

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 1 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

1. TABLA DE CONTENIDO

1. TABLA DE CONTENIDO	1
2. INTRODUCCION	1
3. OBJETIVO	1
4. ALCANCE	1
5. DEFINICIONES.....	2
6. RESPONSABLE	3
7. DESCRIPCION CONTENIDO DEL MANUAL	3
8. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	24
9. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA	24

2. INTRODUCCION

La Historia Clínica es una herramienta infalible en la práctica clínica de los profesionales de la salud, un documento que debe contener la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos, antecedentes tanto personales como familiares, síntomas e intervenciones que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud.

La implementación uniforme del manual garantizará la integridad, autenticidad, confidencialidad y disponibilidad de la información clínica de nuestros usuarios, en estricto cumplimiento de la normativa vigente. Este documento constituye la guía de referencia para todo el personal de la E.S.E. involucrado en el ciclo de vida de la historia clínica, asegurando una práctica clínica informada, una comunicación eficiente entre profesionales y la optimización de la continuidad asistencial en beneficio de nuestros pacientes.

3. OBJETIVO

Establecer los procedimientos de cómo llevar a cabo en la E.S.E, apertura, el registro, manejo, control, custodia, depuración y conservación de la historia clínica.

4. ALCANCE

Los procedimientos establecidos en el presente manual deben ser aplicado en todos los procedimientos que se realizan en la institución y para los cuales se haga necesario contar con Historia Clínica; es responsabilidad de todo el personal sanitario dar cumplimiento a lo aquí establecido.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 2 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

5. DEFINICIONES

- **Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Desglosando y haciendo explícita esta definición encontramos:

- Es un documento privado, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.
- Es obligatorio, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.
- Se encuentra sometido a reserva, ya que según lo consagrado en el art 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre.
- **Condiciones de salud:** Es el estado de salud del paciente que se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- **Equipo de Salud:** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- **Depuración:** Selección, separación y cuantificación de documentos que, por su trámite, han cumplido su gestión administrativa y no son de utilidad, para la Unidad generadora y/o poseedora.
- **Conservación:** Conjunto de estrategias y medidas de orden técnico, político y administrativo orientadas a evitar o reducir el riesgo de deterioro de los documentos de archivo, preservando su integridad y estabilidad.
- **Custodia:** Guarda o tenencia de documentos por parte de una institución o una persona, que implica responsabilidad jurídica en la administración y conservación de los mismos, cualquiera que sea su titularidad.
- **Transferencia documental:** es la remisión de los documentos del archivo de gestión al central y de este al histórico de conformidad con las tablas de retención documental aprobadas.
- **Archivar:** Guardar documentos o información en un archivo.
- **Foliación:** Serie numerada de los folios de un escrito o de un impreso.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 3 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

- **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.
- **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no han vuelto a usar los servicios de atención en salud del prestador, en los últimos 5 años y se conservará en el mismo hasta 20 años después de la última atención.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.
- **Proxy:** es un servidor o dispositivo que actúa como intermediario entre un usuario y un servidor de destino.
- **R-FAST:** Sistema de información utilizado en entornos de salud para la gestión y procesamiento de información clínica, administrativa y operativa; compuesta por componentes o módulos.
- **ERP:** software que ayuda a gestionar los procesos de una empresa.

6. RESPONSABLE

Facturación, auxiliares asistenciales, funcionario de archivo, sistemas.

7. DESCRIPCION CONTENIDO DEL MANUAL

1. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las características básicas que debe cumplir la historia clínica son:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

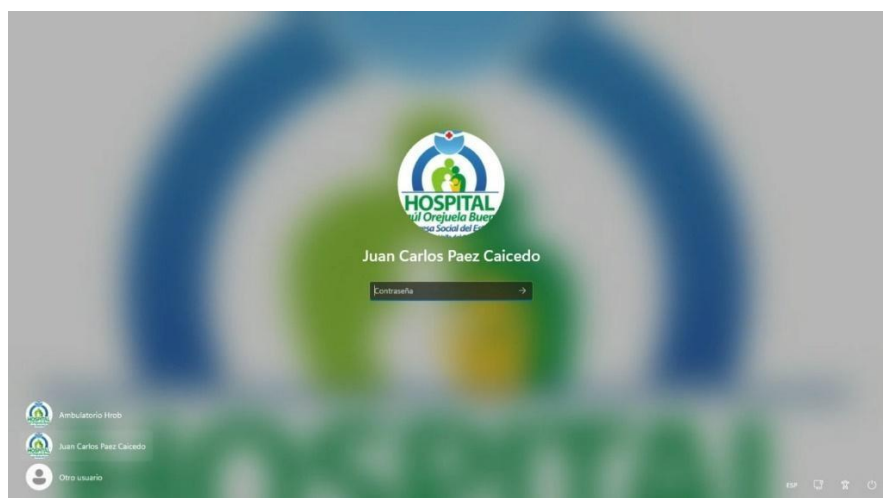
	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 4 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

2. TERCEROS AUTORIZADOS PARA CONOCER LA HISTORIA CLÍNICA:

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).
- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos clínicos, (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

3. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

El hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E cuenta con un dominio el cual le permite a los usuarios hacer el ingreso a las redes de datos de la institución, este consiste en un usuario seguido de una contraseña personal e intransferible, este usuario es solicitado por el jefe inmediato (mediante correo electronico a la mesa de servicio (mesadeservicio@hrob.gov.co) del funcionario o contratista que ingresa al HROB ya sea administrativo o asistencial (área de la medicina), se le asigna un usuario y una contraseña la cual es solicitada al inicio del computador, sin estos datos no podrá ingresar a las redes de datos del dominio del hospital como se muestra en la siguiente imagen.



Una vez se ingresa y se valida el usuario y la contraseña del usuario en el dominio del hospital se permite el ingreso como se muestra en la siguiente imagen.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
	HISTORIA CLÍNICA		Página 5 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026



Permitido el ingreso al usuario en el dominio del hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. Este tiene acceso al Sistema Integrado de Información - ERP (Enterprise Resource Planning) R-fast versión cliente-servidor, el cual permite integrar y manejar muchas de sus unidades funcionales. Este sistema está estructurado por perfiles y se compone de módulos Administrativos (Inventarios, Activos Fijos, Costos, CRM, Agenda Médica), Financieros (Contabilidad, Presupuesto, Cartera, Nómina, Facturación) y Asistenciales (clínico e interfaces de laboratorio). Asimismo, para la asignación y habilitación de perfiles y permisos a un funcionario dentro del ERP, se requiere la solicitud previa mediante un mensaje enviado a la mesa de servicio por parte de directivo autorizado.

