



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA
NIT. 900211477-1

MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 2 de 27

TABLA DE CONTENIDO

1.	<u>OBJETIVOS</u>	3
2.	<u>ALCANCE</u>	3
3.	<u>NORMATIVIDAD</u>	4
4.	<u>DEFINICIONES</u>	5
5.	<u>RESPONSABLES</u>	5
6.	<u>ENFOQUE DIFERENCIAL</u>	6
7.	<u>DESARROLLO DEL DOCUMENTO</u>	6
8.	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	26
9.	<u>ANEXOS</u>	27
	<u>CONTROL DE CAMBIOS</u>	¡Error! Marcador no definido.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 3 de 27

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la metodología y los lineamientos para integrar el expediente clínico por medio de la apertura, captura y registro, con el fin de asegurar su control y resguardo en el archivo clínico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer las directrices para el manejo y gestión de los registros clínicos en las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda.
2. Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de la historia clínica.
3. Brindar conceptos que faciliten la orientación del profesional de la salud al momento de gestionar los registros clínicos.
4. Establecer las políticas para el uso y funcionalidad de la historia clínica automatizada.
5. Facilitar el manejo de la historia clínica automatizada bajo la definición de instructivos para su uso.
6. Procurar el cumplimiento de las políticas SIIS y Confidencialidad y Privacidad, brindando a los profesionales de la salud las herramientas para su implementación.

2. ALCANCE

Este manual ha sido documentado para garantizar la funcionalidad en el manejo de los registros clínicos, brindando conocimientos y conceptos claros a todo el personal asistencial y administrativo que intervienen en el proceso de atención a los usuarios. Facilitando, además, la sensibilización de los usuarios y demás partes interesadas sobre la importancia y el manejo de los registros clínicos al momento de requerirlos.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 4 de 27

3. NORMATIVIDAD

- **Resolución 839 de 2017:**

Tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación.

- **Decreto 780 de 2016:**

Artículo 2.5.3.4.11 Acceso a la historia clínica. Las entidades administradoras de recursos del sistema general de seguridad social en salud tales como EPS del régimen subsidiado o contributivo, ARL, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación.

- **Ley 1712 de 2014:**

Se adoptó la norma de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, cuyo objeto, según su artículo 1°, es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

- **Sentencia T-182/09 - Corte Constitucional:**

“para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico, la historia clínica sólo puede ser conocida por el grupo familiar de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley”.

- **Resolución 1995 de 1999 (Art. 1):**

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención. “Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 5 de 27

• **Ley 23 de 1981, de ética médica:**

Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

4. DEFINICIONES

- ✓ Historia Clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley.
- ✓ Estado de salud: El estado de salud del usuario se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medio ambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- ✓ Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- ✓ Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un usuario, el cual también tiene el carácter de reservado.

5. RESPONSABLES

Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la HISTORIA CLINICA y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados. Este podrá delegar su elaboración en un

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 6 de 27

miembro del cuerpo profesional en adiestramiento, sin que este pierda su carácter de responsable ante la Institución y ante la ley.

6. ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial es una perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares debido a su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características. Se deberá indicar el siguiente texto:

La ESE Rafael Tovar Poveda, reconoce que hay poblaciones particulares debido a su edad, género, orientación sexual, pertinencia étnica, embarazadas y en situación de discapacidad y ubicación geográfica. Basado en esto, la prestación de los servicios de salud de nuestra entidad responde a las necesidades de cada uno de estos grupos cerrando las brechas existentes, enfocando las atenciones de acuerdo con las características de los usuarios y sus familias.

7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

1. GENERALIDADES

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y utilizando solo las siglas y acrónimos reglamentadas dentro de la Institución. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de esta.

2. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de veinte (20) años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión, y mínimo quince (15) años en el archivo central o pasivo, según lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 o necesidades empresariales. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, dejando acta que legalice su destrucción. Esta normatividad se aplicará al archivo digital, estableciendo los mecanismos para crear en el sistema una base de datos para cada uno de los archivos definidos por la norma.

3. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 7 de 27

En las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda, se realiza apertura de historia clínica a todos los usuarios que ingresan a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Promoción y Prevención, Odontología, Consulta Externa y Consulta Especializada. La identificación del usuario se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años y el número del registro civil para los menores de siete años.

Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad (entiéndase menores de un mes), se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en el grupo familiar. La ESE Rafael Tovar Poveda cuenta con una historia única institucional, ubicada en el archivo respectivo de acuerdo con los tiempos de retención, y con una aplicación para el control que permite saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, a quién y en qué fecha ha sido entregada y procedimientos de respaldo de información definidos y controladas para garantizar la seguridad de las historias clínicas automatizadas. La apertura de la historia clínica se realiza al momento de ingresar el usuario al software administrativo y clínico.

4. NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de esta. Las hojas de evolución, órdenes médicas son responsabilidad del profesional tratante. Las Hojas de enfermería son responsabilidad del personal de enfermería.

5. COMPONENTES

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

6. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los contenidos mínimos son:

- ✓ Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 8 de 27

- ✓ Estado civil.
- ✓ No. documento de identidad.
- ✓ Fecha de nacimiento.
- ✓ Edad.
- ✓ Sexo.
- ✓ Ocupación.
- ✓ Dirección.
- ✓ Teléfono del domicilio.
- ✓ Lugar de residencia.
- ✓ Nombre y teléfono del acompañante.
- ✓ Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario.
- ✓ Aseguradora.
- ✓ Tipo de vinculación.
- ✓ Grupo poblacional.

7. CONTENIDOS MÍNIMOS

Se entiende por historia clínica completa aquella que incluye la siguiente información:

- ✓ Datos generales del usuario.
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Enfermedad actual.
- ✓ Revisión por sistemas.
- ✓ Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- ✓ Examen físico completo el cual incluye siempre: signos vitales aparatos y sistemas.
- ✓ Concepto médico.
- ✓ Diagnóstico(s) tentativo(s) o definitivo(s)
- ✓ Finalidad y causa.
- ✓ Conductas: orden de medicamentos, orden de laboratorio, orden de imagenología, interconsultas, remisiones.
- ✓ Evoluciones o controles.
- ✓ Epicrisis o resumen de egreso.
- ✓ Consentimientos.

8. FORMATOS HISTORIA CLÍNICA AUTOMATIZADA POR TIPO DE ATENCIÓN

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 9 de 27

Es norma en la ESE Rafael Tovar Poveda, el diligenciamiento de la Historia Clínica automatizada, por parte de los profesionales tratantes en cada una de las sedes de atención y en los servicios que presta la Institución.

CONSULTA AMBULATORIAS:

1. Historia clínica de consulta ambulatoria cuando el usuario solicita cita programada.
2. Historia clínica de consulta prioritaria-ambulatoria cuando el usuario no tiene asignada.

REQUISITOS:

- Historia Clínica de Consulta Externa
- Evolución Medica
- Atención Promoción y Prevención
- Historia Clínica de Odontología

HOSPITALIZACIÓN:

- ✓ Historia clínica de ingreso: todo usuario que se hospitalice para tratamiento médico o atención del parto deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante.
- ✓ Las evoluciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato de notas médicas hospitalización.
- ✓ Las notas de las rondas realizadas se registran en el formato de rondas de hospitalización.
- ✓ Es responsabilidad del que inicia un formato de evolución diligenciar los datos de identificación del usuario (número de historia clínica, nombres y apellidos), foliar la misma de manera consecutiva garantizando que no faltan componentes en la misma y dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

REQUISITOS:

- Autorización o envío de anexo No. 3 se debe autorizar por día de estancia hospitalaria
- Resumen de atención o epicrisis
- Hoja de administración de medicamentos y materiales

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 10 de 27

- Resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico, deben estar comentados en historia clínica o epicrisis
- Evolución medica por día
- Ordenes Medica
- Notas de enfermería
- Triage
- Comprobante de recibido del usuario
- Resolución de tarifas de medicamentos y materiales
- Fotocopia de informe de accidente de trabajo (aplica cuando es accidente laboral)
- FURIPS, diligenciado (en caso de haber sido por accidente de tránsito)
- Verificación de derechos

