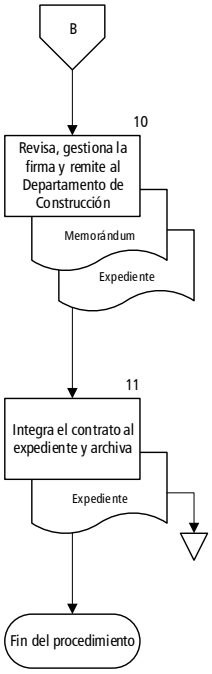
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR LA CONTRATACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA.




PROCEDIMIENTO PARA CONTRATACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA
Analista del Departamento de Servicios Generales
Coordinador (a) de Servicios Generales
A
5
Informa el monto y elabora y turna memorándum de solicitud
Memorándum
6
Remite al Departamento de Presupuesto para su trámite
Memorándum
7
Recibe y turna del Departamento de Presupuesto para la contratación del servicio
Memorándum
Cheque o comprobante
8
Recibe y gestiona la contratación del servicio de energía eléctrica
Cheque o comprobante
9
Integra contrato al expediente y elabora respuesta
Contrato del Servicio
Expediente
Memorándum
B

PROCEDIMIENTO PARA CONTRATACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA

Coordinador (a) de Servicios Generales



7.18.24. PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES.

Tiempo Promedio: Cinco días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Sara Nallely Pestaña Lomelí Enlace para la actualización del Manual Procedimientos SNPL (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades que se llevan a cabo dentro del procedimiento de Adjudicación Directa para asignar un servicio a las diversas unidades administrativas de Servicios de Salud del Estado de Puebla, con base en alguna de la hipótesis normativa contenidas en el artículo 19 y 20 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de Coordinación Fiscal.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.
7. Ley de Egresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.
8. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
9. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública.
10. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
11. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
12. Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el cual faculta al Titular de la Secretaría de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, a ejercer las atribuciones que, para la Adjudicación y Contratación de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su Ejecución, corresponden a las Secretarías de Administración y de Infraestructura.
13. Acuerdo del Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que designa a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión de dicho Organismo, para sustanciar los Procedimientos de Adjudicación y Contratación en las materias de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su ejecución; dejando sin efecto su similar.
14. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio

del Presupuesto.

Políticas de Operación:

1. Previo al inicio del procedimiento se deberá contar con la suficiencia presupuestal respectiva.
2. Este procedimiento aplica a las adquisiciones, arrendamientos de bienes y servicios que se requieran adjudicar con recursos provenientes de subsidio estatal.
3. También aplica a recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-Ramo 33) y del Seguro Popular, en virtud de que tanto la Ley de Coordinación Fiscal como la Ley General de Salud en sus artículos conducentes (49 y 77 Bis 16, respectivamente) estipulan que, dichos caudales se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados conforme a sus propias leyes, por tanto, deberán registrarlos como ingresos propios.
4. Para llevar a cabo el procedimiento de Adjudicación Directa por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, el área requirente deberá presentar requerimiento debidamente validado.
5. La Adjudicación Directa sólo procederá en los casos debidamente justificados y cuando se acrediten los supuestos contenidos en el artículo 19 y 20 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a través del Departamento de Servicios Generales, deberá elaborar y solicitarla documentación necesaria para integrar el expediente de Adjudicación Directa respectivo.
7. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión establece que las controversias que se susciten con motivo del ejercicio del procedimiento de Adjudicación Directa, se resolverán con apego a lo previsto en la propia Ley de Adquisiciones,

	Arredramientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal. 8. Para aquellos recursos clasificados como Federales, se sujetarán a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su reglamento y las disposiciones normativas, emitidas por la Secretaría de la Función Pública. 9. En casos de excepción por el esquema del artículo 20, que se requiera gestionar a través de la invitación a cuando menos 3 personas se sujetará a los formatos que para tal efecto establezca la SFA y bajo el sustento de la investigación previa de mercado que ampare el dictamen de excepción.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Las Unidades Administrativas y Aplicativas requirentes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Requerimiento, Invitación, Cotizaciones, Dictamen y fallo de adjudicación, Requisición, Dictamen de excepción, Oficio, Cartas de adjudicación, Contrato.
Glosario	Área Contratante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión como la responsable de la contratación (elaboración de contratos, convenios modificatorios, administración de contratos, aplicación en su caso de deducciones y penas convencionales). Área Requirente: Todas las áreas o unidades administrativas facultadas para elaborar un requerimiento de compra de bienes o contratación de arrendamientos o servicios, usuarias de los mismos. Servicios Generales: Servicios requeridos de manera continua y reiterada, para el ejercicio de las funciones de los Servicios Salud del Gobierno del Estado de Puebla. Servicios Integrales: Servicios globales correspondientes al área médica necesarios para la atención médica.

Servicios de asesoría y consultoría: Servicios requeridos para la planeación y diseño en la rama administrativa, científica o técnica.
LAASSPEM: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
Organismo: El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Requerimiento: El formato institucional de solicitud de compra de bienes o contratación de arrendamientos y/o servicios que deberán utilizar las Áreas Requirentes para efectuar sus peticiones.
Unidad Responsable: Al área encargada de verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un contrato, así como de informar a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión del posible incumplimiento que se pudiera presentar con motivo del mismo y de vigilar la correcta diligencia de un proveedor o prestador de servicios.
SISREQ: Sistema de Requerimientos de Bienes y Servicios.
SFA: Secretaría de Finanzas y Administración.
Las definiciones anteriores se aplicarán además de las previstas en la LAASSPEM.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES.

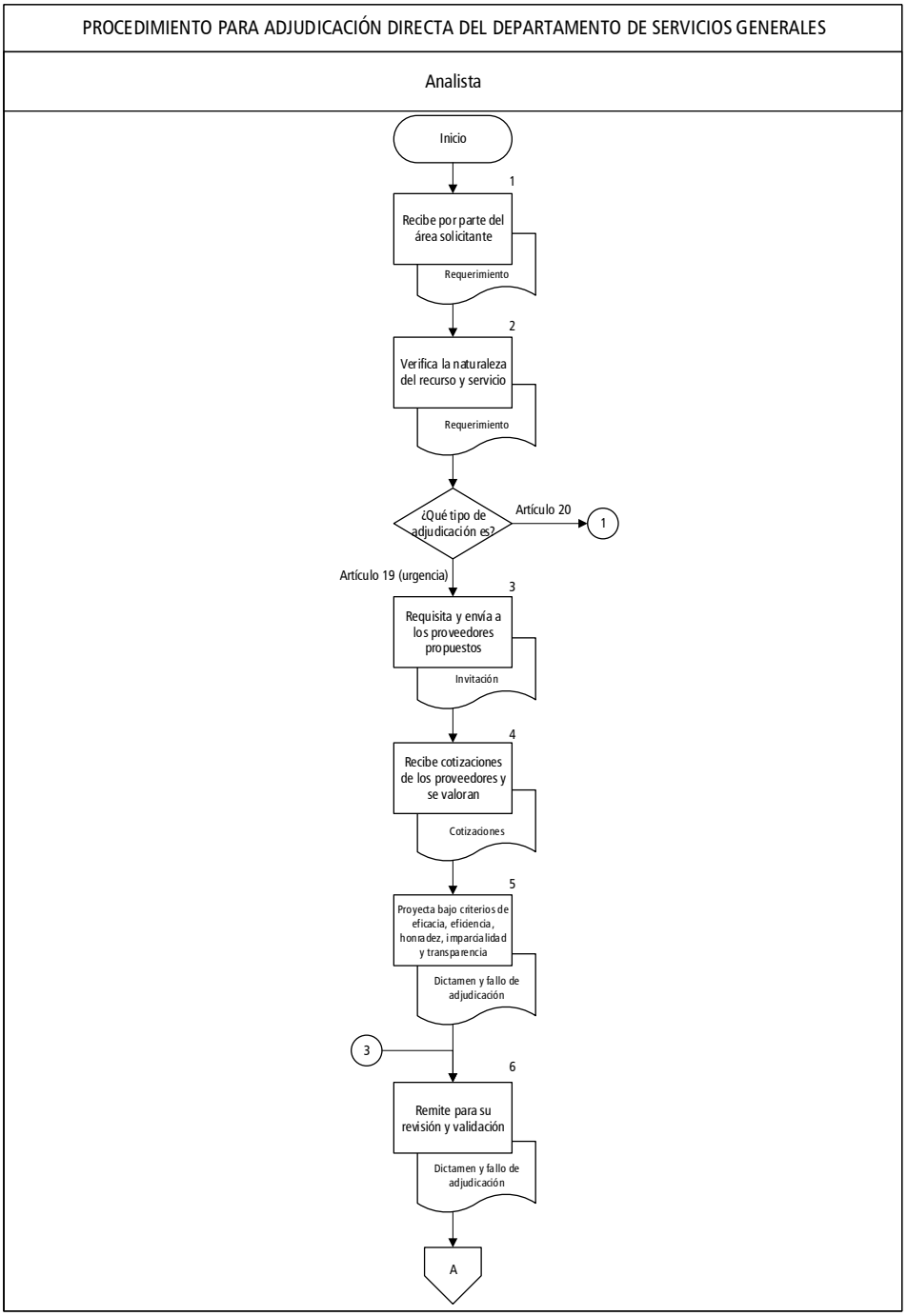
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Analista	Recibe requerimiento de servicio por parte del área solicitante.	Requerimiento
2		Verifica la naturaleza del recurso y servicio. ¿Qué tipo de adjudicación es? Artículo 19 (urgencia): Continúa en la actividad 3. Artículo 20: Continúan en la actividad	Requerimiento

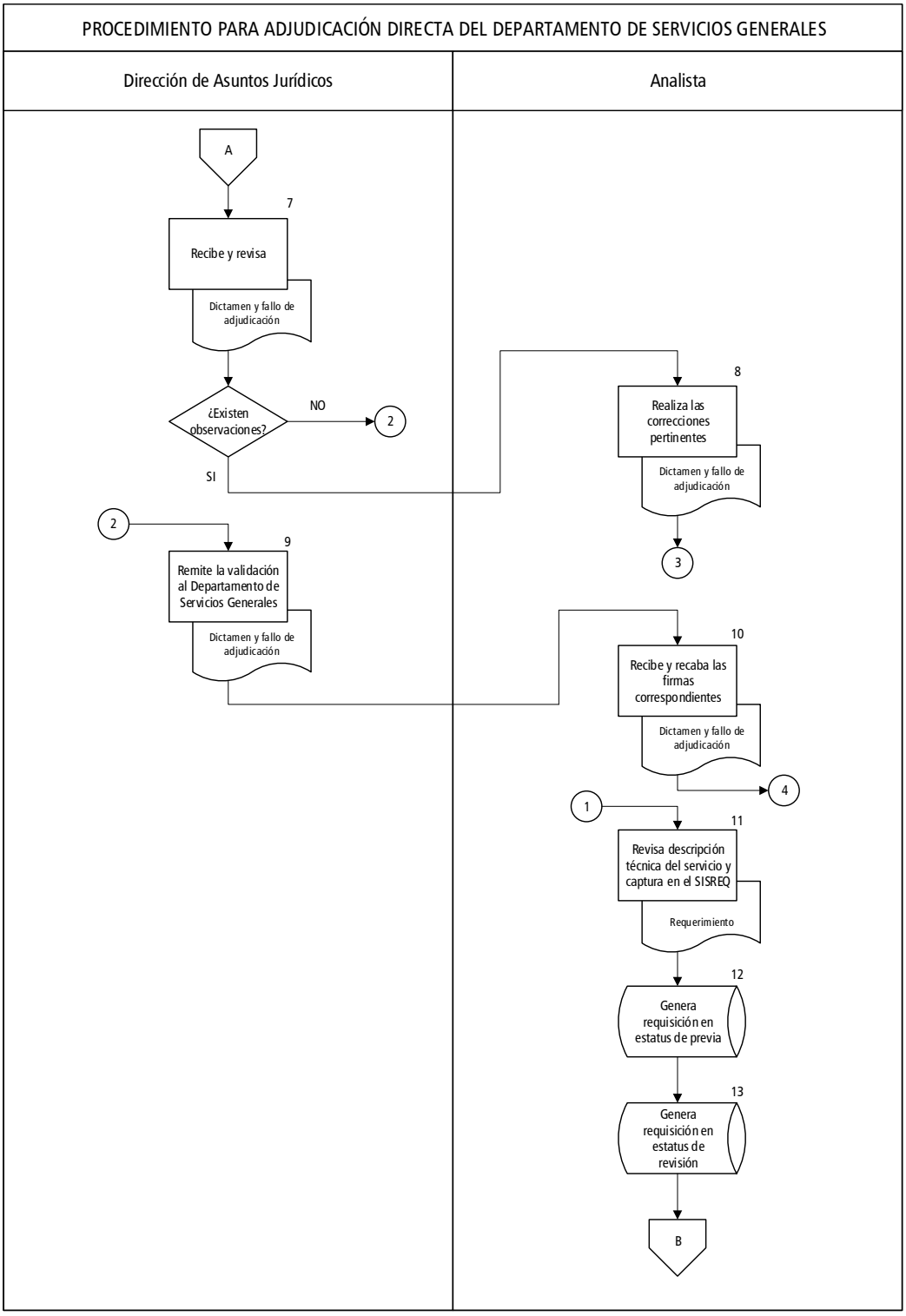
		11.	
3		Requisita el formato de invitación y envía a los proveedores propuestos.	Invitación
4		Recibe cotizaciones de los proveedores y se valora técnica y económicamente las mismas.	Cotizaciones
5		Proyecta el dictamen y fallo de adjudicación directa, bajo los criterios de economía, eficacia, eficiencia, honradez, imparcialidad y transparencia.	Dictamen y fallo de adjudicación
6		Remite a Dirección de Asuntos Jurídicos para su revisión y validación.	Dictamen y fallo de adjudicación
7	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe y revisa. ¿Existen observaciones? Si: Devuelve y continúa en la actividad 8. No: continúa en la actividad 9.	Dictamen y fallo de adjudicación
8	Analista	Realiza las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 6.	Dictamen y fallo de adjudicación
9	Dirección de Asuntos Jurídicos	Remite la validación del dictamen y fallo de adjudicación al Departamento de Servicios Generales.	Dictamen y fallo de adjudicación
10	Analista	Recibe y recaba las firmas correspondientes: Subsecretario/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de la Secretaría de Salud y Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los SSEP con la asistencia del (de la) Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de -Gestión.	Dictamen y fallo de adjudicación

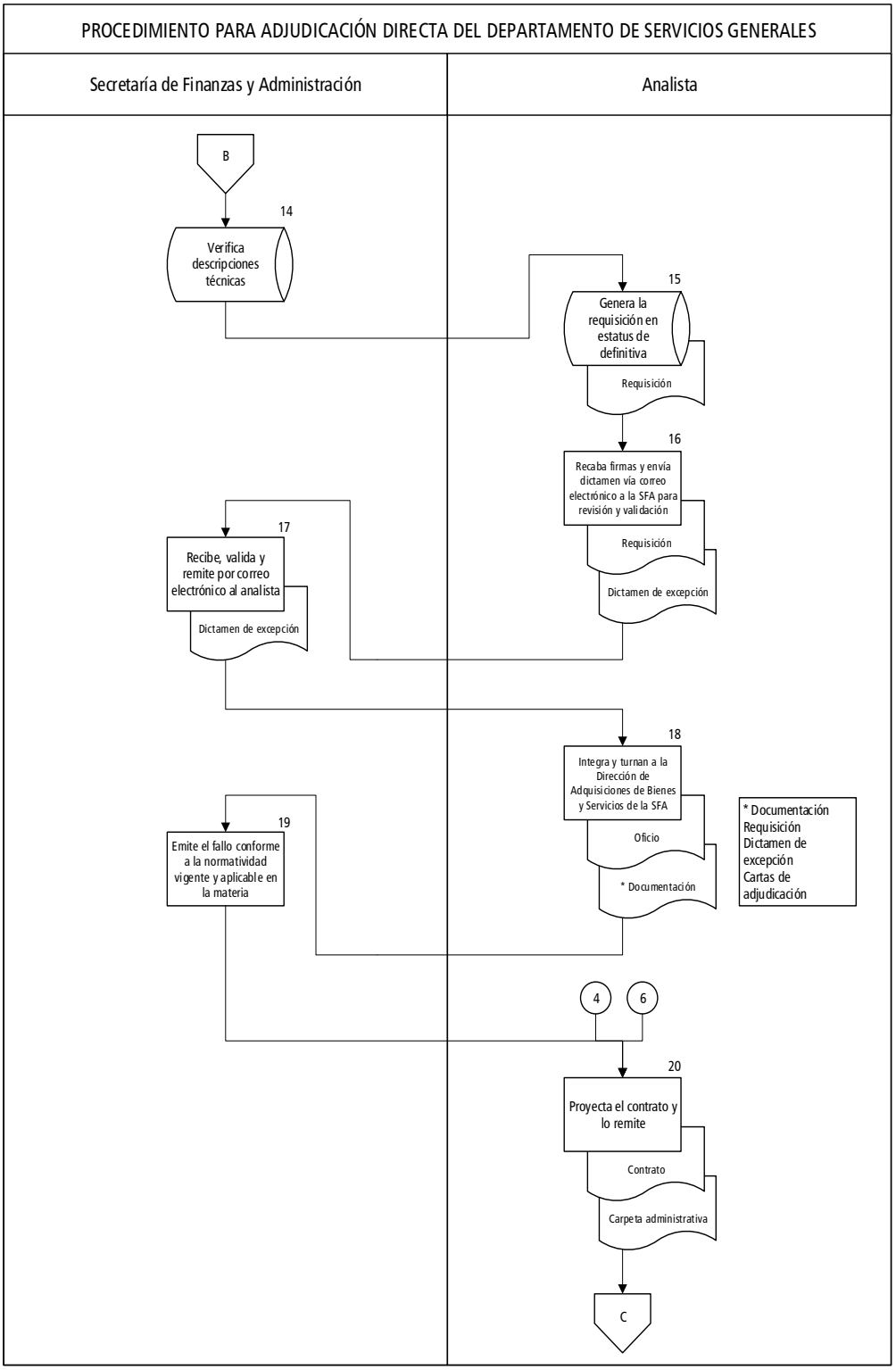
		Continúa en la actividad 20.	
11		Revisa la descripción técnica del servicio y captura en la plantilla para la captura en el SISREQ.	Requerimiento
12		Genera la requisición en estatus de previa y requisita los rubros solicitados en el SISREQ.	S/D
13		Genera la requisición en estatus de revisión y requisita los rubros solicitados en el SISREQ.	S/D
14	Secretaría de Finanzas y Administración	Verifica las descripciones técnicas y requiere la precisión del detalle de la descripción. Nota: Solo se podrá someter a revisión 3 veces.	S/D
15	Analista	Una vez cubiertos los requisitos y validado por la SFA, genera la requisición en estatus de definitiva en el SISREQ.	Requisición
16		Recaba las firmas de la requisición y envía por correo electrónico el proyecto del dictamen de excepción ante la SFA para su revisión y validación acompañando la carpeta de documentación legal del proveedor propuesto.	Requisición Dictamen de excepción Correo electrónico
17	Secretaría de Finanzas y Administración	Recibe, valida el dictamen de excepción y remite por correo electrónico al analista.	Dictamen de excepción Correo electrónico
18	Analista	Integra junto con el requerimiento y el dictamen de excepción, las cartas de adjudicación directa (formato de la SFA) emitidas por el proveedor y se turnan mediante oficio a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA.	Oficio Requisición Dictamen de excepción Cartas de adjudicación

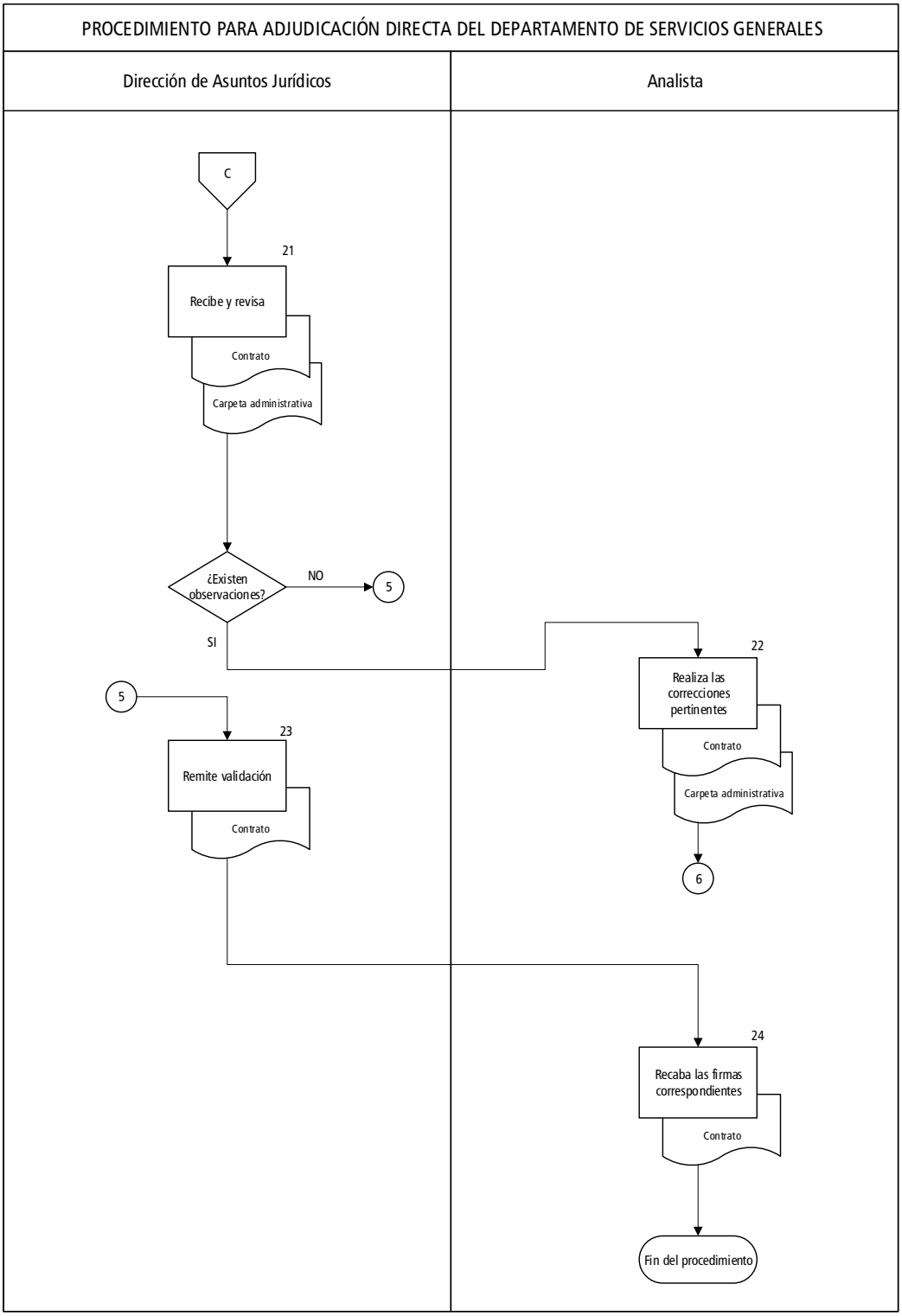
19	Secretaría de Finanzas y Administración	Emite el fallo conforme a la normatividad vigente y aplicable en la materia.	S/D
20	Analista	Proyecta el contrato y lo remite a la Dirección de Asuntos Jurídicos, junto con la carpeta administrativa y legal correspondiente.	Contrato Carpeta administrativa
21	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe y revisa. ¿Existen observaciones? Si: Devuelve y continúa en la actividad 22. No: continúa en la actividad 23.	Contrato Carpeta administrativa
22	Analista	Realiza las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 20.	Contrato Carpeta administrativa
23	Dirección de Asuntos Jurídicos	Remite la validación del contrato al Departamento de Servicios Generales.	Contrato
24	Analista	Recaba las firmas correspondientes del contrato: Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Asiste el/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales. Proveedor/a. Nota: El/la proveedor/a deberá presentar la póliza de fianza por concepto de cumplimiento y vicios ocultos del contrato.	Contrato
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES.




PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Dirección de Asuntos Jurídicos
Analista
A
7
Recibe y revisa
Dictamen y fallo de adjudicación
¿Existen observaciones?
NO
2
SI
8
Realiza las correcciones pertinentes
Dictamen y fallo de adjudicación
3
2
9
Remite la validación al Departamento de Servicios Generales
Dictamen y fallo de adjudicación
10
Recibe y recaba las firmas correspondientes
Dictamen y fallo de adjudicación
4
1
11
Revisa descripción técnica del servicio y captura en el SISREQ
Requerimiento
12
Genera requisición en estatus de previa
13
Genera requisición en estatus de revisión
B


PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Secretaría de Finanzas y Administración
Analista
B
14
Verifica descripciones técnicas
15
Genera la requisición en estatus de definitiva
Requisición
16
Recaba firmas y envía dictamen vía correo electrónico a la SFA para revisión y validación
Requisición
Dictamen de excepción
17
Recibe, valida y remite por correo electrónico al analista
Dictamen de excepción
18
Integra y turnan a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA
Oficio
* Documentación
* Documentación
Requisición
Dictamen de excepción
Cartas de adjudicación
19
Emite el fallo conforme a la normatividad vigente y aplicable en la materia
4
6
20
Proyecta el contrato y lo remite
Contrato
Carpeta administrativa
C


PROCEDIMIENTO PARA ADJUDICACIÓN DIRECTA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Dirección de Asuntos Jurídicos
Analista
C
21
Recibe y revisa
Contrato
Carpeta administrativa
¿Existen observaciones?
NO
5
SI
22
Realiza las correcciones pertinentes
Contrato
Carpeta administrativa
6
5
23
Remite validación
Contrato
24
Recaba las firmas correspondientes
Contrato
Fin del procedimiento

7.18.25. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.

Tiempo Promedio: Plazos conforme a la LAASSPEM
Los plazos para la presentación de las proposiciones se fijarán para cada operación atendiendo al tipo de bienes o servicios requeridos, así como a la complejidad para elaborar la propuesta.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Sara Nallely Pestaña Lomelí Enlace para la actualización del Manual Procedimientos SNPL (DRM) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Describir las actividades que se llevan a cabo dentro de los procedimientos de adjudicación mediante invitación a cuando menos 3 personas, concurso por invitación y licitación pública, para asignar un servicio a las diversas unidades administrativas de Servicios de Salud del Estado de Puebla, con base en alguna de la hipótesis normativa contenidas en el artículo 15, fracciones I, II y III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de Coordinación Fiscal.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
6. Ley de Presupuesto y Gasto Público del Estado de Puebla.
7. Ley de Egresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal que corresponda.
8. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
9. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública.
10. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
11. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
12. Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el cual faculta al Titular de la Secretaría de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, a ejercer las atribuciones que, para la Adjudicación y Contratación de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su Ejecución, corresponden a las Secretarías de Administración y de Infraestructura.
13. Acuerdo del Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el que designa a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión de dicho Organismo, para sustanciar los Procedimientos de Adjudicación y Contratación en las materias de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas, y su ejecución; dejando sin efecto su similar.
14. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio

del Presupuesto.

Políticas de Operación:

1. Previo al inicio del procedimiento se deberá contar con la suficiencia presupuestal respectiva.
2. Este procedimiento aplica a las adquisiciones, arrendamientos de bienes y servicios que se requieran adjudicar con recursos provenientes de subsidio estatal.
3. También aplica a recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-Ramo 33) y del Seguro Popular, en virtud de que tanto la Ley de Coordinación Fiscal como la Ley General de Salud en sus artículos conducentes (49 y 77 Bis 16, respectivamente) estipulan que, dichos caudales se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados conforme a sus propias leyes, por tanto, deberán registrarlos como ingresos propios.
4. Para llevar a cabo el procedimiento de adjudicación mediante invitación a cuando menos 3 personas, concurso por invitación y licitación pública, por la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, el área requirente deberá presentar requerimiento debidamente requisitado y validado mediante la firma del (de la) titular responsable.
5. Los procedimientos de adjudicación referidos, sólo procederá en los casos debidamente justificados de manera impresa y digital y que cuenten con las descripciones que definan el alcance del servicio, adjuntando para ello los anexos que procedan.
6. La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a través del Departamento de Servicios Generales, deberá elaborar y solicitarla documentación necesaria para integrar el expediente de los procedimientos de adjudicación objeto del a presente.
7. Para aquellos recursos clasificados como Federales, se sujetarán a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su

	reglamento y las disposiciones normativas, emitidas por la Secretaría de la Función Pública.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Las Unidades Administrativas y Aplicativas requirentes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Requerimiento, Requisición, Cotización, Oficio, Dictamen de excepción, Cartas de adjudicación, Fallo, Contrato, Carpeta administrativa y legal.
Glosario	Área Contratante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión como la responsable de la contratación (elaboración de contratos, convenios modificatorios, administración de contratos, aplicación en su caso de deducciones y penas convencionales). Área Requirente: Todas las áreas o unidades administrativas facultadas para elaborar un requerimiento de compra de bienes o contratación de arrendamientos o servicios, usuarias de los mismos. Servicios Generales: Servicios requeridos de manera continua y reiterada, para el ejercicio de las funciones de los Servicios Salud del Gobierno del Estado de Puebla. Servicios Integrales: Servicios globales correspondientes al área médica necesarios para la atención médica. Servicios de asesoría y consultoría: Servicios requeridos para la planeación y diseño en la rama administrativa, científica o técnica. LAASSPEM: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal. Organismo: El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. Requerimiento: El formato institucional de solicitud de compra de bienes o contratación de arrendamientos y/o servicios que deberán utilizar las Áreas Requirentes para

efectuar sus peticiones.
Unidad Responsable: Al área encargada de verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un contrato, así como de informar a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión del posible incumplimiento que se pudiera presentar con motivo del mismo y de vigilar la correcta diligencia de un proveedor o prestador de servicios.
SISREQ: Sistema de Requerimientos de Bienes y Servicios.
SFA: Secretaría de Finanzas y Administración.
Las definiciones anteriores se aplicarán además de las previstas en la LAASSPEM.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.

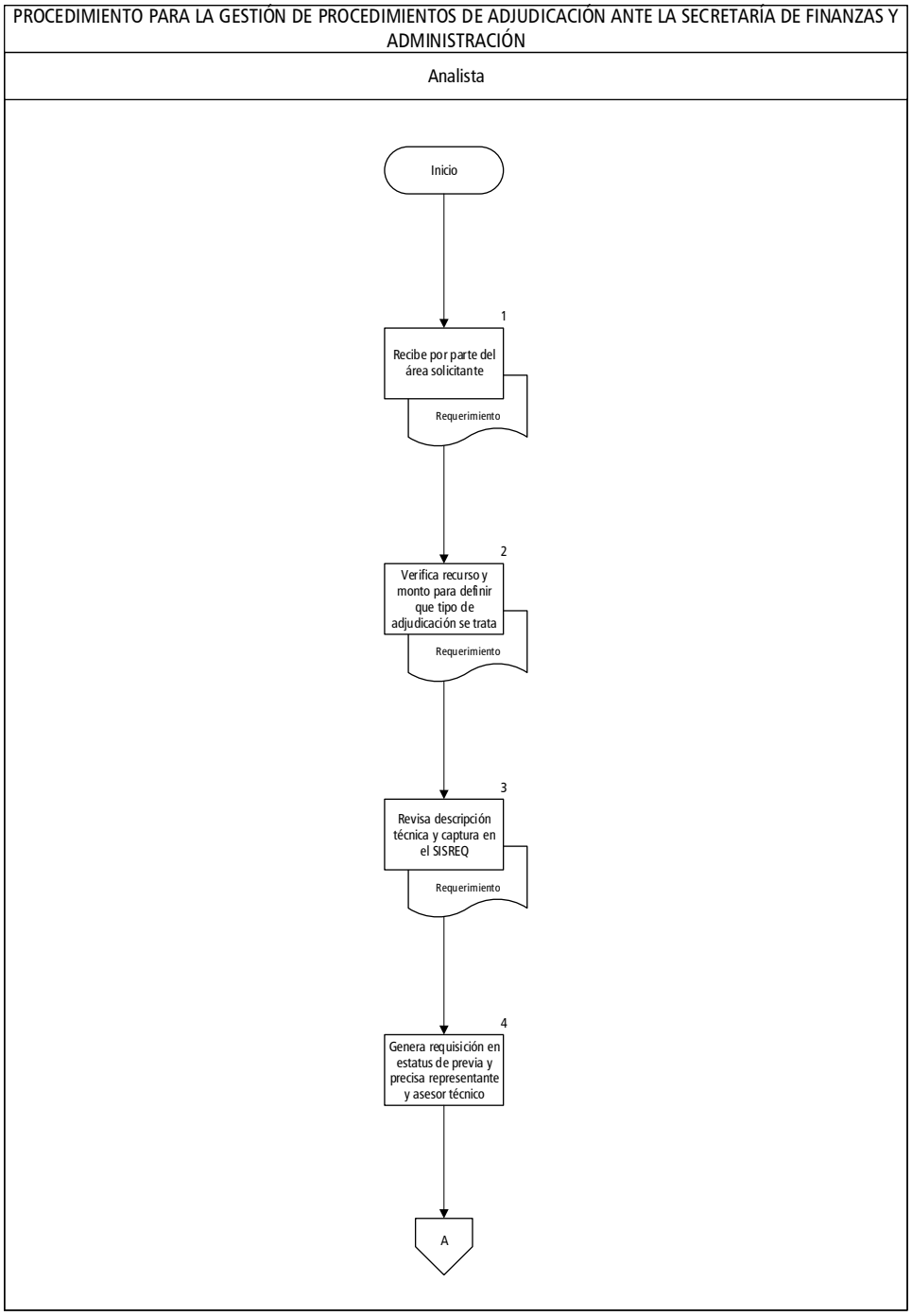
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Analista	Recibe requerimiento de servicio por parte del área solicitante.	Requerimiento
2		Verifica la naturaleza del recurso y monto del servicio conforme a los montos mínimos y máximos que establece la Ley de Egresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio Fiscal que corresponda, para definir si se trata de: ▪ Invitación a cuando menos 3. ▪ Concurso por invitación. ▪ Licitación Pública.	Requerimiento
3		Revisa la descripción técnica del servicio y captura en la plantilla para la captura en el SISREQ.	Requerimiento

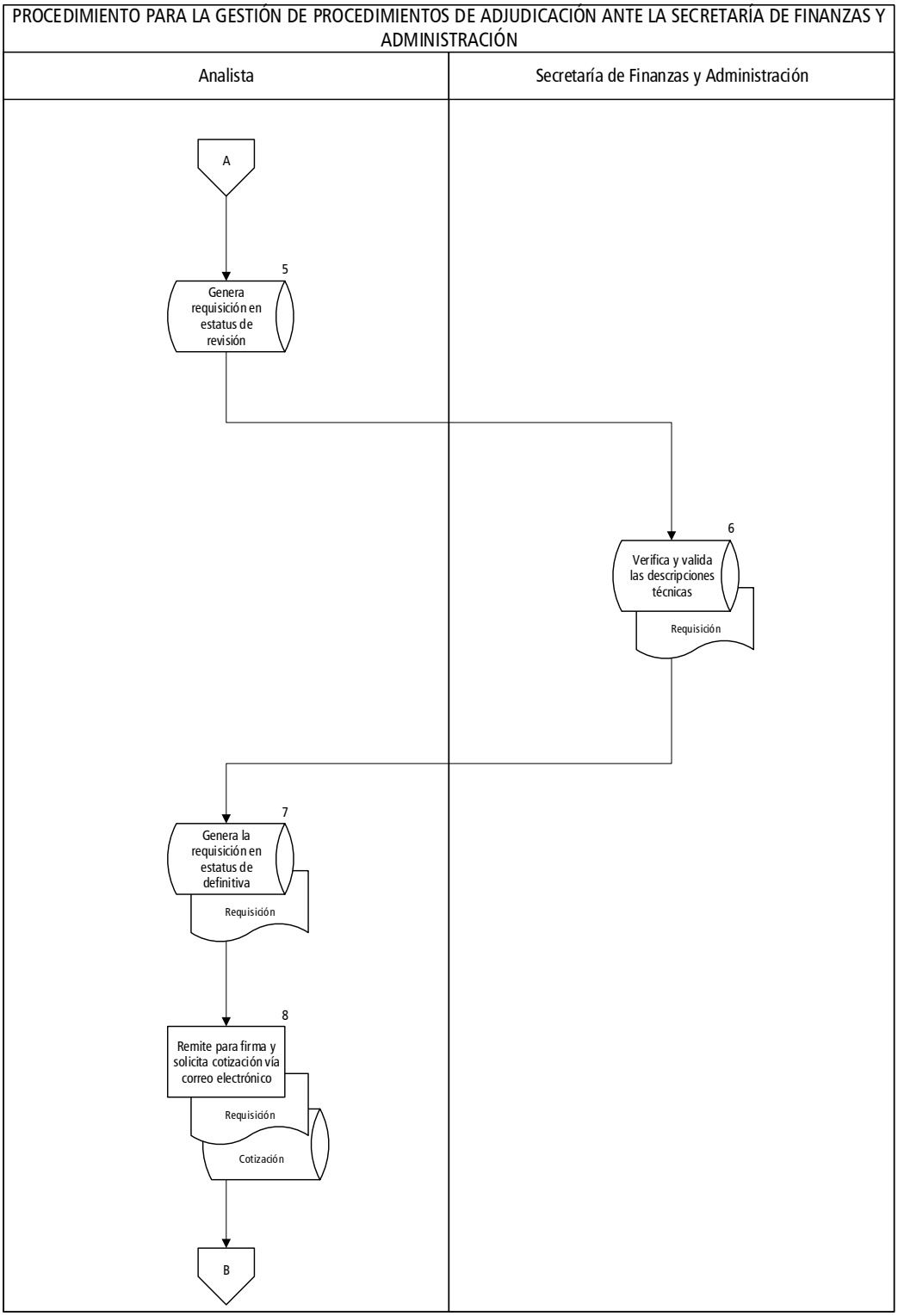
4		Genera la requisición en estatus de previa y requisita los rubros solicitados en el SISREQ, así mismo precisa según corresponda al/la representante y asesor técnico del procedimiento quien acudirá a los eventos que señale la SFA en el desarrollo del procedimiento de adjudicación.	S/D
5		Genera la requisición en estatus de revisión y requisita los rubros solicitados en el SISREQ.	S/D
6	Secretaría de Finanzas y Administración	Verifica y valida las descripciones técnicas y requiere la precisión del detalle de la descripción. Nota: Solo se podrá someter a revisión 3 veces.	Requisición
7	Analista	Una vez cubiertos los requisitos y validado por la SFA, genera la requisición en estatus de definitiva en el SISREQ.	Requisición
8		Remite la requisición para firma, solicita cotización vía correo electrónico que fungirá como investigación previa de mercado y proyecta oficio para remitir requisición y el soporte documental correspondiente.	Requisición Cotización Correo electrónico
9	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe, rubrica y recaba firmas del SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales y del Director de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Requisición (3 tantos) Cotización Oficio
10	Analista	Integra el soporte documental junto con la requisición y turna el oficio a	Oficio Requisición

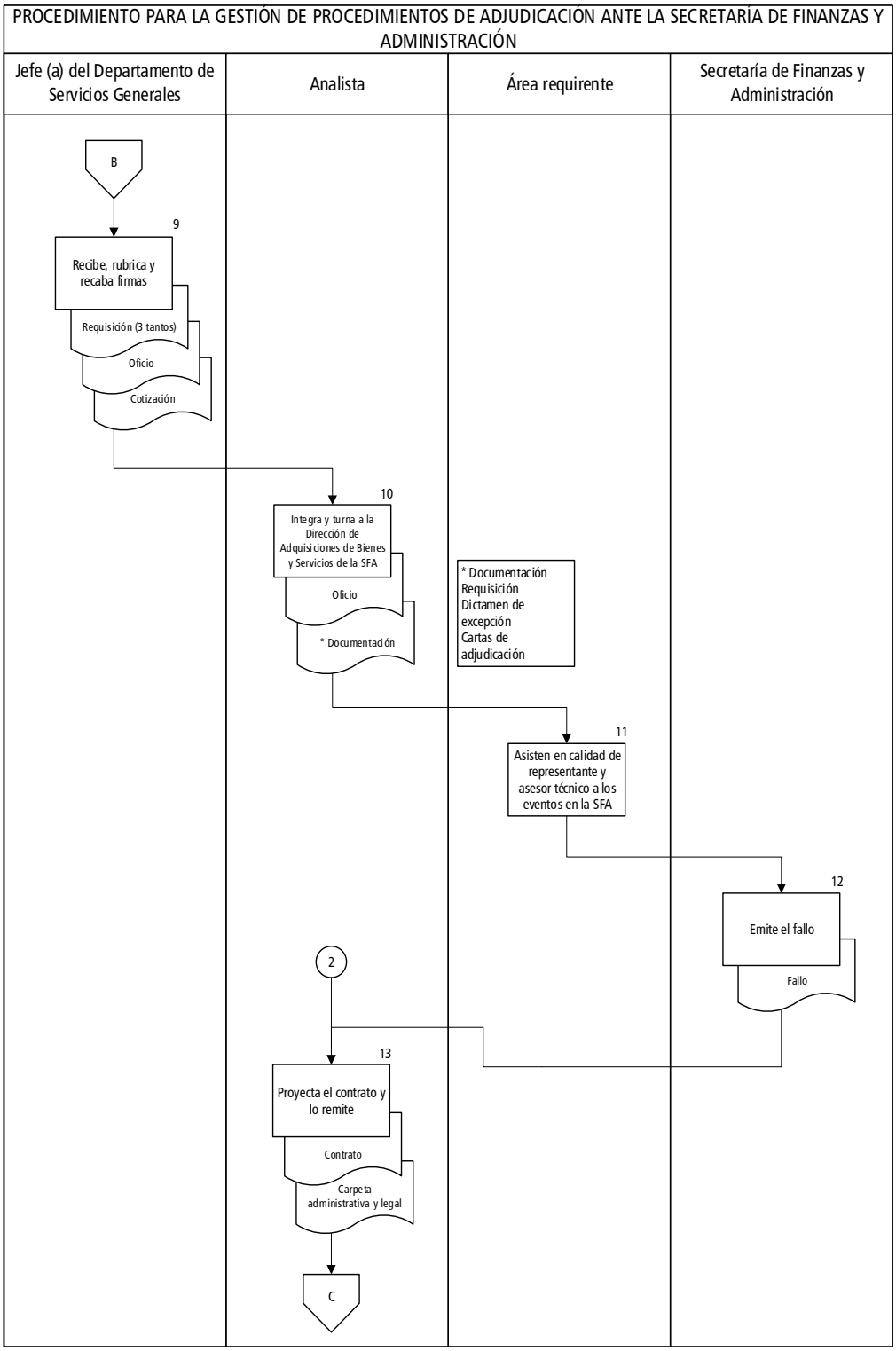
		la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA.	Dictamen de excepción Cartas de adjudicación
11	Área requirente	Asisten en su calidad de representante y asesor técnico a cada uno de los eventos que señale y requiere la SFA.	S/D
12	Secretaría de Finanzas y Administración	Emite el fallo conforme a la normatividad vigente y aplicable en la materia.	Fallo
13	Analista	Proyecta el contrato y lo remite a la Dirección de Asuntos Jurídicos, junto con la carpeta administrativa y legal correspondiente.	Contrato Carpeta administrativa y legal
14	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe y revisa. ¿Existen observaciones? Si: continúa en la actividad 15. No: continúa en la actividad 16.	Contrato Carpeta administrativa y legal
15	Analista	Realiza las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 13.	Contrato
16	Dirección de Asuntos Jurídicos	Remite la validación del contrato al Departamento de Servicios Generales.	Contrato
17	Analista	Recibe y recaba las firmas correspondientes del contrato: Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Asiste el/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales. Proveedor/a.	Contrato

		Nota: El/la proveedor/a deberá presentar la póliza de fianza por concepto de cumplimiento y vicios ocultos del contrato.	
Fin del procedimiento			

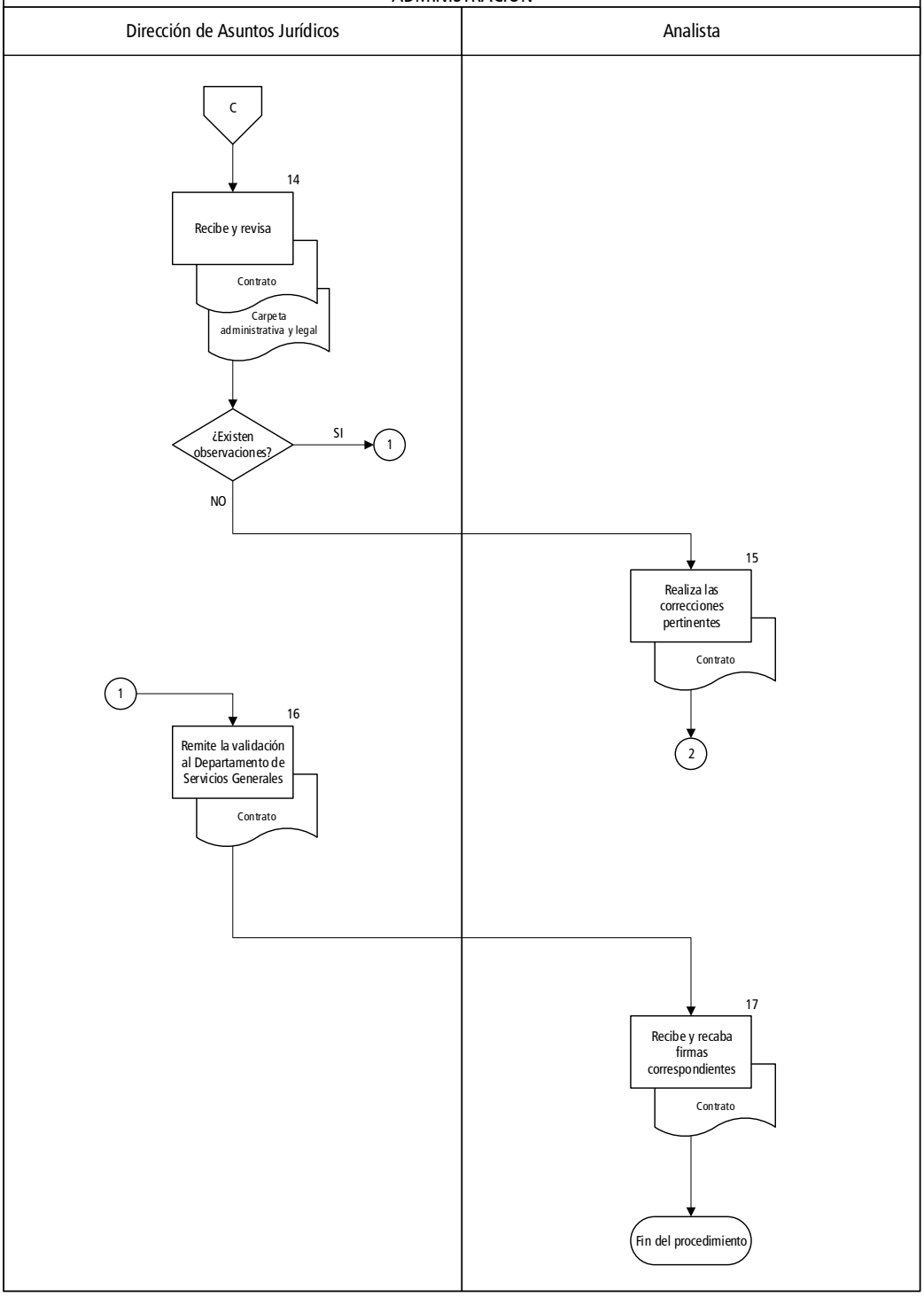
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN
Analista
Secretaría de Finanzas y Administración
A
5
Genera requisición en estatus de revisión
6
Verifica y valida las descripciones técnicas
Requisición
7
Genera la requisición en estatus de definitiva
Requisición
8
Remite para firma y solicita cotización vía correo electrónico
Requisición
Cotización
B


PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
Analista
Área requirente
Secretaría de Finanzas y Administración
B
9
Recibe, rubrica y recaba firmas
Requisición (3 tantos)
Oficio
Cotización
10
Integra y turna a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la SFA
Oficio
* Documentación
* Documentación
Requisición
Dictamen de excepción
Cartas de adjudicación
11
Asisten en calidad de representante y asesor técnico a los eventos en la SFA
12
Emite el fallo
Fallo
2
13
Proyecta el contrato y lo remite
Contrato
Carpeta administrativa y legal
C

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN



7.18.26. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES.

Tiempo Promedio: 1 Mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alejandro Monterrosas Cordero Coordinador Operativo de Archivo Histórico y de Concentración AMC (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Recibir los inventarios, plasmados en el formato IVDT que el sistema "Siares" expide, una vez que hayan hecho la captura de la información las unidades productoras de la documentación, a fin de iniciar el proceso que llevará a la transferencia al archivo de concentración y por tanto tiene importancia total.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla del 8 de febrero de 2013. 2. Ley Federal de Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticos, artículo 36, fracción II, III, IV (DOF, V 1972). 3. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, artículo 47, fracción IV, DOF. 31-XII-1982. Políticas de Operación: 1. En el procedimiento que nos ocupa, las políticas de operación pueden tener la premisa fundamental de efectuar la transferencia en forma apropiada, manejando la documentación en forma eficiente y eficaz, dando la correcta ubicación y puntillosa descripción, para poder localizar correctamente en cualquier momento los archivos.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a la documentación recibida de las diferentes unidades administrativas y/o aplicativas adscritas a los SSEP.
Recursos	Formato IVDT, Oficio, Calendario de caducidades.
Glosario	Archivo Activo: Tiempo de guarda a cargo de la unidad productora previsto en la tabla de vigencias. Archivo Semiactivo: Tiempo de guarda que transcurre a partir de la transferencia primaria a la secundaria computando dentro de los parámetros que marca la tabla de vigencias. Guía Simple de Archivo: Documento previsto en las políticas oficiales de transparencia que muestra detalles de la documentación archivada en concentración, tales como productores, tiempos, contenido, ubicación, etc.

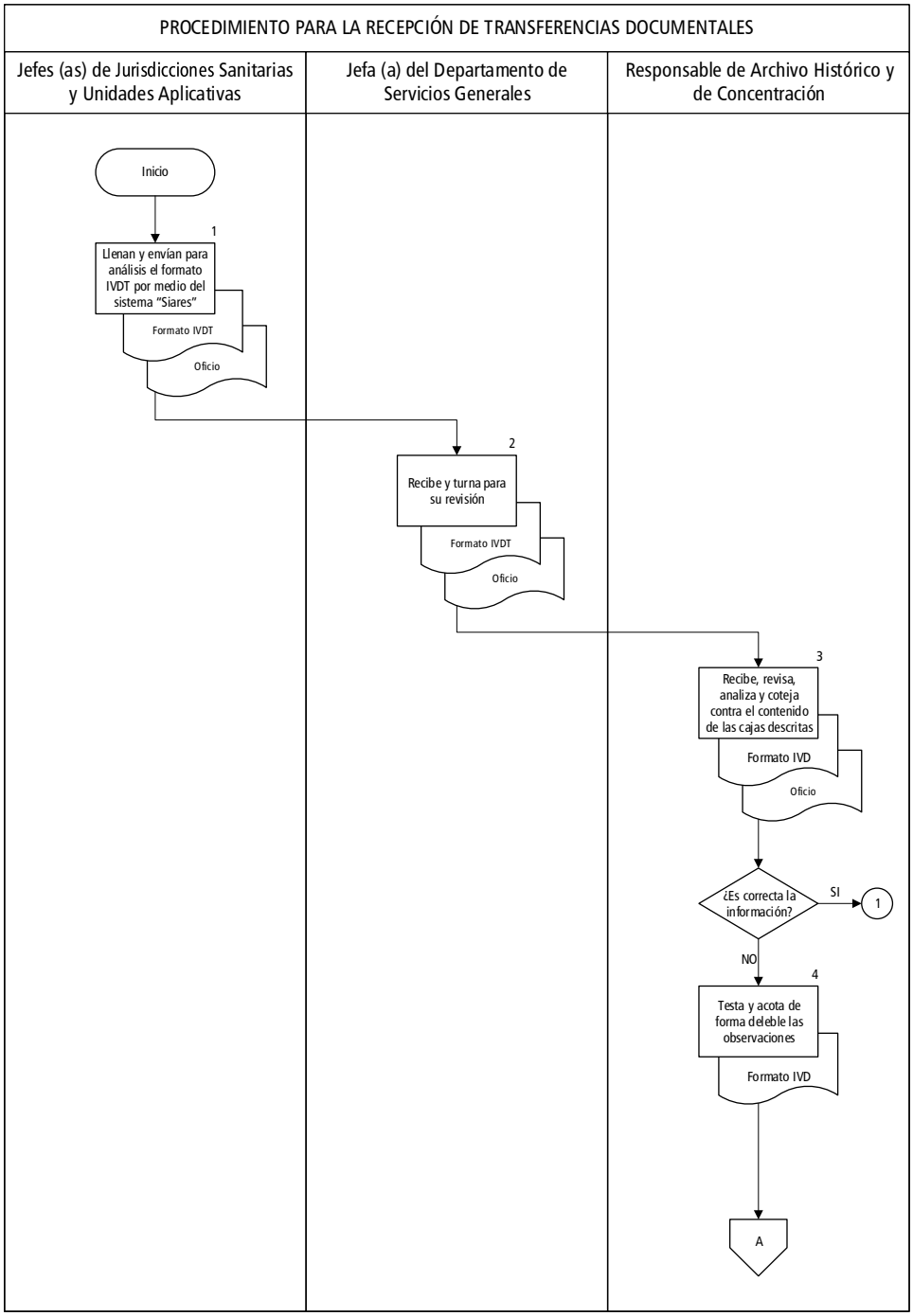
Calendario de Caducidades: Relación calendarizada que registra ingreso, tiempo de guarda y por ende finalización de plazo de resguardo en concentración.
Principio de Origen: Este principio, citado por todos los autores de manuales y el ISAD-G (Manual de Archivos) establece que se debe respetar el orden que la descripción archivística depare a cada expediente, no siendo permitido variarlo, ni corregir definiciones ni clasificaciones.
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefes/as de Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Aplicativas	Llenan el formato IVDT por medio del sistema “Siares” (inventario de transferencias documentales) para su envío y análisis al Departamento de Servicios Generales mediante oficio.	Formato IVDT Oficio
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe (inventario de transferencias documentales) de todas las unidades aplicativas y Jurisdicciones Sanitarias y lo turna al Archivo Histórico y de Concentración, para su revisión.	Formato IVDT Oficio
3	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Recibe, revisa y analiza su correcta clasificación, y valoración, cotejando vigencias y revisión colacionada contra el contenido de las cajas descritas. ¿Es correcta la información? Si: Continúa con la actividad	Formato IVD Oficio

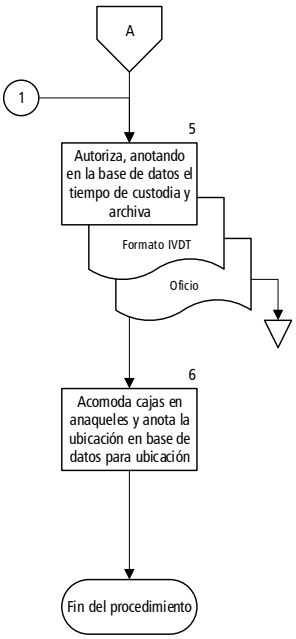
		número 5. No: continúa en la actividad 4.	
4		Testa y acota de forma deleble las observaciones. Nota: En caso de que se encuentren varias observaciones, se regresa al área competente para su corrección.	Formato IVD
5		Autoriza la transferencia, anotando en la base de datos el tiempo de custodia que estará la información en semiactivo, archiva formato y oficio.	Formato IVDT Oficio
6		Acomoda las cajas en anaqueles anotando la ubicación del anaquel y la (s) charola (s) en una base de datos para la fácil ubicación en caso de ser requerida.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES.



PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES

Responsable de Archivo Histórico y de Concentración



7.18.27. PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS.

Tiempo Promedio: 1 Año

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alejandro Monterrosas Cordero Coordinador Operativo de Archivo Histórico y de Concentración AMC (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Fomentar la capacitación en todas las áreas administrativas de los Servicios de Salud, mediante la Ley de Archivos del Estado de Puebla y el Reglamento interior de la Ley de Archivos del Estado de Puebla, con el propósito de mejorar la calidad en el manejo de la documentación y establecer los mecanismos para optimizar el control y acceso oportuno a éstos, mediante el sistema Siares.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley Federal de Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticos e Históricos, Art. 36, fracción II, III, IV (DOD, 6-V 1972) Última reforma publicada DOF 09-04-2012. 2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ultima Reforma Publicada D. O. F. 02/1/2013 Artículo 20. Ley General de Bienes Nacionales (Al DOF 8-1 1982). Última reforma publicada DOF 16-01-2012 Artículo 2. Ley de Fiscalización Superior de la Federación, Artículo 12. 3. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos DOF. 12-VII-1992. Ultima Reforma Publicada D. O. F. 09-04-2012. 4. Código Penal Federal (Diario Oficial de la Federación 14 de agosto de 1931, modificaciones 26 de mayo 2004), Artículo 214. 5. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Políticas de Operación: 1. El Departamento de Servicios Generales, mediante el área de Archivo Histórico y de Concentración, es la única facultada para realizar las capacitaciones para el manejo de archivos documentales a las diferentes Unidades Administrativas y Aplicativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas las Unidades Aplicativas de los Servicios de Salud los procedimientos de trámite y custodia de archivo activo, semiactivo y de concentración de los documentos oficiales del Organismo.
Recursos	Oficio circular, Lista de Asistencia, Temario, CADIDO, Formato IVDT1.

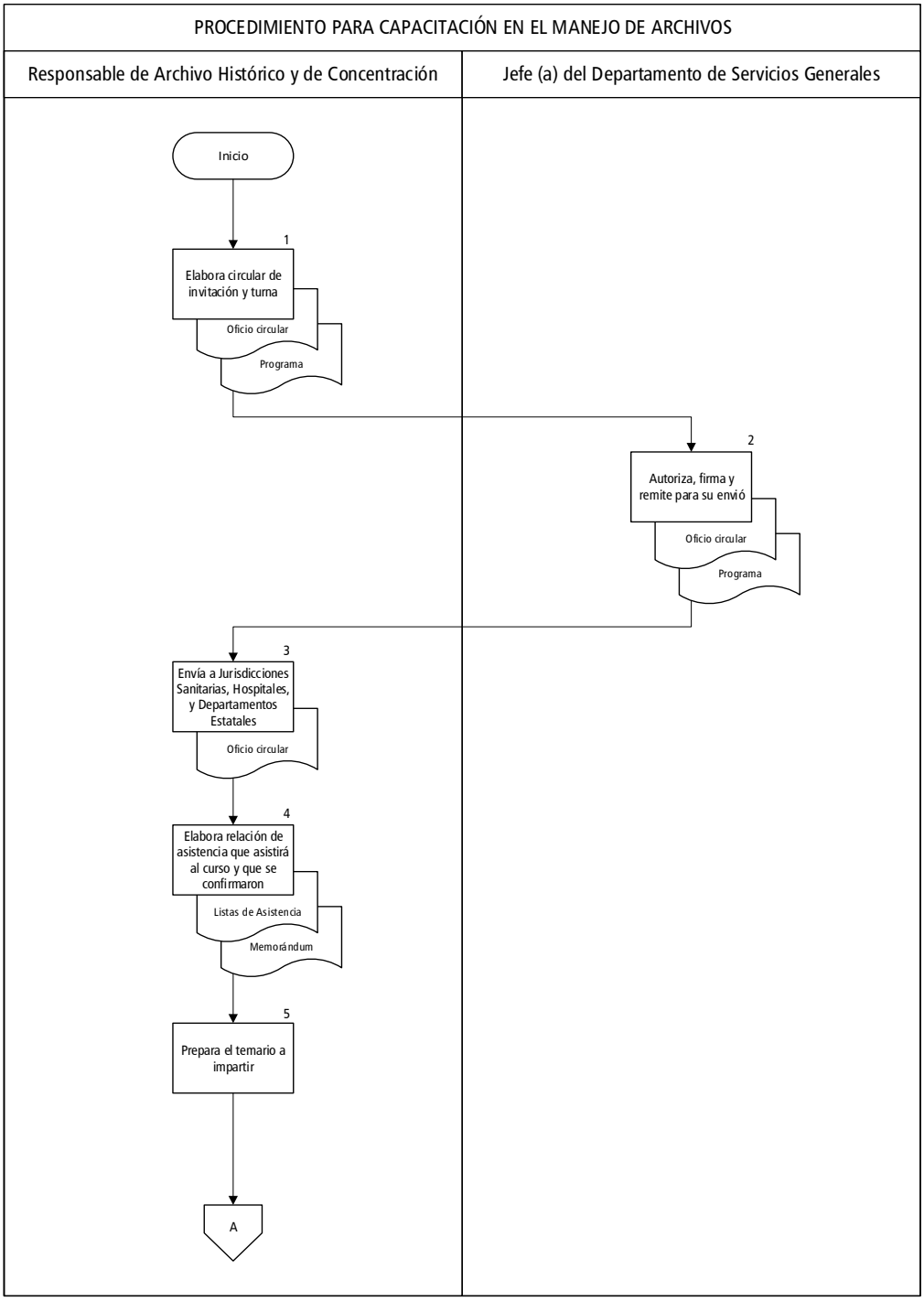
Glosario	CACDIDO: Catálogo de Clasificación y Disposición Documental.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Elabora programa a impartir, elabora el oficio-circular de invitación dirigido a las Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, y Departamentos Estatales para asistir al curso de capacitación y turna al/la Jefe/a de Departamento para su autorización.	Oficio circular Programa
2	Jefe/a Departamento de Servicios Generales	Autoriza y firma el oficio circular, para la capacitación referente a los archivos documentales y lo remite al archivo para su envió.	Programa
3	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Envía oficio circular de invitación dirigido a las Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales, y Departamentos Estatales para participar en el curso de capacitación, por medio de oficialía de partes.	Oficio circular
4		Elabora relación de asistencia que asistirá al curso y que se confirmaron mediante memorándum o teléfono.	Listas de Asistencia Memorándum
5		Prepara el temario a impartir.	S/D
6		Lleva a cabo la capacitación sobre la organización para conformar los	S/D

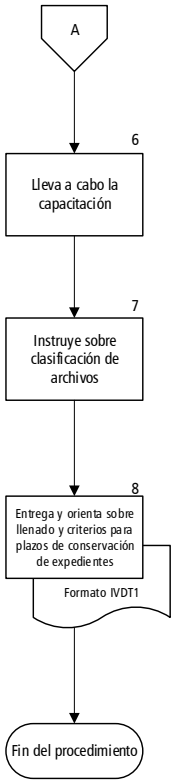
		archivos; ordenación, clasificación, realización de inventarios y transferencia primaria de los documentos.	
7		Instruye sobre la clasificación de los grupos y subgrupos documentales de los archivos de acuerdo al Catálogo de Clasificación y Disposición Documental (CACDIDO), Normas Archivísticas y Políticas de Transparencia.	S/D
8		Entrega de formatos y orienta sobre el llenado para integrar sus Inventarios de Vigencias o Transferencias Documentales (Sistema Siares) y los criterios para los plazos de conservación de expedientes.	Formato IVDT1
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS.



PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS

Responsable de Archivo Histórico y de Concentración



7.18.28. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVO.

Tiempo Promedio: 1 Año

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alejandro Monterrosas Cordero Coordinador Operativo de Archivo Histórico y de Concentración AMC (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Supervisar y vigilar que los archivos activos y semiactivos de las Unidades Aplicativas cumplan con la correcta clasificación y ordenación de los mismos, así como las vigencias documentales y tiempos establecidos en la Normatividad Vigente, para garantizar el cumplimiento de ésta.

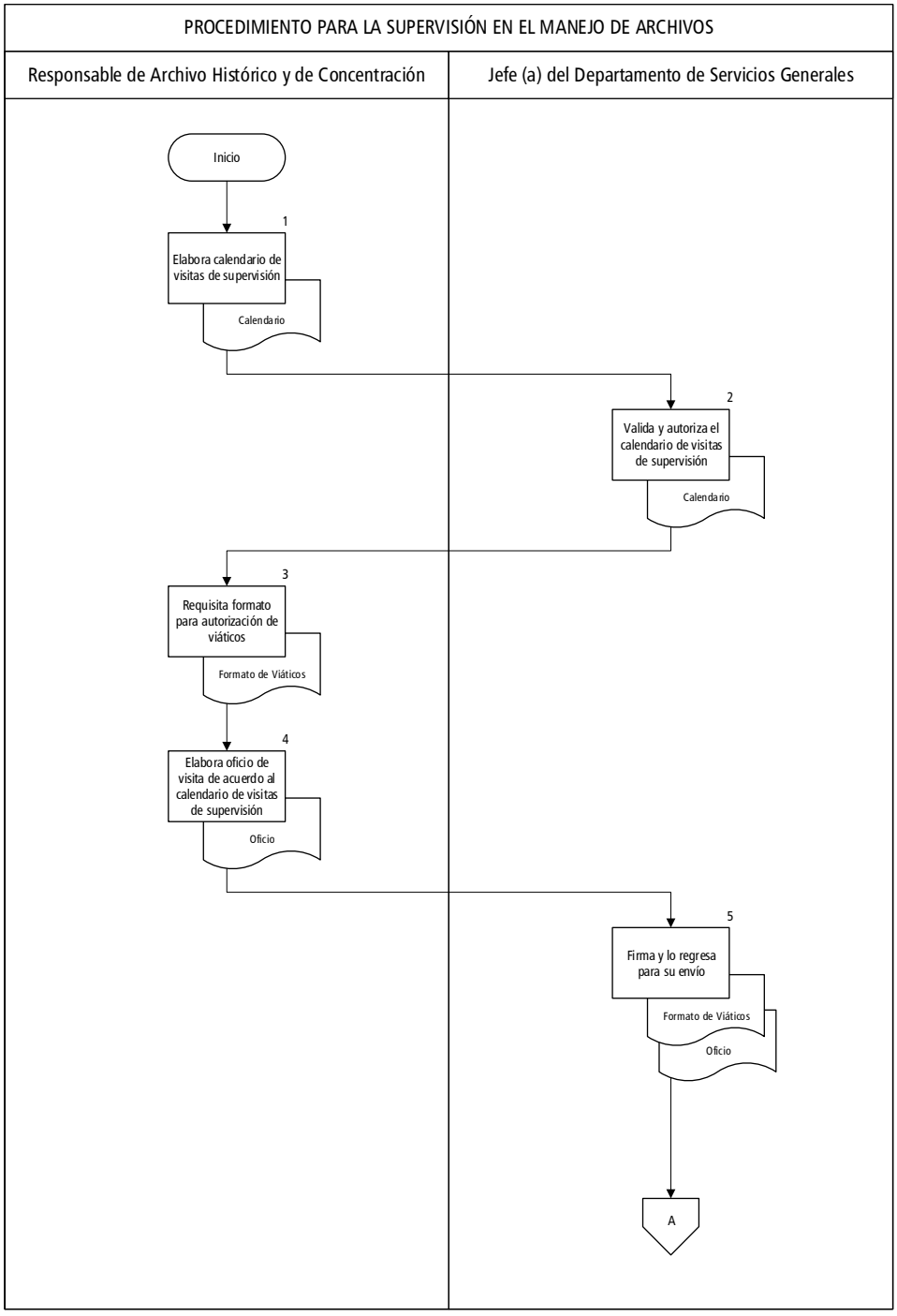
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla del 8 de febrero de 2013. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos DOF. 12-VII-1992. Ultima Reforma Publicada D.O.F. 09-04-2012. 3. Diario Oficial de la Federación, 12 de noviembre de 1982. 4. Diario Oficial de la Federación, 19 de abril de 1993, Artículo V, Fracción I. Políticas de Operación: 1. El Departamento de Servicios Generales, mediante el Archivo Historio y de Concentración, es el único que establecer los mecanismos de supervisión en todas y en cada una de las áreas administrativas de los Servicios de Salud acerca de las normas y procedimientos sobre el manejo, trámite y custodia de los archivos activos, semiactivos y de concentración. 2. Realizará evaluaciones periódicas cada mes para dar seguimiento constante a los programas y proyectos sustantivos del Archivo Histórico y de Concentración según las normas y procedimientos.
Responsables	Departamento de Servicios Generales. Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a las unidades administrativas y/o aplicativas pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Calendario, Memorándum, Reporte de Pago, Oficio, Acta compromiso, Listado, Acta, Informe.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Elabora calendario de visitas de supervisión a las Unidades Aplicativas y Jurisdicciones Sanitarias.	Calendario
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Valida y autoriza el calendario de visitas de supervisión a las Unidades Aplicativas y Jurisdicciones Sanitarias.	Calendario
3	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Requisita formato para autorización de viáticos y recaba firma del Jefe/a de Departamento.	Formato de Viáticos
4		Elabora oficio de visita a la Jurisdicción Sanitaria que corresponda de acuerdo al calendario de visitas de supervisión.	Oficio
5	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Firma oficio de visita a la Jurisdicción Sanitaria, así como formato para autorización de viáticos y lo regresa al Archivo Histórico y de Concentración para su envío.	Formato de Viáticos Oficio
6	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Envía oficio de visita a la Jurisdicción Sanitaria que corresponda.	Oficio
7		Se presenta en la jurisdicción sanitaria y supervisa la conformación de los archivos antes de su transferencia.	S/D
8		Analiza y orienta la conformación de los archivos antes de su transferencia.	S/D

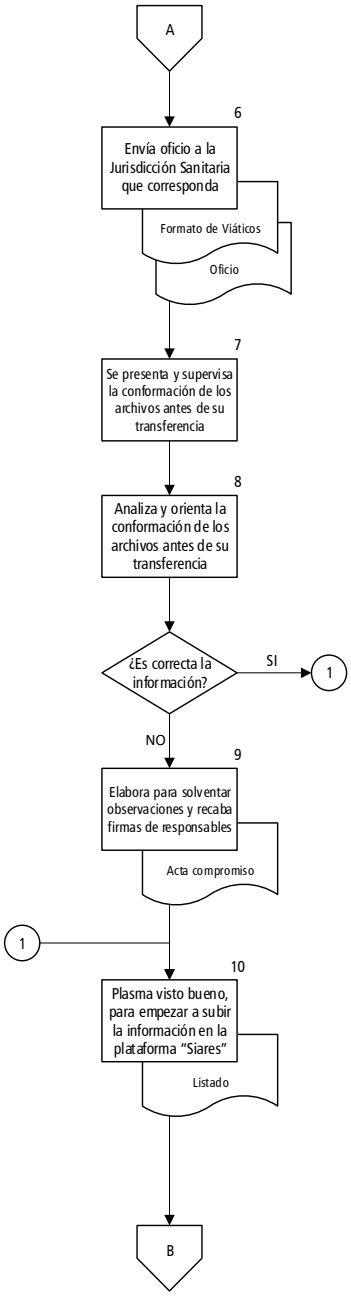
		¿Es correcta la información? Si, Continúa actividad 10. No, Continúa actividad 9.	
9		Elabora acta de compromiso para solventar observaciones, recabando firmas de responsables.	Acta compromiso
10		Plasma visto bueno en la relación de archivo proporcionada por la jurisdicción, para empezar a subir la información en la plataforma “Siares”.	Listado
11		Elabora informe de la supervisión realizada y turna al/la Jefe/a de Departamento de Servicios Generales.	Informe
12	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y revisa la información contenida. ¿Existe algún comentario u observación? Si: Continúa en la actividad 13. No: fin del procedimiento.	Informe
13		Se hace de conocimiento al Archivo histórico y de Concentración.	S/D
Fin del procedimiento			

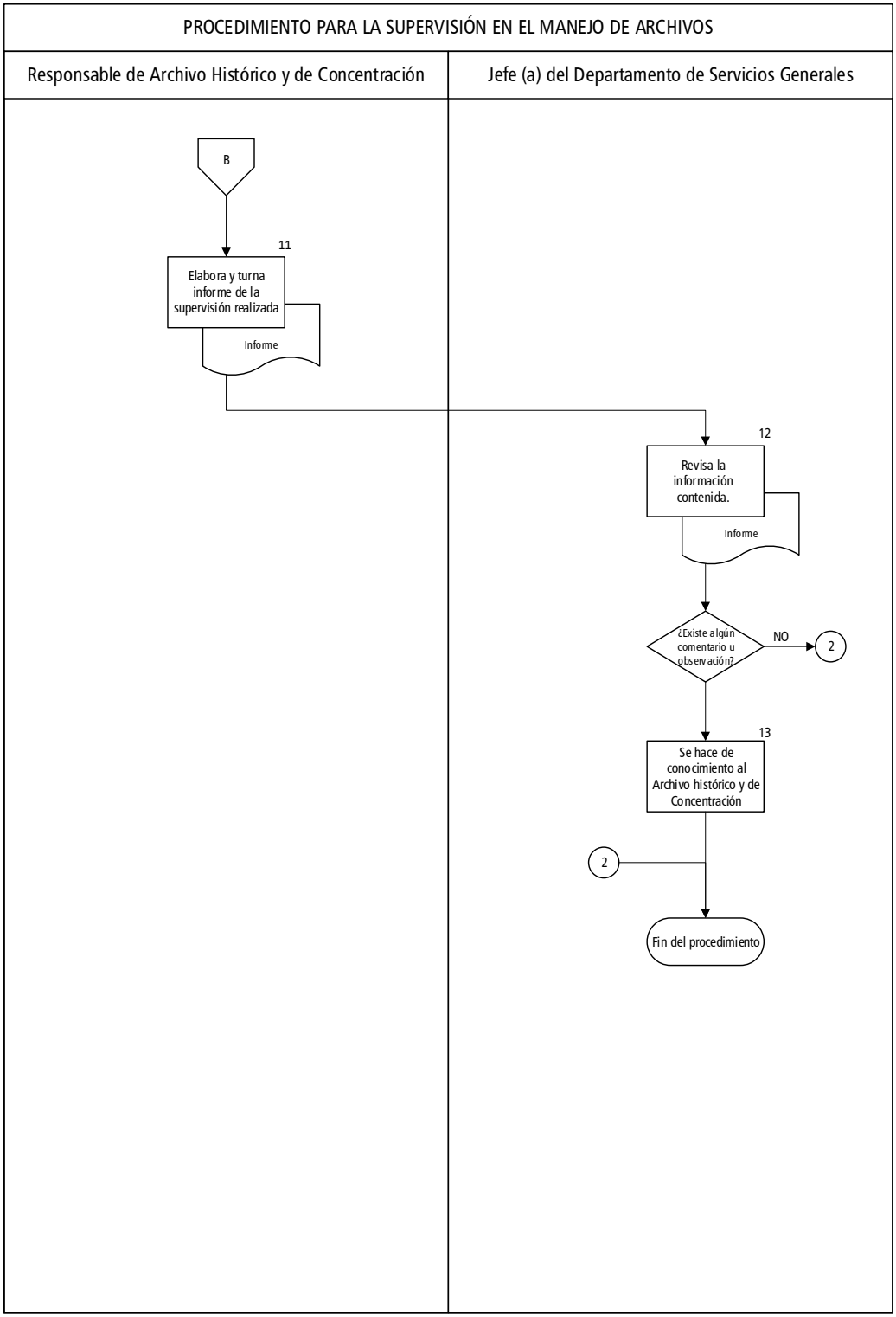
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVO.



PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS

Responsable de Archivo Histórico y de Concentración




PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE ARCHIVOS
Responsable de Archivo Histórico y de Concentración
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
B
11
Elabora y turna informe de la supervisión realizada
Informe
12
Revisa la información contenida.
Informe
¿Existe algún comentario u observación?
NO
2
13
Se hace de conocimiento al Archivo histórico y de Concentración
2
Fin del procedimiento

7.18.29. PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN.

Tiempo Promedio: 2 Semanas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alejandro Monterrosas Cordero Coordinador Operativo de Archivo Histórico y de Concentración AMC (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Proporcionar a las Unidades Aplicativas, Jurisdicciones, etc. el acceso a la documentación que ellos mismos produjeron, con los fines que a ellos convenga que como premisa fundamental de la administración de documentos en el sentido de que son base para consulta, comprobación de diversos actos administrativos, auditorias, etc. y como tal el Archivo Histórico y de Concentración deberá tener afinado su aparato administrativo a fin de ser de plena utilidad, seguridad y oportunidad para dar el servicio que merece.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, del 31 de octubre de 2016. 2. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. DOF. 12-VII-1992. Ultima Reforma Publicada D. O. F. 09-04-2012. 3. Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la república en materia del fuero federal, artículo 214, fracción IV. 4. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla. 5. Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de la Dependencias y Entidades de la Administración Federal, Diario Oficial de la Federación 20 de febrero de 2004. Políticas de Operación: 1. El tiempo de préstamo de la documentación es de 15 días hábiles. 2. Efectuar el acto de préstamo manejando la documentación en forma atingente, dando la exacta ubicación y puntillosa descripción, para poder localizar correctamente en cualquier momento los archivos. 3. Implantar política de préstamo con seguimiento y vigilancia de la documentación prestada para su correcta recuperación.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas las Unidades Aplicativas y/o Administrativas pertenecientes a los SSEP.
Recursos	Oficio, Oficio de Vigencia, Cedula de Préstamo.