La E.S.E, es una IPS en red compuesta por 35 centros y puestos de salud y una sede principal; encontrándose ubicados en la zona urbana y rural del Municipio de Palmira, dentro de esta red se encuentran puestos de salud, en los cuales no hay conectividad, requiriéndose realizar la historia clínica de forma manual.

- **HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA:**

Al ingresar al Sistema de Información R-Fast se encuentra con la siguiente imagen; la cual solicita una clave de acceso que es solicitada por la Subdirección Científica al proceso de sistemas de información, para iniciar el proceso de capacitación en el componente clínico al personal asistencial; actividad que se encuentra a cargo de la subdirección científica.

	MANUAL		MN02-GDC
	HISTORIA CLÍNICA		Versión 06 Página 6 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

© 2017 R-FAST - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL



Sistema de Información Financiera, Administrativa y Asistencial

Versión 9.0



Al ingresar con la clave aparece el siguiente pantallazo, con las opciones autorizadas de acuerdo al perfil requerido por la Subdirección Científica:



Dependiendo del ámbito –Ambulatorio – Urgencias – Hospitalización – se accede al formulario de historia clínica en los servicios que se tiene el permiso para acceder: medica general, triage, urgencias, hospitalización, especializada, notas de enfermería, entre otros.

A. URGENCIAS

1. El técnico de atención pre hospitalaria realiza la admisión del paciente en el Sistema de Información R-fast, verificando en el tarjetero índice que este creado el usuario, con los datos completos, si no lo está lo crea con los datos básicos.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 7 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

2. La auxiliar de enfermería de pre consulta procede a la atención
 - Toma signos vitales.
 - Verifica en el tarjetero índice que este creado el usuario y si no lo está lo crea con los datos básicos.



3. La auxiliar lo direcciona al Triage.
4. Triage: El llamado se realiza por parte del profesional médico de turno al paciente a través de la ficha que se le entrega en portería.

a. Atención por Triage:

Ingresa en el sistema al módulo “ámbito de historia clínica” el cual tiene tres ítems: seleccionando la opción de urgencias-triage-acceder y define conducta o clasificación.

Tomar signos vitales y evoluciona al paciente, registrando la información el sistema.

Finalmente lo clasifica según los parámetros establecidos:

1. Emergencia (rojo)
2. Urgencias (naranja)
3. Consulta con prelación (amarillo)
4. Consulta al día (verde oscuro)
5. Consulta general (verde claro).

b. Facturación:

De acuerdo a la clasificación por Triage 1- 2 – 3 y 4 se direcciona al paciente a la caja para que abra la Admisión (internación).

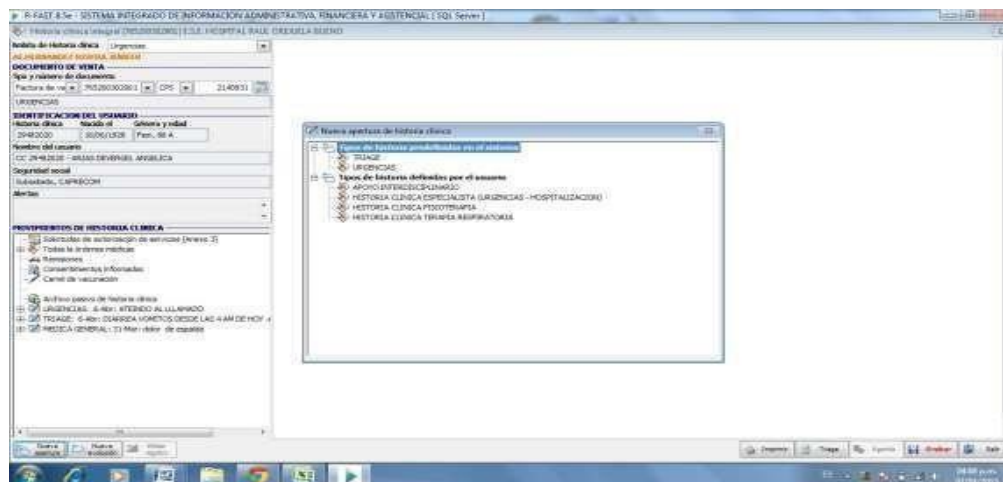
Triage4 se entrega dato telefónico para solicitud de cita y facturación por consulta externa a través del call center.

Triage 3 –prioritaria- se direcciona al segundo piso para ser atendido por el médico. Independientemente que el profesional ordene medicamentos y procedimientos direccionar al paciente a urgencias para el cierre de admisión e indicaciones de facturación.

	MANUAL		MN02-GDC
	HISTORIA CLÍNICA		Versión 06 Página 8 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

Triage 1 y 2:

Desde el botón “triage” factura el procedimiento de la consulta 890701. Enlace: Médico de turno del triage. Desde el enlace del triage el médico arrastra la información e inicia a diligenciar la historia clínica integral, que contiene motivo de consulta, enfermedad actual, examen físico, rips de procedimiento, remisiones, análisis y plan, comentario de evolución, ordenes médicas y solicitudes de anexos. Incluir imagen



- Diligencia el anexo técnico No. 3 y realiza el envío a la EPS's según lo establecido en la norma. Para EPS Contributiva se debe realizar llamada para solicitar autorización.
- Direccionar al paciente para que entreguen en la estación de enfermería la admisión –internación– quien lo coloca en el casillero para ser llamado por el médico. Enlace: Facturador-Paciente-Auxiliar de Enfermería.
- Cuando el paciente es evolucionado, verificar las órdenes médicas expedidas por el profesional, facturando los procedimientos diferentes a Laboratorios. Sin embargo, es importante antes de dar la salida al paciente tener registrado en el sistema de información todas las actuaciones realizadas al usuario y facturado todos los procedimientos que le hayan ordenado al paciente: Imágenes diagnosticas: Ecografías, Electrocardiograma, Radiografías y revisión de los laboratorios facturados, entre otros. Responsable: Facturación – Laboratorio.
- Cuando se trate de remisiones, el jefe de Turno gestiona la autorización con el prestador, una vez esté aprobado facturación registra el procedimiento de “traslado” para dar la salida respectiva. Incluir imagen.