SERVICIOS DE INTERNACIÓN (PARTO MADRE)

- Autorización o envío del anexo No. 3. Se debe autorizar por día de estancia hospitalaria.
- Epicrisis
- Historia clínica
- Resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico, deben estar comentado en historia clínica o epicrisis.
- Hoja de administración de medicamentos o materiales
- Notas de enfermería
- Partograma. CLAP.OPS/OMS
- Seguimiento posparto de la madre y del recién nacido
- Ordenes médicas y resultados en físico
- Comprobante del recibido del usuario
- Resolución de tarifas de medicamentos y materiales
- Verificación de derechos

SERVICIOS DE INTERNACIÓN (RECIÉN NACIDO)

- Autorización o envío del anexo 3. Se debe autorizar por día de estancia hospitalaria.
- Epicrisis
- Historia clínica
- Resultados de los exámenes de apoyo diagnósticos, deben estar comentados en historia clínica o epicrisis.
- Hoja de administración de medicamentos o materiales
- Órdenes médicas y resultados en físico

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 11 de 27

- Notas de enfermería de vacunación
- Comprobante de recibido del usuario
- Resolución de tarifas de medicamentos y materiales
- Verificación de derechos

URGENCIAS:

Todo usuario del servicio de urgencias debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general, es obligatorio el registro de triage, atención en consulta, observaciones sobre tratamientos enviados por parte del médico y del personal de enfermería.

- Informe de atención inicial de urgencias o historia clínica.
- Verificación de derechos del usuario
- Comprobante del recibido del usuario
- Reporte de accidente de trabajo (Aplica en consulta por accidente laboral)
- FURIPS (aplica en accidente de tránsito)
- Órdenes médicas
- Notas de enfermería
- Autorización o envío de anexos No. 2 y No. 3
- Pantallazos de envíos

OBSERVACIÓN EN URGENCIAS

- Epicrisis
- Hoja de administración de medicamentos y materiales
- Resolución de precios de medicamentos y materiales
- Autorización o envío de anexo No. 3
- Verificación de derechos
- Pantallazos de envío

TRASLADOS ASISTENCIALES EN AMBULANCIA (urgencias y hospitalización)

- Anexo No. 9
- Diligenciamiento de hoja de referencia y contra referencia (sin nomenclaturas, nombre del profesional quien recibe: legible con numero de documento o sello, institución quien recibe nombre completo)
- autorización o envío de anexos No. 3 y No. 9 (adjuntar historia clínica)

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 12 de 27

- Hoja de consumo (en caso de aplicación de medicamentos en insumos dentro de la ambulancia) deben estar detallados dentro de la hoja de referencia y contra referencia
- Verificación de envío
- Resolución de tarifas de traslado

ODONTOLOGÍA:

Todo usuario del servicio de odontología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del odontólogo general, quien debe garantizar el registro de datos correspondientes a los exámenes clínicos, tratamientos y consultas de urgencias.

REQUISITOS:

- Autorización si aplica
- Informe de atención de urgencia o historia clínica, debe incluir descripción quirúrgica en caso de haber realizado procedimientos
- Evolución odontológica (en caso de hospitalización)
- Comprobante del recibido del usuario
- Verificación de derechos
- Envío de anexos No. 2 y No. 3
- Pantallazos de envío

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

Todo usuario del servicio de promoción y prevención debe contar con la historia clínica correspondiente, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general y el personal de enfermería:

- Crecimiento y desarrollo
- Planificación Familiar
- Prenatal y Puerperio
- Enfermedades Crónicas
- Atención del Joven
- Atención del Adulto
- Agudeza Visual
- Toma Seriada de Presión

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 13 de 27

- Infecciones de transmisión sexual.

LABORATORIO CLÍNICO:

El Bacteriólogo es responsable de garantizar oportunidad y veracidad en el registro de los resultados de las ayudas diagnósticas realizadas a los usuarios, es responsabilidad de cada profesional el diligenciamiento de la nota correspondiente a la inasistencia del usuario a la cita programada.

9. FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA MANUAL

Es norma en las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda, que los formatos que conforman la historia clínica manual lleven el siguiente orden, siendo responsabilidad del archivo clínico garantizar su cumplimiento:

- ✓ Programa control de enfermedad hipertensiva
- ✓ Hoja control de infecciones de transmisión sexual
- ✓ Atención de Urgencias

Hojas correspondientes a los diferentes programas especiales:

- ✓ Hoja recién nacido
- ✓ Evaluación del crecimiento en menores de 7 años
- ✓ Escala abreviada de desarrollo
- ✓ Historia clínica perinatal (CLAP)
- ✓ Atención en planificación familiar
- ✓ AS-AA-OD-F008 Examen Odontológico
- ✓ Odontograma
- ✓ AS-AA-OD-F009 Atención odontológica preventiva
- ✓ AS-F024 Hoja de Evolución
- ✓ Exámenes Auxiliares de Diagnostico
- ✓ Copia de la Solicitud Remisión de Usuarios
- ✓ AS-F032 Epicrisis de Hospitalización
- ✓ AS-F034 Ordenes médicas
- ✓ Tratamientos
- ✓ AS-F035 Signos Vitales
- ✓ AS-F023 Balance de líquidos

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 14 de 27

10. PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLINICA

El Plan de Contingencia es el conjunto de acciones implementadas para garantizar el registro integral, confidencial y seguro de la prestación del servicio en caso de fallas del sistema de información o interrupciones eléctricas. Este mecanismo asegura la continuidad del registro de la Historia Clínica y permite el soporte para los procesos de facturación.

Una vez se restablezca el sistema de Historia Clínica Electrónica, se limita el uso de los formatos físicos únicamente a casos de contingencia, prohibiendo el uso regular de registros en físico. Los coordinadores de cada IPS deberán mantener una carpeta con los formatos necesarios para iniciar el registro manual en casos de eventualidad.

1. ACTIVACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA:

Autoridad de Activación:

El Ingeniero de Sistemas será el responsable de declarar una emergencia relacionada con los sistemas de información.

Reporte de Incidencias:

Los usuarios que enfrenten inconvenientes con el sistema están obligados a reportarlo inmediatamente al área de Sistemas. Esta área evaluará el problema y, según su complejidad, si la falla supera los 15 minutos, informará al coordinador de la IPS y/o Subgerencia Científica para autorizar la activación del plan.

Suspensión del Plan de Contingencia:

Cuando el inconveniente sea solucionado, el área de Sistemas notificará al coordinador de la IPS y/o Subgerencia Científica para suspender el plan y activar un proceso de recuperación pos-emergencia.

2. FORMATOS UTILIZADOS EN LA CONTINGENCIA

PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLINICA			
AREA	RECURSOS	ACCION	RESPONSABLE
SERVICIO ASISTENCIAL	AS-F040 formato historia clínica urgencias anexos	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
	AS- F027 Formato	Diligencia Manual	Personal medico



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA

MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

Código: AP-GSI-AIF-M001

Versión: 02

Fecha de vigencia: 03/12/2024

Página 15 de 27

historia clínica medicina general	Mente El Formato	
AS-F026 Formato notas enfermería	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal de enfermería
AS-F133 Incapacidad médica extramural	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F134 Orden de laboratorio	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F136 Remisiones	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F137 Incapacidad médica	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F135 Imágenes diagnosticas	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-AA-OD-F008 Formato historia clínica Odontología	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal odontológico
AS-AA-OD-F009 formato historia clínica salud oral	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal odontológico
AS-F007 Formato notas de enfermería vacunacion	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal de enfermería
AS-F010 Formato historia clínica PE DT Juventud	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F011 Formato de historia clínica PE-DT Infancia	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F014 formato completo de HC control prenatal	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F017 Formato historia clínica adolescente	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F018 formato de historia clínica PNF	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
AS-F019 formato	Diligencia Manual	Personal medico

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 16 de 27

	historia clínica PE DT Vejez	Mente El Formato	
	AS-F130 formato Seguimiento kit de emergencia obstétrica	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico
	AS-F131 formato historia clínica citología	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal de enfermería
	AS-F132 formato de HC crónicos	Diligencia Manual Mente El Formato	Personal medico

En cada unidad asistencial se deben mantener stocks actualizados de estos formatos.

3. PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS

A. Ingreso y egreso durante la falla:

1. Facturación realiza la admisión manual del paciente e informa al personal asistencial para la atención.
2. El personal asistencial registra los datos clínicos manualmente.
3. Facturación liquida los servicios y autoriza la salida del paciente.

B. Paciente permanece durante la falla y no egresa:

1. El médico realizará las órdenes médicas correspondientes al tratamiento de los pacientes en el sistema.
2. El personal asistencial realizará el cargue de los medicamentos e insumos en el sistema.
3. El personal asistencial realizará la aplicación de los medicamentos en el sistema.
4. Los demás procedimientos relacionados con la atención del paciente tendrán continuidad de manera normal.

C. Paciente egresa sin que se haya restablecido el sistema:

1. El médico emite las órdenes correspondientes manualmente.
2. El personal asistencial realizara el registro de medicamentos manual.
3. El personal asistencial registrara la aplicación de los medicamentos y procedimientos manual.
4. El personal asistencial entrega registros físicos a Facturación para el cierre manual.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 17 de 27

D. Paciente ingresa durante la falla y continúa post-restablecimiento:

1. Médico crea la historia clínica manual.
2. El personal asistencial realizara el registro de medicamentos manual.
3. El personal asistencial registrara la aplicación de los medicamentos y procedimientos manual.
4. Al restablecimiento, personal transcribe los datos al sistema electrónico.

5. RECUPERACIÓN POS-EMERGENCIA

El área de Sistemas notificará el restablecimiento. Cada profesional involucrado deberá transcribir la información registrada manualmente al sistema durante los ocho (8) días siguientes a la pos-emergencia. Las historias clínicas manuales se entregarán al área de archivo para su custodia y registro histórico.

6. CONSIDERACIONES GENERALES

- Todos los formatos utilizados durante la contingencia deberán seguir los protocolos de seguridad y confidencialidad de la institución.
- Es responsabilidad de cada Coordinador de IPS garantizar la disponibilidad de los formatos en casos de emergencia.
- Las historias clínicas manuales serán custodiadas por el área de archivo tras ser digitalizadas.
- Este plan asegura la continuidad en la atención y el correcto registro de la información clínica en cualquier eventualidad.

11. HISTORIA CLÍNICA EXTRAMURAL

La historia clínica extramural debe ser diligenciada de acuerdo con los lineamientos establecidos para la historia clínica manual en las sedes de la ESE Rafael Tovar Poveda. Para garantizar su correcta elaboración, registro y custodia, se deben seguir los pasos y consideraciones que se detallan a continuación:

1. Diligenciamiento de la Historia Clínica

Durante las actividades extramurales, el personal asistencial debe utilizar los formatos establecidos y aprobados por la institución, asegurándose de que cada formato sea completado en su totalidad, sin omitir información relevante para el caso del paciente. El orden de los formatos debe respetarse conforme a las normas de archivo, iniciando con los datos de identificación del paciente y continuando con los registros específicos del tipo de atención brindada.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 18 de 27

2. Lineamientos Específicos

La información consignada en la historia clínica extramural debe cumplir con los principios de claridad, precisión y legibilidad.

Se debe garantizar que cada intervención sea registrada en el formato correspondiente, según el tipo de atención (médica, odontológica, enfermería, etc.).

El personal responsable de cada área debe firmar y sellar los formatos una vez diligenciados, asegurando la validación del contenido.

3. Transcripción al Sistema de Información

Finalizada la actividad extramural, la información registrada manualmente debe ser transcrita al sistema de información institucional en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles.

La transcripción debe ser realizada por el personal que realice la atención, siguiendo los estándares de calidad y asegurando la integridad de los datos durante el proceso.

4. Entrega y Custodia de la Historia Clínica Manual

Una vez transcrita la información, los formatos físicos de la historia clínica deben ser entregados al área de archivo clínico de la institución.

El área de archivo será responsable de verificar que la documentación esté completa y cumpla con los lineamientos establecidos para su custodia y conservación.