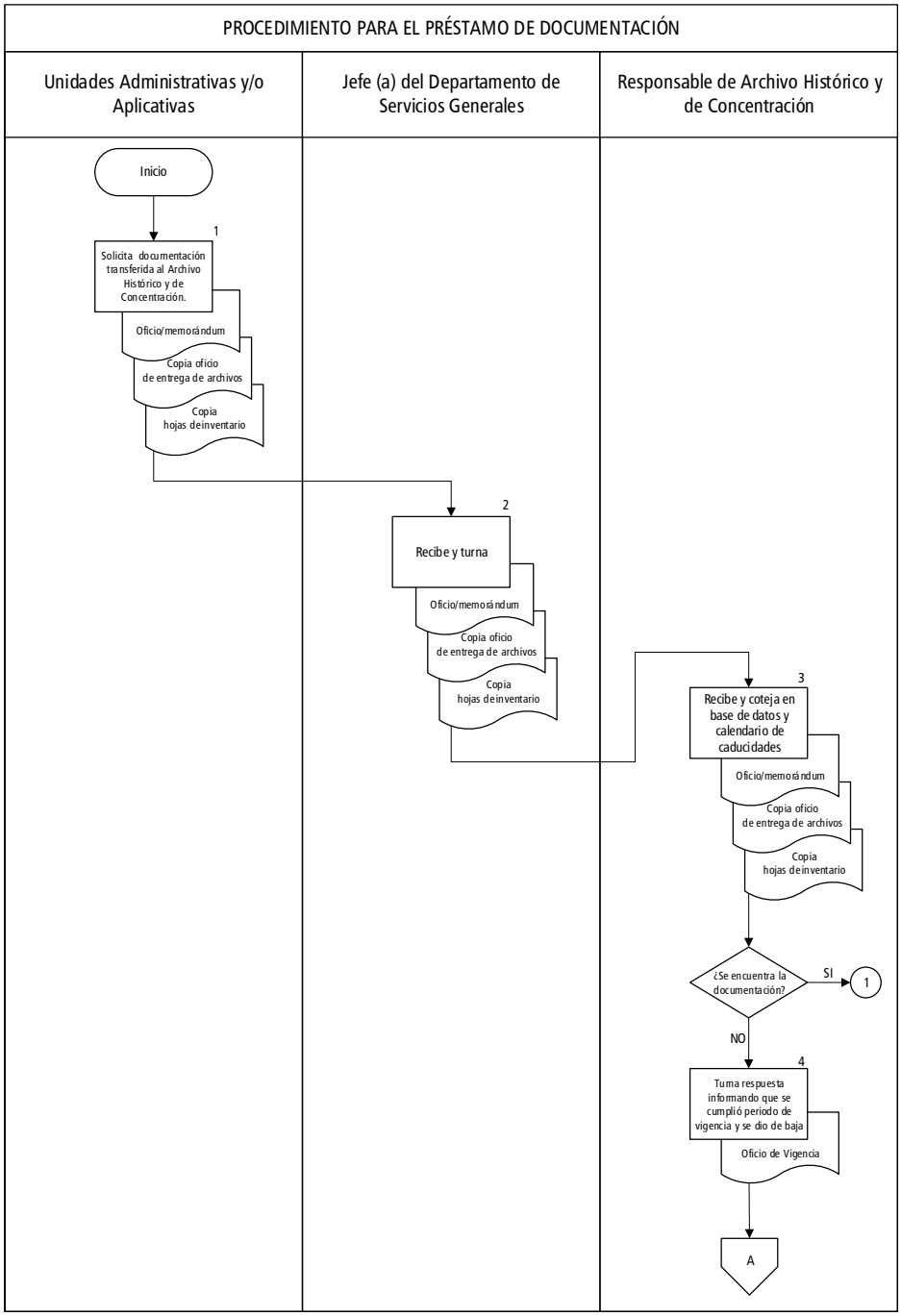
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades Administrativas y/o Aplicativas	Envía oficio y/o memorándum con copia de oficio de entrega de los archivos y de las hojas de inventario en el que se encuentre la información requerida, solicitando documentación que fue transferida al Archivo Histórico y de Concentración.	Oficio/memorándum Copia de oficio de entrega de archivos Copia de hojas de inventario
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y turna al Archivo Histórico y de Concentración oficio y/o memorándum de la unidad solicitante, con copia de oficio de entrega de los archivos y copia de las hojas de inventario en el que se encuentre la información solicitada, así como datos necesarios para su localización.	Oficio/memorándum Copia de oficio de entrega de archivos Copia de hojas de inventario
3	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Recibe oficio y documentación y coteja en la base de datos y el calendario de caducidades si la documentación requisitada, se encuentra en las instalaciones del Archivo. ¿Se encuentra la	Oficio/memorándum Copia de oficio de entrega de archivos Copia de hojas de inventario

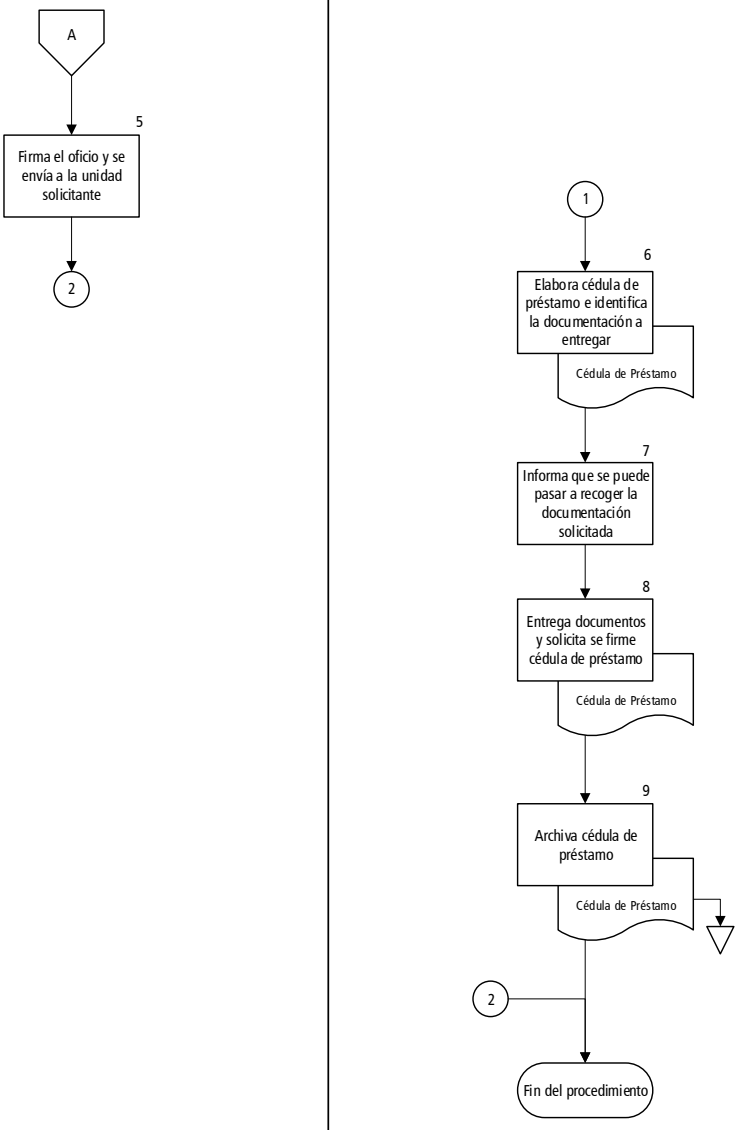
		documentación? Si: Se procede a buscar la información y continúa en la actividad número 6. N: Continúa a la actividad número 4.	
4		Elabora oficio de respuesta a la autoridad solicitante para informarle que la documentación solicitada ha cumplido su periodo de vigencia y ha sido dada de baja y lo turna para firma del/la Jefe/a de Departamento.	Oficio de Vigencia
5	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Firma el oficio y se envía a la unidad solicitante. Fin del procedimiento.	Oficio de Vigencia
6	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Elabora cédula de préstamo e identifica la documentación a entregar.	Cédula de Préstamo
7		Informa al área solicitante que puede pasar a recoger la documentación solicitada.	S/D
8		Entrega la documentación y solicita se firme la cédula de préstamo mencionando número de hojas que se prestan y tiempo de entrega.	Cédula de Préstamo
9		Archiva cédula de préstamo.	Cédula de Préstamo
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN.



PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN

Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración



7.18.30. PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL.

Tiempo Promedio: 1 Mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alejandro Monterrosas Cordero Coordinador Operativo de Archivo Histórico y de Concentración AMC (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Precisar que documentación de la que se encuentra cumpliendo su periodo de semiactivo en concentración, ha llegado al término de la guarda que la tabla de vigencias aplicada le marcó y la degradación de sus valores primarios, dándose inicio a las acciones que lleven a cabo la revisión y baja documental.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla del 31 de octubre de 2016. 2. Ley Federal sobre monumentos y zonas arqueológicas, Artísticos e Históricos (Diario Oficial de la Federación 6 de mayo 1972), Artículo 36. 3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ultima Reforma Publicada D. O. F. 02/1/2013. 4. Ley General de Bienes Nacionales (Diario Oficial de la federación 8 de enero de 1982) Artículo 2 Ley de Fiscalización Superior de la Federación, Artículo 12. 5. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Artículo 8. 6. Código Penal Federal (Diario Oficial de la Federación 14 de agosto de 1931, Modificaciones 26 de mayo de 2004), Artículo 214. 7. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículos 1, 32, 40 Ley de archivos de Estado de Puebla D.O.E. Políticas de Operación: 1. La empresa encargada del reciclaje, se compromete por escrito a la destrucción del papel. 2. Las políticas de operación previstas para el presente procedimiento deben ser rigurosamente observadas en su aplicación, tiempos, acciones y trámites deben ser puntillosamente efectuados, para no incurrir en acciones que puedan ser observadas, así como dejar en claro la exacta aplicación de los términos de vencimiento para no llegar a alguna acción punible.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas la Unidades Administrativas y/o Aplicativas de estos SSEP.

Recursos	Calendario de Caducidades, Relación de inventarios, Oficio, Fichas de Pre – Valoración, Memorándum, Acta Administrativa, Escrito.
Glosario	Expurgo: Consiste en el retiro de documentos de archivo repetidos e inútiles contenidos en un expediente determinado, durante la formación previa a su transferencia al Archivo de Concentración.

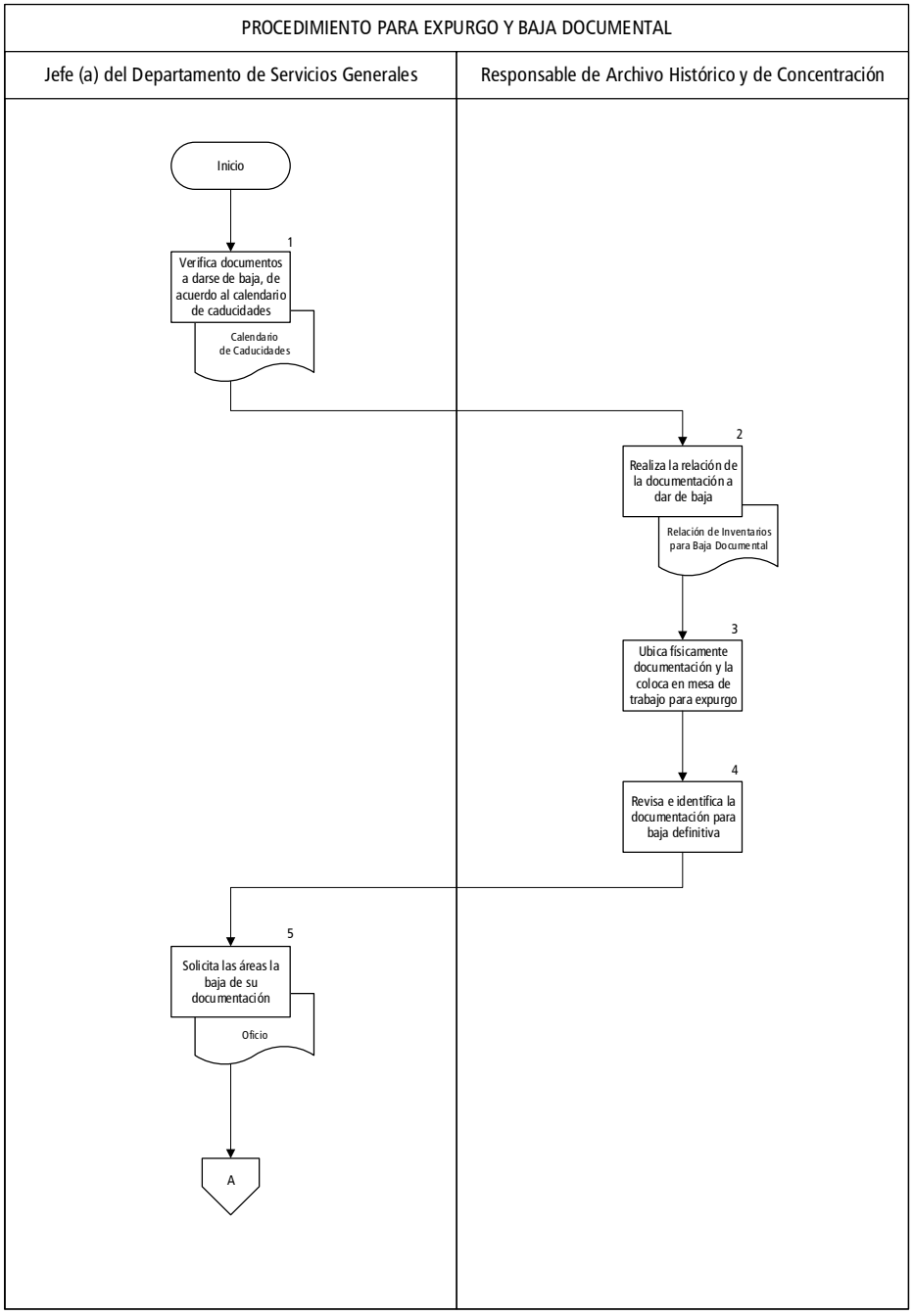
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL.

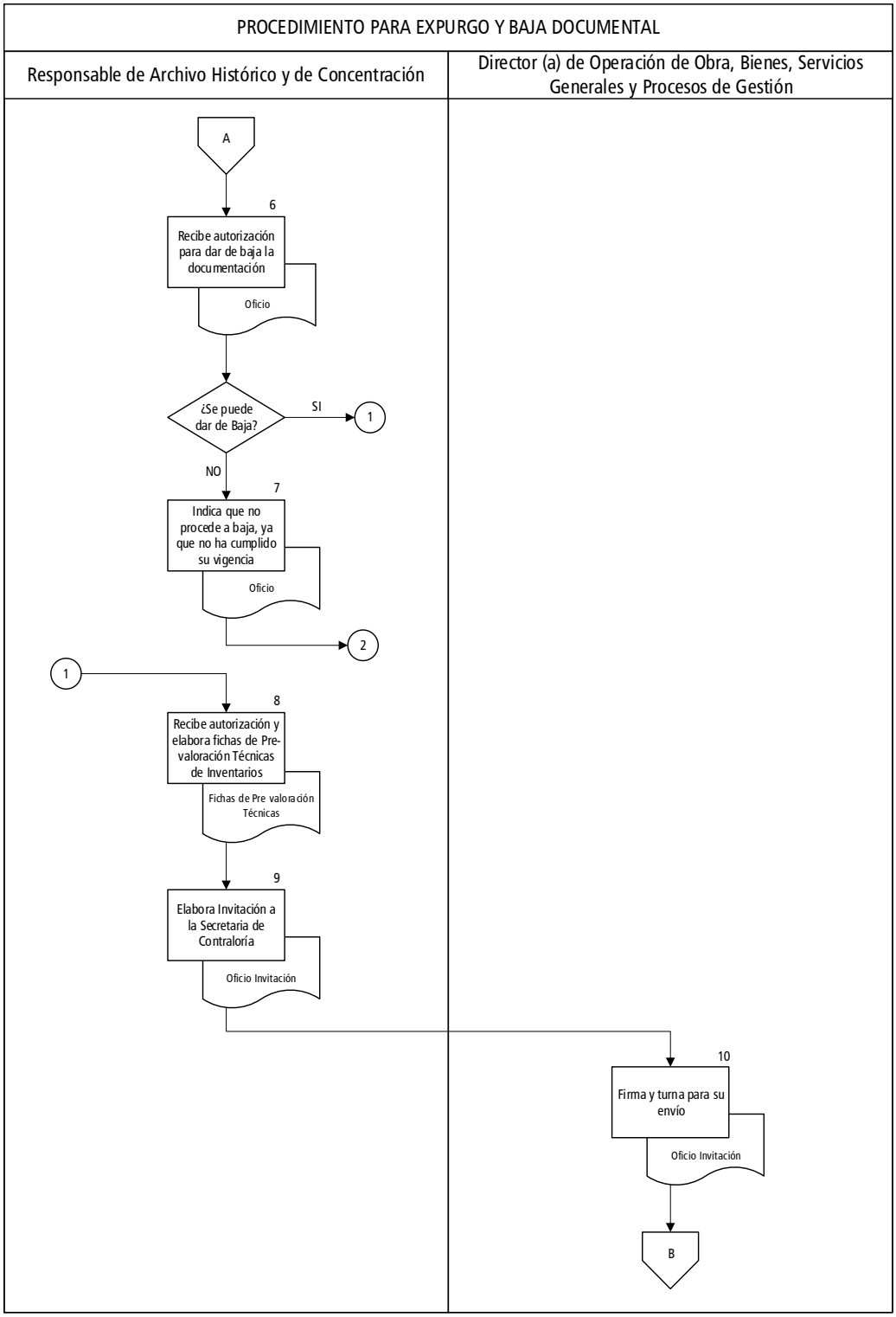
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Verifica la documentación a darse de baja, de acuerdo al calendario de caducidades e informa al Archivo Histórico y de Concentración.	Calendario de Caducidades
2	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Realiza la relación de la documentación a dar de baja.	Relación de Inventarios para Baja Documental
3		Ubica físicamente la documentación y la coloca en la mesa de trabajo para su expurgo.	S/D
4		Revisa e identifica la documentación para baja definitiva.	S/D
5	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Solicita mediante oficio al área productora de Oficinas Centrales, Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Aplicativas para la baja de su documentación.	Oficio

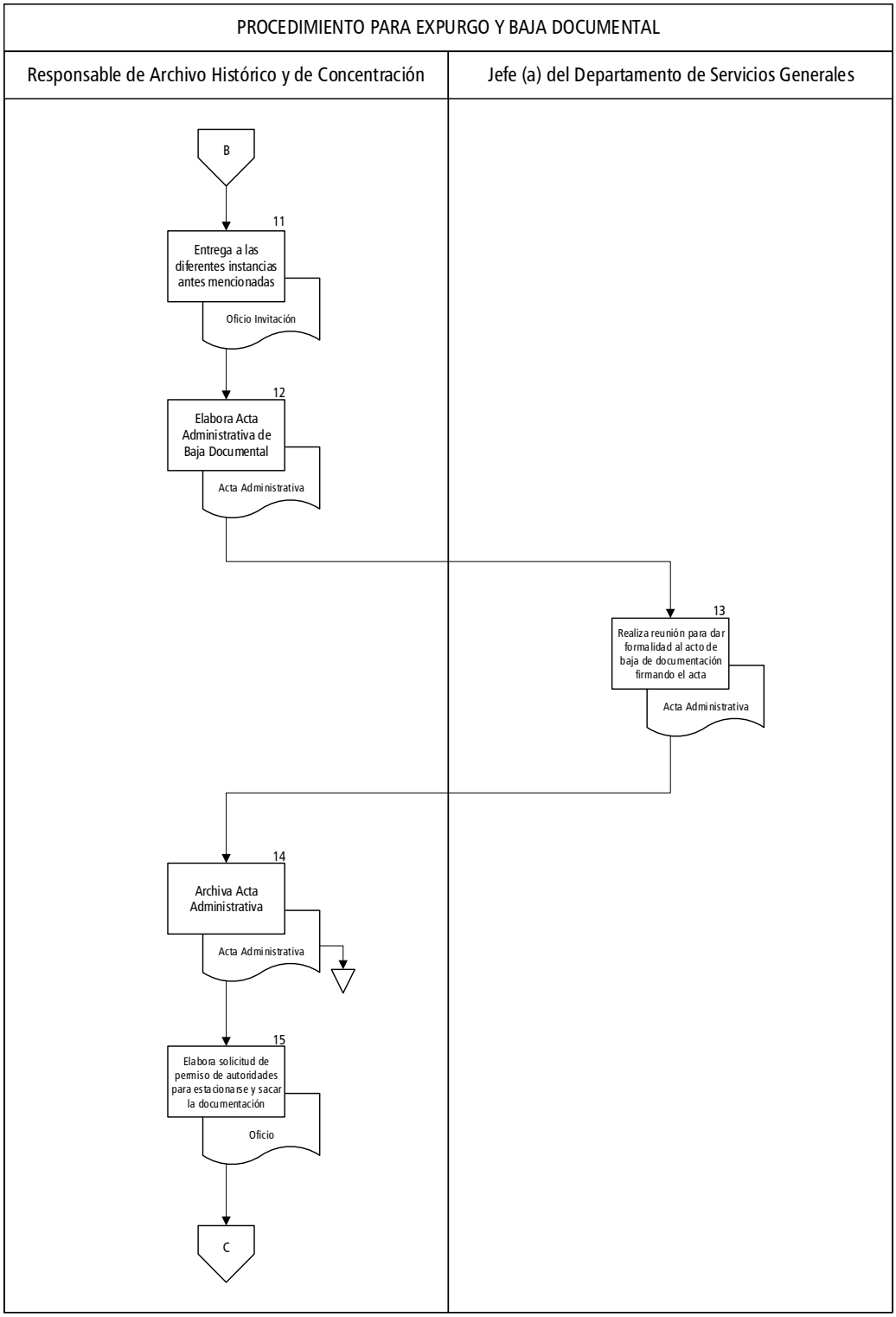
6	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Recibe oficio donde se solicita la autorización para dar de baja la documentación. ¿Se puede dar de Baja? Si: Continúa en la actividad No. 8. No: Continúa en la Actividad No. 7.	Oficio
7		Realiza oficio de respuesta indicando que dicha documentación no procede a su baja, ya que no ha cumplido su vigencia documental. Fin del procedimiento.	Oficio
8		Recibe autorización y elabora fichas de Pre-valoración Técnicas de Inventarios.	Fichas de Pre valoración Técnicas
9		Elabora oficio de Invitación a la Secretaria de Contraloría y lo pasa a firma de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Oficio Invitación
10	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Firma oficio y turna para su envío.	Oficio Invitación
11	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Entrega a las diferentes instancias antes mencionadas.	Oficio Invitación
12		Elabora Acta Administrativa de Baja Documental.	Acta Administrativa
13	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Realizan reunión para darle formalidad al acto de Baja de Documentación firmando el Acta	Acta Administrativa

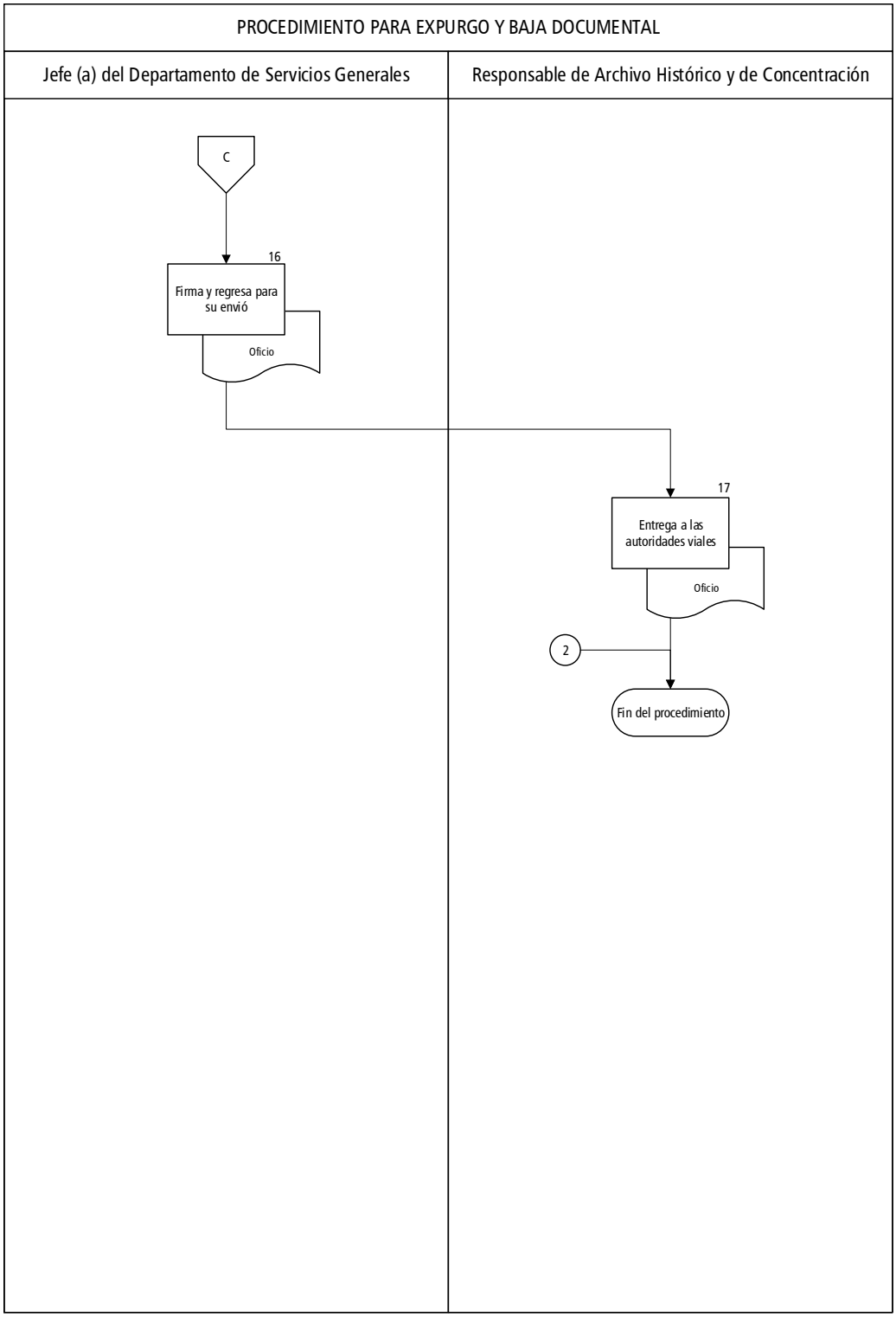
		Administrativa.	
14	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Archiva Acta Administrativa.	Acta Administrativa
15		Elabora solicitud de permiso de las autoridades viales para poder estacionar el camión encargado de sacar la documentación proveniente de la Baja Documental y lo pasa a firma del/la Jefe/a de Departamento.	Oficio
16	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Firma oficio y lo regresa al Archivo para su envió.	Oficio
17	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Entrega a las autoridades viales el oficio.	Oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL.




PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL
Responsable de Archivo Histórico y de Concentración
Director (a) de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión
A
6
Recibe autorización para dar de baja la documentación
Oficio
¿Se puede dar de Baja?
SI
1
NO
7
Indica que no procede a baja, ya que no ha cumplido su vigencia
Oficio
2
1
8
Recibe autorización y elabora fichas de Pre-valoración Técnicas de Inventarios
Fichas de Pre valoración Técnicas
9
Elabora Invitación a la Secretaria de Contraloría
Oficio Invitación
10
Firma y turna para su envío
Oficio Invitación
B


PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL
Responsable de Archivo Histórico y de Concentración
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
B
11
Entrega a las diferentes instancias antes mencionadas
Oficio Invitación
12
Elabora Acta Administrativa de Baja Documental
Acta Administrativa
13
Realiza reunión para dar formalidad al acto de baja de documentación firmando el acta
Acta Administrativa
14
Archiva Acta Administrativa
Acta Administrativa
15
Elabora solicitud de permiso de autoridades para estacionarse y sacar la documentación
Oficio
C


PROCEDIMIENTO PARA EXPURGO Y BAJA DOCUMENTAL
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
Responsable de Archivo Histórico y de Concentración
C
16
Firma y regresa para su envió
Oficio
17
Entrega a las autoridades viales
Oficio
2
Fin del procedimiento

7.18.31. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN SECUNDARIA, ORDENACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ARCHIVO HISTÓRICO.

Tiempo Promedio: 1 Mes

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Alejandro Monterrosas Cordero Coordinador Operativo de Archivo Histórico y de Concentración AMC (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albicker Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Precisar que documentación de la que se encuentra cumpliendo periodo de semiactivo en concentración, ha llegado al término de la guarda que la tabla de vigencias aplicada le marcó y la degradación de sus valores primarios, dándose inicio a las acciones que lleven a cabo la revisión y su segunda transferencia, pasando así al archivo histórico con valores secundarios de importancia social, histórica y de fuente de investigación.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla del 31 de octubre de 2016. 2. Ley General de Bienes Nacionales Artículo 2º, (DOF 8-1-1982) Última reforma publicada DOF 16-01-2012. 3. Ley Federal de Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticos e Históricos. Artículo 36, Fracción II, III, IV (DOF, 6.V 1972), Última reforma publicada DOF 09-04-2012. Políticas de Operación: 1. Las políticas de Operación previstas para el presente procedimiento deben ser rigurosamente observadas en su aplicación, tiempos, acciones y trámites deben ser puntillosamente efectuados, para no incurrir en acciones que puedan ser observadas, así como dejar en claro la exacta aplicación de los términos de vencimiento para no llegar a alguna acción punible. Otra política es tener en cuenta el interés administrativo de la institución.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas las unidades administrativas y/o aplicativas pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Calendario de Caducidades, Relación de Inventarios.
Glosario	Expurgo: Consiste en el retiro de documentos de archivos repetidos e inútiles contenidos en un expediente determinado, durante la formación previa a su transferencia al Archivo de Concentración. Valor Primario: Aquel que tiene un documento a partir de su creación o recepción, pudiendo ser administrativo, contable, legal o técnico.

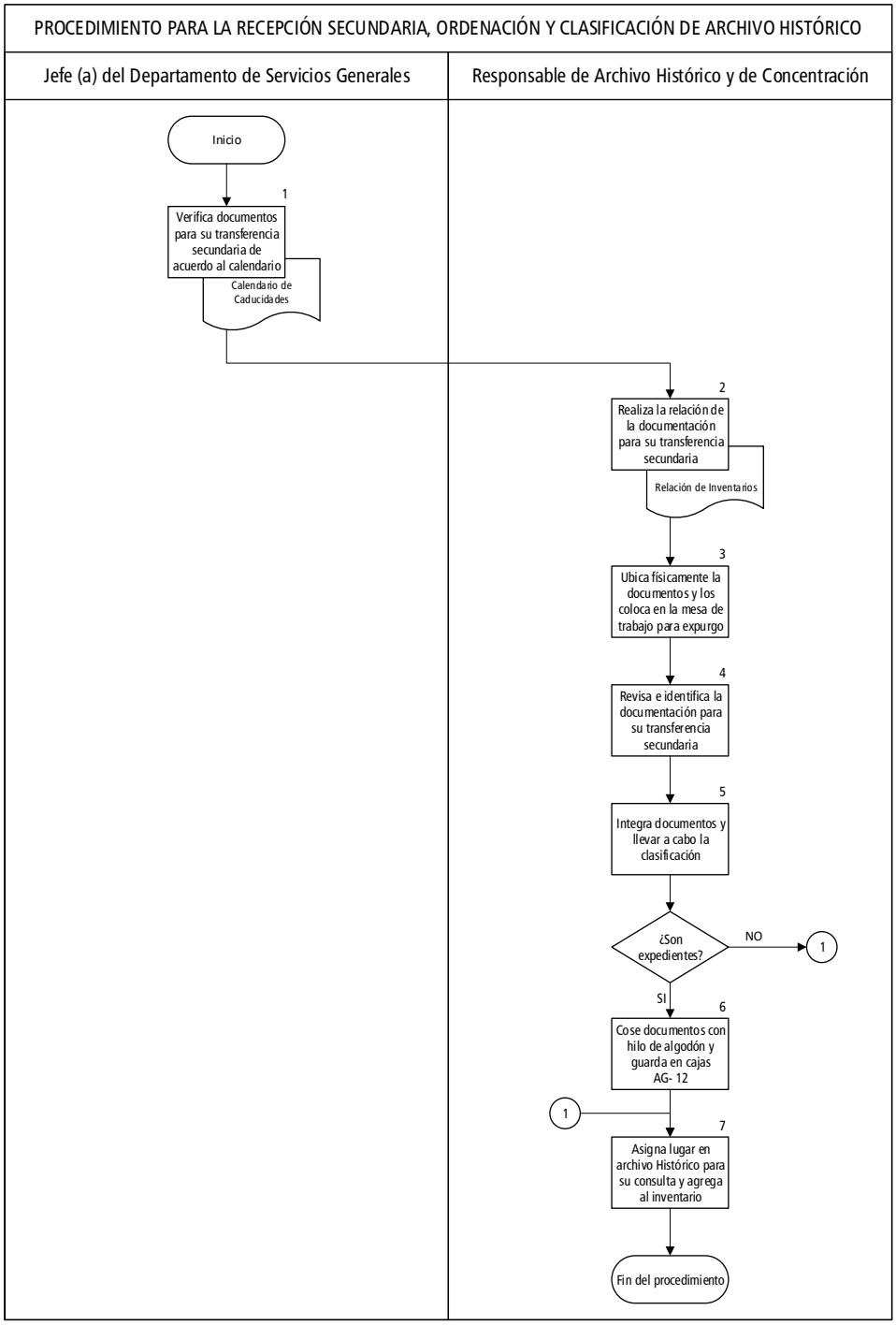
Valor Secundario: Es aquel que adquiere el documento una vez que pierde sus valores primarios y tiene una utilidad histórica y social.
Transferencia: Traslado controlado y sistemático de expedientes que deben conservarse de manera permanente del Archivo de Concentración al Archivo Histórico.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN SECUNDARIA, ORDENACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ARCHIVO HISTÓRICO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Verifica la documentación para su transferencia secundaria de acuerdo al calendario de caducidades.	Calendario de Caducidades
2	Responsable de Archivo Histórico y de Concentración	Realiza la relación de la documentación para su transferencia secundaria.	Relación de Inventarios
3		Ubica físicamente la documentación y la coloca en la mesa de trabajo para su expurgo.	S/D
4		Revisa e identifica la documentación para su transferencia secundaria.	S/D
5		Integra la documentación para llevar a cabo la clasificación en base a fondos, grupos y subgrupos documentales. ¿Son expedientes? Si, Continúa en la actividad 6. No, Continúa en actividad 7.	S/D
6		Cose los documentos para formar el expediente con hilo de algodón para que éstos sean conservado y guarda	S/D

		en cajas AG- 12 para su conservación y uso del mismo.	
7		Asigna lugar en el archivo Histórico para su consulta y agrega al inventario para su control.	S/D
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN SECUNDARIA, ORDENACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ARCHIVO HISTÓRICO.



7.18.32. PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN.

Tiempo Promedio: 25 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norberto de Dios Delgado **Responsable del Parque Vehicular** **NDD (DSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Luis Galindo Albiquer** **Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales** **JLGA** **(SCGOBSG)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Atender en tiempo y forma las solicitudes de mantenimiento del parque vehicular asignado a las diferentes Unidades Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
3. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública.
4. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal última modificación.
6. Ley de Egresos.
7. Ley Estatal de Salud.
8. Clasificador por Objeto del Gasto.
9. Reglamento Interior de los SSEP de fecha 31/10/2016.

Políticas de Operación:

1. Para que el servicio de mantenimiento al parque vehicular, la solicitud deberá ser autorizado por el Jefe Jurisdiccional y/o Administrador, Director y/o Subdirector y/o Jefe de Departamento.
2. Respetar las recomendaciones y características técnicas del (los) fabricante (s), en el procedimiento a realizar el servicio de mantenimiento.
3. El proveedor deberá estar inscrito en el padrón de proveedores correspondiente y estar al corriente en sus declaraciones fiscales.

Responsables

Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

Áreas Involucradas

Aplica a todas y cada una de las Unidades Administrativas.

Recursos

Memorándum, Oficio, Orden de Ingreso, Cuadro comparativo, Pedido/contrato, Factura, Entrega de vehículo, Trámite de pago GRP, Trámite de devengo GRP.

Glosario

SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
RPV: Responsable del Parque Vehicular.
JDSG: Jefe del Departamento de Servicios Generales.
DOOBSGPGI: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Unidad Administrativa: Área perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que requiera mantenimiento al parque vehicular.

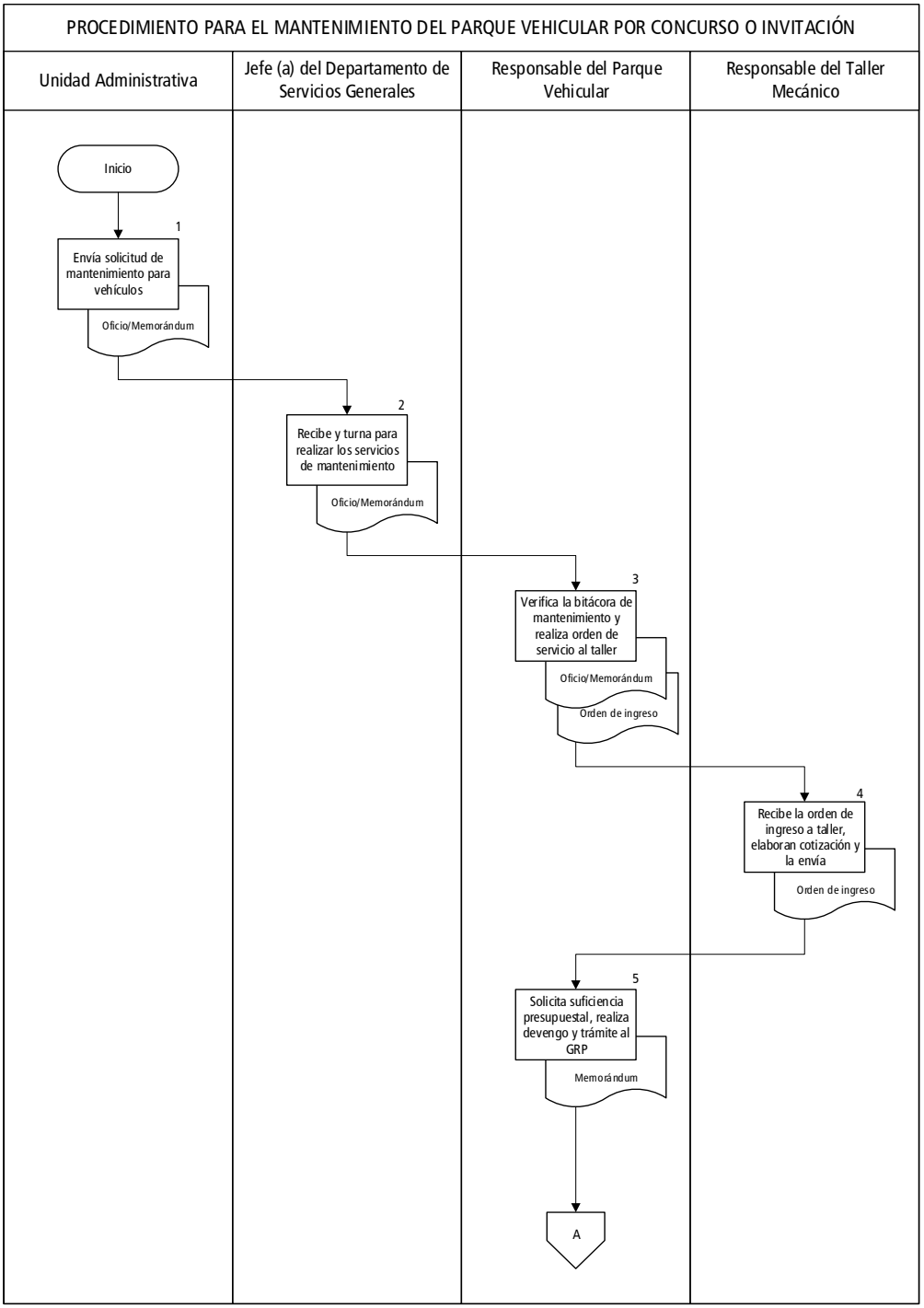
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN.

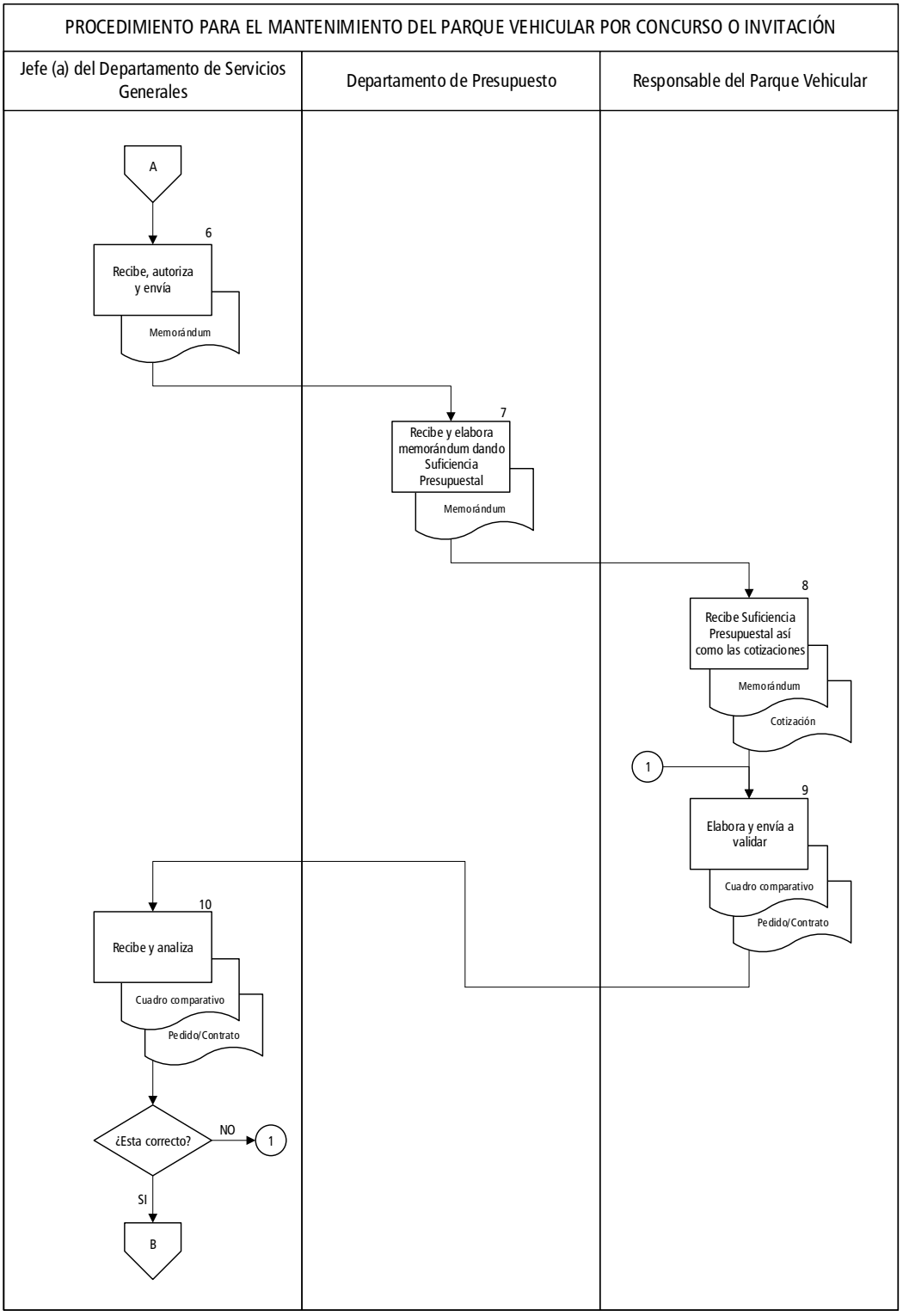
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa	Envía solicitud de mantenimiento para vehículos al/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales.	Oficio/Memorándum
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe correspondencia y turna al/la Responsable del Parque Vehicular, para realizar los servicios de mantenimiento.	Oficio/Memorándum
3	Responsable del Parque Vehicular	Verifica la bitácora de mantenimiento y realiza orden de servicio al taller dependiendo del servicio solicitado.	Oficio/Memorándum Orden de ingreso
4	Responsable del Taller Mecánico	Recibe la orden de ingreso a taller, elaboran la cotización correspondiente y la envían al Responsable del Parque Vehicular.	Orden de ingreso Cotización
5	Responsable del parque vehicular	Elabora Memorándum para solicitar suficiencia presupuestal y lo envía junto con la cotización al Jefe del Departamento de Servicios Generales, realiza devengo y trámite	Memorándum Cotización

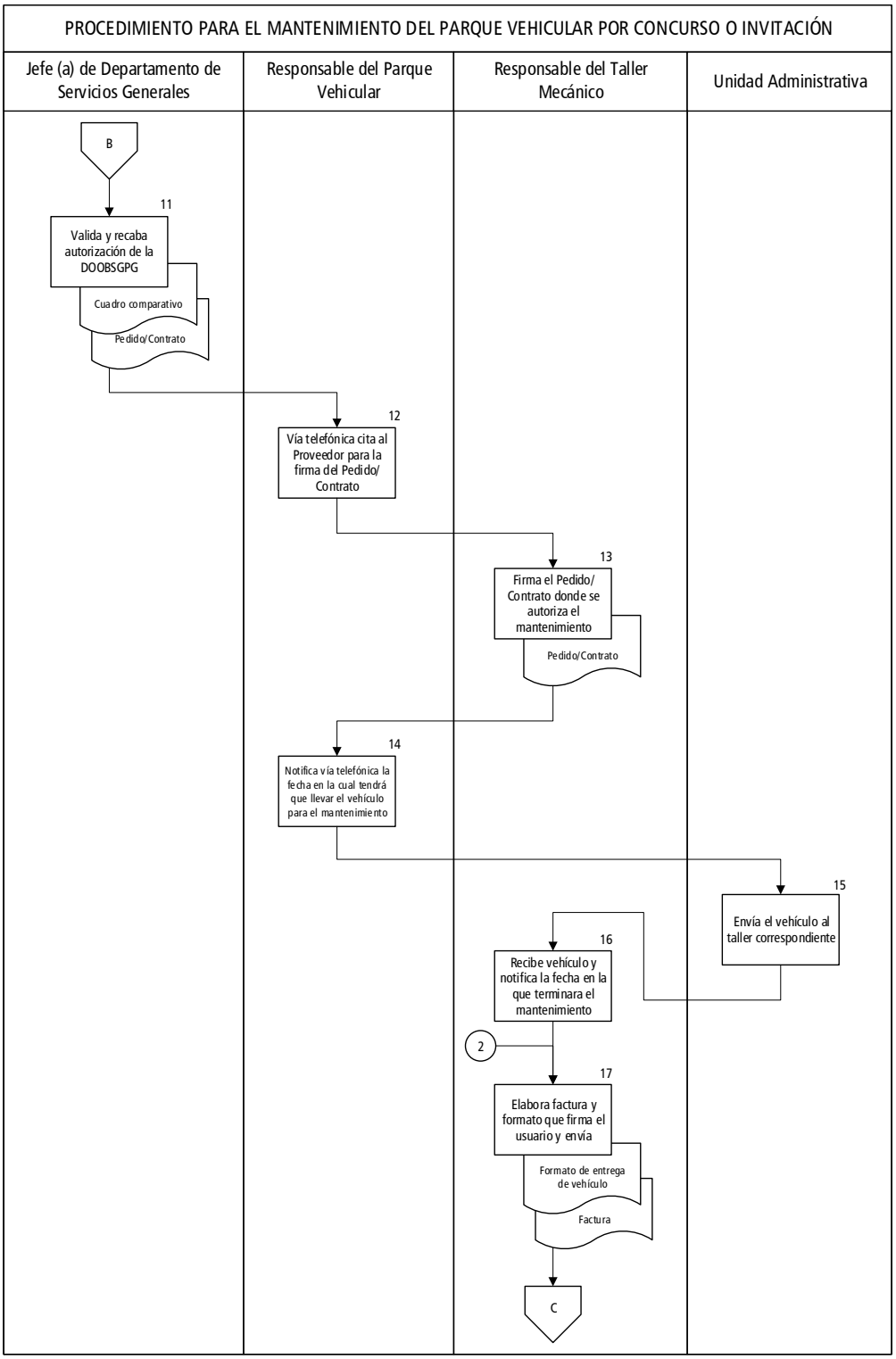
		al GRP.	
6	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe, autoriza Memorándum y lo envía.	Memorándum Cotización
7	Departamento de Presupuesto	Recibe y elabora Memorándum dando Suficiencia Presupuestal y lo envía al Departamento de Servicios Generales.	Memorándum
8	Responsable del Parque Vehicular	Recibe Memorándum de Suficiencia Presupuestal, así como las cotizaciones.	Memorándum Cotización
9		Elabora cuadro comparativo y Pedido/Contrato, lo envía a validar al Jefe/a de Departamento de Servicios Generales.	Cuadro comparativo Pedido/Contrato
10	Jefe/a de Departamento de Servicios Generales	Recibe y analiza cuadro comparativo y Pedido/Contrato. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad 11. No: Regresa actividad 9.	Cuadro comparativo Pedido/Contrato
11		Valida y recaba autorización del Director de Operación de Obras, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Cuadro comparativo Pedido/Contrato
12	Responsable del Parque Vehicular	Vía telefónica cita al Proveedor para la firma del Pedido/Contrato.	S/D
13	Responsable del Taller Mecánico	Firma el Pedido/Contrato donde se autoriza el mantenimiento correspondiente.	Pedido/Contrato
14	Responsable del Parque Vehicular	Notifica vía telefónica al usuario la fecha en la cual tendrá que llevar al taller el vehículo para el mantenimiento correspondiente.	S/D

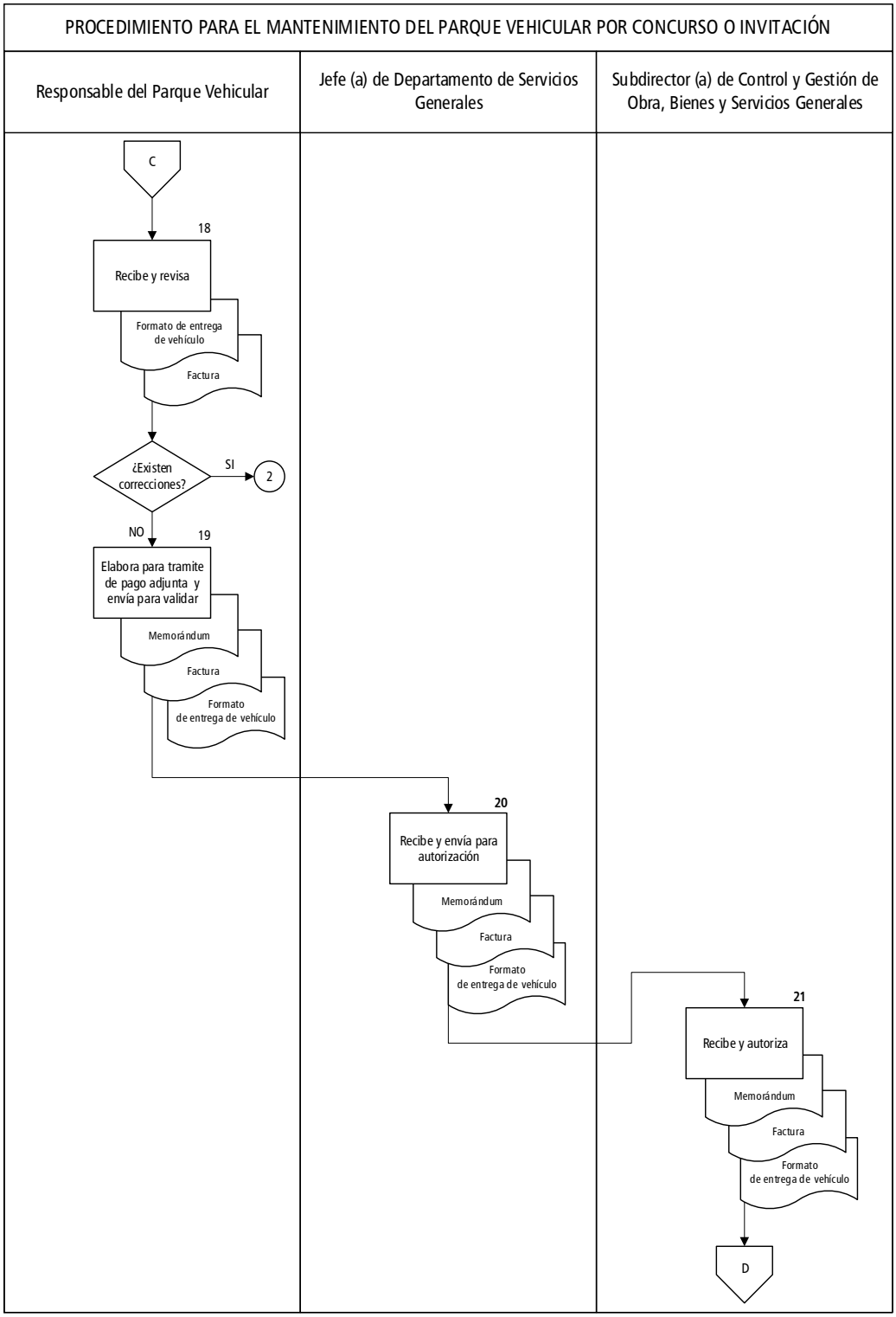
15	Unidad Administrativa	Envía el vehículo al taller correspondiente.	S/D
16	Responsable del Taller Mecánico	Recibe el vehículo y le notifica al usuario la fecha en la que terminara el mantenimiento.	S/D
17		Elabora factura y formato de entrega de vehículo el cual el usuario firma y recibe de conformidad y a mi entera satisfacción, envía al Responsable del Parque Vehicular.	Factura Formato de entrega de vehículo
18	Responsable del Parque Vehicular	Recibe y revisa. ¿Existen correcciones? Si: Regresa actividad número 17. No: Continúa en la actividad 19.	Factura Formato de entrega de vehículo
19		Elabora memorándum para trámite de pago adjunta documentación complementaria, factura y Formato de entrega de vehículo y envía al Jefe de Departamento de Conservación y Mantenimiento para validar.	Memorándum Factura Formato de entrega de vehículo
20	Jefe/a de Departamento de Servicios Generales	Recibe valida y la envía para autorización al Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales.	Memorándum Factura Formato de entrega de vehículo
21	SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales	Recibe, autoriza y la envía al Jefe de Departamento de Servicios Generales.	Memorándum Factura Formato de entrega de vehículo
22	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe factura autorizada y documentación complementaria, envía al Departamento de Presupuesto.	Memorándum
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN.



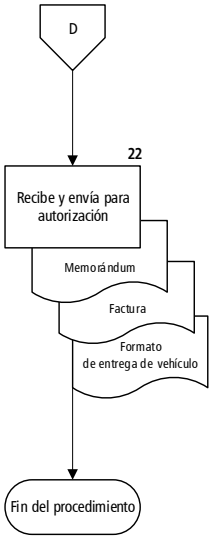

PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
Departamento de Presupuesto
Responsable del Parque Vehicular
A
6
Recibe, autoriza y envía
Memorándum
7
Recibe y elabora memorándum dando Suficiencia Presupuestal
Memorándum
8
Recibe Suficiencia Presupuestal así como las cotizaciones
Memorándum
Cotización
1
9
Elabora y envía a validar
Cuadro comparativo
Pedido/Contrato
10
Recibe y analiza
Cuadro comparativo
Pedido/Contrato
¿Esta correcto?
NO
1
SI
B


PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN
Jefe (a) de Departamento de Servicios Generales
Responsable del Parque Vehicular
Responsable del Taller Mecánico
Unidad Administrativa
B
11
Valida y recaba autorización de la DOOBSGPG
Cuadro comparativo
Pedido/Contrato
12
Vía telefónica cita al Proveedor para la firma del Pedido/ Contrato
13
Firma el Pedido/ Contrato donde se autoriza el mantenimiento
Pedido/Contrato
14
Notifica vía telefónica la fecha en la cual tendrá que llevar el vehículo para el mantenimiento
15
Envía el vehículo al taller correspondiente
16
Recibe vehículo y notifica la fecha en la que terminara el mantenimiento
2
17
Elabora factura y formato que firma el usuario y envía
Formato de entrega de vehículo
Factura
C


PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN
Responsable del Parque Vehicular
Jefe (a) de Departamento de Servicios Generales
Subdirector (a) de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales
C
18
Recibe y revisa
Formato de entrega de vehículo
Factura
¿Existen correcciones?
SI
2
NO
19
Elabora para tramite de pago adjunta y envía para validar
Memorándum
Factura
Formato de entrega de vehículo
20
Recibe y envía para autorización
Memorándum
Factura
Formato de entrega de vehículo
21
Recibe y autoriza
Memorándum
Factura
Formato de entrega de vehículo
D

PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DEL PARQUE VEHICULAR POR CONCURSO O INVITACIÓN

Jefe (a) de Departamento de Servicios Generales



7.18.33. PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL PARQUE VEHICULAR POR LICITACIÓN.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norberto de dios Delgado Responsable del Parque Vehicular NDD (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiquer Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Atender en tiempo y forma las solicitudes de mantenimiento del parque vehicular asignado a las diferentes Unidades Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley General de Salud. 2. Ley General de Responsabilidades Administrativas. 3. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública. 4. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla. 5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Pública Estatal y Municipal última modificación. 6. Ley de Egresos. 7. Ley Estatal de Salud. 8. Clasificador por Objeto del Gasto. 9. Reglamento Interior de los SSEP de fecha 31/10/2016. Políticas de Operación: 1. Para que el servicio de mantenimiento al parque vehicular, la solicitud deberá ser autorizado por el Jefe/a Jurisdiccional y/o Administrador/a, Director/a y/o Subdirector/a y/o Jefe/a de Departamento. 2. Respetar las recomendaciones y características técnicas del o el (los) fabricante (s), en el procedimiento a realizar el servicio de mantenimiento. 3. El proveedor deberá estar inscrito en el padrón de proveedores correspondiente y estar al corriente en sus declaraciones fiscales.
Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas y cada una de las Unidades Administrativas.
Recursos	Oficio, Memorándum, Orden de servicio, Factura, Trámite de pago GRP, Trámite de devengo GRP.

Glosario

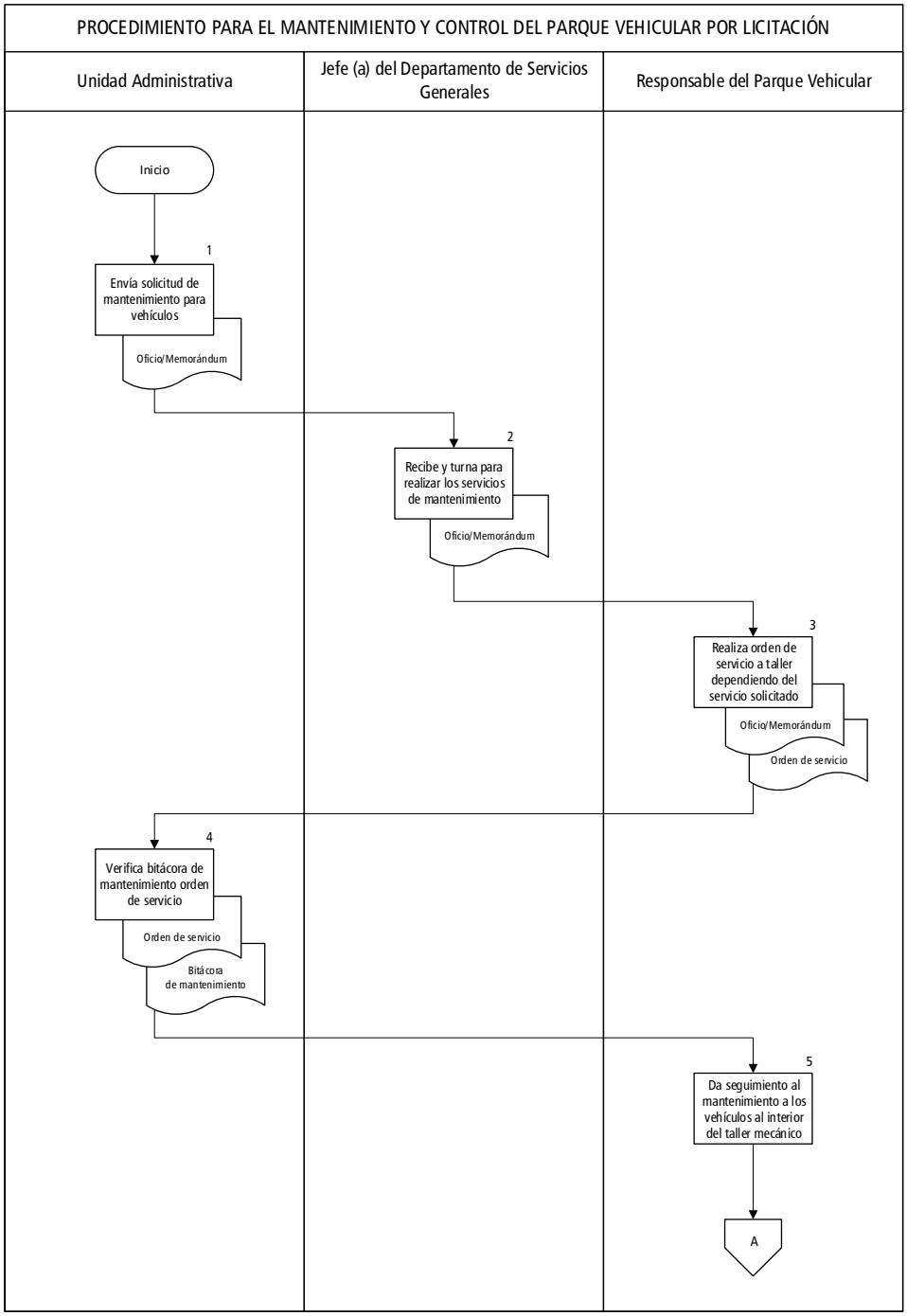
SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
RPV: Responsable del Parque Vehicular.
JDSG: Jefe de Departamento de Servicios Generales.
DOOBSGPG: Director de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Unidad Administrativa: Área perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que requiera mantenimiento al parque vehicular.

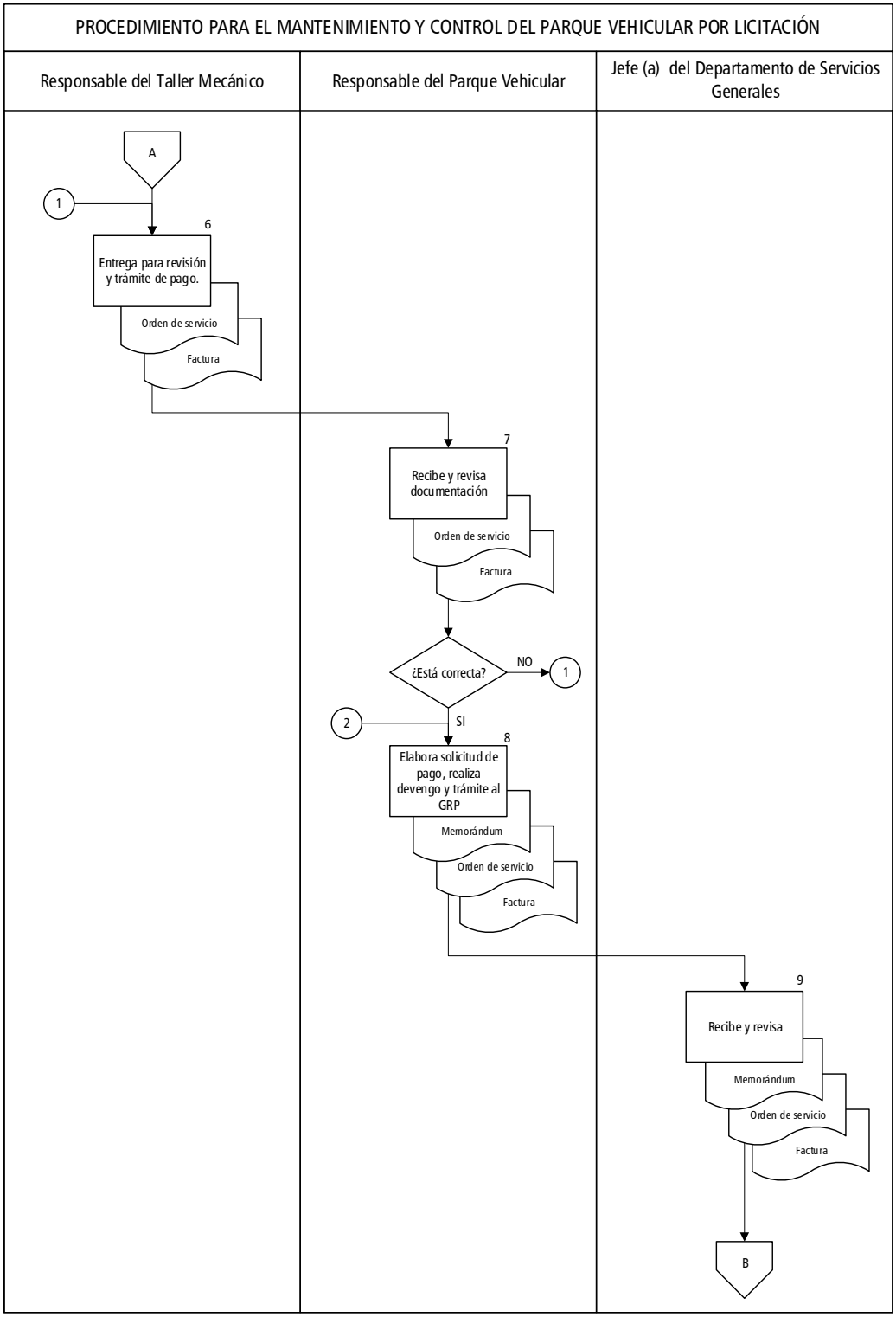
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL PARQUE VEHICULAR POR LICITACIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa	Envía solicitud de mantenimiento para vehículos al/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales.	Oficio/Memorándum
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe correspondencia y turna al/la Responsable del Parque Vehicular, para realizar los servicios de mantenimiento.	Oficio/Memorándum
3	Responsable del Parque Vehicular	Realiza orden de servicio a taller dependiendo del servicio solicitado.	Oficio/Memorándum Orden de servicio
4	Unidad Administrativa	Verifica la bitácora de mantenimiento y orden de servicio.	Orden de servicio Bitácora de mantenimiento
5	Responsable del Parque Vehicular	Da seguimiento al mantenimiento a los vehículos al interior del taller mecánico.	S/D
6	Responsable del Taller Mecánico	Entrega vehículo reparado a la unidad administrativa, y la documentación para revisión y	Orden de servicio Factura

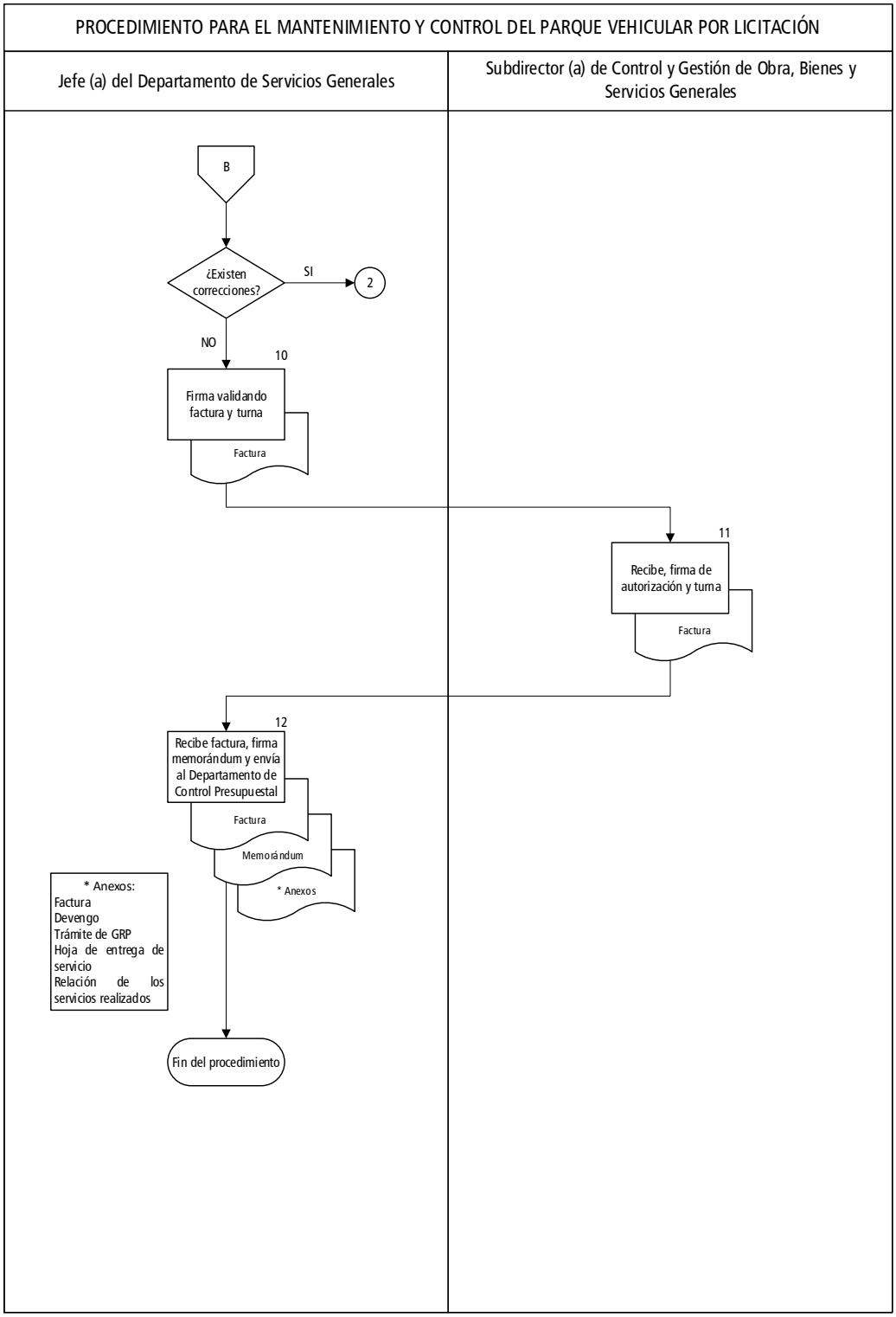
		trámite de pago al/la Responsable del Parque Vehicular.	
7	Responsable del Parque Vehicular	Recibe y revisa la documentación. ¿Está correcta? Si: Continúa actividad 8. No: Regresa actividad 6.	Orden de servicio Factura
8		Elabora memorándum de solicitud de pago, anexando factura y orden de servicio, y turna al/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales, realiza devengo y trámite al GRP.	Memorándum, Orden de servicio y factura
9	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y revisa. ¿Existen correcciones? Si: Regresa actividad No. 8. No: Continúa actividad 10.	Memorándum, Orden de servicio Factura
10		Firma validando factura y turna al/la SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales.	Factura
11	SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales	Recibe factura firma de autorización y turna al/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales.	Factura
12	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe factura autorizada, firma memorándum y envía al Departamento de Control Presupuestal, anexando factura, devengo, trámite de GRP, hoja de entrega de servicio, relación de los servicios realizados.	Factura Memorándum Anexos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL PARQUE VEHICULAR POR LICITACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL PARQUE VEHICULAR POR LICITACIÓN
Responsable del Taller Mecánico
Responsable del Parque Vehicular
Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales
A
1
6
Entrega para revisión y trámite de pago.
Orden de servicio
Factura
7
Recibe y revisa documentación
Orden de servicio
Factura
¿Está correcta?
NO
1
2
SI
8
Elabora solicitud de pago, realiza devengo y trámite al GRP
Memorándum
Orden de servicio
Factura
9
Recibe y revisa
Memorándum
Orden de servicio
Factura
B

PROCEDIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL PARQUE VEHICULAR POR LICITACIÓN



7.18.34. PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Tiempo Promedio: 20 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Norberto de Dios Delgado Responsable del Parque Vehicular NDD (DSG) Octubre 2018	**Jorge Luis Galindo Albiquer Subdirector de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales JLGA (SCGOBSG) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Atender en tiempo y forma las solicitudes para la reposición por pérdida o robo, alta o baja de placas de circulación, del parque vehicular de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley General de Salud.
2. Ley General de Responsabilidades Administrativas
3. Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública.
4. Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.
5. Ley de Ingresos del Estado de Puebla, vigente.
6. Reglas Generales que dan a Conocer los Requisitos para los Trámites o Movimientos Relativos al Registro Estatal Vehicular 01/Nov/2016.
7. Clasificador de objeto de gasto vigente.
8. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla del 8 de febrero de 2013.

Políticas de Operación:

1. Para que la reposición por pérdida o robo, alta o baja de placas de circulación del parque vehicular se realice, la solicitud deberá ser autorizado por el Jefe Jurisdiccional y/o Administrador/a, Director/a y/o SubDirector/a y/o Jefe/a de Departamento.
2. El resguardatario del vehículo, para el caso de reposición de placas de circulación por pérdida o robo, deberá presentar lo siguiente:
   - Denuncia ante el Ministerio Público.
   - Comprobante de no adeudo ante Seguridad del Estado.
   - Presentar la placa restante.
   - Estar al corriente del Impuesto Sobre Tenencia.
3. El resguardatario del vehículo, para el caso de baja de placas de circulación, deberá presentar lo siguiente:
   - Comprobante de no adeudo ante Seguridad del Estado.
   - Presentar juego de placas de circulación.
   - Estar al corriente del Impuesto Sobre Tenencia.
4. El resguardatario del vehículo, para el caso de alta de placas de circulación, deberá presentar lo siguiente:
   - Factura de origen.
   - Factura de adaptación.

Responsables	Departamento de Servicios Generales, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a todas y cada una de las Unidades Administrativas.
Recursos	Oficio, Memorándum, Documento comprobante de gasto, Factura.
Glosario	SSEP: Servicios de Salud del Estado de Puebla. RPV: Responsable del Parque Vehicular. JDM: Jefe/a del Departamento de Servicios Generales. DOOBSGPG: Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. SCGOBSG: SubDirector/a de Control y Gestión de Obra, Bienes y Servicios Generales. Unidad Administrativa: Área perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla que requiera mantenimiento al parque vehicular. SFA: Secretaría de Finanzas y Administración. Resguardatario: Persona a la que se le asigna un vehículo propiedad de los SSEP, para realizar las actividades mismas de su cargo, así como cumplir con el cuidado y obligaciones del mismo.

