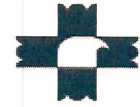




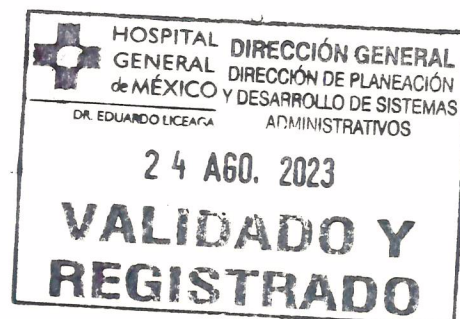
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO



DR. EDUARDO LICEAGA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES





AGOSTO, 2023

f

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 1</p>
---	---	--	------------------------------------

ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	2
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	3
II.- MARCO JURÍDICO	4
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA PARA LA COMUNICACIÓN TELEFONICA CONMUTADA.	
2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA.	
3. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES, PERSONAL Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA.	
4. PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE FOTOCOPIADO.	
5. PROCEDIMIENTO PARA LA REPRODUCCIÓN DE MATERIAL IMPRESO (IMPRESA).	
6. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS-INFECTIOSOS SÓLIDOS EN ÁREAS MÉDICAS (RPBI SÓLIDOS) Y ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS.	
7. PROCEDIMIENTO PARA TRATAMIENTO EN SITIO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECTIOSOS LÍQUIDOS EN LAS ÁREAS MÉDICAS (RPBI LÍQUIDOS).	
8. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS-INFECTIOSOS (SUPERVISIÓN RPBI) EN ÁREAS MÉDICAS.	
9. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO TEMPORAL Y ENTREGA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECTIOSOS (RPBI).	
10. PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE RESIDUOS NO PELIGROSOS PROCEDENTES DE UNIDADES MÉDICAS.	
11. PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO TEMPORAL Y ENTREGA DE RESIDUOS PELIGROSOS CORROSIVOS, REACTIVOS, EXPLOSIVOS, TÓXICOS Y/O INFLAMABLES (CRETI).	
12. PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES.	
13. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LIMPIEZA EN ÁREAS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.	
14. PROCEDIMIENTO PARA ARCHIVO DE CONCENTRACION.	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 <hr/> Hoja: 2
--	---	---	-------------------------

INTRODUCCIÓN



El Departamento de Servicios Generales realiza los servicios de: canalización de llamadas intra y extra hospitalarias a través de su conmutador central, el canje de ropa hospitalaria, el traslado de pacientes y correspondencia, la duplicación de documentos por medio de fotocopiado e imprenta, la supervisión, asesoría y gestión del manejo de Residuos Peligrosos Biológicos e Infecciosos, el suministro de gases medicinales a las áreas médicas de hospital, apoyo de limpieza a las unidades médico-administrativas así como a pasillos y áreas verdes; y por último la recepción, guarda, préstamo y valoración de todos los documentos generados por las unidades de este Hospital. Estas actividades son de suma importancia para la adecuada atención de los pacientes así como del personal que labora en esta institución.

Todas las actividades que lo requieren están reguladas por la normatividad vigente así como de manera obligatoria se realizan las gestiones correspondientes ante las autoridades competentes, por lo cual es relevante el conocimiento de todos los procedimientos, marco jurídico y normatividad regulativa aplicable.

Este manual de Procedimientos es una herramienta indispensable para la correcta realización de las actividades, que servirán tanto al personal ya adscrito al Departamento como al personal de nuevo ingreso, para optimizar todos los recursos tanto materiales como humanos. El total de procedimientos que integra este documento es de 14, conforme lo establece su índice.



El personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el ámbito de competencia, tendrá la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así como el deber de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a éstos, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia, además de declarar que la mujer y el hombre son iguales ante la Ley, de acuerdo con el Artículo 1º Constitucional, así como establecer las bases de actuación para la implementación uniforme, homogénea y efectiva de los procedimientos para prevenir, atender y sancionar el hostigamiento sexual y acoso sexual, promoviendo una cultura institucional de igualdad de género y un clima laboral libre de violencia, en apego a la normatividad en la materia.

La actualización del presente Manual, está fundamentada en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 19); Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Art. 7 fracc. XIV, Art. 27 fracc. II y Art. 38 fracc. VII); Decreto por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México, publicado en el DOF el 11 de mayo de 1995 (Art. 10 fracc. II); Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D., autorizado en la LXXXV Reunión de la Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el 5 de marzo de 2015 (Art. 8 fracc. III, Art. 16 fracc. II y Art. 38 fracc. II); así como en la Guías Técnicas para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos, emitidas por la Secretaría de Salud, septiembre 2013.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 Hoja: 3
---	---	---	-----------------------

I. OBJETIVO DEL MANUAL

La especificación de las actividades de las áreas del Departamento de Servicios Generales, siguiendo un orden lógico y sistematizado para minimizar el margen de error de las actividades por realizar y obtener el mejor resultado aplicando los conocimientos del personal administrativo y operativo, así como los recursos materiales que proporciona la institución.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 4</p>
---	--	--	------------------------------------

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F.6-VI-2023.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F.03-V-2023.

Ley General de Salud.
D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 29-V-2023.

Ley General de Bienes Nacionales.
D.O.F. 20-V-2004, Última reforma D.O.F. 03-V-2023.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.
D.O.F. 18-VII-2016, Última Reforma D.O.F.27-XII-2022. Engrose de sentencia de la SCJN, con Efectos de la declaratoria invalidez del Decreto de reforma DOF 27-12-2022, notificado al Congreso de la Unión el 31 de mayo de 2023.

Ley General para el Control del Tabaco.
D.O.F. 30-V-2008. Última Reforma D.O.F. 17-II-2022.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
D.O.F. 30-V-2011, Última Reforma 6-I-2023.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
D.O.F. 4-XII-2014, Última Reforma D.O.F. 26-V-2023.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
D.O.F. 02-VIII-2006, Última Reforma. D.O.F.31-X-2022.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
D.O.F. 01-II-2007, Última Reforma D.O.F. 8-V-2023.



Ley General de Contabilidad Gubernamental.
D.O.F. 31-XII-2008. Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
D.O.F. 08-X-2003. Última Reforma D.O.F. 8-V-2023.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
D.O.F. 26-I-2017.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 04-V-2015. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley General de Archivos.
D.O.F. 15-VI-2018. Última Reforma D.O.F. 19-I-2023.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 5</p>
---	--	--	------------------------------------

Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.
D.O.F. 13-III-2003. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2022.

Ley General de Desarrollo Social.
D.O.F. 20-I-2004. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
D.O.F. 24-X-2011. Última Reforma D.O.F. 25-VI-2018.

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.
D.O.F. 27-VIII-1932. Última Reforma D.O.F. 22-VI-2018.

Ley General de Víctimas.
D.O.F. 09-I-2013. Última Reforma D.O.F. 25-IV-2023.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
D.O.F. 28-I-1988. Última Reforma D.O.F. 8-V-2023.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.
D.O.F. 18-VII-2016. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública.
D.O.F. 02-I-2009. Última Reforma D.O.F. 25-IV-2023.

Ley General en Materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición Cometida por Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas.
D.O.F. 17-XI-2017 Última Reforma D.O.F. 13-V-2022

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
D.O.F. 24-I-2012. Última Reforma D.O.F. 04-V-2021.

Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.
D.O.F. 26-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 28-IV-2022.



Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.
D.O.F. 14-VI-2012 Última Reforma D.O.F. 5-IV-2023.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 8-V-2023.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30-III-2006, Última Reforma D.O.F. 27-II-2022.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 18-VII-2016.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
D.O.F. 04-VIII-1994, Última Reforma D.O.F. 18-V-2018.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 6</p>
---	--	--	------------------------------------

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
D.O.F. 01-XII-2005, Última Reforma D.O.F. 27-01-2017

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.
D.O.F. 28-XII-1963, Última Reforma D.O.F. 22-XI-2021. Declaratoria de invalidez de artículo transitorio de decreto de reforma por Sentencia de la SCJN DOF 18-02-2022.

Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 01-IV-1970, Última Reforma D.O.F. 27-12-2022.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 09-V-2016, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley Federal de Derechos.
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 03-V-2023.

Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.
D.O.F. 11-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 19-01-2023.

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.
D.O.F. 19-XII-2002. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley Federal del Derecho de Autor.
D.O.F. 24-XII-1996. Última Reforma D.O.F. 17-VII-2020.

Ley Federal de Archivos.
D.O.F. 23-I-2012.

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
D.O.F. 01-XII-2005. Última reforma 27-I-2017.

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
D.O.F. 5-VII-2010.



Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.
D.O.F. 01-VII-2020.

Ley Federal de Responsabilidad Ambiental.
D.O.F. 7-VI-2013 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
D.O.F. 31-XII-2004. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal para el Control de Sustancias Químicas Susceptibles de Desvío para la Fabricación de Armas Químicas.
D.O.F. 9-VI-2009. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 26-V-2000, Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 7</p>
---	--	--	------------------------------------

Ley de Coordinación Fiscal.

D.O.F. 27-XII-1978, Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023.

D.O.F. 12-XI-2021. Vigente a partir del 14-XI-2022.

Ley de Planeación.

D.O.F. 05-I-1983, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.

D.O.F. 31-XII-1975, Última Reforma D.O.F. 10-V-2022

Ley de Infraestructura de la Calidad.

D.O.F. 01-VII-2020.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

D.O.F. 29-VI-1992, Última Reforma D.O.F. 19-I-2023.

Ley del Impuesto sobre la Renta.

D. O. F. 11-XII-2013, Última Reforma D.O.F. 12-11-2021.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

D.O.F. 25-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 10-V-2022.

Ley de Asistencia Social.

D.O.F. 02-IX-2004. Última Reforma D.O.F. 06-I-2023.

Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.

D.O.F. 17-I-2011.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

D.O.F. 18-VII-2016 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.



D.O.F. 02-IV-2013, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2021. Declaratoria de invalidez de artículo transitorio de decreto de reforma por Sentencia de la SCJN DOF 18-02-2022.

Ley de Asociaciones Público Privadas.

D.O.F. 16-I-2012. Última Reforma D.O.F. 15-VI-2018.

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.

D.O.F. 18-III-2005. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 8</p>
---	--	--	------------------------------------

Ley de Ciencia y Tecnología.

D.O.F. 05-VI-2002. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley de Comercio Exterior.

D.O.F. 27-VII-1993. Última Reforma D.O.F. 21-XII-2006.

Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

D.O.F. 6-IV-2011. Última Reforma D.O.F. 06-XI-2020.

Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

D.O.F. 27-IV-2016. Última Reforma D.O.F. 10-V-2022.

Ley de Firma Electrónica Avanzada.

D.O.F. 11-I-2012 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley de Instituciones de Crédito.

D.O.F. 18-VII-1990. Última Reforma D.O.F. 11-III-2022.

Ley de los Impuestos Generales de Importación y de Exportación.

D.O.F. 29-VI-2022. Fracciones arancelarias de la Tarifa de la Ley modificadas por Decreto DOF 29-06-2022.

Ley de Tesorería de la Federación.

D.O.F. 30-XII-2015.

Ley de Transición Energética.

D.O.F. 24-XII-2015.

Ley de Vías Generales de Comunicación.

D.O.F. 19-II-1940. Última Reforma D.O.F. 03-V-2023.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

D.O.F. 24-XII-1986. Última Reforma D.O.F 31-V-2019. Fe de erratas D.O.F. 10-VI-2019.

Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios.

D.O.F. 30-XII-1980. Última Reforma D.O.F. 12-XI-2021. Cuotas actualizadas por Acuerdo DOF 28-XII-2022.

Ley del Seguro Social.

D.O.F. 21-XII-1995. Última Reforma D.O.F. 20-I-2023.

Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes.



D.O.F. 16-VI-2016 Última Reforma D.O.F. 20-XII-2022.

Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político.

D.O.F. 27-I-2011. Última Reforma D.O.F. 18-II-2022.

Ley Reglamentaria del artículo 6o., párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del Derecho de Réplica.

D.O.F. 4-XI-2015. Última Reforma D.O.F 30-V-2018.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 9</p>
---	--	---	------------------------------------

TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999.

D.O.F. 09-VIII-2000. Última Reforma D.O.F 12-III-2001.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veinticinco de mayo de dos mil.

D.O.F. 22-IV-2002.

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres.

D.O.F. 22-IV-2002.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Comité Internacional de la Cruz Roja relativo al Establecimiento en México de una Delegación Regional del Comité, firmado en la Ciudad de México, el veinte de julio de dos mil uno.

D.O.F. 24-V-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptado en Estocolmo, el veintidós de mayo de dos mil uno.

D.O.F. 17-V-2004.

Decreto por el que se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra, Suiza, el veintiuno de mayo de dos mil tres.

D.O.F. 12-V-2004. Última Reforma D.O.F 25-II-2005.

Decreto Promulgatorio del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

D.O.F. 25-II-2005.

Decreto Promulgatorio de las Enmiendas del Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, 1987, adoptadas durante la Novena Reunión de las Partes, celebrada en Montreal del quince al diecisiete de septiembre de mil novecientos noventa y siete.

D.O.F. 06-VI-2006

Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.



D.O.F. 24-X-2007.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.

D.O.F. 18-III-2011.

Convenio Internacional del trabajo NUM. 19 relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo.

D.O.F. 07-VIII-1935.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1 <hr/> Hoja: 10
---	---	--	--------------------------

Convención Internacional del trabajo NUM. 87, Relativo a la libertad sindical y a la protección al derecho sindical.

D.O.F. 26-I-1950. Última reforma en el D.O.F. 16-X-1950.

Convenio Internacional del Trabajo No. 100 relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y femenina por un trabajo de igual valor. Conocido como el convenio sobre la igualdad de remuneración.

D.O.F. 09-X-1952

Convenio (NUM. 111) relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación. Conocido como Convenio sobre la Discriminación (empleo y ocupación).

D.O.F. 3-I-1961.

Convenio (159) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

D.O.F. 30-XI-2000.

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.

D.O.F. 21-V-2003.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

D.O.F. 19-VII-2017. Última Reforma D.O.F. 16-IV-2020.

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

D.O.F. 11-III-2008, Última Reforma D.O.F. 14-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social.

D.O.F. 18-I-2006, Última Reforma D.O.F. 28-VIII-2008.

Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

D.O.F. 2-XII-2015.

Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

D.O.F. 22-VIII-2012, Última Reforma D.O.F. 10-V-2016.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.

D.O.F. 13-V-2014, Última Reforma D.O.F. 9-XII-2015.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.



D.O.F. 18-I-1988, Última Reforma D.O.F. 28-XII-2004

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

D.O.F. 6-I-1987, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

D.O.F. 20-II-1985, Última Reforma D.O.F. 26-III-2014.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 11</p>
---	--	---	-------------------------------------

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
D.O.F. 14-V-1986. Última Reforma D.O.F. 17-VII-2018.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
D.O.F. 5-IV-2004. Última Reforma D.O.F. 17-XII-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
D.O.F. 4-V-2000. Última Reforma D.O.F. 08-IX-2022.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.
D.O.F. 18-II-1985. Fe de Erratas D.O.F. 10-VII-1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Víctimas.
D.O.F. 28-XI-2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Prevención y Control de la Contaminación de la Atmósfera.
D.O.F. 25-XI-1988. Última Reforma D.O.F. 31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
D.O.F. 31-V-2009, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2022.

Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.
D.O.F. 21-VII-2016.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
D.O.F. 30-XI-2012.

Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
D.O.F. 19-IX-2014



Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
D.O.F. 30-XI-2006, Última Reforma D.O.F.31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.
D.O.F. 23-IX-2013.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.
D.O.F. 13-V-2014.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 26-I-1990, Última Reforma D.O.F. 23-XI-2010.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 28-VI-2006, Última Reforma D.O.F. 13-XI-2020.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1 <hr/> Hoja: 12
---	---	--	--------------------------

Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
D.O.F. 21-XII-2011.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-VI-2003.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.
D.O.F. 22-V-1998, Última Reforma D.O.F. 14-IX-2005.

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.
D.O.F. 17-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 29-XI-2006.

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.
D.O.F. 14-I-1999, Última Reforma D.O.F. 28-XI-2012.

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.
D.O.F. 13-XI-2014.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 28-VII-2010. Última Reforma D.O.F. 24-II-2023.

Reglamento de la Ley de Asociaciones Público Privadas.
D.O.F. 5-XI-2012, Última Reforma D.O.F. 20-II-2017.

Reglamento de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.
D.O.F. 04-VI-2015.

Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.
D.O.F. 19-III-2008, Última Reforma D.O.F. 6-III-2009.

Reglamento de la Ley de Comercio Exterior.
D.O.F. 30-XII-1993, Última Reforma D.O.F. 22-V-2014.

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.
D.O.F. 23-XI-1994, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2016.



Reglamento de la Ley de Nacionalidad.
D.O.F. 17-VI-2009, Última Reforma D.O.F. 25-XI-2013.

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.
D.O.F. 30-VI-2017.

Reglamento de la Ley de Transición Energética.
D.O.F. 04-V-2017.

Reglamento de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios.
D.O.F. 04-XII-2006.

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.
D.O.F. 8-X-2015, Última Reforma D.O.F. 06-V-2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 <hr/> Hoja: 13
---	---	---	--------------------------

Reglamento de la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria.
D.O.F. 21-II-2012.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.
D.O.F. 2-IV-2014.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
D.O.F. 09-VIII-1999. Última Reforma D.O.F.08-IX-2022.

Reglamento de Insumos para la Salud.
D.O.F. 04-II-1998, Última Reforma D.O.F. 31-V-2021.

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
D.O.F. 13-IV-2004.

Reglamento de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados.
D.O.F. 28-XI-2006. Última Reforma D.O.F. 10-VI-2009.

CÓDIGOS

Código Fiscal de la Federación.
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 12-XI-2021. Cantidades actualizadas y compiladas por Resolución Miscelánea Fiscal DOF 27-XII-2022. Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN notificada al Congreso de la Unión para efectos legales el 31-05-2023.

Código Penal Federal.
D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Código Civil Federal.
D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.

Código Federal de Procedimientos Civiles.
D.O.F. 24-II-1943, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2021. Declaratoria de invalidez de artículo transitorio de decreto de reforma por Sentencia de la SCJN DOF 18-II-2022.



Código Nacional de Procedimientos Penales.
D.O.F. 5-III-2014, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2023.

Código de Comercio.
D.O.F. 07-X-1889, Última Reforma D.O.F. 28-III-2018. Cantidades actualizadas por Acuerdo DOF 27-XII-2022.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 08-II-2022.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
D.O.F. 12-VII-2019.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 14</p>
---	--	---	-------------------------------------

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores para el ejercicio fiscal 2023.
D.O.F. 30-XII-2022. Nota aclaratoria D.O.F. 01-I-2023.

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente, para el ejercicio fiscal 2023.
D.O.F. 30-XII-2022.

Reglas de Operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.
D.O.F. 23-XII-2020. Última Reforma D.O.F. 29-XII-2022.

DECRETOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México.
D.O.F. 26-I-2005.

Decreto por el que se modifica y adiciona el diverso por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México.
D.O.F. 30-IV-2012.

Decreto por el que se reforma el artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 14-VI-2021.

Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo criterios que en el mismo se indican.
D.O.F. 23-IV-2020.

Decreto por el que se expide la Ley Federal de Austeridad Republicana; y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidades Hacendarias.
D.O.F. 19-XI-2019.



ACUERDOS SECRETARIALES DE OTRAS DEPENDENCIAS

Acuerdo por el que se emite las Disposiciones Generales para Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las Materias de Transparencia y de Archivos.
D.O.F. 12-VII-2010 Última reforma D.O.F. 23-XI-2012.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha materia.
D.O.F. 12-VII-2010. Última reforma 27-XI-2018.

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización del Proceso de Fiscalización.
D.O.F. 12-VII-2010 Última Reforma D.O.F. 05-XI-2020.

Acuerdo por el que modifica el diverso por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.
D.O.F. 15-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 30-XI-2018.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1 Hoja: 15
---	---	--	--------------------

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

D.O.F. 16-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 05-IV-2016.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 9-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 3-II-2016.

Acuerdo por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 9-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 21-XI-2017.

Acuerdo que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican.

D.O.F. 10-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 21-VIII-2012.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que deberán observar las dependencias y los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, para la recepción de promociones que formulen los particulares en los procedimientos administrativos a través de medios de comunicación electrónica, así como para las notificaciones, citatorios, emplazamientos, requerimientos, solicitudes de informes o documentos y las resoluciones administrativas definitivas que se emitan por esa misma vía.

D.O.F. 17-I-2002.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medio de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada.

D.O.F. 25-III-2009, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2013.

Acuerdo mediante el cual se expiden los Lineamientos para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, así como su Anexo.

D.O.F. 2-V-2005.

Acuerdo por el que se expiden los Lineamientos que se deberán observar para el otorgamiento del seguro de responsabilidad civil y asistencia legal a los servidores públicos de las dependencias de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 13-XII-2005, Última Reforma D.O.F. 16-III-2012.

Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal.



D.O.F. 24-VIII-2006.

Acuerdo por el que se emiten diversos lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios y de obras públicas y servicios relacionados con las mismas.

D.O.F. 9-IX-2010.

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones en materia de recepción y disposición de obsequios, regalos o similares, por parte de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.

D.O.F. 28-VI-2013. Última Reforma D.O.F. 12-XI-2019.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 16</p>
---	--	---	-------------------------------------

Acuerdo que tiene por objeto emitir las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como establecer el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

D.O.F. 8-V-2014, Última Reforma D.O.F. 23-VII-2018.

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el procedimiento de cumplimiento y seguimiento de las recomendaciones emitidas a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

D.O.F. 19-VIII-2014.

Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del diverso por el que se dan a conocer los formatos que deberán utilizarse para presentar las declaraciones de situación patrimonial.

D.O.F. 29-IV-2015, Última Reforma D.O.F. 22-II-2019.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones.

D.O.F. 20-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 28-II-2017.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones administrativas de carácter general para el uso del Sistema de Bitácora Electrónica y Seguimiento a Obra Pública.

D.O.F. 2-XI-2016. Última Reforma D.O.F. 11-VI-2018.

Acuerdo que reforma el diverso por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

D.O.F. 03-XI-2016. Última Reforma D.O.F. 5-IX-2018.

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para el registro y autorización de las Estrategias y Programas de Comunicación Social y de Promoción y Publicidad de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2022.

D.O.F. 04-I-2021. Última Reforma D.O.F. 30-XII-2022.

Acuerdo por el que se establece la obligación de incorporar a CompraNet, la información relativa a la planeación de las contrataciones y la ejecución de contratos que regula la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 5-I-2017.

Acuerdo que fija los lineamientos que deberán ser observados por las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, en cuanto a la emisión de los actos administrativos de carácter general a los que les resulta aplicable el artículo 69-H de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.



D.O.F. 8-III-2017.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.

D.O.F. 15-V-2017.

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

D.O.F. 6-VII-2017.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 17</p>
---	--	--	-------------------------------------

Acuerdo que reforma el diverso por el que se establecen los Lineamientos generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 05-XII-2017, Última Modificación 14-XII-2018.

Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-V-2020. Última Reforma D.O.F. 31-V-2022.

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y tercer nivel, el catálogo de insumos.
D.O.F 24-XII-2002.

Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.
D.O.F. 27-V-2013.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013.
D.O.F. 30-XI-2020.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SALITARIO (SSA1)

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-Índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.
D.O.F. 6-VI-2012.

Norma Oficial Mexicana, NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.
D.O.F. 9-I-1996.



Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.
D.O.F. 5-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.
D.O.F. 24-II-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-076-SSA1-2002, Salud ambiental. - Que establece los requisitos sanitarios del proceso del etanol (alcohol etílico).
D.O.F. 09-II-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para Laboratorio de Patología Clínica.
D.O.F. 01-VII-1996. Última actualización 24-IX-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica.
D.O.F. 1-VII-1996.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 18</p>
---	--	--	-------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
D.O.F. 17-II-2003.

Norma Oficial Mexicana, NOM-114-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de salmonella en alimentos.
D.O.F. 22-IX-1995.

Norma Oficial Mexicana, NOM-115-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de Staphylococcus aureus en alimentos.
D.O.F. 25-IX-1995.

Norma Oficial Mexicana, NOM-117-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica.
D.O.F. 16-VIII-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.
D.O.F. 10-IX-2012. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2014.

Norma Oficial Mexicana, NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de Dispositivos Médicos.
D.O.F. 12-XII-2008.



Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-2016, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol etílico desnaturalizado, utilizado como material de curación, así como para el alcohol etílico de 96° G.L. sin desnaturalizar, utilizado como materia prima para la elaboración y/o envasado de alcohol etílico desnaturalizado como material de curación.
D.O.F. 25-IV-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-143-SSA1-1995, Bienes y servicios. Método de prueba microbiológico para alimentos. Determinación de Listeria monocytogenes.
D.O.F. 19-XI-1997.

Norma Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación para fármacos.
D.O.F. 4-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.
D.O.F. 20-IX-2013 Última Reforma D.O.F. 03-V-2021.

Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente.
D.O.F. 18-X-2002 Última Reforma D.O.F. 30-VIII-2017.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 <hr/> Hoja: 19
---	---	---	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-210-SSA1-2014, Productos y servicios. Métodos de prueba microbiológicos. Determinación de microorganismos indicadores. Determinación de microorganismos patógenos.
D.O.F. 26-VI-2015. Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
D.O.F. 19-VII-2017. Última Reforma D.O.F. 30-IX-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
D.O.F. 15-IX-2006. Última Reforma D.O.F. 29-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia.
D.O.F. 30-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
D.O.F. 1-III-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
D.O.F. 26-X-2012 Última Reforma D.O.F. 18-IX-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-257-SSA1-2014, En materia de medicamentos biotecnológicos.
D.O.F. 11-XII-2014.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (SSA2):

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
D.O.F. 13-XI-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
D.O.F. 7-IV-2016.



NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
D.O.F. 2-VI-2023.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
D.O.F. 23-XI-2016.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
D.O.F. 06-VI-1994 Última Reforma D.O.F. 31-V-2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
D.O.F. 23-XI-2010.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1 <hr/> Hoja: 20
---	---	--	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

D.O.F. 23-X-2012 Última Reforma D.O.F. 17-VI-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

D.O.F. 19-II-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

D.O.F. 21-VIII-1996 Última Reforma D.O.F. 21-V-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.

D.O.F. 11-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

D.O.F. 04-IX-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.

D.O.F. 31-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

D.O.F. 21-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

D.O.F. 2-II-2001.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

D.O.F. 31-V-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

D.O.F. 9-II-2001 Última Reforma D.O.F. 26-IX-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

D.O.F. 16-IV-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.



D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

D.O.F. 24-VI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

D.O.F. 7-I-2013.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 21</p>
---	--	--	-------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
D.O.F. 28-IX-2012 Última Reforma D.O.F. 12-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
D.O.F. 13-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
D.O.F. 21-IV-2011.

Modificación al numeral 7.12.3 y eliminación de los numerales A.18, A.18.1 y A.18.2, del Apéndice A Normativo, de la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada el 1 de junio de 2017.
D.O.F. 1-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 1-XII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
D.O.F. 9-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
D.O.F. 22-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
D.O.F. 16-IV-2009, Última Reforma D.O.F. 24-III-2016.



Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
D.O.F. 12-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 18-VIII-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).
D.O.F. 15-XII-2017.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA3:

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.
D.O.F. 17-VI-2022

AVISO por el que se prorroga por un plazo de seis meses la vigencia de la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, publicada el 17 de junio de 2022.
D.O.F. 16-XII-2022

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 22</p>
---	--	--	-------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

D.O.F. 11-VI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.

D.O.F.20 I 2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

D.O.F.12 VI 2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

D.O.F.06 XII 2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

D.O.F.06 XII 2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

D.O.F. 18-V-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

D.O.F. 28-VII-2014 Última Reforma D.O.F. 07-VIII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

D.O.F. 9-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

D.O.F. 4-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

D.O.F. 11-XI-2014.

NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.



D.O.F. 22-V-2023

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

D.O.F.06 XII 2016

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 2-IX-2013.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 <hr/> Hoja: 23
--	---	---	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 18-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

D.O.F. 17-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

D.O.F. 06-XII-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

D.O.F. 4-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

D.O.F. 06-XII-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.

D.O.F. 02-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 12-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.O.F. 13-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.



D.O.F. 25-II-2011.

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

D.O.F. 16-XII-2022.

AVISO por el que se prorroga por un plazo de seis meses la vigencia de la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, publicada el 17 de junio de 2022.

D.O.F. 16-XII-2022.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 24</p>
---	--	--	-------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
D.O.F. 23-IX-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
D.O.F. 15-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
D.O.F. 21-II-2017.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EMITIDAS POR OTRAS DEPENDENCIAS CON PARTICIPACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD:

Norma Oficial Mexicana NOM-031-NUCL-2011, Requisitos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.
D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-NUCL-2020, Criterios para la exención de fuentes de radiación ionizante o prácticas que las utilicen.
D.O.F. 09-XII-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil. Colores, formas y símbolos a utilizar.
D.O.F. 23-XII-2011 Última Reforma D.O.F. 15-VII-2015

Normas para la Operación del Registro de Servidores Públicos.
D.O.F. 24-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia Médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.
D.O.F. 26-X-2011.



Norma Oficial Mexicana NOM-007-NUCL-2014, Requerimientos de seguridad radiológica que deben ser observados en los implantes permanentes de material radiactivo con fines terapéuticos a seres humanos.
D.O.F. 5-III-2015.

OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS:

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023.
D.O.F. 28-XI-2022.

Recomendación General No. 4 derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar.
D.O.F. 26-XII-2002.

Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para la destrucción de bienes.
D.O.F. 13I-2006.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 25</p>
---	--	---	-------------------------------------

Lineamientos del Instituto para Devolver al Pueblo lo Robado para la transferencia de bienes asegurados, abandonados y decomisados en procedimientos penales federales.
D.O.F. 23-III-2021.

Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para la devolución de bienes.
D.O.F. 13-I-2006

Acuerdo por el que se dan a conocer las reformas a los Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para el nombramiento de depositarios y administradores en los procedimientos penales federales y para conceder la utilización de los mismos, intitulados a raíz de las mismas, Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para el nombramiento de depositarios y administradores de bienes y conocer la utilización de los mismos.
D.O.F. 19-VII-2010. Última Reforma D.O.F. 28-III-2016.

Lineamientos para el ejercicio eficaz, transparente, ágil y eficiente de los recursos que transfieren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a las entidades federativas mediante convenios de coordinación en materia de reasignación de recursos.
D.O.F. 28-III-2007.

Lineamientos Generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 30-III-2007. Última Reforma D.O.F. 09-X-2007.

Recomendaciones para la organización y conservación de correos electrónicos institucionales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 10-II-2009.

Acuerdo por el que se establecen las acciones específicas adoptadas por la Secretaría de la Función Pública en cumplimiento a las medidas dictadas en materia de prevención y control del brote de influenza en el país.
D.O.F. 29-IV-2009.



Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud.
D.O.F. 07-V-2009.

DECRETO por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.
D.O.F. 7-IX-2005. Última Reforma D.O.F. 16-II-2017.

ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se emiten Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012.
D.O.F. 31-X-2012 Última Reforma D.O.F. 10-XII-2020.

ACUERDO por el que se modifica el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal.
D.O.F. 28-XII-2010, Última Reforma D.O.F. 15 VI 2016

Reglas para la determinación, acreditación y verificación del contenido nacional de los bienes que se ofertan y entregan en los procedimientos de contratación, así como para la aplicación del requisito de

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1 Hoja: 26
---	---	--	--------------------

contenido nacional en la contratación de obras públicas, que celebren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 14-X-2010.

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el Manual de Contabilidad Gubernamental.

D.O.F. 22-XI-2010, Última Reforma D.O.F. 23-XII-2020

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

D.O.F. 28-II-2012. Última Reforma D.O.F. 15-IV-2016.

Lineamientos que deberán cumplir los medicamentos biotecnológicos biocomparables.

D.O.F. 19-VI-2012.

Lineamientos para el cumplimiento de obligaciones de transparencia, acceso a información gubernamental y rendición de cuentas, incluida la organización y conservación de archivos, respecto de recursos públicos federales transferidos bajo cualquier esquema al Presidente electo de los Estados Unidos Mexicanos y a su equipo de colaboradores durante el ejercicio fiscal de 2012.

D.O.F. 21-VI-2012.

Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis costo y beneficio de los programas y proyectos de inversión.

D.O.F. 10 III 2017.

Aviso por el que se da a conocer el formato para el registro de todo acto que se lleve a cabo y esté relacionado con el alcohol etílico sin desnaturalizar, a que se refiere el Acuerdo que establece las medidas para la venta y producción de alcohol etílico y metanol, publicado el 6 de enero de 2014.

D.O.F. 6-I-2014, Última Reforma D.O.F. 17-I-2014.

Lineamientos de eficiencia energética para la Administración Pública Federal.

D.O.F. 13 VIII 2012

Lineamientos para la determinación de los requerimientos de información que deberá contener el mecanismo de planeación de programas y proyectos de inversión.

D.O.F. 18 III 2008

Lineamientos para la entrega de información, por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, sobre los usuarios con un patrón de alto consumo de energía.

D.O.F. 03 II 2010

Lineamientos para el seguimiento del ejercicio de los programas y proyectos de inversión, proyectos de infraestructura productiva de largo plazo y proyectos de asociaciones público privadas, de la Administración Pública Federal.



D.O.F. 20-II-2015.

Modelo Integral de Atención a Víctimas.

D.O.F. 04-VI-2015.

Guía de Implementación de la Política de Datos Abiertos.

D.O.F. 12-XII-2017.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 <hr/> Hoja: 27
--	---	---	--------------------------

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.
D.O.F. 3-VII-2015.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones a los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.
D.O.F. 18-VIII-2015.

Reglas generales para la tramitación electrónica de permisos para el uso de recetas especiales con código de barras para medicamentos de la fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud.
D.O.F. 14-X-2015.

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones generales de accesibilidad Web que deben observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las empresas productivas del Estado.
D.O.F. 3-XII-2015.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el organismo garante.
D.O.F. 10-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que los sujetos obligados deben seguir al momento de generar información, en un lenguaje sencillo, con accesibilidad y traducción a lenguas indígenas.
D.O.F. 12-II-2016.



Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información pública.
D.O.F. 12-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos para recabar la información de los sujetos obligados que permitan elaborar los informes anuales.
D.O.F. 12-II-2016.

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal D.O.F. 22-II-2016. Última Reforma D.O.F. 18- IX-2020.

Oficio circular por el que se establecen los procedimientos para el informe, dictamen, notificación o constancia de registro de los ingresos excedentes obtenidos durante el ejercicio por la Oficina de la Presidencia de la República, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como por los Poderes Legislativo y Judicial y los entes autónomos y Tribunales Administrativos.
D.O.F. 29-V-2019.

Lineamientos para analizar, valorar y decidir el destino final de la documentación de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo Federal.
D.O.F. 16-III-2016.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1 <hr/> Hoja: 28
---	---	---	--------------------------

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables.
D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la implementación y operación de la Plataforma Nacional de Transparencia.
D.O.F.04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.
D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
D.O.F. 4-V-2016.

Condiciones Generales del Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019.
D.O.F. 24-IV-2017.



Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para incorporar la perspectiva de género en las Reglas de Operación de los programas presupuestarios federales.
D.O.F. 29-VI-2016.

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.
D.O.F. 03-I-2020.

Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.
D.O.F. 20-IX-2016.

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.
D.O.F. 20-IX-2016.

Acuerdo por el cual se aprueba la modificación del plazo para que los sujetos obligados de los ámbitos Federal, Estatal y Municipal incorporen a sus portales de Internet y a la Plataforma Nacional de

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 29</p>
---	--	---	-------------------------------------

Transparencia, la información a la que se refieren el Título Quinto y la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como la aprobación de la definición de la fecha a partir de la cual podrá presentarse la denuncia por la falta de publicación de las obligaciones de transparencia, a la que se refiere el Capítulo VII y el Título Quinto de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 2-XI-2016.

Acuerdo mediante el cual se realizan modificaciones a los formatos establecidos en los anexos de los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
D.O.F. 10-XI-2016.

Modificación al Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.
D.O.F. 6-XII-2016. Última Reforma D.O.F. 22-VIII-2019.

Lista de valores mínimos para desechos de bienes muebles que generen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 17-VII-2019. Última Reforma D.O.F. 16-II-2023.

Lineamientos de clasificación de contenidos audiovisuales de las transmisiones radiodifundidas y del servicio de televisión y audio restringidos.
D.O.F. 15-II-2017, Última Reforma D.O.F. 14-II-2020.



Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen el procedimiento para la atención de solicitudes de ampliación del periodo de reserva por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
D.O.F. 7-II-2014. Última Reforma D.O.F. 15-II-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales que establecen los criterios para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia y acceso a la información a cargo de las personas físicas y morales que reciben y ejercen recursos públicos o realicen actos de autoridad.
D.O.F. 13-III-2017.

Acuerdo mediante el cual se modifican los Lineamientos que establecen el procedimiento de denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia previstas en los artículos 70 a 83 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 69 a 76 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 20-II-2017. Última Reforma 30-IV-2018.

Acuerdo mediante el cual se aprueban diversas modificaciones a los Lineamientos que establecen el procedimiento de verificación y seguimiento del cumplimiento de las obligaciones de transparencia que deben publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como el Manual de procedimientos de metodología de evaluación para verificar el cumplimiento de las obligaciones que deben de publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
D.O.F. 20-II-2017. Última Reforma D.O.F. 14-VI-2019.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos por los que se establecen los costos de reproducción, envío o, en su caso, certificación de información del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
D.O.F. 21-IV-2017.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 30</p>
---	--	--	-------------------------------------

Acuerdo mediante el cual se modifican los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia; así como los criterios y formatos contenidos en los anexos de los propios lineamientos, derivado de la verificación diagnóstica realizada por los organismos garantes de la Federación y de las entidades federativas; asimismo se modifican las Directrices del Pleno del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales en materia de Verificación Diagnóstica de las obligaciones de transparencia y atención a la Denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia.

D.O.F. 28-XII-2017.

Protocolo de actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la atención de presuntos actos de discriminación.

D.O.F. 18-VII-2017.

Lineamientos para el impulso, conformación, organización y funcionamiento de los mecanismos de participación ciudadana en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 11-VIII-2017. Última actualización D.O.F. 11-VIII-2018.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones al procedimiento para la modificación de la tabla de aplicabilidad para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal.

D.O.F. 1-IX-2017.

Oficio Circular mediante el cual se emiten diversas directrices para los Oficiales Mayores de las dependencias y equivalentes en las entidades de la Administración Pública Federal y titulares de los Órganos Internos de Control, que deberán observarse en las contrataciones que se realicen entre entes públicos.

D.O.F. 6-XI-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Criterios mínimos y metodología para el diseño y documentación de Políticas de Acceso a la Información, Transparencia Proactiva y Gobierno Abierto, así como el uso del Catálogo Nacional de Políticas.

D.O.F. 23-XI-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las disposiciones administrativas de carácter general para la elaboración, presentación y valoración de evaluaciones de impacto en la protección de datos personales.

D.O.F. 23-I-2018.

Lineamientos que regulan la aplicación de las medidas administrativas y de reparación del daño en casos de discriminación.



D.O.F. 13-VI-2014.

DISPOSICIONES INTERNACIONALES:

Decreto que promulga la Convención celebrada entre México y varias naciones, sobre Condiciones de los Extranjeros. D.O.F. 20-VIII-1931.

Decreto por el cual se promulga la Convención relativa a la Esclavitud.

D.O.F. 13-IX-1935.

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 31</p>
---	--	--	-------------------------------------

Decreto que promulga el Convenio relativo a las Estadísticas de las Causas de Defunción.
D.O.F. 23-III_1938

Decreto que aprueba el Convenio Internacional relativo al Transporte de Cadáveres.
D.O.F. 15-II-1938.

Decreto por el que se comunica el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas hecho en Viena el 21 de febrero de 1971. D.O.F. 24-VI-1975.

Decreto de Promulgación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada en la ciudad de San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969.
D.O.F. 07-V-1981.

Decreto de Promulgación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A. el 19 de diciembre de 1966. D.O.F. 20-V-1981.

Decreto de Promulgación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de diciembre de 1979.
D.O.F. 12-V-1981.

Decreto Promulgatorio del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el dieciocho de diciembre de dos mil dos. D.O.F. 15-VI-2006.

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.
D.O.F. 03-II-1987.

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre Asistencia en Caso de Accidente Nuclear o Emergencias Radiológicas adoptada en la ciudad de Viena, Austria, el 26 de septiembre de 1986.
D.O.F. 29-07-1988

Decreto de Promulgación de la Convención sobre Asilo Territorial, abierta a firma en la ciudad de Caracas, Venezuela, el 28 de marzo de 1954. D.O.F. 04-V-1981.



Decreto promulgatorio de la Convención sobre Derechos del Niño.
D.O.F. 25-I-1991.

Decreto de promulgación de la Convención Interamericana sobre Restitución Internacional de Menores.
D.O.F. 18-XI-1994.

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional.
D.O.F. 17-VIII-2016.

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores.
D.O.F. 14-V-1996.

Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, adoptada en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, el nueve de junio de mil novecientos noventa y cuatro.
D.O.F. 27-VIII-2018

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 32</p>
---	--	--	-------------------------------------

Decreto Promulgatorio del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiados, hecho en Nueva York, el treinta y uno de enero de mil novecientos sesenta y siete.

D.O.F. 30 III 2001

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, hecha en Nueva York, el veintiocho de septiembre de mil novecientos cincuenta y cuatro.

D.O.F. 30 III 2001

Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia, adoptada en la Antigua, Guatemala, el cinco de junio de dos mil trece.

D.O.F. 20-II-2020.

Decreto Promulgatorio de la Convención sobre la Imprescribibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veintiséis de noviembre de mil novecientos sesenta y ocho.

D.O.F. 23-III-2003

Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.

D.O.F. 24-X-2007.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.



D.O.F. 18-III-2011.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica, adoptado en Nagoya el veintinueve de octubre de dos mil diez.



D.O.F. 10-X-2014.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya - Kuala Lumpur sobre Responsabilidad y Compensación Suplementario al Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología, hecho en Nagoya el quince de octubre de dos mil diez.

D.O.F. 26-II-2018.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	1. Procedimiento para la comunicación telefónica conmutada.		Hoja: 33

1. PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CONMUTADA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	1. Procedimiento para la comunicación telefónica conmutada.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 34

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer una comunicación dinámica y de calidad en forma interna y externa de las unidades medico-administrativas que conforman este Hospital, para el desarrollo de las actividades diarias, por conducto del conmutador central de esta Institución.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, el Departamento de Servicios Generales y el área de Conmutador, participan en la coordinación de la comunicación interna y externa del Hospital, para coadyuvar con todas las actividades inherentes a las áreas del Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El área de Conmutador deberá otorgar el servicio de comunicación externa y solo mantendrá la comunicación interna en caso necesario (urgencias o emergencias médicas para casos críticos).


3.2 El personal del área de Conmutador solo deberá usar el servicio en forma racional.

3.3 El personal del área de Conmutador deberá recibir y canalizar las llamadas solicitadas por los usuarios de este Hospital en forma amable y eficiente.

3.4 El área de Conmutador deberá mantener un nivel óptimo de funcionalidad, manteniéndolo monitoreado y brindándole mantenimiento preventivo por parte de los técnicos responsables.

3.5 El servicio del Conmutador central será atendido durante las 24 horas los 365 días del año.

3.6 Los operadores del Conmutador serán capacitados por parte de la empresa externa de telefonía.

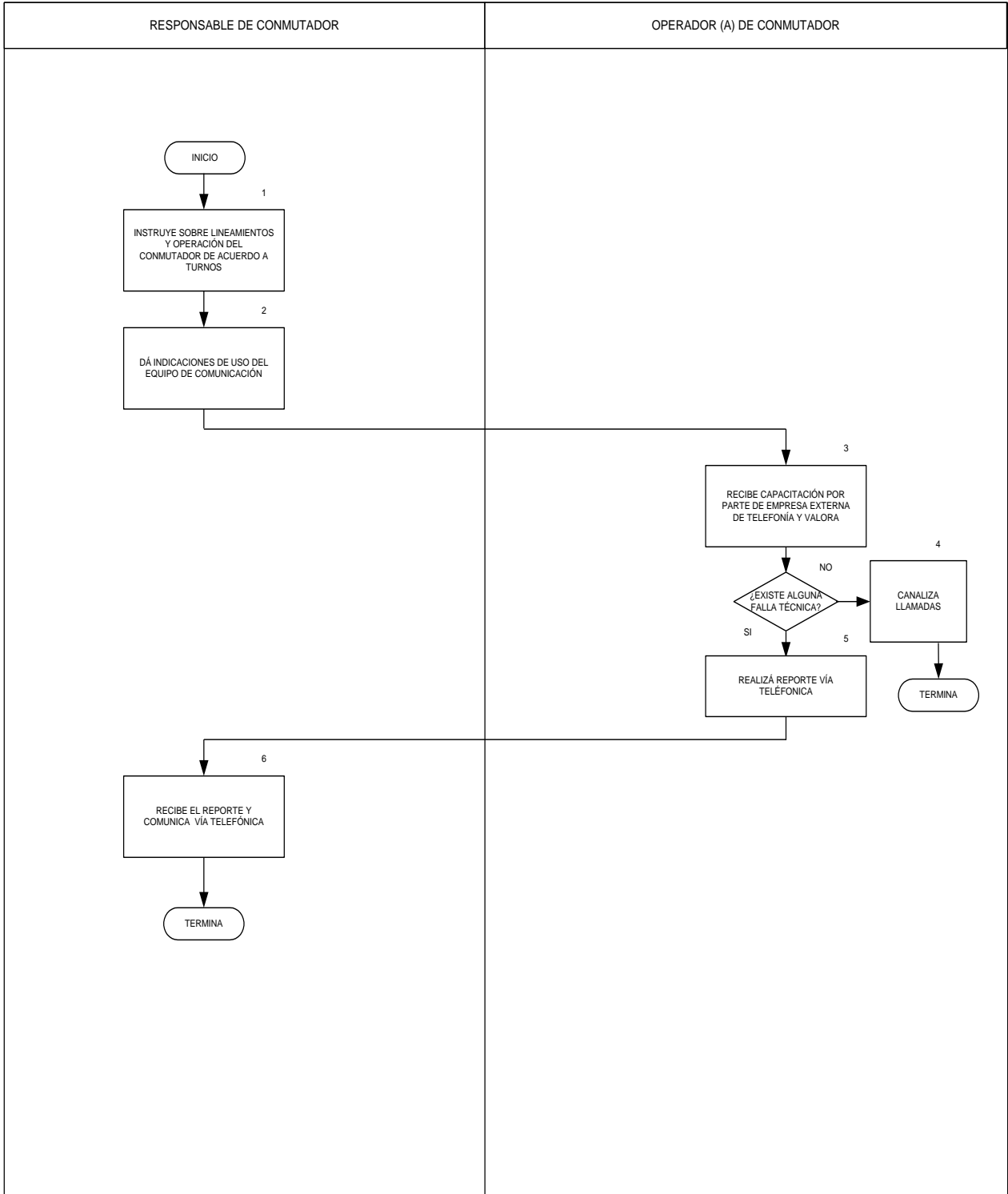
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	1. Procedimiento para la comunicación telefónica conmutada.



Hoja: 35

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Responsable de Conmutador.	1	Instruye sobre los lineamientos y la adecuada operación del conmutador a los operadores de acuerdo a los turnos establecidos.	
	2	Asigna al personal operativo que cubrirá los diversos turnos, da indicaciones al personal en el uso y manejo del equipo de comunicación, para mantenerlo en óptimas condiciones.	
Operador (a) de Conmutador.	3	Recibe capacitación por parte de la empresa externa de telefonía, atiende las llamadas y las canalizara a las áreas solicitadas y valora.	
		¿Existe alguna falla técnica en las extensiones telefónicas o en el conmutador?	
	4	No: Prosigue con el procedimiento canalizando las llamadas a las áreas correspondientes.	
	5	Si: Realiza el reporte vía telefónica al responsable del área para que de aviso a los departamentos correspondientes.	
Responsable de Conmutador.	6	Recibe el reporte del operador y lo comunica al Departamento de Servicios Generales y posteriormente lo reporta vía telefónica a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición.	
		TERMINA.	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	1. Procedimiento para la comunicación telefónica conmutada.		Hoja: 37

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y de Conservación.	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Conmutador.**- Equipo central que concentra línea telefónicas extensiones que permiten las comunicaciones intra y extra hospitalarias para el adecuado funcionamiento de las unidades medico administrativas.

8.2 **Extensión.**- Teléfono interno de la organización o dependencia

8.3 **Hospital.**- Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", O.D.