5. Seguridad y Confidencialidad

La historia clínica extramural debe seguir los mismos estándares de seguridad y confidencialidad que los registros clínicos realizados en las sedes institucionales.

En todo momento, se debe garantizar que la información sea manejada exclusivamente por personal autorizado y que los documentos físicos permanezcan bajo resguardo hasta su entrega al área de archivo.

6. Verificación y Seguimiento

- El Coordinador del evento extramural debe supervisar el correcto diligenciamiento de los formatos y asegurar que se cumplan los plazos establecidos para la transcripción y entrega de la historia clínica.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 19 de 27

- Cualquier irregularidad detectada en el proceso debe ser reportada y corregida de manera inmediata para garantizar la calidad del registro clínico.
- Este procedimiento asegura que las historias clínicas extramurales sean elaboradas, gestionadas y custodiadas de acuerdo con los estándares institucionales, promoviendo la continuidad y la calidad en la atención de los pacientes.

12. NORMAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En cada tipo de historia clínica el ordenamiento es cronológico ascendente por fecha de atención; se lee como un libro.

13. PROCEDIMIENTO PARA UTILIZAR LA HISTORIA CLÍNICA

- En las atenciones de urgencias y hospitalización, los formatos de evolución deberán consignarse por parte del profesional tratante o su delegado, como mínimo, una nota diaria con fecha y hora en que se describan los cambios ocurridos en el estado del usuario, los resultados de los exámenes practicados con su interpretación clínica y el plan de diagnóstico y tratamiento.
- También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al usuario acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.
- Cuando el usuario llegue al final de su hospitalización el médico deberá realizar un resumen de egreso (epicrisis) de acuerdo con las normas establecidas por el Comité de Historias Clínicas, la firma del resumen final no puede ser delegada por el médico tratante.
- Cuando el usuario salga sin consentimiento medico deberá firmar el formato AS-F009 DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO.
- Todas las notas de evolución llevarán: fecha y hora, firma, registro profesional y sello de quién las elaboró
- Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 20 de 27

- Errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y firma de la persona. El dato correcto se anotará lo más cercano posible o en el lugar que corresponda.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben ser identificados con el nombre completo y número de historia clínica del usuario.
- No dejar espacios en blanco sin llenar.
- Solicitar la Historia Clínica al archivo clínico y devolverla el mismo día luego de prestado y registrado el servicio, si por algún motivo se requiere de la historia por más tiempo, debe informarse al archivo clínico.
- La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva.
- Las atenciones deben registrarse cronológicamente.
- La Historia Clínica solo debe ser conocida por terceros con previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley.
- El usuario debe tener una Historia Clínica única e integral, en ella deben consignarse todo lo referente a la prestación de servicios del usuario dentro de la institución, teniendo racionalidad científica en la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones de salud brindadas.
- Verificar que la historia clínica corresponda al usuario a atender: comparar los nombres y apellidos al igual que el número de la Historia.
- Leer las atenciones anteriores más recientes, verificando motivos de consulta y medicamentos e imágenes diagnósticas enviados.
- Si se inicia hoja de evolución, diligencie el encabezado: nombres y apellidos completos, No. de historia clínica, edad, sexo y foliar la hoja de acuerdo con el número que corresponde consecutivamente.
- Registre la hora y la fecha correspondiente a la atención.
- Escriba con letra clara y legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco, con color negro y sin utilizar siglas.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 21 de 27

14. NORMAS DE FORMULACIÓN

Órdenes médicas:

Antes de escribir una orden médica asegúrese de que la hoja respectiva está debidamente marcada con la identificación del usuario. El no tener esta precaución hace a quien escriba la orden responsable del uso indebido o equivocado de la misma.

- ✓ Toda orden médica debe escribirse con bolígrafo o pluma con fuerza necesaria para que la copia sea perfectamente legible.
- ✓ Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora de formulación.
- ✓ Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello del profesional responsable.
- ✓ Las ordenes médicas deben contener los siguientes puntos:

ACTIVIDAD: Especificar claramente el nivel de actividad física que el usuario puede desarrollar.

DIETA: Debe prescribirse con precisión el tipo de dieta establecido.

