



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 1 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>

### CONTENIDO

OBJETIVO .....	2
ALCANCE Y RESPONSABLES.....	2
MARCO NORMATIVO .....	2
DEFINICIONES .....	4
ASPECTOS PARA APLICAR .....	7
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO .....	10
FLUJOGRAMA .....	12
CONTROL DE CAMBIOS .....	14

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
 <b>ADONAI CALDERA VILLADIEGO</b> COORDINADOR FACTURACION	 <b>LIDIA CENAIDA PEREZ CISNEROS</b> ASESORA PARA EL PROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	 <b>DUVER DICSON VARGAS ROJAS</b> AGENTE INTERVENTOR
Fecha: 28/12/2020	Fecha: 28/12/2020	Fecha: 28/12/2020



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 2 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>

## OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es garantizar la admisión del paciente al servicio de urgencias del Hospital Regional de II Nivel San Marcos ESE, identificando de manera oportuna el pagador, con diligencia y respeto, considerando las necesidades de atención médica del usuario y solicitando las autorizaciones correspondientes para la atención conforme a la normatividad legal vigente.

## ALCANCE Y RESPONSABLES

Este Procedimiento inicia cuando el paciente acude al servicio de urgencias y finaliza con la admisión del paciente y legalización del ingreso, identificando el pagador y solicitando las autorizaciones correspondientes según la normatividad vigente.

Los responsables del procedimiento de admisión de los usuarios al servicio de urgencias al Hospital Regional de II Nivel San Marcos ESE son:

- Técnico facturación
- Coordinador de facturación.
- Personal asistencial y todo el equipo de atención en salud.

## MARCO NORMATIVO

- **Ley 100 de 1993:** Por el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.
- **Ley 1122 de 2007:** Por la cual se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, Y mejoramiento en la Prestación, de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
- **Decreto 1011 de 2006:** Por medio del cual se modifica el Decreto 2309, estableciendo los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema Único de Habilitación (condiciones mínimas para la prestación de un servicio de salud), Sistema Único de Acreditación.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Página 3 de 14
PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCAS	Fecha vigencia 28/12/2020	Código PR-FAC-02

- **Ley 1438 de 2011:** por medio del cual se reforma el sistema general de seguridad social. Artículo 57°.
- **Ley 1751 de 2015:** por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- **Ley 715 de 2001** Establece las competencias de los municipios y departamentos en lo concerniente al sector educación y salud.
- **Ley 1122 de 2007:** por la cual se realizan modificaciones a la Ley 100 de 1993.
- **Ley 527 de 1999:** Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 2423 de 1996:** establece manual de tarifas del ministerio de salud hoy protección social y de salud.
- **Decreto 2353 de 2016:** Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.
- **Decreto 4747 de 2007:** por medio del cual se regulan las relaciones de los prestadores de servicios de salud y los responsables del pago de los servicios.
- **Resolución 5521 de 2013 -2014:** Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- **Resolución 1995 de 1999:** mediante la cual se establecen las características de la historia clínica y dicta las normas para su manejo y conservación.
- **Resolución 416 de 2009:** por medio de la cual se realizan algunas modificaciones a la resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Página 4 de 14
PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Fecha vigencia 28/12/2020	Código PR-FAC-02

- **Resolución 3047 de 2008:** por el cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimiento y términos a ser implementados entre los prestadores de servicios de salud y los responsables del pago de estos, y sus anexos.
- **Decreto 064 de 2020:** Por el cual se modifican los artículos 2.1, 3.11, 2.1.3.2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2,1.5.4 y 2.1,5.5 del Decreto 780 de en relación con los afiliados al régimen subsidiado. la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones".
- **Resolución Interna 0306/2020:** por medio de la cual se adopta en materia de tarifas para la venta de servicios de salud el manual tarifario contenido en el Decreto 2423/1996 actualizado para la vigencia y el valor de cuotas moderadora y copagos estipulados por el Ministerio de salud.

