ESTADO DE SONORA

Gobierno del
Estado de Sonora

Servicios de Salud de Sonora
Dirección General de Enseñanza y Calidad

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

S I C A D
SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CONTROL
DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

Agosto de 2019

SONORA
UNIDOS LOGRAMOS MÁS

Manual de Procedimientos

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

Elaboró	Revisó	Validó
Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.	C.P. Adolfo Enrique Clausen Iberri/Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.	Lic. Miguel Ángel Murillo Aispuro / Secretario de la Contraloría General "Validado de acuerdo a lo establecido en el artículo 26, Apartado B fracción XI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora, según oficio DS-1014-2019 de fecha 12/08/2019"

Contenido

I. Introducción

II. Objetivo del Manual

III. Red de Procesos

IV. Presentación de los procedimientos

Introducción.

En el marco del Programa Sectorial de Mediano Plazo 2016-2021 es grato concluir este Manual de Procedimientos que fue elaborado en equipo con la participación del personal de toda la unidad, por lo que se pone a la entera disposición de ustedes para su uso y aplicación.

Cabe mencionar que se llevó a cabo conforme a los lineamientos establecidos por la Secretaría de la Contraloría General y se conforma por los siguientes apartados: En el capítulo I, se menciona el objetivo del Manual, el capítulo II presenta la Red de Procesos, el capítulo III la Lista Maestra, en el capítulo IV se presentan cada uno de los Procedimientos de la unidad con información en cada uno de ellos referente a Elaboración de Procedimientos, formatos e instructivos de llenado, diagrama de flujo, inventario del registro del procedimiento y verificación de la ejecución del procedimiento, por último, en el capítulo V se aborda la bibliografía utilizada para la elaboración del mismo.

Este documento se revisará y en su caso, se actualizará anualmente, toda vez que se presente un cambio en la estructura orgánica, marco jurídico-administrativo, atribuciones, o bien; en el contexto de la competencia funcional de las áreas que integran a la Unidad.

Objetivo del Manual.

Documentar los procedimientos de la Dirección General de acuerdo al nuevo enfoque de sistemas de la Secretaría de la Contraloría General, integrando en forma ordenada, secuencial y detallada, las operaciones que se efectúan, los órganos que intervienen y los formatos a utilizar en el desarrollo de cada proceso, así como precisando responsabilidades operativas para la ejecución, control y evaluación de las actividades de la unidad.

RED DE PROCESOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

Fecha de elaboración	Hojas
12/08/2019	Hoja 1 de 4
Código de la Red	
66-DEC-RP/Rev.00	

Macroproceso: 02 - Planeación

Subproceso: 05 - Coordinación del Desarrollo Administrativo
Responsable: Director General de Enseñanza y Calidad
Tipo: Alta Dirección
Producto: Documentos Administrativos
Eje Estratégico: 4 - TODOS LOS SONORENSES TODAS LAS OPORTUNIDADES: Gobierno promotor del desarrollo y equilibrio social
Indicador: Numero de cursos celebrados/Numero de cursos agendados
Reto: 11 - Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.
Facultades: PLANEACIÓN, ADMÓN E INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TEC.

No.	Código	Procedimiento	Productos	Indicadores	Cliente
19	66-DEC-P19/Rev.00	Elaboración y/o Actualización de Documentos Administrativos.	Documentos Administrativos.	No. de Documentos Administrativos elaborados y/o actualizados / No. de Documentos Administrativos solicitados.	Áreas Administrativas de la DGEC.
26	66-DEC-P26/Rev.00	Administración de aulas del Centro de Capacitación para la Salud.	Capacitaciones.	Número de cursos programadas/Numero de Cursos realizados	Unidades Médicas, Administrativas y Órganos Desconcentrados de los Servicios de Salud de Sonora.

Subproceso: 01 - Administración del Sistema de Calidad.
Responsable: Director General de Enseñanza y Calidad
Tipo: Alta Dirección
Producto: Sistema de medición.
Eje Estratégico: 4 - TODOS LOS SONORENSES TODAS LAS OPORTUNIDADES: Gobierno promotor del desarrollo y equilibrio social
Indicador: No. total de directivos / No. de directivos capacitados
Reto: 11 - Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.
Facultades: SERVICIOS DE SALUD

No.	Código	Procedimiento	Productos	Indicadores	Cliente
9	66-DEC-P09/Rev.01	Coordinación del Comité Estatal de Calidad en Salud “CECAS”	Acuerdos con las estrategias a tomar o tomadas para la calidad.	No. de Acuerdos Tomados / No. de Acuerdos Cumplidos.	Unidades Médicas de la Entidad.
10	66-DEC-P10/Rev.01	Promoción de la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente.	Monitoreo de la Cultura en Calidad y Seguridad del Paciente.	No. de Hospitales que reportan / No. de Hospitales inscritos.	Hospitales de la entidad.
11	66-DEC-P11/Rev.01	Capacitación para implementar procesos de calidad.	Apego a las líneas de acción federales para la calidad.	No. de Líneas de acción para la Calidad Implementadas / No. de Lineas de Acción para la Calidad Federales.	Personal de las Unidades Médicas y Administrativas.

12	66-DEC-P12/Rev.01	Programa del Sistema Unificado de Gestión.	Monitoreo a las Solicitudes de Atención.	No. de unidades con 5 núcleos básicos o más con módulo de atención instalado / No. de unidades con 5 núcleos básicos o más.	Unidades Médicas en la Entidad.
13	66-DEC-P13/Rev.01	Programa de Participación Social en Salud Aval Ciudadano.	Informe de Seguimiento.	No. de Unidades que reportan / No. de unidades con Aval Ciudadano.	Unidades Médicas en la Entidad.
14	66-DEC-P14/Rev.01	Implementación del Sistema de Registro y Monitoreo de Eventos Adversos.	Monitoreo de los Eventos Adversos.	No. de Hospitales que reportan / No. de Hospitales inscritos en la plataforma.	Hospitales de la Entidad.
15	66-DEC-P15/Rev.01	Monitoreo para la gestión de la calidad en las unidades médicas (INDICAS II).	Monitoreo de Indicadores de Calidad.	No. de Unidades que reportan Indicadores / No. de Unidades Incorporadas en el Sistema.	Unidades Médicas en la Entidad.
16	66-DEC-P16/Rev.01	Programa de Estimulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.	Personal Estimulado en sus áreas de trabajo.	No. de Jurisdicciones participantes / No. de Jurisdicciones en la entidad.	Personal con Base Federal en Salud.

Macroproceso: 06 - Administración de la Gestión Interna

Subproceso: 28 - Recursos Humanos
Responsable: Director General de Ensdeñanza y Calidad
Tipo: Soporte
Producto: Documentos Administrativos
Eje Estratégico: 4 - TODOS LOS SONORENSES TODAS LAS OPORTUNIDADES: Gobierno promotor del desarrollo y equilibrio social
Indicador: Documentos administrativos solicitados / Documentos administrativos generados
Reto: 11 - Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.
Facultades: SERVICIOS DE SALUD

No.	Código	Procedimiento	Productos	Indicadores	Cliente
18	66-DEC-P18/Rev.01	Programación de Recursos Humanos.	Recursos Humanos	No. de actividades de seguimiento y control de recursos humanos realizadas / No. de actividades de seguimiento y control de recursos humanos programadas.	Personal adscrito a la Dirección General.

Subproceso: 29 - Integración de la Contabilidad y de Estados Financieros
Responsable: Director de Enseñanaza y Calidad
Tipo: Soporte
Producto: Programas Sustantivos
Eje Estratégico: 4 - TODOS LOS SONORENSES TODAS LAS OPORTUNIDADES: Gobierno promotor del desarrollo y equilibrio social
Indicador: No. de actividades realizadas / No. de actividades programadas
Reto: 11 - Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.
Facultades: SERVICIOS DE SALUD

No.	Código	Procedimiento	Productos	Indicadores	Cliente

17	66-DEC-P17/Rev.01	Programación de Recursos Financieros	Recursos Financieros.	No. de Actividades de recursos financieros realizadas / No. de actividades de recursos financieros programadas.	Áreas Administrativas de la Dirección General.

Subproceso: 27 - Adquisiciones, almacén y abastecimiento, Obras y servicios, así como resguardo y gestión documental

Responsable: Director General de Enseñanza y Calidad

Tipo: Soporte

Producto: Insumos y/o bienes

Eje Estratégico: 4 - TODOS LOS SONORENSES TODAS LAS OPORTUNIDADES: Gobierno promotor del desarrollo y equilibrio social

Indicador: No. de solicitudes de insumos y/o bienes autorizadas / No. de solicitudes Generadas

Reto: 11 - Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.

Facultades: SERVICIOS DE SALUD

No.	Código	Procedimiento	Productos	Indicadores	Cliente
20	66-DEC-P20/Rev.01	Programación de Recursos Materiales.	Recursos Materiales.	No. de actividades de recursos materiales realizadas / No. de actividades de recursos materiales solicitadas.	Áreas Administrativas de la Dirección General.

Macroproceso: 04 - Prestación de Servicios y Formación de Recursos Humanos para la Salud

Subproceso: 16 - Desarrollo, formación y capacitación del Recurso Humano

Responsable: Director General de Enseñanza y Calidad

Tipo: Operativo

Producto: Enseñanza, Capacitación e Investigación en Salud de Calidad

Eje Estratégico: 4 - TODOS LOS SONORENSES TODAS LAS OPORTUNIDADES: Gobierno promotor del desarrollo y equilibrio social

Indicador: No. de actividades realizadas / No. de actividades programadas

Reto: 11 - Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.

Facultades: CAPACITACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

No.	Código	Procedimiento	Productos	Indicadores	Cliente
1	66-DEC-P01/Rev.00	Asesoría y supervisión en la instalación de los Comités de Investigación, Ética en la Investigación y Bioseguridad en las unidades médicas y administrativas.	Comités de Investigación, Ética en la Investigación y Bioseguridad registrados.	No. de Comités registrados / No. de Comités instalados	Unidades médicas y administrativas.
2	66-DEC-P02/Rev.03	Colaboración en la detección de necesidades de Capacitación continua.	Cursos.	No. de personal capacitado / No. de personal de la institución	Personal de las unidades médicas y administrativas.
3	66-DEC-P03/Rev.03	Coordinación de la recepción y evaluación de trabajos de investigación que se postulan a los Premios de Investigación en Salud.	Protocolo de investigación en salud registrado.	No. de protocolos registrados / No. de protocolos recibidos	Investigadores de instituciones de salud y educativas.

4	66-DEC-P04/Rev.00	Coordinación para la generación y ejecución de investigaciones en el área de la salud.	Protocolo de investigación en salud registrado.	No. de protocolos registrados / No. de protocolos recibidos	Investigadores de instituciones de salud y educativas
5	66-DEC-P05/Rev.01	Registro de Protocolos de Investigación para la Salud	Protocolo de Investigación para la Salud registrado.	No. de protocolos registrados / no. de protocolos recibidos.	Investigadores Internos, externos o particulares.
6	66-DEC-P06/Rev.01	Programa de Internado de Pregrado.	Médicos Internos de Pregrado Acreditados.	No. de Médicos Internos de Pregrado acreditados / No. de Médicos Internos de Pregrado inscritos.	Médicos Internos de Pregrado.
7	66-DEC-P07/Rev.01	Programa de Residencias Médicas.	Médicos Residentes Acreditados.	No. de Médicos Residentes Acreditados / No, de Médicos Residentes Inscritos.	Médicos Residentes.
8	66-DEC-P08/Rev.01	Solicitud, elaboración y resguardo de Convenios de colaboración académica.	Convenios de Vinculación Académica Firmados.	No. de convenios de vinculación académica firmados / No. de convenios de vinculación académica solicitados.	Instituciones educativas, de investigación pública y privada.
21	66-DEC-P21/Rev.00	Integración del Informe Trimestral de Capacitación.	Informe trimestral de actividades de capacitación.	No. de eventos realizados por trimestre / No. de eventos programados por trimestre	Personal médico, paramédico y administrativo jurisdiccional y hospitalario.
22	66-DEC-P22/Rev.00	Supervisión del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.	Monitoreo mensual al SNAC.	No. de monitoreos realizados / No. de monitores registrados.	Unidades médicas y hospitalarias registradas en el SNAC.
23	66-DEC-P23/Rev.00	Validación de cursos realizados y solicitud de capacitación al recurso humano.	Cursos validados y solicitudes de capacitación.	No. de solicitudes validadas / No. de solicitudes para validación	Unidades médicas y administrativas.
24	66-DEC-P24/Rev.00	Supervisión al área de capacitación de las unidades médicas y administrativas.	Supervisiones a las áreas de capacitación.	No. de áreas de capacitación supervisadas / No. de áreas de capacitación registradas.	Áreas de capacitación de las unidades médicas y administrativas.
25	66-DEC-P25/Rev.00	Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.	Becarios acreditados en Servicio Social.	No. de Becarios en Servicio Social Acreditados / No. de Becarios en Servicio Social Inscritos.	Personal Becario en Servicio Social.

Elaboró	Revisó	Validó
Lic. María Elena Romero Arredondo/Coordinadora de Dictaminación.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.	C.P. Adolfo Enrique Clausen Iberri/Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Elaboración y/o Actualización de Documentos Administrativos.		
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	66-DEC-P19/Rev.00	**FECHA DE EMISIÓN:**	09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Contar con manuales y documentos administrativos que proporcionen certidumbre a la estructura de la Dirección General, así como propiciar el adecuado desarrollo de las actividades en las áreas administrativas.

II.- ALCANCE

Áreas administrativas de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

III.- DEFINICIONES

SSS: Servicios de Salud de Sonora.

DGEC: Dirección General de Enseñanza y Calidad.

CRD: Coordinación Responsable de Dictaminación.

DGECI: Dirección General de Enseñanza, Capacitación e Investigación.

DC: Dirección de Calidad.

CGE: Coordinación de Gestión y Evaluación.

DGPD: Dirección General de Planeación y Desarrollo.

SECOG: Secretaría de la Contraloría General.

SICAD: Sistema de Integración y Control de Documentos Administrativos.

Manuales Administrativos: Manuales de Organización, de Procedimientos.

DAP: Directorio de la Administración Pública.

Dirección de Área: Dirección de Enseñanza,; Capacitación e Investigación; Dirección de Calidad.

Jefes de Departamento: de Enseñanza, de Capacitación y de Investigación; de Planeación del Desarrollo de la Calidad.

Áreas Administrativas: Son las áreas soporte de las actividades sustantivas de la DGEC, contempladas en la estructura organizacional de la DGEC.

IV.- REFERENCIAS

Plan Estatal de Desarrollo.
Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal.
Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Sistema de Integración y Control de Documentos Administrativos (SICAD) con sus Manuales de Usuarios.
Guía técnica para la elaboración de Manuales de Organización emitida por la SECOG.
Guía para la elaboración de Organigramas.
Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos emitida por la SECOG.

V.- POLÍTICAS

1. La Dirección General de Enseñanza y Calidad, nombrará un enlace para la elaboración y/o actualización de Manuales Administrativos, notificándolo por escrito a la DGPD, así como los cambios que se susciten en los mismos, para su correspondiente capacitación.

2. El titular de la Coordinación Responsable de Dictaminación, será designado como Enlace, para la difusión e integración de los Manuales Administrativos y del Directorio de la Administración Pública Estatal.

3. Para Manuales de Organización y de Procedimientos:

3.1. La elaboración y/o actualización se hará en el Sistema SICAD de acuerdo a los lineamientos que expida la SECOG, quien será la instancia dictaminadora de los mismos.

3.2. la DGEC y el Enlace, serán responsables de:

3.3. Coordinar la asesoría y capacitación, con el Departamento de Organización de la DGPD, para las actividades de Elaboración y/o Actualización del Manual de Organización.

3.4. Coordinar la asesoría y capacitación, con el Departamento de Desarrollo y Mejora de Procesos, Trámites y Servicios, para las actividades de Elaboración y/o Actualización del Manual de Procedimientos.

4. Revisar anualmente los Manuales Administrativos, y en su caso, realizar las actualizaciones que consideren necesarias de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

4.1. Cuando el Organigrama de la DGEC, presente adecuaciones o actualizaciones, deberán de informarlos para validación a la DGPD.

5. El Enlace de la Coordinación Responsable de Dictaminación, coordinará las actividades con las áreas administrativas de la DGEC, para que proporcionen la información correspondiente a la elaboración y/o actualización de los Manuales Administrativos.

6. Los Titulares de Direcciones de Área de la DGEC, serán responsables de validar la información que emitan las áreas administrativas que les correspondan.

7. Los Titulares de Jefaturas de Departamento de la DGEC, serán responsables de validar la información que emitan las áreas administrativas que le correspondan.

8. El Enlace de la Coordinación Responsable de Dictaminación, deberá difundir y aplicar al interior de la DGEC los Manuales Administrativos dictaminados por la SECOG, conservando evidencia de tal difusión.

9. Para el Directorio Institucional:

9.1. El Enlace de la Coordinación Responsable de Dictaminación, cada vez que se presenten cambios en los titulares de la estructura orgánica aprobada por la SECOG de la DGEC, o se creen nuevas áreas, enviará los datos vía electrónica u oficio a la DGPD para su actualización o inclusión:

9.1.1. Nombre del Titular.
9.1.2. Puesto.
9.1.3. Nivel.
9.1.4. Dirección y Código Postal.
9.1.5. Teléfonos, fax y extensión.
9.1.6. Correo electrónico.

9.2. Cada vez que se actualice el Directorio de la DGEC, el Enlace Responsable revisará que todos los datos estén legibles y completos.

10. Para el Directorio de la Administración Púbica Estatal (apartado Salud):

10.1. El Enlace de la Coordinación Responsable de Dictaminación, cada vez que se presenten cambios en los titulares de la estructura orgánica aprobada por la SECOG de la DGEC, o se creen nuevas áreas, enviará los datos vía electrónica u oficio a la DGPD para su actualización o inclusión:

10.1.1. Nombre del Titular.
10.1.2. Puesto.
10.1.3. Nivel.
10.1.4. Reseña Curricular de 700 caracteres.
10.1.5. Fotografía en formato JPG de 180 por 200 pixeles.
10.1.4. Dirección y Código Postal.
10.1.5. Teléfonos, fax y extensión.
10.1.6. Correo electrónico.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P19-A19/Rev.00	elaboración y/o Actualización de Documentos administrativos	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Elaboración y/o Actualización de Manuales Administrativos.	
1.1	Secretaria de la DGEC.	Recibe oficio con Programa de Trabajo Anual de la DGPD.	Sistema de Control de Correspondencia.
1.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Revisa oficio con Programa de Trabajo Anual y turna.	
		“En caso de no contar con Enlace”	
1.3		Elabora oficio con folio, firma y sello oficial, designando Enlace para la elaboración y/o actualización de Manuales Administrativos, a la DGPD.	Oficio de designación de Enlace.
1.4	Secretaria de la DGEC	Entrega oficio en la recepción de la DGEC, y archiva copia con sello de recibido.	
		“Si cuenta con Enlace”	
1.5	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Revisa oficio y Programa de Trabajo Anual y elabora oficio de respuesta. Lo antefirma y pasa a firma de la titular de la DGEC	Oficio de Programa de Trabajo Anual.
2		Participación en Reunión de Trabajo	
2.1	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Participa en la Reunión de Trabajo de la DGPD, sobre la Elaboración y/o Actualización de Manuales Administrativos.	
2.2		Recibe, de ser necesario, asesoría para la elaboración y/o actualización de los Manuales Administrativos.	
2.3		Informa a la Titular de la DGEC, sobre las actividades a realizar en la elaboración y/o actualización de Manuales Administrativos.	
2.4		Realiza difusión de actividades, con los titulares de las áreas administrativas de la DGEC, sobre la integración de la información de Manuales Administrativos.	Lista de Asistencia
3		Integración de Manuales Administrativos y/o Directorio Institucional	
3.1	Responsables de las Áreas Administrativas de la DGEC.	Concentran información para la actualización y/o elaboración de Manuales Administrativos, y pasa a revisión.	Concentrado de información
3.2	Directores de Área y Jefes de Departamento	Revisan la información para la actualización y/o elaboración de Manuales Administrativos y envían al Enlace.	Correo electrónico para envío de concentrado de información
3.3	Coordinador Responsable de Dictaminación	Analiza la información para la actualización y/o elaboración de Manuales Administrativos y captura en sistema SICAD.	
		“Si los Manuales Administrativos y/o Directorios no cumplen con la metodología”	
3.4	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Regresa con instrucciones para su corrección al Área Administrativa correspondiente.	
		“Si los Manuales Administrativos y/o Directorios cumplen con metodología”	
3.5	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Envía a la DGPD para Dictaminación de los Manuales Administrativos.	
		“En el caso de los Directorios”	
3.6	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Envía a la DGPD, vía correo electrónico, para subirlo al portal de la institución y/u organismo.	Correo electrónico para envió de Directorio
4		Recepción de Manuales Administrativos dictaminados	
4.1	Secretaría de la DGEC	Recibe oficio de la DGPD, informando de la aprobación de los manuales administrativos o bien, oficio con cedula de observaciones y recomendaciones por parte de la SECOG; registra en sistema y turna.	Sistema de Control de Correspondencia.

4.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Revisa oficio, según sea el caso, y turna al Enlace Responsable.	
		“Si el oficio aprueba el Manual Administrativo”	
4.3	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Recibe oficio con dictamen favorable del Manual Administrativo, revisa y archiva.	
		“Si el dictamen es No favorable”	
4.4	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Solventa en el Sistema SICAD, las observaciones y recomendaciones anexas al oficio de Dictaminación, previa notificación a los titulares de las Áreas Administrativas involucradas de la DGEC.	Registro electrónico de captura en SICAD
5		Difusión de Manuales Administrativos aprobados por la SECOG.	
5.1	Secretaria de la DGEC.	Recibe oficio y copia del dictamen del manual administrativo aprobado, solicitando la difusión en la DGEC, y turna.	Sistema de Control de Correspondencia
5.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Revisa oficio con dictamen del manual administrativo aprobado, y turna al Enlace Responsable.	
5.3	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Coordina con los titulares de las Áreas Administrativas, la Reunión para la Difusión de los Manuales Administrativos.	Agenda
5.4		Realiza la Reunión de Difusión de Manuales Administrativos aprobados.	Orden del Día, Lista de Asistencia y Fotografías.
5.5		Elabora oficio de cumplimiento de la difusión de Manuales Administrativos aprobados, con personal de la DGEC. Antefirma y pasa a firma de la titular de la DGEC.	Oficio
5.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Revisa oficio y evidencia de la Reunión de Difusión de Manuales Administrativos, y firma.	
5.7	Secretaria de la DGEC.	Sella y envía oficio a la DGPD, recabando sello de recibido en copia del oficio y entrega al Enlace Responsable.	
5.8		Elabora expediente del Manual Administrativo y de la evidencia de la difusión del mismo.	Expediente.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Mtra. Petra Rodríguez González/Responsable de Gestión Administrativa.	Map. Armida Verduzco Coronado/Coordinadora de Gestión, Enlace y Evaluación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Elaboración y/o Actualización de Documentos Administrativos.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P19/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Sistema de Control de Correspondencia.	Secretaria de la DGEC	Electrónico	5 Años	Archivo DGEC	Archivo muerto
2	Oficio de designación de Enlace.	Director General de enseñanza y Calidad	Papel	5 Años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
3	Oficio de Programa de Trabajo Anual.	Coordinador responsable de dictaminación	Papel	5 años	Archivo DGEC	Archivo muerto
4	Lista de Asistencia	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Papel	5 Años	Archivo DGEC	Archivo muerto
5	Concentrado de información	Responsables de las Áreas Administrativas de la DGEC	Electrónico y/o Papel	5 Años	Archivo de las Áreas Administrativas	Archivo muerto
6	Correo electrónico para envío de concentrado de información	Directores de Área y Jefes de Departamento	Electrónico	5 años	Archivo electrónico de Direcciones y Departamentos	Archivo muerto
7	Sistema de Control de Correspondencia.	Secretaria de la DGEC	Electrónico	5 años	Archivo DGEC	Archivo muerto
8	Correo electrónico para envió de Directorio	Secretaria de la DGEC	Electrónico	5 años	Archivo DGEC	Archivo muerto
9	Registro electrónico de captura en SICAD	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Electrónico	5 Años	Archivo electrónico de Coordinación	Archivo muerto
10	Sistema de Control de Correspondencia	Secretaria de la DGEC	Electrónico	5 Años	Archivo DGEC	Archivo muerto
11	Agenda	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Electrónico y/o Papel	5 Años	Archivo DGEC	Archivo muerto
12	Orden del Día, Lista de Asistencia y Fotografías.	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo DGEC	Archivo muerto
13	Oficio	Coordinador Responsable de Dictaminación.	Papel	5 Años	Archivo DGEC	Archivo muerto
14	Expediente.	Secretaria de la DGEC	Papel	5 años	Archivo DGEC	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Administración de aulas del Centro de Capacitación para la Salud.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P26/Rev.00 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Administrar la disponibilidad de aulas y otorgar los servicios requeridos para el correcto desarrollo de los eventos en el Centro de Capacitación para la Salud.