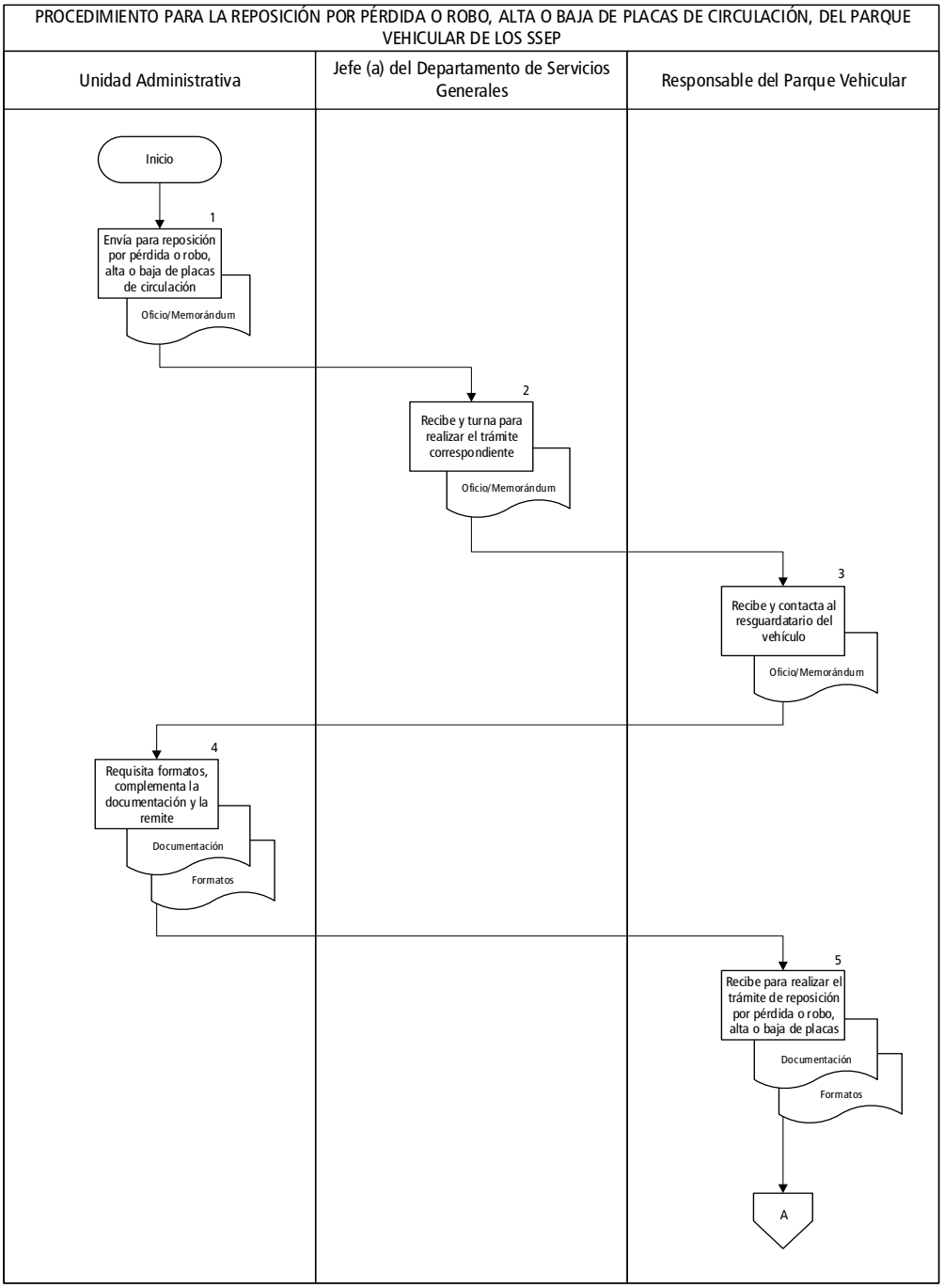
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa	Envía solicitud para la reposición por pérdida o robo, alta o baja de placas de circulación del parque vehicular.	Oficio/Memorándum

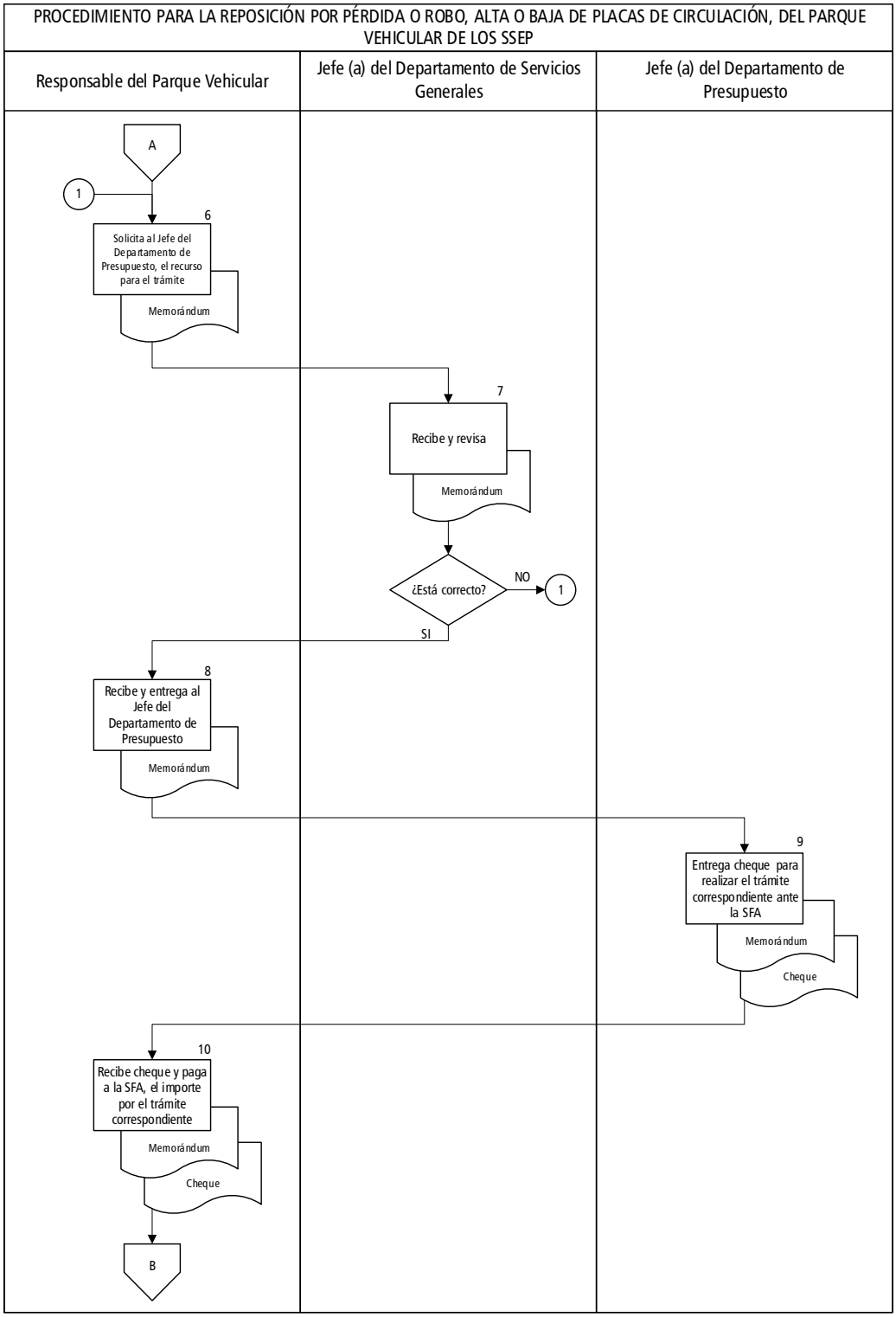
2	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe correspondencia y turna al Responsable del Parque Vehicular para realizar el trámite correspondiente.	Oficio/Memorándum
3	Responsable del Parque Vehicular	Recibe solicitud y contacta al resguardatario del vehículo, para complementar la documentación y formatos necesaria para realizar el trámite correspondiente.	Oficio/Memorándum
4	Unidad Administrativa	Requisita formatos, complementa la documentación y la entrega al responsable del parque vehicular.	Documentación Formatos
5	Responsable del Parque Vehicular	Recibe documentación y formatos complementarios, para realizar el trámite de reposición por pérdida o robo, alta o baja de placas de circulación.	Documentación Formatos
6		Elabora Memorándum al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto, solicitando el recurso para el trámite correspondiente ante la SFA y lo envía para autorización al/la Jefe/a del Departamento de Servicios Generales.	Memorándum
7	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y revisa el Memorándum. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad 8. No: Regresa actividad 6.	Orden de servicio y factura
8	Responsable del Parque Vehicular	Recibe Memorándum autorizado y lo entrega al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto.	Memorándum
9	Jefe/a del Departamento de Presupuesto	Entrega cheque al/la Responsable del Parque Vehicular, para realizar el trámite correspondiente ante la SFA.	Memorándum Cheque
10	Responsable del Parque Vehicular	Recibe cheque y paga a la SFA, el importe por el trámite	Memorándum Cheque

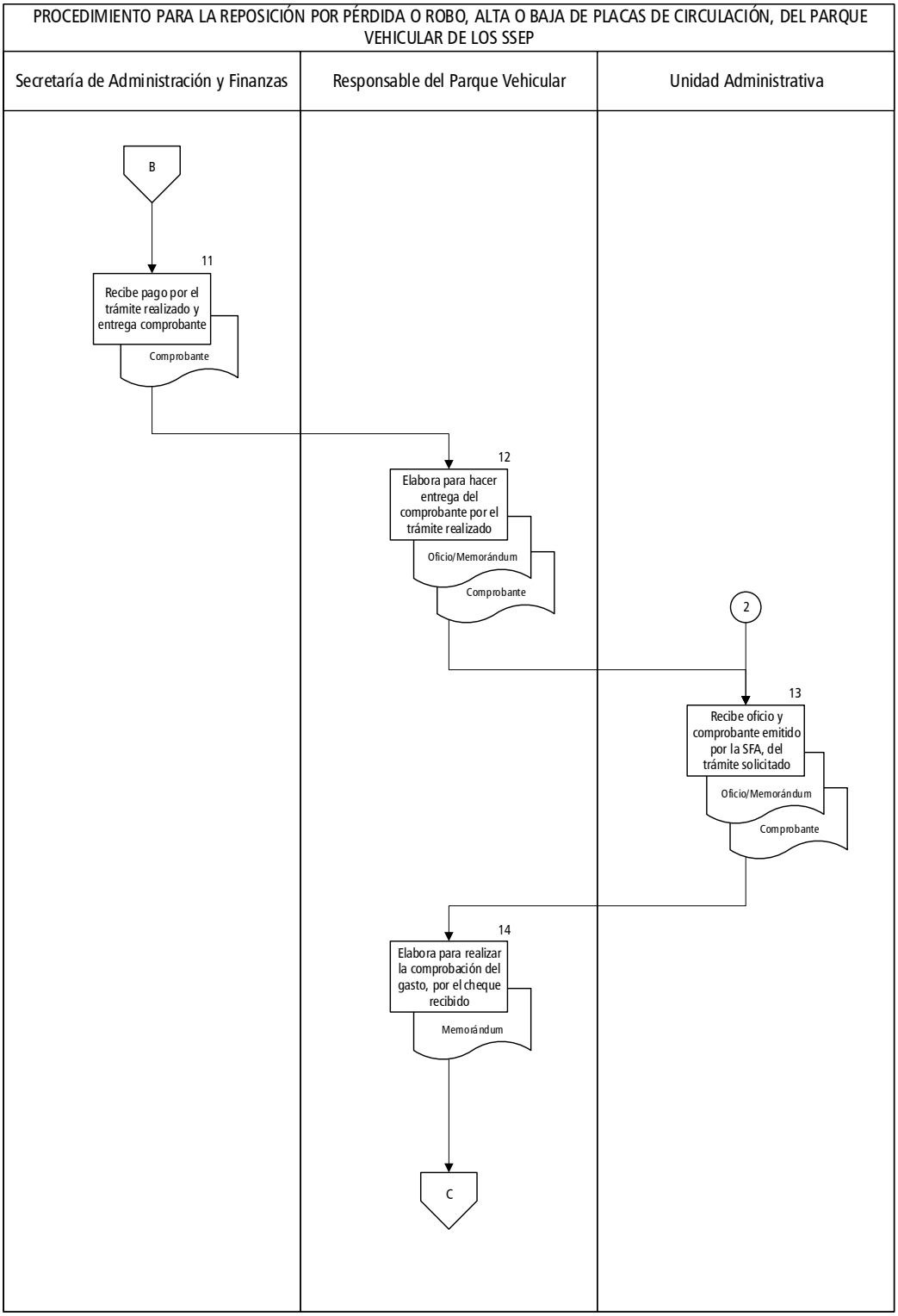
		correspondiente.	
11	Secretaría de Administración y Finanzas	Recibe pago por el trámite realizado y entrega al/la Responsable del Parque Vehicular, comprobante.	Comprobante
12	Responsable del Parque Vehicular	Elabora Oficio a la Unidad Administrativa Solicitante, para hacer entrega del comprobante por el trámite realizado.	Oficio/Memorándum Comprobante
13	Unidad Administrativa	Recibe Oficio y comprobante emitido por la SFA, del trámite solicitado.	Oficio/Memorándum Comprobante
14	Responsable del Parque Vehicular	Elabora Memorándum al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto, para realizar la comprobación del gasto, por el cheque recibido.	Memorándum
15	Jefe/a del Departamento de Servicios Generales	Recibe y revisa el Memorándum. ¿Está correcto? Si: Continúa actividad 16. No: Regresa actividad 13.	Memorándum
16	Responsable del Parque Vehicular	Entrega al/la Jefe/a del Departamento de Presupuesto Memorándum y la documentación comprobatoria del gasto.	Memorándum Documentación
17	Jefe/a del Departamento de Presupuesto	Recibe Memorándum y la documentación comprobatoria del gasto.	Memorándum Documentación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

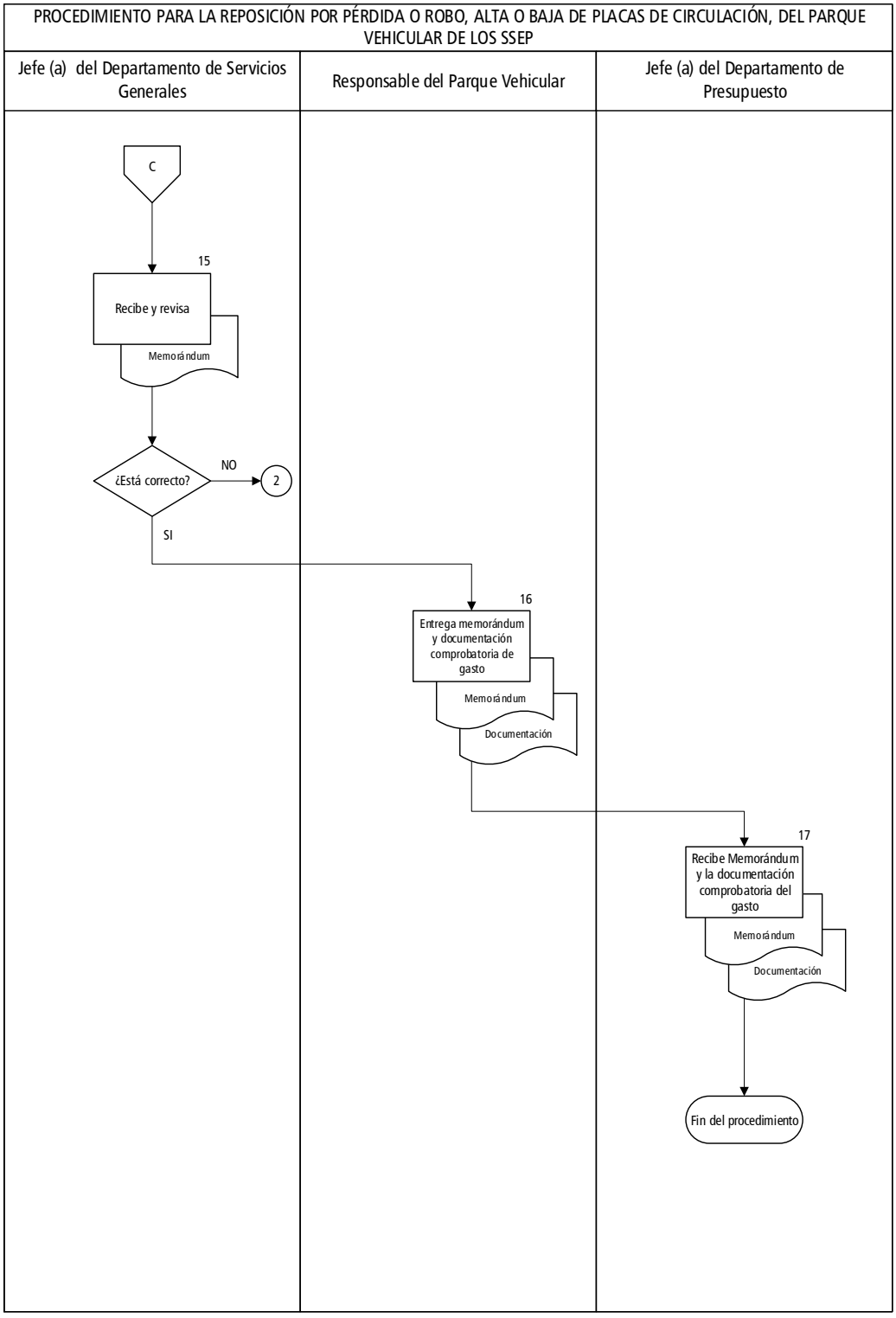


PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SSEP




PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SSEP
Secretaría de Administración y Finanzas
Responsable del Parque Vehicular
Unidad Administrativa
B
11
Recibe pago por el trámite realizado y entrega comprobante
Comprobante
12
Elabora para hacer entrega del comprobante por el trámite realizado
Oficio/Memorándum
Comprobante
2
13
Recibe oficio y comprobante emitido por la SFA, del trámite solicitado
Oficio/Memorándum
Comprobante
14
Elabora para realizar la comprobación del gasto, por el cheque recibido
Memorándum
C

PROCEDIMIENTO PARA LA REPOSICIÓN POR PÉRDIDA O ROBO, ALTA O BAJA DE PLACAS DE CIRCULACIÓN, DEL PARQUE VEHICULAR DE LOS SSEP



7.18.35. PROCEDIMIENTO PARA EROGACIONES BANCARIAS MEDIANTE CHEQUES Y TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS.

Tiempo Promedio: 2 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Marisol Ocotitlá Vázquez **Coordinadora de Tesorería MOV (DTyP)** **Octubre 2018**	**José Rafael Sánchez Olvera** **Subdirector de Control y Gestión Financiera JRSO (SCGF)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Programar y monitorear las erogaciones bancarias mediante transferencias y/o emisión de cheques según sea el caso, con cargo a la fuente de financiamiento y cuenta bancaria correspondiente, lo anterior a efecto de cumplir con las obligaciones adquiridas por el Organismo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Presupuesto de Egresos de la Federación (vigente).
2. Presupuesto de Egresos del Estado de Puebla (vigente).
3. Presupuesto de Ingresos del Estado de Puebla (vigente).
4. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto (vigente).
5. Ley de Contabilidad Gubernamental (vigente).
6. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Políticas de Operación:

1. Las afectaciones financieras estarán sujetas a la disponibilidad financiera y deberán ser operadas en atención a los memorándums de compromiso presupuestal, pagos de pasivo, gastos a comprobar, viáticos, y/o cualquier solicitud que implique un movimiento bancario, los cuales son remitidos por el Departamento de Presupuesto al Departamento de Contabilidad y canalizados al Departamento de Tesorería y Patrimonio para efectos de pago, así como los enviados por el Departamento de Presupuesto, el Departamento de Contabilidad y el Departamento de Nóminas y Prestaciones económicas (éste último únicamente en casos relacionados a las nóminas que le fueron previamente autorizadas), al Departamento de Tesorería y Patrimonio.
2. La operación de las transferencias bancarias y/o emisión de cheques tendrán en todos los casos el objetivo de cumplir con las obligaciones adquiridas por el Organismo, así como de proveer a las unidades aplicativas y a los/las funcionarios/as del OPD, de los recursos que les sean previamente autorizados, para realizar las actividades designadas.
3. Las afectaciones bancarias podrán tener tres modalidades:
   - Transferencias bancarias.
   - Cheques nominativos.

- Cheques de caja emitidos por la Institución bancaria.

4. Las afectaciones financieras centrales se realizarán a través de la Coordinación de Tesorería, quien previamente identificará la fuente de financiamiento, la disponibilidad financiera y la modalidad de pago con la que se operarán las mismas, las afectaciones bancarias por concepto de pago de nómina serán programadas en la Dirección de Operación de Personal, a través del Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas.
5. El plazo máximo en que deberán realizarse las afectaciones bancarias será de treinta y seis horas hábiles, a partir de la recepción de trámite en el Departamento de Tesorería y Patrimonio.
6. Si la afectación bancaria se efectuará mediante cheque, éste en todos los casos deberá ser nominativo.
7. Sin excepción, los cheques emitidos deberán ser firmados de manera mancomunada, por los/las funcionarios/as que hayan sido facultados/as para tal efecto, por el/la titular de la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión del OPD.
8. Los cheques emitidos a través de la Coordinación de Tesorería, estarán disponibles para su entrega en el área de caja, los/las beneficiarios/as y/o apoderados/as para efectos de cobro, deberán presentar su identificación y firmar la póliza cheque emitida.
9. Los trámites de pago recibidos en el Departamento de Tesorería y Patrimonio que sean operados mediante transferencia electrónica deberán enviarse junto con la evidencia del pago (impresión de transferencia electrónica), al Departamento de Contabilidad en un lapso no mayor a cinco días hábiles posteriores a la afectación bancaria.
10. Los trámites de pago recibidos en el Departamento de Tesorería y Patrimonio, realizados mediante cheque deberán remitirse, al Departamento de Contabilidad en un lapso de cinco días hábiles posteriores a la

	entrega del cheque al beneficiario/a y/o apoderado/a legal del mismo, junto con la póliza cheque correspondiente. 11. En relación a los pagos de nómina, programados por la Dirección de Operación de Personal, mediante dispersión electrónica y/o emisión de cheques, se deberá monitorear que éstas afectaciones financieras, se limiten al monto autorizado para tal efecto, de acuerdo a los memorándum de compromiso remitido por el Departamento de Presupuesto, y éste deberá ser conciliado con la información enviada por el Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas, en la cual detalla e informa de la emisión de cheques así como de las dispersiones efectuadas a los/las trabajadores/as del OPD. 12. El/la o los/las conciliadores/as de las cuentas bancarias de nómina, en su caso deberán elaborar el memorándum de solicitud de aclaraciones, lo anterior derivado de diferencias detectadas con la información remitida por el Departamento Nóminas y Prestaciones Económicas, dicha solicitud será revisada y rubricada por el/la Coordinador/a de Tesorería, quien recabará la firma del/la Jefe/a de Tesorería y Patrimonio.
Responsables	Departamento de Tesorería y Patrimonio, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Departamento de Presupuesto. Departamento de Contabilidad. Departamento de Tesorería y Patrimonio. Coordinación Operativa de Tesorería. Dirección de Operación de Personal. Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas.
Recursos	Expediente, Cheques, Póliza cheque, Acuse de recibo de documentación.

Glosario

Disponibilidad financiera: Saldo de la cuenta bancaria, al que deberá descontarse el monto total de los cheques en tránsito.

Cheques en tránsito: Cheques emitidos que no han sido presentados para su cobro en la institución bancaria correspondiente y cuyo importe continúa disponible en la cuenta bancaria.

Fuente de financiamiento: Origen del recurso y correspondiente a la cuenta bancaria.

Transferencia bancaria: Operación financiera mediante la cual se realiza de forma electrónica un traspaso de dinero con cargo a una cuenta determinada.

Cheque: Título de crédito, mediante el cual se entrega una determinada cantidad de dinero a un tercero.

Firma mancomunada: Firmas de dos de los funcionarios/as facultados/as y registrados/as en la institución bancaria correspondiente, mismas que deberán plasmarse invariablemente, en los cheques que sean emitidos.

Afectaciones financieras: Movimientos bancarios realizados con cargo a las cuentas bancarias, mismas que se dividen en:

- Afectaciones financieras centrales: Movimientos bancarios realizados a través de la Coordinación de Tesorería del Departamento de Presupuesto, mediante los cuales se efectúan erogaciones a favor de proveedores/as de bienes y servicios, contratistas, Tesorería de la Federación, Tesorería del Estado, Unidades Aplicativas, Funcionarios/as del OPD, etc., así como cuentas bancarias del propio Organismo, a efecto de dar suficiencia financiera para el pago de nómina, impuestos, productos y aprovechamientos etc.
- Afectaciones financieras para pago de nómina: Programación de pagos por concepto de nómina, que realiza la Dirección de Operación de Personal a través del Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas y cuya modalidad de pago se realiza mediante dispersión electrónica y emisión de cheques.

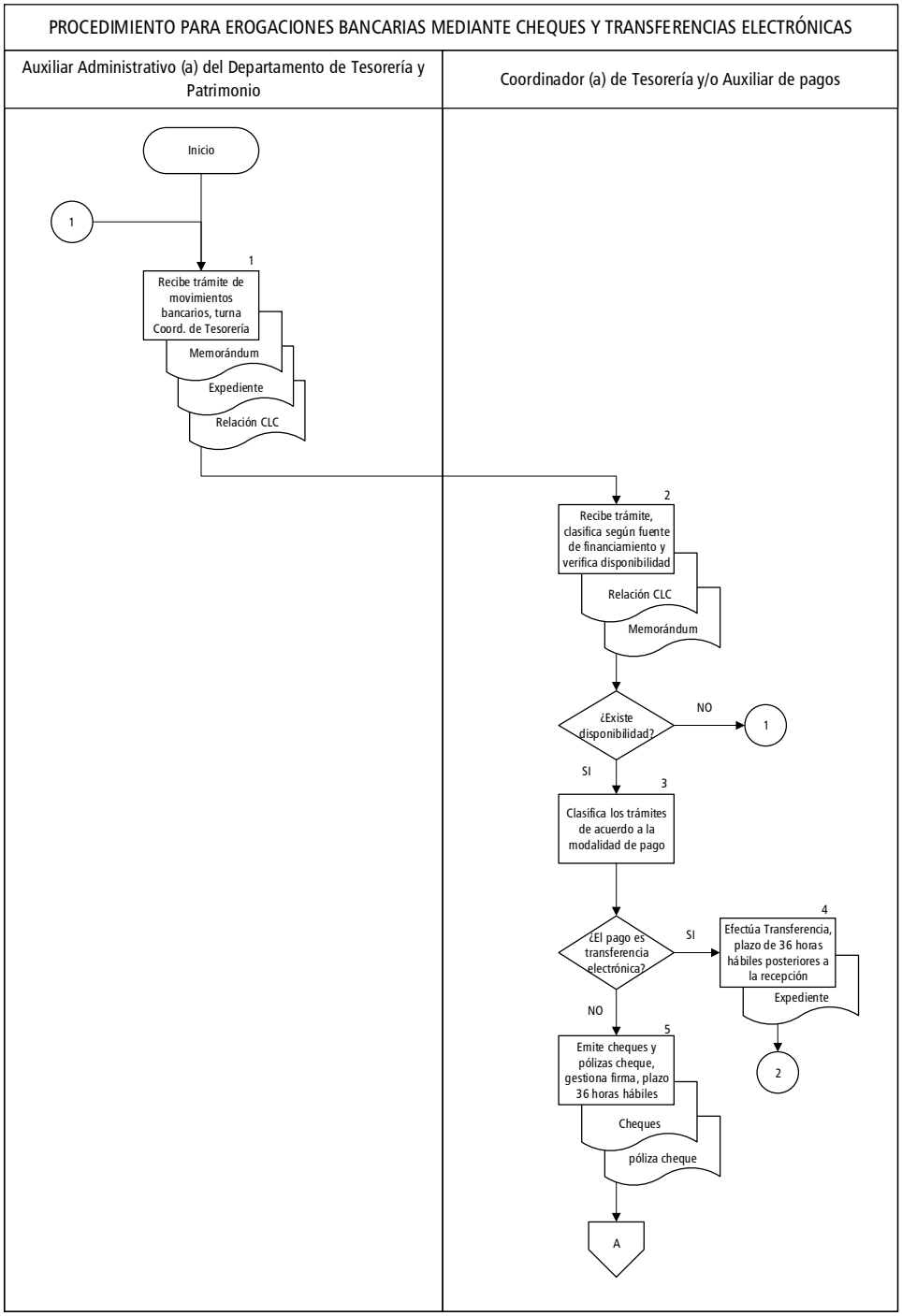
OPD: Organismo Público Descentralizado.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EROGACIONES BANCARIAS MEDIANTE CHEQUES Y TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Auxiliar Administrativo/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio	Recibe trámite de movimientos bancarios, turna con a la Coordinación de Tesorería.	Memorándum, Expediente, Relación de CLC pagos y los pagos originales se turnan con relación
2	Coordinador/a de Tesorería y/o Auxiliar de pagos	Recibe el trámite, clasifica conforme a la fuente de financiamiento y verifica la disponibilidad financiera. ¿Existe disponibilidad? Sí: Continúa actividad 3. No: Devuelve trámite y regresa a la actividad 1.	CLC Memorándum de Presupuesto
3		Clasifica los trámites de acuerdo a la modalidad de pago y turna al/la Auxiliar de Tesorería y/o Auxiliar de Caja según sea el caso a efecto de que se realice la transferencia bancaria y/o imprima el cheque correspondiente. ¿La modalidad de pago es transferencia electrónica? Sí: Continúa en la actividad 4. No: Continúa en la actividad 5.	S/D
4	Coordinador/a de Tesorería y/o Auxiliar de pagos	Efectúa las transferencias bancarias, en un plazo de 36 horas hábiles posteriores a la recepción del trámite, en el Departamento de Contabilidad para su registro y continúa en actividad 7.	Expediente

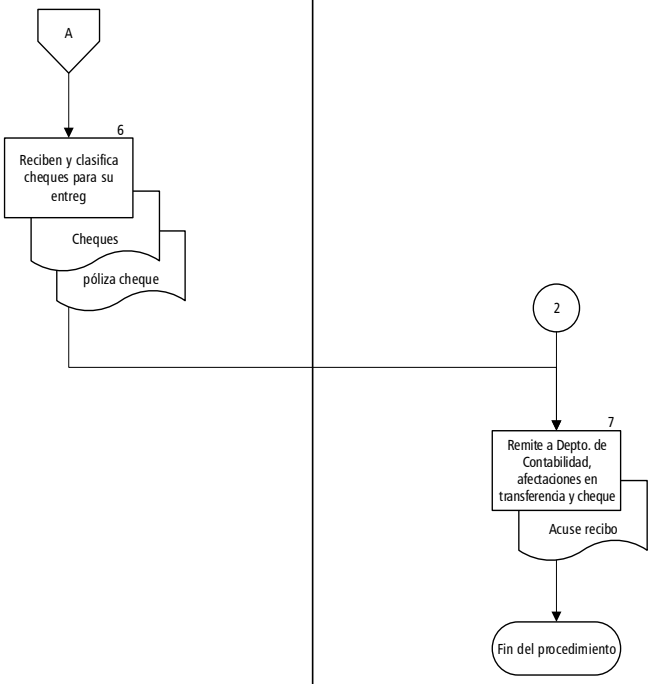
5	Coordinador/a de Tesorería y/o auxiliar de pagos	Emite cheques y pólizas cheque, gestiona firma (mancomunada) de los/las funcionarios/as facultados/as para tal efecto, en un plazo de 36 horas hábiles posteriores a la recepción del trámite, en el Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Cheques/póliza cheque
6	Pagadores/as habilitados caja central	Reciben y clasifican cheques para su entrega a los/las beneficiarios/as y/o apoderados/as, mismos que serán entregados previa presentación de identificación y firma en la póliza cheque emitida.	Cheques/póliza cheques firmados de recibido
7	Auxiliar Administrativo/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio	Remite al Departamento de Contabilidad, afectaciones financieras mediante transferencia bancaria, en un plazo de 5 días hábiles posteriores a su realización y los trámites de pagos realizados mediante cheque en un plazo de 5 días hábiles posteriores a la entrega a los/las beneficiarios/as y/o apoderados/as.	Acuse de recibo de documentación
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EROGACIONES BANCARIAS MEDIANTE CHEQUES Y TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS.



PROCEDIMIENTO PARA EROGACIONES BANCARIAS MEDIANTE CHEQUES Y TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Pagadores (as) habilitados caja central	Auxiliar Administrativo (a) del Departamento de Tesorería y Patrimonio



7.18.36. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN BANCARIA.

Tiempo Promedio: 8 DÍAS

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Elba Alejandra Sánchez Hernández Enlace para la Elaboración de Manuales de Procedimientos EASH (DTyP) Octubre 2018	**José Rafael Sánchez Olvera Subdirector de Control y Gestión Financiera JRSO (SCGF) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Determinar y analizar las diferencias existentes entre las operaciones bancarias programadas por la Coordinación de Tesorería, así como por terceros (pagos programados por el Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas, depósitos realizados por las unidades aplicativas, proveedores, Tesorería del Estado, funcionarios/as, etc.) y las ejecutadas por la institución bancaria, así mismo detectar las diferencias y omisiones en los registros contables de la cuenta de banco correspondiente.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Presupuesto de egresos de la Federación (vigente).
2. Presupuesto de egresos del Estado de Puebla (vigente).
3. Presupuesto de Ingresos del Estado de Puebla (vigente).
4. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto (vigente).
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud en el Estado de Puebla (vigente).

Políticas de Operación:

1. La Coordinación de Tesorería, proporcionará la información necesaria al/la Auxiliar Administrativo/a encargado/a de elaborar un reporte acumulado, de las afectaciones bancarias ejecutadas (salidas y entradas) en el Departamento de Tesorería y Patrimonio, así como las programadas por terceros/as (pagos programados por el Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas, depósitos realizados por las unidades aplicativas, proveedores, Tesorería del Estado, funcionarios/as, etc. y que se encuentren plenamente identificadas, mismo que será entregado a cada uno de los/las conciliadores/as de las cuentas bancarias, a efecto de que verifiquen y en su caso gestionen que dichas afectaciones sean registradas en la contabilidad del Organismo.
2. Los estados de cuenta bancarios (originales) del mes que concluye, serán remitidos por la institución bancaria durante los primeros veinte días naturales del mes siguiente, de lo contrario la Coordinación de Tesorería deberá gestionar el envío, ante el/la ejecutivo/a bancario correspondiente.
3. Para efectos de dar inicio a la elaboración de las conciliaciones bancarias, la Coordinación de Tesorería deberá entregar a los/las conciliadores/as, los estados de cuentas (provisionales) correspondientes, en formato impreso y electrónico.

4. La estructura de la carátula de las conciliaciones bancaria estará conformada por el encabezado (datos del OPD, mes correspondiente, nombre de la institución bancaria, número y nombre de la cuenta, fondo y No. de auxiliar contable), cuerpo (saldos y anexos 1 al 7) y el pie de documento (firmas del/la Conciliador/a Bancario/a, Supervisor/a de Conciliaciones Bancarias, Coordinador/a de Tesorería y Jefe/a del Departamento)
5. El cuerpo de la conciliación bancaria estará dividido en dos segmentos (contable y el financiero), mismos que a su vez estarán formados cada uno por dos columnas (debe y haber), a efecto de que éstas reflejen el o los movimientos (contable y/o financiero según sea el caso) netos requeridos para llegar a los saldos conciliados.
6. El soporte documental que se anexará a la carátula de la conciliación será:
7. Detalle de cada de los anexos cuyo valor sea mayor a cero, copia del estado de cuenta bancario y copia del auxiliar contable de bancos.
8. Los/las conciliadores/as deberán confrontar las operaciones programadas por la Coordinación de Tesorería y/o terceros/as, con las ejecutadas por la Instituciones bancarias, así como las registradas en la contabilidad del OPD.
9. Para efecto de la confrontación de las afectaciones bancarias y los registros contables, el/la conciliador/a utilizará como fuente de información los estados de cuenta y el auxiliar contable de bancos correspondiente.
10. El monto de los depósitos salvo buen cobro, efectuados el día último de mes y que no sean abonados por la Institución Bancaria, deberá reflejarse en el anexo 1 del segmento financiero de la conciliación, y deberá sumarse al saldo según bancos (haber).
11. El monto de los cargos realizados en la cuenta bancaria y que al cierre contable no hayan sido registrados, se reflejará en el anexo 2 del segmento contable y restará al saldo contable que refleja el

mismo (haber).

12. En el caso de que el conciliador identifique comisiones bancarias (Anexo 3), el monto de las mismas se sumará al saldo según bancos (haber).
13. El importe total de los cheques en tránsito se clasificará en el anexo 4, este monto restará el saldo según bancos (debe).
14. Los abonos efectuados a la cuenta bancaria y que al cierre contable no hayan sido registrados, se reflejarán en el anexo 5 de la conciliación, éstos sumarán el saldo contable (debe).
15. En el caso de que el/la conciliador/a detecte diferencias a cargo o a favor, entre las operaciones programadas y las ejecutadas por el banco, el monto neto de las mismas deberá plasmarse en el anexo 6 sumando o restando al saldo bancario según sea el caso.
16. El monto neto de los registros contables no correspondidos, en virtud de que el movimiento registrado difiere o no fuera programado ni ejecutado por el banco, se reflejará en el anexo 7, sumando o restando según sea el caso, el saldo contable de bancos y se gestionará la cancelación total o parcial del movimiento contable.
17. El/la Conciliador/a deberá realizar en el ámbito de su competencia las gestiones necesarias ante el Departamento de Contabilidad, para que las afectaciones financieras que estén plenamente identificadas, sean registradas en la contabilidad del OPD.
18. Una vez confrontados los movimientos bancarios y los realizados en el Departamento de Contabilidad al cierre contable del mes correspondiente, el/la conciliador/a deberá imprimir, firmar y turnar la conciliación bancaria al/la supervisor/a de conciliaciones para su revisión, firma y gestión de firmas del/la Coordinador/a y Jefe/a del Departamento; lo anterior en un plazo de 12 días naturales posteriores al cierre contable.
19. El/la conciliador/a y el/la Supervisor/a de conciliaciones deberán dar seguimiento en el ámbito

	de su competencia, a los montos reflejados en los anexos del cuerpo de la conciliación bancaria; para en su caso elaborar el oficio o memorándum según corresponda, el cual será canalizado de acuerdo a la naturaleza de la cuenta bancaria, al Departamento y/o institución bancaria que le corresponda, solicitando la aclaración, corrección o bonificación de los montos que arrojan los anexos, dicha solicitud será revisada y rubricada por el/la Coordinador/a de Tesorería, quien recabará la firma del/la Jefe/a de Tesorería y Patrimonio. 20. La conciliación bancaria se imprimirá en tres tantos mismos que se repartirán de la siguiente manera: ▪ Archivo del Departamento de Tesorería y Patrimonio. ▪ Despacho Auditor Externo. ▪ Conciliador/a
Responsables	Departamento de Tesorería y Patrimonio, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Departamento de Contabilidad. Departamento de Tesorería y Patrimonio. Coordinación Operativa de Tesorería. Área de conciliaciones bancarias. Instituciones bancarias. Departamento de Nóminas y Prestaciones económicas. Unidades Aplicativas.
Recursos	Transferencias, Reportes de emisión de cheque, Fichas de depósito, Estados de Cuenta, Reporte, Conciliación, Memorándum/Oficio.
Glosario	Conciliación Bancaria: Es el proceso de verificación y confrontación, que consiste en revisar y comparar cada uno de los movimientos registrados en los auxiliar financieros, con la información contenida en el estado de cuenta bancario, a efecto de identificar posibles diferencias. Método de Saldos Correctos: El método para realizar la Conciliación Bancaria, la cual consiste en comparar el estado de cuenta enviado por el banco con los registros

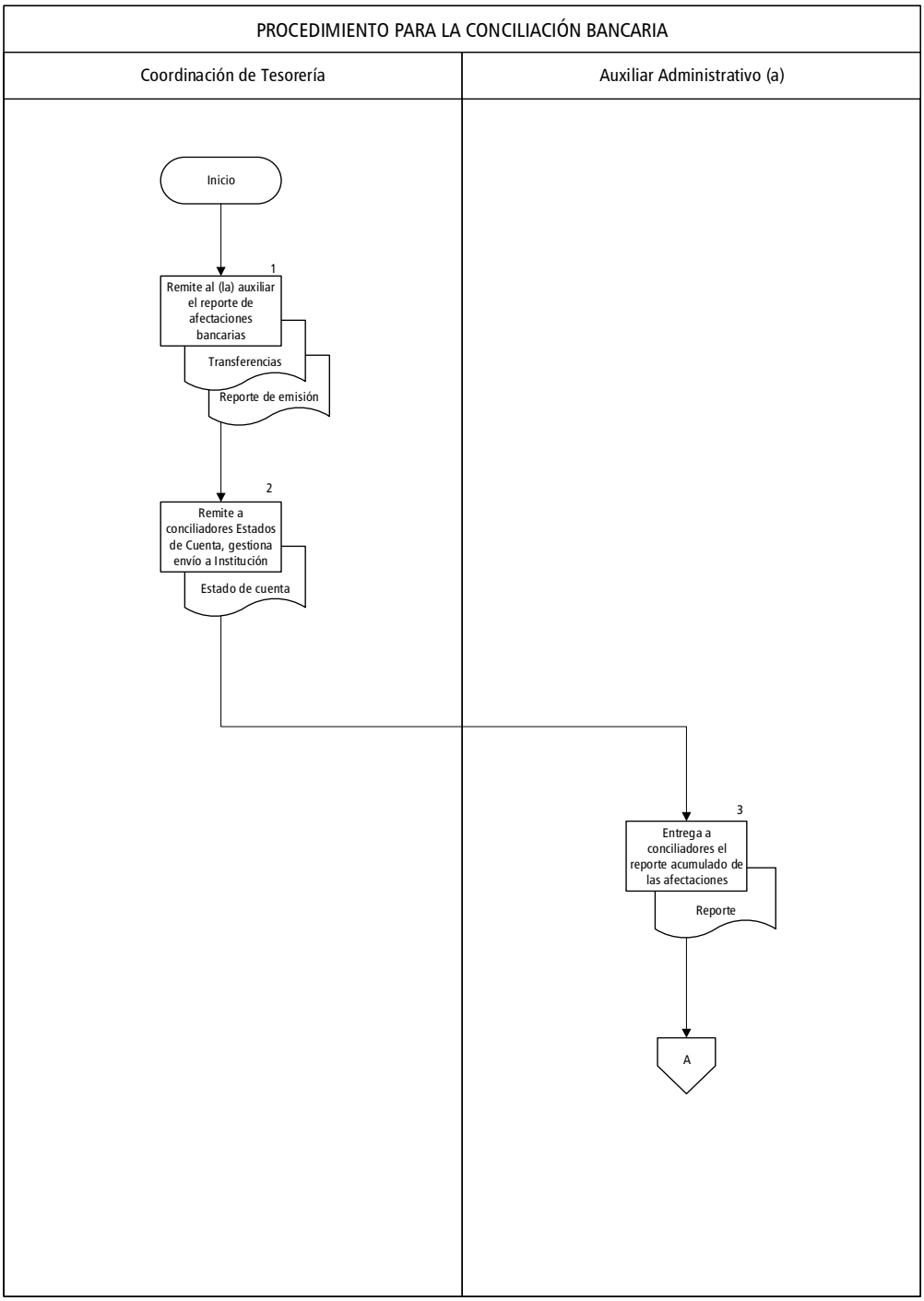
asentados en la contabilidad de este OPD, para luego proceder a identificar las diferencias y determinar el saldo conciliado.
Estado de cuenta bancario: Documento oficial emitido por la Institución bancaria el día último de cada mes, mediante el cual se detallan la totalidad de los movimientos e importes respectivos que afectaron la cuenta bancaria durante el mes.
Afectaciones bancarias y/o financieras: Cargos o abonos reflejados en la cuenta bancaria.
Auxiliar Financiero: Reporte mediante el cual se registran, las afectaciones bancarias.
Auxiliar Contable de Bancos: Reporte mensual que emite el Sistema de Contabilidad Gubernamental, que refleja los registros contables realizados por el Departamento de Contabilidad, correspondientes a los movimientos observados en las cuentas bancarias, efectuados por la Coordinación de Tesorería, Unidades Aplicativas, Tesorería del Estado, proveedores, Departamento de Nóminas y Prestaciones Económicas etc; y a partir del cual se elaborará la conciliación bancaria.
Saldo bancario: Saldo que refleja el estado de cuenta.
Saldo contable: Importe que refleja la cuenta contable de bancos.
Depósitos en tránsito (Anexo 1): Depósito tramitado ante la institución bancaria, cuyo importe se encuentra pendiente de abonar por la misma.
Cargos Directos (Anexo 2): Monto total de las erogaciones bancarias, pendientes de registro contable.

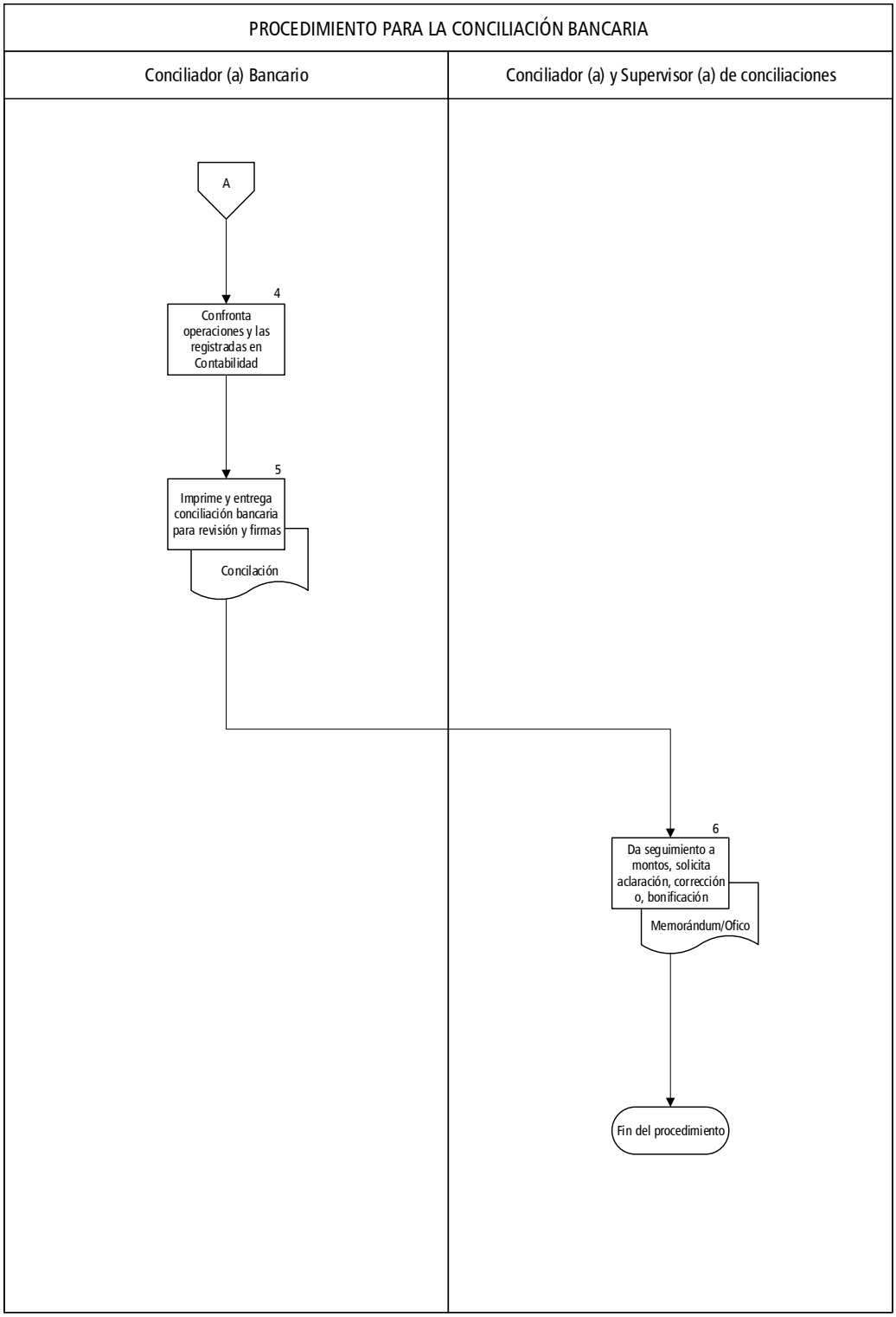
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN BANCARIA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Coordinación de Tesorería	Remite al/la auxiliar administrativo/a encargado/a de elaborar el reporte acumulado de las afectaciones	Transferencias, reportes de emisión de cheque y fichas

		bancarias observadas durante el mes.	de depósito
2		Remite a los/las Conciliadores/as los estados de cuenta en formato impreso y electrónico y en su caso gestiona ante la institución bancaria correspondiente el envío de los estados de cuenta que no hayan sido recibidos durante los primeros veinte días del mes.	Estados de Cuenta
3	Auxiliar Administrativo/a	Entrega a los/las conciliadores/as el reporte acumulado de las afectaciones bancarias.	Reporte
4	Conciliador/a Bancario	Confronta las operaciones programadas por la Coordinación de Tesorería, así como por terceros/as, contra las ejecutas por la institución bancaria y las registradas por el Departamento de Contabilidad. En su caso clasifica las diferencias, omisiones, cargos y abonos detectados en el anexo que corresponda.	S/D
5		Imprime y entrega conciliación bancaria para revisión y firmas.	Conciliación
6	Conciliador/a y Supervisor/a de conciliaciones	Dan seguimiento a los montos que arrojan los anexos y en su caso elaboran oficio o memorándum, solicitando a quien corresponda la aclaración, corrección o bonificación de dichos montos, entrega la solicitud para su revisión y rúbrica del/la Coordinador/a de Tesorería, para la posterior firma del/la Jefe/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Memorándum/oficio
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN BANCARIA.




PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN BANCARIA
Conciliador (a) Bancario
Conciliador (a) y Supervisor (a) de conciliaciones
A
4
Confronta operaciones y las registradas en Contabilidad
5
Imprime y entrega conciliación bancaria para revisión y firmas
Concilación
6
Da seguimiento a montos, solicita aclaración, corrección o, bonificación
Memorándum/Ofico
Fin del procedimiento

7.18.37. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Tiempo Promedio: 5 Días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Julio García Flores **Coordinador de Control Patrimonial** **JGF (CCP)** **Octubre 2018**	**José Rafael Sánchez Olvera** **Subdirector de Control y Gestión Financiera** **JRSO** **(SCGF)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Recibir, revisar y analizar los ingresos que recaban las Unidades Aplicativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla por concepto de cuotas de recuperación; para la elaboración de los reportes y concentrados que se presentan ante la autoridad correspondiente.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º.
2. Ley de Planeación.
3. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla.
4. Ley General de Salud.
5. Ley Estatal de Salud.
6. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: Adición Publicada.
7. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
8. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
9. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.
10. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
11. Acuerdo de Coordinación para la descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, que en su Cláusula 38 establece las bases para normar y operar las Cuotas de Recuperación.
12. Manual del Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación.
13. Manual de Organización de la Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
14. Tabulador de Cuotas por Servicios Médicos Asistenciales otorgado por los Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente.

Políticas de Operación:

1. Se designará un/a responsable para la concentración de los reportes por Unidad así como la conciliación de los ingresos de las cuotas de recuperación de todas las Unidades Aplicativas, con el estado de cuenta.
2. Se designarán responsables de revisión y análisis de la documentación comprobatoria de los ingresos por cuotas de recuperación de todas las Unidades Aplicativas.

3. La recepción de los ingresos será dividida en dos etapas; siendo la primera revisión en la tercera semana de cada mes antes del cierre definitivo, en la que deberán de presentar en promedio el 80% de sus ingresos, y la segunda revisión será dentro de la última semana de cada mes, según el calendario establecido por el Departamento de Tesorería y Patrimonio.
4. La Unidad Aplicativa en el cierre final del mes, deberá integrar al 100% el Expediente de entrega de Ingresos, en los primeros dos días hábiles al inicio de cada mes conformada por la siguiente documentación:
   - Forma Contable No. 1.
   - Estado de Cuenta (original) con firmas.
   - Relación de Ingresos y Depósitos por Cuotas de recuperación.
   - Fichas de Depósito.
   - Documentación de Pago de Servicios Subrogados. (unidades que aplique).
   - Concentrado de Servicios Subrogados (anexando copia de oficio de gestión de Pago) (unidades que aplique).
   - Concentrado mensual de Recibos Oficiales y por Unidad.
   - Concentrado mensual de comprobantes de exención.
   - Forma Contable No. 4, Análisis de Ingresos por Cuotas de Recuperación (Servicio Médico con su anexo correspondiente - Jurisdicciones).
   - Forma Contable No. 4, Análisis de Ingresos por Cuotas de Recuperación (Servicio Dental con su anexo correspondiente - Jurisdicciones).
   - Registro Mensual de NO ingresos por Reclasificación de Nivel de Cobro por Unidad.
   - Registro Mensual de Servicios Exentos.
   - Concentrado Jurisdiccional de Consumo de Recibos e Ingresos (sólo Jurisdicciones).
   - Reporte detallado de ingresos por recibo.
   - Reporte de Consumo Diario de Recibos Oficiales.

- Reporte Mensual de Recibos Oficiales Cancelados.
- Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación (Concentrado y por Unidad – solo Jurisdicciones).
- Actas Administrativas por Robo o Extravío de Recibos o efectivo. (Cuando proceda).
- Relación de Unidades que NO captan Ingresos por Cuotas de Recuperación. (solo Jurisdicciones).

5. La Unidad entregará aparte del expediente los siguientes anexos para el seguimiento correspondiente:

Número y Tipo de documento.	Nombre del documento
03 originales	Relación de Ingresos y Depósitos por Cuotas de recuperación.
03 juegos de copias originales	Documentación de Pago de Servicios Subrogados. (Unidades que aplique).
02 juegos	Concentrado de Servicios Subrogados (anexando copia de oficio de gestión de Pago) (unidades que aplique).
02 originales	Reporte de Consumo Diario de Recibos Oficiales / Concentrado Jurisdiccional de Consumo de Recibos e Ingresos.
02 originales	Reporte Mensual de Recibos Oficiales Cancelados.
03 originales	Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación (Concentrado y por Unidad–solo Jurisdicciones)

6. La documentación deberá contener requisitos fiscales correctos: fichas de depósito, sellos oficiales y firmas de los responsables a cargo.
7. La documentación recibida, elaborada por las Unidades Médicas con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación, será revisada por el personal asignado, si no cumpliera con los

	criterios establecidos se procederá a su devolución para la corrección correspondiente. 8. La documentación devuelta deberá ser corregida dentro de los dos días siguientes a su devolución. 9. Se deberán apegar a las normas, lineamientos y mecanismos de operación y control que permitan la captación de los ingresos de los recursos de cuotas de recuperación que consta en el Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación. 10. Se llevará a cabo la conciliación de los ingresos reportados por las Unidades con el estado de la cuenta concentradora de cuotas de recuperación, el cual es proporcionado por el Departamento de Tesorería y Patrimonio. 11. El Departamento de Tesorería y Patrimonio, será el encargado de dotar a cada Unidad Aplicativa del Recibo para el Cobro de Cuotas de Recuperación y Comprobantes de exención para su uso de acuerdo a la normatividad del Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación.
Responsables	Departamento de Tesorería y Patrimonio, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Aplica a los/las Administradores/as de las Unidades Aplicativas pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Departamento de Contabilidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial	Elabora calendario para la recepción parcial, así como total del Expediente de Ingresos. Turna al/la Jefe/a del Departamento de Tesorería y	Calendario

		Patrimonio. Nota: Con copia de conocimiento para el Subdirector de Control y Gestión Financiera.	
2	Jefe/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio	Recibe calendario y realiza oficio de notificación de las fechas de entrega del Expediente de Ingresos por Cuotas de Recuperación y envía a las unidades aplicativas.	Oficio
3	Responsable de la Unidad Aplicativa	Entrega al/la Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial, relación parcial de ingresos junto con las fichas de depósito de la Unidad Aplicativa, así como el parcial del Reporte Detallado de Ingresos por recibo para su revisión y recibos de cobro utilizados y cancelados, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable	Relación parcial de ingresos. Fichas de depósito. Reporte detallado de ingresos por recibo parcial en magnético y Recibos Oficiales Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
4	Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial	Revisa con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable, que los datos de la relación de ingresos coincidan con las fichas de depósito, versus recibos utilizados. ¿Coinciden los datos? Sí: Continúa en la actividad no. 5 No: Solicita la corrección del documento y regresa a la actividad 3.	Relación parcial de ingresos. Fichas de depósito. Reporte detallado de ingresos por recibo parcial y Recibos Oficiales Manual del Sistema Estatal de cuotas de

			Recuperación y normatividad aplicable
5		Revisa la primera parte del Reporte Detallado de Ingresos por Recibo cotejando la información con los recibos oficiales. ¿Hay diferencias de acuerdo a claves y nivel de cobro? Sí: Continúa en la actividad 6. No: Continúa en la actividad no.7.	Reporte detallado de ingresos por recibo parcial y Recibos Oficiales
6		Se identifica la diferencia y se informa a la Unidad Aplicativa para el depósito correspondiente.	Reporte detallado de ingresos por recibo parcial, recibos oficiales y fichas de depósito
7		Archiva la documentación como avance de la entrega y le indica al/la Responsable de la Unidad el día en el que debe regresar, para la entrega final.	Relación parcial de ingresos. Fichas de depósito. Reporte detallado de ingresos por recibo parcial y Recibos utilizados.
8	Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial	Entrega la relación de ingresos al/la Coordinador/a Operativo/a de Control Patrimonial, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable	Relación Parcial de Ingresos Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable

9		Recibe relación de ingresos para la conciliación y turna al/la analista responsable de la conciliación, realizará solicitud de Estado de Cuenta al Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Relación Parcial de Ingresos Estado de Cuenta
10	Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial Responsable de la conciliación de ingresos	Recibe relaciones de ingresos e identifica los depósitos en el estado de cuenta de la Cuenta de Cuotas de Recuperación vigente. ¿Corresponden los depósitos, de acuerdo a la relación de depósitos parcial entregada por la Unidad? Sí: Continúa actividad 12. No: Continúa en actividad 11.	Relación Parcial de Ingresos Estado de Cuenta
11		Solicita al/la Analista responsable de la recepción de los ingresos de la Unidad administrativa verifique la información y regresa a la actividad número 4.	Relación Parcial de Ingresos Fichas de depósito
12		Valida y queda en firme en el concentrado mensual, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable.	Relación Parcial de ingresos Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
13	Responsable de la Unidad Aplicativa	Se presenta con el/la analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial y entrega relación de ingresos completa, así como la documentación que integra el expediente de Ingresos del mes en revisión, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable	Relación de ingresos completa Integración del Expediente de ingresos del mes Manual del Sistema Estatal

			de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
14	Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial	Revisa la documentación que integra el Expediente de Ingresos de Cuotas de Recuperación. ¿Está correcta? Sí: Continúa en la actividad número 16. No: Continúa en actividad 15.	Integración del Expediente de ingresos del mes
15		Regresa documentación solicitando su cambio o corrección y regresa a la actividad número 13.	Integración del Expediente de ingresos del mes
16		Revisa la segunda parte del Reporte Detallado de Ingresos por Recibo cotejando la información con los recibos oficiales, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable. ¿Hay diferencias de acuerdo a claves y nivel de cobro? Sí: Continúa en la actividad 18. No: Continúa en la actividad 17.	Reporte Detallado de Ingresos Recibos utilizados Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
17		Se determina el monto de la diferencia, se informa a la Unidad para su depósito y regresa a la actividad 13.	Documentación del expediente de ingresos
18		Valida el Reporte Detallado de Ingresos por recibo y se envía archivo magnético al/la Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial responsable de la concentración de todas las Unidades Aplicativas.	Reporte detallado magnético
19		Recibe y valida los anexos y firma de	Anexos

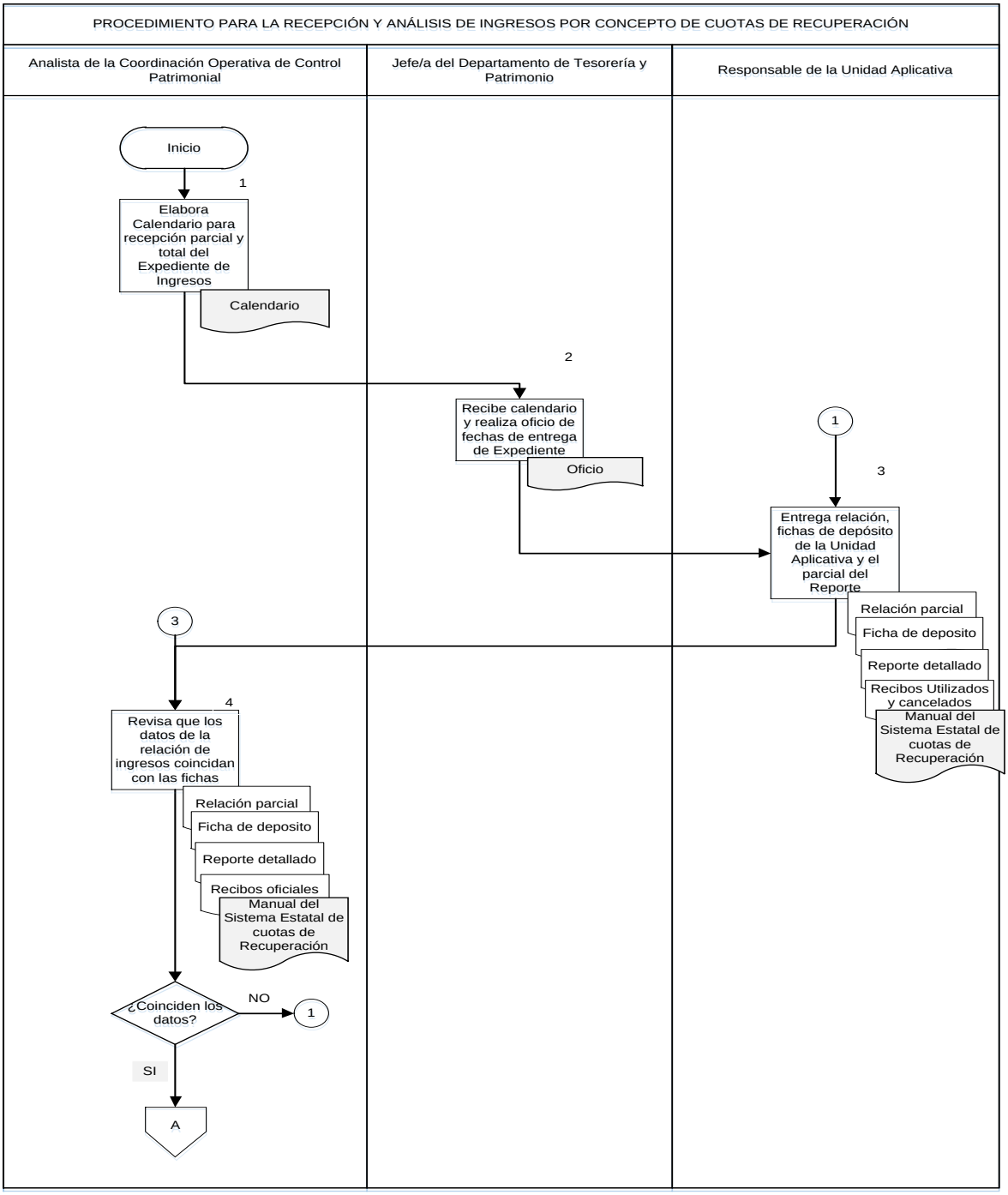
		recibido el Expediente de ingresos del mes en revisión. Entrega anexos a Coordinación Operativa de Control Patrimonial, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable	Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
20		Recibe anexos del Expediente de ingresos del mes y turna a los analistas responsables.	Anexos
21		Concentra los reportes por Unidad Aplicativa y emite el reporte estatal, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable	Concentrado Estatal de Cuotas de Recuperación Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
22	Responsable de la concentración de Reporte de Recibos Oficiales utilizados y cancelados	Concilia contra el suministro entregado a la unidad, verificando el consumo y existencia de los recibos oficiales, proporcionados por el Departamento de Tesorería y Patrimonio. ¿Coincide con lo suministrado por el Departamento? Sí: Continúa actividad 24. No: Continúa en la actividad número 23.	Informe Global de Recibos Oficiales utilizados y cancelados y Registro Mensual de Servicios Exentos
23		Se solicita al responsable de la unidad para que verifique la información y se concilia nuevamente y regresa a la actividad 15.	
24		Captura, emite informe y entrega al/la Jefe/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Informe Global de Recibos Oficiales utilizados y cancelados y

			Registro Mensual de Servicios Exentos
25	Responsable de la concentración de Servicios Subrogados	Actualiza de Servicios Subrogados el saldo del adeudo de cada una de las Unidades, así como se verifica el seguimiento de la gestión de cobro con las instituciones, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable ¿Coincide el saldo con los datos proporcionados? Sí: Continúa en actividad 27. No: Continúa en actividad 26.	Concentrado de servicios subrogados Gestión de Cobro Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
26		Se solicita al/la Analista responsable de la recepción del expediente, verifique la información y se concilia nuevamente y regresa a actividad número 25.	S/D
27	Responsable de la conciliación de ingresos	Captura, emite informe y entrega informe global al/la Jefe/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Informe de saldos actualizados de Servicios Subrogados por institución.
28		De acuerdo a las relaciones de ingresos finales de las Unidades Aplicativas, se identifican los últimos depósitos en el estado de la Cuenta Concentradora vigente, previa solicitud de estado de cuenta al Departamento de Presupuesto. ¿Corresponden los depósitos, de acuerdo a la relación de depósitos final entregada por la Unidad? Sí: Continúa actividad 30. No: Continúa en actividad 29.	Relación de ingresos Estado de cuenta

29		Se solicita al/la Analista responsable de la recepción de los ingresos de la Unidad Aplicativa verifique la información y concilia nuevamente y regresa a la actividad 15.	Relación de ingresos final
30		Valida y archiva relación de ingresos para la integración del expediente del Concentrado Mensual de ingresos.	Relación de ingresos, Expediente del Concentrado Mensual de ingresos
31		Elabora el Concentrado Mensual de ingresos y turna al/la Jefe/a del Departamento.	Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación
32	Jefe/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio	Valida la información generada: Concentrado Mensual de Cuotas de Recuperación. Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación.	Concentrado Mensual de Cuotas de Recuperación Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación
33		Elabora oficio para enviar el Concentrado Mensual de Cuotas de Recuperación y Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación y turna a la Coordinación Operativa de Control Patrimonial.	Oficio Concentrado mensual de cuotas de recuperación y Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación

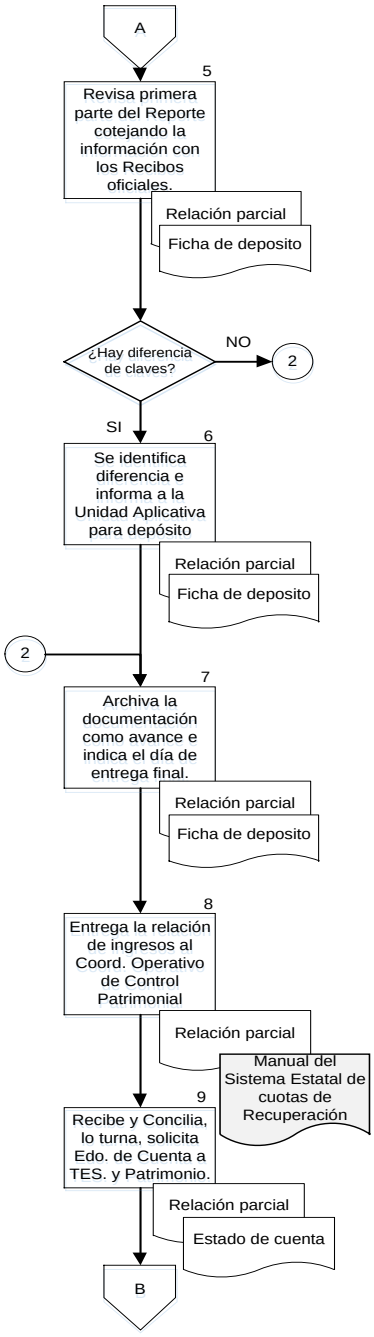
34	Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial	Recibe y entrega al Departamento de Contabilidad de los SSEP: Concentrado Mensual de Cuotas de Recuperación**.** Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación, con apego al Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable	Oficio Concentrado mensual de cuotas de recuperación y Concentrado de Ingresos de Cuotas de Recuperación Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación y normatividad aplicable
Fin del procedimiento			

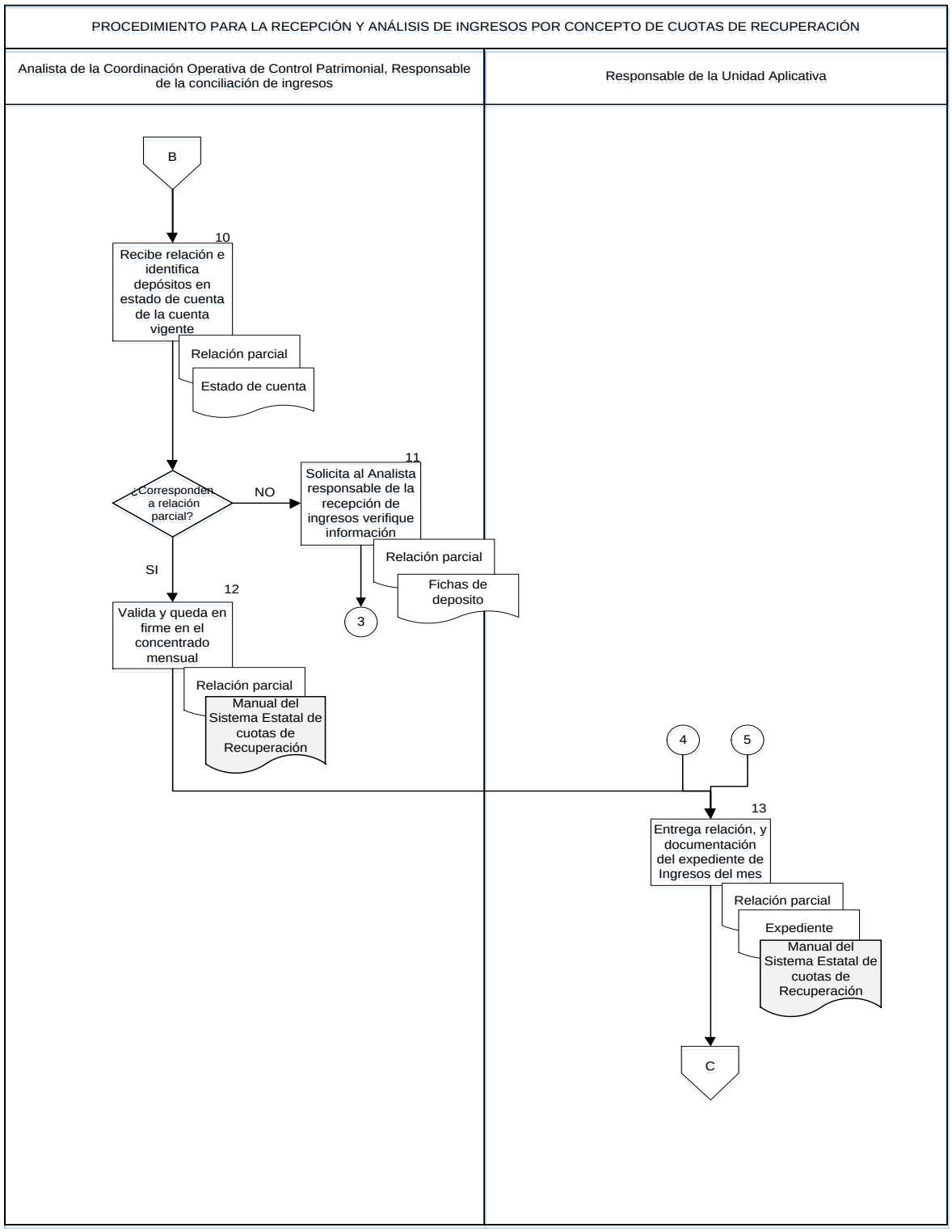
DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN



PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

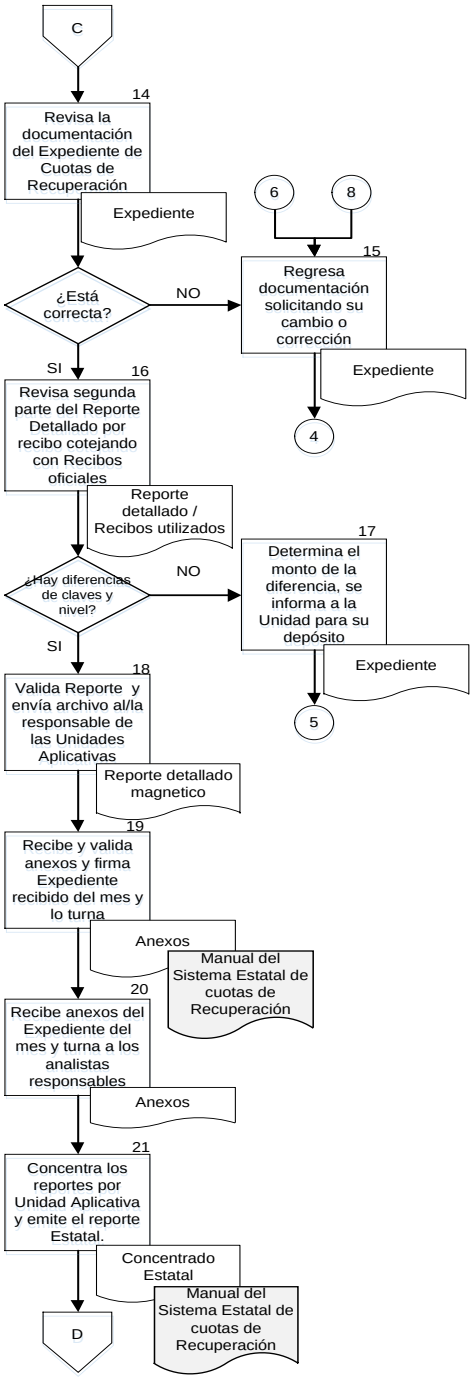
Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial

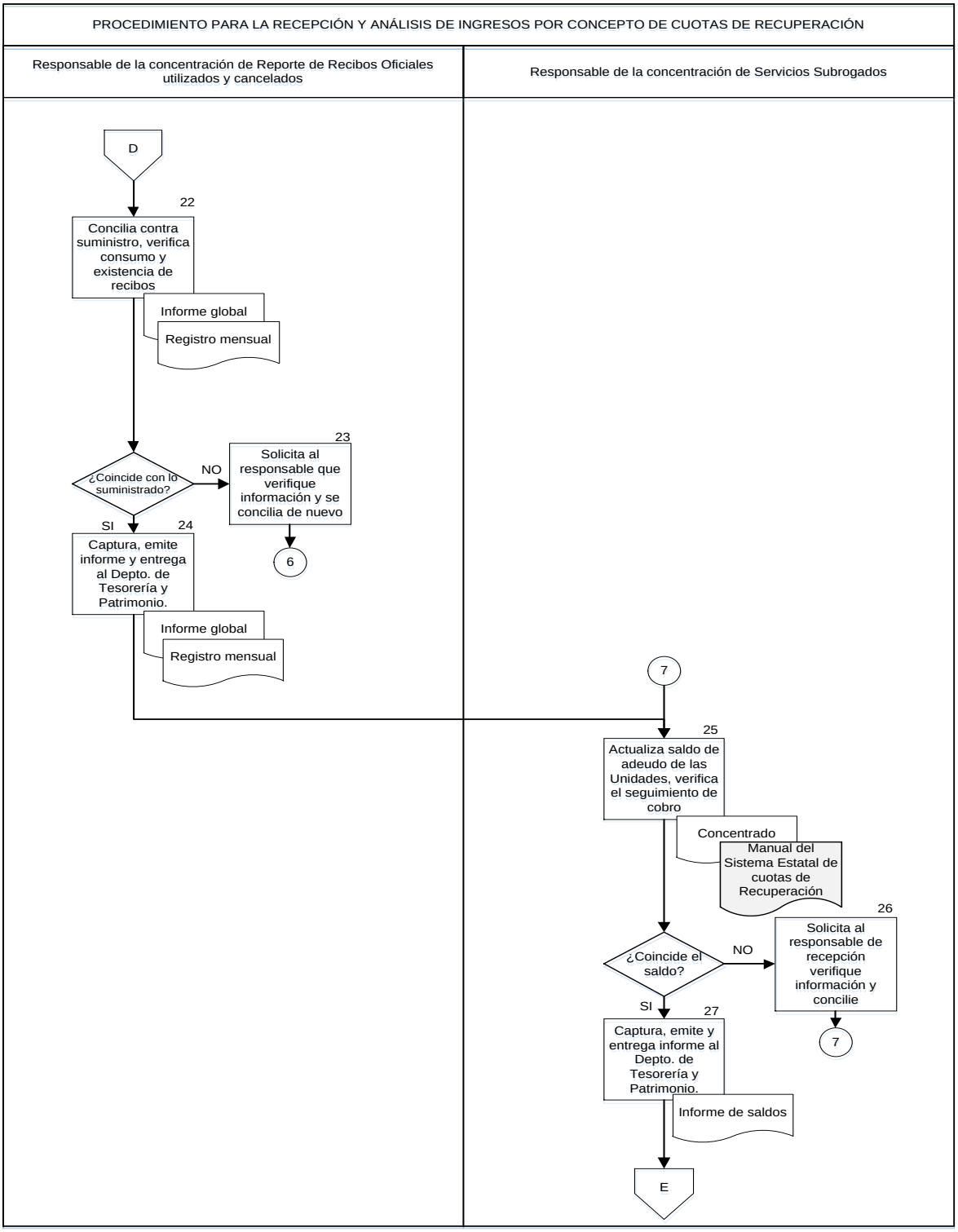


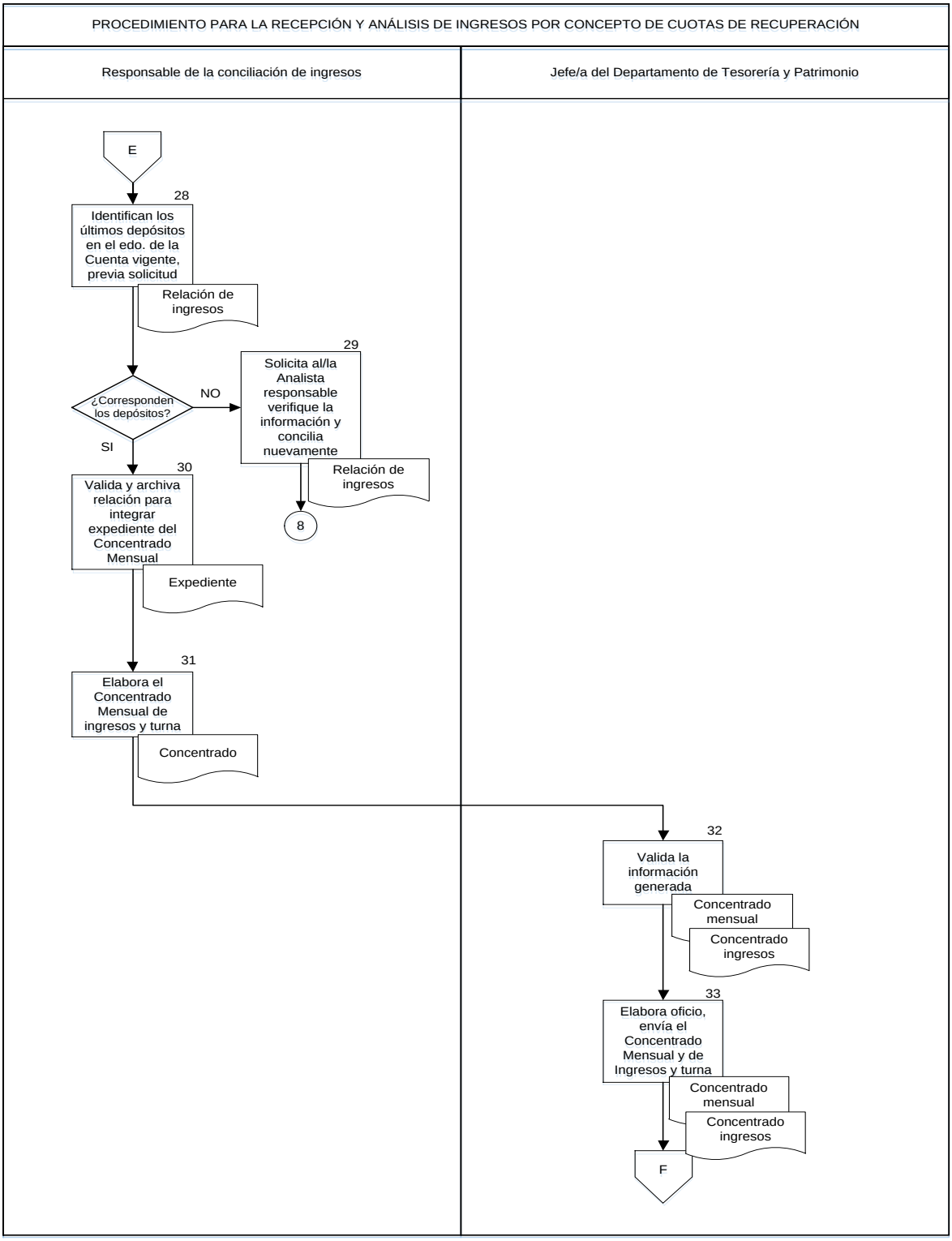

PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial, Responsable de la conciliación de ingresos
Responsable de la Unidad Aplicativa
B
10
Recibe relación e identifica depósitos en estado de cuenta de la cuenta vigente
Relación parcial
Estado de cuenta
¿Corresponden a relación parcial?
NO
11
Solicita al Analista responsable de la recepción de ingresos verifique información
Relación parcial
Fichas de deposito
3
SI
12
Valida y queda en firme en el concentrado mensual
Relación parcial
Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación
4
5
13
Entrega relación, y documentación del expediente de Ingresos del mes
Relación parcial
Expediente
Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación
C

PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial

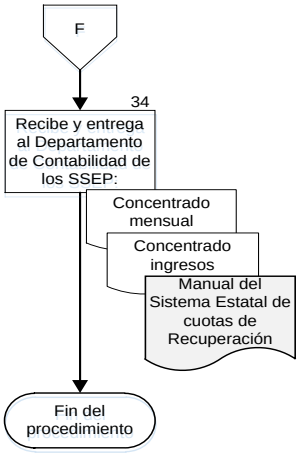



PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
Responsable de la concentración de Reporte de Recibos Oficiales utilizados y cancelados
Responsable de la concentración de Servicios Subrogados
D
22
Concilia contra suministro, verifica consumo y existencia de recibos
Informe global
Registro mensual
¿Coincide con lo suministrado?
NO
23
Solicita al responsable que verifique información y se concilia de nuevo
6
SI
24
Captura, emite informe y entrega al Depto. de Tesorería y Patrimonio.
Informe global
Registro mensual
7
25
Actualiza saldo de adeudo de las Unidades, verifica el seguimiento de cobro
Concentrado
Manual del Sistema Estatal de cuotas de Recuperación
¿Coincide el saldo?
NO
26
Solicita al responsable de recepción verifique información y concilie
7
SI
27
Captura, emite y entrega informe al Depto. de Tesorería y Patrimonio.
Informe de saldos
E


PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
Responsable de la conciliación de ingresos
Jefe/a del Departamento de Tesorería y Patrimonio
E
28
Identifican los últimos depósitos en el edo. de la Cuenta vigente, previa solicitud
Relación de ingresos
¿Corresponden los depósitos?
NO
29
Solicita al/la Analista responsable verifique la información y concilia nuevamente
Relación de ingresos
8
SI
30
Valida y archiva relación para integrar expediente del Concentrado Mensual
Expediente
31
Elabora el Concentrado Mensual de ingresos y turna
Concentrado
32
Valida la información generada
Concentrado mensual
Concentrado ingresos
33
Elabora oficio, envía el Concentrado Mensual y de Ingresos y turna
Concentrado mensual
Concentrado ingresos
F

PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ANÁLISIS DE INGRESOS POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

Analista de la Coordinación Operativa de Control Patrimonial



7.18.38. PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE.

Tiempo Promedio: 20 Días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
José Jaime Gómez Martínez Enlace para la Elaboración de Manuales de Procedimientos JJGM (DC) Octubre 2018	**José Rafael Sánchez Olvera Subdirector de Control y Gestión Financiera JRSO (SCGF) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Resguardar adecuadamente la documentación soporte de todas las afectaciones contables del Organismo y mantenerla disponible para la consulta cuando así se requiera por personal adscrito a las Unidades Administrativas que conforman a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Artículo 24 fracción XV del Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud en el Estado de Puebla, 8 de febrero de 2013.
2. Ley de Contabilidad.
3. Ley de Archivos del Estado de Puebla, de fecha 16 de diciembre de 2009.

