PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del programa de formación:** Técnico en apoyo administrativo en salud.
- **Código del programa de formación:** 134507.
- **Nombre del proyecto:** Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.
- **Fase del proyecto:** Ejecución.
- **Actividad de proyecto:** Ejecutar acciones que contribuyan a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en salud articulando políticas institucionales y normativa.
- **Competencias:**
  - 230101280 - Admitir personas al servicio según normativa de salud.
- **Resultados de aprendizaje a alcanzar:**

  Técnicos:

  - 230101280-01 - Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normativa legal vigente.
  - 230101280-02 - Tramitar la admisión de la persona a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normativa legal vigente.
  - 230101280-03 - Tramitar la información de la persona admitida de acuerdo con normativa, políticas institucionales, acuerdos contractuales y códigos éticos vigentes.
  - 230101280-04 - Implementar planes de mejoramiento en los procesos administrativos de admisión según hallazgos, delegación, protocolos institucionales y normativa vigente.
- **Duración de la guía:** Técnicas: 288 horas = 288 horas.

2. PRESENTACIÓN

Respetado aprendiz, en esta guía de aprendizaje se trabajarán actividades que le permitirán obtener las bases conceptuales del proceso de admisión del usuario en la red de prestación de servicios de salud, identificando los actores del sistema, la semiología, la terminología médica y el manejo administrativo de la historia clínica.

Con el desarrollo de las actividades propuestas, también adquirirá conocimientos de informática, la cual se encarga del estudio del *hardware*, las redes de datos y el *software* necesario para tratar la información de manera automática, siendo este un factor primordial a la hora de gestionar la información para la administración de métodos, técnicas y procesos en todas las áreas de ocupación.

Recuerde que debe desarrollar con excelencia y responsabilidad la presente guía, lo cual incluye ser cumplido con la asistencia a la formación tanto a las sesiones en línea sincrónicas como asincrónicas, el envío oportuno de las evidencias de aprendizaje y la participación en la realización y socialización de las actividades propuestas.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

En este apartado se describirán las actividades de aprendizaje para cada una de las competencias que plantea la fase de ejecución del proyecto formativo: contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.

De este programa de formación, en cada una de las actividades se detallan las evidencias a entregar. La entrega de las evidencias se realizará durante las diez (10) semanas planeadas para esta guía. En el siguiente cuadro se observa para cada una de las competencias, el momento y las evidencias a entregar según las actividades de aprendizaje asociadas a cada competencia:

Semanas / Competencia	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10
230101280	Evaluación sobre el proceso de admisión del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud. GA3-230101280-AA1-EV01.		Infografía de la historia clínica. GA3-230101280-AA1-EV02.		Flujograma del proceso de admisión. GA3-230101280-AA1-EV03.		Análisis de casos en autorización de servicios de salud. GA3-230101280-AA2-EV01.		Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud. GA3-230101280-AA2-EV02.	

3.1. Actividades de la competencia admitir personas al servicio según normativa de salud (230101280).

3.1.1. Actividad de aprendizaje GA3-230101280-AA1: Identificar el proceso de admisión del usuario a los servicios de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.

Mediante esta actividad de aprendizaje, podrá interpretar y apropiar la normativa vigente del proceso de admisión del usuario a la red de prestación de servicios de salud. Tenga presente que usted como técnico en apoyo administrativo en salud, en el marco social y laboral, debe apropiar dicho proceso para orientar de manera adecuada a los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, soportar de acuerdo a los lineamientos cada servicio prestado para evitar reprocesos en el cobro y manejar un lenguaje técnico en todo el proceso.

Recuerde que debe desarrollar con excelencia y responsabilidad la presente guía, lo cual incluye ser cumplido con la asistencia a la formación tanto a las sesiones en línea sincrónicas como asincrónicas, el envío oportuno de las evidencias de aprendizaje y la participación en la realización y socialización de las actividades propuestas.

Duración: 144 horas.

Materiales de formación: para el desarrollo de esta actividad es importante la lectura y análisis del material de formación: “Normatividad y reglamento del sector salud”.

Evidencias:

A continuación, se describen las acciones y las correspondientes evidencias que conforma la actividad de aprendizaje:

- **Evidencia de reflexión inicial.**

Antes de iniciar el desarrollo de las evidencias propuestas en esta guía, es importante reflexionar acerca de la importancia del proceso de admisión del usuario a los servicios de salud. Por tal motivo, observe el video que encuentra en el siguiente enlace: https://www.youtube.com/watch?v=-tdqUh4T-ws y socialícelo con su instructor en el encuentro sincrónico que él programará, indicando la interpretación que usted le da a este importante tema. Recuerde que lo explicado en el video, le servirá como insumo para llevar a cabo lo que se le solicita en este proceso que comienza en esta nueva etapa formativa.

- **Evidencia GA3-230101280-AA1-EV01: Evaluación sobre el proceso de admisión del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Las acciones a realizar en el servicio de admisión al usuario, requieren de conocimiento técnico y normativo en los diferentes procesos y trámites administrativos en salud. Por lo anterior, una vez apropiados todos los conceptos relacionados con el proceso de admisión del usuario a la red de prestación de servicios de salud abordados en el material de formación “Normatividad y reglamento del sector salud”, realice la evaluación en línea, dando a conocer el dominio adquirido en los conceptos básicos de los temas relacionados. Recuerde que esta prueba tiene un tiempo estimado de 30 minutos y tendrá habilitado un único intento.

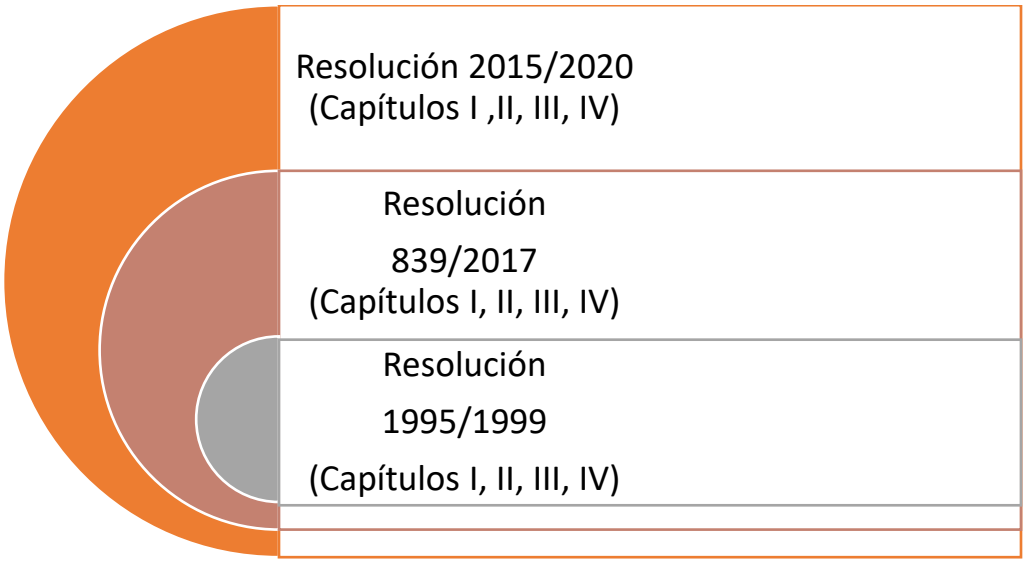
Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

  - **Producto a entregar:** respuestas al cuestionario en línea sobre el proceso de admisión del usuario a la red de prestación de servicios de salud.
  - **Formato:** realización en línea a través del LMS.
  - **Extensión:** 30 minutos de desarrollo o lo indicado por el instructor.
  - Para hacer el envío de la evidencia remítase al área de la actividad correspondiente y acceda al espacio: **Evaluación sobre el proceso de admisión del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud GA3-230101280-AA1-EV01.**

- **Evidencia GA3-230101280-AA1-EV02: Infografía de la historia clínica.**

El manejo de la documentación propia del proceso de admisión a los servicios de salud en Colombia es de gran importancia y por tanto, un técnico en apoyo administrativo en salud debe conocer el manejo de la historia clínica, su referente legal y su confidencialidad; aspectos fundamentales en el ciclo de atención.

Basado en lo anterior y teniendo en cuenta la normatividad que se relaciona en el siguiente diagrama y los conceptos abordados en el material de formación “Normatividad y reglamento del sector salud”, elabore una infografía en el cual describa los aspectos más importantes de la historia clínica:



Fuente: SENA (2021)

Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

- **Producto a entregar:** infografía sobre los aspectos más importantes de la historia clínica
- **Formato:** PDF.
- **Extensión:** libre.
- Para hacer el envío de la evidencia remítase al área de la actividad correspondiente y acceda al espacio: **Infografía de la historia clínica GA3-230101280-AA1-EV02.**

- **Evidencia GA3-230101280-AA1-EV03: Flujograma del proceso de admisión.**

Una vez apropiados los conceptos y materiales relacionados con el proceso de admisión de los usuarios a los servicios de salud, descritos en la Resolución 3047 de 2008 por medio de la cual se precisan los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007 y recordando que la admisión del paciente en el sector salud se puede detallar como la puerta de acceso a los diferentes servicios que oferta una Institución Prestadora de Salud (IPS); construya un flujograma en el cual indique el proceso de admisión de un usuario que ingresa por:

A. Consulta externa.
B. Urgencias enfermedad general.
C. Urgencias accidente de tránsito.
D. Remitido de otra institución.
E. Usuario en estado crítico.

Una vez elaborado el flujograma, simule el proceso de admisión por medio de un juego de roles.

Recuerde aplicar la normatividad y los conceptos apropiados en el material de formación “Normatividad y reglamento del sector salud”.

Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

- **Producto a entregar:** flujograma sobre proceso de admisión.
- **Formato:** PDF para el flujograma y un archivo de video de su preferencia para la simulación del proceso de admisión.
- **Extensión:** libre
- Para hacer el envío de la evidencia remítase al área de la actividad correspondiente y acceda al espacio: **Flujograma del proceso de admisión GA3-230101280-AA1-EV03.**

3.1.2. Actividad de aprendizaje GA3-230101280-AA2: Realizar el proceso de admisión del usuario de acuerdo con los protocolos institucionales, sistemas de información y normatividad vigente.

Mediante esta actividad de aprendizaje, podrá aplicar los conocimientos adquiridos frente a los registros específicos como historia clínica y RIPS, entre otros; así como el manejo de términos clínicos asistenciales y administrativos. Recuerde que el correcto diligenciamiento y manejo de los registros es de suma importancia, ya que estos se constituyen en el soporte asistencial, administrativo, financiero y legal para las entidades de salud y los usuarios, evitándose con ello no conformidades en los flujos de caja por admisiones no correspondientes con la ERP.

Las actividades que se presentan a continuación, le permitirán dar respuesta a los diferentes problemas reales en el sector salud, para lo cual usted como técnico en apoyo administrativo en salud aplicará los conocimientos básicos sobre el tema de admisión al usuario.

Duración: 144 horas.

Materiales de formación: para el desarrollo de esta actividad es importante la lectura y análisis del material de formación: “Prestadores y redes de servicio en salud”.

Evidencias:

A continuación, se describen las acciones y las correspondientes evidencias que conforma la actividad de aprendizaje:

- **Evidencia GA3-230101280-AA2-EV01: Análisis de casos en autorización de servicios de salud.**

Usted como técnico en apoyo administrativo en salud una vez apropiados los conceptos y la normatividad, está en condiciones de ejecutar el proceso de admisión del usuario en una institución prestadora de servicios de salud. Por tanto, esta actividad dispone de una serie de casos que permiten evidenciar si se manejan adecuadamente los conceptos básicos relacionados con el proceso de autorización de los servicios de salud, al responder lo que se solicita en cada uno.

Recuerde que “autorización de servicios”, es todo proceso de emisión de órdenes para ciertos procedimientos relacionadas con la prestación de la atención de los programas de salud que administra una institución, permitiéndole acceder a una práctica médica, un estudio o cualquier otro servicio con previa autorización. Las autorizaciones de prestaciones de servicios en cada institución tienen unos criterios diferentes, relacionados con el acuerdo de voluntades y normatividad vigente.

Tenga en cuenta la normatividad y los conceptos apropiados en el material de formación “Prestadores y redes de servicio en salud”.

Caso A
Mario Patarroso de 35 años, afiliado a la EPS Tu salud categoría B; consulta a primer nivel de atención por presentar cuadro clínico de tres días de evolución de dificultad respiratoria más anasarca (totalmente edematizado). El paciente es valorado por medicina general y toman exámenes de laboratorio, donde encuentran las pruebas de función renal elevadas. El diagnóstico que realiza el médico general es: insuficiencia renal aguda y urgencia dialítica. El usuario debe ser llevado a un tercer nivel de complejidad donde puedan realizar hemodiálisis. Como el paciente es nuevo se lleva a cirugía para realizar una fístula artero-venosa para continuar su tratamiento. El paciente ingresa al Hospital Santa Marta de III nivel, donde es hospitalizado en cama bipersonal y realizan varias hemodiálisis cada 3 días; el paciente presenta complicaciones de su cuadro clínico y es hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Después de 22 días de internación es dado de alta. El costo de la atención es el siguiente: urgencia nivel 1 $180.000, transporte a III nivel $325.000, fístula arteriovenosa $1.200.000, hemodiálisis $67.000 (7 en total), hospitalización en UCI $11.000.000 y la hospitalización en piso $550.000. Responda las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál es el ente pagador? 2. ¿El usuario tiene que pagar copago o cuota de recuperación? 3. ¿Cuál es el valor en pesos que pagaría el usuario y el ente pagador? 4. ¿Cómo se llama el procedimiento de envío del primer nivel de complejidad a un tercer nivel? 5. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso B
Filomena Garzón, es una mujer de 29 años, afiliada a la EPS-S Seguro Salud, nivel I del Sisbén; presenta sangrado genital de 15 días de evolución. Consulta por el servicio de urgencias al Hospital San Peregrino de II nivel. En el servicio de urgencias realizan tacto vaginal bimanual más ecografía pélvica, donde se identifican varios miomas uterinos submucosos. Gineco-obstetricia la valora y decide realizar legrado uterino por una Hemorragia Uterina Anormal. Posterior al procedimiento, la paciente es hospitalizada en piso. Durante la noche después de realizado el procedimiento, la paciente presenta un descenso en los signos vitales y entra en *shock*. La paciente es reanimada y llevada a salas de cirugía donde por persistencia del sangrado, le realizan Histerectomía Abdominal Total. Luego es llevada a piso y después de tres días dan salida. Los valores de la atención son: urgencias $340.000, legrado $230.000, histerectomía $750.000 y hospitalización $600.000. Según el caso responda: 1. ¿Quiénes son los entes responsables del pago?

2. ¿La usuaria debe pagar algún valor? ¿Cuál?
3. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso C

Roberto González de 55 años, afiliado a la EPS-S Capital Salud, nivel II del Sisbén; consulta al servicio de urgencias por presentar una descompensación de su diabetes mellitus tipo 2 y por tener un cuadro de celulitis en miembro inferior derecho al golpearse con la pata de la cama. Es valorado y deciden hospitalizarlo con un diagnóstico de pie diabético grado III y diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

Al paciente le realizan un ecocardiograma donde encuentran vegetaciones valvulares. Ortopedia valora al paciente y decide realizar amputación infra condílea de la pierna derecha para evitar una infección sistémica. El paciente es dado de alta al cabo de 8 días después de realizado el procedimiento quirúrgico.

Los costos de la atención son: urgencias $320.000, ecocardiograma $150.000, amputación pierna derecha $1.500.000 y hospitalización $960.000.

Según el caso responda:

1. ¿Quién es el responsable del pago?
2. ¿El usuario debe hacer algún pago? ¿Cuál? ¿Qué valor?
3. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso D

Felipe Martínez, de 27 años afiliado a Vida salud EPS, beneficiario categoría A; consulta por presentar cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, asociado a vómito y fiebre de 39°C. Asiste al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de II nivel de atención.

En el servicio de urgencias, el médico solicita ecografía abdominal, cuadro hemático, BUN, creatinina, parcial de orina y solicita interconsulta por cirugía general. El cirujano diagnóstica apendicitis y lo lleva a cirugía, donde encuentran apéndice perforado más peritonitis generalizada. El cirujano realiza apendicetomía más drenaje peritonitis, posteriormente lo hospitalizan en habitación bipersonal por tres días y le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUN $14.000, creatinina $15.000, parcial de orina $12.000, interconsulta cirugía $55.000, apendicectomía $1.100.000, drenaje peritonitis generalizada $980.000, hospitalización $675.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuál es el trámite de admisión que usted realiza a este paciente?
2. ¿Qué pagos compartidos debe realizar este paciente? ¿Qué valor?
3. ¿Cuáles procedimientos son adicionales y posteriores?
4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su repuesta.

Caso E
Carolina Cepeda de 19 años, afiliada a Su salud EPS-S, nivel I del Sisbén; consulta a urgencias del Hospital San Marino III nivel por presentar dificultad respiratoria, expectoración purulenta y fiebre. El médico de urgencias, valora a la paciente y solicita radiografía de tórax, cuadro hemático, glucosa, proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y requiere interconsulta por medicina interna. El internista analiza los exámenes y diagnostica neumonía atípica, decide hospitalizar y realizar tratamiento antibiótico, terapia respiratoria y nebulizaciones cada 6 horas. Después de cuatro días de hospitalización le dan salida y control en 8 días. Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, cuadro hemático $18.000, glucosa $16.000, proteína C reactiva $22.000, VSG $19.500, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $830.000, tratamiento antibiótico $450.000, terapia respiratoria y nebulizaciones $385.750. Según el caso responda: 1. ¿Cuáles anexos de la Resolución 3047 utilizaría en este caso? 2. ¿Qué pagos compartidos debe realizar el usuario? ¿Qué valor? 3. ¿Cuáles procedimientos son posteriores y adicionales? 4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso F
Eunice Toro de 55 años, afiliada a Prosalud EPS-S, con nivel II del Sisbén; asiste a consulta de medicina general, en su unidad de atención primaria. El médico realiza un diagnóstico de dolor abdominal a estudio con sospecha de colecistitis. Entonces, solicita ecografía abdominal total y formulan butil bromuro de hioscina (buscapina) y cita en 1 mes con resultados. Valores de la atención: consulta médica general $48.500, ecografía abdominal $180.000, buscapina $10.500. Según el caso responda: 1. ¿De los procedimientos realizados en este caso, la paciente cuál debe autorizar? 2. ¿La paciente tiene que hacer algún pago compartido? ¿Cuál? ¿Qué valor? 3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales? 4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso G
Ángela Rivera de 62 años, nivel II del Sisbén, sin afiliación a EPS; ingresa al Hospital San Francisco de III nivel, por presentar dolor abdominal intenso, más vómito, distensión y diarrea. El médico de urgencias valora a la paciente, donde encuentra abdomen en tabla con signos claros de abdomen agudo. Entonces, solicita radiografía de tórax, ecografía de abdomen total, cuadro hemático, BUM, creatinina, hemoclasificación, pt, ptt y pide la reserva de 3 unidades de sangre total. Además, interconsulta por cirugía general.

La paciente es llevada a las salas de cirugía donde le realizan laparotomía exploratoria y encuentran material purulento más materia fecal en cavidad abdominal. El cirujano realiza un lavado peritoneal y haya una perforación en el colon ascendente. Posteriormente, realiza una hemicolectomía derecha más enterostomía, requiriendo la transfusión de las 3 unidades de sangre total. Seguidamente, la hospitaliza en habitación unipersonal con tratamiento antibiótico y analgésico.

Al cabo de 15 días, la paciente es llevada a cirugía para cierre de la enterostomía y realiza anastomosis ileo cólica. La paciente vuelve a la habitación y después de 10 días dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUM $ 14.000, creatinina $15.000, hemoclasificación $12.500, pt $9.500, ptt $9.800, unidades de glóbulos rojos $690.000, interconsulta cirugía $55.000, laparotomía exploratoria $850.000, lavado peritoneal $1.230.000, hemicolectomía derecha $1.350.000, enterostomía $1.100.000, hospitalización $1.980.000, tratamiento antibiótico y analgesia $750.000, cierre enterostomía $760.000, anastomosis $1.130.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuáles servicios usted debe autorizar en este caso? Sustente su respuesta
2. ¿La paciente tiene que hacer algún pago compartido? ¿Qué valor?
3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Caso H

Fernanda Rodríguez de 28 años, afiliada a Cruz Azul EPS-S, con nivel II del Sisbén; tiene un embarazo de 38 semanas y en trabajo de parto fase activa. Es remitida desde la IPS San Nicolás de I nivel a la Unidad Materno Infantil San Luis de III nivel. Donde el médico general de urgencias solicita interconsulta con ginecología.

La paciente es llevada a sala de partos donde le realizan atención del parto, pero durante el expulsivo, presenta un desgarro perineal de IV grado (hasta el ano) y el ginecólogo realiza una perineorrafia más anoplastia, y después de tres días le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, interconsulta ginecología $55.000, atención del parto $860.000, anoplastia $790.000, hospitalización $635.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuáles de estos servicios son servicios posteriores y adicionales?
2. ¿Qué pagos debe realizar la usuaria? ¿Cuánto debe pagar?
3. ¿Cuáles servicios usted debe autorizar en este caso? Sustente su respuesta.

Caso I

Víctor Perdomo de 58 años, afiliado a Costa salud EPS, beneficiario categoría A; asiste al Hospital Santa Pacha de III nivel por presentar retención urinaria y edema hasta las rodillas. El médico solicita cuadro hemático, creatinina, BUM, Sodio (Na), Potasio (K), Cloro (Cl), ecografía abdominal total e interconsulta por medicina interna. Los resultados evidencian que hay una insuficiencia renal aguda y deciden hospitalizarlo en habitación bipersonal, para colocación de catéter subclavio y practican hemodiálisis de

urgencia; posteriormente, programan al paciente para realizar fístula arteriovenosa y practican otras hemodiálisis. Después de 15 días de hospitalización el paciente ingresa al programa de hemodiálisis y le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, cuadro hemático $18.000, BUM $12.000, creatinina $14.000, sodio $10.500, potasio $11.200, cloro $11.000, ecografía abdominal $180.000, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $1.530.000, colocación catéter subclavio $850.000, hemodiálisis $950.000, construcción fistula arteriovenosa $1.280.000.

Según el caso responda:

1. ¿Qué servicios usted debe autorizar? Sustente su respuesta.
2. ¿El usuario debe realizar algún pago compartido? ¿Cuál?
3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Caso J
Francisco López, afiliado a la EPS Country Salud, beneficiario categoría B; asiste al Hospital El Carmen de II nivel, porque presenta un diagnóstico de VIH+, e inicia la terapia retroviral en internación en la unidad de aislamiento. Después de un largo tratamiento, el paciente sugiere iniciar un tratamiento diferente al establecido en el protocolo de manejo, el cual se encuentra aún en prueba, pero que ha demostrado buenos beneficios. Los médicos consiguen el tratamiento al paciente, el cual presenta mejoría. Según el caso responda: 1. ¿Qué servicios debe autorizar usted? Sustente su respuesta. 2. ¿Quién o quiénes son los responsables del pago? 3. ¿Qué pagos debe realizar el usuario y por qué? ¿Qué valor? 4. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

- **Producto a entregar:** documento con el análisis de casos en autorización de servicios de salud.
- **Formato:** PDF.
- **Extensión:** libre
- Para hacer el envío de la evidencia remítase al área de la actividad correspondiente y acceda al espacio: **Análisis de casos en autorización de servicios de salud GA3-230101280-AA2-EV01.**

- **Evidencia GA3-230101280-AA2-EV02: Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud.**

Uno de los procesos de mayor relevancia en la administración en salud, es el proceso de admisión del usuario a los servicios de salud y es indispensable que el técnico en apoyo administrativo en salud aplique los conceptos abordados en la normatividad y los lineamientos institucionales con el fin de garantizar una adecuada y oportuna prestación del servicio a los usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, lea atentamente cada uno de los siguientes casos, aplique lo abordado en el material de formación “Prestadores y redes de servicio en salud” y realice la actividad aplicando lo siguiente:

- Realice comprobación de derechos. Tomar pantallazo.
- Diligencie datos de identificación del paciente para la historia clínica.
- Diligencie los formatos de anexos de la Resolución 3047 de 2008 correspondientes (Anexo 1. Historia clínica urgencias, Anexo 2. Formato anexo, Anexo 3. Formato factura, Anexo 4. Recibo caja).
- Genere el cobro de pago compartido.
- Diligencie factura de venta de servicios.
- Defina valor y responsable del pago.
- Entregue la factura.
- Genere RIPS.

Caso A
Felipe Martínez, de 27 años afiliado a Vida salud EPS, beneficiario categoría A; consulta por presentar cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, asociado a vómito y fiebre de 39°C. Asiste al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de II nivel de atención. En el servicio de urgencias, el médico solicita ecografía abdominal, cuadro hemático, BUN, creatinina, parcial de orina y solicita interconsulta por cirugía general. El cirujano diagnostica apendicitis y lo lleva a cirugía, donde encuentran apéndice perforado más peritonitis generalizada. El cirujano realiza apendicetomía más drenaje peritonitis, posteriormente lo hospitalizan en habitación bipersonal por tres días y le dan salida. Valores de la atención: AIU $45.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUN $14.000, creatinina $15.000, parcial de orina $12.000, interconsulta cirugía $55.000, apendicectomía $1.100.000, drenaje peritonitis generalizada $980.000, hospitalización $675.000.

Caso B
Carolina Cepeda de 19 años, afiliada a Su salud EPS-S, nivel I del Sisbén, consulta a urgencias del hospital San Marino III nivel por presentar dificultad respiratoria, expectoración purulenta y fiebre. El médico de urgencias, valora a la paciente y solicita radiografía de tórax, cuadro hemático, glucosa, proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y requiere interconsulta por medicina interna. El internista analiza los exámenes y diagnostica neumonía atípica, decide hospitalizarla y realizarle tratamiento antibiótico, terapia respiratoria y nebulizaciones cada 6 horas. Después de cuatro días de hospitalización le dan salida y control en 8 días. Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, cuadro hemático $18.000, glucosa $16.000, proteína C reactiva $22.000, VSG $19.500, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $830.000, tratamiento antibiótico $450.000, terapia respiratoria y nebulizaciones $385.750

Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

- **Producto a entregar:** informe con análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud.
- **Formato:** PDF.
- **Extensión:** libre.
- Para hacer el envío de la evidencia remítase al área de la actividad correspondiente y acceda al espacio: **Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud GA3-230101280-AA2-EV02.**

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de aprendizaje	Criterios de evaluación	Técnicas e instrumentos de evaluación
Evidencia de conocimiento: Evaluación sobre el proceso de admisión del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud. GA3-230101280-AA1-EV01.	• Presenta portafolio de servicios según lineamientos institucionales. • Identifica en todos los eventos al responsable(s) del pago por los servicios de salud prestados según normativa vigente y acuerdo de voluntades. • Cumple con procedimientos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión del usuario según lineamientos normativos. • Reconoce la importancia de la política de seguridad del paciente en la prestación de los servicios según normativa vigente. • Identifica las redes de atención en salud (primaria, complementaria, privada) según la normatividad relacionada. • Identifica dentro de los planes de beneficio, las intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, de acuerdo a lo enmarcado en el PIC.	**Cuestionario:** IE-GA3-230101280-AA1-EV01.
Evidencia de producto: Infografía de la historia clínica. GA3-230101280-AA1-EV02.	• Reconoce el manejo ético y legal de la historia clínica y su información según políticas institucionales. • Identifica las implicaciones éticas y legales del manejo de información de la historia clínica según política y normativa vigente.	**Rúbrica:** IE-GA3-230101280-AA1-EV02.

	• Actualiza la historia clínica y cumple con protocolos y normativa de salud. • Ubica la historia clínica según tipo de archivo, normativa vigente y protocolo institucional. • Emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional. • Relaciona la clasificación internacional de enfermedades 10 revisiones (CIE-10) y la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS), en el diligenciamiento de los registros acorde con la política institucional.	
Evidencia de desempeño y producto: Flujograma del proceso de admisión. GA3-230101280-AA1-EV03.	• Identifica la red de prestación de servicios y los convenios inter-institucionales según requerimiento. • Interactúa con las personas y cumple con protocolos de atención de acuerdo con política de servicio. • Identifica los roles de los prestadores y aseguradores en el acceso a los servicios de salud según normativa vigente. • Organiza los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro según acuerdo de voluntades y política institucional.	**Rúbrica:** IE-GA3-230101280-AA1-EV03.
Evidencia de producto: Análisis de casos en autorización de servicios de salud. GA3-230101280-AA2-EV01.	• Direcciona a la población en el trámite a seguir en el servicio no incluidos en los planes de beneficio según normativa vigente. • Comprueba que los requisitos de admisión cumplan con protocolos teniendo en cuenta normativa de salud.	**Rúbrica:** IE-GA3-230101280-AA2-EV01.

	• Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normativa legal y acuerdo de voluntades. • Diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normativa vigente.	
Evidencia de producto: Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud. GA3-230101280-AA2-EV02.	• Clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. • Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente. • Divulga los derechos y deberes del paciente, del trabajador y del empleador en los sistemas generales de seguridad social en salud y riesgos profesionales según normativa vigente y protocolo institucional. • Realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades. • Recolecta información y tipos de datos con criterios de calidad a partir de los protocolos institucionales.	**Rúbrica:** IE-GA3-230101280-AA2-EV02.

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad de salud: “conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos” (MinSalud, 2021).

Archivo central: “es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención” (Resolución 1995 de 1999).

Archivo de gestión: “es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención” ((Resolución 1995 de 1999).

Archivo histórico: “es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente” (Resolución 1995 de 1999).

Autorización: “corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado 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” (MinSalud, s.f.).

Contrarreferencia: “es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica” (Decreto 4747 de 2007).

Copagos: “los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema” (Acuerdo 260 de 2004).

Cuotas moderadoras: “las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS” (Acuerdo 260 de 2004).

Historia clínica electrónica: “es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de *software* con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente” (Ley 2015 de 2020).

Interconsulta: “es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante” (E.S.E., s.f.).

Interoperabilidad: “capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente” (Ley 2015 de 2020).

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Clínica INDISA. (2016). *Proceso de admisión* [video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=-tdqUh4T-ws

Congreso de la República. (2020, 31 de enero). *Ley 2015 de 2020. Por medio del cual se crea la Historia Clínica Electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial n.º 51.213. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2015_2020.html

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2004, 27 de febrero). *Acuerdo 260 de 2004. por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial n.º 45.474. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20260%20DE%202004.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (1999, 08 de julio). *Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007, 07 de diciembre). *Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.* http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008, 14 de agosto). *Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Diario Oficial n.º 47.082. http://normograma.invima.gov.co/normograma/docs/resolucion_minproteccion_3047_2008.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, 24 de diciembre). *Resolución 5596 de 2015. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".* Diario Oficial n.º 49.739. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_5596_2015.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, 23 de marzo). Resolución 839 de 2017. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. http://achc.org.co/documentos/prensa/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 26 de diciembre). *Resolución 3512 de 2019. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).* Diario Oficial n.º 51179. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por Covid-19 en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS05.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Anexo Técnico No. 5. Soportes de las facturas*. https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205_3047_08.pdf

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Gina Villate Calderón	Instructora	Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital	Septiembre de 2020
	Natalia Andrea Bueno Pizarro	Diseñadora Instruccional	Centro para La Industria de la Comunicación Gráfica – Regional Distrito Capital	Diciembre de 2020
	Bertha Paola Bejarano Ávila	Evaluadora Instruccional	Centro para La Industria de la Comunicación Gráfica – Regional Distrito Capital	Septiembre de 2020
	Diana Stephanie Leguizamón Rojas	Instructora – Experta temática	Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Andrés Felipe Velandia Espitia	Diseñador Instruccional	Centro de Diseño y Metrología – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Zenith Chinchilla Ruedas	Diseñadora Instruccional	Centro de Diseño y Metrología – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Rafael Neftalí Lizcano Reyes	Asesor pedagógico	Centro Industrial del Diseño y la Manufactura – Regional Santander	Febrero de 2021

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. DATOS GENERALES

Programa de formación	Técnico en apoyo administrativo en salud.
Proyecto formativo	Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.
Fase proyecto	Ejecución.
Resultado de aprendizaje	230101280-01 - Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normativa legal vigente.
Actividad de aprendizaje	Identificar el proceso de admisión del usuario a los servicios de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.
Evidencia de conocimiento	Evaluación sobre el proceso de admisión del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud. GA3-230101280-AA1-EV01.

Criterios de evaluación:

- Presenta portafolio de servicios según lineamientos institucionales.
- Identifica en todos los eventos al responsable(s) del pago por los servicios de salud prestados según normativa vigente y acuerdo de voluntades.
- Cumple con procedimientos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión del usuario según lineamientos normativos.
- Reconoce la importancia de la política de seguridad del paciente en la prestación de los servicios según normativa vigente.
- Identifica las redes de atención en salud (primaria, complementaria, privada) según la normatividad relacionada.

2. INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Estimado evaluador: tenga en cuenta la información suministrada en este instrumento de evaluación, el cual se ha elaborado para **observar, verificar y valorar** el desempeño en la evidencia de aprendizaje.

3. CUESTIONARIO

Preguntas de selección múltiple con única respuesta

1. 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.

   A. Verificación de derechos de los usuarios.
   B. Triage.
   C. Sistema de selección.
   D. Referencia.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce en qué consiste el proceso de verificación de derechos de los usuarios.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

2. Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las _____ horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

   A. 8 horas.
   B. 12 horas.
   C. 24 horas.
   D. 36 horas.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce el tiempo requerido para este proceso.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

3. El médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados, es el responsable del nivel de complejidad:

   A. I.
   B. II.
   C. III.
   D. IV.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Identifica lo que representa este nivel de complejidad y el profesional.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

4. El mecanismo de pago aplicable a la compra de servicios de salud en el cual la tarifa pactada se da en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas corresponde a:

   A. Paquete.
   B. Capitación.
   C. Evento.
   D. Ninguna de las anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce lo que corresponde la capitación.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

5. El Señor Pedro Almeida tiene historia clínica abierta en la EPS Coosalud; en febrero del año 1995 estuvo hospitalizado por una apendicetomía. Desde esa fecha no ha vuelto a estar hospitalizado. Asiste regularmente cada doce meses al programa de control de hipertensión

arterial que le fue diagnosticada en el año 2002. ¿En qué archivo buscaría la historia clínica de este paciente que el día de hoy ingresa a urgencias por presentar un infarto?

A. Sección Archivo Central.
B. Sección Archivo Histórico.
C. Sección Archivo de Urgencias.
D. Sección Archivo de Gestión.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La respuesta es acorde a lo planteado en el caso.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

6. Para recibir atención en salud debo presentar el siguiente documento:

A. Cédula de ciudadanía.
B. Carnet de afiliación.
C. Factura.
D. Ninguno de los anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Sabe qué documentación se requiere presentar.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

7. El documento legal donde el profesional de la salud registra la atención en salud es:

A. RIPS.
B. Historia clínica.
C. CUPS.
D. Ninguno de los anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce el documento legal donde el profesional registra la atención en salud.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

8. Podemos definir contratación por paquete donde:

A. Se cobra el total del valor pactado por actividad o procedimiento.
B. Es también llamado Conjunto Integral de Atención (C.I.A).
C. Incentiva el uso racional del recurso.
D. Todas las anteriores son correctas.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Identifica lo que representa la contratación por paquete.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

9. La contratación en salud se basa en:

   A. Decreto 4747 de 2007.
   B. Decreto 2759 de 1991.
   C. Ley 80 de 1993.
   D. A y C son correctas.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce en qué se basa la contratación en salud.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

10. La custodia de la historia clínica es responsabilidad de:

   A. EPS.
   B. Usuario.
   C. Ministerio de Salud.
   D. IPS.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La IPS es la responsable de la custodia de la historia clínica.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

11. Los datos mínimos que identifican una a una las actividades de salud, dentro de lo establecido en la Resolución 3374 de 2000 se denominan:

   A. RIPS.
   B. CUPS.
   C. Historia clínica.
   D. Ninguna de las anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce lo que es RIPS.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

12. El pago que deben realizar los beneficiarios, correspondiente a un porcentaje del valor del servicio se denomina:

   A. Cuota moderadora.
   B. Copago.
   C. Factura.
   D. Ninguna de los anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce lo que significa el Copago.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

13. La información consignada en la historia clínica puede ser conocida por terceros, con previa autorización de:

A. Usuario.
B. EPS.
C. IPS.
D. Ninguna de los anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Sabe por quienes puede consultarse la historia clínica.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

14. Cuando un usuario presenta una alteración en su condición de salud esto es:

A. Patología.
B. Malestar.
C. Dolor.
D. Ninguna de los anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Conoce en qué consiste la patología.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

15. Dentro de las características de la historia clínica está:

A. Clara y legible.
B. Motivo de consulta.
C. Antecedentes.
D. Ninguna de las anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Identifica que estas no son características de la historia clínica.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

16. Cuando un usuario debe recibir atención de mayor complejidad en una institución de salud, se debe utilizar:

A. Sistema de referencia y contra referencia.
B. Remisión.
C. CRUE.
D. Ninguna de las anteriores.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La remisión debe utilizarse en estos casos.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

Responda Falso o Verdadero

17. La referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. Esta puede ser con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

    Verdadero
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es falsa.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

18. El 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.

    Verdadero
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es verdadera.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

19. La contrarreferencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

    Verdadero
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es falsa.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

20. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa en ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

    Verdadero.
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es verdadera.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

21. 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 Salud y Protección Social, para el efecto.

    Verdadero.
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es verdadera.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

22. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

    Verdadero
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es falsa.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

23. Las IPS son las encargadas de autorizar las cirugías y las hospitalizaciones.

    Verdadero
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es falsa.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

24. La epicrisis es el registro que se llena en urgencias a todo paciente.

    Verdadero
    Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es falsa.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

25. La anamnesis es el interrogatorio que se realiza al paciente con el objetivo de conocer el estado de salud de un paciente.

Verdadero.
Falso

Respuesta correcta: ¡Muy bien! La afirmación es verdadera.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

A continuación, encontrará una serie de casos; posteriormente, deberá completar el texto que sigue al caso. Tenga en cuenta que estos casos hacen referencia a los tiempos de envío y respuesta de las solicitudes de autorización de servicios.

26. **Caso 1**

Paciente femenina de 21 años, afiliada a la EPS Corsalud, beneficiaria categoría A; consulta al Hospital San Fermín de II nivel, el 22 de septiembre a las 10:00, por presentar dolor intenso en epigastrio, asociado a vomito bilioso, fiebre y deshidratación grado II. El médico en la valoración de urgencias decide pasar a observación, pone líquidos endovenosos y solicita los siguientes exámenes: hemograma, glicemia, BUN, creatinina, amilasa, bilirrubina total y directa, uroanálisis y radiografía de tórax y espera resultados. Los resultados determinan que hay una infección bacteriana con compromiso hemodinámico leve. Entonces se solicita la valoración por medicina interna. El internista valora al paciente y decide solicitar una gastroduodenoscopia diagnóstica y terapéutica. Durante la realización de este examen se evidencia que hay una perforación gástrica, con signos claros de peritonitis. Entonces solicita de urgencia la valoración por cirugía general. El cirujano decide pasar al paciente a salas de cirugía para realizar una laparotomía exploratoria, donde encuentra la perforación gástrica más peritonitis infecciosa. Entonces, decide realizar una gastrectomía subtotal y un drenaje de peritonitis generalizada. Al terminar la cirugía ordena antibióticos y la hospitaliza en habitación unipersonal. Donde al cabo de 13 días presenta mejoría y le dan salida.

A. Si la paciente ingresó el 22 de septiembre, a las 10:00, el informe de atención inicial de urgencias, usted lo enviaría durante las __24__ horas después de haber atendido a la paciente.
B. Para realizar la solicitud de autorización de la gastroduodenoscopia diagnóstica y terapéutica, usted debe realizar dicha solicitud antes de las __4__ horas después de la AIU.
C. Si usted debiera responder dicha solicitud y enviar la autorización para el procedimiento, lo haría __2__ horas después de recibida la solicitud.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Las respuestas hacen relación al caso.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

27. **Caso 2**

Paciente masculino de 28 años, afiliado a la EPS Compensación, cotizante categoría A; ingresa al Hospital San Gregorio de III nivel el 8 de julio de 2013. En el proceso de admisión se encuentra que el usuario presenta una afiliación a la EPS Conesalud y otra a la EPS Compensación.

A. Según el caso usted generaría el informe de __Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago, la fecha en la cual usted enviaría este informe sería el _día 15 y el último día de cada mes.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Las respuestas hacen relación al caso.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

28. **Caso 3**

Usuario que asiste a la EPS Susalud, para solicitar la autorización de una angiografía cerebral para un familiar.

A. El tiempo de respuesta de esta solicitud es de ___2_ días, si fuera de carácter prioritario. Si el examen no fuera de carácter prioritario el tiempo de respuesta de la autorización es de __10__ días hábiles.

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Las respuestas hacen relación al caso.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

29. Correlacione el documento de la historia clínica con su componente. Tenga en cuenta que se pueden repetir las opciones. A. Registros Específicos B. Identificación C Anexos.

Columna A. Contenido HC	
1. Valoración por medicina especializada.	A
2. Reporte radiografía tórax.	C
3. Aseguradora.	B
4. Valoración de urgencias.	A
5. Consentimiento informado.	A
6. Hoja de evolución de hospitalización.	A
7. Tipo de vinculación.	B
8. Electrocardiograma.	C
9. Epicrisis.	A
10. Acta de retiro voluntario.	C
11. Persona responsable del usuario.	B
12. Descripción medico quirúrgica.	A
13. Estado civil.	B
14. Laboratorios.	C

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Correlaciona de manera correcta el documento de la historia clínica con sus componentes.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

30. Complete la siguiente matriz sobre el archivo de la historia clínica:

Tipo de archivo	Duración
Gestión	5
Central	15
Histórico	20

Respuesta correcta: ¡Muy bien! Completa de manera correcta la matriz.

Respuesta incorrecta: Lo siento, debe revisar nuevamente este tema.

4. EVALUACIÓN

Observaciones: _____

Recomendaciones: _____

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. DATOS GENERALES

Programa de formación	Técnico en apoyo administrativo en salud.
Proyecto formativo	Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.
Fase proyecto	Ejecución.
Resultado de aprendizaje	230101280-01 - Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normativa legal vigente.
Actividad de aprendizaje	Identificar el proceso de admisión del usuario a los servicios de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.
Evidencia de producto	Infografía de la historia clínica. GA3-230101280-AA1-EV02.

Criterios de evaluación:

- Reconoce el manejo ético y legal de la historia clínica y su información según políticas institucionales.
- Identifica las implicaciones éticas y legales del manejo de información de la historia clínica según política y normativa vigente.
- Actualiza la historia clínica y cumple con protocolos y normativa de salud.
- Ubica la historia clínica según tipo de archivo, normativa vigente y protocolo institucional.
- Emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional.
- Relaciona la clasificación internacional de enfermedades 10 revisiones (CIE-10) y la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS), en el diligenciamiento de los registros acorde con la política institucional.

2. INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Estimado evaluador: tenga en cuenta la información suministrada en este instrumento de evaluación, el cual se ha elaborado para **observar, verificar y valorar** el desempeño en la evidencia de aprendizaje.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

3. RÚBRICA

Categoría	Excelente	Bien	Regular	Insuficiente	Nulo
Contenido	Realiza la infografía, exponiendo correctamente cada uno de los criterios requeridos.	Realiza la infografía, exponiendo algunos de los contenidos requeridos.	Realiza la infografía, pero expone vagamente el tema propuesto.	Realiza la infografía, sin embargo no expone los contenidos requeridos.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Coherencia	En la infografía se evidencia la coherencia en el tema desarrollado, lógica y articulación entre cada uno de los criterios requeridos.	Presenta algunos argumentos en el desarrollo de la infografía y se observa poca coherencia.	Presenta pocos argumentos en la infografía y el nivel de coherencia es bajo.	No argumenta ni resuelve coherentemente la infografía.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Estructura	Tiene un orden lógico en el desarrollo de la infografía propuesto.	Tiene un orden lógico en la mayoría de los criterios requeridos.	La infografía no tiene orden lógico.	La infografía no tiene una estructura que corresponda con las ideas.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

Vocabulario técnico	Utiliza el vocabulario apropiado para la infografía, lo que facilita la comprensión de todos los términos.	Utiliza el vocabulario apropiado para la infografía, aunque no facilita la comprensión de todos los términos.	Casi siempre utiliza el vocabulario apropiado para la infografía, sin embargo no facilita la comprensión de todos los términos	No utiliza el vocabulario apropiado para la infografía.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Gramática y ortografía	No hay errores gramaticales en el uso de los verbos, ni faltas de ortografía.	Se presentan uno o dos errores gramaticales en el uso de los verbos, sin faltas de ortografía.	Comete más de tres errores gramaticales, presenta faltas de ortografía.	Son evidentes los errores gramaticales y las faltas de ortografía.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

4. EVALUACIÓN

Observaciones: _____

Recomendaciones: _____

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. DATOS GENERALES

Programa de formación	Técnico en apoyo administrativo en salud.
Proyecto formativo	Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.
Fase proyecto	Ejecución.
Resultado de aprendizaje	230101280-02 - Tramitar la admisión de la persona a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normativa legal vigente.
Actividad de aprendizaje	Identificar el proceso de admisión del usuario a los servicios de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.
Evidencia de desempeño y producto	Flujograma del proceso de admisión. GA3-230101280-AA1-EV03.
Criterios de evaluación: • Identifica la red de prestación de servicios y los convenios interinstitucionales según requerimiento. • Interactúa con las personas y cumple con protocolos de atención de acuerdo con política de servicio. • Identifica los roles de los prestadores y aseguradores en el acceso a los servicios de salud según normativa vigente. • Organiza los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro según acuerdo de voluntades y política institucional.	

2. INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Estimado evaluador: tenga en cuenta la información suministrada en este instrumento de evaluación, el cual se ha elaborado para **observar, verificar y valorar** el desempeño en la evidencia de aprendizaje.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

3. RÚBRICA

Categoría	Excelente	Bien	Regular	Insuficiente	Nulo
Contenido	Realiza el flujograma, exponiendo correctamente cada uno de los criterios requeridos y lo representa a través de una simulación.	Realiza el flujograma, exponiendo algunos de los contenidos requeridos y lo representa a través de una simulación.	Realiza el flujograma, pero expone vagamente el tema propuesto, así como la representación de la simulación.	Realiza el flujograma, sin embargo no expone los contenidos requeridos, así como la representación de la simulación.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Coherencia	En el flujograma se evidencia la coherencia en el tema desarrollado, lógica y articulación entre cada uno de los criterios requeridos. Además, lo representa a través de una simulación.	Presenta algunos argumentos en el flujograma y se observa poca coherencia, al igual que la simulación.	Presenta pocos argumentos en el flujograma y el nivel de coherencia es bajo, así como en la simulación.	No argumenta ni resuelve coherentemente el flujograma y la simulación.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Estructura	Tiene un orden lógico en el desarrollo del flujograma propuesto y en el proceso de simulación.	Tiene un orden lógico de la mayoría de los criterios requeridos en el flujograma, al igual que en la simulación.	El flujograma y la simulación no tienen orden lógico.	El flujograma y la simulación no tienen una estructura que corresponda con las ideas.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

Vocabulario técnico	Utiliza el vocabulario apropiado para el flujograma y la simulación, lo que facilita la comprensión de todos los términos.	Utiliza el vocabulario apropiado para el flujograma y la simulación, aunque no facilita la comprensión de todos los términos.	Casi siempre utiliza el vocabulario apropiado para el flujograma y la simulación, sin embargo no facilita la comprensión de todos los términos	No utiliza el vocabulario apropiado para el flujograma y la simulación.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Gramática y ortografía	No hay errores gramaticales en el uso de los verbos, ni faltas de ortografía.	Se presentan uno o dos errores gramaticales en el uso de los verbos, sin faltas de ortografía.	Comete más de tres errores gramaticales, presenta faltas de ortografía.	Son evidentes los errores gramaticales y las faltas de ortografía.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

4. EVALUACIÓN

Observaciones: _____

Recomendaciones: _____

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. DATOS GENERALES

Programa de formación	Técnico en apoyo administrativo en salud.
Proyecto formativo	Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.
Fase proyecto	Ejecución.
Resultado de aprendizaje	230101280-03 - Tramitar la información de la persona admitida de acuerdo con normativa, políticas institucionales, acuerdos contractuales y códigos éticos vigentes.
Actividad de aprendizaje	Realizar el proceso de admisión del usuario de acuerdo con los protocolos institucionales, sistemas de información y normatividad vigente.
Evidencia de producto	Análisis de casos en autorización de servicios de salud. GA3-230101280-AA2-EV01.

Criterios de evaluación:

- Direcciona a la población en el trámite a seguir en el servicio no incluidos en los planes de beneficio según normativa vigente.
- Comprueba que los requisitos de admisión cumplan con protocolos teniendo en cuenta normativa de salud.
- Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normativa legal y acuerdo de voluntades.
- Diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normativa vigente.

2. INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Estimado evaluador: tenga en cuenta la información suministrada en este instrumento de evaluación, el cual se ha elaborado para **observar, verificar y valorar** el desempeño en la evidencia de aprendizaje.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

3. RÚBRICA

Categoría	Excelente	Bien	Regular	Insuficiente	Nulo
Contenido	Desarrolla adecuadamente los casos propuestos, exponiendo correctamente cada uno de los criterios requeridos.	Desarrolla los casos propuestos, exponiendo algunos de los contenidos requeridos.	Desarrolla vagamente los casos propuestos.	No desarrolla los casos propuestos, así como tampoco expone ninguno de los contenidos requeridos.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Coherencia	Presenta gran desarrollo de los casos propuestos argumentando sus respuestas. Además, se observa coherencia lógica y articulación entre cada uno de los criterios requeridos	Presenta algunos argumentos en sus respuestas y se observa poca coherencia.	Presenta pocos argumentos para dar respuesta a los casos. Además, el nivel de coherencia es bajo.	No argumenta ni resuelve coherentemente los casos.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Estructura	Tiene un orden lógico en el desarrollo de los casos propuestos.	Tiene un orden lógico de la mayoría de los criterios requeridos.	No tiene orden lógico al dar respuesta a los casos.	No tiene una estructura que corresponda con las ideas.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

Vocabulario técnico	Utiliza el vocabulario apropiado para el tema, lo que facilita la comprensión de todos los términos.	Utiliza el vocabulario apropiado para el tema, aunque no facilita la comprensión de todos los términos.	Casi siempre utiliza el vocabulario apropiado para el tema, sin embargo no facilita la comprensión de todos los términos	No utiliza el vocabulario apropiado para el tema.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Gramática y ortografía	No hay errores gramaticales en el uso de los verbos, ni faltas de ortografía.	Se presentan uno o dos errores gramaticales en el uso de los verbos, sin faltas de ortografía.	Comete más de tres errores gramaticales, presenta faltas de ortografía.	Son evidentes los errores gramaticales y las faltas de ortografía.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

4. EVALUACIÓN

Observaciones: _____

Recomendaciones: _____

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. DATOS GENERALES

Programa de formación	Técnico en apoyo administrativo en salud.
Proyecto formativo	Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.
Fase proyecto	Ejecución.
Resultado de aprendizaje	230101280-04 - Implementar planes de mejoramiento en los procesos administrativos de admisión según hallazgos, delegación, protocolos institucionales y normativa vigente.
Actividad de aprendizaje	Realizar el proceso de admisión del usuario de acuerdo con los protocolos institucionales, sistemas de información y normatividad vigente.
Evidencia de producto	Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud. GA3-230101280-AA2-EV02.

Criterios de evaluación:

- Clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador.
- Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente.
- Divulga los derechos y deberes del paciente, del trabajador y del empleador en los sistemas generales de seguridad social en salud y riesgos profesionales según normativa vigente y protocolo institucional.
- Realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades.
- Recolecta información y tipos de datos con criterios de calidad a partir de los protocolos institucionales.

2. INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Estimado evaluador: tenga en cuenta la información suministrada en este instrumento de evaluación, el cual se ha elaborado para **observar, verificar y valorar** el desempeño en la evidencia de aprendizaje.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

3. RÚBRICA

Categoría	Excelente	Bien	Regular	Insuficiente	Nulo
Contenido	Desarrolla adecuadamente los casos propuestos, exponiendo correctamente cada uno de los criterios requeridos.	Desarrolla los casos propuestos, exponiendo algunos de los contenidos requeridos.	Desarrolla vagamente los casos propuestos.	No desarrolla los casos propuestos, así como tampoco expone ninguno de los contenidos requeridos.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Coherencia	Presenta gran desarrollo de los casos propuestos, argumentando sus respuestas. Además, se observa coherencia lógica y articulación entre cada uno de los criterios requeridos	Presenta algunos argumentos en sus respuestas y se observa poca coherencia.	Presenta pocos argumentos para dar respuesta a los casos y el nivel de coherencia es bajo.	No argumenta ni resuelve coherentemente los casos.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Estructura	Tiene un orden lógico en el desarrollo de los casos propuestos.	Tiene un orden lógico de la mayoría de los criterios requeridos en los casos propuestos.	No tiene orden lógico al dar respuesta a los casos.	No tiene una estructura que corresponda con las ideas.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

Vocabulario técnico	Utiliza el vocabulario apropiado para el tema, lo que facilita la comprensión de todos los términos.	Utiliza el vocabulario apropiado para el tema, aunque no facilita la comprensión de todos los términos.	Casi siempre utiliza el vocabulario apropiado para el tema, sin embargo no facilita la comprensión de todos los términos.	No utiliza el vocabulario apropiado para el tema.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**
Gramática y ortografía	No hay errores gramaticales en el uso de los verbos, ni faltas de ortografía.	Se presentan uno o dos errores gramaticales en el uso de los verbos, sin faltas de ortografía.	Comete más de tres errores gramaticales, presenta faltas de ortografía.	Son evidentes los errores gramaticales y las faltas de ortografía.	No entregó.
	20 puntos	**18 puntos**	**12 puntos**	**6 puntos**	**0 puntos**

4. EVALUACIÓN

Observaciones: _____

Recomendaciones: _____