## DEFINICIONES

**Ingreso:** Documento creado al ingreso del paciente donde se registran los datos básicos del mismo.

**Atención inicial de urgencias:** Conjunto de actividades asistenciales requeridas por un paciente en condición crítica de salud, con grave riesgo para su vida e integridad, que ameritan una intervención inmediata y suficiente por parte del equipo de salud, hasta la estabilización de los parámetros vitales y superación del riesgo de lesiones o muerte.

**Verificación de derechos de los usuarios.** La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho de este a ser cubierto por dicha entidad.

**Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

**Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Página 5 de 14
PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Fecha vigencia 28/12/2020	Código PR-FAC-02

dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

**TRIAGE:** es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación:

**Triage I:** requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

**Triage II:** la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

**Triage III:** la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

**Triage IV:** el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

**Triage V:** el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Página 6 de 14
PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Fecha vigencia 28/12/2020	Código PR-FAC-02

**Consulta de Urgencias:** Prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones, en una IPS, para usuarios que cumplan con los requisitos establecidos.

**Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos

**Modelo de atención:** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia

**Referencia y contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

**Acuerdo de voluntades:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

**Factura o Documento Equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 7 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>

**Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):** Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25, Decreto 2463/2001.

### **ASPECTOS PARA APLICAR**

De acuerdo con lo determinado por el Triage y el estado del paciente, este procedimiento se realizará antes, durante o después de la atención. En las emergencias y urgencias vitales se hará posterior a la atención, si es posible, puede tomar los datos requeridos y realizar la VERIFICACION Y COMPROBACION DE DERECHOS con la información de un familiar o acompañante diligenciando todos los ítems en el módulo de admisión sistema de información.

En el caso de los usuarios que acuden al servicio de urgencias y al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se debe dar cumplimiento al Artículo 4° del Decreto 064 de 2020 por medio del cual se reglamenta la afiliación al régimen subsidiado, la afiliación por oficio y se dictan otras disposiciones, donde el usuario es libre de escoger a que EPS del régimen subsidiado quiere pertenecer, por lo cual se notificará dicha novedad a la entidad territorial, a la Administradora de los Recursos Sistema - ADRES y a la EPS según corresponda.

La atención del paciente crítico se debe realizar inmediatamente ingresa el paciente al Hospital, por el riesgo para el paciente y la gran insatisfacción entre los usuarios, a la vez que el grupo de facturación debe cumplir con las obligaciones respecto de la documentación y comprobación de derechos determinantes en el proceso facturador, puesto que el incumplimiento de estas, es causa inevitable de glosa y en algunos casos de pérdida de recursos.

Los prestadores de servicios de salud deben informar las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios. (ANEXO TECNICO 1) de la Resolución 3047/2008. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 8 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>

de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago.

El Informe de la atención inicial de urgencias, que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007, Se debe informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, (ANEXO TECNICO 2) de la Resolución 3047/2008. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud. La constancia de este envío se anexará a la factura.

En caso de que no haya sido posible establecer la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud deberá reportar el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud.

Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias: Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud. (ANEXO TECNICO 3) de la Resolución 3047/2008.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 9 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso de que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la Resolución 3047/2008, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 3047/2008.

Si los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios, cuentan con procesos automatizados para la generación, envío y recepción de la información de que trata la Resolución 3047/2008, o con desarrollos tecnológicos adicionales como códigos de barras, o sistemas de comunicación telefónica u otros, los mismos podrán seguir siendo utilizados siempre y cuando incluyan todas las variables y estándares de datos establecidos en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4 y 7 de la Resolución 3047/2008.

Solicitud de servicios electivos: Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.



## DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

N.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Ingreso de pacientes a urgencias	El procedimiento inicia con el ingreso del paciente al servicio de urgencias	Usuario/ acompañante
2	Direccionamiento del paciente	Direccionamiento a la ventanilla de admisiones al paciente y/o acompañante. En caso de paciente crítico se direcciona a sala de procedimiento o sala de reanimación.	Orientador de la sala
3	Solicitud de documentos	Se solicitan los documentos al paciente/acompañante: - Si el paciente no tiene documentos se solicita el número. - Si el paciente no está en condición de entregar o informar número de documento se solicita al acompañante. - Si el paciente no está en condición de entregar o informar número de documento y viene sin acompañante, se ingresa como N.N.	Tecnico facturacion usuario /acompañante
4	Validación de derechos	Validar derechos (ADRES, DNP, RUA, SIRAS, SIRE y plataformas de las ERP o vía telefónica), y se asigna el respectivo pagador.	Técnico facturación
5	Verificación afiliación	Si el usuario no se encuentra en el SGSSS debe dar cumplimiento al Artículo N0. 4 del Decreto 064/2020.	Técnico facturación
6	Afiliación por oficio al SGSSS	realizar la afiliación por oficio al SGSSS régimen subsidiado a la EPS de preferencia del usuario y realizara el respectivo envío he informe plataforma SAT.	Técnico facturación/usuario- acompañante
7	Direccionamiento a sala de espera	Direccionar al paciente y/o familiar a la sala para esperar el llamado de TRIAGE.	Técnico facturación
8	Valoración por TRIAGE	Valoración de TRIAGE	Técnico facturación
9	Verificar listado de clasificación de TRIAGE	Verificar el listado de pacientes (clasificación de TRIAGE), para abrir ingreso y llamado de los mismo de acuerdo a la valoración de TRIAGE I, II, III.. El admisionador comunicará al usuario la clasificación del triage cuando el tiempo de espera sea superior a 3 horas.  • Si es TRIAGE IV o V, se remite IPS de Primer Nivel.	Técnico facturación
10	Admisión del paciente	Si el TRIAGE es I, II o III, Admitir al paciente en el sistema y se realiza la	Técnico facturación