II.- ALCANCE

Unidades Médicas, Administrativas y Órganos Desconcentrados de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

SSS: Servicios de Salud de Sonora
CCS: Centro de Capacitación para la Salud
Unidades: Unidades descritas en la Fracción I y II del Art. 2 del Reglamento Interior de la SSP, así como Fracciones II y III del Art. 3 del Reglamento Interior de los SSS.

IV.- REFERENCIAS

Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora
Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal.
Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos

V.- POLÍTICAS

1.Para pre-reservación de evento deberá comunicarse primeramente mediante llamada telefónica al Centro de Capacitación para la Salud (CCS) al (662) 319-9092 para verificar disponibilidad de Aula y posteriormente, para reservación de evento deberá realizarse mediante el formato “Solicitud para reservar Aulas en el Centro de Capacitación para la Salud (CCS)”, el cual deberá ser entregado físicamente en la Dirección General de Enseñanza y Calidad y deberá contar con la autorización del Director General de la DGEC mediante firma.
2.Toda solicitud de Coffe Break, Mobiliario (sillas, mesas y manteles para Herradura u otro acomodo), u Otro Servicio deberá ser solicitado al menos 5 días hábiles antes del evento: vía solicitud telefónica en CCS y mediante oficio dirigido a la Coordinación de Eventos incluyendo precompromiso, clave presupuestal, importe y anexar tres cotizaciones del servicio. Y deberá contar con la autorización mediante firma de la Coordinación de Eventos.
3.En caso de que el Organizador desee ofrecer Coffee Break a sus invitados, éste deberá ser contratado mediante proveedor (mencionado en punto No. 2) o los Organizadores deberán llevar los insumos a CCS (el centro sólo cuenta con garrafones de agua y cafetera).
4.Los insumos, consumo, preparación y montaje de Coffee Break son responsabilidad del Organizador del evento. Y es responsabilidad de ellos el informar a sus invitados la No introducción de alimentos y bebidas a las aulas.
5.En caso de requerir “presenter” (láser y cambia diapositivas), CCS solamente cuenta con uno disponible para Aula 1 y 2.
6.En caso de cancelación o cambio de fecha del evento, será necesario dar aviso inmediato a CCS. Si se realiza cambio de fecha, será necesario la elaboración de una ficha mencionada en el punto No. 1 con la nueva fecha programada.
7.El horario de atención del CCS es de 8 a 15 horas de Lunes a Viernes.
8.Es responsabilidad del Organizador del evento el asegurarse que la “Solicitud para reservar Aulas en el Centro de Capacitación para la Salud (CCS)” y el Oficio Solicitud de servicio Coffee Break o Herradura (si aplica) estén autorizados y se encuentren en el CCS.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P26-A26/Rev.00	Administración de aulas del Centro de Capacitación para la Salud.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Pre-Reservación de Aula para Realización de Evento en CCS	
1.1	Secretaria	Recibe llamada telefónica para solicitar aula del CCS para la realización de evento	
1.2		Revisa disponibilidad de aula	
1.3		Registra los datos de la reunión en agenda de Eventos de CCS	Libreta de Agenda de Eventos
1.4		Solicita y recuerda al Organizador el trámite de solicitud de aula mediante formato: “Solicitud para reservar Aulas en el Centro de Capacitación para la Salud (CCS)”	Formato de reservación de aulas
1.5		Pregunta al Organizador si requerirá servicio contratado de Coffe Break y/o Herradura	
		“Si procede el servicio de contratación de Coffe Break y/o Herradura”	
1.6		Transfiere llamada a Administradora para continuar con solicitud de Servicio a contratar	
1.7	Administrador(a)	Pregunta al Organizador que tipo de servicios requiere contratar .	
		“Asimismo, le recuerda al organizador la continuación del trámite, que es: elaboración de oficio solicitud con clave presupuestal, importe y cotizaciones anexas, dirigido a Coordinación de Eventos, para que éste último autorice mediante firma la contratación de servicio”	
1.8		Registra las necesidades de contratación en Carpeta de Cotizaciones de Servicios	Carpeta física de Cotizaciones de Servicios
1.9		Finaliza la llamada	
1.10		Envía correos a Proveedores para solicitar cotizaciones de servicio según solicitud del Organizador	Correo electrónico para solicitar cotizaciones
1.11		Recibe Cotizaciones de servicio	
1.12		Envía a Organizador las cotizaciones de servicio vía correo electrónico	Correo electrónico con cotizaciones
		“Si no procede el servicio de contratación de Coffe Break y/o Herradura”	
1.13	Secretaria	Finaliza la llamada	
1.14		Informa al Administrador el evento agendado	
1.15	Administrador(a)	Registra los datos de la reunión en archivo electrónico de la base de datos de los eventos de CCS.	Base de Datos en Excel de Agenda de Eventos “Master”
2		Recepción de oficios con autorizaciones	
2.1	Administrador(a)	Recibe correo electrónico de la DGEC con el formato “Solicitud para reservar Aulas en el CCS” sellado y firmado (autorizado) por el Director General de la DGEC y revisa si está conforme lo reservado vía telefónica (en la Agenda de Eventos)	
2.2		Informa al Organizador la autorización del evento.	Correo electrónico para informar la autorización del evento.
2.3		Imprime y registra el número o folio de solicitud autorizada en la base de datos de los eventos de CCS “Master”.	
2.5	Asistente Administrativa	Archiva oficio autorización de aula en la Carpeta de Oficios Recibidos	Archivo de oficio de autorización de aula
3		Recepción de servicios contratados	

3.1	Secretaria	Recibe oficio de solicitud de servicios (incluyendo precompromiso, clave presupuestal, etc.). Y verifica que esté autorizado por la Coordinación de Eventos mediante firma	
3.2		Escanea oficio autorización, enviándolo a carpeta de Escáner de la Asistente Administrativa.	Carpeta digital Escáner
3.3		Entrega a Administradora el oficio de autorización.	
3.4	Administrador(a)	Avisa a Organizador que autorizaron la contratación del servicio por llamada telefónica.	
3.5		Avisa a Proveedor que se autorizó la contratación del servicio para que lo programe por correo electrónico o por llamada telefónica.	Correo electrónico de confirmación de contratación de servicio
3.6		Captura en Carpeta de Cotizaciones de Servicios que fueron autorizados.	Carpeta física de Cotizaciones de Servicios
3.7	Asistente Administrativa	Archiva oficio autorización de servicio.	Archivo de oficio de autorización de servicio
4		Preparación de aula según solicitud	
4.1	Administrador(a)	Revisa limpieza aulas de aulas, sanitarios y todo el edificio en general. Así como colocación de manteles limpios	
4.2	Secretaria	Captura de datos del evento en la pantalla de bienvenida (nombre del evento, aula, horario	Archivo Power Point con datos del evento
4.3		Verifica las condiciones y funcionamiento del equipo y material requerido para el evento, previo a su inicio.	
4.4		Solicita copia de la lista de asistencia del evento	Copia de la lista de asistencia
5		Realización del evento	
5.1	Secretaria	Captura fotografías del evento en curso	Fotografías
6		Terminación del evento	
6.1	Secretaria	Recoge listas de asistencia para obtención de copia como soporte del evento	Reporte Mensual de Cierre de Eventos
6.2	Asistente Administrativa	Recopila toda evidencia del evento en Carpetas digitales separadas por evento: oficio de autorización, fotografías, lista de asistencia	Carpetas digitales separadas por evento
6.3	Administrador (a)	Registra número de asistentes en base de datos de eventos	Registro de asistentes
7		Envío de reportes	
7.1	Administrador(a)	Envía por correo electrónico Reporte de Eventos a la Coordinadora de Investigación de la DGEC	Correo electrónico con reporte de eventos
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Lic. Andrea Robles Salazar/Administradora CCS	Mtra. Armida Verduzco Coronado/Coordinadora de Gestión, Enlace y Evaluación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Administración de aulas del Centro de Capacitación para la Salud.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P26/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Libreta de Agenda de Eventos	Secretaria	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
2	Formato de reservación de aulas	Secretaria	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
3	Carpeta física de Cotizaciones de Servicios	Administrador(a)	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
4	Correo electrónico para solicitar cotizaciones	Administrador(a)	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
5	Correo electrónico con cotizaciones	Administrador(a)	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
6	Base de Datos en Excel de Agenda de Eventos “Master”	Administrador(a)	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
7	Correo electrónico para informar la autorización del evento.	Administrador(a)	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
8	Libreta de Agenda de Eventos	Secretaria	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
9	Archivo de oficio de autorización de aula	Asistente Administrativo	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
10	Carpeta digital Escáner	Asistente Administrativo	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
11	Correo electrónico de confirmación de contratación de servicio	Administración	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
12	Carpeta física de Cotizaciones de Servicios	Administradora(a)	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
13	Archivo de oficio de autorización de servicio	Administrador(a)	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
14	Archivo Power Point con datos del evento	Secretaria	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
15	Copia de la lista de asistencia	Secretaria	Papel	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
16	Fotografías	Secretaria	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
17	Carpetas digitales separadas por evento	Auxiliar Administrativo	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto
18	Registro de asistentes	Administrador(a)	Electrónico	5 años	Archivo CCS	Archivo muerto
19	Correo electrónico con reporte de eventos	Administrador(a)	Electrónico	3 años	Archivo CCS	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Coordinación del Comité Estatal de Calidad en Salud “CECAS”

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P09/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Realizar interinstitucionalmente acciones en materia de calidad para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en las unidades médicas del estado, mediante acuerdos y compromisos establecidos en las sesiones del comité, compartiendo experiencias de éxito en la implementación de programas e calidad.

II.- ALCANCE

Servicios de salud de Sonora e instituciones salud del sector público y privado en el estado.

III.- DEFINICIONES

CECAS.- Comité Estatal de Calidad en Salud.

CONACAS.- Comité Nacional de Calidad en Salud.

DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGACS.- Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

DGEC.- Dirección General de Enseñanza y Calidad.

SSS.- Servicios de Salud de Sonora.

Aval Ciudadano.- Figura de participación social que evalúa los procesos de atención.

REPSS.- Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

REC.- Responsable Estatal de Calidad.

IV.- REFERENCIAS

Programa Nacional de Salud 2007-2012.
Sistema Integral de Calidad en Salud, SICALIDAD.
Instrucción 61/2008- Creación del Comité Nacional de Calidad en Salud y Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS).
Instrucción 98/2008.- Recomendaciones para la composición de los Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS).
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1. El Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS), se establece como un órgano asesor de la Secretaría de Salud en el Estado, que de manera interinstitucional define y comparte, con base a los lineamientos federales, la mejora de la calidad y seguridad del paciente en las unidades médicas de la entidad.

Para ello, ha establecido las siguientes Políticas:

2. Los Servicios de Salud de Sonora del Estado, deberá contar con un Responsable Estatal de Calidad, para coordinar la implementación y seguimiento de este Comité.

3. Los Servicios de Salud de Sonora del Estado, a través del Secretario de Salud y Presidente del CECAS, deberá constituir y presidir cuando menos tres reuniones ordinarias del CECAS.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P09-A09/Rev.01	Diagrama de Flujo Coordinación del Comité Estatal de Calidad en Salud “CECAS”	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Programación de la Reunión.	
1.1	Director de Calidad	Define calendario anual para las reuniones del CECAS con la DGEC.	Calendario anual de sesiones.
1.2	Director General de Enseñanza y Calidad	Informa al Secretario de Salud el calendario de actividad CECAS	Oficio con solicitud de autorización del calendario de sesiones del CECAS.
2.		Instalación del Subcomité del CECAS.	
2.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Solicita autorización al Secretario de Salud, para la instalación del subcomité del CECAS, con el propósito de revisar los temas que serán la agenda de las sesiones ordinarias del COMITÉ.	Oficio para solicitar autorización de la instalación del subcomité del CECAS.
2.2	Director(a) de Calidad.	Recibe instrucción de la DGEC, para organizar la primera reunión con los Gestores de Calidad de las Instituciones que conforman el Comité.	Oficio invitación.
2.3	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Elabora informe sobre los resultados de los Indicadores en Salud, Aval Ciudadano, Sistema Unificado de Gestión y Seguridad del Paciente, para la sesión del Comité.	Informe de resultados de los Indicadores en Salud.
2.4	Secretaria de la Dirección de Calidad.	Confirma asistencia de los Gestores de Calidad y elabora agenda de trabajo.	Agenda de trabajo del Subcomité del CECAS.
2.5	Director(a) de Calidad.	Revisa informe y presenta a la DGEC para su revisión final.	
2.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza para su presentación en la sesión del subcomité.	
3		Sesiones del Subcomité.	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Preside reunión y formaliza la instalación del subcomité en el acta minuta.	Acta minuta de instalación y seguimiento de acuerdos.
3.2	Director(a) de Calidad.	Realiza presentación del informe autorizado por la DGEC con los resultados obtenidos interinstitucionalmente y se establecen acuerdos y compromisos.	Acta de acuerdos y compromisos.
3.3	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité.	Coordina las acciones de seguimiento de acuerdos y compromisos y define temas para la agenda de la reunión del comité CECAS.	Agenda de trabajo del Comité CECAS.
4		Organización del evento.	
4.1	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Solicita sedes y realiza logística para llevar a cabo las sesiones del evento, de acuerdo al calendario de actividades previamente autorizado.	Oficio para solicitar sede.
4.2	Secretaria de Dirección de Calidad.	Confirma la sede del evento, agenda de acuerdo al calendario autorizado.	Registro de correspondencia de la DC.
4.3	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Elabora programa del evento para revisión e invitación de las autoridades.	Programa del evento.
4.4	Secretaria de Dirección de Calidad.	Elabora oficio de Invitación a titulares del comité CECAS y adjunta Agenda y programa del evento.	Oficio circular de invitación, dirigido a los titulares del comité CECAS.
4.5		Envía oficio a revisión y antefirmas del Director(a) de Calidad y del Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	
4.6	Director(a) de Calidad.	Revisa con la Directora de la DGEC agenda del evento y se aprueba.	
4.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Envía para autorización y firma del Secretario de Salud oficio circular de invitación con agenda y programa adjunto.	
4.8	Director(a) de Calidad.	Recibe oficio autorizado y firmado por el Secretario de Salud incluyendo programa de actividades.	
4.9	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Realiza envío de oficio invitación 15 días antes de la sesión ordinaria.	

4.10	Secretaria de Dirección de Calidad.	Confirma la asistencia a la sesión y elabora lista de asistencia de confirmados.	Lista de confirmación de asistencia.
4.11	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Integra la carpeta informativa del CECAS con la ficha técnica, programa, presentaciones, acuerdos y lista de asistencia.	Carpeta informativa del CECAS.
4.12	Director(a) de Calidad.	Revisa y presenta la carpeta informativa del CECAS al Director(a) de la DGEC.	
4.13	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza él envió de la información para el Secretario de Salud.	Oficio de envío.
4.14	Director(a) de Calidad.	Informa a la Coordinación de Evaluación y Gestión de la DGEC los requerimientos necesarios para llevar a cabo la reunión del CECAS.	Memorándum con solicitud de requerimientos.
4.15	Coordinador(a) de Evaluación y Gestión.	Realiza trámite presupuestario y solicita autorización de la DGEC.	Solicitud de la afectación presupuestaria.
4.16	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza partida presupuestal.	
4.17	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Elabora ficha técnica para autorización de evento y recaba firmas de la DGEC y del subsecretario de salud.	Ficha técnica.
4.18	Coordinador(a) de Evaluación y Gestión.	Recibe ficha técnica autorizada, y remite a la coordinación de eventos para el seguimiento correspondiente y notifica a la DC.	Registro en correo electrónico.
5.		Desarrollo de reunión.	
5.1	Secretaria de Dirección de Calidad.	Realiza registro de asistencia a CECAS.	Lista de asistencia.
5.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité.	Confirma el quórum de asistencia para el 15 minutos antes de dar inicio a la sesión ordinaria y arribo de Secretario de Salud.	
5.3		Realiza el acto protocolario de acta de instalación del comité.	Acta de Instalación del Comité.
5.4	Director(a) de Calidad.	Presenta el seguimiento de los acuerdos y compromisos.	
5.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité.	Somete a consideración de los asistentes los acuerdos y compromisos establecidos durante el desarrollo de la reunión.	Minuta de la sesión.
6		Seguimiento de acuerdos y compromisos.	
6.1	Director(a) de Calidad.	Realiza seguimiento a los acuerdos y compromisos de la reunión y emite informe para a la DGEC.	Informe de seguimiento de acuerdos y compromisos.
6.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Emite recomendaciones a la DC para el seguimiento de acuerdos.	Memorándum con recomendaciones.
6.3	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Elabora informe de cumplimiento de acuerdos y presenta a la DC.	Informe de cumplimiento de acuerdos.
6.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza informe y remite a los integrantes del Subcomité para su análisis en la siguiente sesión.	Oficio para remisión de Informe de seguimiento.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Coordinación del Comité Estatal de Calidad en Salud "CECAS"**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P09/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Calendario anual de sesiones.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
2	Oficio con solicitud de autorización del calendario de sesiones del CECAS.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
3	Oficio para solicitar autorización de la instalación del subcomité del CECAS.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.
4	Oficio invitación	Director(a) de Calidad	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
5	Informe de resultados de los Indicadores en Salud.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
6	Agenda de trabajo del Subcomité del CECAS.	Secretaria de Dirección de Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
7	Acta minuta de instalación y seguimiento de acuerdos.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
8	Acta de acuerdos y compromisos.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
9	Agenda de trabajo del Comité CECAS.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
10	Oficio para solicitar sede.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
11	Registro de correspondencia de la DC.	Secretaria de Dirección de Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
12	Programa del evento.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
13	Oficio circular de invitación, dirigido a los titulares del comité CECAS.	Secretaria de la Dirección de Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
14	Lista de confirmación de asistencia.	Secretaria de la Dirección de Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
15	Carpeta informativa del CECAS.	Jefe de planeación e innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
16	Oficio de envío.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
17	Memorándum con solicitud de requerimientos.	Director(a) de Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
18	Solicitud de la afectación presupuestaria.	Coordinador(a) de Evaluación y Gestión.	Papel	5 años	Archivo de DC.	Archivo muerto
19	Ficha técnica.	efe de Planeación e Innovación de la calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto

20	Registro en correo electrónico.	Coordinador(a) de Evaluación y Gestión.	Electrónico	5 años	Archivo electrónico de la DC.	Archivo muerto.
21	Lista de asistencia.	Secretaria de la Dirección de Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
22	Acta de Instalación del Comité.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto
23	Minuta de la sesión.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto
24	Informe de seguimiento de acuerdos y compromisos.	Director(a)de Calidad	Papel	5 años	Archivo de DC.	Archivo muerto.
25	Memorándum con recomendaciones.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
26	Informe de cumplimiento de acuerdos.	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.
27	Oficio para remisión de Informe de seguimiento.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Promoción de la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P10/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Promover y desarrollar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de la salud y los pacientes en las unidades médicas de los tres niveles de atención, para elevar la calidad de los servicios de atención médica, a través de la promoción de acciones de mejora continua de los Gestores de Calidad.

II.- ALCANCE

Unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

Institución de salud. Toda organización con personalidad jurídica de derecho público o privado, con capacidad para ofertar servicios de salud y responder de su orden, estructura y prestaciones en uno o más establecimientos para la atención médica.

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DC. Dirección de Calidad.

JPIC. Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.

Profesional de la salud. Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. (Informe sobre la salud en el mundo, 2006).

Gestor de Calidad. Responsable de liderar y promover los proyectos de SICALIDAD y apoyar las acciones de mejora continua en los establecimientos de salud, así como facilitar herramientas de calidad y reingeniería de procesos, desarrollar políticas de mejora continua y realizar el seguimiento de los indicadores de calidad en los establecimientos de salud.

COCASEP. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

GPC. Guías de Práctica Clínica.

MECIC. Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad.

Cultura de la Calidad. Conjunto de hábitos y valores que posee una empresa los cuales son complementados con las prácticas de calidad en sus actividades diarias y permiten que la empresa alcance los objetivos planteados para su crecimiento y éxito.

Seguridad del paciente. La reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

IV.- REFERENCIAS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 4to. y 5to. Constitucional.
Ley General de Salud.
Normas Oficiales Mexicanas.
DOF 08/08/2017: Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud la implementación del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
Manual de Seguridad del paciente.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

La Seguridad del Paciente se define como la reducción del riesgo de daños relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, de acuerdo con las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar el tratamiento o de dispensar otro. En este contexto, los Servicios de Salud de Sonora han fincado las siguientes políticas:

1.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como las jurisdicciones sanitarias del estado, deberán contar con un Gestor de Calidad para coordinar la implementación de este programa.

2.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán establecer una cultura de seguridad del paciente, que garantice la calidad y la seguridad en los procesos de atención demandados por los usuarios.

3.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como las jurisdicciones sanitarias deberán instalar un comité de Calidad y Seguridad del Paciente “COCASEP”, para dar seguimiento a los temas de seguridad del paciente.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P10-A10/Rev.01	Diagrama de Flujo Promoción de la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1.		Difusión de Lineamientos	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe de la DGCES, los lineamientos para la implementación de la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente.	
1.2	Secretaria de la DGEC.	Registra oficio, captura y turna a la DC.	Bitácora de control de correspondencia DGEC.
1.3	Director(a) de Calidad.	Revisa y turna al Coordinador de la Cultura de la Calidad para la planificación de las actividades de difusión.	
1.4	Coordinador de la Cultura de la Calidad.	Elabora y turna al Jefe de planeación e innovación de la calidad, plan de trabajo para la difusión de los lineamientos de la implementación de la cultura de calidad y seguridad del paciente, en las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas, basándose en las actividades que presentan los responsables del programa de seguridad del paciente.	Plan de trabajo con cronograma de actividades para la difusión de lineamientos.
1.5	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Revisa, autoriza y presenta el plan de trabajo al Director de Calidad para su revisión y aprobación.	
1.6	Director(a) de Calidad.	Presenta el plan de trabajo del programa para la promoción de la cultura de calidad y seguridad del paciente para su revisión y autorización a la Directora General de Enseñanza y Calidad.	
1.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza el plan de trabajo del programa de promoción de la cultura de calidad y seguridad del paciente.	
1.8	Director(a) de Calidad.	Recibe el plan de trabajo del programa de promoción de la cultura de calidad y seguridad del paciente aprobado y lo turna al jefe de planeación para su ejecución.	
1.9	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Ejecuta el plan de trabajo en coordinación con el Coordinador de la Cultura de la Calidad y el responsable del programa.	
2.		Capacitación para la implementación de la cultura de seguridad del paciente.	
2.1	Coordinador de la Cultura de la Calidad.	Diseña con el Responsable del programa de seguridad del paciente, la estrategia de capacitación del programa de promoción de la cultura de calidad y seguridad del paciente, para los gestores de calidad, directivos y los profesionales de la salud.	Documento con las estrategias de capacitación a implementar.
2.2	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Ejecuta estrategia de capacitación con el apoyo del material proporcionado por la DGCES.	Listas de asistencia. Evaluaciones. Fotografías. Presentaciones.
3.		Supervisión de la implementación del programa de la cultura de seguridad del paciente.	
3.1	Director(a) de Calidad.	Determina junto al Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad, las unidades a supervisar con base en las evidencias presentadas sobre la implementación del programa.	
3.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Notifica a la unidad médica la fecha establecida para la supervisión.	Oficio de notificación de supervisión.
3.3	Coordinador de la Cultura de la Calidad.	Realiza la supervisión, concentra información en formatos y elabora informe final al Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Formatos con concentrado de información e informe de supervisión.
3.4	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Revisa resultados y los presenta al Director de Calidad.	
3.5	Director(a) de Calidad.	Revisa y presenta informe final al Director General de Enseñanza y Calidad.	Informe final de supervisión.

3.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa resultados y autoriza el envío de informe final a las unidades médicas.	
3.7	Director(a) de Calidad.	Elabora oficio para envío de informe final de supervisión.	Oficio para envío de informe de supervisión.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Promoción de la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P10/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Bitácora de control de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
2	Plan de trabajo con cronograma de actividades para la difusión de lineamientos.	Coordinador de la Cultura de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
3	Documento con las estrategias de capacitación a implementar.	Coordinador de la Cultura de la Calidad.	Electrónico	5 años	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
4	Lista de asistencia. Evaluaciones. Fotografías. Presentaciones.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
5	Oficio de notificación de supervisión.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
6	Formatos con concentrado de información e informe de supervisión.	Coordinador de la Cultura de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
7	Informe final de supervisión.	Dirección de Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
8	Oficio para envío de informe de supervisión.	Director(a) de Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Capacitación para implementar procesos de calidad.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P11/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Otorgar capacitación en programas prioritarios de calidad para contar con profesionales de la salud con los conocimientos, habilidades y destrezas para incrementar la eficiencia en el trabajo que desempeñan y mejorar la calidad de los procesos de atención al paciente y del propio profesional.

II.- ALCANCE

Unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DC. Dirección de Calidad.

UM. Unidad Médica.

PEC. Programa Específico de Capacitación.

IV.- REFERENCIAS

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Estrategia 2.3.4.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Objetivo 2, estrategia 2.2.5.
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.
Cédulas de acreditación (todos los niveles y especialidades).
Manual del Consejo de Salubridad General para Certificación de Hospitales edición 2017.
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

El programa de capacitación para la implementación de procesos de calidad en las unidades médicas del Estado de Sonora, incluye acciones destinadas a desarrollar habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, con el propósito de incrementar la calidad y eficiencia del trabajo que ellos desempeñan, ya que afectan directamente la seguridad de los procesos de atención de los pacientes. Por lo anterior los Servicios de Salud de Sonora han implementado las siguientes políticas:

1.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como las jurisdicciones sanitarias del Estado, deberán contar con un gestor de calidad para coordinar la implementación de los programas de calidad.