LÍQUIDOS ENDOVENOSOS Y MEDICAMENTOS: Procure no utilizar abreviaturas, especialmente si éstas no son comunes. Los medicamentos deben formularse por su nombre genérico especificando las dosis, vía de administración y frecuencia,

TERAPIAS ESPECIALES: Si las hay deben quedar consignadas (oxígeno, respiratorias, físicas).

LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Toda orden de estudios paraclínicos debe contener los datos de identificación del usuario: nombre, número de historia clínica, fecha. Con respecto a Laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados.

Interconsulta:

Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del usuario.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 22 de 27

SIGNOS VITALES: Frecuencia con que el médico quiere que se le tomen y registren los signos vitales

ORDENES ESPECIALES: Si las hay deben quedar consignadas.

MEDICAMENTOS NO POS: Al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del POS. Si no está incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato autorización de medicamentos NO POS, MIPRES. Recuerde que los tiempos establecidos para realizar la Junta de Profesionales son:

- Ambulatorio Priorizado/ Urgencias/ Internación/ Hospitalario Domiciliario: 72 horas.
- Ambulatorio No Priorizado: cinco (5) días calendario.
- Si se trata de un medicamento UNIRS deben enviar el consentimiento informado respectivo, firmado por el paciente y/o acudiente y el profesional prescriptor, formato AS-F082 CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDICAMENTOS UNIRS.

15. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El equipo de salud.
3. Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal. Las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:

- ✓ Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo.
- ✓ Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña.
- ✓ Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 23 de 27

- ✓ Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso.
- ✓ Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad.

16. PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO

La historia Clínica debe solicitarse en el archivo de Historia Clínica de la ESE RAFAEL TOVAR POVEDA:

Horario Atención al Público: lunes a jueves de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. y de 2:00 p.m. a 4:00, los viernes de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. son cinco (5) días hábiles para entrega de la historia al usuario, para cualquiera de los casos aquí referidos tener en cuenta las fechas de atención del paciente, pues serán requeridas al momento de solicitar la historia clínica.

1. Paciente que la solicita personalmente:

- Documento de Identidad cédula o pasaporte.
- Se diligencia el formato AP-GSI-GD-F001 SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA, en este formato se especifica el motivo por el cual es solicitada la historia clínica y se firma por el paciente como constancia de la solicitud.

2. Persona Autorizada (familiar, representante legal o terceros):

- Carta de autorización firmada por el paciente y por la persona autorizada, en caso de representación legal el solicitante deberá anexar el documento que lo acredita como tal, la carta debe especificar el motivo por el cual se solicita y las fechas de atención requeridas.
- Fotocopia documento de identidad, cédula o pasaporte del paciente y del solicitante.
- Se diligencia el formato AP-GSI-GD-F001 SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA el cual debe estar debidamente firmado por el familiar o el autorizado.

3. Solicitud para acceder a la copia de la Historia Clínica de los pacientes menores de Edad:

- Registro civil del paciente
- Documento de identidad del padre (solicitante).

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 24 de 27

- Se diligencia el formato AP-GSI-GD-F001 SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA, en este formato se especifica el motivo por el cual es solicitada la historia clínica y se firma por el padre como constancia de la solicitud.

4. Paciente fallecido o paciente que no pueda firmar debido a su condición de salud:

- Declaración extra-juicio (en el caso que la persona que la solicite sea la pareja permanente en estado de unión libre), acta de matrimonio (esposo/a) o registro civil con el fin de demostrar el parentesco. Únicamente pueden acceder a la historia clínica familiares en primer grado de consanguinidad (padres y/o hijos).
- Documento de Identidad del Paciente.
- Documento de identidad del solicitante.
- Registro civil de defunción o certificado de defunción.
- Se diligencia el formato AP-GSI-GD-F001 SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA, en este formato se especifica el motivo por el cual es solicitada la historia clínica y debe estar debidamente firmado por el familiar.