8.4 **Operadora.**- Personal capacitado para el manejo de conmutador

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Sin modificaciones en el periodo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.		Hoja: 38

2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.		Hoja: 39

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar y controlar el abastecimiento suficiente de la existencia de ropa hospitalaria, mediante un instrumento administrativo que defina y guíe las acciones del personal involucrado, para contribuir a la optimización de los recursos principalmente la buena atención del paciente durante su atención en este hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, el Departamento de Servicios Generales y el área de Centro de Canje de ropa hospitalaria verifican que se cuente con el suministro suficiente de ropa limpia hospitalaria para cubrir el total de las necesidades de las unidades médicas hospitalarias.

2.2 A nivel externo: la empresa que realice el proceso de higienización de ropa hospitalaria deberá cumplir con los lineamientos sanitarios que se implementan para esta actividad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Centro de Canje de ropa hospitalaria atenderá las solicitudes para el canje de ropa limpia de acuerdo al horario establecido, que será:


- Lunes a Viernes de 06:00 a 10:00 y de 14:00 a 18:00 hrs.
- Sábados, Domingos y días festivos de 07:00 a 17:00 hrs.

3.2 El Centro de Canje de ropa hospitalaria recibirá y entregará la ropa los 365 días del año conforme al horario establecido

3.3 El Centro de Canje revisará y contará la ropa hospitalaria en su ingreso para el proceso de lavado.

3.4 El Centro de Canje realizará el cambio de ropa de acuerdo al tipo y estado físico en que esta se encuentre.


3.5 La Compañía externa designada para el lavado de ropa deberá entregar la ropa hospitalaria limpia, así como llevarse la ropa sucia en los horarios establecidos para su lavado.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.

Hoja: 40

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

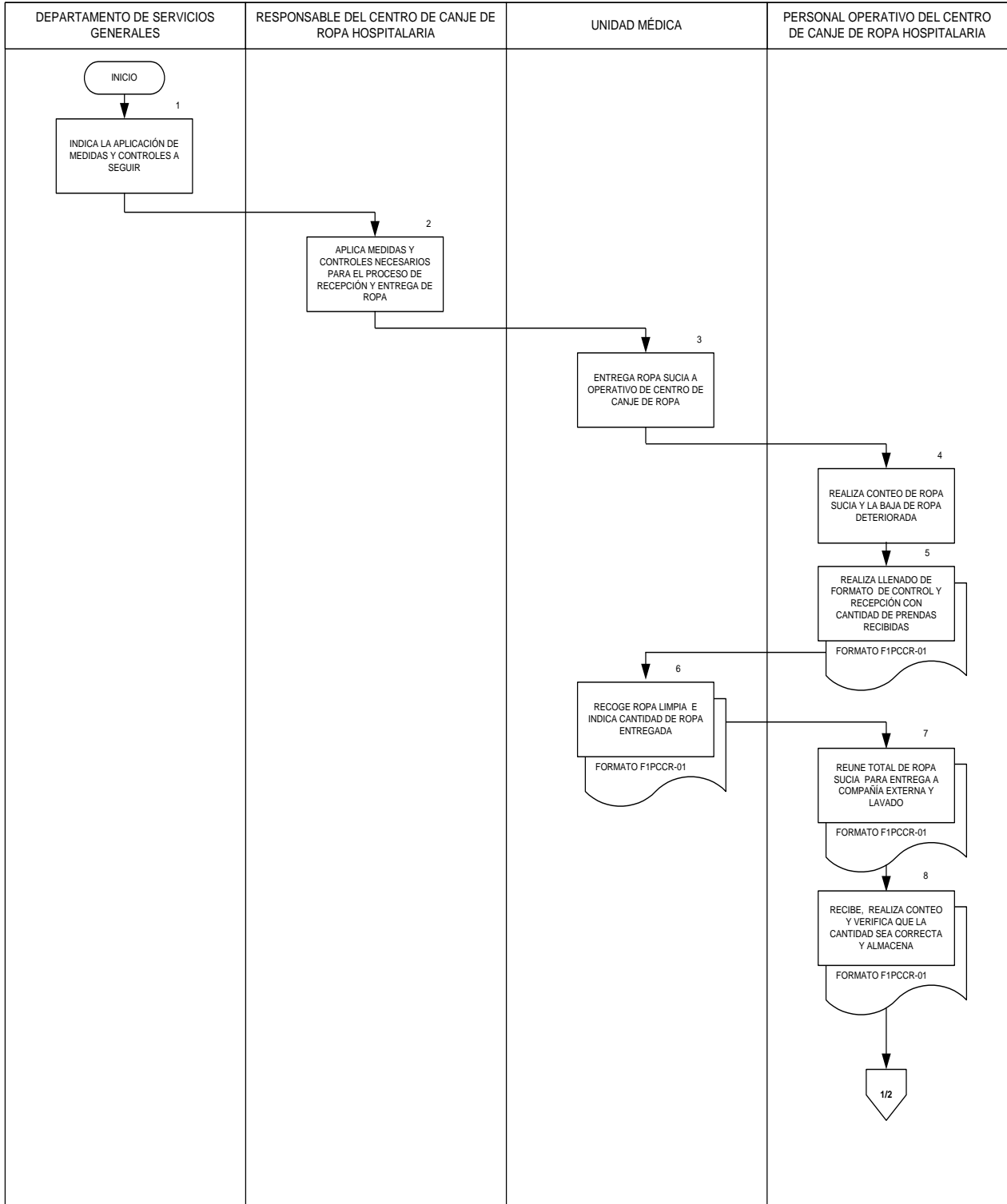
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales.	1	Indica al responsable del área del centro de canje de ropa hospitalaria, la aplicación de medidas y controles a seguir durante todo este proceso, para lograr un adecuado control en la operación de este servicio.	
Responsable del Centro de Canje de Ropa Hospitalaria.	2	Aplica las medidas y controles necesarios para la operatividad del proceso de recepción, lavado y entrega de ropa hospitalaria a las Unidades médicas generadoras.	
Unidad Médica.	3	Entrega ropa sucia al personal operativo del centro de canje de ropa hospitalaria, siguiendo el flujo de operación establecido dentro de esta área.	
Personal Operativo del Centro de Canje de Ropa Hospitalaria.	4 5	4 Realiza el conteo de la ropa sucia de manera conjunta con el personal de las unidades médicas, la ropa deteriorada es retirada para su cambio y/o baja. 5 Realiza el llenado de formato de control y recepción y entrega Formato (F1PCCR-01) en original y copia con la cantidad y tipo de prendas recibidas y entrega la copia al personal asignado por las unidades médicas.	• Formato F1 PCCR-01.
Unidad Médica.	6	Recoge la ropa limpia, previa presentación del formato de control y recepción y entrega Formato (F1PCCR-01) (copia) indicando el tipo y cantidad de ropa entregada.	• Formato F1 PCCR-01
Personal Operativo del Centro de Canje de Ropa Hospitalaria.	7 8	7 Reúne el total de la ropa sucia del hospital para ser entregada a la compañía externa para el lavado de la ropa. 8 Una vez devuelta la ropa hospitalaria limpia, lleva a cabo la recepción, realiza un conteo y cotejo contra el documento de recepción y entrega Formato (F1PCCR-01), procede a su almacenamiento.	• Formato F1 PCCR-01

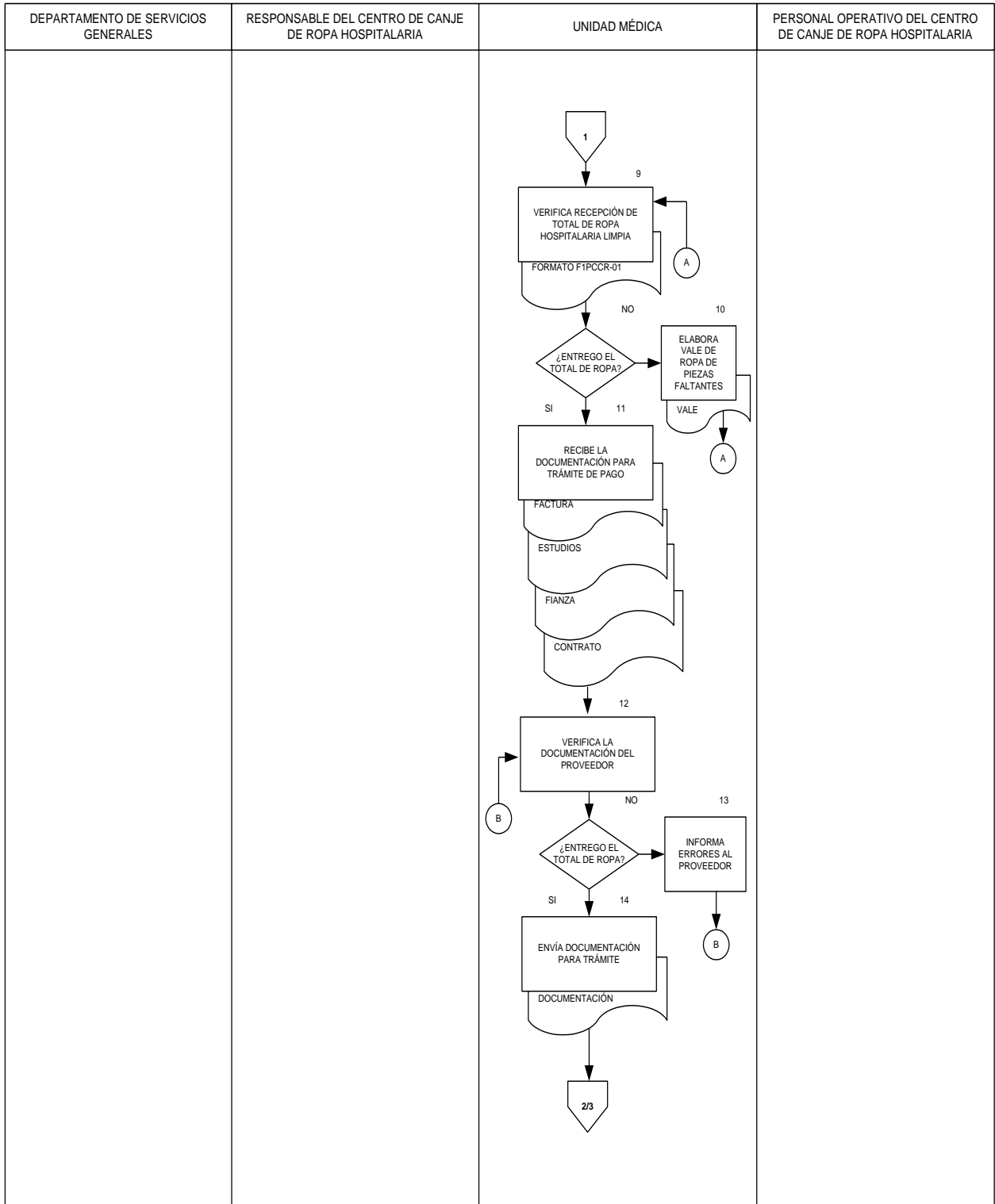
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.

Hoja: 41

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Responsable del Centro de Canje de Ropa Hospitalaria	9	Verifica que se haya recibido el total de la ropa hospitalaria limpia entregada. ¿El Proveedor entrego el total de ropa?	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F1 PCCR-01. • Vale • Factura. • Estudios. • Fianza. • Contrato.
	10	No: Elabora vale de ropa por las piezas faltantes (original y copia) y regresa a la actividad 9.	
	11	Si: Recibe en forma quincenal la documentación para el trámite de pago, factura original y copia, estudios de laboratorio (original) fianza (original) y contrato (copia).	
	12	Verifica la documentación que recibe del proveedor. ¿Es correcta y completa la documentación recibida?	
	13	No: Informa al proveedor de los errores para su corrección y regresa a la actividad 12.	
	14	Si: Envía al Departamento de Servicios Generales la documentación para su trámite correspondiente.	
Departamento de Servicios Generales.	15	Recibe la documentación enviada para revisión y aprobación para realizar el proceso de pago del servicio de lavado de ropa hospitalaria por conducto de la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición y archiva copia de la documentación enviada.	<ul style="list-style-type: none"> • Factura. • Estudios de laboratorio. • Fianza. • Contrato.
Responsable del Centro de Canje de Ropa Hospitalaria.	16	Elabora concentrado diario de movimientos de ropa hospitalaria en el formato F2 PCCR-01 y archiva para soporte de actividades. TERMINA.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F2 PCCR-01

5. DIAGRAMA DE FLUJO







SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES

2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.





**HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO**

DR. EDUARDO LICEAGA

Rev. 1

Hoja: 44

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	RESPONSABLE DEL CENTRO DE CANJE DE ROPA HOSPITALARIA	UNIDAD MÉDICA	PERSONAL OPERATIVO DEL CENTRO DE CANJE DE ROPA HOSPITALARIA
<pre> graph TD 2{{2}} --> 15[RECIBE DOCUMENTACIÓN ENVIADA PARA APROBACIÓN DE PAGO] 15 --> 16[ELABORA CONCENTRADO DIARIO DE MOVIMIENTOS DE ROPA HOSPITALARIA] 16 --> T([TERMINA]) </pre>			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.		Hoja: 45

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Factura	1 año	Departamento de Servicios Generales.	No Aplica
7.2 Informe	1 año	Departamento de Servicios Generales.	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Factura.- Documento derivado de una compra-venta de un bien o servicio, en el cual se detalla la información de la operación realizada.

8.2 Informe.- Integración de datos en un periodo de tiempo determinado

8.3 Ropa Hospitalaria.- Aquellas prendas de diseño y material específico necesarias para brindar la adecuada atención de los usuarios del Hospital.



9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza la Descripción de Actividades y el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO



10.1 Formato F1 PCCR-01 Recibo de control de recepción y entrega

10.2 Formato F2 PCCR-01 Concentrado diario

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.		Hoja: 46



10.1 FORMATO F1 PCCR-01 CONTROL DE RECEPCIÓN Y ENTREGA

		HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D. Subdirección de Servicios Generales y Nutrición Departamento de Servicios Generales	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	
CENTRO DE CANJE DE ROPA HOSPITALARIA				
CONTROL DE RECEPCIÓN Y ENTREGA				
FECHA: (1) / /	D M A		FOLIO: (3)	
TURNO	M	V	S.D.F.	(2)
HORA ENTRADA: (4)			HORA SALIDA: (12)	
NOMBRE Y NÚMERO DE LA UNIDAD: (5)				
CONCEPTO	PIEZAS RECIBIDAS	NO. PIEZAS DE BAJA	NO. PIEZAS ENTREGADAS	
BATA CIRUJANO	(6)	(6)	(9)	
BOTAS DE LONA				
SACO DE CIRUJANO				
CAMISON DE ADULTO VERDE				
CAMISÓN ADULTO ESTAMP.				
CAMISON DE NIÑO				
CAMPO DE OJO				
CAMPO SENCILLO 90X90				
COMPRESA DE 110X110				
COMPRESA DE 50X50				
COMPRESA 90X90				
CAMPO HENDIDO O RAQUEA				
CAMPO SENCILLO 110X110				
COBERTOR ADULTO AZUL				
COBERTOR ADULTO VERDE				
COBERTOR DE BEBE				
COLCHA GRABADA				
COMPRESA DE ESPONJEAR				
PROTECTOR DE COLCHON				
FUNDA COJIN				
FUNDA DE MAYO				
PANTALON DE CIRUJANO				
PAÑAL DE FRANELA				
SABANA SENCILLA AZUL				
SABANA STD. BLANCA				
SABANA DE CUNA				
SABANA STD. VERDE				
SABANA HENDIDA AZUL				
SABANA GINECOLOGICA				
TANICO DE LONA				
TOALLA ESTÁNDAR				
ROPA SUCIA				
ENTREGA UNIDAD		RECIBE AYUDANTE DEL ÁREA		
NOMBRE Y FIRMA (7)		NOMBRE Y FIRMA (8)		
ROPA LIMPIA				
ENTREGA AYUDANTE DEL ÁREA		RECIBE UNIDAD		
NOMBRE Y FIRMA (10)		NOMBRE Y FIRMA (11)		
F1PCCR-01	Rev. 4			


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.		DR. EDUARDO LICEAGA

10.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO F1 PCCR-01 CONTROL DE RECEPCIÓN Y ENTREGA


1. Indicar la fecha de recepción o entrega de la ropa hospitalaria.
2. Marcar el turno.
3. Marcar Folio de acuerdo al número consecutivo de los demás vales.
4. Indicar la hora de entrada de la ropa hospitalaria sucia
5. Indicar nombre y número de la unidad medica solicitante
6. Marcar las piezas recibidas de acuerdo a cada tipo de ropa hospitalaria, el número de piezas en caso de ropa contaminada (en caso de bajas).
7. Indicar nombre del personal que entrega sucia la ropa por parte de la unidad médica, así como firma autógrafa.
8. Indicar nombre del personal operativo del centro de canje de ropa hospitalaria que recibe, así como firma autógrafa.
9. El personal operativo del centro de canje indica el número de piezas de ropa hospitalaria limpia que se entregan.
10. Indicar nombre del personal operativo del centro de canje de ropa hospitalaria que entrega la ropa limpia, así como firma autógrafa.
11. Indicar nombre del personal que recibe la ropa limpia por parte de la unidad médica, así como firma autógrafa
12. Indica el personal operativo del centro de canje de ropa hospitalaria la hora de salida de la ropa limpia

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.		Hoja: 48


10.2 FORMATO F2 PCCR-01 CONCENTRADO DIARIO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
 SUBDIRECCION DE SERVICIOS GENERALES Y NUTRICION
 CENTRO DE CANJE DE ROPA HOSPITALARIA



HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
 DR. EDUARDO LICEAGA

CONCENTRADO DIARIO

(1) TURNO: _____



(3) CONCEPTO	(2) MES DE _____ DEL _____																															TOTAL (5)	
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
BATA DE CIRUJANO																																	
BOTAS DE LONA																																	
SACO DE CIRUJANO																																	
CAMISON DE ADULTO VERDE																																	
CAMISON ADULTO ESTAMP.																																	
CAMISON DE NIÑO																																	
CAMPO DE OJO																																	
CAMPO SENCILLO 90X90																																	
COMPRESA DE 110X110																																	
COMPRESA DE 50X50																																	
COMPRESA DE 90X90																																	
CAMPO HENDIDO O RAQUEA																																	
CAMPO SENCILLO 110X110																																	
COBERTOR AZUL																																	
COBERTOR VERDE																																	
COBERTOR BEBE																																	
COLCHA GRABADA																																	
COMPRESA ESPONJEAR																																	
PROTECTOR DE COLCHON																																	
FUNDA COJIN																																	
FUNDA MAYO																																	
PANTALON CIRUJANO																																	
PAÑAL DE FRANELA																																	
SABANA SENCILLA																																	
SABANA STD. BLANCA																																	
SABANA DE CUNA																																	
SABANA STD. VERDE																																	
SABANA HENDIDA																																	
SABANA GINECOLOGICA																																	
TANICO DE LONA																																	
TOALLA ESTANDAR																																	
TOTAL (4)																																	

ENCARGADO DE TURNO

RESPONSABLE DEL CENTRO DE CANJE DE ROPA HOSPITALARIA



NOMBRE Y FIRMA (6)

NOMBRE Y FIRMA (7)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	2. Procedimiento para la recepción y entrega de ropa hospitalaria.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 49

10.2 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO F2 PCCR-01 CONCENTRADO DIARIO

1. Indicar el turno en que se esta llevando el concentrado.
2. Indicar mes y año que se esta realizando.
3. Marcar en el día correspondiente, el tipo de ropa y numero que se entrega
4. Realizar el conteo total de la ropa que se recibe por día.
5. Realizar el conteo total del tipo de ropa en específico de todo el mes.
6. El encargado de turno indica su nombre así como su firma autógrafa.
7. El Responsable del centro de ropa hospitalaria indica su nombre y firma autógrafa autorizando los conteos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		

3. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES, PERSONAL Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.	Hoja: 51	

1. PROPÓSITO

1.1 Trasladar a los pacientes que requieren de este Servicio, así como al de personal médico y administrativo en comisión oficial, para el desarrollo de las funciones encomendadas así como la entrega con eficiencia y eficacia de correspondencia que se genera dentro del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, y de esta forma coadyuvar con la operatividad hospitalaria.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, Departamento de Servicios Generales realizan la prestación de este servicio de transporte como un apoyo a las actividades operativas de la Institución y coadyuvar con el personal médico y administrativo que por motivo de sus respectivas funciones requieran acudir a instancias fuera de la entidad, para el adecuado cumplimiento de sus actividades

2.2 A nivel externo: El traslado de pacientes que así lo requieran, y la entrega de correspondencia que se genera dentro de las actividades propias del hospital a otras dependencias oficiales, diversos organismos y particulares asociadas con este nosocomio


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El traslado de los pacientes será solicitado por el personal de trabajo social, requiriéndolo por medio de solicitud escrita del servicio en el que se especifiquen las características del traslado y deberá ser entregado al departamento de servicios generales o al área de transportes con un tiempo de 24 horas, considerando únicamente la zona metropolitana para el traslado. A excepción de servicios urgentes, los cuales se realizarán en el momento necesario, para coadyuvar al tratamiento y bienestar del paciente.

3.2 En el servicio de traslado de pacientes en ambulancia solamente podrá ser acompañado por un familiar del paciente, médico y camillero.

3.3 El traslado del personal en comisión oficial se realizará, cuando este haya sido solicitado por escrito con 24 horas de anticipación, y que deberá ser por el jefe del servicio o unidad. A excepción del servicio de urgencias que podrá ser indicado verbalmente por autoridades competentes, el traslado será solamente dentro de la zona metropolitana.


3.4 La correspondencia que se genera en el hospital, deberá ser entregada al servicio de transportes con anticipación de 24 hrs. Para generar las rutas de entrega, y la correspondencia debe contener la información suficiente para realizar una entrega ágil y oportuna.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.

Hoja: 52

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

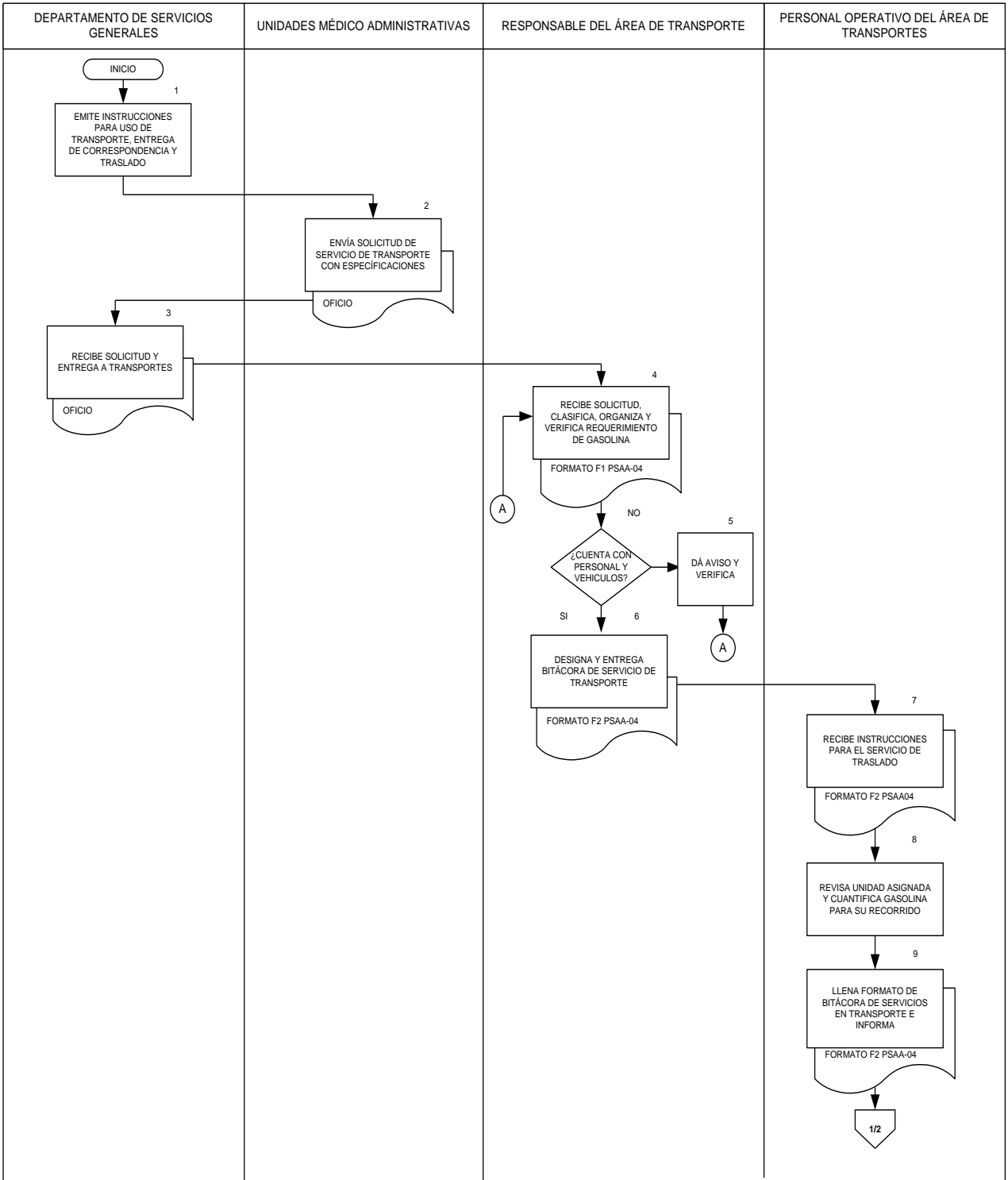
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales.	1	Emite las instrucciones y procede a la divulgación de lineamientos para el uso de las unidades de transporte de personal, entrega de correspondencia, así como para el traslado de los pacientes y personal en comisión oficial.	
Unidades Médico-Administrativas.	2	Envían la solicitud de servicio de transporte al Departamento de Servicios Generales con 24 horas de anticipación, especificando la actividad y alcance de la solicitud.	• Oficio.
Departamento de Servicios Generales.	3	Recibe la solicitud del servicio, y entrega al responsable del área de transportes.	• Oficio.
Responsable del Área de Transportes.	4	Recibe la solicitud del servicio clasifica, organiza y verifica la cantidad de gasolina con el formato control de kilometraje, gasolina y servicios (F1 PSAA-04) y valora. ¿Cuenta con suficiente personal operativo y vehículos para realizar el servicio?	• Formato PSAA-04. F1 • Formato PSAA-04. F2
	5	No. Da aviso al jefe del Departamento de Servicios Generales para verificar con la unidad médico-administrativa si se puede realizar en otro momento y regresa a la actividad 4.	
	6	Si. Designa al personal operativo y entrega el formato Bitácora de servicios de Transporte (F2 PSAA-04), de igual manera explica el alcance del servicio solicitado.	
Personal Operativo del Área de Transportes.	7	Recibe las instrucciones en el formato de Bitácora de servicios de Transporte (F2 PSAA-04) y procede a dar cumplimiento al servicio solicitado que puede ser traslado de pacientes, traslado de personal o entrega de correspondencia.	• Formato PSAA-04. F2
	8	Revisa la unidad asignada, para ver las condiciones generales y cantidad de gasolina en reserva, para cuantificar la necesidad de recarga de gasolina para su recorrido.	
	9	Llena el formato Bitácora de servicios de Transporte (F2 PSAA-04) e informa del servicio realizado al responsable del área de transportes al término del servicio.	

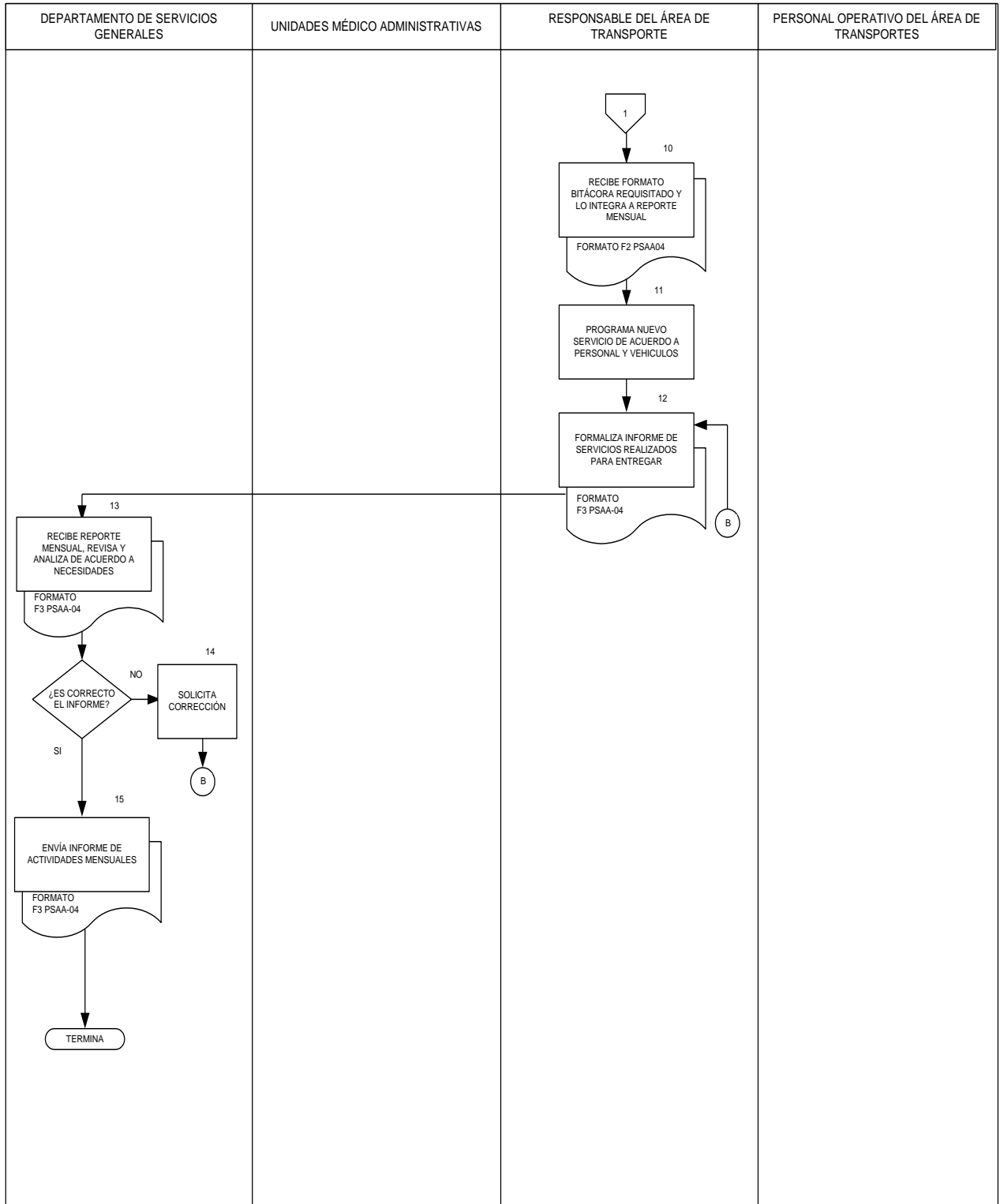
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.



Hoja: 53

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Responsable del Área de Transportes.	10	Recibe el formato Bitácora de servicios de Transporte (F2) del personal operativo, debidamente requisitado y lo integra al reporte de servicios mensuales de actividades del área de transportes.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato PSAA-04. F2 • Formato PSAA-04. F3
	11	Programa un nuevo servicio de acuerdo al personal operativo y de parque vehicular disponibles en el momento.	
	12	Formaliza el informe mensual de los servicios realizados para entregar al Departamento de Servicios Generales en el formato F3 PSAA-04 Información administrativa básica.	
Departamento de Servicios Generales.	13	Recibe Formato F3 PSAA-04 Información administrativa básica, lo revisa y analiza, a su vez lo conforma de acuerdo a las necesidades para su envío a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición. ¿Es correcto el informe?	<ul style="list-style-type: none"> • Formato PSAA-04. F3
	14	No: Solicita corrección y regresa a la actividad12.	
	15	Si: Envía Formato F3 PSAA-04 Información administrativa básica de las actividades mensuales del área a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición. TERMINA.	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		Hoja: 56

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato F1 Control de kilometraje, gasolina y servicios.	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.2 Formato F2 Bitácora de servicios de Transporte.	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.3 Formato F3 PSAA-04 Información administrativa básica.	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Correspondencia.- conjunto de cartas o documentos en el cual una persona le comunica a otra alguna cuestión o lo pone al corriente de sus novedades.

8.2 Gasolina.- Mezcla de hidrocarburos usado como combustible en vehiculos automotores.

8.3 Informe.- Integración de datos en un periodo de tiempo determinado.

8.4 Paciente.- Persona que padece físicamente algún déficit de salud y por lo tanto se encuentra bajo atención médica.

8.5 Personal operativo de Transportes.- Persona encargada de conducir un vehiculo para transportar personas ya sea pacientes o personal de la institución, así como la correspondencia inherente a las actividades de la misma.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza la Descripción de Actividades y el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato F1 Control Diario de kilometrajes, suministros de gasolina y servicios de transporte.

10.2 Formato F2 Bitácora de servicios de transporte.

10.3 Formato F3 Información Administrativa Básica I.A.B.

10.1 CONTROL DIARIO DE KILOMETRAJES, SUMINISTROS DE GASOLINA Y SERVICIOS DE TRANSPORTE


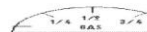
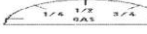
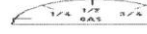
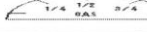



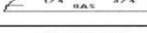
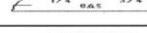
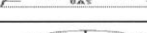



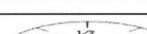

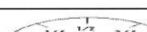

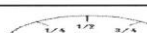

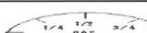

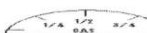

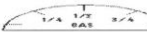




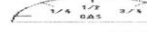
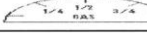
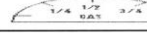
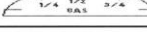
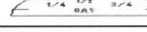


Subdirección de Servicios Generales y Nutrición
 Departamento de Servicios Generales
 Área de Transportes





CONTROL DIARIO DE KILOMETRAJES, SUMINISTROS DE GASOLINA Y SERVICIOS

FECHA: _____ (1)

VEHICULO (2)	PLACAS (3)	KILOMETRAJE		GASOLINAS		RECARGA DE GASOLINA (8)	No. DE SERVICIOS (9)
		INICIAL (4)	FINAL (5)	INICIAL (6)	FINAL (7)		
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							



Elaborado por:

 (10)
 Nombre y Firma del
 Encargado del área de Transportes

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		Hoja: 58

10.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE CONTROL DIARIO DE KILOMETRAJES, SUMINISTROS DE GASOLINA Y SERVICIOS DE TRANSPORTE

1. Indicar la fecha del día a registrar.
2. Registrar cada vehículo asignado al área.
3. Indicar el número de placas de cada vehículo.
4. Indicar el dato del kilometraje inicial del día por cada vehículo.
5. Indicar el dato del kilometraje final del día por cada vehículo.
6. Indicar el nivel de gasolina que marca el vehículo al inicio del día por cada vehículo.
7. Indicar el nivel de gasolina que marca el vehículo al final del día por cada vehículo.
8. Registrar las recargas de gasolina realizadas durante el día.
9. Indicar el número de servicios realizados por cada vehículo en el día.
10. Indicar el nombre del Encargado del Área de Transportes, así como su firma autógrafa.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		Hoja: 59

10.2 BITÁCORA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

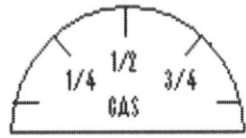
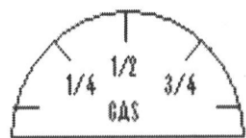


Subdirección de Servicios Generales y Nutrición
Departamento de Servicios Generales
Area de Transportes
Bitácora de Servicios de Transporte



Fecha: _____ (1) _____



FOLIO: (2)

Vehículo (3)	Placas (4)	Área Solicitante (5)	Horario de Servicio	
			SALIDA (7)	LLEGADA (11)
Lugar de Comisión (6)		Kilometraje Inicial (8)	Kilometraje Final (12)	
1.-		INICIAL (9) 	FINAL (13) 	
2.-		R GAS LL	R	GAS LL
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				
7.-				

*El operador se compromete a hacer buen uso del vehículo y reportar cualquier desperfecto o falla en el funcionamiento; en caso de que se cometa alguna infracción o sufra daños por descuido o negligencia, el costo será responsabilidad del operador.

 (10)
 Nombre y Firma del
 Operador

 (14)
 Nombre y Firma del
 Responsable del Area

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		

10.2 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE BITÁCORA DE SERVICIOS TRANSPORTE

1. Indicar la fecha de servicio.
2. Indicar folio de hoja de servicio.
3. Indicar el vehículo con que se realizará el servicio.
4. Indicar el número de placas del vehículo a utilizar para el servicio.
5. Indicar el área solicitante del servicio.
6. Indicar el (los) lugar (es) de comisión, donde se realizará el servicio.
7. Indicar la hora de salida del vehículo que realizará el servicio.
8. Indicar el dato del kilometraje, antes de iniciar el servicio.
9. Marcar el nivel de gasolina que tiene el vehículo, antes de iniciar el servicio.
10. Indicar el nombre del operador que realizará el servicio, así como su firma autógrafa.
11. Indicar la hora de llegada del vehículo al Área de Transportes.
12. Indicar el dato de kilometraje al finalizar el servicio.
13. Marcar el nivel de gasolina que tiene el vehículo, al finalizar el iniciar el servicio.
14. Indicar el nombre del Responsable del Área de Transportes, así como su firma autógrafa.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</small> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		
			Hoja: 61

10.3 INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA BÁSICA I.A.B.



INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA BÁSICA I.A.B.



3. SERVICIOS GENERALES
 3.2. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
 3.2.2 AREA DE TRANSPORTES



Mes (1)
 HOJA_1_DE_1__

UNIDAD (2)	SERVICIOS OTORGADOS (3)	KILOMETRAJE		KM. RECORRIDOS (6)	GASOLINA LITROS (7)	RENDIMIENTO (KMxLT) (8)	PRECIO POR LITRO * (9)	TOTAL (10)
		INICIAL (4)	FINAL (5)					
TOTAL (11)	0			0	0.00			\$ -

Notas: * El kilometraje inicial y final es el registrado durante el mes calendario. No corresponde al suministro de combustible.
 ** Los vehículos regularmente se mantienen con tanque lleno; para obtener el rendimiento real deberá considerarse el intervalo entre carga y carga de combustible o en su caso agotar el combustible.



E laboró
 (12)
 Nombre y firma del
 Encargada de Transportes

Revisó
 (13)
 Nombre y firma del
 Jefe de Departamento de Servicios Generales



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	3. Procedimiento para el traslado de pacientes, personal y entrega de correspondencia.		Hoja: 62

10.3 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE REPORTE DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA BÁSICA I.A.B.

1. Indicar el mes a reportar.
2. Indicar placa de la unidad.
3. Indicar el número de servicios otorgados por unidad en el mes.
4. Indicar el kilometraje inicial de la unidad en el mes.
5. Indicar el kilometraje final de la unidad en el mes.
6. Indicar la suma de los kilómetros recorridos por la unidad durante el mes.
7. Indicar los litros de gasolina suministrados en cada carga realizada a cada unidad durante el mes.
8. Indicar el rendimiento de los kilómetros recorridos entre los litros de gasolina suministrados.
9. Indicar el precio por litro de gasolina suministrada en cada carga realizada.
10. Indicar los totales en pesos mexicanos de cada carga de combustible suministradas a la unidad en el mes.
11. Indicar los totales globales de todas las unidades de: servicios otorgados, kilómetros recorridos, suministros de litros de gasolinas y totales de cargas de combustible suministradas.
12. Indicar nombre del Encargado del Área de Transportes en turno, así como su firma autógrafa.
13. Indicar nombre del Jefe de Departamento de Servicios Generales en turno, así como su firma autógrafa.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	4. Procedimiento para el servicio de Fotocopiado.		

4. PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE FOTOCOPIADO.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	4. Procedimiento para el servicio de Fotocopiado.		Hoja: 64

1. PROPÓSITO

1.1 Satisfacer las necesidades en relación con la duplicación o fotocopiado de la documentación requerida por las unidades o servicios tanto médico, como administrativos, con el fin de mantener una operatividad eficiente en la prestación de este servicio.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Área de Fotocopiado del Departamento de Servicios Generales proporciona el servicio de fotocopiado de documentos a las áreas del Hospital que lo requieran.

2.2 A nivel externo: La empresa externa que realice el servicio de fotocopiado deberá dar la distinción y rapidez que requiere el personal del hospital para la obtención de la duplicación documental.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Área de Fotocopiado debe aplicar estrictamente a los lineamientos para la solicitud de duplicación documental en forma eficiente y eficaz


3.2 El Área de Fotocopiado debe duplicar correctamente la documentación para la satisfacción del usuario.

3.3 El Área de Fotocopiado debe solicitar la relación de firmas autorizadas por parte de las unidades Médico-administrativas para la autorización de vales de fotocopiado, así mismo conformar el catálogo de firmas para consultas posteriores por parte del personal operativo del área.

3.4 El personal operativo del área de fotocopiado debe verificar que los vales de fotocopiado estén correctamente requisitados y cotejar la firma autorizada que deberá encontrarse en el catálogo.

3.5 Queda prohibida la duplicación de documentos personales del personal del Hospital.


3.6 La cantidad solicitada en los vales de fotocopiado será máximo de 100 copias, en caso contrario deberá anexarse memorando u oficio especificando la cantidad y documentación a duplicar.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	4. Procedimiento para el servicio de Fotocopiado.

Hoja: 65

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

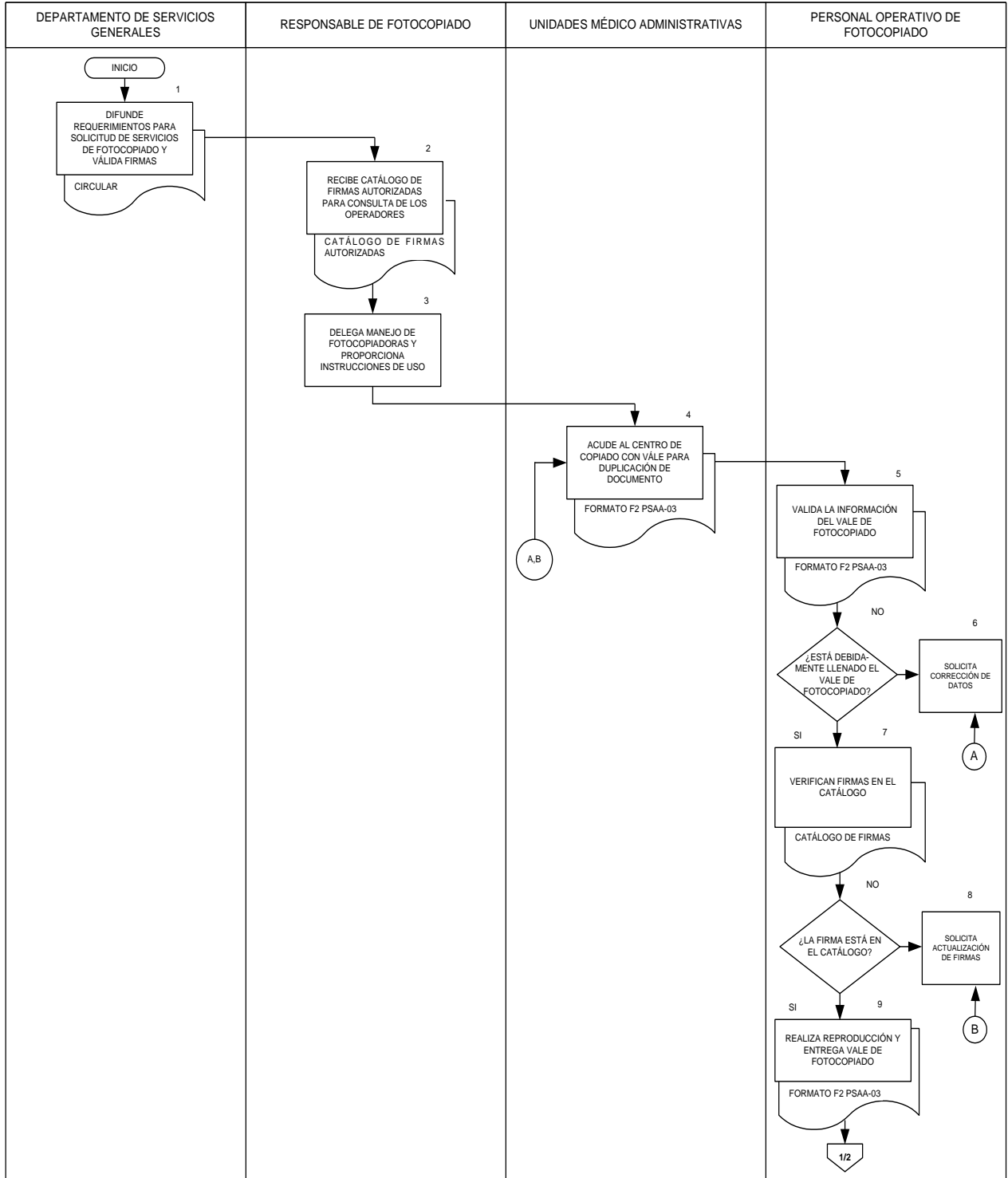
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales.	1	Difunde por medio de circular a todas las unidades médico-administrativas, los requerimientos para la solicitud del servicio de fotocopiado, así mismo solicita las firmas válidas para autorizar vales de fotocopiado.	<ul style="list-style-type: none"> • Circular.
Responsable de Fotocopiado.	2	Recibe el Catálogo de firmas autorizadas para consultas posteriores por parte de los operadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Catálogo de firmas autorizadas.
	3	Delega a los operadores de las fotocopadoras el manejo adecuado de las mismas, también proporciona instrucciones del uso del catálogo de firmas y los requerimientos solicitados en el centro de fotocopiado.	
Unidades Médico-Administrativas.	4	Acude el personal de las Unidades Médico Administrativas al centro de fotocopiado con el vale de fotocopiado (Formato F2 PSAA-03) para solicitar la duplicación documental.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F2 PSAA-03.
Personal Operativo de Fotocopiado.	5	Valida la información del Vale de fotocopiado Formato F2 PSAA-03 y verifica. ¿Está debidamente llenado el vale de fotocopiado?	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F2 PSAA-03. • Catálogo de firmas.
	6	No. Da aviso al personal de la unidad médico-administrativa que solicita el servicio para que realice la corrección de los datos y regresa a la actividad 4.	
	7	Si. Verifican la firma de la Unidad médico-administrativa en el catálogo de firmas. ¿La firma de autorización está en el catálogo de firmas?	
	8	No. Da aviso al personal de la unidad médico-administrativa para que realicen la actualización de la firma autorizada y regresa a la actividad 4.	
	9	Si. Procede a realizar la reproducción solicitada al final de su turno entregara los vales al responsable del área.	

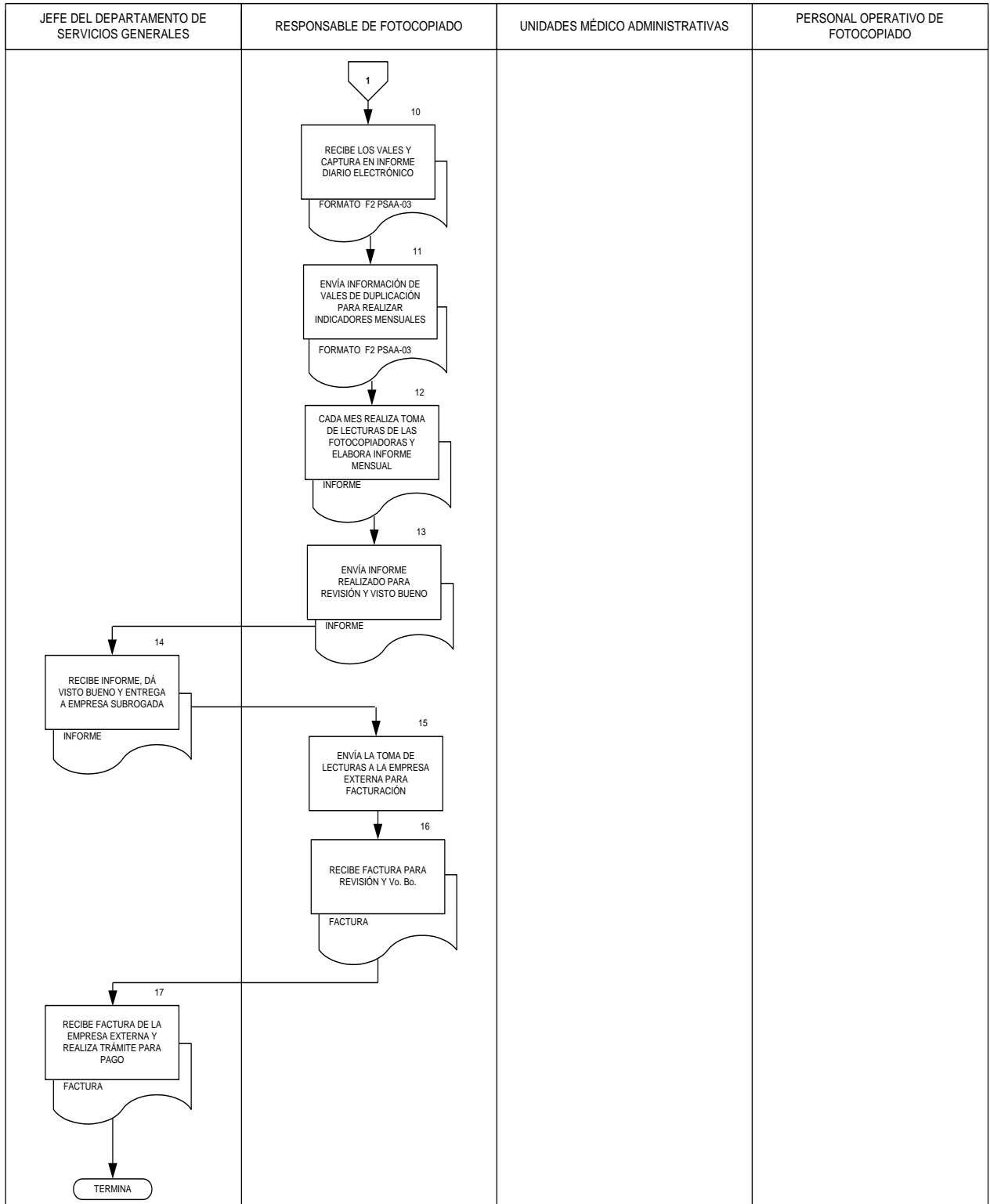
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	4. Procedimiento para el servicio de Fotocopiado.