2.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como las jurisdicciones sanitarias del Estado, tendrán la responsabilidad de implementar los programas de calidad a través de sus gestores de calidad, para garantizar el cumplimiento de los procesos de acreditación y certificación de las unidades médicas.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P11-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Capacitación para implementar procesos de calidad	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1.		Programa de capacitación.	
1.1	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Solicita a las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, los requerimientos de capacitación de acuerdo a sus necesidades, para elaborar el diagnóstico de capacitación.	Oficio solicitando requerimientos de capacitación.
1.2	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza un informe diagnóstico sobre las necesidades de capacitación detectadas, de acuerdo a los resultados de los procesos de implementación de programas de calidad y a la información proporcionada por las unidades médicas.	Informe diagnóstico de necesidades de capacitación.
1.3	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Revisa el informe diagnóstico y elabora calendario de actividades para su presentación al Director(a) de Calidad.	Calendario de actividades.
1.4	Director(a) de Calidad.	Revisa y presenta informe diagnóstico y calendario de actividades al Director(a) General de Enseñanza y Calidad para su revisión final y aprobación.	
1.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza programa para su ejecución.	
1.6	Director (a) de Calidad.	Notifica al Departamento de capacitación la autorización del programa de capacitación específico de calidad para su seguimiento en el PEC.	Oficio de notificación del programa de capacitación.
1.7	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Elabora los programas de capacitación, cartas descriptivas, sede de los eventos, tarjeta informativa de necesidades y organización de los servicios necesarios.	Programas de capacitación Carta descriptiva Tarjeta informativa
2		Ejecución del programa.	
2.1	Secretaria de la Dirección.	Confirma asistencia, sede del evento, material didáctico y listas de asistencia.	Oficio de solicitud de sede Oficios de invitación Listas de asistencias Encuesta
2.2	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Ejecuta programa de trabajo con base al material provisto por parte de la DGCES.	- Evaluación de participantes. - Acuerdos y Compromisos.
3		Evaluación del programa.	
3.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Analiza los resultados de la capacitación y presentan reporte al Jefe de planeación.	Reporte con análisis de resultados.
3.2	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Mide el impacto de la capacitación a los participantes mediante examen y encuesta de satisfacción para realizar informe de resultados y solicita constancias.	Cedulas pre y post evaluación Constancias Informe de resultados
3.3	Director(a) de Calidad.	Revisa los resultados de examen y encuesta de satisfacción para revalorar la capacitación y notifica a la DGEC.	Oficio de notificación de resultados de encuesta.
3.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa resultados, firma diplomas y emite recomendaciones.	
3.5	Secretaria de la DC.	Elabora Constancias para los asistentes al Curso de Capacitación y las envía al departamento de Capacitación para su validación.	Constancias de Capacitación con Validez Oficial.
3.6	Departamento de Capacitación.	Revisa y valida las constancias de acuerdo a la solicitud de la DC.	
4		Supervisión.	
4.1	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Identifica de acuerdo a los resultados y recomendaciones emitidas por la DGEC, las unidades médicas que serán supervisadas.	
4.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Notifica a las jurisdicciones y unidades médicas, la fecha establecida para la supervisión.	Oficio de notificación de supervisión.

4.3	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza supervisión, concentra información, elabora reporte y presenta al Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Reporte de supervisión.
4.4	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Analiza reporte y elabora informe final para la Dirección de Calidad.	Informe final.
4.5	Director (a) de Calidad.	Revisa y presenta resultados sobre la implementación en las unidades y presenta propuestas de seguimiento a la DGEC.	Propuesta de recomendaciones.
4.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa los resultados y emite recomendaciones a las unidades médicas y a la DC.	Oficio con recomendaciones.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Capacitación para implementar procesos de calidad.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P11/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Oficio solicitando requerimientos de capacitación.	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
2	Informe diagnóstico de necesidades de capacitación.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
3	Calendario de Actividades.	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
4	Oficio de notificación del programa de capacitación.	Director(a) de Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
5	Programas de capacitación Carta descriptiva Tarjeta informativa	Coordinador(a) del Monitoreo dela Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
6	Oficio de solicitud de sede Oficios de invitación Listas de asistencias Encuesta	Secretaria de la DC.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
7	- Evaluación de participantes. - Acuerdos y Compromisos.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico	1 año.	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
8	Reporte con análisis de resultados.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
9	Cedulas pre y post evaluación Constancias Informe de resultados	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
10	Oficio de notificación de resultados de encuesta.	Director(a) de Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
11	Constancias de Capacitación con Validez Oficial.	Secretaria de la DC.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
12	Oficio de notificación de supervisión.	Director(a) General deEnseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
13	Reporte de supervisión.	Coordinador(a) del Monitoreo dela Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo DC.	Archivo muerto.
14	Informe final.	Jefe(a) de Planeación eInnovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo DC.	Archivo muerto.
15	Propuesta de recomendaciones.	Director(a) de Calidad.	Electrónico y/o Papel	1 año.	Archivo DC.	Archivo muerto.
16	Oficio con recomendaciones.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programa del Sistema Unificado de Gestión.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P12/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Implementar en las unidades médicas del Estado, el sistema de registro, seguimiento y control de peticiones ciudadanas, mediante la operación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) para conocer la percepción de los usuarios sobre la atención médica recibida.

II.- ALCANCE

Unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

SUG. Sistema Unificado de Gestión.

USA. Formato Unificado de Solicitud de Atención.

REC. Responsable Estatal de Calidad.

CNPSS. Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

REPSS. Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

DGCS. Dirección General de Contraloría Social.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DC. Dirección de Calidad.

SSS. Servicios de Salud de Sonora

GSP. Gestor del Seguro Popular.

GC. Gestor de Calidad.

COCASEP. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

AC. Aval Ciudadano.

IV.- REFERENCIAS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículos 4, 8 y 16).
Ley General de Salud (Artículos 1, 48,51 bis 3, 54, 58 fracción V y VI, 77 bis 37 fracciones XV y XVI).
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (Artículos 20, fracción I y VI, 21).
Ley del Seguro Social (Artículo 296).
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Artículo 51).
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (Artículos del 54 al 63).
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora
Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Artículos 4 fracción XXXVI bis 8 y 10 fracción IV).
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
Oficio No. CNPSS/DGGSS/363/2016.
Oficio No. DGCES/DG/0660/2016.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

El Sistema Unificado de Gestión se establece en las unidades médicas de los Servicios de salud de Sonora como un enlace entre el usuario y el prestador de servicios, para incrementar con transparencia la capacidad resolutiva de los Servicios y orientar las políticas de forma eficiente.

Políticas:
1.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como las Jurisdicciones Sanitarias del Estado, deberán contar con un Gestor de Calidad para coordinar la implementación de este programa.

2.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán contar con la instalación de un buzón del SUG para la recepción y seguimiento de peticiones ciudadanas.

3.Las unidades médicas que de acuerdo a los lineamiento del Sistema Unificado de Gestión, requieran de un Módulo de Atención del SUG, por lo cual, deberán de realizar las gestiones administrativa necesarias para su instalación, ya sea con la Jurisdicción Sanitaria y/o con la Dirección General de Administración, según corresponda.

4.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán de ejecutar el programa del SUG de acuerdo con los lineamientos vigentes y establecidos por la DGCES.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P12-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Programa del Sistema Unificado de Gestión	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Difusión de Lineamientos	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe de la DGCES, los lineamientos para la implementación del Sistema Unificado de Gestión.	
1.2	Secretaria de la DGEC.	Registra oficio, captura y turna a DC.	Bitácora de control de correspondencia DGEC.
1.3	Director(a) de Calidad.	Revisa y turna al Jefe de Planeación e Innovación de la calidad, para seguimiento de la planificación de las actividades de difusión.	
1.4	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Solicita al coordinador del programa del SUG, el plan de trabajo para la difusión del programa del SUG en las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas del estado.	Plan de trabajo para difusión del programa del SUG.
1.5	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Elabora la propuesta con base en los resultados de los informes del SUG y el grado de implementación en las unidades médicas del Estado.	Propuesta con base en los resultados de los informes del SUG.
1.6	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Revisa, integra y presenta el plan de trabajo del SUG a la DC para su revisión y autorización.	
1.7	Director(a) de Calidad.	Revisa y autoriza el plan de trabajo y presenta a la DGEC.	
1.8	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza el plan de trabajo del SUG.	
1.9	Director(a) de Calidad.	Recibe y turna para su ejecución.	
1.10	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Ejecuta de acuerdo al plan de trabajo.	Cronograma de actividades..
2		Implementación del SUG	
2.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Solicita al responsable del programa, la relación de unidades médicas que requieren buzón y módulo de atención y elabora reporte con base a lineamientos operativos del programa.	Reporte con listado de unidades médicas que requieren buzón y módulo de atención.
2.2	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Revisa el reporte y elabora el informe para la DC, sobre la cantidad de buzones y módulos que requieren las unidades médicas del estado.	Informe sobre la cantidad de buzones y módulos que se requieren.
2.3	Director(a) de Calidad.	Presenta informe del análisis realizado por el Jefe de Planeación, para la implementación del SUG a la DGEC.	
2.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Informa a la Dirección General del Sistema de Protección Social en Salud y a las Jurisdicciones Sanitarias y Dirección de Hospitales, el requerimiento de buzones y módulos de acuerdo a los lineamientos del SUG, para que realicen las gestiones administrativas correspondientes.	Oficio relacionado con el requerimiento de buzones y módulos.
3		Capacitación	
3.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Diseña estrategia de capacitación del SUG para los gestores de calidad jurisdiccionales, hospitales y unidades médicas desconcentradas.	Programa de capacitación del SUG para gestores de calidad.
3.2	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Ejecuta programa de trabajo con base en el material provisto para tal fin por parte de la DGCES.	Evaluaciones. Programa. Listas de asistencia. Fotografías. Presentaciones.
3.3		Revisa las evaluaciones aplicadas durante la capacitación y elabora informe de los resultados.	Informe de resultados con la medición del impacto de la capacitación.
4		Evaluación del programa	
4.1	Director(a) de Calidad.	Solicita a las jurisdicciones sanitarias, hospitales y unidades médicas desconcentradas el calendario de apertura de buzón del SUG, al inicio del año.	Oficio para solicitud de calendario de apertura de buzón del SUG.

4.2	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Solicita al responsable del programa, reporte sobre el cierre mensual del “tablero del SUG” a las jurisdicciones y unidades médicas.	
4.3	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Analiza el reporte y genera el informe de resultados, para presentar a la DC.	Informe mensual del tablero del SUG.
4.4	Director(a) de Calidad.	Presenta el informe de resultados a la DGEC para su análisis y seguimiento.	
		"Con base en el Informe de resultados"	
4.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Emite las recomendaciones a las jurisdicciones sanitarias, hospitales y unidades médicas desconcentradas.	Oficio con recomendaciones.
5		Supervisión	
5.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Planifica las unidades médicas a supervisar con base en las recomendaciones emitidas por la DGEC.	
5.2	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Elabora un plan de supervisión de las unidades médicas.	Plan de supervisión.
5.3	Director(a) de Calidad.	Notifica a la jurisdicción sanitaria/unidad médica la fecha establecida para la supervisión.	Oficio de notificación de la supervisión.
5.4	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza la supervisión, concentra la información en el formato correspondiente y elabora un reporte de supervisión.	Formato con el concentrado de información y reporte de supervisión.
5.5	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Recibe el reporte de supervisión y elabora informe final de resultados de la supervisión y presenta a la DC.	Informe final de resultados de supervisión.
5.6	Director(a) de Calidad.	Revisa, analiza y presenta resultados de la supervisión a la DGEC.	
5.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza el envío de informe semestral a la DGCES y al Director General del Sistema de Protección Social en Salud (REPSS) y establece recomendaciones a la DC.	Informe semestral para la DGCES y para el REPSS.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programa del Sistema Unificado de Gestión.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P12/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Bitácora de control de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Papel	5 años.	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
2	Plan de trabajo final para difusión del programa SUG.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
3	Propuesta con base en los resultados de los informes del SUG.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico	5 años.	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
4	Cronograma de actividades.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
5	Reporte con listado de unidades médicas que requieren buzón y módulo de atención.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
6	Informe sobre la cantidad de buzones y módulos que se requieren.	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
7	Oficio relacionado con el requerimiento de buzones y módulos.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
8	Programa de capacitación del SUG para gestores de calidad.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
9	Evaluaciones. Programa. Listas de asistencia. Fotografías. Presentaciones.	efe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
10	Informe de resultados con la medición del impacto de la capacitación.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
11	Of icio para sol ici tud de calendario de apertura de buzón del SUG.	Director(a) de Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
12	Informe mensual del tablero del SUG.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
13	Oficio con recomendaciones.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto
14	Plan de supervisión.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
15	Oficio de notificación de la supervisión.	Director(a) de Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.

16	Formato con el concentrado de información y reporte de supervisión.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
17	Informe final de resultados de supervisión.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
18	Informe semestral para la DGCES y para el REPSS.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programa de Participación Social en Salud Aval Ciudadano.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P13/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Promover la participación de la ciudadanía en la evaluación y mejora de la calidad de los Servicios de Salud de Sonora, mediante la operación del programa Aval Ciudadano para conocer el trato digno y adecuado que se brinda en las instituciones de salud.

II.- ALCANCE

Unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora

III.- DEFINICIONES

Aval Ciudadano. Mecanismo de participación ciudadana que evalúa la percepción de los usuarios respecto a la atención médica y del trato otorgado por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de coadyuvar a la mejoría del trato digno y la calidad en los servicios que brindan. En forma independiente contribuye a evaluar de manera responsable los servicios de salud, ayudando a las instituciones a mejorar la confianza de los usuarios.

SIRAVAL. Sistema de Registro de Aval Ciudadano.

ESTAD. Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno.

SESTAD. Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno.

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DC. Dirección de Calidad.

SUG. Sistema Unificado de Gestión.

COCASEP. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

UM. Unidad médica.

SSS. Servicios de Salud de Sonora

IV.- REFERENCIAS

Ley General de Salud. Art. 58 fracción V.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Estrategia 2.3.4.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Objetivo 2, estrategia 2.2.5.
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.
Guía Operativa de Aval Ciudadano. 3ª. Versión 2018 (Actualización).
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

El Aval Ciudadano tiene el propósito de ser un enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud a través de la creación de un espacio democrático donde las organizaciones de la sociedad civil puedan mostrar su voz y opinión respecto a la calidad percibida de la atención. Para ello la DGCES establece los instrumentos necesarios para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en los servicios de atención médica, así como promover, evaluar y supervisar su cumplimiento. Con base en lo anterior, los Servicios de Salud de Sonora las siguientes políticas:

Políticas:

1.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel, así como las Jurisdicciones Sanitarias del estado, deberán contar con un Gestor de Calidad para coordinar la implementación de este programa.

2.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán contar con la instalación de la figura de participación social (AC), misma que deberá realizar sus funciones de acuerdo a los lineamientos establecidos en la guía operativa.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P13-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Programa de Participación Social en Salud Aval Ciudadano	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Difusión de Lineamientos	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe de la DGCES, los lineamientos para la operación del programa de aval ciudadano.	
1.2	Secretaría de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.	Registra oficio, captura, y turna a DC.	Bitácora de control de registro de correspondencia.
1.3	Director(a) de Calidad.	Revisa y turna al responsable del Programa de Aval Ciudadano para la planificación de las actividades de difusión.	
1.4	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Elabora plan de trabajo para la difusión de lineamientos del programa de Aval Ciudadano a las Jurisdicciones Sanitarias/Unidades de manera oficial.	Plan de trabajo anual del programa Aval Ciudadano.
1.5	Jefe de Planeación e innovación de la calidad.	Revisa la propuesta, corrige e integra al programa de trabajo de la DC.	
1.6	Director(a) de Calidad.	Autoriza y presenta el plan de trabajo del programa de Aval Ciudadano a la DGEC para su revisión y autorización.	
1.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza el plan de trabajo del programa Aval Ciudadano.	
1.8	Director(a) de Calidad.	Recibe y turna para su ejecución Plan de trabajo anual.	
1.9	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Programa y ejecuta plan de trabajo.	Cronograma de actividades.
2		Registro de Aval Ciudadano	
2.1	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Recibe notificación vía electrónica, sobre el registro por parte de la(s) unidad(es) médica(s) de la figura de aval ciudadano, en la plataforma del SIRAVAL.	
2.2		Realiza validación estatal de la información del registro de Aval Ciudadano y envía solicitud para su autorización Federal.	Oficio para validación de información y envío en Plataforma del registro de AC.
2.3		Recibe y envía acta de instalación validada de Aval Ciudadano a la unidad médica solicitante de manera electrónica, para firmas del AC y responsable de la UM.	Acta de instalación de Aval Ciudadano con firma digital del Director General de la DGCES en plataforma.
2.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe acta de instalación y remite a la DC, para recabar firma del secretario de salud.	Oficio para solicitud de firma del Secretario de Salud.
2.5		Remite nuevamente a la unidad médica acta original firmada por Secretario de Salud.	Oficio de envío de acta de instalación.
2.6	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Envía Acta de Instalación original para su resguardo en la UM solicitante.	Constancia de participación.
3		Capacitación	
3.1	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Diseña estrategia de capacitación del programa de participación social en salud: Aval Ciudadano, para los gestores de calidad y avales ciudadanos de las Jurisdicciones/Unidades médicas.	Plan de trabajo anual del programa Aval Ciudadano.
3.2		Ejecuta programa de trabajo en base al material provisto para tal fin por parte de la DGCES.	Evaluaciones. Lista de asistencia. Fotografías. Presentaciones.
4.		Evaluación del programa	
4.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Notifica a las Jurisdicciones sanitarias/Unidades médicas el calendario de apertura establecido por la DGCES para la captura en el sistema SESTAD de los resultados de la operación del programa Aval Ciudadano.	Oficio con el calendario para captura en el SESTAD.
4.2	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Genera reporte cuatrimestral de cierre del programa de acuerdo al calendario emitido por la DGCES.	Reporte cuatrimestral del programa Aval Ciudadano.
4.3		Analiza reporte y genera informe en base a los resultados, para presentar a la DC.	Informe de resultados.

4.4	Director(a) de Calidad.	Presenta informe de resultados a la DGEC para su análisis y seguimiento.	Informe de recomendaciones basado en los resultados.
4.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Emite recomendaciones, felicitaciones y sugerencias a las unidades médicas, en base a sus resultados.	Oficio que contiene resultados de la evaluación del programa.
5.		Supervisión	
5.1	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Determina la muestra (10%) de las unidades en el estado con Aval Ciudadano, de acuerdo a los resultados del programa y a las recomendaciones emitidas por la DGEC.	Listado de unidades médicas seleccionadas para supervisión. Formato de supervisión.
5.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Notifica a la jurisdicción/unidad la fecha establecida para la supervisión.	Oficio de notificación de supervisión.
5.3	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Realiza supervisión, concentra información en formatos y elabora reporte final al jefe de planeación.	Reporte final.
5.4	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Elabora informe de los resultados de la supervisión y presenta a la Dirección de Calidad.	Informe de resultados
5.5	Director(a) de Calidad.	Presenta resultados y solicita autorización para su envío a la DGEC.	
5.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza y envía a la DGCES informe final.	Oficio de resultados de supervisión.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programa de Participación Social en Salud Aval Ciudadano.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P13/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Bitácora de control de registro de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
2	Plan de trabajo anual del programa Aval Ciudadano.	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.
3	Cronograma de actividades.	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Electrónico	3 año	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
4	Oficio para validación de información y envío en Plataforma del registro de AC.	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
5	Acta de instalación de Aval Ciudadano con firma digital del Director General de la DGCES en plataforma.	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
6	Oficio para solicitud de firma del Secretario de Salud.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC y DGEC.	Archivo muerto.
7	Oficio de envío de acta de instalación.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
8	Constancia de participación.	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.
9	Plan de trabajo anual del programa Aval Ciudadano.	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
10	Evaluaciones. Lista de asistencia. Fotografías. Presentaciones.	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
11	Oficio con el calendario para captura en el SESTAD.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
12	Reporte cuatrimestral del programa Aval Ciudadano.	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.
13	Informe de resultados.	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto.
14	Informe de recomendaciones basado en los resultados.	Director(a) de Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
15	Oficio que contiene resultados de la evaluación del programa.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.

16	Listado de unidades médicas seleccionadas para supervisión. Formato de supervisión.	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
17	Oficio de notificación de supervisión.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
18	Reporte final.	Coordinador de Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
19	Informe de resultados	Jefe de planeación e innovación de la calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
20	Oficio de resultados de supervisión.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Implementación del Sistema de Registro y Monitoreo de Eventos Adversos.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P14/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Generar información actualizada de los eventos adversos derivados de los procesos de atención médica, para utilizarla en el análisis y definición de acciones para mejorar la calidad de la atención y seguridad de los pacientes en los Servicios de Salud de Sonora.

II.- ALCANCE

Hospitales generales, unidades médicas y jurisdicciones sanitarias de los Servicios de Salud de Sonora, así como otras instituciones de salud del sector público y privado.

III.- DEFINICIONES

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGEC: Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DC: Dirección de Calidad.

REC: Responsable Estatal de Calidad.

GC: Gestor de Calidad.

SREA: Sistema de Registro de Eventos Adversos.

COCASEP: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

EA: Evento Adverso; Es el daño que sufre un paciente como consecuencia de errores, incidentes, acciones o desviaciones durante su atención médica.

Seguridad del Paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición de los pacientes al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades o procedimientos.

Incidente: Definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña, o no, al paciente.

Cultura de Seguridad del paciente: Se define como el resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento, individuales y grupales, que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización.

IV.- REFERENCIAS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
Ley General de Salud.
Consejo de Salubridad General.
Reglamento Interno de Salubridad General.
Sistema de Protección Social en Salud.
Normas Oficiales Mexicanas.
Oficio de la DGCES-DG-01390 Abril 2016.
IBEAS. Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos de Salud. 2007.
Manual de Seguridad del Paciente de la DGCES.
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

De acuerdo con la DGCES, el Sistema de Registro de Eventos Adversos es una herramienta para la medición y análisis de los procesos de atención médica, que permite conocer los errores más comunes en los servicios de salud y trabajar en la implementación de acciones para reducir las incidencias. Por lo anterior y con base en su carácter rector, los Servicios de Salud en el Estado han fincado las siguientes políticas:

1.Todos los establecimientos del Sector Salud de segundo y tercer nivel de atención, deberán estar incorporados a la plataforma de Sistema de Registro de Eventos Adversos de la DGCES.

2.Todas las unidades médicas de primer nivel del Sector Salud Salud, deberán implementar un procedimiento para registro y seguimiento de los incidentes adversos que se presenten en las unidades médicas.

3.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán contar con un Gestor de Calidad para coordinar la implementación de este programa.

4.La DGCES, establecerá los requisitos para el registro de las unidades médicas de acuerdo a su tipología, mismas que los Servicios de Salud de Sonora difundirán a través de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P14-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Implementación del Sistema de Registro y Monitoreo de Eventos Adversos	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1.		Difusión del programa	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe oficio de la Secretaria de Salud y lo turna a la DC para análisis y selección de las unidades médicas que participarán en el programa de Registro Eventos Adversos y reporte a plataforma.	
1.2	Director(a) de Calidad.	Recibe información y determina junto con el área de planeación las unidades que cumplen con los requisitos.	
1.3	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad	Analiza las unidades de segundo y tercer nivel y elaboran informe para el Jefe de Planeación.	Informe de unidades médicas que participarán en programa.
1.4	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Revisa informe y elabora plan de trabajo para difundir el programa de eventos adversos.	Plan de trabajo para difusión del programa.
1.5	Director(a) de calidad.	Revisa y autoriza plan de trabajo, el cual presenta a la DGEC para su autorización.	
1.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza plan de trabajo para su ejecución.	
1.7	Director(a) de Calidad.	Recibe y turna plan de trabajo autorizado para su ejecución, al Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	
1.8	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Ejecuta de acuerdo a lo programado en el plan de trabajo.	
2.		Registro de Unidades.	
2.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Elabora oficio solicitando a las jurisdicciones y unidades médicas seleccionadas datos (Nombre de la Unidad, CLUES, Nombre del Director y del Gestor de Calidad, Teléfonos y Correo Electrónico) para su registro en el SREA.	Oficio para solicitar datos para registro en el SREA.
2.2	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Presenta a la directora(a) de Calidad oficio para su revisión y autorización del envío de los datos de las unidades participantes, al Responsable del Programa de Seguridad del Paciente y al Encargado del Sistema de Eventos Adversos para generación en la DGCES del usuario y clave de acceso única de las unidades.	Correo electrónico con anexo del Formato de Registro al SREA.
3		Capacitación	
3.1	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Diseña estrategia de capacitación del programa Eventos Adversos para los Gestores de Calidad jurisdiccionales, hospitales y órganos desconcentrados.	Documento que contiene estrategias de capacitación.
3.2	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza capacitación implementando las estrategias diseñadas, apoyándose en el material proporcionado por la DGCES.	Lista de asistencia. Presentaciones. Fotografías. Evaluaciones.
4		Evaluación del programa	
4.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza monitoreo mensual del sistema de registro de Eventos Adversos y elabora informe.	Informe mensual del monitoreo del SREA.
4.2	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Realiza un análisis de los resultados del registro de los EA en la plataforma del SREA y presenta a la DC.	
4.3	Director(a) de Calidad.	Revisa, analiza y presenta informe de resultados a la DGEC, para generar estrategias de seguimiento.	
4.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y emite recomendaciones en base a los resultados generados y solicita acciones complementarias inmediatas.	Documento con recomendaciones.
4.5	Director(a) de Calidad.	Planifica con el Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad, actividades complementarias en base a las recomendaciones de la DGEC.	