	MANUAL		MN02-GDC
	HISTORIA CLÍNICA		Versión 06 Página 9 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

- e. Si es reingreso tener en cuenta la política establecida dentro del proceso de Facturación (24 a 72 horas por la misma causa de consulta). El facturador revisa el No. de la Factura Centro de Producción de Servicios -CPS con el cual se le dio salida para informar al auxiliar de enfermería el número con que el médico debe evolucionar al paciente, en el evento en que se decida que debe quedar en urgencias, se le abre admisión para que se registre lo relacionado con medicamentos y/o procedimientos. Responsable: Facturación – Asistencial.
- f. Asistencial: Una vez llamado el paciente al consultorio del profesional:
 - Abre la historia clínica desde el ámbito “urgencia” a través del botón triage. Una vez haya verificado información del usuario, selecciona “nueva apertura” o “nueva evolución” este último caso cuando son controles.
 - Diligencia todos los ítems que considere necesarios.
 - Ítems de color naranja o verde: son Modificables de acuerdo al criterio profesional.
 - Ítems de color rojo: carácter obligatorio.
 - En el campo diagnostico se diligencia el Rips en los ítems requeridos: finalidad (no aplica), Causa Externa (enfermedad general); diagnostico (código CIE10) y tipo (impresión diagnostica, confirmado nuevo, confirmado repetido). Responsable: Profesional Médico.
 - Valorado el paciente por el médico este determina si es una urgencia o se considera “observación”, este último tiene un plazo de 6 horas, concluido el tiempo, se da de alta o se hospitaliza. El médico notifica a la auxiliar y este a facturación para cambiar el estado donde actualiza la fecha y hora en que el sistema inicia el conteo de tiempo – 6 horas-.
 - La remisión la genera adicionando el registro y diligenciado todos los ítems: tipo de remisión, código de prestador, centro de producción, diagnostico, causa, justificación, código de autorización CRUE, nombre del funcionario del CRUE. El jefe gestiona la ambulancia, personal médico de apoyo y documentos soportes que deben ser direccionados al otro prestador. Responsable: Enlace: Médico – Auxiliar – jefe.
 - Si se requiere dar incapacidad, se debe ingresar al ítem ordenes medicas-opción incapacidad-imprimir.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 10 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

- Finalmente se graba la historia clínica; se debe revisar el contenido de la Historia Clínica; ya que una vez “gravada” no permite modificaciones.
- Farmacia: Carga los medicamentos que se ordenen, en la admisión correspondiente; a través de las ordenes médicas que elabore el profesional. Esto aplica para todos los servicios que se consideren como urgencia.
- Notificar al médico previa revisión por parte de enfermería para la realización de la evolución con los resultados generados por laboratorio y dar la conducta a seguir al paciente. Responsable: jefe del Servicio. Enlace: Enfermera-Laboratorio, Enfermera – Medico, Medico con paciente.
- Todas las valoraciones por especialista –interconsultas- deben quedar consignadas en el sistema, como “evolución” dentro de la apertura que tiene vigente el paciente, su llamado se hace a través del jefe de Turno o la auxiliar quienes notifican al proceso de facturación para el registro de la interconsulta en la admisión que corresponda. Ejemplo: Medicina Familiar, Cirujano, Psicología, Trabajo Social.
- De acuerdo al protocolo médico existen parámetros para las aclaraciones registro inadecuado dentro de la historia clínica: Comentario de apertura o evolución, editar registro de historia clínica. Responsable: Subdirección Científica en la creación de los protocolos – políticas y casos de uso – Medico que realiza la historia.
- Jefe de Enfermería: Cuando se termine el turno del médico revisa contra el informe de atenciones que genera el sistema todos los soportes clínicos requeridos (lista de chequeo con los soportes administrativos – según políticas establecidas por facturación y cuentas médicas- y asistenciales: anexos, diagnostico, incapacidad, ordenes, remisión, censo diario de pacientes, entre otros).

c. Laboratorio:

- **Recibe la muestra verificando los datos rotulados para ingresarlos en Atenea.**
- **Valida la orden médica en R-fast (datos del paciente, numero de admisión, numero de orden médica, nombres y apellidos del paciente, documento del paciente, servicio y procedimientos solicitados) para realizar las pruebas requeridas.**
- **Una vez listo el resultado este se carga automáticamente en Atenea para ser capturado el resultado por el profesional del servicio, adicionalmente se factura el procedimiento en la internación – admisión**
- **- que tiene el paciente en el momento en el sistema de información Rfast8. Enlace: Medico del servicio.**
- **Al ser registrados en R-fast se importa desde las órdenes médicas donde se indica por medio de un formulario de semaforización cuales están facturados en forma completa, anulados, facturados en forma parcial; este dato depende de los procedimientos realizados por el Laboratorio. Enlace: Bacteriólogo – Auxiliar de Laboratorio.**
- **Para los casos específicos de Reserva y solicitud de glóbulos rojos para transfusión sanguínea, consentimientos informados (VIH) y enfermedades de interés publica: chikungunya, dengue, tuberculosis, leptospira, malaria, rubeola, varicela, entre otros; deben venir los soportes físicos (ficha obligatoria + datos básicos y copia de historia clínica) firmados por el médico que atiende el paciente.**
- **Los exámenes que deben ser autorizados (hemoglobina glicosilada, proteína c reactiva, microalbuminuria, creatinina, las tsh y t4, antígenos prostáticos, entre otros) o que correspondan a segunda muestra western blot, que demora un tiempo prudencial; deben**

	MANUAL		MN02-GDC
	HISTORIA CLÍNICA		Versión 06 Página 11 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

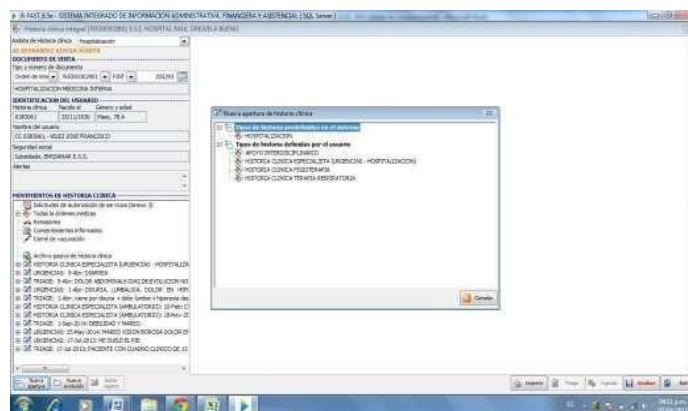
ser direccionados de acuerdo a la política que se establezca en los procesos de facturación y autorizaciones.