Políticas de Operación:

1. Conservar la documentación en los términos que establezca la normatividad establecida en la Ley de Archivos del Estado de Puebla (en particular lo referente a los artículos del 22 al 26), publicada el 16 de diciembre de 2009.
2. Archivar la documentación contable en recopiladores identificados con datos en el lomo de acuerdo a un formato establecido, de manera ordenada por usuario/a, fecha y número consecutivo.
3. Foliar toda la documentación contable que le sea remitida por las Coordinaciones Operativas de los Departamentos de Contabilidad, de Tesorería y Patrimonio, y Presupuesto.
4. Establecer el control para la solicitud de la documentación contable que realice el personal adscrito a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
5. La documentación contable deberá ser devuelta en un plazo no mayor a quince días naturales a partir de la entrega de la misma; en caso de que el área solicitante requiera por más tiempo la mencionada documentación, deberá realizar la petición justificada por escrito dirigida al/la Jefe/a del Departamento de Contabilidad.
6. Informar al/la Jefe/a del Departamento de Contabilidad cuando los expedientes solicitados no sean devueltos en el plazo establecido y no se haya renovado la solicitud de préstamo, a fin de que tome las medidas preventivas conducentes.
7. Registrar en la base de datos conforme a la clave de usuario al que corresponda la documentación

	solicitada en préstamo, especificando número de póliza, número de hojas y estado físico en que se entrega la documentación. 8. Elaborar un vale de salida, de acuerdo a un formato establecido, con copia para la persona que recibe la documentación contable. 9. Cuando es devuelta la documentación contable en su totalidad, la persona deberá presentar el vale de salida para su revisión y recepción, el cual deberá ser sellado y firmado por la persona del Archivo que recibe la mencionada documentación. 10. Cuando es devuelta la documentación contable parcialmente, la persona deberá presentar el vale de salida para su revisión, la persona del Archivo que recibe la mencionada documentación deberá expedir un nuevo vale que contenga la documentación entregada con la fecha de recepción y la documentación pendiente de entrega. 11. En caso de préstamo de la documentación contable a entidades externas, el Archivo proporcionará dicha documentación al personal designado por la Subdirección de Control y Gestión Financiera a fin de que sean los/las responsables de la entrega y recepción, realizando las mismas políticas de operación establecidas.
Responsables	Departamento de Contabilidad, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Para todo el personal adscrito a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidades administrativas que conforman los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Auditores Externos.
Recursos	Memorándum, Documentación Contable, Vale de salida de documentación contable.

Glosario	Documentación contable: Soportes documentales de contabilidad que sirven de base para registrar en el Sistema de Contabilidad Gubernamental las operaciones financieras del Organismo.

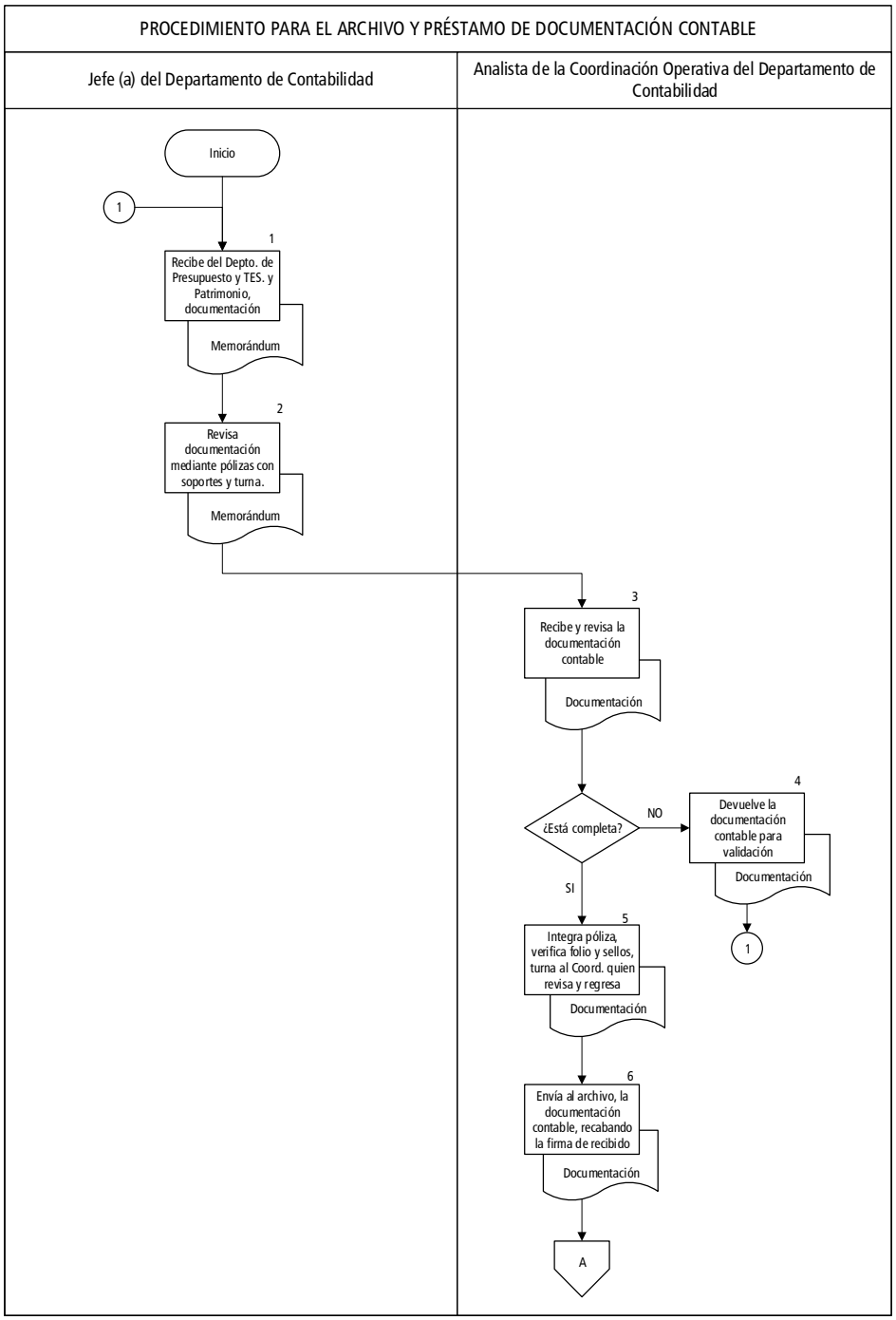
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Jefe/a del Departamento de Contabilidad	Recibe de los Departamentos de Presupuesto y Tesorería, y Patrimonio, documentación contable (pólizas con soportes necesarios para su validación).	Memorándum/documentación contable
2		Revisa la documentación contable mediante pólizas con soportes necesarios y turna.	Memorándum/documentación contable
3	Analista de la Coordinación Operativa del Departamento de Contabilidad	Recibe y revisa la documentación contable. ¿Está completa? Sí: Continúa en actividad 5. No: Continúa en actividad 4.	Documentación contable
4		Devuelve la documentación contable al área responsable para que complemente con los soportes necesarios para su validación. Continúa en actividad 1.	Documentación contable
5		Integra la póliza, verifica que los documentos lleven folio y sellos correspondientes; remite al/la Coordinador/a del Departamento de Contabilidad,	Documentación contable

		este revisa la afectación contable y devuelve al/la Analista de la Coordinación Operativa del Departamento de Contabilidad.	
6		Envía al archivo del Departamento de Contabilidad la documentación contable (pólizas con los soportes necesarios para su validación), recabando la firma de recibido en relación de pólizas.	Documentación contable
7	Auxiliar de Archivo	Recibe la documentación contable (pólizas con los soportes necesarios para su validación).	Documentación contable
8		Clasifica la documentación, por usuario/a, del Sistema de Contabilidad Gubernamental.	Documentación contable
9		Integra en recopiladores de acuerdo a la secuencia numérica, por tipo de usuario/a. Ubica la documentación e identifica, con claves establecidas, el sitio exacto para facilitar su posterior localización.	S/D
10		Recibe solicitud de documentación contable (pólizas con los soportes necesarios para su validación) en calidad de préstamo.	Documentación contable
11		Elabora vale de salida, recaba firma de recibido y entrega los documentos requeridos al solicitante.	Vale de salida de documentación contable

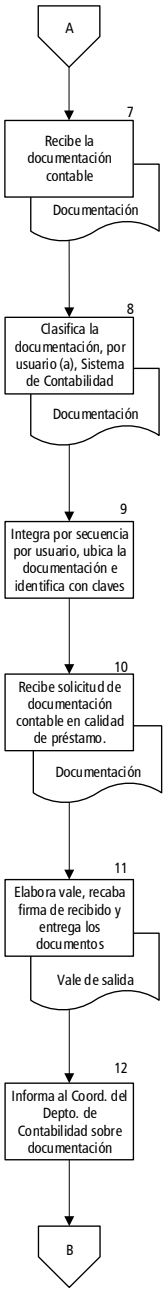
12		Informa al/la Coordinador/a del Departamento de Contabilidad de la documentación contable entregada en calidad de préstamo.	S/D
13		Recibe documentación contable entregada en calidad de préstamo por parte del/la solicitante, y revisa que esté completa. ¿Documentación completa? Sí: Continúa actividad 15. No: Continúa actividad 14.	Documentación contable
14		Devuelve al solicitante la documentación para que ésta se complete de acuerdo al vale de salida firmado. Lo anterior de acuerdo a las políticas del procedimiento. Regresa a actividad 13.	Documentación contable
15	Jefe/a del Departamento de Contabilidad	Recibe de los Departamentos de Presupuesto y Tesorería, y Patrimonio, documentación contable (pólizas con soportes necesarios para su validación).	Memorándum/documentación contable
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE.



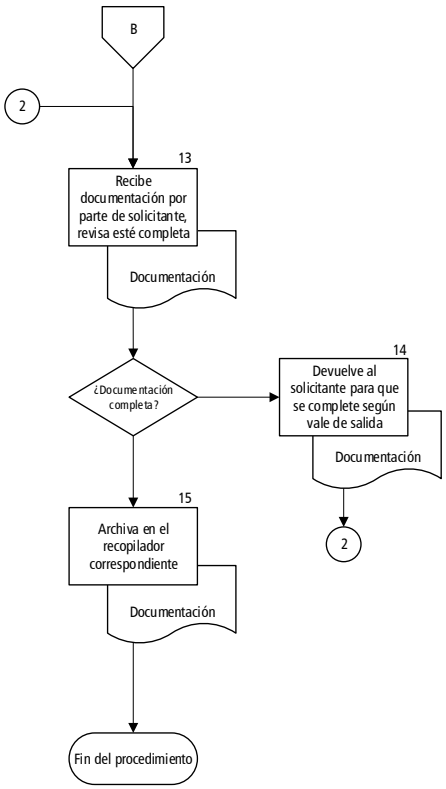
PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE

Auxiliar de Archivo



PROCEDIMIENTO PARA EL ARCHIVO Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE

Auxiliar de Archivo



7.18.39. PROCEDIMIENTO PARA RECURSO SEGURO POPULAR TESOFE SIAFF.

Tiempo Promedio: 20 DÍAS

Elabora:	Valida:	Autoriza:
María Isabel Marín León **Enlace para la Elaboración de Manuales de Procedimientos** **MIML (DC)** **Octubre 2018**	**José Rafael Sánchez Olvera** **Subdirector de Control y Gestión Financiera** **JRSO** **(SCGF)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Registrar los ingresos en base al pago realizado a proveedores por el REPSS a través del SIAFF emitiendo CFDI por los SSEP no implicando operación financiera en las cuentas bancarias ni a los almacenes de los Servicios de Salud, con el fin de que el ingreso sea reflejado presupuestal y contablemente.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Ley General de Contabilidad Gubernamental. 3. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigente. 4. Decreto por el que se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Políticas de Operación: 1. Mediante oficio dirigido a la Dirección del REPSS firmado por la Subdirección de Control y Gestión Financiera de los SSEP, se remite documentación soporte foliada que ampara el trámite de pago. 2. Ingreso: Registrar en base a los pagos realizados por el REPSS a través de la plataforma de TESOFE (SIAFF), anexando a la documentación soporte del registro el CFDI emitido por el Departamento de Tesorería y Patrimonio de los SSEP a solicitud del REPSS. 3. La póliza de registro del ingreso será revisada y rubricada por los responsables del registro contable, para su posterior envío al archivo contable. 4. Egreso: Registrar el egreso (Cancelación del pasivo del Proveedor por pago) en base a la Solicitud de retiro de recursos efectuados electrónicamente constituido por la Tesorería de la Federación (Orden de pago). 5. La póliza de registro del egreso será revisada y rubricada por los responsables del registro contable, para su posterior envío al archivo contable.
Responsables	Departamento de Contabilidad, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Departamento de Presupuesto, Departamento de Tesorería y Patrimonio, Coordinación Operativa de Convenios, Administrador/a del Sistema, Departamento de Contabilidad, Coordinación de Seguro Popular del Departamento de Presupuesto.

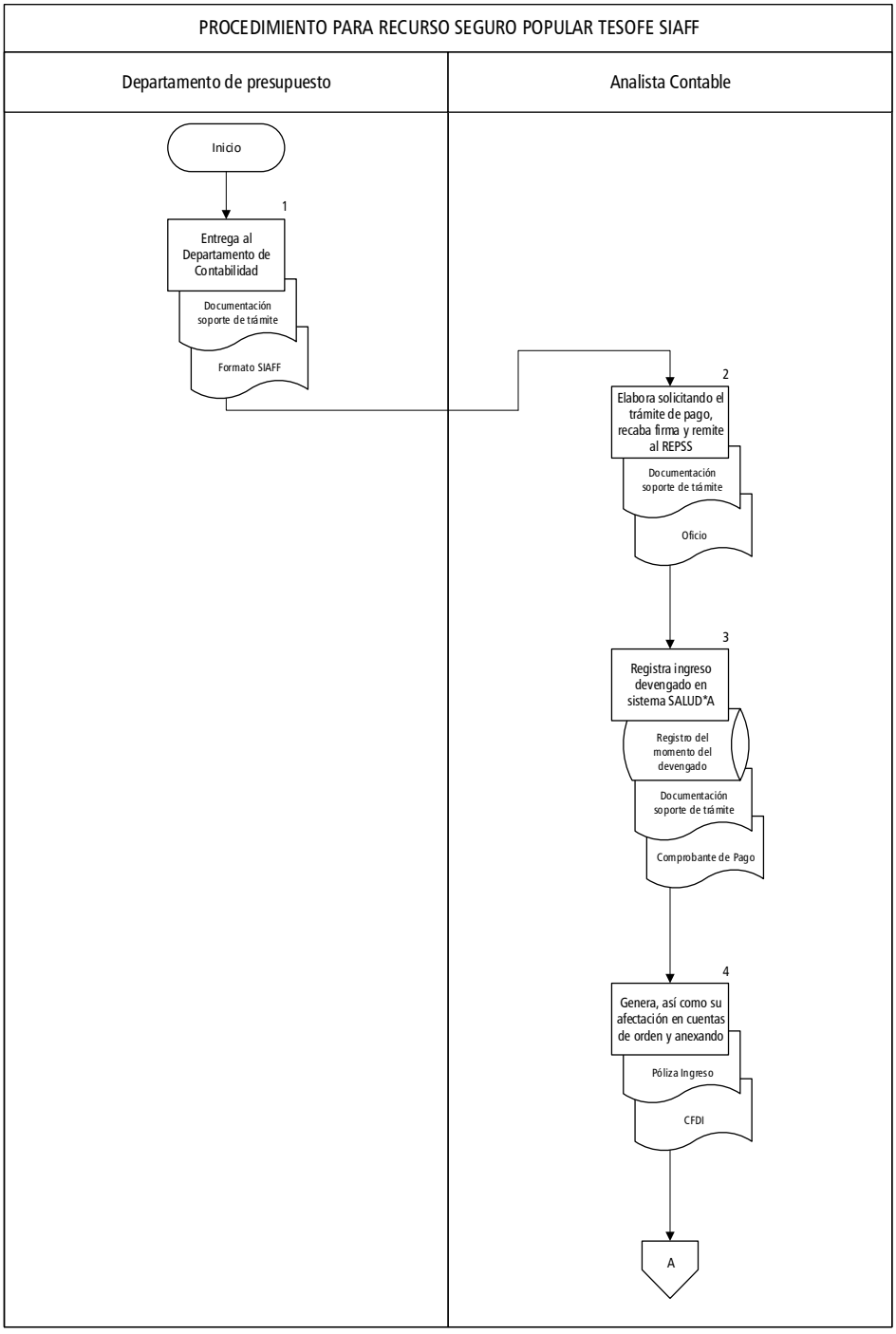
Recursos	A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de contabilidad, la Subdirección de Control y Gestión Financiera y la Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Formato SIAFF, Oficio de Solicitud de Pago, Póliza de registro del momento del devengado y recaudado del ingreso, Póliza de Ingresos de Diario, Póliza de Egresos (no afecta bancos), Pólizas de Ingresos y Egresos Rubricadas para su entrega al archivo
Glosario	REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Ingresos por pagos a través de TESOFE: Son los ingresos derivados de pagos realizados por el REPSS a través de la plataforma de TESOFE (SIAFF). CFDI: Comprobante Fiscal Digital. TESOFE: Tesorería de la Federación. Solicitud de retiro de recursos efectuados electrónicamente constituido por la Tesorería de la Federación (conocida como Orden de pago): Comprobante de pago realizado al proveedor a través de la cuenta de TESOFE por instrucciones del REPSS. SIAFF: Sistema Integral de Administración Financiera Federal. Formato SIAFF: Formato emitido por el Departamento de presupuesto que contiene datos generales del trámite de pago tales como nombre del proveedor, importe, folio fiscal de factura, tipo de gasto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA RECURSO SEGURO POPULAR TESOFE SIAFF.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Departamento de presupuesto	Entrega al Departamento de Contabilidad trámite de pago con documentación soporte junto con el Formato SIAFF.	Trámite de pago Documentación soporte de

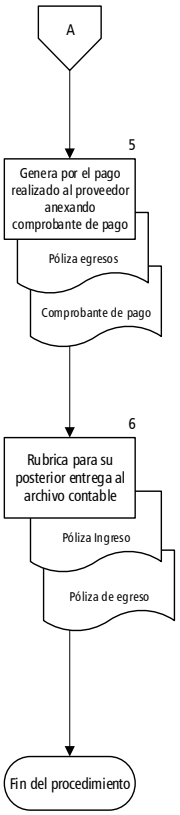
			trámite Formato SIAFF
2	Analista Contable	Elabora el oficio dirigido a la Dirección de REPSS en donde se solicita el trámite de pago recabando firma de la Subdirección de Control y Gestión Financiera para remitirlo posteriormente al REPSS junto con la documentación soporte.	Oficio Documentación soporte de trámite
3		Registra en el sistema SALUD*A el ingreso devengado en base al pago realizado por el REPSS a través de la plataforma TESOFE (SIAFF) una vez recibida la documentación comprobatoria y el pago del trámite por parte del REPSS.	Registro del momento del devengado Documentación soporte de trámite Comprobante de Pago
4		Genera la póliza de diario por el ingreso devengado y recaudado, así como su afectación en cuentas de orden, anexando el CFDI emitido por el Departamento de Tesorería y Patrimonio.	Póliza Ingreso CFDI
5		Genera la póliza de diario por el pago realizado al proveedor anexando el comprobante de pago.	Póliza egresos Comprobante de pago
6		Rubrica las pólizas generadas para su posterior entrega al archivo contable.	Póliza Ingreso Póliza de egreso
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA RECURSO SEGURO POPULAR TESOFE SIAFF.



PROCEDIMIENTO PARA RECURSO SEGURO POPULAR TESOFE SIAFF

Analista Contable



7.18.40. PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS.

Tiempo Promedio: 15 DÍAS

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Julio Cesar Sánchez Lozano **Coordinador de Viáticos** **JCSL (DP)** **Octubre 2018**	**José Rafael Sánchez Olvera** **Subdirector de Control y Gestión Financiera** **JRSO** **(SCGF)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Controlar el ejercicio de viáticos en forma correcta, para dar cumplimiento a las metas establecidas para el Organismo Público Descentralizado.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigente.
3. Clasificador por Objeto de Gasto vigente.
4. Ley de Egresos vigente.
5. Circulares emitidas por la Secretaría de Finanzas y Administración.
6. Código Fiscal de la Federación vigente.
7. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
8. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
9. Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.
10. Ley de Coordinación Fiscal.

Políticas de Operación:

1. Los viáticos anticipados se solicitarán con un mínimo de 48 horas de anticipación y vía Memorándum, el cual deberá estar firmado por el/la Coordinador/a o Director/a o Titular de la Unidad (conforme a la Estructura Orgánica de los SSEP), en el cual se especificarán los siguientes datos:
   - No. de personas comisionadas.
   - Fecha (s) de la comisión.
   - Programa Presupuestario al cual se cargarán los viáticos.
   - CECO (Centro de Costos).

   En caso de capacitaciones, curso y/o congresos:
   - Se anexará la invitación del evento.
2. El monto no deberá exceder las tarifas autorizadas, de conformidad con el Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigentes.
3. Para comisiones fuera del Estado, se aplicarán los siguientes criterios:
4. Para comisiones de 1 solo día el Oficio de Comisión deberá de ser autorizado por el/la Coordinador/a o Director/a o Titular de la Unidad (conforme a la Estructura Orgánica de los SSEP).
5. En caso de que sea necesario pernoctar, el Oficio de

	Comisión deberá ser autorizado por el/la Secretario/a de Salud y Director/a General de los SSEP. 6. La documentación comprobatoria deberá de presentarse en original y deberá de estar a nombre de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 7. La documentación comprobatoria deberá contener la información Fiscal del Organismo, tales como: ▪ R.F.C. ▪ Nombre. ▪ Dirección. ▪ Código Postal. ▪ Datos de quien expide la factura. 8. El memorándum de comprobación deberá de contener anexo el informe de actividades, la hoja de trabajo y sus comprobantes fiscales. 9. El Oficio de comisión deberá contar con sello del lugar visitado, el cual debe de avalar su permanencia. 10. Los viáticos devengados deberán comprobarse dentro de un plazo máximo de cinco días hábiles posterior al término de la comisión.
Responsables	Departamento de Presupuesto, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	A todo el personal que por cuestiones laborales deba realizar gastos correspondientes a gasolina, pasajes, viáticos y peajes.
Recursos	CLC, Memorándum, Volante de Devolución, Cedula de Comprobación de Viáticos.
Glosario	Área de viáticos: Coordinación del Área del Departamento de Presupuesto, la cual tendrá para el desarrollo de sus actividades, diversas áreas para el trámite de los pagos de viáticos de acuerdo al origen del recurso y los programas. Documentación comprobatoria: Facturas, boletos de pasajes, pases de abordar, tickets comprobantes, notas de consumo, que amparen los conceptos de gasto por viáticos y/o recibos económicos.

CLC: Cuenta por Liquidar Certificada, documento presupuestario mediante el cual la Tesorería realiza el pago de las operaciones presupuestarias correspondientes, con cargo al Presupuesto de Egresos.
Control de firmas de Autorización de Comisiones: Formato para autorización de comisiones que será validado por el/la Titular de la Subsecretaría de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación, y Coordinador/a de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación de los S.S.E.P., con autorización del/la Secretario/a de Salud y Director General de los S.S.E.P.
Oficio de Comisión y Recibo de Pago de Viáticos: Documento autorizado por el titular del área o de la Dirección que controla la comisión y valida la permanencia, el cual es emitido para el/la comisionado/a.
O.P.D.: Organismo Público Descentralizado.
S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
S.F.A.: Secretaría de Finanzas y Administración.
Tarifas: Las autorizadas por la Secretaria de Finanzas y Administración.
Unidad Administrativa: Direcciones y unidades de oficinas centrales pertenecientes a los SSEP, que por cuestiones laborales requieren otorgar viáticos a los/las servidores/as públicos/as adscritos/as a la misma.
Unidad Aplicativa: Unidades médicas y hospitalarias pertenecientes a los SSEP, que por cuestiones laborales requieren otorgar viáticos a los/las servidores/as públicos/as adscritos/as a la misma.
Viáticos: Asignaciones destinadas a cubrir el costo de alimentación, hospedaje y en su caso, gastos de camino, generados por los/las servidores/as públicos/as en el desempeño de comisiones locales, nacionales o internacionales.
Viáticos anticipados: Recurso financiero entregado a un/a comisionado/a como gasto pendiente de comprobar antes de iniciar su comisión.
Viáticos devengados: Gastos realizados por el personal comisionado, que serán pagados por el área correspondiente, una vez presentada y validada su comprobación.
Volante de devolución: Instrumento administrativo

elaborado por el área de Viáticos, en el cual se plasman errores o deficiencias en la integración de los expedientes y por el cual se regresa la documentación a la unidad administrativa o aplicativa, para la corrección o debida solventación de éstos.
IVA: Impuesto al Valor Agregado

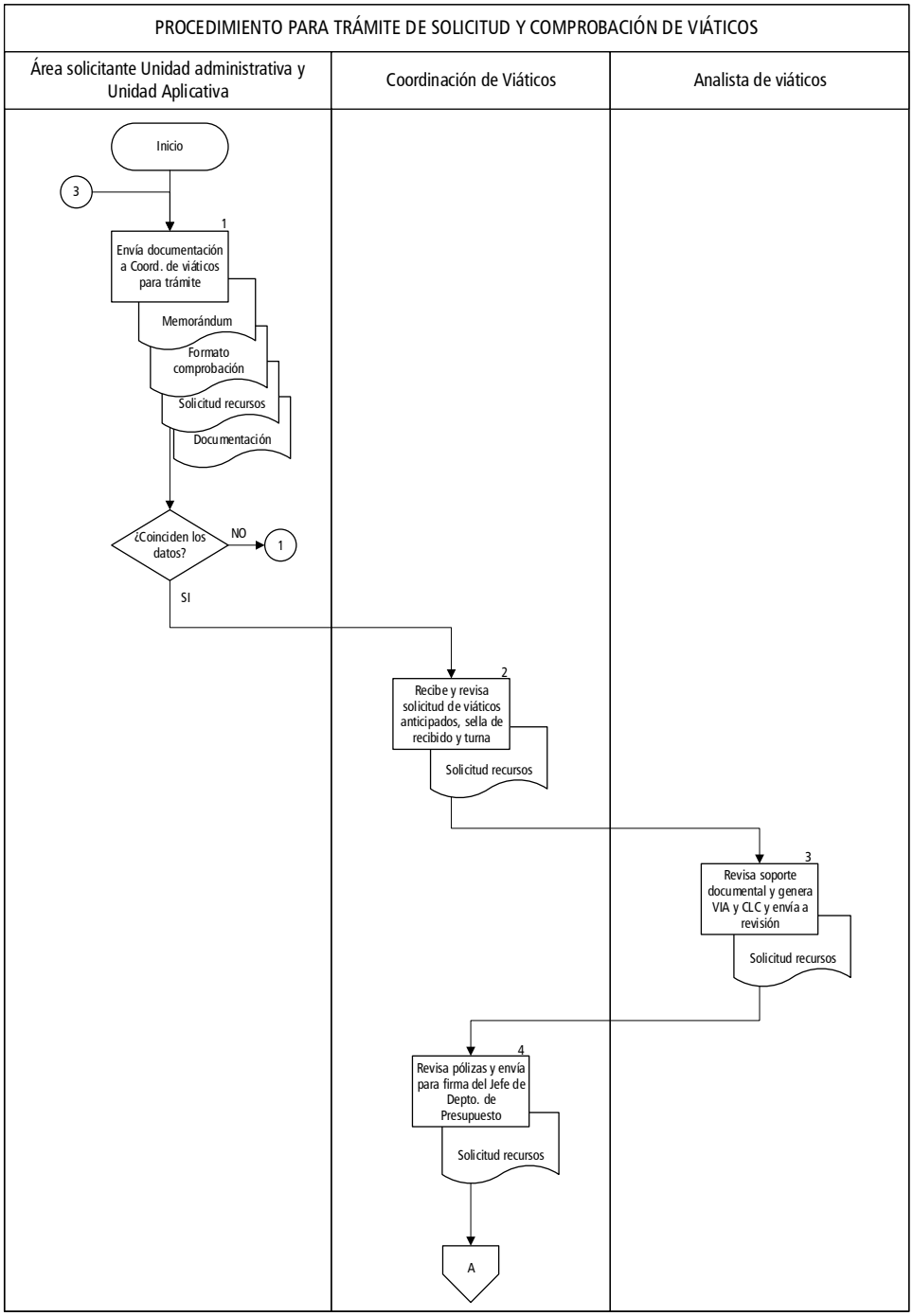
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS.

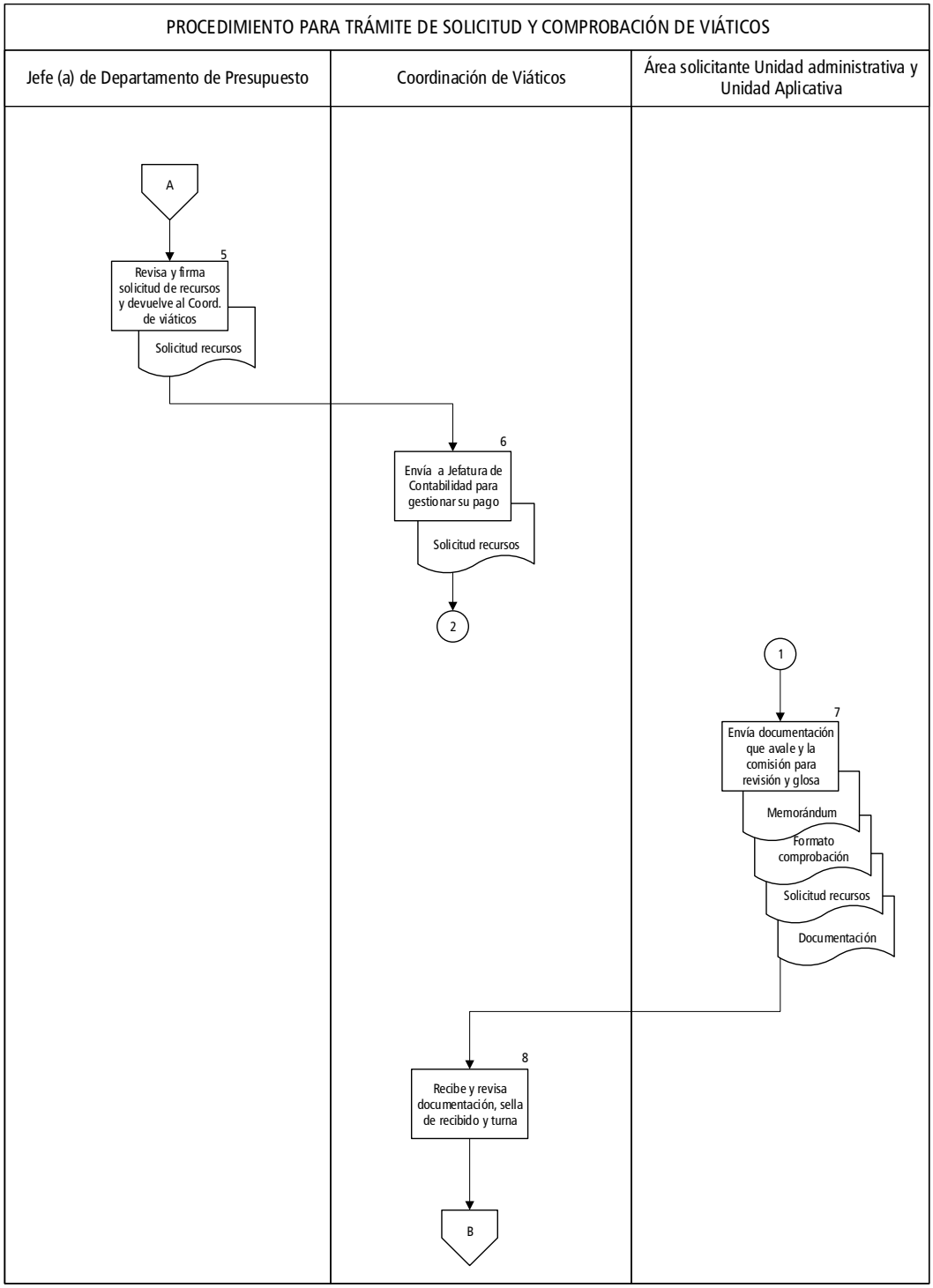
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Área solicitante Unidad administrativa y Unidad Aplicativa	Envía documentación comprobatoria a la Coordinación de viáticos para el trámite de viáticos anticipados o devengados. ¿Son anticipados? Sí, continúa en actividad 2. No, son devengados, continúa en actividad 7.	Memorándum/Formato de comprobación/formato de solicitud de recursos/Documentación comprobatoria
2	Coordinación de Viáticos	Recibe y revisa solicitud de viáticos anticipados, sella de recibido y turna al analista correspondiente.	Oficio de solicitud de recursos
3	Analista de viáticos	Revisa soporte documental y genera la póliza de viáticos anticipados VIA, se genera CLC en sistema y envía a revisión con el/la Coordinador/a de viáticos.	Solicitud de recursos de viáticos
4	Coordinación de Viáticos	Revisa pólizas de registro y envía para firma del/la Jefe/a de Departamento de Presupuesto.	Solicitud de recursos de viáticos
5	Jefe/a de Departamento de Presupuesto	Revisa y firma solicitud de recursos de viáticos anticipados y devuelve al Coordinador de	Solicitud de recursos de viáticos

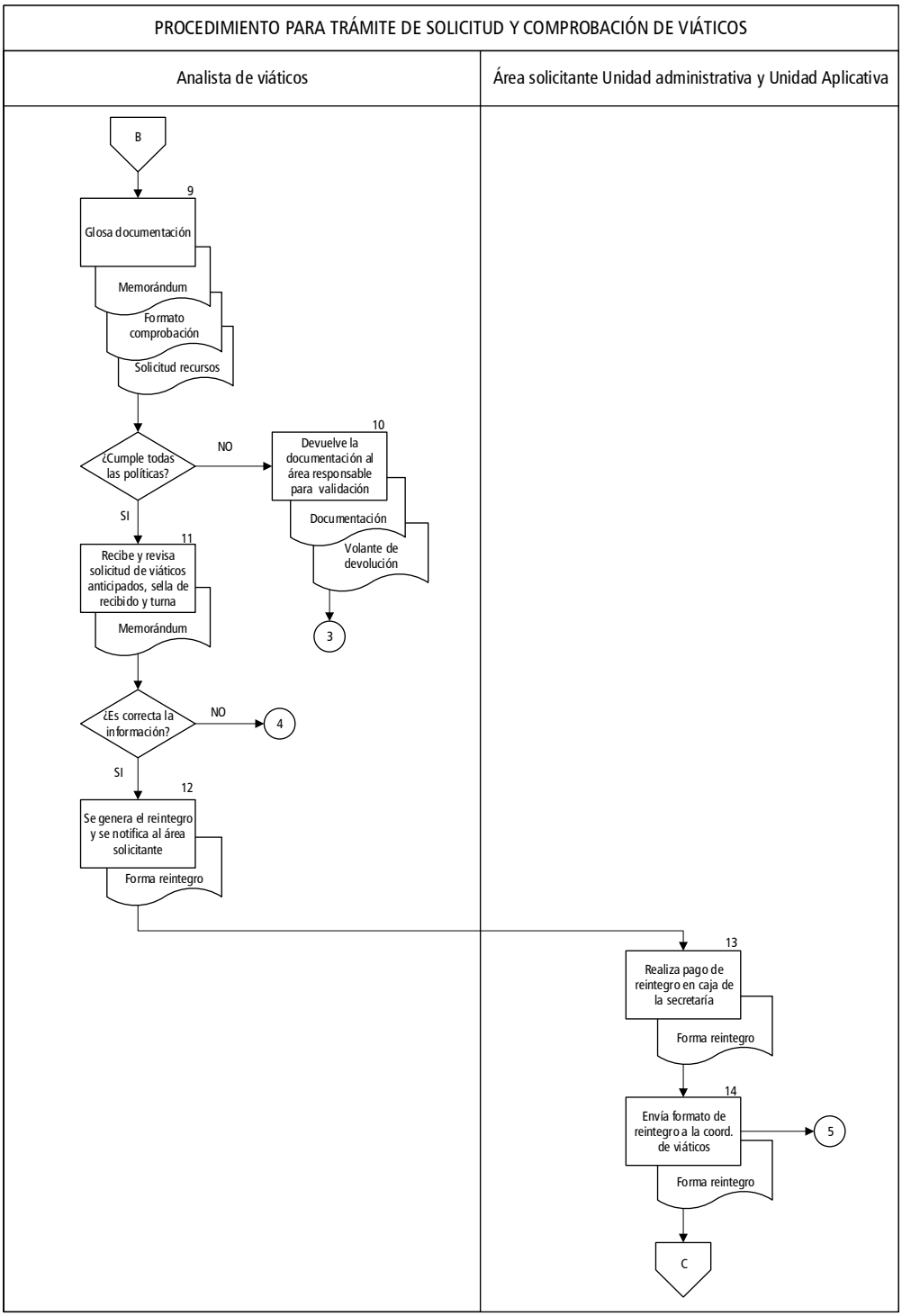
		viáticos.	
6	Coordinación de Viáticos	Envía documentación a la Jefatura de Contabilidad para gestionar su pago ante la Jefatura de Tesorería y Patrimonio. Continúa en actividad 17.	Solicitud de recursos de viáticos
7	Área solicitante Unidad administrativa y Unidad Aplicativa	Envía documentación comprobatoria que avale el ejercicio de los viáticos y la estancia de la comisión realizada, para su revisión y glosa.	Memorándum/Formato de comprobación/formato de solicitud de recursos/Documentación comprobatoria
8	Coordinación de Viáticos	Recibe y revisa documentación comprobatoria, sella de recibido y turna al analista correspondiente.	Memorándum/Formato de comprobación/formato de solicitud de recursos/Documentación comprobatoria
9	Analista de Viáticos	Glosa documentación. ¿Cumple con todas las políticas de operación? Sí: Continúa en actividad 11. No: Continúa en actividad 10.	Memorándum/Formato de comprobación/formato de solicitud de recursos
10		Regresa documentos con volante de devolución al área solicitante, indicando la falta de soporte documental. Regresa a la actividad 1.	Volante de Devolución/ Documentación comprobatoria
11		Recibe y revisa solicitud de viáticos anticipados, sella de recibido y turna al analista correspondiente. ¿Es correcta la información? Sí: Continúa en actividad 12. No: Continúa en actividad 15.	Memorándum de comprobación de viáticos anticipados y documentación soporte
12		Se genera en sistema el reintegro	Formato de reintegro

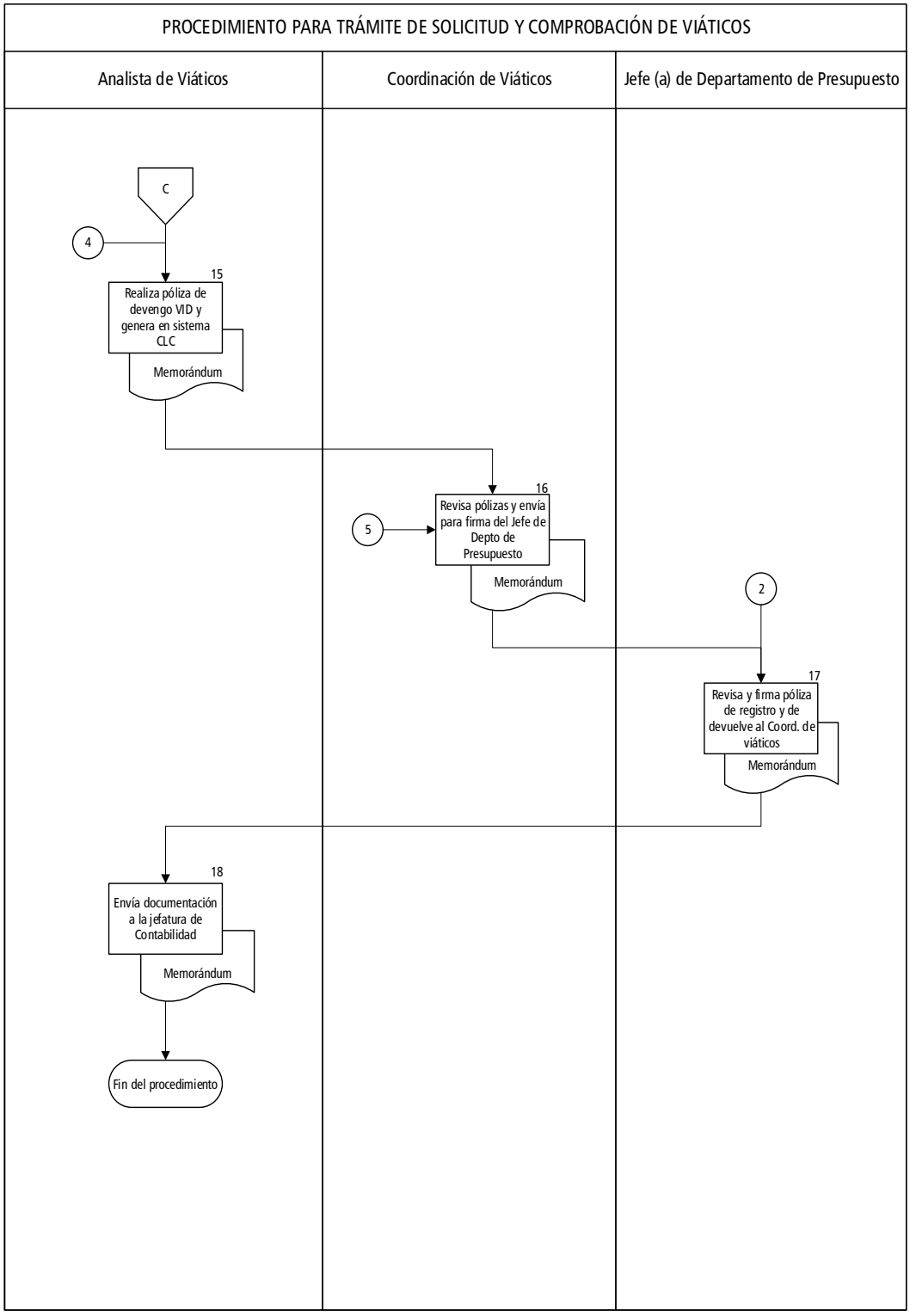
		correspondiente y se notifica al área solicitante.	
13	Área solicitante Unidad administrativa y Unidad Aplicativa	Realiza pago de reintegro en caja de la secretaría.	Formato de reintegro
14	Área solicitante Unidad administrativa y Unidad Aplicativa	Envía formato de reintegro a la Coordinación de viáticos y continúa en la actividad 16.	Formato de reintegro
15	Analista de Viáticos	Realiza póliza de devengo VID y genera en sistema CLC.	Memorándum de viáticos devengados
16	Coordinación de Viáticos	Revisa pólizas de registro y envía para firma del Jefe de Departamento de Presupuesto.	Memorándum de viáticos devengados o Cedula de Comprobación de Viáticos
17	Jefe/a de Departamento de Presupuesto	Revisa y firma póliza de registro y de devuelve al Coordinador de viáticos.	Memorándum de viáticos devengados o Cedula de Comprobación de Viáticos
18	Coordinación de Viáticos	Envía documentación a la Jefatura de Contabilidad para gestionar su pago ante la Jefatura de Tesorería y Patrimonio.	Memorándum de viáticos devengados o Cedula de Comprobación de Viáticos
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS.




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD Y COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS
Jefe (a) de Departamento de Presupuesto
Coordinación de Viáticos
Área solicitante Unidad administrativa y Unidad Aplicativa
A
5
Revisa y firma solicitud de recursos y devuelve al Coord. de viáticos
Solicitud recursos
6
Envía a Jefatura de Contabilidad para gestionar su pago
Solicitud recursos
2
1
7
Envía documentación que avale y la comisión para revisión y glosa
Memorándum
Formato comprobación
Solicitud recursos
Documentación
8
Recibe y revisa documentación, sella de recibido y turna
B


PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD Y COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS
Analista de viáticos
Área solicitante Unidad administrativa y Unidad Aplicativa
B
9
Glosa documentación
Memorándum
Formato comprobación
Solicitud recursos
¿Cumple todas las políticas?
NO
10
Devuelve la documentación al área responsable para validación
Documentación
Volante de devolución
3
SI
11
Recibe y revisa solicitud de viáticos anticipados, sella de recibido y turna
Memorándum
¿Es correcta la información?
NO
4
SI
12
Se genera el reintegro y se notifica al área solicitante
Forma reintegro
13
Realiza pago de reintegro en caja de la secretaría
Forma reintegro
14
Envía formato de reintegro a la coord. de viáticos
5
Forma reintegro
C


PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE SOLICITUD Y COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS
Analista de Viáticos
Coordinación de Viáticos
Jefe (a) de Departamento de Presupuesto
C
4
15
Realiza póliza de devengo VID y genera en sistema CLC
Memorándum
5
16
Revisa pólizas y envía para firma del Jefe de Depto de Presupuesto
Memorándum
2
17
Revisa y firma póliza de registro y de devuelve al Coord. de viáticos
Memorándum
18
Envía documentación a la jefatura de Contabilidad
Memorándum
Fin del procedimiento

7.18.41. PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE GLOSA

Tiempo Promedio: 15 DÍAS

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eduardo Alejandro Enciso Messeguer **Coordinador de Glosa** **EAEM (DP)** **Octubre 2018**	**José Rafael Sánchez Olvera** **Subdirector de Control y Gestión Financiera** **JRSO** **(SCGF)** **Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo** **Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión** **JOML** **(DOOBSGPG)** **Octubre 2018**

Objetivo	Definir el proceso para la revisión de los expedientes correspondientes a los trámites de pago de adquisiciones y servicios realizados por las diversas áreas de los S.S.E.P.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto Vigente.
3. Clasificador por Objeto del Gasto Vigente.
4. Ley de Egresos vigente.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal vigente.
6. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con las mismas para el Estado de Puebla.
7. Ley del Impuesto al Valor Agregado vigente.
8. Normas emitidas por la CONAC.
9. Normas y lineamientos emitidos por la CACEP.
10. Circulares emitidas por la Secretaría de Finanzas y Administración.
11. Código Fiscal de la Federación vigente.
12. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
13. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
14. Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.
15. Ley de Coordinación Fiscal.

Políticas de Operación:

1. La comprobación será con documentos originales que cuenten con los requisitos fiscales vigentes.
2. El devengo contable deberá ser comprobado con el sello de la Unidad Aplicativa, fecha, nombre y firma de quien recibe el bien o servicio.
3. Los recursos solicitados como gastos a comprobar deberán ser comprobados en un término no mayor a 30 días.
4. Contendrá la documentación soporte, conforme a los procedimientos adjudicatarios vigentes y lo que marca el Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigente.
5. Deberá venir la documentación fiscal a nombre de los S.S.E.P.
6. Deberá venir firmada y sellada por el/la responsable o designado/a de la Unidad Administrativa y/o

	Aplicativa. 7. La revisión y envío para trámite de pago, se realizará en un término de 3 días hábiles.
Responsables	Departamento de Presupuesto, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Controlar el ejercicio del gasto en forma correcta, para dar cumplimiento con lo establecido en la normatividad y leyes aplicables de vigentes.
Recursos	Oficio de Solicitud de pago, Volante de Devolución, Memorándum.
Glosario	Coordinación de Glosa: Coordinación de área del Departamento de Presupuesto, encargada de validar que la documentación para pago cumpla con toda la normatividad vigente. Devengo contable: Registros contables de los entes públicos se llevarán con base acumulativa. El gasto devengado, es el momento contable que refleja el reconocimiento de una obligación de pago a favor de terceros por la recepción de conformidad de bienes, servicios y obra pública contratados; así como de las obligaciones que derivan de tratados, leyes, decretos, resoluciones y sentencias definitivas. Documentación Soporte: Suficiencia presupuestal, pedido, contrato o pedido según el proceso, fallo, fianza, facturas, XML, verificación del SAT, notas de venta, requerimiento, recibos económicos, listado de asistencias, material fotográfico, justificación, notas de remisión, notas de crédito, tickets. O.P.D.: Organismo Público Descentralizado. S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. S.F.A.: Secretaría de Finanzas y Administración. Suficiencia presupuestal: Documento que valida y autoriza el recurso para el ejercicio del gasto. Proceso Adjudicatario: Procedimientos de adjudicación que se llevan a cabo conforme a la Ley de Egresos del Estado

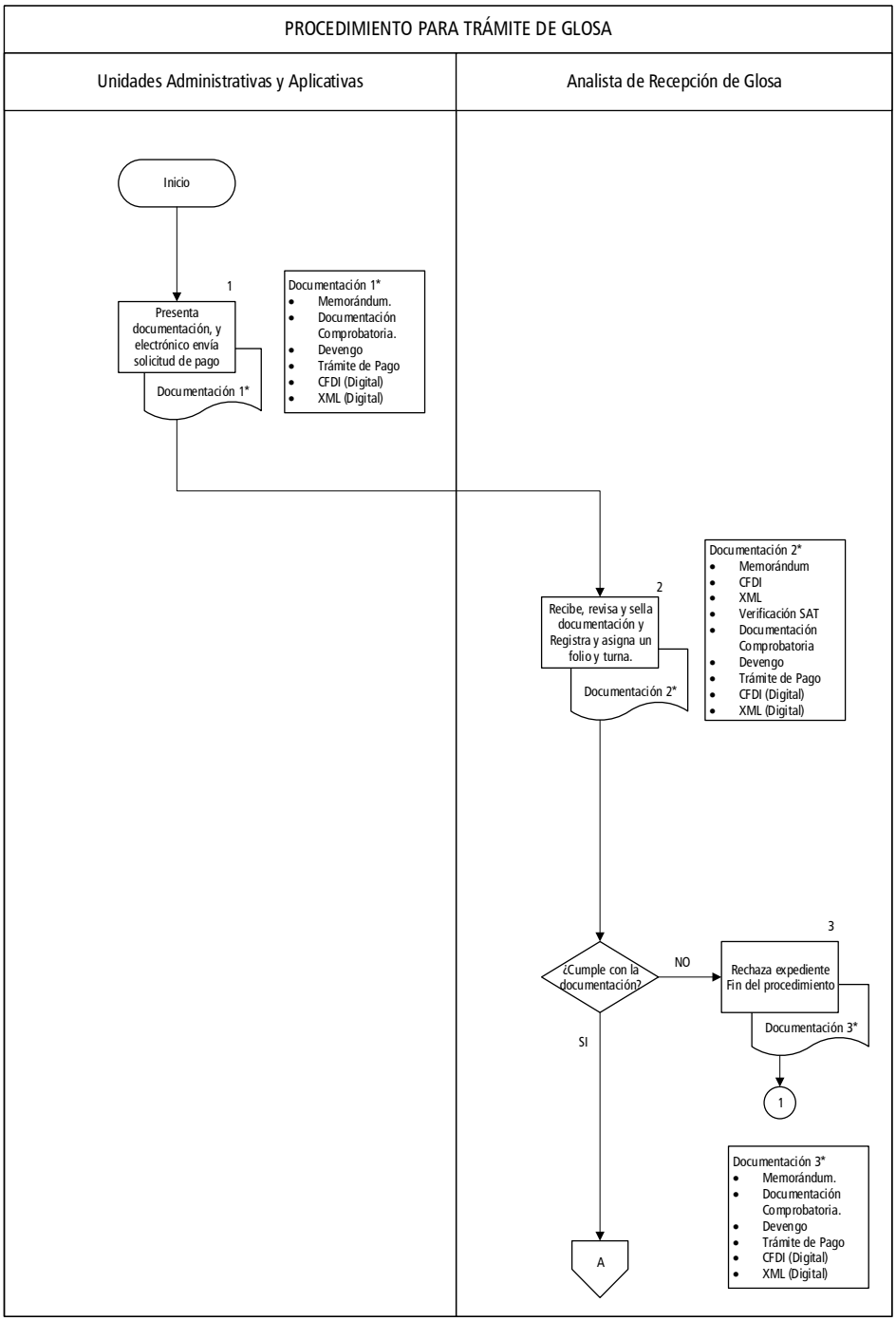
de Puebla, la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Publico Estatal y Municipal y el Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto.
Coordinación de FASSA: Coordinación del Área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y CLC.
Coordinación de Seguro Popular: Coordinación del Área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y CLC.
Unidad Administrativa: Direcciones y unidades de oficinas centrales pertenecientes a los SSEP, que cuentan con recursos asignados para el desarrollo de sus programas o actividades.
Unidad Aplicativa: Unidades médicas y hospitalarias pertenecientes a los SSEP, que cuentan con recursos asignados para el desarrollo de sus programas o actividades.
CLC: Cuenta por Liquidar Certificada, documento presupuestario mediante el cual la Tesorería realiza el pago de las operaciones presupuestarias correspondientes, con cargo al Presupuesto de Egresos.

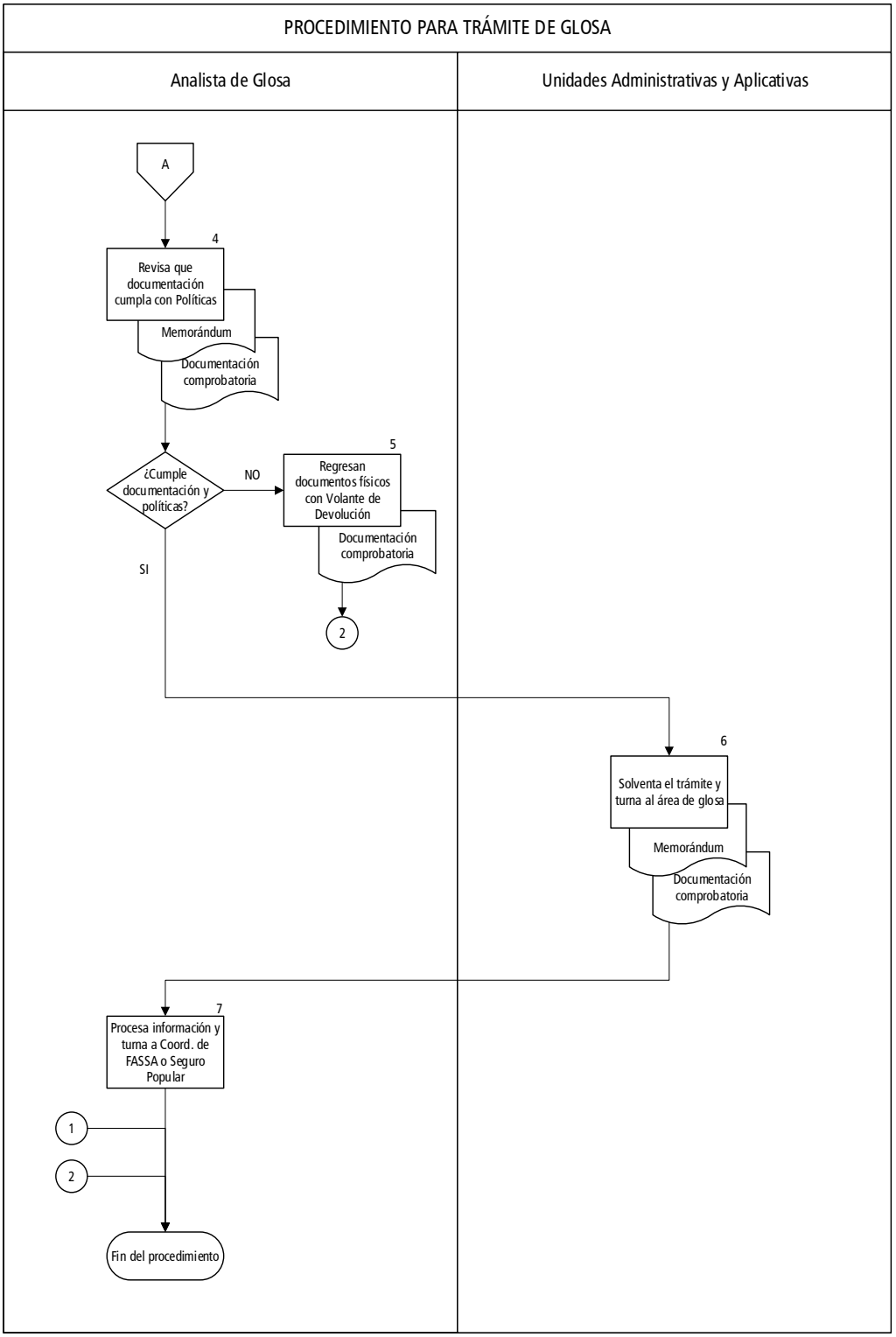
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE GLOSA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades Administrativas y Aplicativas	Presenta Memorándum y soporte documental físico que compruebe el gasto devengado o solicitud de reembolso De manera electrónica envía solicitud de pago (devengo y Trámite de Pago), CFDI y XML	Memorándum/Documentación Comprobatoria física (Expediente) Electrónica Devengo y Trámite de Pago/ CFDI y XML
2	Analista de Recepción de Glosa	Recibe el memorándum y sella de recibido junto con la factura y expediente	Física Memorándum/Factura(CFDI, XML, verificación SAT)/Documentación

		Registra y asigna un folio de ingreso y turna al Glosador Recibe y revisa documentación digitalizada ¿Cumple con toda la documentación?: No, continúa en actividad 3 Sí, continúa en actividad 4	Comprobatoria (Expediente Electrónica Devengo y Trámite de Pago/ CFDI y XML
3	Analista de Recepción de Glosa	Rechaza expediente Fin del procedimiento	Memorándum/Documentación Comprobatoria física (Expediente) Electrónica Devengo y Trámite de Pago/ CFDI y XML
4	Analista de Glosa	Revisa que las facturas, documentación soporte, devengo contable y trámite de pago cumplan con las Políticas de Operación según corresponda al trámite ¿Cumple con la documentación y las políticas? No, continúa en actividad 5 Sí, continúa en actividad 6	Memorándum/Documentación Comprobatoria(Expediente)
5		Regresan documentos físicos con Volante de Devolución al área solicitante, indicando la improcedencia del trámite Fin del procedimiento	Documentación Comprobatoria/Volante de Devolución físico
6	Unidades Administrativas y Aplicativas	Solventa el trámite y turna al área de glosa	Documentación Comprobatoria
7	Área de Glosa	Procesa la información y lo turna al/la Coordinador/a de FASSA o Seguro Popular según corresponda para su validación física.	Memorándum/Documentación Comprobatoria/Expediente físico y electrónico
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE GLOSA.




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE GLOSA
Analista de Glosa
Unidades Administrativas y Aplicativas
A
4
Revisa que documentación cumpla con Políticas
Memorándum
Documentación comprobatoria
¿Cumple documentación y políticas?
NO
5
Regresan documentos físicos con Volante de Devolución
Documentación comprobatoria
2
SI
6
Solventa el trámite y turna al área de glosa
Memorándum
Documentación comprobatoria
7
Procesa información y turna a Coord. de FASSA o Seguro Popular
1
2
Fin del procedimiento

7.18.42. PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL.

Tiempo Promedio: 3 DÍAS

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Yuridia Desiree Fuentes Camacho Enlace para Elaboración de Manuales de Procedimientos YDFC (DP) Octubre 2018	**José Rafael Sánchez Olvera Subdirector de Control y Gestión Financiera JRSO (SCGF) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Asignar suficiencia presupuestal a las áreas solicitantes para llevar a cabo las adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios, con base en el control, distribución y calendarización de los recursos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. La asignación de suficiencia presupuestal se apegará a la estructura y definición del Clasificador por Objeto del Gasto, determinando la fuente de financiamiento con base en las reglas de operación de cada programa. Analizar la solicitud de suficiencias de la Subdirección de Administración de Personal y Desarrollo Humano, con los

perfiles y salarios, número de personas y si cuentan con los recursos necesarios para la contratación, una vez dando el visto bueno, ingresarlo al sistema para llevar un control de gasto.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.
3. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal.
5. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
7. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
8. Ley Federal del Trabajo.
9. Ley de Impuesto Sobre la Renta.
10. Código Fiscal de la Federación Anexo No.8.
11. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
12. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
13. Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
14. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en el Estado de Puebla.
15. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
16. SIAP (Sistema Integral de Administración de Personal).
17. Manual de Organización de la Dirección de Operación de Personal.
18. Circulares emitidas por la Secretaría de Finanzas y Administración.
19. Acuerdos no Institucionales.
20. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigente.

21. Clasificador por Objeto del Gasto Vigente.
22. Ley de Egresos vigente.
23. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal vigente.
24. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con las mismas para el Estado de Puebla.
25. Ley del Impuesto al Valor Agregado vigente.
26. Código Fiscal de la Federación vigente.
27. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
28. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
29. Normas emitidas por la CONAC.
30. Normas y lineamientos emitidos por la CACEP.
31. Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.
32. Ley de Coordinación Fiscal.

Políticas de Operación:

1. Una vez emitida la autorización de recursos, supervisar quincenalmente el pago de los programas de acuerdo a su fuente de financiamiento.
2. No se aplicarán movimientos sistemáticos, que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avalen.
3. La solicitud de liberación de suficiencia deberá contener requerimiento del bien o servicio por el área solicitante con firma autorizada y con referencia del requerimiento; requisición o pedido, en el caso de adquisición consolidada cuadro resumen de distribución, describiendo la unidad administrativa y/o aplicativa de destino de los bienes o servicios y el costo para cada una de ellas; anexo técnico vigente emitido por informática en el caso de bienes que así lo requieran; descripción de los bienes que se van a adquirir, arrendar o servicios a contratar, considerando las partidas presupuestales de acuerdo al Clasificador por Objeto de gasto correspondiente; indicar el origen del recursos únicamente en los casos de convenios; en caso de adquisiciones de bienes muebles, inmuebles e intangibles así como las partidas restringidas vigente deberán contener el oficio de autorización emitido por la Secretaría de

	Finanzas y Administración. 4. Una vez emitida la autorización de los recursos, se entregará al área solicitante para el inicio de su proceso.
Responsables	Departamento de Presupuesto, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Personal de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Suficiencia presupuestal.
Glosario	Coordinación de capítulo 1000: Coordinación de área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y validar que la documentación para pago cumpla con toda la normatividad vigente. Documentación Soporte: Oficio de solicitud de suficiencia, requisición del sistema GRP, requerimiento del área solicitante, cuadro de distribución costeado (rubricado), justificación, perfiles de trabajadores/as, sueldo, prestaciones, periodo de contratación. O.P.D.: Organismo Público Descentralizado. S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla. S.F.A.: Secretaría de Finanzas y Administración. Suficiencia presupuestal: Documento que valida y autoriza el recurso para el ejercicio del gasto. Proceso Adjudicatario: Procedimientos de adjudicación que se llevan a cabo conforme a la Ley de Egresos del Estado de Puebla, la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Publico Estatal y Municipal y el Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto. Coordinación de FASSA: Coordinación de área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y CLC. Coordinación de Seguro Popular: Coordinación de área del

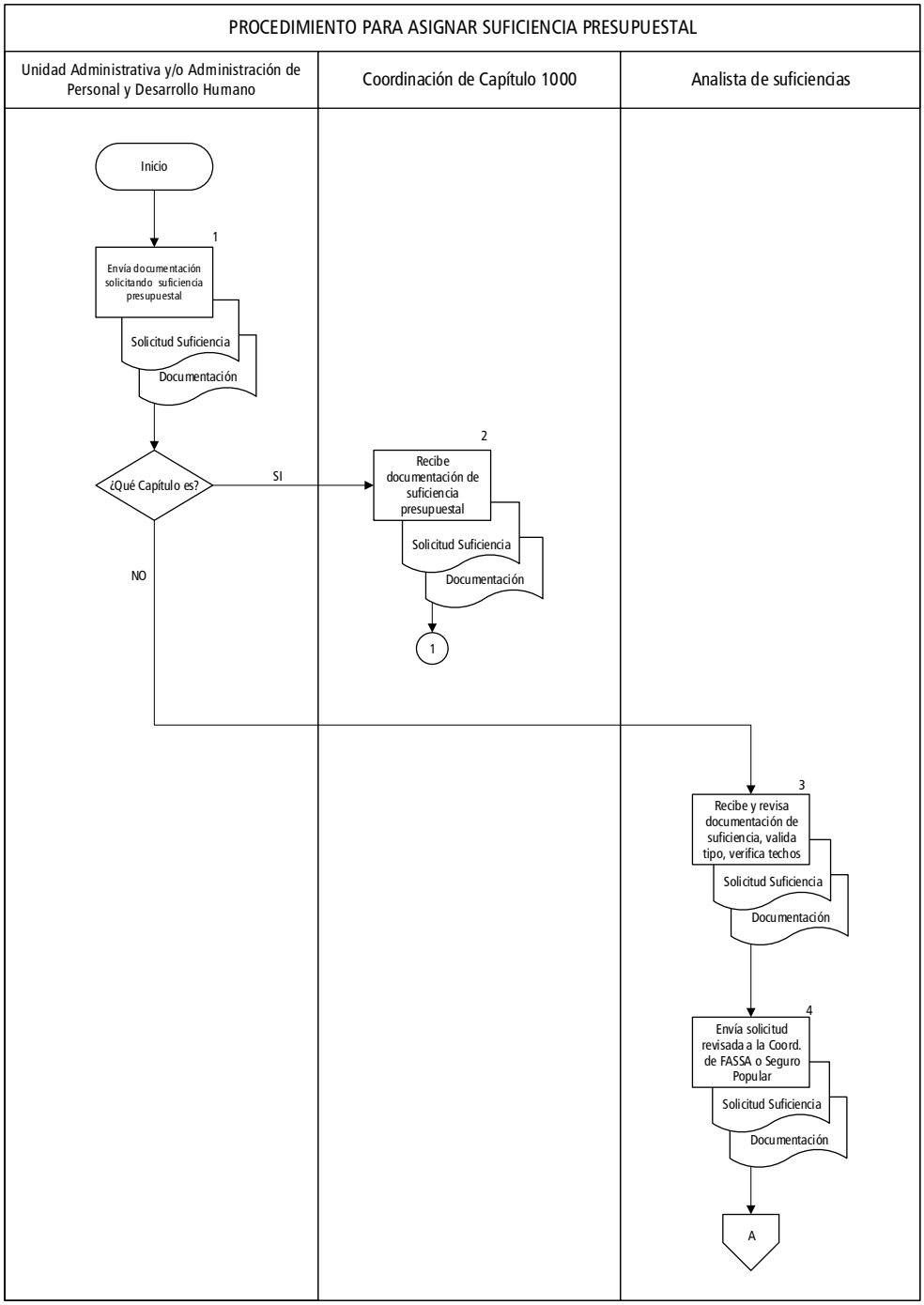
Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y CLC.
Unidad Administrativa: Direcciones y unidades de oficinas centrales pertenecientes a los SSEP, que cuentan con recursos asignados para el desarrollo de sus programas o actividades.
Unidad Aplicativa: Unidades médicas y hospitalarias pertenecientes a los SSEP, que cuentan con recursos asignados para el desarrollo de sus programas o actividades.
CLC: Cuenta por Liquidar Certificada, documento presupuestario mediante el cual la Tesorería realiza el pago de las operaciones presupuestarias correspondientes, con cargo al Presupuesto de Egresos.
FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

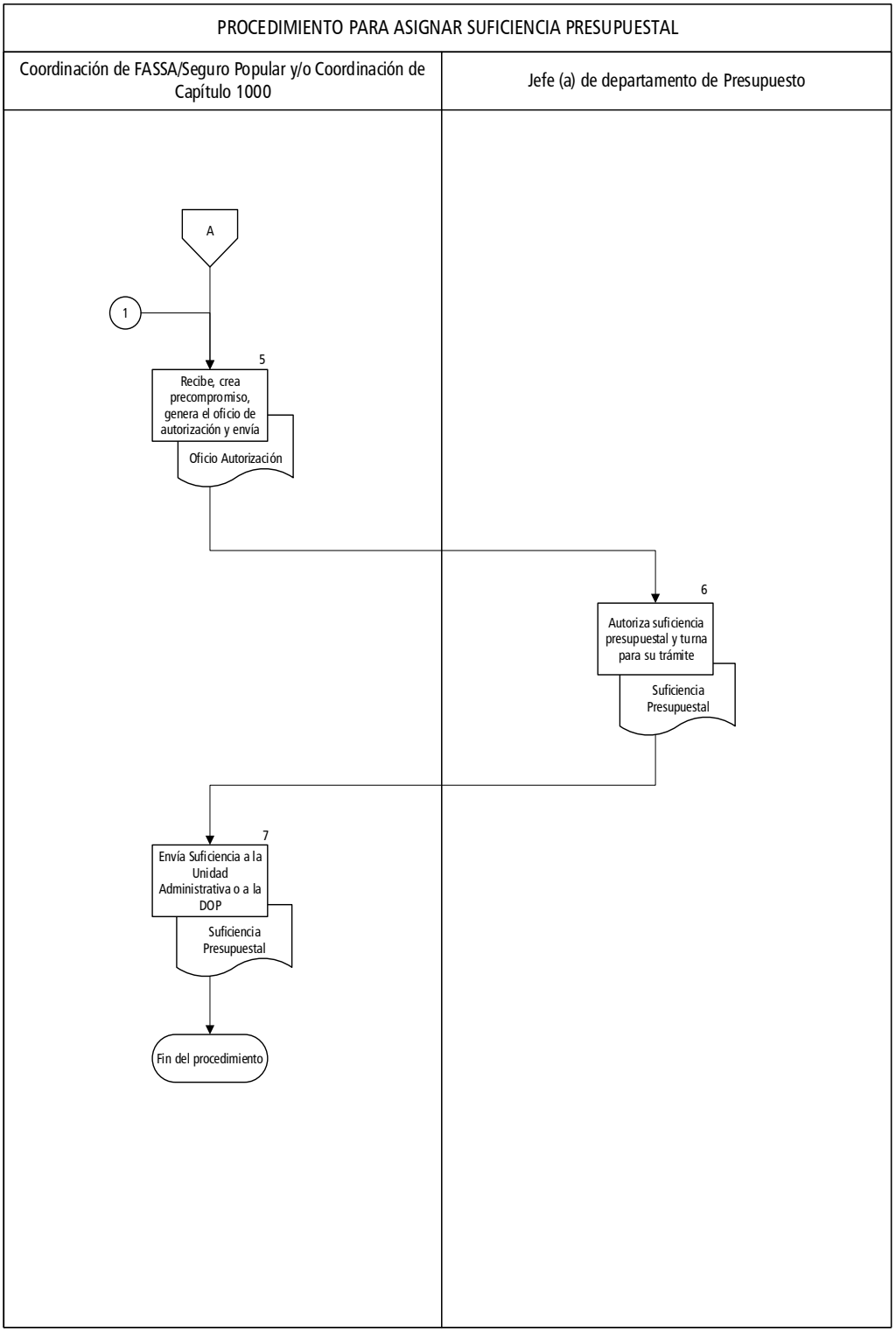
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa y/o Administración de Personal y Desarrollo Humano	Envía documentación solicitando la suficiencia presupuestal dependiendo del Capítulo. ¿Qué Capítulo es?: Suficiencia Capítulo 1000: ir a actividad 2. Suficiencia Capítulo 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000: ir a actividad 3.	Solicitud de Suficiencia y documentación soporte
2	Coordinación de Capítulo 1000	Recibe documentación física de solicitud de suficiencia presupuestal. Continúa en actividad 5.	Solicitud de Suficiencia y documentación soporte
3	Analista de	Recibe documentación física de	Solicitud de

	suficiencias	solicitud de suficiencia, valida el tipo de suficiencia presupuestal, verifica techos presupuestales y revisa documentación soporte.	Suficiencia y documentación soporte
4	Analista de suficiencias	Envía solicitud de suficiencia revisada a la Coordinación de FASSA o Seguro Popular, según corresponda.	Solicitud de Suficiencia y documentación soporte
5	Coordinación de FASSA/Seguro Popular y/o Coordinación de Capítulo 1000	Recibe solicitud de suficiencia, crea el precompromiso en sistema, genera el oficio de autorización presupuestal y envía para firma del/la Jefe/a de Departamento de Presupuesto.	Oficio de autorización de suficiencia Presupuestal
6	Jefe/a de departamento de Presupuesto	Autoriza la suficiencia presupuestal y turna a la Coordinación de FASSA/Seguro Popular o Capítulo 1000 para su trámite.	Suficiencia Presupuestal
7	Coordinación de FASSA/Seguro Popular y/o Coordinación de Capítulo 1000	Envía Suficiencia Presupuestal a la Unidad Administrativa o a la Dirección de Operación de Personal para el trámite correspondiente.	Suficiencia Presupuestal
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL.




PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR SUFICIENCIA PRESUPUESTAL
Coordinación de FASSA/Seguro Popular y/o Coordinación de Capítulo 1000
Jefe (a) de departamento de Presupuesto
A
1
5
Recibe, crea precompromiso, genera el oficio de autorización y envía
Oficio Autorización
6
Autoriza suficiencia presupuestal y turna para su trámite
Suficiencia Presupuestal
7
Envía Suficiencia a la Unidad Administrativa o a la DOP
Suficiencia Presupuestal
Fin del procedimiento

7.18.43. PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO.

Tiempo Promedio: 3 DÍAS

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Gabriel López Rodríguez Coordinador de FASSA GLR (DP) Octubre 2018	**José Rafael Sánchez Olvera Subdirector de Control y Gestión Financiera JRSO (SCGF) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Cumplir con los compromisos legales de los Servicios de Salud contratos con proveedores/as, solicitudes de gastos a comprobar, fondo revolvente y rembolsos realizando el trámite de Pago de Facturas durante el tiempo establecido. Cumplir con el pago quincenal, mensual, o anual de cada proceso de nómina en lo establecido en las condiciones generales de los/las trabajadores/as de los servicios de salud.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigente.
3. Clasificador por Objeto del Gasto vigente.
4. Ley de Egresos vigente.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal vigente.
6. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con las mismas para el Estado de Puebla.
7. Ley del Impuesto al Valor Agregado vigente.
8. Circulares emitidas por la Secretaría de Finanzas y Administración.
9. Código Fiscal de la Federación vigente.
10. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
11. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
12. Acuerdos no Institucionales.
13. Código Fiscal de la Federación vigente.
14. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
15. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
16. Normas emitidas por la CONAC.
17. Normas y lineamientos emitidos por la CACEP.
18. Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.
19. Ley de Coordinación Fiscal.

Políticas de Operación:

1. Deberá de comprobarse con documentos originales que cuenten con los requisitos fiscales vigentes.
2. Los recursos solicitados como gasto a comprobar deberán ser comprobados en un término no mayor a 30 días.
3. La comprobación de recursos deberá de contener la documentación soporte conforme a los procedimientos adjudicatarios vigentes.
4. La documentación fiscal deberá venir a nombre de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
5. Se deberá realizar la revisión y enviar para trámite de pago en un término de 3 días hábiles.

	6. Se deberá de comprobarse con documentos originales que cuenten con soporte validado por el/la Jefe/a de prestaciones económicas (capítulo 1000).
Responsables	Departamento de Presupuesto, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Lograr un adecuado ejercicio del gasto y cumplir con los compromisos de pago que tienen los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio de Solicitud de Pago, CLC.
Glosario	Coordinación de capítulo 1000: Coordinación de área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y validar que la documentación para pago cumpla con toda la normatividad vigente. Coordinación de Glosa: Coordinación de área del Departamento de Presupuesto encargada de validar que la documentación para pago cumpla con toda la normatividad vigente. CLC: Cuenta por Liquidar Certificada, documento presupuestario mediante el cual se solicita a la Tesorería realizar el pago de las operaciones presupuestarias correspondientes, con cargo al Presupuesto de Egresos. Devengo contable: El gasto devengado, es el momento contable que refleja el reconocimiento de una obligación de pago a favor de terceros (as) por la recepción de conformidad de bienes, servicios y obra pública contratados; así como de las obligaciones que derivan de tratados, leyes. Documentación Soporte: Suficiencia Presupuestal, oficio de solicitud de pago, contrato o pedido según el proceso, fallo, facturas, notas de venta, contrato pedido, requerimiento, fianza, recibos económicos, listado de asistencias, testigos, justificación, notas de remisión, tickets, solitudes de nóminas con el soporte (contabilidad, firmas de los/las Jefes (as) de Departamento, SubDirector/a y Director/a,

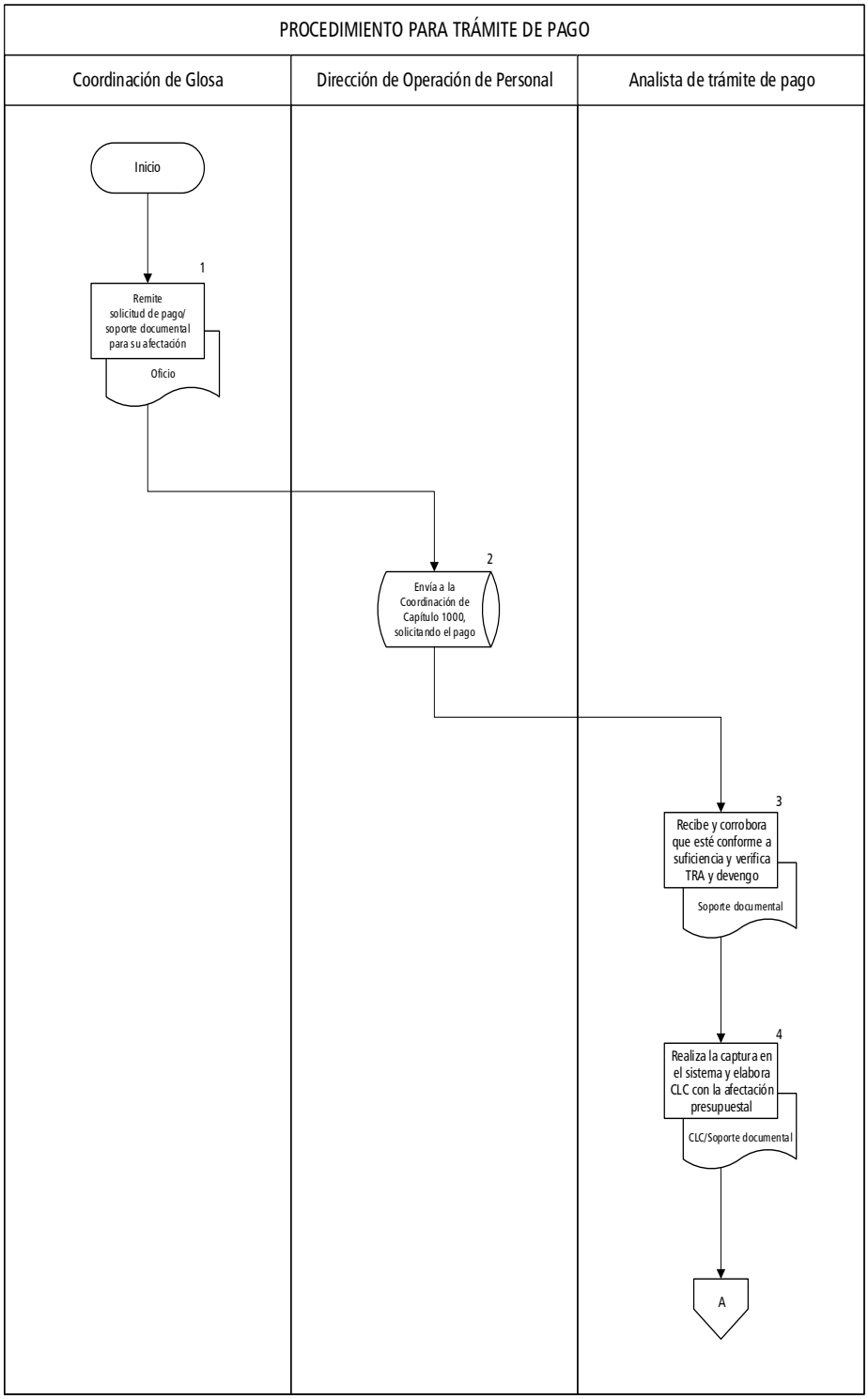
decretos, resoluciones y sentencias definitivas, etc.).
DEVENGO: Documentación que ampara el registro del devengo presupuestal.
TRA: Trámite de pago en sistema.
O.P.D.: Organismo Público Descentralizado.
S.S.E.P.: Servicios de Salud del Estado de Puebla.
S.F.A.: Secretaría de Finanzas y Administración.
Suficiencia presupuestal: Documento que valida y autoriza el recurso para el ejercicio del gasto.
Proceso Adjudicatario: Procedimientos de adjudicación que se llevan a cabo conforme a la Ley de Egresos del Estado de Puebla, la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Publico Estatal y Municipal y el Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto.
Coordinación de FASSA: Coordinación del Área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y CLC.
Coordinación de Seguro Popular: Coordinación del Área del Departamento de Presupuesto encargada de emitir suficiencias presupuestales y CLC.
Unidad Administrativa: Direcciones y unidades de oficinas centrales pertenecientes a los SSEP, que cuentan con recursos asignados para el desarrollo de sus programas o actividades.
Unidad Aplicativa: Unidades médicas y hospitalarias pertenecientes a los SSEP, que cuentan con recursos asignados para el desarrollo de sus programas o actividades.
FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.
TRA: Trámite de Pago en Sistema.
CLC: Cuenta por Liquidar Certificada.

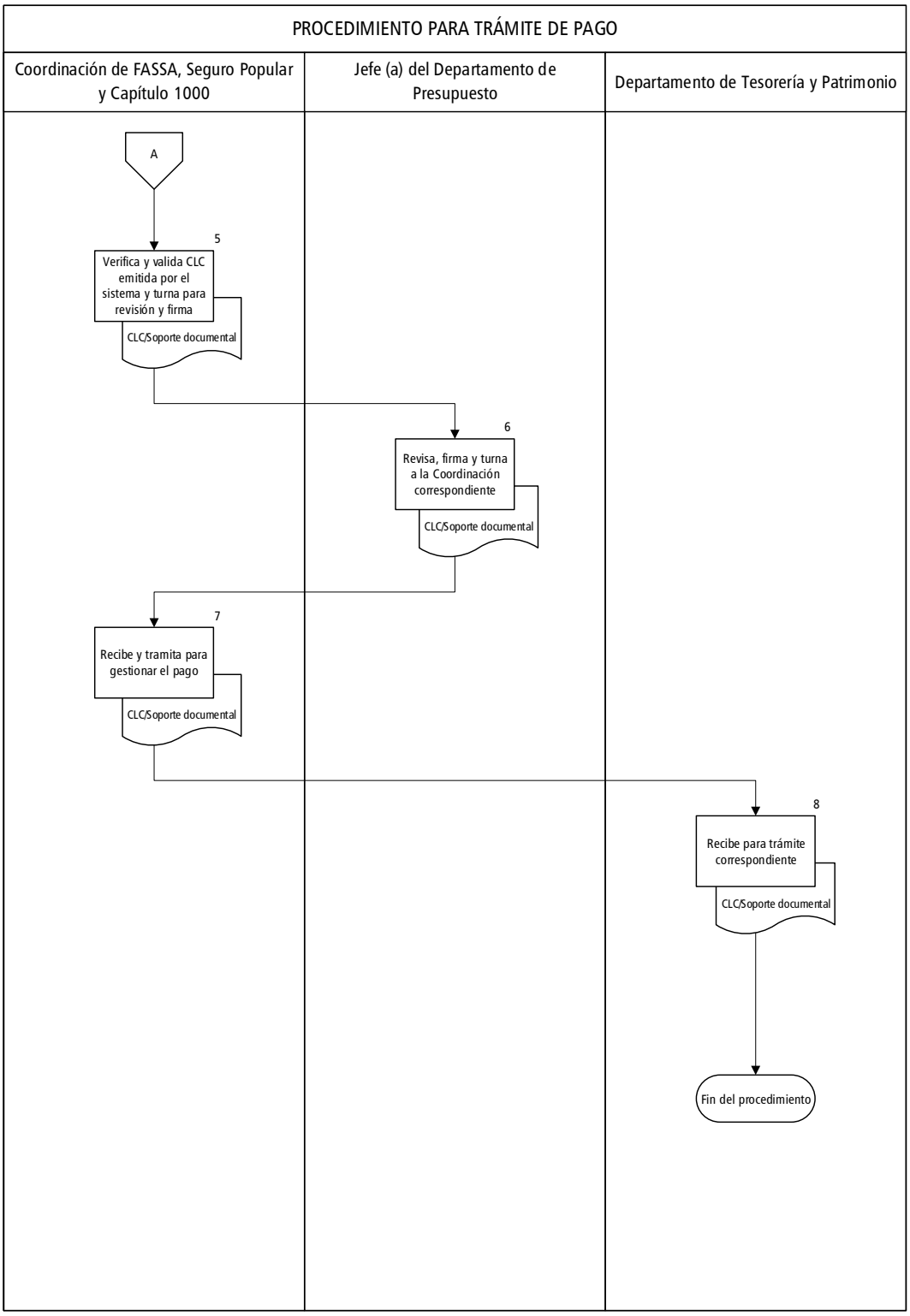
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			

1	Coordinación de Glosa	Remite expediente físico glosado validado para su afectación presupuestal a las Coordinación de FASSA o Seguro Popular.	Oficio de Solicitud de pago/soporte documental
2	Dirección de Operación de Personal	Envía documentación y Layout vía electrónica a la Coordinación de Capítulo 1000, solicitando el pago de quincena de nómina y terceros institucionales.	Oficio de Solicitud de pago/soporte documental
3	Analista de trámite de pago	Recibe documentación (expediente físico) corroborando que todo esté conforme a la suficiencia presupuestal otorgada y verifica TRA y devengo.	Soporte documental
4		Realiza la captura en el sistema y elabora CLC con la afectación presupuestal.	CLC/Soporte documental
5	Coordinación de FASSA, Seguro Popular y Capítulo 1000	Verifica y valida CLC emitida por el sistema y turna al/la Jefe/a de Departamento para revisión y firma.	CLC/Soporte documental
6	Jefe/a del Departamento de Presupuesto	Revisa y firma la CLC, turna a la Coordinación correspondiente.	CLC/Soporte documental
7	Coordinación de FASSA, Seguro Popular y Capítulo 1000	Recibe CLC de Afectación Presupuestal y tramita al Departamento de Contabilidad para gestionar el pago ante el Departamento de Tesorería y Patrimonio.	CLC/Soporte documental
8	Departamento de Tesorería y Patrimonio	Recibe CLC para trámite correspondiente.	CLC/Soporte documental
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO.




PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO
Coordinación de FASSA, Seguro Popular y Capítulo 1000
Jefe (a) del Departamento de Presupuesto
Departamento de Tesorería y Patrimonio
A
5
Verifica y valida CLC emitida por el sistema y turna para revisión y firma
CLC/Soporte documental
6
Revisa, firma y turna a la Coordinación correspondiente
CLC/Soporte documental
7
Recibe y tramita para gestionar el pago
CLC/Soporte documental
8
Recibe para trámite correspondiente
CLC/Soporte documental
Fin del procedimiento

7.18.44. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS

Tiempo Promedio: 5 Meses

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Erika Berenice Velasco Fontes Coordinadora de Ingresos Presupuestales EBVF (DP) Octubre 2018	**José Rafael Sánchez Olvera Subdirector de Control y Gestión Financiera JRSO (SCGF) Octubre 2018**	**Jorge Omar Muñoz Lugo Director de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión JOML (DOOBSGPG) Octubre 2018**

Objetivo	Registrar y llevar un seguimiento del Presupuesto de Ingresos en los SSEP, con el fin de que se registren todos los ingresos recaudados en tiempo y forma y se cumpla con la normatividad establecida por la Armonización Contable hasta el momento del modificado, ya que para el registro de las etapas del presupuesto en lo relativo a la Ley de Ingresos de los entes públicos se efectuará en las cuentas contables que, para tal efecto, establezca el CONAC, las cuales deberán reflejar: el estimado, modificado, devengado y recaudado.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla.
2. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto vigente.
3. Clasificador por Objeto del Gasto vigente.
4. Ley de Egresos vigente.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal vigente.
6. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con las mismas para el Estado de Puebla vigente.
7. Ley del Impuesto al Valor Agregado vigente.
8. Circulares emitidas por la Secretaría de Finanzas y Administración.
9. Código Fiscal de la Federación vigente.
10. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
11. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
12. Acuerdos no Institucionales.
13. Código Fiscal de la Federación vigente.
14. Ley del Impuesto sobre la Renta vigente.
15. Ley General de Contabilidad Gubernamental vigente.
16. Normas emitidas por la CONAC.
17. Normas y lineamientos emitidos por la CACEP.
18. Ley de Ingresos vigente.
19. Postulados Básicos de Contabilidad Gubernamental.
20. Clasificadores Presupuestarios emitidos por el CONAC.
21. Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.
22. Ley de Coordinación Fiscal.

Políticas de Operación:

1. La proyección del presupuesto de ingresos deberá realizarse tres meses antes de la terminación del ejercicio inmediato anterior para presentarse para aprobación de Junta de Gobierno.
2. Se registrará como Presupuesto inicial programado con todas las fuentes de financiamiento incluyendo la proporción de intereses financieros correspondientes, en el mes de enero.

3. Se registrarán los ingresos en especie con base a los diversos convenios.
4. El Departamento de Presupuesto solo registrará hasta el momento presupuestal modificado con base a los ingresos capturados por el Departamento de Tesorería y Patrimonio en materia de intereses financieros generando una ampliación por concepto de los mismos en el Presupuesto de Ingresos.
5. El Departamento de Tesorería y Patrimonio registrará en el sistema SALUD*A el momento de devengado y recaudado diariamente con base a los estados de cuenta bancarios para tener actualizado en tiempo real el sistema como lo marcan los principios de Contabilidad.
6. El Departamento de Tesorería y Patrimonio deberá informar al Departamento de Presupuesto de los saldos bancarios financieros para verificar que se cuenta con la suficiencia financiera para emisión de pagos y se eviten los rechazos.
7. La Coordinación de Ingresos remitirá en cuanto tenga conocimiento las altas o modificaciones en el CRI al/la Administrador/a del Sistema para la modificación y actualización correspondiente.
8. La Coordinación de Ingresos registrara los ingresos virtuales derivados del Convenio con el REPSS, así como por concepto de terceros institucionales, en el presupuesto de ingresos como parte del devengado recaudado.
9. El Departamento de Presupuesto determina basándose en el avance en el presupuesto recaudado, las adecuaciones presupuestales internas que tendrá que realizar y proponer su aplicación en su caso reducciones.
10. El Departamento de Tesorería y Patrimonio registrará el presupuesto recaudado por concepto de venta de bases de licitación con base a la ficha de depósito enviada por el Departamento de Servicios Generales.
11. La proyección de ingresos por recaudar se realizará sin tomar en cuenta los remanentes de ejercicios anteriores.
12. El incumplimiento de estas políticas, normas y

	lineamientos es sancionado conforme a la legislación vigente. 13. Al final del ejercicio se deberá registrar los ingresos por recaudar que cuenten con un CFDI y a la fecha no se haya recibido el recurso, realizando el cierre final del presupuesto a través de la póliza de reducción del ingreso no recaudado. 14. El registro del presupuesto de ingresos pagado será responsabilidad del Departamento de Tesorería y Patrimonio al emitir la dispersión y capturarla en el Sistema SALUD*A. 15. El Departamento de Tesorería y Patrimonio realizara la proyección de cuotas de recuperación a recaudar para el ejercicio fiscal siguiente.
Responsables	Departamento de Presupuesto, Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Áreas Involucradas	Departamento de Presupuesto, Departamento de Tesorería y Patrimonio, Coordinación de Convenios, Coordinación de Almacén, Administrador (a) del Sistema, Departamento de Contabilidad, Coordinación de Seguro Popular. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Presupuesto, la Subdirección de Control y Gestión Financiera y la Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.
Recursos	Proyecto de ingresos, Proyecto de Presupuesto Inicial, Presupuesto Inicial aprobado por Junta de Gobierno, Reportes de Presupuesto Modificado, Pólizas de Diario por Ingresos recaudados en especie y virtuales, Reportes de Comportamiento Presupuestal de Ingresos, Desglose de CFDI de la federación, CFDI y talón de pago, Pólizas de terceros institucionales y póliza de diario, Póliza de ingresos diarios.
Glosario	Ingreso estimado: Es el que se aprueba anualmente en la Ley de Ingresos, e incluyen los impuestos, cuotas y aportaciones de seguridad social, contribuciones de mejoras, derechos, productos, aprovechamientos,

financiamientos internos y externos; así como de la venta de bienes y servicios, además de participaciones, aportaciones, recursos convenidos, y otros ingresos.

Ingreso modificado: Momento contable que refleja la asignación presupuestaria en lo relativo a la Ley de Ingresos que resulta de incorporar en su caso, las modificaciones al ingreso estimado, previstas en la Ley de Ingresos además de los convenios signados, los ingresos por intereses financieros así como el Proyecto de Presupuesto de Ingresos aprobado por la Junta de Gobierno para el Ejercicio correspondiente, así como las reducciones a los ingresos informados por las instancias correspondientes ya sean federales o estatales.

Ingreso devengado: Momento contable que se realiza cuando existe jurídicamente el derecho de cobro de los impuestos, cuotas y aportaciones de seguridad social, contribuciones de mejoras, derechos, productos, aprovechamientos, financiamientos internos y externos; así como de la venta de bienes y servicios, además de participaciones, aportaciones, recursos convenidos, y otros ingresos por parte de los entes públicos. En el caso de resoluciones en firme (definitivas) y pago en parcialidades se deberán reconocer cuando ocurre la notificación de la resolución y/o en la firma del convenio de pago en parcialidades, respectivamente.

Ingreso recaudado: Momento contable que refleja el cobro en efectivo o cualquier otro medio de pago de los impuestos, cuotas y aportaciones de seguridad social, contribuciones de mejoras, derechos, productos, aprovechamientos, financiamientos internos y externos; así como de la venta de bienes y servicios, además de participaciones, aportaciones, recursos convenidos, y otros ingresos por parte de los entes públicos.

Catálogo rubro de ingresos (CRI): Catálogo que permitirá una clasificación de los ingresos presupuestarios de los entes públicos acorde con criterios legales, internacionales y contables, claro, preciso, integral y útil, que posibilite un adecuado registro y presentación de las operaciones, que facilite la interrelación con las cuentas patrimoniales.

Catálogo de fuentes de financiamiento: Consiste en presentar los gastos públicos según los agregados

genéricos de los recursos empleados para su financiamiento. Esta clasificación permite identificar las fuentes u orígenes de los ingresos que financian los egresos y precisar la orientación específica de cada fuente a efecto de controlar su aplicación.

Catálogo de CEI: Elemento presupuestario que agrupa a los/las responsables de gestionar los ingresos.

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Puebla.

Transferencias: Movimientos compensatorios dentro de las asignaciones del Presupuesto de Ingresos que afectan las fuentes de financiamiento y pueden ser:

- Transferencia compensada, que se realiza entre fuentes de financiamiento por necesidades de la operación.
- Transferencia liquida, que puede ampliar o disminuir una fuente de financiamiento y modifica el presupuesto total y puede ser en pecuniario o especie.

Aportaciones federales: Conjunto de recursos públicos condicionados a la obtención cumplimiento de determinados objetivos en materia de educación básica y normal, servicios de salud e infraestructura social, así como para el fortalecimiento de los municipios, aportaciones múltiples, educación tecnológica y de adultos y seguridad pública que el Gobierno Federal presupuesta y transfiere a las haciendas públicas de los Estados, Municipios y el Distrito Federal, en el marco de la Ley de Coordinación Fiscal. Para la identificación de este tipo de recursos se creó el Ramo General 33 llamado Aportaciones Federales a Entidades y Municipios.

CRI: Catálogo por Rubro de Ingresos.

CFDI: Comprobante Fiscal Digital.

CONAC: Consejo Nacional de Armonización Contable

CACEP: Consejo de Armonización Contable del Estado de Puebla

CUCOPAS: Clasificador Único de Contrataciones Públicas Armonizada

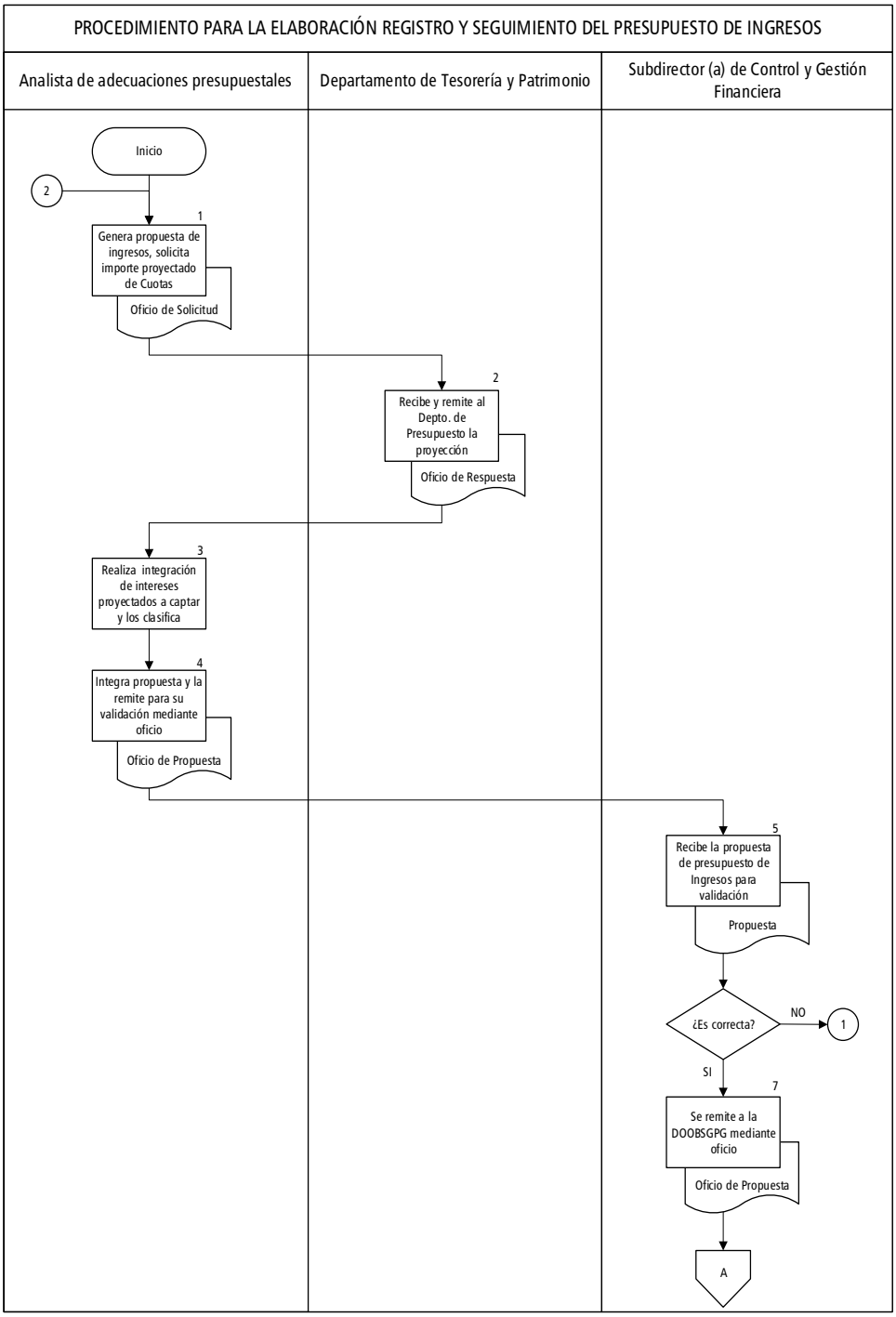
CEI: Elemento Presupuestario que Agrupa a los Responsables de Gestionar los Ingresos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Analista de adecuaciones presupuestales	Genera la propuesta de ingresos con base a la proyección tomando como referencia el histórico recaudado, así como en su caso si ya se tienen proyectos de convenios para su integración solicita el importe proyectado de Cuotas de Recuperación al Departamento de Tesorería y Patrimonio mediante oficio conforme a los CRIS correspondientes.	Oficio de solicitud de la proyección de Cuotas de Recuperación
2	Departamento de Tesorería y Patrimonio	Recibe y remite al Departamento de Presupuesto la proyección de cuotas de recuperación para la integración al presupuesto de ingresos total mediante oficio.	Oficio de respuesta de la proyección de Cuotas de Recuperación
3	Analista de adecuaciones presupuestales	Realiza la integración de los intereses proyectados a captar por fuente de financiamiento y los clasifica incluyendo el CRI correspondiente.	
4		Integra la propuesta total y la remite a la Subdirección de Control y Gestión Financiera para su validación mediante oficio.	Oficio de Propuesta de Presupuesto de Ingresos
5	SubDirector/a de Control y Gestión Financiera	Recibe la propuesta de presupuesto de ingresos para validación. ¿Es correcta? Sí: Continúa en actividad 7. No: Continúa en actividad 6.	Propuesta de Presupuesto de Ingresos
6	Analista de adecuaciones presupuestales	Se envía a realizarle las modificaciones correspondientes. Continúa en actividad 1.	Propuesta de Presupuesto de Ingresos

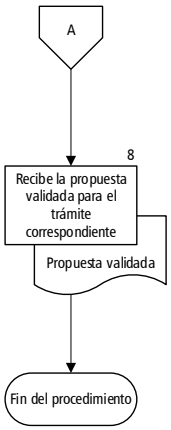
7	SubDirector/a de Control y Gestión Financiera	Se remite a la Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión mediante oficio.	Oficio de Propuesta de Presupuesto de Ingresos
8	Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Recibe la propuesta validada para el trámite correspondiente.	Propuesta validada
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS

Dirección de Operación, Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión	Analista de adecuaciones presupuestales





7.19. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS

7.19.1. PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS/LAS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Anett Cruz Solis Jefa del Departamento de Asuntos Laborales ACS (DAL) Octubre 2018	Anett Cruz Solis Jefa del Departamento de Asuntos Laborales ACS (DAL) Octubre 2018	Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018

Objetivo	Intervenir en los conflictos laborales en que tenga interés legal el Organismo, ejecutando todas las acciones legales para resolver a favor del Organismo.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley Federal del Trabajo. Vigente. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Publicado en el Periódico Oficial del Estado, vigente. 3. Decreto de Creación del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, vigente. 4. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, vigente. Políticas de Operación: 1. Las demandas emplazadas que se reciban en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, deberán estar acompañadas del auto de radicación y copia cotejada de la demanda.
Responsables	Departamento de Asuntos Laborales, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Aplica para seleccionar al/a la candidata/a idóneo, de acuerdo a las necesidades de las áreas médica, paramédica y administrativa.
Recursos	Auto de radicación de Demanda, Memorándum, Escrito de Contestación de Demanda, Cheque y póliza de cheque, Laudo, Planilla de liquidación de laudo, Planilla de Indemnización Constitucional, Acuerdo.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS/LAS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el emplazamiento de demanda en contra de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y se turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	Auto de radicación. Demanda.
2	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el auto de radicación acompañado de la demanda y solicita al/la Director/a de Operación de Personal, envíe la información relacionada con el conflicto laboral.	Auto de radicación. Demanda. Memorándum.
3	Director/a de Operación de Personal	Recibe la solicitud, recaba la información solicitada y la envía debidamente documentada al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum.
4	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe memorándum y remite al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para continuar con el trámite.	Memorándum.
5	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe la información y ejecuta los actos procesales y/o administrativos necesarios hasta la total terminación del asunto, siendo la autoridad quien determinará el sentido del laudo.	Memorándum. Escrito.
6		Recibe el laudo y lo analiza. ¿Resultado del Laudo? Pago: Continúa en la actividad No. 7. Reinstalación: Continúa en la actividad No. 22.	Laudo.

7		Elabora el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Personal la planilla de cuantificación y lo turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Memorándum. Laudo.
8	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum de solicitud de planilla de liquidación de laudo y lo turna al/la Jefe/a del Departamentos de Asuntos Laborales para su entrega.	Memorándum. Laudo.
9	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum y copia del laudo y lo entrega a la Dirección de Operación de Personal.	Memorándum. Laudo.
10	Director/a de Operación de Personal	Recibe memorándum y copia del laudo, realiza la planilla de cuantificación y la turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Laudo
11	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe memorándum y copia del laudo y remite al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para continuar con el trámite.	Memorándum. Laudo.
12	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe la planilla de cuantificación de salarios caídos y elabora el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a fin de que extienda los cheques respectivos, y lo pasa a firma del/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Planilla de liquidación.
13	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión a través del cual se solicita se extienda el cheque respectivo, turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	Memorándum. Planilla de liquidación de laudo.
14	Jefe/a del Departamento de	Recibe el memorándum, lo remite al/la Director/a de Operación de Obra,	Memorándum. Planilla de

	Asuntos Laborales.	Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	liquidación de laudo.
15	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Extiende el cheque respectivo y lo envía al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Cheque. Póliza de cheque.
16	Director/a de Asuntos Jurídicos.	Recibe cheque y lo remite al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para su entrega.	Memorándum. Cheque. Póliza de cheque.
17	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el cheque y mediante comparecencia lo entrega a la autoridad laboral que dictó el laudo condenatorio.	Cheque. Póliza de cheque.
18	Autoridad Laboral	Entrega al/la actor del juicio laboral el cheque y emite el acuerdo correspondiente.	Acuerdo.
19	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Elabora el memorándum, para remitir al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión el acuerdo, emitido por la Autoridad Laboral y la póliza de cheque debidamente firmada por el/la actor del juicio laboral, el cual se turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Memorándum. Acuerdo. Póliza de Cheque.
20	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum para remitir al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión el acuerdo emitido por la Autoridad Laboral y la póliza de cheque debidamente firmada por el/la actor del juicio laboral, el cual se turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para su entrega.	Memorándum. Acuerdo. Póliza de Cheque.

21	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum, lo remite al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Archiva. **Fin del procedimiento.**	Memorándum. Acuerdo. Póliza de cheque.
22		Elabora el memorándum dirigido al Director/a de Operación de Personal con copia del laudo solicitando la disponibilidad de la plaza laboral, la planilla de liquidación de laudo y planilla de cuantificación de Indemnización Constitucional para el caso de que el/la actor del juicio la acepte a cambio de no ser reinstalado/a y lo turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Memorándum. Laudo. Planilla de liquidación de laudo. Planilla de cuantificación de Indemnización Constitucional.
23	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum para solicitar al/la Director/a de Operación de Personal la disponibilidad de la plaza laboral, la planilla de liquidación de laudo y planilla de cuantificación de Indemnización Constitucional.	Memorándum. Laudo.
24	Director/a de Operación de Personal	Recibe el memorándum y copia del laudo, verifica la disponibilidad de la plaza, realiza las planillas de liquidación de laudo y de cuantificación de Indemnización Constitucional.	Memorándum. Laudo. Planilla de liquidación de laudo Planilla. de Indemnización constitucional.
25		Informa al/la Director/a de Asuntos Jurídicos de la disponibilidad de la plaza laboral, turna las planillas de liquidación de laudo y de cuantificación de Indemnización Constitucional.	Memorándum. Planilla. de Liquidación de laudo. Planilla de Indemnización

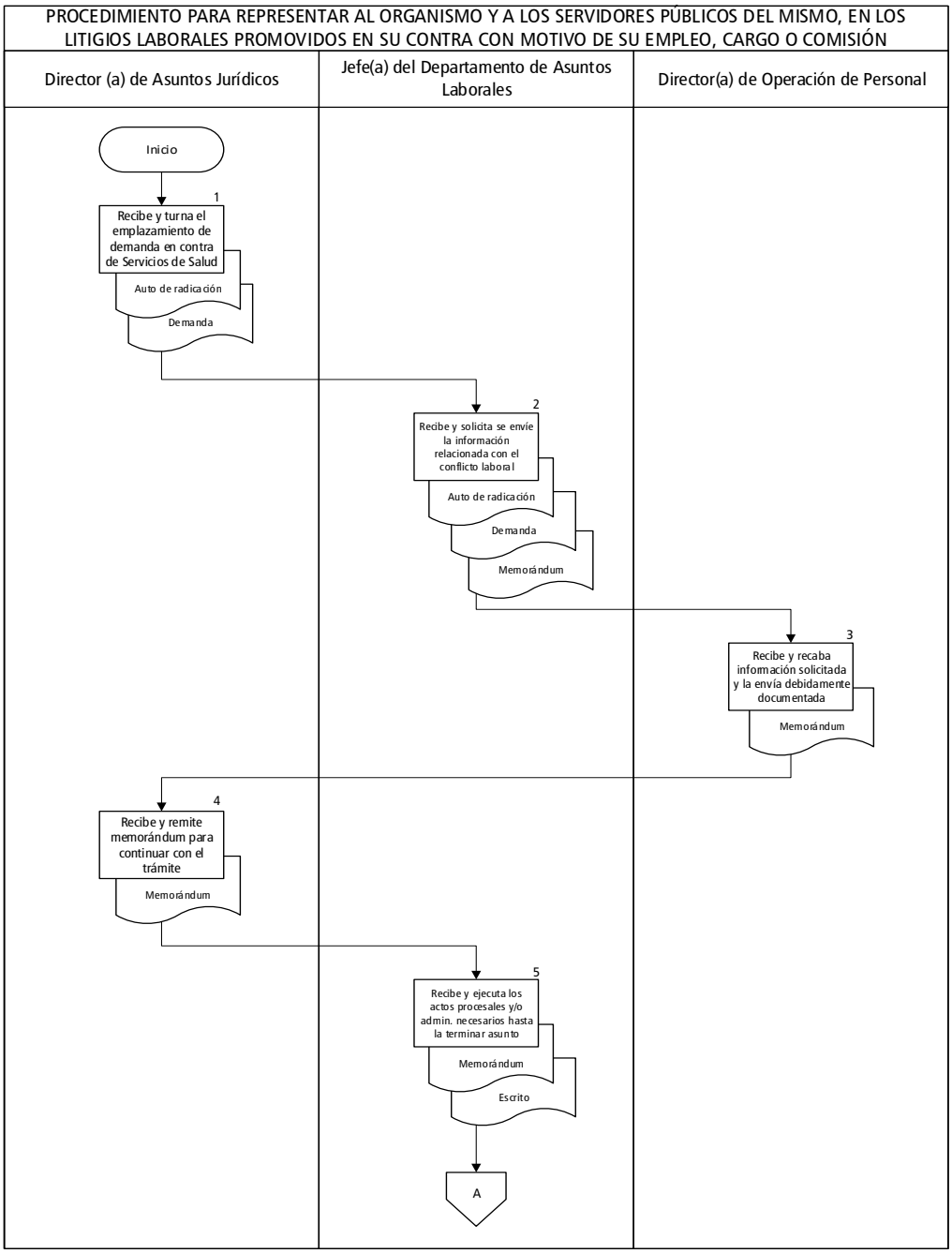
			constitucional.
26	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el memorándum con el informe de la disponibilidad de la plaza laboral, las planillas de liquidación de laudo y de cuantificación de Indemnización Constitucional y las remite al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	Memorándum. Planilla de liquidación de laudo. Planilla de Indemnización Constitucional.
27	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum con el informe de la disponibilidad de la plaza laboral, las planillas de liquidación de laudo y de cuantificación de Indemnización Constitucional.	Memorándum. Planilla de Cuantificación.
28		Elabora el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión para remitir las planillas de liquidación de laudo y de cuantificación de Indemnización Constitucional, a fin de que extienda los cheques respectivos, pasa al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Memorándum. Planilla de cuantificación.
29	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, a través del cual se solicita se extiendan los cheques respectivos para el pago de la liquidación de laudo y la Indemnización Constitucional. Turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para su entrega.	Memorándum. Planilla de cuantificación.
30	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum y junto con las planillas de liquidación de laudo y de cuantificación de Indemnización Constitucional, lo remite al/la	Memorándum Planilla de liquidación. Planilla de

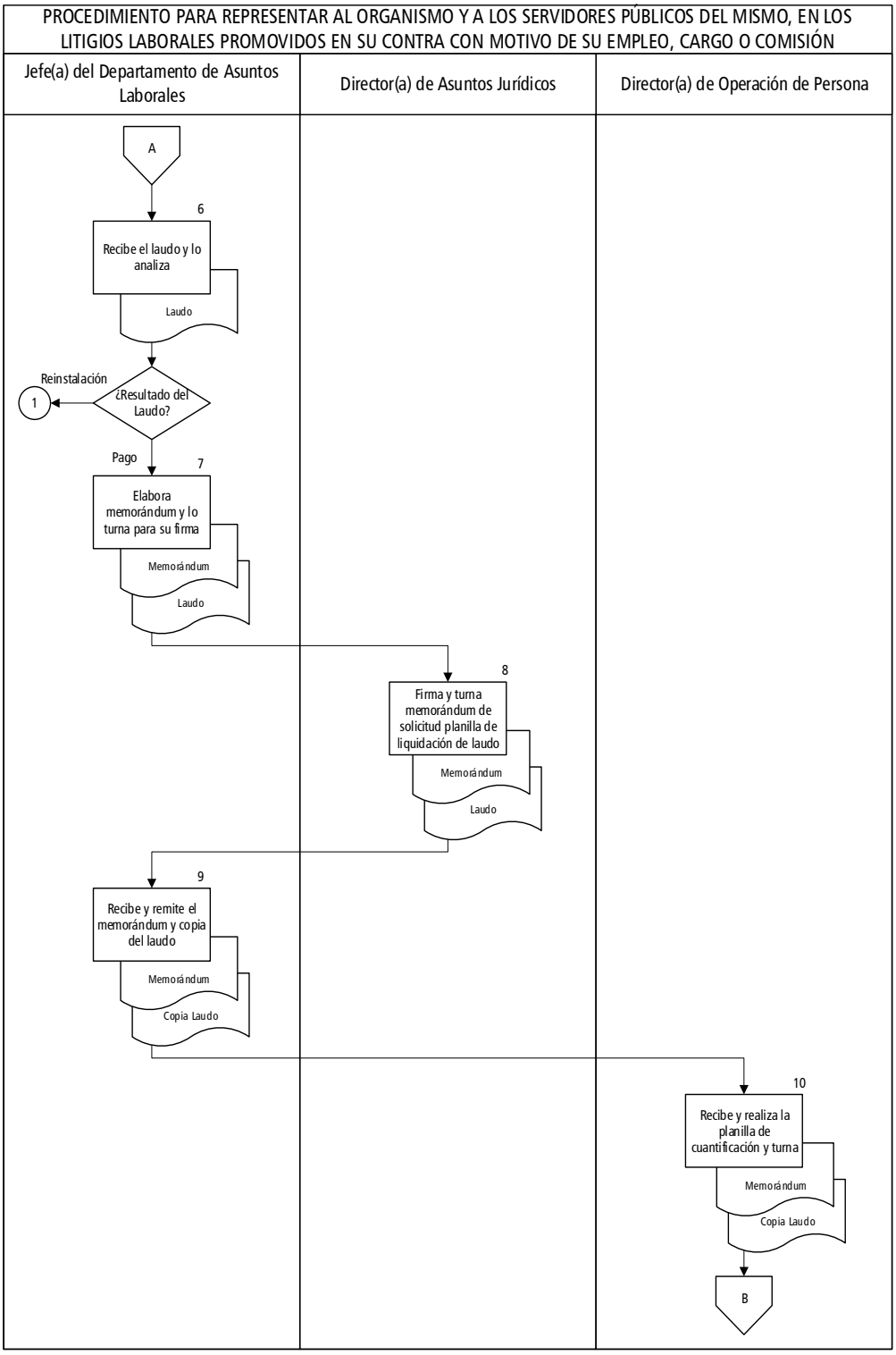
		Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Indemnización Constitucional.
31	Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.	Extiende los cheques respectivos y a través de memorándum los envía al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Cheque.
32	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe los cheques y los remite al Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	Memorándum. Cheque.
33	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe los cheques para el pago de la liquidación del laudo y de Indemnización Constitucional.	Memorándum. Cheque.
34		Mediante comparecencia ante la Autoridad laboral que dictó el laudo, informa de la disponibilidad de la plaza laboral y se exhiben los cheques para el pago de liquidación de laudo, así como el de indemnización constitucional que será entregado en caso de que el actor del juicio acepte el mismo a cambio de no ser reinstalado. ¿Qué acepta el/la actor del juicio? Reinstalación: Continúa en la actividad No. 35. Indemnización Constitucional: Continúa en la actividad No. 39.	Comparecencia. Cheque.
35	Autoridad Laboral	Reinstala al/la actor del juicio en su plaza laboral y hace entrega del cheque del pago de liquidación de laudo, emitiéndose el acuerdo correspondiente.	Acuerdo. Cheque.
36	Jefe/a del Departamento de	Elabora el memorándum, para remitir al/la Director/a de Operación de Obra,	Memorándums. Acuerdo

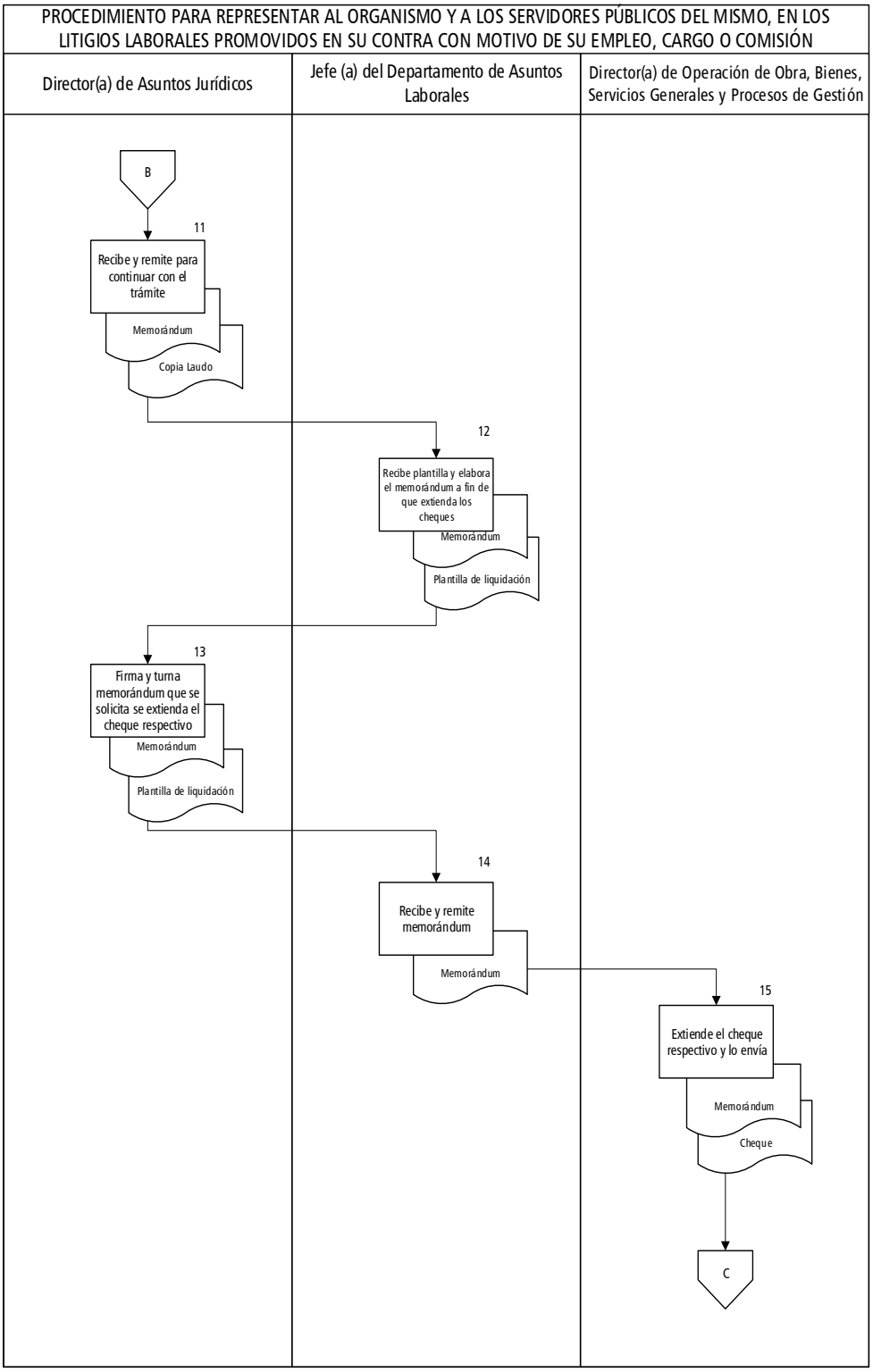
	Asuntos Laborales	Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión el acuerdo emitido por la Autoridad Laboral y la póliza del cheque de liquidación de laudo debidamente firmada por el/la actor del juicio laboral y para devolver el cheque de indemnización constitucional, asimismo elabora el memorándum dirigido al/la) Director/a de Operación de Personal para informar fecha de reinstalación, los cuales turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Pólizas de Cheque Cheque
37	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma los memorándum para remitir al/la Director de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión el acuerdo emitido por la Autoridad Laboral, la póliza de cheque debidamente firmada por el actor del juicio laboral y el cheque que se devuelve así como el memorándum en el que se informa al/la Director/a de Operación de Personal que el/la actor fue reinstalado/a, mismos que turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para su entrega.	Memorándum Acuerdo Pólizas de Cheque Cheque
38	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe los memorándums, los remite al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión y al/la Director de Operación de Personal. Archiva. **Fin del Procedimiento.**	Memorándum Acuerdo. Póliza de cheque.
39	Autoridad Laboral	Entrega al/la actor del juicio laboral de referencia, los cheques del pago de Indemnización Constitucional y liquidación del laudo, emitiéndose el acuerdo correspondiente.	Acuerdo. Cheque.

40	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Elabora el memorándum para remitir al/la) Director/a de Operación de Personal, el acuerdo emitido por la Autoridad Laboral y al/la Director/a de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión las respectivas pólizas de cheque debidamente firmada por el actor del juicio laboral. Pasa al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Memorándum. Acuerdo. Póliza de Cheque.
41	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum para remitir al/la Director de Operación de Personal, el acuerdo emitido por la Autoridad Laboral y las respectivas pólizas de cheque debidamente firmada por el actor del juicio laboral. Turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para su entrega.	Memorándum. Acuerdo. Póliza de Cheque.
42	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum y junto con la documentación correspondiente lo remite al/la Director/a de Administración de Operación de Personal y a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión. Archiva.	Memorándum. Acuerdo. Póliza de Cheque.
Fin del procedimiento			

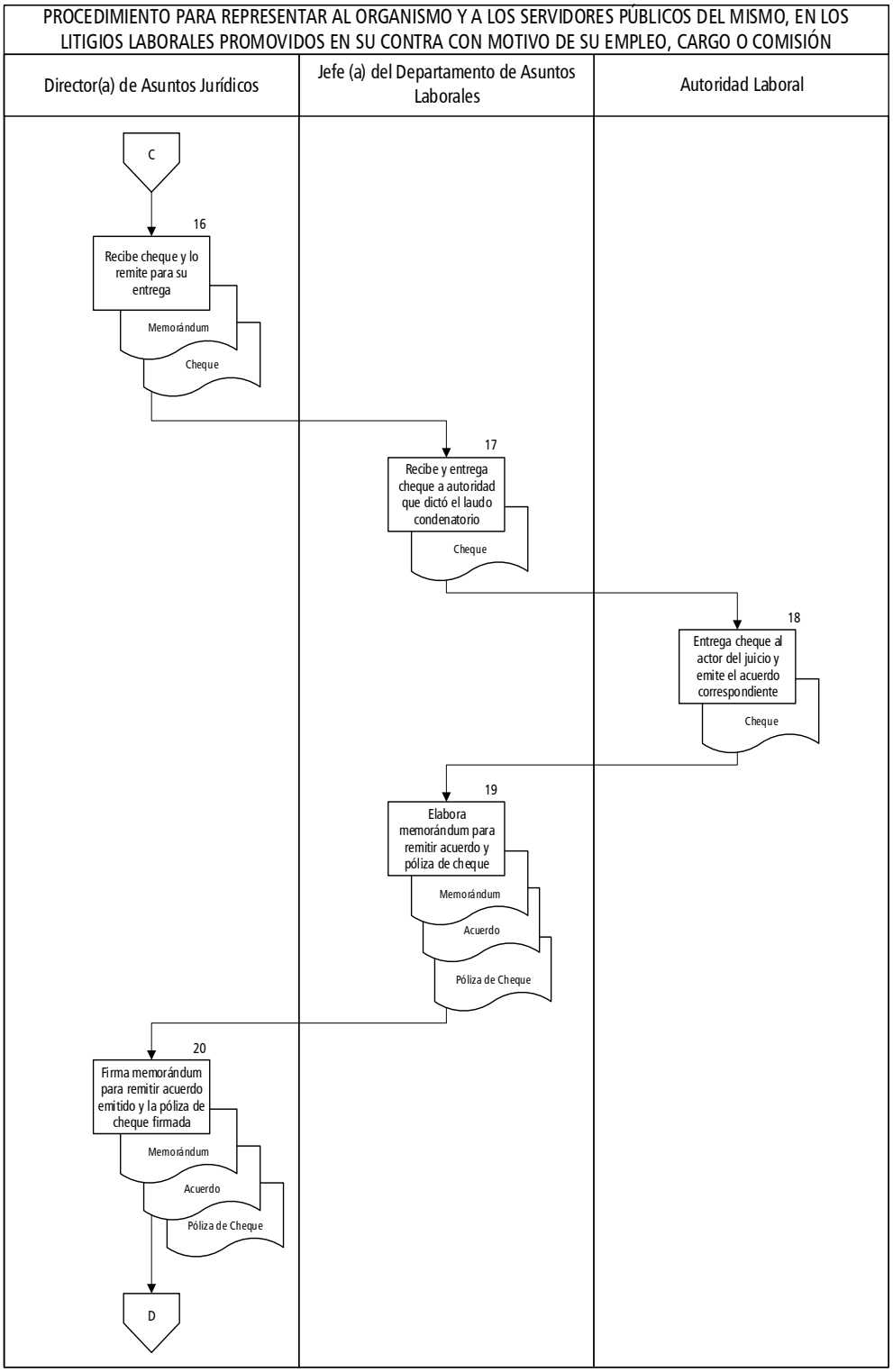
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS/LAS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN.



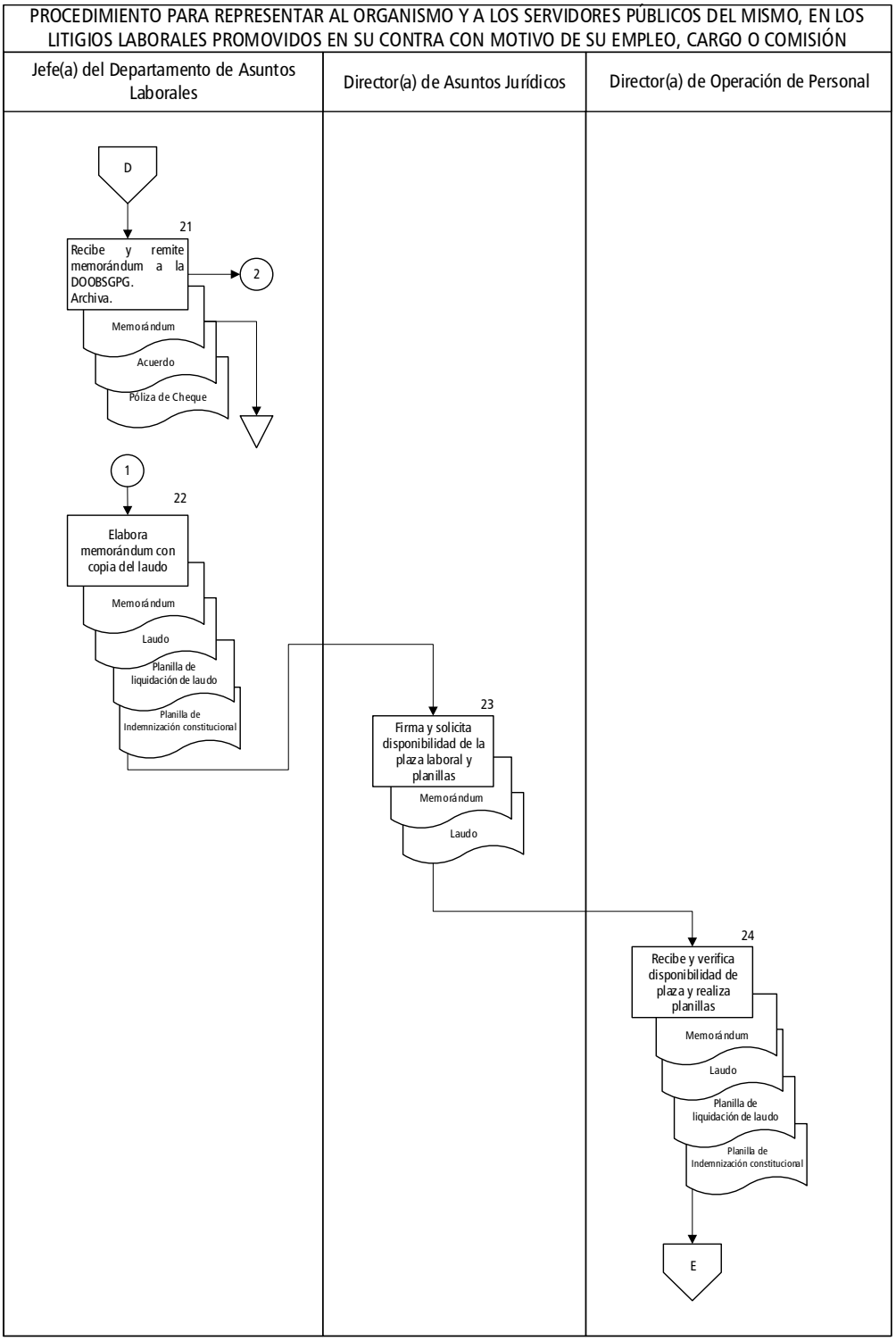

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Laborales
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Director(a) de Operación de Persona
A
6
Recibe el laudo y lo analiza
Laudo
Reinstalación
1
¿Resultado del Laudo?
Pago
7
Elabora memorándum y lo turna para su firma
Memorándum
Laudo
8
Firma y turna memorándum de solicitud planilla de liquidación de laudo
Memorándum
Laudo
9
Recibe y remite el memorándum y copia del laudo
Memorándum
Copia Laudo
10
Recibe y realiza la planilla de cuantificación y turna
Memorándum
Copia Laudo
B

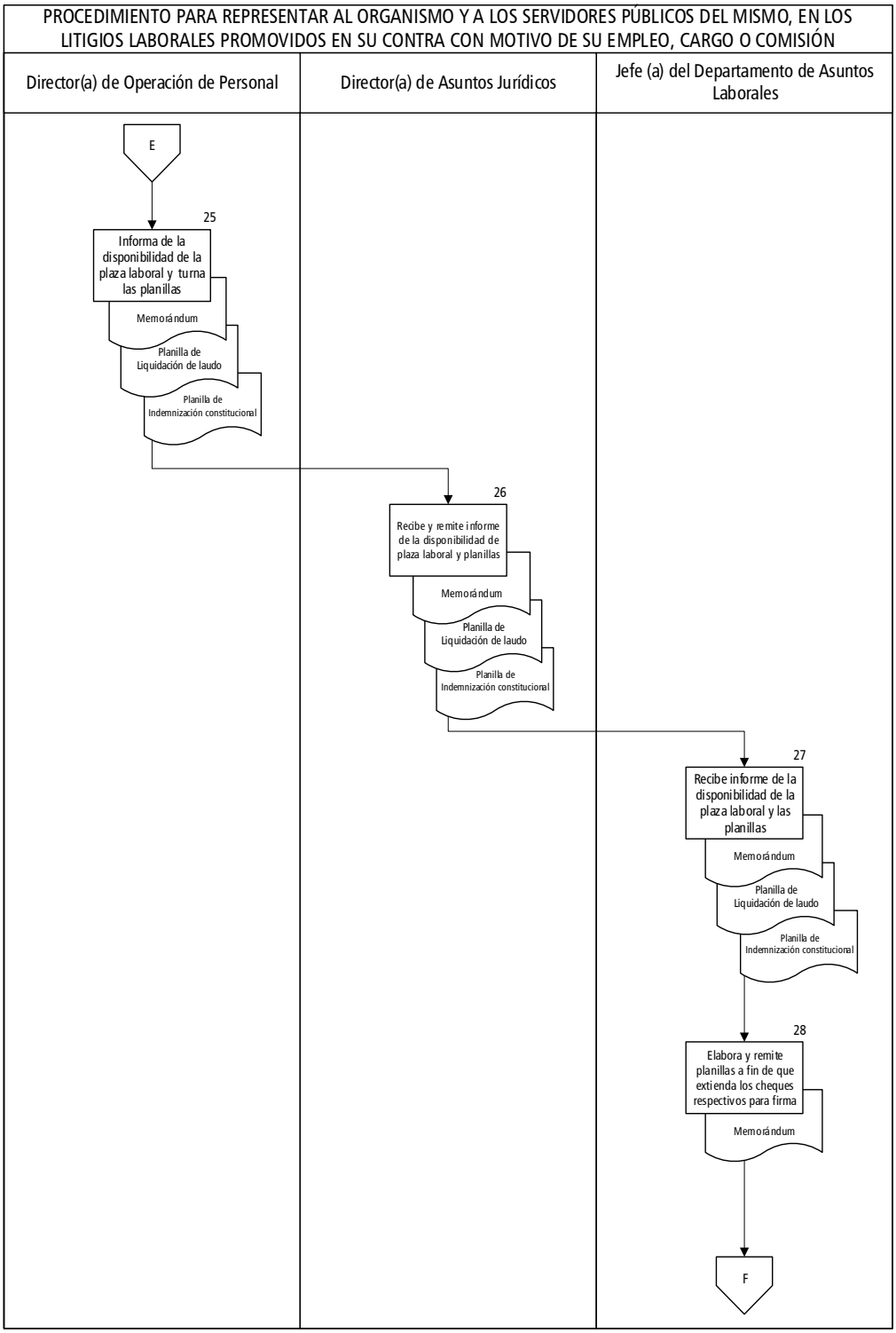

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Laborales
Director(a) de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión
B
11
Recibe y remite para continuar con el trámite
Memorándum
Copia Laudo
12
Recibe plantilla y elabora el memorándum a fin de que extienda los cheques
Memorándum
Plantilla de liquidación
13
Firma y turna memorándum que se solicita se extienda el cheque respectivo
Memorándum
Plantilla de liquidación
14
Recibe y remite memorándum
Memorándum
15
Extiende el cheque respectivo y lo envía
Memorándum
Cheque
C

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

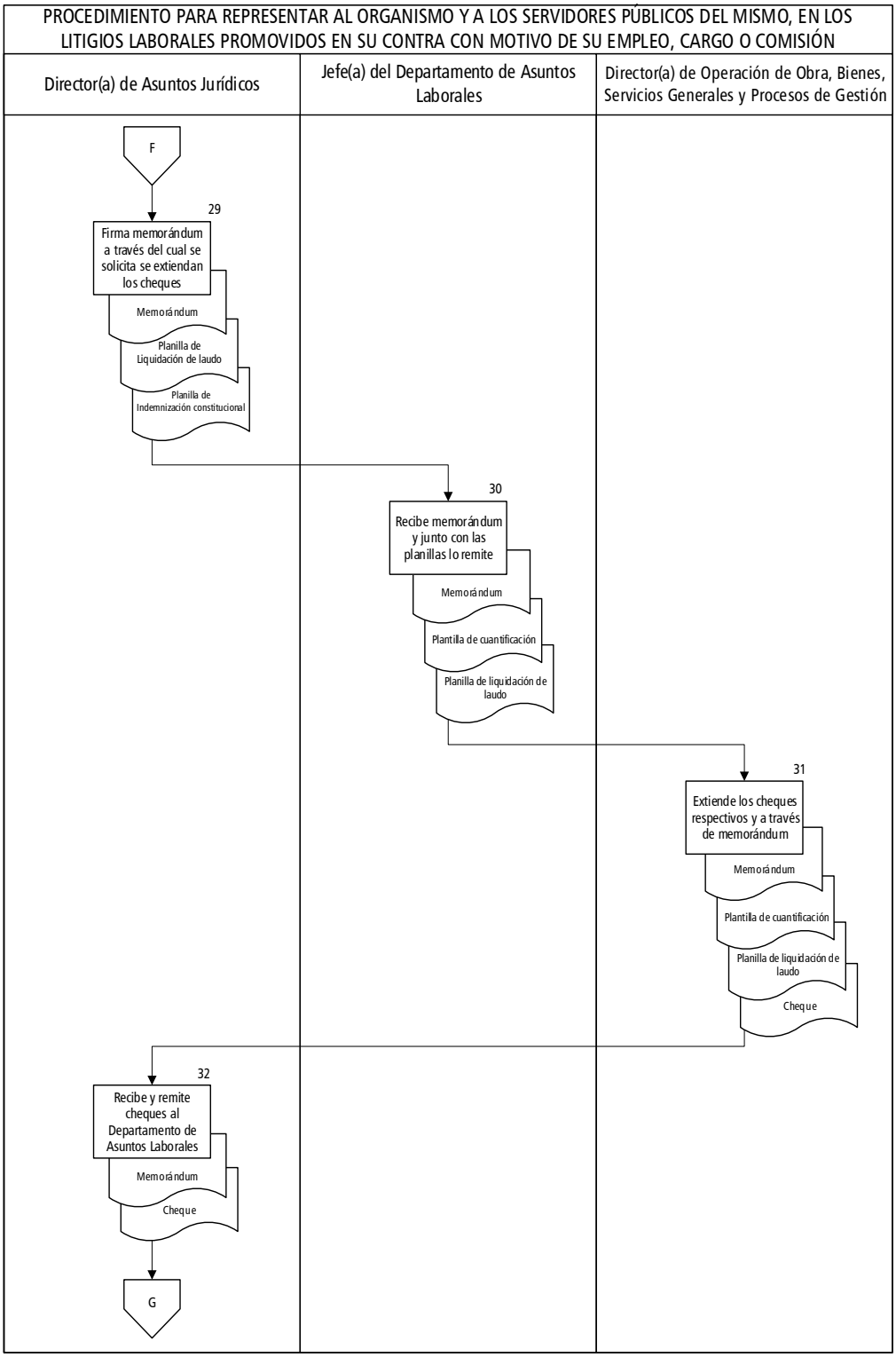


PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

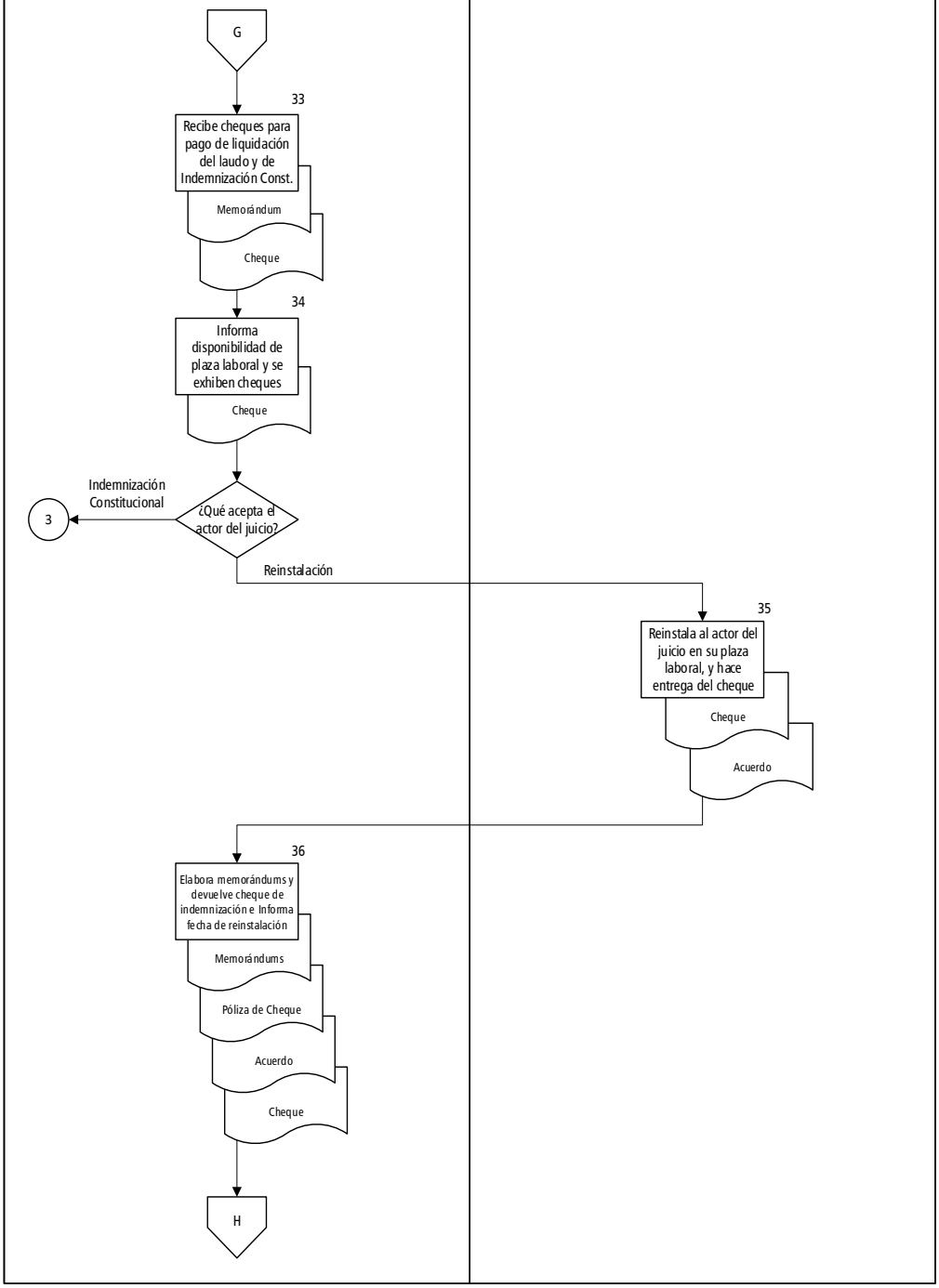


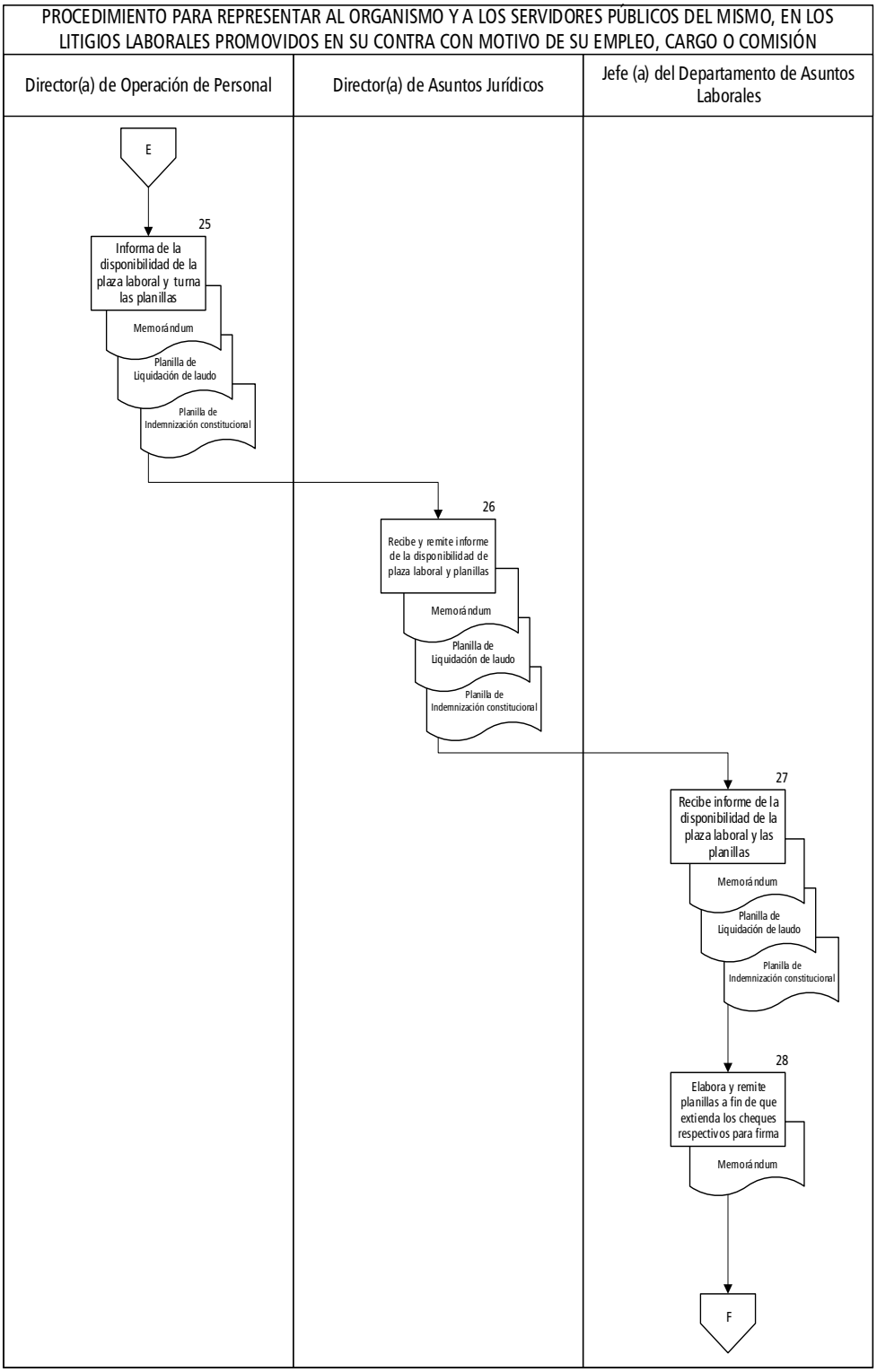

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN
Director(a) de Operación de Personal
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Laborales
E
25
Informa de la disponibilidad de la plaza laboral y turna las planillas
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
26
Recibe y remite informe de la disponibilidad de plaza laboral y planillas
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
27
Recibe informe de la disponibilidad de la plaza laboral y las planillas
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
28
Elabora y remite planillas a fin de que extienda los cheques respectivos para firma
Memorándum
F

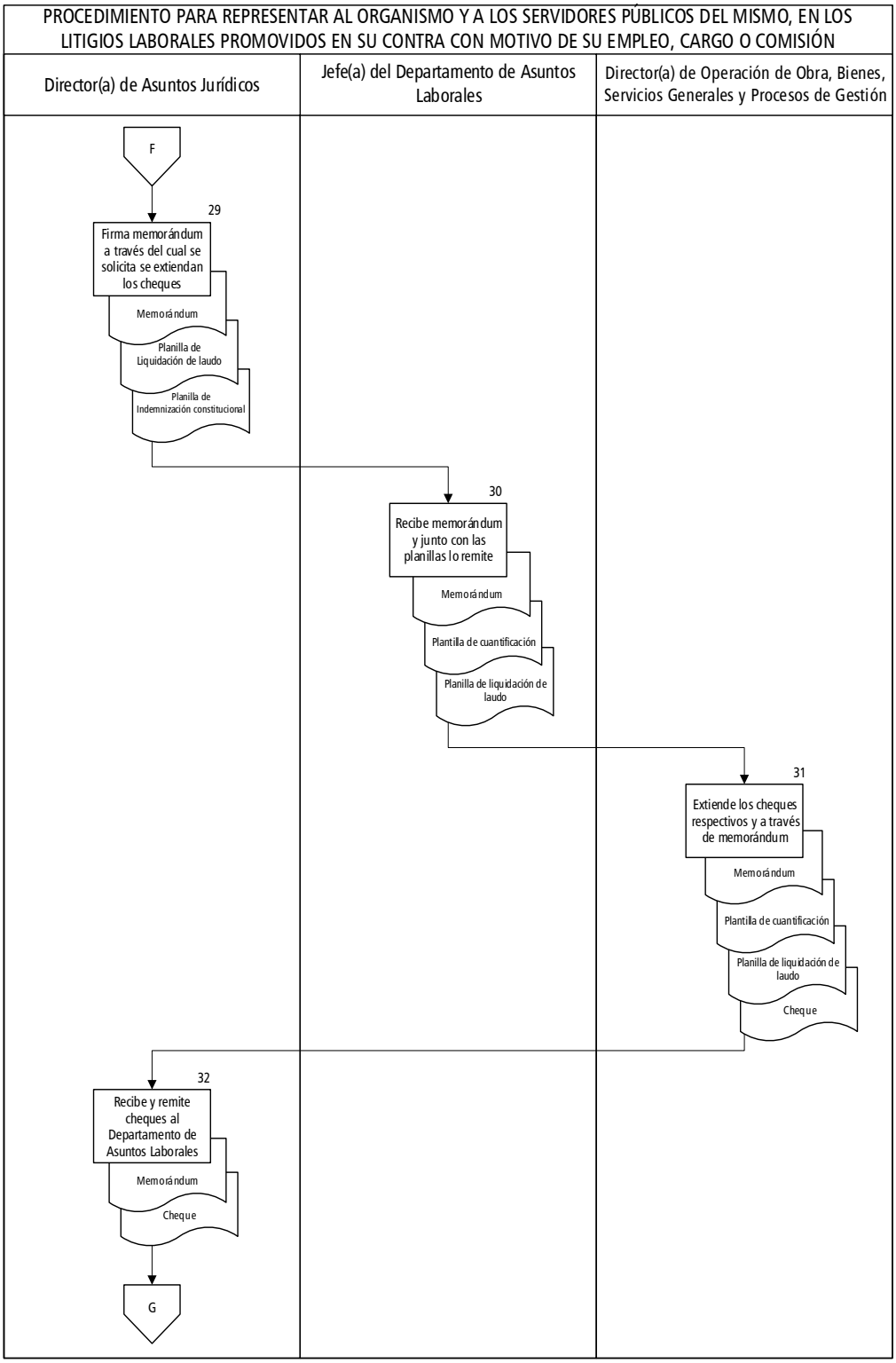
PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN



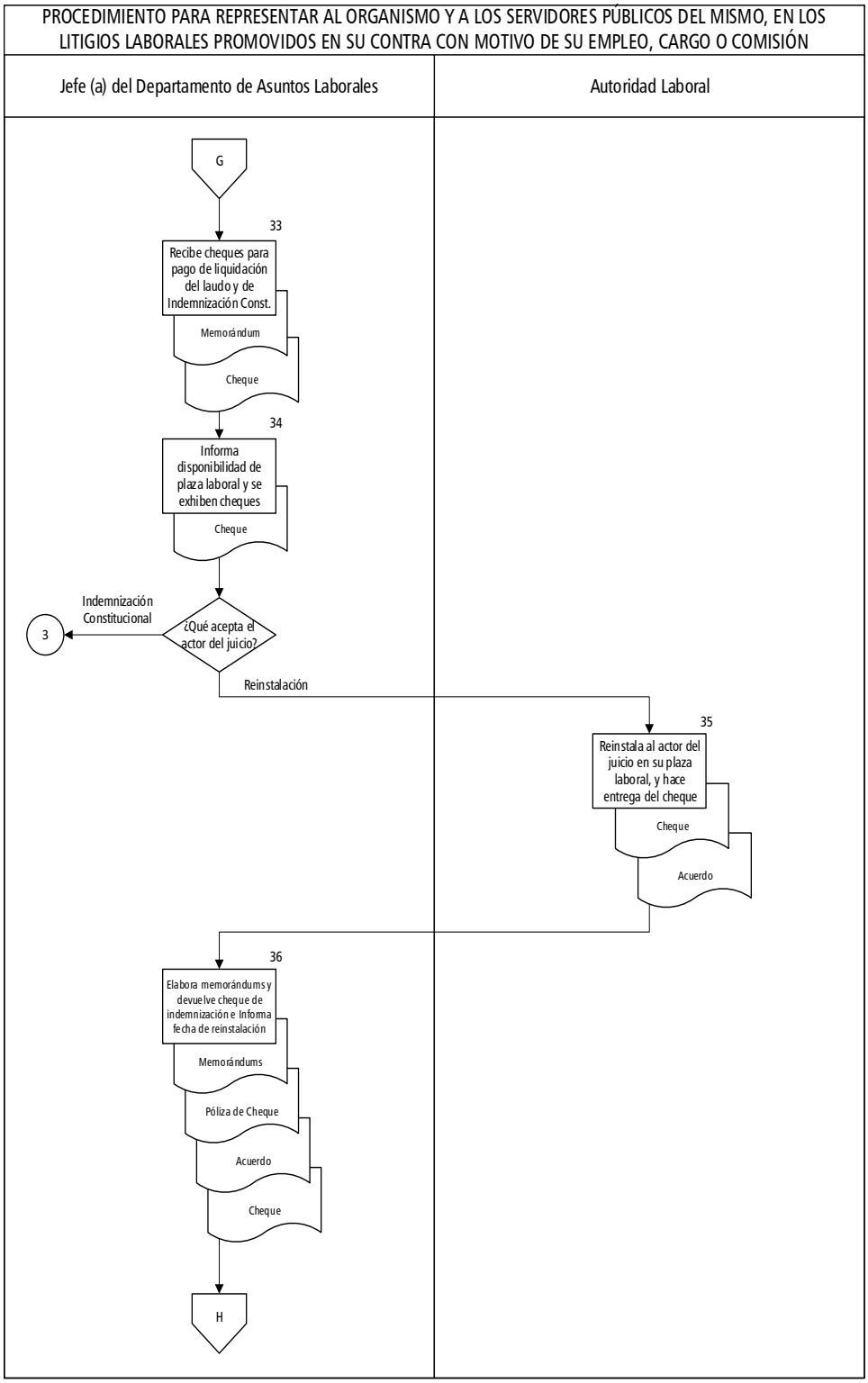
PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

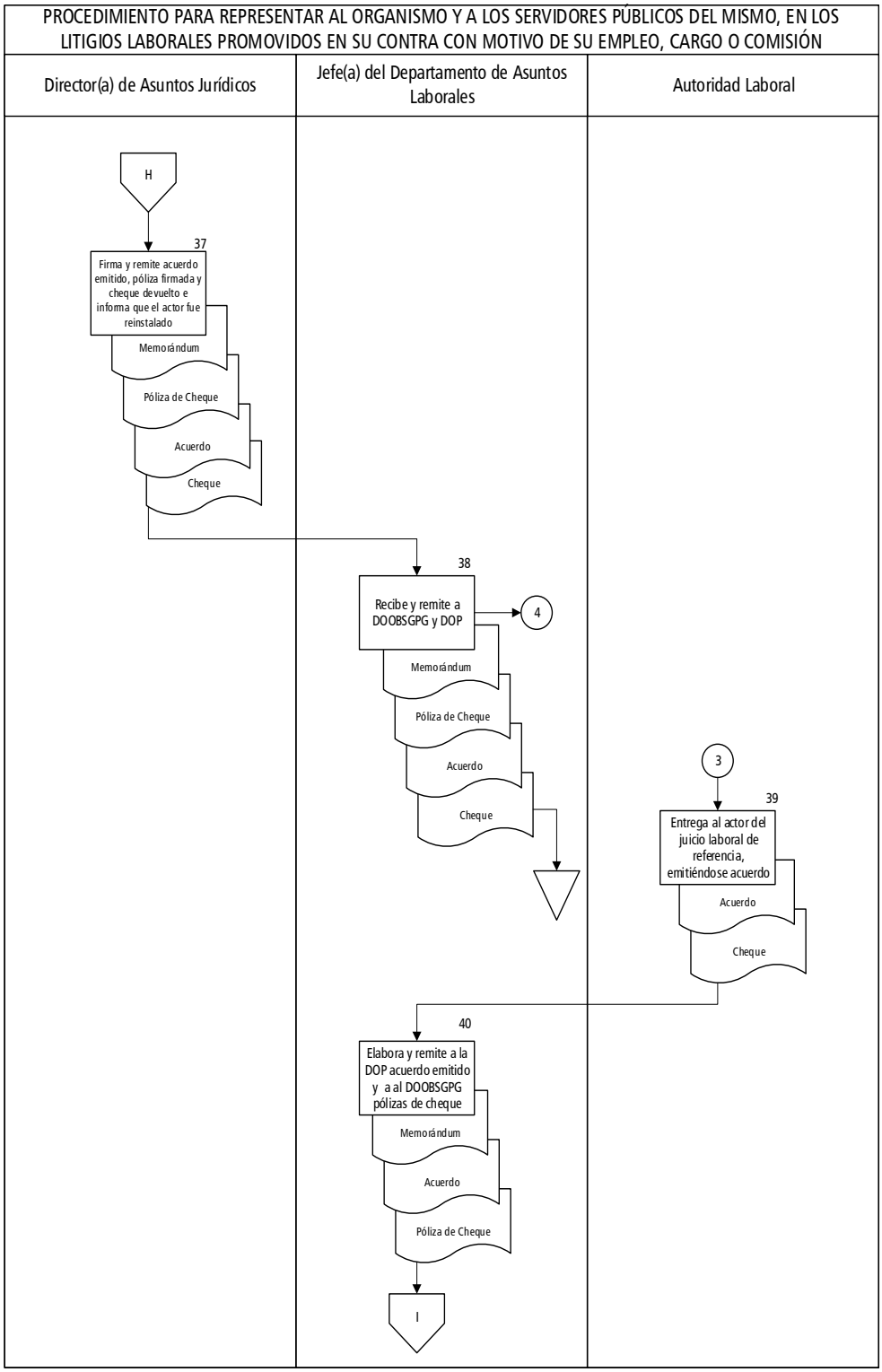



PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN
Director(a) de Operación de Personal
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Laborales
E
25
Informa de la disponibilidad de la plaza laboral y turna las planillas
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
26
Recibe y remite informe de la disponibilidad de plaza laboral y planillas
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
27
Recibe informe de la disponibilidad de la plaza laboral y las planillas
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
28
Elabora y remite planillas a fin de que extienda los cheques respectivos para firma
Memorándum
F

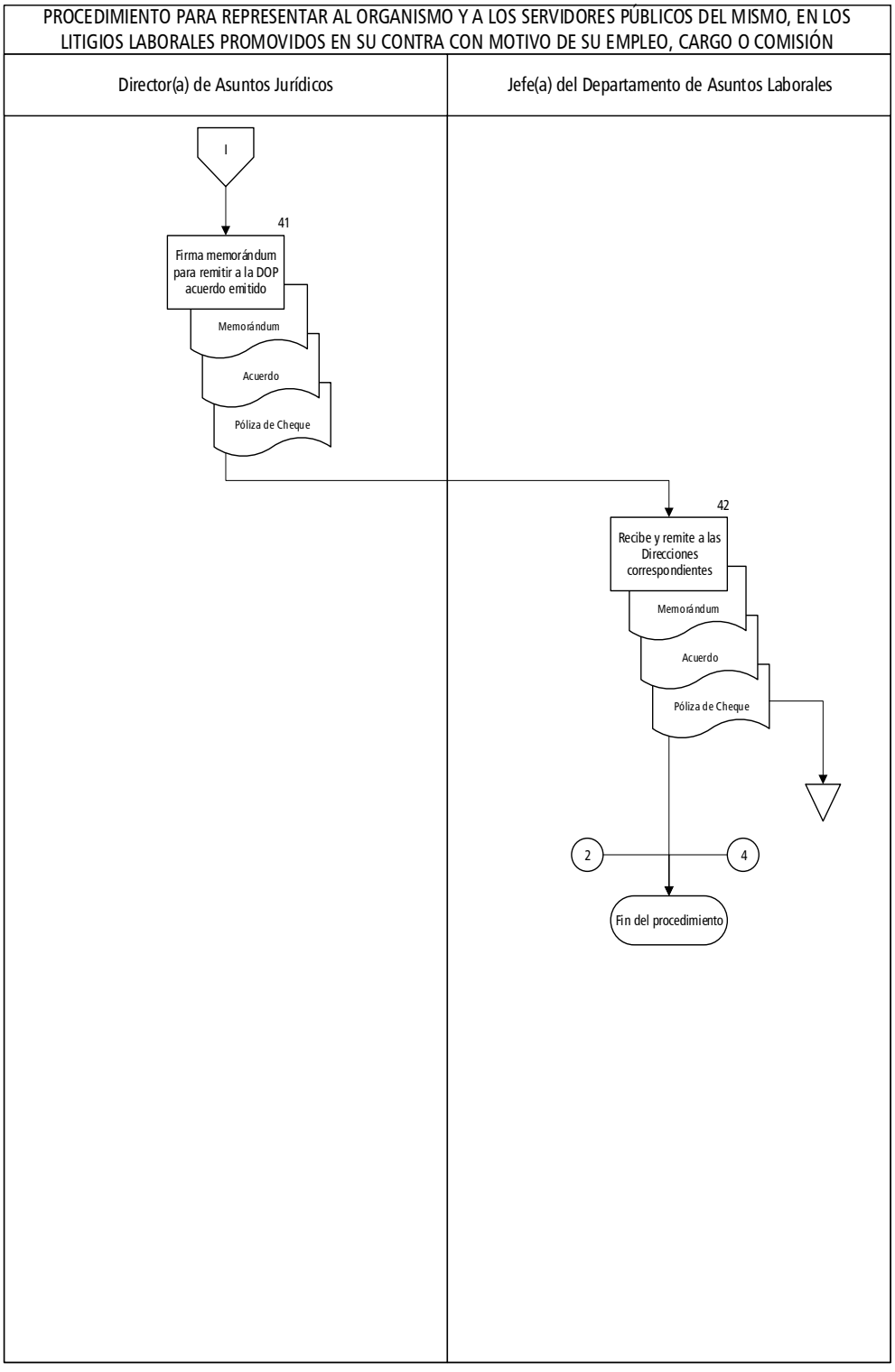

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Laborales
Director(a) de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión
F
29
Firma memorándum a través del cual se solicita se extiendan los cheques
Memorándum
Planilla de Liquidación de laudo
Planilla de Indemnización constitucional
30
Recibe memorándum y junto con las planillas lo remite
Memorándum
Plantilla de cuantificación
Planilla de liquidación de laudo
31
Extiende los cheques respectivos y a través de memorándum
Memorándum
Plantilla de cuantificación
Planilla de liquidación de laudo
Cheque
32
Recibe y remite cheques al Departamento de Asuntos Laborales
Memorándum
Cheque
G

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN




PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Laborales
Autoridad Laboral
H
37
Firma y remite acuerdo emitido, póliza firmada y cheque devuelto e informa que el actor fue reinstalado
Memorándum
Póliza de Cheque
Acuerdo
Cheque
38
Recibe y remite a DOOBSGPG y DOP
4
Memorándum
Póliza de Cheque
Acuerdo
Cheque
3
39
Entrega al actor del juicio laboral de referencia, emitiéndose acuerdo
Acuerdo
Cheque
40
Elabora y remite a la DOP acuerdo emitido y a al DOOBSGPG pólizas de cheque
Memorándum
Acuerdo
Póliza de Cheque
I

PROCEDIMIENTO PARA REPRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN



7.19.2. PROCEDIMIENTO PARA RENDIR INFORMES A LOS A LOS/LAS JUECES CIVILES O FAMILIARES EN LOS JUICIOS RELACIONADOS CON LOS/LAS SERVIDORES/AS PÚBLICOS/AS DEL ORGANISMO.

Tiempo Promedio: 3 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Anett Cruz Solis **Jefa del Departamento de Asuntos Laborales** **ACS (DAL)** **Octubre 2018**	**Anett Cruz Solis** **Jefa del Departamento de Asuntos Laborales** **ACS (DAL)** **Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores** **Director de Asuntos Jurídicos** **EOF (DAJ)** **Octubre 2018**

Objetivo	Informar al Juez Civil o Familiar el sueldo y percepciones de los/las servidores públicos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla; ejecutar los mandamientos judiciales de descuento, modificación o cancelación de pensión alimenticia que sean formulados.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente. 3. Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Puebla, vigente. Políticas de Operación: 1. Los oficios de solicitud de información, ejecución de descuento, modificación o cancelación de pensión alimenticia, deberán recibirse con firma autógrafa y sello del Juzgado.
Responsables	Departamento de Asuntos Laborales, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Aplica a las Unidades Médico–Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla que reciban los oficios del Juzgado Civil o Familiar, y a éstos cuando soliciten un informe sobre el sueldo o percepciones de un servidor público de los Servicios de Salud del Estado de Puebla o en su caso, ejecución de descuento, modificación o cancelación de pensión alimenticia.
Recursos	Oficio, Memorándum.
Glosario	N/A.

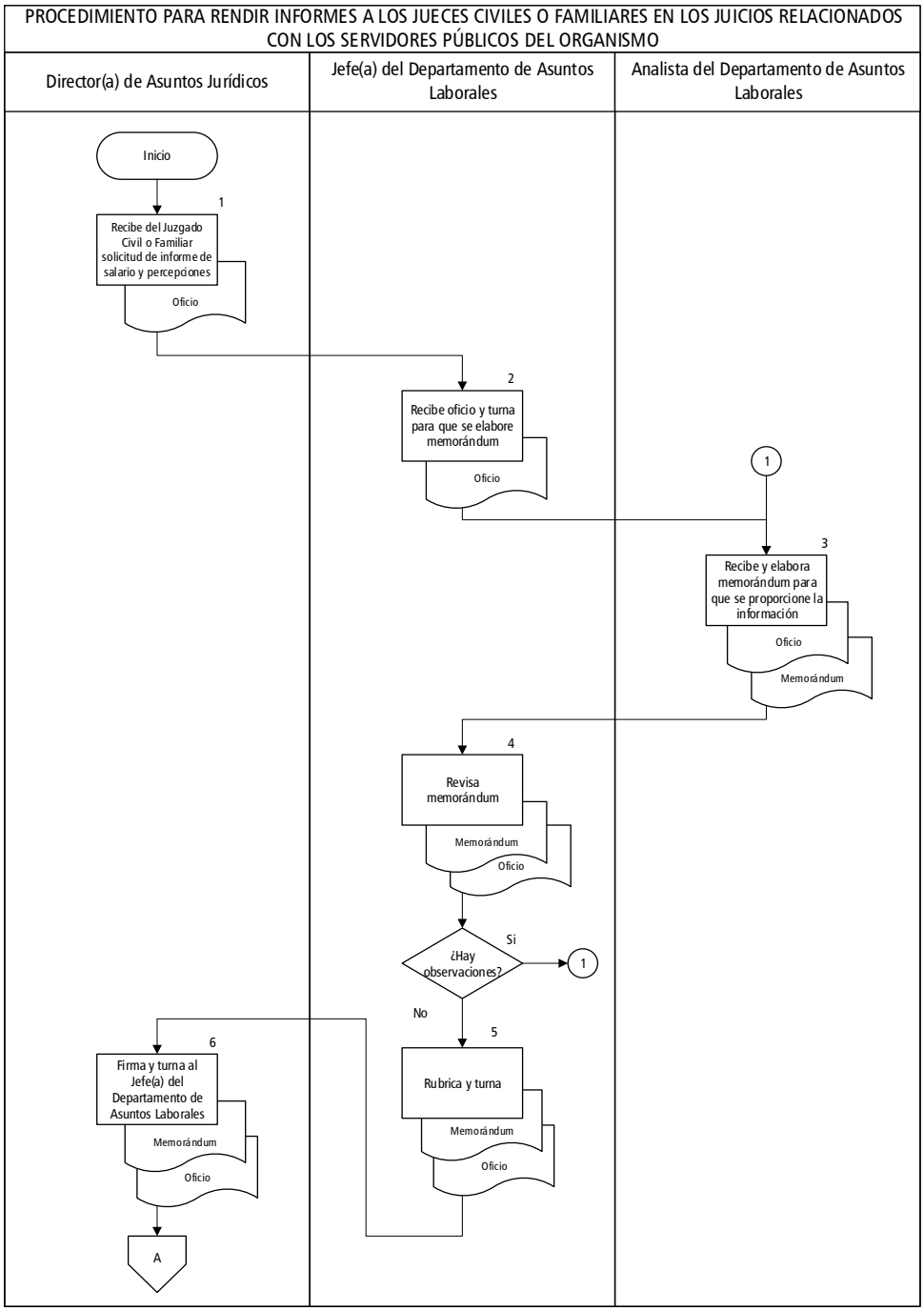
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA RENDIR INFORMES A LOS/LAS JUECES CIVILES O FAMILIARES EN LOS JUICIOS RELACIONADOS CON LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ORGANISMO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el original del oficio del Juzgado Civil o Familiar en el que solicita se rinda informe sobre el salario y percepciones de un/una servidor público del Organismo; la ejecución del descuento, modificación o cancelación de la pensión alimenticia; o en su caso, el cambio de beneficiario de la pensión alimenticia y turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	Oficio.
2	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el oficio y turna al Analista del Departamento de Asuntos Laborales para que elabore el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Personal de solicitud de información o de ejecución de la solicitud del Juzgado Civil o Familiar.	Oficio.
3	Analista del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el oficio y elabora el memorándum dirigido a la Dirección de Operación de Personal para que proporcione la información o ejecute lo ordenado por el Juzgado Civil o Familiar.	Oficio. Memorándum.
4	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe y revisa el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Personal. ¿Hay observaciones? Si: Regresa a la actividad 3 para corrección.	Oficio. Memorándum.

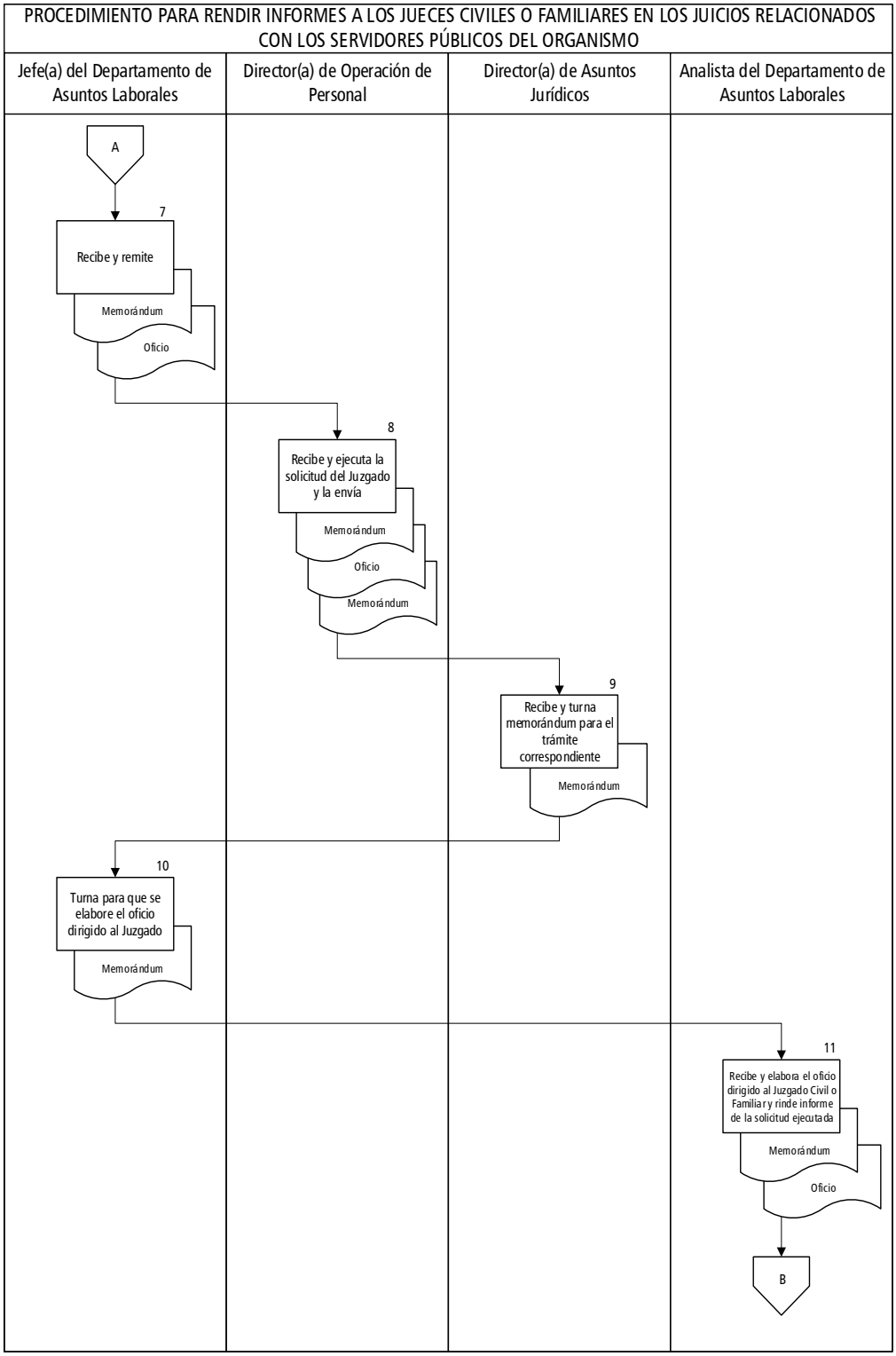
		No: Continúa en actividad número 5.	
5		Rubrica memorándum y turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para firma. En caso necesario, lo firmará por autorización del/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum.
6	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum dirigido al/la Director/a de Operación de Personal, turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	Memorándum. Oficio.
7	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum, lo remite al/la Director/a de Operación de Personal.	Memorándum. Oficio.
8	Director/a de Operación de Personal	Recibe memorándum y oficio, ejecuta la solicitud del Juzgado y la envía debidamente documentada al/la Director/a de Asuntos Jurídicos vía memorándum.	Memorándum. Oficio.
9	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe memorándum del/la Director/a de Operación de Personal y lo turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para el trámite correspondiente.	Memorándum.
10	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Turna al Analista del Departamento de Asuntos Laborales el (los) memorándum de respuesta del (a) Director de Operación de Personal para que elabore el oficio dirigido al Juzgado.	Memorándum.
11	Analista del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el memorándum del/la Director/a de Operación de Personal y elabora el oficio dirigido al Juzgado Civil o Familiar en el que se rinde el informe solicitado o informa la ejecución de su solicitud y remite al/la	Oficio. Memorándum.

		Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales.	
12	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el oficio dirigido al Juez y turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos para su firma.	Oficio.
13	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el oficio de respuesta al Juzgado y turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales para entregar al Juzgado.	Oficio.
14	Jefe/a del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe el oficio y con copia del/los memorándum de la actividad 7, lo turna al/la Apoyo administrativo del Departamento de Asuntos Laborales para su entrega a la autoridad judicial.	Oficio. Memorándum.
15	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Laborales	Recibe del oficio de respuesta con copia del memorándum que lo acompaña para entregarlo al/la Juez Civil o Familiar competente y archiva el trámite.	Oficio. Memorándum.
Fin del procedimiento			

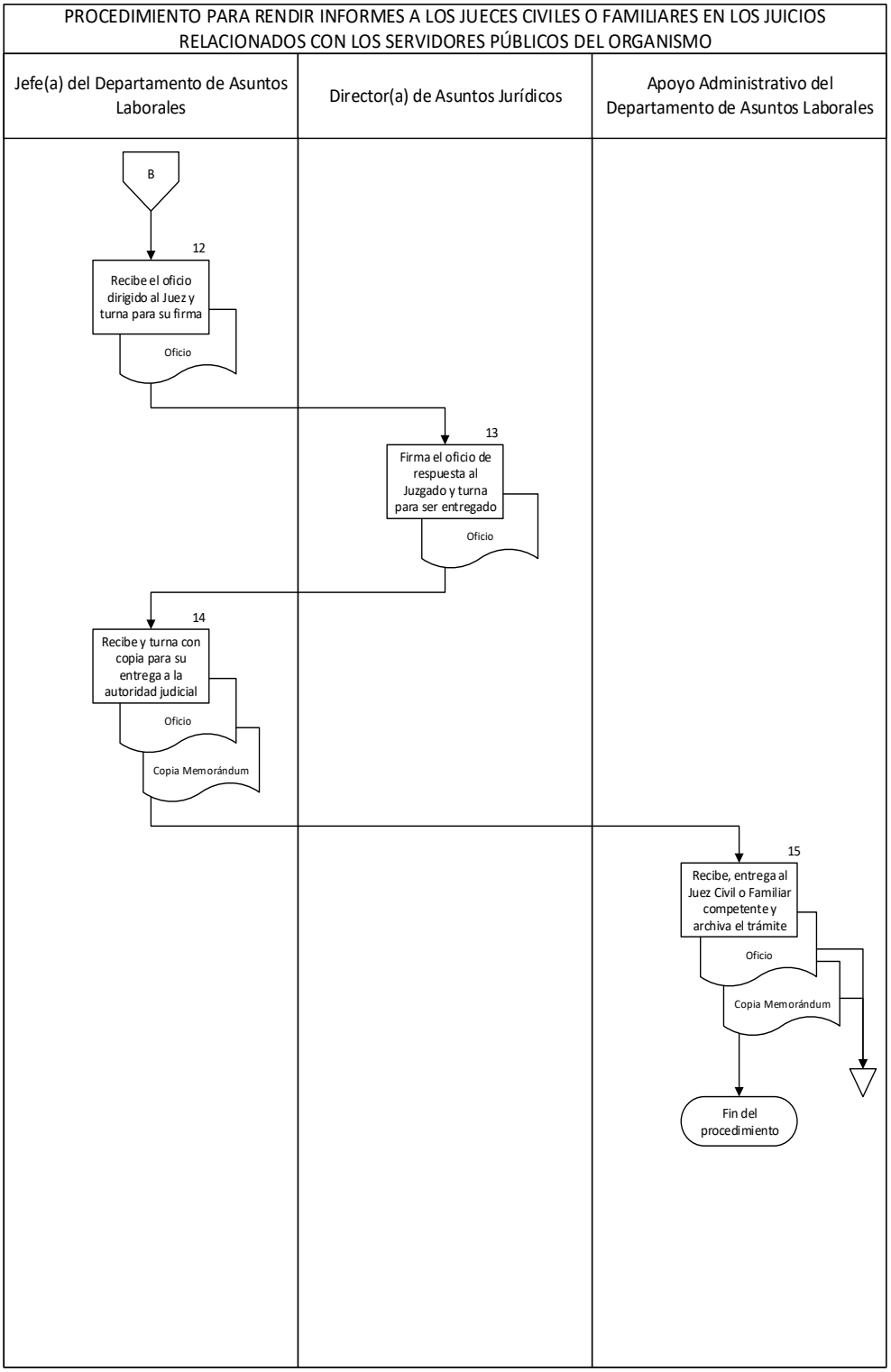
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA RENDIR INFORMES A LOS/LAS JUECES CIVILES O FAMILIARES EN LOS JUICIOS RELACIONADOS CON LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ORGANISMO.



PROCEDIMIENTO PARA RENDIR INFORMES A LOS JUECES CIVILES O FAMILIARES EN LOS JUICIOS RELACIONADOS CON LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ORGANISMO



PROCEDIMIENTO PARA RENDIR INFORMES A LOS JUECES CIVILES O FAMILIARES EN LOS JUICIOS RELACIONADOS CON LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ORGANISMO



7.19.3. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS.

Tiempo Promedio: 3 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Registrar los contratos, convenios, acuerdos, así como los demás instrumentos jurídicos que sean suscritos por el/la Director/a General y los/las Titulares de las Unidades Administrativas facultadas para ello de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

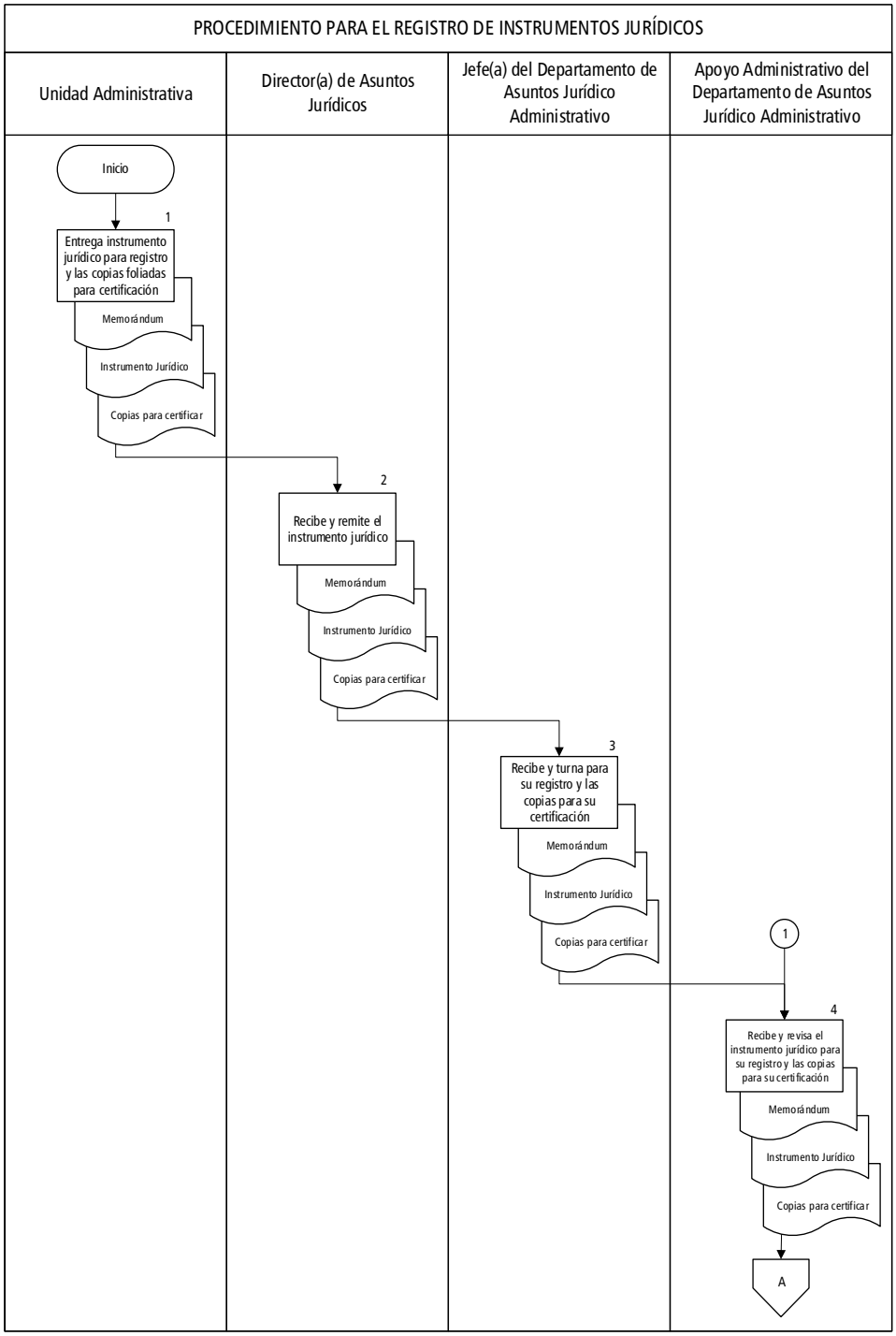
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, vigente. 2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente. Políticas de Operación: 1. Es ejemplar original y con las fotocopias que se requieran certificar, tomando en consideración que cuando menos se tendrá que enviar una copia para que permanezca en los archivos de la Dirección de Asuntos Jurídicos como constancia. 2. Tanto el instrumento jurídico original como las fotocopias, deberán enviarse previamente foliados.
Responsables	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Las Unidades Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Instrumento Jurídico, Copias para certificar.
Glosario	Instrumento Jurídico**:** Los contratos, convenios, acuerdos, así como los demás instrumentos jurídicos que sean suscritos por el/la Director/a General y los/las Titulares de las Unidades Administrativas facultadas para ello de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, remitidos por las Unidades Administrativas del Organismo para su registro.

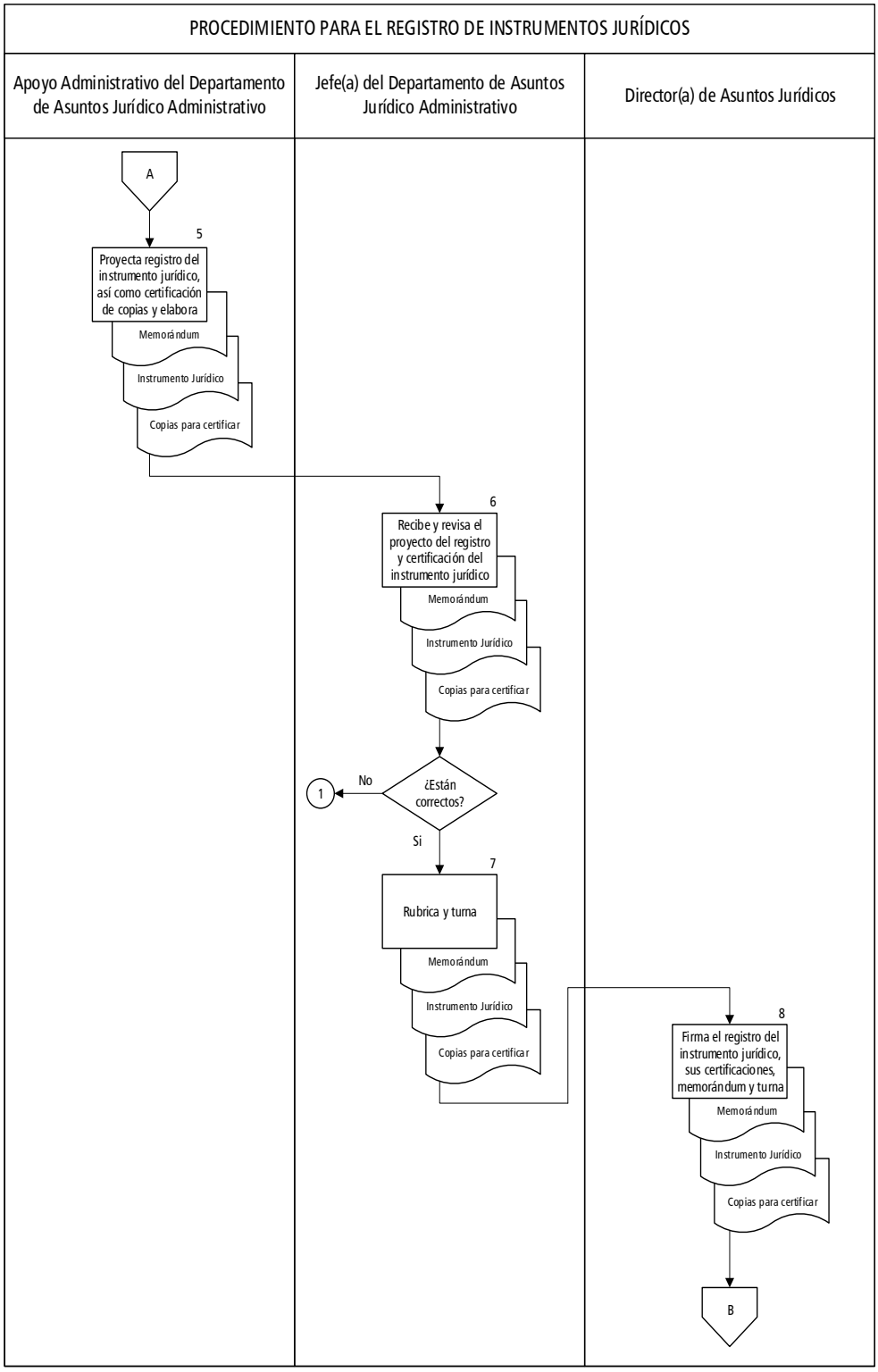
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS

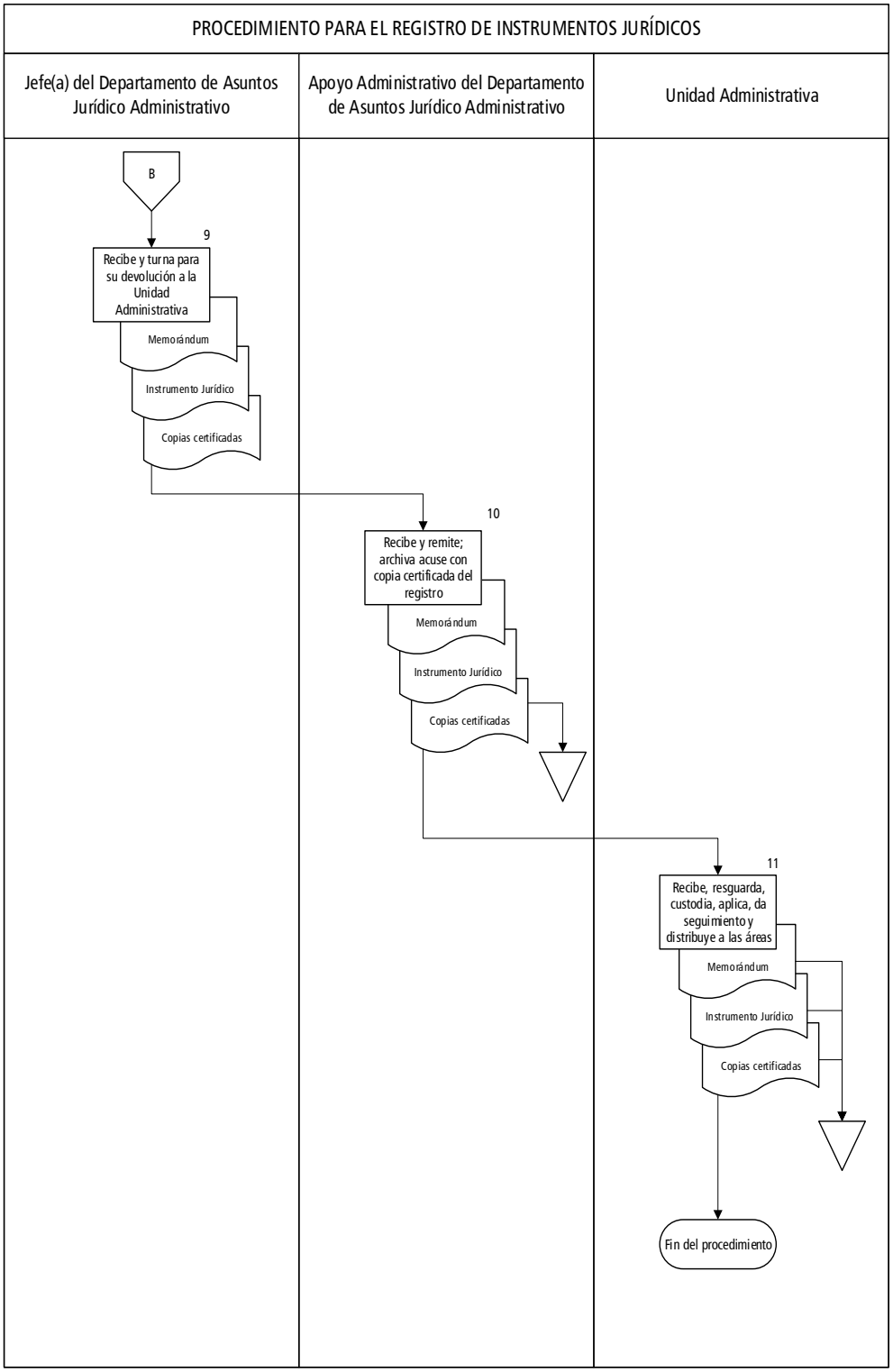
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa	Entrega el instrumento jurídico para su registro y las copias foliadas para su certificación, a la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para certificar.
2	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe y remite el instrumento jurídico al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para certificar.
3	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y turna al Apoyo Administrativo el instrumento jurídico para su registro y las copias para su certificación.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para certificar.
4	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y revisa el instrumento jurídico para su registro y las copias para su certificación.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para certificar.
5		Proyecta el registro del instrumento jurídico, así como la certificación de las respectivas copias y elabora el memorándum para su devolución a la Unidad Administrativa, pasa al/la Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para certificar.
6	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y revisa el proyecto del registro, certificación del instrumento jurídico y el memorándum para su devolución a la Unidad Administrativa.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para

		¿Están correctos? No: Retroceder a la actividad No. 4. Si: Continúa en la actividad No. 7.	certificar.
7		Rubrica y turna el memorándum y el instrumento jurídico a registrar con sus respectivas copias a certificar, al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias para certificar.
8	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el registro del instrumento jurídico y sus respectivas certificaciones, así como el memorándum y lo turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias certificadas.
9	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe el instrumento jurídico registrado con sus respectivas certificaciones, así como el memorándum para su devolución a la Unidad Administrativa y lo turna al Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo.	Memorándum. Instrumento. Jurídico. Copias certificadas.
10	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe el instrumento jurídico registrado, sus certificaciones y el memorándum para su devolución y lo entrega a la Unidad Administrativa; archiva el acuse con el original del instrumento.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias certificadas.
11	Unidad Administrativa	Recibe, resguarda y custodia copia certificada del instrumento jurídico, aplica, da seguimiento y distribuye el mismo a las áreas competentes.	Memorándum. Instrumento Jurídico. Copias certificadas.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS.




PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Director(a) de Asuntos Jurídicos
A
5
Proyecta registro del instrumento jurídico, así como certificación de copias y elabora
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias para certificar
6
Recibe y revisa el proyecto del registro y certificación del instrumento jurídico
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias para certificar
¿Están correctos?
No
1
Si
7
Rubrica y turna
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias para certificar
8
Firma el registro del instrumento jurídico, sus certificaciones, memorándum y turna
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias para certificar
B


PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Unidad Administrativa
B
9
Recibe y turna para su devolución a la Unidad Administrativa
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias certificadas
10
Recibe y remite; archiva acuse con copia certificada del registro
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias certificadas
11
Recibe, resguarda, custodia, aplica, da seguimiento y distribuye a las áreas
Memorándum
Instrumento Jurídico
Copias certificadas
Fin del procedimiento

7.19.4. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO.

Tiempo Promedio: 15 días hábiles.

Elabora:	Elabora:	Autoriza:
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Efectuar la revisión de los anteproyectos de acuerdos, convenios, contratos, circulares, así como de leyes, reglamentos, decretos y demás instrumentos jurídicos que incidan en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
2. Ley General de Salud, vigente.
3. Constitución Política del Estado de Puebla, vigente.
4. Ley Orgánica de la Administración, vigente.
5. Ley de Entidades Paraestatales del Estado, vigente.
6. Ley Estatal de Salud, vigente.
7. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, vigente.
8. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, vigente.

Normas y Políticas de Operación

Políticas de Operación:

1. Los anteproyectos de convenios, contratos, acuerdos y demás instrumentos jurídicos enviados por las Unidades Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla se deberán de recibir con una anticipación de cuando menos quince días hábiles previos a su formalización.
2. Las unidades administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, deberán enviar en forma simultánea el anteproyecto de acuerdo, convenio o contrato a la Dirección de Asuntos Jurídicos, a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, a la Dirección de Planeación y Programación, así como a las demás unidades administrativas que resulten competentes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para que emitan los comentarios pertinentes.

Responsables

Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo, Dirección de Asuntos Jurídicos.

Áreas Involucradas

Aplica a las Unidades Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal que remitan proyectos que incidan en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Recursos	Oficio, Memorándum, Anteproyecto.
Glosario	Instrumento Jurídico: Al anteproyecto de acuerdo, convenio, contrato, circular, así como de ley, reglamento, decreto o cualquier otro documento de carácter legal que incida en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Unidad Administrativa: Las Coordinaciones, Direcciones, Unidades, Subdirecciones, Jefaturas de Departamento de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, así como de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

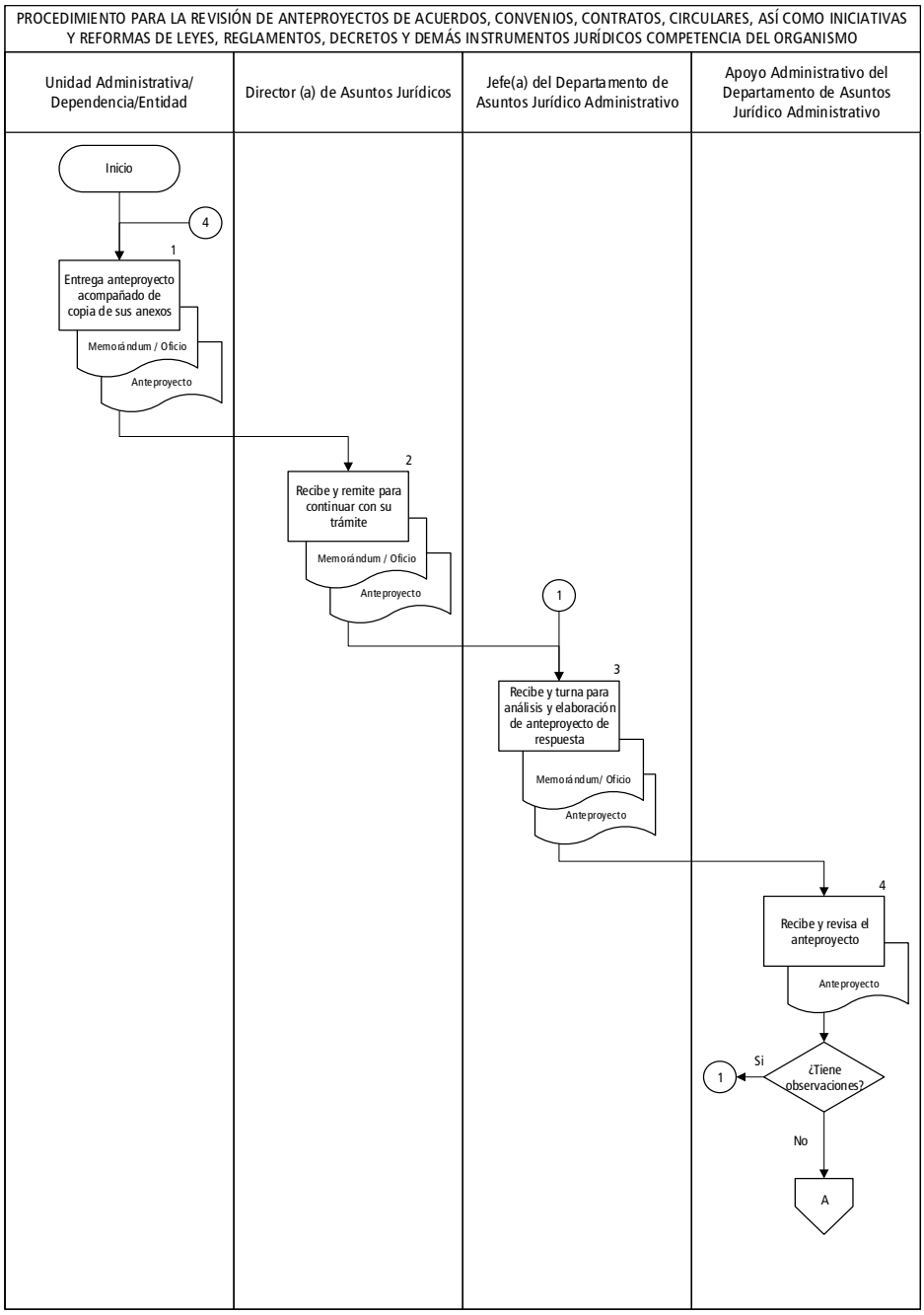
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO.

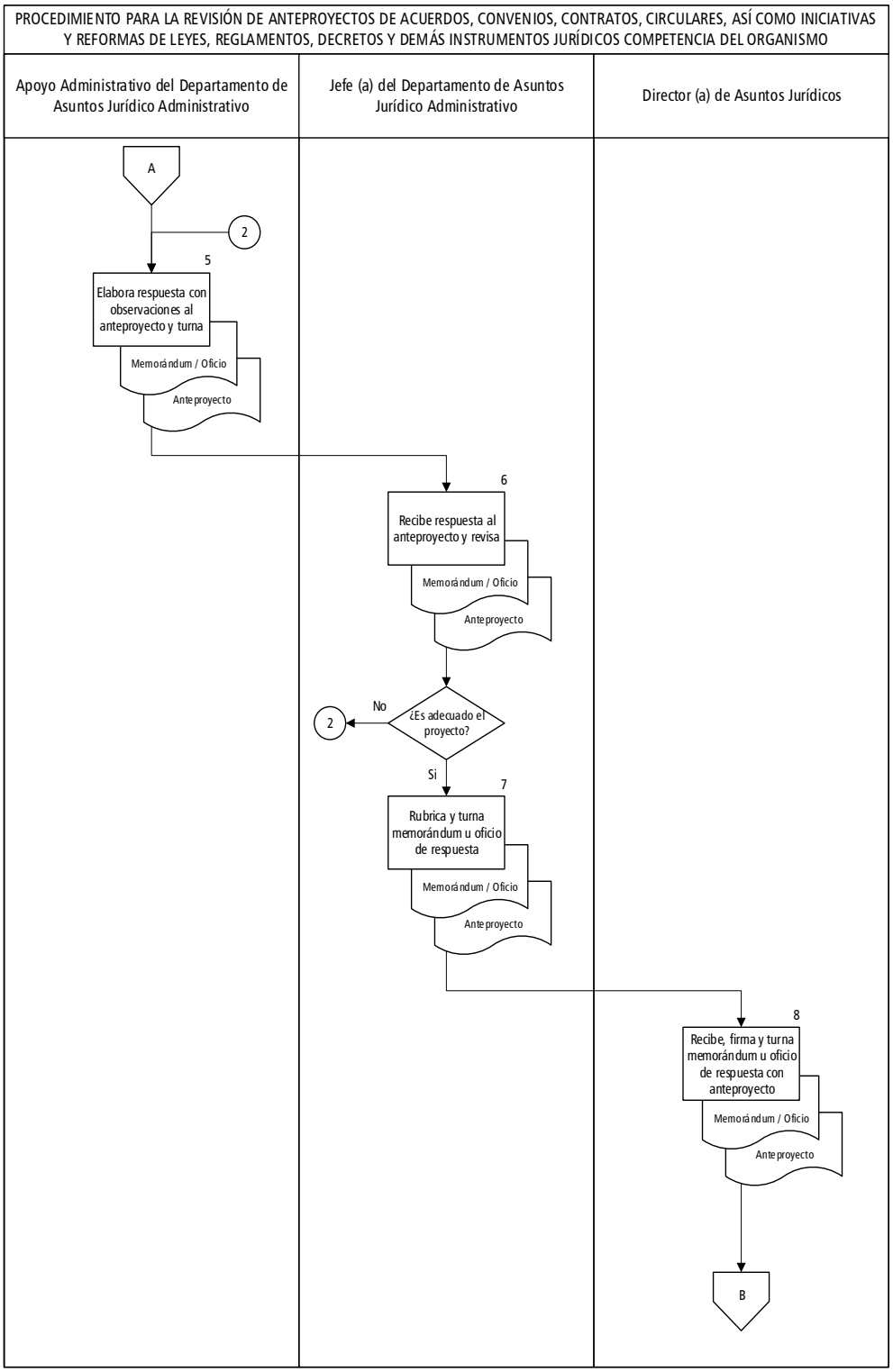
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa/Dependencia/Entidad	Entrega anteproyecto de instrumento jurídico a la Dirección de Asuntos Jurídicos; acompañado de copia de sus anexos.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
2	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe anteproyecto de instrumento jurídico acompañado de copia de sus anexos y remite al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo para continuar con su trámite	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
3	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y turna el instrumento jurídico al Apoyo Administrativo para su análisis y elaboración de anteproyecto de respuesta.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto

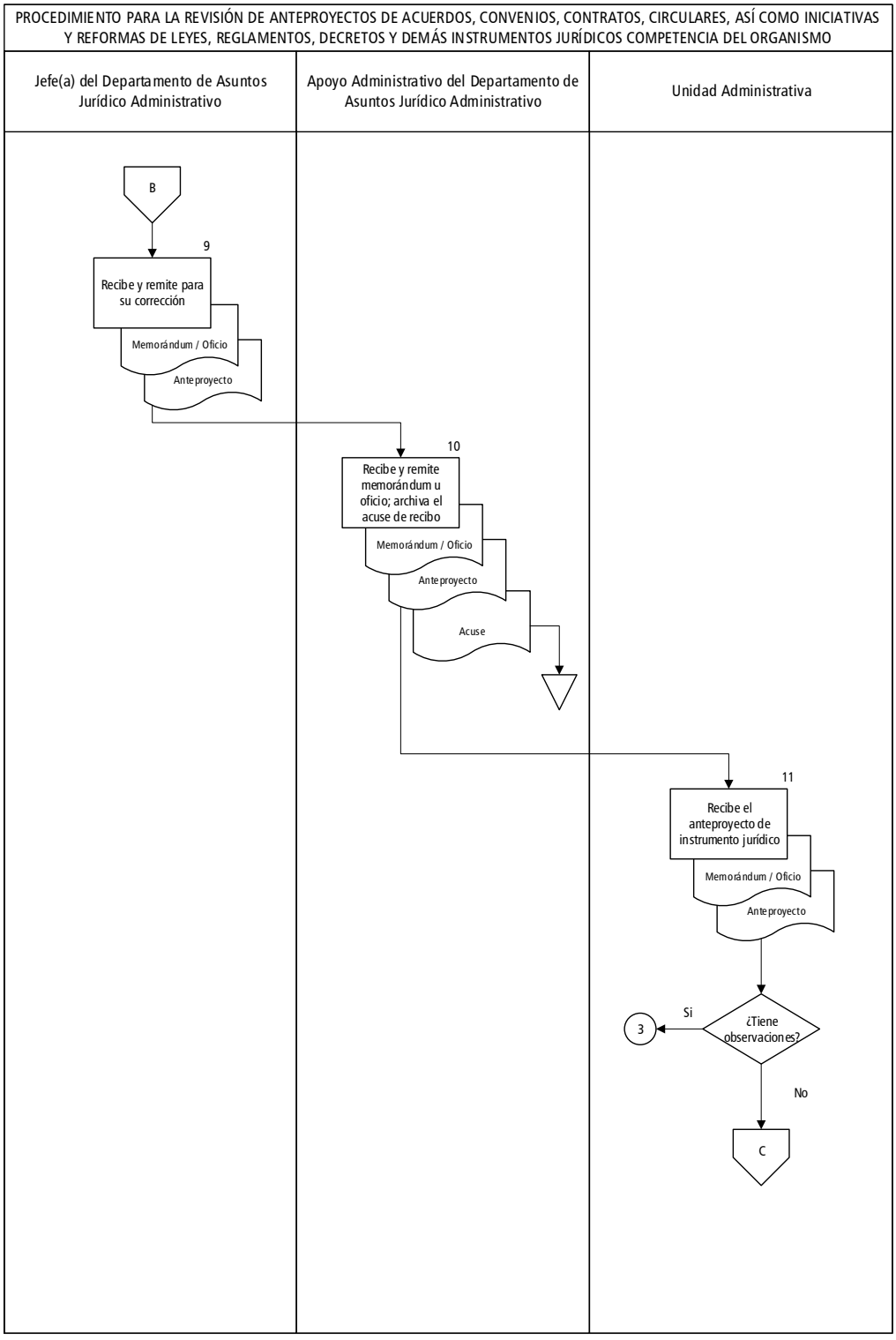
4	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y revisa el anteproyecto. ¿Tiene observaciones? No: Continúa a la actividad No. 5. Si: Continúa a la actividad No. 6.	Anteproyecto.
5		Elabora el memorándum u oficio de respuesta indicando que no se tienen observaciones al anteproyecto y lo turna al/la Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
6	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe el memorándum u oficio de respuesta al anteproyecto y lo revisa. ¿Es adecuado el proyecto? No: Retrocede a la actividad No. 5. Si: Continúa en la actividad No. 7.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
7		Rubrica el memorándum u oficio de respuesta y lo turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
8	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe y firma el memorándum u oficio de respuesta con el anteproyecto de instrumento jurídico; y lo turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
9	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe el memorándum u oficio, el anteproyecto de instrumento jurídico y lo turna al Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo, para que lo remita a la Unidad Administrativa para su corrección.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
10	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe el memorándum u oficio y lo remite a la Unidad Administrativa; archiva el acuse de recibo.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto.
11	Unidad Administrativa/Dependencia/Entidad	Recibe el anteproyecto de instrumento jurídico. ¿Tiene observaciones? Si: Continúa en actividad 12.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto

		No: Continúa en actividad 13.	
12		Corrige anteproyecto y regresa a actividad 1.	Memorándum / Oficio. Anteproyecto
13	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Elaboran Memorándum / Oficio de respuesta en el que se manifieste que no existen observaciones, enviándolo al Jefe del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos, para continuar en la Actividad 6 y concluir con la Actividad 10.	Memorándum / Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO.

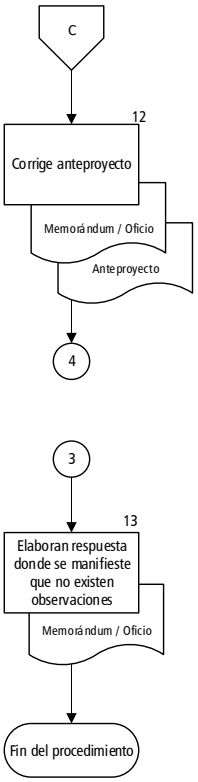



PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Director (a) de Asuntos Jurídicos
A
2
5
Elabora respuesta con observaciones al anteproyecto y turna
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
6
Recibe respuesta al anteproyecto y revisa
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
No
2
¿Es adecuado el proyecto?
Si
7
Rubrica y turna memorándum u oficio de respuesta
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
8
Recibe, firma y turna memorándum u oficio de respuesta con anteproyecto
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
B


PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Unidad Administrativa
B
9
Recibe y remite para su corrección
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
10
Recibe y remite memorándum u oficio; archiva el acuse de recibo
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
Acuse
11
Recibe el anteproyecto de instrumento jurídico
Memorándum / Oficio
Anteproyecto
¿Tiene observaciones?
Si
3
No
C

PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE ANTEPROYECTOS DE ACUERDOS, CONVENIOS, CONTRATOS, CIRCULARES, ASÍ COMO INICIATIVAS Y REFORMAS DE LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS JURÍDICOS COMPETENCIA DEL ORGANISMO

Unidad Administrativa



7.19.5. PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA JURÍDICA A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORGANISMO Y A LAS ENTIDADES AGRUPADAS AL SECTOR SALUD.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Asesorar jurídicamente al/la Director/a General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, a las Unidades Administrativas del Organismo y a las Entidades agrupadas al sector salud cuando lo soliciten.

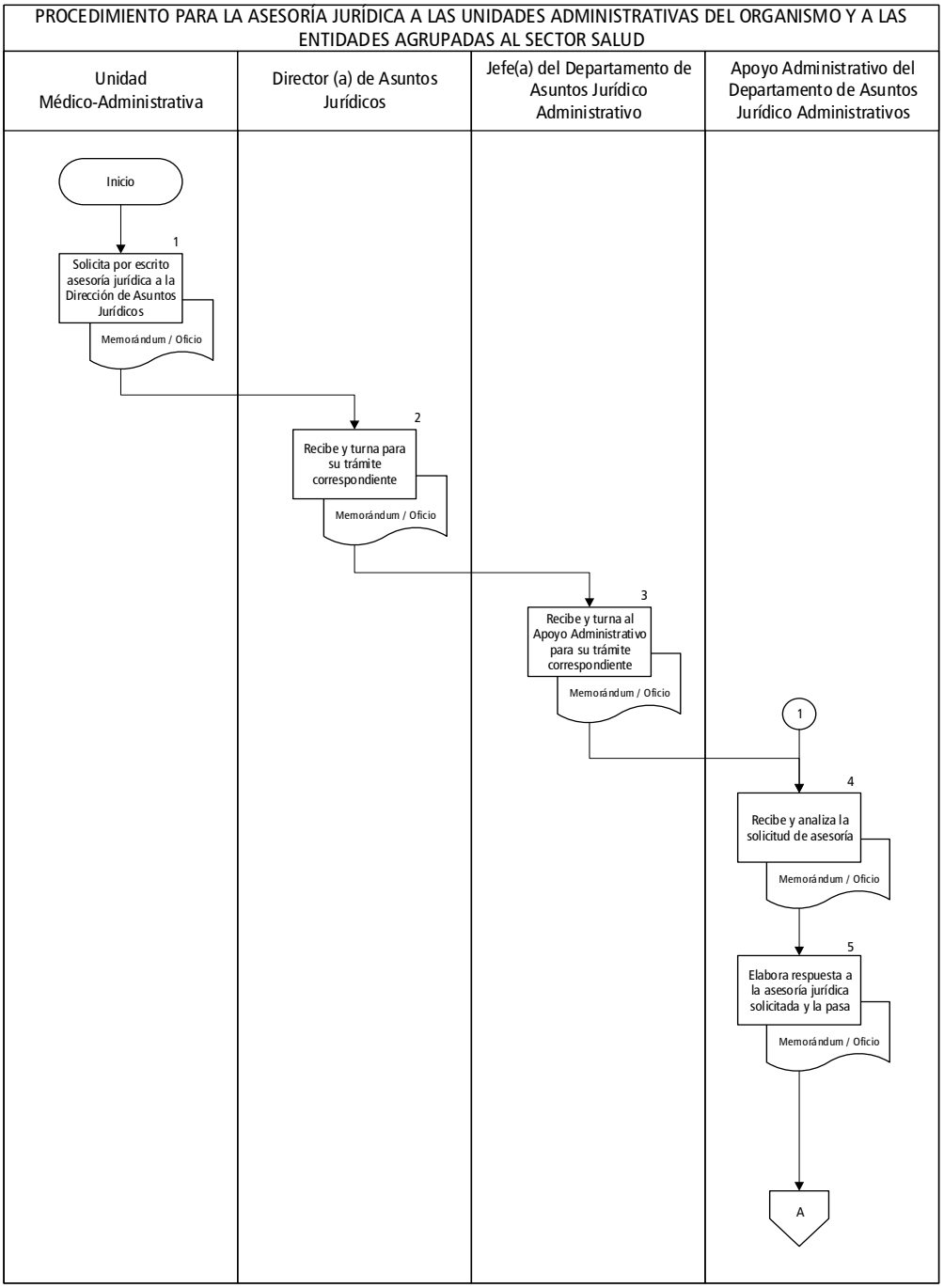
Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política del Estado de Puebla, vigente. 2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, vigente. 3. Ley de Entidades Paraestatales del Estado, vigente. 4. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, vigente. 5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente. Políticas de Operación: 1. La Asesoría al/la Director/a General podrá ser de manera verbal cuando este así lo requiera. 2. Las Unidades Medico - Administrativas deberán solicitar asesoría jurídica por escrito, acompañando la información que se requiera para atender la asesoría.
Responsables	Departamento de Asuntos Jurídicos Administrativo, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Director General y Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Memorándum.
Glosario	**N/A**.

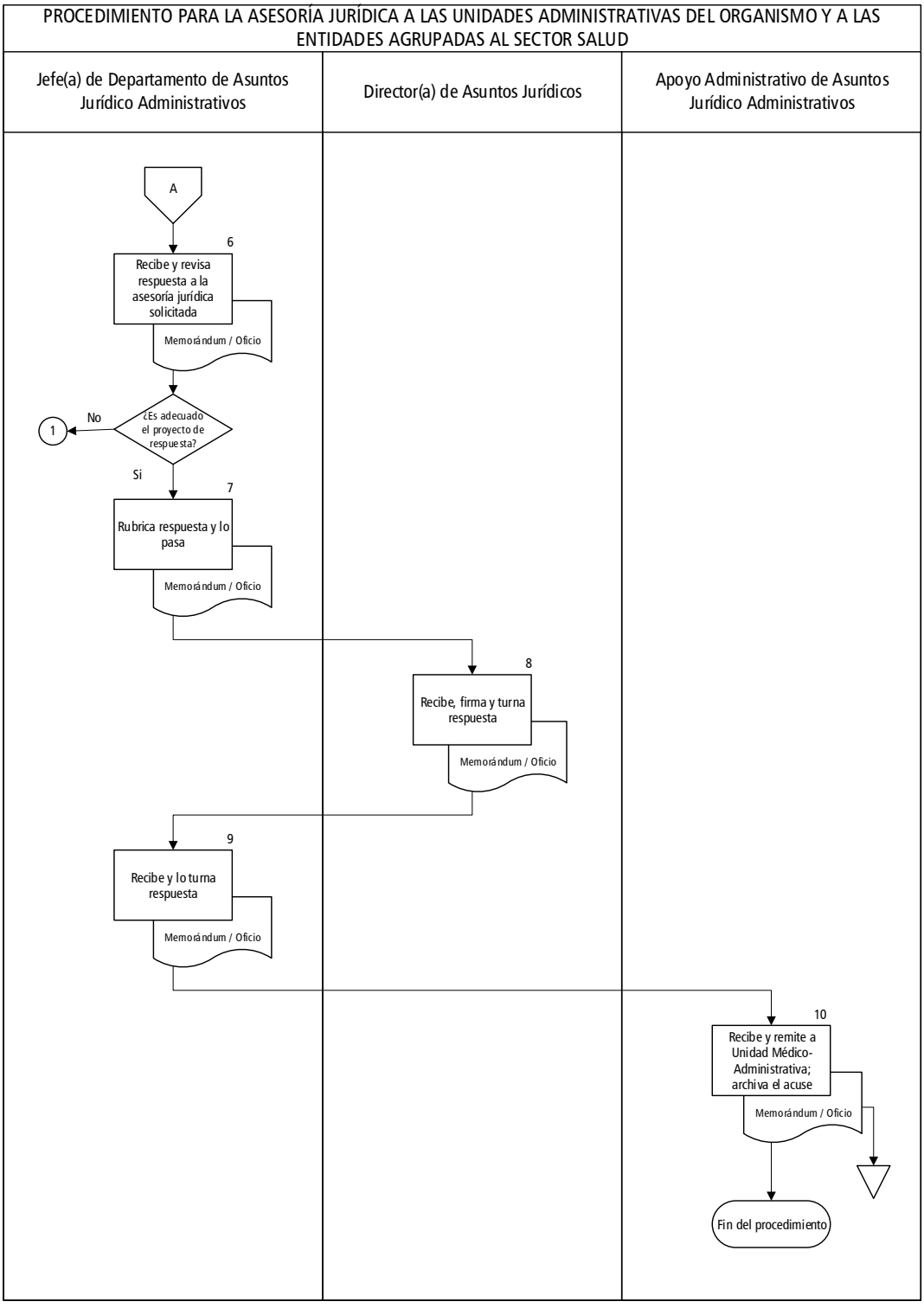
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA JURÍDICA A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORGANISMO Y A LAS ENTIDADES AGRUPADAS AL SECTOR SALUD.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Médico-Administrativa	Solicita por escrito la asesoría jurídica a la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. / Oficio.
2	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe Memorándum / Oficio de la Unidad Médico–Administrativa y lo turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su trámite correspondiente.	Memorándum. / Oficio
3	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y turna Memorándum / Oficio de la Unidad Médico–Administrativa al Apoyo Administrativo para su trámite correspondiente.	Memorándum / oficio.
4	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe y analiza la solicitud de asesoría.	Memorándum. / Oficio.
5		Elabora el memorándum u oficio de respuesta a la asesoría jurídica solicitada y lo pasa al/la Jefe/a de Departamento.	Memorándum. / Oficio.
6	Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el memorándum u oficio de respuesta a la asesoría jurídica solicitada y lo revisa. ¿Es adecuado el proyecto de respuesta? No: Retrocede a la actividad No. 4. Sí: Continúa en la actividad No. 7.	Memorándum / Oficio.
7		Rubrica el memorándum u oficio de respuesta y lo pasa al/la Director/a de	Memorándum. / Oficio.

		Asuntos Jurídicos.	
8	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe y firma el memorándum u oficio de respuesta; y lo turna al/la Jefe/a de Departamento.	Memorándum. / Oficio.
9	Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el memorándum u oficio de respuesta y lo turna al/la Apoyo Administrativo.	Memorándum. / Oficio.
10	Apoyo Administrativo de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el memorándum u oficio y lo remite a la Unidad Médico-Administrativa; archiva el acuse de recibo.	Memorándum. / Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA JURÍDICA A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORGANISMO Y A LAS ENTIDADES AGRUPADAS AL SECTOR SALUD.




PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA JURÍDICA A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORGANISMO Y A LAS ENTIDADES AGRUPADAS AL SECTOR SALUD
Jefe(a) de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Director(a) de Asuntos Jurídicos
Apoyo Administrativo de Asuntos Jurídico Administrativos
A
6
Recibe y revisa respuesta a la asesoría jurídica solicitada
Memorándum / Oficio
¿Es adecuado el proyecto de respuesta?
No
1
Si
7
Rubrica respuesta y lo pasa
Memorándum / Oficio
8
Recibe, firma y turna respuesta
Memorándum / Oficio
9
Recibe y lo turna respuesta
Memorándum / Oficio
10
Recibe y remite a Unidad Médico-Administrativa; archiva el acuse
Memorándum / Oficio
Fin del procedimiento

7.19.6. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PREVIOS Y JUSTIFICADOS EN LOS JUICIOS DE AMPARO PROMOVIDOS CONTRA ACTOS DEL ORGANISMO.

Tiempo Promedio:
Informe Previo: 48 horas
Informe Justificado: 15 días hábiles

Elabora:	Elabora:	Autoriza:
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Defender los Actos de Autoridad que legítimamente emita el Organismo en el desempeño de sus funciones.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
2. Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
3. Código Federal de Procedimientos Civiles, vigente.
4. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, vigente.
5. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente.

Políticas de Operación:

1. La Unidad Administrativa que recepcione los documentos que den a conocer la existencia de demanda de amparo, deberá remitirlos de manera inmediata a la Dirección de Asuntos Jurídicos, a través de memorándum u oficio, a efecto de estar en posibilidad de analizarlo y así solicitar la información necesaria, la que deberá de ser proporcionada por la Unidad Administrativa correspondiente, en el término que se le haya concedido.
2. La información proporcionada por las Unidades Administrativas a la Dirección de Asuntos Jurídicos, son responsabilidad de quien las emita.
3. Cuando las Unidades Administrativas al enviar el informe que le solicitó la Dirección de Asuntos Jurídicos, acepte el acto reclamado, deberá adjuntar original y copia para su cotejo de la (s) documental (es) con las que apoye el referido informe.
4. Cuando la documentación donde se realice del conocimiento la demanda y el informe solicitado por la Dirección de Asuntos Jurídicos no se haga llegar con la oportunidad debida para su atención a esta Dirección, el daño que pueda ocasionarse al Organismo, será responsabilidad de la Unidad Administrativa omisa.

Responsables	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos, Dirección de Asuntos Jurídicos
Áreas Involucradas	Aplica a las Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Memorándum, Documentación, Resolución.
Glosario	Juicio de Amparo: Medio procesal constitucional que tiene por objeto hacer reales, eficaces y prácticos los derechos humanos establecidos en la Constitución, protegiendo de los actos de todas las autoridades sin distinción de rango, inclusive las más elevadas, cuando violen dichos derechos. Informe Previo: Es aquel que rinde la autoridad responsable, en un término de 48 horas al ser notificado, con la finalidad que dé a conocer a la autoridad federal la existencia o inexistencia del acto reclamado y resolver sobre la suspensión definitiva. Informe Justificado: Es el documento por medio del cual, la autoridad responsable dentro de un término de 15 días, da contestación a la demanda de amparo, instaurada en su contra por el agraviado.

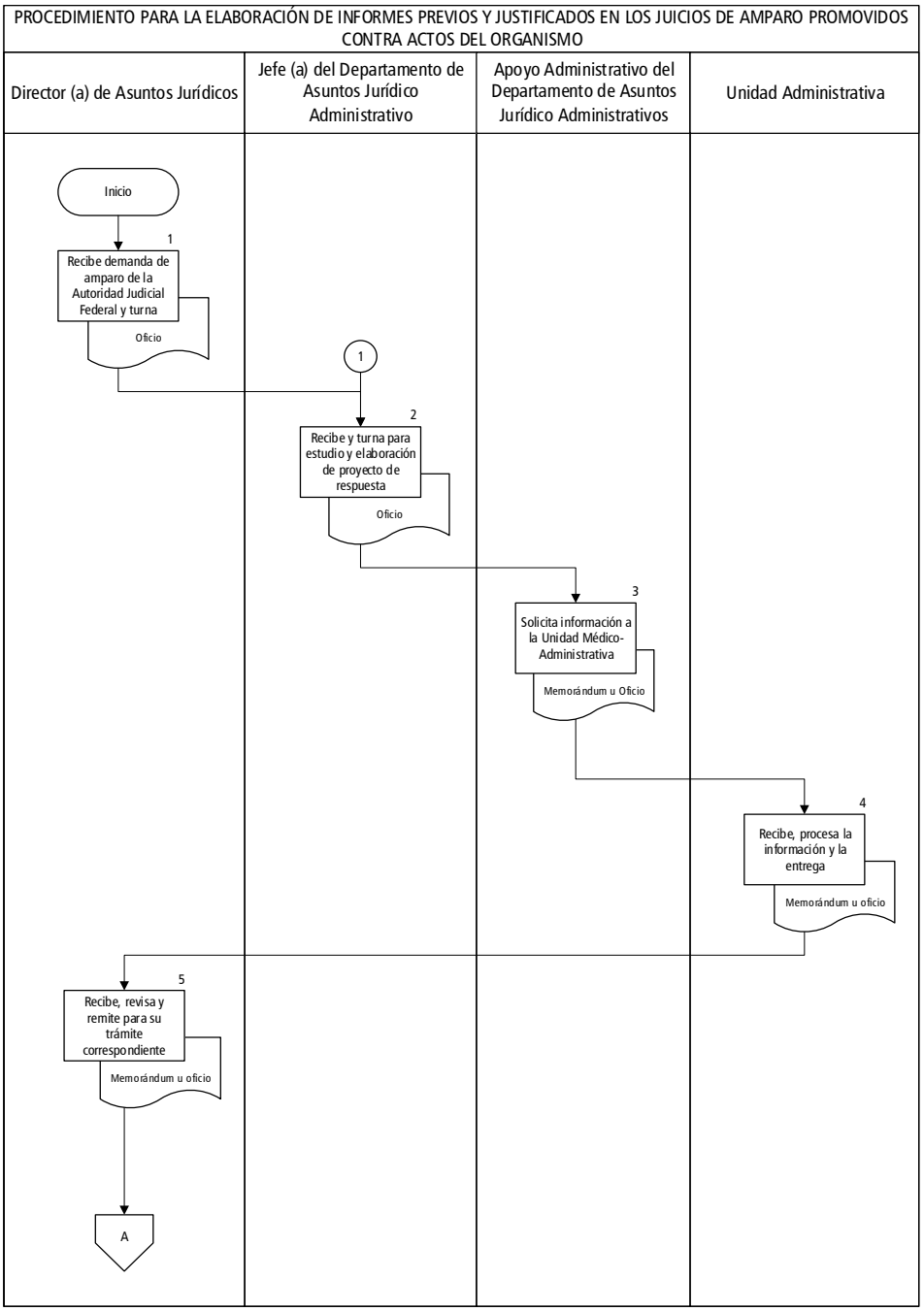
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PREVIOS Y JUSTIFICADOS EN LOS JUICIOS DE AMPARO PROMOVIDOS CONTRA ACTOS DEL ORGANISMO.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe la demanda de amparo de la Autoridad Judicial Federal y lo turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Oficio.