4.6	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza las adecuaciones al plan de trabajo y ejecuta en base a lo autorizado por la DGEC.	
5		Supervisión	
5.1	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Realiza supervisión en las unidades médicas seleccionadas, de acuerdo a las recomendaciones emitidas por la DGEC.	
5.2	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Elabora informe de resultados de la supervisión y presenta a la Dirección de Calidad.	Informe de resultados de supervisión.
5.3	Director(a) de Calidad.	Revisa y presenta a la DGEC el resultado del cumplimiento del programa.	
5.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y emite recomendaciones.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Implementación del Sistema de Registro y Monitoreo de Eventos Adversos.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P14/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Informe de unidades médicas que participarán en programa.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
2	Plan de trabajo para difusión del programa.	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
3	Oficio para solicitar datos para registro en el SREA.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
4	Correo electrónico con anexo del Formato de Registro al SREA.	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico	5 años.	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
5	Documento que cont iene estrategias de capacitación.	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
6	Lista de asistencia. Presentaciones. Fotografías. Evaluaciones.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
7	Informe mensual del monitoreo del SREA.	Coordinador(a) del Monitoreo de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
8	Documento con recomendaciones.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
9	Informe de resultados de supervisión.	Jefe(a) de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Monitoreo para la gestión de la calidad en las unidades médicas (INDICAS II).

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P15/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Incorporar a todas las unidades médicas del estado al Sistema Integral de Medición INDICAS II, para el uso y manejo de indicadores de salud como herramienta de apoyo en la toma de decisiones.

II.- ALCANCE

Unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad.

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DC. Dirección de Calidad.

COCASEP. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

PMCC. Programa de Mejora Continua de la Calidad.

SSS. Servicios de Salud de Sonora

IV.- REFERENCIAS

Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018.
Manual de usuario del sistema INDICAS, versión 2.0.0.2. Enero de 2010.
Cuadernillos de recolección y concentración de datos por cuatrimestre 2013.
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como las Jurisdicciones Sanitarias del estado, deberán contar con un gestor de calidad para coordinar la implementación de este programa.

2.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán contar con la instalación del sistema local INDICAS II.

3.Todas las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, deberán realizar el análisis de los resultados en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) al que pertenezcan.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P15-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Monitoreo para la gestión de la calidad en las unidades médicas (INDICAS II)	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Difusión de lineamientos.	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe de la DGCES los lineamientos para la operación del Sistema de Monitoreo para la Gestión de Calidad.	
1.2	Secretaria de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.	Registra oficio, captura y turna a la DC.	Bitácora de control de correspondencia.
1.3	Director(a) de Calidad.	Revisa y turna al Jefe de Planeación e Innovación de la calidad, para la planificación de las actividades de difusión.	
1.4	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Solicita al responsable del programa la elaboración del plan de trabajo para la difusión de lineamientos del programa a las jurisdicciones sanitarias/unidades. médicas.	Plan de trabajo para la difusión de lineamientos del programa.
		Solicita al responsable del programa la elaboración del plan de trabajo para la difusión de lineamientos del programa a las jurisdicciones sanitarias/unidades. médicas.	cronograma de actividades.
1.5		Revisa propuesta, corrige e integra al programa de trabajo de la DC.	
1.6	Director(a) de Calidad.	Autoriza y presenta plan de trabajo del programa a la DGEC para su revisión y autorización.	
1.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza el plan de trabajo del programa del Sistema de monitoreo INDICAS II y remite al DC.	
1.8	Director(a) de Calidad.	Recibe y turna para su ejecución plan de trabajo del programa del Sistema de monitoreo INDICAS II al Jefe de Planeación.	
1.9	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Ejecuta plan de trabajo del programa del Sistema de monitoreo INDICAS II.	
2		Registro de Unidades.	
2.1	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Solicita la incorporación de la unidad de atención médica sin registro, en el Sistema de Monitoreo de Indicadores de Calidad INDICAS.	Formato ENCCESAM-012016.
2.2	Director(a) de Calidad.	Revisa, valida, firma y turna formato ENCCESAM-012016, al Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad para el seguimiento de la solicitud.	
2.3	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Envía a la DGCES formato ENCCESAM-012016 escaneado, para registro de la solicitud, de acuerdo al calendario establecido por el sistema.	Correo electrónico con formato ENCCESAM-012016.
2.4		Verifica el registro de la unidad médica en el sistema INDICAS de acuerdo al calendario.	Calendario de registro de unidades.
2.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Notifica al responsable de la unidad médica su registro en el Sistema de monitoreo INDICAS II.	Oficio con notificación de registro.
3		Capacitación.	
3.1	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Diseña estrategia de capacitación del sistema INDICAS, para los Gestores de Calidad de las Jurisdicciones, hospitales y unidades médicas desconcentradas, como parte del plan de trabajo anual del sistema.	Documento con estrategia de capacitación del sistema INDICAS.
3.2		Ejecuta programa de trabajo en base a material provisto para tal fin por parte de la DGCES.	Evaluaciones. Listas de asistencia. Fotografías. Presentaciones.
3.3		Elabora informe de resultados de la implementación de la capacitación.	Informe de resultados
3.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Emite informe con los resultados de la medición del impacto de la capacitación a las Jurisdicciones Sanitarias, hospitales y unidades médicas desconcentradas.	Oficio con informe de resultados.

4		Evaluación del Programa INDICAS II.	
4.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Notifica a las unidades médicas de las Jurisdicciones Sanitarias, calendario, para captura de resultados de la operación del programa en el Sistema Nacional INDICAS II, establecido por la DGCES.	Oficio de notificación.
4.2	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Solicita al responsable del programa, reporte del cierre del Sistema cada cuatrimestre de acuerdo al calendario emitido por la DGCES.	Reporte cuatrimestral del Sistema Nacional INDICAS II.
4.3		Analiza reporte del cierre del Sistema y genera informe con base a los resultados, para presentar a la DC.	
4.4	Director(a) de Calidad.	Recibe y presenta informe de resultados a la DGEC, para su análisis y seguimiento.	
4.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Emite recomendaciones, felicitaciones y/o sugerencias, con base en los resultados derivados de la aplicación de un programa de mejora continua, como estrategia para mejorar el resultado del indicador.	Oficio con informe de resultados de la operación del programa.
5		Seguimiento.	
5.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe de parte de las Jurisdicciones Sanitarias/unidades médicas, el resultado de la implementación del programa de mejora continua para su valoración, y lo turna a la DC.	
5.2	Director(a) de Calidad/Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Analiza los informes y verifica el cumplimiento con base en los resultados del siguiente cuatrimestre.	
5.3	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Monitorea el resultado posterior a la implementación del Programa de Mejora Continua (PMCC) y emite informe a la DC para su seguimiento.	Informe con resultados de la implementación del PMCC.
5.4	Director(a) de Calidad.	Presenta informe de los resultados obtenidos en la implementación del PMCC.	
5.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa informe y notifica a la Jurisdicción Sanitaria/unidad médica, los resultados obtenidos por la implementación del PMCC.	Oficio de notificación de resultados de la implementación del PMCC.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Monitoreo para la gestión de la calidad en las unidades médicas (INDICAS II).**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P15/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Bitácora de control de registro de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Papel	5 años.	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto.
2	Plan de trabajo para la difusión de lineamientos del programa.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
3	Cronograma de actividades.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
4	Formato ENCCESAM-012016.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico	5 años.	Archivo digital de la DC.	Archivo muerto.
5	Correo electrónico con formato ENCCESAM-012016.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
6	Calendario de registro de unidades.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
7	Oficio con notificación de registro.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y DGEC.	Archivo muerto.
8	Documento con estrategia de capacitación del sistema INDICAS.	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
9	Evaluaciones. Listas de asistencia. Fotografías. Presentaciones.	Jefe de Planeación e Innovación de la calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
10	Informe de resultados	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
11	Oficio con informe d e resultados.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y DGEC.	Archivo muerto.
12	Oficio de notificación.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y DGEC.	Archivo muerto.
13	Reporte cuatrimestral del Sistema Nacional INDICAS II.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
14	Oficio con informe de resultados de la operación del programa.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y DGEC.	Archivo muerto.
15	Informe con resultados de la implementación del PMCC.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años.	Archivo de la DC.	Archivo muerto.
16	Oficio de notificación de resultados de la implementación del PMCC.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años.	Archivo de la DC y DGEC.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programa de Estimulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P16/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Promover la mejora continua en el desempeño, productividad y superación de los empleados federales que brindan atención directa a los usuarios de los establecimientos de salud, como una estrategia para elevar la calidad en la atención de los usuarios de los Servicios de Salud de Sonora.

II.- ALCANCE

A los empleados con base federal de más de dos años de antigüedad que atiendan de manera directa a los usuarios de primero, segundo y/o tercer nivel de atención.

III.- DEFINICIONES

DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGEC.- Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DC.- Dirección de Calidad.

DGACS.- Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

DGRH.- Dirección General de Recursos Humanos.

CNPECD.- Comité Nacional del Programa de Estímulos a la Calidad y el Desempeño.

CEPECD.- Comité Estatal del Programa de Estímulos a la Calidad y el Desempeño.

CLPECD.- Comisión Local del Programa de Estímulos a la Calidad y el Desempeño.

GC.- Gestor de Calidad

IV.- REFERENCIAS

Con fundamentos en los artículos, 31 fracción XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal;
Artículo 2 fracción XXXIII, 3, 45 y 64 fracción V de la Ley Federal de Presupuestos y Responsabilidad Hacendaria;
Artículo 62 fracción XXXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

Con el propósito de establecer un sistema integral de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud e incidir en un proceso de mejoramiento continuo del desempeño, la productividad y la superación del personal que nos ayude a contribuir a mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios de salud para impulsar el reconocimiento institucional al personal y estimular su participación en el mejoramiento de los servicios y con base en la Norma emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la operación del Programa de Estímulos a la Calidad y el Desempeño del Personal de Salud “PECD”, la Secretaría de Salud en el Estado finca las siguientes políticas:

1.Deberá instalarse un Comité Estatal del PECD, el cual será presidido por el Secretario de Salud en el estado y como Secretario Técnico del Comité, la Dirección General de Enseñanza y Calidad; Coordinación: Responsable Estatal de Calidad; Vocales: Dirección General de Recursos Humanos, Delegados y Directores de estancias participantes externas a la secretaria de salud, Órgano de Control y Desarrollo Administrativo, representantes de las distintas disciplinas participantes y Aval Ciudadano, quienes darán certeza al programa en la conformación de los expedientes y la adecuada evaluación del personal participante.

2.Cada unidad médica que cuente con un participante, tiene la obligación de realizar la instalación de una Comisión Local conformada por: Director de la Unidad y presidente de la comisión; Coordinador de Enseñanza e Investigación y Secretario Técnico de la Comisión; Gestor de Calidad y Coordinador de la Comisión; Vocales: Recursos Humanos, representantes de disciplinas participantes y el Aval Ciudadano quien le otorgara transparencia al programa.

3.El Responsable Estatal de Calidad, tiene la responsabilidad de participar en las comisiones locales como asesor y formará parte del Comité Estatal.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P16-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal en Salud.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1.		DIFUSIÓN DEL PROGRAMA	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe mediante oficio las bases y la convocatoria del Programa de Estímulos a la Calidad y el Desempeño del Personal de Salud (PECD) y las turna a la DC.	
1.2	Secretaria de la DC.	Recibe, registra y entrega correspondencia a la DC.	Bitácora de correspondencia DC.
1.3	Director(a) de Calidad.	Revisa y turna para su seguimiento al Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	
1.4	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Revisa bases de la convocatoria junto con el responsable del programa y solicita plan de trabajo del PECD para la difusión.	Plan de trabajo del PECD.
1.5		Revisa la propuesta, corrige e integra al programa de trabajo del PECD de la DC y presenta a la DC.	
1.6	Director(a) de Calidad.	Revisa, autoriza y presenta el plan de trabajo del PECD a la DGCES para su revisión y autorización.	
1.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza plan de trabajo del programa del PECD.	
1.8	Director(a) de Calidad.	Recibe y turna el plan de trabajo del programa del PECD al Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad, para su ejecución.	
1.9	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Ejecuta acciones de acuerdo al plan de trabajo autorizado.	
2.		CAPACITACIÓN	
2.1	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Diseña estrategia de capacitación del PECD, para gestores de calidad jurisdiccionales, hospitales y unidades médicas desconcentradas.	Programa de capacitación.
2.2		Ejecuta capacitación de acuerdo al cronograma de actividades y en base al material provisto para tal fin por parte de la DGCES.	Lista de asistencia a la capacitación. Fotografías. Presentaciones.
3.		CONFORMACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Convoca a los funcionarios que de acuerdo a la normatividad deberán conformar el Comité Estatal del PECD.	Oficio de convocatoria.
3.2	Director(a) de Calidad.	Elabora acta de instalación del Comité Estatal del PECD.	Acta de instalación del Comité Estatal del PECD.
3.3	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Coordina las actividades para llevar a cabo el evento y solicita a la Coordinación de Gestión y Evaluación, partida presupuestal para cubrir los gastos.	Oficio para solicitud de apoyo presupuestal.
3.4	Secretaria de DC.	Confirma asistencia al evento	Lista de asistencia confirmada.
3.5	Director(a) de Calidad.	Informa a la DGEC, lista de asistencia al evento.	
3.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Se realiza reunión de acuerdo a lo programado y se firma el acta de instalación del Comité Estatal del PECD.	Acta de instalación.
3.7	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Remite acta original firmada a la DGCES, de acuerdo a lo establecido en el programa.	Oficio para envío de acta instalación.
4.		ACTIVIDADES DEL COMITÉ ESTATAL	
4.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Solicita a la Dirección General de Recursos Humanos, los días laborales del año en curso, como parte de inicio de actividades de los participantes.	Oficio para solicitud de días laborales.
4.2		Revisa y notifica a las comisiones locales sobre los días laborales que notifica RH corresponden al año en curso.	Oficio de notificación de días laborales.
4.3		Solicita a RH, validar la información del participante en cuanto a su jornada laboral y nombramiento.	Oficio para validar información.

4.4		Revisa información que proporciona RH, y en caso de haber alguna inconsistencia se notifica a la comisión local para su seguimiento.	Oficio para notificar inconsistencias.
4.5		Recibe, analiza y válida la procedencia a las inconformidades que presentan las comisiones locales.	
4.6		Solicita a las comisiones locales, el envío de expedientes físicos para su validación.	Oficio para solicitud de expedientes.
5		VALIDACIÓN DE EXPEDIENTES	
5.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité Estatal del PECD.	Convoca a sesión del Comité Estatal del PECD, para la revisión de los expedientes de los participantes.	Oficio para convocar sesión.
5.2	Director(a) de Calidad.	Coordina las actividades para llevar a cabo la reunión del comité estatal del PECD.	
5.3	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Elabora programa, lista de asistencia, acta de la reunión, organiza formatos de evaluación y recibe expedientes por parte de las comisiones locales.	Programa de reunión. Lista de asistentes a la reunión del Comité Estatal del PECD. Acta de reunión. Formatos de evaluación.
5.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Valida expedientes y realiza ajustes a las categorías según corresponda.	
5.5		De acuerdo a los resultados, se elabora carpeta ejecutiva para su envío a la Comisión Nacional del PECD.	Carpeta ejecutiva. Oficio para envío de carpeta ejecutiva.
6		SEGUIMIENTO	
6.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité Estatal del PECD.	Envía relación de participantes que con base a los resultados, continúan participando en el programa y pudieran ser acreedores al estímulo.	
6.2		Revisa y valida el listado final de los participantes y notifica a RH para realizar el trámite económico correspondiente.	Oficio para tramite de apoyo económico para participantes finales.
7		EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	
7.1	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Realiza informe sobre los resultados obtenidos en el programa, para generar las estrategias que se implementaran el siguiente ciclo.	Informe de resultados.
7.2	Director(a) de Calidad.	Revisa y autoriza informe y presenta a la DGEC.	
7.3	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Analiza resultados de informe para generar estrategias para incrementar la participación del personal.	
7.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaría Técnica del Comité Estatal del PECD.	Envía a la Comisión Local los resultados del programa.	Oficio para envío de resultados.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dra. Sandra Xochitl Ibañez Salazar/ Jefe de Departamento de Planeación e Innovación de la Calidad	Dr. Ramón Eduardo Tamayo Espinoza/Director de Calidad.	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programa de Estimulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P16/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Bitácora de correspondencia DC.	Secretaria de la DC	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto
2	Plan de trabajo del PECD.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
3	Programa de capacitación.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
4	Lista de asistencia a la capacitación. Fotografías. Presentaciones.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
5	Oficio de convocatoria.	Director(a) General deEnseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
6	Acta de instalación del Comité Estatal del PECD.	Directora de Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
7	Oficio para solicitud de apoyo presupuestal.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
8	Lista de asistencia confirmada.	Secretaria de DC.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
9	Acta de instalación.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
10	Oficio para envío de acta instalación.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC	Archivo muerto
11	Oficio para solicitud de días laborales.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	3 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
12	Oficio de notificación de días laborales.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
13	Oficio para validar información.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
14	Oficio para notificar inconsistencias.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
15	Oficio para solicitud de expedientes.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.

16	Oficio para convocar sesión.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto.
17	Programa de reunión. Lista de asistentes a la reunión del Comité Estatal del PECD. Acta de reunión. Formatos de evaluación.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
18	Carpeta ejecutiva. Oficio para envío de carpeta ejecutiva.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
19	Oficio para tramite de apoyo económico para participantes finales.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto
20	Informe de resultados.	Jefe de Planeación e Innovación de la Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DC.	Archivo muerto
21	Oficio para envío de resultados.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad y Secretaria Técnica del Comité Estatal del PECD.	Papel	5 años	Archivo de la DC y de la DGEC.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programación de Recursos Humanos.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P18/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Formalizar los criterios establecidos para la administración del recurso humano adscrito a la Dirección General de Enseñanza y Calidad, mediante una programación ordenada y transparente, que fomente el apego a la normatividad interna de los Servicios de Salud de Sonora

II.- ALCANCE

Dirección de Calidad, Dirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

III.- DEFINICIONES

SAIRH.- Sistema de Administración de Información de Recursos Humanos.

DGEC.- Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DGRH- Dirección General de Recursos Humanos.

SSS.- Servicios de Salud de Sonora

IV.- REFERENCIAS

Ley No. 40 de Planeación del Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No. 10 del 2 de Feb.1984).
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora

V.- POLÍTICAS

Con el propósito de establecer un sistema integral de los recursos financieros, la Secretaría de Salud en el Estado finca las siguientes políticas:

1.- Se requiere pase de salida autorizado por jefe de departamento y Coordinador para salir de la DGEC.

2.- Se requiere de autorización de DGEC para salida de vacaciones

3.- Se requiere pase de comisión sellado para la validación y justificación de asistencia en checador.

4.- Se requiere checar la entrada y salida sin omisión alguna para comprobar el día laborado

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P18-A18/Rev.01	Diagrama de Flujo Programación de Recursos Humanos	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Captura SAIHR	
1.1	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Revisa, valida y firma incidencias.	
1.2	Responsable de Incidencias.	Captura en Sistema de Administración de Información de Recursos Humanos (SAIRH) el registro de asistencias, incidencias, vacaciones, estímulos, nominas	Reporte de incidencias
1.3		Elabora oficios de respuesta de incidencias del personal estatal y federal para el Área de Recursos Humanos	Oficios de respuesta de incidencias.
1.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa, valida oficios para su autorización	
2		Estructura Organizacional	
2.1	Responsable de Incidencias.	Actualiza la estructura organizacional de la Dirección General de enseñanza y Calidad.	Estructura organizacional actualizada.
2.2	Coordinador de Gestión y Evaluación	Valida la información plasmada en la estructura organizacional para autorización	
2.3	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Valida, autoriza estructura y turna a Coordinador de Gestión y Evaluación	
2.4	Responsable de Incidencias.	Elabora oficio dirigido a la Directora General de Recursos Humanos para envio de estructura.	Oficio para envío de estructura
2.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Autoriza y firma oficio de envío de estructura.	
3		Cédula de Evaluación personal federal	
3.1	Coordinador de Gestión y Evaluación	Recibe información turnada por Recursos Humanos para Evaluación trimestral de personal federal y formalizado.	
3.2		Turna a apoyo administrativo para llenado de documentación del personal.	
3.3	Responsable de Incidencias.	Requisita formatos y turna a jefes de departamento para su evaluación.	Formatos FI Y FII , Formato de Cédula.
3.4	Jefe de departamento	Evalúa a su personal y turnan a Coordinador de Gestión y Evaluación.	
3.5	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Valida información y turna a Directora General de Enseñanza y Calidad	
3.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida y autoriza con firma las evaluaciones y turna a Coordinador de Gestión y Evaluación para su envió.	
3.7	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Elabora oficio para envió de evaluaciones a la Dirección General de Recursos Humanos.	Oficio para envío de evaluaciones del personal federal.
4		Cédula de Evaluación personal Estatal	
4.1	Coordinador de Gestión y Evaluación	Recibe información turnada por Recursos Humanos para Evaluación semestral de personal estatal de base sindicalizado.	
4.2		Turna a apoyo administrativo para llenado de documentación del personal.	
4.3	Responsable de Incidencias.	Requisita formatos requeridos y turna a jefes de departamento para su evaluación.	Formatos de Evaluación
4.4	Jefe de departamento	Evalúa a su personal y turnan a Coordinador de Gestión y Evaluación	
4.5	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Valida información y turna a Directora General de Enseñanza y Calidad	
4.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Coordinador de Gestión y Evaluación	
4.7	Responsable de Incidencias.	Elabora oficio para envió de evaluaciones a la Dirección General de Recursos Humanos.	Oficio para envío de evaluaciones del personal estatal.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Ing, Sergio Tapia Verdugo/Administrador	Map. Armida Verduzco Coronado/ Coordinadora de Gestión, Enlace y Evaluación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programación de Recursos Humanos.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P18/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Reporte de incidencias	Apoyo administrativo.	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
2	Oficios de respuesta de incidencias.	Apoyo administrativo	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
3	Estructura organizacional actualizada.	Apoyo Administrativo	Electrónico	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
4	Oficio para envío de estructura	Apoyo administrativo	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
5	Formatos FI Y FII , formato de cédula	Apoyo administrativo	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
6	Oficio con envío de evaluaciones de personal federal.	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
7	Formatos de Evaluación	Apoyo administrativo	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
8	Oficio para envío de evaluaciones de personal Estatal.	Apoyo Administrativo	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programación de Recursos Financieros

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P17/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Integrar, evaluar y dar seguimiento al presupuesto financiero de la Dirección General de Enseñanza y Calidad, así como implementar las disposiciones normativas para optimizar el presupuesto asignado.

II.- ALCANCE

Dirección de Calidad, Dirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación de la Dirección General de Enseñanza y Calidad

III.- DEFINICIONES

SIRF.- Sistema de Información de Recursos Financieros.

DGEC.- Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DGA.- Dirección general de Administración.

AGVIA.- Viatico.