Hoja: 66

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Responsable de Fotocopiado.	10	Recibe los vales de fotocopiado (Formato F2 F2 PSAA-03) y descarga la cantidad de copias procesadas en el informe diario de forma electrónica para su control.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F2 PSAA-03. • Formato F2 PSAA-03. • Informe.
	11	Envía al Departamento de Servicios Generales la información de los servicios proporcionados en el centro de fotocopiado según los vales de duplicación, esto para la realización de los indicadores al final de cada mes.	
	12	Al inicio de cada mes realiza la toma de lecturas de las fotocopadoras asignadas a las unidades médico-administrativas para elaborar el informe mensual para el Departamento de Servicios Generales.	
	13	Envía el informe realizado al Departamento de Servicios Generales para su revisión y visto bueno, para seguir con el trámite correspondiente.	
Departamento de Servicios Generales	14	Recibe el informe y da visto bueno, posteriormente lo regresa al responsable de fotocopiado para el trámite con la empresa subrogada prestadora del servicio de fotocopiado.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe.
Responsable de Fotocopiado	15	Envía la toma de lecturas a la empresa externa para su facturación correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Factura.
	16	Recibe factura para su revisión y visto bueno, la cual turna posteriormente al Departamento de Servicios Generales.	
Departamento de Servicios Generales.	17	<p>Recibe la factura en (original y copia) de la empresa externa de fotocopiado y realiza su trámite correspondiente con la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición para su pago.</p> <p>TERMINA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factura.

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	4. Procedimiento para el servicio de Fotocopiado.		Hoja: 69

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.2 Factura	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Factura.- Documento comprobante de una compra-venta de un bien o servicio donde se detalla toda la información de la operación.

8.2 Fotocopia.- Reproducción instantánea y fotográfica que se realiza de un texto o imagen sobre papel.



8.3 Fotocopiado.- Proceso de reproducción documental

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza la Descripción de Actividades y el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Vale para fotocopiado F2 PSAA-03

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	4. Procedimiento para el servicio de Fotocopiado.		
		DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 70



10.1 FORMATO VALE DE FOTOCOPIADO PSAA-03

	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES Y NUTRICIÓN DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	
VALE DE FOTOCOPIADO		
_____ NOMBRE Y NÚMERO DE LA UNIDAD (1)		_____ FECHA (2)
COPIAS A PROCESAR : _____		
_____ CANTIDAD (3)	_____ CANTIDAD CON LETRA (4)	
DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO : (5) _____		



_____ FIRMA AUTORIZADA DEL SOLICITANTE (6)	_____ SUBDIRECTOR DE SERV.GRALES.Y NUTRICIÓN (7) O JEFE DEL DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES	
F2 PSAA-03 Rev.1		Vo.Bo.

10.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE VALE DE FOTOCOPIADO

1. Indicar nombre y número de la unidad solicitante.
2. Indicar la fecha de solicitud del servicio de fotocopiado
3. Mencionar cual es la cantidad de fotocopias solicitadas en número
4. Indicar la cantidad de fotocopias solicitadas con letra
5. Dar la descripción del documento
6. Firma autografa autorizada, misma que debera estar en el catalogo de firmas autorizadas de las unidades médico-administrativas.
7. Firma autografa del jefe del Departamento de Servicios Generales o del Subdirector de Servicios Generales y Nutrición.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	5. Procedimiento para la reproducción de material impreso (imprensa).		Hoja: 71

5. PROCEDIMIENTO PARA LA REPRODUCCIÓN DE MATERIAL IMPRESO (IMPRESA)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	5. Procedimiento para la reproducción de material impreso (imprenta).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 72

1. PROPÓSITO

1.1 Cubrir la demanda de las Unidades Médico-Administrativas relativas a la impresión documental, ya sea eventual, periodica o mensual para el adecuado desempeño de las actividades que realizan.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición y el Departamento de Servicios Generales por medio del Área de Imprenta, aprueban y realizan la reproducción de material impreso de las áreas del Hospital para la satisfacción oportuna y de calidad de las mismas.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Unidad Médico-Administrativa deberá presentar el formato original en papel y en dispositivo de almacenamiento (USB), previamente autorizado por la dirección médica, para su reproducción.

3.2 La Subdirección de Servicios Generales y Nutrición y el Departamento de Servicios Generales, son las áreas que autorizan la duplicación documental en grandes volúmenes.

3.3 Cuando se requieran reproducciones especiales o de una sola vez, las áreas del Hospital se deberá solicitar mediante oficio a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición y el Departamento de Servicios Generales con 15 días de anticipación.


3.4 El Área de Imprenta entregará el material o dotación mensual de acuerdo a la calendarización establecida por las Unidades Médico-Administrativas.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	5. Procedimiento para la reproducción de material impreso (imprenta).

Hoja: 73

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

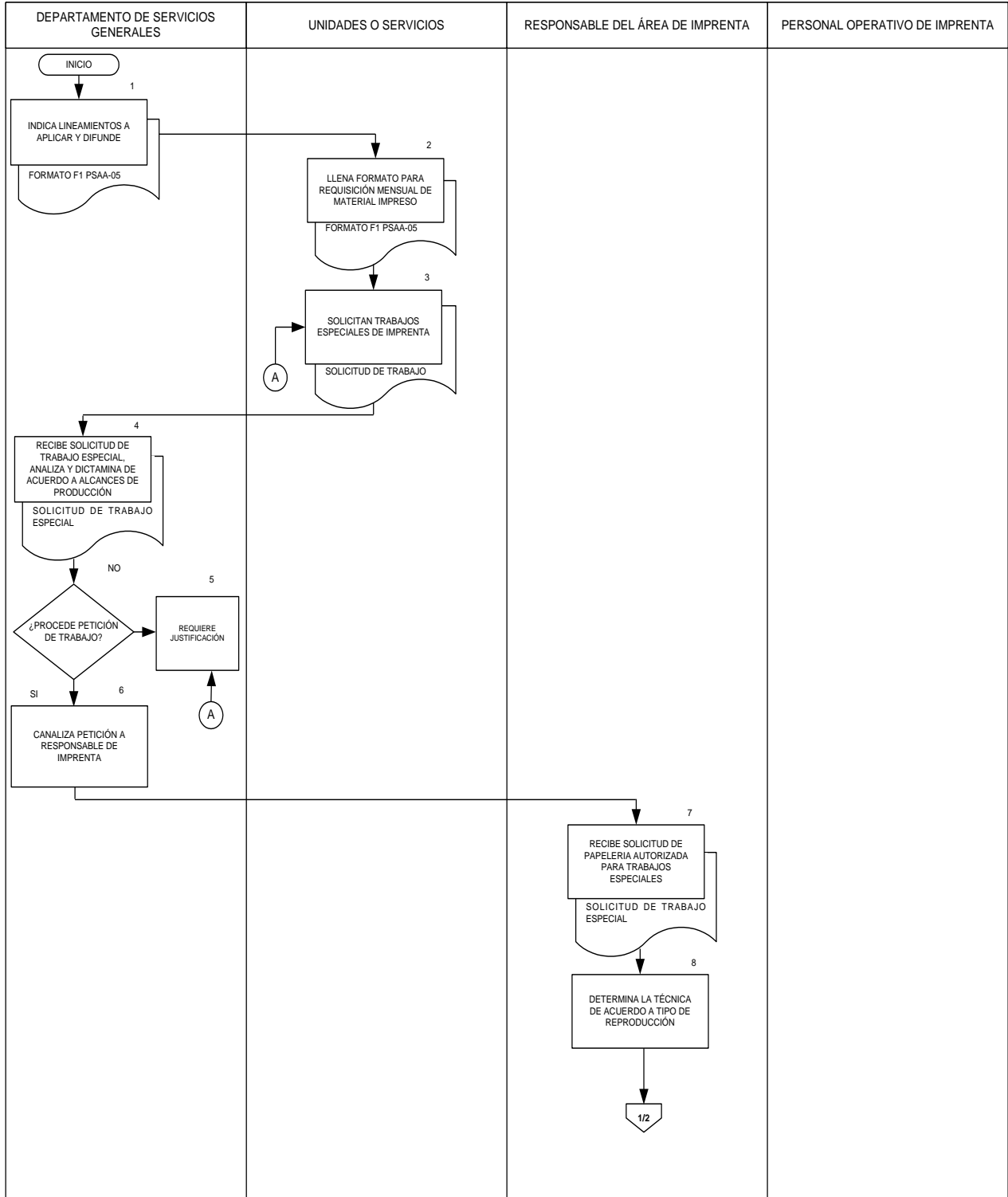
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales.	1	Indica al encargado del área de imprenta los lineamientos a aplicar y los difunde en las áreas médicas y administrativas, así como el formato F1 PSSAA-05 para la solicitud del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F1 PSAA-05.
Unidades o Servicios solicitantes.	2	Llenan el formato F1 PSSAA-05 para su requisición mensual de material impreso en original y copia.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F1 PSAA-05. • Solicitud de trabajo.
	3	Solicitan con escrito trabajos especiales de imprenta al Departamento de Servicios Generales.	
Departamento de Servicios Generales.	4	Recibe solicitud de trabajo especial, por parte de las unidades médico-administrativas, analiza y dictamina de acuerdo a los alcances de producción y material del área de imprenta y verifica la cantidad asentada en la solicitud del trabajo especial. ¿Procede petición de trabajo?	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de trabajo especial.
	5	No: Requiere justificación y regresa a la actividad 3.	
	6	Si: canaliza petición al responsable del Área de Imprenta.	
Responsable del Área de Imprenta.	7	Recibe la solicitud de papelería autorizada por el Jefe de Servicio o unidad médica y en caso de trabajo especial autorizada por el Departamento de Servicios Generales.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de trabajo especial.
	8	Determina la técnica a seguir, de acuerdo al tipo de reproducción, la cantidad de material a utilizar y pasa al personal operativo del área, esto en cualquier trabajo ya sea normal o especial.	
Personal Operativo de Imprenta.	9	Recibe y procesa la orden de trabajo, al término realiza el conteo y turna al área de almacén de papelería impresa para su entrega al solicitante.	

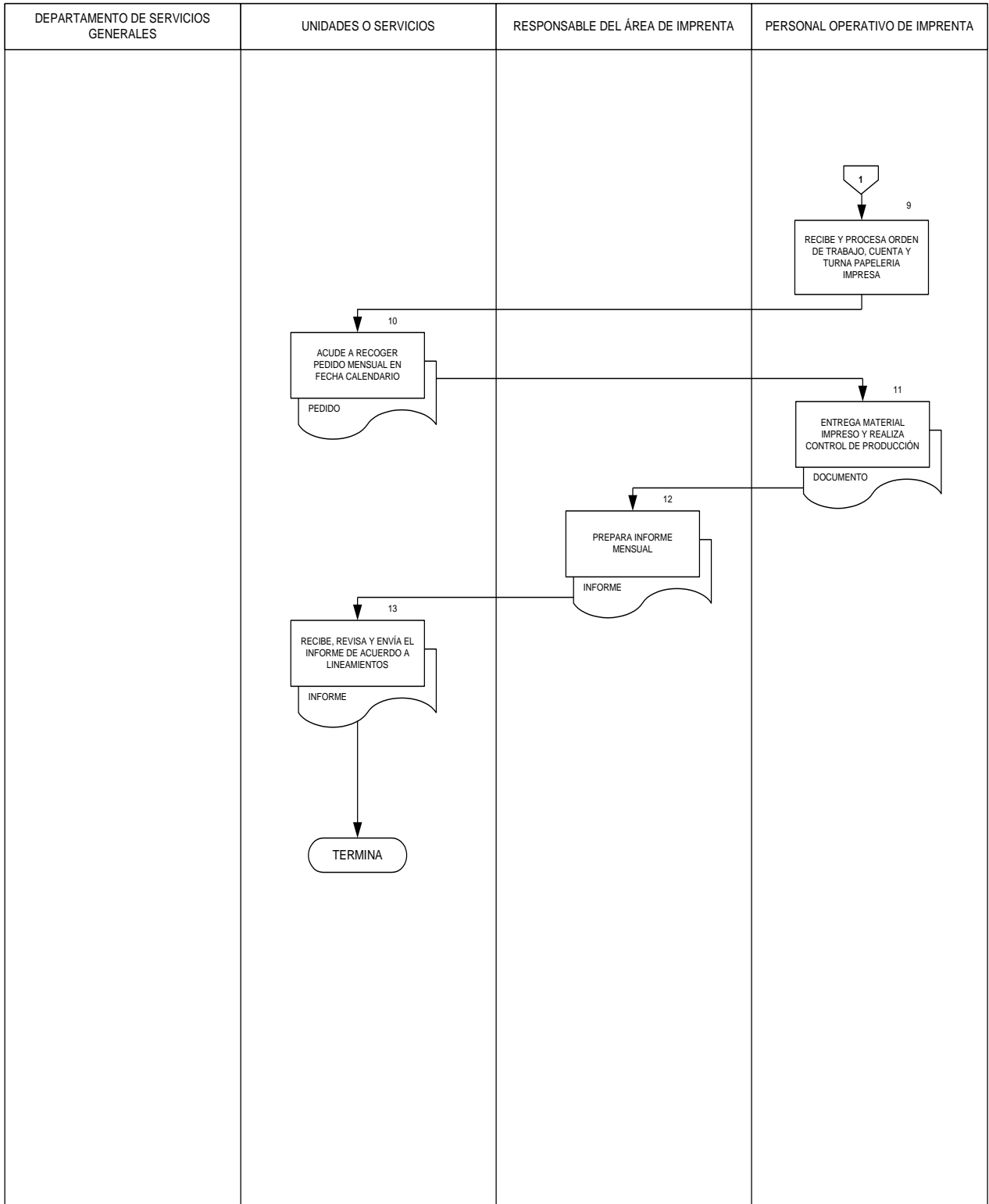
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	5. Procedimiento para la reproducción de material impreso (imprenta).



Hoja: 74

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Unidades o Servicios.	10	Acude a recoger pedido mensual o trabajo especial de imprenta, en las fechas indicadas de acuerdo a calendario.	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido.
Personal Operativo de Imprenta.	11	Entrega el material impreso y realiza control diario de producción entregada.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento.
Responsable del Área de Imprenta.	12	Prepara informe mensual, para su entrega al Departamento de Servicios Generales.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe.
Departamento de Servicios Generales	13	<p>Recibe, revisa y envía el informe a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, de acuerdo a los lineamientos establecidos y archiva informe para soporte de actividades mensuales.</p> <p>TERMINA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe.

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	5. Procedimiento para la reproducción de material impreso (imprenta).		Hoja: 77

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación	No Aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formatos	1 años	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.2 Reporte	1 años	Departamento de Servicios Generales	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Imprenta.- Técnica que permite reproducir en papel o materiales similares textos o figuras.

8.2 Informe.- Integración de datos en un periodo de tiempo determinado



8.3 Solicitud de trabajo especial.- Documento escrito para la solicitud de algún trabajo determinado.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza la Descripción de Actividades y el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de solicitud de papelería F1.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

6. - PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS SÓLIDOS EN ÁREAS MÉDICAS (RPBI SÓLIDOS) Y ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 80

1. PROPÓSITO.

1.1 Establecer los criterios para la recepción de los residuos peligrosos biológico-infecciosos procedentes de las áreas de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o de investigación, así como para la entrega de los RPBI almacenados a la empresa de recolección, en los horarios establecidos y en apego a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

2. ALCANCE.

2.1 A nivel interno: Departamento de Servicios Generales opera el Almacén temporal de RPBI y supervisa el correcto manejo de RPBI (sólidos y líquidos), las áreas médicas identifican, separan, envasan, tratan en sitio y trasladan RPBI y la empresa que recolecta los RPBI almacenados.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales:



- Establecer y difundir las políticas de manejo interno de residuos peligrosos biológico-infecciosos y no peligrosos.
- Supervisar el manejo de RPBI, de las unidades médicas que generan RPBI.
- Informar a las áreas médicas los incumplimientos detectados durante alguna etapa de manejo de los RPBI.

3.2 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermera, Delegado (a) Administrativo (a) y Control de Calidad:

- Conocer y difundir entre el personal médico, de enfermería, de apoyo al diagnóstico, y afanador, la información necesaria para llevar a cabo la correcta identificación, separación, envasado y traslado de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) hacia el almacén temporal de RPBI.
- Acompañar al personal supervisor durante todo el recorrido de supervisión de manejo de residuos que se realice en la unidad o servicio médico conforme a los requisitos establecidos en el procedimiento 8 del Departamento de Servicios Generales, básicamente para poder realizar la supervisión deben estar representadas las dos áreas (generadora y de recolección) y de al menos una estar el titular.
- Corregir las desviaciones o irregularidades detectadas durante la visita de supervisión de manejo de RPBI a las áreas médicas.
- Informar a la Jefatura correspondiente con copia al Departamento de Servicios Generales, sobre las acciones realizadas para la corrección de las desviaciones o irregularidades detectadas durante la visita de supervisión de manejo de RPBI y/o de reportes de irregularidades detectadas durante la recepción de RPBI.

3.3 Es responsabilidad del personal médico, de enfermería, de apoyo al diagnóstico y personal en formación:

- Identificar, separar y envasar los RPBI que genera en forma inmediata a su obtención conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo especificado en los **anexos técnicos de los procedimientos 6, 7 y 10 del Departamento de Servicios Generales.**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 81

- No mezclar diferentes tipos de RPBI entre ellos, o con otros residuos peligrosos y/o con residuos no peligrosos.
- Usar adecuadamente los insumos para envasado de RPBI.
- Colocar y retirar los recipientes para envasado de RPBI que se ubiquen en mesas Pasteur y Carros de curaciones conforme a los anexos técnicos del Procedimiento 6 del Departamento de Servicios Generales.
- No consumir alimentos dentro de las áreas de atención al paciente o sus muestras.
- Reportar la carencia de los insumos para envasado de RPBI al (la) Delegado (a) Administrativo (a), Jefe (a) de Enfermeras o Encargado (a) de Turno.

3.4 Es responsabilidad del (la) Delegado (a) Administrativo (a):



- Solicitar, distribuir y en su caso reponer oportunamente los insumos para envasado y atención de contingencias con RPBI.
- Solicitar y distribuir oportunamente los insumos para limpieza (técnica de doble cubo).

3.5 Es responsabilidad del personal afanador:

- No reutilizar los recipientes rígidos o bolsas destinados para el envasado de RPBI.
- No mezclar residuos peligrosos con residuos no peligrosos.
- Cerrar correctamente los recipientes rígidos para punzocortantes colocarlos en bolsa roja y depositarlos en el contenedor (carrito rojo) que contengan RPBI antes de retirarlos.
- Colocar las bolsas con RPBI en el contenedor (carrito rojo).
- **Portar guantes rojos y cubre-bocas** para la recolección, manejo interno de los RPBI.
- **Portar guantes rojos** para el traslado-entrega de los RPBI.
- No transvasar, mezclar y/o compactar las bolsas de RPBI.
- **Realizar recolecciones en las áreas todas las veces que sea necesario** durante su jornada laboral no permitiendo que las bolsas rojas se llenen a más del 80% de su capacidad.
- Conocer e identificar la ruta para el traslado y entrega al almacén temporal de los RPBI, que corresponda al servicio de procedencia.
- Realizar **el traslado diario** de los RPBI con la frecuencia que se requiera (mínimo una vez por 24 hrs).
- **Deberá trasladar los RPBI por separado es decir en contenedores (carrito rojo) diferentes uno por cada tipo de RPBI.**
- Realizar el traslado de RPBI en el contenedor (carrito rojo) exclusivo para RPBI sin que este rebase su capacidad de carga, (la tapa debe cerrar).
- Seguir la ruta de recolección (traslado) que corresponda a la unidad o servicio médico de donde procedan los RPBI, conforme al procedimiento 6 del departamento de Servicios.
- Deberá Proporcionar la información requerida en la bitácora de registro del almacén temporal de los RPBI.

NOTAS:

- a) Para residuos patológicos la frecuencia de traslado mínima será de 1 vez por semana siempre y cuando el residuo se haya mantenido en refrigeración.
- b) Las áreas con una generación ocasional y/o muy baja de RPBI (no más de una bolsa roja mediana 50 x 65 cm o un recipiente con punzocortante de 1.4 litros) podrán destinar una cubeta de plástico para el traslado de los RPBI hacia el almacén temporal, esta cubeta deberá contar con símbolo universal de riesgo biológico, rótulo que indique que es exclusiva para RPBI y el nombre del área o

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 82


servicio generador, así mismo el lavado y desinfección de la cubeta será responsabilidad del área generadora.

3.6 Es responsabilidad del Encargado (a) de RPBI:

- Elaborar y difundir el programa bimestral de supervisión de RBPI
- Coordinar al personal supervisor de RPBI.
- Determinar el nivel de cumplimiento a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, de cada unidad o servicio supervisado, con base a la propia Norma y los procedimientos de manejo de RPBI de este Hospital incluido el instrumento establecido para la entrega-recepción de residuos al almacén temporal de RPBI.

3.7 Es responsabilidad del personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI:

- Portar el equipo de protección personal para el manejo de RPBI consistente de: pantalón y camisola de algodón, botas de cuero uso industrial, guantes de látex, cubre bocas de triple capa, así como googles y/o careta.
- Permanecer en el almacén temporal de RPBI durante su turno, pudiendo ausentarse en los horarios establecidos para consumo de alimentos y aseo personal.
- Informar al responsable de RPBI y en ausencia de éste(a) al Jefe del Departamento de Servicios Generales o encargado de turno del Departamento de Servicios Generales cuando requiriera ausentarse del área por situaciones no previstas
- Vigilar que el traslado de los RPBI de las unidades médicas hacia el Almacén Temporal de RPBI, se realice en los contenedores rojos (carritos rojos) y reportar aquellos casos que no cumplan con esta política.
- Recibir, pesar y registrar los datos requeridos en la bitácora de control (servicio, No. de control del contenedor carro rojo, peso neto de no anatómico y del punzocortante, hora en que se entrega
- Identificar, reportar pesar y registrar en la bitácora de control los carritos rojos con RPBI que hayan sido "abandonados" y no entregados al almacén temporal.
- Registrar el peso en la bitácora de generación de RPBI patológicos, cepas y cultivos.
- Conocer y aplicar el procedimiento para lavado y desinfección de los contenedores (carritos rojos).
- Realizar la limpieza de las áreas en responsabilidad conforme a la distribución de actividades establecidas.
- Conocer y aplicar el presente procedimiento denominado 9.- Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).
- Entregar los RPBI almacenados a la empresa de recolección para ello contratada.
- Revisar y Registra en el Comprobante de recolección de residuos peligrosos biológico-infecciosos la información correspondiente al vehículo, personal y equipamiento al arribo del vehículo y demás rubros aplicables a la empresa durante la recolección (entrega) de RPBI.
- Verificar y validar el correcto pesaje de cada contenedor con RPBI recolectado por la empresa de recolección.
- Firmar los documentos de recolección de RPBI
- Reportar cualquier irregularidad detectada en el arribo, recepción, almacenamiento y/o entrega de RPBI al responsable de RPBI y en ausencia de éste(a) al Jefe del Departamento de Servicios Generales o encargado de turno del Departamento de Servicios Generales.
- Lavar y desinfectar los carritos rojos que desocupe en su turno (después de la entrega de residuos a la empresa de recolección).
- Reportar el funcionamiento de los contenedores (carritos Rojos) para su reparación.
- Realizar la limpieza de las áreas en responsabilidad conforme a la distribución de actividades y especificaciones que correspondan al turno en el cual se encuentre laborando.

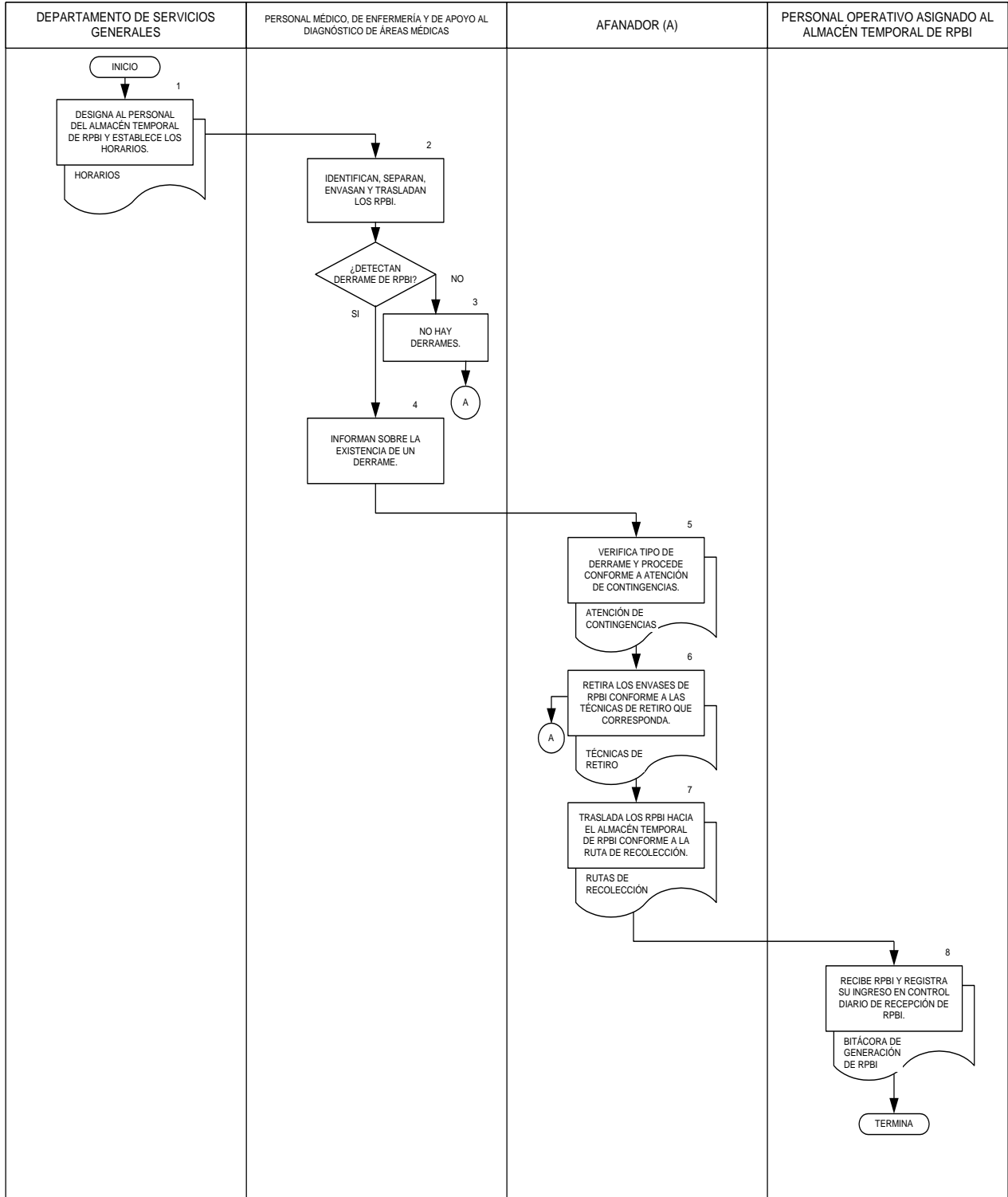
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.



Hoja: 83

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales	1	Designa al personal operativo del almacén temporal de RPBI y establece los horarios para la recepción de RPBI.	<ul style="list-style-type: none"> Horarios.
Personal médico, de enfermería y de apoyo al diagnóstico de áreas médicas	2	Identifican, separan, envasan y trasladan los RPBI conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1 y demás requisitos establecidos. Durante la atención médica o de apoyo al diagnóstico se presenta algún derrame de RPBI sólido o líquido.	<ul style="list-style-type: none"> Tabla criterios de separación.
	3	¿Detectan derrame de RPBI? No: No hay derrames, continua actividad 6.	
	4	Si: Informa al Afanador, a falta de éste al Delegado(a) o encargado (a) de turno o área, sobre la existencia de un derrame con RPBI.	
Afanador (a)	5	Verifica tipo de derrame y procede conforme a atención de contingencias.	<ul style="list-style-type: none"> Atención de contingencias. Retiro de bolsas. Retiro de recipientes. Ensamblado de recipientes. Traslado de RPBI. Rutas de recolección.
	6	Retira los envases de RPBI conforme a la técnica de retiro para bolsas rojas o amarillas y/o recipientes rígidos con residuos punzocortantes, que corresponda.	
	7	Traslada los RPBI hacia el almacén temporal de RPBI en el carrito rojo exclusivo para RPBI conforme a la ruta de recolección de RPB que le corresponda al servicio de procedencia.	
Personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI	8	Recibe el RPBI y registra su ingreso en Control diario de recepción de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos por servicio, conforme al Procedimiento 9, del Departamento de Servicios Generales. TERMINA	<ul style="list-style-type: none"> Bitácora de generación de RPBI

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General para la prevención y gestión integral de los residuos.	No aplica
6.2 Reglamento de la ley general para la prevención y gestión integral de los residuos.	No aplica
6.3 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.4 Guía para la aplicación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	No aplica
6.5 Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	No aplica
6.6 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No aplica
6.7 Manual de Procedimientos del Departamento de Servicios Generales.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
7.1 Control diario de recepción de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos por servicio.	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.2 Bitácora de generación de RPBI Patológicos o de Cepas y Cultivos	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.3 Bitácora de Almacenamiento Temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos	5 años	Departamento de Servicios Generales.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 AFANADOR: Personal que lleva a cabo las actividades de limpieza (rutinaria y exhaustiva) en todas y cada una de las áreas que conforman los servicios médicos, quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, el cual entre otras funciones recolecta, retira y traslada los diferentes tipos de residuos no peligrosos así como los RPBI a los depósitos o almacenes temporales correspondientes.



8.2 ÁREA MÉDICA: Unidad o servicio de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o investigación del Hospital General de México.

8.3 CARRITO ROJO: Contenedor de plástico con 2 ruedas y tapa, color rojo, rotulado con la leyenda “RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS” y símbolo universal de riesgo biológico, el cual se destinará en forma exclusiva para el depósito, traslado y almacenamiento temporal de los RPBI generados en el Hospital General de México.

MANEJO: Conjunto de operaciones que incluyen el almacenamiento, recolección, transporte, alojamiento, reuso, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos.

MANEJO INTERNO DE RPBI: Las actividades de identificación, separación, envasado, recolección al interior de las unidades o servicios médicos, traslado y almacenamiento temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.

PERSONAL GENERADOR: Aquel que brinda la atención médica directa al paciente o sus muestras, así como investigador y que como producto de esta actividad produce u obtiene residuos peligrosos biológico-infecciosos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 86

PERSONAL OPERATIVO: Personal asignado al almacén temporal de RPBI

PILAS: Fuente de energía eléctrica obtenida por transformación directa de energía química y constituida por uno o varios elementos primarios (no recargables).

RESIDUO NO PELIGROSO: El material, producto o subproducto que sin ser considerado como peligroso, se descarte o deseche y que sea susceptible de ser aprovechado o requiera sujetarse a métodos de tratamiento o disposición final.

RESIDUO PELIGROSO: Todos aquellos residuos en cualquier estado físico que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico- infecciosas representen un peligro para el equilibrio ecológico y el ambiente.

RESIDUO PELIGROSO BIOLÓGICO-INFECCIOSO: El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de infección o cuando contiene toxinas producidas por microorganismos que causen efectos nocivos a los seres vivos y el ambiente.



RPBI.- Abreviación de Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se reestructuró el Proceimiento.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Horarios de cierre para entrega de carritos limpios
- 10.2 criterios de separación, envasado y frecuencia de retiro de RPBI
- 10.3 Retiro de bolsas rojas o amarillas con RPBI
- 10.4: Retiro de recipientes rígidos con residuos punzocortantes.
- 10.5 Ensamblado de recipientes rígidos para residuos punzocortantes.
- 10.6 Traslado de RPBI al almacén temporal.
- 10.7 Rutas de recolección (traslado) de RPBI.
- 10.8 Atención de contingencias con RPBI.
- 10.9 Atención de accidentes con RPBI.
- 10.10 Bitácora de generación de RPBI patológicos.
- 10.11 Bitácora de generación de RPBI cepas y cultivos.
- 10.12 Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico-infecciosos por Servicio.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		Hoja: 87

10.1 HORARIOS DE CIERRE PARA ENTREGA DE CARRITOS LIMPIOS.



El almacén temporal de RPBI permanecerá abierto los 365 días del año, la restricción de horario que a continuación se indica corresponde a los horarios en los cuales el personal de RPBI no estaría recibiendo residuos ni entregando carritos rojos limpios.

ALMACEN TEMPORAL DE RPBI			
HORARIOS EN LOS QUE NO SE RECIBE RPBI NI ENTREGAN CARRITOS LIMPIOS			
HORA/DÍA	LUNES A VIERNES	HORA/DÍA	SAB-DOM Y FEST
06:00	 23:30 a 06:29 HRS. NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (06:30 a 07:29 HRS.)	06:00	 23:30 a 06:29 HRS. NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (06:30 a 07:29 HRS.)
07:00		07:00	
08:00	 **07:30 a 08:59 HRS.	08:00	 **07:30 a 09:59 HRS.
09:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (09:00 a 09:59 HRS.)	09:00	
10:00		10:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (10:00 a 10:59 HRS.)
11:00	 10:00 a 15:29 HRS.	11:00	 11:00 a 14:59 HRS.
14:00		14:00	
15:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (15:30 a 16:29 HRS.)	15:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (15:00 a 15:59)
16:00		16:00	 16:00 a 18:29 HRS.
18:00	 16:30 a 22:29 HRS.	18:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (18:30 a 19:29 HRS.)
19:00		19:00	 19:30 a 22:29 HRS.
22:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (22:30 a 23:29 HRS.)	22:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (22:30 a 23:29 HRS.)
23:00		23:00	
05:00	 23:30 a 06:29 HRS.	05:00	 23:30 a 06:29 HRS.

NOTAS:

- 1.- CUANDO **NO SE ENCUENTRE AL PERSONAL DE RPBI**, FAVOR DE REPORTARLO AL DELEGADO(A) DEL SERVICIO PARA QUE ÉL (ELLA) A SU VEZ LO REPORTE A LA OFICINA DE RPBI, O DEPTO. DE SERVS. GRALES, **DEBIENDO ESPECIFICAR LA FECHA, HORA E IRREGULARIDAD.**
- 2.- A PARTIR DE LAS 07:30 HRS. SE PODRÁN RECIBIR RESIDUOS CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE, PERO SÍ LA BÁSCULA NO SE ENCUENTRE LIBRE, EL RUBRO DEL PESO LO REGISTRARÁ MÁS TARDE EL PERSONAL DE RPBI).
- 3.- REPORTAR EN TURNOS MATUTINO Y VESPERTINO: EXTS 1411, 1561 Y 1391
- 4.- REPORTAR EN TURNOS VELADAS Y SDF: EXT. 1572



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		
			Hoja: 88



10.2 CRITERIOS DE SEPARACIÓN, ENVASADO Y FRECUENCIA DE RETIRO DE RPBI.

Conforme al punto 6.2 identificación y envasado de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, se aplicarán los siguientes principios:

- 1) Las bolsas se llenarán al 80% de su capacidad, cerrándose antes de ser transportadas al sitio de almacenamiento temporal y no podrán ser abiertas o vaciadas.
- 2) Los recipientes para los residuos peligrosos punzocortantes y líquidos se llenarán hasta el 80% (ochenta por ciento de su capacidad) asegurándose los dispositivos de cierre y no deberán ser abiertos o vaciados.
- 3) Los RPBI líquidos serán tratados en sitio conforme al procedimiento 7 del Departamento de Servicios Generales.
- 4) En caso de que los residuos líquidos no sean tratados dentro de las instalaciones del establecimiento generador*, deberán ser envasados como se indica en la tabla 2 de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002

SEPARACIÓN, ENVASADO Y FRECUENCIA DE RETIRO DE RPBI					
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002					POLÍTICA INTERNA DE MANEJO
SEPARACIÓN Y ENVASADO				RETIRO	
TIPO DE RESIDUO	ESTADO FÍSICO	ENVASADO	COLOR		
4.1	LÍQUIDO	RECIPIENTE HERMÉTICO	ROJO	TRATAMIENTO EN SITIO	
SANGRE			(O TRATAMIENTO EN SITIO*)		
4.2 CULTIVOS Y CEPAS DE AGENTES INFECCIOSOS	SÓLIDO	BOLSA DE POLIETILENO	ROJO	80% DE CAPACIDAD	... AL FINAL DE TURNO, LO QUE OCURRA PRIMERO
4.3	SÓLIDO	BOLSA DE POLIETILENO	AMARILLO	80% DE CAPACIDAD	... AL FINAL DE TURNO, LO QUE OCURRA PRIMERO
PATOLÓGICOS	LÍQUIDO	RECIPIENTE HERMÉTICO	AMARILLO (O TRATAMIENTO EN SITIO*)	TRATAMIENTO EN SITIO	
4.4	SÓLIDO	BOLSA DE POLIETILENO	ROJO	80% DE CAPACIDAD	... AL FINAL DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, CURACIÓN O TURNO, LO QUE OCURRA PRIMERO
NO ANATÓMICO	LÍQUIDO	RECIPIENTE HERMÉTICO	ROJO (O TRATAMIENTO EN SITIO*)	TRATAMIENTO EN SITIO	
4.5 PUNZOCORTANTES	SÓLIDO	RECIPIENTE RÍGIDO DE POLIPROPILENO	ROJO	80% DE CAPACIDAD	80% DE CAPACIDAD

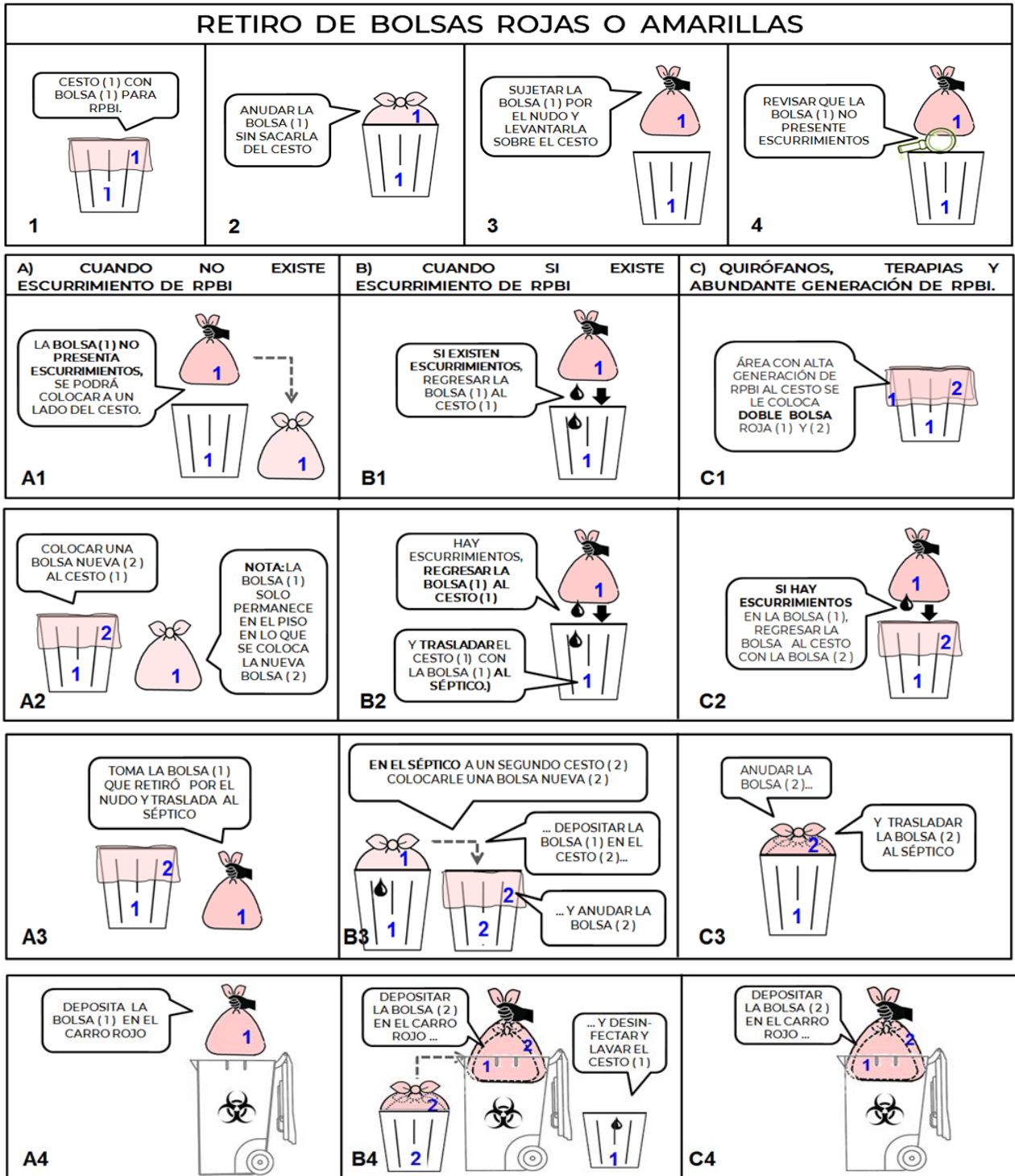
Adicionalmente y con la finalidad de reducir riesgos de salpicaduras, derrames o posibles heridas asociados a fractura o perforación de envases, para envasado de RPBI de los tipos No anatómicos y Punzocortantes se tendrán las siguientes especificaciones respecto al envasado a las cuales se les denominará políticas internas de separación y envasado de RPBI, siendo estas las siguientes:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

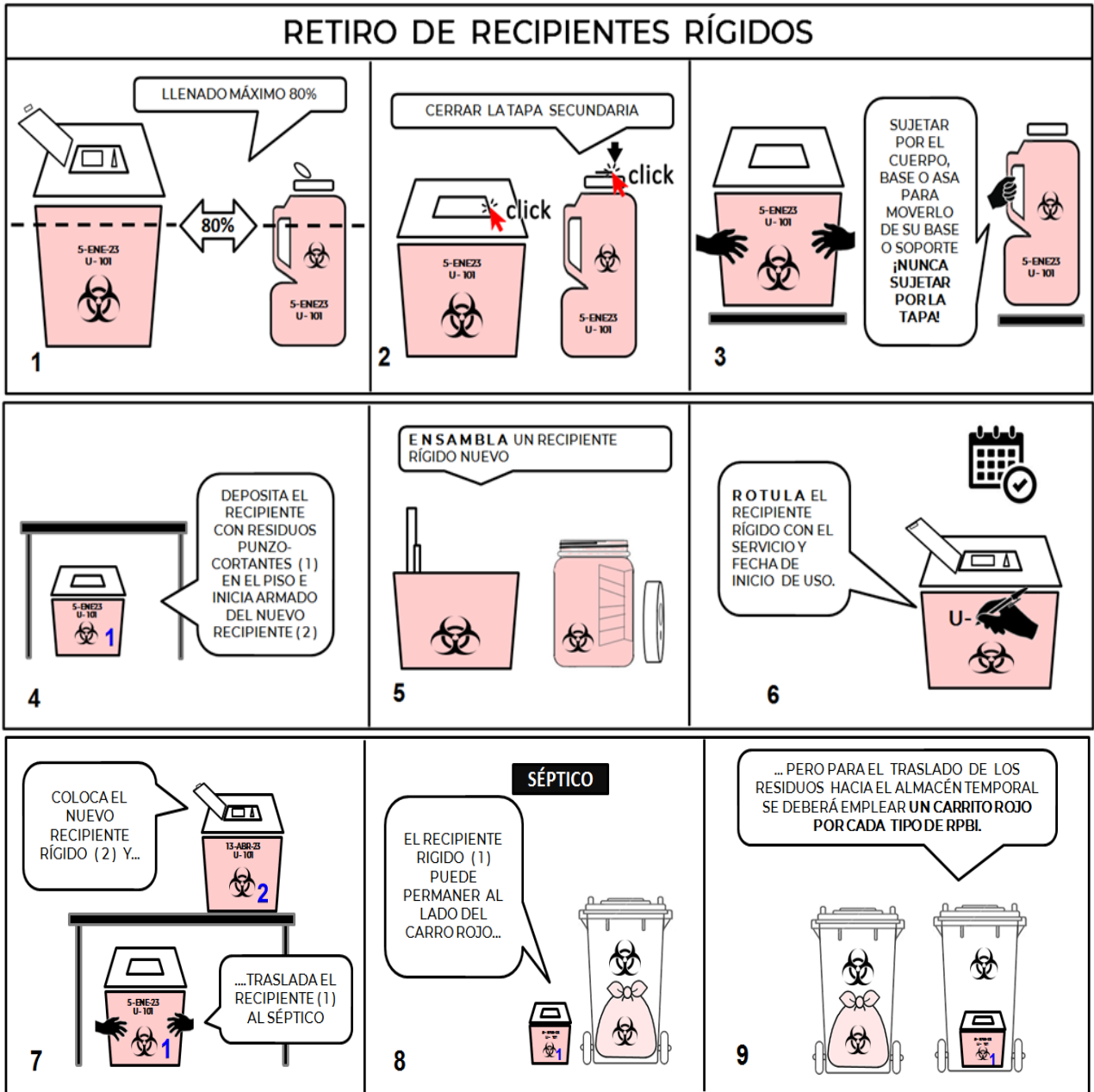
POLÍTICAS INTERNAS DE SEPARACIÓN Y ENVASADO DE RPBI	
TIPO DE RESIDUO	ESPECIFICACIONES:
En no anatómicos (bolsa roja) se incluirán:	<ul style="list-style-type: none"> • Envases desechables de plástico que hayan contenido sangre o fluidos corporales de alto riesgo. • Envases de plástico que contengan sangre líquida o fluidos corporales de alto riesgo cuando dichos envases no permitan la salida del fluido que contienen. • Bolsas para colostomía e ileostomía y pañales desechables cuando contengan abundante sangre, fluidos de alto riesgo o bien que proceda de paciente con enfermedad infectocontagiosa transmisible por orina y/o excremento. • Bolsas para recolectar orina (sin orina) o de diálisis peritoneal (sin líquido) cuando el residuo líquido contenga abundante sangre, fluidos de alto riesgo o bien que proceda de paciente con enfermedad infectocontagiosa transmisible por orina, el líquido debe tratarse in situ con cloro y el envase (sin líquido) es el que se depositará en bolsa roja. • Venoclisis donde exista retorno de sangre al grado de que la línea (el venoclisis) se vea roja junto con el envase al que esté conectado mediante la bayoneta (para que este envase proteja la bayoneta y no perfora la bolsa roja donde se depositará) • En laboratorios: con el objetivo de reducir derrames de RPBI por la perforación o compresión de la bolsa roja durante la recolección, traslado o almacenamiento temporal, se reusará un recipiente de plástico con tapa (conservar la tapa para colocarla al momento de su retiro), vacío y limpio cuyo contenido no haya sido peligroso ni orgánico, el cual se destinará para el depósito de RPBI no anatómicos cuando se trate de recipientes sin tapa (de plástico o vidrio) con remanentes biológicos, objetos puntiagudos de plástico o madera que pueden perforar (copillas, tubos de ensayo, puntas para pipeta, hisopos, etc.). El recipiente de re-uso deberá a su vez colocarse dentro de una bolsa roja que lo identifique como RPBI no anatómico. Así mismo deberá rotularse con la fecha de inicio de uso y no deberá permanecer en el área más de 7 días naturales (ni rebasar el 80% de capacidad, lo que suceda primero. Nota: pipetas de plástico rígidas y flexibles se envasan en bolsa roja.
Residuos patológicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Las muestras biológicas, previo a su estudio no se considerarán RPBI patológicos, se envasarán en bolsa transparente o blanca o bien en recipiente con formol, se les colocará una etiqueta o rótulo que especifique "MUESTRA BIOLÓGICA" adicional a la información que corresponda al paciente y estudio. • Los tejidos, partes, órganos, humanos que hayan sido incluidos en formol, y que se requiera desecharlos se envasan en bolsa amarilla (incineración).
En punzocortantes se incluirán:	<ul style="list-style-type: none"> • Agujas hipodérmicas tanto solas como con capuchón. • Jeringas con aguja únicamente cuando la aguja no pueda separarse de la jeringa porque la aguja se encuentra "fundida" a la jeringa, como ocurre en las jeringas para enoxaparina y algunas de insulina. • Dispositivos de seguridad que contengan agujas o navajas (solo la fracción punzocortante de estos) que se hayan usado en la atención de pacientes humanos o animales o sus muestras. • Vidrio cuando éste contenga material biológico, siempre y cuando su contenido no derrame (frascos con tapa.). Nota: Frascos y material de vidrio rotos con material biológico es un derrame (contingencia) atender como corresponde.