- **Contingencia Historias Clínicas: Responsable: Archivo – Enlace: jefe de Servicio, Facturación y Archivo.**
- **El jefe del servicio entrega las historias clínicas manuales producto de la contingencia, registrando en una bitácora para su recibido, al área de archivo, quien realizará las siguientes actividades:**
- **Clasifica y unifica por cedula del paciente, previa validación en el sistema según la normatividad vigente en el manejo de gestión documental.**
- **Escanea y carga como archivo pasivo – multimedia- en el sistema de información R-fast.**
- **Entrega a Facturación listado de inconsistencias que se presentan en la creación del tarjetero índice para unificarlo y generar el anexo técnico No. 1 del Decreto 3047 de 2007.**

B. HOSPITALIZACION

1. Asistencial:

- El médico informa a la auxiliar el estado del paciente, a su vez la auxiliar notifica al proceso de facturación del servicio de urgencias para cerrar o trasladar la admisión en hospitalización.
- El jefe de turno verifica la disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización para su traslado o en su defecto el paciente queda dentro del servicio de urgencias catalogado como hospitalizado.
- El médico ingresa con la nueva admisión como “evolución” previa revisión de lo efectuado en el servicio de urgencias, indicando la conducta a seguir y realizando las órdenes respectivas. Imagen.



- Todo el registro clínico se hace con la internación que abren en urgencias como hospitalizadas. Por parte de los profesionales que intervengan: Médicos, auxiliares, especialistas.
- El manejo por laboratorios es igual al de urgencias a excepción de que la muestra al ser rotuladas cambia el nombre del servicio en el cual se encuentra el paciente, ejemplo: Partos, Maternidad, Pediatría, entre otros.
- La interconsulta con especialista se realiza cuando es solicitada por el jefe del servicio, notificando a facturación de hospitalización el ingreso del procedimiento de la interconsulta

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
	HISTORIA CLÍNICA		Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

quien lo registra en la admisión para que el profesional lo pueda evolucionar en la historia clínica, cuando aplica.

2. Facturación:

- a. Apertura la admisión por “hospitalización” y/o efectúa el traslado de urgencias a hospitalización según lo establecido contractualmente; con el código de “cuidado o manejo intrahospitalario” o el que aplique para estos casos.
- b. Se facturan los procedimientos realizados para dar salida al paciente de acuerdo a las indicaciones médicas: Tener en cuenta las políticas establecidas dentro del proceso de facturación Nivel I y II.
- c. Laboratorio: Aplica el mismo procedimiento establecido en el servicio de urgencias.
- d. Farmacia: Carga los medicamentos que se ordenen, en la admisión correspondiente. a través de las órdenes médicas que elabore el profesional. Esto aplica para todos los servicios que se consideren como hospitalización.
- e. Cuando se le da salida al paciente facturación realiza la validación del cargue de todos los procedimientos, liquidación según el grupo quirúrgico que aplique y la estancia –días- de permanencia en el servicio. Solicitando todos los soportes según lista de chequeo entregada por jefes de enfermería.
- f. Jefe de Enfermería: Cuando se termine el turno del médico revisa contra el informe de atenciones que genera el sistema que este con todos los soportes clínicos requeridos (lista de chequeo con los soportes administrativos – según políticas establecidas por facturación y cuentas médicas- y asistenciales: anexos, diagnostico, incapacidad, ordenes, remisión, censo diario de hospitalización, entre otros).
- g. Jefe de Enfermería: Realiza la devolución a la Farmacia de los medicamentos y/o insumos que no se hayan utilizado en el servicio, identificados según el número de internación con que el paciente haya sido registrado. Este proceso aplica para procedimientos quirúrgicos.

ODONTOLOGIA

El área de Odontología e Higiene Oral facturará los servicios que presta en el Hospital Raúl Orejuela Bueno en las sedes San Vicente y Emilia; para ello asignará un auxiliar de odontología: realizando las siguientes actividades:

Auxiliar Odontología - Facturación:

1. Validar las bases de datos con las que cuenta la Institución: Hrob – Fosyga – Dnp - Emssanar – Nueva Eps – Coomeva con el fin de definir contrato – procedimiento y nivel de atención.
2. Revisar y/o Actualizar el Tarjetero Índice:
 - a. En el evento de que se deba cambiar el tipo de documento y número de documento, se debe ejecutar la opción cambiar.
 - b. Si se ha creado 2 o más veces con número de documento diferentes se debe unificar.
 - c. En el caso de presentar inconsistencia en los datos que reposan en el documento de identificación se debe diligenciar el anexo técnico No.1 de la Resolución 3047, para ello se

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 13 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

diligencia el Anexo solicitando el soporte respectivo y posteriormente enviar a facturación según la frecuencia establecida.