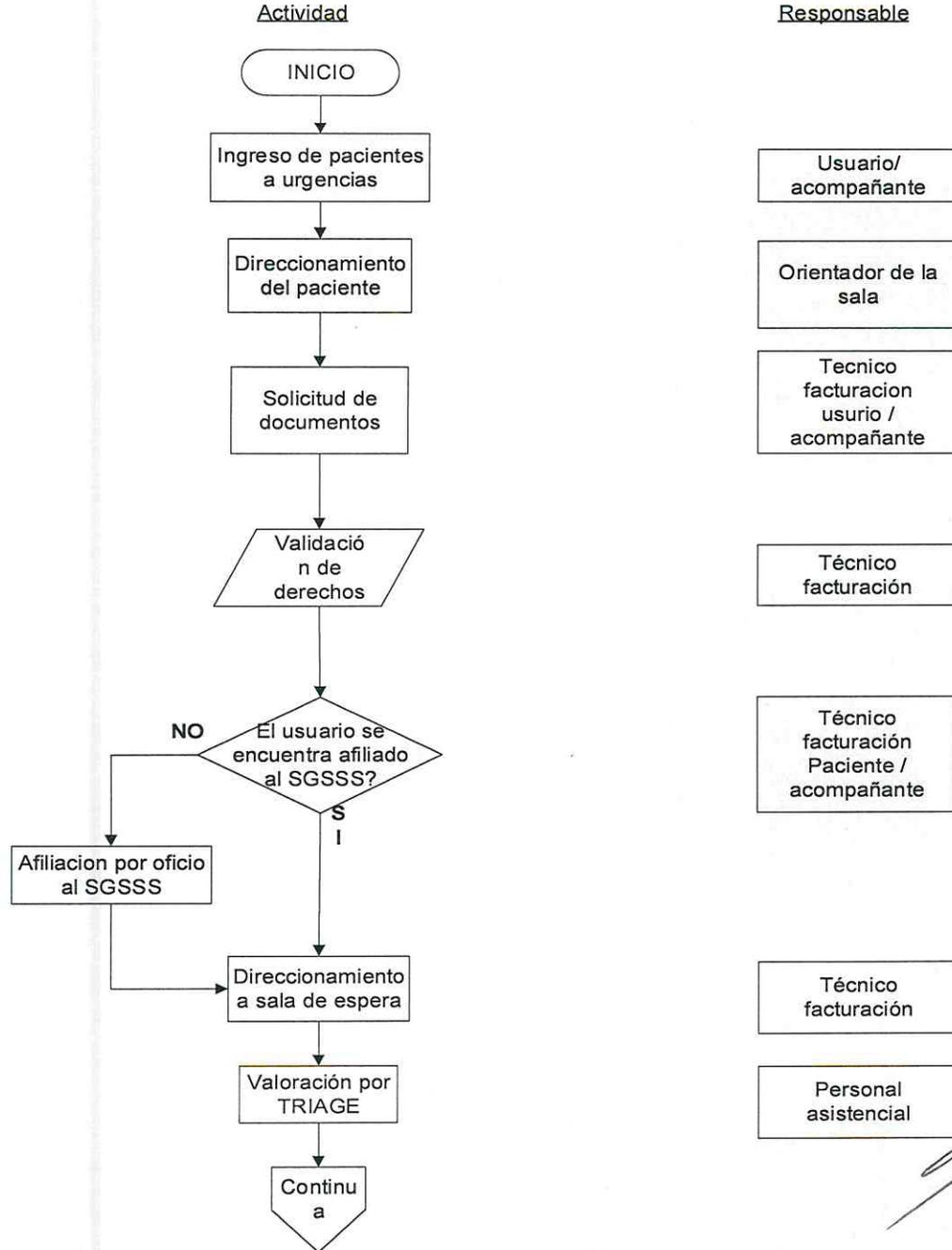


		apertura de ingreso- tipo de ingreso.	
11	Revalidación de derechos	Se vuelven a validar los derechos del paciente con la ERP, se solicita la autorización en portal, línea telefónica (se deja nombre de funcionario que contesta), correo electrónico de acuerdo a la resolución 3047 de 2008.	Técnico facturación
12	Creación Carpeta de Ingreso	<p>Se crea el ingreso en la CARPETA DE ADMISIONES donde se compila: Ingreso, ADRES, DNP, pantallazo del validador, documentos del paciente (CC, RC, Otros), remisión, si es SOAT Directo se adjunta tarjeta de propiedad del vehículo, SOAT, y documentos de los involucrados en el siniestro.</p> <p>Cuando es SOAT remitido de otra entidad se requiere: Historia Clínica o Epicrisis, FURIPS, factura, estado de cuenta, Tarjeta de propiedad, póliza SOAT, documentos de los involucrados en el siniestro y ocurrencia. Diligenciamiento de FURIPS en Dinámica Gerencial. Diligenciamiento al SIRAS. Diligenciamiento de AT2 o AT3 (se validan derechos y se hacen los respectivos envíos a la ERP de acuerdo a la Resolución 3047 de 2008)</p>	Técnico facturación
13	Validación de los datos del paciente	<p>Si se encuentran inconsistencias en los datos aportados por el paciente y los datos reportados en la base de datos de la ERP, se diligencia Anexo Técnico No. 1 de la resolución 3047 de 2008, para reportar a la ERP las inconsistencias encontradas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reportar la atención inicial de urgencias a la ERP con el Anexo técnico No. 2 de la Resolución 3047 de 2008.</li><li>• Reportar la atención inicial de urgencias a la ERP con el Anexo técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008.</li></ul>	Técnico facturación
14	Direccionamiento al usuario a la sala de espera	Se direccionamiento al paciente o acompañante a esperar el llamado del médico para la prestación del servicio.	Técnico facturación
	Fin.		



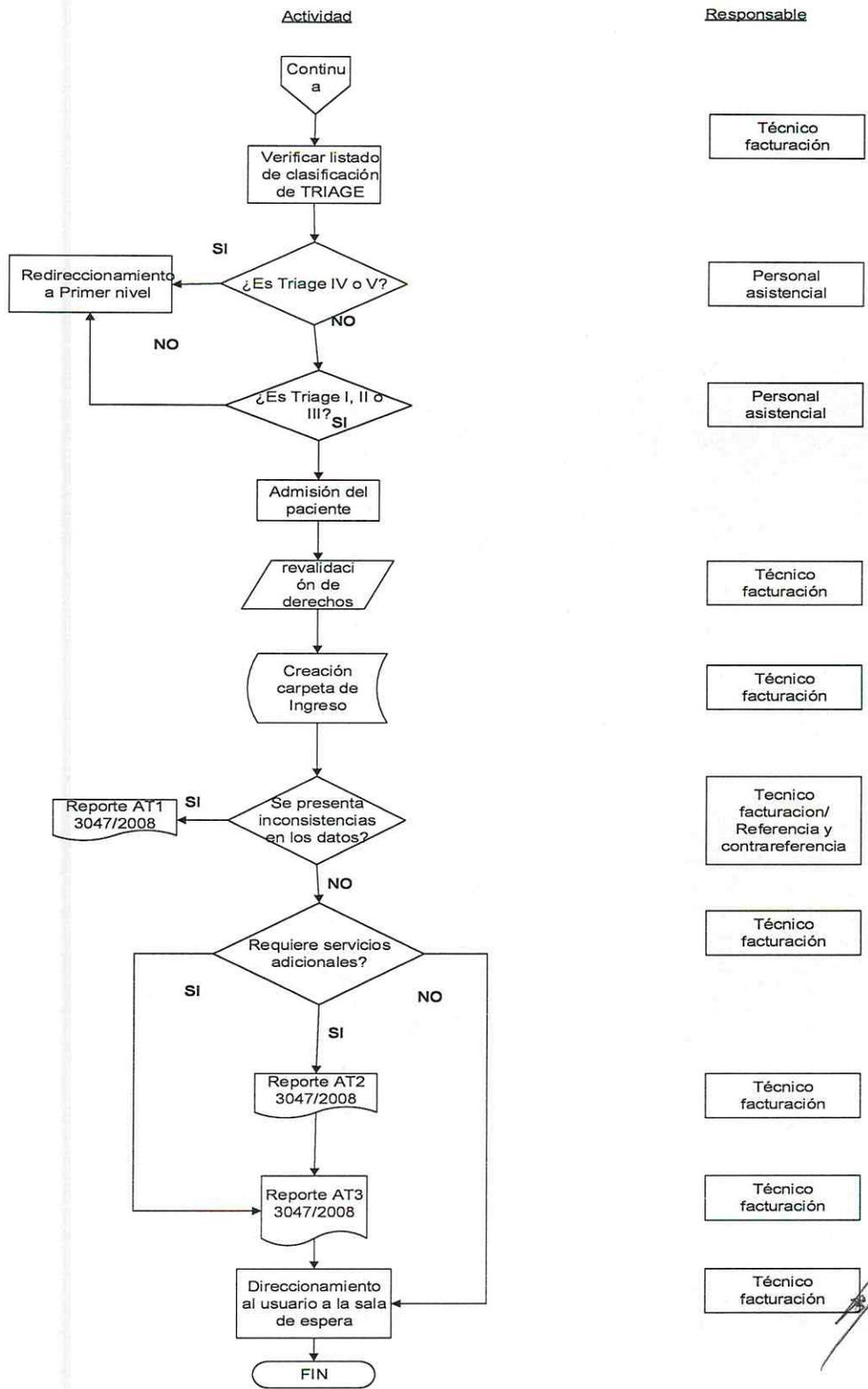
HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Página 12 de 14
PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Fecha vigencia 28/12/2020	Código PR-FAC-02

## FLUJOGRAMA





<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 13 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>





<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Página 14 de 14</b>
<b>PROCEDIMIENTO ADMISION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Fecha vigencia 28/12/2020</b>	<b>Código PR-FAC-02</b>

### **CONTROL DE CAMBIOS**

<b>FECHA</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO</b>
28/12/2020	01	Emisión inicial