IV.- REFERENCIAS

Ley No. 40 de Planeación del Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No. 10 del 2 de Feb.1984).
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora

V.- POLÍTICAS

Con el propósito de establecer un sistema integral de los recursos financieros, la Secretaría de Salud en el Estado finca las siguientes políticas:
1.- la solicitud de papelería dentro de la DGEC, se debe realizar mediante formato de solicitud de insumos el cual deberá ser firmado por el Coordinador de Gestión y Evaluación para entrega de material requerido.
2.- El fondo revolvente únicamente puede ser controlado por el Coordinador de Gestión y Evaluación, para compras menores que no hayan sido presupuestadas por la DGEC. Y estas mismas deben ser amparadas por factura.
3.- Se debe de solicitar por medio de formato de solicitud de viáticos toda comisión del personal que se requiera.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P17-A17/Rev.01	Diagrama de Flujo Programación de Recursos Financieros.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Elaboración de presupuesto	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe oficio con formato para estructurar el presupuesto de la DGEC.	
1.2	Secretaria DGEC	Registra oficio en el Sistema de Control de Correspondencia y turna.	Número de registro de control de correspondencia.
1.3	Coordinador de gestión y Evaluación.	Recibe oficio y confirma recepción al Departamento de Planeación.	Oficio dirigido al departamento de planeación.
1.4		Revisa y reenvía el oficio a los Directores, Jefes de departamento y Coordinadores de la Dirección de Enseñanza y Calidad, solicitando las necesidades de presupuesto para cubrir las actividades de sus áreas.	Formato con propuesta presupuestal.
1.5		Recibe las propuestas de jefes y Coordinadores de la Dirección para evaluarlas y dar seguimiento.	
1.6		Envía propuestas a Director(a) de la DGEC para su revisión.	
1.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Aprueba propuestas y las remite al Coordinador de gestión y Evaluación para seguimiento de la estructura presupuestal.	
1.8	Coordinador de gestión y Evaluación	Distribuye las propuestas presupuestales en las partidas correspondientes, de acuerdo al formato de estructura presupuestal enviado por planeación.	
1.9		Envía la estructura presupuestal a Director(a) de la DGEC para su validación.	
1.10	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Regresa la estructura presupuestal validado y aprobado al Coordinador de gestión y Evaluación para su seguimiento.	
1.11	Coordinador de gestión y Evaluación	Envía estructura presupuestal a Planeación para su análisis y aprobación, por correo electrónico y oficio.	Oficio de envío de estructura presupuestal.
2		Viáticos	
2.1	Coordinador de gestión y Evaluación.	Recibe solicitud de viáticos para comisión.	Formato de solicitud de viáticos
2.2		Revisa y solicita autorización Director(a) de la DGEC para realizar el AGVIA.	
2.3	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Aprueba la comisión del empleado y autoriza se realice el AGVIA.	
		“Una vez verificado que las partidas cuenten con la suficiencia presupuestal”.	
2.4	Coordinador de gestión y Evaluación.	Elabora el AGVIA con los datos correspondientes.	Formato de registro de viáticos.
		"Una vez requisitado e impreso el Formato de viáticos, se firma el AGVIA por el empleado a comisionar"	
2.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza el AGVIA y se entrega al empleado comisionado para su firma.	
2.7	Coordinador de gestión y Evaluación.	Imprime el Formato de registro de viáticos para firma y autorización del Subsecretario de Salud.	
2.8	Secretaria de la DGEC.	Recibe y entrega AGVIA a Coordinador de Gestión y Evaluación.	
2.9	Coordinador de gestión y Evaluación.	Envía AGVIA al Departamento de finanzas, para el trámite del pago correspondiente.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Ing. Sergio Tapia Verdugo/ Administrador	Map. Armida Verduzco Coronado/ Coordinadora de Gestión, Enlace y Evaluación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programación de Recursos Financieros**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P17/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Número de registro de control de correspondencia.	Secretaria de la DGEC	Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto
2	Oficio dirigido al departamento de planeación.	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Papel	3 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
3	Formato con propuesta presupuestal.	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Papel	1 año	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
4	Oficio de envío de estructura presupuestal.	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Papel	3 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
5	Formato de solicitud de viáticos.	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
6	Formato de registro de viáticos.	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programación de Recursos Materiales.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P20/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Establecer los mecanismos y criterios que permitan el uso eficiente y racional de los bienes de consumo con que cuenta la Dirección General de Enseñanza y Calidad, mediante el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Dirección de Recursos Materiales.

II.- ALCANCE

Dirección de Calidad, Dirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

III.- DEFINICIONES

SIRF.- Sistema de información de Recursos Financieros.

DGEC.- Dirección General de Enseñanza y Calidad.

SSS.- Servicios de Salud de Sonora.

PV.- Mantenimiento de Parque Vehícular.

DSG.- Dirección de Servicios Generales.

AF.- Activo Fijo.

AE.- Almacén Estatal.

IV.- REFERENCIAS

Ley No. 40 de Planeación del Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No. 10 del 2 de Feb.1984).
Reglamento interior de los Servicios de Salud de Sonora
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

Con el propósito de establecer un sistema integral de los recursos materiales, la Secretaría de Salud en el Estado finca las siguientes políticas:
1.- Las adquisiciones se solicitan mediante formatos oficiales.
2.- Los vehículos oficiales solo se pueden operar con licencia vigente de chofer.
3.- Los insumos de la DGEC. Solo los surten proveedores activos en Los Servicios de Salud de Sonora SSS.
4.- Los vehículos para dar su mantenimiento se requiere cotización y factura vigente.
5.- Solo Activo Fijo puede dar de alta en el sistema y se realiza la petición mediante oficio de aprobación.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P20-A20/Rev.01	Diagrama de Flujo Programación de Recursos Materiales	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Activo Fijo	
1.1	Coordinador de Gestión y Evaluación	Revisa en Sistema de Recursos Financieros (SIRF) el Activo fijo registrado de la DGEC.	
1.2		Valida conciliación de cada uno de los bienes de la DGEC en el SIRF.	
1.3		Remite el inventario validado al Director(a) General de Enseñanza y Calidad para su aprobación.	Formato de activos fijos
1.4		Elabora oficio dirigido al departamento de Activo fijo solicitando la conciliación de los bienes de la DGEC	Oficio para conciliación de bienes.
1.5		Remite oficio a Director(a) General de Enseñanza y Calidad para su aprobación.	
1.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Turna oficio al Coordinador de Gestión y Evaluación ya aprobado, para su envió al departamento de Activo fijo	
1.7	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Recibe oficio ya autorizado, lo valida y lo turna a chofer para su envío.	
1.8	Chofer	Recibe oficio y entrega al Departamento de Activo fijo, para cuse de recibo.	
2		Uso de Vehículos	
2.1	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Registra en formato oficial los modelos y números económicos de los vehículos.	Formato de control de PV.
2.2		Asigna los vehículos oficiales de la DGEC	
2.3		Verifica que cada vehículo cuente con su hoja de formato de traslado.	Formato de control de salidas de PV.
2.4	Chofer	Realiza el llenado del formato de cada traslado que realiza, anotando fecha, nombre del conductor, hora de salida y llegada, así como kilometraje inicial y final.	
2.5	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Archiva los formatos de control de salidas de parque vehicular.	
3		Mantenimiento de Vehículos	
3.1	Coordinador de Gestión y Evaluación	Solicita a Servicios generales Cotización para servicio vehicular	Solicitud electrónica de cotizaciones.
3.2		Recibe cotización por parte de servicios Generales.	
3.3		Coteja en el SIRF que se tenga la suficiencia presupuestal en la partida indicada a los servicios de parque vehicular	
3.4		Solicita a Director(a) General de Enseñanza y Calidad, autorización para elaborar PV.	Formato de solicitud de PV.
3.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza la elaboración del PV para su seguimiento	
3.6	Coordinador de Gestión y Evaluación	Realiza un PV en el SIRF por la cantidad cotizada.	
3.7		Elabora oficio con la clave presupuestal y PV incluido y envía A Director(a) General de Enseñanza y Calidad, para su autorización.	Oficio de autorización.
3.8	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza oficio y lo remite para su seguimiento.	
3.9	Coordinador de Gestión y Evaluación	Turna a chofer para su entrega en Servicios Generales	
3.10	Chofer	Entrega oficio autorizado en Servicios Generales.	
4		Insumos	
4.1	Coordinador de Gestión y Evaluación.	Realiza un inventario de sus insumos en la DGEC.	inventario de insumos.
4.2		Solicita a AE, por medio de correo electrónico y en formato oficial los insumos que requiere la DGEC	Formato de solicitud de insumos

4.3		Validada información que envía almacén estatal y reenvía con los insumos reales.	
4.4		Elabora oficio solicitando los insumos que requiere y remite para su validación y autorización.	Oficio con solicitud de insumos.
4.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida y autoriza oficio y turna para su seguimiento al Coordinador de Gestión y Evaluación.	
4.6	Coordinador de Gestión y Evaluación	Turna oficio a chofer para su entrega	
4.7	Chofer	Entrega oficio en AE	
5		Servicios Generales	
5.1	Coordinador de Gestión y Evaluación	Revisa las partidas del capítulo 3000 y le da seguimiento oportuno a cada una de ellas (limpieza, fumigación, vigilancia, papelería, copiadora, agua del personal)	
5.2		Realiza precompromiso del servicio a solicitar.	
5.3		Solicita al departamento de Servicios Generales el servicio requerido con el Precompromiso correspondiente.	Oficio dirigido a DSG
5.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa, autoriza y remite oficio para su seguimiento.	
5.5	Coordinador de Gestión y Evaluación	Valida información y turna oficio a chofer para su entrega.	
5.6	Chofer	Entrega oficio en Servicios Generales.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Ing, Sergio Tapia Verdugo/Administrador	Map. Armida Verduzco Coronado/ Coordinadora de Gestión, Enlace y Evaluación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programación de Recursos Materiales.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P20/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Formato de activos fijos	Coordinador de Gestión y Evaluación	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
2	Oficio para conciliación de bienes.	Secretaria DGEC	Papel	5 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
3	Formato de control de PV	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
4	Formato de control de salidas de PV	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
5	Solicitud electrónica de cotizaciones.	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	1 año	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
6	Formato de solicitud de PV.	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
7	Oficio de autorización.	Coordinador de Gestión y Evaluación	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
8	inventario de insumos.	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
9	Formato de solicitud de insumos	Coordinador de Gestión y Evaluación	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
10	Oficio con solicitud de insumos.	Coordinador de Gestión y Evaluación	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto
11	Oficio dirigido a DSG	Coordinador de Gestión y Evaluación	Papel	5 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Asesoría y supervisión en la instalación de los Comités de Investigación, Ética en la Investigación y Bioseguridad en las unidades médicas y administrativas.		
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	66-DEC-P01/Rev.00	**FECHA DE EMISIÓN:**	09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Lograr que las unidades médicas y administrativas de los Servicios de Salud de Sonora cuenten con Comité de Investigación (CI), Comité de Ética en Investigación (CEI) y Comité de Bioseguridad (CB), en observancia de la normatividad vigente en materia de investigación.

II.- ALCANCE

Personal de salud en las unidades médicas, que participe en la integración de los CI y CEI.
Personal en formación, que realiza trabajos de investigación como parte del proceso de obtención de grado.
Investigadores titulares de instituciones externas que realizan trabajos de investigación en convenio con las unidades de salud.

III.- DEFINICIONES

Personal en formación: Pasantes de carreras afines a la salud; estudiantes de posgrados en salud en instituciones educativas y residencias médicas.
Investigadores titulares: Profesionales de la salud con formación afín y experiencia adecuada para la conducción del trabajo a realizar. El grupo de investigadores, cuando se trate de proyectos de instituciones externas, incluye un colaborador miembro de la institución de salud donde se efectúe la investigación.
SSS: Servicios de Salud de Sonora.
CI: Comité de Investigación.
CEI: Comité de Ética en Investigación.
CB: Comité de Bioseguridad.

IV.- REFERENCIAS

NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
DOF 11-01-2016. Acuerdo por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012.
Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 22-06-2017.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Última reforma publicada DOF 02-04-2014.
Comisión Nacional de Bioética (2016). Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. Quinta edición.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.

V.- POLÍTICAS

La instalación y registro de los CI y CEI obedece a lo establecido en:

1.Ley General de Salud (Artículo 41 Bis, fracción II):

En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.
Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Sociología, Antropología, Filosofía o Derecho que cuenten con capacitación en Bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento.

2.Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud:

ARTICULO 99.- En toda institución de salud en donde se realice investigación para la salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán:

I. Un Comité de Ética en Investigación en el caso de que realicen investigación en seres humanos;

II. Un Comité de Bioseguridad encargado de determinar y normar al interior de la institución el uso de radiaciones ionizantes, técnicas de ingeniería genética u otras de riesgo evaluable, con base en las disposiciones jurídicas aplicables, y

III. Un Comité de Investigación, cuya integración será obligatoria para las instituciones de atención a la salud.

ARTICULO 100.- Las funciones generales de los Comités a que se refiere el artículo anterior, serán las siguientes:

I. Proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigaciones;

II. Auxiliar a los investigadores para la realización óptima de sus estudios, y

III. Vigilar la aplicación de este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTICULO 101.- Los titulares de las instituciones de salud registrarán los Comités a que se refiere el artículo 99 del presente Reglamento ante la Secretaría, la cual determinará las características y la periodicidad de los informes que habrán de proporcionar. Cuando se trate de los Comités de Ética en Investigación, el registro se realizará ante la Comisión Nacional de Bioética.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P1-A01/Rev.00	Diagrama de flujo Asesoría y supervisión de la instalación de los Comités de Investigación, Ética en la Investigación y Bioseguridad en las unidades médicas y administrativas	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	**RESPONSABLE**	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**REGISTRO**
1		Diagnóstico situacional de Comités en las unidades médicas y administrativas	
1.1	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Solicita informe del estatus e integración de los CEI, CI y CB a las unidades médicas y administrativas de los SSS.	Oficio solicitud de estatus e integración de CEI, CI y CB.
1.2		Verifica información, elabora informe del estatus que guardan los comités y da seguimiento de acuerdo a la situación que se presente en cada unidad.	Informe del estatus de los comités.
2		Asesoramiento para la instalación, registro y operatividad de Comités	
2.1	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Proporciona asesoría personal, correo electrónico o vía telefónica a las unidades médicas y administrativas que lo requieran.	
2.2		Gestiona en coordinación con el Departamento de Capacitación y de la Comisión Estatal de Bioética, la realización de reuniones periódicas para personal de Enseñanza de las unidades de salud.	Programa de capacitación.
		"Las reuniones tienen como finalidad proporcionar las herramientas para la instalación, regulación y operatividad de los comités."	
2.3	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Verifica la pertinencia y autoriza las capacitaciones programadas.	
2.4	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Elabora los oficios de invitación y solicitud de permiso o comisión para que el personal de las unidades convocadas pueda asistir las capacitaciones programadas.	Oficios de invitación y solicitud de permisos o comisiones para la asistencia.
3		Requerimiento de dictámenes y seguimiento a protocolos autorizados	
3.1	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Solicita a las unidades médicas y administrativas informe semestral de los dictámenes emitidos, así como los informes de seguimiento y finales de los proyectos de investigación autorizados.	Oficio de Informe semestral de productividad y seguimiento a proyectos de investigación autorizados.
3.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza los requerimientos de seguimiento de los protocolos de investigación.	
3.3	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Envía los requerimientos a las unidades y da seguimiento.	Oficio con requerimientos de informes se seguimiento y finales de los protocolos autorizados.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Mtra. Maria Elena Romero Arredondo/Jefe del Departamento de Investigación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Asesoría y supervisión en la instalación de los Comités de Investigación, Ética en la Investigación y Bioseguridad en las unidades médicas y administrativas.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P01/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Oficio solicitud de estatus e integración de CEI, CI y CB.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
2	Informe del estatus de los comités.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
3	Programa de capacitación.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
4	Oficios de invitación	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
5	Solicitud de permisos o comisiones para la asistencia.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
6	Constancias de participación.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
7	Folio electrónico.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
8	Oficio de Informe semestral de productividad y seguimiento a proyectos de investigación autorizados.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
9	Documento con requerimientos de protocolos de investigación.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
10	Oficio con requerimientos de informes se seguimiento y finales de los protocolos autorizados.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Colaboración en la detección de necesidades de Capacitación continua.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P02/Rev.03 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Impulsar la capacitación continua del personal de salud para mejorar su desempeño y otorgar servicios con calidad a los usuarios de los Servicios de Salud de Sonora.

II.- ALCANCE

Personal médico, paramédico y administrativo a nivel jurisdiccional y hospitalario de base estatal.

III.- DEFINICIONES

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.
DNC. Detección de Necesidades de Capacitación.
CECAP. Centro de Capacitación del Gobierno del Estado.
SSS. Servicios de Salud de Sonora.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de Capacitación.
Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Sonora.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1.La capacitación que se brinda es únicamente para el personal adscrito a los Servicios de Salud de Sonora, en caso de que la unidad cuente con personal no adscrito, se les otorgará constancia de asistencia sin validación por la DGEC.

2.Los trabajadores de base de los SSS deben cumplir anualmente un mínimo de seis créditos de capacitación.

3.Los cursos que realice el CECAP serán dirigidos solo a personal de base estatal.

4.El formato DNC solo se aplicará a los empleados de base estatal.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P02-A01/Rev.03	Diagrama de Flujo Colaboración en la detección de necesidades de Capacitación continua.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	**RESPONSABLE**	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**REGISTRO**
1.		Detección de Necesidades de Capacitación al personal de base estatal de todas las unidades médicas y administrativas de los SSS.	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe oficio de la Subdirección del CECAP, donde le solicitan aplicar el formato de DNC a los empleados estatales de las unidades médicas y administrativas.	
1.2	Jefe del Departamento de Capacitación.	Elabora oficio dirigido a los Directores de las Unidades Médicas y Administrativas con copia al Enlace de Capacitación de las mismas, solicitando la aplicación del formato DNC, especificando fecha de entrega.	Oficio solicitando la aplicación del formato DNC y Concentrado de información de los formatos DNC.
1.3	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe oficios de las unidades con los formatos DNC.	
1.4	Jefe del Departamento de Capacitación.	Recolecta los formatos de DNC de todas las unidades, elabora tabla con el concentrado total y envía por oficio a la Subdirector(a) del CECAP.	Oficio enviado al CECAP con anexo de los formatos DNC aplicados.
2.		Plan de capacitación mensual del CECAP.	
2.1	Jefe del Departamento de Capacitación.	Recibe mensualmente por medio electrónico el plan de capacitación que ofrece el CECAP.	
2.2		Reenvía plan mensual de capacitación y formato de registro por correo electrónico a los Jefes de Enseñanza y Enlaces de Capacitación de todas las unidades médicas y administrativas, solicitándoles la correcta difusión dentro de sus centros de trabajo.	Registro de envío electrónico del plan mensual de capacitación.
2.3		Recibe solicitudes de interesados por correo electrónico con el formato de registro adjunto y reenvía al enlace de CECAP la solicitud.	Registro electrónico de envío de solicitudes al enlace de CECAP.
2.4		Espera respuesta del enlace del CECAP y notifica al aspirante por medio de correo electrónico si fue registrado o se encuentra en lista de espera.	Notificación electrónica a los aspirantes.
3.		Reuniones de enlaces con el CECAP	
3.1	Jefe del Departamento de Capacitación.	Asiste a reuniones que convoca el CECAP para enlaces de capacitación.	
		"En la reunión proporciona información de nuevos proyectos de capacitación y recibe constancias del personal que asistió a cursos, mismas que turna al asistente de capacitación para su posterior entrega."	
3.2	Asistente de capacitación.	Recibe constancias y envía de manera individual las constancias a las unidades médicas y administrativas correspondientes.	Oficio de entrega-recepción de constancias.
3.3	Jefe del Departamento de Capacitación.	Promueve con los enlaces de capacitación de los SSS la difusión de los diplomados que está ofreciendo CECAP.	Archivo electrónico para difundir diplomado.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
M.A. Vania Zaireth Griego Castillo/Jefa del Departamento de Capacitación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Colaboración en la detección de necesidades de Capacitación continua.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P02/Rev.03**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Oficio solicitando la aplicación del formato DNC y Concentrado de información de los formatos DNC.	Jefa del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.
2	Oficio enviado al CECAP con anexo de los formatos DNC aplicados.	Jefe del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.
3	Registro de envío electrónico del plan mensual de capacitación.	Jefe del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.
4	Registro electrónico de envío de solicitudes al enlace de CECAP.	Jefa del Departamento de Capacitación.	Electrónico	1 año.	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.
5	Notificación electrónica a los aspirantes.	Jefa del Departamento de Capacitación.	Papel	1 año	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.
6	Oficio de entrega-recepción de constancias.	Asistente de capacitación.	Papel	1 años	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.
7	Archivo electrónico para difundir diplomado.	Jefa del Departamento de Capacitación.	Papel	1 año	Archivo del Departamento de capacitación.	Archivo muerto.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Coordinación de la recepción y evaluación de trabajos de investigación que se postulan a los Premios de Investigación en Salud.		
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	66-DEC-P03/Rev.03	**FECHA DE EMISIÓN:**	09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Brindar información confiable sobre los pasos que deben cumplirse para recibir y evaluar adecuadamente, los trabajos de investigación que se postulan a los premios de investigación en salud, en sus diferentes categorías.

II.- ALCANCE

Médicos y otros profesionales de la salud, de instituciones de salud y educativas de nivel superior.
Pasantes de Medicina y Carreras afines a la Medicina, adscritos a instituciones educativas y de salud en el Estado

III.- DEFINICIONES

Trabajo: investigación concluida, estructurada sistemáticamente, cuyo objetivo haya sido atender alguna problemática de salud.
CEIFCRHIS: Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud.
Documentación requerida: formato de inscripción, trabajo en extenso, carta declaración firmada por el autor principal y todos los colaboradores en la que se hace constar que el trabajo no ha sido publicado con anterioridad y no presenta conflicto de interés, dictamen favorable de Comité de Ética en Investigación (registrado ante CONBIOÉTICA), dictamen favorable de un Comité de Investigación o Cuerpo Académico, aval de la institución donde se realizó el Trabajo, registro ante la Dirección General de Enseñanza y Calidad, recibo de pago por registro a la Reunión de Investigación en Salud a nombre del primer autor.
CONACyT: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
SNI: Sistema Nacional de Investigadores; padrón de investigadores acreditado por el CONACyT.

IV.- REFERENCIAS

NOM-012-SSA3-2012: Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud.
Decreto que crea los Premios Dr. Gastón Madrid Sánchez, Dr. José Miró Abella, Dr. Ernesto Ramos Bours, y Enfermera Beatriz López Soto, para los mejores trabajos de investigación en el área de Salud y Asistencia Social el 21 de junio de 1988 y publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el 8 el 28 de julio de 1988.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.

V.- POLÍTICAS

1.- Lineamientos Generales de la Convocatoria para los Premios de Investigación en Salud:

Los términos en los que se publica la Convocatoria, abarcan dos categorías de investigación: Pregrado y Posgrado. Se considera en la Categoría de Pregrado a todos aquellos trabajos registrados por investigadores que cuenten con Licenciatura o que se encuentren en el proceso de formación de Licenciatura, Internado de Pregrado, Servicio Social o Carreras Técnicas Profesionales, y en la Categoría de Posgrado a todos los trabajos registrados por investigadores que estén en proceso de formación de Maestría, Residencia Médica, Especialidad, Doctorado o sean profesionistas, médicos o de otras profesiones de la salud.

Los requerimientos para la investigación y el contenido del Trabajo en extenso son los establecidos en la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y que se resumen como sigue:

•El investigador titular debe ser experto en el área de investigación
•Dictámenes favorables de Comités de Investigación y de Ética en Investigación.
•Modelo de formato de consentimiento informado
•Carta de patrocinador
•El trabajo en extenso debe contener como mínimo los apartados siguientes:

- Título del proyecto o protocolo de investigación
- Marco teórico
- Definición del problema
- Antecedentes
- Justificación
- Hipótesis (en su caso)
- Objetivo general (en su caso, objetivos específicos)
- Material y métodos
- Diseño: criterios de inclusión y exclusión, captura, procesamiento, análisis e interpretación de la información
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias bibliográficas

2.- Para la evaluación de los trabajos de investigación de pregrado, se invita a expertos con el perfil académico adecuado y se conforma un Comité evaluador que sesiona y califica los trabajos. Para los trabajos de posgrado se selecciona del padrón del Sistema Nacional de Investigadores a evaluadores que residan fuera del estado de Sonora y sin relación con los grupos de investigación locales, con el perfil y probada experiencia en el área de conocimiento para cada uno de los trabajos recibidos, mismos que se envían por correo electrónico para su valoración. En ambos casos, los trabajos se evalúan empleando una cédula de evaluación estándar con puntajes asignados para cada componente de la investigación.

3. El otorgamiento del Premio de Investigación en Salud, incluyendo los primeros lugares de posgrado la medalla de oro y estímulo económico se sustenta el Decreto que crea los Premios Dr. Gastón Madrid Sánchez, Dr. José Miró Abella, Dr. Ernesto Ramos Bours, y Enfermera Beatriz López Soto, para los mejores trabajos de investigación en el área de Salud y Asistencia Social el 21 de junio de 1988 y publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el 8 el 28 de julio de 1988.