3. Agendar el servicio teniendo en cuenta la fecha, hora, profesional.
4. Facturar el servicio que requiere el usuario clasificando el centro de producción, profesional que ordena y realiza confirmando el confirmando con el código del procedimiento como tal. Si se ha asignado cita, debe ser confirmado para que al momento de realizar la historia clínica traiga el dato completo del usuario.
5. Al finalizar el día se realiza el arqueo de caja:
 - En el caso de la Sede San Vicente los copagos se entregan directamente en la oficina de tesorería.
 - Las otras sedes pueden entregarlo al motorista de la ruta con un formato de entregado y recibido.
6. Imprimir las facturas que correspondan a los eventos de las Eps-s y particulares, las actividades captadas y de PyP en la planilla se registrará la firma del paciente para constancia del servicio.
7. Al iniciar el Registro clínico, se selecciona el ámbito “ambulatorio”, si se lleva la agenda se puede seleccionar desde esta ubicando el paciente al cual se le va a prestar la atención, de lo contrario se escribe el número del CPS, verificando que los datos del paciente.
8. Posteriormente se selecciona “nueva apertura”, cuando es nuevo tratamiento de lo contrario se coloca “nueva evolución”, se escoge la historia clínica: “odontológica”, “urgencia odontológica” o “promoción y prevención en salud oral”; se capturan las variables obligatorias (color rojo) o las que se consideren pertinentes y que no son de obligatorio diligenciamiento (verdes – naranja).
9. Al Grabar la historia clínica, se habilitan las prescripciones médicas; se puede diligenciar la incapacidad, la odontograma de tratamiento- el cual se marca dando clic derecho sobre el lugar de la pieza a revisar, diligenciar las variables de higiene oral –actividades de pyp - cuando apliqué.
10. El punto de control es la sede San Vicente, para revisión de las facturas y registro clínico que permite medir la productividad del personal asistencial, diligenciamiento completo de la Historia Clínica, entre otras variables.
11. Se debe ingresar el registro clínico en el sistema cuando se presenten inconvenientes con la energía o con el sistema.
12. Realizar el anexo técnico 3 con copia de la historia y cedula del paciente, direccionándolo a la Eps's para su trámite correspondiente.
13. Las urgencias se facturan en el ámbito ambulatorio, se diligencia la historia clínica y se da la conducta a seguir.
14. Plan de contingencia: se tiene el modelo de historia clínica odontológica completa en físico y tener existencia de talonarios de facturación.

FISIOTERAPIA

Ámbito: Ambulatorio.

Servicios: Terapia Física y Terapia Respiratoria.

1. El paciente acude al servicio con Orden Médica con la cual se verifica el # de terapias o procedimientos a efectuar.
2. Revisa soportes: Anexo 3, documento de identidad y carnet de la EPS's.
3. Orienta al usuario para que facture con el código de la terapeuta que se le entrega.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 14 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

4. Facturado el servicio se agenda y se entrega recordatorio al paciente de la cita, la administración de la agenda la realizará el SIAU, previo cronograma de turnos entregado por la Coordinadora de Fisioterapia.
5. Se dan recomendaciones básicas al paciente para el momento de la consulta: Traer exámenes médicos, Radiografías, Ropa cómoda, toalla, entre otros. En Terapia Respiratoria: Se solicita al paciente que traiga los insumos- mascarilla para micro nebulización adulto o pediátrica -
6. Si el paciente cancela la cita se reprograma
7. Cuando son varias sesiones se facturan de 5 en 5 según la Eps's.
8. La Historia Clínica se realiza con el CPS y las sesiones facturadas en el mismo documento de venta se realiza como evoluciones.
9. No realizan ordenes médicas (medicamentos / procedimientos)
10. Se hacen remisiones para especialistas, cuando existan algunos eventos como: –tratamientos que no muestren mejoría, aumento de dolor u otro tipo de alteraciones- que se presentan en la terapia, se orienta al paciente para que solicite cita con especialista.
11. Las incapacidades laborales no se generan desde el servicio, estas las realiza directamente el especialista.
12. No se genera RIPS por ser procedimientos terapéuticos.

SERVICIOS: TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA RESPIRATORIA

Si es del Ámbito de Urgencias u hospitalización:

- Previamente la auxiliar y/o jefe se acerca a facturación para que registren el procedimiento por interconsulta.
- El llamado al servicio de Fisioterapia y/o Terapia Respiratoria lo hace la auxiliar o el jefe de turno desde cualquier servicio: Urgencias, Hospitalización, Pediatría, entre otros; para llevar a cabo la interconsulta.
- Como plan de mejoramiento, el servicio se ha visto expuesto a realizar diariamente la revisión en las salas, para llevar a cabo procedimientos propios del servicio, sino tienen orden y amerita la atención se le solicita.
- al médico para que realice la orden médica y así efectuar el procedimiento y evoluciones posteriores.
- El registro clínico se hace a través de la internación –Admisión- que tiene el paciente como nueva evolución en el servicio de terapia física o respiratoria.

CONSULTA EXTERNA – SEDE SAN VICENTE

En la Sede San Vicente en el área de facturación se cuenta con (3) auxiliares distribuidos así: Uno para casilla preferencial y dos para general. Ellos facturan todo lo relacionado con lo ambulatorio:

1. Validar derechos con el número de identificación del usuario en las bases de datos con las que cuenta la Institución, con el fin de definir contrato – procedimiento y nivel de atención.
2. Revisar y/o Actualizar el Tarjetero Índice:
 - a. En el evento de que se deba cambiar el tipo de documento y número de documento, se debe ejecutar la opción cambiar.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 15 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

- b. Si se ha creado 2 o más veces con número de documento diferentes se debe unificar.
 - c. En el caso de presentar inconsistencia en los datos que reposan en el documento de identificación se debe diligenciar el anexo técnico No.1 de la Resolución 3047, para ello se diligencia el Anexo solicitando el soporte respectivo y posteriormente enviar a facturación según la frecuencia establecida.
3. Procedimientos de Nivel II se debe revisar los soportes requeridos (autorizaciones, remisiones, etc.).
4. Realiza la factura teniendo en cuenta los parámetros de Facturación (Centro De Producción – Profesional y Procedimiento), digitando el RIPS con el diagnóstico que presenta la autorización o el anexo, como plan de contingencia y hasta que no se normalice el proceso se hará provisional hasta que de la parte asistencial nos certifiquen que todos los médicos están digitando los diagnósticos en la historia clínica que son los que alimentan el Rips.
5. Se imprimirán las facturas que correspondan a los eventos de las Eps-s y las empresas Contributivas, las actividades Capitadas y de PyP no las imprimiremos ya que estas se soportan con las historias clínicas y las planillas de atención donde exista la firma del usuario como certificado de la prestación del servicio.
6. Cuando el usuario cancele copagos por cualquier concepto el funcionario al terminar su turno debe llevar lo recaudado a la oficina de Tesorería de la Institución. Las facturas realizadas se deben entregarse al departamento de facturación con copia del arqueo de caja.

Autorizaciones:

1. Los anexos técnicos # 3 son realizados por el especialista, en el sistema de información en el momento en que realiza la consulta.
2. El profesional direcciona al paciente para que realice la gestión con el proceso de autorizaciones ubicado en caja No. 1.
3. Autorizaciones verifica que estén diligenciados en forma completa y hace la respectiva solicitud ante la Eps's y realiza contacto con el paciente una vez esté aprobado.
4. Los soportes solicitados al paciente los direcciona el SIAU de acuerdo a las políticas establecidas.