REQUISITOS PARA OBTENER COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO A TRAVÉS DEL CORREO INSTITUCIONAL:

ventanillaunica@rafaeltovarpoveda.gov.co

SOLO SI USTED VIVE FUERA DE LOS MUNICIPIOS DE CURILLO, ALBANIA, SAN JOSÉ DEL FRAGUA O BELÉN DE LOS ANDAQUÍES:

- Adjuntar solicitud formal por medio de carta donde refiera el motivo de la solicitud, las fechas de atención del paciente, dirección de residencia, correo electrónico al cual se enviará la historia, y firma del paciente.
- Adjuntar copia del documento de identidad.

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DE LAS ASEGURADORAS U OTROS:

Cuando la labor de auditoría por parte del asegurador no se realice dentro de la institución.

- Solicitud formal del asegurador por medio de carta que puede ser enviada por correo electrónico refiriendo el número de identificación del usuario y documento de identidad de la persona autorizada a reclamarla.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 25 de 27

- Copia de un contrato señalando el aparte en donde se pide autorización al paciente para tener acceso a su historia clínica, o autorización expresa del paciente.
- Cédula original y copia legible de quien reclama (responsable enviado por el asegurador) la historia clínica

NOTA:

- ✓ La Subgerencia Científica es responsable de autorizar la revisión de historias clínicas por personal no institucional.
- ✓ Se prohíbe comunicar nombres de usuarios a terceros que desean esta información para fines de lucro (usuarios fallecidos a funerarias, usuarios traumatizados o abogados).
- ✓ El empleado que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla recibirá las sanciones correspondientes.

17. FUNCIONES GENERALES DEL RESPONSABLE DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

- ✓ Entregar las historias clínicas a los diferentes servicios de la Institución.
- ✓ Archivar las historias clínicas recibidas de los diferentes servicios.
- ✓ Revisar periódicamente para confirmar que no haya historias por fuera del archivo clínico por mucho tiempo.
- ✓ Organizar las historias clínicas para la consulta del día siguiente.
- ✓ Realizar depuración del archivo clínico.
- ✓ Facilitar fotocopias de las historias clínicas a los usuarios.
- ✓ Cuidar de la historia clínica como documento sometido a reserva.
- ✓ Rendir en forma oportuna y adecuada informes al comité de historia clínica de la IPS.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 26 de 27

- ✓ Mantener actualizado el manual de gestión de registros clínicos.
- ✓ Velar por el buen funcionamiento de los equipos de cómputo y herramientas informáticas requeridas para el manejo de los registros clínicos, identificando y reportando oportunamente las fallas o falencias detectadas al área correspondiente.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
2. Congreso de la República de Colombia. (1999). Ley 527 de 1999: Por la cual se define y reglamenta el acceso y uso de datos personales en sistemas de información. Bogotá, Colombia.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Marco conceptual para la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
4. Archivo General de la Nación de Colombia. (2014). Directrices para la gestión documental de historias clínicas. Bogotá, Colombia.
5. Ministerio de Salud de Colombia. (1999). Resolución 1995 de 1999: Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). Resolución 839 de 2017: Por la cual se establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de historias clínicas, así como el procedimiento para el manejo de estas en caso de liquidación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
7. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016: Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia.
8. Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1712 de 2014: Por la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
9. Corte Constitucional de Colombia. (2009). Sentencia T-182/09: Historia clínica y derecho a la privacidad. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co>
10. Ministerio de Salud de Colombia. (1999). Resolución 1995 de 1999: Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>

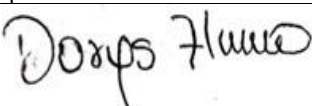
 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Código: AP-GSI-AIF-M001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 27 de 27

11. Congreso de la República de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>

9. ANEXOS

- Formato de lista de chequeo de calida de la historia clínica
- Formato de consentimiento informado de los diferentes consentimientos estipulados en el manual de consentimiento informado
- Formato de Solicitud copia de historia clínica

10. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
01	Elaboración Del documento	04/01/2021
02	Se ajusta el documentos dejando establecido el plan de contenencia, el manejo y custodia de la historia clínica, el diligenciamiento	03/12/2024
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Firma:	 Firma:	 Firma:
Nombre: Juan Camilo Guevara Plaza Cargo: Ingeniero de sistemas	Nombre: Dorys Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad	Nombre Viviana teresa Montoya Cargo: Coordinadora Asistencial