Los premios son otorgados por el Gobierno del Estado, a los cuatro mejores trabajos de investigación en salud:

a) Premio DR. GASTÓN MADRID SÁNCHEZ, para el mejor trabajo de investigación en biomedicina y química, consistente en medalla de oro, estímulo económico por diez mil quinientos pesos y diploma.

b) Premio DR. JOSÉ MIRÓ ABELLA, para el mejor trabajo de investigación en salud pública, salud ambiental e investigación educativa, consistente en medalla de oro, estímulo económico por diez mil quinientos pesos y diploma.

c) Premio DR. ERNESTO RAMOS BOURS, para el mejor trabajo de investigación en medicina clínica, consistente en medalla de oro, estímulo económico por diez mil quinientos pesos y diploma.

d) Premio ENFERMERA BEATRIZ LÓPEZ SOTO, para el mejor trabajo de investigación en enfermería, asistencia social y trabajo social, consistente en medalla de oro, estímulo económico por diez mil quinientos pesos y diploma.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P03-A01/Rev.03	Diagrama de Flujo Coordinación de la recepción y evaluación de trabajos de investigación que se postulan a los Premios de Investigación en Salud.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1.		Convocatoria para Premios de Investigación en Salud.	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Establece lineamientos para elaboración de Convocatoria para Premios de Investigación en Salud.	Lineamientos para Convocatoria para Premios.
1.2	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora Convocatoria para Premios de Investigación en Salud.	Convocatoria para Premios de Investigación en Salud.
2.		Difusión de Convocatoria a Premios de Investigación en Salud.	
2.1	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora oficios a instituciones educativas y de salud, miembros de la CEIFCRHIS con la Convocatoria para el Premio.	Oficios de difusión de Convocatoria.
2.2	Secretaria del Departamento de Investigación.	Archiva acuse de recibo.	
3.		Recepción de trabajos de investigación para concurso.	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe los trabajos de investigación con la documentación requerida para postulación a concurso.	
3.2	Jefe del Departamento de Investigación.	Verifica que la documentación cumpla con la información requerida.	
3.3		Clasifica los trabajos de investigación de acuerdo a la categoría en pregrado y posgrado para su evaluación.	Relación de Trabajos para concurso.
4.		Elaboración de cédula de evaluación para trabajos sometidos a concurso.	
4.1	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora formato de cédula de evaluación con puntajes asignados para cada componente de los trabajos de investigación.	Formato de cédula de evaluación.
4.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida formato de cédula de evaluación.	
5.		Gestión para evaluación de trabajos de Pregrado.	
5.1	Jefe del Departamento de Investigación.	Postula a los integrantes de Comité Evaluador de trabajos de Pregrado con base a perfil académico y áreas de conocimiento de trabajos recibidos.	Listado de integrantes de Comité Evaluador.
5.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Aprueba a los integrantes del Comité Evaluador propuestos.	
5.3	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora oficios de invitación para integrantes de Comité Evaluador.	Oficios de invitación para conformación de Comité Evaluador de trabajos de Pregrado.
5.4		Conforma Comité Evaluador de trabajos de Pregrado.	Acta de integración de Comité Evaluador de trabajos de Pregrado.
5.5		Organiza y coordina reunión de Comité Evaluador para calificación de trabajos de pregrado empleando cédulas de evaluación establecidas.	Acta de reunión de Comité evaluador y Cédulas de evaluación con puntajes de trabajos de Pregrado
5.6		Revisa las cédulas de evaluación para la determinación de trabajos ganadores.	Acta con ganadores de Premio de Investigación en Salud, categoría pregrado.
5.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida Acta con ganadores de la categoría de pregrado.	
6.		Gestión para evaluación de trabajos de Posgrado.	
6.1	Jefe del Departamento de Investigación.	Postula integrantes del Comité Evaluador para trabajos de Posgrado.	Listado de integrantes de Comité Evaluador para trabajos de investigación de Posgrado.
		" La postulación se realiza a partir del Padrón de Investigadores Nacionales del SNI, conforme a las áreas de conocimiento de los trabajos recibidos, con residencia fuera del Estado y sin relación con grupos de investigación locales"	
6.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Aprueba a los integrantes postulados.	
6.3	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora oficios de invitación para la integración del Comité Evaluador de trabajos de Posgrado.	Oficios de invitación para integración de Comité Evaluador de trabajos de Posgrado.
6.4		Conforma Comité Evaluador de trabajos de Posgrado.	Acta de integración de Comité Evaluador de trabajos de Posgrado.

6.5		Envía trabajos de posgrado y cédula de evaluación vía correo electrónico a los miembros del Comité evaluador.	Registro electrónico de envío de trabajos de posgrado y cédulas de evaluación con puntajes de trabajos de Posgrado.
6.6		Recibe cédulas de evaluación vía correo electrónico.	
6.7		Revisa las cédulas de evaluación para la determinación de trabajos ganadores de la categoría posgrado.	Acta con ganadores de Premio de Investigación en Salud, categoría posgrado.
6.8	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida Acta con ganadores de la categoría de posgrado.	
7.		Presentación y Premiación de Trabajos de Investigación en Salud.	
7.1	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora oficio de notificación a los ganadores de cada categoría del Premio.	Oficio dirigido a ganadores del Premio de Investigación en Salud.
7.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida oficio de notificación a ganadores del Premio.	
7.3	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora Diplomas para los autores y coautores de los trabajos ganadores.	Diplomas.
7.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Valida Diplomas de los autores y coautores de los trabajos ganadores y remite para su envío a firma.	
7.5	Secretaria de Dirección General .	Envía Diplomas a firma de Gobernadora y Secretario de Salud.	
7.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe y resguarda Diplomas hasta su entrega en Ceremonia de Premiación.	
7.7	Jefe del Departamento de Investigación.	Coordina y gestiona recursos para la Ceremonia de entrega de Premios de Investigación en Salud.	
7.8	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Gestiona participación del Gobierno del Estado y Secretario de Salud en la entrega premios a los ganadores de las categorías de pregrado y posgrado.	Oficios de invitación a ceremonia.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Mtra. Maria Elena Romero Arredondo/Jefe del Departamento de Investigación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Coordinación de la recepción y evaluación de trabajos de investigación que se postulan a los Premios de Investigación en Salud.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P03/Rev.03**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Lineamientos de Convocatoria para Premios.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
2	Convocatoria para Premios de Investigación en Salud.	Directora General de Enseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
3	Oficios de difusión de Convocatoria.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
4	Relación de Trabajos para concurso.	Jefe de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
5	Formato de cédula de evaluación.	Jefe de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
6	Listado de integrantes de Comité Evaluador.	Jefe de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
7	Oficios de invitación para conformación de Comité Evaluador de trabajos de Pregrado.	Secretaria del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
8	Acta de integración de Comité Evaluador de trabajos de Pregrado.	Jefe de Investigación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
9	Acta de reunión de Comité Evaluador de trabajos de Pregrado.	Jefe de Investigación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
10	Cédulas de evaluación con puntajes de trabajos de pregrado.	Jefe de Investigación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
11	Acta con ganadores de Premio de Investigación en Salud, categoría pregrado	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	10 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
12	Listado de integrantes de Comité Evaluador para trabajos de investigación de Posgrado.	Jefe de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
14	Acta de integración de Comité Evaluador de trabajos de Posgrado.	Jefe de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
15	Registro electrónico de envío de trabajos de posgrado y cédulas de evaluación.	Jefe de Investigación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
16	Cédulas de evaluación con puntajes de trabajos de posgrado.	Jefe de Investigación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
17	Acta con ganadores de Premio de Investigación en Salud, categoría posgrado.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	10 años.	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto

18	Oficio dirigido a ganadores del Premio de Investigación en Salud.	Secretaria del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación.	Archivo muerto
19	Diplomas.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	10 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
20	Oficios de invitación a ceremonia.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Coordinación para la generación y ejecución de investigaciones en el área de la salud.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P04/Rev.00 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Generar y ejecutar investigaciones que atiendan los retos actuales en materia de salud, en coordinación con investigadores de los Servicios de Salud de Sonora y/o investigadores adscritos a otras instituciones.

II.- ALCANCE

Unidades administrativas y hospitalarias de los Servicios de Salud de Sonora, Profesionales de la salud adscritos a los Servicios de Salud de Sonora e investigadores adscritos a instituciones educativas o de investigación.

III.- DEFINICIONES

Investigadores externos: personal de salud que somete protocolos de investigación a registro y no pertenece a los Servicios de Salud de Sonora.
Investigadores internos: personal adscrito a los Servicios de Salud de Sonora que somete protocolos de investigación a registro.
SSS: Servicios de Salud de Sonora.
DGEC: Dirección General de Enseñanza y Calidad.
CEI: Comité de Ética en Investigación.
CI: Comité de Investigación.

IV.- REFERENCIAS

NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 22-06-2017.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Reg LGS-MIS). Última reforma publicada en DOF 02-04-2014.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Lineamientos de Investigación de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1. Los apartados requeridos para el protocolo en extenso, la documentación requerida y el establecimiento de Convenios y Acuerdos para la ejecución de los proyectos de investigación se sustenta en lo siguiente:

-Protocolo en extenso: Apartado 5.6 y 6.2 NOM-012-SSA3-2012

-Documentación requerida:

a)Dictámenes favorables de Comité de Ética de Investigación y Comité de Investigación o Cuerpo Académico: Artículo 14, fracción VII Reg LGS-MIS.

b)Los Comités de Ética en Investigación que dictaminen deben estar registrados ante CONBIOÉTICA: Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud y 99 del Reg LGS-MIS. Los Comités de Investigación deben registrarse ante COFEPRIS.

c)Modelo de consentimiento informado: Apartado 6.3.2.10 NOM-012-SSA3-2012; Artículos 20, 21 y 22 Reg LGS-MIS.

d)Carta de patrocinador de proyecto: Apartado 6.3.2.7 NOM-012-SSA3-2012.

e)Carta de no inconveniente de titular de la institución receptora: Artículo 14, fracción VIII Reg LGS-MIS.

-El protocolo debe tener un colaborador interno adscrito a la institución receptora (Artículo 113 Reg LGS-MIS).

-Convenios en materia de investigación:

a)Artículo 11 Reg LGS-MIS.

b)Artículo 31, fracción IX Reglamento Interior de los SSS.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P04-A04/Rev.00	Diagrama de flujo Coordinación para la generación y ejecución de investigaciones en el área de la salud	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	**RESPONSABLE**	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**REGISTRO**
1		Solicitud de investigación por parte de unidad o personal de los SSS.	
1.1	Secretaria de DGEC.	Recibe solicitud de necesidad de investigación y la turna al Departamento de Investigación.	Registro de Control de correspondencia.
1.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa solicitud, analiza viabilidad, autoriza y remite a Departamento de Investigación para elaboración de protocolo.	
1.3	Jefe del Departamento de Investigación	Elabora protocolo de investigación	Protocolo de investigación.
2		Investigación de la DGEC.	
2.1	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Elabora propuesta de investigación con la DGEC como único responsable de proyecto, en colaboración con personal de otras unidades de los SSS o investigadores externos.	Proyecto de protocolo de investigación.
2.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza protocolo de investigación.	
3		Autorización y registro de protocolo	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Envía protocolo de investigación para dictamen del CEI y CI.	Oficio con solicitud de dictamen de protocolo de investigación
3.2		Recibe respuesta de dictamen.	
		"Si el dictamen favorable,"	
3.3	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Procede a elaboración de formato de Registro y Autorización del protocolo de investigación.	Registro y autorización de protocolo de DGEC.
		“En el formato se describe con toda precisión las actividades a desarrollar y los compromisos institucionales”	
		"Cuando el dictamen es NO Favorable, se remite al jefe del departamento de investigación para solventar las observaciones del CEI y CI."	
4		Realización de investigación e informe final.	
4.1	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Ejecuta plan operativo de protocolo de investigación, en coordinación con los colaboradores del proyecto.	
4.2		Elabora informes de seguimiento periódicos con el avance del proyecto a CEI, conforme a lo establecido, hasta la conclusión del trabajo. Se archiva copia.	Informes de avance de investigación.
4.3		Realiza el análisis de resultados y redacta informe final.	Informe final de investigación.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Mtra. Maria Elena Romero Arredondo/Jefe del Departamento de Investigación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Coordinación para la generación y ejecución de investigaciones en el área de la salud.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P04/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Registro de Control de correspondencia.	Secretaria de DGEC.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto
2	Protocolo de investigación.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
3	Proyecto de protocolo de investigación.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Papel	5años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
4	Oficio con solicitud de dictamen de protocolo de investigación	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
5	Registro y autorización de protocolo de DGEC.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
6	Informes de avance de investigación.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo
7	Informe final de investigación.	Jefe(a) del Departamento de Investigación.	Papel	10 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Registro de Protocolos de Investigación para la Salud

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P05/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Evaluar los protocolos de investigación en salud, en apego a la normatividad aplicable para su registro, así como para la elaboración y actualización del inventario de las investigaciones en salud que se realizan en el Estado.

II.- ALCANCE

- Profesionales de la salud y carreras afines que realizan investigación en las instituciones educativas y de salud.
- Profesionales de la salud y carreras afines en formación que realizan investigación en las instituciones educativas y de salud para la obtención de grado.

III.- DEFINICIONES

- Investigadores internos: Personal adscrito a los Servicios de Salud de Sonora que somete protocolos de investigación a registro.
- Unidad receptora: Hospital o unidad administrativa adscrita a los Servicios de Salud de Sonora donde se realizará el protocolo de investigación.
- Documentación requerida: Protocolo en extenso, conteniendo lo mínimo requerido por la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, incluyendo formato de consentimiento informado, dictámenes favorables de Comité de Investigación o Cuerpo Académico, de Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad, en caso que alguno de los Comités o la DGEC lo considere pertinente.
- DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.
- SSS: Servicios de Salud de Sonora.

IV.- REFERENCIAS

NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 22-06-2017.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Reg LGS-MIS). Última reforma publicada DOF 02-04-2014.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Lineamientos de Investigación de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1. Los apartados requeridos para el protocolo en extenso, la documentación requerida y el establecimiento de Convenios y Acuerdos para la ejecución de los proyectos de investigación, se sustentan en lo siguiente:

•Protocolo en extenso: Apartado 5.6 y 6.2 NOM-012-SSA3-2012

•Documentación requerida:

a)Dictámenes favorables de Comité de Ética de Investigación y Comité de Investigación o Cuerpo Académico: Artículo 14, fracción VII Reg LGS-MIS.

b)Los Comités de Ética en Investigación que dictaminen deben estar registrados ante CONBIOÉTICA: Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud y 99 del Reg LGS-MIS. Los Comités de Investigación deben registrarse ante COFEPRIS.

c)Modelo de consentimiento informado: Apartado 6.3.2.10 NOM-012-SSA3-2012; Artículos 20, 21 y 22 Reg LGS-MIS.

d)Carta de patrocinador de proyecto: Apartado 6.3.2.7 NOM-012-SSA3-2012.

e)Carta de no inconveniente de titular de la institución receptora: Artículo 14, fracción VIII Reg LGS-MIS.

•El protocolo debe tener un colaborador interno adscrito a la institución receptora (Artículo 113 Reg LGS-MIS).

•Convenios en materia de investigación:

a)Artículo 11 Reg LGS-MIS

b)Artículo 31, fracción IX Reglamento Interior de los SSS.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P05-A05/Rev.01	Diagrama de flujo Registro de protocolos de investigación para la salud	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Solicitud de aprobación y registro de protocolo: investigadores internos	
1.1	Secretaria de la DGEC	Recibe solicitud de Jefe de Enseñanza de unidad adscrita a SSS, para aprobación y registro de protocolo de investigación. Remite a Dirección General.	Control de correspondencia
		"La solicitud debe incluir en su totalidad la documentación requerida "	
1.2	Director (a) de Enseñanza , Capacitación e Investigación	Revisa y remite a Departamento de Investigación.	
1.3	Jefe del Departamento de Investigación.	Revisa la documentación recibida, corrobora evaluación disciplinar de protocolo en extenso y abre expediente.	Expediente del protocolo de investigación interno de los SSS.
1.4		Elabora formato de Registro y Autorización del protocolo de investigación.	Formato de Registro y Autorización del protocolo de investigación.
		"En el Formato describe con precisión las actividades a desarrollar, los compromisos institucionales y los del responsable del proyecto en el ejercicio de la investigación."	
1.5	Director (a) de Enseñanza , Capacitación e Investigación	Revisa formato de Registro y Autorización del protocolo de investigación y remite para su aprobación.	
1.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Autoriza y Firma por duplicado Registro y Autorización del protocolo de investigación como una de las partes involucrada.	
1.7	Jefe del Departamento de Investigación.	Entrega un juego del documento de Registro y Autorización del protocolo de investigación al investigador responsable y resguarda duplicado.	
2		Notificación de la Autorización y registro de protocolo de investigación	
2.1	Jefe del Departamento de Investigación.	Elabora oficio dirigido al titular de la unidad receptora informando el registro y autorización para la ejecución del protocolo.	Oficio de autorización y registro para la ejecución de protocolo.
2.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Firma y autoriza envío de oficio para la unidad receptora	
2.3	Secretaria del Departamento de Investigación.	Envía oficio de registro y autorización a unidad receptora.	
2.4	Jefe del Departamento de Investigación.	Entrega copia del Formato de Registro y Autorización del Protocolo de Investigación y copia de oficio de su envío al titular de la Unidad receptora.	
2.5		Registra documentos en control interno y archiva en expediente	
3		Seguimiento a protocolos de investigación autorizados	
3.1	Jefe del Departamento de Investigación	Solicita informes de seguimiento con el avance del proyecto a CEI y CI de unidad receptora, conforme a lo establecido en el Acuerdo, hasta la conclusión del trabajo	Oficio con solicitud de informes de seguimiento
3.2	Jefe del Departamento de Investigación.	Recibe informe final del trabajo de investigación y archiva.	Copia de informe final de trabajo de investigación
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Mtra. Maria Elena Romero Arredondo/Jefe del Departamento de Investigación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Registro de Protocolos de Investigación para la Salud**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P05/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Control de correspondencia	Secretaria de la DGEC	Papel	5 años	Archivo de la DGEC	Archivo muerto
2	Expediente del protocolo de investigación interno de los SSS.	Jefe del Departamento de Investigación	Papel	10 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
3	Formato de Registro y Autorización del protocolo de investigación.	Jefe del Departamento de Investigación	Papel	10 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
4	Oficio de autorización y registro para la ejecución de protocolo.	Jefe del Departamento de Investigación	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
5	Oficio con solicitud de informes de seguimiento	Jefe del Departamento de Investigación	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto
6	Copia de informe final de trabajo de investigación	Jefe del Departamento de Investigación	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Investigación	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programa de Internado de Pregrado.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P06/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Describir los pasos que deben seguir la Dirección General de Enseñanza y Calidad, las universidades y los estudiantes de Medicina, para su inserción, seguimiento y acreditación como becarios de Internado de Pregrado en los hospitales de los Servicios de Salud de Sonora.

II.- ALCANCE

Becarios del programa de Internado de Pregrado de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

Institución de salud. Toda organización con personalidad jurídica de derecho público o privado, con capacidad para ofertar servicios de salud y responder de su orden, estructura y prestaciones en uno o más establecimientos para la atención médica.

Internado de Pregrado. Asignatura ubicada en el quinto año de la Carrera de Médico Cirujano de la mayor parte de las escuelas y facultades de medicina del país, que busca a través del desarrollo de la competencia clínica, integrar los conocimientos y habilidades adquiridas en los años previos de estudio y consolidar las actitudes y valores propios del ejercicio de la medicina general.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

CEIFCRHIS. Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud.

Campos Clínicos. Plazas médicas otorgadas a estudiantes de carreras de Medicina para realizar su Internado de Pregrado durante un año, en una sede hospitalaria.

Becario. Estudiante de Medicina que fue aceptado y se le adscribe a una unidad médica para realizar el Internado de Pregrado.

IV.- REFERENCIAS

NORMA Oficial Mexicana:
PROY-NOM-033-SSA3-2013. Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.
NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Sonora.

V.- POLÍTICAS

1. Lineamientos Generales del Programa de Internado Médico de Pregrado del Estado de Sonora.
2. La utilización de campos clínicos debe tener como base la celebración de un convenio de colaboración formal entre las Instituciones de Salud y las Educativas involucradas, donde consten los compromisos que al respecto ambas asumen.
3. Los establecimientos para la atención médica deben pertenecer al primero y segundo nivel de atención, y contar con:
a)Mínimo 30 camas censables (1 interno por 5 camas).
b)Promedio anual de ocupación hospitalaria del 60%, como mínimo.
c)Las siguientes áreas o servicios con hospitalización y consulta externa, en su caso:
- Medicina Interna.
- Pediatría.
- Cirugía General.
- Gineco-obstetricia.
- Urgencias.
- Medicina Familiar o Proyección a la Comunidad.
d)Auxiliares de Diagnóstico.
- Laboratorio de Análisis Clínicos.
- Gabinete de Imagenología.
- Apoyo de Patología.
e)Contar con un médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo del curso, por cada área de rotación.
f)Contar con el personal médico legalmente responsable de los servicios de atención médica, las 24 horas de los 365 días del año.
g)Contar con el personal de base o contratado para el funcionamiento del hospital.
h)Instalaciones de apoyo a los alumnos:
- Áreas de descanso y de aseo personal.
- Comedor.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P06-A06/Rev.01	Diagrama de Flujo Programa de Internado de Pregrado	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1.		Elaboración del catálogo de campos clínicos para Internado de Pregrado y proceso de inserción al Internado de Pregrado.	
1.1	Coordinador(a) del programa de Internado de Pregrado.	Promueve y participa activamente en la elaboración interinstitucional y la actualización anual del diagnóstico situacional (suficiencia y condiciones) de los campos clínicos para Internado de Pregrado en el Estado de Sonora.	Diagnóstico situacional estatal de los campos clínicos para Internado de Pregrado.
1.2		Promueve en la DGEC, el envío de la solicitud de necesidades de campos clínicos de Internado de Pregrado de las instituciones de educación superior.	Oficio para solicitar requerimientos de campos clínicos.
1.3		Promueve la realización de la reunión plenaria para la firma del acta con la propuesta de distribución de campos clínicos para Internado de Pregrado.	Acta de distribución de campos clínicos de Internado de Pregrado.
1.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Presenta el catálogo de campos clínicos para Internado de Pregrado ante la CEIFCRHIS.	Acta con la aprobación del catálogo de campos clínicos para Internado de Pregrado por la CEIFCRHIS.
1.5	Coordinador(a) del programa de Internado de Pregrado.	Promueve el envío del acta de campos clínicos para Internado de Pregrado, mediante oficio de la DGEC a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para su análisis y aprobación.	Oficio para la DGCES con el acta de campos clínicos.
1.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe respuesta de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la aprobación o la modificación del acta de campos clínicos para Internado de Pregrado.	
1.7	Coordinador(a) del programa de Internado de Pregrado.	Promueve la emisión de oficios dirigidos a las instituciones educativas, con la relación de campos clínicos autorizados para Internado de Pregrado.	Oficios con la relación de campos clínicos autorizados.
		En los oficios se solicita que las instituciones educativas procedan a la realización de los eventos públicos para la selección de las plazas de Internado de Pregrado, considerando como primer criterio de selección el promedio de los estudiantes.	
1.8	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe, de la Dirección General de Calidad y Educación, las constancias de adscripción por correo electrónico y las turna a Coordinadora Estatal de Internado de Pregrado.	
1.9	Coordinador(a) del programa de Internado de Pregrado.	Elabora las constancias de aceptación y adscripción al Internado de Pregrado y recaba los documentos para la elaboración del expediente de cada becario.	Constancia de aceptación y adscripción. Expediente por becario.
1.10		Recaba la firma del becario en las constancias de aceptación y adscripción. Entrega la carta de presentación al becario.	Copia de Carta de presentación del becario.
1.11		Organiza e imparte el Curso de Inducción al Internado de Pregrado y promueve la emisión de constancias para los Internos de Pregrado.	Constancias de participación en el Curso de Inducción al Internado de Pregrado.
2.		Supervisión del Programa de Internado de Pregrado (duración: un año).	
2.1	Coordinador(a) del programa de Internado de Pregrado.	Elabora el programa de supervisión de los becarios, en conjunto con el Jefe de Enseñanza del Hospital General sede de Internado de Pregrado y con el Coordinador de Internado de Pregrado de la institución educativa.	Programa de Supervisión de Internos de Pregrado con calendario de visitas a los becarios.

2.2		Realiza la supervisión de los programas académico y operativo de Internado de Pregrado, en conjunto con el Jefe de Enseñanza del Hospital General sede y el Coordinador de Internado de Pregrado de la institución educativa.	Cédula con los registros de la supervisión de programas.
2.3		Realiza la supervisión de los establecimientos propuestos como sede de Internado de Pregrado, para verificar el cumplimiento de los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento como campos clínicos.	Cédula con los registros de la supervisión de las sedes propuestas.
2.4		Elabora informe de supervisión y entrega al Director General de Enseñanza y Calidad y al Jefe de Enseñanza del Hospital General Sede.	Reporte de supervisión.
		El reporte contiene un análisis crítico de la infraestructura y los programas académico y operativo, así como la propuesta de mantenimiento o eliminación del establecimiento médico como sede de Internado de Pregrado.	
3.		Terminación del Internado de Pregrado.	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe de la Dirección General de Calidad y Educación, constancias de terminación por correo electrónico y turna a Coordinadora Estatal de Internado de Pregrado.	
3.2	Coordinador(a) del programa de Internado de Pregrado.	Recaba mediante oficio, las calificaciones de los Internos de Pregrado en los Hospitales Generales sede.	Oficio de solicitud de calificaciones.
3.3		Recibe y realiza en formato de correspondencia las constancias de terminación.	Constancia de terminación.
3.4		Envía constancias de terminación para obtener la firma del Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora. "Una vez firmadas las constancias de terminación por parte del Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora ".	
3.5		Recibe constancias de terminación firmadas por el Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.	
3.6		Entrega constancias de terminación firmadas de recibido por los Internos de pregrado.	Copia de constancias de terminación.
3.7		Elabora oficio para envío de copias de constancia de terminación para la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	Oficio de envío de constancias de terminación a la DGCES.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dr. Joel Cota Castro/Coordinador del programa de Internado de Pregrado.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programa de Internado de Pregrado.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P06/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Diagnóstico situacional estatal de los campos clínicos para Internado de Pregrado.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
2	Oficio para solicitar requerimientos de campos clínicos.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
3	Acta de distribución de campos clínicos de Internado de Pregrado.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
4	Acta con la aprobación del catálogo de campos clínicos para Internado de Pregrado por la CEIFCRHIS.	Directora General de Enseñanza y Calidad Estatal	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
5	Oficio para la DGCES con el acta de campos clínicos.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
6	Oficios con la relación de campos clínicos autorizados.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
7	Constancia de aceptación y adscripción.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
8	Copia de Carta de presentación del becario.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
9	Constancias de participación en el Curso de Inducción al Internado de Pregrado.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
10	Programa de Supervisión de Internos de Pregrado con calendario de visitas a los becarios.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
11	Cédula con los registros de la supervisión de programas.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
12	Cédula con los registros de la supervisión de las sedes propuestas.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
13	Reporte de supervisión.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
14	Oficio de solicitud de calificaciones.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
15	Constancia de terminación.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto
16	Copia de constancias de terminación.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto

17	Oficio de envío de constancias de terminación a la DGCES.	Coordinadora del Programa de Internado de Pregrado	Papel	5 años	Archivo de Internado de Pregrado	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Programa de Residencias Médicas.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P07/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Estandarizar el proceso que lleva a cabo la Dirección General de Enseñanza y Calidad para unificar los criterios de ingreso y estancia de los médicos en el programa de residencias médicas a desarrollarse en los hospitales de los Servicios de Salud de Sonora, mediante el diseño de los lineamientos generales del programa.

II.- ALCANCE

Médicos Residentes de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DGCES. Dirección de Calidad y Educación en Salud.

Institución de salud. Toda organización con personalidad jurídica de derecho público o privado, con capacidad para ofertar servicios de salud y responder de su orden, estructura y prestaciones en uno o más establecimientos para la atención médica.

Médico Residente. Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

Profesor titular. Médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente.

Sede. Principal unidad médica receptora de residentes, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que el médico residente pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente.

Subsede. Unidad médica receptor de residentes, en la que el médico residente puede desarrollar parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente.

CIFRHS. Comisión interinstitucional para la formación de recurso humano para la salud.

SIR. Sistema nacional de Residencias Medicas.

Campo Clínico. Plazas médicas otorgadas a estudiantes de carreras de Medicina para realizar sus Residencias Médicas.

IV.- REFERENCIAS

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1. Las residencias médicas que se efectúen en las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con el reconocimiento de una institución de educación superior.
2.La organización y el funcionamiento de las residencias médicas deben tener como base la celebración de un convenio específico de colaboración entre la institución de salud y la de educación superior, en el que se especifiquen las obligaciones que ambas asumen.
3.El programa operativo debe incluir el programa académico así como la rotación de campo en el último año de las residencias médicas de cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, medicina familiar y anestesiología, con una duración no menor de tres ni mayor de seis meses en unidades médicas receptoras de residentes de 30 camas censables o más.
4.Las unidades médicas receptoras de residentes, deben clasificarse en sede, subsede y para rotación de campo.
5.CIFRHS convoca a examen nacional de residencias médicas para seleccionar a los aspirantes con mejores puntuaciones del examen, emitiéndoles una constancia de seleccionado y ellos continuando con la búsqueda de su plaza o campo clínico.
6. En aspirante escoge alguna institución de salud y compite para su selección de plaza vacante.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P07-A07/Rev.01	Diagrama de Flujo Programa de Residencias Médicas.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Asignación de plazas para residencias médicas.	
1.1	Coordinador(a) de Programa de Residencias Médicas.	Revisa información enviada por DGCES sobre sedes hospitalarias y coteja necesidades para el siguiente año de cada sede receptora de Médicos Residentes.	
1.2		Gestiona la restitución de lugares no asignados y cambios de plazas de cada especialidad.	Minuta de trabajo.
		"La restitución de campos clínicos en cada institución de salud (vueltas), lo realiza la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). El aspirante selecciona un campo clínico mediante un proceso en línea a través de la Plataforma SIR y posteriormente acude a la entidad federativa que seleccionó".	
1.3		Recibe por parte del aspirante, original de constancia de seleccionado. Y valida documentación en el SIR.	Expediente temporal
		"La Jefatura de enseñanza de cada hospital, realiza proceso interno de selección a aspirantes de plazas en Hospitales sedes de residencias médicas y generan oficios de aceptación o rechazo dirigido a DGEC"	
1.4		Genera un oficio de presentación a los residentes seleccionados, dirigido a los titulares y a los jefes de enseñanza de los hospitales que fungen como sedes receptoras de médicos residentes.	Oficio de presentación de Médico Residente.
1.5		Conforma expediente estatal para cada Médico Residente seleccionado.	Expediente estatal del Médico Residente.
1.6		Imprime nombramiento y genera oficio para su envío al Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora para su firma.	Oficio con nombramientos de los Residentes Médicos.
1.7		Entrega nombramiento en original al Médico Residente.	Copia del nombramiento
		"Una vez que el Secretario de Salud firma los nombramientos los envía a la DGEC".	
1.8	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Envía mediante oficio copia de nombramiento a recursos humanos para su pago de beca.	Oficio de envío con copia de nombramientos de los Residentes Médicos.
2		Supervisión de sedes	
2.1	Coordinador(a) de Programa de Residencias Médicas.	Genera programa de supervisión de Residencias Médicas anual.	Programa de Supervisión de Residencias Médicas, con calendario de visitas a los Médicos Residentes.
2.2	Jefe(a) de enseñanza.	Valida la calendarización para supervisiones.	
2.3	Coordinador(a) de Programa de Residencias Médicas.	Supervisa unidades sedes de Residencias Médicas y servicio social profesional realizando reporte de supervisión a la DGEC.	Reporte de supervisión de Residencias Médicas.
2.4	Director(a) General de enseñanza y calidad.	Realiza oficio con las observaciones a sedes y subsedes dirigido a directores y titulares de enseñanza.	Oficio con observaciones de la supervisión a sedes y subsedes.
3		Acreditación	
3.1	Coordinador(a) de Programa de Residencias Médicas.	Imprime la constancia de término de residencia.	Constancia de término de residencia.
3.2	Secretaria DGEC.	Envía a firma constancia de término, por profesor titular y director de la sede hospitalaria.	
		"Se firma constancia de término por parte de los profesores titulares y Directores de sedes receptoras de médicos residentes".	

3.3	Secretaria DGEC.	Recibe constancias de término y envía para firma y validación al Secretario de Salud.	
		“Una vez que el Secretario de Salud valida y firma constancia de término de residencia médica, turna a la DGEC para su entrega.”	
3.4	Coordinador(a) de Programa de Residencias Médicas.	Entrega a médico especialista, constancia de término, el cual firma copia de recibido.	Copia de Constancia de término de residencias Médicas.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
Dr. Joel Cota Castro/Coordinador del Programa de Residencias Médicas.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programa de Residencias Médicas.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P07/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Minuta de trabajo.	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	5 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto
2	Expediente temporal	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	5 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto
3	Oficio de presentación de Médico Residente.	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	5 años	Archivo dirección general de enseñanza y calidad.	Archivo muerto
4	Expediente estatal del Médico Residente.	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	4 años	Archivo de residencias médicas.	Residente egresado
5	Oficio con nombramientos de los Residentes Médicos.	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	5 años	Archivo dirección general de enseñanza y calidad.	Archivo muerto
6	Copia del nombramiento	Director(a) General deEnseñanza y Calidad.	Papel	1 año	Archivo residencias médicas.	Archivo muerto
7	Oficio de envío con copia de nombramientos de los Residentes Médicos.	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	10 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto
8	Oficio con observaciones de la supervisión a sedes y subsedes.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	1 año	Archivo residencias médicas.	Archivo muerto
9	Reporte de supervisión de Residencias Médicas.	Coordinador de Residencias Médicas.	Papel	5 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto
10	Oficio con observaciones de la supervisión a sedes y subsedes.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Papel	1 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto
11	Constancia de término de residencia.	Coordinador(a) de Residencias Médicas	Papel	5 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto
12	Copia de Constancia de término de residencias Médicas.	Coordinador(a) de Residencias Médicas.	Papel	5 años	Archivo de residencias médicas.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Solicitud, elaboración y resguardo de Convenios de colaboración académica.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P08/Rev.01 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Dar certeza jurídica a las relaciones académicas entre los Servicios de Salud de Sonora y las instituciones educativas y de salud, a través de celebración de Convenios de Colaboración académica, para garantizar el cumplimiento de los acuerdos establecidos entre las partes.

II.- ALCANCE

Instituciones de salud de los Servicios de Salud de Sonora e Instituciones educativas que imparten carreras del área de la salud y afines a ella.

III.- DEFINICIONES

CCA: Convenios de colaboración académica.

AVA: Área de Vinculación Académica.

UAJ: Unidad de Asuntos Jurídicos.

DGEC: Dirección General de Enseñanza y Calidad.

DECI: Director de Enseñanza, Capacitación e Investigación.

CEIFCRHIS: Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de los Recursos Humanos e Investigación en Salud.

IV.- REFERENCIAS

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.
Código Civil Para el Estado de Sonora.
Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Sonora.
Ley General de Salud.
Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.
Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.
Ley 269 que crea los Servicios de Salud.
ACUERDO número 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior.
ACUERDO número 330 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo medio superior.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
Reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior En La República Mexicana.
NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.
Plan Estatal de Desarrollo 2016.
Manual del Pasante de Medicina, Programa Nacional de Servicio Social en Atención Medica.
Convenios Generales de colaboración que al respecto formulen las instituciones educativas con las de salud.
“Acuerdo por el cual se determina el Tabulador de Becas para los Internos de Pregrado y los Pasantes que se Indican”.
Manual de Organización Comisión Estatal de Bioética.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.
Criterios para Evaluar Planes y Programas de Estudio para la Apertura de Carreras de la Salud.

V.- POLÍTICAS

1.Los CCA requieren de la autorización de la Unidad de Asuntos Jurídicos (UAJ) de los Servicios de Salud de Sonora (SSS).
2.El único facultado para la firma de Convenios como representante de la “Entidad”, será el Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.
3.Cada convenio contará con un administrador de Convenio el cuál será el Director General de Enseñanza y Calidad.
4.Para la celebración del Convenio de colaboración académica, es requisito Indispensable, que la Institución Educativa solicitante cuente con la Opinión Técnica-académica “Favorable” del Plan y Programa de Estudios en cuestión, emitido por la Comisión Evaluadora y Dictaminadora de Planes y Programas de Estudio de la CEIFCRHIS.
5.El contar con convenios de colaboración académica no asegura el otorgamiento de campos clínicos en el Estado, estos serán acordados en la CEIFCRHIS.
6.El resguardo final del documento, estará bajo la responsabilidad del área de Gestión y Seguimiento de la DGEC.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
09-DEC-P08-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo Solicitud, elaboración y resguardo de Convenios de colaboración académica.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Recepción de documentos	
1.1	Secretaria de la DGEC.	Recibe vía oficio, de Instituciones educativas y de Salud, la solicitud para establecer convenios de colaboración académica.	
1.2		Registra y captura en el Programa de Control de Correspondencia y turna a la Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Número de registro en el programa de control de correspondencia.
1.3	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa y turna oficio de solicitud de convenio al Jefe de Enseñanza.	
1.4	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa y turna oficio de solicitud de convenio al Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	
2		Elaboración de convenios de Colaboración Académica	
2.1	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Revisa la viabilidad de la solicitud de convenio, y solicita a la institución educativa el soporte legal para la integración del proyecto.	
2.2		Integra proyecto de convenio y turna a Jefe de Enseñanza para validación técnica.	Proyecto de convenio.
2.3	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa, valida y turna al Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación, proyecto de convenio para su validación técnica.	
2.4	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa, valida y turna al Director(a) General de Enseñanza y Calidad, proyecto de convenio para revisión y autorización técnica.	
2.5	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza elaboración de convenio de colaboración académica.	
2.6	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Elabora convenio y envía a través de oficio a la UAJ para su validación jurídica.	Convenio de colaboración académica y Oficio de solicitud de validación jurídica.
2.7	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa oficio dirigido a la UAJ para validación jurídica de convenio de colaboración académica, antefirma y turna.	
2.8	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa oficio dirigido a la UAJ para validación jurídica de convenio de colaboración académica, antefirma y turna.	
2.9	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y firma oficio dirigido a la UAJ para validación jurídica de convenio de colaboración académica.	
3		Validación del convenio de colaboración académica	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Envía oficio a la UAJ con anexo en físico de un juego del convenio de colaboración académica, para su autorización y validación jurídica.	Oficio con juego de convenio de colaboración académica.
		“Si procede”	
3.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe juego de convenio de colaboración académica validado por la UAJ con la solicitud de tres juegos de convenio de colaboración académica, para sello de validación jurídica.	
3.3	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Elabora oficio para envío de tres juegos para sello de validación jurídica.	Oficio de envío de tres juegos de convenio de colaboración académica.
3.4	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa oficio de envío de tres juegos de convenio de colaboración académica para sello de validación jurídica por la UAJ, antefirma y turna.	
3.5	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa oficio de envío de tres juegos de convenio de colaboración académica para sello de validación jurídica por la UAJ, antefirma y turna.	

3.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa, autoriza y firma oficio de envío de tres juegos de convenio de colaboración académica para sello de validación jurídica por la UAJ.	
3.7		Recibe de la UAJ, tres juegos del convenio de colaboración académica con sello de validación jurídica, firma y turna al área de Vinculación Académica.	
3.8	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Recibe tres juegos de convenio de colaboración académica firmados por el Director(a) General de enseñanza y Calidad.	
3.9		Elabora oficio para recabar firmas del titular y testigo de la Institución educativa o de salud en los tres juegos de convenio de colaboración académica.	Oficio para Instituciones educativas o de salud.
		“Las instituciones educativas o de salud firman los convenios y los remiten a la Dirección General de Enseñanza y Calidad”	
3.10	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe tres juegos del convenio, debidamente firmados por titular y testigo de la Institución educativa o de salud y turna para su envío a firma del titular de los Servicios de Salud de Sonora y del Subsecretario como testigo.	
3.11	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa los tres juegos del convenio de colaboración académica y turna a Jefe(a) de Enseñanza.	
3.12	Jefe(a) de Enseñanza.	Verifica firmas en los tres juegos del convenio de colaboración académica y turna al Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	
3.13	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Elabora oficio para la UAJ en el que se solicita la firma del titular de los Servicios de Salud de Sonora, y la del Subsecretario de los Servicio de Salud como testigo en el convenio de colaboración académica. Turna a jefe(a) de enseñanza para antefirma.	Oficio con solicitud de firma del titular de los Servicios de Salud de Sonora y la del Subsecretario de los SSS.
3.14	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa, antefirma y turna oficio para la UAJ.	
3.15	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa, antefirma y turna para firma oficio para la UAJ.	
3.16	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Firma oficio para la UAJ en el que se adjuntan tres convenios para firma del titular de los Servicios de Salud de Sonora y Subsecretario de los Servicios de Salud como testigo.	
3.17	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe convenio de colaboración académica con las observaciones de la UAJ y turna para solventar.	
		“Si no procede”	
3.18	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa observaciones y turna al Jefe(a) de Enseñanza.	
3.19	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa y turna a Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica para subsanar las observaciones de la UAJ.	
3.20	Coordinador del Área de Vinculación Académica.	Revisa y turna a Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica para subsanar las observaciones de la UAJ.	
4		Resguardo del convenio	
4.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe mediante oficio de la UAJ dos juegos del convenio para resguardo y turna al Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación para su cumplimiento y seguimiento.	
4.2	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa y turna al Jefe(a) de Enseñanza para su seguimiento.	
4.3	Jefe(a) de Enseñanza.	Revisa y turna al Coordinador del Área de Vinculación Académica para su cumplimiento.	

4.4	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Elabora oficios para resguardo de convenio de colaboración académica, dirigidos a la institución educativa o de salud y al Coordinador(a) Gestión y Evaluación.	Oficios de resguardo de convenio de colaboración académica.
4.5	Jefe(a) de Enseñanza	Revisa y antefirma oficios para resguardo de convenios de colaboración académica.	
4.6	Director(a) de Enseñanza, Capacitación e Investigación.	Revisa, antefirma y turna para firma oficios para resguardo de convenios de colaboración académica.	
4.7	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y firma para su envío, oficio de resguardo de convenios de colaboración académica.	
4.8	Secretaria de DGEC.	Envía oficio de resguardo con convenio anexo para la institución educativa o de salud.	
4.9	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Entrega un tanto de convenio original firmado y validado para su resguardo al Coordinador(a) Gestión y Evaluación.	
4.10	Coordinador(a) Gestión y Evaluación.	Mantiene bajo su resguardo convenio de colaboración académica.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
MAP. Griselda Arenas Martínez/Coordinador del Área de Vinculación Académica.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Solicitud, elaboración y resguardo de Convenios de colaboración académica.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P08/Rev.01**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Número de registro en el programa de control de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Electrónico	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo histórico electrónico
2	Proyecto de convenio.	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del área de Vinculación Académica.	Archivo muerto y Archivo histórico electrónico.
3	Convenio de colaboración académica y Oficio de solicitud de validación jurídica.	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Papel	5 años	Archivo del área de Vinculación Académica.	Archivo muerto
4	Oficio con juego de convenio de colaboración académica.	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Papel	5 años	Archivo del área de Vinculación Académica.	Archivo muerto
5	Oficio de envío de tres juegos de convenio de colaboración académica.	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Papel	5 años	Archivo del área de Vinculación Académica.	Archivo muerto
6	Oficio para Instituciones educativas o de salud.	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Papel	5 años	Archivo del área de Vinculación Académica.	Archivo muerto
7	Oficio con solicitud de firma del titular de los Servicios de Salud de Sonora y la del Subsecretario de los SSS.	Coordinador(a) del Área de Vinculación Académica.	Papel	5 años	Archivo del área de Vinculación Académica.	Archivo muerto
8	Oficios de resguardo de convenio de colaboración académica.	Coordinador(a) Gestión y Evaluación.	Papel	10 años	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.	Archivo de la Coordinación de Gestión y Evaluación.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Integración del Informe Trimestral de Capacitación.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P21/Rev.00 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Concentrar los informes trimestrales de las actividades de capacitación que se imparten en las unidades médicas para dar cumplimiento a las metas de capacitación en el Programa Operativo Anual.

II.- ALCANCE

Personal médico, paramédico y administrativo a nivel jurisdiccional y hospitalario de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

SSS.- Servicios de Salud de Sonora.

DGEC.- Dirección General de Enseñanza y Calidad.

ITC.- Informe Trimestral de Capacitación.

POA.- Programa Operativo Anual.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de Capacitación.
Reglamento Interno de los Servicios de Salud Pública.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1.La capacitación que se brinda es únicamente para el personal adscrito a los Servicios de Salud de Sonora, en caso de que la unidad cuente con personal no adscrito como médicos pasantes, internos, residentes, se les otorgará constancia de asistencia sin validación por la DGEC.
2.Los trabajadores de base de los SSS deben cumplir anualmente un mínimo de seis créditos de capacitación.
3.Los informes trimestrales de capacitación se entregarán estrictamente la primera semana de abril, julio, octubre y enero de forma física y electrónica debidamente requisitados con los siguientes tres formatos: A, B y C.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P21-A21/Rev.00	Integración del Informe Trimestral de Capacitación.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	**RESPONSABLE**	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**REGISTRO**
		"Las cifras se toman de los reportes trimestrales de capacitación, específicamente de formato B."	
1		Informe Trimestral de Capacitación.	
1.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Elabora oficio para las unidades médicas y administrativas solicitando el Informe Trimestral de Capacitación (ITC) y turna para firma al Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Oficio para solicitar el Informe Trimestral de Capacitación.
1.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe respuesta de oficios con los ITC junto con los formatos A, B y C de las unidades médicas y administrativas, revisa y turna.	
1.3	Secretaria de la DGEC.	Registra correspondencia y entrega oficios con formatos A, B y C.	Registro de control de correspondencia.
1.4	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Elabora el ITC de la DGEC y concentra la información en los formatos A, B y C.	Informe y concentrado de información.
1.5		Revisa, recolecta y elabora tabla de concentrado con los números de actividades de capacitación y números del personal capacitado a nivel estatal.	Tabla de concentrado de los Informes Trimestrales de Capacitación.
1.6		Archiva en carpetas los formatos A, B y C.	Carpeta de Informes Trimestrales de Capacitación.
1.7	Coordinador(a) de Gestión Administrativa.	Solicita por correo electrónico las metas e indicadores de las áreas involucradas de la DGEC, para el cumplimiento del Programa Operativo Anual.	Solicitud electrónica de metas e indicadores.
1.8	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Envía reporte de capacitaciones y personal capacitado para las metas del POA.	Reporte de capacitaciones y personal capacitado para metas del POA.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
M.A. Vania Zaireth Griego Castillo/Jefa del Departamento deCapacitación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Integración del Informe Trimestral de Capacitación.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P21/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Oficio para solicitar el Informe Trimestral de Capacitación.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
2	Registro de control de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de la DGEC.	Archivo muerto
3	Informe y concentrado de información.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 Años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
4	Tabla de concentrado de los Informes Trimestrales de Capacitación.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 AÑOS	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
5	Carpeta de Informes Trimestrales de Capacitación.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
6	Solicitud electrónica de metas e indicadores.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
7	Reporte de capacitaciones y personal capacitado para metas del POA.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Supervisión del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P22/Rev.00 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Contar con información oportuna y veraz de la capacitación continua que se imparten en las unidades médicas y administrativas de los Servicios de Salud de Sonora.

II.- ALCANCE

Unidades médicas y hospitalarias de los Servicios de Salud de Sonora con usuarios registrados en el Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud (SNAC).

III.- DEFINICIONES

SSS. Servicios de Salud de Sonora.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

SNAC. Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.

INC. Identificación de Necesidades de Capacitación.

PEC. Programa Específico de Capacitación.

IAC. Informe de Actividades de Capacitación.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de Capacitación.
Reglamento Interno de los Servicios de Salud Pública.
Plataforma del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1.Cada unidad tiene la obligación de realizar el diagnóstico de INC y ser capturado en el SNAC a más tardar a finales de septiembre de cada año.
2.Con base al resultado del diagnóstico de INC, las unidades médicas y hospitalarias deberán elaborar y capturar en el SNAC el PEC anualmente a más tardar en el mes de noviembre.
3.Previo a la solicitud del PEC se realizará la Reunión Anual de Capacitación, preferentemente en el mes de octubre con la finalidad de reunir a los enlaces de capacitación de cada unidad y orientar la estructura de su PEC, así como ver temas de actualización en materia de capacitación.
4.Se procederá a la baja en el SNAC, a los usuarios que permanezcan improductivos por más de dos meses.
5.Es responsabilidad de los usuarios del SNAC validar sus eventos en los cinco días posteriores a la fecha en que se programó.
6.Solo se deben registran en el SNAC los cursos dirigidos a personal médico, paramédico y afín.
7.El Departamento de Capacitación de la DGEC realizará un monitoreo mensual en el SNAC, por unidad al cierre de cada mes.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P22-A22/Rev.00	Diagrama de Flujo Supervisión del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Difusión de lineamientos y actividades del SNAC del próximo año.	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe anualmente oficio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con los lineamientos del SNAC y calendario de actividades del próximo ciclo, revisa y turna a la Jefa del Departamento de Capacitación.	
1.2	Secretaria de la DGEC.	Registra oficio de la DGCES.	Registro en el programa de control de correspondencia.
1.3	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Da a conocer a las unidades médicas y hospitalarias registradas en el SNAC, los lineamientos establecidos y calendario de actividades del próximo ciclo.	Oficio circular con lineamientos y calendario de actividades.
2		Captura del módulo de Identificación de Necesidades de Capacitación.	
2.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Circular para unidades médicas y hospitalarias registradas en el SNAC	Circular para unidades médicas y hospitalarias registradas en el SNAC.
2.2		Elabora oficio circular para las unidades médicas y hospitalarias que no se encuentran registradas en el SNAC.	Circular para unidades médicas y hospitalarias no registradas en el SNAC
		“En la circular se solicita a las unidades médicas y hospitalarias la captura del módulo de INC por medio de un formato en Word, el cual se proporciona vía electrónica.”	
2.3		Recibe oficios y formatos requisitados del INC de las unidades que no cuentan con usuario, revisa, analiza e integra los formatos compilados de todas las unidades médicas y hospitalarias.	Formatos con concentrado de INC.
2.4		Captura INC en el SNAC de la DGEC y de las unidades que no cuentan con un usuario las cuales se engloban en el usuario de la Jefatura de Capacitación como “oficinas centrales”.	Reporte electrónico de la captura del INC de oficinas centrales.
		“Las oficinas centrales incluyen: Laboratorio Estatal de Salud Pública, Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, Comisión Estatal Contra Riesgos Sanitarios, Unidad de Especialidades Médicas de Cirugía Ambulatoria, Centro de Desarrollo Infantil, Dirección General de Servicios de Salud a la Persona y Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades.”	
2.5		Confirma y supervisa la captura en el SNAC de aquellas unidades registradas.	
3		Reunión Anual de Capacitación.	
3.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Elabora oficios de invitación a la Reunión Anual de Capacitación dirigido a los jefes de enseñanza y enlaces de capacitación de las unidades médicas y administrativas, antefirma y turna.	Oficios de invitación para la Reunión Anual de Capacitación.
3.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza envío del oficio de invitación a la reunión anual de capacitación.	
3.3	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Organiza y coordina todas las gestiones y trámites administrativos pertinentes para llevar a cabo la reunión.	Oficio para autorización de sede para el evento y solicitud de apoyo para coffe break y alimentos.
3.4		Elabora carta descriptiva del evento, programa, orden del día, folleto informativo (CD), formato de lista de asistencia, gafetes, diseño de constancias, presentaciones ppt.	Carta descriptiva, lista de asistencia, Presentaciones, Programa, Folleto informativo y Constancias de asistencia.

3.5		Realiza Reunión Anual de Capacitación con los Jefes de Enseñanza y Enlaces de Capacitación.	
4		Programa Específico de Capacitación.	
4.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Elabora oficio circular para las unidades médicas y hospitalarias registradas en el SNAC, solicitando la captura del Programa Específico de Capacitación, antefirma y turna.	Oficio para las unidades registradas en el SNAC, solicitando la captura del PEC.
4.2	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza envío del oficio para la captura del PEC.	
4.3	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Elabora oficio circular para las unidades médicas y hospitalarias que no se encuentran registradas en el SNAC, solicitando la captura del Programa Específico de Capacitación en formato en Excel, el cual se les proporciona vía electrónica.	Oficio para solicitar la captura del PEC en un archivo de Excel.
4.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Revisa y autoriza envío del oficio con el formato para el llenado del PEC.	
4.5	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Recibe oficios y formatos requisitados del PEC de las unidades que no cuentan con usuario, revisa, analiza e integra los formatos compilados de todas las unidades médicas y hospitalarias.	Concentrado de los formatos del PEC.
4.6		Captura formatos del PEC en el SNAC de la DGEC y de las unidades incluidas en el usuario “oficinas centrales”.	Reporte electrónico de la captura del PEC de oficinas centrales.
4.7		Confirma y supervisa la captura del PEC en el SNAC de aquellas unidades que cuentan con usuario registrado.	Reporte electrónico de la captura del PEC de usuarios registrados.
4.8		Comparte electrónicamente el PEC de todas las unidades con los enlaces de capacitación.	Correo electrónico con archivo del PEC.
5		Monitoreo mensual en el SNAC de las unidades médicas y hospitalarias registradas.	
5.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Realiza un monitoreo mensual a cada usuario registrado, verificando la captura de las siguientes cédulas y módulos: •Validación de eventos pendientes. •Cédula de Recursos Materiales. •Cédula de personal adscrito al área de capacitación /funciones docentes. •INC •PEC I y PEC II	Formulario para verificar captura de información en el SNAC por unidad.
5.2		Realiza un monitoreo mensual a cada usuario registrado, verificando la captura de las siguientes cédulas y módulos: • Validación de eventos pendientes. •Cédula de Recursos Materiales. •Cédula de personal adscrito al área de capacitación /funciones docentes. •INC •PEC I y PEC II	Formulario de observaciones respecto a la calidad de la información capturada en el SNAC.
5.3		Notifica mediante oficio las observaciones registradas del monitoreo.	Oficio con observaciones del monitoreo mensual.
5.4		Revisa de manera general que los usuarios culminen el cierre de año en el SNAC sin eventos pendientes por validar e informa por correo electrónico a la unidad que tiene algún pendiente en el SNAC, para que se solventen antes de finalizar el año.	Correo electrónico para realizar la validación de los eventos pendientes antes del cierre anual.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
M.A. Vania Zaireth Griego Castillo/Jefa del Departamento deCapacitación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Supervisión del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P22/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Registro en el programa de control de correspondencia.	Secretaria de la DGEC.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
2	Oficio circular con lineamientos y calendario de actividades.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
3	Circular para unidades médicas y hospitalarias registradas en el SNAC.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación	Archivo muerto
4	Circular para unidades médicas y hospitalarias no registradas en el SNAC	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
5	Formatos con concentrado de INC.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico.
6	Reporte electrónico de la captura del INC de oficinas centrales.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
7	Oficios de invitación para la Reunión Anual de Capacitación.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
8	Oficio para autorización de sede para el evento y solicitud de apoyo para coffe break y alimentos.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
9	Carta descriptiva, lista de asistencia, Presentaciones, Programa, Folleto informativo y Constancias de asistencia.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
10	Oficio para las unidades registradas en el SNAC, solicitando la captura del PEC.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
11	Oficio para solicitar la captura del PEC en un archivo de Excel.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
12	Concentrado de los formatos del PEC.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
13	Reporte electrónico de la captura del PEC de oficinas centrales.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico.
14	Reporte electrónico de la captura del PEC de usuarios registrados.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico.
15	Correo electrónico con archivo del PEC.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico.

16	Formulario para verificar captura de información en el SNAC por unidad.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
17	Formulario de observaciones respecto a la calidad de la información capturada en el SNAC.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
18	Oficio con observaciones del monitoreo mensual.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
19	Correo electrónico para realizar la validación de los eventos pendientes antes del cierre anual.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico.

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Validación de cursos realizados y solicitud de capacitación al recurso humano.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P23/Rev.00 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Validar y registrar los cursos de capacitación que se imparten por las unidades médicas y administrativas de los Servicios de Salud de Sonora, con fin de otorgar constancias con validez ante la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

II.- ALCANCE

Unidades médicas y administrativas de los Servicios de Salud de Sonora.

III.- DEFINICIONES

SSS. Servicios de Salud de Sonora.

DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.

CCS. Centro de Capacitación para la Salud.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de Capacitación.
Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Sonora
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1. La capacitación que se brinda es únicamente para el personal adscrito a los Servicios de Salud de Sonora, en caso de que la unidad cuente con personal no adscrito como médicos pasantes, internos, residentes, etc; se les otorgará constancia de asistencia sin validación por la DGEC.
2. Los trabajadores de base de los SSS deben cumplir anualmente un mínimo de seis créditos de capacitación.
3. Las unidades deberán de contar con el Reglamento de Capacitación vigente.
4. Las unidades que requieran apoyo en la organización de eventos o cursos de capacitación deberán solicitarlo mediante oficio a la Jefatura de Capacitación de la DGEC y se sujetarán a la disponibilidad de tiempo para coadyuvar en la actividad que se solicita previamente.
5. Se otorgará 1 crédito por cada ocho horas de capacitación para los asistentes y 1 crédito por cada 4 horas para los ponentes.
6. La DGEC validará las constancias con el número de créditos de acuerdo al número de horas.
7. Para validar un curso ante la DGEC, se solicitará lo siguientes requisitos:
a)Carta Descriptiva
b)Lista de asistencia
c)Fotografías del evento
d)Oficio de invitación (del curso o evento realizado)
e)Orden del día o folleto informativo sobre la capacitación
f)Copia de las evaluaciones o sus resultados
g)Constancias impresas
h)Oficio de solicitud para validar el curso a la DGEC
8. No se validarán cursos que carezcan de información soporte.
9. Solo se validarán aquellos cursos que hayan enviado el registro de cursos a la DGEC.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P23-A23/Rev.00	Diagrama de Flujo Validación de cursos realizados y solicitud de capacitación al recurso humano.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Apoyo a las unidades médicas y administrativas para la organización de cursos de capacitación.	
1.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe oficio de las unidades médicas y administrativas solicitando organización o impartición de cursos de capacitación.	
1.2	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Recibe y analiza las solicitudes de organización o impartición de cursos de capacitación, incluyendo la verificación de la disponibilidad de sede, ponente etc.	
1.3		Envía oficio de respuesta a la unidad dando seguimiento a la solicitud.	Oficio de respuesta para seguimiento a la solicitud.
1.4		Realiza las gestiones correspondientes para que se lleve a cabo el curso de capacitación según la solicitud.	
1.5		Realiza las gestiones correspondientes para que se lleve a cabo el curso de capacitación según la solicitud.	
1.6		Coordina evento o curso solicitado.	
2		Registro de cursos en la DGEC.	
2.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Solicita por correo electrónico a finales de cada mes el registro de los cursos de capacitación, con la programación del mes siguiente a los enlaces de capacitación de las unidades médicas y administrativas.	Correo electrónico con la solicitud de cursos de cada mes.
2.2		Recibe correo electrónico con el formato de registro de los cursos de capacitación de las unidades médicas y administrativas.	
2.3		Concentra el registro de los cursos enviado por las unidades en la DGEC.	Concentrado mensual de los registros de cursos.
3		Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	
3.1	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe y turna oficio de las unidades médicas o administrativas solicitando la validación del curso con la documentación soporte: constancias impresas, carta descriptiva, lista de asistencia, evaluación inicial y/o final, evidencia fotográfica, programa u orden del día.	
	Director(a) General de Enseñanza y Calidad.	De acuerdo a la normatividad vigente las áreas de enseñanza o capacitación de las unidades de los servicios de salud podrán validar los cursos que impartan.	
3.2	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Revisa y analiza información soporte del curso.	
3.3		Abre expediente con la información soporte y asigna un número al expediente.	Expediente con documentos soporte.
3.4		Registra curso en la base de datos, asigna folios a las constancias, sella y se turnan para firma del Director(a) de la DGEC cuando la unidad lo solicite.	Relación de folios asignados a constancias.
3.5		Integra relación de folios asignados en libreta de registro anual de cursos validados.	Folios en libreta de registro anual de cursos validados.
3.6		Notifica a la unidad para la entrega de constancias ya validadas por la DGEC.	Notificación electrónica para entrega de constancias validadas.
3.7		Entrega constancias solicitando firma de recepción y archiva.	Relación de constancias entregadas con firma de recepción por el solicitante.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
M.A. Vania Zaireth Griego Castillo/Jefa del Departamento deCapacitación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad.

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Validación de cursos realizados y solicitud de capacitación al recurso humano.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P23/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Oficio de respuesta para seguimiento a la solicitud.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
2	Correo electrónico con la solicitud de cursos de cada mes.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico
3	Concentrado mensual de los registros de cursos.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico
4	Expediente con documentos soporte.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
5	Relación de folios asignados a constancias.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico
6	Folios en libreta de registro anual de cursos validados.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto
7	Notificación electrónica para entrega de constancias validadas.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo histórico electrónico
8	Relación de constancias entregadas con firma de recepción por el solicitante.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación.	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Supervisión al área de capacitación de las unidades médicas y administrativas.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-DEC-P24/Rev.00 **FECHA DE EMISIÓN:** 09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Verificar el correcto funcionamiento de las áreas de capacitación de las unidades médicas y administrativas, con el fin de realizar recomendaciones y sugerencias a las unidades que lo requieran en apego a la normatividad vigente.

II.- ALCANCE

Áreas de capacitación de las unidades médicas y administrativas de los Servicios de Salud de Sonora

III.- DEFINICIONES

SSS. Servicios de Salud de Sonora
DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.
SNAC. Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.
INC. Identificación de Necesidades de Capacitación
DNC. Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.
PEC. Programa Específico de Capacitación.
ITC. Informes Trimestrales de Capacitación.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de Capacitación
Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Sonora
Plataforma del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud.
Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

1.La capacitación que se brinda es únicamente para el personal adscrito a los Servicios de Salud de Sonora, en caso de que la unidad cuente con personal no adscrito como médicos pasantes, internos, residentes, se les otorgará constancia de asistencia sin validación por la DGEC.
2.Los trabajadores de base de los SSS deben cumplir anualmente un mínimo de seis créditos de capacitación.
3.Los informes trimestrales de capacitación se entregaran estrictamente la primera semana de abril, julio, octubre y enero de forma física y electrónica debidamente requisitados con los siguientes tres formatos: A, B y C.
4.Cada unidad tiene la obligación de realizar el diagnóstico de Identificación de Necesidades de Capacitación y ser capturado en el SNAC a más tardar a finales de septiembre de cada año.
5.Con base al resultado del diagnóstico de Identificación de Necesidades de Capacitación, las unidades médicas y hospitalarias deberán elaborar y capturar en el SNAC el Programa Específico de Capacitación anualmente a más tardar en el mes de noviembre de cada año.
6.El formato DNC solo se aplicará a los empleados de base estatal cada año en el mes de octubre.
7.Previo a la solicitud del INC se realizará la Reunión Anual de Capacitación, preferentemente en el mes de octubre con la finalidad de reunir a los enlaces de capacitación de cada unidad y orientar la estructura de su PEC, así como ver temas de actualización en materia de capacitación.
8.Se procederá a la baja en el SNAC, a los usuarios que permanezcan improductivos por más de dos meses.
9.Es responsabilidad de los usuarios del SNAC validar sus eventos en los cinco días posteriores a la fecha en que se programó su conclusión.
10.Solo se deben registran en el SNAC los cursos dirigidos a personal médico, paramédico y afín.
11.El Departamento de Capacitación realizará un monitoreo mensual en el SNAC los últimos días de cada mes.
12.Las unidades deberán de contar con el Reglamento de Capacitación vigente y Manual de Usuario del SNAC.
13.La Jefa de Capacitación utilizará para la supervisión de las áreas de capacitación dos cédulas: la primera para evaluar el seguimiento del PEC de la unidad, y la segunda cédula para revisar en general si la unidad cuenta con todos los formatos y documentos propios del área como: carta descriptiva, formato oficial de constancias, listas de asistencia, INC, PEC, Informes trimestrales con formatos A,B y C, formato de registro de cursos para ser validados por la DGEC, fichas técnicas para eventos, formato de evaluación del curso, DNC, etc.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P24-A24/Rev.00	Diagrama de flujo de Supervisión al área de capacitación de las unidades médicas y administrativas.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	**RESPONSABLE**	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**REGISTRO**
1		Supervisión al área de capacitación	
1.1	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Realiza cronograma de actividades para la supervisión de las áreas de capacitación.	Cronograma de actividades para la supervisión.
1.2		Elabora oficio de notificación para la supervisión a las áreas de capacitación.	Oficio de notificación de la supervisión para las unidades.
1.3		Revisa las cédulas de la supervisión anterior con el objetivo de verificar si se atendieron las recomendaciones	
1.4		Aplica cédulas para la revisión del área de capacitación durante la supervisión.	Cédula de supervisión al área de capacitación y Cédula de supervisión al Programa Específico de Capacitación.
1.5		Realiza observaciones de inconsistencias encontradas o bien recomendaciones de mejora continua en cada cédula.	
1.6		Firma cédulas y pasa a firma del Jefe de Enseñanza de la unidad supervisada.	
1.7		Entrega copia de las cédulas firmadas de conformidad a la unidad supervisada.	
1.8		Concentra información y documentación de todas las supervisiones y archiva para su seguimiento en las próximas supervisiones.	Carpeta de archivo con las cédulas de supervisión.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
M.A. Vania Zaireth Griego Castillo/Jefa del Departamento deCapacitación.	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Supervisión al área de capacitación de las unidades médicas y administrativas.**	Hoja 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P24/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Cronograma de actividades para la supervisión.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Electrónico	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación	Archivo histórico electrónico
2	Oficio de notificación de la supervisión para las unidades.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación	Archivo muerto
3	Cédula de supervisión al área de capacitación y Cédula de supervisión al Programa Específico de Capacitación.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación	Archivo
4	Carpeta de archivo con las cédulas de supervisión.	Jefe(a) del Departamento de Capacitación.	Papel	5 años	Archivo del Departamento de Capacitación	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.		
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	66-DEC-P25/Rev.00	**FECHA DE EMISIÓN:**	09/05/2019

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Describir los pasos que deben seguir, la Dirección General de Enseñanza y Calidad, las universidades y los estudiantes de Medicina, Enfermería, Odontología y Carreras afines para su adscripción, seguimiento y acreditación como becarios de las unidades médicas de los
Servicios de Salud de Sonora

II.- ALCANCE

Becarios del programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y Carreras afines de los Servicios de Salud de Sonora

III.- DEFINICIONES

Campo clínico. Establecimiento para la atención médica de los sectores público y social, constituido para la prestación del servicio social de Medicina y Estomatología.
Catálogo Estatal de Campos Clínicos. Registro sistematizado de la información relativa a los campos clínicos a nivel estatal.
Catálogo Nacional de Campos Clínicos. Registro sistematizado que concentra la información de los catálogos estatales de campos clínicos.
CEIFCRHIS. Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud.
DGEC. Dirección General de Enseñanza y Calidad.
DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Institución Educativa. Organización perteneciente al Sistema Educativo Nacional en el tipo educativo superior o técnico superior universitario
Institución de Salud. Organización perteneciente al Sistema Nacional de Salud, que cuenta con uno o más establecimientos para la atención médica.
Pasante. Estudiante de una institución de educación superior que cumple con los requisitos académicos, administrativos y jurídicos para prestar el servicio social en un campo clínico.
Plaza. Figura de carácter temporal, unipersonal e impersonal que tiene, presupuestal y administrativamente, una adscripción para ocupar un campo clínico, sin que ello implique una relación laboral alguna, para los efectos de la prestación del servicio social.
Programa académico. Instrumento elaborado por la institución de educación superior en concordancia con los Programas Nacional y Estatales de Salud, que describe los propósitos formativos, contenidos y actividades de enseñanza-aprendizaje, docencia e investigación, que debe desarrollar el pasante durante la prestación del servicio social.
Programa operativo. Instrumento elaborado por la institución de salud en coordinación con la institución de educación superior y con base en el programa académico, tomando en cuenta las necesidades epidemiológicas y demográficas de la entidad.
Programa de supervisión. Instrumento elaborado coordinadamente por la institución de salud y la institución de educación superior, para dar ejecución, control asesoría y seguimiento, de la eficacia operativa.
Servicio social. Trabajo de carácter temporal y mediante retribución, que ejecutan y prestan los pasantes en interés con la sociedad y el Estado.
SIASS. Sistema de Información para la Administración de Servicio Social para la Salud

IV.- REFERENCIAS

•Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece en su artículo 5º la obligatoriedad para la realización del servicio social.
•Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional. Capítulo VII, artículos 52 al 60. Señala entre otros aspectos, la obligatoriedad para todos los estudiantes de las profesiones a que se refiere para prestar el servicio social.
•Reglamento de la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional. Capítulo VIII, artículos 85 al 93. Considera también el servicio social profesional y en art. 91 alude a que los trabajadores al servicio de la federación y del Gobierno del Distrito Federal "No estarán obligados a prestar servicio distinto al desempeño de las funciones".
•Ley General de Salud. Publicada en 1984, capítulo 84 a 88. Establece que el servicio social de las carreras de la salud debe realizarse en unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.
•Ley General de Educación. Capítulo II, art. 24. Los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar servicio social, en los casos y términos que señalen las disposiciones reglamentarias.
•Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 1981.
•Bases para la instrumentación del servicio social de las profesiones de la salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de marzo de 1982.
•Recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, (CIFRHS) para la Instrumentación del Servicio Social de Estudiantes de las Profesiones de la Salud a que podrán sujetarse las Instituciones de Educación Superior.
•NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
•NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
•NOM-009-SSA3-2013. Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención medica como campos clínicos del servicio social de medicina y estomatología.
•NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.
•NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud.
•NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.
•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. DOF: 08/08/2012
•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. DOF 20 enero del 2017.
•Lineamientos federales de servicio social de enfermería 2009.
•NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
•NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
•Manual de Organización de la Dirección General de Enseñanza y Calidad.

V.- POLÍTICAS

Lineamientos Generales de los Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería y Odontología del Estado de Sonora.
1.La utilización de campos clínicos debe tener como base la celebración de un convenio de colaboración formal entre las Instituciones de Salud y las Educativas involucradas, donde consten los compromisos que al respecto ambas asumen.
2.Los establecimientos para la atención médica deben pertenecer al primero y segundo nivel de atención, y contar con la infraestructura básica como lo marca la NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Y la NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
3.Contar con un responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo de su servicio social
4. El servicio social debe prestarse por un tiempo de doce meses consecutivos.

VI.- ANEXOS

Clave de Anexo	Nombre	Link
66-DEC-P25-A25/Rev.00	Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.	Ver anexo

VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Elaboración del catálogo de campos clínicos para servicio social de Medicina, Enfermería y Odontología y proceso de inserción al servicio social.	
1.1	Coordinadores de programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Promueven y participa activamente en la elaboración interinstitucional y la actualización anual del diagnóstico situacional (suficiencia y condiciones) de los campos clínicos de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines en el Estado de Sonora.	Diagnóstico situacional estatal de los campos clínicos para servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.
1.2		Promueven en la DGEC, el envío de la solicitud de necesidades de campos clínicos de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines de las instituciones de educación superior y media superior.	Oficio para solicitar requerimientos de campos clínicos.
1.3		Promueven la realización de la reunión plenaria para la firma del acta con la propuesta de distribución de campos clínicos para servicio socialde servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Acta de distribución de campos clínicos de servicio social
1.4	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Presenta el catálogo de campos clínicos para servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines ante la CEIFCRHIS.	Acta con la aprobación del catálogo de campos clínicos para servicio social por la CEIFCRHIS.
1.5	Coordinadores del programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.	Promueven el envío del acta de campos clínicos para servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines, mediante oficio de la DGEC a la DGCES, para su análisis y aprobación.	Oficio para la DGCES, con el acta de campos clínicos.
1.6	Director (a) General de Enseñanza y Calidad.	Recibe respuesta de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la aprobación o la modificación del acta de campos clínicos para servicio social de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	
1.7	Coordinadores del programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Promueven la emisión de oficios dirigidos a las instituciones educativas, con la relación de campos clínicos autorizados para servicio social de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.	Oficios con la relación de campos clínicos autorizados.
		“En los oficios se solicita a las instituciones educativas que procedan a la realización de los eventos públicos para la selección de las plazas de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines, considerando como primer criterio de selección el promedio de los estudiantes”.	
1.8		Asisten el evento público y registra la plaza seleccionada por el pasante en el SIASS y emite la carta de adscripción al servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines recaba los documentos y elabora expediente.	Carta de adscripción de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines y expediente por pasante.
2		Supervisión del Programa de servicios social de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines (duración: un año)	
2.1	Coordinadores del programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Elaboran el programa de supervisión de los pasantes.	Programa de Supervisión de pasantes de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines, con calendario de visitas a los pasantes.

2.2		Realizan la supervisión de los programas académico y operativo de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines, en conjunto con el Jefe de Enseñanza y/o responsables de los pasantes en su unidad de adscripción	Cédula con los registros de la supervisión de programas.
2.3		Realizan la supervisión de los campos clínicos de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines, para verificar el cumplimiento de los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento como campos clínicos.	Cédula con los registros de la verificación.
2.4		Elaboran informe de supervisión y entrega al Director General de Enseñanza y Calidad y al Jefe de Enseñanza del Hospital o Centro de Salud Sede.	Reporte de supervisión.
3		Terminación del servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	
3.1	Coordinadores del programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Imprimen constancias de término de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines del SIASS y elabora oficio para envío de constancias de terminación para firma del Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.	Oficio de solicitud de firma de Constancias de terminación de servicio social.
3.2		Reciben constancias de terminación firmadas por el Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.	
3.3		Solicitan al pasante de servicio social de Medicina, Enfermería y Odontología el oficio de termino emitida por el jefe jurisdiccional o jefe de enseñanza de adscripción y entregan constancias de terminación a pasantes de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Copia de constancias de terminación, con acuse de recibo de los pasantes de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines
3.4		Elabora oficio para envío de copias de constancia de terminación para la DGCES y remite al Jefe de Enseñanza para su revisión	Oficio de envío de constancias de terminación dirigido a la DGCES.
3.5	Jefe de Enseñanza	Revisa oficio y solicita autorización para envío al Director(a) de la DGEC	
3.6	Director(a) General de Enseñanza y Calidad	Autoriza oficio para envío de copias de constancia de terminación de servicio social a la DGCES	
3.7	Coordinadores del programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.	Envían oficio con copias de constancias de terminación de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines a la DGCES.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró:	Revisó:	Validó:
M.C Iliana Catalina Obregón Calzada/Jefe del Departamento de Enseñanza	Dra. Verónica Castillo Montoya/ Directora de Enseñanza, Capacitación e Investigación	Dr. José Francisco Lam Félix/Director General de Enseñanza y Calidad

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Dirección General de Enseñanza y Calidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: **Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.**	Hoja 1 de 2
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: **66-DEC-P25/Rev.00**	Fecha de elaboración: 09/05/2019

No.	Registro	Puesto Responsable*	Tipo	Resguardo		Disposición final
				Tiempo	Ubicación	
1	Diagnóstico situacional estatal de los campos clínicos para servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
2	Oficio para solicitar requerimientos de campos clínicos.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
3	Acta con la aprobación del catálogo de campos clínicos para servicio social por la CEIFCRHIS.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
4	Oficio para la DGCES, con el acta de campos clínicos.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Electrónico y/o Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
5	Oficios con la relación de campos clínicos autorizados.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
6	Carta de adscripción de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines y expediente por pasante.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Electrónico y/o Papel	1 año	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Becario egresado
7	Programa de Supervisión de pasantes de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines, con calendario de visitas a los pasantes.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
8	Cédula con los registros de la supervisión de programas.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
9	Cédula con los registros de la verificación.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afinesArchivo muertoa	Archivo muerto

10	Reporte de supervisión.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
11	Oficio de solicitud de firma de Constancias de terminación de servicio social.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
12	Copia de constancias de terminación, con acuse de recibo de los pasantes de servicio social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
13	Oficio de envío de constancias de terminación dirigido a la DGCES.	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto
14	Acta de distribución de campos clínicos de servicio social	Coordinador del Programa de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Papel	5 años	Archivo de Servicio Social de Medicina, Enfermería, Odontología y carreras afines	Archivo muerto

* El responsable del resguardo será responsable de su protección.