2	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Recibe y turna la demanda de amparo de la Autoridad Judicial Federal para estudio y elaboración de proyecto de respuesta.	Oficio.
3	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Solicita la información a la Unidad Médico-Administrativa por memorándum u oficio.	Memorándum u oficio.
4	Unidad Administrativa	Recibe el memorándum u oficio, procesa la información y la entrega al Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum u oficio.
5	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el memorándum u oficio, lo revisa y lo remite al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su trámite correspondiente.	Memorándum u oficio.
6	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe la información solicitada y la revisa. ¿La información es la correcta? No: retrocede a la actividad No. 2. Si: continúa en la actividad No. 6.	Memorándum u oficio/Documentación.
7		Elabora respuesta de informe previo o justificado y lo remite al/la Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Oficio.
8	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe la respuesta de informe previo o justificado y lo revisa. ¿Es adecuado el proyecto de informe? No: retrocede a la actividad No. 6. Si: continúa en la actividad No. 9.	Oficio.
9		Rubrica la respuesta de informe previo o justificado y lo turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Oficio.

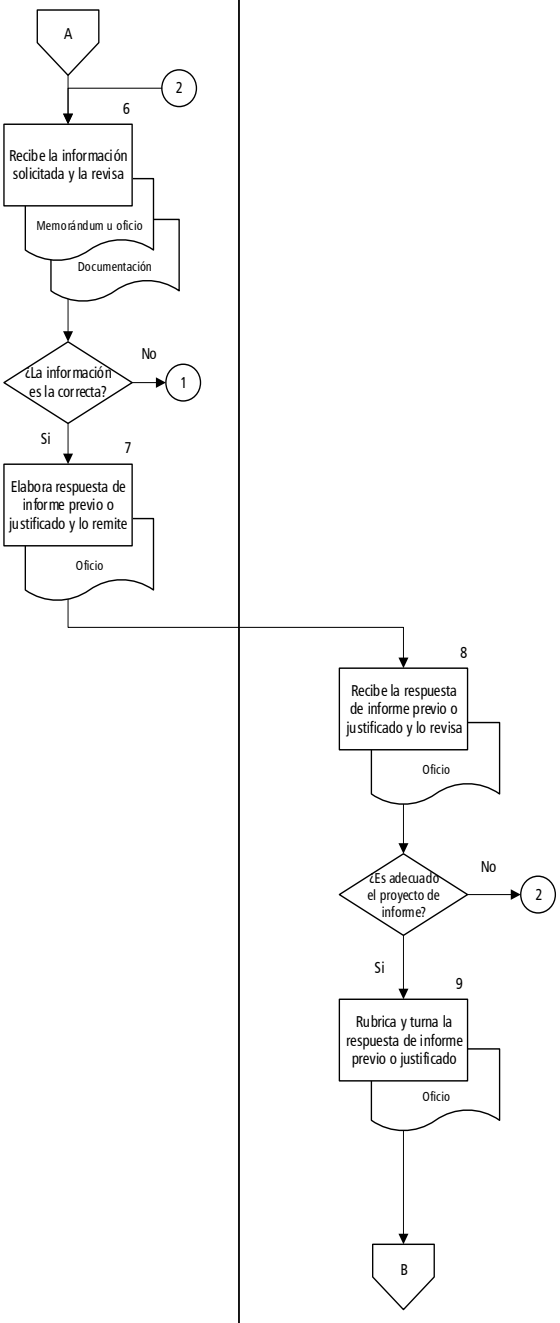
10	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe la respuesta que contiene el informe previo o justificado.	Oficio.
11		Firma la respuesta que contiene el informe previo o justificado y lo turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Oficio.
12	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe la respuesta que contiene el informe previo o justificado y lo turna al Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Oficio.
13	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Remite a la Autoridad Judicial Federal correspondiente la respuesta que contiene el informe previo o justificado mediante oficio.	Oficio.
14		Da seguimiento al estado procesal hasta su conclusión. Nota: La duración del proceso es de tiempo indefinido.	
15		Recibe resolución y archiva el expediente como concluido.	
Fin del procedimiento			

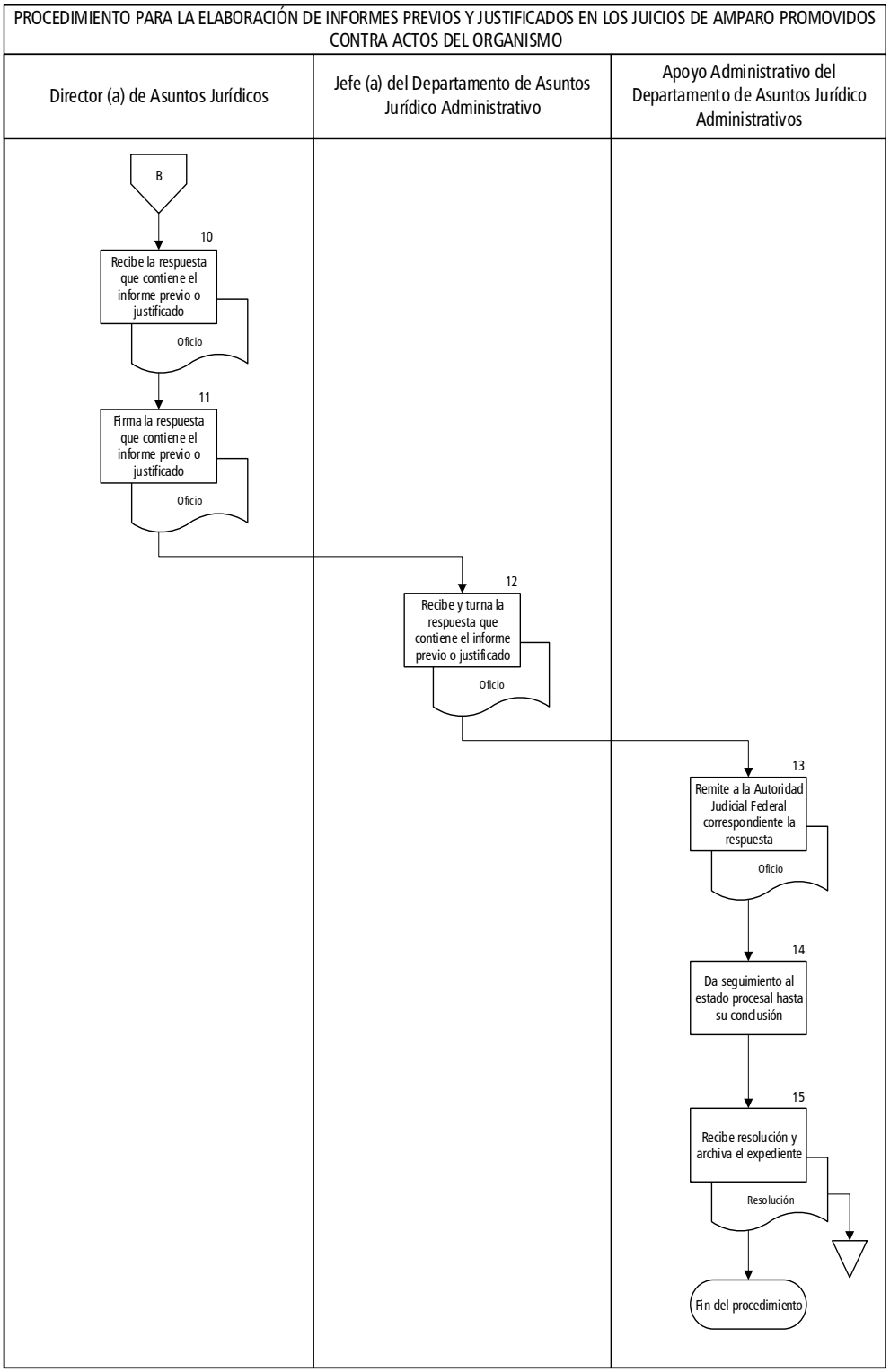
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PREVIOS Y JUSTIFICADOS EN LOS JUICIOS DE AMPARO PROMOVIDOS CONTRA ACTOS DEL ORGANISMO.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PREVIOS Y JUSTIFICADOS EN LOS JUICIOS DE AMPARO PROMOVIDOS CONTRA ACTOS DEL ORGANISMO

Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo	Director (a) de Asuntos Jurídicos




PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PREVIOS Y JUSTIFICADOS EN LOS JUICIOS DE AMPARO PROMOVIDOS CONTRA ACTOS DEL ORGANISMO
Director (a) de Asuntos Jurídicos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
B
10
Recibe la respuesta que contiene el informe previo o justificado
Oficio
11
Firma la respuesta que contiene el informe previo o justificado
Oficio
12
Recibe y turna la respuesta que contiene el informe previo o justificado
Oficio
13
Remite a la Autoridad Judicial Federal correspondiente la respuesta
Oficio
14
Da seguimiento al estado procesal hasta su conclusión
15
Recibe resolución y archiva el expediente
Resolución
Fin del procedimiento

7.19.7. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.

Tiempo Promedio: 15 días naturales

Elabora:	Elabora:	Autoriza:
		
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar los proyectos de los contratos o convenios en materia de obra pública y servicios relacionados con la misma de acuerdo con las especificaciones indicados por el área solicitante.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
2. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, vigente.
3. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla, vigente.
4. Ley Federal de Procedimiento Administrativo, vigente.
5. Ley de Ingresos para el ejercicio fiscal correspondiente.
6. Código Civil Federal, vigente.
7. Código Fiscal de la Federación, vigente.
8. Código Fiscal del Estado, vigente.
9. Código Federal de Procedimientos Civiles, vigente.
10. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
11. Código de Procedimientos Civiles para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
12. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente.

Políticas de Operación:

1. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración del proyecto del contrato o convenio será la responsable de indicar por escrito a la Dirección de Asuntos Jurídicos los términos de celebración del mismo.
2. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración del proyecto del contrato o convenio será responsable de recabar y remitir la documentación necesaria completa original y/o en copia certificada según proceda en tiempo conforme lo establezcan las disposiciones aplicables en la materia y de acuerdo a las necesidades del servicio.
3. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración de un proyecto de convenio modificatorio deberá realizarlo de manera oportuna y deberá presentar escrito motivando su solicitud con base en la legislación que aplique según el caso específico ya

sea que se trate de monto, plazo, costos, actualizaciones, inicio de los trabajos y en su caso tratándose de recursos federales se deberán observar las disposiciones emitidas al efecto.

4. Los contratos o convenios una vez elaborados por la Dirección de Asuntos Jurídicos deberán ser validados por el/la Titular de la Unidad Administrativa solicitante.
5. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración del proyecto del convenio o contrato será responsable de dar seguimiento y rendir los informes requeridos respecto del cumplimiento o modificación de los contratos o convenios en los términos que establezcan la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con las mismas para el Estado de Puebla y/o la legislación estatal y las disposiciones aplicables en la materia.
6. El/la Titular de la Unidad Administrativa solicitante remitirá a la Dirección de Asuntos Jurídicos las fianzas previstas en la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con las mismas y/o la legislación estatal para la elaboración del proyecto del contrato o convenio respectivo a efecto de verificar que cumplen con los requisitos legales necesarios para su posterior envío a la Secretaría de Finanzas y Administración para su resguardo y en su caso ejecución.
7. En caso de la contratación de estudios o proyectos se deberá justificar la inexistencia de estos y los contratos de servicios relacionados con las obras públicas se podrán celebrar cuando las áreas responsables de su ejecución no dispongan de los elementos para llevarlos a cabo, lo cual deberá justificarse a través del dictamen técnico que para tal efecto emita el/la Titular de la Entidad con conocimiento de la Secretaría de la Contraloría.

Responsables | Dirección de Asuntos Jurídicos.

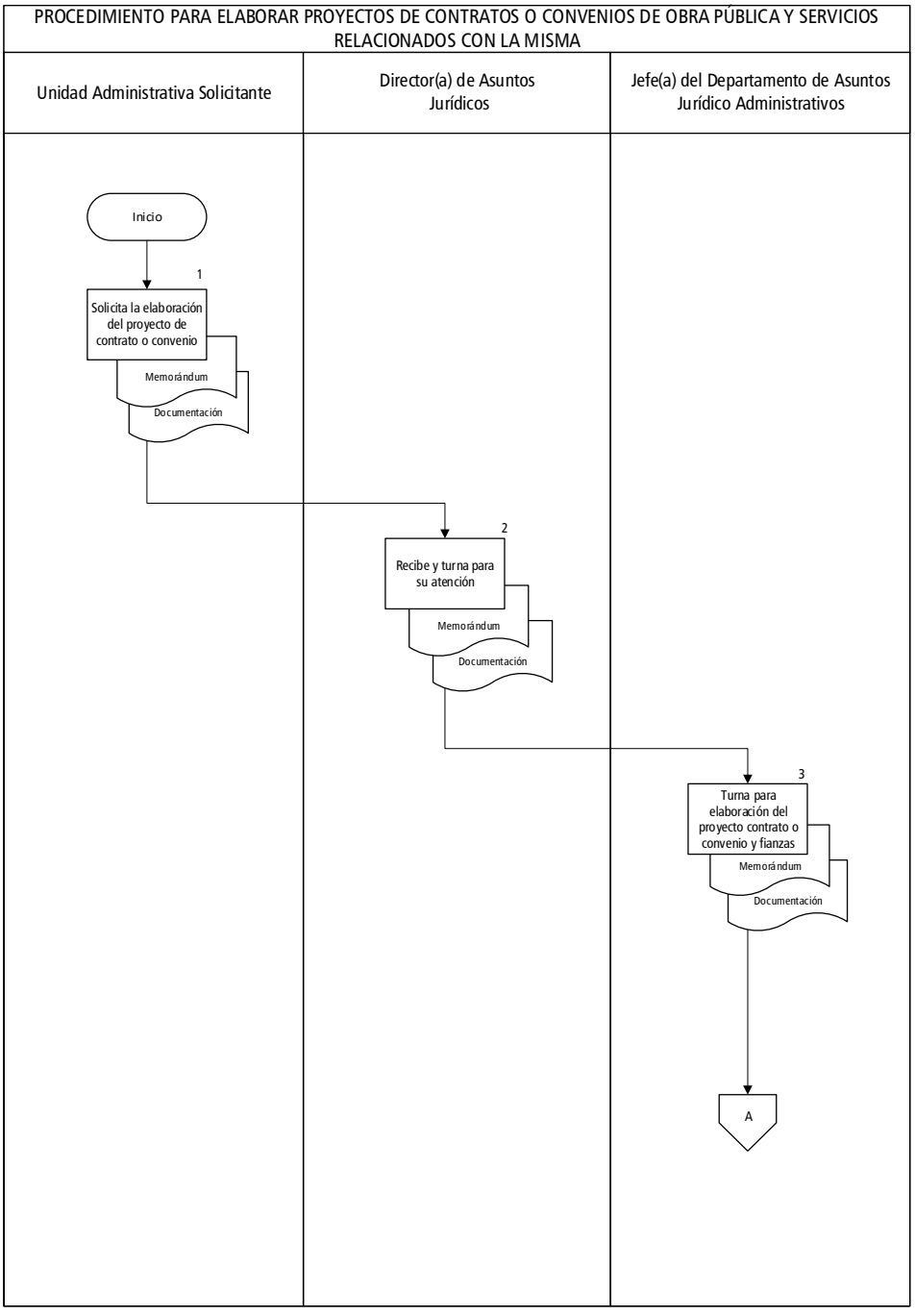
Áreas Involucradas	Aplica a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión y sus departamentos.
Recursos	Memorándum, Oficio, Documentación.
Glosario	Contratista: La persona que celebre contratos de obras públicas o de servicios relacionados con las mismas. Licitante: La persona que se inscriba en cualquier procedimiento de adjudicación. Obra pública: Todos los trabajos que tengan por objeto construir, instalar, conservar, ampliar, adecuar, mantener, reparar, remodelar, modificar y demoler bienes inmuebles con cargo a recursos estatales o municipales o que por su naturaleza o por disposición de ley estén destinados a un servicio público, o al uso común. Servicios relacionados con la misma: Todos aquellos que tengan como finalidad planear, programar, diseñar, concebir, calcular, consultar, analizar, estudiar, preparar, evaluar, supervisar, proyectar, coordinar, controlar, organizar, rehabilitar, corregir, sustituir o adecuar los elementos que integran un proyecto de obra pública, o garantizar la eficiencia y desarrollo de la misma y aquellos señalados por las leyes aplicables en la materia. Contrato a base de precios unitarios: El importe de la remuneración o pago total que deba cubrirse al contratista se hará por unidad de concepto de trabajo terminado. Contrato a precio alzado: El importe de la remuneración o pago total fijo que deba cubrirse al contratista será por los trabajos totalmente terminados y ejecutados en el plazo establecido. Unidad Administrativa Solicitante: La Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

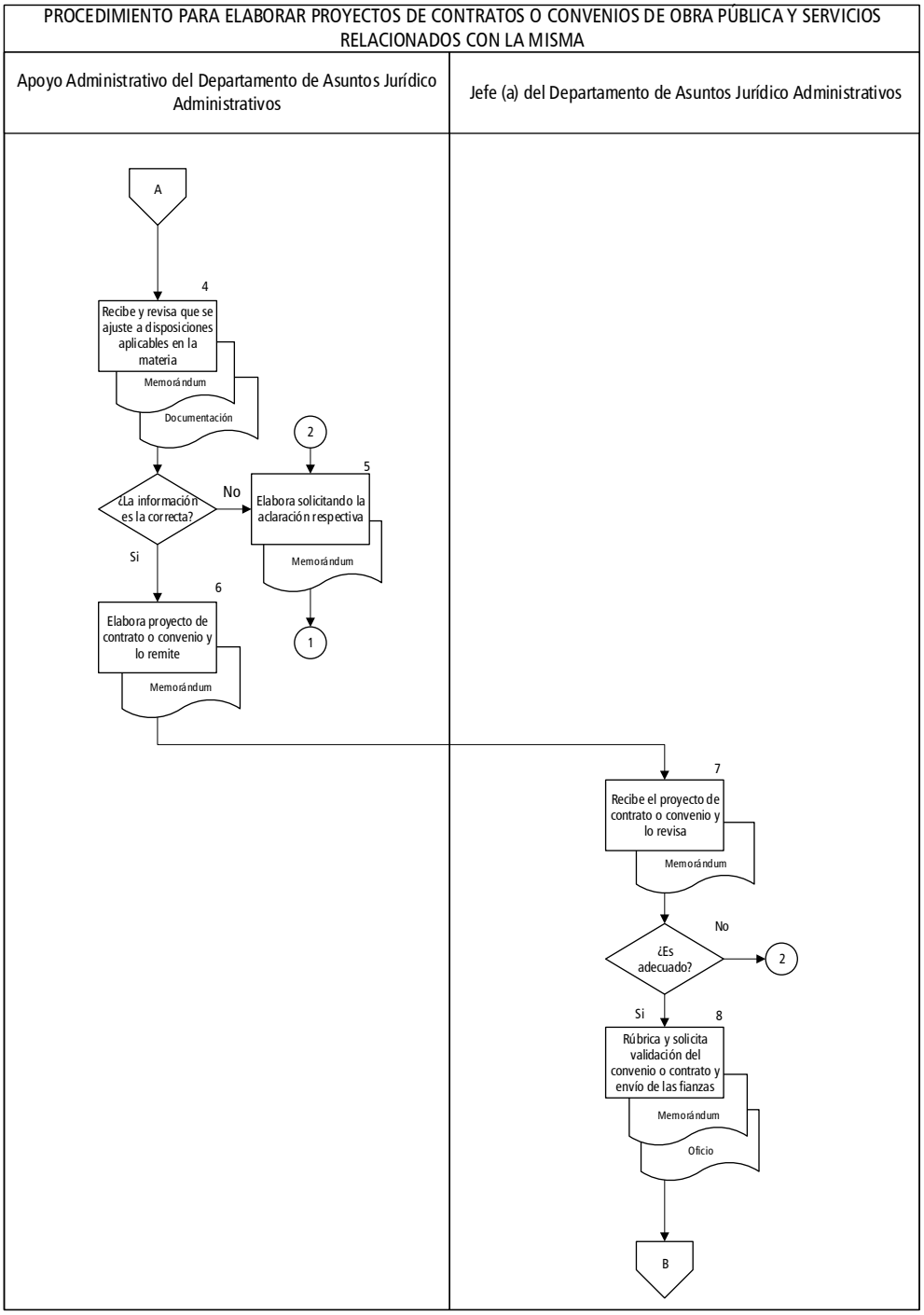
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.

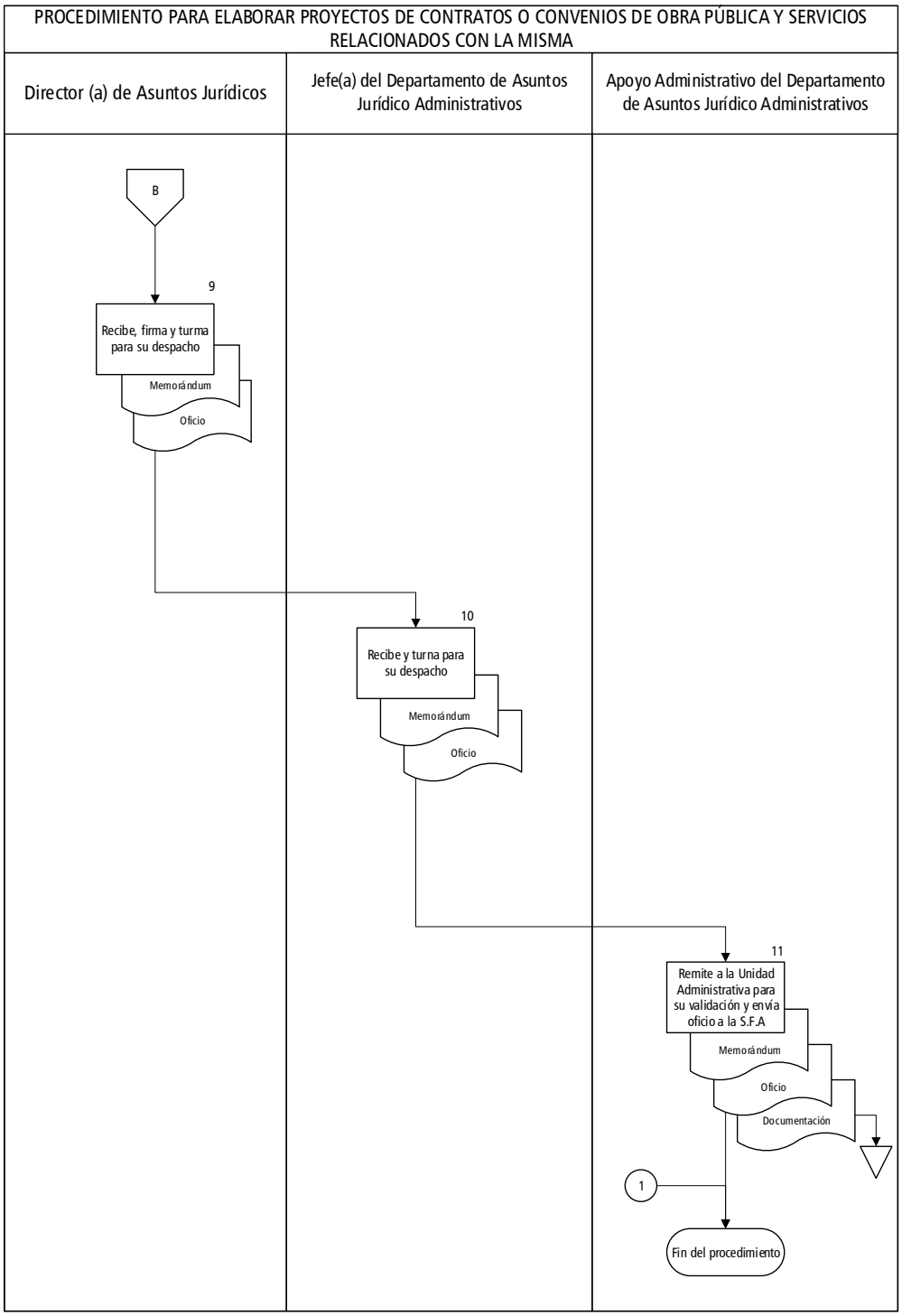
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa Solicitante	Solicita mediante memorándum a la Dirección de Asuntos Jurídicos la elaboración en términos de la legislación aplicable del proyecto de contrato o convenio indicando las especificaciones del mismo, y adjunta los anexos que respalden su procedencia.	Memorándum. Documentación.
2	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el memorándum y los anexos de la Unidad Administrativa y lo turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su atención.	Memorándum. Documentación.
3	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Turna al Apoyo Administrativo el memorándum enviado por la Unidad Administrativa y los anexos que lo respalden para la elaboración del proyecto contrato o convenio.	Memorándum. Documentación.
4	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe la información y revisa que se ajuste a las disposiciones aplicables en la materia y conforme al ANEXO DE REQUISITOS de este procedimiento. ¿La información es la correcta? No: Continúa en la actividad No. 5. Si: Continúa en la actividad No. 6.	Memorándum. Documentación.
5		Elabora memorándum solicitando la aclaración respectiva. **Fin del procedimiento.**	Memorándum.
6		Elabora proyecto de contrato o convenio y lo remite al/la Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Memorándum.

7	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el proyecto de contrato o convenio y lo revisa. ¿Es adecuado? No: Retrocede a la actividad No. 5. Si: Continúa en la actividad No. 8.	Memorándum.
8		Rúbrica memorándum y oficio para solicitar a la Unidad Administrativa la validación del convenio o contrato y para el envío de las fianzas correspondientes a la Secretaría de Finanzas y Administración y los turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Memorándum. Oficio.
9	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe, firma y turma memorándum y oficio para su despacho el al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Memorándum. Oficio.
10	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el memorándum y oficio firmados y los turna al Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su despacho.	Memorándum. Oficio.
11	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Remite el memorándum con el proyecto de contrato o convenio a la Unidad Administrativa solicitante requiriéndole su validación, así como envía el oficio a la Secretaría de Finanzas y Administración adjuntando las fianzas para su resguardo y en su caso ejecución y archiva en espera de la validación final del área solicitante.	Memorándum/oficio/documentación.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.




PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
A
4
Recibe y revisa que se ajuste a disposiciones aplicables en la materia
Memorándum
Documentación
2
5
¿La información es la correcta?
No
Elabora solicitando la aclaración respectiva
Memorándum
Si
6
Elabora proyecto de contrato o convenio y lo remite
Memorándum
1
7
Recibe el proyecto de contrato o convenio y lo revisa
Memorándum
No
¿Es adecuado?
2
Si
8
Rúbrica y solicita validación del convenio o contrato y envío de las fianzas
Memorándum
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA
Director (a) de Asuntos Jurídicos
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
B
9
Recibe, firma y turma para su despacho
Memorándum
Oficio
10
Recibe y turna para su despacho
Memorándum
Oficio
11
Remite a la Unidad Administrativa para su validación y envía oficio a la S.F.A
Memorándum
Oficio
Documentación
1
Fin del procedimiento

7.19.8. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

Tiempo Promedio: 5 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Elaborar los proyectos de los contratos o convenios en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios de acuerdo con las especificaciones indicados por el área requirente.

Normas y Políticas de Operación	Normas: 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente. 2. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, vigente. 3. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, vigente. 4. Ley Federal de Procedimiento Administrativo, vigente. 5. Ley de Ingresos para el ejercicio fiscal correspondiente. 6. Código Civil Federal, vigente. 7. Código Fiscal de la Federación, vigente. 8. Código Fiscal del Estado, vigente. 9. Código Federal de Procedimientos Civiles, vigente. 10. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente. 11. Código de Procedimientos Civiles para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente. 12. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente. 13. Acuerdo del Secretario de la Contraloría del Gobierno del Estado, por el que expide el protocolo de actuación en materia de Contrataciones Públicas, Otorgamiento y Prórroga de Licencias, Permisos, Autorizaciones y Concesiones. Políticas de Operación: 1. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración del proyecto contrato o convenio será la responsable de indicar por escrito a la Dirección de Asuntos Jurídicos los términos de celebración del mismo. 2. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración del proyecto de contrato o convenio será responsable de recabar y remitir la documentación necesaria completa original y/o en copia certificada según proceda en tiempo conforme lo establezcan las disposiciones aplicables en la materia y de acuerdo a las necesidades del servicio. 3. Los proyectos de contratos o convenios una vez

	elaborados por la Dirección de Asuntos Jurídicos deberán ser validados por el Titular de la Unidad Administrativa que lo haya solicitado. 4. El/la Titular de la Unidad Administrativa que solicite la elaboración de un proyecto de convenio modificatorio deberá realizarlo de manera oportuna y deberá presentar escrito fundando y motivando su solicitud con base en la legislación que aplique según el caso específico ya sea que se trate de monto, plazo, costos, actualizaciones, cantidad de bienes arrendamientos o servicios solicitados, inicio de los trabajos o prestación de los servicios y en su caso tratándose de recursos federales se deberán observar las disposiciones emitidas al efecto, siempre y cuando se cuente con los recursos debidamente autorizados. 5. El/la Titular de la Unidad Administrativa que requiera la elaboración del proyecto de convenio o contrato será responsable de dar seguimiento y rendir los informes requeridos respecto del cumplimiento de los contratos o convenios en los términos que establezcan la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y/o la legislación federal y las disposiciones aplicables en la materia. 6. El/la Titular de la Unidad Administrativa remitirá a la Dirección de Asuntos Jurídicos las fianzas previstas en la Ley de Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y/o la legislación federal para la elaboración del proyecto del contrato o convenio y se verifique que cumple con los requisitos legales necesarios para su posterior envío a la Secretaría de Finanzas y Administración para su resguardo y en su caso devolución, cancelación o ejecución.
Responsables	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Aplica a la Dirección de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión.

Recursos	Memorando, Oficio, Proyecto, Documentación.
Glosario	Adjudicante: Las autoridades y órganos que conforme a esta Ley se encuentran facultados para adjudicar un contrato o pedido. Bases. Los pliegos de requisitos y condiciones que rijan y sean aplicados en cada licitación pública. Contratante: La dependencia, entidad o ayuntamiento de que se trate y que sea el usuario final del bien o servicio contratado. Convocante: La Secretaría y los Comités Municipales. Convocatoria: La publicación que se efectúa para dar a conocer los datos generales de una licitación pública. Invitación: El documento que contendrá todos los puntos que rijan el concurso o procedimiento de que se trate y por el que se requerirá a un mínimo de proveedores la presentación de propuestas técnicas–económicas. Padrón: El Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado. Proveedor: La persona física o moral que celebre contratos o pedidos de adquisiciones, arrendamientos o servicios en sus diversas modalidades conforme a esta Ley.

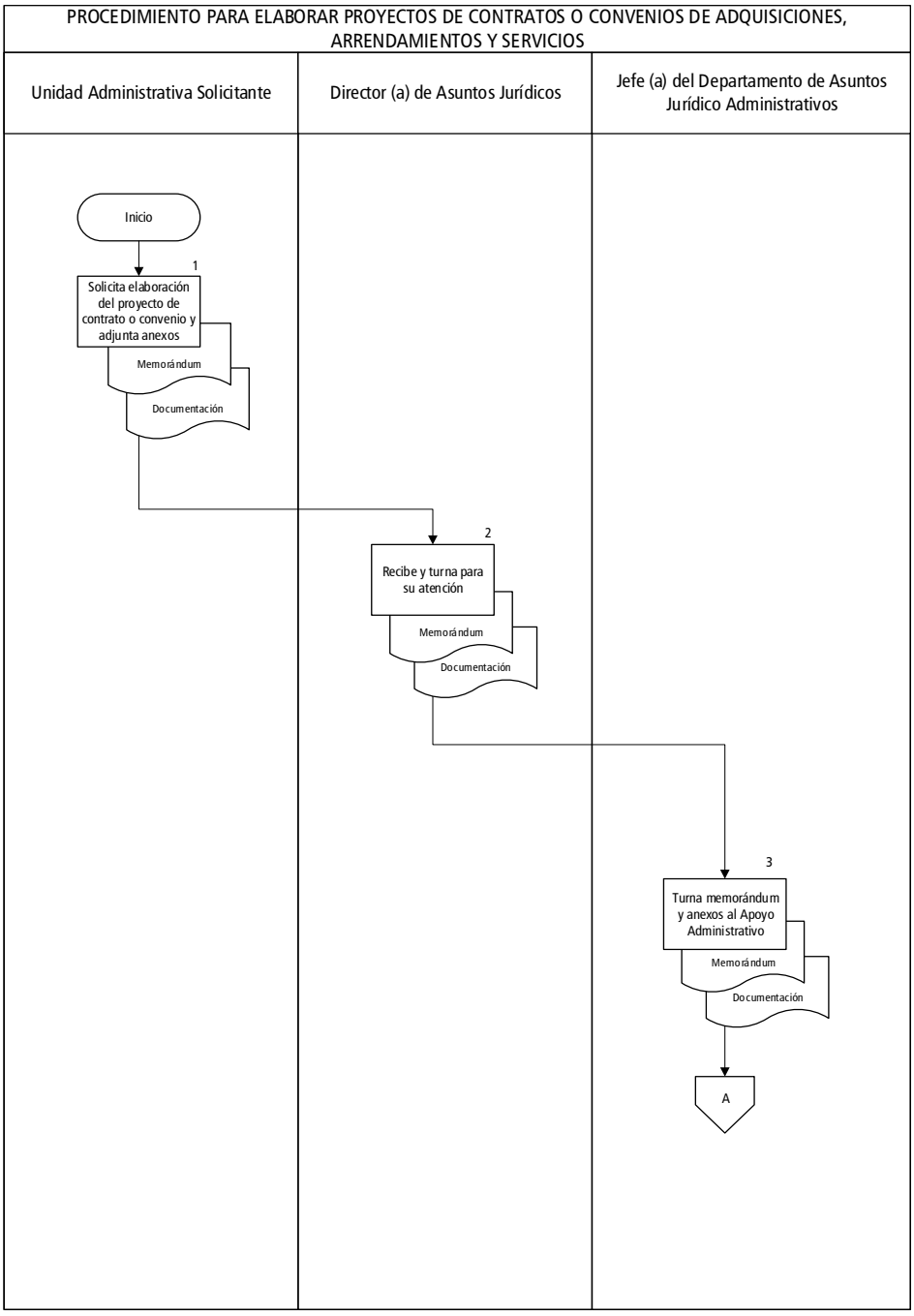
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Administrativa Solicitante	Solicita mediante memorándum a la Dirección de Asuntos Jurídicos en términos de la legislación aplicable la elaboración del proyecto de contrato o convenio indicando las especificaciones del mismo y adjunta los anexos que	Memorándum. Documentación.

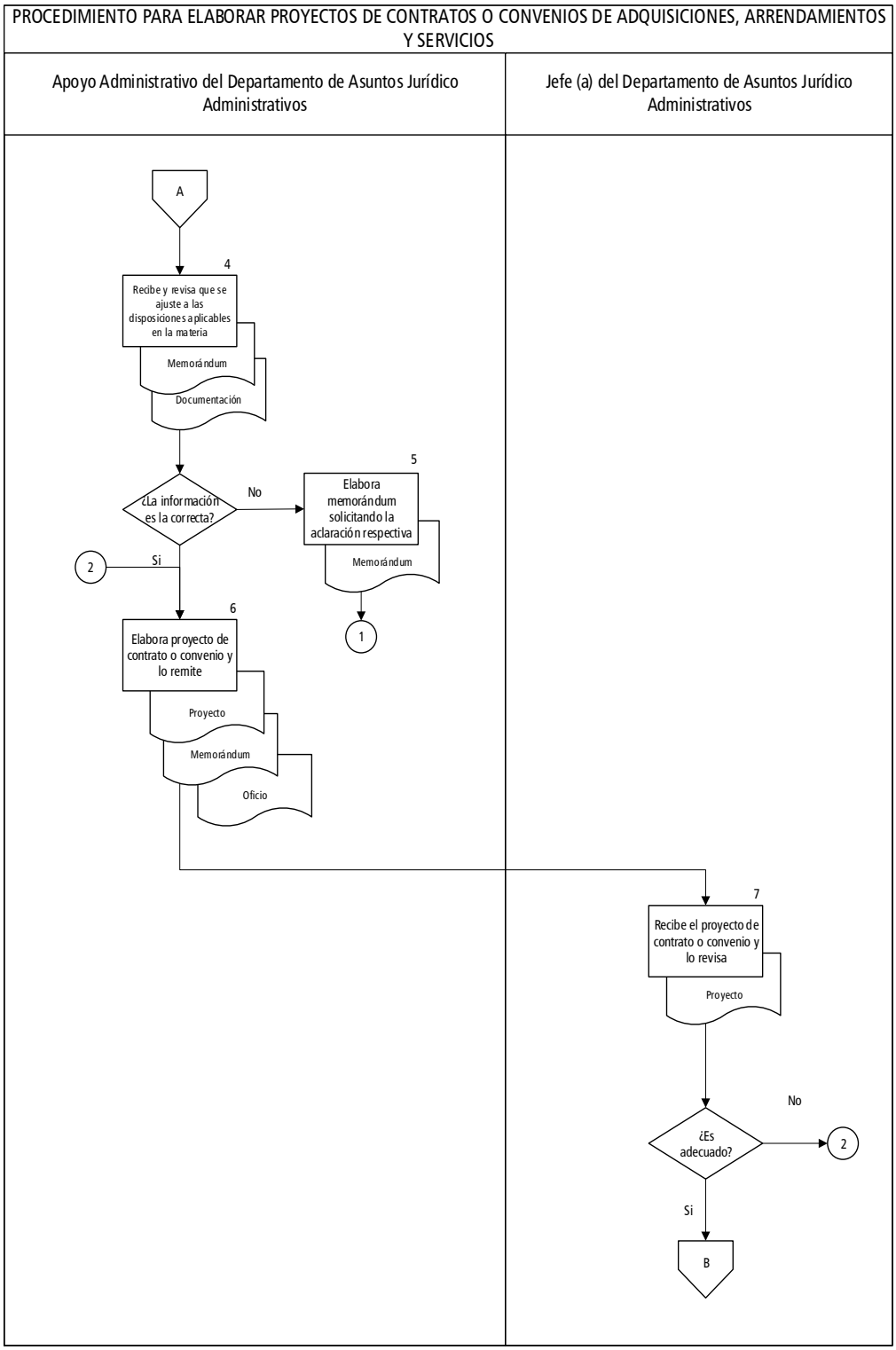
		respalden su procedencia.	
2	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el memorándum y los anexos de la Unidad Administrativa y lo turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su atención.	Memorándum. Documentación.
3	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Turna al Apoyo Administrativo el memorándum enviado por la Unidad Administrativa y los anexos que lo respalden para la elaboración del proyecto de contrato o convenio.	Memorándum. Documentación.
4	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe la información y la revisa que se ajuste a las disposiciones aplicables en la materia y conforme al ANEXO DE REQUISITOS de este procedimiento. ¿La información es la correcta? No: Continúa en la actividad No. 5. Si: Continúa en la actividad No. 6.	Memorándum/documentación.
5		Elabora memorándum solicitando la aclaración respectiva. **Fin del procedimiento.**	Memorándum.
6		Elabora proyecto de contrato o convenio y lo remite vía memorándum u oficio al/la Jefe/a de Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Proyecto. Memorándum. Oficio.
7	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el proyecto de contrato o convenio y lo revisa. ¿Es adecuado? No: retrocede a la actividad No. 6. Si: Continúa en la actividad No. 8.	Proyecto.
8		Rúbrica memorándum y oficio para solicitar a la Unidad Administrativa la validación del proyecto de contrato o convenio y para el envío de las fianzas correspondientes a la Secretaría de Finanzas y Administración y los turna	Memorándum. Oficio.

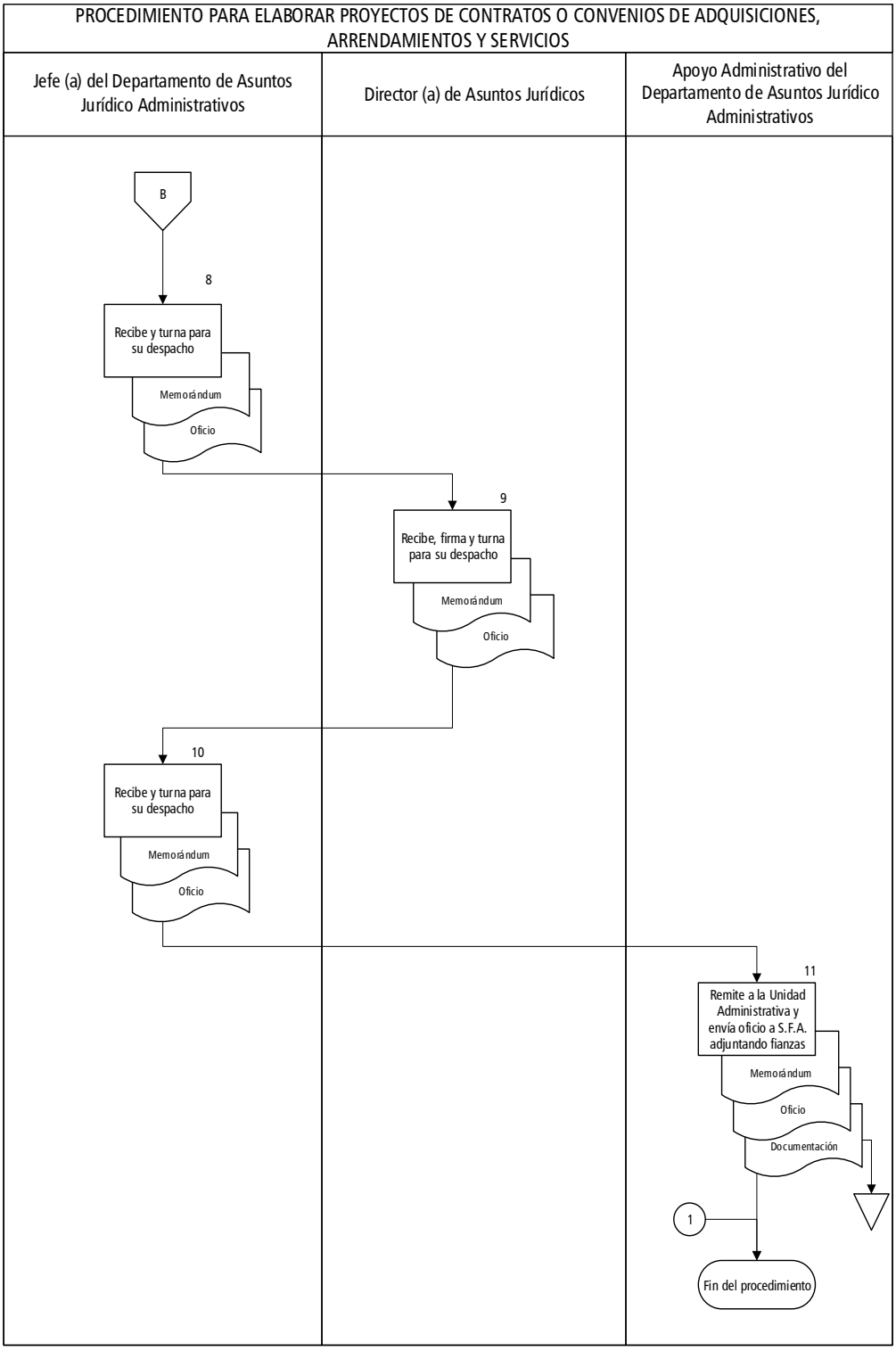
		al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	
9	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el memorándum para su firma y turna para su despacho al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	Memorándum/oficio.
10	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe el memorándum y oficio firmados y los turna al Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su despacho.	Memorándum/oficio.
11	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Remite el memorándum con el proyecto de contrato o convenio a la Unidad Administrativa solicitante requiriéndole su validación, así como envía el oficio a la Secretaría de Finanzas y Administración adjuntando las fianzas para su resguardo y en su caso, devolución, cancelación o ejecución y archiva en espera de la validación final del área solicitante.	Memorándum. Oficio. Documentación.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.



PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS




PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROYECTOS DE CONTRATOS O CONVENIOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Director (a) de Asuntos Jurídicos
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
B
8
Recibe y turna para su despacho
Memorándum
Oficio
9
Recibe, firma y turna para su despacho
Memorándum
Oficio
10
Recibe y turna para su despacho
Memorándum
Oficio
11
Remite a la Unidad Administrativa y envía oficio a S.F.A. adjuntando fianzas
Memorándum
Oficio
Documentación
1
Fin del procedimiento

7.19.9. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.

Elabora:	Elabora:	Autoriza:
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Llevar a cabo la recepción, verificación, así como la remisión o solicitud de devolución, cancelación o ejecución de las fianzas a la Secretaría de Finanzas y Administración del Estado de Puebla otorgadas derivado de la celebración de contratos o convenios de obra pública y servicios relacionados con la misma y en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios.

Objetivo

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
2. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, vigente.
3. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, vigente.
4. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla, vigente.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, vigente.
6. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, vigente.
7. Ley Federal de Procedimiento Administrativo, vigente.
8. Código Federal de Procedimientos Civiles, vigente.
9. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, vigente.
10. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
11. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente.

Políticas de Operación:

1. El otorgamiento de las fianzas de cumplimiento, de anticipo y de vicios ocultos y los términos de su expedición será responsabilidad del área requirente de la contratación, debiendo ajustarse a lo dispuesto por la legislación aplicable.
2. Una vez otorgadas las fianzas éstas deberán ser remitidas en original a la Dirección de Asuntos Jurídicos por la Unidad Administrativa solicitante para efectos de que únicamente se verifique que cumple con la formalidad legal correspondiente.
3. Las garantías de cumplimiento y de anticipo deberán ser remitidas a la Dirección de Asuntos Jurídicos para efectos de proceder a la elaboración de los proyectos de los contratos o convenios.
4. Una vez elaborado el proyecto de contrato o convenio de conformidad con las especificaciones determinadas

	por el área requirente y validado por esta, la Dirección de Asuntos Jurídicos procederá a remitir a la Secretaría de Finanzas y Administración las fianzas de cumplimiento y anticipo para su resguardo. 5. Una vez otorgada la fianza de vicios ocultos la Unidad Administrativa requirente deberá enviarla a la Dirección de Asuntos Jurídicos en un término de cinco días hábiles para efectos de que únicamente se verifique que cumple con la formalidad legal correspondiente y se proceda a su envío a la Secretaría de Finanzas y Administración para su resguardo. 6. El área requirente será responsable de informar de manera justificada bajo su responsabilidad a la Dirección de Asuntos Jurídicos, la procedencia de la devolución, cancelación o ejecución de las fianzas de cumplimiento, de anticipo y de vicios ocultos con el objeto de que se haga del conocimiento de la Secretaria de Finanzas y Administración para los efectos procedentes. 7. La Unidad Administrativa requirente será la responsable de aportar de manera oportuna los elementos necesarios ante la Secretaria de Finanzas y Administración en caso de que proceda hacer efectivas las fianzas otorgadas.
Responsables	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Aplica a trabajadores/as de base, regularizado y formalizado de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Oficio, Documentación.

Glosario	Institución de Fianzas: La sociedad anónima autorizada como tal para organizarse y operar conforme Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, siendo su objeto el otorgamiento de fianzas a título oneroso. Fianza de cumplimiento: Garantiza y respalda el exacto cumplimiento de las obligaciones adquiridas en el contrato o convenio, que el contratista adjudicado debe otorgar a nombre de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado de Puebla, expedida por una Institución de fianzas debidamente autorizada, por el porcentaje del total del contrato que señale la Ley aplicable en la materia. Fianza de anticipo: Garantiza la debida inversión y amortización del anticipo que el contratista o proveedor reciba para llevar a cabo el cumplimiento de las obligaciones pactadas a su cargo. Fianza de vicios ocultos: Garantiza la buena ejecución o calidad de los trabajos ejecutados o referente a equipos o materiales suministrados en los que aparecieran defectos de construcción, mano de obra o mala calidad de los materiales empleados, comprometiéndose a repararlos o a indemnizar por los daños causados.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

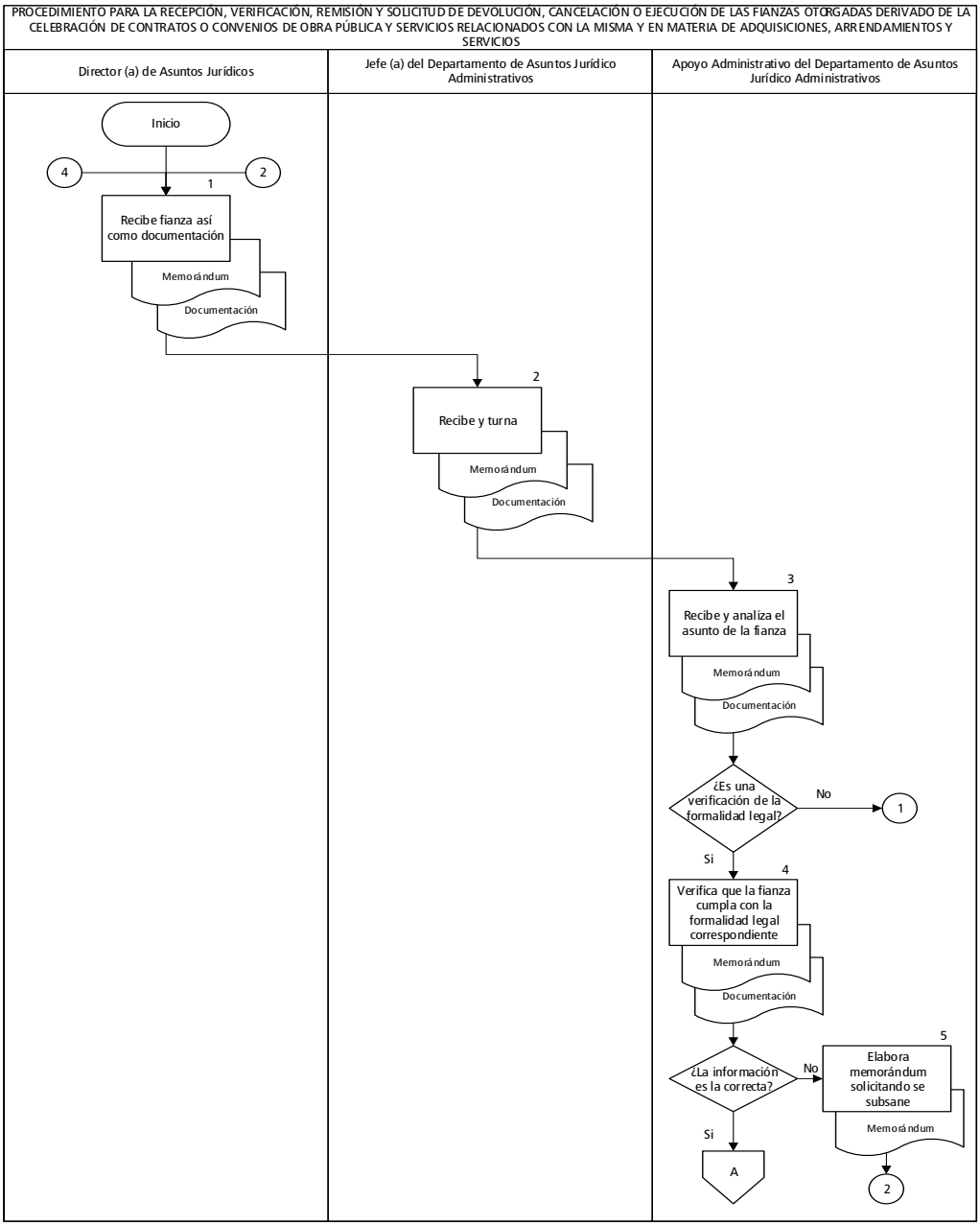
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe mediante memorándum la fianza de cumplimiento, de anticipo o de vicios ocultos, así como la documentación que respalde la celebración del contrato o convenio o	Memorándum. Documentación.

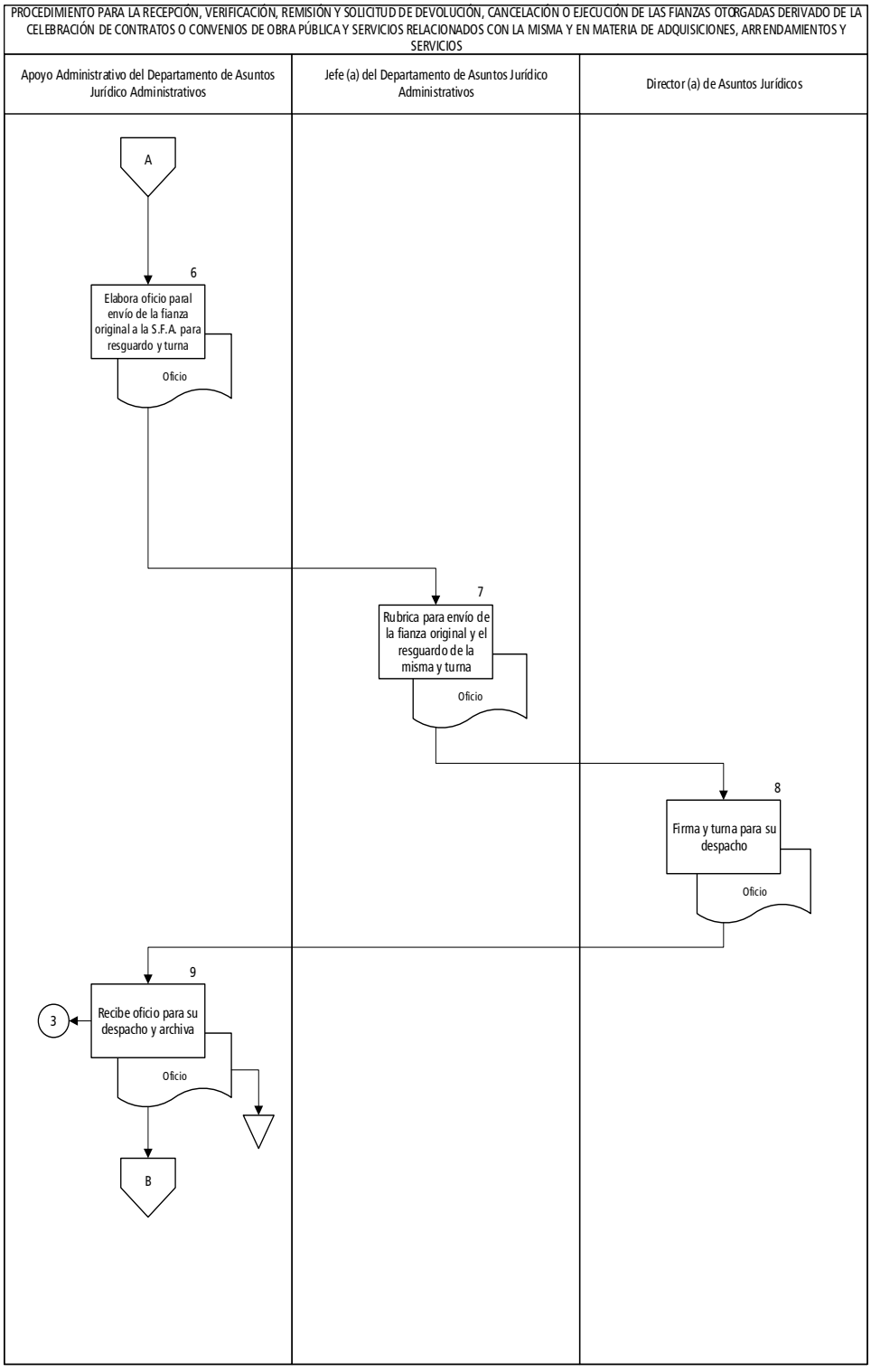
		la solicitud de devolución, cancelación o ejecución de la fianza y con la justificación correspondiente y turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	
2	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe memorándum, la fianza de cumplimiento, de anticipo o de vicios ocultos, así como la documentación que respalde la celebración del contrato o convenio o la solicitud de devolución, cancelación o ejecución de la fianza con la justificación correspondiente y turna al Apoyo Administrativo para su verificación.	Memorándum. Documentación.
3	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe memorándum, así como documentación complementaria y analiza cual es el asunto de la fianza: ¿Es una verificación de la formalidad legal? Si, continúa en la actividad 4. No, es una solicitud de devolución, cancelación o ejecución, continúa en la actividad 10.	Memorándum. Documentación.
4		Verifica que la fianza otorgada cumpla con la formalidad legal correspondiente y de acuerdo al ANEXO denominado GUIA DE VERIFICACIÓN que forma parte de este procedimiento. ¿La información es la correcta? No: Continúa en la actividad 5. Si: Continúa en a la actividad No. 6.	Memorándum. Documentación.
5		Elabora memorándum solicitando se solvente. Regresa a la actividad 1.	Memorándum.
6		Elabora oficio para el envío de la fianza original a la Secretaría de Finanzas y Administración para el resguardo de la misma indicando los	Oficio.

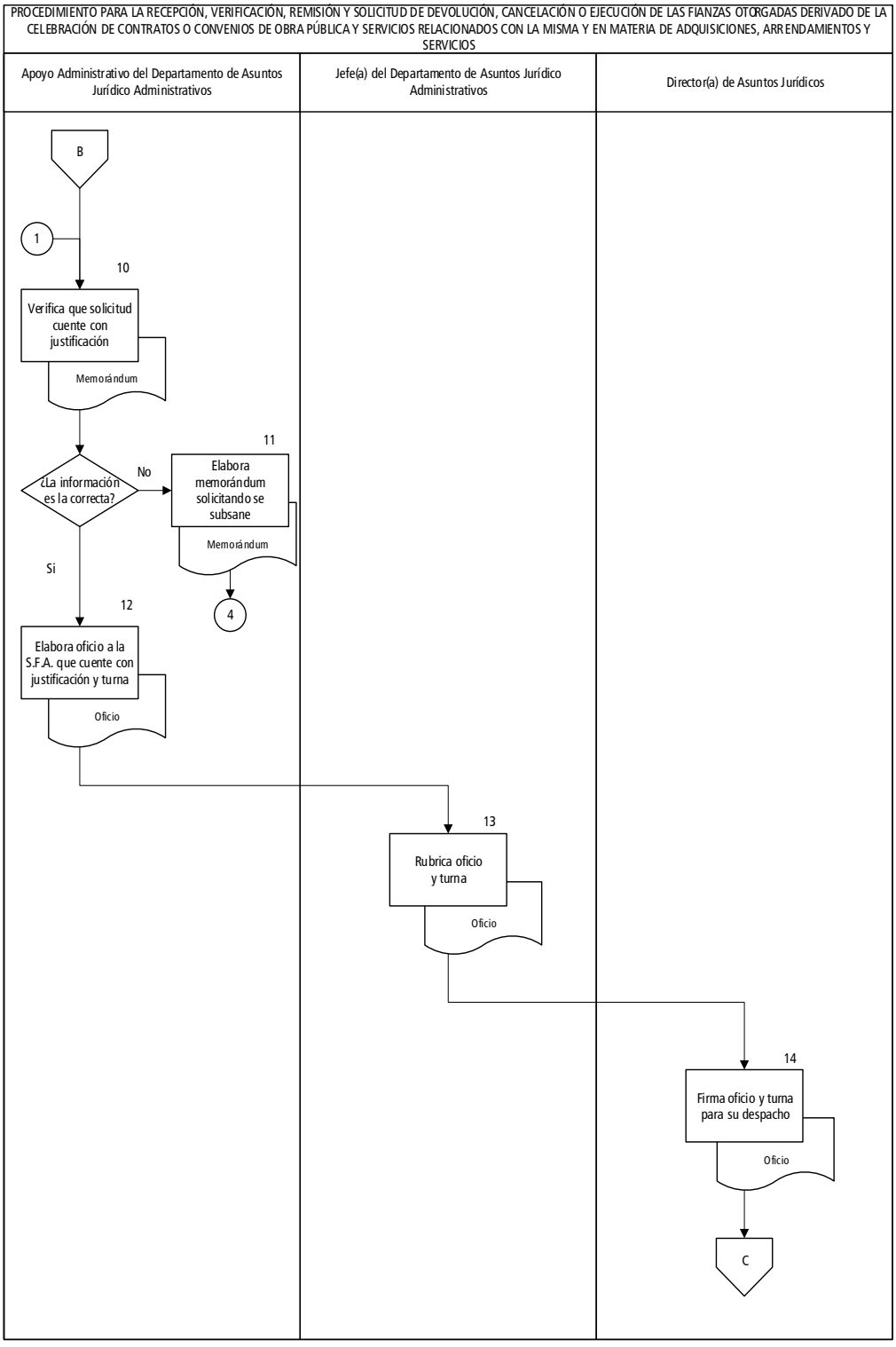
		antecedentes del contrato o convenio del cual deriva y turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	
7	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Rubrica oficio para el envío de la fianza original a la Secretaría de Finanzas y Administración para el resguardo de la misma que indique los antecedentes del contrato o convenio del cual deriva y turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Oficio.
8	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma oficio para el envío de la fianza original a la Secretaría de Finanzas y Administración para el resguardo de la misma que indique los antecedentes del contrato o convenio del cual deriva y turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su despacho.	Oficio.
9	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe oficio para su despacho y archiva. **Fin del Procedimiento.**	Oficio.
10		Verifica que la solicitud de devolución, cancelación o ejecución de la fianza cuente con la justificación correspondiente. ¿La información es la correcta? No: Continúa en la actividad No. 11. Si: Continúa en la actividad No. 12.	Memorándum.
11		Elabora memorándum solicitando se solvente. Regresa a la actividad 1.	Memorándum.
12		Elabora oficio para el envío de la solicitud de la devolución cancelación o ejecución de la fianza que cuente con la justificación correspondiente a	Oficio.

		la Secretaría de Finanzas y Administración indicado los antecedentes del contrato o convenio del cual deriva y turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos.	
13	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Rubrica oficio para el envío de la de la solicitud de la devolución, cancelación o ejecución de la fianza que cuente con la justificación correspondiente a la Secretaría de Finanzas y Administración indicado los antecedentes del contrato o convenio del cual deriva y turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Oficio.
14	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma oficio para el envío de la solicitud de la devolución, cancelación o ejecución de la fianza que cuente con la justificación correspondiente a la Secretaría de Finanzas y Administración que indique los antecedentes del contrato o convenio del cual deriva y turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su despacho.	Oficio.
15	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe oficio para su despacho y archiva.	Oficio.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

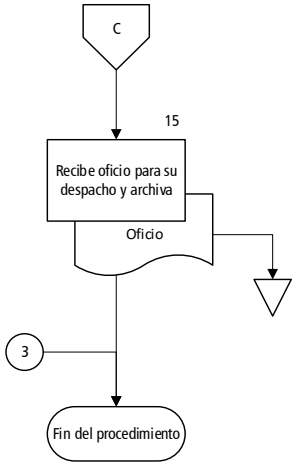



PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Director (a) de Asuntos Jurídicos
A
6
Elabora oficio paral envío de la fianza original a la S.F.A. para resguardo y turna
Oficio
7
Rubrica para envío de la fianza original y el resguardo de la misma y turna
Oficio
8
Firma y turna para su despacho
Oficio
9
3
Recibe oficio para su despacho y archiva
Oficio
B


PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Jefe(a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Director(a) de Asuntos Jurídicos
B
1
10
Verifica que solicitud cuente con justificación
Memorándum
¿La información es la correcta?
No
11
Elabora memorándum solicitando se subsane
Memorándum
4
Si
12
Elabora oficio a la S.F.A. que cuente con justificación y turna
Oficio
13
Rubrica oficio y turna
Oficio
14
Firma oficio y turna para su despacho
Oficio
C

PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, REMISIÓN Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, CANCELACIÓN O EJECUCIÓN DE LAS FIANZAS OTORGADAS DERIVADO DE LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS DE OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS

Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos



7.19.10. PROCEDIMIENTO PARA INSTRUMENTAR LA SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA, SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

Tiempo Promedio: 40 días hábiles

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018	**Eréndira Guadalupe Lechuga Fuentes Jefa del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos EGLF (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Instrumentar de conformidad con los elementos aportados por las Unidades Administrativas del Organismo, el procedimiento para llevar a cabo la suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa de los contratos de obra pública, servicios relacionados con la misma y de adquisiciones, arrendamientos y servicios.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
2. Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.
3. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, vigente.
4. Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla, vigente.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, vigente.
6. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, vigente
7. Código Civil Federal, vigente.
8. Ley Federal de Procedimiento Administrativo, vigente.
9. Código Federal de Procedimientos Civiles, vigente.
10. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, vigente.
11. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
12. Código de Procedimientos Civiles para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
13. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla, vigente.

Políticas de Operación:

1. La determinación de la suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa corresponde a la Unidad Administrativa solicitante por lo cual la Dirección de Asuntos Jurídicos únicamente le corresponde emitir la resolución jurídica de manera fundada y motivada con base a la información remitida.
2. Para la instrumentación de los procedimientos de suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa, las Unidades Administrativas solicitantes tienen la responsabilidad de recabar, integrar, documentar, validar y remitir a la Dirección de

Asuntos Jurídicos la información requerida necesaria que en cada caso respalde la medida que se adopte.

3. Cuando la información requerida para la instrumentación de los procedimientos de suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa no sea exacta o idónea y/o no se envíe con la oportunidad debida para su atención a la Dirección de Asuntos Jurídicos, el daño que pueda ocasionarse al Organismo, será responsabilidad de la Unidad Administrativa omisa.
4. Cualquier situación que modifique las circunstancias que dan lugar a las determinaciones de suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa deberán ser comunicadas a la Dirección de Asuntos Jurídicos y en su caso documentadas por la Unidad Administrativa, indicado los términos en los que en su caso habrá de resolverse.
5. En la rescisión administrativa este procedimiento es aplicable para definir las acciones encaminadas a instrumentar el inicio de la rescisión mediante la notificación del incumplimiento en el que haya incurrido el contratista o proveedor, y la posterior determinación que proceda, sin perjuicio de los plazos establecidos en la legislación aplicable.
6. Todos los informes que sean requeridos por las instancias administrativas competentes o fiscalizadoras relacionadas con las causas y consecuencias que se deriven de los procedimientos de suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa son responsabilidad y serán proporcionados por la Unidad Administrativa contratante.
7. En caso de controversia judicial derivada de los procedimientos de suspensión, terminación anticipada y rescisión administrativa, las Unidades Administrativas tienen la responsabilidad de recabar y remitir a la Dirección de Asuntos Jurídicos la información requerida necesaria en tiempo y forma de acuerdo a lo indicado por la Dirección de Asuntos Jurídicos.

Responsables	Departamento de Asuntos Jurídico Administrativo, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Aplica a las Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Memorándum, Oficio, Proyecto de Resolución, Resolución, Documentación.
Glosario	Suspensión: Es la interrupción temporal de los trabajos o prestación del servicio a cargo del contratista de conformidad con las disposiciones aplicables en la materia. Terminación Anticipada: La imposibilidad en la continuación de los trabajos o prestación del servicio a cargo del contratista de conformidad con las disposiciones aplicables en la materia. Rescisión Administrativa: El procedimiento previsto en la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma para el Estado de Puebla y la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y la legislación federal correlativa que se ha establecido por incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista derivadas del contrato, del convenio o de las disposiciones de la Ley sin necesidad de intervención de autoridad judicial.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA INSTRUMENTAR LA SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA, SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

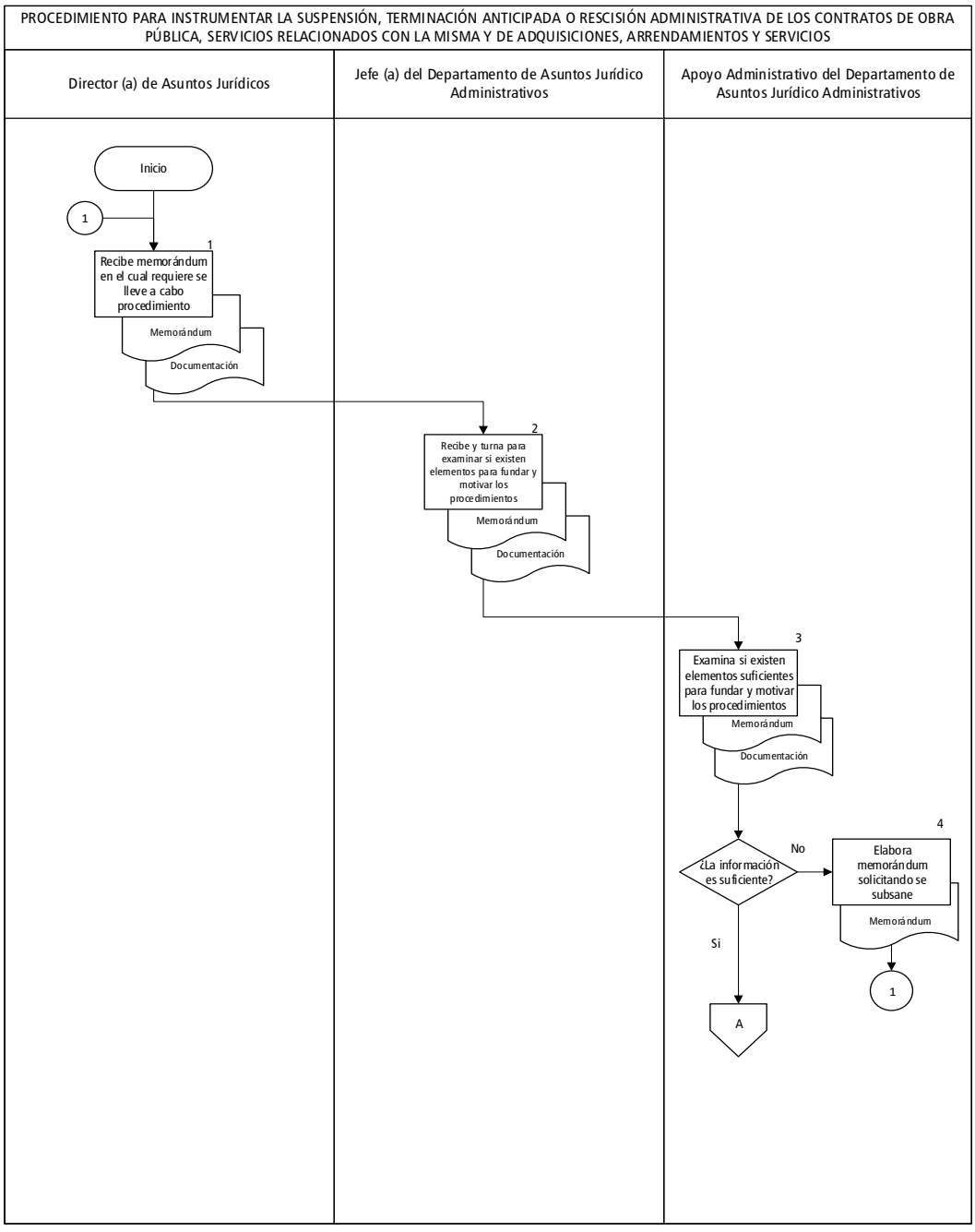
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe de la Unidad Administrativa solicitante memorándum mediante el cual requiere se lleve a cabo el procedimiento de suspensión, terminación anticipada o rescisión administrativa adjuntando dictamen de justificación que contendrá: ➢ Descripción del contrato o convenio. ➢ Las causales previstas en la legislación aplicable, contrato o convenio. ➢ Obligaciones asumidas por las partes. ➢ Hechos o incumplimiento que dieron origen a la determinación que se adopta. ➢ Alcance y efectos que se pretenden con la suspensión, terminación anticipada o rescisión. ➢ En el caso de suspensión indicar el plazo. ➢ Validación del dictamen de las áreas involucradas o aquéllas a las que les corresponda emitir opinión. ➢ Documentación comprobatoria de los puntos anteriores.	Memorándum. Documentación.
2	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico	Recibe memorándum, dictamen de justificación y documentación y turna al Apoyo Administrativo instruyéndole para que examine si existen elementos para	Memorándum. Documentación.

	Administrativos	fundar y motivar los procedimientos de suspensión, terminación anticipada o rescisión administrativa de los contratos de obra pública, servicios relacionados con la misma y de adquisiciones, arrendamientos y servicios de acuerdo a la legislación aplicable.	
3	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Examina si existen elementos suficientes para fundar y motivar los procedimientos indicados. ¿La información es suficiente? No: Continúa en la actividad 4. Si: Continúa en la actividad 5.	Memorándum. Documentación.
4		Elabora memorándum solicitando se solvente. Regresa a actividad 1.	Memorándum
5		Analiza si se trata de suspensión, terminación anticipada o rescisión, informa al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos y dentro de un término de tres días hábiles prepara proyecto de resolución y oficio de respuesta a la Unidad Administrativa y oficio de notificación.	Memorándum. Oficio. Proyecto.
6	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Rubrica memorándum y oficio mediante el cual se comunica a la Unidad Administrativa solicitante la resolución, misma que deberá ser notificada por la Dirección de Asuntos Jurídicos al contratista o proveedor en un término no mayor a tres días hábiles mediante cédula de notificación que contenga circunstancias de tiempo, modo y lugar. Nota: ➢ En el caso de rescisión administrativa se comunica al contratista o proveedor el incumplimiento en el que haya incurrido.	Memorándum. Oficio.

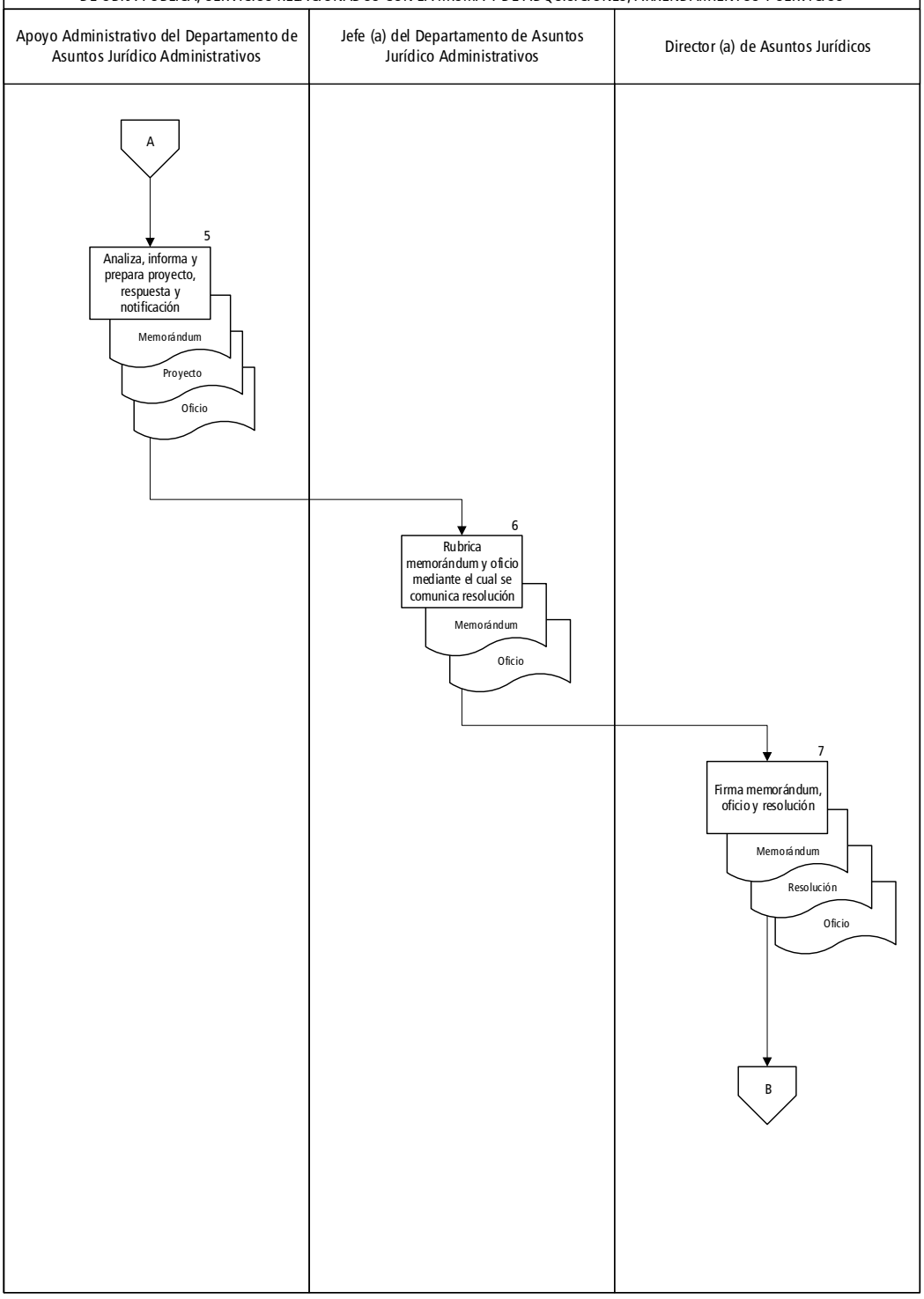
		➢ En el caso de suspensión y terminación anticipada se determinará la procedencia de la solicitud	
7	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma memorándum, oficio y resolución mediante el cual se comunica a la Unidad Administrativa solicitante la misma, la cual deberá ser notificada por la Dirección de Asuntos Jurídicos en un término no mayor a tres días hábiles al contratista o proveedor mediante cédula de notificación que contenga circunstancias de tiempo, modo y lugar para que en su caso acuda a la Dirección de Asuntos Jurídicos a exponer lo que a su derecho convenga.	Memorándum. Resolución. Oficio.
8	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Recibe memorándum, oficio y resolución para su despacho y notificación y archiva en espera de que el contratista o proveedor de contestación para el inicio del procedimiento legal que se llevará conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. Nota: En caso de que el contratista o proveedor acuda a exponer lo que a su derecho convenga ante la Dirección de Asuntos Jurídicos Requiere mediante memorándum a la Unidad Administrativa solicitante, en un término de tres días hábiles mediante un informe justificado en que señale los hechos esgrimidos por el contratista o proveedor son ciertos o bien se señalen los argumentos que los controviertan y las pruebas que apoyen su informe.	Memorándum/Resolución/Oficio.
9	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe mediante memorándum de la Unidad Administrativa Solicitante informe justificado y pruebas y turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico	Memorándum. Documentación.