HISTORIA CLÍNICA MANUAL

La historia clínica de un paciente se encuentra integrada por tres grandes partes: **identificación del usuario, registros específicos y anexos.**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

Los contenidos mínimos para la identificación del usuario de servicios en el hospital son datos que se encuentran consignados en el registro de apertura de la historia clínica (cara interna de la carpeta) y son:

- Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos.
- Estado civil.
- N° documento de identidad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 16 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

- Ocupación.
- Dirección.
- Teléfono del domicilio.
- Lugar de residencia.
- Nombre y teléfono del acompañante o acudiente
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario.
- Aseguradora.
- Tipo de vinculación.

REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes clínicos de un tipo determinado de atención en salud.

Dando cumplimiento a la Resolución 3374/03 se diligencian los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud en el momento de la atención, brindando herramientas estadísticas, epidemiológicas y de facturación.

El Hospital Raúl Orejuela Bueno a través de la Resolución 0677 del 19 de diciembre de 2002 adoptó los formatos de registro de historias clínicas para la adecuada atención del paciente, con fines administrativos y asistenciales.

Dentro de los registros específicos que se diligencian en el proceso de atención:

Hoja de evolución, ordenes médicas, notas de enfermería, control de medicamentos, balance de líquidos, informe de exámenes de laboratorio, control de temperatura, epicrisis, hoja de remisión, control del trabajo de parto, parto y puerperio.

ANEXOS.

Los documentos anexos a la historia clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención del hospital son:

- Consentimiento informado.
- Declaración de retiro voluntario.
- Formato para solicitud y acceso a la historia clínica.
- Exámenes de apoyo diagnóstico.

DIRECCIONAMIENTO

APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

En el Hospital Raúl Orejuela Bueno, la atención por primera vez a un usuario debe cumplir con la realización del procedimiento de apertura de la historia clínica, que incluye la captura de los datos de identificación listados anteriormente.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 17 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

El procedimiento de apertura es responsabilidad del Auxiliar de Archivo en aquellos centros y puestos de salud donde se disponga de dicho cargo y en los demás puntos de atención, es el auxiliar de salud (enfermería e higiene oral) quien debe realizarla.

En este procedimiento se capturan los siguientes datos:

Documento de identificación: Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad, número de la tarjeta de identidad para los menores de edad, mayores de siete años, número del registro civil para los menores de siete años, número del NUIP dado por la registraduría civil para recién nacidos y menores de edad, número de pasaporte o cédula de extranjería para población extranjera, número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.

Fecha de inscripción: Registrar el día, mes y año de la primera atención en salud.

Primer apellido: Registrar Primer apellido del usuario **Segundo apellido:** Registrar Segundo apellido del usuario **Nombres:** Registrar Primer y segundo nombre del usuario

Fecha y lugar de nacimiento: Anotar el día, mes y año, nombre del municipio y departamento de nacimiento del usuario.

Historia previa: Indicar si el usuario había tenido historia clínica anterior mente, si- no, e indicar el año de apertura de la misma.

Hemoclasificación: Indicar el grupo sanguíneo y RH, en su respectiva casilla.

Residencia habitual: Indicar el municipio, departamento, dirección y teléfono de residencia del usuario.

Profesión u oficio: Actividad económica del usuario.

Estado civil: indicar si el usuario es soltero, casado, viudo, unión libre, menor de edad.

Edad: días, meses, años.

Sexo: si es masculino o femenino

Conyugue o pariente cercano: diligenciar el nombre

Parentesco: Indicar el parentesco con el usuari006F

Dirección Cónyuge o pariente: Indicar la dirección habitual.

Nombre y dirección a quien avisar en caso de urgencia: Indicar el nombre y dirección.

Nombre y apellidos de los padres: Diligenciar de acuerdo a la casilla correspondiente.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
	HISTORIA CLÍNICA		Página 18 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

Nombre y dirección, teléfono de la empresa o patrono para quien trabaja: diligenciar según el orden de las casillas.

Nombre asegurador: Indicar el nombre de la Entidad Promotora de Servicios de Salud del régimen contributivo o subsidiado al que se encuentra afiliado el usuario o en caso de ser Población Pobre no Asegurada registrar la sigla PPNA y si es población en situación de desplazamiento diligenciar el campo como desplazado.

Tipo de vinculación: Indicar el régimen al que pertenece el usuario contributivo o subsidiado, en caso de ser Población Pobre no Asegurada registrar la sigla PPNA y si es población en situación de desplazamiento diligenciar el campo como desplazado.

Estos datos deben ser registrados en forma completa, legible y en tinta negra. La factura es un insumo importante para la actualización de datos de la historia clínica, ésta debe revisarse completamente una vez el usuario la presente al archivo.

La actualización de datos debe realizarse cada vez que el usuario manifieste cambio de domicilio, ocupación, aseguramiento y tipo de vinculación. Para esta actualización, el procedimiento de apertura permite hacer tres (5) actualizaciones dentro de la misma.

DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA – REGISTROS ESPECIFICOS

Este procedimiento es responsabilidad del equipo de salud: profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

Cada atención debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Las normas de diligenciamiento de historia clínica trascienden a los registros clínicos y anexos de la misma.

El diligenciamiento de la historia, implica que a todo paciente al cual se le efectúe ingreso hospitalario, se le realice los registros respectivos.

Los criterios mencionados en el diligenciamiento, como legibilidad, integralidad, continuidad, hora y fecha de atención, etc. son considerados como características de calidad en el expediente y son evaluadas por el comité de historia clínica.

INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO – ALMACENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

El ingreso de toda historia, registro clínico o documento anexo a la misma se realizará en el archivo de gestión a través de una relación de entrega.

El funcionario del archivo quien recibe, debe verificar contra relación y físico de entrega de historia clínica, N° historia, nombre del paciente a quien pertenece la historia, número de folios del expediente.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 19 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

Se debe revisar la cantidad de folios que componen la historia clínica, la cual debió ser numerada en forma consecutiva, por el responsable del diligenciamiento de la misma, lo cual significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja, debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente, N° de historia clínica respectivo y así mismo, efectuar el registro del número de folio respectivo en la parte superior derecha de la misma, por cada una de las caras que contempla cada hoja.