10.3 RETIRO DE BOLSAS ROJAS O AMARILLAS CON RPBI.



10.4 RETIRO DE RECIPIENTES RÍGIDOS CON RESIDUOS PUNZOCORTANTES.

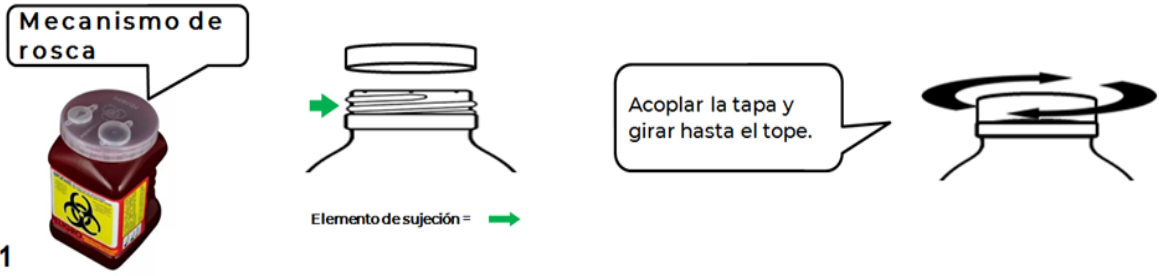


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		DR. EDUARDO LICEAGA
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

10.5 ENSAMBLADO DE RECIPIENTES RÍGIDOS PARA RESIDUOS PUNZOCORTANTES

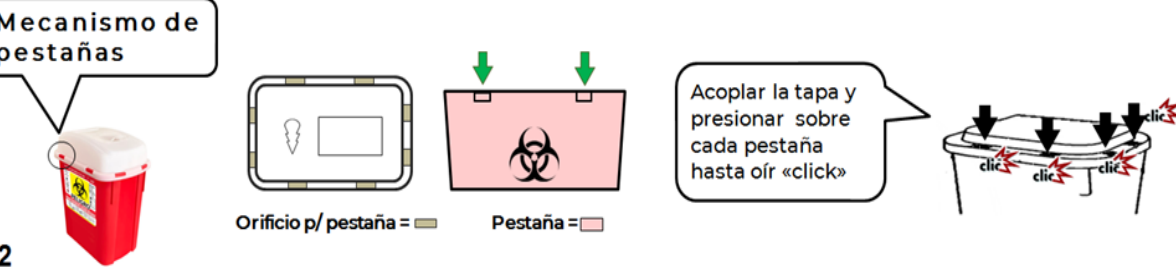
ENSAMBLADO DE RECIPIENTES RÍGIDOS

Mecanismo de rosca



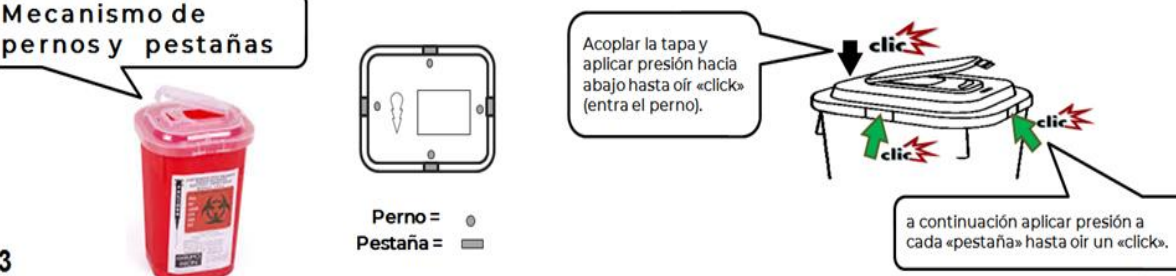
1

Mecanismo de pestañas



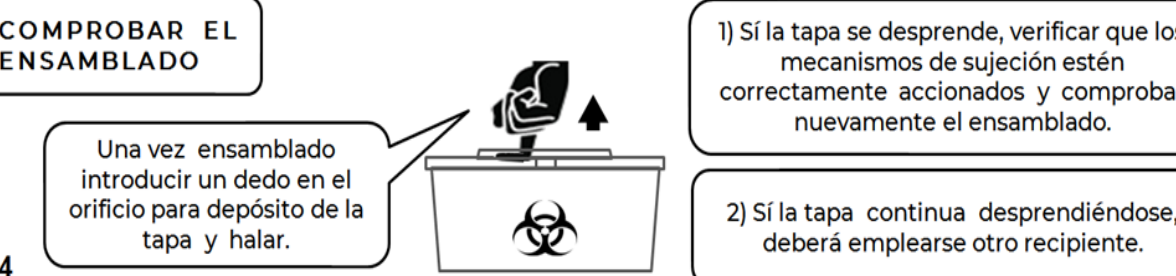
2

Mecanismo de pernos y pestañas



3

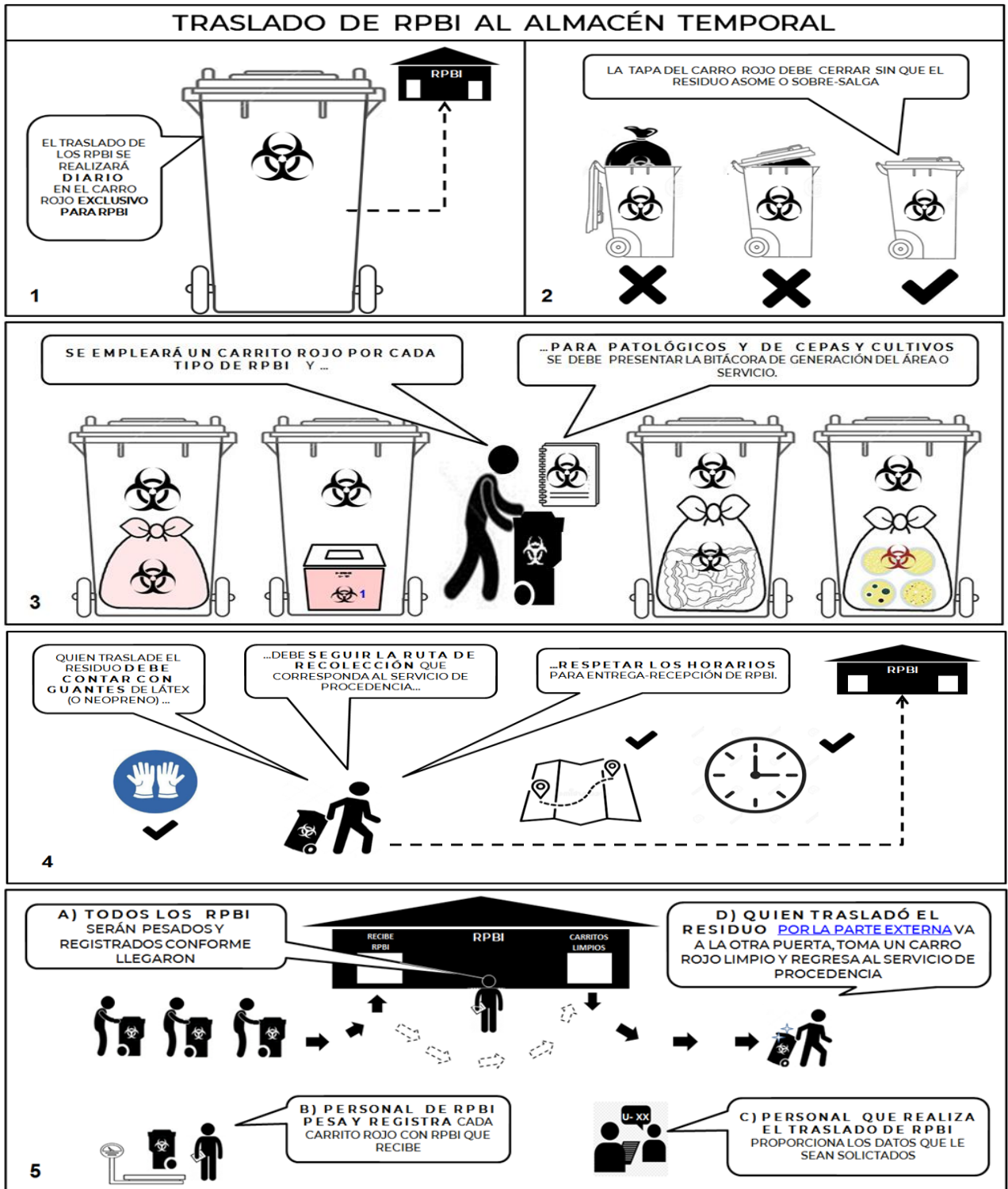
COMPROBAR EL ENSAMBLADO





4

<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA</p>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

10.6 TRASLADO DE RPBI HACIA EL ALMACÉN TEMPORAL DE RPBI.



 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

10.7 RUTAS DE RECOLECCIÓN (TRASLADO) DE RPBI.

El traslado de los RPBI de las unidades o servicios médicos se realizará a través de los pasillos principales, por ello quien realice el traslado de RPBI deberá ubicar la unidad o servicio médico de procedencia y seguir la ruta de recolección (traslado) que le corresponda. En el caso de que por mantenimiento, remodelación o construcción la ruta original se encontrará inhabilitada, se deberá ubicar la ruta de recolección (traslado) más cercana e integrarse a ella.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES

6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.





HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

Rev. 1

Hoja: 95



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 96

10.8 ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS CON RPBI.

10.8.1 MATERIAL Y EQUIPO PARA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS.

El material que a continuación se enlista se empleará en la recogida y envasado de los RPBI derramados y la limpieza y desinfección de la zona o área donde se presentó el derrame. Así mismo se dividirá en material para limpieza y kit para contingencias.

El material de limpieza se refiere al material con el cual el personal que realiza la limpieza rutinaria, y se le localizará en el séptico, cuarto de aseo o alguna otra área o espacio que sea asignado para su resguardo.

El material que integra el kit de contingencias se colocará dentro de una cubeta de plástico y quedará a resguardo del Delegado administrativo y los encargados de turno, cuando no sea posible destinar un lugar específico para el mismo.

En quirófano, terapia intensiva, neonatología, deberá existir un kit por área (salvo que éstas se comuniquen entre sí o compartan séptico).

Material para limpieza:	Kit para atención de contingencias de RPBI:
<ul style="list-style-type: none"> • Recogedor (1). • Jalador (1). • Escoba de plástico (1) • Cepillo de plástico (1) • Cubetas de plástico (2). • Jergas o mechudo (2) • Franelas (2) • Recipiente graduado para medir cloro (1) • Hipoclorito de sodio (6% o 13%) (1 litro como mínimo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolsas rojas del tamaño usualmente empleado en el área (2). • Recipiente (1 pieza) rígido para residuos punzocortantes de la capacidad usualmente empleada en el área. • Material absorbente (sanitas o papel en rollo (1 paquete o rollo) • Recipiente graduado para medir cloro (1) • Hipoclorito de sodio (6% o 13%) (1 litro como mínimo)



10.8.2 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

El equipo de protección personal para atención de contingencias consistirá de:

- Guantes de látex o neopreno
- Cubrebocas o mascarilla
- Goggles (cuando se trate de RPBI líquidos).
- Otros: bata, botas, gorro desechable, etc. que el área estipule

10.8.3 DILUCIONES DE HIPOCLORITO DE SODIO PARA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS

A la zona afectada por un derrame con RPBI se le considerará como un área crítica y la dilución de cloro que se emplee deberá corresponder a 5,000 partes por millón, tanto para atender la zona del derrame como para desinfectar el material empleado en la limpieza que vaya a continuar en uso.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		



HIPOCLORITO DE SODIO (CLORO COMERCIAL) A ADICIONAR POR CADA LITRO DE AGUA PARA OBTENER UNA CONCENTRACIÓN FINAL DE 5,000 PPM (DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL).	
Concentración del Hipoclorito de sodio a emplear	Volumen de hipoclorito de sodio a adicionar
4%	125 cc/L
6%	83 cc/L
7%	71 cc/L
13%	40 cc/L

cc= centímetros cúbicos. 1cc = 1 mL.

10.8.4 TÉCNICA DE ATENCIÓN DE DERRAMES CEN RPBI.


La presente técnica aplica a derrames de RPBI sólidos o líquidos que se presentan tanto en mesas, pisos, pasillos, etc., su aplicación corresponde al personal afanador y consiste de:

- Acudir al área portando uniforme de trabajo, guantes de látex y cubre bocas.
- Delimitar el área donde ocurrió el derrame (restricción de paso).
- Toma del kit para atención a contingencias y del material de limpieza, el material necesario para atender el derrame.
- Prepara en una cubeta una dilución de cloro a 5,000 partes por millón de cloro (83 ml de cloro al 6% por cada litro de agua) y en una segunda cubeta solo agua
- aplica sobre el área afectada la dilución de cloro y deja actuar por 20 minutos
- Sí el derrame involucra líquidos, colocar suficiente material absorbente (toallas de papel, jerga, etc.) sobre el mismo.
- Levantar el residuo (conjuntamente con el material absorbente utilizado) empleando recogedor y jalador y deposita en una bolsa roja.
- Sí el derrame involucra material punzocortante recoge con recogedor y jalador el residuo punzocortante y lo deposita en el recipiente rígido para residuos punzocortantes.
- Toma la tapa primaria del recipiente rígido, cierra los orificios para depósito, coloca y fija la tapa al recipiente donde se envasaron los RPBI del derrame.
- Traslada el recipiente rígido (que contiene los RPBI del derrame) al séptico y lo coloca a un lado del cesto o contenedor destinado a concentrar los RPBI del área o servicio.
- Trasladar los RPBI debidamente envasados (bolsa roja, sujetándola por el nudo, recipiente rígido sujetándolo por un asa y la base) al área donde se concentran los RPBI (generalmente el séptico o cuarto de aseo).
- Realizar un primer trapeado con jerga (o franela si se trata de algún mueble o muro) empleando solución de hipoclorito de sodio al 6% sobre el área donde se presentó el derrame.
- Realizar un segundo trapeado, con agua y la segunda jerga (o franela) y dejar secar.
- De ser necesario reponer y colocar el recipiente para envasado de RPBI que corresponda (bolsa roja o recipiente para punzocortantes)
- Retirar los materiales o avisos con los que se hubiera delimitado u obstruido el área del derrame.
- Trasladar los materiales empleados en la limpieza del derrame hacia el séptico o cuarto de aseo y desechar las soluciones con las que se realizó el trapeado.
- Lavar el material empleado en la recolección y limpieza del derrame que pueda reutilizarse (recogedor, cubeta, jerga, etc.) con agua y detergente.
- Enjuagar con una nueva solución de hipoclorito de sodio al 6%, retirar el exceso de agua y dejar secar.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

- Reorganiza el material (ya limpio y desinfectado) para limpieza.
- Realiza lavado de manos (con guantes) con agua y jabón.
- Realiza lavado de manos (sin guantes) con agua y jabón.
- Informa al Delegado, jefa de enfermeras, o encargado de turno sobre el material que tomó del kit para que sea repuesto.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		

10.9 ATENCIÓN DE ACCIDENTES CON RPBI.

En caso de probable exposición a cualquier material Biológico-Infeccioso mediante, salpicadura, punción o herida, se realizarán de inmediato las siguientes acciones:

- 1.- Suspender inmediatamente la actividad.
- 2.- Lavar con abundante agua y jabón (salpicaduras en mucosas emplear solo agua).
- 3.- De ser posible identificar la fuente (paciente) del objeto que causo el accidente.
- 4.- En caso de heridas que requieran atención médica, solicitarla en la unidad o servicio donde ocurrió el accidente o en su defecto acudir al servicio de Urgencias (U-401C).
- 5.- Reportar el accidente en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica U-204 (lunes a viernes, turnos matutino y vespertino y sábados, domingos y días festivos durante el día), dentro de las 24 horas siguientes de ocurrido el accidente.





Formatos:

10.10 BITÁCORA DE GENERACIÓN DE RPBI PATOLÓGICOS.

BITÁCORA DE GENERACIÓN DE RESIDUOS PATOLÓGICOS							
FECHA (1)	HORA (2)	No. DE PIEZAS RECIBIDAS (3)	ENVASE INDIVIDUAL (SI - NO) (4)	PESO (KG) (5)	AREA QUE ENTREGA (NOMBRE) (6)	ALMACEN RPBI RECIBE (NOMBRE) (7)	OBSERVACIONES (8)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		Hoja: 100

10.11 BITÁCORA DE GENERACIÓN DE CEPAS Y CULTIVOS.

BITÁCORA DE GENERACIÓN DE CEPAS Y CULTIVOS					
FECHA (1)	HORA (2)	PESO (KG) (5)	AREA QUE ENTREGA (NOMBRE) (6)	ALMACEN RPBI RECIBE (NOMBRE) (7)	OBSERVACIONES (8)

Instructivo.

La presente bitácora es un control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) Patológicos (o de Cepas y cultivos), que se generan en las áreas médicas del Hospital General de México cuando son entregados en el Almacén Temporal de RPBI, por lo tanto, no deberá mostrar tachaduras o enmendaduras. Los responsables del buen uso de la misma son el Jefe de servicio y el responsable del laboratorio o sección a la cual se asigne.

Se empleará un renglón para cada registro que se realice sin invadir renglones o columnas y el registro deberá ser a renglón seguido (no saltarse renglones).

Los aspectos que deben reportarse son:

- (1) **FECHA DE GENERACIÓN:** fecha en la cual el residuo es recibido en el almacén temporal de RPBI.
- (2) **HORA:** hora de recepción de los residuos en el almacén temporal de RPBI.
- (3) **No. DE PIEZAS RECIBIDAS:** este campo es exclusivo para placentas procedentes del servicio de Gineco-obstetricia y se refiere al número de piezas que se entregan y contabilizaron en presencia del encargado del almacén temporal de RPBI al momento de su entrega.
- (4) **ENVASE INDIVIDUAL (SI O NO):** este campo es exclusivo para placentas procedentes del servicio de Gineco-obstetricia y se refiere a que las placentas procedentes del servicio de Gineco-obstetricia, deben envasarse en forma individual en una bolsa transparente, esto para facilitar el control de las mismas, y ya para su concentración dentro del servicio, así como para el traslado al almacén temporal de RPBI deben depositarse en en una bolsa amarilla.
- (5) **PESO (KILOGRAMOS):** kilogramos de residuos recibidos
- (6) **ÁREA QUE ENTREGA (NOMBRE):** Nombre, claro, legible y sin abreviaciones de la persona que realiza la entrega de residuos en el almacén temporal de RPBI por parte de la unidad generadora.
- (7) **ALMACÉN RPBI RECIBE (NOMBRE):** Nombre, claro, legible y sin abreviaciones de la persona a cargo del almacén temporal de RPBI que realiza la recepción del residuo al personal de la unidad generadora.
- (8) **OBSERVACIONES:** comentarios sobre alguna desviación respecto a las condiciones de separación, o envasado, horario, etc. en que se recibe el residuo en el almacén temporal.

Nota: debido a que los campos 3 y 4 son exclusivos para el servicio de Gineco-obstetricia, en el formato para el resto de las áreas que generan residuos patológicos se prescindirá de ellos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		Hoja: 101

10.12 Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico infecciosos por servicio.

PERSONAL ASIGNANDO A RPBI EN CADA TURNO: 1		MATUTINO		VESPERTINO		VELADA		SDF-DÍA			
DÍA: L M M J V S D 2		FECHA: 3		PESO PROMEDIO CARRITO ROJO 14.00 KILOS							
U- DE PROCEDENCIA			ALMACEN TEMPORAL DE RPBI								
F I L A	SEC.	SERVICIO	CARRITO CON RPBI		PESO NETO		HORA	F I L A	CARRITOS LIMPIOS QUE ENTREGA	OBSERVACIONES Y/O IRREGULARIDADES:	U- DE PROCEDENCIA
			NUM. CTROL	NUM. CTROL	NO ANAT	PUNZO					
1	101		6	7	8	9	1	10	11	12	
2	101						2				
3	101						3				
4	101		KILOS	13			4				
5	102						5				
6	102						6				
7	102						7				
8	102		KILOS				8				
9	103						9				
10	103						10				
11	103						11				
12	103		KILOS				12				
13	104						13				
14	104						14				
15	104						15				
16	104		KILOS				16				
17	105						17				
18	105		KILOS				18				
19	105						19				
20	105						20				
21	105						21				
22	105		KILOS				22				
23	105						23				
24	105						24				
25	105						25				
26	105		KILOS				26				

Instructivo:



- PERSONAL ASIGNADO A RPBI EN CADA TURNO:** registrar el(los) nombre(s) del personal que cubre cada turno de la jornada laboral.
- DÍA:** tachar la letra del día de la semana que corresponda al día que se esté laborando.
- FECHA:** registrar la fecha que corresponda al día que se esté laborando.
- SEC.:** Número de sección (**en forma progresiva**) con la cual se identifica al servicio del cual procede o se entrega el carrito rojo.
- SERVICIO:** Nombre del servicio del cual procede o se entrega el carrito rojo para RPBI,
- CARRITO CON RPBI:** Número de control del carrito rojo que contiene RPBI.
- PESO NETO NO ANAT.** Peso del RPBI de tipo no anatómico (bolsa rojas) que contiene el carrito rojo (peso del carrito con el residuo menos el peso del carrito vacío). **Nota:** el peso del carrito vacío corresponderá al peso promedio de los diferentes carritos rojos con los que se realice el traslado de residuo.
- PESO NETO PUNZO.** Peso del RPBI de tipo punzocortantes que contiene el carrito rojo (peso del carrito con el residuo menos el peso del carrito vacío). **Nota:** el peso del carrito vacío corresponderá al peso promedio de los diferentes carritos rojos con los que se realice el traslado de residuo.
- HORA:** hora de recepción y en su caso de entrega del carrito rojo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	6. Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.		Hoja: 102



- 10) CARRITOS LIMPIOS QUE ENTREGA:** Número de control del carrito rojo limpio que entrega.
- 11) OBSERVACIONES, INCUMPLIMIENTOS Y/O IRREGULARIDADES:** en este espacio se especificarán los incumplimiento de los requisitos para el traslado, entrega y recepción de RPBI establecidos así como algunas otras irregularidades o aclaraciones que se presentaran con relación a la recepción, pesaje, mala actitud, etc.
- 12) NOMBRE Y NÚMERO DE EMPLEADO:** nombre y número de empleado del personal que realiza el traslado y entrega de carrito con RPBI o bien que solicita un carrito rojo limpio.
- 13) KILOS:** la suma de residuos no anatómicos y la de punzocortantes que se hubieran recibido durante el día.

Notas:

- a) El con la finalidad de dar mayor fluidez al registro se empleará el número de empleado en sustitución de la firma, porque el espacio no permite el registro del nombre con apellidos y la firma, datos que frecuentemente son ilegibles, y agiliza el registro en virtud de que no es necesario que quien realiza el traslado o solicita un carrito rojo deba escribir en el formato de control tache, raye, invada o se equivoque de renglón o “se tarde” escribiendo.
- b) Residuos que se hubieran recibido durante el día será conforme a los turnos del personal operativo de RPBI, es decir que iniciará a las 06:31 hrs y concluirá a las 06:30 del día siguiente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).	<u>DR. EDUARDO LICEAGA</u>	Hoja: 103

7. PROCEDIMIENTO PARA TRATAMIENTO EN SITIO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECTIOSOS LÍQUIDOS EN ÁREAS MÉDICAS (RPBI LÍQUIDOS).

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).		

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con instrumento que establezca los criterios para la identificación y tratamiento de los residuos peligrosos biológico-infeccioso (RPBI) en estado líquido, mismo que se realizará al interior de las áreas médicas que los generan, en apego a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-200, el cual a su vez coadyuve a reducir situaciones de riesgo al personal que interviene en su manejo.

2. ALCANCE.

2.1 A nivel interno: Departamento de Servicios Generales supervisa el correcto manejo de RPBI (sólidos y líquidos), las áreas médicas identifican, separan, envasan y tratan en sitio y trasladan RPBI.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales:

- Establecer y difundir la frecuencia y fechas para supervisión de manejo de RPBI (sólidos y líquidos) en las áreas de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o de investigación.
- Supervisar el registro realizado en la(s) bitácora(s) de tratamiento en sitio, de las unidades médicas que generan RPBI líquidos.



3.2 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermeras y Delegado (a) Administrativo (a) y en su caso, del área de Control de Calidad:

- Conocer y difundir entre el personal médico, paramédico y afanador, la información necesaria para llevar a cabo la adecuada identificación, separación, envasado y tratamiento en sitio de RPBI líquidos generados en las áreas médicas.
- Corregir las desviaciones o irregularidades detectadas por la revisión de la(s) bitácora(s) de tratamiento en sitio de RPBI líquidos.
- Informar a la Jefatura correspondiente con copia al Departamento de Servicios Generales, sobre las acciones realizadas para la corrección de las desviaciones o irregularidades detectadas por la revisión de la(s) bitácora(s) de tratamiento en sitio de RPBI líquidos.

3.3 Es responsabilidad del (la) Delegado (a) Administrativo (a) y en su caso del (la) Jefe (a) de Enfermeras, o del responsable de la unidad de apoyo al diagnóstico o investigación:

- Solicitar y distribuir el hipoclorito de sodio necesario para realizar el tratamiento en sitio de RPBI líquidos.
- Solicitar y distribuir los recipientes para realizar el tratamiento en sitio de los RPBI líquidos.
- Revisar que los recipientes empleados en el tratamiento en sitio de los RPBI líquidos se vacíen y laven en cada turno
- Reportar oportunamente la falta de insumos para tratamiento de RPBI líquidos que el personal a su cargo le hubiera reportado.

3.4 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Enfermeras y en su caso responsable de la unidad de apoyo al diagnóstico o investigación:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).		DR. EDUARDO LICEAGA

- Verificar que se registre diariamente y en su caso, por cada turno, la información correspondiente a la generación y tratamiento de RPBI líquidos.
- Verificar la existencia, buen estado y libre acceso a la(s) bitácora(s) de tratamiento en sitio de RPBI líquidos.

3.5 Es responsabilidad del personal médico, de enfermería, apoyo al diagnóstico, investigador y en formación:

- Portar el equipo de protección para el manejo de RPBI que como mínimo consistente de: uniforme de trabajo, guantes de látex y cubre-bocas así como de googles o lentes de protección cuando se trabaje con RPBI líquidos.
- Identificar, separar y envasar los RPBI que genera en forma inmediata a su obtención conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo especificado en los **anexos técnicos de los procedimientos 6 y 7 del Departamento de Servicios Generales.**
- No mezclar diferentes tipos de RPBI entre ellos, o con otros residuos peligrosos y/o con residuos no peligrosos.
- No desechar RPBI líquidos sin tratar.
- Usar adecuadamente los insumos para envasado y tratamiento de RPBI.
- No consumir alimentos dentro de las áreas de atención al paciente o sus muestras.
- Reportar la carencia de los insumos para envasado y tratamiento de RPBI líquidos al Delegado Administrativo, Jefa de Enfermeras o Encargado de Turno.

Nota: personal médico identifica RPBI líquidos, traslada al séptico e informa a enfermería de la existencia de los mismos

3.6 Es responsabilidad del personal de enfermería y en su caso del personal de apoyo al diagnóstico de áreas químico-biológicas:



- Realizar el tratamiento en sitio de los RPBI líquidos generados en su turno y área.
- Indicar al personal médico dónde y cómo depositar temporalmente el RPBI líquido que obtengan, para su posterior tratamiento.
- En áreas de terapia, neonatología y quirófanos el afanador podrá apoyar en el tratamiento, pero se le deberá indicar la cantidad de hipoclorito de sodio que deberá adicionar al RPBI líquido.
- Para bolsas con líquido de diálisis peritoneal se deberá hacer un corte a la bolsa, verter el contenido al recipiente de tratamiento y adicionar la cantidad de cloro que corresponda, no deberá haber bolsas con líquido de diálisis peritoneal en tratamiento o drenando.

3.7 Es responsabilidad del (la) Delegado (a) Administrativo (a) y a falta de éste de el (la) Jefe (a) de Enfermeras, o del (la) Jefe (a) de Servicio:


- Solicitar, distribuir y en su caso reponer oportunamente los insumos para envasado, tratamiento y atención de contingencias con RPBI.
- Solicitar y distribuir oportunamente los insumos para limpieza (técnica de doble cubo).
- Verificar diariamente que los RPBI líquidos, una vez tratados hayan sido vertidos al drenaje y el recipiente donde se realizó el tratamiento haya sido lavado.

3.8 Es responsabilidad del personal afanador:

- Portar el equipo de protección para el manejo de RPBI, consistente como mínimo de: uniforme de trabajo, guantes de látex y cubre-bocas así como de googles o lentes de protección cuando se trabaje con RPBI líquidos.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).		

- Manejar los RPBI conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo especificado en los **anexos técnicos de los procedimientos 6 y 7 del Departamento de Servicios Generales.**
- No mezclar diferentes tipos de RPBI entre ellos, o con otros residuos peligrosos y/o con residuos no peligrosos.
- Usar adecuadamente los insumos para tratamiento en sitio de RPBI.
- Reportar al Delegado Administrativo la carencia de los insumos para envasado, tratamiento y atención de contingencias con RPBI.
- Reportar la carencia de los insumos para limpieza.
- Verter los residuos líquidos (antes RPBI líquidos) al drenaje cuando se complete el tiempo establecido para el tratamiento.
- Lavar el o los recipientes que se hubieran empleado en el tratamiento en sitio de RPBI líquidos.

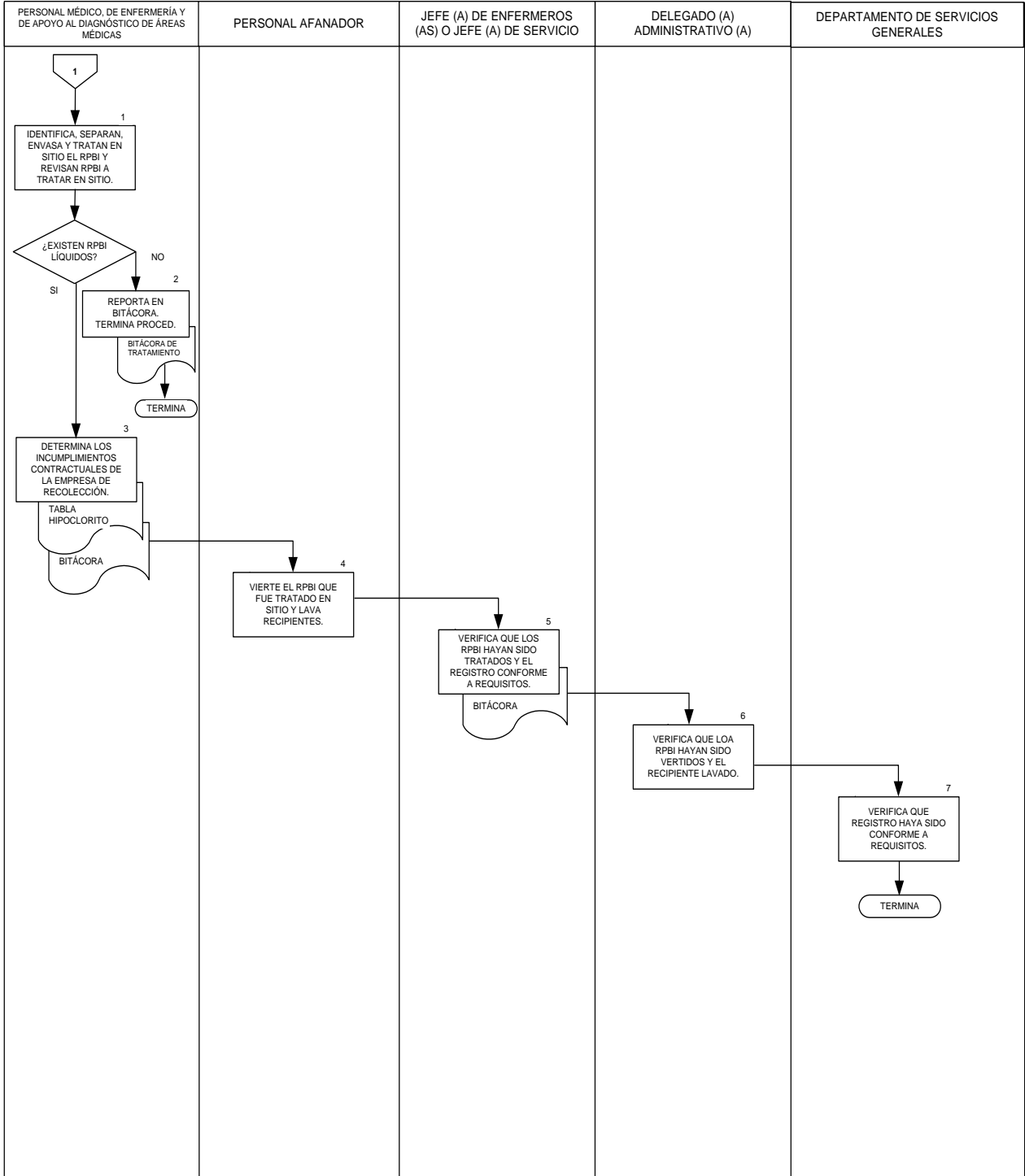
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).



Hoja: 107

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal médico, de enfermería y de apoyo al diagnóstico de áreas médicas.	1	Identifican, separan, envasan y tratan en sitio de los RPBI (sólidos y líquidos) conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1 y demás requisitos establecidos en los procedimientos 6 y 7 del Departamento de Servicios Generales. y revisa si existen RPBI líquidos que deban tratarse en sitio	
		¿Existen RPBI líquidos?	
	2	No: Reporta en la Bitácora de tratamiento de RPBI líquidos y termina procedimiento.	• Bitácora de tratamiento
	3	Si: Trata y registra los RPBI líquidos conforme a los criterios establecidos.	• Tabla: Hipoclorito de sodio a adicionar. • Bitácora de tratamiento.
Personal afanador.	4	Vierte el drenaje el RPBI que fue tratado en sitio y lava los recipientes empleados en el tratamiento.	
Jefe (a) de Enfermeros (as) o Jefe (a) de Servicio.	5	Verifica que los RPBI líquidos generados hayan sido tratados y que el registro de generación y tratamiento de RPBI líquidos, sea conforme a los requisitos de tratamiento y registro establecidos.	• Bitácora de tratamiento
Delegado (a) Administrativo (a)	6	Verifica que los RPBI líquidos, una vez tratados hayan sido vertidos al drenaje y el recipiente donde se realizó el tratamiento haya sido lavado.	
Departamento de Servicios Generales	7	Verifica que el que el registro de generación y tratamiento de RPBI líquidos sea conforme a los requisitos de tratamiento y registro establecidos conforme al procedimiento de supervisión, establecido en el procedimiento 8 del Departamento de Servicios Generales.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 109

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.2 Guía para la aplicación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Departamento de Servicios Generales.	No aplica

7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
7.1 Bitácora de generación de RPBI líquidos	1 año	Departamento de Servicios Generales

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 AFANADOR: personal que lleva a cabo las actividades de limpieza (rutinaria y exhaustiva) en todas y cada una de las áreas que conforman los servicios médicos, quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, el cual entre otras funciones recolecta, retira y traslada los diferentes tipos de residuos no peligrosos así como los RPBI a los depósitos o almacenes temporales correspondientes.

8.2 ÁREAS MÉDICAS: unidades o servicios de atención médica, apoyo al diagnóstico y/o investigación del Hospital General de México.

8.3 FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO: sangre, líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido céfalo-raquídeo, líquido peritoneal.



8.4 MANEJO: Conjunto de operaciones que incluyen el almacenamiento, recolección, transporte, alojamiento, re-uso, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos.

8.5 MANEJO INTERNO DE RPBI: las actividades de identificación, separación, envasado, tratamiento, recolección al interior de las unidades o servicios médicos, traslado y almacenamiento temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.

8.6 PERSONAL GENERADOR: aquel que brinda la atención médica directa al paciente o sus muestras, así como investigador y que como producto de esta actividad produce u obtiene residuos peligrosos biológico-infecciosos.

8.7 RESIDUO NO PELIGROSO: El material, producto o subproducto que sin ser considerado como peligroso, se descarte o deseche y que sea susceptible de ser aprovechado o requiera sujetarse a métodos de tratamiento o disposición final.

8.8 RESIDUO PELIGROSO: Todos aquellos residuos en cualquier estado físico que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico-infecciosas representen un peligro para el equilibrio ecológico y el ambiente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).		DR. EDUARDO LICEAGA

8.9 RESIDUO PELIGROSO BIOLÓGICO-INFECCIOSO: El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de infección o cuando contiene toxinas producidas por microorganismos que causen efectos nocivos a los seres vivos y el ambiente.

8.10 RPBI.- Abreviación de Residuo Peligroso Biológico-Infecioso.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se reestructuró el Procedimiento.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Tabla: Hipoclorito de sodio (cloro comercial) a adicionar a un volumen conocido de RPBI líquido para lograr su desinfección.



10.2 Bitácora de tratamiento en sitio de RPBI líquidos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 111

10.1 TABLA: HIPOCLORITO DE SODIO (CLORO COMERCIAL) A ADICIONAR A UN VOLUMEN CONOCIDO DE RPBI LÍQUIDO PARA LOGRAR SU DESINFECCIÓN.

HIPOCLORITO DE SODIO (CLORO COMERCIAL) A ADICIONAR A UN VOLUMEN CONOCIDO DE RPBI LÍQUIDO PARA LOGRAR SU DESINFECCIÓN DE ACUERDO CON SU CONCENTRACIÓN.				
VOLUMEN (ml) DE RPBI A DESINFECTAR	VOLUMEN (ml) A ADICIONAR DE CLORO COMERCIAL			
	4%	5%	6%	7%
10	2	1	1	1
50	8	6	5	4
100	16	12	10	8
150	23	18	15	13
200	31	24	20	17
250	39	31	25	21
500	78	61	50	42
750	117	92	75	64
1,000	156	122	100	85
1,250	196	153	125	106
1,500	235	183	150	127
1,750	274	214	175	148
2,000	313	244	200	170
2,250	352	275	225	191
2,500	391	305	250	212
2,750	430	336	275	233
3,000	469	366	300	254
3,250	508	397	325	276
3,500	547	427	350	297
3,750	587	458	375	318
4,000	626	488	400	339
4,250	665	519	425	360
4,500	704	549	450	382
4,750	743	580	475	403
5,000	782	610	500	424

Cálculos basados en la NOM-003-SSA2/1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (D. O. F. lun 18/Jul/94). Realizó: Q. F. I. FERNANDO GARISOANI VILLARREAL CED. PROF. 395567

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).		
			Hoja: 112

10.2 BITÁCORA DE TRATAMIENTO EN SITIO DE RPBI LÍQUIDOS.

BITÁCORA DE TRATAMIENTO EN SITIO DE RPBI LÍQUIDOS						FOLIO:
FECHA DE GENERACION	BIOLÓGICO-INFECCIOSOS GENERADOS		TRATAMIENTO EMPLEADO	DESTINO DEL RESIDUO	GENERADOR	OBSERVACIONES
	SANGRE (ML)	PATOLÓGICOS (ML)	VOL (ML)- CLORO -CONC (%)		NOMBRE	
1	2	3	4	5	6	7

Instructivo:

BITÁCORA DE TRATAMIENTO EN SITIO DE RPBI LÍQUIDOS

La presente bitácora **ES UN CONTROL DIARIO**, aun cuando no hubiera generación, de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) líquidos obtenidos en las áreas médicas y de laboratorio del Hospital General de México.

Se recomienda que el registro sea en quirófanos por sala, en terapia por cama y en el resto de las áreas por procedimiento, no obstante también deberá cumplirse con los siguientes criterios:

En **hospitalización, terapia y urgencias** el registro deberá ser por cada turno y deberá existir un registro de generación (o falta de la misma) como mínimo **por cada turno**.



En **quirófanos y laboratorios**, el registro será de forma diaria pudiendo hacerlo por cada procedimiento o uno solo registro por todo el día, en cuyo caso deberá corresponder al total de RPBI líquidos generados y tratados durante 24 horas. **Nota:** la opción de realizar un solo registro por día puede aplicarse a hospitalización siempre y cuando el registro sea realizado **exclusivamente por la jefa de enfermeras** o su suplente cuando ella se ausente, en virtud de que la jefa tomaría la responsabilidad por lo que registra.

Los responsables del buen uso y conservación de esta bitácora son: el personal de enfermería y el de apoyo al diagnóstico del área o servicio médico que genere RPBI líquidos.

Para el registro de la información enfermería empleará el color de tinta que habitualmente destina para cada turno (azul, verde y rojo para matutino, vespertino y velada, respectivamente), para laboratorios se empleará tinta azul o negra pudiendo a su elección emplear los mismos colores que enfermería para los diferentes turnos. Así mismo se deberá emplear un renglón por cada registro que se realice, pudiendo existir numerosos registros del mismo turno, no se deberán invadir columnas y no deberán emplearse comillas para sustituir ningún tipo de información previa.

Los aspectos o rubros que deben reportarse son:

(1) **FECHA DE GENERACIÓN:** fecha en la cual el residuo va a ser desechado,

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	7. Procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos).		Hoja: 113

(2) **SANGRE:** la cantidad en litros o mililitros que se obtienen de sangre, sus componentes, células progenitoras y hematopoyéticas, debiendo especificar la unidad de medida utilizada. Adicionalmente en este grupo se incluirán los RPBI líquidos que por su alto contenido de sangre presentan una coloración predominantemente roja.

(3) **PATOLÓGICO:** la cantidad en litros o mililitros que se obtienen de todo tipo de secreción, excreción, lavado, aspirado, diálisis, muestra biológica, etc., que contenga fluidos corporales de alto riesgo



(4) **TRATAMIENTO:** cloración, con hipoclorito de sodio, de acuerdo con la tabla anexa, agregar después de cuantificar los RPBI líquidos, dejar actuar por una hora y verter a la tarja. Adicionalmente en esta columna deberá especificarse la cantidad (ml) del cloro que se empleó en el tratamiento así como la concentración a la cual se encontraba, por ejemplo 1,000 ml de sangre se trataron con: **100 ml cloro al 6%.**

(5) **DESTINO:** Drenaje, para los RPBI líquidos que se hubieran tratado en sitio con cloro, o almacenamiento, en cuyo caso el RPBI líquido debe envasarse en un recipiente de plástico con tapa hermética color rojo o amarillo según corresponda a sangre o patológicos, respectivamente.



(6) **NOMBRE Y FIRMA O RÚBRICA DEL GENERADOR:** Nombre, claro, legible y sin abreviaciones del personal generador (enfermería y apoyo al diagnóstico) responsable del tratamiento.

(7) **OBSERVACIONES:** las razones por las cuales no se llevó a efecto la cloración de RPBI líquidos.

NOTAS: Las bitácoras de tratamiento en sitio de RPBI líquidos, una vez completadas (llenas), deberán entregarse al Departamento de Servicios Generales a través de la supervisión de RPBI, para su resguardo.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.		

8. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS (SUPERVISIÓN-RPBI) EN ÁREAS MÉDICAS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 115

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los criterios para supervisar la identificación, separación, envasado y entrega al almacén temporal de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) que las áreas de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o de investigación realizan, con la finalidad de poder evaluar el grado de cumplimiento a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 que el Hospital General de México O.D tiene sobre éstos rubros.

2. ALCANCE.

2.1 A nivel interno: Departamento de Servicios Generales supervisa el correcto manejo de RPBI (sólidos y líquidos), las áreas médicas identifican, separan, envasan, tratan en sitio y trasladan RPBI.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.



3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermeras, Delegado (a) Administrativo (a) y en su caso del área de Control de Calidad:

- Conocer y difundir entre el personal médico, de enfermería, de apoyo al diagnóstico, afanador y de limpieza que apoye en la unidad o servicio, la información necesaria y actualizada para llevar a cabo la adecuada identificación, separación, envasado, tratamiento en sitio de RPBI líquidos, recolección interna y traslado de RPBI hacia el Almacén Temporal.
- El jefe(a) y subjefe(a) de servicio, jefa(e) o subjefa(e) de enfermeras, enfermera responsable de área y el coordinador de control de calidad (cuando aplique), serán los posibles representantes titulares por parte del personal generador, y el delegado Administrativo así como los coordinadores administrativos (cuando aplique) serán los titulares del personal recolector (limpieza, recolección y traslado de residuos.)
- Los titulares del personal generador y del recolector deberán acompañar al Supervisor de RPBI durante todo el recorrido de supervisión que se realice a la unidad o servicio de atención médica, debiendo estar presente al menos un titular sea del personal generador o recolector y un suplente del personal faltante como requisito indispensable para la realización de la supervisión. **Es decir que para poder realizar la supervisión deben estar representadas las dos áreas (generadora y de recolección) y de al menos una estar el titular.**
- Corregir las desviaciones o irregularidades detectadas durante la visita de supervisión de manejo de RPBI a las áreas médicas.
- Informar a la Subdirección de enfermería, Coordinación de Delegados y Dirección médica correspondiente, **con copia al Departamento de Servicios Generales**, sobre las acciones realizadas para la corrección de las desviaciones o irregularidades detectadas durante la visita de supervisión de manejo de RPBI y/o de reportes de irregularidades detectadas durante la recepción-entrega de RPBI.

3.2 Es responsabilidad del personal médico, de enfermería, apoyo al diagnóstico, de investigación y afanador:

- Portar el equipo de protección para el manejo de RPBI consistente de: uniforme de trabajo, guantes de látex y cubre bocas, googles o lentes de protección cuando se trabaje con RPBI líquidos.
- Identificar, separar y envasar los RPBI que genera en forma inmediata a su obtención conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo especificado en los **anexos técnicos de los procedimientos 6, 7 y 10 del Departamento de Servicios Generales.**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.		

- No mezclar diferentes tipos de RPBI entre ellos, o con otros residuos peligrosos y/o con residuos no peligrosos.
- No desechar RPBI líquidos sin tratar.
- Usar adecuadamente los insumos para envasado y tratamiento de RPBI.
- No consumir alimentos dentro de las áreas de atención al paciente o sus muestras.
- Reportar la carencia de los insumos para envasado y tratamiento de RPBI líquidos al Delegado Administrativo, Jefa de Enfermeras o Encargado de Turno.

3.3 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales:



- Informar sobre las fechas programadas para realización de la supervisión de manejo de RPBI (se especificará fecha de visita para el primer mes y para el segundo no) al jefe de servicio de cada unidad médica susceptible de ser supervisada.
- Informar al jefe de servicio sobre los resultados de la supervisión realizada.
- Informar a la Dirección de Recursos Materiales y Conservación, Direcciones Médicas, Subdirección de enfermería, Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, y demás áreas que considere conveniente, sobre las irregularidades detectadas durante las supervisiones de manejo de RPBI.

3.4 Es responsabilidad del Encargado (a) de RPBI:

- Elaborar el programa bimestral de supervisión de RBPI Coordinar la supervisión de manejo de RPBI en las áreas médicas.
- Coordinar al personal supervisor de RPBI.
- Determinar el nivel de cumplimiento a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, y los procedimientos de manejo de RPBI del propio Hospital, por parte de la unidad o servicio supervisado.

3.5 Es responsabilidad del Supervisor de RPBI:


- Portar el equipo de protección personal para la supervisión de RPBI consistente de bata de trabajo y cubre-bocas más el equipo adicional que las áreas estipulen para el ingreso (bata, uniforme quirúrgico, gorro, etc.)
- Portar su identificación en un lugar visible (salvo en áreas blancas) durante su estancia en las unidades médicas.
- Realizar la revisión visual de existencia, uso y ubicación de insumos para envasado y tratamiento en sitio de RPBI,
- Solicitar la presencia de los representantes de las áreas generadora y de recolección, de al menos una debe estar el titular.
- Revisión visual de la identificación, separación, envasado y recolección de los RPBI y RNP efectuado en las áreas médicas de conformidad con la NOM-087-SEMARNAT-SSA1 y los requisitos de manejo establecidos en los procedimientos 6, 7, 8, 9, 10 y 11 del Departamento de servicios Generales.
- Comunicar verbalmente a quienes le acompañen en la visita de supervisión las irregularidades detectadas, llevar un registro de lo observado y permitir al personal que acompañe la visita de supervisión tomar una foto digital* del formato de supervisión una vez concluido el recorrido.
- Realizar la revisión de la información contenida en la(s) bitácora(s) de tratamiento en sitio de RPBI líquidos, de acuerdo con los requisitos de manejo establecidos en el procedimiento 7 del Departamento de Servicios Generales.
- Realizar la revisión de la información contenida en la(s) bitácora(s) de generación de RPBI cepas y cultivos y RPBI patológicos, de acuerdo con los requisitos de manejo establecidos en los procedimientos 6 y 9 del Departamento de Servicios Generales.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.		

- Elaborar los informes de supervisión de las unidades médicas supervisadas.
- No consumir alimentos dentro de las áreas de atención al paciente o sus muestras.
- Apoyar en la entrega de los informes escritos de supervisión e informe de irregularidades de manejo de RPBI.
- Apoyar en la recepción y/o entrega de RPBI en el almacén temporal de RPBI, cuando así fuera requerido.

Notas:

- a) Cuando la supervisión requiriera la presencia del delegado en dos áreas al mismo tiempo, tendrá prioridad su presencia en quirófano y terapia y para la siguiente visita acompañará el recorrido en el resto de las áreas, por lo que podrá designar a otra persona que lo represente para el resto de áreas que se revisen, así mismo en caso de que el día de la visita el Delegado no pueda estar presente por previos compromisos de trabajo, vacaciones o licencia médica, se aceptará que su auxiliar (secretaría(o), o encargado de turno) lo represente.
- b) Cuando por falta de la debida representación por parte del personal del servicio no se pueda llevar a efecto la supervisión, siempre que la carga de trabajo lo permita se programará una nueva fecha para realizar la visita de supervisión.
- c) La foto digital podrá ser sustituida por una copia fotostática o imagen escaneada siempre y cuando se pueda obtener dentro del mismo servicio supervisado.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.

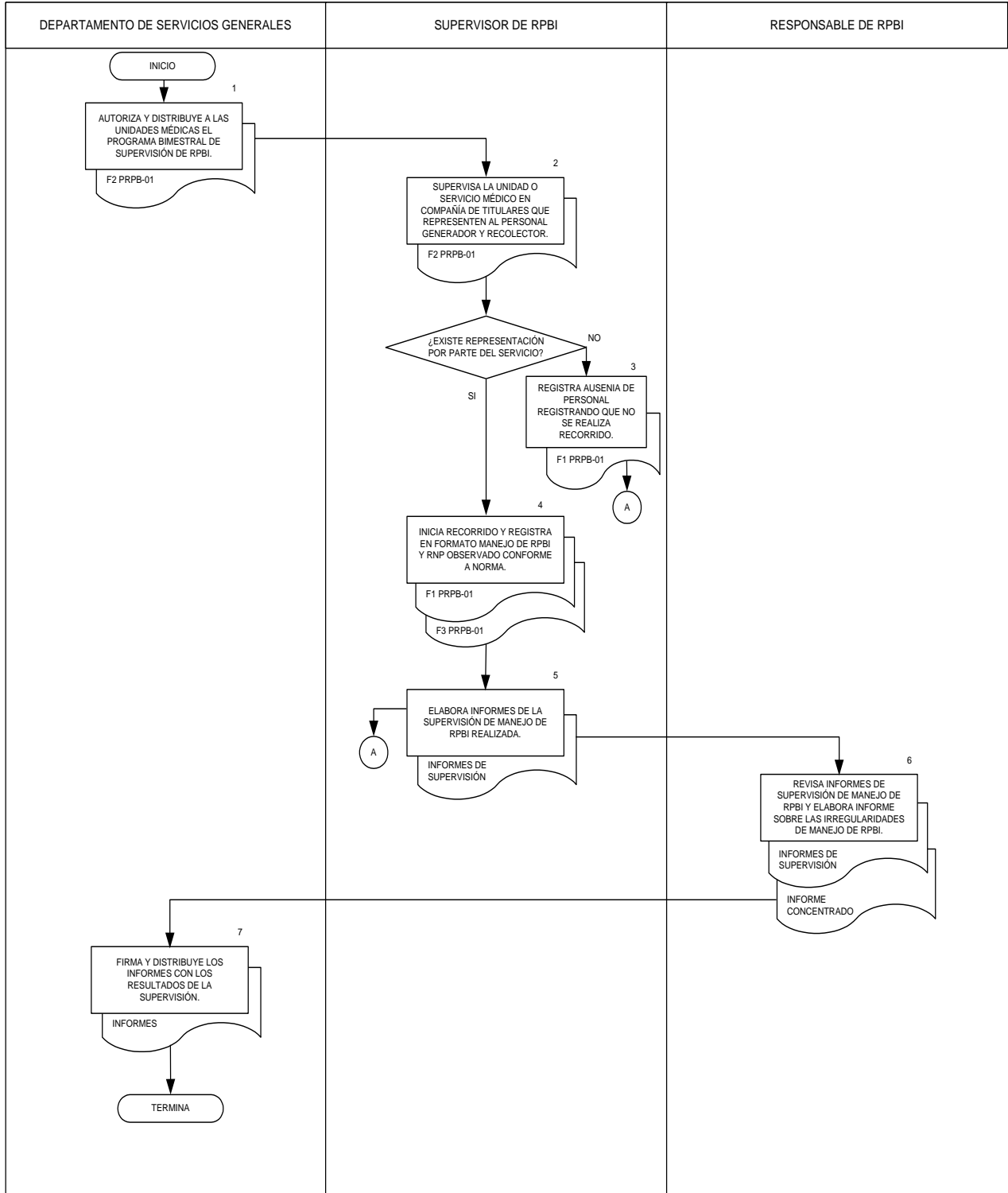
Hoja: 118



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales	1	Autoriza y distribuye a las unidades médicas el F2 PRPB-01 Programa Bimestral de Supervisión de RPBI.	<ul style="list-style-type: none"> F2 PRPB-01
Supervisor de RPBI	2	Supervisa la unidad o servicio médico, de acuerdo con el F2 PRPB-01, Programa Bimestral de Supervisión de RPBI en compañía de los titulares de la unidad o servicio médico que representen al personal generador y recolector.	<ul style="list-style-type: none"> F2 PRPB-01
	3	¿Para el recorrido por parte de la unidad o servicio médico están los representantes titulares del personal generador y el recolector (o un titular y un suplente)? No: Registra ausencia de personal en el F1 PRPB-01, Hoja de Supervisión Rutinaria de RPBI Sólidos que por la falta del acompañamiento establecido no se realiza el recorrido de supervisión y continua actividad 5.	<ul style="list-style-type: none"> F1 PRPB-01
	4	Si: Inicia recorrido de supervisión , registra el manejo de los RPBI y RNP observado conforme a la NOM-087-SEMARNAT.SSA1-2002 y los procedimientos 6, 7, 8, 9, 10 y 11 del Departamento de servicios Generales, en el F1 PRPB-01, Hoja de Supervisión Rutinaria de RPBI Sólidos, F3 PRPB-01, Hoja de Supervisión Rutinaria de Bitácora de Tratamiento en Sitio de RPBI Líquidos .	<ul style="list-style-type: none"> F2 PRPB-01 F3 PRPB-01
	5	Elabora con base a lo registrado en los formatos F2 PRPB-01 y F3 PRPB-01 los informes de la supervisión de manejo de RPBI realizada, correspondiente a cada unidad o servicio supervisado.	<ul style="list-style-type: none"> Informes de supervisión.
Responsable de RPBI	6	Revisa informes de supervisión de manejo de RPBI y complementa con las irregularidades detectadas durante la recepción de RPBI en el almacén temporal de RPBI correspondientes al mes supervisado y elabora el informe concentrado de irregularidades de manejo de RPBI detectadas en las diferentes unidades médicas supervisadas.	<ul style="list-style-type: none"> Informes de supervisión. Informe concentrado.
Departamento de Servicios Generales	7	Firma y distribuye los informes con los resultados de la supervisión. TERMINA.	<ul style="list-style-type: none"> Informes.



5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 120

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General Para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.	No aplica
6.2 Reglamento de la Ley General Para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.	No aplica
6.3 Ley de Residuos Sólidos del D. F.	No aplica
6.4 Reglamento de la Ley de Residuos Sólidos del D. F.	No aplica
6.5 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.6 Guía para la aplicación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	No aplica
6.7 NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	No aplica
6.8 NOM-006-SSA3-2012, Para la práctica de la anestesiología.	No aplica
6.9 NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.	No aplica
6.10 NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	No aplica
6.11 NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.	No aplica
6.12 NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.	No aplica
6.13 NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.	No aplica
6.14 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No aplica
6.15 Manual de Procedimientos del Departamento de Servicios Generales.	No aplica

7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
7.1 Hoja de Supervisión Rutinaria de RPBI Sólidos	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.2 Programa Bimestral de Supervisión de RPBI	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.3 Hoja de Supervisión Rutinaria de Bitácora de Tratamiento en Sitio de RPBI Líquidos.	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.4 Resultados de supervisión de RPBI (de cada unidad médica supervisada)	1 año	Unidad Médica supervisada
7.5 Informe de irregularidades de manejo de RPBI	1 año	Direcciones: Médicas, de Recursos Materiales y Conservación y Subdirección de Enfermería.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 121

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 AFANADOR (A): personal que lleva a cabo las actividades de limpieza (rutinaria y exhaustiva) en todas y cada una de las áreas que conforman los servicios médicos, quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, el cual entre otras funciones recolecta, retira y traslada los diferentes tipos de residuos no peligrosos así como los RPBI a los depósitos o almacenes temporales correspondientes.

8.2 ÁREAS MÉDICAS: Unidades o Servicios de atención médica, apoyo al diagnóstico y/o investigación del Hospital General de México susceptibles de generar RPBI.

8.3 DELEGADO (A) ADMINISTRATIVO (A): personal con funciones de delegado administrativo o responsable de coordinar al personal afanador **DEVUELVE:** Entrega física de un documento al responsable del documento en cuestión, debiendo dejar constancia por escrito del hecho.

8.4 MANEJO: conjunto de operaciones que incluyen la identificación, separación, envasado, almacenamiento, acopio, recolección, transportación, tratamiento y disposición final de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos de acuerdo con los requisitos establecidos en la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

8.5 PERSONAL GENERADOR: aquel que brinda la atención médica directa al paciente o sus muestras, así como investigador y que como producto de esta actividad produce u obtiene residuos peligrosos biológico-infecciosos.

8.6 RESIDUO NO PELIGROSO: El material, producto o subproducto que sin ser considerado como peligroso, se descarte o deseche y que sea susceptible de ser aprovechado o requiera sujetarse a métodos de tratamiento o disposición final.

8.7 RESIDUO ORGÁNICO: Todo residuo sólido no peligroso biodegradable

8.8 RNP: Abreviación de Residuo No Peligroso.

8.9 RPBI: Abreviación de Residuos Peligrosos Biológico-Infeccioso

8.10 RPBI LÍQUIDO: Residuos Peligrosos Biológico Infeccioso en estado líquido.

8.11 RPBI SÓLIDO: Residuos Peligrosos Biológico Infeccioso en estado sólido

8.12 RUBRO: Título de una cosa.

8.13 SOLICITUD: Petición verbal o escrita.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se reestructuró el Procedimiento.




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de supervisión rutinaria de RPBI sólidos.

10. 2 Programa bimestral de supervisión.

10.3 Hoja de supervisión rutinaria de bitácora de tratamiento en sitio de RPBI líquidos.



10.4 Incumplimientos o irregularidades durante en el traslado, entrega-recepción, pesaje o almacenamiento de RPBI.

18 CLAVES Y NIVELES DE INCUMPLIMIENTOS				
CLAVES DE IRREGULARIDADES:	NIVEL INC.	CLAVES:	CLAVES:	
1 FALTA DE ENVASES PARA ENVASADO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS	m	INC	INCUMPLIMIENTO	
2 FALTA DE MATERIAL DE LIMPIEZA (POR CADA ELEMENTO)	m	✓	SIN IRREGULARIDAD	
3 ENVASES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS REBASANDO EL 80% DE CAPACIDAD	m	x	NO CUMPLE CON EL REQUISITO	
4 PERSONAL CUMPLIENDO CON ALIMENTOS EN ÁREAS MÉDICAS Y ENVASES DE ALIMENTOS	m			
5 RESIDUO BIOLÓGICO EN EL RESIDUO NO PELIGROSO	M	SP	SIN PROCEDIMIENTO, ÁREA VACÍA O SIN PACIENTE	
6 DIFERENTES TIPOS DE RESIDUOS NO PELIGROSOS EN EL MISMO ENVASE (ORGÁNICOS, INORGÁNICOS, VIRIBO, CARTÓN, MANEJOS ESPECIAL)	m	*	USO OCASIONAL	
7 CESTOS PARA PAÑALES SIN TAPA Y O RÓTULOS Y O PAÑALES NO PELIGROSOS EN SALAS O PASILLOS DE HOSPITALIZACIÓN	p	o tipo	CLORO PARA TRAT. EN SITIO DE RPBI LIQUIDOS	
8 NOTABLE SUCIEDAD (MUGRE) EN CESTOS, MOBILIARIO, PISOS O MUROS	m			
9 ABANDONO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS EN SALAS, PASILLOS O MOBILIARIO NO AUTORIZADO	m		CESTO PARA PAÑALES CON TAPA	
10 FALTA DE INSUMOS PARA ENVASADO Y/O TRATAMIENTO DE RPBI O USO INADECUADO DEL INSUMO	M			
11 FALTA DE MATERIAL DE ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS (POR ELEMENTO)	m		RECIPIENTE PARA TRAT. DE RPBI LIQUIDOS	
12 RESIDUO NO PELIGROSO O PILAS EN EL RESIDUO BIOLÓGICO (POR RESIDUO)	m			
13 RPBI ENVASADOS EN EL RECIPIENTE PARA RPBI SÓLIDOS	m	⊗	RECIPIENTE DE RESUSO P/ RPBI NO ANATOMICOS	
14 FALTA DE ENVASADO DE RPBI, EL RESIDUO SOBRESALE DEL ENVASE, ENVASES DE RPBI REBASANDO EL 80% DE CAPACIDAD O CARRO ROJO REBAJA EL 10% DE CAPACIDAD	M	%	REBAJA EL PORCENTAJE DE ENVASADO	
15 DERRAMES DE RPBI EN CESTOS, MOBILIARIOS, PISOS O MUROS	M			
16 TRABAJO DE REUTILIZACIÓN DE ENVASES CON RPBI (COMO RESIDUO AGRANEL EN EL CESTO O CONTENEDOR PARA CONCENTRAR RPBI)	m		PILAS	
17 DIFERENTES TIPOS DE RPBI EN EL MISMO ENVASE O POR RESIDUO	m	A G	AGUJA	
18 BOLSAS ROJAS CON RPBI EN LOS PASILLOS, PASILLOS, SEPTICO O MOBILIARIO NO AUTORIZADO PARA PORTAR BOLSAS ROJAS	m	A MP	AMPULAS	
19 BOLSAS CON RPBI SIN ANURAS	m	EMP	EMPAQUES	
20 CESTOS PARA CONCENTRACION DE RPBI EN PASILLOS SIN TAPA	m	TO	TORUNDAS	
21 RECIPIENTE PARA RPBI PUNZO CORTANTES MAL ARMADO, MAL CERRADOS SIN TAPA SECUNDARIA / SIN TAPA LOS ORIFICIOS PARA DESPESITADO (RETRABAJO)	m	VE	VENOCLESIS	
22 RECIPIENTE PARA RPBI PUNZO CORTANTES SIN RÓTULOS (SERVICIO Y/O FECHA DE INICIO DE USO)	m	JSA	JERINGAS S/ AGUJA	
23 FALTA DE ENVASES PARA ENVASADO DE PILAS	m	JCS	JERINGAS C/ SANGRE	
24 EL RECIPIENTE PARA CONCENTRAR PILAS NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS	m	JCA	JERINGA C/ AGUJA	
25 EL RECIPIENTE PARA CONCENTRAR PILAS NO SE UBICA EN LA DELEGACIÓN ADMINISTRATIVA	m	JCSA	JERINGA C/ SANGRE Y AGUJA	
26 PRESENCIA DE PILAS SIN LOS POLOS CUBIERTOS	m			
27 PRESENCIA DE RESIDUOS NO PELIGROSOS EN EL RECIPIENTE PARA CONCENTRAR PILAS	m			
28 PRESENCIA DE RPBI EN EL RECIPIENTE PARA CONCENTRAR PILAS	M			
29 RECIPIENTE PARA PILAS REBASANDO EL 80% DE CAPACIDAD Y/O NO ENTREGA PILAS AL PERSONAL DE RPBI CORRECTAMENTE	m	RE	RESIDUOS ESPECIALES	
30 TRABAJO DE RPBI HACIA EL ALMACÉN TEMPORAL SIN EL CARRO ROJO EXCLUSIVO PARA RPBI	m	ML	ARTÍCULOS DEL MATERIAL PARA LIMPIEZA	
31 NO RESPETAR LA CAPACIDAD DE CONTENCIÓN DEL CARRO ROJO	M			
32 MEZCLAR RESIDUOS NO PELIGROSOS CON RPBI DURANTE EL TRASLADO AL ALMACÉN TEMPORAL DE RPBI	m	Kit	ARTÍCULOS QUE INTEGRAN EL KIT PARA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS	
33 ENVASADO INCORRECTO DE RPBI (TIPO DE ENVASE Y EL RESIDUO SALE O SOBRESALE DEL ENVASE) DURANTE EL TRASLADO AL ALMACÉN TEMPORAL DE RPBI	M			
34 NO SE RESPETA LA SEPARACIÓN (TIPO DE RESIDUO) Y EL ORDEN (ACOMODO) ESTABLECIDO PARA TRASLADO DE RPBI	p			
35 LOS RESIDUOS NO FUERON ENTREGADOS PESADOS Y REGISTRADOS CONFORME A LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA LA ENTREGA DE RPBI AL ALMACÉN TEMPORAL (POR DÍA DE TRABAJO A ENTREGA)	m	BR	BOLSA ROJA	
36 MAYOR INCUMPLIMIENTO A LA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, CON ALTA POSIBILIDAD DE PRODUCIR UN ACCIDENTE, CONTAGIO O SANCIÓN ADMINISTRATIVA.	M	PZ	PUNZO CORTANTES	
37 MENOR INCUMPLIMIENTO A LA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, ALGUNA OTRA NOM. LEY DE RESIDUOS SÓLIDOS, COND. GRALES. RETRABAJO O POLÍTICA INTERNA CONCLUYENTE PARA EL PROCESO DE MANEJO Y SUPERVISIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS	m	BA	BOLSA AMARILLA	
38 POLÍTICA DE MANEJO INTERNO: INSTRUCCIÓN DIRIGIDA A DAR O AUMENTAR EL ORDEN, SEGURIDAD Y/O LIIDEZA LOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO Y SUPERVISIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS	P	VI	VIDRIO	
		N.A.	NO APLICABLE	
			ENVASES TOTALES = TOTAL DE PUNTAJE A OBTENER	

RESULTADOS: U - SUPERVISIÓN DE RPBI SÓLIDOS									
RUBRO	RE	ML	KIT	BR	PZ	BA	VI	INC	TOTALES
ENVASES TOTALES									25
No. INCUMPL. RPBI mayores (x2)									21
No. INCUMPL. RPBI menores (x1)									22
No. INCUMPL. Política Int. (x0.5)									23
PUNTAJE OBTENIDO									26
% DE CUMPLIMIENTO DE RPBI SÓLIDOS									27



SUPERVISIÓN RPBI-LIQUIDOS						ENTREGA DE RPBI AL ALMACÉN TEMPORAL				
AREA:	%	REQUISITOS EVALUADOS:	DIAS EVALUADOS:	TOTAL ESPERADO:	INC	TOTAL				
		FECHA S DE REPORTES								
		No. INCUMPL. MAYORES (x2)								
		No. INCUMPL. menores (x1)								
		No. Política Interna (x0.5)								
		PUNTAJE OBTENIDO								
		% DE CUMPLIMIENTO								

41 TABLA RESUMEN DE % DE CUMPLIMIENTO A LA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002			
RPBI SÓLIDOS	RPBI LIQUIDOS	ENTREGA RPBI EN ALMACÉN	% CUMPLIMIENTO GLOBAL
			42

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 124



Instructivo.



- (1) **UNIDAD MÉDICA:** sección y nombre de la unidad o servicio médico que se supervisa.
- (2) **FECHA:** Fecha en la cual se realiza la supervisión.
- (3) **ÁREA/SECCIÓN:** área o sección de la unidad médica que se esté revisando.
- (4) **ESPECIALES:** existencia de recipientes que en el área visitada deban emplear bolsa transparente para el envasado de residuos no peligrosos de manejo especial.
- (5) **IRREGULARIDADES:** las irregularidades que se detecten respecto a la existencia, uso del insumo para envasado del residuo así como de la separación y recolección observada empleando para ello las claves y abreviaciones establecidas en cada caso correspondan.
- (6) **RPBI (BOLSAS):** existencia de recipientes que en el área visitada deban emplear bolsa roja para envasado de RPBI.
- (7) **PUNZOCORTANTES:** existencia de recipientes que en el área visitada deban emplearse para el depósito de RPBI punzocortantes.
- (8) **RÓTULOS:** fecha de inicio de uso y servicio en el que se emplea el recipiente para residuos punzocortantes.
- (9) **VIDRIO:** existencia de recipientes que en el área visitada deban emplearse para el depósito de vidrio.
- (10) **ENV.:** total de envases con los que debe contar la unidad o servicio, únicamente se descuentan los que correspondan a áreas que no se encuentren en uso.
- (11) **INC.:** total de incumplimientos detectados.
- (12) **ML:** total de artículos que integran el material para limpieza.
- (13) **KIT:** Total de artículos que integran el material para atención de contingencias
- (14) **NOTAS:** Espacio para especificar casos particulares de irregularidades, aclaraciones o comentarios, tanto por parte del supervisor como de alguno de las personas que acompañaron la visita de supervisión.
- (15) **NOMBRE Y FIRMA DE QUIENES ACOMPAÑARON LA VISITA:** jefa de enfermeras y delegado administrativo o la(s) persona(s) que lo(s) hubiera(n) suplido.
- (16) **SUPERVISOR:** nombre y firma del personal supervisor de RPBI.
- (17) **TOMA FOTO DIGITAL DEL FORMATO DE SUPERVISIÓN:** nombre y firma de la persona que una vez concluida la visita de supervisión toma foto digital del presente formato.
- (18) **CLAVES Y NIVELES DE INCUMPLIMIENTOS:** significado de las claves, abreviaciones, simbología, y niveles de incumplimientos.
- (19) **SUPERVISIÓN DE RPBI SÓLIDOS (RUBRO):** Los diferentes tipos de envases (para residuos) artículos o elementos que deben existir y que se revisaron durante la supervisión
- (20) **ENVASES TOTALES:** suma del total de cada tipo de envases, artículos o elementos que deben existir. Este número representa el total de puntos a obtener en el manejo de RPBI sólidos.
- (21) **No. DE INCUMPLIMIENTOS MAYORES (X2):** total de incumplimientos mayores, obtenidos para cada tipo de envase, artículo o elemento revisado, éste tipo de incumplimientos se penalizará con dos puntos.
- (22) **No. DE INCUMPLIMIENTOS MENORES (X1):** total de incumplimientos considerados como menores, obtenidos para cada tipo de envase, artículo o elemento revisado, este tipo de incumplimientos se penalizará con un punto
- (23) **No. DE INCUMPLIMIENTOS POLÍTICAS (X0.5):** total de incumplimientos asociados a una política de manejo interno, obtenidos para cada tipo de envase, artículo o elemento revisado, mismos que se penalizarán con 0.5 puntos.
- (24) **INC:** suma de los incumplimientos que se hubieran obtenido por cada tipo de nivel de incumplimiento (antes de aplicar su valor de penalización).
- (25) **TOTALES:** suma del total de envases, artículos, o elementos y de los incumplimientos que se hubieran obtenido en cada tipo de envase (después de aplicar su valor de penalización)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 125

- (26) **PUNTAJE OBTENIDO:** producto de restar al número de envases totales el total de incumplimientos (ya aplicada la penalización correspondiente).
- (27) **% DE CUMPLIMIENTO DE RPBI SÓLIDOS:** producto de la división de los rubros puntaje obtenido /envases totales X 100.
- (28) **SUPERVISIÓN RPBI LÍQUIDOS:** se registrará cada área y su porcentaje de cumplimiento obtenido por la revisión documental realizada conforme al procedimiento para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos)
- (29) **CUMPLIMIENTO RPBI LIQUIDOS:** promedio de cumplimiento del total de bitácoras del servicio revisadas.
- (30) **ENTREGA DE RPBI AL ALMACEN (REQUISITOS EVALUADOS):** total de requisitos evaluados durante el traslado y recepción de RPBI al almacén temporal de RPBI, conforme al procedimiento 9 del Departamento de servicios Generales.
- (31) **DÍAS EVALUADOS:** días del periodo (mes) evaluado.
- (32) **TOTAL ESPERADO:** producto de la multiplicación de los requisitos evaluados por los días evaluados. Esta cantidad corresponderá al total de puntos a obtener.
- (33) **FECHAS DE REPORTE:** fechas en las que se emitieron reportes por incumplimientos al procedimiento de recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).
- (34) **No. DE INCUMPLIMIENTOS MAYORES (X2):** total de incumplimientos mayores, este tipo de incumplimientos se penalizará con dos puntos.
- (35) **No. DE INCUMPLIMIENTOS MENORES (X1):** total de incumplimientos considerados como menores, este tipo de incumplimientos se penalizará con un punto
- (36) **No. DE INCUMPLIMIENTOS POLÍTICAS (X0.5):** total de incumplimientos asociados a una política de manejo interno, mismos que se penalizarán con 0.5 puntos.
- (37) **INC:** suma de los incumplimientos que se hubieran obtenido por cada tipo de nivel de incumplimiento (antes de aplicar su valor de penalización).
- (38) **TOTALES:** suma del total de incumplimientos que se hubieran obtenido por cada nivel de incumplimiento (después de aplicar su valor de penalización)
- (39) **PUNTAJE OBTENIDO:** producto de restar al total esperado el total de incumplimientos (ya aplicada la penalización correspondiente).
- (40) **% DE CUMPLIMIENTO POR ENTREGA DE RPBI AL ALMACEN TEMPORAL:** producto de la división de los rubros puntaje obtenido/total esperado X 100.
- (41) **TABLA RESUMEN DE % DE CUMPLIMIENTO:** valores (%) obtenidos previamente para cada rubro en los incisos 27, 29 y 40
- (42) **CUMPLIMIENTO GOBLAL:** promedio de los porcentajes de cumplimiento de manejo de los diferentes tipos de RPBI y entrega de los mismos al almacén temporal.

10.3 HOJA DE SUPERVISIÓN RUTINARIA DE BITÁCORA DE TRATAMIENTO EN SITIO DE RPBI LÍQUIDOS

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D. Subdirección de Servicios Generales y Nutrición Departamento de Servicios Generales	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	
HOJA DE SUPERVISIÓN RUTINARIA DE BITÁCORA DE TRATAMIENTO EN SITIO DE RPBI LÍQUIDOS				
UNIDAD MÉDICA:	1			
ÁREA:	2			
FECHA DE SUPERVISIÓN:	3	FECHA ÚLTIMA SUPERVISIÓN:	4	
SUPERVISOR:	5			
	NOMBRE	FIRMA		
PERIODO	6	SANGRE (LITROS)	7	PATOLÓGICOS (LITROS)
			8	
INCUMPLIMIENTOS DETECTADOS	9	CLAVE	DÍAS	
PERIODO				
INCUMPLIMIENTOS DETECTADOS	9	CLAVE	DÍAS	
CLAVES Y NIVELES DE INCUMPLIMIENTO				
MAYOR: (INCUMPLIMIENTO A LA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, ALTA POSIBILIDAD DE PRODUCIR UN ACCIDENTE, CONTAGIO O SANCIÓN ADMINISTRATIVA.)				10
MENOR: INCUMPLIMIENTO A LA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, ALGUNA OTRA NOM, LEY DE RESIDUOS SÓLIDOS, COND. GRALES. DE TRABAJO, O POLÍTICA INTERNA CONCLUYENTE PARA EL PROCESO DE MANEJO O SUPERVISIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS.				m
POLÍTICA DE MANEJO INTERNO: INSTRUCCIÓN DIRIGIDA A DAR O AUMENTAR EL ORDEN, SEGURIDAD Y/O FLUIDEZ A LOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO Y SUPERVISIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS				P
IC=INVADEN COLUMNAS Y/O REGLONES	P	SP = SIN RESPETAR LA PROPORCIÓN DE CLORO ESTABLECIDA P/ TRATAMIENTO.		M
FC = FALTA DE CLORO Y NO SE REALIZA TRAT.	M	SR = SIN REGISTRO EN TODO EL DÍA		M
NR = NO ESPECIFICA A QUIEN REPORTA LA FALTA DE CLORO.	P	SRT = SIN REGISTRO EN EL TURNO		m
RE = REGISTRO EN LA COLUMNA EQUIVOCADA	P	SV = SIN ESPECIFICAR EL VOLUMEN GENERADO O ES ILEGIBLE		M
SC = SIN CANTIDAD DE CLORO EMPLEADO EN EL TRATAMIENTO O ES ILEGIBLE	M	EXT = EXTRA VIDA BITÁCORA (SIN REGISTRO X CADA DÍA SIN INFORMACIÓN)		M
SE = SIN CONCENTRACIÓN DEL CLORO EMPLEADO	m	OTROS, EXISTE LA INFORMACIÓN, CON ERRORES DE ORDEN, TÉRMINOS, ETC.		P
SN = SIN NOMBRE DEL GENERADOR O ES RESULTA ILEGIBLE	m			
PERIODO EVALUADO (DÍAS) = PUNTAJE A OBTENER				
RECIBE BITÁCORA	11	12	RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN DE RPBI LÍQUIDOS	
			PERIODO EVALUADO (DÍAS)	13
			No. INCUMPL. MAYORES (x2)	14
			No. INCUMPL. menores (x1)	15
			No. INCUMPL. POLÍTICA (x0.5)	16
			PUNTAJE OBTENIDO	17
			% DE CUMPLIMIENTO	18
				19
FECHA Y NOMBRE .				
F3 PRPB-01 Rev.1				



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	8. Procedimiento para supervisión de residuos peligrosos biológico-infecciosos (Supervisión RPBI) en áreas médicas.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 128

Instructivo:



- (1) **UNIDAD MÉDICA:** sección y nombre de la unidad o servicio médico que se supervisa.
- (2) **ÁREA:** área o sección a la cual pertenece la Bitácora de tratamiento en sitio de RPBI líquidos que se revisa.
- (3) **FECHA DE SUPERVISIÓN:** Fecha en la cual se está realizando la revisión (actual).
- (4) **FECHA ÚLTIMA SUPERVISIÓN:** Fecha en la cual se realizó la anterior revisión.
- (5) **SUPERVISOR:** nombre y firma de la persona que realiza la revisión.
- (6) **PERÍODO:** mes (concluido este) que se revisa y del cual se va a obtener la generación
- (7) **SANGRE:** cantidad en litros de sangre en estado líquido que se haya generado (mes concluido)
- (8) **PATOLÓGICO:** cantidad en litros de fluidos corporales de alto riesgo que se hayan generado (mes concluido).
- (9) **INCUMPLIMIENTOS:** las irregularidades que se detecten en la información registrada con base al instructivo de llenado de la bitácora de tratamiento en sitio de RPBI líquidos, debiendo especificar la clave de la irregularidad y los días en que se presentó.
- (10) **CLAVES Y NIVELES DE INCUMPLIMIENTOS:** claves y abreviaturas con las que se hace referencia al incumplimiento o irregularidad detectada.
- (11) **RECIBE BITÁCORA:** fecha y nombre de la persona (preferentemente de enfermería) a la cual se le entrega la Bitácora de tratamiento en sitio de RPBI líquidos una vez revisada.
- (12) **PERÍODO EVALUADO (DÍAS):** total de días transcurridos desde la última revisión hasta la actual, este número corresponderá al total de puntos a obtener.
- (13) **INC: suma de los incumplimientos que se hubieran obtenido (antes de aplicar su valor de penalización)**
- (14) **No. INCUMP. MAYOR (X2):** total de incumplimientos considerados como mayores conforme al procedimiento de tratamiento en sitio de RPBI líquidos, este tipo de incumplimientos se penalizará con dos puntos.
- (15) **No. INCUMP. MENOR (X1):** total de incumplimientos considerados como menores conforme al procedimiento de tratamiento en sitio de RPBI líquidos, este tipo de incumplimientos se penalizarán n con un punto.
- (16) **No. INCUMP. POLÍTICA (X0.5):** total de incumplimientos considerados como políticas de manejo conforme al procedimiento de tratamiento en sitio de RPBI líquidos, este tipo de incumplimientos se penalizarán con 0.5 puntos.
- (17) **TOTALES:** incumplimientos que se hubieran obtenido (después de aplicar su valor de penalización)
- (18) **PUNTAJE OBTENIDO:** producto de restar al periodo evaluado el total de incumplimientos (ya aplicada la penalización).
- (19) **% DE CUMPLIMIENTO:** producto de la división de los rubros puntaje obtenido/periodo evaluado X 100.

10.4 INCUMPLIMIENTOS O IRREGULARIDADES DURANTE EN EL TRASLADO, ENTREGA-RECEPCIÓN, PESAJE O ALMACENAMIENTO DE RPBI.

Básicamente consistirá de un control, de formato abierto en el cual se indiquen los incumplimientos por servicio que se hayan registrado en el **Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico infecciosos por servicio**, que realiza el personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI correspondientes al mes en el cual se realiza la supervisión y de existir, algún reporte adicional relacionado con irregularidades de manejo inadecuado de RPBI correspondientes a traslado, entrega-recepción, pesaje o almacenamiento.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>

9. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO TEMPORAL Y ENTREGA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS (RPBI).

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los criterios para la recepción de los residuos peligrosos biológico-infecciosos procedentes de las áreas de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o de investigación, así como para la entrega de los RPBI almacenados a la empresa de recolección, en los horarios establecidos y en apego a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Departamento de Servicios Generales opera el Almacén temporal de RPBI y supervisa el correcto manejo de RPBI (sólidos y líquidos), las áreas médicas identifican, separan, envasan, tratan en sitio y trasladan RPBI y la empresa que recolecta los RPBI almacenados.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales:

- Establecer y difundir los horarios y requisitos para la recepción de residuos peligrosos biológico-infecciosos en el Almacén temporal de RPBI.
- Supervisar el manejo de RPBI, de las unidades médicas que generan RPBI.
- Enviar el reporte generado en la supervisión del manejo de los RPBI de las unidades médicas informar a las Direcciones Médicas correspondientes, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Delegados Administrativos y Unidad de Calidad y Seguridad de Atención Médica.
- Informar a las áreas médicas los incumplimientos detectados durante alguna etapa de manejo de los RPBI.



3.2 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermera, Delegado (a) Administrativo (a) y en caso que aplique al personal de Control de Calidad, solicitar y programar la capacitación al personal en materia de RPBI, al área correspondiente.

3.3 Es responsabilidad del personal generador de áreas médicas capacitarse para la correcta identificación, separación desinfección, envasado y traslado de los RPBI.

3.4 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermeras, Delegado (a) Administrativo (a) y en caso que aplique el personal de Control de Calidad, supervisar la correcta identificación, separación, envasado, desinfección y traslado de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).

3.5 Es responsabilidad del personal médico, de enfermería, de apoyo al diagnóstico y del personal en formación

- Identificar, separar y envasar los RPBI que genera en forma inmediata a su obtención conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, y el Procedimiento 6 del Departamento de Servicios Generales
- No mezclar diferentes tipos de RPBI entre ellos, o con otros residuos peligrosos y/o con residuos no peligrosos.
- No desechar RPBI líquidos sin tratar.
- Usar adecuadamente los insumos para envasado y tratamiento de RPBI.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 131

3.6 Es responsabilidad del Delegado Administrativo:

- Programar al personal afanador para la capacitación en la recolección traslado y entrega de los RPBI
- Supervisar el manejo interno de limpieza, recolección, atención de contingencias y traslado de los RPBI y de residuos sólidos no peligrosos.
- Verificar que el traslado de los RPBI lo realice el personal afanador antes del término de su jornada laboral en el contenedor (carrito rojo) exclusivo para RPBI dentro de los horarios para ello establecidos por almacén temporal de los RPBI.
- Identificar el tipo, tamaño de insumo para RPBI de acuerdo con la generación de las áreas del servicio a su cargo.
- Verificar que el traslado de los RPBI se realice diariamente en el contenedor con ruedas color rojo (carrito rojo) exclusivo para RPBI dentro de los horarios para ello establecidos



3.7 Es responsabilidad del personal afanador:

- Conocer e identificar la ruta para el traslado y entrega al almacén temporal de los RPBI, que corresponda al servicio de procedencia.
- **Portar guantes rojos y cubrebocas** para la recolección, manejo interno.
- **Portar guantes rojos** para el traslado de los RPBI.
- Realizar recolecciones en las áreas todas las veces que sea necesario durante su jornada laboral no permitiendo que las bolsas rojas se llenen a más del 80% de su capacidad.
- **No transvasar, mezclar y/o compactar las bolsas de RPBI.**
- **No reutilizar los recipientes rígidos o bolsas destinados para el envasado de RPBI.**
- No mezclar residuos peligrosos con residuos no peligrosos.
- No mezclar diferentes tipos de RPBI durante la recolección y/o traslado
- Realizar **el traslado diario** de los RPBI con la frecuencia que se requiera (mínimo una vez por 24 hrs.)
- Realizar el traslado de RPBI en el contenedor (carrito rojo) exclusivo para RPBI sin que este rebase su capacidad de carga, (la tapa debe cerrar)
- Seguir la ruta de recolección (traslado) que corresponda a la unidad o servicio médico de donde procedan los RPBI, conforme al procedimiento 6 del departamento de Servicios.
- **Deberá trasladar los RPBI por separado es decir en contenedores (carrito rojo) diferentes uno por cada tipo de RPBI.**
- Deberá Proporcionar la información requerida en la bitácora de registro del almacén temporal de los RPBI.

NOTA: Para **residuos patológicos** la frecuencia de traslado mínima será de 1 vez por semana siempre y cuando el residuo se haya mantenido en refrigeración.

3.8 Es responsabilidad del (la) Encargado (a) de RPBI:


- Elaborar el programa bimestral de supervisión de RBPI
- Coordinar al personal supervisor de RPBI.
- Determinar el nivel de cumplimiento de acuerdo con el instrumento establecido por el área responsable de RPBI. Con base a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, y los procedimientos de manejo de RPBI del propio Hospital, por parte de la unidad o servicio supervisado.
- Determinar los incumplimientos contractuales por parte de la empresa de Recolección.
- Verificar la limpieza del almacén temporal de RPBI y áreas que lo conforman e integrar la información en la bitácora de registro de limpieza.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 132

3.9 Es responsabilidad del personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI;

- Portar el equipo de protección personal para el manejo de RPBI consistente de: pantalón y camiseta de algodón, botas de cuero uso industrial, guantes de látex, cubre bocas de triple capa, así como googles y/o careta.
- Permanecer en el almacén temporal de RPBI durante su turno, pudiendo ausentarse en los horarios establecidos para consumo de alimentos y aseo personal.
- Informar al responsable de RPBI y en ausencia de éste(a) al Jefe del Departamento de Servicios Generales o encargado de turno del Departamento de Servicios Generales cuando requiriera ausentarse del área por situaciones no previstas
- Vigilar que el traslado de los RPBI de las unidades médicas hacia el Almacén Temporal de RPBI, se realice en los contenedores rojos (carritos rojos) y reportar aquellos casos que no cumplan con esta política.
- Recibir, pesar y registrar los datos requeridos en la bitácora de control (servicio, No. de control del contenedor carro rojo, peso neto de no anatómico y del punzocortante, hora en que se entrega
- Identificar, reportar pesar y registrar en la bitácora de control los carritos rojos con RPBI que hayan sido “abandonados” y no entregados al almacén temporal.
- Registrar el peso en la bitácora de generación de RPBI patológicos, cepas y cultivos.
- Conocer y aplicar el procedimiento para lavado y desinfección de los contenedores (carritos rojos).
- Realizar la limpieza de las áreas en responsabilidad conforme a la distribución de actividades establecidas.
- Conocer y aplicar el presente procedimiento denominado 9.- Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).
- Entregar los RPBI almacenados a la empresa de recolección para ello contratada.
- Revisar y Registra en el Comprobante de recolección de residuos peligrosos biológico-infecciosos la información correspondiente al vehículo, personal y equipamiento al arribo del vehículo y demás rubros aplicables a la empresa durante la recolección (entrega) de RPBI.
- Verificar y validar el correcto pesaje de cada contenedor con RPBI recolectado por la empresa de recolección.
- Firmar los documentos de recolección de RPBI
- Reportar cualquier irregularidad detectada en el arribo, recepción, almacenamiento y/o entrega de RPBI al responsable de RPBI y en ausencia de éste(a) al Jefe del Departamento de Servicios Generales o encargado de turno del Departamento de Servicios Generales. Lavar y desinfectar los carritos rojos que desocupe en su turno (después de la entrega de residuos a la empresa de recolección).
- Reportar el funcionamiento de los contenedores (carritos Rojos) para su reparación.


Nota: las áreas con una generación ocasional y/o muy baja de RPBI (no más de una bolsa roja mediana 50 x 65 cm o un recipiente con punzocortante de 1.4 litros) podrán destinar una cubeta de plástico para el traslado de los RPBI hacia el almacén temporal, esta cubeta deberá contar con rútilo que indique que es exclusiva para RPBI, así mismo el lavado y desinfección de la cubeta será responsabilidad del área generadora.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).

Hoja: 133

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

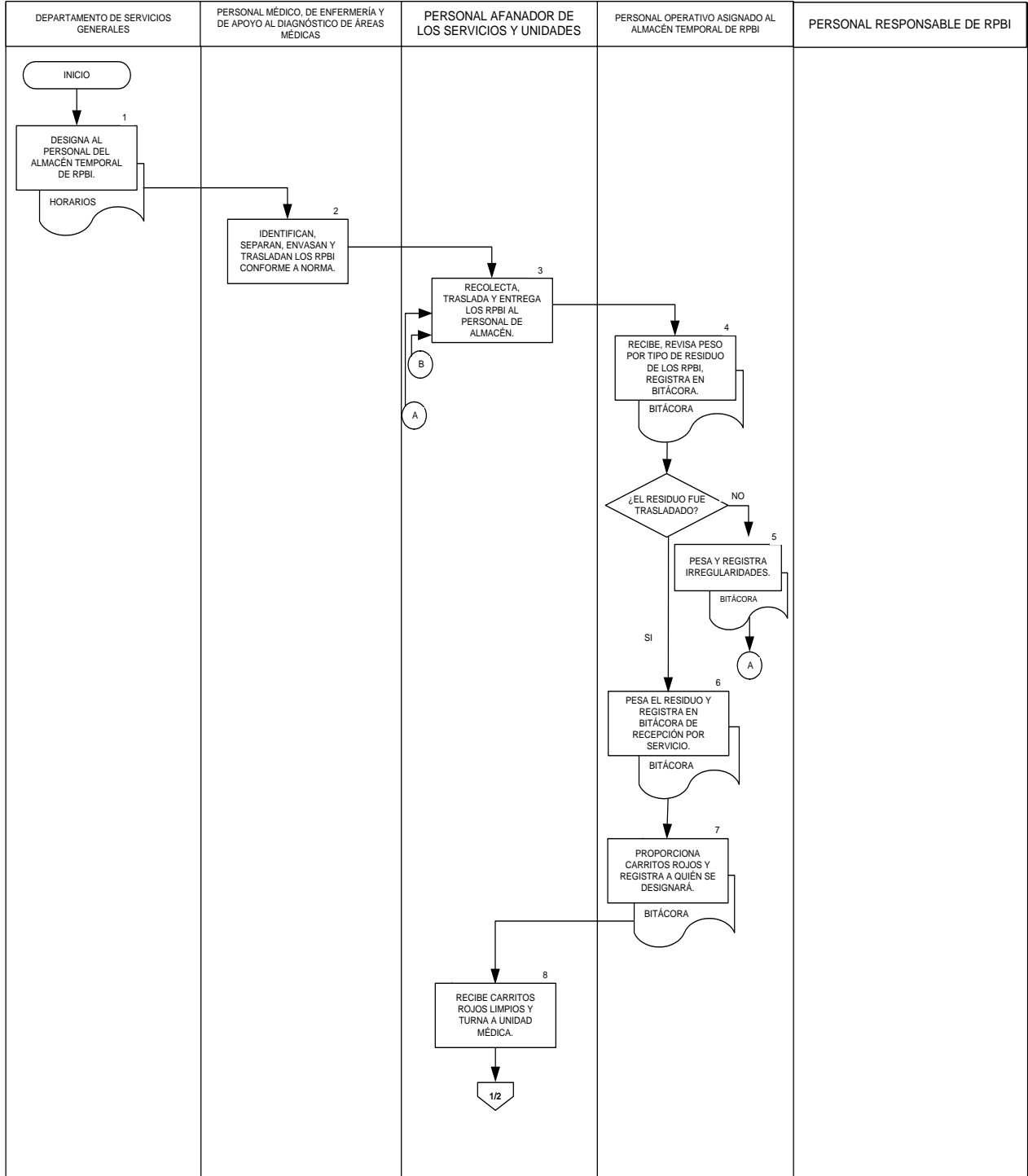
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales.	1	Designa al personal del almacén temporal de RPBI y establece los horarios para la recepción de RPBI.	• Horarios
Personal médico, de enfermería y de apoyo al diagnóstico de áreas médicas.	2	Identifican, separan, envasan y trasladan los RPBI conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1 y demás requisitos establecidos en el Procedimiento 6 del Departamento de Servicios Generales.	
Personal afanador de los Servicios y Unidades.	3	Recolecta, traslada y entrega los RPBI al personal del almacén temporal de RPBI	
Personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI.	4	Recibe y registra el peso por tipo de residuo que contenga cada contenedor (carrito rojo) con RPBI en la bitácora. ¿El residuo fue trasladado, entregado y pesado conforme a los requisitos establecidos para el traslado y recepción de RPBI?	• Bitácora de Control Diario.
	5	No: pesa el residuo y registra en la bitácora Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico-infecciosos por servicio las irregularidades detectadas	
	6	Si: pesa el residuo y registra en la bitácora de Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico-infecciosos por servicio.	
	7	Proporciona carrito(s) rojo(s) limpio(s) y registra la información correspondiente al servicio al cual se destinará	
Personal afanador de los Servicios y Unidades.	8	Recibe contenedor (s) (carrito (s) rojo(s)) limpio(s) y regresa a la unidad médica.	
Personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI.	9	Almacena los RPBI recibidos, hasta que se presente la empresa de Recolección de RPBI conforme a los días y horarios de recolección por contrato establecidos. ¿Se presenta la empresa de recolección de RPBI?	• Condiciones de limpieza y orden.
	10	No: registra que concluye su turno en el formato Condiciones de limpieza y orden del almacén temporal de RPBI y regresa a la actividad 3.	