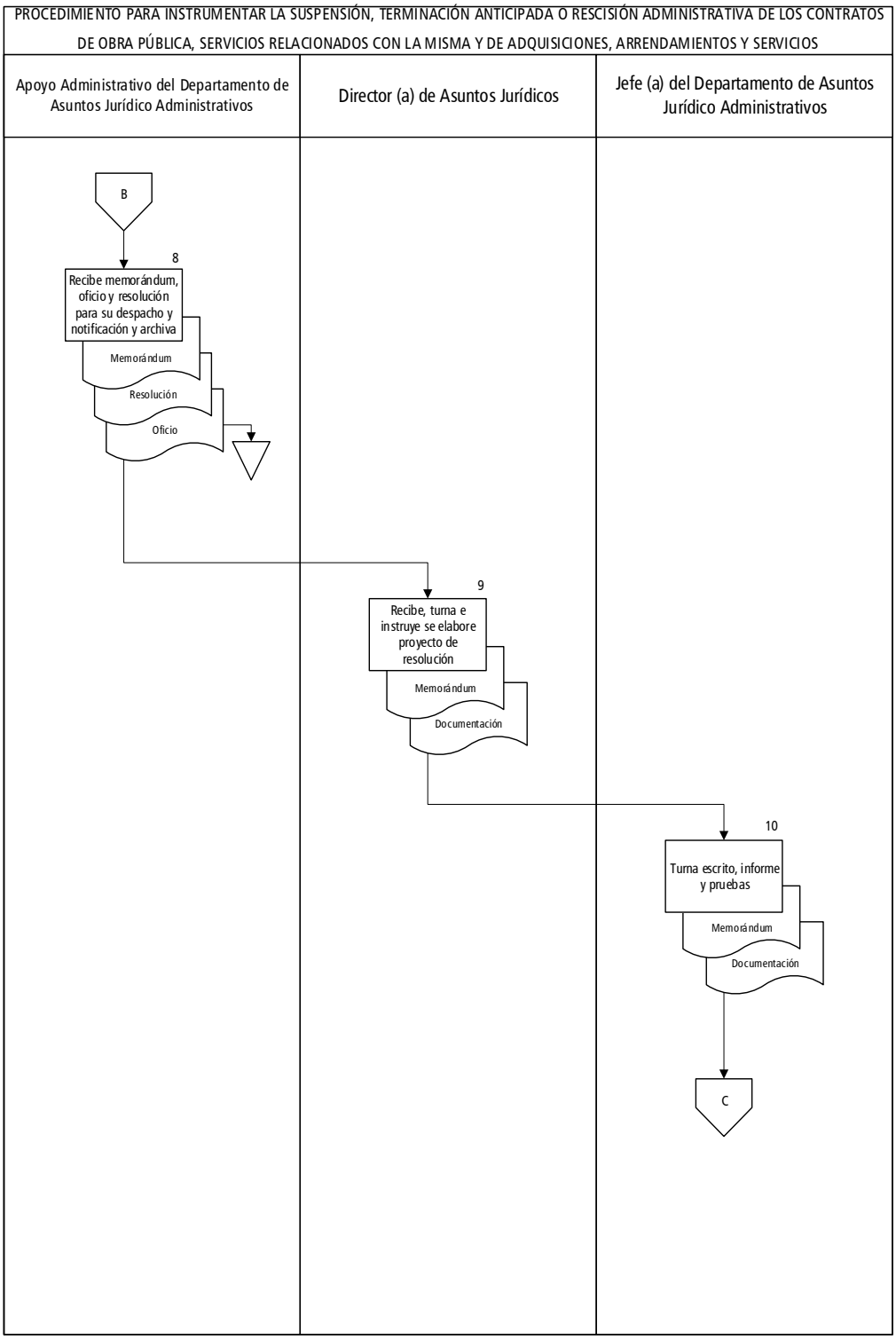
		Administrativos e instruye se elabore proyecto de resolución.	
10	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Turna al Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos el escrito de inconformidad y pruebas en su caso presentadas por el contratista o proveedor, así como el informe rendido por la Unidad Administrativa Solicitante y pruebas para la elaboración del proyecto de resolución.	Memorándum/Documentación.
11	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Realiza proyecto de resolución y oficio para la notificación y lo turna al Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para revisión.	Proyecto de Resolución/Oficio.
12	Jefe/a del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos	Verifica proyecto de resolución, rubrica oficio de notificación y lo somete a revisión del/la Director/a de Asuntos Jurídicos	Proyecto de Resolución /Oficio.
13	Director/a de Asuntos Jurídicos	Revisa proyecto de resolución y oficio de notificación. ¿Es correcto? No: Retrocede a la actividad No. 11. Si: Continúa en la actividad No. 14.	Proyecto de Resolución /Oficio.
14		Firma resolución y oficio de notificación en términos de las disposiciones legales aplicables y turna al Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos para su despacho.	Proyecto de Resolución /Oficio.
Fin del procedimiento			

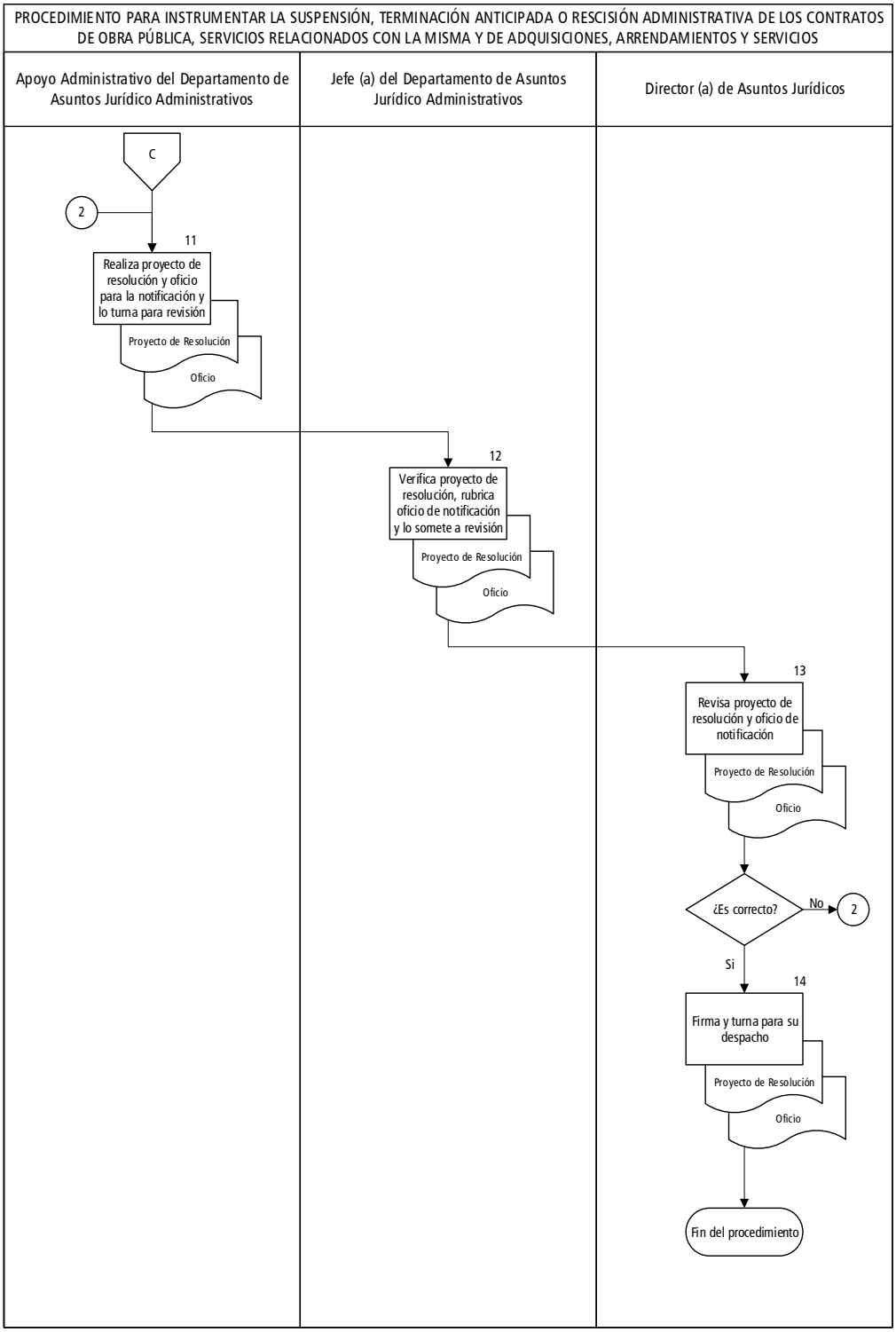
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR AL ORGANISMO Y A LOS/LAS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MISMO, EN LOS LITIGIOS LABORALES PROMOVIDOS EN SU CONTRA CON MOTIVO DE SU EMPLEO, CARGO O COMISIÓN.



PROCEDIMIENTO PARA INSTRUMENTAR LA SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA, SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS




PROCEDIMIENTO PARA INSTRUMENTAR LA SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA, SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Director (a) de Asuntos Jurídicos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
B
8
Recibe memorándum, oficio y resolución para su despacho y notificación y archiva
Memorándum
Resolución
Oficio
9
Recibe, turna e instruye se elabore proyecto de resolución
Memorándum
Documentación
10
Turna escrito, informe y pruebas
Memorándum
Documentación
C


PROCEDIMIENTO PARA INSTRUMENTAR LA SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA, SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA Y DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Jurídico Administrativos
Director (a) de Asuntos Jurídicos
C
2
11
Realiza proyecto de resolución y oficio para la notificación y lo turna para revisión
Proyecto de Resolución
Oficio
12
Verifica proyecto de resolución, rubrica oficio de notificación y lo somete a revisión
Proyecto de Resolución
Oficio
13
Revisa proyecto de resolución y oficio de notificación
Proyecto de Resolución
Oficio
¿Es correcto?
No
2
Si
14
Firma y turna para su despacho
Proyecto de Resolución
Oficio
Fin del procedimiento

7.19.11. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Válida:**	**Autoriza:**
Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018	**Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Realizar los trámites de pago de indemnización ante la Compañía Aseguradora por siniestro de los bienes pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado de Puebla o que se encuentren bajo la guarda o custodia del Organismo.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, vigente.
2. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, vigente.

Políticas de Operación:

1. Cuando se trata de siniestro por robo de bienes (activo fijo), para que sea recibido en la Dirección de Asuntos Jurídicos el memorándum u oficio deberá contener la documentación soporte consistente en:
   - Acta circunstancial, que precise las condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos.
   - Denuncia por el delito de robo ante el Agente del Ministerio Público correspondiente presentada por personal de la Unidad Médico- Administrativa.
   - Factura original de los bienes robados.
   - Resguardo de activo fijo del bien o bienes robados y/o inventarios.
   - Para el caso de Unidades Médico – Administrativas que cuenten con personal de vigilancia, adjuntar las bitácoras del día de los hechos.
   - Nombre completo y domicilio del personal adscrito al área donde sucedieron los hechos.
   - Nombre completo y domicilio del personal de vigilancia del día que sucedieron los hechos.
   - Identificación con fotografía de la persona que presentó la denuncia.
   - En caso de que al momento de integrar la documentación falte la factura, la Unidad Médico – Administrativa deberá adjuntar fotocopia del documento oficial en el que conste la solicitud de la misma al área competente, correspondiéndole a la Unidad Médico – Administrativa dar el seguimiento hasta la obtención de la factura y remitirla a la Dirección de Asuntos Jurídicos.
2. Cuando se trata de siniestro por robo de vehículo, para que sea recibido en la Dirección de Asuntos Jurídicos el memorándum u oficio deberá contener la documentación soporte consistente en:

- Denuncia presentada ante el Agente del Ministerio Público por el delito de robo de vehículo formulada por el conductor de la unidad.
- Acta circunstancial que precise las condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos.
- El documento que acredite el reporte o aviso de robo realizado a la compañía aseguradora.
- Factura original del vehículo robado.
- Copia de la última verificación vehicular de la unidad robada.
- Las 5 últimas tenencias del vehículo robado.
- Reporte de robo realizado por el conductor ante la Policía Federal Preventiva del lugar donde sucedieron los hechos.
- Para el caso de que el vehículo sea recuperado y esté a disposición de alguna autoridad, se realizarán las gestiones jurídicas necesarias hasta la liberación del automotor dada la representación legal de la Dirección de Asuntos Jurídicos, debiendo la Unidad Médico – Administrativa, cubrir los gastos correspondientes a pago de piso, grúa.

3. Cuando se trata de siniestro por pérdida total de un vehículo, para que sea recibido en la Dirección de Asuntos Jurídicos el memorándum u oficio deberá contener la documentación soporte consistente en:
   - Acta circunstancial que precise las condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos.
   - El documento que acredite el reporte o aviso realizado a la compañía aseguradora.
   - Factura original del vehículo.
   - Carta original expedida por la compañía aseguradora, por la cual determina el vehículo como pérdida total.
   - El juego de placas del vehículo.
   - Copia de la última verificación vehicular de la unidad.
   - Las 5 últimas tenencias del vehículo.
   - Para el caso de que el vehículo haya quedado a disposición de alguna autoridad, se realizarán las gestiones jurídicas necesarias hasta la liberación

	del automotor dada la representación legal de la Dirección de Asuntos Jurídicos, debiendo la Unidad Médico – Administrativa cubrir los gastos correspondientes a pago de piso, grúa e infracción. 4. Cuando se trata de cualquier otro tipo de siniestro, la Unidad Médica – Administrativa deberá dar aviso a la compañía aseguradora y remitir copia del mismo por memorándum u oficio a la Dirección de Asuntos Jurídicos, para su seguimiento. 5. En cualquier supuesto para el caso de que la documentación enviada se encuentre incompleta, se devolverá a la Unidad Médico – Administrativa para subsanar las omisiones.
Responsables	Departamento de Asuntos Penales, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Unidades Médico – Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Memorándum, Denuncia, Comprobante, Comparecencia, Copia Certificada de indagatoria, Placas, Carta de la Compañía Aseguradora, Documentación soporte, Cheque.
Glosario	Documentación soporte: Información enviada por la Unidad Médico- Administrativa que contiene documentación que requiere la Compañía de Seguros para iniciar el trámite de indemnización.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Médico–Administrativa	Tiene conocimiento del siniestro respecto a los bienes propiedad de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, o que se encuentren bajo la guarda o custodia del Organismo.	Memorándum / Oficio.
2		Para el caso de robo de activo fijo y de vehículos, presenta denuncia ante el Agente del Ministerio Público correspondiente y obtiene copia simple de la misma. ¿Es pérdida total del vehículo? Si continúa en el paso 3. No, continúa al paso 4.	Denuncia / Memorándum / Oficio.
3		Tramita el acta circunstancial; y realiza el reporte o aviso a la compañía aseguradora.	
4		Solicita a las diferentes áreas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, la documentación soporte que corresponda.	Memorándum/Oficio.
5		Mediante memorándum u oficio remite documentación soporte a la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Denuncia / Memorándum / Oficio / Comprobante.
6	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe el memorándum u oficio con la documentación soporte para el trámite de indemnización ante la compañía aseguradora. Turna al Departamento de Asuntos Penales.	Denuncia / Memorándum / Oficio / Comprobante.

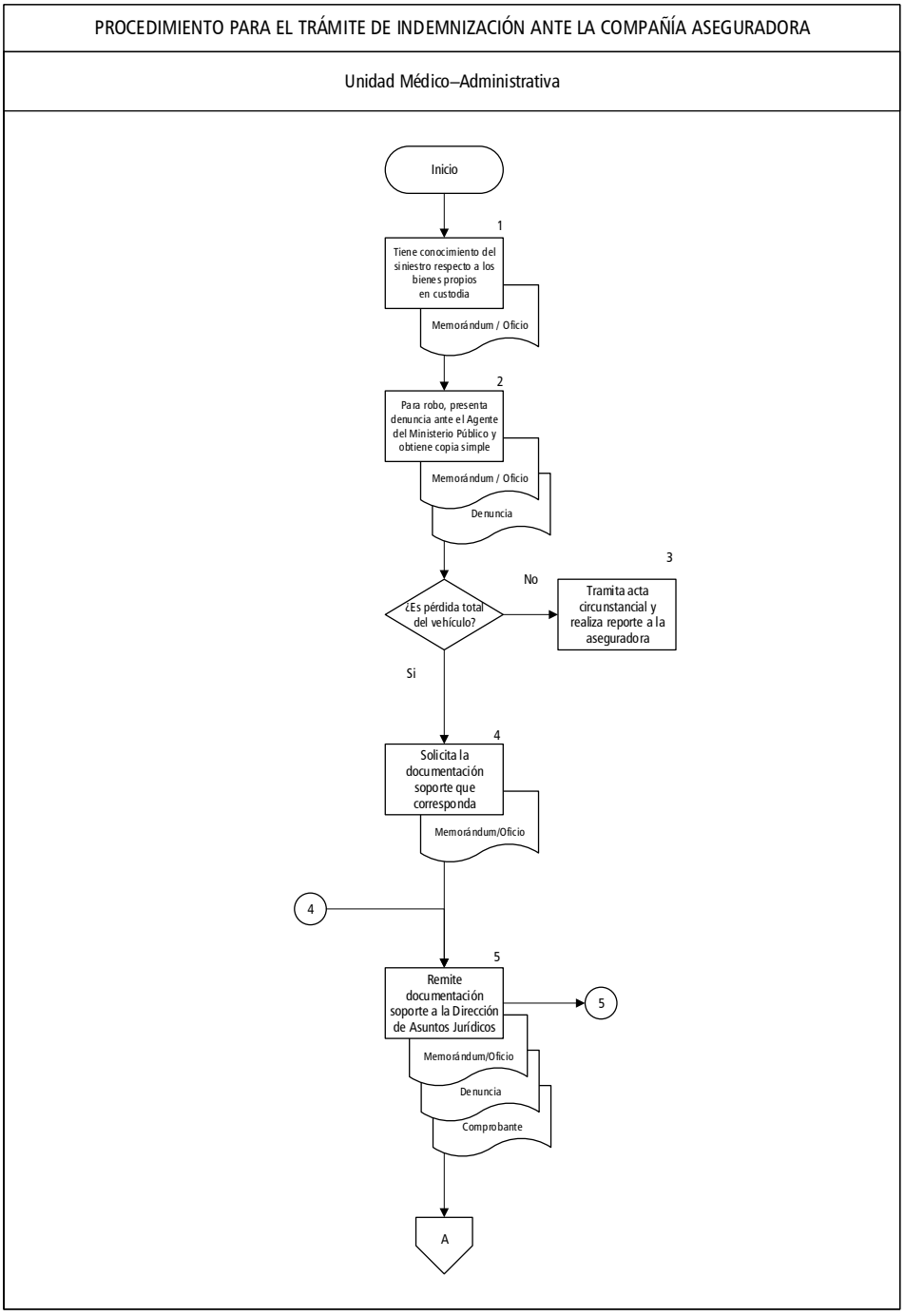
7	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Recibe y analiza el memorándum u oficio con la documentación soporte. ¿Cuál es el caso? Para el caso de robo de vehículo, continúa en la actividad 8. Para el caso de pérdida total de vehículo, continúa en la actividad 9. Para el caso de otro tipo de siniestro, continúa en la actividad 11. Nota: Solicita al Departamento de Recursos Materiales la cotización de los bienes siniestrados.	Denuncia / Memorándum / Oficio / Comprobante.
8		Comparece ante el Agente del Ministerio Público para acreditar propiedad del vehículo, solicitando copia certificada de la indagatoria. Continúa en la actividad 10.	Comparecencia / Copia Certificada.
9		Envía el juego de placas y la carta expedida por la Compañía Aseguradora, al Departamento de Servicios Generales del Organismo, para que realice el trámite de baja de placas.	Memorándum / Placas / Carta de la Compañía Aseguradora.
10	Departamento de Servicios Generales	Para el caso de la pérdida total de vehículo, tramita y remite a la Dirección de Asuntos Jurídicos los comprobantes de baja de placas. Retrocede a la actividad No. 5 una vez concluida esta actividad continúa en la actividad No. 11.	Memorándum / Comprobante.
11	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Elabora y rubrica el oficio por el que se realiza la formal reclamación ante la Compañía Aseguradora, adjuntado la documentación soporte y solicitando el pago de indemnización. Pasa al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Oficio / Documentación soporte.

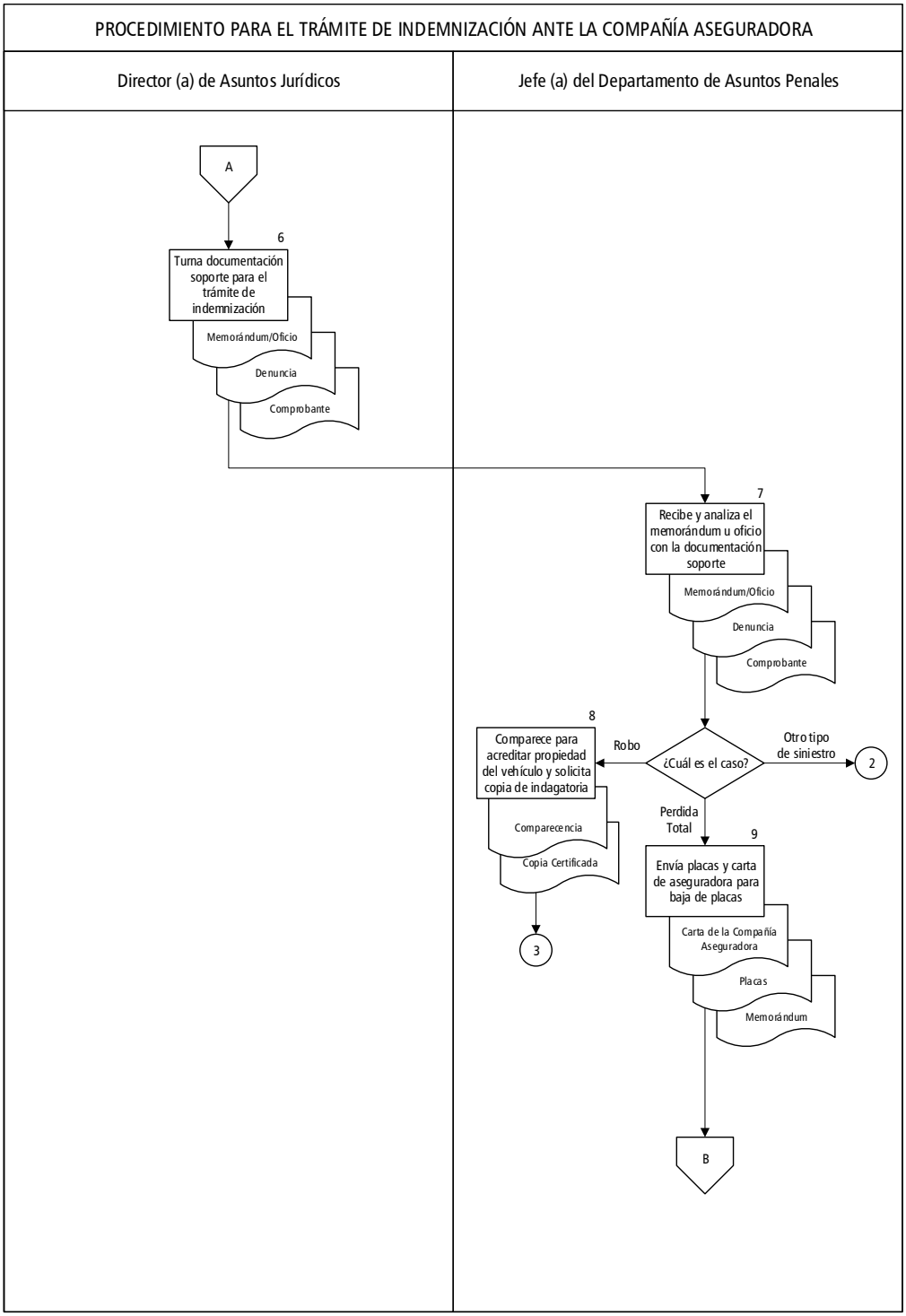
12	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el oficio por el que se realiza la formal reclamación ante la Compañía Aseguradora. Turna al Departamento de Asuntos Penales.	Oficio / Documentación soporte.
13	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Recibe, entrega el oficio por el que se realiza la formal reclamación ante la Compañía Aseguradora y da seguimiento.	Oficio / Documentación soporte.
14	Compañía Aseguradora	Analiza la solicitud y la documentación soporte. ¿Procede la solicitud? Si: continúa en actividad 16. No: continúa en actividad 15.	Oficio / Documentación soporte.
15		Informa por escrito justificando a la Dirección de Asuntos Jurídicos las razones de la no procedencia del pago. Continúa en actividad 17.	Oficio
16		Expide el cheque a nombre de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, como pago de indemnización.	Oficio / Cheque
17	Director/a de Asuntos Jurídicos	Recibe cheque o escrito de la no procedencia del pago, expedido por la Compañía Aseguradora. Turna al Departamento de Asuntos Penales.	Oficio / Cheque.
18	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Recibe el cheque, elabora y rubrica el memorándum para remitirlo a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, para el trámite administrativo correspondiente, marcando copia de conocimiento a la Unidad Médico - Administrativa solicitante, para enterarle que ya se realizó el pago de la indemnización de bienes. Pasa al/la Director/a de	Oficio / Memorándum / Cheque.

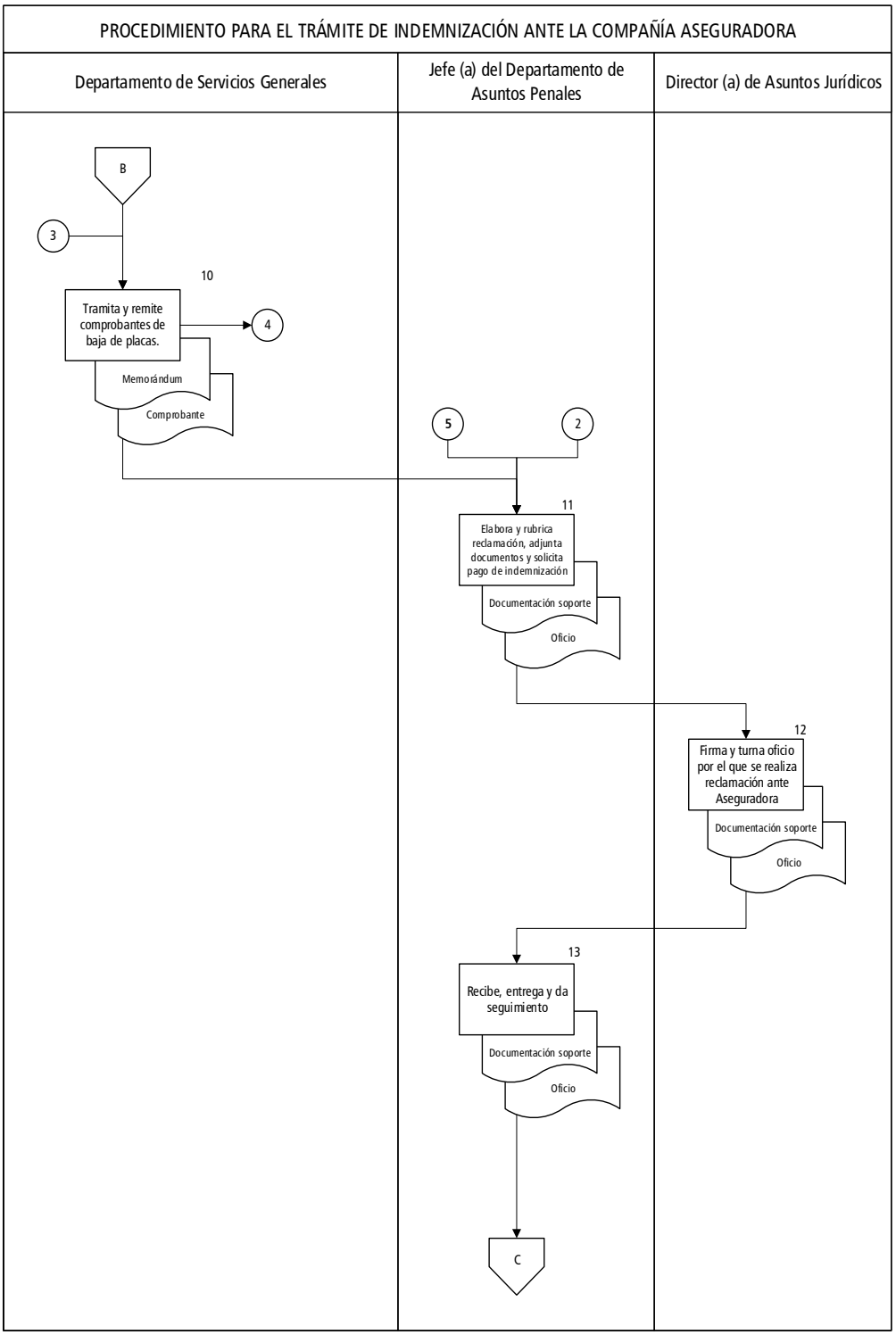
		Asuntos Jurídicos. Nota: En su caso, elabora y rubrica el memorándum para informar a la Unidad Médico - Administrativa involucrada la no procedencia del pago por las razones expresadas por la Compañía Aseguradora. Pasa al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	
19	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma el memorándum con el que se remite el cheque a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión para el trámite administrativo correspondiente, en el que se marca copia de conocimiento a la Unidad Médico - Administrativa solicitante, para enterarle que ya se realizó el pago de la indemnización de bienes. Turna al Departamento de Asuntos Penales. Nota: Firma el memorándum u oficio con el que se informa a la Unidad Médico - Administrativa involucrada la no procedencia del pago por las razones expresadas por la Compañía Aseguradora. Turna al Departamento de Asuntos Penales.	Memorándum / Oficio / Cheque.
20	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Recibe y entrega el memorándum con el cheque a la Dirección de Operación de Obra, Bienes, Servicios Generales y Procesos de Gestión, así como la copia de conocimiento correspondiente a la Unidad Médico - Administrativa. Recibe y entrega el memorándum u oficio con el que se informa a la Unidad Médico - Administrativa involucrada la no procedencia del pago por las razones expresadas por la Compañía Aseguradora.	Memorándum / Oficio / Cheque.

		Archiva.	
Fin del procedimiento			

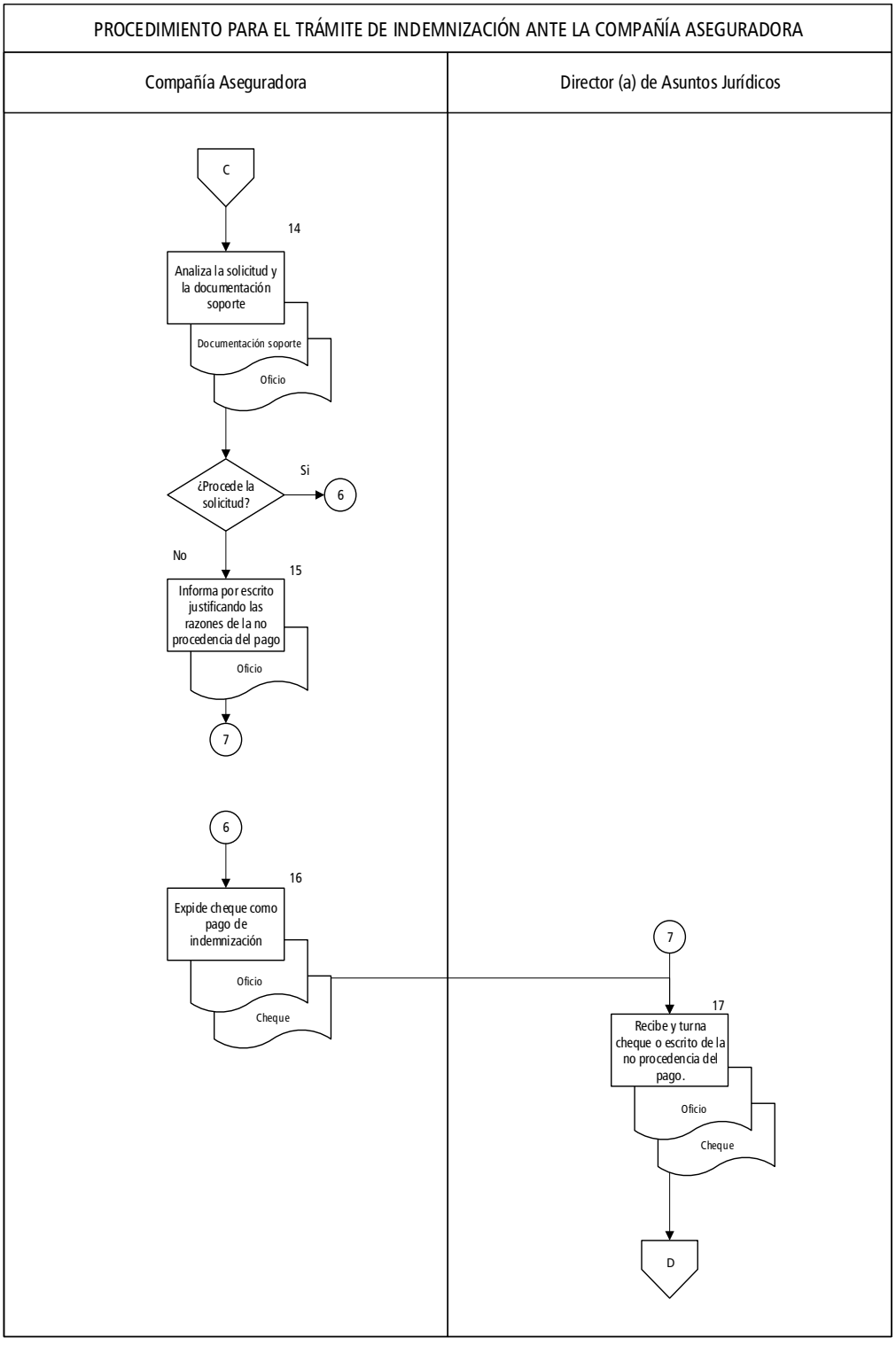
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.



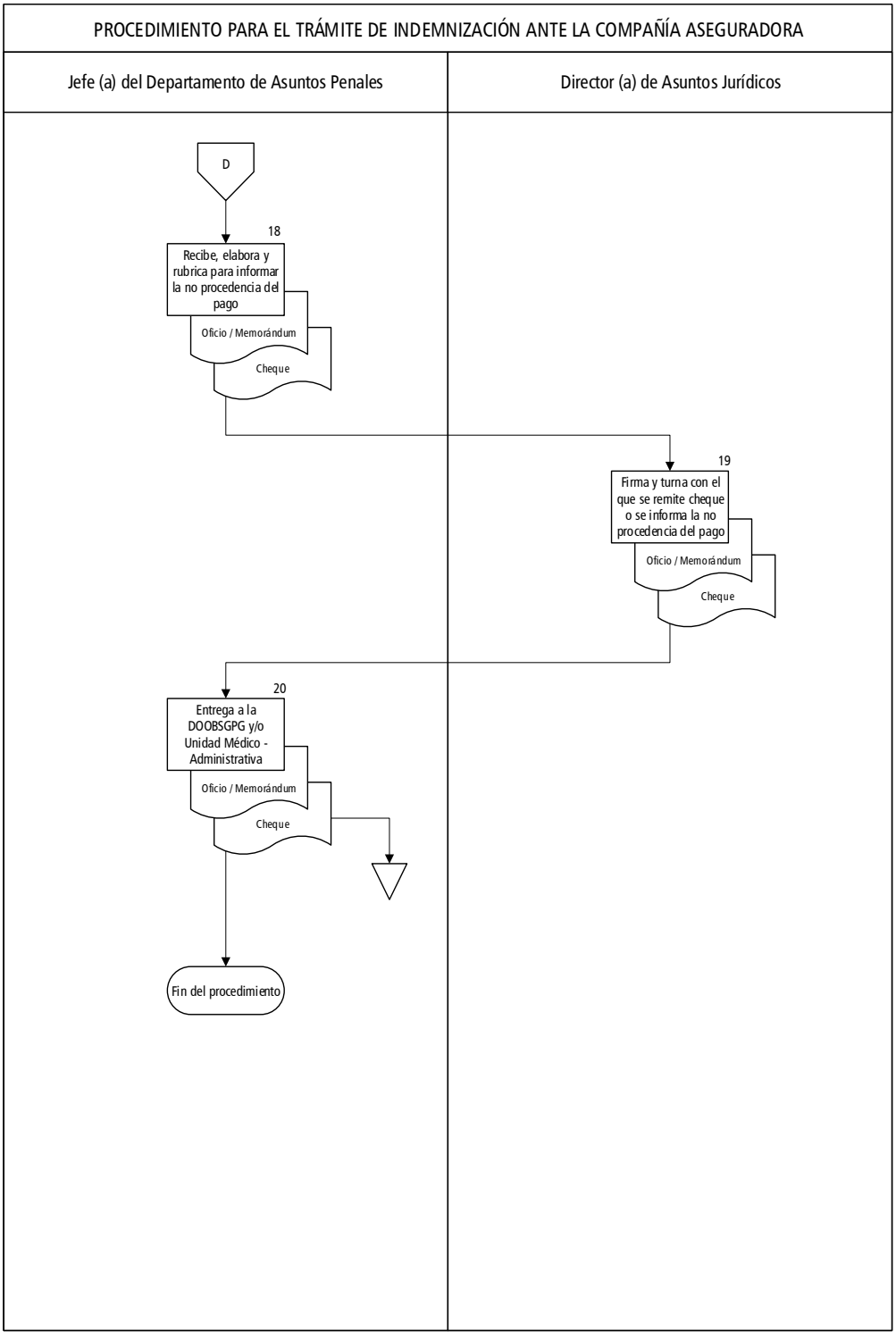

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA
Director (a) de Asuntos Jurídicos
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Penales
A
6
Turna documentación soporte para el trámite de indemnización
Memorándum/Oficio
Denuncia
Comprobante
7
Recibe y analiza el memorándum u oficio con la documentación soporte
Memorándum/Oficio
Denuncia
Comprobante
8
Comparece para acreditar propiedad del vehículo y solicita copia de indagatoria
Robo
¿Cuál es el caso?
Otro tipo de siniestro
2
Comparecencia
Copia Certificada
3
Perdida Total
9
Envía placas y carta de aseguradora para baja de placas
Carta de la Compañía Aseguradora
Placas
Memorándum
B


PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA
Departamento de Servicios Generales
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Penales
Director (a) de Asuntos Jurídicos
B
3
10
Tramita y remite comprobantes de baja de placas.
4
Memorándum
Comprobante
5
2
11
Elabora y rubrica reclamación, adjunta documentos y solicita pago de indemnización
Documentación soporte
Oficio
12
Firma y turna oficio por el que se realiza reclamación ante Aseguradora
Documentación soporte
Oficio
13
Recibe, entrega y da seguimiento
Documentación soporte
Oficio
C

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA



PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA



7.19.12. PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN.

Tiempo Promedio: 3 días hábiles

Elabora:	Válida:	Autoriza:
Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018	**Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Certificar las constancias que obren en los archivos documentales y en los sistemas electrónicos del Organismo, para dar cumplimiento a las solicitudes de autoridades competentes o demás Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”.

Políticas de Operación:

1. Las solicitudes de certificación deben realizarlas las Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla o las autoridades competentes a través de memorándum u oficio.
2. Para el caso de la certificación del archivo documental impreso, se requiere lo siguiente:
   - Deberán acompañar las constancias que obren en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, en original para cotejo, así como las fotocopias que vayan a ser certificadas.
   - Las fotocopias tendrán que estar legibles y previamente foliadas, por ambos lados en caso de que exista información en la parte anversa de la página.
3. Tratándose de certificación en C.D del contenido de archivo documental, será procedente sólo cuando se trate de requerimientos de autoridades fiscalizadoras:
   - Deberán acompañarse los documentos originales para cotejo;
   - La información que contenga el C.D., deberá estar digitalizada en formato PDF o similar y en sesión cerrada que no permita la alteración de la información; y
   - Contener la carátula pegada con la leyenda de la certificación correspondiente, con la rúbrica del responsable de la Unidad Médico - Administrativa.
4. En el caso de la certificación impresa de información contenida en sistemas electrónicos:
   - Se adjuntará una impresión del contenido de los sistemas electrónicos, que deberá contar con la rúbrica en original del responsable de la Unidad Médico - Administrativa solicitante para cotejo, así como las fotocopias que vayan a certificarse, en las que también deberá constar la rúbrica en

original; y
- Las copias a certificar tendrán que estar previamente foliadas, por ambos lados en caso de que exista información en la parte anversa de la página.

5. En cuanto a los requerimientos de certificación de sistemas electrónicos en C.D, será procedente sólo cuando se trate de requerimientos de autoridades fiscalizadoras:
   - Se adjuntará una impresión del contenido de los sistemas electrónicos, que deberá contar con la rúbrica en original del responsable de la Unidad Médico - Administrativa solicitante para cotejo.
   - La información que se integre en el C.D. constará en la digitalización de la impresión del contenido de los sistemas electrónicos.
   - El responsable de la Unidad Médico - Administrativa deberá entregar el C.D. etiquetado con la leyenda de certificación correspondiente.
   - En la carátula del C.D. se plasmará la rúbrica del responsable de la Unidad Médico - Administrativa, que valida el hecho de que la información contenida en el disco corresponde a la existente en el sistema electrónico del que deriva; y
   - El archivo deberá encontrarse digitalizado en formato PDF o similar, en sesión cerrada que no permita la alteración de la información.
6. Cuando las Unidades Médico - Administrativas soliciten certificaciones para dar cumplimiento a un mandato de autoridad, se deberá acompañar al memorándum u oficio de solicitud, copia del documento en el que la autoridad realice el requerimiento, en un plazo cuando menos de 72 horas previas al vencimiento del término establecido.
7. Para el caso de que las Unidades Médico - Administrativas no remitan la documentación y/o el C.D. correspondiente con los requisitos señalados, se devolverá para su corrección.

Responsables	Departamento de Asuntos Penales, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla; Autoridades competentes.
Recursos	Memorándum/Oficio, documentos a certificar, C.D. que contiene copia simple de los documentos a certificar
Glosario	N/A

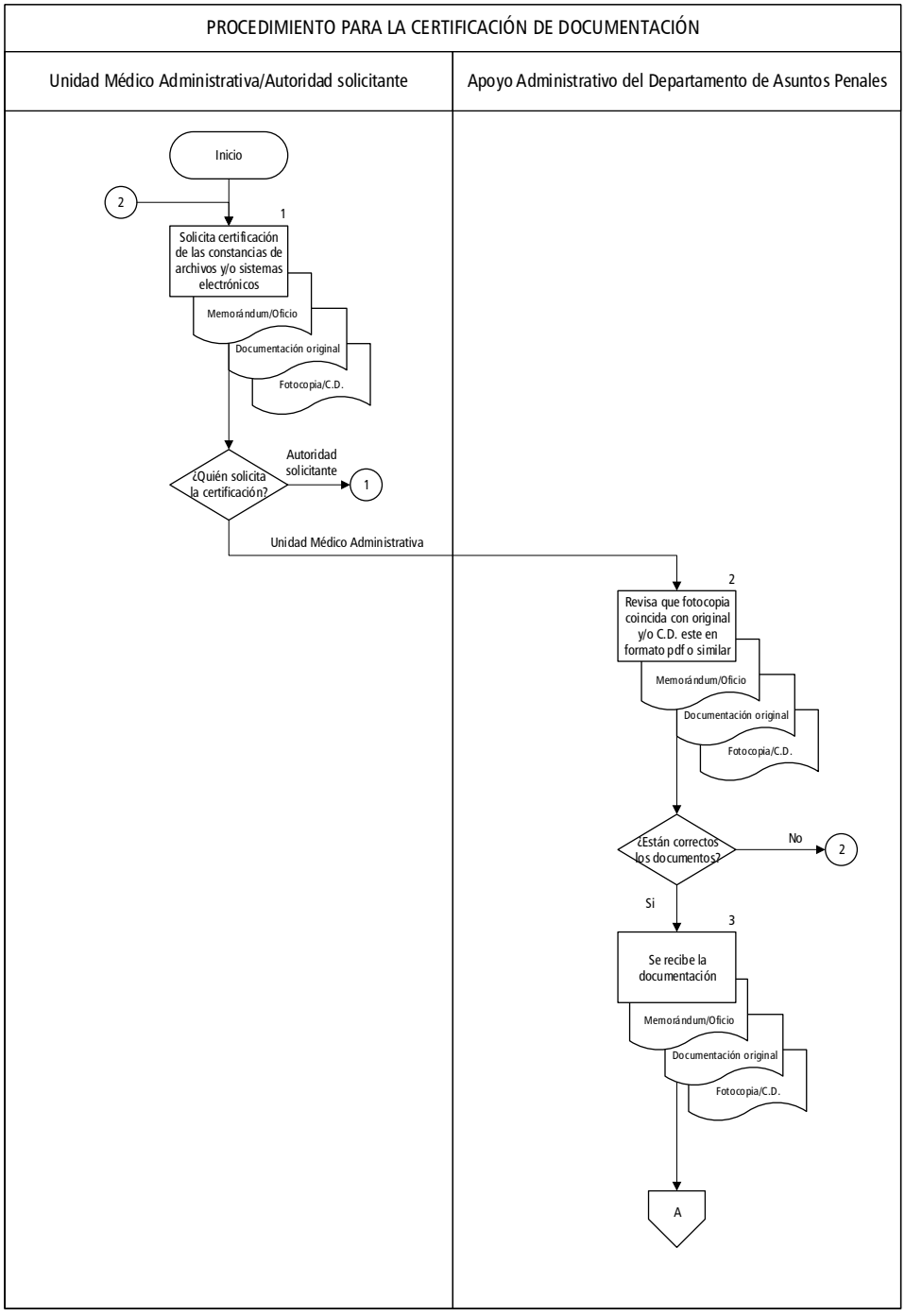
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN.

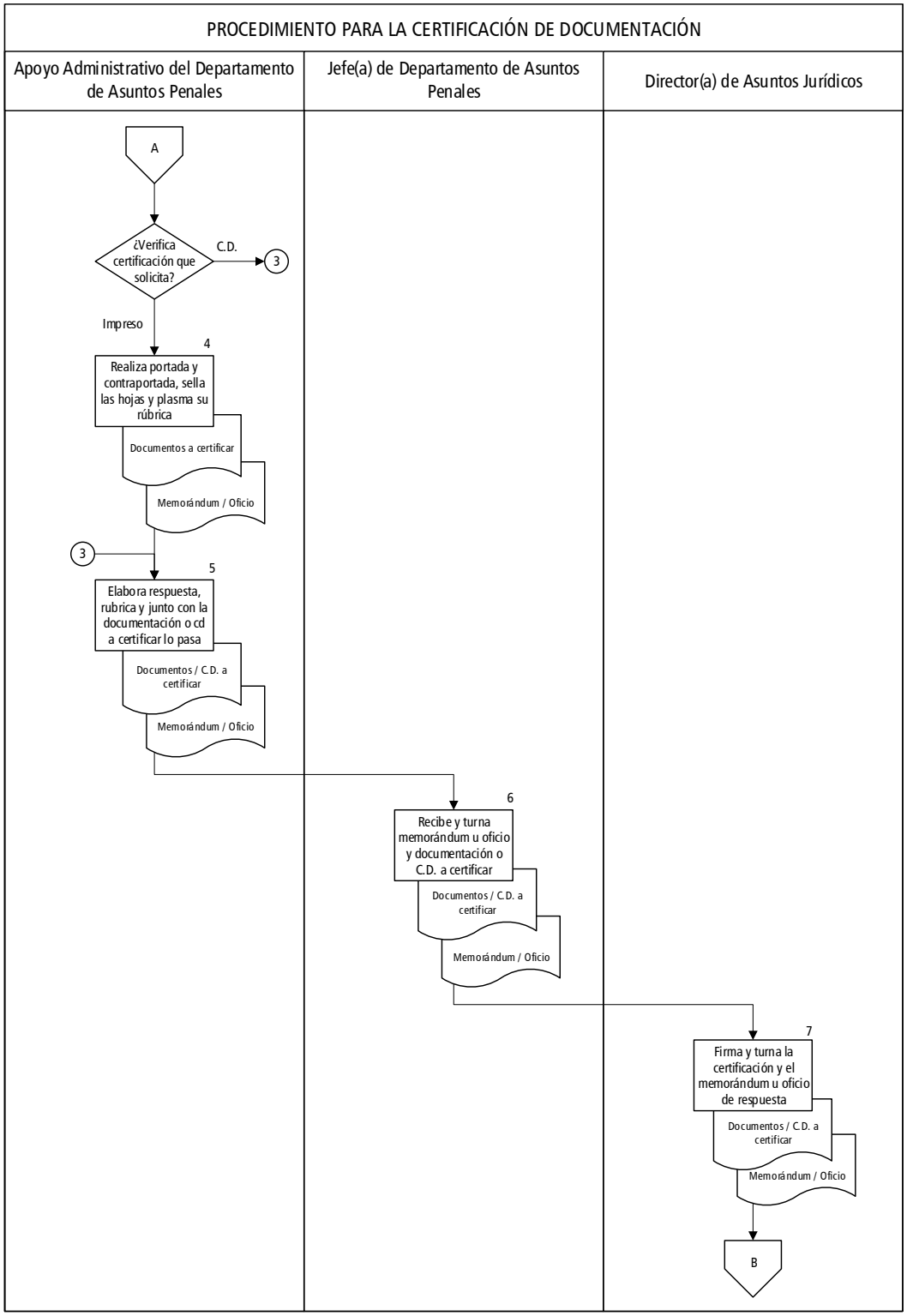
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidad Médico Administrativa/Autoridad solicitante	Solicita a través de memorándum u oficio la certificación de las constancias que obren en los archivos documentales y/o sistemas electrónicos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. ¿Quién solicita la certificación? Unidad Médico Administrativa continúa en actividad No. 2. Autoridad solicitante, continúa en la actividad No. 9.	Memorándum/Oficio Documentación en original y fotocopia/C.D.

2	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Penales	Revisa que la fotocopia a certificar coincida con la documentación original, que el folio sea correcto, en caso de C.D. verifica que el contendido se encuentre en formato pdf o similar y en sesión cerrada que no permita la alteración de la información. ¿Están correctos los documentos? No: Continúa en la actividad 1. Si: Continúa en la actividad 3.	Memorándum/Oficio Documentación en original y fotocopia/C.D.
3		Se recibe la documentación en la Dirección de Asuntos Jurídicos. ¿Verifica qué tipo de certificación se solicita? -Constancia documental> impreso. -Contenido de Sistema Electrónico> impreso. Pasa al paso 4. -Constancia documental> C.D. -Contenido de Sistema Electrónico> C.D. Pasa al paso 5.	Memorándum/Oficio Documentación en original y fotocopia/C.D.
4		Realiza portada y contraportada de certificación, sella las hojas y plasma su rúbrica.	Documentos / C.D. a certificar / Memorándum/Oficio.
5		Elabora memorándum u oficio de respuesta a la Unidad Médico Administrativa o Autoridad, lo rubrica y junto con la documentación o C.D. a certificar lo pasa al/la Jefe/a de Departamento de Asuntos	Documentos / C.D. a certificar/ Memorándum / Oficio.

		Penales, para recabar la firma del/a Director/a de Asuntos Jurídicos.	
6	Jefe/a de Departamento de Asuntos Penales	Recibe la documentación o C.D. a certificar, así como el memorándum u oficio de respuesta y turna al/la Director/a de Asuntos Jurídicos.	Documentos / C.D. a certificar/ Memorándum / Oficio.
7	Director/a de Asuntos Jurídicos	Firma la certificación, así como el memorándum u oficio de respuesta a la Unidad Médico Administrativa o Autoridad, turna al Departamento de Asuntos Penales.	Documentos / C.D. a certificar. Memorándum / Oficio.
8	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Penales	Recibe los documentos o C.D. firmados, prepara y entrega la certificación a la Unidad Médico Administrativa o Autoridad solicitante.	Documentos / C.D. a certificar Memorándum / Oficio.
9		Elabora memorándum u oficio de solicitud al área que corresponda, solicitando el original y copia legible del documento que se vaya a certificar.	Memorándum / Oficio.
Fin del procedimiento			

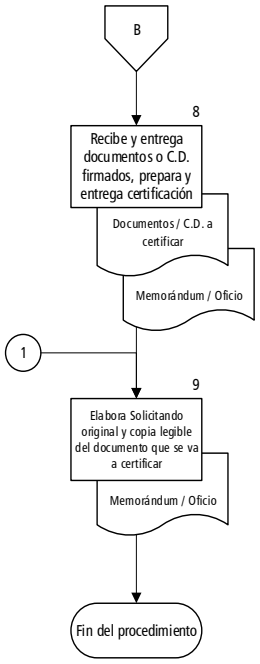
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN.




PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN
Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Penales
Jefe(a) de Departamento de Asuntos Penales
Director(a) de Asuntos Jurídicos
A
¿Verifica certificación que solicita?
C.D.
3
Impreso
4
Realiza portada y contraportada, sella las hojas y plasma su rúbrica
Documentos a certificar
Memorándum / Oficio
3
5
Elabora respuesta, rubrica y junto con la documentación o cd a certificar lo pasa
Documentos / C.D. a certificar
Memorándum / Oficio
6
Recibe y turna memorándum u oficio y documentación o C.D. a certificar
Documentos / C.D. a certificar
Memorándum / Oficio
7
Firma y turna la certificación y el memorándum u oficio de respuesta
Documentos / C.D. a certificar
Memorándum / Oficio
B

PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Penales



7.19.13. PROCEDIMIENTO PARA APERSONARSE CON EL FIN DE COADYUVAR O DEFENDER LOS INTERESES DEL ORGANISMO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN Y/O DEL FUERO COMÚN.

Tiempo Promedio: Dependiendo de la complejidad del proceso y de los factores que influyan en el mismo.		
Elabora:	**Válida:**	**Autoriza:**
Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018	**Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortiz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

Objetivo	Apersonarse ante al Ministerio Público de la Federación y/o del Fuero común con el fin de coadyuvar o defender los intereses del Organismo, aportando los elementos con los que se cuenten en los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación

Normas:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”, vigente.
2. Código Penal Federal, vigente.
3. Código Nacional de Procedimientos Penales, vigente.
4. Código de Procedimientos en Materia de Defensa Social para el Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
5. Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.
6. Código de Procedimientos Penales del Estado Libre y Soberano de Puebla, vigente.

Políticas de Operación:

1. La Unidad Médico - Administrativa donde sucedieron los hechos es la responsable de formular la denuncia ante el Ministerio Público de la Federación y/o del Fuero Común y remitirla a la Dirección de Asuntos Jurídicos, adjuntando la documentación soporte.
2. La Unidad Médico - Administrativa deberá recabar, remitir la información y documentación que le sea requerida por la Dirección de Asuntos Jurídicos.
3. Derivado de la representación legal de la Dirección de Asuntos Jurídicos, una vez que tenga conocimiento de los hechos y que se le proporcione la documentación requerida, deberá apersonarse ante el Agente del Ministerio Público correspondiente.
4. En caso de que el Organismo sea responsable, la Unidad Médico - Administrativa deberá informar a la brevedad los detalles del hecho infractor, con la documentación soporte.

Responsables

Departamento de Asuntos Penales, Dirección de Asuntos Jurídicos.

Áreas Involucradas	Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Oficio, Memorándum, Expediente.
Glosario	Documentación soporte: Información que recaba la Unidad Medico - Administrativa y es enviada a la Dirección de Asuntos Jurídicos en relación con el delito de que se trate.

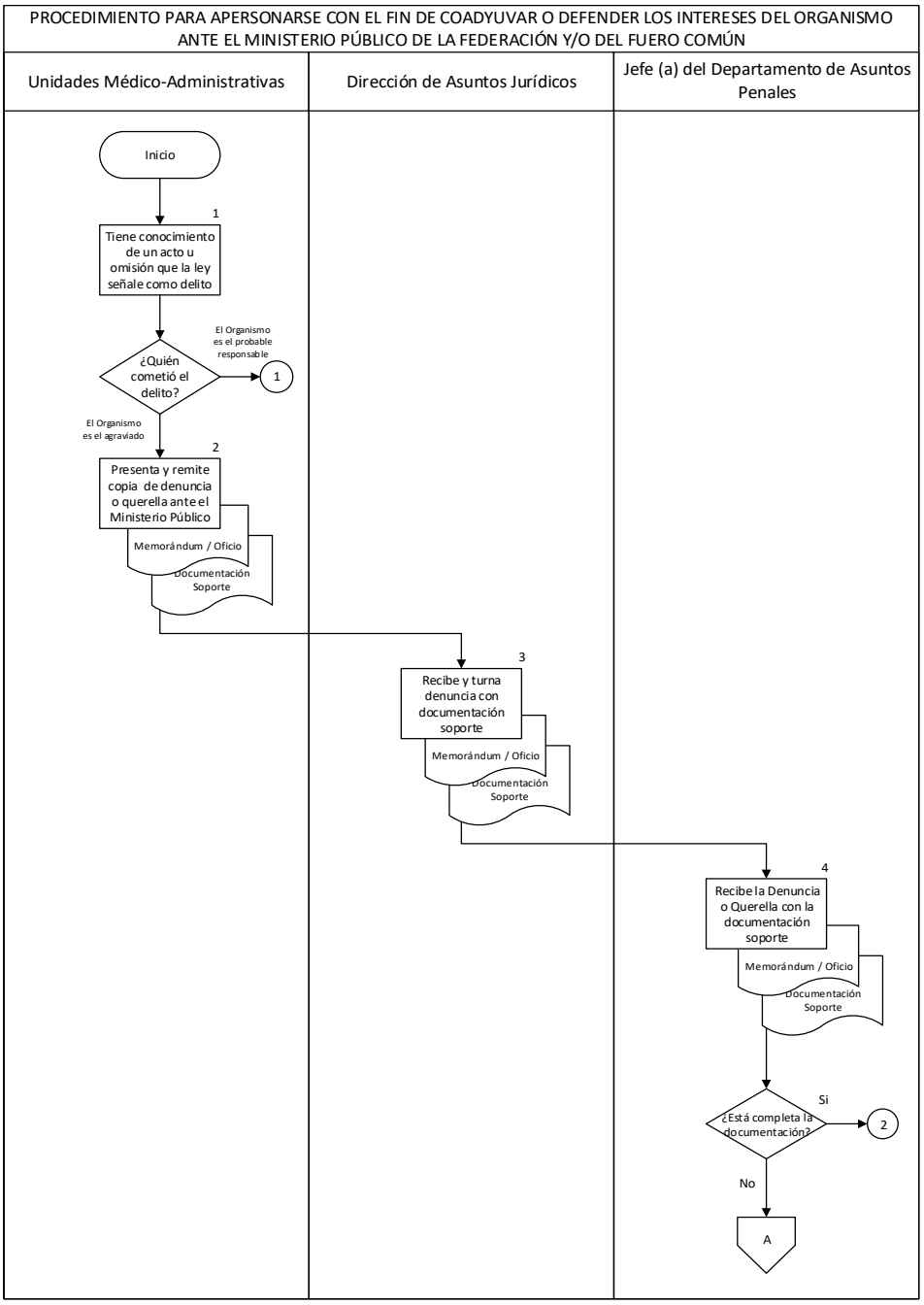
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA APERSONARSE CON EL FIN DE COADYUVAR O DEFENDER LOS INTERESES DEL ORGANISMO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN Y/O DEL FUERO COMÚN

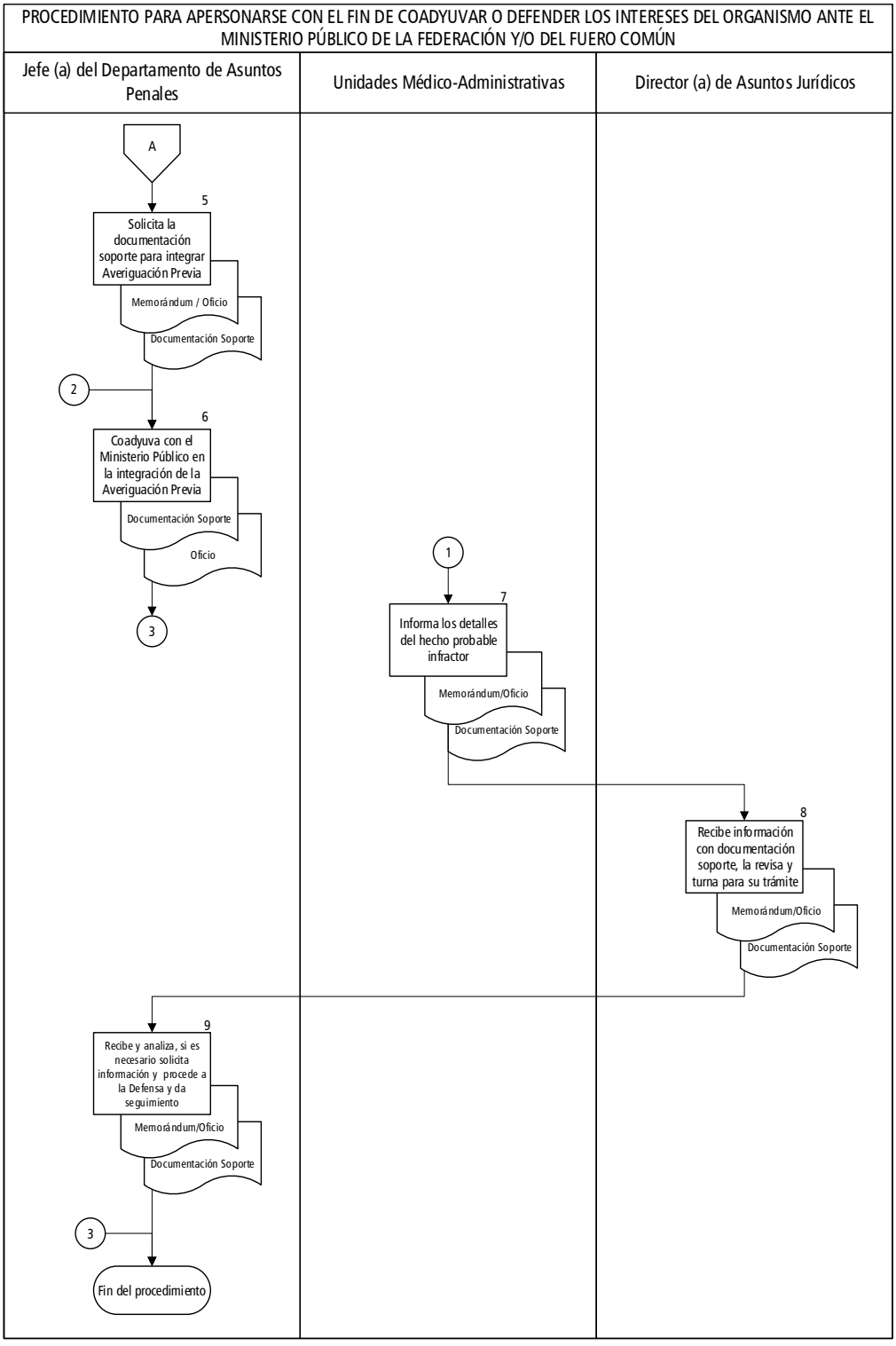
No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Unidades Médico-Administrativas	Tiene conocimiento de un acto u omisión que la ley señale como delito en el que este Organismo tiene interés jurídico. ¿Quién cometió el delito? El Organismo es el agraviado, continúa en la actividad No. 2. El Organismo es el probable responsable, continúa en la actividad No. 7.	S/D
2		Presenta Denuncia o Querella ante el Ministerio Público por el delito de que se trate y obtiene copia simple de la misma, remitiéndola a la Dirección de Asuntos Jurídicos con la documentación soporte para la integración de la indagatoria.	Memorándum/Oficio/. Documentación. Soporte.

3	Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe la denuncia con la documentación soporte y la turna al Departamento de Asuntos Penales.	Memorándum/Oficio/ Documentación. Soporte.
4	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Recibe la Denuncia o Querella con la documentación soporte. ¿Está completa la documentación? No: Continúa en la actividad No. 5. Si: Continúa en la actividad No. 6.	Memorándum/Oficio/. Documentación. Soporte.
5		Solicita mediante memorándum u oficio a la Unidad Médico-Administrativa correspondiente la documentación soporte para integrar la Averiguación Previa o Carpeta de Investigación. Nota: Una vez que la Unidad Médico-Administrativa remite la documentación solicitada por la Dirección de Asuntos Jurídicos.	Memorándum/Oficio. Documentación. Soporte.
6		Coadyuva con el Ministerio Público competente en la integración de la Averiguación Previa o Carpeta de Investigación, conjuntamente con personal de la Unidad Medico-Administrativa involucrada, exhibiendo la documentación con que cuente este Organismo. Da seguimiento a la determinación del ejercicio de la acción penal hasta la conclusión del Proceso ante la Autoridad Judicial o archivo por parte del Ministerio Público. **Fin del procedimiento**	Oficio/Documentación. Soporte.
7	Unidades Médico-Administrativas	Informa por escrito los detalles del hecho probable infractor al Director/a de Asuntos Jurídicos, con la documentación soporte.	Memorándum/Oficio. Documentación Soporte.
8	Director/a de Asuntos	Recibe información con documentación soporte de las	Memorándum/Oficio/ Documentación

	Jurídicos	Unidades Médico–Administrativas, la revisa y turna al Departamento de Asuntos Penales para su trámite correspondiente.	Soporte
9	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Recibe la información y analiza los hechos y la documentación enviada por la Unidad Médico-Administrativa para su análisis. En caso de ser necesario se solicita información y documentación a la Unidad Médico-Administrativa responsable. Una vez proporcionada la documentación requerida por la Unidad Médico-Administrativa, se procede a la defensa legal del asunto, coordinándose para el desahogo de las diligencias necesarias con la Unidad Médico-Administrativa involucrada, salvaguardando los intereses del Organismo. Da seguimiento al proceso hasta la conclusión del mismo.	Memorándum/Oficio/. Documentación Soporte.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA APERSONARSE CON EL FIN DE COADYUVAR O DEFENDER LOS INTERESES DEL ORGANISMO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN Y/O DEL FUERO COMÚN.




PROCEDIMIENTO PARA APERSONARSE CON EL FIN DE COADYUVAR O DEFENDER LOS INTERESES DEL ORGANISMO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN Y/O DEL FUERO COMÚN
Jefe (a) del Departamento de Asuntos Penales
Unidades Médico-Administrativas
Director (a) de Asuntos Jurídicos
A
5
Solicita la documentación soporte para integrar Averiguación Previa
Memorándum / Oficio
Documentación Soporte
2
6
Coadyuva con el Ministerio Público en la integración de la Averiguación Previa
Documentación Soporte
Oficio
3
1
7
Informa los detalles del hecho probable infractor
Memorándum/Oficio
Documentación Soporte
8
Recibe información con documentación soporte, la revisa y turna para su trámite
Memorándum/Oficio
Documentación Soporte
9
Recibe y analiza, si es necesario solicita información y procede a la Defensa y da seguimiento
Memorándum/Oficio
Documentación Soporte
3
Fin del procedimiento

7.19.14. PROCEDIMIENTO PARA LA COMPILACIÓN Y DIFUSIÓN LEGISLATIVA Y NORMATIVA

Tiempo Promedio: Primeros 5 días hábiles posteriores de cada mes vencido		
Elabora:	**Válida:**	**Autoriza:**
Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018	**Juan Carlos Flores Encarnación Jefe del Departamento de Asuntos Penales JCFE (DAJ) Octubre 2018**	**Eduardo Ortíz Flores Director de Asuntos Jurídicos EOF (DAJ) Octubre 2018**

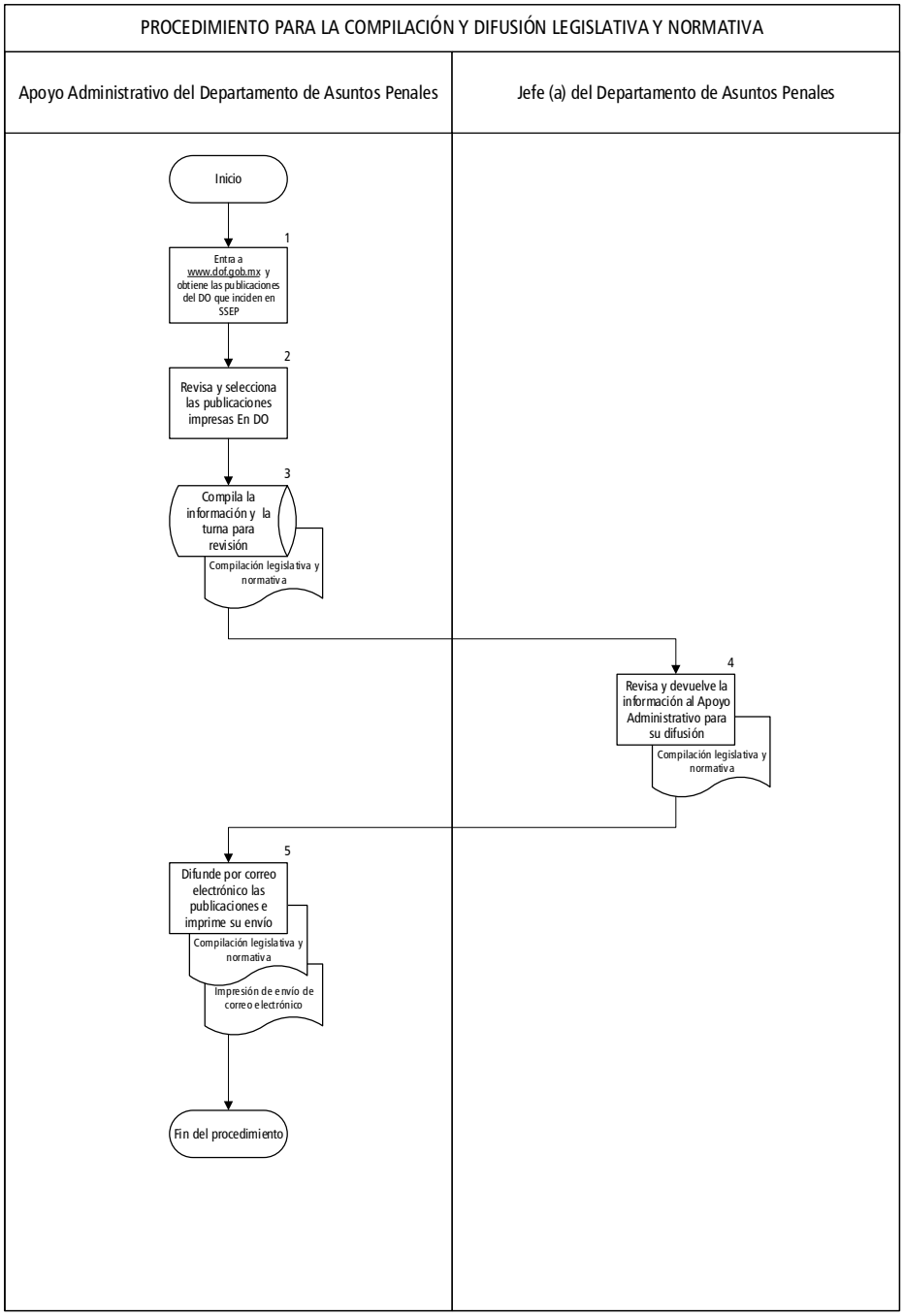
Objetivo	Difundir las publicaciones oficiales vigentes del Diario Oficial de la Federación y del Periódico Oficial del Estado que incidan en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Normas y Políticas de Operación	Normas: Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Puebla”. Políticas de Operación: 1. La información del Diario Oficial de la Federación y del Periódico Oficial del Estado, correspondiente a las publicaciones oficiales vigentes que inciden en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, serán enviadas a través de correo electrónico a las direcciones previamente proporcionadas por cada una de la Unidades Médico - Administrativas. 2. Es responsabilidad de cada una de las Unidades Médico - Administrativas acusar de recibido el correo electrónico que contiene las publicaciones oficiales vigentes que se difundan del Diario Oficial de la Federación y del Periódico Oficial del Estado. 3. Las publicaciones oficiales del Diario Oficial de la Federación y del Periódico Oficial del Estado que inciden en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla serán enviadas por mes vencido.
Responsables	Departamento de Asuntos Penales, Dirección de Asuntos Jurídicos.
Áreas Involucradas	Unidades Médico - Administrativas de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Recursos	Compilación legislativa y normativa, Impresión del envío del correo electrónico.
Glosario	N/A

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA COMPILACIÓN Y DIFUSIÓN LEGISLATIVA Y NORMATIVA.

No.	Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento			
1	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Penales	Entra a la página de internet www.dof.gob.mx y obtiene las publicaciones del Diario Oficial de la Federación que inciden en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Compilación legislativa y normativa.
2		Revisa y selecciona las publicaciones impresas del Periódico Oficial del Estado que inciden en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Compilación legislativa y normativa.
3		Compila la información en medio electrónico y lo turna al/la Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales para su revisión.	Compilación legislativa y normativa.
4	Jefe/a del Departamento de Asuntos Penales	Revisa y devuelve la información al Apoyo Administrativo para su difusión.	Compilación legislativa y normativa.
5	Apoyo Administrativo del Departamento de Asuntos Penales	Difunde por correo electrónico las publicaciones del Diario Oficial de la Federación y del Periódico Oficial del Estado de Puebla que inciden en el ámbito de competencia de los Servicios de Salud del Estado de Puebla e imprime el envío del correo electrónico.	Compilación legislativa y normativa. Impresión del envío del correo electrónico.
Fin del procedimiento			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA COMPILACIÓN Y DIFUSIÓN LEGISLATIVA Y NORMATIVA.



Acta de Expedición

REGISTRO GEP1117/10/0006H/10/18MP1118

Fundamento Legal

De conformidad con lo establecido en los artículos 25 y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla; 12 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla; 12 fracción II del Decreto del H. Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla"; 23 fracción XIX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Puebla; el Acuerdo No. 17/2018/ORD-4, mediante el cual la Junta de Gobierno de los Servicios de Salud aprobó el Manual de Organización y de Procedimientos del Organismo; el Acuerdo del Secretario de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, por el que establece los Lineamientos que deberán observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal; para el diseño, elaboración, actualización y registro de los manuales de Administración y la Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos; la Dra. Arely Sánchez Negrete, Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, a los 29 días del mes de noviembre del año 2018, AUTORIZA la Expedición del Manual de Procedimientos de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Valida:	Autoriza:
Raquel Sauceda Amador Coordinadora de Planeación, Evaluación, Desarrollo y Operación. RSA (CPEDO) Noviembre 2018	Arely Sánchez Negrete Directora General. ASN (DG) Noviembre 2018

Acta de Expedición

REGISTRO GEP1117/10/0006/10/15/MP/009/OCT/2022

Fundamento Legal

Con fundamento en el artículo 28 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, publicada el 31 de julio de 2019, con última reforma de fecha 21 de octubre de 2022; artículos 1, 2, 4, 8 fracción II y 15 fracciones V, VI, XIV y XXI del Decreto de Honorable Congreso del Estado, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla", publicado el 04 de noviembre de 1996, con última reforma de fecha 14 de enero de 2020; artículos 3, 4, 6, 9 y 15 fracción V, 16 fracción XIII, 23 fracciones XV XIX y 24 fracción XV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla", publicado el 08 de febrero de 2013, con última reforma de fecha 31 de octubre de 2016.

Nota: Se otorga Registro al presente Manual de Procedimientos del Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud del Estado de Puebla", en virtud de la actualización correspondiente al procedimiento con número 7.10.8 cuya denominación es "Trámite de Pago".

Valida:	**Autoriza:**
JOSÉ ARMANDO GUTIÉRREZ AYALA	**JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ GARCÍA**
(JAGA)	**(JAMG)**
(CPE)	**(DG)**
DICIEMBRE, 2022	**DICIEMBRE, 2022**