Es de aclarar, que el miembro del equipo de salud quien efectúa la primera anotación de cada hoja deberá seguir el consecutivo de numeración de folios según el tipo de registro.

Una vez se recibe la historia físicamente, se debe proceder a ingresarla al archivo, de acuerdo al rango numérico a la que pertenezca.

En caso de historias provenientes de consulta, se debe verificar contra Registros

Individuales de Prestación de Servicios - RIPS, mediante el cual fueron entregadas.

Para este procedimiento, la institución dispone de un archivo de historias clínicas en las etapas de gestión y central.

La metodología de almacenamiento de historias clínicas aplicada en la mayoría de los centros y puestos de salud del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. es **digito terminal compuesto**, la cual permite archivar cada expediente clínico en el orden correspondiente a los cuatro últimos dígitos del documento de identidad del paciente, en una minoría se emplea el método simple, donde se toma todo el número de identificación del paciente leyéndose de izquierda a derecha en forma consecutiva para ubicación de la historia.

CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Las condiciones de infraestructura que tienen los archivos de gestión y central del Hospital son:

- **Ubicación.**
 - Están ubicados en terrenos que ofrece estabilidad sin riesgos de inundación.
 - Los servidores de BD del ERP se encuentran en las instalaciones físicas propiedad del Hospital.
 - Se encuentran lejos de industrias contaminantes o posible peligro por atentados u objetivos bélicos.
- **Aspectos Estructurales.**
 - Se utilizan estanterías de 2.20 mts de alto.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
	HISTORIA CLÍNICA		Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

- Los pisos, muros, techos y puertas están contruidos con material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión.
- Las pinturas utilizadas tienen propiedades ignifugas, y el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.

DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS - RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesario.

De acuerdo a las directrices impartidas por el Archivo General de la Nación y el Ministerio de la Protección Social, una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, teniendo en cuenta las tablas de retención documental, normatividad aplicable a la historia clínica y procedimientos institucionales establecidos por el Comité de Historia Clínica lo decida, siempre mediante levantamiento de acta que relacione las historias clínicas valoradas se describe la decisión tomada indicando la fecha de la última atención.

Durante el último trimestre de cada año, el jefe de archivo y el comité de archivo en pleno, programarán y liderarán jornadas de depuración de historias clínicas en los archivos de gestión de los diferentes centros y puestos de salud de la Institución.

Para realización de esta actividad se deben conformar y capacitar equipos de trabajo que ejecuten el programa de actividades.

El criterio para la selección y depuración de las historias es la última fecha de atención del paciente, la cual no puede ser inferior a 5 años.

Una vez seleccionadas y separadas las historias, se deben relacionar en el formato de inventario único documental y/o transferencias documentales para remitir hasta el archivo central adecuadamente embaladas e identificadas.

De dichas transferencias se debe informar al comité de archivo y dejar constancia del procedimiento realizado.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
	HISTORIA CLÍNICA		Página 21 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

MEDIDAS Y CONDICIONES DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de las historias clínicas generadas en el curso de las atenciones en salud es responsabilidad del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E y su red de prestación de servicios, cumpliendo los procedimientos de archivo.

Los servidores de archivos donde reposa la BD del ERP institucional está protegida contra intrusos de manera física y se cuenta con una seguridad perimetral que consiste en un PROXY configurado de manera que no permite accesos no autorizados del exterior y de igual manera del interior al exterior.

Los archivos de historias clínicas están identificados como áreas restringidas de acceso exclusivo al personal de salud y demás autorizado, conservando en la información la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración.

Las puertas de acceso principal a los archivos de gestión disponen de una chapa para la seguridad del área y de los documentos que allí se almacenan.

En los servicios de odontología y enfermería de algunos centros y puestos de salud, estos expedientes se encuentran almacenados en archivadores metálicos, con seguridad.

SOLICITUD DE LA HISTORIA CLÍNICA- ACCESO.

Se realiza en los términos previstos en la Ley, a la historia clínica generada con la prestación de servicios de salud del hospital pueden acceder previo diligenciamiento del formato de solicitud:

1. El usuario.
2. El Equipo de Salud.
3. Las autoridades judiciales y de salud y 4. Las demás personas determinadas en la ley.

CONSULTA DE DOCUMENTOS.

La consulta de la historia clínica o documentos anexos a ella en los archivos de gestión por parte de otras dependencias de la institución, se efectúa previa verificación de una solicitud formal y la justificación de los fines de consulta.

Si el interesado requiere que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el coordinador del comité de historias clínicas o el funcionario en quien se haya delegado esa facultad y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución o a las Leyes.

PRÉSTAMO DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA TRÁMITES INTERNOS.

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
	HISTORIA CLÍNICA		Página 22 de 25 Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026

En el evento que el proceso de facturación, auditoría de cuentas médicas, auditoría de calidad u otro solicite en calidad de préstamo se debe diligenciar el formato de registro y préstamo de documentos donde se debe detallar todos los expedientes clínicos a revisar, radicando en el archivo la solicitud, el auxiliar de archivo debe diligenciar y conservar el **formato de registro y préstamo de documentos**, en el cual queda registrada la fecha, hora y firma de quien recibe la comunicación.

Los eventos considerados en este ítem, corresponden a:

- Contestación de demandas, tutelas, derechos de petición
- Contestación de objeciones o glosas
- Proceso de atención en el servicio de urgencias o de hospitalización
- Realización de Auditorías Internas y externas
- Reuniones de Comités Institucionales de Historia Clínica, Técnico Científico, etc.

Una vez radicada y autorizada la solicitud de préstamo, el archivo de gestión correspondiente tramitará la solicitud y el alistamiento de historias clínicas.

En caso de solicitudes de una sola historia se debe entregar inmediatamente, si es grupal se hará a las 12 horas una vez radicado el requerimiento.

En el alistamiento, el responsable del mismo debe verificar la identificación completa de la historia clínica, número total de folios, nombre y cargo de quien retira la historia, fecha de préstamo y término perentorio para su devolución máximo 36 horas plazo que se podrá extender hasta por 8 días cuando se requieran los registros para procesos de auditoría.

Vencido el plazo, el responsable del archivo clínico deberá hacer exigible su devolución inmediata y reportar al coordinador del comité de historias clínicas, para trámite de solicitud formal.