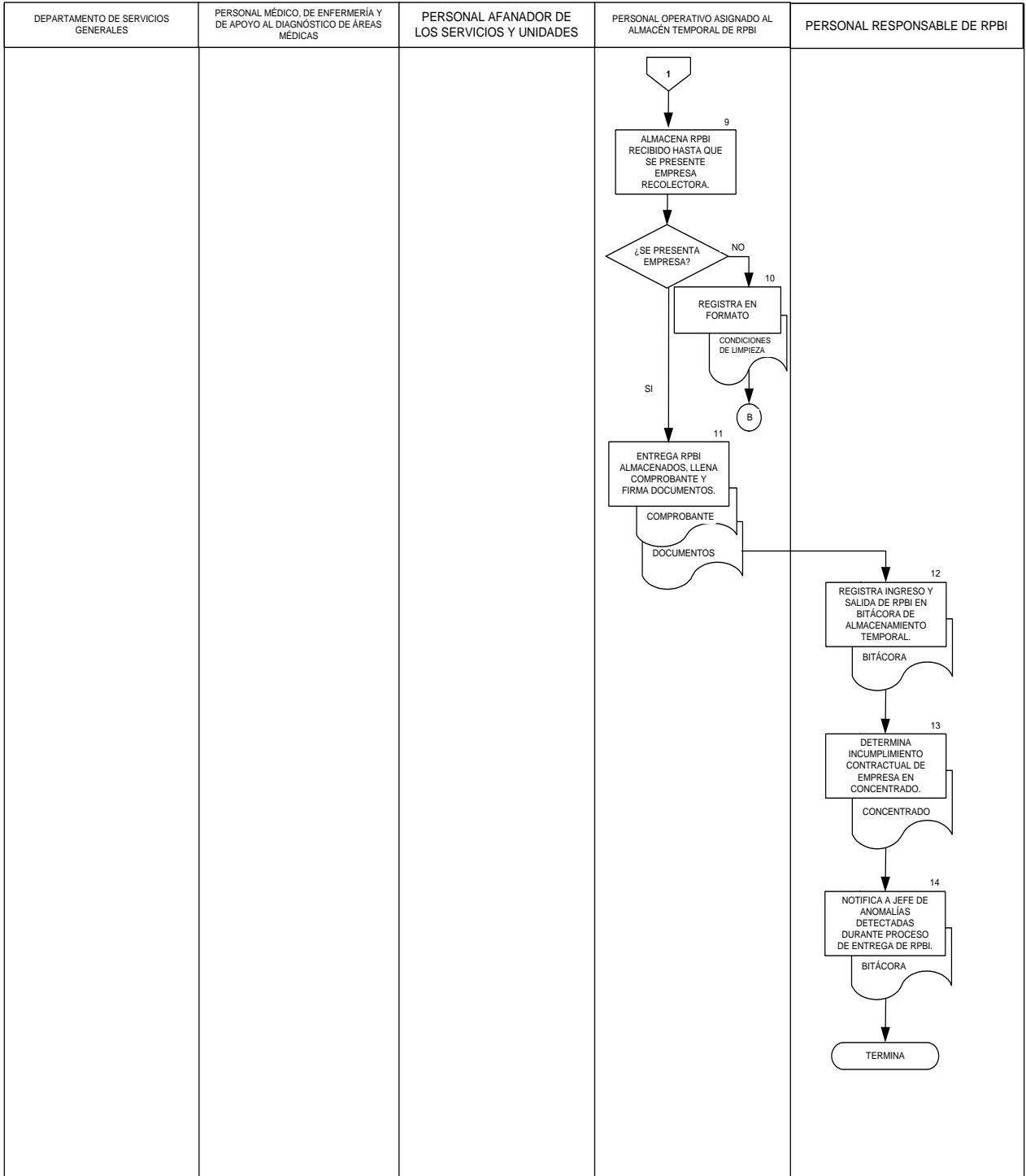
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).



Hoja: 134

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI.	11	Si: Entrega los RPBI almacenados, llena el Comprobante de recolección de residuos peligrosos biológico infecciosos y firma los documentos de recolección de RPBI.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobante de recolección. • Documentos de recolección.
Personal Responsable de RPBI.	12	Registra la información de ingreso y salida de RPBI en la Bitácora de almacenamiento temporal de RPBI.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de almacenamiento.
	13	Determina los incumplimientos contractuales de la empresa de recolección en el Concentrado periódico para facturación.	<ul style="list-style-type: none"> • Concentrado para Facturación.
	14	Notifica al Jefe de Departamento de Servicios Generales de las anomalías detectadas durante el proceso de entrega de RPBI.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de Almacenamiento.
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 137

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General Para La Prevención Y Gestión Integral De Los Residuos.	No aplica
6.2 Reglamento de la Ley General Para La Prevención Y Gestión Integral De Los Residuos.	No aplica
6.3 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.4 Guía para la aplicación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	No aplica
6.5 Manual de organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación	No aplica
6.6 Manual de Procedimientos del Departamento de Servicios Generales.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
7.1 Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico-infecciosos por servicio.	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.2 Condiciones de limpieza y orden del almacén temporal de RPBI	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.3 Bitácora de generación de RPBI Patológicos o de Cepas y Cultivos	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.4 Comprobante de recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.5 Manifiestos de entrega, transporte y recepción de residuos peligrosos.	5 años	Departamento de Servicios Generales.
7.6 Documento de Embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos	5 años	Departamento de Servicios Generales.
7.7 Bitácora de Almacenamiento Temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos	5 años	Departamento de Servicios Generales.
7.8 Concentrado periódico para facturación	1 año	Departamento de Servicios Generales.



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 AFANADOR: personal que lleva a cabo las actividades de limpieza (rutinaria y exhaustiva) en todas y cada una de las áreas que conforman los servicios médicos, quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, el cual entre otras funciones recolecta, retira y traslada los diferentes tipos de residuos no peligrosos así como los RPBI a los depósitos o almacenes temporales correspondientes.

8.2 ÁREA MÉDICA: unidad o servicio de atención médica, apoyo al diagnóstico y/o investigación del Hospital General de México.

8.3 CARRITO ROJO: contenedor de plástico con 2 ruedas y tapa, color rojo, rotulado con la leyenda “RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS” y símbolo universal de riesgo biológico, el cual se destinará en forma exclusiva para el depósito, traslado y almacenamiento temporal de los RPBI generados en el Hospital General de México.

8.4 DOCUMENTO DE EMBARQUE: Documento de embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos, es el documento que contiene la información para la correcta designación oficial de transporte, identificación de las sustancias, materiales y residuos peligrosos, los riesgos de éstos y las declaraciones que el expedidor realice para su transportación.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		

8.5 CONCLUYENTE: Que no admite duda ni discusión.

8.6 MANEJO: Conjunto de operaciones que incluyen el almacenamiento, recolección, transporte, alojamiento, reuso, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos.

8.7 MANEJO INTERNO DE RPBI: las actividades de identificación, separación, envasado, recolección al interior de las unidades o servicios médicos, traslado y almacenamiento temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.

8.8 MANIFIESTO DE ETR: manifiesto de entrega, transporte y recepción, es el Documento oficial establecido por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) para acreditar la Entrega, Transporte y Recepción de residuos peligrosos realizada.

8.9 PERSONAL GENERADOR: aquel que brinda la atención médica directa al paciente o sus muestras, así como investigador y que como producto de esta actividad produce u obtiene residuos peligrosos biológico-infecciosos.

8.10 PERSONAL OPERATIVO: personal asignado al almacén temporal de RPBI.

8.11 PILAS: fuente de energía eléctrica obtenida por transformación directa de energía química y constituida por uno o varios elementos primarios (no recargables).

8.12 RECOLECCIÓN EXTERNA: Recolección de los residuos peligrosos del establecimiento generador hacia la planta de tratamiento o acopio.

8.13 RESIDUO NO PELIGROSO: El material, producto o subproducto que sin ser considerado como peligroso, se descarte o deseche y que sea susceptible de ser aprovechado o requiera sujetarse a métodos de tratamiento o disposición final.

8.14 RESIDUO PELIGROSO: Todos aquellos residuos en cualquier estado físico que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico- infecciosas representen un peligro para el equilibrio ecológico y el ambiente.

8.15 RESIDUO PELIGROSO BIOLÓGICO-INFECIOSO: El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de infección o cuando contiene toxinas producidas por microorganismos que causen efectos nocivos a los seres vivos y el ambiente.

8.16 RPBI.- Abreviación de Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se reestructuró el Procedimiento.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Horarios de cierre para entrega de carritos limpios.

10.2 Control diario de recepción de residuos peligrosos biológico-infecciosos por servicio.



10.3 Condiciones de limpieza y orden del almacén temporal de RPBI.

10.4 Irregularidades detectadas durante la recepción de RPBI.

10.5 Comprobante de recolección de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.

10.6 Bitácora de Almacenamiento Temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.

10.7 Concentrado periódico para facturación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		



10.1 HORARIOS DE CIERRE PARA ENTREGA DE CARRITOS LIMPIOS.

El almacén temporal de RPBI permanecerá abierto los 365 días del año, la restricción de horario que a continuación se indica corresponde a los horarios en los cuales el personal de RPBI no estaría recibiendo residuos ni entregando carritos rojos limpios.

ALMACEN TEMPORAL DE RPBI			
HORARIOS EN LOS QUE NO SE RECIBE RPBI NI ENTREGAN CARRITOS LIMPIOS			
HORA/DÍA	LUNES A VIERNES	HORA/DÍA	SAB-DOM Y FEST
06:00	  23:30 a 06:29 HRS.	06:00	  23:30 a 06:29 HRS.
	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (06:30 a 07:29 HRS.)		NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (06:30 a 07:29 HRS.)
07:00		07:00	
08:00	  **07:30 a 08:59 HRS.	08:00	  **07:30 a 09:59 HRS.
09:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (09:00 a 09:59 HRS.)	09:00	
10:00		10:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (10:00 a 10:59 HRS.)
11:00	  10:00 a 15:29 HRS.	11:00	  11:00 a 14:59 HRS.
14:00		14:00	
15:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (15:30 a 16:29 HRS.)	15:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (15:00 a 15:59)
16:00		16:00	  16:00 a 18:29 HRS.
18:00	  16:30 a 22:29 HRS.	18:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (18:30 a 19:29 HRS.)
19:00		19:00	  19:30 a 22:29 HRS.
22:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (22:30 a 23:29 HRS.)	22:00	NO SE RECIBEN RPBI NI ENTREGAN CARRITOS ROJOS (22:30 a 23:29 HRS.)
23:00		23:00	
05:00	  23:30 a 06:29 HRS.	05:00	  23:30 a 06:29 HRS.

NOTAS:

- 1.- CUANDO **NO SE ENCUENTRE AL PERSONAL DE RPBI**, FAVOR DE REPORTARLO AL DELEGADO(A) DEL SERVICIO PARA QUE ÉL (ELLA) A SU VEZ LO REPORTE A LA OFICINA DE RPBI, O DEPTO. DE SERVS. GRALES, **DEBIENDO ESPECIFICAR LA FECHA, HORA E IRREGULARIDAD.**
- 2.- A PARTIR DE LAS 07:30 HRS. SE PODRÁN RECIBIR RESIDUOS CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE, PERO SÍ LA BÁSCULA NO SE ENCUENTRE LIBRE, EL RUBRO DEL PESO LO REGISTRARÁ MÁS TARDE EL PERSONAL DE RPBI).
- 3.- REPORTAR EN TURNOS MATUTINO Y VESPERTINO: EXTS 1411, 1561 Y 1391
- 4.- REPORTAR EN TURNOS VELADAS Y SDF: EXT. 1572



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		Hoja: 140

10.2 CONTROL DIARIO DE RECEPCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS POR SERVICIO.

PERSONAL ASIGANDO A RPBI EN CADA TURNO: 1		MAUTINO	VEPRTINO	VLADA	SDF-DIA				
DÍA: L M M J V S D 2		FECHA: 3		PESO PROMEDIO CARRITO ROJO 14.00 KILOS					
U. DE PROCEDENCIA		ALMACEN TEMPORAL DE RPBI				U. DE PROCEDENCIA			
FILA	SEC. 4	SERVICIO 5	CARRITO CON RPBI		HORA 9	FILA	CARRITOS LIMPIOS QUE ENTREGA NUM. CTROL. 10	OBSERVACIONES Y/O IRREGULARIDADES: 11	NOMBRE Y NO. DE EMPLEADO 12
			NUM. CTROL. 6	PESO NETO NO ANAT. KILOS 7 PUNZO KILOS 8					
1	101					1			
2	101		6	7	8	2	10	11	12
3	101					3			
4	101		KILOS	13		4			
5	102					5			
6	102					6			
7	102					7			
8	102		KILOS			8			
9	103					9			
10	103					10			
11	103					11			
12	103		KILOS			12			
13	104					13			
14	104					14			
15	104					15			
16	104		KILOS			16			
17	105					17			
18	105		KILOS			18			
19	105					19			
20	105					20			
21	105					21			
22	105		KILOS			22			
23	105					23			
24	105					24			
25	105					25			
26	105		KILOS			26			

Instructivo:

- PERSONAL ASIGNADO A RPBI EN CADA TURNO:** registrar el(los) nombre(s) del personal que cubre cada turno de la jornada laboral.
- DÍA:** tachar la letra del día de la semana que corresponda al día que se esté laborando.
- FECHA:** registrar la fecha que corresponda al día que se esté laborando.
- SEC.:** Número de sección (**en forma progresiva**) con la cual se identifica al servicio del cual procede o se entrega el carrito rojo.
- SERVICIO:** Nombre del servicio del cual procede o se entrega el carrito rojo para RPBI,
- CARRITO CON RPBI:** Número de control del carrito rojo que contiene RPBI.
- PESO NETO NO ANAT.** Peso del RPBI de tipo no anatómico (bolsa rojas) que contiene el carrito rojo (peso del carrito con el residuo menos el peso del carrito vacío). **Nota:** el peso del carrito vacío corresponderá al peso promedio de los diferentes carritos rojos con los que se realice el traslado de residuo.
- PESO NETO PUNZO.** Peso del RPBI de tipo punzocortantes que contiene el carrito rojo (peso del carrito con el residuo menos el peso del carrito vacío). **Nota:** el peso del carrito vacío corresponderá al peso promedio de los diferentes carritos rojos con los que se realice el traslado de residuo.
- HORA:** hora de recepción y en su caso de entrega del carrito rojo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		DR. EDUARDO LICEAGA

- 10) **CARRITOS LIMPIOS QUE ENTREGA:** Número de control del carrito rojo limpio que entrega.
- 11) **OBSERVACIONES, INCUMPLIMIENTOS Y/O IRREGULARIDADES:** en este espacio se especificarán los incumplimientos de los requisitos para el traslado, entrega y recepción de RPBI establecidos así como algunas otras irregularidades o aclaraciones que se presentaran con relación a la recepción, pesaje, mala actitud, etc.
- 12) **NOMBRE Y NÚMERO DE EMPLEADO:** nombre y número de empleado del personal que realiza el traslado y entrega de carrito con RPBI o bien que solicita un carrito rojo limpio.
- 13) **KILOS:** la suma de residuos no anatómicos y la de punzocortantes que se hubieran recibido durante el día.

Notas:



- c) El con la finalidad de dar mayor fluidez al registro se empleará el **número de empleado** en sustitución de la firma, porque el espacio no permite el registro del nombre con apellidos y la firma, datos que frecuentemente son ilegibles, y agiliza el registro en virtud de que no es necesario que quien realiza el traslado o solicita un carrito rojo deba escribir en el formato de control tache, raye, invada o se equivoque de renglón o “se tarde” escribiendo.
- d) Residuos que se hubieran recibido durante el día será conforme a los turnos del personal operativo de RPBI, es decir que iniciará a las 06:31 hrs y concluirá a las 06:30 del día siguiente.

10.3 CONDICIONES DE LIMPIEZA Y ORDEN DEL ALMACÉN TEMPORAL DE RPBI.

CONDICIONES DE LIMPIEZA Y ORDEN DEL ALMACÉN TEMPORAL DE RPBI												
DÍA:		L	M	M	J	V	S	D	1	FECHA:	2	4
PRIMER TURNO: (MATUTINO Y SDF-DÍA) 3			SEGUNDO TURNO VESPERTINO Y VELADA DE SDF				TERCER TURNO: VELADAS DE LUNES A VIERNES				VELADA: CARRITO UME 4	
RECIBE: ALMACEN RPBI			RECIBE: ALMACEN RPBI				SE RECIBE: ALMACEN RPBI				NO. CARRITO EN USO:	
SI	NO	FOSA (SIN AGUA)	SI	NO	ALM. RPBI (ORDENADO)	SI	NO	ALM. RPBI (ORDENADO)			ESTABA VACIO?	
SI	NO	ALM. RPBI (ORDENADO)	SI	NO	ALM. RPBI LIMPIO (PISO Y MUROS)	SI	NO	CARR. LIMPIOS RECORRIDOS (PTA)			SI, 1/2, NO	
SI	NO	CARR. C/RPBI EN LAV. (ORDENADOS)	SI	NO	AREA DE BASCULAY PASILLO LIMPIA.	SI	NO	AREA DE REG. A PTA. LIMPIA.			DEJA CARRITO NO.:	
SI	NO	CARR. LIMPIOS RECORRIDOS (PTA)	SI	NO	CARR. LIMPIOS RECORRIDOS (PTA)	SI	NO	AREA LAVADO SIN BASURA				
SI	NO	SAÑALA (VIGA) CARR. LIM. SOBR.	SI	NO	AREA LAVADO SIN BASURA	SI	NO	WC LIMPIO*				
SI	NO	PISO DE REGISTRO A LAV. (LIMPIO)	SI	NO	AREA DE REG. A PTA. LIMPIA.	SI	NO	CESTO DE LOCKERS (SIN BASURA)				
SI	NO	WC LIMPIO*	SI	NO	WC LIMPIO*	SI	NO	CASETA RPBI LIMPIA				
SI	NO	CESTO DE LOCKERS (SIN BASURA)	SI	NO	CESTO DE LOCKERS (SIN BASURA)	SI	NO	QUEDAN CARRITOS LIMPIOS				
SI	NO	CASETA RPBI LIMPIA	SI	NO	CASETA RPBI LIMPIA							
CUBRETURNO: NOMBRE			CUBRETURNO: NOMBRE				CUBRETURNO: NOMBRE					
NOVEDADES: (ESPECIFICAR NOVEDADO O IRREGULARIDAD, HORA Y NOMBRE DE QUIEN REPORTA)												
5												

Instructivo:

- DÍA:** tachar la letra del día de la semana que corresponda al día que se esté laborando.
- FECHA:** registrar la fecha que corresponda al día que se esté laborando.
- PRIMER, SEGUNDO O TERCER TURNO:** especificar marcando la opción si o no que corresponda a las condiciones en las que reciben las áreas que integran el almacén temporal de RPBI, debiendo especificar el nombre del personal que cubre cada turno.
- VELADA: CARRITO UME:** especificar el número de control del carrito rojo que se encuentre en uso en la UME, marcando la opción que corresponda a la cantidad de residuo que contiene y el número de control del carrito limpio que deja en lugar del primero.
- NOVEDADES:** especificar situaciones no previstas o irregularidades que se presenten en el turno debiendo especificar el nombre de quien realiza el reporte.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		

10.4 LAVADO Y DESINFECCIÓN DE CARRITOS ROJOS.



El almacén temporal de RPBI, congeladores y los carritos rojos exclusivos para RPBI se considerarán como áreas críticas y/o contaminadas, por ello para su desinfección se empleará dilución de cloro a 5,000 partes por millón y dejar actuar por espacio de 15 a 20 minutos.

10.4.1 diluciones de cloro.

ÁREA CRÍTICA, CONTAMINADA, DERRAMES DE RPBI Y CARRITOS ROJOS EXCLUSIVOS PARA RPBI		
LITROS DE AGUA (POR PREPARAR)	VOLUMEN (ml) DE CLORO A ADICIONAR PARA OBTENER 5,000 PPM	
	CLORO AL 6% (ml)	CLORO AL 13% (ml)
para	83	40
10	830	400
15	1,245	600
18	1,494	720



!

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		Hoja: 144

10.4.2 Lavado de carritos rojos:

LAVADO DE CARRITOS ROJOS

1

PORTAR EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.



2

RETIRAR RESIDUOS CON UN JALADOR E INCLINANDO EL CARRITO



3

LEVANTAR EL RESIDUO CON ESCOBA Y RECOGEDOR.



4

ENVASAR EL RESIDUO SEGÚN CORRESPONDA: BOLSA ROJA O RECIPIENTE RÍGIDO.



5

PREPARAR SOLUCIÓN DE HIPOCLORITO DE SODIO A 5,000 PPM (83ML DE CLORO AL 6% X 1L DE AGUA), APLICAR AL CARRITO Y DEJAR ACTUAR POR 20 MINUTOS





←

20 MIN.

6

PROCEDER AL LAVADO DEL CARRITO CON DETERGENTE Y ESCOBA (INTERIOR, TAPA Y EXTERIOR), ENJUAGAR Y ESCURRIR.



7



LAVAR Y ENJUAGAR EL MATERIAL DE LIMPIEZA EMPLEADO Y REORGANIZARLO.





10.5 COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS

SALUD				COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS												HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	
1.- Día: A L M J V S D				9.- LAVADO DE CONTENEDORES CON RUEDAS EN EL HGM M													
2.- FECHA: B				CONTENEDOR IRREG.			CONTENEDOR IRREG.			CONTENEDOR IRREG.			CONTENEDOR IRREG.				
3.- HORA (ARRIBO): C				No.	FOLIO	No.	FOLIO	No.	FOLIO	No.	FOLIO	No.	FOLIO	No.	FOLIO		
4.- PERSONAL (OPERATIVO): D																	
CH:				1	29	30	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
AY:				3	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
5.- UNIFORME Y EQUIPO DE PROTECCIÓN E																	
Requisito:				CH:	AY:	AY:											
Uniforme				7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Botas Industriales				8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Guantes de latex				9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Mascarilla Triple capa				10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Faja de estibador				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Gorro desechable				12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Caretas				13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Mandil de lona*				14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Botas de hule*				15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
* Solo al que lava. Subtotal				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
6.- USO DE SEÑALAMIENTOS F																	
Conos y banderolas				si	no												
Vehículo cuenta con rombo de la SCT				si	no												
7.- CONTENEDORES SIN RUEDAS G																	
Cantidad																	
Total de contenedores empleados en la recolección																	
Contenedores sucios																	
Contenedores sin rótulos																	
Contenedores rotos																	
8.- VEHÍCULO Y EQUIPAMIENTO H																	
Placas:																	
Termómetro (en el vehículo) I																	
Rampa (existe) J				si	no												
Ticket (impreso) K				si	no												
Congelador 1 (en almacén RPBI) L																	
Congelador 2 (en almacén RPBI) O																	
11.- LAVADO ALMACÉN RPBI O																	
Lavan pisos y muros				si	no												
Lavan congeladores (xfuera)				si	no												
12.- DOCUMENTOS DE RECOLECCIÓN P																	
Manifiesto E-T-R (RPBI) folio:																	
Manifiesto E-T-R (PATO) folio:																	
Doc. de embarque:				si	no												
14.- HORA DE TÉRMINO: R																	
10.- CLAVES DE IRREGULARIDADES PARA CONTENEDORES: N																	
SS= Sin Símbolo o Leyenda o etiqueta, SR= Sin Rueda, ST= Sin Tapa, RO= Roto, S= Sucio, *																	
13.- OBSERVACIONES: Q																	
15.- FIRMAS DE CONFORMIDAD: S																	
Escurremientos en el lugar donde el vehículo se estaciona para recolectar?																	
Quedan cont. con RPBI del HGM por recolectar?																	
NOMBRE Y FIRMA O RÚBRICA PROVEEDOR: SIMARIS, D. E. L.																	
CHOFER: NOMBRE Y FIRMA O RÚBRICA																	

- A. **DÍA:** tachar el día de la semana en el que se realiza la recolección.
- B. **FECHA:** registrar la fecha en que se realiza la recolección en el siguiente orden día, mes, año.
- C. **HORA (ARRIBO):** hora en la cual se presenta el personal a cargo de la recolección a bordo del vehículo que se empleará para transportar el residuo recolectado con el personal operativo del Hospital General de México que este asignado al almacén temporal de RPBI.
- D. **PERSONAL (OPERATIVO)** nombre y primer apellido del personal que participa en la recolección por parte del Proveedor (chofer y ayudantes).
- E. **UNIFORME Y USO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, para indicar el uso, carencia o falta de uso de cada elemento del equipo de protección personal por cada persona de "EL PROVEEDOR" que intervenga en la recolección. **Nota** mandil de lona y botas de hule únicamente aplicaran a la persona que realice el lavado de carros rojos.
- F. **USO DE SEÑALAMIENTOS:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, para especificar el uso, carencia o falta del uso de cada elemento del equipo de señalización que debe emplearse durante la recolección.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 146

- G. CONTENEDORES SIN RUEDAS (CANTIDAD):** Número de contenedores sin ruedas que se recolectaron (la cantidad total se especifica en el(os) manifiesto(s)) y de éstos debe especificarse la cantidad de aquellos que se observaron sucios, rotos y/o sin rótulos, etc., la falta de irregularidades puede indicarse también con un **guión** o **no**.
- H. PLACAS:** registrar la placa del vehículo con el cual se realiza la recolección de los RPBI
- I. TERMÓMETRO:** temperatura que registra el termómetro de la caja del vehículo al inicio de la recolección (antes de abrir la caja). La falta o descompostura marcarla como **no** en el espacio asignado a la temperatura (°C) y ampliar la información en el espacio para observaciones.
- J. RAMPA:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, para indicar el uso o falta de uso de cada requisito, la carencia o descompostura deberá especificarse en la sección de observaciones.
- K. TICKET (impreso):** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, para indicar la existencia del mismo, en caso de no ser impreso deberá especificarse en la sección de observaciones la razón de que se obtenga en forma manual.
- L. CONGELADORES:** la temperatura que indique el termómetro de cada congelador dentro del almacén temporal (al inicio de la jornada o recolección). La falta o descompostura marcarla como **no** y especificarlo en observaciones. **Nota:** Cuando algún congelador no se esté usando marcarlo con un guión o “vacío”.
- M. LAVADO DE CONTENEDORES CON RUEDAS EN EL HGM:** números de control (folio) de cada contenedor con ruedas que durante la recolección se hubiera desocupado, en caso de detectar limpieza deficiente, daño físico y/o falta de rótulos, indicarlo con la clave de la irregularidad que corresponda.
- N. CLAVES DE IRREGULARIDADES PARA CONTENEDORES:** abreviaciones y simbología para identificar la existencia o inexistencia de irregularidades más comunes que pueden detectarse en el lavado de contenedores. **Nota:** para irregularidades nuevas que no sea posible anotarlo en el espacio asignado, registrar un asterisco y especificarlo en la sección de observaciones.
- O. LAVADO ALMACEN RPBI:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, para especificar si el personal del proveedor lava y desinfecta o no el piso y muros del almacén temporal y congeladores (por fuera) una vez concluido el pesaje de residuos.
- P. DOCUMENTOS DE RECOLECCIÓN:** son los documentos oficiales que comprueban la recolección, se deberá registrar los folios del(os) manifiesto(s) de entrega –transporte y recepción de residuos peligrosos según corresponda al tipo de RPBI recolectado y **si** o **no** o **paloma** o **tache** para el documento de embarque. **Nota:** Del(os) manifiesto(s) dejarán una copia para el generador y del documento de embarque un original.
- Q. OBSERVACIONES:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, para indicar la existencia o inexistencia de escurrimientos y la falta de recolección de contenedores con RPBI, y en el espacio en blanco ampliar la información sobre la falta o descompostura de alguno de los equipos o incumplimiento parcial o total de algún otro requisito de recolección.
- R. HORA DE TÉRMINO:** Hora en la cual concluye la recolección (ya se firmaron los documentos de recolección y se ha entregado a cada participante (Proveedor – HGM) la documentación correspondiente a la misma.
- S. FIRMAS DE CONFORMIDAD:** nombre y primer apellido seguido de la firma o rúbrica del personal que participó en la entrega-recolección de los RPBI, por parte del Hospital General de México el personal asignado al almacén temporal de RPBI y por parte del Proveedor el chofer. **Nota:** cuando la firma sea igual al nombre bastará con anotarlo una sola vez.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	9. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).		

- (4) **ÁREA DE PROCEDENCIA:** atención médica.
- (5) **FECHA DE SALIDA:** fecha en la cual el residuo es entregado a la empresa de recolección.
- (6) **MANIFIESTO No.:** Número de folio del manifiesto de entrega, transporte y recepción de residuos peligrosos.
- (7) **TOTAL ENTREGADO:** kilogramos totales de residuo entregado a la empresa de recolección.
- (8) **RESIDUOS EN ALMACÉN:** Kilogramos totales de residuos que después de la entrega de residuos a la empresa de recolección permanecen o ingresan al almacén temporal de RPBI.
- (9) **ETAPA DE MANEJO INMEDIATA:** recolección.
- (10) **EMPRESA (NOMBRE):** Nombre o razón social de la empresa a la que se le entregan los RPBI.
- (11) **AUTORIZACIÓN No.:** Número de autorización otorgada por la SEMARNAT para la recolección de los RPBI.
- (12) **RESPONSABLE DE BITÁCORA:** Nombre de la persona responsable del registro de la información solicitada en la presente bitácora.
- (13) **OBSERVACIONES:** comentarios sobre alguna desviación respecto a las condiciones de separación, envasado, horario, etc., en que se reciben (entran) o entregan (salida) los RPBI.





10.7 CONCENTRADO PERIÓDICO PARA FACTURACIÓN.

El Concentrado periódico para facturación, consistirá de una relación en orden cronológico de las recolecciones realizadas (por vehículo) durante el periodo a revisar en el cual se señalarán los incumplimiento de los requisitos contratados así como el cálculo de los montos a facturar por los servicios prestados y los correspondientes a penalizaciones por atrasos y por deductivas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	10. Procedimiento para recepción y entrega de residuos no peligrosos procedentes de áreas médicas, administrativas y de servicios.		<hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>

**10.- PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE RESIDUOS NO PELIGROSOS
PROCEDENTES DE ÁREAS MÉDICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE SERVICIOS.**

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	10. Procedimiento para recepción y entrega de residuos no peligrosos procedentes de áreas médicas, administrativas y de servicios.		

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los criterios para la recepción de los residuos los Residuos No Peligrosos (RNP), procedentes de las áreas de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o de investigación, administrativas y de servicios en los contenedores generales para residuos sólidos no peligrosos de los tipos orgánicos y de manejo especial, así como para la entrega de los mismos a la empresa de recolección, en los horarios establecidos y en apego a la Ley de residuos sólidos del Distrito Federal y su Reglamento.

2. ALCANCE.

2.1 A nivel interno: A nivel interno: Departamento de Servicios Generales opera el área destinada para la recepción, depósito y recolección externa de residuos sólidos no peligrosos, las áreas médicas administrativas y de servicios identifican separan, envasan y trasladan los residuos sólidos no peligrosos (RNP) y la empresa que recolecta los Residuos no peligrosos de los tipos orgánico y de manejo especial.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales:



- Establecer y difundir los horarios y requisitos para la recepción de residuos sólido no peligrosos de los tipos orgánicos y de manejo especial.
- Designar al personal operativo a cargo de los contenedores (y compactadores) de residuos sólidos no peligrosos.
- Informar a las áreas médicas, administrativas y/ de servicios los incumplimientos detectados durante el traslado y/o depósito de los residuos orgánicos y de manejo especial a los respectivos contenedores generales para estos tipos de residuos.

3.2 Es responsabilidad del Encargado (a) de RPBI:

- Determinar los incumplimientos contractuales por parte de la empresa de Recolección.
- Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermeras, Delegado (a) Administrativo (a), así como del personal administrativo y de servicios en general:
- El conocer acatar y en su caso difundir entre el personal a su cargo, la información necesaria para llevar a cabo la identificación, separación envasado, de los residuos no peligrosos (RNP) que generan al interior del Hospital General de México O. D. conforme a los criterios de separación establecidos en la Ley de residuos sólidos del D. F., y políticas de manejo interno del propio Hospital.
- No mezclar residuos no peligrosos con RPBI y/o otros residuos peligrosos.

3.3 Es responsabilidad del Delegado (a) Administrativo (a), o a falta de éste, del (la) Jefe (a) de Enfermeras o del (la) Jefe (a) de Servicio y Jefe (a) de área administrativa:

- Solicitar y distribuir oportunamente los insumos necesarios para la separación y envasado de los residuos no peligrosos en la Unidad, Servicio o área su cargo.
- Coordinar con el personal afanador y/o operativo a su cargo el traslado de los residuos no peligrosos generados en la unidad unidad, servicio o área su cargo con la frecuencia que unidad, servicio o área requiera.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	10. Procedimiento para recepción y entrega de residuos no peligrosos procedentes de áreas médicas, administrativas y de servicios.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 151

3.4 Es responsabilidad del personal afanador u operativo de áreas administrativas y de servicios:

- Trasladar los residuos no peligrosos respetando la separación estipulada en la Ley de residuos sólidos del D. F., y políticas de manejo interno establecidas en el Procedimiento 6: del Departamento de Servicios Generales para para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.
- No emplear, para el traslado de residuos no peligrosos, camillas ni sillas de ruedas (exclusivas para pacientes).
- No trasladar residuos no peligrosos dentro de carritos rojos exclusivos para RPBI.
- Permitir la revisión (visual) de los residuos no peligrosos que traslade previo al depósito en los contenedores generales correspondientes, al personal que el Departamento de Servicios Generales designe para operar los contenedores de residuos no peligrosos.
- Depositar los residuos no peligrosos en el contenedor que corresponda al tipo de residuo que traslada (manejo especial e inorgánicos y orgánicos).
- Regresar al servicio o área de procedencia con el residuo que no se le permita depositar en los contenedores para residuos no peligrosos (orgánicos y de manejo especial)

3.5 Es responsabilidad del personal operativo asignado al área de contenedores de RNP:

- Portar el equipo de protección personal mínimo consistente de: pantalón y camisola de algodón, botas de cuero uso industrial, cubrebocas y guantes de látex.
- Vigilar que el traslado de los residuos no peligrosos de las unidades médicas, administrativas y de servicios, no se realice en carritos rojos exclusivos para RPBI, camillas ni sillas de ruedas (exclusivas para pacientes).
- Revisar en forma aleatoria que a simple vista el residuo por depositar (sin abrir la bolsa) no contenga residuos peligrosos o residuos especiales no permitidos ver anexo.
- No permitir el depósito de residuos no peligrosos en los que se detecte la presencia de residuos peligrosos o de residuos no peligrosos así establecidos Ley de residuos sólidos del D. F., y políticas de manejo interno establecidas en el Procedimiento 6: del Departamento de Servicios Generales para para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.
- Reportar al responsable de RPBI, encargado de turno y/o Jefe de Departamento de Servicios Generales las anomalías detectadas durante la revisión de residuos, operación y fallas de los equipos de compactación y/o entrega de residuos no peligrosos.
- Mantener el área donde se ubican los contenedores generales de residuos no peligrosos limpia.

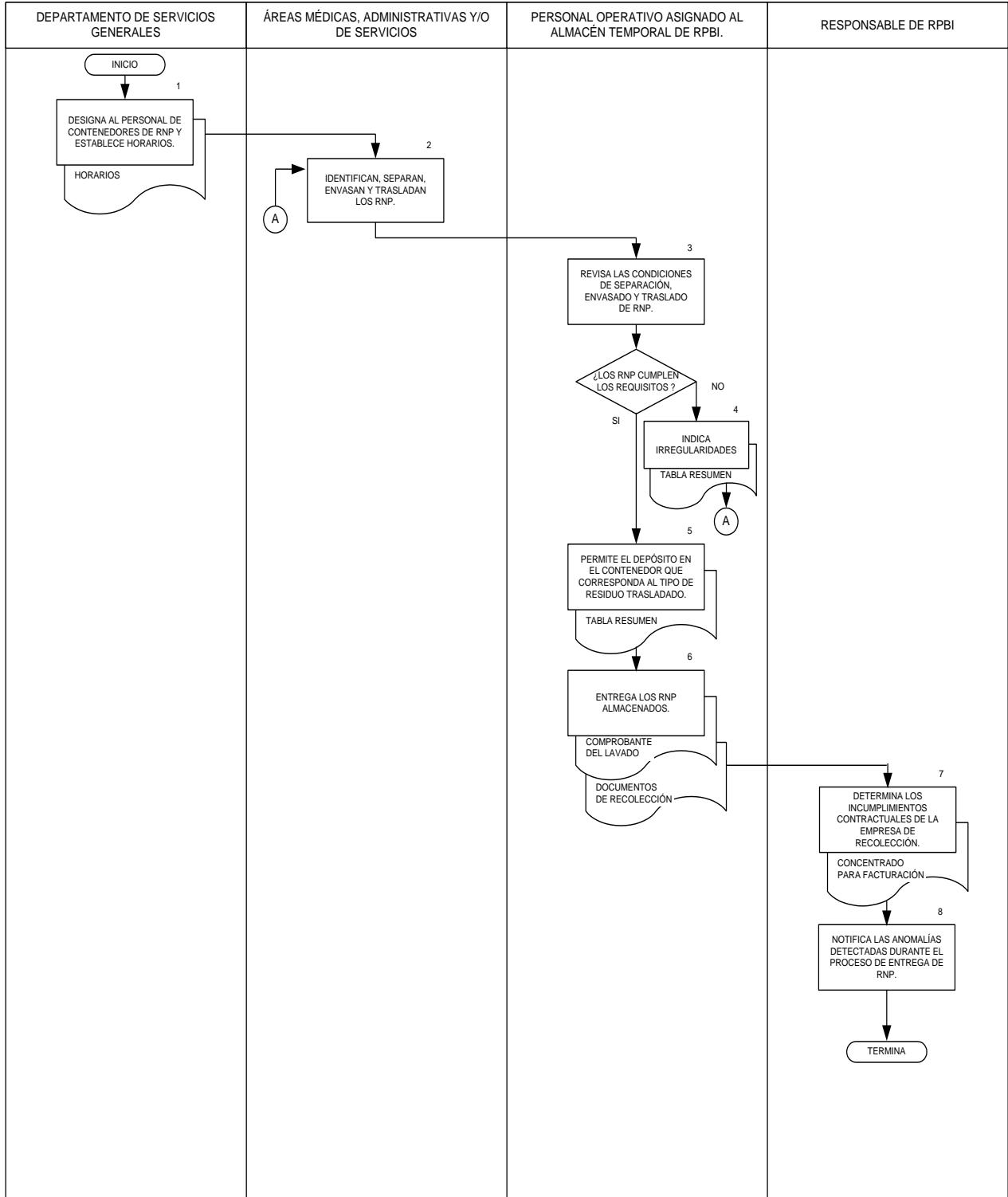
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	10. Procedimiento para recepción y entrega de residuos no peligrosos procedentes de áreas médicas, administrativas y de servicios.



Hoja: 152

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales	1	Designa al personal operativo del área de contenedores de residuos no peligrosos y establece los horarios para recepción de residuos sólidos no peligrosos.	• Horarios
Áreas médicas y/o, administrativas.	2	Identifica, separa, envasa y traslada los residuos no peligrosos (RNP) conforme a Ley de residuos sólidos de la CdMx, y políticas de manejo interno establecidas en el Procedimiento 6 del Departamento de Servicios Generales para para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	
Personal operativo asignado al área de contenedores de RNP.	3	Revisa el residuo que va a disponerse en los contenedores para residuos orgánicos y de manejo especial cumpla con los requisitos de separación y envasado establecidos en la Tabla resumen de separación y disposición de residuos no peligrosos. ¿El residuo cumple con los requisitos?	•
	4	No: Indica el incumplimiento y regresa a la actividad 2.	• Tabla resumen
	5	Si: Permite el depósito en el contenedor que corresponda al tipo de residuo trasladado (orgánico o de manejo especial).	• Tabla resumen
	6	Entrega los residuos no peligrosos a la empresa de recolección, llena el Comprobante del lavado realizado durante la recolección de residuos no peligrosos y firma la documentación de recolección de residuos no peligrosos.	• Comprobante del lavado. • Documentos de recolección
Responsable de RPBI	7	Determina los incumplimientos contractuales de la empresa de recolección en el Concentrado periódico para facturación.	• Concentrado para facturación
	8	Notifica al Departamento de Servicios Generales de las anomalías detectadas durante el proceso de entrega de RNP. TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
			Hoja: 154

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley de Residuos Sólidos del Distrito Federal.	No aplica
6.2 Reglamento de la Ley de Residuos Sólidos del Distrito Federal.	No aplica
6.3 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.4 Guía para la aplicación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	No aplica
6.5 Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	No aplica
6.6 Procedimiento de recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).	No aplica
6.7 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No aplica
6.8 Manual de Procedimientos del Departamento de Servicios Generales.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
7.1 Documentos de recolección externa de residuos no peligrosos	1 año	Departamento de Servicios Generales.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 AFANADOR: personal que lleva a cabo las actividades de limpieza (rutinaria y exhaustiva) en todas y cada una de las áreas que conforman los servicios médicos, quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, el cual entre otras funciones recolecta, retira y traslada los diferentes tipos de residuos no peligrosos así como los RPBI a los depósitos o almacenes temporales correspondientes.

8.2 ÁREA MÉDICA: unidad o servicio de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o investigación del Hospital General de México.

8.3 GENERADOR: Persona física o moral que produce residuos, a través del desarrollo de procesos productivos o de consumo.

8.4 RESIDUOS INORGÁNICOS: Todo residuo que no tenga características de residuo orgánico y que puede ser susceptible a un proceso de valoración para su reutilización y reciclaje, tales como vidrio, papel, cartón, plásticos, laminados de materiales reciclables, aluminio y metales no peligrosos y demás no considerados como de manejo especial.

8.5 RESIDUO ORGÁNICO: Todo residuo sólido no peligroso biodegradable (sin empaques).



8.6 RESIDUO NO PELIGROSO: El material, producto o subproducto que sin ser considerado como peligroso, se descarte o deseche y que sea susceptible de ser aprovechado o requiera sujetarse a métodos de tratamiento o disposición final.

8.7 RESIDUOS DE MANEJO ESPECIAL: Residuos generados por los establecimientos que realicen actividades médico asistenciales a las poblaciones humanas o animales, centros de investigación, con excepción de los biológicos infecciosos.

8.8 RESIDUO PELIGROSO: Todos aquellos residuos en cualquier estado físico que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico- infecciosas representen un peligro para el equilibrio ecológico y el ambiente.

8.9 RESIDUO PELIGROSO BIOLÓGICO-INFECTIOSO: El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de infección o cuando contiene toxinas producidas por microorganismos que causen efectos nocivos a los seres vivos y el ambiente.

8.10 RESIDUOS RECICLABLES: Residuos susceptibles de ser transformados a través de distintos procesos que permiten restituir su valor económico, evitando así su disposición final, siempre y cuando

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		10. Procedimiento para recepción y entrega de residuos no peligrosos procedentes de áreas médicas, administrativas y de servicios.

esta restitución favorezca un ahorro de energía y materias primas sin perjuicio para la salud, los ecosistemas o sus elementos.

8.11 RESIDUOS SÓLIDOS: El material, producto o subproducto que sin ser considerado como peligroso, se descarte o deseche y que sea susceptible de ser aprovechado o requiera sujetarse a métodos de tratamiento o disposición final.

8.12 RNP: Abreviación de Residuo No Peligroso.

8.13 RPBI.- Abreviación de Residuos Peligrosos Biológico-Infecioso.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza el Glosario de Términos del Procedimiento.



10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Horarios para recepción de residuos sólidos no peligrosos.

10.2 Tabla resumen de separación y disposición de residuos no peligrosos.

10.3 Comprobante del lavado realizado durante la recolección de residuos no peligrosos.

10.4 Concentrado periódico para facturación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
			Hoja: 156

10.1 HORARIOS PARA RECEPCIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS NO PELIGROSOS.



HORARIOS PARA RECEPCIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS NO PELIGROSOS
(ORGÁNICOS Y DE MANEJO ESPECIAL)
DIARIAMENTE DE 06:00 A 21:00 HRS



10.2 TABLA RESUMEN DE SEPARACIÓN DE RESIDUOS NO PELIGROSOS.

TABLA RESUMEN DE SEPARACIÓN DE RESIDUOS NO PELIGROSOS		
<div style="border: 2px solid green; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; color: green;">RESIDUOS ORGÁNICOS (BIODEGRADABLES)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ RESIDUOS DE ALIMENTOS. ✓ RESIDUOS DE PODA, HOJAS, RAMAS Y FLORES. ✓ MADERA Y SUS DERIVADOS. ✓ CAJAS DE CARTÓN DE ALIMENTOS (NO TETRAPACK). <div style="text-align: center;">  </div> </div>	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; color: blue;"> RECICLABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ VIDRIO <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ✓ CARTÓN <div style="text-align: center;">  </div> </div>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">RESIDUOS DE MANEJO ESPECIAL E INORGÁNICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ MATERIAL DESECHABLE NO PELIGROSO EMPLEADO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES. <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ENVASES Y UTENCILIOS PARA ALIMENTOS. ✓ ENVASES Y EMPAQUES (PAPEL, PLÁSTICO Y METAL) <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PAPELERIA Y CARTÓN DELGADO ✓ RESIDUO SANITARIO. <div style="text-align: center;">  </div> </div>
<p>NOTA: LOS SIGUIENTES RESIDUOS <u>NO PODRÁN DISPONERSE</u> EN EL CONTENEDOR DE RESIDUO DE MANEJO ESPECIAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residuos de la construcción: cascajo, tabla roca, losetas, etc. • Gasa proveniente de limpieza de trampas de grasa. 		





 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	10. Procedimiento para recepción y entrega de residuos no peligrosos procedentes de áreas médicas, administrativas y de servicios.		Hoja: 157

10.3 COMPROBANTE DEL LAVADO REALIZADO DURANTE LA RECOLECCIÓN DE RESIDUOS NO PELIGROSOS

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		COMPROBANTE DEL LAVADO REALIZADO DURANTE LA RECOLECCIÓN DE RESIDUOS NO PELIGROSOS				 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	
PROVEEDOR:	A	FECHA DE ARRIBO:	B	HORA DE INGRESO	C	HORA DE SALIDA	D
VEHÍCULO (PLACAS):	E	FOLIO (TICKET RECOLECCIÓN):	F	RESIDUOS QUE RECOLECTA:	G	ORGANICOS	MANEJO ESPECIAL
1.- PERSONAL QUE REALIZA LA RECOLECCIÓN				3.- CONTENEDOR Y LAVADO			
CHOFER (CH):		FIRMA:		SE PRESENTA CON UN CONTENEDOR VACIO PARA CANJE.		SI	NO
AYUDANTE (AY):		FIRMA:		LAVA EL CONTENEDOR POR DENTRO		SI	NO
				LAVA EL CONTENEDOR POR FUERA		SI	NO
				LAVA EL ÁREA QUE OCUPAN EL COMPACTADOR Y CONTENEDOR		SI	NO
				LAVA LA CANALETA (SOLO APLICA A ORGÁNICOS)		SI	NO
2.- UNIFORME, EQ. DE PROTECCIÓN Y MAT							
REQUISITO	CH	AY	REQUISITO:	CUMPLE			
CAMISOLA Y PANTALÓN			ESCOBA	SI NO	EL LAVADO SE REALIZA CON HIDROLAYADORA		
BOTAS INDUSTRIALES			PALA	SI NO	RESIDUOS ACUMULADOS POR CAUSA DEL PROVEEDOR*		
FAJA Y GANTES			MANGUERA	SI NO	PERSONAL DEL PROVEEDOR LEVANTA EL RESIDUO ACUMULADO**		
				<input checked="" type="checkbox"/> NO CUMPLE REQUISITO		<input checked="" type="checkbox"/> CUMPLE	
4.- OBSERVACIONES:				5.- POR EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO			
* ATRASO EN LA RECOLECCIÓN, FALLA O DESCOMPOSTURA DE EQUIPO, FALTA DE CONTENEDOR PARA CANJE.							
** SOLO CUANDO HUBIERAN RESIDUOS ACUMULADOS POR CAUSA DEL PROVEEDOR.							
				NOMBRE Y FIRMA (O RÚBRICA)			

Instructivo:

- A. **PROVEEDOR:** Nombre de la empresa prestadora del servicio de recolección de residuos no peligrosos.
- B. **FECHA DE ARRIBO:** fecha en la cual se presenta el personal operativo a bordo del vehículo con el cual se realizará la recolección:
- C. **HORA DE INGRESO:** Hora en la cual se presenta el personal operativo a bordo del vehículo con el cual se realizará la recolección al área de contenedores, emplear formato de 24 horas.
- D. **HORA DE SALIDA:** Hora en la cual concluye la recolección (ya se firmaron los documentos de recolección y se ha entregado a cada participante (Proveedor – HGM) la documentación correspondiente a la misma).
- E. **VEHÍCULO (PLACAS):** registrar la placa del vehículo con el cual se realiza la recolección.
- F. **FOLIO (TICKET DE RECOLECCIÓN):** Número de folio del documento de recolección emitido por la empresa de recolección.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
			Hoja: 158

- G. RESIDUOS QUE RECOLECTAR:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, en celda con la imagen que corresponda al tipo de residuo a recolectar.
- H. PERSONAL QUE REALIZA LA RECOLECCIÓN:** nombre y primer apellido y firma o rúbrica del personal que participa en la recolección por parte del Proveedor (chofer y ayudante).
- I. UNIFORME, EQ. DE PROTECCIÓN Y MATERIAL DE LIMPIEZA:** registrar **si** o **no** o bien o , para indicar el uso, carencia o falta de uso de cada elemento del equipo de protección personal por cada persona de “EL PROVEEDOR” que intervenga en la recolección.
- J. CONTENEDOR Y LAVADO:** registrar **si** o **no** o **paloma** o **tache**, en la celda que corresponda al cumplimiento o incumplimiento del requisito especificado.
- K. OBSERVACIONES:** descompostura de algún equipo, falta de documentación, o alguna otra novedad relativa a la recolección.
- L. POR EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.:** nombre y primer apellido seguido de la firma o rúbrica del personal operativo asignado al área de contenedores de RNP o asignado para entregar los residuos no peligrosos a la empresa de recolección. **Nota:** cuando la firma sea igual al nombre bastará con anotararlo una sola vez.





10.4 Concentrado periódico para facturación.

El Concentrado periódico para facturación, consistirá de una relación en orden cronológico de las recolecciones realizadas (por vehículo) durante el periodo a revisar en el cual se señalarán los incumplimiento de los requisitos contratados así como el cálculo de los montos a facturar por los servicios prestados y los correspondientes a penalizaciones por atrasos y por deductivas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		Hoja: 159

11. PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO TEMPORAL Y ENTREGA DE RESIDUOS PELIGROSOS CORROSIVOS, REACTIVOS, EXPLOSIVOS, TÓXICOS Y/O INFLAMABLES(CRETI).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		DR. EDUARDO LICEAGA

1. PROPÓSITO.

1.1 Establecer los criterios para la recepción de los residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI), provenientes de las áreas de atención médica a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o de investigación y de servicios, así como para la entrega de los residuos peligrosos CRET I almacenados a la empresa de recolección, en apego a las disposiciones que emergen de la legislación, reglamentación y normas oficiales mexicanas aplicables al almacenamiento temporal, recolección externa y tratamiento de los residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).

2. ALCANCE.

2.1 A nivel interno: Departamento de Servicios Generales opera el Almacén temporal de residuos peligrosos, las áreas médicas y de servicios identifican, separan, envasan, embalan y trasladan los residuos peligrosos CRET I.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



3.1 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales:

- Establecer y difundir los horarios y requisitos para la recepción de residuos peligrosos CRET I en el Almacén temporal de residuos peligrosos.

3.2 Es responsabilidad del (la) Jefe (a) de Servicio, Jefe (a) de Enfermera, Delegado (a) Administrativo (a) y Control de Calidad, conocer y difundir entre el personal médico, de enfermería, de apoyo al diagnóstico y afanador, la información necesaria para llevar a cabo la correcta identificación, separación, envasado y traslado de los residuos peligrosos CRET I hacia el almacén temporal de residuos peligrosos.

3.3 Es responsabilidad del personal médico, de enfermería, de apoyo al diagnóstico, investigación, así como personal operativo de almacenes y de conservación y mantenimiento:

- Identificar, separar y envasar los residuos peligrosos que generan las áreas médicas, de apoyo al diagnóstico, investigación y de servicios auxiliares, conforme a las normas oficiales mexicanas NOM-052-SEMARNAT-2005, NOM-018-STPS-2015 y las Hojas de Datos de Seguridad de las sustancias peligrosas que emplee.
- Los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) se manejarán por separado conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y los procedimientos 6 y 7 del Departamento de servicios Generales para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias y para tratamiento en sitio de residuos peligrosos biológico-infecciosos líquidos en áreas médicas (RPBI líquidos), respectivamente.
- Los residuos peligrosos CRET I en estado líquido que se obtengan de algún proceso de tinción, deshidratación, etc. se envasaran en los recipientes vacíos donde originalmente se surtieron, debiendo rotular o etiquetar el envase con el nombre del residuo que contenga.
- Los residuos peligrosos envasados en recipientes de vidrio o bien cuyo envase primario presente fugas, deberán a su vez colocarse en un segundo recipiente de plástico o metal con tapa, conforme a las características de peligrosidad que el residuo requiera, como requisito indispensable para su recepción en el almacén temporal de residuos peligrosos.
- No mezclar los diferentes tipos de residuos peligrosos entre sí ni con residuos no peligrosos.
- No llenar los envases donde se deposite el residuo peligroso a más del 80% de su capacidad.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		Hoja: 161

- Asegurarse de que el recipiente que contienen el residuo peligroso se encuentre bien cerrado y no presente fugas o derrames.
- Informar al personal que realizará el traslado de residuos peligrosos sobre las características de peligrosidad del residuo y las medidas de seguridad que deberá acatar durante su traslado.
- Exclusivamente a las pilas AA, AAA, C, DR, CR, CUADRADAS Y DE BOTÓN, en forma individual se les deberá cubrir los polos con masking, diurex, cinta de aislar y entregarlas al delegado administrativo de la unidad médica, para áreas administrativas entregar directamente en la caseta del almacén temporal de RPBI.



3.4 Es responsabilidad del Delegado (a) Administrativo (a) y a falta de éste del (la) Jefe (a) de Servicio de los servicios o áreas de apoyo al diagnóstico y/o investigación, así como de los (las) Jefes (as) de Departamento de áreas de servicios auxiliares:

- Contar con un recipiente de plástico, transparente, de boca ancha y tapa, para el depósito de pilas, el cual deberá contar con una etiqueta que indique "PILAS" y el nombre del servicio.
- Recibir las pilas **AA, AAA, C, DR, CR, CUADRADAS Y DE BOTÓN**, con los polos cubiertos y concentrarlas en el recipiente para pilas.
- El recipiente para pilas deberá ubicarse en la oficina del Delegado Administrativo, o su secretaria(o), para que al momento de recibir las pilas usadas puedan revisar que tengan los polos cubiertos y no se deposite ningún otro tipo de residuos.
- Gestionar y proporcionar los recipientes secundarios de plástico o metal, que se requiera para el embalado de los residuos peligrosos generados en la unidad o servicio.
- Para reactivos químicos, acordar con la(el) Responsable de RPBI, una visita al área en la cual estuvieran concentrando los residuos peligrosos para verificar las condiciones de integridad e identificación del(os) residuo(s), y acordar las características del(os) embalaje(s), orden y seguridad para la recepción del(os) mismo(s) en el almacén temporal de residuos peligrosos.
- Exclusivamente para el traslado de reactivos químicos al almacén temporal de residuos peligrosos, se deberá designar o solicitar el apoyo de una persona de apoyo al diagnóstico (químico) que deberá conocer la información de seguridad de los reactivos a trasladar.

Nota: el recipiente para pilas será reutilizable, deberá solicitar que cuando alcance el 80% de capacidad sea trasladado al almacén temporal de RPBI, donde se vaciará y devolverá. Evitar el empleo de bolsas, cajas o cualquier otro recipiente para el traslado.

3.5 Es responsabilidad del personal Afanador y personal operativo de las áreas de servicios auxiliares que realice el traslado de los residuos peligrosos CRETÍ:

- Revisar que las pilas contenidas en el recipiente re-usable para pilas que vaya a entregar en RPBI tengan los polos cubiertos, no existan ningún otro tipo de residuo peligroso o no peligroso y que no rebase el 80% de capacidad.
- Entregar el recipiente re-usable con las pilas **AA, AAA, C, DR, CR, CUADRADAS Y DE BOTÓN**, al encargado del Almacén Temporal de RPBI y devolver al recipiente vacío al Delegado.
- No trasladar pilas en cajas, bolsas, botellas de agua o cualquier otro recipiente que no sea el reutilizable especificado para el depósito y traslado de pilas.
- Preguntar sobre las características de peligrosidad del residuo a trasladar y acatar las medidas de seguridad correspondientes.
- Revisar que los recipientes en los cuales se envaso el residuo peligroso no presenten fugas, no rebasen el 80% de su capacidad y cuenten con el rótulo que indique el nombre del residuo y las características de peligrosidad.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		

- Trasladar el o los residuos peligrosos mediante el empleo de un medio mecánico (plataforma o carro) sin exceder la capacidad de carga y asegurarlos de tal forma que durante el traslado no vayan a caer o volcar, al almacén temporal de RPBI para su revisión y pesaje.
- Una vez pesados y etiquetados, trasladar los residuos peligrosos al almacén temporal de residuos peligrosos.
- Regresar a la unidad o servicio de procedencia con los residuos no peligrosos que no cumplan con los requisitos de identificación, separación, envasado y/o embalado.


Nota: para el traslado de pilas no se requiere de ningún medio adicional al recipiente re-utilizable.

3.6 Es responsabilidad del Encargado (a) de RPBI:

- Para el caso de reactivos químicos, a petición del área médica o de servicios, asesorar sobre la identificación, separación, envasado y en su caso embalado de los residuos que pretendan trasladar al almacén temporal de residuos peligrosos.
- Estar presente en el almacén temporal de residuos peligrosos, durante la recepción de reactivos químicos que cumplan los requisitos de identificación, separación, envasado, embalado y traslado establecidos en las hojas de datos de seguridad de los reactivos trasladados y políticas internas establecidas en este procedimiento.
- Determinar los incumplimientos contractuales por parte de la empresa de Recolección.

3.7 Es responsabilidad del personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI en turno:

- Recibir las pilas que cumplan con requisitos de separación, envasado y traslado antes especificados, vaciar y devolver el recipiente de re-uso.
- Verificar que los recipientes en los cuales se envaso el residuo peligroso cuenten con la etiqueta o rótulo que indique el nombre del residuo que contienen.
- Revisar que los recipientes en los cuales se envaso y trasladó el residuo peligroso no presente fugas y no rebasen el 80% de su capacidad.
- Para residuos peligrosos diferentes a los usualmente generados conforme al anexo A, o derrames de residuos peligrosos deberá solicitar la presencia del responsable de RPBI.
- Pesa, etiqueta y registrar en el comprobante de entrega-recepción de residuos peligrosos CRET I cada uno de los recipientes que contengan residuos peligrosos.
- Almacena en el almacén temporal de residuos peligrosos los residuos peligrosos CRET I recibidos.
- Entrega los residuos peligrosos CRET I a la empresa de recolección.
- Informa al Responsable de RPBI sobre cualquier anomalía que ocurra durante el proceso de recepción, almacenamiento temporal y/o entrega de residuos peligrosos CRET I.

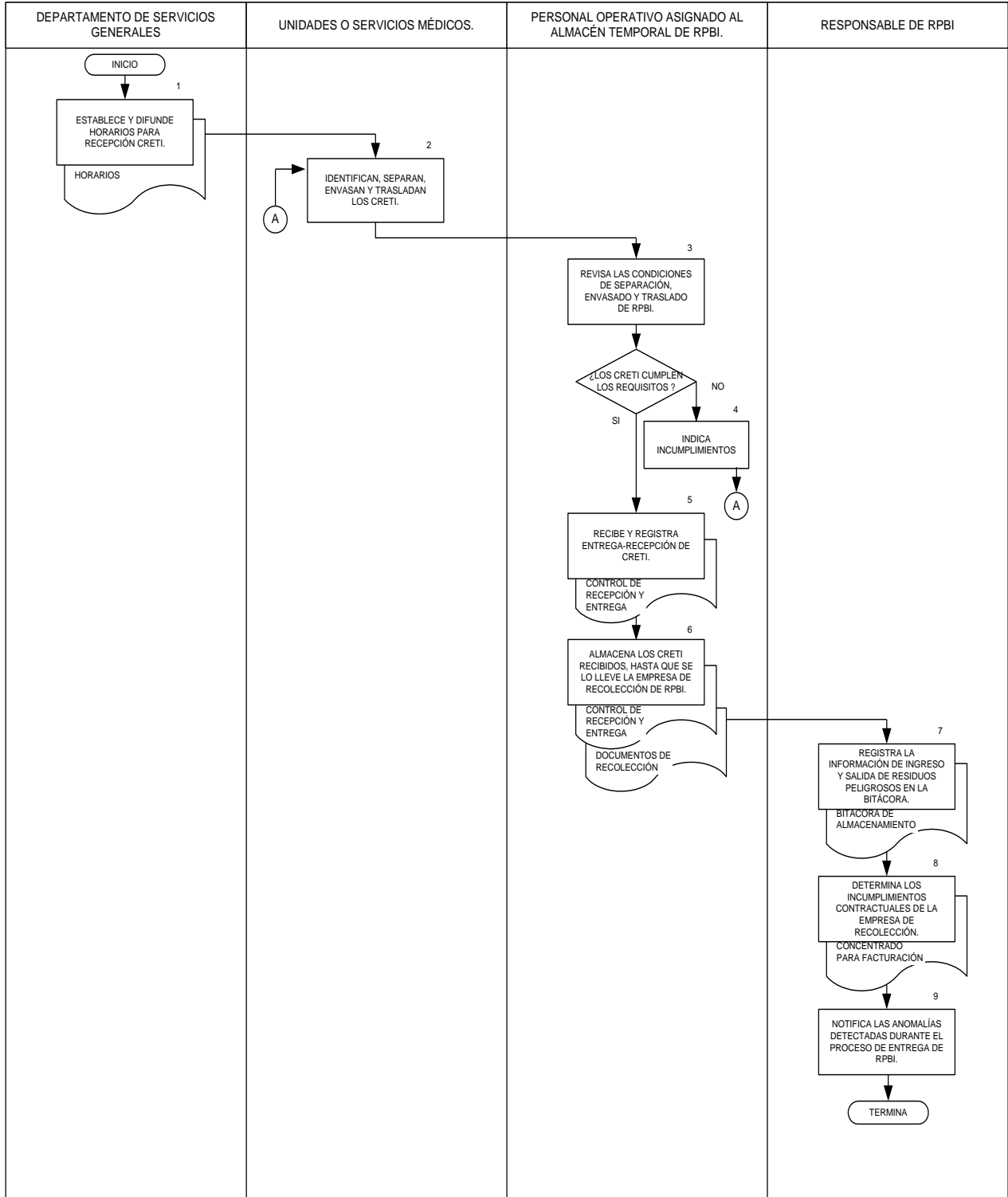
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).



Hoja: 163

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales	1	Establece y difunde los días y horarios para recepción de residuos peligrosos CRETÍ.	<ul style="list-style-type: none"> Horarios
Unidades y/o Servicios Médicos	2	Identifican, separan, envasan y trasladan los residuos peligrosos CRETÍ conforme a los requisitos establecidos en las hojas de datos de seguridad (de cada residuo peligroso) y políticas internas de manejo especificadas en este procedimiento.	
Personal operativo asignado al almacén temporal de RPBI en turno	3	Revisa que los residuos peligrosos CRETÍ a su arribo al almacén temporal de RPBI, cumplan con los requisitos establecidos para su recepción.	<ul style="list-style-type: none"> Control de entrega – recepción Control de entrega – recepción Documentos de recolección
		¿El residuo peligroso CRETÍ cumple con los requisitos?	
	4	No: Indica incumplimientos y regresa a la actividad 2.	
	5	Si: Recibe y registra en el control de entrega-recepción de residuos peligrosos CRETÍ.	
	6	Almacena hasta entregar los residuos peligrosos CRETÍ a la Empresa de recolección, llena el control de recolección de residuos peligrosos CRETÍ y firma los documentos de recolección de residuos peligrosos CRETÍ.	
Responsable de RPBI	7	Registra la información de ingreso y salida de residuos peligrosos en la Bitácora de almacenamiento temporal de residuos peligrosos CRETÍ.	<ul style="list-style-type: none"> Bitácora de almacenamiento
	8	Determina los incumplimientos atribuibles al vehículo, equipamiento y desempeño del personal operativo de la empresa de recolección durante su estancia en el Hospital en el Concentrado periódico para facturación.	<ul style="list-style-type: none"> Concentrado para facturación
	9	Notifica al Departamento de Servicios Generales de las anomalías detectadas durante el proceso de entrega de residuos peligrosos CRETÍ.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 165

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley general para la prevención y gestión integral de los residuos.	No aplica
6.2 Reglamento de la Ley general para la prevención y gestión integral de los residuos.	No aplica
6.3 NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.	No aplica
6.4 NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo. (NOM-018-STPS-2015 a partir del 9 de octubre de 2018).	No aplica
6.5 Acuerdo de modificación a la NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo.	No aplica
6.6 NOM-003-SCT/2008, características de las etiquetas de envases y embalajes, destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.	No aplica
6.7 Procedimiento para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos sólidos en áreas médicas (RPBI sólidos) y atención de contingencias.	No aplica
6.8 Procedimiento de recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos biológico-infecciosos.	No aplica
6.9 Manual de organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No aplica
6.10 Manual de Procedimientos del Departamento de Servicios Generales.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
7.1 Comprobante de entrega-recepción de residuos peligrosos CRET I al almacén temporal de residuos peligrosos	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.2 Comprobante de recolección de residuos peligrosos CRET I	1 año	Departamento de Servicios Generales.
7.3 Manifiesto de entrega, transporte y recepción de residuos peligroso	5 años	Departamento de Servicios Generales.
7.4 Bitácora de Almacenamiento Temporal de Residuos Peligrosos CRETIB	5 años	Departamento de Servicios Generales.
7.5 Concentrado periódico para facturación.	1 año	Departamento de Servicios Generales.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 AFANADOR:** personal que lleva a cabo las actividades de limpieza (rutinaria y exhaustiva) en todas y cada una de las áreas que conforman los servicios médicos, quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, el cual entre otras funciones recolecta, retira y traslada los diferentes tipos de residuos no peligrosos así como los RPBI a los depósitos o almacenes temporales correspondientes.
- 8.2 ÁREAS MÉDICAS:** unidades o servicios de atención a pacientes o sus muestras, apoyo al diagnóstico y/o investigación del Hospital General de México, susceptibles de generar RPBI.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		



- 8.3 ATENCIÓN MÉDICA:** El conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de proteger, promover y restaurar la salud humana y animal
- 8.4 CRETÍ:** Abreviación de corrosivo, reactivo, explosivo, tóxico y/o inflamable.
- 8.5 EMBALAJE:** Material que envuelve, contiene y protege debidamente los productos pre-ensados que facilita y resiste las operaciones del almacenamiento y transporte.
- 8.6 ENVASE:** Cualquier recipiente o envoltura en el cual está contenido el producto, para su distribución o venta.
- 8.7 ETIQUETA:** Cualquier señal o símbolo escrito, impreso o gráfico visual o fijado que mediante un código de interpretación, indica el contenido, manejo, riesgo y peligrosidad de las sustancias, materiales y los residuos peligrosos.
- 8.8 HOJA DE DATOS DE SEGURIDAD (HDS):** es la información sobre las condiciones de seguridad e higiene necesarias, relativas a las sustancias químicas peligrosas, que sirve como base para programas de comunicación de peligros y riesgos en el centro de trabajo.
- 8.9 MANEJO:** Conjunto de operaciones que incluyen el almacenamiento, recolección, transporte, alojamiento, re-uso, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos.
- 8.10 MANIFIESTO DE ENTREGA, TRANSPORTE Y RECEPCIÓN (ETR):** Documento oficial establecido por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) para acreditar la Entrega, Transporte y Recepción de residuos peligrosos realizada.
- 8.11 PELIGRO:** es la capacidad intrínseca de una sustancia química para generar daño.
- 8.12 PILAS:** fuente de energía eléctrica obtenida por transformación directa de energía química y constituida por uno o varios elementos primarios (no recargables).
- 8.13 RECOLECCIÓN EXTERNA,** Recolección de los residuos peligrosos del establecimiento generador hacia la planta de tratamiento o acopio.
- 8.14 RESIDUO PELIGROSO:** Todos aquellos residuos en cualquier estado físico que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico-infecciosas que representen un peligro para el equilibrio ecológico y el ambiente.
- 8.15 SUSTANCIA PELIGROSA:** Todo aquel elemento, compuesto, material o mezcla de ellos que independientemente de su estado físico, represente un riesgo potencial para la salud, el ambiente, la seguridad de los usuarios y la propiedad de terceros; también se consideran bajo esta definición los agentes biológicos causantes de enfermedades.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualizan las Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, el Glosario de Términos y el Anexo 10.2.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Días y horarios de recepción de residuos peligrosos CRETÍ.
- 10.2 Residuos peligrosos comúnmente generados en las áreas médicas, de apoyo al diagnóstico, investigación, almacenes y servicios auxiliares.
- 10.3 Comprobante de entrega-recepción de residuos peligrosos CRETIB al almacén temporal de residuos peligrosos.
- 10.4 Comprobante de recolección de residuos peligrosos CRETÍ.
- 10.5 Bitácora de Almacenamiento Temporal de Residuos Peligrosos CRETÍ.
- 10.6 Concentrado periódico para facturación.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		

10.1 Días y horarios de recepción de residuos CRET I



DIAS Y HORARIOS DE RECEPCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS CRET I	
DIAS:	HORARIO:
LUN-MIER-VIER	11:00 A 13:00 HRS
NOTA: el pesaje y etiquetado de residuos peligrosos CRET I se realizará en el almacén temporal de RPBI	

10.2 Residuos peligrosos usualmente generados en las áreas médicas, de apoyo al diagnóstico, investigación y de servicios auxiliares.

Residuos peligrosos comúnmente generados en las áreas médicas, de apoyo al diagnóstico, investigación, almacenes y servicios auxiliares		
Nombre (s)	Riesgo (s)	Clave(S) de riesgo(S)
Formol o formaldehído	Tóxico, Corrosivo	T, C
Xilol o Xileno	Tóxico, Inflamable	I, Tt
Alcohol (metanol, etanol, absoluto, isopropílico, etc.)	Inflamable, Tóxico	I, Tt
Diaminobencidina	Tóxico	T
Colorantes	Tóxico	T
Acetona o cetona	Inflamable, Tóxico	I, Tt
Baterías	Tóxico	T
Oncológicos	Tóxico	T

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		

10.3 COMPROBANTE DE ENTREGA-RECEPCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS CRETÍ AL ALMACÉN TEMPORAL DE RESIDUOS PELIGROSOS.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D. Subdirección de Servicios Generales y Nutrición Departamento de Servicios Generales		 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA		
COMPROBANTE DE ENTREGA-RECEPCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS CRETÍ AL ALMACÉN TEMPORAL DE RESIDUOS PELIGROSOS						
FECHA: A	SERV. O UNIDAD:		<input type="checkbox"/> 501T PATOLOGÍA			
			<input type="checkbox"/> OTRO:			
NOTA: SOLO SE RECIBIRÁN RESIDUOS CUYO ENVASE INDIQUE EL NOMBRE Y RIESGO(S) DEL RESIDUO, NO DEBERÁ REBASAR EL 80% DE LA CAPACIDAD DEL ENVASE NI PRESENTAR FUGAS, LOS RECIPIENTES PRIMARIOS DE VIDRIO ADICIONALMENTE DEBERÁN ESTAR EMBALADOS SEGÚN APLIQUE.						
C RESIDUO(S) PELIGROSO(S) RECIBIDO(S):						
	FORMOL (T, C)	XILOL (T, I)	ALCOHOL (I, T)	OTROS (D)		
No.	KILOS	KILOS	KILOS	KILOS	NOMBRE	RIESGO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
E TOTALES (KILOS)			F OTROS: TOTALES (KILOS)			
	FORMOL (T-C)	XILOL (T)	ALCOHOL (I)	T= TÓXICOS	I= INFLAMABLES	C= CORROSIV.
OBSERVACIONES (G)						
<input type="checkbox"/> CONFORME A RELACIÓN ANEXA						
FIRMAS DE CONFORMIDAD (H)						
NOMBRE Y FIRMA O RÚBRICA DE QUIEN ENTREGA			NOMBRE Y FIRMA O RÚBRICA DE QUIEN RECIBE			

Instructivo.

A. FECHA: fecha en que se realiza la entrega-recepción de los residuos peligrosos.

B. SERV. O UNIDAD: unidad o servicio de donde procede el residuo peligroso.

C. RESIDUOS PELIGROSOS RECIBIDOS: registrar en la columna que corresponda para formol, xilol o alcohol, el peso en kilos de cada recipiente que se reciba.



D. OTROS: peso en kilos, nombre y tipo de riesgo de cada recipiente con residuo peligroso diferente a formol, xilol o alcohol que se reciba

E. KILOS TOTALES: suma por columna de los pesos registrados por tipo de residuo.



F. OTROS KILOS TOTALES: suma de residuos por tipo de riesgo.

G. OBSERVACIONES: incidentes que se presentaran durante la entrega-recepción de residuos peligrosos con el personal, las condiciones de los envases, mala o nula identificación del residuo, fugas o derrames, etc.

H. FIRMAS DE CONFORMIDAD: nombre y firma o rúbrica de la persona que realizó la entrega y nombre y firma o rúbrica de la persona que recibió los residuos peligrosos. NOTA: cuando la firma sea igual al nombre bastará con anotarlo una sola vez.



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		

10.4 COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS CRETÍ.

			
COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS CRETÍ			
1.- Fecha (d/m/a):			
2.- Hora de arribo:			
3.- Personal (operativo) nombres:			
Chofer:			
Ayudante:			
4.- Uniforme y equipo de protección:			
Requisito:	CH:	AY:	
Uniforme			
Botas Industriales			
Guantes de neopreno			
Mascarilla.			
Lentes de seguridad.			
Faja de estibador			
	subtotal		
5.- Vehículo:			
Placas:			
Señalamientos de la SCT	SI	NO	
Rampa (existe):	SI	NO	
Rampa (funciona):	SI	NO	
Conos	SI	NO	
6.- Documentación de recolección			
Manifiesto de E-T-R No.:			
Doc. de embarque:	SI	NO	
Contenedores recolectados			
Total recolectado (Kg)			
7.- Hora de término:			
8.- Observaciones:			
9.- Firmas de conformidad:			
Por el Proveedor:			
Nombre y firma			
Por el Hospital General de México O. D.:			
Nombre y firma			

Instructivo:

- FECHA:** fecha en que se realiza la entrega de los residuos peligrosos CRETÍ a la empresa de recolección.
- HORA (ARRIBO):** hora en la cual se presenta el personal a cargo de la recolección a bordo del vehículo que se empleará para transportar el residuo recolectado con el personal operativo del Hospital General de México que este asignado al almacén temporal de RPBI.
- PERSONAL (OPERATIVO)** nombre y primer apellido del personal que participa en la recolección por parte del Proveedor (chofer y ayudante).
- UNIFORME Y EQUIPO DE PROTECCIÓN:** registrar **si** o **no** o bien **paloma** o **tache**, para indicar el uso, carencia o falta de uso de cada elemento del equipo de protección personal por cada persona de "EL PROVEEDOR" que intervenga en la recolección.
- VEHICULO:** anotar la placa del vehículo que se emplea en la recolección y **paloma** o **tache** para la opción que corresponda a los señalamientos y equipamiento.
- DOCUMENTOS DE RECOLECCIÓN:** son los documentos oficiales que comprueban la recolección, se deberá registrar los folios del(os) manifiesto(s) de entrega –transporte y recepción de residuos peligrosos y **paloma** o **toche** para el documento de embarque, anotar la cantidad total de contenedores recolectados y la cantidad total en kilos que se recolectaron. **Nota:** Del(os) manifiesto(s) dejarán una copia para el generador y del documento de embarque un original.
- HORA DE TÉRMINO:** Hora en la cual concluye la recolección (ya se firmaron los documentos de recolección y se ha entregado a cada participante (Proveedor – HGM) la documentación correspondiente a la misma.
- OBSERVACIONES:** ampliar la información sobre la falta o descompostura de alguno de los requisitos establecidos o alguna otra novedad relativa a la recolección.
- FIRMAS DE CONFORMIDAD:** nombre y primer apellido seguido de la firma o rúbrica del personal que participó en la entrega-recolección de los residuos peligrosos CRETÍ, por parte del Hospital General de México el personal asignado al almacén temporal de RPBI y por parte del Proveedor el chofer. **Nota:** cuando la firma sea igual al nombre bastará con anotarlo una sola vez.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	11. Procedimiento para recepción, almacenamiento temporal y entrega de residuos peligrosos corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos y/o inflamables (CRETI).		Hoja: 170

10.5 BITÁCORA DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS PELIGROSOS CRETIB.

ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS PELIGROSOS CRETIB														FOLIO:		
FECHA DE INGRESO (1)	ÁREA DE PROCEDENCIA (2)	NOMBRE(S) O CLAVE(S) (3)	C (4)	R (4)	I (4)	T (4)	KG TOTALES INGRESADOS (5)	FECHA DE SALIDA (6)	MANIFIESTO No. (7)	KG TOTALES ENTREGADOS (8)	RESIDUOS EN ALMACÉN (KG) (9)	ETAPA DE MANEJO INMEDIATA (10)	EMPRESA (NOMBRE) (11)	AUTORIZACIÓN No. SEMARNAT (12)	RESPONSABLE DE BITÁCORA (13)	OBSERVACIONES (14)

Instructivo:



La bitácora es un control diario de las entradas y salidas de residuos peligrosos CRETIB al almacén temporal de residuos peligrosos del Hospital General de México y el formato corresponde al especificado en el artículo 71 del Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.

Los aspectos que deben reportarse son:



- (1) **FECHA DE INGRESO:** fecha en la cual el residuo es recibido en el almacén temporal de residuos peligrosos CRETIB.
- (2) **ÁREA DE PROCEDENCIA:** unidad o servicio del que procede el residuo peligroso.
- (3) **NOMBRE(S) O CLAVE(S):** nombre, abreviación o clave de cada residuo peligroso ingresado.
- (4) **TIPO DE RESIDUO:** anotar en la columna que corresponda al tipo de residuo peligroso CRETIB, el peso en kilogramos que se ingresa al almacén temporal de residuos peligrosos.
- (5) **KG TOTALES INGRESADOS:** se refiere a la suma de la cantidad en kilos de los diferentes tipos de residuos peligrosos CRETIB ingresado al almacén temporal de residuos peligrosos.
- (6) **FECHA DE SALIDA:** fecha en la cual el residuo es entregado a la empresa de recolección.
- (7) **MANIFIESTO No.:** Número de folio del manifiesto de entrega, transporte y recepción de residuos peligrosos.
- (8) **TOTAL ENTREGADO:** kilogramos totales de residuo peligroso entregado a la empresa de recolección.
- (9) **RESIDUOS EN ALMACÉN:** Kilogramos totales de residuos peligrosos que después de la entrega a la empresa de recolección permanecen o ingresan al almacén temporal de residuos peligrosos.
- (10) **ETAPA DE MANEJO INMEDIATA:** recolección.
- (11) **EMPRESA (NOMBRE):** Nombre o razón social de la empresa a la que se le entregan los residuos peligrosos CRETIB.
- (12) **AUTORIZACIÓN No.:** Número de autorización otorgada por la SEMARNAT para la recolección de los residuos peligrosos CRETIB.
- (13) **RESPONSABLE DE BITÁCORA:** Nombre de la persona responsable del registro de la información solicitada en la presente bitácora.
- (14) **OBSERVACIONES:** comentarios sobre alguna desviación respecto a las condiciones de separación, envasado, horario, etc., en que se reciben (entran) o entregan (salida) los residuos peligrosos CRETIB.

10.6 CONCENTRADO PERIÓDICO PARA FACTURACIÓN

El Concentrado periódico para facturación, consistirá de una relación en orden cronológico de las recolecciones realizadas (por vehículo) durante el periodo a revisar en el cual se señalarán los incumplimientos de los requisitos contratados así como el cálculo de los montos a facturar por los servicios prestados y los correspondientes a penalizaciones por atrasos y por deductivas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Hoja: 171

12. PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales		DR. EDUARDO LICEAGA

1. PROPÓSITO

1.1 Atender el suministro de gases medicinales para su uso, distribución y dotación de gases medicinales en cilindro a los Servicios médicos del Hospital, a fin de brindar atención médica a los pacientes y mantener el fluido constante de oxígeno que corre por ductería bajo las máximas reglas de seguridad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, el Departamento de Servicios Generales y el Área de Oxígeno (Gases Medicinales) supervisan y operan el suministro de Gases Medicinales.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento aplica para los proveedores externos de gases medicinales, así como el cumplimiento del área con toda la normatividad mexicana concerniente a el suministro de gases medicinales, así como los institucionales para la correcta aplicación de lineamientos y normas para brindar un servicio de calidad para los usuarios de este hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El suministro de gases medicinales se atenderá en forma eficaz y eficiente durante las 24 horas a los servicios solicitantes para coadyuvar al desempeño adecuado de sus funciones.

3.2 El área de Oxígeno (Gases Medicinales) deberá observar en forma permanente las normas oficiales establecidas para la infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención especializada en cuanto a su área de trabajo concierne.

3.3 El área de Oxígeno (Gases Medicinales) deberá corroborar la existencia permanente de cilindros de gases medicinales, para cubrir las necesidades de las unidades médicas de este Hospital.

3.4 El área de Oxígeno (Gases Medicinales) deberá aplicar una estricta seguridad en el manejo de los equipos y cilindros de esa área, así como en las unidades médicas.


3.5 Es responsabilidad del área de enfermería realizar la solicitud del suministro de gases medicinales, así como firmar la aceptación de recepción de los mismos.

3.6 Cuando no se requiera de un cilindro y manómetro instalados en un Servicio Médico, Enfermería o el (la) Delegado (a) Administrativo (a) serán los encargados de dar aviso al Área de suministro de gases medicinales para su retiro y resguardo inmediato.

3.7 Es responsabilidad de los (las) Enfermeros (as) y/o Delegados (as) Administrativos (as) de los Servicios Médicos, firmar la entrega al área de suministro de gases medicinales, los cilindros y manómetros en condiciones óptimas

3.8 Es responsabilidad del Área de Oxígeno (Gases Medicinales) revisará en forma permanente los sistemas de control del termo de la central de oxígeno.


3.9 Es responsabilidad del Área de Oxígeno (Gases Medicinales) realizar el abastecimiento permanente de gases medicinales a los Servicios o Unidades.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales

Hoja: 173

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Servicios Generales.	1	Instruye al encargado del área de suministro de gases medicinales sobre la operatividad para que los servicios se realicen en forma eficaz y eficiente.	
Responsable del Área de Oxígeno (Gases Medicinales).	2	Conforma las necesidades diarias requeridas para su pedido subrogado, con base en los recorridos que realiza y en las solicitudes vía telefónica de las diferentes unidades medicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitacora
	3	Programa en forma diaria las actividades e instruye al personal operativo de acuerdo a los recorridos revisando el estado físico y/o retiro de cilindros y manómetros de gases medicinales de las diferentes Unidades médicas registrando en la bitácora.	
Personal operativo del Área de Oxígeno (Gases Medicinales).	4	Realiza recorrido y supervisa diariamente a las Unidades médicas, e informa al responsable del área de gases medicinales el status general de cilindros y manómetros de gases medicinales por medio del formato F2 PSAA 02 "Reporte diario" y verifica status general de los cilindros" ¿Están correctos los cilindros y manómetros?	<ul style="list-style-type: none"> • F2 PSAA 02
	5	No: Solicita aclaraciones a la unidad medica donde existe el inconveniente y regresa a la actividad 3	
	6	SI: Comunica el status general de los cilindros al responsable del área.	
Responsable del Área de Oxígeno (Gases Medicinales).	7	Realiza un informe diario del status general de cilindros y manómetros de gases medicinales y entrega informe F2 PSAA 02 "Reporte diario" al responsable del área de gases medicinales.	<ul style="list-style-type: none"> • F2 PSAA 02
Enfermería o Delegado Administrativo (a).	8	Solicita al área de suministro de gases medicinales el cambio o suministro de los tanques.	
Responsable del Área de Oxígeno (Gases Medicinales).	9	Llenan el formato F1 PSAA-01 "Vale para tanque de gases medicinales" con las especificaciones de la Unidad Médica solicitante, con las características y cantidad del cilindro y manómetro de gas medicinal que se va a suministrar y entrega al personal operativo.	<ul style="list-style-type: none"> • F1 PSAA-01

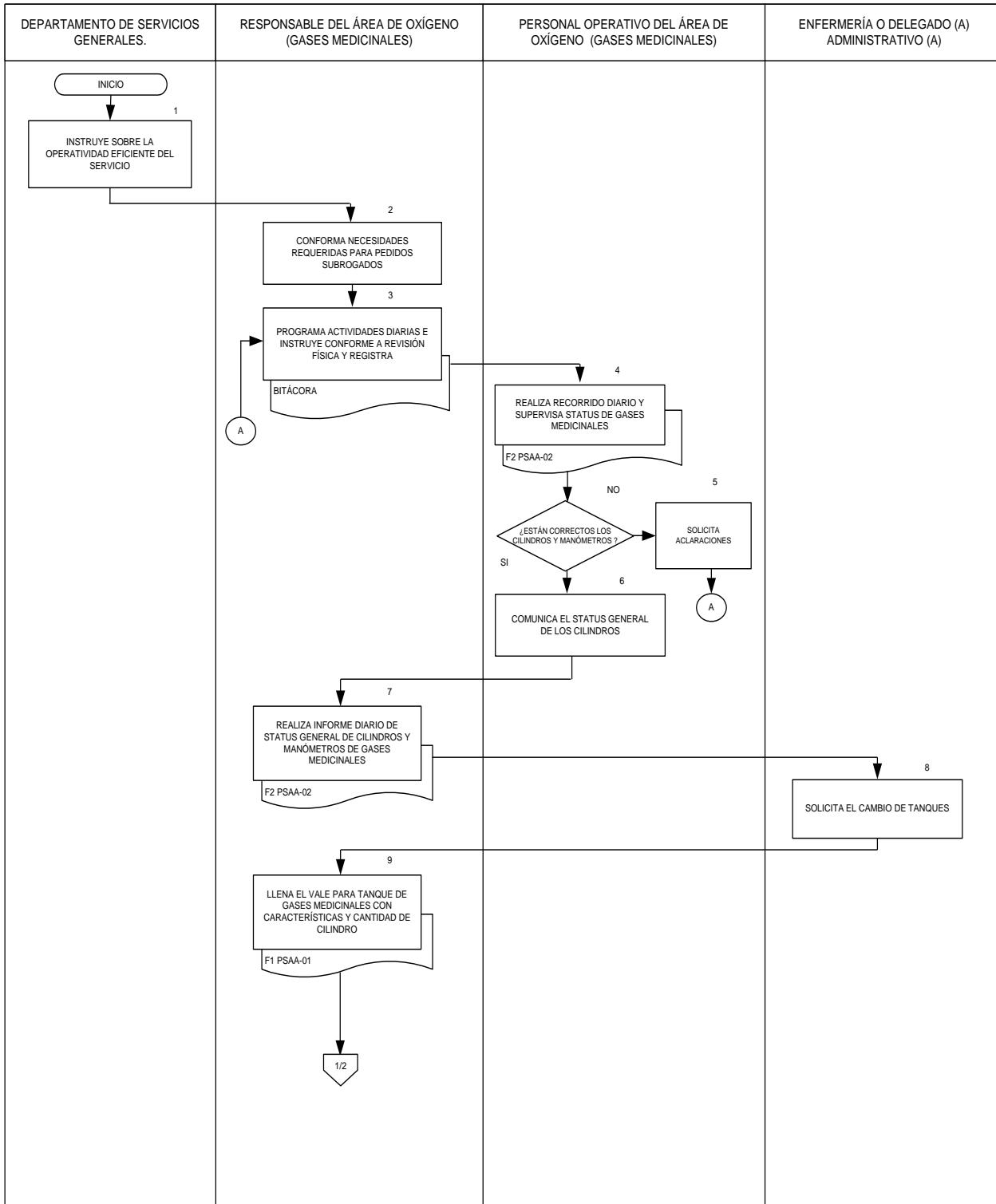
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales

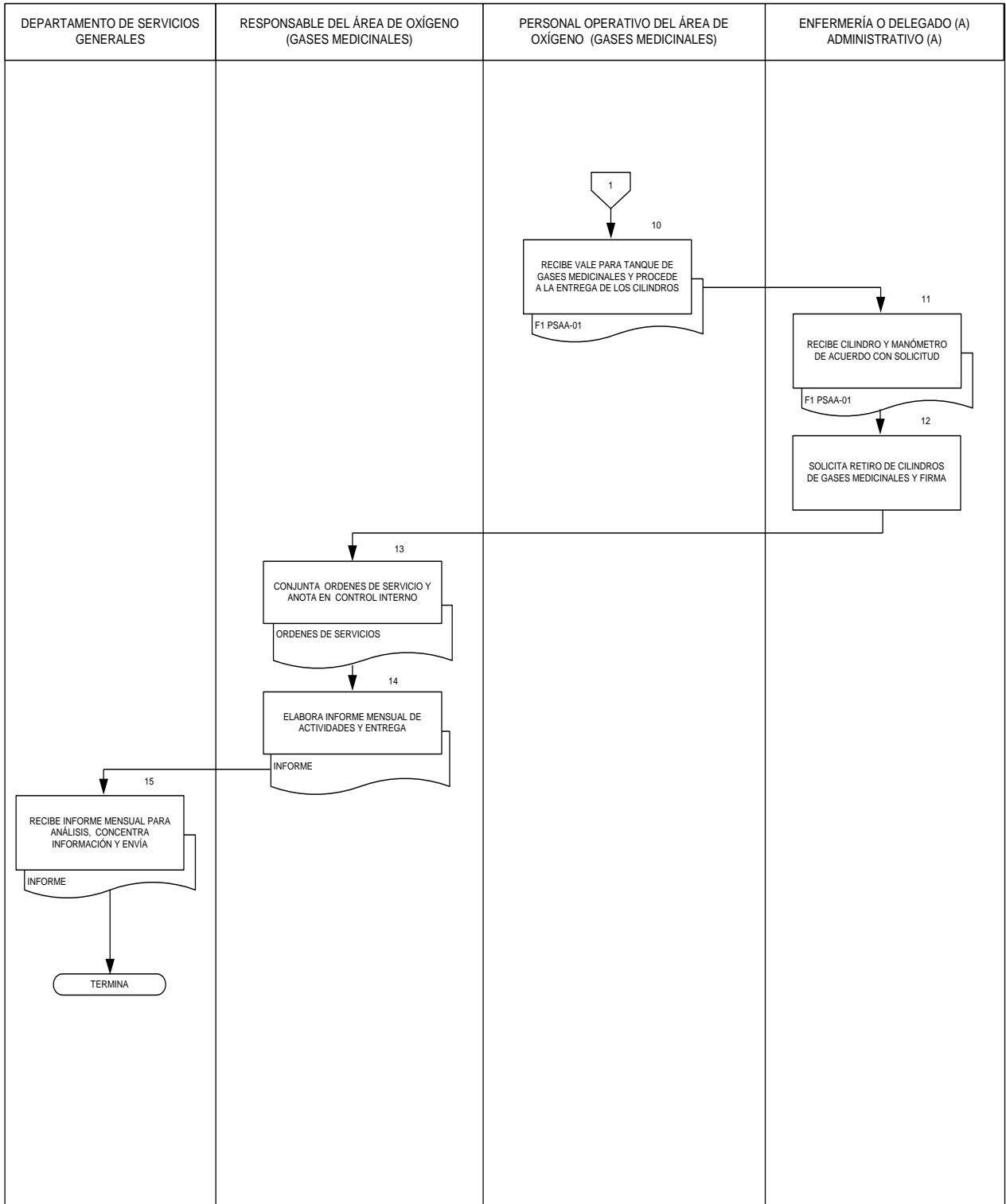
Hoja: 174



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal operativo del Área de Oxígeno (Gases Medicinales).	10	Recibe la solicitud de servicio F1PSAA-01 "Vale para tanque de gases medicinales" y procede a la entrega a las unidades médicas los cilindros y manómetro de gases requeridos y solicita al área solicitante (enfermería) la firma del formato de entrega, recepción de gas medicinal y manómetro.	<ul style="list-style-type: none"> • F1 PSAA-01
Enfermería o Delegado Administrativo (a).	11	Recibe cilindro y manómetro de acuerdo a su solicitud de gas medicinal.	<ul style="list-style-type: none"> • F1 PSAA-01
	12	Solicita al área el retiro de cilindro de gases medicinales firmando de retiro y condiciones del cilindro y manómetro.	
Responsable del Área de Oxígeno (Gases Medicinales).	13	Conjunta las ordenes de servicio atendido y debidamente requisitadas y anota en el control interno las cantidades, condiciones del cilindro y manómetro.	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenes de Servicio. • Informe.
	14	Elabora el informe mensual de actividades y entrega al Departamento de Servicios Generales.	
Departamento de Servicios Generales.	15	Recibe el informe mensual para su análisis y concentra la información y a su vez envía a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición para su trámite correspondiente. TERMINA.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe



5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 177

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No Aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Hospital General de México.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Vale para tanques de gases medicinales.	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.2 Reportes diarios.	1 año	Departamento de Servicios Generales	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Bitácora.- Instrumento de registro que permite llevar la organización cronológica para la explicación de un proceso.

8.2 Central de gases.- Lugar donde se ubican de manera exclusiva los contenedores de oxígeno, gases medicinales y óxido nitroso con sus respectivas instalaciones para disponer de ellos en forma continua y sin interrupciones.

8.3 Cilindro.- Recipiente especial para almacenaje de gases comprimidos.

8.4 Gases medicinales.- Son aquellos gases que por sus características específicas son utilizados para consumo humano y aplicaciones medicinales en instituciones de salud y en forma particular.

8.5 Manómetro.- instrumento utilizado para la medición de la presión en los fluidos contenidos en recipientes cerrados.

8.6 Oxígeno.- Elemento químico, metaloide gaseoso, elemento principal del aire y es esencial para la respiración.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualizan las Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, la Descripción de Actividades, el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente y los anexos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 F1PSAA-01 Formato de vale para tanque de gases medicinales.



10.2 F2 PSAA 02 Formato de reporte diario.

10.3 Semáforos de Control.

10.4 Probables Causas.

10.5 Capacidad Instalada.

10.1 F1 PSAA-01 FORMATO VALE PARA TANQUE DE GASES MEDICINALES

	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES Y NUTRICIÓN DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES	
---	---	---

CENTRAL DE OXIGENO
VALE PARA TANQUE DE GASES MEDICINALES

FECHA: (1) _____
HORA: (2) _____

No. DE UNIDAD (3) _____ ESPECIALIDAD: (4) _____

NOMBRE DEL PACIENTE: (5) _____ CAMA:(6) _____

	CANTIDAD	INSTALAR	CAMBIO		CANTIDAD	INSTALAR	CAMBIO
OXIGENO GRANDE 9.5 M ³ :				OXIDO NITROSO GRANDE:			
OXIGENO PORTATIL:				OXIDO NITROSO PORTATIL:			
NITROGENO LIQUIDO:				BIOXIDO DE CARBONO:			
NITROGENO GASEOSO:				HEXAFLORURO DE AZUFRE:			
ETOXI SIGLO XXI				ACETILENO INDUSTRIAL:			

OTROS GASES: (9) _____

TIPO DE MANÓMETRO: (10) _____



ENTREGO _____ NOMBRE Y FIRMA (11)	RECIBIO _____ NOMBRE Y FIRMA (12)	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>MANÓMETRO EN BUEN ESTADO (13)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>BORBOTEADOR (14)</td> </tr> </table>	SI	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANÓMETRO EN BUEN ESTADO (13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BORBOTEADOR (14)
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANÓMETRO EN BUEN ESTADO (13)									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BORBOTEADOR (14)									

OBSERVACION (15) _____


F1 PSAA-02 Rev.2

10.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO F1 PSAA-01 VALE PARA TANQUE DE GASES MEDICINALES


1. Indicar la fecha de solicitud del tanque de gas medicinal.
2. Indicar la hora de solicitud del tanque de gas medicinal.
3. Indicar el numero de la unidad solicitante.
4. Indicar el nombre de la unidad solicitante
5. Nombre completo del paciente
6. Cama del paciente
7. Marcar que tipo de gas es necesario
8. Marcar la cantidad con numero y si es para instalar o cambio.
9. Describir si es otro tipo de gas diferente a los enlistados
10. Indicar el tipo de manómetro que es.
11. Nombre completo de la persona que entrego y firma autofrafa
12. Nombre completo de la persona que recibe y firma autofrafa
13. Marcar en los recuadros si el manometro esta en buen estado o no
14. Marcar en los recuadros si el borboteador esta en buen estado o no
15. Describir si hay alguna observación

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales		Hoja: 179

10.2 FORMATO F2 PSAA-02 REPORTE DIARIO



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
 SUBDIRECCION DE SERVICIOS GENERALES Y NUTRICIÓN
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
 CENTRAL DE OXIGENO


HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
 DR. EDUARDO LICEAGA

TURNO:(2) M V VEL SDF REPORTE DIARIO FECHA (1) _____



SERVICIO	CAMA	%	PARA RETIRO	EN USO	No. MANOMETRO	SERVICIO	CAMA	%	PARA RETIRO	EN USO	No. MANOMETRO
3	4	5	6	7	8						

_____ REALIZÓ RECORRIDO (9) _____ RECIBIO BITÁCORA (10)

NOMENCLATURA					
P	PUNTAS NASALES	M	MATUTINO	SDF	SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS
N	NEBULIZADOR	V	VESPERTINO		
RN	RAZON NECESARIA	VEL	VELADA		

10.2 INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO F2 PSAA-02 REPORTE DIARIO



1. Indicar fecha del dia reportado.
2. Turno que reporta.
3. Unidad médica a la cual se brindo el servicio.
4. Cama que se atendió.
5. Porcentaje del gas medicinal con el que contaba el tanque.
6. Marcar si fue para retiro.
7. Marcar si estaba en uso.
8. Indicar numero de manometro.
9. Nombre completo del personal de la central de gases medicinales que realizo el recorrido.
10. Nombre del encargado de la central de gases medicinales.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales		Hoja: 180

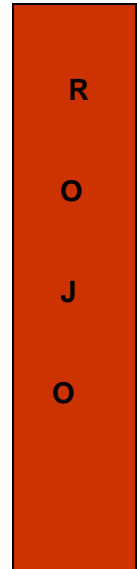
10.3 SEMÁFOROS DE CONTROL



SEMAFORO DE CONTROL

FASE 1	
<ul style="list-style-type: none"> CAPACIDAD DEL TANQUE TERMO DEL 40 AL 100 % 	V E R D E
<ul style="list-style-type: none"> PRESION DEL TANQUE TERMO 6.5 KG 	
<ul style="list-style-type: none"> BITACORA DE SERVICIO 	
<ul style="list-style-type: none"> LINEAS EN DISTRIBUCION EN ORDEN 	
<ul style="list-style-type: none"> TANQUES INDIVIDUALES 9.5 M3 EN STOCK MAYOR A 20 PIEZAS 	
<ul style="list-style-type: none"> VERIFICAR QUE LAS LLAVES SE ENCUENTREN ABIERTAS Y QUE LOS GASIFICADORES SE ENCUENTREN FUNCIONANDO CORRECTAMENTE. 	
FASE 2	
<p>CAPACIDAD DEL TANQUE TERMO DEL 39 AL 20 %</p> <p>SE AVISA A LA EMPRESA "INFRA" PARA ABASTECIMIENTO EN UN PLAZO NO MAYOR A 6 HORAS A LOS TELEFONOS 01 800 2219 844 O AL REPRESENTANTE DE INFRA AL 044 55 91995001.</p>	A M B A R
<p>SE AVISA A LA AUTORIDAD SUPERIOR EXT. 1561 Y A LA SUBDIRECCION DE MANTENIMIENTO EXT. 1225, DEPARTAMENTO DE PROTECCION CIVIL EXT. 1206 Y 1687.</p>	
<p>SE VERIFICAN LINEAS DE DISTRIBUCION.</p>	
<p>SE ATIENDEN DE MANERA INMEDIATA CON TANQUES INDIVIDUALES 9.5 M³ A LAS AREAS AFECTADAS.</p>	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales		Hoja: 181

FASE 3
CAPACIDAD EL TANQUE TERMO MENOR A L 20 %, SE ALARMA EL SISTEMA.
ENTRAR EN OPERACIÓN DE MANERA AUTOMICA EL TANQUE TERMO DE RESPALDO .
SE AVISA A LA EMPRESA "INFRA" PARA ABASTECIMIENTO EN UN PLAZO NO MAYOR A 2 HORAS A LOS TELEFONOS 01 800 2219 844 O AL REPRESENTANTE DE "INFRA" A 044 55 9199 5001.
SE AVISA A LA AUTORIDAD EXT. 1561 Y SUBDIRECCION DE MANTENIMIENTO EXT. 1226, DEPARTAMENTO DE PROTECCION CIVIL EXT. 1206 Y 1687.
SE VERIFICAN LINEAS DE DISTRIBUCION.
SE ATIENDEN DE MANERA INMEDIATA CON TANQUES INDIVIDUALES M ³ A LAS AREAS AFECTADAS.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 182

10.4 PROBABLES CAUSAS

PROBABLES CAUSAS

CAUSA	ACCION
RUPTURA DE LINEA	LOCALIZACION DE FUGA.
	CIERRE LOCAL DE VALVULA.
	SOPORTE A LA (S) UNIDAD CON TANQUES INDIVIDUALES 9.5 M ³ .
	VACIADO DE LINEA AFECTADA.
	REPARACION DE FUGA.
PERDIDA DE PRESION EN TANQUE TERMO	ENCENDIDO DE TANQUE SOPORTE DE MANERA AUTOMATICA O MANUAL.
	REVISION DE RELOJES DE PRESION Y DUAL BANDER EN CENTRAL OXIGENO.
	REVISION DE RAMALES Y TOMAS DE OXIGENO EN LAS UNIDADES.
SISMO	INSPECCION VISUAL DE RELOJES DE PRESION Y DUAL BANDER CENTRAL DE OXIGENO
	RECORRIDO PARA REVISION DE RAMALES Y TOMAS DE OXIGENO LAS UNIDADES.
INCENDIO	CIERRE DE VALVULA DE PASO CERCANA A LA UNIDAD AFECTADAS.
	AVISAR A LA AUTORIDAD EXT. 1561, SUBDIRECCION DE MANTENIMIENTO EXT. 1226, DEPARTAMENTO DE PROTECCION CIVIL EXT. 1206 Y 1687



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	12. Procedimiento para el suministro de gases medicinales	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 183

10.5 CAPACIDAD INSTALADA



CAPACIDAD INSTALADA

DESCRIPCION	CAPACIDAD INSTALADA	TIEMPO DE SOPORTE
TANQUE TERMO	12,600 LT/ AGUA AL 100 %	72 HORAS
TANQUE TERMO DE RESPALDO	1,400 LT/ AGUA AL %	8 HORAS
TANQUES INDIVIDUALES 9.5 M3	STOCK MINIMO DE 20	12 ONTINUAS POR TANQUE

TODO EL SISTEMA DEL SUMINISTRO DE OXIGENO ESTA MONITOREADO POR UN EQUIPO AUTOMATICO QUE INDICA BAJA DE PRESION Y NIVEL MINIMO DE CAPACIDAD.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	13. Procedimiento para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria	<hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Hoja: 184

13. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LIMPIEZA EN ÁREAS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	13. Procedimiento para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria		DR. EDUARDO LICEAGA

1. PROPOSITO

1.1 Mantener en óptimas condiciones de higiene y limpieza las áreas médico-administrativas en forma permanente, mediante una adecuada coordinación de actividades y una supervisión constante, en beneficio de los pacientes y el personal que concurren a este centro hospitalario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, el Departamento de Servicios Generales participan en la supervisión de las actividades y condiciones de higiene y limpieza adecuadas en las instalaciones del Hospital.

2.2 En forma externa: el personal de la compañía contratada participa en el desarrollo de las actividades de limpieza e higiene, de conformidad con el contrato suscrito.

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 El personal contratado por la compañía externa, deberá en forma permanente portar el uniforme autorizado, así como su credencial de identificación.

3.2 El personal de la compañía externa que haya sido designado deberá realizar el trabajo encomendado con eficiencia y calidad.

3.3 El personal de la compañía externa deberá atender con prontitud, las indicaciones que le sean hechas, por el personal autorizado del Departamento de Servicios Generales.


3.4 La Supervisión, se realizará en forma permanente, para evitar desviaciones en las actividades diarias.

3.5 El personal de limpieza deberá firmar lista de asistencia al ingreso y al término del turno, así como cumplir con el horario asignado.

3.6 El coordinador designado por turno por el Hospital será el responsable de supervisar el ingreso de los turnos matutino y vespertino.

3.7 El coordinador general será el responsable del ingreso de los turnos matutino y vespertino.


3.8 El coordinador de la compañía contratada será el enlace con el personal de supervisión del hospital para la resolución conjunta de la problemática que se presente.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	13. Procedimiento para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria

Hoja: 186



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Servicios Generales y Nutrición.	1	Elabora memorando para el Departamento de Servicios Generales, en donde le indica del cumplimiento a lo establecido en el contrato y se implementen las medidas necesarias para la supervisión y control para la adecuada prestación del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Memorando u oficio. • Formato FS-2
	2	Envía memorando al Departamento de Servicios Generales para su atención, sé de cumplimiento al contrato establecido y acuse de recibido.	
	3	Recibe memorando de indicaciones para el cumplimiento del contrato establecido para limpieza.	
	4	Contesta y archiva memorando de indicaciones de cumplimiento al contrato establecido.	
	5	Elabora el formato de lista de asistencia (Formato FS-2) para el personal contratado.	
Departamento de Servicios Generales.	6	Entrega al responsable del área de limpieza las listas de asistencia y formato para control de actividades extraordinarias y supervisión (FS2).	<ul style="list-style-type: none"> • Formato FS-2
Responsable del servicio de Limpieza.	7	Recibe las instrucciones y formatos de listas de asistencia, para el control del personal de la compañía contratada y el formato (FS-2) para el control de actividades extraordinarias y supervisión, de esta actividad de limpieza.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato FS-2
	8	Instruye sobre las actividades, para efectuar el proceso de control y supervisión al personal de la compañía de limpieza contratada.	
	9	Asigna las áreas al personal supervisor operativo del Hospital y entrega el formato FS-2 para el control de sus actividades.	
Supervisor Operativo.	10	Realiza el procedimiento del control de asistencia general a los turnos turno matutino y vespertino, y control de permanencia en el horario que designe al personal de la compañía contratada.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato FS-2

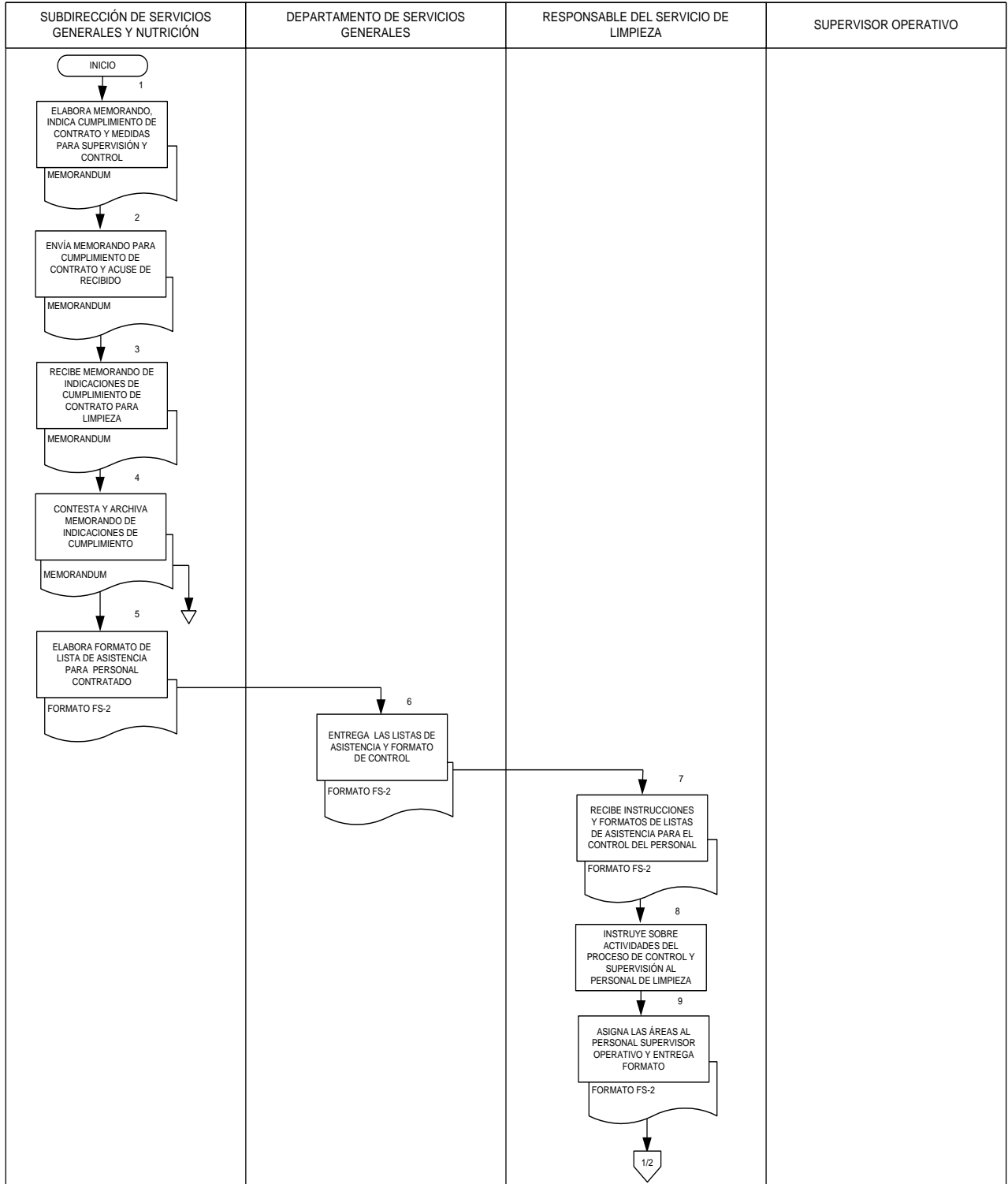
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	13. Procedimiento para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria

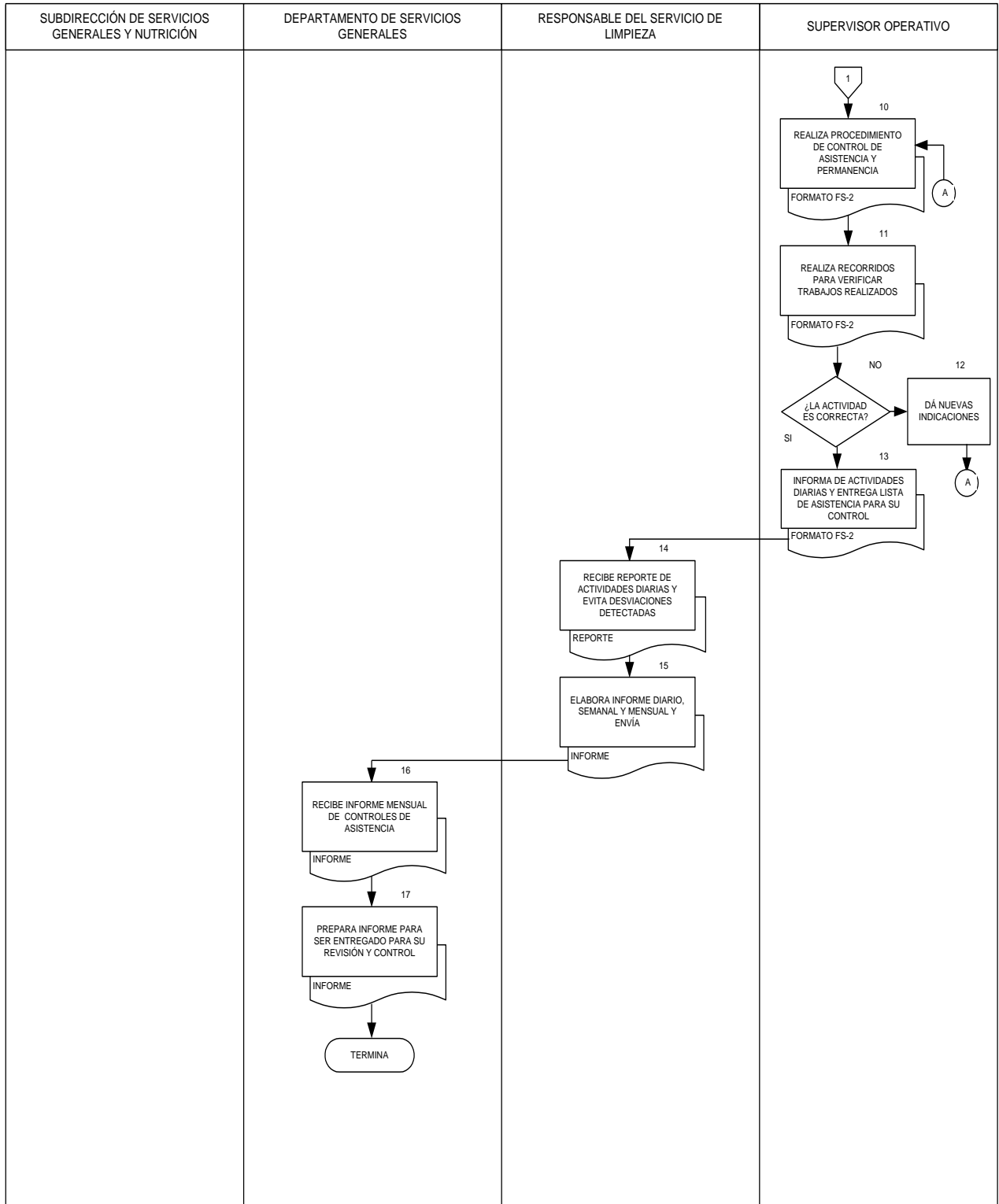
Hoja: 187



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Supervisor Operativo.	11	Realiza recorridos, para verificar los trabajos realizados por el personal de la compañía contratada y valora. ¿La actividad es correcta?	<ul style="list-style-type: none"> • Formato FS-2.
	12	No: Indica que se realice nuevamente la actividad y regresa a la actividad 10.	
	13	SI: Informa de las actividades diarias al responsable del área de y entrega los formatos de lista de asistencia para su de control.	
Responsable del servicio de Limpieza.	14	Recibe el reporte de las actividades diarias y consensa con el coordinador de la compañía contratada, para evitar recurrencias en las desviaciones detectadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte. • Informe.
	15	Elabora, el informe diario, semanal y mensual a partir de los formatos entregados y envía al Departamento de Servicios Generales.	
Departamento de Servicios Generales	16	Recibe el informe mensual de los controles de asistencia, de los apoyos extraordinarios y del proceso de supervisión.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe.
	17	Consolida la información del proceso de limpieza y prepara informe para ser entregado a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición para su revisión y control. TERMINA.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	13. Procedimiento para para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 188

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	13. Procedimiento para para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria		Hoja: 190

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos.	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informes	2 años	Departamento de Servicios Generales y Nutrición	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Supervisión.- Examinar una cosa o situación, a la persona que le corresponde hacerlo.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza la Descripción de Actividades y el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato FS-2. Supervisión de limpieza.
- 10.2 Listas de Asistencia.



10.1 FORMATO FS- 2 SUPERVISIÓN DE LIMPIEZA

NOMBRE	SERVICIO A REALIZAR
(11)	(12)
OBSERVACIONES (13)	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	13. Procedimiento para para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria		DR. EDUARDO LICEAGA

1. Indicar la fecha de supervisión
2. Indicar la zona de supervisión de acuerdo a la distribuida por el responsable del área
3. Marcar el turno que se va a supervisar
4. Horario en el que se realizo la actividad
5. Descripción de la actividad que se realizo de acuerdo a la nomenclatura de la parte inferior del formato
6. Nombre del colaborador de la compañía externa de limpieza que realizo la actividad
7. Nombre de la unidad médico- administrativa en la que se realizo el servicio
8. Firma autografa del encargado de la la unidad médico- administrativa en la que se realizo el servicio
9. Firma autografa del supervisor operativo de la zona.
10. Firma autografa del supopervisor general de la compañía externa.
11. Nombre del colaborador de la compañía externa que realizo el trabajo extra de limpieza
12. Actividad extra realizada
13. Indicar las observaciones derivadas de la actividad extra que se realizo

10.2 FORMATO LISTA DE ASISTENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	13. Procedimiento para para la coordinación y supervisión de limpieza en áreas de la unidad hospitalaria		Hoja: 193

LISTAS DE ASISTENCIA DE LA COMPAÑÍA EXTERNA

Mexico D.F. a ____ de _____ de 2014 **(1)**

No	NOMBRE	ENTRADA (3)	NOMBRE O FIRMA	SALIDA	NOMBRE O FIRMA	UNIFORM	CREDEN
1	(2)		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

10 ELEM .



RESPONSABLE DE APOYO HGM (9)

ZONA



RESPONSABLE DE LA COMPAÑÍA (10)

10.2 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO LISTA DE ASISTENCIA DE LA COMPAÑÍA EXTERNA

1. Indicar el día y mes en que se está realizando el control de asistencia.
2. El trabajador de la compañía externa indica su nombre completo.
3. El Supervisor operativo marca la hora de entrada del personal externo de la compañía.
4. El trabajador de la compañía externa proporciona su firma autógrafa.
5. Al término de su jornada laboral el personal de la compañía externa indica su hora de salida.
6. El trabajador de la compañía externa proporciona su firma autógrafa.
7. El supervisor operativo marca si el trabajador portaba su uniforme.
8. El supervisor operativo marca si el trabajador portaba su credencial.
9. Firma autógrafa del responsable del área.
10. Firma autógrafa del responsable de la compañía externa.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración.		

14. PROCEDIMIENTO PARA ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 195

1. PROPOSITO

1.1 Establecer los procedimientos archivísticos destinados a la recepción, guarda, préstamo y valoración documental de acuerdo a la normatividad establecida y los instrumentos necesarios, para su control y descripción archivística vigente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: es aplicable a todas las unidades medico-administrativas productoras de documentación así como a la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición, Departamento de Servicios Generales y Archivo de Concentración.

2.2 A nivel externo: el Archivo de Concentración, cumple con los lineamientos generales de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, sus lineamientos, su reglamento, el Manual Administrativo de aplicación general en Materia de Transparencia y de Archivos y la Ley Federal de Archivos, así como cumplir con los requerimientos de la Secretaria de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Archivo de Concentración atenderá con eficacia y eficiencia la recepción de las transferencias primaria de todas las areas medico-administrativas para su guarda precaucional, préstamo y valoración de acuerdo al catálogo de disposición documental y los lineamientos establecidos para dichas transferencias.

3.2 Los Servicios o Unidades generadoras deberán elaborar un oficio solicitando al Departamento de Servicios Generales la recepción de sus transferencias primarias al Archivo de Concentración, mismo que deberá venir acompañado del Formato de Inventario y Transferencia Documental (F1 PARC-01) en original y copia, de acuerdo a los lineamientos establecidos.

3.3 El horario de recepción de cajas de documentación en el archivo de concentración será de las 8.00 a las 13:30 horas, de lunes a viernes.



3.4 La documentación deberá transferirse en cajas especiales para archivo en buen estado, y a su cupo normal debidamente requisitadas, de acuerdo a los lineamientos.

El acuse del oficio y formato será regresado al área tramitadora por el Archivo de Concentración, después de su revisión, en 1 o 2 días dependiendo de la cantidad de cajas transferidas.

3.5 Las cajas deberán contar con los siguientes datos. Área generadora, año de la documentación, en caso de ser documentación foliada, especificar de que numero a que numero se esta enviando y numero consecutivo de caja, los datos se anotarán con marcador en los espacios que tiene impresos la caja (Recuadro de Datos) Contenido.

3.6 Las cajas deberán venir abiertas, buen estado, sin cintas adhesivas, rotuladas con marcador, numeradas en forma consecutiva, y la documentación tendrá que pertenecer a un solo año.

3.7 La documentación debe venir en fólder de cartoncillo, con ligas, sin grapas, broches Baco, y no se recibirán carpetas Lefort (Biblioratos), cada fólder o expediente debe ser identificado con los datos propios y de acuerdo a la caratula solicitada en los lineamientos generales de la LFTAIPG.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración.		DR. EDUARDO LICEAGA

3.8 La vigencia documental de los expedientes clínicos se fundamenta en el artículo 32 del Reglamento de la Ley General de Salud. Por un periodo mínimo de 5 años, después del último contacto con el paciente.

3.9 Para la documentación contable se indica la guarda de 5 años (Acuerdo del 25 de agosto de 1998 de acuerdo a la norma de archivo contable gubernamental NACG01-2012).

3.10 PRÉSTAMO DOCUMENTAL. Para solicitar documentación que se encuentra resguardada en el archivo de concentración deberá solicitarse por medio del formato F3 PARC-01 (vale de préstamo documental), el cual deberá ser firmado por el jefe de servicio o unidad, delegado administrativo o jefe de enfermería del área generadora de la documentación.


3.11 BAJA DOCUMENTAL. Con base en el catálogo de disposición documental el responsable del archivo de concentración procederá a la determinación de los valores secundarios para la transferencia al archivo histórico o baja de la documentación, elaborando la documentación estipulada en el instructivo para la elaboración de bajas documentales emitido por el Archivo General de la Nación.

	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	14. Procedimiento para archivo de concentración

Hoja: 197

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Responsable del Archivo de Concentración.	1	Recibe los lineamientos e instrucciones para aplicar el proceso interno del área asignada para su operación de normatividad archivística.	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad archivística vigente. • Manual administrativo de aplicación general.
	2	Indica al personal operativo del archivo de concentración, las actividades a realizar de acuerdo al Manual Administrativo de Aplicación General en las materias de transparencia y archivo de fecha 27 julio del 2011.	
Encargado (a) o Auxiliares de Archivo.	3	Cotejan el inventario documental Formato F1 PARC-01 contra total de expedientes contenidos dentro de las cajas , en compañía del responsable del archivo de trámite. ¿Esta bien la documentación?	<ul style="list-style-type: none"> • Formato PARC-01. F1 • Expedientes. • Ubicación Topográfica.
	4	No: Intenta resolver el problema o devuelve sus cajas y documentos para su corrección y regresa a la actividad 2.	
	5	Si :Otorga el visto bueno al inventario, lo captura en base de datos anotando la ubicación topográfica y entrega el acuse correspondiente.	
	6	Translada el personal de apoyo las cajas hacia el área de resguardo para su ubicación topográfica dentro del archivo y coloca etiqueta de identificación a cada caja.	
	7	Coloca el personal de apoyo, las cajas en los racks ordenados en forma numérica ya sea en el área administrativa o médica para su posterior requerimiento por los servicios o unidades generadoras, y en la ubicación topográfica correspondiente y archiva las transferencias por mes	
Responsable de Archivo de Concentración	8	Elabora un Informe para el Departamento de Servicios Generales de las cajas de archivo recibidas en el mes para su tramite correspondiente con la Subdirección de Servicios Generales y Nutricion.	• Informe
Departamento de Servicios Generales	9	Recibe y revisa el reporte de actividades del Archivo de concentración, posteriormente tramita con la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición.	• Informe
Responsable del Archivo de Concentración.	10	Recibe solicitud de la Unidad administrativa a travez de los servidores públicos autorizados el préstamo del expediente o expedientes utilizando el formato de préstamo F3 PARC- 01 Inventario de transferencias documentales.	• Formato PARC-01 F3

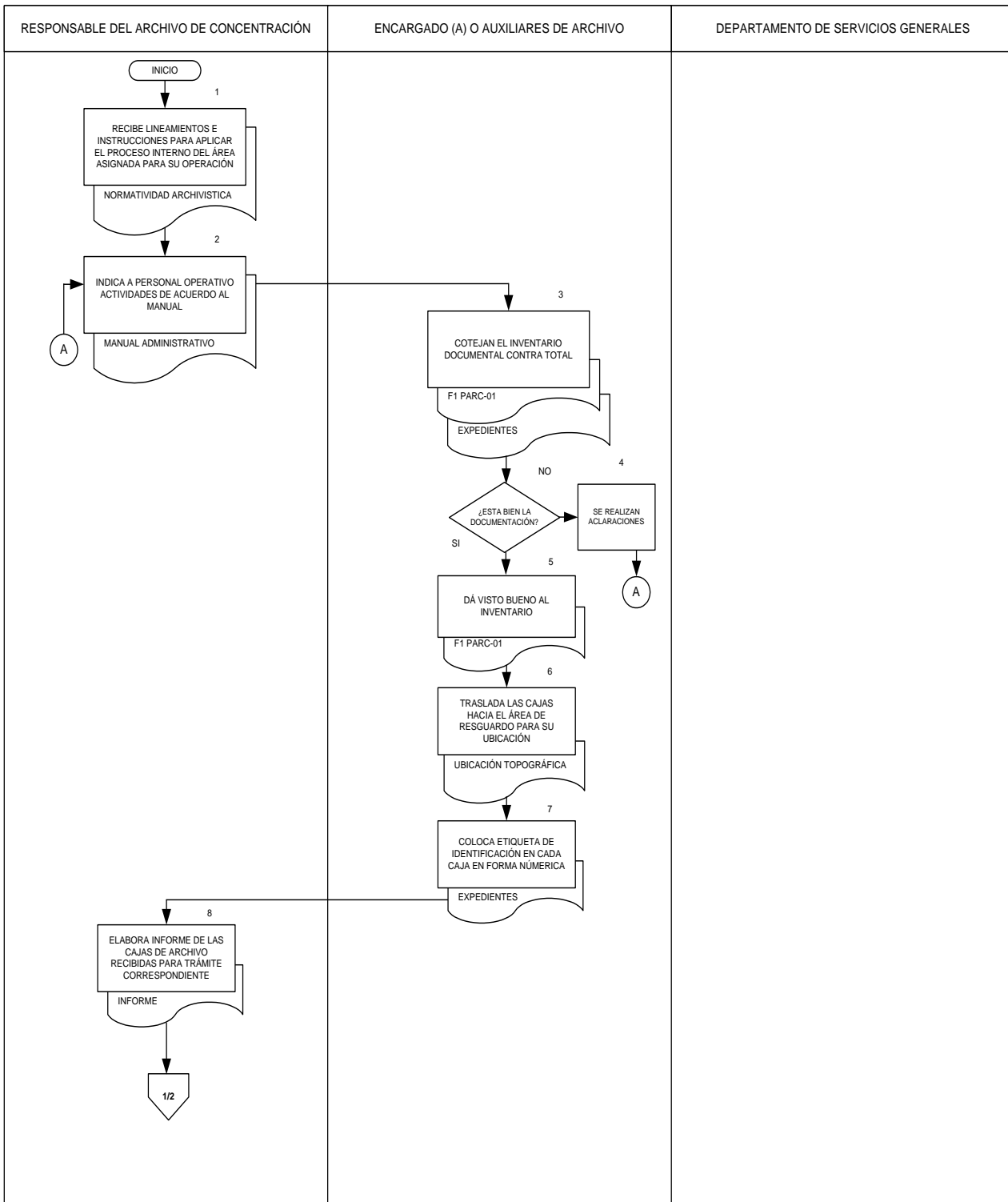
	PROCEDIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
	14. Procedimiento para archivo de concentración

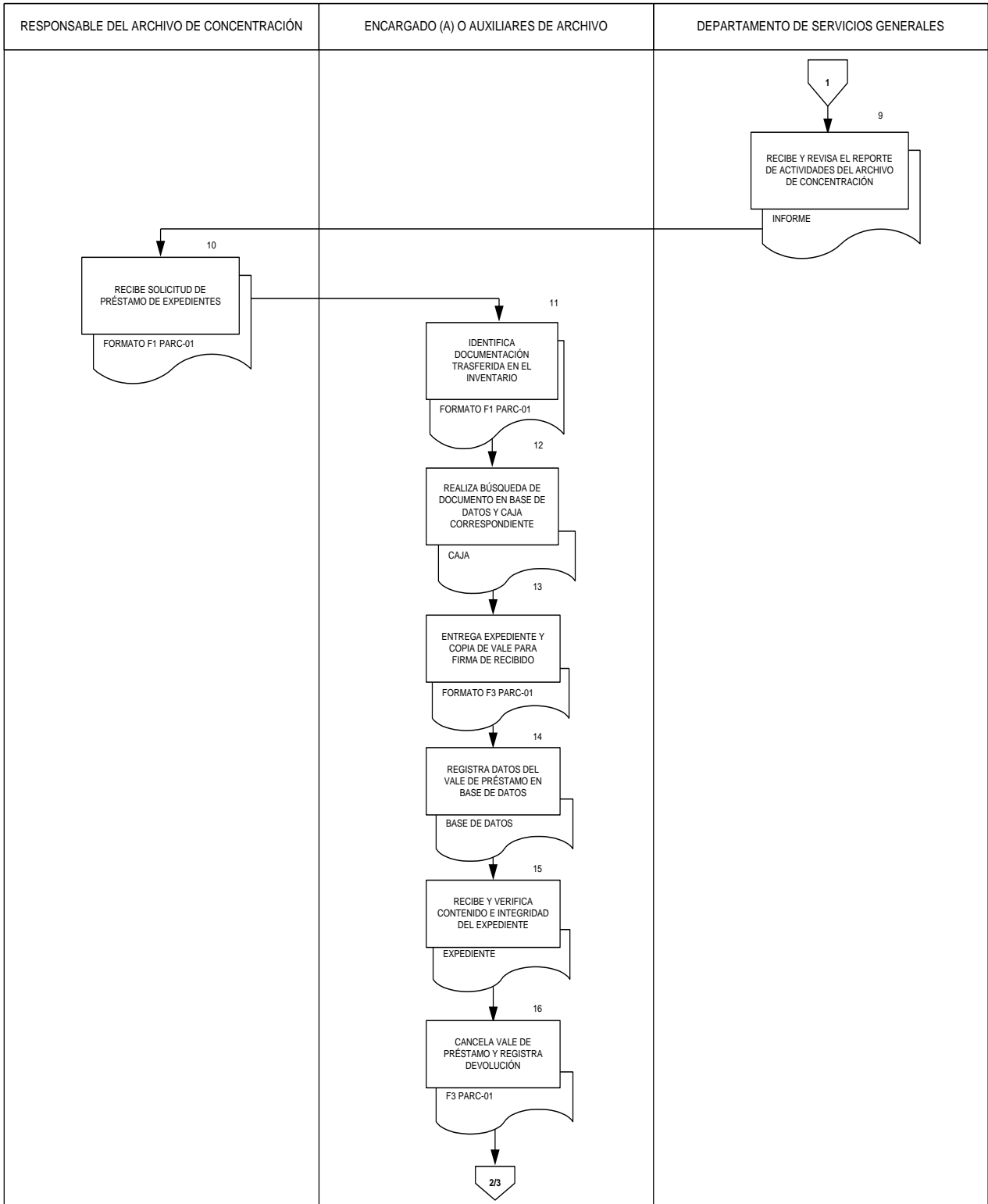
Hoja: 198

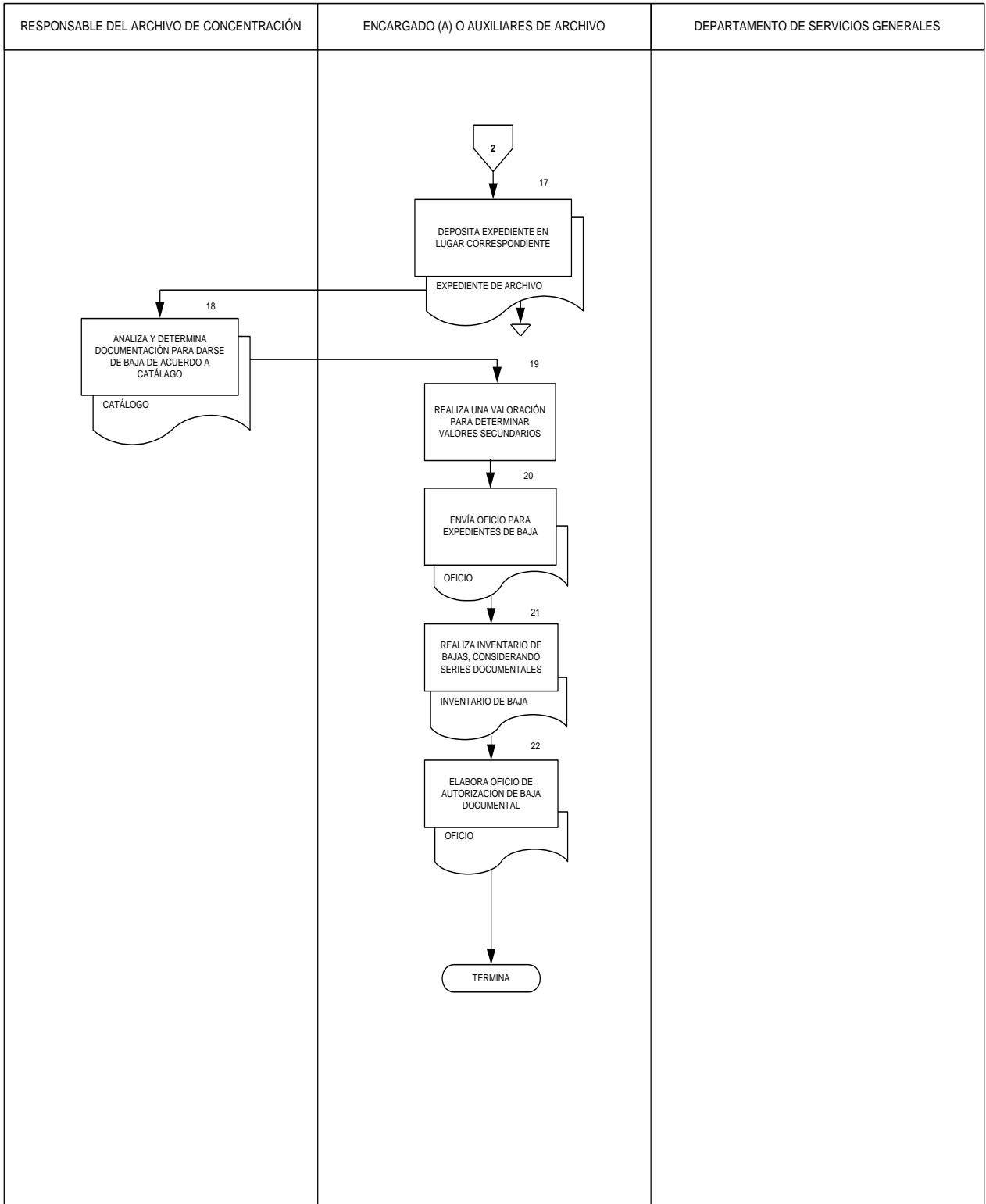
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Encargado (a) o auxiliares de archivo.	11	Identifica cuando fue transferida la documentación en el inventario del área productora Formato F1 PARC-01.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F1 PARC-01
	12	Realizan la búsqueda del documento en la base de datos y en la caja correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato F3 PARC-01.
	13	Entrega el expediente y copia del vale al área generadora para su cotejo y firma de recibido.	<ul style="list-style-type: none"> • Base de Datos del Archivo de Concentración.
	14	Registra los datos en Formato F3 PARC-01 el vale de prestamo en la base de datos para posterior seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente de archivo.
	15	Recibe y verifica contenido e integridad del expediente.	
	16	Cancela el vale de préstamo F3 PARC-01 y registra la devolución en la base de datos.	
	17	Deposita el expediente en el lugar que le corresponde topográficamente.	
Responsable del Archivo de Concentración.	18	Analiza y determina que documentación es susceptible de darse de baja de acuerdo al catálogo de disposición documental.	<ul style="list-style-type: none"> • Catálogo de Disposición Documental
Encargado (a) o Auxiliares de Archivo.	19	Realiza una valoración secundaria para determinar los valores secundarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Catálogo de Disposición Documental.
	20	Envía oficio a las áreas generadoras de los expedientes que van a darse de baja.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio.
	21	Realiza el inventario de la documentación que se va a dar de baja considerando las series documentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de baja documental.
	22	Elabora el oficio de autorización de baja documental ante el Archivo General de la Nación en el caso de documentación clínica, administrativa o legal que no cuentan con valores secundarios considerados para la documentación histórica. Nota: Para la documentación contable o fiscal se realiza el proceso en relación a las "Disposiciones aplicables al Archivo Contable Gubernamental" NORMA NACG-01.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro de clasificación archivística.
		TERMINA.	





5. DIAGRAMA DE FLUJO







	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 202

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental.	No Aplica
6.2 Catalogo de Disposición Documental.	No Aplica
6.3 Manual Administrativo de aplicación general en Materia de Transparencia y Archivos.	No Aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No Aplica
6.5 Ley Federal de Archivos.	No Aplica
6.6 Artículo 32 del reglamento de la Ley General de Salud.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documentación contable	12 años	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.2 Expedientes clínicos	5 años	Departamento de Servicios Generales	No Aplica
7.3 Expedientes administrativos	4 o 5 años	Departamento de Servicios Generales	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Archivo.- Conjunto orgánico de documentos en cualquier soporte, generados o recibidos en el ejercicio de las funciones de cada unidad médico-administrativa

8.2 Archivo de Concentración.- Unidad responsable de la administración de los fondos documentales que han sido transferidos de los archivos de trámite o de gestión y que contienen valores primarios.

8.3 Archivo Histórico.- Unidad responsable de la administración de los fondos documentales, transferidos del archivo de concentración y que contienen valores secundarios, para su organización, conservación, descripción y difusión de la memoria documental institucional.



8.4 Baja Documental.- Eliminación de los documentos que han perdido los valores primarios: administrativo, legal y fiscal, así como los secundarios: informativos, evidenciales y testimoniales.

8.5 Clasificación de valores de información.- Proceso de identificación de los valores de información que contiene los documentos, protegidos con un tiempo de reserva y confidencialidad.

8.6 Conservación de archivos.- Conjunto de procedimientos y medidas que garantizan la preservación de alteraciones físicas y de información de los documentos del archivo.

8.7 Descripción archivística.- Paso metodológico, que representa el último estudio del quehacer archivístico, y que da como resultado, la elaboración de los instrumentos de descripción básicos y auxiliares, utilizados durante todo el ciclo vital.

8.8 Documento de archivo.- Aquel que registra un acto administrativo, jurídico, fiscal o contable, generado o recibido en el ejercicio de las funciones de las unidades médico-administrativas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración		

8.9 Expediente.- Unidad documental simple o compuesta, relacionada con un mismo asunto; actividad o trámite que corresponde a las funciones de las áreas o dependencias.

8.10 Transferencia documental.- Procedimiento habitual y técnico que se realiza en instituciones públicas y privadas, sujeto a una planeación ordenada y rigurosa, que consiste en el traslado de documentos de un archivo a otro, una vez que estos han cumplido las funciones legales, administrativas o contables.

8.11 Vigencia documental.- Período durante el cual un documento de archivo mantiene sus valores administrativos, legales, fiscales o contables, de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes y aplicables.



9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Agosto 2023	Se actualiza la Descripción de Actividades y el Diagrama de Flujo con lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 F1 PARC-01 Formato de inventario de Transferencias documentales.

10.2 F3 PARC-01 Vale de préstamo.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración		Hoja: 204

10.1 FORMATO F1 PARC-01 INVENTARIO DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
 Dirección de Recursos Materiales y Conservación
 Subdirección de Servicios Generales y Nutrición
 Departamento de Servicios Generales
 Archivo de Concentración
INVENTARIO DE VIGENCIAS O TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES



1 NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____
 2 NÚMERO DE REMESA: _____ 5 FECHA: _____
 3 UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____
 4 ÁREA (Dirección, Subdirección, Departamento. etc.) : _____ 6 HOJA: _____ DE: _____

NÚMERO DE CAJA	NÚMERO PRVO. DE EXP.	NOMBRE DEL EXPEDIENTE	VIGENCIA DOCUMENTAL						OBSERVACIONES
			NÚMERO DE CLASIFICACIÓN	PERIODO DE TRAMITACIÓN	ACTIVO UDT/UAO	SEMI ACTIVO UAC/AUD	BAJA	UAH	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
					30				

17 AUTORIZA TRANSFERENCIA
JEFE O DELEGADO DEL ÁREA
GENERADORA



18 ENTREGA DOCUMENTACIÓN
DEL ÁREA GENERADORA

19 OBSERVACIONES DE TRANSFERENCIA
ESTADO EN QUE SE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA



NOMBRE Y FIRMA

SELLO DE RECIBIDO 20 _____ NOMBRE Y FIRMA
--

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 205

10.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO F1 PARC-01 INVENTARIO DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES

1. Llenar de manera consecutiva de acuerdo a la entrega de los expedientes al archivo de concentración de cada área generadora.
2. Número de cajas enviadas correspondiente a la misma transferencia.
3. Nombre del área generadora que hace la transferencia.
4. Nombre del área donde procede la transferencia.
5. Fecha en la que se realiza la transferencia física del archivo de trámite al archivo de concentración.
6. Número de la hoja que corresponda a la hoja y el conjunto de hojas del inventario
7. Número de cada una de las cajas que se relacionan.
8. Número de cada uno de los expedientes
9. Denominación del expediente de acuerdo con el asunto. No incluir el término diversos o generalidades. En su caso se anotará el número de legajos.
10. Número que corresponde a la clasificación del expediente conforme al cuadro de clasificación archivística del Hospital General de México O. D
11. Año al que pertenece la documentación o expediente.
12. Número de años durante los cuales el expediente permaneció en el área generadora. Archivo de concentración. Conforme a las vigencias documentales vigentes, corresponde al número de años restantes al número de años que el expediente se conservó en el archivo de trámite.
13. Expedientes o documentación para guarda marcando una X en la columna.
14. Con una X cuando el expediente cumplió su vigencia documental en el archivo de trámite.
15. (Unidad de Archivo Histórico). Marca una X cuando el expediente o la documentación contiene valores documentales como evidenciales, testimoniales e informativas.
16. Se anotará:
 - a).- Si el expediente contiene información reservada o confidencial de inventario y otras indicaciones que se consideren útiles.
 - b).- Si el expediente contiene originales y copias o solamente copias.
17. Nombre y firma autógrafa del Jefe o Delegado del área generadora
18. Nombre y firma de la persona del área generadora que realiza la transferencia física
19. Sella con nombre y firma del responsable de recibir los archivos e inventarios en el archivo de concentración
20. Observaciones de transferencia.- Se especifica en que estado se entrega la documentación. (Manchada, maltratada, si es original o copia; si es de valor contable o administrativo)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES		
	14. Procedimiento para archivo de concentración		
			Hoja: 206

10.2 FORMATO F3 PARC-01 VALE DE PRÉSTAMO



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
Subdirección de Servicios Generales y Nutrición
Departamento de Servicios Generales
Archivo de Concentración



VALE DE PRESTAMO

FOLIO: (1) _____

FECHA:(2) _____

ÁREA GENERADORA:(3) _____
 FECHA DEL DOCUMENTO:(4) _____
 TIPO DE DOCUMENTO:(5) _____
 FECHA DE LA TRANSFERENCIA:(6) _____
 NOMBRE DEL SOLICITANTE:(7) _____
 NÚMERO DE CAJA (8) _____
 EXTENSION:(9) _____
 NO. DE EXP.Y/O LEGAJO (10) _____
 FECHA DE DEVOLUCIÓN:(11) _____
 FECHA DE PRORROGA (12) _____

AUTORIZA
JEFE DE UNIDAD
MÉDICA DELEGADO
ADMVO.O JÉFA DE
ENFERMERAS

RECIBE DOCUMENTO

ENTREGA
ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN

NOMBRE Y FIRMA (13)

NOMBRE Y FIRMA (14)

NOMBRE Y FIRMA (15)

F3 PARC-01 Rev. 1

10.2 INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO F3 PARC-01 DE VALE DE PRÉSTAMO

1. Numero de control consecutivo que asignará el Archivo de Concentración
2. Fecha de elaboración del vale
3. Área que produce la documentación y la concentra
4. Fecha del documento que se solicita
5. Expediente ó legajo
6. Día en que fue transferida la documentación y recibida en el A.C.
7. Nombre de la persona que requiere la documentación
8. Numero consecutivo de las cajas relacionadas en el inventario
9. Número de la extensión de la unidad administrativa
10. Numero asignado por el área productora para el control de sus expedientes
11. Día en que el área productora devolverá el expediente prestado
12. Fecha que indica cuantos días mas se extenderá el préstamo
13. Nombre del funcionario que autoriza la solicitud del expediente
14. Nombre de la persona que recibe el expediente
15. Nombre de la persona del archivo de concentración que hace entrega del expediente solicitado



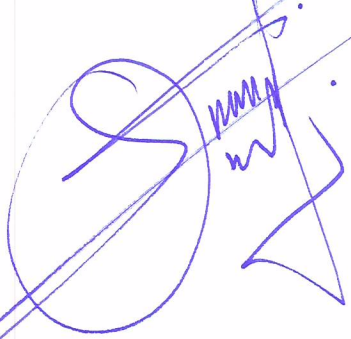
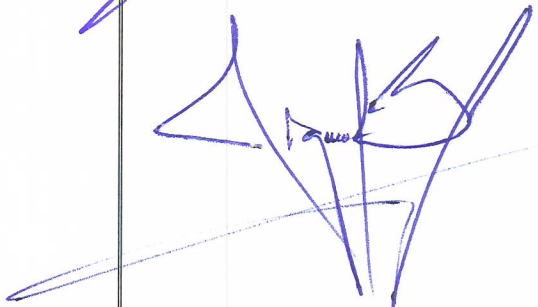

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN
DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICO
DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
<p>MTRO. JORGE HUMBERTO QUEZADA RUÍZ Director de Recursos Materiales y Conservación.</p>	
<p>ARQ. MIGUEL ÁNGEL BUSTOS GUERRERO Subdirector de Servicios Generales y Nutrición.</p>	
<p>LIC. ARTURO CEBALLOS GARCÍA Jefe del Departamento de Servicios Generales.</p>	

Elaborado con base en la estructura orgánica contenida en el Manual de Organización de la Dirección de Recursos Materiales y Conservación, este Manual se integra de 207 fojas útiles.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DIRECCIÓN GENERAL DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
DR. EDUARDO LICEAGA

24 AGO. 2023

VALIDADO Y REGISTRADO