En caso de solicitud para atención de pacientes hospitalizados o de urgencias el archivo efectuará el trámite de búsqueda y entregará la historia clínica en forma inmediata.

Todo movimiento de la historia clínica debe quedar registrado en el 144.42.1.25 Lista de Chequeo Entrada de Documentos HC.

En la entrega de la historia clínica, el responsable del archivo verifica una a una las historias clínicas y sus folios.

El plazo máximo de préstamo de historias clínicas es de seis (6) horas y si es solicitada en caso de auditoría se prestará por un lapso de treinta y seis (36) horas

ENTREGA DE DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

En los casos en que el usuario requiere copias de documentos de la historia clínica, debe dirigirse al archivo de gestión y diligenciar el Formato de Solicitud de la Historia Clínica

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 23 de 25
	HISTORIA CLÍNICA	Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

El funcionario encargado debe verificar si la persona que solicita la historia tiene derecho al acceso a ella según lo establecido en la ley y en el presente manual, en caso contrario, debe informar y orientar el trámite que se debe seguir.

Solicite el diligenciamiento en letra clara y legible e informe trámite de entrega de copia de historia clínica a las 48 horas post solicitud en horario de 8 am a 5 pm en el archivo de gestión.

El procedimiento de entrega de documentos debe efectuarse mediante verificación del documento de identidad de quien reclama la historia y la que figura en la solicitud o que corresponda efectivamente al paciente, la revisión de la copia del recibo de caja verificando que el N° total de copias sea igual al N° Folios y entregar copia de la historia, registrando en oficio. N° Historia clínica, Nombre del paciente, Documento solicitado, Total de Folios y solicita firma en letra legible y clara con fecha y hora de recibido.

Para solicitud de entidades legales o judiciales autorizadas, se debe requerir la carta de solicitud formal dirigida a la institución especificando el motivo del requerimiento y verificar la fecha de la misma. En caso de paciente hospitalizado, se debe tramitar ante la jefa de enfermería del servicio, previa verificación de la solicitud del ente judicial.

En el caso de autorización a terceros para reclamar copia de la historia clínica, se debe solicitar carta de autorización firmada por el paciente, copia del documento de identidad del mismo y de quien reclama la historia.

Para pacientes menores de edad se les entregará únicamente a los padres y/o responsables presentando los documentos que los acrediten.

En caso de que el paciente haya fallecido solamente se podrá solicitar por medio de la Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por aseguradoras adjuntando póliza en donde el paciente haya firmado el derecho que tiene la aseguradora de ver la historia clínica.

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Comité de Historias Clínicas, es el conjunto de personas que, al interior de una institución prestadora de salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dentro de la entidad está establecido formalmente a través de la Resolución No. Resolución 110.100.1.052 de enero de 2017 como cuerpo colegiado, está constituido por:

El Subdirector Científico
 El Auditor Médico
 El coordinador de hospitalización y cirugía
 El coordinador de urgencias
 El coordinador del Servicio de Odontología
 El coordinador de Laboratorio Clínico
 El coordinador de Atención Ambulatoria

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 24 de 25
HISTORIA CLÍNICA		Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

El coordinador de Salud Pública
El Técnico Estadístico
EL Subdirector Administrativo,

Las funciones de los integrantes del Comité de Historia Clínicas definidas en la Resolución 110.100.1.052 de 2017 son:

- Promover en la institución la adopción de las Normas nacionales sobre Historia Clínica y velar porque éstas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del Manual de Normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador, incluida la Historia Clínica.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas.
- Elevar a la dirección y al Comité Técnico- Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Gestionar por la continua y permanente capacitación del personal involucrado en el proceso de archivo y manejo de las Historias Clínicas.
- Elaborar un formato de evaluación de las Historias Clínicas y velar por la correcta aplicación del mismo.
- Elaborar su propio plan de trabajo en un lapso de tiempo no superior a sesenta (60) días hábiles, contados a partir de la posesión de sus integrantes.
- Cumplir con las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del Comité.

Igualmente se definió que de cada reunión se debe establecer un acta y realizar seguimiento a tareas.

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- FR04-GDC “Inventario único Documental” V-4.
- 144.70.4.08 “Entrada Documentos Archivo HC” V-4.
- FR08-GDC “Solicitud Historia Clínica Trámites Internos” V-4
- FR16-GDC Movimiento Entrega HISTORIA Clínica V-4
- 144.70.4.08 “Entrada Documentos Archivo HC” V-4

9. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA

No. Versión	Fecha Revisión / Actualización	Página	Solicitante	Cambios y/o modificaciones realizadas
01	SIN REGISTRO	SIN REGISTRO	SIN REGISTRO	SIN REGISTRO
02	Agosto de 2017	-	-	Se actualizó el documento
03	Abril de 2020	-	-	Se ajusta el procedimiento de acuerdo a la estructura actual que presenta el Hospital, cambiando con ello el encabeza

	MANUAL		MN02-GDC
			Versión 06
			Página 25 de 25
HISTORIA CLÍNICA		Fecha Emisión: agosto de 2017 Fecha Revisión: julio de 2026 Fecha Actualización: julio de 2026	

No. Versión	Fecha Revisión / Actualización	Pagina	Solicitante	Cambios y/o modificaciones realizadas
				y el pie de página, añadiendo en control de cambio, anexos y la sección de firmas del documento.
04	Septiembre de 2024	-	-	Actualización de encabezado de formato
05	Mayo de 2025	Todo	Luis Felipe Álvarez Plaza	-Se cambio el formato. -Se agrega la introducción del documento. -Se actualizan conceptos. -Se agrega la historia clínica sistematizada. -Se agregan los responsables. -Se actualizan los documentos relacionados y de referencia bibliográfica. -Se actualizan los nombres y cargos de las firmas del documento.
06	Julio de 2026	3.componentes de la historia clínica	Luis Felipe Álvarez Plaza Octavio Enrique Murillas Peña	-Se actualiza el párrafo 3 . Componente de la historia clínica; definición de solicitud de ingreso al dominio y perfiles en el sistema de información.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Luis Felipe Álvarez Palza	Técnico Administrativo	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada
REVISÓ	Camilo De La Cruz	Contratista Profesional	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada
	Alexander Trujillo Bejarano	Subgerente Administrativo	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada
APROBÓ	Isabel Cristina Torres Salazar	Jefe Oficina de Calidad	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada